



**Instytut
Matki i Dziecka**

Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej

Podręcznik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych

pod redakcją

Wisławy Ostreży i Anny Oblacińskiej

Instytut Matki i Dziecka

Warszawa 2017

Publikacja opracowana w ramach zadania statutowego IMiD Nr 510-20-65
„Nowe problemy i wyzwania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami w szkole”
finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Redakcja

mgr Wisława Ostreęga

dr hab. n. med. prof. IMiD Anna Oblacińska

Autorzy:

dr n. med. Maria Jodkowska – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

mgr Bożena Kaczmarczyk – Narodowy Fundusz Zdrowia – Oddział w Krakowie

dr n. hum. Agnieszka Małkowska-Szkutnik – Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski

dr hab. n. med. prof. IMiD Anna Oblacińska – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk – Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus

dr hab. n. med. Krzysztof Ostaszewski – Zakład Zdrowia Publicznego, Pracownia Pro-M, Instytut Psychiatrii i Neurologii

mgr Wisława Ostreęga – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

dr n. med. Lidia Popek – Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii

mgr Magdalena Stalmach – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

dr n. med. Anna Turska-Szybka – Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus

prof. dr hab. n. med. Barbara Woynarowska – Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski

dr n. hum. Magdalena Woynarowska-Sołdan – Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr n. hum. Dorota Zawadzka – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

Konsultanci:

mgr Bożena Gościowska – kierownik NZOZ Sanitas, Suwałki

mgr Bogusława Witkowska – kierownik NZOZ Zdrowie, Warszawa

ISBN 978-83-88767-88-3

©Copyright by Instytut Matki i Dziecka

Powielanie, kopiowanie, przedruk dozwolone po podaniu źródła

Spis treści

WSTĘP.....	7
CZEŚĆ I. ŚRODOWISKO SZKOLNE A ZDROWIE UCZNIÓW	8
EDUKACJA ZDROWOTNA W SZKOLE: ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ - <i>Barbara Woynarowska</i>	8
Definicja, cele, podstawowe cechy i treści współczesnej edukacji zdrowotnej.....	8
Status edukacji zdrowotnej w szkole i warunki jej skuteczności.....	11
Udział pielęgniarki szkolnej w realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej	13
Edukacja zdrowotna uczniów z chorobami przewlekłymi i innymi problemami zdrowotnymi.....	16
Prowadzenie grupowych zajęć edukacji zdrowotnej uczniów	19
PIEŁĘGNIARKA SZKOLNA W SZKOLE PROMUJĄCEJ ZDROWIE - <i>Barbara Woynarowska</i>	22
Zadania pielęgniarki w szkole promującej zdrowie	24
KLIMAT SPOŁECZNY SZKOŁY - <i>Magdalena Woynarowska-Soldan</i>	26
Czym jest klimat społeczny szkoły?	26
Wymiary klimatu społecznego szkoły	28
Pozytywny klimat społeczny szkoły	30
Znaczenie pozytywnego klimatu społecznego szkoły	31
Badanie klimatu społecznego szkoły	32
Rola pielęgniarki w tworzeniu pozytywnego klimatu społecznego szkoły	35
ZASADY KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ W PRACY PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ - <i>Wisława Ostrenga</i>	38
Bariery w komunikowaniu się.....	42
„Savoir-vivre” pielęgniarki	46
PROBLEMY ZDROWIA PSYCHICZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU SZKOLNYM - <i>Lidia Popek</i>	48
Zaburzenia psychiczne	49
Depresja.....	50
Samobójstwa dzieci i młodzieży	51
Niesamobójcze samouszkodzenia	53
Zachowania ryzykowne.....	54
Zaburzenia zachowania	55
Zaburzenie hiperkinetyczne	57
Całościowe zaburzenia rozwojowe	58
Zaburzenia jedzenia.....	59
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe.....	60

Schizofrenia.....	61
Podsumowanie	61
UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ UCZNIÓW: PROFILAKTYKA I INTERWENCJA - <i>Krzysztof Ostaszewski</i>	63
Substancje psychoaktywne.....	63
Kontekst rozwojowy, zdrowotny i szkolny.....	64
Skala problemu wśród młodzieży w wieku szkolnym	66
Profilaktyka wśród uczniów z grupy ryzyka.....	69
PROFILAKTYKA PRÓCHNICY ZĘBÓW U DZIECI I MŁODZIEŻY W SZKOLE - <i>Anna Turska-Szybka, Dorota Olczak-Kowalczyk</i>	79
Choroba próchnicowa zębów	79
Etiologia choroby próchnicowej	80
Epidemiologia choroby próchnicowej w Polsce	81
Profilaktyka choroby próchnicowej zębów	85
Prawidłowe odżywianie	87
Wskazówki dietetyczne chroniące dzieci i młodzież przed próchnicą	88
Profilaktyka fluorkowa.....	89
Grupowa profilaktyka fluorkowa (nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami fluorkowymi).....	92
Bezpieczeństwo profilaktyki fluorkowej u dzieci	95
TESTY PRZESIEWOWE I LEKARSKIE BADANIA PROFILAKTYCZNE U DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU SZKOLNYM - <i>Maria Jodkowska</i> ,	99
Testy przesiewowe	99
Rodzaje testów przesiewowych	99
Sprzęt i pomoce do wykonywania testów przesiewowych u uczniów.....	101
Organizacja, zasady oraz warunki wykonywania testów przesiewowych.....	102
Postępowanie poprzemieszane.....	105
Lekarskie badania profilaktyczne (bilanse zdrowia) dzieci i młodzieży w wieku szkolnym	105
Część II. PORADNICTWO CZYNNE DLA UCZNIÓW Z PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI, SZKOLNYMI I SPOŁECZNYMI	109
WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU SZKOLNYM - <i>Anna Oblacińska</i>	109
Problemy zdrowotne w wieku szkolnym ze względu na dużą częstość występowania.....	109
Choroby przewlekłe i niepełnosprawność – kontekst medyczny.....	112
PROBLEMY SZKOLNE	119
STRES W SZKOLE- <i>Agnieszka Małkowska-Szkutnik</i>	119
Podstawy teoretyczne dotyczące stresu.....	119
Skala problemu.....	121

Podstawy teoretyczne dotyczące radzenia sobie ze stresem	122
Stres a samoregulacja	122
Stres a odporność psychiczna.....	124
Źródła stresu wśród dzieci i młodzieży	126
Działania profilaktyczne	127
Opieka pielęgniarki szkolnej nad uczniem obciążonym stresem.....	129
PSYCHOLOGICZNE KONTEKSTY UCZNIÓW Z CHOROBY PRZEWLEKŁYMI - <i>Agnieszka Małkowska-Szkutnik</i>	135
Definicja choroby przewlekłej	135
Funkcjonowanie uczniów z chorobą przewlekłą w szkole - wyniki badań	138
Kiedy należy zwracać szczególną uwagę na ucznia z chorobą przewlekłą?	144
Działania profilaktyczne	146
Działania w zakresie poprawy relacji rówieśniczych	148
PROBLEMY SPOŁECZNE UCZNIÓW	150
WYBRANE PROBLEMY SPOŁECZNE - - <i>Dorota Zawadzka, Magdalena Stalmach</i>	150
Procedury i zasady postępowania w przypadkach agresji i przemocy w szkole	150
Zachowania ryzykowne.....	158
Zagrożenie samobójstwem wśród dzieci i młodzieży.....	159
POMOC PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ W TRUDNYCH SYTUACJACH BYTOWYCH RODZINY - <i>Dorota Zawadzka, Magdalena Stalmach</i>	168
Problematyka uzależnień rodziców oraz profilaktyka uzależnień w odniesieniu do uczniów	168
Pomoc osobom, które nie są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym	172
Wspomaganie dziecka z niepełnosprawnością i jego rodziny	174
Niewydolność opiekuńcza i wychowawcza rodziców uczniów	176
Wspomaganie rodziny i dziecka w rodzinie z problemem bezrobocia	180
Część III. ORGANIZACJA, DOSTĘPNOŚĆ, FINANSOWANIE, USTAWOWAWSTWO PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI W SZKOLE.....	184
KONTRAKTOWANIE PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI W SZKOLE - <i>Bożena Kaczmarczyk</i>	184
Narodowy Fundusz Zdrowia – zadania, kompetencje.	184
Zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą	185
Warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń pielęgniarki/ higienistki szkolnej.....	186
Tryb i zasady zawierania umów.....	187
Przedmiot umowy.	191

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarce /higienistki szkolnej sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami.....	193
Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w POZ.....	197
Zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń POZ.....	198
Podstawy prawne.....	200
ORGANIZACJA ROKU SZKOLNEGO – <i>Wisława Ostrenga</i>	202
Szkoła podstawowa.....	202
Szkoła ponadpodstawowa.....	209
Część IV. ANEKS.....	215
PRZYKŁAD SCENARIUSZA ZAJĘĆ.....	216
SPRAWDŹ, JAK DBASZ O SWOJE ZĘBY.....	218
KWESTIONARIUSZ ZACHOWAŃ SPRZYJAJĄCYCH ZDROWIU.....	220
TABELE DOTYCZĄCE KLASYFIKACJI ZABURZEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO.....	223
WZÓR DEKLARACJI.....	228
STANOWISKO DEPARTAMENTU MATKI I DZIECKA W MINISTERSTWIE ZDROWIA W SPRAWIE ZAPOBIEGANIA I ZWALCZANIA WSZAWICY U DZIECI I MŁODZIEŻY.....	229
INFORMACJA O SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH UCZNIÓW.....	234

WSTĘP

Szanowne Koleżanki,

oddajemy w Wasze ręce metodykę i standardy postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami.

Publikacja powstała w okresie przygotowywania kolejnych zmian w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. W tym roku (2017) weszła w życie reforma oświaty wygaszająca gimnazja, a Ministerstwo Zdrowia przygotowało założenia do ustawy o profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami. Wierzymy, że uregulowanie organizacji tej części opieki zdrowotnej w randze oddzielnej ustawy umocni i ustabilizuje system opieki nad uczniami.

W myśl założeń do ustawy, zwiększą się uprawnienia pielęgniarki szkolnej w zakresie doradztwa i wspierania ucznia i jego rodziny w kształtowaniu własnego zdrowia i w poruszaniu się po całym systemie opieki zdrowotnej. Pielęgniarki szkolne są postrzegane przez uczniów jako osoby godne zaufania i „bezpieczne” toteż oczekuje się, że będą one w większym stopniu realizować zadania związane z poradnictwem zdrowotnym i staną się dla uczniów tzw. ważnym dorosłym.

Dlatego w niniejszym podręczniku koncentrujemy się na psychologicznych aspektach pracy pielęgniarki i regułach ułatwiających komunikowanie się z uczniem i jego rodziną, która często jest dotknięta różnymi problemami i dysfunkcjami.

W opracowaniu przedstawiono podstawowe zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz propozycje organizacji roku szkolnego - oddzielnie dla szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Planujemy w przyszłości opracowanie poradnika dla pielęgniarek pracujących w szkołach przygotowujących do zawodu (szkoły zawodowe, technika, licea zawodowe).

Biorąc pod uwagę rangę problemu, do przygotowania poradnika zaproszeni zostali jako autorzy rozdziałów, eksperci z różnych dziedzin nauk: medycznych, psychologii, społecznych.

Mamy nadzieję, że metodyka w tym kształcie okaże się przydatna i pomocna w codziennej pracy pielęgniarek szkolnych z ich podopiecznymi.

Autorzy

CZĘŚĆ I. ŚRODOWISKO SZKOLNE A ZDROWIE UCZNIÓW

EDUKACJA ZDROWOTNA W SZKOLE: ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ - *Barbara Woynarowska*

Od ponad 100 lat jednym z zadań szkoły jest udział w przygotowaniu dzieci i młodzieży do dbałości o zdrowie własne i innych ludzi. Początkowo działania te określano jako wychowanie higieniczne, potem oświatę zdrowotną, wychowanie zdrowotne, a obecnie edukację zdrowotną. Na szkole, obok rodziny, spoczywa największy ciężar i odpowiedzialność za prowadzenie oraz efekty edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, gdyż:

- w okresie uczęszczania do szkoły kształtują się u dzieci wszystkie podstawowe zachowania prozdrowotne, a u nastolatków pojawiają się już zachowania ryzykowne (problematyczne) dla zdrowia,
- każde dziecko ma prawo do edukacji zdrowotnej, podobnie jak do nauki czytania i pisania,
- edukacja zdrowotna wspiera realizację zadań szkoły, zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych,
- w szkole istnieją możliwości prowadzenia systematycznej, zaplanowanej edukacji zdrowotnej całej populacji dzieci i młodzieży oraz co najmniej części rodziców.

W rozdziale tym przedstawiono podstawowe informacje o współczesnej edukacji zdrowotnej, jej statusie w szkole, udziale pielęgniarki szkolnej w jej realizacji oraz propozycje prowadzenia przez pielęgniarkę edukacji zdrowotnej, jako jej zadania zawodowego.

Definicja, cele, podstawowe cechy i treści współczesnej edukacji zdrowotnej

Edukacja zdrowotna jest różnie definiowana, wybrane jej definicje podano w ramce.

Definicje edukacji zdrowotnej

Edukacja zdrowotna:

- jest to proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją (Williams, 1989);
- są to zaplanowane, różnorodne działania edukacyjne, ukierunkowane na udzielanie ludziom pomocy w uzyskaniu kompetencji, dzięki którym mogą oni podejmować działania dla ochrony, utrzymania i umacniania swego zdrowia (Woynarowska, 2017).

Cele edukacji zdrowotnej też są różnie definiowane i w ostatnich latach ulegały one zmianom. W tradycyjnym podejściu przyjmowano, że głównym jej celem jest przekazywanie informacji/faktów o zdrowiu i chorobach. Istnieje jednak wiele dowodów, że wiedza nie przekłada się na działania ludzi (np. palą lekarze i pielęgniarki posiadające wiedzę). Obecnie, najczęściej przyjmuje się, że nadrzędnym celem edukacji zdrowotnej jest **zmiana zachowań w kierunku prozdrowotnym**. Można to osiągnąć przez:

- zwiększenie **wiedzy i świadomości** znaczenia zdrowia i czynników je warunkujących; uznanie zdrowia za wartość,
- kształtowanie odpowiednich **przekonań i postaw** wobec różnych kwestii związanych ze zdrowiem i chorobą,
- kształtowanie **odpowiedzialności** za zdrowie własne i innych,
- rozwijanie **umiejętności** związanych ze zdrowiem fizycznym i umiejętności psychospołecznych (życiowych).

Obecnie wymienia się także inne cele edukacji zdrowotnej (np. rozwijanie kompetencji do działania, budowanie zasobów dla zdrowia, zwiększanie alfabetyzmu zdrowotnego). Powszechnie uważa się, że konieczne jest **uwzględnianie wielu różnorodnych celów**, w zależności od potrzeb danej grupy. W ramce podano cele szkolnej edukacji zdrowotnej.

Cele edukacji zdrowotnej w szkole

Udzielanie uczniom pomocy w:

- poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych;
- zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać;
- rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi;
- wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości;
- rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia;
- przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej.

(Cendrowski i in., 2009)

Wśród cech współczesnej edukacji zdrowotnej można wymienić:

- uwzględnienie wszystkich wymiarów zdrowia – fizyczny, psychiczny, społeczny, seksualny i czynników je warunkujących (podejście holistyczne),
- koncentracja na uczeniu się (a nie nauczaniu) – aktywności, zaangażowaniu i działaniu dzieci i młodzieży,
- wykorzystywanie w procesie edukacji wielu różnorodnych metod i technik, głównie aktywizujących, oraz różnych okoliczności formalnych i nieformalnych,
- zmiana roli nauczającego/edukatora, który powinien:
 - być przewodnikiem (doradcą, liderem, facilitatorem, animatorem) uczących się, nie wchodzić w rolę „eksperta” („mistrza”), który „musi wszystko wiedzieć”,
 - organizować uczenie się – stawiać zadania, pytania, motywować do pracy, wspierać, pomagać, tworzyć atmosferę bezpieczeństwa i zaufania,
 - modelować pożądane postawy i zachowania zdrowotne.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży niezbędne jest branie pod uwagę zmieniających się zainteresowań i potrzeb młodych ludzi, włączanie ich do planowania, realizacji i ewaluacji edukacji zdrowotnej oraz dążenie do spójności informacji uzyskiwanych z różnych źródeł (w rodzinie, szkole, w mass mediach). Dorośli – rodzice, nauczyciele, inne znaczące osoby, a także pielęgniarka szkolna powinni tworzyć wzorce dla dzieci oraz stwarzać im możliwości praktykowania zachowań prozdrowotnych w domu i szkole.

Treści edukacji zdrowotnej zależą od specyfiki rozwoju i problemów zdrowotnych oraz innych potrzeb dzieci w danym okresie życia. W ramce wymieniono najważniejsze obszary tematyczne.

Obszary tematyczne edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży

- Dbłość o ciało (np. higiena rąk, dbłość o zęby, samokontrola masy ciała, samobadanie piersi i jąder, ochrona przed nadmiernym nasłonecznieniem, zagrożenia związane z upiększaniem ciała);
- Edukacja do zdrowia psychicznego (np. rozwijanie zasobów psychologicznych dla zdrowia i umiejętności życiowych, poszukiwanie, przyjmowanie i dawanie wsparcia);
- Edukacja żywieniowa;
- Edukacja do zwiększenia aktywności fizycznej;
- Edukacja do bezpieczeństwa;

- Edukacja do zdrowia seksualnego;
- Edukacja w zapobieganiu zachowaniom ryzykownym;
- Edukacja do bycia aktywnym pacjentem.

Status edukacji zdrowotnej w szkole i warunki jej skuteczności

W Polsce, mimo wielu starań, nie ma odrębnego przedmiotu Edukacja Zdrowotna. W Europie przedmiot taki istnieje w niewielu krajach (m.in. w Czechach, Finlandii, Irlandii), dominuje włączenie treści dotyczących zdrowia, dbałości o nie oraz wybranych zaburzeń i chorób do różnych przedmiotów.

Edukacja zdrowotna jest realizowana w szkole w ramach określonych w **podstawie programowej kształcenia ogólnego dla poszczególnych typów szkół**. Zapisano w niej, dla każdego przedmiotu, cele kształcenia (wymagania ogólne) i treści nauczania (wymagania szczegółowe), jakie uczeń powinien osiągnąć po zakończeniu danego etapu edukacji. Zapisy te stanowią dla nauczycieli punkt wyjścia do opracowania programów nauczania poszczególnych przedmiotów, które są zatwierdzane przez dyrektora szkoły i tworzą szkolny zestaw programów nauczania. Podstawy programowe ulegają częstym zmianom. Aktualna, czwarta już w ostatnim dwudziestoleciu zmiana, nastąpiła w 2017 r.¹, łącznie z kolejną zmianą struktury szkolnictwa – powrót do 8-klasowej szkoły podstawowej i szkół ponadpodstawowych: 4-letniego liceum, 5-letniego technikum, branżowej szkoły I i II stopnia (zamiast zasadniczych szkół zawodowych, z możliwością kontynuowania nauki w szkole II stopnia i uzyskania dyplomu technika).

W obecnie obowiązującej podstawie programowej kształcenia ogólnego przyjęto następujące **rozwiązania w zakresie edukacji zdrowotnej**:

- W preambule (części wstępnej) do podstawy programowej we wszystkich typach szkół zapisano, że edukacja zdrowotna jest ważnym zadaniem dla szkoły. Zapis ten jest nieco odmienny w szkole podstawowej i ponadpodstawowych (np. w tej ostatniej jest tak sfor-

¹Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej: z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz. U. 2017, poz. 356); oraz projekt rozporządzenia MEN w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla czteroletniego liceum ogólnokształcącego, pięcioletniego technikum oraz branżowej szkoły II stopnia (<https://bip.men.gov.pl/akty-prawne/projekty-aktow-prawnych/projekt-rozporzadzenia-ministra-edukacji-narodowej-w-sprawie-podstawy-programowej-ksztalcenia-ogolnego-dla-czteroletniego-liceum-ogolnoksztalacego-piecioletniego-technikum-oraz-branzowej-szkoly-ii-s.html>).

mułowany: „Ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest rozwijanie u uczniów postawy dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”) oraz że wychowanie fizyczne pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej.

- W Wychowaniu Fizycznym w klasach IV–VIII szkoły podstawowej i we wszystkich typach szkół ponadpodstawowych wydzielono blok „edukacja zdrowotna” zawierający kilkanaście wymagań szczegółowych (treści) dotyczących głównie zdrowia fizycznego, ale także pewne elementy zdrowia psychicznego i umiejętności psychospołecznych.
- W Edukacji dla Bezpieczeństwa w klasie VIII szkoły podstawowej oraz w liceum i technikum uwzględniono blok „edukacja zdrowotna” (obok bloku „podstawy pierwszej pomocy”), zawierający wiele wymagań (treści) dotyczących różnych aspektów zdrowia. Jest to zupełnie nowy zakres tematyczny dla tego przedmiotu i jego realizacja może być trudna dla jego nauczycieli.
- Treści, które są bezpośrednio lub pośrednio związane z edukacją są także w podstawie programowej przedmiotów: Biologia (głównie dotyczą budowy i funkcji organizmu człowieka, niektórych chorób i ich zapobieganiu, wybranych zachowań zdrowotnych i aspektów zdrowia), Wychowanie do życia w rodzinie, Wiedza o Społeczeństwie. W zasadzie w każdym przedmiocie istnieją możliwości podejmowania kwestii związanych ze zdrowiem, jeśli nauczyciele dostrzegą takie możliwości i potrzebę.
- W podstawie programowej dla I etapu edukacyjnego (klasy I–III) nie ma obecnie obszaru „Edukacja Zdrowotna” (wydzielono 4 obszary związane z rozwojem dziecka: fizycznym, emocjonalnym, społecznym i poznawczym). Wśród wymagań szczegółowych jest wiele, które nauczyciel może wykorzystać dla edukacji zdrowotnej.

Dla zapewnienia **skuteczności edukacji zdrowotnej** nie wystarczy „przerobić” z uczniami treści zapisanych w podstawie programowej. Często, ze względu na przeładowane programy nauczania i brak przygotowania nauczycieli, wiele z nich nie jest podejmowanych. Niezbędne jest zapewnienie odpowiednich warunków i działania organizacyjne, aby była spójność między tym, czego uczniowie uczą się na lekcjach, a tym, co widzą wokół siebie i co mogą praktykować w czasie pobytu w szkole. Do **czynników wspierających realizację edukacji zdrowotnej** w szkole należą:

1. Całościowe podejście do zdrowia w szkole – uznanie, że zdrowie jest jednym z „filarów” ogólnej polityki szkoły, jej programu, organizacji, obowiązujących przepisów.

2. Tworzenie sprzyjającego zdrowiu środowiska fizycznego i społecznego, m.in. przez poprawę warunków sanitarnych i bezpieczeństwa, tworzenie pozytywnego klimatu społecznego, umożliwienie uczniom praktykowania zachowań sprzyjających zdrowiu (np. odpowiednie posiłki szkolne, organizacja przerw międzylekcyjnych, warunki do utrzymania higieny osobistej). inwestowanie w rozwój kompetencji nauczycieli do realizacji edukacji zdrowotnej oraz doskonalenie ich umiejętności osobistych i społecznych.

3. Pozyskanie do realizacji edukacji zdrowotnej pracowników administracji, stołówki i obsługi, którzy tworzą własny system oddziaływania i wzorce zachowań dla uczniów.

4. Współdziałanie nauczycieli:

- z rodzicami uczniów – uzgadnianie z nimi treści edukacji (zwłaszcza tematów drażliwych, kontrowersyjnych), stwarzanie im możliwości wyrażania opinii, zachęcanie rodziców posiadających odpowiednie przygotowanie do prowadzenia niektórych zajęć w klasie, wspólne organizowanie imprez i kampanii o tematyce zdrowia. Należy uświadamiać rodzicom, że od nich zależy „transfer” wiedzy i umiejętności zdobytych przez dziecko w szkole do codziennego życia,
- z pielęgniarką szkolną,
- ze społecznością lokalną – pozyskiwanie do współpracy znaczących osób i organizacji, wspólne organizowanie kampanii i akcji informacyjnych.

Istnieje też wiele **barier utrudniających realizację edukacji zdrowotnej** w szkole i obniżających jej skuteczność. Należą do nich m.in.: niedocenianie przez dyrekcję i nauczycieli zdrowia i jego związku z edukacją; akcyjność działań (dominacja konkursów i jednorazowych akcji); podejmowanie w szkole licznych programów zewnętrznych, o niesprawdzonej skuteczności, narzucanych przez różne organizacje (często komercyjne) zamiast własnej, systematycznej pracy powiązanej z podstawą programową i rzeczywistymi potrzebami uczniów; niedostateczne przygotowanie nauczycieli i często ich niechęć do podejmowania tematów, które wydają się im zbyt „medyczne”.

Udział pielęgniarki szkolnej w realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej

Pielęgniarka szkolna jest jedynym pracownikiem medycznym w szkole. Z tego powodu mogłaby być doradcą dyrekcji szkoły i nauczycieli w realizacji edukacji zdrowotnej oraz szkolnego programu wychowawczo-profilaktycznego. W praktyce jednak istnieje wiele barier utrudniających podjęcie i pełnienie takiej roli. Należą do nich m.in.: krótki czas pracy pielę-

gniarki w szkole lub sprawowanie opieki nad uczniami w ośrodku; niedostrzeżenie przez obie strony (pielęgniarkę i szkołę) potrzeby ścisłej współpracy i wynikających z niej korzyści. Należy jednak zachęcić pielęgniarki do włączenia się w działania szkoły w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej uczniów i programu wychowawczo-profilaktycznego. Korzystnie byłoby, aby pielęgniarka:

- zapoznała się z podstawami programowymi ww. przedmiotów zawierających najwięcej treści dotyczących edukacji zdrowotnej na danym etapie edukacyjnym (dokument dostępny u dyrektora lub na stronie internetowej MEN),
- zapoznała się z realizowanymi w szkole „zewnętrznymi” programami dotyczącymi różnych aspektów zdrowia, oferowanymi przez różne organizacje i instytucje,
- współpracowała z nauczycielami wychowania fizycznego, edukacji do bezpieczeństwa, biologii, wychowania do życia w rodzinie, zapoznała się w ich programami nauczania ich przedmiotów, zaoferowała udział w realizacji niektórych „medycznych” tematów,
- współpracowała z wychowawcami klas i pedagogiem szkolnym w realizacji programu wychowawczo-profilaktycznego,
- dokonywała analizy czynników, które mogą wspierać i utrudniać edukację zdrowotną, zwłaszcza tych, na które ona sama może mieć wpływ.

Znajomość ww. zagadnień oraz aktywny udział pielęgniarki w tym aspekcie życia szkoły może ułatwić pielęgniarce jej działania w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów. Mogłaby także przyczynić się do zwiększenia jej prestiżu zawodowego i społecznego, większej skuteczności jej działań i satysfakcji z pracy.

Prowadzenie przez pielęgniarkę szkolną edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców

Prowadzenie edukacji zdrowotnej jest jednym z podstawowych zadań wymienionych w standardach postępowania pielęgniarki szkolnej oraz obowiązujących przepisach prawnych. Edukacja ta dotyczy uczniów, zwłaszcza z chorobami przewlekłymi i innymi problemami rozwoju i zdrowia oraz w miarę potrzeb i możliwości, także ich rodziców. Prowadzeniu tej edukacji przez pielęgniarkę oraz skuteczności jej oddziaływań sprzyja jej pozycja i warunki pracy w szkole, ale powinna ona dołożyć starań, aby to wykorzystać i wzmacniać (tab. 1) oraz tworzyć w gabinecie pozytywny klimat społeczny. Działania pielęgniarki w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów obejmują trzy, opisane niżej obszary.

Tabela 1. Czynniki sprzyjające realizacji edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę szkolną, ich wykorzystanie i wzmacnianie

Czynniki sprzyjające skuteczności edukacji zdrowotnej	Jak je wykorzystać i wzmocnić?
Pielęgniarka może być postrzegana przez uczniów jako osoba kompetentna w sprawach zdrowia i jako wzór (model) do naśladowania	Rozwijać swoją wiedzę i umiejętności osobiste, społeczne (zwłaszcza umiejętności komunikowania się) i zawodowe; demonstrować swoim wyglądem i postępowaniem wzór dbałości o własne zdrowie; wyposażyć gabinet w atrakcyjne (często zmieniane) plakaty, ulotki, prace uczniów na temat zdrowia, czasopisma, artykuły i wykorzystywać je w rozmowach z uczniami, zachęcać ich do samodzielnego poszukiwania informacji
Uczniowie zwykle czują się mniej onieśmieleni w kontaktach z pielęgniarką niż z lekarzem	Okazywać uczniom życzliwość i zainteresowanie; pozyskać ich zaufanie; traktować jako partnerów; unikać pośpiechu, moralizowania, oceniania i krytyki
Dla większości uczniów kontakty z pielęgniarką są pierwszymi samodzielnymi kontaktami z pracownikami ochrony zdrowia	Pomagać uczniom w uczeniu się (praktykowaniu) roli aktywnego pacjenta – zachęcać do zadawania pytań dotyczących, np. wyników testów przesiewowych, zasad postępowania w profilaktyce zaburzeń, w chorobie; wyjaśniać znaczenie bycia aktywnym pacjentem
Kontakty z uczniami mogą być indywidualne, odbywają się w warunkach bardziej „neutralnych” i „bezpiecznych” niż kontakty z nauczycielami	Pozyskać zaufanie uczniów i ich rodziców; poznawać ich problemy (także szkolne, rodzinne) i uwzględniać je w przekazywaniu wskazówek dotyczących dbałości o ciało i innych zachowań zdrowotnych

„Okazjonalna/doraźna” edukacja zdrowotna uczniów i ich rodziców

Ten typ oddziaływań edukacyjnych pielęgniarki, nazwanych umownie „okazjonalnymi” lub „doraźnymi”, powinien towarzyszyć wszystkim jej kontaktom z uczniami i wykonywaniem jej zadań zawodowych. Parafrazując stwierdzenie pedagoga społecznego Edwarda Mazurkiewicza (1978) odnoszące się do lekarzy, można też uznać, że pielęgniarka szkolna zawsze, czy chce, czy nie chce, świadomie lub nieświadomie, poprawnie czy błędnie zawsze oddziałuje

wychowawczo. Każdą styczność z uczniem można traktować jako sytuację edukacyjną. Ten typ edukacji zdrowotnej wymaga od pielęgniarki stałego nastawienia na pełnienie roli **edukatora zdrowia**.

Możliwość przekazywania uczniom krótkich informacji i wskazówek nawiązujących do konkretnych sytuacji lub zdarzeń, reagowanie na ich zachowania, zainicjowanie rozmowy/dyskusji, zachęcanie uczniów do zadawania pytań istnieje w czasie różnych czynności pielęgniarki. Na przykład: w czasie wykonywaniem testów przesiewowych, udzielania porad ambulatoryjnych, pierwszej pomocy, przeprowadzania wywiadów, przekazywania informacji dla rodziców i skierowań na badania lekarskie, obserwacji zachowania uczniów w gabinecie, na przerwach. Okazję do przekazywania informacji rodzicom stwarzają kontakty z nimi w czasie wywiadów środowiskowych, wizyt rodziców w szkole. Ważne jest dokonywanie tego w sposób adekwatny do konkretnej sytuacji, taktowny, niedyrektywny, zachęcający uczniów/rodziców do refleksji i aktywności na rzecz własnego zdrowia.

Edukacja zdrowotna uczniów z chorobami przewlekłymi i innymi problemami zdrowotnymi

Dzieci i młodzież z chorobami przewlekłymi należą do grupy uczniów **o specjalnych potrzebach edukacyjnych**. Do najważniejszych z nich można zaliczyć potrzebę:

- doboru odpowiedniej formy nauczania,
- zapewnienia odpowiednich warunków i organizacji nauczania (w tym także możliwości spożycia produktów/posiłków dostosowanych do specyfiki niektórych chorób),
- wsparcia ze strony nauczycieli, rówieśników i rodziców oraz pielęgniarki szkolnej,
- uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego (w formie dostosowanej do możliwości ucznia) oraz w innych zajęciach i wyjazdach organizowanych przez szkołę,
- pomocy w planowaniu dalszego kształcenia i/lub w wyborze zawodu (Woynarowska, 2010).

Nie ma natomiast potrzeby indywidualizowania zajęć edukacji zdrowotnej prowadzonej w klasach. Mogłoby to powodować stygmatyzację ucznia, a w niektórych przypadkach jego dyskryminowanie i izolację przez rówieśników. Indywidualne, specyficzne potrzeby uczniów z chorobami przewlekłymi w tym zakresie może uwzględnić pielęgniarka szkolna.

W przypadku niektórych chorób przewlekłych (np. cukrzycy, astmy oskrzelowej, mukowiscydozy i innych chorób genetycznie uwarunkowanych) uczniowie i ich rodzice uczestniczą w **edukacji terapeutycznej** (edukacji pacjentów) w poradni specjalistycznej lub szpitalu. Edukacja ta koncentruje się na chorobie i jej celem jest m.in. kształtowanie umiejętności zachowania się w sytuacji choroby i zaangażowania w proces jej leczenia. Uczniom tym potrzebna jest także **edukacja zdrowotna przebiegu choroby**, koncentrująca się na wzmacnianiu ich dobrostanu, kształtowaniu prozdrowotnego stylu życia. Jest to uzasadnione tym, że u uczniów tych, podobnie jak w przeciętnej populacji, istnieje wiele niedostatków zachowań zdrowotnych oraz występują zachowania ryzykowne (tab. 2).

Tabela 2. Niedostatki wybranych zachowań prozdrowotnych i zachowania ryzykowne uczniów 15-letniej z chorobami przewlekłymi i bez tych chorób (% badanych)

Zachowania	Uczniowie 15-letni	
	z chorobami przewlekłymi	bez chorób przewlekłych
Niski poziom aktywności fizycznej*	57,0	47,8
Spożywanie śniadania 3 dni, mniej lub nigdy w dni szkolne	33,6	32,0
Oglądanie telewizji 4 godziny lub dłużej dziennie	21,2	21,0
Palenie tytoniu codziennie lub co najmniej 1 raz w tygodniu	17,1	16,1
Picie piwa codziennie lub co najmniej 1 raz w tygodniu	7,4	10,1
Upijanie się 4 razy lub więcej w ostatnich 12 miesiącach	16,2	16,3
Używanie marihuany lub haszyszu 3 razy lub więcej w ostatnich 12 miesiącach	9,5	6,0

*wykonują wysiłki o co najmniej umiarkowanej intensywności przez 60 minut dziennie tylko w 3 dniach lub mniej w tygodniu. Źródło: Woynarowska B, Tabak I. Samoocena zdrowia, zachowania zdrowotne i funkcjonowanie w szkole młodzieży z chorobami przewlekłymi. *Remedium*. 2009; 12: 22-23

Pielęgniarka prowadząca indywidualną edukację zdrowotną ucznia z chorobą przewlekłą powinna dokonać **diagnozy jego potrzeb**, jako punktu wyjścia do zaplanowania działań. Może wykorzystać w tym celu rozmowę z uczniem i jego rodzicami, analizę przebiegu choroby, obserwację jego zachowania. Warto też dokonać badania jego zachowań zdrowotnych, np. wykorzystując kwestionariusz „Moje zachowania zdrowotne” lub jego części u uczniów

od klasy V szkoły podstawowej². W przypadku uczniów młodszych można zastosować technikę „Narysuj i napisz”, prosząc ucznia o wykonanie rysunku na następujące tematy: „Co robię, aby być zdrowym?” „Co wpływa dobrze na moje zdrowie?” „Co wpływa źle na moje zdrowie?”. Uzyskane wyniki badań mogą stanowić podstawę do dyskusji z uczniem na kolejnych spotkaniach.

Edukacja zdrowotna powinna być prowadzona na **indywidualnych spotkaniach**, w miejscu zapewniającym właściwy kontakt z uczniem. Zachowanie pielęgniarki i sposób komunikowania się z uczniem powinien sprzyjać jego aktywności i zaangażowaniu w rozmowę, zastanawianiu się co on sam może zrobić, aby lepiej dbać o zdrowie, co może zmienić w swoim zachowaniu, co mu w tym pomoże, co przeszkodzi. Ważne jest aby uczeń odkrył **korzyści dla siebie** z wprowadzenia zmiany. Należy unikać straszenia ucznia (np. skutkami jego nieprawidłowych zachowań) i narzucania mu własnych pomysłów na rozwiązanie jego problemów. Warto zachęcić ucznia do zaplanowania własnych działań na ustalony przedział czasu, np. przez wypełnienie podanego niżej arkusza „Co zrobię dla swojego zdrowia” i zabranie go do domu. Należy pomóc mu aby sformułował swój cel konkretnie, aby nie był zbyt trudny i był możliwy do osiągnięcia w jego sytuacji i ustalonym czasie. Stosowanie **strategii „małych kroków”** umożliwia uczniowi osiągnięcie sukcesu, co motywuje go do dalszych wysiłków. Do rozmowy o tym, co udało się osiągnąć, należy wrócić na kolejnych spotkaniach i zachęcać ucznia do stawiania sobie nowych celów. Należy zdać sobie sprawę, że zmiana zachowania zdrowotnego to trudny, długi, wieloletni proces. Wprowadzanie zmian w zachowaniach dzieci zależy w znacznym stopniu od ich rodziców. Pielęgniarka powinna poszukiwać sposobów współpracy z nimi. W przypadków uczniów młodszych można zaprosić na rozmowę z uczniem jego rodziców, co stwarza większą szansę na osiągnięcie celów.

Arkusz	
CO ZROBIĘ DLA SWOJEGO ZDROWIA?	
Moim celem jest:	
W czasie:	
Co mi pomoże w osiągnięciu tego celu:	Co mi utrudni osiągnięcie tego celu:

² scenariusze i inne materiały pomocnicze umieszczono w części „Aneks”

Prowadzenie grupowych zajęć edukacji zdrowotnej uczniów

Pielęgniarka szkolna może także prowadzić grupowe zajęcia edukacji zdrowotnej. Mogą to być zajęcia w dużej grupie uczniów danej klasy lub jej części (np. dziewcząt) lub zajęcia w małej grupie np. dla uczniów z określonym problemem zdrowotnym.

Zajęcia w dużych grupach uczniów pielęgniarka może prowadzić na prośbę jednego z nauczycieli, grupy uczniów lub z własnej inicjatywy, wynikającej z obserwacji i rozmów z uczniami. Zwykle są to zajęcia jednorazowe, ale można rozważać też ich cykl. Skuteczność tych zajęć i satysfakcja pielęgniarki zależy od wielu czynników, w tym:

- liczba uczniów w grupie; gdy planuje się metody aktywizujące, nie powinna być większa niż 20 osób,
- czas trwania, zwykle 45 minut,
- sala powinna być dostosowana do formy zajęć (np. możliwość zmiany ustawienia mebli, przy pracy w podgrupach); zabezpieczenie sprzętu do wykorzystania pomocy wizualnych (np. prezentacji slajdów, plakatów),
- zaplanowanie zajęć: przygotowanie scenariusza zajęć i pomocy dydaktycznych (przykład scenariusza zajęć w Aneksie),
- zastosowania metod aktywizujących, w których prowadzący zajęcia nie przekazuje informacji, „gotowej” wiedzy, lecz stwarza warunki do samodzielnego uczenia.

Należy zachęcać pielęgniarki do opanowania umiejętności stosowania w pracy z uczniami **kilku metod aktywizujących**. Dostępne są liczne poradniki opisujące te metody, zawierające scenariusze zajęć, które można wykorzystać w całości lub je zmodyfikować. Można je znaleźć m.in. w wymienionym na końcu rozdziału piśmiennictwie. Korzystny byłby udział pielęgniarki w warsztatach, ale może ona poszukiwać pomocy nauczyciela lub pedagoga, który je stosuje i podejmować samodzielne próby ich zastosowania.

W praktyce pielęgniarki szkolnej, przy ograniczonym czasie, jakim dysponuje na prowadzenie edukacji zdrowotnej, nadal najbardziej przydatne są tradycyjne **metody podające**, w tym:

- **Pogadanka** – forma rozmowy z uczniami. Pielęgniarka zadaje im pytania i prosi o udzielenie na nie odpowiedzi z wykorzystaniem posiadanej wiedzy. Sprawą kluczową jest przygotowanie pytań – powinny być dostosowane do wieku dzieci, krótkie, zrozumiałe, zaciągające. Należy zachęcać uczniów, aby sami wymyślali i zadawali pytania.

- **Opowiadanie** –zapoznajawanie uczniów z wybranymi rzeczami, zjawiskami, wydarzeniami i ich cechami. Celem jej jest uczenie dzieci słuchania ze zrozumieniem i zapamiętywania najważniejszych faktów, a także wpływania na ich wyobraźnię i uczucia. Należy używać zrozumiałych słów, wyjaśniania ich uzupełnianego pokazem oraz podejmować rozmowę z dziećmi, odwoływać się do ich doświadczeń.
- **Wykład** –ustne przekazywanie odpowiednio uporządkowanych informacji – faktów, ich przyczyn, skutków. Uczniowie są biernymi słuchaczami. Warto wprowadzać elementy wizualne, aktywizujące, interaktywne, zwiększające zainteresowanie, koncentrację uczniów, zachęcać ich do zadawania pytań.

Każda z tych metod wymaga starannego przygotowania. Pogadankę i opowiadanie należy stosować w edukacji uczniów młodszych. Czas ich trwania powinien być krótki (15-20 minut). Wykład można przeprowadzić w grupie młodzieży, w czasie nie przekraczającym 30 min. oraz na zebraniach rodziców.

Pielęgniarka może także organizować zajęcia w **małych grupach** uczniów (5–6 osób). Mogą to być zajęcia (lub ich cykl) dla uczniów z nadwagą i otyłością lub innymi problemami zdrowotnymi. Zajęcia takie sprzyjają współpracy między uczniami, wymianie doświadczeń, wzajemnemu wspieraniu się i motywowaniu do lepszej dbałości o zdrowie. Należy je również zaplanować i starannie przygotować. Kluczową kwestią jest diagnoza potrzeb uczniów, dobór metod, za pomocą których będą oni mogli, z pomocą pielęgniarki, zidentyfikować swoje problemy, ich przyczyny, ustalić, która z przyczyn jest w jego sytuacji najważniejsza i co zrobić, aby ją usunąć. Ważne jest, aby uczniowie uczyli się precyzyjnego formułowania celów (w przypadku np. otyłości - dotyczących głównie zmiany zachowań zdrowotnych).

W szkołach ponadpodstawowych pielęgniarka może rozważyć przeprowadzenie instruktażu samobadania piersi w małych grupach dziewcząt z klas najstarszych. Polska Unia Onkologii zaleca regularne wykonywanie tego badania u wszystkich kobiet powyżej 20 roku życia (ważny element profilaktyki raka piersi). Można tu wykorzystać aplikacje na smartfonach, (posiadają je prawie wszyscy uczniowie), pokazy na fantomie lub wykonywanie samobadania przez dziewczęta (najlepiej przed lustrem) pod kierunkiem pielęgniarki.

Przedstawione wyżej propozycje do wykorzystania przez pielęgniarki są dostosowane do aktualnego, tradycyjnego modelu jej pracy. Rozwój i upowszechnienie nowych technologii informacyjnych, które są bardzo atrakcyjne dla dzieci i młodzieży, wymagać będzie od pielęgniarki szkolnej wykorzystania ich w edukacji zdrowotnej. Jest to prawdziwe wyzwanie dla pielęgniarek i warto do tego się przygotować.

Literatura uzupełniająca

1. Sierakowska M., Wrońska I. (red. nauk.): *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
2. Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K.: *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
3. Woynarowska B. (red.): *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych*. Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kraków 2012.
4. Woynarowska B. (red. nauk.): *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.

PIEŁĘGNIARKA SZKOLNA W SZKOLE PROMUJĄCEJ ZDROWIE - Barbara Woynarowska

Od lat 90. XX w. w szkołach w Polsce, w Europie i na innych kontynentach podejmowane są zadania w zakresie promocji zdrowia. Jest to nowa strategia działań na rzecz wzmocnienia zdrowia jednostek, społeczności i społeczeństwa z ich aktywnym udziałem. **Promocja zdrowia jest to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i czynnikami, które je warunkują i w ten sposób jego poprawę** (WHO, 1998). Koncepcja promocji zdrowia zakłada, że:

- zdrowie jest tworzone przez ludzi **w codziennym życiu, w ich siedliskach**, czyli miejscach w których żyją, uczą się, pracują, wypoczywają, bawią się; jednym z siedlisk jest szkoła i jej społeczność – nauczyciele, pracownicy niepedagogiczni, uczniowie i ich rodzice;
- zdrowie jest środkiem do dobrego, twórczego życia człowieka i lepszej jego jakości;
- niezbędne są dwa wzajemnie powiązane rodzaje działań:
 - działania **indywidualne** ludzi, którzy starają się, wzmocnić swoje zdrowie, dążąc do prozdrowotnego stylu życia,
 - działania **wspólne społeczności**, która tworzy sprzyjające zdrowiu środowisko fizyczne i społeczne;
- warunkiem skuteczności działań jest **uczestnictwo** (rzeczywiste, a nie pozorne), jak największej liczby członków danej społeczności; w szkole społeczność tę tworzą: nauczyciele, inni pracownicy oraz uczniowie i ich rodzice;
- kluczowym, niezbędnym elementem promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna.

W ramach **programu „Szkoła promująca zdrowie”** (SzPZ) szkoły podejmują długofalowe działania w zakresie promocji zdrowia. Od początku lat 90. XX w. Polska jest członkiem sieci „Szkoły dla Zdrowia w Europie”, do której należy obecnie 45 krajów. W Polsce sieci tych szkół istnieją we wszystkich województwach, należy do nich ponad 3300 szkół i przedszkoli i wiele placówek ubiega się o przynależność do tych sieci. Szkoły z tych sieci mogą się ubiegać o Krajowy Certyfikat Szkoły Promującej Zdrowie, nadawany przez Ministra Edukacji Narodowej. Oznacza to, że wiele pielęgniarek, czytelniczek tego poradnika pracuje lub będzie pracować w takiej szkole.

Podstawą koncepcji SzPZ są założenia promocji zdrowia a także ustalenia podejmowane na poziomie międzynarodowym. Ulegały one w okresie minionych 25 lat ewolucji i modyfikacji.

W 2016 r. dokonano w Polsce kolejnej modyfikacji definicji, modelu i standardów SzPZ opracowanych w 2006 r.³ Wynikało to z konieczności dostosowania ich do zmian, jakie zaistniały w ostatnich latach w systemie edukacji, a także do nowych koncepcji i propozycji sieci Szkoły dla Zdrowia w Europie.

Definicja szkoły promującej zdrowie

Szkoła promująca zdrowie to szkoła, która we współpracy z rodzicami uczniów i społecznością lokalną:

- systematycznie i planowo tworzy środowisko społeczne i fizyczne sprzyjające zdrowiu i dobremu samopoczuciu społeczności szkolnej,
- wspiera rozwój kompetencji uczniów i pracowników w zakresie dbałości o zdrowie przez całe życie.

W **modelu SzPZ** (ryc. 1) wyróżniono trzy poziomy: dolny – warunki dla tworzenia SzPZ, środkowy – główne obszary działań, górny („dach”) – oczekiwane efekty.



Ryc. 1. Model szkoły promującej zdrowie w Polsce

³[Koncepcję tworzenia szkoły promującej, w tym jej strukturę, zasady tworzenia i procedure autoewaluacji podejmowanych działań opisano w poradniku pod red. B. Woynarowskiej \(2016\).](#)

Na podstawie tego modelu opracowano cztery **standardy SzPZ** – pierwszy odnosi się do dolnego poziomu modelu, trzy kolejne do poziomu środkowego. Nie jest możliwe określenie standardów dla poziomu górnego (oczekiwane efekty).

Standardy szkoły promującej zdrowie

1. Koncepcja pracy szkoły, jej struktura i organizacja sprzyjają uczestnictwu społeczności szkolnej w realizacji działań w zakresie promocji zdrowia oraz skuteczności i długofalowości tych działań.
2. Klimat społeczny szkoły sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, nauczycieli i innych pracowników szkoły oraz rodziców uczniów.
3. Szkoła realizuje edukację zdrowotną i program profilaktyki dla uczniów, nauczycieli i innych pracowników szkoły oraz dąży do poprawy skuteczności działań w tym zakresie.
4. Warunki oraz organizacja nauki i pracy sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, nauczycieli i innych pracowników szkoły oraz współpracy z rodzicami.

Nowym, wprowadzonym do koncepcji SzPZ w Polsce w 2016 r. elementem jest uwzględnienie w niej działań na rzecz **zdrowia i dobrego samopoczucia nauczycieli i innych pracowników szkoły** (administracji, obsługi, stołówki szkolnej). Dotychczas szkoły, w tym także SzPZ, koncentrowały się na zdrowiu uczniów. Wyniki licznych badań wskazują, że zdrowie i dobre samopoczucie pracowników szkoły, a zwłaszcza nauczycieli, jest obok ich kompetencji zawodowych, osobistych i społecznych jednym z podstawowych czynników wpływających na realizację zadań szkoły oraz efekty uczenia się uczniów i ich zdrowie. Jest to nowe wyzwanie dla SzPZ.

Tworzenie SzPZ to długofalowe, planowane i systematycznie ewaluowane wspólne działania całej społeczności szkolnej. Efektów tych działań (zmian zachowań zdrowotnych ludzi i w środowisku szkolnym) można oczekiwać po 5–7 latach.

Zadania pielęgniarki w szkole promującej zdrowie

Pielęgniarka sprawująca opiekę nad uczniami w SzPZ powinna zapoznać się z jej koncepcją i zasadami tworzenia oraz działaniami podejmowanymi w danej szkole oraz włączyć się do jej tworzenia. Wskazane jest aby pielęgniarka szkolna w takiej szkole:

- współpracowała ze szkolnym koordynatorem ds. promocji zdrowia;
- była członkiem zespołu promocji zdrowia (złożonym z przedstawicieli nauczycieli, pracowników niepedagogicznych, uczniów i ich rodziców), aktywnie uczestniczyła

w planowaniu i realizacji działań w zakresie promocji zdrowia, a jeśli nie jest to możliwe, ze względu na krótki czas pracy w danej szkole, była okresowo zapraszana na zebrania tego zespołu;

- uczestniczyła w planowaniu działań podejmowanych w szkole na dany rok szkolny i ewaluacji wyników tych działań; w SzPZ zwraca się szczególną uwagę na właściwe planowanie niezbędne dla rozwiązywania problemów; dla pielęgniarki jest to okazja do rozwijania umiejętności planowania, przydatnych w różnych sytuacjach życiowych;
- uczestniczyła w warsztatach lub innych formach szkoleń dla pracowników szkoły dotyczących dbałości o zdrowie i rozwijania umiejętności osobistych i społecznych.

W szkołach, w których podjęto działania na rzecz zdrowia pracowników, pielęgniarka szkolna, na miarę swych możliwości, może udzielać pomocy w ich realizacji.

Zaangażowanie pielęgniarki szkolnej w działania na rzecz promocji zdrowia powoduje, że staje się ona rzeczywistym **partnerem społeczności szkolnej**. Sprzyja to zwiększeniu jej prestiżu w szkole oraz osobistemu rozwojowi i satysfakcji zawodowej.

W szkole promującej zdrowie powinna pracować **WZOROWA** pielęgniarka szkolna:

Wysoce profesjonalna,

Zaangażowana,

Odpowiedzialna,

Rzetelna,

Opiekuńcza,

Wspomagająca,

Aktywna

(Pułtorak M., 2000)

Literatura uzupełniająca

1. Woynarowska B. (red.): *Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016 - dostępne na stronie www.ore.edu.pl

KLIMAT SPOŁECZNY SZKOŁY - Magdalena Woynarowska-Sołdan

Szkoła to siedlisko, czyli miejsce, w którym żyją, pracują, uczą się i bawią różne grupy osób: uczniowie, nauczyciele, pracownicy niepedagogiczni i w pewnej mierze rodzice uczniów. Tworzą oni środowisko społeczne szkoły. Każdy z nich przynosi do niej swój własny „bagaż” doświadczeń (uczucia, potrzeby, wartości, nastawienia, oczekiwania, marzenia) i wchodzi w interakcje z innymi. Funkcjonowanie środowiska społecznego ma istotny wpływ na samopoczucie i zdrowie członków społeczności szkolnej, a także na realizację zadań szkoły i osiągnięcia uczniów. Zadaniem każdej szkoły powinno być budowanie takiego środowiska społecznego, które sprzyja uczeniu się, pracy w szkole oraz dobremu samopoczuciu i zdrowiu członków społeczności szkolnej. Jednym z elementów środowiska społecznego szkoły jest klimat społeczny. Jest on uważany za jeden z najważniejszych warunków efektywności szkoły, wskaźnik jakości jej pracy.

Czym jest klimat społeczny szkoły?

Pojęcie „klimat społeczny” szkoły jest powszechnie używane przez uczniów, nauczycieli, rodziców oraz badaczy różnych dyscyplin nauki (pedagogów, psychologów, socjologów, specjalistów zajmujących się organizacją i zarządzaniem) dla nazwania pewnego zjawiska występującego w środowisku społecznym szkoły, które ma istotny wpływ na postawy i zachowania jej członków oraz działanie szkoły jako takiej. Intuicyjnie rzecz ujmując, klimat społeczny to styl, wydźwięk, atmosfera, nastrój panujący w danej szkole, otaczający związane z nią osoby, coś, co wyczuwa się po jakimś czasie przebywania w tej szkole; to swoista „osobowość” szkoły. Z teoretycznego punktu widzenia „klimat społeczny” to pojęcie trudne do zdefiniowania i różnie definiowane (przykłady definicji podano w ramce). Klimat społeczny szkoły:

- jest zjawiskiem złożonym, wypadkową wielu czynników, obejmuje różnorodne aspekty funkcjonowania jednostki i klasy/szkoły oraz ich wzajemne oddziaływanie,
- dotyczy subiektywnego postrzegania właściwości środowiska szkoły przez członków różnych grup społeczności szkoły,
- powinien być oceniany z perspektywy różnych członków społeczności szkolnej.

Przykłady definicji klimatu społecznego szkoły

- Klimat szkoły to ogół czynników dotyczących pracy w szkole, które odróżniają działalność danej szkoły od pracy innych szkół i wpływają na jakość kształcenia i wychowania. Czynniki te obejmują: wzajemne stosunki między nauczycielami i uczniami, stosunki między nauczycielami, dyrekcją szkoły i rodzicami, stosunki między samymi nauczycielami i między samymi uczniami (W. Okoń).
- Klimat szkolny odnosi się do percepcji szkoły przez ludzi, składa się z przekonań, wartości i postaw uczniów, nauczycieli, pracowników administracji, rodziców, członków społeczności lokalnej i innych osób, które odgrywają ważną rolę w życiu szkoły (C.J. Stevens, K.S. Sanchez).
- Klimat szkoły odnosi się przede wszystkim do wartości, postaw i uczuć dominujących w środowisku. Informuje ogólnie o stylu i atmosferze, które panują w stosunkach społecznych, o wartości przyznanej jednostkom, misji wychowawczej szkoły i instytucji jako środowiska życia. Można go rozważać z 5 powiązanych ze sobą punktów widzenia; są nimi: klimat dotyczący kontaktów interpersonalnych, klimat wychowawczy, klimat bezpieczeństwa, klimat sprawiedliwości i klimat przynależności (M. Janosz).

Klimat społeczny jest uznawany za stosunkowo trwałą właściwość szkoły, w dłuższej perspektywie czasu może on jednak podlegać i podlega zmianom. Do czynników wpływających bezpośrednio i pośrednio na jego kształtowanie należą czynniki związane z:

- członkami społeczności szkolnej (np. cechy społeczno-demograficzne uczniów i pracowników, doświadczenie rodzinne, zdolności i trudności, motywacja, wcześniejsze szkolne doświadczenia uczniów; stopień wykształcenia, staż pracy, motywacja, umiejętności interpersonalne nauczycieli i innych pracowników),
- środowiskiem fizycznym, organizacją szkoły, polityką i programem szkoły oraz sposobem zarządzania nią,
- polityką oświatową oraz czynnikami kulturowymi i społeczno-ekonomicznymi środowiska lokalnego, regionu i kraju, w którym funkcjonuje szkoła.

Na klimat społeczny można patrzeć nie tylko z punktu widzenia szkoły, ale i klasy. Podobnie jak w przypadku klimatu społecznego szkoły, **klimat społeczny klasy** jest pojęciem trudnym do zdefiniowania (przykłady definicji w ramce). Choć wiele badań dotyczących klimatu społecznego szkoły dotyczy także klimatu społecznego klasy, niektórzy autorzy uważają, że klimat szkoły i klimat klasy są odmiennymi konstruktami z ząbiebiającymi się elementami. Szkoły z ogólnie pozytywnym klimatem mogą mieć klasy, których klimat uczniowie ocenili negatywnie. Możliwa też jest sytuacja odwrotna. Rozróżnienie klimatu klasy i klimatu szkoły wydaje się też zasadne z uwagi na wiek uczniów:

- dla uczniów młodszych bliższym, bardziej rzeczywistym i konkretnym punktem odniesienia jest ich klasa. Stanowi ona środowisko dość ustabilizowane pod względem fizycznym (większość lekcji odbywa się w tej samej sali, gdzie uczeń ma własną ławkę) i społecznym (jeden nauczyciel dla jednej grupy uczniów). Dlatego w ich przypadku należy oceniać klimat społeczny klasy,
- w klasach starszych uczniowie dzieleni są na grupy, muszą adaptować się do większej liczby nauczycieli, a nauczyciele do kilku grup uczniów, często trzeba się przemieszczać, integrować z różnymi grupami. Ocena specyficznego klimatu klasy w tej sytuacji może być trudna. Ponadto, w wieku dorastania relacje społeczne nabierają dużego znaczenia i wpływają na przystosowanie uczniów, tocząc się w wielu miejscach, nie tylko w klasie. Z tych powodów, w przypadku uczniów starszych, należy oceniać raczej klimat szkoły jako całości niż klimat pojedynczych klas.

Przykłady definicji klimatu społecznego klasy

- Klimat klasy – wszystkie reguły pracy i życia w klasie, które nauczyciel faktycznie narzuca i wzmacnia przy okazji rozwiązywania bieżących sytuacji dydaktycznych i wychowawczych (K. Konarzewski).
- Klimat klasy przedstawia bardziej długofalowe nastroje, uogólnione postawy i relacje, emocjonalne reakcje uczniów na wydarzenia w klasie (z oddziaływaniem pedagogicznym nauczycieli włącznie) (J. Průcha, E. Walterowa, J. Mareš).
- Klimat klasy wyraża, w jakim stopniu uczeń w klasie jest zadowolony, czy uczniowie dostatecznie rozumieją się nawzajem, jaki jest wśród nich stopień współzawodniczenia i konkurencji i na ile klasa jest zwarta i solidarna (P. Gavora).

Wymiary klimatu społecznego szkoły

Wielu badaczy przedstawia klimat społeczny jako pewną całość złożoną z wielu wymiarów (obszarów). Ich liczba, nazwy i zawarte w nich wskaźniki są różne. Dobór wymiarów zależy m.in. od typu szkoły, rodzaju środowiska wychowawczego, problemu, w aspekcie którego analizowany jest klimat szkoły, a także od czynników kulturowych, norm społecznych i systemów edukacji. Sformułowanie wymiarów stanowi punkt wyjścia do budowania koncepcji i narzędzi do pomiaru klimatu społecznego szkoły. Do najczęściej powtarzających się wymiarów klimatu społecznego szkoły należą:

- relacje interpersonalne wewnątrz różnych grup społeczności szkolnej oraz między poszczególnymi grupami,
- autonomia uczniów i ich uczestnictwo w podejmowaniu decyzji w ważnych sprawach,
- wspierająca współpraca,

- dyscyplina i porządek,
- motywowanie do osiągnięć, stwarzanie równych szans uczenia się i osiągania sukcesów,
- eliminowanie przemocy,
- uczestnictwo rodziców.

Wymiary klimatu powinny być rozpatrywane z perspektywy każdej grupy społeczności szkoły i dostosowane do jej specyfiki. Członkowie poszczególnych grup pełnią w szkole różne role, znajdują się w różnych sytuacjach. Dlatego niektóre wymiary mogą być wspólne dla wszystkich grup, a niektóre – specyficzne dla każdej z nich. **Przykładem ilustrującym tę zasadę mogą być wymiary uwzględnione w badaniu klimatu społecznego z perspektywy czterech grup społeczności szkoły, zalecanym w ramach autoewaluacji w polskich szkołach promujących zdrowie (tab. 1).** W badaniu tym wybrano tylko niektóre elementy klimatu uznane za najważniejsze na podstawie dotychczasowych doświadczeń tego typu szkół. Należy podkreślić, że selekcja wymiarów klimatu społecznego i wskaźników do ich pomiaru jest zawsze subiektywną decyzją badacza. Żeby badanie było możliwe do zrealizowania w praktyce, ich liczba musi być ograniczona. Oznacza to, że badane są jedynie niektóre aspekty klimatu społecznego. W piśmiennictwie w tym kontekście często wspomina się historię siedmiu niewidomych mędrców poznających wygląd słonia. Każdy z nich, dotykając innej części ciała słonia, był przekonany, że posiada pełną wiedzę na temat jego wyglądu. Badając klimat społeczny szkoły, warto mieć świadomość występowania podobnej iluzji.

Tabela 1. Wymiary klimatu społecznego szkoły uwzględnione w badaniu czterech grup społeczności szkolnej w szkołach promujących zdrowie

Badana grupa	Wymiary
Uczniowie	Stwarzanie uczniom możliwości uczestnictwa w życiu szkoły
	Relacje i wsparcie ze strony nauczycieli
	Relacje między uczniami
Nauczyciele	Stwarzanie nauczycielom możliwości uczestnictwa w życiu szkoły
	Relacje i wsparcie ze strony dyrekcji szkoły
	Relacje między nauczycielami
	Relacje z uczniami

	Relacje z rodzicami uczniów
Pracownicy niepedagogiczni	Stwarzanie pracownikom możliwości uczestnictwa w życiu szkoły
	Relacje i wsparcie ze strony dyrekcji szkoły
	Relacje z nauczycielami
	Relacje z innymi pracownikami szkoły, którzy nie są nauczycielami
	Relacje z uczniami
Rodzice	Stwarzanie rodzicom możliwości uczestnictwa w życiu szkoły
	Relacje z nauczycielami i dyrekcją
	Postrzeganie przez rodziców sposobu, w jaki nauczyciele traktują ich dziecko

Źródło: Woynarowska-Soldan, 2016.

Pozytywny klimat społeczny szkoły

Trudno wymienić wszystkie cechy pozytywnego klimatu społecznego szkoły/klasy. Klimat pozytywny to klimat sprzyjający rozwojowi, nauczaniu i uczeniu się, zapewniający bezpieczeństwo, wspierający, nastawiony na dialog, porozumienie, współpracę. Ważne cechy pozytywnego klimatu szkoły/klasy z punktu widzenia uczniów, pracowników i rodziców uczniów przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Pozytywny klimat społeczny z punktu widzenia różnych grup społeczności szkoły

Grupa	Cechy pozytywnego klimatu społecznego
Uczniowie	<ul style="list-style-type: none"> • brak sytuacji stresowych • poczucie uczniów, że nauczycielom zależy na ich rozwoju • poczucie bycia akceptowanym i traktowanym indywidualnie • przeżywanie sukcesów i radości ze swych działań • życzliwość nauczycieli • sprawiedliwość nauczycieli • zadowolenie uczniów z nauczania i jego przebiegu • jasne wymagania i ich przestrzeganie • możliwość samorealizacji • organizowanie poza lekcjami różnych przedsięwzięć dla uczniów
Pracownicy	<ul style="list-style-type: none"> • spokojne, twórcze, motywujące środowisko • demokratyczne zarządzanie szkołą • szacunek dyrekcji szkoły do pracowników • wzajemny szacunek w relacjach międzyludzkich • twórcza współpraca • wspierająca współpraca

	<ul style="list-style-type: none"> • możliwość samorealizacji • dobra organizacja, podział pracy
Rodzice	<ul style="list-style-type: none"> • sprawiedliwe traktowanie uczniów • wsparcie uczniów w nauce • oferta pomocy w rozwiązywaniu problemów z nauką lub zachowaniem ucznia • odpowiedzialne i indywidualne podejście do ucznia • odpowiedzialne i obiektywne ocenianie uczniów, udzielanie wyjaśnień dotyczących sposobów traktowania ucznia czy też celu działań interwencyjnych • wysoki poziom fachowy i wykorzystywanie nie tylko dydaktycznych, ale i pozostałych kompetencji nauczyciela • zainteresowanie dydaktycznymi aspektami nauczania, a także jego aspektem emocjonalnym • zainteresowanie nieformalną współpracą z rodzicami

Źródło: Petlák, 2007.

Znaczenie pozytywnego klimatu społecznego szkoły

W licznych badaniach wykonanych w różnych krajach zajmowano się przede wszystkim wpływem klimatu szkoły/klasy na uczniów. Wykazano, że pozytywny klimat szkoły/klasy lub poszczególne jego elementy są związane z:

- lepszym przystosowaniem uczniów do wymagań i obowiązków szkolnych oraz dobrym funkcjonowaniem w szkole pod względem poznawczym, emocjonalnym i społecznym, lepszymi osiągnięciami szkolnymi, wyższą motywacją do nauki, większym zaangażowaniem w pracę na lekcjach, większą satysfakcją ze szkoły, wyższą frekwencją oraz mniejszymi wskaźnikami „wypadania” z systemu szkolnego,
- wyższą samooceną zdrowia i rzadszym odczuwaniem przez uczniów dolegliwości somatycznych (ból głowy, brzucha i pleców) i psychicznych (przygnębienie, rozdrażnienie i zły humor, zdenerwowanie, trudności w zasypianiu, zawroty głowy), poczuciem własnej wartości, zadowoleniem z siebie, zmniejszeniem ryzyka występowania problemów emocjonalnych,
- rzadszym występowaniem, mniejszym nasileniem lub późniejszym podejmowaniem zachowań ryzykownych (używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne, przemoc, systematyczne dokuczanie, wykroczenia i przestępstwa, zachowania uciekowe/problemy wychowawcze, np. wagary, nieodrabianie lekcji, kłótnie z nauczycielem),
- lepszym funkcjonowaniem uczniów na kolejnych etapach edukacji oraz w społeczeństwie.

