Pielęgniarstwo Polskie 2013, 2 (48), 111–120

(NIE)SYSTEMOWA OCHRONA ZDROWIA DZIECKA W WIEKU SZKOLNYM – KRYTYCZNY ZARYS PROBLEMATYKI

PROTECTION SYSTEM OF HEALTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS – IN BROAD CRITICAL OUTLINE

KATARZYNA JADACH[1], PIOTR STĘPNIAK[2]

[1]Zakład Penitencjarystyki Wydziału Studiów Edukacyjnych
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Piotr Stępniak
[2]Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Wstęp. Ochrona zdrowia dziecka w wieku szkolnym jest obowiązkiem państwa, wynikającym z szeregu regulacji prawnych o wymiarze międzynarodowym i krajowym. W działalność tę, w szczególności w obszarze promocji zdrowia, zaangażowane są również jednostki samorządu terytorialnego, przedstawiciele zawodów medycznych, cała społeczność szkolna (nauczyciele, rodzice, uczniowie). Ta wielość podmiotów odpowiedzialnych za stan zdrowia populacji wieku rozwojowego stanowi konsekwencję realizacji w naszym systemie wielosektorowej teorii zdrowia oraz koncepcji społeczeństwa aktywnego. Przyjmując jednak konstytucyjną formułę welfare state, państwo nie może zwolnić się z pewnych podstawowych dla kondycji młodego pokolenia zadań.
Cel pracy. Przybliżenie niektórych prawnych aspektów ochrony zdrowia ucznia w polskiej szkole oraz roli państwa w tym obszarze.
Materiał. Przegląd regulacji prawnych oraz piśmiennictwa w aspekcie obowiązków państwa i innych podmiotów w obszarze ochrony zdrowia dzieci w wieku szkolnym i ich bezpieczeństwa.
Wnioski. Istnieje konieczność, wynikająca również z unormowań prawnych, wsparcia przez polskie państwo szkoły w jej działalności promocyjnej w obszarze ochrony zdrowia uczniów.

Słowa kluczowe: zdrowie ucznia, system oświaty, prawo oświatowe, polityka zdrowotna, promocja zdrowia.

Abstract

Introduction. Health protection of school age children a legal duty of state, which results from A series of international and domestic law regulations. In this activity, especially in health promotion field, local government units, representatives of medical professions, the entire community of school (teachers, parents, students) are also engaged. This multiplicity of subjects responsible for health condition of the young population is a consequence of multisection theory of health and the concept of active society, which is developing in our system. However, assuming constitutional canon of welfare state, country is not allowed to relieve from some duties which are basic for the condition of the young generation.
Aim. Presentation of certain legal aspects of health protection aimed at school age children and the role of the state in this field.
Materials. Review of regulations and literature in the context of the duties of the state and other agendas regardingchildren's health and safety protection.
Results. According to legal regulations, the Polish state should support schools in their efforts to protect children's health and safety.

Key words: student's health, education system, education law, health policy, health promotion.

Zawarta w Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia z 1986 r. [1] koncepcja zdrowia jako wartości doświadczanej przez ludzi w siedliskach (warunkach) ich codziennego życia, wszędzie tam, gdzie przebywają, ucząc się i pracując, odpoczywając i bawiąc się, prowokuje do pewnych refleksji na temat ochrony zdrowia dziecka w polskiej szkole. Czy ma ono zagwarantowane w tym siedlisku takie warunki, które pozwalają mu w pełni zdrowo i bezpiecznie funkcjonować?

W podstawowych aktach prawnych społeczności międzynarodowej traktujących o prawach i wolnościach jednostki problematyka jej kondycji zdrowotnej zajmuje naczelne miejsce. Z pewnością na obecnym etapie cywilizacyjnego rozwoju trudno jest polemizować z zasadniczymi tezami Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka [2] czy Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych [3], potwierdzających, iż podstawowym prawem każdego człowieka jest korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Z poczynionych na światowym poziomie deklaracji wynikają dla poszczególnych państw konkretne obowiązki w dziedzinie zabezpieczenia społecznego, sprowadzające się do podejmowania systematycznych działań ukierunkowanych na zapewnienie swoim obywatelom stopy życiowej gwarantującej zdrowie i dobrobyt. Ich

ugruntowaniu służy zainaugurowana w maju 1998 roku formuła polityczna „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku" [4]. Składają się na nią akceptowane przez społeczność światową priorytety, których realizację przewidziano na pierwsze dwie dekady dwudziestego pierwszego wieku. Proponowane działania w zakresie osiągania i utrzymania możliwie najlepszego poziomu zdrowia w ciągu całego życia [5] powinny być podejmowane na trzech zasadniczych płaszczyznach: profilaktyki, promocji oraz leczenia, tworząc docelowo zbilansowaną politykę zdrowotną każdego państwa. Przyjęcie, iż taka polityka realizuje podstawowy cel – przybliżanie społeczeństwa do zdrowotnego dobrostanu – stanowi zasadniczy argument na rzecz realizacji we współczesnej Europie podważanej przez wielu formuły państwa opiekuńczego [6]. Charakterystyczną cechą *welfare state* jest zaangażowanie państwa w sektor zdrowotny poprzez jego kompleksowe zagospodarowywanie świadczeniami ukierunkowanymi na rodzinę i poszczególne jednostki. Koncepcja historycznie usankcjonowanej aktywnej roli państwa w zaspokajaniu potrzeb socjalnych społeczeństwa wzbogacona jest forsowanym aktualnie przez WHO pierwiastkiem wielosektorowości, co oznacza, że zadaniem władzy jest nie tyle „opiekowanie się wszystkimi mieszkańcami, ile organizowanie dla nich wspólnotowych systemów zaspokajania podstawowych potrzeb" [7]. Kształtujący się w ten sposób model polityki społecznej ma docelowo zastępować opiekuńczość na rzecz aktywnego zarządzania rozwojem socjalnym, którego dynamika zależeć będzie od stopnia zaangażowania w ów proces społeczeństw i systemów wspólnotowych [6]. Istotną wartością tego modelu jest przyjęcie holistycznej koncepcji człowieka oraz koncentracja na wzajemnych powiązaniach między zdrowiem, czynnikami społecznymi i ekonomicznymi [8]. W konsekwencji oznacza to, iż w budowę złożonej struktury, jaką jest system ochrony zdrowia, włączać się powinny rozmaite podmioty (państwo, samorząd, osoby fizyczne, organizacje pozarządowe), tworząc w codziennych siedliskach życia jednostek optymalne warunki do utrzymania i rozwoju zdrowia na wysokim poziomie.

