



Instytut Matki i Dziecka
Zakład Medycyny Szkolnej

STANDARDY I METODYKA PRACY PIEŁĘGNIARKI I HIGIENISTKI SZKOLNEJ

**Poradnik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych
pracujących w szkołach różnych typów**

**pod redakcją
Anny Oblacińskiej i Wisławy Ostreği**

Warszawa 2003



**Publikacja opracowana i wydana w ramach
programu polityki zdrowotnej
„Wdrażanie standardów w opiece zdrowotnej
nad populacją w wieku szkolnym”
ze środków Ministerstwa Zdrowia**

© Copyright by Instytut Matki i Dziecka
Zakład Medycyny Szkolnej

Instytut Matki i Dziecka
Zakład Medycyny Szkolnej
ul. Kasprzaka 17a
01-211 Warszawa
tel./fax (22) 32 77 310
e-mail: medszkol@imid.med.pl
[http:// www.imid.med.pl](http://www.imid.med.pl)

Projekt okładki: Frycz/Wicha

ISBN 83-88767-30-5

Druk Zakład Poligraficzny Z. Toporek
tel. (22) 667 75 16



Autorzy:

prof. dr hab. med. **Barbara Adamowicz – Klepalska** – Krajowy Konsultant w dziedzinie Stomatologii Dziecięcej, Akademia Medyczna w Gdańsku

prof. dr hab. med. **Maria Borysewicz – Lewicka** – Przewodnicząca Sekcji Stomatologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Akademia Medyczna w Poznaniu

dr med. **Barbara Ignar – Golinowska** – lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii i medycyny szkolnej, Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny
mgr **Janina Janiszewska** – pedagog, specjalista w dziedzinie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, higienistka szkolna, Szkoła Podstawowa Nr 133 w Warszawie

lek. **Maria Jodkowska** – lekarz pediatra, specjalista w dziedzinie medycyny szkolnej, Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka

mgr **Elżbieta Łata** – Dyrektor Departamentu Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej Głównego Inspektoratu Sanitarnego

mgr **Agnieszka Małkowska** – pedagog, Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka

dr med. **Anna Oblacińska** – lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii i medycyny szkolnej, Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka

mgr inż. **Jolanta Olejko** – główny specjalista do spraw bezpieczeństwa, higieny pracy i nauki, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu

mgr **Wisława Ostrega** – socjolog, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania oraz pielęgniarstwa społecznego, Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka

dr med. **Maria Pułtorak** – lekarz pediatra, specjalista w dziedzinie medycyny szkolnej, Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka

mgr **Maria Sokółowska** – psycholog, Pracownia Edukacji Zdrowotnej Centrum Metodycznego Pomocy Psychologicznej – Pedagogicznej

mgr **Maria Monika Szymańska** – pedagog, terapeuta, Ośrodek Terapii Gestalt w Warszawie

piel. **Bogusława Witkowska** – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” S.C. w Warszawie

prof. dr hab. med. **Barbara Woynarowska** – specjalista w dziedzinie pediatrii i medycyny szkolnej, kierownik Katedry Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego

lek. **Wojciech Żabicki** – lekarz specjalista w dziedzinie epidemiologii, Wojewódzki Szpital Bródnowski w Warszawie

Konsultacja naukowa: prof. dr hab. n. med. **Barbara Woynarowska**





SPIS TREŚCI

| | |
|--|----|
| PRZEDMOWA | 9 |
| I. WPROWADZENIE | 11 |
| 1. Szkoła a zdrowie uczniów i pracowników | |
| <i>Barbara Woynarowska</i> | 11 |
| 2. Problemy zdrowotne, społeczne i szkolne uczniów | 13 |
| 2.1. Główne problemy zdrowotne i społeczne uczniów | |
| <i>Barbara Woynarowska</i> | 13 |
| 2.2. Zdrowie jamy ustnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym – znacząca rola profilaktyki | |
| <i>Barbara Adamowicz-Klepalska</i> | 15 |
| 2.3. Problemy szkolne dzieci i młodzieży | |
| <i>Barbara Woynarowska</i> | 21 |
| 2.4. Zachowania zdrowotne | |
| <i>Barbara Woynarowska</i> | 24 |
| 3. Środowisko szkolne a zdrowie - wybrane zagadnienia | 28 |
| 3.1. Warunki higieniczno-sanitarne w szkole | |
| <i>Barbara Ignar-Golinowska</i> | 28 |
| 3.2. Środowisko społeczne szkoły | |
| <i>Maria Sokołowska</i> | 41 |
| 3.3. Posiłki szkolne | |
| <i>Barbara Woynarowska</i> | 50 |
| 3.4. Bezpieczeństwo w szkole | 54 |
| 3.4.1. Wypadki i urazy dzieci i młodzieży w szkole | |
| <i>Jolanta Olejko</i> | 54 |
| 3.4.2. Postępowanie w stanach zagrożenia w szkole | |
| <i>Wojciech Żabicki, Elżbieta Łata</i> | 61 |
| 3.4.3. Przemoc wśród uczniów w szkole | |
| <i>Barbara Woynarowska</i> | 65 |
| 4. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole | |
| <i>Barbara Woynarowska</i> | 71 |
| 4.1. Ścieżka edukacyjna „edukacja prozdrowotna” | |
| <i>Barbara Woynarowska</i> | 75 |
| 4.2. Szkoła promująca zdrowie | |
| <i>Barbara Woynarowska</i> | 76 |
| 4.3. Edukacja i wsparcie młodzieży w zakresie zdrowia prokreacyj- nego | |
| <i>Maria Monika Szymańska</i> | 80 |



| | |
|---|-----|
| II. PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI | 88 |
| 1. Aktualny system i założenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami | |
| <i>Anna Oblacińska</i> | 88 |
| 2. Rola pielęgniarki i higienistki szkolnej w ochronie i promocji zdro- wia uczniów | 95 |
| 2.1. Ewolucja statusu i roli pielęgniarki i higienistki szkolnej | |
| <i>Maria Pułtorak, Wisława Ostrega</i> | 95 |
| 2.2. Teorie i koncepcje pielęgniarskie w praktyce zawodowej pie- lęgniarki środowiska nauczania i wychowania | |
| <i>Wisława Ostrega</i> | 100 |
| III. STANDARDY W PROFILAKTYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI SPRAWOWANEJ PRZEZ PIELĘGNIARKĘ I HIGIENISTKĘ SZKOLNĄ | 106 |
| Wprowadzenie | |
| <i>Maria Jodkowska</i> | 106 |
| 1. Przestrzeganie prawa ucznia do informacji, prywatności, intym- ności i poszanowania godności osobistej oraz zachowania tajem- nicy zawodowej zgodnie z prawami pacjenta | |
| <i>Barbara Woynarowska, Agnieszka Małkowska</i> | 115 |
| 2. Przeprowadzanie testów przesiewowych i kierowanie postępowa- niem poprzewodowym w stosunku do uczniów z dodatnimi wyni- kami testów | |
| <i>Maria Jodkowska</i> | 125 |
| 3. Przygotowanie profilaktycznych badań lekarskich uczniów, ana- liza i wykorzystanie ich wyników | |
| <i>Anna Oblacińska, Wisława Ostrega</i> | 130 |
| 4. Wykonywanie obowiązkowych szczepień ochronnych | |
| <i>Wisława Ostrega, Bogusława Witkowska</i> | 135 |
| 5. Prowadzenie u uczniów szkół podstawowych grupowej profilak- tyki próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zę- bów preparatami fluorkowymi | |
| <i>Maria Borysewicz-Lewicka</i> | 141 |
| 6. Przekazywanie informacji o kwalifikacji lekarskiej do wychowa- nie fizycznego i sportu szkolnego oraz współpraca z nauczycielami wychowania fizycznego | |
| <i>Barbara Woynarowska</i> | 148 |
| 7. Poradnictwo czynne dla uczniów z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi | 156 |



| | |
|---|-----|
| 7.1. Uczniowie przewlekle chorzy i niepełnosprawni <i>Anna Oblacińska</i> | 156 |
| 7.2. Dziecko krzywdzone <i>Anna Oblacińska</i> | 167 |
| 7.3. Uczniowie używający substancji psychoaktywnych <i>Barbara Woynarowska</i> | 175 |
| 7.4. Uczniowie z problemami szkolnymi <i>Maria Pułtorak</i> | 190 |
| 8. Prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia <i>Barbara Woynarowska</i> | 194 |
| 9. Współdziałanie z dyrekcją i pracownikami szkoły oraz powiatową stacją sanitarno-epidemiologiczną w zakresie tworzenia w szkole środowiska nauki i pracy sprzyjającego zdrowiu uczniów i pracowników <i>Wisława Ostrega, Maria Pułtorak</i> | 199 |
| 9.1. Współpraca pielęgniarki i higienistki szkolnej z wybranymi instytucjami pozaszkolnymi i środowiskiem lokalnym <i>Wisława Ostrega</i> | 207 |
| 10. Udzielanie uczniom i pracownikom szkoły pomocy medycznej w urazach i nagłych zachorowaniach <i>Maria Jodkowska</i> | 214 |
| IV. SPECYFIKA PRACY PIEŁĘGNIARKI I HIGIENISTKI SZKOLNEJ W SZKOLE SPECJALNEJ I SPORTOWEJ | 219 |
| 1. Opieka pielęgniarki i higienistki szkolnej nad uczniami niepełnosprawnymi ruchowo i/lub umysłowo w szkole specjalnej <i>Anna Oblacińska</i> | 219 |
| 2. Specyfika pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej w szkole sportowej <i>Janina Janiszewska</i> | 229 |
| ANEKS | 239 |
| Zasady konstruowania zapisu graficznego | 239 |
| Zasady kwalifikacji lekarskiej uczniów do zajęć wychowania fizycznego w najczęstszych przewlekłych zaburzeniach i chorobach | 251 |
| Podstawa programowa ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” w poszczególnych typach szkół | 269 |





*„Postęp jest niemożliwy bez zmian;
ci, którzy nie mogą zmienić nastawienia,
nie mogą zmienić nic”*

G. B. Shaw

PRZEDMOWA

Szanowne Panie, Drogie Koleżanki!

Z ogromną radością przekazujemy w Wasze ręce podręcznik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych, realizujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami. Jest to nasza kolejna publikacja, opracowana w ramach programu polityki zdrowotnej „Wdrażanie standardów w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad populacją w wieku szkolnym”, realizowanego od 2002 roku w Zakładzie Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka.

Nasz zespół aktywnie uczestniczy w kształtowaniu opieki zdrowotnej nad uczniami od lat 70. XX wieku. Z inicjatywy Instytutu Matki i Dziecka podejmowano kolejne zmiany w systemie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Szły one w kierunku usamodzielnienia pielęgniarek i higienistek szkolnych oraz przeniesienia siły ciężkości z działań interwencyjno - naprawczych na promocyjno – profilaktyczne. Instytut Maki i Dziecka podejmował intensywne działania w trudnym okresie wdrażania reform (lata 1998-2002), aby utrzymać w jak najpełniejszym kształcie system profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Udało się doprowadzić do wydania Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą*, a także do przywrócenia uprawnień do wykonywania szczepień ochronnych higienistkom szkolnym. Pielęgniarki stanęły na wysokości zadania i podjęły nowe wyzwania. Mamy świadomość, że gdyby nie Pań determinacja, to nasze działania nie odniosłyby skutku.

Podstawową metodą zapewnienia względnie jednolitej w swym zakresie, dostępności i jakości profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach, jest opracowanie standardów tej opieki, procedur i poradnika metodycznego. W myśl Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą oraz zgodnie ze standardami postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami, wzrasta rola pielęgniarek i higienistek szkolnych oraz zakres ich działań realizowanych w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami w szkole. Powyższe fakty nałożyły na nas obowiązek opracowania nowoczesnego, przy-

* Dz. U. 2003, Nr 130, poz. 1196.



stosowanego do współczesnych wymagań podręcznika, obejmującego szeroki zakres obowiązków zawodowych pielęgniarek i higienistek szkolnych. Informacje dotyczące bezpośrednio zadań pielęgniarek i higienistek w szkole oraz sposobu realizacji poszczególnych standardów przedstawiono w kontekście aktualnych problemów i zachowań zdrowotnych uczniów, środowiska fizycznego i społecznego szkoły oraz edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole. W układzie podręcznika zrezygnowano z propozycji szczegółowych rozwiązań i terminarza pracy pielęgniarce i higienistki szkolnej, ufając, że obecny poziom wykształcenia, kompetencji i samodzielności Szanownych Pań pozwala na indywidualne dostosowanie swojego planu pracy do potrzeb i warunków w konkretnej szkole.

Do opracowania podręcznika zaprosiliśmy najlepszych specjalistów w poszczególnych dziedzinach: pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania, medycyny szkolnej, epidemiologii, pedagogiki i psychologii, mając nadzieję, że przedstawiony podręcznik sprostą współczesnym wymaganiom stawianym przez profesjonalistki – pielęgniarce i higienistki szkolne. Tego Paniom i sobie serdecznie życzymy

Anna Oblacińska i Wisława Ostreża



I. WPROWADZENIE

1. Szkoła a zdrowie uczniów i pracowników

Barbara Woynarowska

Związek między szkołą a zdrowiem jest znany od dawna i udokumentowany w licznych badaniach z zakresu higieny szkolnej. Przedmiotem zainteresowania higieny szkolnej było zdrowie uczniów i wychowanków (jednostki i populacji) i w pewnym stopniu nauczycieli (higiena zawodu nauczycielskiego) oraz wpływ środowiska szkoły na zdrowie. Higiena szkolna, jako dyscyplina naukowa, zaczęła się rozwijać dopiero od połowy XIX w., wraz z upowszechnianiem się nauczania, zainteresowaniem lekarzy stanem zdrowia uczniów i przeprowadzaniem badań nad występowaniem różnych zaburzeń.

W okresie minionych 150 lat następowały zmiany w postrzeganiu związków między szkołą a zdrowiem uczniów. Pierwszy okres rozwoju higieny szkolnej charakteryzował się traktowaniem szkoły jako środowiska zagrażającego zdrowiu uczniów, „rozsadnika” chorób, źródła przeciążenia dziecka. Wnioski takie formułowano na podstawie wyników badań stanu zdrowia uczniów, w których nie brano pod uwagę całego kontekstu warunków ekonomiczno-społecznych i sytuacji dziecka w ówczesnych czasach. Po okresie traktowania szkoły jako zagrożenia dla zdrowia uczniów, dostrzeżono w niej instytucję umożliwiającą ochronę zdrowia populacji w wieku szkolnym (masowe działania profilaktyczne), a następnie środowisko (siedlisko) dla doskonalenia zdrowia. Była to zatem droga od higieny szkolnej, przez medycynę szkolną (jako element medycyny wieku rozwojowego) do promocji zdrowia.

Obecnie, zgodnie z koncepcją promocji zdrowia, szkołę należy traktować jako *siedlisko* (w jęz. ang. setting) czyli:

- Miejsce, w którym uczniowie i pracownicy czyli społeczność szkolna spędza znaczną część swego życia, pracuje, uczy się i w którym „tworzone jest zdrowie”. Zgodnie z Kartą Ottawską Promocji Zdrowia (1986) „zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach (warunkach) ich codziennego życia, gdzie uczą się, pracują, odpoczywają, bawią się i Kochają. Jest ono tworzone przez troskę o siebie i innych, przez ludzi zdolnych do podejmowania właściwych decyzji i radzenia sobie z okolicznościami towarzyszącymi ich życiu oraz gdy społeczeństwo tworzy wspólnym wysiłkiem warunki do zdrowego życia”. Należy tu wyraźnie podkreślić, że istnieją silne związki między zdrowiem uczniów i nauczycieli oraz innych pracowników szkoły.
- Organizację, mającą specyficzną strukturę, zasoby i funkcje, które można powiązać z działaniami na rzecz zdrowia, w tym:
 - tworzenie środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu,



- prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i pośrednio co najmniej części ich rodziców,
 - realizację programów profilaktyki zaburzeń rozwoju, zdrowia i patologii społecznej,
 - realizację profilaktycznej opieki zdrowotnej.
- System społeczny, który zmienia się aby promować zdrowie (a nie tylko miejsce, w którym podejmowane są działania związane z promocją zdrowia). Pielęgniarka/higienistka szkolna powinna czuć się członkiem tego systemu.

Wymienione wyżej związki między szkołą a zdrowiem próbują uwzględnić w swej polityce, organizacji i działaniach szkoły promujące zdrowie. Związki te należy rozpatrywać dodatkowo z punktu widzenia:

- Dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, dla których uczęszczanie do szkoły i kontakt z rówieśnikami jest podstawowym elementem terapii, rehabilitacji i rewalidacji. Pomaga im w przystosowaniu się do choroby, znalezieniu swego miejsca w życiu, zdobyciu zawodu, chroni przed wtórnym kalectwem psychospołecznym, co stwarza szansę na aktywne i samodzielne uczestnictwo w życiu społecznym;
- Zdrowia społeczeństwa poprzez umożliwianie ludziom zdobywania wykształcenia. Im wyższy poziom wykształcenia, tym większe zasoby dla zdrowia – szansa na dobrą pracę, zarobki, zdolność kierowania własnym życiem, radzenia sobie z trudnościami itd. Istnieje wiele dowodów, że im wyższy poziom wykształcenia, tym niższe wskaźniki umieralności, zapadalności na wiele chorób, mniej czynników ryzyka (np. mniejsze rozpowszechnienie palenia tytoniu, nieprawidłowości w żywieniu).

Zrozumienie przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną związków między szkołą a zdrowiem jest podstawowym warunkiem skuteczności jej działań i satysfakcji z pracy. Powinna ona zdać sobie sprawę, że jej działania powinny być powiązane z programem szkoły i że nie jest ona „osobą z zewnątrz”, realizującą zakontraktowane świadczenia, traktującą szkołę jako miejsce wykonywania swych zadań zawodowych. Realizacja wielu jej zadań wymaga współuczestnictwa dyrekcji szkoły i nauczycieli.

Niezbędne jest także zrozumienie oraz docenienie roli i zadań pielęgniarki/higienistki szkolnej przez dyrekcję szkoły i pracowników, przełamywanie stereotypowego postrzegania jej przede wszystkim jako osoby udzielającej pierwszej pomocy w urazach i nagłych zachorowaniach.



2. Problemy zdrowotne, społeczne i szkolne uczniów

2.1. Główne problemy zdrowotne i społeczne uczniów

Barbara Woynarowska

Problemy zdrowotne

Biorąc pod uwagę skutki zdrowotne i społeczne oraz częstość rozpowszechnienia różnych zaburzeń należy wymienić następujące problemy zdrowotne:

- **Wypadki, urazy i zatrucia.** Są one pierwszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży. Zgony te stanowią w wieku 10-14 lat – 47%, a w wieku 15-19 lat – 65% ogółu zgonów. Główną ich przyczyną są wypadki drogowe, samobójstwa i utonięcia. Umieralność dzieci i młodzieży z powodu wypadków utrzymuje się w Polsce na dość stałym poziomie, dwu-trzykrotnie wyższym niż w rozwiniętych krajach Europy.^{1,2} W 2002 r., wśród uczniów w wieku 11-15 lat, prawie jedna trzecia (28,4%) uległa urazowi wymagającemu pomocy medycznej, w tym ponad 3% uczniów doznało takiego urazu 3 razy i więcej w ciągu roku.³ Można szacować, że rocznie ponad 2,0 mln. uczniów w wieku 7-19 lat wymaga pomocy medycznej z powodu urazów. Najczęściej urazy te zdarzały się w czasie zajęć sportowych (ponad jedna trzecia w 2002 r.); głównymi miejscami urazów była szkoła (34%) i dom (32%).
- **Próchnica zębów i choroby przyzębia.** Próchnica zębów jest najczęstszym zaburzeniem w populacji w wieku szkolnym - występuje u 92% dzieci 7-letnich i 98% młodzieży 18-letniej. Towarzyszą jej choroby przyzębia (zapalenia dziąseł występują u ponad 55% 12-latków).⁴ W okresie dojrzewania zwiększa się podatność na te choroby (niedojrzałość szkliwa nowo wyrżniętych zębów, zmiany hormonalne).
- **Problemy zdrowia psychospołecznego.** Nie dysponujemy danymi o ich rzeczywistym rozpowszechnieniu. Wśród pacjentów poradni zdrowia psychicznego 10% to dzieci i młodzież do lat 19 (stanowią one 5% ogółu leczonych w psychiatrycznych zakładach opieki stacjonarnej).⁵ Dane te nie obrazują jednak rzeczywistej częstości występowania u młodzieży zaburzeń zdrowia

¹ Mazur J.: Umieralność dzieci i młodzieży w Polsce – wypadki a pozostałe przyczyny. Nowa Medycyna, 1995, 12, 5.

² Brzeziński Z.J. (red.): Wypadki, urazy i zatrucia w wieku 0-19 lat w Polsce – epidemiologia i możliwości działań prewencyjnych- raport z ekspertyzy wykonanej na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w 1998 roku.

³ Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku. Wyd. Pedagog. UW, Inst. Matki i Dziecka, Warszawa 2002.

⁴ Jańczuk Z.: Uzębienie polskich 12-latków w 2000 roku. Studium epidemiologiczno-prognostyczne. Medycyna 2000, 1996, 57/58.

⁵ Zakłady psychiatrycznej i neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1997 Inst. Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1998.



psychicznego. Według danych szacunkowych ok. 15-20 % młodzieży wymaga opieki psychologiczno-psychiatrycznej. Wyraźnie zwiększa się liczba samobójstw. Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że w grupie wieku 15-19 lat liczba zarejestrowanych samobójstw dokonanych i usiłowanych wynosiła – 211 w 1990 r., 460 w 2000 r. (w grupie wieku do 14 r. z. odpowiednio 37 i 77).¹

- **Choroby przewlekłe i niepełnosprawność.** Według danych GUS² w 1996 r.:
 - Za niepełnosprawnych w grupie wieku 5-14 lat uznano 3,5% dzieci, a w wieku 15-19 lat 1,9% młodzieży, co oznacza, że niepełnosprawność dotyczy co 50-tej osoby w tym wieku. Wśród tych osób 60% posiadało orzeczenie o inwalidztwie;
 - Odsetek przewlekłe chorych w grupie 10-14 lat wynosił 28% (wg opinii rodziców), a wieku 15-19 lat – 29% (opinie badanych). Do najczęstszych chorób należały: uczulenia i alergie (ok. 10% populacji), choroby i zaburzenia statyczne układu ruchu (odpowiednio 11% i 7%) oraz choroby układu oddechowego, nerwice i choroby psychiczne (3-4%).³
- **Choroby zakaźne.** Dzięki masowym szczepieniom ochronnym sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych uległa zdecydowanej poprawie. U młodzieży w wieku 15-19 lat problemem pozostaje:
 - Gruźlica – w 1999 r. gruźlica wieku rozwojowego stanowiła 3% ogólnej zachorowalności, w tym 0,8% u dzieci 0-14 lat i 2,2% u młodzieży 15-19 lat. Wskaźnik zachorowalności na gruźlicę wynosił 8/100 tys. ludności w grupie młodzieży 15-19 lat.⁴ W 2000 r. zachorowało na gruźlicę 241 osób w wieku 15-19 lat (wskaźnik 7,2 na 100 tys.);⁵ nadal utrzymują się jednak duże współczynniki zachorowalności w porównaniu do krajów Europy zachodniej;
 - Choroby przenoszone drogą płciową – wśród chorych na rzeżączkę młodzież stanowiła 8%, a na kiłę – 6% ogółu chorych (w latach 90. wyraźna była tendencja zniżkowa);
 - Zakażenie HIV – według danych szacunkowych młodzież do lat 19 stanowi 10% ogółu zakażonych, czyli prawdopodobnie jest to grupa ok. 1500 osób.
- **Inne problemy zdrowotne.** Wśród zaburzeń w stanie zdrowia utrzymujących się od dawna na podobnym poziomie należy wymienić:

¹ Główny Urząd Statystyczny: Rocznik statystyczny RP 2001. GUS, Warszawa 2001.

² Cytowane dane GUS pochodzą z opracowania: Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r. GUS, Warszawa 1997.

³ P. również rozdział III.7.1. (przyp. red.)

⁴ Majewska-Zalewska H.: Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy dzieci i młodzieży w Polsce. Med. Wieku Rozw. 2000, 4, 441-450.

⁵ Choroby układu oddechowego w Polsce. Zakł. Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą. Inst. Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2001.



- Zaburzenia narządów zmysłów: wzroku (u ok. 15-25%), słuchu (ok. 10%) oraz mowy (ok. 10%);
- Zaburzenia wzrastania i dojrzewania (ok. 10%) oraz otyłość (7-15%);
- Zaburzenia układu ruchu (8-10%).

Problemy społeczne

- Stosowanie przez dziewczęta *diet odchudzających, często niedoborowych* (w 2002 r. wśród 15-latek stosowało ją 25% dziewcząt, a 31% uważało, że powinno ją stosować; odsetek ten wykazuje tendencje zwykłą); w 1998 r. 5% chłopców w wieku 13 i 15 lat sięgało po *sterydy lub inne środki anaboliczne (dopingowe)*, dotyczyło to zwłaszcza chłopców uważających się za zbyt szczupłych,¹
- *Przemoc w szkole* – w 2002 r. prawie co trzeci uczeń w wieku 11-15 lat był ofiarą (31%) przemocy, a 37% ich sprawcą;
- *Ciąże młodocianych* – w 2000 r. urodziło żywe dziecko w wieku lat 18 i młodszym 13 918 dziewcząt (379 w wieku 15 lat i mniej); w grupie wieku 15-19 lat wskaźnik płodności (liczba żywych urodzeń na 1000 dziewcząt) wynosił 17 (w Holandii i Szwajcarii 5, Włoszech i Hiszpanii 6-7, Francji i Finlandii 9);² w ostatnich latach, w Polsce, zmniejszaniu się ogólnej liczby porodów towarzyszył wzrost odsetka porodów u nieletnich.

2. 2. Zdrowie jamy ustnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym - znacząca rola profilaktyki

Barbara Adamowicz-Klepalska

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 1996-2005,³ wśród 18-tu celów operacyjnych, uwzględniono cel nr 18 „Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych”, którego osiągnięcie ma przynieść oczekiwane korzyści zdrowotne w postaci poprawy zdrowia jamy ustnej ludności. Wśród wymienionych w tym celu zadań, znajduje się m. in. zadanie: „Zintensyfikować profilaktykę fluorkową egzogenną (kontaktową) u uczniów szkół wszystkich typów, przy braku przeciwwskazań lokalnych”. Przyjęto, że realizacja tego zadania może przyczynić się do zmniejszenia zachorowalności na próchnicę zębów oraz zapalenia dziąseł i choroby przyzębia wraz ze zmniejszeniem ryzyka i ciężkości przebiegu tych chorób.

¹ Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Wyd. Pedagog. UW, Warszawa 2000.

² Główny Urząd Statystyczny: Rocznik Demograficzny 2001. GUS, Warszawa 2001.

³ Narodowy Program Zdrowia 1996-2005. MZIOS, Warszawa 1996.



Problemy zdrowotne jamy ustnej

Choroba próchnicowa zębów mlecznych i stałych oraz zapalenia dziąseł i choroby przyzębia stanowią najczęstszy problem zdrowotny populacji w wieku szkolnym. Próchnica występuje u 92% dzieci 7-letnich i u 98% młodzieży, a zapalenia dziąseł ma ponad 55% w wieku 12 lat, ze zwiększeniem podatności na te schorzenia w okresie dojrzewania.

Kolejnym problemem są defekty estetyczne oraz wady morfologiczne i czynnościowe zgryzu, a także urazy zębów i coraz częstsze występowanie u dzieci i młodzieży parafunkcji¹ w narządzie żucia, prowadzących do niszczenia tkanek zębów, dziąseł, kości wyrostka zębodołowego oraz zmian w stawach skroniowo-żuchwowych, z bólami głowy włącznie.

Nieobojętym dla zdrowia całej jamy ustnej, a więc zębów, dziąseł, błony śluzowej policzków, języka i stawów skroniowo-żuchwowych jest niedostatek zachowań prozdrowotnych w zakresie odżywiania (słodycze, „fast food”, „soft drink”, coca cola, diety odchudzające) i higieny jamy ustnej. Niekorzystny wpływ mają także zachowania ryzykowne dla zdrowia - palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, stosowanie sterydów i środków dopingujących. O zdrowiu jamy ustnej w dzieciństwie, młodości oraz całym dorosłym życiu, decydują zachowania prozdrowotne ukształtowane w wieku przedszkolnym i szkolnym.

Choroba próchnicowa zębów

Próchnica zębów, ze względu na dużą częstość występowania oraz intensywność (czyli ciężkość przebiegu choroby), nadal zaliczana jest do chorób społecznych, zwłaszcza u dzieci i młodzieży.

Etiologia próchnicy zębów

Próchnica jest chorobą wywołaną przez bakterie próchnicotwórcze, które przenoszone są do jamy ustnej małego dziecka już w pierwszych miesiącach życia z najbliższego otoczenia, najczęściej z jamy ustnej matki.

Proces próchnicowy zapoczątkowują paciorkowce (*Streptococcus mutans*), a następnie pałeczka kwasu mlekowego (*Lactobacillus acidophilus*). Metabolizują one cukier wewnątrz- i zewnątrzkomórkowo, wytwarzają kwasy demineralizujące, czyli odwapniające szkliwo zęba i docierają w głąb zęba do zębiny. Uszkodzenie organicznego kollagenowego podłoża zęba, prowadzi do powstania ubytku próchnicowego w zębie.

Proces próchnicowy, zapoczątkowany działaniem kwasów bakteryjnych na szkliwo zęba, może być odwracalny lub zwolniony przez działanie śliny oraz zawartych w niej niektórych składników mineralnych takich jak fluor,

¹ Parafunkcje – powtarzające się w sytuacjach stresowych reakcje ruchowe spowodowane przez szkodliwe dla narządu żucia nawyki, np. nagryzanie ołówka, ogryzanie paznokci, nawykowe zaciskanie zębów, zgrzytanie.



wapń, fosfor, które sprzyjają remineralizacji czyli reperacji uszkodzonego szkliwa. Dla szkliwa zębów szkodliwy jest kwaśny odczyn śliny utrzymujący się w jamie ustnej przez 30 minut po spożyciu każdego posiłku. Dlatego tak bardzo ważne jest częste i skuteczne szczotkowanie zębów narażonych na trzy „stresy cukrowe” - rano po śniadaniu, między posiłkami w ciągu dnia przy częstym spożyciu słodkich pokarmów i płynów oraz wieczorem po kolacji.

Powstanie próchnicy uwarunkowane jest także: podatnością słabo lub nieprawidłowo zmineralizowanych tkanek zęba (szkliwa i zębiny) na działanie ekosystemu jamy ustnej, na który składa się bakteryjna płytko nazębna, która powstaje na powierzchniach zębów i dziąseł w następstwie niedostatecznej higieny jamy ustnej i braku systematycznego szczotkowania zębów oraz częste spożywanie podczas posiłków, a przede wszystkim między posiłkami, nawet niedużych ilości węglowodanów (cukrów) pozostających dłużej czas w jamie ustnej.

Częstość występowania i ciężkość choroby próchnicowej zwiększają ponadto: odkładanie się złogów płytki bakteryjnej na zębach i dziąsłach, zaleganie resztek pokarmowych między zębami, obecność w płytce nazębnej flory bakteryjnej, stłoczenie zębów i niedostatki higieny jamy ustnej, szczególnie w okresie dojrzewania.

Objawy próchnicy

Początek próchnicy sygnalizuje powstanie, na błyszczącym, śnieżnobiałym szkliwie zęba matowej, szorstkiej kredowo-białej plamy, która po pewnym czasie może ulegać ciemnym przebarwieniom. Następnie w plamie próchnicowej ubywa szkliwa, powstają zagłębienia, szkliwo kruszy się, rozpada i odsłania zębinę mniej twardą niż szkliwo. Wówczas drobnoustroje kanalikami zębinowymi przenikają w głąb zęba, do komory znajdującej się w koronie zęba, w której jest miazga zębowa, popularnie zwana „nerwem”.

Ząb z próchnicą może dawać dolegliwości bólowe już od początku powstawania plamy próchnicowej, jako reakcję na nagłą zmianę temperatury (ciepłozimno), na pokarmy słodkie lub kwaśne, na zaleganie resztek pokarmowych między zębami oraz na dotknięcie włosiem szczotki do zębów lub podczas badania narzędziem stomatologicznym. Próchnica nie leczona lub leczona zbyt późno prowadzi do powikłań w postaci zapaleń lub rozpadu zgorzelinowego miazgi zębowej. Nielezione choroby miazgi prowadzą do procesu zapalnego i ropnego kości szczęk, stanowiąc ogniska zakażenia dla całego organizmu.

Profilaktyka choroby próchnicowej zębów i chorób przyzębia

Obydwie choroby poddają się zapobieganiu określonymi metodami profilaktycznymi. Efekty działań są tym lepsze im wcześniej zostaną wdrożone. W wielu krajach rozwiniętych, dzięki stosowaniu u dzieci konsekwentnej edukacji i profilaktyki stomatologicznej, niektóre grupy wieku są już całkowicie wolne od próchnicy, część dorosłych powyżej 30 roku życia nie ma ubytków próchnicowych ani wypełnień i zachowuje własne zęby do końca swego życia.



Rodzaje profilaktyki choroby próchnicowej zębów i chorób przyzębia

Wyróżnia się trzy rodzaje profilaktyki:

- **Zbiorowa-bierna:** *fluorkowanie wody pitnej lub soli kuchennej;*
- **Grupowa-czynna:** *nadzorowana w przedszkolach, szkołach;*
- **Indywidualna-czynna:**
 - *profesjonalna:* w gabinetach stomatologicznych, wykonywana głównie przez średni personel pod nadzorem lekarza stomatologa,
 - *domowa:* wykonywana przez pacjenta po odpowiednim instruktażu.

Zasady zapobiegania próchnicy zębów i chorobom przyzębia

- **Higiena jamy ustnej** ma na celu niedopuszczenie do tworzenia się na zębach i na dziąsłach bakteryjnej płytki nazębnej oraz dokładne i szybkie jej usuwanie przez umiejętnie, bardzo dokładne i częste oczyszczanie wszystkich powierzchni zębowych przyborami oraz środkami do higieny jamy ustnej: szczotki do zębów, szczoteczki międzyzębowe, elektryczne szczotki do zębów, nici dentystyczne oraz pasty do zębów, przede wszystkim z fluorem.

Cechy dobrej szczotki do zębów:

- wykonana z włosa nylonowego; szczotki do zębów stosowane u małych dzieci powinny być z miękkim włosiem, dla dzieci starszych i młodzieży szczotki średnio-twarde;
- wielkość główki szczotki czyli jej część pracująca, musi być odpowiednia do wieku dziecka;
- szczotka do zębów powinna być zmieniana co 3 miesiące.

Zęby należy szczotkować 2-3 razy dziennie, najlepiej po każdym posiłku. Skuteczność oczyszczania zębów można sprawdzić stosując tabletki do ssania koloryzujące płytkę, lub płyn wybarwiający bakteryjną płytkę nazębną. Prowadząc naukę czyszczenia zębów w szkole należy wytłumaczyć i ewentualnie pokazać uczniom na modelu że:

- zęby to nie tylko te które widać z przodu, ale również zęby boczne - bardzo ważne dla rożgryzania i żucia pokarmów;
- zęby mają nie tylko powierzchnie widoczne w lusterku, ale również powierzchnie wewnętrzne od strony języka i podniebienia oraz powierzchnie żujące z dołkami i bruzdami, które trzeba oczyszczać, bo w nich najszybciej powstaje próchnica;
- między zębami są ciasne przestrzenie międzyzębowe, które są trudne, ale konieczne do oczyszczania, bo tu też często powstaje próchnica;
- zęby są osadzone w dziąsłach, które też trzeba oczyszczać szczotką. Należy również wytłumaczyć, że po oczyszczeniu zębów nie powinno



się jeść, szczególnie słodczy, aż do następnego posiłku. Słodczy najlepiej zjeść bezpośrednio po obiedzie i wyczyścić zęby, wtedy nie są one szkodliwe dla zębów.¹

- **Racjonalne żywienie**, to przede wszystkim zmniejszenie częstości próchnicotwórczego i odwapniającego działania pokarmów na szkliwo zębów przez zmniejszenie częstotliwości spożywania między posiłkami wszelkiego rodzaju słodczy i produktów zawierających skrobię, soków owocowych i owoców cytrusowych. Wskazane jest spożywanie gruboziarnistych, twardych produktów, które sprzyjają intensywniejszemu wydzielaniu śliny, niż ma to miejsce przy spożywaniu produktów papkowatych, rozdrobnionych, przyklepiających się do zębów. Dla właściwej mineralizacji tkanek zęba niezbędna jest podaż białka i składników mineralnych m. in. wapnia, fosforu, magnezu, żelaza i fluoru oraz witamin A, D i C.
- **Profilaktyka fluorkowa**. Fluor jest jednym z pierwiastków śladowych zmniejszających podatność szkliwa zębów mlecznych i stałych na działanie czynników odwapniających i próchnicotwórczych, przez zwiększenie stopnia mineralizacji i przyspieszenie dojrzewania szkliwa, zmniejszenie rozpuszczalności szkliwa pod wpływem odwapniającego działania kwasów czyli jego podatności na demineralizację. W jamie ustnej fluor działa przeciwbakteryjnie osłabiając zdolności fermentacyjne bakterii oraz hamując wytwarzanie kwasów przez bakterie.

Fluor do zębów człowieka dostarczany jest dwoma drogami - przed wyrżnięciem zęba drogą wewnętrzną (endogenną) z krwioobiegu, a po wyrżnięciu zęba, już w jamie ustnej, tylko z zewnątrz drogą kontaktową (egzogennie).

Głównym naturalnym źródłem fluoru, pokrywającym w 2/3 zapotrzebowanie codzienne człowieka (0,5-1,2 mg) na ten pierwiastek śladowy, jest woda pitna, pokarmy mogą zawierać pozostałą 1/3. Niestety w Polsce na przeważającym obszarze kraju woda pitna nie zawiera wcale fluoru lub śladowe jego ilości. Fluor w 77% wchłania się w przewodzie pokarmowym, a około 90% wydalane jest z moczem i około 10% z kałem oraz w śladowej ilości ze śliną i z potem. W organizmie człowieka fluor zatrzymywany jest wyłącznie w zębach i w kościach, w większej ilości u osób młodych niż u starszych.

Wyróżnia się dwie metody profilaktyki fluorkowej:

1. *Doustna (endogenna)* - sztuczne fluorkowanie wody pitnej do stężenia optymalnego 0,5-1,0 mg/l w strefie klimatycznej umiarkowanej na terenach, na których występuje zupełny brak lub śladowa ilość fluoru w wodzie pitnej. Fluorkowane są także produkty żywnościowe (sól, mleko, czekolada, guma do żucia). Profilaktycznie u małych dzieci podaje się przez 200 dni w roku krople z fluorem, u starszych dzieci tabletki fluorkowe do

¹ Techniki szczotkowania zębów opisano w rozdz. III. 5. (przyp. red.)



ssania zawierające fluorek sodowy. Dawkowanie jest zależne od wieku dziecka oraz od tego czy zawartość fluoru w wodzie pitnej jest śladowa, czy fluoru jest brak.

2. *Kontaktowa (egzogenna)* oparta jest na zdolności szkliwa zęba do wbudowywania jonów fluoru bezpośrednio ze stosowanych preparatów zawierających nieorganiczne lub organiczne związki fluoru. Pasty stosowane do czyszczenia zębów zawierają fluorki, a między innymi fluorek sodowy, monofluorofosforan sodowy, aminofluorki. Dostępne są fluorkowane nici dentystyczne do oczyszczania przestrzeni międzyzębowych, płukanki zawierające roztwory fluorku sodowego, a także stosowane do szczotkowania zębów, w nadzorowanej grupowej profilaktyce fluorkowej w przedszkolach i szkołach u dzieci i młodzieży, preparaty fluorkowe w postaci płynów lub żeli. Nadzorowane grupowe szczotkowania zębów organizowane są 6 razy co 6 tygodni w roku szkolnym, z zastosowaniem na szczotce do zębów roztworu lub żelu fluorkowego, przez około 3 minuty. Częste nadzorowane szczotkowanie stwarza także możliwość nauczania dzieci i młodzieży prawidłowego szczotkowania zębów. Skuteczność zabiegów profilaktycznych zależy od systematycznego i solidnego przeprowadzenia nadzorowanego szczotkowania przez przeszkoloną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną.¹
- **Profesjonalna profilaktyka próchnicy zębów i chorób przyzębia** prowadzona jest w gabinecie stomatologicznym przez profesjonalny personel stomatologiczny - lekarza stomatologa i higienistkę stomatologiczną. Obejmuje ona:
 - określenie wskaźników próchnicy zębów i chorób przyzębia oraz stanu higieny jamy ustnej;
 - edukację w zakresie żywienia i higieny jamy ustnej, w tym instruktaż wykonywania zabiegów higienicznych w jamie ustnej w zależności od wieku, stanu zdrowia jamy ustnej i indywidualnych potrzeb pacjenta;
 - profesjonalne oczyszczanie zębów z osadów pokarmowych, z płytki nazębnej i z kamienia nazębnego wraz z polerowaniem koron, szyjek i korzeni zębów;
 - stosowanie miejscowo na zęby preparatów fluorkowych i chlorheksydynowych;
 - lakierowanie powierzchni koron zębów oraz lakowanie bruzd i zagłębień na powierzchniach żujących zębów, a także zabezpieczanie szyjek zębów przed nadwrażliwością.

¹P. również rozdział III. 5. (przyt. red.)



Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Borysewicz - Lewicka M.* (red.) : Profilaktyka próchnicy i innych schorzeń jamy ustnej. Materiały III Konferencji poświęconej profilaktyce w stomatologii, 1994 listopad 5, Poznań, Fundacja Akademii Medycznej w Poznaniu, 1994.
2. *Easley M.W.*: Pięćdziesiąta rocznica fluoryzacji czyli historia sukcesu zdrowia powszechnego. *Magazyn Stomatologiczny* 1995, 4, 11-14.
3. *Jańczuk Z.* (red.): Podręcznik dla asystentek i higienistek stomatologicznych. PZWL, Warszawa, 1999.
4. *Jańczuk Z.*: Profilaktyka profesjonalna w stomatologii. PZWL, Warszawa, 2001.
5. *Jańczuk Z.*: Stomatologia zachowawcza - zarys kliniczny. PZWL, Warszawa, 2002.
6. *Szpringer-Nodzak M.* (red.): Stomatologia wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa, 1999.
7. *Wojnarowska B.*: Populacja w wieku szkolnym i jej problemy zdrowotne, [w]: *Oblacińska A., Wojnarowska B.*: Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2002.

2. 3. Problemy szkolne dzieci i młodzieży

Barbara Wojnarowska

Nauka w szkole stawia przed dzieckiem wiele różnorodnych i stale zmieniających się zadań, których wykonywanie podlega ciągłemu ocenianiu, zwykle w atmosferze rywalizacji. Stopnie szkolne, opinie nauczycieli, porównywanie z rówieśnikami wpływają na kształtowanie obrazu siebie, samooceny i poczucia własnej wartości młodego człowieka.

Problemy¹ (trudności) szkolne mogą być związane ze szkołą jako instytucją kształcącą i środowiskiem społecznym. Z punktu widzenia zdrowia, zwłaszcza psychospołecznego, uczniów na uwagę pielęgniarki lub higienistki szkolnej zasługują niżej wymienione problemy.

Trudności w przystosowaniu się uczniów do szkoły

Trudności te mogą pojawić się szczególnie w sytuacjach „progowych”: rozpoczęcie nauki w szkole, przejście z nauczania początkowego do przedmiotowego (klasa IV) i rozpoczęcie nauki w gimnazjum oraz szkole ponad-

¹ Określenie „problem” oznacza to co sprawia trudność, kłopot, poważne zagadnienie, które trzeba rozwiązać – Dunaj. B. (red.): Słownik współczesnego języka polskiego. Wyd. Wilga, Warszawa 1996.



gimnazjalnej. Na każdym z tych „progów”, zmieniają się warunki i metody nauczania, wymagania szkoły i obciążenia ucznia oraz jego środowisko społeczne. Do zmian tych uczeń musi się przystosować. Osiągnięcie stanu przystosowania (równowagi) wymaga czasu, różnego dla różnych osób, a proces przystosowywania się ma różne fazy. U niektórych dzieci mogą pojawiać się, zwłaszcza w pierwszym okresie (zwanym fazą „preadaptacji”):

- *negatywne zmiany w zachowaniu* (płaczliwość, lęki, złość, zmiany nastrojów, nadpobudliwość, przygnębienie) lub *zmiany pozytywne* (wzrost samodzielności, pewności siebie, obowiązkowości);
- *różnorodne dolegliwości o charakterze psychosomatycznym* (ból głowy, brzucha, zaburzenia snu, łaknienia), będące bardzo często przyczyną zgłaszania się po pomoc do pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

Trudności w uczeniu się

Termin „trudności w uczeniu się” lub „specyficzne trudności w uczeniu się” odnosi się do dzieci, u których występuje zespół następujących cech:

- przeciętny lub ponad przeciętny poziom rozwoju umysłowego,
- specyficzne trudności w opanowaniu i stosowaniu umiejętności mówienia, czytania, pisania, rozumienia oraz umiejętności matematycznych,
- dysfunkcja ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.), najczęściej w następstwie mikrouszkodzeń tkanki mózgowej.¹

Uważa się, że główną przyczyną tych trudności są uszkodzenia o.u.n. i mogą one współwystępować z innymi zaburzeniami takimi jak:

- nadpobudliwość psychoruchowa,
- obniżenie sprawności manualnej,
- zaburzenia lateralizacji i koordynacji wzrokowo-przestrzennej,
- trudności w nauce czytania i pisania (dysleksja i dysgrafia),
- zaburzenia rozwoju słowno-pojęciowego.

Dzieci z trudnościami w uczeniu się wymagają kompleksowej diagnozy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej i społecznej (środowisko rodzinne), a następnie zajęć korekcyjno-kompensacyjnych w szkole i w domu. Istotne znaczenie ma wczesna diagnoza (profilaktyka drugorzędowa), w tym także identyfikacja czynników ryzyka już w wieku przedszkolnym. Do czynników tych należą m.in.: obniżenie sprawności ruchowej lub manualnej, zaburzenia lateralizacji, koordynacji wzrokowo-ruchowej (p. wyżej).

Niepowodzenia w nauce

Niepowodzenia w nauce są to sytuacje, w których istnieje wyraźna rozbieżność między wymaganiami wychowawczymi i dydaktycznymi szkoły, a

¹ Pilecka W.: Pedagogika osób z trudnościami w uczeniu się. [w]: Dykik W. (red.): Pedagogika specjalna. Wyd. Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 1997.



postępowaniem uczniów i uzyskiwanymi przez nich wynikami nauczania.¹ Wyróżnia się niepowodzenia:

- *dydaktyczne* – rozbieżność między wiedzą i umiejętnościami uczniów, a materiałem jaki powinni opanować; ich miarą są oceny niedostateczne lub drugoroczność;
- *wychowawcze* – niezgodność zachowania się uczniów z wymaganiami szkoły.

Przyczyny niepowodzeń w nauce są zwykle złożone. Najczęściej wyróżnia się trzy grupy czynników:

- *biopsychiczne* – upośledzenie rozwoju umysłowego, zaburzenia rozwoju psychospołecznego, niektóre choroby przewlekłe;
- *społeczno-ekonomiczne* – ubóstwo, niski poziom kultury i wykształcenia rodziców, nie zabezpieczenie opieki i potrzeb dziecka;
- *dydaktyczne* – związane z warunkami, organizacją i metodami pracy szkoły, przygotowaniem nauczycieli itd.

Fobia szkolna

Fobia szkolna określana jest jako niechęć lub całkowita odmowa uczęszczania do szkoły. Występuje u młodzieży w drugiej dekadzie życia, rzadko u uczniów młodszych. Wyróżnia się postać:

- *ostrą*, która pojawia się po silnym przeżyciu wywołującym lęk lub uczucie wstydu, przeżytym w szkole lub po nagłym wydarzeniu w rodzinie (np. śmierć, ciężka choroba); odmowa pójścia do szkoły jest pierwszym tego typu epizodem, spowodowanym konkretną przyczyną;
- *przewlekłą* – rozwijającą się stopniowo, z wcześniejszymi epizodami nieuczęszczania do szkoły.

Używana od wielu lat nazwa „fobia szkolna” sugeruje, że źródłem lęku jest szkoła – trudności w nauce lub kontaktach społecznych. Tymczasem większość autorów uważa, że w etiologii tego zaburzenia główną rolę odgrywać mogą nieprawidłowości w sytuacji rodzinnej dziecka i postawach rodziców oraz nieprawidłowy przebieg uspołecznienia dorastającego dziecka. Nieprawidłowości te mogą prowadzić do przetrwania do wieku szkolnego, charakterystycznego dla małego dziecka, lęku przed rozłąką z rodzicami.

Zespół ten charakteryzuje triada objawów:

- różnorodne dolegliwości somatyczne (np. bóle brzucha, wymioty, biegunka), występujące rano, przed wyjściem do szkoły, ustępujące po pozostaniu w domu oraz w czasie wakacji i ferii i nasilające się po pójściu do szkoły;

¹ Kupisiewicz Cz.: Niepowodzenia dzieci w nauce szkolnej, [w]: Pomykało W. (red.): Encyklopedia pedagogiczna. Fundacja Innowacja, Warszawa 1993.



- brak odchyień od stanu prawidłowego w badaniu przedmiotowym i badaniach laboratoryjnych;
- nieuczęszczanie do szkoły z przyczyn nieuzasadnionych lub nieokreślonych.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Bogdanowicz M.*: O dysleksji, czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu – odpowiedzi na pytania rodziców i nauczycieli. Linea, Lublin 1994.
2. *Komender J.*: Problemy szkolne dzieci i młodzieży. Medipress-Pediatrics, 1997, 3, 6.
3. *Sawa B.*: Jeżeli dziecko źle czyta i pisze. WSiP, Warszawa 1997.

2.4. Zachowania zdrowotne

Barbara Woynarowska

Zachowania zdrowotne w największym stopniu decydują o zdrowiu jednostki i większość jego zaburzeń ma podłoże behawioralne. Zachowania te, ukształtowane w drugiej dekadzie życia, decydują o stylu życia i zdrowiu ludzi dorosłych. Skutki niedostatków zachowań prozdrowotnych oraz występowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia pojawiają się zwykle dopiero po wielu latach. Młodzi ludzie nie dostrzegają więc bezpośredniego związku między swymi zachowaniami a zdrowiem i są mało podatni na oddziaływania edukacyjne.

Termin „zachowania zdrowotne” jest różnie definiowany. W praktyce najczęściej dzieli się je na zachowania:

- *Sprzyjające zdrowiu* (prozdrowotne, pozytywne): odpowiednia aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymywanie higieny osobistej i otoczenia, zachowanie bezpieczeństwa (np. w ruchu drogowym, kontaktach seksualnych), utrzymywanie dobrych relacji z innymi ludźmi, poddawanie się badaniom profilaktycznym;
- *Ryzykowne dla zdrowia* (problemowe, antyzdrowotne, negatywne, destrukcyjne): palenie tytoniu, używanie (u dorosłych nadużywanie) alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, przedwczesna inicjacja seksualna, przemoc.

Niedostatki zachowań prozdrowotnych

Wśród tych niedostatków u młodzieży w wieku 11-15 lat należy wymienić:

- *Zbyt małą aktywność fizyczną* (w czasie wolnym ćwiczenia fizyczne zbyt rzadko lub zbyt krótko wykonuje prawie co trzeci chłopiec i co



druga dziewczyna) i unieruchomienie, związane z oglądaniem telewizji (ogląda ją 4 godz. i dłużej dziennie 41% chłopców i 28% dziewcząt);

- *Niedostatki w zakresie spożywania podstawowych produktów i posiłków* (nie spożywa codziennie: warzyw, ciemnego pieczywa - 60-70%, mleka 41%, śniadania – 18%, posiłku w szkole 21% młodzieży); zbyt częste spożywanie słodczy i słodkich napojów gazowanych (dotyczy ok. 40% nastolatków);
- *Niedostatki higieny jamy ustnej* (w 2002 r. czyściło zęby częściej niż 1 raz dziennie tylko 52% chłopców i 75% dziewcząt).

Niedostatki te utrzymywały się w latach 90. na podobnym poziomie (poza wzrostem częstości czyszczenia zębów i spożycia napojów gazowanych) i są odbiciem tradycji i stylu życia społeczeństwa polskiego.

Zachowania ryzykowne dla zdrowia

W drugiej dekadzie życia narasta częstość wielu zachowań ryzykownych dla zdrowia. W zależności od rodzaju zachowań dotyczą one 10-50% młodych ludzi (tab. 1). Wiele z nich z fazy eksperymentowania utrwala się, najczęściej w wieku 17-19 lat.¹

Tabela 1. Zachowania ryzykowne dla zdrowia u młodzieży szkolnej, w wieku 11-15 lat w 2002 r. – próba reprezentatywna (w nawiasach dane z 1990 r.) - % badanych

| Rodzaj zachowań | Chłopcy | Dziewczęta |
|---|---------|------------|
| Palenie tytoniu (11-15 lat) | | |
| Palą z różną częstotliwością | 20 (19) | 14 (7) |
| Palą codziennie | 10 (6) | 5 (2) |
| Picie alkoholu (11-15 lat) | | |
| Byli w stanie upojenia alkoholowego: | | |
| 1-3 razy | 24 (23) | 20 (10) |
| 4 razy i więcej | 9 (5) | 4 (1) |
| Piją piwo w każdym tygodniu, w tym codziennie | 9 (5) | 4 (1) |
| Używanie w ostatnich 12 mies. innych substancji psychoaktywnych (15 lat) | | |
| Używali co najmniej jednej z 9-ciu substancji | 23 | 13 |
| Używali co najmniej 1 raz: leków w celu odurzania się | 2 | 4 |

¹ P. również rozdział III.7.3. (przyp. red.)





Tabela 1. cd.

| Rodzaj zachowań | Chłopcy | Dziewczęta |
|---|----------|------------|
| Używali co najmniej 1 raz: środków wziewnych | 4 | 3 |
| marihuany lub haszyszu | 21 | 9 |
| amfetaminy | 5 | 3 |
| LSD lub innych halucynogenów | 2 | 0,5 |
| heroiny | 1 | 1,5 |
| ecstasy | 3 | 1 |
| polskiej heroiny (kompotu) | 1 | 2 |
| Podjęli stosunki seksualne | | |
| 15 lat | 21 (17) | 9,5 (5) |
| 17 lat* | 46* (36) | 32* (18) |
| Zachowania ryzykowne w ruchu drogowym (11-15 lat) | | |
| Zapinają pasy bezpieczeństwa w samochodzie tylko czasem, rzadko lub nigdy | 27* | 24* |
| Zakładają kask w czasie jazdy rowerem tylko czasem, rzadko lub nigdy | 95 | 96 |

* Dane z 1998 roku

Źródło: Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne i zdrowie dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Wyd. Ped. UW, Warszawa 2000.

Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku. Wyd. Ped. Uniw. Warszawskiego, Inst. Matki i Dziecka, Warszawa 2002.

Wyniki wielu badań wskazują, że w Polsce, podobnie jak w innych krajach, w ostatniej dekadzie częstość tych zachowań zwiększa się. Szczególnie niepokojące jest wzrastająca tendencja zwiększania się palenia tytoniu wśród dziewcząt. Wśród dziewcząt w wieku 11-15 lat paliło, z różną częstością w 1990 r. 7%, 1998 r. - 13%, 2002 - 14,5%. W większości krajów Europy odsetek palących dziewcząt i chłopców jest podobny, w wielu krajach (np. Wysp Brytyjskich) dziewczęta palą częściej. Wszystko wskazuje, że dziewczęta w Polsce podążają w tym samym kierunku.





W drugiej połowie lat 90. zwiększyła się także częstość spożywania przez młodzież napojów alkoholowych, zwłaszcza piwa oraz innych substancji psychoaktywnych - narkotyków. W 1999 r. w Polsce, w reprezentatywnej grupie uczniów szkół ponadpodstawowych, próbowało chociaż jeden raz w życiu: jakiegokolwiek nielegalnej substancji psychoaktywnej 19% uczniów klas I (15-16 lat) i 26% uczniów klas III (17-18 lat); leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza, odpowiednio 18% i 26%. Rozpowszechnienie używania nielegalnych substancji jest większe u chłopców niż u dziewcząt i w latach 1995-1999 wyraźnie zwiększyło się, poza substancjami wziewnymi (tab. 2), mimo realizacji w szkołach wielu programów profilaktycznych. Największym zagrożeniem jest znaczne zwiększenie się odsetka młodzieży eksperymentującej z heroiną (brown sugar) i z amfetaminą.¹

Tabela 2. Używanie przez uczniów klas III (17-18 lat) szkół ponadpodstawowych w Polsce substancji psychoaktywnych przynajmniej jeden raz w życiu w 1995 i 1999 r. – % badanych

| Rodzaj substancji | Chłopcy | | Dziewczęta | |
|--|---------|------|------------|------|
| | 1995 | 1999 | 1995 | 1999 |
| Leki uspokajające lub nasenne bez przepisu lekarza | 12,6 | 10,6 | 28,9 | 29,5 |
| Konopie (marihuana lub haszysz) | 22,0 | 32,1 | 12,1 | 14,1 |
| Substancje wziewne | 9,6 | 6,3 | 6,0 | 4,7 |
| Amfetamina | 3,6 | 13,7 | 2,0 | 7,7 |
| LSD | 3,8 | 6,1 | 2,0 | 1,3 |
| Crack | 0,8 | 1,7 | 0,1 | 0,2 |
| Kokaina | 1,0 | 2,7 | 0,5 | 1,0 |
| Heroina (do palenia – „brown sugar”) | 0,8 | 9,7 | 0,3 | 4,3 |
| Ecstasy | 1,0 | 3,9 | 0,2 | 1,7 |
| Sterydy anaboliczne | 7,2 | 5,6 | 0,8 | 0,0 |

Źródło: Sierosławski J., Zieliński A.: Narkotyki a młodzież. op.cit.

¹ Sierosławski J., Zieliński A.: Narkotyki a młodzież. Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków. Serwis Informacyjny Narkomania 2000, 12-13, 26-46.



3. Środowisko szkolne a zdrowie – wybrane zagadnienia

3. 1. Warunki higieniczno-sanitarne w szkole

Barbara Ignar-Golinowska

Środowisko fizyczne

Budynek szkoły

Szkoła powinna mieścić się w budynku odpowiednio zaprojektowanym i wybudowanym. Zaleca się projektowanie budynku szkoły do wysokości najwyższej trzech kondygnacji.¹ Powinien on być wznoszony poza zasięgiem: szkodliwego promieniowania i oddziaływania pól elektromagnetycznych, hałasu i drgań (wibracji), zanieczyszczenia powietrza, zanieczyszczenia gruntu i wód, powodzi i zalewania wodami opadowymi, osuwisk gruntu, lawin skalnych i śnieżnych, szkód spowodowanych działalnością górnictwem. Budynek szkoły i urządzenia z nim związane powinny być zaprojektowane i wykonane tak, aby w pomieszczeniach zawartość w powietrzu stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia, wydzielanych przez grunt, materiały i stałe wyposażenie oraz powstających w trakcie użytkowania nie przekraczały dopuszczalnych wartości.^{2,3}

Budynek szkoły powinien:

- zaopatrzony być w wodę zdatną do spożycia przez ludzi, na potrzeby gospodarce, do utrzymania higieny i do celów przeciwpożarowych,
- mieć indywidualną lub centralną instalację ciepłej wody,
- mieć zapewnione odprowadzanie ścieków, miejsce przystosowane do czasowego gromadzenia odpadków i nieczystości stałych,
- być wyposażony w instalacje (urządzenia) do ogrzewania pomieszczeń,
- mieć zapewnioną wentylację we wszystkich pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi,
- być przyłączony do sieci elektroenergetycznej i wyposażony w wewnętrzną instalację elektroenergetyczną.

¹ Wymagania użytkowo-funkcjonalne budynków szkolnych szkół podstawowych, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 1990.

² Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie. (Dz. U. Nr 75, poz. 690).

³ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 marca 1996 r. w sprawie dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia, wydzielanych przez materiały budowlane, urządzenia i elementy wyposażenia w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi (Monitor Polski Nr 19, poz. 231).



W nowo wznoszonym budynku należy zainstalować urządzenia techniczne, które zapewnią osobom niepełnosprawnym dostęp na kondygnacje z pomieszczeniami użytkowymi, z których mają korzystać.

Zaleca się, aby w pomieszczeniu do nauki na jednego ucznia przypadało co najmniej 2,5 m² powierzchni.¹ Balustrady schodów powinny mieć rozwiązania uniemożliwiające wspinanie się na nie oraz zsuwanie z poręczy.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne

Szatnia. Szatnię należy projektować jako centralną dla wszystkich uczniów, dostępną z holu, w podpiwniczeniu. Na jednego ucznia powinno przypadać 0,25 m² powierzchni.

Sanitariaty. W budynku szkoły należy urządzić ogólnodostępne ustępy. Powinna w nich przypadać jedna miska ustępowa i jeden pisuar na 30 chłopców oraz jedna miska ustępowa na 20 dziewcząt, a także jedna umywalka na 20 osób. W ustępach z oknem i jedną kabiną należy stosować wentylację grawitacyjną lub mechaniczną, a w innych – mechaniczną, o działaniu ciągłym lub włączaną automatycznie. Na kondygnacjach dostępnych dla osób niepełnosprawnych, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych powinno być przystosowane do użytku dla tych osób.²

Mikroklimat pomieszczeń

Wentylacja. We wszystkich pomieszczeniach powinna być przewidziana wentylacja grawitacyjna. W pracowni chemii (digestorium), w zespole sportowym (przebieralnie i natryskownie) oraz w zespole żywieniowym (jadalnia, kuchnia, rozdzielnia przykuchenna, zmywalnia naczyń stołowych i obieralnia-oczyszczalnia) należy przewidzieć również wentylację mechaniczną.³ Okna powinny mieć konstrukcję umożliwiającą otwieranie co najmniej 50% ich powierzchni w danym pomieszczeniu w celu wietrzenia.⁴ Instalacja wentylacji grawitacyjnej nie gwarantuje dobrej jakości powietrza, jej skuteczność warunkowana jest wieloma czynnikami (temperaturą na zewnątrz budynku, wysokością budynku, stanem drożności kanałów wentylacyjnych itd.), dlatego nieodzowne jest wietrzenie pomieszczeń do nauki na każdej przerwie, a w czasie lekcji w zależności od warunków atmosferycznych. W przypadku zastosowania w pomieszczeniach okien o dużej szczelności, należy przewidzieć nawiewną wentylację mechaniczną lub odpowiednie urządzenia nawiewne.

¹ Założenia programowe budynków szkolnych szkół podstawowych, Ministerstwo Oświaty i Wychowania, Warszawa 1983.

² Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690).

³ Wymagania użytkowo-funkcjonalne budynków szkolnych szkół podstawowych, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 1990.

⁴ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690).



Temperatura. Zastosowana w budynku instalacja (urządzenia) do ogrzewania powinna w sezonie grzewczym zapewnić następującą temperaturę¹:

- pomieszczenia do nauki, ustępy (+) 20⁰C;
- szatnie, korytarze, klatki schodowe, sale gimnastyczne (+) 16⁰C;
- rozbieralnie, natryskownie, gabinety medyczne z rozbieraniem pacjentów (+) 24⁰C.

W przypadku niemożności zapewnienia w salach lekcyjnych temperatury (+)18⁰C dyrektor szkoły zawiesza czasowo zajęcia szkolne.²

Ochrona przed hałasem

Najczęstszym źródłem zagrożenia akustycznego z zewnątrz jest hałas komunikacyjny. Ochronę przed nim stanowią ekrany akustyczne, szerokie pasy zieleni. W otoczeniu budynku szkoły dopuszczalne jest następujące natężenie hałasu, wyrażone równoważnym poziomem dźwięku A:

- ze strony dróg i linii kolejowych, torowisk tramwajowych - 55 decybeli,
- ze strony innych źródeł - 45 decybeli.^{3,4}

Pomieszczenia w budynku powinny być chronione przed przenikaniem nadmiernego hałasu i drgań powodowanych przez użytkowników innych pomieszczeń oraz przez instalacje i urządzenia stanowiące techniczne wyposażenie budynku. Równoważny poziom dźwięku A, przenikającego do klas i pracowni szkolnych (z wyjątkiem pracowni zajęć technicznych) ze wszystkich źródeł hałasu łącznie, nie powinien przekraczać 40 decybeli, w tym przenikający od wyposażenia technicznego budynku oraz innych urządzeń w budynku i poza budynkiem - 35 decybeli.⁵ Zmniejszenie hałasu w pomieszczeniach można osiągnąć przez projektowanie i budowę szerokich, załamanych korytarzy, sytuowanie klas tylko z jednej strony korytarza, używanie dźwiękochłonnych materiałów budowlanych, instalowanie szczelnych okien i drzwi.

Oświetlenie

Przy niewłaściwym oświetleniu widzi się gorzej i szybciej dochodzi do zmęczenia, mogą występować bóle oczu i głowy. Stwarzanie dobrych warunków do pracy wzrokowej związane jest z zapewnieniem odpowiedniego po-

¹ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690).

² Wymagania użytkowo-funkcjonalne budynków szkolnych szkół podstawowych. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 1990.

³ Polska Norma PN -87/B-02151/02 – Akustyka Budowlana. Ochrona przed hałasem pomieszczeń w budynkach. Dopuszczalne wartości poziomu dźwięku w pomieszczeniach.

⁴ Litery A, B, C umieszczone obok cyfrowej wielkości dźwięku oznaczają użycie przy pomiarze hałasu stosownego korektora w zależności od natężenia dźwięku. Na korektorze A określa się poziom dźwięku od 0 do 55 decybeli.

⁵ Polska Norma PN -87/B-02151/02 – Akustyka Budowlana. Ochrona przed hałasem pomieszczeń w budynkach. Dopuszczalne wartości poziomu dźwięku w pomieszczeniach.



ziomu natężenia oświetlenia, zachowaniem należytego kontrastu (w tym kontrastu barwy) jaskrawości obserwowanego przedmiotu z tłem oraz niedopuszczanie do występowania olśnienia. Olśnieniem nazywamy stan charakteryzujący się odczuciem niewygody przy patrzeniu lub/i obniżonej zdolności rozpoznawania przedmiotów. Krańcowym stopniem olśnienia jest olśnienie oślepiające. Przyczyną olśnienia jest oddziaływanie światła o zbyt dużym natężeniu lub o zbyt dużych kontrastach. Olśnienie może mieć charakter:

- *bezpośredni*, gdy prosto w oczy wpada strumień światła o zbyt dużym natężeniu;
- *odbiciowy*, w związku z dochodzeniem do oczu obrazów nadmiernie jaskrawych przedmiotów.¹

Dla zminimalizowania odbić należy przestrzegać zasady, aby uczniowie nie siadali w odległości mniejszej niż 2,2 m od tablicy, a u uczniów z pierwszych ławek, zarówno z rzędu pod oknem jak i pod ścianą, kąt pod którym patrzą na tablicę wynosił maksimum 30°.

Sytuując ostatnie ławki należy pamiętać, że przy prawidłowej ostrości wzroku znaki pisane na tablicy dostrzegane są z odległości nie większej niż 9,6 m (wg. Cohna).²

Oświetlenie naturalne. Dla umożliwienia oświetlenia pomieszczeń światłem dziennym odległość szkoły od innego obiektu budowlanego nie powinna być mniejsza niż jego wysokość - do wysokości 35 m i nie mniejsza niż 35 m, jeżeli obiekt przesłaniający jest wyższy.³ Przy oświetleniu jednostronnym światło to powinno dostawać się do pomieszczenia z lewej strony w stosunku do frontu klasy (tablicy). Biorąc pod uwagę stosunek powierzchni okien (liczonej w świetle ościeżnic) do powierzchni podłogi, w pomieszczeniach do nauki powinna zostać zachowana proporcja 1:4 do 1:5.⁴ Działaniem sprzyjającym dostawaniu się światła dziennego będzie: utrzymywanie czystości szyb, nie zasłanianie szyb roślinami, zrezygnowanie z firanek. Aby była możliwość ochrony przed bezpośrednio wpadającym światłem słonecznym (z powodu zagrożenia powstawania zbyt dużego, niepożądanego dla oczu kontrastu i nadmiernego ciepła) okna należy wyposażyć w żaluzje lub zasłony.

¹ Bąk J. Pabjańczyk W.: Podstawy techniki świetlnej. Skrypt dla szkół wyższych. Łódź: Politechnika Łódzka 1994.

² Wytyczne programowo-funkcjonalne projektowania szkolnych terenowych urządzeń kultury fizycznej. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 1986.

³ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690).

⁴ Wymagania użytkowo-funkcjonalne budynków szkolnych szkół podstawowych. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 1990.



Oświetlenie sztuczne. Zaleca się, aby zgodnie z Polską Normą¹ najmniejsze dopuszczalne średnie natężenie oświetlenia wynosiło (w luksach,² skrót lx):

- w izbach lekcyjnych, salach przedmiotowych - 300 lx;
- w salach gimnastycznych, w salach zajęć ruchowych - 200 lx;
- w pomieszczeniach sanitarnych - 100 lx;
- na schodach, korytarzach - 100 lx.

Odchodzi się od oświetlenia żarowego na rzecz oświetlenia fluorescencyjnego. Żarówki są źródłem mało ekonomicznym - około 95% energii jest w nich przetwarzane na ciepło, a tylko 5% na produkcję światła. Świetlówki produkują dużo światła i bardzo mało ciepła. Instalowanie oświetlenia fluorescencyjnego jest kilkakrotnie razy droższe niż żarowego, ale charakteryzując się kilkakrotnie większą trwałością eksploatacyjną i kilkakrotnie mniejszym zużyciem energii - w długim okresie (kilku lat) okazuje się oświetleniem tańszym. Używanie świetlówek związane może być z migotaniem strumienia świetlnego, zmniejszającym komfort widzenia, w skrajnych przypadkach doprowadzającym do powstawania efektu stroboskopowego (złudzeń wzrokowych przy patrzeniu na przedmioty znajdujące się w ruchu obrotowym lub posuwisto-zwrotnym). Może to zagrażać bezpieczeństwu, np. na zajęciach w warsztatach, gdy obsługującemu maszynę wydaje się, że jest ona wyłączona, a w rzeczywistości znajduje się w ruchu. Świetlówki rzadko przepalają się natychmiast, ich awarie poprzedzone bywają wzrastającym miganiem, włączaniem i wyłączaniem się. Do takich sytuacji dopuszczać nie należy, wcześniej je wymieniając. Obecnie coraz częściej używane są układy bezzapłonnikowe świetlówek z wprowadzonymi elementami elektronicznymi, których wmontowanie znacząco poprawia komfort korzystania z tych lamp. Nie rozwiązaniem dotychczas problemem jest postępowanie ze zużytymi lampami (zawierają one rtęć), nie ma ich gdzie składować.

Przy przekazywaniu pomieszczeń do użytku powinny zostać wykonane pomiary oświetlenia sprawdzające zgodność stanu rzeczywistego z projektem. Urządzenia oświetleniowe muszą, podczas eksploatacji, być właściwie utrzymywane i konserwowane. Niedopuszczalne jest używanie nieosłoniętych źródeł światła.

Stanowisko pracy ucznia

Uczeń spędza w szkole większość czasu siedząc. Szkolne stoły i krzesła konstruowane są z myślą o wyeliminowaniu negatywnych skutków tej wymuszonej pozycji. Aktualnie obowiązuje norma: „PN-ISO 5970:1994 - Meble. Krzesła i stoły szkolne. Wymiary funkcjonalne”. Proponuje się sześć

¹ Polska Norma PN – 84/E – 02033: Oświetlenie wewnątrz światłem elektrycznym.

² Luksy są miarą ilości światła padającego na 1 m² powierzchni.

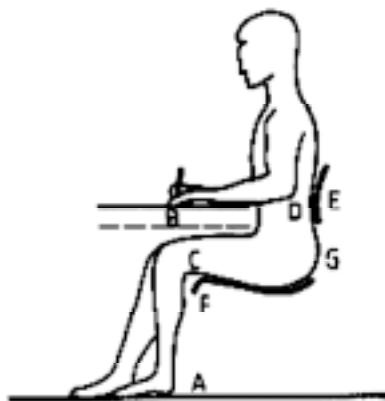


rozmiarów (1, 2, 3, 4, 5, 6) stołów i krzeseł, dobieranych wg. wysokości ciała. Stół i krzesło powinny mieć ten sam rozmiar (tab. 3).

Tabela 3. Dobór wielkości stołów i krzeseł w zależności od wzrostu dzieci [wg PN-ISO 5970:1994 i PN-90/F-06009]

| Numer wielkości i wysokość stołu i krzesła w mm | Wzrost użytkowników w mm | |
|---|--------------------------|---------------------|
| | średni | dla zakresu wzrostu |
| 1 stół - 460, krzesło - 260 | 1050 | 981 - 1120 |
| 2 stół - 520, krzesło - 300 | 1200 | 1121 - 1270 |
| 3 stół - 580, krzesło - 340 | 1350 | 1271 - 1420 |
| 4 stół - 640, krzesło - 380 | 1500 | 1421 - 1570 |
| 5 stół - 700, krzesło - 420 | 1650 | 1571 - 1720 |
| 6 stół - 760, krzesło - 460 | 1800 | powyżej 1720 |

Użytkownik powinien wiedzieć jaki rozmiar ma wybrać i rozumieć dlaczego. Ministerstwo Edukacji Narodowej wydało i rozesłało do wszystkich szkół podstawowych broszurę: Krzepkowska H., Nikołowa-Burzyńska I.: Ogólne zasady prawidłowego wyposażenia w meble sal dydaktycznych w szkołach podstawowych. Stanowisko pracy ucznia. MEN, Warszawa 1996. Wyjaśniono w niej jak uczniowie mają dobierać meble.



Ryc. 1. Warunki jakie powinny być spełnione przy dopasowaniu krzesła i stołu do ciała użytkownika (opis w tekście). Między tułowiem a udami utrzymany jest kąt prosty.





Norma PN-ISO 5970 określa wzajemny związek między krzesłem a stołem, podając siedem kryteriów dobrego dopasowania (ryc. 1). Kryteria są następujące (oznaczenia literowe odpowiadają oznaczeniom na rycinie):

- A. Podeszwy stóp (w butach) powinny na całej powierzchni dotykać podłogi;
- B. Pomiędzy udami a płytą stołu powinien być zachowany prześwit, umożliwiający swobodne poruszanie nogami;
- C. Uda nie powinny być od spodu uciśnięte przez krawędź siedziska;
- D. Wysokość stołu powinna być tak dobrana, by płyta stołu, przy swobodnie opuszczonych ramionach znajdowała się na poziomie łokci;
- E. Oparcie krzesła powinno podierać plecy w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, nie dochodząc do łopatek;
- F. Przednia krawędź siedziska nie powinna dotykać tylnej powierzchni podudzi;
- G. Pomiędzy oparciem a siedziskiem krzesła powinna zostać zachowana przestrzeń pozwalająca na swobodne ruchy dolnej części tułowia.

Norma: „PN 90/ F-06009 – Meble szkolne i przedszkolne. Wymagania i badania” określa jakie wymagania powinny spełniać meble z punktu widzenia bezpieczeństwa użytkownika, odporności użytkowej powierzchni, funkcjonalności, cech wzorniczych, doboru materiałów - dla uniknięcia zagrożeń mechanicznych i chemicznych dla zdrowia.

Przy zakupie mebli przez szkołę dostawca powinien przedstawić na te meble certyfikat zgodności z obowiązującymi normami, wydany przez akredytowaną jednostkę certyfikującą.¹

Pracownia komputerowa

Na jeden komputer z monitorem powinno przypadać około 6 m² powierzchni. Monitory powinny być ustawione bokiem do okna, ze światłem padającym z lewej strony na ekran, ewentualnie mogą być ustawione tyłem do okna. Wymagane jest oświetlenie elektryczne sufitowe, zapewniające średnie natężenie 500 lx.² Na ekranie monitora występują ładunki dodatnie, na powierzchni ciała - ujemne. W celu zapobieżenia tworzeniu się pola elektrostatycznego zaleca się aby nauczyciel prowadzący zajęcia miał na sobie odzież z tkaniny nie podatnej na elektryzację (bawełna, len). Zaleca się by odzież taką mieli na sobie w miarę możliwości także uczniowie. Podłoga nie może być

¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 21 maja 2002 r. w sprawie ustalenia wykazu wyrobów, które nie mogą być nabywane przez szkoły i placówki, jeżeli dostawca nie przedstawi odpowiedniego certyfikatu (Dz. U. Nr 71, poz. 657).

² Kameduła T, Kameduła M, Mikołajczyk H.: Instrukcja w sprawie wymagań higienicznych na stanowiskach pracy przy monitorach ekranowych (uaktualniona od 1996-01-02). Instytut Medycyny Pracy, Zakład Szkodliwości Fizycznych, Łódź.



pokryta elektryzującą się wykładziną. Pracownię należy wietrzyć na każdej przerwie.

Stanowisko pracy powinno być wyposażone w krzesło z regulowaną wysokością, z oparciem wygiętym stosownie do krzywizn kręgosłupa. Powinna być zapewniona swoboda ruchów bez wymuszania stałego utrzymywania pochyleń głowy, tułowia lub ułożenia kończyn. Górna krawędź ekranu powinna znajdować się na poziomie oczu, zapobiegnie to bólom szyi, występującym przy nadmiernym napięciu mięśni. Odległość oczu od ekranu winna wynosić od 40 cm do 70 cm. Zaleca się ustawianie monitorów parami, tylnymi ścianami zbliżonymi do siebie na odległość 0,5 m. Odległość pomiędzy monitorami w rzędzie nie powinna być mniejsza niż 2 m, a odległość między rzędami - nie mniejsza niż 3 m.

Warunki do rekreacji i prowadzenia lekcji wychowania fizycznego

Na działkach przeznaczonych pod budynki zakładów oświaty i wychowania, co najmniej 25% powierzchni należy przeznaczyć pod zieleni i rekreację.¹ Zaleca się aby na jednego ucznia przypadało na działce 4 m² placu rekreacyjnego, aby był na niej urządzony ogródek szkolny o powierzchni 200 - 800 m² (w zależności od liczby oddziałów) i znajdowały się na niej terenowe urządzenia kultury fizycznej w liczbie i rozmiarach odpowiednich do wielkości szkoły (liczby oddziałów).

Zalecenia dotyczące boisk²:

- dla szkół z liczbą do 7 oddziałów – boisko wielofunkcyjne o powierzchni 200 m²;
- dla szkół z liczbą od 8 do 23 oddziałów – boisko wielofunkcyjne o powierzchni 450 m², boisko do siatkówki o powierzchni 286 m², boisko do koszykówki o powierzchni 608 m², boisko do gier sportowych o powierzchni 2376 m²;
- dla szkół z liczbą 24 oddziały i więcej – boisko wielofunkcyjne o powierzchni 450 m², dwa boiska do siatkówki - każde o powierzchni 286 m², dwa boiska do koszykówki - każde o powierzchni 608 m², boisko do gier sportowych o powierzchni 2376 m².

W skład budynków szkoły powinien wchodzić blok sportowy, połączony łącznikiem z głównym budynkiem, składający się z sali lub sal sportowych i pomieszczeń pomocniczych: rozbieralni, natryskowni, ustępów, przechowalni sprzętu sportowego i gimnastycznego. W większych szkołach (3 ciągi nauczania i więcej) przewiduje się ponadto salę gimnastyki korekcyjnej i gier stołowych, z własnymi pomieszczeniami sanitarno-higienicznymi. Pomieszczenia sportowe powinny być wyposażone w standardowy sprzęt.

¹ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690).

² Wytuczne programowo-funkcjonalne projektowania szkolnych terenowych urządzeń kultury fizycznej. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 1986.



Zalecenia dotyczące sal sportowych¹:

- dla szkół z liczbą do 7 oddziałów – sala rekreacyjna o powierzchni 36 m², wysokości 3 m;
- dla szkół z liczbą od 8 do 23 oddziałów – sala sportowa o powierzchni 288 m², wysokości 6 m;
- dla szkół z liczbą od 24 do 32 oddziałów – sala sportowa o powierzchni 540 m², wysokości 7,2 m;
- dla szkół z liczbą 33 oddziały i więcej – dwie sale sportowe: powierzchnia 540 m² i 216 m², wysokość 7,2 m.

Z badań przeprowadzonych w 1997 roku² wynika, że sale sportowe posiadało 3/4 szkół podstawowych w osiedlach miejskich i 1/3 szkół w osiedlach wiejskich, sale i boiska (jednocześnie) w liczbie i wymiarach zgodnych z zaleceniami posiadało 10% szkół. Przy tak drastycznym niedoborze przestrzeni do realizacji wf, zjawiskiem powszechnym, praktykowanym przez 88% szkół było prowadzenie części lub całości tych zajęć poza szkołą.

Aspekty higieniczne organizacji procesu nauczania

Czas trwania lekcji

Obciążanie zadaniami w trakcie godziny nauki powinno być zgodne z typowymi zmianami dyspozycji do pracy uczniów: na początku lekcji dyspozycja ta jest niewielka (okres wdrożenia), następnie w pierwszej połowie lekcji stopniowo wzrasta do najwyższego poziomu, by w drugiej połowie, w związku z narastającym zmęczeniem, stopniowo zmniejszać się.³ Po zauważeniu objawów zmęczenia u dzieci,⁴ nauczyciel powinien zastosować tzw. ćwiczenia śródlekcyjne,⁵ po których dyspozycja do pracy poprawia się. Możliwości dyspozycji do pracy wzrastają z wiekiem i zaawansowaniem w rozwoju. Na przykład ocenia się, że czynne skupienie uwagi w wieku 7 lat jest możliwe tylko przez 5 min., a w wieku 12 lat - już przez 30 min; ćwiczenie takich umiejętności jak czytanie czy pisanie może trwać bez zmęczenia uczniów w klasach

¹ Wytuczne programowo-funkcjonalne projektowania szkolnych sal sportowych. Ministerstwo Oświaty i Wychowania, Warszawa 1980.

² Ignar-Golinowska B.: Warunki przestrzenne do prowadzenia zajęć wf w szkołach podstawowych. *Problemy Higieny* 1998; 58: 109-123.

³ Dyspozycję do pracy ocenia się: badaniem koordynacji ruchowej kończyn górnych, oceną reakcji słowno-warunkowej, testem zadań arytmetycznych, testem wykreślenia liter, rejestracją przerw w pracy (ocena stałości uwagi), minutową rejestracją zmian aktywności uczniów, oceną zdolności do pracy narządu wzroku, oceną zmian ostrości wzroku.

