



Instytut
Matki i Dziecka

EDUKACJA ZDROWOTNA w środowisku nauczania i wychowania

Przewodnik dla pielęgniarek, pielęgniarzy
oraz higienistek szkolnych

Pod redakcją:

Kamili Faleńczyk, Kamili Zawady, Anny Dzielskiej

Warszawa 2024

Edukacja zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania.
Przewodnik dla pielęgniarek, pielęgniarzy oraz higienistek szkolnych

Publikacja opracowana na zlecenie Ministerstwa Zdrowia jako produkt 2.
w ramach umowy Nr 4/1/2024/85195/106/31

Korekta: Martyna Bójko

Opracowanie graficzne: Paulina Kalinowska

Cytowanie z odwołaniem do źródła:

Faleńczyk, K., Zawada, K., Dzielska, A. (red.). (2024). Edukacja zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania. Przewodnik dla pielęgniarek, pielęgniarzy oraz higienistek szkolnych. Instytut Matki i Dziecka.

ISBN 978-83-67708-15-9

©Copyright by Instytut Matki i Dziecka

Powielanie, kopiowanie, przedruk dozwolone po podaniu źródła

**Edukacja zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania.
Przewodnik dla pielęgniarek, pielęgniarzy oraz higienistek szkolnych**

Redakcja:

Kamila Faleńczyk, Kamila Zawada, Anna Dzielska

Autorzy i Autorki:

Damian Czarnecki - dr hab. n. med. i n. o zdr., mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, kierownik Katedry Pielęgniarstwa Zachowawczego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; pielęgniarz w Oddziale Leczenia Uzależnień, Klinika Psychiatrii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy; w latach 2018-2023 krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.

Anna Dzielska - dr n. społ., mgr zdrowia publicznego i mgr pedagogiki, specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego oraz edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia; adiunkt i kierownik Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie; współkoordynator badań Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) w Polsce, członek sieci badawczej WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI).

Kamila Faleńczyk - dr n. med., mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarka w Pracowni Medycyny Szkolnej Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie; adiunkt w Katedrze Pielęgniarstwa Zachowawczego, Collegium Medicum Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Ewa Kobos - dr hab. n. med. i n. o zdr., mgr pielęgniarstwa, mgr pedagogiki, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, adiunkt w Zakładzie Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Magdalena Korzycka - mgr politologii, specjalista zdrowia publicznego oraz specjalista promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, asystent naukowy w Zakładzie Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie; członek zespołu sieci badawczej WHO COSI.

Alicja Kraszkiewicz - mgr pielęgniarstwa, ratownik medyczny, pielęgniarka w Pracowni Medycyny Szkolnej Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, przewodnicząca sekcji pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania przy Warszawskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania.

Anna Leńczuk-Gruba - dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, mgr pedagogiki specjalność edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, adiunkt w Zakładzie Rozwoju Pielęgniarstwa Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Marta Lewicka - dr n. med., mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego oraz pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, adiunkt w Katedrze Pielęgniarstwa Zachowawczego, Collegium Medicum Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; pielęgniarka w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego dla województwa kujawsko-pomorskiego.

Katarzyna Lewtak - dr n. med., specjalista zdrowia publicznego, adiunkt w Zakładzie Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny; specjalista w Zakładzie Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób Przewlekłych w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH-PIB; członek zespołu ekspertów ds. przygotowania programu specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego dla lekarzy i lekarzy dentystów oraz zdrowia publicznego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej dla zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia; członek European Society For Pediatric Infectious Diseases, Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, TWIG EuroHealthNet - European Partnership for Improving Health, Equity & Wellbeing.

Katarzyna Nowakowska - mgr pedagogiki, kierownik Wydziału Edukacji Włączającej Ośrodka Rozwoju Edukacji w Warszawie, ekspert merytoryczny ds. specjalnych potrzeb edukacyjnych oraz szkoleń i doradztwa dla kadr poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego i kadr edukacji włączającej, diagnosta i terapeuta dzieci ze zróżnicowanymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi, były dyrektor poradni psychologiczno-pedagogicznej, trener VCC.

Katarzyna Okulicz-Kozaryn, dr n. hum., mgr psychologii, specjalista promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, adiunkt w Zakładzie Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka; członek zespołu sieci badawczej HBSC.

Mariola Pietrzak - dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, adiunkt w Zakładzie Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny; konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla województwa mazowieckiego, przewodnicząca Sekcji Pielęgniarskiej Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Agnieszka Pluta - dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego; adiunkt w Katedrze Pielęgniarstwa Zachowawczego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania.

Joanna Pruban - mgr psychologii, mgr pedagogiki, neuropsycholog oraz specjalista psychoonkolog, psycholog w Poradni Psychoonkologicznej oraz Poradni Zdrowia Psychicznego, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie; członek Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego i członek Zarządu Stowarzyszenia Chorych na Mięśniaki i Czerniaki Sarcoma, działającego na rzecz chorych onkologicznie, autorka szkoleń, warsztatów związanych z poprawą jakości komunikacji w relacji lekarz - pacjent, szkoleń dotyczących poprawy jakości życia w zdrowiu i chorobie.

Zofia Sienkiewicz - dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa, specjalista w zakresie nauczania zdrowia publicznego oraz specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, adiunkt w Zakładzie Rozwoju Pielęgniarstwa Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Kamila Zawada - mgr pielęgniarstwa, pielęgniarka w Pracowni Medycyny Szkolnej Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

Recenzentki:

Dr hab. n. med. Anna Oblacińska - Specjalista w dziedzinie pediatrii i medycyny szkolnej, emerytowana prof. Instytutu Matki i Dziecka.

Prof. dr hab. n. med i n. zdr. Barbara Ślusarska - Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Katedra Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

„Przestawiony do recenzji podręcznik pod red. Kamili Faleńczyk, Kamili Zawady, Anny Dzielskiej pt. „Edukacja zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania. Przewodnik dla pielęgniarek, pielęgniarzy oraz higienistek szkolnych” jest nowoczesną pracą zbiorową, uwzględniającą aktualne potrzeby i wyzwania w obszarze zdrowia i edukacji dzieci i młodzieży szkolnej. Opracowało ją kilkunastu zaproszonych przez Redaktorów wydania specjalistów z różnych dziedzin: nauk medycznych, psychologii, pedagogiki i zdrowia publicznego. Podręcznik składa się z pięciu rozdziałów, z uszczegółowieniem przedstawianych treści w podrozdziałach. Poprzedzone są one zwięzłymi wprowadzeniami, które mają wzbudzić zainteresowanie czytelnika problematyką przedstawioną w danym rozdziale. Poparte są one wynikami najnowszych badań przekrojowych, prowadzonych przez różne ośrodki naukowo-badawcze i organizacje pozarządowe, raportami WHO czy krajowymi raportami NIK. (...) W podsumowaniu należy podkreślić, że ze względu na zawartość i sposób opracowania opiniowanej publikacji, można z powodzeniem uznać ją również za formę podręcznika akademickiego, który mógłby być zalecany jako lektura uzupełniająca dla studentów wydziałów pielęgniarstwa oraz zdrowia publicznego”.

Dr hab. n. med. Anna Oblacińska

Specjalista w dziedzinie pediatrii i medycyny szkolnej
Emerytowana prof. Instytutu Matki i Dziecka.

„Konkludując, w ujęciu całościowym publikacja pt. „Edukacja zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania. Przewodnik dla pielęgniarek, pielęgniarzy oraz higienistek szkolnych” pod redakcją Kamili Faleńczyk, Kamili Zawady, Anny Dzielskiej została dobrze zaprojektowana, wychodzi naprzeciw oczekiwaniom pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania, higienistek szkolnych, może także stanowić wsparcie merytoryczne dla nauczycieli włączonych w realizację przedmiotu Edukacja zdrowotna. Jest to jedno z niewielu opracowań w obszarze medycyny szkolnej, stanowiące przewodnik wspierający merytoryczne przygotowanie do realizacji edukacji zdrowotnej wobec globalnych zagrożeń zdrowotnych dzieci i młodzieży. Jednocześnie doceniając dotychczasowe działania praktyczne pielęgniarek szkolnych w opiece profilaktycznej i edukacji zdrowotnej uczniów, można żywić nadzieję, że recenzowana publikacja będzie znaczącą pomocą w profesjonalizacji i rozwoju praktyki pielęgniarstwa w gabinecie profilaktyki szkolnej”.

Prof. dr hab. n. med i n. zdr. Barbara Ślusarska

Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego,
Katedra Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny
w Lublinie.

Przedmowa

Oddajemy w Państwa ręce pigułkę nowoczesnej wiedzy, która ma być pomocna w realizacji bardzo ważnego obszaru Państwa aktywności zawodowej, jakim jest edukacja zdrowotna polskich uczniów.

„Edukacja zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania” – już tytuł „Przewodnika dla pielęgniarek, pielęgniarzy oraz higienistek szkolnych” przygotowany przez zespół Instytutu Matki i Dziecka sugeruje, że to przestrzeń nie tylko do nauczania, ale również wychowywania dzieci i młodzieży szkolnej. Edukacja zdrowotna to przekazywanie informacji, lecz także wzmacnianie motywacji, umiejętności i własnej skuteczności niezbędnych do dokonywania właściwych wyborów i podejmowania decyzji służących zdrowiu. Współczesny świat ze swoją dynamiką zmian i stawianiem nowych wyzwań dotyczących zagrożeń środowiskowych, ale także nowych rodzajów zachowań ryzykownych, pogorszenia kondycji psychicznej populacji, rosnącej liczby osób z chorobami przewlekłymi, w tym chorobą otyłościową, zagrożeń epidemicznych globalnego świata w erze po pandemii COVID-19 stawia szczególne zadania wobec osób pełniących rolę edukatorów zdrowotnych. Edukator zdrowotny oprócz podstaw teoretycznych, powinien posiadać odpowiednie predyspozycje i umiejętności, które odnoszą się do społecznych, środowiskowych i ekonomicznych uwarunkowań zdrowia.

Zgodnie z definicją zaproponowaną przez nestorkę polskiej edukacji zdrowotnej, autorkę kolejnych edycji podręcznika, prof. Barbarę Woynarowską - Edukacja zdrowotna - to całościowy proces uczenia się ludzi, jak żyć, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych; a w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki. Obecnie poszerza się jeszcze postrzeganie edukacji zdrowotnej, sytuując człowieka jako element całego ekosystemu.

Ważną rolę w kształtowaniu postaw prozdrowotnych dzieci i młodzieży przypisano pielęgniarkom szkolnym – jedynym przedstawicielkom zawodów medycznych obecnych stale w systemie edukacji w Polsce. Główną podstawę prawną określającą zakres działań pielęgniarek szkolnych w edukacji zdrowotnej stanowi ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r. poz. 1078). Przewodnik przedstawia ten i inne akty prawne określające i regulujące rolę pielęgniarek szkolnych w edukacji zdrowotnej w szkołach.

Oddany do Państwa rąk podręcznik, przewodnik prowadzi czytelnika przez główne zagadnienia, jak prawidłowo komunikować się z uczniem w edukacji

zdrowotnej, opisuje główne globalne zagrożenia zdrowotne, również najczęstsze choroby zakaźne, uwzględniając sposób postępowania z uczniami dotkniętymi tymi schorzeniami. Porusza też różnego rodzaju współczesne problemy psychiczne dzieci i młodzieży i nowe podejście do zachowań uzależniających, wskazując jednocześnie możliwe działania pielęgniarki szkolnej w tym zakresie. Podobnie autorzy odnoszą się do niezwykle trudnego zagadnienia przemocy wobec dzieci, z uwzględnieniem działań prewencyjnych.

Bardzo wartościową część Przewodnika stanowią rozdziały poświęcone metodyce pracy w edukacji zdrowotnej uwzględniające procesy ewaluacyjne podejmowanych działań. To duża porcja nowoczesnej wiedzy o tym, jak najlepiej uczyć i motywować do tak zwanych zdrowych wyborów i zachowań.

Rozdział Przewodnika opisujący wykorzystanie nowych technologii informacyjnych i sztucznej inteligencji w edukacji zdrowotnej jest gotowym materiałem warsztatowym do natychmiastowego wdrożenia w pracy. Niezwykle dynamicznie rozwijający się obszar, potencjalnie bardzo przydatny w pracy pielęgniarki szkolnej, został potraktowany szeroko i zawiera zarówno opisy, jak i przykłady nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych dedykowanych edukacji zdrowotnej. Wymienione są również opracowane już i dostępne narzędzia sztucznej inteligencji (AI) możliwe do wykorzystania w edukacji zdrowotnej. Zastosowanie nowych technologii nie tylko wprowadza ramy lepszej komunikacji z uczniami, ale tworzy również nowe atrakcyjne przestrzenie działań dla samych pielęgniarek.

W Przewodniku szczegółowo potraktowano również zagadnienia postępowania pielęgniarki szkolnej z uczniami o szczególnych potrzebach, w tym uczniami ze schorzeniami ze spektrum autyzmu, co stanowi duże wyzwanie dla edukatorów zdrowotnych.

Życząc Państwu nie tylko ciekawej lektury, ale przede wszystkim praktycznego wykorzystania „Edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania”, mam nadzieję na poprawę wskaźników zdrowia u polskich uczniów dzięki podjętym przez Państwa działaniom.

Prof. dr hab. med. i n. o zdr. **Anna Fijałkowska**
kierownik Zakładu Kardiologii, z-ca dyrektora Instytutu Matki i Dziecka ds. Nauki.

SPIS TREŚCI

Przedmowa	6
1. Współczesne uwarunkowania edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania	12
1.1. Podstawy prawne realizacji edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania - Kamila Zawada	12
1.2. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej	15
1.3. Rola pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w realizacji edukacji zdrowotnej - Kamila Faleńczyk	17
1.3.1. Kompetencje pielęgniarki szkolnej w kontekście edukacji zdrowotnej	21
1.3.2. Formy edukacji zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarkę szkolną	25
2. Komunikacja interpersonalna jako skuteczny element edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania - Joanna Pruban	33
2.1. Znaczenie komunikacji w środowisku nauczania i wychowania	34
2.2. Podstawy teoretyczne komunikacji w edukacji zdrowotnej	35
2.3. Rodzaje komunikacji: werbalna i niewerbalna	36
2.4. Bariery komunikacyjne w edukacji zdrowotnej i sposoby ich pokonywania	38
2.5. Rola pielęgniarki szkolnej w komunikacji z uczniami	40
2.6. Komunikacja motywująca do zdrowia	42
2.7. Techniki motywacyjne w komunikacji interpersonalnej z uczniem	44
2.8. Współpraca pielęgniarki z pracownikami szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej	45
3. Aktualne wyzwania edukacji zdrowotnej wynikające z globalnych zagrożeń zdrowotnych dzieci i młodzieży	48
3.1. Zagrożenia zdrowotne uczniów w kontekście kryzysu pandemicznego - Magdalena Korzycka	48
3.1.1. Wpływ pandemii COVID – 19 na codzienne funkcjonowanie uczniów	48
3.1.2. Główne zagrożenia zdrowotne uczniów	48
3.1.3. Rola pielęgniarki szkolnej w edukacji zdrowotnej uczniów w kontekście kryzysu pandemicznego	51
3.2. Choroby cywilizacyjne (niezakaźne) - Agnieszka Pluta	55
3.2.1. Nadwaga i otyłość	55

3.2.2. Nadciśnienie tętnicze	58
3.2.3. Cukrzyca	61
3.2.4. Rola pielęgniarki w edukacji uczniów z chorobami niezakaźnymi	64
3.3. Problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży - Damian Czarnecki	67
3.3.1. Depresja	67
3.3.2. Zaburzenia lękowe	69
3.3.3. Samookaleczenia	71
3.3.4. Próby samobójcze	72
3.3.5. Rola pielęgniarki w edukacji i wsparciu dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego	74
3.4. Zachowania uzależniające - Katarzyna Okulicz-Kozaryn	79
3.4.1. Nowe ujęcie problemu	79
3.4.2. Używanie substancji psychoaktywnych z perspektywy rozwoju dzieci i młodzieży	80
3.4.3. E-papierosy i inne formy używania nikotyny	81
3.4.4. Nadmierne korzystanie z internetu i mediów społecznościowych	82
3.4.5. Rola pielęgniarki szkolnej	82
3.5. Przemoc wobec dzieci - Marta Lewicka	84
3.5.1. Definicje przemocy	84
3.5.2. Skala problemu przemocy wobec dzieci	85
3.5.3. Zapobieganie przemocy względem dzieci	86
3.5.4. Rola pielęgniarki szkolnej w profilaktyce i diagnozie krzywdzenia dzieci i młodzieży	92
3.6. Choroby zakaźne - Katarzyna Lewtak	94
3.7. Kryzysy humanitarne i ich następstwa - Katarzyna Lewtak	99
4. Podstawy metodyczne edukacji zdrowotnej	106
4.1. Etapy procesu edukacji zdrowotnej - Ewa Kobos	106
4.2. Rozpoznanie potrzeb edukacyjnych	109
4.2.1. Potrzeby edukacyjne	109
4.2.2. Metody gromadzenia danych o potrzebach edukacyjnych	111
4.2.3. Identyfikacja grupy docelowej	115

4.3. Diagnozy pielęgniarskie związane z potrzebami edukacyjnymi	116
4.4. Planowanie edukacji zdrowotnej	119
4.4.1. Cele ogólne edukacji zdrowotnej	119
4.4.2. Cele szczegółowe - oczekiwane efekty edukacji (cele operacyjne)	119
4.4.3. Identyfikacja zasobów - Anna Leńczuk-Gruba	126
4.4.4. Formy organizacyjne zajęć - Zofia Sienkiewicz	127
4.4.5. Metody nauczania - Zofia Sienkiewicz	130
4.4.6. Środki dydaktyczne - Anna Leńczuk-Gruba	142
4.4.7. Ewaluacja - Anna Leńczuk-Gruba	144
4.4.8. Wykorzystanie nowych technologii/sztucznej inteligencji w edukacji zdrowotnej - Mariola Pietrzak	145
4.5. Opracowanie planu edukacji zdrowotnej i przykład jego realizacji	152
4.5.1. Schemat scenariusza zajęć - Anna Leńczuk-Gruba, Ewa Kobos	152
4.5.2. Pierwsza pomoc - zajęcia realizowane w klasach 1-3. - Alicja Kraszkiewicz	155
4.6. Ewaluacja w procesie edukacji zdrowotnej - Anna Leńczuk-Gruba	157
4.6.1. Uczestnicy ewaluacji	172
4.6.2. Etapy ewaluacji	173
4.6.3. Przykłady narzędzi do ewaluacji zajęć edukacji zdrowotnej w szkole	176
5. Specyfika edukacji zdrowotnej uczniów ze specjalnymi potrzebami - Katarzyna Nowakowska	188
5.1. Zadania realizowane przez pielęgniarkę szkolną wpisujące się w działania włączające szkoły	191
5.2. Funkcjonowanie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną	192
5.2.1. Zachowania uczniów z niepełnosprawnością intelektualną	193
5.2.2. Wsparcie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną	195
5.3. Funkcjonowanie uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu	195
5.3.1. Zachowania uczniów z ASD	197
5.3.2. Wsparcie uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu	199
5.4. Funkcjonowanie uczniów z ADHD	200
5.4.1. Trudności i potrzeby uczniów z ADHD	201
5.4.2. Wsparcie uczniów z ADHD	202

5.5. Funkcjonowanie uczniów z dysfunkcją wzroku	203
5.5.1. Następstwa funkcjonalne u uczniów z dysfunkcją wzroku	203
5.5.2. Wsparcie uczniów z dysfunkcją wzroku	204
5.6. Funkcjonowanie uczniów z niepełnosprawnością słuchu	204
5.6.1. Zachowania uczniów z deficytami słuchu	205
5.6.2. Wsparcie uczniów z deficytami słuchu	205
5.7. Funkcjonowanie uczniów z chorobami przewlekłymi	206
5.8. Podsumowanie	206

1. WSPÓŁCZESNE UWARUNKOWANIA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W ŚRODOWISKU NAUCZANIA I WYCHOWANIA

1.1. Podstawy prawne realizacji edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania

Kamila Zawada

Zgodnie z zapisami obowiązujących przepisów prawa pielęgniarka/pielęgniarz środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna, sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami, objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki - od oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych do ostatniej klasy szkoły ponadpodstawowej (Zarządzenie Prezesa NFZ, 2022). Jeden z jej elementów stanowi edukacja zdrowotna. Jej realizację przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania regulują liczne akty normatywne. Główną podstawę prawną określającą jej zakres stanowi **ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r. poz. 1078)**. Definiuje ona w art. 2 ust. 4 cele opieki zdrowotnej nad uczniami jako: „ochronę zdrowia uczniów, w tym zdrowia jamy ustnej oraz kształtowanie u uczniów postaw prozdrowotnych oraz odpowiedzialności za własne zdrowie”. Ustawa ta precyzuje sposób ich realizacji poprzez m.in. „edukację zdrowotną i promocję zdrowia, w tym aktywności fizycznej i sportu oraz prawidłowego żywienia”.

Ponadto rozdział 3. w/w ustawy wskazuje jako jedno z zadań pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, integrację opieki zdrowotnej nad uczniami, która odbywa się poprzez współpracę z innymi pracownikami ochrony zdrowia, tj.: zespołem podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzem dentystą. Ustawodawca precyzuje, że jednym z elementów ich współdziałania w obszarze medycyny szkolnej jest „podejmowanie wspólnych działań w zakresie profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacja czynników ryzyka i zagrożeń zdrowotnych” (w tym w zakresie zdrowia jamy ustnej).

Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r. poz. 1078) wskazuje także na konieczność współdziałania pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolnej z rodzicami uczniów oraz dyrekcją, nauczycielami i pedagogiem szkolnym w obszarze edukacji zdrowotnej. Konieczność realizacji takiej współpracy definiuje również **ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. 2024 poz. 737, z późn. zm.)**. Powyższy akt prawny precyzuje, że polega ona m.in. na udziale osoby sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w zebraniach rodziców, rady rodziców lub rady pedagogicznej „w celu dokonania analizy zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia dzieci i młodzieży (z uwzględnieniem prawa do tajemnicy o stanie zdrowia uczniów)” oraz podejmowaniu wspólnych działań wraz z innymi pracownikami placówki oświatowej w „zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz rozpoznanych czynników ryzyka dla zdrowia uczniów danej szkoły”.



Rycina 1. Współpraca w zakresie edukacji zdrowotnej skierowanej do uczniów w środowisku nauczania i wychowania

Kolejny akt prawny determinujący realizację edukacji zdrowotnej przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania stanowi **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427, z późn. zm.)**.

Zawarty w nim załącznik 4. zawiera wykaz świadczeń gwarantowanych, do których udzielania są zobowiązane pielęgniarki szkolne w środowisku nauczania i wychowania, oraz warunki ich realizacji. Rozporządzenie to definiuje, że należą do nich m.in. „edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej oraz udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej”. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania ma możliwość prowadzenia edukacji zdrowotnej również przy okazji realizacji pozostałych świadczeń z zakresu medycyny szkolnej, takich jak: opieka nad uczniami z problemami zdrowotnymi, nagłymi zachorowaniami lub urazami, prowadzenie postępowania poprzemieszowego i opieka nad dziećmi i młodzieżą z dodatnimi wynikami testów przesiewowych, chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnościami.

Ponadto **§32. ust. 1 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 79/2022/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna** określa, że wykonywanie wskazanych w w/w rozporządzeniu świadczeń stanowi przedmiot umowy o udzielanie świadczeń z zakresu medycyny szkolnej, która jest zawierana przez podmiot sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) i finansowana z jego budżetu.

Warto podkreślić, że informacje dotyczące świadczeń z zakresu edukacji zdrowotnej są również zawarte w ogólnych przepisach prawa, regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki w Polsce. Ich fundament stanowi **ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2024 poz. 814, z późn. zm.)**. Art. 4. ust. 1 pkt 7. tego aktu prawnego określa, że realizacja edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowia należy do świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki.

Również **kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej (załącznik do uchwały nr 18 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 maja 2023 r.)** wyszczególnia art. 33 dotyczący promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Prawodawca wskazuje obowiązek realizacji przez pielęgniarkę promocji zdrowia oraz edukacji zdrowotnej, w tym czynności mających na celu promowanie zdrowego stylu życia i postaw proekologicznych.

- 1 Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami
(Dz. U. 2019 r. poz 1078)
- 2 Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U. 2024 poz 737, z późn. zm.)
- 3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
(Dz. U. 2023 poz 1427, z późn. zm.)
- 4 Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 79/2022/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna
- 5 Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej
(Dz.U. 2024 poz. 814, z późn. zm.)
- 6 Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej
(załącznik do uchwały nr 18 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 maja 2023 r.)

Rycina 2. Akty prawne regulujące realizację edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania

1.2. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej

Kamila Zawada

Treści nauczania związane z edukacją zdrowotną zostały włączone do podstawy programowej szkolnictwa ogólnego we wszystkich typach szkół w 1997 roku (Dz. Urz. MEN 1997, Nr 5, poz. 23). W kolejnych latach zmianie ulegało usytuowanie edukacji zdrowotnej w programach nauczania od wydzielenia odrębnej ścieżki edukacyjnej - „edukacja prozdrowotna” (Dz. U. 1999, Nr 14, poz. 129) i nałożenie na placówki oświatowe obowiązku przygotowywania programów profilaktyki (Dz. U. 2002, Nr 10, poz. 96), do włączenia jej zakresu do zadań szkoły, realizowanych w ramach kształcenia ogólnego (Dz.U. 2009 Nr 4 poz. 17 z późn. zm.).

Treści nauczania związane z edukacją zdrowotną są aktualnie obecne w podstawach programowych na wszystkich etapach nauczania dzieci i młodzieży oraz we wszystkich typach szkół. Są one realizowane w toku programów kilku przedmiotów szkolnych (Dz.U. 2024 poz. 1019, Dz.U. 2024 poz. 996). Najwięcej zagadnień związanych z edukacją zdrowotną znajduje się w podstawie programowej wychowania fizycznego (Woynarowska M., Woynarowska B., 2022).

Placówki oświatowe posiadają także możliwość realizacji edukacji zdrowotnej w ramach uczestniczenia w programach lub projektach związanych z tematyką kształtowania i wzmacniania zdrowia dzieci i młodzieży, zaprojektowanych przez organizacje zewnętrzne, takie jak fundacje, stowarzyszenia, samorządy lub instytucje państwowe itp. O ich realizacji w danej szkole decyduje dyrektor lub organ prowadzący placówkę oświatową, a rodzice lub opiekunowie prawni, bądź pełnoletni uczniowie, muszą wyrazić uprzednią zgodę na udział dzieci lub ich samych w danym programie. Nie istnieje jednak ogólnokrajowy system monitorowania liczby realizowanych projektów i uczniów, którzy wzięli w nich udział, ich zakresu treści oraz ich skuteczności (NIK, 2017; Woynarowska M., Woynarowska B., 2022). Takie dane mogą być zbierane odrębnie dla każdego programu edukacji zdrowotnej. Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolne – jako jedyni pracownicy ochrony zdrowia w szkole – są często zapraszane przez autorów programów do ich realizacji lub do współpracy w tym zakresie z innymi pracownikami danej szkoły.

W trakcie przygotowania powyższej publikacji trwały prace zespołu ekspertów (powołanego we współpracy Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Sportu i Turystyki) nad opracowaniem podstawy programowej wyodrębnionego przedmiotu - edukacja zdrowotna. Następnie uzgodniony projekt zmian rozporządzeń, wprowadzających jego treści do toku nauczania, został opublikowany na stronie Rządowego Centrum Legislacji oraz skierowany do konsultacji społecznych (Ministerstwo Edukacji Narodowej, 2024).

Włączenie przedmiotu „edukacja zdrowotna” do podstawy programowej jest zaplanowane na początek roku szkolnego 2025/2026. Będzie on skierowany do uczniów szkół podstawowych (w klasach IV-VIII – w wymiarze 1 godziny tygodniowo) oraz szkół ponadpodstawowych (w klasach I-III – w wymiarze 2 godzin w cyklu kształcenia) i ma zastąpić, realizowane obecnie, wychowanie do życia w rodzinie (Ministerstwo Edukacji Narodowej, 2024). Zakres proponowanych w rozporządzeniach treści przedmiotu „edukacja zdrowotna” obejmuje tematykę 10 obszarów, tj.: wartości i postawy, zdrowie fizyczne, aktywność fizyczna, odżywianie, zdrowie psychiczne, zdrowie społeczne, dojrzewanie, zdrowie seksualne, zdrowie środowiskowe oraz internet i profilaktyka uzależnień. Autorzy projektu podkreślają, że ze względu na różnorodność i specyfikę poszczególnych obszarów tematycznych, zawartych w podstawie programowej edukacji zdrowotnej, za istotne i cenne działanie wskazują zapraszanie do wsparcia w ich realizacji specjalistów, np. pielęgniarek szkolnych, lekarzy, terapeutów, dietetyków,

ekspertów zdrowia publicznego oraz nauczycieli innych pokrewnych przedmiotów (Rządowe Centrum Legislacji, 2024).

Pomimo planowanego wprowadzenia w szkołach nowego przedmiotu, zadania pielęgniarki szkolnej związane z edukacją zdrowotną nie zmieniają się, a jej działania z tego zakresu regulują akty prawne wymienione w podrozdziale 1.1. Istotne jest, aby pielęgniarka szkolna (lub inni szkolni specjaliści), na etapie diagnozy potrzeb i planowania edukacji zdrowotnej, konsultowali zakres swoich działań ze środowiskiem szkoły, zwłaszcza z osobą, która będzie prowadziła lekcje edukacji zdrowotnej, aby treści przekazywane przez nich były komplementarne z treściami realizowanymi w ramach tego przedmiotu.

1.3. Rola pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w realizacji edukacji zdrowotnej

Kamila Faleńczyk

Jednym z najistotniejszych wyzwań dla aktualnego systemu edukacji jest rozwój u uczniów umiejętności dokonywania wyborów prozdrowotnych. Jest to zadanie, które powinno być realizowane przez szkołę w ramach edukacji zdrowotnej umożliwiającej dzieciom oraz młodzieży nabycie wiedzy i umiejętności niezbędnych do kształtowania zachowań korzystnych dla zdrowia.

W literaturze funkcjonuje wiele definicji edukacji zdrowotnej. Autorzy na potrzeby tej publikacji będą opierać się na definicji, którą zaproponowała w 2007 roku Barbara Woynarowska.

EDUKACJA ZDROWOTNA to całonizyczny proces uczenia się ludzi, jak żyć, aby:

- zachować i doskonalić zdrowie własne i innych;
- a w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki.

(Woynarowska, 2007).

Edukacja zdrowotna jest istotnym narzędziem wykorzystywanym zarówno w promocji zdrowia jak i na wszystkich poziomach profilaktyki. Stanowi ona długotrwały proces i wchodzi płynnie w kontinuum zmieniających się stanów zdrowia i choroby, jako stały element wszystkich wymiarów funkcjonowania człowieka.

Przyjmując, że zdrowie we wszystkich okresach życia jest kategorią dynamiczną, dzieci i młodzież należy:

- uczyć, jak zdrowo żyć (prowadzić edukację zdrowotną);
- zwiększać, doskonalić, pomnażać potencjał zdrowotny (promować zdrowie);
- chronić zdrowie (zapobiegać chorobom poprzez profilaktykę);
- przywracać zdrowie, czyli leczyć, gdy pojawia się choroba (rehabilitować) (Wolny, 2019).

Od lat uznaje się, że systematyczna edukacja zdrowotna jest najbardziej opłacalną, długofalową inwestycją w zdrowie społeczeństwa. Liczne badania potwierdzają wysoki poziom korzyści z realizacji promocji zdrowia i profilaktyki chorób, nie tylko poprzez obniżenie przyszłych kosztów opieki zdrowotnej, lecz także poprawę produktywności i ograniczenie kosztów w innych sektorach. Inwestowanie w zdrowie zostało włączone przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) do Celów Zrównoważonego Rozwoju (Dyakova i in., 2017). Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) zaleca kompleksowe podejście do zdrowia obejmujące zarówno polityki ukierunkowane na całą populację, jak i na małe społeczności. Szkoła jest siedliskiem, w którym można w bardzo różnorodny i systemowy sposób wpływać na kształtowanie właściwych zachowań zdrowotnych uczniów oraz umożliwić praktykowanie ich w codziennym życiu. Szkoła może również zachęcać rodziców do zmiany postaw i kształtowania zdrowych nawyków w środowisku rodzinnym (Woynarowska i in., 2019). WHO uznając związek między zdrowiem i edukacją oraz dostrzegając potencjał szkół w zakresie kształtowania postaw prozdrowotnych, w 1995 roku uruchomiła Światową Inicjatywę na Rzecz Zdrowia w Szkole (Global School Health Initiative). Celem Inicjatywy było wzmocnienie pozycji promocji zdrowia w szkołach (WHO, 2021).

Przez wiele lat w procesie edukacji zdrowotnej dominowało podejście proso-matyczne, tzn. skoncentrowane głównie na zdrowiu fizycznym i umiejętnościach potrzebnych do jego utrzymania (w zakresie higieny, żywienia itp.). Natomiast obecnie WHO oraz UNICEF proponują nowe podejście zorientowane również na rozwój umiejętności dotyczących zdrowia psychospołecznego, tzw. umiejętności życiowych (ang. *life skills*). W 1993 r. WHO po raz pierwszy zdefiniowało umiejętności życiowe i uznało je jako „umiejętności (zdolności) umożliwiające człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, które pozwalają efektywnie radzić sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia” (WHO, 1994).

Kształtowanie umiejętności życiowych powinno opierać się na podejściu od-
rzucającym wyłącznie przekazywanie informacji i koncentrować się przede
wszystkim na równowadze między trzema elementami: wiedzą, wartościami
i umiejętnościami.

Światowa Organizacja Zdrowia wyróżnia trzy podstawowe grupy umiejęt-
ności życiowych:

- **Umiejętności interpersonalne:** komunikowanie się werbalne i niewerbalne, negocjacje, asertywność, budowanie empatii, współpraca w grupie.
- **Podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie:** gromadzenie informacji, ocena różnych rozwiązań problemów z uwzględnieniem przewidywania konsekwencji dla siebie i innych, analiza wpływu wartości i postaw na motywy działania własne i innych.
- **Kierowanie sobą:** budowanie poczucia własnej wartości, samoświadomości w zakresie własnych praw, postaw, wyznawanych wartości, mocnych i słabych stron, określanie celów, samoobserwacja i samoocena, kierowanie emocjami, radzenie sobie ze stresem.

Umiejętności życiowe są łączykiem pomiędzy wiedzą, postawami i wartościami, a pozytywnymi zachowaniami zdrowotnymi oraz stanowią kluczowy element profilaktyki problemów zdrowotnych i społecznych dzieci i młodzieży (WHO, 2002; Kamecka-Krupa, 2023).

W 2021 roku WHO opracowało dla państw członkowskich (jest ich 194, w tym Polska) katalog obejmujący 87 świadczeń sklasyfikowanych jako niezbędne lub odpowiednie w opiece zdrowotnej nad uczniami. Z ogółu proponowanych interwencji WHO wyszczególniło 16 działań w zakresie promocji zdrowia oraz edukacji zdrowotnej, które powinny być realizowane w szkołach na całym świecie. Zgodnie z wytycznymi WHO promocja zdrowia powinna dotyczyć następujących obszarów:

- promowania szybkiego poszukiwania opieki u odpowiedniego świadczeniodawcy;
- promowania świadomości zdrowotnej;
- promocji higieny osobistej i mycia rąk mydłem;
- promocji higieny jamy ustnej;
- promocji ograniczenia spożycia cukru i napojów słodzonych cukrem;
- promowania zwiększonej aktywności fizycznej i ograniczenia siedzącego trybu życia;

- promocji prawidłowego korzystania z urządzeń elektronicznych, m.in. telewizji, internetu, gier komputerowych;
- promowania odpowiedniego snu;
- promowania odpowiedniej ekspozycji na słońce.

Edukacja zdrowotna skierowana do uczniów powinna być realizowana w zakresie:

- żywienia;
- aktywności fizycznej;
- zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego;
- wsparcia programu nauczania promującego zdrowie;
- zapobiegania powszechnym, niezamierzonym urazom w domu podczas zabawy lub uprawiania sportu oraz na drogach;
- zapobiegania wszelkim formom przemocy (WHO, 2021).

Koncepcja edukacji zdrowotnej w szkole aktualnie ukierunkowana jest na zwiększenie alfabetyzmu zdrowotnego (*health literacy*). Pojęcie alfabetyzmu zdrowotnego jest używane do opisanie zdolności ludzi do poznawania skomplikowanych zagadnień związanych ze zdrowiem we współczesnym świecie i radzeniem sobie z nimi. Istotą *health literacy* jest rozumienie przekazów zdrowotnych, czyli posiadanie przez jednostki zdolności do zasięgania, przetwarzania oraz rozumienia informacji niezbędnych do podejmowania właściwych decyzji zdrowotnych (Dobras, 2016).

W Polsce pojęcie *health literacy* nie ma jednoznacznego tłumaczenia na język polski. Początkowo tłumaczono to pojęcie jako „umiejętność odczytywania/ postrzegania zdrowia”, następnie zaczęto używać sformułowań, takich jak „kompetencje zdrowotne” czy „alfabetyzm zdrowotny” (Woynarowska, 2017).

Fińscy naukowcy w 2012 r. wyróżnili pięć podstawowych komponentów składających się na umiejętności zdrowotne:

- wiedzę teoretyczną (np. znajomość zagadnień związanych ze zdrowiem);
- wiedzę praktyczną (umiejętność wykorzystania wiedzy o zdrowiu w praktyce, np. w zakresie aktywności fizycznej, stosowania zasad higieny, poszukiwania informacji);
- krytyczne myślenie (ocena prawidłowości i autentyczności pozyskiwanych informacji o zdrowiu, umiejętność identyfikacji i rozróżnienia czynników korzystnych oraz niekorzystnych dla zdrowia);

- samoświadomość (zdolność do definiowania własnych myśli, wartości, emocji, przekonań i zachowań oraz ich oceny, umiejętność analizowania swoich mocnych i słabych stron);
- obywatelskość (np. zdolność do brania społecznej odpowiedzialności za zdrowie własne oraz innych, rozumienie skutków swoich działań w kontekście innych osób oraz społeczności) (Paakkari, 2012).

Niski poziom lub brak *health literacy* prowadzi do analfabetyzacji zdrowotnej, czego skutkiem jest gorszy stan zdrowia, zarówno psychiczny i fizyczny. Wśród dzieci i młodzieży występuje często ograniczony poziom *health literacy*, gdyż grupy te nie zostały jeszcze wyposażone w wystarczającą wiedzę zdrowotną oraz posiadają niewielkie doświadczenie w obszarze przetwarzania i wykorzystywania tej wiedzy.

Przekrojowe badanie Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) z 10 krajów Europy, w którym wykorzystano narzędzie Health Literacy for School-Aged Children (HLSAC) wskazuje, że większość nastolatków (67,0%) charakteryzuje się umiarkowanym poziomem *health literacy*. Wśród polskiej młodzieży 9,3% badanych wykazało niski poziom kompetencji zdrowotnych, 75% umiarkowany, a tylko 15,2% miało wysoki poziom HL. Najwyższy poziom *health literacy* występuje wśród młodzieży z Finlandii oraz Macedonii (Paakkari i in., 2020).

1.3.1. Kompetencje pielęgniarki szkolnej w kontekście edukacji zdrowotnej

Współczesna koncepcja edukacji zdrowotnej wymaga zmiany ról edukatora zdrowia i ucznia, zakłada również stosowanie metod aktywizujących, które stwarzają możliwość wykorzystania przez uczniów zdobytej wiedzy w działaniu praktycznym, czyli cyklu uczenia się przez doświadczanie. Pielęgniarka/nauczyciel są przewodnikami uczniów - wspierają ich, zachęcają i motywują do pracy na rzecz własnego zdrowia (Wolny, 2019). Dlatego też osoba, która realizuje edukację zdrowotną w szkole, powinna posiadać określone kompetencje obejmujące:

- specjalistyczną wiedzę w zakresie różnych obszarów zdrowia, jego ochrony oraz umacniania, a także wiedzę dotyczącą specyfiki rozwoju i aktualnych zagrożeń zdrowotnych dzieci i młodzieży w wieku szkolnym;
- wiedzę i umiejętności dydaktyczne w zakresie nauczania i uczenia się;
- umiejętności psychospołeczne w zakresie komunikacji, motywowania uczniów do wprowadzania korzystnych dla zdrowia zmian, a także otwartość na potrzeby innych (Woynarowska, 2017).

Współcześnie zawód pielęgniarki ulega dużym zmianom. Zyskuje on nowy wymiar i rangę, a pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, niezależnie od poziomu wykształcenia uprawniającego do sprawowania opieki profilaktycznej nad uczniami, jest przygotowana do realizacji edukacji zdrowotnej. Ponadto pielęgniarka szkolna, będąc jedyną osobą z wykształceniem medycznym na terenie szkoły, jest doradcą i promotorem zdrowia oraz najbliższym współpracownikiem nauczycieli, którzy prowadzą zajęcia z edukacji zdrowotnej w poszczególnych klasach.

Magister pielęgniarstwa w toku studiów na kierunku pielęgniarstwo pozyskuje wiedzę m.in. w zakresie: zagrożeń zdrowotnych występujących w populacji dzieci w wieku szkolnym oraz związanych ze środowiskiem, zasad promocji zdrowia i profilaktyki chorób, metodyki edukacji zdrowotnej dzieci oraz młodzieży. Absolwent/-ka studiów na kierunku pielęgniarstwo uzyskuje również niezbędne umiejętności do prowadzenia edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania, m.in. w zakresie: wdrażania działań edukacyjnych i promocyjno-profilaktycznych, opracowywania programów edukacyjnych dotyczących działań prozdrowotnych dla różnych grup odbiorców, dobierania metody oraz formy profilaktyki i prewencji chorób, kształtowania zachowań zdrowotnych różnych grup społecznych; przygotowywania materiałów edukacyjnych dla ucznia i jego rodziny, stosowania w ramach poradnictwa zdrowotnego różnych metod edukacji zdrowotnej oraz dostosowywania do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych dostępnych programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (t.j. Dz.U.2021 poz. 755).

Pielęgniarki, które nie posiadają tytułu magistra pielęgniarstwa, a uzyskały uprawnienia do sprawowania opieki profilaktycznej nad uczniami na poziomie kształcenia podyplomowego, również posiadają kompetencje w zakresie edukacji zdrowotnej skierowanej do dzieci i młodzieży oraz ich opiekunów. Modyfikacje systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek są dostosowywane do zapotrzebowania współczesnego pielęgniarstwa oraz pediatrii. Aktualnie opiekę profilaktyczną, w tym edukację zdrowotną, mogą realizować pielęgniarki bez tytułu magistra pielęgniarstwa, które ukończyły lub są w trakcie kursu specjalizacyjnego (specjalizacji) w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego albo pielęgniarki, które ukończyły specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania (Dz.U. 2019 poz. 1078).

Programy kształcenia wymienionych wyżej kursów specjalizacyjnych oraz kursu kwalifikacyjnego obejmują m.in. przygotowanie do różnicowania pojęcia: edukacja zdrowotna, promocja zdrowia i profilaktyka uwzględniająca środowisko nauczania i wychowania; a także przygotowują do planowania działań promujących, edukacyjnych, i profilaktycznych na różnych poziomach prewencji w zakresie realizacji celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). Pielęgniarka w trakcie kształcenia podyplomowego nabywa umiejętności w zakresie opracowywania programów edukacji zdrowotnej, prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży oraz ich opiekunów, a także oceniania jej efektów (Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek, 2023, Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego dla pielęgniarek, 2023, Program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, Warszawa 2017 Dz.U. z 2013 r. poz. 1562).

Pielęgniarki szkolne powinny planować i prowadzić edukację zdrowotną dla uczniów, rodzin oraz personelu szkoły, aby osiągnąć optymalny poziom ich dobrego samopoczucia/ dobrostanu.

Zadaniem pielęgniarki szkolnej jest zmiana postrzegania przez uczniów, rodziców oraz nauczycieli jej roli w kreowaniu prozdrowotnego stylu życia.

Przegląd międzynarodowych badań analizujących skuteczność edukacji prowadzonej przez pielęgniarki szkolne wskazuje, że ich działania w tym zakresie przyczyniają się do poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia uczniów (m.in. uczniów chorujących przewlekłe na astmę i cukrzycę typu I). Kompetencje pielęgniarek szkolnych w zakresie edukacji oraz ich interwencje z tego zakresu mają wpływ m.in. na zwiększenie wiedzy uczniów dotyczącej zakażeń przenoszonych drogą płciową, (Borawski i in., 2015), szczepień (tutaj odnotowano również wzrost wskaźników immunizacyjnych) (Guarinoni, Dignani, 2021), zapobieganie zachowaniom ryzykownym, w tym używaniu substancji psychoaktywnych (Russell, Shishani, Hurst, 2024), identyfikację wczesnych objawów problemów ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży (Flynn i in., 2022). Umiejętności edukacyjne pielęgniarek były szczególnie przydatne i wykorzystywane w czasie pandemii

Covid-19, kiedy pojawiły się nowe wyzwania zdrowotne zarówno dla uczniów, jak i nauczycieli oraz rodziców (Pawils i in., 2023). Skuteczniejsze wsparcie edukacyjne uczniów realizowane przez pielęgniarki szkolne może poprawić ich zdrowie oraz zwiększyć bezpieczeństwo uczniów w szkole, a także pozytywnie wpłynąć na ich frekwencję na zajęciach szkolnych (Yoder, 2020).

Przykład działań edukacyjnych, których realizatorkami były pielęgniarki szkolne, stanowi kampania edukacyjna przygotowana przez Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka „Planeta Odpornych”. W pełnej kampanii, której częścią były zajęcia warsztatowe, uczestniczyło 1281 uczniów (w ewaluacji wzięło udział 587 chłopców, 686 dziewcząt) i 20 rodziców oraz 50 pielęgniarek szkolnych (realizatorki). Większość pielęgniarek (96%) pozytywnie wypowiadało się na temat kampanii, wysoko oceniając również własne przygotowanie do jej realizacji w szkole (ankieta ewaluacyjna online). Stwierdzono pozytywny krótkotrwały efekt przeprowadzonych działań edukacyjnych, mierzony bezpośrednio po przeprowadzonych warsztatach w szkole, wyrażający się przyrostem odsetka dzieci poprawnie identyfikujących zachowania zdrowotne. Przed warsztatami dzieci identyfikowały najczęściej od 1 do 5 kategorii zachowań zdrowotnych – najwięcej - 24,4% - pięć kategorii i 19,5% - 3 kategorie, a po wzięciu udziału w warsztatach uczniowie potrafili wskazać najczęściej od 3 do 5 kategorii – najwięcej z nich 39,3% - pięć kategorii, a 21,2% - 4 kategorie¹.

¹ Na podstawie „Sprawozdania z kampanii edukacyjnej, ewaluacji kampanii edukacyjnej i promocji kampanii w mediach społecznościowych prowadzonych w ramach umowy nr 6/11/85195/NPZ/2021/106/830 na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 w zakresie Zadania 14: Monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi w populacji dzieci, w ramach Celu Operacyjnego 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości.”, Warszawa 2023 (materiał sprawozdawczy dla Ministerstwa Zdrowia, niepublikowany).

1.3.2. Formy edukacji zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarkę szkolną

W polskim systemie opieki zdrowotnej nad uczniami edukacja zdrowotna realizowana przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania obejmuje trzy obszary:

- Prowadzenie przez pielęgniarkę szkolną „doraźnej” edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców przy wszystkich kontaktach z nimi.
- Edukację terapeutyczną uczniów z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnościami i innymi problemami zdrowotnymi.
- Prowadzenie grupowych zajęć z zakresu promocji zdrowia.

Podstawą większości interwencji i działań edukacyjnych pielęgniarki szkolnej we wszystkich wymienionych powyżej zakresach jest **poradnictwo**, które polega na udzielaniu pomocy (rady) osobie w związku z określonym problemem. Poradnictwo związane jest z udzielaniem wskazówek, informacji oraz instrukcji. Porada powinna być udzielana w taki sposób, aby otrzymujący odpowiednią pomoc lepiej zrozumiał własną sytuację, rozpoznał swój problem i znalazł realne możliwości jego rozwiązania, a także umiał ominąć przeszkody i potrafił podjąć optymalne decyzje (Czeczulewska, 2022).

Doraźna/bieżąca edukacja zdrowotna uczniów i ich rodziców daje pielęgniarce możliwość przekazywania krótkich informacji i wskazówek nawiązujących do konkretnych sytuacji lub zdarzeń, reagowania na zachowania oraz zainicjowania rozmowy/dyskusji i zachęcania uczniów do zadawania pytań np. w czasie wykonywania testów przesiewowych, udzielania porad ambulatoryjnych czy pierwszej pomocy (Woynarowska, 2020). W trakcie przeprowadzania testów przesiewowych pielęgniarka szkolna ma możliwość przekazywania uczniom informacji i wskazówek dotyczących zasad higieny, zachowań prozdrowotnych oraz samokontroli i samoobserwacji. W sytuacji udzielania pierwszej pomocy pielęgniarka jest zobowiązana w ramach porady przekazać uczniowi i/lub rodzicom instrukcję postępowania oraz obserwacji dziecka np. po urazie, który wymagał interwencji pielęgniarki. Doraźna edukacja może wiązać się również z motywowaniem uczniów i rodziców do korzystania z profesjonalnej pomocy medycznej

czy wsparcia społecznego. Edukacja bieżąca zazwyczaj dotyczy pojedynczych uczniów i ich rodziców, co umożliwia koncentrację wyłącznie na danym odbiorcy oraz podjęcie zindywidualizowanych oddziaływań uwzględniających specyficzne potrzeby ucznia. Indywidualizacja edukacji może znacznie zwiększyć jej skuteczność (Wojnarowska, 2017).

Edukacja uczniów z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnościami i innymi problemami zdrowotnymi stanowi jeden z elementów całościowego postępowania terapeutycznego. Głównym celem edukacji uczniów ze schorzeniami przewlekłymi jest pomoc w zrozumieniu choroby i uczeniu się funkcjonowania z nią, co pozwoli na wykorzystanie wszystkich możliwości i zasobów dziecka oraz zapewni optymalne życie. Istotnym celem edukacji terapeutycznej jest także pomoc w akceptacji choroby bądź niepełnosprawności oraz ułatwienie dzieciom wejścia w rolę osoby chorej lub niepełnosprawnej (Wojnarowska, 2007).

Punktem wyjścia do zaplanowania działań edukacyjnych pielęgniarki wobec ucznia powinna być diagnoza jego potrzeb. Uczniowie z chorobami przewlekłymi oraz ich opiekunowie zazwyczaj uzyskują podstawową wiedzę o chorobie przewlekłej i jej leczeniu (np. cukrzycy I typu, astmy oskrzelowej, padaczki) od pracowników placówek klinicznych (oddział szpitalny, poradnia specjalistyczna). W środowisku nauczania i wychowania pielęgniarka w pierwszej kolejności weryfikuje poziom wiedzy i umiejętności uczniów w zakresie funkcjonowania z chorobą lub niepełnosprawnością. W razie potrzeby realizuje edukację w zakresie nowych treści i umiejętności niezbędnych do zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego dziecka. Jednak głównym celem działań edukacyjnych pielęgniarki szkolnej jest wsparcie we wprowadzaniu w codziennym życiu zmian, koniecznych ze względu na chorobę czy niepełnosprawność (np. zmian związanych z samokontrolą, wdrażaniem zaleceń lekarskich czy nowych zachowań zdrowotnych). Praca z uczniem powinna obejmować również pobudzenie psychologicznych mechanizmów motywacyjnych, budowanie odporności psychicznej dziecka oraz wsparcie w kreowaniu nowych wartości i celów życiowych (Tatoń, 2019).

Edukacja terapeutyczna prowadzona jest najczęściej na indywidualnych spotkaniach z uczniem i rodzicami, w miejscu zapewniającym właściwy kontakt z uczniem (gabinet opieki profilaktycznej). Pielęgniarka może także organizować zajęcia w małych grupach uczniów z takimi samymi potrzebami edukacyjnymi.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, współpracując z uczniem przewlekłe chorym, staje się członkiem zespołu interdyscyplinarnego sprawującego kompleksową opiekę zdrowotną nad dzieckiem. Realizuje nie tylko zalecenia innych specjalistów, ale również współpracuje z nimi w zakresie edukacji podtrzymującej, czyli ugruntowującej zdobytą wcześniej wiedzę i umiejętności w celu ich utrwalenia.

Nadrzędnym celem prowadzenia przez pielęgniarkę **grupowych zajęć z edukacji zdrowotnej** jest realizacja zadań promocji zdrowia polegających na kształtowaniu sprzyjającego zdrowiu stylu życia. Promocja zdrowia koncentruje się na zdrowiu (a nie chorobie) oraz zwiększeniu jego potencjału, stąd też tematyka zajęć realizowanych przez pielęgniarkę głównie będzie dotyczyła budowania świadomości zdrowotnej oraz promowania zachowań prozdrowotnych.

Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna włączone są do struktury szkolnego programu wychowawczo-profilaktycznego, a więc stanowią nierozdzielne elementy całościowego tzw. integralnego wychowania ucznia, w którym uczestniczy również pielęgniarka szkolna. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna są działaniami zaplanowanymi, systematycznymi i rozłożonymi w czasie, a zadania podejmowane w obszarze promocji zdrowia powinny wynikać z diagnozy potrzeb danej jednostki czy grupy i w odniesieniu do problemów zdrowotnych uczniów w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym zdrowia. Powinny dotyczyć konkretnej rzeczywistości szkolnej, angażując całą kadrę nauczycieli i wychowawców oraz pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, a także włączając rodziców i osoby z zewnątrz, np. przedstawicieli ochrony zdrowia czy policji (Wolny, Wojtasik, 2023).

Pielęgniarka najczęściej prowadzi grupową edukację zdrowotną we współpracy z nauczycielami wychowania fizycznego, edukacji dla bezpieczeństwa, biologii, wychowania do życia w rodzinie oraz wychowawcami klas, którzy są odpowiedzialni za realizację podstawy programowej. Poza tym pielęgniarka może prowadzić grupowe zajęcia, których tematyka wynika z rozpoznania przez nią potrzeb edukacyjnych uczniów. Zwykle są to zajęcia jednorazowe, ale pielęgniarka może rozważać też ich cykl (Woynarowska, 2020).

Oprócz realizacji zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej, wynikających ze szkolnego programu wychowawczo-profilaktycznego, pielęgniarka często uczestniczy w realizacji programów promocji zdrowia adresowanych do uczniów. Najczęściej są to programy przygotowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia i finansowane z budżetu państwa. Część programów polityki zdrowot-

nej dedykowanych dzieciom i młodzieży jest finansowana z własnych środków jednostek samorządu terytorialnego. Jednym z przykładów takiego programu jest „Zdrowy uczeń” - program promocji zdrowia realizowany w warszawskich szkołach przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Program adresowany jest do uczniów szkół podstawowych oraz ponadpodstawowych, a także szkół specjalnych oraz ośrodków szkolno-wychowawczych i domów dziecka. Zakres tematyczny programu opracowano na podstawie Narodowego Programu Zdrowia oraz wytycznych WHO i dotyczy on: higieny i jej wpływu na zdrowie fizyczne i psychiczne, profilaktyki chorób zakaźnych, racjonalnego odżywiania, profilaktyki uzależnień, zapobiegania urazom, profilaktyki chorób układu krążenia oraz metabolicznych, wczesnego wykrywania chorób nowotworowych. Program, finansowany z budżetu miasta stołecznego Warszawy, jest realizowany przez pielęgniarki szkolne w dniach i godzinach poza harmonogramem ich pracy w szkole, określonym w umowie z NFZ (Uchwała nr XLIII//1326/2021 Rady miasta stołecznego Warszawy).

Pielęgniarka ma również znaczący udział w kształtowaniu kompetencji zdrowotnych uczniów i pracowników w „Szkołach Promujących Zdrowie”. Jest to jeden z najdłużej (od 1991 r.) realizowanych w polskim systemie oświaty programów wykorzystujących siedliskowe podejście w promocji zdrowia. Polska od 2008 r. znajduje się w sieci Szkół dla Zdrowia w Europie (Schools for Health In Europe – SHE), a obecnie w naszym kraju funkcjonuje ok. 3000 szkół tego typu (<https://ore.edu.pl/2010/06/szkoa-promujca-zdrowie/>). Nadrzędnym celem Szkół Promujących Zdrowie jest rozpowszechnianie zdrowego stylu życia w całej społeczności szkolnej, zarówno wśród uczniów, jak i pracowników oraz wspieranie każdego z nich w rozwijaniu jego indywidualnego potencjału zdrowia. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania w tego typu szkole ściśle współpracuje ze szkolnym koordynatorem ds. promocji zdrowia, aktywnie uczestniczy w planowaniu, realizacji oraz ewaluacji wyników działań w zakresie promocji zdrowia (Woynarowska, 2020).

Niestety uwarunkowania współczesnej szkoły nie zawsze pozwalają pielęgniarce w pełni wykorzystać swoje kompetencje w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów. Przede wszystkim wielu dyrektorów szkół oraz nauczycieli nie docenia wagi edukacji zdrowotnej, nie realizując jej nawet w zakresie wynikającym z podstawy programowej (Woynarowska, 2018). Z badania przeprowadzonego wśród pielęgniarek szkolnych przez Instytut Matki i Dziecka wraz z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym wynika, że największą przeszkodą w prowadzeniu

edukacji zdrowotnej przez pielęgniarki są: duża liczba zadań realizowanych przez pielęgniarki w szkole, brak godzin lekcyjnych przeznaczonych na tego typu edukację, ograniczona liczba godzin pracy w placówce oraz niedocenywanie roli pielęgniarki w szkole².

Pielęgniarka szkolna w kontaktach z uczniami i ich rodzicami powinna być stale nastawiona na edukację zdrowotną.

(Wojnarowska, 2007).