Jednym z tego typu podmiotów jest placówka oświatowa, której kompetencje w systemie ochrony zdrowia zarysowane zostały w przywołanym wyżej programie WHO „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku". Szkoła jawi się w nim jako „ważne miejsce świadczenia usług podstawowej opieki zdrowotnej (...). Szkolne świadczenia zdrowotne odgrywają ważną promującą zdrowie, zapobiegawczą, diagnostyczną i terapeutyczną, rolę dla zdrowia uczniów i ich wyników nauczania" [5]. Zadaniem edukacyjnym tej instytucji jest więc nie tylko przekazywanie wiedzy, ale również promowanie zdrowego stylu życia, zapobieganie wypadkom i kształtowanie podstawowych umiejętności życiowych (w tym z zakresu higieny). W stosunku do dzieci młodszych (etap przedszkolny i pierwsze klasy szkoły podstawowej) placówka oświatowa powinna podjąć starania „promowania zdrowia poprzez kształtowanie etycznych podstaw i postaw wspierających zdrowie, a także poprzez ugruntowanie zwyczajów zdrowego odżywiania się, higieny osobistej, podstawowych umiejętności życiowych oraz odpowiedzialności społecznej"; natomiast programy adresowane do starszych dzieci i dorosłych uczniów powinny promować zdrowie poprzez „aktywne szkolenia i edukację rówieśniczą, na temat takich zagadnień, jak: picie alkoholu, palenie papierosów i zażywanie narkotyków, higieny płciowej, sposobów radzenia sobie ze stresem oraz naukę zachowań społecznych i rodzicielskich" [5].

Mając powyższy katalog na uwadze, należy zaangażowanie środowiska szkolnego w skuteczną ochronę zdrowia swoich uczniów analizować w kontekście uwarunkowań prawnych, politycznych i społecznych danego kraju. Na specyfikę polskiej szkoły składają się dwa aspekty: podmiotowy, wiążący się z koniecznością uwzględnienia zakresów kompetencyjnych nie tylko państwa, samorządu terytorialnego, przedstawicieli służby zdrowia, lecz również rodziców, którzy w ramach ciążącego na ich dzieciach obowiązku szkolnego (obowiązki nauki) zobligowani są z jednej strony do posyłania swoich pociech do szkoły; z drugiej – z racji dzierżonej władzy rodzicielskiej, mają prawo ingerowania w sposób wykonywania przez placówkę jej zadań opiekuńczych, w tym również w zakres ochrony zdrowia i bezpieczeństwa uczniów. Aspekt polityczny to trwający od kilkunastu lat proces reformowania polskiego sytemu oświaty oraz służby zdrowia, który skutkuje niestety brakiem synchronizacji we wprowadzaniu zasadniczych zmian w każdym z tych sektorów, a w dalszej konsekwencji przeoczaniem kwestii istotnych dla bezpiecznego funkcjonowania dziecka w szkole. W tym kontekście warto więc zastanowić się, jakie zadania w obszarze ochrony zdrowia dziecka w wieku szkolnym spoczywają na naszym państwie.

Polska, będąc krajem poruszającym się w pewnej normatywnie zdeterminowanej przestrzeni, zobligowana jest strzec zdrowia jako wartości podstawowej – dobra ogólnego, gwarantując wszystkim swoim obywatelom dostęp do jego ochrony na zasadzie równości i społecznej sprawiedliwości. Wiążący walor tego zobowiązania stanowi prostą konsekwencję ratyfikacji przez RP szeregu dokumentów rangi międzynarodowej oraz członkowstwa w rozmaitych ponadpaństwowych gremiach. Stosowne zobowiązania w dziedzinie ochrony zdrowia nałożone zostały na przedstawicieli poszczególnych władz państwowych w ustawie zasadniczej (art. 68 ust. 1. „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia", ust. 2. „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych") [9]. Ciążące na państwie zadania stymulować powinny wypracowywanie określonych rozwiązań systemowych, gwarantujących zabezpieczenie podstawowego, tak w aspekcie

indywidualnym, jak i społecznym, dobra prawnego (zdrowia).

W obszarze ochrony zdrowia szczególnym obowiązkiem państwa, jego agend i podmiotów dzierżących władzę publiczną jest troska o dziecko (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, „Władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom ...”). Dobro dziecka stanowi konstytucyjną klauzulę generalną [10], rekonstruowaną poprzez odwołanie do aksjologii konstytucyjnej i ogólnych założeń systemowych (art. 72 ust. 1 zd. 1 Konstytucji RP, „Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka”). Jest ono również eksponowane jako wartość szczególna w przepisach ratyfikowanej przez Polskę Konwencji o prawach dziecka (art. 3, „... we wszystkich działaniach dotyczących dzieci, podejmowanych przez publiczne lub prywatne instytucje opieki społecznej, sądy, władze administracyjne lub ciała ustawodawcze, sprawą nadrzędną będzie najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka”) [11]. W tej pojemnej klauzuli (zasada kierowania się dobrem dziecka) ustrojodawca zawarł oczekiwanie podejmowania takich decyzji i działań, których ostatecznym celem będzie interes najmłodszego, jego bezpieczeństwo i rozwój. Rezygnując z głębszej analizy tej fundamentalnej dla społecznego bytu gwarancji, warto jednak zaznaczyć, iż forsowana jest ona konsekwentnie w wielu aktach prawnych niższego rzędu (w szczególności w Ustawie z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy), determinując kształt wielu rozwiązań instytucjonalnych.

„Dobro dziecka” stanowi m.in. instrument wykładni przepisów prawa oświatowego, stając się niejako „duchem” fundamentalnej dla tej gałęzi prawa ustawy (art. 4 Ustawy o systemie oświaty, „Nauczyciel w swoich działaniach dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych ma obowiązek kierowania się dobrem uczniów, troską o ich zdrowie, postawę moralną i obywatelską z poszanowaniem godności osobistej ucznia”) [12]. Już preambuła do Ustawy o systemie oświaty mobilizuje podmioty wykonawcze do stosownego – prozdrowotnego – ukierunkowania swoich działań („...Szkoła winna zapewnić każdemu uczniowi warunki niezbędne do jego rozwoju...”). Celową wykładnię wszelkich zawartych w szeroko rozumianym prawie oświatowym rozwiązań ugruntowuje art. 1 wspomnianej wyżej Ustawy, który podkreśla, iż do podstawowych zadań systemu oświaty należy m.in. utrzymywanie bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki w szkołach i placówkach. Dalsze przepisy prawa oświatowego (np. art. 6 Ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela, Dz.U. 2006 nr 97, poz. 674 ze zm.) potwierdzają tezę o przyjęciu przez ustawodawcę założenia, iż w aktywności państwa, jaką stanowi oświata, podstawową wartością, którą należy realizować w codziennej edukacyjnej pracy jest dobro ucznia, a dokonuje się to również poprzez przemyślaną systemową politykę zdrowotną. Fakt, że na skuteczną implikację konstytucyjnej formuły wpływa stopień zagwarantowania dziecku optymalnych warunków dla zdrowia i bezpieczeństwa, determinuje szeroką rozpiętość regulacji prawnych o tej tematyce. Tytułem przykładu warto przywołać zwłaszcza: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach, Dz.U. 2003 nr 6, poz. 69 ze zm. – poświęcone stosowaniu przez dyrektora przepisów bhp, dbaniu o higienę uczniów oraz postępowaniu w sytuacji zdarzenia zdrowotnego, jakim jest wypadek w szkole; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 stycznia 1997 r. w sprawie warunków, jakie muszą spełniać organizatorzy wypoczynku dla dzieci i młodzieży szkolnej, a także zasad jego organizowania i nadzorowania, Dz.U. nr 12, poz. 67 ze zm. – nakładające na organizatorów wypoczynku obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków wypoczynku i właściwej opieki wychowawczej; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz.U. nr 228, poz. 1487 – zobowiązujące dyrektora placówki do zorganizowania uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem, Dz.U. nr 26, poz. 226 – stawiające przed placówkami oświatowymi zadania w zakresie rozpoznawania i diagnozy zagrożeń związanych z uzależnieniem, informowania o skutkach zagrożeń, współpracy i poradnictwa w tym obszarze; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 08 listopada 2001 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki krajoznawstwa i turystyki, Dz.U. nr 135, poz. 1516 – określające warunki, jakich należy dochować w związku z organizacją różnych form rekreacyjnych z udziałem uczniów; Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 06 września 2007 r. w sprawie form i zakresu finansowego wspierania organów prowadzących w zapewnieniu bezpiecznych warunków nauki, wychowania i opieki w publicznych szkołach i placówkach, Dz.U. nr 163, poz. 1155 – poświęcone wsparciu finansowemu ze środków budżetu państwa w zapewnieniu bezpiecznych warunków nauki, wychowania i opieki; Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, Dz.U. nr 180, poz. 1860 ze zm. – nakładające na pracodawcę obowiązek zorganizowania pracownikom szkoleń, odpowiednich do rodzaju wykonywanej przez nich pracy. Rozpiętość zadań w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa dzieci w placówce oświatowej powiększają akty prawne wyższej rangi, m. in. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r.