⁴ Ze zmęczeniem można wiązać następujące zachowanie uczniów: kręcenie się, przeciąganie, ziewanie, niemożność skupienia uwagi, popełnianie błędów w wykonywanych zadaniach, zakłócanie toku lekcji (głośne rozmowy, popisywanie się, zachowania agresywne itp.).

⁵ Dwu-pięć minutowe oderwanie się od toku lekcji poprzez polecenie uczniom wykonywania ćwiczeń ruchowych szyi, tułowia, nóg i ćwiczeń oddechowych.



najmłodszych 10 min, a od klasy V – 25 min. W związku z powyższym wydaje się logiczne, by w kolejnych klasach zwiększać długość jednostki lekcyjnej adekwatnie do możliwości dzieci. Postuluje się więc by w klasie I lekcja trwała 30 min, wraz z kolejnymi klasami wydłużała się i w klasie V osiągnęła 45 min. oraz w takim wymiarze pozostawała w następnych klasach. Wyjściem naprzeciw tym postulatam jest wprowadzenie w 1999 r. w klasach I-III szkoły podstawowej tzw. kształcenia zintegrowanego (bez podziału na jednostki lekcyjne); nauczyciele mają obowiązek dostosowywania czasu zajęć i przerw do aktywności uczniów.¹ Realizowanie kształcenia tym systemem budzi jednak obawy, że nauczyciele uniezależnieni od szkolnych dzwonek mogą niekiedy zapominać, że mają zarządzić przerwę, że powinni angażować naprzemiennie różne sfery aktywności dzieci w odpowiednio krótkich odstępach czasu.

Liczba lekcji

Możliwości wykonywania pracy (uczenia się) w zależności od dojrzałości organizmu można odnieść do odcinka czasu, jakim jest nauka w szkole w ciągu dnia. Zaleca się następującą liczbę lekcji: w klasie I - III - 3-4, w klasie IV - 4-5, w klasach V-VI, w gimnazjum i w kolejnych klasach szkoły średniej - 5-6. Dopuszcza się zwiększenie obciążenia godzinowego o lekcję wf.² Obowiązkowe programy nauczania na rok szkolny 2002/2003 przewidują: w szkole podstawowej tygodniowo: kl. I - III - 23 godziny, kl. IV - VI - 28 godzin; w gimnazjum – 31 - 33 godziny; w szkołach średnich – 35 - 36 godzin.³ Jeżeli rozdzieli się tygodniową liczbę godzin na pojedyncze dni, można stwierdzić, że w szkołach średnich wprowadzona jest zbyt duża liczba lekcji, nie uwzględniono możliwości fizjologicznych młodzieży.

Przerwy międzylekcyjne

Istotnymi elementami dziennego rozkładu lekcji są przerwy, pozwalające na wypoczynek między lekcjami. Zaleca się, aby przerwy trwały 10 minut, z zastrzeżeniem, aby po trzeciej lub czwartej lekcji miała miejsce przerwa 20-minutowa. Jeżeli w ciągu dnia przewidziano więcej niż sześć lekcji, wśród przerw powinna znaleźć się jeszcze jedna 20-minutowa.

Powszechnym zjawiskiem jest konstruowanie rozkładów lekcji z przerwami 5-minutowymi, powszechne jest także nieplanowane przedłużanie lekcji kosztem przerwy. Czas wypoczynku na przerwie skracany jest także poprzez przenoszenie się uczniów na kolejne zajęcia z pomieszczenia do

¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego. Załącznik 1 „Podstawa programowa kształcenia ogólnego dla sześcioletnich szkół podstawowych i gimnazjów” (Dz. U. Nr 14, poz. 129).

² Zdunkiewicz L, Mandrowska-Xinxo A.: Praktyczne metody oceny warunków zdrowotnych środowiska szkolnego. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1976.

³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 22 sierpnia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz. U. Nr 137, poz. 1155).



pomieszczenia (system klasopracowni). Ten niedostatek czasu, konieczny do regeneracji sił, może stanowić niebagatelną przyczynę przeciążenia organizmu ucznia.

W czasie lekcji uczniowie są unieruchomieni w pozycji siedzącej, jest to przeciw ich naturze - im młodsze dziecko, tym większą ma potrzebę ruchu. Sposobem na regenerację sił po wysiłku umysłowym i statycznym wysiłku mięśni jest stworzenie na przerwie warunków do swobodnej aktywności ruchowej, najlepiej na powietrzu, z zachowaniem ograniczeń wynikających z przepisów bezpieczeństwa. W związku z tym, że zajęcia na lekcji wymagają stałej pracy narządu wzroku z bliska, przerwy powinny dawać szansę odpoczynku również oczom. Tego postulatu nie pozwala w pełni zrealizować powszechna wśród uczniów praktyka uzupełniania w tym czasie zadań domowych. Na przerwie każdy uczeń powinien mieć czas i warunki, aby załatwić potrzeby fizjologiczne. Zwiększenie długości jednej z przerw do 20 minut ma na celu między innymi umożliwienie spożycia bez pośpiechu posiłku.

Inne uwagi dotyczące rozkładu lekcji

Ustalając porę rozpoczęcia zajęć w szkole należy brać pod uwagę rytmy okołodobowe, w zależności od pory dnia różna jest bowiem zdolność do wysiłku. Optymalna pora to godziny między 8 a 12, ze szczytem możliwości w godzinach od 9 do 11, po nich obserwowane jest stopniowe obniżanie tej zdolności.¹ Najwłaściwszą porą rozpoczęcia zajęć jest więc czas między godz. 8 a 9. Powyższe warunki są spełniane w większości szkół, nie udaje się jednak ich spełnić przy pracy systemem zmianowym - druga zmiana uczy się po południu; w nielicznych szkołach, pracujących na trzy zmiany, niektóre klasy mają lekcje w późnych godzinach popołudniowych. Na terenach wiejskich częstym uwarunkowaniem zbyt wczesnego rozpoczęcia zajęć są dojazdy, konieczność dostosowania czasu lekcji do rozkładów jazdy autobusów.

Niemniej ważne z punktu widzenia zjawiska rytmów biologicznych jest wykonywanie pracy rytmicznie, o stałych porach dnia. I ten wymóg nie jest spełniany przy systemie zmianowym - bardzo często poszczególne klasy, w kolejnych dniach tygodnia, uczą się na różnych zmianach. Władze szkolne realizują w ten sposób postulat dostępu wszystkich uczniów do uczestniczenia w zajęciach o najwłaściwszej porze (dużą rolę odgrywa presja rodziców). Należy jednak uświadomić sobie, że postulat ten może zostać również spełniony przy dopuszczeniu rotacji w dłuższych odstępach czasowych np. co 3 - 5 miesięcy; wtedy - przynajmniej okresowo utrwali się u dzieci określony rytm.

W rozkładzie dziennym odpowiednikiem ćwiczeń śródlekcyjnych mogą stać się zajęcia związane z aktywnością ruchową - wf, muzyka, plastyka, technika. Największe atuty mają pod tym względem lekcje wf, każda z obowiązko-

¹ Dzierżykraj-Rogalski T.: Rytmy i antyrytmy biologiczne. Wiedza Powszechna, Warszawa 1986.



wych godzin powinna być przewidziana w innym dniu. W dniach, w których nie ma wf należy przewidzieć godzinę innych wymienionych zajęć, związanych z aktywnością ruchową.

Ze względów higienicznych nie jest korzystne, gdy następują po sobie lekcje z tego samego przedmiotu - podwaja to czas pracy o tym samym charakterze, zwiększa zmęczenie, a wywołując monotonię dodatkowo zmniejsza dyspozycję do pracy. Względy dydaktyczne sprawiają jednak, że ma miejsce zdwajanie przedmiotów. Jest regułą zdwajanie godzin języka polskiego (6 godzin tygodniowo w programach nauczania), częste jest zdwajanie godzin przyrody, matematyki, języków obcych. Nie powinno mieć miejsca zdwojenie w ciągu dnia dwóch przedmiotów (podwójne zdwojenie), prowadzi to do przekroczenia możliwości psychofizycznych uczniów, ich praca staje się nieefektywna - z lekcji mało korzystają, a z punktu widzenia nauczyciela - nie pozwala na spodziewany postęp w realizacji programu nauczania.

Z punktu widzenia zachowania rytmiczności trybu życia, liczba godzin lekcji w kolejnych dniach nie powinna różnić się więcej niż o jedną. Ten warunek nagminnie nie jest spełniany, na przeszkodzie stoją ograniczenia czasu nauczycieli, niedostatek pomieszczeń do nauki, zmienowość pracy szkół.

Przy organizacji procesu nauczania należy liczyć się z cyklami sezonowymi rytmów biologicznych (odgrywają tu rolę np. sezonowe wahania temperatury i nasilenia promieniowania słonecznego) oraz przebiegiem dyspozycji do pracy w skali roku. Wypoczęci po wakacjach uczniowie wykazują w pierwszych miesiącach roku szkolnego najlepszą dyspozycję do pracy. Najmniejsze możliwościami do nauki występują u nich w okresie wiosennym, po kilkumiesięcznym wysiłku, przerywanym krótkimi feriami zimowymi i wiosennymi. Na wiosnę tempo nauczania powinno być więc zwolnione. Względy dydaktyczne dyktują odwrotny reżim - jest to sezon sprawdzianów i wystawiania rocznych ocen, a więc zwiększonego obciążenia pracą.

Indywidualizacja wymagań

U przeciętnego dziecka stopień zaawansowania w rozwoju odpowiada wiekowi kalendarzowemu. Poszczególne jednostki w populacji mogą się jednak różnić wieloma cechami, np. zaawansowaniem w rozwoju (fizycznym, psychicznym, społecznym itd.).

W każdej klasie znajdują się dzieci mniej lub bardziej niż większość zaawansowane w rozwoju; znajdują się takie, u których rozwój nie we wszystkich sferach przebiega harmonijnie, np. szybciej postępuje w sferze fizycznej, a wolniej w sferze intelektualnej. Inną ważną cechą różnicującą uczniów jest stan zdrowia. Może nią być także wiek kalendarzowy - w każdej klasie spotkać można uczniów starszych lub młodszych niż przewidziano. U dziecka z jakiegoś powodu odbiegającego od normy (nierzadko istnieje kilka powodów), wywiązywanie się z obowiązków szkolnych, określonych programem nauczania klasy, do której uczęszcza może być trudne, a nawet może przekraczać jego



możliwości; może się też zdarzyć, że stawiane wymagania będą zbyt niskie i dziecko może czuć się znudzone nauką i zniechęcone. Z powyższych powodów podstawowym zaleceniem higienicznym odnośnie organizacji procesu nauczania jest indywidualizacja wymagań. Zalecenie to jest rzadko respektowane, zazwyczaj przeszkadzają: duża liczebność klas, konieczność rozliczenia się przez nauczycieli z „przerobienia materiału”.

Przepisy prawne i normy dotyczące środowiska fizycznego szkoły

1. 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).
2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 21 maja 2002 r. w sprawie ustalenia wykazu wyrobów, które nie mogą być nabywane przez szkoły i placówki, jeżeli dostawca nie przedstawi odpowiedniego certyfikatu (Dz. U. Nr 71, poz. 657).
3. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 22 sierpnia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz. U. Nr 137, poz. 1155).
4. 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. Nr 6, poz. 69).
5. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690.)
6. Rozporządzenie Ministra Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa z dnia 13 maja 1998 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku. Załącznik „Dopuszczalne poziomy hałasu w środowisku” (Dz. U. Nr 66, poz. 436).
7. Wytyczne programowo-funkcjonalne projektowania szkolnych sal sportowych. Warszawa, Ministerstwo Oświaty i Wychowania 1980.
8. Wytyczne programowo-funkcjonalne projektowania szkolnych terenowych urządzeń kultury fizycznej. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej 1986.
9. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 marca 1996 r. w sprawie dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia, wydzielanych przez materiały budowlane, urządzenia i elementy wyposażenia w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi (Monitor Polski Nr 19, poz. 231).



Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Ignar-Golinowska B., Rodziewicz-Gruhn J., Gajewska M., Pyzik M.*: Koncepcja badań nt. higieny procesu nauczania systemem zintegrowanym w klasach I-III szkoły podstawowej. *Problemy Higieny* 2001, 74, 16-21.
2. *Radiukiewicz S. B.*: *Medycyna szkolna*. PZWL, Warszawa 1987.
3. *Stanisławska A.*: Zdrowotne funkcje ćwiczeń śródlekyjnych. *Lider* 1993, 10, 17-18.
4. *Zdunkiewicz L., Kopczyński J.*: *Metody badania środowiska szkolnego*. Wydawnictwa Metodyczne Państwowego Zakładu Higieny, Warszawa 1968.

3. 2. Środowisko społeczne szkoły

Maria Sokołowska

Holistyczna koncepcja zdrowia zaproponowana w latach 40. przez Światową Organizację Zdrowia wskazuje, że zdrowie ma nie tylko wymiar fizyczny i psychiczny, ale i społeczny. Analizując problemy zdrowotne dzieci i młodzieży należy brać pod uwagę, że znaczącym czynnikiem, decydującym w dużym stopniu o ich zdrowiu, jest środowisko społeczne w jakim żyją. Zgodnie z rozwijanym współcześnie w promocji zdrowia podejściem siedliskowym szkołę należy traktować jako miejsce gdzie członkowie społeczności szkolnej nie tylko uczą się i pracują, ale *żyją w określonej zbiorowości*: odpoczywają, bawią się, nawiązują kontakty z innymi, odnoszą sukcesy lub porażki, budują pozytywną lub negatywną samoocenę itp.

Środowisko społeczne ucznia i nauczyciela w różnym stopniu zaspokaja jego ważne potrzeby życiowe. Wykorzystując terminologię amerykańskiego psychologa A. Masłowa, który zbudował aktualną do dziś hierarchię potrzeb warto tu wymienić potrzeby bezpieczeństwa, miłości i przynależności, poczucia własnej wartości oraz samorealizacji.¹ Stopień zaspokojenia tych potrzeb wpływa pośrednio lub bezpośrednio na stan zdrowia uczniów i nauczycieli (obniżenie odporności, nerwice, choroby psychosomatyczne), a zależny jest od takich czynników jak klimat szkoły, możliwości osiągnięcia sukcesu na miarę własnych możliwości oraz zabezpieczenie pomocy i wsparcia osobom, które tego potrzebują. Niniejszy rozdział będzie poświęcony omówieniu tych czynników.

Klimat szkoły

Klimat środowiska wychowawczego to² „zbiór subiektywnie spostrzeganych przez wychowawców i wychowanków charakterystycznych cech, sytuacji

¹ Maslow A.D.: *Motywacja i osobowość*. Inst. Wyd. „Pax”, Warszawa 1990.

² Tatarowicz J.: *Klimat społeczny szkoły – zdrowy czy chory*, [w]: Ostrowska K., Tatarowicz J. (red.): *Zanim w szkole będzie źle*. CMPPP, Warszawa 1996.



i zdarzeń, będących (...) skutkami (...) systemu organizacyjnego i pedagogicznego...”, który wpływa na efektywność procesu dydaktyczno – wychowawczego.

Główne czynniki które decydują o klimacie szkoły to:

- stosunki interpersonalne,
- reguły życia szkolnego oraz styl zarządzania (demokratyczny – autokratyczny).

Nieprawidłowy klimat społeczny szkoły charakteryzuje się nasileniem dwóch poważnych zagrożeń zdrowia jakim może być stres szkolny, a w szczególności wzrost agresji i przemocy.

Stosunki interpersonalne

- *Kontakty: nauczyciel – uczeń.* W literaturze przedmiotu znaleźć można wiele dowodów świadczących o tym, że te kontakty nie układają się dobrze. Już same reakcje mimiczne nauczyciela odczytywane są przez uczniów przeważnie jako wrogie lub emocjonalnie nijakie. Wśród powszechnych błędów wychowawczych nauczycieli wymieniane są: agresja, rygorizm, hamowanie aktywności ucznia stosowanie różnych form przemocy emocjonalnej (upokarzanie), a nawet fizycznej.¹ Sprawę dodatkowo komplikuje fakt, że niejednokrotnie traktowani są uczniowie zdolniejsi, odnoszący sukcesy oraz ci mniej zdolni, mający trudności z nauką. Tym pierwszym nauczyciele poświęcają więcej uwagi, niż uczniom słabym, rzadziej są oni krytykowani w sytuacji udzielenia złej odpowiedzi, częściej otrzymują od nauczycieli informacje zwrotne i pochwały. W szkole obserwuje się również przejawy przemocy uczniów wobec nauczycieli, a wśród nich są: oszukiwanie, utrudnianie prowadzenia lekcji, wulgaryzmy, a nawet sporadyczne przypadki agresji fizycznej.²
- *Kontakty: nauczyciel – nauczyciel.* W trakcie warsztatów, w których uczestniczą nauczyciele często ujawniają się problemy pokazujące nieodpowiednią atmosferę panującą w gronie pedagogicznym, na która składają się:
 - autorytarny styl zarządzania szkołą przez dyrektora,
 - brak wzajemnego zaufania,
 - zawiść o przywileje, nagrody, warunki pracy,
 - brak wsparcia w trudnych sytuacjach wychowawczych,
 - brak współpracy i rywalizacja,
 - brak wymiany informacji.³
- *Kontakty: uczeń – uczeń.* Z badań nad zachowaniami zdrowotnymi prowadzonymi w 1998 r. w reprezentatywnej grupie wynika, że ok. 30% uczniów

¹ Sokołowska M.: Funkcjonowanie szkoły jako potencjalne źródło zagrożeń dla zdrowia psychicznego. Podsumowanie, wnioski, rekomendacje. [w]: Czabała J. Cz. (red.): Zdrowie Psychiczne. Zagrożenia i promocja. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.

² Tamże.

³ Szymańska J.: Działania profilaktyczne a klimat szkoły. Remedium, 2003, 2.



w wieku od 11 – 15 lat spotkało się z przejawami dręczenia przez kolegów, z tego 6% bardzo często (jeden lub kilka razy w tygodniu).¹ Jak wynika z piśmiennictwa, najczęstsze przejawy przemocy rówieśniczej to przymuszanie do upokarzających czynności, prowokowanie bójek, obrażanie, wyśmiewanie, zabieranie rzeczy należących do kolegi, rozpowszechnianie kłamstw. Z satysfakcją należy odnotować fakt, że zjawisko to ulega zmniejszeniu: z analogicznych badań w 2002 r. wynika, że ww. odsetki spadły z 30% do 26%, a w przypadku częstego dręczenia, z 6% do 4.3%.² Nawet jeśli uznamy, że ten spadek nie może w pełni zadowalać, to jednak warto o nim mówić, gdyż mamy tu obraz przeciwny do tego, który prezentowany jest w środkach masowego przekazu, mówiący o wzrastających zjawiskach agresji wśród dzieci i młodzieży. W ten sposób nieświadomie dokonuje się modelowania takich zachowań.

- *Kontakty: nauczyciel – rodzic.* Przegląd literatury na ten temat wskazuje na brak przygotowania szkoły do kontaktów z rodzicami, kontakty oparte na rywalizacji i obarczaniu się wzajemnie odpowiedzialnością za niepowodzenia wychowawcze zamiast współpracy i dialogu.

Reguły życia szkolnego

Życie społeczności szkolnej regulowane jest częściowo przez określone ogólnie regulaminy oraz opracowane i przyjęte przez osoby zainteresowane reguły życia szkolnego. Większość z tych regulacji odbierana jest jako źródło przymusu: ocenianie i stawianie stopni, system kar, długość przerw niezgodnych z potrzebami ucznia, obowiązek odrabiania prac domowych bez względu na poczucie przeciążenia – te reguły spostrzegane są przez uczniów jako źródło presji i ograniczeń. Ważne, aby zdawać sobie sprawę, że gotowość do przyjęcia określonych norm zależy z jednej strony od atrakcyjności społeczności, w której one obowiązują a ponadto od tego na ile aktywnie dana osoba uczestniczyła w ich tworzeniu.

Dla ok. 30% uczniów szkoła nie jest miejscem atrakcyjnym. Równocześnie tylko 1/3 uczniów ma poczucie, że uczestniczyła w ustalaniu reguł życia szkolnego,³ wielu uczniów ma przeświadczenie o braku wpływu na życie szkoły, a co gorsza 60 % nauczycieli zdaje sobie sprawę z tego, że młodzież tak właśnie się czuje.

System wsparcia społecznego w szkole

Istnieje wiele dowodów na to, że wsparcie społeczne odpowiednio dostosowane do potrzeb jednostki wpływa na ogólną poprawę jej stanu zdrowia:

¹ Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990 – 1998. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2000.

² Woynarowska B., Mazur J. i wsp.: Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku. Raport techniczny z badań. Wyd. Pedag. UW, Inst. Matki i Dziecka, Warszawa 2000.

³ Tamże.



zaobserwowano, że pacjenci odwiedzani w szpitalu przez bliskich szybciej wracają do zdrowia, urzędniczki z poczuciem wsparcia ze strony przełożonych mniej są narażone na chorobę wieńcową, a w zakładach pracy ze związkami zawodowymi mniejsze jest zagrożenie nadciśnieniem.¹

Wsparcie społeczne szczególnie istotne jest w okresie dorastania, ze względu na odrębności rozwojowe tego okresu, wśród których obserwuje się nasilony krytycyzm wobec własnej osoby, obniżone poczucie własnej wartości, dążenie do uniezależnienia się od dorosłych,² przy czym równocześnie w miarę upływu czasu maleje optymizm dotyczący możliwości kierowania własnym losem.³ Zrozumiałe jest więc, że poczucie satysfakcji z chodzenia do szkoły uczniowie uzależniają w dużym stopniu od tego czy czują się tam bezpiecznie i w razie potrzeby mogą liczyć na pomoc.

Rzeczywistość niestety nie odpowiada oczekiwaniom. Jak wynika z badań i obserwacji, szkoła nie dostarcza uczniom odpowiedniego wsparcia społecznego. Przede wszystkim uczniowie generalnie doświadczają braku zaangażowania emocjonalnego i obojętności ze strony nauczyciela. Tylko niewielki odsetek uczniów spostrzega nauczyciela jako osobę wspierającą ucznia w dziedzinie nauki i problemów osobistych. Co gorsza, to właśnie słabi uczniowie rzadziej są wspierani przez nauczycieli w sytuacji niepowodzenia. Widoczne jest wyraźne odgraniczenie miejsc przeznaczonych w szkole dla uczniów i dla nauczycieli, uczniowie mają utrudniony wstęp do pokoju nauczycielskiego, a zdarza się, że jest on zamknięty jednostronną klamką.

Sytuacji tej nie równoważą w pełni dobre relacje z rówieśnikami. Co prawda 2/3 uczniów w wieku 11- 15 lat ma poczucie akceptacji ze strony kolegów, ale tylko połowa uważa, że koledzy są gotowi do okazania pomocy. Ok. 30 % uczniów stwierdza, że czują się w szkole osamotnieni, ponieważ inni uczniowie nie chcą wspólnie z nimi spędzać czasu.

W takiej sytuacji szczególnie ważne jest tworzenie w szkole systemu instytucjonalnej, profesjonalnej pomocy. W tym zakresie istnieją również duże braki: wg danych z lat 90. 22% miejskich szkół nie zatrudniało pedagoga szkolnego, a 71 % szkół o bardzo dużej liczebności, zatrudniało tylko jednego pedagoga. Jeszcze dramatyczniej przedstawiała się pod tym względem sytuacja szkół wiejskich: 95 % nie zatrudniało pedagoga szkolnego.

Sytuację dodatkowo komplikuje fakt zlikwidowania w 1999 r. systemu opieki zdrowotnej nad uczniami w miejscu nauczania i wychowania. Na szcze-

¹ Sheridan Ch., Radmacher S. A.: Psychologia zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998.

² Sokołowska M.: Psychologiczne i psychosomatyczne problemy okresu dojrzewania. [w:] Woynarowska B., Jodkowska M.: Nastolatek też jest ważny. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995, 18 - 23.

³ Drwal R.: Zmiany poczucia kontroli w okresie adolescencji. [w:] Smoleńska Z. (red.): Badania nad rozwojem w okresie dorastania. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1993.



ście w 2003 r. reaktywowano tę opiekę.¹ Warto podkreślić, że szkolny gabinet profilaktyczny to miejsce gdzie najczęściej rozpoznać można wczesne sygnały zagrożeń zdrowia psychofizycznego. Pielęgniarka jako osoba, która wchodzi w indywidualny kontakt z otoczeniem, a przy tym nie dysponuje tak jak nauczyciel środkami represji, staje się często powiernikiem ucznia, pierwsza dowiaduje się o jego problemach. Dzięki temu postrzega ona młodego człowieka w sposób bardziej całościowy, szerzej niż tylko przez pryzmat osoby lepiej lub gorzej wywiązującej się z obowiązków szkolnych. Pielęgniarka szkolna jest więc osobą, która może dostarczać profesjonalnego wsparcia zarówno poprzez zwrócenie uwagi nauczycieli i rodziców na problemy dziecka, których oni nie zauważają (pod warunkiem, że uczeń wyrazi na to zgodę) jak również poprzez wskazanie dziecku możliwości skorzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej.² Ważne jest popularyzowanie tej formy pomocy, która często traktowana jest jako ostateczność, przychodzi zbyt późno i przez to jest nieskuteczna.

Nauczyciele to grupa zawodowa, która również potrzebuje wsparcia społecznego. Istnieją dane mówiące o tym, że co piąty nauczyciel cierpi na zespół wypalenia zawodowego, charakteryzujący się poczuciem przemęczenia i utraty energii życiowej, brakiem odczuwania satysfakcji z pracy, obniżeniem nastroju, dolegliwościami somatycznymi, podatnością na zachorowania.³ Równocześnie przedstawiona powyżej charakterystyka stosunków panujących w gronie pedagogicznym wskazuje, że trudne jest uzyskanie wsparcia ze strony kolegów: nauczyciele boją się przyznawać kolegom do przeżywanych trudności, czują się samotni ze swoimi problemami. W tym przypadku gabinet profilaktyczny może być znowu miejscem wsparcia dla nauczyciela, który tu może się dowiedzieć, że inni przeżywają podobne problemy jak on, a nawet opowiedzieć o swoich kłopotach nie obawiając się oceny czy krytyki. Tu może się też dowiedzieć o objawach zespołu wypalenia zawodowego i ewentualnych sposobach szukania pomocy w takiej sytuacji.

Trzeba jednak zdawać sobie sprawę z tego, że nawet szkoła posiadająca specjalistów nie będzie w stanie rozwiązać poważniejszych problemów uczniów i nauczycieli będących wynikiem sytuacji traumatycznych. Dlatego tak istotne jest tworzenie odpowiedniego zaplecza dla szkoły nie tylko w postaci rozbudowanego systemu poradni psychologiczno – pedagogicznych, ale i ośrodków interwencji kryzysowej, których ciągle jest znikoma liczba.⁴

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. 2003, Nr 130, poz. 1196).

² P. również rozdział III. 9. (przyp. red.)

³ Sokołowska M.: Stres w szkole. [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. PZWL, Warszawa 2000.

⁴ Czabała C., Mroziak B., Ostaszewski K., Sokołowska M.: Promocja zdrowia psychicznego. [w]: Karski J.B. (red.): Promocja Zdrowia. Wydaw. Ignis, Warszawa 1999.



Szkoła jako miejsce przeżywania sukcesu

Tylko dla niewielkiego odsetka uczniów szkoła może być miejscem przeżywania sukcesu. Program szkolny postrzegany jest jako przeładowany, zbyt obszerny. Jest to opinia nie tylko uczniów ale i nauczycieli.¹ Ogranicza to możliwości dostosowania go do indywidualnych potrzeb i wydolności intelektualnej uczniów. Z badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży wynika, że mniej niż połowa uczniów ma możliwość pracy w tempie odpowiadającym ich możliwościom, ok. 30% uważa, że ma wpływ na to jak wykorzystywany jest czas na lekcji, a tylko niecałe 20% uważa, że uczniowie mogą decydować, jakie zadania wykonują na lekcji. Nie można się więc dziwić, że uczniowie oceniają stawiane przed nimi zadania jako zbyt trudne lub zbyt łatwe oraz krytykują bierny sposób nauczania. Towarzyszy im poczucie niemożności zaspakajania potrzeb poznawczych, rozwijania własnych potencjałów, a dominujące emocje to nuda i lęk.

Dodatkowo komplikują sprawę nieprawidłowości związane ze sprawdzaniem wiedzy oraz oceną osiągnięć ucznia. Kryteria ocen nie są jasne dla uczniów, stąd ocena postrzegana jest zwykle jako przypadkowa, niesprawiedliwa, traktowana jako środek przymusu, niedostatecznie informująca ucznia na temat wskazań do dalszej pracy. Wg ponad 90% uczniów powody niesprawiedliwego oceniania to; zły nastrój nauczyciela, wcześniejsza opinia o uczniu, sposób zachowania i ubierania się ucznia.²

Skoro na ocenę znaczący wpływ mają stereotypy oraz uprzedzenia nauczyciela, nie może być ona w pełni satysfakcjonująca nawet dla uczniów otrzymujących dobre stopnie. Jeszcze trudniejsza jest w tym zakresie sytuacja uczniów słabych, którym nauczyciele w dodatku rzadziej dostarczają wsparcia emocjonalnego niż uczniom dobrym. Szkoła nie jest miejscem wyrównywania szans nie tylko z powodu trudnego programu, który nie wszyscy są w stanie opanować, ale także z powodu, nie zawsze intencjonalnego dyskryminowania osób, które mają gorsze wyniki w nauce. Jest to jeden z przejawów etykietowania, utrwalania stereotypów, a równocześnie blokowania rozwoju uczniów problemowych.

Stres, agresja i przemoc w szkole

Termin „stres”, tak powszechnie pojawiający się zarówno w literaturze fachowej jak i popularnej, doprowadził do powstania wielu mitów, które są źródłem nieodpowiedniego rozumienia tej problematyki. Należy podkreślić, że szkoła jako instytucja odpowiednia z punktu widzenia promocji zdrowia psychicznego ucznia to nie tzw. „szkoła bezstresowa”, ale *szkoła, która uczy*

¹ Tatarowicz J.: Klimat społeczny szkoły – zdrowy czy chory... op.cit.

² Kozłowski W.: System dydaktyczny i wychowawczy jako źródło zagrożeń psychicznego zdrowia dzieci i młodzieży. [w]: Czabała J. Cz. (red.): Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.



radzenia sobie i kierowania stresem tj. „dążenia do takiego poziomu stresu, który zwiększa naszą energię i motywację”.

Przedstawiona wyżej charakterystyka szkoły jako środowiska społecznego zawiera wiele elementów, które można uznać za źródła stresu. Obok wymienionych już czynników takich jak: wymagania nieadekwatne do potrzeb i możliwości uczniów, niesprawiedliwy system oceniania, nieprawidłowe relacje interpersonalne, brak osób i instytucji dostarczających wsparcia społecznego można też wymieniać dodatkowo czynniki na poziomie społeczno – kulturowym, a wśród nich: zbyt niskie nakłady finansowe na oświatę, rozpowszechnianie w mediach negatywnych stereotypów nauczyciela i ucznia działające na zasadzie hipotezy samosprawdzającej, wprowadzane mechanizmy rynkowe oparte na konkurencji także do systemu edukacji, konieczność wprowadzania zmian jakie wynikają z konieczności dostosowania systemu szkolnictwa do standardów europejskich, ogromny postęp naukowo - techniczny wymagający od szkoły stałego przekształcania się itp.

Wszystkie te czynniki utrudniają pracę szkoły, zaś brak przygotowania uczniów i nauczycieli do radzenia sobie z trudną sytuacją, powoduje narastanie tej szczególnej formy interakcji jaką jest *agresja i przemoc*.¹ Są to zjawiska, których występowanie budzi największy niepokój i które należy bezwzględnie eliminować z życia szkolnego. Nauczyciele i uczniowie muszą zdawać sobie sprawę, że nie mniej dolegliwa od agresji fizycznej, takiej jak napisać lub zniszczenie cudzej własności, jest agresja słowna: poniżanie, ośmieszanie, groźby. W kontaktach uczeń - nauczyciel dominuje agresja emocjonalna, związana z rozładowaniem emocji, będąca wyrazem złości lub lęku, natomiast w kontaktach rówieśniczych znaleźć można również agresję o charakterze instrumentalnym, która służy osiągnięciu konkretnego celu: zmuszenie do wykonania określonej przysługi, izolowanie od grupy, wymuszanie pieniędzy lub innych korzyści materialnych.

Zdrowe środowisko społeczne szkoły

Poniżej omówiono jak szkoła może radzić sobie i zapobiegać opisanym wyżej negatywnym przejawom życia społecznego.

Zapobieganie agresji i przemocy oraz radzenie sobie ze stresem w szkole

Analizując różnego rodzaju strategie sprzyjające radzeniu sobie ze zjawiskiem stresu jak i przeciwdziałaniu agresji i przemocy, znajdujemy wiele elementów wspólnych. Wyróżnia się strategie indywidualne i strategie instytucjonalne² lub też mówi o wyposażeniu indywidualno – podmiotowym i wyposażeniu społecznym.

¹ P. również rozdział I. 3. 4. 3. (przyj. red.)

² Weare K., Gray G.: Promocja zdrowia psychicznego w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie. Warszawa, 1996.



Strategie indywidualne:

- rozwijanie wiedzy i umiejętności, w tym w szczególności kształtowanie umiejętności życiowych (psychospołecznych), zwane treningiem społecznych kompetencji,
- otrzymywanie i dawanie wsparcia,
- zdrowy styl życia: poprawa kondycji fizycznej ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne, odpowiednie zagospodarowanie czasu wolnego, aktywny wypoczynek zarówno pozwalają radzić sobie ze stresem jak i ograniczają zachowania agresywne,
- nabywanie umiejętności relaksowania się, do których zaliczamy: ćwiczenia koncentrujące, odprężające, techniki relaksacyjne (masaż, trening autogenny Schulza, metoda Jacobsona i in.).¹ Sprzyjają one osiągnięciu równowagi emocjonalnej, zaś głęboka relaksacja wpływa pozytywnie na funkcjonowanie systemu immunologicznego organizmu.

Strategie instytucjonalne:

- prowadzenie na terenie szkoły edukacji w zakresie radzenia sobie ze stresem, w tym rozwijania umiejętności życiowych,
- tworzenie odpowiedniego klimatu szkoły opartego na otwartej komunikacji, demokratycznym zarządzaniu, którego celem jest „współpraca, współdecydowanie i współodpowiedzialność”, zapewnienie równych szans edukacyjnych i możliwości przeżywania sukcesu,²
- tworzenie środowiska fizycznego odpowiedniego do potrzeb, w tym umożliwienie członkom społeczności szkolnej: spożycia posiłku, odpoczynku i relaksu, uprawiania zajęć ruchowych, porozmawiania o ważnych sprawach w sprzyjających warunkach i in.,
- identyfikowanie i wspieranie osób cierpiących z powodu nadmiernego stresu czy agresji (pomoc psychologiczno – pedagogiczna i specjalistyczna).

Środowisko społeczne w zreformowanej szkole

Analizując ten bardzo pesymistyczny obraz środowiska społecznego szkoły oraz jego negatywny wpływ na zdrowie uczniów i nauczycieli warto zauważyć, że założenia, zapoczątkowanej w końcu lat 90., reformy systemu edukacji stwarzają szansę na stopniową zmianę tej niekorzystnej sytuacji.

Reforma zakłada odejście od wyposażania ucznia w encyklopedyczną wiedzę, stawiając sobie za cel przygotowanie go nie tylko do następnego etapu edukacji, ale także do życia. Nauczanie zintegrowane, blokowe, wprowadzenie ścieżek międzyprzedmiotowych ma na celu budowanie w miarę spójnego

¹ Kulmatycki L.: Ćwiczenia relaksacyjne. Agencja Promo – Lider, Warszawa 1995.

² Klimowicz G.: Po dzwonku na lekcje. Interakcyjne spojrzenie na klasę szkolną. IBE, Warszawa 1995.



obrazu świata, tworzy warunki lepszego zrozumienia zjawisk społecznych.¹ Program przewiduje ponadto kształtowanie umiejętności psychospołecznych, stosowanie aktywizujących metod nauczania, które uczą krytycznego stosunku do własnych i cudzych wyborów, odpowiedniej oceny własnych możliwości, budowanie pozytywnej samooceny, dawania i przyjmowania wsparcia, radzenia sobie ze stresem i zmianą. Szczególnie przydatna w tym zakresie jest ścieżka edukacyjna – edukacja prozdrowotna.²

Obecnie z ramach Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie rozwijany jest program kształtowania umiejętności życiowych uczniów w praktyce szkolnej. Projekt z tego zakresu, realizowany w Polsce w latach 2001 – 2002, spotkał się z dużym zainteresowaniem zarówno uczniów jak i nauczycieli, a doświadczenia tego projektu są godne upowszechniania. Reforma wprowadziła ważne zmiany do systemu oceniania uznając, że ocena powinna mieć charakter wspierający, to znaczy informować o tym co uczeń umie a co powinien poprawić, rozwijać, doskonalić. Popularyzowana jest ocena opisowa, która najlepiej spełnia tę rolę.³

Zasadnicze znaczenie w omawianym zakresie ma reforma systemu doskonalenia nauczycieli. W trakcie szkoleń nauczyciele przygotowani są do pracy metodami aktywizującymi, wyposażani w umiejętności z zakresu komunikacji interpersonalnej, kierowania pracą grupy, wypracowywania z uczniami reguł pracy grupowej, a więc współtworzenia odpowiedniego środowiska społecznego szkoły.

Te ważne zmiany nie mogą dokonać się z dnia na dzień, są długim i trudnym procesem. Dla wielu środowisk są one ciągle zbyt mało widoczne. Musimy brać pod uwagę jak trudne jest to zadanie dla przeważającej grupy nauczycieli, którzy nie czują się odpowiednio przygotowani do wprowadzania reformy, szczególnie jeśli chodzi o współpracę z uczniami, rodzicami, a tym bardziej władzami i społecznością lokalną. Ważne aby nauczyciele w tym przejściowym okresie, otrzymywali wsparcie całego społeczeństwa, gdyż wprowadzenie do systemu szkolnego zmian, o których mowa, leży w interesie nas wszystkich. Bardzo cenną pomocą są dla nauczycieli przykłady dobrej praktyki i wymiana doświadczeń. Wartościowych przykładów w tym zakresie dostarczają szkoły należące do Sieci Szkół Promujących Zdrowie, która od przeszło 10-ciu lat rozwija się stale, zarówno w Polsce jak i innych krajach europejskich.

¹ Biblioteczka Reformy Nr 1. Ministerstwo Edukacji Narodowej o reformie, Warszawa 1998.

² P. również rozdział I. 4.1. (przyp. red.)

³ Biblioteczka Reformy Nr 17. Ministerstwo Edukacji Narodowej o ocenianiu, Warszawa 1999.





Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Ignar-Golinowska B.*: Warunki funkcjonowania miejskich szkół podstawowych w roku szkolnym 1992/1993. PZH, Warszawa 1993.
2. *Ignar-Golinowska B.*: Warunki funkcjonowania wiejskich szkół podstawowych w roku szkolnym 1992/1993. PZH Warszawa 1993.
3. *Mika S.*: Psychologia społeczna dla nauczycieli. Wyd. Akad. „Żak”, Warszawa 1998.
4. *Sokołowska M.*: Umiejętności życiowe uczniów. *Remedium* 2002,10,11.
5. *Surzykiewicz J.*: Agresja i przemoc w szkole. CMPPP, Warszawa 2000.
6. *Woynarowska B., Sokołowska M.* (red.): Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat. KOWEZ, Warszawa 2000.
7. *Woynarowska B., Sokołowska M.*: Ścieżka edukacyjna – edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole. KOWEZ, Warszawa 2001.

3.3. Posiłki szkolne

Barbara Woynarowska

Wstęp

Posiłek szkolny oznacza spożycie przez ucznia, w czasie pobytu w szkole, drugiego śniadania lub obiadu (ciepłego posiłku). Jest to podstawowy, niezbędny element żywienia dzieci i młodzieży, która w ciągu dnia powinna spożywać posiłek (w tym napój) przeciętnie co 4 godziny. Posiłek szkolny powinni spożywać, w każdym dniu nauki, wszyscy uczniowie. Niestosownie za jego synonim uważa się „dożywianie”. Termin ten należy odnosić do uczniów pochodzących z rodzin żyjących w trudnych warunkach ekonomiczno-społecznych. „Dożywić” znaczy uzupełnić niedostatki związane z niedoborami żywienia w rodzinie.

Dlaczego posiłek szkolny jest niezbędny?

Uczeń przebywa w szkole, w zależności od etapu edukacji, 4 – 8 godz. Zbyt długie przerwy między posiłkami powodują uczucie głodu i pragnienia, które są przyczyną pogorszenia samopoczucia ucznia, jego aktywności i dyspozycji do nauki. Jest to spowodowane zaburzeniami metabolizmu i czynności komórek (m.in. zmniejszenie się stężenia glukozy), zwłaszcza ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.). Istnieje wiele dowodów naukowych i empirycznych, że uczucie głodu i pragnienia u uczniów obniża ich zdolność do koncentracji uwagi, tempo pracy, zwiększa liczbę błędów, zwłaszcza matematycznych, nasila zmęczenie. Głodowi towarzyszy obniżony nastrój, rozdrażnienie i zły humor (znajduje to odzwierciedlenie w powiedzeniu „Polak głod-



ny – to zły”), co może być przyczyną konfliktów z nauczycielami i rówieśnikami oraz zachowań agresywnych.

Potrzebę upowszechniania posiłków szkolnych dla wszystkich uczniów uzasadniają ponadto następujące fakty:

- Duży odsetek uczniów przychodzi do szkoły bez pierwszego śniadania. Wyniki badań w reprezentatywnej grupie uczniów w wieku 11-15 lat wykazały, że w 2002 r. 14% uczniów (11% chłopców i 17% dziewcząt) nigdy nie zjadło w domu pierwszego śniadania w dniach, w których idzie do szkoły; tylko 69% spożywało śniadanie codziennie.¹ Oznacza to, że prawie co trzeci uczeń rozpoczyna naukę na czczo, z obniżonym po długiej, nocnej przerwie stężeniem glukozy we krwi. Z tego powodu w niektórych krajach (np. w Walii) organizowane są dla uczniów śniadania przed rozpoczęciem nauki.
- Wydłużenie się odległości między szkołą, a domem, zwłaszcza u uczniów gimnazjum (w 2002 r. 37% tych uczniów przeznaczało na drogę z domu do szkoły i z powrotem ponad 30 min, a 7% 1 godz. i więcej) oraz pobytu uczniów poza domem.
- W czasie pobytu w szkole, a zwłaszcza podczas zajęć ruchowych, w wyniku pocenia się, dziecko może utracić 0,3 - 0,5 l wody na godzinę. Ryzyko odwodnienia i ubytku sodu (w wyniku nasilonego pocenia) jest szczególnie duże w czasie zajęć ruchowych w wysokich temperaturach, w lecie i może nawet doprowadzić do udaru cieplnego. Odwodnienie zaburza funkcje komórek o.u.n., powoduje zagęszczenie moczu i żółci, co może być przyczyną zaparć, kamicy układu moczowego i dróg żółciowych (ich objawy ujawniają się zwykle po wielu latach). Uczeń, w czasie pobytu w szkole, powinien wypić co najmniej 0,25 - 0,5 l napoju. Przed kilkunastu laty potrzebę uzupełniania płynów u uczniów doceniono w Czechosłowacji (tzw. „reżim wodny”) i nadal zapewnia się uczniom napoje w szkołach czeskich i słowackich.
- Posiłek szkolny powinien być nieodłącznym elementem edukacji prozdrowotnej w szkole. W podstawie programowej ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna”, na wszystkich poziomach edukacji, uwzględniono treści dotyczące racjonalnego żywienia. Przekazywanie wiedzy o racjonalnym żywieniu uczniom głodnym i spragnionym, zjadającym w pośpiechu kanapki na korytarzu lub wyłącznie słodczyce zakupione w sklepiku szkolnym, jest działalnością pozorną (rozmijanie się teorii z praktyką).

¹ Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 r.. op. cit.



Aktualna sytuacja w zakresie organizacji posiłków szkolnych

Dyskusja nad potrzebą posiłków szkolnych trwa w Polsce od kilkadziesiąt lat. Mimo powszechnej zgodności co do ich potrzeby, w praktyce w znacznej większości szkół uczniowie są głodni. W 2002 r. wśród uczniów w wieku 11-15 lat nie spożywało w dniu badania drugiego śniadania lub obiadu w szkole 26% uczniów (32% w wieku 15 lat). Odsetek ten w 1998 r. wynosił 21% i wyraźnie zwiększył się po wprowadzeniu reformy strukturalnej systemu edukacji. Wyniki badań przeprowadzonych w 2001 r. przez pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych w 97% szkół w Polsce wykazały, że ciepłe posiłki w szkole spożywało zaledwie 16% uczniów (10% w szkołach ponadpodstawowych, których uczniowie najdłużej pozostają poza domem).¹

Nie udało się upowszechnić „szklanki mleka” w szkole (nie jest to zresztą wystarczająca forma posiłku). W latach 90. zainicjowano dwukrotnie kampanię na rzecz organizacji drugich śniadań w szkole, które nie są kontynuowane. Nadal główny wysiłek koncentruje się na dożywianiu uczniów z trudnych warunków bytowych (ok. 10 - 15% populacji). Trudności w organizacji posiłków dla wszystkich uczniów są uwarunkowane wieloma przyczynami, w tym:

- niedocenianiem przez dyrekcje szkół, nauczycieli, rodziców i samych uczniów potrzeby regularnego spożywania posiłków,
- zwiększaniem się odsetka rodzin ubogich, które nie mogą opłacić posiłków w stołówkach szkolnych; jak wynika z „Diagnozy społecznej 2000”, w 1999 r. z powodu trudności finansowych zrezygnowało z obiadów w szkole 8% uczniów;²
- brakiem w szkołach warunków do organizacji żywienia uczniów (w 2001 r. warunki te posiadało 40,5% szkół, a tylko 35% wydawało ciepłe posiłki);³ brakiem środków finansowych na zatrudnienie personelu w stołówkach szkolnych;
- rozwojem sieci sklepików szkolnych oraz automatów oferujących asortyment niezgodny z zasadami racjonalnego żywienia.

Propozycje rozwiązań

Optymalnym rozwiązaniem byłoby zapewnienie każdemu uczniowi w szkole w połowie dnia, ciepłego, gotowanego posiłku. Jest to cel, do którego powinna zmierzać każda szkoła, choć jego osiągnięcie jest trudne. W Polsce nie ma zwyczaju spożywania w czasie pracy lunchu, połączonego z dłuższą, godzinną przerwą. Ta powszechna w krajach rozwiniętych praktyka wynika z przekonania, że po posiłku i odpoczynku ludzie pracują wydajniej w godzi-

¹ Gajewska M., Ignar-Golinowska B.: Ocena żywienia uczniów w Polsce na podstawie danych stacji sanitarno-epidemiologicznych za rok 2001. Roczniki Państwowego Zakładu Higieny 2003, 54, 2, 183 - 196.

² Czapiński J., Panek T. (red.): Diagnoza społeczna 2000. Rada Monitoringu Społecznego, WSP TWP, Rada Główna PTS-BBiAS, Warszawa 2001.

³ Gajewska M., Ignar-Golinowska B.: Ocena żywienia uczniów ..., op. cit.





nach popołudniowych. Wprowadzenie w Polsce przerwy na lunch nie jest łatwe. Wymaga nie tylko zmiany przekonań i stylu życia ludzi, lecz także stworzenia możliwości spożycia zdrowego i taniego posiłku poza domem. Szkoła mogłaby odegrać ważną rolę w procesie zmian sposobu żywienia Polaków.

Organizacja ciepłych, gotowanych posiłków (typu lunch)¹ dla wszystkich uczniów nie jest obecnie możliwa. W poszukiwaniu rozwiązań częściowych, w 1992 r. zainicjowano kampanię „Śniadania szkolne dla wszystkich uczniów w Polsce” (powtórzono ją w 1996 r.). Przyjęto, że w każdej szkole istnieją warunki do zorganizowania drugiego śniadania:

- składającego się z kanapki własnej ucznia i napoju przygotowanego w szkole,
- spożywanego w czasie przerwy śniadaniowej (tzw. dużej przerwy), w sposób zorganizowany, wspólnie przez uczniów i nauczycieli; sytuacja ta jest spotkaniem nauczyciela z uczniami w innej sytuacji niż lekcja (w jednej ze szkół toruńskich przyjęto hasło „Wspólny posiłek zbliża oddalonych”), stwarza możliwości oddziaływań wychowawczych, w tym edukacji w zakresie racjonalnego żywienia.²

Wyniki badań przeprowadzonych w 1996 r. wykazały, że śniadania szkolne organizowało w Polsce 75% szkół podstawowych, w których spożywało ten posiłek 44% uczniów, w tym przede wszystkim w klasach I-III.³ W 2001 r. śniadania te organizowało już tylko 19% szkół, a korzystało z nich zaledwie 6% uczniów.

Organizacja posiłków szkolnych jest więc nadal nierozwiązanym problemem w szkołach w Polsce. Na potrzebę ich organizacji zwraca się szczególną uwagę w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Posiłki szkolne są jednym z ośmiu podstawowych elementów (obok edukacji zdrowotnej, wychowania fizycznego, opieki zdrowotnej nad uczniami, promocji zdrowia pracowników, poradnictwa i pomocy psychologicznej, sprzyjającego zdrowiu środowiska fizycznego i społecznego oraz włączenia rodziców i społeczności lokalnej) zintegrowanego programu zdrowia w szkole (Coordinated School Health Program), realizowanego w większości stanów w USA. Takie podejście zalecane jest również przez Światową Organizację Zdrowia.

Zadania pielęgniarki/higienistki szkolnej

- Współdziałanie z dyrekcją szkoły, nauczycielami i rodzicami w:
 - organizacji posiłków szkolnych – drugich śniadań i/lub ciepłego posiłku dla wszystkich uczniów;

¹ Szponar L, Turlejska H, Wolnicka K.: *Obiady szkolne*. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 1999.

² Woynarowska B. i wsp.: *Śniadania szkolne dla wszystkich uczniów w Polsce*. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 1995.

³ Ignar-Golinowska B.: *Śniadania w szkole*. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 1997.



- organizacji dożywiania uczniów pochodzących z rodzin dotkniętych ubóstwem (ubóstwo jest kwestią niezwykle dotkliwą i wstydlivą dla uczniów; należy wziąć to pod uwagę w organizacji bezpłatnych posiłków);
 - zapewnieniu uczniom płynów (np. wody zdatnej do picia), zwłaszcza po lekcjach wf, szczególnie w ciepłych miesiącach roku szkolnego;
 - zapewnieniu odpowiedniego asortymentu w sklepiku szkolnym.
- Współdziałal w edukacji żywieniowej w ramach programu edukacji prozdrowotnej w szkole. Skuteczność tej edukacji zależy jednak od włączenia do niej rodziców oraz stworzenia uczniom możliwości spożycia odpowiedniego posiłku w szkole. Potwierdziły to wyniki programu „Śniadanie w domu, posiłek w szkole”, realizowanego w latach 1996-97 pod kierunkiem Zakładu Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka i Instytutu Danone – Fundacji Promocji Zdrowego Żywienia.¹
 - Prowadzenie obserwacji uczniów zgłaszających się do gabinetu profilaktycznego z objawami wskazującymi na: głód lub odwodnienie, niedobory żywieniowe (np. niedokrwistość), hipoglikemię (omdlenia, zawroty głowy), zaburzenia odżywiania (jadłowstręt psychiczny).
 - Udzielanie indywidualnego poradnictwa żywieniowego np. uczniom z otyłością,² stosującym różnego rodzaju diety niekonwencjonalne i eliminacyjne.
 - W szkołach, w których są stołówki szkolne udzielanie ich pracownikom konsultacji w zakresie warunków sanitarnych pomieszczeń, wyposażenia, sposobu przygotowywania posiłków oraz jadłospisów; współdziałanie w tym zakresie z Państwową Inspekcją Sanitarną.

3. 4. Bezpieczeństwo w szkole

3. 4. 1. Wypadki i urazy dzieci i młodzieży w szkole

Jolanta Olejko

Odpowiedzialność za zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków nauki.

Podstawowym aktem prawnym regulującym zasady bezpiecznego pobytu dziecka w szkole jest *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach* (Dz. U. 2003, Nr 6, poz. 69).

¹ Pułtorak M., Woynarowska B., Oblacińska A., Wiśniewska A.: Upowszechnienie śniadań szkolnych jako podstawowego posiłku dla uczniów. *Lider*, 1998, 11, 5-7.

² Jabłoński E., Buczek S.: Dobór produktów spożywczych w diecie odchudzającej. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 2003, 5, 27-30.



Osobą odpowiedzialną za zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu w szkole, a także za bezpieczne uczestnictwo w zajęciach organizowanych przez szkołę poza jej terenem, jest dyrektor szkoły, który ma obowiązek przyjęcia i zastosowania rozwiązań organizacyjnych, zapewniających właściwą opiekę i nadzór nad uczniami podczas ich pobytu w szkole.

Zarządzanie bezpieczeństwem powinno stanowić jeden z trwałych elementów zarządzania szkołą. Podstawą do podjęcia określonych rozwiązań w tym zakresie jest charakterystyka zagrożeń występujących lub mogących wystąpić w szkole oraz analiza przyczyn i okoliczności wypadków, jakie miały miejsce w szkole. Na podstawie tych danych dyrektor szkoły powinien w porozumieniu z radą rodziców oraz radą pedagogiczną przyjąć plan działalności profilaktycznej mającej na celu zapobieganie wypadkom oraz eliminację ewentualnych zagrożeń.

Dyrektor szkoły powinien również ustanowić zasady wzajemnego informowania oraz reagowania w przypadku urazów¹, włącznie z trybem udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach koniecznych. Wymienione wyżej rozporządzenie zawiera zapis, iż każdy pracownik szkoły, który powziął wiadomość o wypadku, niezwłocznie zapewnia poszkodowanemu uczniowi opiekę, w szczególności udzielając poszkodowanemu uczniowi pierwszej pomocy, a w miarę możliwości sprowadzając fachową pomoc medyczną. Takie rozwiązania są możliwe do zastosowania tylko w przypadku jasno i precyzyjnie określonych zasad postępowania oraz zadań nałożonych na poszczególne osoby zatrudnione w szkole, zarówno personel pedagogiczny, administracyjny jak i pracowników medycznych.

W momencie zaistnienia wypadku dyrektor szkoły będzie głównie liczył na reakcję i opinię pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Dlatego też, ze względu na sprawne udzielanie pomocy, zasady współpracy pomiędzy służbą medyczną w szkole a dyrektorem powinny zostać w sposób jasny i precyzyjny ustalone.

Dyrektor szkoły powinien sprecyzować swoje oczekiwania co do roli i zadań pielęgniarki lub higienistki szkolnej w momencie wypadku lub urazu, jej udziału w podczas ustalania okoliczności i przyczyn wypadku oraz formułowaniu wniosków dotyczących działalności profilaktycznej itp. Pielęgniarka lub higienistka szkolna, ze swej strony posiadając określone kompetencje oraz wiedzę i umiejętności, powinna udzielić wsparcia dyrektorowi oraz pomocy w

¹ Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów wskutek działania czynnika zewnętrznego. Definicja podana na podstawie art.2 ust 13. ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199, poz.1673 z późn. zm.) W rozporządzeniu MENiS z dnia 31.12.2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. 2003, Nr 6, poz. 69) § 52 mówi, że w sprawach dotyczących wypadków nieuregulowanych w rozporządzeniu stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy. Stąd też przy definiowaniu posługujemy się również odpowiednio przepisami dotyczącymi wypadków przy pracy.



podejmowaniu decyzji np. co do klasyfikacji ciężkości wypadku, ewentualnego wezwania pomocy z zewnątrz (pogotowie ratunkowe) czy też zawiadomienia rodziców lub prawnych opiekunów ucznia.

Wypadki - definicja i tryb postępowania.

Za wypadek uważa się zdarzenie nagłe, niespodziewane (dla ucznia) spowodowane przyczyną zewnętrzną. Nagłym, niespodziewanym zdarzeniem może być fakt np.: uderzenia drzwiami, piłką lub wynik niebezpiecznych zabaw, gdy uczniowie nie zdają sobie sprawy z występującej możliwości zagrożenia.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami w przypadku wypadków ciężkich¹, śmiertelnych² i zbiorowych³ (w szkołach najczęstszymi rodzajami wypadków zbiorowych są zatrucia) dyrektor szkoły zobowiązany jest powołać zespół powypadkowy, którego zadaniem jest ustalenie okoliczności i przyczyn wypadku. Końcowym etapem pracy takiego zespołu jest sporządzenie protokołu powypadkowego, zaznajomienie z jego treścią rodziców lub prawnych opiekunów ucznia oraz sporządzenie wniosków dotyczących podjęcia koniecznych działań zapobiegawczych. Jest sprawą oczywistą, że przy ustalaniu powyżej wymienionych elementów zespół powypadkowy będzie zasięgał zdania i opinii pielęgniarki lub higienistki szkolnej, która była obecna w czasie udzielania pierwszej pomocy poszkodowanemu uczniowi.⁴

Trybu postępowania wypadkowego oraz prac zespołu powypadkowego dyrektor szkoły nie uruchamia w przypadku wypadków i urazów tzw. lekkich np. skręcenia, proste złamania, zwichnięcia, skaleczenia, stłuczenia, lekkie oparzenia itd. Wypadki lekkie podlegają jedynie wpisowi do rejestru wypadków.

Dyrektor szkoły jest obowiązany prowadzić rejestr wszystkich wypadków oraz urazów uczniów, jakie miały miejsce w szkole oraz podczas zajęć organizowanych przez szkołę poza jej terenem, *w czasie kiedy uczniowie znajdowali się lub powinni znajdować pod opieką personelu pedagogicznego szkoły. Również w czasie dojazdu do szkoły, jeżeli zgodnie z zapisami zawartymi w art. 17 ustawy o systemie oświaty gmina odpowiada za dowóz dziecka do szkoły zapewniając mu podczas dowozu bezpłatny transport i opiekę.* Wypadki dzieci i młodzieży podczas drogi do szkoły, kiedy za dziecko odpowiadają rodzice, podczas pobytu na boisku szkolnym po zakończeniu zajęć szkolnych, podczas

¹ Art. 3, ust. 5 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków [...] (Dz. U. 2002, Nr 199, poz. 1673) – za wypadek ciężki uważa się wypadek, w wyniku którego nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała, takie jak: utrata wzroku, słuchu, mowy, zdolności rozrodczej lub inne uszkodzenie ciała albo rozstrój zdrowia, naruszające podstawowe funkcje organizmu, a także choroba nieuleczalna lub zagrażająca życiu, trwała choroba psychiczna, trwałe istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała.

² Art.3, ust. 4 – za wypadek śmiertelny uważa się wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć w okresie nie przekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku.

³ Art. 3, ust.6 – za wypadek zbiorowy uważa się wypadek, któremu w wyniku tego samego zdarzenia uległy co najmniej dwie osoby.

⁴ P. również rozdział III.10. (przyp. red.)



zabaw poza czasem objętym zajęciami i poza terenem szkoły nie podlegają obowiązkowi rejestracji ich przez szkołę.

Wzór rejestru wypadków w szkole określa załącznik nr 2 do cytowanego powyżej rozporządzenia MENiS.¹ Dyrektor szkoły powinien wyznaczyć osobę spośród pracowników szkoły, która będzie taki rejestr na bieżąco prowadziła. W praktyce bardzo często rejestry takie prowadzą pielęgniarki lub higienistki szkolne na prośbę dyrektora, jako że z racji pełnionej funkcji pierwsze pozyskują informację na temat wypadków. Jeżeli jednak dyrektor szkoły wyznaczy do prowadzenia rejestru innego pracownika szkoły, pielęgniarka szkolna powinna na bieżąco informować tego pracownika o wypadku, jaki miał miejsce, z podaniem danych koniecznych do umieszczenia w rejestrze wypadków.

Należy zwrócić uwagę, że rejestr wypadków, do prowadzenia którego zobowiązany jest dyrektor szkoły, nie jest równoznaczny z rejestrem prowadzonych czynności i udzielania pierwszej pomocy przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną. Rejestr wypadków na ogół nie odwzorowuje, a nawet nie powinien odwzorowywać, treści zawartych w dokumentacji medycznej prowadzonej zgodnie z przepisami resortu zdrowia.²

Rejestrując wypadki należy posługiwać się definicją wypadku. Dlatego też zdarzeń wynikających z innych przyczyn, a wymagających udzielenia dziecku pomocy przez pielęgniarkę szkolną nie zaliczamy do kategorii wypadku np. krwotoki z nosa nie będące skutkiem pobicia czy uderzenia, a tylko wynikiem skłonności fizjologicznych dziecka, ataki związane z chorobą jeżeli dziecko cierpi na określone dolegliwości (np. atak astmy, padaczki), dolegliwości związane z okresem rozwoju i dojrzewania, itp.

Statystyka wypadków u uczniów - miejsca i kategorie największego ryzyka i zagrożenia

Analiza wypadków u uczniów w szkołach, prowadzona na podstawie danych statystycznych gromadzonych w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu od 1996 r. wykazuje, że największa liczba wypadków i urazów zdarza się w szkołach podstawowych. Obecnie na drugim miejscu znajdują się gimnazja.

W tabeli 4 podano dane o liczbie wypadków zgłoszonych do Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu.

¹ 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).

² Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy zmieniającej ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 109, poz 1029) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 130, poz. 1196).



Tabela 4. Liczba wypadków uczniów i procent poszczególnych kategorii wypadku w latach: 1996/97 – 2001/02

| Rok szkolny | Ogólna liczba wypadków / procent liczby wypadków w stosunku do liczby uczniów pobierających naukę w danym roku szkolnym | Śmiertelne | Ciężkie | Inne (wypadki lekkie i urazy) |
|-------------|---|-------------|--------------|-------------------------------|
| 1996/97 | 112 098/ 1, 33% | 90 / 0,08% | 1 509/ 1,43% | 107 566/ 98,59% |
| 1997/98 | 110 803/ 1,37 % | 81 / 0,07% | 1 415/ 1,28% | 109 307/ 98,65% |
| 1998/99 | 130 653/ 1,62% | 120 / 0,09% | 1 574/ 1,20% | 128 959/ 98,71% |
| 1999/00 | 109 464/ 1,65% | 71 / 0,06% | 1 040/ 0,95% | 108 353/ 98,99% |
| 2000/01 | 112 892/ 1,45% | 69/ 0,06% | 1 010/ 0,89% | 111 813/ 99,04% |
| 2001/02 | 140 254 | 91 | 1 276 | 138 887 |

Wśród ogólnej liczby wypadków największy odsetek (ok. 98% - 99%) stanowią rokrocznie wypadki lekkie i urazy. W kolejności częstości występowania najczęściej odnotowano złamań (ok. 33%), zwichnięć i skręceń (ok. 30%) oraz stłuczeń i zmiążdżeń (ok. 15%). Urazy najczęściej dotyczą kończyn dolnych i górnych (ok. 78%), a potem głowy (ok. 12%) i tułowia (ok. 4%) (tab. 5).

Tabela 5. Liczba wypadków ze względu na rodzaj uszkodzenia ciała w latach: 1996/97 – 2001/02

| Rok szkolny | Złama- mania | Zwich- nięcia i skrę- cenia | Urazy wew- nętrne | Utrata części ciała | Stłu- czenia, zmiąż- dzenia | Opa- rzenia | Zatru- cia | Urazy zewnę- trzne, roze- rwania | Inne |
|-------------|-----------------|--------------------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------------------|----------------|---------------|--|--------|
| 1996/97 | 36 607 | 3 606 | 3 606 | 457 | 15 755 | 815 | 711 | 16 301 | 8 566 |
| 1997/98 | 36 793 | 3 889 | 3 889 | 459 | 16 604 | 715 | 301 | 14 477 | 8 626 |
| 1998/99 | 42 867 | 33 987 | 4 425 | 471 | 20 210 | 963 | 304 | 18 271 | 9 155 |
| 1999/00 | 35675 | 30 213 | 3 515 | 469 | 16 754 | 980 | 294 | 13 687 | 7 877 |
| 2000/01 | 29 651 | 9 651 | 8535 | 3344 | 10712 | 3537 | 429 | 8 913 | 19 876 |
| 2001/02 | 45 928 | 40 686 | 4 855 | 483 | 20 236 | 916 | 527 | 16 214 | 10 427 |





Ze względu na miejsce wypadku dane statystyczne wykazują trzy najbardziej newralgiczne punkty: sale gimnastyczne (ok. 30%), place gier i zabaw (ok. 20%) oraz korytarz i schody (ok. 21%) (tab. 6). Potwierdza to klasyfikacja liczby wypadków w zależności od rodzaju zajęć. Tak więc na lekcjach wychowania fizycznego i podczas przerw międzylekcyjnych ma miejsce najwięcej wypadków (ok. 65%). Oczywiście w przypadku realizacji programu nauczania z wychowania fizycznego należy brać pod uwagę wyższe prawdopodobieństwo występowania urazów, jednakże nie należy lekceważyć zagrożeń wynikających ze stanu technicznego sprzętu sportowego, wyposażenia sal i placów gier i zabaw, wydolności fizycznej i psychicznej ucznia oraz zapewnienia właściwej opieki i nadzoru podczas prowadzenia tego rodzaju zajęć.

Tabela 6. Liczba wypadków uczniów ze względu na miejsce wypadku, w poszczególnych latach

| Rok szkolny | Klasa, sala zajęć | Korytarz, schody | Sala gimnastyczna | Boisko plac gier i zabaw | Warsztat, pracownia, laboratorium | Ulica, droga | Inne |
|-------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------|--------|
| 1996/97 | 5 227 | 24 144 | 27 676 | 23 568 | 2 091 | 11 302 | 15 132 |
| 1997/98 | 5 436 | 24 644 | 31 181 | 24 015 | 1 926 | 9 945 | 13 656 |
| 1998/99 | 6 310 | 28 277 | 34 149 | 27 517 | 2 099 | 13 929 | 18 372 |
| 1999/00 | 6 044 | 23 781 | 29 914 | 23 273 | 1 540 | 10 399 | 14 514 |
| 2000/01 | 7 721 | 16 582 | 28 238 | 21 214 | 5 028 | 7 041 | 27 068 |
| 2001/02 | 6 666 | 28 674 | 40 247 | 28 656 | 1 241 | 13 938 | 20 850 |

Najczęstszą przyczyną wypadków, podawaną przez szkoły w sprawozdaniach, jest nieuwaga – uderzenie przypadkowe, przypadkowa niezamierzona kolizja. Jednakże powstaje pytanie czy zawsze właściwie i kompetentnie określone są przyczyny wypadków. I tak np. upadek ucznia na śliskiej (pastowanej i wypolerowanej podłodze) klasyfikowany jest najczęściej jako nieuwaga. Drogi komunikacyjne (korytarze, schody itp.) w szkole nie mogą być śliskie, tak więc podany przykład jasno obrazuje błędną klasyfikację przyczyny wypadku.

Oczekiwania dyrektorów szkół w stosunku do pielęgniarki lub higienistki szkolnej w kontekście zdarzeń wypadkowych oraz prowadzenia działalności mającej na celu zapobieganie wypadkom w szkole

Poniżej podano najczęściej zgłaszane podczas spotkań i narad oczekiwania:¹

¹ Pielęgniarka powinna znać oczekiwania dyrektorów szkół i przedstawić im zakres swoich zadań oraz ew. ustalić zasady udzielania **ponadstandardowych świadczeń** w zakresie swoich kompetencji (przyj. red.).



- bliska współpraca z dyrektorem szkoły, radą pedagogiczną, radą rodziców, radą szkoły,
- współpraca z wychowawcami klas i nauczycielami (zwłaszcza takich przedmiotów jak wychowanie fizyczne, chemia, biologia, fizyka, przyroda, gimnastyka korekcyjna),
- promowanie zdrowia i zachowań prozdrowotnych,
- uczestniczenie w posiedzeniach rady pedagogicznej podczas omawiania problemów dotyczących bezpieczeństwa i higieny w szkole,
- udzielanie szybkiej, zdecydowanej, kompetentnej pierwszej pomocy w momencie zaistnienia wypadków i urazów w szkole,
- przygotowanie ucznia do ewentualnego transportu i udzielanie wsparcia dyrektorowi szkoły w podejmowaniu decyzji o dalszym trybie postępowania z poszkodowanym uczniem pod kątem działań zapewniających konieczną opiekę medyczną oraz informacji o konieczności wezwania pogotowia ratunkowego,
- udział w pracy komisji bezpieczeństwa i higieny pracy i nauki w szkole,
- pełnienie funkcji opiniodawczej w pracach zespołu powypadkowego w zakresie swoich kompetencji,
- obecność w czasie trwania szkolnych zawodów sportowych i rekreacyjnych,
- udzielanie pomocy dyrektorowi szkoły w spełnianiu wymogu posiadania w miejscach wyznaczonych odpowiednio wyposażonych apteczek pierwszej pomocy oraz uzupełniania na bieżąco apteczek szkolnych i przenośnych apteczek wycieczkowych,
- czuwanie nad prawidłowym wyposażeniem gabinetu profilaktycznego w materiały opatrunkowe, środki dezynfekcyjne itp.,
- opieka nad dzieckiem, które uległo wypadkowi do czasu przybycia pogotowia ratunkowego lub rodziców,
- obecność pielęgniarki przez cały dzień pracy dydaktycznej szkoły min. 8 godzin.

Podstawowym elementem warunkującym szybkie i skuteczne udzielenie pomocy dziecku, które uległo wypadkowi w szkole oraz właściwe wypełnienie przez dyrektora szkoły obowiązków nałożonych przez prawo jest zgodna i rzeczowa współpraca pielęgniarki szkolnej z kierownictwem oraz personelem szkoły. Należy też pamiętać, że ostateczne decyzje podejmuje zawsze dyrektor szkoły jako osoba odpowiedzialna za stan bezpieczeństwa i higieny pracy i nauki w szkole.





3.4.2. Postępowanie w stanach zagrożenia w szkole

Wojciech Żabicki, Elżbieta Łata

Plan reagowania kryzysowego w szkole

Istniejący w Polsce system ochrony ludności i zarządzania kryzysowego przewiduje, że w każdej placówce oświatowo-wychowawczej winien być opracowany *plan reagowania kryzysowego*. Obowiązek opracowania takich planów wynika z zarządzeń lokalnych władz samorządowych, wydawanych na podstawie ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony R.P. (Dz. U. 1992 nr 4 z, poz. 16 z późn. zm.) i w związku z art. 15, pkt 4 i 6 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o administracji rządowej w województwie (Dz. U. 1998 nr 91, poz. 577). Za opracowanie tych planów jest odpowiedzialny dyrektor placówki.

Instruktażowe publikacje dotyczące bezpieczeństwa środowiska szkolnego wymieniają wśród zagrożeń kryzysowych na terenie szkoły:

- awarie instalacji gazowej, energetycznej i wodno-kanalizacyjnej,
- pożary oraz
- urazy i zatrucia.

Do likwidacji sytuacji kryzysowych w szkole wymienione są następujące jednostki służby: policji i straży pożarnej, pogotowia medyczne, energetyczne, gazowe i wodno-kanalizacyjne, Państwowa Inspekcja Sanitarna i inne.

Standardy postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej przygotowane przez Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka nie określają roli pielęgniarki/higienistki szkolnej przy likwidacji zagrożeń epidemiologicznych oraz postępowania w innych sytuacjach kryzysowych. Natomiast w wykazie aktów prawnych i dokumentów, na których oparto przygotowane standardy wzmiankuje się ustawę z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. 2001 nr 126, poz. 1384), która w związku z tym wymaga omówienia.

Postępowanie w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej

Załącznik do ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach¹ z dnia 6 września 2001 r. ustala wykaz kilkudziesięciu chorób objętych jej postanowieniami. Wśród tych chorób znajdują się:

- salmonellozy odzwierzęce i zatrucia pokarmowe,

¹ Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. 2001, Nr 126, poz. 1384).



- czerwonka,
- zakażenia wirusami hepatotropowymi (HAV, HCV, HBV),
- zachorowania na AIDS i zakażenia HIV,
- choroby wirusowe wieku dziecięcego (rózyczka, odra, świnka, ospa wietrzna),
- grypa,
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bakteryjne i wirusowe,
- choroby bakteryjne (błonica, płonica, krztusiec),
- choroby pasożytnicze (owsica, tasiemczyce, glistnica),
- grzybice,
- świerzb i wszawica.

Są to choroby, które występują albo mogą występować w środowisku szkolnym w postaci sporadycznych zachorowań lub ognisk.

Zwraca uwagę, że w wykazie została umieszczona wszawica, co oznacza że jest uznana za chorobę zakaźną, a nie jak dotychczas negatywny, uwarunkowany środowiskowo, symptom higieny osobistej. Ponadto postanowieniami ww. ustawy z dnia 6 września 2001 r. objęto również gruźlicę i choroby przenoszone drogą płciową (kiła, rzeżączka i inne nierzeżączkowe zapalenia narządów płciowych), które poprzednio były objęte innymi przepisami.

Art. 28 ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach określa wykaz *chorób zakaźnych podlegających obowiązkowej hospitalizacji ze względów epidemiologicznych*, w tym:

- cholera, dżuma i żółta gorączka,
- wirusowe gorączki krwotoczne,
- dur brzuszny,
- błonica,
- zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych oraz
- gruźlica u osób prątkujących.

Koszty leczenia tych zachorowań są pokrywane z budżetu państwa poprzez struktury Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 29). Obowiązkowi leczenia ambulatoryjnego finansowanego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia podlegają osoby chore na gruźlicę płuc (art. 31).

Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z dnia 6 września 2001 r. (art. 20) nakłada na lekarzy leczących obowiązek zgłoszenia w ciągu 24 godzin do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej *zachorowania na cho-*



robę zakaźną lub podejrzenia choroby zakaźnej objętej postanowieniami tej ustawy, z wyjątkiem gruźlicy i chorób przenoszonych drogą płciową. Te choroby zgłasza się do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych lub specjalistycznych zakładów opieki zdrowotnej, wskazanych przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (Wojewódzka Przychodnia Przeciwgruźlicza, Wojewódzki Zespół Dermatologicznej Opieki Zdrowotnej).

Równocześnie lekarz dokonujący rozpoznania choroby zakaźnej lub leczący pacjenta jest zobowiązany pouczyć chorego o środkach ostrożności i sposobach postępowania zapobiegających przeniesieniu zakażenia na inne osoby (art. 20).

Natomiast właściwy powiatowy inspektor sanitarny zobowiązany jest niezwłocznie podjąć czynności mające na celu zapobiegnięcie szerzeniu się zakażeń (art. 24). Ponadto z mocy ustawy z dnia 11 maja 2001 r. o warunkach zdrowotnych żywności i żywienia (Dz. U. Nr 63, poz. 634 z późn. zm.) powiatowy inspektor sanitarny jest władny wydać nakaz usunięcia uchybień zagrażających zdrowiu konsumentów w żywieniu szkolnym (art. 46). W szczególnych przypadkach stosuje się całkowite lub częściowe wstrzymanie przygotowania posiłków do czasu usunięcia uchybień, zwłaszcza w ogniskach zatruc pokarmowych.

Postępowanie w środowisku szkolnym w przypadku zagrożeń epidemiologicznych i innych zagrożeń kryzysowych

Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z dnia 6 września 2001 r., nie nakłada na zakłady opieki zdrowotnej obowiązku zawiadamiania placówek oświatowo-wychowawczych o występowaniu zachorowań na choroby zakaźne. W tych warunkach inicjatorem podejmowanych działań przeciwepidemicznych są zazwyczaj powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, które komasują zgłoszenia o zachorowaniach na choroby zakaźne z różnych zakładów opieki zdrowotnej i od wielu lekarzy leczących. Równocześnie powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna stanowi bazę informacyjną do weryfikacji doniesień zgłaszanych z innych źródeł do środowiska szkolnego.

Wytyczne do szkolnych planów postępowania reagowania kryzysowego przewidują umieszczanie koordynatów powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej w wykazie jednostek uczestniczących w likwidacji sytuacji kryzysowej na terenie szkoły, obok jednostek straży pożarnej i policji oraz pogotowia medycznego, gazowego, energetycznego, wodno-kanalizacyjnego i innych.

Plany postępowania kryzysowego wymieniają następujące rodzaje zatruc:

- bakteryjne zatrucia pokarmowe,
- zatrucia substancjami chemicznymi:
 - wypadkowe indywidualne i zbiorowe w wyniku awarii systemu ogrzewania, instalacji gazowej, systemu chlorowania wody w basenach kąpielowych, nieoczekiwanych reakcji chemicznych w pracowniach itp.,



- związane z chemizacją środowiska szkolnego w następstwie niewłaściwego zastosowania substancji chemicznych i materiałów wykończeniowych (farby, lakiery, wykładziny itp.).

W tych sytuacjach **do zadań pielęgniarki/higienistki szkolnej należy:**

- udzielanie poszkodowanym pierwszej pomocy,
- udział w organizacji specjalistycznej pomocy medycznej,
- pomoc w redagowaniu meldunku sytuacyjnego z uwzględnieniem:
 - czasu wystąpienia zdarzeń związanych z zatruciem,
 - rozmiarów zjawiska (liczba osób chorych lub poszkodowanych),
 - głównych objawów chorobowych,
 - sugerowanej przyczyny zdarzenia,
 - działaniach podjętych przez szkołę po zdarzeniu.

Należy mieć na uwadze, że objawy chorobowe zatruc rzadko występują na miejscu zdarzenia. Najczęściej ujawniają się poza szkołą w miejscu zamieszkania narażonych, a pierwszym alarmującym sygnałem są informacje rodziców i opiekunów, które wymagają potwierdzenia.

Poza zatruciami w środowisku szkolnym, mogą występować wymagające interwencji ogniska epidemiczne chorób zakaźnych, w tym:

- zakaźnych schorzeń jelitowych, jak salmonelozy i czerwonka,
- wirusowego zapalenia wątroby A,
- wirusowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych,
- świerzbu i wszawicy,

oraz pojedyncze zachorowania na:

- błonicę
- krztusiec,
- bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

W tych przypadkach postępowanie przeciwepidemiczne pielęgniarka/higienistka szkolna prowadzi według ustaleń powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, o ile nie ma dostępnych uregulowań prawnych, przyjętych standardów postępowania lub sprawdzonych schematów działań.

W postępowaniu przeciwepidemicznym pielęgniarki/higienistki szkolnej eksponuje się:

- promocję właściwych zachowań prozdrowotnych uczniów i wychowanków w zaistniałej sytuacji,
- rzeczową informację o stopniu zagrożenia i wdrażanym postępowaniu dla personelu pedagogicznego oraz rodziców opiekunów.



Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Magdzik W.*: Choroby zakaźne i pasożytnicze. Zapobieganie i zwalczanie, Wyd. Vesalius, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Kraków, 1993.
2. *Jeziorowski E.*: Środowisko szkolne i jego bezpieczeństwo. Plan reagowania kryzysowego w szkole, Edukacja dla bezpieczeństwa 2002, 2/8, 35-38.

3.4.3. Przemoc wśród uczniów w szkole

Barbara Woynarowska

Agresja lub przemoc interpersonalna jest to zjawisko społeczne, różnie definiowane i nazywane.¹ Według A. Frączka² w psychologii społecznej, określa się ją jako „czynności intencjonalnie podejmowane przez ludzi (np. specyficzne zachowanie się, aranżowanie określonej sytuacji itp.), stanowiące zagrożenia bądź powodujące szkody w fizycznym, psychicznym i społecznym dobrostanie innych osób (tj. wywołujące ból, cierpienie, destrukcję, prowadzące do utraty cenionych wartości)”.

Jedną z form przemocy w szkole, o największym rozpowszechnieniu jest przemoc uczniów wobec siebie.

Formy agresji uczniów wobec siebie

Zjawisko agresji/przemocy interpersonalnej wśród uczniów na terenie szkoły i w okolicznościach związanych z aktywnością szkolną, polega na szykanowaniu (dręczeniu, dokuczaniu, prześladowaniu, represji itd.) jednostki, zazwyczaj przez grupę uczniów. Może przyjmować formę:

- **bezpośrednią z użyciem siły fizycznej** – pobicie, straszenie, odbieranie siłą, niszczenie rzeczy, wymuszanie itd., najczęstsza ze strony chłopców;
- **pośrednią** – wrogie słowa i gesty, napastliwe wypowiedzi, straszenie, odpychanie, przezywanie, wyśmiewanie, przekleństwa, ordynarne „odzywki”, kłótnie, plotki, obgadywanie, intrygi, manipulowanie przyjaźniami, częściej ze strony dziewcząt;
- **izolowanie** ucznia z grupy.

Cechą charakterystyczną tego zjawiska jest to, że sprawca lub ofiara przemocy pozostają w swej roli przez dłuższy czas i mają trudności w wyrwaniu się z tego układu bez pomocy z zewnątrz.

¹ Używa się też terminu dręczenie, szykanowanie, krzywdzenie, tyranizowanie, osaczenie; w języku angielskim - „bullying”, lub „mobbing”.

² Frączek A., Pufal-Struzik I. (red.): Agresja i przemoc wśród dzieci i młodzieży. Perspektywa psychoedukacyjna. Wydaw. Pedagogiczne ZNP, Kielce 1997.



W tabeli 7 podano dane o najczęstszych formach przemocy wśród uczniów w wieku 11 lat (klasa V szkoły podstawowej), 13 i 15 lat (klasa I i III gimnazjum) w Polsce. Uczniowie, którzy byli ofiarami dręczenia¹ przez innych uczniów w szkole najczęściej wymieniali przezywanie (32%) oraz oczernianie, mówienie fałszywych rzeczy (19%). Sposoby dręczenia wymieniane przez jego sprawców były podobne, częściej wymieniali oni pozostawianie na uboczu i wyłączenie z grupy (19%).

Tabela 7. Najczęstsze sposoby dręczenia przez uczniów w szkole, podawane przez ich ofiary – młodzież w wieku 11, 13 i 15 lat (próba ogólnopolska, 2002r.) - % badanych

| Sposoby dręczenia | Ogółem | Chłopcy | Dziewczęta | Wiek w latach | | |
|---|--------|---------|------------|---------------|----|----|
| | | | | 11 | 13 | 15 |
| Przezywanie | 32 | 32 | 31 | 34 | 34 | 27 |
| Oczernianie, mówienie fałszywych rzeczy | 19 | 19 | 20 | 21 | 20 | 18 |
| Pozostawianie na uboczu, wyłączenie z grupy, lekceważenie | 17 | 16 | 17 | 20 | 15 | 15 |
| Dowcipy i gesty seksualne | 13 | 15 | 12 | 15 | 13 | 13 |
| Popychanie, szturchanie, bicie, zamykanie w pomieszczeniach | 10 | 14 | 6 | 13 | 11 | 6 |

Źródło: Mazur J., Małkowska A.: Sprawcy i ofiary przemocy wśród uczniów w Polsce. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2003, nr 1, cz. II, 121-134.