Bibliografia

1. Borawski, E. A., Tufts, K. A., Trapl, E. S., Hayman, L. L., Yoder, L. D., & Lovegreen, L. D. (2015). Effectiveness of health education teachers and school nurses teaching sexually transmitted infections/human immunodeficiency virus prevention knowledge and skills in high school. *The Journal of School Health*, 85(3), 189–196. <https://doi.org/10.1111/josh.12234>
2. Czeczelewska, E. (2022). Porada pielęgniarska. Skrypt do przedmiotu Poradnictwo w pielęgniarstwie. PZWL.
3. Dobras, M. (2016). Health literacy jako element polskiego systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami. *Med Pr Work Health Saf.*, 67(5), 681–689. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00410>
4. Dyakova, M., Hamelmann, C., Bellis, M.A., Besnier, E., Grey, C.N.B., Ashton, K. i in. Investment for health and well-being: a review of the social return on investment from public health policies to support implementing the Sustainable Development Goals by building on Health 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.
5. Flynn, H. C., Mote, S. L., & Morse, B. L. (2022). Social Media and Adolescent Mental Health: Sounding the Alarm. *NASN School Nurse*, 37(5), 271–276. <https://doi.org/10.1177/1942602X221079758>
6. Guarinoni, M. G., & Dignani, L. (2021). Effectiveness of the school nurse role in increasing the vaccination coverage rate: A narrative review. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunita*, 33(1), 55–66. <https://doi.org/10.7416/ai.2021.2408>
7. Kamecka-Krupa, J. (2023). Umiejętności życiowe jako niezbędny element edukacji zdrowotnej. *Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej*, 2: 38 – 48. doi: 10.53259/2023.2.04
8. Ministerstwo Edukacji Narodowej. (2024, 31 października). Edukacja obywatelska i edukacja zdrowotna - projekty rozporządzeń Ministra Edukacji skierowane do konsultacji publicznych. <https://www.gov.pl/web/edukacja/edukacja-obywatelska-i-edukacja-zdrowotna---projekty-rozporzadzen-ministra-edukacji-skierowane-do-konsultacji-publicznych>
9. Najwyższa Izba Kontroli. (2017). Informacja o wynikach kontroli: Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. KZD.430.009.2017, nr ewid. 12/2018/P/17/058/KZD
10. Paakkari, L., Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133–152.

² Na podstawie niepublikowanych badań pielęgniarek szkolnych w zakresie przygotowania ich do realizacji funkcji edukacyjnej. Badania zostały przeprowadzone od sierpnia do października 2024 roku.

11. Paakkari, L., Torppa, M., Mazur, J., Boberova, Z., Sudeck, G., Kalman, M., Paakkari O., A Comparative Study on Adolescents' Health Literacy in Europe: Findings from the HBSC Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(10), 3543; <https://doi.org/10.3390/ijerph17103543>
12. Pawils, S., Susanne Heumann, S., Schneider, S.A., Metzner, F., Mays, D. (2023). The current state of international research on the effectiveness of school nurses in promoting the health of children and adolescents: An overview of reviews. *PLOS ONE* 18(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275724>
13. Program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, Warszawa 2017. <https://ckppip.edu.pl/wp-content/uploads/2020/10/Pielęgniarstwo-srodowiska-nauczania-i-wychowania.pdf>
14. Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego dla pielęgniarek, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Późnych, Warszawa 2023. <https://ckppip.edu.pl/wp-content/uploads/2023/12/Specjalizacja-w-dz.-piel.-pediatrycznego-2.pdf>
15. Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Późnych, Warszawa 2023. <https://ckppip.edu.pl/wp-content/uploads/2023/11/Specjalizacja-w-dz.-piel.-rodzinnego-piel.docx.pdf>
16. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (D.U. 2009 nr 4 poz 17, z późn. zm.).
17. Rozporządzenie 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. 2024 poz. 996).
18. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla liceum ogólnokształcącego, technikum oraz branżowej szkoły II stopnia (Dz.U. 2024 poz. 1019).
19. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 r. w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół (Dz.U. Nr 61, poz. 624, z późn. zm.).
20. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. 1999, Nr 14, poz. 129).
21. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego - Załącznik nr 4 (t.j. Dz.U. 2021, poz. 755, z późn. zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. z 2013 r. poz. 1562).
23. Russell, A. J., Shishani, K., & Hurst, S. (2024). The Role of the School Nurse in E-Cigarette Prevention and Cessation: A Scoping Review. *The Journal of School Nursing*. The Official

Publication of the National Association of School Nurses, 10598405231225976. <https://doi.org/10.1177/1059840523122597>

24. Rządowe Centrum Legislacji (2024). Projekt z dnia 29 października rozporządzenia Ministra Edukacji zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla liceum ogólnokształcącego, technikum oraz branżowej szkoły II stopnia. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12391100/katalog/13091658#13091658>
25. Rządowe Centrum Legislacji (2024). Projekt z dnia 29 października rozporządzenia Ministra Edukacji zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością 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. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12391102>
26. Tatoń, J. (2019). Profesjonalna edukacja terapeutyczna przewlekłe chorych w personalistycznej opiece medycznej: postulat zawodowej specjalizacji. W: Kulusa, M., Doroszevska, A., Chojnacka-Kuraś M., *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*. Warszawa: Polska Akademia Nauk.
27. Uchwała nr XLIII//1326/2021 Rady Miasta stołecznego Warszawy z 14 stycznia 2021 r. <https://zdrowie.um.warszawa.pl/-/program-promocji-zdrowia-zdrowy-uczen>
28. Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078).
29. WHO guideline on school health services. World Health Organization 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029392>
30. Wolny, B. (2019). *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
31. Wolny, B., Wojtasik, T. (2023). *Promocja zdrowia w szkołach i placówkach oświatowych*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
32. World Health Organization (1994). Life skills education for children and adolescents in schools. WHO.
33. World Health Organization (2002). Skills for Health Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School WHO.
34. Woynarowska B., Woynarowska-Sołdan M., (2019). Szkoła promująca zdrowie. Podręcznik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia Ośrodek Rozwoju Edukacji.
35. Woynarowska, B. (2007). Koncepcje i podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej. W: Woynarowska, B. (red.), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. PZWL.
36. Woynarowska, B. (2020). Edukacja zdrowotna w szkole: rola i zadania pielęgniarki szkolnej. W: Ostręga, W. Oblacińska, A., Korzycka, M., *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
37. Woynarowska, B., Wojnarowska-Sołdan, M. (2017). Rola i kompetencje osób prowadzących edukację zdrowotną. W: Wojnarowska, B. (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka* (s. 145 - 153). PZWL.

38. Woynarowska, M., Woynarowska, B. (red.). (2022). *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Harmonia Universalis.
39. Yoder, C. M. (2020). School Nurses and Student Academic Outcomes: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses*, 36(1), 49–60. <https://doi.org/10.1177/1059840518824397>
40. Zarządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 maja 1997 r. w sprawie podstaw programowych obowiązkowych przedmiotów w szkole podstawowej i ponadpodstawowej (Dz. Urz. MEN 1997, Nr 5, poz. 23).
41. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 79/2022/DSOZ z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

2. KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA JAKO SKUTECZNY ELEMENT EDUKACJI ZDROWOTNEJ W ŚRODOWISKU NAUCZANIA I WYCHOWANIA

Joanna Pruban

Współczesna edukacja zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu postaw oraz nawyków związanych ze zdrowiem i stylem życia. W tym kontekście komunikacja stanowi jeden z najważniejszych elementów, umożliwiających efektywne przekazywanie wiedzy, motywowanie do podejmowania korzystnych dla zdrowia działań i decyzji oraz budowania świadomości zdrowotnej. Proces ten wykracza jednak poza proste przekazywanie informacji – opiera się na interakcji, wymianie doświadczeń i zaangażowaniu zarówno pielęgniarki szkolnej, nauczycieli, innych pracowników szkoły, jak i uczniów oraz ich rodziców (Golsäter, 2012). Skuteczna komunikacja w edukacji zdrowotnej w szkołach i innych placówkach oświatowych może przyczynić się do poprawy zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego uczniów. Poprzez odpowiednio dostosowane metody komunikacyjne pielęgniarka, jako edukator zdrowotny, jest w stanie wpłynąć na rozwój umiejętności krytycznego myślenia, samodzielności w podejmowaniu decyzji zdrowotnych, a także promować zdrowy styl życia w codziennych działaniach (Woynarowska, 2017). Dlatego też zrozumienie zasad skutecznej komunikacji w tym kontekście jest niezbędne do osiągnięcia długofalowych efektów edukacyjnych.

Komunikacja interpersonalna w szkole jest to proces wymiany informacji, idei i emocji między pielęgniarką (edukatorem zdrowotnym) a odbiorcami (członkami społeczności szkolnej), który ma na celu promowanie wiedzy na temat zdrowia, zmiany postaw oraz zachowań zdrowotnych (Kulik, Pacian, 2022). Proces ten polega na efektywnym przekazywaniu treści zdrowotnych w sposób zrozumiały i dostosowany do potrzeb i możliwości poznawczych odbiorców. Celem komunikacji w edukacji zdrowotnej jest nie tylko informowanie, ale także motywowanie do podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia, zachęcanie do

zmiany niekorzystnych zachowań oraz wspieranie w utrzymaniu pozytywnych działań. Skuteczna komunikacja uwzględnia różnorodność kulturową, społeczną i językową odbiorców, wykorzystując odpowiednie kanały i metody przekazu, takie jak rozmowy indywidualne, warsztaty, materiały drukowane czy media elektroniczne (Woynarowska, 2017).

2.1. Znaczenie komunikacji w środowisku nauczania i wychowania

W edukacji zdrowotnej komunikacja stanowi narzędzie umożliwiające kształtowanie postaw prozdrowotnych, budowanie świadomości o zagrożeniach zdrowotnych oraz promowanie zdrowego stylu życia. Główne aspekty komunikacji obejmują:

- **Przekazywanie wiedzy o zdrowiu.** Komunikacja z uczniem dla pielęgniarki szkolnej jest fundamentem w procesie edukowania, gdzie istotne jest dostarczanie uczniom rzetelnych informacji na temat zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Dzięki dobrze zorganizowanej komunikacji można dostosować treści do poziomu poznawczego uczniów.
- **Budowanie relacji między pielęgniarką a uczniem.** Skuteczna komunikacja sprzyja tworzeniu atmosfery zaufania i wzajemnego szacunku. To pozwala uczniom na swobodne zadawanie pytań, wyrażanie swoich obaw i rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, które są kluczowe nie tylko w edukacji, ale i w codziennym życiu.
- **Wzmacnianie motywacji.** Poprzez odpowiednią komunikację można motywować uczniów do podejmowania działań prozdrowotnych, w zakresie aktywności fizycznej, odżywiania, snu czy dbania o higienę osobistą. Motywujący dialog, pozytywne wzmocnienia oraz dostosowane metody przekazu, mogą być narzędziem skłaniającym do zmiany niekorzystnych dla zdrowia nawyków i utrzymania zdrowego stylu życia.
- **Rozwijanie umiejętności społecznych.** Komunikacja w środowisku wychowawczym wspiera kształtowanie umiejętności interpersonalnych, tj. empatii, umiejętności współpracy oraz rozwiązywania konfliktów. W edukacji zdrowotnej te umiejętności mają kluczowe znaczenie, ponieważ wpływają na zachowania społeczne i psychologiczne, co z kolei oddziałuje na zdrowie jednostki i grupy.
- **Promowanie krytycznego myślenia.** Umiejętność krytycznego myślenia pozwala uczniom na analizowanie informacji dotyczących zdrowia i podejmowanie świadomych decyzji. Dzięki efektywnej komunikacji można stymulować uczniów do samodzielnego myślenia oraz rozwijania umiejętności oceniania wiarygodnych źródeł informacji.

- **Przeciwdziałanie negatywnym zachowaniom.** Właściwa komunikacja może ułatwić identyfikowanie i korygowanie niewłaściwych nawyków zdrowotnych, tj. nieprawidłowe nawyki żywieniowe, brak aktywności fizycznej czy ryzykowne zachowania, np. w kontekście używek (Grzesiak, 2012).

2.2. Podstawy teoretyczne komunikacji w edukacji zdrowotnej

Modele komunikacji w edukacji zdrowotnej odzwierciedlają różne podejścia do przekazywania informacji, interakcji z odbiorcami - uczniami oraz kształtowania postaw prozdrowotnych. W edukacji zdrowotnej pielęgniarka szkolna może wykorzystywać takie modele komunikacji, które umożliwią jej skuteczne dotarcie do różnych grup wiekowych, uwzględniając ich potrzeby, zasoby i poziom wiedzy. Każdy z modeli komunikacji w edukacji zdrowotnej ma swoje specyficzne zastosowanie, w zależności od celów, grupy odbiorców i kontekstu. Wybór odpowiedniego modelu może znacząco wpłynąć na skuteczność przekazu i ostateczne wyniki w postaci poprawy zdrowia i zmiany zachowań prozdrowotnych.

Kluczowe modele komunikacji stosowane w edukacji zdrowotnej (Wojnarowska, 2017):

- **Model liniowy (jednokierunkowy).** Jest najprostszą formą komunikacji, która przebiega w jednym kierunku, od nadawcy (pielęgniarki) do odbiorcy (ucznia). Nadawca - specjalista ds. zdrowia - przekazuje informacje, które odbiorca - uczeń - odbiera. Przykładem takiej formy komunikacji może być wykład, broszura informacyjna czy film edukacyjny. Model ten zakłada szybkie przekazywanie dużych ilości informacji - zawiera najprostszy przekaz. Wadą może być jednak brak interakcji, brak możliwości uzyskania informacji zwrotnej, co może prowadzić do nieporozumień lub trudności w zrozumieniu przekazu.
- **Model dwukierunkowy (interakcyjny).** Komunikacja odbywa się w obu kierunkach – nadawca przekazuje informacje, ale jednocześnie odbiorca ma możliwość reagowania na nie, zadawania pytań i wyrażania opinii. Interakcja między nadawcą a odbiorcą jest kluczowym elementem tego modelu. Każdy może uzyskać informację zwrotną, wyjaśnić wątpliwości. To działanie jest jednak czasochłonne i wymaga aktywnego zaangażowania obu stron.
- **Model transakcyjny** podkreśla dynamiczną i wzajemną naturę komunikacji, gdzie zarówno nadawca (pielęgniarka) jak i odbiorca (uczeń i/lub rodzic) jednocześnie przekazują i odbierają informacje. Proces komunikacji jest nieustanną wymianą, w której obie strony pełnią równorzędną rolę. W edukacji zdrowotnej może to mieć miejsce w sytuacjach dyskusji grupowych, warsztatów czy sesji interaktywnych. Model ten wzmacnia zaangażowanie,

sprzyja współpracy, pozwala na bieżąco dostosowywać treść komunikatu, ale wymaga większego nakładu pracy i zasobów, czasami może prowadzić do trudności w utrzymaniu struktury przekazu.

- **Model przekonujący (perswazyjny).** Komunikacja ma na celu nie tylko przekazywanie informacji, ale także przekonywanie odbiorcy - do zmiany postaw lub zachowań. Pielęgniarka szkolna może wykorzystać argumenty, przykłady i różnorodne techniki perswazyjne, aby mieć wpływ na ucznia. Jest to model stosowany w akcjach prozdrowotnych, które mają na celu zmianę zachowań, np. promocję aktywności fizycznej czy rzucenie palenia lub wyrobów nikotynowych itp. Może prowadzić do zmiany postaw i zachowań, lub wręcz przeciwnie: wywoływać opór, zwłaszcza jeśli uczniowie poczują się zmuszani do zmiany.
- **Model dialogowy** opiera się na partnerstwie i dialogu. Jego celem jest wspólne dochodzenie do wniosków i rozwiązań, a nie tylko przekazywanie gotowych informacji. W edukacji zdrowotnej pielęgniarka może stosować taki model np. podczas konsultacji indywidualnych, gdzie współpracuje z uczniem, aby zrozumieć jego potrzeby i razem opracować plan działania. Model ten wzmacnia autonomię odbiorcy, sprzyja aktywnemu zaangażowaniu, buduje zaufanie, ale wymaga więcej czasu i zaangażowania ze strony pracownika ochrony zdrowia.
- **Model informacyjno-edukacyjny.** To model często stosowany w szkołach, który ma na celu dostarczenie informacji i rozwijanie umiejętności niezbędnych do podejmowania świadomych decyzji dotyczących własnego zdrowia. Skupia się on na zwiększeniu wiedzy i świadomości zdrowotnej ucznia poprzez systematyczne i uporządkowane przekazywanie informacji. Przykładem mogą być programy edukacyjne w szkołach. Model ten pomaga zbudować solidną bazę wiedzy - jest łatwy do realizacji w grupach.

2.3. Rodzaje komunikacji: werbalna i niewerbalna

W edukacji zdrowotnej skuteczność komunikacji zależy od umiejętnego wykorzystania zarówno komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej. Te dwa rodzaje komunikacji pełnią kluczowe role w procesie przekazywania informacji, budowania relacji oraz wpływu na postawy i zachowania odbiorców (Frączek, 2012).

Komunikacja werbalna obejmuje wszystkie przekazy, które są wyrażane za pomocą słów – zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej. To podstawowa forma komunikacji, która umożliwia precyzyjne przekazywanie informacji, wiedzy, poleceń oraz instrukcji. Jej głównymi cechami są:

- **Język mówiony.** Wykorzystywany w bezpośrednim kontakcie, takim jak rozmowy, wykłady, warsztaty czy dyskusje. Umożliwia natychmiastową wymianę informacji i pozwala na uzyskanie bezpośredniej informacji zwrotnej.
- **Język pisany.** Używany w materiałach edukacyjnych, broszurach, książkach, artykułach czy komunikatach w mediach społecznościowych. Pomaga usystematyzować wiedzę i docierać do szerokiego grona odbiorców, którzy mogą wracać do treści w dogodnym dla siebie czasie.

Wyróżniamy kilka istotnych funkcji komunikacji werbalnej w edukacji zdrowotnej. Jedną z nich jest **przekazywanie wiedzy**. Dzięki rozmowom pielęgniarki mogą precyzyjnie przekazywać informacje dotyczące zdrowia, zasad profilaktyki, sposobów leczenia chorób czy korzyści zdrowego stylu życia. Ważne staje się **budowanie relacji**, gdyż przez werbalną komunikację można nawiązywać relacje z uczniami dzięki otwartości oraz zachęcaniu do zadawania pytań. **Motywowanie** jest takim elementem, gdzie komunikacja werbalna pozwala na zachęcanie uczniów do podejmowania działań prozdrowotnych, np. regularnej aktywności fizycznej czy zdrowego odżywiania. Kolejną jej funkcją jest **wyjaśnianie i udzielanie informacji zwrotnej** - uczniowie mogą wyrażać swoje wątpliwości, zadawać pytania, a pielęgniarki mają szansę na odpowiedź, precyzyjne pokierowanie lub korektę błędnych przekonań. Słowa umożliwiają precyzyjne przekazanie skomplikowanych informacji, a w bezpośrednich rozmowach istnieje możliwość natychmiastowego uzyskania informacji zwrotnej. Komunikacja werbalna jest jednak uzależniona od umiejętności językowych zarówno nadawcy, jak i odbiorcy. Błędy językowe lub niezrozumiały żargon mogą utrudniać skuteczną komunikację.

Komunikacja niewerbalna to sposób przekazywania informacji bez użycia słów, obejmujący gesty, mimikę, postawę ciała, kontakt wzrokowy, ton głosu oraz inne elementy, które wpływają na interpretację przekazu. Niewerbalne sygnały często wzmacniają lub modyfikują znaczenie komunikatów werbalnych. Główne formy komunikacji niewerbalnej, które mogą wzmacniać edukację zdrowotną:

- **Mimika twarzy.** Wyraz twarzy odzwierciedla emocje - radość, smutek, zaskoczenie itd., co może wpływać na odbiór komunikatu, np. uśmiech może budować zaufanie i otwartość.
- **Gesty.** Ruchy rąk i ciała, np. kiwanie głową (zgoda), unoszenie rąk (zaskoczenie, radość), pomagają wzmocnić przekaz słowny.
- **Postawa ciała.** Sposób, w jaki dana osoba stoi lub siedzi, może sygnalizować otwartość, pewność siebie, niepewność lub zamknięcie na interakcję.

- **Kontakt wzrokowy.** Utrzymanie kontaktu wzrokowego może budować zaufanie i poczucie zaangażowania, natomiast jego brak może sygnalizować niepewność lub brak zainteresowania.
- **Ton głosu i intonacja.** Nawet jeśli słowa pozostają takie same, zmiana tonu głosu, tempa mówienia czy głośności może całkowicie zmienić odbiór przekazu (np. ironia, pytanie, wyrażenie entuzjazmu).
- **Proksemika.** Odległość między rozmówcami również odgrywa rolę – np. bliska odległość może wyrażać zaufanie, ale także może być odbierana jako naruszenie przestrzeni osobistej. Zalecana odległość między szkolącym a odbiorcami zależy od kilku czynników, takich jak wielkość grupy, charakter szkolenia, dostępność miejsca oraz cele zajęć. 1,5 do 3 metrów to optymalna odległość między szkolącym a uczestnikami w małych grupach edukacyjnych. Taka odległość zapewnia odpowiedni kontakt wzrokowy, komfort komunikacji, a także umożliwia pełne obserwowanie reakcji uczestników.

Do funkcji komunikacji niewerbalnej w edukacji zdrowotnej należy **wzmocnienie przekazu** werbalnego poprzez niewerbalne elementy, np. gesty, mimikę czy intonację. Wzmocnienie znaczenia wypowiedzianych słów czyni komunikację bardziej efektywną. **Budowanie relacji**, przyjazna mimika, odpowiedni kontakt wzrokowy i otwarta postawa mogą sprzyjać budowaniu zaufania, które jest kluczowe w pracy z uczniami. Istotną funkcją jest także **wyrażanie emocji** – przy niewerbalnej komunikacji często lepiej odzwierciedlone są prawdziwe emocje osoby niż za pomocą słów, co pozwala pielęgniarce zauważyć np. stres, niepewność lub zainteresowanie u ucznia. **Poprawa koncentracji**, którą można osiągnąć poprzez żywą gestykulację i odpowiednie wykorzystanie przestrzeni, pozwoli przyciągać uwagę uczniów, pomagając im lepiej się skoncentrować. Często niewerbalna komunikacja jest odbierana bardziej intuicyjnie, co może wzmacniać przekaz i budować emocjonalne zaangażowanie (Kulik, 2004; Schopenhauer, 2003).

2.4. Bariery komunikacyjne w edukacji zdrowotnej i sposoby ich pokonywania

W procesie edukacji zdrowotnej komunikacja stanowi kluczową rolę w przekazywaniu wiedzy i kształtowaniu zdrowych postaw. Jednak istnieje wiele barier komunikacyjnych, które mogą utrudniać efektywną wymianę informacji między pielęgniarkami, nauczycielami, edukatorami zdrowotnymi, a uczniami i ich opiekunami. Rozpoznanie tych barier oraz wypracowanie skutecznych metod ich pokonywania jest niezbędne, aby proces edukacyjny przyniósł zamierzone rezultaty (Cylkowska-Nowak, 2008). Do barier komunikacyjnych w edukacji zdrowotnej zaliczamy:

- **Bariery językowe.** Komunikacja staje się trudna, gdy nadawca i odbiorca posługują się różnymi językami lub mają ograniczoną znajomość danego języka. Problem ten może również dotyczyć użycia specjalistycznego żargonu, skomplikowanego słownictwa lub niezrozumiałych terminów medycznych - bez wyjaśnienia ich znaczenia.
- **Bariery kulturowe.** Różnice kulturowe mogą wpływać na sposób, w jaki odbierane są przekazy zdrowotne. Normy społeczne, przekonania religijne, tradycje i wartości kulturowe mogą wpływać na zrozumienie i akceptację przekazywanych informacji. W niektórych kulturach otwarte rozmowy na tematy zdrowotne, takie jak seksualność czy prokreacja, mogą stanowić temat tabu. Inne kultury mogą promować określone podejście do leczenia chorób, które różni się od współczesnych standardów medycznych. Pielęgniarka szkolna powinna wyraźnie zaznaczać zrozumienie dla różnic kulturowych oraz zdobyć wiedzę na temat kultury, w której funkcjonują uczniowie.
- **Bariery związane z wiekiem.** Dzieci i młodzież mają różne potrzeby komunikacyjne, poziom zrozumienia oraz sposoby przyswajania informacji. Każda grupa wiekowa wymaga odpowiedniego dostosowania przekazu, zarówno pod względem treści, jak i formy. Młodsze dzieci mogą mieć trudności z rozumieniem abstrakcyjnych koncepcji zdrowotnych. Istotne staje się dostosowanie treści i formy przekazu do poziomu zrozumienia dla danej grupy wiekowej (np. stosowanie obrazków), używanie różnych mediów (prezentacje, filmy, broszury).
- **Bariery emocjonalne.** Emocje, takie jak lęk, stres, wstyd lub niepewność, mogą utrudniać komunikację i przyswajanie informacji. Osoby uczące się mogą unikać rozmów na trudne tematy zdrowotne, nie zadawać pytań lub nie angażować się w proces edukacji ze względu na obawy przed oceną. Uczniowie mogą stronić od dyskusji o zdrowiu psychicznym z powodu strachu przed stygmatyzacją, mogą czuć się zbyt zawstydzeni, aby poruszać kwestie intymne. Pielęgniarka szkolna jest edukatorem, mającym stworzyć bezpieczną i wspierającą atmosferę, w której uczniowie czują się komfortowo, rozmawiając o zdrowiu.
- **Bariery fizyczne.** Środowisko, w którym odbywa się komunikacja, również może wpływać na jej jakość. Hałas, nieodpowiednie oświetlenie, niewygodne warunki czy zbyt duża odległość między rozmówcami, mogą utrudniać przekazanie informacji. Hałas w klasie może zakłócać przekaz ustny, a złe oświetlenie może utrudniać korzystanie z materiałów edukacyjnych, takich jak slajdy czy broszury. Należy zapewnić odpowiednie warunki do komunikacji, używać nowoczesnych technologii, takich jak mikrofony czy projektory, aby wzmocnić przekaz.
- **Bariery poznawcze.** Nie wszyscy odbiorcy mają ten sam poziom wiedzy i umiejętności poznawcze, co może prowadzić do trudności w zrozumieniu

informacji zdrowotnych. Różnice w zdolnościach poznawczych mogą wynikać z wieku, wykształcenia, doświadczeń życiowych, czy stanu zdrowia. Warto używać prostych i klarownych materiałów edukacyjnych, wspierać się dodatkowymi materiałami, np. infografikami, filmami czy ćwiczeniami praktycznymi (Kulik, Wiktor, 2005).

2.5. Rola pielęgniarki szkolnej w komunikacji z uczniami

Budowanie pozytywnych i trwałych relacji z uczniami jest kluczowym elementem w procesie edukacyjnym, zwłaszcza w edukacji zdrowotnej, gdzie zaufanie, otwartość oraz wzajemne zrozumienie odgrywają fundamentalną rolę (Jakimiuk, 2023). Relacja edukator - uczeń wpływa nie tylko na atmosferę w klasie, ale także na zaangażowanie uczniów, ich gotowość do przyswajania wiedzy oraz motywację do zmiany postaw i zachowań zdrowotnych. W edukacji zdrowotnej, gdzie często poruszane są intymne lub trudne tematy, takie jak zdrowie psychiczne, seksualność, profilaktyka chorób czy styl życia, ważne jest budowanie relacji opartych na zaufaniu. Poprawia to komfort, wzmacnia zaangażowanie w proces uczenia się i wspiera gotowość do przyjmowania postaw i zachowań sprzyjających zdrowiu. Uczniowie, którzy czują się wspierani, zrozumiani i szanowani przez pielęgniarkę, są bardziej skłonni do otwartego wyrażania swoich obaw, zadawania pytań oraz angażowania się w proces nauki. Skuteczna edukacja zdrowotna to nie tylko dostarczanie wiedzy, ale także bycie przewodnikiem, który wspiera uczniów w ich rozwoju zdrowotnym i osobistym.

Skuteczna edukacja zdrowotna to nie tylko dostarczanie informacji, ale **holistyczny proces**, w którym edukator ma głos jako istotny nauczyciel – wspiera, motywuje, modeluje i towarzyszy uczniom na drodze do zdrowego życia. Tylko dzięki takiemu zaangażowaniu możliwe jest trwałe wpływanie na nawyki, postawy i zachowania, które przekładają się na lepszą jakość życia uczniów.

Budowanie relacji z uczniami powinno obejmować następujące elementy:

- **Zaufanie** jest fundamentem każdej relacji, a w kontekście edukacji zdrowotnej ma szczególne znaczenie. Uczniowie, którzy ufają, są bardziej skłonni do otwartego mówienia o swoich problemach zdrowotnych, pytania o trudne tematy oraz angażowania się w proces nauki. By zbudować zaufanie, warto być uczciwym, autentycznym, konsekwentnym otwartym na pytania i uwagi uczniów oraz udzielać szczerych odpowiedzi, biorąc zawsze pod uwagę bezpieczeństwo ucznia.

- **Szacunek** dla indywidualności uczniów, ich przekonań, emocji i doświadczeń, jest kluczowy w budowaniu relacji. Ważne jest, by nie oceniać uczniów na podstawie ich zachowań zdrowotnych czy przekonań, ale starać się zrozumieć ich perspektywę, słuchać aktywnie i nie przerywać wypowiedzi uczniów, unikać oceniania lub krytykowania ich, szczególnie w obecności innych.
- **Empatia**, czyli zdolność do postawienia się w sytuacji drugiej osoby i zrozumienia jej uczuć, jest nieoceniona w pracy pracownika ochrony zdrowia, a także nauczyciela, zwłaszcza w obszarze zdrowia. Uczniowie często mogą odczuwać wstyd, lęk lub niepewność w związku z niektórymi tematami, dlatego pielęgniarka szkolna powinna być wrażliwa na ich emocje. Ważne, by reagować na potrzeby emocjonalne uczniów, oferując wsparcie i pomoc, gdy jest to potrzebne.
- **Otwartość i dostępność** dla uczniów tworzą atmosferę sprzyjającą nauce i budowaniu relacji. Uczniowie muszą wiedzieć, że mogą zwrócić się do pielęgniarki nie tylko z pytaniami dotyczącymi przekazanego materiału, ale także z osobistymi problemami zdrowotnymi lub obawami. Warto oferować czas poza lekcjami na konsultacje, być cierpliwym w rozmowach z uczniami i unikać pośpiechu w odpowiadaniu na ich pytania.
- **Komunikacja otwarta i dwustronna** jest kluczem do budowania relacji z uczniami. By dotrzeć do nich, warto zachęcać do zadawania pytań i wyrażania opinii, nawet jeśli różnią się one od punktu widzenia pielęgniarki, nauczyciela. Należy używać jasnego i zrozumiałego języka, unikać technicznego żargonu i skomplikowanych wyrażen. Regularnie udzielać informacji zwrotnej uczniom, zarówno dotyczącej ich postępów, jak i zachowań zdrowotnych.
- **Indywidualne podejście** - bo każdy uczeń jest inny i może mieć różne potrzeby, oczekiwania oraz wyzwania związane z edukacją zdrowotną. Ważne jest, by traktować każdego ucznia indywidualnie, uwzględniając jego specyficzne cechy i potrzeby.
- **Motywacja i wsparcie.** Pielęgniarka szkolna jest jak mentor, który nie tylko przekazuje wiedzę, ale także motywuje uczniów do aktywnego dbania o swoje zdrowie i wprowadzenia pozytywnych zmian w swoim stylu życia. Ważne jest, by dostrzegać sukcesy uczniów, nawet te drobne, i wspierać ich w pokonywaniu trudności (Kulik, 2005). Chwalić postępy i zaangażowanie, a nie tylko rezultaty. Tworzyć realistyczne cele zdrowotne, które uczniowie mogą osiągnąć, co pozwoli im odczuć sukces i zmotywuje do dalszych działań. Być wyrozumiałym wobec porażek i oferować konstruktywne wsparcie, gdy uczniowie napotykają trudności.

2.6. Komunikacja motywująca do zdrowia

Komunikacja motywująca to strategia stosowana w edukacji zdrowotnej, której celem jest wspieranie i inspirowanie ludzi do podejmowania pozytywnych zmian w ich zachowaniach zdrowotnych. Opiera się na partnerskiej relacji między edukatorem zdrowotnym a uczniem, bazując na zaufaniu, szacunku oraz aktywnym słuchaniu. W kontekście edukacji zdrowotnej komunikacja motywująca ma szczególne znaczenie, ponieważ promuje długotrwałe zmiany w stylu życia, a nie tylko krótkotrwałe korekty zachowań. Kluczowym elementem komunikacji motywującej jest podkreślanie, że decyzje dotyczące zdrowia należą do samej jednostki (Woynarowska, 2018). Pielęgniarka szkolna pełni rolę doradcy, który pomaga uczniowi odkryć własne powody do zmiany i wspiera go w realizacji celów zdrowotnych. Zamiast nakazywać, powinna sugerować różne opcje i zachęcać ucznia do wyboru najlepszej dla niego ścieżki, wspierać samodzielne podejmowanie decyzji i unikać moralizowania lub narzucania swojej opinii.

Zmiana zachowań zdrowotnych często wiąże się z ambiwalencją, czyli wewnętrznym konfliktem między chęcią zmiany, a przywiązaniem do starych nawyków. Komunikacja motywująca ma na celu pomóc uczniowi w zidentyfikowaniu i przepracowaniu tych sprzeczności, aby mógł podjąć świadomą decyzję o zmianie. Umożliwienie uczniowi wyrażenia swoich obaw i wątpliwości, związanych ze zmianą oraz zadanie takich pytań, które pomogą odkryć jego własne motywacje. Zamiast skupiać się na negatywach i tym, co uczniowie robią źle, komunikacja motywująca koncentruje się na ich mocnych stronach, sukcesach i zasobach. Dzięki temu uczniowie zyskują poczucie sprawczości i wiarę we własne możliwości, co sprzyja motywacji do dalszych działań - docenią nawet małe postępy i osiągnięcia. Podstawą komunikacji motywującej jest aktywne słuchanie i empatia, która pozwala na lepsze zrozumienie uczuć i potrzeb ucznia, co z kolei pomaga w budowaniu motywacji do zmiany. Jej stosowanie to parafrazowanie wypowiedzi ucznia, aby pokazać, że jego słowa są zrozumiane („Czy dobrze rozumiem, że...?”) czy zadawanie otwartych pytań, które dają uczniowi przestrzeń do refleksji i wyrażenia swoich obaw lub motywacji („Co sprawia, że zastanawiasz się nad zmianą?”). Jednym z kluczowych założeń komunikacji motywującej jest skupienie na motywacji wewnętrznej, czyli osobistych wartościach, potrzebach i celach ucznia. Wewnętrzna motywacja jest znacznie silniejsza i bardziej trwała niż motywacja zewnętrzna, oparta na nagrodach czy karach. Pomoc w odkryciu, dlaczego zmiana jest ważna dla ucznia (np. poprzez

pytania: „Co chciałbyś osiągnąć dzięki zmianie swojego zachowania?”) (Jankowski, 2015; Woynarowska, 2018).

Dialog motywujący (ang. *Motivational Interviewing, MI*) to specyficzne podejście do komunikacji z osobami, które mają trudności z wprowadzeniem **zdrowych zmian** w swoim życiu (Miller, Rollnick, 2014). Technika ta pomaga w **rozwijaniu wewnętrznej motywacji** i zobowiązaniu do zmiany poprzez **empatyczną rozmowę**. W edukacji zdrowotnej dialog motywujący jest szczególnie użyteczny, gdy edukator stara się wesprzeć osobę w podjęciu zdrowych decyzji – takich jak stronienie od palenia, zmiana diety, zwiększenie aktywności fizycznej czy radzenie sobie ze stresem. **Podstawowymi założeniami dialogu motywującego są:**

1. Szacunek dla autonomii: Dialog motywujący uznaje, że to osoba sama **decyduje o swoim zdrowiu i życiu**. Edukator nie narzuca zmiany, lecz wspiera w jej odkrywaniu, uznając autonomię i prawo do podejmowania decyzji przez rozmówcę.

2. Ambiwalencja: Ludzie często odczuwają **ambiwalencję** wobec zmiany – z jednej strony wiedzą, że powinni zmienić swoje zachowanie, ale z drugiej strony boją się lub mają opory. Dialog motywujący pomaga w eksplorowaniu tej ambiwalencji i rozwijaniu pragnienia zmiany.

3. Współpraca: Dialog motywujący jest procesem **współpracy**, a nie konfrontacji. Edukator i uczestnik działają razem, aby zrozumieć, jakie czynniki wpływają na aktualne zachowanie i co mogłoby motywować do zmiany.

Dialog motywujący to metoda wspierania uczniów w podejmowaniu **pozytywnych zmian zdrowotnych** poprzez prowadzenie rozmów, które wzmacniają ich wewnętrzną motywację i angażują ich do działania. W edukacji zdrowotnej, w tym w pracy pielęgniarki szkolnej, dialog motywujący opiera się na **empatycznym słuchaniu, zadawaniu otwartych pytań** oraz **współpracy** z uczniem. Celem jest pomoc uczniowi w lepszym zrozumieniu jego potrzeby i pragnienia oraz odnalezienie własnych powodów do zmiany, np. dotyczącej zdrowych nawyków, diety, aktywności fizycznej czy radzenia sobie ze stresem. Pielęgniarka szkolna, stosując dialog motywujący, powinna:

- **Unikać nacisku i konfrontacji**, zamiast tego pomagając uczniowi odkrywać jego własne powody do zmiany.
- **Wzmacniać poczucie sprawczości**, aby uczeń uwierzył, że jest w stanie podjąć pozytywne działania.
- **Budować zaufanie** poprzez empatię i otwartość na perspektywę ucznia.

Jest to metoda, która **wzmacnia współpracę** i pozwala uczniowi na odkrycie własnych rozwiązań, dzięki czemu zmiany są trwalsze i bardziej skuteczne.

2.7. Techniki motywacyjne w komunikacji interpersonalnej z uczniem

W pracy pielęgniarki szkolnej kluczowe jest stworzenie atmosfery, która sprzyja otwartości i zachęca uczniów do podejmowania pozytywnych zmian w swoim życiu. Właściwa komunikacja może być narzędziem, które nie tylko dostarcza wiedzy, ale także motywuje uczniów do dbania o swoje zdrowie. Techniki komunikacyjne, takie jak otwarte pytania, aktywne słuchanie i docenianie wysiłków uczniów, pomagają w budowaniu relacji opartych na zaufaniu. Stosując te podejścia, pielęgniarka może wspierać uczniów w poszukiwaniu własnych rozwiązań i rozwijaniu zdrowych nawyków, co prowadzi do większej skuteczności w edukacji zdrowotnej.

1. Refleksja. Parafrazowanie wypowiedzi ucznia, aby upewnić się, że jest dobrze rozumiany, oraz zachęcenie go do pogłębiania własnych myśli i refleksji. Można np. powiedzieć: „Słyszę, że zastanawiasz się nad tym, jak aktywność fizyczna wpłynęłaby na twoje samopoczucie. Czy chciałbyś o tym porozmawiać?”.

2. Otwierające pytania. Zadawanie pytań otwartych, które wymagają rozwiniętej odpowiedzi, pomaga uczniowi zastanowić się nad swoimi zachowaniami zdrowotnymi i motywacjami, np. „Co w twoim stylu życia chciałbyś zmienić, aby czuć się lepiej?”.

3. Skalowanie motywacji. Technika ta polega na poproszeniu ucznia, aby ocenił swoją gotowość do zmiany na skali od 1 do 10. Następnie pada pytanie - „Dlaczego wybrałeś tę liczbę, a nie niższą?”, co pozwala uczniowi na zastanowienie się nad swoimi wewnętrznymi motywacjami.

4. Podkreślanie rozbieżności. Technika ta polega na pokazaniu uczniowi rozbieżności między jego obecnym zachowaniem a długoterminowymi celami lub wartościami. Na przykład: „Mówisz, że ważne jest dla ciebie, aby być w dobrej formie fizycznej, ale jednocześnie odczuwasz trudności w utrzymaniu regularnej aktywności fizycznej. Jak myślisz, co mogłoby pomóc ci pogodzić te dwa aspekty? (Gniazdowski, Jabłoński, 2009).

2.8. Współpraca pielęgniarki z pracownikami szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej

Współpraca między pielęgniarkami szkolnymi oraz nauczycielami i innym personelem szkolnym ma zasadnicze znaczenie dla efektywnego przekazywania wiedzy, kształtowania zdrowych nawyków i reagowania na problemy zdrowotne uczniów. Taka koordynacja działań pozwala na stworzenie kompleksowego podejścia do edukacji zdrowotnej, w którym każdy z uczestników pełni istotną rolę. Współpraca między szkolnym personelem medycznym, a nauczycielami zaczyna się od wspólnego planowania działań edukacyjnych. Nauczyciele, znając potrzeby i zachowania swoich uczniów, mogą wspierać pielęgniarki szkolne w dostosowaniu treści edukacji zdrowotnej do poziomu i specyfiki grupy. Razem mogą oni ustalać priorytety, wyznaczać cele oraz określać, jakie tematy będą szczególnie istotne w danym czasie. Pielęgniarki szkolne często prowadzą edukację zdrowotną w formie warsztatów, prelekcji czy zajęć praktycznych. Współpraca z nauczycielami pozwala na lepsze wprowadzenie treści zdrowotnych do codziennego programu nauczania. Obecnie nauczyciele są zobowiązani integrować elementy edukacji zdrowotnej z innymi przedmiotami, np. wychowaniem fizycznym, biologią czy chemią. Nauczyciele biologii mogą uzupełniać tematykę zdrowotną na lekcjach, wprowadzając zagadnienia dotyczące budowy ciała, funkcji układów narządów oraz profilaktyki chorób. Personel medyczny w gabinetach profilaktyki może natomiast prowadzić zajęcia praktyczne, takie jak instruktaż pomiaru ciśnienia tętniczego krwi lub ćwiczenia z udzielania pierwszej pomocy.

Jednym z głównych celów edukacji zdrowotnej w szkołach jest promowanie zdrowego stylu życia, obejmującego prawidłowe żywienie, aktywność fizyczną, higienę oraz profilaktykę chorób. Pielęgniarki szkolne mogą pełnić funkcję ekspertów, dostarczając uczniom rzetelnych informacji oraz praktycznych wskazówek, a nauczyciele mogą wspierać te działania, wzmacniając zdrowe nawyki na co dzień, organizując takie wydarzenia jak „Dzień Zdrowia”, podczas którego odbywają się warsztaty kulinarne, zajęcia z aktywności fizycznej i prelekcje na temat zdrowego odżywiania.

Pielęgniarki szkolne odgrywają kluczową rolę w monitorowaniu stanu zdrowia uczniów, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Ich współpraca z nauczycielami umożliwia szybsze wykrywanie problemów zdrowotnych związanych z widzeniem, słuchem, odżywianiem czy zaburzeniami emocjonalnymi. Nauczyciele, mając codzienny kontakt z uczniami, mogą zauważyć zmiany

w ich zachowaniu czy kondycji fizycznej i zgłaszać te obserwacje do personelu medycznego. Edukacja zdrowotna obejmuje także kwestie związane z emocjami, stresem, radzeniem sobie z trudnościami czy zdrowiem psychicznym. Współpraca pielęgniarek, nauczycieli oraz psychologów szkolnych może pomóc w stworzeniu wsparcia dla uczniów w zakresie zdrowia psychicznego. Pielęgniarki szkolne mogą współprowadzić zajęcia dotyczące zarządzania stresem lub higieny psychicznej, a nauczyciele mogą wdrażać techniki relaksacyjne w trakcie zajęć albo wspierać rozwój kompetencji emocjonalnych.

Szkoła jako instytucja może pełnić kluczową rolę w promowaniu zdrowia, jednak wymaga to zaangażowania całego personelu. Zdrowie dzieci to nie tylko kwestia medyczna, ale także społeczna i edukacyjna. Współpraca między gremiem pedagogicznym, personelem medycznym i administracyjnym, a także rodzicami, może pomóc w stworzeniu środowiska, które wspiera zdrowy styl życia i edukację zdrowotną na co dzień. Dzięki synergii działań personelu szkolnego oraz medycznego możliwe jest nie tylko przekazywanie wiedzy, ale także wspieranie uczniów w kształtowaniu zdrowych nawyków oraz wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych (Woynarowska, 2017).

Zadaniem pielęgniarki szkolnej jest nie tylko dbanie o zdrowie uczniów, ale również wspieranie rodziców w kształtowaniu zdrowych nawyków u dzieci i w rodzinie. Rodzice są pierwszymi nauczycielami, a ich aktywne zaangażowanie w edukację zdrowotną ma ogromny wpływ na zdrowie i samopoczucie ich dzieci. Współpraca z rodzicami jest ważnym elementem pracy. Nawiązywanie otwartej i konstruktywnej komunikacji z nimi umożliwia lepsze zrozumienie potrzeb zdrowotnych dzieci oraz wspólne podejmowanie działań, które przyczynią się do ich dobrostanu. Ważne jest, aby przekazywać rodzicom informacje dotyczące profilaktyki chorób, higieny oraz zdrowego stylu życia. Organizowanie spotkań, warsztatów i dodatkowo dystrybucja materiałów edukacyjnych to skuteczne metody, które pozwalają na wymianę informacji. Ponadto pielęgniarka szkolna powinna współpracować z pozostałym personelem szkoły, aby stworzyć spójny system wsparcia zdrowotnego.

Bibliografia

1. Cylkowska-Nowak, M. (2008). Komunikowanie w procesie edukacji zdrowotnej. W: Cylkowska-Nowak, M. (red.) *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu im. K. Marcinkowskiego.
2. Frączek, A. (2012). Komunikacja interpersonalna. *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*, 9.
3. Gniazdowski, A., Jabłoński, M. (2009). Edukacja zdrowotna w praktyce szkolnej. Impuls.
4. Golsäter, M., Lingfors, H., Sidenvall, B., & Enskär, K. (2012). Health dialogues between pupils and school nurses: A description of the verbal interaction. *Patient Education and Counseling*, 89(2), 260–266. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.012>
5. Grzesiak, E. (2012). Komunikacja interpersonalna w edukacji zdrowotnej. W: A. Dąbrowska (red.), *Podstawy zdrowia publicznego*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
6. Jakimiuk, B. (2023) Zaufanie w relacji z uczniem i jego znaczenie w świetle koncepcji Jespera Juula. *Studia z teorii wychowania*. XIV: 4(45).
7. Jankowski, T. (2015). Motywowanie do zdrowia: Komunikacja w relacji nauczyciel-uczeń. Wydawnictwo Harmonia.
8. Kulik, T.B. (2004). Komunikacja werbalna i niewerbalna w edukacji zdrowotnej. Wydawnictwo Czelej.
9. Kulik, T.B. (2005). Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Czelej.
10. Kulik, T.B., Pacian, A. (2022). Zdrowie publiczne. PZWL.
11. Kulik, T.B., Wiktor, A. (2005). Komunikowanie się w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Czelej.
12. Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. Guilford Press.
13. Miller, W., R. Rollnick, S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
14. Schopenhauer, A. (2003). Komunikacja werbalna i niewerbalna. Wydawnictwo Naukowe PWN.
15. Woynarowska, B. (2017). Edukacja zdrowotna: Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka. Wydawnictwo Naukowe PWN.
16. Woynarowska, B. (2018). Komunikacja motywująca w promocji zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN.

3. AKTUALNE WYZWANIA EDUKACJI ZDROWOTNEJ WYNIKAJĄCE Z GLOBALNYCH ZAGROŻEŃ ZDROWOTNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY

3.1. Zagrożenia zdrowotne uczniów w kontekście kryzysu pandemicznego

Magdalena Korzycka

3.1.1. Wpływ pandemii COVID – 19 na codzienne funkcjonowanie uczniów

W ocenie współczesnych zagrożeń związanych ze zdrowiem uczniów należy wziąć pod uwagę kryzys spowodowany wybuchem pandemii COVID-19, który odcisnął piętno na codziennym funkcjonowaniu społeczeństwa i wymusił nowe nawyki, również w zakresie zachowań zdrowotnych. W odpowiedzi na szerzące się zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w marcu 2020 r. wprowadzono wiele ograniczeń i obostrzeń. Codziennością w tamtym okresie stała się praca oraz nauka w formie zdalnej. Zmienił się rytm dnia uczniów, gdyż ich codzienne zajęcia, w tym chodzenie do szkoły, kontakt z nauczycielami, spotkania z rówieśnikami i korzystanie ze szkolnej infrastruktury sportowej (boiska i sale gimnastyczne) oraz związanej z żywieniem (stołówki szkolne), zastąpiło ciągłe przebywanie w domu. Stres spowodowany ryzykiem zakażenia oraz wprowadzonymi obostrzeniami, które zakłóciły dotychczasowy rytm dnia związany przede wszystkim z nauką i formami spędzania czasu wolnego, może wiązać się z długofalowymi negatywnymi konsekwencjami, zarówno dla zdrowia fizycznego, jak i psychicznego uczniów (Lee, 2020; Jiao, 2020; Fijałkowska, 2022).

3.1.2. Główne zagrożenia zdrowotne uczniów

Badania prowadzone podczas pandemii wskazały na niekorzystne zmiany w zachowaniach zdrowotnych dzieci i młodzieży w tym okresie. Specjaliści wskazywali na pojawienie się u młodego pokolenia problemów z regulacją snu i wydłużenie czasu spędzanego przez uczniów przed monitorem, tzw. *screen time*, a także na spadek aktywności fizycznej i pogorszenie nawyków żywieniowych (Roe, Blikstad-Balas, Dalland, 2021; Rodríguez-Pérez, 2021). Zaobserwowano

również nasilenie problemu nadmiernej masy ciała u dzieci i młodzieży (Patterson, Sornalingam, Cooper, 2021; Stavridou, 2021).

Wyniki ogólnopolskiego badania wykazały, że w latach 2016–2021 nastąpił wzrost odsetka dzieci z nadwagą i otyłością, stwierdzono także tzw. efekt pandemii COVID-19, z tego względu, że niekorzystne zmiany dotyczyły głównie tego okresu. Podając za raportem z badań prowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka (IMiD) podczas pandemii w 2021 r., nadwaga lub otyłość występowała u ponad 1/3 polskich ośmiolatków (35,6%) (Fijałkowska, 2022). Był to wyraźny wzrost w porównaniu z badaniami prowadzonymi w 2018 r., kiedy nadmierną masę ciała miało 31,8% polskich uczniów w tym wieku (Dzielska, Ostręga, 2019). Natomiast w świetle informacji, których dostarczyła najnowsza edycja tego badania, po pandemii stwierdzono kilkuprocentowy spadek odsetka uczniów z nadwagą lub otyłością (Dzielska, Kraszkiewicz, 2024). Świadczy to jednak w dalszym ciągu o niepokojącym zjawisku, gdyż po pandemii prawie co trzecie dziecko w tej grupie wiekowej miało nadmierną masę ciała.

Opracowania naukowe potwierdzają, że zamknięcie szkół mające na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się koronawirusa, miało wpływ na zmniejszenie się aktywności fizycznej wśród uczniów (Ludwig-Walz, 2023). W tamtym okresie codziennością stała się nauka zdalna lub prowadzona w systemie hybrydowym, brakowało regularnych lekcji wychowania fizycznego, ograniczony był też dostęp do obiektów sportowych i rekreacyjnych. Uczniowie mieli także mniejsze możliwości spontanicznej, rekreacyjnej aktywności i zabawy na świeżym powietrzu. Może to powodować w dłuższej perspektywie czasu obniżenie kondycji fizycznej dzieci i młodzieży, nasilenie problemu nadmiernej masy ciała i problemów z kręgosłupem, tym bardziej, że równolegle z niedoborem aktywności fizycznej występowało zwiększenie czasu spędzanego przez uczniów przed monitorem (Fijałkowska, 2022).

Wzory aktywności fizycznej, obok innych zachowań zdrowotnych, formowane są już od wczesnego dzieciństwa, poprzez wiek nastoletni i mogą zapoczątkować w dorosłości (Strieter, Arena, Huizar, 2021; Leksy, 2022). W prowadzonych działaniach edukacyjnych szczególnie istotne jest więc, aby podkreślać znaczenie regularnej aktywności fizycznej. Niedostatek w tym zakresie jest jednym z głównych elementów przyczyniających się do nadmiernej masy ciała, zwiększa również ryzyko wad postawy, cukrzycy, nadciśnienia i innych tzw. chorób cywilizacyjnych (chorób niezakaźnych). W świetle nowych wytycznych dotyczących aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia, opracowanych przez

WHO po wybuchu pandemii COVID-19, utrzymano rekomendacje dotyczące dziennej aktywności dzieci i młodzieży. Według tych zaleceń jest to średnio 60 minut dziennie aktywności o umiarkowanej lub dużej intensywności aerobowej (WHO, 2020).

Pandemia wpłynęła nie tylko na wzorce aktywności fizycznej, ale spowodowała również zmiany w zachowaniach żywieniowych uczniów. Według danych przedstawionych w raporcie „Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19”, rodzice uczniów potwierdzali zmianę nawyków żywieniowych w okresie pandemii, w tym częstsze spożywanie słodczych i słonych przekąsek przez uczniów, z drugiej strony stwierdzano częstsze niż przed pandemią przygotowywanie posiłków w domu, zamiast kupowania i zamawiania gotowych (Fijałkowska, 2022).

Podczas pandemii wystąpiły też u uczniów nasilone problemy związane z nocnym odpoczynkiem, m.in. późniejsze niż dotychczas i mniej regularne pory zasypiania oraz wydłużenie się średniego dobowego czasu snu połączonego z deklarowaną przez uczniów gorszą jakością snu (Wang, Zhang, Zhao, Zhang, Jiang, 2020; Konstantinou, 2021). Krajowe badania wskazały na problematyczne korzystanie z internetu, w tym używanie urządzeń ekranowych tuż przed snem lub zamiast snu w porze nocnej (Bigaj, Dębski, 2020).

Należy podkreślić, że czas pandemii wpłynął również na funkcjonowanie emocjonalne uczniów. Badania z różnych krajów wskazały, że w związku z przymusowymi ograniczeniami, w tym izolacją fizyczną i zamknięciem szkół, uczniowie doświadczali problemów emocjonalnych, poczucia osamotnienia i niepewności (Imran, Zeshan, Pervaiz, 2020; Jiao, 2020). Badania potwierdziły, że uczniowie bali się o życie i zdrowie swoje oraz bliskich, a także częściej niż przed pandemią pojawiały się u nich objawy niepokoju i nastroju depresyjnego (Dvorsky, Breaux, Becker, 2021).

Badania prowadzone w czasie pandemii wykazały u młodego pokolenia pogorszenie subiektywnego dobrostanu w wymiarze zarówno psychicznym, jak i fizycznym (Bigaj, Dębski, 2020), a także wzrost objawów depresyjnych i lękowych w porównaniu z sytuacją sprzed pandemii (Madigan, 2023). Na występowanie u uczniów problemów natury psychosomatycznej, w tym na pogorszenie nastroju w czasie pandemii, wskazały również polskie badania, w świetle których blisko połowa badanych rodziców stwierdziła nasilenie smutku bądź apatii u swojego dziecka, a co trzeci rodzic zaobserwował nasilenie u dziecka lęku i niepokoju (Korzycka, Bójko, Kiepus-Nawrocka, Dzielska, Fijałkowska, 2023). Stwierdzono także ryzyko wystąpienia u dzieci problemów ze snem

oraz ryzyko nasilenia objawów zdrowotnych ze strony układu pokarmowego: bólów brzucha i spadku apetytu. Inne badania wskazały także na występowanie u uczniów nasilonych bólów głowy i brak energii (Bigaj, Dębski, 2020).

W okresie pandemii wyzwaniem dla uczniów było również wdrożenie się do nauki zdalnej w domu (Dvorsky, 2021). Oprócz przeciążenia nauką, problemem był dla nich także brak kontaktów z rodziną i przyjaciółmi (Korzycka, 2022). Prawie co drugi uczeń uważał, że w czasie pandemii pogorszyły się jego relacje z rówieśnikami (Pyżalski, 2022).



Rycina 3. Główne obszary funkcjonowania uczniów zagrożone na skutek kryzysu pandemicznego

3.1.3. Rola pielęgniarki szkolnej w edukacji zdrowotnej uczniów w kontekście kryzysu pandemicznego

Istnieje ryzyko, że zmiany w codziennych nawykach oraz zachowaniach zdrowotnych dzieci i młodzieży spowodowane wybuchem pandemii, będą stanowiły negatywny wzorzec na przyszłość. Proces kształtowania się zachowań mających wpływ na zdrowie zależy od wielu różnych czynników i wzorców osobowych wyniesionych z domu rodzinnego i środowiska szkolnego. Jednym z istotnych elementów w tym obszarze jest również ukierunkowana edukacja zdrowotna. Jej celem jest kształtowanie u uczniów nawyku dbania o zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu. Ważną rolę w tym zakresie pełnią pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolne. W ramach swoich obowiązków prowadzą edukację zdrowotną uczniów i ich rodziców oraz biorą udział w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia.

Biorąc pod uwagę zagrożenia związane ze zdrowiem uczniów po pandemii, ważne jest projektowanie skutecznych programów i polityk zdrowotnych oraz działań edukacyjnych w celu zapobiegania i łagodzenia dalszych kryzysów w zakresie zdrowia psychospołecznego i fizycznego dzieci i młodzieży. Młode pokolenie po doświadczeniu globalnego kryzysu związanego z pandemią, żyjące w świecie pełnym kolejnych wyzwań, potrzebuje wsparcia i profesjonalnej pomocy ukierunkowanej na promowanie i kształtowanie właściwych zachowań zdrowotnych związanych z odżywianiem, aktywnością fizyczną oraz nocnym odpoczynkiem, a także w zakresie zdrowia psychicznego/emocjonalnego i społecznego.

W odpowiedzi na zaistniały kryzys pandemiczny, w 2021 r. w IMiD przygotowano kampanię edukacyjną pn. „Planeta Odpornych”, promującą wśród polskich uczniów i ich rodziców zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem dbania o zdrowie w kontekście COVID-19 (<https://dino.imid.med.pl>) (patrz podrozdział 1.3.1.).

Natomiast przykład wielopłaszczyznowego programu edukacyjnego wdrożonego pilotażowo w szkołach po pandemii stanowi projekt „Przybij piątkę!”. Jest to program profilaktyki nadwagi, otyłości i podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi wśród dzieci z oddziałów wczesnoszkolnych, prowadzony jako część programu DINO-PL (Diagnoza-Interwencja-Nadciśnienie-Otyłość) w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) (<https://dino.imid.med.pl/do-pobrania/>). W realizacji powyższych programów brały również udział pielęgniarki szkolne, uczestnicząc m.in. w prowadzeniu zajęć edukacyjnych wśród uczniów.