Kodeks pracy, tekst jedn. Dz.U. 1998 nr 21, poz. 94 ze zm., Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, Dz.U. 2012, poz. 1137 ze zm., Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, Dz.U. 2010 nr 136, poz. 914, Ustawa z dnia 09 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, Dz.U. 1996 nr 10, poz. 55 ze zm., Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. nr 179, poz. 1485 ze zm., Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. nr 180, poz. 1493, Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, tekst jedn. Dz.U. 2002 nr 11, poz. 109 i Nr 58 ze zm.

Zainteresowanie zdrowiem i bezpieczeństwem dzieci w wieku szkolnym ma również swoje pozanormatywne uwarunkowania. Państwo polskie stoi obecnie w obliczu dużej rozpiętości wachlarza problemów zdrowotnych uczniów. Prezentowane u progu XXI wieku diagnozy stanu zdrowia przedstawicieli populacji szkolnej wykazywały następujące deficyty [13]: zaburzenia w rozwoju somatycznym (przede wszystkim otyłość), zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego (nerwice, tiki, jąkanie, zaburzenia osobowości, uzależnienia od środków odurzających), choroby układu oddechowego (astma, infekcje dróg oddechowych), zaburzenia statystyki ciała. Po przeszło 10 latach od momentu zainicjowania międzynarodowego programu „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku", obraz stanu zdrowia dzieci w Polsce nadal nie napawa optymizmem. Opierając się na różnych źródła [14], wymienić należy przede wszystkim: próchnicę zębów (ponad 90%) i choroby przyzębia (ok. 50% w starszych klasach), urazowość (w ok. 25% przypadków ma ona związek z realizacją obowiązku szkolnego), przewlekłe choroby układu oddechowego (20–25%), w tym o podłożu alergicznym, zaburzenia emocjonalne i stany nerwicowe (10–20%), wady refrakcji (15–20%), zaburzenia układu ruchu i statyki ciała (10–15%), zaburzenia w rozwoju somatycznym, w tym nadwaga i otyłość (7–15% w wieku 7–17 lat) i niskorosłość oraz opóźniające się dojrzewanie (5–7%), nadciśnienie tętnicze (5–7%), wole proste u dziewcząt (ok. 5%) [15]. Dodatkowo ta populacja szczególnie narażona jest na podejmowanie tzw. zachowań ryzykownych, w postaci palenia papierosów, picia alkoholu i zażywania innego rodzaju środków psychotropowych (w tym niestety również narkotyków). Tego typu doświadczenia związane są bowiem często z funkcjonowaniem w grupie społecznej (ryzykownym dla zdrowia inicjacjom sprzyjają spotkania w grupach rówieśniczych).

Jak w kontekście tej pesymistycznej diagnozy wygląda polityka zdrowotna Polski? Dokonana wcześniej analiza stanu prawnego daje podstawy do przyjęcia następującej tezy: normatywna aktywność państwa polskiego w obszarze polityki oświatowej (tworzenie przepisów prawa oświatowego) odpowiada w sposób satysfakcjonujący postulatowi przyjętemu przez międzynarodową społeczność w Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia z 1986 r. – tworzenia szkolnego siedliska zdrowia. Polski ustawodawca dostrzega konieczność roztoczenia nad beneficjentami usług edukacyjnych wzmożonej opieki. Legislacyjną przezorność determinuje specyfika placówki oświatowej, jako miejsca publicznego gromadzącego w swoich murach szeregi młodych, niedojrzałych, przepełnionych energią jednostek, często nie do końca świadomych czekających nań zagrożeń. W takich warunkach mądrość dorosłego opiekuna (nauczyciela) wyposażonego w stosowne atrybuty zapobiec może wypadkowi z udziałem poddanego jego pieczy ucznia. Kwestią otwartą pozostają jednak: po pierwsze, kompetencje opiekunów (posiadana przez nich wiedza i umiejętności oraz narzędzia) w zakresie skutecznej realizacji zadań opiekuńczych; po drugie, ich stosowne wsparcie fachową pomocą medyczną w sytuacjach, gdy zaistniałe zdarzenie zdrowotne przekracza te kompetencje.