Pozytywny klimat szkoły ma szczególnie silny korzystny wpływ na uczniów pochodzących z grup ryzyka trudności szkolnych, zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania oraz uczniów pochodzących z rodzin ubogich i różnych grup etnicznych. Uważa się, że jest on dla nich pewnego rodzaju „bezpieczną przystanią”, wspiera ich zdrowy rozwój i uczenie się, a także odgrywa ważną rolę w zapobieganiu różnym objawom nieprzystosowania.

Nie tylko uczniowie, ale i pracownicy szkoły potrzebują pozytywnego klimatu społecznego szkoły. Klimat taki jest podstawą dobrych stosunków międzyludzkich. Może sprzyjać satysfakcji pracowników z pracy, zaangażowaniu w pracę, może wzmacniać motywację do pracy i zainteresowanie innowacjami w nauczaniu, stwarzać dobre warunki do skutecznej, twórczej pracy i samorealizacji. Może przyczyniać się do lepszego radzenia sobie z trudnościami związanymi z pracą w szkole, dobrego samopoczucia zawodowego i osobistego, do zmniejszenia absencji chorobowej.

Dobry klimat jest ważny także dla rodziców uczniów. Pragną oni, by ich dzieci miały dobrą szkołę/klasę, nauczycieli i kolegów. Pozytywny klimat społeczny szkoły może zwiększać ich zaufanie do szkoły dziecka, zachęcać ich do współpracy ze szkołą i aktywnego uczestnictwa w rozwiązywaniu problemów dziecka w szkole. Może sprzyjać satysfakcji rodziców ze szkoły. Poczucie, że dziecko jest w przyjaznym, bezpiecznym i wspierającym miejscu, przyczynia się do dobrego samopoczucia rodziców.

Można uznać, że pozytywny klimat społeczny szkoły lub jego składowe mają znaczenie ochronne, są zasobem dla zdrowia i dobrego samopoczucia uczniów i pracowników i decydują o efektywności i jakości nauczania/uczenia się i pracy szkoły. Z tego powodu tworzenie w szkole pozytywnego klimatu jest zadaniem o pierwszorzędym znaczeniu.

Badanie klimatu społecznego szkoły

Badanie klimatu społecznego szkoły może służyć do jego diagnozy, być elementem autoewaluacji szkoły. Dostarcza ono danych, które mogą być podstawą planowania i ewaluacji działań zmierzających do jego poprawy (określenie obszarów, nad którymi można pracować). Decyzję o badaniu klimatu społecznego szkoły powinna podjąć dyrekcja szkoły w porozumieniu z innymi członkami jej społeczności. Pielęgniarka szkolna może wspierać w szkole ideę badania klimatu społecznego jako osoba współdziałająca z dyrekcją i pracownikami szkoły w zakresie tworzenia w szkole środowiska nauki i pracy sprzyjającego zdrowiu uczniów i pracowników. W przypadku przeprowadzenia takiego badania, powinna ona wnikliwie zapoznać się z jego wynikami. Mogą one być przydatne w jej pracy dla lepszego rozumienia problemów szkolnych i społecznych, w zakresie których może być doradcą.

W badaniach klimatu społecznego szkoły/klasy można zastosować dwie grupy metod:

1. **Metody bezpośrednie:**

- ilościowe: kwestionariusze i skale (tab. 2)
- jakościowe: obserwacje, wywiady, wypracowania (tab. 3) i rysunki uczniów (ryc. 1).

2. **Metody pośrednie:** wykorzystanie istniejących, rutynowych źródeł informacji zbieranych przez dyrekcję, nauczycieli i inne osoby pracujące w szkole, np. analiza danych o absencji uczniów i nauczycieli, częstość i powody zgłoszeń uczniów do gabinetu pielęgniarki szkolnej (mogą być wynikiem stresu w szkole), rejestr rotacji personelu szkoły i uczniów, osiągnięcia uczniów.

Każda z metod ma zalety i ograniczenia, dlatego w badaniu klimatu należy korzystać z różnych źródeł i rodzajów danych, używać różnych metod ich zbierania i zmieniać zajmujące się tym osoby. Istotnym warunkiem powodzenia badania jest przeprowadzenie go w życzliwej i bezpiecznej atmosferze. Niezwykle ważne jest zapewnienie badanym anonimowości.

Tabela 2. Przykład skali do badania klimatu społecznego szkoły z perspektywy uczniów klas VI i starszych wykorzystywanej w autoewaluacji w szkołach promujących zdrowie

	Tak	Ra- czej tak	Ra- czej nie	Nie
1. Nauczyciele ustalają z nami reguły (zasady) pracy na lekcjach				
2. Nauczyciele pytają nas o zdanie w sprawach, które nas dotyczą				
3. Nauczyciele biorą pod uwagę nasze opinie				
4. Nauczyciele traktują mnie sprawiedliwie				
5. Nauczyciele są dla mnie życzliwi				
6. Nauczyciele dostrzegają to, w czym jestem dobra/-y				
7. Nauczyciele pomagają mi, kiedy mam jakieś kłopoty lub trudności				
8. Uczniowie w mojej klasie są dla siebie życzliwi				
9. Uczniowie w mojej klasie akceptują (przyjmują) mnie takim, jakim jestem				

- | |
|--|
| 10. Gdy jakiś uczeń w mojej klasie ma jakiś kłopot, inny uczeń stara się mu pomóc |
| 11. Uczniowie w mojej klasie dokuczają sobie rzadko lub wcale (np. rzadko przezywają się, ośmieszają, popychają, biją się ze sobą) |
| 12. Uczniowie w mojej klasie starają się, aby nikt nie był pozostawiony na uboczu |

Źródło: Woynarowska-Sołdan, 2016

Tabela 3. Przykłady wypracowań uczniów klas V na temat: „Jak mi się żyje w mojej klasie?” wykonanych w ramach autoewaluacji w szkołach promujących zdrowie (pisownia oryginalna*)

Mam na imię M. i jestem uczennicą klasy Va. Podczas pięciu lat nauki moja klasa bardzo się zmieniła. Część dziewczyn z klasy była bardziej zgrana i koleżeńska. Dziewczyny nie zabierały sobie przyjaciółek i nie obrażały się za byle powody. Mogły wtedy na sobie polegać. Nie były się o chłopaków, o nich nie walczyły i nie robiły sobie na złość. W dniu dzisiejszym wygląda to zupełnie inaczej. Każda myśli o sprawach i rozmowach damsko-męskich. Ja dziwię się takiemu zachowaniu przecież mamy dopiero 12 lat i mamy wiele czasu na chłopaków. Nawet jedna z moich koleżanek nie powiem która lizała się z największym łobuzem w naszej klasie. Skoro poruszyłam ten temat powiem wam o tym. W ubiegłym roku doszedł do naszej klasy A. Na początku myślałam, że jest to miły uczynny i systematyczny chłopak, ale myliłam się. Kiedy po dwóch miesiącach zauważyłam jaki on jest, nie chciałam się z nim zadawać. Ale posunął się za daleko, teraz chodzi z moja przyjaciółką K., którą bardzo lubię. Przez jego wpływ cała klasa się zmieniła, ale muszę się z nim kolegować, żeby moja przyjaciółka mnie nadal lubiła. Uważam że moja klasa się zmieni ale dopiero po bardzo długim czasie i że za parę lat będzie się z tego śmiała (dziewczynka).

W naszej klasie żyje się trochę źle, trochę dobrze. Źle dlatego, że jest tu jeden uczeń imieniem A.P., który wszystkim przeszkadza lub dokucza w czasie lekcji lub przerwy. Na szczęście łobuz nie przechodzi do szóstej klasy i będziemy mieli spokój. Trochę źle jeszcze dlatego, że mamy teraz mało wycieczek. A dobrze dlatego, że są tu dobrzy koledzy, np. P., M., S., A., K. i wiele innych. Dobrze też, bo są tu organizowane konkursy i bale, ale gdyby było więcej wycieczek byłoby doskonale. Są tu też mili nauczyciele i bibliotekarka. Moją ulubioną panią jest pani pielęgniarka, która jest pełna życia i uśmiechu. Moim ulubionym kolegą jest M., bez którego życie tu byłoby nudne i nieciekawe. Życie w naszej klasie jest nieraz spokojne, nieraz nie ale gdy odejdzie A. wszyscy zostaną kolegami i koleżankami to życie będzie tu najlepsze i najciekawsze (chłopiec).

W mojej klasie jest dobrze. Dzieci są fajne są przyjacielskie i miłe. Lubię kiedy są takie dzieci. Do przedmiotów niemam nic do powiedzenia lecz wychowanie fizyczne nie jest dobrze wymyślony przez ministerstwo. Na wf ciągle gramy w piłkę nożną. To jest w tym dziwne że na wf zamiast ćwiczyć kręgosup, rozciągać mięśnie, to my gramy w piłkę. Lekarze informują i denerwują się że dzieci mają krzywą postawę i kręgosup. Powinni oni reagować. Jeśli dalej tak będzie to my i młodsze roczniki w wieku 80 lat będą pokrzywieni tak że nie będą mogły się ruszyć. Mój dziadek który ma 70 lat jest żwawy, silny, kopie ze mną piłkę a dlaczego bo jak chodził do szkoły ich wf wyglądał tak że ciągle ćwiczyli skłony, ćwiczenia rozciągające itp. Dalej się dobrze układa i jest fajnie. Nauczyciele są O.K.! (chłopiec).

W naszej klasie jest bardzo nieprzyjemna atmosfera. Na każdej lekcji jest głośno i każdy krzyczy. Na przerwie jest taki hałas, że brakuje słów żeby go opisać. Codziennie, gdy wracam do domu, boli mnie głowa. Nauczyciele nie lubią niektórych uczniów, nieuczciwie ich oceniają i nie liczą się z ich zdaniem. Uczniowie ciągle się kłócą i obrażają na siebie. Używają wulgarnych słów i biją się. W szkolnych ubikacjach panuje zły zapach. Być może powoduje to brak pieniędzy ... Nie ma też papieru toaletowego. Ale mimo wszystko jest nawet fajnie, ponieważ mogę rozwijać moje zainteresowania. Mamy też dużo zadania domowego (dziewczynka)

*Teksty przytoczono w oryginale, bez korygowania błędów, usunięto informacje umożliwiające identyfikację szkół i osób, imiona i nazwiska zastąpiono inicjałami



Rycina 1. Przykład rysunku uczennicy klasy III na temat: „Co lubię w mojej klasie, a co chciałabym w niej zmienić?” wykonanego za pomocą techniki „Narysuj i napisz” w ramach autoewaluacji w szkołach promujących zdrowie

Rola pielęgniarki w tworzeniu pozytywnego klimatu społecznego szkoły

Pielęgniarka lub higienistka pracująca w szkole staje się członkiem jej społeczności i współtworzy jej środowisko społeczne, w tym klimat społeczny szkoły. Jest ona łącznikiem między szkołą a systemem ochrony zdrowia. Zgodnie ze *Standardami postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę i higienistkę szkolną* powinna ona być rzecznikiem spraw zdrowia w szkole, doradcą medycznym dyrektora szkoły, nauczycieli, uczniów i ich rodziców, osobą udzielającą wsparcia w różnych sytuacjach trudnych. Pielęgniarka ma wiele do zaoferowania wszystkim członkom społeczności szkoły, **ona także tworzy klimat szkolnego gabinetu profilaktycznego**, głównego miejsca jej pracy w szkole. Pielęgniarka powinna włączać się i być włączana do codziennego życia i pracy szkoły.

Szkolny gabinet profilaktyczny powinien być otwartym i przyjaznym miejscem dla wszystkich członków społeczności szkoły. Jego klimat jest tworzony przez aranżację pomieszczenia i zachowania/postawy pielęgniarki. Czynnikiem sprzyjającym budowaniu pozytywnego klimatu szkolnego gabinetu profilaktycznego są:

1. **Właściwa aranżacja gabinetu:** zachowania, reakcje i postawy ludzi są warunkowane przez przestrzeń miejsca, w którym się spotykają. Organizacja tej przestrzeni odgrywa istotną rolę w procesie efektywnej komunikacji, wpływa na atmosferę rozmowy, określa jej formalny lub bardziej osobisty charakter. Gabinet powinien być zabezpieczony od hałasu zewnętrznego, zapewniać prywatność, powinien być estetyczny (wygląd pomieszczenia angażuje zmysły i wywołuje emocje, które mogą sprzyjać komunikowaniu się lub je zakłócać). Warto zastanowić się nad aranżacją miejsca rozmowy. Rozmówców nie powinna dzielić przestrzeń biurka z komputerem, telefonem, stosem dokumentów. Z reguły siedzenie przy biurku nadaje spotkaniu bardziej formalny i autorytatywny charakter, użycie stolika i innych wygodnych mebli stwarza mniej formalną, bardziej przyjazną i ukierunkowaną na współpracę atmosferę.
2. **Właściwa architektura kontaktu z rozmówcą,** na którą składają się działania pozasłowne, w tym:
 - siedzenie na tym samym poziomie co rozmówca,
 - zachowanie odpowiedniego dystansu fizycznego (odległość między osobami ok. 1,5m),
 - zwrócenie i lekkie nachylenie się w kierunku rozmówcy, zachowanie rozluźnionej i „otwartej” postawy ciała (bez krzyżowania rąk, zakładania nogi na nogę),
 - utrzymywanie kontaktu wzrokowego z rozmówcą,
 - dostosowanie się do pozycji ciała, tempa mówienia i tonacji głosu rozmówcy.
3. **Właściwe zachowania/postawy pielęgniarki,** w tym, np.:
 - życzliwość,
 - szacunek dla rozmówcy i akceptowanie go takim, jakim jest,
 - zindywidualizowane podejście,
 - empatia,
 - aktywne słuchanie,
 - używanie zrozumiałego dla rozmówcy języka,
 - zachęcanie do przekazu zwrotnego,
 - zadawanie pytań otwartych zostawiających więcej miejsca na odpowiedź,

- zachęcanie do wyjaśniania kwestii sygnalizowanych tylko ogólnie,
- eliminacja pośpiechu.

Tworzenie pozytywnego klimatu szkolnego gabinetu profilaktycznego, włączanie się przez pielęgniarkę do działań na forum klas i szkoły, nawiązywanie kontaktu z członkami szkolnej społeczności mogą budować pozycję pielęgniarki w szkole jako sojusznika i aktywnego uczestnika i sprzyjać sprawnej i efektywnej realizacji jej zadań.

Literatura uzupełniająca

1. Kulesza M., Kulesza M., (2015) *Klimat szkoły jako kategoria opisowa środowiska szkolnego*, „Pedagogika społeczna”, 3(57): 113-125 (dostępne na: [http://pedagogikaspooleczna.com/wp-content/content/abstrakt/PS%203%20\(2015\)%20113-125.pdf](http://pedagogikaspooleczna.com/wp-content/content/abstrakt/PS%203%20(2015)%20113-125.pdf))
2. Ostaszewski K. (2012) *Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży*, „Edukacja”, 4(120):22-38 (dostępne na: <http://www.edukacja.ibe.edu.pl/images/numery/2012/4-2-ostaszewski-pojecie-klimatu-szkoly.pdf>)
3. Petlák E. (2007) *Klimat szkoły, klimat klasy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
4. Przewłocka J. (2015) *Klimat szkoły i jego znaczenie dla funkcjonowania uczniów w szkole. Raport o stanie badań*. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa (dostępne na: <http://produkty.ibe.edu.pl/docs/inne/ibe-analazy-08-2015-klimat-szkoly.pdf>)
5. Woynarowska-Sołdan M. (2016) *Standard drugi: Klimat społeczny szkoły*, w: *Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, Woynarowska B. (red.), Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa, s. 55-57 (dostępne na: <https://www.ore.edu.pl/programy-i-projekty-19445/szkoa-promujca-zdrowie/narzdzia-do-autoewaluacji>)

ZASADY KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ W PRACY PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ - *Wisława Ostre*

Komunikacja interpersonalna jest podstawową umiejętnością niezbędną w codziennej pracy pielęgniarki. Doskonalenie umiejętności w tym zakresie nie tylko ułatwi pracę i poprawi relacje z podopiecznymi ale pozwoli również na lepsze funkcjonowanie w sferze prywatnej. Podczas codziennej pracy z uczniami w szkole nietrudno zauważyć, że coraz trudniej jest się porozumieć się z naszymi podopiecznymi. Uczniowie i ich rodziny, w stresie często prezentują zachowania [agresywne na terenie szkoły](#)⁴ najczęściej w formie werbalnej ale zdarza się też, że eskalują zachowania aż do agresji fizycznej. Jak sobie z takimi zachowaniami radzić, jak nie dopuścić do takiego natężenia stresu, kiedy uczeń lub jego rodzice przekraczają dopuszczalne granice zachowania?

Pielęgniarka pracująca w szkole jest inicjatorką kontaktów interpersonalnych, w pierwszej kolejności z uczniem, nauczycielem, dyrektorem szkoły oraz rodzicem/opiekunem prawnym ucznia. Dobiera właściwe formy i środki przekazu, tak aby skutecznie przekazać komunikat lub uzyskać potrzebne informacje.

Gabinet pielęgniarki powinien dla uczniów stanowić swojego rodzaju enklawę bezpieczeństwa. Budowanie zaufania pomiędzy pielęgniarką a uczniami, ich rodzicami, nauczycielami i innymi osobami, z którymi podejmuje współpracę jest niezwykle istotne dla skuteczności działania.

Odpowiednia aranżacja gabinetu pielęgniarskiego w szkole może ułatwić pozytywne nawiązanie komunikacji. Komunikatem jest też urządzenie gabinetu w jasnych kolorach w ciepłych tonacjach kolorystycznych, z odpowiednim oświetleniem⁵ i stwarza przyjemną atmosferę. Biurko pielęgniarki powinno być tak ustawione aby siedziała tyłem lub bokiem do okna. Krzesło dla partnera rozmowy powinno być ustawione z boku biurka. Rozmawiający powinni siedzieć tak by ich twarze były oświetlone i kontakt wzrokowy łatwy do nawiązania lub zerwania. Najlepiej więc, gdy krzesło dla partnera rozmowy stoi z boku biurka tak, by zachować odstęp między rozmawiającymi około 1,5 metra. Osoba siedząca wyżej łatwiej będzie dominować nad rozmową, co utrudnia komunikację interpersonalną. Pomieszczenie powinno za-

⁴E. Czerniewska-Koruba, Agresja i przemoc w szkole, czyli co powinniśmy wiedzieć by skutecznie działać, ORE, Warszawa 2015 r.

http://www.bc.ore.edu.pl/Content/830/Agresja_i_przemoc_w_szkole_Czerniewska_wyd.+II.pdf

⁵[rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie \(Dz.U. 2015 poz. 1422\) reguluje zasady prawidłowej temperatury \(§134\), oświetlenia \(rozdział 2 i załącznik 1 wiersz 3\) i inne wymagania](#)

pewniać swobodę rozmowy. Warto mieć przygotowaną wodę do picia i jednorazowe kubeczki – poczęstowanie rozmówcy wodą bardzo ułatwia rozładowanie napięcia.

Istotna jest również odległość pomiędzy rozmówcami.

Można ją podzielić na 4 strefy:

- Intymną (bezpośredni kontakt dotykowy). Dotyk i kontakt fizyczny oznacza zwykle zażyłość. Może mieć charakter pozytywny, wyrażając chęć bycia z drugą osobą (uścisk dłoni, głaskanie, przytulenie, pocałunek), lub negatywny świadczący o lekceważeniu drugiej osoby albo wręcz jej atakowaniu czy molestowaniu. Uczniowie młodsi w większym stopniu potrzebują kontaktu fizycznego, który łagodzi stres i daje poczucie akceptacji. Należy przy tym jednak uważnie obserwować rozmówcę aby nie narużyć jego poczucia granic.
- Indywidualną (przestrzeń wyznaczona zasięgiem naszych rąk).
- Społeczną (powstająca podczas codziennych kontaktów społecznych). Przestrzeń ta jest ograniczona do takich rozmiarów, aby do utrzymania interakcji nie były potrzebne dodatkowe urządzenia.
- Publiczną (umożliwiająca bezpośredni kontakt wzrokowy przy równoczesnym użyciu sprzętu nagłaśniającego (np. mikrofonu); choćby podczas wykładu czy zebrania).

Komunikacja niewerbalna

Pierwszymi komunikatami jakie nadajemy i odbieramy w kontakcie z naszym rozmówcą to komunikaty niewerbalne. Gdy mówimy o komunikacji niewerbalnej najczęściej mamy na myśli mimikę, gesty i mowę ciała. Należy jednak pamiętać, że komunikatem niewerbalnym jest nasz wygląd (figura, ubranie, fryzura, dodatki, makijaż itd.), który ma kluczowe znaczenie w wywieraniu wrażenia. Jeśli chcemy by nasz rozmówca widział w nas osobę wysoce profesjonalną to powinniśmy zastosować się do określonych reguł dotyczących wyglądu.

Co pomaga nam w skutecznej komunikacji:

- Prawdziwe zainteresowanie drugą osobą.
- Szacunek do drugiej osoby i poczucie, że każda osoba jest ważna.

Co przeszkadza:

- Zaburzona koncentracja uwagi,
- Nasza niepewność, napięcie, podejrzliwość.
- Brak zainteresowania wypowiedzią.
- Chęć przeforsowania swojego zdania.
- Negatywne oczekiwania oraz nastawienie do rozmówcy

Warto postarać się aby spełniał on oczekiwania osoby lub grupy. Ważne jest aby ubiór i dodatki do niego nie odbiegały znacząco od wyglądu naszych rozmówców.

- Zapraszając osobę do gabinetu uśmiechamy się do niej i prosimy o zajęcie miejsca wskazując je ręką.
- Sygnalizujemy swoją postawą życzliwość i zainteresowanie.
- Gdy chcemy zmniejszyć dystans można dotknąć osobę, z którą rozmawiamy: wierzchu dłoni lub przedramienia.
- Siadamy naprzeciwko rozmówcy tak by widzieć jego twarz i móc nawiązać kontakt wzrokowy.
- Słuchamy i mówimy patrząc w oczy partnerowi rozmowy. Potwierdzamy naszą uwagę kiwając twierdząco głową, uśmiechając się,
- NIE zajmujemy się innymi sprawami podczas rozmowy. Całą uwagę skupiamy na rozmówcy.

Komunikacja werbalna:

Zapamiętaj! nigdy nie mów:

- nie wiem,
- nie zajmę się tym,
- po prostu nie.

Zamiast tego, przekaz informację, że np.:

- zaraz postaram się dowiedzieć,
- potrzebuję, żeby Pani/Pan...
- to co mogę dla Pani/Pana zrobić w tej sprawie to.....
- mogę Pani/Panu poradzić, odpowiedzieć itp.....

Mówienie i słuchanie to sztuka, którą możemy doskonalić. Jest to podstawowe narzędzie do przekazywania i pozyskiwania informacji.

Mówienie

- Treść i formę komunikatu dostosowujemy do możliwości percepcyjnych rozmówcy.
- Staramy się mówić przyjaznym, spokojnym głosem, popierając treść wypowiedzi gestykulacją.
- Nie stosujemy skrótów myślowych.
- Jeżeli stosujemy terminy medyczne to należy je wyjaśnić.
- Jeśli uczeń jest z opiekunem to nadal mówimy do ucznia – to on jest podmiotem naszych działań – opiekun i tak wszystko słyszy.

Jeśli rozmawiamy z rodzicem lub nauczycielem w obecności ucznia, nie mówmy o nim jak o nieobecny.

- Nie tylko dzieci i osoby starsze mogą mieć kłopot ze zrozumieniem tego co do nich mówimy – być może używamy niezrozumiałych słów, może mówimy zbyt szybko, niewyraźnie lub zbyt cicho?
- Jeśli rozmówca prosi o powtórzenie informacji należy powtórzyć ją trochę wolniej oddzielając wyrazy od siebie, jeśli ponownie nie zrozumiał informacji powtarzamy ją jeszcze raz używając innych wyrażań.
- Akcentujemy ważne informacje powtarzając je w naszej wypowiedzi.
- Jeśli rozmówca nas nie słyszy lub widzimy że może nie zapamiętać tego co mówimy, to podstawowe informacje zapisujemy wyraźnie na kartce i wręczamy do ręki.
- Sprawdzamy czy rozmówca zrozumiał nasz komunikat.

Słuchanie

- Koncentrujemy się na rozmówcy
- Słuchając wypowiedzi potwierdzamy co jakiś czas swoją uwagę: kiwając potakująco głową, uśmiechając się akceptująco lub dźwiękami: „*aha, hmm, no tak*”.
- Zachęcamy do kontynuowania wypowiedzi: *opowiedz o tym..., i co dalej..., i co o tym myślisz...*
- Utrzymujemy kontakt wzrokowy i zwracamy uwagę na sygnały niewerbalne.
- Staramy się zachować otwartą, swobodną pozycję ciała, pochylenie nad rozmówcą, zadowolenie i spokój mimiczny (bez grymasów ust, marszczenia brwi itp).
- Zachęcamy rozmówcę do wypowiedzi stosując potwierdzenia: „*tak, rozumiem, proszę kontynuować*” lub „*chyba nie całkiem rozumiem, proszę powiedzieć czy chodzi o...*”
- Używamy parafrazy – pozwala upewnić się czy dobrze zrozumieliśmy rozmówcę. Parafraza polega na powtórzeniu tego co powiedział uczeń innymi słowami: „*Rozumiem, że chcesz przyjść na badanie w innym terminie?*”, „*Mówi pani że, ...*”, „*Innymi słowy...*”, „*Czy dobrze zrozumiałam, mówi pani że...*”
- Doprecyzowanie wypowiedzi przez zadawanie pytań – „*proszę powiedzieć więcej o tym...*”, „*co sprawia największą trudność...*”. Koncentrujemy się na istocie wypowiedzi a nie na nieistotnych szczegółach
- Udzielamy informacji zwrotnej: jeśli uznaliśmy że zrozumieliśmy pacjenta przekazujemy informację, która ma mówić o nas a nie o pacjencie np. „*myślę, że mogę pani ...*”
- Jeśli musimy coś zanotować informujemy o tym rozmówcę, tak by nie miał wątpliwości, że nadal go słuchamy.

Bariera w komunikowaniu się

Bariera w komunikacji interpersonalnej to coś, co powstrzymuje bądź blokuje skuteczność komunikowania się. Przykład bariery komunikacyjnej: Zdarza się nieraz, że mimo zupełnie dobrych intencji, rozmówca reaguje w sposób zaskakujący, odmawiając odpowiedzi czy wyraźnie zamykając się na stawiane mu pytanie. Wypowiedź, która miała go pocieszyć, zmobilizować do działania lub ostrzec przed jakimś zagrożeniem, w niepojęty sposób zraniła go. Zupełnie wbrew intencjom została użyta wypowiedź blokująca, zostało naruszone dobre samopoczucie czy pozytywna samoocena rozmówcy, czyli wystąpiła pewna bariera komunikacyjna.-

Klasyfikacja barier komunikacyjnych według Thomasa Gordona, który nazwał je „brudną dwunastką” niszczylieli komunikacji:

Krytykowanie: wyrażanie negatywnych ocen o drugiej osobie, jej działaniach lub postawach. „Sam to na siebie sprowadziłeś – nikogo innego nie możesz winić za kłopoty, w których tkwisz” wywołuje poczucie niedorósłości, mniejszej wartości, głupoty, nawet bezwartościowości, zła moralnego. Uczeń na podstawie oceny i sądu dorosłych kształtuje swój obraz samego siebie. Tak jak jest oceniany, tak ocenia siebie. Ostra krytyka wywołuje kontrkrytykę. Doprowadza to do tego, że uczeń albo zachowuje swoje odczucia albo ukrywa swoje przeżycia. Reaguje obronnie, wycofuje się aby zachować pozytywny obraz siebie. Odczuwa gniew, nawet gdy krytyka jest słuszna, budzą się w nim wrogie uczucia. Często krytyka daje poczucie, że jest się nieakceptowanym, złym. Nikt nie lubi słyszeć tego typu zwrotów, nawet jeśli to najszczerza prawda. Spora część społeczeństwa jest przekonana, że krytyka jest niezbędna do wyrażania własnego zdania i wpływania na postawy innych. To jednak bariera w komunikacji, która może okazać się nie do przekroczenia.

Stawianie diagnozy: analizowanie, dlaczego osoba zachowuje się w taki sposób, w jaki się zachowuje, odgrywanie psychiatry – amatora „*Czytam w tobie jak w książce – robisz to właśnie po to by mnie zirytować*”; „*Myślisz, że jesteś lepszy ode mnie tylko dlatego, że dostałeś się na studia*”. Uczucie frustracji pojawi się na pewno, gdy próbuje się wmówić innym motywy ich zachowania, mimo, że wyraźnie wyjaśniają, co nimi kierowało. Unikać należy bezwzględnie stwierdzeń w stylu: „*zachowujesz się tak, bo boisz się odrzucenia*”. Tego rodzaju wypowiedzi zdradzają dziecku, że rozmawiający z nim „przejrzał go”, zna jego motywy, albo wie, dlaczego tak się zachowuje. Jeśli interpretacja jest poprawna to dziecko może poczuć się zażenowane lub obnażone. Jeśli jest błędna to dziecko będzie się irytowało niesprawiedliwym obwinianiem go.

Rozkazywanie: nakazywanie drugiej osobie robienia tego co chcemy by było zrobione „*Masz natychmiast przestać płakać! Dlaczego?! Ponieważ tak powiedziałam....*”. Wiele osób jest przekonanych o mocy komunikatów opartych na przymusie. Tak zresztą podpowiadają nam zasady perswazji. Obniża jednak samoocenę osoby, do której kierowany jest komunikat, stąd może prowadzić do buntu. Rozkazywanie i komenderowanie sprawia, że osoba z którą rozmawiamy a szczególnie uczeń nie czuje się akceptowany, takim jaki jest. Takie zachowanie wyzwala lęk, oburzenie, gniew i ujawnia wrogie uczucia (agresja, atak wściekłości, stawianie oporu, itp.).

Uspokajanie: próba powstrzymania negatywnych emocji odczuwanych przez drugą osobę, „*Nie przejmuj się, zawsze najciemniej jest przed świtem*” ; „*Wszystko się w końcu doskonale ułoży*”. Nie pomaga to w komunikacji, często banalizuje problem, z którym nasz rozmówca się boryka. Uspokajanie osoby, która czuje się czymś wytrącona z równowagi, często przekonuje ją po prostu o tym, że jest niezrozumiana. Dorośli uspokajają, ponieważ jest im przykro, gdy rozmówca czuje się zraniony, zdenerwowany, przygnębiony czy jakkolwiek wytrącony z równowagi. Ich wypowiedzi jednak mówią, że chcą oni, aby przestał tak odczuwać. Ale rozmówca w takich okolicznościach rozszyfrowuje okazywanie im współczucia jako usiłowanie zmienienia ich przeżywania i staje się nieufny. Bagatelizowanie i demonstrowanie współczucia często niszczy dalszy kontakt, ponieważ partner rozmowy odczytuje je jako negatywną ocenę swego przeżywania i próbę jego zmiany.

Odwracanie uwagi: Odsunięcie na bok problemu drugiej osoby przez odwrócenie jej uwagi. „*Nie wracaj do tego. Porozmawiajmy o czymś przyjemniejszym*”. „*Myślisz, że masz poważny problem? Posłuchaj tylko, co mnie spotkało!*” Tematy budujące napięcie sprzyjają pojawianiu się takich barier. Często jest to związane z brakiem umiejętności aktywnego słuchania. Tego rodzaju usiłowania komunikują, że cię rozmówca nie obchodzi, że nie liczysz się z jego uczuciami albo że je odrzucasz. Uczniowie na ogół cali angażują się w rozmowę, jeśli przeżywają potrzebę mówienia o czymś. Jeśli reagujesz żartami, wywołasz u nich poczucie urazy i odepchnięcia. Odwracanie uwagi i rozpraszenie uczuć rozmówcy może się w danej chwili wydawać skuteczne, ale odczucia ludzkie nie dają się zawsze odsuwać czy rozpraszać. Wypłyną później znowu. Problemy odsunięte na margines rzadko są problemami rozwiązanymi. Jeżeli uczeń czuje się odsuwany na bok przez osobę do której zwraca się z problemem, prędko uczy się zwracać gdzie indziej z problemami i przeżyciami.

Udzielenie rad: Dawanie drugiej osobie rozwiązania dla jej problemów. „*Jeśli byłbym na twoim miejscu, z pewnością powiedziałbym mu...*”; „*To całkiem łatwa sprawa. Najpierw*

trzeba...”. Rady są cenne, tym bardziej, gdy udzielane są przez doświadczone osoby. Jednak należy bardzo uważać, aby nasza rada nie stała się barierą komunikacyjną. Należy ich udzielać tak, aby rozmówca miał pewność, że rada jest wynikiem troski, a nie brakiem wiary w jego inteligencję i możliwość poradzenia sobie z problemami. Branie na siebie rozwiązywania problemów innych to ogromna odpowiedzialność. Uwaga! Nie należy mylić rad w stylu „*Ja na Twoim miejscu...*” z cennymi wskazówkami odnośnie do rozwiązania problemu.

„Kazania” i logiczne argumentowanie: próba przekonania drugiej osoby poprzez odwołanie się do faktów lub logiki, zazwyczaj bez brania pod uwagę emocjonalnego aspektu sprawy. „Przyjrzyj się faktom, jeśli byś nie zrobił tego, nie wpadłbyś w kłopoty”. Musimy wyczuć, kiedy możemy pozwolić sobie na zimny dystans, bo gdy zderzy się on z gorącymi emocjami rozmówcy, który ma problem, możemy wywołać równie gorącą wściekłość. Tego rodzaju wypowiedzi stanowią oddziaływanie na ucznia z pozycji siły i autorytatywności, powołują się na obowiązki i powinności. Uczeń na słowo „musisz” reaguje oporem, obroną własnego stanowiska. Może też wywoływać poczucie winy, że jest „złym” dzieckiem, że dorośli nie dowierzają jego zdolności do oceny przykładów i wartości innych ludzi.

Grożenie: Próba zdobycia kontroli nad działaniem drugiej osoby przez grożenie jej negatywnymi konsekwencjami, jakie mogą ją spotykać.

„Zrobisz to lub w przeciwnym wypadku...”, „Przestań natychmiast hałasować, albo zatrzymam całą klasę po lekcjach”. U ucznia pojawia się uczucie strachu i podlegania, może wyzwolić się gniew i uczucia wrogości. Bardzo często dziecko wystawia na próbę groźbę, robiąc coś złego, tylko dlatego aby sprawdzić czy nastąpi zapowiedziana kara.

Dochodzenie, wypytywanie, przesłuchiwanie: zadawanie zbyt wielu lub niewłaściwych pytań. Barrierami w reakcjach są często pytania zamknięte; są to takie pytania, na które można zazwyczaj odpowiedzieć w kilku słowach - czę-

sto nawet przez zwykłe „tak” lub „nie”. „*Kiedy to się stało?*” „*czy jest ci przykro, że tak zrobiłeś?*”. Niepokój i reakcje obronne dziecka mogą wyzwolić w rozmówcy próby dotarcia do

Pamiętaj! – zawsze panuj nad emocjami – rozmówca ma do nich prawo - my jesteśmy profesjonalistami i mamy mu pomóc, a nie odreagowywać naszą frustrację:

- nie przerywaj,
- nie oceniaj,
- nie interpretuj,
- nie dawaj tzw. dobrych rad,
- nie uogólniaj.

niego przez usilne zadawanie kolejnych nieistotnych pytań. Zadawane w atmosferze przesłuchania pytania zamknięte utrudniają nawiązywanie pozytywnych relacji. Uczniowie czują się zagrożeni wypytywaniem, zwłaszcza wtedy, gdy nie rozumieją, dlaczego są pytani. Jeśli wypytyjesz ucznia, który zwierzył się ze swego problemu, będzie sądził, że zbierasz materiał, aby rozwiązać ten problem za niego, zamiast pozwolić mu samemu znaleźć rozwiązanie. Dzieci często nie życzą sobie, by dorośli znajdowali odpowiedź na ich problemy. Jeśli stawiasz pytania komuś, kto pozwala ci uczestniczyć w swoim problemie, każde z twoich pytań narusza wolność tego człowieka w zakresie spraw, o których chce ci powiedzieć – w pewnym sensie każde pytanie dyktuje mu jego wypowiedź. Dlatego tak przykro jest znaleźć się jakby w krzyżowym ogniu pytań prokuratora - powstaje uczucie, że należy swoją historię dokładnie tak opowiedzieć, jak wymagają tego jego pytania. Dlatego „przesłuchanie” nie jest na pewno dobrą metodą ułatwiania komuś komunikacji. Może stać się zamiast tego ciężkim ograniczeniem jego poczucia wolności.

Moralizowanie: mówienie drugiej osobie, co powinna zrobić. Prawienie jej kazań; „*Powinieneś...*”, „*nie powinieneś...*”. Na pewno każdemu z nas przydarzyła się kiedyś taka odpowiedź na zadane pytanie: „*Tak się postępuje*”, „*To jest właściwe*”. Każdy ma własny zestaw wartości, a stwierdzeniem „tak należy” możemy wywołać jedynie poczucie winy. Tego rodzaju wypowiedzi stanowią oddziaływanie na rozmówcę z pozycji siły i autorytatywności, powołują się na obowiązki i powinności.. Uczeń rozumie przez to, że rozmówca nie ufa jego własnemu sądom.

Ośmieszanie, zawstydzanie: nadawanie etykiety, „poniżanie” kogoś lub podciąganie go pod stereotyp. „*Co za głupek!*”; „*Dokładnie jak kobieta ...*”; „*Jak dziecko..*”; „*Jesteś takim wrażliwym facetem jak inni*”; „*Typowa kobieta*”. Etykiety nadawane w ten sposób zamykają nam unikalną drogę do poznania wyjątkowości każdego człowieka. Jeżeli chcesz dzielić ludzi na mądrych i głupich, typowe kobiety i typowych mężczyzn – zamyka to drogę do prawdziwego poznania drugiej osoby. Takie stwierdzenia mogą wywołać spustoszenie w wyobrazeniach ucznia o sobie. Czuje się bezwartościowy, zły, gorszy od innych. Najczęstszą reakcją jest odpowiedzenie tym samym. Taki rodzaj wypowiedzi nie wpływają korzystnie na postępowanie ucznia, zamiast tego tworzy sobie usprawiedliwienia

Chwalenie połączone z oceną: wydawanie pozytywnego osądu o drugiej osobie, jej działaniach lub postawach. „*Zawsze jesteś taka grzeczna. Na pewno pomożesz mi wieczorem przyciąć trawnik*”; Nauczyciel do kilkunastoletniego ucznia „*Jesteś wielkim poetą*”. Ta bariera niesie ze sobą najwięcej kontrowersji, ponieważ neguje przekonanie, że każde chwalenie jest

dobre. „*Jesteś taki inteligentny, jestem pewien, że zrobisz to lepiej niż ja*”. Czy łatwo uwierzyć w taką pochwałę? Pozytywna ocena, która nie jest zgodna z przeżywanym przez rozmówcę obrazem samego siebie, może wywołać negatywne emocje. Pozytywne ocenianie innych może być nadużywane w celu osiągnięcia ukrytych korzyści i manipulowania. Może sprawić, że chwalenie będzie traktowane jako nieszczerze i wzbudzi u rozmówcy wątpliwości.

„Savoir-vivre” pielęgniarki

- Używamy form grzecznościowych, nawet jeżeli nasz rozmówca ich nie stosuje.
- Rozpoczynając rozmowę po raz pierwszy z daną osobą witamy się i przedstawiamy się: „*Dzień dobry Pani/Panu/Państwu, jestem pielęgniarką szkolną, chciałabym porozmawiać o ..., proszę tu usiąść. Może podać Pani/Panu/Państwu wodę?*”.
- W szkołach ponadpodstawowych zwłaszcza w ostatnich klasach, należy rozważyć formę zwracania się do ucznia (Pan/Pani), szczególnie podczas spotkań w klasach.
- Do dorosłych rozmówców zwracamy się „*proszę pana/proszę pani*”. Nie używamy formy TY! Pamiętajmy, że zwrot „*pani Kaziu*” też jest formą mówienia na ty i nie każdy rozmówca to akceptuje.
- Używamy zwrotów osobowych proszę: „*proszę usiądź tu...*”, „*czy mogłaby pani podczas tej lekcji zwolnić uczniów na fluoryzację?*”
- Przepuszczamy rozmówcę przodem w korytarzach i przejściach (mamy go w polu widzenia).
- Gdy rozmówca stoi, też wstajemy – szczególnie w obecności osób starszych. Jeśli nie chcemy wstawać, zapraszamy go do zajęcia miejsca siedzącego.
- Nie okazujemy zniecierpliwienia, nie podnosimy głosu.
- Nie komentujemy zachowania osoby z którą rozmawiamy i jej wyglądu ani tego co mówi.

Literatura uzupełniająca:

1. T. Gordon: Wychowanie bez porażek. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1991r.
2. J. Stewart (red.): Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2003r.
3. Dale G. Leathers: Komunikacja niewerbalna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007r.
4. S.P. Morreale, B.H. Spitzberg, J. K. Barge: Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza i umiejętności. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007r.
5. <http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/results?action=SearchAction&QI=A16B1549A4E511C694DE6536A12541EC-80&isRemote=off&isExpandable=on&queryType=-6&roleId=subject&&query=%22komunikacja+interpersonalna+w+szkole%22>
6. http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=333&dirids=1&ver_id
7. http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=609&from=&dirids=1&ver_id=&lp=37&QI=A16B1549A4E511C694DE6536A12541EC-150

PROBLEMY ZDROWIA PSYCHICZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU SZKOLNYM - Lidia Popek

Zdrowie psychiczne dzieci definiowane jest jako

- zdolność do doświadczania i wyrażania emocji takich, jak radość, smutek, gniew, przywiązanie we właściwy konstruktywny sposób;
- pozytywna samoocena, szacunek dla innych, głębokie poczucie bezpieczeństwa, zaufania do siebie i świata;
- zdolność do funkcjonowania w rodzinie, grupie rówieśniczej, szkole, społeczności;
- zdolność do inicjowania i podtrzymywania głębszych relacji (przyjaźń, miłość) oraz uczenie się funkcjonowania w świecie w sposób produktywny.

Jak wynika z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) około 20% dzieci i młodzieży cierpi z powodu szeroko pojętych zaburzeń psychicznych, a tylko 21% otrzymuje specjalistyczną pomoc. Z tych powodów zarówno WHO, jak i Unia Europejska opracowały dokumenty, w których uznały ochronę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży za priorytet w polityce ochrony zdrowia. W Polsce system opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą cierpi na poważne trudności organizacyjne, a przede wszystkim braki kadrowe (w całym kraju jest około 250 psychiatrów dzieci i młodzieży). Jeżeli przyjmiemy, że 20% spośród prawie 4 700 mln uczniów wymaga opieki specjalistycznej, to na jednego psychiatrę dziecięcego przypada ponad 3700 pacjentów. W związku z tym konieczny jest udział innych środowisk w działaniach, które umożliwiłyby wczesną interwencję w sytuacjach kryzysu psychicznego i zapewniły wsparcie dziecku i jego rodzinie do czasu uzyskania specjalistycznej pomocy. Szkoła jest środowiskiem, w którym dzieci i młodzież przebywają codziennie, dlatego pracownicy pionu edukacyjnego pielęgniarki szkolne, psychologowie, pedagodzy są osobami, które jako pierwsze mogą dostrzegać problemy, związane ze zdrowiem psychicznym ich podopiecznych. Pomocna w ocenie, funkcjonowanie ucznia pod kątem ewentualnych zaburzeń psychicznych, może być odpowiedź na trzy pytania:

1. Jaka jest liczba zakresów, w których dzieci i młodzież przestaje sobie radzić ze zwykłymi zadaniami życiowymi. Im jest ich więcej, tym wnikliwiej trzeba oceniać, aby nie przeoczyć poważnego problemu?
2. Jaki jest stopień nasilenia lęku, smutku, autoagresji, agresji?
3. Jaka jest reakcja na zachowanie dziecka osób dorosłych z jego otoczenia i jego rówieśników?

Odpowiedź wskazująca na zaburzenia funkcjonowania nie jest równoznaczna z rozpoznaniem zaburzenia psychicznego, ale wymaga konsultacji specjalistycznej, a do czasu jej uzyskania zapewnienia dziecku, a często również jego rodzinie wspierającej opieki.

Zaburzenia psychiczne

Od 1997 roku w Polsce obowiązuje stosowanie klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, która jest częścią Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w dziesiątej rewizji (ICD-10). Autorzy klasyfikacji zachowali jedynie dwie grupy zaburzeń, które uznali za specyficzne dla okresu dziecięcego i młodzieńczego. Obejmują one zaburzenia rozwoju psychicznego [tab. 1.] oraz zaburzenia zachowania i emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym [tab. 2.]. Wszystkie inne zaburzenia występujące u dzieci i młodzieży powinny być diagnozowane według tych samych kryteriów, według których rozpoznaje się je w każdym innym okresie życia [tab. 3.]. Poniżej zostaną omówione zaburzenia psychiczne, które najczęściej występują u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym i stanowią poważne zagrożenie dla ich dalszego funkcjonowania.

Lęk jako objaw

Występuje u 6-20% dzieci w różnych chorobach psychicznych i somatycznych. Jest głównym objawem w zaburzeniach lękowych.

Zaburzenia lękowe to stany przytłaczającego niepokoju i lęku z wyraźnymi objawami wzmożonej aktywności autonomicznego układu nerwowego, o intensywności i czasie trwania nieadekwatnym do bodźca oraz powodujące wyraźne utrudnienia w funkcjonowaniu dzieci i młodzieży. Objawy lęku mogą manifestować się pod postacią somatyczną, psychologiczną, społeczną i behawioralną [tab. 4]. Im bardziej nasilone są objawy oraz im bardziej upośledzają funkcjonowanie, tym większe jest prawdopodobieństwo utrzymywania się zaburzeń lękowych. U dzieci i młodzieży cierpiących na zaburzenia lękowe istnieje ryzyko wystąpienia innych zaburzeń lękowych, depresji, nadużywania substancji psychoaktywnych oraz 2-3 krotnie wzrasta możliwość wystąpienia tych zaburzeń w wieku dorosłym. Zaburzenia te zakłócają prawidłowy rozwój psychospołeczny dziecka, często uniemożliwiając osiągnięcie samodzielności. Problemy społeczne tych osób wiążą się ze słabo wykształconymi umiejętnościami rozwiązywania problemów oraz z niską samooceną. Dzieci z zaburzeniami lękowymi mają tendencję do negatywnego interpretowania sytuacji niejednoznacznych oraz mogą zbyt nisko oceniać swoje kompetencje i umiejętności

Co należy robić, kiedy dziecko się boi

- starać się zrozumieć jego lęk
- określić czy jest on rozwojowy, jeśli tak – pamiętać, iż prawie wszystkie dzieci wyrastają z lęków typowych dla wieku
- być przy dziecku w trudnych sytuacjach, wspierać go
- pozwolić przez jakiś czas na unikanie sytuacji budzącej lęk a następnie powoli pomagać oswajać się z nią
- odwołać się do własnych doświadczeń opowiedzieć dziecku historyjkę o osobie, która miała podobny problem i poradziła sobie z nim
- jeśli uznamy, iż lęk jest bardzo silny, dezorganizuje dziecku czas lub coś nas w nim niepokoi, należy udać się po poradę specjalistyczną

Czego nie wolno robić, kiedy dziecko się boi

- wyśmiewać się z jego lęków
- zawstydząć go przed innymi
- zmuszać do stawiania czoła sytuacji lękotwórczej, gdy nie jest jeszcze na to gotowe
- niecierpliwić się
- karać dziecko za to, że się boi
- zakładać, że dziecko boi się z własnej lub naszej winy

Depresja

Depresja jest stanem charakteryzującym się długotrwałe obniżonym nastrojem oraz szeregiem innych objawów psychicznych i somatycznych. Depresja rozumiana jako choroba należy do grupy zaburzeń nastroju. Jej przebieg może być przewlekły, ze stałym nasileniem objawów lub może ona przyjmować postać nawracających epizodów o łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim nasileniu, oddzielonych okresami dobrego samopoczucia. Depresja występuje u 2% dzieci między 6 a 12 rokiem życia i u 3% do 8 % w okresie dorastania, przy czym wzrasta rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w kolejnych pokoleniach, a początek pojawia się w coraz młodszym wieku.

Objawy depresji

Poczucie braku szczęścia, smutny nastrój, negatywna samoocena, trudności z koncentracją uwagi, niezdecydowanie, zmęczenie, zaburzenia psychosomatyczne, wtórne obniżenie możliwości poznawczych, zaburzenia snu, drażliwość, zaburzenia apetytu, nadmiernie wygórowane reagowanie na uwagi, podejmowanie impulsywnych, nieprzemyślanych działań, zachowania autoagresywne, myśli rezygnacyjne, myśli i tendencje samobójcze.

W grupie dzieci i młodzieży depresja dość często przyjmuje atypowy obraz. U dzieci młodszych głównie w postaci uporczywych dolegliwości somatycznych. Nastolatki częściej buntują się wobec rodziców, szkoły, nie przestrzegają zasad, prezentują zachowania agresywne i autoagresywne.

Nie rozpoznaje się depresji u dziecka, które przez kilka dni ma gorszy humor z powodu sprzeczki z rówieśnikami czy otrzymania złej oceny w szkole. Jeśli jednak objawy depresyjne mają takie nasilenie, że utrudniają dziecku codzienne funkcjonowanie w domu, w szkole i w grupie rówieśniczej oraz gdy utrzymują się dłużej niż 2 tygodnie, należy zgłosić się po fachową pomoc. Sytuacją, w której należy bezwzględnie i natychmiastowo poszukiwać pomocy lekarza psychiatry jest zagrożenie samobójstwem.

Samobójstwa dzieci i młodzieży

Samobójstwo to zamierzone działanie zagrażające życiu, podjęte samodzielnie, którego następstwem jest śmierć. Samobójstwo jest procesem, ciągiem zachowań, których zauważenie w odpowiednim czasie może ograniczyć negatywne skutki.

Myśli samobójcze to fantazje i przemyślenia na temat samobójstwa, a także pragnienia i impulsy do jego podjęcia (forma aktywna). Mogą mieć również formę pasywną, gdy jest to tylko chęć do znalezienia się w sytuacji śmiertelnego zagrożenia.

Próba samobójcza to działanie podjęte z intencją śmierci, bez udziału osób innych i tragicznego zakończenia, które może jednak doprowadzić do samouszkodzenia ciała lub zatrucia

Samobójstwa u młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów. W dzieciństwie jest zjawiskiem rzadkim. Większość ofiar samobójstwa ma w wywiadzie próby samobójcze. Przyjmuje się, że stosunek liczby prób samobójczych do liczby dokonanych samobójstw u młodzieży wynosi 20, a nawet 30. Dziewczęta podejmują próbę samobójczą kilkakrotnie częściej niż chłopcy. Najczęściej używają w celach samobójczych środków farmakologicznych. Nato-

miast chłopcy stosują bardziej drastyczne środki typu powieszenie, broń palna. Bardzo ważne jest określenie ryzyka samobójstwa [tab. 5].

Okoliczności wskazujące na poważne skłonności samobójcze

1. Podjęcie próby w odosobnieniu
2. Wybranie czasu tak, by wyeliminować możliwość interwencji z zewnątrz
3. Podjęcie środków zabezpieczających przed wykryciem
4. Wcześniejsze przygotowania z myślą o śmierci, np. testament
5. Wcześniejsze poinformowanie o zamiarach innych osób
6. Dokładne wcześniejsze przygotowanie samobójstwa
7. Napisanie listu pożegnalnego
8. Zatajenie przed otoczeniem próby, która nie zakończyła się śmiercią

Czynniki ryzyka samobójstwa

- Wielokrotne ponawianie próby samobójczej
- Impulsywny temperament
- Niska samoocena
- Trudne przeżycia z okresu dzieciństwa (doświadczenie przemocy lub śmierci jednego z rodziców)
- Wywiad rodzinny wskazujący na występowanie samobójstw i prób samobójczych wśród najbliższych krewnych
- Przewlekłe problemy interpersonalne
- Uczucie osamotnienia
- Konflikty w rodzinie
- Trudności szkolne
- Nadużywanie środków psychoaktywnych
- Zaburzenia psychiczne

Ryzyko zachowań samobójczych wzrasta wraz ze wzrostem liczby czynników ryzyka, niektóre z nich (np. zaburzenia nastroju, przewlekłe psychozy schizofreniczne, uzależnienia) stanowią większe ryzyko niż inne.

Dla personelu nielekarskiego mogą być przydatne uproszczone metody oceny ryzyka samobójczego, oparte na mnemotechnice (akronimach znaczących), uwzględniające czynniki ostrzegające o samobójstwie: **SAD PERSONS** (ang. **Sex** – płeć męska, **Age** – wiek młodzieńczy i starość, **Depression** – depresja, **Previous attempts** – wcześniejsze próby samobójcze, **Ethano labuse** – używanie alkoholu, **Rational thinking loss** – utrata racjonalnego myślenia, **Social suport lacking** – brak wsparcia społecznego, **Organized plan for S** – określone plany

samobójcze, **No spouse or not living with relation**– życie w samotności, **Sickness** – uczucie wyczerpania). Skala ta została wystandaryzowana (każdemu punktowi nadano rangę 0-1), co pozwala określić poziom ryzyka S jako: niskie = 0-2, średnie = 3-4, wysokie = 5-6, bardzo wysokie = 7-10. Przy średnim ryzyku S hospitalizacja jest zalecana, a przy wysokim – bezwzględnie konieczna.

Warto pamiętać, że w wypadku zagrożenia życia przewiezienie dziecka na konsultację psychiatryczną może odbyć się bez zgody ucznia i jego rodziców na mocy art. 21 ustawy z dnia 19.08.1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994r. Nr 111, poz. 535) „osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio swojemu życiu albo życiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego.”

W Polsce są dostępne numery, które w przypadku kryzysu samobójczego mogą być wsparciem
Niebieska Linia 116111,
Dziecięcy Telefon Zaufania Biura Rzecznika Praw Dziecka 800121212,
Anonimowy Przyjaciel 19288
oraz strony pomocowe, np.: www.samobojstwo.pl; www.pokonackryzys.pl

Niesamobójcze samouszkodzenia

Samouszkodzenia bez intencji samobójczych to nieakceptowane społecznie akty bezpośrednie autodestruktywności, w których jednostka zmierza do wyrządzenia sobie natychmiastowej szkody, a przedmiotem ataku staje się jej własne ciało, ale działanie to pozbawione jest zamiaru samobójczego. Samouszkodzenia należą do spektrum zachowań autoagresywnych, które obejmują również samobójstwa, nałogi, szkodliwe nawyki żywieniowe, zachowania ryzykowne, zaniedbywanie siebie. Od początku stulecia obserwuje się znaczny wzrost tych zachowań. Najwięcej młodzieży dokonuje samookaleczeń między 13 a 15 rokiem życia, a rozpowszechnienie szacuje się od 8% do nawet 30%. Niesamobójcze samouszkodzenia występują 2-3 razy częściej u dziewcząt niż u chłopców i są istotnym predyktorem zachowań samobójczych. Najczęstsza forma samouszkodzeń to dokonywanie samookaleczeń skóry przedramion. Samouszkodzenia mają często charakter impulsywny, a ich funkcją jest zmniejszenie napięcia i ucieczka od trudnej sytuacji. Młodzież najczęściej dokonuje samouszkodzeń w celu złagodzenia negatywnych emocji, poczucia bezradności, odrzucenia rzadziej w celu ukarania siebie, zwrócenia uwagi, ucieczki od różnych sytuacji lub odpowiedzialności. Istotnie więcej młodzieży dokonującej niż niedokonującej samouszkodzeń informuje o stosowaniu

środków psychoaktywnych, upijaniu się, planach samobójczych, dokonywaniu prób samobójczych, ucieczkach z domu, zaniedbywaniu nauki. Ta grupa częściej wychowuje się w rodzinie niepełnej, w której występuje uzależnienie od alkoholu oraz częściej doznaje przemocy psychicznej i fizycznej w rodzinie i wśród rówieśników. W przypadku samouszkodzenia się nastolatków istotne znaczenie ma społeczny efekt „zarażania się”. Wczesna interwencja jest możliwa, ale należy być czujnym na sygnały ostrzegawcze [tab. 6]. Chociaż samouszkodzenia nie mają na celu odebrania sobie życia, to każdą taką sytuacją należy się zainteresować i nie lekceważyć ani samego czynu, ani wypowiedzi dziecka.

Postępowanie w przypadku ujawnienia aktu autoagresji

1. Należy ocenić stopień zagrożenia życia dziecka:

- Jeżeli nasilenie lub sposób dokonywania samouszkodzeń może stanowić zagrożenie dla życia dziecka konieczna jest natychmiastowa konsultacja psychiatryczna lub hospitalizacja;
- Jeżeli nasilenie i sposób dokonywania samouszkodzeń nie wskazuje na zagrożenie życia należy zapewnić pomoc w szkole, w domu rodzinnym, a konsultacja specjalistyczna może być zaplanowana w czasie, ale nie zaniechana;
- Nie pozostawiać dziecka bez opieki do chwili przekazania go pod opiekę specjalistów lub/i rodziców.

2. W rozmowie z dzieckiem:

- trzeba mieć wiedzę i rozumienie problemu,
- empatyczny stosunek do dziecka,
- należy z wyczuciem reagować na wypowiedzi dziecka,
- wytrzymać ciszę, nie zmuszać do rozmowy, nie komentować,
- należy dbać o poczucie bezpieczeństwa i intymność, natomiast nie obiecywać, że wydarzenie pozostanie w tajemnicy.

3. W rozmowie z rodzicami:

- Głównym celem jest troska o dziecko, a nie ocena rodziny i dziecka czy komentarz;
- Należy rzeczowo przedstawić problem i wyjaśnić, że dziecko potrzebuje pomocy oraz udzielić informacji na temat konsekwencji bagatelizowania problemu;
- Należy przekazać informacje, gdzie można znaleźć pomoc i wyjaśnić na czym może polegać.

Zachowania ryzykowne

Zachowania ryzykowne to działania niosące ryzyko negatywnych konsekwencji dla fizycznego i psychicznego zdrowia dzieci i młodzieży. U 10% do 20% nastolatków dojrzewanie prze-

biega burzliwie z impulsywnością, agresywnością, drażliwością, negatywizmem. Są oni znużeni zwykłym życiem i szukają dla siebie nowych rozwiązań, często podejmując różne ekstremalne zachowania. Granica wieku niebezpiecznie przesuwa się w kierunku coraz młodszych dzieci, aktualnie problem ten dotyczy osób w wieku 10-18 lat. Młodzi ludzie nie radzą sobie z trudnościami okresu dorastania, czy z problemami dotyczącymi ich rodzin, szkoły, grupy rówieśniczej podejmują ryzykowne zachowania. Należą do nich: palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, zachowania agresywne i przestępcze, wczesna aktywność seksualna, ale również zaniedbywanie się polegające na niedosypianiu, niedojadaniu, nadmiernym korzystaniu z mediów, braku organizacji czasu. Zachowania ryzykowne najczęściej ze sobą współwystępują. Ponadto jedno zachowanie pociąga za sobą inne. Na przykład picie alkoholu czy odurzanie się narkotykami często współwystępuje z zachowaniami agresywnymi, przestępczymi, wczesną aktywnością seksualną. Wśród uczniów z nasilonymi zachowaniami ryzykownymi u co drugiego występują myśli samobójcze, a u co dziesiątego próby samobójcze. Często w efekcie zachowań ryzykownych rozwijają się poważne problemy związane ze zdrowiem psychicznym i somatycznym, które wymagają zdecydowanych interwencji specjalistycznych. Z drugiej strony wiele osób podejmuje działania ryzykowne, ponieważ nie radzi sobie ze swoją sytuacją wynikającą z przewlekłej choroby. Na przykład dawkowanie insuliny przez osoby chorujące na cukrzycę, w sposób nieprawidłowy i zagrażający życiu i zdrowiu ma charakter zachowań ryzykownych. W związku z tym, że zachowania ryzykowne stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia nastolatków, pierwszorzędowe znaczenie mają działania profilaktyczne i zapobiegające lub nawet przerywające omawiane zachowania. Są one na tyle trudne, że powinny rozpoczynać się od pracy nad prawidłowym kształtowaniem więzi w pierwszych miesiącach życia i towarzyszyć w całym procesie wychowawczym dziecka, którego jednym z istotnych celów byłoby wyznaczanie właściwych granic dla zachowań dzieci. Mimo to warto wdrożyć postępowanie podobne, jak przy zachowaniach autoagresywnych, co zostało wyżej opisane.

Zaburzenia zachowania

Zaburzenia te charakteryzują się powtarzającym się wzorcem aspołecznego, agresywnego i buntowniczego zachowania, które powinno prowadzić do poważnego naruszenia adekwatnych dla wieku oczekiwań społecznych [tab.7]. Charakter zachowań należy ocenić, odnosząc je do etapu rozwoju dziecka, musi więc być czymś więcej niż tylko zwykłą dziecięcą złośliwością i młodzieńczym buntem oraz mieć względnie trwały charakter (sześć miesięcy lub dłużej). Cechy zaburzonego zachowania mogą być również przejawem innych zaburzeń psychicznych, dlatego też konieczna jest długoterminowa obserwacja psychiatryczna. Zaburzenia

zachowania mogą być ograniczone jedynie do środowiska rodzinnego. Mogą też przebiegać z nieprawidłowym procesem socjalizacji, w którym obserwuje się znacząco nieprawidłowe związki z innymi dziećmi. Inną formą są zaburzenia zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji, gdy obserwuje się dobrą integrację z grupą rówieśniczą. U dzieci poniżej 10 roku życia mogą występować w postaci zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, wówczas nie obserwuje się poważnych zachowań agresywnych. Im wcześniej pojawią się zaburzenia zachowania, tym gorsze rokowanie. Zaburzenia zachowania występujące w dzieciństwie zwiększają ryzyko rozwoju osobowości dys socjalnej oraz zaburzeń psychicznych (lękowych, depresyjnych, uzależnień, a nawet schizofrenii). Czynniki psychosocjalne: środowisko rodzinne, środowisko szkolne oraz grupy rówieśnicze mają wpływ na powstanie zaburzeń rozwoju psychofizycznego dziecka, a tym samym zaburzeń zachowania. Pomoc dzieciom z zaburzeniami zachowania jest złożonym zagadnieniem i zazwyczaj stanowi wyzwanie. Może być prowadzona w różnych miejscach w zależności od ciężkości objawów. Schemat szkolnych działań interwencyjnych wymaga analizy trudnego zachowania, a następnie podjęcia stosownych działań. W dalszej kolejności konieczna jest weryfikacja przeprowadzonych oddziaływań i w zależności od jej wyniku, modyfikacja działań lub podjęcie nowych. Po tej korekcie ponownie analizujemy trudne zachowanie i podejmujemy działania. Postępowanie wpisuje się w kołowy mechanizm działań.

Pamiętajmy

- Każde zachowanie można zmienić;
- Należy pracować w zespole, we współpracy z psychologiem, pedagogiem szkolnym;
- Ważne dobre zrozumienie trudnego zachowania i zespołowe opracowanie postępowania;
- Należy współpracować z zespołem wychowawczym i rodziną;
- Warto ustalenia spisywać w formie kontraktu;
- Nie trzeba się zrażać, jeśli nie uzyskamy szybkiej zmiany, pamiętajmy o kołowym mechanizmie działań;
- Korzystajmy z szeroko pojętej pomocy poza szkołą: poradni psychologiczno-pedagogicznych, poradni specjalistycznych, punktów konsultacyjnych.