Częstość występowania

Zjawisko agresji uczniów, w różnym nasileniu, istnieje prawie we wszystkich szkołach i we wszystkich krajach. Zachowania te zaliczane są do ryzykownych (problemowych). W 2002 r., w reprezentatywnej grupie uczniów w

¹W ankiecie wyjaśniono uczniom, że „dręczenie polega na tym, że inny uczeń lub grupa uczniów mówi lub czyni innej osobie bardzo przykre, dokuczliwe rzeczy (np. zaczepia, napada, bije, popycha, wyśmiewa, robi na złość). O dręczeniu mówimy, gdy powtarza się to często i trudno się przed tym obronić. Nie jest dręceniem sytuacja, w której dwóch uczniów o podobnej sile kłóci się lub bije, a także gdy drażnienie ma charakter dowcipów, zabaw i odbywa się w przyjacielski sposób”.





wieku 11, 13 i 15 lat w Polsce, sprawcą dręczenia, co najmniej jeden raz, w ostatnich kilku miesiącach było 33% chłopców i 27% dziewcząt, a ofiarą odpowiednio 46% i 28%. 16% uczniów przyznawało się do bycia zarówno ofiarą jak i sprawcą dręczenia. Obecnie uważa się, że za zachowania problemowe należy uważać nie pojedyncze zdarzenia związane z przemocą lecz powtarzające się co najmniej 2-3 razy w miesiącu. Z taką częstością doznawało przemocy 10% uczniów, a 12% było jej sprawcami. U około 6% uczniów te zachowania agresywne zdarzały się często (jeden lub kilka razy w tygodniu). Ofiarami i sprawcami są częściej chłopcy niż dziewczęta.

Istnieją różne opinie co do zmian w nasileniu przemocy wśród uczniów. Niektórzy autorzy uważają, że problem istniał od dawna, lecz nie był ujawniany. Wyniki badań własnych, przeprowadzonych w ww. grupie, wskazują że w latach 1990-2002, w Polsce, liczba ofiar i sprawców przemocy wśród chłopców utrzymywała się na dość stałym poziomie (z pewnymi wahaniami). U dziewcząt zaznaczyła się pewna tendencja wzrostowa, szczególnie wśród sprawczyń dręczenia (w 1990 r. było nimi 20% dziewcząt, w 2002 r. 28%). Zdaniem I. Pospiszyl wzrasta brutalność zachowań agresywnych młodzieży, przestały być one domeną środowisk marginesu społecznego, coraz częściej występują wśród młodzieży z tzw. dobrych domów.¹

Przyczyny

Agresja i przemoc wśród dzieci i młodzieży, jako zjawisko społeczne, dotyczy nie tyle specyficznych aktów agresji manifestowanych przez jednostkę, lecz zachowań wymagających aktywności grupy i wiążących się z jej funkcjonowaniem lub wpływami społeczno- kulturowymi.² Przyczyny jej występowania w szkole są złożone. Uważa się, że są nimi przede wszystkim **czynniki pozaszkolne**: środki masowego przekazu, zwłaszcza telewizja, środowisko rówieśnicze (chęć dominowania, brak tolerancji itd.), rodzina (przemoc jako forma rozładowania napięć w rodzinie, przenoszenie zachowań tam prezentowanych). Wśród **czynników szkolnych** wymienia się: wadliwe funkcjonowanie szkoły i nauczycieli (np. przeludnienie, hałas, anonimowość uczniów), przedładowane, nieatrakcyjne programy nauczania, brak zajęć pozalekcyjnych.³ Przyczyny nasilenia przemocy wśród uczniów mogą wiązać się też z dużą dynamiką procesów społeczno-ekonomicznych okresu transformacji ustrojowej (negatywne wzorce zachowań i stylów życia w rodzinie, znalezienie się przez młodych ludzi „na rozdrożu”, zmiany w relacjach rodzice-dziecko oraz zmiany w hierarchii wartości, brak tradycyjnych autorytetów itd.).⁴

¹ Pospiszyl I.: Przemoc w instytucjach opiekuńczo-wychowawczych. Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1997.

² Frączek A., Pufal-Struzik I. (red.): Agresja i przemoc... op. cit.

³ Miłkowska-Olejniczak G.: Kto rządzi w polskiej szkole? Czyli o agresji dzieci i młodzieży w sytuacjach szkolnych., [w:] Dudzikowa M. (red.): Nauczyciel-uczeń, między przemocą i dialogiem: obszary napięć i typy interakcji. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 1996.

⁴ Sikorski W.: Czy przemoc rodzi się w szkole? Nowa Szkoła, 1998, 10, 14.



Charakterystyka ofiar i sprawców przemocy

D. Olweus, wybitny znawca zagadnienia przemocy wśród dzieci i młodzieży, opisał „portret” ofiar przemocy.¹ Wyróżnił on dwie grupy oznak: **podstawowe** – mające bezpośredni związek z dręczeniem oraz **drugorzędne**, które sygnalizują istnienie przemocy, ale nie jest to jednoznaczne i oczywiste. Oznaki te wymieniono w tabeli 8.

Tabela 8. Oznaki sugerujące, że uczeń ofiarą przemocy ze strony innych uczniów w szkole (według D. Olweusa)

| A. W szkole |
|---|
| Oznaki podstawowe |
| Jest przezywany, upokarzany, wyśmiewany, zastraszany, koledzy grożą mu, drażnią się z nim |
| Jest zaczepiany, popychany, szturchany (nie potrafi się bronić) |
| Jest wciągany w kłótnie, bójki, w których jest słabszą stroną, nie broni się, próbuje uciec, często płacze |
| Koledzy zabierają mu książki, pieniądze lub inne rzeczy, niszczą jego własność |
| Ma siniaki, zadrapania lub podarte ubrania i nie potrafi wytłumaczyć ich przyczyn w sposób wiarygodny |
| Oznaki drugorzędne |
| W czasie przerw jest zwykle samotny (nie ma w klasie przyjaciela), stara się przebywać w pobliżu nauczyciela lub innych dorosłych |
| Do drużyn lub zespołów wybierany jest jako ostatni |
| Ma problemy z głośnymi wypowiedziami na lekcji, sprawia wrażenie osoby wrażliwej i niepewnej |
| Wygląda jak osoba sfrustrowana, smutna, łatwo płacze |
| Ma coraz gorsze wyniki w szkole |
| B. W domu |
| Oznaki podstawowe |
| Wraca do domu w podartych lub w pobrudzonych ubraniach, ma zniszczone podręczniki |
| Ma siniaki, zadrapania, których nie potrafi wytłumaczyć w sposób wiarygodny |

¹ Olweus D.: Mobbing – fala przemocy w szkole. Jak ją powstrzymać? Jacek Santorski and Co, Warszawa 1998.



Tabela 8. c.d.

| Oznaki drugorzędne |
|--|
| Nie odwiedzają go koledzy, nie chodzi do ich domów, nie przebywa na podwórku |
| Często nie ma przyjaciela, z którym mógłby spędzać wolny czas, bawić się, uprawiać sport |
| Rzadko jest zapraszany na imprezy do kolegów i nie jest zainteresowany ich organizowaniem w domu |
| Nie lubi lub boi się chodzić do szkoły, rano odczuwa różnorodne dolegliwości |
| Do i ze szkoły często idzie dłuższą drogą (bez uzasadnienia) |
| Ma kłopoty ze snem, koszmarne sny, płacze w nocy |
| Maleje jego zainteresowanie szkołą |
| Sprawia wrażenie osoby smutnej, w depresji, często ma napady złości, zmienne nastroje |
| Prosi rodziców o pieniądze lub je kradnie (aby podobać się prześladowcom) |

Wśród ofiar przemocy D. Olweus wyróżnił dwie grupy: **bierne** (najczęściej spotykane) i **prowokujące**. Ich charakterystykę zawiera tabela 9.

Tabela 9. Charakterystyczne cechy uczniów, które są potencjalnymi ofiarami przemocy ze strony innych uczniów w szkole (według D. Olweusa)

| Ofiary bierne |
|--|
| Zwykle słabsi fizycznie, mniej sprawni od rówieśników (dotyczy zwłaszcza chłopców) |
| Boją się urazów fizycznych – unikają niebezpiecznych zabaw, niektórych dyscyplin sportu (dotyczy zwłaszcza chłopców) |
| Są ostrożne, wrażliwe, ciche, wycofane z życia, mało aktywne, nieśmiałe, często płaczą |
| Są niepewne, zaleźnione, cechuje je niska samoocena, podświadomie pokazują innym, że są bezbronni, bezradni i łatwym celem ataku („kozył ofiarny”) |
| Mają trudności (werbalne i fizyczne) w pokazywaniu się w grupie towarzyskiej |
| Łatwiej nawiązują kontakty z dorosłymi niż z rówieśnikami |
| Ofiary prowokujące |
| Mają porywczy temperament, bronią się i gdy ktoś je zaatakuje, chcą się bić, próbują oddawać, najczęściej z żalonym rezultatem |
| Zwykle nadaktywne (trudności w skupieniu uwagi, ruchliwość), wprowadzają zamieszanie i niepokój, często niedojrzałe i mało sprawne, miewają przyzwyczajenia drażniące innych |
| Nie są lubiane także przez dorosłych i nauczycieli |
| Mogą usiłować dokuczać innym |



Sprawcami przemocy są też dwie grupy młodzieży: *inicjatorzy dręczenia* (ich charakterystykę podano w tab. 10) i *współsprawcy* – uczestniczący w dręczeniu w sposób bierny.

Tabela 10. Charakterystyczne cechy sprawców – inicjatorów przemocy wobec innych uczniów w szkole (według D. Olweusa)

Zwykle są bardziej sprawni, silniejsi, w tym samym wieku lub starsi od kolegów, których nękają

Mają potrzebę dominowania i tyranizowania innych, chcą się swoją rzeczywistością lub wyimaginowaną władzą nad pozostałymi uczniami

Są porywczy, impulsywni, mają niski próg frustracji i trudności w przystosowaniu się do norm i zasad, często oszukują

Są zbuntowani i nieposłuszni wobec dorosłych

Mają opinię „twardych”, nie współczują dręczonym kolegom

Są pewni siebie i mają zwykle wysokie mniemanie o sobie

Zwykle mają w klasie poparcie małej grupy kolegów, w miarę upływu czasu przestają być lubiani

Nie ma reguł w odniesieniu do wyników w nauce, istnieje jednak wyraźna tendencja do obniżania ocen z powodu negatywnego stosunku do szkoły

Przeciwdziałanie przemocy, rola pielęgniarki i higienistki szkolnej

Przeciwdziałanie przemocy wśród uczniów jest bardzo trudnym i złożonym procesem. Istnieje wiele propozycji i specjalnych programów wdrażanych w wielu szkołach. Niektóre z nich wymieniono w piśmiennictwie (oznaczone gwiazdką). W niektórych szkołach przeciwdziałanie przemocy jest elementem szkolnego programu profilaktyki.

Ofiary i sprawcy przemocy stanowią grupę ryzyka zaburzeń zdrowia psychospołecznego i z tego powodu powinni być również obiektem zainteresowania pielęgniarki i higienistki szkolnej. Główna jej rola w tym zakresie polega na identyfikacji uczniów, u których występują oznaki lub cechy opisane w tabelach 8-10. Oznaki te może zaobserwować pielęgniarka w czasie zgłaszania się uczniów do gabinetu, rozmów w czasie zbierania wywiadu, obserwacji zachowania uczniów na przerwach, lekcjach wf itd. Stwierdzenie jednej lub kilku tych oznak powinno być wskazaniem do obserwacji ucznia, rozmowy z nim oraz w razie potrzeby rozmowy z wychowawcą klasy i pedagogiem, w celu podjęcia działań dla szczegółowej diagnozy sytuacji oraz udzielenia uczniowi pomocy.



Piśmiennictwo uzupełniające

1. *Brodecka-Adamowicz E.*: Mobbing to prześladowanie w szkole. Edukacja i Dialog 2002 nr 3.
2. *Frączek A., Pufal-Struzik I.*: Agresja wśród dzieci i młodzieży. Perspektywa psychoedukacyjna. Wydaw. Pedagogiczne ZNP, Kielce 1996.
3. *Klaus-Stańska D., Nowicka M.*: Bezpieczeństwo dzieci. Scenariusze zajęć dla rodziców i nauczycieli. Oficyna Wydaw. Impuls, Kraków 1999.*
4. *Kmieciak-Baran K.*: Młodzież i przemoc. PWN, Warszawa 2000.
5. *Kołodziejczyk A.*: Agresja w szkole. Programy zapobiegania i przeciwdziałania agresji w środowisku szkolnym, [w]: Ostrowska K., Tatarowicz J. (red.): Zanim w szkole będzie źle...Profilaktyka zagrożeń. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 1996.
6. *Kołodziejczyk A., Czemirowska E., Kołodziejczyk T.*: Spójrz inaczej na agresję. Wydaw. ATE s.c., Starachowice 1998.*
7. *Morawski J.* (red.): Trening zastępowania agresji (ART). Materiały szkoleniowe. Szkoła Profilaktyki Uzależnień i Instytut „Amity” Warszawa 2001*.
8. *Olweus D.*: Mobbing – fala przemocy w szkole: jak ją powstrzymać? Jacek Santorski and Co., Warszawa 1998.
9. *Portman R.*: Gry i zabawy przeciwko agresji. Jedność, Kielce 1999.*
10. *Rylke H., Wegrzynowska J., Milczarek A.*: Wychowanie przeciw przemocy. Bene Nobis, Warszawa 1998.*
11. *Surzykiewicz J.*: Agresja i przemoc w szkole. Uwarunkowania socjoekologiczne. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2000.

4. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole

Barbara Woynarowska

W ostatnich latach nastąpiły w Polsce znaczące zmiany w działaniach szkoły na rzecz zdrowia:

- po raz pierwszy w historii szkolnictwa zobowiązano szkoły wszystkich typów do realizacji edukacji zdrowotnej przez wprowadzenie do podstawy programowej kształcenia ogólnego ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna”;
- dynamicznie rozwija się ruch szkół promujących zdrowie.

* gwiazdką oznaczono pozycje zawierające programy edukacyjne i scenariusze zajęć



Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele

Edukacja zdrowotna (synonimy: prozdrowotna, edukacja do zdrowia, wychowanie zdrowotne) jest to *proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych ludzi*, w tym szczególnie dokonywać wyborów sprzyjających zdrowiu. Jest to proces długotrwały nie ograniczający się tylko do dzieciństwa i młodości, lecz obejmujący całe życie człowieka, w którym występują różne, wciąż nowe problemy i potrzeby zdrowotne. Edukacja ta pomaga człowiekowi:

- poznawać i lepiej rozumieć siebie i swoje otoczenie (fizyczne i społeczne),
- wiedzieć i rozumieć co wpływa pozytywnie, a co negatywnie na zdrowie i samopoczucie (fizyczne, psychiczne i społeczne),
- rozwijać umiejętności umożliwiające prozdrowotny styl życia oraz radzenie sobie ze zmianami i trudnościami,
- podejmować odpowiedzialne wybory i decyzje służące ochronie, utrzymaniu i poprawie swego zdrowia, w sposób uwzględniający potrzeby innych ludzi i środowiska,
- identyfikować własne potrzeby i problemy zdrowotne oraz podejmować działania w celu ich rozwiązania.

Edukacja zdrowotna dziecka rozpoczyna się w rodzinie. Odbywa się ona przez bezpośrednie doświadczenia oraz obserwację innych ludzi i modelowanie ich zachowań.¹ Pierwszymi modelami są rodzice i inne osoby z najbliższego otoczenia dziecka. Stopniowo rozszerza się zakres społecznych kontaktów dziecka i pojawiają się nowe modele: nauczyciele w przedszkolu i szkole, rówieśnicy, członkowie grup nieformalnych, subkulturowych, postaci z programów telewizyjnych, komiksów, reklam itd. „Siła” ich oddziaływania jest bardzo zróżnicowana, często jednak są to oddziaływania niespójne, a czasem sprzeczne.

Jednym z nadrzędnych celów edukacji zdrowotnej jest pomoc ludziom w kształtowaniu prozdrowotnych stylów życia. W okresie dzieciństwa i młodości kształtują się zachowania zdrowotne sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne): odpowiednia aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, pielęgnacja ciała, zachowanie bezpieczeństwa, utrzymywanie dobrych relacji z innymi ludźmi. Pojawiają się także zachowania ryzykowne dla zdrowia, określane jako problemowe, lub antyzdrowotne, negatywne.² Dzieciństwo i młodość decydują zatem w istotnym stopniu o zachowaniach zdrowotnych i stylu życia ludzi dorosłych. Wszelkie niedostatki w tym zakresie trudno poddają się korekcji w dalszych latach życia.

Specyfiką edukacji zdrowotnej młodych ludzi jest to, że wszelkie zalecenia dotyczące modyfikacji zachowań zdrowotnych mogą być wdrożone do prak-

¹ Mechanizmy modelowania zachowań wyjaśnia teoria społecznego uczenia A. Bandury (Bandura A.: Social foundations of thought and action. A social cognitive model. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey 1981).

² P. również rozdział I. 2.4. (przyt. red.)



tyki tylko przy wsparciu ze strony rodziców (opiekunów). Mimo, wspomnianych wyżej, różnorodnych oddziaływań rodzice nadal pozostają znaczącymi modelami dla swych dzieci, także nastolatków. To oni decydują o sposobie żywienia dziecka, spędzania czasu wolnego, trybie życia dziecka. Dlatego też efektywność edukacji zdrowotnej, prowadzonej również przez pielęgniarkę zależy także od oddziaływania na rodziców młodych pacjentów. Stwierdzono, że najbardziej skuteczne są programy edukacji zdrowotnej, w których zajęcia dotyczą młodzieży i rodziców.¹

Edukacja zdrowotna to nie tylko przekazywanie wiedzy. Wyniki wielu badań wskazują, że uzyskanie wiedzy nie wpływa automatycznie na zmianę zachowań ludzi (przykładem „rozdźwięku” między wiedzą a zachowaniami jest palenie papierosów przez lekarzy i pielęgniarki). **Cele edukacji zdrowotnej** są bardziej złożone i obejmują:

- rozbudzanie **zainteresowania** zdrowiem,
- uświadamianie jaką **wartość** ma zdrowie dla realizacji aspiracji życiowych i jakości życia człowieka,
- przekazywanie **wiedzy** o zdrowiu oraz zasobach i czynnikach ryzyka dla zdrowia,
- kształtowanie **umiejętności** umożliwiających prozdrowotny styl życia, a zwłaszcza umiejętności psychospołecznych, zwanych obecnie umiejętnościami życiowymi (ang. life skills),²
- kształtowanie dojrzałej **postawy** wobec zdrowia i choroby (poczucie odpowiedzialności za zdrowie własne i współodpowiedzialności za zdrowie publiczne, dawanie i przyjmowanie wsparcia, racjonalny, emocjonalnie zrównoważony stosunek do choroby, kalectwa, śmierci),
- **motywacji** do działania na rzecz swego zdrowia i dokonywania zmian w swoim życiu.

Hierarchia celów edukacji zdrowotnej zależy od indywidualnych potrzeb danego dziecka i jego środowiska.

Promocja zdrowia – podstawowe założenia

Promocja zdrowia jest nową rozwijającą się w ostatnich dekadach, strategią działań na rzecz zdrowia, definiowaną w różny sposób. Według Karty Otawskiej Promocji Zdrowia³ jest to proces umożliwiający ludziom zwiększenie

¹ Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K.: Ocena skuteczności programu wczesnej profilaktyki alkoholowej „Program Domowych Detektywów”. Alkoholizm i Narkomania, 2000, 13, 1, 83-103.

² Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia umiejętności życiowe umożliwiają człowiekowi pozytywnie zachowania przystosowawcze, dzięki którym może skutecznie radzić sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia. W niektórych krajach np. w Anglii i Irlandii wprowadzono do szkół program „edukacja osobista, społeczna i zdrowotna”.

³ Karta ta stanowiąca pierwszy międzynarodowy dokument określający istotę promocji zdrowia, została opracowana w 1986 r. na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w Ottawie (Kanada).



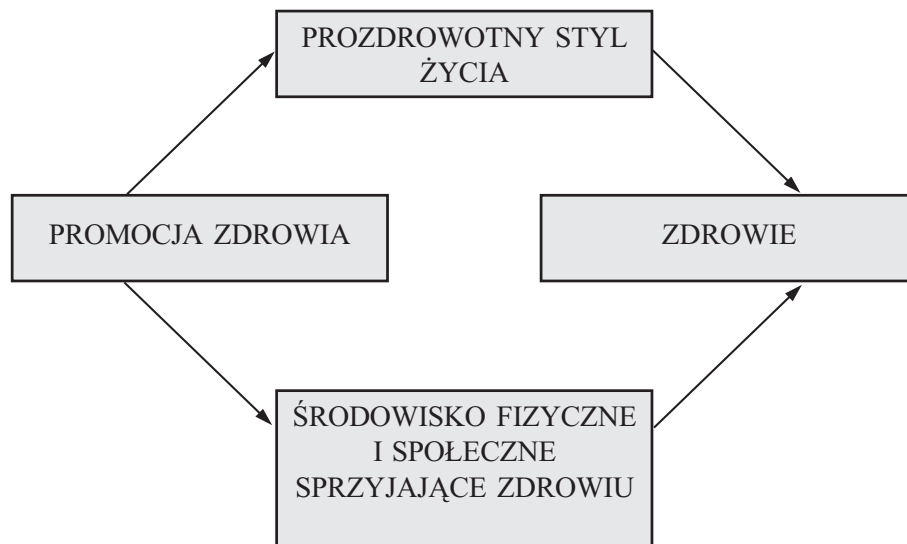


kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawę. Najbliższe takiej koncepcji promocji zdrowia jest znane powiedzenie „Twoje zdrowie w Twoich rękach”.

Do ważnych dla praktyki aspektów promocji zdrowia należą:

- koncentracja na **zdrowiu** (a nie na chorobie) i jego **doskonaleniu**,
- uświadamianie ludziom, że oni sami dokonują **wyborów** w sprawach swego zdrowia i ponoszą **odpowiedzialność** za zdrowie własne,
- **uczestnictwo** i współdziałanie ludzi (programy realizowane z ludźmi a nie dla ludzi),
- tworzenie warunków dla **aktywności jednostek i grup**, uczestnictwa społeczności w procesie podejmowania decyzji i działaniach na rzecz zdrowia.

Nadrzędnym celem promocji zdrowia jest doskonalenie zdrowia ludzi przez kształtowanie ich stylu życia oraz środowiska sprzyjającego zdrowiu (ryc.2).



Ryc. 2. Koncepcja promocji zdrowia

Kluczową kwestią w promocji zdrowia jest *podejście siedliskowe* (ang. setting approach). Światowa Organizacja Zdrowia określiła siedlisko jako miejsce, gdzie ludzie żyją, pracują i korzystają z różnych świadczeń. W promocji zdrowia siedlisko jest systemem społecznym (całością), który zmienia się, aby poprowadzić i doskonalić zdrowie (a nie jest to miejsce, w którym podejmowane są działania związane z promocją zdrowia). Jednym z takich siedlisk jest szkoła.

Edukacja zdrowotna jest niezbędnym i komplementarnym elementem promocji zdrowia. Aby ludzie podejmowali działania dla doskonalenia swego zdrowia muszą rozumieć, wiedzieć, umieć i chcieć to robić.





4.1. Ścieżka edukacyjna „edukacja prozdrowotna”

Barbara Woynarowska

W wyniku reformy programowej systemu edukacji przyjęto, że szkoły wszystkich typów są zobowiązane do realizacji edukacji prozdrowotnej jako ścieżki edukacyjnej (międzyprzedmiotowej). Oznacza to, że nie jest ona przedmiotem wyodrębnionym w planie lekcji, lecz za jej realizację odpowiedzialni są nauczyciele wszystkich przedmiotów, którzy do programu własnego przedmiotu włączają treści tej ścieżki.

Realizacja ścieżki edukacyjnej wymaga koordynacji oraz współpracy nauczycieli, zespołowego planowania pracy dydaktyczno-wychowawczej współdziałania z pielęgniarką lub higienistką szkolną, rodzicami i innymi osobami spoza szkoły. Dla niektórych tematów uznanych przez szkołę za priorytetowe można organizować cykle zajęć np. na lekcjach wychowawczych, zajęciach pozalekcyjnych lub też tworzyć projekty edukacyjne międzyprzedmiotowe.

Cele edukacyjne, zadania szkoły, treści nauczania i osiągnięcia uczniów w wyniku realizacji ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” określono w podstawach programowych kształcenia ogólnego. Aktualnie obowiązujące¹ podstawy tej ścieżki zamieszczono w Aneksie. Podstawy te są punktem wyjścia („fundament”) do opracowania szkolnego programu edukacji prozdrowotnej, dostosowanego do potrzeb uczniów danej szkoły. W opracowaniu tego programu można uwzględnić „gotowe” programy edukacyjne oferowane w szkole przez różne instytucje (np. Państwową Inspekcję Sanitarną, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych), ścieżka edukacyjna nie może być jednak „zlepkiem” różnych programów.

Aby realizacja ścieżki „edukacja prozdrowotna” była skuteczna niezbędne jest:

- Powołanie szkolnego koordynatora. Powinien nim być nauczyciel lub pedagog szkolny zainteresowany i umotywowany do podjęcia tego zadania. Roli tej nie powinna pełnić pielęgniarka lub higienistka szkolna.
- Przygotowanie nauczycieli do tej pracy. Znaczna ich część ma poczucie niedostatku wiedzy medycznej.
- Współdziałanie z pielęgniarką lub higienistką szkolną oraz innymi pracownikami ochrony zdrowia pracującymi w szkole.²
- Pozyskanie pracowników administracji, stołówki szkolnej i obsługi.
- Tworzenie w szkole środowiska wspierającego edukację zdrowotną w tym:

¹ 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. 2002, Nr 51, poz. 458).

² P. również rozdział III. 9. (przyj. red.)



- poprawę warunków sanitarnych i bezpieczeństwa,
 - tworzenie klimatu sprzyjającego dobremu samopoczuciu i satysfakcji uczniów i nauczycieli ze szkoły,
 - umożliwienie uczniom i pracownikom praktykowania zachowań prozdrowotnych (np. posiłki szkolne, asortyment sklepików, organizacja przerw międzylekcyjnych).
- Współdziałanie z rodzicami, którzy są pierwszymi i głównymi edukatorami zdrowia swych dzieci.
 - Współdziałanie z osobami i organizacjami w społeczności lokalnej.

Realizacja ścieżki edukacyjnej nie jest więc zadaniem łatwym dla szkoły i osiągnięcie zadawalającego poziomu tej realizacji będzie długotrwałym procesem.

4.2. Szkoła promująca zdrowie

Barbara Woynarowska

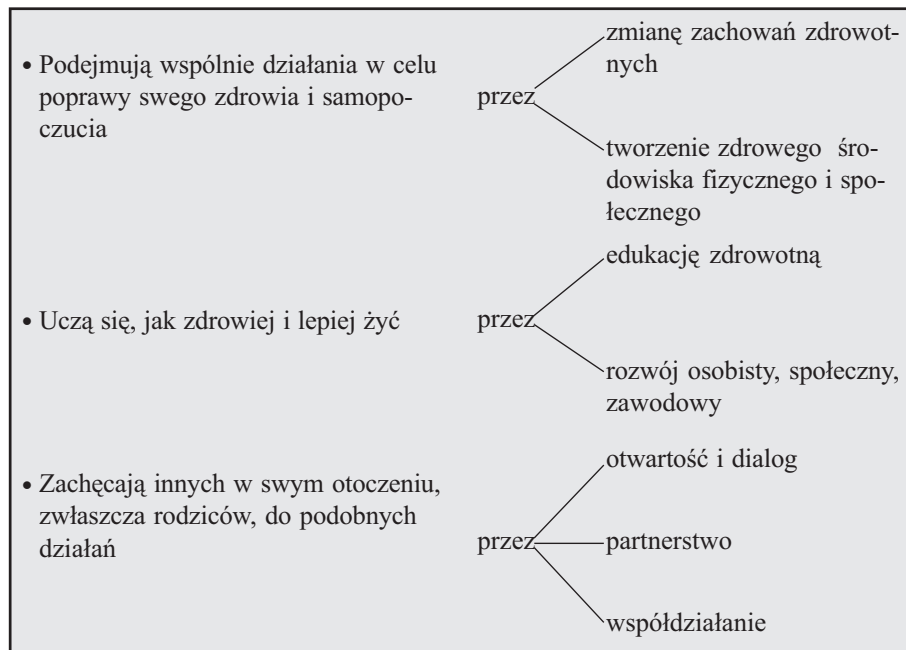
Od 1991 r. prowadzone są w Polsce działania dla tworzenia szkoły promującej zdrowie. W 1992 r. Polska została członkiem Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie utworzonej przez Światową Organizację Zdrowia, Radę Europy i Komisję Europejską. Do sieci tej należy 40 krajów. Podobne sieci istnieją na innych kontynentach świata.

Obecnie w Polsce istnieje 16 wojewódzkich sieci szkół promujących zdrowie, a w niektórych z nich sieci powiatowe i miejskie. Należy do nich ponad 1000 szkół.

Koncepcja

Koncepcja szkoły promującej zdrowie (SzPZ) „wrosła” z ogólnych założeń promocji zdrowia. Nie ma w Europie jednej, ogólnie przyjętej definicji takiej szkoły, każdy kraj tworzy własną jej wizję. W Polsce przyjęliśmy, że SzPZ to *siedlisko* (czyli miejsce, w którym żyje, pracuje, uczy się i bawi wielu ludzi oraz obowiązują w nim specyficzne normy, prawa i obowiązki), w którym *społeczność szkolna – pracownicy i uczniowie*:





Strategia

Tworzenie SzPZ wymaga wykorzystania nowych metod stosowanych w promocji zdrowia w tym:

- **Podejście siedliskowe**

Zakłada ono, że szkoła jest siedliskiem, a równocześnie częścią szerokiego systemu w danej populacji, w której istnieje wiele innych siedlisk (rodziny, zakłady pracy, urzędy, inne szkoły itd.). Działania w zakresie promocji zdrowia, podejmowane przez szkołę, powinny być wspierane przez równoczesne działania w innych siedliskach.

- **Podejście „od ludzi do problemu”**

Zakłada ono, że ludzie (społeczność szkolna) sami identyfikują własne problemy, wybierają te, które są dla nich ważne (priorytetowe) i podejmują działania w celu ich rozwiązywania. Osoby z zewnątrz wspierają te działania, lecz nie narzucają szkole swoich programów i pomysłów. W tradycyjnym podejściu „od problemu do ludzi” problemy priorytetowe były ustalane poza szkołą (np. na szczeblu centralnym, wojewódzkim). Tam też opracowywane były przez specjalistów programy rozwiązywania tych problemów. Szkoły otrzymywały propozycję (często zalecenie lub nakaz) ich realizacji.

- **Zmodyfikowane uczestnictwo społeczności**

W tworzeniu SzPZ uczestniczą dobrowolnie członkowie społeczności szkolnej (choć nie zawsze jest 100% zwolenników tych działań). Wszyscy są





pytani o zdanie, informowani o wynikach, decyzjach, zapraszani do współpracy. Wsparcie z zewnątrz polega na dostarczaniu informacji, materiałów, doradztwie, kształceniu itd.

- **Strategia dokonywania zmian**

Tworzenie SzPZ wymaga wielu zmian. Nie jest ona sumą wielu pojedynczych innowacji (np. programów autorskich). Jest to „żywy organizm”, w którym wszystkie grupy pracują wspólnie. Wprowadzane zmiany mają charakter systemowy, dotyczą wszystkich sfer funkcjonowania szkoły i wykraczają poza tradycyjne obszary zdrowia. Ważne jest, aby ludzie rozumieli istotę procesu zmian i elementy strategii radzenia sobie, a nawet kierowania zmianami.

- **Dialog**

Szkoła promująca zdrowie jest szkołą dialogu między różnymi grupami społeczności szkolnej. Dialog jest tu rozumiany jako sposób komunikacji, w którym podmioty dążą do wzajemnego zrozumienia, zbliżenia się i współdziałania.¹ M. Kawecki uważa, że esencją szkoły promującej zdrowie są ludzie tworzący społeczność szkolną i potrafiący rozwijać dialog, którego sensem jest wiara w drugiego człowieka, wiara w jego potencjał zdrowotny (intelektualny, psychiczny, społeczny i duchowy).²

Organizacja

Prace nad tworzeniem SzPZ są organizowane przez szkolnego koordynatora, wspieranego przez szkolny zespół promocji zdrowia.

- **Szkolny koordynator promocji zdrowia**

Jest to „kluczowa” osoba w tworzeniu SzPZ. Jest liderem, pełni rolę przewodnika, ułatwia proces zmian, stwarza warunki do pracy przynoszącej sukcesy. Najkorzystniej jest, gdy funkcję tę pełni członek dyrekcji szkoły (większa możliwość wpływu na jej politykę, szersze widzenie wielu problemów, mniejszy wymiar zajęć lekcyjnych). Może on również pełnić rolę koordynatora edukacji prozdrowotnej.

- **Szkolny zespół promocji zdrowia**

W skład tego zespołu wchodzi dobrowolnie zgłaszający się przedstawiciele wszystkich grup społeczności szkolnej: nauczyciele, inni pracownicy szkoły (w tym opiekun samorządu uczniowskiego, opiekun koła PCK), pielęgniarka lub higienistka szkolna, uczniowie, rodzice, osoby ze społeczności

¹ Tischner J.: Etyka solidarności. Warszawa, Wyd. Znak, 1999.

² Kawecki M.J.: Szkoła promująca zdrowie jako szkoła dialogu, [w]: Woynarowska B. (red.): Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Po trzech latach. Polski Zespół ds. Szkoły Promującej Zdrowie, Warszawa 1995, s. 27.



lokalnej. Zespół ten powinien sam określić swoje zadania i podział pracy. Niezbędne jest wspólne uczenie się oraz inwestycja w rozwój zespołu, aby **osiąganiu celów** towarzyszyło: **budowanie i wzmacnianie zespołu, a także rozwój indywidualny jego członków.**

Model działań

Przyjęto, że SzPZ jest szkołą skutecznego działania. W tworzeniu jej wykorzystano własny model („technologię”) działania oparty na strategii rozwiązywania problemów. Przewiduje on pięć etapów (tab. 11). Cykl ten (zwykle od etapu drugiego) szkoły powtarzają w każdym roku szkolnym (szkoła „żyje” w rytmie rocznym). W każdym roku społeczność szkolna buduje nowy projekt, w celu rozwiązania problemu, który uznała za priorytetowy. Często jest to kontynuacja działań.

Tabela 11. Etapy tworzenia szkoły promującej zdrowie

1. Przygotowanie

- Inicjacja – narodzenie się pomysłu i chęci tworzenia SzPZ w społeczności szkolnej
- Propagowanie idei SzPZ w społeczności szkolnej, wśród rodziców i społeczności lokalnej
- Pozyskiwanie uczestników i sojuszników
- Powołanie szkolnego koordynatora i zespołu promocji zdrowia
- Podjęcie wzajemnych zobowiązań przez osoby przystępujące do działania

2. Diagnoza stanu wyjściowego

- Zebranie danych dotyczących aktualnych problemów ludzi, warunków funkcjonowania szkoły itd.
- Analiza tych danych
- Ustalenie listy problemów wymagających rozwiązania

3. Budowanie planu działań i ich ewaluacji

- Wybór problemu/ów priorytetowego/yh
- Określenie przyczyn/y tych problemów i sposobów usunięcia tych przyczyn
- Ustalenie celów
- Zbudowanie planu działań do osiągnięcia celów

4. Działania

- Realizacja planu, monitorowanie działań (ewaluacja procesu) oraz dokonywanie niezbędnych korekt do osiągnięcia celu

5. Ewaluacja wyników działań

- Ewaluacja końcowa – sprawdzenie czy osiągnięto cel



Kluczowymi elementami „technologii” tworzenia SzPZ jest planowanie i ewaluacja działań. Omówiono je szczegółowo w książce pod redakcją B. Woynarowskiej i M. Sokołowskiej: *Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Charońska E.*: Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
2. *Demel M.*: Pedagogika zdrowia. WSiP, Warszawa 1980.
3. *Woynarowska B., Sokołowska M.*: Ścieżka edukacyjna – edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa 2001.
4. *Woynarowska B., Sokołowska M.* (red.): *Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa 2000.

4.3. Edukacja i wsparcie młodzieży w zakresie zdrowia prokreacyjnego

Maria Monika Szymańska

Zdrowie prokreacyjne

*Zdrowie prokreacyjne*¹, termin przyjęty przez Rządową Radę Ludnościową, odpowiada określeniu w jęz. angielskim „reproductive health”, często tłumaczony jest również jako zdrowie reprodukcyjne lub zdrowie rozrodcze i funkcjonuje na świecie oraz w licznych dokumentach międzynarodowych od kilku lat. Zgodnie z definicją przyjętą w Programie Działania Międzynarodowej Konferencji „Ludność i Rozwój” w Kairze (1994) oraz w Platformie Działania IV Międzynarodowej Konferencji ONZ w sprawie Kobiet w Pekinie (1995) zostało ono zdefiniowane jako: „*Stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami.*”

Zdrowie prokreacyjne oznacza zatem, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz że mają zdolność do reproduk-

¹ Termin „zdrowie prokreacyjne” wprowadziła w 2000 r. Rządowa Rada Ludnościowa, zastępując poprzednie tłumaczenia „reproductive health”, przy okazji prac nad projektem „Szkolenie pielęgniarek pracujących z dziećmi i młodzieżą z województwa małopolskiego w zakresie zdrowia prokreacyjnego, problemów okresu dojrzewania i profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową”.



cji, jak również swobodę decydowania czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci. Z tego ostatniego założenia wynika prawo mężczyzn i kobiet do:

- Odpowiedniej informacji oraz możliwości korzystania z bezpiecznych, skutecznych, przystępnych finansowo oraz akceptowanych przez nich metod planowania rodziny, dokonywania wyboru spośród nich, jak również spośród innych, nie kolidujących z prawem metod regulowania płodności;
- Odpowiednich świadczeń zdrowotnych, zapewniających parom - szansę na posiadanie zdrowego potomstwa, a kobietom bezpieczną ciążę i poród.

Zgodnie z powyższą definicją zdrowia prokreacyjnego opieka zdrowotna, której jest ono przedmiotem, to zespół metod, technik i usług służących zapewnieniu zdrowia i dobrostanu prokreacyjnego przez zapobieganie problemom w tym zakresie i ich rozwiązywanie. Nie powinna ona ograniczać się tylko wyłącznie do poradnictwa i opieki w zakresie rozrodu oraz chorób przenoszonych drogą płciową, lecz uwzględnić jako cel jego pozytywny wpływ na jakość życia i stosunków osobistych.¹

Zdrowie prokreacyjne obejmuje całokształt zagadnień związanych z rozrodczością człowieka we wszystkich fazach życia, od poczęcia do późnej starości. Nie jest to tylko zagadnienie medyczne i nie dotyczy tylko funkcji biologicznych ale obejmuje również świat przeżyć, emocji, wartości człowieka, dotyczących przynależności do określonej płci. Wśród świadczeń w zakresie zdrowia prokreacyjnego należy wymienić:

- poradnictwo na temat seksualności, ciąży, planowania rodziny, bezpłodności,
- profilaktyka, badania i leczenie w zakresie infekcji dróg rodnych, chorób przenoszonych drogą płciową (w tym HIV/AIDS) oraz innych schorzeń,
- zapobieganie i leczenie bezpłodności,
- pełna, rzetelna informacja na temat metod i środków antykoncepcyjnych i kryteriów dokonywania ich wyboru,
- profilaktyka aborcji,
- opieka okołoporodowa,
- specyficzne problemy zdrowotne kobiet i mężczyzn w różnym wieku (w tym w okresie przekwitania).

Zdrowie prokreacyjne należy rozpatrywać w szeroko rozumianym kontekście społecznym: warunki życia, pozycja kobiet i mężczyzn w danym społeczeństwie, prawa dotyczące płci, dostęp do świadczeń medycznych i informacji, poradnictwa. To podejście różni się znacznie od poprzednich, skoncentro-

¹ Platforma Działania i Deklaracja Pekkańska. Wydano na zlecenie Pełnomocnika Rządu ds. Rodziny i Kobiet, 1995, paragraf 94.



wanych głównie na zdrowiu kobiet i aspektach biomedycznych. Uwzględnia szeroki kontekst czynników kulturowych, środowiskowych i ekonomicznych oraz zagadnienia psychologii płci, rolę i problemy specyficzne dla mężczyzn.

Rząd Polski, podobnie jak rządy innych krajów, zobowiązał się do wdrażania ustaleń międzynarodowych konferencji ONZ „Ludność i Rozwój (Kair 1994) oraz ustaleń zawartych w Platformie Działania IV Światowej Konferencji ONZ ds. Kobiet (Pekin 1995).

Problemy zdrowia prokreacyjnego w Polsce

Wśród problemów dotyczących zdrowia prokreacyjnego ludności w Polsce należy zwrócić uwagę na:

- **Obniżający się wskaźnik płodności**, pozostający w ścisłym związku z procesami transformacji, obserwowany w Polsce i w pozostałych krajach Europy. W latach 1989-2000, o 30% zmniejszyła się liczba urodzeń – od około 570 tys. w 1989 r. do około 390 tys. w 2000 r. Pojawiły się nowe zjawiska związane z modelem rodziny: np. instytucja separacji, związki nieformalne (kohabitacja).¹
- **Zagrożenia związane z chorobami układu rozrodczego**, a wśród nich najgroźniejsze: nowotwory piersi, szyjki macicy, trzonu macicy u kobiet, czy wcale nierzadkie nowotwory jądra lub gruczołu krokowego u mężczyzn.
- **Zagrożenia związane z chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV/AIDS**. Według danych szacunkowych w Polsce zakażonych HIV jest ok. 20 tys. osób, w tym 20% to kobiety.
- **Niedostatki w dostępie i poziomie usług medycznych w zakresie zdrowia prokreacyjnego**. Według Raportu Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny z 1999 r. „Zdrowie reprodukcyjne kobiet w Polsce” kobiety, a zwłaszcza młode dziewczęta nadal rzadko korzystają z poradnictwa ginekologicznego. Najczęściej zgłaszają się do ginekologa z powodów niepokojących objawów lub ciąży. W szczególnie trudnej sytuacji są kobiety starsze, u których zwiększa się zachorowalność na choroby układu rozrodczego i występują inne problemy zdrowotne towarzyszące klimakterium. Tylko co piąta kobieta, według cytowanego wyżej raportu, stwierdziła, że lekarz ginekolog regularnie bada jej piersi. Można przypuszczać, że korzystanie z usług i poradnictwa w zakresie zdrowia prokreacyjnego przez mężczyzn jest jeszcze trudniejsze.
- **Traktowanie planowania rodziny** jako kwestii wstydlivej. Aż 61% badanych kobiet stwierdziło, że lekarze wcale nie przekazują im informacji na temat metod i środków planowania rodziny, ich zalet i wad. Najwięcej lekarzy (58%) spośród tych, którzy decydują się rozmawiać na ten temat proponuje wkładkę wewnątrzmaciczną, tylko 28% proponuje tabletkę hormonalną.

¹ Frątczak E.: Procesy demograficzne w Polsce w okresie transformacji. SGH, Warszawa 2002.



- **Niedostatki w zakresie zapobiegania i leczenia niepłodności.** Bezpłodność dotyczy w Polsce około 1,2-1,3 miliona par, z czego u: 3-5% występuje bezpłodność bezwzględna, niemożliwa do leczenia bez donacji gamet, u 7-15 % występuje bezpłodność względna, możliwa do leczenia, natomiast aż u 85% występuje ograniczenie sprawności rozrodczej.¹
- **Niedostatki w opiece prenatalnej.** Chociaż umieralność okołoporodowa noworodków zmniejszyła się dwukrotnie w okresie ostatnich 20 lat, nadal przyczyną około 25% zgonów niemowląt są wady rozwojowe, w tym aż 50% zgonów jest spowodowanych wadami serca.² Dostępność do badań profilaktycznych i diagnostyki prenatalnej jest nadal niedostateczna. Zbyt mało rozpowszechnione są wśród kobiet w ciąży (i ją planujących) badania w kierunku wykrywania przeciwciał różyczki, toksoplazmozy, HIV czy profilaktyka wad cewy nerwowej w postaci przyjmowania kwasu foliowego.
- **Kontrowersyjne wciąż sprawy związane z zapobieganiem niepożądaney ciąży,** ewentualnie możliwością bezpiecznego jej przerywania,³ to kolejne kwestie, które pozostawiają wiele do życzenia. W profilaktyce aborcji konieczna jest właściwa, długofalowa edukacja seksualna, która według doświadczeń wielu krajów ułatwia zapobieganie niepożądaney ciąży. Ważne są także skuteczniejsze rozwiązania systemowe i dobre poradnictwo, bowiem nieskuteczne zapobieganie ciąży prowadzi często do ciąży niechcianej i w konsekwencji do aborcji.
- **Brak uregulowań prawnych** dotyczących równego statusu płci, przemocy wobec kobiet oraz molestowania seksualnego.

Edukacja seksualna w szkole

Edukacja seksualna stanowi ważny element wszechstronnej edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży⁴ i jest niezbędna w dzieciństwie i młodości.

Jej potrzeby uzasadniają także następujące zjawiska we współczesnym świecie w tym:

- duży odsetek młodzieży podejmujących wczesne współżycie płciowe (w 2002 r. wśród 15-latków podjęło je 21 % chłopców i 9% dziewcząt),⁵
- zagrożenia związane z chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym zakażeniem HIV,

¹ Kuczyński W.: Bezpłodność mężczyzn i kobiet w Polsce (w druku).

² Dębski R.: Opieka prenatalna nad płodem (w druku).

³ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78) z późniejszymi zmianami (Dz. U. 1995, Nr 66, poz. 334, Dz. U. 1996, Nr 139, poz. 646).

⁴ P. również rozdział I.4. (przyp. red.).

⁵ Woynarowska B., Mazur J., Kowalewska A. i wsp.: Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 r., Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2002.



- ciąży u nieletnich;
- inne silnie oddziałujące źródła informacji, dotyczącej seksualności, takie jak: grupa rówieśnicza czy masowa kultura medialna,
- wartości i przekonania, związane z seksualnością, w tym komercyjna wizja seksu.

Edukacja seksualna w Polsce jest wciąż tematem kontrowersyjnym. Mimo, że ponad 85% dorosłych uważa, że w szkole powinna być prowadzona,¹ nadal jest uwikłana w trudne do rozstrzygnięcia spory ideologiczne.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami treści dotyczące seksualności człowieka, dojrzewania płciowego itd. zostały włączone do „*wychowania do życia w rodzinie*”.² Jest to:

- w szkole podstawowej w klasach V-VI – jeden z modułów ścieżki edukacyjnej „*wychowanie do życia w społeczeństwie*”;
- w gimnazjum jako jeden z modułów przedmiotu „*wiedza o społeczeństwie*”;
- w szkołach ponadgimnazjalnych – jako samodzielna ścieżka edukacyjna „*wychowanie do życia w rodzinie*”.

We wszystkich typach szkół zajęcia są realizowane w ramach godzin do dyspozycji dyrektora – 14 godz. rocznie, w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców.³

Wykaz programów nauczania, środków dydaktycznych, bibliografii do wykorzystania w nauczaniu „*wychowania do życia w rodzinie*” dostępny jest w załącznikach do aktów prawnych oraz publikacjach⁴ i stronie internetowej Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu (www.menis.waw.pl).

Trudno obecnie ocenić efekty wprowadzenia „*Wychowania do życia w rodzinie*”. Z sondaży wynika, że jego realizację podjęła tylko połowa szkół. Istnieją kontrowersyjne opinie co do istniejących programów i podręczników.

¹ Izdebski Z.: Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim. Zachowania seksualne. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2000.

² 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).

³ O wychowaniu do życia w rodzinie. Biblioteczka Reformy nr 31. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2001, s. 85-114.

⁴ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 19 lipca 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. Nr 121, poz. 1037).



Rola pielęgniarki i higienistki szkolnej w promowaniu zdrowia prokreacyjnego

„*Wychowanie do życia w rodzinie*” realizują w szkole nauczyciele (odpowiednio przygotowani). Pielęgniarka lub higienistka szkolna może służyć im pomocą i konsultacjami. Ma także inne możliwości pracy z uczniami przez kontakt indywidualny, lub małymi grupami w różnych sytuacjach; nie ocenia uczniów, co zmniejsza barierę w budowaniu się zaufania pomiędzy dorosłymi a młodymi ludźmi. Dzięki swojemu przygotowaniu zawodowemu, często jest postrzegana jako rzetelne źródło informacji w kwestiach medycznych, związanych z płciowością.

Kontaktując się z uczniami, realizując różne formy edukacji zdrowotnej pielęgniarka/higienistka szkolna powinna:

- Być doradcą ucznia w sprawach związanych ze zdrowiem prokreacyjnym. Z tą rolą wiąże się umiejętność słuchania, odpowiadania na pytania uczniów, bez uprzedzeń światopoglądowych, posługując się dostępną, rzetelną wiedzą, w tym również jest umiejętność mówienia „nie wiem” oraz umiejętność nie oceniania.
- Uczestniczyć w omawianiu z młodzieżą takich tematów jak:
 - rozwój psychoseksualny dzieci i młodzieży,
 - fizjologia i higiena okresu dojrzewania,
 - metody planowania rodziny, w tym zapobieganie niechcianej ciąży,
 - profilaktyka chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS;
 - pierwotna profilaktyka wad cewy nerwowej;¹
 - profilaktyka nowotworów piersi i narządów rodnych wśród młodzieży i dorosłych: pracowników szkoły i rodziców (np. zachęcanie kobiet do poddawania się regularnym profilaktycznym badaniom cytologicznym, samobadania piersi, wizyt u ginekologa),
 - przygotowanie młodzieży do korzystania ze świadczeń medycznych (np. wizyta u ginekologa) i poradnictwa w zakresie zdrowia prokreacyjnego,
 - zapobieganie i radzenie sobie w sytuacjach przemocy wobec dzieci i młodzieży, w tym również przemocy seksualnej.
- Być rzecznikiem nowoczesnego podejścia do kwestii płci i szeroko rozumianego zdrowia prokreacyjnego w szkole, uczestniczyć w dialogu między rodzicami a pracownikami szkoły w rozwiązywaniu problemów uczniów, związanych z rozwojem psychoseksualnym, w tym szczególnie z okresem dojrzewania.
- Umieć dokonać wstępnej diagnozy, nie pomijać sygnałów dotyczących zjawisk patologicznych, np. używania substancji psychoaktywnych, przemo-

¹ Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej: Już teraz mogę zadbać o zdrowie swojego przyszłego dziecka. Program edukacyjny dla młodzieży 16-24 lat. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2001.



cy, w tym również przemocy seksualnej, zaniedbań higienicznych, znacznego spadku masy ciała co może być symptomem zaburzeń w jedzeniu (np. jadłowstręt psychiczny), nawiązać kontakt ze specjalistami w celu potwierdzenia swoich obaw oraz poinformować o problemie tylko te osoby w szkole, które będą podejmowały dalsze decyzje (ważne jest aby nie zawieść zaufania ucznia i zapewnić mu anonimowość).

- Umieć wskazać adresy placówek, w których można szukać pomocy w rozwiązaniu problemów w zakresie różnorodnych kwestii, związanych ze zdrowiem prokreacyjnym.

Realizacja tych zadań wymaga od pielęgniarki i higienistki szkolnej pogłębienia wiedzy, nabycia nowych umiejętności, swobody psychologicznej w omawianiu „drażliwych” tematów z uczniami i ich rodzicami. Niezbędny jest także takt, empatia (szczególnie w przypadku uczennicy ciężarnej) oraz poszanowanie cielesności i godności osobistej uczniów.¹

Możliwości doskonalenia pielęgniarek i higienistek szkolnych w zakresie zdrowia prokreacyjnego

Zagadnienia zdrowia prokreacyjnego uwzględniano dotąd w kształceniu pielęgniarek i higienistek w wąskim zakresie, w tym głównie takie tematy jak: anatomia i fizjologia układu rozrodczego człowieka, poród i opieka okołoporodowa, choroby przenoszone drogą płciową, antykoncepcja. W mniejszym zakresie uwzględniano: rozwój psychoseksualny i zdrowie seksualne człowieka w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym. Sposób uczenia tych zagadnień, zazwyczaj był tradycyjny, głównie z wykorzystaniem metod podających (wykład, pogadanka).

Możliwości podnoszenia kwalifikacji w tym zakresie dla pielęgniarek i higienistek szkolnych są ograniczone. Kursy kwalifikacyjne w zakresie „wychowania do życia w rodzinie” zarezerwowane są jedynie dla nauczycieli, poddyplomowe studia edukacji seksualnej są dla osób, które ukończyły studia wyższe.

Dla tej grupy zawodowej dostępne są tylko kursy naturalnych metod regulacji poczęć, które uwzględniają jedynie wąski zakres zagadnień zdrowia prokreacyjnego.

W 2000 roku podjęto realizację projektu „Szkolenie pielęgniarek pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie zdrowia prokreacyjnego, problemów dojrzewania i profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową” we współpracy: Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, UNFPA i UNDP, Rządowej Rady Ludnościowej i trenerów pracujących w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej „TOP” w Warszawie. W szkoleniu uczestniczyło (w latach 2000-2002) 280 pielęgniarek szkolnych oraz 390 pielęgniarek

¹ P. również rozdział III.1. (przyj. red.)



pediatrycznych, z województwa małopolskiego, a w ramach współpracy pomiędzy Izbami Pielęgniarek i Położnych – 19 pielęgniarek z województwa śląskiego.

Cykl szkolenia (65 godz.) dla pielęgniarek szkonych uwzględniał:

- wykłady: zdrowie prokreacyjne, rozwój psychoseksualny dzieci i młodzieży, metody planowania rodziny, przemoc wobec dzieci i młodzieży, uzależnienia;
- warsztaty: pierwszy - etapy i problemy, wynikające z rozwoju psychoseksualnego dzieci i młodzieży, rozwijanie umiejętności rozmowy z dziećmi i młodzieżą w zakresie zdrowia prokreacyjnego oraz problemów okresu dojrzewania; drugi - omówienie, przeprowadzonych przez pielęgniarki po pierwszym warsztacie, rozmów indywidualnych z uczniami, metody planowania rodziny, profilaktyka chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS oraz opracowywanie scenariuszy zajęć z uczniami w zakresie zdrowia prokreacyjnego i problemów okresu dojrzewania oraz chorób przenoszonych drogą płciową;
- superwizję zajęć prowadzonych przez pielęgniarki z uczniami.

Projekt został bardzo dobrze przyjęty i oceniony przez uczestniczki szkolenia oraz uzyskał pozytywne wyniki ewaluacji zewnętrznej. Szkoleniem zainteresowały się pielęgniarki z innych województw. W 2003 r. z inicjatywy przedstawicielki UNFPA (Fundusz Ludnościowy) w Polsce - Beaty Balińskiej i Rządowej Rady Ludnościowej, zorganizowano seminaria w zakresie zdrowia prokreacyjnego dla pielęgniarek i higienistek szkolnych z Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, m.in. z: Białegostoku, Gdańska, Koszalina, Lublina, Łodzi, Ostrołeki, Poznania, Rzeszowa, Szczecina i Warszawy. W przyszłości przewiduje się szkolenie w innych regionach kraju.¹

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Charzyńska – Gula M.* (red.): Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole. Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Wydział Pielęgniarski AM, Lublin 1997.
2. O wychowaniu do życia w rodzinie. Biblioteczka Reformy nr 31. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2001.
3. Prawa i zdrowie reprodukcyjne i seksualne. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa 1998.
4. Zdrowie reprodukcyjne kobiet w Polsce. Raport. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa 1997.

¹ Informacje nt. ww. szkoleń uzyskać można w Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych, które są współorganizatorami szkolenia (przyp. red.).



II. PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI

1. Aktualny system i założenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami

Anna Oblacińska

W roku szkolnym 2002/2003, w Polsce do 33 335 szkół różnych typów uczęszczało ponad 6,3 mln uczniów. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad tak liczną populacją dzieci i młodzieży jest nie tylko wielkim wyzwaniem medycznym, ale i organizacyjnym – przede wszystkim ze względu na konieczność interdyscyplinarnej, systematycznej współpracy wielu osób i instytucji, zajmujących się uczniami.

Okres życia dziecka od 6-7 do 18 roku, w tym czas dorastania - adolescencji jest fazą w życiu człowieka, w którym zwiększa się tempo rozwoju zarówno fizycznego jak i psychicznego. Mogą w tym czasie pojawiać się problemy zdrowotne i rozwojowe specyficzne dla tego okresu życia. Kształtujące się u dzieci postawy życiowe, poglądy i zachowania zdrowotne sprawiają, że rola edukacji zdrowotnej adresowanej do tej części populacji jest szczególnie istotna.

Obecnie, poza systemem szkolnym, nie ma możliwości objęcia dzieci i młodzieży kompleksową profilaktyczną opieką zdrowotną, szczególnie w zakresie wykonywania badań przesiewowych, profilaktycznych badań lekarskich, edukacji zdrowotnej i opieki psychologiczno-pedagogicznej. Szkoła stwarza możliwość dotarcia do prawie całej populacji w wieku 7-19 lat (i pośrednio do ich rodziców), wdrażania opracowanych standardów na terenie całego kraju oraz dostępu do profilaktycznych świadczeń zdrowotnych, niezależnie od regionu zamieszkania ucznia i sytuacji materialnej jego rodziny.

W ostatnim półwieczu zasady sprawowania opieki zdrowotnej nad uczniami – lekarskiej i pielęgniarzkiej – zmieniały się przeciętnie co kilkanaście lat. Zmiany te dotyczyły nie tylko sfery organizacyjnej, ale również głównych celów i koncepcji tej opieki, w ślad za zmieniającymi się priorytetami w tym zakresie. Zmieniały się bowiem problemy zdrowotne dzieci i młodzieży, styl życia uczniów oraz ich rodzin, problemy społeczne. Przechodzono od priorytetów natury higienicznej i zapobiegania chorobom zakaźnym poprzez naprawcze, w odniesieniu tylko do niektórych grup ryzyka, do szeroko pojętej profilaktyki oraz edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia obejmującej całą populację uczniów, nauczycieli i rodziców. Możliwości objęcia uczniów powszechną opieką zdrowotną były też ściśle powiązane z założeniami systemowych rozwiązań w resorcie zdrowia i edukacji.



Koncepcja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami

Aktualna koncepcja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami wykorzystuje doświadczenia poprzedniego modelu z lat 1992-1998.¹ Punktem wyjścia jest założenie, że zdrowie jednostki i populacji zależy od wielu czynników pozamedycznych, w tym od statusu społeczno-ekonomicznego rodzin, wsparcia społecznego, środowiska fizycznego i społecznego szkoły. Uznano zatem, że w ochronie i promocji zdrowia uczniów powinni uczestniczyć:²

- *Rodzice*, którzy ponoszą prawną i moralną odpowiedzialność za zdrowie swoich dzieci. Bez ich udziału i wsparcia uczeń ma ograniczone możliwości, np. zmiany sposobu żywienia, warunków życia i pracy w domu;
- *Uczeń*, który w procesie wychowania, w tym także w kontaktach z lekarzami i pielęgniarkami, uczy się do odpowiedzialności za swoje zdrowie;
- *Szkoła*, która powinna być odpowiedzialna za stworzenie uczniom środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu i umożliwić uczniom edukację zdrowotną;
- *Pracownicy ochrony zdrowia*, którzy zapewniają uczniom podstawowe świadczenia medyczne (profilaktyczne i lecznicze), uczestniczą w ich edukacji zdrowotnej oraz wspierają uczniów, ich rodziców i szkołę w rozwiązywaniu ich problemów zdrowotnych.

Współczesna koncepcja systemu opieki zdrowotnej nad uczniami wyrosła ze Strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich” i koncepcji promocji zdrowia. Zakłada ona, że:

- Podmiotem zainteresowania jest cała populacja uczniów (a nie głównie osoby z zaburzeniami zdrowia i rozwoju lub ryzykiem ich wystąpienia) oraz nauczyciele i pozostali pracownicy szkoły, którzy razem z uczniami, przy współudziale rodziców, tworzą środowisko społeczne szkoły;
- Główny kierunek działań związany jest z promocją zdrowia i profilaktyką pierwszorzędową, co nie oznacza zaniechania niezbędnych działań z zakresu profilaktyki drugorzędowej i terapii. Wykorzystuje się metody i podejścia stosowane w promocji zdrowia, w tym zwłaszcza zachęcanie członków społeczności szkolnej, także uczniów do identyfikowania własnych problemów i ich rozwiązywania, aktywnego uczestnictwa w doskonaleniu własnego zdrowia i wspólnych wysiłków w tworzeniu zdrowego środowiska;
- Szkoła powinna być środowiskiem wspierającym zdrowie i powinna zmierzać do tworzenia szkoły promującej zdrowie.

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. w sprawie zakresu, organizacji oraz form opieki zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 1992, Nr. 87, poz. 441).

² Woynarowska B.: Nowy system opieki medycznej nad uczniami, *Lider*, 1992, 1/12/, 3-4.



Wprowadzenie w styczniu 1999 roku ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 153), spowodowało utratę mocy prawnej rozporządzenia z 1992 roku, które określało dotychczasowe zasady udzielania uczniom świadczeń zdrowotnych. Pojawiły się trudności w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w środowisku nauczania i wychowania. Zlikwidowano m.in. prawie wszystkie placówki nadzoru na poziomie wojewódzkim, większość poradni medycyny szkolnej oraz zrezygnowano w niektórych kasach chorych z zawierania kontraktów z pielęgniarkami szkolnymi. Ponieważ nie opracowano innych systemowych rozwiązań, w różnych regionach Polski wprowadzano różnorodne rozwiązania doraźne, które nie gwarantowały dobrej jakości opieki zdrowotnej nad uczniami. Nie przedstawiono też jasno sprecyzowanych i konsekwentnie realizowanych programów naprawczych.

W październiku 2001 roku Rada Ministrów zobowiązała Ministra Edukacji Narodowej i Sportu do opracowania, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Finansów, „propozycji rozwiązań zmierzających do zapewnienia podstawowej opieki medycznej w szkołach publicznych”.¹ Podjęto prace legislacyjne, których celem jest stworzenie podstaw prawnych do wdrożenia modelu profilaktycznej opieki zdrowotnej, dostosowanego do aktualnych możliwości i systemu ochrony zdrowia oraz zreformowanego systemu edukacji. Punktem wyjścia do tych prac jest *ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391)* oraz *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 130, poz. 1196)*, a także *ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty [...] (Dz. U. Nr 137, poz. 1304)*.

Cele i główne kierunki działań

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami ma na celu:

- wspieranie rozwoju i edukacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym,
- współdziałanie na rzecz ochrony i promocji zdrowia uczniów.

Należy przypomnieć, że istotą tej opieki są medyczne działania profilaktyczne (prewencyjne) w stosunku do uczniów i ich rodziców oraz środowiska szkolnego, w tym:

- *Profilaktyka pierwotna (pierwszorzędowa)* – ukierunkowana na wszystkich uczniów (np. szczepienia ochronne, edukacja zdrowotna) oraz rodzinę i szkołę (zachęcanie do zapewnienia dzieciom i młodzieży odpowiednich warunków życia i nauki), promocja zdrowia;

¹ Protokół ustaleń nr 45/2001 z posiedzenia Rady Ministrów z października 2001 r., p. 1.6.



- *Profilaktyka wtórna (drugorzędowa)* – dotycząca uczniów ze zwiększonym ryzykiem rozwoju zaburzeń i obejmująca wczesne wykrywanie ich objawów (testy przesiewowe, profilaktyczne badania lekarskie) oraz działania naprawcze;
- *Profilaktyka trzeciorzędowa* – poradnictwo czynne dotyczące uczniów z problemami zdrowotnymi, społecznymi i szkolnymi, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, którego celem jest zapobieganie dalszym niepomysłnym skutkom tych zaburzeń.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami powinna być powiązana z programami profilaktyki i promocji zdrowia w szkole oraz realizowana w ścisłej współpracy z pracownikami szkoły i rodzicami uczniów. Światowa Organizacja Zdrowia, zakładając szerokie podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych uczniów,¹ wymienia następujące elementy programu promocji zdrowia w szkole:

- edukacja zdrowotna,
- wychowanie fizyczne i rekreacja,
- profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami,
- posiłki w szkole,
- działania w zakresie promocji zdrowia w odniesieniu do pracowników szkoły,
- poradnictwo i pomoc psychologiczna,
- sprzyjające zdrowiu środowisko fizyczne i społeczne szkoły oraz
- współpraca z rodzicami i społecznością lokalną.

System profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami

Według głównych celów interwencyjnych zawartych w dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w 21 wieku”, a dotyczących zdrowia młodych ludzi, system opieki zdrowotnej nad uczniami zakłada równą dostępność do poradnictwa i poprawę świadczeń zdrowotnych. Warunkami osiągnięcia sukcesu, według wymienionego dokumentu jest włączenie do działań samych młodych ludzi, wielodyscyplinarne podejmowanie działań ukierunkowanych na wiele problemów oraz ich monitorowanie i ewaluacja.

Dla zapewnienia wszystkim uczniom w Polsce równej dostępności do profilaktycznej opieki zdrowotnej i dobrej jakości tej opieki niezbędne jest funkcjonowanie systemu, którego elementy stanowią:

- Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami sprawowana przez:
 - pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w szkole,

¹ World Health Organization: Promoting health through schools. WHO Technical Report Series 870. WHO, Geneva 1997.



- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w zakładzie opieki zdrowotnej lub innym miejscu praktyki zawodowej lekarza,
- lekarza stomatologa w ogólnodostępnej poradni stomatologicznej.
- Nadzór nad realizacją profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.
- Monitorowanie stanu zdrowia uczniów oraz zabezpieczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad tą populacją.
- Kształcenie i doskonalenie pielęgniarek i higienistek szkolnych oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie zagadnień związanych ze sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Szkolenie tych grup powinno być prowadzone przez odpowiednio do tego przygotowane, posiadające akredytację ośrodki medycznego doskonalenia zawodowego.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, (Dz. U. Nr 130, poz. 1196.) profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami obejmuje:

- Testy przesiewowe polegające na wstępnej identyfikacji odchyleń od normy rozwojowej, niezdiagnozowanych chorób, zaburzeń lub wad;
- Postępowanie diagnostyczne w przypadku uzyskania dodatniego wyniku testu przesiewowego, w celu potwierdzenia lub wykluczenia zaburzeń ujawnionych w tym teście (postępowanie poprzęsiewowe);
- Profilaktyczne badania lekarskie (tzw. bilanse zdrowia) w zakresie:
 - a) indywidualnej oceny stanu zdrowia i rozwoju uczniów,
 - b) kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu szkolnego,
 - c) zdrowotnej gotowości szkolnej uczniów,
 - d) kwalifikacji do programów rehabilitacyjnych,
 - e) ograniczeń dotyczących wyboru i nauki zawodu;
- Profilaktyczne badania stomatologiczne, profilaktykę próchnicy zębów i profilaktykę ortodontyczną;
- Udzielanie pomocy w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;
- Obowiązkowe szczepienia ochronne;
- Edukację zdrowotną i promocję zdrowia.

Profilaktyczna opieka pielęgniarska nad uczniami sprawowana przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną

Zgodnie z wymienionym wyżej rozporządzeniem Ministra Zdrowia oraz Standardami w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami, profilaktycz-



na opiekę zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną nad uczniami w szkole, obejmuje:¹

- Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych;
- Kierowanie postępowaniem poprzewiewowym oraz sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad uczniami objętymi tym postępowaniem;
- Organizowanie profilaktycznych badań lekarskich;
- Współorganizowanie lub organizowanie i wykonywanie szczepień ochronnych;
- Prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów;
- Czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi, społecznymi i szkolnymi, w zakresie opieki pielęgniarskiej;
- Udział w planowaniu, realizacji i ocenie szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz podejmowanie innych działań w zakresie promocji zdrowia;
- Udzielanie pomocy w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;
- Doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole;
- Prowadzenie dokumentacji medycznej uczniów według wzorów określonych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz dokumentacji szczepień ochronnych uczniów i sprawozdawczości zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie.

Profilaktyczna opieka lekarska sprawowana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Profilaktyczna opieka lekarska nad uczniami sprawowana jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (poz), u uczniów aktywnie do niego zadeklarowanych. Lekarz sprawujący tę opiekę powinien posiadać specjalizację lekarską w dziedzinie pediatrii lub medycyny rodzinnej albo medycyny ogólnej.

Zadania lekarza poz obejmują:

- Przeprowadzanie profilaktycznych badań lekarskich uczniów poszczególnych klas/grup wieku;
- Przeprowadzanie badań uczniów z dodatnimi wynikami testów przesiewowych skierowanych przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną;
- Sprawowanie opieki (poradnictwo czynne) nad uczniami przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi oraz z innymi problemami zdrowotnymi i społecznymi;

¹ Woynarowska B., Oblacińska A., Jodkowska M., Ostrega W.: Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003.



- Przeprowadzanie kwalifikacyjnych badań lekarskich uczniów przed szczepieniem ochronnym i zapewnienie pomocy lekarskiej w przypadku wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Nadzór merytoryczny w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania

Nadzór merytoryczny w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami według założeń systemu ma prowadzić Minister Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Edukacji Narodowej i Sportu. Nadzorowi podlegają wszyscy świadczeniodawcy realizujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami, bez względu na formę organizacyjną (indywidualne praktyki, publiczne, bądź niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej itp.).

Obecnie nadzór nad wykonywaniem indywidualnych praktyk pielęgniarskich lub lekarskich sprawuje odpowiednio samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych lub lekarski. Nad zakładami opieki zdrowotnej oraz praktykami grupowymi pielęgniarek lub lekarzy nadzór sprawuje wojewoda prowadzący rejestr tych podmiotów. Z ramienia wojewody realizatorem tego nadzoru jest wojewódzkie centrum zdrowia publicznego oraz konsultant wojewódzki w odpowiedniej dziedzinie lekarskiej lub pielęgniarskiej. Nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia sprawuje tenże fundusz, natomiast nad warunkami sanitarno-epidemiologicznymi – Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Obecnie trwają prace nad ujednoczeniem systemu nadzoru oraz jego usytuowaniem w strukturze systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.¹

Monitorowanie stanu zdrowia uczniów i realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami

Monitorowanie stanu zdrowia uczniów

Monitorowanie stanu zdrowia populacji stanowi podstawę do programowania działań w zakresie jego poprawy. Dotychczasowe doświadczenia wskazują jednak, że dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży, pochodzące z badań rutynowych, według „grup dyspersyjnych”, obarczone są wieloma błędami. Nie mogą stanowić one wiarygodnego źródła informacji o stanie zdrowia populacji w wieku szkolnym oraz podstawy do programowania opieki zdrowotnej.

Dla uzyskania danych o stanie zdrowia populacji w wieku szkolnym można wykorzystać prowadzone w Polsce cykliczne badania, spełniające wymogi stawiane badaniom naukowym, w tym:

¹ Jodkowska M., Ostrega W., Oblacińska A.: Zasady i metodyka nadzoru w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003.



- Badania GUS dotyczące subiektywnej oceny stanu zdrowia ludności w Polsce;
- Badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC) - badania międzynarodowe prowadzone co 4 lata pod auspicjami Biura Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO EURO). W ankietyowaniu uczniów uczestniczą pielęgniarki szkolne;
- Badania ESPAD – badania międzynarodowe, prowadzone co 4 lata, pod auspicjami Rady Europy i Grupy Pompidou dotyczące używania substancji psychoaktywnych;
- Dane statystyczne GUS, dotyczące hospitalizacji i umieralności dzieci i młodzieży.

Monitorowanie stopnia zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej

Monitorowanie systemu prowadzi Ministerstwo Zdrowia przy współpracy Instytutu Matki i Dziecka, a na poziomie wojewódzkim, w oparciu o wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz regionalne oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ocena jest prowadzona na podstawie analizy danych z formularzy sprawozdawczych MZ-06 „Roczne sprawozdanie o opiece zdrowotnej w placówkach oświatowo-wychowawczych” oraz innych formularzy dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej na dzieci i młodzieżą, w tym formularza MZ-11, obowiązującego w podstawowej opiece zdrowotnej.

2. Rola pielęgniarki i higienistki szkolnej w ochronie i promocji zdrowia uczniów

2.1. Ewolucja statusu i roli pielęgniarki i higienistki szkolnej

Maria Pultorak, Wisława Ostrega

Status pielęgniarki i higienistki szkolnej zmieniał się w czasie, równoległe do zmian zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, utożsamianej z higieną szkolną i medycyną szkolną.

Pierwsze polskie higienistki szkolne zaczęły pracować w szkołach warszawskich w roku szkolnym 1917/1918 z inicjatywy J. Szmurły – naczelnego lekarza szkół miejskich.

Regulamin pracy higienistki szkolnej, opracowany przez St. Kopczyńskiego w 1921 roku, stanowił, że pełni ona „służbę pomocniczą w organizacji opieki higieniczno-lekarskiej i społecznej nad dziećmi w szkole i poza szkołą”



(...) „powołana jest do wykonywania zarządzeń wydawanych przez lekarzy szkolnych, w sprawach zdrowia, czystości dzieci i zapobiegania szerzeniu się wśród nich chorób zakaźnych” (...) „odwiedza mieszkania dzieci stale brudnych, zawszonych, chorych, nieleczonych i przekonuje rodziców lub opiekunów o potrzebie utrzymywania w czystości i leczenia dzieci”. Jak widać higienistki szkolne, pierwsze przedstawicielki średniego personelu medycznego w opiece zdrowotnej nad uczniami, od początku istnienia zawodu, wykonywały ważną społecznie pracę krzewicielek higieny, czyli nauki o zdrowiu, w środowisku szkolnym i domowym uczniów. W okresie międzywojennym opiekę nad uczniami roztaczały również uczennice i absolwentki warszawskiej szkoły pielęgniarstwa.

Rola higienistki szkolnej, a także pielęgniarzki szkolnej jako pracownika pomocniczego, podlegającego władzy lekarza szkolnego i pracującego pod jego kierunkiem, oficjalnie przetrwała do połowy lat 80. XX wieku.

Prekursorem idei wiodącej roli pielęgniarzki i higienistki szkolnej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami w Polsce, był K. Sokal, zasłużony lekarz szkolny, zwolennik oddzielenia działań profilaktycznych od leczenia chorych uczniów, jeden z twórców specjalności lekarskiej – higiena szkolna¹.

W latach 50. i 60. poszerzono program rocznego kształcenia higienistki szkolnej o problemy zdrowotne uczniów oraz higienę środowiska szkolnego i procesu nauczania.

W 1985 r. pielęgniarzki szkolne, stanowiące wówczas 80% średniego personelu medycznego szkół otrzymały status pielęgniarzki środowiskowej, równocześnie uznano równowartość przygotowania zawodowego higienistek szkolnych do pracy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami.²

W 1986 r. podjęto decyzję o zaniechaniu kształcenia w zawodzie higienistki szkolnej. Ostatnie absolwentki pomaturalnego studium higieny szkolnej ukończyły naukę w 1989 r.

Otrzymanie statusu pielęgniarzki środowiskowej, środowiska nauczania i wychowania było związane z koniecznością podniesienia kwalifikacji zawodowych, w ramach kursu kwalifikacyjnego. Nowoczesny program kursu, złożonego ze 150 godzin wykładów i ćwiczeń, w czasie sesji stacjonarnych oraz 40 godzin staży praktycznych, zakończonego egzaminem komisyjnym teoretycznym i praktycznym oraz obroną pracy badawczej został przygotowany i wdrożony w 1987 i 1998 roku przez Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka, pod kierunkiem prof. Barbary Woynarowskiej. Opracowano, wydano i rozprowadzono szereg materiałów metodycznych, m.in.

¹ Woynarowska B.: Pielęgniarka szkolna dawniej i dziś. Piel. i Poł., 1988, 9, 12-13.

² Instrukcja Nr 4/85 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 października 1985r. w sprawie pielęgniarzki środowiskowej (Dz. Urz. MZIOS 1985, Nr 2, poz. 48).



„Metodykę pracy środowiskowej pielęgniarki/higienistki szkolnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej”, Instytut Matki i Dziecka, 1992.

Opracowany w Zakładzie Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka, pod kierunkiem prof. Barbary Woynarowskiej, zmodyfikowany system opieki zdrowotnej nad uczniami, przewidywał przejęcie przez pielęgniarki i higienistki szkolne głównego ciężaru profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole, dając jej faktycznie rolę lidera w bezpośredniej opiece zdrowotnej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej uczniów.

Pielęgniarki i higienistki szkolne przyjęły wyzwanie, skorzystały z szansy rozwoju zawodowego jaką stanowiło wejście w nową rolę – samodzielnie pracującego w szkole, często jedyne, pracownika medycznego.

W 1992 r., kiedy rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej usankcjonowało zakres i formy opieki zdrowotnej nad populację w wieku szkolnym¹ 2/3 pielęgniarek i higienistek szkolnych w Polsce miała już ukończony kurs kwalifikacyjny, a w 1993 r. 42 pielęgniarki szkolne - wojewódzkie instruktorki medycyny szkolnej (było wówczas 49 województw), rozpoczęły 2 - letnią specjalizację z zakresu pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania, wg programu opracowanego w Instytucie Matki i Dziecka.

W tym pilotażowym cyklu specjalizacji, do przygotowania własnych prac interwencyjno-zapobiegawczych, większość szkolnych pielęgniarek wykorzystwała metodę projektu, zaadaptowaną przez dr Marię Pułtorak na podstawie materiałów z warsztatów Fundacji Zdrowia Dreyfusa, z cyklu: „Rozwiązywanie problemów dla poprawy zdrowia” oraz z warsztatów Projektu Szkoła Promująca Zdrowie. Większość specjalistek nadal stosuje metodę projektu i wykorzystuje ją nie tylko do planowania i ewaluacji pracy własnej, ale także do szkolenia pielęgniarek szkolnych.

W latach 90. przeobrażał się zawód pielęgniarki. W 1991 r. ustawą o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych powołano do życia izby pielęgniarek i położnych. Staraniem pielęgniarek w 1996 r. uchwalono nowoczesną ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej i szereg aktów wykonawczych.

Nowe ustawodawstwo pozwoliło pielęgniarkom na usamodzielnienie zawodu. Powstały niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, organizowane i prowadzone przez pielęgniarki zatrudniające lekarzy, pielęgniarki i higienistki szkolne. Pierwsze indywidualne praktyki zawodowe to praktyki pielęgniarek szkolnych. Pielęgniarki zaczęły samodzielnie zawierać kontrakty z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego (kasy chorych, a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia), negocjować warunki funkcjonowania opieki zdrowotnej, ustalać stan-

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. w sprawie zakresu, organizacji oraz form opieki zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 1992, Nr 87, poz. 441, zmiana: Dz. U. 1996, Nr 4, poz. 31).



dardy zawodowe i uczestniczyć w ustalaniu standardów profilaktycznej opieki zdrowotnej.

W latach 1997-1999 opracowano nowe programy kursów kwalifikacyjnych i specjalizacji dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania zgodnie ze standardami kształcenia opracowanymi w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

W 1998 r. powstało w Gdańsku Ogólnopolskie Stowarzyszenie Higienistek Dyplomowanych Medycyny Szkolnej broniące interesów tej grupy zawodowej, a w 2001 r. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Szkolnych z siedzibą w Szczecinie.

W 2003 r. pielęgniarstwo szkolne zostaje objęte programem wdrażania standardów w profilaktycznej opiece zdrowotnej.¹

Z perspektywy ponad 10 lat, od początku oficjalnego wdrożenia zmodyfikowanego systemu opieki zdrowotnej nad uczniami w 1992 r. można powiedzieć, że pielęgniarki i higienistki szkolne potrafią samodzielnie (bez stałego wsparcia ze strony lekarza szkolnego) sprawować tę opiekę w środowisku nauczania, wychowania, w zakresie opieki i profilaktyki (szkoła sprawuje wszystkie te funkcje), ciesząc się coraz większym autorytetem w społeczności szkolnej w wyniku swoich kompetencji zawodowych, zaangażowania, otwartości na zmiany, a przede wszystkim życzliwości dla uczniów, personelu szkoły i rodziców.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Charzyńska-Gula M., Ostrega W., Wrocławska M.*: Ramowy program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania. CKPPiP, Warszawa 1999.
2. *Charzyńska-Gula M., Ostrega W., Wrocławska M.*: Ramowy program specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania. CKPPiP, Warszawa 1999.
3. *Janus B., Charońska E., Rzepecka A.*: Rola pielęgniarki szkolnej w ocenie uczniów, rodziców i nauczycieli, [w]: Wrocławska M. (red.): Współczesne problemy i wyzwania pielęgniarek i higienistek szkolnych. Materiały konferencyjne, Częstochowa, 1998, Instytut Matki i Dziecka, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1998.
4. *Kopczyński S.*: Historia higieny szkolnej w Polsce, [w]: Kopczyński S. (red.): Higiena szkolna, Wyd. M. Arcta, Warszawa 1921, za: Woynarowska B.: Pielęgniarka szkolna dawniej i dziś, *Piel. i Poł.*, 1988, Nr 9, 12-13.

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003r. w sprawie zakresu i organizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. 2003, Nr 130, poz. 1196).



5. *Pułtorak M.*: Higiena i medycyna szkolna w Polsce, tradycje i terażniejszość. [w]: Wojnowska M. (red.): „Echo” - biuletyn informacyjny Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Higienistek Dyplomowanych Medycyny Szkolnej z siedzibą w Gdańsku, 1999, Nr 3, 17-23.
6. *Radiukiewicz S. B.*: Medycyna szkolna – pojęcie, zakres, historia. [w]: Radiukiewicz S. B. (red.): Medycyna szkolna, PZWL, Warszawa 1987.
7. *Radiukiewicz S. B.*: Historia i drogi rozwoju medycyny szkolnej. [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, 18-30.
8. *Woynarowska B., Pułtorak M.*: Program kursu kwalifikacyjnego dla środowiskowych pielęgniarek (higienistek szkolnych) w środowisku nauczania i wychowania, Instytut Matki i Dziecka, listopad 1988.
9. *Woynarowska B.*: Nowy system opieki zdrowotnej nad uczniami. *Gaz. Lek.* 1992, 8, 26.
10. *Woynarowska B.*: Czego dokonaliśmy w medycynie szkolnej i dokąd zmierzamy? [w]: Woynarowska B. (red.): Nowoczesna pielęgniarka i higienistka szkolna. Materiały pokonferencyjne, Inowrocław 1994, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1995.
11. *Woynarowska B.*: Medycyna szkolna – terażniejszość i przyszłość. [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, 31-35.