Podejmując próbę rozstrzygnięcia powyższych zagadnień, warto oprzeć się na obserwacjach praktyki szkolnej. Wynika z nich, że tzw. osoby zobowiązane do nadzoru nad inną osobą (jak definiuje nauczyciela Kodeks cywilny), ewentualnie osoby, na których ciąży szczególny obowiązek opieki nad inną osobą (takiego sformułowania używa z kolei ustawodawca w Kodeksie karnym) nie zawsze wiedzą, jak w konkretnych sytuacjach szkolnych mogą/bądź powinny postąpić. Dotyczy to m.in. zachowań prewencyjnych, prawidłowości postępowania w związku z wypadkiem zaistniałym w trakcie zajęć organizowanych przez szkołę, stopnia zaangażowania w procedurę udzielania pierwszej pomocy czy sporządzania podstawowej dokumentacji w konsekwencji zaistnienia zdarzenia zdrowotnego. Pomimo obowiązkowych szkoleń, jakie każdy adept pedagogicznego kierunku odbywa, istnieje duża dezorientacja w zakresie przestrzegania przepisów prawa, które w sposób nie budzący wątpliwości nakładają na opiekunów wiele obowiązków w obszarze ochrony zdrowia uczniów i zapewnienia im bezpieczeństwa. Na marginesie warto podkreślić, że niejednokrotnie zadania nałożone na opiekunów wykraczają poza fizyczne możliwości człowieka i minimalizowanie ryzyka wypadku wymaga doskonałej wręcz organizacji pracy, co przy specyfice funkcjonowania placówki oświatowej nie zawsze jest osiągalne (np. problem przerw, udawania się przez nauczyciela po klucze czy dziennik klasowy). Stosunkowo niebotyczne oczekiwania kierowane są również pod adresem osób organizujących wśród dzieci i młodzieży różne formy wypoczynku i rekreacji. Regulujące tę problematykę Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 stycznia 1997 r. w sprawie warunków, jakie muszą spełniać organizatorzy wypoczynku dla dzieci i młodzieży szkolnej, a także zasad jego organizowania i nadzorowania nakłada na opiekunów bardzo ogólne obowiązki (§ 1. „Organizatorzy wypoczynku obowiązani są do zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków wypoczynku i właściwej opieki wychowawczej"). Mają

one jednak konkretne zastosowanie w trudnych przypadkach, np. zajścia nieletniej podopiecznej w ciążę. Wiedza nauczycieli na temat zadań niedydaktycznych (należałoby je rozpatrywać w kategorii działań opiekuńczych) jest albo mocno zafałszowana, albo bardzo zawężona. Taki stan inicjuje z kolei niedopuszczalne z punktu widzenia zasady dobra dziecka praktyki, np. umieszczanie w programie szkolnych wycieczek (których uczestnikami są uczniowie szkoły podstawowej lub gimnazjalnej) punktu przewidującego tzw. czas wolny (zgodnie z kwalifikacją karną udzielenie uczniowi w tej kategorii wiekowej „czasu wolnego" wypełnia znamiona przestępstwa z art. 207 Kodeksu karnego, czyli porzucenia osoby poddanej pieczy), rotacyjne dyżury na przerwach, na których zgodnie z grafikiem dyżurów dyżurować powinna określona liczba nauczycieli, czy pozostawianie grupy z niedoświadczonym i niekompetentnym praktykantem. W tym kontekście należałoby postawić postulat zorganizowania dla poszczególnych typów placówek oświatowych obowiązkowych kursów doszkalających nauczycieli w tematyce prawnej z uwzględnieniem specyfiki pracy determinowanej wiekiem (i innymi właściwościami) podopiecznych. Kursy mogłyby przyjąć charakter cyklicznych spotkań, np. odbywać się corocznie i odpowiadać na bieżące potrzeby i problemy szkoły. Miałyby one z pewnością konstruktywne znaczenie przy spełnieniu podstawowego warunku: wprowadzaniu transparentnej procedury wyłaniania podmiotów odpowiedzialnych za organizację takiej oferty edukacyjnej i jej realizację na stosownym poziomie merytorycznym.

Obciążaniu szkoły i jej pracowników zadaniami o charakterze opiekuńczym nie towarzyszy wyposażanie jej wykonawców w stosowne instrumenty prawne, które uskuteczniłyby realizację zakładanego nadrzędnego celu (ochrony zdrowia i bezpieczeństwa dziecka). Formułowanie ambitnych postulatów (do czego zmierzamy) oraz pożądanych efektów (co pragniemy osiągnąć) w rozmaitych aktach prawnych (szczególnie rangi resortowej) i dokumentach inicjujących programy prozdrowotne odbywa się bez uwzględnienia zmian na dalszym wykonawczym etapie (czyli na równie istotnym poziomie sprawstwa). Jeżeli powinnością nauczyciela jest „rzetelne realizowanie zadań związanych z (...) opiekuńczą funkcją szkoły, w tym (...) zapewnienie bezpieczeństwa uczniów w czasie zajęć organizowanych przez szkołę" (art. 6 Karty Nauczyciela), co odbywa się np. poprzez systematyczne rozpoznawanie i diagnozowanie zagrożeń, to w repertuarze działań, do których jako opiekun i osoba odpowiedzialna za dziecko powierzone jego pieczy jest legitymowany, należałoby umieścić m.in. konkretne czynności kontrolne (np. kontrola plecaków). Podejmowanie stosownych działań prewencyjnych (przeszukanie, zarekwirowanie) w sytuacjach powzięcia przez nauczyciela uzasadnionego podejrzenia posiadania przez ucznia niebezpiecznego przedmiotu lub środka (np. narkotyku), uczyniłoby postulat prowadzenia przez szkołę działań ochronnych bardziej realnym. W obecnym stanie prawnym nauczyciel w relacji z uczniem i jego prawnymi opiekunami jest petentem wychodzącym z określoną prośbą, która na zasadzie dobrej woli może, lecz nie musi być uwzględniona. Dotyczy to np. podawania wychowawcy numeru telefonu celem kontaktowania się z rodzicami ucznia, zgody rodzica na przebadanie ucznia przez pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznej, uczestnictwa w różnych zajęciach i programach. Brakuje przepisów prawnych regulujących zasady postępowania w sytuacjach trudnych, konfliktowych, stwarzających potencjalnie niebezpieczne warunki dla bezpieczeństwa dzieci. Należy przy tym wziąć pod uwagę, że bezpieczeństwo i zdrowie uczniów jest pojęciem bardzo pojemnym, obejmującym nie tylko problematykę zapewnienia warunków korzystnych dla zdrowia (w ujęciu somatycznym) oraz przestrzegania zasad bhp. Ten obszar w sposób precyzyjny regulują przepisy Kodeksu Pracy oraz Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach. Bezpieczeństwo zdrowotne ucznia wiąże się także z okolicznościami, jakie towarzyszą przemieszczaniu się dziecka z domu do placówki (i z powrotem), rodzajem spożywanych na terenie placówki napojów i pokarmów (dieta żywieniowa), racjonalnym rozkładem zajęć lekcyjnych w tygodniu nauki (ilościowy i jakościowy wymiar planów zajęć), badaniami przesiewowymi czy wreszcie repertuarem środków, jakie ma do dyspozycji dyrektor i nauczyciel w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa uczniów. Ten ostatni element omawianego zagadnienia ma złożony wymiar z uwagi na konieczność uwzględnienia rozmaitych źródeł zagrożeń. Na ochronę zdrowia dziecka mogą bowiem składać się działania zapobiegające wypadkom lub używaniu przez ucznia szkodliwych środków (sytuacje, gdy dziecko swoim zachowaniem stwarza dla siebie zagrożenie), zapobiegające wypadkom z udziałem innych uczniów lub podejmowanym przez nich aktom przemocy (sytuacje, gdy dzieci będące pod opieką wzajemnie stanowią dla siebie zagrożenie). Wreszcie nie można niestety wykluczyć trzeciego rodzaju źródła zagrożenia, inicjowanego przez osoby trzecie, spoza układu szkoła/uczeń/nauczyciel. Podmioty niebędące uczestnikami społeczności szkolnej mogą w różnych intencjach (np. porachunkowych, rozprowadzania na terenie szkoły narkotyków) przybywać do placówki, co dodatkowo obciąża pracowników szkoły (przede wszystkim dyrekcję) obowiązkiem wypracowania skutecznego mechanizmu kontroli. Polskie szkoły podejmując działania ochronne, wykorzystują możliwości, jakie stwarza im technika (instalowanie kamer). Są jednak bezbronne w obliczu zarzutów stawianych przez coraz bardziej świadomych swoich praw uczniów – naruszenia przez szkołę/nauczyciela ich dóbr osobistych. W obszarze tak ważkim, jak polityka bezpie-