Zaburzenie hiperkinetyczne,

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest jednym z najczęstszych zaburzeń diagnozowanych u dzieci i młodzieży. Rozpowszechnienie waha się od 3 do 5 % populacji ogólnej w wieku szkolnym, przy czym od 2 do 3 razy częściej chorują chłopcy. Zespół hiperkinetyczny to heterogenna grupa zaburzeń neurorozwojowych, która charakteryzuje się wczesnym początkiem, kombinacją objawów w zakresie nadruchliwości, słabo modulowanego zachowania, stałością występowania, niezależnie od sytuacji i utrzymywaniem się objawów na przestrzeni długiego czasu. Główne objawy odnoszą się do niemożności utrzymania uwagi w sytuacji zaangażowania poznawczego, tendencji do przerzucania się z jednej aktywności na drugą bez ukończenia którejkolwiek, z towarzyszącą zdezorganizowaną, nadmierną aktywnością ruchową. Dzieci z ADHD często są lekkomyślne, impulsywne, mają kłopoty z dyscypliną, ponieważ nie odraczają zachowania, są bardziej narażone na urazy i wypadki. Wśród rówieśników są niepopularne, a wobec dorosłych bywają niedostosowane, skracające dystans. Często współwystępują inne deficyty takie, jak specyficzne opóźnienia w zakresie rozwoju motorycznego, mowy, specyficzne trudności szkolne. Najczęściej leczone z powodu ADHD są dzieci w wieku od 6-9 lat. Wiek ten jest nieprzypadkowy, bo wówczas dzieci rozpoczynają edukację i problemy wynikające z objawów osiowych zaburzenia hiperkinetycznego (zaburzenia uwagi, nadruchliwość, impulsywność) uniemożliwiają ich funkcjonowanie w ramach systemu edukacyjnego. Nadpobudliwość psychoruchowa jest uważana za zaburzenie łamiące linię życiową. U dzieci z ADHD rozwijają się inne problemy emocjonalne i społeczne, mają niską samoocenę, często nie osiągają adekwatnego wykształcenia, częściej popadają w konflikty z prawem. Wczesna interwencja ukierunkowana na rozwiązywanie konfliktów rodzinnych i problemów rodzicielskich zapobiega niekorzystnemu rokowaniu w tym zaburzeniu. W leczeniu ADHD obowiązuje podejście multimodalne, które obejmuje:

- Edukację i informacje kierowane do dziecka i rodziców
- Wsparcie i interwencje w systemie rodzinnym
- Procedury behawioralne
- Interwencje w szkole i strategię radzenia sobie
- Leczenie farmakologiczne

Całościowe zaburzenia rozwojowe

Autism Spektrum Disorder ASD; Zaburzenia ze spektrum autyzmu

Całościowe zaburzenia rozwojowe albo zaburzenia ze spektrum autyzmu charakteryzują się różnym stopniem upośledzenia umiejętności komunikacyjnych, relacji społecznych oraz sztywnymi, powtarzalnymi i stereotypowymi wzorcami zachowania. Należą do nich: autyzm dziecięcy, zespół Aspergera, zespół Retta, dziecięce zaburzenia dezintegracyjne oraz autyzm atypowy. Grupa tych zaburzeń obejmuje zespoły o różnym nasileniu objawów. Najcięższe postacie to autyzm dziecięcy do lżejszych opisanych jako zespół Aspergera. Do rozpoznania autyzmu najczęściej dochodzi około czwartego roku życia, a więc w wieku przedszkolnym, chociaż objawy występują już w okresie niemowlęcym. Przyczyną konsultacji specjalistycznych jest brak postępu w rozwoju i narastające trudności wychowawcze i społeczne. Pierwszy kontakt ze specjalistą dzieci z zespołem Aspergera często wiąże się z rozpoczęciem nauki w szkole, ale wiele osób z tym zaburzeniem radzi sobie w nauczaniu młodszo szkolnym, a problemy zaczynają się w starszych klasach, kiedy od dziecka oczekuje się większej samodzielności i sprawnego radzenia sobie w grupie rówieśniczej. Obok wyżej wymienionych objawów dzieci te są zafascynowane światem swoich zainteresowań, są naiwne, bez dystansu, mówią co myślą, nie potrafią prawidłowo odczytać intencji innych osób. Zwraca uwagę ich odmienność od rówieśników co powoduje, że często stają się ofiarami przemocy i wykorzystywania. ASD jest zaburzeniem przewlekłym w związku z tym charakter objawów zmienia się w zależności od fazy rozwojowej dziecka. Zwykle pogorszenie funkcjonowania występuje w okresach wymagających adaptacji do nowych sytuacji: zmiana szkoły związana z kolejnym poziomem edukacji, okres dojrzewania, przejście z roli ucznia do roli studenta. Szczególnie dużym wyzwaniem dla młodzieży z ASD jest okres dojrzewania. Obserwuje się wówczas współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, bardzo często depresji oraz tendencji autoagresywnych, myśli i tendencji samobójczych. Uczniowie z rozpoznaniem zaburzeń ze spektrum autyzmu wymagają szczególnej opieki, która powinni obejmować opracowane dla nich programy edukacyjno-terapeutyczne, ale także bezpieczeństwa w szkole.

W przypadku podejrzenia wyżej opisanych zaburzeń nigdy nie należy formułować rozpoznania przed specjalistycznymi konsultacjami, tym bardziej, że postępowanie diagnostyczne wymaga doświadczenia. Należy jednak wspierać rodziców i dzieci w wyjaśnieniu trudności, które zaobserwowano w szkole i wskazać miejsca, gdzie mogą otrzymać stosowną pomoc.

Zaburzenia jedzenia

Zaburzenie odżywiania pojawia się wtedy, gdy jedzenie i masa ciała stają się centralnymi obiektami zainteresowania, którym podporządkowana zostaje cała aktywność jednostki. Postawy i zachowania dotyczące odżywiania stanowią wówczas swojego rodzaju ekspresję niezaspokojonych potrzeb psychicznych. Do najczęściej występujących zaburzeń odżywiania zalicza się jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa) i żarłoczność psychiczną (bulimia nervosa), trzecim dość często występującym zaburzeniem jest kompulsywne objadanie się.

Jadłowstręt psychiczny to przewlekłe zaburzenie o największej śmiertelności, wynoszącej od 5% do 20%, ze wszystkich zaburzeń psychicznych. W anoreksji dochodzi do zmniejszenia dobowej ilości przyjmowanych kalorii w stosunku do potrzeb organizmu z powodu silnej obawy przed zwiększeniem masy ciała nawet wówczas, gdy gwałtowny spadek wagi doprowadził do znacznego wyniszczenia. Charakterystyczne są też zaburzenia myślenia i postrzegania swojej sylwetki. Osoby uważają, że są zbyt grube i podejmują różne działania, aby nadal zmniejszać masę ciała. Należą do nich: intensywne ćwiczenia, używanie środków moczopędnych i przeczyszczających, wymioty. Najczęściej chorują dziewczęta między 14. a 18. rokiem życia.

- Jeżeli wystąpi gwałtowny spadek wagi u dziecka, wymaga ono pilnej konsultacji lekarskiej.
- Rodzice wymagają rzeczowej informacji związanej z bezpośrednim powodem pilnej konsultacji lekarskiej.
- Pamiętajmy, że wyniszczenie w jadłowstręcie psychicznym może prowadzić do śmierci.
- Należy traktować taki stan, jak zagrożenie życia.

Żarłoczność psychiczna to zaburzenie, w którym dąży się do schudnięcia stosując głodówki, ćwiczenia, wymioty, środki przeczyszczające, ale równocześnie występują napady objadania. Podczas takich sytuacji traci się kontrolę nad jedzeniem, nie można zaprzestać jedzenia i zapanować nad tym ile i co zjada się. Po napadzie objadania znów występują wyżej opisane zachowania kompensacyjne. W zaburzeniu tym również występuje obawa przed przytyciem, ze stałym dążeniem do utrzymani wagi wyraźnie niższej niż prawidłowa dla danej osoby. Podejrzenie intensywnych wymiotów może nasunąć występowanie pęknięć śluzówek i skóry w okolicach kąćków ust, uszkodzenia szkliwa zębów, urazy jamy ustnej, zmiany na skórze grzbietowej części dłoni.

- Należy pamiętać, że intensywne wymioty mogą prowadzić do poważnych powikłań, z powodu zaburzenia gospodarki elektrolitowej, głównie niedoboru potasu, co może skutkować niebezpiecznymi dla życia zaburzeniami rytmu serca;
- Istnieje też niebezpieczeństwo poważnych uszkodzeń w obrębie jamy ustnej, przełyku, żołądka;
- Jeżeli występują podejrzenia intensywnych wymiotów konieczna natychmiastowa konsultacja lekarska.

Kompulsywne objadanie się – wynika z wewnętrznego przymusu, wiąże się m.in. z: nadmiernym spożywaniem wysokokalorycznych pokarmów, częstym stosowaniem różnorodnych diet odchudzających, powstrzymywaniem się od jedzenia w obecności innych osób, wycofywaniem się z życia towarzyskiego i aktywności fizycznej, postępującym zmęczeniem i brakiem energii. Ponieważ nie dochodzi do przeczyszczenia się ani ćwiczeń fizycznych, osoba systematycznie przybiera na wadze i staje się otyła. U dzieci może to być behawioralny wyraz deprivacji emocjonalnej, kompensowania w ten sposób napięcia powstałego w sytuacji braku wsparcia w środowisku. Szczególnego zainteresowania wymaga dziecko, które gwałtownie przybiera na wadze.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe, choroba afektywna dwubiegunowa ChAD, psychoza maniakalno-depresyjna, cyklofrenia,

Jest to grupa nawracających [zaburzeń psychicznych](#), w przebiegu których występują [zespoły depresyjne](#) i [maniakalne](#) lub [hipomaniakalne](#), rozdzielone (lub nie) [okresami bez objawów](#). 37% do 66% osób z ChAD zaczęło chorować między 13. a 19. rokiem życia. Jest to zaburzenie o wysokiej śmiertelności, około 15% umiera z powodu samobójstwa. Charakterystyczne objawy to: nadmierne podwyższenie nastroju (zwracające uwagę otoczenia), przekonanie o szczególnej ważności własnej osoby (zachowania wielkościowe), gonitwa myśli, zmniejszona potrzeba snu, pobudzenie seksualne (pomimo braku cech dojrzewania płciowego). U dzieci i młodzieży z ChAD obserwuje się bardzo szybką, nagłą zmianę faz (depresyjnej i maniakalnej). Częściej niż u dorosłych, u dzieci występuje wysoki poziom lęku i agresji. Rozpoznanie choroby afektywnej u młodych osób następuje z wieloma trudnościami. Dzieje się tak dlatego, że niektóre objawy ChAD i zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) mogą być podobne. Objawami wspólnymi dla obu schorzeń są: nadmierna drażliwość, ruchliwość, skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzenia koncentracji uwagi. Warto pamiętać, że [choroba afektywna dwubiegunowa](#) związana jest z zaburzeniami regulacji nastroju. Natomiast, ADHD jest problemem deficytu uwagi, nadaktywności i nieprawi-

dłowego funkcjonowania poznawczego. Większość objawów ChAD ma charakter postępujący, w przeciwieństwie do ADHD, w którym zaburzenia są bardziej zależne od występującej sytuacji.

- W każdej sytuacji podejrzenia, że zachowanie dziecka może odpowiadać ChAD należy pilnie zgłosić się do psychiatry i nie pozostawiać dziecka bez opieki ze względu na wysokie ryzyko samobójstwa.
- Mania nie zabezpiecza przed samobójstwem, bo u dzieci charakterystyczna jest bardzo szybka zmiana faz.

Schizofrenia

To ciężka choroba psychiczna najczęściej rozpoczynająca się między 18 a 35 rokiem życia, ale okres dojrzewania jest często czynnikiem spustowym dla rozwoju zaburzenia. Istnieje też odmiana choroby o wczesnym początku, rozpoczynająca się w dzieciństwie, ma ona wówczas charakter neurorozwojowy i niekorzystne rokowanie. W schizofrenii występuje zmienione chorobowo, nieadekwatne postrzeganie, przeżywanie i odbiór rzeczywistości. Chorzy mają upośledzoną zdolność krytycznej, realistycznej oceny własnej osoby, otoczenia, relacji z innymi. Ryzyko zachorowania w ciągu życia wynosi 1%. Początek może być nagły (choroba rozwija się ciągu kilku dni, tygodni) lub stopniowy z objawami narastającymi przez miesiące, a nawet lata. Jest to choroba przewlekła, najczęściej trwająca do końca życia, wymagająca stałego, systematycznego leczenia psychiatrycznego. Wśród objawów charakterystycznych dla psychozy wymienia się: ciągłe zmęczenie, urojenia (najczęściej prześladowcze), słyszenie głosów, apatię, uczucie pustki z utratą zainteresowań, różnego rodzaju omamy, zaburzenia myślenia, postrzegania, zamknięcie się w sobie, zaburzenia aktywności ruchowej i wiele innych

- Jeżeli zachowanie dziecka jest dziwne i niezrozumiałe dla otoczenia, a dodatkowo uległo wyraźnej zmianie, wymaga ono natychmiastowej konsultacji psychiatrycznej.
- Należy pamiętać, że ryzyko samobójstwa wśród chorych na schizofrenię wynosi 10% i jest większe u młodzieży, szczególnie u chłopców.
- Należy pamiętać o art. 21 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, umożliwiającej badanie psychiatryczne w sytuacji zagrożenia życia bez zgody pacjenta i jego rodziców.

Podsumowanie

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w znacznym stopniu zależy od najbliższego otoczenia, rodziny i szkoły. Dlatego też szkoła nie jest tylko miejscem zdobywania wiedzy, ale środowiskiem mający ogromny wpływ na rozwój emocjonalny i społeczny uczniów. Jeżeli uda się zbudować więź ze szkołą, będzie w niej panował pozytywny klimat w relacjach między

uczniami, uczniami i nauczycielami oraz przyjazna atmosfera, uczeń będzie miał okazję do poznania swoich zasobów i przeżycia sukcesu, a także zapewnione bezpieczeństwo, to zostanie skonstruowana baza chroniąca dzieci i młodzież przed rozwojem problemów w zakresie zdrowia psychicznego. Jest to wielkie wyzwanie wymagające zaangażowania i bliskiej współpracy osób związanych z systemem edukacji, opieki medycznej i społecznej. Pielęgniarka szkolna porusza się między tymi systemami. Jej wiedza, kompetencje i umiejętności interpersonalne z jednej strony pozwalają na szybką interwencję w przypadku problemów zdrowotnych u uczniów, z drugiej strony umożliwiają współdziałanie między systemami w celu zapewnienia jak najskuteczniejszej pomocy. Problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w wieku szkolnym opisane w tym rozdziale nie wyczerpują wszystkich zagadnień jakie należałoby poruszyć, choćby problemów ze zdrowiem psychicznym dzieci przewlekłe chorujących somatycznie, dlatego podaję kilka ogólnie dostępnych podręczników z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży umożliwiających dalsze poszerzenie swojej wiedzy. System opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą nie do końca spełnia stawiane przed nim wymagania, ale w sytuacji zagrożenia życia każde dziecko musi być skonsultowane choćby w izbie przyjęć najbliższego szpitala psychiatrycznego.

Piśmiennictwo:

1. Psychiatria dzieci i młodzieży red. Namysłowska I., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, wyd. II;
2. Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci, red. Wolańczyk T., Komender J., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013;
3. Ryzyko samobójstwa u młodzieży. Diagnoza, terapia, profilaktyka., Gmitrowicz A., Młodzieniec A., Makara-Studzińska M., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2015;
4. Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole., Wycisk J., Ziółkowska B., Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010
5. Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka. Red. Kołakowski Artur, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ UCZNIÓW: PROFILAKTYKA I INTERWENCJA - Krzysztof Ostaszewski

Substancje psychoaktywne

Substancje psychoaktywne to substancje chemiczne zarówno pochodzenia naturalnego jak i syntetycznego, które mają zdolność wywoływania doraźnych zmian w stanie psychicznym ludzi i zwierząt, a także w ich zachowaniu. Należą do nich przede wszystkim alkohol, nikotyna, różnorodne substancje określane potocznie jako narkotyki, nowe substancje psychoaktywne (znane jako dopalacze) oraz niektóre leki, na przykład leki nasenne lub uspokajające. W definicjach substancji psychoaktywnych akcentowane są przede wszystkim dwie ich cechy: właściwość doraźnego modyfikowania niektórych funkcji organizmu oraz zdolność powodowania uzależnienia jako odroczonej w czasie konsekwencji używania.

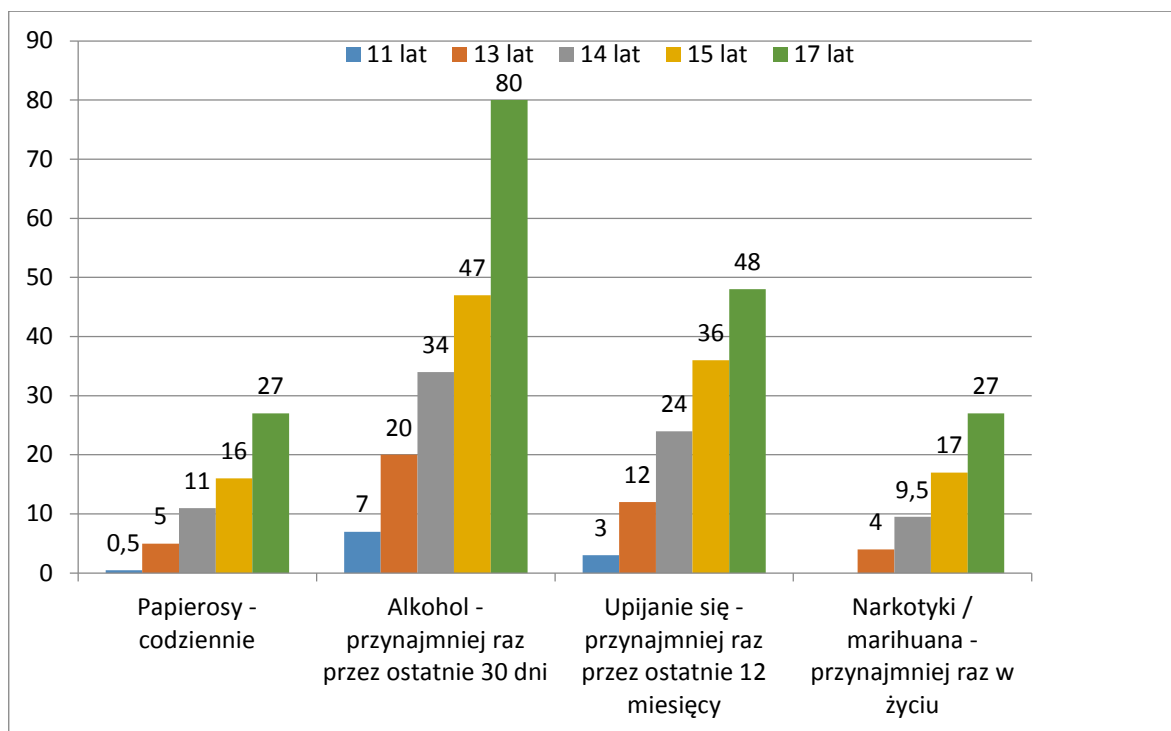
Z medycznego punktu widzenia są to substancje farmakologicznie czynne. Mają one zdolność do przerywania lub modyfikowania przekazywania chemicznego pomiędzy neuronami, czyli podstawowymi komórkami układu nerwowego człowieka. W ten sposób działają na ośrodkowy układ nerwowy (o.u.n) oraz poprzez nerwy obwodowe na inne organy wewnętrzne. Dzięki temu przyjmowanie tych substancji może wywoływać pożądane zmiany w samopoczuciu, czujności i wydolności organizmu, oraz jego niektórych funkcjach poznawczych. Skutki działania tych substancji zależą jednak od wielu czynników, takich jak: dawka, postać i sposób przyjmowania. Wpływ na pożądane (lub niepożądane) efekty ma również stan psychiczny osoby przyjmującej dany środek, jej oczekiwania, uprzednie doświadczenia oraz okoliczności, w jakich stosuje się tę substancję.

Substancje psychoaktywne mają odmienny skład chemiczny, działanie, historię, status prawny, stopień społecznej akceptacji, skutki społeczne i zdrowotne itd. W pewnym uproszczeniu można je podzielić na cztery duże grupy ze względu na dominujący typ działania na ośrodkowy układ nerwowy: (1) substancje o działaniu hamującym, (2) pobudzającym, (3) halucynogennym i (4) mieszanym. Do substancji o działaniu *hamującym* zaliczane są opioidy (opium, heroina, morfina, metadon), syntetyczne środki uspokajające (barbiturany, benzodiazepiny), a także alkohol etylowy i substancje lotne (kleje, rozpuszczalniki). Substancje, które działają *pobudzająco* na układ nerwowy, to przede wszystkim: kokaina, nikotyna, kofeina i pochodne amfetaminy. W grupie substancji o działaniu *halucynogennym* wymienia się LSD, przetwory konopi indyjskich (marihuana, haszysz, olej haszyszowy), meskalinę i psylocybinę (zawartą w niektórych gatunkach grzybów). Do substancji o działaniu mieszanym zaliczamy, na przykład, MDMA (znaną jako ekstazy) lub mefedron będący składnikiem wielu dopalaczy.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 dzieli substancje psychoaktywne na dziesięć grup: (1) alkohol, (2) opioidy, (3) kanabinoły będące składnikami konopi indyjskich, (4) leki uspokajające i nasenne, (5) kokaina, (6) inne niż kokaina substancje pobudzające, (7) substancje halucynogenne, (8) tytoń, (9) lotne rozpuszczalniki organiczne oraz (10) różne narkotyki przyjmowane jednocześnie oraz inne substancje psychoaktywne (np. dopalacze), ze względu na charakterystykę zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wywoływanych przez te substancje.

Kontekst rozwojowy, zdrowotny i szkolny

Prawidłowości rozwojowe. Substancje psychoaktywne bardzo ciekawią młodych ludzi. Sięgając po „owoce zakazane” młodzi ludzie ryzykują zdrowie i bezpieczeństwo, ale też uczą się niezależności od rodziców i innych dorosłych. W ten sposób przygotowują się do zadań dorosłości. Próbowanie tych substancji wspólnie z rówieśnikami jest dość powszechnie uważane za część normalnego rozwoju psychospołecznego w okresie dojrzewania. Te zachowania rozwijają się w ciągu drugiej dekady życia, czyli w okresie nauki w starszych klasach szkoły podstawowej oraz w szkole średniej. Na przykład, wiemy, że odsetek uczniów palących papierosy codziennie rośnie wraz z wiekiem z poziomu ok. 0,5% w wieku 11 lat poprzez 5% w wieku 13 lat, 11% w wieku 14 lat i 16% w wieku 15 lat, osiągając w wieku 17 lat poziom ok. 27%. Podobny schemat zależności dotyczy picia i nadużywania alkoholu oraz używania marihuany i haszyszu, rycina 1. Okres dojrzewania i tzw. wczesnej dorosłości, w porównaniu do innych okresów życia człowieka charakteryzuje się największą dynamiką wzrostu wskaźników używania popularnych substancji psychoaktywnych. Dopiero po wejściu w dorosłość, kiedy młodzi ludzie podejmują pracę zawodową, zakładają rodziny i stają się rodzicami, poziom używania substancji psychoaktywnych zmniejsza się w istotny sposób lub stabilizuje na stałym poziomie. Nie dotyczy to jednak osób, które w okresie młodzieńczym utraciły kontrolę na używaniem substancji psychoaktywnych, czyli uzależniły się lub rozwinęły szkodliwy wzorzec ich używania.



Rycina 1. Zmiany w paleniu papierosów, piciu alkoholu, upijaniu się, używaniu narkotyków/marihuany w okresie od 11 do 17 roku życia.

Skutki dla zdrowia i bezpieczeństwa. Picie alkoholu, palenie papierosów, używanie narkotyków i innych substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież w wieku szkolnym rzutuje niekorzystnie na ich stan zdrowia i bezpieczeństwo. Istotnie zwiększa ryzyko takich problemów zdrowotnych jak: zatrucia, infekcje, uszkodzenia narządów wewnętrznych, zaburzenia psychiczne, próby samobójcze, uzależnienia. Sprzyja podejmowaniu zachowań niebezpiecznych dla życia i zdrowia. Do nich należą, na przykład, skoki do wody w niebezpiecznych miejscach, podejmowanie przedwczesnych i ryzykownych kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia lub/i z przypadkowym partnerem, jazda samochodem z pijanym kierowcą, upadki z wysokości, itd. Używanie narkotyków, poza konsekwencjami dla zdrowia, naraża młodych ludzi na konflikty z prawem, które przy niekorzystnym rozwoju wydarzeń mogą skutkować poważnymi konsekwencjami dla linii życiowej młodego człowieka. Uczniowie pijący alkohol lub przyjmujący narkotyki nie tylko łamią normy i zakazy dorosłych, ale przede wszystkim narażają się na ryzyko, które może na trwałe zachwiać ich zdrowiem, karierą szkolną lub zawodową, a w konsekwencji wyraźnie pogorszyć jakość całego ich życia. W ostatnich kilkunastu latach do listy zagrożeń dołączyły nowe substancje psychoaktywne, czyli tzw. dopalacze. Używanie dopalaczy, stało się nowym i trudnym do kontrolowania źródłem zagrożeń dla zdrowia i życia młodego pokolenia.

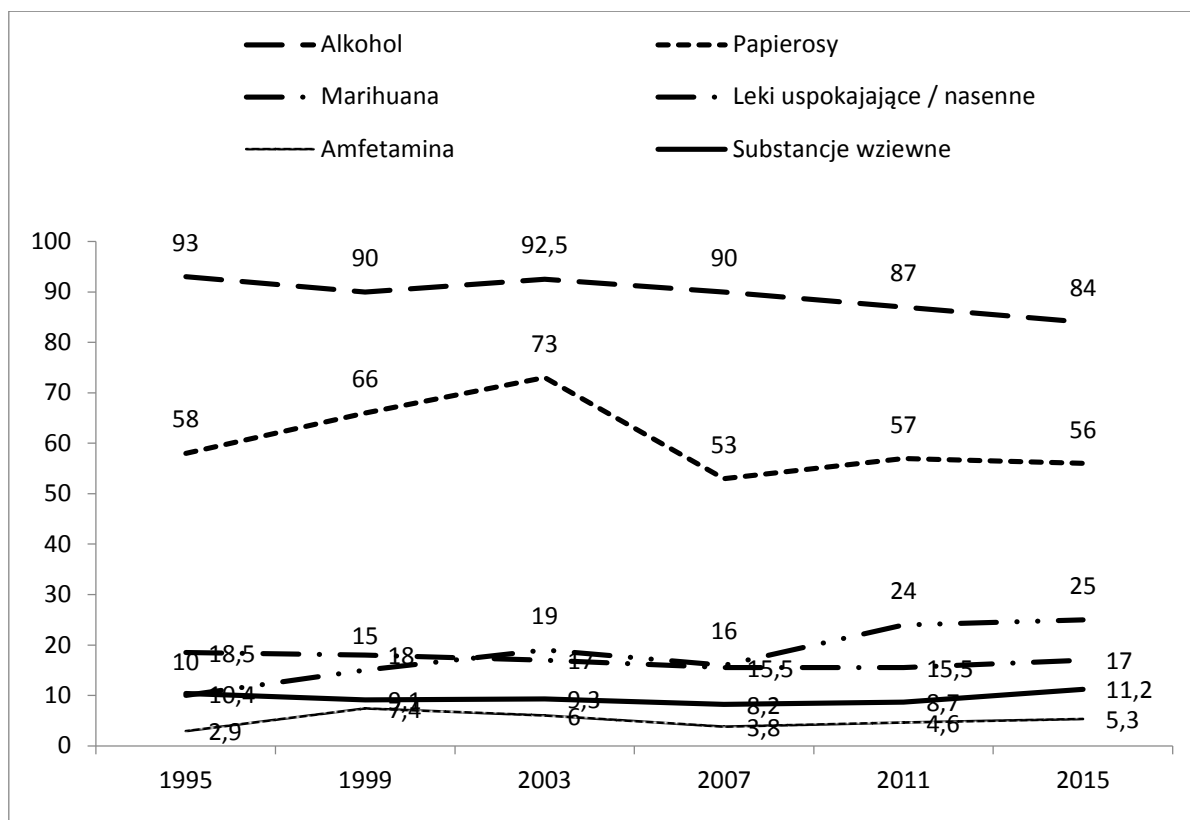
Skutki dla edukacji szkolnej i prawidłowego rozwoju. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną często prowadzi do nasilenia problemów szkolnych, takich jak: ucieczki z lekcji, wagary, niskie oceny i najróżniejsze przejawy zaburzeń zachowania. Ten rodzaj problemów utrudnia realizację obowiązku szkolnego, a w przypadku nasilonych problemów (substancje + problemy w szkole) odpowiada za skierowanie ucznia na specjalne ścieżki edukacyjne dla młodych ludzi nieprzystosowanych społecznie (do Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych, Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapii lub Ośrodków Terapii Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży). Wiele wskazuje na to, że problemy szkolne uczniów (np. brak postępów w nauce, negatywna ocena z zachowania) sprzyjają używaniu substancji psychoaktywnych, a używanie substancji utrudnia wywiązywanie się z obowiązków szkolnych. Te dwa obszary powiązanych ze sobą problemów stanowią znaczne zagrożenie dla prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży szkolnej. Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych zwykle ogranicza możliwość uzyskania odpowiedniego wykształcenia oraz dobrego przygotowania do zadań dorosłości.

Skala problemu wśród młodzieży w wieku szkolnym

Źródłem wiedzy na temat rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej są przede wszystkim ogólnopolskie badania ankietowe w całości poświęcone tej problematyce. Najbardziej znane jest badanie ESPAD⁶, w którym uczestniczą uczniowie z dwóch grup wiekowych: 15 i 17 lat. Wiarygodne dane pochodzą z badania HBSC⁷, które monitoruje zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w trzech grupach wiekowych (11, 13 i 15 lat). Oba projekty badawcze prowadzone są cyklicznie co cztery lata od ponad 20 lat. Rycina 2 przedstawia rozpowszechnienie najczęściej używanych przez młodzież szkolną w Polsce substancji psychoaktywnych: alkoholu, nikotyny, marihuany, leków nasennych i uspokajających, różnych substancji lotnych o działaniu psychoaktywnych (np. benzyna, kleje itp.) oraz amfetaminy. Rycina ta pokazuje, jak w ciągu ostatnich 20 lat zmieniało się rozpowszechnienie używania substancji wśród 15-letniej młodzieży na podstawie wskaźnika - przynajmniej jednoznaczne użycie substancji w życiu.

⁶Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Narkotyków (ESPAD) koordynowany przez Szwedzką Radę ds. Informacji o Alkoholu i Narkotykach oraz Grupę Pompidou.

⁷Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej wykonywane pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia – *Health Behaviour in School-Aged Children. A WHO Cross-National Study* (HBSC).



Rysunek 1. Zmiany w rozpowszechnieniu najczęściej używanych substancji psychoaktywnych wśród 15-16-letniej młodzieży. Wskaźnik - kiedykolwiek w życiu. Źródło: badania ESPAD (Sierosławski, 2015).

Alkohol jest zdecydowanie najczęściej używaną substancją psychoaktywną przez młodzież w Polsce. Spora grupa nastolatków po raz pierwszy sięga po alkohol między 11 a 13 rokiem życia. Wśród 11-latków 25% chłopców i 14% dziewcząt próbowało już napojów alkoholowych, a w grupie 13-latków około 40% chłopców i dziewcząt przyznaje, że piło już alkohol. Wśród 17-18-latków już tylko ok. 5-8% nigdy nie próbowało alkoholu. Najbardziej popularnym napojem alkoholowym jest piwo. Częste picie alkoholu (przede wszystkim piwa) deklarowało ok. 50% 15-latków i ponad 80% 17-latków. Częste upijanie się – ok. 12% 15-latków i ok. 20% 17-latków. Kłótnie, wypadki, bójki, utrata cennych rzeczy, seks bez zabezpieczenia, prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu są najczęstszymi konsekwencjami nadużywania alkoholu przez młodzież. Mniej więcej od 2007 roku obserwuje się stopniowe zmniejszanie różnych wskaźników picia alkoholu wśród 15-letniej młodzieży, co można ostrożnie przypisać wielokierunkowym działaniom profilaktycznym prowadzonym przez szkoły i placówki oświatowe, samorządy, kościoły i grupy wyznaniowe oraz organizacje pozarządowe.

Nikotyna jest drugą co do stopnia rozpowszechnienia substancją psychoaktywną używaną przez młodzież szkolną. Pierwsze eksperymenty z paleniem tytoniu podobnie jak próby z alkoholo-

lem stosunkowo często rozpoczynają się przed 13 rokiem życia. Ponad połowa młodzieży w wieku 15-lat (52%) paliła papierosy przynajmniej raz w życiu. Odsetek 15-letniej młodzieży, która pali papierosy codzienne, sięga ok. 10%, a takiej, która pali papierosy regularnie (co najmniej raz w tygodniu i częściej) wynosi ok. 15%. W ciągu ostatnich 20 lat wskaźniki palenia papierosów przez młodzież szkolną wyraźnie się zmniejszyły. Ten spadek należy przypisać większej świadomości zagrożeń związanych z paleniem tytoniu oraz konsekwentnej polityce państwa, które w ostatnich 20 latach zlikwidowało reklamę papierosów, wprowadziło szereg przepisów utrudniających dostęp do papierosów oraz ograniczyło przestrzeń publiczną, w której można palić tradycyjne papierosy i e-papierosy.

Marihuana/haszysz. Trzecim najczęściej używanym przez młodzież rodzajem substancji psychoaktywnych są przetwory konopi -marihuana lub/i haszysz. Są to substancje nielegalne. Ich posiadanie i używanie naraża młodego człowieka na konflikt z prawem. Niewielka grupa uczniów zaczyna interesować się marihuaną pomiędzy 13 i 14 rokiem życia. Szacuje się, że około 25% młodzieży 15-letniej i 43% młodzieży w wieku 17lat próbowała przynajmniej raz w życiu tych substancji, a około 10-15% używa tych narkotyków stosunkowo często, czyli przynajmniej raz w miesiącu. W ciągu ostatnich 20 lat grupa młodzieży szkolnej, która sięga po ten narkotyk wyraźnie się zwiększyła. Towarzyszy temu łagodniejsza ocena ryzyka używania marihuany oraz większa dostępność tego narkotyku wśród młodzieży. Istotną rolę odgrywa również zmieniający się klimat społeczny wokół marihuany, który stopniowo przygotowuje grunt dla uznania marihuany jako jeszcze jednej używki.

Leki nasenne i uspokajające. Młodzież szkolna w Polsce stosunkowo często sięga po leki psychoaktywne (np. środki nasenne, uspokajające) bez zlecenia lekarza. Dotyczy to około 17% 15-latków i ok. 18% 17-latków, przy czym, wskaźniki używania tych leków są mniej więcej dwukrotnie wyższe wśród dziewcząt. Rosnącym problemem jest także używanie przez młodzież leków przeciwbólowych w celu odurzenia. W 2015 roku ok. 7% 15-letniej młodzieży przyznało się do używania leków przeciwbólowych w tym celu. Jedną z przyczyn stosunkowo częstego sięgania przez młodzież po rozmaite leki psychoaktywne jest ich duża dostępność. U podłoża tych procesów leży gwałtowny rozwój rynku leków dostępnych bez recepty, jaki dokonał się w latach transformacji. Do używaniu leków bez zlecenia lekarza zachęcają również różne formy reklamy, na którą zezwolono w 1994 roku.

Dopalacze i substancje wziewne. Stosunkowo nowym problemem jest używanie przez młodzież nowych substancji psychoaktywnych, czyli tzw. dopalaczy. Około 10-12% młodzieży w wieku 15-17 lat deklaruje, że przynajmniej raz w życiu używała tego typu substancji psy-

choaktywnej, a ok. 3-4% młodzieży w tym wieku często sięga po dopalacze. Farmakologiczne czynnymi składnikami dopalaczy są nowe substancje chemiczne o nieznanym (niezbadałym) działaniu. Ich użycie naraża młodych ludzi na trudne do przewidzenia skutki zdrowotne. Nie wiadomo też, jak leczyć takie zatrucia. Dlatego postępowanie lecznicze w przypadku zatrucia dopalaczami jest prawdziwym wyzwaniem dla lekarzy toksykologów.

Rozpowszechnienie używania substancji lotnych (kiedykolwiek w życiu) jest bardzo podobne do rozpowszechnienia używania dopalaczy, wynosi ok. 10% wśród młodzieży do 15 roku życia. Zarówno dopalacze jak i substancje lotne odznaczają się wysoką toksycznością oraz podobnym statusem prawnym (nie są zdelegalizowane). Dopalacze są niebezpieczne dla zdrowia i życia ich użytkowników, ale nie ma racjonalnych powodów, aby traktować dopalacze jako jakieś wyjątkowe zagrożenie. Wdychanie benzyny lub waczenie klejów przez nastolatków stwarza bardzo podobne zagrożenie dla zdrowia i życia młodzieży szkolnej w Polsce.

Amfetamina i inne „twarde” narkotyki. Około 5-8% uczniów w wieku 15-17 lat sięga po amfetaminę. Jest to najprawdopodobniej związane z przekonaniem żywionym przez niektórych młodych ludzi, że amfetamina pomaga w nauce i zdawaniu egzaminów. Pozostałe „twarde” narkotyki, takie jak heroina, kokaina, LSD, MDMA są zdecydowanie rzadziej używane przez młodzież szkolną. Ich rozpowszechnienie (kiedykolwiek w życiu) w grupie 15-17-latków kształtuje się na poziomie 5% i poniżej. Stosunkowo niskie wskaźniki używania twardej narkotyków są efektem jednoznacznych przepisów prawa oraz społecznego braku akceptacji dla używania tych substancji. Używanie narkotyków jest spostrzegane przez większość społeczeństwa, w tym także przez młodzież szkolną, jako coś bardzo niebezpiecznego i niezdrowego. Polityka państwa i regulacje prawne wspierają te postawy.

Profilaktyka wśród uczniów z grupy ryzyka

Profilaktyka to zapobieganie problemom zanim one powstaną, a także zmniejszanie negatywnych skutków istniejących już problemów. Do pielęgniarki szkolnej mogą zgłaszać się uczniowie, którzy borykają się już z niektórymi konsekwencjami używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych. To może być zwykły kac po imprezie alkoholowej. Lęki, zaburzenia świadomości, rozkojarzenie, obniżony nastrój, próby samobójcze, uszkodzenia ciała po używaniu narkotyków. Uszkodzenia ciała po bójce podjętej pod wpływem alkoholu. Objawy przemęczenia i niewyspania, zaczerwienione oczy, itd. Pielęgniarka szkolna z racji swoich rutynowych obowiązków ma dużo większe szanse na zidentyfikowanie uczniów z grupy zwiększonego ryzyka niż przeciętny nauczyciel. Do tych obowiązków należą (np. interwencje

wobec uczniów, którzy się źle poczuli, przyszli do gabinetu po leki przeciwbólowe, po zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego, zostali wysłani przez wychowawcę z powodu dziwnego lub podejrzanego zachowania itd.). Pielęgniarka zazwyczaj rozmawia indywidualnie z uczniem potrzebującym/ szukającym pomocy. Jest więc w sytuacji, która umożliwia dopytanie ucznia o problemy w szkole, kłopoty domowe, stan zdrowia i stosowanie używek. Umiejętnie postawione pytania mogą pomóc uczniowi wypowiedzieć skrywane problemy, ponieważ gabinet pielęgniarki korzysta z klimatu zaufania i poufności, jaki zwykle towarzyszą placówkom ochrony zdrowia.

Do działań interwencyjnych kwalifikują się uczniowie, którzy nadużywają alkoholu (upijają się), palą regularnie papierosy, nadużywają leków przeciwbólowych, eksperymentują z marihuaną, dopalaczami i innymi narkotykami. W przypadku dzieci i młodzieży w wieku szkolnym mamy najczęściej do czynienia z **ryzykownym lub problemowym** używaniem substancji psychoaktywnych. Uzależnienie od alkoholu lub narkotyków zdarza się zdecydowanie rzadziej, choć w przypadku nikotyny dotyczy sporej grupy nastolatków.

Przez **ryzykowne picie alkoholu lub używanie narkotyków** rozumie się podejmowanie niepotrzebnego ryzyka w związku z używaniem substancji psychoaktywnej. W tym kontekście wymienia się przede wszystkim prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem substancji, skoki do wody i pływanie w niedozwolonych miejscach, wszczynanie bójek, podejmowanie życia seksualnego z przypadkowym partnerem/partnerką, zabawy na dużych wysokościach itd. Te i inne zachowania podejmowane pod wpływem są przyczyną wypadków i urazów, które mogą prowadzić do śmierci lub niepełnosprawności młodych ludzi.

Przez problemowe używanie substancji psychoaktywnych rozumie się taki wzorzec używania, który prowadzi do zmian w stylu życia i doświadczania przynajmniej jednego z szeregu problemów powodowanego przez używanie substancji. Problemy te mogą dotyczyć relacji z rodziną i z innymi ludźmi, problemów szkolnych, finansowych, konfliktów z prawem, problemów ze zdrowiem psychicznym lub somatycznym. W fachowym piśmiennictwie medycznym w odniesieniu do picia i nadużywania alkoholu mówi się o picciu szkodliwym, które wiąże się z ewidentnymi szkodami zdrowotnymi i społecznymi (np. chorobami wątroby, problemami gastrycznymi, konfliktami małżeńskimi, konfliktami z prawem itd.). Zakres znaczeniowy tego fachowego terminu w dużym stopniu pokrywa się ze znaczeniem terminu „używanie problemowe”. To ostatnie jest przede wszystkim wykorzystywane do określenia specyfiki problemów młodych ludzi nadużywających alkoholu.

Problemowemu używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież często towarzyszą problemy z nauką w szkole, wagary i ucieczki z lekcji. Wielu uczniów, którzy sięgają po substancje psychoaktywne, wychowuje się w domach, gdzie dorośli zaniedbują swoje obowiązki rodzicielskie, nadużywają alkoholu, kłócą się lub stosują wobec siebie przemoc. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych jest dla takich młodych ludzi sposobem na łagodzenie ostrego lub przewlekłego stresu wywoływanego przez konflikty rodzinne lub rozwód rodziców. Do niekorzystnych warunków rodzinnych często dołączają się indywidualne trudności lub deficyty dziecka (np. problemy z koncentracją uwagi, „trudny charakter” wyrażający się w nadmiernej impulsywności, nieustannym poszukiwaniu mocnych wrażeń, skłonności do zachowań ryzykownych). Te wszystkie czynniki zwiększają ryzyko problemów i trzeba je brać pod uwagę podejmując interwencję profilaktyczną.

Sytuacja młodych ludzi z grup zwiększonego ryzyka wymaga specjalnych oddziaływań edukacyjnych i profilaktycznych. Ten poziom działań określany jest jako profilaktyka **selektywna lub/i wskazująca**. W pracy z uczniami z grupy ryzyka przydatnym narzędziem jest zmodyfikowana dla potrzeb pielęgniarstwa **metoda interwencji profilaktycznej w szkole**. Celem interwencji jest powstrzymanie rozwoju ryzykownego lub problemowego używania substancji psychoaktywnych przez ucznia. Pielęgniarka prowadząca interwencję powinna mieć podstawową wiedzę na temat konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, sygnałów ostrzegawczych, także podstawowe umiejętności diagnostyczne i komunikacyjne. Poniżej zostały zapisane kluczowe elementy postępowania profilaktycznego z uczniami, u których rozpoznano ryzykowne lub problemowe używanie substancji psychoaktywnych:

- diagnoza pielęgniarstwa;
- plan opieki pielęgniarstwa szkolnej;
- indywidualna edukacja zdrowotna ucznia ryzykownie używającego oraz jego i rodziców;
- motywowanie ucznia używającego problemowo do konsultacji ze specjalistą;
- monitorowanie i ocena efektów działania lub napotkanych trudności.

Ponadto, trzy dodatkowe elementy o praktycznym znaczeniu dla interwencji profilaktycznej zostały dołączone:

- informacja o programach interwencji profilaktycznej i terapeutycznej oraz stronach internetowych przydatnych w pracy profilaktycznej pielęgniarstwa szkolnej;

- pytania diagnostyczne, które należy zadać, jeśli uczeń trafił do gabinetu pielęgniarki szkolnej w związku z piciem alkoholu;
- pytania diagnostyczne, które należy zadać, jeśli uczeń trafił do gabinetu pielęgniarki szkolnej w związku z używaniem narkotyków/dopalaczy/ leków.

Metoda interwencji profilaktycznej w szkole jest kluczowym elementem jednego z programów znajdujących się w **Systemie Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego**. System działa w Polsce od 2010 roku. Powstał we współpracy czterech instytucji: Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodka Rozwoju Edukacji oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Jego celem jest dbanie o jakość i skuteczność realizowanych działań profilaktycznych. Programy, które spełniają wysokie standardy jakości i mają ewaluację, zostają umieszczane w bazie programów rekomendowanych (więcej na ten temat znajdziesz na stronie <http://programyrekomendowane.pl/>). Na tych stronach znajduje się między innymi program profilaktyki wskazującej *Fred Goes Net*, o którym więcej w okienku poniżej pt. *Programy interwencji profilaktycznej i terapeutycznej oraz strony internetowe przydatne w pracy profilaktycznej pielęgniarki szkolnej*.

Diagnoza pielęgniarska

Rozmowa z uczniem:

Celem rozmowy jest zebranie informacji pozwalających ocenić, na ile zaawansowany jest problem, jaka jest motywacja ucznia do współpracy i jak dalej postępować (czy konieczne jest np. skierowanie ucznia do pedagoga szkolnego lub do poradni specjalistycznej poza szkołą. Na zakończenie spotkania uczeń zostaje poinformowany, że niezbędny jest kontakt z jego rodzicami w celu ustalenia dalszego postępowania.

Informacje od rodziców, wychowawcy klasy oraz pozyskane z dokumentacji zdrowotnej ucznia, np. karty badania profilaktycznego i/lub informacji od lekarza opiekującego się dzieckiem

Objawy, zachowanie:

- Uczeń upił się na wycieczce szkolnej,
- Uczeń używał marihuany lub innego narkotyku,
- Przyszedł do szkoły pod wpływem alkoholu,
- Złamał sobie rękę, kiedy jechał rowerem pod wpływem alkoholu,
- Przyszedł do pielęgniarki szkolnej po pomoc z objawami zatrucia alkoholowego,
- Przyszedł do pielęgniarki po pomoc z objawami lękowymi po użyciu narkotyku.

Rozpoznanie:

Ustalenie, czy używanie substancji psychoaktywnych ma charakter ryzykowny czy problemowy

1. Picie/ używanie ryzykowne – współpraca z rodzicami w celu zmiany wzoru ryzykownego zachowania
2. Picie/ używanie problemowe/ podejrzenie uzależnienia – skierowanie do poradni specjalistycznej i poinformowanie rodziców o konieczności podjęcia działań korekcyjnych /terapeutycznych w specjalistycznej placówce

Plan opieki pielęgniarki szkolnej

Postępowanie wobec ucznia, który używa substancji psychoaktywnych

1. W przypadku rozpoznania ryzykownego picia / używania innych substancji psychoaktywnych:

- Współpraca z wychowawcą klasy, informacje zwrotne,
- Edukacja zdrowotna ucznia i rodziców,
- Monitorowanie stanu zdrowia ucznia.

2. W przypadku rozpoznania problemowego picia /używania innych substancji psychoaktywnych lub podejrzenia uzależnienia od substancji:

- Współpraca z pedagogiem szkolnym lub placówką specjalistyczną,
- Rozmowa z rodzicami w celu poinformowania o konieczności pomocy specjalistycznej,
- Monitorowanie stanu zdrowia ucznia.

Indywidualna edukacja zdrowotna ucznia ryzykownie używającego oraz jego i rodziców

Rozmowa z uczniem

Rozmowa z uczniem, który używa substancji w sposób ryzykowny służy przede wszystkim motywowaniu go do zmiany zachowania. Uczeń powinien usłyszeć jasny komunikat, iż pomoc nie oznacza przyzwolenia ze strony pielęgniarki dla używania substancji psychoaktywnych lub związanych z tym innych zachowań ryzykownych. Ważnym elementem rozmowy jest przekazanie konkretnych informacji na temat bezpośrednich zdrowotnych skutków dalszego używania substancji psychoaktywnej w sposób ryzykowny. Przekazywanie tych informacji to jeden z czynników, które mają wzmacniać motywację ucznia do zmiany zachowania. Na zakończenie uczeń zostaje poinformowany o tym, że jego zachowanie będzie monitorowane we współpracy z rodzicami i ewentualnie z wychowawcą klasy lub pedagogiem szkolnym.

Decydujące znaczenie ma odpowiedni klimat spotkania i bardzo wyraźne podkreślenie, że celem rozmowy jest edukacja oraz pomoc w poradzeniu sobie z niewłaściwym (ryzykownym) zachowaniem.

Dlatego:

- staraj się zrozumieć punktu widzenia młodego człowieka bez wydawania krytycznych osądów i okazywania mu wrogości,
- kieruj rozmową tak, aby młody człowiek zdał sobie sprawę ze sprzeczności między jego zachowaniem a wartościami, które są dla niego ważne,
- okazuje wsparcie i zrozumienie dla sytuacji młodego człowieka,
- podkreślaj, że oczekiwana przez Ciebie zmiana (zaprzestanie ryzykownego używania substancji psychoaktywnych) lub kontynuowanie tych ryzykownych zachowań jest wynikiem decyzji młodego człowieka.

Rozmowa z rodzicem ucznia

Celem tej rozmowy jest ustalenie dalszego postępowania wobec dziecka. Pielęgniarka dzieli się swoimi spostrzeżeniami na temat sytuacji dziecka i przekazuje własną oceną zaawansowania problemu. Sugeruje przeprowadzenia rozmowy z dzieckiem, wyrażenie swojego zaniepokojenia i jasne określenie swoich oczekiwań wobec dziecka (zaprzestanie używania substancji psychoaktywnych). Rodzice otrzymują rzetelną informację o możliwych konsekwencjach zdrowotnych związanych z używaniem danej substancji psychoaktywnej oraz zalecenie utrzymywania systematycznego kontaktu ze szkołą (wychowawcą klasy, pedagogiem szkolnym) w celu monitorowania zachowania dziecka.

Motywowanie ucznia używającego problemowo do konsultacji ze specjalistą

Treść i forma edukacji

Młody człowiek zazwyczaj reaguje oporem, kiedy skłaniamy go do konsultacji w sprawie dla niego trudnej, w której czuje się bezradny (np. wtedy, kiedy pokazujemy mu, że nie jest w stanie poradzić sobie sam z piciem alkoholu lub używaniem narkotyków). Przejawami oporu może być m.in. milczenie, unikanie rozmowy, odpowiadanie na pytania „nie wiem”, „nie pamiętam”, pozorna współpraca z dorosłym, zmienianie tematu lub atakowanie rozmówcy.

Pomocne wskazówki poradzenia sobie z oporem

- Pamiętaj, że celem rozmowy jest wzbudzenie u ucznia motywacji do skorzystania z pomocy,
- Na początku rozmowy zasygnalizuj uczniowi, że widzisz potrzebę skorzystania przez niego z pomocy specjalisty,
- Podkreśl, że podejmowane przez Ciebie kroki są podyktowane troską o ucznia i jego zdrowie, a nie chęcią manifestowania swojej władzy czy kontroli,
- Staraj się opisywać konkretne sytuacje i sygnały, które wskazują na to, że potrzebna jest pomoc specjalisty (np. miałeś wypadek pod wpływem, wywołałeś bójkę, upiłeś się na wycieczce itd.),
- Wyjaśnij uczniowi, czego może spodziewać się po konsultacji ze specjalistą, jak prawdopodobnie będzie przebiegała rozmowa w poradni, o co może zapytać go psycholog / terapeuta,
- Postaraj się również odpowiedzieć na wszystkie pytania ucznia, które pojawią się w związku z planowanym spotkaniem z psychologiem lub terapeutą uzależnień,
- Zapewnij młodego człowieka, że specjalista jest po to, by mu pomóc, a nie po to, by go oceniać.

Rozmowa z rodzicem ucznia

Celem tej rozmowy jest zachęcenie rodzica do zapewnienia dziecku pomocy specjalistycznej i poinformowanie go gdzie i na jakich zasadach taka pomoc można uzyskać.

- Powiedz rodzicowi, że aby pomóc dziecku potrzebna jest konsultacja i pomocy specjalisty,
- Wyjaśnij, na jakich zasadach działa dana placówka specjalistyczna (odpłatnie/ nieodpłatnie), jakie dokumenty są wymagane,
- Przekaż rodzicowi konkretne informacje, gdzie ma się udać z dzieckiem na konsultację do specjalisty,
- Potwierdź gotowość do współpracy po uzyskaniu przez ucznia pomocy specjalistycznej.

Monitorowanie i ocena efektów działania lub napotkanych trudności

Współpraca z rodzicami (lub personelem szkoły) ma kluczowe znaczenie dla skuteczności interwencji. Niezbędne jest monitorowanie zachowań ucznia w szkole i reagowanie na próby ponownych zachowań ryzykownych. Wymaga to sprawnej wymiany informacji między pielęgniarką a rodzicami i ewentualnymi innymi uczestnikami interwencji (wychowawcą, pedagogiem szkolnym, specjalistą z zewnątrz). Niezbędne jest uzgodnienie sposobu łatwego kontaktu pielęgniarka –rodzice i inni partnerzy (telefon, e-mail).

Programy interwencji profilaktycznej i terapeutycznej oraz strony internetowe przydatne w pracy profilaktycznej pielęgniarki szkolnej

Punkty konsultacyjne programu Pomarańczowa Linia

Rodzice i opiekunowie, którzy niepokoją się o zdrowie i bezpieczeństwo swojego dziecka w związku z sięganiem przez nie po alkohol lub inne substancje psychoaktywne, mogą uzyskać pomoc w rozwiązaniu problemu poprzez program informacyjno-konsultacyjny *Pomarańczową Linie*. Do programu przynależy szereg placówek oferujących specjalistyczną pomoc skierowaną do nastolatków używających substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) oraz ich rodziców i opiekunów. Specjaliści pracujący w *Pomarańczowej Linii* udzielają informacji i konsultacji telefonicznych lub online

Pomoc telefoniczna: 801 140 068 (infolinia czynna od poniedziałku do piątku w godz. 14.00 – 20.00).

Pomoc online: pomoc@pomaranczowalinia.pl

Strona internetowa: www.pomaranczowalinia.pl

Ogólnopolska Poradnia Internetowa

Poradnia jest bezpłatnym serwisem pomocowym adresowanym do osób poszukujących informacji i pomocy w zakresie problematyki narkomanii. Świadczy pomoc on-line dla: osób używających narkotyków, osób uzależnionych od narkotyków, rodzin i bliskich osób z problemem narkotykowym. Rodzice (najliczniejsza grupa korzystających z poradni) mają możliwość zdobycia praktycznej wiedzy na temat szeroko rozumianej problematyki uzależnień, dowiedzieć się jak rozpoznać symptomy używania przez ich dzieci środków psychoaktywnych, jak rozmawiać z takim dzieckiem i gdzie szukać pomocy (baza placówek pomocowych).

Poradnia działa pod adresem www.narkomania.org.plna zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i jest finansowana ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Program profilaktyczny Fred Goes Net

Młodzi ludzie (w wieku 13 – 19 lat), którzy piją problemowo alkohol i/lub używają innych substancji psychoaktywnych mogą uzyskać pomoc w ramach programu *Fred Goes Net*. Jest to program wczesnej interwencji w związku z używaniem substancji psychoaktywnych przez osoby nastoletnie, upowszechniany i koordynowany przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. *Fred Goes Net* składa się z 8 godzin zajęć warsztatowych, prowadzonych w kilkuosobowych grupach oraz dwóch rozmów motywujących: wstępnej i końcowej. Uczestnicy m.in. poznają aspekty prawne związane z używaniem substancji psychoaktywnych, analizują swoje zachowanie związane z używaniem substancji psychoaktywnych, identyfikują osobiste czynniki ryzyka i czynniki chroniące przed używaniem substancji psychoaktywnych. Te działania służą zwiększeniu motywacji nastolatków do całkowitego lub częściowego ograniczenia używania substancji psychoaktywnych.

Lista placówek realizujących program wraz z danymi teleadresowymi znajduje się na stronie internetowej: www.programfred.pl

Program CANDIS

CANDIS to indywidualny, krótkoterminowy program terapeutyczny dla osób mających problemy z powodu używania marihuany lub haszyszu. W programie mogą uczestniczyć osoby powyżej 16 roku życia, które chciałyby ograniczyć lub zrezygnować z używania konopi. Program obejmuje z reguły 10 sesji trwających 90 min. każda, które realizowane są w ciągu od 2 do 3 miesięcy i mają charakter indywidualnych rozmów z terapeutą. Terapia jest bezpłatna. Program CANDIS jest wdrażany w Polsce przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Skuteczność programu CANDIS została potwierdzona w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Uniwersytet Techniczny w Dreźnie. <http://www.candisprogram.pl>

Pytania diagnostyczne, które należy zadać, jeśli uczeń trafił do gabinetu pielęgniarki szkolnej w związku z pićem alkoholu

Lp.	Czy w ostatnim roku:	TAK	NIE
1	Upiłeś się lub wyraźnie nadużyłeś alkoholu dwa razy lub więcej? Jeśli NIE – to nie zadajemy dalszych pytań i próbujemy wyjaśnić, co się stało. Jeśli TAK - to przechodzimy do dalszych pytań.	1	0
2	Bywałeś pijany albo byłeś „na kacu”, kiedy miałeś coś ważnego do zrobienia np. zadania związane ze szkołą lub obowiązki domowe? Jeśli to się zdarzyło, to czy miałeś problemy z tego powodu?	1 1	0 0
3	Robiłeś coś ryzykownego pod wpływem alkoholu (np. pływałeś w rzece / jeziorze, uprawiałeś seks bez zabezpieczeń, jechałeś rowerem, prowadziłeś samochód, obsługiwałeś jakieś maszyny)?	1	0
4	Popełniłeś jakieś wykroczenie lub przestępstwo pod wpływem alkoholu (np. ukradłeś coś ze sklepu, wybiłeś szybę, uderzyłeś kogoś, zostałeś zatrzymany przez policję lub straż miejską, otrzymałeś mandat lub pouczenie)?	1	0
5	Piłeś alkohol nawet w okresach, kiedy picie powodowało jakieś problemy w twoim życiu (problemy w nauce, problemy finansowe, utrata cennych rzeczy lub pieniędzy)	1	0
6	Czy piłeś alkohol nawet w okresach, kiedy picie powodowało inne kłopoty w relacjach z ludźmi (np. konflikty z rodzicami, lub nieporozumienia w kontaktach z osobami, na których Ci zależało)?	1	0
	1 pkt. – picie ryzykowne, zalecana edukacja i interwencja profilaktyczna 2-7 pkt. – picie „problemowe”, zalecana specjalistyczna diagnoza i postępowanie terapeutyczne	Liczba punktów	

Pytania diagnostyczne, które należy zadać, jeśli uczeń trafił do gabinetu pielęgniarki szkolnej w związku z używaniem narkotyków/dopalaczy/ leków

Lp.	Czy w ostatnim roku:	TAK	NIE
1	Czy używałeś narkotyków, dopalaczy lub leków więcej niż raz aby poczuć się lepiej lub poprawić sobie nastrój? Jeśli NIE – to nie zadajemy dalszych pytań i próbujemy wyjaśnić, co się stało.	1	0

	Jeśli TAK - to przechodzimy do dalszych pytań.		
	Jakie substancje były najczęściej przez Ciebie używane? Wpisz ich nazwę		
2	Byłeś pod wpływem tej substancji/ leków, kiedy miałeś coś ważnego do zrobienia np. zadania związane ze szkołą lub obowiązki domowe? Jeśli to się zdarzyło, to czy miałeś problemy z tego powodu?	1 1	0 0
3	Robiłeś coś ryzykownego pod wpływem tej substancji/ leków (np. pływałeś w rzece / jeziorze, uprawiałeś seks bez zabezpieczeń, jechałeś rowerem, prowadziłeś samochód, obsługiwałeś jakieś maszyny)?	1	0
4	Popełniłeś jakieś wykroczenie lub przestępstwo pod wpływem tej substancji / leków (np. ukradłeś coś ze sklepu, wybiłeś szybę, uderzyłeś kogoś, zostałeś zatrzymany przez policję lub straż miejską, otrzymałeś mandat lub pouczenie)?	1	0
5	Kontynuowałeś używanie nawet w okresach, kiedy powodowało to jakieś problemy w twoim życiu (problemy w nauce, problemy finansowe, problemy z policją, utrata cennych rzeczy lub pieniędzy)?	1	0
6	Kontynuowałeś używanie tej substancji nawet w okresach, kiedy powodowało to kłopoty w relacjach z ludźmi (np. konflikty z rodzicami, lub nieporozumienia w kontaktach z osobami, na których Ci zależało)?	1	0
	1 pkt. – używanie ryzykowne, zalecana edukacja i interwencja profilaktyczna 2-7 pkt. – używanie powodujące problemy „problemowe”, zalecana specjalistyczna diagnoza i postępowanie terapeutyczne	Liczba punktów	

Literatura uzupełniająca

1. Bukowska B., Kidawa M., Radomska A. Poleganow A. (2015). Nowe narkotyki – dopalacze. Informator dla rodziców, nauczycieli i pedagogów. Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. http://www.narkomania.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707
2. Jakubowska, B., Muszyńska, D., Kidawa, M. (2015). *Szukaj porozumienia ze swoim dzieckiem. Bliżej siebie – dalej od narkotyków. Poradnik dla rodziców. VI edycja.* Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
http://www.narkomania.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707
3. Okulicz-Kozaryn K., Sierosławski J. Kocoń K. (2008). *Testy umożliwiające rozpoznanie problemowego używania przetworów konopi i innych narkotyków przez nastolatków*, Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

http://www.narkomania.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707

4. Ostaszewski K. (opr.) (2016). *Standardy profilaktyki*, Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

http://www.narkomania.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707

5. Sierosławski J. (2015). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r.*, Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii. <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>

PROFILAKTYKA PRÓCHNICY ZĘBÓW U DZIECI I MŁODZIEŻY W SZKOLE

- Anna Turska-Szybka, Dorota Olczak-Kowalczyk

Choroba próchnicowa zębów

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje próchnicę zębów jako patologiczny miejscowy proces pochodzenia zewnętrznego, prowadzący do odwapnienia (demineralizacji), następnie rozpadu twardych tkanek zęba (dezintegracji) z tworzeniem ubytku. Jest wynikiem złożonej interakcji między drobnoustrojami biofilmu (warstwy bakterii i produkowanych przez nie substancji organicznych i nieorganicznych) pokrywającego powierzchnie zębów czyli tzw. płytki nazębnej, podatnością gospodarza, a czynnikami środowiskowymi, takimi jak sposób odżywiania. Bakterie próchnicotwórcze z dostarczanych do jamy ustnej węglowodanów ulegających fermentacji produkują kwasy powodujące demineralizację szkliwa zębów. Ślina, dzięki swoim właściwościom, m.in. zdolności buforowania kwasów i zawartości jonów wapniowych, fosforanowych i fluorkowych, umożliwia naprawę uszkodzeń szkliwa, tj. remineralizację. Przebiegające naprzemiennie cykle demineralizacji i remineralizacji, w których utrata jest równoważona pozyskiwaniem substancji mineralnych, nie prowadzą do wystąpienia objawów choroby próchnicowej. Objawy próchnicy są efektem końcowym procesów demineralizacja – remineralizacja, trwających przez dłuższy czas, w których przeważają procesy demineralizacji (ryc. 1). Pierwszym widocznym klinicznie objawem utraty substancji mineralnych jest biała plama próchnicowa. Utrzymująca się przewaga demineralizacji prowadzi do progresji, tj. powstania ubytku próchnicowego. Do czasu powstania ubytku proces chorobowy jest odwracalny.



Rycina. 1 Czynniki patologiczne próchnicy i czynniki ochronne.

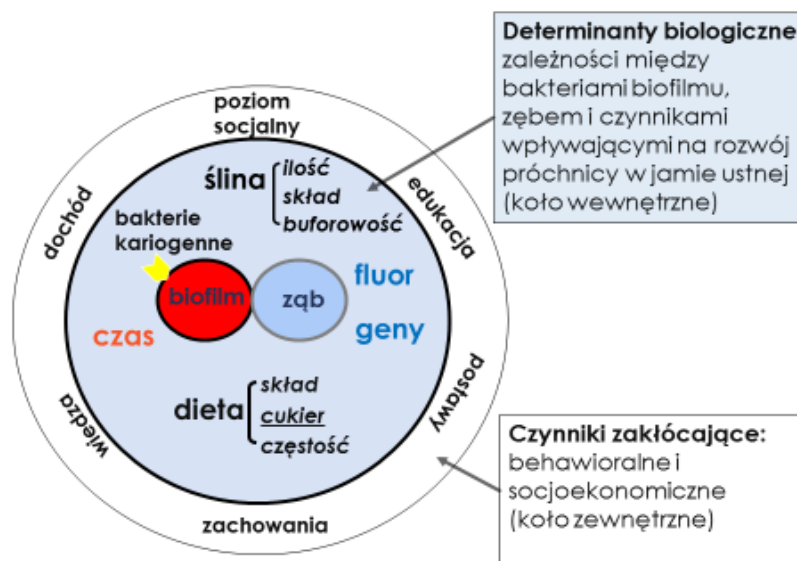
Etiologia choroby próchnicowej

W etiologii choroby próchnicowej wyróżnia się następujące determinanty:

1. Biologiczne:

- bakterie kariogenne (m.in. *Streptococcus mutans* i *sobrinus*, *Lactobacillus spp*);
- substrat niezbędny dla metabolizmu bakteryjnego (glukoza i sacharoza o największym potencjale próchnicotwórczym oraz fruktoza, laktoza, maltoza, gotowana skrobia, wielocukry wytwarzane przez bakterie);
- czas działania czynników szkodliwych na tkankę zęba (zakwaszenie płytki nazębnej po ekspozycji na cukier utrzymuje się przez 30-60 minut);
- podatność tkanek zmineralizowanych zębów (np. niski stopień mineralizacji tkanek zębów, zaburzenia rozwojowe sprzyjające retencji (utrzymania się) biofilmu (płytki nazębnej);
- warunki ekosystemu jamy ustnej zależne od śliny (ilość wydzielanej śliny, jej pH i zdolności buforowania kwasów, obecność minerałów niezbędnych do procesów naprawczych i czynników przeciwdrobnoustrojowych: immunologicznych (IgA, IgM, IgG) i nieimmunologicznych (np. lizozym, laktoferyna, system ślinowej peroksydazy i mieloperoksydazy, aglutyniny).

2. Socjo-demograficzne i behawioralne (np. poziom świadomości prozdrowotnej, zachowania zdrowotne, status ekonomiczny, miejsce zamieszkania) (ryc.2).