2.2. Teorie i koncepcje pielęgniarские w praktyce zawodowej pielęgniarки środowiska nauczania i wychowania

Wisława Ostrega

Pielęgniarstwo w XXI wieku staje się profesją wysokospecjalistyczną o humanistycznej orientacji mającej swoje podstawy w teoriach i koncepcjach pielęgniarских. Prekursorką dziedziny naukowej, jaką jest dziś pielęgniarstwo była Florencja Nightingale¹, a jej koncepcje są ciągle inspiracją dla wielu pielęgniarek naukowców.

W miarę rozwoju pielęgniarstwa i nauk społecznych model opieki pielęgniarskiej zaczął przekształcać się z ograniczonego i zależnego od innych zawodów, instrumentalnego pielęgnowania - w samodzielne, całościowe, ciągłe pielęgnowanie (tabela 12). Pielęgniarstwo staje się samodzielną dyscypliną naukową i wypracowuje własne koncepcje, teorie i techniki działania.²

Tabela 12. Cechy tradycyjnego i nowoczesnego pielęgnowania

| Pielęgnowanie tradycyjne | Proces pielęgnowania |
|---|--|
| Model ograniczonego i zależnego pielęgnowania | Model samodzielnego, całościowego i ciągłego pielęgnowania |
| <ul style="list-style-type: none">- podporządkowanie zleceniom lekarza- najważniejsza jest szybkość i bezbłądność- koncentracja na osobie z problemem | <ul style="list-style-type: none">- pielęgniarка jest specjalistą w zakresie pielęgnowania- najważniejsze jest żeby to co wykonuje było częścią większej całości- działanie poprzez osobę z problemami na jej otoczenie (rodzice, grupa rówieśnicza) |
| Działania tradycyjne | Działania nowoczesne |
| <ul style="list-style-type: none">- mają charakter rutynowy, intuicyjny- pielęgniarка z lekarzem ustalają, co dla pacjenta jest najlepsze | <ul style="list-style-type: none">- wynikają z planu- opieka pielęgnacyjna realizowana jest z pacjentem, jego rodziną, lekarzem i innymi osobami mającymi wpływ na zdrowie i życie pacjenta- pielęgniarка uzgadnia z pacjentem i jego rodziną, co byłoby dla niego najlepsze |

¹ Florencja Nightingale – 1820-1910 – stworzyła model opieki pielęgniarskiej oparty na założeniu pełnej poświęcenia a jednocześnie kompetentnej, dyrektywno – paternalistycznej działalności, podporządkowanej dominującej roli lekarza.

² Poznańska S., Płaszewska - Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa – podstawa praktyki pielęgniarskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.



Tabela 12. cd.

| Działania tradycyjne | Działania nowoczesne |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- przy określaniu zadań pielęgniarki nie uwzględnia się jej predyspozycji; sposób działania jest narzucony- zbiorowa odpowiedzialność za efekt działania pielęgniarki- pielęgnowanie wnosi bardzo niewiele lub nic do badań naukowych | <ul style="list-style-type: none">- cel ustala się przy określaniu zadań, metody zaś pozostawia się pielęgniarce do wyboru (zgodnie ze standardami)- indywidualna odpowiedzialność za pacjenta- działania pielęgniarskie mogą mieć cechy badania naukowego (porównywalność) |

Przyjęta przez kraje członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w tym również przez Polskę, strategia „Zdrowie dla wszystkich 2000” oraz przemiany społeczno-gospodarcze przygotowujące wejście Polski do Unii Europejskiej, związane z tym również zmiany systemowe w podstawowej opiece zdrowotnej, wzrost ogólnej świadomości społeczeństwa, stawia przed pielęgniarkami konieczność nowego podejścia do pielęgnowania.¹ Zmiany zachodzące w resortach edukacji i zdrowia dotyczące m.in. programów i organizacji nauczania, w tym edukacji zdrowotnej, wymagają z kolei nowego spojrzenia na opiekę zdrowotną nad uczniami.

Podstawową funkcję w działaniach pielęgniarki przypisuje się osobie, którą opiekuje się pielęgniarka. Wg teorii Dorothy Orem² pielęgniarka powinna nauczyć ucznia (pacjenta) dbania o swoje zdrowie, radzenia sobie z problemami i umiejętności pielęgnowania samego siebie. Ta teoria najbardziej pasuje do środowiska szkolnego. Główne umiejętności, które powinien uczeń zdobyć w szkole to:

Samooocena - uczeń powinien umieć ocenić swój stan zdrowia adekwatnie do wieku, poziomu wiedzy, środowiska, a także sygnalizować w zrozumiały sposób stan swojego samopoczucia.

Samoopieka - uczeń powinien umieć wybierać zachowania prozdrowotne, a w stanach zagrożenia zdrowia poradzić sobie.

Samopielęgnacja - w przypadku choroby, uczeń powinien umieć szukać pomocy w placówkach medycznych, umieć rozmawiać z pracownikiem medycznym o swoich dolegliwościach, włączyć się do procesu diagnozowania, terapii.

¹ Salvage J.: Pielęgniarstwo w działaniu-umacnianie pielęgniarstwa i położnictwa na rzecz „zdrowia dla wszystkich”, Publikacje regionalne ŚOZ. Seria Europejska Nr 48, 1993r.

² Dorothy Orem – profesor w USA – twórczyni koncepcji praktyki (1980) i teorii deficytu samoopieki (1983) oraz modelu poznawczego (1984).



Główne koncepcje pielęgniarские:

- koncepcja uwzględniająca środowisko, właściwe otoczenie dla zdrowia (Nightingale F., 1860 r.)
- koncepcja uwzględniająca potrzeby (V. Henderson, 1955 r.)
- koncepcja pielęgniarstwa transkulturowego (M. M. Leiniger, 1966 r.)
- koncepcja uwzględniająca systemy – holistyczne podejście do człowieka (M.E. Rogers, 1970 r.)
- koncepcja uwzględniająca zamiast potrzeb, rozpoznawanie stanów pacjenta, (wszystkich potrzeb nie można zaspokoić), model samoopieki (D. E. Orem, 1971 r.).

Poznanie teorii i koncepcji pielęgniarских pozwala pielęgniarcom na pełniejsze postrzeżenie otaczających je zjawisk oraz lepsze ich rozumienie.¹

Pielęgniarka w szkole, ze względu na dużą samodzielność w podejmowaniu decyzji oraz zadania, jakie realizuje na rzecz zdrowia ucznia, zobowiązana jest do zastosowania zasad „sprawnego działania”, zwanych inaczej „zasadami działania zorganizowanego”, określanymi jako *proces pielęgnowania*.

Proces pielęgnowania

Definicje:

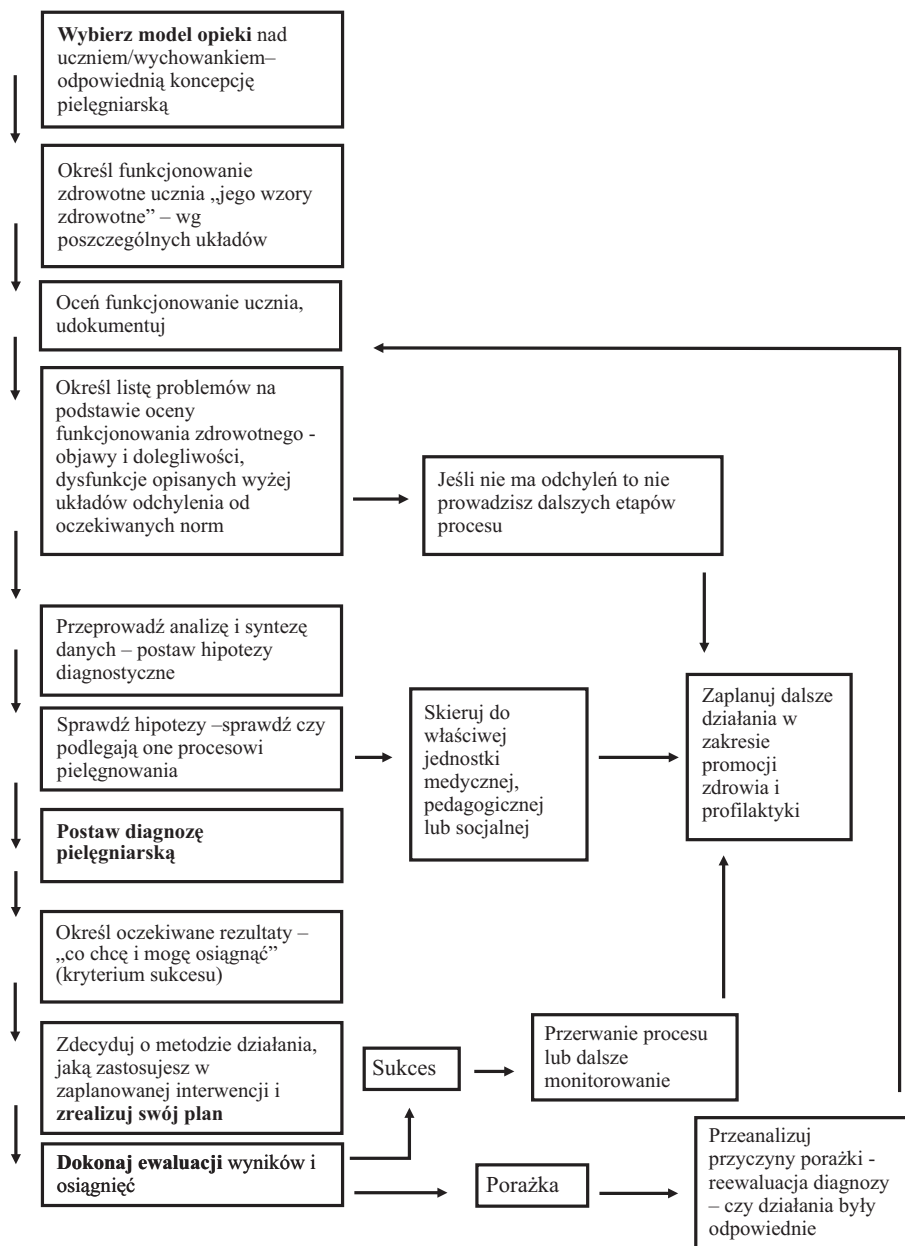
- Dynamiczna metoda pracy, dająca się dostosować do indywidualnych potrzeb i wymagań, a także warunków, w jakich jest realizowana. Metoda ta może być zastosowana na każdym stanowisku pracy pielęgniarки, w tym również przez pielęgniarkę w szkole.² (ryc. 3)
- Metoda opieki pielęgniarskiej, w której wykorzystane jest rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego i społecznego jednostki i środowiska oraz podejmowanie celowych i planowanych działań mających przyczynić się do utrzymania lub zmiany dotychczasowego stanu, a także oceniania uzyskanych wyników.³
- Racjonalne, oparte na przesłankach naukowych, postępowanie pielęgniarки, zorientowane na pacjenta i jego środowisko.⁴

¹ Wrońska I.: Rola społeczno - zawodowa pielęgniarки – studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa, CEM, Warszawa 1997.

² Górajek - Józwick J.: Proces pielęgnowania, CMDNŚSzM, Warszawa 1993.

³ Górajek - Józwick J.: Proces pielęgnowania; op. cit.

⁴ Górajek J.: Podstawy procesu pielęgnowania, Pielęgniarka i Położna, 1981, 5,271, 18-19.



Ryc. 3. Schemat procesu pielęgnowania realizowanego w szkole¹

¹ Opracowanie własne na podstawie: Gordon M.: Manual of nursing diagnosis, McGraw –Hill Book Company, 1982.

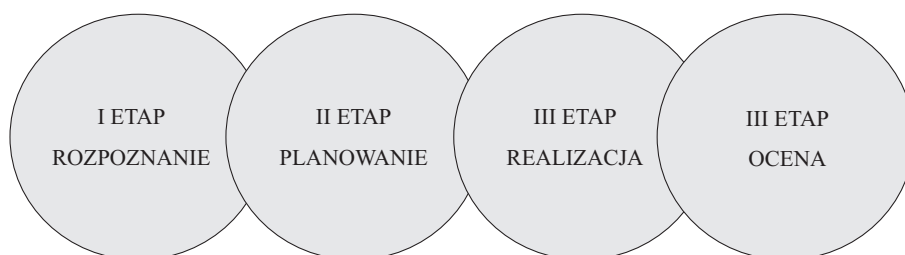




Charakterystyka procesu pielęgnowania

Wieloetapowość

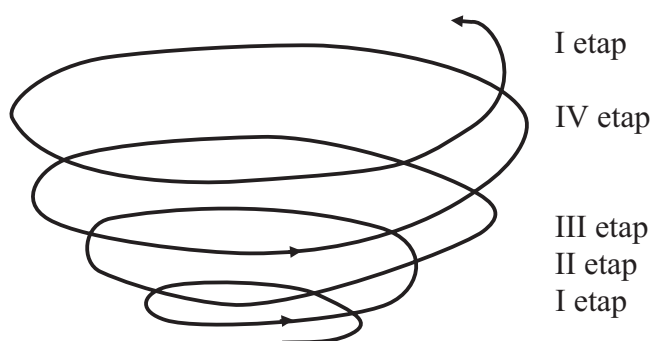
Proces pielęgnowania składa się z kilku następujących po sobie etapów: rozpoznawanie, planowanie, realizacja, ocena (ewaluacja) (ryc.4).



Ryc. 4. Poszczególne etapy procesu pielęgnowania

Ciągłość i dynamika

W praktyce poszczególne etapy procesu pielęgnowania są ze sobą ściśle połączone. Niekiedy mogą się nakładać na siebie. (Ryc. 5).



Ryc. 5. Ciągłość procesu pielęgnowania i powiązanie poszczególnych etapów

O dynamice procesu pielęgnowania świadczy m.in. fakt, że ostatni jego etap stanowi jednocześnie początek nowego cyklu. Nie jest on nigdy powtórzeniem tego samego, co już miało miejsce, ponieważ odbywa się na wyższym poziomie.

Całościowe podejście do pielęgnowanego pacjenta (ucznia) i jego środowiska oparte jest na powszechnie używanej definicji zdrowia WHO „Zdrowie to nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, lecz stan dobrego fizyczne-





go, psychicznego i społecznego samopoczucia”. Najnowsze podejście mówi, że zdrowie to twórcze i kreatywne życie bez choroby lub niepełnosprawności, a nawet mimo istnienia choroby lub niepełnosprawności. Do tych wymienionych aspektów zdrowia (samopoczucia) dodaje się także aspekt duchowy.

Logiczność i następstwo czasowe

Proces pielęgnowania to pewien ciąg działań ściśle ze sobą powiązanych, a także wzajemnie zależnych od siebie. Aby mógł nastąpić kolejny etap, muszą być spełnione wszystkie warunki poprzedniego etapu, wpływają bowiem bezpośrednio na jego efekty.

Uniwersalność

Taki model opieki pielęgniarstwa można stosować w odniesieniu do pacjenta indywidualnego, a także jego środowiska (np. uczeń-klasa-szkoła). Pielęgowanym może być człowiek dorosły, starszy, dziecko. Mogą oni znajdować się w różnych stanach zdrowia czy choroby.

Znajomość różnych teorii i koncepcji pielęgniarstwa ułatwia planowanie działań oraz przedstawianie swoich racji i argumentów w dyskusjach na temat kształtu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Kawczyńska-Butrym Z. i wsp.:* Diagnostyka pielęgniarstwa. CMDNŚSzM, Warszawa 1990.
2. *Kawczyńska-Butrym Z., Charzyńska M.:* Wybrane elementy diagnostyki pielęgniarstwa w medycynie szkolnej, CEM, Warszawa 1997.
3. *Salvage J.:* Pielęgniarskie działanie. WHO, Biuro Europejskie, Kopenhaga, wydanie polskie: Publ. Regionalne ŚOZ, Seria Europejska Nr 48, 1993.



III. STANDARDY W PROFILAKTYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI SPRAWOWANEJ PRZEZ PIELEŃNIARKĘ/HIGIENISTKĘ SZKOLNĄ

Wprowadzenie

Maria Jodkowska

Współczesne systemy ochrony zdrowia kładą coraz większy nacisk na jakość świadczonej opieki zdrowotnej. Jednym z elementów służącym poprawie opieki zdrowotnej jest wprowadzenie standardów.

Wprowadzenie standardów ma na celu:¹

- Ułatwienie korzystania z aktualnej wiedzy medycznej, (stanowią narzędzie edukacyjne);
- Poprawę procesu podejmowania decyzji przez personel medyczny;
- Poprawę jakości świadczonych usług medycznych;
- Zabezpieczenie przed prawnymi skutkami niepowodzeń, w przypadku postępowania zgodnie z wytycznymi;
- Optymalizację kosztów świadczeń zdrowotnych.

Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej są pierwszą w Polsce próbą opracowania tego typu dokumentu. Zastosowanie ich w codziennej praktyce ma na celu ujednoczenie:

- wymagań w zakresie kwalifikacji, zatrudnienia osób sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami oraz w zakresie warunków materialnych (wyposażenie gabinetów) do jej sprawowania;
- postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami.

Ujednoczenie to powinno umożliwić równy dostęp do profilaktycznej opieki zdrowotnej uczniom, we wszystkich typach szkół, na terenie całego kraju oraz poprawę jakości tej opieki.

Koncepcja zapisu standardów

Istnieją różne sposoby zapisywania standardów. W przedstawionych poniżej standardach wybrano formę, która wydaje się być najbardziej przejrzysta i przydatna dla użytkowników standardów. Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną zawierają trzy składowe:

¹ Bedlicki M.: Wykorzystanie standardów do oceny jakości opieki zdrowotnej (maszynopis przygotowany do druku).



- I. *Standardy wymagań w zakresie kwalifikacji, zatrudnienia osób sprawujących opiekę* (w stosunku do liczby uczniów) i *wyposażenia miejsca ich pracy*.
- II. *Standardy postępowania*, w tym: nazwa standardu i jego komponenty lub algorytm postępowania; oznacza jakie działania powinny być wykonywane w odniesieniu do ucznia lub środowiska szkolnego.
- III. *Wskaźniki i inne kryteria oceny realizacji standardów postępowania*. Mają służyć do zmierzenia poziomu jakości i przedstawienia go za pomocą liczb. Podane wskaźniki odnoszą się do wykonywania poszczególnych zadań w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami (są to tzw. wskaźniki wykonawstwa).

Standardy wymagań w zakresie kwalifikacji i zatrudnienia pielęgniarki i higienistki szkolnej oraz wyposażenia gabinetu profilaktycznego w szkole

Kwalifikacje pielęgniarki i higienistki szkolnej

Pielęgniarka powinna posiadać:

- prawo wykonywania zawodu;
- ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania; w przypadku nie odbycia tego kursu pielęgniarka powinna go ukończyć najpóźniej w terminie 2 lat od rozpoczęcia pracy;
- ukończone szkolenie wstępne - adaptacyjne (dla pielęgniarek, które nie ukończyły kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania);
- ukończony specjalistyczny kurs w zakresie szczepień ochronnych;
- ukończone szkolenie w zakresie profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia, najpóźniej w terminie 2 lat od wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 130, poz. 1196).

Wskazane:

- posiadanie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa pediatrycznego;
- ukończenie innych kursów doskonalących i specjalistycznych o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami oraz uczestniczenie w czasie wykonywania pracy w co najmniej jednym kursie w okresie 3 lat.

Higienistka szkolna powinna posiadać:

- dyplom ukończenia pomaturalnego studium dyplomowanych higienistek szkolnych;



- ukończone szkolenie w zakresie profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia, najpóźniej w terminie 2 lat od wejścia w życie ww rozporządzenia;
- ukończony specjalistyczny kurs w zakresie szczepień ochronnych.¹

Wskazane: ukończenie kursów doskonalących o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami oraz uczestniczenie w czasie wykonywania pracy w co najmniej jednym kursie w okresie 3 lat.

Zatrudnienie

Liczbę uczniów na jedną pielęgniarkę/higienistkę szkolną w szkołach różnych typów podano w tabeli 13.²

Tabela 13. Liczba uczniów na jedną pielęgniarkę/ higienistkę szkolną w szkołach różnych typów

| Typ szkoły | Zalecana liczba uczniów na jedną pielęgniarkę/higienistkę szkolną | Uwagi |
|--|---|--|
| Szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach) | 800 ± 10% | Liczbę uczniów na jedną pielęgniarkę należy zmniejszyć o 20-30%, gdy pielęgniarka sprawuje opiekę w więcej niż w 3 oddalonych od siebie szkołach |
| Zasadnicze szkoły zawodowe i technika prowadzące naukę w warsztatach | 700 | |
| Szkoły specjalne dla dzieci i młodzieży: – z lekkim upośledzeniem umysłowym, sprawnych ruchowo; niewidomych i niedowidzących; głuchych i niedosłyszących; przewlekle chorych – z lekkim upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnymi ruchowo; umiarkowanym upośledzeniem i sprawnych ruchowo – z umiarkowanym i znacznym upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnymi ruchowo | 150 80 30 | Liczba uczniów na jedną pielęgniarkę zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów oraz specyfiki danej szkoły i powinna być ustalana indywidualnie |

¹ Zgodnie z ustawą z dnia 17 października 2003 r. o zmianie ustawy o służbie medycyny pracy oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 199, poz. 1938), art. 14 ust. 4 otrzymuje brzmienie: „Szczepienia ochronne wykonują lekarze, felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadające kwalifikacje, o których mowa w ust. 8”.

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie warunków jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu (Dz. U. Nr 115, poz. 1087).



W szkołach: integracyjnych, z klasami integracyjnymi, włączających uczniów niepełnosprawnych oraz w zespołach integracyjnych, liczbę uczniów na jedną pielęgniarkę wylicza się następująco: do ogólnej liczby uczniów w szkole dodać liczbę uczniów niepełnosprawnych pomnożoną przez odpowiedni wskaźnik podany w tabeli 14, w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów.¹

Tabela 14. Wskaźnik do wyliczania liczby uczniów na jedną pielęgniarkę/higienistkę szkolną w szkołach: integracyjnych, z klasami integracyjnymi, włączających uczniów niepełnosprawnych oraz w zespołach integracyjnych

| Rodzaj niepełnosprawności u uczniów | Wskaźnik |
|--|----------|
| Upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim i sprawni ruchowo; niepełnosprawni ruchowo; niedowidzący i niewidomi; niedosłyszący i głusi; przewlekłe choroby ² | 7 |
| Upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim i niepełnosprawni ruchowo oraz upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym lub znacznym i sprawni ruchowo | 10 |
| Upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym lub znacznym i niepełnosprawni ruchowo | 30 |

Wyposażenie gabinetu profilaktycznego w szkole

Wyodrębnionym miejscem sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami przez pielęgniarki/higienistki szkolne jest gabinet profilaktyczny w szkole. Powinien on spełniać warunki określone w obowiązujących przepisach i posiadać podane niżej wyposażenie:

- a) **Meble:** szafka na leki, kozetka, stolik zabiegowy, parawan, biurko, 2 krzesła, taboret obrotowy, szafa na dokumentację, szafa na ubrania, wieszak na ubrania.
- b) **Sprzęt i pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników:**

Sprzęt i pomoce do wykonywania testów przesiewowych wymieniono w tabeli 15.

¹ P. również rozdział IV. 1. (przyp. red.)

² Dotyczy uczniów wymagających dodatkowych świadczeń zdrowotnych w czasie nauki w szkole.



Tabela 15. Testy przesiewowe oraz sprzęt i pomoce do ich wykonywania i interpretacji wyników

| Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń | Sprzęt i pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników |
|--|---|
| Rozwoju fizycznego | Waga lekarska, taśma z podziałką o dokładności do 1 mm, przyklejona do ściany i ekierka do pomiaru wysokości ciała*, siatki centylowe wysokości i masy ciała |
| Narządu wzroku: <ul style="list-style-type: none">• Zeza• Nieprawidłowej ostrości wzroku• Zaburzeń widzenia barw | Latarka wytwarzająca wąską wiązkę promieni do badania odbicia światła na rogówkach (test Hirschberga) Tablice do badania ostrości wzroku, z optotypami w postaci widełek w kształcie litery E i optotypami cyfrowymi; pomoce wykonane we własnym zakresie: osłona oka nie badanego, wskaźnik do pokazywania znaków na tablicy, widełki wycięte z kartonu lub plastiku Tablice pseudoizochromatyczne Ishihary do badania widzenia barwnego |
| Narządu słuchu uszkodzenie słuchu | Zestawy słów do orientacyjnego badania słuchu szepcem |
| Narządu ruchu: <ul style="list-style-type: none">• Boczno skrzywienia kręgosłupa• Nadmiernej kifozy piersiowej• Zniekształceń statycznych kończyn dolnych | Pion do badania przebiegu osi długiej kręgosłupa, ekierka duża, dermograf Pion do badania wielkości kifozy piersiowej Pion do badania ustawienia osi długiej podudzia i pięty, linijka z podziałką centymetrową |
| Podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi | Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, z mankietami o różnej szerokości i słuchawki lekarskie, tabele do interpretacji pomiarów ciśnienia tętniczego krwi |

* Dopuszcza się wzrostomierz przy wadze lekarskiej, jednak wówczas pomiar wysokości ciała obarczony jest większym błędem.

Szczegółowy opis sprzętu i pomocy do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników podano w wydawnictwie: *Jodkowska M., Woynarowska B. (red.): Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2002.*

c) **Sprzęt do wykonywania i zabezpieczenia szczepień ochronnych** w przypadku wykonywania ich w gabinecie profilaktycznym w szkole: lodówka





z termometrem, torba-termos, lampa bakteriobójcza, igły i strzykawki jednorazowego użytku, pojemniki na zużyty sprzęt jednorazowego użytku, zestaw przeciwstrząsowy (tab. 16), kalendarz szczepień na dany rok kalendarzowy (ustalony przez Głównego Inspektora Sanitarnego).

Tabela 16. Zestaw przeciwstrząsowy*

| Rodzaj leków i sprzętu | |
|--|----------|
| Leki | |
| Epinephrinum (amp. 1mg/ml)** | |
| Hydrocortisonum hemisuccinatum (amp. 100 mg/2ml)** | |
| Clemastinum amp. 2mg/2ml | |
| Aminophyllinum amp. 250 mg/10ml | |
| Salbutamol - aerosol (0,1 mg/dawkę) | |
| Salbutamol (amp. 0,5 mg/1ml) | |
| Relanium (amp. 10 mg/2ml) | |
| Loratydyna (tabl. 0,01) lub cetyryzyna (tabl. 0,01)** | |
| Płyny | |
| 0.9% roztwór NaCl | 250 ml** |
| 5% roztwór glukozy | 250 ml** |
| Płyn wieloelektrolitowy | 250 ml** |
| Sprzęt | |
| Strzykawki 2, 5, 10 ml | |
| Igły do wstrzyknięć domięśniowych, dożylnych i podskórnych | |
| Wenflony, zestawy kroplówkowe | |
| Staza gumowa, opaski uciskowe | |
| Środki odkażające, gaziki, waciki | |
| Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi | |
| Samorozprężalny worek z zastawką bezzwrotną typu AMBU | |
| Maski dziecięce (co najmniej dwa rozmiary) | |
| Rurka ustno-gardłowa | |
| Zestaw do tlenoterapii (np.: worek z tlenem), w miarę możliwości | |

* Zestaw uzgodniony z Krajowym Konsultantem w dziedzinie Alergologii i Krajowym Konsultantem w dziedzinie Anestezjologii.

** Leki ratujące życie, które mogą być podane przez pielęgniarkę zgodnie z załącznikiem nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwstrząsowych, ratujących życie (Dz. U. 2002, Nr 236, poz. 2000), pozostałe, wymienione w tabeli leki podaje lekarz.



d) Sprzęt i leki do udzielania pomocy medycznej:

- szyny Kramera (lub pneumatyczne),
- termometr, nożyczki, miska nerkowa, kieliszki do leków, kieliszek do płukania oka,
- leki, środki do użytku zewnętrznego i artykuły sanitarne – tabela 17,
- woreczki z lodem w zamrażalniku lodówki.

Tabela 17. Wykaz leków, środków do użytku zewnętrznego i artykułów sanitarnych (ilość ustala pielęgniarka/higienistka szkolna, zależnie od potrzeb)

| Nazwa |
|--|
| Paracetamol |
| No-spa |
| Neospazmina |
| Sól fizjologiczna |
| Altacet |
| Woda utleniona lub Perhydrol |
| Spirytus salicylowy |
| Poloplast |
| Prestoplast |
| Wata |
| Lignina |
| Kompresy jałowe różnej wielkości |
| Gaziki jałowe |
| Rękawiczki jednorazowe jałowe i niejłowe |
| Bandaż dziany |
| Bandaż elastyczny |
| Chusta trójkątna |
| Agrafki |

e) Środki i sprzęt do nadzorowanej grupowej profilaktyki próchnicy zębów:¹

- W szkołach podstawowych:
 - preparaty fluorkowe do szczotkowania zębów: 1,0% - 2,0 % fluorku sodowego lub związków aminofluorków w postaci płynu lub żelu,
 - kubki plastikowe lub papierowe jednorazowego użytku,
 - pomoce do demonstracji metody szczotkowania zębów.
- W szkołach specjalnych dodatkowo 0,12 % roztwór glukonianu chlorheksydyny do płukania jamy ustnej (ewentualnie żel chlorheksydynowy do aplikacji).

¹ P. również rozdział I. 5. (przyp. red.)



f) Inny sprzęt i materiały:

- umywalka z bieżącą, ciepłą i zimną wodą, mydło w płynie, koc, jednorazowe ręczniki,
- środki dezynfekcyjne,
- wiadro pedałowe (z workami foliowymi), czajnik elektryczny,
- prześcieradła, fartuchy,
- łączność telefoniczna.

g) Dokumentacja medyczna uczniów i gabinetu profilaktycznego w szkole:

Wykaz obowiązujących formularzy podano w tabeli 18.

Tabela 18. Wykaz indywidualnej dokumentacji medycznej uczniów, dokumentacji szczepień ochronnych i gabinetu profilaktycznego

| Rodzaj i nazwa formularza |
|--|
| Dokumentacja medyczna indywidualna ucznia <ul style="list-style-type: none">– Karta zdrowia ucznia– Wkładka do karty zdrowia ucznia– Karta profilaktycznego badania lekarskiego dziecka 6-letniego– Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy III szkoły podstawowej– Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia - klasy I gimnazjum/klasy I szkoły ponadgimnazjalnej– Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia kończącego szkołę ponadgimnazjalną |
| Dokumentacja szczepień ochronnych w przypadku wykonywania ich w gabinecie profilaktycznym w szkole <ul style="list-style-type: none">– Karta uodpornienia– Informacja dotycząca szczepienia ochronnego– Zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego– Rejestr kart wydanych i przyjętych– Rejestr pomiaru temperatury w lodówce– Rejestr zużycia szczepionek |
| Dokumentacja gabinetu profilaktycznego <ul style="list-style-type: none">– Lista klasowa– Zeszyt porad ambulatoryjnych– Dokumentacja pracy pielęgniarki lub higienistki szkolnej |
| Formularze sprawozdawcze – zgodnie z obowiązującymi przepisami |



Standardy postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę i higienistkę szkolną

1. Przestrzeganie prawa ucznia do informacji, prywatności, intymności i poszanowania godności osobistej oraz zachowania tajemnicy, zgodnie z prawami pacjenta.
2. Przeprowadzanie testów przesiewowych i kierowanie postępowaniem poprzesiewowym w stosunku do uczniów z dodatnimi wynikami testów.
3. Przygotowanie profilaktycznych badań lekarskich uczniów, analiza i wykorzystanie ich wyników.
4. Wykonywanie obowiązkowych szczepień ochronnych.
5. Prowadzenie u uczniów szkół podstawowych grupowej profilaktyki próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi.
6. Przekazywanie informacji o kwalifikacji lekarskiej do wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz współpraca z nauczycielami wychowania fizycznego.
7. Poradnictwo czynne dla uczniów z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi.
8. Prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia.
9. Współdziałanie z dyrekcją i pracownikami szkoły oraz powiatową stacją sanitarno-epidemiologiczną w zakresie tworzenia w szkole środowiska nauki i pracy sprzyjającego zdrowiu uczniów i pracowników.
10. Udzielanie uczniom i pracownikom szkoły pomocy medycznej w urazach i nagłych zachorowaniach.

Komponenty lub algorytm postępowania do każdego ww. standardu postępowania, a także wskaźniki i inne kryteria oceny ich realizacji zostały przedstawione w kolejnych rozdziałach.



1. Przestrzeganie prawa ucznia do informacji, prywatności, intymności i poszanowania godności osobistej oraz zachowania tajemnicy zgodnie z prawami pacjenta

Barbara Woynarowska, Agnieszka Małkowska

Uwzględnienie na wstępie do standardów postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami, sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, standardu „Przestrzeganie prawa ucznia do informacji, prywatności, intymności i poszanowania godności osobistej oraz zachowania tajemnicy zawodowej zgodnie z prawami pacjenta” jest znamienym faktem. Określa to ogólną filozofię podejścia do realizacji wszystkich zadań pielęgniarki i higienistki szkolnej i wskazuje na klimat, jaki powinien towarzyszyć wykonywaniu ich pracy.

Nadrzędną zasadą jest traktowanie dziecka jako człowieka. „Nie ma dzieci – są ludzie; ale o innej skali pojęć, innym zasobie doświadczenia, innych popędach, innej grze uczuć...” – napisał J. Korczak.¹ „Dziecko - według B. Górnickiego, wybitnego pediatry – w sensie biologicznym jest bytem ‘niedokończonym’, o różnych możliwościach rozwojowych i o szczególnych zagrożeniach. Charakter społeczności dziecięcej, tej bezbronnej i milczącej zbiorowości wymaga, aby zasady etyczne były tu szczególnie respektowane”.² Myśli te skierował B. Górnicki do lekarzy pediatrów, ale dotyczą one także pielęgniarek i higienistek szkolnych. Sprawują one opiekę zdrowotną nad dzieckiem w szkole w szczególnej sytuacji, gdzie nie ma na co dzień jego rodziców lub opiekunów.

Obowiązek poszanowania przez pielęgniarkę i higienistkę szkolną godności osobistej dziecka, jego prawa do prywatności, intymności, informacji i zachowania tajemnicy informacji związanych z uczniem (w tym jego zdrowiem) jako pacjentem, wynika obecnie z dwóch fundamentalnych dokumentów: Konwencji o Prawach Dziecka i Karty Praw Pacjenta.

Konwencja o Prawach Dziecka

Konwencja ta, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych 20 lipca 1989 r., została ratyfikowana przez 190 państw, w tym Polskę w 1991 r.³ Konwencja zawiera 54 artykuły i zapewnia dziecku, które „oznacza każdą istotę ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat” wiele praw, w tym w kontekście zadań pielęgniarki należy wymienić:

¹ Korczak J.: Myśli. PIW, Warszawa 1987 (wybrała i wstępem opatrzyła H. Kirchner), s. 11.

² Górnicki B.: Problemy etyczne współczesnej pediatrii. [w:] Górnicki B., Dębiec B., Baszczyński J. (red.): *Pediatrics Tom I*. PZWL, Warszawa 2002, s. 23.

³ Konwencja o Prawach Dziecka (Dz. U. 1991, Nr 120, poz. 526). Pełny tekst Konwencji oraz dodatkowe informacje można uzyskać w Polskim Komitecie UNICEF – <http://www.unicef.org.pl/konwencja/index.html> oraz w Biurze Rzecznika Praw Dziecka: rzecznik@brpd.gov.pl lub <http://www.brpd.gov.pl/kontakt.html>



- *Prawo do zdrowia.* W artykule 24 zapisano m. in., że dziecko ma „prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej”. Państwa, które ratyfikowały Konwencję zobowiązały się także do „rozwoju profilaktycznej opieki zdrowotnej i usług, poradnictwa dla rodziców oraz wychowania w zakresie planowania rodziny”.
- *Prawo do prywatności.* W artykule 16 Konwencji zapisano:
 1. „Żadne dziecko nie będzie podlegało arbitralnej lub bezprawnej ingerencji w sferę jego życia prywatnego, rodzinnego lub domowego czy w korespondencję ani bezprawnym zamachom na jego honor i reputację.
 2. Dziecko ma prawo do ochrony prawnej przeciwko tego rodzaju ingerencji lub zamachom”.
- *Prawo do swobodnej wypowiedzi.* Artykuł 13 brzmi: „Dziecko będzie miało prawo do swobodnej wypowiedzi: prawo to ma zawierać swobodę poszukiwania, otrzymania i przekazywania informacji oraz idei wszelkiego rodzaju, bez względu na granice, w formie ustnej, pisemnej bądź za pomocą druku, w formie artystycznej lub z wykorzystaniem każdego innego środka przekazu według wyboru dziecka”. Prawo to zobowiązuje pielęgniarkę do umożliwienia uczniom wyrażenia swoich poglądów na określony temat oraz wysłuchania ich. Pozwolenie uczniom na wypowiedź wiąże się także z daniem im prawa do błędu. Jest to ważne ze względu na możliwość uczenia się właściwego postępowania w przyszłości. Prawo do własnego zdania jest szczególnie ważne w okresie dojrzewania; nastolatek może tym zamanifestować swoją odrębność i indywidualność. „Narzucanie dziecku myśli może doprowadzić do zamykania w sobie młodego człowieka”.¹
- *Prawo do ochrony przed przemocą*

Artykuł 19 Konwencji zakłada, że będą podejmowane wszelkie właściwe kroki..., dla ochrony dziecka przed wszelkimi formami przemocy fizycznej bądź psychicznej, krzywdy lub nadużyć, zaniedbania lub niedbałego traktowania lub wyzysku, a w tym wykorzystania w celach seksualnych...”. Zgodnie z tym artykułem pielęgniarka i higienistka szkolna powinna szanować uczucia dzieci i młodzieży, zachowywać w kontaktach z uczniami takt, unikać ocen negatywnych, krytyki i moralizowania, wywierania na niego presji itd. Jest ona także zobowiązana do podejmowania działań prewencyjnych w przypadku podejrzenia o przemoc wobec ucznia.²

Karta Praw Pacjenta

W ostatniej dekadzie podjęto w Polsce prace nad Kartą Praw Pacjenta. Dotychczas jednak nie ma jednolitego, uzgodnionego dokumentu. Istnieją następujące projekty i dokumenty:

¹ Posłuszna M.: Władza rodzicielska a prawo dziecka do prywatności. [w]: Wilk J., (red): W służbie dziecku. Stulecie dziecka – blaski i cienie. Katedra Pedagogiki Rodziny KUL, Lublin 2002, t. 1, s. 246.

² P. również rozdział I. 3.4.3 (przyj. red.)



- Projekt opracowany w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej.¹ Zawiera on m.in. rozdział VII. „Prawa pacjenta nieletniego”, w którym zapisano: pacjentowi nieletniemu przysługują takie same prawa jak pacjentowi dorosłemu, z tym że:

1. „Prawo pacjenta do wyrażania zgody lub odmowy jej udzielania na świadczenia zdrowotne, które mają być udzielane nieletniemu do lat 16, przysługuje osobom reprezentującym jego prawa, w myśl odrębnych przepisów,
2. Zgoda pacjenta nieletniego, który ukończył 16 lat, na świadczeni zdrowotne wymaga potwierdzenie przez osobę reprezentującą jego prawa, jeżeli przepis wymaga wyrażenia zgody na piśmie
3. Odmowa wyrażenia zgody przez pacjenta nieletniego, który ukończył 16 lat, na świadczenie zdrowotne, wymaga przedstawienia sprawy sądowi opiekuńczemu, który może udzielić zezwolenie na takie świadczenie; nie dotyczy to przypadku, gdy świadczenie zdrowotne ma być udzielone dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty życia lub kalectwa.

Realizacja prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia, przebiegu choroby i rokowaniu na przyszłość powinna być dostosowana do poziomu rozwoju intelektualnego osoby nieletniej”.

- Projekt opracowany w Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w oparciu o Deklarację Praw Pacjenta WHO. Prawa pacjenta nieletniego zapisano jak wyżej w projekcie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej
- Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 grudnia 1998 r. w sprawie przekazania do publicznej informacji Karty Praw Pacjenta² podstawowe unormowania prawne wynikające z ustawy zasadniczej – Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 r (Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483) oraz pięciu ustaw (o zakładach opieki zdrowotnej, o ochronie zdrowia psychicznego, o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, o zawodach pielęgniarki i położnej, o zawodzie lekarza). W dokumencie tym nie wyodrębniono praw pacjentów nieletnich.

W Polsce podjęto także prace nad przygotowaniem i ratyfikacją „Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu”.

Obowiązek spełniania standardu pierwszego w postępowaniu pielęgniarki i higienistki szkolnej wynika także z:

- **Ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.**³ W rozdziale 4 tej ustawy zapisano m.in. następujące obowiązki odnoszące się do wszystkich pacjentów:

¹ Tekst tego projektu znajduje się w materiałach opracowanych przez Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1996.

² Dodatkowe informacje można uzyskać w Biurze Praw Pacjenta w Ministerstwie Zdrowia (tel. 0 800 190 590 oraz na stronie internetowej Biura www.bpp.waw.pl).

³ Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 1996, Nr 91, poz. 410).



- „Pielęgniarka, położna ma obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach” (art. 20 ust. 1).
- „Pielęgniarka, położna udziela pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej” (art. 20, ust. 2).
- „Pielęgniarka, położna ma obowiązek do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu” (art. 21, ust 1). „Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy: zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń” (art. 21, ust. 2).
- „Pielęgniarka, położna nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody” (art. 41, ust. 4).

• **Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej.**¹ W rozdziale pierwszym zapisano m.in.:

- „Pielęgniarka i położna przestrzega praw osób objętych jej troską, a w szczególności prawa do uzyskiwania kompetentnej pod względem jakościowym opieki, do bycia poinformowanym oraz poszanowania ich intymności i godności.
- W stosunkach z podopiecznymi pielęgniarka i położna przejawia życzliwość, takt, wyrozumiałość, cierpliwość, stwarza atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.
- Obowiązkiem pielęgniarki i położnej jest informowanie podopiecznych w sposób dla nich zrozumiały o wykonywanych czynnościach pielęgnarskich i położniczych, o ich oddziaływaniu na stan zdrowia.

Spełnienie przez pielęgniarkę i higienistkę szkolną standardu pierwszego wymaga realizacji zapisanych w nim czterech, niżej omówionych zadań.

a) Informowanie ucznia o celu wykonywanych zabiegów i badań oraz przekazywanie mu informacji o ich wyniku w sposób zrozumiały dla ucznia w danym wieku

Informowanie uczniów wszystkich klas przez pielęgniarkę i higienistkę powinno wyprzedzać co najmniej o jeden dzień wszystkie jej działania w odniesieniu do danej grupy uczniów. Większość działań (np. testy przesiewowe,

¹ Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej zatwierdzony na II Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Warszawie 2-4 grudnia 1995 r. (można go otrzymać w okręgowych izbach pielęgnarek i położnych).



szczotkowanie zębów preparatami fluoru, szczepienia ochronne) dotyczy zwykle całej klasy lub znacznej jej części i do przekazania informacji można wykorzystać np. lekcje wychowawcze. Informacja powinna dotyczyć: celu badania lub zabiegu, sposobu jego przeprowadzenia i terminu oraz w razie potrzeby innych kwestii np. sposób zachowania się, czy reakcja po szczepieniu. Dotyczy to szczególnie badań związanych z odsłanianiem ciała (młodzi ludzie, podobnie jak dorośli, nie mogą być zaskakiwani i mają prawo do przygotowania się do takiego badania). Informacje te powinny być podane w sposób precyzyjny, prostym językiem, zrozumiałym dla uczniów w danym wieku. Należy unikać terminów medycznych, zastępować ich określeniami potocznymi oraz zachęcać uczniów do zadawania pytań i udzielać na nie odpowiedzi.

W przypadku, gdy działania te dotyczą pojedynczych uczniów (np. pielęgniarka przeprowadza wywiad z uczniem z problemem zdrowotnym lub społecznym) należy rozpocząć od poinformowania ucznia o celu zaproszenia go do gabinetu. Zwiększa to komfort ucznia, eliminuje lub zmniejsza jego niepokój, sprzyja budowaniu zaufania między uczniem a pielęgniarką. Gdy pielęgniarka lub higienistka szkolna zamierza przeprowadzić wywiad środowiskowy w domu rodzinnym ucznia, powinna go o tym również wcześniej informować.

Przekazywanie informacji o wynikach badań dotyczy przede wszystkim testów przesiewowych wykonywanych w ustalonych terminach lub dodatkowych badań kontrolnych u uczniów ich wymagających (np. pomiar ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała, ostrości wzroku). Każdy uczeń powinien otrzymać informację czy wynik badania jest prawidłowy, czy też konieczne są dalsze badania diagnostyczne (dotyczy to uczniów z dodatnim wynikiem testu). W tym ostatnim przypadku należy wyjaśnić, że badanie, które wykonała pielęgniarka jest badaniem wstępnym i istnieje jedynie podejrzenie zaburzeń, które musi być sprawdzone przez lekarza. Wyjaśnienie to jest niezbędne dla uspokojenia dziecka i zapobiegania innym skutkom jatrogenii.¹

b) Wykonywanie testów przesiewowych i innych badań, wymagających odsłaniania ciała oraz zbieranie wywiadu i przeprowadzanie innych rozmów z uczniem, w sprawach, które mogą być dla niego drażliwe, bez obecności osób trzecich

W czasie wykonywania testów przesiewowych do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego oraz zaburzeń układu ruchu uczeń powinien być rozebrany. Sytuacja ta może powodować skrępowanie i onieśmienie ucznia. Dotyczy to szczególnie dziewcząt w okresie pokwitania. Aby uniknąć tego skrępowania i zapewnić uczniowi poczucie bezpieczeństwa, należy stworzyć do tego następujące warunki:

¹ Jatrogenia – wystąpienie lub utrwalenie się objawów chorobowych na skutek niewłaściwego postępowania lekarza lub innego pracownika ochrony zdrowia (np. nieprawidłowego informowania pacjenta).



- badanie przeprowadzać indywidualnie i wykonywać je za parawanem lub w takiej części gabinetu, aby uczeń nie był widziany przez osoby wchodzące do niego lub oczekujące w nim na badanie;
- umożliwić uczniowi spokojne (bez pośpiechu, w miarę możliwości w wydzielonej, osłoniętej części gabinetu) rozebranie się i ubranie po przeprowadzeniu badania;
- przekazać uczniowi informację o wyniku badania po ubraniu się.

Należy podkreślić, że obecnie obowiązujące standardy *nie przewidują przeglądów higieny osobistej* (czystości ciała i odzieży). Już w 1992 r. zrezygnowano z ich wykonywania w tradycyjnej formie: dokonywanie przeglądów w dużej grupie uczniów, w klasie, z „zaskoczenia”, w obecności nauczyciela, z publicznym informowaniem o stwierdzonych zaniedbaniach, często z ośmieszaniem i krytykowaniem ucznia. Choć w Polsce są nadal zwolennicy tradycyjnych przeglądów higieny osobistej uczniów, ich utrzymywanie jako badań masowych należy uznać za gwałcenie wymienionych na wstępie praw dziecka. Jeżeli pielęgniarka zaobserwuje sama lub uzyska informację od wychowawcy klasy lub nauczyciela wf, że stan higieny osobistej ucznia budzi zastrzeżenia, powinna zaprosić go do gabinetu po wcześniejszym uprzedzeniu, na rozmowę bez obecności osób trzecich. Rozmowa ta wymaga od niej wiele taktu i empatii. Powinna poinformować ucznia, że jej celem jest udzielenie mu pomocy w pielęgnacji własnego ciała, sprawdzenie czy nie ma zmian na skórze, we włosach, które wymagają leczenia. Jeżeli uczeń odmówi dokonania oględzin jego ciała należy ustalić przyczynę odmowy i zaproponować inny ich termin. Efektem tych działań powinno być ustalenie, czy i jakie uczeń ma trudności w utrzymaniu higieny osobistej i udzielenie mu pomocy w znalezieniu sposobu ich rozwiązania. W razie potrzeby należy kontynuować okresowe spotkania indywidualne z tymi uczniami, przeprowadzić wywiad środowiskowy w domu ucznia.

Przeprowadzanie okresowych wywiadów z uczniami z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi¹ i innych rozmów w sprawach, które dla ucznia mogą być trudne i drażliwe wymaga również indywidualnego kontaktu z uczniem, bez obecności osób trzecich. Podstawowym warunkiem uzyskania odpowiednich informacji oraz satysfakcji ucznia i pielęgniarki lub higienistki szkolnej z wzajemnych kontaktów jest stworzenie odpowiedniej atmosfery, omówionej niżej, przy zadaniu d). W przypadku, gdy do gabinetu zgłasza się uczeń z rodzicami, pielęgniarka powinna rozważyć, czy po tym spotkaniu będzie potrzeba ponownej rozmowy z samym uczniem lub z samymi rodzicami. Dotyczy to szczególnie takich kwestii jak używanie substancji psychoaktywnych, podejrzenia krzywdzenia ucznia. Do rozmów takich pielęgniarka i higienistka szkolna powinna się przygotować.

¹ P. również rozdział III. 7.1. (przyp. red.)



c) Zachowanie prawa do tajemnicy dotyczącej stanu zdrowia ucznia przez zabezpieczenie dokumentacji medycznej oraz przekazywanie nauczycielom informacji o jego stanie zdrowia tylko po uzyskaniu zgody rodziców lub opiekunów, a u ucznia pełnoletniego za jego zgodą

Zgodnie z podanymi na wstępie dokumentami i aktami prawnymi uczeń/pacjent ma prawo do tajemnicy w sprawach dotyczących swego zdrowia. Wymaga to od pielęgniarki i higienistki szkolnej następujących działań:

- Zabezpieczenia indywidualnej dokumentacji medycznej ucznia („Karta zdrowia ucznia”) oraz innej dokumentacji, w której znajdują się informacje o uczniach (np. „Zeszyt porad ambulatoryjnych”) przed wglądem do nich innych osób;
- Nie udzielanie informacji nauczycielom o stwierdzonych u ucznia zaburzeniach, ich leczeniu, rokowaniu itd.;
- Nie przeprowadzanie rozmów o istniejących zaburzeniach w obecności innych uczniów.

Obecny stan prawny znacznie odbiega od obowiązującej jeszcze w latach 80. zasady, że w dziennikach klasowych, przy nazwiskach uczniów wpisywane były występujące u niego zaburzenia i kwalifikacja do grupy dyspanseryjnej, a na zwolnieniach lekarskich uczniów rozpoznania ich chorób. Ta nowa sytuacja chroni prawa dziecka, ale w niektórych przypadkach może stanowić dla niego zagrożenie. Dotyczy to uczniów przewlekle chorych, u których w czasie pobytu w szkole mogą wystąpić objawy choroby (np. napad padaczki, hipoglikemia, duszność) lub inne objawy związane z przyjmowanymi lekami (np. senność, apatia). W przypadku, gdy rodzice ucznia, lub sam uczeń, jeśli jest pełnoletni:

- podejmą decyzję, jakie informacje przekażą wychowawcy klasy lub dyrektorki szkoły, zadaniem pielęgniarki i higienistki szkolnej jest udzielenie im w tym pomocy i ustalenie z nauczycielem zasad zachowania tajemnicy o stanie zdrowia ucznia w stosunku do innych osób w szkole;
- nie chcą przekazać informacji o stanie zdrowia dziecka (często dotyczy to uczniów z padaczką), a u ucznia w czasie pobytu w szkole mogą wystąpić objawy zagrażające jego zdrowiu lub życiu, zadaniem pielęgniarki jest udzielić nauczycielom informacji o zasadach postępowania z danym uczniem; szczególnych umiejętności i taktu wymaga przekazywanie przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną informacji nauczycielom wychowania fizycznego, w czasie ustalania kwalifikacji do grupy na zajęciach wf.

Zdarza się także, że uczeń przekaze pielęgniarce lub higienistce szkolnej poufne informacje o swoim zachowaniu (np. o używaniu substancji psychoaktywnych), zdarzeniach (np. doznanie przemocy seksualnej) lub innych stanach czy objawach chorobowych (np. podejrzenie ciąży lub choroby przenoszonej drogą płciową). Staje ona przed dylematem jak w przypadkach, gdy istnieje



bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia ucznia poinformować rodziców i nie utracić jego zaufania. Sytuacje takie wymagają przekonania ucznia o konieczności udziału rodziców w rozwiązaniu jego problemu i uzyskaniu jego zgody na poinformowanie o nim rodziców. Warto też wspólnie z uczniem ustalić komu (matka, ojciec, oboje rodziców) i w jaki sposób przekazane zostaną informacje (np. zaproszenie do gabinetu w szkole, obecność ucznia w czasie rozmowy itd.).

d) Stwarzanie, podczas udzielania uczniowi świadczeń zdrowotnych, życzliwej atmosfery, zwiększającej u ucznia poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości oraz poszanowanie praw określonych w Konwencji o Prawach Dziecka i Karcie Praw Pacjenta

Pielęgniarka i higienistka szkolna ma w szkole inny status niż nauczyciele, nie ocenia postępów uczniów, nie stawia im wymagań związanych z nauką. Gabinet jej jest miejscem „neutralnym”, w którym uczeń może szukać pomocy nie tylko w przypadku urazów i dolegliwości somatycznych, lecz także w rozwiązaniu różnych swych problemów szkolnych, rodzinnych. Aby pozyskać zaufanie uczniów, pielęgniarka powinna starać się stwarzać życzliwą, wspierającą atmosferę w czasie swych kontaktów z uczniami i rozwijać własne umiejętności komunikowania się (werbalnego i niewerbalnego) z innymi ludźmi, w tym umiejętności: aktywnego słuchania i pomocy uczniowi w rozmowie (tab. 19),

*Tabela 19. Zasady aktywnego słuchania i aktywne sposoby pomocy uczniowi w rozmowie**

Aktywne słuchanie wymaga skupienia uwagi i okazywania mówiącemu uczniowi, że rzeczywiście jest słuchany. Można to osiągnąć przez:

- kontakt wzrokowy,
- „życzliwy” język ciała np.: uśmiechanie się, gdy mówiący się śmieje, pochylenie się ku niemu, gdy mówi coś w wielkim zaufaniu,
- przerywanie krótkimi zwrotami zachęcania np. ”mów dalej”, ale unikanie dłuższych wtrąceń.

Aktywne sposoby pomocy uczniowi w rozmowie. Można tu wykorzystać niektóre z podanych niżej sposobów:

- *parafrazowanie* – czyli poinformowanie mówiącego co usłyszałeś, przez powtórzenie tego co powiedział lub skomentowanie tego co powiedział (np. „gdy wspominasz o swoim nauczycielu odnoszę wrażenie, że jesteś zły”) lub połączenie dwóch kwestii, o których mówił rozmówca;
- *powtarzanie i podsumowywanie* – powtórzenie od czasu do czasu końcówki zdania mówiącego lub okresowe podsumowanie tego co zostało powiedziane (pomaga w jasnym formułowaniu myśli);
- *klaryfikacja* – poproszenie mówiącego, aby wyjaśnił coś co uważasz w waszej rozmowie za ważne (np.: „czy mógłbyś powiedzieć mi coś więcej o tym co masz na myśli, gdy mówisz, że nauczyciel ciebie nie lubi?”); należy jednak unikać nadmiaru pytań.

*Opracowano na podstawie: K. Weare, G. Gray: Promocja zdrowia psychicznego w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1996, s. 82.



przekazywania informacji zwrotnych, okazywania szacunku, empatii, autentyczności (tab.20). Zdaniem znanego psychologa C. Rogersa szacunek, empatia i autentyczność są podstawowymi umiejętnościami komunikowania się.¹

*Tabela 20. Umiejętności okazywania uczniom szacunku, empatii i autentyczności**

Okazywanie uczniowi szacunku – czyli pozytywnego stosunku i traktowania go przede wszystkim jako człowieka. Można nie pochwalać jego zachowań, ale pokazać mu, że uważasz go za kogoś ważnego dla siebie. Okazujesz uczniowi szacunek, gdy:

- poświęcasz mu swój czas
- zapamiętujesz jego imię
- poświęcasz mu swoją uwagę, aktywnie go słuchasz
- unikasz przerywania lub równoczesnego rozmawiania z inną osobą, wykonywania innych czynności
- zadajesz pytania (raczej otwarte niż zamknięte)
- unikasz krytyki lub osądzania
- używasz prostego i zrozumiałego języka

Wyrażanie empatii – czyli umiejętność rozumienia sposobu jego odczuwania, spojrzenia na sprawy z jego punktu widzenia. Możesz wyrazić empatię, gdy:

- śmiejesz się, gdy uczeń się śmieje, irytujesz się, gdy on się irytuje itp.
- reagujesz na uczucia ucznia (np. „musisz czuć się rozłoszczony”, „wydajesz się być zadowolony”); nie lekceważysz jego uczuć (np. nie należy mówić: „zapomnij o tym, było, minęło”, „nie powinieneś smuć się”)
- dzielisz się z nim swoimi doświadczeniami, jeśli uważasz, że jest to odpowiednie, uważając jednak aby nie zająć tym zbyt wiele czasu i nie skierować uwagi na siebie

Przejawianie autentyczności – jesteś szczerą, przekazujesz zgodne informacje w formie werbalnej i niewerbalnej, jesteś postrzegana jako osoba, która mówi to, co myśli. Możesz przejawiać autentyczność, gdy:

- dzielisz się szczerze uczuciami
- nie udajesz, że jesteś kimś innym niż w rzeczywistości
- nie obiecujesz czegoś, czego nie możesz zagwarantować (np. nie mówisz: „jestem pewna, że wszystko będzie w porządku”)
- jesteś spójna w zachowaniach werbalnych i niewerbalnych
- dotrzymujesz obietnic i umów

*Opracowano na podstawie: K. Weare, G.Gray: Promocja zdrowia psychicznego w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1996, s. 90.

¹ Rogers C: Freedom to learn for the 80s. Charles Merril, New York 1983.



Szczególne znaczenie w kontakcie pielęgniarki i higienistki szkolnej z uczniem ma kontakt fizyczny. Dotyk może być dla ucznia oznaką troski pielęgniarki. „Poklepanie po ramieniu” ucznia, który znalazł się w kryzysowej sytuacji może mu pomóc i uspokoić. Należy jednak unikać takich zachowań w kontaktach z uczniami, którzy przyjmują je z niechęcią oraz kiedy wyrażają żal związany ze swoją sytuacją. Takie zachowanie pielęgniarki może być przez nich odczytane jako litość. Wtedy uczniowi potrzebne jest samo wysłuchanie go, przez co czuje się zrozumiany i zaakceptowany.

Należy zachęcić pielęgniarki i higienistki szkolne do uczestnictwa w warsztatach rozwijania umiejętności osobistych i społecznych, które organizowane są w wielu szkołach, zwłaszcza w szkołach promujących zdrowie.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Barczyński D.*: Prawa dzieci. Konwencje międzynarodowe. CIVILITAS, Zielona Góra 2001.
2. Dzieci nade wszystko. Polski Komitet UNICEF. Stowarzyszenie Konwencji Praw Dziecka. Warszawa 1992.
3. *Grocholewski Z.*: Prawa dziecka a dobro dziecka. [w]: Wilk J. (red): W służbie dziecku. Stulecie dziecka – blaski i cienie. Katedra Pedagogiki Rodziny KUL, Lublin 2002, t. 1, s. 55-72.
4. *Mayerscough P.R., Ford M.*: Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wyd. Psychol., Gdańsk 2001, s. 55-68.
5. *Partyka M.*: Prawa dziecka w szkole [w]: Ostrowska K., Tarasewicz J., (red): Zanim w szkole będzie źle...Profilaktyka zagrożeń. Poradnik dla nauczycieli. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 1996, s.67-68.
6. *Tischner J.*: Myślenie według wartości. Wydawnictwo Znak, Kraków 1993.
7. *Zmarzlik J., Piwnik E.*: Dziecko pod parasolem prawa. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 1999.



2. Przeprowadzanie testów przesiewowych i kierowanie postępowaniem poprzemiesiewowym w stosunku do uczniów z dodatnimi wynikami testów

Maria Jodkowska

Test przesiewowy to wstępna identyfikacja nie rozpoznanych dotychczas chorób lub zaburzeń, stwierdzona w wyniku zastosowanej, szybkiej metody badania. Pozwala na wyróżnienie w badanej populacji osób, które prawdopodobnie mają daną chorobę (zaburzenie) oraz osób, które prawdopodobnie jej nie mają.¹

Przeprowadzanie testów przesiewowych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym to jeden z ważnych elementów profilaktyki drugorzędowej w tej populacji. Mają one na celu wykrywanie najczęstszych zaburzeń w rozwoju i stanie zdrowia w określonych grupach wieku, w których zaburzenia te najczęściej ujawniają się lub pogłębiają.

Rodzaje i terminy wykonywania testów przesiewowych

W populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym są wykonywane testy przesiewowe w kierunku wykrywania następujących zaburzeń:

- **rozwoju fizycznego;**
- **narządu ruchu** (w tym: bocznego skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej, zniekształceń statycznych kończyn dolnych);
- **narządu wzroku** (w tym: zezą, nieprawidłowej ostrości wzroku oraz zaburzeń widzenia barw);
- **narządu słuchu;**
- **podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi.**

W tabeli 21 przedstawiono rodzaje i terminy wykonywania testów przesiewowych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

¹ Definicja przyjęta według Światowej Organizacji Zdrowia. Wilson J.M.G., Junger G.: Principles and practice of screening disease. WHO, Genewa 1968.



Tabela 21. Testy przesiewowe, rodzaj badania oraz wiek lub klasa, w której są wykonywane

| Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń | Rodzaj badania | Wiek uczniów, klasa |
|--|--|--|
| Rozwoju fizycznego | <ul style="list-style-type: none">– Pomiar wysokości i masy ciała– Ocena wyników pomiaru przy użyciu siatek centylowych wysokości i masy ciała | 6 lat – oddz.przedszk.* 10 lat – kl. III szk. podst. 12 lat – kl. V szk. podst. 13 lat – kl. I gimn. 16 lat – kl. I szk. ponadgimn. 18/19 lat – kl. ostatnia szk. ponadgimn. |
| Narządu wzroku: <ul style="list-style-type: none">• Zeza | <ul style="list-style-type: none">– Badanie obecności widocznego zezu: ustawienie gałek ocznych, badanie odbicia światła na rogówkach (test Hirschberga)– Ocena ruchów gałek ocznych– Cover-test – naprzemienne zasłanianie oczu | 6 lat – oddz.przedszk.* 10 lat – kl. III szk. podst. 12 lat – kl. V szk. podst. 13 lat – kl. I gimn. 16 lat – kl. I szk. ponadgimn. 18/19 lat – kl. ostatnia szk. ponadgimn. |
| <ul style="list-style-type: none">• Nieprawidłowej ostrości wzroku | <ul style="list-style-type: none">– Badanie ostrości wzroku do dali za pomocą tablic dostosowanych do wieku dziecka, z optotypami w postaci:<ul style="list-style-type: none">– widełek u dzieci 6 letnich– cyfr u dzieci starszych, rozpoznających cyfry | 6 lat – oddz.przedszk.* 7 lat – kl. I szk. podst. 10 lat – kl. III szk. podst. 12 lat – kl. V szk. podst. 13 lat – kl. I gimn. 15 lat – kl. III gimn. 16 lat – kl. I szk. ponadgimn. 18/19 lat – kl. ostatnia szk. ponadgimn. |
| <ul style="list-style-type: none">• Widzenia barw | <ul style="list-style-type: none">– Badanie widzenia barw za pomocą tablic pseudoizochromatycznych Ishihary | 10 lat – kl. III szk. podst. |

* Jeśli testu przesiewowego nie wykonano u dziecka w wieku 6 lat, przed rozpoczęciem nauki w szkole (w oddziale przedszkolnym zorganizowanym w szkole podstawowej lub dla dzieci 6-letnich w przedszkolu), należy go wykonać u ucznia klasy I szkoły podstawowej.



Tabela 21. cd.

| Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń | Rodzaj badania | Wiek uczniów, klasa |
|--|---|--|
| Narządu słuchu – uszkodzenie słuchu | – Badanie orientacyjne szeptem – „powtórz, co słyszysz” | 6 lat – oddz.przedszk.* 13 lat – kl. I gimn. |
| Narządu ruchu: <ul style="list-style-type: none">• Boczno skrzywienia kręgosłupa• Nadmiernej kifozy piersiowej• Zniekształceń statycznych kończyn dolnych | – Badanie symetrii: <ul style="list-style-type: none">– osi długiej kręgosłupa w płaszczyźnie czołowej,– uwypuklenia klatki piersiowej i okolicy łędźwiowej podczas skłonu w przód – Badanie wielkości kifozy piersiowej za pomocą pionu | 6 lat – oddz.przedszk.* 7 lat – kl. I szk. podst. 10 lat – kl. III szk. podst. 12 lat – kl. V szk. podst. 13 lat – kl. I gimn. 16 lat – kl. I szk. ponadgimn. 13 lat – kl. I gimn. 16 lat – kl. I szk. ponadgimn. 18/19 lat – kl. ostatnia szk. ponadgimn. |
| Podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi | – Pomiar trzykrotny ciśnienia tętniczego krwi – Interpretacja wyniku pomiaru za pomocą tablic | 6 lat – oddz.przedszk.* 10 lat – kl. III szk. podst. 13 lat – kl. I gimn. 16 lat – kl. I szk. ponadgimn. 18/19 lat – kl. ostatnia szk. ponadgimn. |

* Jeśli testu przesiewowego nie wykonano u dziecka w wieku 6 lat, przed rozpoczęciem nauki w szkole (w oddziale przedszkolnym zorganizowanym w szkole podstawowej lub dla dzieci 6-letnich w przedszkolu), należy go wykonać u ucznia klasy I szkoły podstawowej.

Wykonywanie testów przesiewowych, jako jedno z wielu zadań pielęgniarstwa/higienistyki szkolnej, wymaga zaplanowania ich w rocznym harmonogramie pracy. W tabeli 22 przedstawiono proponowane terminy wykonywania testów przesiewowych w roku szkolnym.





Tabela 22. Klasy i wiek uczniów podlegających testom przesiewowym oraz proponowane terminy ich wykonania w roku szkolnym

| Klasa/ wiek uczniów | Klasa 0 (zero) 6 lat | Klasa I szk. podst. 7 lat | Klasa III szk. podst. 10 lat | Klasa V szk. podst. 12 lat | Klasa I gimna- zjum 13 lat | Klasa III gimna- zjum 15 lat | Klasa I ponad- gimn. 16 lat | Klasa ostatnia szkoły ponad- gimn. |
|---|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Zalecany termin - miesiąc lub semestr roku szkol- nego | Wrze- sień - listo- pad | Pierw- szy semestr | Drugi semestr | Drugi semestr | Pierw- szy semestr | Pierw- szy semestr | Pierw- szy semestr | Sty- czeń - marzec |

Zasady wykonywania testów przesiewowych

Wykonawcy testów przesiewowych i ich przygotowanie

Wykonawcami testów przesiewowych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym są pielęgniarki lub higienistki szkolne. Na wynik testu przesiewowego istotny wpływ mają umiejętności i rzetelność osób wykonujących badanie. Osoby te powinny być starannie przygotowane teoretycznie, a przede wszystkim praktycznie (kurs kwalifikacyjny). Należy przestrzegać podanych w materiałach instruktażowych zasad i warunków przeprowadzania testów przesiewowych.

Warunki badania

Przeprowadzanie poszczególnych testów wymaga zapewnienia odpowiednich warunków i atmosfery w czasie badania. Omówiono je szczegółowo w publikacji: Jodkowska M., Woynarowska B. (red.): „*Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*”, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2002. Należy zwrócić uwagę na *przestrzeganie praw ucznia jako dziecka i pacjenta*, w tym zwłaszcza prawa do: informacji, prywatności, intymności, godności osobistej i zachowania tajemnicy zawodowej.¹

Informowanie badanych o celu i wynikach testów przesiewowych

Uczniów należy uprzedzić o planowanym terminie badania, zwłaszcza związanego z obnażaniem ciała.

Przed przystąpieniem do badania należy wyjaśnić badanym dzieciom i młodzieży lub ich opiekunom cel testu przesiewowego oraz wykorzystać tę sytuację na przekazanie odpowiednich informacji, mających na celu zainteresowanie własnym zdrowiem.

¹ P. również rozdział I.1. (przyp. red.)



Po przeprowadzeniu testu przesiewowego należy przekazać badanym i ich rodzicom (opiekunom) wynik badania. Należy przy tym podkreślić, że test przesiewowy jest badaniem wstępnym i istnieje jedynie podejrzenie zaburzeń, które musi być sprawdzone w dalszych badaniach diagnostycznych. Wyjaśnienie to jest niezbędne dla uniknięcia ewentualnego lęku i jego psychosomatycznych skutków.

Sprzęt i pomoce do testów przesiewowych i interpretacji ich wyników¹

Do wykonywania testów przesiewowych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym najlepiej przygotować następujący sprzęt i pomoce:

- waga lekarska, taśma krawiecka lub inna taśma z podziałką z dokładnością co 1 mm, przyklejona do ściany i ekierka do pomiaru wysokości ciała, siatki centylowe wysokości i masy ciała,
- tablice do badania ostrości wzroku, z optotypami w postaci widełek w kształcie litery E i optotypami cyfrowymi; pomoce wykonane we własnym zakresie: osłona oka nie badanego, wskaźnik do pokazywania znaków na tablicy, widełki wycięte z kartonu lub plastiku,
- latarka wytwarzająca wąską wiązkę promieni do badania odbicia światła na rogówkach (test Hirschberga),
- tablice pseudoizochromatyczne Ishihary do badania widzenia barwnego,
- zestawy słów do badania słuchu,
- dermatograf,
- pion do badania przebiegu osi długiej kręgosłupa, wielkości kifozy piersiowej oraz ustawienia osi długiej podudzia i pięty,
- aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi (manometr ręciovowy lub sprężynowy) z mankietami o różnej szerokości i słuchawki lekarskie.

Testy przesiewowe jako sytuacja sprzyjająca edukacji zdrowotnej uczniów

Przeprowadzanie testów przesiewowych powinno stanowić okazję do edukacji zdrowotnej uczniów, przekazania im podstawowych informacji i wskazówek dotyczących zasad higieny danego układu, wskazówek dotyczących zachowań zdrowotnych oraz samokontroli i samoobserwacji.

Postępowanie poprzemiesiowe

Każdy uczeń z dodatnim wynikiem testu przesiewowego powinien być skierowany na badania diagnostyczne. W obecnym systemie ochrony zdrowia do lekarza specjalisty mogą być bezpośrednio skierowani tylko uczniowie z dodatnim wynikiem testu do wykrywania zaburzeń narządu wzroku (skierowanie do lekarza okulisty). W pozostałych przypadkach pielęgniarka lub higienistka szkolna kieruje ucznia do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego, pediatry lub medycyny ogólnej), który sprawuje opiekę

¹ P. również rozdział III. Wprowadzenie (przyp. red.)



nad danym dzieckiem, podając w odpowiedniej dokumentacji rodzaj stwierdzonych nieprawidłowości.

Wskaźniki realizacji standardu

Podane wskaźniki mają na celu przedstawienie wykonawstwa testów przesiewowych u uczniów, będących pod opieką danej pielęgniarki. Są to odsetki uczniów:

- u których wykonano testy przesiewowe (zgodnie z obowiązującą metodyką), w stosunku do liczby ogółu uczniów podlegających testom,
- z dodatnimi wynikami testów, u których wykonano badania diagnostyczne w celu potwierdzenia lub wykluczenia zaburzeń ujawnionych w teście, w stosunku do liczby uczniów z dodatnimi wynikami testów.

Monitorowanie tych wskaźników w kolejnych latach pozwoli odpowiedzieć na pytanie czy cała populacja uczniów, którzy są pod opieką pielęgniarki została objęta testami przesiewowymi oraz czy wszyscy uczniowie, z dodatnimi wynikami testów zostali zdiagnozowani.

Nadzór merytoryczny nad wykonywaniem testów przesiewowych

Osoby sprawujące nadzór merytoryczny w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami powinny dokonywać okresowej oceny warunków i sposobu przeprowadzania testów przesiewowych.¹ Należy sprawdzić:

- wyposażenie w pomoce i sprzęt, ich stan techniczny,
- warunki, w jakich wykonywane są badania,
- sposób wykonywania testów (prosić pielęgniarkę lub higienistkę szkolną o zademonstrowanie wykonania poszczególnych testów),
- sposób dokumentowania wyników testu,
- dokumentację postępowania poprzęsiewowego,
- wskaźniki realizacji standardu.

3. Przygotowanie profilaktycznych badań lekarskich uczniów, analiza i wykorzystanie ich wyników

Anna Oblacińska, Wisława Ostrega

Obowiązujący w Polsce program testów przesiewowych oraz profilaktycznych badań lekarskich, stanowi kluczowy element *profilaktyki wtórnej / drugorzędowej* w odniesieniu do populacji w wieku rozwojowym.²

¹ Jodkowska M., Ostrega W., Oblacińska A.: Zasady i metodyka nadzoru w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003.

² Oblacińska A., Woynarowska B.: Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2002.



Badania profilaktyczne w określonych grupach wieku, wybranych ze względu na specyfikę rozwoju lub etap edukacji, wykonuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, opiekujący się dzieckiem „w zdrowiu i chorobie”. Do 16 roku życia badania te są wykonywane w obecności rodziców, a uczeń 18 letni może zgłosić się na badanie sam. Lekarz przeprowadza je w swoim gabinecie praktyki zawodowej lub, gdy względy organizacyjne i ekonomiczne przemawiają za tym, w gabinecie profilaktycznym w szkole.

Cele ogólne profilaktycznego badania lekarskiego:

- dokonanie oceny rozwoju fizycznego, jego poziomu i przebiegu oraz stanu zdrowia (fizycznego, psychicznego i społecznego) ucznia,
- identyfikacja czynników sprzyjających i zagrażających zdrowiu ucznia w jego środowisku,
- zaplanowanie niezbędnych działań diagnostycznych lub korekcyjnych i leczniczych.

Cele specyficzne profilaktycznych badań lekarskich uczniów w poszczególnych grupach wieku oraz zalecane terminy ich przeprowadzania w roku szkolnym zawarte są w tabeli 23.

Tabela 23. Cele specyficzne poszczególnych profilaktycznych badań lekarskich dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

| Klasa / wiek, termin badania w roku szkolnym | Cele specyficzne badania |
|--|---|
| Klasa „zero” (0)* – oddział przedszkolny w szkole lub oddział dla dzieci 6-letnich w przedszkolu (6 lat) Pierwszy semestr | <ul style="list-style-type: none">• Ocena rozwoju i zdrowia dziecka z punktu widzenia jego zdrowotnej dojrzałości i gotowości szkolnej• Zaplanowanie leczenia lub zajęć korekcyjnych, umożliwiających wyrównanie ewentualnych zaburzeń rozwoju lub zdrowia przed rozpoczęciem nauki w szkole |
| Klasa III szkoły podstawowej (10 lat) Drugi semestr | <ul style="list-style-type: none">• Ocena poziomu rozwoju i stanu zdrowia oraz zmian jakie nastąpiły w ciągu pierwszych lat nauki w szkole• Ocena przystosowania do szkoły (wyniki w nauce, motywacja do nauki) i środowiska społecznego (kontakty z rówieśnikami, nauczycielami) |

* Oddział przedszkolny zorganizowany w szkole podstawowej lub oddział dla dzieci 6-letnich w przedszkolu. Jeżeli badanie nie zostanie wykonane w terminie, należy je wykonać w pierwszej klasie szkoły podstawowej w wieku 7 lat.



Tabela 23. cd.

| Klasa / wiek, termin badania w roku szkolnym | Cele specyficzne badania |
|--|---|
| Klasa I gimnazjum (13 lat) Pierwszy semestr | <ul style="list-style-type: none">• Ocena przebiegu dojrzewania płciowego• Ocena zdrowia i rozwoju, z prognozą zmian w dalszych latach, w aspekcie kierunku dalszego kształcenia |
| Klasa I szkoły ponadgimnazjalnej (16 lat) Pierwszy semestr | <ul style="list-style-type: none">• Ocena stopnia dojrzałość płciowej• Ocena zdrowia i rozwoju, z prognozą zmian w dalszych latach, w aspekcie kierunku dalszego kształcenia i wyboru zawodu |
| Klasa ostatnia szkoły ponadgimnazjalnej (18 lat) Pierwszy semestr | <ul style="list-style-type: none">• Ocena stanu zdrowia somatycznego i psychicznego w końcowym okresie rozwoju, pod kątem:<ul style="list-style-type: none">– zdrowia reprodukcyjnego (prokreacyjnego)– zdolności do dalszego kształcenia i nauki zawodu |

Organizacja i przygotowanie badań przez pielęgniarkę szkolną

Jednym ze standardów postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, jest przygotowanie profilaktycznych badań lekarskich uczniów, analiza i wykorzystywanie ich wyników.

W realizacji tych zadań obowiązuje:

Algorytm postępowania w odniesieniu do profilaktycznych badań lekarskich uczniów - od oddziału przedszkolnego dla dzieci 6-letnich - do klasy I szkoły ponadgimnazjalnej:

- Przygotowanie odpowiednich formularzy „Karta profilaktycznego badania lekarskiego dziecka/ucznia...” (zwanego dalej Kartą) i wpisanie na każdej z nich imienia, nazwiska, daty urodzenia ucznia. Badaniu profilaktycznemu podlegają uczniowie w określonych grupach wiekowych. W przypadku uczniów powtarzających klasy należy brać pod uwagę kryterium wiekowe. Karty należy wypełniać w określonej kolejności, aby zachować poufność informacji o zdrowiu ucznia (nauczyciel ⇒ pielęgniarka ⇒ rodzic ⇒ lekarz).*
- Poinformowanie wychowawcy klasy o planowanym profilaktycznym badaniu lekarskim, jego celach i organizacji. Przekazanie wychowawcy kart poszczególnych uczniów w celu wypełnienia „Części 2. Informacje wychowawcy klasy”, a następnie odbiór wypełnionych przez wychowawcę*



Kart. Informacje podane przez nauczyciela mają ułatwić ocenę rozwoju ucznia. Nauczyciel wpisuje uwagi dotyczące funkcjonowania ucznia w szkole oraz zauważonych przez siebie nieprawidłowości (np. problemy z koncentracją uwagi, nadpobudliwość, obniżony nastrój itp.). Pielęgniarka powinna poinformować nauczyciela o poufności danych zawartych w kartach. Rodzice/ opiekunowie ucznia mają prawo do uzyskania informacji na temat funkcjonowania ucznia w szkole.

- c) *Wpisanie wyników testów przesiewowych*, obowiązujących u uczniów w danym wieku/ klasie i innych informacji w Karcie – „Część 3. Informacje pielęgniarki/higienistki szkolnej”. Przygotowując uczniów do badania profilaktycznego pielęgniarka wykonuje testy przesiewowe zgodnie z obowiązującym harmonogramem. Wyniki badania oraz uwagi dotyczące problemów zdrowotnych ucznia wymagających opinii lekarza pierwszego kontaktu również wpisuje do części 3. Wypełnione karty przekazuje rodzicom.
- d) *Poinformowanie rodziców uczniów podlegających badaniu* o planowanym profilaktycznym badaniu lekarskim, jego celach i organizacji. Pielęgniarka informuje rodziców o poufności zawartych w karcie informacji oraz o sposobie przechowywania dokumentacji zdrowotnej ucznia. Rodzice powinni mieć pewność, że do dokumentacji, po jej końcowym wypełnieniu przez lekarza nie mają wglądu osoby trzecie (nauczyciele lub inni pracownicy szkoły). Najlepiej podczas zebrania rodziców przekazać informację o celach badania profilaktycznego i możliwości uzyskania dodatkowych porad w zakresie promocji zdrowia ucznia oraz wyjaśnić rolę i zadania rodziców:
- wypełnienie w Karcie „Części 1. Informacje rodziców”,
 - zgłoszenie się z dzieckiem na badanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod którego opieką znajduje się ono, po uzgodnieniu terminu badania we własnym zakresie,
 - zwrócenie Karty po zakończonym badaniu lekarskim pielęgniarce szkolnej w gabinecie profilaktycznym w szkole. W razie potrzeby rodzice przy przekazywaniu karty mogą wspólnie z pielęgniarką ustalić zasady dalszej opieki nad uczniem,
 - porozumienie się, w razie potrzeby, z pielęgniarką/higienistką szkolną.
- Jeżeli profilaktyczne badanie lekarskie jest wykonywane na terenie szkoły, należy tak ustalić termin badania, aby zapewnić obecność rodziców uczniów przy badaniu.
- e) *Zebranie Kart po zakończeniu profilaktycznych badań lekarskich*. Zapoznanie się z wypełnioną przez lekarza „Częścią 4. Wynik badania lekarskiego”. Włączenie Karty do „Karty zdrowia ucznia”, zaplanowanie dal-



szej opieki nad uczniami ze stwierdzonymi zaburzeniami (w tym przekazanie informacji dla nauczycieli, z zachowaniem tajemnicy zawodowej) i odnotowanie tych czynności w „Karcie zdrowia ucznia” i „Liście klasowej”.

W przypadku, gdy mimo monitów (np. wpis w dzienniczku ucznia, kontakt telefoniczny lub osobisty z rodzicami), rodzice nie zgłaszają się z dzieckiem na profilaktyczne badanie lekarskie pielęgniarka/higienistka szkolna powinna:

- przeprowadzić wywiad środowiskowy w domu ucznia, zachęcić rodziców do zgłoszenia się na badanie. W przypadkach, w których nie będzie to możliwe, należy odnotować ten fakt w „Karcie zdrowia ucznia”, przekazać informację dyrekcji szkoły oraz lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, pod opieką którego znajduje się uczeń.