czeństwa w placówce oświatowej, warto podpatrywać inne kraje, wzorując się na sprawdzonych, skutecznych rozwiązaniach. Polem wnikliwej penetracji może być Wielka Brytania. Brytyjski Wydział Edukacyjny zainicjował w 2012 r. kierunek health and safety policy. Program ten opiera się na dokumencie Health & Safety Advice on legal duties and powers for local authorities, school leaders, school stuff and governing bodies [16], stanowiącym swoisty poradnik dla władz lokalnych, dyrektorów i nauczycieli, jakie działania podejmować w zakresie ochrony bezpieczeństwa uczniów. W rezultacie - jak pisze Wioletta Różycka-Śpionek – „zweryfikowano obowiązujące prawo oraz ponownie wyjaśniono nauczycielom błędnie pojmowane lub sporne regulacje, wskazano także skuteczne instrumenty działania, co pozwoliło odciążyć grono pedagogiczne od przygotowywania zbędnej dokumentacji uzasadniającej wszelkie podejmowane kroki dotyczące sprawowania opieki nad młodzieżą" [17]. Na kanwie tego dokumentu każda szkoła, w której uczą się osoby między 16. a 19. rokiem życia (odpowiednik polskiej szkoły ponadgimnazjalnej), zobligowana jest do opracowania własnej wewnętrznej polityki bezpieczeństwa odpowiadającej potrzebom i zagrożeniom, jakie w danej placówce występują (mogą wystąpić). Pod tym właśnie kątem dyrektor, po postawieniu całościowej diagnozy, organizuje dla swoich pracowników szkolenia, które mają ich wyposażyć w stosowne umiejętności reagowania na sytuacje trudne. Na szczeblu ponadgimnazjalnym, dzięki regulacjom opracowanym w Departament for Business Education & Skills – Screening, searching and confiscation, nauczyciele posiedli uprawnienia monitorowania i przeszukiwania uczniów oraz konfiskaty niedozwolonych przedmiotów. Przy spełnieniu obostrzonych warunków takie czynności mogą być podejmowane również bez zgody osoby przeszukiwanej. Celem poprawy bezpieczeństwa szkoły mogą ponadto instalować bramki i wykrywacze metalu, przy czym skanowanie przenośnym detektorem odbywa się również bez zgody osoby „podejrzanej". Osobami uprawnionymi do tego typu działań kontrolnych są wyznaczeni przez dyrektora pracownicy szkoły (wyjątkowo każdy nauczyciel może podjąć się przeszukania w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia).

W przywołanym brytyjskim nurcie health & safety policy obowiązują dwie godne uwagi zasady: ochrony prawnej nauczyciela (wyposażeni oni zostali w narzędzia, z których mogą korzystać bez obawy posądzenia o nadużycie kompetencji w sytuacji, gdy podstawa do interwencji upadnie) oraz działania w granicach zdrowego rozsądku (szkoła reaguje i informuje policję dopiero wtedy, gdy sprawa jest poważna). Wprowadzone w brytyjskich placówkach rozwiązania wymagają czytelnych, precyzyjnych, znanych wszystkim członkom społeczności procedur, a ich prawidłowe stosowanie w dalszej perspektywie może przyczynić się do wzmocnienia nadszarpniętego wizerunku nauczyciela. Dotkliwe odczuwana w polskiej oświacie niemoc nauczycieli prowokuje do refleksji nad opracowaniem podobnych rozwiązań. W tym kontekście należałoby postawić postulat zredagowania przez MEN stosownych wytycznych dla dyrektorów szkół, których administracyjny status pozwala na wprowadzenie na terenie podległego im zakładu wiążących pracowników i uczniów aktów wewnętrznych. Mogłyby one przyjąć formę Regulaminu bezpieczeństwa szkoły, koncentrującego się na stworzeniu mechanizmów spójnej i adekwatnej polityki prewencji. Takie rozwiązanie wymagałoby oczywiście wstępnej akceptacji rodziców (Rady rodziców, Rady szkoły) oraz przeprowadzenia w środowiskach lokalnych kampanii informacyjnej na rzecz zyskania społecznej akceptacji dla inicjatywy. W dalszej perspektywie konieczne wydaje się podjęcie wysiłku na rzecz zredefiniowania katalogu podstawowych praw człowieka i obywatela – wykładnia przepisów powinna mieć wymiar celowościowy i systemowy. Nadrzędne wartości, których państwo strzeże, w tym dobro dziecka (a zatem również jego zdrowie i bezpieczeństwo), należy chronić, wykorzystując mechanizmy kontrolne, których rodzaj i zakres oraz zasadność zastosowania ściśle określają przepisy niższego rzędu. Przyjmując optykę „szukania dziury w całym" i piętnując wszelkie działania urealniające deklaratywny poziom legislacji, pozbawiamy egzekutywę skuteczności. Dodatkowo należy zaapelować do środowiska sędziowskiego i organów nadzoru pedagogicznego oraz tych wszystkich, którzy monitorują i rozliczają placówki oświatowe z ich osiągnięć o racjonalizm w posługiwaniu się kryterium legalności przy ocenie konkretnych działań i przedsięwzięć.

Rozliczając państwo z jego normatywnej aktywności w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa dzieci, nie sposób pominąć kwestii pomocy medycznej. Zgodzić się należy ze współczesnymi założeniami promocji zdrowia wyrażonymi w strategii WHO „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku" – „zdrowie ucznia zależy od wielu czynników pozamedycznych, takich jak: status ekonomiczno-społeczny rodziny, wsparcie społeczne, środowisko fizyczne i społeczne w szkole i miejsce zamieszkania (…)" [4]. W ochronę zdrowia dziecka włączyć się więc powinni rodzice, sami uczniowie oraz szkoła. To słuszne założenie, obalające niejako stereotyp, że za zdrowie populacji odpowiedzialna jest wyłącznie służba zdrowia, nie deprecjonuje jednak, a z pewnością nie zwalnia z obowiązków pracowników medycznych. Obowiązujące przepisy prawne (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, Dz.U. nr 282, poz. 2814; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, Dz.U. nr 56, poz. 379) profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami powierzają dwóm profesjonalnym pod-