Rycina 2. Wieloczynnikowa etiologia choroby próchnicowej (model oparty na czynnikach determinujących i zakłócających (Fejerskov i Manij)

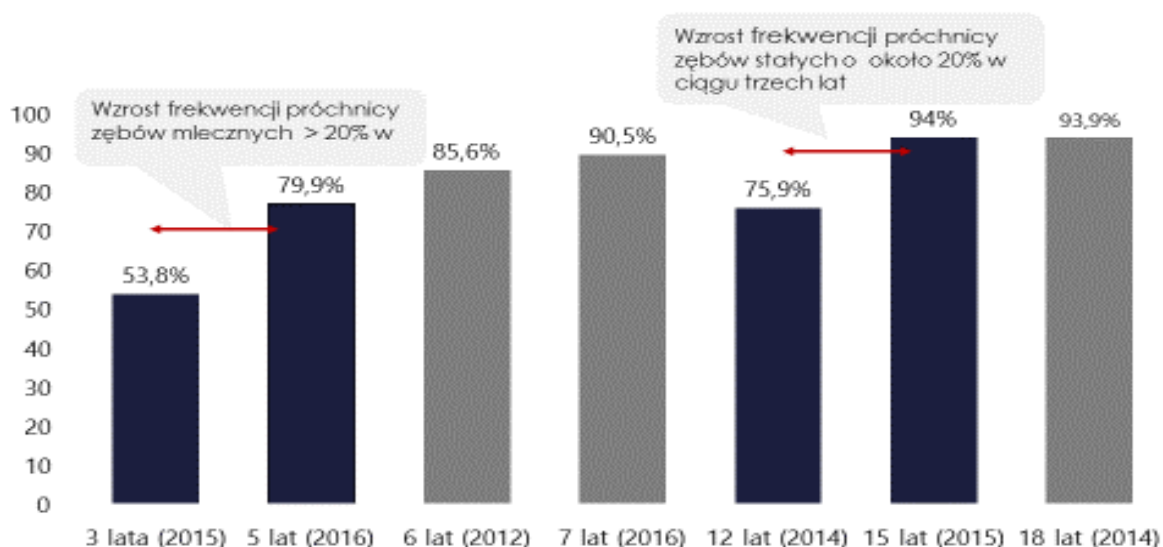
Wystąpieniu próchnicy u dzieci wieku szkolnym sprzyjają:

1. Niewłaściwe nawyki dietetyczne, w tym częste spożywanie pokarmów i napojów zawierających cukry, spożywanie ich bezpośrednio przed snem lub w nocy, nieregularne spożywanie posiłków;
2. Niewłaściwe zachowania higieniczne, np. rzadsze niż dwukrotne w ciągu dnia oczyszczanie zębów, nie oczyszczanie powierzchni stycznych nicią dentystyczną, stosowanie pasty do zębów bez fluoru;
3. Ogólne problemy zdrowotne - choroby przewlekłe, częste lub długotrwałe przyjmowanie niektórych leków, np. przeciwastmatycznych, zawierających sacharozę lub wpływających na wydzielanie śliny;
4. Czynniki związane z rodziną, w tym niski poziom wykształcenia rodziców i niski status ekonomiczny, brak zainteresowania zdrowiem ogólnym i zdrowiem jamy ustnej własnym i dziecka, uzależnienia w rodzinie (tytoń, alkohol, narkotyki).

W przypadku nastolatków znaczenie mają również problemy związane z dojrzewaniem, np. emocjonalne, usamodzielnianie się, posiadanie własnych pieniędzy, powodujące zmiany dotychczasowego stylu życia (np. błędy dietetyczne, palenie papierosów, narkotyki, alkohol).

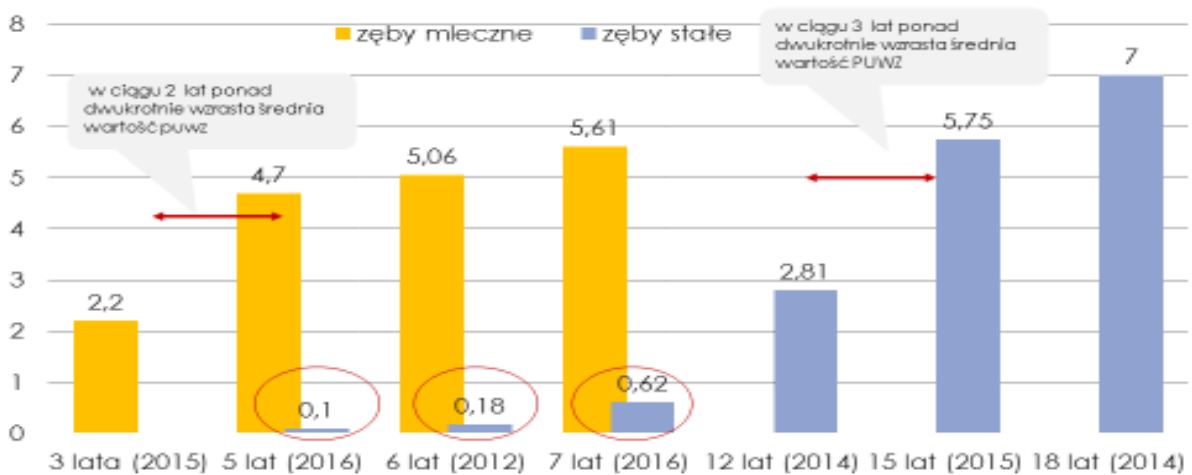
Epidemiologia choroby próchnicowej w Polsce

Próchnica należy do najczęściej występujących chorób przewlekłych na świecie. Może pojawić się we wczesnym dzieciństwie. W Polsce dotyczy już 53,8% dzieci 3-letnich. Częstość występowania próchnicy i jej nasilenie zwiększa się wraz z wiekiem. Ubytki próchnicowe są obecne u ponad 90% 18-letniej młodzieży (ryc.3).



Rycina 3. Częstość występowania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2011-2016.

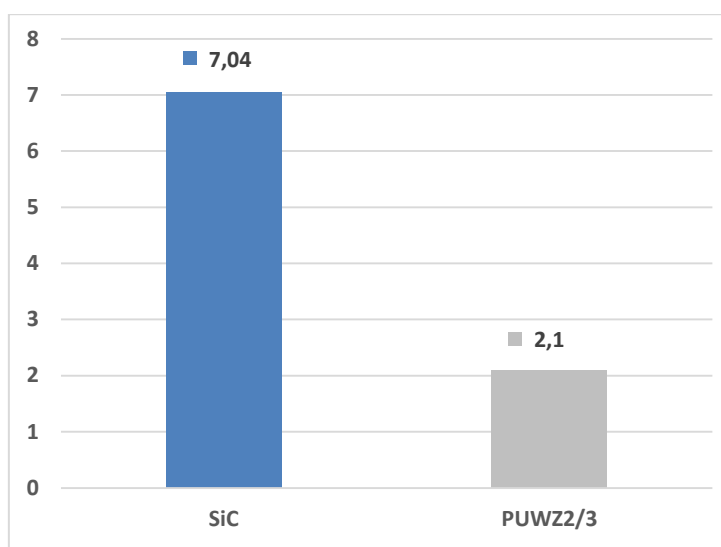
Próchnica zębów stałych pojawia się w już u dzieci w wieku 5 i 6 lat i dotyczy świeżo wyrzniętych pierwszych zębów trzonowych. Występowaniu próchnicy zębów stałych w krótkim czasie od ich ukazania się w jamie ustnej sprzyja większa podatność na kwasy „niedojrzałego” szkliwa oraz narażenie na nieefektywne oczyszczanie głębokich bruzd na powierzchniach żujących, które w czasie wyrzynania są położone poniżej powierzchni sąsiadujących zębów. Średnie wartości wskaźników PUWZ w kolejnych grupach wiekowych przedstawia rycina 4. Wskaźnik PUWZ stanowi sumę zębów z ubytkami **próchnicowymi** (PZ), zębów **usuniętych** z powodu próchnicy (UZ) i **wypełnionych** (WZ). Średnia wartość tego wskaźnika dla badanej grupy obrazuje poziom próchnicy.



Rycina 4. Poziom próchnicy zębów u dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2011-2016.

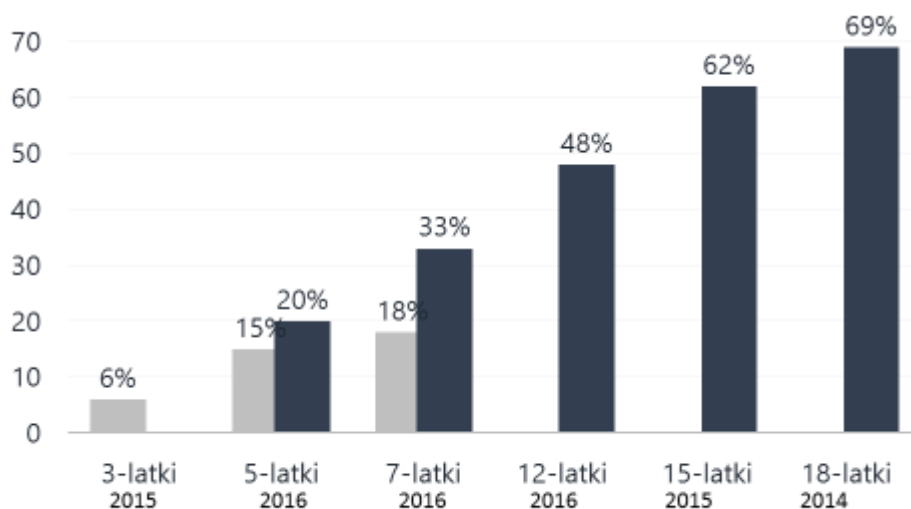
Między 12. a 15. rokiem życia, tj. w okresie pełnego „młodego” uzębienia stałego, obserwuje się duży wzrost częstości występowania próchnicy (średnio około 6% rocznie) i liczby zębów nią objętych (średnio 1 ząb rocznie) (ryc.3 i 4). Należy podkreślić, że w badaniach epidemiologicznych diagnozuje się próchnicę, która doprowadziła do ubytków w zębach. Początkowe zmiany, nie powodujące jeszcze ubytków w szklawie zęba, nie są rejestrowane, co sugeruje większe nasilenie choroby.

W ostatnich latach zauważa się mniejsze różnice wartości wskaźników próchnicy pomiędzy dziećmi ze środowiska miejskiego i wiejskiego, jednak nadal poziom próchnicy jest większy na wsi. Nie występują natomiast różnice w zależności od płci. Zaobserwowano natomiast zjawisko polaryzacji próchnicy, tj. wysokie wartości PUWZ w pewnej grupie osób przy ogólnie niskich lub umiarkowanych średnich wartościach tego wskaźnika (ryc.5). Sugeruje to konieczność wyodrębniania grup/osób z wysokim ryzykiem próchnicy i objęcia ich wzmocnioną profilaktyką. Wskaźnikiem obrazującym polaryzację próchnicy jest istotny wskaźnik próchnicy (ang. *significant caries index; SiC*), który jest średnim PUWZ dla 1/3 badanych z największą liczbą zębów dotkniętych próchnicą (ryc. 5).



Rycina 5. Wartości średnie SiC (1/3 osób) i PUWZ (pozostałych 2/3) dla osób w wieku 12 lat w Polsce w 2016 roku.

Wysokiej częstości występowania próchnicy i wysokim wartościom PUWZ u dzieci i młodzieży w Polsce towarzyszą duże potrzeby w zakresie leczenia stomatologicznego (ryc.6).



Rycina 6. Zaspokojenie potrzeb leczniczych w zakresie leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci i młodzieży w Polsce (kolor szary – zęby mleczne, kolor granatowy – zęby stałe)

Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na konieczność wzmocnienia stomatologicznych działań profilaktycznych w Polsce oraz zaangażowania w nie, oprócz personelu stomatologicznego, także innego personelu medycznego, środowisk szkolnych oraz rodziców/opiekunów dzieci. WHO uznała, że najlepszym środowiskiem promowania zdrowia jest szkoła. Działania edukacyjne powinny obejmować zarówno rodziców, jak i dzieci, ucząc je zasad dbałości i współodpowiedzialności za stan zdrowia jamy ustnej. Niezbędne jest kształ-

towanie zachowań zdrowotnych, w tym właściwych nawyków dietetycznych i higienicznych w obrębie jamy ustnej oraz poczucia konieczności odbywania regularnych wizyt w gabinecie stomatologicznym i stosowania profilaktyki fluorkowej. Ważnym elementem jest pozytywna motywacja do utrzymania zdrowia jamy ustnej, z równoczesnym podaniem informacji o konsekwencjach zaniedbań w zakresie leczenia próchnicy zębów.

Próchnica zębów jest przyczyną dolegliwości bólowych, chorób miazgi i infekcji okołozębowych wymagających leczenia endodontycznego lub usunięcia zęba. Utrudnia żucie i prawidłowe odżywianie, a także komunikację interpersonalną i prawidłowy rozwój psychospołeczny dzieci i młodzieży. Może być przyczyną wad zgryzu. Skutkiem nieleczonej próchnicy zębów mlecznych są wady rozwojowe szkliwa i próchnica zębów stałych. Zakażenia okołozębowe, będące powikłaniami próchnicy, mogą być przyczyną infekcji w obrębie twarzoczaszki (np. ropni, zapalenia tkanek oczodołu, ropowicy twarzy) i w odległych narządach (np. ropni mózgu), gorączek nawracających a nawet posocznicy. Są szczególnie niebezpieczne u osób z niedoborami odporności oraz z wadami serca z wysokim ryzykiem infekcyjnego zapalenia wsierdza. W każdym roku szkolnym z powodu powikłań nieleczonej próchnicy dzieci opuszczają zajęcia lekcyjne, powodując też absencję rodziców w pracy.

Profilaktyka choroby próchnicowej zębów

Filarami zapobiegania chorobie próchnicowej są higiena jamy ustnej, prawidłowe odżywianie i stosowanie środków profilaktycznych zawierających fluorki.

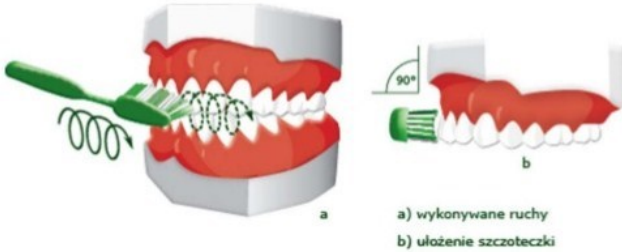
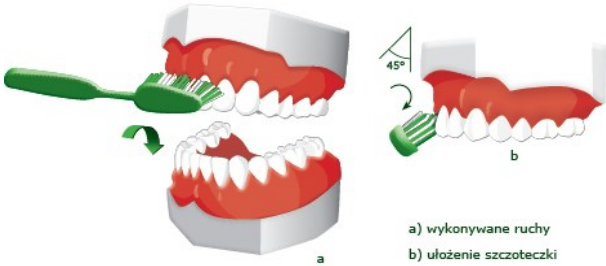
Higiena jamy ustnej dzieci i młodzieży

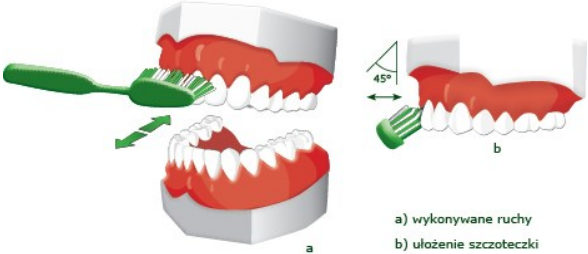
Właściwa higiena jamy ustnej jest jednym z podstawowych elementów zapobiegania próchnicy. Szczotkowanie zębów umożliwia usuwanie resztek pokarmowych z zębów oraz delikatne masowanie dziąseł. Powinno odbywać się 2 razy dziennie: rano po śniadaniu i wieczorem po ostatnim posiłku, z użyciem pasty zawierającej fluorki. Szczególnie ważne jest oczyszczanie zębów przed snem ze względu na najmniejsze wydzielanie śliny podczas snu i tym samym osłabienie jej funkcji obronnych. Po szczotkowaniu zębów przed snem nie należy jeść ani pić z wyjątkiem wody mineralnej lub przegotowanej, niesłodzonej herbaty.

Po szczotkowaniu zębów nie należy płukać jamy ustnej wodą a jedynie wypluć nadmiar pasty. Do 7. - 8. roku życia rodzice powinni szczotkować zęby dziecka, wymagając równocześnie samodzielnego ich wykonywania przez dziecko w miarę rozwoju umiejętności manualnych. W późniejszych latach rodzice powinni kontrolować dbałość o higienę jamy ustnej nawet do 10. roku życia, jak również motywować młodzież (tab.1). Podczas oczyszczania po-

wierzchni żujących zębów u dziecka w okresie wyrzynania kolejnych zębów stałych należy pamiętać o ich różnym położeniu w stosunku do płaszczyzny zgryzu i konieczności zmiany kąta ustawienia szczoteczki.

Tabela 1. Akcesoria oraz metody oczyszczania jamy ustnej zależnie od wieku dziecka.

Akcesoria	Wiek	Metoda
<p>Szczoteczka z tworzywa sztucznego z miękkim włosiem, o wielkości główki dostosowanej do jamy ustnej dziecka: manualna lub elektryczna</p>	<p>W uzębieniu mlecznym oraz u dzieci z niepełnosprawnością</p>	<p><u>Metoda ruchów okrężnych (Fonesa)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - powierzchnie językowe i podniebienne oczyszcza się ruchami okrężnymi, włosie szczotki ustawia się prostopadle do długiej osi zębów, - powierzchnie policzkowe i wargowe oczyszcza się poprzez wykonywanie wymienionych ruchów przy zwartych łukach zębowych. -powierzchnie żujące oczyszcza się ruchami szorującymi
 <p>Czyszczenie zębów metodą Fonesa</p> <p>Źródło ryciny: http://www.stomatologia-gruda.pl/edukacja-1.html</p>		
<p>Szczoteczka manualna lub elektryczna z tworzywa sztucznego z miękkim włosiem, o wielkości główki dostosowanej do jamy ustnej dziecka</p>	<p>>6.roku życia</p>	<p><u>Metoda wymiatająca (roll)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - powierzchnie językowe i przedsiolkowe zębów oczyszcza się ruchami obrotowo-wymiatającymi, włosie szczotki ustawia się ukośnie w okolicy szyjek zębów pod kątem 45°, tak aby końce włosia skierowane były dokerzeniowo, -powierzchnie żujące zębów oczyszcza się ruchami szorującymi
 <p>Czyszczenie zębów metodą wymiatania (roll)</p> <p>Źródło ryciny: http://www.stomatologia-gruda.pl/edukacja-1.html</p>		

Szczoteczka manualna lub elektryczna	Dzieci starsze i młodzież	<p><u>Metoda Bassa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - powierzchnie językowe i przedstonkowe zębów oczyszcza się wykonując przednio-tylne ruchy wirowe o zasięgu nie przekraczającym połowy szerokości zęba; włosie szczotki należy ustawić ukośnie w okolicy szyjek zębów pod kątem 45°, tak aby końce włosia skierowane były dokorzeniowo, - powierzchnie żujące zębów oczyszcza się ruchami szorującymi
 <p>Czyszczenie zębów metodą Bassa</p> <p>Źródło ryciny: http://www.stomatologia-gruda.pl/edukacja-1.html</p>		
Szczotki i skrobaczki do języka	> 6 - 8. roku życia	Przesuwanie skrobaczki od tyłu do przodu języka oczyszczając nasadę a następnie jego powierzchnie boczne
Irygatory stomatologiczne	>4 - 5. roku życia	Spray zawierający odpowiednie substancje oczyszcza zęby, przestrzenie międzyzębowe i masuje dziąsła
Plukanki	>6. roku życia	Plukanie przez 30 sek. jamy ustnej, a następnie wypłukanie płynu
Nici dentystyczne	>8 - 10. roku życia (wcześniej stosowane u dziecka przez rodziców)	Rozpiętą między wskazującymi palcami nić wprowadza się do przestrzeni między zębami i oczyszcza ich powierzchnie stykne

Prawidłowe odżywianie

W odniesieniu do choroby próchnicowej istotne są: rodzaj spożywanych produktów żywnościowych (próchnicotwórcze, próchnicostatyczne, przeciwpróchnicowe), sposób i częstota ich spożywania, konsystencja i retencyjność (zaleganie w jamie ustnej) pokarmów oraz kolejność spożywania poszczególnych produktów. Produktami pożądanymi w diecie są pokarmy próchnicostatyczne, np. ser, orzechy, fasola, produkty zawierające ksylitol (nie zawierają cukrów metabolizowanych przez bakterie, dzięki czemu ich spożycie nie powoduje produkcji kwasów) i przeciwpróchnicowe, np. mleko i produkty mleczne (promujące naprawę szkliwa, tzn. powtórne wbudowywanie się minerałów do uszkodzonego, odwapnionego szkliwa). Natomiast czynnikami żywieniowymi sprzyjającymi próchnicy zębów są: niedożywienie biał-

kowo-energetyczne, niedobór witaminy D, częste spożywanie produktów próchnicotwórczych (zawierających węglowodany stanowiące substrat dla bakterii kariogennych, tj. zewnętrznych (wolnych) cukrów niemlecznych, które ulegają fermentacji bakteryjnej, jak glukoza, fruktoza, sacharoza oraz skrobia przetworzona). Spożycie cukru wolnego nie powinno przekraczać 10% E (% E - odsetek kalorii pokrywany przez cukry, przy założeniu, że 1g cukru to 4 kcal). Bardziej korzystne jest ograniczenie cukrów do <5% E, tj. spożycie do maksymalnie 12,5 g (2,5 łyżeczki cukru dziennie) przez dzieci w wieku 4-8 lat oraz 20 - 32 g (4-6 łyżeczek cukru dziennie) przez nastolatki.

Wiele pokarmów i napojów zawiera kwasy niebezpieczne dla szkliwa zębów. Obecność kwasów, powodująca obniżenie pH płytki nazębnej do około 5,5 powoduje odwapnienie szkliwa, a obniżenie pH poniżej 4,5 - erozję szkliwa. Soki owocowe i napoje gazowane są nie tylko napojami kwaśnymi, ale zawierającymi także cukry szkodliwe dla zębów.

**Po spożyciu kwaśnych pokarmów lub płynów
zaleca się płukanie jamy ustnej wodą lub krótkotrwałe żucie gumy.
Należy powstrzymać się przynajmniej przez godzinę od szczotkowania zębów.**

Wskazówki dietetyczne chroniące dzieci i młodzież przed próchnicą

Spożywać posiłki o regularnych porach dnia, unikać przekąsek i zachowywać odpowiedniej długości przerwy między posiłkami;

Ograniczać spożywanie wysokorafinowanych pokarmów kariogennych, na korzyść mniej kariogennych, niskopretworzonych (owoce, warzywa, mięso, produkty pełnoziarniste);

Promować pokarmy o konsystencji twardej, unikać potraw papkowatych i kleistych;

1. Pokarmy zawierające cukier i kwasy spożywać w czasie głównych posiłków;
2. Na zakończenie posiłku spożywać pokarm obojętny dla tkanek zęba, najlepiej ser twardy;
3. Eliminować z diety napoje gazowane i słodzone;
4. Ograniczać spożycie soków owocowych na korzyść konsumpcji surowych owoców oraz picia mleka i wody niegazowanej;
5. Rezerwować spożywanie słodczy i słodkich napojów na „specjalne okazje”; nie przetrzymywać pokarmów/płynów kariogennych w jamie ustnej, napoje słodzone pić przez słomkę;
6. Stosować substytut cukru - ksylitol;
7. Korzystne jest żucie bezcukrowej gumy przez **krótki** czas po posiłku;
8. Regularnie i zgodnie z zasadami wykonywać zabiegi higieniczne w jamie ustnej.

Profilaktyka fluorkowa

Skuteczność miejscowego stosowania związków fluoru w zapobieganiu chorobie próchnicowej jest udokumentowana w licznych badaniach naukowych.

Mechanizm kariostatycznego działania fluoru

Właściwości kariostatyczne (hamujące rozwój próchnicy) fluoru wynikają w mniejszym stopniu z jego działania w okresie przed wyrżnięciem zęba, w większym - z jego wielokierunkowego działania egzogenego po ukazaniu się zęba w jamie ustnej.

Fluor:

1. Hamuje aktywność bakterii kariogennych:
 - a. upośledza tworzenie płytki bakteryjnej na powierzchni zęba, m.in. poprzez wpływ na adhezję bakterii do błonki nabytej (pellicle) i agregację bakterii,
 - b. upośledza metabolizm bakterii.
2. Osłabia demineralizację szkliwa.
3. Wspomaga remineralizację szkliwa.

Metody profilaktyki fluorkowej

1. Endogenne (systemowe)

- Aktywne (wymagające czynnego uczestnictwa pacjenta; stosowanie kropli/tabletek fluorkowych);
- Bierne (fluorkowanie wody pitnej i produktów żywnościowych).

Fluor jest dostarczany drogą wewnętrzną do formującego się zawiązka zęba.

2. Egzogenne (miejscowe, metody kontaktowe):

- Indywidualne (stosowane przez pacjenta w domu lub profesjonalnie w gabinecie stomatologicznym w postaci past do zębów, płukanek, żeli, lakierów, zawierających różne stężenia fluoru);
- **Grupowe (nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami fluorkowymi)**
Fluor jest dostarczany z zewnątrz po wyrżnięciu zęba.

Metody endogenne (systemowe)

Fluorkowanie wody pitnej i produktów żywnościowych, np. mleka, mleka w proszku, jogurtów, czekolady, soli kuchennej, gumy do żucia. Fluorkowanie soli kuchennej ma niewielkie znaczenie w profilaktyce próchnicy u dzieci ze względu na zalecenia ograniczania soli w diecie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje stężenie fluoru w wodzie pitnej jako

optymalne od 0,5 do 1,0 mgF/l. Poziom fluoru w Polsce w wodzie wodociągowej wynosi średnio 0,1-0,4 mgF/l, w wodzie oligoceńskiej ok. 0,4-0,6 mgF/l, w wodach podziemnych nie przekracza wartości 0,2-0,5 mgF/l (wyjątek- okolice Gdańska, Malborka i Tczewa- 1,2-3,2mgF/l). Fluorkowanie wody przyczynia się do redukcji próchnicy zarówno u dzieci, jak i dorosłych na poziomie 18-40%. W Polsce woda nie jest sztucznie fluorkowana.

Tabletki/krople fluorkowe

Zespół Polskich Ekspertów zaleca, aby suplementację endogenną rozważyć przy zawartości poniżej 0,3 mgF/l wody pitnej u dzieci z wysokim ryzykiem próchnicy **po ukończeniu 3. roku** życia. Zgodnie z metaanalizą przeprowadzoną w 2011 roku suplementacja fluorkowa u dzieci w wieku od 6 do 16 lat powoduje 24% redukcję intensywności próchnicy w zębach stałych. Natomiast korzyści z jej stosowania u dzieci młodszych są niepewne, gdyż uzyskane dowody naukowe są słabe. Suplementacja fluorkowa powinna być stosowana codziennie, pod ścisłym nadzorem, systematycznie i długotrwale. Korzystne jest ssanie lub żucie tabletek fluorkowych przed połknięciem w celu zapewnienia także dodatkowego miejscowego, kariostaticznego działania fluoru na już wyrżnięte zęby.

Metody egzogenne (miejscowe)

Profilaktyka fluorkowa indywidualna

Egzogenne stosowanie preparatów fluorkowych jest uznane za najskuteczniejszą i bezpieczną metodę zapobiegania chorobie próchnicowej. Aby uniknąć nadmiernego spożywania fluoru przez dziecko konieczne są:

1. Ocena narażenia dziecka na fluor (główne źródła fluoru: spożywana woda, napoje i pokarmy, stosowane środki profilaktyczne).
2. Stosowanie preparatów zgodnie z zaleceniami (rodzaj preparatu, zawartość fluoru, stosowana dawka, sposób aplikacji w zależności od wieku dziecka).
3. Edukacja rodziców/opiekunów dziecka dotycząca sposobu stosowania zalecanych środków profilaktycznych, np. informowanie ich o konieczności usuwania nadmiaru pasty do zębów u dzieci, które nie opanowały umiejętności płukania jamy ustnej, nadzorowania dziecka w czasie szczotkowania zębów pastą do zębów z fluorem lub płukania jamy ustnej płynami profilaktycznymi, przechowywania preparatów zawierających fluor w miejscach niedostępnych dla dzieci.

Egzogenna (miejscowa) profilaktyka fluorkowa

Zapobieganie domowe

Podstawową metodą zapobiegania chorobie próchnicowej jest dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów **pastą z fluorem** (patrz wyżej). Zęby dziecka do 8. roku życia powinni szczotkować rodzice/opiekunowie, a następnie zabieg ten nadzorować, ze względu na:

- Możliwość nakładania na szczoteczkę samodzielnie przez dzieci zbyt dużej ilości pasty do zębów oraz połykania pasty;
- Niską efektywność usuwania złogów nazębnych przez dziecko z powodu niewystarczająco wykształconych zdolności manualnych.

Dla zwiększenia działania fluoru zawartego w paście, po oczyszczeniu zębów nie należy płukać jamy ustnej wodą, a jedynie wypluć nadmiar pasty. Dla dzieci w wieku 6 lat i starszych rekomenduje się stosowanie pasty do zębów zawierającej 1450 ppm F, (liczba części na milion ang. *parts per milion*) czyli 0,145%, która powinna być nakładana na szczoteczkę w ilości 1-2 cm.

U dzieci w wieku 6 lat i starszych mogą być stosowane **płukanki** zawierające od 225 ppm F (do codziennego stosowania jeden raz dziennie) do 900 ppm F (0,05% - 0,2%) (do stosowania jeden raz w tygodniu), a u młodzieży powyżej 16. roku życia także **pasty do zębów** z wysoką zawartością fluoru (5000 ppm F, 0,5%) oraz **żele**.

Zarówno płukanki, jak i pasty z wysoką zawartością fluoru zalecane są u pacjentów z grup wysokiego ryzyka próchnicy, leczonych za pomocą stałych aparatów ortodontycznych, w przypadku obecności początkowych zmian próchnicowych oraz w przypadku zmniejszonego wydzielania śliny. Brak jest jednolitych zaleceń dotyczących ich stosowania w odniesieniu do szczotkowania zębów (po szczotkowaniu zębów czy między szczotkowaniami zębów). Płukanka zastosowana po szczotkowaniu zębów pozwala na utrzymanie odpowiedniego stężenia jonów fluoru w ślinie i płytce nazębnej oraz zwiększa skuteczność oczyszczania powierzchni międzyzębowych.

Profesjonalna profilaktyka fluorkowa (w gabinecie)

Profesjonalną profilaktykę fluorkową stosuje się u dzieci z podwyższonym ryzykiem choroby próchnicowej. Żele, pianki i lakiery fluorkowe należy stosować w gabinecie stomatologicznym. Przy umiarkowanym ryzyku próchnicy żele/pianki lub lakiery powinny być aplikowane 2 razy w roku, przy wysokim ryzyku - 4 razy w roku. Ze względu na ryzyko połknięcia przez dziecko żelu lub pianki mogą być one stosowane dopiero u dzieci powyżej 6. roku życia. Stosowanie lakierów nie wymaga ograniczeń wieku przy przestrzeganiu zalecanych dawek. Jednorazowe dawki lakieru fluorkowego zawierającego 5% NaF (22 600 ppm F) wynoszą 0,40 ml w okresie uzębienia mieszanego, 0,50-0,75 ml w okresie uzębienia stałego.

Miejscowa aplikacja stężonych preparatów fluorkowych sprzyja powstawaniu fluorku wapnia, utrzymującego się przez dłuższy czas w porach szkliwa i działającego jako rezerwuuar fluorku podczas procesów remineralizacji. Skuteczność żeli fluorkowych w redukcji próchnicy zębów stałych szacowana jest na 28% dla zębów stałych, a lakierów fluorkowych zawierających 5% NaF (22 600 ppm) na 37% dla zębów mlecznych i 43% dla zębów stałych.

Grupowa profilaktyka fluorkowa (nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami fluorkowymi)

Grupowa profilaktyka aktywna, czyli nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami fluorkowymi jest wykonywane wśród uczniów klas I-VI uczęszczających do szkół podstawowych znajdujących się w regionach Polski, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza 1mg/ml, 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni.

Pielęgniarka lub higienistka szkolna planuje i realizuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad świadczeniobiorcami na terenie szkoły lub w placówce, o której mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.).

Zadania pielęgniarki lub higienistki szkolnej

1. Przekazanie uczniom i ich rodzicom oraz dyrekcji szkoły i wychowawcom, informacji o celu, zasadach i organizacji nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi, po wcześniejszym uzyskaniu pisemnej zgody na zabiegi przez rodziców/opiekunów prawnych

Bardzo istotna jest umiejętność komunikacji pielęgniarki lub higienistki szkolnej, by była dostosowana do specyficznego środowiska szkolnego oraz współpraca z uczniami i ich rodzicami, dyrekcją szkoły, nauczycielami oraz lekarzami dentykami (jeśli są zatrudnieni w „szkolnym” gabinecie stomatologicznym). Wśród uczniów obserwuje się niechęć do udziału w nadzorowanym szczotkowaniu zębów, trudności z uzyskaniem szczoteczek do zębów.

Uczniowie mają trudności ze zwalnianiem z lekcji w celu przeprowadzenia zabiegu, jak również nie zawsze mają w szkole miejsce na przechowywanie szczoteczek do zębów.

Pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna wyjaśnić podstawowe cele i zasady profilaktyki choroby próchnicowej, skuteczność i bezpieczeństwo profilaktyki fluorkowej z uwzględnieniem stosowanych preparatów w nadzorowanym szczotkowaniu w szkole (podać nazwę preparatu, skład, stężenie i aplikowaną ilość oraz częstość zabiegów) oraz monitorować skuteczność szczotkowania zębów, zachęcać uczniów do przynoszenia szczoteczek do zębów w wyznaczonym dniu fluorkowania zębów.

Pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna przekazać powyższe informacje zarówno na posiedzeniu rady pedagogicznej i we wszystkich klasach (np. na lekcjach wychowawczych), jak i na zebraniach rodziców (ewentualnie za pośrednictwem e-dzienniczków uczniów).

Należy wyjaśnić, że zastosowanie się do zaleceń świadczy o prawidłowej postawie i dojrzałej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Zabiegi te są również ważnym elementem edukacji zdrowotnej, gdyż umożliwiają uczniom nabycie umiejętności prawidłowego oczyszczania zębów.

Na początku każdego roku szkolnego pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna uzyskać pisemnie zgody rodziców/opiekunów prawnych na przeprowadzenie nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi.

Ważne jest, aby rodzice, którzy wyrazili zgodę na nadzorowane fluorkowanie zębów zakupili nową szczoteczkę do zębów i dopilnowali, aby dziecko przyniosło ją w wyznaczonym dniu, w odpowiednim opakowaniu - pudełko, torebka foliowa (w klasach I-III podpisane imieniem i nazwiskiem dziecka). Uczniowie klas starszych (IV-VI) proszeni są o zabranie szczoteczki w danym terminie.

2. Zaplanowanie terminów przeprowadzenia nadzorowanego szczotkowania w klasach I-VI oraz zakupienie odpowiedniego środka fluorkowego

Zadaniem pielęgniarki lub higienistki szkolnej jest ustalenie harmonogramu szczotkowania zębów w poszczególnych klasach, przekazanie go dyrekcji szkoły oraz wychowawcom poszczególnych klas oraz umieszczenie go w pokoju nauczycielskim. O każdym terminie (lub zmianie) zabiegu dzieci i ich rodzice powinni być informowani z wyprzedzeniem.

Nadzorowane szczotkowanie zębów przeprowadzane jest 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni, z zastosowaniem płynu (0,5-1% fluorek sodu-NaF) lub żeli fluorkowych: 2% NaF, o neutralnym lub zasadowym pH, 1,23% zakwaszony fluorofosforan (APF) o pH około 3,5 i 1,25% aminofluorki (AmF).

3. Przeprowadzenie nadzorowanego szczotkowania zębów w klasach I-VI

Gabinet profilaktyczny powinien posiadać pozytywną opinię SANEPIDU dopuszczającą pomieszczenie do używalności oraz odpowiednie wyposażenie. Jeżeli szkoła nie posiada gabinetu profilaktycznego pozytywnie zaopiniowanego przez SANEPID, opieka profilaktyczna może odbywać się na terenie szkoły z wykorzystaniem pomieszczeń typu klasa lekcyjna, pokój nauczycielski czy gabinet lekarski.

Szczotkowanie zębów odbywa się w grupach 10-15-osobowych. Pielęgniarka lub higienistka szkolna jako osoba nadzorująca szczotkowanie i odpowiadająca za prawidłowe i bezpieczne przeprowadzenie zabiegu nie jest w stanie jednorazowo zapewnić opieki nad większą niż wspomniana liczbą uczniów.

Przed nadzorowanym szczotkowaniem zęby powinny być oczyszczone pastą z fluorem.

Preparaty fluorkowe o stężeniu 1%-2 % są nakładane bezpośrednio na szczoteczkę. Mogą mieć postać żeli (dawka – 1 cm) lub płynu (6-9 kropli). Na pojedyncze szczotkowanie potrzeba około 0,5 g - 1 g żelu (0,5 g odpowiada 6,25 mg fluorku). Preparaty fluorkowe są dostępne w aptekach lub hurtowniach farmaceutycznych, na niektóre z nich wymagana jest recepta wystawiona przez lekarza lub lekarza dentystę.

Przy jednej umywalce powinno przebywać 2-3 uczniów. W przypadku braku dostępności umywalk, uczniowie powinni otrzymać jednorazowe kubeczki do wypływania śliny oraz nadmiarów preparatu fluorkowego. Pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna uwzględnić niedostateczne zdolności manualne młodszych dzieci i wspomóc je w razie konieczności. Jednocześnie może udzielać wskazówek i kontrolować przebieg szczotkowania.

Czas szczotkowania wynosi 2-3 minuty. Dzieci powinny unikać połykania żelu lub płynu fluorkowego podczas aplikacji, a po wyszczotkowaniu zębów wypluć środek z fluorem.

W czasie pierwszego zabiegu szczotkowania oraz podczas kolejnych zabiegów pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna przypomnieć o podstawowych zasadach postępowania i metodach szczotkowania w zależności od wieku dzieci. Dzieciom młodszym (klasy I-III) zalecana jest metoda łatwiejsza, ruchów okrężnych (Fonesa), dzieciom starszym (klasy IV-VI) metoda obrotowa (roll). Starsze dzieci i młodzież mogą stosować również metodę Bassa (tab. 1).

Zalecenia po zabiegu nadzorowanego szczotkowania

Po zabiegu nie należy płukać jamy ustnej oraz nie przyjmować pokarmów i płynów przez około 30 minut. Zabiegi te są elementem edukacji zdrowotnej, dając uczniom możliwość nauczenia się prawidłowego szczotkowania.

Szczoteczki należy wypłukać i pozostawić do wysuszenia (w kubeczku, główką do góry). Szczoteczki mogą być przechowywane w klasie lub gabinecie profilaktycznym (w zamykanych szafkach) lub po wysuszeniu zabierane przez uczniów do domu. Jednorazowe kubki należy zebrać do plastikowego worka, i wrzucić do pojemnika z odpadami komunalnymi. Wywóz zapewnia firma zajmująca się utylizacją odpadów komunalnych, z którą szkoła powinna mieć podpisaną umowę.

4. Prowadzenie dokumentacji uczestnictwa uczniów w nadzorowanym szczotkowaniu zębów.

Pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna odnotować każdorazowo uczestnictwo ucznia w szczotkowaniu, co pozwoli na wyznaczenie dodatkowych terminów dla uczniów nieobecnych w danym dniu w szkole. Dopuszczalne jest przesunięcie (do 1 tygodnia) terminu zabiegu.

5. Udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej

Pielęgniarka lub higienistka szkolna zapewnia dostępność do świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką oraz planu godzin lekcyjnych. Do zadań pielęgniarek szkolnych należy również prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz aktywne uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia, w tym zdrowia jamy ustnej. Istnieje potrzeba opracowania nowoczesnych zasad prowadzenia edukacji zdrowotnej w grupie uczniów i rodziców, w tym metodyki zajęć warsztatowych.

Działanie edukacyjne powinny obejmować zagadnienia dotyczące instruktażu szczotkowania zębów, znaczenia higieny jamy ustnej i profilaktyki z uwzględnieniem profilaktyki fluorkowej (i jej bezpieczeństwa), choroby próchnicowej i dziąseł oraz podstawy zdrowego odżywiania się i higienicznego trybu życia.

Bezpieczeństwo profilaktyki fluorkowej u dzieci

Stosowanie fluoru, ze względu na jego wysoką cytotoksyczność i małą różnicę między dawką toksyczną i dawką leczniczą, wymaga jednak rozważnego postępowania. Stężenie fluoru w wodzie pitnej na terenie ponad 90% terytorium Polski jest niższe niż 0,5 mgF/l (stężenie

optymalne: 0,5 – 1,0 mgF/l) dlatego niezbędna jest jego miejscowa aplikacja na powierzchnie zębów. Niezbędne jest jednak przestrzeganie zasad profilaktyki fluorkowej ponieważ nadmierna ekspozycja na fluor jest czynnikiem ryzyka zatruc ostrych i przewlekłych. Odpowiednie dzienne spożycie fluoru pochodzącego z różnych źródeł wynosi 1,0 mgF/dzień dla dzieci w wieku 4-8 lat oraz 2,0 mgF/dzień w wieku 9-13 lat, górne dopuszczalne dzienne spożycie wynosi odpowiednio 2,2 i 10,0 mgF/dzień.

Ryzyko fluorozы zębów istnieje do 6. roku życia przy nieprawidłowym stosowaniu środków zawierających fluorki. Dawka fluoru, której przekroczenie powoduje fluorozę nie jest dokładnie określona (za dawki progowe uznaje się: 0,1 mg/kg m.c. na dzień oraz 0,05-0,07 mg/kg m.c. na dzień). Przy spożyciu 0,1 mg F/kg m.c./dzień umiarkowana fluoroza zębów występuje u poniżej 5% populacji.

Fluoroza zębów jest zaburzeniem rozwojowym szkliwa manifestującym się hipomineralizacją spowodowaną nadmierną ekspozycją na fluor w okresie amelogenezy. Objawami łagodnej postaci fluorozы szkliwa są białe, linijne zmętnienia, zlokalizowane najczęściej w okolicy brzegów siecznych lub na szczytach guzków zębów, które należy różnicować z nieprawidłowościami rozwojowymi o inne etiologii. Łagodne i umiarkowane postacie fluorozы charakteryzuje mniejsza predyspozycja do rozwoju próchnicy zębów. Ciężką fluorozę zębów, manifestującą się brązową barwą zębów i hipoplazją szkliwa, obserwuje się na terenach z wysoką zawartością fluoru w wodzie pitnej (>2 ppmF).

Należy podkreślić, że brak jest naukowych dowodów dotyczących wpływu kariostatycznych dawek fluoru na wzrost zachorowań na osteosarkomę (kostniakomięsaka kości), wzrostu symptomów neurotoksyczności i obniżenia ilorazu inteligencji (IQ), chorób tarczycy oraz oddziaływania na zdolność rozrodczą. Jedynymi udowodnionymi negatywnymi efektami spożywania wody z wysoką zawartością fluoru jest fluoroza zębów i kości.

Ostre zatrucia fluorem zdarzają się wyjątkowo rzadko. Prawie natychmiast po spożyciu dużej dawki fluoru występują bóle brzucha, nudności, następuje wzmożone wydzielanie śliny, wymioty, bóle głowy, pocenie się i osłabienie, mogą pojawić się bóle mięśni, skurcze i drgawki kończyn, niewydolność układu sercowo-naczyniowego, arytmia, spadek ciśnienia, zaburzenia elektrolitowe (hipokalcemia i hiperkaliemia). Prawdopodobną dawką toksyczną jest spożycie 5 mgF/kg masy ciała. Łagodne objawy żołądkowo-jelitowe mogą wystąpić po spożyciu **1 mg F/kg masy ciała**.

Uczniom podajemy preparaty fluorkowe o stężeniu 1%- 2% pod postacią żeli (dawka - 1 cm) lub płynu (6-9 kropli). Na pojedyncze szczotkowanie potrzeba około 0,5 g - 1 g żelu (0,5 g odpowiada 6,25 mg fluorku co stanowi około **0,35 mg/kg m.c.** przy masie ciała ucznia

18 kg). Przy przestrzeganiu zalecanych ilości żelu lub płynu nie występuje więc ryzyko wystąpienia objawów zatrucia fluorem.

Leczenie zatrucia u osób przytomnych polega na sprowokowaniu wymiotów, podaniu soli wapnia (1% chlorek wapnia czy glukonian wapnia), ewentualnie mleka. W razie wystąpienia powikłań krążeniowo-oddechowych należy podjąć czynności resuscytacyjne. **Każde dziecko, u którego wystąpiły zaburzenia żołądkowo-jelitowe, powinno być natychmiast hospitalizowane.**

Należy zatem zwrócić uwagę na konieczność przestrzegania zasad ostrożności i monitorowania odpowiedniej ilości i stężenia fluorków podczas realizowania programów profilaktyki fluorkowej, pamiętając, by preparaty fluorkowe przechowywać w miejscu niedostępnym dla dzieci i młodzieży.

Literatura uzupełniająca

1. Olczak-Kowalczyk D, Kaczmarek U, Bachanek T. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015. Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej w wieku 3, 10 i 15 lat w 2015 roku. Red. Dorota Olczak-Kowalczyk, Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2016.
2. Ogólnopolski Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowań. Polska 2011, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011.
http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/monitoring_ju_29052012.pdf
3. Współczesna stomatologia wieku rozwojowego pod red. Doroty Olczak-Kowalczyk, Urszuli Kaczmarek i Joanny Szczepańskiej. Med Tour Press, Warszawa, 2016.
4. Zapobieganie i leczenie choroby próchnicowej u dzieci pod red. Doroty Olczak-Kowalczyk i Leopolda Wagnera Warszawa, Borgis, 2013.
5. Wprowadzenie do stomatologii dziecięcej pod red. Doroty Olczak-Kowalczyk i Leopolda Wagnera, Warszawa, WUM, 2012.
6. Stodolak A, Fuglewicz A. Zapobieganie próchnicy zębów u dzieci i młodzieży oraz promocja zdrowia jamy ustnej – rola pracowników służby zdrowia. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 1, 76–81.
7. Olczak-Kowalczyk D, Borysewicz-Lewicka M, Adamowicz-Klepalska B, Jackowska T, Kaczmarek U. Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej choroby próchnicowej u dzieci i młodzieży. Nowa Stomatologia 2016,1, 47-73. DOI: [10.5604/14266911.1199068](https://doi.org/10.5604/14266911.1199068)

8. Szczepańska J, Hilt A, Daszkowska M, Marczuk-Kolada G. Zalecenia w zakresie higieny jamy ustnej dla dzieci i młodzieży w kolejnych grupach wiekowych. <http://acff.pl/zalecenia-ekspertow-acff-dot-higieny-jamy-ustnej-u-dzieci-i-mlodziezy-oraz-kobiet-w-ciazy/>
9. Czerwionka-Szaflarska M, Jackowska T, Kaczmarek U, Książek J, Olczak- Kowalczyk D, Szostak – Węgierek D. Redakcja: prof. dr hab. n. med. Dorot Olczak - Kowalczyk. Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej. http://acff.pl/wp-content/uploads/2015/09/Stanowisko-polskich-ekspertow_zywienie-dzieci-i-mlodziezy_wrzesien-2015.pdf

TESTY PRZESIEWOWE I LEKARSKIE BADANIA PROFILAKTYCZNE U DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU SZKOLNYM - *Maria Jodkowska*,

Testy przesiewowe

Przeprowadzanie testów przesiewowych u dzieci i młodzieży to ważny element profilaktyki drugorzędowej. Celem testu przesiewowego jest wstępna identyfikacja, dzięki zastosowaniu szybkiej i prostej metody badania, nie rozpoznanych dotąd chorób lub zaburzeń w okresie, gdy można jeszcze odwrócić proces chorobowy lub zahamować tempo jego rozwoju. Testy te wyodrębniają w populacji osoby, które prawdopodobnie mają daną chorobę lub zaburzenie (dodatni wynik testu) i osoby, które prawdopodobnie ich nie mają (ujemny wynik testu).

Testy przesiewowe są istotną składową bilansów zdrowia dzieci i młodzieży, poprzedzają one każde profilaktyczne badanie lekarskie w określonych grupach uczniów wyodrębnionych ze względu na etap edukacji szkolnej.

Program przesiewowy jest pojęciem szerszym i składa się z trzech faz:

- I. Test przesiewowy wykonany u wszystkich osób w danej populacji podlegającej badaniu;
- II. Postępowanie poprzęsiewowe – diagnostyczne w stosunku do osób z dodatnim, zweryfikowanym wynikiem testu przesiewowego w celu potwierdzenia podejrzenia zaburzeń;
- III. Leczenie lub inne działania naprawcze w stosunku do osób z potwierdzonym rozpoznaniem zaburzeń.

Wykonanie, nawet najbardziej staranne testów przesiewowych bez następnych faz programu przesiewowego jest błędem w sztuce.

Rodzaje testów przesiewowych

W grupie dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (6-19 lat) pielęgniarka szkolna wykonuje testy przesiewowe do wykrywania następujących zaburzeń:

- rozwoju fizycznego,
- narządu ruchu,
- narządu wzroku,
- narządu słuchu,
- podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi.

W tabeli 1 przedstawiono rodzaje testów przesiewowych oraz klasę do której uczęszcza uczeń, w którym są one wykonywane.

Tabela 1. Zakres testów przesiewowych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

Poziom edukacji	Testy przesiewowe do wykrywania zaburzeń
Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne „klasa 0”*	<p>Rozwoju fizycznego Pomiar wysokości, masy ciała, obliczenie wskaźnika BMI</p> <p>Narządu słuchu Badanie orientacyjne szeptem „<i>Powtórz, co słyszysz</i>”</p> <p>Narządu wzroku Zez (test Hirschberga oraz cover test) Ostrość wzroku</p> <p>Narządu ruchu Zniekształcenie statyczne kończyn dolnych; Boczne skrzywienie kręgosłupa</p> <p>Niezstąpionego jądra</p> <p>Podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi</p>
III klasa szkoły podstawowej	<p>Rozwoju fizycznego Pomiar wysokości, masy ciała, obliczenie wskaźnika BMI</p> <p>Narządu wzroku Ostrość wzroku Widzenie barw (tablice pseudoizochromatyczne Ishihary)</p> <p>Narządu ruchu Boczne skrzywienie kręgosłupa</p> <p>Podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi</p>
V klasa szkoły podstawowej	<p>Rozwoju fizycznego Pomiar wysokości, masy ciała, obliczenie wskaźnika BMI</p> <p>Narządu wzroku Ostrość wzroku</p> <p>Narządu ruchu Boczne skrzywienie kręgosłupa</p> <p>Podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi</p>
VII klasa szkoły podstawowej	<p>Rozwoju fizycznego Pomiar wysokości, masy ciała, obliczenie wskaźnika BMI</p> <p>Narządu wzroku Ostrość wzroku</p> <p>Narządu słuchu (orientacyjne badanie szeptem)</p> <p>Narządu ruchu Boczne skrzywienie kręgosłupa Pogłębiona kifoza piersiowa</p> <p>Podwyższonego ciśnienia tętnicze krwi</p>

I klasa szkoły ponadgimnazjalnej**/ponadpodstawowej	Rozwoju fizycznego Pomiar wysokości, masy ciała, obliczenie wskaźnika BMI Narządu wzroku Ostrość wzroku Narządu słuchu (orientacyjne badanie szeptem) Narządu ruchu Boczne skrzywienie kręgosłupa Pogłębiona kifoza piersiowa Podwyższonego ciśnienia tętnicze krwi
Ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej**/ponadpodstawowej	Rozwoju fizycznego Pomiar wysokości, masy ciała, obliczenie wskaźnika BMI Narządu wzroku Ostrość wzroku Podwyższonego ciśnienia tętnicze krwi

*pielęgniarka szkolna wykonuje te testy w I klasie w przypadku, gdy dziecko nie miało ich wykonanych w wieku 5-6 lat (w klasie 0)

**do wygaszenia gimnazjów.

Sprzęt i pomoce do wykonywania testów przesiewowych u uczniów

Niezbędnym warunkiem rzetelnie przeprowadzonego testów jest posiadanie właściwego sprzętu i pomocy do jego wykonania. W tabeli 2. przedstawiono sprzęt i pomoce do wykonywania i interpretacji testów przesiewowych u dzieci młodzieży w wieku szkolnym.

Tabela 2. Sprzęt i pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników

Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń	Sprzęt i pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników
Rozwoju fizycznego	Waga lekarska, dobrze wytarowana (tarowanie wagi należy powtórzyć po każdym 10 pomiarach); Stadiometr, lub taśma centymetrowa z podziałką do 1 mm, przyklejona pionowo do ściany oraz ekierka. Jeśli posługujemy się typową taśmą krawiecką o długości 150 cm, początek taśmy należy umieścić na znanej wysokości od podłogi (np. 1m) i dodawać ją do odczytanego pomiaru. Uwaga! <i>Nie poleca się mierzenia wysokościomierzem przy wadze lekarskiej, ponieważ pomiar ten daje wynik o większym błędzie niż sposób podany wyżej;</i> Siatki centylowe wysokości ciała i masy ciała oraz tabele centylowe wskaźnika masy ciała (BMI) dla chłopców i dziewcząt.

<p>Narządu wzroku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zeza • nieprawidłowej ostrości wzroku 	<p>Latarka wytwarzająca wąską wiązkę promieni do badania odbicia światła na rogówkach (test Hirschberga);</p> <p>Tablice do badania ostrości wzroku do dali;</p> <p>Pomoce wykonane we własnym zakresie: osłona oka nie badanego, wskaźnik do pokazywania znaków na tablicy.</p>
<p>Narządu słuchu</p>	<p>Zestawy słów do orientacyjnego badania słuchu szeptem dla dzieci starszych.</p>
<p>Narządu ruchu</p> <ul style="list-style-type: none"> • boczno skrzywienia kręgosłupa • zniekształceń statycznych kończyn dolnych 	<p>Pion i ekierka;</p> <p>Pion do badania ustawienia osi długiej podudzia i pięty</p> <p>Linijka z podziałką centymetrową,</p> <p>Goniometr (fakultatywnie).</p>
<p>Podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi</p>	<p>Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi: rtęciowy, sprężynowy/zegarowy i słuchawki lekarskie, lub aparat elektroniczny do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z funkcją samokalibracji;</p> <p>Mankiety o różnej szerokości, w rozmiarach odpowiednich dla dzieci i młodzieży;</p> <p>Tabele centylowe do interpretacji pomiarów ciśnienia tętniczego krwi.</p>

Organizacja, zasady oraz warunki wykonywania testów przesiewowych

Istotny wpływ na wiarygodność testu ma dobre przygotowanie pielęgniarki, zarówno teoretyczne jak i praktyczne, a także wykonie go zgodnie z przyjętą, wystandaryzowaną metodologią.

Poniżej przedstawiono kolejne kroki w przeprowadzaniu testów przesiewowych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym:

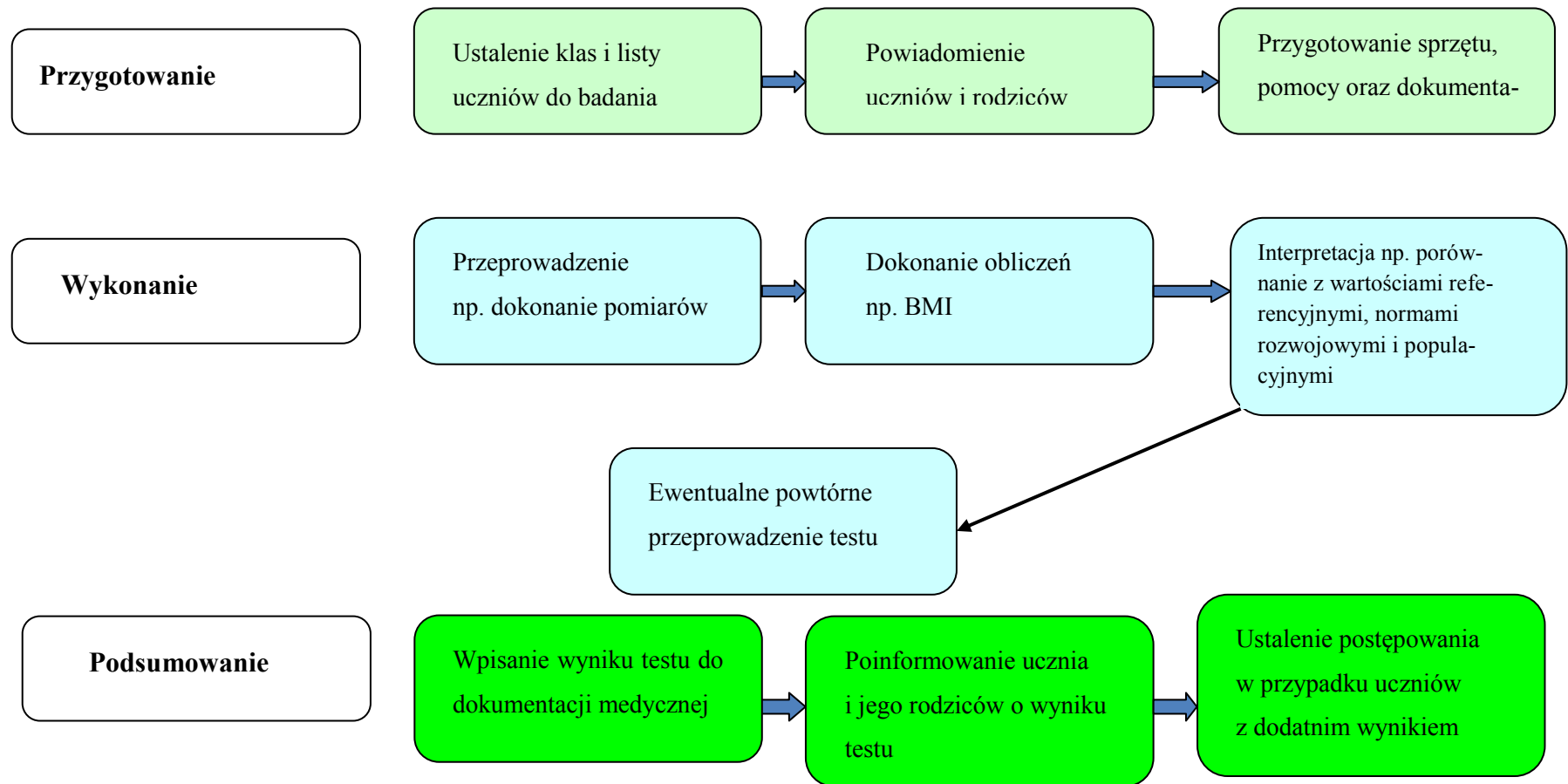
- Ustalenie, które klasy oraz uczniowie będą podlegali obowiązkowym testom przesiewowym w poszczególnych semestrach roku szkolnego (p. rozdz. „Organizacja pracy pielęgniarki w szkole w roku szkolnym”);
- Przygotowanie harmonogramu przeprowadzenia testów przesiewowych w poszczególnych klasach;

- Opracowanie krótkiej notatki o testach i powiadomienie rodziców oraz uczniów o planowanym terminie badania, jego celach. Informacje należy zamieścić z kilkudniowym wyprzedzeniem na stronie internetowej szkoły lub np. za pomocą dziennika elektronicznego LIBRUS;
- Wykonanie testu w spokojnej atmosferze, bez pośpiechu, z zachowaniem zasad intymności (zwłaszcza w przypadku przeprowadzania badania związanego z koniecznością rozebrania się). Uczeń powinien otrzymać wyczerpującą informację o celu i sposobie przeprowadzenia badania. Należy mu także uświadomić, że test przesiewowy jest badaniem, któremu poddawane są wszystkie dzieci w jego wieku i najczęściej jego wynik jest prawidłowy;
- Po przeprowadzonym badaniu należy dokonać ewentualnych obliczeń np. wskaźnika masy ciała (BMI) oraz zinterpretować otrzymane wyniki stosując normy referencyjne;
- W razie jakichkolwiek wątpliwości należy powtórnie przeprowadzić test;
- Po wykonaniu testu należy o jego wyniku ustnie poinformować ucznia, wpisać jego wyniki w karcie badania ucznia, a w przypadku przeprowadzenia testu przesiewowego w ramach profilaktycznych badań lekarskich (bilansów zdrowia), - w *Karcie profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy...*

Jeśli wynik testu budzi zastrzeżenie, uczeń i jego rodzice powinni otrzymać informację, że istnieje **podejrzanie zaburzenia, które musi być sprawdzone w dalszych badaniach diagnostycznych**. Wyjaśnienie to jest niezbędne dla uniknięcia ewentualnego lęku pacjenta i jego skutków. Postawienie fałszywej diagnozy lub jej brak może spowodować z jednej strony niepotrzebny strach a z drugiej strony prowadzić do błędnego poczucia bezpieczeństwa osoby badanej. W przypadku uczniów z dodatnim wynikiem testu konieczne jest ustalenie dalszego postępowania oraz monitorowanie uczniów z dodatnim wynikami testów przesiewowych.

Kontakty i rozmowy z uczniem przy okazji wykonywania testów przesiewowych, są dobrą sposobnością do jego edukacji zdrowotnej, przekazania im informacji o zdrowym stylu życia, w tym prawidłowym żywieniu i aktywności fizycznej, a także koniecznych szczepieniach ochronnych. Etapy przeprowadzania testu przesiewowego przedstawiono w rycinie 1.

Ryc. 1. Etapy przeprowadzania testu przesiewowego



Postępowanie poprzęsiewowe

Należy pamiętać, że dodatni wynik testu przesiewowego nie jest równoznaczny z postawieniem rozpoznania zaburzenia czy choroby (diagnozy). Wskazuje on jedynie, że u danej osoby **prawdopodobnie** występuje dany problem zdrowotny. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości test przesiewowy powinien być powtórzony przez pielęgniarkę np. następnego dnia (nie natychmiast, w dniu badania), a następnie zweryfikowany przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) pod którego opieką znajduje się uczeń. Postępowanie to ma na celu potwierdzenie lub wykluczenie podejrzenia zaburzeń ujawnionych w teście przesiewowym.

Każdy uczeń z potwierdzonym dodatnim wynikiem testu przesiewowego powinien być skierowany na badania diagnostyczne. W obecnym systemie ochrony zdrowia pielęgniarka szkolna kieruje ucznia do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który sprawuje opiekę nad danym dzieckiem, podając w odpowiedniej dokumentacji rodzaj stwierdzonych nieprawidłowości. Przeprowadzone badanie lekarskie, badania dodatkowe i ewentualne konsultacje specjalistyczne pozwalają na ustalenie rozpoznania i podjęcie działań leczniczych, czyli „zamknięcie” procesu postępowania w programie przesiewowym.

Lekarskie badania profilaktyczne (bilanse zdrowia) dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

1. Cele specyficzne bilansów zdrowia uczniów

Poszczególne profilaktyczne badania lekarskie mają swoiste cele, zależne od etapu rozwoju (zadań rozwojowych) i edukacji (zadań edukacyjnych) dzieci i młodzieży. W koordynacji tych badań duża rola przypada pielęgniarce szkolnej, która przeprowadza obowiązujące w danym wieku testy przesiewowe (patrz wyżej), zakłada *Kartę profilaktycznego badania lekarskiego ucznia*, zachęca rodziców do zgłoszenia się z dzieckiem na badanie profilaktyczne do lekarza POZ, pod opieką którego znajduje się dziecko.

Tabela 3. Harmonogram i zakres badań profilaktycznych (bilansów zdrowia) uczniów

Etap edukacji	Cele szczegółowe badania
<p>Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne* (dawna nazwa klasa 0)</p>	<p>Ocena poziomu rozwoju i zdrowia dziecka z punktu widzenia jego zdrowotnej gotowości szkolnej;</p> <p>Zaplanowanie leczenia lub zajęć korekcyjnych, umożliwiających wyrównanie ewentualnych zaburzeń rozwoju lub zdrowia przed rozpoczęciem nauki w szkole;</p> <p>Edukacja dziecka i rodziców dotycząca zbilansowanej diety, wspierania aktywności fizycznej, ograniczenia siedzącego trybu życia, zapewnienia higieny i bezpieczeństwa w środowisku dziecka.</p>
<p>Klasa III szkoły podstawowej</p>	<p>Ocena poziomu rozwoju fizycznego, psychospołecznego i emocjonalnego, stanu zdrowia dziecka oraz zmian, jakie nastąpiły w pierwszych latach nauki w szkole;</p> <p>Ocena zdrowotnego przystosowania szkolnego;</p> <p>Zaplanowanie działań profilaktycznych, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w zakresie zaplanowania odpowiedniej aktywności fizycznej, zbilansowanej diety, odpowiedniego czasu i długości snu;</p> <p>Współpraca z pielęgniarką szkolną.</p>
<p>Klasa VII szkoły podstawowej i klasa I szkoły ponadgimnazjalnej**/ponadpodstawowej</p>	<p>Ocena zdrowia i rozwoju z prognozą zmian w dalszych latach życia, w tym w aspekcie kierunku dalszego kształcenia w szkole ponadpodstawowej;</p> <p>Ocena przebiegu dojrzewania płciowego wg skali Tan-nera;</p> <p>Zaplanowanie działań profilaktycznych, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;</p> <p>Współpraca z pielęgniarką szkolną.</p>
<p>Ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej**/ponadpodstawowej</p>	<p>Ocena stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w okresie młodzieńczym pod kątem zdrowia prokreacyjnego i zdolności do pracy zawodowej lub dalszego kształcenia;</p> <p>Edukacja w zakresie zdrowego stylu życia, radzenia sobie ze stresem oraz związana ze zdrowiem seksualnym i prokreacyjnym.</p>

*Jeżeli badania nie wykonano w terminie, należy je przeprowadzić w I semestrze I klasy szkoły podstawowej

**Do końca wygaszenia gimnazjów

2. Przygotowanie badań przez pielęgniarkę szkolną

W realizacji tego zadania obowiązuje następujący algorytm postępowania pielęgniarki szkolnej:

- Przygotowanie odpowiednich formularzy *Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia*, dla odpowiednich grup wieku/etapu edukacji i wpisanie na nich danych osobowych ucznia. Karty należy wypełniać w określonej kolejności, aby zachować poufność informacji:
- nauczyciel ➡ pielęgniarka ➡ rodzic ➡ lekarz
- Poinformowanie wychowawcy klasy o planowanym badaniu, jego celach i organizacji. Przekazanie kart uczniów podlegających badaniu celem wypełnienia „Części 2. Informacja wychowawcy klasy”, a następnie odbiór wypełnionych kart. Pielęgniarka powinna poinformować nauczyciela o poufności zawartych w kartach danych i o tym, że rodzice z kolei mają prawo do uzyskania informacji o funkcjonowaniu ich dziecka w szkole.
- Wpisanie wyników testów przesiewowych i innych informacji w „Części 3. Informacje pielęgniarki/higienistki szkolnej”. Przekazanie wypełnionych kart rodzicom.
- Poinformowanie rodziców uczniów podlegających badaniu o planowanym badaniu lekarskim (bilansie zdrowia), 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).
- Zebranie *Kart* po zakończeniu badań lekarskich. Zapoznanie się z wypełnioną przez lekarza „Częścią 4. Wynik badania lekarskiego” i włączenie jej do dokumentacji zdrowia ucznia oraz zaplanowanie dalszej opieki nad uczniami ze stwierdzonymi zaburzeniami – opieki czynnej pielęgniarki szkolnej.