Algorytm postępowania w odniesieniu do profilaktycznych badań lekarskich uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych

- Przygotowanie formularzy „Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia kończącego szkołę ponadgimnazjalną” (zwanego dalej Kartą) i wpisanie na nich imienia, nazwiska i daty urodzenia ucznia.*
- Wpisanie wyników testów przesiewowych, obowiązujących u uczniów tej klasy i innych informacji w Karcie – „Część 2. Informacje pielęgniarki/higienistki szkolnej”.*
- Przekazanie Karty uczniom, wyjaśnienie celu i organizacji badań oraz ich zadań:*
 - wypełnienie w Karcie „Części 1. Informacje ucznia”. Uczeń może wypełnić kartę w dniu wykonywania przez pielęgniarkę testów przesiewowych. Podczas wypełniania karty pielęgniarka udziela uczniowi porad zdrowotnych w zakresie samoopieki oraz możliwości korzystania z systemu opieki zdrowotnej.
 - zgłoszenie się na badanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod którego opieką znajduje się uczeń, po uzgodnieniu terminu badania we własnym zakresie,
 - zwrócenie do gabinetu profilaktycznego Karty, po zakończonym badaniu lekarskim.
- Zebranie Kart po zakończeniu profilaktycznych badań lekarskich. Zapoznanie się z wypełnioną przez lekarza „Częścią 3. Wynik badania lekarskiego”. Włączenie Karty do „Karty zdrowia ucznia”, zaplanowanie dalszej opieki nad uczniami ze stwierdzonymi zaburzeniami oraz udzielenie porad zdrowotnych adekwatnych do potrzeb zdrowotnych uczniów oraz promocji zdrowego stylu życia i profilaktyki zachowań zagrażających zdrowiu. Może zdarzyć się, że uczeń, aczkolwiek dorosły, przy okazji badań przesiewowych zechce zadać pielęgniarce pytania czy podzielić się swo-*



imi problemami dotyczącymi intymnej sfery życia. Pielęgniarka powinna być przygotowana (posiadać odpowiednią wiedzę i umiejętność partnerskiej i rzeczowej rozmowy) do udzielenia porady lub wskazania fachowego źródła informacji. Udział pielęgniarki w edukacji młodzieży w zakresie zdrowia prokreacyjnego przedstawiony jest w rozdziale I. 4.3.

Analiza danych i wykorzystanie wyników.

Pielęgniarka po zebraniu kart badania profilaktycznego przeprowadza analizę danych:

- Planuje działania w odniesieniu do poszczególnych grup uczniów (np uczniowie z nadwagą) oraz indywidualną opiekę pielęgniarską zgodnie z ewentualnymi zaleceniami lekarskimi;
- Sporządza listę uczniów zakwalifikowanych do poszczególnych grup wf i omawia zalecenia i organizację zajęć korekcyjnych z nauczycielami wf;
- Sporządza zestawienie liczby uczniów z poszczególnymi problemami zdrowotnymi w celu przedstawienia na radzie pedagogicznej skali dominujących problemów zdrowotnych uczniów oraz planowane przez siebie działania (np. zajęcia warsztatowe dla uczniów z wybranymi problemami – np. wadami postawy).

Wskaźnikiem oceny realizacji tego standardu będzie odsetek uczniów:

- Skierowanych na badania lekarskie w stosunku do liczby uczniów podlegających tym badaniom;
- U których wykonano to badanie, w stosunku do liczby uczniów skierowanych na badania.

4. Wykonywanie obowiązkowych szczepień ochronnych

Wisława Ostrega, Bogusława Witkowska

Szczepienia ochronne to jedna z podstawowych metod profilaktyki chorób zakaźnych.

Obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci i młodzieży to procedura finansowana przez Ministra Zdrowia za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia. Minister Zdrowia ponosi koszt zakupu szczepionek, a NFZ pokrywa koszt realizacji programu. Obowiązek realizacji szczepień spoczywa na świadczeniodawcy, który zawarł odpowiednią umowę z NFZ.

Szczepienia zalecane to świadczenia realizowane na wniosek i ze środków świadczeniobiorcy (rodziców lub opiekunów). Mogą być one również

¹ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384).



finansowane przez samorządy terytorialne (np. w ramach programów profilaktycznych lub zdrowotnych) lub inne organizacje.¹

Szczepienia ochronne uczniów wykonywane są w gabinecie profilaktycznym w szkole. Dopuszcza się wykonywanie szczepień w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej.¹

Do zadań pielęgniarek lub higienistek szkolnych wykonujących szczepienia ochronne w gabinecie profilaktycznym w szkole należy:

a) Skompletowanie dokumentacji szczepień ochronnych wszystkich uczniów. Zaplanowanie szczepień, zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień i odnotowanie rodzaju planowanego szczepienia w „Liście klasowej”, przy nazwisku ucznia. Dokumentacja powinna przechowywana być w miejscu, w którym są one wykonywane

• **Dokumentacja** szczepień ochronnych wszystkich uczniów:

- Karta uodpornienia ucznia,
- Informacja o szczepieniach ochronnych,
- Książeczka szczepień ochronnych,
- Zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego,
- Rejestr pomiaru temperatury w lodówce,
- Rejestr przychodu szczepionek,
- Druki sprawozdawcze: MZ-54, sprawozdanie z realizacji szczepień, sprawozdanie ze zużycia szczepionek,
- Rejestr szczepionych (na liście klasowej),
- Rejestr przyjętych i wydanych kart szczepień.

Dokumentacja powinna być przechowywana tam, gdzie są wykonywane szczepienia ochronne.

• **Szczepienia należy zaplanować**, zgodnie z obowiązującym „kalendarzem” szczepień², który jest co roku ogłaszany w komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego i odnotować rodzaj planowanego szczepienia w „Liście klasowej”, przy nazwisku ucznia.

Szczepienia dzieci w wieku szkolnym przeprowadza się w okresie jesiennym, tj. u uczniów rozpoczynających naukę. Jest to uzasadnione względami merytorycznymi:

- wyprzedza sezonową zwyżkę zachorowań na infekcje (styczeń - maj następnego roku kalendarzowego),

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2003r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 130, poz. 1196).

² Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 21 marca 2003 r. w sprawie zasad przeprowadzania szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym w 2003 roku (Dz. Urz. Ministerstwa Zdrowia Nr 4, poz. 35 oraz Nr 5, poz. 46 i 78). Aktualny komunikat powinien być dostępny w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych.



- chroni dzieci w nowym środowisku przed zakażeniami kontaktowymi,
- dopiero na jesieni większość dzieci urodzonych w tym samym roku osiąga wiek wskazany w programie szczepień ochronnych.

W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się wcześniejsze o około pół roku wykonywanie szczepień ochronnych u dzieci w wieku szkolnym, a nie przekładanie ich na kolejny rok kalendarzowy.

Pielęgniarka/higienistka szkolna planując szczepienia ochronne bierze pod uwagę obowiązujące odstępy między szczepieniami (tabela 24) oraz organizację roku szkolnego (tabela 25).

Tabela 24. Obowiązujące odstępy między szczepieniami

| Po podaniu szczepionki | Żywej | Zabitej | Rodzaj szczepionki |
|------------------------|-------|---------|--|
| Żywej | 6 tyg | 4 tyg | Szczepionki żywe: wirusowe: odra, świnka, różyczka, bakteryjne: BCG |
| Zabitej | 4 tyg | 4 tyg | Szczepionki nieżywe (zabite, anatoksyny i inne): wirusowe: WZW typ B, grypa bakteryjne: DT, Td |

Tabela 25. Przykładowe rozplanowanie w roku szkolnym szczepień ochronnych wg obowiązującego kalendarza

| Klasa / rok życia | Nazwa szczepionki | Termin podania |
|---|--------------------------|--|
| I / 7 rok życia | DT, OPV, Odra, BCG | I semestr roku szkolnego |
| V / 12 rok życia | Próba tuberkulinowa/ BCG | II semestr roku szkolnego |
| VI / 13 rok życia | Różyczka | I semestr roku szkolnego |
| I gimnazjum / 14 rok życia | WZW typ B | II/ I semestr roku szkolnego |
| I gimnazjum / 14 rok życia | Td | Podawać jednocześnie ze szczepieniem przeciwko WZW typ B |
| ostatni rok nauki w szkole / 19 rok życia | Td | Styczeń – marzec – II semestr |



b) Przygotowanie sprzętu i materiałów do: transportowania i przechowywania szczepionek, wykonania szczepienia oraz udzielenia uczniowi pomocy w przypadku wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych (w tym zestaw przeciwwstrząsowy)

- **Zaopatrzenie gabinetu profilaktycznego w szczepionki¹** w najbliższej powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Do transportu szczepionek konieczne jest posiadanie:
 - termotorby do przenoszenia szczepionek,
 - zeszytu do zapisywania pobranych szczepionek (ilość pobranej szczepionki, seria szczepionki, data ważności szczepionki, data pobrania szczepionki).
- **Przygotowanie sprzętu i materiałów** do: przechowywania szczepionek, wykonania szczepienia oraz udzielenia uczniowi pomocy w przypadku wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych - zestaw przeciwwstrząsowy².

Pielęgniarka odpowiada za przechowywanie szczepionek w temperaturze zalecanej przez producentów.

Przygotowanie gabinetu profilaktycznego do prowadzenia szczepień ochronnych wg obowiązujących przepisów:

- powierzchnie łatwo zmywalne
- kozetka kryta skórą, jednorazowe prześcieradła
- woda bieżąca, mydło w płynie, ręczniki jednorazowe
- rękawiczki jednorazowe w wystarczającej ilości (na każdego szczepionego ucznia)
- lodówka z termometrem, notes do codziennego wpisywania temperatury panującej w lodówce, torba-termos do przewozu szczepionek
- dwa rodzaje preparatów dezynfekcyjnych:
 - a) AERODESIN - o działaniu na bakterie i grzyby w czasie 15 minut - przeznaczony do powierzchni
 - b) ACE (trzy wersje zapachowe) - działa na: bakterie, grzyby, wirusy w czasie 15 minut - przeznaczony do podłóg
- jednorazowe, nasączone preparatem dezynfekcyjnym gaziki do przecierania skóry lub preparaty do dezynfekcji skóry w aerozolu
- jałowe gaziki i plaster do ewentualnego zabezpieczania miejsc wkłucia
- jednorazowe strzykawki w wystarczającej ilości oraz igły o odpowiedniej numeracji
- specjalne, grubościennne pudełka do zużytych igieł
- worek foliowy na odpady medyczne nieostre np. zużyte strzykawki

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 r. w sprawie sposobu nabywania szczepionek w celu wykonywania szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 121, poz. 1310).

² P. również rozdział III. Wprowadzenie. (przyj. red.)



c) Zawarcie z lekarzem umowy¹ dotyczącej:

- kwalifikacji lekarskiej do szczepienia, w dniu jego wykonywania,
- obecności lekarza w gabinecie profilaktycznym w szkole, w czasie wykonywania przez pielęgniarkę szczepień oraz przez jedną godzinę po ich zakończeniu.

Lekarz sprawujący profilaktyczną opiekę nad uczniami powinien posiadać specjalizację lekarską w dziedzinie pediatrii lub medycyny rodzinnej albo medycyny ogólnej. Wskazane jest ukończenie kursów doskonalących i specjalistycznych o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą (co najmniej jeden kurs w ciągu trzech lat), w tym w zakresie realizacji szczepień ochronnych.

d) Poinformowanie rodziców uczniów o planowanym szczepieniu:

- przekazanie rodzicom do wypełnienia formularz „Informacja dotycząca szczepień ochronnych” z dokładnym wskazaniem terminu planowanego szczepienia.

Wytypowanie uczniów do szczepień wg obowiązującego kalendarza szczepień i zapoznanie się z informacjami o stanie zdrowia uczniów zawartymi w „Karcie zdrowia ucznia” oraz w „Karcie uodpornienia”.

Zebranie niezbędnej dokumentacji (karta szczepień ucznia, informacja od rodziców, książeczka szczepień ochronnych) oraz uzupełniający wywiad. Zebrane dane udostępnić lekarzowi dokonującemu kwalifikacji do szczepienia. Lekarz przeprowadza przedmiotowe badanie lekarskie i wydaje orzeczenie o możliwości podania w danym dniu szczepionki; decyzja powinna być udokumentowana w formularzu „Informacja dotycząca szczepień ochronnych”

W przypadku braku wypełnionego przez rodziców ww. formularza uczeń nie może być w danym dniu zaszczepiony. Pielęgniarka/higienistka szkolna powinna nawiązać kontakt z rodzicami w celu uzyskania informacji zawartych w ww. formularzu i ich zgody na szczepienie.

e) Przekazanie uczniom, przed szczepieniem, informacji o rodzaju szczepienia, zachowaniu się po podaniu szczepionki, normalnym odczynie poszczepiennym i sposobie postępowania w przypadku wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego

f) Wykonanie szczepienia zgodnie z kalendarzem szczepień, w sposób podany przez producenta szczepionki; udokumentowanie szczepienia w „Karcie uodpornienia”, „Książeczce zdrowia dziecka” i w „Liście klasowej” oraz „Książeczce szczepień”

¹ Dotyczy pielęgniarek z indywidualną praktyką i NZOZ świadczących usługi z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.



g) Zabezpieczenie zużytego sprzętu jednorazowego i materiałów zgodnie z obowiązującymi przepisami, w zakresie postępowania z materiałem zakaźnym

Zasady utylizacji¹

Zużyty sprzęt jednorazowy należy umieścić w specjalnych grubościennych pudełkach, zapakować w czarne lub z czarnym oznakowaniem worki foliowe o wymiarach 60x100 cm.

Materiał opatrunkowy (wata, gaza, bandaże) mające kontakt z krwią, powinny być pakowane w worki żółte lub z żółtym oznakowaniem.

Firma utylizacyjna (z którą pielęgniarka podpisała umowę) powinna odebrać przygotowany materiał do utylizacji, w szczelnie zapakowanych workach w ciągu 48 godzin.

h) W przypadku wystąpienia u ucznia niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP) wypełnia się część V formularza zgłoszenia NOP, jeśli tego nie wykonał wcześniej lekarz i przesyła w ciągu 24 godzin od momentu powzięcia podejrzenia NOP do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego²

W przypadku wystąpienia u ucznia niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP) należy:

- Zgłosić niepożądany odczyn poszczepienny niezwłocznie, nie później niż po upływie 12 godzin od powzięcia podejrzenia jego wystąpienia. Zgłoszenia tego dokonuje się **telefonicznie, faksem lub przy użyciu innego urządzenia do teletransmisji danych.**
- Lekarz, który rozpoznał niepożądany odczyn poszczepienny wypełnia część IV formularza zgłoszenia i przekazuje niezwłocznie świadczeniodawcy, który wykonał szczepienie.
- Lekarz, pielęgniarka lub higienistka szkolna, którzy wykonali szczepienie, **wypełniają część V formularza zgłoszenia i przesyłają w ciągu 24 godzin** od powzięcia podejrzenia lub rozpoznania niepożądanego odczynu poszczepiennego do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego ze względu na miejsce wykonania szczepienia.

¹ Ustawa z dnia 19 grudnia 2002 r. o zmianie ustawy o odpadach oraz innych ustaw (Dz. U. 2003, Nr 7, poz. 78); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych (Dz. U. 2003, Nr 8, poz. 104); Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 21 października 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad usuwania, wykorzystywania i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych (Dz. U. Nr 145, poz. 942).

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych (Dz. U. Nr 241, poz. 2097).



Wskaźnikiem spełnienia standardu jest odsetek uczniów, u których wykonano obowiązkowe szczepienia ochronne, w stosunku do liczby uczniów podlegających tym szczepieniom.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Wojnarowska B., Szajner-Milart I.* (red.): Uodpornienie sztuczne przeciw chorobom zakaźnym u dzieci i młodzieży – poradnik dla lekarzy. Wyd. Czelej, Lublin 1997.
2. *Magdzik W.* (red.): Choroby zakaźne i pasożytnicze. Zapobieganie i zwalczanie. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1993.

5. Prowadzenie u uczniów szkół podstawowych grupowej profilaktyki próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi

Maria Borysewicz-Lewicka

Próchnica zębów jest najczęściej występującym problemem zdrowotnym u dzieci i młodzieży szkolnej. Jej etiologię i zasady zapobiegania omówiono w rozdziale I.2.2.

Na podstawie wyników wieloletnich obserwacji i badań udowodniono wysoką skuteczność fluorków w profilaktyce próchnicy zębów. Wykazano, że regularnie nadzorowane szczotkowanie zębów przez kilka lat, zmniejsza częstość występowania próchnicy zębów o 30%.

Od wielu lat w Polsce w szkołach prowadzono u uczniów profilaktykę fluorkową kontaktową (egzogenną) w postaci grupowego, nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi. Zabiegi te wykonywały głównie higienistki stomatologiczne. Obecnie podjęto decyzję, że organizacja i nadzorowanie tych zabiegów będzie zadaniem pielęgniarki/higienistki szkolnej. Jest to jeden ze standardów postępowania. Przyjęto, że zabiegi nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi wykonywane będą:

- tylko u uczniów szkół podstawowych;
- 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni.

Należy podkreślić, że zabiegi te są także ważnym elementem edukacji zdrowotnej, gdyż umożliwiają uczniom nabycie umiejętności prawidłowego czyszczenia zębów.

Poniżej opisano cztery zadania, jakie powinna wykonać pielęgniarka/higienistka szkolna w realizacji tego standardu.



a) Zaplanowanie terminów przeprowadzenia szczotkowania w klasach I-VI, zakupienie odpowiedniego preparatu fluorkowego i w razie potrzeby kubków plastikowych lub papierowych jednorazowego użytku

Pierwszym zadaniem jest ustalenie harmonogramu szczotkowania zębów w poszczególnych klasach i przekazanie go dyrekcji szkoły oraz wychowawcom poszczególnych klas. Ułatwi to pracę pielęgniarki/higienistki szkolnej oraz współpracę z nauczycielami. Harmonogram najbliższej serii szczotkowania należy wywiesić w pokoju nauczycielskim.

W kontaktowej profilaktyce fluorkowej u dzieci można zastosować aktualnie dostępne w kraju: żele i roztwory zawierające związki fluoru o stężeniu - 1,0% - 2,0 % (10 000ppmF – 20 000ppm F) (tab. 26).

Tabela 26. Preparaty fluorkowe do nadzorowanego szczotkowania zębów u uczniów

| Nazwa preparatu | Substancja czynna | Stężenie czynnego fluoru | Dawka czynnego fluoru w 1 g preparatu |
|--|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Fluoro-żel (Farmapol) tuba zawiera 40 g żelu | monofluorofosforan sodu, fluorek sodu | 2% = 20 000 ppm FŻ | 1 g zawiera 20 mg F |
| Fluormex płyn do fluoryzacji egzogennej (Chema-Electromet) butelki 60 ml zawierające 50 g płynu | aminofluorki | 1% = 10 000 ppm FŻ | 1 g zawiera 10 mg F |
| Fluormex-żel (Chema-Electromet) tuby 50 g | aminofluorki fluorek sodu | 1,25% = 12 500 ppm FŻ | 1 g zawiera 12,5 mg F |
| Elmex-gelee (GABA International AG) tuby 25 g i 215 g | aminofluorki fluorek sodu | 1,25% = 12 500 ppm FŻ | 1 g zawiera 12,5 mg F |

W nadzorowanym grupowym szczotkowaniu zębów u dzieci w szkołach zaleca się, ze względów praktycznych, stosowanie żelu (do 1 cm) lub roztworu (6-9 kropli) bezpośrednio na szczotkę do zębów. Stosowanie żelu wydaje się łatwiejsze i szybsze niż roztworu, gdyż nie istnieje ryzyko spłynięcia preparatu. Można przyjąć, że na 1 szczotkowanie potrzeba około 0,5 g – 1 g żelu.

Preparaty fluorkowe można zakupić w aptekach lub hurtowniach farmaceutycznych, na niektóre z nich wymagana jest recepta wystawiona przez lekarza lub lekarza stomatologa.



Przy zakupie należy sprawdzić terminy ważności, gdyż środki te będą stosowane przez dłuższy okres czasu.

W szkołach, w których nie ma możliwości korzystania z umywalek, należy zakupić kubki (papierowe lub plastikowe) jednorazowego użytku do wypłuwania śliny i preparatu fluorkowego oraz torby foliowe do ich utylizacji.

b) Przekazanie wychowawcy klasy, uczniom i ich rodzicom informacji o celu, zasadach, organizacji i terminach szczotkowania zębów

Skuteczność profilaktyki fluorkowej zależy od współdziałania:

- **Wychowawcy klasy**, którego zadaniem jest zmotywowanie uczniów do przyniesienia własnych szczotek do zębów w wyznaczonym dniu oraz pomoc w sprawnym przeprowadzeniu szczotkowania zębów;
- **Uczniów** – powinni zrozumieć podstawowe zasady profilaktyki próchnicy zębów oraz opanować umiejętność skutecznego szczotkowania zębów.

Jak zachęcić uczniów do szczotkowania zębów?

- Formy i sposoby zachęcenia dziecka do szczotkowania zębów powinny być dostosowane do jego wieku i zdolności do pojmowania problemów.
- Należy przedstawić uczniom rolę, jaką pełnią zęby w jamie ustnej oraz w jaki sposób należy dbać o ich prawidłową higienę.
- Można posłużyć się modelem instruktażowym, na którym należy dokładnie wyjaśnić jak powinno wyglądać zdrowe uzębienie, a także przedstawić sposób prawidłowego szczotkowania.
- Należy również poinformować o konsekwencjach niesumienności w szczotkowaniu np. przez uwidocznienie efektu (pokazanie wybarwionej bakteryjnej płytki nazębnej) lub symulację powstania ubytku próchnicowego. Ku przestrodze dobrze jest wyjaśnić następstwa niedokładności szczotkowania oraz opisać wygląd zmian na powierzchni zębów, które pojawiają się podczas powstawania próchnicy.
- Każde przedsięwzięcie z udziałem dzieci powinno uwzględnić system nagradzania (np. zbieranie punktów).

- **Rodziców**, którzy powinni wyrazić zgodę, zakupić nową szczotkę do zębów oraz dopilnować, aby dziecko przyniosło ją w wyznaczonym dniu w odpowiednim opakowaniu (pudełko, torebka foliowa). W klasach I-III szczotka do zębów powinna być podpisana imieniem i nazwiskiem dziecka (wodoodpornym flamastrem).

Aby pozyskać ww. osoby do współpracy, niezbędne jest przekazanie przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną podstawowych informacji:



- na posiedzeniu rady pedagogicznej,
- we wszystkich klasach np. na lekcjach wychowawczych,
- w miarę możliwości na zebraniach rodziców, a gdy nie jest to możliwe, przekazać im informacje na piśmie.

Szanowni Państwo !

Data

W trosce o zdrowie jamy ustnej dzieci w szkole prowadzone będą zabiegi, których celem jest przeciwdziałanie próchnicy zębów. Państwa dziecko, w ramach programu profilaktycznego, 6-krotnie w ciągu roku – w odstępach 6 tyg. - objęte będzie nadzorowanym szczotkowaniem uzębienia środkami fluorkowymi. Przy tej okazji każde dziecko będzie miało możliwość nauczenia się prawidłowego sposobu szczotkowania i wyrobienia właściwych nawyków higienicznych. Spodziewamy się, że ta prosta, skuteczna i powszechna metoda zmniejszy zapadalność na chorobę próchnicową zębów.

Ze swojej strony zapewniamy rzetelną i fachową opiekę oraz nieodpłatne dostarczenie preparatów fluorkowych.

Uprzejmie prosimy o dopilnowanie aby w wyznaczone dni dzieci przyszły do szkoły z własną szczotką do zębów, najlepiej nową, zakupioną specjalnie do tego celu, podpisaną imieniem i nazwiskiem dziecka i odpowiednio opakowaną (pudełko, torebka foliowa). Pierwsze szczotkowanie odbędzie się w dniu Informację o kolejnych terminach zabiegów przekaze Państwu wychowawca klasy.

Spodziewamy się, że nasze starania o zdrowie jamy ustnej uczniów zostaną przez Państwa poparte wyrażeniem poniżej zgody na uczestniczenie dziecka w programie profilaktycznym.

Podpis pielęgniarki lub higienistki szkolnej

Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w nadzorowanym szczotkowaniu zębów preparatem fluorkowym

Podpis rodziców lub opiekunów

c) Przeprowadzenie nadzorowanego szczotkowania zębów w klasach I-VI, 6 razy w roku szkolnym w odstępach 6 tygodni

Organizacja szczotkowania

Szczotkowanie zębów powinno być przeprowadzone w grupie 10-15 uczniów. Nie należy przekraczać tej liczby szczotkujących jednorazowo, ponieważ jedna osoba nadzorująca nie jest w stanie zapewnić prawidłowej opieki





w przypadku, kiedy w zabiegu uczestniczy więcej osób. Najczęściej liczba dzieci szczotkujących zęby uwarunkowana jest liczbą umywalk w szkole. Przy jednej umywalce nie powinno znajdować się więcej niż 2-3 uczniów. Jeśli dostęp do umywalk nie jest możliwy, uczniowie otrzymują jednorazowe kubeczki do wypływania śliny oraz preparatu fluorowego. Optymalny czas szczotkowania – 3 minuty.

Przygotowanie do szczotkowania

- Poprosić uczniów o kilkakrotne przepłukanie jamy ustnej wodą w celu usunięcia ewentualnych resztek pokarmowych (jeśli jest dostęp do umywalki). W czasie pierwszego zabiegu wyjaśnić technikę szczotkowania (patrz niżej), w czasie kolejnych zabiegów przypomnieć o podstawowych zasadach jej stosowania:
 - szczotkowanie wg określonego schematu, np. od ostatnich zębów trzonowych w kierunku do zębów przednich po obu stronach w szczęcie i w żuchwie,
 - szczotkowanie wszystkich powierzchni zębowych (policzkowych, podniebiennych, językowych i na końcu żujących),
 - nie płukanie ust oraz nie przyjmowanie pokarmów ani płynów przez około 30 minut po zabiegu.
- Nałożyć na szczotki do zębów do 1 cm żelu lub 6-9 kropli roztworu i poprosić, aby uczniowie rozpoczęli szczotkowanie na określony sygnał.

Metody szczotkowania

Najbardziej odpowiednią metodą szczotkowania zębów jest u uczniów:

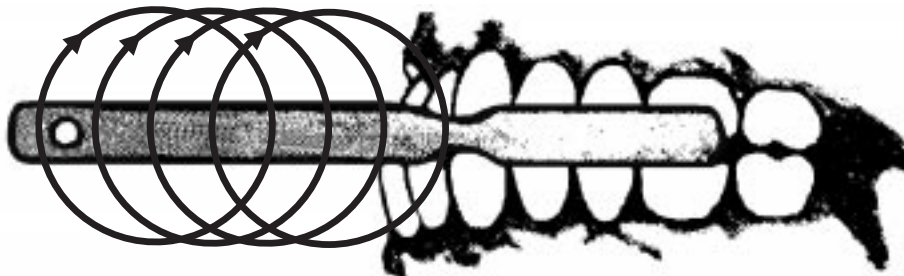
- Klas I-III – metoda ruchów okrężnych Fonesa (łatwiejsza do nauczenia się),
- Klas IV-VI – metoda obrotowa „roll” (zwana także metodą „dziaśła-zęby” lub metodą „wymiatania”, wymaga większej sprawności manualnej).

Metoda ruchów okrężnych Fonesa

Przy lekko rozwartych ustach ustawia się szczotkę pod kątem 90° do powierzchni policzkowych ostatnich zębów i drobnymi ruchami okrężnymi szczotkuje się powierzchnie policzkowe zębów górnych i dolnych (rycina 7). Po wykonaniu kilkunastu (około 10-15) ruchów okrężnych w obrębie tej samej grupy zębów przesuwamy się szczoteczkę ku linii pośrodkowej ciała, szczotkując następne zęby. W ten sam sposób szczotkuje się zęby po stronie przeciwnej, a następnie przy szeroko otwartych ustach powierzchnie wewnętrzne (podniebienne i językowe) wszystkich zębów oraz powierzchnie żujące zębów przedtrzonowych i trzonowych.



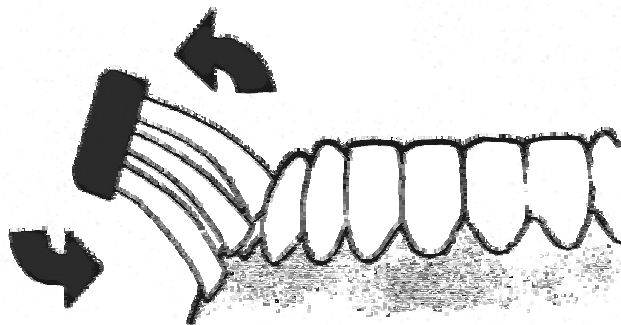
Jeśli oczyszczenie powierzchni żujących metodą ruchów okrężnych jest dla dziecka trudne do opanowania, dopuszcza się szczotkowanie tych powierzchni metodą szorowania, czyli drobnych ruchów poziomych.



Ryc. 7. Szczotkowanie zębów metodą ruchów okrężnych Fonesa¹

Metoda ruchów obrotowych („roll”)

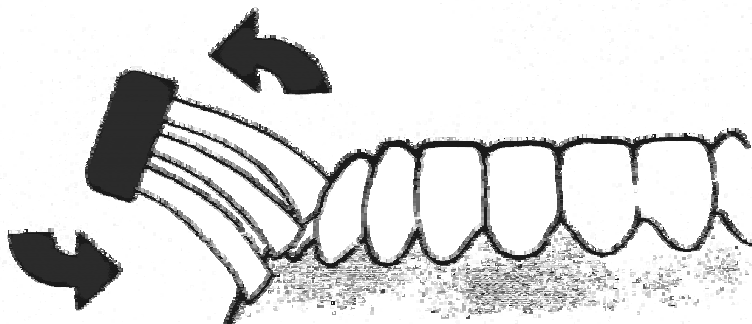
Przy lekko rozwartych ustach ustawia się szczotkę pod kątem 45° do powierzchni policzkowych ostatnich zębów, włosiem skierowanym w kierunku dziąsła (to znaczy w szczecę ku górze, a w żuchwie ku dołowi). Tak ustawioną szczotką wykonuje się ruchy obrotowe (wymiatające) w kierunku powierzchni żujących zębów bocznych lub brzegów siecznych zębów w odcinku przednim (rycina 8 i 9). Po wykonaniu około 10 - 15 ruchów w obrębie tej samej grupy zębów szczotkuje się następną grupę przesuwając szczotkę ku linii pośrodkowej ciała. W ten sam sposób szczotkuje się powierzchnie podniebienne i językowe. Powierzchnie żujące szczotkujemy metodą drobnych ruchów poziomych (szorowania).



Ryc. 8. Metoda obrotowa szczotkowania zębów górnych²

¹ Jańczuk Z.: Zarys stomatologii. PZWL, Warszawa 1979, s. 87-88.

² Jańczuk Z.: op. cit.



Ryc. 9. Metoda obrotowa szczotkowania zębów dolnych¹

Postępowanie po zakończeniu szczotkowania

- Po zabiegu szczotkę należy dokładnie wypłukać i odstawić do wysuszenia (po kilka w jednym kubeczku, ustawione włosiem do góry). Jeżeli istnieją takie możliwości, szczotki mogą być przechowywane w klasie lub gabinecie profilaktycznym, w specjalnie do tego celu przeznaczonych zamykanych szafkach. Przy braku tych możliwości, po wysuszeniu, uczniowie zabierają własne szczotki do domu.
- Przy stosowaniu jednorazowych kubków należy zebrać je do plastikowego worka, w kolorze różniącym się od innych worków, dla łatwego odróżnienia od pozostałych odpadów, a następnie wrzucić do specjalnego pojemnika i zapewnić wywóz przez firmę zajmującą się utylizacją odpadów medycznych. Ze względu na kontakt kubków ze śliną, traktuje się je jako materiał zakażony.

c) Udokumentowanie w „Liście klasowej” uczestnictwa uczniów w nadzorowanym szczotkowaniu zębów

Po zakończeniu zabiegu należy zaznaczyć w „Liście klasowej”, przy nazwiskach uczniów, fakt uczestnictwa w szczotkowaniu w danym dniu. Pozwoli to zidentyfikować uczniów, którzy nie byli objęci pełnym programem profilaktycznym i poddać ich w razie możliwości zabiegom w dodatkowych terminach. Nie jest błędem, jeśli wynika to ze względów organizacyjnych, niewielkie przesunięcie (do 1 tygodnia) odstępów pomiędzy zabiegami.

Uwagi końcowe

- Pielęgniarka/higienistka szkolna powinna poinformować dzieci i rodziców, że mimo przeprowadzonych w szkole zabiegów szczotkowania preparatami fluorkowymi, do codziennej domowej higieny jamy ustnej zaleca się stosowanie past do zębów zawierających fluor.
- W organizacji nadzorowanego szczotkowania zębów pielęgniarka/higienistka szkolna powinna konsultować się z lekarzem stomatologiem, który sprawuje opiekę nad uczniami.

¹ Jańczuk Z.: op. cit.



6. Przekazywanie informacji o kwalifikacji lekarskiej do wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz współpraca z nauczycielami wychowania fizycznego

Barbara Woynarowska

Wyodrębnienie tego standardu postępowania w opiece profilaktycznej nad uczniami, sprawowanej przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, uzasadniają następujące przyczyny:

- Aktywność fizyczna (ruchowa) jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka i kluczowym elementem prozdrowotnego stylu życia. U dzieci stymuluje ich rozwój somatyczny, intelektualny, psychiczny i społeczny, sprzyja hartowaniu, kompensacji unieruchomienia związanego z pracą szkolną oraz korekcji wielu zaburzeń, w tym zwłaszcza układu ruchu.
- Cele wychowania fizycznego są bezpośrednio powiązane ze zdrowiem (tab. 27). Nauczyciele wychowania fizycznego, ze względu na swoje przygotowanie biomedyczne i cele, jakie stawiają przed nimi obowiązujące podstawy programowe, są „naturalnymi” sprzymierzeńcami w realizacji zadań pielęgniarki/higienistki szkolnej. Powinna ona dążyć do budowania dobrej współpracy - wymiany doświadczeń, konsultowania się w przypadkach budzących wątpliwości, inicjowania wspólnych działań dla aktywizacji ruchowej uczniów i nauczycieli.
- Kwalifikacja lekarska do zajęć wychowania fizycznego i sportu w szkole jest elementem wszystkich profilaktycznych badań lekarskich uczniów. Pielęgniarka/higienistka szkolna pełni tu rolę „łącznika” między nauczycielami wf, a lekarzami sprawującymi opiekę nad uczniami.

*Tabela 27. Cele edukacyjne wychowania fizycznego określone w podstawie programowej kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół**

| Szkoła | Cele edukacyjne wychowania fizycznego |
|--|---|
| Szkoła podstawowa Klasy IV – VI | 1. Wspomaganie harmonijnego rozwoju psychofizycznego uczniów 2. Rozwijanie i doskonalenie sprawności ruchowej i tężyzny fizycznej uczniów 3. Rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych |
| Gimnazjum | 1. Zrozumienie powodów i sensu starań o własne ciało, sprawność, zdrowie, urodę 2. Zrozumienie potrzeby racjonalnej troski o witalną gotowość organizmu warunkującą osiągnięcia życiowe 3. Doskonalenie sprawności kondycyjnej i koordynacyjnej |



Tabela 27. cd.

| Szkoła | Cele edukacyjne wychowania fizycznego |
|--|---|
| Liceum ogólnokształcące, liceum profilowane i technikum | <ol style="list-style-type: none">1. Znajomość zasad racjonalnej troski o zdrowie i sprawność fizyczną, uwarunkowanych systematycznym uprawianiem różnych form aktywności sportowej, rekreacyjnej i turystycznej2. Kształtowanie postaw moralnych i społecznych w oparciu o wartości tkwiące w sporcie, rekreacji i turystyce, m.in. wytrwałość, systematyczność, odpowiedzialność, samodyscyplina, równość szans, szacunek dla przeciwnika, „czysta gra”, umiejętność właściwego zachowania się w sytuacji zwycięstwa i porażki3. Motywacja do podejmowania samodzielnych działań na rzecz harmonijnego rozwoju fizycznego, ze szczególnym uwzględnieniem indywidualnych właściwości morfologicznych i funkcjonalnych |
| Zasadnicze szkoły zawodowe | <ol style="list-style-type: none">1. Utrwalenie i pogłębienie znajomości zasad racjonalnej troski o zdrowie i sprawność fizyczną, uwarunkowanych systematycznym uprawianiem różnych form aktywności sportowej, rekreacyjnej i turystycznej2. Kształtowanie postaw moralnych i społecznych w oparciu o wartości tkwiące w sporcie, rekreacji i turystyce, m.in. wytrwałość, systematyczność, odpowiedzialność, samodyscyplina, równość szans, szacunek dla przeciwnika, „czysta gra”, umiejętność właściwego zachowania się w sytuacji zwycięstwa i porażki3. Rozwijanie motywacji do podejmowania samodzielnych działań na rzecz harmonijnego rozwoju fizycznego, ze szczególnym uwzględnieniem indywidualnych właściwości morfologicznych i funkcjonalnych |

* 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. 2002, Nr 52, poz. 458).

Kwalifikacja lekarska do wychowania fizycznego i sportu szkolnego

Wychowanie fizyczne w szkole, dla co najmniej 60 - 70% dzieci i młodzieży jest jedyną, systematyczną, zorganizowaną formą ruchu. Zwolnienia lekarskie z tych zajęć, zwłaszcza długotrwałe, należeć powinny do rzadkości. Uczeń nie otrzymuje zwolnień z nauki innych przedmiotów, mimo istniejących trudności. Często po dłuższym zwolnieniu uczeń nie może lub nie chce kontynuować ćwiczeń fizycznych z powodu zaległości i zwolnienia przedłużane są na dalsze lata. Dziecko nie ma wówczas możliwości opanowania podstawowych umiejętności ruchowych (np. tańca, pływania, jazdy na łyżwach).





Wchodzi w dorosłe życie jako „analfabeta ruchowy”, z wcześniej wygasłą naturalną potrzebą ruchu. Strat tych nie daje się zwykle wyrównać.

Nie dysponujemy aktualnymi danymi dotyczącymi liczby uczniów zwalnianych długotrwale z zajęć wf. Badania wykonane w końcu lat 70. wykazały, że zwolnionych z tych zajęć, przez 2 miesiące i dłużej, było prawie 5% uczniów (3% chłopców i 6% dziewcząt). Największy odsetek uczniów zwolnionych stwierdzono w liceach ogólnokształcących (7%), najniższy w zasadniczych szkołach zawodowych (2%).¹ Należy sądzić, że sytuacja w tym zakresie nie uległa zmianie. Istnieje powszechne przekonanie, że wiele zwolnień wydawanych jest w przypadkach nieuzasadnionych.

W przypadkach niektórych zaburzeń, ze względu na bezpieczeństwo dziecka, istnieje jednak konieczność wyeliminowania pewnych ćwiczeń, zmniejszenia lub zwiększenia ich intensywności, wprowadzenia dodatkowych form aktywności ruchowej, zwrócenia uwagi nauczyciela wf na niektóre zaburzenia, reakcje i zachowania dziecka. Temu służy m.in. kwalifikacja lekarska do wychowania fizycznego, dokonywana w ramach profilaktycznych badań lekarskich, w której lekarz orzeka o przynależności ucznia do jednej z trzech grup lub ich podgrup:

- *Grupa A* – zdolni do wf bez ograniczeń
 - *podgrupa A_s* – uprawiający sport w szkole lub poza szkołą
- *Grupa B* – zdolni do wf z ograniczeniami i (lub) wymagający specjalnej uwagi nauczyciela
 - *podgrupa B_k* zdolni do wf z ograniczeniami, wymagający dodatkowych zajęć ruchowych, korekcyjnych
- *Grupa C* – niezdolni do zajęć wf
 - *podgrupa C₁* – niezdolni do zajęć wf, ale uczestniczący w zajęciach rehabilitacyjnych.

W Aneksie podano zasady kwalifikacji lekarskiej do wychowania fizycznego w przypadkach najczęściej występujących zaburzeń i chorób. Uwzględniono w nich także propozycje modyfikacji zajęć ruchowych i doboru ich form korzystnych w przypadku danego schorzenia. W przypadku zakwalifikowania ucznia do grupy B lub podgrupy B_k, lekarz powinien określić szczegółowo rodzaj ograniczeń lub zaleceń dla ucznia i nauczyciela wychowania fizycznego. Gdy przynależność do grupy B lub C jest czasowa, powinien podać czas jej trwania. Powinien także określić, czy uczeń może uczestniczyć w zawodach sportowych i sprawdzianach, a także nauce pływania (ograniczenia te mogą dotyczyć uczniów z grupy B i B_k).

¹ Woynarowska B., Tomaszewska H., Krawczyński M., Cichy W.: Długotrwale zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego w szkole. Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna, 1979, nr 1, s. 10-15.



Znajomość zasad kwalifikacji lekarskiej do zajęć wf i sportu szkolnego ułatwi pielęgniarce współpracę z nauczycielami wf oraz w razie potrzeby komunikowanie się z lekarzem. Mimo, że zasady tej kwalifikacji zostały wprowadzone w 1976 r., to w praktyce wielu nauczycieli nie uwzględnia ich i zadaniem pielęgniarki jest przekonanie do nich tych nauczycieli i wykorzystywanie jako wspólnego „narzędzia” w ochronie zdrowia uczniów.

Standard postępowania „Przekazywanie informacji o kwalifikacji lekarskiej do wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz współpraca z nauczycielami wychowania fizycznego” i jego realizacja

Standard ten obejmuje trzy podstawowe zadania:

a) *Przekazywanie (po zakończeniu profilaktycznych badań lekarskich) nauczycielom wychowania fizycznego informacji o kwalifikacji lekarskiej uczniów do grupy na zajęciach wf oraz zaleceń lekarskich dotyczących udziału w tych zajęciach.*

Zadanie to jest realizowane w odniesieniu do uczniów klas objętych profilaktycznymi badaniami lekarskimi, sukcesywnie, w miarę otrzymywania dokumentacji tych badań, czyli wypełnionej przez lekarza „Karty profilaktycznego badania lekarskiego ucznia”. Pielęgniarka powinna zapoznać się z orzeczeniem lekarza, wpisać symbol grupy przy nazwisku ucznia w „Liście klasowej”, a następnie przekazać wszystkie informacje odpowiedniemu nauczycielowi wf.

Sposób przekazywania tych informacji może być różny, np.: przekazanie listy uczniów z zaznaczonym symbolem grupy oraz wpisanymi zaleceniami lekarzy lub informacje ustne w czasie spotkania z nauczycielem wf, który wpisuje te informacje, przekazywane przez pielęgniarkę, do swojej dokumentacji. Ta forma bezpośredniego kontaktu jest zapewne bardziej czasochłonna, lecz umożliwia:

- wymianę informacji oraz przedyskutowanie spraw, które mogą budzić wątpliwości i wymagają ew. kontaktu pielęgniarki z rodzicami ucznia lub lekarzem, który wydał orzeczenie o kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego,
- dostosowanie zaleceń lekarskich do warunków, w jakich prowadzone są zajęcia wf w danej szkole,
- uzyskanie przez pielęgniarkę dodatkowych informacji o sprawności fizycznej ucznia, jego uczestnictwie w zajęciach wf, ograniczeń i trudności.

b) *Dokonywanie w pierwszym miesiącu każdego roku szkolnego, we współpracy z nauczycielami wf, analizy kwalifikacji uczniów do grupy na zajęciach wf, odnotowanie symbolu tej grupy w „Liście klasowej”*

Przygotowując na początku każdego roku szkolnego „Listę klasową”, pielęgniarka/higienistka szkolna powinna zapisać w niej w odpowiedniej kolumnie symbol grupy na zajęciach wf. Podstawą do tego wpisu powinny być dane



zawarte w „Karcie zdrowia ucznia”. W przypadku uczniów zakwalifikowanych w poprzednim roku do grupy C oraz grupy B i B_k pielęgniarka powinna przeprowadzić z uczniem i w razie potrzeby z jego rodzicami, wywiad dotyczący aktualnego stanu zdrowia, leczenia, opieki lekarskiej itd. Wywiad ten należy przeprowadzić także we wszystkich innych przypadkach, budzących wątpliwości.

Wyniki tej analizy powinna pielęgniarka uzgodnić z nauczycielem wf, wykorzystując posiadane przez niego informacje o stanie zdrowia ucznia, dostarczone przez uczniów w danym roku zwolnienia z zajęć wf. W razie wątpliwości, ucznia należy skierować do opiekującego się nim lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub właściwego lekarza specjalisty w celu uzyskania aktualnego orzeczenia do zajęć wf, udziału w sprawdzianach i szkolnych zawodach sportowych.

c) Dokumentowanie w „Karcie zdrowia ucznia” długotrwałych (1 miesiąc i dłużej) oraz częstych, krótszych zwolnień z zajęć wf. Ustalenie z nauczycielem wf postępowania w stosunku do tych uczniów, na podstawie opinii lekarza sprawującego opiekę nad uczniem

Zwolnienie z zajęć wf oznacza, że u ucznia występują ostre lub przewlekłe zaburzenia w stanie zdrowia ograniczające jego funkcjonowanie. Można przyjąć, że fakt posiadania zwolnienia jest wskaźnikiem stanu zdrowia, łatwym do wykorzystania w praktyce szkolnej. Dlatego też pielęgniarka/higienistka szkolna powinna odnotowywać w „Karcie zdrowia ucznia” zwolnienia z lekcji wf długotrwałe i częste.

W celu uzyskania informacji o zwolnieniach należy ustalić z nauczycielami wf następujące zasady:

- Każde zwolnienie z zajęć wf na 1 miesiąc i dłuższe powinno być, przed przekazaniem go nauczycielowi, podpisane przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną;
- Nauczyciel wf przekazuje pielęgniarce/higienistce szkolnej okresowo (np. co 3 miesiące) informacje o częstej, krótkotrwałej absencji uczniów na lekcjach wf, usprawiedliwionej przez rodziców lub zaświadczeniami lekarskimi. Z uczniami tymi pielęgniarka powinna przeprowadzić wywiad w celu ustalenia przyczyn tej absencji. Jest to niezbędne wobec zakazu wpisywania rozpoznania na zaświadczeniach lekarskich, zgodnie z ochroną praw pacjenta. W wątpliwych przypadkach należy przeprowadzić wywiad z nauczycielem wf lub wychowawcą klasy w związku z możliwością pozamedycznych przyczyn unikania zajęć wf (np. niska sprawność fizyczna, lęk przed ośmieszeniem, niską oceną z wychowania fizycznego, negatywny stosunek rówieśników, brak odpowiedniego stroju sportowego np. z powodu ubóstwa itd.). W razie potrzeby należy porozumieć się z rodzicami lub lekarzem opiekującym się uczniem. Należy także rozważyć możliwość obserwacji przez pielęgniarkę danego ucznia w czasie lekcji wf ze zwróceniem uwagi na jego reakcję na



wysiłek, aktywność, stosunek rówieśników, nauczyciela i inne objawy w zależności od przyczyny unikania uczestnictwa w zajęciach wf.

Pielęgniarka/higienistka szkolna powinna także zwrócić uwagę na uczniów zgłaszających się często do jej gabinetu w celu uzyskania zwolnień z zajęć wf. Jest to okazja do przeprowadzenia rozmowy w uczniem w celu ustalenia rzeczywistej przyczyny takiej prośby. Stworzenie w czasie tej rozmowy życzliwej, pełnej zaufania atmosfery stwarza szansę na identyfikację problemów ucznia.

Ważne jest, aby pielęgniarka/higienistka szkolna potrafiła używać odpowiednich argumentów dla zachęcania uczniów, zwłaszcza otyłych i dziewcząt, do zwiększenia aktywności fizycznej. Należy tu unikać argumentów negatywnych (np. ryzyko wielu chorób, które dla dzieci i młodzieży jest zwykłą abstrakcją), koncentrując się na korzyściach związanych z ładnym wyglądem, sylwetką ciała, sprawnością fizyczną, możliwością zmniejszenia skutków stresu, lepszym samopoczuciem itd.

Inne zadania pielęgniarki/higienistki szkolnej związane z zajęciami ruchowymi uczniów

Uczniowie wymagający szczególnej uwagi

W związku z zajęciami ruchowymi uwagę pielęgniarki/higienistki szkolnej powinni zwrócić następujący uczniowie:

- *Uczęszczający na gimnastykę korekcyjną.* Ze względu na istniejące zaburzenia układu ruchu uczniowie ci powinni być objęci poradnictwem czynnym i poddani okresowej kontroli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ortopedy. Fakt uczęszczania na zajęcia korekcyjne powinien być odnotowany w „Karcie zdrowia ucznia”.
- *Uprawiający sport poza szkołą.* Zgodnie z obowiązującymi przepisami¹ powinni być oni objęci opieką lekarzy medycyny sportowej. Często zdarza się, że ze względu na dużą sprawność fizyczną, umiejętności i osiągnięcia sportowe uczniowie ci są włączani do wszystkich zawodów sportowych w szkole, co bardzo zwiększa ich obciążenie wysiłkiem fizycznym. Fakt uprawiania sportu i rodzaj dyscypliny należy odnotować w „Karcie zdrowia ucznia”. W przypadku, gdy uczniowie ci zgłaszają się do gabinetu z powodu różnych dolegliwości bólowych np. pleców, krzyża, stawów kolanowych należy brać pod uwagę stany przeciążenia, pourazowe lub nierozpoznane wady rozwojowe w układzie kostnym i porozumieć się z rodzicami co do dalszego postępowania.
- *Po przebytych urazie głowy z wstrząśnieniem mózgu.* Okres zwolnienia z zajęć zależy od stopnia uszkodzenia mózgu i decyzję w tej sprawie podejmuje lekarz leczący. Zbyt wczesny powrót do zajęć ruchowych, przed uzyska-

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2002 r. w sprawie zasad kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakresu koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwości w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia, uprawiających sport amatorski (Dz. U. 2002, Nr 191, poz. 1603).



niem całkowitej normalizacji stanu mózgu może grozić wystąpieniem ponownego wstrząśnienia (tzw. zespołu drugiego uderzenia). Wielokrotne wstrząśnienia mózgu, zwłaszcza następujące w krótkim odstępie czasu, powodują długotrwałe, a niekiedy trwałe zaburzenia czynności poznawczych.¹

- *Z nadpobudliwością psychoruchową*, ze względu na większe ryzyko urazów oraz uczniowie, którzy ulegli wielokrotnie urazom (możliwość kolejnych urazów).
- *Z astmą powysiłkową*, u których napady duszności występują po wysiłku, zwłaszcza przy niskiej temperaturze otoczenia oraz w sytuacjach stresowych (zawody). W zapobieganiu tym napadom zaleca się podawanie przed wysiłkiem w inhalacji zaleconych przez lekarza leków (np. Intal, Salbutamol) zapobiegających skurczowi oskrzeli. Uczeń powinien mieć przy sobie lek lub może być on przechowywany w gabinecie profilaktycznym. Zaleca się ograniczanie udziału w zajęciach ruchowych poza budynkiem w chłodne dni, unikanie wysiłków długotrwałych oraz stosowanie rozgrzewki o mniejszej intensywności wysiłku. Pielęgniarka powinna uzyskać od lekarza opiekującego się uczniem szczegółowe wskazówki co do postępowania w przypadku napadu astmy u danego ucznia.
- *Chorzy na cukrzycę*, u których pod wpływem wysiłków fizycznych mogą występować stany niedocukrzenia. Pielęgniarka powinna poinstruować nauczyciela wf o zasadach postępowania z tym uczniem (sprawdzenie czy spożył przed lekcją dodatkową porcję węglowodanów np. kanapkę, owoce, umiejętność rozpoznawania objawów niedocukrzenia, posiadanie dodatkowej porcji cukru itd.). Powinna także uzyskać od lekarza sprawującego opiekę nad danym uczniem dodatkowe informacje co do sposobu postępowania w stanach niedocukrzenia i przecukrzenia.
- *Dziewczeta bardzo szczupłe*, u których stwierdza się zahamowanie przyrostów masy ciała lub znaczny ubytek masy ciała. W przypadkach tych należy brać pod uwagę zaburzenia odżywiania, a zwłaszcza jadłowstręt psychiczny. Dziewczeta te, obok restrykcyjnej diety, często intensywnie ćwiczą w celu dalszego zmniejszenia masy ciała. W przypadkach tych niezbędne jest przeprowadzenie z dziewczynką wywiadu dotyczącego sposobu żywienia, odchudzania się, samopoczucia (np. zmiany nastroju, energii), przebiegu miesiączkowania, aktywności fizycznej i w razie potrzeby kontakt z rodzicami.

Udział w dokonywaniu przeglądów warunków sanitarnych pomieszczeń i obiektów do zajęć wf i ich wyposażenia

Zadanie to wynika ze standardu nr 10. W dokonywaniu tych przeglądów pielęgniarka/higienistka szkolna powinna wykorzystać wyniki analizy urazów

¹ Feinstein R.A., McCambridge T.M.: Badanie lekarskie kwalifikujące do udziału w zajęciach sportowych – odpowiedzialność pediatri. *Medycyna Praktyczna – Peditria* 2002, nr 4, s. 114-124.





uczniów na zajęciach wf, odnotowanych w „Zeszytach porad ambulatoryjnych” w celu zwrócenia uwagi na zagrożenia wypadkowe związane z warunkami i organizacją tych zajęć.

Ocena poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży

Aktywność fizyczna (ruchowa) to ruchy całego ciała lub jego części, wywołane pracą mięśni szkieletowych, którym towarzyszą zmiany czynnościowe w organizmie i wzrost wydatkowania energii. Poziom jej u dzieci i młodzieży powinien być większy niż u ludzi dorosłych. W 1998 r. zespół ekspertów w Anglii zaproponował, następujące zalecenia dotyczące jej poziomu:

- *zalecana aktywność fizyczna* – co najmniej umiarkowane wysiłki fizyczne,¹ wykonywane codziennie przez jedną godzinę; wysiłki te mogą być wykonywane w sposób ciągły lub może być to suma wysiłków w ciągu całego dnia;
- *minimalna aktywność fizyczna* – umiarkowane wysiłki fizyczne co najmniej pół godziny dziennie;
- co najmniej dwa razy w tygodniu należy wykonywać ćwiczenia fizyczne zwiększające siłę i gibkość.²

Dokonanie oceny aktywności fizycznej nie jest zadaniem łatwym. W praktyce najczęściej zbiera się wywiad dotyczący rodzaju zajęć ruchowych, czasu ich trwania i częstotliwości. Jedną z najnowszych propozycji jest przesiewowa metoda oceny aktywności fizycznej, opracowana przez autorów amerykańskich³ dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej. Służy ona przede wszystkim do identyfikacji dzieci i młodzieży o niskim poziomie aktywności fizycznej. Metodę tę może także wykorzystać w swojej pracy pielęgniarka i higienistka szkolna. Zasady przeprowadzania tej oceny podano w tabeli 28. Przyjęto, że wyliczony wskaźnik aktywności fizycznej mniejszy niż 5 dni w tygodniu, w których dziecko przeznaczane na tę aktywność (umiarkowaną i dużą) co najmniej 60 minut oznacza, że poziom jej jest niewystarczający. Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce w 2002 r., w reprezentatywnej grupie uczniów w wieku 11-15 lat wskazują, że wskaźnik aktywności fizycznej 5 i powyżej uzyskało tylko 35% badanych (41% chłopców, 29% dziewcząt).⁴

¹ Za umiarkowane przyjmuje się takie wysiłki, w których dana osoba odczuwa przyspieszenie czynności serca, oddechu, uczucie ciepła. Przy intensywnych wysiłkach odczuwa się znaczne zmęczenie, trudności w oddychaniu.

² Young and active? Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. Health Education Authority, London 1998.

³ Prochaska J.J., Salis J.F., Long B.: A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. Archives of Paediatrics & Adolescent Medicine 2001, t. 155, nr 5, s. 554-559.

⁴ Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 r. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2002.



Tabela 28. Przesiewowa metoda oceny aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży

1. Wyjaśnij, że aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia, związane z wysiłkiem fizycznym i ruchem, w którym przyśpiesza się czynność serca i oddechu. Wiąże się ona z zajęciami wf w szkole, uprawianiem sportu, grami z kolegami, marszem do szkoły. Przykładem aktywności fizycznej jest: bieg, szybki marsz, pływanie, jazda na rolkach, taniec, gra w piłkę nożną, koszykówkę.
2. Poproś o obliczenie ile czasu łącznie przeznaczają badany każdego dnia na aktywność fizyczną tzn. aby dodał czas wszystkich zajęć odpowiadając na następujące pytania:
 - W **ostatnich 7 dniach** w ilu dniach przeznaczałeś na aktywność fizyczną (w tym lekcje wf) łącznie co najmniej 60 minut dziennie?
0 dni 1 2 3 4 5 6 7 dni
 - W **typowym lub zwykłym tygodniu** w ilu dniach przeznaczałeś na aktywność fizyczną (w tym lekcje wf) łącznie co najmniej 60 minut dziennie?
0 dni 1 2 3 4 5 6 7 dni
3. Wylicz średnią liczbę dni z odpowiedzi na oba pytania. Jest to tzw. wskaźnik aktywności fizycznej. Jego wartość poniżej 5 dni wskazuje na niedostateczną aktywność fizyczną.

Opracowanie: Woynarowska B. według: Prochaska J.J., Salis J.F., Long B.: A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. Archives of Paediatrics & Adolescent Medicine 2001, t. 155, nr 5, s. 554-559.

7. Poradnictwo czynne dla uczniów z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi

7.1. Uczniowie przewlekle chorzy i niepełnosprawni

Anna Oblacińska

Problem¹ zdrowotny w praktyce opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym (pojęcie zastąpiło dawne określenie „grupy dyspaneryjne”) można rozpatrywać z punktu widzenia:

- Indywidualnego ucznia, jako zaburzenie lub chorobę mogące niekorzystnie wpływać na jakość jego życia i funkcjonowanie i które wymaga działań profilaktycznych oraz leczniczych;

¹ „Problem” oznacza „to, co sprawia trudność, kłopot, poważne zagadnienie z jakiejś dziedziny, które trzeba rozstrzygnąć, rozwiązać” – za Dunaj B. (red.): Słownik współczesnego języka polskiego. Wyd. Wilga, Warszawa 1996.



- Całej populacji szkolnej – dotyczy to problemów zdrowotnych o dużym rozpowszechnieniu, możliwości szerzenia się w środowisku szkolnym oraz tych stanów chorobowych i zaburzeń rozwoju, które w znacznym stopniu upośledzają dyspozycję do nauki i funkcjonowanie ucznia w szkole.¹

Najczęściej występujące problemy zdrowotne, społeczne i szkolne uczniów omówiono w rozdziale I poradnika.²

Choroba przewlekła to zaburzenie stanu zdrowia o przedłużonym czasie trwania, które może być postępujące lub powodować przedwczesny zgon, ale też może umożliwić względnie przeciętne trwanie życia, mimo upośledzonych funkcji biologicznych lub psychicznych.³

Innym określeniem jest termin *przewlekłe problemy zdrowotne*.⁴ Określa on zaburzenia trwające dłużej niż 3 miesiące, wpływające na funkcjonowanie fizyczne, intelektualne, psychologiczne i psychiczne dziecka w następstwie występujących objawów chorobowych, konieczności leczenia oraz ograniczeń w aktywności w szkole, pracy, rekreacji i rodzinie.

Każda choroba przewlekła dziecka w wieku szkolnym może wpływać upośledzająco na:

- *Rozwój fizyczny ucznia* (niedobór lub nadmiar masy ciała, niskorosłość, opóźnienie dojrzewania płciowego);
- *Stan emocjonalny i rozwój społeczny* (różnego rodzaju zaburzenia w postrzeganiu własnego ciała tzw. dysmorfofobie, poczucie mniejszej wartości, zależność i zaburzenia interakcji z innymi ludźmi);
- *Dyspozycję do nauki* (obniżenie sprawności intelektualnej, koncentracji uwagi, związane zarówno z samą chorobą jak i np. ubocznym działaniem leków).

Według badań GUS z 1996 roku – prawie jedna czwarta dzieci i młodzieży w Polsce (0-19 lat) choruje przewlekłe na co najmniej jedną chorobę, a największy odsetek przewlekłe chorych jest w grupie wiekowej 10-19 lat (28% dzieci 10-14 letnich wg opinii ich rodziców, a w grupie 15-19 lat – 29% wg opinii badanych).⁵

¹ Woynarowska B.: Problemy zdrowotne – epidemiologia, [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 73-74.

² P. również rozdział I.2.1.-2.4. (przyp. red.)

³ Mattson A.: Long term physical illness in childhood. A challenge to psychosocial adaptation. Pediatrics, 1972, 50, 801.

⁴ Termin zaproponowany w 1993 roku przez Amerykańską Akademię Pediatrii, w odniesieniu do dzieci niepełnosprawnych i przewlekłe chorych w wieku szkolnym (American Academy of Pediatrics: Psychosocial risk of chronic health conditions in childhood and adolescence. Pediatrics, 1993, 92, 6).

⁵ Stan zdrowia ludności Polski w 1996 roku, GUS, Warszawa 1997.



Niepełnosprawność

Zgodnie z Kartą Osób Niepełnosprawnych¹ „...niepełnosprawną jest osoba, której sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi...”

Niepełnosprawność zaburza osiąganie przez dzieci i młodzież potencjalnych możliwości rozwojowych i dojrzewania psychospołecznego.

Na podstawie wcześniej wymienionych badań GUS, w 1996 roku, odsetek dzieci niepełnosprawnych w wieku do 14 lat wynosił 3,4%, a młodzieży w wieku 15-19 lat prawie 2% ogółu populacji w tym wieku. W grupie niepełnosprawnych 9% dzieci i 2% młodzieży to osoby z całkowitym ograniczeniem wykonywania czynności życiowych. Większość pozostałych osób uczęszcza do szkół, głównie specjalnych, a także do szkół integracyjnych oraz ogólnodostępnych z klasami integracyjnymi.

Poradnictwo czynne

Istotą czynnego poradnictwa jest aktywny stosunek pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz lekarza do problemów zdrowotnych ucznia, tzn. systematyczna, zaplanowana kontrola jego stanu zdrowia oraz udzielanie uczniom i ich rodzicom (opiekunom) odpowiednich porad i zaleceń. Czynne poradnictwo stanowi istotny element *profilaktyki trzeciorzędowej (III fazy)*, której celem jest zapobieganie dalszym, niepomyślnym skutkom chorób i niepełnosprawności. Obejmuje ono następujące działania:

- Pomoc w radzeniu sobie z chorobą i zaakceptowaniu swego stanu;
- Pomoc w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i samopoczucia, rozwijaniu funkcji kompensujących niepełnosprawność, kształtowanie umiejętności samooceny swego zdrowia, samopielęgnacji, rozwijanie zainteresowań i uzdolnień ułatwiających wybór zawodu i zwiększających szanse na aktywne i samodzielne życie społeczne;
- Przeciwdziałanie izolacji społecznej, zepchnięcia na „margines”, prowadzącego do wtórnego kalectwa społecznego;
- Przywrócenie (np. rehabilitacja ruchowa) lub zastąpienie (proteza) uszkodzonych funkcji.

Standard postępowania pielęgniarki lub higienistki szkolnej w poradnictwie czynnym w stosunku do uczniów z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi

W osiągnięciu tego standardu pielęgniarka/higienistka szkolna realizuje następujące zadania:

¹ Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku „Karta praw osób niepełnosprawnych” (MP 1997, Nr 50, poz. 475).



a) Przeprowadzenie, co najmniej jeden raz w roku szkolnym, wywiadu z uczniami, u których zidentyfikowano problemy zdrowotne, szkolne i społeczne, analiza ich aktualnej sytuacji, form opieki, trudności oraz w razie potrzeby:

- **Przeprowadzenie wywiadu z rodzicami lub wywiadu środowiskowego w domu ucznia**

Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy u ucznia pojawiły się problemy zdrowotne, które wcześniej nie były zasygnalizowane przez rodziców w części 1 „Karty badania profilaktycznego...” lub informacje te wymagają uzupełnienia. Wywiad środowiskowy w domu ucznia może być konieczny, gdy kontakt z rodzicami jest utrudniony, nie zgłaszają się oni na badania profilaktyczne z dzieckiem, istnieje podejrzenie zaniedbywania dziecka, problemów zdrowotnych (choroba w rodzinie) utrudniających rodzicom opiekę nad dzieckiem, niewydolności opiekuńczej rodziny. Wywiad środowiskowy w domu ucznia pielęgniarka przeprowadza po poinformowaniu dyrektora lub pedagoga w szkole.

Zebranie informacji o nowych zachorowaniach lub zaostrzeniach chorób oraz przebytych urazach należy przeprowadzić na początku nowego roku szkolnego, po wakacjach. Informacje od uczniów pielęgniarka powinna zebrać indywidualnie (zaproszenie ich na rozmowę do gabinetu) po odwiedzeniu każdej klasy, a od rodziców w czasie pierwszych zebrań rodziców (dotyczy to zwłaszcza klas gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych).

- **Przeprowadzenie wywiadu z wychowawcą klasy** – dotyczy to sytuacji, gdy zaburzenia w stanie zdrowia lub rozwoju ucznia utrudniają mu naukę i funkcjonowanie w szkole (zaburzenia psychosomatyczne, zespół nadpobudliwości psychoruchowej, fobia szkolna).

Rozmowę z wychowawcą klasy i/lub innymi nauczycielami pielęgniarka powinna przeprowadzić tak, aby uzyskać konieczne informacje o ewentualnych problemach szkolnych ucznia, nie naruszając zasad tajemnicy zawodowej, dotyczącej stanu zdrowia ucznia i informacji medycznych, które zostały jej powierzone.

- **Dokonanie dodatkowych pomiarów (np. masy ciała, ciśnienia tętniczego krwi)**

Czynności te należy wykonywać z częstością odpowiednią do rodzaju zaburzeń, występujących u ucznia, po konsultacji z lekarzem leczącym dziecko, niezależnie od terminów badań przesiewowych i profilaktycznych badań lekarskich lub gdy uczeń, rodzic czy opiekun zgłosi się do pielęgniarki z powodu niepokojących go objawów.

- **Udzielenie uczniowi porady** w zakresie stylu życia, samoobserwacji, samoopieki i umiejętności rozwiązywania lub radzenia sobie z problemami, współpraca z rodzicami.



Porad należy udzielać uczniowi lub jego rodzicom. Informacje przekazane uczniowi powinny być tak formułowane, aby były przez niego zrozumiałe, w niektórych przypadkach można posłużyć się przykładami, zapisać pewne dane i porady na kartce, wspólnie z uczniem zrobić np. plan działań, założyć zeszyt samoobserwacji.

W przypadku młodzieży przewlekle chorej lub niepełnosprawnej wiele trudności, nie tylko natury organizacyjnej, ale i psychologicznej powoduje przejście ucznia spod opieki pediatrycznej, w której stosunek do pacjenta jest zupełnie inny („zależne” dziecko), do systemu opieki medycznej dla osób dorosłych („niezależny” dorosły). Rolą pielęgniarki szkolnej jest w tym wypadku nauczenie młodzieży poruszania się w obecnym systemie opieki zdrowotnej i korzystania z niej, przysługujących praw itp.

W zakres porad indywidualnych, udzielanych przez pielęgniarkę uczniowi wchodzi również tzw. preorientacja zawodowa – doradzanie uczniowi wyboru odpowiedniej dla niego szkoły, uświadamianie zagrożeń dla zdrowia, jakie mogą stanowić dla niego niektóre zawody.

- **Zaplanowanie dalszej opieki nad uczniami**, współdziałanie w razie potrzeby z pedagogiem i/lub psychologiem szkolnym albo pracownikiem społecznym;

Problemy zdrowotne, szkolne czy społeczne ucznia wpływają na jego funkcjonowanie w szkole, a środowisko szkolne nie pozostaje bez wpływu na jego zdrowie. W celu udzielenia uczniowi efektywnej pomocy pielęgniarka może zorganizować grupę wsparcia, która ustala sposoby udzielania uczniowi lub grupie uczniów pomocy. W przypadku problemów społecznych i szkolnych uczniów¹ przydatny jest zapis graficzny struktury rodziny oraz chorób i patologii społecznej (Aneks).

- **Planowanie i prowadzenie specyficznych (dostosowanych do problemów zdrowotnych ucznia) form edukacji zdrowotnej** dla uczniów z różnymi zaburzeniami rozwoju i zdrowia.

W ramach tych działań pielęgniarka przeprowadza edukację zdrowotną, dostosowując jej formy i metody do potrzeb, poziomu rozwoju oraz możliwości percepcyjnych uczniów, zwłaszcza niepełnosprawnych. W tym ostatni przypadku uczniowie najlepiej przyswajają nowe umiejętności podczas treningu i ćwiczeń, systematycznie powtarzanych.²

W rezultacie przeprowadzonych działań, pielęgniarka szkolna odnotowuje wyniki obserwacji i wywiadu, innych badań oraz rodzaju porady i zaplanowanych działań w „Karcie zdrowia ucznia”.

- b) Identyfikacja uczniów przewlekle chorych** (np. z padaczką, cukrzycą, astmą oskrzelową), którzy wymagają dodatkowych świadczeń zdrowotnych

¹ P. również rozdział I.2.3. (przyt. red.)

² P. również rozdział IV.1. (przyt. red.)



w czasie nauki w szkole; ustalenie form tej pomocy (w tym również podawania leków), w porozumieniu z rodzicami i lekarzem, pod opieką którego znajduje się dany uczeń (podawanie w stanach nagłych leków zleczanych pisemnie przez lekarza, dostarczonych czasem przez rodziców do gabinetu profilaktycznego).

Zadania dotyczące różnych zaburzeń i chorób omówiono poniżej.

Czynna opieka nad uczniami z wybranymi chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością

Omówiono tu choroby, które bądź występują w populacji uczniów z dużą częstością, bądź ze względu na swą specyfikę mają szczególnie negatywny wpływ na dyspozycję do nauki i funkcjonowanie ucznia w szkole.

Otyłość

Otyłość jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń w rozwoju dzieci i młodzieży, w zależności od wieku dotyczy 5-15% populacji w wieku rozwojowym.¹

Wpływ środowiska szkolnego na przebieg choroby:

- nieregularność posiłków i pogłębianie nieprawidłowego modelu żywienia (asortyment sklepików szkolnych);
- system zmianowy nauczania.

Wpływ otyłości na funkcjonowanie ucznia w szkole:

- niechęć do zajęć i zabaw wymagających sprawności fizycznej;
- izolacja od grupy rówieśniczej.

Zadania pielęgniarki/higienistki szkolnej:

- identyfikacja uczniów z nadwagą w czasie testów przesiewowych i skierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- dodatkowe kontrole masy ciała i wspólna z uczniem analiza zmian, które występują w wyniku leczenia;
- indywidualne poradnictwo i edukacja zdrowotna w zakresie żywienia, ćwiczeń fizycznych, pielęgnacji ciała oraz innych problemów osobistych, szkolnych i rodzinnych, z którymi uczeń zwraca się do pielęgniarki;
- współdziałanie z nauczycielem wf w zakresie indywidualizacji zajęć (według kwalifikacji lekarskiej) i oceniania ucznia, zrozumienia jego motywacji i osiągnięć w zakresie aktywności fizycznej;
- analiza pozycji i sytuacji ucznia otyłego w klasie;

¹ Oblacińska A., Woynarowska B. (red.): Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995.



- szczepienia i preorientacja zawodowa jak w ogólnej populacji uczniów.

Alergie

Choroby alergiczne są obecnie najczęściej występującym schorzeniem przewlekłym u dzieci i młodzieży. Najcięższa postać – astma oskrzelowa występuje u 5-10% dzieci i młodzieży, pyłkowica i katar sienny u 12-15%. Ogólnie bez pokrzywek, obrzęków i zapaleń spojówek, na choroby alergiczne choruje powyżej 20% populacji w wieku szkolnym.

Wpływ środowiska szkoły na przebieg choroby:

- czynniki uczulające, drażniące (pył, kurz, chemikalia), czynniki emocjonalne występujące w szkole, podobnie jak w środowisku pozaszkolnym;
- wyjazdy na „zielone szkoły” – nieodpowiednia dieta, czynniki mieszkaniowe, klimatyczne;
- ostry stres, mogący wywołać napad astmy oskrzelowej.

Wpływ choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

- nasilenie objawów pyłkowicy w okresach, gdy odbywają się roczne kwalifikacje, egzaminy gimnazjalne, matury (sezonowość związana z porami roku);
- częsta absencja chorobowa – zaległości i luki w nauce, izolacja od rówieśników;
- uboczne działanie leków antyalergicznym – senność, obniżenie motywacji i chęci do nauki, zaburzenia koncentracji uwagi.

Zadania pielęgniarki/higienistki szkolnej:

- monitorowanie rozwoju fizycznego i dojrzewania również poza okresami wyznaczonymi na badania profilaktyczne;
- ustalanie z nauczycielem w/w zasad postępowania dotyczącego form aktywności fizycznej i możliwości ucznia z alergią, na podstawie kwalifikacji do zajęć w/w i opinii lekarza sprawującego nad nim opiekę;
- współpraca z lekarzem poz i/lub specjalistą alergologiem;
- realizacja stałych zleceń lekarskich (podawanie leków w stanach duszności), aktualizowanych co najmniej 1 raz w roku szkolnym;
- w poradnictwie zawodowym i dotyczącym dalszego kształcenia, należy odradzać uczniom z alergią pracę w tzw. zawodach o wysokim wskaźniku alergii zawodowych (sektor spożywczy, chemiczny, gumowy, tworzyw sztucznych, a także w zootechnice, futrzarstwie i przemyśle włókienniczym);
- edukacja ucznia i rodziców w zakresie zdrowego stylu życia, unikanie alergenów, zachowanie aktywności fizycznej;



- edukacja w zakresie samoobserwacji (rozpoznanie zbliżającego się napadu astmy), samoopieki (odpowiednie dawkowanie leków wziewnych);
- szczepienia ochronne – według zaleceń alergologa.

Cukrzyca insulinozależna

U dzieci i młodzieży występuje prawie wyłącznie cukrzyca typu 1 (insulinozależna), w której w wyniku procesu autoimmunologicznego zanika zdolność wydzielania insuliny przez trzustkę.

Zapadalność na cukrzycę jest najczęstsza w okresie pokwitania (między 10 a 14 rokiem życia). Uważa się, że w Polsce jest około 10 tys. dzieci z cukrzycą.

Dzieci i młodzież z cukrzycą typu 1 pozostają pod opieką specjalisty diabetologa. Leczenie polega na insulinoterapii, prawidłowej diecie i odpowiednio dobranym wysiłku fizycznym.

Wpływ środowiska szkoły na przebieg choroby:

- organizacja procesu nauczania – układ lekcji, przerw międzylekcyjnych, liczba lekcji w ciągu dnia, zmienność;
- utrudnienie w regularności spożywania posiłków;
- dysproporcja między posiłkiem a aktywnością fizyczną (niedocukrzenie).

Wpływ choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

- u uczniów z problemami z wyrównaniem cukrzycy – częsta absencja szkolna,
- większa podatność na stres;
- w niektórych wypadkach niemożliwość uczestniczenia w zajęciach dodatkowych, wycieczkach, „zielonej szkole” – izolacja od rówieśników.

Zadania pielęgniarki/higienistki szkolnej:

- współpraca z lekarzem poz i/lub specjalistą diabetologiem;
- współdziałanie z nauczycielem wf w zakresie zapobiegania i reagowania na ewentualną hipoglikemię w czasie zajęć ruchowych;
- pomoc młodszym uczniom w oznaczaniu glikemii za pomocą glukometru i wstrzyknięciach insuliny;
- postępowanie w czasie hipoglikemii, łącznie z ewentualną koniecznością podania glukagonu (dostarczonego na początku roku szkolnego do gabinetu profilaktycznego przez rodziców ucznia);¹
- w wymagających tego przypadkach udostępnienie uczniowi gabinetu profilaktycznego, celem dokonywania wstrzyknięć insuliny samodzielnie;

¹ Glukagon jest lekiem, który pielęgniarka może podać bez zlecenia lekarskiego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego (...)) (Dz. U. 1997, Nr 116, poz. 750).



- u młodzieży z wieloletnim przebiegiem cukrzycy, zwłaszcza z częstymi okresami niewyrównania – dodatkowe badanie w kierunku zaburzeń wzroku, poza terminami badań przesiewowych;
- szczepienia po konsultacji z diabetologiem, w cukrzycy wyrównanej – zgodnie z kalendarzem, w remisji – odroczone (mogą doprowadzić do przerwania remisji i wzrostu zapotrzebowania na insulinę);
- odradzanie zawodów, przy wykonywaniu których życie wykonującego zawod lub innych ludzi zależy od sprawnego funkcjonowania w każdej sytuacji (pilot samolotu, kierowca zawodowy, policjant, operator ciężkiego sprzętu);
- edukacja w zakresie samoopieki, umiejętności poszukiwania wsparcia, wskazanie organizacji, stowarzyszeń rodziców i dzieci chorych na cukrzycę.

Padaczka

Padaczka jest przewlekłym zaburzeniem czynności mózgu o różnej etiologii, cechującym się nawracającymi napadami (ruchowymi, czuciowymi, psychosensorycznymi), które są następstwem nadmiernych wyładowań czynności bioelektrycznej w mózgu. Ze względu na częstość występowania i charakter schorzenia (dotyczy 1% populacji), uznawana jest za chorobę społeczną. Około 50% zachorowań przypada na pierwszą dekadę życia, a około 30% na pierwsze 4-5 lat życia. Jest to więc w dużym stopniu choroba dzieci i młodzieży.

Dzieci i młodzież z trudnymi do opanowania napadami i/lub towarzyszącymi zaburzeniami neurologicznymi lub upośledzeniem umysłowym wymagają nauczania indywidualnego lub uczęszczają do szkół specjalnych.¹ Pozostali uczniowie chorujący na padaczkę uczęszczają do szkół ogólnodostępnych.

Wpływ środowiska szkoły na przebieg choroby:

- duża ilość zewnętrznych bodźców sensorycznych: hałas, fotostymulacja (komputer, dyskoteka);
- organizacja procesu nauczania – układ lekcji, przerw międzylekcyjnych, liczba lekcji w ciągu dnia, zmienność;
- stres, zmęczenie.

Wpływ choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

- w części przypadków upośledzenie umysłowe, niedowład mięśni;
- nadpobudliwość psychoruchowa, niezręczność;
- uboczne działanie leków przeciwpadaczkowych (senność, uczucie zmęczenia, zaburzenia koncentracji uwagi, wyjątkowo podwójne widzenie);
- obniżenie dyspozycji do nauki;
- drżenie rąk, zaburzenia równowagi.

¹ P. również rozdział IV. 1. (przy. red.)



Zadania pielęgniarki/higienistki szkolnej:

- współpraca z wychowawcą w szkole i rodzicami ucznia;
- współpraca z nauczycielem wf (w stosunku do dzieci bez napadów lub bardzo rzadkimi napadami, odnośnie zalecenia odpowiednich ćwiczeń pod szczególnym nadzorem zgodnie z kwalifikacją lekarską do zajęć wf);
- postępowanie w razie napadu padaczkowego. W przypadku konieczności podania relanium we wlewcę doodbytniczej – jego stosowanie wymaga stałego zlecenia na piśmie wydanego pielęgniarce przez lekarza prowadzącego, uaktualnianego co najmniej 1 raz w roku szkolnym;
- indywidualna edukacja zdrowotna, realizowana przy kontaktach z dzieckiem, dotycząca aktywności fizycznej, unikania sytuacji wywołujących napady (fotostymulacja, hałas, hiperwentylacja);
- w poradnictwie zawodowym uświadamianie uczniom zagrożeń i barier jakie niosą dla nich niektóre zawody: kierowanie pojazdami mechanicznymi, praca na wysokościach, przy obsłudze maszyn, niebezpiecznych źródłach prądu i ognia, w narażeniu na substancje neurotoksyczne) – współpraca z lekarzem poz i neurologiem;
- szczepienia – u uczniów, u których w czasie leczenia nie występują napady - szczepienia, poza krztuścem, nie są przeciwwskazane, przyjęte jest jednak w stosunku do tych dzieci korzystanie w tym zakresie z orzeczenia neurologa prowadzącego.

Uczniowie niepełnosprawni

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w roku szkolnym 2000/2001,¹ uczniowie niepełnosprawni stanowili 1,6 - 2% uczniów szkół ogólnodostępnych (w ramach tzw. nauczania integracyjnego). Największy odsetek niepełnosprawnych odnotowano wśród uczniów zasadniczych szkół zawodowych (2,1%), a następnie w szkołach podstawowych i gimnazjach (1,9%). W liceach ogólnokształcących i profilowanych uczniowie ci stanowili odpowiednio 1,8% i 1,6% populacji uczniowskiej.

Najliczniejszą grupę wśród dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w szkołach ogólnodostępnych stanowią uczniowie niepełnosprawni ruchowo (28%), drugą co do liczebności jest grupa dzieci z upośledzeniem umysłowym (26%).

Szczegółowe omówienie postępowania pielęgniarki szkolnej w stosunku do tych dzieci omówiono w rozdziale dotyczącym specyfiki pracy pielęgniarki w szkole specjalnej.²

¹ Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2002 r., GUS, Warszawa 2002.

² P. również rozdział IV. 1. (przyj. red.)



W tym miejscu zostaną przedstawione ogólne zasady dotyczące opieki i poradnictwa pielęgniarstwa indywidualnego w stosunku do poszczególnych uczniów lub ich grupy w tzw. systemie nauczania integracyjnego.

Wpływ środowiska szkoły na niepełnosprawność ucznia:

- trudności w adaptacji do środowiska zdrowych rówieśników;
- w niektórych sytuacjach brak zrozumienia problemów dziecka przez kolegów, nauczycieli i innych pracowników szkoły;
- bariery architektoniczne w szkole;
- odległość szkoły od miejsca zamieszkania;
- warunki i organizacja nauczania.

Wpływ niepełnosprawności na funkcjonowanie ucznia w szkole:

- towarzyszące niepełnosprawności zaburzenia emocjonalne;
- obniżenie sprawności intelektualnej;
- niepełnosprawność manualna;
- trudności w poruszaniu się (kule, wózek inwalidzki);
- zaburzenia mowy;
- częstsze stawianie się ofiarą przemocy.

Zadania pielęgniarki/higienistki szkolnej:

- współpraca z lekarzem poz oraz, w wybranych przypadkach z neurologiem, psychologiem;
- rozwiązywanie problemów społecznych i szkolnych ucznia wspólnie z pedagogiem szkolnym;
- współpraca z dyrekcją szkoły, nauczycielami, pedagogiem szkolnym w zakresie zadań związanych z rewalidacją ucznia;
- śledzenie rozwoju fizycznego, również poza terminami testów przesiewowych;
- wczesne wykrywanie testami przesiewowymi zaburzeń narządów zmysłów (wzrok, słuch);
- wykonywanie szczególnych, zleconych przez lekarza zabiegów (p. rozdział „Specyfika pracy pielęgniarki w szkole specjalnej”);
- szczepienia po uzgodnieniu lekarza poz ze specjalistą (w przypadku występowania u ucznia zaburzeń neurologicznych).



Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Bogucka J.*: Nauczanie i wychowanie integracyjne, [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. PZWL, Warszawa 2000.
2. *Czochańska J.*: Padaczka, [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. PZWL, Warszawa 2000, s. 293.
3. *Jodkowska M., Wojciechowska A.*: Niepełnosprawni – dzieci i młodzież, [w]: Szymborski J., Szamotulska K., Sito A.: Zdrowie naszych dzieci. Zróżnicowanie szans. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2000, s. 125-137.
4. *Pańkowska E.*: Cukrzyca, [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. PZWL, Warszawa 2000, s. 310.
5. *Woynarowska B.*: Medycyna a edukacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Wychowanie Fiz. i Zdrowotne, 1992, t. 39 (5), 166-174.

7.2. Dziecko krzywdzone

Anna Oblacińska

Jednym z **problemów społecznych uczniów**, na które pielęgniarzka szkolna powinna zwrócić szczególną uwagę jest problem maltretowania lub zaniedbywania dziecka przez osoby dorosłe.

Krzywdzenie dzieci przez osoby dorosłe występuje w każdym kraju, bez względu na rodzaj grup społecznych, narodowościowych czy religijnych. Przemoc wobec dzieci jest problemem znanym od wieków, lecz złe traktowanie dzieci było przez długi czas traktowane jako oczywistość, aprobowana nie tylko przez obowiązujące normy kulturowe, ale i prawne. Przyczyny i skutki tego zjawiska stały się przedmiotem badań socjologicznych i medycznych w zasadzie dopiero od końca XIX wieku.

W 1874 r. w Stanach Zjednoczonych powstało Towarzystwo Zapobiegania Cierpieniu Dzieci, jako pierwsza tego typu organizacja na świecie. Rozwinięła się ona obecnie w znaną instytucję International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN), zrzeszającą przedstawicieli resortu zdrowia, edukacji, spraw socjalnych i sprawiedliwości.¹

W 1961 r., na zjeździe pediatrów w Los Angeles, C. H. Kempe przedstawił po raz pierwszy „zespół dziecka bitego”.² W latach 70. termin „*syndrom bitego dziecka*” zaczęto zastępować określeniem „*dziecko maltretowane*” (ang.

¹ Mossakowska B.: Społeczno-medyczne aspekty zespołu dziecka krzywdzonego. *Przegl. Ped.*, 1998, 28, 3, 181.

² Kempe C.H. i wsp.: The Battered Child Syndrome. *JAMA*, 1962, 181.



child abuse), w języku polskim używa się określeń: krzywdzenie, znęcanie się, przemoc wobec dziecka.

W 1989 r. Organizacja Narodów Zjednoczonych ogłosiła „Kartę Praw Dziecka”, a rozdział XV Konwencji Praw Dziecka ONZ, który poświęcony jest problemom zdrowotnym i prawom dziecka chorego, zawiera również artykuły dotyczące działań w zakresie leczenia i zapobiegania skutkom przemocy wobec dzieci. Należy pamiętać, że Polska jest jednym z pierwszych państw, które w 1991 roku ratyfikowały Konwencję Praw Dziecka.¹

Przypadki krzywdzenia dzieci dosyć często nie są rozpoznawane, między innymi ze względu na brak wiedzy i przygotowania osób pracujących z dziećmi, w tym pielęgniarek i lekarzy. Mimo podnoszenia tego problemu od wielu lat, wciąż jeszcze zdarza się, że przypadki dzieci, które były np. hospitalizowane ze względu na urazy, jakich doznały w wyniku maltretowania, klasyfikowane są według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w odniesieniu do dominującego charakteru urazu, a nie jako całość zjawiska maltretowania.²

Definicja, formy i kryteria ryzyka zespołu

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, ustaloną podczas posiedzenia zarządu ŚOZ w 1985 roku w Szwajcarii, za: „*maltretowanie (krzywdzenie) dziecka* uważa się każde zamierzone i nie zamierzone działanie osoby dorosłej, społeczności lub państwa, działanie, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka”³.

Wyróżnia się następujące formy krzywdzenia dzieci:

- **przemoc fizyczna** - powoduje różne obrażenia ciała (złamania, oparzenia, stłuczenia tkanek, uszkodzenie mózgu aż do śmierci włącznie), rozpijanie dziecka,
- **maltretowanie psychiczne (emocjonalne)** - stosowanie gróźb, zastraszanie, poniżanie dziecka, aż do emocjonalnego odrzucenia,
- **wykorzystanie seksualne** - obejmuje nie tylko sam akt fizycznego gwałtu, lub zmuszanie do nierządu, dotykanie narządów płciowych, ale również ekshibicjonizm czy obsceniczne rozmowy z dzieckiem,
- **zaniedbywanie** – w sferze psychicznej i fizycznej, zaniedbywanie potrzeb związanych z poczuciem bezpieczeństwa dziecka, żywieniem, opieką me-

¹ P. również rozdział III. 1. (przyp. red.).

² Według dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) zespół maltretowanego dziecka – T 74.1, a T 74.2 – nadużywanie seksualne.

³ Mossakowska B.: Sprawozdanie z IX Międzynarodowego Zjazdu ISPCAN, Chicago 1992. Pamiętniki z III Ogólnopolskiego Spotkania Ochrona Dzieci Przed Okrucieństwem, Łódź 1994, 117.



dyczną, higieną, obciążanie nadmiernym wysiłkiem fizycznym (praca nieletnich), uniemożliwianie dostępu do nauki.

Czynnikami ryzyka występującymi w zespole dziecka krzywdzonego są:

- *ze strony dziecka* – wady rozwojowe i choroby przewlekłe, niepełnosprawność, dziecko niechciane, mała masa urodzeniowa ciała, nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenia zachowania;
- *ze strony rodziców, rodziny i warunków środowiskowych* – niski poziom wykształcenia, matka (rodzice) młodociani, bezrobocie, alkoholizm i narkomania, rozpad rodziny, konkubinat, pobyt w więzieniu, złe warunki mieszkaniowe, brak stałego miejsca zamieszkania, przemoc w rodzinie, wielodzietność.

Należy jednak zwrócić uwagę, że przypadki krzywdzenia dzieci zdarzają się również w rodzinach pełnych, dobrze sytuowanych, o małej liczbie dzieci, w których rodzice posiadają wyższe wykształcenie.

Rozpoznawanie:

Objawy, na podstawie których można podejrzewać krzywdzenie dziecka, zawarte są w tabelach 29 – 32

Tabela 29. Objawy sugerujące maltretowanie fizyczne dziecka

| Dane z wywiadu | Objawy somatyczne | Zachowanie |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Opóźnienie w udzieleniu pomocy w następstwie urazu • Brak świadków urazu • Niezgodność w opisie przebiegu wypadku w relacji dziecka i rodziców • W wywiadzie podobne „wypadki” • Brak zainteresowania rodziców dzieckiem • Postrzeganie dziecka przez rodziców jako upośledzonego fizycznie, umysłowo lub z innymi różnymi defektami | <ul style="list-style-type: none"> • Objawy urazów tkanek miękkich na twarzy, policzkach, wargach, karku, pośladkach, udach, tułowiu • Liczne uszkodzenia skóry o charakterystycznym kształcie i układzie w zależności od rodzaju urazu. Wygląd uszkodzeń nieadekwatny do opisywanego wypadku / rodzaju urazu • Siniaki, pręgi po uderzeniach w różnych stadiach gojenia się Ślady po oparzeniach na stopach, dłoniach, karku, pośladkach, | <ul style="list-style-type: none"> • Unikanie fizycznych kontaktów z dorosłymi • Uczucia nieadekwatne do wieku • Zachowania ekstremalne (agresja, izolacja) • Wyrażanie lęku przed rodzicami • Opisywanie przebiegu urazu przez rodziców • Niechęć do powrotu do domu • Niska samoocena • Noszenie ubrań zakrywających kończyny górne i dolne nawet w upalne dni |



Tabela 29. cd.

| Dane z wywiadu | Objawy somatyczne | Zachowanie |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Niewyjaśniona absencja szkolna• Występowanie licznych i przewlekłych sytuacji stresorodnych w rodzinie• Brak wsparcia ze strony rodziny• Rodzice okazują brak zaufania | <ul style="list-style-type: none">• okolicy narządów płciowych symetryczne i z ostro ograniczonym brzgiem• Złamania, skręcenia niezgodne z opisywanym wypadkiem (urazem)• Skaleczenia ust, warg, dziąseł, oczu• Wyłysienie plackowate skóry głowy• Obrzęki w okolicy brzucha, wymioty• Ślady uderzeń wskazujące na bicie przez dorosłych• Obecność uszkodzeń skóry po weekendach i nieobecności w szkole• Ślady uderzeń sznurkiem, paskiem | <p>Uwaga! Stwierdzenie u dziecka pojedynczego objawu nie wystarcza, aby uważać, że jest ono maltretowane. Konieczna jest dalsza obserwacja dziecka.</p> |

Według: Schwab N.C.: Child abuse and neglect: Legal and clinical implications for school nursing practice. School Nurse, 1989,4, s. 17.

Tabela 30. Objawy wskazujące maltretowanie emocjonalne dziecka

| Dane z wywiadu | Objawy somatyczne | Zachowanie |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Rodzice ignorują (izoluja), bagatelizują (odrzucają), robią „kozła ofiarnego” z dziecka• Oczekiwania rodziców są nieodpowiednie do wieku i rozwoju dziecka• Istnienie w przeszłości epizodów fizycznej przemocy i maltretowania | <ul style="list-style-type: none">• Zwykle nie występują żadne objawy• Opóźnienie wzrastania i rozwoju• Zaburzenia mowy• Objawy fizycznego maltretowania | <ul style="list-style-type: none">• Niska samoocena• Ssanie palca, kołysanie się, moczenie nocne• Zaburzenia snu• Zachowania „dorosłe” (opiekowanie się rodzzeństwem)• Zachowania antyspołeczne. Opóźnienie rozwoju emocjonalnego i intelektualnego |





Tabela 30. cd.

| Dane z wywiadu | Objawy somatyczne | Zachowanie |
|---|-------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Rodzice postrzegają swe dziecko jako „odmienne” | | <ul style="list-style-type: none"> Zachowania ekstremalne (agresja, uległość) Depresja Próby samobójcze lub ich demonstrowanie <p>Uwaga! Stwierdzenie u dziecka pojedynczego objawu nie wystarcza, aby uważać, że jest ono maltretowane. Konieczna jest dalsza obserwacja dziecka.</p> |

Według: Schwab N.C.: Child abuse and neglect: Legal and clinical implications for school nursing practice. School Nurse, 1989,4, s. 17.

Tabela 31. Objawy sugerujące krzywdzenie (maltretowanie) seksualne dziecka

| Dane z wywiadu | Objawy somatyczne | Zachowanie |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Nieokreślone skargi i dolegliwości somatyczne Duża absencja szkolna Nieadekwatna kontrola w domu Przebyte infekcji układu moczowego i pochwy Skargi na bóle w okolicy narządów płciowych, odbytu, krzyża, dole brzucha Skargi na świąd w okolicy narządów płciowych Przyznanie się do aktywności seksualnej Występowanie w rodzinie przypadku maltretowania seksualnego | <ul style="list-style-type: none"> Dyskomfort w czasie chodzenia i siedzenia Objawy urazów i uszkodzeń w okolicy ust Obecność wydzieliny w pochwie lub jej stan zapalny Zasinienie, obrzęk, otarcia naskórka w okolicy narządów płciowych i na wewnętrznej powierzchni ud Zaburzenia w oddawaniu moczu. Zapalenie sromu Objawy chorób przenoszonych drogą płciową Ciąża | <ul style="list-style-type: none"> Niska samoocena Zmiany w sposobie jedzenia Nieuzasadnione nowe lęki Zaburzenia snu Zmiana osobowości (wrogość, agresja, nadmierna uległość) Depresja Niepowodzenia w szkole Wycofywanie się z kontaktów społecznych, złe relacje z rówieśnikami Poziom wiedzy o seksie wyszukany i nieadekwatny do wieku Wyzywające zachowanie, nasilone kontakty |



Tabela 31. cd.

| Dane z wywiadu | Objawy somatyczne | Zachowanie |
|---|-------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> go rodzica lub rodzeństwa Nadmierna troska o stan i pielęgnację narządów płciowych | | seksualne, prostytutka <ul style="list-style-type: none"> • Używanie środków odurzających • Próby samobójcze lub ich demonstrowanie • Ucieczka <p>Uwaga! Stwierdzenie u dziecka pojedynczego objawu nie wystarcza, aby uważać, że jest ono maltretowane. Konieczna jest dalsza obserwacja dziecka.</p> |

Według: Schwab N.C.: Child abuse and neglect: Legal and clinical implications for school nursing practice. School Nurse, 1989,4, s. 17.

Tabela 32. Objawy sugerujące zaniedbywanie dziecka

| Dane z wywiadu | Objawy somatyczne | Zachowanie |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Duża absencja szkolna • Częste wizyty w gabinecie medycznym z powodu niespecyficznych dolegliwości • Nieodpowiednia opieka nad dzieckiem przez długi okres czasu i w sytuacjach zagrożenia • Częste zamykanie domu przed dzieckiem • Brak zainteresowania rodziców zdrowiem dziecka i zaleceniami lekarskimi • Brak posiłku przez całą dobę • Niski standard mieszkania, brud, obecność różnych owadów • Nadużywanie przez członków rodziny alkoholu lub używanie narkotyków, hazard | <ul style="list-style-type: none"> • Głód, odwodnienie • Zaniedbania w zakresie higieny ciała • Próchnica zębów, zły stan higieny jamy ustnej • Nieodpowiednie do pogody i rozmiarów ciała dziecka ubranie, odzież brudna, stale noszona • Stałe zmęczenie i apatia • Niezaspokojone potrzeby fizyczne i zdrowotne • Zakażenie pasożytami, wszawica • Liczne uszkodzenia skóry, owrzodzenia | <ul style="list-style-type: none"> • Wczesne przychodzenie i późne wychodzenie ze szkoły • Częste zasypianie w klasie • Prośzenie o jedzenie lub jego kradzieże • Zachowania zbliżone do dorosłych, „pseudo-dojrzałość” (opiekanie się rodzeństwem) • Zachowania przestępcze • Używanie alkoholu lub narkotyków <p>Uwaga! Stwierdzenie u dziecka pojedynczego objawu nie wystarcza, aby uważać, że jest ono maltretowane. Konieczna jest dalsza obserwacja dziecka.</p> |

Według: Schwab N.C.: Child abuse and neglect: Legal and clinical implications for school nursing practice. School Nurse, 1989,4, s. 17.



Podejrzanie krzywdzenia dziecka w wieku szkolnym należy uwiarygodnić na podstawie rozmowy z dzieckiem, rodzicami, wychowawcą klasy oraz na podstawie wywiadu środowiskowego. W każdym przypadku niezbędny jest takt i ostrożność, aby z jednej strony nie wysuwać zbyt pochopnych podejrzeń, a z drugiej – uchronić dziecko przed dalszymi atakami przemocy. W opiece pielęgniarstwie i lekarskiej nad dziećmi krzywdzonymi priorytetowe znaczenie ma:

Profilaktyka pierwszorzędowa wiąże się z eliminowaniem patologii społecznej, która jest często powiązana z przemocą w rodzinie. W wielu sytuacjach rodzice nie mogą należycie wywiązywać się ze swych obowiązków (zaniechanie dziecka), z powodu braku środków finansowych – bezrobocie, wielodzietność, choroby w rodzinie. Oprócz wsparcia finansowego, terapia tych rodzin powinna polegać na pomocy w zakresie radzenia sobie z własnymi problemami i wskazywanie potrzeb dziecka.

Profilaktyka drugorzędowa ma na celu wczesne wykrycie objawów maltretowania, zanim ujawnią się poważne lub trwałe zmiany. W przypadku uczniów ważną rolę w rozpoznawaniu i udzielaniu pomocy dziecku z zespołem krzywdzenia odgrywa pielęgniarka/higienistka szkolna. Postępowanie jej w każdym przypadku powinno być zindywidualizowane. Bardzo istotna jest odpowiednia dokumentacja, umożliwiająca wstępną identyfikację dzieci krzywdzonych i postawienie diagnozy.

W zakresie interweniowania i ochrony dziecka przed przemocą, pielęgniarka/higienistka szkolna może oczekiwać wsparcia ze strony pedagoga i psychologa szkolnego, lokalnego ośrodka pomocy społecznej, lekarza poz, pielęgniarki środowiskowej, komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, organizacji charytatywnych kościelnych i świeckich, w uzasadnionych przypadkach policji i prokuratury.¹

¹Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. 2002, Nr 11, poz.109) - Art. 1. § 1. Przepisy ustawy stosuje się w zakresie:

- 1) zapobiegania i zwalczania demoralizacji - w stosunku do osób, które nie ukończyły lat 18,
- 2) postępowania w sprawach o czyny karalne - w stosunku do osób, które dopuściły się takiego czynu po ukończeniu lat 13, ale nie ukończyły lat 17,
- 3) wykonywania środków wychowawczych lub poprawczych - w stosunku do osób, względem których środki te zostały orzeczone, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez te osoby lat 21.

Art. 4. § 1. Każdy, kto stwierdzi istnienie okoliczności świadczących o demoralizacji nieletniego, w szczególności naruszanie zasad współżycia społecznego, popełnienie czynu zabronionego, systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego lub kształcenia zawodowego, używanie alkoholu lub innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, uprawianie nierzędu, włóczęgostwo, udział w grupach przestępczych, ma społeczny obowiązek odpowiedniego przeciwdziałania temu, a przede wszystkim zawiadomienia o tym rodziców lub opiekuna nieletniego, szkoły, sądu rodzinnego, policji lub innego właściwego organu. Art. 4a. Podmioty współdziałające z sądem rodzinnym, a w szczególności: instytucje państwowe, społeczne lub jednostki samorządowe oraz osoby godne zaufania, w zakresie swego działania, udzielają na żądanie sądu rodzinnego informacji niezbędnych w toku postępowania.



W przypadku zagrożenia zdrowia i życia dziecka w wyniku przemocy, istnieje obowiązek zgłaszania sprawy równocześnie do sądu rodzinnego i prokuratury, z opisem stanu dziecka i jasnym komentarzem oraz stawienia się w charakterze świadka na wezwanie do sądu.

Aktywna pomoc dzieciom krzywdzonym (*profilaktyka trzeciorzędowa*) ze strony pielęgniarki/higienistki szkolnej, w zależności od potrzeb obejmuje:

- podjęcie próby dialogu z rodzicami i/lub poinformowanie ich o zamierzonych działaniach;
- zgłoszenie do organizacji chroniącej prawa dziecka (Komitet Obrony Praw Dziecka, Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie, Niebieska Linia) lub policji;
- w razie potrzeby przekazanie dziecka do odpowiedniej placówki służby zdrowia w celu dokładnego zbadania i leczenia;
- współpraca z innymi pracownikami szkoły w oddziaływaniu na rodzinę i tworzeniu w szkole środowiska terapeutycznego dla dziecka.

Fundacja Dzieci Niczyje

03-926 Warszawa, ul. Walecznych 59

tel.: 0-22 616 02 68

fax.: 0-22 616 03 14

www.fdn.pl

Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”

tel. płatny 0-22 666 00 60 pn.-pt.: 10.00-22.00

tel. płatny pierwszy impuls 0 801 12 00 02 pn.-sob.: 10.00-22.00;

nd. i św. 10.00-16.00

e-mail: pogotowie@niebieskalinia.pl

Podsumowanie

Postępowanie pielęgniarki w każdym przypadku krzywdzenia dziecka powinno być zawsze zindywidualizowane i ostrożne. Bardzo istotna jest odpowiednia dokumentacja, umożliwiająca wstępną identyfikację dzieci krzywdzonych i postawienie diagnozy. Należy pamiętać o ścisłej współpracy w planowaniu opieki nad tymi uczniami z personelem szkoły, aby uniknąć dublowania działań.



Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Krawczyński M.*: Przemoc wobec dziecka. Dziecko krzywdzone. Definicja i interpretacja zjawiska. Aspekty prawno-organizacyjne i psychospołeczne. *Ped. Pol.*, 1998, 73, 10, 991.
2. *Margolis A.*: Zespół dziecka maltretowanego. Diagnostyka medyczna. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 1998.
3. *Oblacińska A.*: Dziecko krzywdzone, [w]: *Woynarowska B.* (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 327.
4. *Oblacińska A., Woynarowska B.*: Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2002, s.100.

7.3. Uczniowie używający substancji psychoaktywnych

Barbara Woynarowska

Używanie substancji psychoaktywnych, zwłaszcza przez młodych ludzi jest obecnie poważnym problemem zdrowotnym i społecznym na całym świecie. Przyjmowanie tych substancji zalicza się do zachowań ryzykownych dla zdrowia, zwanych obecnie problemowymi. W Polsce, w okresie transformacji ustrojowej, sytuacja w zakresie podaży i struktury używania tych substancji uległa gwałtownej i głębokiej zmianie. Stały się one dostępne dla dzieci i młodzieży. Dla przeciwdziałania ich używaniu wprowadzono do szkół wiele edukacyjnych programów profilaktycznych, opracowanych przez różne organizacje. W 2002 r. szkoły zostały zobowiązane do opracowywania programu profilaktyki.¹ Poniżej podano podstawowe informacje, które pomogą pielęgniarce/higienistce szkolnej włączyć się do realizacji takiego programu i sprawowania opieki (poradnictwa czynnego) nad uczniami zagrożonymi uzależnieniem i innymi szkodami związanymi z używaniem tych substancji. Bardziej wyczerpujące informacje można znaleźć w obszernym piśmiennictwie.

Podstawowe pojęcia

Substancje psychoaktywne (SPs) – substancje chemiczne, pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, które działając na ośrodkowy układ nerwowy (o.u.n.) wywołują zmiany w stanie psychicznym i zachowaniu człowieka oraz niektórych funkcji jego organizmu. Do substancji tych należą tytoń, alkohol, niektóre leki oraz różnorodne substancje określane potocznie jako narkotyki (tab. 33).

¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych statutów przedszkola oraz szkoły publicznej. (Dz. U. Nr 10, poz. 90).



Uzależnienie – zespół zjawisk fizjologicznych, behawioralnych (związanych z zachowaniem), psychicznych, jakie mogą rozwinąć się w wyniku powtarzającego się przyjmowania SPs, w tym:

- **uzależnienie psychiczne** – trudna do przezwyciężenia potrzeba, wewnętrzny przymus zażycia SPs w celu poprawy samopoczucia, usunięcia dyskomfortu psychicznego lub przeżycia nowych wrażeń;
- **uzależnienie fizyczne** – stan patologiczny, związany z włączeniem się SPs (lub produktów jego przemiany) w cykl przemian metabolicznych organizmu. Z pojęciem tym wiąże się: rozwój **tolerancji** (dostosowania się) organizmu na daną substancję i konieczność zwiększania jej dawki dla uzyskania tego samego efektu; **zespół abstynencyjny** („głód narkotyczny”) – zaburzenia, dolegliwości somatyczne i stany psychiczne odczuwane w przypadku wstrzymania lub ograniczenia spożywania danej substancji.

Szkody związane z używaniem substancji psychoaktywnych – różnorodne skutki zdrowotne i społeczne, wśród których można wyróżnić cztery grupy:

- szkody zdrowotne i społeczne spowodowane długotrwałym (przewlekłym) używaniem SPs, w tym uzależnienia, zaburzenia funkcji różnych układów i ich choroby, zaburzenia psychiczne;
- zachowania podejmowane w związku z używaniem SPs, stanowiące potencjalne zagrożenie dla zdrowia lub bezpieczeństwa;
- zagrożenia dla rozwoju osobistego;
- różnorodne szkody doznawane przez dzieci i rodziny osób nadużywających SPs lub uzależnionych.

Nie wszystkie SPs wywołują uzależnienie. Na przykład w odniesieniu do marihuany jest ono rzadkie i ogranicza się głównie do uzależnienia psychicznego, uzależnienia nie powoduje też większość substancji halucynogennych. Z tego powodu uzależnienie przestało być wyróżnikiem szkodliwości substancji. W odniesieniu do uczniów, u których czas używania SPs jest jeszcze krótki należy brać pod uwagę przede wszystkim inne szkody, w tym zwłaszcza:

- **Bezpośrednie zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa**, w tym zachowania ryzykowne podejmowane po zażyciu alkoholu i innych substancji, podejmowane w wyniku upośledzenia funkcji o.u.n, np. prowadzenie samochodów i innych pojazdów mechanicznych, skoki do wody w miejscach niedozwolonych, praca na wysokości, wszczynanie bójek i podejmowanie stosunków płciowych bez zabezpieczenia. Są one przyczyną wypadków i urazów, chorób przenoszonych drogą płciową, które mogą prowadzić do śmierci, kalectwa, chorób przewlekłych (w tym także zakażenia wirusem HIV). Zdarza się, że narkotyki zawierają toksyczne zanieczyszczenia i domieszki i skutki ich użycia mogą być bardzo groźne. U młodzieży większe jest też niż u dorosłych ryzyko przedawkowania narkotyku, ciężkiego zatrucia i zgonu.



- *Zagrożenia dla prawidłowego rozwoju* młodego człowieka, w tym:
 - utrwalanie się nieprawidłowych sposobów radzenia sobie z trudnościami: substancje o działaniu hamującym na o.u.n. tłumią przykre doznania, stanowią ucieczkę przed problemami rodzinnymi, szkolnymi, niezaspokojonymi potrzebami; substancje pobudzające w sztuczny sposób zwiększają sprawność umysłową i wydolność fizyczną; halucynogenne powodują „odloty” – niebezpieczną alternatywę dla poszukiwania atrakcyjnych i konstruktywnych zainteresowań;
 - zmniejszenie dyspozycji do nauki i zmniejszenie szansy na zdobycie odpowiedniego wykształcenia;
 - niekorzystny wpływ na rozwój duchowy – ograniczenie wolności, zdolności do panowania nad swoim ciałem i psychiką.¹

Epidemiologia

Wiek szkolny, a szczególnie okres dojrzewania, jest czasem eksperymentowania z różnymi rodzajami SPs, zwłaszcza przy obecnie dużej ich różnorodności i łatwej dostępności. Należy je rozpatrywać w kontekście zadań rozwojowych młodzieży, do których należą m.in.: kształtowanie własnej tożsamości, uzyskiwanie autonomii i niezależności od rodziców, rozwijanie kontaktów społecznych, doświadczanie własnej dojrzałości seksualnej. Przyjmuje się, że używanie SPs spełnia funkcje instrumentalne lub/i symboliczne w realizacji niektórych ww. zadań rozwojowych.²

Istnieje wiele wyników badań ilustrujących rozpowszechnienie używania SPs wśród młodzieży, w Polsce.³ W tabeli 34 i 35 podano odsetki uczniów w wieku 11-15 lat, którzy używają ich z różną częstością. Szczególnej uwagi wymagają uczniowie o nasilonym (częstym) używaniu tych substancji. Jest to grupa wysokiego ryzyka uzależnienia i innych szkód zdrowotnych i społecznych. Wymagają oni działań z zakresu profilaktyki wtórnej (interwencji), w której uczestniczyć powinna także pielęgniarka/higienistka szkolna.

¹ Ostaszewski K.: Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Wyd. Scholar, Warszawa 2003.

² Frączek A.: Rozwój w okresie dorastania a nawykowe palenie i picie. Nowiny Psycholog. 1990, 5-6, 71-82.

³ P. również rozdział I.2.4. (przyp. red.)

Tabela 33. Charakterystyka najczęściej używanych przez młodzież substancji psychoaktywnych (poza tytoniem i alkoholem)

| Rodzaj (nazwy slangowe) | Wygląd | Sposób przyjmowania | Typowe objawy po użyciu | Skutki długotrwałego użycia |
|--|---|--|---|---|
| <p>Konopie indyjskie</p> <p>Marihuana (skręt, joint, blant, trawa, ziele, zielsko, grass, marycha, maryśka, gandzia)</p> <p>Skun – mocna odmiana marihuany, uprawiana w specjalnych warunkach (często z domieszką innych substancji)</p> <p>Haszysz (hasz, grudka, gruda, kostka, czekoladka, afgan, plastelina, kloc)</p> | <p>Zielonobrazowe liście i nasionka, mieszanka suchych liści i kwiatostanów, przypominająca majeranek, suszoną natkę pietruszki</p> <p>Brazowe lub czarne kulki lub kostki albo cienkie paski</p> | <p>Najczęściej palona w postaci własnoręcznie zrobionych skrętów</p> <p>Najczęściej palony w fajeczkach kupowanych w sklepach orientalnych i fajkach wodnych</p> | <p>Główny środek aktywny THC (tetrahydrokannabinol)</p> <p>Euforia, gadatliwość, napady śmiechu, poczucie odprężenia, bez troski, rozmarzenia, czasami zamknięcie się w sobie, milczenie, lęk, rozdrażnienie</p> <p>Osłabienie pamięci, wrażenie wolnego upływu czasu, obniżona koncentracja, obniżenie aktywności ruchowej</p> <p>Podrażnienie spojówek (przekrwione oczy), obrzęk powiek, zwiększona wrażliwość na światło lub dźwięk, suchość błon śluzowych, kaszel, zwiększony apetyt, pragnienie, zawroty głowy</p> | <p>Bardzo rzadko uzależnienie psychiczne</p> <p>„Zespół amotywacyjny”: zmniejszenie energii, dążenia do osiągnięć, apatia, poczucie smutku, upośledzenie zdolności do komunikowania się</p> <p>Choroby układu oddechowego, rak płuc (często wywołane współistniejącym paleniem tytoniu)</p> |
| <p>Amfetamina (speed, dynamit, przyspieszacz, amfa, feta, pyłek, proszek, kreska, witamina A)</p> | <p>Biały lub beżowy proszek, tabletki, kapsułki, kryształki,</p> | <p>Wdychana, wciągana przez nos, przyjmowana doustnie lub wstrzykiwana</p> | <p>Przyływ energii, zniesienie uczucia zmęczenia, poczucie mocy, wzmożona aktywność, słowotok, bezsenność; zmniejszone łaknienie; w końcowej fazie działania - zmęczenie i senność</p> | <p>Uzależnienie psychiczne</p> <p>Zaburzenia snu, stany depresyjne z myślami samobójczymi, psychozy</p> <p>Wysypki skórne</p> |

Tabela 33. cd.

| Rodzaj (nazwy slangowe) | Wygląd | Sposób przyjmowania | Typowe objawy po użyciu | Skutki długotrwałego użycia |
|--|---|---|--|---|
| cd. Amfetamina | | | Rozszerzone źrenice (osłabiona reakcja na światło), suchość w ustach, przyśpieszona czynność serca, oddech, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi | |
| Kokaina (koka, koks, koksik, gram, porcja, pasta, puder, śnieg, biała dama, witamina C) | Krystalicznie biały proszek lub płatki | Najczęściej wciągana przez nos w postaci tabaczkki, a także zażywana doustnie, wstrzykiwana, palona z domieszką innych substancji | Uczucie radości, euforia, pobudzenie ruchowe, zwiększona rozmowność, nie odczuwanie głodu, osłabienie krytycyzmu; następnie ogólne wyczerpanie, rozdrażnienie, senność i depresja – pragnienie ponownego przyjęcia („kraksa” – rodzaj zespołu abstynencyjnego) | Zespół uzależnienia, depresja, lęki, drażliwość, urojeń, zamroczenia Stany zakrzepowe, ubytek masy ciała, bladeść skóry twarzy, czerwony nos z krostkami, zawroty głowy, ogólne osłabienie |
| Crack – odmiana kokainy (kisielek, galaretką) | Białe, beżowe lub brązowe kamyki (żwir), sprzedawane w foliowych woreczkach lub folii aluminiowej | Palenie w specjalnej fajce lub wdychanie oparów podgrzewając substancję na łyżeczce | Rozszerzone źrenice, pociąganie nosem i/lub katar Przy dużych dawkach: drgawki, napad szału, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, niemierność tętna, skurcze tętnic wieńcowych, wysoka gorączka, ryzyko zgonu | |

Tabela 33. cd.

| Rodzaj (nazwy slangowe) | Wygląd | Sposób przyjmowania | Typowe objawy po użyciu | Skutki długotrwałego użycia |
|--|---|---|---|--|
| <p>Środki halucynogenne</p> <p>LSD (kwas, kwach, kwasik, papirek, kryształek, kamyczek, eisd, tejbs, listek oraz nazwy własne bibulek z kolorowym nadrukiem)</p> | <p>Papierki (bibułki) w formie znaczków, pigułki, kostki cukru, kolorowe „kamyki do zapalniczek”, tabletki, kapsułki nasączone LSD</p> | <p>Doustnie</p> | <p>Omamy wzrokowe, słuchowe i dotykowe zaburzone (wyostżone) postrzeganie rzeczywistości (dźwięków, kolorów), poczucie przyływu energii, siły, błędna ocena czasu, odległości, własnych możliwości (powodujące nieracjonalne zachowania)</p> <p>„Odloty” - „dobra podróż” – barwne wizje lub przeżywane przyjemne odczucia może przekształcić się w „złą podróż” z omamami o przerażającej treści, lęki, napady paniki</p> <p>Rozszerzenie źrenic, przyspieszony oddech, brak łaknienia, zgrzytanie zębami</p> <p>Niekiedy nawet jednorazowe użycie może spowodować nieodwracalne uszkodzenie mózgu (ecstasy)</p> | <p>Uzależnienie psychiczne</p> <p>Objawy psychotyczne tzw, flashback – nawroty omamów wzrokowych doznawanych w przeszłości z towarzyszącymi napadami lęku, zaburzeniami czasu i przestrzeni</p> <p>Depresja i inne stany sprzyjające samobójstwom i samookaleczeniu, ujawnienie się ukrytych objawów choroby psychicznej (LSD)</p> |
| <p>Ecstasy (eska, bleta, piguła, białe gołębice oraz nazwy własne tabletek np., UFO, Love, Superman, Vogel)</p> | <p>Białe, brązowe, różowe lub żółte tabletki o różnych kształtach (okrągłe, serduszką) z wytłoczonymi wzorkami lub kolorowe kapsułki, proszek</p> | <p>Doustnie, najczęściej w czasie imprez, dyskotek, wielogodzinnych, a nawet wielodniowych zabaw („rave party”)</p> | | |

Tabela 33. cd.

| Rodzaj (nazwy slangowe) | Wygląd | Sposób przyjmowania | Typowe objawy po użyciu | Skutki długotrwałego użycia |
|--|--|---|---|--|
| <p>Środki halucynogenne c.d.</p> <p>Grzyby halucynogenne (grzybki, psylocyby, psyłki, baluny), Polsce najbardziej znane łyśsiaczka lancetowata i muchomor czerwony</p> <p>Bieluń dziedzierzawa (roślina jednoroczna rosnąca w ogrodach, ugorach, wysypiskach) podobne działanie ma lulek czarny i pokrzyk wilcza jagoda (tzw. „diabelskie” dary przyrody – trąba angielska, psia wiśnia, leśna tabaka, nocny cień)</p> | <p>Suszone grzybki, różnego rodzaju o zabarwieniu od żółtawego do czarnego</p> <p>Nasiona, czarne błyszczące jagody, nieraz do wielkości wiśni, liście</p> | <p>Doustnie – suszone lub surowe</p> <p>Doustnie, zwykle napary</p> | <p>Substancja aktywna - psylocybina. Pierwsza faza (po 20-30 min) oszołomienie, zawroty głowy, mdłości, strach; druga faza „odlot” - podróż w świat wizji i halucynacji (patrz wyżej); trzecia faza bierność, obojętność, milczenie</p> <p>Halucynacje, podniecenie ruchowe na granicy szału, gorączka, niepokój, rozszerzenie źrenic, suchość w ustach</p> <p>Trudne do przewidzenia skutki działania, wysokie ryzyko ciężkiego zatrucia i zgonu</p> | <p>Jak wyżej, wysokie ryzyko psychozy i ciężkiego zatrucia</p> |
| <p>Opiaty</p> <p>Kompot tzw. polska heroina</p> | <p>Jasny lub ciemnobrązowy płyn o słodkim zapachu i gorzkim smaku wytwarzany chałupniczo</p> | <p>Wstrzykiwany dożylnie</p> | <p>Poczucie spokoju, spowolnienie psychoruchowe lub niepokój, senność (podsypianie)</p> | <p>Uzależnienie początkowo psychiczne, po krótkim czasie fizyczne (zespół abstynencyjny)</p> |

Tabela 33. cd.

| Rodzaj (nazwy slangowe) | Wygląd | Sposób przyjmowania | Typowe objawy po użyciu | Skutki długotrwałego użycia |
|---|--|---|--|---|
| Opiaty c.d. Brown sugar (brązowy cukier) – odmiana heroiny (brąz, brain) | Brunatna, różowa lub beżowa granulowana substancja wyglądem przypominająca cukier lub żwirek | Najczęściej wdychany dym, rzadziej wstrzykiwany lub przyjmowany doustnie | Zwężone źrenice, brak reakcji na światło, zwolniona czynność serca, rytm oddychania, nudności i wymioty (przy wstrzykiwaniu ślady nakłuć na skórze, plamy krwi na ubraniu) | Gwałtowny ubytek masy ciała, obniżenie odporności organizmu, uszkodzenie wątroby Przy przyjmowaniu dożylnym ryzyko zakażenia wirusem HIV, WZW typu B lub typu C Ryzyko śmierci z przedawkowania |
| Środki wziewne (klej, snif, solwent, rozpuchol, budzio, wynalazek) | Kleje (butapren, toulén), lakiery (w tym do malowania paznokci), rozpuszczalniki do farb i lakierów), eter, benzyna, terpentyna (także w pastach do podłogi), płyny zapobiegające zamarzaniu wody w samochodach itd. | Najczęściej wdychanie oparów z woreczków foliowych (zwanymi „smarkami”) lub nasączonych chustek i szmat | Objawy przypominające spożycie alkoholu – odurzenie, odprężenie i radość, czasem euforia, brak możliwości oceny rzeczywistości (w tym stanie może dojść do bójek, innych form agresji, kradzieży) Kichanie i kaszel, katar lub krwawienie z nosa, zapalenie spojówek, zapach z ust utrzymujący się nawet kilka dni po zażyciu | Uszkodzenie płuc, wątroby, mózgu Ryzyko śmierci przez uduszenie podczas wdychania środka |

Tabela 33. cd.

| Rodzaj (nazwy slangowe) | Wygląd | Sposób przyjmowania | Typowe objawy po użyciu | Skutki długotrwałego użycia |
|--|--|--|---|---|
| Leki uspokajające lub nasenne (prochy, piguły, pestki, rolki, ziomki, doro- ta, dorotka, efka, erki) | Tabletki, płyny (najczęściej z gru- py barbituranów, benzodiazepin) | Doustnie, rzadziej wstrzykiwane (po roz- puszczeniu) | Małe dawki poczucie odprężenia, większe dawki - stan jak po upo- jeniu alkoholowym – senność, „zamazana” mowa, zaburzenia pamięci | Uzależnienie psychiczne i fizyczne (zespół abstynencyj- ny – drżenie rąk, zawroty głowy, jadłowstręt, nudności, drgawki itd.) Groźne w skutkach mieszanie leków z alkoholem i innymi substancjami Ryzyko przedawkowania i zgonu |
| Sterydy anaboliczne (koks, wino, deka, metka, mietek, omen, omka, pri- ma, teściu) | Leki przyjmowane głównie przez chłopców w celu zwiększenia siły i poprawienia wy- glądu przez przy- rost masy mięśni | Doustnie lub dożylnie | Poprawa nastroju, przyływ ener- gii, poczucie siły Obrzęk twarzy, zmiany na skórze (plamy, nasilenie trądziku) | Zaburzenia hormonalne, przy- śpieszenie tempa dojrzewania i wzrastania przy skróceniu czasu jego trwania (ostatecz- nie niższy wzrost) Uszkodzenie narządów we- wnętrznych Zaburzenia psychiczne o róż- nym nasileniu: agresja, lęki, depresja |



Tabela 34. Częstość palenia papierosów i picia alkoholu przez młodzież w wieku 11-15 lat w Polsce w 2002 r.

| Rodzaj zachowań | Chłopcy % (wiek w latach) | | | | Dziewczęta % (wiek w latach) | | | |
|--|------------------------------|----|----|----|---------------------------------|----|----|----|
| | Ogółem | 11 | 13 | 15 | Ogółem | 11 | 13 | 15 |
| Pałają papierosy | | | | | | | | |
| z różną częstością | 20 | 8 | 19 | 34 | 14 | 3 | 14 | 26 |
| codziennie | 10 | 1 | 8 | 21 | 9 | 0 | 4 | 12 |
| Byli w stanie upojenia alkoholowego | | | | | | | | |
| co najmniej 1 raz | 34 | 13 | 30 | 58 | 24 | 5 | 21 | 44 |
| 4 razy lub więcej | 9 | 2 | 6 | 21 | 4 | 0 | 3 | 9 |
| Piją w każdym tygodniu* | | | | | | | | |
| Piwo | 9 | 3 | 8 | 18 | 4 | 0 | 4 | 7 |
| Wódkę | 3 | 1 | 3 | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 |

* w tym także codziennie

Źródło: Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2002.

Tabela 35. Częstość używania innych substancji psychoaktywnych przez młodzież w wieku 15 lat w Polsce w 2002 r.

| Rodzaj substancji | Chłopcy % | Dziewczęta % |
|--|-----------|--------------|
| Marihuana i haszysz | | |
| kiedykolwiek w życiu | 25,0 | 11,6 |
| 10 razy lub więcej | 6,6 | 1,9 |
| Amfetamina | | |
| kiedykolwiek w życiu | 8,1 | 1,3 |
| 10 razy lub więcej | 4,0 | 0,3 |
| Ecstasy | | |
| kiedykolwiek w życiu | 3,8 | 3,2 |
| 10 razy lub więcej | 0,7 | 0,1 |
| Środki wziewne | | |
| kiedykolwiek w życiu | 7,6 | 4,5 |
| 10 razy lub więcej | 1,2 | 0,0 |
| Leki przyjmowane w celu odurzenia się | | |
| kiedykolwiek w życiu | 4,7 | 5,1 |
| 10 razy lub więcej | 0,9 | 0,4 |

Źródło: jak w tabeli 34



Częstość używania SPs jest większa u chłopców niż u dziewcząt, w mieście niż na wsi oraz zwiększa się z wiekiem. U uczniów młodszych dominuje eksperymentowanie – jednorazowe lub kilkakrotne zażycie danej substancji dla zaspokojenia ciekawości, doświadczenia nowych doznań, dotrzymania towarzystwa itd. W ostatnich klasach gimnazjum i w szkole ponadgimnazjalnej, u kilku do kilkunastu procent uczniów dochodzi do wzrostu intensywności i częstość używania SPs.

W ostatniej dekadzie wyraźnie zwiększył się odsetek młodzieży używającej tych substancji, zwłaszcza wśród dziewcząt. Należy spodziewać się, że podobnie jak w krajach Europy Zachodniej, w Polsce będą wyrównywać się różnice w częstości tych zachowań między chłopcami a dziewczętami.

Profilaktyka

Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych jest niezwykle trudnym i złożonym zadaniem i jak dotychczas, efekty działań nie są zadowalające. Szczegółowe ich omówienie zawierają wymienione na końcu pozycje piśmiennictwa. Warto tu jednak zwrócić uwagę na nowe podejścia oraz próby zwiększenia skuteczności działań:

- Integralne podejście do SPs tzn. łączne traktowanie palenia tytoniu, picia alkoholu i używania narkotyków, jako „różnego oblicza” tego samego problemu. Wykazano, że zachowania te współistnieją ze sobą, a palenie tytoniu „toruje drogę” (stanowi „wrota”) do alkoholu i narkotyków; nie ma zatem podstaw do odrębnych działań profilaktycznych (programów) „antytytoniowych”, „antyalkoholowych” i „antynarkotykowych”;
- Rezygnacja z terminu profilaktyka „uzależnień” na rzecz terminu profilaktyka „zagrożeń związanych w używaniem SPs”, a więc uwzględnienie zapobiegania innym ww. szkodom zdrowotnym i społecznym;
- Realizowane w wielu szkołach programy profilaktyczne, edukacyjne okazały się w niewielkim stopniu skuteczne dla zmniejszenia częstości palenia tytoniu, picia alkoholu i używania narkotyków. Wymiernym efektem był jedynie przyrost wiedzy. Podobne niepowodzenia obserwuje się w innych krajach. Zwiększenie skuteczności tych programów wymaga spełnienia wielu warunków. W odniesieniu do uczniów, bardziej skuteczne są programy, w których aktywnie uczestniczą rodzice, a także społeczność lokalna.

Rola pielęgniarki/higienistki szkolnej w profilaktyce zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych

Pielęgniarka/higienistka szkolna, w miarę swoich możliwości, powinna współuczestniczyć w działaniach dotyczących wszystkich trzech obszarów profilaktyki.



Profilaktyka pierwszorzędowa

Zadaniem pielęgniarki/higienistki szkolnej w zakresie działań uprzedzających, dotyczących ogółu uczniów jest:

- Tworzenie pozytywnych wzorców zachowań (np. niepalenie) oraz dobrych relacji z uczniami i ich rodzicami; rozwijanie własnych umiejętności osobistych i społecznych;
- Ograniczenie podawania w gabinecie uczniom leków, zwłaszcza w przypadkach masowo występujących dolegliwości takich jak bóle brzucha, głowy, zdenerwowanie. Należy stosować inne formy pomocy np. posiłek dla uczniów głodnych, spacer po boisku, relaksacja, akupresura i uczyć dziecko samodzielnego stosowania tych metod. Ważne jest też kształtowanie u młodzieży odpowiednich postaw wobec nadużywania leków, bardzo rozpowszechnionego w społeczeństwie polskim;
- Udział w opracowywaniu i realizacji szkolnego programu profilaktyki, podjęcie zadań leżących w zakresie jej kompetencji zawodowych;
- Wspieranie pracowników szkoły i rodziców w tworzeniu w szkole i w domu warunków oraz atmosfery sprzyjającej rozwojowi psychospołecznemu dziecka, możliwości przeżywania sukcesów, kształtowania poczucia własnej wartości, umiejętności radzenia sobie z trudnościami, emocjami, presją, zwłaszcza w okresie dojrzewania.

Profilaktyka drugorzędowa

Celem tych działań jest wczesna identyfikacja uczniów przyjmujących często SPs - zagrożonych uzależnieniem i innymi szkodami zdrowotnymi i społecznymi związanymi z ich używaniem oraz udzielenie im pomocy. Pielęgniarka/higienistka szkolna, w czasie wszystkich kontaktów z uczniami (testy przesiewowe, szczepienia ochronne, wywiady, porady ambulatoryjne) powinna zwracać uwagę na objawy i zachowania, które mogą wskazywać na używanie SPs (tab. 33 i 36).

„Neutralna”, w stosunku do nauczycieli pozycja pielęgniarki w szkole może sprzyjać pozyskaniu zaufania uczniów. Powinna ona starać się tworzyć w gabinecie profilaktycznym miejsce, w którym w razie potrzeby uczeń może otrzymać informacje oraz wsparcie w rozwiązywaniu swych trudnych (choć często dla dorosłych banalnych) problemów. Ważne jest rozwijanie własnych umiejętności komunikowania się z młodymi ludźmi.



Tabela 36. Zmiany w zachowaniu i inne oznaki mogące sugerować, że uczeń używa (często, przewlekłe) substancji psychoaktywnych (według różnych autorów)

Zmiany w zachowaniu, usposobieniu

- Dotychczas mało mówny, nieśmiały, zaczyna dużo mówić, jest energiczny, odważny, wesołkowaty, wybucha śmiechem
- Staje się drażliwy, napięty, niecierpliwy, apatyczny, zmienność nastrojów
- Zmienia dotychczasowe zainteresowania, jest mało aktywny, żyje „bez celu”

Zmiany w wyglądzie, sposobie żywienia

- Zmienia sposób ubierania się i czesania (np. według mody subkultur młodzieżowych)
- Zanedbuje wygląd i ubranie
- Nieregularnie się odżywia, ma zmienne łaknienie (zaniechanie jedzenia lub objadanie się)
- Ubytek masy ciała

Zmiany stosunku do rodziców

- Zanedbuje obowiązki domowe, „oddala się” od rodziny, niechętnie rozmawia, potrzebuje więcej pieniędzy, nie oddaje reszty z zakupów
- Nagle wychodzi z domu, późno wraca, nocuje poza domem, unika spotkań z domownikami po powrocie
- Brak zainteresowania nauką, pogorszenie ocen, wagary
- Zmienia kolegów (nie przedstawia ich), nie opowiada, często prowadzi rozmowy telefoniczne („głuche” telefony)

Charakterystyczne zachowania i oznaki w domu

- Gina leki, papierosy, napoje alkoholowe, pieniądze, ubrania, książki, kasety
- Zamyka się w swoim pokoju, ciągle go wietrzy, rozpyla wodę kolońską
- Posiada różne akcesoria np.: małe torebki z białym proszkiem (amfetamina), suszonymi ziołami, brązowymi kulkami lub bryłkami (marihuana lub haszysz); pudełeczka, pojemniczki, rurki, fiki, fajki, fajki wodne, maszynki do skrętów, emblematy „trawy”, próby domowej uprawy ziół; igły, strzykawki, świeczki, łyżki, nakrętki na druciku (do podgrzewania narkotyku), brunatne waciki (opiaty), zamknięte skrytki
- Ślady krwi na pościeli i ubraniu

Oznaki somatyczne (patrz także tab. 33)

- Zapach tytoniu, alkoholu, substancji chemicznych, słodkawy zapach marihuany
- Oczy: źrenice rozszerzone lub zwężone, gałki oczne rozbiegane, zaczerwienione, powieki opadające
- Skóra: zażółcone palce, oparzenia po papierosach, ślady wkłuć, zmiany ropne, zwłaszcza na kończynach górnych
- Senność lub pobudzenie i nadmierna ruchliwość (często na przemian)
- Mowa „zamazana”

Inne oznaki

- Reaguje rozdrażnieniem na próby uzyskania przez rodziców informacji o kolegach, sposobie spędzania czasu
- Kwestionuje szkodliwość narkotyków i możliwość uzależnienia
- Duże zainteresowanie narkomanią – występuje w roli eksperta, zbiera wycinki prasowe, książki
- Częściej niż w latach wcześniejszych ulega urazom



W przypadku podejrzenia o używanie SPs można podjąć następujące kroki:

- zaprosić ucznia na rozmowę, stworzyć życzliwą atmosferę, nawiązać dobry kontakt,
- zaproponować pomoc, zapytać o trudności, używanie SPs, przyczyny i okoliczności, ale nie wchodzić w rolę „detektywa-policjanta”,
- pozyskać zaufanie ucznia, stać się jego powiernikiem i doradcą; w przypadku, gdy ze względu na zagrożenia dla zdrowia ucznia istnieje konieczność poinformowania jego rodziców, należy to ustalić z uczniem,
- unikać etykietowania („to jest narkoman”), nie kreować negatywnego bohatera, zapobiegać podjęciu przez młodego człowieka roli społecznego dewianta,
- rozważyć jak uzyskać dodatkowe informacje od wychowawcy, aby nie wywołać negatywnych reakcji z jego strony (ew. porozumieć się z pedagogiem szkolnym lub psychologiem),
- uzyskać dodatkowe informacje co do możliwości pomocy uczniowi (tab. 37).

W przypadku stwierdzenia, że uczeń jest pod wpływem działania SPs należy przede wszystkim ocenić jego stan i udzielić mu pierwszej pomocy, a następnie zawiadomić rodziców i wychowawcę klasy lub dyrektora szkoły. *Używanie tych substancji na terenie szkoły jest wykroczeniem wobec prawa.*

Tabela 37. Adresy i telefony, pod którymi można szukać informacji i pomocy

Krajowe biuro ds Przeciwdziałania Narkomanii

Narkomania gdzie szukać pomocy – informator na temat placówek na terenie całej Polski udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym.
strona internetowa www.narkomania.gov.pl

Ogólnopolski Telefon Poradnia Pomocy Pałącym

– udziela porad także młodzieży i jej rodzicom
tel. 0 801 108 108 – czynny poniedziałek-piątek 16.00 – 20.00

Fundacja „Promocja Zdrowia”

– strona internetowa www.promocjazdrowia.pl

Pomarańczowa Linia

- pomaga rodzicom, których dzieci piją alkohol
tel. 0 801 140 068

Dział Profilaktyki Dzieci i Młodzieży Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

tel. 0...22 532 03 48 0...22 532 03 48 lub 0...22 532 03 57

Narkotyki – Narkomania

– Ogólnopolski Telefon Zaufania czynny codziennie 16.00 - 21.00
tel. 0 801 199 990



Tabela 37. cd.

Narkomania Pomoc Rodzinie

– Pogotowie Makowe – czynne poniedziałek - piątek
10.00 – 20.00, w soboty 10.00 – 19.00
tel. 0 801 109 696

Poradnia internetowa

www.poradnia.narkomania.org.pl

Ogólnopolski Całodobowy Telefon Zaufania AIDS

– 0...22 622 50 01

Zielona Linia AIDS

– czynny poniedziałki i środy 13.00 - 19.00, wtorki, czwartki, piątki 10.00 – 16.00
tel. 0...22 621 33 67

Towarzystwo Rozwoju Rodziny

e-mail zaufanie@trr.org.pl

Profilaktyka trzeciorzędowa

Obejmuje ona działania w stosunku do uczniów regularnie przyjmujących SPs, uzależnionych, zagrożonych szkodami zdrowotnymi. Uczniowie ci znajdują się zwykle pod opieką poradni leczenia uzależnień lub ośrodka rehabilitacyjnego. Postępowanie w stosunku do tej grupy osób obejmuje także działania dla minimalizacji szkód. Pielęgniarka/higienistka szkolna powinna uzyskać wskazówki co do ewentualnego postępowania w stosunku do danego ucznia po jego powrocie z ośrodka.

W przypadku ucznia przyjmującego narkotyki dożylnie; należy go traktować jako potencjalnie zakażonego HIV. Wymaga to zachowania środków ostrożności w celu ochrony osobistej oraz innych osób w szkole (np. w czasie szczepień ochronnych, udzielania pierwszej pomocy) oraz taktu i zachowania tajemnicy zawodowej.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Baran-Furga H., Chmielewska K.*: Uzależnienia. Rozpoznawanie i leczenie. PZWL, Warszawa 1999.
2. *Dimmoff T., Carper S.*: Jak rozpoznać, czy dziecko sięga po narkotyki. Elma Books, Warszawa 1993.
3. *Gaś Z.*: Uzależnienia. Skuteczność programów profilaktycznych. WSiP, Warszawa 1993.
4. *Kamińska-Buśko B.*: Zapobieganie uzależnieniom uczniów. Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 1997.



5. Narkomania. Gdzie szukać pomocy? Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.
6. Remedium. Profilaktyka i promocja zdrowego stylu życia. Miesięcznik prenumerowany w wielu szkołach.
7. *Robson P*: Narkotyki. Medycyna Praktyczna, Kraków 1997.
8. Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki. Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 2000.

7.4. Uczniowie z problemami szkolnymi

Maria Pułtorak

Pielęgniarka i higienistka szkolna ma pełne kompetencje do uczestniczenia we wszystkich etapach rozwiązywania problemów zdrowotnych, społecznych i szkolnych uczniów, powierzonych jej opiece. Uczestniczy w diagnozowaniu tych problemów, współdziała z rodziną i szkołą w celu ich rozwiązywania oraz w ewaluacji podjętych działań.

Udział pielęgniarki/higienistki szkolnej w diagnozowaniu problemów szkolnych

Zbieranie informacji dotyczących postępów w nauce i zachowaniu ucznia:

- od samego ucznia w czasie jego pobytu w gabinecie profilaktycznym szkoły (np. w czasie badań przesiewowych lub porad ambulatoryjnych),
- od wychowawcy klasy, np. w czasie omawiania wyników badań przesiewowych, które mają związek z nauką lub na posiedzeniu rady pedagogicznej,
- od rodziców, w czasie kontaktów indywidualnych np. w czasie „dni otwartych” szkoły.

Zapoznanie się z ocenami szkolnymi, wpisywanymi do dziennika klasowego.

Zaburzenia w przystosowaniu się ucznia do wymagań szkoły mogą dotyczyć:

- przystosowania *intelektualnego* do szkoły jako instytucji kształcącej; jego miernikami są:
 - wyniki w nauce,
 - aktywność na lekcjach,
 - motywacja do nauki,
 - rozwijanie uzdolnień i zainteresowań.



- przystosowania *społecznego* do szkoły jako środowiska społecznego, jego miernikami są:
 - zdyscyplinowanie,
 - aktywność społeczna,
 - kontakty z rówieśnikami i nauczycielami.

Orientacyjnej oceny przystosowania szkolnego może dokonać pielęgniarka/higienistka szkolna na podstawie: rozmowy z uczniem i wychowawcą klasy (zestaw pytań zamieszczono w tabeli 38) i na podstawie obserwacji zachowania ucznia na lekcjach i przerwach.

Udział pielęgniarki/higienistki szkolnej w rozwiązywaniu problemów szkolnych uczniów

Omówienie na posiedzeniu rady pedagogicznej zdrowotnych uwarunkowań trudności i niepowodzeń szkolnych uczniów. Należy ogólnie omówić wpływ na dyspozycję do pracy szkolnej:

- procesów chorobowych,
- leków,
- cech osobowościowych,
- postaw rodzicielskich,
- warunków pracy umysłowej, w domu i w szkole.

Udzielenie rodzicom uczniów z trudnościami w nauce oraz samym uczniom, porad w zakresie stylu życia sprzyjającego dyspozycji do pracy szkolnej (żywienie, aktywność ruchowa, organizacja odrabiania lekcji, warunki pracy i wypoczynku) oraz udzielanie pomocy i wsparcia dla uczniów z trudnościami szkolnymi.

Do *grupy uczniów zagrożonych problemami szkolnymi (grupy ryzyka)* należą uczniowie:

- drugorocznici,
- „przerośnięci” tzn. starsi od rocznika klasy,
- z trudnościami w nauce w poprzednich latach,
- „nowi”, z trudnościami w kontaktach z rówieśnikami i nauczycielami,
- często zgłaszający się do pielęgniarki szkolnej z powodu prawdziwych lub symulowanych dolegliwości (dlatego trzeba skrupulatnie notować powód zgłoszeń w zeszycie ambulatoryjnym i okresowo analizować te zapisy),
- w sytuacji „progowej”, kiedy zmieniają się warunki i metody nauczania, wymagania szkoły i obciążenia ucznia oraz środowisko społeczne, tzn. przy rozpoczęciu nauki w szkole (7 lat), przy przejściu od nauczania zintegrowanego do przedmiotowego (10 lat), przy rozpoczęciu na-



uki w gimnazjum (13 lat), rozpoczęciu nauki w szkole ponadgimnazjalnej (16 lat).

Najważniejszym, przełomowym okresem „progowym” jest *rozpoczęcie nauki w szkole*. Doświadczenia dziecka z pierwszego roku nauki decydują o jego stosunku do szkoły, w całym okresie nauki, o karierze szkolnej dziecka i jego zdrowiu psychospołecznym. Dlatego należy otoczyć szczególnie troskliwą opieką uczniów I klas, monitorować zachowania i osiągnięcia szkolne, aby zapobiec trudnościom szkolnym, a umożliwić odnoszenie sukcesów w szkole.

Podejrzenie ukrytych trudności szkolnych u ucznia, pielęgniarka powinna zgłosić do pedagoga szkolnego i razem z nim ustalić dalsze postępowanie mające na celu udzielenie wszechstronnej pomocy dziecku zagrożonemu niepowodzeniem szkolnym. Problemy szkolne uczniów, zweryfikowane przez pedagoga szkolnego, pomagają rozwiązać pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznej, oni to przygotowują rodziców dziecka do systematycznego pomagania mu w nadrobieniu zaległości w nauce i nadzorują efekty tej pomocy.

Udział pielęgniarki/higienistki szkolnej w ewaluacji działań pomocowych

- wywiady z uczniem, pedagogiem, wychowawcą klasy, rodzicami,
- udział w posiedzeniu rady pedagogicznej kwalifikacyjnej, na koniec semestru – ewentualnie dzielenie się informacjami nt. aktualnego stanu zdrowia i samopoczucia w szkole uczniów zgłaszających przedtem trudności szkolne.

Ryzyko trudności i niepowodzeń szkolnych u uczniów z zaburzeniami rozwoju i *stanu zdrowia* zależy nie tylko od ich stanu psychosomatycznego, ale też od *wsparcia*, jakie dziecko otrzymuje w domu i w szkole, w tym od pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Dotyczy to szczególnie ucznia przewlekle chorego i niepełnosprawnego. Pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna się stać członkiem koalicji (rodzice, wychowawca, pedagog, nauczyciele, dyrekcja) dla zdrowia i sukcesu szkolnego wszystkich uczniów.

Tabela 38. Zestaw pytań do oceny orientacyjnej przystosowania szkolnego ucznia

I. Pytania do ucznia

- Czy lubi swoją szkołę?
- Czy czuje się bardzo obciążony nauką i obowiązkami szkolnymi?
- Jakie przedmioty go interesują i czy lubi się ich uczyć?
- Jakie oceny otrzymał w ostatnim semestrze (w tym z zachowania)?
- Czy ma trudności w nauce i z jakich przedmiotów?
- Czy potrzebuje pomocy w nauce?
- Czy ma jakieś zajęcia pozaszkolne?



Tabela 38. cd.

Czy należy do organizacji szkolnych i jakie pełni w nich funkcje?
Czy jest akceptowany przez kolegów w klasie?
Czy czuje się dobrze w klasie?
Czy ma w szkole zaprzyjaźnionych kolegów, czy woli trzymać się od nich na uboczu?
Czy często popada w konflikty z innymi kolegami?
Czy zdarza się, że inni dokuczają mu, dręczą?
Czy boi się nauczycieli, uważa, że są niesprawiedliwi, popada z nimi w konflikty?
Czy nauczyciele okazują mu pomoc i zrozumienie?
Czy w rodzinie panuje dobra, serdeczna atmosfera?
Czy rodzice interesują się jego kłopotami i potrafią mu pomóc?
Czy ma w domu stałe miejsce i odpowiednie warunki (cisza) do odrabiania lekcji?

II. Pytania do wychowawcy klasy (dotyczą ucznia)

Jakie ma wyniki w nauce i zachowaniu w stosunku do klasy?
Czy wyniki w nauce odpowiadają jego możliwościom intelektualnym?
Jaka jest jego motywacja do nauki, koncentracja uwagi, aktywność na lekcji, zdolność do samodzielnej pracy?
Czy wywiązuje się z zadań zaleconych przez nauczycieli lub samodzielnie podjętych?
Czy posiada szczególne zainteresowania i uzdolnienia?
Czy jest akceptowany przez klasę i z nią związany?
Czy jest związany z inną grupą niż klasa?
Czy jest koleżeński i wrażliwy na potrzeby innych?
Czy rodzice zainteresowani są jego postępami i zachowaniem oraz próbują mu pomóc?
Czy w rodzinie występują szczególne problemy, konflikty?

Źródło: Woynarowska B.: Przystosowanie szkolne, [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 90-96.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. Pułtorak M.: Zdrowotne uwarunkowania dyspozycji do pracy szkolnej, pokonywania trudności w uczeniu się i niepowodzeń w nauce, [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, 98-104.



2. *Wojnarowska B., Pułtorak M., Wojciechowska A., Rumiancew J., Kozłowska M.*: *Metodyka pracy środowiskowej pielęgniarki (higienistki szkolnej) w szkole podstawowej i ponadpodstawowej.* Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1992.
3. *Wojnarowska B.*: *Dojrzałość szkolna*, [w]: *Wojnarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła.* Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, 84-88.

8. Prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia

Barbara Wojnarowska

We współczesnej medycynie zwraca się coraz większą uwagę na prowadzenie edukacji zdrowotnej pacjentów – ludzi zdrowych i chorych. Aby człowiek zapobiegał chorobom i urazom, poddawał się badaniom profilaktycznym, identyfikował wczesne objawy zaburzeń, aktywnie uczestniczył w ich leczeniu lub rehabilitacji musi posiadać podstawową wiedzę, rozumieć, umieć i chcieć to robić. Wyniki wielu badań i wieloletnie doświadczenia w edukacji niektórych grup chorych (np. na cukrzycę, astmę oskrzelową) wskazują na lepsze efekty leczenia u osób, które rozumieją istotę swojej choroby, zasady leczenia i potrafią właściwie reagować w przypadku wystąpienia różnych objawów. Edukacja zdrowotna uczniów i ich rodziców jest więc nieodłącznym elementem wszystkich świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę i higienistkę szkolną. Są to jej działania zawodowe na *poziomie indywidualnym*.

Drugi obszar jej działań w zakresie edukacji zdrowotnej dotyczy *poziomu szkolnego* i wiąże się z zadaniami szkoły, w tym uczestnictwem pielęgniarki szkolnej w:

- realizacji ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” (rozdz. I. 4.1.),
- tworzeniu szkoły promującej zdrowie (rozdz. I. 4.2.).

Wymienione w standardzie nr 8 „Prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia” zadania odnoszą się do działań pielęgniarki i higienistki szkolnej na poziomie indywidualnym i szkolnym.

a) Prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów oraz udzielanie porad dotyczących zdrowia przy okazji udzielanych im świadczeń zdrowotnych, wywiadów lub innych kontaktów z uczniami i ich rodzicami.

Realizacja tego zadania dotyczy poziomu indywidualnego - pracy z pojedynczymi uczniami i często z ich rodzicami. Wszystkie czynności wykonywa-





ne przez pielęgniarkę i higienistkę szkolną, każdy jej kontakt z uczniem stwarza sytuację, w której świadomie lub nieświadomie, oddziałuje ona na niego wychowawczo. Sytuację taką stwarza: wykonywanie testów przesiewowych, szczepień ochronnych, udzielanie pomocy ambulatoryjnej, przeprowadzanie wywiadów itd. Oddziaływania edukacyjne pielęgniarki mogą być w tych przypadkach dostosowane do specyfiki świadczeń zdrowotnych i konkretnych potrzeb ucznia.

Pielęgniarka i higienistka szkolna ma szczególnie dobrą pozycję do prowadzenia edukacji zdrowotnej, zorientowanej na jednostkę (ucznia) gdyż:

- jest jedynym pracownikiem z przygotowaniem medycznym w szkole i jest traktowana przez uczniów za osobę kompetentną (autorytet) w sprawach zdrowia,
- uczniowie, podobnie jak dorośli pacjenci, czują się w kontaktach z pielęgniarką mniej onieśmieleni niż w kontaktach z lekarzem,
- zgłaszają się do niej najczęściej uczniowie sami, bez rodziców i dla młodszych uczniów są to pierwsze samodzielne kontakty ze służbą zdrowia i te pierwsze doświadczenia mogą decydować o ich przyszłych postawach jako pacjentów,
- przy dłuższym okresie pracy w szkole zna uczniów i ich problemy i może ich traktować indywidualnie,
- zgłaszają się do niej uczniowie w różnych stanach emocjonalnych - niepokoju, zdenerwowania, smutku, przygnębienia itd. i jej oddziaływania mogą być bezpośrednio z nimi powiązane,
- spotyka się z uczniami w innych warunkach niż nauczyciele, w sytuacjach „neutralnych” i może pozyskać ich zaufanie i udzielić skutecznej pomocy w rozwiązaniu ich problemów.

Pielęgniarka i higienistka szkolna, aby skutecznie oddziaływać na swych pacjentów – uczniów, powinna być zatem **stałe nastawiona na edukację zdrowotną** i stale kontrolować swoje wypowiedzi i zachowania. Szczególnie ważny jest:

- sposób **komunikowania się z uczniami** werbalny i niewerbalny, w tym szczególnie umiejętność słuchania, unikanie moralizowania, oceniania, pośpiechu itd.,
- tworzenie dla uczniów **wzorców zachowań prozdrowotnych**.

Pielęgniarka i higienistka szkolna powinna sobie zdawać sprawę z tego, że jest **nauczycielem zdrowia** swych pacjentów - uczniów i ma znaczący udział w przygotowaniu ich do roli współtwórcy swego zdrowia i aktywnego odbiorcy świadczeń zdrowotnych. Aby dobrze wypełniała to zadanie powinna „inwestować” nie tylko w swój rozwój zawodowy lecz także w rozwój osobisty i społeczny.

Obok pracy indywidualnej z uczniami pielęgniarka i higienistka szkolna może prowadzić odpowiednio zaplanowaną, specyficzną edukację dla grup uczniów z



podobnymi problemami zdrowotnymi np. otyłością, niskorosłością, zaburzeniami wzroku, chorobami przewlekłymi. Celem tej edukacji jest uczenie samoobserwacji, samoopieki i samopielęgnacji¹, radzenia sobie z odmiennością, chorobą. Formy tej edukacji zależą od wieku uczniów, ich zainteresowań, motywacji itd. Mogą być to wspólne spotkania, warsztaty, praca w małych grupach, zastosowanie metody projektów. Stosowanie ich wymaga nabycia umiejętności pracy metodami aktywizującymi i interaktywnymi. Ważne jest równoczesne oddziaływanie na rodziców.

b) Uczestnictwo w planowaniu, realizacji i ewaluacji szkolnego programu edukacji prozdrowotnej oraz programów profilaktycznych i promocji zdrowia

Zgodnie z obowiązującymi przepisami każda szkoła zobowiązana jest realizować: ścieżkę edukacyjną „edukacja prozdrowotna”² oraz program profilaktyki zachowań problemowych.³ Ścieżka ta i program profilaktyki są ze sobą powiązane. Ich realizacja jest przede wszystkim zadaniem nauczycieli, ale pielęgniarka może pełnić rolę konsultanta medycznego, doradcy w opracowywaniu ich koncepcji, planowaniu, realizacji i ewaluacji. Może także podjąć się realizacji pewnych zadań, do których czuje się przygotowana i dysponuje czasem. Te zadania powinny być precyzyjnie określone. Ze względu na szeroki zakres ścieżki edukacyjnej (Aneks) i jej bezpośrednie powiązanie z całokształtem działalności dydaktycznej i wychowawczej szkoły, pielęgniarka lub higienistka szkolna nie może pełnić roli szkolnego koordynatora edukacji prozdrowotnej (choć niekiedy są wobec niej takie oczekiwania). Nie jest ani uprawniona ani też przygotowana do pełnienia tej roli.

W ramach ścieżki „edukacja prozdrowotna” mogą być realizowane niektóre częściowe programy o dominującej tematyce medycznej (np. zapobieganie próchnicy zębów, wadom cewy nerwowej, chorobom układu krążenia, nowotworom), oferowane szkołom m.in. przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. Pielęgniarka może podjąć się ich realizacji, po odpowiednim przygotowaniu. Należy jednak pamiętać, aby było to powiązane z całokształtem pracy szkoły.

Ważnym polem działania pielęgniarki i higienistki szkolnej są prowadzone od wielu lat szkolenia uczniów w zakresie udzielania pierwszej pomocy, realizowane we współpracy z opiekunem szkolnego koła PCK.

Należy zachęcać pielęgniarki i higienistki szkolne, aby uczestniczyły w szkoleniach dla nauczycieli dotyczących edukacji prozdrowotnej. Powinny być one organizowane w ramach systemu Wewnątrzszkolnego Doskonalenia Nauczycieli (WDN). Może służyć swą wiedzą medyczną, ale przede wszystkim

¹ p. również rozdział II. 2.2. (przyp. red.)

² 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. 2002, Nr 51, poz. 458).

³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych statutów przedszkola oraz szkoły publicznej (Dz. U. Nr 10, poz 90).



może sama uzyskać umiejętności stosowania metod aktywizujących, lepiej zintegrować swoją pracę z działaniami szkoły.

c) Udzielanie nauczycielom konsultacji w zakresie medycznych aspektów edukacji prozdrowotnej

Wielu nauczycieli ma poczucie niedostatku wiedzy medycznej oraz przygotowania do prowadzenia edukacji zdrowotnej. Wyniki badań własnych wskazują, że w 2002 r. poczucie bardzo dobrego przygotowania miało tylko 6% nauczycieli, a 52% uznało je za dobre. Wprawdzie nowoczesna edukacja zdrowotna wyznacza nauczycielowi rolę przewodnika, doradcy ucznia (a nie „wszechwiedzącego” eksperta), który zawsze może powiedzieć „nie wiem, ale sprawdzę”, powinien mieć on dostęp do nowych informacji dotyczących zdrowia, zasobów i czynników ryzyka, profilaktyki chorób itd. Informacje te są łatwiej dostępne dla pielęgniarki lub higienistki szkolnej i do niej może zwrócić się nauczyciel, w razie potrzeby.

d) Uczestnictwo w pracach szkolnego zespołu promocji zdrowia w szkołach należących do sieci szkół promujących zdrowie

W Polsce od 1991 r. rozwija się oddolny ruch szkół promujących zdrowie.¹ Obok szkół należących do wojewódzkich, powiatowych i miejskich sieci, jak wynika z badań własnych, ok. 50% szkół w Polsce podejmuje różnego rodzaju działania dla tworzenia takiej szkoły we własnym zakresie.

Pracująca w szkołach promujących zdrowie pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna:

- Zapoznać się z koncepcją, strategią i modelem tworzenia takiej szkoły i zrozumieć jej istotę;
- Być aktywnym członkiem zespołu ds. promocji zdrowia i na co dzień współpracować z jego koordynatorem, służyć mu radą w sprawach medycznych, przekazywać informacje o problemach zdrowotnych uczniów i pracowników (postrzeganych z innej perspektywy) do wykorzystania w diagnozie stanu wyjściowego, planowaniu działań. Uczestnictwo w pracach tego zespołu daje także korzyści samej pielęgniarce: umożliwia integrację ze społecznością szkolną, budowanie poczucia przynależności do niej, partnerstwa, udział w warsztatach i szkoleniach. Doświadczenia wielu szkół promujących zdrowie wskazują, że szkoła taka stwarza lepsze warunki dla rozwoju zawodowego, osobistego i społecznego także zaangażowanym w jej tworzenie pielęgniarkom i sprzyja im lepsze samopoczucie i satysfakcji z pracy.²

¹ P. również rozdział I. 4.2. (przyj. red.)

² Pułtorak M.: Pielęgniarka w szkole promującej zdrowie, [w]: Woynarowska B., Sokołowska M. (red.): Szkoła promująca zdrowie: doświadczenia dziesięciu lat. KOWEZ, Warszawa 2000, s. 99.



e) Współpraca w realizacji edukacji zdrowotnej z właściwą powiatową stacją sanitarno-epidemiologiczną

W ustawie o Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985 r. (Dz. U. 1998, Nr 90, poz. 575 z późniejszymi zmianami), w art. 6 zapisano, że: „Inspekcja Sanitarna inicjuje, organizuje, prowadzi, koordynuje i nadzoruje działalność oświatowo-zdrowotną w celu ukształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych, a w szczególności: ocenia działalność oświatowo-zdrowotną prowadzoną przez szkoły i inne placówki oświatowo-wychowawcze, szkoły wyższe oraz środki masowego przekazywania, zakłady opieki zdrowotnej, inne zakłady, instytucje i organizacje oraz udziela im pomocy w prowadzeniu tej działalności”.

Zgodnie z informacją przekazaną przez mgr E. Łatę – Dyrektora Departamentu Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej Głównego Inspektoratu Sanitarnego¹ obecnie przyjmuje się, że Państwowa Inspekcja Sanitarna dokonuje *oceny pracy pielęgniarki lub higienistki szkolnej, tylko wówczas, gdy jest ona realizatorem lub współrealizatorem programu prozdrowotnego proponowanego szkole przez tę inspekcję*. Jest to nowe podejście, odmienne od tradycyjnego, gdy pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznych sprawowali nadzór nad wszystkimi działaniami pielęgniarki w zakresie edukacji zdrowotnej w szkole. Stwarza to nową sytuację i płaszczyznę do współpracy. Wyniki dyskusji na spotkaniu przedstawicieli tych stacji i pielęgniarek (patrz przypis 2) wskazują, że pielęgniarki i higienistki szkolne mogą liczyć na wsparcie ze strony stacji sanitarno-epidemiologicznych, które:

- Mogą zaproponować im udział lub współudział w realizacji własnych programów prozdrowotnych,² odpowiednie przygotowanie do ich prowadzenia, wydawnictwa i pomoce;
- Udostępniają (w miarę możliwości) inne materiały informacyjno-educacyjne;
- Mogą przygotować programy lokalne, wynikające ze specyficznych potrzeb danego środowiska (szkoły);
- Organizują szkolenia i inne formy doskonalenia w zakresie nowoczesnej metodyki pracy oświatowo- zdrowotnej.

Są to istotne zasoby, z których może skorzystać w swej pracy pielęgniarka i higienistka szkolna. Ważne jest, aby w przypadku, gdy pielęgniarka współuczestniczy w realizacji programu prozdrowotnego razem z nauczycielami, była także obecna przy podsumowywaniu efektów tego programu i prezentacji tych efektów dyrekcji szkoły.

¹ Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego przekazane na spotkaniu poświęconym współpracy przedstawicieli resortu edukacji i resortu zdrowia w Puławach w dniach 20. 09. – 1. 10. 2003 r.

² Informację o aktualnie realizowanych programach można uzyskać w powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej.



9. Współdziałanie z dyrekcją i pracownikami szkoły oraz powiatową stacją sanitarno-epidemiologiczną w zakresie tworzenia w szkole środowiska nauki i pracy sprzyjającego zdrowiu uczniów i pracowników

Wisława Ostrega, Maria Pułtorak

Standard współdziałania określa pięć podstawowych obszarów, w których pielęgniarka i higienistka szkolna aktywnie uczestniczy:

- a) Udział w dokonywaniu:¹
 - przeglądu warunków sanitarnych budynku i jego wszystkich pomieszczeń, ich wyposażenia i mikroklimatu oraz boiska i terenu szkolnego pod kątem zagrożeń dla zdrowia (w tym zapobiegania wypadkom i urazom) uczniów i pracowników szkoły (dwa razy w roku szkolnym);
 - przeglądu doboru stołów i krzeseł do wzrostu uczniów, wspólnie z wychowawcami klas (w pierwszym miesiącu roku szkolnego);
 - oceny dziennych i tygodniowych rozkładów lekcji oraz czasu trwania i organizacji przerw międzylekcyjnych pod kątem ich zgodności z zasadami higieny (co najmniej jeden raz w roku szkolnym)
 - przedkładanie dyrekcji szkoły wniosków dotyczących usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.
- b) Współdziałanie z dyrekcją szkoły, nauczycielami i rodzicami w zakresie organizacji posiłków dla wszystkich uczniów oraz dożywiania uczniów z rodzin znajdujących się w trudnych warunkach materialnych.
- c) Współdziałanie z dyrekcją szkoły w tworzeniu programu profilaktyki zachowań problemowych, w tym zwłaszcza palenia tytoniu, używania innych substancji psychoaktywnych, przemocy w szkole.
- d) Dokonywanie analizy danych o urazach doznanych przez uczniów w szkole (na podstawie zapisów w „Zeszytach porad ambulatoryjnych”) i przedkładanie wyników tej analizy, wraz z wnioskami, dyrektorowi szkoły oraz radzie pedagogicznej (co najmniej jeden raz w roku szkolnym).
- e) Identyfikowanie uczniów często zgłaszających się do gabinetu profilaktycznego z objawami i dolegliwościami psychosomatycznymi, poszukiwanie związku tych dolegliwości z sytuacją szkolną lub społeczną uczniów; udzielanie tym uczniom wsparcia i pomocy w radzeniu sobie z trudnościami; przedkładanie dyrekcji szkoły i radzie pedagogicznej wniosków dotyczących promocji zdrowia psychicznego w szkole (co najmniej jeden raz w roku szkolnym).

¹ P. również rozdział I. 3. 1. (pryp. red.)



Współpraca pielęgniarki/higienistki szkolnej z dyrekcją i pracownikami szkoły została przedstawiona w publikacji: *Wojnarowska B., Małkowska A., Pułtorak M., Sokołowska M.: Współdziałanie pracowników szkoły i pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003.*

Pielęgniarka realizuje przedstawione zadania poprzez współpracę z następującymi osobami:

Dyrektor szkoły

Pielęgniarka podejmująca profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w danej szkole w pierwszej kolejności odbywa spotkanie z dyrektorem szkoły. W tym spotkaniu pielęgniarka powinna uczestniczyć ze swoim bezpośrednim przełożonym. Celem tego spotkania jest poznanie się pielęgniarki i dyrektora szkoły, przedstawienie dyrektorowi zasad i organizacji opieki profilaktycznej nad uczniami (dni i godziny pracy pielęgniarki, zakres jej zadań, kompetencje i uprawnienia oraz zakres współpracy pielęgniarki z dyrektorem i Radą Pedagogiczną) oraz wstępne określenie sposobu kontaktowania się pielęgniarki z dyrekcją i innymi współpracownikami na terenie szkoły (sekretarka, pedagog, intendent, wychowawcy klas, itd.).¹

Pielęgniarka, po zapoznaniu się z dokumentacją, problemami zdrowotnymi uczniów i po postawieniu diagnozy zdrowotnej, społecznej i fizycznej środowiska szkolnego oraz opracowaniu planu działania, informuje dyrektora szkoły i uzgadnia z nim sposoby współdziałania i wsparcia pielęgniarki w jej działalności na rzecz uczniów.

Należy pamiętać, że podczas pobytu ucznia w szkole dyrektor jest faktycznym opiekunem powierzonych mu dzieci i jest osobą odpowiedzialną za ich bezpieczeństwo.²

Rada Pedagogiczna

W skład Rady Pedagogicznej (RP) wchodzi pracownicy pedagogiczni szkoły i dyrekcja. Na posiedzeniach zwoływanych przez dyrekcję szkoły RP ustala plan dydaktyczno - wychowawczy, organizację roku szkolnego, sposoby rozwiązywania sytuacji problemowych, ustala zasady kwalifikacji i klasyfikuje uczniów.³ Pielęgniarka/higienistka szkolna powinna uczestniczyć w co najmniej w dwóch posiedzeniach RP w roku szkolnym.

W tym celu pielęgniarka powinna:

- Przygotować swoje wystąpienie: planowane przez nią działania, oczekiwania wobec nauczycieli oraz swoją ofertę lub sprawozdanie z działalności: liczbę

¹ Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. Nr 95, poz. 425 art. 1 ust 10, art. 38 ust. 1 pkt 3 i art 67 ust. 1 pkt 4) z późniejszymi zmianami.

² P. również rozdział I.3.1 oraz rozdział I.3.4. (przyp. red.)

³ Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. Nr 95, poz. 425) z późniejszymi zmianami.



udzielonych porad, analizę danych o urazach u uczniów, informację o przeprowadzonych programach, zajęciach edukacyjnych, krótką ocenę – co udało się zrealizować - kto aktywnie wspierał jej działania na terenie szkoły oraz co się nie udało i jaka była tego główna przyczyna;

- Poinformować dyrekcję szkoły o chęci uczestniczenia w RP i przedstawić tematykę wystąpienia (krótko, bez szczegółów);
- Wnioskować do dyrekcji o uwzględnienie w porządku posiedzenia RP udziału jej osoby i powiadomienie jej o miejscu i godzinie posiedzenia;
- Po przedstawieniu swojego opracowania, zgłosić gotowość do dalszej aktywnej współpracy z RP.;

Posiedzenia RP stwarzają pielęgniarce możliwość promocji swoich działań wśród nauczycieli, od jej postawy zależy w dużej mierze dalsza współpraca z pracownikami szkoły.

Wśród członków RP najważniejszymi osobami we współpracy są, oprócz dyrektora: szkolny pedagog, psycholog, ewentualnie logopeda, jeśli jest zatrudniony w szkole.

Pedagog szkolny

W każdej szkole powinien być zatrudniony pedagog szkolny, który pełni w szkole rolę „opiekuna społecznego”. Obejmuje on swoją opieką uczniów, wymagających szczególnego wsparcia ze względu na trudną sytuację rodzinną lub szkolną. Pedagog szkolny współpracuje z pracownikiem socjalnym pomocy społecznej, w celu uzyskania świadczeń finansowych dla potrzebujących uczniów (posiłki, wyjazdy wakacyjne, leczenie, sprzęt rehabilitacyjny). Zadaniem pedagoga w szkole jest również współpraca z poradniami psychologiczno - pedagogicznymi w zakresie udzielania dzieciom i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej związanej z wychowywaniem i kształceniem uczniów.¹

Do zadań pedagoga szkolnego należy w szczególności:²

- rozpoznawanie indywidualnych potrzeb uczniów oraz analizowanie przyczyn niepowodzeń szkolnych;
- określanie form i sposobów udzielania uczniom, w tym uczniom z wybitnymi uzdolnieniami, pomocy psychologiczno-pedagogicznej, odpowiednio do rozpoznanych potrzeb;
- organizowanie i prowadzenie różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów, rodziców i nauczycieli;

¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. Nr 11, poz. 114, § 15).

² Tamże.



- podejmowanie działań wychowawczych i profilaktycznych wynikających z programu wychowawczego szkoły i programu profilaktyki, o których mowa w odrębnych przepisach, w stosunku do uczniów, z udziałem rodziców i nauczycieli;
- wspieranie działań wychowawczych i opiekuńczych nauczycieli, wynikających z programu wychowawczego szkoły i programu profilaktyki, o których mowa w odrębnych przepisach;
- planowanie i koordynowanie zadań realizowanych przez szkołę na rzecz uczniów, rodziców i nauczycieli w zakresie wyboru przez uczniów kierunku kształcenia i zawodu, w przypadku gdy w szkole nie jest zatrudniony doradca zawodowy.

Pielęgniarka współpracuje ze szkolnym pedagogiem w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki, edukacji zdrowotnej i innych działań prozdrowotnych.

Psycholog

W szkole może być zatrudniony przez dyrektora szkoły psycholog. Do zadań psychologa należy w szczególności:¹

- prowadzenie badań i działań diagnostycznych dotyczących uczniów, w tym diagnozowanie potencjalnych możliwości oraz wspieranie mocnych stron ucznia;
- diagnozowanie sytuacji wychowawczych w celu wspierania rozwoju ucznia, określenia odpowiednich form pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w tym działań profilaktycznych, mediacyjnych i interwencyjnych wobec uczniów, rodziców i nauczycieli;
- organizowanie i prowadzenie różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów, rodziców i nauczycieli;
- zapewnienie uczniom doradztwa w zakresie wyboru kierunku kształcenia i zawodu;
- minimalizowanie skutków zaburzeń rozwojowych, zapobieganie zaburzeniom zachowania oraz inicjowanie różnych form pomocy wychowawczej w środowisku szkolnym i pozaszkolnym ucznia;
- wspieranie wychowawców klas oraz zespołów wychowawczych i innych zespołów problemowo-zadaniowych w działaniach wynikających z programu wychowawczego szkoły i programu profilaktyki.

Pielęgniarka współpracuje z psychologiem; zgłaszając konieczność udzielenia pomocy uczniom z określonym problemem.

¹ Tamże.



Pomoc psychologiczno – pedagogiczna*

Publiczne przedszkola, szkoły, organizują i udzielają uczniom, ich rodzicom oraz nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej na zasadach określonych w rozporządzeniu.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna polega między innymi na:

- diagnozowaniu środowiska ucznia;
- rozpoznawaniu potencjalnych możliwości oraz indywidualnych potrzeb ucznia i umożliwianiu ich zaspokojenia;
- podejmowaniu działań wychowawczych i profilaktycznych wynikających z programu wychowawczego szkoły i programu profilaktyki oraz wspieraniu nauczycieli w tym zakresie;
- prowadzeniu edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowia wśród uczniów, nauczycieli i rodziców;
- wspieraniu uczniów, metodami aktywnymi, w dokonywaniu wyboru kierunku dalszego kształcenia, zawodu i planowaniu kariery zawodowej oraz udzielaniu informacji w tym zakresie;
- udzielaniu nauczycielom pomocy w dostosowaniu wymagań edukacyjnych wynikających z realizowanych przez nich programów nauczania do indywidualnych potrzeb psychofizycznych i edukacyjnych ucznia, u którego stwierdzono zaburzenia i odchylenia rozwojowe lub specyficzne trudności w uczeniu się, uniemożliwiające sprostanie tym wymaganiom;
- wspieraniu rodziców i nauczycieli w rozwiązywaniu problemów wychowawczych;
- podejmowaniu działań mediacyjnych i interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych.

Zadania, o których mowa, są realizowane we współpracy z rodzicami, nauczycielami i innymi pracownikami szkoły lub placówki; poradniami psychologiczno-pedagogicznymi; innymi szkołami i placówkami, podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna może być udzielana na wniosek ucznia, rodziców, nauczyciela, w szczególności nauczyciela uczącego ucznia i nauczyciela prowadzącego zajęcia specjalistyczne, pedagoga, psychologa, logopedy, doradcy zawodowego, poradni psychologiczno-pedagogicznej.

* Opracowano na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. Nr 11, poz. 144).

Pielęgniarka informuje uczniów i rodziców o problemach zdrowotnych ucznia, które mogą mieć wpływ na trudności w uczeniu się oraz o zakresie, formach i możliwościach uzyskiwania w szkole odpowiedniej do potrzeb pomocy. Udziela również wsparcia w rozwiązywaniu zdrowotnych problemów uczniów, objętych pomocą psychologiczno - pedagogiczną.



Logopeda

W szkole może być również zatrudniony logopeda. Pielęgniarka współdziała z logopedą w organizowaniu pomocy dla dzieci z zaburzeniami w obrębie narządu słuchu i mowy. Do zadań logopedy należy między innymi:¹

- przeprowadzanie badań wstępnych, w celu ustalenia stanu mowy uczniów, w tym mowy głośnej i pisma;
- diagnozowanie logopedyczne oraz - odpowiednio do jego wyników - organizowanie pomocy logopedycznej;
- prowadzenie terapii logopedycznej indywidualnej i w grupach uczniów, u których stwierdzono nieprawidłowości w rozwoju mowy głośnej i pisma;
- organizowanie pomocy logopedycznej dla dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu, przy ścisłej współpracy z pedagogami i nauczycielami prowadzącymi zajęcia korekcyjno-kompensacyjne;
- podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powstawaniu zaburzeń komunikacji językowej, w tym współpraca z najbliższym środowiskiem ucznia.

Rada Szkoły

Rada szkoły składa się z przedstawicieli rodziców uczniów, wybranych przez ogół rodziców, nauczycieli wybranych przez ogół nauczycieli i przedstawicieli uczniów wybranych przez ogół uczniów. Do zadań rady należy uchwalenie statutu szkoły, przedstawianie wniosków w sprawie rocznego planu finansowego środków specjalnych szkoły i opiniowanie planu finansowego szkoły. Rada opiniuje plan pracy szkoły, projekty innowacji i eksperymentów pedagogicznych; może występować z wiążącymi wnioskami do organu sprawującego nadzór pedagogiczny o dokonanie oceny działalności szkoły, dyrektora lub innego nauczyciela.²

Pielęgniarka może zapoznać radę szkoły ze swoją działalnością na rzecz uczniów oraz przedstawić (po uprzednim porozumieniu się z dyrektorem szkoły), radzie szkoły wniosek dotyczący wyposażenia, remontu gabinetu profilaktycznego lub dotyczący finansowania innych projektów.

Współdziałanie z powiatową stacją sanitarno – epidemiologiczną w zakresie tworzenia w szkole środowiska nauki i pracy sprzyjającego zdrowiu uczniów i pracowników

Pielęgniarka i higienistka szkolna uczestniczą, we współpracy z dyrekcją i administracją szkoły, w wykonywaniu zaleceń Inspekcji Sanitarnej w zakresie dbałości o:

¹ Tamże.

² Ustawa z dnia 7 września 1991 r o systemie oświaty (Dz. U. Nr 95, poz. 425) z późniejszymi zmianami.



- warunki higieniczno-sanitarne pomieszczeń i otoczenia szkoły,
- higienę procesu nauczania i wychowania,
- warunki żywienia zbiorowego,
- zapobieganie chorobom zakaźnym,
- szkolną edukację zdrowotną,
- realizację szkolnego programu profilaktyki zachowań antyzdrowotnych (tytoń, alkohol, narkotyki, przemoc...),
- realizację szkolnych programów promocji zdrowia (żywienie, aktywność ruchowa, umiejętności życiowe).

Zadania i zakres działania Inspekcji Sanitarnej, jej organizację i uprawnienia określa ustawa z dnia 14 marca 1985 o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.¹

Pielęgniarka/higienistka szkolna uczestniczy w zespołowym (wraz z przedstawicielami dyrekcji i administracji szkoły) przeglądzie warunków higieniczno-sanitarnych wszystkich pomieszczeń budynku szkolnego, boiska, terenu przyszkolnego pod kątem zagrożeń dla zdrowia (w tym zapobiegania wypadkom i urazom) uczniów i pracowników szkoły – 2 razy w roku szkolnym (np. we wrześniu i w lutym). Proponujemy wykorzystać metodykę i sposób dokumentacji takiego przeglądu opracowane przez A. Mandrowską - Xinxo i zawierające informacje na temat:²

- Warunków sanitarno-higienicznych:
 - zaopatrzenia w wodę,
 - usuwania śmieci,
 - stanu pomieszczeń sanitarnych: ustępów i umywalek.
- Mikroklimatu, oświetlenia i natężenia hałasu w pomieszczeniach dla uczniów i personelu szkoły;
- Mebli szkolnych;
- Organizacji zajęć szkolnych (planu lekcji w poszczególnych klasach oraz planu zajęć w świetlicy szkolnej);
- Organizacji i warunków rekreacji dla uczniów.

¹ Ustawa z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. 1998, Nr 90, poz. 575 ost. zmiana, Dz. U. 2002, Nr 125, poz. 1367).

² Mandrowska-Xinxo A.: Samoocena środowiska fizycznego szkoły, [w]: Woynarowska B., Sokołowska M. (red.): Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat. KOWEZ, Warszawa 2000, s. 147-159.



Pielęgniarka/higienistka szkolna wspiera wychowawców klas w dokonywaniu doboru ławek lub stołów i krzeseł do wzrostu uczniów, wg instrukcji MEN¹ rozesłanej do dyrektorów wszystkich szkół podstawowych.²

Pielęgniarka lub higienistka szkolna, co najmniej jeden raz w roku szkolnym, dokonuje oceny dziennych i tygodniowych rozkładów lekcji wszystkich klas, zajęć świetlicowych oraz czasu trwania i organizacji przerw międzylekcyjnych, pod kątem ich zgodności z zasadami higieny procesu nauczania.

Po dokonaniu każdorazowego przeglądu higienicznego pomieszczeń, mebli szkolnych oraz warunków nauczania i rekreacji, pielęgniarka/higienistka szkolna przedkłada dyrekcji swoje uwagi i postulaty dokumentując je także w swoim zeszycie pracy.

Pielęgniarka/higienistka szkolna współdziała z dyrekcją szkoły, wychowawcami klas, innymi pracownikami szkoły i Radą Rodziców w zakresie organizacji posiłków dla wszystkich uczniów, w tym szczególnie dla uczniów z rodzin znajdujących się w trudnych warunkach materialnych.

Oceny warunków i możliwości organizacji posiłków w szkole proponujemy dokonać wg schematu opracowanego przez B. Woynarowską,³ zawierającego informacje dotyczące bloku żywieniowego (kuchnia, jadalnia), lub pomieszczeń zastępujących blok żywieniowy, organizacji posiłków szkolnych w roku szkolnym, dostępności napojów dla uczniów, asortymentu sklepiku szkolnego.

Pielęgniarka/higienistka szkolna uczestniczy w działaniach podjętych przez szkołę, mających na celu poprawę sposobu żywienia uczniów.

Pielęgniarka i higienistka szkolna może liczyć ze strony terenowej stacji sanitarno-epidemiologicznej na pomoc i wsparcie w zakresie:

- Uczestnictwa w różnych formach doskonalenia w dziedzinie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia;
- Pomocy bieżącej w postaci poradnictwa, instruktaży, dostarczenia programów z oprzyrządowaniem, pod postacią materiałów dydaktycznych dla edukatorów i uczniów;
- Uznania dla jej pracy jako bezpośredniego, efektywnego edukatora zdrowotnego uczniów i rodziców oraz doradcy medycznego dla nauczycieli.

¹ Krzpekowska H., Nikołowa-Burzyńska J.: Ogólne zasady prawidłowego wyposażenia w meble sal dydaktycznych w szkołach podstawowych. Stanowiska pracy ucznia. MEN, Warszawa 1996.

² P. również rozdział I. 3. 1. (przyp. red.)

³ Woynarowska B.: Ocena warunków i możliwości organizacji posiłków w szkole, [w]: Woynarowska B., Sokołowska M. (red.): Szkoła Promująca Zdrowie. Doświadczenie dziesięciu lat. KOWEZ, Warszawa 2000, 160-161.



Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Ignar-Golinowska B.*: Warunki higieniczno-sanitarne, [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, 350-370.
2. *Mandrowska-Xinxo A.*: Samoocena środowiska fizycznego szkoły, [w]: Woynarowska B., Sokołowska M. (red.): Szkoła promująca zdrowie, doświadczenia dziesięciu lat, KOWEZ, Warszawa 2000, 147-159.
3. *Woynarowska B.*: Bezpieczeństwo higieniczne. Bezpieczeństwo fizyczne, [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, 371-377.
4. *Woynarowska B.*: Posiłki szkolne, [w]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, 380-385.
5. *Woynarowska B.*: Ocena warunków i możliwości organizacji posiłków w szkole, [w]: Woynarowska B., Sokołowska M. (red.): Szkoła Promująca Zdrowie, doświadczenia dziesięciu lat, KOWEZ, Warszawa 2000, 160-161.
6. *Woynarowska B.*: Planowanie działań i ewaluacji, [w]: Woynarowska B., Sokołowska M. (red.): Szkoła promująca zdrowie, doświadczenia dziesięciu lat, KOWEZ, Warszawa 2000, 55-67.

9.1. Współpraca pielęgniarki i higienistki szkolnej z wybranymi instytucjami pozaszkolnymi i środowiskiem lokalnym

Wisława Ostrega

Pielęgniarka/higienistka szkolna realizując swoje zadania, podejmuje współpracę z różnymi instytucjami działającymi na rzecz uczniów. Zakres tej współpracy zależy od potrzeb i możliwości działania zarówno pielęgniarki jak i poszczególnych instytucji. Przez instytucję należy tu rozumieć również osoby pełniące określone i sformalizowane funkcje zawodowe. W celu nawiązania jak najlepszego współdziałania pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna znać kompetencje instytucji działających w otoczeniu szkoły, nawiązać z nimi kontakt, przedstawić swoje kompetencje, ofertę współpracy i swoje oczekiwania.

Poradnia psychologiczno-pedagogiczna

Publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne, udzielają dzieciom i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w tym pomocy logopedycznej, pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu, a także udzielają rodzicom i nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej związanej z



wychowywaniem i kształceniem dzieci i młodzieży.¹ Do zadań poradni należy w szczególności:

- wspomaganie wszechstronnego rozwoju dzieci i młodzieży, efektywności uczenia się, nabywania i rozwijania umiejętności negocjacyjnego rozwiązywania konfliktów i problemów oraz innych umiejętności z zakresu komunikacji społecznej;
- profilaktyka uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży, udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży z grup ryzyka;
- terapia zaburzeń rozwojowych i zachowań dysfunkcyjnych;
- pomoc uczniom w dokonywaniu wyboru kierunku kształcenia, zawodu i planowaniu kariery zawodowej;
- prowadzenie edukacji prozdrowotnej wśród uczniów, rodziców i nauczycieli;
- pomoc rodzicom i nauczycielom w diagnozowaniu i rozwijaniu potencjalnych możliwości oraz mocnych stron uczniów;
- wspomaganie wychowawczej i edukacyjnej funkcji rodziny;
- wspomaganie wychowawczej i edukacyjnej funkcji szkoły.

Poradnia wydaje opinie w sprawach:

- wcześniejszego przyjęcia dziecka do szkoły podstawowej oraz odroczenia rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego;
- pozostawienia ucznia klasy I-III szkoły podstawowej na drugi rok w tej samej klasie;
- objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej;
- dostosowania wymagań edukacyjnych, wynikających z programu nauczania, do indywidualnych potrzeb psychofizycznych i edukacyjnych ucznia, u którego stwierdzono zaburzenia i odchylenia rozwojowe lub specyficzne trudności w uczeniu się, uniemożliwiające sprostanie tym wymaganiom;
- zwolnienia ucznia z wadą słuchu lub z głęboką dysleksją rozwojową z nauki drugiego języka obcego;
- udzielenia zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki;
- przyjęcia ucznia gimnazjum do oddziału przysposabiającego do pracy;
- przyjęcia do klasy pierwszej szkoły ponadgimnazjalnej: zasadniczej szkoły zawodowej, liceum ogólnokształcącego, liceum profilowanego i technikum,

¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. 2003, Nr 5, poz. 46).



a także klasy pierwszej szkoły średniej na podbudowie programowej szkoły zasadniczej, szkoły policealnej i szkoły pomaturalnej kandydata z problemami zdrowotnymi, ograniczającymi możliwości wyboru kierunku kształcenia ze względu na stan zdrowia;

- przystąpienia ucznia lub absolwenta z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi lub ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się odpowiednio: do sprawdzianu przeprowadzanego w ostatnim roku nauki w szkole podstawowej, egzaminu przeprowadzanego w ostatnim roku nauki w gimnazjum, egzaminu maturalnego lub egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe, w warunkach i formie dostosowanych do indywidualnych potrzeb psychofizycznych ucznia lub absolwenta;
- innych określonych w odrębnych przepisach.

Opinię wydaje się na pisemny wniosek rodziców dziecka. Na wniosek lub za zgodą rodziców dziecka, poradnia przekazuje kopię opinii do przedszkola, szkoły lub placówki, do której uczęszcza dziecko. Jeżeli w celu wydania opinii jest niezbędne przeprowadzenie badań lekarskich, rodzice powinni przedstawić zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka.

Pielęgniarka może informować uczniów i rodziców o zakresie, formach i możliwościach uzyskiwania odpowiedniej do potrzeb pomocy.

Lekarze i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (poz)

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w środowisku nauczania i wychowania jest adresowana do całej populacji uczniowskiej. Pielęgniarka na terenie szkoły jest jedynym profesjonalnym pracownikiem medycznym, udzielającym całej społeczności szkolnej wsparcia merytorycznego w zakresie zdrowia uczniów.

W swojej działalności współpracuje z *lekarzem poz* w zakresie:

- kierowania do lekarza uczniów z dodatnimi wynikami testów przesiewowych, w celu uzyskania zaleceń odnośnie dalszego postępowania w przypadku potwierdzenia wyniku testu lub ewentualnej opinii specjalisty;
- prowadzenia wstępnego postępowanie w programie profilaktycznych badań lekarskich: zakłada kartę badania, zbiera wywiad od nauczyciela i rodziców, wykonuje testy przesiewowe, informuje o wstępnych ich wynikach ucznia i rodziców oraz kieruje ucznia z rodzicami na badanie profilaktyczne do lekarza pierwszego kontaktu. Po uzyskaniu z powrotem karty profilaktycznego badania analizuje wyniki badania, informuje nauczyciela w o kwalifikacji do grup wf, planuje dalszą opiekę opierając się na zaleceniach lekarza umieszczonych w karcie badania;¹

¹ P. również rozdział III.3. (przyp. red.)



- konsultacji w przypadkach trudnych - szczególnie w opiece nad uczniami niepełnosprawnymi i z chorobami przewlekłymi oraz wykonuje zlecenia lekarskie wobec uczniów wymagających specyficznej, wzmożonej opieki;
- programu szczepień ochronnych: organizuje szczepienie na terenie szkoły i zaprasza lekarza do kwalifikacji, jeżeli pielęgniarka jest realizatorem tej procedury. Informuje uczniów i rodziców o programie szczepień, przekazuje informację rodzicom o programie szczepień i o terminach (jeżeli realizatorem jest lekarz).

Lekarz w opiece profilaktycznej, wspiera pielęgniarkę/higienistkę szkolną, udzielając jej informacji o stanie zdrowia ucznia i wydaje zalecenia zdrowotne. Pielęgniarka/higienistka szkolna jest zobowiązana do zachowania tajemnicy medycznej, przechowywania dokumentacji zdrowotnej ucznia w odpowiednich warunkach, natomiast lekarz ma obowiązek udzielić takiej informacji pielęgniarce, aby ona mogła zapewnić opiekę adekwatną do potrzeb ucznia w szkole.

Lekarz wydaje zlecenie na podawanie określonych leków lub wykonywanie zabiegów przez określony czas, w razie ataku lub zaostrzenia się przewlekłej choroby lub na stałe (np. podawanie leków przeciwpadaczkowych). Pielęgniarki posiadają uprawnienia do podawania leków oraz wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych i leczniczych na zlecenie lekarza^{1,2}

Pielęgniarki środowiskowe- rodzinne sprawują opiekę nad podopiecznymi w ich środowisku domowym – rodzinnym. Obejmują swoją opieką całe rodziny, w tym również dzieci w wieku szkolnym. Pielęgniarki środowiskowe rodzinne przeprowadzają wywiady środowiskowe, planują i realizują opiekę nad ludźmi przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi. W swojej działalności współpracują głównie z lekarzem pierwszego kontaktu i z pracownikiem socjalnym opieki społecznej.

Pielęgniarka/higienistka szkolna nawiązuje współpracę z pielęgniarką środowiskową – rodzinną w przypadku trudności w zdiagnozowaniu sytuacji społeczno-zdrowotnej rodziny ucznia. W tym celu należy:

- zidentyfikować pielęgniarkę sprawującą opiekę nad interesującą nas rodziną np. za pośrednictwem lekarza rodzinnego, rejestracji poradni rodzinnej;
- umówić się telefonicznie na spotkanie lub na wspólną wizytę w domu ucznia, zapoznając ogólnie pielęgniarkę rodzinną z problemem;
- ustalić sposoby ewentualnej dalszej współpracy.

¹ Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 91, poz.410).

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U. Nr 116, poz. 750).



Samorządowe wydziały zdrowia, edukacji i rodziny

Samorządy terenowe są organami prowadzącymi szkoły, natomiast kuratoria oświaty sprawują nad szkołami nadzór merytoryczny. Szkoły podstawowe i gimnazjalne są prowadzone przez gminy, a szkoły ponadgimnazjalne i specjalne przez samorządy powiatowe. Organ prowadzący szkołę (gmina lub powiat) jest odpowiedzialny za funkcjonowanie szkoły. W celu realizacji zadań samorządowych radni powołują zarząd i odpowiednie wydziały, odpowiedzialne za poszczególne zagadnienia: wydział zdrowia, edukacji lub rodziny (itp).¹

Pielęgniarka w ramach współpracy może na zlecenie samorządu terytorialnego realizować dodatkowe zadania w zakresie promocji zdrowia lub profilaktyki niektórych zaburzeń i chorób. Może również informować samorząd o dominujących problemach zdrowotnych uczniów i ich potrzebach zdrowotnych oraz o sposobach ich zaspokajania.

Pomoc społeczna*

Pomoc społeczna skierowana jest do osób i rodzin niezdolnych samodzielnie zaspokoić niezbędne potrzeby życiowe. Środki na ten cel gromadzone są przez instytucje państwowe. Pomoc społeczną reguluje ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. Odpowiada ona aktualnym potrzebom i określa miejsce pomocy społecznej w systemie zabezpieczenia społecznego. Celem pomocy społecznej jest zapobieganie powstawaniu trudnych sytuacji życiowych i zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych jednostek, grup i rodzin.

Od osób korzystających z tej pomocy wymaga się współudziału w rozwiązywaniu tych trudnych sytuacji życiowych. Pomoc ta powinna doprowadzić w miarę możliwości do życiowego usamodzielnienia się korzystających z pomocy społecznej. Zmusza to klientów pomocy społecznej do aktywnego rozwiązywania własnych problemów, a nie do postawy biernej i często roszczeniowej.

Prawo do świadczeń z pomocy społecznej przysługuje w szczególności z powodu: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, ochrony macierzyństwa, bezrobocia, niepełnosprawności, alkoholizmu i narkomanii, trudności w przystosowaniu się do życia po opuszczeniu zakładu karnego, czy na skutek klęsk żywiołowych lub ekologicznych. Oprócz podziału na przyczyny uprawniające do korzystania z pomocy społecznej przewidziano także rodzaje świadczeń, np.: udzielanie schronienia, posiłku i niezbędnego ubrania, usługi opiekuńcze, renty socjalne i zasiłki (stałe, wyrównawcze, okresowe i celowe), pomoc finansowa na pokrycie wydatków na świadczenia lecznicze, czy sprawienie pogrzebu zgodnie z wyznaniem zmarłego. Ustawa preferuje świadczenia pieniężne przyjmując za podstawę ich przyznawania *nie sytuację majątkową, lecz ich bieżące dochody*.

* Opracowano na podstawie ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 87, poz. 506).

¹ Ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 137, poz. 1304).



Pomoc społeczna jest zadaniem samorządów terytorialnych. Istnieje podział zadań związanych z pomocą społeczną między gminę, powiat, województwo. Zadania, jakie samorząd realizuje ze środków własnych to:

- na poziomie gminy w ramach **gminnych ośrodków pomocy społecznej** - pomoc rzeczowa (schronienie, posiłek, ubranie), wypłata świadczeń
- na poziomie powiatu w ramach **powiatowych centrów pomocy rodzinie** (PCPR). PCPR działają zgodnie z ustawą o pomocy społecznej. Udzielają instytucjonalnej pomocy specjalistycznej – prowadzenie placówek opiekuńczo – wychowawczych, prowadzenie domów dziecka, pogotowia opiekuńczego, rodzinnych domów dziecka, ośrodków specjalnych. Udzielanie pomocy osobom niepełnosprawnym, uchodźcom, repatriantom, pokrywanie kosztów leczenia bezdomnym i nieubezpieczonym.

Świadczenia społeczne*

Formy świadczeń społecznych, to nie tylko świadczenia pieniężne, ale także świadczenia rzeczowe i zakładowe, usługi na rzecz uprawnionych oraz inne rodzaje świadczeń w postaci np.: pożyczek na rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej, kredyty dla studentów, świadczenia alimentacyjne, bilety ulgowe (dopłata państwa do biletów), pomoc w spłacie kredytów mieszkaniowych itp. Część tych wydatków przeznaczana jest na utrzymanie i rozwój tzw. infrastruktury społecznej, a więc urządzeń, które stanowią materialną podstawę przekazu usług socjalnych i kulturalnych jak, np.: szpitale, sanatoria, domy pomocy społecznej, szkoły, obiekty kulturalne itp.

Opieka społeczna, to system świadczeń istniejący w Polsce w ramach zabezpieczenia społecznego. Podstawowym celem pomocy społecznej jest zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych osób niezdolnych do pracy z powodu wieku, inwalidztwa i in. przyczyn, a nie mających własnych środków utrzymania ani możliwości korzystania z pomocy rodziny, nie posiadających właściwie zorganizowanej opieki oraz osób, które przejściowo znalazły się w trudnej sytuacji życiowej. Pomoc ta przysługuje: wszystkim osobom mającym obywatelstwo polskie zamieszkującym na terytorium Polski, cudzoziemcom zamieszkującym i przebywającym na terytorium Polski, posiadającym zezwolenie na pobyt.

* Opracowano na podstawie ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 87, poz. 506).

Pielęgniarka współpracuje z rodzicami ucznia ustalając sposoby działania na rzecz ich zdrowia i rozwoju.

Jeżeli rodzina w sposób rażąco zaniedbuje swe obowiązki, sąd rodzinny może pozbawić lub ograniczyć jej władzę nad dzieckiem. Według Konstytucji RP rodziny mają prawo do wychowania dziecka zgodnie z własnymi przekonaniami, przy równoczesnym uwzględnieniu stopnia dojrzałości dziecka, a także wolności jego sumienia i wyznania.





Kodeks rodzinny i opiekuńczy, ustawa z dnia 25 lutego 1964 r.: zawiera przepisy dotyczące *małżeństwa*, *pokrewieństwa* oraz *opieki* i *kurateli*. Reguluje kwestie związane z zawieraniem małżeństw, praw i obowiązków małżonków, ojcostwa, stosunków między rodzicami a dziećmi, przysposobienia dzieci, obowiązku alimentacyjnego, opieki nad dziećmi itp., koedukacji – wspólnego nauczania i wychowywania dziewcząt i chłopców. W szkolnictwie zaczęto wprowadzać kodeks rodzinny i opiekuńczy w XIX w., ze względu na walory wychowawcze wspólnego nauczania dziewcząt i chłopców.

Podstawowe pojęcia cytowane za kodeksem rodzinnym i opiekuńczym

Rodzice naturalni i prawni opiekunowie własnych dzieci do czasu osiągnięcia przez nie pełnoletności lub ukończenia nauki w szkołach wyższych, nie dłużej niż do ukończenia 26 roku życia. Zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym rodzina ma obowiązek i prawo do wychowania, sprawowania opieki i utrzymywania dziecka oraz zarządzania jego majątkiem.

Władza rodzicielska, ogół praw i obowiązków, jakie mają rodzice w stosunku do małoletniego dziecka. Władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą dziecka, reprezentowania go, wychowania i zarządzania jego majątkiem. Dziecko natomiast, które pozostaje na utrzymaniu rodziców i mieszka u nich, zobowiązane jest pomagać im we wspólnym gospodarstwie a także, jeśli ma dochody z własnej pracy, powinno przyczyniać się do pokrywania kosztów utrzymania rodziny, z którą razem zamieszkuje. Władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom i każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania; o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie. W sytuacji, gdy władza rodzicielska nie jest wykonywana przez rodziców w należyty sposób, sąd może ją ograniczyć, natomiast jeśli w sposób rażąco zaniedbują oni swoje obowiązki względem dziecka, mogą zostać (oboje lub jedno z nich) pozbawieni władzy rodzicielskiej.

Kurator, osoba pełniąca funkcję w zakresie instytucji kurateli (opieki prawnej). Kurator w zależności od rodzaju kurateli ma wyznaczony zakres czynności, które obowiązany jest wykonywać. Kurator dziecka poczętego, ale jeszcze nieurodzonego, strzeże przyszych praw dziecka. Kurator osoby ułomnej otrzymuje natomiast zawsze zakres obowiązków i uprawnień wyznaczony przez sąd opiekuńczy. Inną instytucją, aczkolwiek o tej samej nazwie, jest kurator ustanawiany na podstawie przepisów prawa karnego - osoba wyznaczona przez sąd do sprawowania dozoru nad skazanym. Kurator nieletniego jest osobą wyznaczoną przez sąd dla nieletnich, sprawującą dozór nad nieletnim, który popełnił przestępstwo przed 17 rokiem życia.

W sytuacjach szczególnie trudnych pielęgniarka/higienistka szkolna, w porozumieniu z pedagogiem szkolnym i dyrektorem może zgłaszać do kurato-



ra sądowego sprawy wymagające interwencji sądowej (np. demoralizacja nieletnich.)¹

Przedstawiciel, osoba działająca w imieniu reprezentowanego (np. ucznia) i na jego rzecz. Legitymacja do działania przedstawiciela wynika z określonych ustawą stosunków prawnych (np. przedstawicielem ustawowymi dziecka są jego rodzice, dopóki dziecko podlega ich władzy rodzicielskiej, przedstawicielem ustawowym jest również opiekun lub kurator, ustanowiony na podstawie orzeczenia sądu).

10. Udzielanie uczniom i pracownikom szkoły pomocy medycznej w urazach i nagłych zachorowaniach

Maria Jodkowska

Szacuje się, że każdego roku ponad 100 000 dzieci i młodzieży w wieku szkolnym doznaje urazu w czasie przebywania w szkole.² Wskaźnik urazów jest szczególnie wysoki na terenie szkół podstawowych. Wskazuje on, że w niektórych szkołach co dziesiąte dziecko ulega wypadkowi w szkole lub na zajęciach organizowanych przez szkołę poza jej terenem.³

Do szkoły uczęszczają dzieci i młodzież cierpiące na różnego rodzaju choroby przewlekłe. Może się zdarzyć, że w czasie lekcji nastąpi zaostrzenie choroby np. wystąpienie napadu astmy oskrzelowej, napadu padaczkowego, wymagające natychmiastowej pomocy.⁴

Pielęgniarka i higienistka szkolna, jako jedyny pracownik medyczny w szkole, ma w tej sytuacji poważne zadanie do wykonania. Wiele osób, właśnie dla tej roli – udzielania pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach w szkole – postrzega przede wszystkim konieczność obecności pielęgniarki w szkole.

a. Udzielanie uczniom i pracownikom szkoły pomocy medycznej w urazach i nagłych zachorowaniach oraz dokumentowanie rodzaju uszkodzenia ciała lub dolegliwości i rodzaju udzielonej pomocy w „Zeszycie porad ambulatoryjnych”

Niezwłoczne zapewnienie poszkodowanemu opieki i udzielenie pierwszej pomocy

Celem pierwszej pomocy jest przede wszystkim wyeliminowanie działania czynnika uszkadzającego np. zatrzymanie krwotoku zewnętrznego, uwol-

¹ Artyku 4 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, z późniejszymi zmianami (Dz. U. 2002, Nr 11, poz. 109).

² Informacja o wypadkach dzieci i młodzieży w szkołach i placówkach oświatowych w roku szkolnym 1997/1998. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 1999.

³ P. również rozdział I. 3.4.1 (przyp. red.)

⁴ P. również rozdział III. 7.1 (przyp. red.)



nienie rannego spod przygniatającego go ciężaru oraz pobieżna ocena jego stanu: ocena stanu przytomności, sprawdzenie oddychania oraz tętna. Dalsze działania - rodzaj udzielanej pomocy medycznej, które podejmuje pielęgniarka/higienistka szkolna, zależą od stanu pacjenta (ucznia, pracownika szkoły).

Zgodnie ze standardami w profilaktycznej opiece zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną gabinet profilaktyczny w szkole powinien być wyposażonym w sprzęt i leki do udzielania pomocy medycznej (tab. 39) oraz zestaw przeciwwstrząsowy (tab. 40), a także w środek łączności (telefon).

Tabela 39. Sprzęt i leki do udzielania pomocy medycznej oraz środki do użytku zewnętrznego i artykuły sanitarne

| Sprzęt | Leki | Środki do użytku zewnętrznego |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Szyny Kramera (lub pneumatyczne)• Termometr, miska nerkowa, nożyczki• Kieliszek do płukania oka• Woreczki z lodem w zamrażalniku lodówki | <ul style="list-style-type: none">• Paracetamol• No-spa• Neospazmina | <ul style="list-style-type: none">• Sól fizjologiczna• Altacet• Woda utleniona lub Perhydrol• Spirytus salicylowy• Poloplast• Prestoplast• Wata• Lignina• Kompresy jałowe różnej wielkości• Gaziki jałowe• Rękawiczki jednorazowe jałowe i niejłowe• Bandaż dziany• Bandaż elastyczny• Chusta trójkątna• Agrafki |



Tabela 40. Zestaw przeciwwstrząsowy¹

| Rodzaj leków i sprzęt | |
|--|-----------|
| Leki | |
| Epinephrinum (amp. 1mg/ml)* * | |
| Hydrocortisonum hemisuccinatum (amp. 100 mg/2ml)* * | |
| Clemastinum amp. 2mg/2ml | |
| Aminophyllinum amp. 250 mg./10ml | |
| Salbutamol - aerosol (0,1 mg/dawkę) | |
| Salbutamol (amp. 0,5 mg/1ml) | |
| Relanium (amp. 10 mg/2ml) | |
| Loratydyna (tabl. 0,01) lub cetyryzyna (tabl. 0,01)* * | |
| Płyny | |
| 0.9% roztwór NaCl | 250 ml* * |
| 5% roztwór glukozy | 250 ml* * |
| Płyn wieloelektrolitowy | 250 ml* * |
| Sprzęt | |
| Strzykawki 2, 5, 10 ml | |
| Igły domięśniowe i dożylnie | |
| Wenflony, zestawy kroplówkowe | |
| Staza gumowa, opaski uciskowe | |
| Środki odkażające, gaziki, waciki | |
| Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi | |
| Samorozprężalny worek z zastawką bezzwrotną typu AMBU | |
| Maski dziecięce (co najmniej dwa rozmiary) | |
| Rurka ustno-gardłowa | |
| Zestaw do tlenoterapii (np.: worek z tlenem), w miarę możliwości | |

** Leki ratujące życie, które mogą być podane przez pielęgniarkę zgodnie z załącznikiem nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz. U. 2002, Nr 236, poz. 2000), pozostałe, wymienione w tabeli leki podaje lekarz.

¹ Zestaw uzgodniony z Krajowym Konsultantem w dziedzinie Alergologii i Krajowym Konsultantem w dziedzinie Anestezjologii.



Powiadamianie

O każdym wypadku czy zachorowaniu, które ma miejsce na terenie szkoły, pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna zawiadomić niezwłocznie:

- rodziców (opiekunów) ucznia,
- dyrektora szkoły ewentualnie wychowawcę klasy.

Dokumentowanie

Każdy wypadek czy nagłe zachorowanie powinno zostać odnotowane w dokumentacji: „Karcie zdrowia ucznia” a także w „Zeszytcie porad ambulatoryjnych”.

Informacja powinna zawierać imię i nazwisko ucznia, datę i krótki opis zdarzenia oraz podjęte przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną działania (np.: podane leki, ich dawka itp.) a także informację, kto z rodziców (opiekunów) dziecka został powiadomiony.

b. Prowadzenie, w razie potrzeby, instruktażu dla:

Uczniów w zakresie udzielania pierwszej pomocy

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) określa, że uczeń stosownie do wieku, powinien umieć przewidywać, zapobiegać sytuacjom stwarzającym zagrożenie, unikać sytuacji niebezpiecznych. Cele te są zróżnicowane w zależności od wieku ucznia, w poszczególnych przedmiotach i ścieżkach edukacyjnych. Umiejętność udzielania pierwszej pomocy powinna stać się umiejętnością, którą posiadać powinien każdy uczeń. Pielęgniarka lub higienistka szkolna, z racji wykształcenia medycznego, może stać się ważną osobą, którą będzie uczestniczyć w szkoleniach dotyczących tej tematyki.

Nauczycieli w zakresie postępowania w stanach nagłego wystąpienia objawów (np. napadu padaczkowego, duszności, hipoglikemii) u uczniów przewlekle chorych, uczęszczających do danej szkoły

Pielęgniarka lub higienistka szkolna nie jest obecna przez cały czas pobytu uczniów w szkole. Warto, by w każdej szkole nauczyciele i personel szkolny zostali przeszkoleni w zakresie postępowania w przypadku wystąpienia objawów zagrażających życiu np. napadu padaczkowego, astmy oskrzelowej, hipoglikemii. Istotnym elementem takiego szkolenia jest przekazanie informacji o objawach zapowiadających wystąpienie ww stanów oraz możliwości przeciwdziałania ich pogłębieniu (np.: podanie dobrze osłodzonej herbaty dziecku z objawami niedocukrzenia, ale jeszcze przytomnemu). Szkolenie powinno zawierać podstawowe zasady udzielania pierwszej pomocy, do momentu przybycia profesjonalnego pracownika medycznego czy pogotowia ratunkowego.



Pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna wspierać dyrektora szkoły w organizowaniu takich szkoleń.

c. Współdziałanie z dyrekcją szkoły w zakresie tworzenia w szkole warunków do udzielania przez nauczycieli i pracowników szkoły pierwszej pomocy w stanach zagrożenia zdrowia i życia

Szkoła wypełnia wiele funkcji, przede wszystkim funkcję dydaktyczno-wychowawczą oraz opiekuńczą. Innym, istotnym zadaniem szkoły jest zapewnienie bezpiecznych warunków na jej terenie (budynek szkoły, boisko, podwórko itp.), a także w czasie zajęć pozaszkolnych, organizowanych przez szkołę (wycieczki, „zielone szkoły”).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 22 stycznia 2003 r. w sprawie bezpieczeństwa w publicznych i niepublicznych w szkołach i placówkach (Dz. U. 2003, Nr 6, poz. 69), nakłada na dyrektora szkoły obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu w szkole, a także w zajęciach organizowanych przez szkołę. Zawarte w tym akcie prawnym przepisy powinny zostać wdrożone w codziennym postępowaniu.

Jednym z elementów zapewnienia bezpieczeństwa uczniom i pracownikom szkoły jest konieczność wyposażenia pomieszczeń szkoły, w szczególności pokoju nauczycielskiego, laboratoriów, pracowni, warsztatów szkolnych, pokoju nauczycielskiego wychowania fizycznego, kierownika internatu oraz kuchni w apteczkę zaopatrzoną w środki niezbędne do udzielania pierwszej pomocy i instrukcję o zasadach udzielania tej pomocy. Należy zaznaczyć, że nauczyciele, w szczególności prowadzący zajęcia w warsztatach, laboratoriach, a także zajęcia wychowania fizycznego, podlegają przeszkoleniu w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

Pielęgniarka lub higienistka szkolna ma do spełnienia ważną rolę wspierania dyrektora szkoły w wypełnieniu ww. zadań, poprzez pomoc w wyposażeniu apteczek a także udział w przeszkoleniu nauczycieli w zakresie udzielania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia wypadku lub nagłego zachorowania. Sprzęt i środki do udzielania pierwszej pomocy medycznej powinny być dostępne dla nauczycieli i innego personelu szkoły w czasie pobytu uczniów w szkole.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Gołębiewski J.*: Edukacja dla bezpieczeństwa - cele i zadania szkoły. Edukacja dla bezpieczeństwa, 2001, 2; 6 -10.
2. *Śnieżek H.*: Bezpieczeństwo w szkole. Edukacja dla bezpieczeństwa, 2001, 5; 37 - 41.



IV. SPECYFIKA PRACY PIEŁĘGNIARKI I HIGIENISTKI SZKOLNEJ W SZKOLE SPECJALNEJ I SPORTOWEJ

1. Opieka pielęgniarki i higienistki szkolnej nad uczniami niepełnosprawnymi ruchowo i/lub umysłowo w szkole specjalnej

Anna Oblacińska

Z badań GUS przeprowadzonych w 1996 r.¹ wynika, że odsetek dzieci niepełnosprawnych w wieku do 14 lat wynosi 3,4%, a młodzieży w wieku 15-19 lat prawie 2%. W grupie niepełnosprawnych 9% dzieci i 2% młodzieży to osoby z całkowitym ograniczeniem wykonywania czynności życiowych. Większość pozostałych osób uczęszcza do szkół, głównie specjalnych, ale także do szkół integracyjnych oraz ogólnodostępnych z klasami integracyjnymi. Uczniowie *szkół specjalnych*² to około 3% całej populacji uczniów w Polsce, głównie są to dzieci i młodzież z niepełnosprawnością ruchową i/lub umysłową.

Pielęgniarka lub higienistka szkolna obejmuje opieką określoną liczbę uczniów w szkołach specjalnych, zgodnie ze standardami zatrudnienia przedstawionymi we wprowadzeniu do rozdziału III.

Uczeń niepełnosprawny w środowisku nauczania i wychowania jest bardziej narażony na zagrożenia dla zdrowia niż uczeń w pełni sprawny. Zadaniem pielęgniarki i higienistki szkolnej, poza czynnościami związanymi z realizacją standardów, jak w każdej innej szkole jest rozpoznawanie (diagnozowanie) wszystkich zagrożeń dla zdrowia i rozwoju oraz podjęcie działań mających na celu wsparcie ucznia niepełnosprawnego w jego rozwoju.

Zadania ogólne pielęgniarki i higienistki szkolnej sprawującej opiekę zdrowotną nad uczniem niepełnosprawnym

- Organizacja pracy:
 - przygotowanie stanowiska pracy, wyposażenia w sprzęt i dokumentację zgodnie ze standardami wyposażenia gabinetu profilaktycznego w szkole,
 - praca indywidualna z uczniem niepełnosprawnym,

¹ Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996 r. GUS, Warszawa 1997.

² Nazwa „szkole specjalna” funkcjonuje w statutach szkół, rejestrze Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, Kuratoriach Oświaty i danych statystycznych, natomiast, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 8 sierpnia 2003 r. zmieniającym Rozporządzenie w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz szkoły publicznej (Dz. U. Nr 146, poz. 1416) określenie „specjalna” oraz określenie rodzaju niepełnosprawności uczniów *pomija się* na: tablicy urzędowej szkoły, jej sztandarze, na świadectwie oraz pieczęciach, którymi opatruje się świadectwo i legitymację szkolną.



- praca w zespole na rzecz ucznia niepełnosprawnego,
- współpraca z lekarzami opiekującymi się dziećmi, ze społecznością szkolną, rodzicami, społecznością lokalną;

- Postawienie diagnozy środowiska szkolnego w zakresie bezpieczeństwa uczniów niepełnosprawnych oraz zagrożeń dla ich zdrowia;
- Działania związane z niwelowaniem zagrożeń zdrowia i bezpieczeństwa uczniów niepełnosprawnych w środowisku szkolnym;
- Opieka medyczna nad ogółem uczniów w placówce m.in. organizacja i wykonywanie zadań profilaktycznych, zgodnie ze standardami (jak w szkole masowej).

Zasady pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej z uczniami niepełnosprawnymi

Rola pielęgniarki lub higienistki szkolnej pracującej z uczniami niepełnosprawnymi¹ polega nie tylko na działaniach wynikających z realizacji standardów postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej, bieżącym rozwiązywaniu problemów zdrowotnych uczniów, ale też na współpracy z grupą specjalistów opiekujących się dzieckiem (pediatra, neurolog, psycholog, foniatra, logopeda, rehabilitant) oraz osobami sprawującymi opiekę nad niepełnosprawnymi uczniami w szkole – nauczycielami, pracownikami socjalnymi, pracownikami kuchni i stołówki.

Osobne zagadnienie stanowi współpraca z rodzicami i wspieranie ich w postępowaniu z dzieckiem w domu. Działania ze strony pielęgniarki powinny polegać w tym przypadku, na:

- określaniu poziomu wiedzy rodziców i opiekunów na temat stanu rozwoju i zdrowia dziecka;
- pomocy w ułożeniu planu regulującego tryb życia dziecka w domu, jego relacji z rodzeństwem i innymi członkami rodziny;
- wyjaśnieniu celu przewidywanych efektów postępowania rehabilitacyjnego i terapeutycznego;
- uświadomieniu znaczenia regularnego podawania leków oraz obserwacji ubocznych efektów ich stosowania w przypadku dzieci leczonych farmakologicznie (np. z powodu padaczki);
- wyjaśnieniu konieczności systematycznej kontroli i obserwacji u lekarzy specjalistów leczących dziecko.

¹ Oblacińska A.: Problemy zdrowotne uczniów niepełnosprawnych. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2002, 04, 24-25.



Realizacja zadań profilaktycznych pielęgniarstwa w opiece nad uczniami niepełnosprawnymi

Specyfika przeprowadzania testów przesiewowych

Trudności, jakie najczęściej napotyka pielęgniarka przy przeprowadzaniu testów przesiewowych¹ u dzieci niepełnosprawnych ruchowo i/lub upośledzonych umysłowo są najczęściej natury:

- „*Technicznej*” – np. niemożność dokładnego przeprowadzenia pomiarów antropometrycznych (wysokości, masy ciała). Wykonanie badania utrudniają przykurcze w stawach, znaczne wady postawy, zaburzenia równowagi, niemożność postawienia dziecka w pozycji pionowej. Pewnym wyjściem z sytuacji może być pomiar długości ciała na leżąco lub taśmą wzdłuż ciała. Pomiar taki obciążony jest oczywiście błędem, wynikającym z innych, niż wskazane w metodyce testu przesiewowego, warunków przeprowadzenia badania. Ocenę masy ciała można przeprowadzić, ważąc dziecko z tzw. tarą, czyli osobą dorosłą, stojącą z dzieckiem na wadze lub trzymającą je na rękach, a następnie od uzyskanego pomiaru odjąć masę ciała osoby dorosłej. Na podstawie tych pomiarów nie jest oczywiście możliwa dokładna ocena harmonii rozwoju fizycznego. Nie należy jednak badań tych zaniechać, gdyż pozwalają śledzić orientacyjne przyrosty wysokości i masy ciała czyli tempo rozwoju fizycznego dziecka.
- *Psychologicznej i emocjonalnej* – wymagającej pokonania lęku dziecka przed badaniem, odmowy wykonania poleceń (dotyczy to wszystkich testów przesiewowych). Cierpliwość, łagodność pielęgniarki, spokojny, wyciszony głos, a jednocześnie stanowczość i konsekwencja mogą pokonać lęk dziecka i umożliwić nawiązanie z nim współpracy. Czasem należy przełożyć badanie na inny dzień (dzieci niepełnosprawne też mają swoje „dobre” i „złe” dni).
- *Wynikającej z upośledzenia dziecka* (rozproszenie uwagi, niezrozumienie poleceń, nieznajomość znaków graficznych – liter i cyfr). Problem ten występuje przede wszystkim przy przeprowadzaniu testów do wykrywania zaburzeń wzroku i słuchu. W teście oceniającym ostrość wzroku należy użyć właściwych tablic: niezależnie od wieku dziecka – tablic do badania z odległości trzech, a nie pięciu metrów, czy tablic zawierających optotypy w postaci figur geometrycznych lub obrazków.² Obserwacja dziecka podczas zabawy czy nauki, zwrócenie uwagi np. na przechylenie głowy dziecka w jednym kierunku, może nasunąć pielęgniarce podejrzenie zezów czy niedowidzenia jednoocznego. Przy podejrzeniu niedosłuchu czasem konieczne jest specjalistyczne badanie audiologiczne w ośrodkach diagnostyki laryngologicznej.

¹ Jodkowska M., Woynarowska B. (red.): Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Materiały instruktażowe dla pielęgniarek i higienistek szkolnych. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2002.

² Test przesiewowy do wykrywania nieprawidłowej ostrości wzroku [w]: Jodkowska M., Woynarowska B., op. cit.



Szczepienia ochronne

W chorobach układu nerwowego, często objawiających się niepełnosprawnością ruchową i/lub upośledzeniem umysłowym, notuje się największą liczbę odroczeń i zwolnień ze szczepień ochronnych, przede wszystkim przeciw krztuścowi, ze względu na obawę przed neurotoksycznym działaniem tej szczepionki.

Rozszerzony Program Szczepień Światowej Organizacji Zdrowia¹ uściślił liczbę stanów chorobowych, w których szczepienia ochronne, również przeciw krztuścowi, mogą być wykonywane. Są to choroby o nie postępującym przebiegu, m.in.:

- wczesnodziecięce porażenie mózgowe (mózgowe porażenie dziecięce) – bez predyspozycji do drgawek,
- zespół Downa,
- padaczka, jeśli napady nie występują co najmniej od 12 miesięcy w wyniku leczenia,
- w przypadku odroczeń oraz w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego przeciw krztuścowi szczepi się dzieci z ww. chorobami powyżej 7 roku życia, które nie miały szczepień podstawowych.

W leczeniu niektórych zaburzeń układu ruchu (np. miopatia) stosuje się preparaty steroidowe. Steroidoterapia stosowana dłużej niż 1 tydzień w wysokich dawkach, np. enkortonu 2 mg/kg/dobę stanowi okresowe przeciwwskazanie do szczepień szczepionkami żywymi. Szczepienia można przeprowadzić, gdy dziecko otrzymuje już niską, podtrzymującą dawkę kortykosterydów, zawsze w porozumieniu i za zgodą lekarza prowadzącego leczenie.

U dzieci z chorobami układu nerwowego o przewlekłym, nie postępującym przebiegu, np. z mózgowym porażeniem dziecięcym, poza szczepieniami uwzględnionymi w kalendarzu szczepień, zalecane są także coroczne szczepienia przeciw grypie, a także przeciwko powszechnym patogenom zakażeń dróg oddechowych: *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*.

Specyfika profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym

Dzieci i młodzież z upośledzeniem umysłowym stanowią grupę wysokiego ryzyka rozwoju próchnicy zębów i chorób przyzębia. Wynika to m.in. z niezdolności do prawidłowego szczotkowania zębów, częstego oddychania ustami (słabe napięcie mięśnia okrężnego ust, duży język), nadmiernego spo-

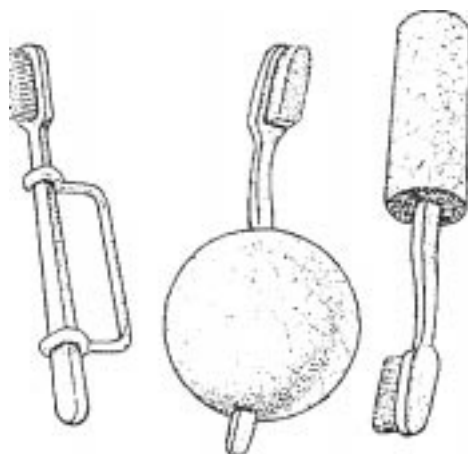
¹ Immunization Policy. Expanded Programme on Immunization, WHO Document WHO/EPI/GEN/ 95, 3, 1995.



żywania słodczy, trudności w leczeniu zębów). Szczególna podatność na choroby przyzębia występują w zespole Downa.¹

Program zapobiegawczy obejmuje²:

- W nadzorowanym szczotkowaniu zębów preparatami fluorkowymi w szkole stosowanie najprostszycch technik czyszczenia zębów (ruchy szczoteczki okrężne i pionowe),
- Nadzór i pomoc rodziców (opiekunów) w czyszczeniu zębów, w niektórych przypadkach stosowanie szczotek elektrycznych. Dzieciom mającym trudności w chwytaniu szczotki do zębów (przykurcze mięśni rąk, wzmożone napięcie mięśniowe), jej trzonek można oprawić np. w piłkę tenisową, wałek z miękkiego kauczuku, gumy, czy innego rodzaju tworzywa lub przyocować do ręki tzw. rzepem (ryc. 11).



Ryc. 10. Rodzaje szczotek do zębów dla dzieci niepełnosprawnych

Źródło: Górzyńska A.: Pielęgnacja jamy ustnej [w]: Borkowska M. (red.): Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Cz. 2. Usprawnienie ruchowe. WSiP, Warszawa 1997, 169-171.

- Powiadomienie rodziców o możliwości profesjonalnej profilaktyki próchnicy zębów, realizowanej przez lekarza stomatologa lub higienistkę stomatologiczną na jego zlecenie. Zabiegi te to m.in. stosowanie lakierów chlorheksydynowych i fluorkowych raz na 3 miesiące (4 razy w roku). Program tej profilaktyki dobierany jest indywidualnie do typu niepełnosprawności dziecka.

¹ Woynarowska B., Oblacińska A. (red): Zdrowie jamy ustnej u dzieci, młodzieży i kobiet ciężarnych. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995, s. 47 - 48.

² Konsultacja: prof. dr hab. med. Maria Wierzbicka, Krajowy Koordynator ds. Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej i Programu Zapobiegania Próchnicy Dzieci i Młodzieży Grupy Wysokiego Ryzyka Choroby (Program realizowany w latach 1999-2002).



Identyfikacja problemów zdrowotnych uczniów niepełnosprawnych ruchowo i/lub umysłowo oraz realizacja ich potrzeb

Problemy zdrowotne i zaburzenia rozwojowe u dzieci w wieku szkolnym, niepełnosprawnych ruchowo i/lub upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim (umożliwiającym naukę w szkole specjalnej), należy rozpatrywać w trzech kategoriach:

- *Problemy zdrowotne występujące w ogólnej populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym:* ostre choroby infekcyjne, zaburzenia ze strony różnych narządów i układów, choroby zakaźne wieku dziecięcego, zaburzenia warunkowane środowiskowo (nerwice, zaburzenia zachowania), wypadki i urazy.
- *Wynikające z, lub będące powikłaniami choroby zasadniczej:* przykurcze mięśni, zaburzenia troficzne skóry, dysfunkcje układu oddechowego, próchnica zębów, zaparcia stolca, dysfunkcje pęcherza moczowego, przewlekłe bóle głowy, zaburzenia widzenia.
- *Występujące z większą częstością u dzieci niepełnosprawnych lub współistniejące z zaburzeniami warunkującymi niepełnosprawność:* choroby genetyczne, metaboliczne, wady wrodzone, zaburzenia odporności.

Poniżej przedstawiono (tabela 44) plan realizacji potrzeb uczniów z problemami zdrowotnymi, wynikającymi z powikłań niepełnosprawności lub często z nią współistniejącymi.

Tabela 41. Problemy zdrowotne i realizacja potrzeb uczniów niepełnosprawnych

| Rodzaj niepełnosprawności | Problemy zdrowotne | Realizacja potrzeb |
|---|--|--|
| Niepełnosprawność ruchowa | | |
| Zespół zaburzeń w mózgowym porażeniu dziecięcym A. Niedowład połowiczny | <ul style="list-style-type: none"> • Nierówność kończyn • Skrzywienie kręgosłupa, utrudnione posługiwanie się jedną kończyną górną • Padaczka u 15-25% dzieci | <ul style="list-style-type: none"> • Zwrócenie uwagi, czy dziecko ma odpowiednie zaopatrzenie ortopedyczne (wkładki, obuwie ortopedyczne) • Częstość zmiany obuwia korekcyjnego w miarę wzrastania dziecka • Ćwiczenia usprawniające czynne • Nadzór nad systematycznym podawaniem leków |



Tabela 41. cd.

| Rodzaj niepełnosprawności | Problemy zdrowotne | Realizacja potrzeb |
|-------------------------------------|---|---|
| Niepełnosprawność ruchowa | | |
| | | <ul style="list-style-type: none">Umiejętność udzielenia pierwszej pomocy w napadzie padaczkowym |
| B. Niedowład czterokończynowy | <ul style="list-style-type: none">Przykurcze nadgarstków i palcówZaburzenia ruchowe aż do unieruchomienia włącznieOdleżyny, zaburzenia troficzne skóryZaparciaUpośledzenie umysłowe u większości dzieci | <ul style="list-style-type: none">We współpracy z rehabilitantem masaż, zabiegi rozluźniająceĆwiczenia bierneProfilaktyka powstawania odleżynDieta bogatoresztkowa, odpowiedni dowóz płynów |
| C. Obustronny niedowład spastyczny | <ul style="list-style-type: none">Niemожność samodzielnego chodzeniaZaburzenia równowagi | <ul style="list-style-type: none">Ochrona przed urazami i wypadkamiOcena środowiska szkoły pod kątem eliminowania lub minimalizowania zagrożeń wypadkowychZabiegi rozluźniające (we współpracy z rehabilitantem) |
| D. Postać pozapiramidowa płasawicza | <ul style="list-style-type: none">Nagły wzrost napięcia, sztywność ciała przy ostrych bodźcachZaburzenia mowy, słuchuOgraniczenie aktywności, trudności w utrzymaniu równowagi | <ul style="list-style-type: none">Obserwacja reakcji dziecka w grupie, podczas nauki, przerw międzylekcyjnychWspółpraca z nauczycielem w doborze zajęć dla dziecka, z unikaniem silnych bodźców (hałas, gwałtowne zwroty ciała, zbyt silny dotyk)Realizacja zaleceń audiologa i foniatryOchrona przed urazamiOdpooczynek w gabinecie profilaktycznym z ograniczeniem bodźców dźwiękowych i świetlnych |



Tabela 41. cd.

| Rodzaj niepełnosprawności | Problemy zdrowotne | Realizacja potrzeb |
|--|---|--|
| Niepełnosprawność ruchowa | | |
| E. Postać pozapiramidowa mózdkowa | <ul style="list-style-type: none">Ograniczenie aktywności ruchowejTrudności w utrzymaniu równowagiDrżenia grubofaliste w kończynach górnych, zamiaroweWiotkość mięśniCzęsto upośledzenie umysłowe | <ul style="list-style-type: none">Ochrona przed urazamiObserwacja i pomoc dziecku podczas siadania (wygięcie w łuk w przypadku niemożności podtrzymania się rękami – upadek) |
| Dystrofie mięśniowe i miopatie | <ul style="list-style-type: none">Wiotkość mięśniZaburzenia wynikające z osłabienia i zaniku mięśni obręczy barkowej i biodrowejZaburzenia zgryzu, łatwość zachłystywania sięKsztuszenie się, odruchy wymiotneZaparcia stolca | <ul style="list-style-type: none">Kontrola korekcji zgryzu (stosowania u dziecka aparatu ortodontycznego)Nadzór przy jedzeniu (picie przez rurkę)Nauka i pomoc przy zabiegach higienicznychDieta bogatoresztkowa, odpowiedni dowóz płynówObserwacja ubocznych efektów sterydoterapiiĆwiczenia usprawniające |
| Miasthenia | <ul style="list-style-type: none">Oslabienie siły mięśniowej w ciągu dniaW remisji choroby u dzieci leczonych, niektóre inne leki pogarszają nerwowo-mięśniowy przepływ (transmisję) bodźców | <ul style="list-style-type: none">Przeciwwskazana rehabilitacja ruchowaĆwiczenia oddechowe wykonywane okresowoUwaga na leki! Niektóre antybiotyki, np.: kolistyna, gentamycyna, barniturany, relanium, – pogarszają transmisję nerwowo-mięśniową |
| Dysrafie A. Przepuklina oponoworodzeniowa | <ul style="list-style-type: none">Niedowładność wiotkie kończyn dolnych – zaburzenia poruszania sięNietrzymanie stolca lub zaparcia | <ul style="list-style-type: none">Po badaniach urodynamicznych (kontakt z urologiem) – nauka odpowiedniego kontrolowania opróżniania |



Tabela 41. cd.

| Rodzaj niepełnosprawności | Problemy zdrowotne | Realizacja potrzeb |
|--|--|--|
| Niepełnosprawność ruchowa | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pęcherz neurogenny: wiotki – zatrzymywanie moczu • odruchowy – zaleganie moczu po wypróżnieniu • Zakażenia dróg moczowych, reflux • Zniesienie czucia – zaburzenia troficzne, niebezpieczeństwo oparzeń, odmrożeń | <ul style="list-style-type: none"> • pęcherza moczowego • Pomoc w opróżnianiu pęcherza – ręczny ucisk na powłoki brzuszne – pęcherz wiotki, w niektórych przypadkach okresowe cewnikowanie • Zapewnienie odpowiedniej podaży płynów • Kontrola higieny intymnej • Ochrona przed urazami (zaburzenia czucia) • Unikanie odzieży uciskającej (odleżyny) • Zaopatrzenie ortopedyczne – balkonik, kule łokciowe |
| B. Wodogłowie | <ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenia widzenia • Opóźnienie rozwoju psychoruchowego • Niewydolność układu zastawkowego • Objawy zakażenia układu zastawkowego | <ul style="list-style-type: none"> • Obserwacja dziecka pod kątem objawów niedrożności lub zakażenia układu zastawkowego (ból głowy, wymioty, gorączka, zaburzenia widzenia) • Powikłania ze strony jamy brzusznej (ból brzucha, „ostry brzuch”) w przypadku układu zastawkowego dootrzewnowego • Możliwość stałego kontaktu z lekarzem neurologiem lub chirurgiem dziecięcym |
| Upośledzenie umysłowe | | |
| W przebiegu: <ul style="list-style-type: none"> • Zaburzeń chromosomalnych (najczęściej zespół Downa) | <ul style="list-style-type: none"> • Uogólniona hipotonia mięśniowa lecz najczęściej nie zaburzająca poruszania się | <ul style="list-style-type: none"> • Ochrona przed urazami • Obserwacja objawów niewydolności krążenia (kontakt z kardiologiem) |



Tabela 41. cd.

| Rodzaj niepełnosprawności | Problemy zdrowotne | Realizacja potrzeb |
|---|---|---|
| Upośledzenie umysłowe | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Genetycznie uwarunkowanych zaburzeń metabolicznych (fenyloketonuria) • Zakażeń wewnątrzłonowych (tokso-plazmoza, różyczka) • Upośledzenie umysłowe o nieustalonej etiologii | <ul style="list-style-type: none"> • Często wady serca • Kwitnąca próchnica zębów • Zaburzenia odporności • Zmiany skórne o charakterze wyprysku • Częste infekcje dróg oddechowych • Otyłość • Zaburzenia widzenia • Objawy związane z wodogłowiem - tokso-plazmoza • Głuchota (w zespole Gregga) – różyczka wrodzona | <ul style="list-style-type: none"> • Utrzymywanie należytej higieny jamy ustnej • Ochrona przed zakażeniami • Utrzymywanie diety eliminacyjnej • Dieta niskoenergetyczna • Umiejętność oceny funkcji zastawki regulującej ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego • Współpraca z okulistą, logopedą, foniatrą |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Łosiowski Z. (red.): Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Cz. I. Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne. WSiP, Warszawa 1997.

Zadania pielęgniarki i higienistki szkolnej w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole specjalnej

W prowadzeniu edukacji zdrowotnej u uczniów szkół specjalnych należy brać pod uwagę specyfikę ich potrzeb, a także trudności tych uczniów w percepcji przekazywanej im wiedzy, problemy z koncentracją uwagi, szybkie zniechęcanie się, często brak motywacji w samodzielnym działaniu.

Realizując edukację zdrowotną, zarówno grupową jak i indywidualną, skierowaną do ucznia niepełnosprawnego, szczególnie intelektualnie, należy kierować się zasadą:

- dostarczania krótkich, prostych informacji, artykułowanych wyraźnie, powoli, nie podnosząc tonu głosu;
- unikania trudnych zadań, wymagających od ucznia syntezy lub analizy;
- świadomego stosowania technik pozawerbalnych (mimika twarzy, gestykulacja, „mowa ciała”);
- sprawdzania, czy przekazane informacje zostały zrozumiane;
- cierpliwości;



- stosowania i nauki różnych technik relaksacyjnych (muzyka, odprężenie, eliminacja silnych bodźców dźwiękowych, dotykowych, światła, zapachu).

Edukacja zdrowotna w pracy z uczniem niepełnosprawnym w szkole specjalnej, powinna obejmować zwłaszcza treści dotyczące: samoobserwacji, samoopieki i samopielegnacji ucznia niepełnosprawnego i jego rodziny, radzenia sobie w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia oraz edukacji zdrowotnej rodziny w zakresie opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Borkowska M.* (red.): Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Część II: Usprawnienie ruchowe. WSiP, Warszawa 1997.
2. *Łosiowski Z.* (red.): Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Część I: Wybrane zaburzenia neurorozwojowe. WSiP, Warszawa 1997.
3. *Minczakiewicz E. M.* (red.): Dziecko niepełnosprawne. Rozwój i wychowanie. Ofic. Wyd. „Impuls”, Kraków 2003.
4. *Obuchowska I.* (red.): Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP, Warszawa 1995.

2. Specyfika pracy pielęgniarzki i higienistki szkolnej w szkole sportowej

Janina Janiszewska

Aktywność fizyczną zalicza się do zachowań sprzyjających zdrowiu i dobremu samopoczuciu w każdym okresie naszego życia. Jest jedną z podstawowych potrzeb dzieci i młodzieży, która winna być zaspokojona dla prawidłowego rozwoju fizycznego, motorycznego, psychicznego i społecznego. Stanowi także element profilaktyki wielu zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży a także u dorosłych.¹

Uprawianie sportu stwarza możliwość wyrównywania niedostatków ruchu, jednostronnych obciążeń ucznia spowodowanych długim siedzeniem w ławce szkolnej, za biurkiem w domu, przy komputerze. Z drugiej strony sport, kwalifikowany jak każda praca fizyczna, prowadzi do zmian wskutek nadmiernych obciążeń jak również do urazów. Współczesny sport nie prowadzi do tak harmonijnego rozwoju sportowca jak to było w starożytnej Grecji. Tam

¹ Woynarowska B.: Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2000, s.27.



jednym słowem „kalokagatio”¹ oddawano sens tego pojęcia; siła i zręczność ciała, a równocześnie wychowanie intelektualne i moralne, czyli piękno fizyczne i duchowe człowieka. Wówczas talenty wrodzone ceniono, a człowieka posiadającego uzdolnienia uważano za wybrańca bogów otaczając go wszechstronną opieką.

Nieracjonalne stosowanie obciążeń fizycznych może prowadzić do niekorzystnych następstw dla zdrowia zawodnika. Wczesne rozpoznanie i leczenie takich zmian zabezpiecza sportowca przed dalszymi negatywnymi skutkami rozwoju schorzenia.²

Zmniejszenie ryzyka negatywnych skutków zdrowotnych w sporcie dzieci i młodzieży zależy od wiedzy, umiejętności i postaw organizatorów treningów sportowych. Odpowiedzialność za zdrowie i bezpieczeństwo uczniów aktywnych fizycznie, zwłaszcza w szkołach sportowych, spoczywa również na lekarzu i pielęgniarce, którzy powinni się sprzeciwiać takim zajęciom sportowym, gdzie młodzież poddawana jest zbyt intensywnemu treningowi, stanowiącemu zagrożenie dla zdrowia zawodnika.³

Bezpieczny sport sprzyja zdrowiu, doskonaleniu samodyscypliny, osiągnięciu dojrzałości społecznej. Dzisiaj, kiedy młodzi ludzie tak chętnie podejmują zachowania ryzykowne dla zdrowia (palenie tytoniu, picie alkoholu, środki psychoaktywne, zbyt wczesną aktywność seksualną tak groźną w kontekście HIV i AIDS), aktywność fizyczna młodzieży może stanowić strategię alternatyw- sport, zamiast picia, „ćpania”. Będzie formą skutecznych działań profilaktycznych.

Kwalifikacja zdrowotna do uprawiania sportu

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2002 roku, w sprawie zasad kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakresu koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwości w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia uprawiających sport amatorski. (Dz. U. 2002, Nr 191, poz. 1603) określa, że dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia do uprawiania określonej dyscypliny sportu kwalifikuje lekarz specjalista medycyny sportowej. Po przeprowadzeniu wstępnego badania lekarskiego wydaje zaświadczenie o dopuszczeniu do uprawiania określonej dyscypliny sportu albo o odmowie dopuszczenia. W przypadku braku lekarza specjalisty, badania lekarskie i zaświadczenia przeprowadzają i wydają lekarze posiadający cer-

¹ Kalokagathos: ideał arystokratycznego wychowania w starożytnej Grecji, człowiek odznaczający się harmonijną pełnią zalet duszy i ciała. Kopański W.: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych. Wiedza Powszechna, Warszawa 1995.

² Smorawiński J.: Opieka medyczna nad osobami uprawiającymi różne formy aktywności ruchowej. Referat wygłoszony podczas obrad Kongresu Sportu Polskiego w Spale, 5-7 grudnia 1998 r. [w]: Medycyna Sportowa II/1999 Nr 91, s.3-7.

³ Woynarowska B.: Opieka zdrowotna w sporcie dzieci i młodzieży. Poradnik dla lekarzy szkół sportowych i szkół mistrzostwa sportowego. AWF, Warszawa 1998, s.3.



tyfikat Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej lub inni lekarze posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w tym zakresie.

Kategorie wiekowe wskazane do rozpoczęcia treningów i uprawiania określonej dyscypliny sportu:¹

Do 7 lat – dyscypliny sportu oparte na naturalnych formach ruchu w formie gier i zabaw ruchowych;

Od 7 lat – dyscypliny sportu oparte na naturalnych formach ruchu, kształcące koordynację ruchu w środowisku lądowym i wodnym nie przeciążającego wybiórczo ruchu;

Od 9 lat – dyscypliny sportu kształtujące oprócz zwinności także szybkość i dynamikę ruchu;

Od 11 lat – dyscypliny sportu kształtujące wytrzymałość i siłę;

Od 14 lat – dyscypliny sportu polegające na wprowadzaniu w pełnym zakresie treningu wytrzymałościowego;

Od 18 lat – dyscypliny sportu polegające na wprowadzaniu statycznych ćwiczeń siłowych.

Dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia uprawiające określoną dyscyplinę sportu, podlegają okresowemu badaniu lekarskiemu i otrzymują zaświadczenie o zdolności lub niezdolności do uprawiania określonej dyscypliny sportu. Zaświadczenie jest ważne, jeżeli od czasu jego wydania nie upłynął okres do wykonania okresowych badań lekarskich. Jeżeli podczas uprawiania określonej dyscypliny sportu uczeń doznał urazów takich jak: uraz głowy, zmian przeciążeniowych, utraty przytomności, przegrał walkę przez nokaut, lekarz przeprowadza kontrolne badania lekarskie i wydaje stosowne zaświadczenie o zdolności lub niezdolności do dalszego uprawiania określonej dyscypliny sportu.

Wstępne badanie i okresowe badania lekarskie obejmują:

- ogólne badania lekarskie
- badania specjalistyczne i diagnostyczne w zakresie niezbędnym do wydania zaświadczenia
- wydanie zaświadczenia

Zakres koniecznych badań lekarskich oraz częstość ich przeprowadzania

Zakres badań, w odniesieniu do najczęściej uprawianych dyscyplin sportu podano w tabeli 42.

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2002 roku, w sprawie zasad kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakresu koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwości w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia uprawiających sport amatorski (Dz. U. 2002, Nr 191, poz. 1603).



Tabela 42. Zakres koniecznych badań lekarskich oraz częstotliwość ich przeprowadzania.

| Rodzaj sportu | Rodzaj badań | Wskazana częstotliwość wykonania badań |
|--|---|--|
| Lekkoatletyka Szermierka Sport zespołowy | Badania ogólnolekarskie Pomiary antropometryczne Badania ortopedyczne | Co sześć miesięcy |
| | Próba wysiłkowa Przegląd stomatologiczny Elektrokardiogram Badania moczu, OB. Badanie składu morfologicznego krwi | Co roku |
| Boks, kick boxing Dalekowschodnie sporty i sztuki walki Płetwonurkowanie Sport lotniczy Sport paralotniowy Sport motolotniowy | Konsultacja laryngologiczna Konsultacja okulistyczna | Co dwa lata |
| Dzudo Zapasy | Badanie radiologiczne odcinka szyjnego kręgosłupa | |
| Podnoszenie ciężarów | Badanie radiologiczne odcinka lędźwiowego kręgosłupa | Co roku |
| Płetwonurkowanie | Spirometria | |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zasad kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakresu koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwości w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia uprawiających sport amatorski (Dz. U. 2002, Nr 191, poz. 1603)

Wywiad zdrowotny i sportowy¹

Warunkiem przyjęcia dziecka do szkoły sportowej powinien być bezpośredni kontakt lekarza z jego rodzicami, gdyż uzyskanych informacji od dziecka lekarz nie zawsze może uznać za wiarygodne. Wywiad zdrowotny powinien być zbierany bezpośrednio od rodziców dziecka, a w wyjątkowych sytuacjach od rodziców na piśmie na formularzu dostarczonym przez szkołę. Wypełniony formularz jest bezpośrednio przekazywany do gabinetu profilaktycz-

¹ Woynarowska B.: Opieka zdrowotna w sporcie dzieci i młodzieży, op.cit. s. 7.





nego w szkole, z zastrzeżeniem, że informacje w nich zawarte są objęte tajemnicą zawodową.

Wywiad zdrowotny powinien być uzupełniony analizą następującej dokumentacji zdrowotnej ucznia:

- Książeczka zdrowia dziecka;
- Karta zdrowia ucznia, ewentualnie karta informacyjna leczenia szpitalnego itp.

Zadania pielęgniarki lub higienistki w szkole sportowej

Udział pielęgniarki w przygotowaniu badań lekarskich

Okresowe badania lekarskie wykonywane są u dzieci i młodzieży uprawiających sport, w okresie:

- *Dzieci do lat 16 – co 3 miesiące,*
- *Powyżej 16 r. ż. – co 6 miesięcy.¹*

Okresowe badanie, w odróżnieniu od wstępnego badania lekarskiego, umożliwia lekarzowi ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka w kontekście obciążenia treningowego ze szczególnym uwzględnieniem układu ruchu, zwłaszcza tych jego części, które są narażone na przeciążenia i urazy w danej dyscyplinie sportu.

Okresowe badanie lekarskie kończy się wydaniem lub nie zaświadczenia o zdolności dziecka do kontynuowania treningów lub ich ograniczenia.

Dokonanie oceny aktualnego stanu zdrowia i rozwoju somatycznego oraz psychicznego dziecka z punktu widzenia danej dyscypliny sportu to zadanie dla lekarza. Niemniej udział w nim pielęgniarki jest znaczący i zadania pielęgniarki w przygotowaniu badań lekarskich obejmują:

- Zebranie wyników aktualnych badań laboratoryjnych, specjalistycznych oraz w przypadku badań wstępnych, formularzy wywiadów z rodzicami;
- Zorganizowania badania – zaplanowanie czasu (ok. 20 min. dla jednego ucznia) i terminu;
- Współpraca z rodzicami – przekazywanie na zebraniach informacji o rodzaju i terminie badań;
- Przedstawienie harmonogramu badań lekarskich dyrektorowi szkoły w celu jego zatwierdzenia;
- Wykonanie testów przesiewowych – rozwoju fizycznego i ciśnienia tętniczego krwi;
- Obecność w czasie badania lekarskiego.

¹ Woynarowska B.: Opieka zdrowotna w sporcie dzieci i młodzieży, op.cit, s.7.



Nadzór higieniczny nad warunkami nauczania i szkolenia sportowego

Pielęgniarka współuczestnicząc w okresowych przeglądach środowiska szkolnego powinna zwrócić uwagę na pomieszczenia i sprzęt - czy zapewniają uczniom bezpieczeństwo i czy nie są źródłem zagrożenia urazowego:

- Sale ćwiczeń i urządzenia sportowe (stan sprzętu, podłóg, zabezpieczenie grzejników i innych przedmiotów);
- Stan sanitarny pomieszczeń – toalety, natryski, pomieszczenia kuchenne, sposób przygotowania posiłków, czy nie stanowią zagrożenia epidemiologicznego;
- Stan odzieży sportowej oraz obuwia;
- Warunki wypoczynku dzieci po treningu (sprawne natryski, pomieszczenia do wypoczynku oraz czy uczniowie mają możliwość uzupełnienia utraconej wody);
- Wszystkie nieprawidłowości należy zgłosić dyrekcji szkoły, wspólnie ustalić sposób i termin ich usunięcia.

Obciążenia psychofizyczne, czasochłonne treningi, duża absencja związana z zawodami i obozami sportowymi, powinny obligować szkołę do zapewnienia maksymalnej efektywności nauczania przy jak najmniejszym dodatkowym obciążeniu uczniów. Niezbędne jest przestrzeganie następujących zasad:

- niewielka liczebność klasy, która umożliwi uczniom indywidualizację nauczania oraz realizację programu w czasie nauki w szkole i ograniczy pracę ucznia w domu;
- bezwzględne przestrzeganie zasad higieny nauczania.

Jeżeli treningi odbywają się przed lekcjami lub w trakcie ich trwania przerwa między treningiem a następną lekcją powinna wynosić co najmniej 30 minut. Lekcje po treningu nie powinny należeć do grupy przedmiotów trudnych, wymagających dużej koncentracji takich jak: matematyka, języki obce.

Nadzór nad żywieniem uczniów

Zadaniem pielęgniarki jest okresowa kontrola pomieszczeń kuchennych i jadalni oraz akceptacja przez lekarza lub pielęgniarkę jadłospisów i okresowa kontrola ich realizacji. Istotnym elementem żywienia przed zawodami jest odpowiednia ilość i jakość napojów. W czasie kontroli należy zwrócić uwagę, czy uczniowie mają możliwość uzupełniania płynów.

Współpraca z rodzicami i trenerami.

Decyzja o podjęciu przez dziecko nauki w szkole sportowej stawia określone zadania przed rodziną i wymaga: współpracy rodziców nie tylko z wychowawcą i trenerem ale również z lekarzem i pielęgniarką szkolną.



Jako obowiązujące należy uznać następujące zasady:

- Obecność jednego z rodziców w czasie badania wstępnego w celu udzielenia wywiadu lekarskiego oraz przekazania niezbędnych zaleceń wynikających z tego badania;
- Kontakt lekarza lub pielęgniarki z rodzicami dziecka, co najmniej raz w roku lub częściej w zależności od potrzeb;
- Informowanie rodziców o stwierdzonych nieprawidłowościach w stanie zdrowia ich dzieci;
- Udział pielęgniarki w zebraniach rodziców oraz omawianie na nich najistotniejszych problemów zdrowotnych uczniów.

Edukacja zdrowotna uczniów i rodziców

W szkole sportowej edukacja zdrowotna powinna być odpowiednio ukierunkowana na przekazywanie wiadomości na następujące tematy:¹

- wpływ wysiłku na młody organizm,
- objawy przeciążeń różnych układów – zasady zapobiegania i leczenia,
- pierwsza pomoc w nagłych wypadkach,
- zasady higieny,
- zasady żywienia,
- informacja na temat WZW typu B, HIV, AIDS,
- skutki palenia tytoniu, nadużywania leków i alkoholu,
- skutki stosowania środków dopingujących.

Niezwykle ważne jest, aby obok programów edukacyjnych dla dzieci i młodzieży konstruować programy dla rodziców. Edukacja ukierunkowana na rodziców winna zawierać informacje na temat:

- racjonalnego żywienia dzieci i młodzieży,
- warunków pracy i wypoczynku,
- szkodliwości biernego palenia na młody organizm.

Ogólne zasady postępowania w urazach sportowych

Wskazania do natychmiastowego przerwania treningu, zawodów są następujące objawy²:

Uraz oka – zaburzenia widzenia, zranienie, wyraźne zniekształcenie okolicy oka.

¹ Słońska Z., Misiuna M.: Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów, Agencja Promo - Lider, 1993, s. 25.