miotom: pielęgniarce (lub higienistce szkolnej) w gabinecie profilaktycznym szkoły oraz lekarzowi POZ (lekarzowi rodzinnemu lub pediatrze) w zakładzie opieki zdrowotnej lub innym miejscu profilaktyki zawodowej lekarza. Już pobieżny wgląd w problematykę tego układu (trudno bowiem zdrowotną obsługę dzieci nazwać systemem) wskazuje na rozmiar jego niedoskonałości. Na poziomie funkcjonowania pielęgniarek szkolnych zauważyć można zasadnicze braki personalne, a w konsekwencji przekroczenie norm dotyczących liczby uczniów na etat pielęgniarki. W realiach szkolnych taki stan rzeczy przyjmuje paradoksalny obraz zamkniętego gabinetu profilaktycznego, co skutkuje w częstych przecież przypadkach zaistnienia wypadku w szkole (według szacunkowych danych z ubiegłego roku – ok. 100 tys. wypadków) brakiem dostępu poszkodowanego dziecka do szybkiej fachowej pomocy medycznej. Efektem takiej polityki oszczędzania przez państwo na usługach zdrowotnych świadczonych najmłodszym jest konsternacja całego grona pedagogicznego i nieuzasadnione liczenie na szczęście – aby na prowadzonych przez nauczyciela lekcjach i dyżurowanych przezeń przerwach nie doszło do tzw. zdarzenia medycznego, które wiązałoby się z koniecznością udzielenia podopiecznemu pierwszej pomocy. Warto przy okazji wspomnieć, iż w ramach pomocy udzielanej uczniowi nie mieści się aplikowanie środków farmakologicznych (np. wykupywanych bez recepty środków przeciwbólowych) – każda tego typu ingerencja wymaga nie tylko kompetencji medycznych, ale również zgody rodzica (który nie musi akurat w danej chwili odebrać telefonu, ewentualnie przyjechać do szkoły po swoje dziecko). W ostateczności pozostaje wezwanie karetki pogotowia, ale taka alternatywa natychmiast rodzi pytanie, czy w każdym przypadku jest to zasadne i racjonalne z ekonomicznego punktu widzenia? Na drugim poziomie układu zdrowotnego, którego adresatem jest dziecko w wieku szkolnym funkcjonuje przede wszystkim lekarz pediatra. W środowiskowych dyskusjach zwraca się często uwagę na współczesną marginalizację tej ważnej z punktu widzenia zabezpieczenia zdrowia dziecka specjalizacji. Wypowiedzi pediatrów nie napawają optymizmem. Oto wypowiedź przedstawiciela tego środowiska: „Faktem jest, że meandry reformy ochrony zdrowia najboleśniej odczuwa pediatria i medycyna szkolna, a najwięcej straciły dzieci. Przede wszystkim dotyczy to świadczeń profilaktycznych" [15]. W poszukiwaniu przyczyn niewydolności tego obszaru świadczeń zdrowotnych wskazuje się m.in. na: obniżenie roli i prestiżu pediatry, czego konsekwencją stało się malejące zainteresowanie absolwentów studiów medycznych tą specjalnością; niewystarczająca i ciągle zmniejszająca się liczba pediatrów (wielu z nich osiąga obecnie wiek emerytalny, a brakuje wymiany pokoleniowej w tym zawodzie); niski społeczny prestiż pielęgniarek (również zauważalny proces starzenia się przedstawicieli tej profesji), permanentne niedoszacowanie wysokości ich płac oraz związany z tym spadek zainteresowania studentów studiami z zakresu pielęgniarstwa, ewentualnie migracja osób wykształconych w tym kierunku za granicę; finansowe ograniczenia w realizacji pediatrycznych świadczeń profilaktycznych i rehabilitacyjnych; brak państwowych programów pediatrycznych; brak rozwiązań dotyczących terapii uzależnień młodzieży; brak czynnego poradnictwa w zakresie problemów zdrowotnych [15, 18, 19, 20, 21].

Odczuwanym od kilku lat efektem nieodpowiedzialnej polityki państwa jest dezorganizacja medycyny szkolnej (zamknięcie w szkołach gabinetów lekarskich i poradni medycyny szkolnej, pozbawienie całej populacji uczniów świadczeń lekarskich i stomatologicznych w ich podstawowym środowisku życia), co z kolei skutkuje brakiem aktualnej wiedzy na temat stanu zdrowia uczniów i przypadkowością wszelkich kampanii promocyjnych (problem promocji zdrowia bez uprzedniego rzetelnego rozpoznania stanu wyjściowego). Stawiana przez doświadczonych pediatrów diagnoza kondycji służby zdrowia w obszarze świadczeń kierowanych do najmłodszych pacjentów zamyka się w słowach - „totalna degradacja systemu ochrony zdrowia nad populacją wieku rozwojowego" [15] – i nie sposób nad taką rzeczywistością przejść do porządku, spokojnie wsłuchując się w hasła rządowych kampanii na rzecz promocji zdrowia.

Z drugiej strony należy zauważyć, iż ta sfera działalności państwa, czyli promowanie w społeczeństwie zdrowia, stanowi kolejny etap historycznej ewolucji związku pomiędzy szkołą a zdrowiem uczniów (od higieny szkolnej przez medycynę szkolną po aktualny etap – promocji zdrowia) i pewne jej obszary (w szczególności edukowanie na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa) zagospodarowywane są interesującymi inicjatywami rządu. Tytułem konstruktywnego przykładu można wskazać:

– Rządowy Program poprawy bezpieczeństwa obywateli „Bezpieczna Polska". Na jego kanwie rozwija się współpraca instytucji państwowych odpowiedzialnych za bezpieczeństwo na szczeblu regionalnym i lokalnym. W sektorze edukacji podmiotem inicjującym i pilotującym działania jest MEN [22, 23], do którego najważniejszych zadań należy: opracowanie projektu zmian regulacji prawnych dotyczących finansowania programów profilaktycznych, promowania aktywności sportowej, kulturalnej i społecznej oraz rozwijania uzdolnień młodzieży w zorganizowanych formach; opracowanie wspólnie z organizacjami pozarządowymi koncepcji wspomagania działań wychowawczych w zakresie edukacji młodzieży na rzecz bezpieczeństwa; opracowanie podstaw programowych w zakresie wiedzy prawnej oraz edukacji na rzecz bezpieczeństwa i porządku publicznego; systematyczne prowadzenie stron internetowych do projektu „Bezpieczna szkoła"; upowszechnianie materiałów wspierających nauczycieli

w zakresie edukacji prawnej oraz kształtowania postaw społecznych jednoznacznie negujących przestępstwo, a także dotyczących tworzenia bezpiecznego środowiska nauki, zamieszkania oraz zabawy i wypoczynku dzieci i młodzieży; wspieranie organizacji pozarządowych realizujących programy w zakresie edukacji dla bezpieczeństwa; tworzenie warunków do międzynarodowej wymiany i współpracy młodzieży w zakresie bezpieczeństwa; stworzenie forum wymiany doświadczeń dla nauczycieli i koordynatorów ośrodków kształcenia nauczycieli i doradców metodycznych.