Bibliografia

1. Bigaj, M., Dębski, M. (2020). Subiektywny dobrostan i higiena cyfrowa w czasie edukacji zdalnej. W: G. Ptaszek, G. D. Stunża, J. Pyżalski, M. Dębski, M. Bigaj (red.), Edukacja zdalna: co stało się z uczniami ich rodzicami i nauczycielami? (s.75-111). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
2. dino.imid.med.pl
3. dino.imid.med.pl/do-pobrania/
4. Dvorsky, M. R., Breaux, R., & Becker, S. P. (2021). Finding ordinary magic in extraordinary times: child and adolescent resilience during the COVID-19 pandemic. *European child & adolescent psychiatry*, 30(11), 1829–1831. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01583-8>
5. Dzielska, A., Kraszkiewicz, A. (2024) Wyniki pomiarów antropometrycznych i ciśnienia tętniczego krwi. W: Raport 2023 ZDROWIE DZIECI I WCZESNYM WIEKU SZKOLNYM. Raport z badań 2022-2023 (s. 19-33). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.

6. Dzielska, A., Ostreęga, W. (2019). Wyniki pomiarów antropometrycznych, ciśnienia tętniczego krwi i tętna. W: A. Fijałkowska, A. Oblacińska, M. Korzycka (red.), *Zdrowie i styl życia polskich uczniów* (s. 21-31). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
7. Fijałkowska, A., Oblacińska, A., Dzielska, A., Nałęcz, H., Korzycka, M., Okulicz Kozaryn, K., Bójko, M., Radiukiewicz, K. (2022). *Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
8. Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(COVID19-S4), S67–S72. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>
9. Jiao, W. Y. i in. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221, 264–266.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
10. Jiao, W. Y. i in. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of pediatrics*, 221, 264–266.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
11. Konstantinou, C. i in. (2021). Exposome changes in primary school children following the wide population non-pharmacological interventions implemented due to COVID-19 in Cyprus: A national survey. *EClinicalMedicine*, 32, 100721. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100721>
12. Korzycka, M., Bójko, M., Kiepus-Nawrocka, E., Dzielska, A., Fijałkowska, A. (2023) Remote learning – the cause of an increase in health symptoms in students during the COVID-19 pandemic. *Journal of Health Inequalities*, 9(2):168-178. doi:10.5114/jhi.2023.133224
13. Korzycka, M., Bójko, M., Radiukiewicz, K., Dzielska, A., Oblacińska, A., & Fijałkowska, A. (2022). Everyday challenges faced by Polish teenagers during the COVID-19 pandemic in the context of selected demographic factors. *Journal of mother and child*, 25(3), 191–201. <https://doi.org/10.34763/jmotherandchild.20212503SI.d-21-00026>
14. Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*, Jun;4(6):421. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30109-7. Epub 2020 Apr 14. Erratum in: *Lancet Child Adolesc Health*, 2020 Jun;4(6):e16. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30128-0
15. Leksy, K. (2022). Aktywność fizyczna dzieci i adolescentów w czasie pandemii Covid-19 - przegląd badań i rekomendacje dla praktyki pedagogicznej. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 1, 41-53, doi: 10.5604/01.3001.0015.7165
16. Ludwig-Walz, H., Siemens, W., Heinisch, S., Dannheim, I., Loss, J., & Bujard, M. (2023). How the COVID-19 pandemic and related school closures reduce physical activity among children and adolescents in the WHO European Region: a systematic review and meta-analysis. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 20(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12966-023-01542-x>
17. Madigan, S. i in. (2023). Changes in Depression and Anxiety Among Children and Adolescents From Before to During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 177(6), 567–581. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.0846>

18. Patterson, R. R., Sornalingam, S., & Cooper, M. (2021). Consequences of covid-19 on the childhood obesity epidemic. *BMJ (Clinical research ed.)*, 373, n953. <https://doi.org/10.1136/bmj.n953>
19. Pyżalski, J. (2022). Sytuacja dzieci i młodzieży w kontekście doświadczeń pandemii COVID-19. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci* (s. 340–353). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. <https://fdds.pl/Resources/Persistent/5/2/2/d/522d74049ede89dba15f7bcd887f14555df37da9/Raport%20FDDS%20-%20Dzieci%20si%C4%99%20Liczy%C4%85%202022.pdf>
20. Rodríguez-Pérez, C., Molina-Montes, E., Verardo, V., Artacho, R., García-Villanova, B., Guerra-Hernández, E. J., & Ruíz-López, M. D. (2020). Changes in Dietary Behaviours during the COVID-19 Outbreak Confinement in the Spanish COVIDiet Study. *Nutrients*, 12(6), 1730. <https://doi.org/10.3390/nu1206173>
21. Roe, A., Blikstad-Balas, M., & Dalland, C. P. (2021). The Impact of COVID-19 and Homeschooling on Students' Engagement With Physical Activity. *Frontiers in Sports and Active Living*, 2, 589227. <https://doi.org/10.3389/fspor.2020.589227>
22. Stavridou, A., Kapsali, E., Panagouli, E., Thirios, A., Polychronis, K., Bacopoulou, F., Psaltopoulou, T., Tsoia, M., Sergeantanis, T. N., & Tsitsika, A. (2021). Obesity in Children and Adolescents during COVID-19 Pandemic. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(2), 135. <https://doi.org/10.3390/children8020135>
23. Strieter, L., Arena, R., Huizar, M. (2021). Moving more and sitting less in schools: What's the next step? *Progress in Cardiovascular Diseases*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.12.002> (online, 08.11.2024)
24. Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami; Dz. U. 2019 poz. 1078
25. Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet (London, England)*, 395(10228), 945–947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
26. WHO, (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128> (online, 22.09.2022).

3.2. Choroby cywilizacyjne (niezakaźne)

Agnieszka Pluta

Choroby niezakaźne, zwane również chorobami cywilizacyjnymi, w krajach wysoko rozwiniętych stają się coraz większym problemem zdrowia publicznego. Wzrost zachorowalności na choroby cywilizacyjne przekłada się na konsekwencje ekonomiczne. Koszty leczenia, absencja w szkole oraz obniżona produktywność w przyszłości wpływają na rozwój gospodarczy i obciążają systemy zabezpieczenia społecznego (Wyszkowska, 2016).

Chorobami cywilizacyjnymi dotyczącymi w dużym stopniu dzieci i młodzieży są: nadwaga i otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze. Występowanie tych schorzeń jest ściśle związane z postępowaniem technologicznym, zmianami w środowisku naturalnym, zmianami stylu życia i nawykami żywieniowymi (Gładczuk, Kleszewska, 2021).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2022 roku na świecie 390 milionów dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 roku życia miało nadmierną masę ciała, w tym 160 milionów dotyczył problem otyłości. W grupie wiekowej poniżej 5 roku życia nadwaga dotyczyła 37 milionów (WHO, 2024). Polska jest krajem, gdzie problem nadwagi i otyłości dotyczył co trzeciego 8-latkę (Stalmach i in., 2018; Fijałkowska i in., 2022) oraz co czwartego nastolatka w wieku 11-14 lat (Gudelj i in., 2024).

W związku ze znacznym wzrostem zachorowalności na choroby cywilizacyjne podkreśla się znaczenie roli pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w zapobieganiu ich wystąpieniu i rozwojowi, jak również w przeciwdziałaniu ich skutkom fizycznym, psychicznym, emocjonalnym i społecznym.

Prawidłowy i harmonijny rozwój fizyczny jest uważany za kluczowy wskaźnik zdrowia, a pielęgniarka w szkole wykonuje i interpretuje testy do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego, podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi (Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2013). Wyniki testu zapisuje w indywidualnej dokumentacji ucznia.

3.2.1. Nadwaga i otyłość

Najczęstszym zaburzeniem rozwoju fizycznego występującym u dzieci i młodzieży jest nadwaga i otyłość, która jest globalnym zagrożeniem zdrowotnym (Zarzycka, Szara, 2015). WHO definiuje otyłość jako stan patologicznego zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej, prowadzący do upośledzenia funkcji narządów. Nadwaga jest określana jako gromadzenie się tkanki tłuszczowej, wykraczające poza normy fizjologiczne organizmu (WHO, 2024).

Obecnie powszechnie przyjętym i rekomendowanym, między innymi przez WHO oraz IOTF (ang. International Obesity Task Force), jest użycie wskaźnika masy ciała – BMI (ang. body mass index) (WHO, 2024; Cole TJ i in. 2012), który oblicza się według wzoru:

$$\text{Wskaźnik BMI} = \text{masa ciała [kg]} / \text{wysokość ciała [m]}^2$$

U osób dorosłych według WHO nadwagę rozpoznaje się przy BMI wynoszącym powyżej 25kg/m², a otyłość gdy wartość wynosi powyżej 30 kg/m².

W przypadku dzieci i młodzieży wartość wskaźnika BMI uwzględnia płeć i zmienia się wraz z wiekiem. Wartość BMI jest odczytywana z tabel lub siatek centylowych opracowanych w różnych krajach. W Polsce stosowane są między innymi siatki centylowe opracowane na podstawie prospektywnych badań przekrojowych OLA/OLAF, które odbyły się w latach 2007–2012 (Rózdżyńska-Świątkowska i in. oraz Grupa Badaczy OLAF i OLA, 2013). Zgodnie z nimi:

- nadwagę stwierdza się, gdy wskaźnik BMI jest na poziomie 85 centyla lub wyżej ($\geq 85c$), ale niżej niż 95 centyl ($< 95c$).
- otyłość jest rozpoznawana, gdy wartość wskaźnika BMI jest co najmniej na poziomie 95 centyla ($\geq 95c$) (Rózdżyńska-Świątkowska i in., 2013).

W populacji dzieci i młodzieży wyróżnia się:

- otyłość pierwotną; będącą wynikiem nadmiernej podaży kalorii. Ten typ stanowi ponad 90% wszystkich przypadków otyłości u dzieci.
- otyłość wtórną; będącą następstwem niektórych jednostek chorobowych lub stosowanej farmakoterapii (Szopiński, Korczowski, 2020).

Aktualnie pielęgniarki mają możliwość oceny rozwoju fizycznego ucznia, wykorzystując kalkulator OLAF, którego stosowanie zalecane jest przez IMiD (<https://nauka.czd.pl/wp-content/uploads/2023/09/kalkulator.html>).

W przypadku dzieci z zaburzonym stanem odżywienia pielęgniarka ma możliwość wykonania kontrolnych pomiarów masy ciała. Każda wizyta dziecka w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej stwarza możliwość prowadzenia indywidualnej edukacji zdrowotnej skierowanej do dzieci, u których wykrywa zaburzenia, jak również do ich rodziców lub opiekunów. Ponadto pielęgniarka szkolna ma możliwość prowadzenia grupowej edukacji zdrowotnej dla uczniów i/lub rodziców lub opiekunów na poziomie profilaktyki uniwersalnej.

Wskaźnik BMI jest jednym z wielu wskaźników oceny stanu odżywienia. Nie uwzględnia on rozkładu tkanki tłuszczowej i mięśniowej w organizmie i dlatego nie może być idealnym miernikiem dla niektórych osób, takich jak młodzież ucząca się w szkole o profilu sportowym (z uwagi na dużą masę mięśniową) (Lizak, Budzowski, Seń, Czarny, 2016).

Otyłość jest chorobą wieloczynnikową. Oprócz uwarunkowań środowiskowych wskazuje się również między innymi na jej genetyczne podłoże oraz interakcję między tymi czynnikami. Według Tirthani i in. (2024) obecnie z otyłością powiązanych jest około 250 genów, w tym przede wszystkim gen FTO. Czynniki genetyczne wpływają na różne aspekty, takie jak regulacja apetytu, funkcja wydzielnicza komórek tłuszczowych, termogeneza, podstawowa przemiana materii oraz wrażliwość tkanek na insulinę (Białkowska, 2011). Otyłość może prowadzić do wielu nieprawidłowości już w okresie dziecięcym. Może być również początkiem chorób, które rozwiną się u młodych dorosłych. Otyłość często współistnieje z zaburzeniami lipidowymi, nadciśnieniem tętniczym, hiperglikemią, insulinoopornością, bezdechem sennym, zaburzeniami kostno-stawowymi czy też zaburzeniami emocjonalnymi (Vajravelu, Tas, Arslanian, 2023; Zarzycka, 2015).

Podstawą leczenia nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży jest zmiana stylu życia obejmująca zmianę sposobu żywienia całej rodziny i zwiększenia aktywności fizycznej nie tylko dziecka, ale całej rodziny. Odchudzanie dziecka jest procesem bardziej złożonym niż w przypadku dorosłych. Związane jest to z wiekiem szkolnym jako etapem rozwojowym warunkowanym żywieniem oraz z faktem, iż dziecko nie ma świadomości przebiegu choroby i jej konsekwencji. Wymaga ono wsparcia ze strony najbliższego otoczenia zarówno rodziców/opiekunów, jak i środowiska szkolnego (Gałązka-Sobotka, 2024).

W Polsce poszczególne placówki prowadzą Program Leczenia Otyłości. Dla przykładu taki program jest realizowany w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” od kwietnia 2021 r. i jest przeznaczony dla dzieci z otyłością do 10 roku życia ($BMI \geq 30$ lub centyl BMI >97). W ramach tego programu dziecko ma możliwość konsultacji specjalistycznych, diagnostyki z wykonaniem szerokiego panelu badań laboratoryjnych i diagnostycznych, poradnictwa dietetycznego. Podobny program realizowany jest również przez Instytut Matki i Dziecka.

Raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2021 roku „Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych” wykazał, że w kontrolowanych placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) do redukcji masy ciała doszło jedynie w przypadku kilkunastu procent pacjentów do 18 roku życia, u których zdiagnozowano problem (w POZ - 15%, w AOS - 13%). Małą skuteczność leczenia tłumaczono błędami diagnostycznymi, przestarzałymi metodami leczenia, a także brakiem dostępu do leczenia wynikający głównie z braku specjalistów (NIK, 2021). W powyższym raporcie przeanalizowano dokumenty medyczne 644 pacjentów w wieku od 2 do 18 lat będących pod opieką badanych placówek. Problem nadwagi lub otyłości dotyczył 22% pacjentów, z tego nadwagę miało 65%, a otyłość 35%. Problem nadwagi w takim samym stopniu dotyczył dziewcząt i chłopców. Na otyłość częściej chorowali chłopcy (28%) niż dziewczynki (21%). Nadwaga i otyłość częściej była diagnozowana w grupie wiekowej 10-14 lat, najrzadziej u dzieci w wieku 2-4 lata (NIK, 2021).

Dziecko z otyłością powinno mieć opracowany indywidualny program edukacji zdrowotnej obejmujący zarówno elementy prawidłowych zachowań żywieniowych (zapewniających odpowiednią ilość energii i składników odżywczych) jak i podejmowanie aktywności fizycznej. Do jego opracowania należy zaangażować ucznia oraz jego rodzica.

3.2.2. Nadciśnienie tętnicze

Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży jest ściśle związana z kolejnymi zagrożeniami, jakimi są nadciśnienie tętnicze (NT) i cukrzyca. NT jest jednym z głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w Polsce i na świecie (Tykarski i in., 2019; NFZ o zdrowiu. Nadciśnienie tętnicze, 2019; Cesare i in., 2024). WHO podaje, że podwyższone ciśnienie tętnicze jest pierwszą przyczyną zgonów na świecie (Cesare i in., 2024). NT stanowi jeden z wiodących, niezależnych czynników ryzyka choroby wieńcowej, udaru mózgu, niewydolności serca, miażdżycy tętnic obwodowych i niewydolności nerek. Terapia NT istotnie zmniejsza ryzyko tych powikłań (NFZ o zdrowiu. Nadciśnienie tętnicze, 2019). Oprócz pierwotnej postaci nadciśnienia (nadciśnienie tętnicze pierwotne), NT jest istotnym powikłaniem innych chorób przewlekłych, takich jak między innymi cukrzyca typu 2 czy przewlekła choroba nerek (nadciśnienie tętnicze wtórne)

(Tykalski, i in., 2019). Wyróżnia się również nadciśnienie tętnicze monogenowe, które jest uwarunkowane mutacją jednego genu (Żurowska, Zwolińska, Roszkowska -Blaim, Drożdż, Antoniewicz, Czarniak, 2015).

Wyniki badań realizowanych w ramach programu DINO-PL (Diagnoza-Interwencja-Nadciśnienie-Otyłość) wśród dzieci w wieku 7-9 lat wskazują, że odsetek dzieci z podwyższonymi wartościami skurczowego ciśnienia tętniczego krwi zwiększa się z wiekiem - od 24,2% u 7-latków do 32,9% wśród 9-latków i w każdej grupie wiekowej częściej występuje u chłopców niż dziewcząt. Odsetek dzieci z wartościami wskazującymi na podwyższone rozkurczowe ciśnienie tętnicze krwi jest najniższy wśród najmłodszych dzieci (15,9%), a najwyższy wśród 9-latków (25,0%). Istotnie częściej podwyższone ciśnienie rozkurczowe występuje u najstarszych dziewcząt niż u chłopców (Fijałkowska, 2024).

Wartość ciśnienia tętniczego (BP – blood pressure) jest kontrolowana przez pielęgniarkę w szkole w ramach wykonywanych przez nią testów przesiewowych. Dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia wartość ciśnienia tętniczego krwi jest odczytywana z tabel lub siatek centylowych. W Polsce stosowane są wspomniane już wcześniej siatki centylowe przygotowane na podstawie badań OLA/OLAF (Róździnińska-Świątkowska i in. 2013). Obok siatek używany jest kalkulator OLAF.

W badaniach OLAF i OLA, przeprowadzonych na reprezentatywnych próbach populacyjnych, stwierdzono wartości ciśnienia krwi powyżej 95 cc dla wieku i płci: 6,9% u dzieci w wieku 3–6 lat, 7,7% dzieci w wieku 6–10 lat oraz 6,2% młodzieży w wieku 10–20 lat (Kułaga i in. 2012).

Wytyczne IV Raportu Amerykańskiej Grupy Roboczej ds. Kontroli Ciśnienia u Dzieci i Młodzieży oraz zalecenia Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH, European Society of Hypertension) z 2009 i 2016 roku wskazują na zasadność pomiaru wartości ciśnienia tętniczego u dzieci od 3. r.ż. co najmniej 1 raz w roku w trakcie rutynowych wizyt kontrolnych oraz wizyt związanych z problemem zdrowotnym (Tykalski i in., 2019).

Zgodnie z powszechnie zaakceptowaną definicją do rozpoznania NT u dzieci konieczne jest stwierdzenie w trzech niezależnych pomiarach wartości BP równych lub przekraczających 95. centyl dla wieku, płci i wzrostu (Obrycki, 2022). U młodzieży w wieku ≥ 16 lat ze względu na rozbieżności interpretacyjne Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego rekomenduje stosowanie kryteriów rozpoznania NT jak u dorosłych, gdzie punktem odcięcia są wartości $\geq 140/90$ mmHg (Litwin i in., 2018).

Opieka nad dzieckiem z nadciśnieniem tętniczym wymaga kompleksowego podejścia, które uwzględnia zarówno aspekty medyczne, jak i styl życia. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, wykonując u dzieci i młodzieży doraźne pomiary ciśnienia tętniczego, jak również test przesiewowy do wykrywania podwyższonego ciśnienia tętniczego, identyfikuje problem zdrowotny, jakim jest podwyższone ciśnienie tętnicze i może przeprowadzić kontrolne pomiary w późniejszym, dogodnym dla dziecka czasie.

Pielęgniarka szkolna odgrywa kluczową rolę w przygotowaniu dziecka z nadciśnieniem tętniczym do samoopieki. Jej główne działania poza pomiarami BP obejmują szeroko ujętą edukację zdrowotną zarówno samego ucznia, jak i jego rodzica/opiekuna. Zakres edukacji obejmuje informowanie o nadciśnieniu tętniczym, wyjaśnieniu dziecku i rodzicom lub opiekunom czym jest, jakie są jego przyczyny i konsekwencje zdrowotne. Pielęgniarka uczy dziecko, dlaczego ważne jest monitorowanie BP i jak to wpływa na zdrowie. Zapoznaje dziecko, rodzica/opiekuna z techniką i zasadami pomiaru BP.

Dziecko w szkole ma możliwość samodzielnego zmierzenia BP pod kierunkiem pielęgniarki, co zwiększa pewność siebie. Pielęgniarka może pomóc dziecku w opracowaniu systemu zapisywania wyników pomiarów, co ułatwi śledzenie efektów stosowanej terapii. Opiekując się dzieckiem z nadciśnieniem tętniczym, pielęgniarka promuje zdrowy styl życia. Informuje o znaczeniu diety, zachęca do spożywania owoców, warzyw i ograniczenia soli (https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2023/11/zalecenia_dietetycy_nadcisnienie-tetnicze-28.11.2023.pdf). Ważnym elementem edukacji jest także wspieranie dziecka w angażowaniu się w regularną aktywność fizyczną, proponując różnorodne formy ruchu. WHO zaleca dzieciom i młodzieży wykonywanie przez średnio 60 minut dziennie ćwiczeń o umiarkowanej lub dużej intensywności, głównie aerobowy wysiłek fizyczny oraz przez co najmniej 3 dni w tygodniu ćwiczenia aerobowe o dużej intensywności, a także te, które wzmacniają mięśnie i kości. Takie same wytyczne dotyczące aktywności fizycznej odnoszą się do dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością (WHO, 2021).

Pielęgniarka jako osoba sprawująca profilaktyczną opiekę nad dzieckiem w środowisku nauczania i wychowania może organizować regularne pomiary ciśnienia tętniczego w szkole oraz oceniać indywidualne postępy ucznia w samokontroli ciśnienia tętniczego krwi.

3.2.3. Cukrzyca

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, której dominującym objawem jest hiperglikemia spowodowana zaburzeniem wydzielania i/lub działania insuliny (Nazim, Starzyk, 2018). Do tej pory typową dla wieku dziecięcego była cukrzyca typu 1 (DM1) spowodowana bezwzględnym niedoborem insuliny wynikającym najczęściej z autoimmunizacyjnej destrukcji komórek beta wysp trzustkowych. Obecnie coraz częściej u młodzieży diagnozowana jest cukrzyca typu 2 (DM2), którą powoduje upośledzenie sekrecji insuliny u młodych osób z insulinoopornością wynikającą z nadwagi/otyłości i braku aktywności fizycznej (Nazim, Starzyk, 2018; Rubio-Cabezas, 2014). Innym rodzajem cukrzycy jest cukrzyca monogenowa będąca następstwem jednej lub wielu mutacji w obrębie jednego genu (1-2% wszystkich przypadków). Dotychczas opisano ponad 40 różnych typów cukrzycy monogenowej u dzieci, wszystkie o charakterystycznym obrazie klinicznym i określonym sposobie dziedziczenia (Rubio-Cabezas i in., 2014).

W ostatnich latach obserwuje się większą częstość występowania DM1, szczególnie w krajach wysokorozwiniętych (Jospe, 2011). Także w Polsce w ostatnich kilkudziesięciu latach obserwuje się systematyczne zwiększanie liczby nowych zachorowań, z czego największy odsetek stanowią dzieci od 5 do 9 roku życia (Pilecki i in., 2016).

Symptomy, jakie powinny zaniepokoić rodziców/opiekunów dziecka:

- wzmożone pragnienie (polidypsja),
- częste oddawanie moczu, niezwiązane z infekcją,
- gwałtowny spadek masy ciała (w ciągu tygodnia),
- zapach acetonu z ust,
- postępujące osłabienie, zmęczenie, senność,
- sucha skóra i błony śluzowe, czasem pojawiające się zakażenia grzybicze.

(Nazim, Starzyk, 2018).

Warto podkreślić, iż podwyższony poziom glukozy we krwi nie zawsze oznacza, że dziecko ma cukrzycę. U dzieci w okresie pokwitania może występować łagodne podwyższenie poziomu glukozy we krwi, znane jako hiperglikemia poranna. Jest to jeden z naturalnych objawów dojrzewania (Jospe, 2011). Rodzice/opiekunowie dziecka powinni być świadomi, iż korzystanie z profilaktycznych

badania lekarskich dzieci i młodzieży pozwala łatwiej dostrzec ewentualne zmiany w stanie zdrowia dziecka i szybko podjąć działania zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne.

Rozpoznanie cukrzycy u dziecka nie powinno wykluczać go z normalnego życia, nauki w szkole ani z kontaktów z rówieśnikami. Dzięki nowoczesnym metodom leczenia dzieci z cukrzycą mogą prowadzić życie zbliżone do swoich zdrowych kolegów i powinny uczęszczać do szkoły, jeśli tylko stan ich zdrowia na to pozwala (Winczewska, 2013).

Obecnie podstawową metodą leczenia DM1 jest funkcjonalna intensywna insulino-terapia, która polega na podawaniu pacjentowi egzogennej insuliny w celu odwzorowania fizjologicznego profilu działania tego hormonu. Insulino-terapia realizowana jest ciągłym podskórnym wlewem insuliny przy użyciu pompy insulino-wej (Tatoń, Czech, Bernas, Szczeklik-Kumala, 2009).

Skuteczna terapia cukrzycy opiera się na zaangażowaniu i umiejętnościach samego pacjenta, który ponosi odpowiedzialność za samokontrolę. W przypadku dzieci szkolnych niezbędna jest pomoc rodzica/opiekuna i pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Samokontrola obejmuje działania podejmowane przez chorego w celu oceny i normalizacji wyrównania metabolicznego oraz monitorowania potencjalnych powikłań. Kluczowe jest także aktywne dbanie o zdrowie poprzez odpowiednią dietę i regularny wysiłek fizyczny. Wyniki samokontroli stanowią fundament całego procesu terapeutycznego, obejmującego ustalanie dawkowania insuliny, profilaktykę oraz wczesną diagnostykę i leczenie powikłań (Czech, Tatoń, 2009). Odpowiedzialność za samokontrolę spoczywa również na rodzicach i opiekunach. Skuteczne zarządzanie cukrzycą wymaga od dzieci i młodzieży dużego zaangażowania w samokontrolę, co może być wyzwaniem. Zapisywanie pomiarów glukozy, dawki insuliny oraz spożywanych posiłków pomaga w monitorowaniu farmakoterapii i ułatwia konsultacje z lekarzem. Samokontrola w cukrzycy to nie tylko techniczne umiejętności, ale również rozwijanie odpowiednich postaw i strategii, które pozwalają dziecku na samodzielne zarządzanie swoją chorobą i poprawę jakości życia.

Dla dzieci i nastolatków z cukrzycą ważną kwestią jest akceptacja choroby. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania powinna pomóc uczniom w zrozumieniu i zaakceptowaniu swojego stanu zdrowia, co przekłada się na ich samopoczucie psychiczne i poczucie bezpieczeństwa w codziennym funkcjonowaniu.

Główne aspekty tej samokontroli:

- **monitorowanie poziomu glukozy:** dzieci powinny regularnie sprawdzać poziom cukru we krwi, zazwyczaj przed posiłkami, po wysiłku fizycznym oraz przed snem (obecny system opieki medycznej zapewnia każdemu dziecku i młodzieży refundowany przez NFZ system ciągłego monitorowania glikemii sprzężony z pompą insulinową, który zastępuje stary system zapewniający insulinę we wstrzykiwaczu - penie i kontrolę glikemii poprzez zastosowanie glukometru);
- **podawanie insuliny:** dzieci muszą nauczyć się samodzielnie podawać insulinę w odpowiednich dawkach, co wymaga znajomości zasad jej dawkowania w zależności od poziomu glukozy oraz spożywanego jedzenia (obsługa pomp insulinowych);
- **edukacja żywieniowa:** w zakresie planowania zbilansowanych posiłków uwzględniających węglowodany, białka i tłuszcze; dzieci muszą nauczyć się liczenia węglowodanów w pożywieniu dla kontrolowania poziomu glukozy;
- **aktywność fizyczna:** która pomaga w utrzymaniu prawidłowego poziomu glukozy; dzieci powinny być zachęcane do regularnych ćwiczeń, które należy dostosowywać do ich możliwości. Ważne jest, aby obserwować, jak aktywność ruchowa wpływa na poziom glukozy, aby w razie potrzeby dostosować dawki insuliny (w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia hipoglikemii).

Mimo postępów w leczeniu cukrzycy pacjenci narażeni są na wystąpienie powikłań, które stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia. Zarówno hipoglikemia, jak i hiperglikemia mogą pojawić się w dowolnym momencie życia osoby chorej na cukrzycę, a ich przebieg często jest bardzo dynamiczny (Szadkowska, 2020).

W związku ze znaczącym wzrostem zachorowalności na cukrzycę, jest duże prawdopodobieństwo, iż w każdej szkole uczy się przynajmniej jedno dziecko z takim rozpoznaniem. Sugeruje to, iż każdy pracownik szkoły powinien posiadać przynajmniej podstawową wiedzę na temat cukrzycy.

Wiedza ta powinna być przekazana przez pielęgniarkę sprawującą profilaktyczną opiekę zdrowotną w środowisku nauczania i wychowania w danej placówce (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/dziecko-z-cukrzyca>).

Pomimo iż mamy coraz lepsze możliwości leczenia, w zakresie zapobiegania cukrzycy wciąż pozostaje wiele do zrealizowania. Dużą nadzieję pokłada się we wprowadzaniu od 1 października 2022 roku koordynowanej opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) (Zarządzenie Prezesa NFZ, 2022). W ramach opieki koordynowanej lekarz POZ, do którego dziecko ma złożoną deklarację wyboru, współpracuje z lekarzami specjalistami, pielęgniarką POZ i dietetykiem. Zajmuje się profilaktyką, diagnozowaniem, leczeniem i edukacją pacjenta na temat wybranych chorób z dziedziny: kardiologii, diabetologii, endokrynologii, pulmonologii, chorób nerek. Pacjent zakwalifikowany przez lekarza do opieki koordynowanej uzyskuje dostęp do trzech bezpłatnych porad dietetycznych finansowanych ze środków publicznych w danym roku kalendarzowym.

3.2.4. Rola pielęgniarki w edukacji uczniów z chorobami niezakaźnymi

Pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania sprawując opiekę nad dzieckiem z nadwagą i otyłością, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, współpracuje z samym dzieckiem/ucznem i z rodzicami. Celem współpracy jest uświadomienie zależności między stylem życia a aktualnym stanem zdrowia. Są to stany kliniczne, które nasilą się, jeśli nadal utrwalane będą negatywne zachowania zdrowotne, żywieniowe, niestosowanie się do zaleceń farmakologicznych. Dla małego dziecka niezbędne jest wsparcie świadomego, aktywnego rodzica/opiekuna. Od nastolatka można oczekiwać większej samodzielności i odpowiedzialności za swoje postępowanie, preferowane zachowania zdrowotne.

Dziecko niezależnie od wieku powinno mieć stworzone prozdrowotne środowisko domowe w celu zapewnienia mu profilaktyki chorób niezakaźnych. Pielęgniarka w szkole powinna pomagać, edukować, monitorować, motywować oraz wspierać ucznia i jego rodzica/opiekuna w realizacji prozdrowotnego stylu życia, przygotowując do samoopieki. Ponadto jest zobowiązana do współpracy w tym zakresie z nauczycielami i pozostałym personelem placówki oświatowej oraz lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Rola pielęgniarki szkolnej jest kluczowa dla zapewnienia uczniom z chorobami niezakaźnymi odpowiedniej opieki zdrowotnej oraz edukacji. Jej wsparcie w zakresie zdrowia fizycznego i emocjonalnego wpływa na ich rozwój, samodzielność i jakość życia dziecka.

Bibliografia

1. Białkowska, M. (2011). Etiopatogeneza otyłości. *Post Nauk Med.*, XXIV (9), 765-769.
2. Cole, T.J., Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes.*, 4, 284-94. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00064
3. Czech, A., Tatoń, J. (2009). *CUKRZYCA: Podręcznik diagnostyki i terapii. Nowa wiedza, lepsze leczenie*. Katowice: Wydawnictwo Elamed.
4. Di Cesare, M. i in. (2024). The Heart of the World. *Glob Heart.*, 19,(1), 11. doi: 10.5334/gh.1288. PMID: 38273998; PMCID: PMC10809869.
5. Fijałkowska A., Dzielska A., (2024). Zdrowie dzieci we wczesnym wieku szkolnym. Raport z badań 2022–2023. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
6. Fijałkowska A., Oblacińska A., Dzielska A., Nałęcz H., Korzycka M., Okulicz-Kozaryn K., Bójko M., Radiukiewicz K. (2022). Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
7. Gałązka-Sobotka M., Otyłość w Polsce. Skala zjawiska i jej konsekwencje. Założenia dla strategicznego planu na rzecz prewencji i leczenia otyłości w Polsce. (2024). Uczelnia Łazarskiego Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia. <https://doi.org/10.26399/978-83-60694-54-1>
8. Gładczuk, J., Kleszczewska, E. (2021). Civilization diseases – prevention and intervention. [https://www.gov.pl/web/zdrowie/dziecko-z-cukrzyca,56\(1\),14-23](https://www.gov.pl/web/zdrowie/dziecko-z-cukrzyca,56(1),14-23).
9. Gudelj Rakić, J. i in. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey.
10. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dziecko-z-cukrzyca>
11. Jospe, N. (2011). Endokrynologia. W: A. Malinowski (red. wyd. polskiego). *Nelson Pediatrics*. (s. 645-689). Wydawnictwo Elsevier Urban Partner.
12. Kułaga, Z. i in. (2012). OLAF Study Group. Oscillometric blood pressure percentiles for Polish normal-weight school-aged children and adolescents. *J Hypertens*, 30(10), 1942–1954, doi: 10.1097/HJH.0b013e328356abad
13. Litwin, M. i in. (2018). Zalecenia Sekcji Pediatricznej Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego dotyczące postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w nadciśnieniu tętniczym u dzieci i młodzieży. *Arterial Hypertension*, 22(2), 45–73, doi: 10.5603/ah.2018.0007
14. Lizak, D., Budzowski, A., Seń, M., Czarny, W. (2016). Anthropometric measures of body composition used in obesity diagnosis – an overview. *Hygeia Public Health*, 51(2), 124-133.
15. Nazim, J., Starzyk, J. (2018). Cukrzyca u dzieci i młodzieży. W: W. Kowalec, R. Grenda., M. Kulus.(red.). *Pediatrics* tom II (s. 987-994), Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
16. NFZ o zdrowiu. Nadciśnienie tętnicze. (2019).
17. Obrycki, Ł. (2022). Rozpoznawanie nadciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*, 8 (1), 17-25.
18. Pilecki, O., Kalkstein-Nawrocka, E., Żbikowska-Bojko, M., Robak-Kontna, K. (2016). *Endokrynol. Pediatryczna*, 15(4), 9-22.

19. Program Leczenia Otyłości <https://www.czd.pl/strony/dzialalnosc-kliniczna/program-leczenia-otylosci> (dostęp 01.10.2024).
20. Raport NIK. Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych. (2021). <https://www.nik.gov.pl/plik/id,25237,vp,27987.pdf> (dostęp 01.10.2024).
21. Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz. U. poz. 1965.
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. 2013 poz. 1248.
23. Róździńska-Świątkowska, A. i in. oraz Grupa Badaczy OLAF i OLA (2013). Wartości referencyjne wysokości, masy ciała i wskaźnika masy ciała dla oceny wzrastania i stanu odżywienia dzieci i młodzieży w wieku 3–18 lat. *Standardy Medyczne/Pediatrica*, 1, 11–21.
24. Rubio-Cabezas, O. i in. (2014). The diagnosis and management of monogenic diabetes in children and adolescent. *Pediatric Diabetes*, 15 (20), 47–64.
25. Stalmach, M. (2018). Polskie badania populacyjne u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych: COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative – 8-latki w badaniu WHO. Konferencja „Czy to już epidemia otyłości w Polsce? Dynamika nadwagi i otyłości w cyklu życia – wyniki polskich badań populacyjnych u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych”. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka i Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego.
26. Szadkowska, A. (2020) Ostre powikłania cukrzycy u dzieci, Medycyna po dyplomie. <https://podyplomie.pl/pediatrica/35049,ostre-powiklania-cukrzycy-u-dzieci>
27. Szopiński, T., Korczowski, B. (2020). Zaburzenia odżywiania. W: D. Zarzyca, A. Emeryk (red.), *Pediatrica i pielęgniarstwo pediatryczne*.(s.137-269). Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
28. Tatoń, J., Czech, A., Bernas, M., Szczeklik-Kumala, Z.(2009). *Cukrzyca w Polsce -można lepiej*. Warszawa: Wydawnictwo Medycyna Metaboliczna.
29. Tykarski, A. i in. (2019). Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym - 2019 rok. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*, 5(1),1-86.
30. Vajravelu, M.E., Tas, E., Arslanian, S. (2023). Pediatric Obesity: Complications and Current Day Management. *Life*, 13, 1591. <https://doi.org/10.3390/life13071591>
31. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. WHO/EURO:2021-12040-40953-58211. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1> (dostęp 01.10.2024).
32. WHO. (2024). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (dostęp 01.10.2024).
33. Winczewska, B. (2013). Dziecko z cukrzycą w szkole- obowiązki nauczycieli i rodziców. <https://epedagogika.pl/top-tematy/dziecko-z-cukrzyca-w-szkole-obowiazki-nauczycieli-i-rodzicow-5703.html> (dostęp 01.10.2024).
34. Wyrzykowska, Z.(2016). Selected social costs of civilization diseases based on examples of asthma and diabetes. *Folia Pomer. Univ. Technol. Stetin., Oeconomica*, 329(84)3, 157–164.

35. Zarządzenie nr 124/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
36. Zarzycka, D., Szara, M. (2015). Otyłość wieku szkolnego – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, metody prewencji. *Endokrynol. Ped.*, 14 (2), 79-88 DOI: 10.18544/EP-01.14.02.1559.
37. Żurowska, A., Zwolińska D., Roszkowska -Blaim M., Drożdż, D., Antoniewicz, J., Czarniak, P. (2015). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej (PTNFD) dotyczące postępowania z dzieckiem z podwyższonym ciśnieniem tętniczym Zalecenia zostały opracowane przez grupę ekspertów powołaną przez PTNFD. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 9, (5), 349–375.

3.3. Problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Damian Czarnecki

W ostatnich latach obserwuje się pogorszenie kondycji psychicznej dzieci i młodzieży oraz rosnącą liczbę uczniów potrzebujących wsparcia specjalistycznego. Według danych Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę oraz NFZ w 2020 r. z pomocy specjalistycznej korzystało ponad 170 tys. osób do 18 r.ż., z których ponad 57% stanowili chłopcy. Dlatego też pielęgniarka szkolna coraz częściej w codziennej praktyce będzie miała kontakt z uczniami, którzy będą wymagali jej wsparcia oraz edukacji w zakresie zdrowia psychicznego (Szredzińska, Sajewska, 2022).

3.3.1. Depresja

Depresja u dzieci i młodzieży rozpoznawana jest według tych samych kryteriów, co u dorosłych. Zgodnie z klasyfikacją DSM-5 (Diagnostics and statistical manual of mental disorders - Fifth Edition) można wyróżnić następujące objawy zaburzeń depresyjnych, które utrzymują się co najmniej dwa tygodnie (należy stwierdzić co najmniej 5 objawów spośród poniższych) (Gątecki i in., 2018; Moskalewicz i Wciórka, 2021):

1. Drażliwość (u dzieci także nagły gniew, frustracja) lub/i obniżenie nastroju (smutek, przygnębienie, skarżenie się na objawy somatyczne np. bóle). Objawy występują przez cały dzień lub większą część dnia.
2. Utrata zainteresowań oraz trudności w odczuwaniu przyjemności (dotyczy braku poczucia przyjemności z czynności, które wcześniej przynosiły zadowolenie).
3. Zmiana masy ciała – wzrost lub spadek w porównaniu do okresu przed depresji.

4. Zaburzenia snu pod postacią bezsenności albo nadmierna senność w ciągu dnia.
5. Pobudzenie psychoruchowe lub redukcja napędu w ciągu dnia.
6. Przewlekłe zmęczenie i odczucie braku energii.
7. Obniżone poczucie własnej wartości, brak wiary w siebie oraz przewlekłe poczucie winy (obwinianie siebie nawet za nieistotne błędy).
8. Trudność w skupieniu uwagi i myśleniu w ciągu dnia.
9. Częste myśli o śmierci, o samobójstwie, planowanie samobójstwa, próby suicydalne.

Częstym objawem zaburzeń depresyjnych jest lęk, nawet pod postacią napadów paniki (Sobczyk i Gajek, 2024). Istotne jest to, że powyższe objawy przynoszą cierpienie i ograniczenie funkcjonowania społecznego w domu (w relacji z najbliższymi), szkole i grupie rówieśniczej. Podczas procesu diagnostycznego należy wykluczyć etiologię powyższych objawów wynikających z przyjmowania substancji psychoaktywnych i chorób somatycznych (Gątecki i in., 2018; Moskaiewicz i Wciórka, 2021). Należy pamiętać, że depresja stanowi czynnik ryzyka prób samobójczych. Objawy depresyjne u dzieci i młodzieży występują często w okresie dojrzewania, ale mogą rozpoczynać się już w okresie dzieciństwa. Często przed wystąpieniem objawów depresyjnych, dostrzega się występowanie traumatycznych wydarzeń życiowych, jak utrata osoby bliskiej, rozwód rodziców czy wszelkiego rodzaju nadużycia. Warto pamiętać (szczególnie dotyczy to osób pracujących z młodzieżą bądź bliskich), że młodzież z depresją często cierpi w samotności, nie angażując otoczenia w rozwiązywanie problemów (Moskaiewicz i Wciórka, 2021). Depresja może występować jako niezależna jednostka chorobowa, która może charakteryzować się nasileniem łagodnym, umiarkowanym oraz głębokim, ale także jako epizod w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (Cichoń i in., 2024).

Depresja „młodzieńcza” może dodatkowo przebiegać z poczuciem znudzenia i zmęczenia, trudnościami szkolnymi, unikaniem kontaktów z najbliższym otoczeniem, w tym znajomymi. Depresja u osób młodych może przebiegać w różnych postaciach, w których przeważa oprócz objawów podstawowych - lęk o przyszłość, problemy z nauką, poczucie bezsensu życia czy obawy o własne zdrowie oraz angażowanie się w zachowania autodestrukcyjne (Sobczyk i Gajek, 2024). Zachowania autodestrukcyjne to np. samookaleczenia (cięcie, przypalanie, drapanie), przyjmowanie leków poza zleceniem lekarskim w celu „zatrucia się” (a nie w celach samobójczych) np. podawanie większych dawek insuliny (ale nie w celu odebrania sobie życia) (Sobczyk i Gajek, 2024).

Częstość występowania zaburzeń depresyjnych „kiedykolwiek w życiu” wynosi 1,3% osób w wieku między 7 a 11 lat i około 4% osób w wieku 12-17 lat. Badanie EZOP II z 2021 roku wskazało, że najczęściej zaburzenia depresyjne występowały u osób w wieku między 16 a 17 rokiem życia, u dzieci z małych miast i z rodzin, które były pod opieką pomocy społecznej (Moskalewicz i Wciórka, 2021).

Interwencja wobec dzieci i młodzieży z depresją

Psychoterapia jest podstawową formą terapii zaburzeń depresyjnych. Stosuje się psychoterapię grupową, indywidualną i rodzinną oraz psychoedukację polegającą na przekazaniu wiedzy na temat zaburzeń, leczenia czy opieki. Z psychoterapią można łączyć psychofarmakoterapię. Jedną z form zapobiegania występowaniu zaburzeń depresyjnych jest wdrażanie programów profilaktycznych w środowiskach lokalnych życia dzieci i młodzieży (Cichoń i in., 2024).

3.3.2. Zaburzenia lękowe

Fobie specyficzne

Zgodnie z kryteriami DSM-5 obejmują: nagły i nieadekwatnie silny niepokój lub nadmierny strach przed i w zetknięciu z daną sytuacją lub przedmiotem (np. otwartą przestrzenią, ostrymi narzędziami itp.). Według kryteriów objawy powinny utrzymywać się co najmniej pół roku i stanowić przyczynę trudności w codziennym funkcjonowaniu (Moskalewicz i Wciórka, 2021).

Fobia społeczna

Zgodnie z kryteriami DSM-5 zespół objawów powinien obejmować (Moskalewicz i Wciórka, 2021; Dąbkowska, 2004): silny lęk bądź niepokój w sytuacji lub sytuacjach społecznych, w których osoba może być oceniana, takich jak bycie obserwowanym (np. spożywanie posiłku na przerwie, w restauracji), zabieranie głosu w grupie (na przerwie, na lekcji) czy rozmowa. Objawy występują w kontakcie z rówieśnikami, jak również z dorosłymi. Dodatkowo kontakt z innymi osobami inicjuje obawy, że się źle wypadnie, że wypowiedź będzie obraźliwa dla kogoś oraz że ekspozycja społeczna wywoła reakcje psychologiczne i fizjologiczne, takie jak wstyd czy zaczerwienienie twarzy itp. Objawy lękowe mogą występować pod postacią napadów płaczu, złości, milczenia czy zastygania (brak reakcji). Zwykle zaburzenie wywołuje cierpienie, niemożność normalnego funkcjonowania społecznego, w tym reakcje unikania sytuacji społecznych (lękotwórczych), a objawy utrzymują się co najmniej pół roku.

Lęk separacyjny

Według kryteriów DSM-5 zaburzenia separacyjne charakteryzują się występowaniem niepokoju i lęku w wyniku rozłąki z osobą, z którą dziecko jest związane (Moskalewicz i Wciórka, 2021; Schiele i Domschke, 2021). Reakcja emocjonalna na rozstanie jest nieadekwatna co do siły i etapu rozwojowego dziecka i może jej towarzyszyć – częste cierpienie, obawa/zamartwianie się o utratę osoby, z którą dziecko jest związane (np. że zachoruje, dozna krzywdy, ulegnie wypadkowi), obawa, że samo dziecko zachoruje lub zostanie porwane, co spowoduje rozłąkę z daną osobą, unikanie wychodzenia z domu, pozostawania samemu, obawa przed zasypianiem lub noclegiem poza domem, gdy nie ma obecności osoby obdarzonej zaufaniem, częste jakościowe zaburzenia snu (koszmary senne o rozdzieleniu, pozostawaniu samemu), czy występowanie objawów somatycznych (np. dolegliwości żołądkowo-jelitowe, bóle brzucha i głowy itp.). Objawy lęku separacyjnego u dzieci w kryterium diagnostycznym powinny utrzymywać się ponad miesiąc i być powiązane z zaburzeniem funkcjonowania społecznego.

Lęk separacyjny najczęściej dotyczy dzieci w wieku 2-5 lat i z czasem zmniejsza swoje nasilenie. Do przyczyn lęku separacyjnego zalicza się utratę kogoś bliskiego, znaczące zmiany w szkole czy w rodzinie. Lęk separacyjny koreluje dodatnio z występowaniem zaburzeń rodzinnych w domu (Moskalewicz i Wciórka, 2021; Blatter-Meunier i Schneider, 2011; Santarossa, Nabbijohn, van der Miesen, Peragine i VanderLaan, 2019).

W ogólnym ujęciu zaburzenia lękowe często rozpoczynają się w okresie dzieciństwa i młodości, a proces diagnostyczny polega między innymi na porównaniu dzieci diagnozowanych z grupą rówieśniczą pod kątem występowania zaburzeń oraz na wywiadzie z rodzicem/opiekunem dziecka (Moskalewicz i Wciórka, 2021).

Cechą charakterystyczną zaburzeń lękowych jest nadmierna reakcja na sytuację trudną, nową lub na samo wyobrażenie tych okoliczności, pod postacią strachu, lęku i związane z tym określone zachowania, w tym unikanie sytuacji, osób, przedmiotów kojarzonych z lękiem oraz komponenta somatyczna tj. określone reakcje organizmu – bicie serca, potliwość, drżenie rąk (Moskalewicz i Wciórka, 2021; Zikopoulou, Kakaniari i Simos, 2019).

Z badań EZOP II wynika, że populacja dzieci i młodzieży jest szczególnie obciążona fobiami specyficznymi, następnie fobiami społecznymi i lękiem separacyjnym (łącznie to prawie 8% w populacji dzieci od 7 do 11 lat, a ponad 5% w populacji młodzieży w wieku 12-17 lat) (Moskalewicz i Wciórka, 2021). Charakterystyka demograficzna dzieci i młodzieży doświadczającej wyżej

wymienionych zaburzeń obejmuje płeć żeńską w wieku między 7 a 11 rokiem życia, mających rodziców z wyższym wykształceniem oraz duże miasta jako miejsce zamieszkania (Moskalewicz i Wciórka, 2021).

Interwencja wobec dzieci i młodzieży z lękiem

Skutecznymi metodami terapeutycznymi stosowanymi u dzieci i młodzieży z lękiem jest terapia poznawczo-behawioralna oraz terapia systemowa. Istotnym czynnikiem leczącym jest włączenie w terapię rodziców dzieci i młodzieży z lękiem (Zikopoulou, Kakaniari i Simos, 2019; Lelek i Adamczyk-Banach, 2020).

3.3.3. Samookaleczenia

Samookaleczenia (działania autodestrukcyjne, autoagresywne) to częsty i ciągle narastający problem młodzieży, szczególnie hospitalizowanej z powodu zaburzeń psychicznych (Radziwiłłowicz i Lewandowska, 2017). Jak zauważają klinicyści, np. w populacji młodych pacjentów szpitala psychiatrycznego do samookaleczeń może dochodzić na zasadzie „mechanizmu modelowania” tzn. następuje przejmowanie zachowania od innego pacjenta lub celem zachowania integracji grupy, jednak bardzo często tego typu autodestrukcja wynika z poczucia utraty sensu życia, braku zrozumienia ze strony otoczenia czy szeroko pojętych problemów w sferze emocjonalnej (Radziwiłłowicz i Lewandowska, 2017).

Samookaleczenia więc mogą przebiegać jako część szerszego zaburzenia psychicznego (np. w przebiegu zaburzeń lękowych, odżywiania się, zaburzeń osobowości czy zaburzeń afektywnych i schizofrenii) oraz jako niezależny problem, który został nawet sklasyfikowany w DSM-5 pod nazwą „zamierzone samouszkodzenia bez intencji samobójczych” (Nonsuicidal Self-Injury – NNSI) lub „celowe bezpośrednie samookaleczenia” (Direct Self-Injurious Behavior - D-SIB) (Radziwiłłowicz i Lewandowska, 2017; DSM-5, 2013; Horváth i in., 2018).

Samookaleczenie od samobójstwa odróżnia intencja podejmowanej autodestrukcji. Specjaliści określają podjęcie próby samobójczej, jako działania, którym, w momencie ich inicjowania, towarzyszył zamiar odebrania sobie życia (Kicińska L., Łuba M., Palma J., Witkowska H., 2022). Z kolei samookaleczenie ma na celu „regulację silnych negatywnych emocji”, zmniejszenie cierpienia psychicznego czy jego sygnalizację (Kądziała-Olech i in., 2015).

Akt samookaleczenia/autoagresja to bardzo często przecinanie skóry (nadgarstków, przedramion), przypalanie (często na wewnętrznej stronie ud) czy nakłuwanie. Samookaleczenie może dotyczyć przyjmowania leków (większych dawek niż zlecane lub dawki bezpieczne) lub nieprzyjmowanie leków zleconych przez lekarza.

Z polskich badań wśród nastolatków w wieku 13-19 lat wynika, że 16% chłopców i prawie 10% dziewcząt angażuje się w samookaleczanie (zarówno D-SIB, jak i NSSI, gdzie wg kryteriów angażowanie się w samookaleczenia wynosi ponad 5 dni w roku). Ponad 80% dziewcząt i 70% chłopców odczuwa ulgę po dokonaniu samookaleczenia. Natomiast dwukrotnie więcej dziewcząt po NSSI ma poczucie wstydu (ponad 40%) i potrzebuje pomocy (blisko 40%) (Kądziela-Olech i in., 2015). Dziewczęta najczęściej angażowały się w NSSI z powodu samotności (48%) i problemów szkolnych (40%). Z kolei aż 73% chłopców angażowało się w NSSI bez powodu. Ponad 55% dziewcząt i prawie 45% chłopców zgłaszało problem otoczeniu (Kądziela-Olech i in., 2015). Szczególnie wrażliwą populacją na zachowania D-SIB jest grupa uczniów szkół zawodowych, w której stwierdzono także większe ryzyko występowania myśli samobójczych (Horváth i in., 2018).

3.3.4. Próby samobójcze

Wzrost zachowań samobójczych silnie koreluje z okresem pandemii SARS Cov-2. Do czynników ściśle związanych z podejmowaniem prób samobójczych należą czynniki społeczne jak: przemoc rówieśnicza (raport z 2023 roku – dzieci doświadczające tego typu przemocy, siedmiokrotnie częściej podejmują próby samobójcze niż dzieci niedoświadczające przemocy ze strony rówieśników) (Witkowska, Kicińska, Palma i Łuba, 2024).

Przyczyny zachowań samobójczych związane są z następującymi czynnikami (Witkowska, 2023):

1. czynniki związane z określonymi sytuacjami (utrata osoby bliskiej, rozwód osób bliskich, konflikty rówieśnicze, kłótnie w domu),
2. czynniki indywidualne (zaburzenia somatyczne, zaburzenia psychiczne, traumatyczne zdarzenia, zaburzenia relacji społecznych, przyjmowanie substancji psychoaktywnych),
3. czynniki społeczne (bariery w dostępności do pomocy, globalne problemy gospodarcze, bariery w dostępie do edukacji i rozwoju zawodowym),
4. czynniki związane z aspektami suicydalnymi w odniesieniu do religii i kultury.

Do zdarzeń, które najistotniej inicjują zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży należą (Witkowska, Kicińska, Palma i Łuba, 2024; Gmitrowicz, Makara-Studzińska i Młodożeniec, 2015):

- narażenie na przemoc (fizyczną, psychiczną, seksualną, rówieśniczą – bierną i czynną),
- bycie świadkiem przemocy,

- rozpad rodziny i utrata najbliższych,
- konflikty w grupie rówieśniczej,
- nieplanowana ciąża,
- brak zaangażowania rodziców w opiekę nad dziećmi,
- zaniedbanie emocjonalne przez opiekunów,
- przekonanie o swojej samotności, o byciu niepotrzebnym, poczucie bezradności i braku sensu życia.

Do czynników internetowych, które mogą zwiększać ryzyko zachowań samobójczych należą (Witkowska, Kicińska, Palma i Łuba, 2024; Kawashima, Kawamoto, Shiraga i Kawano, 2020; Witkowska, Czabański i Kicińska, 2022; Deitte i Ross-Nash, 2021):

- narażenie na treści suicydalne programów, filmów, gier itp.,
- ujmowanie śmierci w kategoriach romantycznych i chwających autodestrukcję,
- dostępność poradników zachowań autodestrukcyjnych,
- zachęcanie do zachowań samobójczych,
- narażenie na efekty algorytmów aplikacji społecznościowych,
- związanie paktów suicydalnych.

Raport Komendy Głównej Policji z 2023 roku podaje, że odnotowano 1994 próby samobójcze dzieci i młodzieży w wieku między 7 a 18 lat. W populacji między 7 a 12 lat odnotowano 78 prób, natomiast w grupie między 13 a 18 lat aż 1916 prób suicydalnych (Witkowska, Kicińska, Palma i Łuba, 2024). Wyniki badania EZOP II podają, że blisko 6% osób w wieku między 12 a 17 lat przejawiało tendencje samobójcze. Najczęściej to zjawisko dotyczy grupy wiekowej między 16 a 17 lat, młodzieży mieszkającej w dużych miastach oraz młodzieży, której rodziny objęte są pomocą społeczną (Moskalewicz i Wciórka, 2021).

Interwencja wobec dzieci i młodzieży z ryzykiem samobójczym

Według opinii młodzieży licealnej, najważniejszą rolę zapobiegającą zaburzeniom samobójczym odgrywa rodzina. W zapobieganie ryzyku suicydalnemu i innym zachowaniom autodestrukcyjnym w większym stopniu powinny angażować się szkoła, instytucje religijne, policja, ochrona zdrowia oraz media (Kielan i in., 2019).

3.3.5. Rola pielęgniarki w edukacji i wsparciu dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego

Pielęgniarka szkolna ma wiedzę na temat rozpoznawania objawów zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży oraz czynników ryzyka prób samobójczych (wynika to z programów kształcenia przed i podyplomowego). Jednak jej rola w kwestii prewencji zaburzeń psychicznych u dzieci powinna być wzmocniona. Między innymi poprzez jej współpracę z POZ czy systemem I poziomu referencyjności opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Z drugiej strony, z uwagi na częstość występowania problemów psychicznych w populacji dzieci i młodzieży oraz barier systemowych, konieczne są działania oddolne, jak przygotowanie i wdrażanie programów rozpoznawania czynników ryzyka, prewencji i podejmowania interwencji w aspekcie rozwoju depresji czy zachowań samobójczych, w których uczestniczy zespół interdyscyplinarny (Pestaner, Tyndall i Powell, 2021). Z badań wynika, że bardzo często podejmowane przez pielęgniarkę szkolną działania w zakresie zdrowia i edukacji mają charakter koordynowany i obejmują doradztwo i interwencje motywacyjne (Best, Oppewal i Travers, 2018). Ważnym zadaniem pielęgniarki szkolnej jest udział w ocenie ryzyka depresji, zaburzeń lękowych, a szczególnie zachowań suicydalnych poprzez działania elementarne, jak obserwowanie i identyfikacja czynników ryzyka zaburzeń tj. przestanek, które mogą ukierunkować działania pielęgniarskie i dalsze wczesne interwencje całego zespołu specjalistów. Szczególnym nadzorem pod kątem ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych wynikających z zaburzeń zdrowia psychicznego, powinny być objęte populacje dzieci np. z domów pod opieką społeczną, z małych miejscowości, z grup narażonych na ostracyzm np. LGBT, czy te, które wykazują znaczną absencję szkolną itp. Sugeruje się, aby w profilaktyce konsekwencji zaburzeń psychicznych uwzględnić ocenę objawów somatycznych zgłaszanych przez dzieci i młodzież jak np. zaburzenia snu, łaknienia, bóle głowy czy nudności (Donnelly, Richardson i Solberg, 2021). Wobec dzieci w kryzysie pielęgniarka powinna wdrożyć pierwszą pomoc emocjonalną, która obejmuje podejmowanie przez dorosłych różnorodnych interwencji w odpowiedzi na obserwowane u młodych osób zmiany w zachowaniu, postrzegane jako sygnały ostrzegawcze problemów emocjonalnych lub innych zaburzeń psychicznych.