3. Analiza danych i wykorzystanie wyników

Pielęgniarka szkolna, po zebraniu kart badania profilaktycznego podejmuje następujące działania:

- Planowanie działań w odniesieniu do poszczególnych grup uczniów, w zależności od stwierdzonych problemów zdrowotnych oraz indywidualnej opieki pielęgniarskiej zgodnie z ewentualnymi zaleceniami lekarskimi;
- Sporządzenie listy uczniów zakwalifikowanych do poszczególnych grup na zajęciach wychowania fizycznego (wf) i omówienie zaleceń i organizacji zajęć korekcyjnych z nauczycielem wychowania fizycznego;
- Sporządzenie listy problemów zdrowotnych dominujących w szkole oraz zaplanowanie działań we współpracy z dyrekcją szkoły i radą pedagogiczną (np. zajęć warsztatowych itp.)

Literatura uzupełniająca:

1. Oblacińska A., Jodkowska M., Sawiec P. (red): ABC bilansów zdrowia dziecka – podręcznik dla lekarzy. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017 r.

Część II. PORADNICTWO CZYNNE DLA UCZNIÓW Z PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI, SZKOLNYMI I SPOŁECZNYMI

WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU SZKOLNYM - *Anna Oblacińska*

„Problem zdrowotny” w praktyce opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym (pojęcie to zastąpiło dawne określenie „grupy dyspanseryjne”), należy rozpatrywać w odniesieniu do:

- Indywidualnego ucznia, jako zaburzenie lub chorobę, które mogą niekorzystnie wpływać na jakość jego życia i funkcjonowanie w szkole i życiu codziennym i które wymagają specyficznych działań profilaktycznych i leczniczych;
- Całej populacji szkolnej – dotyczy to problemów zdrowotnych o dużym rozpowszechnieniu (częstości występowania w przedziale wieku odpowiadającym „wiekowi szkolnemu”) oraz tych stanów chorobowych i zaburzeń rozwoju, które w znacznym stopniu upośledzają dyspozycje do nauki i funkcjonowanie ucznia w szkole.

Problemy zdrowotne w wieku szkolnym ze względu na dużą częstość występowania

Urazy

Urazy są pierwszą **przyczyną zgonów** dzieci i młodzieży powyżej 1 roku życia.

- W 2011 r. zmarło z powodu **zewnętrznych przyczyn**⁸ 977 dzieci w wieku 1-19 lat co stanowiło 52% ogółu zgonów (a w grupie wieku 15-19 lat aż 68%).; Przyczyną połowy tych zgonów były urazy doznane w wypadkach komunikacyjnych;
- Urazy są jedną z głównych **przyczyn hospitalizacji** dzieci i młodzieży: u chłopców są one pierwszą jej przyczyną już w wieku 5 lat, u dziewcząt – w wieku 10 - 15 lat;
- Na każdy zgon z powodu urazu przypada 30 hospitalizacji i 300 wizyt w ramach pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, SOR) oraz wielokrotnie więcej porad i zabiegów **ambulatoryjnych**. Od 1994 r. utrzymuje się stała tendencja wzrostowa częstości występowania tego typu urazów u nastolatków;

⁸Terminem tym określa się urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10).

- Badania HBSC z roku 2014: co najmniej 1 raz w ostatnich 12 miesiącach doznało urazu 38,8% uczniów, w tym 41,7% chłopców i 36,0% dziewcząt w wieku 11-15 lat. Urazów powtarzających się, czyli dwóch lub więcej w ostatnim roku, doświadczyło 13,6% badanych nastolatków (14,4% chłopców i 12,8% dziewcząt).

Zaburzenia zdrowia psychicznego

W roku 2011, z powodu zaburzeń psychicznych innych niż uzależnienia, leczonych było w Polsce 108 707 osób w wieku 0-18 lat (1,3% ludności w tym wieku). Najczęstsze przyczyny, to:

- Zaburzenia rozwojowe (59% leczonych),
- Zaburzenia nerwicowe (15%),
- Upośledzenie umysłowe (11%),
- Zaburzenia afektywne (około 5%).

Ze statystyk Komendy Głównej Policji wynika, iż w 2012 r. stwierdzono 373 próby samobójcze u dzieci i młodzieży w wieku 14-19 lat, z czego 177 z nich odebrało sobie życie.

- Uwaga! W grupie 15-17 lat zamach samobójczy był przyczyną prawie co piątego zgonu (26% u chłopców i 16% dziewcząt).

Szczegółowe omówienie tej tematyki przedstawiono w rozdziale „Problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w wieku szkolnym”

Nadwaga i otyłość

Dzieci w wieku 3 – 12 lat (wiek przedszkolny i wczesny szkolny) - dane Instytutu Żywności i Żywienia z 2000 r.:

- w wieku 2-3 lata - 20% chłopców i dziewcząt,
- w wieku 7-9 lat -14% chłopców i 10% dziewcząt,

Po upływie prawie dekady - w grupie dzieci w wieku 7 – 9 lat odsetek chłopców z nadwagą i otyłością pozostał na podobnym poziomie (21%, w tym otyłość 5,5%), u dziewcząt natomiast wzrósł do 19% (w tym otyłość do 4 %).

- w wieku 10-12 lat, w ciągu dekady, u chłopców częstość nadwagi i otyłości nie zwiększała się (22%), natomiast u dziewcząt zwiększyła się o 2 punkty procentowe (2009 r. projekt OLAF).

Młodzież w okresie dojrzewania 13 – 15 lat (dane Instytutu Matki i Dziecka 2005 r.)

Największe odsetki uczniów z nadwagą i otyłością stwierdzono u 13-letnich chłopców – 14%, a najmniejsze u 15-letnich dziewcząt – 12%

Dane z projektu OLAF 2009 r.:

- Odsetek dziewcząt 13 i 15 lat z nadwagą i otyłością – utrzymywał się na tym samym poziomie, u chłopców – nastąpiło zwiększenie odsetka odpowiednio o 5,5 i 4 punkty procentowe.

Wpływ środowiska szkolnego na stan zdrowia ucznia z problemem zdrowotnym	Wpływ choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole
<ul style="list-style-type: none"> • Nieregularność posiłków i pogłębienie nieprawidłowego modelu żywienia (asortyment sklepików szkolnych); • System zmianowy nauczania. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niechęć do zajęć i zabaw wymagających aktywności fizycznej (obniżona sprawność fizyczna oraz dysharmonia rozwoju motorycznego, zmniejszenie tolerancji na wysiłek, negatywny obraz własnego ciała); • Izolacja od grupy rówieśniczej.

Zadania personelu szkoły, koordynowane przez pielęgniarkę szkolną

- Identyfikacja uczniów z nadwagą (testy przesiewowe) i skierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- Dodatkowe pomiary masy ciała, pomiędzy terminami testów przesiewowych;
- Indywidualne poradnictwo i edukacja zdrowotna;
- Indywidualizacja zajęć wychowania fizycznego (według kwalifikacji lekarskiej) i oceniania ucznia;
- Analiza sytuacji ucznia otyłego w klasie, przeciwdziałanie różnym formom dyskryminacji i dokuczania ze strony rówieśników;
- Wsparcie psychiczne w podejmowanych próbach odchudzania się.

Próchnica zębów

Wolnych od próchnicy jest tylko około 14% 6-latków i 4% 18-latków ! Wskaźniki charakteryzujące występowanie i nasilenie próchnicy zębów u dzieci w wieku 6, 12 i 18 lat w Polsce w 2012 r.*

Wskaźnik	6-latki	12-latki	18-latki
Odsetek dzieci wolnych od próchnicy	14,4	20,9	3,9
Średnia liczba zębów z ubytkami próchnicowymi (zęby mleczne u 6-latków i stałe u 12- i 18-latków)	4,3	1,9	3,1
Wskaźnik znaczącej próchnicy (SiC Index)**	10,0	7,4	13,2
Odsetek dzieci nie wymagających leczenia zachowawczego i/lub chirurgicznego (wskazane tylko działania profilaktyczne)	14,2	25,2	13,9

*Źródło: Wyniki badań epidemiologicznych prowadzonych w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej w 2012 r. Dane Departamentu Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl)

**Suma indywidualnej wartości PUW w 1/3 populacji badanej o największych PUW podzielona przez liczbę osób w grupie

Dokładne omówienie problemu przedstawiono w rozdziale „Profilaktyka próchnicy zębów u uczniów”

Choroby przewlekłe i niepełnosprawność – kontekst medyczny

Innym określeniem, dotyczącym problemów zdrowotnych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest termin „**przewlekłe problemy zdrowotne**”. Są to zaburzenia trwające dłużej niż 3 miesiące, wpływające na funkcjonowanie fizyczne, intelektualne, psychologiczne i psychiczne dziecka w następstwie występujących objawów chorobowych, konieczności leczenia oraz ograniczenia aktywności w szkole, pracy, rekreacji i rodzinie⁹.

Każda choroba przewlekła dziecka w wieku szkolnym może wpływać upośledzająco na:

- Rozwój fizyczny ucznia: np. niedobór lub nadmiar masy ciała, niskorosłość, opóźnienie dojrzewania płciowego;

⁹Termin zaproponowany przez Amerykańską Akademię Pediatrii, w odniesieniu do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. American Academy of Pediatrics: Psychosocial risk of chronic health conditions in childhood and adolescence. Pediatrics, 1993, 92, 6.

- Stan emocjonalny i rozwój społeczny: różnego rodzaju zaburzenia w postrzeganiu własnego ciała (tzw. dysmorfofobia), 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.

Cukrzyca insulinozależna (typu 1)

Dane z badań klinicznych:

- W 2009 roku w Polsce było około 18 000 dzieci i młodzieży chorujących na cukrzycę typu 1, co stanowi 0,35% populacji w wieku szkolnym, w roku szkolnym 2009/2010;
- Od 1989 roku częstość występowania cukrzycy typu 1 zwiększyła się 2,5 razy (w ciągu 20 lat);

Prognozuje się, że do 2025 roku liczba dzieci z cukrzycą podwoi się.

Wpływ środowiska szkolnego na stan zdrowia ucznia z problemem zdrowotnym	Wpływ choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole
<ul style="list-style-type: none"> • Organizacja procesu nauczania (układ lekcji, przerw międzylekcyjnych, liczba lekcji w ciągu dnia, zmienność); • Utrudnienie w regularności spożycia posiłków na terenie szkoły; • Dysproporcja między posiłkiem a aktywnością fizyczną (ryzyko niedocukrzenia). 	<ul style="list-style-type: none"> • U uczniów z problemami z wyrównaniem cukrzycy – częsta absencja szkolna; • Większa podatność na stres; • Utrudnienia, a czasem niemożność korzystania z posiłków szkolnych; • Wysilek fizyczny – zajęcia wf, zasady „bezpieczeństwa metabolicznego”, w niektórych przypadkach przeciwwskazania do wysiłku fizycznego; • Wycieczki szkolne, „zielona szkoła”.

Zadania personelu szkoły, koordynowane przez pielęgniarkę szkolną

- Współpraca pielęgniarki szkolnej z lekarzem POZ i diabetologiem;
- Współdziałanie z rodzicami ucznia;
- Zapobieganie i reagowanie na ewentualną hipoglikemię w czasie zajęć ruchowych. Dobór zajęć zgodnie z kwalifikacją lekarską do zajęć wychowania fizycznego (grupa B);

- Pomoc młodszym uczniom w obsłudze pompy insulinowej, oznaczaniu glikemii za pomocą glukometru;
- Rozpoznawanie i postępowanie w czasie hipoglikemii, ewentualne podanie glukagonu (pielęgniarka szkolna) – na podstawie stałego zlecenia lekarskiego na piśmie, aktualizowanego co najmniej 1 raz w roku;
- Edukacja w zakresie samoopieki, umiejętności poszukiwania wsparcia, wskazanie organizacji, stowarzyszeń rodziców i dzieci chorych na cukrzycę;
- Odradzanie wyboru zawodów, przy których wykonywaniu życie wykonującego zawód lub innych ludzi zależy od sprawnego funkcjonowania w każdej sytuacji (pilot samolotowy, kierowca zawodowy, policjant, operator ciężkiego sprzętu).

Alergie

Dane z badań klinicznych:

- Astma oskrzelowa – 5 - 10% populacji w wieku szkolnym;
- Alergiczny nieżyt nosa (katar sienny) – 25 - 29% dzieci w szkołach podstawowych;
- Alergie pokarmowe (rzadko).

Wpływ środowiska szkolnego na stan zdrowia ucznia z problemem zdrowotnym	Wpływ choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole
<ul style="list-style-type: none"> • Czynniki uczulające w szkole (kurz, roztocza), emocje, wysiłek fizyczny; • Wyjazdy na „zielone szkoły”(pyłki roślin, alergeny pokarmowe); • Ostry stres, mogący wywołać napad astmy oskrzelowej. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nasilenie objawów pyłkowicy w porze wiosna/lato (okres egzaminów i testów kwalifikacyjnych); • Większa podatność na stres; • Częsta absencja chorobowa; • Uboczne działanie leków antyalergicznych (gorsza koncentracja uwagi, senność); • Wycieczki szkolne, „zielona szkoła”.

Zadania personelu szkoły, koordynowane przez pielęgniarkę szkolną

- Ścisła współpraca z rodzicami i lekarzem POZ i alergologiem;
- Monitorowanie rozwoju fizycznego i dojrzewania, również poza terminami badań przesiewowych;
- Realizacja stałych zleceń lekarskich na piśmie (podawanie leków w stanach duszności), aktualizowanych co najmniej 1 raz w roku;

- Odpowiednia kwalifikacja do zajęć wf (wykluczenie zajęć wymagających *dlugotrwa-*
go , intensywnego wysiłku fizycznego);
- Zwolnienie z zajęć i prac związanych z dużą ekspozycją na alergeny;
- Indywidualna edukacja zdrowotna;
- Doradztwo w wyborze profilu dalszej nauki lub zawodu odradzanie pracy w tzw. za-
wodach o wysokim wskaźniku alergii zawodowych (sektor spożywczy, chemiczny, tworzyw
sztucznych, a także w zootechnice, futrzarstwie i przemyśle włókienniczym).

Padaczka

Dane z badań klinicznych

- Dotyczy około 1% populacji polskiej;
- 50% zachorowań przypada na pierwszą dekadę życia;
- Nie wszystkie napady padaczki przebiegają pod postacią utraty świadomości i drgawek!
- Każdy przypadek dziecka z padaczką jest odmienny.

Wpływ środowiska szkolnego na stan zdrowia ucznia z problemem zdrowotnym	Wpływ choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole
<ul style="list-style-type: none"> • Duża ilość zewnętrznych bodźców sensorycznych (hałas, fotostymulacja); • Organizacja procesu nauczania (liczba lekcji, zmianowość); • Stres, zmęczenie. 	<ul style="list-style-type: none"> • W części przypadków upośledzenie umysłowe, obniżenie dyspozycji do nauki; • Nerwica neurasteniczna; • Podwyższony poziom stresu; • Nadpobudliwość psychoruchowa, niezręczność ruchów; • Uboczne działanie leków (drżenie rąk, zaburzenia równowagi).

Zadania personelu szkoły, koordynowane przez pielęgniarkę szkolną

- Kontakty rodzice-personel szkoły;
- Postępowanie w czasie napadu padaczkowego. Różnicowanie napadów dużych, częściowych, ogniskowych. Podanie leków (wlewka) tylko przez pielęgniarkę – stałe zlecenie lekarza na piśmie, aktualizowane co najmniej 1x w roku;
- Indywidualna edukacja zdrowotna ucznia i jego rodziców: unikanie sytuacji mogących wyzwolić napad (fotostymulacja, hałas, hiperwentylacja);
- Aktywność fizyczna – zajęcia wf zgodnie z lekarską kwalifikacją (grupa B lub C);

- Systematyczna ocena psychologiczno-pedagogiczna;
- Przerwanie „błędne koła stygmatu” związanego z padaczką;
- W poradnictwie zawodowym uświadamianie uczniom zagrożeń i barier jakie niosą ze sobą niektóre zawody: kierowanie pojazdami mechanicznymi, praca na wysokości, przy obsłudze maszyn, w narażeniu na substancje neurotoksyczne – współpraca z lekarzem POZ i neurologiem.

Niepelnosprawność

W Polsce przyjmuje się co najmniej dwie definicje niepełnosprawności: **biologiczna**, według kryterium Unii Europejskiej występuje u osób, które z powodów zdrowotnych mają ograniczoną zdolność do wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują i **prawna** dotycząca osób, które posiadają orzeczenia prawne o niepełnosprawności (różnego stopnia), wydawane przez różne instytucje i dla różnych celów.

- Na podstawie badań GUS „w Polsce w **2009 r.**, odsetek osób z niepełnosprawnością wynosił 3,5% w grupie wieku 0-14 lat, a w wieku 15-19 lat 4,4% ogółu populacji (w tym z niepełnosprawnością tylko biologiczną odpowiednio 0,2% i 1,1%; tylko prawną odpowiednio 2,5% i 2,3%);
- **W 2014 r.** orzeczenie o niepełnosprawności posiadało ponad 180 tys. dzieci, co stanowi ponad 3% populacji w wieku 0-14 lat.

Wpływ środowiska szkolnego na stan zdrowia ucznia z niepełnosprawnością	Wpływ niepełnosprawności na funkcjonowanie ucznia w szkole
<ul style="list-style-type: none"> • Trudności w adaptacji do środowiska zdrowych rówieśników; • Bariery architektoniczne w szkole; • Odległość szkoły od miejsca zamieszkania; • Warunki i organizacja nauczania. 	<ul style="list-style-type: none"> • Towarzyszące niepełnosprawności zaburzenia emocjonalne; • Obniżenie sprawności intelektualnej; • Niepełnosprawność manualna • Trudności w poruszaniu się (kule, wózek inwalidzki); • Zaburzenia mowy • Częstsze stawianie się ofiarą przemocy rówieśniczej.

Zadania personelu szkoły, koordynowane przez pielęgniarkę szkolną

- Współpraca z lekarzem POZ oraz, w wybranych przypadkach z neurologiem, psychologiem;

- Rozwiązywanie problemów społecznych i szkolnych ucznia wspólnie z pedagogiem i ewentualnie psychologiem szkolnym;
- Współdziałanie pielęgniarki szkolnej z dyrekcją szkoły, nauczycielami i pedagogiem szkolnym w zakresie zadań związanych z rewalidacją ucznia;
- Śledzenie rozwoju fizycznego, także poza terminami badań przesiewowych;
- Wczesne wykrywanie zaburzeń narządów zmysłów (wzrok, słuch);
- Wykonywanie przez pielęgniarkę szczególnych, zleconych przez lekarza zabiegów u ucznia, możliwych do przeprowadzenia na terenie szkoły;

Piśmiennictwo uzupełniające

1. Barczykowska E., Faleńczyk K. (red.): Metodyka studium przypadku w pielęgniarstwie pediatrycznym – wybrane zagadnienia z opieki nad dzieckiem w podstawowej opiece zdrowotnej. Wyd. Continuo, 2014.
2. Kompleks publikacji „One są wśród nas”: wyniki prac Zespołu do spraw przeciwdziałania dyskryminacji dzieci przewlekle chorych:
3. Srebnicki T., Wolańczyk T.: Dziecko z ADHD w szkole i przedszkolu: <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/adhd.pdf>
4. Kulus M.: Dziecko z astmą w szkole i przedszkolu: <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/astma.pdf>
5. Jagielska G.: Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/autyzm_zespol-aspergera.pdf
6. Góralczyk E.: Dziecko przewlekle chore. Psychologiczne aspekty funkcjonowania dziecka w szkole i przedszkolu. http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/choroby_przewlekle_.pdf
7. Witkowski D., Pietrusińska J., Szewczyk A., Wójcik R.: Dziecko z cukrzycą w szkole i przedszkolu. <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/cukrzyca.pdf>
8. Turno M.: Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu. <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/depresja.pdf>
9. Klukowska A.: Dziecko z hemofilią w szkole i przedszkolu. <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/hemofilia.pdf>
10. Józwiak S.: Dziecko z padaczką w szkole i przedszkolu. <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/padaczka.pdf>
11. Bryńska A., Wolańczyk T.: Dziecko z zaburzeniami tikowymi w szkole i przedszkolu. <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/tikionerwowe.pdf>

12. Derezińska I., Gajdzik M.: Dziecko z zaburzeniami lękowymi w szkole i przedszkolu.
http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/zaburzenia_lekowe.pdf
13. Jagielska G.: Dziecko z zaburzeniami odżywiania w szkole i przedszkolu.
<http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/zaburzeniaodzywiania.pdf>
14. Namysłowska I.: Dziecko z zaburzeniami psychotycznymi w szkole.
<http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/zaburzeniapsychotyczne.pdf>
15. Woynarowska B., Oblacińska A.: Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS, Biuro Analiz Sejmowych, Warszawa 2014, 2(38): 41-64.

PROBLEMY SZKOLNE

STRES W SZKOLE- *Agnieszka Małkowska-Szcutnik*

*"W trudnej sytuacji jest to dobre,
że poprzez to, że ona jest,
uczymy się ją pokonywać"*

dziewczynka, 9 lat¹⁰

W rozdziale omówiono podstawy teoretyczne dotyczące stresu biologicznego i psychicznego. Opisano sposoby radzenia sobie ze stresem; związek stresu ze środowiskiem rodzinnym, z funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej i osiągnięciami szkolnymi. W drugiej części rozdziału przedstawiono propozycje działań profilaktycznych w środowisku szkolnym, które może podjąć pielęgniarka szkolna. Przedstawiono zasady opieki pielęgniarki szkolnej nad uczniem obciążonym stresem i uczniem z zespołem stresu pourazowego.

Podstawy teoretyczne dotyczące stresu

Stres odczuwany jest zarówno w sytuacjach trudnych i konfliktowych, jak i w codziennym życiu. Od jego natężenia i przyjętych sposobów radzenia sobie z nim zależy funkcjonowanie ucznia. Według A. Hart stres współczesnych dzieci i młodzieży odnosi się do tego, że mają:

- "zbyt wiele, zbyt wcześnie",
- "zbyt wiele dobrego",
- "zbyt mało dobrego",
- "zbyt dużo stresu - za mało rodziny",
- "zbyt dużo stresu nadmiernego"¹¹.

Według wyników badań przeprowadzonych przez M. Cywińską występują następujące kategorie sytuacji stresowych: sytuacje ekspozycji społecznej; sytuacje nowe i nieznanne; sytuacje związane z wykonywaniem różnych zadań i napotykanymi trudnościami podczas ich wykonywania; sytuacje wynikające z braku wiedzy i umiejętności; sytuacje, które wywołują różne emocje i silne reakcje. Dzieci wskazują następujące wydarzenia życiowe jako te, które powodują stres o największym natężeniu: kłótnie rodziców, poważna choroba kogoś bliskiego,

¹⁰ Cytat pochodzi z książki Małgorzaty Cywińskiej, *Stres dzieci w młodszym wieku szkolnym. Objawy, przyczyny, możliwości przeciwdziałania*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2017.

¹¹ za: Pilecka W., Fryt J. *Teoria stresu dziecięcego*. W: Pilecka W. (red.) *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.

śmierć kogoś bliskiego, narodziny brata lub siostry, zmiana miejsca zamieszkania, wyśmiewanie przez rodzeństwo, brak czasu dla dziecka ze strony rodziców (w szczególności ojca), utrata przyjaciela wskutek kłótni lub wyjazdu. Dla nastolatków stresujące są sytuacje związane z realizacją zadań rozwojowych, np.: akceptacja zmian wynikających z dojrzewania biologicznego; konieczność podjęcia decyzji związanej z wyborem szkoły (zawodu); uniezależnianie się od rodziców.

Współcześnie dojrzewające dzieci i młodzież zmagają się z dynamicznie zmieniającym się środowiskiem, które wciąż stawia przed nimi nowe wyzwania i oczekiwania sprostania im. Wielu badaczy potwierdza, że proces dojrzewania obciążony jest obecnie zbyt wieloma czynnikami negatywnymi i że populacja rozwojowa styka się ze stresem, którego natężenie przekracza wielokrotnie możliwości radzenia sobie z nim. Dlatego tak ważne jest poznanie zjawisk związanych ze stresem, aby móc właściwie pomóc uczniowi w poradzeniu sobie z nim.

Stres dzieli się na:

- **stres biologiczny** - zgodnie z definicją Hansa Selye - to niespecyficzna reakcja organizmu (pobudzenie układu nerwowego i wewnątrzwydzielniczego), która powstaje na skutek oddziaływania bodźców szkodliwych. Bodźce stresowe powodują pobudzenie wszystkich gruczołów osi podwzgórze - przysadka - nadnercze, tzn. wydzielają się wtedy tzw. hormony stresu. Zmiany fizjologiczne odczuwane przez organizm nazwane zostały Ogólnym Zespołem Adaptacyjnym i przebiegają w trzech stadiach:
 - 1) **reakcji alarmowej** - organizm mobilizuje siły do walki;
 - 2) **odporności**, która jest wyznacznikiem adaptacji do szkodliwych czynników;
 - 3) **wyczerpania** - organizm traci zdolności obronne na skutek zbyt silnego działania bodźców.
- **stres psychologiczny** - zgodnie z transakcyjną teorią stresu Richarda Lazarusa i Susan Folkman - to brak równowagi między wymaganiami i obciążeniami ze środowiska, a zasobami, które dana osoba posiada i wykorzystuje aby poradzić sobie z nimi (transakcja stresowa). Wymagania i brak możliwości sprostania im, traktowane są jako czynniki, które zagrażają dobrostanowi osoby. Transakcja stresowa składa się z trzech elementów:
 - 1) **proces oceny poznawczej** - uznanie określonej sytuacji jako trudnej;
 - 2) **proces emocjonalny** - emocje, które towarzyszą stresowi; są wtórne do oceny poznawczej;

3) **proces radzenia sobie** - umiejętność w zakresie regulacji emocji w sytuacji stresowej.

Skala problemu

Wyniki międzynarodowych badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Collaborative Cross-National Survey*)¹² realizowanych w 2014 r. wśród 4516 uczniów 11-15-letnich wykazały, że 10,2% badanych odczuwa bardzo duży poziom stresu szkolnego, 21,9% odczuwa go dość dużo, 49,4% trochę i 18,5% nie odczuwa go wcale. W tabeli poniżej przedstawiono wyniki osobno dla dziewcząt i chłopców w zależności od wieku badanych nastolatków (tab. 1). Stwierdzono, że odsetek znacznego obciążenia stresem szkolnym zwiększa się z wiekiem, szczególnie w grupie dziewcząt. Porównanie uzyskanych wyników z tymi, uzyskanymi w poprzedniej edycji (HBSC 2010) wskazują istotny wzrost odsetka uczniów obciążonych stresem szkolnym zarówno w grupie dziewcząt jak i chłopców.

Tabela 1. Nasilenie odczuwania stresu szkolnego według płci i wieku (odpowiedzi na pytanie: W jakim stopniu odczuwasz stres związany ze szkołą i nauką?)

Stres szkolny		Chłopcy			Dziewczęta		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
wcale	N	174	167	164	117	119	81
	%	22,9	22,4	24,1	16,2	15,9	10,4
trochę	N	400	355	302	394	385	351
	%	52,7	47,7	44,3	54,7	51,4	45,1
dość dużo	N	131	146	147	158	168	221
	%	17,3	19,6	21,6	21,9	22,4	28,4
bardzo dużo	N	54	77	68	51	77	125
	%	7,1	10,3	10,0	7,1	10,3	16,1

¹² Badania przeprowadzane są co 4 lata w 47 krajach Europy i Ameryki Północnej. Polska uczestniczy w badaniach od 1990 r. Koordynatorem badań w Polsce jest od 2004 r. prof. IMD dr hab. n. o zdrowiu Joanna Mazur z Instytutu Matki i Dziecka.

Podstawy teoretyczne dotyczące radzenia sobie ze stresem

Style radzenia sobie ze stresem definiowane są jako strategie oraz sposoby radzenia sobie w sytuacji stresowej. Wyróżnia się następujące style radzenia sobie ze stresem (w opisie podano przykładowe zachowania ucznia):

- **styl unikania** - uczeń nie podejmuje konfrontacji ze stresującą sytuacją i pomija ją, np.: unika lekcji matematyki; nie przychodzi na sprawdzian, nie zgłasza się do odpowiedzi; zaprzecza występowaniu trudnych wydarzeń i sprawia wrażenie jakby o nich nie pamiętał; wybiera formy aktywności, które nie są dla niego stresujące, np. zamiast uczyć się matematyki ogląda telewizję;
- **styl konfrontowania się** - uczeń potrafi skupić uwagę na stresującej sytuacji oraz na własnych emocjach związanych z nią; analizując sytuację i własne reakcje potrafi znaleźć sposoby poradzenia sobie z nią, np.: jeżeli uczenie się matematyki jest dla ucznia stresujące, aktywnie poszukuje on sposobów rozwiązania tej sytuacji - wybiera strategię uczenia się, planuje czas nauki, sięga po pomoc z zewnątrz.

W sytuacjach stresowych uczniowie mogą więc:

- konfrontować się z trudną sytuacją lub dystansować się od niej albo wręcz jej unikać;
- stosować strategie związane z samokontrolą;
- dążyć do uzyskania wsparcia społecznego;
- przyjmować odpowiedzialność względem sytuacji;
- skupiać się przede wszystkim na poszukiwaniu rozwiązania problemu;
- dokonywać zmiany spostrzegania danej sytuacji - przewartościować myślenie o danym zdarzeniu.

Style radzenia sobie ze stresem oraz poziom odporności na stres uwarunkowane są indywidualnie. Uczniowie różnią się natężeniem siły reakcji na taką samą sytuację oraz różnią się sposobami radzenia sobie z nią.

Stres a samoregulacja

Stres i radzenie sobie z nim powinny być także rozpatrywane w kontekście **pojęcia samoregulacji czyli umiejętności regulacji pobudzenia**. Zdolność regulacji pobudzenia to umiejętność zachowania równowagi między dwoma układami: współczulnym (adrenalina i kortyzol) - pobudza do działania i przywspółczulnym (acetylocholina i serotonina) - zmniejsza pobudzenia i hamuje działanie. Podczas aktywizacji układu współczulnego zużywana jest energia,

a wraz z obniżaniem się pobudzenia rozpoczyna się możliwość odbudowywania zasobów organizmu. **Skala pobudzenia** zawiera następujące poziomy:

- reakcja walki i ucieczki;
- nadmierne pobudzenie;
- spokój i koncentracja;
- senność i sen czyli odpoczynek.

Wraz ze wzrostem poziomu stresu u ucznia zmniejsza się jego elastyczność w przechodzeniu z jednego stanu w drugi. Według Stuarda Shankera samoregulacja to wewnętrzny proces regulacji pobudzenia, który uczeń potrafi uaktywnić, początkowo z dużą pomocą dorosłego. Zadaniem osoby dorosłej (w tym także pielęgniarki szkolnej) jest pomoc uczniowi w odzyskiwaniu równowagi i elastyczności w przechodzeniu od stanu pobudzenia do spokoju. Ważne jest rozróżnienie między kontrolą zachowania - zewnątrz forma oddziaływania, a wewnętrznym i świadomym rozumieniem swojego stanu i zachowania. Różnica między samoregulacją a kontrolą polega na tym, że ta pierwsza sterowana jest wewnątrz, a druga zewnątrz. Różnicę między tymi dwoma procesami można opisać na podstawie sytuacji bicia rówieśników w szkole. Stosując obydwie strategie uczeń potrafi przestać bić kolegę. W przypadku kontroli może się tak zachowywać na skutek zewnętrznych standardów, np. wie że za takie zachowanie spotka go kara. W przypadku samoregulacji potrafi rozpoznać przyczyny, które doprowadzają do tego, że bije kolegów, np. jest świadomy tego, że zachowuje się tak wtedy, gdy koledzy odmawiają mu czegoś - co jest dla niego stresujące - i potrafi, wyprzedzając zachowanie niewłaściwe, zastosować odpowiednią strategię radzenia sobie.

Wyróżnia się pięć obszarów samoregulacji (jednocześnie rozumianych jako obszary, które mogą być obciążone stresem):

1. **Obszar biologiczny:** sen, odżywianie i dieta, ruch i ćwiczenia fizyczne, świadomość ciała, stan zdrowia.
2. **Obszar emocji:** zasada "trzech R" - Rozpoznanie - rozpoznaj oznaki narastającego stresu; Redukcja - redukuj stres; Regeneracja - zregeneruj siły i odzyskaj energię.
3. **Obszar poznawczy:** uważność, ignorowanie dystraktorów, odraczanie gratyfikacji, wiązanie ze sobą pojęć i informacji, tolerowanie frustracji, uczenie się na błędach, przełączanie uwagi, dostrzeżenie związku przyczyna - skutek, myślenie abstrakcyjne.
4. **Obszar społeczny** - jakość relacji społecznych.
5. **Obszar prospołeczny** - poziom rozwoju empatii, umiejętność dostrzegania i uwzględniania potrzeb innych osób.

Koncepcja Self-Reg określa **etapy radzenia sobie ze stresem** i według tej metody są one następujące:

1. Odczytywanie sygnałów świadczących o stresie i przeformułowanie zachowania.
2. Identyfikacja stresorów.
3. Redukcja stresorów.
4. Świadomość tego, kiedy pojawia się stres - poszukiwanie przyczyny, a nie wyłącznie skupianie się na objawach.
5. Identyfikacja zasobów, które pomagają poradzić sobie ze stresem.

Biorąc pod uwagę wymienione obszary samoregulacji i etapy radzenia sobie ze stresem, pierwszym krokiem jest identyfikacja obszaru obciążonego stresem. Kolejnym jest udzielenie wsparcia ukierunkowanego na potrzeby w zakresie danego obszaru, np. gdy stres polega na niewłaściwym odżywianiu pomoc ukierunkowana jest na zmianę wzorców żywieniowych; gdy wynika on z problemów związanych z relacjami z rówieśnikami należy postarać się znaleźć ich źródło i wspierać ucznia w tym zakresie.

Ważnym aspektem, w kontekście radzenia sobie ze stresem i "zapisywania" tych doświadczeń w pamięci, jest uwzględnienie specyfiki działania systemu ciała migdałowatego. Jest to system ewolucyjnie starszy od kory mózgowej; nieświadomy; szybszy - tzn. reakcja emocjonalna wyprzedza postrzeganie; jest automatyczny i nieelastyczny, nie ma możliwości rozróżniania niuansów. Jeżeli założymy, że układ ciała migdałowatego zachowuje wspomnienia ucznia dotyczące określonej sytuacji stresowej, to przy uwzględnieniu wyżej opisanych cech tego układu, należy pamiętać, że zmiana może nastąpić jedynie poprzez aktywne działanie tzn. zapisywanie nowych wspomnień z innymi (pozytywnymi) strategiami radzenia sobie ze stresem. Warto więc zapamiętać, że styczność z sytuacjami stresującymi (o umiarkowanym natężeniu) jest dla ucznia najlepszą okazją aby trenować umiejętności radzenia sobie ze stresem. Zauważyła to bardzo trafnie 9-letnia uczennica, której wypowiedź umieszczono na początku tego rozdziału.

Stres a odporność psychiczna

Jednym z czynników, który wyznacza możliwość radzenia sobie ze stresem jest odporność psychiczna. Jest cechą indywidualną, co oznacza, że ta sama sytuacja u jednego ucznia wywoła silną reakcję stresową, a u innego reakcję umiarkowaną. Poziom dezorganizacji zachowania ucznia może być sygnałem świadczącym o tym, czy w danej sytuacji uczeń potrafi skorzystać z zasobów własnej odporności psychicznej. Odporność psychiczna, traktowana jako

zasób w radzeniu sobie ze stresem jest zmienna i powinna być traktowana jako proces. Pielęgniarka szkolna może przyczynić się do kształtowania odporności psychicznej u uczniów w środowisku szkolnym. W kontekście radzenia sobie ze stresem, wśród czynników determinujących odporność psychiczną pielęgniarka szkolna powinna zwrócić uwagę na:

- **Rodzaj zadań**, z jakimi uczeń się styka - najwyższy poziom radzenia sobie ze stresem występuje przy zadaniach znanych i o umiarkowanej trudności; najniższy przy zadaniach nowych i trudnych.
- **Funkcjonowanie fizjologiczne i psychiczne ucznia**, np. stan zdrowia, konieczność przyjmowania leków, poziom zmęczenia.
- **Stale właściwości układu nerwowego ucznia** czyli stopień pobudliwości emocjonalnej. Uczeń z silnym układem nerwowym ma wyższy poziom odporności psychicznej i tym samym lepiej radzi sobie ze stresem. Uczeń ze słabym układem nerwowym ma niższy poziom odporności psychicznej tzn. reaguje nadmiernym pobudzeniem w sytuacji stresowej i bardzo często pobudzenie jest nieadekwatne do bodźca.
- **Reaktywność**, która wyraża się siłą reakcji w sytuacji stresu. Uczeń wysokoreaktywny ma wysoką wrażliwość na bodźce i niską wytrwałość. Taki uczeń będzie korzystał z pomocy pielęgniarki szkolnej za każdym razem gdy poczuje nawet niewielki ból głowy. Uczeń niskoreaktywny ma niską wrażliwość na bodźce, jest więc bardziej odporny na stres.
- **Emocjonalność ucznia** rozumianą jako przewaga reagowania określonymi emocjami w sytuacjach stresowych, np. w sytuacjach nowych uczeń najczęściej reaguje lękiem i niepokojem. W sytuacji stresowej ważne jest więc u takiego ucznia wspieranie umiejętności wzbudzania pozytywnych emocji. W sytuacjach stresowych umiejętność ta wiąże się m. in. z: a) pozytywnymi doświadczeniami radzenia sobie ze stresem w przeszłości; b) umiejętnością pozytywnego przewartościowania sytuacji stresowej np.: sytuacja stresowa uczy umiejętności życiowych i wzmacnia relacje społeczne.
- **Strukturę osobowości ucznia** - m. in. system wartości, potrzebę osiągnięć, rodzaj motywacji. Najlepiej radzą sobie ze stresem uczniowie z umiarkowaną potrzebą osiągnięć. Zbyt wysoka lub zbyt niska potrzeba osiągnięć może powodować u ucznia odczuwanie stresu - np. zbyt wysokie oczekiwania dotyczące własnych osiągnięć szkolnych prowadzą do większego stresu i jednocześnie zmniejszają szansę osiągnięcia sukcesu w szkole.

- **Schematy poznawcze ucznia** - m. in. samoocenę osiągnięć, wyrażane na swój temat poglądy i przekonania. Dla zrozumienia powstawania schematów poznawczych przydatny jest **model poznawczy**. Pierwszym elementem tego modelu jest zdarzenie/sytuacja (w kontekście treści tego rozdziału będzie to sytuacja stresowa). Drugim elementem są myśli automatyczne, które pojawiają się bez świadomości. Trzecim elementem jest reakcja (emocjonalna, behawioralna, fizjologiczna). Trzy elementy modelu poznawczego w kontekście sytuacji stresowej opisać można na podstawie następującej sytuacji:
 - 1) zdarzenie - uczeń otrzymał negatywną ocenę z testu z matematyki;
 - 2) myśl automatyczna - uczeń myśli o sobie - "jestem głupi, do niczego się nie nadaję";
 - 3) reakcja - lęk, ból brzucha, unikanie matematyki.
- **Sposób spostrzegania rzeczywistości** - umiejętność realistycznej oceny wydarzeń, np.: spostrzeżenie szkoły jako zagrażającej obniża poziom radzenia sobie ze stresem w szkole.

Źródła stresu wśród dzieci i młodzieży

Wyróżnia się następujące źródła stresu w okresie dzieciństwa i adolescencji:

1. **Środowisko domowe** - do najczęściej wymienianych źródeł stresu związanych ze środowiskiem rodzinnym zalicza się: nadmierne wymagania rodziców lub brak wymagań i wiary w zdolności ucznia; brak jasno określonych granic w systemie wychowawczym; konflikty między rodzicami; rozpad więzi w rodzinie; agresja wobec ucznia i/lub innych członków rodziny; dysfunkcje socjo-ekonomiczne rodziny: ubóstwo, choroby lub uzależnienia rodziców, emigracja zarobkowa rodzica/rodziców; bycie członkiem rodziny zagrożonej wykluczeniem.
2. **Środowisko szkolne** - szkoła, w życiu ucznia, jest miejscem, które może stanowić podstawowe środowisko do wzmacniania zdolności radzenia sobie ze stresem. Czasami jednak staje się ona głównym źródłem stresu. Do czynników wywołujących stres w środowisku szkolnym zalicza się:
 - a) **nauczyciela** - ważna jest relacja jaką nauczyciel nawiązuje z uczniami oraz przyjęty przez nauczyciela sposób pracy i stworzony przez niego klimat panujący w klasie. Wśród zachowań nauczyciela, które mogą przyczynić się do stresu uczniów wymienia się: agresję; straszenie uczniów zbyt wysokimi wymaganiami; nastawienie prze-

de wszystkim na wyniki i realizację celów dydaktycznych; brak wrażliwości na potrzeby uczniów; niesprawiedliwe traktowanie (ocenie) uczniów; faworyzowanie lub pomijanie niektórych uczniów; brak dostosowania wymagań do indywidualnych możliwości ucznia, np. dostosowanie sposobu pracy i wymagań do uczniów z trudnościami rozwojowymi - źródłem stresu dla ucznia z ADHD jest brak możliwości otrzymania odpowiedniego wsparcia podczas lekcji i bycie karanym za objawy tzn. uczeń nie otrzymuje wzmocnień pozytywnych i jednocześnie jest "widziany" przez nauczyciela wyłącznie przez pryzmat negatywnych zachowań,

b) **naukę i osiągnięcia szkolne ucznia** - trudności w uczeniu się określonego przedmiotu; szeroko rozumiane (lub poparte diagnozą) trudności w uczeniu się; niepowodzenie szkolne; nastawienie na zbyt wysokie w porównaniu do możliwości, osiągnięcia szkolne,

c) **stosunek do szkoły i własnych osiągnięć szkolnych** - poziom satysfakcji ze szkoły i lubienie jej.

3. **Środowisko rówieśnicze** - brak poczucia bycia częścią grupy i odrzucenie przez grupę; przemoc rówieśnicza. Źródłem stresu jest status, jaki dziecko zajmuje w grupie. Wymienia się następujące rodzaje statusu ucznia w klasie: odrzucony, lekceważony, kontrowersyjny, przeciętny, odrzucony przez agresywne zachowanie, odrzucony przez wycofanie. Wyniki badań potwierdzają, że poczucie bycia odrzuconym przez grupę rówieśników w dzieciństwie lub adolescencji może być przyczyną tak poważnych zaburzeń jak zespół stresu pourazowego.

Działania profilaktyczne

Działania profilaktyczne podejmowane przez pielęgniarkę szkolną w zakresie radzenia sobie ze stresem bardzo często są ograniczone poprzez:

a) brak stałego kontaktu z uczniami;

b) konieczność objęcia opieką bardzo dużej liczby uczniów.

Konieczne jest także uwzględnienie złożoności zjawiska stresu i czynników warunkujących radzenie sobie z nim. Jednym z ważniejszych działań profilaktycznych, jakich może podjąć się pielęgniarka szkolna jest dbanie o klimat w szkole poprzez:

- **dbanie o poczucie bezpieczeństwa uczniów** - uczeń, czuje, że pielęgniarka jest jedną z osób, w szkole, które troszczą się o niego; w sytuacji zagrożenia pielęgniarka wie jak zareagować i pomóc uczniowi,

- **dbanie o akceptację emocji i przeżyć uczniów** - uczniowie mogą wyrażać swoje emocje szanując granice rówieśników,
- **dbanie o bezpieczne granice** - uczniowie wiedzą, że pielęgniarka jest osobą, która może wesprzeć ich w rozumieniu granic panujących w szkole oraz pomóc, gdy ktoś przekracza ich granice; pomaga im także w rozumieniu konsekwencji wynikających z przekroczenia granic.

Patrz także rozdział: „Klimat społeczny szkoły”.

Co może zrobić pielęgniarka szkolna aby pomóc uczniom rozumieć sytuację stresową?

1. Docenić ważność przeżywanych emocji - "To co teraz przeżywasz to złość i bezradność i jeśli je przeżywasz to oznacza, że są ważne; masz prawo tak się czuć w trudnej sytuacji".
2. Wzmacniać u uczniów zdolność do rozpoznawania emocji innych osób tzn. umiejętność współodczuwania i współczucia - "Twoja koleżanka, podobnie jak ty, była smutna i też było jej ciężko poradzić sobie w tej sytuacji".
3. Wzmacniać u uczniów umiejętność regulacji emocji tzn. zdolność do hamowania pobudzenia lub ujawniania go, w zależności od sytuacji - "Kiedy krzyczysz na kolegów, jak się złościś, to oni nie chcą później się z tobą bawić"; "Czasami, kiedy jest nam smutno chce nam się płakać".
4. Wzmacniać u uczniów inteligencję emocjonalną i umiejętność jej wykorzystywania w działaniu np. w relacjach rówieśniczych i z nauczycielami.

Rozmowa dotycząca stresu i sposobów radzenia sobie z nim powinna być dostosowana do poziomu rozwoju poznawczego i intelektualnego dzieci i młodzieży. Dobrym przykładem dostosowania treści do możliwości intelektualnych dziecka jest publikacja na temat stresu opracowana w Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną¹³.

Zasady opieki nad uczniem obciążonym stresem przedstawiono w diagramie poniżej.

¹³ Makowiecka K. Moje sposoby na stres. Jak osoba z niepełnosprawnością intelektualną może poradzić sobie ze stresem. Biblioteka self-adwokata. Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną, Warszawa 2017.

Opieka pielęgniarki szkolnej nad uczniem obciążonym stresem

Diagnoza pielęgniarska

Informacje z wywiadu: rodzaj sytuacji stresowej, którą uczeń przeżywa aktualnie; doświadczenia dziecka z ostatniego roku; dotychczasowe strategie radzenia sobie z sytuacją stresową.

Objawy stresu:

1. Somatyczne - m. in. uczucie kołatania serca, zaczerwienienie się lub bladość, subiektywne wrażenia skrócenia oddechu, gęsia skórka, zmiana temperatury skóry, napięcia mięśni, bóle mięśni, biegunka, nudności, bóle brzucha, poczucie obecności ciała obcego w gardle, bóle głowy, bóle w klatce piersiowej, zawroty głowy, wrażenie omdlenia.
2. Psychiczne - trudności z koncentracją uwagi, pobudzenie, bezsenność, trudności z zasypianiem, koszmary senne, niepokój, lęk, złość, rozdrażnienie. Warto pamiętać, że u dzieci bardzo często ekspresja emocji może być niezgodna z sytuacją dziecka, np.: dziecko, które przeżywa smutek jest pobudzone i zwiększa aktywność.
3. Behawioralne - nieśmiałość, wycofanie, agresja, nadmierna lub zmniejszona aktywność.

Diagnostując objawy stresu pielęgniarka może odnieść się także do opisanych w rozdziale pięciu obszarów samoregulacji.

Podstawowe problemy do rozwiązania:

1. Ocena, czy i jaka, jest możliwość wpływu na sytuację stresową. Szczególną troską należy otoczyć uczniów obciążonych stresem przewlekłym.
2. Ocena źródeł wsparcia w sytuacji stresowej - pielęgniarka może zapytać ucznia - "Na kogo możesz liczyć w trudnej sytuacji?". Należy zwrócić uwagę na uczniów, którzy subiektywnie oceniają, że nie mają wsparcia.
3. Współpraca z rodzicami - trudnościami mogą być rodzice, którzy nie chcą współpracować, np.: rodzice nie uwzględniają perspektywy ucznia i nie rozumieją, że częste bóle brzucha zgłaszane podczas wizyt w gabinecie pielęgniarki szkolnej, mogą mieć związek z nadmiernymi wymaganiami szkolnymi.

Plan opieki pielęgniarki szkolnej

W planie opieki należy przede wszystkim ustalić zasady współpracy z wychowawcą i rodzicami ucznia. Ze względu na ograniczenia pielęgniarki szkolnej w dostępie do ucznia, często pełni ona jedynie rolę wspierającą w opiece nad uczniem obciążonym stresem. Warto także pamiętać, że pielęgniarka może być dla ucznia ważną osobą i to właśnie jej uczniowie bardzo często ufają i opowiadają o swoich kłopotach i troskach. Okazanie uczniowi uwagi i umożliwienie opowiedzenia o kłopotach stanowi ważny element pomocy.

Indywidualna edukacja zdrowotna ucznia i rodziców

1. Identyfikacja źródła stresu i ocena możliwości wpływu na sytuację ucznia.
2. Trening umiejętności radzenia sobie ze stresem i ocena źródeł wsparcia z zewnątrz.
3. Uczenie świadomości powiązania między odczuciami z ciała, a funkcjonowaniem psychicznym. Jednym z ważniejszych zadań pielęgniarki jest uświadomienie uczniowi, że odczuwanie stresu związane jest między innymi z somatycznymi reakcjami organizmu i że poprzez odpowiednie ćwiczenia uczeń może nad tymi reakcjami zapanować.

Podczas opieki nad uczniem obciążonym stresem pielęgniarka szkolna może wykorzystać następujące metody pracy (możliwe do wykorzystania do pracy indywidualnej lub grupowej):

1. Techniki relaksacyjne, w tym m. in.:

- a) techniki relaksacyjne z wykorzystaniem muzyki lub nagranych treningów relaksacyjnych. Uczeń proszony jest o zajęcie wygodnej pozycji i podążanie za instrukcją pielęgniarki. Pielęgniarka może przekazać uczniowi płytę z nagraniem muzyki relaksacyjnej lub poprosić rodziców ucznia o pomoc.
- b) techniki pracy z oddechem. Przykładem jest technika tzw. "oddychania po kwadracie". Pielęgniarka rysuje uczniowi kwadrat i wyjaśnia, że oddychając uczeń wyobraża sobie, że "porusza się" po kwadracie zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Na bokach kwadratu znajdują się: 1 bok - wdech, 2 bok - uczeń w myślach odlicza do 3 i wstrzymuje oddech, 3 bok - wydech, 4 bok - uczeń w myślach odlicza do 3. Ważne jest aby uczeń oddychał swobodnie podczas tego ćwiczenia. Pielęgniarka zachęca ucznia aby ćwiczył w domu min. 3 razy dziennie przez 5 minut.
- c) progresywna relaksacja mięśni. Uczeń proszony jest aby zacisnął pięści i policzył do pięciu. Następnie uczeń rozluźnia pięści i ponownie liczy do pięciu. Pielęgniarka może razem z uczniem wybrać dwie lub trzy grupy mięśni uznane za źródło największego napięcia. Ćwiczenie powinno trwać 15 min. Celem ćwiczenia jest uzyskanie przez ucznia świadomości różnicy między stanem napięcia i rozluźnienia poszczególnych partii ciała.

2. Trening uważności - *Mindfulness*. Jest to metoda, która koncentruje się wokół świadomego i przepełnionego akceptacją przyjmowania własnych przeżyć i emocji. Wśród dorosłych kojarzona jest przede wszystkim z technikami medytacyjnymi. Ostatnio bardzo intensywnie rozwijana dla populacji rozwojowej. Treningi uważności dla dzieci wykorzystują różne zmysły, np.: pracę z dźwiękiem, pracę z zapachem i smakiem, pracę z dotykiem. Jednym z ćwiczeń jest "ćwiczenie bicia serca" - uczeń skacze lub tańczy przez jedną minutę. Następnie siada i kładzie rękę na swoim sercu. Zamykając oczy uczeń koncentruje się na biciu swojego serca, oddechu i pozostałych wrażeniach z ciała.

Książki przydatne w opiece nad uczniem obciążonym stresem:

- Greenland S.K. Zabawa w uważność. Wydawnictwo Galaktyka, Łódź 2017.
- Greenland S.K. Dziecko wolne od stresu. Jak prostymi metodami Mindfulness zwiększyć szansę twojego dziecka na szczęście. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2012.
- Guskowska M. Stres i radzenie sobie z nim. W: Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2012, s. 96 - 105.
- Kulmatycki L. Emocje i stres. W: Woynarowska B. (red.). Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 403-418.
- Kulmatycki L. Promotor zdrowia. Stres. Zeszyt 1/2001, s. 5-11.
- Snel E. Uważność i spokój żabki. Proste ćwiczenia, które pomogą twojemu dziecku rozwiązać niepokój, poprawić koncentrację i poradzić sobie z trudnymi emocjami. Wydawnictwo Cojanato, Warszawa 2015 (dodatkowo płyta CD).
- Wintrebert H. Relaksacja dziecka. Wydawnictwo NPDN Prototo, Środa Śląska 2012.

Ocena efektów działania, napotykane trudności

Podczas pracy z uczniem obciążonym stresem należy zwrócić uwagę na:

1. Natężenie objawów stresu.
2. Monitorowanie skuteczności podjętych strategii radzenia sobie ze stresem.
3. Umiejętności ucznia do korzystania ze źródeł wsparcia społecznego.
4. Umiejętności wykorzystywania technik relaksacyjnych.

Niektórzy uczniowie, po przeżyciu silnego stresującego wydarzenia, rozwijają zespół stresu pourazowego - PTSD (ang. *posttraumatic stress disorder*). Praca pielęgniarki szkolnej z uczniem z PTSD w pewnym zakresie różni się od pracy z uczniem, który doświadcza skutków stresu o lżejszym natężeniu. Zasady tej pracy opisano w diagramie poniżej.

Opieka pielęgniarki szkolnej nad uczniem z zespołem stresu pourazowego PTSD

Diagnoza pielęgniarska

Charakterystyka zespołu stresu pourazowego:

Zespół stresu pourazowego - (PTSD – posttraumatic stress disorder) to zespół objawów w następstwie silnego przeżycia o charakterze traumatycznym. Rozwija się stopniowo. Po około 6 tygodniach od wydarzenia traumatycznego tworzy się pełnoobjawowy zespół PTSD.

Doświadczenie traumatyczne dotyczy bezpośredniego lub pośredniego zagrożenia utraty życia lub obrażeń ciała. Może rozwinąć się także, gdy uczeń jest świadkiem zagrożenia życia innej osoby.

Dzieci, częściej niż dorośli rozwijają PTSD - 36% vs. 24%.

Objawy główne:

- Powtórne przeżywanie – intruzywnie (uporczywie) nawracające myśli i obrazy dotyczące traumatycznego zdarzenia; myśli powracają mimo woli ucznia i pomimo prób zatrzymania ich; mają formę żywych i sugestywnych obrazów; mogą występować podczas snu; mogą pojawiać się w sytuacji, gdy dziecko nie jest niczym zajęte, np. ogląda film; powstają na skutek kontaktu z sytuacją podobną do tej, która wywołała PTSD, np.: dziecko które uległo wypadkowi samochodowemu nie chce jeździć samochodem. U młodszych dzieci są widoczne w zabawach lub rysunkach.
- Unikanie - pełni rolę chronienia siebie przed przeżywaniem lęku, np.: uczeń nie chce rozmawiać na temat wydarzenia, nie pamięta co się wydarzyło; unika miejsc i przedmiotów kojarzących się z wydarzeniem traumatycznym; emocjonalne oddalenie od przeżywania drugi raz traumatycznej sytuacji może doprowadzić do emocjonalnego oddalenia się od innych osób i przeżyć.
- Nadmierne pobudzenie rozumiane jako nadmierna reakcja na bodźce - uruchomienie mechanizmu "walcz i uciekaj" i jego "zacięcie się" na wysokim poziomie pobudzenia; uczeń traci umiejętność przechodzenia ze stanu pobudzenia do stanu spokoju; jest przez cały czas gotowy do działania mimo braku zagrożenia. Nadmierne pobudzenie przejawia się w następujących zachowaniach ucznia: drażliwość i nerwowość, problemy ze snem, trudności w koncentracji uwagi, problemy z pamięcią.

Objawy towarzyszące:

- poczucie winy - uczeń bierze na siebie odpowiedzialność za przebieg wydarzenia; należy zwracać szczególną uwagę na uczniów we wczesnym etapie kształcenia, którzy mają trudność z abstrakcyjnym myśleniem,
- wstyd związany z zachowaniem podczas traumatycznego wydarzenia,
- poczucie braku kontroli nad tym co dzieje się w życiu ucznia,
- obniżony nastrój, smutek, poczucie bycia ciągle zmęczonym,
- zaburzenia poznawcze - oczekiwanie zagrożenia powoduje, że uczeń postrzega świat jako niebezpieczny; uczeń może zachowywać się agresywnie i atakować rówieśników, co pełni funkcję ochrony siebie.

Zachowanie:

- dezorganizacja zachowania - uczeń nie potrafi się zorganizować podczas zajęć lub zabawy; w jego zachowaniu widać chaos
- pobudzenie psychoruchowe - uczeń biega bez celu (szczególnie w sytuacji gdy PTSD rozwija się na skutek obserwacji przeżyć rodziców - uczeń nie jest/był świadomy zagrożenia).

Plan opieki pielęgniarki szkolnej

1. Identyfikacja sytuacji traumatycznej i jej następstw. W sytuacji gdy dotyczy to indywidualnego ucznia powinien on otrzymać opiekę w zakresie możliwości działań pielęgniarki szkolnej. Gdy traumą została objęta grupa dzieci w szkole, np. dzieci były świadkiem poważnego wypadku kolegi na terenie szkoły, należy pracować z całą grupą. Oddziaływanie polega przede wszystkim na stworzeniu możliwości "przeżycia" tego wydarzenia w bezpiecznych warunkach. Zadaniem pielęgniarki jest obserwacja uczniów w kontekście wykluczania u nich objawów PTSD.
2. Identyfikacja bodźców na terenie szkoły, które wywołują objawy PTSD.
3. Identyfikacja kontroli poczucia zagrożenia i/lub objawów. Identyfikacja źródeł wsparcia społecznego - kto może uczniowi pomóc w poradzeniu sobie z objawami
4. Współpraca z rodzicami - zadaniem pielęgniarki jest opowiedzenie rodzicom o tym, jak zmieniło się zachowanie dziecka po przeżyciu traumy; należy zachęcić rodziców do wizyty u specjalisty - psychologa, jeżeli to konieczne to także psychiatry; pielęgniarka powinna ocenić, czy u rodziców także występują objawy PTSD, jeżeli tak przekazać im informację o potrzebie i konieczności skorzystania z pomocy specjalistycznej, co zwiększy prawdopodobieństwo, że będą mogli pomóc dziecku.
5. Współpraca z psychologiem szkolnym i ze specjalistami z poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Indywidualna edukacja zdrowotna ucznia i rodziców

Najważniejsze elementy pracy z uczniem z PTSD:

1. Okazanie zrozumienia dla przeżyć i brak karania za objawy.
2. Pomoc w momentach, w których uczeń nie radzi sobie i wzmocnienie prób samodzielnego radzenia sobie ucznia z trudnościami.
3. Pomoc w odzyskiwaniu równowagi w codziennym funkcjonowaniu: jeżeli uczeń wycofał się

z kontaktu z rówieśnikami praca będzie polegała na wzmocnieniu w powrocie do relacji rówieśniczych.

4. Rozmowa z rodzicami.
5. Skierowanie do specjalisty.

Podczas pracy z uczniem z PTDS wykorzystuje się następujące metody pracy:

1. Poznawczo - behawioralna terapia skoncentrowana na traumie.
2. Terapia EMDR - terapia wykorzystuje stymulację zmysłową.
3. Techniki niewerbalne i terapia zabawą.
4. Leczenie farmakologiczne.

Opisane formy terapii mogą być przeprowadzane przez przeszkolonych specjalistów. Jeżeli pielęgniarka szkolna nie ma odpowiednich kwalifikacji warto stworzyć własną listę specjalistów prowadzących dany typ terapii aby móc odsyłać do nich ucznia i jego rodziców.

Bardzo ważną rolą pielęgniarki szkolnej jest psychoedukacja ucznia i jego rodziców. Opowiedzenie o tym, na czym polegają objawy i że są konsekwencją wydarzenia traumatycznego pomaga poradzić sobie w tej sytuacji. Ważne jest aby uczeń dowiedział się, że istnieją sposoby poradenia sobie z objawami. Wiedza medyczna pielęgniarki szkolnej jest w tej sytuacji bardzo ważna.

Można także wykorzystać techniki opisane w poprzednim diagramie, używane do redukcji stresu. Warto wykorzystać literaturę podaną w diagramie powyżej.

Książki przydatne w opiece nad uczniem z PTSD:

- Błaszczuk-Wisińska I., Wiśliński P. Zrozumieć traumę. Poradnik dla osób, które doznały urazu i dla ich rodzin. Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2004.
- Briere J., Scott C. Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2010.
- Cohen J. A., Mannarino A.P., Deblinger E. Terapia trauma i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
- Foa E.B., Hembree E.A., Rothbaum B.O. Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD. Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń. Wydawnictwo GWP, Sopot 2014.
- Ogińska - Bulik N. Pozytywne skutki wydarzeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013.
- Rothschild B. Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapii osób po urazie psychicznym. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

Ocena efektów działania, napotymane trudności

Podczas pracy z uczniem z PTSD należy zwrócić uwagę na:

1. Zmianę w poziomie natężenia objawów. Gdy objawy nasilają się lub nie jest widoczne osłabienie objawów należy skontaktować się z rodzicami w celu skierowania do specjalisty (psychoterapeuta, psychiatra). Potencjalną trudnością może być rozmowa z rodzicami ucznia na ten temat.
2. Relacje rówieśnicze ucznia z PTSD. Zdarza się, że uczniowie izolują się od rówieśników lub wykazują zachowania agresywne - w każdym przypadku spełnia to funkcję ochrony siebie. Należy uwrażliwić nauczycieli, żeby obserwowali funkcjonowanie psychospołeczne ucznia

w klasie.

W przypadku, gdy grupa uczniów została dotknięta traumatycznym wydarzeniem należy podjąć pracę z całą grupą. Należy skorzystać z pomocy specjalistów zajmujących się interwencją kryzysową. Konieczne jest stworzenie możliwości rozmowy na ten temat z uczniami. Ważne jest aby uczniowie odzyskali zachwiane poczucie bezpieczeństwa. Konieczna jest także ocena funkcjonowania każdego ucznia i w zależności od potrzeby objęcie opieką specjalistyczną uczniów najbardziej obciążonych traumatycznym wydarzeniem.

Literatura uzupełniająca

1. Carbonell D.A. W pułapce niepokoju. Jak przechytrzyć własny mózg i przestać się martwić. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017.
2. Cywińska M. Stres dzieci w młodszym wieku szkolnym. Objawy, przyczyny, możliwości przeciwdziałania. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2017.
3. Heszen I. Psychologia stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014.
4. Łosiak W. Psychologia stresu. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
5. Sapolsky R.M. Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
6. Shanker S., Barker T. Metoda samoregulacji SELF REG. Jak pomóc dziecku (i sobie) nie dać się stresowi i żyć pełnią możliwości. Wydawnictwo Mamina, Warszawa 2016.
7. Witkins G. Stres dziecięcy. Czym jest, jak się przejawia, jak mu zaradzić. Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 2000.

PSYCHOLOGICZNE KONTEKSTY UCZNIÓW Z CHOROBIAMI PRZEWLEKŁYMI - *Agnieszka Małkowska-Szkutnik*

"- Psycholog: Gdybyś mógł być zwierzęciem, to jakim chciałbyś być?"

- Pacjent: Chciałbym być orłem, rozkładać skrzydła i latać wysoko."¹⁴

W rozdziale omówiono podstawy teoretyczne związane z definiowaniem choroby przewlekłej, przedstawiono dane dotyczące częstości występowania chorób przewlekłych w populacji rozwojowej. Opisano podstawowe obszary funkcjonowania psychospołecznego uczniów z chorobami przewlekłymi: wpływ choroby na realizację potrzeb rozwojowych, sposoby spostrzegania choroby, czynniki wyznaczające adaptację do choroby oraz podstawowe obciążenia wynikające z choroby przewlekłej. W ostatniej części rozdziału przedstawiono przykłady działań profilaktycznych, które może podjąć pielęgniarka szkolna.