– Wprowadzenie w ramach reformy programowej do szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych nowego przedmiotu: Edukacja dla bezpieczeństwa (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 marca 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych, Dz.U. nr 54, poz. 442; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie sposobu realizacji edukacji dla bezpieczeństwa, Dz.U. nr 139, poz. 1131). Treści programowe tego przedmiotu składają się na kompleksowe ujęcie bezpieczeństwa z przeniesieniem punktu ciężkości działań edukacyjnych na problematykę zagrożeń pokojowych i sposobów zachowania się w sytuacjach zdarzeń o charakterze kryzysowym, możliwych w każdym miejscu i czasie [23, 24, 25]. W szkole gimnazjalnej celem nauczania stało się, obok znajomości powszechnej samoobrony i ochrony cywilnej, przygotowanie uczniów do działania ratowniczego oraz nabycie umiejętności udzielania pierwszej pomocy. Osiągany jest on poprzez przekazywanie w ramach 30 godzin następujących treści: znaczenia udzielania pierwszej pomocy, zasad postępowania aseptycznego i bezpiecznego dla ratownika, wzywania odpowiedniej pomocy, stopnia zagrożenia osoby poszkodowanej i zasad bezpiecznego postępowania w rejonie wypadku, zasad zabezpieczenia miejsca wypadku, udzielania pomocy w wypadku drogowym, podczas kąpieli, załamania lodu lub porażenia prądem, sposobów wynoszenia poszkodowanego ze strefy zagrożenia dla osoby nieprzytomnej, układania osoby nieprzytomnej w pozycji bezpiecznej, wykonywania samodzielnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, tamowania krwotoku za pomocą opatrunku, pomocy przy złamaniach i zwichnięciach, pomocy przy zatruciach, skutków działania niskiej i wysokiej temperatury na organizm człowieka, pomocy osobie poszkodowanej przy oparzeniu termicznym i chemicznym. Na zasadzie kształcenia powracającego zakres zagadnień z tego przedmiotu na etapie ponadgimnazjalnym (również wymiar 30-godzinny) powtarza się, a tematyka jest pogłębiona.

– Nałożenie na każdą szkołę obowiązku opracowania szkolnego programu profilaktycznego (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz.U. nr 51, poz. 458), który jest jednym z elementów określających działalność edukacyjną szkoły i razem z programem nauczania oraz programem wychowawczym stanowić powinien spójną całość [26]. Prawidłowo zredagowany program stanowi projekt systemowych rozwiązań inicjowanych w środowisku szkolnym, a ukierunkowanych na wspomaganie ucznia w radzeniu sobie z trudnościami zagrażającymi prawidłowemu rozwojowi i zdrowemu życiu, ograniczenie i likwidowanie czynników ryzyka oraz inicjowanie i wzmacnianie czynników chroniących [27].

Godne podkreślenia są inicjowane na szczeblu centralnym przedsięwzięcia w zakresie promocji zdrowia. Dotyczą one m.in.:

– dbałości o zdrową dietę młodych ludzi i kształtowania u nich prawidłowych nawyków żywieniowych w ramach programu „Szklanka mleka" oraz „Owoce w szkole" (programy te realizowane są w szkołach różnego typu na terenie całego kraju)

– dbałości o bezpieczeństwo uczniów w ramach projektu „Profilaktyka a Ty/Edukacja", czyli „Pat/E" (stanowi on element programu „Bezpieczna i Przyjazna Szkoła" i obejmuje szkolenie animatorów – pedagogów szkolnych, nauczycieli przedmiotu, psychologów, pracowników placówek wychowania pozaszkolnego – podejmowania działań ukierunkowanych na poprawę stanu bezpieczeństwa na terenie konkretnych placówek edukacyjnych oraz ograniczenia skali występowania zjawisk patologicznych)

– wyróżniania szkół podejmujących systemowe działania w zakresie edukacji zdrowotnej (kreowanie warunków sprzyjających dobremu samopoczuciu całej społeczności szkolnej, samodzielne diagnozowanie problemów, podejmowanie inicjatyw na rzecz rozwiązywania tych problemów i dokonywanie ewaluacji tychże działań) poprzez tworzenie na szczeblach wojewódzkim i krajowym sieci „Szkół promujących zdrowie".

Tytułem podsumowania powyższych rozważań podkreślić wypada wagę powszechnie uznanej wieloczynnikowej teorii zdrowia, zgodnie z duchem której, zdrowie nie stanowi wartości danej raz na zawsze, przeciwnie – charakteryzuje się ono zmiennością, a na jej stan wpływ ma wiele czynników. Nie ulega w związku z tym wątpliwości, iż zdrowie społeczeństwa oraz odpowiedzialność za nie wykracza poza obszar nauk medycznych [28]. Rodzi to konieczność podejmowania wielosektorowych działań, w które angażować się powinny rozmaite podmioty. Oprócz instytucji państwa i jego agend, są to z pewnością jednostki samorządu terytorialnego, w szczególności gminy, w których katalogu zadań własnych ustawodawca umieścił obowiązek zaspokajania zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym ochronę zdrowia jej mieszkańców (art. 7 Ustawy z dnia 08 marca 1990 r. o samorządzie lokalnym, Dz.U. nr 16, poz. 95 ze zm.). System opieki zdrowotnej nad populacją szkolną [15] uzupełniają rodzice ucznia (którzy ponoszą, wynikają-