Najważniejsze cele pierwszej pomocy emocjonalnej dotyczą:

- **zauważenia potrzeb młodej osoby, zrozumienia przeżywanych trudności oraz zorientowania się w powadze sytuacji,**
- **pomocy w łagodzeniu odczuwanych nieprzyjemnych stanów emocjonalnych,**
- **pomocy w identyfikowaniu zasobów i źródeł wsparcia oraz wyboru najbardziej adekwatnych form pomocy i - w razie potrzeby - angażowania do tej pomocy innych osób lub instytucji**
(Łuba, 2022).

Pożądane jest, aby pielęgniarka szkolna posiadała aktualny wykaz telefonów pomocowych, które może przekazać uczniowi, jego opiekunom lub sama skorzystać z konsultacji celem uzyskania niezbędnej wiedzy w zakresie wsparcia osób w kryzysie (Załącznik nr 1).

Powyższe działania wpisują się w zadania pielęgniarki szkolnej, do której należy m.in. zbieranie danych o stanie zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży oraz poradnictwo i wsparcie (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.)

Bibliografia

1. Best, N.C., Oppewal, S., Travers, D. (2018). Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. *Journal of School Nursing*, 34(1), 14-27. doi: 10.1177/1059840517745359.
2. Blatter-Meunier, J., Schneider, S. (2011). Trennungsangstprogramm für Familien (TAFF): Ein störungsspezifisches, kognitiv-behaviorales Therapieprogramm für Kinder mit Trennungsangst. *Prax der Kinderpsychologie and Kinderpsychiatrie*, 60(8), 684-690. doi: 10.13109/prkk.2011.60.8.684.
3. Cichoń, L., Janas-Kozik, M., Chetmecka, E., Wilczyński, K.M., Jelonek, I., Rybakowski, J.K. (2014). Obraz kliniczny zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u dzieci i młodzieży hospitalizowanych w oddziale psychiatrii w Sosnowcu. *Psychiatria Polska*, 337, 1-16. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/175719.
4. Dąbkowska, M. (2004). Fobia społeczna u dzieci i młodzieży. *Psychiatria Polska*, 38(4), 589-602.
5. Deitte, J., Ross-Nash, Z. (2021). Exploring suicide and violent videogames. <https://society-forpsychotherapy.org/exploring-suicide-and-violent-videogames/> (dostęp:15.11.2024 r.)
6. *Diagnostics and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition (DSM-5).* (2013). Washington, DC-London, England: American Psychiatric Association.

7. Donnelly, H.K., Richardson, D., Solberg, S.V. (2021). Understanding Somatic Symptoms Associated with South Korean Adolescent Suicidal Ideation, Depression, and Social Anxiety. *Behavioral Sciences*, 11, 151. <https://doi.org/10.3390/bs11110151>
8. Gałeczki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (red.). (2018). *Kryteria diagnostyczne chorób psychicznych. DSM-5. Wydanie piąte* (s. 196-197). Wrocław: Edra Urban&Partner.
9. Gmitrowicz, A., Makara-Studzińska, M., Młodożeniec, A. (2015). *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
10. Horváth, L.O. i in. (2018). Direct Self-Injurious Behavior (D-SIB) and Life Events among Vocational School and High School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 24, 15(6), 1068. doi: 10.3390/ijerph15061068
11. Kawashima, D., Kawamoto, Sh., Shiraga, K., Kawano, K. (2020). Is Suicide Beautiful? Suicide Acceptance and Related Factors in Japan. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(2), 114–120. doi: 10.1027/0227-5910/a000612
12. Kądziała-Olech, H., Zak, G., Kalinowska, B., Wągrocka, A., Perestret, G., Bielawski, M. (2015). Częstość zamierzonych samookaleczeń bez intencji samobójczych – Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) wśród uczniów szkół ponadpodstawowych w odniesieniu do wieku i płci. *Psychiatria Polska*, 49(4), 765-778. <https://doi.org/10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/3>
13. Kielan, A. i in. (2019). Analiza opinii młodzieży na temat profilaktyki samobójstw. *Psychiatria Polska*, 53(2), 359-370. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/81754>
14. Lelek, A., Adamczyk-Banach, M. (2020). Parent involvement in anxiety disorder therapy in children and adolescents. *Psychoterapia*, 195(4), 9-22. <https://doi.org/10.12740/PT/130638>
15. Łuba, M. (2022), Pierwsza pomoc emocjonalna w kryzysie psychicznym ucznia. W: M. Łuba, J. Palma, H. Witkowska, *Interwencje po śmierci samobójczej – o znaczeniu i potrzebie działań postwencyjnych w szkole*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Suicydologiczne.
16. Moskalewicz J. Wciórka J. (red.). (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowania – EZOP II”*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
17. Pestaner, M.C., Tyndall, D.E., Powell, S.B. (2021) The Role of the School Nurse in Suicide Interventions: An Integrative Review. *Journal of School Nursing*, 37(1), 41-50. doi: 10.1177/1059840519889679
18. Radziwiłłowicz, W., Lewandowska, M. (2017). Od traumatycznych wydarzeń i dysocjacji do Ją cielesnego i objawów depresji – w poszukiwaniu syndromu autodestruktywności u młodzieży dokonującej zamierzonych samookaleczeń. *Psychiatria Polska*, 51(2), 283-301. <https://doi.org/10.12740/PP/63801>
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. (Dz.U.z 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.).
20. Santarossa, A., Nabbijohn, A.N., van der Miesen, A.I.R., Peragine, D.E., VanderLaan, D.P. (2019). Separation anxiety and gender variance in a community sample of children. *European Child*

and Adolescent Psychiatry, 28(12), 1629-1643. doi: 10.1007/s00787-019-01319-3

21. Schiele, M.A., Domschke, K. (2021). Trennungsangststörung [Separation anxiety disorder]. *Nervenarzt*, 92(5), 426-432. doi: 10.1007/s00115-020-01037-1
22. Sobczyk, K., Gajek, A. (2024). Uchwała nr LXXXIII/828/2024. Rady Miasta Marki z dnia 27 marca 2024 r. w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków uczęszczających do szkół na terenie Gminy Miasta Marki na lata 2024-2026. https://edziennik.mazowieckie.pl/WDU_W/2024/4241/akt.pdf (dostęp: 15.11.2024).
23. Szredzińska, R., Sajewska, M., (2022). *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
24. termedia.pl/poz/NFZ-Rosnie-liczba-dzieci-z-zaburzeniami-psychicznymi-objetych-pomoca,53308.html (dostęp: 05.11.2024r.).
25. Witkowska, H. (2023). Etiologia z różnych perspektyw zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży. W: B. Hołys (red.), *Zapobieganie samobójstwom. Zachowania suicydalne dzieci i młodzieży*. Tom 3. Warszawa: Difin.
26. Witkowska, H., Czabański, A., Kicińska, L., Łuba, M., Palma J., Szczepaniak, W. (2022). Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych. Zadanie zrealizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 finansowane przez Ministra Zdrowia. <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/wp-content/uploads/2022/10/standardydlugie11.pdf>
27. Witkowska, H., Kicińska, L., Palma, J., Łuba, M. (2014). Zrozumieć, aby zapobiec 2024. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. II edycja raportu na podstawie danych KGP i serwisu WWW.ZWJR.PL Życie warto jest rozmowy. Kwartalnik Policyjny. <https://kwartalnik.csp.edu.pl/kp/archiwum-1/2024/kwartalnik-policyjny-nr-12024/5739,Zrozumiec-aby-zapobiec-2024-Zachowania-samobojcze-wsrod-dzieci-i-mlodziezy-II-ed.html> (dostęp:15.11.2024).
28. Zikopoulou, O., Kakaniari, K., Simos, G. (2019). Assessing anxiety symptoms in children: Agreement between parents and children. *Psychiatriki*, 30(1), 39-48. doi: 10.22365/jpsych.2019.301.39

Załącznik 1.

Wykaz numerów telefonów, z których mogą skorzystać dzieci, ich opiekunowie rodzinni oraz profesjonalści zajmujący się opieką i edukacją dzieci i młodzieży w sytuacji kryzysowej.

Telefon alarmowy	Tel. 112 Całodobowy, bezpłatny, wykorzystywany w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.
Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży	Tel. 116 111 www.116111.pl Całodobowy, bezpłatny oraz działający codziennie telefon przeznaczony dla dzieci i nastolatków doświadczających trudności.
Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka	Tel. 800 12 12 12 Bezpłatny telefon pomocy psychologicznej i prawnej dla dzieci, dostępny 24h na dobę przez 7 dni w tygodniu.
Niebieska linia	Tel. 800 120 002 Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy „Niebieska Linia”. Bezpłatny i anonimowy telefon wsparcia dla ofiar i świadków przemocy w rodzinie, numer dostępny całodobowo.
Fundacja życia warte jest rozmowy	www.zwjz.pl Konsultacje z ekspertami suicydologii w sprawie zagrożenia samobójczego. Bezpłatne konsultacje dla rodziców, szkół, osób w żałobie, duchownych.
Telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawie bezpieczeństwa ich dzieci	Tel. 800 100 100 www.800100100.pl Bezpłatny i anonimowy telefon dla rodziców i nauczycieli, którzy potrzebują wsparcia i informacji w zakresie pomocy dzieciom i nastolatkom przeżywającym kłopoty i trudności.
Policyjny Telefon Zaufania ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie	Tel. 800 120 226 Bezpłatny telefon pomocy psychologicznej i prawnej dla dzieci i w sprawach dzieci, czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 9.30 do 15.30
Pomarańczowa Linia	Tel. 801 140 068 www.pomaranczowalinia.pl Telefon przeznaczony dla osób, które mają problem z alkoholem lub narkotykami, oraz ich bliskich czynny od poniedziałku do piątku od 14.00 do 20.00.
Telefon i czat zaufania dla dzieci i młodzieży	800 119 119 www.800119119.pl Ogólnopolska linia wsparcia psychologicznego dla dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym. Czynna codziennie od 14.00 do 22.00.
Ogólnopolski Telefon Zaufania - Uzależnienia	800 199 990 Czynny codziennie w godzinach od 16.00 do 21.00. Bezpłatny dla osób chcących skorzystać z konsultacji.
Poradnia narkotykowa online	www.narkomania.org.pl/

3.4. Zachowania uzależniające

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

3.4.1. Nowe ujęcie problemu

Tradycyjnie substancje psychoaktywne kojarzą się z uzależnieniem. Myślenie o problemach związanych z internetem lub grami komputerowymi również uruchamia skojarzenie z e-uzależnieniem. Tymczasem Klasyfikacja ICD-11 (*International Classification of Diseases 11th Revision, adopted May 2019*), która oficjalnie zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2022 r., a w Polsce ma być wprowadzona do roku 2026, odchodzi od tego sposobu myślenia, traktując uzależnienie jako jeden z wielu problemów, jakie mogą wynikać z używania substancji psychoaktywnych lub korzystania z mediów elektronicznych. W ICD-11 kluczowe jest pojęcie „zachowania uzależniające” określające jednorazowe lub wielokrotnie powtarzane zachowania, które mogą prowadzić do rozwoju problemów zdrowotnych i/lub społecznych.

Jest to zmiana szczególnie istotna z perspektywy pracy z dziećmi i młodzieżą, w tym dla pielęgniarki szkolnej, która sprawuje i integruje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole. Wśród młodych ludzi uzależnienie od substancji (ogólnie definiowane jako zaburzenie regulacji używania danej substancji, wynikające z powtarzającego się lub ciągłego (codziennie lub prawie codziennie przez co najmniej 3 miesiące) używania tej substancji, charakteryzujące się silnym wewnętrznym dążeniem do używania, które przejawia się upośledzoną zdolnością kontrolowania używania, pierwszeństwem stosowania substancji w stosunku do innych działań i uporczywością używania pomimo szkód lub negatywnych konsekwencji) występuje stosunkowo rzadko. Natomiast to, co w ICD-11 jest określone jako „epizod szkodliwego używania substancji psychoaktywnych” (czyli epizod używania, który spowodował uszczerbek na zdrowiu fizycznym lub psychicznym danej osoby lub spowodował zachowanie prowadzące do szkody dla zdrowia innych, przy czym szkoda dla zdrowia osoby używającej może być wynikiem zachowania związanego z odurzeniem; bezpośredniego lub wtórnego działania toksycznego na narządy i układy organizmu; lub szkodliwej drogi podawania a szkoda dla zdrowia innych osób obejmuje wszelkie formy szkód fizycznych, w tym urazy, lub zaburzenie psychiczne, które są bezpośrednio związane z zachowaniem spowodowanym odurzeniem) lub „szkodliwy wzór używania

¹ <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details>

substancji psychoaktywnych” (tzn. wzorec używania widoczny w okresie co najmniej 12 miesięcy, jeśli używanie substancji jest epizodyczne lub co najmniej jednego miesiąca, jeśli używanie jest ciągłe, który spowodował uszczerbek na zdrowiu fizycznym lub psychicznym danej osoby lub spowodował zachowanie prowadzące do szkody dla zdrowia innych), jest problemem znacznie bardziej rozpowszechnionym².

3.4.2. Używanie substancji psychoaktywnych z perspektywy rozwoju dzieci i młodzieży

Zachowania uzależniające, które manifestują się zwykle w okresie dorastania, a mogą mieć długofalowe skutki, wpływając na dorosłe życie w rodzinie, pracy i społeczeństwie, są zwykle efektem długotrwałego procesu, który zaczyna się we wczesnym lub średnim dzieciństwie (Deptuła, Potorska, Borsich, 2018). Znanych jest wiele czynników związanych z sytuacją rodzinną, praktykami wychowawczymi rodziców, środowiskiem szkolnym i rówieśniczym, cechami indywidualnymi i szerszego otoczenia społecznego, które mogą się przyczynić do ich rozwoju³. Środowisko szkolne może odgrywać w tym procesie zarówno rolę czynnika zwiększającego ryzyko lub chroniącego przed problemami.

Dzieci rozpoczynające naukę szkolną są zwykle nastawione do niej pozytywnie. Są w okresie rozwojowym, w którym po prostu chcą się uczyć. Dlatego bardzo ważne jest, by pierwsze doświadczenia szkolne podtrzymywały u dzieci zapał i gotowość do nauki oraz współpracy z nauczycielami i rówieśnikami. Sprzyja temu to, co ogólnie określa się jako dobry klimat społeczny szkoły – miła atmosfera, życzliwość nauczycieli nastawionych na zrozumienie i dostrzeżenie mocnych stron każdego ucznia, jasne i sprawiedliwe zasady oceniania, umiejętność rozwiązywania sytuacji konfliktowych, budowanie dobrych relacji między uczniami itp. Uczniowie, którzy dobrze i bezpiecznie czują się w szkole, są bardziej zaangażowani w naukę, a mniej w zachowania ryzykowne (w tym też – używanie substancji psychoaktywnych). Gdy jednak ich relacje z kolegami i koleżankami nie układają się najlepiej, doświadczają niepowodzeń w nauce lub krytyki

² Aktualne dane na temat rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych w Polsce (w tym - przez młodzież) można znaleźć na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, np. <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport-2023-wersja-Internetowa.pdf>, dane pokazujące sytuację w Polsce na tle innych krajów europejskich są dostępne na stronie European Union Drugs Agency (EUDA) https://www.euda.europa.eu/data/stats2024_en#level-1-section0

³ Więcej na ten temat np. <https://madraochrona.pl/zachowania-ryzykowne/czynniki-ryzyka/>

ze strony nauczycieli, mogą uznać, że szkoła nie jest dla nich dobrym miejscem, a taka postawa może zaważyć na ich dalszej karierze edukacyjnej i rozwoju społecznym (Kocoń-Rychter, Ferdyn, Kwatera, Okulicz-Kozaryn, 2019).

W miarę dorastania poszerza się zakres kontaktów społecznych, zainteresowań i doświadczeń życiowych młodych ludzi. Coraz ważniejszą rolę w ich życiu odgrywają rówieśnicy. Okres dojrzewania to też czas eksperymentowania z nowymi ideami i zachowaniami, w tym też – z używaniem substancji psychoaktywnych. Częstość sięgania po takie środki, głównie alkohol i papierosy (ostatnio częściej elektroniczne niż tradycyjne!) wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem (Dzielska, Okulicz-Kozaryn, 2023). Spośród nielegalnych substancji psychoaktywnych najbardziej rozpowszechnione wśród młodzieży są marihuana i haszysz.

3.4.3. E-papierosy i inne formy używania nikotyny

Zagrożenia dla zdrowia i rozwoju młodych ludzi związane z piciem alkoholu, paleniem papierosów i używaniem narkotyków są dobrze poznane i były już wielokrotnie opisywane⁴. Stosunkowo nowym wyzwaniem są natomiast e-papierosy. Systematycznie wzbogacana wiedza na temat skutków zdrowotnych ich używania jednoznacznie wskazuje, że nie są one „zdrowszą” alternatywą dla papierosów tradycyjnych – te same osoby często i palą i vapują (Przewoźniak, Koczkodaj, 2024). E-papierosy są bardzo skuteczne w dostarczaniu do płuc nikotyny za pomocą płynu, który wytwarza wypełniony chemikaliami aerozol. Zawierają też wiele innych substancji chemicznych nieodwracalnie uszkadzających płuca⁵. Dlatego też Polskie Towarzystwo Pediatryczne rekomenduje wprowadzenie zakazu stosowania e-papierosów, dodatków smakowych (deserowych i owocowych) oraz zakazu sprzedaży jednorazowych wersji tych produktów (Polskie Towarzystwo Pediatryczne, 2024).

Warto też zwrócić uwagę na inne wyroby tytoniowe, które najprawdopodobniej będą zyskiwały na popularności wśród polskiej młodzieży. Do tej pory w badaniach epidemiologicznych była uwzględniana jedynie fajka wodna - odsetek bieżących użytkowników nie przekracza kilku procent (Sierostawski, 2020). Jednak w ostatnim czasie wzrasta dostępność tzw. snusa, w Polsce nazywanego „woreczkiem nikotynowym” (Basińska, 2024). Dla młodych ludzi może on być szczególnie atrakcyjny ze względu na dyskrecję używania (woreczek umieszcza

⁴ <https://kcpu.gov.pl/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienia/substancje-psychoaktywne-od-a-do-z/>

⁵ <https://www.lung.org/quit-smoking/e-cigarettes-vaping>

się pod górną wargą), smaki (owocowe, miętowe itp.) oraz modę napływającą do nas ze Skandynawii i popularność snusa wśród sportowców (Sosnowski, 2024). Konsekwencje zdrowotne używania snusa obejmują m.in. choroby przyzębia i jamy ustnej (łącznie ze zwiększonym ryzykiem chorób nowotworowych) oraz schorzenia innych narządów wynikające z ogólnoustrojowego działania nikotyny (Stencel i in., 2024).

3.4.4. Nadmierne korzystanie z internetu i mediów społecznościowych

Internet jest dla nastolatków naturalną przestrzenią życiową, a swoje konta na portalach społecznościowych mają już często 9-10-latkowie, chociaż regulaminy tych portali zwykle przewidują możliwość ich użytkowania od 13. roku życia (Pyżalski, Zdrodowska, Tomczyk, Abramczuk, 2019). Wiadomo też, że zbyt intensywne korzystanie z tego rodzaju serwisów może mieć potencjalnie negatywny wpływ na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, kształtując nierealistyczne oczekiwania co do własnego wyglądu, osiągnięć, stylu życia – co może zaniżać nastrój i poczucie własnej wartości. Długi czas spędzany w internecie odbija się też na zdrowiu fizycznym m.in. dlatego, że skraca czas i pogarsza jakość snu, ogranicza aktywność fizyczną oraz podnosi poziom stresu. Silna potrzeba bycia online, połączona z lękiem, że można przegapić coś ważnego, znana jako FOMO (ang. *Fear Of Missing Out*), jest doświadczana przez niemal co trzeciego nastolatka⁶. Poważnym problemem jest też hejt i inne formy cyberprzemocy (Borkowska, 2023).

3.4.5. Rola pielęgniarki szkolnej

Pielęgniarka szkolna ma inne niż nauczyciele możliwości zaobserwowania sygnałów, które mogą świadczyć o zachowaniach uzależniających ucznia. Chociaż, zwłaszcza na etapie okazjonalnego używania substancji psychoaktywnych większość oznak jest bardzo niespecyficzna⁷, warto zwrócić uwagę na nietypowy wygląd (np. higienę, ubiór), stan skóry, jamy ustnej, błon śluzowych oraz źrenice ucznia. Warto też pamiętać, że uczniowie sięgający po substancje psychoaktywne, mogą w stanie odurzenia częściej niż inni doświadczać różnych urazów i w związku z tym potrzebować pomocy pielęgniarki.

⁶ Tu można znaleźć wiele informacji na temat FOMO, łącznie z propozycjami zajęć profilaktycznych dla młodzieży <https://fomo.wdib.uw.edu.pl/>

⁷ <https://madraochrona.pl/zachowania-ryzykowne/sygnały-ostrzegawcze/>

Sygnalami bardziej jednoznacznie wskazującymi na zachowania uzależniające są natomiast zapachy (alkoholu, nikotyny lub marihuany) oraz przedmioty związane z używaniem substancji (np. e-papierosy często przypominające pen-drive, fifki, zapalniczki, kawałki okopconej folii aluminiowej, igły i strzykawki, waciki, paczuszki foliowe, kleje, tabletki, proszek, sproszkowane zioła, bryłki itp.), które uczeń może przynieść do szkoły.

Pielęgniarka szkolna może też stać się znaczącym wsparciem dla uczniów zagrożonych rozwojem zachowań uzależniających np. dlatego, że źle czują się w szkole lub doświadczają innych problemów odbijających się na ich zdrowiu. Jako osoba stale obecna w szkole, ale niezwiązana z nauczaniem, może na każdym etapie edukacji stać się mentorem wspierającym emocjonalnie młodego człowieka, który nie otrzymuje wystarczającego wsparcia od innych dorosłych (np. rodziców, nauczycieli) lub przyjaciół (Butarewicz-Głowacka, 2021). Nawiązanie takiej wspierającej relacji z dzieckiem wymaga jednak czasu, uważnego słuchania, zachowania poufności, pomocy w usuwaniu barier oraz wiary w to, że dziecko/nastolatek jest w stanie poradzić sobie z problemami i wyrosnąć na zdrowego, odpowiedzialnego i dobrze funkcjonującego w społeczeństwie dorosłego.

Bibliografia

1. Basińska, E. (2024). Snus czy woreczek nikotynowy – co warto wiedzieć o tej używce? Zakazany snus, legalne woreczki nikotynowe, skutki zdrowotne, popularność wśród młodych – wszystko, co musisz wiedzieć, by zrozumieć ten kontrowersyjny temat. <https://politykazdrowotna.com/artykul/woreczki-nikotynowe-rownie-n1256862> (dostęp: 15.11.2024).
2. Borkowska, A. (2023). *Cyberprzemoc w szkole. Poradnik dla nauczycieli*. NASK Państwowy Instytut Badawczy. <https://it-szkola.edu.pl/publikacje/plik,71> (dostęp: 15.11.2024).
3. Butarewicz-Głowacka, A. (2021). *Mentoring jako metoda wsparcia społecznego. Studium teoretyczno-empiryczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku
4. Deptuła, M., Potorska, A., Borsich S. (2018). *Wczesna profilaktyka problemów w rozwoju psychospołecznym i ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży*. PWN.
5. Dzielska, A., Okulicz-Kozaryn, K. (2023). Używanie substancji psychoaktywnych i picie napojów energetyzujących przez młodzież w wieku 11-15 lat. Wyniki badań HBSC 2021/2022. *Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA*, 4(104), 35-40.
6. International Classification of Diseases 11th Revision. Adopted May 2019 <https://icd.who.int/en>
7. Kocoń-Rychter, K., Ferdyn, E., Kwatera, A., Okulicz-Kozaryn, K., (2019). Good Behavior Game – alternatywa dla tradycyjnych metod zarządzania klasą. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika*, 165-177.

8. Polskie Towarzystwo Pediatryczne (2024). Stanowisko (2) Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego dotyczące stosowania jednorazowych, aromatyzowanych e-papierosów przez dzieci i młodzież. <https://ptp.edu.pl/wiadomosci/stanowiska/516- stanowisko-polskie-go-towarzystwa-pediatrycznego-dotyczace-stosowania-jednorazowych-aromatyzowanych-e-papierosow-przez-dzieci-i-mlodziez> (dostęp: 15.11.2024).
9. Przewoźniak, K., Koczkodaj, P. (2024). E-cigarettes – their use and harmfulness. A brief summary of current scientific knowledge. *Nowotwory. Journal of Oncology* 74(2), 153-156. DOI: 10.5603/njo.100382
10. Pyżalski, J., Zdrodowska, A., Tomczyk, Ł., Abramczuk, K. (2019). *Polskie badanie EU Kids Online 2018. Najważniejsze wyniki i wnioski*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM. https://press.amu.edu.pl/pub/media/productattach/p/y/pyzalski_polskie_badanie_eu_kids_online_2018_amup.pdf (dostęp: 15.11.2024).
11. Sierostawski, J. (2020). Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD, KBPN, PARPA. <https://ore.edu.pl/wp-content/uploads/2023/03/raport-espad-2019-polska-rev.pdf> (dostęp: 15.11.2024).
12. Sosnowski, K. (14.08.2024). Powoduje najgorsze nowotwory. Sportowcy trują się tym na potęgę. „Epidemia lęku” <https://www.sport.pl/pilka/7,64946,31167885,ta-uzywka.html> (dostęp: 15.11.2024).
13. Stencel, N. J., Krala-Szkaradowska, M., Skrzypczak, K. O., Stuczyński, S. K., Piotrowski, J., Hądzlik, I., Durowicz, M. (2024). Oral Tobacco-Free Nicotine Pouches: a promising alternative or growing threat? – literature review. *Med Srod.*, 27(2), 51-59. <https://doi.org/10.26444/ms/190034>

3.5. Przemoc wobec dzieci

Marta Lewicka

3.5.1. Definicje przemocy

Dzieci mogą być ofiarami, świadkami, a także sprawcami przemocy. Agresja niejednokrotnie ma miejsce w domach rodzinnych, w szkole, w czasie wolnym oraz podczas zajęć rekreacyjnych. Może odbywać się zarówno offline, jak i online oraz dotyczyć kilku płaszczyzn jednocześnie. Doświadczanie przemocy w dzieciństwie może mieć krótko i/lub długotrwałe konsekwencje dla rozwoju osoby małoletniej (Komisja Europejska, 2024).

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia „krzywdzenie lub maltretowanie dziecka to wszystkie formy fizycznego i/lub emocjonalnego złego traktowania, zaniedbania, wykorzystania seksualnego lub komercyjnego, doznane od osoby, odpowiedzialnej za dziecko, której ono ufa lub która ma władzę nad nim,

skutkujące faktyczną lub potencjalną krzywdą dziecka dla jego zdrowia, możliwości przetrwania, rozwoju albo godności” (WHO, 1999; Podlewska i in., 2019).

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej definiuje przemoc domową jako jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności narażające ją na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające jej godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy (t.j. Dz. U. z 2024r, poz. 1673).

Krzywdzenie dzieci i młodzieży może obejmować różne formy. Jedną z klasyfikacji wyodrębnia cztery jego rodzaje (FDDS, Standardy ochrony dzieci w placówkach medycznych, 2023):

- Przemoc fizyczna
- Przemoc emocjonalna (psychiczna)
- Przemoc seksualna (wykorzystywanie seksualne)
- Zaniedbywanie

3.5.2. Skala problemu przemocy wobec dzieci

Nakładające się kryzysy, w tym rosnące ubóstwo, nierówności społeczne i ekonomiczne, przymusowe przesiedlenia, konflikty, zmiany klimatu, degradacje środowiska, klęski żywiołowe, braki bezpieczeństwa żywnościowego, powszechność przemocy i niestabilność polityczna sprawiają, że narażenie dzieci na przemoc nadal pogłębia się na całym świecie. Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF, ang. United Nations Children’s Fund) szacuje, że przed pandemią COVID-19 miliard dzieci żyło w wielowymiarowym ubóstwie, a liczba ta wzrosła o 10% w wyniku pandemii. Ubóstwo jest silnym czynnikiem zwiększającym ryzyko występowania różnych form przemocy. **Skutki przemocy są druzgocące, natychmiastowe i trwające całe życie. Zabójstwa dzieci będące skutkiem stosowania przemocy stanowią około 8% wszystkich zabójstw na całym świecie. Przemoc uszkadza rozwój ich mózgu, ich zdrowie fizyczne i psychiczne oraz ich zdolność do uczenia się** (UNICEF, 2022).

Z opublikowanego przez UNICEF raportu pt. “An Everyday Lesson #ENDviolence in Schools” w 2018 roku wynika, że na całym świecie połowa uczniów w wieku 13–15 lat, czyli około 150 milionów, zgłasza doświadczenie

przemocy rówieśniczej w szkole i wokół niej. Około 720 milionów dzieci w wieku szkolnym mieszka w krajach, w których nie są w pełni chronione przez prawo przed karami cielesnymi w szkole. Na całym świecie nieco ponad jeden na trzech uczniów w wieku 13–15 lat doświadcza znęcania się, a mniej więcej taki sam odsetek bierze udział w bójkach (UNICEF, 2018).

Skalę przemocy wobec dzieci i nastolatków w Polsce od 2013 roku, regularnie co 5 lat, bada Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Z opublikowanego Raportu „Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce w 2023 roku”, stworzonego na podstawie Juvenile Victimization Questionnaire w polskiej adaptacji, wynika, że blisko 4 na 5 dzieci (79%) doświadczyło w swoim życiu choć raz przemocy lub zaniedbania. Najczęściej zgłaszanymi formami przemocy były: przemoc ze strony rówieśników (66%), przemoc ze strony bliskiego dorosłego (32%), wykorzystanie seksualne bez kontaktu fizycznego (26%). Ponadto 23% dzieci i nastolatków było zaniedbywanych emocjonalnie, 20% – doświadczało parentyfikacji, czyli odwrócenia ról w rodzinie (dziecko pełni rolę opiekuna swoich rodziców), a 14% – było świadkami przemocy w domu. Wykorzystywania seksualnego z kontaktem fizycznym doświadczyło 8% respondentów, tyle samo (8%) było zaniedbywanych fizycznie. Szczegółowe dane dotyczące występowania przemocy zawarte są w przytoczonym powyżej raporcie na stronie internetowej Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS, Diagnoza przemocy, 2023). Źródłem danych o przemocy rówieśniczej są także prowadzone co cztery lata od początku lat 90-tych XX wieku badania nad zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (*Health Behaviour in School-aged Children*, HBSC). W roku szkolnym 2021/22 niemal co dziesiąty polski nastolatek w wieku 11-15 lat przyznał się do znęcania się 2-3 razy w miesiącu nad rówieśnikami (8,2%), a więcej niż co dziesiąty (10,6%) doświadczał przemocy ze strony rówieśników. Dużym problemem staje się cyberprzemoc, którą co najmniej raz w miesiącu stosował prawie co piąty nastolatek (17,7%), a doświadczała jej prawie 1/4 młodzieży w Polsce (22,4%), (Cosma i in. 2024).

3.5.3. Zapobieganie przemocy względem dzieci

Poniżej przedstawiono przykładowe formy i środki pomocy dzieciom doświadczającym przemocy oraz informacje o organizacjach zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy wobec dzieci, które mogą wykorzystać w swojej pracy pielęgniarzki środowiska nauczania i wychowania.

Procedura „Niebieskie Karty”

Procedura „Niebieskie Karty” zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. z 2023 poz. 1870) jest działaniem, którego głównym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa osobie doznającej przemocy domowej, ale także współpraca przedstawicieli różnych instytucji i podmiotów, które są zobowiązane do reagowania w przypadku uzyskania informacji o wystąpieniu przemocy domowej.

Procedura ta przewiduje dwuetapowy udział osoby doznającej przemocy domowej, gdzie pierwszy etap to zetknięcie z przedstawicielami służb uprawnionych do jej wszczęcia, którzy będą zobowiązani wypełnić formularz „Niebieska Karta – A” i przekazać osobie doznającej przemocy formularz informacyjny „Niebieska Karta – B”, a drugi etap to zaproszenie przez grupę diagnostyczno-pomocową na spotkanie i wspólne omówienie dalszych, zintegrowanych działań pomocowych.

Osobami uprawnionymi do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty” są:

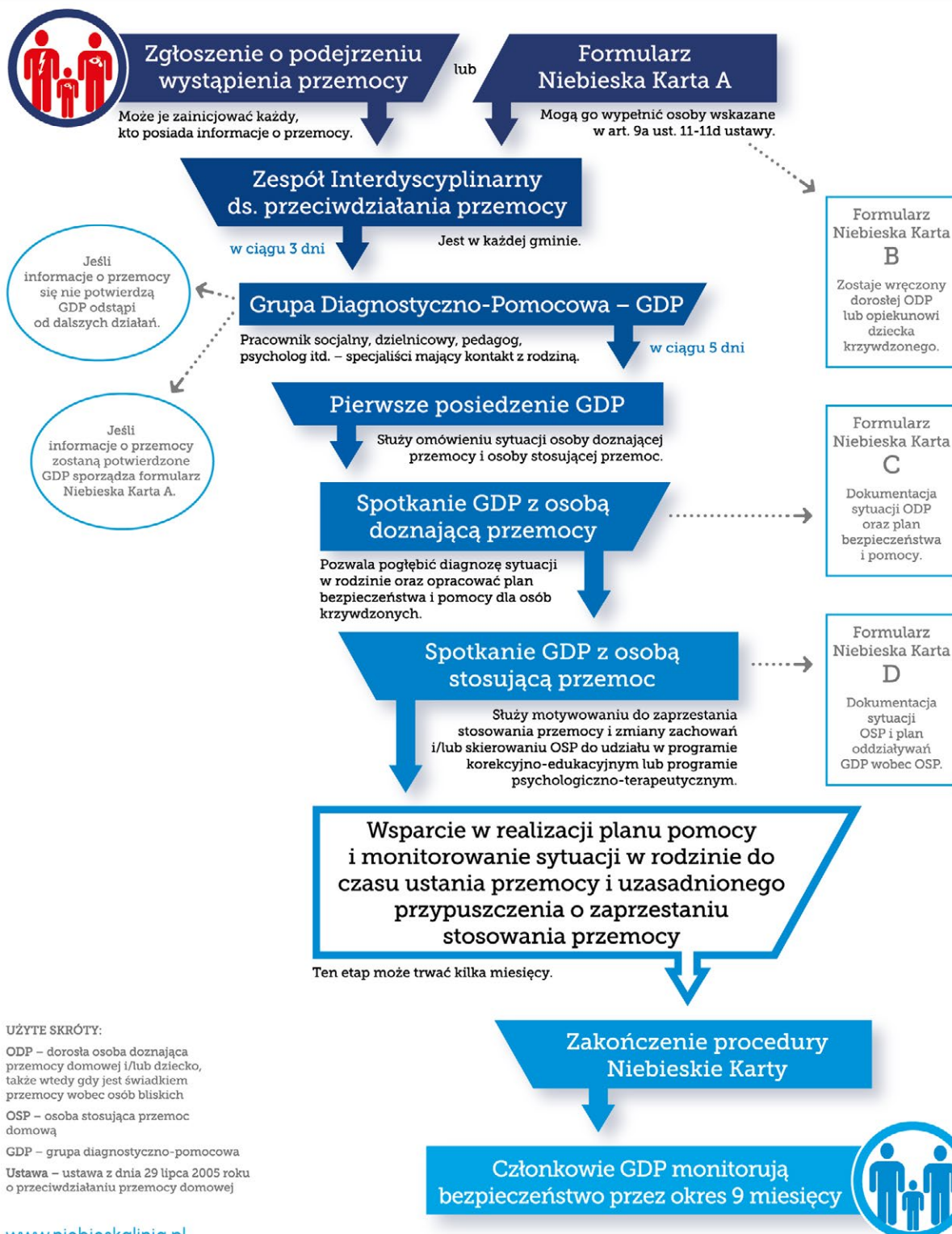
1. pracownik socjalny,
2. funkcjonariusz policji,
3. asystent rodziny,
4. nauczyciel, wychowawca lub nauczyciel znający sytuację domową małoletniego,
5. osoby wykonujące zawód medyczny: w tym lekarz, pielęgniarka, położna lub ratownik medyczny,
6. przedstawiciel GKRPA (Gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych),
7. pedagog, psycholog lub terapeuta (Dz.U. z 2023 poz. 1870).

Schemat procedury „Niebieskie Karty” przedstawia rycina na kolejnej stronie.

Procedura Niebieskie Karty

KROK PO KROKU

Niebieska
Linia IPZ



www.niebieskalinia.pl

Rycina 4. Procedura „Niebieskie Karty” – krok po kroku

Źródło: <https://www.niebieskalinia.pl/materialy-edukacyjne/procedura-niebieskie-karty>

Rozpoczęcie procedury „Niebieskie Karty” przez pielęgniarkę szkolną może nastąpić w przypadku, gdy w toku wykonywanych czynności służbowych lub zawodowych, poweźmie podejrzenie przemocy w rodzinie. W przypadku dzieci, wszczęcie procedury może nastąpić w obecności rodzica, który nie krzywdzi dziecka lub w obecności innej osoby bliskiej dla dziecka, a także opiekuna faktycznego (dyrektora szkoły lub wyznaczonego przez niego nauczyciela). W przypadku braku możliwości nawiązania kontaktu z osobą podejrzewaną o bycie pokrzywdzoną przemocą w rodzinie lub jej opiekunem, procedurę należy mimo wszystko wszcząć (w szczególności można ją rozpocząć np. już po wypisaniu pacjenta ze szpitala/ po wizycie w przychodni). Warto podkreślić, że zgodnie z art. 9d ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2024r, poz. 1673), wszczęcie procedury Niebieskie Karty nie wymaga zgody osoby doświadczającej przemocy domowej ani osoby stosującej przemoc domową.

Wszczęcie procedury następuje w momencie **wypełnienia formularza „Niebieska Karta – A”**. Formularz wypełnia się zgodnie z instrukcją w nim zawartą, udzielając wyczerpujących odpowiedzi na pytania. Ze względu na konstrukcję formularza, niektóre pola mogą pozostać niewypełnione, co nie jest błędem. Jednocześnie na końcu formularza jest miejsce na uzupełnienie informacji o kwestie, które nie zostały zawarte w formularzu. Mimo że nie ma takiego pola w druku „Niebieska Karta”, dobrze jest uzupełnić dane pacjenta o datę urodzenia i wiek, a na końcu formularza umieścić informacje pozwalające na kontakt z osobą wypełniającą formularz (np. numer telefonu). W części dotyczącej informacji uzupełniających można umieścić dokładny opis sytuacji, która spowodowała wszczęcie procedury. Po wypełnieniu i podpisaniu należy wykonać kopię formularza, która pozostaje u osoby wszczynającej procedurę.

Formularz „Niebieskiej Karty” oraz jego kopia nie stanowią dokumentacji medycznej, jednak kopia Karty A powinna być przechowywana zgodnie z procedurami ustalonymi dla danego podmiotu leczniczego. Stanowi to zabezpieczenie przed wglądem w formularz przez sprawców przemocy, którzy mogą być uprawnieni do uzyskania dokumentacji medycznej na przykład poprzez fakt sprawowania prawnej opieki nad dzieckiem, które jest ofiarą przemocy.

Oryginał formularza **„Niebieska Karta – A”** należy przekazać niezwłocznie, nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia wszczęcia procedury do Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego działającego na obszarze zamieszkania osoby dotkniętej przemocą w rodzinie. Adresem Zespołu Interdyscyplinarnego jest adres właściwego dla miejsca zamieszkania Ośrodka

Pomocy Społecznej (<https://rjps.mrips.gov.pl/RJPS/WJ/start.do?wersja=1>).

Formularz powinien być przestany w zamkniętej kopercie zaadresowanej „do Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego ...(nazwa Zespołu)...”. **Formularz „Niebieska Karta - B”** przekazujemy rodzicowi lub opiekunowi prawnemu lub opiekunowi faktycznemu, którego nie podejrzewamy o krzywdzenie dziecka. W przypadku braku możliwości wręczenia formularza „Niebieska Karta B” osobie pokrzywdzonej przemocą lub niekrzywdzącemu opiekunowi osoby nieletniej lub ubezwłasnowolnionej, formularza nie przekazuje się.

Po wszczęciu procedury „Niebieskie Karty” należy zadbać o zabezpieczenie ofiary przemocy poprzez następujące działania:

- Zabezpieczenie materiału dowodowego (w szczególności w postaci dokładnie prowadzonej dokumentacji medycznej).
- Poinformowanie osoby dotkniętej przemocą w rodzinie o przysługujących jej prawach. Zapewnienie osobie pokrzywdzonej przemocą w rodzinie bezpieczeństwa i intymności.
- Zawiadomienie organów ścigania.
- Zawiadomienie o możliwości uzyskania zaświadczeń o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.
- Zapewnienie wsparcia psychologicznego.
- Rozważenie hospitalizacji pacjenta (w szczególności w przypadku konieczności zapewnienia bezpieczeństwa).
- Udział w pracy grupy roboczej powołanej przez Zespół Interdyscyplinarny (w szczególności w czasie zbierania wywiadu dotyczącego przemocy w rodzinie).

Wszczęcie procedury nie wyklucza innych działań, w szczególności zawiadomienia Sądu Rodzinnego (w przypadku dzieci), Policji lub Prokuratury (zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia ściganego z urzędu przestępstwa przemocy w rodzinie). Prowadzone postępowanie karne nie wstrzymuje żadnych działań związanych z procedurą „Niebieskie Karty”, również po zakończeniu tego postępowania i niezależnie od jego wyniku (Niebieska Linia, Instytut Psychologii Zdrowia, 2024).

Standardy Ochrony Małoletnich

Przepisy dotyczące standardów ochrony małoletnich znajdują się w art. 22b i 22c ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczości na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2016 poz. 862). Ustawa ta została zmieniona ustawą o ochronie małoletnich, czyli tzw. ustawą Kamilka, która weszła w życie 15 lutego 2024 r. (Dz. U. 2024, poz. 560). Jednocześnie zaczęły obowiązywać przepisy nakładające obowiązek wprowadzenia standardów ochrony małoletnich (zgodnie z art. 10 okres przejściowy trwał do 15 sierpnia 2024 r.).

Obowiązek wprowadzenia standardów ochrony małoletnich mają:

1. Organ zarządzający:
 - jednostką systemu oświaty, o której mowa w art. 2 pkt 1-8 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900). Należą do nich m.in.: przedszkola, szkoły i schroniska młodzieżowe;
 - inną placówką oświatową, opiekuńczą, wychowawczą, resocjalizacyjną, religijną, artystyczną, medyczną, rekreacyjną, sportową lub związaną z rozwijaniem zainteresowań, do której uczęszczają albo w której przebywają lub mogą przebywać małoletni.
2. Organizator działalności oświatowej, opiekuńczej, wychowawczej, resocjalizacyjnej, religijnej, artystycznej, medycznej (w tym m.in. pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania), rekreacyjnej, sportowej lub związanej z rozwijaniem zainteresowań przez małoletnich.

Pielęgniarka ma możliwość uczestniczenia w procesie tworzenia, opiniowania oraz wdrażania Standardów Ochrony Małoletnich w placówkach oświatowych oraz podmiotach leczniczych, w których jest zatrudniona. Specyfika wykonywanych przez nią obowiązków zawodowych stanowi czynnik włączający ją do działań placówki oświatowej mających na celu rozpoznawanie symptomów krzywdzenia dzieci. Uwzględnienie pielęgniarki szkolnej podczas opracowywania procedur dotyczących profilaktyki, diagnozy oraz procedur postępowania w przypadku podejrzenia krzywdzenia dzieci (w tym edukacji z tego zakresu) ma istotne znaczenie dla kształtowania polityki ochrony dzieci przed przemocą w danej placówce.

3. Podmioty świadczące usługi hotelarskie oraz turystyczne, a także prowadzące inne miejsca zakwaterowania zbiorowego, w zakresie niezbędnym do zapewnienia ochrony małoletnich (Dz. U. 2024, poz. 560).

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS)

FDDS prowadzi działania edukacyjne dla profesjonalistów pracujących z dziećmi: nauczycieli, opiekunów, pedagogów, pracowników socjalnych, lekarzy, pielęgniarek, policjantów, prawników etc., którzy mogą zidentyfikować problem i interweniować. Fundacja organizuje szkolenia, seminaria, konferencje, webinary, które dotyczą problemu krzywdzenia dzieci, m.in. przemocy domowej i rówieśniczej, wykorzystywania seksualnego, zaniedbywania, zagrożeń w internecie. Fundacja przekazuje wiedzę i umiejętności z różnych obszarów: diagnozy, interwencji, pomocy terapeutycznej, działań profilaktycznych. Realizuje zarówno krótkie szkolenia uwrażliwiające, jak i pogłębione kursy zawodowych umiejętności. Opracowuje publikacje, które mogą dotrzeć do szerokiego grona profesjonalistów – poradniki, broszury, ulotki. Tworzy i udostępnia kursy e-learningowe. Szczegóły dotyczące działań FDDS można znaleźć na stronie internetowej www.edukacja.fdds.pl (FDDS, 2024).

3.5.4. Rola pielęgniarki szkolnej w profilaktyce i diagnozie krzywdzenia dzieci i młodzieży

Aktualna wiedza pielęgniarek szkolnych w obszarze przemocy wobec dzieci jest niezwykle istotna z kilku powodów:

■ **Wczesne wykrywanie problemów:** Pielęgniarki szkolne mają bezpośredni kontakt z dziećmi i młodzieżą, co pozwala im na wczesne zauważenie objawów przemocy lub nadużyć. Śledzenie aktualnych informacji i wytycznych dotyczących postępowania w takich sytuacjach może dostarczyć im narzędzi do skuteczniejszego zauważania potencjalnych problemów.

■ **Informowanie społeczności:** Pielęgniarki szkolne mogą pełnić rolę edukatorów w swoim otoczeniu, pomagając zwiększyć świadomość na temat przemocy wobec dzieci, jej skutków oraz metod zapobiegania.

■ **Wsparcie dla ofiar przemocy:** Dostęp do aktualnych informacji na temat przemocy umożliwia pielęgniarkom skuteczne wspieranie dzieci, które mogą być ofiarami przemocy. Mogą one udzielać informacji na temat dostępnych zasobów, takich jak centra interwencji kryzysowej czy linie wsparcia.

■ **Interwencje i raportowanie:** Żeby odpowiednio reagować na sytuacje wymagające interwencji, pielęgniarki muszą być świadome przepisów prawa dotyczących ochrony dzieci oraz procedur zgłaszania przypadków przemocy.

Pielęgniarki szkolne, śledząc aktualne informacje i akty prawne dotyczące przemocy wobec dzieci, mogą skuteczniej pełnić swoją rolę w ochronie zdrowia i bezpieczeństwa uczniów oraz wspierać ich w trudnych sytuacjach.

Bibliografia

1. Cosma, A., Molcho, M., Pickett, W. (2024). A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Volume 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 9789289060929-eng.pdf
2. Dzieciństwo bez przemocy (2024), www.dziecinstwobezprzemocy.pl (dostęp: 19.11.2024 r.).
3. FDDS. (2023). Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023, https://fdds.pl/_Resources/Persistent/4/0/d/e/40de383c074981a2c2061800f8a565d2f4d53b55/Raport%20Diagnoza%20Przemocy%20wobec%20Dzieci%202023.pdf (dostęp: 19.11.2024 r.).
4. FDDS. (2024) Platforma edukacyjna Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, <https://edukacja.fdds.pl/>
5. Komisja Europejska. (2024). Zwalczanie przemocy wobec dzieci i zapewnienie dzieciom ochrony. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/rights-child/combating-violence-against-children-and-ensuring-child-protection_pl (dostęp: 19.11.2024 r.).
6. Niebieska Linia IPZ, <http://www.niebieskalinia.pl> (dostęp: 19.11.2024 r.).
7. Podlewska, J., Szredzińska, R., Włodarczyk, J. (2019). Analiza polskiego systemu ochrony dzieci przed krzywdzeniem. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U.2023.1870).
9. UNICEF (2018) An Everyday Lesson: #ENDviolence in Schools <https://www.unicef.org/eap/media/2081/file/violence.pdf> (dostęp: 19.11.2024 r.).
10. UNICEF (2022). Annual Report, Promotion and protection of the rights of children, https://un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/documents/reports_ga/annual_report_un_srs_g_vac_-_unga_-_2022.pdf (dostęp: 19.11.2024 r.).
11. Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. 2024 poz. 1802).
12. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. 2024 poz. 1673).
13. WHO (2022). Violence against children, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children> (dostęp: 19.11.2024 r.).
14. WHO. (1999). Report on Consultation on Child Abuse Prevention. Genewa: World Health Organisation. <https://iris.who.int/handle/10665/65900> (dostęp: 19.11.2024 r.).
15. WHO. (2002). World report on violence and health. <https://iris.who.int/handle/10665/42495> (dostęp: 19.11.2024 r.).

3.6. Choroby zakaźne

Katarzyna Lewtak

Zapobieganie i sprawowanie kontroli nad transmisją zakażeń w środowisku szkolnym stanowią poważne wyzwanie. Powszechnie wiadomo, że dzieci i młodzież przebywające w zbiorowiskach częściej chorują na choroby zakaźne, mogą przenosić lub stanowić źródło epidemii chorób zakaźnych w swoim środowisku (Mink, Yeh, 2011). Na pojawienie się zakażeń i ich szerzenie się w społeczności szkolnej wpływa wiele czynników, m.in. stan zdrowia pracowników szkoły i uczniów, przestrzeganie zasad higieny osobistej, warunki sanitarne panujące w placówce, zakaźność poszczególnych patogenów, dostępne metody profilaktyki chorób (np. szczepienia ochronne), sposób transmisji zakażeń itp.

Ważnym celem edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania i/lub higienistkę szkolną jest uświadamianie uczniom, ich rodzicom lub opiekunom oraz personelowi szkoły potrzeby dbania o zdrowie własne, jak i zdrowie osób z najbliższego otoczenia oraz kształtowanie umiejętności niezbędnych do ochrony zdrowia.

Zapobieganie transmisji zakażeń w środowisku dzieci i młodzieży, w szczególności tych o etiologii wirusowej, jest szczególnie trudne, ponieważ jak wskazują wyniki licznych badań, większość wirusów rozprzestrzenia się już w okresie wylęgania, gdy dzieci czują się wciąż dobrze i nie wykazują objawów choroby (ECDC, 2016). W praktyce oznacza to, że do transmisji zakażenia może dojść, zanim jeszcze pojawią się przestanki wskazujące na konieczność izolowania chorego ucznia. Rodziców lub opiekunów należy informować, że dziecko powinno pozostać w domu w każdym przypadku, gdy choroba uniemożliwia efektywne uczestnictwo w zajęciach i gdy istnieje ryzyko zakażenia innych osób (Kuchar, 2015).

Do najczęściej występujących chorób infekcyjnych dzieci w wieku szkolnym zaliczamy choroby szerzące się drogą:

- inhalacyjną: grypa, różyczka, odra;
- kropelkową: świnka, zapalenie ucha środkowego;
- bezpośredniego kontaktu: liszajec zakaźny, opryszczka pierwotna i nawrotowa;
- kontaktu ze śliną chorego: mononukleozę zakaźną;

- fekalno-oralną: wirusowe zapalenie wątroby typu A, ostra biegunka, biegunka wywołana przez *Salmonella* spp.;
- inhalacyjną lub przez bezpośredni kontakt: ospa wietrzna, półpasiec;
- kropelkową lub przez bezpośredni kontakt: krztusiec, angina paciorkowcowa, płonica (szkarlatyna);
- inhalacyjną, kropelkową lub przez kontakt bezpośredni: przeziębienie, zapalenie oskrzeli;
- kropelkową, fekalno-oralną i przez kontakt bezpośredni: choroba dłoni, stóp i jamy ustnej (zakażenie enterowirusami, błędnie określane „chorobą bostońską”).

Optymalną strategią kontroli chorób zakaźnych dzieci i młodzieży w środowisku nauczania jest zatem zapobieganie transmisji zakażeń poprzez wdrażanie standardowych środków ostrożności (np. higieny rąk, higieny kaszlu, utrzymywanie czystości, dezynfekcja powierzchni/wspólnie użytkowanych miejsc, wykluczenie z zajęć z powodu choroby), regularną ocenę stanu zdrowia, profilaktyczną opiekę medyczną, w tym realizację szczepień ochronnych.

Szczepienia ochronne są uznawane za najskuteczniejszą i najbardziej opłacalną pod względem ekonomicznym formę profilaktyki chorób zakaźnych (Kuchar, 2017). Dzięki powszechnym szczepieniom ochronnym udało się wyeliminować lub znacznie ograniczyć zapadalność na liczne groźne dla życia i zdrowia choroby zakaźne, np. polio, odrę, błonicę, tężec czy krztusiec. Szczepienia ochronne niosą korzyść przede wszystkim osobie zaszczepionej, ale nie tylko. Szczepimy się również dla innych, m.in. dla tych, którzy z różnych powodów (np. zdrowotnych czy zbyt młodego wieku) nie mogą realizować szczepień. Wysoki poziom zaszczepienia w populacji ogranicza transmisję zakażeń w społeczności i gwarantuje odporność zbiorowiskową, dzięki której chronieni jesteśmy wszyscy. Instytucje zdrowia publicznego, m.in. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podkreślają, że dzięki powszechnym szczepieniom co roku udaje się ochronić ok. 2-3 mln osób na świecie (Komisja Europejska, 2024).

Program Szczepień Ochronnych obowiązujący w danym roku w Polsce (PSO; tzw. Kalendarz Szczepień) jest publikowany corocznie w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia (DZ. URZ. Min. Zdr. 2024, poz.93) przez Głównego Inspektora Sanitarnego i składa się z czterech części:

I. Szczepienia obowiązkowe.

A. Szczepienia obowiązkowe dzieci i młodzieży według wieku – kalendarz szczepień.

A.1. Wariant szczepień z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej (DTaP-IPV-Hib).

B. Szczepienia obowiązkowe osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie w związku z przestankami klinicznymi lub epidemiologicznymi.

C. Szczepienia poekspozycyjne.

II. Szczepienia zalecane.

III. Informacje uzupełniające – zasady szczepień przeciw wybranym chorobom zakaźnym.

IV. Ogólne zasady przeprowadzania i organizacji szczepień.

PSO zawiera wykaz obowiązkowych i zalecanych szczepień oraz zasady ich przeprowadzania w danym roku kalendarzowym. Szczepienia obowiązkowe są realizowane u dzieci i młodzieży do 19 roku życia oraz u osób dorosłych (18+) szczególnie narażonych na zachorowanie (np. studentów uczelni medycznych czy pracowników ochrony zdrowia). Szczepienia obowiązkowe są bezpłatne, finansowane z budżetu Ministerstwa Zdrowia, przy czym istnieje możliwość zastąpienia bezpłatnych szczepionek obowiązkowych szczepionkami wysokoskojarzonymi, których koszt ponosi pacjent lub jego rodzic/opiekun. Szczepienia zalecane są szczepieniami odpłatnymi.

W przypadku luk w historii szczepienia dziecka (np. opóźnienia w realizacji szczepień ze względu na stan zdrowia pacjenta czy powrotu z innego kraju, gdzie szczepienie nie było wymagane) lekarz ustala indywidualny kalendarz szczepień.

Obowiązek szczepień wg PSO nakłada na osoby przebywające ponad 3 miesiące na terenie Rzeczypospolitej Polskiej ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2024.poz.924).

W Polsce prowadzonych jest aktualnie 12 programów szczepień obowiązkowych przeciw: gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B), rotawirusom, błonicy, tężcowi i krztuścowi, zakażeniom *Haemophilus influenzae* type b (Hib), poliomyelitis, pneumokokom, odrze, śwince i różyczce oraz powszechny program zalecanych szczepień przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV) u nastolatków. Dodatkowo dzieciom z wybranych grup ryzyka przysługują bezpłatne szczepienia przeciw ospie wietrznej.

Obowiązkowe szczepienia dla osób dorosłych (18+) dotyczą osób szczególnie narażonych na zakażenie, zgodnie z przestankami klinicznymi lub epidemiologicznymi (np. obowiązkowym szczepieniem przeciwko WZW typu B powinny się poddać m.in. osoby dializowane czy dorośli uczniowie szkół medycznych) oraz osób po styczności z czynnikiem zakaźnym (np. szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi czy wściekliźnie).

Wśród szczepień zalecanych znajdują się zarówno szczepienia bezpłatne (szczepienia przeciw COVID-19 podawane zgodnie z zaleceniami, szczepienia przeciw HPV dziewcząt i chłopców oraz przeciw grypie dla dzieci od 6 miesiąca życia i młodzieży do ukończenia 18 lat w sezonie 2024/25), jak i zalecane dzieciom odpłatne (np. szczepienie p/meningokokom, ospie wietrznej, kleszczowemu zapaleniu mózgu, wirusowemu zapaleniu wątroby typu A).

W roku szkolnym 2024/2025 rozpoczął się wspólny program Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia (Ministerstwo Edukacji Narodowej, 2024) szczepień w szkołach uczniów od 9 do 14 roku życia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). Od 1 września 2024 r. dostęp do szczepionek przeciw HPV mają chłopcy i dziewczęta od 9 do 14 roku życia. Za zgodą rodziców szczepienie może odbyć się w szkole, pod warunkiem, że rodzice złożą podpisany formularz zgody na szczepienie do dyrektora szkoły. Nie jest przy tym potrzebne skierowanie ani wizyta w przychodni, a szczepienia są dobrowolne.

Informacje o wszystkich wykonanych szczepieniach ochronnych są odnotowywane w dwóch podstawowych dokumentach pacjenta, tj. w karcie uodpornienia (dokument systemu opieki zdrowotnej) i książeczce szczepień (dokument osoby szczepionej).

Należy pamiętać, że szczepienia nie dają 100% gwarancji ochrony, lecz w przypadku zachorowania u osoby zaszczepionej choroba ma zwykle łagodniejszy przebieg i nie dochodzi do rozwoju groźnych powikłań.

Niestety w dzisiejszych czasach obserwujemy coraz częściej zjawisko wahania się co do szczepień, a nawet odmowy szczepienia (ang. *vaccine hesitancy*) (ProfiBaza, 2021). Dodatkowo mamy do czynienia z infodemią oraz wysokim rozpowszechnieniem niewiarygodnych informacji na temat szczepień w internecie. W budowaniu zaufania do szczepień niezwykle ważną rolę odgrywa edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania i/lub higienistkę szkolną. Dzięki ich aktywności zarówno uczniowie, rodzice/opiekunowie jak i nauczyciele mogą poznać aktualne dane na temat bezpieczeństwa

i skuteczności szczepionek, np. na stronie internetowej portalu szczepienia.info prowadzonym w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH-PIB (<https://szczepienia.pzh.gov.pl/>).