² Woynarowska B.: Opieka zdrowotna w sporcie dzieci i młodzieży, op. cit., s.31-32.



Uraz głowy – utrata przytomności, zamroczenie, „widzenie gwiazd”, kolorów, zawroty głowy, omamy słuchowe, nudności, wymioty, silne bóle głowy, zwolnione tętno, zranienie, nierówne źrenice, krwawienie lub wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego z nosa lub uszu, drętwienie po jednej stronie ciała.

Uraz szyi i kregoslupa – wyraźne zniekształcenie, osłabienie siły mięśniowej kończyn, ograniczenie ruchomości, utrata lub zaburzenia czucia, zlokalizowana bolesność uciskowa.

Uraz okolicy barków i kończyn – wyraźne zniekształcenie, trzeszczenie, zmniejszenie zakresu ruchów i utrata czucia, uczucie bólu przy ruchach, niestabilność stawów, rany, znaczne bóle uciskowe, obrzęk.

Urazy brzucha – zawroty głowy lub omdlenie, wymioty, utrzymujący się ból, nadmierne pragnienie, obrona mięśniowa przy badaniu, zlokalizowana bolesność uciskowa, wzdęcie, nadmierna potliwość, lepkość skóry.

W gabinecie profilaktycznym w lodowce powinien być w każdej chwili dostępny lód.¹

Dyskwalifikacji do dalszego udziału w treningach lub zawodach należy dokonać również:

- w sytuacjach, w których zawodnik wymagał pomocy przy wyjściu z miejsca zawodów, treningu,
- w urazach, w stosunku do których badający nie wie jak postąpić,
- w każdym przypadku, gdy zawodnik twierdzi, że doznał urazu i nie może uczestniczyć w dalszym wysiłku, nawet, gdy objawy urazu nie są dla badającego oczywiste.

Wskazaniem do hospitalizacji po urazach są następujące objawy:

- Utrata przytomności przez 10 s. i dłuższa, senność lub stan stuporu,
- Zaburzenia orientacji, niepamięć wsteczna,
- Utrzymujące się wymioty,
- Nierówność źrenic,
- Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego z nosa, uszu,
- Krwawienie do siatkówki lub poza błonę bębenkową,
- Złamanie kości czaszki,
- Drgawki,
- Otwarte złamania kości długich.

¹ Woynarowska B.: Opieka zdrowotna w sporcie dzieci i młodzieży, op. cit s. 27- 28.



Piśmiennictwo uzupełniające:

1. *Ostrowska A.*: Styl życia i zdrowie. IFiS PAN, Warszawa 1999.
2. *Smorawiński J.*: Opieka medyczna nad osobami uprawiającymi różne formy aktywności ruchowej. Referat wygłoszony podczas obrad Kongresu Sportu Polskiego w Spale 5-7 grudnia 1998, [w]: Med. Sportowa, II 1999, nr 91.
3. *Tobiasz-Adameczyk B.*: Wybrane elementy zdrowia i choroby. Wyd. UJ, Kraków 1998.
4. *Wojnarowska B.*: Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce i innych krajach. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2000.





ANEKS

Zasady konstruowania zapisu graficznego

Stosowanie zapisu graficznego struktury rodziny i problemów zdrowotnych jest uznaną metodą w pielęgniarstwie i naukach społecznych.¹

Proponowany zapis graficzny umożliwia objęcie tajemnicą znacznej części informacji i zarejestrowanie bardzo istotnych dla diagnozy pielęgniarstwie² danych o rodzinie ucznia jak:

1. Struktura rodziny ucznia.
2. Rodzinne występowanie chorób, różnych dysfunkcji i schorzeń u poszczególnych członków rodziny oraz inne sytuacje wskazujące na istniejącą już dysfunkcjonalność rodziny lub zagrożenie tą dysfunkcjonalnością (np. częste, długotrwałe wyjazdy ojca z domu lub przebywający w więzieniu brat).
3. Krąg osób wspólnie zamieszkujących z uczniem, niezależnie od biologicznych powiązań (pokrewieństwa).
4. Podstawowe więzi emocjonalne łączące członków rodziny. Graficzna ilustracja części informacji dotyczących rodziny w obecnym momencie przeobrażeń w pielęgniarstwie w podstawowej opiece zdrowotnej, to już utrwalony sposób dokumentowania danych zebranych przez pielęgniarkę w celu postawienia diagnozy. Diagnoza rodzinna jest integralną częścią diagnozy pielęgniarstwie obok oceny stanu bio-psycho-społecznego osoby/pacjenta, diagnozy lekarskiej, jeżeli taka jest oraz tzw. wiedzy zdrowotnej ucznia. Zapis graficzny rodziny pomaga pielęgniarsce środowiskowej - także szkolnej ustalić stopień funkcjonalności rodziny. W przypadku pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania chodzi naturalnie o rodzinę ucznia.

¹ Zapis graficzny rodziny od ponad 20 lat jest wykorzystywany przez zespół pracowników Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego AM w Lublinie (głównie w praktyce pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego). Zapis graficzny rodziny był proponowany przez ten zespół także w medycynie szkolnej. Zapis został zaczerpnięty z opracowań amerykańskich lekarzy rodzinnych (praca R. E. Rakel'a w „Principles of Family Medicine”, Philadelphia, London, Toronto, 1977); zob.: Butrym Z.: Graficzny zapis diagnozy, [w]: Diagnoza pielęgniarstwie. Materiały z Konferencji, Lublin 1984, s. 65-67; Charzyńska-Gula M.: Przykład zastosowania diagnozy rodzinnej i zapisu graficznego rodziny w medycynie wieku szkolnego, tamże, s. 75-81; Charzyńska-Gula M.: Dokumentacja wywiadów środowiskowych, Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna. 1988 nr 4 s. 115-117. W obecnie obowiązującej metodyce pracy pielęgniarki /higienistki szkolnej zapis graficzny rodziny ucznia został zalecony jako sposób rejestrowania części informacji o rodzinie ucznia.
² Za: Butrym Z., Górąjek-Jóźwik J., Kahian J.: Diagnoza pielęgniarstwie. Materiały dla nauczycieli. CMDNŚSzM, Warszawa 1990, s. 12.



Spśród wielu sytuacji rodzinnych oddziałujących na zdrowie członków rodziny możemy wymienić:

1. Cechy strukturalne rodziny (np. niepełność rodziny, liczba jej członków, wiek, liczba pokoleń).
2. Cechy funkcjonalne rodziny, szczególnie zaburzenia w następujących funkcjach:
 - a) emocjonalnej - np. konflikty,
 - b) socjalizacyjno - wychowawczej, np. nieprawidłowa realizacja roli ojca i matki doprowadzająca do opóźnień w socjalizacji dzieci, błędne postawy wychowawcze,
 - c) pielęgnacyjno - higienicznej, np. nieumiejętność, mała aktywność w ochronie i pielęgnowaniu zdrowia, niemożność świadczenia określonych usług niezbędnych w procesie rehabilitacji, usprawniania.
3. Sytuacja bytowa rodziny (warunki mieszkaniowe, finansowe określające możliwości właściwego żywienia, rekreacji itp.).

Zasady konstruowania zapisu graficznego rodziny ucznia³

I. Należy znać i w miarę potrzeby wykorzystywać wszystkie potrzebne grupy znaków graficznych:

- informujących o cechach strukturalnych rodziny,
- informujących o chorobach, stanach niepełnej sprawności, dysfunkcjach i patologiach społecznych dotyczących poszczególnych członków rodziny,
- informujących o pozytywnych i negatywnych więziach emocjonalnych istniejących między osobami mieszkającymi razem z uczniem.

II. Zapis graficzny rodziny ucznia powinien zawierać informacje o trzech pokoleniach tej rodziny, bez względu na to, czy osoby znajdujące się w strukturze rodziny w poszczególnych pokoleniach są jednocześnie członkami tzw. wspólnoty zamieszkania.

Tylko taki zapis umożliwi analizę rodzinnego występowania chorób, która często jest niezbędna w pracy edukacyjnej z rodzicami (np. nauka skutecznej relaksacji prowadzona w przypadku ucznia pochodzącego z rodziny, w której rodzinie występują choroby psychosomatyczne).

III. Zapis graficzny oprócz wspólnie zamieszkujących członków rodziny powinien uwzględniać innych członków wspólnoty zamieszkania przebywającej w niej na stałe mimo braku pokrewieństwa.

³ Kawczyńska-Butrym Z., Charzyńska-Gula M.: Wybrane elementy diagnozy pielęgniarstwa w medycynie szkolnej - poradnik dla pielęgniarki/higienistki szkolnej. CEM, Warszawa 1997.



Znaki zapisu graficznego i ich objaśnienia

I. Znaki informujące o strukturze rodziny



kobieta



mężczyzna



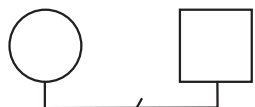
małżeństwo



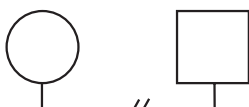
uczennica



uczeń



separacja



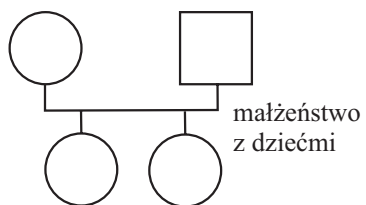
rozwód



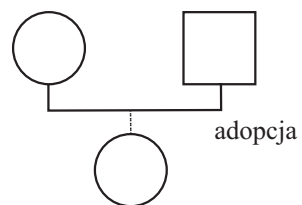
zgon



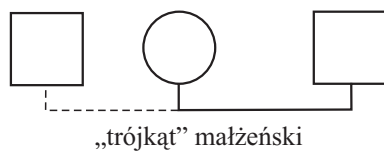
nagły
zgon



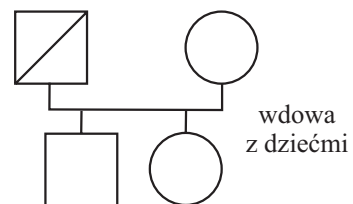
małżeństwo
z dziećmi



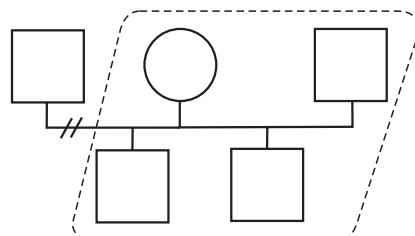
adopcja



„trójkąt” małżeński



wdowa
z dziećmi

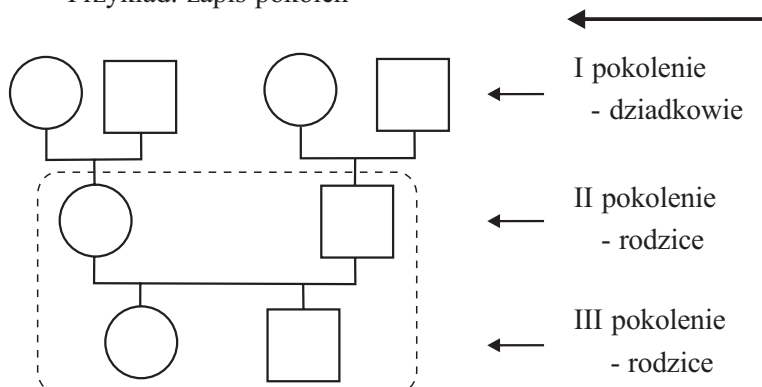


kobieta powtórnie zamężna;
synowie z 1 i 2 małżeństwa
mieszkają z matką

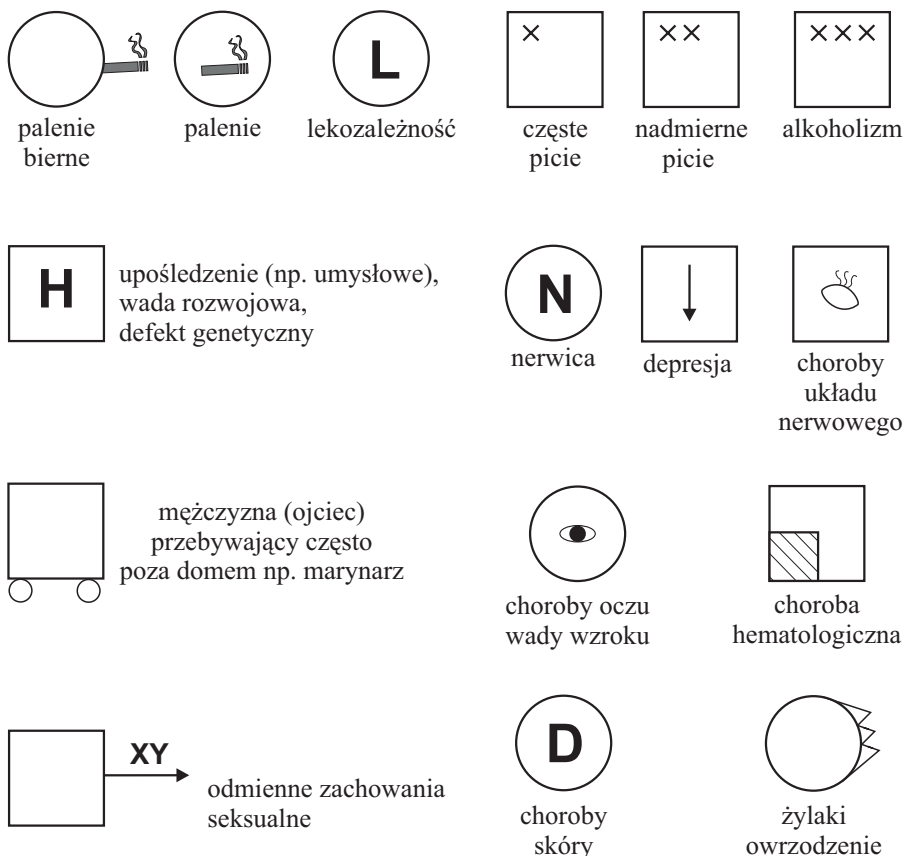




Przykład: zapis pokoleń

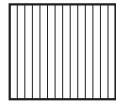


II. Znaki informujące o chorobach (także występujących rodzinnie), stanach niepełnej sprawności, dysfunkcjach i patologiach społecznych, dotyczących poszczególnych członków rodziny





prostyucja



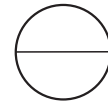
mężczyzna
w więzieniu



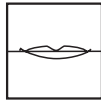
choroby serca



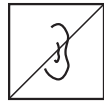
zawał



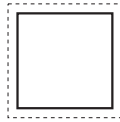
miażdżyca



wady mowy



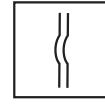
głuchota



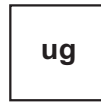
nadwaga



nadciśnienie



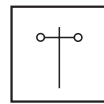
choroby przewodu
pokarmowego



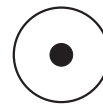
wrząd
żołądka



wrząd
dwunastnicy



choroby płuc



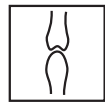
Astma



Epilepsja



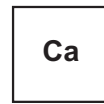
Wylew



choroby stawów
reumatyczne



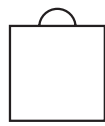
choroby
nerek



nowotwór



choroby
tarczycy



bóle głowy



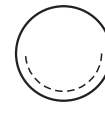
niesprawność



choroby
kobiece



cukrzyca



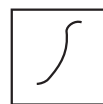
alergia



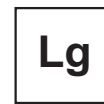
inne choroby
przemiany materii



choroby
psychiczne

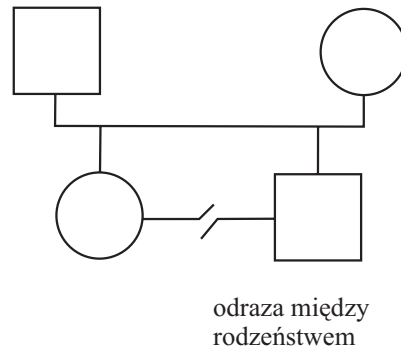
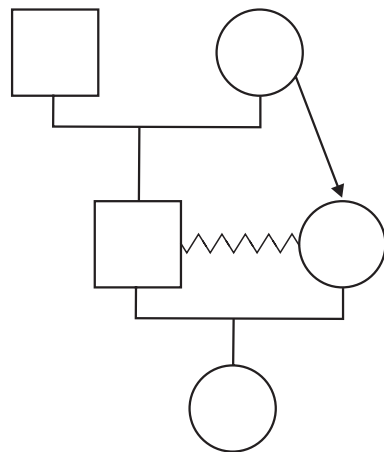
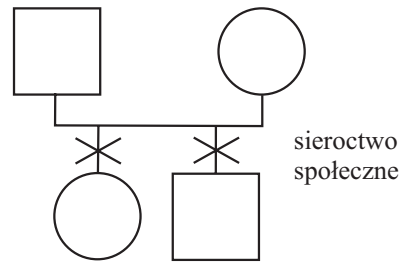
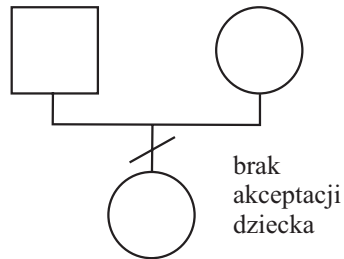
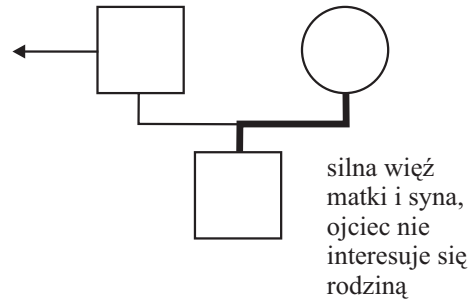
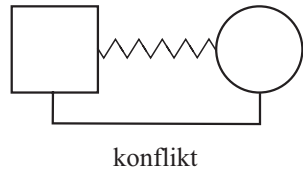


skrzywienie
kręgosłupa



choroby
laryngologiczne

III. Znaki informujące o pozytywnych i negatywnych więzach emocjonalnych istniejących między osobami mieszkającymi razem z uczniami





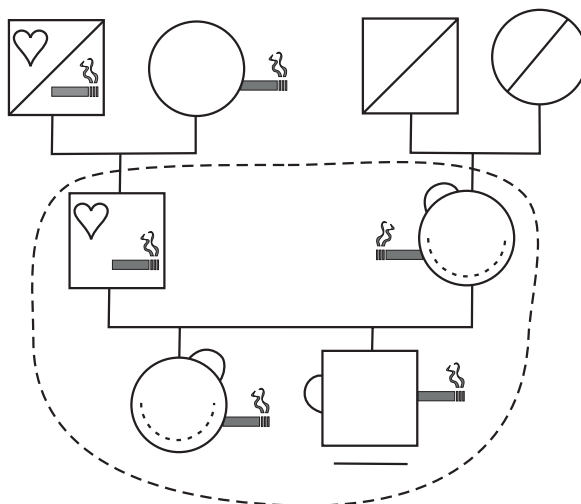
Opisywanie wywiadów środowiskowych w postaci zapisu graficznego

Zapisy graficzne uzupełniają obraz rodziny, są umieszczone na wkładce (patrz: propozycja wkładki) lub w karcie zdrowia ucznia.

Przykłady:

1. Cel wizyty: poszukiwanie przyczyn złego samopoczucia ucznia (Paweł, II klasa szkoły podstawowej).

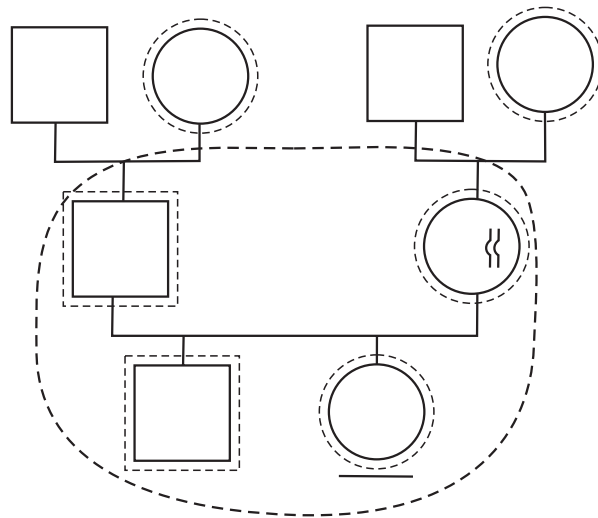
Diagnoza rodzinna: wydolność rodziny pełna, jednak wszyscy domownicy są zagrożeni chorobami odtytoniowymi: intensywne palenie czynne ojca - około 40 papierosów dziennie, z tego połowa jest wypalana w domu (dwa pokoje z kuchnią). Paweł jest palaczem biernym. Konieczne jest wsparcie informacyjne (szczególnie matki) na temat sposobów chronienia się przed dymem tytoniowym.



Zdiagnozowany problem podczas wizyty w domu ucznia: intensywne palenie bierne, jako przyczyna przewlekłych bólów głowy i podrażnienia spojówek; konieczne zweryfikowanie diagnozy przez lekarza

2. Cel wizyty: określenie, czy rodzina będzie wspierała uczennicę w zachowaniach, mających na celu obniżenie masy ciała (Magda, VI klasa szkoły podstawowej).

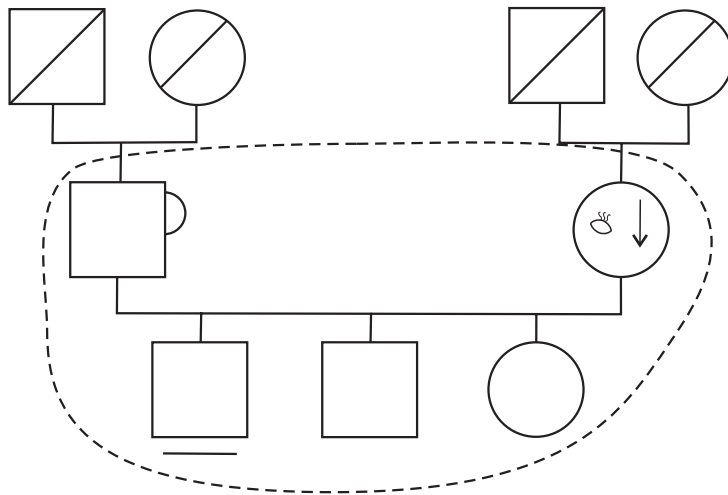
Diagnoza rodzinna: Rodzina wydolna emocjonalnie, bytowo i opiekuńczo, jednak nie wspierająca Magdy w obniżeniu masy ciała i modyfikowaniu diety; błędy w sposobie żywienia wszystkich domowników - bardzo obfite, ciężkostrawne kolacje, mało warzyw i owoców w diecie.



Zdiagnozowany podczas wizyty w domu problem ucznia: brak wsparcia (szczególnie ze strony matki) w modyfikowaniu diety i obniżeniu masy ciała, błędne stereotypy dotyczące estetyki ciała kobiety utrudniają dyskusje z matką.

3. Cel wizyty: poznanie przyczyn utrzymujących się zaniedbań higienicznych ucznia (Kuba, II klasa szkoły podstawowej).

Diagnoza rodzinna: rodzina niewydolna opiekuńczo; trzy miesiące temu u matki zdiagnozowano SM, obecnie matka w stanie depresji, leczona ambulatoryjnie; ojciec obciążony obowiązkami domowymi. Rodzina nie jest wspierana przez nikogo (członkowie dalszej rodziny nie proponują wsparcia). Konieczne wspomaganie ojca.

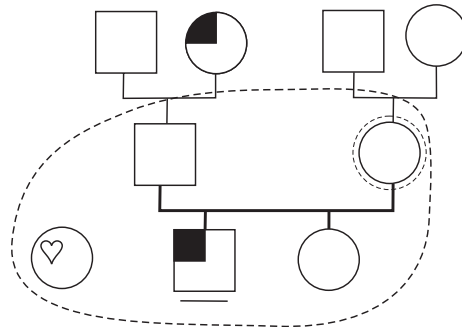


Zdiagnozowany podczas wizyty w domu problem ucznia: brak wsparcia (lub niedostateczna pomoc) ze strony rodziców w kształtowaniu i utrwalaniu podstawowych nawyków higienicznych; zagrożenie izolacją klasy (Kuba przychodzi do szkoły brudny).

Uwaga! Prezentowany przykład celowo koncentruje się na problemie zaniedbań higienicznych ucznia, ponieważ takie mogą być zarejestrowane przez pielęgniarkę w szkole. Oczywiście jest jednak, że w opisanej sytuacji chłopiec może mieć także inne problemy, których nie można nie zauważyć (np. lęk o zdrowie matki, zachwiane poczucie bezpieczeństwa, trudności w nauce itp.).

4. Cel wizyty: ustalenie wspólnie z rodzicami optymalnego powrotu dziecka do środowiska szkolnego (wizyta odbywa się, zanim uczeń po zdiagnozowaniu w szpitalu cukrzycy insulinozależnej wróci do swojej klasy i szkoły) (Łukasz, I klasa gimnazjum).

Diagnoza rodzinna: wydolność pielęgnacyjno-opiekuńcza rodziny pełna. Matka - głównie obciążona opieką nad Łukaszem - na stałe wspomagana jest w obowiązkach przez dalszą krewną. Wszyscy domownicy wymagają wsparcia informacyjnego, dotyczącego istoty samoopieki w cukrzycy.



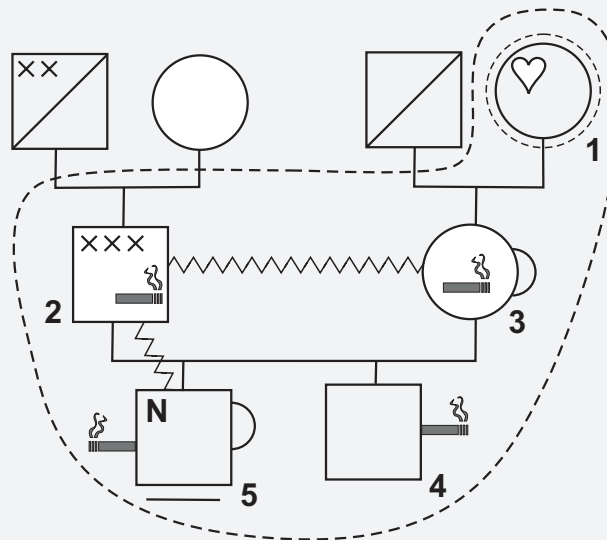
Zdiagnozowany problem podczas wizyty w domu ucznia: Łukasz będzie potrzebował wsparcia w zrozumieniu istoty swojej choroby i kształtowaniu umiejętności samoopieki.

Propozycja wkładki do Karty zdrowia ucznia (format A5)

Przykład wypełnionej wkładki

Pierwsza strona

Zapis graficzny rodziny ucznia



Data sporządzenia zapisu

Podpis pielęgniarki sporządzającej zapis





Propozycja wkładki do Karty zdrowia ucznia (format A5)

Druga strona

Członkowie wspólnoty zamieszkania

| Lp. | Nazwisko i imię | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia |
|-----|-----------------|-----------------------|----------------|
| 1. | Anna Kowalska | babcia | 12.03.1940 |
| 2. | Jan Król | ojciec | 03.07.1959 |
| 3. | Barbara Król | matka | 14.02.1960 |
| 4. | Marek Król | brat | 10.09.1982 |
| 5. | Krzysztof Król | uczeń | 10.09.1987 |

Wkładka byłaby zmieniana (nie wymieniana tylko dokładana) w sytuacji zmian w strukturze rodziny ucznia lub wyraźnych zmian w sytuacji zdrowotnej lub społecznej członków wspólnoty zamieszkania/rodziny (np. zgon członka rodziny, urodzenie się rodzeństwa, wystąpienie choroby przewlekłej), stan niesprawności rodzica (np. po wypadku samochodowym itp.).

Rodzaje grup na zajęciach wychowania fizycznego i charakterystyka uczniów w tych grupach

| Grupa / Podgrupa | | Charakterystyka uczniów | Udział w zawodach sportowych i sprawdzianach |
|------------------|---|---|--|
| Symbol | Nazwa | | |
| A | Zdolni do wf bez ograniczeń | Uczniowie: 1. Bez odchylenia w stanie zdrowia i rozwoju; 2. Z niektórymi odchyleniami w stanie zdrowia, gdy ich rodzaj i stopień nie stanowią przeciwwskazań do udziału w zajęciach wf, nie wymagają ograniczeń, zajęć dodatkowych lub specjalnej uwagi ze strony nauczyciela wf | Bez ograniczeń |
| A _s | Uprawiający sport w szkole lub poza szkołą | | |
| B | Zdolni do wf z ograniczeniami i/lub wymagający specjalnej uwagi nauczyciela wf | Uczniowie z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju, którzy wymagają: 1. Pewnych ograniczeń w zakresie obowiązujących zajęć wf, dotyczących intensywności i czasu trwania zajęć, prowadzonych w niekorzystnych warunkach; 2. Specjalnej uwagi nauczyciela wf, indywidualnego traktowania np. ze względu na większe ryzyko urazu; 3. Aktywnego udziału nauczyciela wf w wyrównywaniu, korekcji lub leczeniu niektórych zaburzeń | Ewentualne ograniczenia ustalane indywidualnie w zależności od stanu zdrowia |
| B _k | Zdolni do wf z ograniczeniem, wymagający dodatkowych zajęć ruchowych korekcyjnych | Uczniowie, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają dodatkowych zajęć ruchowych, w tym także korekcyjnych | j. w. |
| C | Niezdolni do zajęć wf | Uczniowie, których stan zdrowia uniemożliwia czasowo lub długotrwale udział w zajęciach wf | Niezdolni do udziału w zawodach |
| C ₁ | Niezdolni do wf uczestniczący w zajęciach rehabilitacyjnych | Uczniowie uczestniczący w zajęciach rehabilitacyjnych lub w innej formie terapii ruchowej poza szkołą | j.w. |

Zasady kwalifikacji lekarskiej uczniów do zajęć wychowania fizycznego w najczęstszych przewlekłych zaburzeniach i chorobach

| Rodzaj i stopień zaburzeń | Grupa / Podgrupa | Aktywność fizyczna (AF) a etiologia i przebieg zaburzenia, choroby. Zasady kwalifikacji do wf. Zalecenia dla nauczyciela |
|---|----------------------|---|
| 1 | 2 | 3 |
| ZABURZENIA W ROZWOJU SOMATYCZNYM I MOTORYCZNYM | | |
| Otyłość prosta — nadwaga do 30% | B | <p>Hypoaktywność (od wczesnego dzieciństwa) jest jedną z głównych przyczyn i skutków otyłości. Otyłych cechuje: większy koszt metaboliczny wysiłku („noszenie” nadmiaru tkanki tłuszczowej), mała sprawność fizyczna i umiejętności ruchowe, wczesne „wygaśnięcie” potrzeby ruchu.</p> <p>Wskazane zwiększenie AF, jako podstawowego elementu terapii, lepiej akceptowane przez dzieci niż ograniczenia dietetyczne.</p> <p>Zalecane zajęcia ruchowe, które są:</p> <ul style="list-style-type: none"> — skuteczne dla redukcji nadwagi: długotrwałe o umiarkowanej intensywności, — możliwe do wykonania przez dziecko otyłe, — dostarczają radości, motywują do zwiększenia AF, rozbudzają jej potrzebę (eliminowanie ćwiczeń, których wykonanie może być powodem kpin rówieśników, podkreślanie sukcesów, zwolnienie z oceniania niektórych ćwiczeń). <p>Wskazane: uczenie samokontroli własnych obciążeń wysiłkowych i masy ciała, dodatkowe zajęcia ruchowe poza szkołą; uczestnictwo w zawodach w zależności od możliwości i chęci ucznia.</p> |
| Otyłość prosta — nadwaga powyżej 30% | B_k | <p>Tendencja do powiększenia się nadwagi, mała skuteczność leczenia dietetycznego, terapii ruchowej przy współistnieniu: obniżenia sprawności fizycznej znacznego stopnia, wyraźnej dysharmonii rozwoju motorycznego, koślawości kolan i zmian w ustawieniu stóp.</p> <p>Konieczne dodatkowe zajęcia ruchowe i korekcyjne w szkole.</p> |

| 3 | | |
|---|---------|---|
| 1 | 2 | <p>AF stymuluje wzrastanie, zalecane systematyczne zajęcia ruchowe, o obciążeniu dostosowanym do fizycznych możliwości ucznia. Uwzględnić w ocenie wyników (sprawdzianach) mniejsze możliwości ucznia w stosunku do rówieśników i norm dla wieku kalendarzowego (opóźniony wiek rozwojowy).</p> <p>Nieprawidłowe: nadmierne, przedłużające się krwawienia miesięczne, bolesne miesiączkowanie — zwolnienia z wf w czasie całego lub części okresu krwawienia, w zależności od decyzji ginekologa. Uwaga! Dziewczęta prawidłowo miesiączkujące mogą uczestniczyć w zajęciach w czasie miesiączki — wskazane wyeliminowanie dużych wysiłków (biegi, gry sportowe), skoków i innych ćwiczeń połączonych ze wstrząsami ciała; unikanie nadmiernego oziębienia podbrzusza (ćwiczenie w dresach).</p> |
| Prosty niedobór wysokości i masy ciała | A lub B | <p>Udział w zajęciach wf stymuluje rozwój motoryczny. Wskazana indywidualizacja zajęć z uwzględnieniem ćwiczeń rozwijających cechy motoryczne o najniższym poziomie rozwoju; uwzględnienie mniejszych możliwości ucznia w ocenie wyników. Zachęcanie ucznia do udziału w dodatkowych zajęciach, podkreślanie jego osiągnięć, uczenie samokontroli swej sprawności fizycznej.</p> |
| Zaburzenia miesiączkowania | B | |
| Obniżona sprawność fizyczna poniżej przeciętnej dla wieku (klasy); dysharmonia rozwoju motorycznego | A lub B | |
| ZABURZENIA ROZWOJU I ZDROWIA PSYCHICZNEGO | | |
| Nadpobudliwość psychochorychowa | B | <p>W niektórych przypadkach, ze względu na: nadmierną ruchliwość, wzmożone reakcje emocjonalne, niedyscyplinowanie — wymaga uwagi nauczyciela, szczególnie w czasie ćwiczeń na przyrządach (zwiększone ryzyko urazu). Udział w zajęciach wf bez ograniczeń.</p> |
| Nerwice | B | <p>W przypadkach nerwicy lękowej wskazane wyeliminowanie (lub stopniowe wprowadzenie) ćwiczeń, które sprawiają uczniowi trudności, mogą być źródłem lęku lub go pogłębiać oraz ograniczenie udziału w zawodach, sprawdzianach (sytuacje stresowe).</p> |



| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Nerwice c.d. | B | Wskazane ćwiczenia rozluźniające, podkreślanie sukcesów ucznia, nauczanie go podstawowych zasad relaksacji oraz zachęcenie ucznia do dodatkowej AF poza szkołą, dostosowanej do jego możliwości i zainteresowań (element terapii). |
| Upośledzenie umysłowe (uczniowie szkół masowych np. klasy integracyjne) | B | Uczniów tych cechuje obniżona: AF, koordynacja ruchów, sprawność fizyczna; nadwaga, zwiększone ryzyko urazów. Wskazane uczestnictwo w systematycznych zajęciach ruchowych pod zwiększonym nadzorem. Preferowane ćwiczenia: indywidualne, w parach i małych grupach; rozwijające koordynację ruchów i dużą motorykę (małe szanse na zwiększenie precyzji ruchów) oraz redukujące nadwagę. Konieczność włączenia do zajęć ze zdrowymi rówieśnikami (wzajemna socjalizacja), stworzenie uczniowi szansy na sukcesy (np. łączenie w grupy o zbliżonym wieku rozwojowym). Zachęcenie rodziców lub innych członków rodziny do wspólnych zajęć ruchowych poza szkołą (np. pływanie, tenis, taniec, wioślarstwo), dających dziecku szanse sukcesu, kontaktów społecznych i wydatkowania energii. |
| CHOROBY UKŁADU NEUROMIĘŚNIOWEGO | | |
| Padaczka | B | Dziecko z padaczką powinno mieć szansę zaspokojenia podstawowych potrzeb m. in. ruchowych, rozwoju motorycznego i społecznego m. in. poprzez uczestnictwo we wszystkich zajęciach w szkole z rówieśnikami. Kwalifikacja indywidualna. Poszukiwanie odpowiedzi na pytania: — Czy zmęczenie i hyperwentylacja wysiłkowa wywołują napady? — Czy ewentualny uraz głowy w czasie ćwiczeń może pogłębić chorobę? — Czy napad padaczkowy w czasie ćwiczeń zagraża dziecku i współwiczającym? |



| 1 | 2 | 3 |
|---------------|----------|--|
| Padaczka c.d. | B | <p>Postęp w leczeniu farmakologicznym padaczki umożliwia dzieciom prowadzenie normalnego trybu życia, w tym uczestnictwo bez ograniczeń w zajęciach wf, a nawet uprawianie sportu niewyczynowego. Obecnie uważa się, że:</p> <ul style="list-style-type: none">— dziecko z farmakologicznie kontrolowaną padaczką powinno być zachęcane do AF— intensywne wysiłki (długie biegi, gra w tenisa) nie są przeciwwskazane nawet, gdy powodują duże zmęczenie— dziecko może pływać, jeździć konno, wspinać się po górach pod specjalnym nadzorem— jazda na rowerze i na nartach jest przeciwwskazana tylko, gdy leczenie nie likwiduje napadów (nie zaleca się jazdy na ruchliwych ulicach i w wysokich górach)— dziecko może uprawiać sporty kolizyjne (piłkę nożną, hokej) i kontaktowe (koszykówkę, siatkówkę, zapasy) jeśli leczenie likwiduje napady. Wymaga ochrony przed urazami podobnie jak inne dzieci— uprawianie boksu jest przeciwwskazane— dziecko, u którego występują napady, nie może uczestniczyć w zajęciach, gdy jego napad stanowi zagrożenie dla innych osób— należy eliminować wysiłki, w czasie których występują powtarzające się napady— każde dziecko wymaga indywidualnego poradnictwa; w podejmowaniu decyzji o AF powinni uczestniczyć rodzice i samo dziecko |
| Padaczka | C | W przypadku występujących napadów mimo leczenia i we wszystkich innych przypadkach wg zaleceń lekarza leczącego. |



| 1 | 2 | 3 |
|--|---|--|
| Mózgowe porażenie dziecięce (mpdz) | B lub C (w przypadkach uzasadnionych) lub C ₁ | <p>Możliwości ruchowe dzieci z mpdz są w różnym stopniu ograniczone w zależności od postaci i zaawansowania choroby. W miarę upływu czasu, szczególnie w okresie pokwitania, obniża się AF i wydolność fizyczna dziecka przy wzroście masy ciała (bez zwiększania masy mięśniowej); korzystanie z wózków elektrycznych znacznie eliminuje pracę mięśniową.</p> <p>Obciążenie dziecka wysiłkiem fizycznym poprawia jego ogólną kondycję fizyczną, a tym samym samopoczucie, umożliwia integrację społeczną i zwiększa szansę uzyskania zawodu.</p> <p>Dziecko z mpdz uczęszczające do szkoły (np. w klasach integracyjnych) nie powinno być eliminowane z lekcji wf. Formę tego uczestnictwa określa lekarz leczący dziecko i rehabilitant, w porozumieniu z rodzicami, samym dzieckiem, nauczycielem wf, wychowawcą klasy. Wskazane — wysiłki umożliwiający wzrost wydolności fizycznej. W zależności od stanu dziecka można zalecić w przypadkach o przebiegu:</p> <ul style="list-style-type: none"> — lekkim i umiarkowanym: biegi, ćwiczenia z piłką lekarską, wysiłki na ergometrze z pracą nóg lub rąk, wyścigi i slalom na wózkach, pływanie; — ciężkim — ćwiczenia w pozycji leżącej na materacu, ćwiczenia w wodzie i pływanie, pedałowanie na ergometrze w pozycji leżącej. <p>Należy zwracać uwagę na rekreacyjny i zabawowy charakter zajęć. Czas trwania ćwiczeń intensywnych 15—20 minut, ćwiczeń o mniejszej intensywności i rekreacyjnych dłuższy (do 90 min); co najmniej 2 razy w tygodniu. Należy także zachęcać rówieśników do pomocy w organizacji i wykonaniu ćwiczeń.</p> |
| Postępująca dystrofia mięśniowa (pdm)* | B lub C | <p>Dziecko z pdm charakteryzuje: deficyt siły mięśniowej, wytrzymałości mięśniowej, wydolności fizycznej oraz postępujące nieuchronne unieruchomienie dziecka, bierność fizyczna, którym towarzyszy otyłość, dysfunkcja układu krążenia i oddychania, obrzęki kończyn dolnych, przykurcze i stany kryzysów emocjonalnych.</p> <p>Pod względem aktywności wyróżnia się 4 stadia:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Normalny sposób poruszania się z niewielkim deficytem funkcjonalnym; — Wyraźnie zmniejszona zdolność do wysiłków i towarzyszące obniżenie spontanicznej AF; |

| | | |
|---|---------|--|
| 1 | 2 | 3 |
| Postępująca dystrofia mięśniowa (pdm) ^{*)} c.d. | B lub C | <p>— Zmniejszenie wszystkich rodzajów AF — czas chodzenia i stania krótszy niż 2 godz. dziennie;</p> <p>— Czas chodzenia i przebywania w pozycji stojącej krótszy niż 30 min. dziennie</p> <p>Dziecko z pdm uczęszczające do szkoły powinno uczestniczyć w zajęciach wf i wykonywać proste ćwiczenia zalecone przez rehabilitanta. Jest to ważne dla poprawy samopoczucia oraz kontaktów społecznych z rówieśnikami; może opóźnić przedwczesne unieruchomienie.</p> <p>Wymaga pomocy nauczyciela wf, wychowawcy, rówieśników i rodziców.</p> |
| WADY I CHOROBY NARZĄDU WZROKU | | |
| Krótkowzroczność | | |
| Uwaga: Każdy przypadek krótkowzroczności powyżej -3,0 D wymaga kwalifikacji indywidualnej po badaniu okulistycznym. | | |
| A | | Uczniowie (przed okresem pokwitania) przy krótkowzroczności do -3,0 D, uczniowie zaawansowani w dojrzewaniu płciowym do -4,0 D przy prawidłowym dnie oka. Udział w zajęciach bez szkielek korekcyjnych. Przy ćwiczeniach wymagających szczególnej dobrej oceny odległości (np. rzuty, biegi do celu) — szkła korekcyjne. U uczniów z ostrością wzroku 0,1 — trudności bez szkielek korekcyjnych w grach zespołowych, co należy uwzględnić przy ocenie i sprawdzianach. |
| B | | Przy krótkowzroczności od -3,0 D przed okresem pokwitania oraz -4,0 do -6,0 D u uczniów zaawansowanych w dojrzewaniu płciowym. Przeciwwskazane ćwiczenia z dużym wysiłkiem fizycznym, wstrząsami (skoki, przewroty, zwisy, podpory, ćwiczenia siłowe, na przyrządach, skoki do wody), wskazany udział w zajęciach w szkielek korekcyjnych. Konieczność ochrony przed urazami. |
| C | | Krótkowzroczność powyżej -6,0 D lub niższa — przy wyraźnie postępującej wadzie i zmianach na dnie oka. Decyduje lekarz okulista. Może pływać — bez skoków do wody. |

^{*)} Vinges PHHr., Archibald KC.: Maintenance of ambulation in childhood muscular dystrophy. J. Chron. Dis 1960, 12, 273



| 1 | 2 | 3 |
|---|---------------|--|
| Nadwzroczność | A | Nadwzroczność do +4,0 D, ostrość wzroku nie niższa niż 0,5. Udział w zajęciach bez szkielek korekcyjnych. |
| | B | Nadwzroczność powyżej +4,0 D, przy ostrości wzroku poniżej 0,5 — udział w zajęciach w szkłach korekcyjnych. Wymaga szczególnej uwagi nauczyciela — możliwość urazu, zwłaszcza w grach zespołowych, gimnastyce przyrządowej. |
| Astygmatyzm | A, B lub C | Kwalifikacja jak przy krótkowzroczności i nadwzroczności. |
| Zaburzenia widzenia obuocznego | A lub B | Trudności w: — ocenie odległości — między zawodnikami w grach zespołowych, przy mijaniu i pokonywaniu przeszkód w ćwiczeniach terenowych, w rzutach itp. — trafieniu nogą na właściwe miejsce przy skokach. Konieczność uwzględnienia tych trudności w ocenie i sprawdzianach. Większe zagrożenie wypadkowe. Zalecane ćwiczenia korygujące pracą obuoczną, oburęczną (ćwiczenia równoważne na ławeczce szwedzkiej, jazda rowerem). Nie wymaga ograniczenia wysiłku. |
| Zaburzenia widzenia barwnego | A | Udział w zajęciach bez ograniczeń. Ewentualne trudności w zajęciach wymagających prawidłowego rozróżniania kolorów np. w nauce zasad ruchu drogowego. |
| CHOROBY PRZEWLEKŁE USZU I NOSO-GARDZIELI | | |
| Niedosłuch | B | Niedosłuch utrudniający słyszenie mowy z odległości poniżej 3–5 m — konieczność ochrony przed urazami (niesłyszenie poleceń), szczególnie w zajęciach zespołowych. Bez ograniczeń wysiłku. |
| Perforacja błony bębenkowej | A lub B | Przeciwwskazane pływanie i sporty wodne. Inne zajęcia bez ograniczeń. |

| | | |
|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 |
| Przewlekłe zapalenie górnych dróg oddechowych | B | Ograniczenie zajęć w złych warunkach atmosferycznych i mikroklimatycznych (zapylenie sali, kurz, niska temperatura). Ochrona przed infekcjami. Okresowa niezdolność do zajęć wf w okresie zaostrzenia, infekcji górnych dróg oddechowych, w okresie rekonwalescencji. Przy zapaleniu zatok — ograniczenie ćwiczeń związanych z nagłą zmianą pozycji głowy, zwisów w dół. Pływanie w zależności od decyzji lekarza leczącego. |
| Zaburzenia równowagi | B | Zwolnienie z ćwiczeń na przyrządach, równoważnych, siłowych. Przeciwwskazane pływanie i sporty wodne. |
| Choroba Meniera | C | W cięższych przypadkach całkowite zwolnienie wg zaleceń lekarza leczącego. |
| CHOROBY PRZEWLEKŁE UKŁADU ODDECHOWEGO | | |
| Dychawica oskrzelowa | B | W świetle współczesnej wiedzy, u większości dzieci z dychawicą oskrzelową nie ma wskazań do ograniczania AF, zwłaszcza przy stosowanym leczeniu zapobiegającym wysiłkowym skurczom oskrzeli oraz napadom duszności (objawy duszności, zwiększone wydzielanie śluzu, kaszel, zmęczenie, bóle w klatce piersiowej, świszczący oddech, trwające 5–15 minut, poprzedzone kilkuminutowym, 5–8 minut, wysiłkiem). Uczestnictwo w zajęciach ruchowych sprzyja zwiększeniu sprawności, wydolności fizycznej, socjalizacji, radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi oraz kształtowaniu poczucia własnej wartości. Kwalifikacja do zajęć wf indywidualna. U dzieci z powysiłkowymi napadami duszności zalecane: — Krótkotrwałe wysiłki — odpoczynek przed ewentualnym wystąpieniem objawów (konieczność nauczania dziecka samooceny swego stanu i samoregulacji czasu trwania i intensywności wysiłku); — Pływanie (w pozycji leżącej, w wilgotnym i ciepłym powietrzu napady duszności rzadkie) i jazda na rowerze (napady rzadsze niż w czasie biegu, zwłaszcza na twardym, nierównym podłożu). |



| 1 | 2 | 3 |
|---|------------|--|
| Dychawica oskrzelowa c.d. | B | <ul style="list-style-type: none">— Nauczenie dziecka oddychania przez nos (ogrzymanie i oczyszczenie powietrza w górnych drogach oddechowych znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia napadu duszności);— Podawanie leków 15–30 min. przed wysiłkiem fizycznym, zapobiegających napadom duszności (leki doustne lub w postaci wziewnej wg zaleceń lekarza leczącego). <p>U dzieci z dychawicą oskrzelową należy zwrócić uwagę na:</p> <ul style="list-style-type: none">— czasowe ograniczanie AF w okresach infekcji układu oddechowego,— unikanie wysiłków przy zanieczyszczeniu powietrza (zapylenie, duże stężenie dwutlenku azotu, dym tytoniowy), przy znacznym ochłodzeniu w czasie mgły, wiatru, w stanach zmęczenia,— ograniczenie udziału w zawodach i różnych formach współzawodnictwa związanych ze stresami. |
| | C | <p>W przypadkach napadów: częstych, średnio ciężkich, o przedłużonym czasie trwania, bezpośrednio związanych z wysiłkiem fizycznym i niepoddających się kontroli farmakologicznej.</p> <p>W okresie zaostrzeń, nasilenia napadów i w innych przypadkach wg zaleceń lekarza leczącego.</p> |
| Mukowiscidoza i przewlekłe obturacyjne choroby oskrzeli | B lub C | <p>Kwalifikacja indywidualna w zależności od stanu zaawansowania choroby.</p> <p>Wykazano, że odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne zwiększają wydolność fizyczną, sprzyjają poprawie samopoczucia, ułatwiają wykonywanie codziennych zajęć.</p> <p>Zalecane: ćwiczenia o małej intensywności, ze stopniowym zwiększeniem wysiłku, ćwiczenia oddechowe, kształtujące prawidłową postawę ciała.</p> <p>U dzieci z mukowiscidozą wysiłek fizyczny wiąże się z dużą utratą soli z potem (konieczność uzupełnienia w postaci słonych potraw).</p> |

| | | |
|---|--|--|
| 1 | 2 | 3 |
| Gruźlica | A | Dzieci z grupy zwiększonego ryzyka zachorowania (IV grupa poradniana). |
| | B | Przez okres 1–2 lat po przebyciu gruźnicy i leczeniu szpitalno-sanatoryjnym. Wskazany jak najszybszy powrót do normalnego życia. Ewentualne ograniczenia wg zaleceń lekarza leczącego (najczęściej dotyczą one: zajęć długotrwałych o dużym obciążeniu, w złych warunkach atmosferycznych i mikroklimaticznych, udziału w zawodach). |
| CHOROBY I ZABURZENIA UKŁADU KRĄŻENIA | | |
| Wady wrodzone serca i kardiomiopatie | <p>Uwaga: Decyzję o udziale ucznia w zajęciach wf i formie tych zajęć podejmuje lekarz poradni specjalistycznej. Szczegółnej uwagi wymagają uczniowie ze zwężeniem ujścia aorty i tętnicy płucnej. Ogólnie obecnie zmniejszono liczbę wskazań do ograniczania AF dzieci z chorobami serca.</p> | |
| | B | <p>Ubytki w przegrodzie przedsińkowej i międzykomorowej oraz inne wady wrodzone w stanie wydolności krążeniowo-oddechowej, dzieci po zabiegach kardiochirurgicznych i przeprowadzonej rehabilitacji — w zależności od decyzji lekarza leczącego. Ograniczenia mogą dotyczyć zajęć o dużej intensywności wysiłku, (długotrwałe biegi i gry sportowe, ćwiczenia siłowe, zwłaszcza sprawdziany). Zmniejszenie liczby powtórzeń w ćwiczeniach. Dłuższe przerwy między ćwiczeniami. Wyeliminowanie ćwiczeń połączonych z odruchem Valsalvy. Obserwacja reakcji ucznia na wysiłek. Wskazane ćwiczenia oddechowe i kształtujące prawidłową postawę ciała.</p> |
| | C | <p>Niezdolni do zajęć wf są uczniowie, u których stwierdza się:</p> <ul style="list-style-type: none"> — czynny proces zapalny we wstędku, mięśniu sercowym i osierdziu, — objawy niewydolności krążenia i sinicę, — znaczny przerost lub przeciążenie komór i przedsionków, nasilone zmiany okresu repolaryzacji (badanie ekg), — napadowe zaburzenia rytmu serca, — omdlenia i bóle zastawkowe w czasie wysiłków fizycznych (przy współistnieniu zmian organicznych układu krążenia). |

| 1 | 2 | 3 |
|--|---------|---|
| Zaburzenia przewodnictwa i rytmu serca | A | Przyspieszenie lub zwolnienie rytmu zatokowego, pojedyncze skurcze dodatkowe, zaburzenia przewodnictwa o typie bloku przedsionkowo-komorowego (po badaniu specjalistycznym). |
| Stan po zapaleniu mięśnia sercowego, wsierdzia i osierdzia | B lub C | Inne zaburzenia przewodnictwa i rytmu serca (szczególnie napadowe) w zależności od zaleceń poradni specjalistycznej. |
| Szmeru niewinne | B lub C | Wg indywidualnych zaleceń lekarza leczącego, w zależności od przebiegu choroby, występowania objawów niewydolności krążenia. |
| | A | Udział w zajęciach bez ograniczeń. W przypadkach sprawiających trudności diagnostyczne konieczne ustalenie rozpoznania w poradni specjalistycznej — przejściowo grupa B — ograniczenie wysiłków o dużej intensywności. Obserwacja reakcji na wysiłek. |
| Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (pierwotne) | | Uwaga: Stwierdzenie u ucznia szmeru skurczowego (powyżej 3 w skali Lewina), szmeru rozkurczowego, nieprawidłowej sylwetki serca w obrazie rtg — wymaga szybkiej konsultacji specjalistycznej. Nie należy ograniczać gwałtownie normalnej AF dziecka, budzić niepokoju rodziców i dziecka do czasu zakończenia diagnozowania. Wysiłki zwłaszcza wytrzymałościowe (tlenowe) u osób z nadciśnieniem tętniczym sprzyjają obniżeniu ciśnienia tętniczego i obwodowego oporu naczyniowego w spoczynku oraz zmniejszeniu narastania ciśnienia i częstości rytmu serca w czasie wysiłków submaksymalnych. Wg zaleceń Amerykańskiej Akademii Pediatrii, u dzieci z podwyższonym ciśnieniem tętniczym zaleca się, pod nadzorem, dynamiczne ćwiczenia: pływanie, gimnastyka, koszykówka, jogging (zwiększają one wydolność fizyczną). Należy ograniczyć ćwiczenia statyczne — uprawianie podnoszenia ciężarów, zapasy (ćwiczenia izometryczne powodują wzrost ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, zwłaszcza przy objawach przerostu lewej komory. |



| 1 | 2 | 3 |
|---|---------|--|
| Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (pierwotne) c. d. | A | Jednorazowo lub sporadycznie stwierdzone podwyższone ciśnienie tętnicze (zwykle wpływ emocji) — zajęcia wf bez ograniczeń. Wskazane zwiększenie AF i kilkakrotne pomiary ciśnienia w odstępach kilkudniowych. (Dla wyłączenia koarktacji aorty konieczne stwierdzenie obecności tętna na tętnicy udowej, w dole pachwinowym). |
| Nadciśnienie wtórne | B | W umiarkowanym nadciśnieniu przy współistnieniu zmian w EKG (zmiany ST-T, cechy przerostu lewej komory) i wzrostu ciśnienia skurczowego w czasie testu wysiłkowego powyżej 230 mm Hg należy wyeliminować wysiłki statyczne i ćwiczenia izometryczne (podnoszenie ciężarów, ćwiczenia gimnastyczne na przyrządach). |
| Dystonia neurovegetatywna | B lub C | W nadciśnieniu wtórnym — w przebiegu chorób nerek, zaburzeń endokrynologicznych itd. — kwalifikacja uzależniona jest od schorzenia pierwotnego. |
| | B | Występujące zwykle w okresie dojrzewania dolegliwości w czasie wysiłku lub w spoczynku: uczucie bicia serca, bóle w klatce piersiowej, duszność, zmęczenie, przyspieszenie czynności serca w spoczynku i w czasie umiarkowanego wysiłku oraz omdlenia ortostatyczne. Nie stwierdza się zaburzeń hemodynamicznych ani zmian organicznych w sercu. Współistnieją zmiany nerwicowe. Często obniżona wydolność fizyczna w następstwie lęku przed dolegliwościami i zmęczeniem, stąd hypoaktywność. Wskazana systematyczna AF o wzrastającym czasie trwania i intensywności wysiłku, dostosowana do zainteresowań i możliwości ucznia, zwiększająca jego motywację do zajęć ruchowych. Ćwiczenia sprzyjają zmniejszeniu dolegliwości, reakcji ortostatycznych, poprawie wydolności fizycznej. |
| CHOROBA REUMATYCZNA I CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ | | |
| Choroba reumatyczna. Stan po (ostrym pierwszym lub następnym) rzucie gorączki reumatycznej — przebiegającym bez wady serca i niewydolności krążenia | C | Wg indywidualnych zaleceń lekarza leczącego, w zależności od klinicznych i laboratoryjnych objawów aktywności procesu reumatycznego, przeciętnie przez okres około 6 miesięcy po leczeniu szpitalnym i sanatoryjnym. |
| | B | Przeciętnie po roku od zachorowania, przy braku klinicznych i laboratoryjnych objawów aktywności procesu reumatycznego. Stopniowe wdrażanie do zajęć (stopniowy wzrost obciążenia, dłuższe przerwy między ćwiczeniami, zmniejszenie liczby powtórzeń w ćwiczeniach). |

| 1 | 2 | 3 |
|--|---------|--|
| Choroba reumatyczna c. d. | B | Przeciwwskazany udział w zawodach i innych formach współzawodnictwa. Ochrona przed zakazeniami górnych dróg oddechowych, okresowe zwalnianie po ich przebyciu Inne zalecenia wg opinii lekarza leczącego. |
| | A | Przebieg po 2–3 latach (w zależności od wieku ucznia) od ostrego rzutu gorączki reumatycznej, w porozumieniu z lekarzem, zwłaszcza przy orzekaniu o zdolności do uprawiania sportu, udziału w zawodach (obowiązują badania laboratoryjne, próby czynnościowe układu krążenia). |
| Wady serca po przebytym ostrym rzucie choroby reumatycznej | | Uwaga: Kwalifikacja wg indywidualnych zaleceń lekarza leczącego w zależności od rodzaju wady, występowania objawów niewydolności krążenia, stopnia aktywności procesu reumatycznego. |
| | A | Niedomykalność zastawki dwudzielnej przy pełnej wydolności krążenia i braku objawów aktywności procesu reumatycznego. |
| | C | Niedomykalność zastawek półksiężycowatych aorty (dopuszczalne ćwiczenia kształtujące o małej intensywności wysiłku). Zwężenie zastawki dwudzielnej — niezdolny do zajęć wf do zabiegu operacyjnego. Po zabiegu kwalifikacja wg zaleceń lekarza leczącego. |
| Przewlekła reumatyczna choroba serca z utrwaloną niewydolnością krążenia | C | Niezdolny do zajęć wf w szkole. |
| Gościec przewlekły postępujący | C lub B | W zależności od przebiegu choroby, stopnia zmian — wg decyzji lekarza leczącego. |
| CHOROBY PRZEWLEKŁE UKŁADU MOCZOWEGO | | |
| Okresowy lub stały krwinkomocz i białkomocz | B | Ograniczenie zajęć o dużej intensywności (długotrwałych gier zespołowych, marszów, biegów), w złych warunkach atmosferycznych i mikroklimatycznych. Ochrona przed infekcjami, okresowe zwalnianie z zajęć po ich przebyciu. |

| | | |
|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 |
| Zakażenie układu moczowego | B | Rozpoczęcie zajęć wg zaleceń lekarza leczącego, przeciętnie po 4–6 tygodniach po przebyciu ostrego zakażenia. Nie ma potrzeby ograniczania wysiłku fizycznego. Ograniczenia związane z warunkami, w jakich odbywają się zajęcia wf (niska temperatura, możliwość gwałtownego ozębienia, zziębnięcie) — odpowiedni ubiór sportowy (dresy). Ochrona przed infekcjami. Pływanie w zależności od decyzji lekarza leczącego. |
| Zespół nerczycowy | C | W okresach ostrych rzutów zakażeń i w okresie rekonwalescencji (przeciętnie 4–6 tygodni). |
| | B | W okresie remisji — ograniczenie ćwiczeń długotrwałych, o dużej intensywności, zmniejszenie liczby powtórzeń w ćwiczeniach, ochrona przed infekcjami — okresowe zwolnienie z zajęć po ich przebyciu, przy złym samopoczuciu ucznia itd. Przeciwwskazany udział w zawodach, sprawdzianach (sytuacje stresowe, leczenie encortonem). |
| | C | W okresach zaostrzeń wg zaleceń lekarza leczącego. |
| TRWAŁE USZKODZENIA NARZĄDU RUCHU I ZABURZENIA STATYKI CIAŁA | | |
| Boczne skrzywienie kręgosłupa: I stopnia | <p>Uwaga: Kwalifikacja indywidualna w zależności od wieku dziecka, stopnia i rodzaju zniekształcenia, tendencji do powiększania się lub utrwalania zmian.</p> <p>Bk</p> <p>Wskazana zwiększona AF ze szczególnym zwróceniem uwagi na wzmocnienie gorsetu mięśniowego i ćwiczenia oddechowe. Uwzględnienie indywidualnych ćwiczeń korekcyjnych. Zlecenie ćwiczeń do domu, instruktaż, kontrola wykonania. Ograniczenie biegów, długich marszów, długotrwałych gier sportowych. Wyeliminowanie skoków, ćwiczeń asymetrycznych, zwisów, przewrotów. Inne ćwiczenia powinny być eliminowane w zależności od rodzaju zniekształcenia (lordoskolioza, kifoskolioza) i zaleceń ortopedy. Zakaz dźwigania. Przy tendencji do pogłębiania zmian, gimnastyka lecznicza wg wskazań ortopedy. Wskazane pływanie, zwłaszcza na grzbiecie.</p> | |

| 1 | 2 | 3 |
|--|----------------------|---|
| Boczne skrzywienie kręgosłupa: II - IV stopnia | C lub B _k | Kwalifikacja indywidualna ortopedy. Niezbędna indywidualna gimnastyka lecznicza (rehabilitacja). |
| Choroba Scheuermanna | C lub B _k | Zwolnienie z zajęć wf na okres ustalony przez ortopedę. Konieczne ćwiczenia korekcyjne wg obowiązujących zasad i zaleceń ortopedy. |
| Jałowe martwice kości | C | Zwolnienie z zajęć wf na okres ustalony przez ortopedę (przeciętnie 6–12 miesięcy), w zależności od cofania się zmian klinicznych i radiologicznych. |
| Nadmierna kifoza piersiowa | B lub B _k | Zwiększona AF. Wskazane ćwiczenia likwidujące dystonię mięśniową, wzmacniające gorset mięśniowy, wyrabiające nawyk dobrej postawy. Uwzględnienie indywidualnych ćwiczeń korekcyjnych w zajęciach wf, zalecenie przez nauczyciela ćwiczeń do domu, kontrola wykonania. Przy tendencji do pogłębiania lub utrwalania się zaburzeń, zwłaszcza u uczniów o ektomorficznej budowie ciała, z wyraźną wiotkością układu mięśniowo-więzadłowego i obniżoną ogólną sprawnością — konieczna gimnastyka korekcyjna. |
| Koślawość kolan i podudzi (odległość między kostkami przysródtkowymi podudzi powyżej 6 cm) | B | Ograniczenie zajęć w pozycji stojącej, wyeliminowanie zajęć w pozycjach: rozkroczonej, siadu płaskiego, siadu na piętach ze stopami i podudziami skierowanymi na zewnątrz. Zlecenie ćwiczeń korekcyjnych do domu, nauka właściwego siedzenia „siad turecki”, chodu — instruktaż, kontrola wykonania — lub gimnastyka korekcyjna. |
| Stopy płasko-koślawe | B lub B _k | Uwzględnienie w zajęciach wf indywidualnych ćwiczeń korekcyjnych stóp. Zlecenia przez nauczyciela ćwiczeń w domu, okresowa kontrola ich wykonania. Zalecana gimnastyka korekcyjna. |



| 1 | 2 | 3 |
|---|----------------|--|
| Stopy płasko-koślawe c.d. | B _k | Przy zmianach zaawansowanych, przy współlistnieniu otyłości, ograniczenie ćwiczeń przeciążających stopę statycznie (długotrwała pozycja stojąca) zwłaszcza z dodatkowym obciążeniem (zeskoki, skoki bierne) na twardym nieelastycznym podłożu, ćwiczeń lub pozycji przeciążających łuk przysiódkowy stopy. W zajęciach związanych z długotrwałym obciążeniem stóp (wycieczki) konieczne odpowiednie obuwie. Gimnastyka korekcyjna wg zaleceń ortopedy. |
| Trwałe uszkodzenia narządu ruchu (wrodzone, pourazowe, zapalne) | | Uwaga: Kwalifikacja indywidualna w zależności od rodzaju i stopnia uszkodzenia. Wskazany aktywny udział w zajęciach wf w formie dostosowanej do możliwości ucznia np. udział i asystowanie w organizacji zajęć: w niektórych ćwiczeniach, szczególnie kształtujących. Należy unikać trwałego, całkowitego wyeliminowania ucznia z zajęć wf. |
| | B | Udział w zajęciach wf, gdy uszkodzenie w niewielkim stopniu ogranicza funkcje lokomocyjne, nie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem urazów lub pogłębieniem zmian. Rodzaj ograniczeń ustala się indywidualnie. |
| | C | Znaczne upośledzenie funkcji układu ruchu, zmiany o charakterze postępującym, wymagające zajęć w specjalnych warunkach, z użyciem odpowiedniego sprzętu. |
| Stany po operacjach ortopedycznych | C lub B | Okres niezdolności do zajęć wf oraz rodzaj ograniczeń po okresie rekonwalescencji określa ortopeda. Ćwiczenia korekcyjne wg zaleceń ortopedy. |
| INNE ZABURZENIA I CHOROBY PRZEWLEKŁE | | |
| Cukrzyca | B | Dziecko ma prawo do normalnego życia i kontaktów z rówieśnikami, w tym także w czasie zajęć wf. Triada: dieta, insulina i ćwiczenia fizyczne stanowią podstawę leczenia cukrzycy. Regularna AF ułatwia kontrolę cukrzycy, zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę, poprawia tolerancję wysiłku, sprawność fizyczną. |



| 1 | 2 | 3 |
|--|---|--|
| Cukrzyca (c.d.) | B | <p>Konieczne spożycie posiłku przed lekcją wf (nie wcześniej niż 1 godz.). W czasie długotrwałych wysiłków należy podawać słodkie napoje co godzinę. Może uczestniczyć w zawodach pod warunkiem spożycia przed nimi posiłku zawierającego większą niż zwykle ilość węglowodanów. Nauczyciel wf powinien dysponować np. kostkami cukru, w celu podania ich uczniowi w razie objawów hipoglikemii w czasie lub po wysiłku.</p> <p>Możliwość okresowych zwolnień w okresie niewyrównania choroby. Ochrona przez zakażeniem.</p> <p>Pewnych ograniczeń, ale nie całkowitego wyeliminowania AF, wymagać mogą uczniowie z długotrwałą chorobą i współistnieniem zmian w drobnych naczyniach.</p> |
| Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy | C | W ostrym okresie choroby, w czasie leczenia, rekonwalescencji, w okresach zaostrzeń. Zalecania indywidualne lekarza leczącego. |
| Przepuklina pachwinowa, udowa | B | W okresie remisji ograniczenie zajęć o dużej intensywności (ćwiczeń wytrzymałościowych). Przeciwwskazany udział w zawodach, wyeliminowanie sprawdzianów (sytuacje stresowe). Stopniowe wdrażanie do zajęć po okresowych zwolnieniach. |
| | B | Do zabiegu operacyjnego ograniczenie lub wyeliminowanie ćwiczeń z udziałem tłoczni brzusznej, ćwiczeń siłowych (konieczny zabieg operacyjny). |
| | C | W okresie rekonwalescencji w zależności od przebiegu operacji, okresu pooperacyjnego, ew. powikłań - przeciętnie 6–8 tyg. po operacji (zbyt długie powyżej 3–4 m-cy zwolnienie może prowadzić do zaniku mięśni po stronie operowanej). Po okresie zwolnienia stopniowe wdrażanie do ćwiczeń. |

| 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|
| Stan po przebytych wirusowym zapaleniu wątroby | C | W okresie rekonwalescencji, przeciętnie 4–6 miesięcy po ustąpieniu objawów chorobowych wg, indywidualnych zaleceń lekarza leczącego. |
| | B | W zależności od przebiegu choroby, wyników badań laboratoryjnych i klinicznych, przeciętnie 6 m-cy po okresie rekonwalescencji; stopniowe wdrażania do zajęć, ograniczenie wysiłków długotrwałych, o dużej intensywności, skoków, udziału w zawodach. |
| Stan po urazie głowy ze wstrząśnieniem mózgu | C | W okresie rekonwalescencji (przeciętnie przez 6 m-cy) w zależności od rodzaju urazu, utrzymywania się dolegliwości i zaleceń lekarza leczącego. |
| Hemofilia | B | Odpowiednio dobrana AF: — zapobiega zanikom mięśniowym, krwawieniom do jam stawowych (silne mięśnie lepiej stabilizują stawy), — zwiększa sprawność fizyczną, co zmniejsza ryzyko urazów w codziennym życiu, — sprzyja rozwojowi psychospołecznemu. Zalecane pływanie, jazda na ergometrze rowerowym, na rowerze, biegi. Wymaga, szczególnej uwagi nauczyciela wf i indywidualnego doboru ćwiczeń. |

Źródło: Woynarowska B., Wojciechowska A.: Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży. Kwalifikacja lekarska do wychowania fizycznego w szkole. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993.



Podstawa programowa ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” w poszczególnych typach szkół¹

SZKOŁA PODSTAWOWA - KLASY IV – VI

Cele edukacyjne

Kształtowanie umiejętności dbania o swoje zdrowie.

Zadania szkoły

1. Tworzenie warunków do kształtowania zachowań sprzyjających zdrowiu i bezpieczeństwu.
2. Rozbudzanie zainteresowania dziecka własnym zdrowiem i rozwojem, ułatwianie nabywania podstawowych umiejętności dbania o swoje zdrowie.
3. Poznawanie zagrożeń cywilizacyjnych oraz nabycie umiejętności właściwego zachowania się w przypadku kontaktu z przedmiotami niebezpiecznymi, toksycznymi, łatwo palnymi, wybuchowymi, niewybuchami i niewypałami.

Treści nauczania

1. Higiena ciała, odzieży, obuwia, miejsca pracy i wypoczynku.
2. Bezpieczeństwo na drodze, podczas gier i zabaw ruchowych; pierwsza pomoc w niektórych urazach.
3. Urozmaicenie i regularność posiłków, estetyka ich spożywania, zabezpieczenie żywności przed zanieczyszczeniem i zepsuciem.
4. Zabawy ruchowe i rekreacja, organizacja odrabiania lekcji i czasu wolnego; prawidłowa postawa ciała.
5. Rozpoznawanie własnych mocnych i słabych stron, zalet i wad; kształtowanie właściwego stosunku do własnych pozytywnych i negatywnych emocji; radzenie sobie w sytuacjach trudnych i umiejętność szukania pomocy; zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu.
6. Podstawowe zasady i reguły obowiązujące w relacjach międzyludzkich.
7. Problemy i potrzeby kolegów niepełnosprawnych, osób chorych i starszych.
8. Poznawanie zagrożeń cywilizacyjnych oraz nabycie umiejętności właściwego zachowania się w przypadku kontaktu z przedmiotami niebezpiecznymi, toksycznymi, łatwo palnymi, wybuchowymi, niewybuchami i niewypałami.

¹ 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).



9. Ochrona przed zagrożeniami naturalnymi i cywilizacyjnymi.
10. Przyczyny (namawianie i presja ze strony osób) i skutki używania środków psychoaktywnych i nadużywania leków oraz innych nałogów (wyłącznie klasa VI).

Osiągnięcia

1. Dbanie o zdrowie własne i współpraca z dorosłymi w tym zakresie.
2. Rozróżnianie czynników wpływających pozytywnie i negatywnie na zdrowie i rozwój.
3. Prawidłowe organizowanie czasu wolnego i nauki w domu.
4. Rozpoznawanie zagrożeń i umiejętność reagowania na nie.

GIMNAZJUM

Cele edukacyjne

Kształtowanie zdrowego stylu życia i inspirowanie harmonijnego rozwoju.

Zadania szkoły

1. Tworzenie warunków do kształtowania zdrowego stylu życia oraz harmonijnego rozwoju.
2. Uświadamianie własnej odpowiedzialności za ochronę swojego zdrowia.
3. Uświadamianie współzależności między wymiarami zdrowia, np. fizycznym, psychicznym i duchowym.

Treści nauczania

1. Higiena osobista i otoczenia:
 - zasady pielęgnacji skóry,
 - hałas, nadmierne nasłonecznienie.
2. Bezpieczeństwo i pierwsza pomoc:
 - zasady bezpieczeństwa w domu, szkole, miejscu publicznym; potrzeby w zakresie bezpieczeństwa dzieci, osób starszych i niepełnosprawnych,
 - ryzyko związane z różnymi rodzajami aktywności i sytuacjami życiowymi, jego ocena i odpowiedzialność za jego podejmowanie,
 - pierwsza pomoc w najczęstszych przypadkach zagrożenia życia; wzywanie pomocy w nagłych wypadkach; zachowanie w sytuacjach katastrof.
3. Żywność i żywienie:
 - skład żywności, układanie jadłospisów, ich różnice ze względu na kulturę, wiek, stan zdrowia, rodzaj pracy,



- higiena produkcji i przechowywania, przenoszenie i przechowywanie żywności, prawa konsumenta, reklama żywności.
4. Aktywność ruchowa i umysłowa:
 - aktywność fizyczna w różnych okresach życia i stanach zdrowia,
 - wypoczynek bierny i czynny,
 - higiena pracy umysłowej i snu,
 - osoby niepełnosprawne i ich potrzeby.
 5. Zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu – podejmowanie odpowiednich wyborów.
 6. Korzystanie z pomocy medycznej.
 7. Poczucie własnej wartości, dawanie i przyjmowanie wsparcia, asertywność.
 8. Przyczyny i skutki używania m.in. środków psychoaktywnych, formy pomocy dla osób eksperymentujących i uzależnionych; sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Osiągnięcia

1. Rozpoznawanie czynników chroniących i czynników ryzyka wpływających na zdrowie i rozwój.
2. Podejmowanie działań na rzecz ochrony zdrowia.

LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE, LICEUM PROFILOWANE I TECHNIKUM

Cele edukacyjne

1. Pogłębienie wiedzy o realizacji zachowań prozdrowotnych w ochronie, utrzymaniu i poprawie zdrowia jednostki i zdrowia publicznego.
2. Rozwijanie umiejętności życiowych sprzyjających rozwojowi fizycznemu, psychicznemu, społecznemu i duchowemu.
3. Kształtowanie aktywnej i odpowiedzialnej postawy wobec zdrowia własnego i innych ludzi.
4. Rozbudzanie potrzeby działania na rzecz tworzenia zdrowego środowiska.

Zadania szkoły

1. Zwiększanie zainteresowania uczniów sprawami zdrowia i przekazywanie im rzetelnej wiedzy o różnych jego aspektach (zdrowie fizyczne, psychiczne,



społeczne i duchowe) oraz czynnikach sprzyjających zdrowiu i najczęstszych zagrożeniach dla zdrowia oraz możliwościach ich eliminowania.

2. Tworzenie w szkole środowiska umożliwiającego uczniom praktykowanie prozdrowotnego stylu życia, wzmacnianie poczucia własnej wartości, wiary w siebie i swoje możliwości oraz udzielanie uczniom wsparcia w sytuacjach trudnych.
3. Rozwijanie współpracy z rodzicami i społecznością lokalną w zakresie edukacji prozdrowotnej i rozwiązywania problemów zdrowotnych uczniów.

Treści nauczania

1. Styl życia i jego związek ze zdrowiem i chorobą. Koncepcja i cele promocji zdrowia. Zdrowie jako wartość dla człowieka i społeczeństwa.
2. Pielęgnacja ciała i urody. Dbłość o utrzymanie odpowiedniej masy ciała, sylwetki, dobrej sprawności i wydolności fizycznej. Chronienie się przed zanieczyszczeniami środowiska.
3. Praca i wypoczynek, aktywne spędzanie czasu wolnego. Aktywność ruchowa, zabawa i poczucie humoru a zdrowie.
4. Identyfikowanie i podejmowanie ryzyka. Zachowania bezpieczne w codziennym życiu. Troska o bezpieczeństwo innych.
5. Zasady racjonalnego żywienia w różnych okresach życia. Żywność a samopoczucie i zdolność do pracy oraz zapobieganie chorobom. Skutki niewłaściwego odchudzania się i stosowania diet eliminacyjnych. Wybór sprzyjających zdrowiu produktów spożywczych i ich przechowywanie. Prawa konsumenta żywności.
6. Korzystanie z pomocy medycznej, psychologicznej i innych form wsparcia. Znaczenie profilaktycznych badań medycznych. Zachowanie się w chorobie. Postawy wobec osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i osób starszych.
7. Uwarunkowania podaży i popytu na substancje psychoaktywne. Rodzaje tych substancji i ich wpływ na organizm, psychikę oraz rozwój społeczny i duchowy człowieka. Przepisy prawa dotyczące używania substancji psychoaktywnych. Formy pomocy dla osób eksperymentujących i uzależnionych.
8. Osobowe i społeczne umiejętności życiowe niezbędne dla ochrony, poprawy i utrzymania zdrowia.

Osiągnięcia

1. Znajomość głównych czynników sprzyjających i zagrażających zdrowiu człowieka oraz podstawowych zasad profilaktyki najczęstszych zaburzeń i chorób. Realizowanie wartości związanych ze zdrowiem.



2. Umiejętność korzystania z pomocy medycznej i psychologicznej, radzenie sobie w sytuacjach trudnych oraz umiejętność wspierania innych.
3. Umiejętność porozumiewania się i utrzymywania dobrych relacji z innymi ludźmi oraz funkcjonowania i współpracy w grupie, radzenia sobie z presją środowiska.
4. Świadome dążenie do ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia własnego oraz osób, wśród których uczeń żyje.

SZKOŁY ZAWODOWE

Cele edukacyjne

1. Pogłębienie podstawowej wiedzy o zdrowiu (szczególnie psychicznym i społecznym), jego uwarunkowaniach i zagrożeniach oraz kształtowanie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi.
2. Profilaktyka problemów młodzieży.

Zadania szkoły

1. Zwiększenie zainteresowania uczniów sprawami zdrowia i przekazywanie im rzetelnej wiedzy o różnych jego aspektach (zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe), czynnikach sprzyjających i zagrożeniach dla zdrowia oraz możliwościach ich eliminowania lub ograniczania.
2. Tworzenie w szkole środowiska fizycznego i społecznego oraz klimatu wychowawczego umożliwiającego uczniom wzmocnienie poczucia własnej wartości, wiary w siebie, kształtowanie umiejętności życiowych, praktykowanie prozdrowotnego stylu życia oraz udzielanie uczniom wsparcia w sytuacjach trudnych.

Treści nauczania

1. Zdrowie i czynniki mu sprzyjające i zagrażające, możliwości ich eliminowania lub ograniczania, odpowiedzialność za zdrowie własne i innych ludzi.
2. Pielęgnacja ciała i urody. Dbłość o utrzymanie odpowiedniej masy ciała. Zasady racjonalnego żywienia w różnych okresach życia.
3. Zachowania ryzykowne i bezpieczne w życiu codziennym oraz kontaktach społecznych. Troska o bezpieczeństwo innych.
4. Szukanie i korzystanie z pomocy medycznej, psychologiczno-pedagogicznej i innych form wsparcia (zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych). Znaczenie profilaktycznych badań medycznych. Postawy wobec osób prze-



wlekle chorych (w tym chorych psychicznie) oraz niepełnosprawnych i starszych.

5. Osobowe i społeczne umiejętności życiowe niezbędne dla ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia, w tym: budowanie pozytywnego obrazu własnej osoby, rozwiązywanie problemów osobistych, dokonywanie wyborów, radzenie sobie z negatywnymi emocjami i konstruktywne radzenie sobie ze stresem, nawiązywanie i utrzymywanie dobrych relacji z innymi ludźmi, wyrażanie empatii, rozwiązywanie konfliktów, ochrona praw własnych i innych ludzi, radzenie sobie z presją i negatywnymi wpływami otoczenia, dawanie i korzystanie ze wsparcia, reagowanie na krzywdzenie innych.
6. Profilaktyka problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych: czynniki ryzyka i czynniki chroniące, przyczyny i skutki używania środków psychoaktywnych. Organizacja czasu wolnego, zabawa i poczucie humoru a zdrowie.

Osiągnięcia

1. Przekonanie, że zdrowie jest wartością dla człowieka oraz środkiem do osiągnięcia celów życiowych i dobrej jakości życia.
2. Przyjęcie odpowiedzialności za własne zdrowie.
3. Świadome dążenie do ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia własnego oraz osób z najbliższego otoczenia.
4. Znajomość głównych czynników sprzyjających i zagrażających zdrowiu.
5. Przestrzeganie podstawowych zasad profilaktyki najczęstszych chorób i urazów oraz problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych.
6. Umiejętność rozpoznawania zachowań ryzykownych i podejmowania bezpiecznych zachowań.
7. Umiejętność identyfikowania własnych mocnych i słabych stron oraz własnej reakcji na stres i radzenie sobie z nim.
8. Umiejętność korzystania z pomocy medycznej i psychologicznej, radzenie sobie w sytuacjach trudnych oraz umiejętność wspierania innych.
9. Umiejętność udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia zdrowia i życia.
10. Umiejętności: porozumiewania się i utrzymywania dobrych relacji z innymi ludźmi, współpracy w grupie oraz radzenia sobie z presją innych ludzi.



W ramach programu polityki zdrowotnej „Wdrażanie standardów w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad populacją w wieku szkolnym”, realizowanego od 2002 roku w Zakładzie Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka, zostały ponadto opublikowane następujące pozycje:

- Oblacińska A., Woynarowska B.: Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami. IMID, Warszawa 2002.
- Jodkowska M., Woynarowska B. (red): Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. IMID, Warszawa 2002.
- Woynarowska B., Małkowska A., Pułtorak M., Sokołowska M.: Współdziałanie pracowników szkoły i pielęgniarki lub higienistki szkolnej. IMID, Warszawa 2003.
- Woynarowska B., Oblacińska A., Jodkowska M., Ostrega W.: Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. IMID, Warszawa 2003.
- Jodkowska M., Ostrega W., Oblacińska A.: Zasady i metodyka nadzoru w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami. IMID, Warszawa 2003.

Poradniki te są rozprowadzane bezpłatnie przez wojewódzkie centra zdrowia publicznego dla osób (pielęgniarek, higienistek szkolnych, lekarzy) sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami.

Zespół Zakładu Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka udziela konsultacji, zajmuje stanowiska, opracowuje ekspertyzy i wydaje opinie w sprawach związanych z organizacją i realizacją profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w środowisku szkolnym.