cą z przysługującej im władzy rodzicielskiej, prawną, a przede wszystkim moralną odpowiedzialność za zdrowie swoich dzieci), sam uczeń (który aktualnie uczestniczy w trosce o swoje zdrowie), szkoła (która zapewnić powinna uczniowi środowisko sprzyjające zdrowiu, bezpieczeństwu i edukacji zdrowotnej). Synchronizacja działań tych podmiotów na etapie wykonawstwa decyduje dopiero o sukcesie – przybliżaniu się do wspólnego, długodystansowego celu, jakim jest lepszy stan zdrowia młodego pokolenia Polaków. Praktyka przynosi w tym obszarze godne naśladownictwa rozwiązania [29], oparte o społeczny dialog szkoły (dyrekcji, grona pedagogicznego – które inicjuje, organizuje, koordynuje dane przedsięwzięcie zdrowotne), rodziców (Rady Rodziców, Rady Szkoły – która akceptuje, wspiera, również finansowo, dane przedsięwzięcie), pielęgniarki (która angażuje się jako podmiot profesjonalny w określone działania profilaktyczne), gminy (która wspiera szkołę finansowo i organizacyjnie). Rosnąca aktywność tych podmiotów w skali całego kraju stanowi konsekwencję rosnącej społecznej świadomości, na co wpływ ma rozwijanie rozmaitych kampanii informacyjno-promocyjnych na poziomie centralnym i lokalnym. Aby jednak mówić o systemie, nie wystarczy włączać siły społeczne, bowiem pewnego ciężaru pracy nie jest ono w stanie udźwignąć. Konieczne jest zaangażowanie podstawowego podmiotu, czyli państwa. Przy czym owa aktywność nie może sprowadzać się wyłącznie do produkcji aktów normatywnych (a i w tym fragmencie odczuwane są pewne braki, np. w zakresie kompetencji nauczycieli, czy opracowania kompleksowej ustawy o medycynie szkolnej). Szkoła potrzebuje konkretnego wsparcia finansowego (partycypacja państwa w dystrybuowaniu środków na realizację programów profilaktycznych), medycznego (opracowanie racjonalnych przeliczników stanowiących podstawę zatrudniania pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania przez oddziały wojewódzkie NFZ) oraz prawnego (zaktywizowanie oraz wsparcie środowisk prawniczych w rozwijaniu usług prawniczych o charakterze poradnictwa i edukacji prawnej na rzecz szkół). Trudno oprzeć się wrażeniu, że pod współcześnie forsowanym hasłem „aktywnego społeczeństwa", następuje stopniowe wycofywanie się państwa z jego zadań socjalnych wobec obywateli, niestety również najmłodszych. Ten trwający od momentu zainaugurowania reform w sektorze oświaty i służby zdrowia proces dotkliwie odczuwają członkowie społeczności szkolnej – dzieci, ich rodzice i nauczyciele. Jeśli opieka zdrowotna adresowana do populacji uczniów miałaby zatrzymywać się na szczeblu lokalnym, to należały również przewartościować ustrojowe założenia zawarte w Konstytucji RP i aktywność państwa ograniczyć do funkcji informacyjnej i promocyjnej. Póki co, model rekonstruowany w oparciu o obowiązujący w Polsce porządek prawny (welfare state) ma wymiar teoretyczny.

PISMIENNICTWO

1. Karta Ottawska uchwalona podczas Konferencji Międzynarodowej nt. Promocji Zdrowia w Kanadzie, Ottawa, 17 – 21 listopada 1986 r.
2. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta i proklamowana rezolucją Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217A (III) w dniu 10 grudnia 1948 r.
3. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 16 grudnia 1966 r.
4. Światowa Deklaracja Zdrowia Zdrowie 21. Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku przyjęta na 31. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 1998 r.
5. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku, Warszawa-Kraków 2001, 43.
6. Gabryszak R., Magierka D. (red.), Europejska polityka gospodarcza, Difin, Warszawa 2011, 38-39.
7. Książpolski M., Czas na państwo opiekuńcze, w: Człowiek w pracy i polityce społecznej Szambelańczyk J., Żukowski M. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Poznań 2010, 271.
8. Ryć K., Skrzypczak Z. (red.), Ochrona zdrowia na świecie, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011, 167.
9. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 02 kwietnia 1997 roku, Dz. U. 78, poz. 483.
10. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 kwietnia 2003 r., sygn. akt K 18/02.
11. Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych z dnia 20 listopada 1989 r. o prawach dziecka, Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 ze zm.
12. Ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty, Dz.U. nr 95, poz. 425 ze zm.
13. Reiter-Pawłowska B., Ocena stanu zdrowia dzieci szkolnych na terenie ZOZ-u nr 2 w Gdańsku, w: Zdrowie i choroba. Promocja zdrowia dla gmin i instytucji edukacyjnych, Latoszek M. (red.), Akademia Medyczna, Gdańsk 1999, 56-58.
14. Raport GUS z 2009 r., Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r., http://www.stat.gov.pl, data wejścia: 02.04.2013.
15. Krawczyński M., Zdrowie ucznia a pediatria i medycyna rodzinna, Prz. Pediatr. 2008, 38, 2, 134-140.
16. Department for Education 2012, Health & Safety Advice on legal duties and powers for local authorities, school leaders, school stuff and governing bodies, www.education.gov.uk/aboutdfe/advice/f00191759/departmental-advice-on-health-and-safety-for-schools, data wejścia: 02.04.2013.
17. Różycka-Śpionek W., Wewnętrzna polityka bezpieczeństwa. Akty prawne orężem w walce z falą wykroczeń, przestępczości i wypadków w szkołach na przykładzie Wielkiej Brytanii, Trendy 2013, 1, www.ore.edu.pl/images/flash/trendy/Trendy_nr-1_2013.swf, data wejścia: 02.04.2013.
18. Bodalski J., Stanowisko pediatrów wobec opieki pediatrycznej w Polsce, Prz. Pediatr. 2008, 38, 2, 142-144.
19. Mazur A., Problemy opieki medycznej nad dzieckiem, prawne aspekty opieki pediatrycznej, Prz. Pediatr. 2008, 38, 2, 147-148.

20. Kawalec W., Problemy opieki lekarskiej nad dzieckiem w Polsce, Prz. Pediatr. 2008, 38, 2, 145-146.
21. Borowiak E., Manes A., Kostka T., Sytuacja demograficzna pielęgniarek i położnych na podstawie analizy danych zawartych w rejestrze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, Probl. Piel. 2011, 19 (4), 417-423.
22. www.men.gov.pl, witryna Bezpieczna Polska – Szkoła, data wejścia: 02.04.2013.
23. Pieczywok A., Edukacja dla bezpieczeństwa wobec zagrożeń i wyzwań współczesności, Wydawnictwo Akademii Obrony Narodowej, Warszawa 2012, 118.
24. Kolińska M., Ewolucja organizacji edukacji z zakresu bezpieczeństwa w polskim systemie szkolnictwa, w: Wybrane zagadnienia edukacji dla bezpieczeństwa, Kaczmarek W., Socha R., Grzyb J. (red.), Mazurski Ośrodek Kształcenia Nauczycieli, Ełk, 2010, 63 i n.
25. Grzyb J., Edukacja dla bezpieczeństwa – cele i treści kształcenia, programy nauczania w: Wybrane zagadnienia edukacji dla bezpieczeństwa, Kaczmarek W., Socha R., Grzyb J. (red.), Mazurski Ośrodek Kształcenia Nauczycieli, Ełk 2010, 71 i n.
26. Łopacka-Sęczyk E., Machaj A.K., Realizacja działań profilaktycznych w edukacji – ujęcie systemowe, w: Edukacja dla bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo regionalne. Wyzwania edukacyjne, Czajkowska-Ziobrowska D., Zduniak A., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2008, 187.
27. Gaś Z., Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja, Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz Szansę", Lublin 2004.
28. Juszczak K., Wokół problematyki edukacji zdrowotnej, w: Edukacja w społeczeństwie „ryzyka". Bezpieczeństwo jako wartość, Gwoździcka-Piotrowska M., Zduniak A., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2007, 115.
29. www.rynekzdrowia.pl, data wejścia: 02.04.2013.

Adres do korespondencji:
dr Katarzyna Jadach
Zakład Penitencjarystyki
Wydział Studiów Edukacyjnych UAM
w Poznaniu
ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań,
e-mail: kjuam@amu.edu.pl