Wśród innych wiarygodnych źródeł informacji na temat szczepień możemy wyróżnić portal Polskiego Towarzystwa Wakcynologii (<https://ptwakc.org.pl/>), Głównego Inspektoratu Sanitarnego (<https://www.gov.pl/web/gis/szczepienia4>) czy serwis Szczepienia Medycyny Praktycznej (<https://www.mp.pl/szczepienia/>).

Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolne odgrywają bardzo ważną rolę w zapobieganiu występowaniu chorób zakaźnych wśród uczniów i ograniczaniu transmisji zakażeń poprzez:

- monitorowanie stanu zdrowia uczniów oraz czynników ryzyka chorób zakaźnych;
- prowadzenie edukacji zdrowotnej wśród uczniów, rodziców/opiekunów oraz nauczycieli i personelu szkoły, w tym edukacji na rzecz zwiększania udziału w aktywnościach z obszaru profilaktyki chorób i promocji zdrowia;
- budowanie kompetencji zdrowotnych, w tym kompetencji zdrowotnych w zakresie szczepień ochronnych (vaccine literacy);
- wdrażanie standardowych środków kontroli transmisji zakażeń (m.in. higiena rąk, higiena kaszlu, dezynfekcja wspólnie używanych powierzchni);
- współpracę z lekarzami POZ, władzami szkoły i instytucjami zdrowia publicznego (m.in. jednostkami Państwowej Inspekcji Sanitarnej);
- włączanie się w realizację programów szczepień ochronnych, w tym programów realizowanych w szkołach.

Bibliografia

1. Komisja Europejska (2024). Szczepienia Ochronne. Informacje ogólne. https://health.ec.europa.eu/vaccination/overview_pl (dostęp: 15.11.2024).
2. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2024 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2025. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia 2024, poz.93 https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2024/93/akt.pdf (dostęp: 15.11.2024).

3. Kuchar, E. (2017, 24 lutego). Szczepienia i inne rodzaje immunoprofilaktyki. <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/szczepienia/158862,szczepienia-i-inne-rodzaje-immuno-profilaktyki> (dostęp: 15.11.2024).
4. Ministerstwo Edukacji Narodowej (2024). Program dobrowolnych szczepień przeciw HPV w szkołach. <https://www.gov.pl/web/edukacja/program-dobrowolnych-szczepien-przeciw-hpv-w-szkolach> (dostęp: 15.11.2024).
5. Mink, Ch.A., Yeh S. (2011). Zakażenia w placówkach opiekuńczych i szkołach. *Pediatrics po Dyplomie*, 15(2), 32-43.
6. ProfiBaza (2021). Szczepienia ochronne. <https://www.pzh.gov.pl/szczepienia-ochronne/> (dostęp: 15.11.2024).
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, (Dz.U.2024. poz. 924).
8. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
9. Ratzan, S. C. (2011). Vaccine literacy: a new shot for advancing health. *Journal of health communication*, 16(3), 227–229. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.561726>

3.7. Kryzysy humanitarne i ich następstwa

Katarzyna Lewtak

Każdego dnia docierają do nas informacje o powodziach, huraganach, trzęsieniach ziemi, epidemiach i konfliktach zbrojnych, które dotyczą na całym świecie tysiące, setki tysięcy, a nawet miliony osób.

O kryzysie humanitarnym mówimy wtedy, gdy mamy do czynienia ze zdarzeniem stanowiącym krytyczne zagrożenie dla zdrowia, bezpieczeństwa i dobrobytu danej społeczności lub innej grupy ludzi, zwykle na rozległym obszarze. Kryzys humanitarny jest definiowany jako sytuacja na terenie danego kraju, regionu albo społeczeństwa, wywołana siłami natury lub przez człowieka, która poważnie zakłóca funkcjonowanie danej społeczności lub społeczeństwa, charakteryzująca się zazwyczaj zagrożeniem dla życia lub zdrowia osób przebywających na tym terenie, którego uchylenie zwykłymi środkami jest utrudnione albo wręcz niemożliwe; zazwyczaj z taką sytuacją dana społeczność nie jest w stanie sobie poradzić samodzielnie (Barczak-Oplustil, Wróbel, 2022). Do kryzysu humanitarnego mogą doprowadzić konflikty zbrojne, epidemie, głód, klęski żywiołowe i inne poważne katastrofy.

Kryzysy wywołane katastrofą naturalną, których doświadczyliśmy w ostatnich latach, to m.in. trzęsienie ziemi w Syrii, Turcji i Afganistanie (z 2023 r.), pożary na południu Europy czy powódzie w Europie Centralnej. Pogarszające się warunki środowiskowe i klimatyczne wywołują wzmożone zainteresowanie migracjami, m.in. z krajów Afryki Północnej i Bliskiego Wschodu do Europy. Kryzysy zbrojne, których jesteśmy świadkami, to m.in. wciąż tocząca się wojna w Ukrainie, walki w Sudanie, Syrii, wojna domowa w Jemenie czy konflikt w Strefie Gazy (WHO, 2024; UNICEF, 2024; UNHCR, 2024a).

Kryzysy humanitarne dotyczą każdej sfery życia, zarówno w wymiarze pojedynczej osoby, jak i całych społeczności. Dodatkowo, ich skutki utrzymują się przez wiele lat.

Utrata życia i zdrowia to najbardziej tragiczne konsekwencje katastrofy humanitarnej. Trzeba pamiętać, że osoby dotknięte katastrofą doświadczają ogromnego stresu z powodu utraty bliskich, poczucia bezpieczeństwa, a często także utraty domu, szkoły czy placówki medycznej, z której korzystali w przypadku problemów zdrowotnych. Dzieci zostają pozbawione możliwości dalszej edukacji, a osoby potrzebujące - opieki medycznej.

Gdy skutki klęsk żywiołowych albo konfliktu zbrojnego (takie jak np. utrata zdrowia, masowe przemieszczanie się ludności, zniszczenie domów, szpitali, szkół) przekraczają możliwości poradzenia sobie z nimi przez daną społeczność i instytucje państwa dotkniętego kryzysem, konieczne jest wsparcie z zewnątrz, m.in. ze strony organizacji wyspecjalizowanych w niesieniu pomocy potrzebującym. W pomoc włączają się także zwykli ludzie, ponieważ pomaganie to jeden z najbardziej ludzkich odruchów w sytuacji kryzysu.

Pomoc humanitarna polega zwykle na dostarczaniu środków niezbędnych do życia, schronienia, podstawowej pomocy medycznej, ułatwianiu powrotu do normalnego życia osobom zmuszonym do migracji, zagwarantowaniu bezpieczeństwa i dostępu do informacji. Pomoc humanitarna opiera się na czterech zasadach (European Commission, 2024a):

- humanitaryzmu, który nakazuje reagować na każde ludzkie cierpienie, a szczególną uwagę poświęcić osobom, które najbardziej potrzebują pomocy;
- bezstronności, co oznacza, że pomoc humanitarna nie może faworyzować żadnej ze stron konfliktu zbrojnego lub innego sporu;

- neutralności - pomoc humanitarna musi być udzielana wyłącznie stosownie do potrzeb, bez jakiegokolwiek dyskryminacji między poszczególnymi społecznościami czy wewnątrz danej społeczności;
- niezależności - cele humanitarne muszą być niezależne od celów politycznych, ekonomicznych, wojskowych lub celów innego rodzaju – jedynym celem jest łagodzenie cierpienia i zapobieganie mu.

W praktyce pomoc humanitarna ma charakter doraźny, a jej celem jest ratowanie życia, zmniejszenie cierpienia, zachowanie godności osób dotkniętych kryzysem humanitarnym, a przez to ułatwienie im powrotu do normalnej egzystencji.

Z danych Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do Spraw Uchodźców (UNHCR, 2024b) wynika, że w 2024 r. na świecie żyje ok. 1 mld migrantów (1 na 8 osób w skali świata), w tym 122,6 mln osób przymusowo przesiedlonych (68,3 mln przesiedleńców wewnętrznych, 37,9 mln uchodźców, 8 mln osób ubiegających się o azyl). Szacuje się, że 40% tej populacji to dzieci i młodzież poniżej 18 roku życia.

W 2023 roku w skali świata aż 460 mln dzieci żyło w miejscach, gdzie trwały konflikty zbrojne (UNICEF, 2023). Wiele z nich zmuszonych zostało do poszukiwania schronienia i bezpieczeństwa poza granicami swojego kraju i musiały odnaleźć się w nowym, całkowicie dla nich obcym środowisku, w kraju przyjmującym.

Zjawisko migracji niesie ze sobą wiele wyzwań dla społeczeństw kraju przyjmującego. Migranci i uchodźcy przynoszą ze sobą do nowego miejsca swoją kulturę i zachowania, a nierzadko także traumatyczne doświadczenia (Polska Akcja Humanitarna, 2024).

Nasilające się konflikty zbrojne, katastrofy klimatyczne i inne zagrożenia zdrowia publicznego skutkujące migracjami niosą za sobą negatywne konsekwencje zdrowotne i społeczne, w szczególności dla dzieci i młodzieży. Dla ich zdrowia i dobrostanu znaczenie mają zarówno uwarunkowania sprzed migracji (np. status społeczno-ekonomiczny, stan zdrowia, sytuacja epidemiologiczna w kraju pochodzenia), jak i czynniki występujące w fazie podróży (np. czas i warunki podróży, środek transportu) oraz po przybyciu do kraju docelowego (polityka migracyjna, dostęp do ochrony zdrowia). Problemy zdrowotne w krajach tranzytowych i docelowych mogą powstawać lub nasilać się z powodu m.in. różnic językowych i kulturowych, deprywacji potrzeb czy wykluczenia społecznego.

ASPEKTY RÓŻNYCH FAZ MIGRACJI, KTÓRE MOGĄ WPŁYWAĆ NA ZDROWIE MIGRANTÓW



Źródło: <https://emm.iom.int/handbooks/health-and-migration/migration-health-throughout-migration-phases>

Rycina 5. Fazy migracji i ich aspekty mogące wpłynąć na zdrowie migrantów

Zapewnienie dzieciom i młodzieży możliwości kontynuacji edukacji w nowym kraju jest kluczowe i powinno być zatem postrzegane jako priorytet ratujący życie (UNICEF, 2024).

W Polsce, w ostatnich latach zarówno szkoły, jak i społeczeństwo zmieniają się i stają się coraz bardziej zróżnicowane kulturowo. W szkołach uczą się dzieci z doświadczeniem migracji, które muszą odnaleźć się w nowym środowisku, niejednokrotnie mając za sobą trudne doświadczenia: wojny, traumy czy straty. Troska o emocjonalny, fizyczny i społeczny dobrostan dzieci i młodzieży bywa niestety pomijana podczas sytuacji kryzysowych. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania może być pierwszym a nieraz i jedynym pracownikiem ochrony zdrowia, z którym dzieci lub ich rodzice/opiekunowie nawiążą kontakt w nowym kraju (Inkeroinen, Hupli, Stolt, 2023).

Ze względu na okoliczności migracji oraz prawny status pobytu na terenie Polski wśród dzieci cudzoziemskich uczęszczających do szkoły możemy wyróżnić:

- migrantów - osoby przybyłe z zagranicy do kraju w celu osiedlenia się (zamieszkania na stałe) lub na pobyt czasowy; migranci przenoszą się do innego państwa z innych powodów niż wojna, przemoc, konflikt czy prześladowania

i mogą powrócić do swojego państwa bez narażania się na bezpośrednie niebezpieczeństwo;

- uchodźców - osoby, które na skutek uzasadnionej obawy przed prześladowaniem z powodu swojej rasy, religii, narodowości, przynależności od określonej grupy społecznej lub z powodu przekonań politycznych przebywają poza granicami swojego państwa i nie mogą lub nie chcą z powodu tych obaw korzystać z ochrony tego państwa. To również osoby, które nie mają żadnego obywatelstwa i znajdując się na skutek podobnych zdarzeń poza państwem swojego dawnego stałego zamieszkania, nie mogą lub nie chcą z powodu tych obaw powrócić do tego państwa;
- osoby ubiegające się o azyl – osoby szukające ochrony międzynarodowej przed konfliktem i prześladowaniem. Podobnie jak uchodźcy, znajdują się oni w innym państwie, ale muszą udowodnić, że mieli uzasadnione powody, by uciec ze swojego państwa. Podczas tej procedury urzędnicy z państwa przyjmującego oceniają, czy wniosek osoby ubiegającej się o azyl jest wiarygodny i czy zostanie ona uznana za uchodźcę przez państwo przyjmujące, czy też otrzyma inny status ochronny (European Commission, 2024b). Uczniowie-migranci, a w szczególności uchodźcy i osoby pochodzące spoza kręgu kultur europejskich, stanowią grupę szczególnie narażoną na niepowodzenia szkolne oraz wykluczenie społeczne. Dlatego też praca z uczniami z doświadczeniem migracyjnym stawia zarówno przed pielęgniarką, jak i szkołą nowe zadania - ze względu na potrzebę zrozumienia specyfiki ich funkcjonowania w nowym kraju wymaga rozwinięcia kompetencji międzykulturowych, dostosowania metod edukacji zdrowotnej i przekazywanych treści do możliwości i potrzeb uczniów i/lub ich rodziców (opiekunów) oraz do podjęcia działań, które uczynią ze szkoły środowisko przyjazne uczniom odmiennym kulturowo (Błeszyńska, 2010).

Przedmiotem szczególnej uwagi powinna stać się kwestia przygotowania szkoły do pracy z uczniami i ich rodzicami/opiekunami, którzy pochodzą z innych krajów i kręgów kulturowych, mówią innymi językami i przybywają do Polski z bardzo zróżnicowanym doświadczeniem migracyjnym i edukacyjnym.

Efektywne radzenie sobie z problemami zróżnicowania kulturowego uczniów, nad którymi pielęgniarka sprawuje opiekę w środowisku nauczania, może wymagać posiadania odpowiednich umiejętności i predyspozycji, m.in. znajomości języków obcych, rozeznania prawnej sytuacji uczniów cudzoziemców, kompetencji kulturowych, umiejętności pracy z uchodźcami oraz otwartości, cierpliwości i empatii.

Dobłą praktyką jest zebranie podstawowych informacji o krajach pochodzenia uczniów, nauczanie się kilku słów w języku, którym się posługują, zapoznanie się z sytuacją polityczną i społeczną, religią oraz kulturą (Lachowicz, 2015).

Pielęgniarki środowiska nauczania odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu kompleksowej opieki zdrowotnej uczniom z doświadczeniem migracyjnym lub uchodźczym w polskich szkołach. W planowaniu i realizacji edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży z innego kręgu kulturowego, należy:

- dostosować metody edukacji zdrowotnej oraz przekazywane treści do możliwości odbiorców;
- włączyć w działania edukacyjne całą społeczność szkolną oraz rodziców/opiekunów;
- uwzględnić sytuację społeczno-demograficzną uczniów oraz wzorce zachowań zdrowotnych, wyznawane wartości, dotychczasowe doświadczenia w korzystaniu z opieki medycznej, potrzeby zdrowotne, a także podejście do zdrowia własnego i zdrowia swoich bliskich;
- rozpoznać najczęściej występujące problemy zdrowotne w tej wrażliwej populacji i trudności (bariery) w korzystaniu z pomocy, w tym ze świadczeń systemu zdrowotnego w nowym kraju;
- we współpracy z personelem szkoły (np. asystentem międzykulturowym) diagnozować i pokonywać trudności adaptacyjne ucznia i jego rodziny;
- wykazywać wrażliwość kulturową, elastyczność w obliczu różnic kulturowych i religijnych, okazywać szacunek dla innych przekonań, wierzeń, priorytetów i praktyk;
- wspierać proces adaptacji/integracji dziecka cudzoziemskiego w nowym środowisku;
- integrować uczniów w szkole wielokulturowej poprzez aktywności w obszarze edukacji zdrowotnej;
- inicjować w środowisku szkolnym działania na rzecz zapewnienia potrzeb zdrowotnych uczniów, ich rodziców/opiekunów oraz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu (m.in. poprzez współpracę z dyrekcją szkoły, placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, organizacjami pozarządowymi itp.);
- działać na rzecz włączenia społecznego i poszanowania Praw Człowieka.

Bibliografia

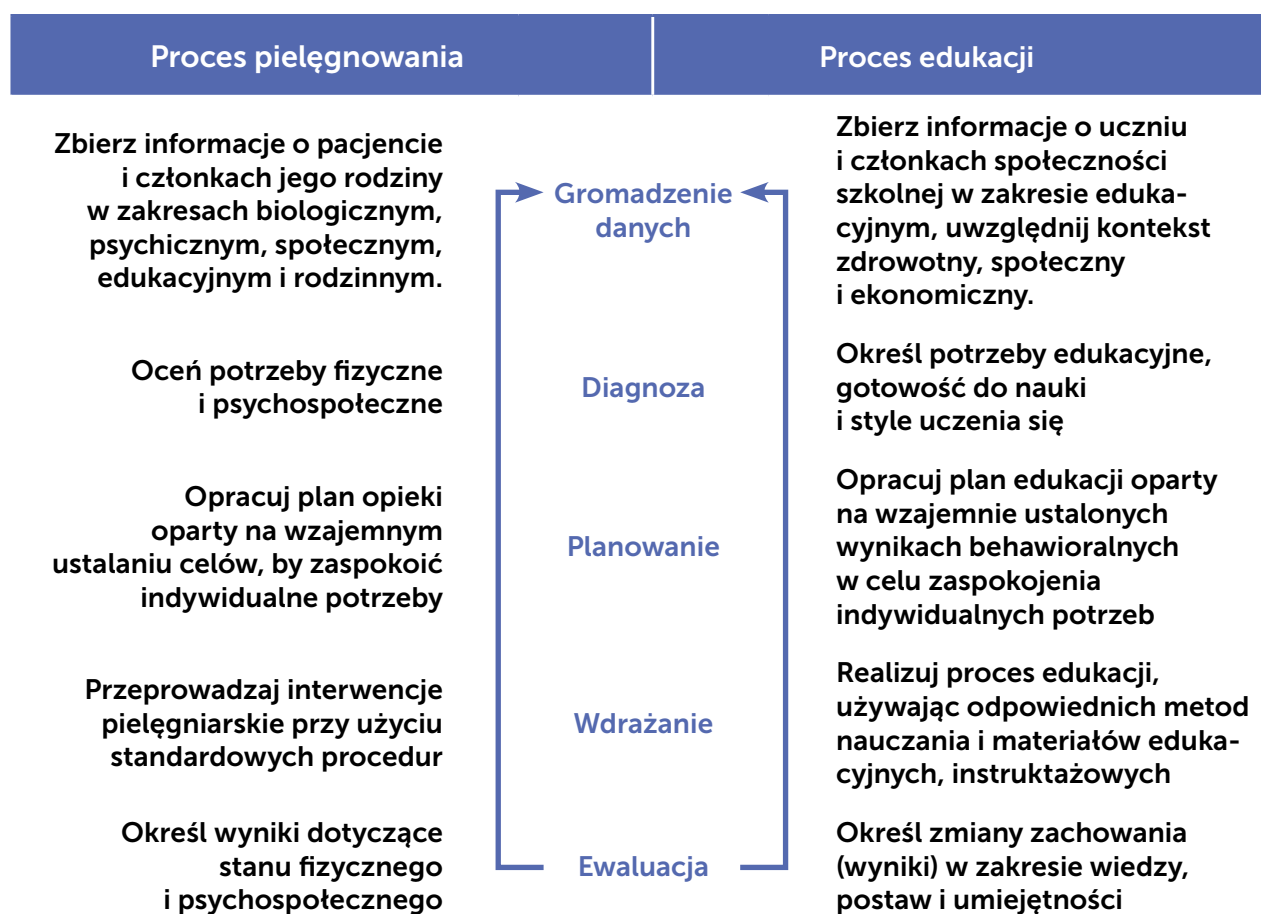
1. Barczak-Oplustil, A., Wróbel, W. (2022). Udzielanie pomocy humanitarnej jako zachowanie (pierwotnie) legalne. *IUSTITIA* 1(47).
2. WHO (2024). Emergencies. <https://www.who.int/emergencies/overview> (dostęp: 15.11.2024).
3. UNICEF (2024). Children in War and Conflict. <https://www.unicefusa.org/what-unicef-does/emergency-response/conflict> (dostęp: 15.11.2024).
4. UNHCR (2024a). Climate change and displacement. <https://www.unhcr.org/what-we-do/build-better-futures/climate-change-and-displacement> (dostęp: 15.11.2024).
5. European Commission (2024a). Humanitarian principles. https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/who/humanitarian-principles_en?prefLang=pl (dostęp: 15.11.2024).
6. UNHCR (2024b). Refugee Data Finder. https://www.unhcr.org/refugee-statistics#_ftn1 (dostęp: 15.11.2024).
7. UNICEF (2023). Kryzysy humanitarne i sytuacja dzieci w 2023 roku. <https://unicef.pl/co-robimy/aktualnosci/news/kryzysy-humanitarne-i-sytuacja-dzieci-w-2023-roku> (dostęp: 15.11.2024).
8. Polska Akcja Humanitarna (2024). Kryzysy humanitarne i pomoc humanitarna w pigułce. <https://www.pah.org.pl/zaangazuj-sie/edukacja/globalna/> (dostęp: 15.11.2024).
9. Inkeroinen, S., Hupli, M., & Stolt, M. (2023). School Nurses' Experiences of Health Promotion for School-Age Asylum Seekers. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 39(3), 229–237. <https://doi.org/10.1177/1059840520978197>
10. European Commission (2024b). EMN Asylum and Migration Glossary. https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary_en (dostęp: 15.11.2024).
11. Błeszyńska, K. M. (2010). *Dzieci obcokrajowców w polskich placówkach oświatowych – perspektywa szkoły*. Raport z badań. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
12. Lachowicz, B. (2015). *Uczniowie z różnych kultur w szkole*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

4. PODSTAWY METODYCZNE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

4.1. Etapy procesu edukacji zdrowotnej

Ewa Kobos

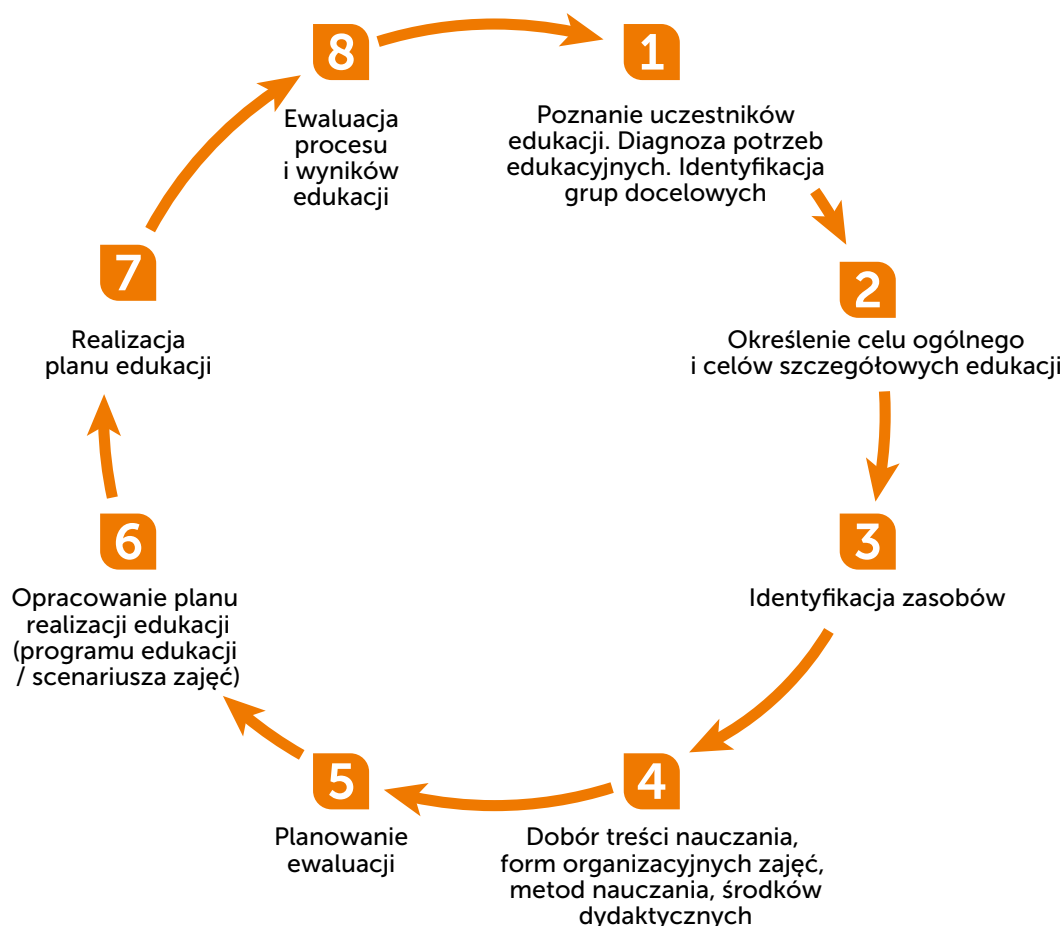
Proces edukacji można porównać do procesu pielęgnowania, ponieważ etapy jednego z nich przebiegają równolegle do etapów drugiego (rycina 6). Proces edukacji, podobnie jak proces pielęgnowania, składa się z kilku podstawowych elementów: gromadzenia danych, diagnozy, planowania, wdrażania i ewaluacji. Oba różnią się tym, że proces pielęgnowania koncentruje się na planowaniu i wdrażaniu opieki w oparciu o ocenę oraz diagnozę fizycznych i psychospołecznych potrzeb pacjenta. Proces edukacji z kolei koncentruje się na planowaniu i wdrażaniu nauczania w oparciu o ocenę i ustalenie priorytetowych potrzeb edukacyjnych pacjenta (ucznia i/lub jego rodziców i opiekunów), gotowości do uczenia się i stylów uczenia się (Bastable, 2019).



Rycina 6. Proces edukacji w porównaniu do procesu pielęgnowania

Źródło: Opracowano na podstawie: (Bastable, 2019; Bradley, 1997; Herdman, 2012; Zarzycka i Ślusarska, 2017).

Uogólniony model procesu edukacji zdrowotnej (EZ) obejmuje 5 głównych etapów: badanie potrzeb, ustalenie celów i zadań, tworzenie planu realizacji, wdrożenie planu i ewaluację (Wojnarowska, 2017). W literaturze wskazuje się bardziej uszczegółowione wersje etapów modeli edukacji zdrowotnej (rycina 7). Poszczególne etapy zostały opisane szczegółowo w podrozdziałach poniżej.



Rycina 7. Etapy procesu edukacji zdrowotnej

Źródło: Opracowano na podstawie: (Ciechaniewicz, 2010; Chruściel, Ciechaniewicz, 2020; Wojnarowska, 2017; Sierakowska, Wrońska, 2020; Scriven i in., 2023).

Skuteczny program nauczania w zakresie zdrowia obejmuje między innymi następujące cechy:

- koncentruje się na jasno określonych celach zdrowotnych i powiązanych z nimi wynikach w zakresie zachowań zdrowotnych (behawioralnych),
- opiera się na wynikach badań i teoriach,
- dotyczy indywidualnych wartości, postaw i przekonań,
- zajmuje się normami indywidualnymi i grupowymi, które wspierają zachowania sprzyjające zdrowiu,

- koncentruje się na wzmacnianiu czynników ochronnych i zwiększaniu percepcji osobistego ryzyka i szkodliwości angażowania się w określone niezdrowe praktyki i zachowania,
- zajmuje się kwestiami presji i wpływów społecznych,
- rozwija kompetencje osobiste, kompetencje społeczne i poczucie własnej skuteczności poprzez rozwijanie umiejętności,
- dostarcza podstawowej i dokładnej wiedzy na temat zdrowia, która bezpośrednio przyczynia się do podejmowania decyzji i zachowań sprzyjających zdrowiu,
- stosuje strategie mające na celu personalizację informacji i angażowanie uczniów,
- dostarcza informacji, strategii uczenia się, metod nauczania i materiałów dostosowanych do wieku i poziomu rozwoju dziecka,
- obejmuje strategie uczenia się, metody nauczania i materiały uwzględniające różnorodność kulturową,
- daje okazję do wzmocnienia umiejętności i pozytywnych zachowań zdrowotnych,
- umożliwia nawiązywanie pozytywnych kontaktów z wpływowymi osobami,
- zawiera informacje dla edukujących oraz plany rozwoju zawodowego i szkoleń, które zwiększają skuteczność nauczania i uczenia się uczniów (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Cele nadrzędne edukacji zdrowotnej stanowią swego rodzaju misję programów edukacji i formułowane są dość szeroko. Wśród opisywanych w literaturze nadrzędnych celów EZ wskazuje się między innymi:

- Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia - kształtowanie zachowań prozdrowotnych (dotyczących zdrowia fizycznego, psychospołecznego, profilaktyki problemów zdrowotnych) oraz niepodejmowanie zachowań ryzykownych;
- Rozwijanie umiejętności życiowych (psychospołecznych). Umiejętności życiowe umożliwiają człowiekowi realizację pozytywnych zachowań przystosowawczych dzięki którym może radzić on sobie z zadaniami i wyzwaniem codziennego życia (WHO, 1997);
- Wzmacnianie osobistych zasobów dla zdrowia (potencjały zdrowia): poczucia własnej wartości, poczucia własnej skuteczności, poczucia koherencji, optymizm, prężność psychiczna, umiejscowienie kontroli zdrowia (Wojnarowska, 2017). Dzięki nim uczniowie mogą wzmacniać zdrowie, chronić je oraz radzić sobie w sytuacji wystąpienia choroby;
- Rozwijanie kompetencji do działania, na które składają się: wgląd w siebie i

wiedza na temat: konsekwencji zachowań ryzykownych, zagrożeń dla zdrowia ze strony środowiska fizycznego i społecznego, sposobów kreowania siebie i otoczenia, przyczyn chorób, sposobów kontrolowania własnego życia; zaangażowanie i chęć działania; wizja siebie i świata; doświadczenie w konkretnym działaniu;

- Kształtowanie alfabetyzmu zdrowotnego (wiedza, motywacja, kompetencje ludzi niezbędne do zdobywania, zrozumienia, oceniania i wykorzystywania informacji dotyczących zdrowia): wiedza teoretyczna, wiedza praktyczna, myślenie krytyczne, samoświadomość, obywatelskość (Paakkari, Paakkari, 2012; Woynarowska, Woynarowska, 2022).

4.2. Rozpoznanie potrzeb edukacyjnych

4.2.1. Potrzeby edukacyjne

Przeprowadzenie rozpoznania potrzeb edukacyjnych jest pierwszym krokiem w udanym procesie edukacji zdrowotnej. Można znać czynniki ryzyka danej populacji lub grupy wiekowej, mieć wiedzę o problemach często występujących w szkołach lub mieć pojęcie o tym, co uważa się za ważne. Podjęte działania edukacyjne mogą mieć uzasadnienie na podstawie piśmiennictwa, dostępnych źródeł danych (wyniki badań naukowych, raporty z badań) czy też dotychczasowych doświadczeń pielęgniarki. Jednak ocena potrzeb pozwala na zebranie informacji od uczniów, rodziców, personelu lub członków społeczności szkolnej, którzy mogą zapewnić szerszą perspektywę i dane o potrzebach powszechnych w populacji szkolnej, w której pielęgniarka realizuje świadczenia zdrowotne. Potrzeby mogą być wyrażone samodzielnie przez edukowanego lub też ujawnienie istnienia potrzeby (potrzeby niewyrażone) następuje w wyniku diagnozy. Nie każda osoba dostrzega potrzebę edukacji. Często uczniowie nie zdają sobie sprawy z tego, czego nie wiedzą lub co chcą wiedzieć. W związku z tym to na pielęgniarkę podejmującą edukację zdrowotną spoczywa obowiązek pomocy uczniom w identyfikowaniu, wyjaśnianiu i ustalaniu priorytetów ich potrzeb i zainteresowań. Gdy te aspekty zostaną określone, zebrane informacje mogą być z kolei wykorzystane do ustalenia celów i zaplanowania odpowiedniego i skutecznego podejścia do nauczania i uczenia się.

Ocena potrzeb to proces identyfikacji i zrozumienia problemów zdrowotnych społeczności oraz ich możliwych przyczyn. **Diagnoza potrzeb edukacyjnych** obejmuje ocenę gotowości i motywacji do uczenia się; poznanie wiedzy,

umiejętności i postaw już posiadanych przez edukowanego oraz deficytów w tych zakresach ze względu na stan i sytuację edukowanego; ocenę wyników edukacji prowadzonej w przeszłości i jej wyników w celu edukacji zdrowotnej (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018; Ciechaniewicz, 2010; Sierakowska, Wrońska, 2015). Potrzeby są następnie analizowane, aby można było ustalić priorytety dla wszelkich niezbędnych działań z zakresu edukacji zdrowotnej. Informacje, które są zbierane podczas oceny potrzeb, służą również jako punkt odniesienia do monitorowania i oceny na późniejszym etapie.

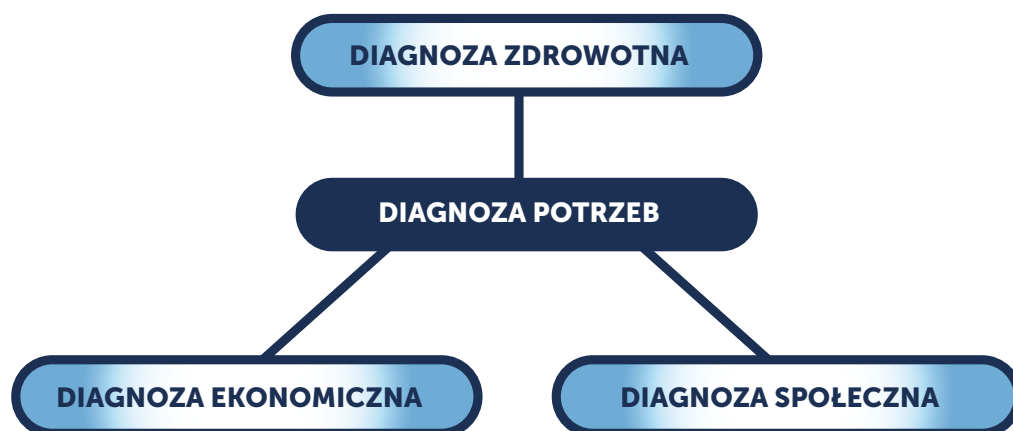
Każdy uczeń w szkole dysponuje określonym zasobem wiedzy i posiada doświadczenia, związane ze zdrowiem i chorobą. Dlatego też zwraca się uwagę na konieczność diagnozowania potrzeb uczniów, które w różnych szkołach i klasach są zazwyczaj zróżnicowane. Pytanie uczniów o ich potrzeby oraz odwoływanie się do nich podczas realizacji edukacji zdrowotnej może wzbudzić ich zainteresowanie własnym zdrowiem, motywować do uczenia się oraz zwiększać aktywność podczas zajęć (Woynarowska, 2011). Potrzeby uczenia się są definiowane jako luka między tym, co ktoś wie, a tym, co ktoś potrzebuje lub chce wiedzieć. Takie luki mogą powstać z powodu braku wiedzy, postawy lub umiejętności (Bastable, 2019).

Dokonując diagnozy potrzeb edukacyjnych, należy wskazać na kilka jej etapów (Schimanek, 2015; Chruściel, Ciechaniewicz, 2018):

- Określenie zakresu przedmiotowego - określenie głównych obszarów potrzeb i oczekiwań populacji dzieci i młodzieży w szkole oraz przyczyn ich występowania.
- Określenie zakresu podmiotowego - ilościowe i jakościowe określenie populacji objętej diagnozą (uczeń, grupa uczniów, klasa szkolna, rodzice, nauczyciele).
- Wybór metody i opracowanie narzędzia diagnostycznego (np.: kwestionariusz ankiety, kwestionariusz wywiadu, karta obserwacji, pomiary, analiza dokumentacji).
- Zaplanowanie diagnozy - harmonogram, osoby realizujące, niezbędne zasoby.
- Realizacja diagnozy.
- Analiza zgromadzonych informacji.
- Wnioskowanie, diagnoza pielęgnarska.

W opisie diagnozy potrzeb edukacyjnych powinno się uwzględnić jej szerszy kontekst: diagnozę zdrowotną, społeczną i ekonomiczną (rycina 8). W **diagnozie zdrowotnej** uwzględnia się sytuację zdrowotną wpływającą na ucznia oraz

jego zachowania. Na przykład mogą to być: styl życia, stan zdrowia, obecność choroby przewlekłej, aktywność fizyczna, nawyki, doświadczenia w kontaktach z personelem placówek medycznych.



Rycina 8. Elementy diagnozy potrzeb

Źródło: (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018).

Diagnoza społeczna obejmuje czynniki społeczne wpływające na ucznia i jego zachowania. Na przykład: stopień integracji z rówieśnikami, wsparcie społeczne, więzi emocjonalne w rodzinie. **Diagnoza ekonomiczna** obejmuje czynniki ekonomiczne wpływające na ucznia i jego zachowania. Są to między innymi: sytuacja materialna rodziny, dostęp do placówek ochrony zdrowia (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018; Brosowska, Mielczarek-Pankiewicz, 2015).

4.2.2. Metody gromadzenia danych o potrzebach edukacyjnych

W diagnozie potrzeb można wykorzystać dane pierwotne i wtórne. **Dane pierwotne** to dane, które są zbierane przez pielęgniarkę (osoby planujące edukację) podczas oceny potrzeb edukacyjnych od uczestników edukacji (uczniów), ich opiekunów czy też z innych źródeł, przy użyciu technik takich jak obserwacja, wywiady pogłębione, wywiady z kluczowymi informatorami, badania ankietowe i dyskusje w grupach fokusowych. **Dane wtórne** to dane, które zostały zebrane i udokumentowane dla innych celów, na przykład dane epidemiologiczne o stanie zdrowia populacji dzieci i młodzieży, rejestry placówek ochrony zdrowia, raporty z badań dotyczących zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży, raporty różnych organizacji, wyniki badań naukowych. Można także zapoznać się z danymi, które zostały już zebrane przez inne osoby, aby zidentyfikować lokalne problemy zdrowotne (Wojnarowska, 2017). Ważne jest, aby wykorzystując dane wtórne, nie pomijać danych pierwotnych (odzwierciedlających rzeczywiste potrzeby grupy

docelowej). Należy również zadbać o to, żeby uczestnicy edukacji otrzymali informację zwrotną o wynikach badania potrzeb.

Informacje do oceny potrzeb można zebrać **nieformalnie** poprzez opinie od różnych osób i grup lub bardziej **formalnie** poprzez wykorzystanie np.: kwestionariuszy, danych z dokumentacji medycznej czy też dostępnych statystyk społeczności szkolnej. Na podstawie danych zebranych podczas oceny potrzeb można postawić diagnozę pielęgniarską, taką jak na przykład: ryzyko urazów, deficyt wiedzy (brak informacji związanej z określonym tematem), przeciążenie stresem, nieskuteczne radzenie sobie ze stresem, deficyt umiejętności w zakresie higieny jamy ustnej, nieodpowiednia higiena snu (NANDA, 2021). Diagnoza wskazuje kierunek edukacji zdrowotnej i zapewnia, że poświęcony czas, wysiłek i zasoby będą ukierunkowane na określone potrzeby. Pielęgniarka planująca edukację może często zidentyfikować wiele potrzeb, z których wszystkie wydają się być pozornie ważne. Wyzwaniem jest realistyczne podejście do tego, co można osiągnąć i ustalenie priorytetów zidentyfikowanych potrzeb.

Ważne pytania, które pielęgniarka powinna sobie zadać, to:

- Jaka potrzeba jest najpilniejsza, priorytetowa?
- Co jest najbardziej realistyczne do osiągnięcia?
- Czy mam umiejętności i zasoby, aby dobrze to zrobić?
- Co jest akceptowalne dla grupy docelowej uczniów czy też rodziców?
- Co jest akceptowalne dla społeczności, w której realizuję edukację zdrowotną?

Te dwa ostatnie pytania są szczególnie ważne przy planowaniu edukacji zdrowotnej związanej z seksualnością.

Wyniki diagnozy są podstawą wyboru **potrzeb priorytetowych**. W literaturze wskazuje się kilka cech problemu priorytetowego (Słońska, Woynarowska, 2007):

- duże rozpowszechnienie problemu,
- ranga problemu w danej grupie, społeczności,
- szczególna uciążliwość lub zagrożenie,
- przewidywalna akceptacja wyboru danego problemu i gotowość do uczestnictwa w jego rozwiązaniu,
- łatwość osiągnięcia celu,
- dostępność środków i inne okoliczności sprzyjające rozwiązaniu danego problemu.

Jednym ze sposobów wyboru potrzeb priorytetowych zaproponowanym przez Woynarowską (2017) jest:

- zapisanie listy potrzeb grupy na tablicy,
- nadanie hierarchii ważności potrzebom przez uczniów grupy docelowej poprzez nadanie im ważności np.: od 1 do 5 pkt,
- zsumowanie liczby punktów przyznanych dla każdej z potrzeb,
- stworzenie listy potrzeb z największą liczbą punktów – potrzeby priorytetowe.

Dokonując wyboru metody i narzędzia służącego zebraniu informacji w celu diagnozy potrzeb edukacyjnych pielęgniarka może skorzystać z metod ilościowych i jakościowych (tabela 1).

Tabela 1. Metody służące diagnozowaniu potrzeb edukacyjnych przez pielęgniarkę w środowisku szkolnym

METODY JAKOŚCIOWE	METODY ILOŚCIOWE
Obserwacja	Dane statystyczne z badań, raportów
Wywiad indywidualny	Sondaż diagnostyczny
Wywiad grupowy	Test wiedzy
Analiza dokumentacji	Wykonywanie pomiarów: wartości ciśnienia tętniczego, wartości wskaźnika masy ciała
Opinie uzyskane w toku dyskusji	Wyniki badań ankietowych dotyczące: stylu życia, postaw wobec zdrowia i choroby, czynników ryzyka
Skrzynka służąca anonimowemu zebraniu informacji	Dane demograficzne: struktura wieku, płeć, wykształcenie
Rozmowy ukierunkowane	Dane epidemiologiczne: zgony, zapadalność, chorobowość
	Dane społeczno-ekonomiczne: dochody, bezrobocie, warunki życia

Źródło: Opracowano na podstawie: (Daszkowska i in., 2013; Brosowska, Mielczarek-Pankiewicz, 2015; Woynarowska, 2017).

Pielęgniarka do zebrania danych może wykorzystać **techniki werbalne** (rozmowa, wywiad) i **niewerbalne** gromadzenia danych (obserwacja, analiza dokumentacji, pomiary) (Brosowska, Mielczarek-Pankiewicz, 2015). Dobór metod zależy od etapu rozwoju poznawczego uczniów. W diagnozowaniu dziecka w przedszkolu i klasach I–III szczególnie przydatne są: techniki oparte na analizie prac plastycznych, np. technika „Narysuj i napisz”, rozmowy z dziećmi oraz obserwacje ich zachowań w szkole. W starszych klasach szkoły podstawowej i na dalszych etapach edukacji szkolnej w celu uzyskania informacji na temat wiedzy,

umiejętności i postaw ucznia najczęściej wykorzystuje się badanie kwestionariuszowe. W praktyce pielęgniarstwa szkolnego nie ma zwykle możliwości przeprowadzania czasochłonnych badań, ale można wykorzystać tylko niektóre elementy bardziej rozbudowanych metod. Na przykład mogą to być: zdania niedokończone, zbieranie oczekiwań uczestników zapisanych na pojedynczych kartkach wrzucanych do skrzynki (tabela 2).

W warunkach środowiska danej szkoły wykorzystanie rozbudowanych metod i narzędzi jest czasochłonne i trudne. Wskazane jest skorzystanie z jednej, dobranej metody. Dana metoda może stanowić jedyne źródło informacji o potrzebach edukacyjnych lub też może stanowić uzupełnienie dla informacji uzyskanych innymi metodami. W planowaniu programów edukacji zdrowotnej adresowanych do szerokiej społeczności szkolnej w ramach na przykład realizacji przedmiotu w szkole o tej tematyce powinno się wykorzystać naukowe podejście do badania potrzeb uczestników edukacji.

Tabela 2. Metody, narzędzia i źródła danych w diagnozowaniu potrzeb edukacyjnych przez pielęgniarkę w środowisku szkolnym

METODY / NARZĘDZIA	ŹRÓDŁO
Sondaż diagnostyczny, technika ankiety: - Wiedza związana ze zdrowiem - Zachowania zdrowotne - Problemy zdrowotne dziecka	- Uczeń - Rodzic/opiekun ucznia - Członkowie społeczności szkolnej (nauczyciele, rówieśnicy, pedagog szkolny, pracownicy szkoły) - Dane z raportów, badań naukowych (źródło wtórne)
Pretest/posttest Wiedza, umiejętności, postawy	Uczeń
Wywiad	- Uczeń - Rodzic/opiekun ucznia
Badanie fizykalne	Uczeń
Analiza dokumentacji	- Książeczka zdrowia, karta szczepień - Karta zdrowia ucznia - Dane z badań przesiewowych - Dokumentacja udzielanych porad - Dziennik lekcyjny
Analiza zgłaszanych dolegliwości	Dokumentacja udzielonych porad

Obserwacja: • Sytuacja szkolna • Wygląd ucznia • Zachowania ucznia • Zachowania nauczycieli	• Otoczenie szkoły • Sklepik szkolny • Środowisko szkoły • Uczeń • Członkowie społeczności szkolnej (nauczyciele, rówieśnicy, pedagog szkolny, pracownicy szkoły) • Rodzic/opiekun ucznia
Rozmowa ukierunkowana, dyskusja, dyskusja typu metaplan	• Uczeń • Rówieśnicy • Nauczyciele • Rodzice/opiekunowie ucznia
Technika „narysuj i napisz”, opis	• Rysunek • Opis
Pomiary	• Uczeń
Dziennik zdrowotny: • zachowania zdrowotne • problemy • wizyty u pielęgniarki • udzielone porady	• Uczeń
Test wiedzy	• Uczeń
Wyniki badań, pomiary	• Placówki ochrony zdrowia
Zdania niedokończone	• Uczeń • Rodzic/opiekunowie ucznia

Źródło: Opracowanie własne.

4.2.3. Identyfikacja grupy docelowej

Kolejnym krokiem procesu edukacji zdrowotnej jest określenie grupy docelowej, niezależnie od tego, czy są to dzieci młodsze, młodzież, rodzice lub opiekunowie oraz charakterystyki tej populacji. Cechy tych grup mogą mieć charakter bardziej ogólny, taki jak między innymi zdolności związane z etapem rozwoju dziecka lub cechy behawioralne charakterystyczne dla określonego wieku, lub też bardziej szczegółowe, odnoszące się do czynników kulturowych i rodzinnych lub czynników ryzyka w określonej populacji szkolnej. Znajomość tych czynników może być pomocna w planowaniu celów szczegółowych (oczekiwanych efektów edukacji) i strategii wybranych do osiągnięcia tych celów.

Ważnym dla pielęgniarki może być poznanie następujących cech uczestników edukacji zdrowotnej:

- liczebność grupy,
- wiek, wykształcenie, płeć,
- pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, język, którym się posługują,
- zdolności poznawcze, umiejętności komunikacyjne i percepcja,
- dotychczasowa wiedza, postawy, rozumienie zdrowia,
- potrzeby i zainteresowanie zdrowiem,
- styl życia,
- własna wiedza, doświadczenie i postawy wobec edukacji zdrowotnej,
- występujące problemy zdrowotne,
- gotowość, motywacja do uczenia się (Borzucka-Sitkiewicz, 2006).

Poza działaniami edukacyjnymi adresowanymi do uczniów zasadne jest planowanie edukacji także w odniesieniu do ich rodziców, opiekunów czy też społeczności szkolnej. Osoby te jako najbliższe środowisku rozwoju dziecka mogą wspierać edukowanego w podtrzymywaniu i utrwalaniu zachowań sprzyjających zdrowiu zarówno w trakcie realizacji edukacji zdrowotnej oraz po jej zakończeniu.

4.3. Diagnozy pielęgniarskie związane z potrzebami edukacyjnymi

Przykłady diagnoz pielęgniarskich związanych z potrzebami edukacyjnymi według klasyfikacji ICNP ® oraz NANDA zamieszczono w tabeli 3. Należy zwrócić uwagę, że diagnozy mogą mieć charakter negatywny i pozytywny. Diagnoza negatywna dotyczy rozpoznania zaburzeń, odchylenia od dobrostanu. Na przykład: lęk, obawa, zakłócenie, niemożność, niezdolność, brak/deficyt wiedzy w danym zakresie. Diagnoza pozytywna dotyczy rozpoznawania właściwości psychicznych, elementów środowiska mających pozytywne znaczenie dla jednostki. Na przykład: udział, motywacja, zdolność, asertywność, chęć, przestrzeganie czegoś. Określa zatem potencjał i możliwości jednostki we wspieraniu zdrowia, zapobieganiu chorobie, radzeniu sobie z chorobą, niepełnosprawnością (Sierakowska, Wrońska, 2015). Projektując działania edukacyjne na podstawie dokonanej diagnozy, warto wykorzystać potencjał czynników zidentyfikowanych w ramach diagnozy pozytywnej w oddziaływaniu na czynniki negatywne.

Tabela 3. Diagnozy pielęgniarskie. Przykłady

ICNP ®	NANDA
• negatywny wizerunek własnej osoby	• bierny styl życia
• brak wiedzy na temat szkodliwości palenia nikotyny	• deficyt wiedzy o zaleceniach z zakresu aktywności ruchowej
• brak wiedzy o stresie	• uraz, ryzyko
• samookaleczenie	• niedostateczna wiedza na temat zdrowej diety
• nieprzestrzeganie zalecanej diety	• zaburzone postrzeganie własnej osoby
• uczeń z cukrzycą potrafi rozpoznać stan niedocukrzenia	• deficyt wiedzy o postępowaniu w hipoglikemii
• uczeń ma wyrobione nawyki higieniczne	• gotowość do zwiększenia świadomości zdrowotnej
• uczeń jest akceptowany w klasie	• ryzyko zachowań antyzdrowotnych
• nadwaga	• styl życia siedzący
• nadmierne przyjmowanie pokarmów	• gotowość do podnoszenia poziomu wiedzy
• prawidłowe ciśnienie tętnicze	• niezbilansowane odżywianie
• niskie poczucie własnej wartości	• otyłość
• brak wiedzy o zdrowej diecie	• zaburzony wzorzec snu

Źródło: Opracowanie na podstawie: (NANDA, 2021; Brosowska, Mielczarek-Pankiewicz, 2015; Ackley, Ladwig, 2011).

W tabeli 4 umieszczono przykłady diagnoz pielęgniarskich w środowisku nauczania i wychowania opracowanych według modelu PES, obejmujących trzy części: problem/stan (P), etiologię/przyczynę (E) i objawy/symptomy (S) oraz składającą się z dwóch części diagnozę potencjalną, która obejmuje zagrożenia, które mogą wystąpić i czynniki wskazujące na to zagrożenie (Ślusarska, 2016).

Tabela 4. Diagnozy pielęgniarskie zgodnie z modelem PES. Przykłady

• Uczennica skarży się, że trudna sytuacja w relacjach koleżeńskich spowodowała u niej nadmierne spożywanie słodczy, co doprowadziło do nadwagi
• Zaniedbywanie przyjmowania prawidłowej postawy ciała u uczniów podczas lekcji zwiększa ryzyko wad postawy
• Niestosowanie się do zaleceń żywieniowych związanych ze spożyciem posiłków przez ucznia z cukrzycą obniża stężenie glukozy we krwi, przez co uczeń skarży się na złe samopoczucie
• Niewystarczająca wiedza i umiejętności uczniów na temat asertywnego odmawiania może być czynnikiem ułatwiającym inicjację nikotynową
• Deficyt umiejętności związanych z higieną jamy ustnej u dzieci może spowodować wystąpienie zmian chorobowych jamy ustnej
• Zbyt mała aktywność ruchowa dzieci w czasie wolnym od zajęć może spowodować zaburzenia rozwoju fizycznego
• Brak spożycia śniadania w domu powoduje u uczniów dolegliwości bólowe w obrębie jamy brzusznej
• Uczniowie przejawiają gotowość do lepszego radzenia sobie ze stresem, o czym świadczy zadawanie przez nich pytań o techniki radzenia sobie z nim

Źródło: Opracowanie własne.

Znaczenie diagnozy w edukacji zdrowotnej (Urbanik i in., 2010; Woynarowska, 2017; Woynarowska, 2011):

- pozwala na rozpoznanie potrzeb i oczekiwań grupy docelowej uczniów,
- wyniki diagnozy mogą stanowić czynnik motywacyjny i aktywizujący ucznia do uczenia się,
- ukierunkowuje planowanie edukacji na priorytetowe problemy, potrzeby, grupy docelowej,
- pozwala na poznanie uczestników edukacji,
- pozwala na określenie przyczyn występowania określonych zachowań zdrowotnych wśród uczniów,
- umożliwia identyfikację zasobów ludzkich, rzeczowych i czasowych potrzebnych do realizacji edukacji,
- pozwala na określenie celów edukacji, adekwatnych do potrzeb i oczekiwań edukowanych,
- ukierunkowuje edukującego w doborze metod dydaktycznych i form pracy.

4.4. Planowanie edukacji zdrowotnej

4.4.1. Cele ogólne edukacji zdrowotnej

Kolejnym krokiem po zidentyfikowaniu tematu programu edukacji czy też zajęć edukacyjnych (na podstawie potrzeb priorytetowych) i uświadomieniu sobie celu nadrzędnego, jest określenie celów ogólnych edukacji, które odpowiadają na pytania: Co chcesz osiągnąć? Dokąd zmierzasz? Cele ogólne odnoszą się zatem do założeń i intencji na poziomie ogólnym, wyznaczają perspektywę edukacji w dłuższym okresie. Cel ogólny powinien mieć charakter ogólnego stwierdzenia, być sformułowany jasno, zwięźle. Na przykład celem ogólnym edukacji może być to, aby uczniowie szkół podstawowych myli ręce po skorzystaniu z toalety i przed porą obiadową (tabela 5).

Tabela 5. Cele ogólne edukacji zdrowotnej. Przykłady

PRZYKŁADY FORMUŁOWANIA CELÓW OGÓLNYCH EDUKACJI ZDROWOTNEJ	PRZYKŁADY SFORMUŁOWANYCH CELÓW OGÓLNYCH EDUKACJI ZDROWOTNEJ
• Poszerzenie wiedzy z zakresu _____	• Poszerzenie wiedzy z zakresu depresji
• Kształtowanie umiejętności _____	• Kształtowanie umiejętności samobadania piersi
• Zwiększenie motywacji do _____	• Zwiększenie motywacji do podejmowania aktywności fizycznej
• Wzbudzenie zainteresowania _____	• Wzbudzenie zainteresowania tematyką cyberprzemocy
• Ograniczenie _____	• Ograniczenie spożycia słodczy
• Kształtowanie/modyfikacja zachowań związanych z _____	• Modyfikacja zachowań z zakresu żywienia • Kształtowanie zachowań związanych z higieną ciała
• Wzrost _____	• Wzrost spożycia warzyw i owoców
• Profilaktyka _____	• Profilaktyka próchnicy zębów

Źródło: Opracowanie własne.

4.4.2. Cele szczegółowe - oczekiwane efekty edukacji (cele operacyjne)

Następnie określa się bardziej **szczegółowe cele**, które wyznaczają składniki programu, scenariusza zajęć, czy też planowanego spotkania w ramach edukacji zdrowotnej. Cele szczegółowe powinny być konkretne, określać, kto ma przejawiać pożądane zachowanie (grupa docelowa edukacji zdrowotnej); jakie zachowanie jest oczekiwane po zakończeniu programu, zajęć edukacyjnych; oraz zawierać kryteria dotyczące minimalnych wymogów ich osiągnięcia.

Istotne jest, aby cele były zgodne z ustalonymi potrzebami uczących się, realne (możliwe do osiągnięcia w określonym czasie i/lub sytuacji), precyzyjnie sformułowane i mierzalne (umożliwiające sprawdzenie stopnia ich osiągnięcia) (Wojnarowska, 2017).

W planowaniu edukacji zdrowotnej należy wziąć pod uwagę, że uczenie się odbywa się w trzech sferach (określanych inaczej jako: domeny, dziedziny, obszary) i każda z nich powinna być brana pod uwagę przy opisie oczekiwanych efektów interwencji edukacyjnych związanych ze zdrowiem, w tym zawartych w programach edukacji zdrowotnej czy też scenariuszach zajęć (rycina 9). Ze względu na charakter oczekiwanego efektu (zmiany), jaki ma nastąpić u uczestnika edukacji, wyróżnia się trzy szerokie sfery: poznawcza (wiedzy, myślenia, kognitywna), psychomotoryczna (umiejętności, psychoruchowa) i postaw (afektywna, uczuć, kompetencji społecznych) (Scriven i in., 2023).



Rycina 9. Sfery uczenia się

Źródło: Opracowano na podstawie: (Scriven i in., 2023)

Cele sfery poznawczej kierują opracowaniem w edukacji zdrowotnej aktywności rozwijających myślenie, rozumienie oraz umiejętności poznawcze (np.: uwaga, pamięć, spostrzeganie). Cele sfery postaw kierują opracowaniem w edukacji zdrowotnej aktywności, które służą promowaniu zmian postaw, uczuć i emocji. Cele sfery psychomotorycznej kierują opracowaniem podczas edukacji zdrowotnej aktywności promujących umiejętności (Contento, 2018). Oprócz tego, że każdy cel jest klasyfikowany według sfery, do której przynależy, cele w poszczególnych sferach są uporządkowane w układzie zhierarchizowanym ze względu na rodzaj aktywności edukowanego i poziom jej złożoności (tzw. taksonomia celów kształcenia). Oznacza to, że jeśli edukowany osiągnął cel z poziomu wyższego, cel z poziomu niższego również został osiągnięty. Edukacja zdrowotna uczniów obejmuje nawiązanie relacji między uczniem

a edukatorem, tak aby potrzeby informacyjne uczącego się (poznawcze, psychomotoryczne i w zakresie postaw) mogły być zaspokojone poprzez proces edukacji.