Definicja choroby przewlekłej

Chorobę przewlekłą definiuje się biorąc pod uwagę dwie perspektywy teoretyczne:

- 1. Perspektywa biomedyczna** według, której choroba przewlekła to taka, która:
 - trwa dłużej niż kilka tygodni,
 - charakteryzuje się łagodniejszym przebiegiem, w porównaniu do chorób krótkotrwałych (o przebiegu ostrym),
 - prowadzi do nieodwracalnych zmian w stanie zdrowia osoby chorej,
 - wymaga długotrwałej opieki medycznej lub rehabilitacji.
- 2. Perspektywa holistyczna**, która określa chorobę przewlekłą jako zmianę (stresor) w życiu ucznia (i jego rodziny). Choroba powoduje konieczność adaptacji tzn. uruchomienia zasobów i strategii radzenia sobie w nowej sytuacji. Wymusza dostosowanie się do nowych warunków życia i sprostanie nowym wymaganiom. Taki sposób definiowania choroby zakłada aktywność osoby chorej (i jej rodziny) w procesie leczenia i funkcjonowania z chorobą przewlekłą.

Skala problemu

¹⁴ Fragment sesji terapeutycznej z 7-letnim chłopcem, z astmą oskrzelową i alergią pokarmową. Chłopiec obciążony objawami chorób somatycznych i ograniczeniami z nimi związanymi. Pacjent bardzo wycofujący się z relacji rówieśniczych. Nadopiekuńcza postawa rodziców, związana m. in. z obawami wynikającymi z rozpoczęciem nauki w szkole. Symboliczna chęć "bycia orłem" pomogła dostrzec chłopcu i jego rodzicom możliwości i siłę, których wcześniej nie widzieli. Pokazała także, jak ważne jest poszukiwanie mocnych stron pacjenta, szczególnie tam, gdzie są one "zasłonięte" chorobą. Źródło: doświadczenia własne autorki rozdziału.

Przedstawione w rozdziale dane dotyczące występowania chorób przewlekłych w populacji dzieci i młodzieży pochodzą z dwóch źródeł:

- **Dane z Europejskich Ankietowych Badań Zdrowia (EZAB) realizowanych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) w 2014 r.**

Według wyników badań GUS z 2014r. 27% dzieci miało chorobę przewlekłą. Ogółem w populacji dzieci i młodzieży i według kategorii wieku chorobę przewlekłą stwierdzono u: 19,5% dzieci w wieku 0-4 lata; 28,3% - 5-9 lat; 32,1% - 10-14 lat; 24% - 15 – 19 lat.

W tabelach poniżej przedstawiono dane dotyczące częstości występowania chorób przewlekłych w populacji dzieci do 14 roku życia (tab. 1), w populacji młodzieży między 15-19 rokiem życia (tab. 2)¹⁵. Dane w tabelach uszeregowano według częstości występowania chorób w populacji ogółem. W populacji dzieci do 14 roku życia najczęściej występującą chorobą przewlekłą są alergie. Kolejno według częstości występowania należy wymienić choroby oka oraz astmę (tab. 1).

Tabela 1. Częstość występowania chorób przewlekłych wśród dzieci do 14 roku życia (% badanych). Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Choroba	Ogółem	Wiek w latach		
		0-4 lata	5-9 lat	10-14 lat
Alergia	14,5	12,1	16,0	15,5
Choroby oka	4,9	2,2	5,3	7,3
Astma	4,1	3,1	4,4	5,0
Częste bóle głowy	2,0	0,3	1,5	3,8
Choroby kręgosłupa	1,6	0,3	1,7	4,4
Inne choroby	8,6	7,0	8,8	9,9

¹⁵ Piekarczyńska M., Wieczorkowski R., Zająkowska-Kozłowska A. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.

Materiały dostępne na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego:

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html#>

W populacji nastolatków między 15-19 rokiem życia, podobnie jak w populacji dzieci, najczęściej występującą chorobą przewlekłą jest alergia. Kolejno występują astma oraz silne bóle głowy (tab. 2).

Tabela 2. Częstość występowania wybranych chorób przewlekłych wśród młodzieży między 15-19 rokiem życia (% badanych). Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Choroba	Ogółem	Dziewczęta	Chłopcy
Alergia	11,0	11,1	10,9
Astma	3,9	3,4	4,4
Silne bóle głowy (migrena)	3,6	5,2	2,2
Bóle pleców	3,1	4,7	1,8
Bóle szyi	2,3	3,7	1,1
Depresja	1,1	1,6	0,6
Choroby tarczycy	0,9	1,5	0,3
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	0,6	1,1	0,2
Wysokie ciśnienie krwi	0,7	0,9	0,4
Cukrzyca	0,3	0,7	0,1
Inne choroby	6,9	8,5	5,6

W populacji dzieci do 14 roku życia częściej chorują chłopcy niż dziewczęta 30% vs 23%. W poszczególnych kategoriach wieku uzyskano następujące wyniki: 0-4 lata – 22%; 5-9 lat – 31%; 10-14 lat – 37%; u dziewcząt odpowiednio: 17%, 25% i 27%. Wśród nastolatków między 15-19 rokiem życia częściej chorują dziewczęta w porównaniu do chłopców (25% vs. 21%).

Wykazano różnice w zależności od miejsca zamieszkania, na niekorzyść dzieci mieszkających w miastach.

- Dane z badań *Health Behaviour in School-aged Children - HBSC*

Dane pozyskane z badań HBSC pochodzą bezpośrednio od młodzieży. Uczniowie odpowiadają na pytanie: *Czy chorujesz na jakąś przewlekłą chorobę (np. cukrzycę, zapalenie stawów, poważną alergię) lub jesteś niepełnosprawny lub masz inne kłopoty ze zdrowiem, co zostało stwierdzone przez lekarza?*; kategorie odpowiedzi: *tak, nie*. Według badań HBSC przeprowadzonych w 2014 r. wśród badanych 11-15-latków 20% podało, że ma chorobę przewlekłą lub inne długotrwałe problemy zdrowotne.

Według wyników dwóch cytowanych powyżej badań oraz licznych publikacji międzynarodowych w ostatnich latach obserwuje się wzrost występowania chorób przewlekłych w populacji rozwojowej. Wymaga to dostosowanie sposobu pracy pielęgniarki szkolnej do specjalnych potrzeb edukacyjnych tej grupy uczniów.

Funkcjonowanie uczniów z chorobą przewlekłą w szkole - wyniki badań

Według wyników badań HBSC przeprowadzonych w 2014 r. uczniowie z chorobami przewlekłymi, w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami, funkcjonują gorzej w środowisku szkolnym:

- mają mniejsze poczucie przynależności do szkoły,
- mają mniejszy poziom kompetencji szkolnych,
- rzadziej, mają bardzo dobre osiągnięcia szkolne w opinii nauczycieli,
- rzadziej czują, że ich oceny są adekwatne do wyników,
- częściej odczuwają bardzo duży lub duży stres szkolny,
- częściej mają problemy szkolne,
- poświęcają więcej czasu na odrabianie lekcji,
- mają mniejszy poziom wsparcia społecznego od rówieśników z klasy i nauczycieli¹⁶.

Zwiększająca się częstość występowania chorób przewlekłych w populacji uczniów oraz wyniki badań, które potwierdzają gorsze funkcjonowanie tej grupy uczniów w środowisku szkolnym zmuszają do uwzględnienia specjalnych potrzeb edukacyjnych tej grupy. W dalszej części rozdziału opisano więc podstawowe obszary funkcjonowania psychospołecznego uczniów z chorobami przewlekłymi.

Funkcjonowanie psychospołeczne uczniów z chorobą przewlekłą

¹⁶ Małkowska-Szkutnik A., Woynarowska B., Mazur J. Postrzeganie środowiska psychospołecznego szkoły i funkcjonowanie w niej uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 1, 2018.

W literaturze rozważa się konteksty funkcjonowania psychospołecznego uczniów z chorobami przewlekłymi w dwóch perspektywach: a) kategoryjnej - ocenia się funkcjonowanie ucznia w zależności od danej choroby; b) niekategoryjnej która zakłada stałe, niezależnie od choroby, właściwości funkcjonowania uczniów, wynikające z faktu chorowania. **W rozdziale opisano uwarunkowania psychospołeczne uczniów z chorobami przewlekłymi posługując się podejściem niekategoryjnym.**

Choroba somatyczna wpływa na wszystkie obszary funkcjonowania ucznia z chorobą przewlekłą:

- biologiczny - zmienia procesy rozwoju biologicznego ucznia oraz możliwości wydolności fizycznej ucznia (patrz również rozdział „choroby przewlekłe i niepełnosprawność – kontekst medyczny),
- psychiczny - jest źródłem stresu; wpływa na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, zmienia spostrzeganie siebie, własnych potrzeb i możliwości ich realizacji; powoduje nasilenie przeżywania trudnych emocji, m. in. lęku,
- społeczny - zmienia możliwości pełnienia ról społecznych m. in. roli ucznia lub kolegi z klasy.

W środowisku szkolnym choroba przewlekła może więc wpływać na: osiągnięcia szkolne, relacje rówieśnicze, relacje z nauczycielami oraz obraz siebie ucznia z chorobą przewlekłą.

Grupa uczniów z chorobą przewlekłą jest bardzo różnorodna. Niektórzy uczniowie nie odczuwają w szkole, w sposób znaczący skutków choroby przewlekłej. Choroba nie obciąża ich osiągnięć szkolnych i relacji społecznych. Wyniki badań potwierdzają, że choroba somatyczna, która jest widoczna stanowi dodatkowy czynnik utrudniający funkcjonowanie w środowisku szkolnym.

Niezależnie do rodzaju choroby somatycznej uczniowie mogą doświadczać:

- częstych absencji, które prowadzą do zaległości w nauce i trudności w relacjach społecznych,
- zmian w funkcjonowaniu poznawczym - trudności w koncentracji uwagi i zwiększonej męczliwości, co zmienia dyspozycje do nauki
- zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym - zmienność nastroju, niepokój związany z obciążeniami wynikającymi z choroby,

- zmian w sprawności fizycznej i wynikające z nich ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia w szkole, np. ograniczone uczestnictwo w zajęciach dodatkowych lub w lekcjach wychowania fizycznego.

Wpływ choroby przewlekłej na realizację potrzeb rozwojowych

Obecność choroby przewlekłej może zmienić możliwości związane z realizacją potrzeb rozwojowych w następujący sposób:

- **Potrzeba bezpieczeństwa** związana z bezpiecznym miejscem - uczeń z chorobą przewlekłą potrzebuje pewności, że szkoła jest miejscem gdzie zostanie mu udzielona pomoc, gdy będzie jej potrzebował. Jest to także czynnik istotny dla rodziców ucznia z chorobą przewlekłą. Uczeń powinien wiedzieć do kogo może się zwrócić po pomoc. Należy omówić z uczniem zasady dotyczące jego codziennego funkcjonowania w szkole.
- **Potrzeba przynależności do grupy** tzn. bezpiecznej więzi z innymi ludźmi: możliwość bezpiecznego wyrażania siebie - swoich myśli, uczuć, emocji. Poczucie przynależności do grupy może zostać naruszone u ucznia z chorobą przewlekłą poprzez częste nieobecności w szkole lub hospitalizacje. Warto wzmacniać wśród zdrowych rówieśników potrzebę podtrzymywania relacji z uczniem chorym - odwiedzania go w domu, kontaktowania się z nim, gdy jest w szpitalu. Z drugiej strony konieczne jest także dbanie o to, aby uczeń z chorobą przewlekłą podtrzymywał relacje z kolegami z klasy. Drugim czynnikiem, który może zaburzać przynależność do grupy ucznia z chorobą przewlekłą jest poczucie bycia innym lub gorszym od zdrowych rówieśników. Ma to szczególne znaczenie wśród uczniów z chorobami społecznie odrzucanymi np. padaczka, lub chorobami widocznymi np. choroby skóry, otyłość.
- **Potrzeba autonomii i separacji od dorosłych** - jest to dość często niezaspokajana potrzeba wśród uczniów z chorobami przewlekłymi. Nadopiekuńczość rodziców, wynikająca z lęku o zdrowie dziecka, powoduje, że uczeń nie może się separować i usamodzielniać. Zadaniem pielęgniarki szkolnej jest rozmowa z rodzicami na temat potrzeby większego zaufania do ucznia i umożliwiania mu realizacji potrzeb rozwojowych, przy jednoczesnym dbaniu o jego zdrowie.
- **Potrzeba realistycznych granic** - uczeń z chorobą przewlekłą najczęściej bardzo dobrze zna granice funkcjonowania, które wyznacza mu choroba. Ważne jest, aby te granice były ustalane adekwatnie do przebiegu choroby i wieku oraz możliwości rozwojowych ucznia. Wraz z jego rozwojem granice powinny się zmieniać. Konieczne jest także

upewnienie się, że uczeń rozumie konieczność występowania granic i konsekwencje wynikające z ich łamania.

- **Potrzeba swobody i zabawy** - realizacja tej potrzeby jest bardzo często ograniczana poprzez chorobę. Należy wtedy stworzyć warunki w szkole, aby uczeń mógł w adekwatnym dla siebie zakresie, czerpać radość z zabawy lub swobodnej aktywności. To zabawa i swoboda dają możliwość regulowania napięcia, pozwalają odpocząć, dają szansę na nawiązanie dobrych relacji rówieśniczych i pozwalają odkrywać własne pasje, zainteresowania i mocne strony. Szczególną uwagę należy poświęcić uczniom, których rodzice są nadopiekuńczy i ograniczają im możliwości zabawy.

Jak uczeń może spostrzegać chorobę przewlekłą?

Pomoc pielęgniarki szkolnej skierowana do ucznia z chorobą przewlekłą powinna być uzależniona od tego, w jaki sposób spostrzega on swoją chorobę. Uczeń, i jego rodzice, mogą spostrzegać chorobę jako:

- **przeszkodę** - choroba traktowana jest jak sytuacja trudna; uczeń może odczuwać frustrację związaną z brakiem możliwości pokonania przeszkody - zadaniem pielęgniarki jest wskazywanie tego co uczeń może zrobić, przy jednoczesnym zwiększaniu akceptacji tego, czego zrobić nie może.
- **krzywdę lub karę** - choroba odbiera określone wartości; uczeń może wtedy poszukiwać winnych choroby lub obwiniać siebie o to, że jest chory - zadaniem pielęgniarki jest praca nad obniżaniem potrzeby poszukiwania przyczyn choroby (bardzo często przyczyny nie można jednoznacznie określić lub jest ona zupełnie niezależna od ucznia) oraz angażowanie ucznia w aktywności, które pomagają mu w radzeniu sobie z chorobą,
- **ulgę** - choroba zwalnia od odpowiedzialności; choroba staje się wymówką np. od bycia uczniem i kolegą; uczeń przestaje odrabiać prace domowe lub nie angażuje się w relacje społeczne z rówieśnikami; zadaniem pielęgniarki jest wskazywanie zadań, w które uczeń powinien się nadaj angażować i podkreślanie ich ważności dla dalszego prawidłowego funkcjonowania ucznia w szkole,
- **korzyść** - choroba pozwala uzyskać wsparcie od innych; uczeń zyskuje dodatkową uwagę od nauczycieli lub rówieśników dlatego, że jest chory; zadaniem pielęgniarki jest wskazywanie na konsekwencje takich zachowań np. niechęć rówieśników; ważne jest także ukierunkowanie uwagi na prawidłowe zachowania ucznia związane z radzeniem sobie z chorobą.

- **zagrożenie** - choroba uniemożliwia realizację planów i zadań rozwojowych; uczeń boi się konsekwencji wynikających z choroby; ogromne znaczenie ma tutaj lękowe nastawienie rodziców ucznia, którzy własną postawą lękową generują zwiększony lęk u dziecka; zadaniem pielęgniarki jest przede wszystkim zwiększanie poczucia bezpieczeństwa ucznia poprzez np.: umożliwienie mu opowiedzenia o swoich uczuciach i obawach.
- **wyzwanie** - choroba traktowana jest jako wyzwanie i prowadzi do uruchomienia działania; uczeń aktywnie poszukuje sposobów radzenia sobie z chorobą; zadaniem pielęgniarki jest towarzyszenie uczniowi i wspieranie go w działaniach; ważne jest zgłoszenie gotowości do pomocy ponieważ często jest to grupa pacjentów, którzy nie potrafią prosić o pomoc.
- **wartość** - choroba staje się powodem do zmiany dotychczasowego funkcjonowania i systemu wartości; uczeń odnajduje sens w swojej chorobie; zadaniem pielęgniarki jest pomoc w odnalezieniu wartości w chorobie.

Adaptacja do choroby przewlekłej

Adaptacja do choroby przewlekłej uzależniona jest od wielu czynników: rodzaju stopnia ciężkości i przebiegu choroby; płci i wieku ucznia; okresu, w którym uczeń zachorował; strategii radzenia sobie; procesów poznawczych tzn. spostrzegania choroby; statusu społeczno-ekonomicznego i funkcjonowania rodziny ucznia.

Uczeń z chorobą przewlekłą zmuszony jest do realizacji następujących zadań, wynikających bezpośrednio lub pośrednio, z obecności choroby przewlekłej:

- radzenie sobie z objawami, symptomami i ograniczeniami wynikającymi z choroby - konieczność przyjmowania leków, odczuwanie bólu i dyskomfortu,
- radzenie sobie ze stresem związanym z chorobą - wizyty u lekarza, hospitalizacje,
- właściwe relacje z personelem medycznym, w tym także z pielęgniarką szkolną,
- budowanie w sobie nadziei i umiejętne radzenie sobie z nieprzyjemnymi emocjami,
- podtrzymywanie pozytywnej samooceny, realne ocenianie swoich sił i dostosowanie do nich wymagań,
- podtrzymywanie prawidłowych relacji społecznych,
- planowanie przyszłości, przy jednoczesnym pamiętaniu o ograniczeniach związanych z chorobą.

Wyniki badań dotyczące przystosowania do choroby przewlekłej wskazują, że do najczęściej występujących trudności w adaptacji zalicza się: funkcjonowanie emocjonalne i samoocenę, relacje rówieśnicze oraz osiągnięcia szkolne. Czynniki podwyższające ryzyko zaburzeń

zdrowia psychicznego (przy jednoczesnym występowaniu przewlekłej choroby somatycznej) to: niska samoocena, nieadekwatne mechanizmy radzenia sobie z chorobą lub ich brak oraz dysfunkcje w rodzinie (sposób funkcjonowania rodziny, status społeczno-ekonomiczny, zagrożenie izolacją). W literaturze brak jednoznacznych wyników odwołujących się do różnic w adaptacji do choroby przewlekłej i płci uczniów. Należy jednak podkreślić, że wśród chłopców częściej występują zaburzenia eksternalizacyjne, np.: zaburzenia zachowania, a wśród dziewcząt zaburzenia internalizacyjne, np.: depresja.

Beata Ziółkowska wymienia następujące **konstruktywne zachowania adaptacyjne** do choroby przewlekłej:

- poszukiwanie informacji o chorobie i realne odniesienie ich do własnej sytuacji,
- ujawnianie trudnych uczuć i emocji, co pozwala poradzić sobie z napięciem,
- umiejętność samoregulacji emocji,
- poszukiwanie pomocy innych ludzi, m. in. personelu medycznego, w tym pielęgniarki szkolnej.
- umiejętność radzenia sobie z chorobą metodą "małych kroków" i znoszenie dyskomfortu wynikającego z braku osiągnięcia oczekiwanego efektu natychmiast; umiejętność bycia wytrwałym i cierpliwym,
- umiejętność odpoczywania i szanowania ograniczeń wynikających z choroby,
- zachowanie aktywności w wybranych sferach funkcjonowania ucznia,
- umiejętność realnej oceny sytuacji ucznia i na tej podstawie podejmowanie właściwej decyzji dotyczącej funkcjonowanie ucznia w szkole,
- motywacja do wprowadzania zmian,
- zaufanie do osób, które angażują się w pomoc uczniowi oraz wiara w to, że można sobie poradzić z trudnościami związanymi z chorobą.

Obciążenia związane z chorobą przewlekłą

Choroba przewlekła wiąże się z wieloma obciążeniami. Aleksandra Maciarz do najważniejszych obciążeń zalicza:

- złe samopoczucie - zwiększa się przede wszystkim podczas nasilania objawów choroby; może zwiastować rzut choroby lub być konsekwencją pogorszenia się zdrowia; wiąże się z odczuwaniem bólu i nieprzyjemnych emocji,
- zaburzenia funkcjonowania organów lub układów ciała - wynikają bezpośrednio z choroby; ich specyfika została opisana szczegółowo w osobnych rozdziałach tej książki,

- odczuwanie bólu - uzależnione jest od choroby oraz od predyspozycji indywidualnych w zakresie odporności na ból. Reakcja na ból dotyczy zmian: wegetatywno-naczyniowych (zmiany w oddechu, przyspieszone tętno, mdłości), ruchowych (pobudzenie ruchowe), psychicznych (płacz, krzyk, dezorganizacja zachowania),
- odczuwanie lęku - wyznacza sposób funkcjonowania ucznia z chorobą przewlekłą. Często związany jest z obawami dotyczącymi ujawnienia lub nasilenia się symptomów choroby w szkole. Uwzględniając różnice indywidualne uczniów, warto zwrócić szczególną uwagę na tych, którzy mają temperamentalną (indywidualną, związaną z własnym temperamentem) tendencję do reagowania lękiem w sytuacjach nowych. Tacy uczniowie mogą bardziej obawiać się różnych aspektów związanych z chorobą przewlekłą: dolegliwości i ich konsekwencji, zabiegów medycznych, rozstania z rodzicami lub rówieśnikami, powrotu do szkoły. Monitorowanie zachowań ucznia jest konieczne ze względu na ryzyko utrwalenia lęku, który może przekształcić się w obawę o bycie odrzuconym,
- odczuwanie cierpienia - jest skutkiem bólu i lęku, związane bezpośrednio z poczuciem krzywdy i niezgody na chorobę,
- stała konieczność samokontroli - dotyczy, w zależności od choroby, różnych aspektów funkcjonowania np.: diety, aktywności fizycznej, form spędzania czasu wolnego. Bardzo często uczniowie wykonują niektóre czynności związane z leczeniem, np. mierzą cukier. Uczeń zobowiązany jest do samokontroli, co wymaga od niego zwiększonej uwagi i świadomości siebie. Taki sposób funkcjonowania odbiera uczniowi pewien zakres swobody i beztroski oraz może być dla niego dodatkowym obciążeniem.
- ograniczenia aktywności psychoruchowej - bardzo często wiąże się z izolacją od rówieśników, jeżeli stan zdrowia nie pozwala aby uczeń uczęszczał do szkoły; ogranicza swobodę i zwiększa odczucia związane z byciem zależnym od innych; powoduje obawę przed powrotem do szkoły - lęk przed zaległościami szkolnymi oraz związany z relacjami rówieśniczymi.

Kiedy należy zwracać szczególną uwagę na ucznia z chorobą przewlekłą?

1. Gdy choroba przewlekła uruchamia wysoki poziom lęku i zwiększa jego częstotliwość u ucznia

Choroba postrzegana jako sytuacja trudna tzn. przekraczająca możliwości poradzenia sobie z nią uruchamia zwiększony poziom lęku u ucznia. Może to być lęk przed: tym czego uczeń nie zna; śmiercią; unieruchomieniem; ograniczeniem aktywności; byciem zależnym od innych; bólem i cierpieniem; odrzuceniem społecznym; rozłąką z bliskimi; utratą relacji; zmia-

ną wyglądu; utratą kontroli. Sytuacja ta prowadzi do powstawania mechanizmów obronnych np. racjonalizacja, zaprzeczanie, izolacja, fantazjowanie. Należy pamiętać, że w początkowym stadium radzenia sobie z chorobą przewlekłą mechanizmy te spełniają bardzo ważną funkcję - zapewniają poczucie bezpieczeństwa. Nie należy ich uczniowi odbierać. Jednak podczas dalszej pracy z uczniem konieczne jest podjęcie działań aby mechanizmy obronne zastąpić adaptacyjnymi sposobami radzenia sobie z chorobą, np.: fantazjowanie o byciu zdrowych należy zastąpić nowymi umiejętnościami samokontroli stanu zdrowia.

2. Gdy uczeń ma znacznie ograniczoną aktywność

W grupie uczniów, których choroba związana jest z ograniczeniem aktywności mogą wystąpić różnego rodzaju zaburzenia w zdrowiu psychicznym, np. znaczne obniżenie nastroju. Mogą się także pojawić tiki, co tłumaczy się w tym przypadku możliwością rozładowania napięcia w sposób możliwy i dostępny dla ucznia (tik), na skutek braku możliwości zaspokojenia potrzeby ruchu i swobodnego działania. Do negatywnych konsekwencji ograniczenia aktywności zalicza się także utratę mowy lub nasiloną masturbację.

3. Gdy uczeń zaczyna sprawiać problemy wychowawcze

Do najczęściej występujących problemów wychowawczych uczniów z chorobami przewlekłymi zalicza się: brak umiejętności organizowania sobie czasu na skutek ograniczenia aktywności; skupianie na sobie uwagi osób dorosłych; zwiększoną aktywność np.: nadruchliwość; agresję i złośliwość w stosunku do innych osób; wycofanie z relacji społecznych; postawę roszczeniową. Każde z wymienionych zachowań wymaga odpowiedniego oddziaływania i wsparcia ucznia. Należy podkreślić, że zachowania te mogą być odzwierciedleniem braku zaspokojenia danej potrzeby, którą uczeń wyraża w sposób pośredni poprzez trudne zachowanie.

4. Gdy uczeń ma znacznie obniżony nastrój

W przypadku, gdy u ucznia widoczna jest stała zmiana nastroju oraz pozostałe objawy świadczące o depresji należy porozmawiać z rodzicami o konieczności wsparcia dla ucznia w tym zakresie¹⁷. Depresja może wynikać z procesu związanego z adaptacją do choroby przewlekłej lub z samej choroby. Do chorób, w przebiegu których może pojawić się depresja zalicza się: choroby układu krążenia; zaburzenia hormonalne i metaboliczne; choroby stawów; przewlekłe infekcje np. wirusowe zapalenie wątroby; choroby narządowe np. wątroby; nowotwory; anemię; astmę.

¹⁷ Podstawowe objawy depresji u uczniów opisano w osobnym rozdziale.

5. Gdy uczeń ukrywa chorobę przed członkami społeczności szkolnej

Niektórzy uczniowie i ich rodzice decydują o tym, aby nie informować pozostałych uczniów i nauczycieli o chorobie. Najczęściej informacja o chorobie przekazywana jest wyłącznie pielęgniarsce szkolnej w karcie zdrowia ucznia oraz wychowawcy klasy. W takiej sytuacji należy porozmawiać z uczniem i jego rodzicami o ich motywacjach dotyczących nie informowania o chorobie i konsekwencjach, które z tego wynikają. Jest to sytuacja, która może być dodatkowym obciążeniem dla ucznia. Uniemożliwia mu korzystanie ze wsparcia społecznego w środowisku szkolnym.

Działania profilaktyczne

Trudno jest określić jednoznacznie działania profilaktyczne w zakresie funkcjonowania psychospołecznego uczniów z chorobami przewlekłymi, które może podjąć w szkole pielęgniarka. Takie działania uzależnione są od choroby ucznia, jego obecnego stanu zdrowia i indywidualnych potrzeb. Jak zaznaczono wcześniej w tym rozdziale grupa uczniów z chorobami przewlekłymi jest niejednorodna. Działania profilaktyczne powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb ucznia. Istnieją jednak działania, które wydają się adekwatne w przypadku wszystkich chorób przewlekłych.

Do najważniejszych zadań pielęgniarki szkolnej w zakresie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi należą:

- **Szanowanie potrzeb ucznia.** W kontekście ucznia z chorobą przewlekłą szczególnie ważna wydaje się potrzeba wiedzy o chorobie i jej skutkach. Należy sprawdzić co uczeń wie na temat swojej choroby i jaki jest jego stosunek do leczenia. Jednym z zadań pielęgniarki jest oszacowanie prawdziwości lub fałszywości wiedzy ucznia o swojej chorobie. Medyczna wiedza pielęgniarki szkolnej daje jej możliwość dyskusowania z uczniem na temat mitów związanych z chorobą.
- **Zapewnianie czasu na rozmowę** i odpowiadanie na pytania ucznia, związane z jego obawami, z przebytymi zabiegami, z kolejnymi etapami choroby. Podczas rozmowy z uczniem należy uwzględnić jego samopoczucie w danym dniu,
- **Akceptacja lęku i stresu** ucznia i towarzyszenie mu podczas prób pokonywania go¹⁸.
- **Cierpliwość**, szczególnie istotna, gdy uczeń ujawnia opór dotyczący zabiegów lub form leczenia.

¹⁸ Pomocne mogą być działania profilaktyczne dotyczące radzenia sobie ze stresem, opisane w osobnym rozdziale.

- **Uczenie samokontroli** i ustalenia zasad związanych z koniecznością samokontroli oraz szanowanie potrzeby swobody. Pomocne mogą być dzienniczki samokontroli, które uczniowie prowadzą i dbania o to, aby prowadzili je także w szkole.
- **Uczenie umiejętności kontroli bólu**, który jest odczuwany bardziej, gdy uczeń jest sam oraz gdy nie rozumie co się z nim dzieje. Należy pamiętać, że ból jest zjawiskiem subiektywnym. Podstawowym narzędziem pomiaru bólu powinna być skala samoobserwacji bólu, którą można ustalić razem z uczniem.

Pielęgniarka szkolna podejmuje **działania profilaktyczne z różnymi osobami i grupami społeczności szkolnej**. Podejmuje ona działania profilaktyczne pracując z:

- **Uczniem z chorobą przewlekłą** w zakresie normalizacji jego funkcjonowania w środowisku szkolnym.
- **Rodzicami ucznia z chorobą przewlekłą** m. in. poprzez poszerzanie sieci wsparcia społecznego - kontakt z pielęgniarką szkolną jako wspierającym ekspertem. Jednym z ważniejszych czynników wspierających jest umożliwienie kontaktu z rodzicami innych uczniów uczęszczających do szkoły. Zadaniem pielęgniarki szkolnej jest także pomoc rodzicom ucznia z chorobą przewlekłą w przechodzeniu przez kolejne etapy radzenia sobie z chorobą: a) zaprzeczaniem - rodzice szukają potwierdzenia, że informacja o diagnozie nie jest prawdziwa i trudno im poradzić sobie z chorobą; b) obwinianiem - rodzice poszukują przyczyny choroby w innych lub w sobie; c) depresją - rodzice przeżywają wielu trudnych emocji - smutek, żal - związanych z chorobą dziecka; d) złością - rodzice przeżywają gniew związany ze stanem zdrowia dziecka; często skierowany na personel medyczny; e) negocjowaniem - ambiwalencja postaw - rodzice poszukują pomocy i jednocześnie przeżywają trudności w pogodzeniu się z sytuacją; f) akomodacją - rodzice akceptują chorobę dziecka.
- **Zdrowymi rówieśnikami** - działania pielęgniarki szkolnej mogą być ukierunkowane na: integrację ucznia z chorobą przewlekłą ze zdrowymi rówieśnikami; zrozumienia przez zdrowych potrzeb i ograniczeń wynikających z choroby.
- **Rodzicami zdrowych rówieśników** - pielęgniarka szkolna może brać udział w zebraniach z rodzicami podczas, których omawiana jest sytuacja zdrowotna ucznia. Niweluje lęki rodziców zdrowych uczniów wynikające z ich niewiedzy na temat choroby.
- **Nauczycielami** i innymi pracownikami szkoły - pielęgniarka szkolna może prowadzić szkolenia dla rady pedagogicznej w zakresie opieki nad uczniem z chorobą przewlekłą.

Poniżej opisano przykładową interwencję pielęgniarki szkolnej w zakresie poprawy relacji rówieśniczych ucznia z chorobą przewlekłą.

Działania w zakresie poprawy relacji rówieśniczych

Uczniowie z chorobami przewlekłymi mogą mieć ograniczenia w rozwoju społecznym. Choroba utrudnia im realizację potrzeb kontaktu z rówieśnikami ze względu na: nadopiekuńczą postawę rodziców, częste hospitalizacje lub absencje w szkole, konieczność unikania wybranych aktywności. Może to powodować u ucznia z chorobą przewlekłą lęk przed podejmowaniem relacji rówieśniczych, co dodatkowo obniża jego umiejętności funkcjonowania w grupie rówieśniczej. Zadaniem pielęgniarki szkolnej jest włączenie się w działania podejmowane przez nauczycieli w celu integracji ucznia z chorobą przewlekłą ze zdrowymi rówieśnikami. Do najważniejszych zadań pielęgniarki szkolnej należą:

- rozmowa z uczniem z chorobą przewlekłą na temat jego funkcjonowania w grupie rówieśniczej oraz jego potrzeb związanych z informowaniem rówieśników o chorobie,
- rozmowa ze zdrowymi rówieśnikami (jeżeli uczeń z chorobą przewlekłą wyraża na to zgodę) na temat podstawowych objawów choroby i wynikających z niej ograniczeń,
- przygotowanie zdrowych uczniów do udzielania pomocy uczniowi z chorobą przewlekłą oraz uwrażliwienie ich na konieczność szanowania ograniczeń wynikających z choroby,
- zachęcanie uczniów do integracji i poszukiwania wspólnych działań i zainteresowań, w które może zaangażować się cała grupa.

Symboliczna "wyższość" pielęgniarki szkolnej nad innymi osobami z personelu medycznego związana jest z jej obecnością w szkole czyli środowisku bardzo dla ucznia ważnym. Pielęgniarka może, w otoczeniu poza szpitalnym, pomóc uczniowi poradzić sobie z kłopotami związanymi z chorobą przewlekłą. Swoją obecnością w szkole może stać się "bezpieczną bazą" dla lęków, bólu, cierpienia ucznia. Może być także jednym z ważniejszych źródeł wsparcia społecznego i odbiorcą sukcesów ucznia w radzeniu sobie z chorobą.

Literatura uzupełniająca

1. Cytowska B., Winczura B. (red.) Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007.
2. Góralczyk E. Dziecko przewlekle chore. Psychologiczne aspekty funkcjonowania dziecka w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów. Centrum Metodyczne Pomo-

cy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2009. - książka jest dostępna w wersji elektronicznej na stronie internetowej Ośrodka Rozwoju Edukacji - www.ore.edu.pl

3. Maciarz A. Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie. Wydawnictwo Akademickie "Żak", Warszawa 2006.
4. Olechowska A. Choroba przewlekła. W: Olechowska A. Specjalne potrzeby edukacyjne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016, s. 200-232.
5. Woynarowska B. (red.) Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie, edukację. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
6. Ziółkowska B. Dziecko chore w domu, w szkole i u lekarza. Jak wspomagać rozwój dzieci przewlekle chorych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010.

PROBLEMY SPOŁECZNE UCZNIÓW

WYBRANE PROBLEMY SPOŁECZNE - *Dorota Zawadzka, Magdalena Stalmach*

Procedury i zasady postępowania w przypadkach agresji i przemocy w szkole

Szkolne zasady i procedury reagowania powinny być zgodne z prawem oraz jasne i zrozumiałe dla wszystkich. Niektóre zostały nałożone przez szkołę aktami prawnymi, np. obowiązek zawiadomienia policji we wszystkich stwierdzonych przypadkach użycia przemocy wobec dzieci, czy sądu w razie powzięcia podejrzenia, że popełniono przestępstwo z użyciem przemocy wobec członka rodziny. Każda szkoła powinna dysponować procedurami postępowania w przypadkach agresji i przemocy. Powinny też być stosowane przez cały personel szkolny – pedagogiczny i niepedagogiczny. Nie sposób jednak dokładnie określić, które ze szczegółowych regulacji przydadzą się w danej szkole. Z pewnością w każdej z nich będą potrzebne procedury określające sposób doraźnej reakcji na agresję, a także regulacje opisujące zasady reagowania długofalowego na wypadek stosowania przemocy. Często jednak w konkretnej placówce bardziej przydatne okazują się szczegółowe i specyficzne ustalenia, dotyczące np. reagowania nauczycieli na uczniowską „falę”. Istnienie w szkole określonych wspólnych procedur reagowania na agresję i postępowania długofalowego w sytuacji przemocy ma istotne znaczenie dla uporządkowania i ujednolicenia podejmowanych przez szkołę sposobów działania. Już samo istnienie procedur – pod warunkiem, że są one znane uczniom i rodzicom – często działa profilaktycznie, a w razie konieczności ich zastosowania nauczyciel spotyka się na ogół z mniejszym oporem stron konfliktu.

Przemoc wobec dzieci może być **jawna**, kiedy przypadki znęcania się nad dzieckiem zostają odnotowane w policyjnych raportach i rozpatrzone przez niezawisłe sądy. Z **przemocą ukrytą** mamy do czynienia gdy nie zostaje ujawniona, do której może dochodzić nawet każdego dnia w czterech ścianach domu (J. L. Herman, 1999).

Syndrom sztokholmski jest to pewnego rodzaju fascynacja agresorem i szukanie ratunku właśnie u niego. Identyfikacja z agresorem może nastąpić wtedy, gdy stosujący przemoc, grozi, że dokona zabójstwa, a dziecko jest przekonane, że jego życie zależy od agresora. Fakt, że

rodzic nie realizuje swojej groźby dziecko spostrzega jako szczególnego rodzaju uprzejmość. Dziecko uważnie obserwuje agresora, uczy się go (J. Melibruda, 1999).

Działania interwencyjne

Są to oddziaływania ukierunkowane na uczniów z grupy ryzyka, w tym najwyższego ryzyka, które mają na celu odwrócenie bądź zredukowanie istniejących problemów. Działania interwencyjne obejmują zarówno doraźne reakcje na agresywne incydenty, jak i postępowanie długofalowe podejmowane w skomplikowanych sytuacjach przemocy i dręczenia. Działania interwencyjne dotyczą nie tylko ofiar, świadków i rodziców, ale także agresorów i sprawców przemocy.

Reakcja doraźna na zachowania agresywne

Aby właściwie reagować na agresję należy:

- reagować zawsze!
- reagować stanowczo!
- doprowadzić do deeskalacji!

Warto tu również powołać się na zasadę, która dotyczy właśnie wszystkich problemów rozwiązywanych systemowo: **Reagujemy na zachowania, nie na osoby!** Szczególnie pierwsza reakcja jest reakcją na problem i dobrze, aby miała charakter procedury niezależnej od osoby, której dotyczy.

Jak reagować doraźnie?

W szkole występują trudności i nieporozumienia dotyczące sposobów rozwiązywania problemów agresji i przemocy. Zdarzają się one przede wszystkim wtedy, kiedy szkoła nie posiada wyraźnie określonych zasad reakcji doraźnej na zachowania agresywne i pracownicy szkoły nie potrafią oddzielić reakcji doraźnej od oddziaływań długofalowych.

Reakcja doraźna na zachowania agresywne to reakcja najbardziej widoczna w szkole – ma najczęściej charakter szybkiej interwencji w razie wydarzeń, których świadkiem jest nauczyciel lub inny pracownik szkoły. Ponieważ interwencje te widzi wiele osób na korytarzu, w szatni, na boisku – są one ważnym elementem szkolnego systemu reagowania. Stanowią jego wizytówkę i stają się zarazem modelem dla nauczycieli oraz wzorcem do naśladowania dla uczniów.

Celem doraźnej interwencji jest przerwanie przez dorosłego zachowania agresywnego i przekazywanie uczniowi, że nie zgadza się na takie zachowanie. Ważne jest aby interwencja była przemyślana i miała podobny przebieg w wykonaniu różnych osób oraz oparta była na kilku podstawowych zasadach:

Obserwuj i reaguj! Obserwuj uczniów, traktuj zdarzenia serio. Zwracaj uwagę na niezrozumiałe, dziwne sytuacje i zachowania uczniów. Nie czekaj, aż niepokojące zachowanie samo się skończy. Łatwiej jest zareagować we wczesnej fazie konfliktu, niż gdy już dojdzie do agresji fizycznej.

Działaj bez agresji! Nieużywanie agresji w odpowiedzi na zachowania agresywne jest podstawą zasady interwencji. Nie jest to oczywiście takie łatwe, uczniowie bowiem często prowokują nauczycieli/ pracowników szkoły, zachowując się wobec nich lekceważąco lub wręcz agresywnie. Nie warto reagować agresywnie, gdyż agresja rodzi agresję. Uczniowie, obserwując agresję nauczycieli wobec nich, uczą się, że władza upoważnia do zachowań agresywnych. Dlatego sami uciekają się do agresji, jeśli mają przewagę nad kolegami. Należy pamiętać także, że uczeń publicznie upokorzony czy zawstydzony przez nauczyciela może tym bardziej odreagować frustrację na słabszych lub młodszych kolegach.

Bądź stanowczy i zdecydowany! Nieposuwanie się przez dorosłego do działań agresywnych nie oznacza, że ma on reagować niepewnie i nieporadnie. Powinien działać stanowczo i zdecydowanie, czym zaznaczy sprzeciw wobec agresji i przekazać uczniowi informację, że nie wyraża zgody na takie zachowanie. W sytuacji agresji dorosły reaguje pewnie, np. podchodzi do uczniów, patrzy na nich, zachowując powagę, mówi dobitnie i głośno, wydaje stanowcze i krótkie polecenia: „Dość tego!”, „Zabraniam!”, „Stop!”, „Łamiecie zasady!”.

Przeciwdziałanie przemocy wobec dziecka w rodzinie – działalność wybranych instytucji

Realizacja działań ochronnych zakłada istnienie pewnych środków i instrumentów, które pozwalają na zastosowanie rozwiązań gwarantujących prawa i dobro tych dzieci, które znajdują się w sytuacji ryzyka lub są pozbawione opieki. Środki te można uporządkować w kilka grup. Środki, które docierają do małoletniego w jego naturalnym środowisku, unikając oddzielenia go od otoczenia. Działania te mają na celu wspieranie rodziny. Fundamentalną zasadą, która powinna przyświecać wszelkim działaniom mającym na celu pomoc dzieciom, **jest poszanowanie jego prawa do pozostawania we własnej rodzinie**, ponieważ jest ona najbardziej

odpowiednim środowiskiem dla jego rozwoju. Potrzebna jest jedynie interwencja niektórych instytucji w celu wyrównania braków na poziomie osobistym, rodzinnym i społecznym.

Interwencje i środki używane w środowisku dziecka zmierzają z jednej strony do optymalizacji korzystania z systemu pomocy ogólnej i szczegółowej, a z drugiej strony za pomocą specyficznych programów starają się rozwiązywać te sytuacje, które stanowią największą przeszkodę dla prawidłowej integracji i rozwoju małego dziecka tj.: szkolne stołówki, obozy i organizowanie czasu wolnego, ekonomiczna pomoc rodzinie, zapobieganie sytuacjom przemocy wobec dzieci, kampanie mające na celu uwrażliwienie i uświadomienie społeczeństwa. Niezwykle ważna jest współpraca poszczególnych instytucji w ramach przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Szkoła, jako drugie, zaraz po rodzinie środowisko dziecka może mieć bardzo duży wkład w rozpoznawaniu oznak krzywdzenia dziecka oraz wyjścia dziecka z przemocy.

Niekiedy konieczna jest pomoc dziecku wymagająca oddzielenia go od rodziny biologicznej. Celem tej interwencji jest uzdrowienie szkodliwej dla dziecka sytuacji, zagwarantowanie należytej opieki oraz odseparowanie dziecka od sprawcy przemocy. Dziecko trafi wtedy do takich instytucji jak rodzina zastępcza, adopcja czy placówka opiekuńcza.

Jest wiele organizacji rządowych i pozarządowych, które mogą wspomóc szkołę w podejmowaniu działań mających na celu ochronę dziecka krzywdzonego (Komitet Ochrony Praw Dziecka, Fundacja „Dzieci Niczyje” – obecnie Fundacja „Dajemy Dzieciom Siłę, Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy „Niebieska Linia”, Ośrodki Pomocy Społecznej).

Terapia stanowi drugą płaszczyznę przeciwdziałania przemocy. Obecnie największą popularnością cieszą się techniki pracy grupowej – osobno dla ofiar przemocy i sprawców. Zauważa się potrzeby wszystkich uczestników przemocy, aby zmniejszyć ryzyko odtworzenia w przyszłości zachowań krzywdzących lub rozpadu rodziny. Sprawca zazwyczaj nie chce się przyznać do stosowania przemocy, nie widzi naganności stosowanych metod wychowawczych. O leczeniu sprawców przemocy może zdecydować sąd. Ważne jest jednak aby sprawca przemocy zauważał potrzebę terapii.

Warunkiem skuteczności działań jest znajomość adresów i telefonów osób i instytucji, które mogą pomóc w rozwiązywaniu trudnej sytuacji dziecka, a w szczególności kuratora sądowego właściwego dla danej miejscowości, sędziego rodzinnego najbliższego sądu rejonowego, prokuratora, policjanta, pracownika socjalnego, ośrodka pomocy społecznej, telefonu zaufania.

Należy pamiętać, że w udzielaniu pomocy dzieciom istotna jest dyskrecja. Ze zjawisk krzywdzenia dzieci nie wolno czynić sensacji. Poniższe tabele (Tab.1-4), prezentują główne objawy sugerujące krzywdzenie i zaniedbywanie dziecka.

Tabela1. 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, umyślowo lub z innymi różnymi defektami • 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"> • 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, okolicy narządów płciowych symetryczne i z ostro ograniczonym brzegiem • 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 	<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 <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 2. Objawy wskazujące maltretowanie emocjonalne dziecka

Dane z wywiadu	Objawy somatyczne	Zachowanie
<ul style="list-style-type: none"> Rodzice ignorują (izolują), bagatelizują (odrzucają), robią „kozła ofiarnego” z dziecka Oczekiwania rodziców są nieodpowiednie do wieku i rozwoju dziecka Istnienie w przeszłości epizodów fizycznej przemocy i maltretowania Rodzice postrzegają swe dziecko jako „odmienne” 	<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 rodzeństwem) Zachowania antyspołeczne. Opóźnienie rozwoju emocjonalnego i intelektualnego 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 3. 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 infekcje układu moczowego i pochwy Skargi na bóle w okolicy narządów płciowych, odbytu, krzyża, dole brzucha Skargi na świąd w okolicy 	<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 	<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

<p>narządów płciowych</p> <ul style="list-style-type: none"> • Przyznanie się do aktywności seksualnej • Występowanie w rodzinie przypadku maltretowania seksualnego rodzica lub rodzeństwa • Nadmierna troska o stan i pielęgnację narządów płciowych 	<p>moczu. Zapalenie sromu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objawy chorób przenoszonych się drogą płciową • Ciąża 	<p>z rówieśnikami</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poziom wiedzy o seksie wyszukany i nieadekwatny do wieku • Wyzywające zachowanie, nasilone kontakty seksualne, prostytutka • Używanie środków odurzających • Próby samobójcze lub ich demonstrowanie • Ucieczka <p>Uwaga! Stwierdzenie u dziecka pojedynczego objawu nie wystarczy, 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 4. 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, „pseudodojrzałość” (opiekowanie się rodzeństwem) • Zachowania przestępcze • Używanie alkoholu lub narkotyków <p>Uwaga! Stwierdzenie u dziecka pojedynczego objawu nie wystarczy, 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.

Współpraca szkoły z innymi instytucjami na przykładzie przypadku z Ośrodka Interwencji Kryzysowej

Rodzina Nowackich¹⁹ liczyła siedem osób: rodziców oraz pięcioro dzieci w wieku od czwartego do 18 roku życia. Krzywdzenie ze strony ojca, p. Andrzeja trwało od wielu lat. Stosował przemoc fizyczną i emocjonalną wobec swojej żony, p. Teresy oraz dzieci. Pan Andrzej był prawnikiem i pracował w Sądzie Karnym. Pani Teresa, pomimo ukończonych studiów ekonomicznych nie podjęła zatrudnienia z uwagi na fakt, że mąż życzył sobie aby przebywała w domu. W końcowym etapie stosowania przez niego przemocy, pani Teresa została odizolowana od rodziny i znajomych. Była zamykana w pokoju, gdy pan Andrzej wychodził z domu do pracy. Okna zostały przez niego zamalowane, a klamki usunięte aby nie udało się jej wezwać pomocy. Jedzenie przynosił jej osobiście małżonek.

O zaistniałej sytuacji w domu powiadomił pielęgniarkę szkolną 12 letni, syn małżonków - Bartek. Zdecydował się opowiedzieć o stosowaniu przemocy przez swojego ojca, gdyż miał zaufanie do pracownika szkoły i wierzył, że będzie ona w stanie pomóc rodzinie. Pielęgniarka szkolna powiadomiła Ośrodek Interwencji Kryzysowej. Interwent wszedł do mieszkania wraz z Policją i rodzina została zabrana do Domu dla Osób Doznających Przemocy w Rodzinie. Zostały prowadzone działania interwencyjne oraz terapeutyczne z każdym jej członkiem. Niestety, sprawca pozostał we wspólnym mieszkaniu, ponieważ był jego właścicielem.

Podczas pobytu w placówce, najstarsza córka, Karolina, zaczęła otrzymywać smsy od ojca z pogroźkami, że jeśli nie wróci do domu to on się zabije. Jak się okazało, zawsze, gdy rodzina uciekała z domu, sprawca po jakimś czasie stosował szantaż emocjonalny aby nastąpił ich powrót. Zgodnie z fazami przemocy: (faza narastania napięcia, faza ostrej przemocy i faza miesiąca miodowego), w III stadium pan Andrzej dobrze traktował rodzinę i obiecywał poddanie się terapii. Po tej fazie następowała jednak eskalacja przemocy, która kończyła się ostatnio uszkodzeniami ciała pani Teresy.

Tym razem matka wraz z dziećmi zdecydowała, że nie wróci do małżonka. Z pomocą prawnika napisała pozew rozwodowy oraz zawiadomienie o stosowaniu przemocy ze strony męża. Poza tym, zostały podjęte działania w celu znalezienia rodzinie jakiegoś lokum na czas trwania spraw sądowych. Gdy pani Teresa musiała udać się do swojego mieszkania w celu zabrania potrzebnych dokumentów, które tam zostały, udała się tam razem z dziećmi oraz pracownikiem socjalnym Ośrodka Interwencji Kryzysowej. Wchodząc do mieszkania znaleziono sprawcę wiszącego w przedpokoju naprzeciwko drzwi wejściowych.

Dla całej rodziny była to niesamowita trauma, która potęgowana była dodatkowo poczuciem winy. Praca nad przeżyciem żałoby trwała wiele miesięcy.

Po dwóch tygodniach dzieci powróciły do szkoły a najmłodsza dwójka (4 i 6 lat) do przedszkola. Placówki te były bardzo pomocne jeśli chodzi o wyjście rodziny z kryzysu. Wychowawcy dzwonili do naszego ośrodka w celu konsultacji oraz uzyskania porady, jeśli chodzi o pomoc dzieciom w przeżyciu żałoby. Instytucje te przyzywały na okazywanie emocji związanych z przeżyciami dzieci oraz wykazywały wielkie zrozumienie i wsparcie w tej kwestii. W sytuacjach przeżywania żałoby przez małe dzieci często ujawniana jest retorsja spontaniczna, czyli naśladowanie zmarłej osoby. Najmłodsze dzieci odwzorowywały sytuacje z pogrzebu, np. układały się jak do trumny i leżały nieruchomo z rękami położonymi na piersiach.

¹⁹ Nazwisko i imiona występujące w opisie - fikcyjne

Kryteriami 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.

Zachowania ryzykowne

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące zachowań ryzykownych

Czynniki ryzyka są to cechy, sytuacje, warunki sprzyjające powstawaniu zachowań ryzykownych i zaburzeń. Czynniki chroniące są to cechy, sytuacje, warunki zwiększające odporność jednostki na działanie czynników ryzyka

W badaniach nad czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi zaobserwowano m.in.:

- Wpływ poszczególnych czynników ryzyka nie jest równie silny we wszystkich fazach rozwojowych,
- Efekty oddziaływania czynników ryzyka kumulują się,
- U podłoża różnych zachowań ryzykownych oraz zaburzeń leży wspólny zestaw podstawowych czynników ryzyka,
- U młodych osób podejmujących różne zachowania problemowe obserwuje się wiele wspólnych uwarunkowań osobowościowych,
- Istnieje również wspólny zestaw podstawowych czynników chroniących,
- Wpływ poszczególnych czynników chroniących nie jest równie silny we wszystkich fazach rozwojowych,

Wpływ niektórych czynników chroniących ogranicza się do wybranych obszarów funkcjonowania. Najważniejsze czynniki chroniące (Hawkins, 1992; Dolto, 1995; Kay, 1996; CBOS, 1994; 1996; McGraw, 1995):

- Silna więź z rodzicami,
- Zainteresowanie nauką szkolną,
- Regularne praktyki religijne,
- Poszanowanie prawa, norm wartości i autorytetów społecznych,
- Przynależność do pozytywnej grupy.

Zagrożenie samobójstwem wśród dzieci i młodzieży

Definicja w ujęciu Encyklopedii PWN ukazuje **samobójstwo**, jako celowe zachowanie auto-destrukcyjne, które prowadzi do śmierci biologicznej. Występuje w niej rozróżnienie ze względu na charakter aktu: gwałtowny (np. **samobójstwo** przez powieszenie się) lub stopniowy (np. **samobójstwo** przez zagłodzenie się).

Z roku na rok liczba samobójstw dokonanych utrzymuje się na niepokojąco wysokim poziomie. Obecnie ponad 6000 osób rocznie popełnia samobójstwo, a czterokrotnie więcej występuje samobójstw rzekomych których jedną z możliwości jest pozbawienie życia ale nie jedną (patrz również rozdział „Problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży”).

Interwencja pielęgniarki szkolnej wobec ucznia w kryzysie suicydalnym

Tabela 5. Mity i fakty dotyczące samobójstw

Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie odbierają sobie życia	Nieprawda – według licznych autorów 80 – 85% samobójców ostrzegło uprzednio swoich bliskich o zamiarze odebrania sobie życia
Samobójca nigdy nie ostrzega	Nieprawda – samobójca zawsze komunikuje swoje zamierzenia albo w sposób werbalny, albo przez swoje zachowanie
Samobójcy chcą umrzeć za wszelką cenę	Nie wszyscy – jedynie Ci, których motywacja ma charakter autentyczny, rzeczywiście pragną umrzeć. Tego typu motywację samobójczą ma około 51 – 65% suicydentów
Samobójcy nie chcą umrzeć. Pragną jedynie manipulować otoczeniem	Niezupełnie – chcą zwrócić na siebie uwagę, na swoje problemy i cierpienie, chcą uzyskać pomoc poprzez próbę samobójczą. Chcą żyć, ale w innych, lepszych warunkach. Tacy samobójcy stanowią 34-48% wszystkich osób z tendencjami samobójczymi. Są to tak zwani samobójcy instrumentalni

Poprawa nastroju po kryzysie samobójczym oznacza koniec zagrożenia	Nie zawsze – może oznaczać, że młodym człowiekiem przestały już targać wątpliwości – żyć czy umrzeć. Zdecydowanie wybrał śmierć i to przyniosło mu wewnętrzny spokój i zadowolenie. Z reguły występuje wtedy ulga poddecyzyjna, która powoduje poprawę nastroju
Samobójstwu nie można zapobiec	Niekoniecznie – zależy, jaki jest rodzaj motywacji. Jeśli ma ono charakter instrumentalny, a więc wiąże się z pewnym dyskomfortem życiowym, wówczas szybkie dostrzeżenie zagrożenia i odpowiednia na nie reakcja mogą zapobiec nieszczęściu
Osoba o skłonnościach samobójczych będzie mieć je już zawsze	Niekoniecznie – w niektórych przypadkach skłonności samobójcze mogą mieć charakter reaktywny, sytuacyjny, mijają zatem z chwilą rozwiązania problemu. Bardziej trwałe charakter mogą mieć natomiast tendencje samobójcze osób posiadających osobowość suicydalną (skrajnie pesymistyczną). Jednak i takie osoby mogą pomyślnie przejść terapię i z pomocą życzliwych, ważnych innych osób uwolnić się od problemu
Próby samobójcze rzadko bywają ponawiane	Niekoniecznie – niektórzy autorzy (np. Anthony) szacują, że około 12% niedoszłych samobójców ponawia te próby nawet kilkakrotnie, przy czym trzecia próba jest już zwykle udana. Brunon Hołyst podaje nawet liczbę 60%
Wszyscy samobójcy są umysłowo chorzy	Nieprawda – wielu spośród suicydentów cierpi co prawda na pewne zaburzenia psychiczne (np. depresję, schizofrenię), jednak ich odsetek nie pozwala na przyjęcie generalnej tezy, iż u podłoża każdego samobójstwa leży choroba psychiczna czy umysłowa
Samobójstwa popełniają ludzie określonego typu	Nie zawsze – można określić tak zwane grupy podwyższonego ryzyka, jednak problem samobójstwa dotyczy ludzi wszelkich ras, religii, ludzi w każdym wieku i w każdej sytuacji społeczno – ekonomicznej
Rozmowa o samobójstwie może komuś podsunąć myśl o samobójstwie	Z samobójcą należy rozmawiać, ponieważ wtedy zyskuje on poczucie, nie jest sam, nie czuje się osamotniony. Może odczuwać ulgę, że ktoś potraktował go i jego cierpienie poważnie

Tabela 5 prezentuje fakty i mity dotyczące samobójstw. Myśląc w kategoriach stereotypów, usprawiedliwiamy naszą bierność, a nawet niechęć do zajmowania się tym problemem. Na zapowiedź samobójstwa reagujemy często źle: złością, irytacją, poczuciem winy; odsuwamy więc problem, bagatelizujemy go.

Rozpoznanie złego stanu emocjonalnego – syndrom presuicydalny

Syndrom presuicydalny to termin wprowadzony przez austriackiego lekarza psychiatrę i neurologa Erwina Ringela, który stwierdził, że około 80 – 85% samobójstw poprzedza wystąpienie szczególnych zachowań i sygnałów, do których należą:

- zawężenie sytuacyjne – osoba, która znajduje się w sytuacji presuicydalnej, nie widzi rozwiązania swojego trudnego położenia. Nie widzi innych, dopuszczalnych alternatyw rozwiązań. Nie jest w stanie nic zmienić. Przeżywa poczucie osamotnienia, osaczenia, bezradności.
- zawężenie dynamiczne – osoba w sytuacji presuicydalnej doświadcza działania sił, które pchają ją do samobójstwa. Jej nastrój, wyobrażenia, uczucia pogrążone są w (widzenie świata przez czarne okulary) – pesymizm w spostrzeganiu, myśleniu i zachowaniu. Osoba ta przeżywa silny lęk. Boi się siebie, boi się życia, boi się innych, boi się działania. Dominuje u niej poczucie beznadziejności, powtarzalności przeżyć i poczucia czasu: nic się nie zmieni, ten koszmar powróci.
- zawężenie stosunków międzyludzkich – osoba w sytuacji presuicydalnej izoluje się od starych przyjaciół, od znajomych. Ogranicza kontakty z ludźmi. Stopniowo w jej najbliższym otoczeniu jest coraz mniej bliskich osób. W krańcowej sytuacji często wchodzi w bliską relację z jedną osobą, jako ostatnią deską ratunku. Kontakty z ludźmi – jeśli są, to zdewaluowane. Relacje są powierzchowne, nie dotyczą kwestii ważnych, osobistych. Ograniczają się do zdawkowego pozdrowienia i rozmowy o nieistotnych sprawach. Osoba taka nie jest zdolna do kształtowania nowych, prawdziwych powiązań.
- zawężenie świata wartości – osoba w sytuacji presuicydalnej przeżywa brak poczucia wartości w niektórych dziedzinach życia. Nie ma zainteresowań, hobby. Brakuje jej ustalenia hierarchii ważności spraw, którymi się jeszcze zajmuje. Wartości przez nią wyznawane ulegają dewaluacji i spływają jej. Nie jest w stanie ich bronić. Wpływa to znacząco na jej obraz siebie, na poczucie własnej wartości. Osoba w takiej sytuacji kieruje się często subiektywnymi ocenami. Są one różne od ogólnie przyjętych wartości w społeczeństwie. Przez to jeszcze bardziej się izoluje od społeczności, w której żyje. Często osoba taka wchodzi w rolę niepełnowartościowego outsidera, dziwaka.

- napięcie – osoba w sytuacji presuicydalnej przeżywa bardzo silne napięcie, które często prowadzi do agresji. Jest ona kierowana początkowo na najbliższe osoby, następnie na siebie. Charakterystyczne są zachowania autodestrukcyjne i silna autoagresja.
- fantazje samobójcze – osoba, w sytuacji presuicydalnej zaczyna fantazjować na temat swojej śmierci. Myślenie to ma charakter przekształcający cel w rzeczywistość. Celem staje się samobójstwo. Początkowo niewinne myśli o samobójstwie, dające możliwość rozładowania napięcia w trudnej sytuacji, nabierają charakteru samodzielnych bytów. Stają się natrętne i obezwładniające.

Fantazje samobójcze przechodzą przez trzy etapy:

1. Pierwszy – wyobrażenia bycia martwym (fantazje nie dotyczą samej śmierci, ale bycia martwym, osoba taka czuje smak zemsty nad tymi, którzy ją oplakują), na tym etapie śmierć jest zjawiskiem odwracalnym.
2. Drugi – wyobrażenia podniesienia na siebie ręki bez konkretnych planów samobójstwa.
3. Trzeci – faza najwyższego zagrożenia, samobójstwo bywa bardzo szczegółowo zaplanowane.

Interwencja wobec ucznia w kryzysie suicydalnym

Komunikowanie się – pierwszym krokiem w zapobieganiu samobójstwom jest zawsze uzyskanie zaufania i porozumiewanie się. W trakcie trwania procesu samobójczego wzajemne porozumiewanie się między młodymi ludźmi o tendencjach samobójczych a ich otoczeniem ma zasadnicze znaczenie. Należy brać pod uwagę wskazówki, wyabstrahowane przez praktyków, pomocne podczas rozmowy z osobą zagrożoną samobójstwem:

- okazać zainteresowanie taką osobą,
- znaleźć odpowiedni czas i miejsce na nawiązanie rozmowy (wybranie bezpiecznego i spokojnego miejsca, dysponowanie dużą ilością wolnego czasu na rozmowę),
- zapytać, czy osoba myśli o samobójstwie (w sposób pośredni, np. Czy ostatnio źle ci się w życiu wiedzie?, Czy było Ci tak źle, że myślałaś/eś o odebraniu sobie życia?, Czy chciał/abyś iść spać i się już więcej nie obudzić? Lub bezpośredni, np. Czy kiedyś chciałeś/aś przestać żyć? Wyglądasz na bardzo smutnego/ną. Czy myślisz o popełnieniu samobójstwa?, Czy myślisz o samobójstwie?),

- rozmawiać o samobójstwie w sposób otwarty i bez skrępowania, nie próbować zmienić tematu,
- nie eksponować spraw związanych z samobójstwem i nie zmuszać rozmówcy do podtrzymywania tego tematu – może to stwarzać wrażenie lekceważenia problemów rozmówcy, a zwracania uwagi na sam fakt samobójstwa,
- okazać gotowość do słuchania (skoncentrowanie się na rozmowie, nieprzerywanie wypowiedzi partnera),
- nie okazywać zaskoczenia i zdziwienia,
- nie pytać „dlaczego” – takie pytanie wzmagają jedynie zachowania o charakterze obronnym,
- pozwolić na okazywanie emocji, akceptować je,
- nie wyrażać żadnych ocen, nie dyskutować na temat dopuszczalności i słuszności samobójstwa czy emocji, nie „dawać wykładów” na temat wartości życia,
- być empatycznym, ale nie okazywać współczucia i litości,
- nie dawać rad i nie podejmować decyzji za kogoś innego,
- dać nadzieję na to, że istnieją możliwości rozwiązania problemu inne niż samobójstwo, ale nie dawać naiwnych pocieszeń,
- przekonać o konieczności zwrócenia się o pomoc do specjalisty,
- nie wzywać do podjęcia próby,
- zapytać, czy są jeszcze inne osoby, które powinny wiedzieć o samobójczych zamiarach rozmówcy,
- nie utrzymywać informacji o planach samobójczych w tajemnicy, szukać pomocy u psychologa, psychiatry, pedagoga szkolnego, korzystając z telefonu zaufania, w ośrodku interwencji kryzysowej, poradni psychologicznej,
- zaprowadzić osobę mówiącą o samobójstwie do specjalisty lub po ustaleniu szczegółów planowanej wizyty sprawdzić, czy osoba rzeczywiście tam poszła (np. zapytać: Czy pójdziesz ze mną do psychologa?, Czy mam Ci pomóc w umówieniu się z...?, Czy obiecujesz mi, że...?),
- usunąć dostępne środki mogące umożliwić pozabawienie się życia.