Sfera wiedzy (poznawcza, kognitywna, myślenia)

W sferze wiedzy oczekiwane efekty edukacji odnoszą się do wiedzy lub informacji, które uczniowie, rodzice, społeczność szkolna powinna znać na dany temat (Bastable, 2019). Zbyt często edukacja zdrowotna jest postrzegana jako przekazywanie lub udzielanie informacji. Istnieje przekonanie, że posiadanie wiedzy jest ważne i ma bardzo istotny wpływ na grupę docelową uczniów. Choć wiedza jest niezbędna, nie wystarcza do osiągnięcia celu edukacji zdrowotnej, jakim są zachowania prozdrowotne. Na przykład wiemy, że młodzież ma dużą wiedzę, że regularna aktywność fizyczna jest zachowaniem korzystnym dla zdrowia, natomiast niewielu z nich angażuje się w regularne ćwiczenia raz w tygodniu. Posiadanie tylko wiedzy nie zapewnia zdrowych zachowań. Pielęgniarka sama może sobie również zadać pytanie, czy zachowuje się zgodnie z posiadanymi informacjami zdrowotnymi? Oczekiwać może jednak, że udzielanie informacji uczniom i ich opiekunom zmieni ich zachowanie.

Sfera postaw (afektywna, kompetencji społecznych)

Ważnym pytaniem jest: Jak można wypełnić lukę między wiedzą a zachowaniem? Sfera postaw odnosi się do wartości i przekonań (Bastable, 2019). Aby podjąć działania na podstawie informacji, dana osoba, uczeń musi być przekonany, że informacja ta jest ważna dla niego osobiście, jest zgodna z osobistymi, kulturowymi i religijnymi przekonaniami. Na przykład uczniowie, którzy cenią sobie dobre wyniki sportowe, mogą być bardziej zmotywowani do zmiany swoich praktyk żywieniowych. Sfera postaw dotyczy kształtowania czy też zmiany postaw, opinii, wartości, przekonań edukowanego.

Sfera umiejętności (psychoruchowa, psychomotoryczna)

Poza posiadaniem i docenieniem informacji o zdrowiu, do zmiany czy też podejmowania zachowań prozdrowotnych niezbędne są umiejętności (Bastable, 2019). Wiedza jest często odizolowana od umiejętności praktycznych. Uczniowie mogą potrzebować umiejętności czytania etykiet żywieniowych, kupowania żywności o pożądanym składnikach odżywczych oraz przygotowywania zdrowych posiłków i przekąsek. Umiejętności te są nabywane poprzez strategie, takie jak demonstracja i rzeczywista praktyka pożądanego umiejętności.

Formułując efekty edukacji w trzech opisanych powyżej sferach, należy dokonać ich operacjonalizacji (uszczegółowienia celów bardziej ogólnych) czyli przekształcić je na konkretne wyniki (rezultaty) edukacji, które powinny zostać uzyskane u edukowanego po jej zakończeniu. Są to tzw. **cele operacyjne**. Ten etap jest niezbędny, aby móc ocenić stopień osiągnięcia celów przez edukowanego (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018). Dokonując operacjonalizacji celów, należy posługiwać się tzw. **czasownikami operacyjnymi**, brzmiącymi jednoznacznie, w formie czynnej. Poniżej w tabeli 6. zamieszczono przykłady czasowników operacyjnych służących do opisu celów operacyjnych edukacji zdrowotnej. Dodatkowe przykłady czasowników z poszczególnych poziomów taksonomii są dostępne na stronie: www.utica.edu.

Tabela 6. Czasowniki operacyjne służące do opisu celów edukacji zdrowotnej. Przykłady

CELE W SFERZE WIEDZY	CELE W SFERZE UMIEJĘTNOŚCI	CELE W SFERZE POSTAW
Edukowany: - wymienia ... - definiuje ... - wyjaśnia ... - charakteryzuje ... - opisuje ... - klasyfikuje ... - streszcza ... - odróżnia ... - uzasadnia ... - prowadzi ... - zbiera ... - wybiera ... - wnioskuję ... - szacuje ... - organizuje ... - wymyśla ... - tworzy ... - tłumaczy ... - podsumowuje ... - dostosowuje ... - różnicuje ... - wykorzystuje ... - ocenia ...	Edukowany: - używa ... - pokazuje ... - demonstruje ... - naśladuje ... - manipuluje ... - posługuje się ... - projektuje ... - mierzy ... - oblicza ... - planuje ... - wybiera ... - rozpoznaje ... - wykonuje ... - ustala ... - inicjuje ... - projektuje ... - modyfikuje ... - poprawia ... - zmienia ... - ćwiczy ... - obserwuje ... - patrzy ... - robi ...	Edukowany: - angażuje się ... - bierze w coś udział ... - słucha ... - jest krytyczny wobec ... - współpracuje ... - pyta się ... - przestrzega ... - wykazuje odpowiedzialność ... - jest wrażliwy na ... - akceptuje ... - modyfikuje ... - odnosi się ... - wpływa ... - zachowuje się ... - akceptuje ... - wybiera ... - uznaje ... - dzieli się ...

Źródło: Przykłady zaczerpnięte z: (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018; Contento, 2018).

Do tworzenia celów operacyjnych nie używa się czasowników wieloznacznych, czasowników w formie bezokolicznika oraz dwóch czasowników w jednym celu (rycina 10).



Rycina 10. Przykłady czasowników, których nie wykorzystuje się do tworzenia celów operacyjnych

Źródło: Opracowanie własne.

Tworząc cele operacyjne, należy uwzględnić w ich zapisie poniżej wskazane w tabeli 7 elementy.

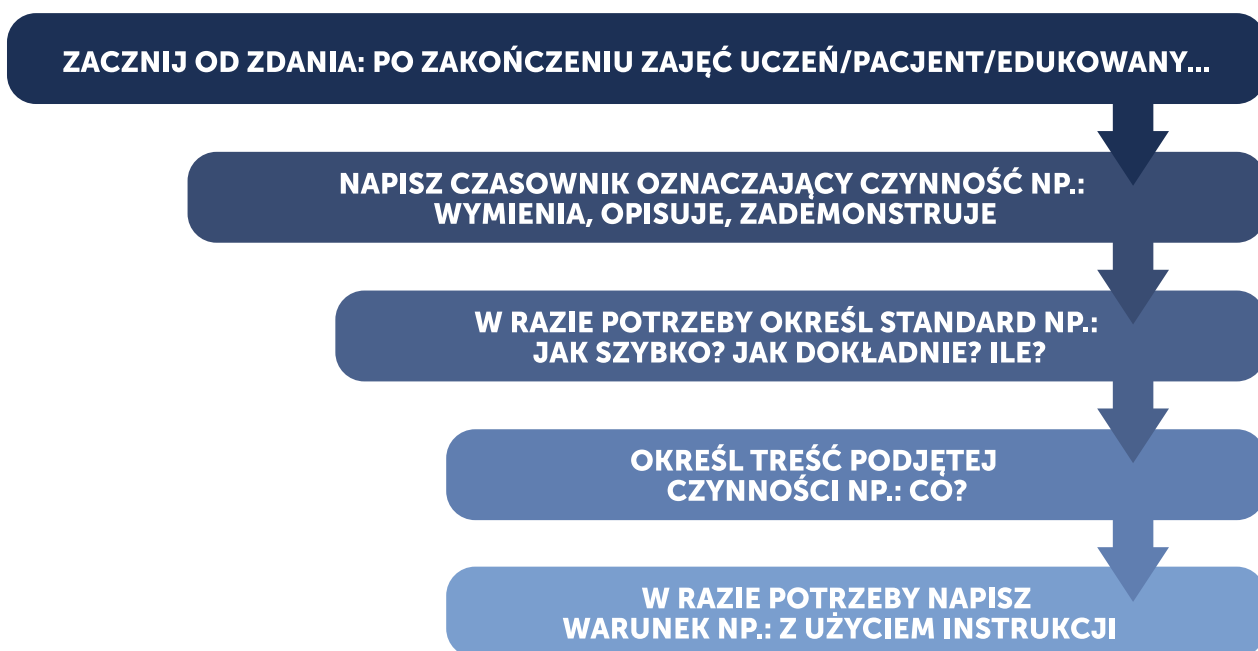
Tabela 7. Elementy i etapy operacjonalizacji celów w edukacji zdrowotnej

ELEMENT		SFERA WIEDZY	SFERA UMIEJĘTNOŚCI	SFERA POSTAW
podmiot (osoby objęte treścią celu)	kto?	uczeń/ edukowany	uczeń/ edukowany	uczeń/ edukowany
czasownik operacyjny (określa działanie podmiotu)	co robi?	wymienia	planuje	ma nawyk

ELEMENT		SFERA WIEDZY	SFERA UMIEJĘTNOŚCI	SFERA POSTAW
kryterium spełnienia (określa akceptowany przez edukującego poziom realizacji celu)	ile? kiedy? jakie?	4 główne grupy	dzienny	dwukrotnego w ciągu dnia
przedmiot (określa treść, w stosunku do której podmiot podejmuje działanie)	co?	czynników warunkujących zdrowie	jadłospis	mycia zębów
warunek (opis okoliczności działania podmiotu)	jak? gdzie? w jaki sposób? wobec kogo?	ujętych w kole Lalonda	na podstawie zapotrzebowania energetycznego	zgodnie z zasadami

Źródło: Opracowano na podstawie: (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018).

Dokonując operacjonalizacji celów w edukacji zdrowotnej, można skorzystać z poniższego formatu:



Rycina 11. Format operacjonalizacji celów kształcenia

Źródło: Opracowanie własne.

Cele edukacji zdrowotnej powinny być ukierunkowane na edukowanego, a nie na osobę edukującą. Przykłady celów operacyjnych zamieszczono w tabeli 8.

Tabela 8. Cele edukacji zdrowotnej z użyciem czasowników operacyjnych. Przykłady

Przykłady celów operacyjnych
Cele w sferze wiedzy • uczeń podaje przykłady głównych czynników ryzyka nadwagi w grupie dzieci i młodzieży • uczeń wymienia zasady zachowania bezpieczeństwa podczas udzielania pierwszej pomocy osobie poszkodowanej • uczeń charakteryzuje co najmniej 3 komponenty pojęcia „zdrowie” zgodnie z definicją WHO
Cele w sferze umiejętności • uczeń planuje 30 minutową aktywność fizyczną w ciągu dnia • uczeń wykonuje samobadanie piersi w pozycji stojącej i leżącej zgodnie z algorytmem • uczeń wybiera dwie metody asertywnej odpowiedzi możliwe do wykorzystania podczas proponowania mu zapalenia papierosa
Cele w sferze postaw • uczeń ma nawyk kilkuminutowego wietrzenia pokoju przed pójściem spać • uczeń wykazuje tolerancyjną postawę wobec osób z niepełnosprawnością • uczeń zgłasza się co najmniej raz w roku na profilaktyczne badanie stomatologiczne odbywające się w szkole

Źródło: Opracowanie własne.

Podczas planowania celów szczegółowych edukacji zdrowotnej konieczne jest zatem uwzględnienie każdej ze sfer – wiedzy, umiejętności i postaw, aby upewnić się, że uczniowie nie tylko mają pożądane informacje, ale także docenili pożądane zachowanie i posiadają umiejętności do jego osiągnięcia.

Tak sformułowane cele operacyjne mają istotne znaczenie dla realizacji działań z zakresu edukacji zdrowotnej (Bastable, 2019):

- pomagają skupić myślenie edukującego na celu i na uczniu;
- komunikują uczniom i członkom zespołu opieki zdrowotnej, co jest zaplanowane w zakresie nauczania i uczenia się;
- pomagają uczniom zrozumieć, czego się od nich oczekuje, aby mogli śledzić swoje postępy;
- zmuszają edukującego do wybierania i organizowania materiałów edukacyjnych, aby nie zgubić się w treści i nie zapomnieć o roli ucznia w procesie edukacji;
- zachęcają edukującego do oceny własnych motywów nauczania;
- dostosowują nauczanie do unikalnych potrzeb ucznia;
- tworzą drogowskazy do oceny edukującego i dokumentowania sukcesu lub porażki;

- skupiają uwagę na efektach uczenia się ucznia po zakończeniu procesu nauczania - uczenia się, a nie na tym, czego się uczy;
- orientują edukującego i ucznia na końcowe wyniki procesu edukacyjnego;
- ułatwiają uczniowi wizualizację wykonywania wymaganych umiejętności.

4.4.3. Identyfikacja zasobów

Anna Leńczuk-Gruba

Planowanie programu edukacji zdrowotnej oraz scenariusza zajęć/spotkania wymaga przeanalizowania przez pielęgniarkę dostępu do odpowiednich zasobów, które pozwolą zrealizować efekty (realne cele) edukacji.

Zasoby ludzkie. Pielęgniarka - edukatorka powinna ocenić swoją wiedzę, umiejętności, doświadczenie, kompetencje oraz entuzjazm do realizacji określonej tematyki zajęć. Jeśli uważa, że dla większej efektywności edukacji zdrowotnej warto włączyć do realizacji zajęć innych edukatorów np. z grupy personelu medycznego (lekarz, położna, ratownik medyczny), warto spróbować pozyskać takie osoby, które zaangażują się w zajęcia. Przykładem zajęć, w których można połączyć kompetencje pielęgniarki szkolnej oraz lekarza, jest tematyka zajęć edukacyjnych związana z menstruacją, w ramach której zagadnienia związane z fizjologią cyklu menstruacyjnego, zasadami higieny osobistej oraz niefarmakologicznymi sposobami radzenia sobie z bólem w czasie menstruacji przeanalizuje z uczennicami pielęgniarka, natomiast zagadnienia dotyczące wskazań i przebiegu pierwszej wizyty u lekarza ginekologa omówi zaproszona do udziału w zajęciach lekarka.

Kolejnym przykładem włączenia innych edukatorów do zajęć edukacji zdrowotnej, jest zaproszenie osoby, która opowie o własnych doświadczeniach związanych z problemem omawianym na zajęciach, np. pacjent, który zmagał się z problemem od uzależnienia (np. alkohol, substancje psychoaktywne, uzależnienie od urządzeń elektronicznych/gier komputerowych). Włączenie edukatorów różnych profesji do realizacji wybranych modułów tematycznych edukacji zdrowotnej może zwiększyć skuteczność i atrakcyjność zajęć.

Zasoby materialne uwzględniają wiele elementów, które mogą istotnie wpływać na efekty edukacji, należą do nich: środki finansowe, środki dydaktyczne, warunki środowiska wspierające realizację celów zajęć. Środki finansowe to ważny aspekt zasobów, ponieważ umożliwiają zakupienie środków dydaktycznych niezbędnych do realizacji celów edukacji.

Przykładem zajęć, których efektywność determinuje dostęp do konkretnych pomocy dydaktycznych są np. zajęcia służące kształtowaniu umiejętności udzielania pierwszej pomocy, w których wykorzystanie fantomów, trenażerów, maseczek jest niezbędne do osiągnięcia zaplanowanych celów. Dobrą praktyką, którą warto włączyć w etap planowania edukacji zdrowotnej, jest opracowanie kosztorysu realizacji programu edukacji zdrowotnej, uwzględniającego wszystkie aspekty związane z kosztami np. powielania materiałów dla uczniów czy zakupu nagród dla uczniów, którzy zaangażowali się w konkursy o tematyce zdrowia i akcje promocji zdrowia (Woynarowska, 2017; Chruściel, Ciechaniewicz, 2018).

Zasoby czasowe - powinny uwzględniać zarówno czas niezbędny na realizację zadań wynikających z programu (np. 45 min. zajęcia edukacyjne lub 30 min. indywidualne spotkanie z uczniem), jak i realne potrzeby edukacyjne uczniów, które uwidocznili etap diagnozy (np. 2 zajęcia edukacyjne po 45 min. lub 4 indywidualne spotkania z uczniem w ciągu miesiąca) (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018). Kluczowe jest także skorelowanie planu zajęć lekcyjnych z zasobami czasu, którymi dysponuje pielęgniarka szkolna.

Identyfikacja potrzeb powinna przełożyć się na opracowanie przez pielęgniarkę terminarza spotkań edukacyjnych dostosowanych do dostępnych zasobów.

4.4.4. Formy organizacyjne zajęć

Zofia Sienkiewicz

Forma nauczania to rodzaj ramy organizacyjnej w pracy dydaktycznej edukatora, który podejmuje określone czynności w celu wytworzenia odpowiednich warunków do pracy edukowanego (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018).

4.4.4.1. Formy organizacji edukacji zdrowotnej

Ze względu na liczbę uczestników wyróżniamy trzy formy organizacyjne edukacji zdrowotnej (Banasiuk, Uracz, Kopański, Machota, Krzemiński, Nadashkevych, Kilian, 2018).

- **Forma indywidualna / samodzielna** szczególnie przydatna w nauczaniu umiejętności manualnych. To najkorzystniejsza forma pracy polegająca na wykonywaniu przez uczącego się określonych zadań wyznaczonych indywidualnie i adekwatnych do potrzeb uczącego się przez nauczającego/ edukatora.

- **Forma grupowa pod kierunkiem nauczającego** służy pogłębianiu wiedzy i modyfikacji zachowań oraz ułatwia oddziaływanie wychowawcze na jednostkę za pośrednictwem grupy. To forma oparta na podziale większej zbiorowości na mniejsze grupy do 5 osób (podział stały lub zróżnicowany). Praca grupowa polega na wspólnym poszukiwaniu rozwiązania określonych zagadnień teoretycznych lub praktycznych wyznaczonych przez edukatora. Praca grupowa obejmuje interakcje i sytuacje zachodzące w grupie.
- **Forma zbiorowa** polega na oddziaływaniu na całą grupę, wszyscy uczestnicy wykonują równocześnie tę samą pracę, pracując we właściwym dla siebie tempie. Nauczający powinien uwzględnić różnice w poziomie wiedzy, umiejętności, motywacji wśród członków zbiorowości.



Rycina 12. Formy pracy wykorzystywane w edukacji zdrowotnej a metody nauczania

Źródło: Opracowano na podstawie: Banasiuk i in. 2018; Chruściel, Ciechaniewicz, 2018)

W każdej z form pracy stosowanych w edukacji zdrowotnej może być brana pod uwagę praca z wykorzystaniem kontaktu elektronicznego, e-learningu synchronicznego i asynchronicznego.

4.4.4.2. Zalety i wady form pracy w edukacji zdrowotnej

Wykorzystanie różnych form pracy w edukacji zdrowotnej przynosi zalety i wady dla pracy edukacyjnej (tabela 9). Edukator ocenia jej efekty, biorąc pod uwagę poszczególne formy pracy edukacji zdrowotnej.

Tabela 9. Zalety i wady form pracy edukacyjnej

Forma pracy	Zalety	Wady
Indywidualna	• indywidualizacja treści kształcenia, • kształtowanie samodzielności, • oferuje indywidualną koncepcję pracy, • oferuje bezpośredni kontakt, • daje możliwość dokładnej kontroli efektów uczenia się, • sprzyja wysokiej efektywności kształcenia.	• jest nieoptymalna ekonomicznie i czasowo, • ogranicza społeczne oddziaływanie, • nie wyrabia umiejętności pracy w zespole, • nie sprzyja powstawaniu pomysłów, • nie sprzyja różnorodności metodycznej.
Grupowa	• zwiększa efektywność kształcenia, • umożliwia różnorodność metodyczną, • potęguje wychowawcze oddziaływanie grupowe, • grupa może być źródłem wsparcia, aktywizacji, • grupa działa motywująco, • kreuje współodpowiedzialność za wykonanie zadania, • sprzyja powstawaniu pomysłów, • kształtuje umiejętność akceptowania odmiennych poglądów.	• większa liczebność grupy wydłuża czas wykonania zadania, • hamuje indywidualizm, • rozprasza odpowiedzialność za efekty pracy, • wpływa na anonimowość członków grupy, • może budzić konformizm.
Zbiorowa	• umożliwia zespołowo – indywidualną pracę, • umożliwia pracę z liczniejszą grupą, • pozwala na uspołecznienie edukowanych, • jest finansowo i czasowo ekonomiczna, • umożliwia współzawodnictwo, • kreuje poczucie bezpieczeństwa.	• nie sprzyja jednolitym efektom uczenia się, • narzuca wszystkim edukowanym takie same treści, ignoruje indywidualizację treści kształcenia, poziom wiedzy i tempo uczenia się.

Źródło: Opracowano na podstawie: Smolińska, Szychowski, 2011; Woynarowska, 2017.

4.4.5. Metody nauczania

Zofia Sienkiewicz

4.4.5.1. Definiowanie metod nauczania

Pojęcie „metoda nauczania” należy do głównej terminologii dydaktycznej. Słowo „metoda” wywodzi się z greckiego słowa *methodos* oznaczającego drogę, sposób postępowania. Metoda nauczania, to ogólna strategia, koncepcja podejścia do uczącego się, umożliwiająca opanowanie określonej wiedzy, umiejętności lub kompetencji społecznych. Według dydaktyków metoda nauczania to wypróbowany i systematycznie stosowany układ czynności, które realizowane są świadomie w celu spowodowania założonych zmian w osobowości uczącego się (Okoń, 2007). Metoda nauczania to również zaplanowana przez nauczającego forma organizacji etapów procesu uczenia się, która stwarza określone sytuacje i warunki dla uczącego się, tak aby mógł osiągnąć zamierzone cele w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych. To dynamiczny proces formowania się człowieka, polegający na ciągłym wyborze treści, sposobów działania nauczającego i uczącego się oraz takim doborze warunków, aby uczący się przeżywał kształcenie jako własny proces sprawiający mu satysfakcję (Woynarowska, 2017).

Metody nauczania to systematycznie, celowo wypracowany sposób pracy nauczyciela z uczniami, umożliwiający uczniom opanowanie wiedzy wraz z umiejętnością posługiwania się nią w praktyce, jak również rozwijanie zdolności i zainteresowań umysłowych. Metody nauczania należy różnicować z technikami nauczania. **Technika nauczania** to określony sposób praktycznego zastosowania metody, to sposób na zorganizowanie zajęć. W ramach jednej metody nauczania można wykorzystać kilka technik np.: procedurę, przepis, technikę „narysuj i napisz”, wspieranie rozwoju grupy poprzez budowanie zaufania oraz życzliwości i otwartości.

W edukacji zdrowotnej zalecane są nowoczesne, aktywizujące metody, przez co proces nauczania staje się zdecydowanie bardziej interaktywny. Zmiana ta dotyczy każdego etapu nauczania. Nie należy jednak zapominać o celach, jakie powinny towarzyszyć edukacji zdrowotnej. Metody nauczania powinny podążać za rozwojem cyfryzacji i wykorzystywać nowe technologie w nauczaniu.

Według Barbary Woynarowskiej (2017) osoby prowadzące edukację zdrowotną powinny zachęcać uczących się do podejmowania i zwiększania aktywności w procesie uczenia się i stwarzać przyjazne ku temu warunki poprzez propono-

wanie aktywizujących metod nauczania w realizacji celów edukacyjnych.

W przypadku realizacji edukacji zdrowotnej należy dążyć do realizacji zaplanowanych celów, a do działań wpływających na uczącego się zaliczyć można m.in.:

- opanowanie podstawowej wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych z zakresu przekazywanych informacji, np. zachowań prozdrowotnych;
- przygotowanie do efektywnego wykorzystania wiedzy i umiejętności w praktyce;
- rozwój zdolności poznawczych, szczególnie rozwój myślenia, pamięci, uwagi i wyobraźni;
- kształtowanie motywacji, odkrywanie jego predyspozycji i wpływanie na jego zainteresowania.

4.4.5.2. Czynniki warunkujące dobór metod nauczania

Czynniki warunkujące dobór metod nauczania powinny być ukierunkowane na osiągnięcie określonych celów uwzględniających zaspokojenie potrzeb edukacyjnych. W planowaniu celów nauczania w edukacji zdrowotnej ważną rolę odgrywa zwrócenie uwagi na motywację, systematyczność i dociekliwość uczącego się. Edukator powinien systematycznie stawiać nowe, dostosowane do poziomu intelektualnego i percepcji odbiorców cele zajęć edukacyjnych w sferze wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych. Zalecane jest również organizowanie środowiska dydaktycznego, planowanie, kontrolowanie realizacji zadań, aktywizowanie uczestników. W edukacji zdrowotnej niezbędne jest także analizowanie piśmiennictwa i powoływanie się na wyniki badań naukowych, dobieranie nowych metod nauczania.

Znajomość różnych metod nauczania, zwłaszcza ich zalet i wad, pozwala na świadome użycie w edukacji zdrowotnej najkorzystniejszych metod nauczania służących do realizacji zaplanowanych celów edukacyjnych. Decydującym elementem jest akceptacja metody przez uczącego się, podmiotowe podejście do jego aktywności i przyjęcie przez nauczającego roli organizatora środowiska uczenia się.

Dobór metod nauczania zależy od zaplanowanych celów nauczania, treści nauczania dobranych do jego celów, form organizacyjnych zajęć i środków dydaktycznych dostosowanych do wieku uczestników, zdolności, stanu wiedzy początkowej, zainteresowań uczącego się (Okoń, 2007). Ważnym czynnikiem

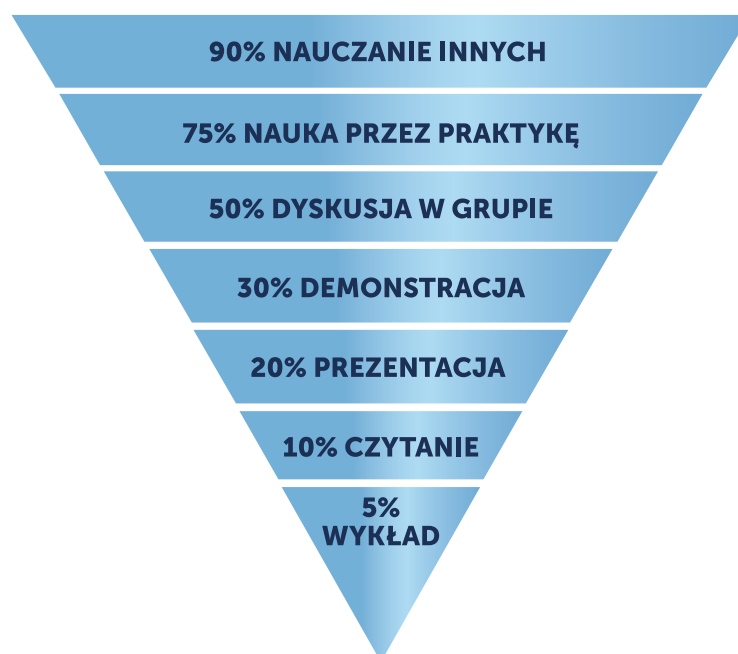
wpływającym na dobór metod nauczania są warunki, w których organizowana jest edukacja zdrowotna np.: wielkość pomieszczenia, liczebność grupy czy czas trwania zajęć. Drugi czynnik związany jest z osobowością, charakterem, temperamentem, zainteresowaniami uczącego się. Należy również mieć na uwadze zaangażowanie i doświadczenie dydaktyczne nauczającego oraz jego umiejętności pracy z grupą (rycina 13).



Rycina 13. Czynniki wpływające na dobór metod kształcenia w edukacji zdrowotnej

Źródło: Opracowanie własne.

Systematyczność, wzbudzenie zainteresowania i motywacji ma korzystny wpływ na przyswajanie wiedzy i zapamiętywanie. Motywacja to energia, którą sami tworzymy lub którą otrzymujemy z zewnątrz, która pozwala na wytrwanie w swoich postanowieniach. Zewnętrznym źródłem mogą być pieniądze lub inne dobra materialne. Wewnętrzne źródło to nasze pragnienia i potrzeby. Systematyczność to robienie czegoś skrupulatnie i regularnie, działanie zgodnie z ustalonymi regułami, w ramach jakiegoś planu, systemu. Systematyczność to wyrobienie sobie odpowiedniego nawyku, który jest konsekwentnie powtarzany. Zarówno motywacja i systematyczność mają znaczący wpływ na realizację założonych celów w edukacji zdrowotnej.



Rycina 14. Proces zapamiętywania w edukacji zdrowotnej

Źródło: Opracowano na podstawie: (Wojnarowska, 2017).

Zapamiętywanie w edukacji zdrowotnej to złożony proces. Najkorzystniejsze efekty uzyskuje się podczas powtarzania materiału ze zrozumieniem, zwłaszcza gdy nauka jest podejmowana częściej a materiał jest przyswajany małymi porcjami. Niektórzy lepiej zapamiętują, gdy uczą się na głos w podobnych warunkach, jak podczas zajęć edukacyjnych. Uczący się często zapamiętuje części zadania lub jego efekt końcowy (rycina 14, 15).



Rycina 15. Czynniki wpływające na proces zapamiętywania

Źródło: Opracowano na podstawie: Smolińska, Szychowski, 2011.

W edukacji zdrowotnej zalecane jest korzystanie z różnych typów zajęć: podających, problemowych, eksponujących i praktycznych, co jest powiązane z podziałem metod nauczania. Wskazane jest odniesienie metody nauczania do metody uczenia się w poszczególnych typach zajęć. Asymilacja wiedzy znajduje rozległe zastosowanie w metodach podających. Cała praca sprowadza się do doboru treści nauczania oraz sposobu ich przekazywania czy zmotywowania uczącego się. Metoda uczenia się *heurystyczna* stosowana jest najczęściej w nauczaniu problemowym polega na kształtowaniu emocji, dokonywaniu odkryć, badaniu praw, które rządzą myśleniem twórczym, oraz wykorzystaniu metod ułatwiających działania w nauczaniu problemowym. W nauczaniu eksponującym wyróżniamy dwa rodzaje uczenia się: uczenie się *ekspresyjne* polegające na wyrażaniu swoich uczuć, wytwarzaniu wartości i uczenie się *impresyjne* polegające na kształtowaniu emocji w kontekście pozytywnym i negatywnym. Najkorzystniejsze efekty w edukacji zdrowotnej uzyskuje się podczas ćwiczeń praktycznych (Sierakowska, Wrońska, 2015; Chruściel, Ciechaniewicz, 2018).

4.4.5.3. Rodzaje metod nauczania

Zadowalające wyniki w edukacji zdrowotnej uzyskamy poprzez łączenie różnych metod edukacyjnych (nauczania i wychowania), tworzących spójną całość, co wzmacnia motywację do aktywnego udziału w edukacji.

Najczęściej wykorzystywaną **metodą wychowania** w edukacji zdrowotnej jest metoda modelowania, polegająca na dawaniu dobrego przykładu. Często stosowana jest również metoda zadaniowa, zwłaszcza wobec dzieci i młodzieży, którzy chętnie wykonują przydzielone zadania, czy metoda perswazji polegająca głównie na słownym oddziaływaniu uwzględniającym wyjaśnianie zasad i wartości moralnych. Osiągnięcie celów edukacji zdrowotnej może zakończyć metoda nagradzania i karania (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018).

Metody nauczania wykorzystywane w edukacji zdrowotnej obejmują metody podające, skupione na przekazywaniu wiedzy, metody problemowe nakłaniające uczącego się do twórczego rozwiązywania problemów, uczące logicznego myślenia, metody programowane uczące korzystania z nowoczesnych programów wspomagających edukację; metody eksponujące i metody praktyczne (Bradley, 1997).

W edukacji zdrowotnej zalecane jest korzystanie z **metod aktywizujących**, których cechą jest przewaga czynności uczących się nad nauczającym.

Aktywizujące metody nauczania wymagają dużego nakładu pracy ze strony prowadzącego zajęcia edukacyjne (Wolny, 2019). Metody aktywizujące dodatkowo angażują emocjonalną sferę funkcjonowania, co daje możliwość szczerego zaangażowania się uczącego w proces edukacji (tabela 10).

Tabela 10. Charakterystyka metod nauczania

Rodzaj metody	Metoda kształcenia	Organizacja zajęć
Metody podające	Wykład	• służy przekazywaniu określonych informacji; • pobudza myślenie konkretno-obrazowe, co aktywizuje myślenie hipotetyczno-dedukcyjne u słuchaczy; • przedmiotem wykładu jest przeważnie opis złożonych rzeczy, zjawisk, wydarzeń i procesów oraz zachodzących między nimi związków i zależności głównie o charakterze przyczynowo-skutkowym; • rodzaje wykładów: konwencjonalny/informacyjny, problemowy, konwersatoryjny.
	Opowiadanie	• zaznajamianie uczącego się z określonymi rzeczami, zjawiskami, wydarzeniami lub procesami w formie ich słownego opisu; • wdraża uczącego się do słuchania ze zrozumieniem i zapamiętywania najważniejszych faktów; • treść musi nawiązywać do posiadanego przez uczącego się doświadczenia.
	Pogadanka	• wymaga od uczącego się nie tylko myślenia za nauczającym, lecz zmusza również do samodzielnej pracy myślowej; • istota pogadanki polega na rozmowie nauczającego z uczącym się, przy czym nauczający jest w tej rozmowie osobą kierującą; zmierzającą do osiągnięcia znanego sobie celu, stawia on uczącym się pytania, na które oni udzielają z kolei odpowiedzi; • w ten sposób krok po kroku uczący się przechodzą ze stanu niewiedzy w stan wiedzy.
	Praca z książką	• stanowi jeden z ważniejszych sposobów zarówno poznawania jak i utrwalania nowych wiadomości; • przedmiotem samodzielnej pracy z książką może być lektura, wyszukiwanie odpowiedzi na określone pytania, streszczenie poglądów autora; • analiza tekstu ze względu na miejsce i czas akcji, styl i formy gramatyczne lub logiczne, uczenie się na pamięć.

Metody problemowe	Dyskusja	• polega na wymianie poglądów na określony temat; • warunkiem jest uprzednie przygotowanie uczącego się do wymiany myśli zarówno w sensie merytorycznym jak i formalnym; • przygotowanie do dyskusji polega na wyposażeniu uczącego się w wiadomości niezbędne do prowadzenia dyskusji; • ważne jest, aby nauczający wyrobił u uczących się umiejętność jednoznacznego formułowania diskutowanych problemów i pytań, prezentowania własnych punktów widzenia w merytorycznie uzasadniony i zarazem logicznie spójny sposób.
	Studium przypadku (analiza przypadku – case study)	• stanowi metodę uczenia się poprzez symulowanie rzeczywistych sytuacji lub procesów; • opis przypadku stanowi istotę metody, może być fikcyjny lub autentyczny; • metoda ta polega na analizie, a następnie dyskusji nad przedstawionym opisem zdarzeń, odnoszących się do działalności człowieka; • sytuację problemową przedstawia się w taki sposób, aby można było wykorzystać zdobytą wiedzę i doświadczenie. Wyróżnia się następujące fazy przebiegu zajęć prowadzonych metodą przypadku (Szlosek,1995): Faza 0 – przygotowanie opisu przypadku: • wyjaśnienie celu i tematu zajęć; • wyjaśnienie istoty metody przypadku (zdarzeń). Faza 1 – prezentacja opisu zdarzenia: • wstępna analiza zdarzenia; • uzupełnienie informacji (pytania i odpowiedzi). Faza 2 – analiza opisu zdarzenia: • selekcja informacji na ważne i drugoplanowe. Faza 3 – propozycja rozwiązań: • wybór rozwiązania optymalnego i jego uzasadnienie. Faza 4 – ocena trafności stawianych pytań: • ocena prawidłowości wnioskowania; • podkreślenie momentów mających najwyższą wartość dydaktyczną.
Metody problemowe	Metoda sytuacyjna	• w metodzie tej istotę stanowi konkretny, dyskusyjny opis sytuacji (autentyczny lub fikcyjny), uwzględniający dotychczasową wiedzę oraz doświadczenie uczącego się; • metoda polega na analizie, a następnie dyskusji nad przedstawionym opisem/ciągiem zdarzeń; • przygotowany opis powinien pobudzić do twórczego i samodzielnego myślenia, a następnie po przeprowadzeniu analizy, podjęcia decyzji; • analiza opisu sytuacji dokonywana jest przez uczącego się z odpowiednim wyprzedzeniem czasowym, a następnie prowadzona jest dyskusja nad zawartymi w opisie problemami.

Symulacja	• to metoda oparta na przedstawieniu wybranego fragmentu rzeczywistości w sposób uproszczony; • istotą gier symulacyjnych jest odtworzenie przez uczącego się dość złożonych sytuacji problemowych, będących kiedyś problemami rzeczywistymi; • jedną z podstawowych funkcji gry symulacyjnej jest budowanie motywacji, gdyż udział w grze może dawać zadowolenie płynące z zabawy oraz poczucie, że przy okazji zajmujemy się czymś ważnym bądź bliskim z punktu widzenia własnych problemów. Fazy symulacji: Faza 0: • przygotowanie ogólnego planu działania; • przydział zadań; • wyjaśnienie reguł gry. Faza 1: • symulacja, czyli przedstawienie modelu rzeczywistości (lub demonstracja czynności przez prowadzącego); • szukanie związków i relacji pomiędzy elementami modelu (lub nauka czynności). Faza 2: • porównanie wyników symulacji z rozwiązaniami faktycznymi (lub samodzielne wykonanie przez uczącego się czynności); • ocena wyników symulacji (lub wykonanych czynności).
Burza mózgów	• to metoda twórczej dyskusji, zwana inaczej giełdą pomysłów lub sesją odroczonego wartościowania, znana również pod nazwą <i>brainstorming</i>; • umożliwia generowanie dużej liczby nowych pomysłów, a następnie wyboru najlepszych rozwiązań; • podejmowany problem musi być problemem otwartym, dywergencyjnym i tak sformułowanym, aby można było udzielać krótkich, hasłowych odpowiedzi. Przygotowania do burzy mózgów: Część I: • przygotowanie pomieszczenia do przeprowadzenia zajęć (zapewnienie ciszy i spokoju); • zapewnienie względnego komfortu. Część II: • przygotowanie uczestników do przeprowadzenia burzy mózgów; • podział uczestników na zespoły; • wybór przewodniczącego i sekretarza w każdym z zespołów (sekretarz zapisuje pomysły w sposób widoczny i czytelny dla uczestników, przewodniczący zespołu może także sam zgłaszać pomysły); • wyjaśnienie/przypomnienie zasad burzy mózgów; • podanie tematu (zagadnienia, problemu).

Metody problemowe	Burza mózgów	Faza I: • zgłaszanie propozycji rozwiązań; • wyczerpanie pomysłów i zamknięcie listy; • utrzymywanie szybkiego tempa generowania pomysłów. Faza II: • porządkowanie, analiza i ocena zgłaszanych pomysłów według przyjętych kryteriów; • wybór najlepszego rozwiązania postawionego na początku problemu.
	Dyskusja okrągłego stołu	• jest to dyskusja informacyjna, kierowana przez moderatora i oparta na zasadzie swobodnej wypowiedzi wszystkich uczestników. Fazy dyskusji okrągłego stołu: Faza I. Przedstawienie celu i tematu zajęć, omówienie problemu i zaproszenie do wypowiedzi przez moderatora. Faza II. Wypowiedzi uczestników dyskusji – ograniczone do 3–5 minut każda. Faza III. Pytania oraz odpowiedzi (kierowane od dyskutantów), podsumowanie dyskusji przez moderatora, uzgodnienie wniosków końcowych.
	Dyskusja panelowa	• jest obserwowana i kierowana przez moderatora, który wprowadza w omawiany temat i przedstawia uczestników; • zaproszeni specjaliści wypowiadają się w zakresie danego tematu, następnie w określonym czasie, np. przez 5 minut audytorium przedstawia pytania/opinie; • w dalszej kolejności każdy z zaproszonych specjalistów ma możliwość wyrażenia opinii, udzielenia krótkich wypowiedzi w stosunku do innych uczestników dyskusji i dyskutantów; • kończąc, prowadzący podsumowuje dyskusję.
	Debata „za i przeciw”	• polega na poprowadzeniu w sposób uporządkowany sporu pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami pewnego poglądu; • zadaniem biorących udział w dyskusji jest zaprezentowanie w przyjazny sposób argumentów „za” i „przeciw” oraz przekonanie audytorium do swoich racji; • obowiązującą regułą jest, że w debacie nie chodzi o atakowanie przeciwnika, ale o siłę używanych argumentów, uczy sztuki wyrażania własnego zdania, argumentacji i szacunku dla przekonań innych; • metoda przewiduje podział uczestników na dwie grupy dyskusyjne, po 4–5-osób w każdej; • prowadzący organizuje i przewodzi dyskusji oraz pilnuje czasu wystąpienia poszczególnych uczestników, kultury i porządku wypowiedzi;

Debata „za i przeciw”	• każda grupa wybiera spośród siebie lidera, który przedstawia jej stanowisko; • osoby niewchodzące w skład grup dyskusyjnych stanowią tzw. publiczność (jeżeli liczebność uczestników na to pozwala), która opowiada się po stronie dyskutantów; • może to mieć formę krótkich opinii lub polegać na przejściu na stronę grupy, z której tezami dany członek publiczności się zgadza; • debata powinna trwać około 25 minut, w sytuacjach konfliktowych należy podjąć działania w poszukiwaniu argumentów, prowadzących do kompromisu; • metoda ta powinna uczyć bycia razem pomimo wyrażania poglądów przeciwnych, jednocześnie uświadamiając potrzebę analizowania faktów przed podjęciem decyzji.
Metaplan, „cicha dyskusja”:	• to skrócony, graficzny zapis obrad na dany temat; • uczestnicy metaplanu wspólnie tworzą plakat, poprzez zapisywanie myśli na kolorowych kartkach w krótkiej formie, odpowiadając na kluczowe pytania: jak jest, jak powinno być, dlaczego nie jest tak jak powinno, co zrobić, aby zmienić tą sytuację (wnioski); • po tym etapie zapisane kartki umieszcza się na tablicy i grupa spokojnie zastanawia się nad problemem i poszukiwaniem rozwiązań; • problem przedstawiony na plakacie powinien inspirować do poszukiwań, analizy zagadnienia i oceny faktów; • metoda ta nie wywołuje zbędnych spięć i konfliktów wewnątrzgrupowych.
Drzewo decyzyjne	• jest to metoda polegająca na wizualnej prezentacji przebiegu procesu myślenia, szczególnie przydatna w problemach decyzyjnych z licznymi wariantami oraz w przypadku podejmowania decyzji w warunkach ryzyka; • w sytuacji, gdy uczestnik ma podjąć decyzję w jakiejś ważnej sprawie, rysuje drzewo i na pniu zapisuje sytuację wymagającą podjęcia decyzji; • na poziomie gałęzi wpisuje możliwe warianty rozwiązania określonego poniżej problemu; • na trzecim poziomie analizuje dobre i złe strony wyboru decyzji; • na poziomie korony drzewa określa cele i wartości, którymi będzie się kierować przy podejmowaniu ostatecznej decyzji.
Metoda „sześciu kapeluszy myślowych”	• metoda ta została opracowana przez jednego z czołowych autorów książek o twórczym myśleniu Edwarda de Bono; • głównym jej założeniem jest rozmowa o zagadnieniu, problemie lub obszarze z różnych perspektyw; • metoda przypomina odgrywanie ról, gdyż uczestnicy mają przed sobą konkretne, jasno zdefiniowane stanowiska; • każdemu uczestnikowi przypisuje się „kolorowy kapelusz”, tj. konkretną postawę, którą będzie prezentować w czasie ćwiczenia. Postawy w metodzie „sześciu kapeluszy myślowych”: • uczucia (kolor czerwony): reprezentuje ogień i gorąco; wyraża instynktowne emocje i odczucia emocjonalne, nie oferując żadnych wyjaśnień;

Metody problemowe		• neutralność (kolor biały): reprezentuje „białą tablicę”; koncentruje się na dostępnych faktach i informacjach; • myślenie twórcze (kolor zielony): oznacza kreatywność, nowe pomysły, oryginalność i alternatywy; • ocena negatywna (kolor czarny): krytyczna i ostrożna perspektywa skupiająca się na tym, co może się nie udać, na problemach i zapobieganiu im; • ocena pozytywna (kolor żółty): stoїce i optymizm pomagają dostrzec potencjalne korzyści przedsięwzięcia, możliwości rozkwitu oraz dalszego rozwoju; • kontrola procesu (kolor niebieski): obiektywna postawa obejmująca rozległą perspektywę; zapewnia ogólną orientację i szuka priorytetów. Osoba z niebieskim kapeluszem odgrywa rolę mediatora, podsumowuje dyskusję oraz prosi inne „kapelusze” o komentarze.
	„Śnieżna kula” (dyskusja piramidowa)	• metoda często wykorzystywana do definiowania pojęć; • umożliwia sprecyzowanie i zaprezentowanie własnego zdania (definicji, stanowiska), poznanie zdania innych; • daje możliwość przedyskutowania danego pojęcia, uściślenia jego rozumienia; • prowadzi do negocjowania zapisu.
	Analiza SWOT	Analiza SWOT • <i>Strengths</i> –mocne strony; • <i>Weaknesses</i> –słabe strony; • <i>Opportunities</i> –szanse; • <i>Threats</i> –zagrożenia. Metoda polegająca na zespołowej analizie i ocenie określonego problemu lub wydarzenia.
	Gry dydaktyczne	• mają duże znaczenie w procesie nauczania ze względu na rozwijanie u dzieci aktywności, samodzielności, pomysłowości; • czynnikiem charakteryzującym tę metodę jest zabawa, która jest niezwykle przydatna w procesie uczenia; • polegają na przedstawianiu określonych treści w formie zagadkowego problemu i poszukiwaniu rozwiązań według proponowanych reguł; • dzieci łączą różne sposoby poznawania rzeczywistości poprzez słuchanie, oglądanie, działanie, przeżywanie; • pobudzają dzieci do myślenia; • uczą poszanowania przyjętych norm, umożliwiają współdziałanie, uczą dyscypliny, sprzyjają uspołecznieniu, przyzwyczajają do wygrywania i do przegrywania; • uczenie się wymaga wysiłku i zaangażowania uczącego się; • planując grę dydaktyczną należy pamiętać o określeniu jasnych celów dydaktycznych (gry dydaktyczne mogą wprowadzać nowy materiał lub mogą utrzymywać materiał); • planując grę dydaktyczną należy dostosować ją do wieku i możliwości uczniów tak, aby nie zniechęcały albo nie okazały się zbyt trudne;

	Gry dydaktyczne	- planując grę dydaktyczną należy ustalić jasne zasady punktacji i ich przestrzegać; - planując grę dydaktyczną należy włączyć do nich narzędzia technologii informacyjnych i komunikacyjnych (wybrane aplikacje: LearningAps, WordWall, Kahoot, Genially). https://www.eprzedszkolaki.pl/gry-edukacyjne
Metody programowane	E-learning	NARZĘDZIA E-LEARNINGOWE to „różnicowana grupa technologicznych rozwiązań, które umożliwiają zdalne i interaktywne uczenie się poprzez wykorzystanie internetu i cyfrowych platform edukacyjnych. Podział narzędzi: Narzędzia synchroniczne - proces dzieje się tu i teraz – co oznacza, że interakcja możliwa jest w czasie rzeczywistym. Do tej grupy zaliczyć możemy takie narzędzia, jak np.: - wirtualne laboratoria i symulatory, czyli narzędzia wykorzystywane na potrzeby przeprowadzania badań naukowych, ale także kształcenia na odległość; - wideokonferencje, czyli nic innego, jak interaktywna komunikacja multimedialna; - webinary, tj. seminaria internetowe lub inaczej szkolenia online; - współdzielone dokumenty, tzn. materiały, do których dostęp ma ściśle określona grupa osób. Narzędzia asynchroniczne pozwalają na dostęp w dowolnym, dogodnym dla korzystającego z nich, czasie oraz oczywiście z dowolnego miejsca. Tu dla przykładu możemy wyróżnić: - platformy edukacyjne; - kursy online; - materiały multimedialne.
Metody eksponujące	Plakat, Pokaz, wystawa, sztuka teatralna, Film	- Plakat to rodzaj wyrobu poligraficznego, ma charakter informacyjny, czasem propagandowy; - umieszczany w statych, publicznych miejscach (rozklejany, umieszczany w witrynach), coraz częściej prezentowany w wersji online; - wyjściową formą plakatu jest afisz. Plakat tym różni się od afiszu, że w całości stanowi formę graficzną, zadrukowywany jest na całej powierzchni papieru i posiada bogatą kolorystykę; - dominują elementy graficzne, napisy są mocno wyszczególnione.
Metody praktyczne	Pokaz, ćwiczenia	- mają na celu przygotowanie uczącego się do udziału w realnych zadaniach twórczych; - podstawę metody stanowi ćwiczenie, które jest wielokrotnym wykonywaniem jakiejś czynności dla nabycia wprawy i uzyskania coraz wyższej sprawności w działaniach umysłowych i praktycznych.

Źródło: Opracowano na podstawie: Okoń 2007; Sierakowska, Wrońska, 2015; Chruściel, Ciechaniewicz, 2018; Woynarowska, 2017.

Podsumowując, prowadząc zajęcia z edukacji zdrowotnej warto dobrać różnorodne metody nauczania - dostosowane do indywidualnych potrzeb uczestników i warunków procesu edukacyjnego.

Pielęgniarka szkolna odgrywa istotną rolę jako edukator, organizator oraz osoba wspierająca rozwój prozdrowotnych postaw wśród uczniów, łącząc wiele metod i form pracy w środowisku szkolnym. Jej działania wspierają nie tylko rozwój wiedzy i umiejętności uczniów, ale także budowanie trwałych nawyków zdrowotnych, które wpływają na ich zdrowie.

4.4.6. Środki dydaktyczne

Anna Leńczuk-Gruba

Środki dydaktyczne wzbogacają stosowane w pracy metody nauczania i przyczyniają się do wzrostu ich efektywności. Zgodnie z definicją są to przedmioty materialne, które dostarczają edukowanym określonych bodźców wzrokowych, słuchowych, dotykowych i innych, dzięki czemu usprawniają proces kształcenia, a przez to wpływają korzystnie na jego efekty. Dobór środków dydaktycznych zależy od materialnego wyposażenia szkoły, założonych celów, metod dydaktycznych oraz wieku odbiorców procesu edukacji (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018; Woynarowska, 2017).

Funkcje środków dydaktycznych:

- **Funkcje kształtujące** - są narzędziem rozwijania zdolności poznawczych u uczących się, optymalizują proces nauczania i uczenia się przez rozwijanie spostrzegawczości, myślenia, wyobraźni.
- **Funkcje dydaktyczne** - stanowią źródło zdobywania wiadomości i umiejętności, ułatwiają weryfikację, sprawdzenie stopnia opanowania efektów kształcenia (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018).

Przy doborze środków dydaktycznych należy uwzględnić:

- przyjęte cele edukacji,
- zaplanowane zadania dydaktyczne,
- zaplanowane metody nauczania,
- właściwości nauczanych treści,
- dostępność środków w miejscu edukacji,
- warunki, w których realizujemy proces kształcenia,

- wiek i liczba uczestników,
- preferencje edukatora (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018; Woynarowska, 2017).

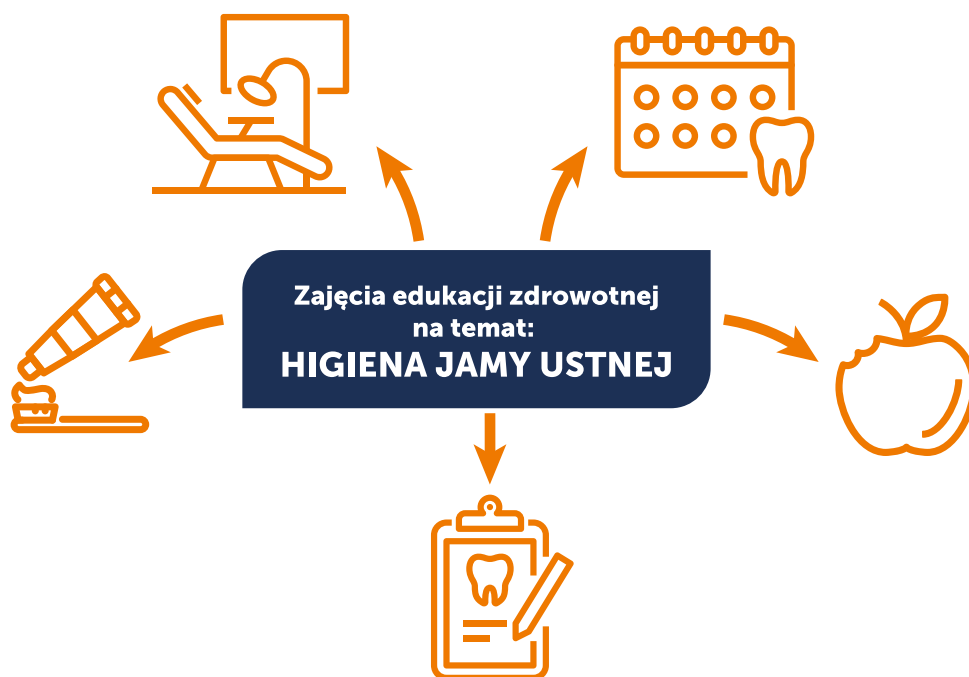
Środki dydaktyczne - w zależności od celu przeznaczenia:

- pomoce dydaktyczne – podają treść, którą można bezpośrednio odczytać (materiały drukowane, modele, plansze, mapy, podręczniki);
- materiały dydaktyczne - podają treść, którą można odczytać jedynie z użyciem określonego technicznego środka kształcenia, są nośnikami informacji (płyta CD, pendrive, program TV);
- techniczne środki kształcenia – służą do odczytywania treści z materiałów dydaktycznych (komputer, tablet, telefon, MP3, MP4, magnetofon, tablica interaktywna);
- pedagogiczne środki pracy – z ich pomocą można w procesie nauczania i uczenia się wykonywać określone czynności praktyczne (fantomy, symulatory) (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018; Woynarowska, 2017).

Podział środków dydaktycznych ze względu na rodzaje eksponowanych bodźców:

- wzrokowe – oryginalne obiekty, wykresy, mapy, owwbrazy, schematy, symbole, słowa pisane i drukowane (w tym podręczniki), wykresy i diagramy, komputery i internet, projekcje filmów niemych;
- słuchowe – audycje radiowe, nagrania audio, MP3 i inne wraz z odtwarzaczami;
- wzrokowo-słuchowe – filmy dźwiękowe, projekcje z pendrive'ów, przenośnych dysków i innych nośników danych wraz z odtwarzaczami;
- techniczne – komputer połączony z monitorem, rzutnikiem, tablica interaktywna, środki multimedialne wspomagane przez internet (Chruściel, Ciechaniewicz, 2018; Woynarowska, 2017).

W edukacji zdrowotnej w szkole w ujęciu tradycyjnym najczęściej stosowane są ulotki, broszury, plakaty oraz tablice instruktażowe, natomiast wśród środków dydaktycznych wspomagających metody aktywizujące powinny być wykorzystywane te umożliwiające angażowanie wielu zmysłów w procesie uczenia się, np. karty pracy, arkusze z zadaniami, np. krzyżówkami, puzzle, fantomy czy filmy.



Rycina 16. Przykład środków dydaktycznych do zajęć edukacji zdrowotnej na temat higieny jamy ustnej

Źródło: Opracowanie własne.

4.4.7. Ewaluacja

Anna Leńczuk-Gruba

Ważnym elementem procesu edukacji zdrowotnej jest zaplanowanie ewaluacji, która pozwala edukatorom sprawdzić, czy realizowane przez nich działania przyniosły zamierzony efekt. W przypadku edukacji zdrowotnej w szkole, ewaluacja powinna być przede wszystkim ukierunkowana na odpowiedź na pytania: czy wdrożone działania edukacyjne przyczyniły się do zdobycia wiedzy, pozyskania umiejętności oraz modyfikacji nawyków i postaw uczniów. Warto podkreślić, że pozyskane w toku ewaluacji informacje mogą również stanowić podstawę do doskonalenia programu oraz planowania kolejnych działań edukacyjnych (Wolny, 2019; Woynarowska, 2017).

Pielęgniarka do przeprowadzenia ewaluacji w szkole może zaplanować wykorzystanie narzędzi, które wskazano na etapie diagnozy potrzeb edukacyjnych uczniów, np. obserwacji, metody zdań niedokończonych, ankiety, pretestu - posttestu, wywiadu (patrz 4.2.2). Natomiast przykłady innych ciekawych narzędzi pomocnych w analizie stopnia osiągnięcia efektów edukacji (celów szczegółowych zajęć), jak i uzyskania cennych informacji zwrotnych od uczniów na temat

innych aspektów zajęć (np. dobór tematyki zajęć, metod kształcenia i środków dydaktycznych, ocena przez uczniów przydatności zajęć, ocena atmosfery na zajęciach itp.) zostały omówione w rozdziale ewaluacja w procesie edukacji zdrowotnej (patrz 4.6).

4.4.8. Wykorzystanie nowych technologii/sztucznej inteligencji w edukacji zdrowotnej

Mariola Pietrzak

Od drugiej połowy XX w. obserwuje się intensywny rozwój i zastosowanie **technologii informacyjnej, TI** (ang. *information technology, IT*) w różnych dziedzinach życia człowieka (Woynarowska, 2017). TI została zdefiniowana jako wszystkie zagadnienia, środki i metody związane z gromadzeniem, przetwarzaniem, przechowywaniem, przesyłaniem, prezentowaniem informacji (Woynarowska, 2017; Kłak, 2010). Przyczyniło się to do powstania **społeczeństwa informacyjnego (medialnego)** i do pojawienia się współczesnych form przekazu informacji – „nowych mediów”, do których zalicza się m. in. strony internetowe, środowiska wirtualnej rzeczywistości, reklamę internetową oraz „nowe media”, tj. media społecznościowe (Woynarowska, 2017; Biel, 2017).

Nowe media to „rozproszony zbiór technologii komunikacyjnych” (McQuail, 2007). Podlegają one ciągłym zmianom i pojawiają się ich różne formy technologiczne. Zostały wyróżnione cztery główne ich kategorie, które charakteryzują się podobieństwem kanałów:

- Media komunikacji interpersonalnej. Zalicza się do nich telefon i email. Treść przekazu jest prywatna i ulotna, zaś relacja, która nawiązuje się lub jest wzmocniona, może być ważniejsza niż przekazywana informacja.
- Gry interaktywne. Zalicza się do nich gry komputerowe oraz urządzenia wykorzystujące rzeczywistość wirtualną.
- Media służące do wyszukiwania informacji. Jest to szeroka kategoria, lecz najbardziej znanym przykładem jest internet.
- Zbiorowe media oparte na uczestnictwie. Kategoria opiera się na wykorzystywaniu internetu do przekazywania i wymiany informacji, doświadczeń, idei i tworzenia aktywnych relacji osobistych (McQuail, 2007).

Nowe media posiadają charakterystyczne cechy podstawowe i kluczowe (rycina 17, 18).

Podstawowe cechy nowych mediów

Swobodny dostęp	dostęp jest możliwy o każdej porze dnia i w dowolnym miejscu
Reprezentacja numeryczna	wykonywanie zadań za pomocą formalnego języka konstytuującego programy informatyczne
Automatyzacja	przewidywalność efektów wykonywanych operacji
Wariancyjność	możliwość wykorzystania TI na różnym sprzęcie, np. smartfon, laptop
Transkodowanie	możliwość przechodzenia pomiędzy różnymi programami
Modularność	każdy obiekt składa się z podstawowych, niepodzielnych elementów
Możliwość kopiowania	możliwe jest kopiowanie treści bez utraty jakości

Rycina 17. Podstawowe cechy nowych mediów

Źródło: Opracowano na podstawie (Wojnarowska, 2017 za Manowicz, 2006).

Na wykorzystanie nowych mediów w edukacji zdrowotnej istotnie wpływa konwergencja mediów, ich szybkość oraz kompletność. Konwergencja jest procesem, który umożliwia scalenie odrębnych wcześniej mediów masowych w jedną całość. Szybkość mediów jest związana z czasem udostępniania, przesyłania i odbioru informacji. Na kompletność mediów składa się możliwość odbioru werbalnego, niewerbalnego i emocjonalnego elementów komunikatów. Ważną cechą nowych mediów jest interaktywność, która może przebiegać na trzech poziomach: reagującym, współaktywnym i proaktywnym. Poziomy te mogą być wykorzystywane w dostosowaniu materiałów edukacyjnych (Wojnarowska, 2017).

Kluczowe cechy nowych mediów

Intearaktywność	• możliwość wchodzenia w relację
Obecność społeczna	• poczucie pozostawania w osobistym kontakcie z innymi ludźmi
Bogactwo mediów	• duża liczba, możliwość dokonywania wyboru i angażowania dużej liczby zmysłów i procesów poznawczych
Autonomia	• poczucie niezależności i kontroli własnej
Prywatność	• poczucie bycia w osobistej relacji
Personalizacja	• dostosowanie do potrzeb użytkownika
Ludyczność	• źródło przyjemności i satysfakcji w trakcie i po użytkowaniu

Rycina 18. Kluczowe cechy nowych mediów

Źródło: Opracowano na podstawie (McQuil, 2007).

Warunkiem korzystania ze współczesnych nowych mediów są **środki i narzędzia technologii informacyjnych, TI** (technologii informacyjno-komunikacyjnych, TIK), które wspierają i wzbogacają tradycyjne procesy edukacji, w tym edukacji zdrowotnej (Woynarowska, 2017). Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnej pomaga w tworzeniu społeczności (wspólnoty) uczących się, kreowaniu przyjaznego i efektywnego środowiska uczenia się oraz dyskusji i działania związanych ze wspólnym kreowaniem wiedzy przez uczących się (Juszczuk, 2002). Na rynku jest dostępnych wiele narzędzi, w tym aplikacji, które mogą wzbogacić, urozmaicić lekcje z edukacji zdrowotnej - tabela 11.

Tabela 11. Wybrane edukacyjne narzędzia technologii informacyjno-komunikacyjnej

Lp.	Nazwa TIK	Zakres zastosowania TIK	Kategoria	Platformy	Dostęp
1.	Pixabay	Serwis udostępniania zdjęcia, ilustracje, grafiki wektorowe i materiały filmowe. Zasoby są udostępnione na Licencji Pixabay, pozwalającej na użycie ich bez pytania i bez przypisywania autorstwa. Można dołączyć również jako autor/autorka i udostępniać własne zdjęcia.	Grafika	Komputery	Darmowy
2.	Kahoot!	Służy do tworzenia i rozgrywania interaktywnych quizów, gier, przeprowadzania szybkich ankiet i dyskusji. Uczestniczyć w quizach można pojedynczo lub drużynowo. Kahoot! pozwala zapisać statystyki udzielonych odpowiedzi na dyskach komputera lub Google. Po ukończeniu tworzenia quizu można pobrać do niego link, udostępnić go na portalach społecznościowych (Facebook, Twitter, Pinterest), wysłać link mailem.	Quizy Testy	Komputery Urządzenia mobilne	Darmowy
3.	Canva	Służy do projektowania online grafik i dokumentów do druku. Jest prosty w obsłudze, z wieloma estetycznymi szablonami, które można dostosowywać do własnych potrzeb. Funkcja „przeciągnij i upuść” umożliwia tworzenie prezentacji, postów w mediach społecznościowych, plakatów, dyplomów, pocztówek i wielu innych przydatnych dokumentów w formie atrakcyjnych grafik. Canva daje też możliwość utworzenia wirtualnej grupy, współpracy członków grupy nad wspólnym projektem i udostępnianie projektów grupie.	Grafika	Komputery Urządzenia mobilne	Płatny z planem darmowym
4.	Formularz Google	Narzędzie umożliwiające zbieranie informacji od użytkowników za pomocą spersonalizowanej ankiety lub quizu. Niezbędne jest posiadanie konta Gmail. Można tworzyć internetowe ankiety i testy, a następnie wysłać poprzez e-mail, udostępnić w mediach społecznościowych lub przestać bezpośredni link do formularza. Możliwa jest współpraca kilku osób przy jednej ankiecie. Wyniki są bardzo proste do zinterpretowania dzięki wizualizacji na wykresach i diagramach.	Ankiety	Komputery Urządzenia mobilne	Darmowy

5.	Wakelet	Aplikacja umożliwiająca tworzenie kolekcji tematycznych składających się m. in.: ze stron internetowych, zdjęć, tweetów, materiałów audio i wideo, interaktywnych map, prezentacji multimedialnych oraz różnych dokumentów pobranych z dysku komputera i udostępnianie ich oglądającym. Można pobrać link do kolekcji, QR kod, udostępnić kolekcję w serwisach społecznościowych, osadzić za pomocą kodu embed na stronie internetowej lub blogu, a także wyeksportować do formatu PDF. Aplikacja umożliwia zaproszenie innych osób do współtworzenia kolekcji, co daje możliwość ciekawej współpracy nad jednym projektem.	Prezentacje Kolekcje	Komputery Urządzenia mobilne	Darmowy
6.	Poster MyWall	Umożliwia projektowanie i tworzenie różnego rodzaju grafik, m. in. plakatów, ulotek, kartek okolicznościowych. Aplikacja zawiera szablony i oferuje łatwe w użyciu narzędzia, pomagające dopracować szczegóły, od efektów czcionki i tekstu, po dodawanie clipartów i obrazów. Przygotowane projekty można udostępnić, a także pobrać w postaci pliku graficznego.	Grafika	Komputery Urządzenia mobilne	Darmowy
7.	EDpuzzle	Aplikacja pozwalająca wyszukiwać filmy w YouTube, Vimeo, KhanAcademy, National Geographic lub w bibliotece aplikacji, a następnie zmodyfikować go dodając np. notatki głosowe, pytania otwarte, quizy i w ten sposób utworzyć interesującą dla uczniów lekcję. Można wybrać film lub jego fragment (przycinając odpowiedni kawałek), a następnie dodać do niego własne notatki lub pytania w formie quizu.	Film Lekcja interaktywna	Komputery Urządzenia mobilne	Płatny z planem darmowym

Źródło: Opracowano na podstawie [\(TIK\)](#).

Internet łączy miliony komputerów, umożliwia komunikację między nimi i dostęp do zasobów informacyjnych (Petty, 2018). Jest najbardziej dynamicznie i globalnie rozwijającym się nowym medium. Przenika wszystkie obszary życia społecznego, politycznego oraz gospodarczego, zapewniając dostęp do światowych źródeł informacji. Do zalet internetu należy globalny zasięg oddziaływania, szybkość reakcji, multimedialny charakter, brak ograniczeń czasowych, czy też przestrzeni reklamowej, elastyczność działania, interaktywność, niski koszt przekazu, przyjazny charakter dla środowiska naturalnego (Jopkiewicz, 2021).

Wykorzystując dostępne w internecie treści i programy w procesie edukacji, należy ocenić je pod kątem:

- możliwości aktywizowania uczniów,
- trudności, rozległości oraz szczegółowości treści,
- interaktywności treści,
- polisensoryczności materiału,
- poziomu językowego dostosowanego do uczniów,
- czy korzyści edukacyjne przewyższają wysiłek, jaki uczniowie będą musieli włożyć w naukę programu,
- czy istnieje możliwość wydrukowania (Petty, 2018).

Młodzież obcuje na co dzień ze środowiskiem gier cyfrowych. Większość z nich z przyjemnością spędza czas, grając. Technologię gier cyfrowych można i należy wykorzystać w edukacji zdrowotnej. Niosą w sobie duży potencjał w zakresie edukacji dzieci i nastolatków zorientowanych cyfrowo na temat zdrowia. **Cyfrowe gry edukacyjne** zwiększają zaangażowanie uczniów, sprzyjają rozwojowi interaktywnego środowiska. Mogą sprzyjać rozwojowi praktycznych umiejętności, które można przenieść na świat rzeczywisty. Zaletą tej metody jest natychmiastowa informacja zwrotna dla ucznia. Celem nauki opartej na grach (ang. *Game-Based Learning*) oraz grywalizacji (in. gamifikacji) jest zastosowanie cyfrowej mechaniki gier oraz mechanizmów i elementów typowych dla gier (takich jak punkty, poziomy, nagrody, rankingi czy wyzwania) w kontekście niezwiązanym z grami w celu angażowania uczniów, motywowania do działania, usprawniania uczenia się i rozwiązywania problemów. Gry mogą skutecznie zachęcać uczniów do uczestnictwa, co ma zasadnicze znaczenie w nabywaniu wiedzy i umiejętności potrzebnych do zmiany postaw i zachowań. Daje uczniom możliwość zaangażowania, motywacji i czerpania radości z nauki (Haruna, Hu, Chu, Mellecker, Gabriel, Ndekao, 2018). Przykładem gry edukacyjnej jest gra pt. [„Udzielam pierwszej pomocy” dostępna na Zintegrowanej Platformie Edukacyjnej Ministerstwa Edukacji Narodowej](#).

Jedną z najnowszych technologii obecnym w naszym życiu jest **Sztuczna Inteligencja, SI** (ang. *Artificial Intelligence, AI*). Jest postrzegana jako centralny element cyfrowej transformacji społeczeństwa i stała się priorytetem Unii Europejskiej. Wyróżniono dwa rodzaje SI. Pierwszym z nich jest oprogramowanie, do którego zaliczają się wirtualni asystenci, oprogramowania do analizy

obrazu, wyszukiwarki internetowe, systemy rozpoznawania mowy i twarzy. Drugim rodzajem jest „ucieleśniona sztuczna inteligencja”. Należą do niej roboty, samochody autonomiczne, drony oraz internet rzeczy (Parlament Europejski, 2023). Narzędzia bazujące na sztucznej inteligencji można wykorzystać w programach edukacyjnych dla dzieci i młodzieży. Mogą być wykorzystywane do czynności wymagających analizy danych, porządkowania informacji, planowania ćwiczeń, zadań, nawet w sposób zindywidualizowany i dopasowany do potrzeb konkretnych osób. Warto rozważyć jej użycie w przygotowaniu form kształcenia typu lekcja odwrócona, kształcenie wyprzedzające, WebQuesty, projekty. SI posiada wiele narzędzi i aplikacji, które mogą wpłynąć na poprawę realizacji edukacji.

Kategorie narzędzi sztucznej inteligencji (Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, 2023):

- generujące teksty: ChatGPT, Bing chat, Copy.ai, Genei, Jasper;
- generujące głos: ElevenLabs, Murf, Resemble, WellSaid;
- generujące wideo: Bongo, Synthesia, Papercup, Descript;
- do tworzenia prezentacji, infografik i stron internetowych: Beautiful, Canva, Durable.ai, Microsoft Designer, Miro;
- generujące obrazy: Artbreeder, Midjourney, Booth.ai, Daz 3D, Runway ML, This person does not exist;
- platformy edukacyjne typu Learning Experience Platform (LXP): 360 learning, Degreed Openlearning;
- do tworzenia materiałów edukacyjnych - authoring tool: 7Taps, EasyGenerator, hiCreo, Nolej, Quizalize, Quillionz.

Obecnie najpopularniejszym narzędziem SI jest **ChatGPT**, który jest dostępny z poziomu przeglądarki. Jego zaletą jest ciągła gotowość do współpracy. Wymaga jednak świadomego zaangażowania ze strony osób korzystających z niego. Oznacza to, że użytkownik powinien poprawnie formułować zapytania (prompty), na bazie których aplikacja przygotowuje zestawienie materiału. Reasumując, aby zadać pytanie (prompt), należy wiedzieć, czego oczekujemy i dokładnie przemyśleć sposób jego formułowania (Kostecka, 2024). Należy podkreślić, że każdy produkt wygenerowany za pomocą tego narzędzia powinien być następnie sprawdzony przez użytkownika.

Jakie są zatem możliwości zastosowania sztucznej inteligencji w edukacji, w tym edukacji zdrowotnej? Zostały wyróżnione możliwe obszary do zastosowania SI. Należą do nich: wspomaganie procesu uczenia się, wsparcie dla

nauczyciela (edukatora) w procesach administracyjnych, zarządzanie systemem oświaty (Fazlagić, 2022). Z punktu widzenia osób uczestniczących w procesie edukacji, zaletami SI jest indywidualizacja edukacji, personalizacja materiałów edukacyjnych, większa możliwość samokształcenia, efektywniejsza nauka, przestrzeń do popełniania błędów, łatwiejsze śledzenie wyników i osiągnięć. Z perspektywy, kadry uczącej (nauczyciel, edukator) do zalet sztucznej inteligencji należy optymalizacja procesu nauczania, indywidualne wsparcie dla osób uczących się, automatyzacja oceny oraz rozwój zawodowy. **Ograniczeniami SI jest brak interakcji człowiek-człowiek, nadmierne uzależnienie od technologii, konieczność kontrolowania generowanych treści** (Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, 2023).

Prowadzenie nowoczesnej i skutecznej edukacji zdrowotnej wymaga przede wszystkim uatrakcyjnienia jej i dostosowania do zapotrzebowania i poziomu dzieci i młodzieży, które na co dzień korzystają z cyfrowych dobrodziejstw cywilizacji. Rosnące znaczenie technologii informacyjno-komunikacyjnej wywiera wpływ na proces edukacji. Wdrożenie ich wzbogaca i uatrakcyjnia proces edukację zdrowotną. Wprowadzenie zaś narzędzi Sztucznej Inteligencji może wpłynąć na ułatwienie, usprawnienie i zwiększenie efektywności nauczania. Należy podkreślić, że dostęp do internetu i wszechobecność TIK są istotnym elementem współczesnych czasów. Mimo niezaprzeczalnych korzyści wynikających z wykorzystania nowoczesnych technologii w procesie edukacji, należy zwrócić uwagę na negatywne skutki ich wpływu na organizm dzieci i młodzieży.

4.5. Opracowanie planu edukacji zdrowotnej i przykład jego realizacji

4.5.1. Schemat scenariusza zajęć

Anna Leńczuk-Gruba, Ewa Kobos

Poniżej przedstawiono proponowany schemat scenariusza zajęć, możliwy do wykorzystania podczas opracowywania przez pielęgniarkę szkolną planu edukacji zdrowotnej.

Temat zajęć: staraj się zapisać precyzyjnie, możesz sformułować ciekawie, chwytliwie, interesująco dla odbiorców.

- Miejsce realizacji zajęć
- Wiek uczestników
- Liczba uczestników
- Czas trwania zajęć

Opis problemu zdrowotnego/sytuacji zdrowotnej (zapisz wyniki diagnozy potrzeb uczestników zajęć na podstawie: obserwacji, analizy dokumentacji medycznej uczniów, pomiaru parametrów życiowych, badania fizykalnego podmiotowego i przedmiotowego)

Diagnoza:

Na przykład:

- deficyt wiedzy na temat czynników wpływających na zdrowie,
- ryzyko nadwagi,
- nieumiejętność radzenia sobie ze stresem,
- brak motywacji do podejmowania aktywności fizycznej,
- brak umiejętności udzielania pierwszej pomocy,
- kryterium doboru grupy pod względem np.: czasu trwania choroby, wieku odbiorców, poziomu percepcji, problemów zdrowotnych.

Cel ogólny zajęć:

Na przykład:

- zwiększenie wiedzy uczniów uczestników zajęć na temat czynników wpływających na zdrowie,
- zmniejszenie ryzyka nadwagi/profilaktyka nadwagi wśród nastolatków,
- kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem,
- zwiększenie motywacji uczestników zajęć do podejmowania aktywności ruchowej,
- kształtowanie umiejętności udzielania pierwszej pomocy w przypadku złamania.

**Efekty edukacji
zdrowotnej.
Cele szczegółowe**

Efekty edukacji zdrowotnej w zakresie wiedzy. Uczeń:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Efekty edukacji zdrowotnej w zakresie umiejętności. Uczeń:

- 1.
- 2.
- 3.

Efekty edukacji zdrowotnej w zakresie postaw. Uczeń:

- 1.
- 2.
- 3.

Opis przebiegu zajęć		Metoda nauczania / Technika nauczania	Środki dydaktyczne (w zależności od zaplanowanych ćwiczeń zapisz, jakie potrzebujesz pomoce i materiały na każdym etapie zajęć)
Część wstępna zajęć czas trwania: ...	• Przedstawienie się. • Zapoznanie się z uczestnikami edukacji, integracja. • Omówienie tematyki zajęć i planowanych zadań (plan zajęć). • Przedstawienie oczekiwanych efektów zajęć edukacyjnych. • Zgłoszenie przez uczestników zajęć własnych oczekiwań i potrzeb. • Ewentualnie modyfikacja zadań w wyniku zgłoszonych potrzeb uczestników zajęć.		
Część właściwa zajęć czas trwania: ...	• Zapisz, co będzie realizowane w tej części zajęć i jakimi metodami nauczania, z określeniem ról (czynności) dla prowadzącego zajęcia i uczestników zajęć, ze wskazaniem czasu trwania poszczególnych etapów zajęć, wykorzystanych środków dydaktycznych i metod ewaluacji bieżącej. • Zapisz kolejne ćwiczenia/zadania dla uczestników oraz sposób, w jaki je przeprowadzisz.		
Część końcowa zajęć czas trwania: ...	• Podsumowanie zajęć - nawiązanie do najważniejszych zagadnień omawianych na zajęciach. • Zebranie informacji zwrotnej/ Refleksje uczestników zajęć. • Ewaluacja końcowa zajęć: wyniku i procesu (zapisz, jak sprawdzisz, czy osiągnięto oczekiwane efekty; zapisz, jak dokonasz oceny przebiegu zajęć). • Rozdanie materiałów informacyjnych.		
Załączniki	• Materiały dydaktyczne lub szkoleniowe do zaproponowanych zajęć, karty pracy, ćwiczenia. • Narzędzia ewaluacji do scenariusza spotkania.		
Uwagi: Warto uwzględnić czynniki sprzyjające osiągnięciu efektów kształcenia: • Aranżacja przestrzeni (układ stolików, krzesel, wystrój pomieszczenia). • Dodatkowe ćwiczenia, np. relaksacyjne, ruchowe, zwiększające koncentrację, aktywność do wykorzystania w zależności od rodzaju zajęć, tematu i sytuacji w grupie. • Dodatkowe informacje, które zamierzasz przekazać uczniom. • Propozycje wzmocnień zajęć.			
Literatura: 1. Wykorzystana przez autorów scenariusza do opracowania merytorycznego. 2. Rekomendowana uczestnikom zajęć.			

Źródło: Opracowano na podstawie: (Sierakowska i Wrońska, 2020; Woynarowska, 2012; Chruściel i Ciechaniewicz, 2018)

4.5.2. Pierwsza pomoc - zajęcia realizowane w klasach 1-3.

Alicja Kraszkiewicz

Na podstawie powyższego schematu scenariusza zajęć (podrozdział 4.5.1.), opracowano przykład jego wykorzystania podczas realizacji zajęć edukacji zdrowotnej związanych z tematyką udzielania pierwszej pomocy przez uczniów.

Temat zajęć:

Drużyna pierwszej pomocy – umiemy zareagować!

Miejsce realizacji zajęć: klasa szkolna

Wiek uczestników: uczniowie klas I-III

Liczba uczestników: 25 osób

Czas trwania zajęć: **90 minut**

Opis problemu zdrowotnego/sytuacji zdrowotnej

Diagnoza:

- deficyt wiedzy na temat postępowania w sytuacji utraty przytomności przez osobę w otoczeniu dzieci;
- brak umiejętności oceny przez dzieci stanu osoby poszkodowanej;
- brak umiejętności prawidłowego wezwania pomocy przez dzieci w sytuacji nagłej;
- konieczność poznania podstawowych zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej przez dzieci.

Cel ogólny zajęć:

- poznanie zasad postępowania w sytuacji utraty przytomności przez osobę w otoczeniu dzieci;
- nauczenie się, jak odróżnić osobę przytomną od nieprzytomnej;
- poznanie sposobów sprawdzenia oddechu u osoby nieprzytomnej;
- kształtowanie umiejętności radzenia sobie w sytuacji utraty przytomności przez osobę w otoczeniu dzieci;
- kształtowanie umiejętności w zakresie wezwania pomocy;
- zwiększenie motywacji uczestników zajęć do podejmowania podstawowych działań z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej.

Efekty edukacji zdrowotnej. Cele szczegółowe	Efekty edukacji zdrowotnej w zakresie wiedzy. Uczeń:
	- wymienia etapy udzielania pierwszej pomocy (łańcuch pierwszej pomocy); - ocenia stan osoby poszkodowanej; - opisuje, jak wezwać pomoc dla osoby poszkodowanej; - wymienia podstawowe informacje o stanie osoby poszkodowanej, które należy przekazać służbom ratunkowym
	Efekty edukacji zdrowotnej w zakresie umiejętności. Uczeń:
	- rozpoznaje stan przytomności u osoby poszkodowanej; - wzywa pomoc dla osoby poszkodowanej w sposób prawidłowy; - udziela odpowiednich informacji o osobie poszkodowanej służbom ratunkowym lub innym zaangażowanym osobom.
	Efekty edukacji zdrowotnej w zakresie postaw. Uczeń:
	- jest zmotywowany do reagowania w sytuacji nagłej utraty przytomności przez osobę w jego otoczeniu; - chętnie dzieli się zdobytą wiedzą i umiejętnościami z kolegami i osobami z najbliższego otoczenia.

Pomoce

Załącznik 1: Rozsypanka – Zuch Ratownik udziela pomocy:

- wersja kolorowa bez podpisów do wycięcia przez prowadzącego i pracy na lekcji (ok. 5 sztuk – dla każdej grupy jedna)
- wersja czarno-biała z podpisami – kolorowanka do zabrania do domu (wydruk dla wszystkich dzieci)

Załącznik 2: Kolorowanka – numery ratunkowe (wydruk dla wszystkich dzieci)

Załącznik 3: Wykreślanek – pierwsza pomoc (wydruk dla wszystkich dzieci)

Załącznik 4: Znaczek „Zuch Ratownik”

Karteczki samoprzylepne

Tablica lub Flipchart

Flamastry, kredki

Klej, kartki A4

Nożyczki dla prowadzącego zajęcia

Fantom do resuscytacji

5-6 pluszaków

Opis przebiegu zajęć

Część wstępna zajęć (20 minut)

Wprowadzenie

Przedstaw się uczestnikom zajęć i powiedz, że chętnie dowiesz się, jak każdy z nich ma na imię. W tym celu zaproponuj krótką zabawę.

Zabawa na powitanie – To ja!

Poproś dzieci, aby ustawiły się w kręgu. Powiedz, że teraz jeszcze raz się przedstawisz, żeby mogli zapamiętać twoje imię:

- Powiedz - JA - i tupnij lewą nogą.
- Powiedz - JESTEM - i tupnij drugą nogą.
- Powiedz, jak się nazywasz - PANI X - i podskocz.

Poproś, żeby każde kolejne dziecko przedstawiło się w taki sposób, jak ty.

Przedstawienie planu zajęć

- Powiedz uczestnikom, że na zajęciach dowiedzą się, w jaki sposób powinno się zareagować, kiedy ktoś w naszej obecności straci przytomność. Zapytaj dzieci, czy wiedzą, co to znaczy, że ktoś stracił przytomność? Po usłyszeniu kilku wypowiedzi dzieci w sposób zrozumiały dla nich postaraj się wyjaśnić, co oznacza, że osoba jest nieprzytomna.

Kiedy ktoś jest nieprzytomny, to znaczy, że wygląda, jakby spał, ale nie śni i nie da się go obudzić. Na przykład, jak śpisz i ktoś cię woła, to się budzisz, prawda? Ale kiedy ktoś jest nieprzytomny, nawet jeśli ktoś do niego mówi, dotyka go, a czasem nawet trochę potrząśnie, ta osoba w ogóle nie reaguje. Może to się zdarzyć, gdy ktoś bardzo mocno się uderzy, jest chory albo coś złego się stało z jego ciałem. Wtedy trzeba szybko wezwać pomoc, żeby medycy mogli mu pomóc wrócić do zdrowia. Jeśli spotkacie się z taką sytuacją, to powinniście zawołać kogoś dorosłego lub zadzwonić pod numer alarmowy.

- Poinformuj uczestników, że po zajęciach będą wiedzieli, co trzeba zrobić w sytuacji, kiedy jakaś osoba w ich otoczeniu straci przytomność. Będą wiedzieli, jak ocenić, czy osoba jest nieprzytomna. Dowiedzą się także, do kogo powinni się zwrócić o pomoc i jakie informacje trzeba przekazać podczas rozmowy ze służbami ratowniczymi lubi innymi dorosłymi. Poinformuj uczestników, że

jest wiele takich sytuacji, w których trzeba pomóc innej osobie i że w przyszłości będą uczyli się na przykład, jak wykonać uciśnięcia klatki piersiowej, jak opatrzyć skaleczenie, co zrobić, kiedy ktoś złamie rękę i wielu innych rzeczy. Jednak na tych zajęciach zdobędą pierwszą sprawność Zucha Ratownika, czyli nauczą się, jak zachować się, kiedy ktoś straci przytomność i jak należy wezwać pomoc.

**METODA PROBLEMOWA:
BURZA MÓZGÓW**

Zebranie oczekiwań

Zapytaj uczestników zajęć, czy rozumieją, o czym będą proponowane przez ciebie zajęcia, a jeśli pojawią się dodatkowe pytania, to postaraj się na nie odpowiedzieć. Jeśli dzieci wskażą w swoich oczekiwaniach inne zagadnienia związane z pierwszą pomocą, to poinformuj, że takie zajęcia odbędą się w przyszłości. Jeśli niektóre z oczekiwań są ściśle związane z tematem zajęć, ale nie zaplanowałeś/-eś ich w swoim scenariuszu, to możesz dodać brakujące elementy w toku realizacji zajęć.

Część właściwa zajęć (55 minut)

Co tu się stało? Pierwsze kroki w pierwszej pomocy przedmedycznej (25 minut)

**METODA PODAJĄCA:
MINI-WYKŁAD**

Podziel dzieci na grupy po 4 osoby.

Jeśli jakaś grupa jest mniejsza, dołącz do niej. Niech każda grupa usiądzie wokół jednej ławki.

Powiedz dzieciom, że opowiesz im krótką historyjkę. Wyjaśnij, że to tylko wymyślona sytuacja, ale coś podobnego może wydarzyć się naprawdę. Może kiedyś znajdą się w takiej sytuacji i dzięki dzisiejszej lekcji będą wiedzieli, jak pomóc.

Opowiedz dzieciom:

Wyobraźcie sobie, że jesteście na podwórku i czekacie na swoich kolegów. Obok na ławce siedzi pan. Nagle zamyka oczy i osuwa się na ławkę. Co wtedy zrobicie?

Rozdaj każdej grupie obrazki z rozsypanki „Zuch Ratownik udziela pomocy” i kartki A4. Wyjaśnij, że obrazki pokazują, co trzeba zrobić, kiedy ktoś traci przytomność.

Poproś dzieci, żeby w swoich grupach porozmawiały o tym, co by zrobiły w takiej sytuacji, a potem przykleiły obrazki na kartce w odpowiedniej kolejności.

Kiedy grupy skończą, poproś chętne dzieci, żeby zaprezentowały swoją pracę. Jeśli każda grupa chce pokazać swoje obrazki, pozwól im to zrobić.

W trakcie prezentacji dzieci przekaz im informację, jaka jest prawidłowa kolejność udzielania pomocy przez „Zucha Ratownika”.

Na koniec przypomnij dzieciom najważniejsze kroki w udzielaniu pierwszej pomocy i ich prawidłową kolejność na podstawie „Załącznika 1”. Rozdaj im kolorowanki z „Załącznika 1”, które mogą pokolorować w domu.

Halo, potrzebuję pomocy! (30 minut)

Przypomnij dzieciom historyjkę, którą opowiedziałeś/łaś przed poprzednim ćwiczeniem. Powiedz, że chcesz, żeby każdy z nich mógł przećwiczyć teraz, co trzeba zrobić w takiej sytuacji. Powiedz dzieciom, że dziś nauczą się, jak uratować kogoś, kto potrzebuje pomocy. Pokaż im pluszaki i wyjaśnij, że poszkodowanymi będą misie, które będą udawały osoby potrzebujące pomocy. Przypomnij, że będzie to zabawa, ale jednocześnie ważna nauka. Sama będziesz wykonywała pokaz na fantomie do resuscytacji, a dzieci będą ćwiczyć wszystkie czynności na pluszakach. Powiedz, żeby obserwowały uważnie, co będziesz robił/-ła po kolei, a potem będą powtarzały te czynności razem ze swoimi kolegami i koleżankami.

Pokaz pierwszych kroków pierwszej pomocy (wykonuje prowadzący)

- *Ocena bezpieczeństwa*

Rozglądaj się po sali i opowiadaj dzieciom, że sprawdzasz, gdzie się znajdujesz, co jest wokół ciebie i czy jesteś bezpieczna. Podaj kilka przykładów takiej sytuacji, np.:

Gdy znajdujemy się na ruchliwej ulicy i chcemy przejść na drugą stronę do osoby poszkodowanej, należy dobrze się rozejrzeć i upewnić, że nie jedzie żaden pojazd. Gdy jesteśmy na placu zabaw, warto sprawdzić, czy w drodze do poszkodowanej osoby nie zostaniemy uderzeni przez huśtające się nieopodal osoby lub nie wpadniemy do wykopanej w piaskownicy dziury, ponieważ sami możemy potrzebować pomocy medycznej. Warto, byście się rozejrzeli i zapamiętali jakieś charakterystyczne budynki, które widzicie w najbliższym otoczeniu.

- *Wołanie o pomoc*

Kolejnym krokiem jest sprawdzenie, czy w pobliżu jest ktoś dorosły, kto może udzielić pomocy osobie poszkodowanej oraz poinformowanie go o sytuacji. Powiedz dzieciom, żeby jak najszybciej wołały o pomoc, kilka razy głośno krzyżąc: Pomocy!!! Ratunku!! Wtedy mogą zostać usłyszani przez jakąś osobę dorosłą i poszkodowany może szybciej uzyskać niezbędną pomoc.

- *Sprawdzanie przytomności*

Połóż fantom na podłodze i zademonstruj, jak podejść do niego. Powiedz głośno:

- Proszę Pana, czy Pan mnie słyszy? Halo!

Delikatnie potrząśnij fantomem za ramię. Wyjaśnij dzieciom, że jeśli osoba poszkodowana nie reaguje, to musimy działać dalej.

- *Udrożnienie dróg oddechowych*

Zademonstruj, jak delikatnie położyć jedną rękę na głowie fantomu (na jego czole), a drugą pod jego brodą. Pokaż, jak odchylić głowę do tyłu, żeby mógł oddychać. Wyjaśnij, dlaczego to ważne.

- *Sprawdzanie oddechu*

Pochyl się nad fantomem i udawaj, że nasłuchujesz oddechu:

- Czy Pan oddycha?

Pokaż i powiedz, że patrzysz na jego klatkę piersiową i obserwujesz, czy się porusza:

- Czy słyszę oddech? Czy czuję go na policzku?
Czy widzę, że klatka piersiowa się podnosi?

Powiedz, że będziecie odliczać głośno do 10 i obserwować czy poszkodowa-

ny będzie oddychał i czy jego klatka piersiowa będzie się poruszała. Dzieci liczą razem z tobą.

- *Wzywanie pomocy*

Powiedz:

- Pan nie oddycha! Musimy wezwać pomoc!

Wskaż jednego z uczniów i powiedz np.:

- Dziewczynko w niebieskiej bluzce, proszę zadzwonić pod 999!

Zapytaj dzieci, czy wiedzą, co to za numer? Potwierdź, że 999 to numer na pogotowie ratunkowe i to na ten numer dzwoni się, kiedy ktoś potrzebuje natychmiastowej pomocy medycznej. Powiedz, że jest też drugi ważny numer, który muszą znać dzieci: 112. To numer, pod który można zadzwonić po każdą pomoc – straż pożarną, policję lub pogotowie ratunkowe albo wtedy, kiedy potrzebne są wszystkie służby ratownicze w jednym czasie, np. kiedy jest pożar domu lub wypadek samochodowy.

Powiedz uczestnikom, że czasem może się zdarzyć, że oprócz nich nie będzie nikogo, kto mógłby pomóc. Wtedy muszą być bardzo dzielni i samodzielnie zadzwonić po pomoc.

**METODA PROBLEMOWA:
SYMULACJA**

To bardzo ważne, żebyście to zapamiętali, bo możecie uratować komuś życie!

Wyjaśnij, co powiedzieć przez telefon w takiej rozmowie, np.:

- Gdzie jesteśmy?
- Co się stało?
- Kto potrzebuje pomocy?

Dodaj, że osoba, która odbierze telefon alarmowy, zawsze poinstruuje, jak należy postępować, więc podczas rozmowy z nią trzeba mówić spokojnie i wyraźnie. Zaleć, by dzwoniąc, włączyły tryb głośnomówiący w telefonie, wytłumacz, że czasem należy wykonać polecenie dyspozytora i będzie im wygodniej bez telefonu przy uchu.

Ćwiczenia w grupach

Podziel dzieci na grupy po 3–4 osoby. Możesz poprosić je, aby odliczyły od 1 do 4 i w ten sposób stworzyć grupy odpowiadające kolejnym cyfrom. Każda grupa dostaje pluszaka, który będzie „poszkodowanym”.

W każdej grupie dzieci po kolei wykonują wszystkie kroki:

- Oceniają bezpieczeństwo otoczenia.
- Sprawdzają przytomność pluszaka (potrząsają jego ramię i pytają, czy je słyszy, czy wszystko w porządku).
- Wołają o pomoc wybraną osobę z otoczenia.
- Udrażniają drogi oddechowe.
- Nasłuchują oddechu i obserwują ruchy klatki piersiowej (jednocześnie liczą do 10).
- Wzywają pomoc, a jeśli nie ma nikogo w pobliżu, dzwonią samodzielnie na numer alarmowy 999 lub 112 (oczywiście robią to „na niby”, mówiąc głośno, że wybierają ten numer w telefonie).
- Obserwują poszkodowanego misia i czekają na pomoc.

Obchodź grupy, obserwuj dzieci i pomagaj im w poprawnym wykonaniu ćwiczeń.

Część końcowa zajęć (15 minut)

Podsumowanie i rozmowa

Zbierz dzieci w kręgu i zapytaj, co zapamiętały. Powtórz z nimi najważniejsze kroki, pytając:

- „Co robimy najpierw?”
- „Jak sprawdzamy, czy ktoś oddycha?”
- „Jaki numer trzeba wybrać, jeśli dzwoniemy po pomoc?”

Przypomnij numery alarmowe (999 i 112). Rozdaj dzieciom kolorowanki, na których po pokolorowaniu ukażą się numery ratunkowe (Załącznik 2) oraz wykreślanekę, w której ukrytych jest 15 wyrazów związanych z pierwszą pomocą – (Załącznik 3).

Ocena satysfakcji z zajęć: Narysuj na tablicy trzy buźki: smutną, neutralną, uśmiechniętą. Rozdaj dzieciom kolorowe karteczki samoprzylepne i poproś, żeby narysowały na nich buźkę, która odpowiada stopniowi zadowolenia z zajęć, w których wzięły udział i poproś, żeby każde dziecko nakleiło swoją buźkę pod tą na tablicy, która odpowiada ich buźce.

Podziękuj dzieciom za udział i pochwal ich za odwagę i zaangażowanie. Powiedz, że teraz zdobyli pierwszy stopień Zucha Ratownika i mogą pomóc, jeśli kiedyś znajdą się w trudnej sytuacji. Rozdaj dzieciom znaczki Zucha Ratownika.

Uwagi:

- **Aranżacja przestrzeni:** Przed rozpoczęciem zajęć wywietrz pomieszczenie, aby zapewnić świeże powietrze. Ustaw ławki i krzesła w pięciu grupach, tak aby przy jednym stoliku mogło usiąść 4-5 dzieci. Zostaw odpowiednią przestrzeń na środku sali, gdzie dzieci będą mogły wykonać ćwiczenia z użyciem misiów.
- **Dodatkowe ćwiczenia:** Jeśli uznasz, że jest taka potrzeba, zaproponuj dzieciom wykreślankę (Załącznik 3). Wykreślankę możesz również rozdać do samodzielnego wykonania w domu, co umożliwi dzieciom utrwalenie zdobytej wiedzy.
- **Propozycje wzmocnień zajęć:** Przygotuj znaczek „Zuch Ratownik” (Załącznik 4), który możesz wydrukować na naklejkach lub kartonikach i wręczyć dzieciom jako nagrodę lub pamiątkę po zajęciach. Powyższe elementy ułatwią prowadzenie zajęć i pomogą w skutecznym osiągnięciu ich celów edukacyjnych.

Bibliografia

1. Polska Rada Resuscytacji (prc.krakow.pl); https://www.prc.krakow.pl/wytyczne_2021.html
2. Woynarowska M., Woynarowska B. Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników, Grupa Wydawnicza Harmonia Universalis, Gdańsk 2022
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2019 r. w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego, DZ. URZ. Min. Zdr. 2019.71 Ogłoszony: 10.09.2019.
4. Ratujemy uczymy ratować, Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy: <https://www.wosp.org.pl/uczymy-ratowac>

Załącznik 1.

PODSTAWOWE ZASADY PIERWSZEJ POMOCY



Źródło: Opracowanie własne na podstawie <https://upacjenta.pl/poradnik/pierwsza-pomoc-krok-po-kroku-sprawdz-jak-nalezy-jej-udzielic-w-prawidlowy-sposob>

PODSTAWOWE ZASADY PIERWSZEJ POMOCY



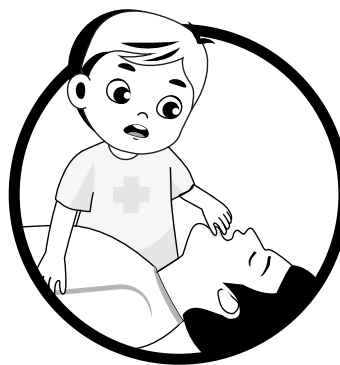
**SPRAWDŹ,
CZY JEST BEZPIECZNIE.**
Upewnij się, że nic Ci nie zagraża.



ZAWOŁAJ POMOC
Krzyknij głośno, żeby ktoś
przyszedł Ci pomóc.



**SPRAWDŹ, CO DZIEJE SIĘ
Z OSOBĄ POSZKODOWANĄ.**
Delikatnie potrząśnij ją za ramię i zapytaj,
czy wszystko w porządku.



SPRAWDŹ, CZY OSOBA ODDYCHA.
Odchyl jej głowę do tyłu,
żeby ułatwić oddychanie,
i zobacz, czy porusza się klatka piersiowa.



ZADZWOŃ PO POMOC.
Zadzwoń pod numer alarmowy 112
i powiedz, co się stało.



ZOSTAŃ Z OSOBĄ POSZKODOWANĄ.
Poczekaj na ratowników i pomagaj,
jak tylko potrafisz.

Załącznik 2.

Kolorowanka - numery ratunkowe

Pokoloruj kwadraty według następującej instrukcji: * czerwony; + zielony; — żółty

+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	—	*	—	*	*	*	*	+
+	*	*	*	*	—	—	*	+
+	—	*	—	*	—	*	—	+
+	—	*	—	*	*	—	—	+
+	—	*	—	*	*	*	*	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+

+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	*	*	*	*	*	*	*	*	*
+	*	—	*	*	—	*	*	—	*
+	*	*	*	*	*	*	*	*	*
+	—	—	*	—	—	*	—	—	*
+	*	*	*	*	*	*	*	*	*
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+



Załącznik 3.

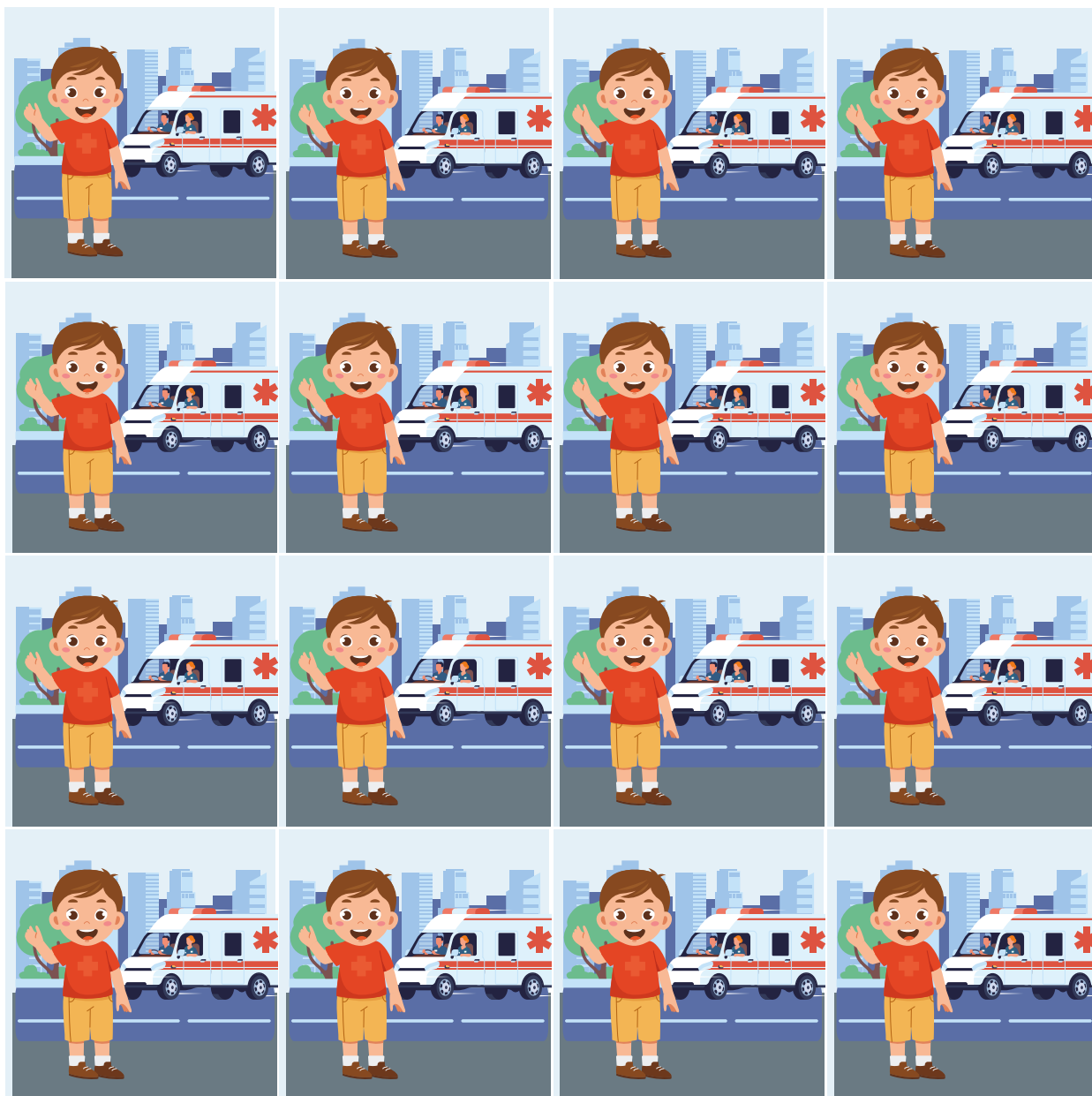
Wykreślanka - pierwsza pomoc

Zakreśl w pionie poziomie lub skośnie 11 wyrazów związanych z pierwszą pomocą lub oznaczające części ciała człowieka.

K	B	Ż	Y	C	I	E
Z	A	W	A	Ł	C	*
E	G	R	Z	R	P	U
*	A	I	E	P	S	R
E	W	S	O	T	C	A
*	D	M	A	E	K	Z
N	O	S	Z	L	A	A
C	D	K	*	E	R	W
E	D	*	R	F	T	A
*	E	Ń	S	O	T	Ł
U	C	H	O	N	K	T
*	H	W	*	O	A	*

Załącznik 4.

Znaczek Zuch Ratownik



4.6. Ewaluacja w procesie edukacji zdrowotnej

Anna Leńczuk-Gruba

Ewaluacja (ang. *evaluation* - szacowanie wartości) to proces systematycznego gromadzenia i analizowania informacji o przebiegu podjętych w programie edukacji zdrowotnej działań i uzyskanych efektach. Ewaluacja pozwala ocenić stopień realizacji przyjętych celów i doskonalić działania edukacyjne w przyszłości (Chruściel i Ciechaniewicz, 2018).

Planowanie ewaluacji jest integralną częścią całego procesu planowania programu edukacji zdrowotnej. Tylko w ten sposób można dostosować ewaluację do specyficznych założeń konkretnego programu. Warto podkreślić, że ewaluacja nie jest synonimem oceniania, kontroli czy nadzoru, odnoszą się do niej takie określenia jak: badanie, zbieranie informacji, analizowanie, sprawdzanie, komunikowanie (zdawanie relacji). Niezbędnym elementem ewaluacji jest wartościowanie działań, czyli badanie czy działania i ich wyniki są wartościowe – cenne, użyteczne. Kryterium wartości ustalają ludzie planujący działania i ich uczestnicy (Woynarowska, 2017; Domagała, Dubas-Jakóbczyk, Topór-Mądry, 2015).

Rodzaje ewaluacji

Wyróżnia się ewaluację procesu i ewaluację wyników (tabela 12). Oba rodzaje ewaluacji są komplementarne i niezbędne dla zapewnienia jakości programu.

Ewaluacja procesu odbywa się w trakcie realizacji programu i dotyczy sposobu jego wdrażania, z uwzględnieniem czynników wpływających na ten proces i ma na celu ocenę jakości programu lub jego elementów w celu ich ulepszenia. Trwa przez cały okres realizacji programu i polega na bieżącej obserwacji, aby w razie potrzeby wprowadzać poprawki lub modyfikacje planu działania. Ewaluacja procesu pokazuje przede wszystkim wysiłki ludzi i ich aktywność oraz sprawność i korzyści z samego działania. Stwarza możliwości do współdziałania, dialogu w zespole koordynującym i z uczestnikami programu, refleksji, wspólnego uczenia się, twórczego rozwiązywania trudności itd. Jest ona szczególnie ważna, gdy program dotyczy różnych aspektów zdrowia i wielu ludzi, program trwa zbyt krótko, aby dokonały się zmiany w zachowaniach lub stanie zdrowia ludzi, na które trzeba czekać zwykle wiele lat, wyniki programu są trudne do zmierzenia (np. trudno obiektywnie zmierzyć umiejętności radzenia sobie ze stresem, zmiany komunikowania się ludzi itd.) (Woynarowska, 2009; Woynarowska, 2017).

Ewaluacja wyników (efektów), polega na ocenie skuteczności i jakości

działań podejmowanych w programie. Dotyczyć może ona celów programu oraz zadań. Dokonuje się jej w różnych fazach realizacji programu. Na przykład:

- **w okresie przygotowawczym** – ustalenie stanu gotowości do rozpoczęcia programu, jego przydatności i realności wdrożenia;
- **po zakończeniu jakiegoś etapu programu** – analiza realizacji zadań, efektów etapowych;
- **po zakończeniu programu** jako badanie: bezpośrednich efektów – stopnia osiągnięcia przyjętych celów programu lub odroczonego efektów – badanie trwałości zmian, po upływie określonego czasu od zakończenia programu (Woynarowska, 2017).

Ewaluacja wyników stwarza podstawy do podejmowania decyzji, co dalej z programem, czy należy go kontynuować, zmodyfikować, czy zaprzestać wdrażania (Woynarowska, 2017).

Tabela 12. Cechy ewaluacji procesu i ewaluacji wyników programu

Aspekt	Ewaluacja procesu	Ewaluacja wyników
Cel	Obserwowanie, śledzenie (monitorowanie) przebiegu realizacji programu, dla dokonywania ewentualnych korekt lub modyfikacji w trakcie jego trwania.	Zbadanie stopnia osiągnięcia przyjętych celów programu.
Pytania zadawane przez osoby dokonujące ewaluacji	• Czy program został wdrożony? • Czy zadania realizowane są zgodnie z planem? Jeśli nie, to dlaczego? • Czy program dociera do odbiorców? • Jakie są trudności w jego realizacji i ich przyczyny? • Co sądzą o programie jego uczestnicy? • Czy uczestnicy są zainteresowani, aktywni, chętni do pracy, zrelaksowani? • Co wymaga korekty, uzupełnienia?	• Jakie są efekty programu w stosunku do ustalonych celów? • Czy program powinien być kontynuowany? • Co należy zmodyfikować?
Kiedy dokonuje się ewaluacji?	W całym okresie realizacji programu.	Po zakończeniu kolejnych etapów przygotowywania i realizacji programu i lub bezpośrednio po zakończeniu programu i po upływie pewnego czasu (ewaluacja odroczone).

Źródło: Woynarowska, 2017, s.161.

W praktyce stosowany jest również podział ewaluacji ze względu na czas jej przeprowadzania, w ramach którego wyróżnia się:

- **ewaluację wyjściową** (ustalenie stanu początkowego w zakresie wiedzy, świadomości i postaw odbiorców związanych ze zdrowiem);
- **ewaluację procesu** wdrażania programu (monitoring bieżący);
- **ewaluację końcową** (bezpośrednią po zakończeniu programu lub odległą po upływie określonego czasu od jego zakończenia).

Motywy podejmowania działań ewaluacyjnych dotyczą zwykle sprawdzenia lub modyfikacji elementów programu podczas jego realizacji, sprawdzenia możliwości powtórnej realizacji programu w innych środowiskach, porównywania programu z innymi o podobnej tematyce, a także przyjęcia lub odrzucenia założeń programu (Sobczyk, 2014).

4.6.1. Uczestnicy ewaluacji

Odbiorcami ewaluacji są realizatorzy i uczestnicy programu, ale mogą być nimi również organizacje wspierające, sponsorzy programów.

Wykonawcami ewaluacji (ewaluatorami) mogą być realizatorzy programu – mówimy wówczas o autoewaluacji (samoewaluacji) lub ewaluacji wewnętrznej oraz ewaluatorzy zewnętrzni – osoby nieuczestniczące w programie, eksperci. Oba rozwiązania mają pozytywne i negatywne aspekty (tabela 13).

Tabela 13. Korzyści i niedogodności związane z dokonywaniem ewaluacji programu przez osoby (ewaluatorów) z zewnątrz i wewnątrz programu

Ewaluatorzy zewnętrzni	Ewaluatorzy wewnętrzni
• Mogą mieć nowe („świeże”) spojrzenie na program. • Nie są osobiście zaangażowani w realizację programu. • Nie mają żadnych korzyści z programu, ale mogą zyskać prestiż po dokonaniu jego ewaluacji. • Mają przygotowanie w zakresie metod ewaluacji, mogą mieć doświadczenia w jej przeprowadzaniu, są traktowani jako eksperci przez uczestników program. • Jako osoby z zewnątrz mogą w pełni nie rozumieć założeń programu i jego uczestników.	• Bardzo dobrze znają program. • Trudno im zachować obiektywizm. • Są członkami struktury programu. • Motywacją do działania może być nadzieja na osobiste korzyści. • Mogą nie posiadać przygotowania w zakresie metod ewaluacji ani doświadczeń w jej przeprowadzaniu. • Znają i dobrze rozumieją założenia programu, mogą interpretować zachowania i postawy ludzi.

Źródło: Woynarowska, 2009.

4.6.2. Etapy ewaluacji

Barbara Woynarowska (2009) wyróżnia cztery etapy badań ewaluacyjnych: projektowanie, zbieranie danych, analiza i interpretacja danych, prezentacja i upowszechnienie wyników. Opis działań na każdym etapie ewaluacji przedstawia tabela 14.

Tabela 14. Etapy ewaluacji

Etap ewaluacji	Działania ewaluacyjne
Etap pierwszy: projektowanie	Odpowiedź na pytania: – Co będzie przedmiotem ewaluacji? – Jakie są zadania ewaluacji (dlaczego, w jakim celu i dla kogo ją odejmujemy)? – Jakie są główne problemy badawcze i kryteria ich ustalenia? – Jakie będą wskaźniki osiągnięcia celu lub realizacji zadań? – Jakie techniki i narzędzia zastosujemy do pomiaru wskaźników? – Jak zorganizowana będzie ewaluacja? – Kto będzie ewaluatorem? Pożądane jest wykorzystanie w ewaluacji różnorodnych metod i technik badania, a podstawową kwestią jest dobór wskaźników, czyli cech, zdarzeń, zjawisk, które da się zaobserwować, określić lub zmierzyć. Pozwalają one określić (w sposób w miarę obiektywny) czy podjęto działania i jak one przebiegają oraz jakie dają one efekty. Przy wyborze wskaźników należy pamiętać, że: – powinny one wynikać z celu i zadań (powinny być one specyficzne dla danego celu lub zadania); – należy koncentrować się na najważniejszych cechach, nie da zmierzyć się wszystkiego, dlatego należy wybierać to, co jest wartościowe i co chcemy oceniać; – wybrane wskaźniki są tylko częścią charakterystyki działań lub wyników programu; – wskaźniki powinny być realistyczne i dostosowane do czasu trwania programu (np. nie można oczekiwać szybkiej zmiany zachowań i poprawy stanu zdrowia); – należy wybierać wskaźniki mierzalne i zrozumiałe dla wszystkich wykonawców ewaluacji.
Etap drugi: zbieranie danych	Zbieranie danych powinno odbywać się zgodnie z przygotowanym wcześniej planem, w czasie realizacji zadań (ewaluacja procesu) i po zakończeniu programu (ewaluacja wyników). Należy tu przestrzegać następujących zasad: – należy zbierać tylko te dane, które są niezbędne, wiarygodne i bezpośrednio powiązane z zadaniami lub celem(celami) programu (często mamy tendencję do zbierania zbyt wielu informacji, które nie są potem analizowane); – sposób zbierania danych powinien być jak najprostszy i nieobciążający nadmiernie ewaluatorów i osób badanych; – uzyskane dane i materiały należy odpowiednio segregować i porządkować; – osoby, z którymi przeprowadza się wywiady, ankiety itd. powinny być informowane o celu ewaluacji i jej korzyściach i skutkach dla programu, tak aby miały poczucie bezpieczeństwa w trakcie trwania procesu badawczego. Warto pamiętać, że przedmiotem ewaluacji są działania (program), a nie ludzie. Jeśli zaczniemy oceniać ludzi, nie będą oni udzielać prawdziwych informacji i ewaluacja nie będzie rzetelna.

Etap trzeci: analiza i interpretacja danych	Zgromadzone dane, przeprowadzone ankiety, wywiady itd. wymagają opracowania, wyliczenia lub zestawienia w formie, która umożliwi ich analizę i wyciąganie wniosków. Jest to zadanie czasochłonne i wymaga podziału zadań wśród członków zespołu ds. ewaluacji. Przygotowane zestawienia i materiały wymagają wspólnego omówienia i zinterpretowania w tym zespole oraz sformułowania wniosków. Jest to podstawa do przygotowania raportu z ewaluacji, składającego się z części opisującej ewaluację procesu i ewaluację wyników. Pierwsza wersja raportu powinna być przedyskutowana w zespole ds. ewaluacji i po wprowadzeniu poprawek, zapisana w sposób przystępny dla różnych odbiorców. Kluczowym zadaniem jest sformułowanie zaleceń (rekomendacji). Zalecenia te powinny zawierać propozycje zmian w dalszych działaniach, podkreślać to, co było najbardziej wartościowe w programie, jakie powinny być kierunki dalszych działań oraz wskazywać korzyści z ich kontynuowania oraz skutki zaniechania. W formułowaniu zaleceń powinno uczestniczyć wiele osób, zwłaszcza te, od których zależeć będzie decyzja o dalszych działaniach. Uczestnictwo w tym procesie powoduje, że ludzie czują się jego współtwórcami i chętniej włączają się do realizacji kolejnych programów.
Etap czwarty: prezentacja i upowszechnienie wyników ewaluacji	Raport z ewaluacji - powinien dotrzeć do jak największej liczby osób, w tym decydujących o dalszych losach programu, np. sponsorów. Należy rozważyć przygotowanie jego krótszej wersji, zawierającej ważniejsze wyniki, wnioski i rekomendacje, przedstawione w bardziej przystępny sposób. W praktyce często zdarza się, że program jest jednorazową akcją i doświadczenia uzyskane w czasie jego realizacji nie są z różnych przyczyn wykorzystywane w dalszych działaniach. Jest to ogromna strata wysiłku ludzi i wydatkowanych środków. Końcowym efektem ewaluacji powinny być starania o kontynuację programu – określenie środków niezbędnych do jego modyfikacji, zbudowania nowego planu. W ten sposób zakończenie ewaluacji rozpoczyna nowy cykl działań, do którego wnosimy zdobytą wiedzę, doświadczenia i umiejętności.

Źródło: Opracowano na podstawie: Woynarowska, 2009.

W przypadku braku osiągnięcia celów, należy przeanalizować poszczególne etapy procesu edukacji, zaczynając od postawienia diagnozy (trafność identyfikacji problemów) i określenia efektów (stopień trudności oczekiwanych rezultatów), po etap planowania (właściwy dobór np. edukatorów, ich kompetencje w realizacji zajęć, znajomość i przestrzeganie zasad nauczania, zaplanowanie właściwych metod ewaluacji), jak również przebieg procesu realizacji, dobór form, metod itp. Należy pamiętać, że ewaluacja dotyczy zarówno uczestnika, jak i edukatora oraz całego otoczenia procesu edukacji (Sierakowska, Wrońska, 2015).