Tabela 6. Niepokojące sygnały świadczące o wystąpieniu syndromu presuicydalnego

<p>Znaki ostrzegawcze werbalne pośrednie</p>	<p>Osoba myśląca o samobójstwie może mówić:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jestem zmęczony/a życiem - Jaki to wszystko ma sens? - Rodzinie będzie bez mnie lepiej - Kogo to obchodzi, czy żyję czy nie? - Mam tego wszystkiego dość - Pożałujecie, że tak mnie traktowaliście - Nikt mnie już nie potrzebuje - Wkrótce mnie tu już nie będzie
<p>Znaki ostrzegawcze bezpośrednie</p>	<p>Osoba myśląca o samobójstwie może mówić:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postanowiłem/am się zabić - Chciałbym już nie żyć - Mam zamiar popełnić samobójstwo - Chcę skończyć z tym wszystkim - Jeżeli... się nie wydarzy, to się zabiję
<p>Znaki ostrzegawcze behawioralne</p>	<p>Osoba myśląca o samobójstwie może się zachowywać w następujący sposób:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zbierać tabletki, kupować żyłki, sznur, - mieć problemy z jedzeniem, spaniem, koncentracją, - drastycznie zmieniać swoje zachowanie (np. nagle zacząć zachowywać się agresywnie, wychodzić z domu o nietypowej porze, żegnać się z osobami z najbliższego otoczenia), - nagle pozytywnie zmienić swoje zachowanie po okresie depresji, - wycofywać się z kontaktów towarzyskich, - tracić zainteresowanie hobby, pracą, szkołą, - przygotowywać się do śmierci, pisząc testament, planując swój pogrzeb i porządkując swoje sprawy, - rozdawać ważne dla niej rzeczy, - być zainteresowaną problemem śmierci i umierania lub nagle zacząć się interesować religią, - nie dbać o swój wygląd zewnętrzny, - niepotrzebnie podejmować ryzykowne działania, - zwiększać spożycie alkoholu, narkotyków, leków.
<p>Znaki ostrzegawcze sytuacyjne</p>	<p>Osoba może zacząć myśleć o samobójstwie w następujących sytuacjach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nagłego odrzucenia przez osobę znaczącą (np. sympatia), niechciany rozwód lub separacja,

- niedawnej przeprowadzki, zwłaszcza niechciana,
- śmierci bliskiej osoby (np. współmałżonka, dziecka, przyjaciela), a zwłaszcza śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub samobójstwa,
- diagnozy nieuleczalnej choroby,
- poważnej kłótni ze znaczącą osobą,
- nagłej i nieoczekiwanej utraty wolności (np. aresztowanie),
- oczekiwanej lub doświadczonej poważnej straty finansowej,
- utraty cenionego terapeuty.

Pielęgniarka szkolna powinna postępować według poniższych wskazówek w sytuacji zagrożenia (Procedura 10 kroków M. Anthony’ego):

1. Krok pierwszy – zbuduj pomiędzy sobą a uczniem tak zwany most:

- bądź mocna i bądź oparciem dla niego, mów tonem życzliwym, ale stanowczym,
- bądź życzliwa, serdeczna, nie osądzaj,
- okazuj zainteresowanie jego sprawami oraz umiejętnie nieś pomoc, a także spokojną pewność siebie,
- zapewnij oparcie emocjonalne, dając poczucie, że wiesz, co robisz,
- kiedy tylko będzie to możliwe, zbierz od niego informacje.

2. Krok drugi – otwórz drzwi i słuchaj, co oznacza, że:

- osoba w sytuacji kryzysowej potrzebuje kogoś, kto ją wysłucha, dlatego też należy dążyć w kierunku zrozumienia problemów, które kryją się za jej wypowiedziami,
- staraj się określić, jaki jest główny problem (należy pamiętać, że problem może w rzeczywistości nie istnieć, może to być tylko wyobrazeniowe postrzeganie rzeczywistości przez daną osobę),
- dowiedz się jakie wydarzenie było bezpośrednią przyczyną kryzysu,
- wczuj się w to, co osoba w kryzysie przeżywa w danej chwili.

3. Krok trzeci – oceń rzeczywistość, czyli:

- poznaj konkretny plan (może to być powracająca myśl),
- nie obiecuj zachowania tajemnicy, gdyż można w ten sposób zapłacić ludzkim życiem.

4. Krok czwarty – oceń natężenie, to znaczy:

- siłę i zakres emocji (czy są to poważne myśli samobójcze),
- nie mów: „Wszystko będzie dobrze, weź się tylko w garść!”
- okazuj słowami zrozumienie problemu i osoby.

5. Krok piąty – traktuj rozmówcę poważnie, czyli:

- pamiętaj, że minimalizowanie trudności i pozorny spokój mogą kryć głębokie poczucie rozpacz,
- powiedz mu: Ludzie czasem czują się bezradni i tracą nadzieję do tego stopnia, że zaczynają myśleć o skończeniu ze sobą. Jeśli ty też czujesz się w ten sposób, nie znaczy to, że musisz naprawdę tak postąpić.

6. Krok szósty – zadaj właściwe pytania. Przykładowe pytania, od których można zacząć dialog:

- Jak chciałeś to zrobić?
- Czy ostatnio wszystko wyglądało tak źle, że chciałeś sobie coś zrobić?
- Czy masz do tego środki?
- Co chciałeś przez to osiągnąć?
- Co trzymało Cię dotąd przy życiu?
- Jak sądzisz, co czeka Cię w przyszłości?
- Jak sądzisz, co czeka Cię w przyszłości?
- Czy sądzisz, że wybrana metoda naprawdę spowoduje śmierć? Itp.

7. Krok siódmy – znajdź i zmobilizuj system oparcia:

- oceń jego siły, które mogą być dla niego oparciem w pokonywaniu kryzysu,
- dowiedz się, kto jest najważniejszą osobą w jego życiu, kogo chciałby mieć teraz przy sobie,
- zapytaj o jego system oparcia (o przyjaciół, rodzinę),
- zadawaj pytania typu: Kogo chciałbyś mieć teraz przy sobie? Albo: To ważne, żebyś Cię teraz z kimś skontaktowała. Kto to powinien być?

8. Krok ósmy – podejmij działania:

- skoncentruj się na najważniejszej sprawie i zastosuj metody pozytywnego opanowania problemu. Uwaga: większość osób zagrożonych ma tylko wstępny plan samoznisczenia. Jeśli uda się wyeliminować ten plan, sytuacja często rozmywa się aż do punktu, gdy samobójca zechce przyjąć pomoc,
- jeśli to potrzebne, inicjatywę powinien przejąć pedagog, na przykład powinien powiedzieć. Będę brać udział w Twoim życiu, ale nie w śmierci. Teraz zrobimy to i to...

9. Krok dziewiąty – utrzymaj cel:

- spotkaj się z tym uczniem wkrótce po pierwszej rozmowie,
- zaofiaruj się jako uważny i zainteresowany słuchacz, zanim zapewnisz mu bardziej specjalistyczną, długoterminową pomoc.

10. Krok dziesiąty – przekaz pałeczkę:

- zapewnij wyspy oparcia wokół zagrożonego ucznia,
- przebywaj z nim tak długo, jak tylko będzie to potrzebne, ale nie dłużej niż to konieczne dla zdrowia psychicznego was obojga.

POMOC PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ W TRUDNYCH SYTUACJACH BYTO- WYCH RODZINY - Dorota Zawadzka, Magdalena Stalmach

Problematyka uzależnień rodziców oraz profilaktyka uzależnień w odniesieniu do uczniów

Najczęstszym i najbardziej rozpowszechnionym uzależnieniem jest alkoholizm. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje alkoholizm, jako: „wszelki sposób picia, który wykracza poza miarę tradycyjnego i zwyczajowego spożycia albo poza ramy obyczajowe, przyjętego w całej społeczności, picia towarzyskiego bez względu na czynniki etiologiczne, które do tego prowadzą”.

Alkoholizm jest stale aktualnym problemem w polskich rodzinach i jest problemem całej rodziny. Dotyka każdą z osób i wywiera na nią niszczący wpływ. W miarę jak uzależnienie postępuje rodzina funkcjonuje w sposób coraz bardziej destruktywny. Wszystko obraca się wokół uzależnionego rodzica, którego zachowanie decyduje o sposobie interakcji pozostałych członków rodziny ze światem zewnętrznym. Domownicy, aby nadal funkcjonować i przetrwać muszą przystosować się do tej sytuacji odgrywając w niej różne role pozwalające obniżyć poziom odczuwanego stresu. Alkoholizm rodzica stanowi sekret zarówno na zewnątrz, jak i wewnątrz rodziny. Dzieci muszą uczestniczyć w grze rodzinnej, negującej fakt, że jedno z rodziców pije (lub też dwoje). Role, które przyjmują dzieci, służą właśnie do tego celu. Mają także stanowić zbiorowy system ochronny, by rodzina mogła nadal funkcjonować, a jej poszczególni członkowie mieli choćby niewielkie poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji.

Głównym rozgrywającym jest zazwyczaj współmałżonek uzależnionego lub jego rodzic. Przejmuje on na siebie obowiązki i zobowiązania alkoholika, która polega na utrzymaniu kierowniczej roli wewnątrz rodzinnego układu. Stara się, by z zewnątrz wyglądało, że wszystko jest w porządku. Z tego powodu osobę tę określa się jako współuzależnioną.

Dzieci przyjmują swoje role w zależności od wielu czynników, między innymi od wieku oraz poczucia odpowiedzialności za rodzinę.

Bohater rodziny – jest nim zazwyczaj najstarsze dziecko, które czuje się odpowiedzialne za cierpienia rodziny. Zdecydowany jest on dowieść światu, że w jego rodzinie wszystko funkcjonuje prawidłowo. W szkole takie dzieci są często “gwiazdami klasowymi”, wyróżniają się w nauce lub sporcie (albo jednym i drugim). Sprawiają wrażenie bardzo dobrze radzących

sobie w życiu i nie potrzebujących pomocy. Są perfekcjonistyczne i zbyt poważne jak na swój wiek.

Koziół ofiarny – nie jest w stanie współzawodniczyć z bohaterem rodziny ani dotrzymywać mu kroku. Jego rolą jest odwracanie uwagi rodziny od problemów, ale w sposób negatywny. Wdaje się w bójki, wchodzi w konflikty z prawem, ucieka z domu lub używa narkotyków. Jest to również jego sposób na odreagowanie problemów rodziny. W szkole zazwyczaj przeszkadza i jest określane przez nauczycieli jako trudne dziecko.

Dziecko zagubione – pozostaje poza zasięgiem kłótni rodzinnych bawiąc się skulone w kącie lub patrząc w sufit i śniąc na jawie. Żyje ono we własnym świecie w poczuciu krzywdy i samotności. Jest to często dziecko średnie, które nie potrafi znaleźć sobie miejsca ani w domu, ani w szkole.

Maskotka – jego rolą jest odwracanie uwagi rodziny od problemu i skupianie na niej na sobie przymilając się, zgrywając lub blaznując. Ma za zadanie ulżyć rodzinie w ciężkiej sytuacji, rozweselając ją swoim humorem i żartami. Zazwyczaj maskotką bywa najmłodsze dziecko. Traktuje ono lekko poważne sytuacje i stara się, by w domu panował optymistyczny nastrój, wszyscy byli szczęśliwi i nie brali niczego zbyt serio.

Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym doświadczają przez cały czas silnego lęku. Obawiają się kar fizycznych (a jak wiadomo osoba pod wpływem alkoholu jest często nieobliczalna). Cierpią także, gdy widzą jak bity i poniżany jest drugi rodzic oraz rodzeństwo, co budzi w nich przerażenie, bunt i nienawiść. Lęk budzi jednak nie tylko zagrożenie fizyczne, lecz także wstyd. Powoduje on, iż dzieci alkoholików często izolują się od swoich rówieśników, by nie zostać całkowicie odrzuconym społecznie. Wchodzą one w grę narzuconą przez niepijącego rodzica zatytułowaną “w naszym domu nie ma problemu picia”.

Dzieci te czują się często winne alkoholizmowi rodzica (od uzależnionego często słyszą, że są winne za los, jaki ich spotyka, natomiast od drugiego, iż dla ich dobra musi się tak męczyć). Nierzadko myślą: “jestem winny, bo spowodowałem wściekłość rodzica, którą on ugasił w morzu alkoholu”. Uważają też, że mają możliwość powstrzymania ojca lub matki od sięgania po alkohol np. pomagając w domu, czy zdobywając lepsze oceny, co jednak nie następuje. Dzieci czują się również winne także dlatego, że często źle życzą pijącemu rodzicowi, nierzadko pragnąc jego śmierci.

Złość jawna lub ukryta jest nieodłącznym uczuciem młodej osoby, której rodzic nadużywa alkoholu.. Ma ona wiele przyczyn między innymi: brak wsparcia ze strony rodzica

w sytuacjach konfliktowych, sprzeczne komunikaty, zdrady oraz złamane obietnice, a także niszczenie przez rodzica rzeczy należących do dziecka.

Dzieci osób uzależnionych są ponadto często smutne a ich zachowanie cechuje niepewność. Brak poczucia bezpieczeństwa spowodowany życiem w permanentnym stresie może prowadzić do zaburzeń nerwicowych, somatycznych oraz psychosomatycznych. Ciągły stres utrudnia im naukę oraz nawiązywanie prawidłowych relacji z rówieśnikami. Najłatwiej zauważalną oznaką niepokoju jest obgryzanie paznokci. Typowe są również bóle głowy, drżenie, tiki nerwowe, bezsenność oraz bóle brzucha, jak również zaburzenia kompulsywne (w tym zaburzenia jedzenia).

Oddziaływania pomocowe, w które może włączyć się pielęgniarka szkolna

W ramach długofalowej pracy profilaktyczno – wychowawczej szkoła i policja powinny utrzymywać stałą, bieżącą współpracę w zakresie profilaktyki zagrożeń. Koordynatorami współpracy mogą być: pielęgniarka szkolna oraz specjalista ds. nieletnich i patologii właściwej jednostki policji. Do współpracy ze szkołą zobowiązany jest także dzielnicowy, w rejonie którego znajduje się szkoła/placówka. Pracownicy szkoły wyznaczeni do współpracy z policją, specjaliści ds. nieletnich i patologii oraz dzielnicowi powinni wspólnie ustalić wzajemnie zasady kontaktu, by móc na bieżąco wymieniać informacje i rozwiązywać problemy związane z bezpieczeństwem i dobrem uczniów. W ramach współpracy policji ze szkołą organizuje się:

- spotkania pielęgniarek szkolnych, pedagogów szkolnych, nauczycieli, dyrektorów szkół z zaproszonymi specjalistami ds. nieletnich i patologii, podejmujące tematykę zagrożeń przestępczością oraz demoralizacja dzieci i młodzieży w środowisku lokalnym,
- spotkania tematyczne młodzieży szkolnej z udziałem policjantów m.in. na temat odpowiedzialności nieletnich za popełniane czyny karalne, prawnych aspektów narkomanii, wychowania w trzeźwości itp. oraz z młodszymi uczniami, na temat zasad bezpieczeństwa, zachowań ryzykownych oraz sposobów unikania zagrożeń,
- informowanie policji o zdarzeniach na terenie szkoły wypełniających znamiona przestępstwa, stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia uczniów oraz przejawach demoralizacji dzieci i młodzieży,
- udzielanie przez policję pomocy szkole w rozwiązywaniu trudnych, mogących mieć podłoże przestępcze problemów, które zaistniały na terenie szkoły,

- wspólny – szkoły i policji udział w lokalnych programach profilaktycznych związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa uczniom oraz zapobieganiem demoralizacji i przestępczości nieletnich (patrz również rozdział „Używanie substancji psychoaktywnych przez uczniów”).

Cele działań profilaktycznych podejmowanych przez pielęgniarkę szkolną:

1. Przekazywanie informacji o zagrożeniach zdrowotnych, społecznych, ekonomicznych i moralnych spowodowanych zażywaniem szkodliwych substancji.
2. Wskazywanie możliwości sposobów radzenia sobie z nimi.
3. Prezentowanie perspektyw zdrowego życia i drogi do satysfakcji osobistych bez stosowania środków uzależniających.
4. Kształtowanie umiejętności przeciwdziałania presji środowiska i rówieśników do przejawiania złych zachowań.
5. Uczenie dzieci spędzania wolnego czasu w sposób atrakcyjny i społecznie akceptowany.
6. Kształtowanie umiejętności pozwalających uczniom zaspokajać swe potrzeby psychiczne bez uciekania się do zachowań niepożądanych ze społecznego punktu widzenia.

Czynniki warunkujące skuteczność profilaktyki na przykładzie działań podejmowanych przez pielęgniarkę szkolną:

1. Do działań profilaktycznych włączeni powinni być wszyscy pracownicy szkoły, rodzice oraz instytucje zajmujące się problemami uzależnień.
2. Treść zajęć nie powinna rozbudzać u dzieci zainteresowania używkami, ciekawości i chęci spróbowania ich.
3. Zajęcia nie mogą przebiegać w atmosferze straszenia i moralizowania.
4. Podejmowane działania profilaktyczne zmierzać powinny do kształtowania u dzieci samoświadomości i samooceny oraz umiejętności komunikowania się i podejmowania decyzji i odpowiedzialności za siebie i innych.

Zadania szkoły, w które może się włączyć pielęgniarka szkolna:

1. Systematyczne rozpoznawanie i diagnozowanie zagrożeń związanych z uzależnieniami.

2. Dostarczanie informacji o substancjach uzależniających i skutkach ich zażywania w przypadku pojawienia się problemu.
3. Współpraca z rodzicami uczniów oraz instytucjami zajmującymi się problemami uzależnień.
4. Udzielanie porad uczniom, rodzicom i nauczycielom w zakresie zapobiegania uzależnieniom w razie potrzeby.
5. Przygotowanie nauczycieli do przeciwdziałania zagrożeniom związanym z uzależnieniami.
6. Podejmowanie działań interwencyjnych.
7. Kształtowanie odpowiednich postaw i umiejętności uczniów.
8. Prowadzenie działalności informacyjnej dotyczącej form pomocy dla osób zagrożonych uzależnieniem.
9. Udostępnianie uczniom, rodzicom i nauczycielom informatorów, poradników oraz innych materiałów edukacyjnych dotyczących problematyki uzależnień.

Sposoby realizacji zadań z udziałem pielęgniarki szkolnej:

1. Organizowanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej.
2. Prowadzenie edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowia psychicznego.
3. Organizowanie zajęć profilaktycznych w ramach:
 - form pomocy psychologiczno-pedagogicznej
 - godzin dla wychowawcy klasy
 - godzin do dyspozycji dyrektora
 - zajęć pozalekcyjnych
 - zajęć świetlicowych
4. Organizowanie zajęć edukacyjnych w ramach:
 - przedmiotów nauczania
 - ścieżek edukacyjnych

Pomoc osobom, które nie są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

- 1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi”,

2) osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej,

3) inne osoby, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu.

Niemniej sama zasada, stosowana bardziej elastycznie, obowiązuje, co pozbawia świadczeń emigrantów przebywających za granicą możliwości „bezpłatnego” korzystania ze świadczeń w kraju.

Składki za osoby zobowiązane do ubezpieczenia i niemogące ich pokrywać – co oczywiste – z własnych środków są opłacane przez odpowiednie urzędy dysponujące pieniędzmi publicznymi jak urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, centra pomocy rodzinie, niekiedy wójt, burmistrz lub prezydent miasta.

Osoby korzystające z pomocy społecznej: Zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej może być przyznany zasiłek celowy na pokrycie części lub całości kosztów, między innymi, leków i leczenia osobom bezdomnym i innym osobom niemającym dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych „może być przyznany zasiłek celowy na pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne.

Zagrożenie bezdomnością:

Jednym z najbardziej dramatycznych przejawów wykluczenia społecznego jest bezdomność. Pozbawia ona człowieka możliwości godnego i bezpiecznego życia, pracy zawodowej, uczestnictwa we wspólnocie, w kulturze czy też korzystania z zabezpieczeń społecznych. Według Przymeńskiego to: „Sytuacja osób, które w danym czasie nie posiadają i własnym staraniem nie mogą zapewnić sobie takiego schronienia, które mogłyby uważać za swoje i które spełniałoby minimalne warunki pozwalające uznać je za pomieszczenie mieszkalne”. (Przymeński, 1997, s. 30). Bezdomność jest procesem, który często trwa w dłuższym okresie czasu i powoduje bardzo poważne, często nieodwracalne konsekwencje w przebiegu życia jednostki. Jego ostatecznym skutkiem staje się redefinicja siebie, zmiana samoidentyfikacji, naznaczenie siebie statusem bezdomnego, osobowościowa degradacja.

Uwarunkowania bezdomności:

1. Społeczne

2. Wynikające z patologii lub chorób jednostki lub sytuacji mających miejsce w rodzinie
3. Psychologiczne będące wynikiem świadomego wyboru, wieczny wędrowiec, tułacz
4. Prawne, np. eksmisja, wymeldowanie do nikąd

Wyjście z bezdomności staje się perspektywą prawie niemożliwą do pokonania bez pomocy innych osób. **W Polsce ochrona nad dziećmi wymagającymi pomocy socjalnej należy do zadań polityki społecznej realizowanej przez samorzady.** Istnieją w każdym powiecie centra pomocy rodzinie, do nich należy m.in. pomoc dzieciom zagrożonym ubóstwem, przemocą i innymi niekorzystnymi zjawiskami. Powstaje też coraz więcej programów organizacji pozarządowych skierowanych do osób zagrożonych wykluczeniem. W projektowaniu pomocy osobom bezdomnym pielęgniarka szkolna powinna zwrócić szczególną uwagę na pomoc w:

1. Zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa
2. Zapewnieniu bezpiecznego noclegu w sytuacjach kryzysowych
3. Zapewnienie miejsc pobytu dziennego dla dzieci
4. Zapewnieniu posiłku i odpowiedniej odzieży, tzn. dostosowanej do warunków atmosferycznych
5. Kształtowaniu umiejętności organizowania sobie czasu wolnego
6. Rozwijaniu zainteresowań
7. Zapewnieniu pomocy psychologicznej, prawnej, edukacyjnej i medycznej
8. Współpracy z rodziną i środowiskiem wychowawczym dziecka
9. Informacji o możliwościach i placówkach pomocy
10. Kontakcie z pogotowiem telefonicznym.

Coraz bardziej popularny staje się zawód pedagoga ulicy, pedagoga podwórkowego, który pracuje właśnie w miejscach pobytu dzieci. Warto aby pielęgniarka szkolna nawiązała kontakt z osobami, które poza środowiskiem szkolnym monitorują sytuację dziecka.

Wspomaganie dziecka z niepełnosprawnością i jego rodziny

Uczeń z niepełnosprawnością ,y w środowisku nauczania i wychowania jest bardziej narażony na zagrożenia dla zdrowia niż uczeń w pełni sprawny. Zadaniem pielęgniarki szkolnej,

poza czynnikami związanymi z realizacją standardów, jak w każdej 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 szkolnej sprawującej opiekę zdrowotną nad uczniem niepełnosprawnym:

1. W zakresie organizacji pracy:
 - przygotowanie stanowiska pracy, wyposażenia w sprzęt i dokumentację zgodnie ze standardami wyposażenia gabinetu profilaktycznego w szkole,
 - praca indywidualna z uczniem niepełnosprawnym,
 - praca w zespole na rzecz ucznia niepełnosprawnego,
 - współpraca z lekarzami opiekującymi się dziećmi, ze społecznością szkolną, rodzicami, społecznością lokalną,
2. Postawienie diagnozy środowiska szkolnego w zakresie bezpieczeństwa uczniów niepełnosprawnych oraz zagrożeń dla ich zdrowia,
3. Działania związane z niwelowaniem zagrożeń zdrowia i bezpieczeństwa uczniów niepełnosprawnych w środowisku szkolnym,
4. Opiekę medyczną nad ogółem uczniów w placówce m.in. organizacja i wykonywanie zadań profilaktycznych, zgodnie ze standardami (jak w szkole masowej).

Zasady pracy pielęgniarki szkolnej z uczniami z niepełnosprawnością:

Pielęgniarka szkolna pracująca z uczniami z niepełnosprawnością niepełnosprawnymi powinna realizować standardy postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej, bieżące rozwiązywanie problemów zdrowotnych uczniów, ale też współpracować z grupą specjalistów opiekujących się dzieckiem (lekarz pediatra, lekarz neurolog, psycholog, foniatra, logopeda, rehabilitant) oraz osobami sprawującymi opiekę nad niepełnosprawnymi uczniami w szkole – nauczycielami, pracownikami socjalnymi, pracownikami kuchni i stołówki.

Bardzo ważnym zagadnieniem jest współpraca z rodzicami i wspieranie ich w postępowaniu z dzieckiem w domu. Postępowanie pielęgniarki szkolnej powinno mieć na celu:

1. Określanie poziomu wiedzy rodziców i opiekunów na temat stanu rozwoju i zdrowia dziecka,

2. Pomoc w ułożeniu planu regulującego trybu życia dziecka w domu, jego relacji z rodzeństwem i innymi członkami rodziny,
3. Wyjaśnienie celu przewidywanych efektów postępowania rehabilitacyjnego i terapeutycznego,
4. Uświadomienie znaczenia regularnego podawania leków oraz obserwacji ubocznych efektów ich stosowania w przypadku dzieci leczonych farmakologicznie (np. z powodu padaczki),
5. Wyjaśnienie konieczności systematycznej kontroli i obserwacji u lekarzy specjalistów leczących dziecko.

Niewydolność opiekuńcza i wychowawcza rodziców uczniów

Według W. Okonia rodzina to "mała grupa społeczna, składająca się z rodziców, ich dzieci i krewnych. Rodziców łączy więź małżeńska, rodziców z dziećmi - więź rodzicielska, stanowiąca podstawę wychowania rodzinnego, jak również więź formalna określająca obowiązki rodziców i dzieci względem siebie. Do głównych funkcji zalicza się:

- funkcje prokreacyjne,
- przygotowanie dzieci do wejścia w życie społeczne, ich pielęgnowanie i wychowanie oraz zapewnienie im odpowiedniego startu życiowego,
- prowadzenie gospodarstwa, zaspokajającego potrzeby członków rodziny,
- sprawowanie pieczy nad życiem członków rodziny, ich zachowaniem, kulturą, zdrowiem, trudnościami życiowymi",

Zaburzenie którejs z tych funkcji powoduje nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny. Trudno nie zgodzić się z M. Ziemią, która uważa, że jednym z najistotniejszych czynników warunkujących właściwe funkcjonowanie dziecka w środowisku jest zdolność rodziców "do reagowania w sytuacjach wychowawczych zgodnego z potrzebami dziecka, określona przez wiedzę, system wartości, norm i sposobów zachowania jednostki (...) świadomość celów wychowania i umiejętność działania wychowawczego."

Właściwe funkcjonowanie dziecka w środowisku uzależnione jest od właściwej opieki, gdy zaspokojone są jego potrzeby, rozumiane jako siła nadająca zachowaniu człowieka energię i kierunek, pobudzająca do szukania określonych bodźców. A. Maslow klasyfikuje potrzeby w następujący sposób:

- potrzeby fizjologiczne (snu, pożywienia, aktywności)

- potrzeba bezpieczeństwa (opieki, oparcia, wolności od lęku, od niepokoju, zależności, potrzeby ładu, przestrzegania określonych praw),
- potrzeba przynależności i miłości, potrzeba prestiżu i uznania,
- potrzeba samorealizacji.

Można przyjąć, że niewydolność wychowawcza rodziny jest rozumiana jako odstępstwo od pewnych, ogólnie przyjętych norm postępowania w tym wypadku, rodziców w stosunku do dziecka. W odczuciu dziecka rodzina jest schronieniem przed światem, a jednocześnie miejscem, gdzie wiele energii poświęca się temu, aby świat uczynić bezpiecznym. Jeśli tak nie jest, mamy do czynienia z rodziną zaburzoną, niewydolną wychowawczo. W takiej rodzinie wg. J. G. Woititza "do potrzeb dzieci nie przywiązuje się wagi. Nie znajdują się one na pierwszym planie. Uwaga rodziny nie skupia się na dziecku. Potrzeby fizyczne są lub nie są zaspokajane. Natomiast potrzeby emocjonalne są zaspokajane niekonsekwentnie i sporadycznie... główny nacisk kładzie się na posłuszeństwo dzieci, dzięki czemu rodzicom ubywa stresów. W procesie tym zupełnie gubi się dziecko jako człowiek, ze swoimi własnymi problemami i potrzebami". Niewydolnością wychowawczą zagrożone są rodziny, w których dziecko traci jednego z rodziców na skutek śmierci, rozwodu lub długiej nieobecności, może to być także powtórne małżeństwo czy zmiana stylu życia na skutek kłopotów finansowych czy intensywnej pracy rodziców. Zagrożenia we wszystkich tych sytuacjach wynikają z faktu, że potrzeby dziecka zostają odsunięte na "drugi plan" wobec potrzeb rodziców. Rodzina, w życiu każdego człowieka, a szczególnie dziecka powinna spełniać funkcje asekuracyjne, ułatwiać wchodzenie w relacje interpersonalne umożliwiać prawidłową socjalizację.

Instytucją, gdzie najwcześniej powinny być dostrzegane omawiane tutaj problemy, jest szkoła. W rzeczywistości szkolnej wychowawca czy pielęgniarzka szkolna, dostrzegający problem powinni przede wszystkim przeprowadzić rzetelną diagnozę wychowawczą. Możliwe wówczas będzie zastosowanie odpowiednich środków pedagogicznych, które są znane wychowawcy i względnie stałe - ponieważ to „osobowość, postawy i zachowania wychowanków instytucji resocjalizujących są pedagogiczną zagadką”. Zwykle wychowawca reaguje w sytuacjach, gdy stwierdza, że wychowanek wykazuje cechy „nieprzystosowania społecznego”. Wówczas działania naprawcze powinny uwzględniać motywy jakimi kieruje się wychowanek. Niewłaściwe zachowanie może być „sposobem wyjścia jednostki z impasu wobec systemu społecznego, który wymusza na niej zachowania, których nie chce lub nie może realizować”.

Przyczyn „nieprzystosowania społecznego” w przypadku dzieci młodszych należy upatrywać w środowisku rodzinnym. Jest to wiek, gdzie są najsilniejsze więzi rodzice - dzieci. Wszelkie działania powinny ten fakt uwzględniać. Działania podejmowane przez wszelkie instytucje wychowujące, nie mają szans powodzenia jeśli nie będą wspierane przez rodzinę - nie tylko od strony formalnej (jest to najmniej istotne) ale przede wszystkim przyjmowane ze zrozumieniem i pełną akceptacją, bo tylko wtedy mają szansę powodzenia. Zmiany jakie nastąpiły w ostatnich latach w Polsce, wywarły wpływ na funkcjonowanie polskiej rodziny. W nowej rzeczywistości pojawiły się nowe problemy wychowawcze, są one jakościowo i ilościowo inne.

Wszelkie instytucje działające na rzecz dziecka, nie są w stanie skutecznie działać, jeśli nie ma współpracy ze strony rodziny, a o taką trudno jeśli chodzi o rodziny niewydolne wychowawczo. Tylko właściwie przygotowane do wejścia w życie społeczne dzieci, będą w przyszłości dorosłymi o właściwie ukształtowanej osobowości, natomiast patologia rodzi patologię. Pamiętając o tym w pracy z rodzinami niewydolnymi wychowawczo, powinny być spełnione następujące warunki:

1. Konieczny jest ciągły i wyczerpujący przepływ informacji pomiędzy instytucjami wspomagającymi rodzinę.
2. Rodziny niewydolne wychowawczo powinny być pod stałą kontrolą. Jeżeli otrzymują pomoc, to zawierają swego rodzaju umowę społeczną, a skutki tej pomocy powinny przekładać się na wymierne korzyści dla dzieci. Nie wywiązywanie się z umów powinno stać się dotkliwym rodzicom.
3. Należy uświadomić rodzicom, że to oni przede wszystkim, są odpowiedzialni za swoje dzieci, mają wobec nich, w równym stopniu, obowiązki jak i prawa. Nie wywiązywanie się z obowiązków skutkować powinno określonymi sankcjami.
4. W przypadku ujawnienia zaburzeń emocjonalnych u dziecka, rodzice muszą zasięgnąć porady psychologa i dostosować się do jego zaleceń
5. Należy stworzyć atmosferę wzajemnego zaufania pomiędzy instytucjami wychowującymi i wspomagającymi rodzinę a domem rodzinnym, aby dziecko miało świadomość, że zawsze zostanie wysłuchane i otrzyma potrzebną mu pomoc.

Pielęgniarka szkolna może włączać się m.in. w następujące działania:

- wspólnie z dyrekcją dbać o prawidłowe funkcjonowanie szkoły, o poziom pracy wychowawczej i opiekuńczej szkoły, o kształtowanie twórczej atmosfery pracy w szkole,
- włączać się we współpracę z samorządem uczniowskim w ramach propagowania zachowań zdrowotnych,
- włączać się we współpracę z radą rodziców,
- wspierać dyrekcję szkoły w stwarzaniu warunków do prawidłowej realizacji Konwencji Praw Dziecka oraz umożliwianiu uczniom podtrzymanie poczucia tożsamości narodowej, etnicznej i religijnej,
- czuwać nad realizowaniem przez uczniów obowiązku szkolnego,
- włączać się w organizację spotkań szkoleniowych dla nauczycieli, umożliwiać udział w kursach dotyczących profilaktyki i zachowań zdrowotnych,
- udzielać pomocy w dbaniu o zapewnienie bezpieczeństwa na terenie szkoły zarówno uczniom jak i pracownikom szkoły (dyżury nauczycielskie, dyżury pracowników szkoły, monitoring wejść i wyjść osób wchodzących i wychodzących ze szkoły, monitoring wizyjny).
- nieść wszechstronną pomoc dzieciom, które padły ofiarą przestępczości,
- współpracować wraz z pedagogiem lub psychologiem szkolnym z policją i sądem dla nieletnich (w razie zaistniałej potrzeby),
- w sposób zdecydowany reagować na obecność w szkole osób obcych, które swoim zachowaniem stwarzają zagrożenie dla ucznia,
- podejmować współpracę z instytucjami w organizowaniu różnych form spędzania wolnego czasu przez dzieci szczególnie z rodzin patologicznych i zaniedbanych środowiskowo,
- reagować na przejawy niedostosowania społecznego u dzieci,
- wspierać swoją postawą i działaniami pedagogicznymi rozwój psychofizyczny uczniów, ich zdolności i zainteresowania,

- udzielać pomocy w przezwyciężaniu niepowodzeń szkolnych, w oparciu o rozpoznanie potrzeb uczniów,
- odpowiadać za życie, zdrowie i bezpieczeństwo dzieci podczas pobytu w szkole i poza jej terenem, w czasie wycieczek, wyjść, itp.
- dbać o bezpieczeństwo uczniów w szkole i na jej terenie.
- uczestniczyć w opracowaniu programu wychowawczego szkoły.

Wspomaganie rodziny i dziecka w rodzinie z problemem bezrobocia

Skutki bezrobocia dotyczą nie tylko jednostkę pozostającą bez pracy, ale także jej rodzinę. Prawidłowo rozwijająca się rodzina powinna spełniać (i to w interesie społecznym) szereg funkcji. Nie ulega wątpliwości, że sytuacja bezrobocia zakłóca, a czasem po prostu uniemożliwia jej wypełnianie tych zadań. Bezrobocie załamuje realizację funkcji ekonomiczno – konsumpcyjnej rodziny, która musi być spełniona, jeśli rodzina ma trwać i wychowywać dzieci. Rola zasiłków dla bezrobotnych jest niewielka. Na mocy ustawy wynosi on 36% przeciętnego wynagrodzenia, co stanowi sumę znacznie niższą od minimum socjalnego. Zasiłek nie pozwala nawet na zaspokojenie osobistych potrzeb samego bezrobotnego, a przecież zwykle w rodzinie są jeszcze dzieci. Rodzice starają się je ochraniać, ale gdy bezrobocie jest długotrwałe i one nie mają zaspokojonych potrzeb podstawowych potrzeb. Niewłaściwe odżywianie, zaniedbania higieniczne, lecznicze czy edukacyjne nie dadzą się bowiem odrobić w przyszłości, a pokolenie, którego udziałem w dzieciństwie będą te deprivacje, stanie się obciążeniem – także ekonomicznym – dla całego społeczeństwa, zamiast być kreatorem jego i swojego dobrobytu (J. Pilch 1995, s. 337).

Utrata pracy zmienia formy opieki nad dziećmi młodszymi. Bezrobocie matki z reguły oznacza odebranie dziecka z przedszkola ze względu na niemożliwość ponoszenia związanych z tym kosztów. Tymczasem przedszkole to nie tylko placówka opiekuńcza, ale przede wszystkim wychowawcza. Jej zadaniem jest też pełnienie funkcji wyrównawczej wobec dzieci tych rodzin, w których wychowanie pozbawione jest elementów edukacyjnych, stymulujących rozwój intelektualny dziecka.

W rodzinach bezrobotnych już obserwuje się obniżenie aspiracji edukacyjnych dzieci starszych w związku ze stanem niepewności i zagrożenia. To zresztą paradoks wynikający z niewiedzy o sytuacji na rynku pracy. Rezygnuje się z posłania dzieci do liceum, tymczasem właśnie pełna szkoła ogólnokształcąca stwarza większe szanse zdobycia zatrudnienia.

Konflikty, wzajemne żale, obwinianie się, poczucie zawodu, bezradność wobec dzieci, dla których przestaje się być autorytetem, to wszystko naraża trwałość rodziny, nie sprzyja wypełnianiu niezwykle ważnej funkcji rodziny, jaką jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Stygmat niższości bardzo deformuje spełnienie funkcji socjalizacyjnej. Na bardzo istotne dla socjalizacji zjawisko zwraca uwagę A. Kotlarska – Michalska (1994). Okazuje się, że rodziny bezrobotnych funkcjonują w sposób bezplanowy, bezzadaniowy, utrwalając przy tym zarówno u dorosłych, jak i u dzieci roszczeniowe postawy wobec państwa i instytucji. Sytuacja taka sprzyja „kształtowaniu się postawy uzależnienia”. Dzieci mają utrudnione kształtowanie umiejętności samorealizacyjnych i samosterowniczych.

Istnieje niebezpieczeństwo, że na skutek zaniedbań w wypełnianiu funkcji socjalizacyjnych i wychowawczych nastąpić może dziedziczenie przez dzieci i młodzież upośledzonego statusu społecznego rodziny. Proces ten, jeśli nastąpi, może zdecydować o całej przyszłości dużej części następnego pokolenia.

Działania mogące pomóc uczniom, których rodzice pozostają bez pracy, w które może włączyć się pielęgniarka szkolna

Pielęgniarka powinna wiedzieć, że:

1. Stypendium szkolne może otrzymać uczeń znajdujący się w trudnej sytuacji materialnej, wynikającej z niskich dochodów na osobę w rodzinie w szczególności gdy w rodzinie tej występuje: bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, wielodzietność, brak umiejętności wypełnienia funkcji opiekuńczo-wychowawczych, alkoholizm lub narkomania, rodzina niepełna, zdarzenie losowe.
2. Miesięczna wysokość dochodu na osobę w rodzinie ucznia uprawniająca do ubiegania się o stypendium szkolne nie może być większa niż kwota, o której mowa w art.8 ust.1 pkt.2 ustawy z dnia 12 marca 2004r o pomocy społecznej – tekst jednolity (Dz. U. z 2016 poz. 930 z późn. zm.) tj. 514,00zł (netto).
3. Zgodnie z art.90b ust. 3 i 4 ustawy z dnia 7 września 1991r o systemie oświaty – tekst jednolity (Dz. U. z 2016 poz.1943 z późn. zm.) pomoc materialna przysługuje:
 - uczniom szkół publicznych i niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych dla młodzieży i dla dorosłych oraz słuchaczom publicznych kolegiów pracowników służb społecznych – do czasu ukończenia kształcenia, nie dłużej jednak niż do ukończenia 24 roku życia;

- wychowankom publicznych i niepublicznych ośrodków umożliwiającym dzieciom i młodzieży, o których mowa w art.16 ust.7, a także dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym z niepełnosprawnościami sprzężonymi realizację odpowiednio obowiązku szkolnego i obowiązku nauki – do czasu ukończenia realizacji obowiązku nauki;
- uczniom szkół niepublicznych nieposiadających uprawnień szkół publicznych dla młodzieży i dla dorosłych – do czasu ukończenia realizacji obowiązku nauki.

Stypendium szkolne może być udzielane uczniom w formie:

- całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów udziału w zajęciach edukacyjnych, w tym wyrównawczych, wykraczających poza zajęcia realizowane w szkole w ramach planu nauczania, a także udziału w zajęciach edukacyjnych realizowanych poza szkołą dotyczących w szczególności;
- całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania – dotyczy uczniów szkół ponadgimnazjalnych i słuchaczy kolegiów.

Posiadając powyższe informacje pielęgniarka szkolna może pomóc rodzinie ucznia ubiegać się o stypendium szkolne. Ponadto pielęgniarka szkolna powinna upewnić się czy dziecko ma w szkole obiady, czy posiada odpowiednie do danej pory roku ubranie oraz czy spędza czas po zajęciach w świetlicy szkolnej, w której może otrzymać pomoc w odrobieniu prac domowych. W celu podjęcia działań pomocowych w tych zakresach nieodzowny będzie kontakt z Ośrodkiem Pomocy Społecznej oraz pracownikiem socjalnym, który podejmie stosowne działania, aby poprawić sytuację bytową dziecka. Pielęgniarka szkolna będzie mogła służyć pracownikowi samorządowemu informacją na temat potrzebującego dziecka.

Literatura uzupełniająca:

1. Oblacińska A., Woynarowska B.: Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2002, s.100.
2. http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/emocje/zaloba-po-bliskich-4-fazy-rozpaczy_37327.html
3. Molicka M. Bajkoterapia. O lękach dzieci i nowej metodzie leczenia, Media Rodzina, Poznań 2002

4. Robinson B. E., Woodside M.: Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998
5. Lipowska – Teuch A.: Rodzina a przemoc, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.
6. Dzięcielska – Machnikowska S.: Jak żyją bezrobotni „Polityka Społeczna” 1993, nr 7.
7. Kania D.: Bezrobocie rodziców a osiągnięcia szkolne ich dzieci. Kielce 2001, praca magisterska niepublikowana.
8. Kotlarska – Michalska A.: Rodzina a bezrobocie. „Polityka Społeczna” 1994, nr 5/6.
9. Matyjas B.: Dzieciństwo w obszarze biedy i bezrobocia. „Zarządzanie i Edukacja” 1999, nr 1.
10. Pilch J.: Bezrobocie – nowa kwestia społeczna, (w): Pedagogika społeczna. (red) T. Pilch, I. Lepalczyk. Warszawa 1995.
11. Szpor G., Martysz Cz., Nitecki S.: Komentarz do ustawy o pomocy społecznej. Gdańsk 1998.
12. Tomza E.: Wpływ bezrobocia na realizację podstawowych funkcji rodziny. „Problemy Rodziny” 1992, nr 4.
13. Kępski Cz. (red). Opieka i wychowanie w rodzinie. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2003.

Część III. ORGANIZACJA, DOSTĘPNOŚĆ, FINANSOWANIE, USTAWOWAWSTWO PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI W SZKOLE.

KONTRAKTOWANIE PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI W SZKOLE - *Bożena Kaczmarczyk*

Narodowy Fundusz Zdrowia – zadania, kompetencje.

Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej należy do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). NFZ finansuje świadczenia zdrowotne poprzez zawieranie stosownych umów ze świadczeniodawcami w celu zabezpieczenia poszczególnych rodzajów świadczeń, w tym w rodzaju **podstawowa opieka zdrowotna - świadczeń pielęgniarki / higienistki szkolnej.**

Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, w skład której wchodzi centrala funduszu z siedzibą w Warszawie oraz oddziały wojewódzkie (OW) Funduszu. NFZ zarządza publicznymi środkami finansowymi pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne i w przedmiotowym zakresie działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Nadzór nad NFZ sprawuje Minister Zdrowia.

Do zadań NFZ należy m. in. określanie jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz analiza kosztów. Zadaniem priorytetowym Funduszu jest zakontraktowanie optymalnej liczby świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich uprawnionych osób korzystających z opieki zdrowotnej, za pozostające w dyspozycji NFZ, środki publiczne.

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń gwarantowanych, odbywa się po uprzednim przeprowadzeniu przez oddziały wojewódzkie funduszu konkursów ofert, rokowań oraz postępowań „w trybie wnioskowym” o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń. Po zawarciu umów, NFZ monitoruje wykonanie zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz przeprowadza kontrolę jakości udzielanych świadczeń.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU) min. w celu:

- potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;

- przetwarzania danych o ubezpieczonych w Funduszu;
- przetwarzania danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- przetwarzania danych o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ww. ustawy.

Zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, podmiotami uprawnionymi do wykonywania działalności leczniczej są: **podmioty lecznicze i praktyki zawodowe: lekarskie i pielęgniarskie.**

Podmiotami leczniczymi są:

- przedsiębiorcy (NZOZ-y)
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ-y);
- jednostki budżetowe (tworzone i nadzorowane przez MON, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa ABW);
- instytuty badawcze;
- fundacje i stowarzyszenia, których statut dopuszcza prowadzenia działalności leczniczej;
- jednostki organizacyjne stowarzyszeń posiadające osobowość prawną;
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;
- jednostki wojskowe – niebędące jednostkami budżetowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w formie praktyki zawodowej po dokonaniu wpisu w odpowiednim rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Działalność lecznicza lekarzy i pielęgniarek może być wykonywana w formie:

- a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska /pielęgniarska, indywidualna praktyka lekarska /pielęgniarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska /pielęgniarska, indywidu-

alna specjalistyczna praktyka lekarska /pielęgniarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska lub pielęgniarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;

- b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska lub pielęgniarska.

Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wymagania, dotyczą w szczególności warunków: przestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. Termin dostosowania pomieszczeń i urządzeń podmiotu leczniczego do obowiązujących wymogów mija 31 grudnia 2017 roku. Dostosowanie powinno nastąpić zgodnie z pozytywnie zaopiniowanymi programami dostosowawczymi, składanymi w 2012 roku.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.

Na mocy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiot prowadzący działalność leczniczą jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Termin przejścia na dokumentację elektroniczną mija 31 grudnia 2017 roku.

Warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń pielęgniarki/higienistki szkolnej.

Podstawowa opieka zdrowotna jest specyficznym rodzajem świadczeń zdrowotnych, wyróżniającym się na gruncie systemu opieki zdrowotnej cechami, które tę specyfikę określają. POZ od innych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, odróżniają następujące cechy: tryb i zasady zawierania umów, przedmiot umowy, sposób finansowania i rozliczania świadczeń oraz sposób zabezpieczenia świadczeń.

Definicja **podstawowej opieki zdrowotnej(POZ)** jest określona w art. 5 pkt 27 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i brzmi następująco: „*podstawowa opieka zdrowotna to świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne,*

lecnicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej”.

Tryb i zasady zawierania umów.

Kontraktowanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (z wyłączeniem świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ) odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie art. 159 ustawy o świadczeniach, potocznie zwanego „trybem wnioskowym”. W celu wyłonienia podmiotów do udzielania świadczeń w zakresie POZ, Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego NFZ zamieszcza na stronie internetowej właściwego Oddziału Funduszu, informacje o warunkach zawarcia umowy w rodzaju POZ oraz naborze wniosków o zawarcie umowy. **Szczegółowe warunki dotyczące zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ** są określone w rozdziale 4 Zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ze zm.

Wnioskujący o zawarcie umowy po raz pierwszy (**nowy podmiot**) jest zobowiązany do zapoznania się z narzędziami informatycznymi określonymi przez dyrektora Oddziału Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania wniosku, a w celu przygotowania wniosku ofertowego do zarejestrowania profilu świadczeniodawcy z zastosowaniem Portalu NFZ i pobrania niezbędnych materiałów do jego przygotowania. Aby uzyskać dostęp do Portalu Świadczeniodawców nowe podmioty, uprawnione do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, muszą przedstawić odpowiednie dokumenty w celu zarejestrowania się w bazie danych właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Dokumenty należy pobrać ze stron internetowych odpowiednich organów rejestrowych i przesłać na adres właściwego OW wraz z piśmie przewodnim wskazującym na rejestrację w Internetowym Systemie Informacyjnym (ISI).

Tabela 1. Wykaz stron internetowych, z których można pobrać aktualne dokumenty rejestrowe.

Nazwa Rejestru	Nazwa strony internetowej
Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej (CEIDG)	https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG/ceidg_public.ui/Search.aspx
Krajowy Rejestr Sądowy (KRS)	https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu
Rejestr Podmiotów Leczniczych (PWDL)	http://www.rpmdl.csioz.gov.pl/RPM/Search?AspxAutoDetectCookieSupport
Rejestr Praktyk Zawodowych Lekarzy i Lekarzy Dentystów (RPZL)	http://www.rpmdl.csioz.gov.pl/RPZ/Search?institutionType=L
Rejestr Praktyk Zawodowych Pielęgniarek i Położnych (RPZP)	http://www.rpmdl.csioz.gov.pl/RPZ/Search?institutionType=P

Tabela 2. Wykaz wymaganych dokumentów rejestrowych podmiotu /praktyki zawodowej z zastosowaniem Portalu NFZ.

WYMAGANE DOKUMENTY	IPL	IPP	Grupowa Praktyka		PODMIOTY DZIAŁAJĄCE JAKO:				Osoba fizyczna lub prawna
			Lekarska	Pielęgniarska	SPZOZ	Osoba fizyczna	S.C.	Sp. z o.o., Sp. J., Sp. P., S.A., Fundacja Stowarzyszenie,	
			S.C.	Sp. z o.o., Sp. J., Sp. P., S. A.	S. C.	Sp. z o.o., Sp. J., Sp. P., S. A.	Osoba fizyczna	S.C.	
dla poszczególnych podmiotów / praktyk zawodowych									

Księga Rejestrowa Praktyk Zawodowych Pielęgniarek i Położnych (RPZP)		tak			tak						
Księga Rejestrowa Praktyk Zawodowych Lekarzy i Lekarzy Dentystów (RPZL)	tak		tak								
Księga Rejestrowa Podmiotów Leczniczych (PWL)						tak	tak	tak	tak		
Wpis do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS)				tak	tak	tak			tak	tak	
Treść Umowy Spółki Cywilnej			tak		tak			tak			
Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)	tak	tak	tak		tak			tak	tak		tak

LEGENDA:

- IPL – Indywidualna Praktyka Lekarska
- IPP – Indywidualna Praktyka Pielęgniarki lub Położnej
- S.C. – Spółka Cywilna
- Sp. z o.o. – Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
- Sp. J. – Spółka Jawna
- Sp. P. – Spółka Partnerska
- S. A. – Spółka Akcyjna
- SP ZOZ – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku, nowemu podmiotowi zostaje nadany identyfikator i hasło dostępu do ISI, a następnie dostęp do Portalu NFZ (informatycznego środowiska komunikacji) przeznaczonego do wymiany informacji między użytkownikami: wnioskodawcami/ oferentami/ świadczeniodawcami /podwykonawcami) a Funduszem.

W rodzaju POZ wyodrębnia się następujące przedmioty wniosku i umowy:

- **Świadczenia lekarza poz,**
- Świadczenia pielęgniarki poz,
- Świadczenia położnej poz,
- **Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej,**
- Świadczenia transportu sanitarnego w poz.

Warunkiem zawarcia umowy jest spełnienie przez wnioskującego, wymogów formalno-prawnych i merytorycznych określonych przepisami prawa oraz prawidłowe złożenie wniosku ofertowego (w formie pisemnej i elektronicznej) wraz z wymaganymi dokumentami i oświadczeniami. Złożenie wniosku ofertowego jest równoznaczne z oświadczeniem wnioskującego o zapoznaniu się z zapisami przedmiotowego zarządzenia, potwierdzeniem przez wnioskodawcę prawdziwości danych zawartych w złożonym wniosku, oświadczeniem o posiadaniu tytułu prawnego do pomieszczeń oraz spełnieniu wymogów lokalowych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których będą udzielane świadczenia w ramach zawartej umowy, oświadczeniem o posiadaniu tytułu prawnego do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej koniecznych dla prawidłowego sposobu udzielania świadczeń, stanowiących wyposażenie pomieszczeń.

Wniosek ofertowy zawiera min. następujące informacje: dane identyfikacyjne wnioskującego, wykaz podwykonawców, wykaz personelu z opisem kompetencji, w tym personelu podwykonawcy w przypadku jego wystąpienia, wykaz zasobów (sprzętu), wykaz miejsc udzielania świadczeń, ofertę rzeczową dla przedmiotu postępowania w miejscach udzielania świadczeń (harmonogram udzielania świadczeń, harmonogram pracy personelu).

Wniosek w formie elektronicznej sporządzany jest w formacie wymaganym przez system informatyczny OW Funduszu. **Wniosek w formie pisemnej** stanowi wydruk z aplikacji ofertowej i dodatkowo musi zawierać następujące dokumenty i oświadczenia:

- oświadczenie wnioskującego o wpisach do rejestrów według wzoru określonego w załączniku Nr 12;
- w przypadku wnioskujących wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej - kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;
- kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskującego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania;
- kopie umów z podwykonawcami (bez postanowień określających finansowanie) lub oświadczenie w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy;

- pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskującego w sytuacji, w której wnioskujący jest reprezentowany przez pełnomocnika;
- inne dokumenty lub oświadczenia, jeżeli obowiązek dołączenia ich do wniosku został określony w warunkach zawierania umów - **świadczoniodawca ubiegający się o zawarcie umowy w zakresie świadczeń pielęgniarstwa/ higienistki szkolnej przedkłada załącznik Nr 7 do zarządzenia** t. j. aktualną na dzień złożenia wniosku, **informację o szkołach, z którymi zawarł porozumienie o współpracy i charakterystyce populacji uczniów** oraz kopiami **porozumień zawartych z dyrektorami szkół**.

W sytuacji wystąpienia braków formalnych wniosku, dyrektor Oddziału Funduszu wzywa oferenta/wnioskodawcę do ich usunięcia wskazując termin dokonania tej czynności.

Przy rozpatrywaniu wniosku złożonego przez podmiot, który dotychczas nie realizował umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju POZ, a także w stosunku do dotychczasowych świadczeniodawców, w przypadkach wątpliwych wymagających zweryfikowania, funduszo- wi przysługuje prawo przeprowadzenia „wizytacji” podmiotu.

Wnioskujący może złożyć w danym oddziale wojewódzkim tylko jeden wniosek dotyczący danego zakresu świadczeń POZ. Oceny wniosku dokonuje komisja powołana zarządzeniem dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu. Jeżeli oferent spełnił wszystkie wymogi określone przepisami prawa w sprawie warunków POZ (**ocena pozytywna**) - OW NFZ zawiera z takim podmiotem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. W przypadku **negatywnej oceny** – Fundusz przesyła wnioskującemu, w formie pisemnej, swoje rozstrzygnięcie z podaniem przyczyn odmowy zawarcia umowy.

Przedmiot umowy.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest **umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej** zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a funduszem. Umowa w zależności od potencjału świadczeniodawcy może obejmować wszystkie bądź tylko wybrane zakresy świadczeń. Świadczeniodawcy posiadający umowy POZ zawarte w różnych zakresach świadczeń, udzielający świadczeń temu samemu świadczeniobiorcy (pacjentowi/ uczniowi), zobowiązani są do wzajemnej współpracy oraz do bieżącej wymiany informacji istotnych dla przebiegu procesu terapeutycznego tego świadczeniobiorcy.

Umowy w rodzaju POZ są zawierane przez NFZ na czas nieoznaczony.

Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna stanowi realizacja świadczeń gwarantowanych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki udzielanych przez świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy albo w środowisku nauczania i wychowania.

Tabela 3. Wykaz świadczeń gwarantowanych „dziennego” POZ.

Nr załącznika	Nazwa wykazu świadczeń gwarantowanych
Załącznik nr 1	Wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji
Załącznik nr 2	Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji
Załącznik nr 3	Wykaz świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji
Załącznik nr 4	Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji

Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej obejmuje:

- 1) wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych w odpowiednich grupach wiekowych;
- 2) kierowanie postępowaniem poprzemiesiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów;
- 3) czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi;
- 4) sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole;
- 5) udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;

- 6) doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole;
- 7) edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej;
- 8) prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I – VI) znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l, grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni;
- 9) udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

Udzielanie świadczeń w POZ polega na realizacji zadań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz w przypadku świadczeń pielęgniarki /higienistki szkolnej – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki /higienistki szkolnej sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami.

Pielęgniarka/higienistka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież szkolną począwszy od oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej, z wyłączeniem szkół dla dorosłych.

Wymagane kwalifikacje.

Świadczenia mogą być udzielane przez pielęgniarkę posiadającą aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki oraz:

- ukończone szkolenie specjalizacyjne lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania,
- lub przez pielęgniarkę będącą w trakcie szkolenia specjalizacyjnego lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania,
- lub przez pielęgniarkę posiadającą tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej 3-letni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej,
- lub przez higienistkę szkolną.

Wymaga na dostępność personelu.

Pielęgniarka/higienistka szkolna zapewnia dostępność do świadczeń od poniedziałku do piątku, w dniach i godzinach pracy szkoły, zgodnie z warunkami umowy zawartej ze świadczeniodawcą, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, według norm dotyczących zalecanej liczby uczniów na jedną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, traktowanej dla poszczególnych typów szkół jako wartość dla jednego etatu przeliczeniowego określona proporcjonalnie do liczby uczniów objętych opieką oraz planu godzin lekcyjnych, wg wartości na jeden etat. W następujących typach szkół:²⁰

1) szkoła podstawowa z wyłączeniem szkół, o których mowa w pkt 3, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum – 880–1100 uczniów;

2) szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach):

a) z klasami, do których uczęszczają uczniowie niepełnosprawni, z wyjątkiem klas lub oddziałów specjalnych oraz sportowych – do ogólnej liczby uczniów w szkole należy dodać liczbę uczniów niepełnosprawnych pomnożoną przez wskaźnik i podzielić przez 880, przy czym dla uczniów:

- z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i sprawnych ruchowo, z niepełnosprawnością ruchową, słabowidzących i niewidomych, słabosłyszących i niesłyszących, przewlekłe chorych (wymagających dodatkowych świadczeń zdrowotnych w czasie nauki w szkole) – wskaźnik wynosi 7,
- z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i niepełnosprawnych ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym i sprawnych ruchowo – wskaźnik wynosi 10,
- z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym i niepełnosprawnych ruchowo – wskaźnik wynosi 30,

b) z klasami sportowymi – liczba wyliczona zgodnie z lit. a, z tym że wskaźnik dla uczniów uczęszczających do klas sportowych wynosi 2;

3) szkoła podstawowa, w której liczba uczniów nie przekracza 150 osób – 440–550 uczniów;

4) szkoły prowadzące naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoły sportowe – 700 uczniów;

²⁰ Przepisy obowiązujące w grudniu 2017 r.

5) szkoły specjalne dla dzieci i młodzieży – liczba uczniów na jedną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów oraz specyfiki danej szkoły i powinna być ustalana indywidualnie przed zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

a) typ A – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, sprawni ruchowo, słabowidzący i niedowidzący, słabosłyszący i niesłyszący, przewlekłe chorzy (w tym osoby w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie) – 150 uczniów,

b) typ B – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i niepełnosprawni ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i sprawni ruchowo – 80 uczniów,

c) typ C – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym i niepełnosprawni ruchowo – 30 uczniów.

2.2. W szkołach, o których mowa w ust. 2.1 pkt 1 i 2, w których liczba uczniów zawiera się w przedziale 400–499 osób, dopuszcza się dostępność pielęgniarki lub higienistki szkolnej w szkole nie mniej niż 3 razy w tygodniu, nie mniej niż 4 godziny dziennie.

2.3. W szkołach, o których mowa w ust. 2.1 pkt 1 i 2, w których liczba uczniów zawiera się w przedziale 251–399 osób, dopuszcza się dostępność pielęgniarki lub higienistki szkolnej w szkole nie mniej niż 2 razy w tygodniu, nie mniej niż 4 godziny dziennie.

2.4. W szkołach, o których mowa w ust. 2.1 pkt 1–3, w których liczba uczniów nie przekracza 250 osób, dopuszcza się dostępność pielęgniarki lub higienistki szkolnej w szkole nie mniej niż 1 raz w tygodniu, nie mniej niż 4 godziny dziennie.

Warunki lokalowe.

Pielęgniarka/ higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, a w przypadku gdy na terenie szkoły nie ma takiego gabinetu - w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń pielęgniarki szkolnej.

Wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze dotyczy wyposażenia gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz przenośnej apteczki pierwszej pomocy.

Wyposażenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej (dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń wskazanego w umowie):

kozetka, stół zabiegowy lub stanowisko pracy – urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarki szkolnej, szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, biurko, fotel medyczny i krzesło medyczne oraz szafka kartoteczna – przeznaczone do przechowywania dokumentacji medycznej, waga medyczna ze wzrostomierzem, parawan, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych, stetoskop, tablice Snellena do badania ostrości wzroku, tablice Ishihary do badania widzenia barwnego, tablice – siatki centylowe wzrostu i masy ciała oraz inne pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników, środki do nadzorowanej grupowej profilaktyki próchnicy zębów.

Wyposażenie przenośnej apteczki pierwszej pomocy:

- zestaw przeciwwstrząsowy, w skład którego wchodzi: Natriichloridum 0,9% (roztwór do wstrzykiwań), Hydrocortisonum hemisuccinatum (proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji lub odpowiedniki terapeutyczne), Glucosum 20% (roztwór do wstrzykiwań), płyny infuzyjne: Glucosum 5% (roztwór do infuzji), Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum dihydricum (8,6 mg + 0,3 mg + 0,33 mg)/ml roztwór do infuzji dożylnych,
- oraz gaziki jałowe, gaza jałowa, bandaże dziane i elastyczne, chusta trójkątna, przylepiec, przylepiec z opatrunkiem, rękawiczki jednorazowe, altacet, środek odkażający skórę, tabletki przeciwbólowe i rozkurczowe, neospasmina, maseczka twarzową do prowadzenia oddechu zastępczego, szyny Kramera, staza automatyczna, nożyczki, pakiet do odkażania.

Zgodnie z nowelizacją ustawy o systemie oświaty, od dnia 1 września 2016 roku szkoła publiczna powinna zapewnić uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej (art. 67 ust.1. pkt.4) a środki finansowe na gabinet, jego wyposażenie i produkty lecznicze ma obowiązek zapewnić organ założycielski, czyli samorząd.

Dokumentacja medyczna prowadzona przez lekarza poz oraz pielęgniarkę/higienistkę szkolną – udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, jest określona w rozdziale V rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w POZ.

Świadczenia udzielane są świadczeniobiorcom, którzy dokonali wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy w przedmiotowym zakresie świadczeń oraz dokonali jednocześnie wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ poprzez złożenie odpowiedniej „**deklaracji wyboru**”, włączając w to osoby dokonujące wyboru na podstawie zarejestrowanego dokumentu przenośnego S1 lub formularzy E106, E109, E120, E121 wydanego osobom zamieszkującym w Polsce, uprawnionym do pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji **oraz osobom znajdującym się na odpowiednich listach uczniów**. Nie obowiązuje rejonizacja. Do obowiązków świadczeniodawcy (nie dotyczy zakresu pielęgniarki/ higienistki szkolnej) należy stałe potwierdzanie prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które jest dokonywane z wykorzystaniem systemu e-WUŚ (Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców).

Świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz w przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa NFZ. Świadczeniodawca jest zobowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom/uczniom z zachowaniem należytej staranności oraz przestrzegać praw pacjenta.

Zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizuje zespół podstawowej opieki zdrowotnej, w skład którego wchodzi: lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ. Pracą zespołu POZ koordynuje lekarz POZ, który rozstrzyga o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego nad świadczeniobiorcą/ uczniem.

W ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą zespół POZ współpracuje z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną. Współpraca polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji ucznia.

W ramach koordynacji zespół POZ i poszczególni jego członkowie współpracują z:

1. osobami udzielającymi świadczeniobiorcy świadczeń specjalistycznych, w rozumieniu ustawy o świadczeniach;
2. przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia oraz organami administracji publicznej;
3. dyrektorami szkół oraz innych placówek, o których mowa w art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949).

Przedmiotowa współpraca ma na celu podejmowanie wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, w tym promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikację czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych.

Współpraca może odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych.

Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną osobę udzielającą świadczeń: lekarza poz/ pielęgniarkę poz /położną poz nie powinna przekraczać:

- lekarz poz (lekarz rodzinny, lekarz medycyny ogólnej, internista, pediatra) - 2500 osób;
- pielęgniarka poz - 2500 osób;
- położna poz - 6600 osób populacji żeńskiej, w tym noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2 miesiąca życia.

Zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń POZ.

1) Zasadniczą formą finansowania świadczeń POZ jest metoda kapitacyjna (od sformułowania **per capita**, czyli „na głowę”). **Kapitacyjna stawka roczna** stosowana jest do rozliczania świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ osobom, które dokonały wyboru odpowiedniej deklaracji złożonej do lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ oraz do zakresu **pielęgniarki szkolnej (kapitacja według listy uczniów w poszczególnych typach szkół)**. Polega ona na określeniu jednostkowej rocznej stawki przeznaczonej na jednego świadczeniobiorcę zadeklarowanego do lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ danego podmiotu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, korygowanej odpowiednim współczynnikiem korygującym. Wskaźniki korygujące stawkę podstawową znajdują zastosowanie w odniesieniu do grupy wiekowej świadczeniobiorców, miejsca ich pobytu lub rodzaju udzielonego świadczenia. W przypadku świadczeń lekarza POZ, stawka kapitacyjna obejmuje kwotę przeznaczoną na pokrycie kosztów badań diagnostycznych wykonywanych przez lekarza poz

w procesie udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy, a w przypadku świadczeń pielęgniarki POZ, położnej POZ oraz **pielęgniarki szkolnej**, stawka kapitacyjna obejmuje dodatkowo kwotę przeznaczoną na wzrost finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki, położne oraz higienistki szkolne, o którym mowa w § 3 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. (Dz. U. 2015 r., poz. 1628).

2) Drugą formą finansowania świadczeń POZ jest **cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej**, która ma zastosowanie w przypadku (porady, wizyty, świadczenia) – w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę”.

Finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej odbywa się na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 50/2016/DSOZ, która jest korygowana współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej, w następujący sposób:

typ szkoły I – szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach w szkole), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum:

- a) uczeń klasy ogólnej (typ ucznia I.1) – współczynnikiem 1,0
- b) uczeń klasy integracyjnej i sportowej (typ ucznia I.2) – współczynnikiem 1,7
- c) uczeń z niepełnosprawnością typu A w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3A) – współczynnikiem 5,0
- d) uczeń z niepełnosprawnością typu B w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3B) – współczynnikiem 9,4
- e) uczeń z niepełnosprawnością typu C w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3C) – współczynnikiem 25,0

typ szkoły II (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa)

- uczeń szkoły (typ ucznia II) – współczynnikiem 1,7

typ szkoły III (szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży):

- a) uczeń z niepełnosprawnością typu A (typ ucznia III A) – współczynnikiem 5,0
- b) uczeń z niepełnosprawnością typu B (typ ucznia IIIB) – współczynnikiem 9,4

c) uczeń z niepełnosprawnością typu C (typ ucznia III C) – współczynnikiem 25,0

3) Finansowanie świadczeń grupowej profilaktyki fluorkowej realizowane jest na podstawie rocznej stawki kapitałowej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia.

Przypisania ucznia do typu niepełnosprawności (A lub B lub C), z wyłączeniem uczniów szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie, świadczeniodawca dokonuje na podstawie wydanego orzeczenia o niepełnosprawności, które znajduje się w dokumentacji szkoły lub w posiadaniu ucznia/opiekuna prawnego lub faktycznego. **Dane dotyczące listy uczniów** należy potwierdzać nie rzadziej niż 2 x w ciągu roku (w marcu i październiku) podpisaną przez dyrektorów szkół informacją o liczbie uczniów objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej szkole; informacja sporządzana zgodnie ze wzorem określonym w umowie przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminie: do 7 marca oraz do 7 października każdego roku. **Podstawę rozliczenia świadczeń w lipcu i sierpniu** stanowią liczby uczniów zweryfikowane na dzień 1 czerwca roku obowiązywania umowy.

Informacje przekazywane przez świadczeniodawców. Świadczeniodawca w zakresie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego jest obowiązany do gromadzenia i przekazywania celem rozliczenia realizacji umowy następujących danych:

- informacji o uczniach objętych opieką pielęgniarstwa szkolnego w szkołach, z którymi nawiązał współpracę, w formie list uczniów,
- informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy - raport statystyczny zbiorczy sprawozdawany komunikatem XML typu „ZBPOZ”.

Podstawy prawne.

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.),
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.),
3. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2217),
4. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 86),

5. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2016 roku w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego ustawy o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922),
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742),
7. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1943, 1954, 1985, 2169 ze zm.),
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz.1146),
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069),
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r., poz. 5940 ze zm.),
11. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r., Nr 293, poz.1729),
12. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz.1728),
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1133);
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz.1567),\
15. Zarządzenie nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 roku w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ze zm.

ORGANIZACJA ROKU SZKOLNEGO – *Wisława Ostreğa*

Szkoła podstawowa

Miesiąc	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI		
Zadanie													
Udział w radach pedagogicznych			k17				k13	k17	k15				
Zebrania z rodzicami		k11				k13	k17						
Zebranie informacji o uczniu od wychowawców klas			k11			k13	k17		k15				
Testy przesiewowe			k11				k13	k17		k15			
Organizacja profilaktycznych badań lekarskich (pbl)				k11					k13		k17	k15	
Fluoryzacja						klasy 1-6		klasy 1-6		klasy 1-6		klasy 1-6	klasy 1-6

Lp.	Termin	Zadanie	Metodyka	Uwagi
1.	Sierpień	Udział w radzie pedagogicznej.	W uzgodnieniu z dyrektorem szkoły przedstawienie na radzie przedsięwzięć planowanych w danym roku w określonych klasach. Ustalenie zasad współpracy z nauczycielami w tym z nauczycielami wf. Ustalenie zasad zwalniania uczniów do pielęgniarki podczas lekcji i omówienie (przypomnienie) zasad postępowania z powakacyjną wszawicą.	Do wystąpienia najlepiej przygotować konspekt z harmonogramem zadań i w punktach kwestie do omówienia na radzie.
2.	Sierpień	Przygotowanie gabinetu medycznego.	Uporządkowanie i uzupełnienie apteczki, dokumentacji, środków dezynfekcyjnych i wykonanie innych niezbędnych prac przygotowawczych do rozpoczęcia roku szkolnego.	W tym czasie należy przygotować dla rodziców deklaracje o objęciu dziecka profilaktyczną opieką zdrowotną oraz inne dokumenty, które będą wykorzystywane podczas roku szkolnego.
3.	Wrzesień	Kompletowanie list klasowych i zbieranie deklaracji rodziców.	Przygotowanie formularza deklaracji rodziców o wyrażeniu zgody na objęcie ucznia profilaktyczną opieką zdrowotną przez pielęgniarkę szkolną zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r., poz. 86), przez okres uczęszczania dziecka do danej szkoły.	Deklaracja dotyczy uczniów przyjętych w danym roku szkolnym – (klasy 0 i uczniowie zmieniający szkołę). Należy uzgodnić z dyrektorem szkoły, aby deklaracja wchodziła w skład dokumentów wypełnianych przez rodziców/opiekunów przy przyjęciu dziecka do szkoły, deklarację należy przechowywać w dokumentacji medycznej ucznia.
4.	Wrzesień	Uporządkowanie dokumentacji	Uzupełnienie braków, przygotowanie kart badań bilansowych, przygotowanie listu do rodziców do odczytania na pierwszym zebraniu. Założenie i zapoznanie się z dokumentacją nowych uczniów.	List do rodziców należy przygotować oddzielnie dla każdego rocznika i powinien zawierać informacje o planowanych w danym roku szkolnym świadczeniach realizowanych przez pielęgniarkę

				i przypomnienie o obowiązkach rodziców (zgłoszenie się na badanie profilaktyczne, na szczepienia, ew. dostarczenie szczoteczek do zębów itp.).
5.	Wrzesień		Sporządzenie list klasowych oraz listy uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.	Dyrektor szkoły udostępnia aktualną listę uczniów z podziałem na klasy około 2 tygodnie po rozpoczęciu roku szkolnego, gdy zakończy się tzw. ruch uczniów (przyjęcia, przenosiny itp.).
6.	Wrzesień	Identyfikacja uczniów z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi.	Przegląd indywidualnej dokumentacji medycznej, wyłonienie uczniów wymagających opieki czynnej.	Jest to zadanie kontynuowane przez cały rok szkolny. Uczniów wymagających wsparcia identyfikuje się na podstawie wywiadów z pedagogiem szkolnym, wychowawcami klas, rodzicami i samymi uczniami.
7.	Wrzesień	Zapoznanie z klasami 1.	Zaproszenie do gabinetu uczniów klas 1., zapoznanie uczniów z pielęgniarką i omówienie problemów z jakimi mogą się zwracać do pielęgniarki oraz jakie świadczenia będą realizowane.	Bardzo istotne jest podkreślenie poufności kontaktu uczeń-pielęgniarka i stworzenie przyjaznej atmosfery podczas spotkania. Można zakończyć wizytę rozdaniem materiałów edukacyjnych (brochurek, zakładek itp. lub wykonaniem przez dzieci rysunków nt. pielęgniarki szkolnej (które potem można np. wywiesić przed gabinetem podczas zebrania rodziców).
8.	Wrzesień	Spotkanie grupowe i indywidualne	Omówienie planowanych badań profilaktycznych: testów przesiewowych i badań lekarskich, obieg i kompletowanie dokumentacji, zebranie infor-	Zebrane informacje należy wykorzystać w przygotowaniu edukacji zdrowotnej pod kątem

		z uczniami klasy 7.	macji o planowanym dalszym kształceniu (ew. wybór zawodu).	poradnictwa przy wyborze dalszego profilu nauki (szkoła zawodowa, technikum itp.).
9.	Wrzesień	Udział w zebraniach z rodzicami.	Udział w pierwszym zebraniu z rodzicami klas 7. i 1.	Jeśli na danym poziomie nauczania jest kilka klas można przygotować do odczytania list, w którym zostanie przekazana informacja o planowanych testach, badaniach i innych działaniach w tych klasach (propozycja szablonu listu pod tabelą).
10.	Październik	Profilaktyka wszawicy.	Przygotowanie listu do rodziców nt. profilaktyki wszawicy.	Wzór listu do rodziców jest umieszczony pod tabelą. List można modyfikować tak by był zrozumiały i niezbyt długi. można korzystać z dostępnych materiałów edukacyjnych <u>na stronach www</u> .
11.	Październik	Udział w radzie pedagogicznej	Przekazanie informacji o planowanych w najbliższym czasie działaniach w tym szczegółowa informacja o profilaktycznej opiece zdrowotnej w klasach siódmych i pierwszych oraz przekazanie wychowawcom klas listu do rodziców nt. wszawicy z prośbą o odczytanie na najbliższym zebraniu rodziców i ew. przekazaniu wersji papierowej tym rodzicom, którzy byli nieobecni.	
12.	Październik	Spotkanie grupowe i indywidualne z uczniami klasy 7. c.d.	Przeprowadzenie planowanych badań profilaktycznych –testów przesiewowych, badań lekarskich, obieg i kompletowanie dokumentacji, zebranie informacji o planowanym dalszym kształceniu (ew. Wybór zawodu).	Zebrane informacje należy wykorzystać w przygotowaniu edukacji zdrowotnej pod kątem poradnictwa przy wyborze dalszego profilu nauki (szkoła zawodowa, technikum itp.).

13.	Październik	Testy przesiewowe w klasach 0 oraz w kl. 1. gdy nie wykonano ich w kl. 0	<p>Przygotowanie kart badania profilaktycznego. Przekazanie kart wychowawcom klas z prośbą o wpisanie ewentualnych problemów szkolnych, które zdążyli zaobserwować u uczniów</p> <p>Uprzedzenie uczniów o terminie wykonania testów (uzgodnione z wychowawcą klasy).</p> <p>Wykonanie testów w gabinecie indywidualnie u każdego ucznia.</p> <p>Przekazanie uczniowi rodzicowi karty badania profilaktycznego z informacją o konieczności zgłoszenia się do lekarza poz. i o konieczności dostarczenia z powrotem karty do pielęgniarki.</p>	<p>Wychowawcom należy dać kilka dni na wypełnienie kart.</p> <p>Jeśli kontakt z rodzicem/prawnym opiekunem jest utrudniony, to można przekazać rodzicom kartę za pośrednictwem ucznia (w dzienniczku uczniowskim).</p>
14.	Październik			
15.	Listopad	Powszechne profilaktyczne badanie lekarskie kl. 1 oraz w kl. 1. gdy nie wykonano ich w kl. 0	Monitorowanie zgłaszalności uczniów na ppbl. Odbieranie od uczniów wypełnionych przez lekarza kart badania.	Zadanie należy kontynuować do uzyskania zwrotu wszystkich kart.
16.	Grudzień			
17.	Styczeń	Przekazanie wychowawcom klas 3 i 7 kart badania profilaktycznego.	<p>Przygotowanie kart badania profilaktycznego,</p> <p>Przekazanie kart wychowawcom klas z prośbą o wpisanie ewentualnych problemów szkolnych, które występują u uczniów.</p> <p>Przekazując kartę badania (po wcześniejszym omówieniu podczas rady pedagogicznej) należy nauczyciela poinformować o sposobie wypełnienia</p>	Należy wychowawcom dać kilka dni na wypełnienie kart.

			i o terminie zwrotu.	
18.	Luty	Udział w radzie pedagogicznej.	Przekazanie informacji o planowanych działaniach w klasach 3, 5 i 7 informacja dla wychowawców klas o zakresie współpracy.	Przekazanie wychowawcom poszczególnych klas listu do rodziców uczniów klas 3, 5 i 7 z prośbą o odczytanie na zebraniu i przekazanie w formie papierowej. Wzór listu pod tabelą.
19.	Luty	Testy przesiewowe w kl. 3 i 7.	Uprzedzenie uczniów o terminie wykonania testów (uzgodnione z wychowawcą klasy). Wykonanie testów w gabinecie u każdego ucznia indywidualnie. Przekazanie uczniowi karty badania profilaktycznego z informacją o konieczności zgłoszenia się do lekarza rodzinnego i o konieczności dostarczenia z powrotem karty do pielęgniarki.	
20.	Luty	Przekazanie wychowawcom klas 5 kart badania profilaktycznego.	Przygotowanie kart badania profilaktycznego. Przekazanie kart wychowawcom klas z prośbą o wpisanie ewentualnych problemów szkolnych, które zaobserwowali u uczniów. Przekazując kartę badania (po wcześniejszym omówieniu podczas rady pedagogicznej) należy nauczyciela poinformować o sposobie wypełnienia i o terminie zwrotu.	
21.	Marzec	Profilaktyczne badanie lekarskie w kl. 3 i 7.	Monitorowanie zgłaszalności uczniów na ppbl (bilanse zdrowia). Odbieranie od uczniów wypełnionych przez lekarza kart badania.	
22.	Marzec	Testy przesiewowe w kl. 5.	Uprzedzenie uczniów o terminie wykonania testów (uzgodnione z wychowawcą klasy). Wykonanie testów w gabinecie indywidualnie. Przekazanie uczniowi karty badania profilaktycznego z informacją	

			o konieczności zgłoszenia się do lekarza rodzinnego i o konieczności dostarczenia z powrotem karty do pielęgniarki.	
23.	Kwiecień	Profilaktyczne badanie lekarskie w kl. 5.	Monitorowanie zgłaszalności uczniów na ppbl. Odbieranie od uczniów wypełnionych przez lekarza kart badania.	
24.	Maj	Uzupełnianie zaległości, braków, podsumowywanie efektów pracy w roku szkolnym.	Wykonywanie zaległych świadczeń u dzieci, które w wyznaczonych wcześniej terminach były nieobecne lub z innych względów nie miały zrealizowanych określonych świadczeń.	
25.	Czerwiec	Udział w podsumowującej radzie pedagogicznej.	Przekazanie informacji o działalności pielęgniarki na terenie szkoły: <ul style="list-style-type: none"> • liczbie uczniów, którym udzielono porad ambulatoryjnych • liczbie uczniów objętych opieką czynną i liczbie udzielonych porad • zrealizowanych zajęciach edukacyjnych • podsumowanie współpracy z wychowawcami klas i innymi nauczycielami. • przypomnienie o konieczności wypełniania przez rodziców zgody na objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną przez pielęgniarkę szkolną. 	
26.	Czerwiec	Sporządzanie sprawozdań, zabezpieczanie dokumentacji, leków i sprzętu na okres przerwy wakacyjnej.		

Szkoła ponadpodstawowa

Miesiąc	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI
Zadanie											
Udział w radach pedagogicznych											
Zebrania z rodzicami											
Zebranie informacji o uczniu od wychowawców klas											
Testy przesiewowe											
Organizacja profilaktycznych badań lekarskich (pbl)											

Lp.	Termin	Zadanie	Metodyka	Uwagi
27.	Sierpień	Udział w radzie pedagogicznej.	W uzgodnieniu z dyrektorem szkoły przedstawienie na radzie przedsięwzięć planowanych w danym roku w określonych klasach. Ustalenie zasad współpracy z nauczycielami w tym z nauczycielami wf. Ustalenie zasad zwalniania uczniów do pielęgniarki podczas lekcji	Do wystąpienia najlepiej przygotować konspekt z harmonogramem zadań i w punktach kwestie do omówienia na radzie.

28.	Sierpień	Przygotowanie gabinetu medycznego.	Uporządkowanie i uzupełnienie apteczki, dokumentacji, środków dezynfekcyjnych i wykonanie innych niezbędnych prac przygotowawczych do rozpoczęcia roku szkolnego.	W tym czasie należy przygotować dla rodziców deklaracje o objęciu dziecka profilaktyczną opieką zdrowotną oraz inne dokumenty, które będą wykorzystywane podczas roku szkolnego.
29.	Wrzesień	Kompletowanie list klasowych i zbieranie deklaracji rodziców.	Przygotowanie formularza deklaracji rodziców o wyrażeniu zgody na objęcie ucznia profilaktyczną opieką zdrowotną przez pielęgniarkę szkolną zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r., poz. 86), przez okres uczęszczania dziecka do danej szkoły.	Deklaracja dotyczy uczniów przyjętych w danym roku szkolnym – (klasy 0 i uczniowie zmieniający szkołę). Należy uzgodnić z dyrektorem szkoły, aby deklaracja wchodziła w skład dokumentów wypełnianych przez rodziców/opiekunów przy przyjęciu dziecka do szkoły, deklarację należy przechowywać w dokumentacji medycznej ucznia.
30.	Wrzesień	Uporządkowanie dokumentacji	Uzupełnienie braków, przygotowanie kart badań bilansowych, przygotowanie listu do rodziców do odczytania na pierwszym zebraniu. Założenie i zapoznanie się z dokumentacją nowych uczniów.	List do rodziców należy przygotować oddzielnie dla każdego rocznika i powinien zawierać informacje o planowanych w danym roku szkolnym świadczeniach realizowanych przez pielęgniarkę i przypomnienie o obowiązkach rodziców (zgłoszenie się na badanie profilaktyczne, na szczepienia).
31.	Wrzesień		Sporządzenie list klasowych oraz listy uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.	Dyrektor szkoły udostępnia aktualną listę uczniów z podziałem na klasy około 2 tygodnie po rozpoczęciu roku szkolnego, gdy zakończy się tzw. ruch uczniów (przyjęcia, przenosiny itp.).
32.	Wrzesień	Identyfikacja uczniów	Przegląd indywidualnej dokumentacji medycznej, wyłonienie uczniów	Jest to zadanie kontynuowane przez cały rok szkol-

		z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi.	wymagających opieki czynnej.	ny. Uczniów wymagających wsparcia identyfikuje się na podstawie wywiadów z pedagogiem szkolnym, wychowawcami klas, rodzicami i samymi uczniami. W szkołach z nauką zawodu należy zapoznać się z występującymi ryzykami zdrowotnymi – opisem stanowisk pracy (obowiązek taki wynika z ustawy o BHP)
33.	Wrzesień	Zapoznanie z klasami 1.	Zaproszenie do gabinetu uczniów klas 1., zapoznanie uczniów z pielęgniarką i omówienie problemów z jakimi mogą się zwracać do pielęgniarki oraz jakie świadczenia będą realizowane.	Bardzo istotne jest podkreślenie poufności kontaktu uczeń-pielęgniarka i stworzenie przyjaznej atmosfery podczas spotkania. Można zakończyć wizytę rozdaniem materiałów edukacyjnych (brochurek, zakładek itp. lub wykonaniem przez dzieci rysunków nt. pielęgniarki szkolnej (które potem można np. wywiesić przed gabinetem podczas zebrania rodziców).
34.	Wrzesień	Spotkanie grupowe i indywidualne z uczniami klasy 1.	Omówienie planowanych badań profilaktycznych: testów przesiewowych i badań lekarskich. Obieg i kompletowanie dokumentacji, zebranie informacji o planowanym dalszym kształceniu (ew. wybór zawodu).	Zebrane informacje należy wykorzystać w przygotowaniu edukacji zdrowotnej pod kątem poradnictwa z uwzględnieniem profilu nauki (szkoła zawodowa, technikum itp.).
35.	Wrzesień	Udział w zebraniach z rodzicami.	Udział w pierwszym zebraniu z rodzicami klas 1 i ostatnich.	Jeśli na danym poziomie nauczania jest kilka klas można przygotować do odczytania list, w którym zostanie przekazana informacja o planowanych testach, badaniach i innych działaniach w tych kla-

				sach (propozycja szablonu listu pod tabelą).
36.	Październik	Udział w radzie pedagogicznej	Przekazanie informacji o planowanych w najbliższym czasie działaniach w tym szczegółowa informacja o profilaktycznej opiece zdrowotnej w klasach pierwszych i ostatnich.	
37.	Październik	Spotkanie grupowe i indywidualne z uczniami klasy 1. c.d.	Przeprowadzenie planowanych badań profilaktycznych –testów przesiewowych, badań lekarskich, obieg i kompletowanie dokumentacji, zebranie informacji o kształceniu zawodowym.	Zebrane informacje należy wykorzystać w przygotowaniu edukacji zdrowotnej pod kątem poradnictwa zawodowego (szkoła zawodowa, technikum itp.).
38.	Październik	Testy przesiewowe w klasach w kl. 1.. 0	<p>Przygotowanie kart badania profilaktycznego. Przekazanie kart wychowawcom klas z prośbą o wpisanie ewentualnych problemów szkolnych, które zdążyli zaobserwować u uczniów</p> <p>Upředzenie uczniów o terminie wykonania testów (uzgodnione z wychowawcą klasy).</p> <p>Wykonanie testów w gabinecie indywidualnie u każdego ucznia.</p> <p>Przekazanie uczniowi rodzicowi karty badania profilaktycznego z informacją o konieczności zgłoszenia się do lekarza poz. i o konieczności dostarczenia z powrotem karty do pielęgniarki.</p>	<p>Wychowawcom należy dać kilka dni na wypełnienie kart.</p> <p>Jeśli kontakt z rodzicem/prawnym opiekunem jest utrudniony, to można przekazać rodzicom kartę za pośrednictwem ucznia (w dzienniczku uczniowskim).</p>
39.	Październik			
40.	Listopad	Powszechne profilaktyczne badanie lekarskie	Monitorowanie zgłaszalności uczniów na ppbl. Odbieranie od uczniów wypełnionych przez lekarza kart badania.	Zadanie należy kontynuować do uzyskania zwrotu wszystkich kart.

		kl. 1		
41.	Grudzień			
42.	Styczeń	Przekazanie wychowawcom klas ostatnich kart badania profilaktycznego.	Przygotowanie kart badania profilaktycznego, Przekazanie kart wychowawcom klas z prośbą o wpisanie ewentualnych problemów szkolnych, które występują u uczniów. Przekazując kartę badania (po wcześniejszym omówieniu podczas rady pedagogicznej) należy nauczyciela poinformować o sposobie wypełnienia i o terminie zwrotu.	Należy wychowawcom dać kilka dni na wypełnienie kart.
43.	Luty	Udział w radzie pedagogicznej.	Przekazanie informacji o planowanych działaniach w klasach ostatnich informacja dla wychowawców klas o zakresie współpracy.	Przekazanie wychowawcom poszczególnych klas listu do rodziców uczniów
44.	Luty	Testy przesiewowe w kl. ostatnich.	Uprzedzenie uczniów o terminie wykonania testów (uzgodnione z wychowawcą klasy). Wykonanie testów w gabinecie u każdego ucznia indywidualnie. Przekazanie uczniowi karty badania profilaktycznego z informacją o konieczności zgłoszenia się do lekarza rodzinnego i o konieczności dostarczenia z powrotem karty do pielęgniarki.	Należy mieć na uwadze, że uczniowie klas ostatnich często są pełnoletni
45.	Marzec	Profilaktyczne badanie lekarskie w kl. ostatnich	Monitorowanie zgłaszalności uczniów na ppbl. Odbieranie od uczniów wypełnionych przez lekarza kart badania.	
46.	Maj	Uzupełnianie zaległości, braków, podsumowywa-	Wykonywanie zaległych świadczeń u uczniów, którzy w wyznaczonych wcześniej terminach byli nieobecni lub z innych względów nie mieli zrea-	

		nie efektów pracy w roku szkolnym.	lizowanych określonych świadczeń.	
47.	Czerwiec	Udział w podsumowującej radzie pedagogicznej.	Przekazanie informacji o działalności pielęgniarki na terenie szkoły: <ul style="list-style-type: none"> • liczbie uczniów, którym udzielono porad ambulatoryjnych • liczbie uczniów objętych opieką czynną i liczbie udzielonych porad • zrealizowanych zajęciach edukacyjnych • podsumowanie współpracy z wychowawcami klas i innymi nauczycielami. • przypomnienie o konieczności wypełniania przez rodziców zgody na objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną przez pielęgniarkę szkolną. 	
48.	Czerwiec	Sporządzanie sprawozdań, zabezpieczanie dokumentacji, leków i sprzętu na okres przerwy wakacyjnej.		

Część IV. ANEKS

PRZYKŁAD SCENARIUSZA ZAJĘĆ

Temat: Jak dbać o zdrowie zębów?

Uczestnicy: uczniowie w wieku 11–18 lat

Czas trwania: 45 minut

Zadania:

- uświadomić uczniom, jak sami dbają o swoje zęby i co mogą poprawić,
- uzupełnić (skorygować) wiedzę o próchnicy zębów i chorobach przyzębia oraz metodach zapobiegania im.

Oczekiwane efekty: uczniowie:

- dokonają samooceny zachowań związanych z troską o zdrowie jamy ustnej
- zaplanują działania dla skorygowania dotychczasowych niedostatków zachowań

Pomoce: arkusz „Sprawdź, jak dbasz o swoje zęby” dla każdego ucznia, zestaw do czyszczenia zębów do demonstracji (kubek, szczotka, pasta do zębów, nici dentystyczne), arkusze papieru, flamastry

Przebieg zajęć:

Wyjaśnij cel zajęć, zapisz temat na tablicy

1. Praca indywidualna

- poproś uczniów, aby posługując się skalą od 1 do 10 punktów, ocenili, jak dbają o swoje zęby, i ocenę tę zapisali na kartce (dla siebie).
- daj każdemu arkusz „Sprawdź, jak dbasz o swoje zęby” i poproś o wypełnienie zamieszczonego w nim testu (część I). Poproś o obliczenie wyniku i krótką indywidualną refleksję nad nim: porównanie wcześniej dokonanej oceny dbałości o zęby z wynikiem testu.

2. Praca w grupach. Podziel uczniów na pięć zespołów (od A do E) i przydziel każdemu zespołowi pytania z testu: zespół A – pyt. 1 i 2; B – pyt. 3 i 4; C – pyt. 5, 6 i 7; D – pyt. 8 i 9, E – pyt. 10. Poproś o zespołowe przedyskutowanie pytań i znalezienie argumentów uzasadniających potrzebę podejmowania czynności wymienionych w każdym pytaniu.

Daj każdemu zespołowi arkusz papieru i flamaster, poproś o zapisanie wyników pracy zespołu.

- 3. Prezentacja wyników pracy grup.** Poproś, aby każdy zespół przedstawił wyniki swojej pracy całej grupie.
- 4. Uzupełnianie i korygowanie przez prowadzącego zajęcia.** Przy omawianiu poszczególnych zagadnień proś uczniów o uzupełnianie, komentarz. W razie potrzeby koryguj informacje, podaj dodatkowe wyjaśnienia, wykorzystując, np. zestaw do czyszczenia zębów lub ilustracje na plakacie, w książce.
- 5. Zaplanowanie przez uczniów swoich działań.** Poproś, aby każdy uczeń wypełnił drugą część arkusza („Mój plan”). Zachęć uczniów, aby zabrali arkusze do domu, wywiesili je w widocznym dla siebie miejscu i po ustalonym okresie sprawdzili, na ile zrealizowali swój plan.

Ewaluacja zajęć: poproś uczniów, aby na kartkach (anonimowo) ocenili przydatność zajęć dla siebie (np. w skali 1–5) i napisali, czego nowego nauczyli się w ich czasie. Jeśli atmosfera zajęć będzie temu sprzyjała, zapytaj uczniów o sporządzone przez nich plany i o to, czy chcieliby dowiedzieć się więcej o zdrowiu jamy ustnej.

Arkusz

SPRAWDŹ, JAK DBASZ O SWOJE ZĘBY

Część I. TEST

Odpowiedz na pytania zamieszczone w tabeli, wstawiając X w jedną kratkę w każdym wierszu.

	TAK	NIE
1. Czy czyścisz zęby co najmniej 2–3 razy dziennie?		
2. Czy starasz się czyścić zęby co najmniej 2 minuty?		
3. Czy czyścisz zęby po śniadaniu?		
4. Czy zawsze kładziesz się spać z wyczyszczonymi zębami?		
5. Czy w ostatnich 3 miesiącach zmieniłaś/-eś szczotkę do zębów?		
6. Czy zawsze używasz pasty do zębów z fluorem?		
7. Czy używasz nici dentystycznych (<i>dental floss</i>)?		
8. Czy starasz się nie pojadać między posiłkami?		
9. Czy starasz się ograniczać spożywanie słodczy i słodkich napojów?		
10. Czy w ostatnich 6 miesiącach byłaś/-eś na badaniu kontrolnym u dentysty?		

Oblicz wynik testu:

za każdą odpowiedź TAK policz sobie 1 punkt.

Uzyskana liczba punktów:

Interpretacja wyników: Jeśli uzyskałaś/-eś:

- 10 i 9 pkt – pogratuluj sobie: naprawdę dbasz o zęby!
- 8 i 7 pkt – mogłabyś/mógłbyś lepiej dbać o swoje zęby!

– 6 pkt i mniej – uwaga! Twoje zęby są w niebezpieczeństwie!

Część II. MÓJ PLAN

Co mogę zrobić, aby mieć zdrowe zęby?

.....
.....

Zrobię to w okresie:.....

Co mi **ułatwi** realizację mojego planu?

.....

Co mi **utrudni** realizację mojego planu?

.....

KWESTIONARIUSZ ZACHOWAŃ SPRZYJAJĄCYCH ZDROWIU

Podane w tabeli stwierdzenia dotyczą zachowań sprzyjających zdrowiu. Przeczytaj uważnie każde z nich i zastanów się, jak często tak postępujesz. Wstaw X w jedną kratkę w każdym poziomym wierszu.

Zachowania	Zawsze lub prawie zawsze	Często	Czasem	Nigdy lub prawie nigdy
I. Żywnienie				
1. Jem co najmniej 3 posiłki dziennie o podobnych porach dnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jem śniadanie w domu codziennie rano (tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. W czasie pobytu w szkole zjadam drugie śniadanie lub obiad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jem owoce co najmniej 2–3 dziennie lub częściej (np. w posiłkach, przekąskach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jem warzywa co najmniej 2–3 dziennie lub częściej (np. w posiłkach, przekąskach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Piję codziennie co najmniej 2 szklanki mleka, kefiru lub jogurtu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Piję w codziennie co najmniej 1,5 litra wody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ograniczam jedzenie słodczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ograniczam picie coca-coli i innych słodkich napojów gazowanych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ograniczam spożycie soli i słonych produktów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Unikam pojadania między posiłkami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Zjadam codziennie co najmniej jeden posiłek z mamą i/lub tatą albo z innym członkiem rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Aktywność fizyczna				
13. Przeznaczam codziennie co najmniej 60 minut na zajęcia związane z umiarkowanym lub dużym wysiłkiem fizycznym (np. jogging, szybki marsz, uprawianie sportu, praca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

w ogrodzie lub gospodarstwie)				
14. Ćwiczę na lekcjach WF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Zwiększam ilość ruchu i wysiłków fizycznych w codziennym życiu (np. chodzę pieszo zamiast jeździć samochodem, autobusem czy tramwajem, chodzę po schodach zamiast jeździć windą)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Uczęszczam na zorganizowane zajęcia ruchowe lub treningi (poza lekcjami WF) co najmniej 1 raz w tygodniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ograniczam czas oglądania telewizji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ograniczam czas korzystania z komputera, tabletu lub smartfonu dla rozrywki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Zachowania związane z odpoczynkiem i zdrowiem psychicznym				
19. Śpię w nocy co najmniej 7–8 godzin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kładę się spać o tej samej porze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Poświęcam co najmniej 20–30 minut dziennie na relaks / odpoczynek (np. „wyluzowuję się”, wykonuję ćwiczenia relaksacyjne, robię to, co lubię)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Dobrze radzę sobie z nadmiernym stresem (napięciami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zachowania	Zaw- sze lub prawie zawsze	Często	Cza- sem	Nigdy lub prawie nigdy
23. Pozytywnie myślę o sobie i świecie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Zwracam się do innych osób o pomoc w trudnych dla mnie sytuacjach (np. do rodziców, nauczycieli, rówieśników)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Spędzam czas z kolegami/przyjaciółmi co najmniej 1 raz w tygodniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Zachowanie bezpieczeństwa				
26. Zapinam pasy bezpieczeństwa w czasie jazdy samochodem osobowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Używam kasku w czasie jazdy na rowerze (jeśli nie jeździsz na rowerze, nie zakreślaj żadnej odpowiedzi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Przestrzegam przepisów ruchu drogowego, gdy poruszam się pieszo lub gdy jadę rowerem po ulicy lub drodze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Zachowuję się bezpiecznie nad wodą (np. kąpię się tylko w miejscach strzeżonych, nie skaczę „na główkę”, zakładam kapok, gdy pływam łódką, kajakiem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Zachowuję ostrożność w nawiązywaniu kontaktów z nieznanymi (np. na ulicy, w pociągu, w dyskotecie, w Internecie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Przestrzegam zasad bezpieczeństwa, posługując się urządzeniami elektrycznymi, maszynami, używając substancji chemicznych oraz w czasie zabawy fajerwerkami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Dbalność o ciało				
32. Ubieram się odpowiednio do pogody (tzn. nie narażam się na zmarznięcie, nie przegrzewam się)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Unikam nadmiernego opalania się (np. używam kremów ochronnych, nakrywam głowę, unikam opalania między godz. 10 a 14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Czyszczę zęby co najmniej 2 razy dziennie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Chodzę do dentysty na badania kontrolne co 6 miesięcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Myję codziennie całe ciało	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. Niepodejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia			TAK się zachowuję	
37. Nie palę obecnie papierosów			<input type="checkbox"/>	
38. Unikam przebywania wśród osób palących papierosy			<input type="checkbox"/>	
39. Nie piję napojów alkoholowych			<input type="checkbox"/>	
40. Nie używam innych substancji psychoaktywnych (np. dopalaczy, narkotyków, kleju)			<input type="checkbox"/>	

Kwestionariusz jest modyfikacją „Skali pozytywnych zachowań zdrowotnych” autorstwa M. Woynarowskiej-Sołdan i K. Hild-Ciupińskiej (modyfikacji dokonano w porozumieniu z pierwszą autorką). Narzędzie to można wykorzystać w zajęciach grupowych. Scenariusz tych zajęć zamieszczono w książce: Woynarowska-Sołdan M: *Dbalność o zdrowie*. W: Woynarowska B. (red.); *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych*. Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kraków 2012, s. 152–158.

TABELE DOTYCZĄCE KLASYFIKACJI ZABURZEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Tabela 1. Zaburzenia rozwoju psychicznego w ICD-10

F80-F89	Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)
F80	Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka
F81	Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych
F82	Specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych
F83	Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
F88	Inne zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)
F89	Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego) nie określone

Tabela 2. Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym

F90-F98	Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
F90	Zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej)
F91	Zaburzenia zachowania
F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji
F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie
F94	Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym
F95	Tiki
F98	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym

Tabela 3. Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży diagnozowane według kryteriów obowiązujących w każdym innym okresie życia w ICD-10

F00-F79	Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży diagnozowane według kryteriów obowiązujących w każdym innym okresie życia.
F00-F09	Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi
F10-F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych
F20-F29	Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe
F30-F39	Zaburzenia nastroju (afektywne)
F40-F48	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
F50-F59	Zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
F70-F79	Upośledzenia umysłowe

Tabela 4. Somatyczne, psychologiczne, społeczne i behawioralne objawy zaburzeń lękowych

Somatyczne objawy lęku	Psychologiczne objawy lęku	Społeczne i behawioralne objawy lęku
<p>Krążeńiowe: uczucie kołatania lub ciężaru w sercu, tachykardia, wzrost ciśnienia, czerwienie się, błądź.</p> <p>Oddechowe: tachypnoe, subiektywne wrażenie skróconego oddechu, utrudnionego oddychania, dławienie się.</p> <p>Skóra: gęsia skórka, rumień, zmiany temperatury skóry, parestezje, swędzenie.</p> <p>Mięśniowo-szkieletowe: drżenia mięśniowe, napięcie mięśniowe i ból mięśni, skurcze mięśniowe, drętwienie, dygotanie</p> <p>Żołądkowo-jelitowe: biegunka, nudności, bóle brzucha, poczucie obecności ciała obcego w gardle i trudności w polykaniu</p> <p>Inne somatyczne: bóle głowy, zawroty głowy, zaburzenia równowagi, wrażenie omdlewania, ból w klatce piersiowej, pobudzenie lub osłabienie, suchość w jamie ustnej, częstomocz, pocenie się, zimne dreszcze, uderzenia gorąca</p>	<p>relacjonowana nerwowość, napięcie, niepokój,</p> <p>niemożność odprężania się, mówienie o lęku,</p> <p>uczucie bycia prześladowanym, napiętnowanym, zmęczonym, przegrany,</p> <p>uczucie oszołomienia, zamknięcia, znalezienia się „na krawędzi”, „pustki w głowie”,</p> <p>długotrwałe rozmyślania na szczególny temat,</p> <p>stała drażliwość,</p> <p>zmniejszenie aktywności, unikanie, koszmarne sny,</p> <p>fantazje lękowe,</p> <p>poczucie bycia „odmiennym”,</p> <p>nierealność samego siebie (depersonalizacja)</p>	<p>wrażenie bycia wstydlwym, wycofanym, zależnym od innych,</p> <p>kłopoty w sytuacjach społecznych, nadmierna lub zmniejszona aktywność,</p> <p>unikanie angażowania się w sytuacje związane z dowolnym niebezpieczeństwem lub przeciwnie szukanie niebezpieczeństw</p>

Tabela 5. Określenie ryzyka samobójstwa

Ryzyko nagłe (<48 h)	Ryzyko bliskie (dni, tygodnie) oraz długoterminowe
<p>Pojawiają się konkretne myśli i skłonności Samobójcze, Dziecko chce się zabić, Ma plan popełnienia samobójstwa, Posiada dostęp do środków letalnych, Emocje i uczucia wskazują na ryzyko próby Samobójczej</p>	<p>Myśli samobójcze bez planów, Pojawiają się objawy depresyjne</p>
<p>Konieczne i natychmiastowe skonsultowanie dziecka z lekarzem psychiatrą Jeżeli życie i zdrowie dziecka jest zagrożone należy zawiadomić policję i wezwać pogotowie ratunkowe</p>	<p>Konieczne skonsultowanie dziecka ze specjalistą: psychologiem, psychoterapeutą, lekarzem psy- chiatrą.</p>

Tabela 6. Sygnały ostrzegawcze samouszkodzeń

Specyficzne sygnały ostrzegawcze	Mniej specyficzne sygnały ostrzegawcze
<p>Blizny, zadrapania, siniaki Ślady krwi na ubraniu Liczne, częste opatrunki Noszenie ubrań z długimi rękawami, nogawkami w celu ukrycia blizn Unikanie aktywności, które mogłyby odsłonić ranę, lekcji wychowania-fizycznego, basenu Noszenie przy sobie ostrych narzędzi Spędzanie długiego czasu w miejscach odosob- nionych</p>	<p>Zachowania ryzykowne: skoki z wysokości, przebieganie przez ulicę, prowokowanie seksual- ne; Użytki: alkohol, substancje psychoaktywne; Nagłe zmiany zainteresowań i kontaktów rówie- śniczych; Skrajne, impulsywne, silne reakcje (lęku, gniewu, rozpacz); Przedłużający się smutek, przygnębienie, wyco- fanie, izolacja; Niska samoocena i niechęć wobec siebie; Brak sieci wsparcia</p>

Tabela 7. Objawy zaburzeń zachowania

Objawy zaburzeń zachowania

1. wybuchy złości nadzwyczaj częste lub ciężkie w stosunku do poziomu rozwojowego,
 2. częste kłótnie z dorosłymi,
 3. często aktywne odrzucanie wymagań dorosłych lub niespełnianie reguł,
 4. często jakby rozmyślne robienie rzeczy, które budzą gniew u innych ludzi,
 5. częste oskarżenie innych za swoje własne pomyłki lub niewłaściwe zachowanie,
 6. częsta "wrażliwość" i łatwość wprowadzania w złość przez innych,
 7. częste wpadanie w złość lub rozżalenie,
 8. częsta złośliwość lub mściwość,
 9. częste kłamstwa lub zrywanie obietnic w celu uzyskania dóbr lub przywilejów, lub dla uniknięcia obowiązków,
 10. częste inicjowanie starć fizycznych (nie obejmuje to starć z rodzeństwem),
 11. używanie broni, która może powodować u innych poważne uszkodzenia ciała (np. kij, cegła, rozbita butelka, nóż, strzelba),
 12. pozostawianie poza domem po zapadnięciu zmroku, mimo zakazu rodziców (początek się przed 13 rż.),
 13. przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec innych osób (np. krępowanie, ranienie lub podpalanie ofiar),
 14. przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec zwierząt,
 15. rozmyślne niszczenie własności innych osób inaczej niż przez podpalenie,
 16. rozmyślne podkładanie ognia ze stwarzaniem ryzyka lub z zamiarem spowodowania poważnych zniszczeń,
 17. kradzieże przedmiotów o niebanalnej wartości bez konfrontacji z ofiarą, zarówno w domu, jak i poza nim,
 18. częste wagary ze szkoły, rozpoczynające się przed 13 rokiem życia,
 19. co najmniej dwukrotne ucieczki z domu rodzicielskiego lub zastępczego, albo ucieczka jednorazowa trwająca dłużej niż jedną noc (nie obejmuje opuszczania domu w celu uniknięcia molestowania fizycznego lub seksualnego),
 20. popełnianie przestępstw wymagających konfrontacji z ofiarą (włączając kradzieże kieszonkowe, wymuszania, napady),
 21. zmuszanie innych osób do aktywności seksualnej,
 22. częste terroryzowanie innych (np. rozmyślne zadawanie bólu lub ran połączone z uporczywym zastraszaniem, dręczeniem, molestowaniem),
 23. włamanie do cudzego domu, samochodu, budynku.
- Do spełnienia kryterium wystarczy choćby jednorazowe wystąpienie objawów wymienionych w punktach 11, 13, 15, 16, 20, 21, 23.

WZÓR DEKLARACJI:

.....
Imię i nazwisko ucznia.

.....
Pesel

data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
tel kontaktowy (do rodzica lub prawnego opiekuna)

.....
Adres internetowy do ewentualnej korespondencji z pielęgniarką szkolną (do przekazywania informacji o planowanych badaniach i innych świadczeniach profilaktycznych)

Oświadczenie:

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka przez pielęgniarkę szkolną, profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 86) przez okres uczęszczania mojego dziecka do szkoły

.....*(tu pełna nazwa szkoły).... ..*

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego.....

Uwaga! rodzic lub prawny opiekun ma prawo do cofnięcia zgody na realizację określonych świadczeń lub cofnięcia zgody na całość świadczeń. Lista świadczeń refundowanych jest wywieszona przy gabinecie pielęgniarki szkolnej.

STANOWISKO DEPARTAMENTU MATKI I DZIECKA W MINISTERSTWIE ZDROWIA W SPRAWIE ZAPOBIEGANIA I ZWALCZANIA WSZAWICY U DZIECI I MŁODZIEŻY

Wszawica zaliczana jest do grupy inwazji pasożytami zewnętrznymi i nie znajduje się w wykazie chorób zakaźnych stanowiącym załącznik do obowiązującej ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.). Wynika to z faktu, że na terenie polski od lat nie występują już niebezpieczne choroby zakaźne przenoszone przez wszy (np.: dur wysypkowy). Tym samym, przypadki wszawicy nie są objęte zakresem działania organów państwowej inspekcji sanitarnej i brak jest podstaw do wydania decyzji administracyjnej nakazującej dziecku z wszawicą wstrzymanie się od uczęszczania do placówki oświatowej lub w trybie określonym ustawą. Decyzja o pozostaniu dziecka w domu do czasu usunięcia wszy nie wymaga interwencji organów władzy publicznej w trybie przewidzianym przepisami rangi ustawowej, lecz znajduje się całkowicie w gestii jego rodziców lub opiekunów. Zaleca się, aby działania higieniczne przeciw wszawicy były podjęte przez rodziców lub opiekunów niezwłocznie, a czas nieobecności dziecka w placówce był możliwie najkrótszy.

Wszawica pozostaje istotnym problemem higienicznym i może w pewnych przypadkach być sygnałem zaniedbań opiekuńczych rodziców lub opiekunów w stosunku do dziecka, co nie może być lekceważone. Ponieważ ciężar zwalczania wszawicy został przesunięty z działań o charakterze przeciwepidemicznym realizowanych przez inspekcję sanitarną, obecnie, działania w tym zakresie w sytuacjach stwierdzonych zaniedbań opiekuńczych wobec dziecka pozostają w kompetencji placówek, w których przebywają dzieci i ośrodków pomocy społecznej. Istniejące w tym zakresie regulacje prawne są wystarczające dla skutecznej walki z wszawicą.

Działania profilaktyczne w szkołach, placówkach oświatowo-wychowawczych muszą być realizowane systematycznie i w sposób skoordynowany. Niezbędna do tego jest współpraca pomiędzy rodzicami, dyrekcją placówki, nauczycielami i wychowawcami/opiekunami oraz pielęgniarką lub higienistką szkolną. Obejmują one systematyczną akcję oświatową (pogadanki, materiały informacyjne w formie ulotek) skierowaną do dzieci i młodzieży oraz rodziców. Zapewnienie warunków organizacyjnych do bezpiecznego i higienicznego pobytu dzieci w placówkach oświatowych i opiekuńczych jest obowiązkiem dyrektora placówki zgodnie z art.39 ust.1 pkt 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.). Należy przyjąć, że zgoda rodziców na objęcie dziecka opieką (w tym również opieką zdrowotną przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w szkole lub placówce) jest równoznaczna z wyrażeniem zgody na dokonanie w przypadku uzasadnionym przeglądu czystości skóry głowy dziecka. Nie

ma zatem konieczności uzyskiwania od rodziców lub opiekunów każdorazowo pisemnej zgody na przeprowadzenie kontroli czystości głowy u dziecka.

O terminie planowanej kontroli higienicznej należy powiadomić rodziców lub opiekunów dziecka. Kontrola musi być prowadzona w sposób indywidualny, w wydzielonym pomieszczeniu. Osoba, która przeprowadza kontrolę powiadamia o jej wynikach dyrektora placówki. Informacja dla dyrektora (zgodnie ze standardem poufności) obejmuje: fakt wystąpienia wszawicy oraz skalę zjawiska w danej grupie dzieci, nie może obejmować danych personalnych dziecka. Równocześnie, indywidualnie, pielęgniarka (lub w sytuacji braku pielęgniarki lub higienistki szkolnej w placówce - opiekun dziecka) zawiadamia rodziców lub opiekunów prawnych dziecka o konieczności podjęcia niezwłocznych zabiegów higienicznych skóry głowy. W razie potrzeby instruuje rodziców o sposobie działania i monitoruje skuteczność ich działań.

Istnieje możliwość, że niektórzy rodzice wyrażą sprzeciw wobec informacji o kontroli higienicznej swojego dziecka, bądź nie podejmą niezbędnych działań higienicznych. W takim przypadku, należy zawiadomić dyrektora placówki, o obawach co do właściwego wykonywania obowiązków rodzicielskich wobec dziecka. W przypadku uporczywego uchylania się rodziców lub opiekunów dziecka od działań mających na celu ochronę jego zdrowia i dbałości o higienę, dyrektor szkoły zawiadamia pomoc społeczną. Brak działań rodziców może bowiem rodzić podejrzenie o zaniedbywanie przez nich dziecka, a w pewnych przypadkach, podejrzenie o nadużycia popełniane wobec dziecka w jego środowisku domowym. Z tego względu, brak współpracy z rodzicami nie może być przez władze szkolne lekceważony. W sytuacji, kiedy rodzice lub opiekunowie nie mogą lub nie są w stanie sprostać zadaniu sprawowania opieki nad dzieckiem w sposób, który chroni jego dobro - niezbędne jest udzielenie tej rodzinie pomocy opiekuńczo-wychowawczej w trybie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: dz. U. Z 2008 r. Nr 115, poz. 728 z późn. zm.)

Postępowanie w przypadku stwierdzenia wszawicy w placówce:

1. Dyrektor placówki zarządza dokonanie przez pielęgniarkę lub osobę upoważnioną kontroli czystości skóry głowy wszystkich dzieci w grupie lub klasie oraz wszystkich pracowników szkoły lub placówki, z zachowaniem zasady intymności (kontrola indywidualna w wydzielonym pomieszczeniu). Kontrola może również zostać przeprowadzona z inicjatywy pielęgniarki lub higienistki szkolnej;
2. Pielęgniarka (lub w sytuacji braku pielęgniarki lub higienistki szkolnej w placówce opiekun dziecka) zawiadamia rodziców dzieci, u których stwierdzono wszawicę o konieczności podjęcia niezwłocznie zabiegów higienicznych skóry głowy. W razie potrzeby instruuje rodziców o sposobie działań, informuje też o konieczności poddania się

kuracji wszystkich domowników i monitoruje skuteczność działań; jednocześnie informuje dyrektora placówki o wynikach kontroli i skali zjawiska;

3. Dyrektor lub upoważniona osoba (nauczyciel lub opiekun) informuje wszystkich rodziców o stwierdzeniu wszawicy w grupie dzieci, z zaleceniem codziennej kontroli czystości głowy dziecka oraz czystości głów domowników;
4. W przypadku, gdy rodzice zgłoszą trudności w przeprowadzeniu kuracji (np. brak środków na zakup preparatu), dyrektor szkoły lub placówki we współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej, udzielają rodzicom lub opiekunom niezbędnej pomocy;
5. Pielęgniarka lub higienistka szkolna po upływie 7 -10 dni kontroluje stan czystości skóry głowy dzieci po przeprowadzonych zabiegach higienicznych przez rodziców;
6. W sytuacji stwierdzenia nieskuteczności zalecanych działań, pielęgniarka zawiadamia o tym dyrektora placówki w celu podjęcia bardziej radykalnych kroków (zawiadomienie ośrodka pomocy społecznej o konieczności wzmożenia nadzoru nad realizacją funkcji opiekuńczych przez rodziców dziecka oraz udzielenia potrzebnego wsparcia).

WSZAWICA

Etiopatogeneza

Wszawica to przede wszystkim wszy pasożytujące na ciele człowieka i zmiany skórne przez nie wywoływane. Wszy pasożytujące na skórze człowieka powodują ukąszenia i następujące zwykle po nich niewielkie grudki obrzękowe. W miejscach ukąszenia człowiek odczuwa znaczny świąd. Wskutek drapania powstają liczne przeczasy, nadżerki pokryte strupami, często dochodzi też do wtórnego nadkażenia chorobowo zmienionej skóry.

Wszawica jest rozpowszechniona we wszystkich krajach świata. Wszawica głowowa to powszechny problem, który nie jest wyłącznie oznaką braku higieny. Każdy może nabawić się wszawicy, a szczególnie podatne są dzieci i młodzież, które przebywają w skupiskach (żłobek, przedszkole, szkoła).

W zależności od czynnika wywołującego zmiany, wszawicę dzielimy na:

- Głowową,
- Odzieżową,
- Łonową.

Wszawica głowowa. Wesz głowowa ma długość 2-3 mm, kolor brudno-biały lub szary, który może stać się jaśniejszy lub ciemniejszy zależnie od koloru włosów człowieka. Żyje około miesiąca, jednak poza głową człowieka może przeżyć 1-2 dni samiczka składa od 100 do 300 jajeczek dziennie nazywanych gnidami, które przylegają mocno do włosów dzięki substancji klejącej. W ciągu 6 do 10 dni rodzi się larwa, która przeradza się w dorosłego pasożyta w ciągu następnych 10 dni. Wesz głowowa umiejscawia się najczęściej w okolicy potylicznej i skroniowej. W tych okolicach zmiany są najbardziej nasilone. W wyniku drapania wytwarzają się powierzchnie sącące, pokryte strupami, z tendencją do wtórnych infekcji zmienionej skóry.

Wszawica odzieżowa. Wywołana jest przez wesz odzieżową (3-4,5 mm), która rozmnaża się znacznie szybciej i żyje około 10 dni. Pasożyty przytwierdzają się wyłącznie do ubrań, najczęściej w szwach ubraniowych, przy zakładkach i innych załamaniach tkaniny. W przewlekłej wszawicy odzieżowej dochodzi do powstawania charakterystycznych brunatnych przebarwień, niewielkich blizn po przeczosach oraz wtórnych zakażeń ropnych. Wesz odzieżowa może przenosić pałeczki duru brzuszego.

Wszawica łonowa. Wywoływana jest przez niewielką wesz o długości 1,5-2 mm, która przytwierdza się do włosa tuż przy powierzchni skóry. Cechą charakterystyczną jest znaczny świąd okolic łonowych i podbrzusza, a w części przypadków stwierdza się tzw. Plamy błękitne w miejscach po ukłuciu wszy.

Jak manifestuje się wszawica? Zazwyczaj zauważa się wszy gdy pojawia się dokuczliwy świąd skóry głowy. W wyniku drapania swędzenia dochodzi do uszkodzenia skóry i w efekcie – wystąpienia strupów. Czasem swędzenie nie występuje, a wszy odkrywa się przypadkowo, czesząc się lub myjąc włosy. Na włosach mogą być też obecne tylko jajeczka (gnidy), które wyglądają jak małe (około 1mm.) Białe lub szare „skorupki”, przyklejone tak silnie do włosów, trudno je oderwać; białe płatki, które łatwo spadają z włosów to martwa skóra lub łupież. W tym wypadku osoba zakażona może nie czuć swędzenia. Miejsca, w których najczęściej gnieźdzą się wszy to kark, skronie i za uszami. Aby je zobaczyć, trzeba podnieść włosy ruchem „pod prąd” i pozwolić im bardzo powoli opadać obserwując jednocześnie bardzo dokładnie.

Profilaktyka i zwalczanie wszawicy

Występowanie wszawicy wśród dzieci i młodzieży nasila się w okresie wakacyjnym, szczególnie wśród dzieci młodszych, które nie posiadają jeszcze umiejętności samodzielnego dbania o higienę osobistą. Przebywanie dzieci w skupiskach podczas wyjazdów, wspólna zabawa i wypoczynek sprzyjają rozprzestrzenianiu się wszawicy.

Wskazania profilaktyczne dla rodziców i dzieci przed wyjazdem na zorganizowane formy wypoczynku (kolonie, obozy, zielone szkoły, itp.) lub internatu, sanatorium itp.:

- Związywanie długich włosów lub krótkie włosy ułatwiające pielęgnację skóry głowy i włosów,
- Używanie wyłącznie osobistych przyborów higienicznych do pielęgnacji skóry i włosów,
- Codzienne czesanie i szczotkowanie włosów,
- Mycie skóry głowy i włosów w miarę potrzeb, nie rzadziej, niż raz w tygodniu,
- Wyposażenie dzieci w środki higieniczne takie jak szampony z odżywką ułatwiające rozczesywanie i wyczesywanie włosów,
- Po powrocie do domu - systematyczne sprawdzanie czystości skóry głowy i włosów oraz systematyczne kontrole w okresie uczęszczania dziecka do przedszkola, szkoły lub innej placówki.

W sytuacji zauważenia gnid lub wszy we włosach należy zastosować dostępne w aptekach preparaty, które skutecznie likwidują pasożyty i ich jaja. W sytuacji wystąpienia wszawicy u dziecka, kuracji powinni się poddać wszyscy domownicy. Codzienne, częste czesanie gęstym grzebieniem lub szczotką, związywanie włosów w sytuacjach narażania się na bliski kontakt z innymi osobami (treningi sportowe, zajęcia edukacyjne lub rekreacja grupowa), częste mycie włosów, przestrzeganie zasad higieny (własne szczotki, grzebienie, spinki) utrudniają zagnieżdżenie się pasożytów. Częste mycie i kontrolowanie głowy dziecka (2 razy w tygodniu) z jednej strony jest właściwym nawykiem higienicznym, a z drugiej strony pozwala szybko zauważyć zakażenie. Szampony i inne produkty „przeciwko wszom” nie zabezpieczają przed zakażeniem i nie powinny być używane jako środek zapobiegawczy. Zgodnie z instrukcją zamieszczoną na opakowaniach tych produktów, zaleca się powtarzanie kuracji w odstępie kilku dni (mniej więcej 7 czy 10), w celu zabicia larw do kuracji trzeba użyć grzebienia o bardzo gęstych zębach. Usunięcie gnid jest trudne, stąd poleca się ich ściąganie lub obcięcie włosów. Grzebienie i szczotki należy myć w ciepłej wodzie z dodatkiem szamponu przeciwko wszom i moczyć w wodzie około godzinę.

W przypadku stwierdzenia wszy odzieżowej, ubrania prać w pralce w temperaturze 60°C (temperatura powyżej 53,5°C zabija wszy i ich jajka). Prześcieradła, poszewki na poduszki, ręczniki i odzież, należy wyprasować gorącym żelazkiem.

Podstawową zasadą profilaktyki wszawicy jest stała systematyczna kontrola czystości skóry i włosów dokonywana przez rodziców lub opiekunów i natychmiastowa likwidacja gnid i wszy w przypadku ich zauważenia. W takiej sytuacji rodzice powinni również uczciwie poinformować rodziców wszystkich dzieci, z którymi miało ono kontakt. Pomoże to w likwidacji ogniska wszawicy i w efekcie - zapobiegnie się nawracającemu wzajemnemu zakażaniu się dzieci.

© 2011 Ministerstwo Zdrowia

<http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/zdrowie-ucznia/wszawica/>

INFORMACJA O SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH UCZNIÓW

Szczepienia ochronne stanowią jeden z najważniejszych elementów profilaktycznej opieki zdrowotnej. Są kluczowym elementem profilaktyki pierwotnej i podstawą metodą zapobiegania chorobom zakaźnym.

Celem szczepień ochronnych jest wywołanie odporności czynnej na zakażenie, u osoby zaszczepionej (odporność indywidualna). Odporność czynna, uzyskana w wyniku prawidłowo przeprowadzonego schematu szczepienia (podstawowego i przypominającego), jest długotrwała. Oprócz odporności indywidualnej, poprzez masowe szczepienia, uzyskuje się odporność grupową, populacyjną.

Dzięki zaszczepieniu ponad 90% ogółu populacji dochodzi do zmniejszenia liczby osób, które mogą być potencjalnym źródłem zakażenia. Jeżeli odporność populacyjna zostaje zakłócona, może nastąpić nawrót epidemii ze wszystkimi konsekwencjami, szczególnie dla osób nie szczepionych.

Zmiany aktów prawnych wprowadzone w roku 2007 spowodowały, że szczepienia ochronne uczniów przestały być wykonywane na terenie szkoły przez pielęgniarki szkolne i w związku z tym cała dokumentacja dotycząca szczepień oraz sprawozdawczość wynikająca z ich prowadzenia zostały usunięte z zakresu zadań pielęgniarki szkolnej. Obecnie szczepienia u dzieci i młodzieży szkolnej są zadaniem realizowanym przez lekarza rodzinnego w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej.

Pielęgniarki szkolne nie mają aktualnie obowiązku zbierania informacji dotyczących przeprowadzonych szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży, które znajdują się pod ich opieką. Warto jednak, by posiadały wiedzę na temat uodpornienia przeciw chorobom zakaźnym uczniów, uczęszczających do szkoły, w której pielęgniarka sprawuje opiekę, dokonując analizy wpisów z książeczki szczepień. W przypadku braku obowiązujących szczepień u ucznia należy zachęcić rodziców, aby zgłosili się ze swoim dzieckiem do poradni, w celu uzupełnienia szczepienia.

W lipcu 2017 Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wystosowało do Ministra Zdrowia pismo, w którym apeluje o podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia obowiązku przedstawienia przed przyjęciem do żłobka, przedszkola oraz szkoły zaświadczenia potwierdzającego wykonanie u dziecka szczepień obowiązkowych. NRL uzasadnia swoją petycję tym, że niewyrażanie zgody na szczepienie swoich dzieci stwarza zagrożenie dla

zdrowia nie tylko tego dziecka, ale również dla innych dzieci mających z nimi kontakt, zwłaszcza w żłobkach, przedszkolach czy szkołach. Stale zwiększająca się liczba rodziców odmawiających szczepienia swoich dzieci oznacza, że obowiązujące rozwiązania legislacyjne są nieskuteczne w egzekwowaniu tego obowiązku.

Jak podkreśla NRL, rozwiązanie to uzasadnione jest interesem publicznym – potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Obowiązek taki stanowiłby również dodatkowy bodziec do poddania szczepieniom dzieci dotychczas niezaszczepionych lub uzupełnienie brakujących szczepień.

Obecnie nie ma podstaw prawnych, aby do przedszkoli i szkół przyjmować tylko dzieci zaszczepione zgodnie z programem szczepień obowiązkowych. Takie kryterium kwalifikacji uczniów nie jest obecnie przewidziane w ustawie o systemie oświaty i byłoby nielegalne, ponieważ ograniczenie konstytucyjnej zasady równego dostępu do edukacji wymaga podstawy prawnej rangi ustawy. Nie ma także instrumentów prawnego przymusu, aby żądać od rodziców okazywania w szkole, przedszkolu czy żłobku książeczki szczepień ich dziecka.

Regulacje prawne, nakładające obowiązek, by dziecko rozpoczynające naukę w szkole było zaszczepione przeciw chorobom zakaźnym, zgodnie z krajowymi programami szczepień istnieją w niektórych krajach Europy (Włochy, Francja) także w Stanach Zjednoczonych.

Pielęgniarka powinna mieć aktualną wiedzę na temat kalendarza szczepień ochronnych w Polsce - <http://szczepienia.pzh.gov.pl/kalendarz-szczepien/> oraz znać przepisy regulujące ten zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej. Udzielając uczniom i ich rodzicom informacji o szczepieniach należy opierać się na wiarygodnych, opartych na dowodach naukowych faktach. Wprowadzanie pacjentów w błąd poprzez rozpowszechnianie nieprawdziwych informacji lub kwestionowanie zasadności szczepień jest poważnym naruszeniem norm odpowiedzialności zawodowej i kodeksu etyki pielęgniarki i położnej.

Ważne jest, aby pielęgniarka wykorzystywała cały arsenał środków, które mogą pomóc właściwie wykorzystać posiadaną wiedzę i nie tylko przekonać do szczepień, ale przygotować tak, aby szczepieni byli przygotowani także psychicznie w najkorzystniejszy dla zdrowia sposób.

W codziennej praktyce o bezpieczeństwie szczepień decyduje nie tylko kompetentny personel, ale również rodzice, którzy wierzą w sens szczepień i chcą szczepić swoje dzieci. Należy docierać nie tylko do logiki, ale również do emocji. Jednak nie do lęku, który wprawdzie może wzmocnić świadomość zagrożeń, ale osłabia zaufanie do szczepień, lecz do emocji pozy-

tywnych: do zadowolenia ze zdrowia dziecka, z właściwej troski zarówno rodzicielskiej jak i społecznej oraz do poczucia bezpieczeństwa. Uchybienie tym potrzebom może rodzic wewnętrzny opór, co w konsekwencji może się przełożyć na brak współpracy ze strony rodziców.

Gdzie należy poszukiwać szybkiej i wiarygodnej informacji?

Na pewno nie należy czerpać informacji na temat szczepień z przypadkowych źródeł. Temat szczepień wzbudza ogromne emocje, wiodące do rozpowszechniania niepotwierdzonych informacji przez przypadkowe osoby o nieznanym kompetencjach.

Wybierając wiarygodne źródła informacji na temat szczepień w Internecie zwróćmy uwagę:

- kto jest autorem informacji – czy jest to osoba prywatna, czy znana instytucja zajmująca się tematyką szczepień,
- czy autorzy informacji podpisują się imieniem, nazwiskiem oraz afiliacją jednostki w której pracują,
- czy finansowanie strony jest jasno określone, czy nie zachodzi konflikt interesów,
- jakie są kompetencje autorów do doradzania i edukowania w zakresie szczepień – czy są lekarzami lub badaczami, którzy potrafią ocenić wiarygodność naukową podawanych źródeł,
- czy autorzy informacji podają materiały źródłowe dla swoich informacji i czy są to badania naukowe, o których jest udostępniana informacja w przypisach, bibliografii lub na stronie internetowej,
- czy przedstawione dane są aktualne,
- czy cytowane publikacje są indeksowane przez uznane bazy medyczne, np. Pubmed,
- czy istnieje możliwość łatwego dotarcia do cytowanych źródeł i przeczytania ich,
- czy strona przygotowana jest w profesjonalny sposób, czy linki działają, czy jej zawartość jest aktualizowana,
- czy strona posiada patronat znanych instytucji zaufania publicznego.

Gdzie w Internecie można znaleźć wiarygodne informacje na temat szczepień?

Poniżej przedstawiamy listę stron w języku polskim, gdzie można znaleźć wiarygodne informacje na temat szczepień:

- [Ministerstwo Zdrowia, Departament Matki i Dziecka](#)
- [Główny Inspektorat Sanitarny](#)

- [Zaszczep w sobie chęć szczepienia](#), strona prowadzona przez Główny Inspektorat Sanitarny
- [Polskie Towarzystwo Wakcynologii](#)
- [Szczepienia ochronne](#), strona prowadzona przez Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
- [Medycyna praktyczna/Szczepienia](#), jedna ze stron portalu Medycyna Praktyczna, zawiera informacje dla lekarzy i pielęgniarek
- <http://www.mp.pl/szczepienia/>
- Strony Stacji Sanitarno- Epidemiologicznych
- [Szczepienia.info](#), portal prowadzony przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
- Strona kampanii „[Zaszczep się wiedzą](#)”, gdzie znajdują się aktualne informacje na temat szczepień oraz wywiady z ekspertami.

Literatura uzupełniająca:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. 2007 nr 56 poz. 379)
2. <http://www.mp.pl/szczepienia/prawo/zapytajprawnika/122552,nieszczepione-dzieci-w-placowkach-opiekunczych-i-oswiatowych> odczytano 12.07.2017.
3. <http://www.mp.pl/szczepienia/aktualnosc/168048,nrl-przedszkola-i-szkoly-tylko-dla-zaszczepionych-dzieci> odczytano 12.07.2017 r.

**STANDARDY
POSTĘPOWANIA
I METODYKA
PRACY
PIEŁĘGNIARKI
SZKOLNEJ**

pod redakcją
Wisławy Ostręgi
i Anny Oblacińskiej



**Instytut
Matki i Dziecka**