Znaczenie ewaluacji w procesie edukacji zdrowotnej

(Chruściel i Ciechaniewicz, 2018):

- pozwala ocenić stopień dopasowania działań edukacji do potrzeb odbiorców,
- stanowi źródło informacji zwrotnej dla osób związanych z programem,
- pozwala ocenić realizowane działania z różnych punktów widzenia,
- umożliwia doskonalenie programu edukacji w przyszłości,
- motywuje edukatorów do podejmowania dalszych działań i doskonalenia umiejętności,
- pozwala porównywać programy edukacji zdrowotnej i ich efekty,
- pozwala na upowszechnianie wyników programu edukacji zdrowotnej.

Trudności w ewaluacji zajęć edukacji zdrowotnej

(Wojnarowska, 2017)

- Cele edukacji zdrowotnej są złożone: dla określenia, czy zostały one osiągnięte, trzeba wykorzystać wiele wskaźników, często trudno mierzalnych.
- Efekty edukacji determinuje wiele dodatkowych czynników: wewnętrznych (związanych z indywidualnymi cechami uczniów) i zewnętrznych (związanych ze środowiskiem kulturowym i społeczno-ekonomicznym).
- Rzeczywiste efekty można sprawdzić w codziennych sytuacjach życiowych, czy uczestnik chce i potrafi wykorzystać zdobytą wiedzę i umiejętności.
- Zmiana postaw i zachowań wymaga dłuższego czasu.

Wybrane przykłady metod wykorzystywanych do ewaluacji procesu i wyniku

Mając na uwadze, że ewaluacja powinna służyć usprawnieniu, doskonaleniu zajęć edukacyjnych, warto dobrze zaplanować metody i narzędzia do pozyskania informacji od uczestników zajęć. Przykłady metod ewaluacji procesu i wyniku przedstawia tabela 15.

Tabela 15. Przykłady metod ewaluacji procesu i wyniku

Metody ewaluacji procesu	Metody ewaluacji wyniku
• analiza zarejestrowanych danych o liczbie, czasie trwania i organizacji zajęć; • obserwacja zachowań uczestników w czasie zajęć (uczestnictwo w zajęciach, zainteresowanie, aktywność); • samoocena (autoewaluacja) prowadzącego; • zbieranie informacji zwrotnych (opinii) od innych osób uczestniczących w realizacji programu oraz uczestników zajęć.	• testy i inne formy sprawdzianu przyrostu wiedzy (pretest, posttest); • kwestionariusze ankiet lub wywiadu do zbadania przekonań postaw i zachowań zdrowotnych; • obserwacje zmian zachowań poszczególnych osób lub grup; • samoocena uczestników zajęć dotycząca zmian, jakie wprowadzili w swoim stylu życia, otoczeniu lub intencji w tym zakresie; • informacje od osób z najbliższego otoczenia (np. rodziców, opiekunów) o obserwowanych zmianach w zainteresowaniach, zachowaniu, postawach dziecka.

Źródło: opracowanie na podstawie: Woynarowska, 2017, s.161-163.

4.6.3. Przykłady narzędzi do ewaluacji zajęć edukacji zdrowotnej w szkole

Przykłady narzędzi do wykorzystania w ewaluacji procesu

Barometr nastroju - jedna z graficznych metod ewaluacyjnych, którą można stosować na zakończenie zajęć do oceny przez uczestników wielu aspektów związanych z realizacją spotkania. Na plakacie z piktogramami uczniowie zaznaczają np. kropką lub wcześniej przygotowanymi naklejkami swój nastrój i samopoczucie oraz odnoszą się do oceny innych wskazanych przez edukatorów kryteriów (ryc. 19). Na zakończenie zajęć warto podsumować uzyskane na plakacie informacje zwrotne od uczniów.

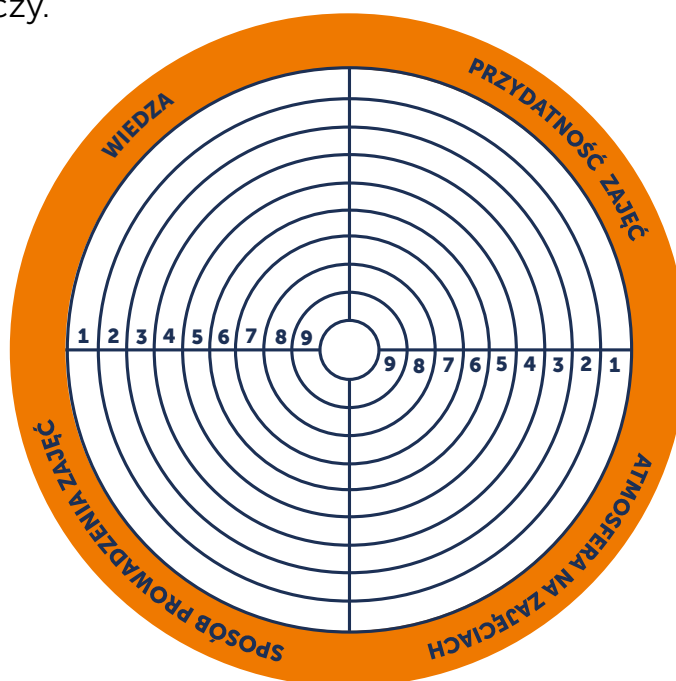
Ewaluacja procesu - „barometr nastroju”

OCENA	temat zajęć	atmosfera na zajęciach	współpraca w grupie	edukator może dodać własne kryteria oceny
				
				
				

Rycina 19. Ewaluacja procesu - barometr nastroju

Źródło: opracowanie własne.

Ewaluacja procesu - tarcza strzelecka (ryc.20) to graficzne narzędzie ewaluacji procesu, które pozwala na szybkie zebranie informacji zwrotnej od uczestników zajęć i np. podsumować przydatność szkolenia, możliwość wymiany doświadczeń, atmosferę, organizację zajęć itp. Uczestnicy podchodzą do tarczy z oznaczonymi kategoriami i zaznaczają kropką/naklejką/pinezką swoją ocenę w każdej części tarczy.



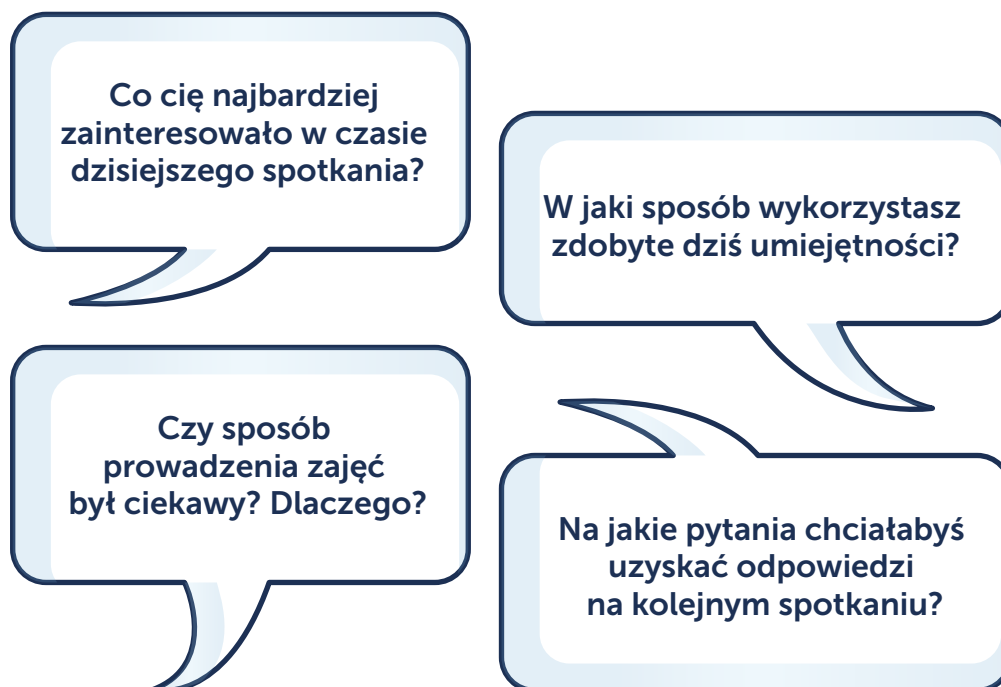
Szanowny uczestniku zajęć, na ile punktów w skali od 1 do 10 oceniasz przedstawione poniżej kategorie prowadzonych zajęć?
Zaznacz  przy odpowiedniej ocenie na tarczy

Rycina 20. Tarcza strzelecka - ewaluacja procesu

Źródło: Opracowanie własne.

Cennym źródłem informacji zwrotnej dla edukatora jest poproszenie uczestników zajęć o informację zwrotną w formie pisemnej, do której wykorzystamy:

1. Przygotowane wcześniej pytania:



Rycina 21. Pisemna ewaluacja procesu

Źródło: Opracowanie własne.

2. Zdania niedokończone:



Rycina 22. Pisemna ewaluacja procesu – zdania niedokończone

Źródło: Opracowanie własne.

3. Ankietę ewaluacyjną

Prosimy o ocenę zajęć. Proszę wyrazić swój stosunek do poniższych zdań poprzez zakreślenie odpowiedniego okienka.	w bardzo dużym stopniu	w dużym stopniu	w pewnym stopniu	w małym stopniu	w ogóle
Zajęcia były prowadzone w ciekawy sposób	5	4	3	2	1
Prowadzący zajęcia zachęcał do aktywnego udziału w zajęciach	5	4	3	2	1
Prowadzący zachowywał właściwe tempo pracy (bez popędzania czy przeciągania zajęć)	5	4	3	2	1
Dyskusje w trakcie zajęć były interesujące i przydatne.	5	4	3	2	1
Co Ci się w szkoleniu najbardziej podobało?					
.....					
.....					
Co było zbędne, co Ci się nie podobało?					
.....					
.....					
Inne uwagi					
.....					
.....					
OGÓLNA OCENA SZKOLENIA					
1	2	3	4	5	
Bardzo słabe			Bardzo dobre		
<i>Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety</i>					

Rycina 23. Ewaluacja procesu pisemna - ankieta ewaluacyjna

Źródło: opracowanie własne.

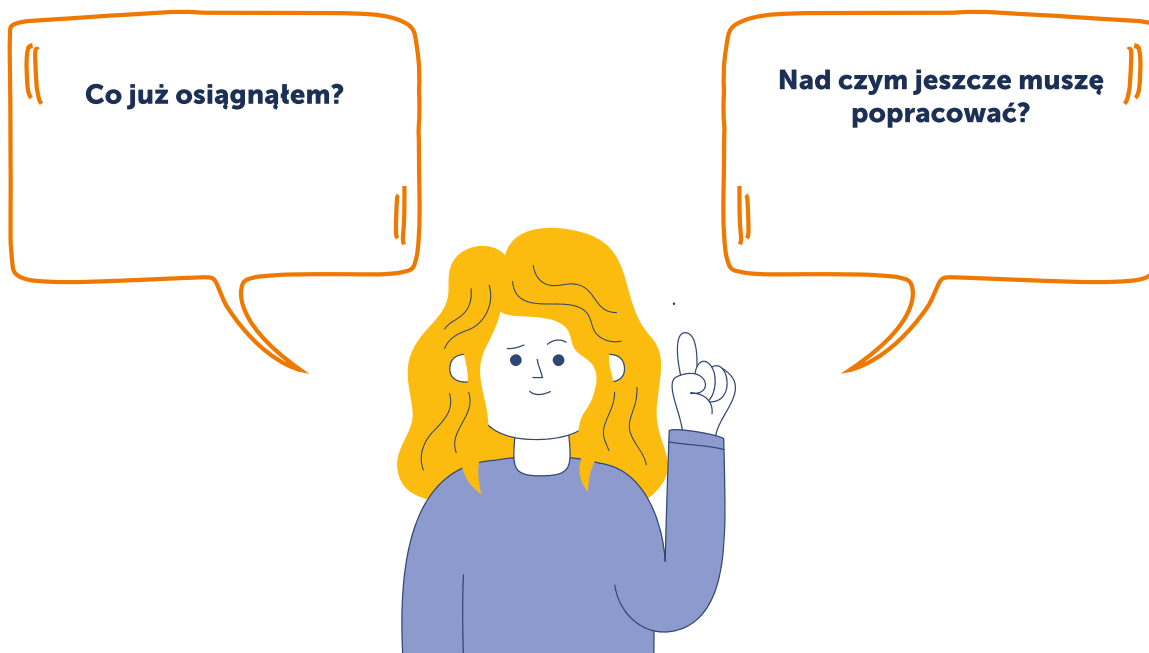
Tabela 16. Autorefleksja edukatora zdrowia nad własnymi kompetencjami do realizacji edukacji zdrowotnej

Kompetencje	Zdecydowanie nie		Zdecydowanie tak		
	1	2	3	4	5
WIEDZA					
Mam wiedzę o zdrowiu i czynnikach je warunkujących					
Mam wiedzę o profilaktyce najczęstszych problemów zdrowotnych i społecznych					
Mam wiedzę o procesie edukacji zdrowotnej w różnych środowiskach					
Mam wiedzę o promocji zdrowia, jej specyficznych podejściach i metodach oraz związku z edukacją zdrowotną					
Mam wiedzę o specyfice rozwoju i problemach zdrowotnych grupy osób, do których adresowana jest edukacja zdrowotna					
Mam wiedzę o procesie nauczania/uczenia się ludzi w różnym wieku					
UMIEJĘTNOŚCI					
Mam umiejętność komunikowania się z uczącymi się					
Mam umiejętność diagnozowania potrzeb uczących się w zakresie edukacji zdrowotnej i planowania na tej podstawie jej programu (programy autorskie lub wybór istniejących programów o sprawdzonej jakości i skuteczności)					
Mam umiejętność wspierania uczestnictwa i aktywności uczących się					
Mam umiejętność tworzenia atmosfery sprzyjającej uczeniu się i dobremu samopoczuciu					
Mam umiejętność motywowania do uczenia się, dbałości o zdrowie i wspierania ich w tych działaniach					
Mam umiejętność ewaluacji procesu i wyników prowadzonej przez siebie edukacji zdrowotnej					

POSTAWY					
Jestem przekonany/-a, że zdrowie jest wartością dla człowieka oraz zasobem dla społeczeństwa					
Czuję się gotowy/-a do tworzenia wzorców zachowań zdrowotnych dla uczących się					
Mam gotowość do działań na rzecz tworzenia zdrowego środowiska pracy i nauki					
Mam gotowość do doskonalenia własnego zdrowia oraz umiejętności życiowych					
Uznaję kluczową rolę uczących się w procesie edukacji zdrowotnej					
Charakteryzują mnie otwartość na potrzeby innych, empatia, szacunek dla uczących się i akceptacja ich decyzji w sprawach ich zdrowia					

Źródło: Woynarowska, B. (red.). (2017). Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka. Wydawnictwo Naukowe PWN. s.148.

Ewaluacja wyników procesu **AUTOREFLEKSJA**



Rycina 25. Metoda ewaluacji procesu i wyniku – autorefleksja

Źródło: opracowanie własne.

Przykłady planowania ewaluacji w scenariuszu zajęć edukacji zdrowotnej

Każde zajęcia edukacyjne realizowane przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nawet jeśli nie tworzą spójnego programu edukacji zdrowotnej, powinny uwzględniać ewaluację, która pozwoli na doskonalenie umiejętności w zakresie merytorycznym, metodycznym i organizacyjnym, a tym samym przeloży się na większą efektywność zajęć edukacji zdrowotnej w przyszłości. Przykłady uwzględnienia ewaluacji procesu i wyniku w scenariuszu zajęć edukacji zdrowotnej przedstawia Ryc.26.

Załącznik nr 1.

1. Rana, która powstaje na skórze, gdy dotkniemy ognia
2. Należy schładzać nią oparzoną wrzątkiem skórę przez 15 minut
3. Przyklejany na ranę, jeśli jest niewielka
4. Należy ją zachować, aby nie wydarzył się wypadek
5. Czerwona, wypływa przy skaleczeniu
6. Służy do owinięcia chorej nogi lub ręki
7. Służy do oczyszczania rany
8. Należy mieć go na głowie podczas jazdy na rowerze

KRZYŻÓWKA

P	O	P	A	R	Z	E	N	I	E
	W	O	D	A					
P	L	A	S	T	E	R			
O	S	T	R	O	Ż	N	O	Ś	Ć
	K	R	E	W					
		B	A	N	D	A	Ż		
G	A	Z	I	K					
			K	A	S	K			

Część końcowa

Czas: 15 min

Podsumowanie zajęć

1. Ewaluacja wyników: wypełnienie krzyżówki, której hasłami są zagadnienia dotyczące różnego rodzaju wypadków, metod ich zapobiegania i opatrywania ran – główne hasło jest zapowiedzią kolejnego etapu programu (zał. 1). [7 minut].

2. Ewaluacja procesu: barometr nastroju. [5 minut].

Plansza z krzyżówką

Karta barometr nastroju

ANKIETA EWALUACYJNA

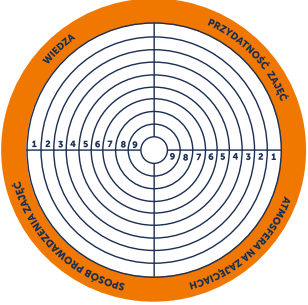
Pokoloruj odpowiednie buźki 😊 😐 😞

Temat zajęć: 😊 😐 😞

Atmosfera na zajęciach: 😊 😐 😞

Osoby prowadzące zajęcia: 😊 😐 😞

SCENARIUSZ ZAJĘĆ - PRZYKŁAD EWALUACJI

Część końcowa zajęć Czas: 17 min	Ewaluacja wyników (10 min) Prowadzący przeprowadza quiz – objaśnia uczniom zasady; quiz składa się z 15 pytań dotyczących czerniaka (10 pytań z zawartych w Preteście). Uczestnicy mają 10 sekund na odpowiedź na każde pytanie. Po zakończeniu quizu wymieniają się kartkami z koleżanką/kolegą w ławce i wspólnie sprawdzamy odpowiedzi. Dla zwycięzcy quizu (osoba, która udzieliła największej ilości poprawnych odpowiedzi) przewidziana jest nagroda – krem z filtrem. Prowadzący omawiają najtrudniejsze pytania z quizu i odpowiadają na pytania uczniów.	Załącznik: Quiz – karta pytań
	Ewaluacja procesu (5 min) Prowadzący zajęcia prezentuje tarczę strzelniczą, dzięki której uczeń będzie mógł ocenić sposób przeprowadzonego spotkania. Nauczyciel prosi uczniów o przyklejenie naklejki na tarczy zgodnie z jego oceną przeprowadzonych zajęć. Prowadzący w tym czasie opuszczają na chwilę salę. Prowadzący dziękują uczestnikom za udział w zajęciach (2 minuty).	Załącznik: tarcza strzelnicza, naklejki 

Rycina 26. Przykłady planowania ewaluacji procesu i wyniku w scenariuszu zajęć edukacji zdrowotnej

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki badań przeprowadzonych na przełomie sierpnia - października 2024 roku¹ w grupie 362 pielęgniarek szkolnych, dotyczące wiedzy i umiejętności w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, ukazały, że 30% badanych wskazało na deficyt wiedzy w zakresie ewaluacji zajęć, a 69% badanych zadeklarowało zainteresowanie udziałem w szkoleniu dotyczącym metodyki edukacji zdrowotnej, w tym działaniami z zakresu ewaluacji procesu i wyniku edukacji zdrowotnej. Autorzy przewodnika liczą, że opracowane zagadnienia dotyczące ewaluacji w procesie edukacji zdrowotnej wypełnią deklarowaną przez pielęgniarki lukę w wiedzy w tym zakresie.

Bibliografia

1. Ackley, B.J., Ladwig, G.D. (2011). Redakcja polskiego wydania: D. Zarzycka, B. Ślusarska, *Podręcznik diagnoz pielęgniarskich*. GC Media House.
2. Banasiuk, A., Uracz, W., Kopański Z., Machota, M., Krzemiński D., Nadashkevych, O., Kilian, T. (2018). Formy dydaktyczne stosowane w edukacji zdrowotnej. *Journal of Clinical Healthcare*, 4,15-20.
3. Bastable, S.B. (2019). *Nurse as Educator 5th Edition - Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. Jones and Bartlett Publishers.
4. Biel, W. (2017). Nowe media – interpretacja pojęcia w kontekście pedagogicznym. *Edukacja – Technika – Informatyka*, 1(19), 279- 287. <https://doi.org/10.15584/eti.2017.1.39>
5. Borzucka-Sitkiewicz, K. (2006). *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. Wydawnictwo Impuls.
6. Bradley, B.J. (1997). The school nurse as health educator. *The Journal of School Health*, 67(1),3-8.
7. Brosowska B., Mielczarek-Pankiewicz E. (2015). *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej*. Tom II. Makmed.
8. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Characteristics of an Effective Health Education Curriculum. <https://www.cdc.gov/healthyschools/sher/characteristics/index.htm> (dostęp: 22.09.2024).
9. Chruściel, P., Ciechaniewicz, W. (2018). *Edukacja zdrowotna z elementami teorii wychowania. Przewodnik dydaktyczny*. Wydawnictwo PZWL.
10. Ciechaniewicz, W. (red.). (2010). *Pedagogika*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
11. Ciężka, B. *Gadająca ściana - sposób na aktywną ewaluację*.
12. Contento, I.R. (2018). Redakcja polskiego wydania: B. Woynarowska, N. Ogińska-Bulik, M. Woynarowska-Sołdan, *Edukacja żywieniowa*. PWN.

¹ Na podstawie niepublikowanych wyników badań dotyczących realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Badania zostały przeprowadzone w grupie pielęgniarek szkolnych przez Instytut Matki i Dziecka i Warszawski Uniwersytet Medyczny w okresie: sierpień - październik 2024 roku.

13. Daszkowska-Kamińska, A., Goźdzys, A., Makowska, M., Urbanik, A. (2013). Przepis na diagnozę, czyli poznaj młodych i środowisko lokalne. Polska Fundacja Dzieci i Młodzieży.
14. Domagała, A., Dubas-Jakóbczyk, K., Topór-Mądry, R. (2015). Ewaluacja programów zdrowotnych – od teorii do praktyki. *Alergologia Info* 1, 108–114.
15. Fazlagić, J. (red.) (2022). Sztuczna inteligencja (AI) jako megatrend kształtujący edukację. Jak przygotowywać się na szanse i wyzwania społeczno-gospodarcze związane ze sztuczną inteligencją? Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
16. Haruna, H., Hu, X., Chu, SKW., Mellecker, RR., Gabriel G., Ndekao PS. (2018). Improving Sexual Health Education Programs for Adolescent Students through Game-Based Learning and Gamification. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 2027. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092027>
17. Herdman TH (red.). NANDA International: Nursing Diagnoses – Definitions and Classification 2012–2014. Oxford, Wiley BlackWell 2012
18. Juszczak, S. (2002). Edukacja na odległość. Kodyfikacja pojęć, reguł i procesów. Wydawnictwo WAM.
19. Jopkiewicz, S. (2021). *Nowe technologie w sektorze ochrony zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe ArchaeGraph.
20. Kostecka, M. (2024). Sztuczna inteligencja - co to w ogóle jest? W: J. Pyżalski, A. Łuczyńska (red). *Sztuczna inteligencja: prawdziwe zmiany w edukacji?* (s.6 – 13). Fundacja Szkoła z Klasą.
21. McQuial, D. (2007). *Teorie komunikowania masowego*. Przeł. Bucholc M., Sulżyńska A. Wydawnictwo Naukowe PWN.
22. NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2021–2023, 12th Edition. (2021). NANDA International.
23. Okoń, W. (2007). Nowy słownik pedagogiczny, Wydanie 10 uzupełnione i poprawione, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
24. Ostręga, W., Oblacińska, A., Korzycka, M. (red.). (2020). *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej. Podręcznik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych*. Instytut Matki i Dziecka.
25. Paakkari, L., Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133-152.
26. Petty, G. (2018). *Nowoczesne nauczanie. Praktyczne wskazówki i techniki dla nauczycieli, wykładowców i szkoleniowców*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
27. Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości. (2023). Wykorzystanie sztucznej inteligencji w edukacji. Rynek pracy, edukacja, kompetencje. Aktualne trendy i wyniki badań.
28. Smolińska, J., Szychowski, Ł. (2011). *Techniki efektywnego uczenia się*. Elitmat.
29. Schimanek, T. (2015). *Diagnozowanie problemów społecznych*. FISE Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych.
30. Scriven, A., Morgan, G., Woodall, J. (2015). *Promoting Health. A Practical Guide*. Elsevier.
31. Sierakowska, M. Wrońska, I. (2015). *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.

32. Słońska, Z., Woynarowska, B. (2007). *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*. Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii.
33. Sobczyk, K. (2014) *Edukacja zdrowotna jako narzędzie promocji zdrowia*. W: J. Woźniak Holecka, R. Braczkowski (red.). *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna z elementami pedagogiki*. Katowice: SUM.
34. Stapleton-Corcoran, E. (2023). *Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. Center for the Advancement of Teaching Excellence at the University of Illinois Chicago. <https://teaching.uic.edu/blooms-taxonomy-of-educational-objectives/> (dostęp 07.10.2024).
35. [Sztuczna inteligencja: co to jest i jakie ma zastosowania? | Aktualności | Parlament Europejski \(europa.eu\)](https://europa.eu).
36. Ślusarska, B. (2016). Implementacje praktyczne wybranych klasyfikacji diagnoz i interwencji pielęgniarskich dla pielęgniarstwa polskiego. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 14 (1): 11–22.
37. [TIK – strony, programy, aplikacje \(biblioteka.pl\)](https://biblioteka.pl).
38. Urbanik A., Gotdys A., Daszkowska-Kamińska A. (2010). Diagnoza potrzeb młodzieży w środowisku lokalnym. *Polska Fundacja Dzieci i Młodzieży*.
39. WHO. (1997). Life skills education for children and adolescents in schools. Introduction and Guidelines to Facilitate the Development and Implementation of Life Skills Programmes. Genewa, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf (dostęp 06.10.2024).
40. Wolny, B. (2019). *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
41. Woynarowska, B. (red.). (2017). *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
42. Woynarowska, B. (red.). (2011). *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
43. Woynarowska, B. (2020). *Edukacja zdrowotna w szkole: rola i zadania pielęgniarki szkolnej*. W: W. Ostręga, A. Oblacińska, M. Korzycka (red.), *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej. Podręcznik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
44. Woynarowska, B. (2009). Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. *Probl Hig Epidemiol*, 90(3), 293-298.
45. Woynarowska, M., Woynarowska, B. (2022). *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Wydawnicza Harmonia Universalis
46. Zarzycka D., Ślusarska B. (red.). (2017). *Podstawy Pielęgniarstwa. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarskiej*. Tom 1. PZWL. Woynarowska, M., Woynarowska, B. (2022). *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników*.

5. SPECYFIKA EDUKACJI ZDROWOTNEJ UCZNIÓW ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI

Katarzyna Nowakowska

Wprowadzenie

We współczesnym holistycznym podejściu do człowieka, szczególnie do młodego człowieka, niezbędne jest współdziałanie różnych podmiotów systemu edukacji na rzecz uczniów. Edukacja zdrowotna jest jednym z elementów systemu edukacji, której celem jest zwiększanie szans edukacyjnych uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami, stwarzanie im warunków do rozwijania indywidualnego potencjału oraz pełnego włączenia w życie szkolne.

Idea włączania oraz edukacji dla wszystkich zaistniała na światowej konferencji w Jantien (Tajlandia, 1990) jako główny program edukacyjny UNESCO. Ustalono wówczas, że celem programu „Edukacja dla Wszystkich” jest zaspokojenie podstawowych potrzeb edukacyjnych wszystkich osób uczących się z uwzględnieniem zadbania o wysoką jakość kształcenia ([Art. 26 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka](#)). Podczas konferencji przyjęto dokument pn. [Światowa Deklaracja „Edukacja dla wszystkich”](#).

Wdrażanie idei edukacji włączającej kontynuowano m.in. poprzez ustanowienie [Deklaracji z Salamanki](#), która stanowi, że każde dziecko ma fundamentalne prawo do nauki i należy umożliwić mu osiągnięcie oraz utrzymanie odpowiedniego poziomu kształcenia. Należy uwzględnić fakt, iż każde dziecko ma swoje indywidualne potrzeby, potencjał, możliwości w zakresie uczenia się, stąd proces nauczania powinien być realizowany z uwzględnieniem zróżnicowania tych potrzeb w klasie.

Kolejnymi dokumentami podnoszącymi kwestie równego traktowania, uwzględniania potrzeb każdego człowieka, sprzeciwu wobec różnicowania i stygmatyzowania są m.in. [Konwencja o prawach dziecka](#), przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. i [Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych](#), sporządzona w Nowym Jorku 13 grudnia 2006 r.

Edukacja włączająca opiera się na poszanowaniu różnorodności, na akceptacji, na zainteresowaniu uczniem jako całością, na budowaniu wspólnoty i wspieraniu oraz stymulowaniu do rozwoju każdego uczestnika społeczności szkolnej. Dzięki traktowaniu ucznia podmiotowo, dzięki koncentrowaniu się na jego potrzebach, możliwościach, zdolnościach, możemy mówić o otwarciu na niego.

Aktywny udział każdego ucznia w procesie edukacji uwarunkowany jest zarówno możliwościami i potencjałem osoby uczącej się, jak również dostępnością środowiska, w którym ten proces jest realizowany.

W Polsce proces nauczania, zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe, realizowany jest w następujących typach szkół:

1. w ośmioletniej szkole podstawowej;
2. w szkołach ponadpodstawowych:
 - a) czteroletnim liceum ogólnokształcących,
 - b) pięcioletnim technikum,
 - c) trzyletniej branżowej szkole I stopnia,
 - d) trzyletniej szkole specjalnej przysposabiającej do pracy,
 - e) dwuletniej branżowej szkole II stopnia,
 - f) szkole policealnej dla osób posiadających wykształcenie średnie lub wykształcenie średnie branżowe, o okresie nauczania nie dłuższym niż 2,5 roku.

Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy, o której mowa w ust. 1 pkt 2 lit. d, jest szkołą specjalną przeznaczoną wyłącznie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dla uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

[Art. 35 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe](#) reguluje okres trwania obowiązku szkolnego i obowiązku nauki. Zgodnie z art. 35 ust.1 nauka jest obowiązkowa do ukończenia 18. roku życia, natomiast zgodnie z art. 35 ust. 2 obowiązek szkolny dziecka rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 7 lat, oraz trwa do ukończenia szkoły podstawowej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18. roku życia.

Dla uczniów z niepełnosprawnościami istnieje możliwość wydłużenia obowiązku szkolnego do 20. roku życia na poziomie szkoły podstawowej oraz do 24. roku życia na poziomie szkoły ponadpodstawowej (§4 Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia,

wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym).

Za realizację obowiązku szkolnego uznaje się również udział dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim w wieku od 3. do 25. roku życia w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych ([Art. 36 ust. 17 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe](#)) organizowanych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie [art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego](#).

Kształcenie uczniów mających zróżnicowane potrzeby edukacyjne regulują następujące przepisy w zakresie udzielania im pomocy psychologiczno-pedagogicznej:

- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe, [Dz.U. 2024 poz. 737, 854 t.j.](#)
- Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, [Dz. U. 2023, poz. 1798 t.j.](#)
- Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, [Dz. U. 2023, poz. 2468 t.j.](#)
- Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, [Dz. U. 2020, poz. 1309 t.j.](#)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych, [Dz.U. 2023, poz. 2572 t.j.](#)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 lutego 2019 r. w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli, [Dz.U. 2023, poz. 2736 t.j.](#)

Zróżnicowanie potrzeb uczniów wynikać może z: niepełnosprawności, choroby przewlekłej, sytuacji kryzysowych i traumatycznych, niedostosowania społecznego, zagrożenia niedostosowaniem, szczególnych uzdolnień, specyficznych trudności w uczeniu się, deficytu kompetencji oraz zaburzeń sprawności językowej, niepowodzeń edukacyjnych, zaniedbań środowiskowych, trudności adaptacyjnych.

Postrzeganie zróżnicowania potrzeb jako zjawiska naturalnego, uznanie, że szkoła ogólnodostępna może być miejscem dla wszystkich uczniów oraz tworzenie klimatu sprzyjającemu optymalnemu rozwojowi to elementy procesu włączania.

5.1. Zadania realizowane przez pielęgniarkę szkolną wpisujące się w działania włączające szkoły

Pielęgniarka szkolna jest pracownikiem medycznym, który wspólnie z pedagogicznymi oraz niepedagogicznymi pracownikami szkoły współtworzy środowisko nauczania oraz wychowania w edukacji włączającej. Jest ona swoistym łącznikiem pomiędzy placówką szkolną a pracownikami ochrony zdrowia/systemem ochrony zdrowia, „rzecznikiem” spraw związanych ze zdrowiem w społeczności szkolnej, jak również osobą, która udziela wsparcia uczniom i uczennicom w różnorodnych, trudnych sytuacjach.

Zgodnie z założeniami edukacji włączającej istotne jest, aby pielęgniarka szkolna:

- znała podstawy programowe zawierające treści z zakresu edukacji zdrowotnej dla danego etapu edukacyjnego;
- współpracowała z nauczycielami realizującymi przedmioty dotyczące zagadnień związanych ze zdrowiem, np. z nauczycielami wychowania fizycznego, biologii, wychowania do życia w rodzinie, edukacji dla bezpieczeństwa;
- posiadała wiedzę na temat programów dotyczących różnych aspektów zdrowotnych realizowanych w szkole;
- znała założenia [systemu rekomendacji programów profilaktycznych](#);
- współpracowała ze specjalistami szkolnymi (pedagogiem, psychologiem) oraz wychowawcami klas w zakresie realizacji programu wychowawczo-profilaktycznego;
- współpracowała z dyrekcją szkoły, ze specjalistami szkolnymi oraz wychowawcami klas w stwarzaniu warunków do rozwoju i nauki oraz zaspokojenia potrzeb dzieci i uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi i rozwojowymi (Ostręga, Oblacińska, Korzycka, 2020).

Właściwa organizacja procesu edukacyjnego oraz wsparcia uczniów ujawniających potrzeby edukacyjne przez nauczycieli, specjalistów, pracowników niepedagogicznych szkoły, w tym pielęgniarkę szkolną wymaga stałego analizowania stanu ich potrzeb, a wnikliwe ujęcie specyfiki ich psychospołecznego funkcjonowania oraz zidentyfikowanie osobowych i środowiskowych uwarunkowań tego funkcjonowania umożliwia zaplanowanie

adekwatnego wsparcia dla uczniów i uczennic (Ostręga i in., 2020). Z danych GUS wynika, iż w roku szkolnym 2022/2023 do szkół podstawowych ogólnodostępnych uczęszczało 113,8 tys. uczniów ze zróżnicowanymi potrzebami, w tym 51,8 tys. uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność. W szkołach ponadpodstawowych uczyło się 55,7 tys. młodzieży posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. Dlatego też w pozostałej części rozdziału skoncentrowano się na aspektach funkcjonowania psychospołecznego uczniów z niepełnosprawnościami, potrzebach z tego funkcjonowania wynikających i sposobach wsparcia tych uczniów.

5.2. Funkcjonowanie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną

W Polsce niepełnosprawność intelektualna (NI) definiowana jest zgodnie z wytycznymi opracowanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zawartymi w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, zgodnie z którymi jest ona zdefiniowana jako: upośledzenie umysłowe „manifestujące się upośledzeniem w okresie wzrastania, zwłaszcza w zakresie umiejętności związanych z ogólnym stanem inteligencji, np. kognitywne, językowe, ruchowe i społeczne. Może ono wystąpić w związku z dowolnym zaburzeniem umysłowym lub fizycznym lub bez niego” (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, 2009, s. 244).

Natomiast w klasyfikacji DSM-5 zaleca się **zmianę nazewnictwa z upośledzenia umysłowego na niepełnosprawność intelektualną**, natomiast kryteria diagnostyczne dotyczą trzech sfer funkcjonowania danej osoby:

- **sfery intelektualnej** – obejmują deficyty w zakresie rozumowania, rozwiązywania problemów, planowania, myślenia abstrakcyjnego, uczenia się;
- **sfery społecznej** – deficyty w zakresie funkcji adaptacyjnych (komunikacja, uczestnictwo w życiu społecznym, zdolności do nawiązywania i podtrzymywania relacji);
- **sfery praktycznej** – deficyty w zakresie dbania o siebie, wykonywania zadań, odpowiedzialności zawodowej, wypoczynku (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, 2013).

Niepełnosprawność intelektualna może współwystępować m.in. z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, z deficytami uwagi, z zaburzeniami chromosomalnymi (zespół Downa), neurologicznymi (mózgowe porażenie dziecięce), metabolicznymi (fenyloketonuria).

Uczniowie z NI w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym mają możliwość realizowania obowiązku nauki we wszystkich typach szkół, w tym w szkołach ogólnodostępnych.

5.2.1. Zachowania uczniów z niepełnosprawnością intelektualną

Mając na uwadze funkcjonowanie szkolne uczniów z NI należy przede wszystkim mieć wzgląd na ich możliwości oraz ich potrzeby, zwracać uwagę na to, w jakich sytuacjach występują konkretne zachowania uczniów oraz na to, jak wspierać uczniów z NI, aby usprawniać ich rozwój, a nie utrudniać go.

Obserwując zachowania uczniów, szczególnie te trudne, wskazane jest, aby mieć świadomość, iż każde z nich można przedstawić w postaci **opisu ABC**, gdzie:

A (*antecedent*) – to bodźce, zdarzenia, sytuacje poprzedzające dane zachowanie;

B (*behavior*) – czyli konkretne zachowanie ucznia;

C (*consequence*) – skutek danego zachowania.

Dzięki takiej analizie konkretnego zachowania dziecka, można wnioskować o przyczynie danego zachowania (np. czy zachowanie pozwala doraźnie poradzić sobie z jakimś problemem, jaką pełni funkcję) oraz wnioskować o skutkach danego zachowania (czy zachowanie oddziałuje na inne struktury i funkcje) (Knopik, 2018).

Uczniowie z NI przechodzą przez poszczególne stadia rozwoju intelektualnego w tej samej kolejności, co osoby w normie intelektualnej. Jednakże rozwój ten przebiega wolniej, obserwować można trudności w przechodzeniu na wyższy poziom, co przekłada się na problem dotyczący rozumienia nowych sytuacji i radzenia sobie w nich. Myślenie osób z NI najczęściej pozostaje na etapie myślenia konkretnego.

Deficyty w zakresie rozwoju percepcyjno-motorycznego zauważalne są w zakresie: analizy i syntezy wzrokowej oraz słuchowej, jak również koordynacji wzrokowo-słuchowej, co przekłada się na trudności w zakresie czytania i pisania (zwolnione tempo czytania, przestawianie liter, popełnianie błędów stylistycznych, ortograficznych, zaburzenia lateralizacji).

U uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym występują problemy z koncentracją, szczególnie w sytuacjach,

które nie wzbudzają ich zainteresowania, występuje też brak podzielności uwagi. Mają oni problem z wyróżnianiem szczegółów z całości czy z zauważaniem różnic na podobnych ilustracjach lub w podobnych przedmiotach. Ich pamięć jest mechaniczna, krótkotrwała, znacznie ograniczona (zwłaszcza świeża). Myślenie jest konkretno-obrazowe, zaburzony proces planowania oraz wyszukiwania związków przyczynowo-skutkowych.

W zakresie rozwoju emocjonalno-społecznego zauważalna jest niedojrzałość w zakresie interakcji społecznych przejawiająca się w nieumiejętności interpretowania komunikatów, sygnałów wysyłanych przez rówieśników. Komunikacja, prowadzenie rozmowy, język są sztywne i niedojrzałe. Mogą wystąpić trudności w kontrolowaniu emocji oraz niedojrzałość w zakresie oceny społecznej, np. łatwowierność.

W przypadku uczniów z NI w stopniu umiarkowanym ich funkcjonowanie społeczne charakteryzuje się spostrzeganiem na poziomie egocentrycznym oraz ograniczonym rozumieniem sytuacji społecznych. Potrafią porozumiewać się z innymi oraz podejmować współpracę, jednak ich mowa często jest agramatyczna, język mówiony jest bardzo prosty w formie, z ubogim zasobem słownictwa (Wyczęsany, 2002).

Poziom funkcjonowania uczniów z NI z jednej strony uwarunkowany jest ograniczeniami organicznymi, natomiast z drugiej strony postawami wobec tych osób – częstokroć opartymi na spostrzeganiu ich ograniczeń, braków, traktowaniu tych osób jako nieporadnych, które nie są w stanie wykonać określonych zadań. Prowadzić to może do występowania u uczniów z NI obniżenia samooceny, frustracji, rezygnacji, niechęci do działania, lęku czy uporu. Dodatkowo frustracja uczniów z NI może dotyczyć sytuacji, gdy nie są w stanie przekazać otaczającym im osobom określonych komunikatów werbalnie lub niewerbalnie, ale w sposób akceptowany społecznie.

W sytuacjach powodujących u uczniów z NI duże napięcie, stres mogą wystąpić u nich zachowania agresywne i autoagresywne. Mogą służyć pobudzeniu ucznia, być efektem wyuczonego zachowania lub służyć do wytrzymania narastającego napięcia emocjonalnego. Dlatego obserwując trudne zachowania ucznia, należy zastanowić się, co leży u podłoża jego reakcji, jaką funkcję pełni dane zachowanie i jakie potrzeby ucznia są poprzez to zachowanie realizowane.

5.2.2. Wsparcie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną

Należy mieć na uwadze, że wszystkie sfery rozwoju składają się na obraz ucznia z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Są one ściśle ze sobą powiązane i wyznaczają zakres wsparcia danego ucznia czy uczennicy. Pozytywne nastawienie pozwala zauważyć funkcjonalne umiejętności oraz potencjalne możliwości uczniów z NI, co umożliwia im udział w grupie klasowej, rówieśniczej.

Podczas pracy z uczniami z NI należy ograniczyć liczbę komunikatów i poleceń słownych na rzecz instrukcji słowno-obrazowych czy pokazowych (jeśli stosujemy komunikaty słowne powinny być one krótkie, jednoznaczne, precyzyjne i zrozumiałe ¹), zastosować metodę stopniowania trudności – rozpoczynać od rzeczy prostych zrozumiałych dla ucznia i stopniowo przechodzić do rzeczy złożonych z jednoczesnym wyjaśnieniem skierowanym do ucznia. W sytuacji, gdy zauważalne u ucznia jest zniechęcenie, zniecierpliwienie czy tendencja do pozostawienia niedokończonej pracy, należy zaktywizować ucznia/uczennicę, zmienić tempo pracy, zastosować bodźce w formie pochwały dla podejmowanego przez ucznia wysiłku, aprobaty pozwalającej na samozadowolenie ucznia oraz budowania pozytywnego obrazu własnej osoby.

Należy również pamiętać, aby stawiane uczniowi cele i zadania były adekwatne do jego możliwości, zainteresowań, tempa pracy.

Ważne jest włączanie uczniów z NI do działań prowadzonych na terenie klasy, czy szkoły (zwłaszcza takich, w których może odnieść sukces), co znacząco wzmocni jego poczucie własnej wartości i umocni obraz własnej osoby jako członka zespołu klasowego.

5.3. Funkcjonowanie uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) zgodnie z obowiązującą klasyfikacją ICD-10 określane są jako całościowe zaburzenia w rozwoju, a w ramach tej kategorii wyróżnić można m.in. autyzm dziecięcy (F 84.0), autyzm atypowy (F 84.1) oraz zespół Aspergera (F.84.5) (ICD-10, 2009).

Całościowe zaburzenia w rozwoju, zgodnie z klasyfikacją ICD-10, „to grupa zaburzeń charakteryzujących się jakościowymi odchyleniami od normy w zakresie

¹ Wsparciem dla osób pracujących z uczniami ze zróżnicowanymi potrzebami w zakresie tworzenia prostych, zrozumiałych komunikatów tekstowych może być aplikacja Jasnopis, która analizuje formę językową tekstu i podaje stopień jego trudności (1 – teksty najłatwiejsze, zrozumiałe dla wszystkich; 7 – teksty najtrudniejsze). Aplikacja wskazuje jego trudniejsze fragmenty i proponuje poprawki. Wylicza także tzw. indeks mglistości.

interakcji społecznych i wzorców komunikacji oraz ograniczonym i stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności” (ICD-10, 2009, s. 248). Kryteria diagnostyczne częściowo są wspólne, natomiast w Zespole Aspergera (ZA) nie obserwuje się opóźnień lub upośledzenia funkcji poznawczych oraz umiejętności językowych.

Natomiast wg klasyfikacji ICD-11² zaburzenia ze spektrum autyzmu to zaburzenia neurorozwojowe dotyczącej szerokiej i zróżnicowanej grupy osób, a elementami wspólnymi w zakresie kryteriów diagnostycznych są:

- trudności w inicjowaniu oraz podtrzymywaniu komunikacji społecznej;
- występowanie powtarzalnych i sztywnych wzorców zachowań lub zainteresowań wyraźnie nietypowych lub nadmiarowych dla wieku danej osoby oraz kontekstu społeczno-kulturowego;
- nadmierna i uporczywa nadwrażliwość lub niedowrażliwość na bodźce sensoryczne (Pomorska, 2024).

U większości dzieci z ASD pierwsze objawy zazwyczaj zauważalne są od ukończenia 1. r.ż. Zazwyczaj niepokojące objawy ujawniają się do 36. m.ż. Niestandardowe zachowania dziecka dotyczą przede wszystkim komunikacji i interakcji społecznych oraz działań podejmowanych przez maluchy (Objawy autyzmu, 2020). Można wówczas zaobserwować: brak rozwoju mowy, stereotypowe zabawy, stereotypie ruchowe (nawykowe, powtarzające się, bezużyteczne cykliczne ruchy, np. kiwanie się, kręcenie głową, zwijanie włosów, uderzanie w dłoń).

Wraz z wiekiem dziecka i stawianiem mu większych wymagań związanych z pójściem do przedszkola, szkoły, objawy zazwyczaj się nasilają i w przypadku ucznia autystycznego wystąpić mogą następujące zachowania:

- **deficyty w zakresie komunikacji**, m.in.: unikanie kontaktu wzrokowego podczas rozmowy; ograniczona zdolność do inicjowania i podtrzymywania rozmowy; echolalie (uporczywe powtarzanie jakiegoś słowa lub zdania); pytania perseweracyjne (wielokrotnie powtarzane); mówienie o sobie w 3 osobie; agramatyzmy; trudności w komunikowaniu potrzeb; dosłowne rozumienie wypowiedzi; mimika twarzy niedostosowana do rodzaju wypowiedzi; uboga ekspresja emocjonalna;

² Klasyfikacja ICD-11 oficjalnie zaczęła obowiązywać od 01.01. 2022 r., a okres przejściowy na jej wdrożenie wynosi 5 lat, co oznacza, że najpóźniej w 2027 r. zacznie ona obowiązywać w polskim systemie opieki zdrowotnej, Odpowiedź Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia na petycję PET/IV/38/21 z dn. 12.04.2021 r. w sprawie usprawnienia systemu prawnego i systemu opieki zdrowotnej.

- **deficyty w zakresie interakcji społecznych**, m.in.: zamknięcie we własnym świecie; nieumiejętność rozpoznawania intencji innych osób; trudności w rozumieniu emocji, uczuć, mówieniu o nich; trudności w zakresie przewidywania, myślenia przyczynowo-skutkowego; brak spontaniczności emocjonalnej; koncentracja na szczegółach; niezrozumiałe komunikowanie swoich potrzeb;
- **stereotypowe zachowania i aktywności**, m.in.: przywiązanie do schematu dnia, bardzo emocjonalne reakcje na wszelkie zmiany; obsesyjne układanie przedmiotów w określonym porządku/kolejności, przywiązanie do pewnych rzeczy, tzw. talizmanów; specyficzne zainteresowania; stereotypie ruchowe, np. trzepotanie rękami na wysokości oczu, wyginanie palców, podskakiwanie (Śtupek, 2018).

W przypadku ucznia z Zespołem Aspergera w sytuacjach szkolnych zauważyć można, m.in.: brak spójności pomiędzy komunikacją werbalną i niewerbalną; mentorski sposób mówienia (tzw. ton osoby przemądrzałej); używanie sloganów, zwrotów np. z ulubionych filmów; używanie neologizmów (wymyślonych przez siebie słów); niezwracanie uwagi na rozmówcę, na to, czy słucha wypowiedzi innych; zaburzenia prozodii³, nieprawidłowa intonacja głosu; zasypywanie nowo poznanej osoby pytaniami lub ciągłe opowiadanie jej o swoich potrzebach, pasjach, zainteresowaniach; trudności z rozpoznawaniem stanów emocjonalnych; nadmierna nachalność lub nadmierna nieśmiałość; manieryzmy ruchowe całego ciała; niezgrabność ruchowa, zaburzenia koordynacji, duża wiotkość ciała lub nadmierna sztywność (Śtupek, 2018).

5.3.1. Zachowania uczniów z ASD

Powyższe deficyty prowadzić mogą do występowania u uczniów z ASD **zachowań trudnych**. Warto **zwrócić uwagę nie tylko na zachowanie ucznia, ale także na to, jaką funkcję pełni to zachowanie**. Przykładem tego może być sytuacja, gdy uczeń zna normy społeczne panujące w klasie, wie, że podczas lekcji nie wolno wychodzić z klasy, a chce to zrobić, może na tę swoją chęć wyjścia z klasy zareagować autogresją. W pojęciu ucznia – złamał zasady, za co powinien zostać ukarany. Co zrobić w takiej sytuacji? Należy starać się pracować z poczuciem winy u ucznia.

³ Prozodia – ogół brzmieniowych właściwości języka charakteryzujących sylaby lub ich ciągi w toku wypowiedzi, [SJP](#).

Duża grupa uczniów z autyzmem i ZA ma **zaburzony odbiór wrażeń zmysłowych (zaburzenia integracji sensorycznej – tzw. nadwrażliwość, niedowrażliwość lub „biały szum”)**, co może prowadzić do zachowań agresywnych, autoagresywnych lub stereotypowych.

Przy **nadwrażliwości uczeń czuje „zbyt dużo”**, co zdecydowanie przeszkadza mu w funkcjonowaniu. Nawet bardzo delikatne bodźce mogą wywołać bardzo silną reakcję przejawiającą się w zachowaniu mającym ograniczyć zakres docierających do niego bodźców, np. **przy nadwrażliwości słuchowej** uciekają w kąt sali, kuląc się i zatykając uszy, a przy tym wydając własne odgłosy. Przy nadwrażliwości wzrokowej może wystąpić niechęć do silnego światła, skłonność do patrzenia przez szczeliny lub fascynacja kręcącymi się elementami. Przy **nadwrażliwości dotykowej** – niechęć do dotyku, do określonej faktury materiałów (np. śliskich, szorstkich) oraz rzeczy (np. lepkich), głaskanie się miękkimi przedmiotami. W sytuacji nadmiernego dotyku może reagować agresją.

Przy **niedowrażliwości uczeń podejmuje działania dostarczające mu większej ilości bodźców**. Przy **niedowrażliwości słuchowej** – wytwarza rytmiczne hałasy, krzyczy, drze papiery, fascynuje się głośnymi urządzeniami. **Niedowrażliwość wzrokowa** powoduje fascynację lustrami, błyskotkami. Przy **niedowrażliwości dotykowej** u ucznia mogą wystąpić akty autoagresji (bicie siebie, szczypanie, wyrywanie włosów, wykręcanie części ciała), zachowania agresywne (np. mocne uderzenie kolegi/koleżanki bez świadomości, że ich odporność na ból może być znacznie mniejsza). **Niedowrażliwość węchowa i smakowa** może prowadzić do jedzenia rzeczy niejadalnych, wążania różnych przedmiotów i części ciała.

„Biały szum” występuje, gdy wadliwe działanie kanałów sensorycznych powoduje, że wytwarzają one własne bodźce – uczeń w takiej sytuacji może sprawiać wrażenie nieobecnego, patrzącego przez ludzi, nie na ludzi. W odpowiedzi na dotyk reaguje „gęsią skórą”, drapaniem się po całym ciele, kotysaniem głową lub całym ciałem (jakby sprawdzał, czy zmieniają się dźwięki słyszane w głosie) (Głuźniewicz, Łukasiewicz, 2021).

Zaburzenia w odbiorze sensorycznym kompensowane są przy pomocy **zachowań autostymulacyjnych**, ponieważ długotrwały brak wrażeń zmysłowych prowadzi do dezorientacji i zaburza poczucie bezpieczeństwa. Zachowania te dają uczniowi poczucie sprawstwa, bezpieczeństwa i kiedy staramy się go tego oduczyć lub zminimalizować ich częstość występowania, uczeń protestuje, staje się agresywny.

5.3.2. Wsparcie uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Pierwszym kluczowym faktem na drodze wspierania uczniów z ASD jest świadomość, że **każdy z nich jest inny**, że mogą mieć zróżnicowane poziomy funkcjonowania intelektualnego i zdolności komunikacyjnych, a także wyróżniać się nietypowymi zainteresowaniami. **A żeby wsparcie było efektywne, powinno odpowiadać na indywidualne potrzeby uczniów.**

Należy mieć również na uwadze, że zachowania niepożądane u ucznia z ASD mogą być wołaniem o pomoc w sytuacji, z którą nie radzi sobie sam. Należy pracować z nim relacyjnie, nie karać za te zachowania, ale starać się zauważyć ich przyczynę i funkcję.

Dzięki dobrej organizacji pracy i znajomości ucznia z ASD zarówno nauczyciele, jak również inni pracownicy szkoły, w tym pielęgniarka szkolna są w stanie zapobiegać wielu sytuacjom trudnym i/lub zminimalizować ich natężenie. Jednak należy pamiętać, że zapobieganie nie jest jednoznaczne z unikaniem i jeśli chcemy, aby funkcjonowanie ucznia w klasie było efektywne, to nie podporządkowujemy otoczenia zachowaniom trudnym ucznia z ASD, ale staramy się umożliwić mu przyswojenie akceptowalnych sposobów radzenia sobie w różnych sytuacjach, np., w sytuacji poproszenia kolegi o pomoc, radzenia sobie, gry ktoś zwróci mu uwagę, czy po przegranej w konkursie (Pomorska, 2024).

Uczeń z ASD uczy się poprzez doświadczenie społeczne, zgodnie z pewnymi schematami, stąd wszystkie odstępstwa od planu dnia budzą w nim niepokój, częstokroć prowadzą do frustracji, wycofania lub odmowy współpracy. Dlatego przede wszystkim:

- w kontaktach z uczniem z ASD należy używać prostego, zrozumiałego języka, bez podtekstów, skrótów myślowych, metafor;
- angażując ucznia w działania na terenie klasy, należy odwoływać się do konkretnych przykładów, a polecenia lub oczekiwania przedstawić w formie wizualnej, przy pomocy np. rekwizytów;
- należy posadzić ucznia w oddaleniu od bodźców rozpraszających (np. od okna, od rozpraszającego wyposażenia klasy, np. akwarium) tak, by jego rozproszenie nie powodowało dezorganizacji w klasie;
- ustalamy z uczniem, jak będzie sygnalizował swoje potrzeby, np. potrzebę wyciszenia czy wyjścia z klasy;
- nie należy obrażać się na ucznia za używanie dosadnych sformułowań. Jeśli są one niestosowne, należy dopytać ucznia, dlaczego ich użył;

- pamiętamy, że drogą do rozwoju ucznia z ASD jest stałość, dlatego w sytuacji wprowadzania zmian, np. w planie lekcji, informujemy go o tym;
- chcąc wzmocnić poczucie wartości ucznia, możemy podkreślić ważność jego zainteresowań i wykorzystać je np. do omówienia tematu lekcji;
- mówiąc do ucznia, że np. ma być grzeczny, wyjaśniamy, co termin ten oznacza, ponieważ dla niego jest to sformułowanie abstrakcyjne (Sozańska, 2023).

Niezwykle ważne jest wspieranie ucznia z ASD w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji z rówieśnikami, jak również „poinstruowanie” pozostałych uczniów, jak mogą reagować na zachowania swojego kolegi. Najważniejsze jest, aby u ucznia z ASD wykształciło się jak najwięcej zachowań adaptacyjnych, dzięki którym będzie on niezależny, co z kolei przeloży się na jego efektywne funkcjonowanie w środowisku szkolnym.

5.4. Funkcjonowanie uczniów z ADHD

ADHD w klasyfikacji ICD-10 określone jest jako zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania, F 90.1, (ICD-10, 2009). Natomiast w klasyfikacji ICD-11 ujmowane jest jako zaburzenie neurorozwojowe o podłożu genetycznym, które opisywane jest jako „trwały, czyli utrzymujący się co najmniej 6 miesięcy brak uwagi i/lub hiperaktywności/impulsywności, co ma negatywny wpływ na funkcjonowanie szkolne ucznia” (Józwiak, 2022).

Do głównych objawów ADHD należą:

1. nadruchliwość (nadmierne pobudzenie, nieumiejętność dostosowania swojego zachowania do okoliczności, gadatliwość, nieadekwatna do sytuacji głośność. U młodzieży zauważa się mniejsze przejawy nadmiernej ruchliwości, natomiast częściej występuje uczucie wewnętrznego niepokoju);
2. zaburzenia koncentracji uwagi (pomijanie szczegółów, popełnianie błędów wynikających z niedopatrzenia, brak koncentracji, szczególnie na zadaniach, które nie wzbudzają zainteresowania ucznia, trudności z wykonywaniem zadaniem zgodnie z poleceniem/schematem, niekończenie zadań, trudności z zaplanowaniem aktywności, prokrastynacja, łatwe rozpraszanie się pod wpływem docierających bodźców, zapominanie o codziennych obowiązkach);

3. nadmierna impulsywność (odpowiadanie zanim zostanie usłyszane pytanie, nieumiejętność poczekania na swoją kolej, gadatliwość, mówienie bez zastanowienia i przemyślenia adekwatności wypowiedzi) (Miernik-Jaeschke, Namysłowska, 2016).

Powyższe objawy **dwukrotnie częściej występują u chłopców niż u dziewcząt, u których odmienne symptomy skutkować mogą brakiem diagnozy**. U dziewcząt z ADHD rzadziej występuje nadmierna aktywność i impulsywność, natomiast zdecydowanie częściej mają trudności z koncentracją uwagi (Kowalczyk, 2022).

5.4.1. Trudności i potrzeby uczniów z ADHD

ADHD jest zaburzeniem o przewlekłym charakterze, a trudności występujące w związku z tym zaburzeniem kumulują się w czasie, co bardzo często przekłada się na funkcjonowanie szkolne. Sposób funkcjonowania uczniów z ADHD, tj. trudności z przestrzeganiem zasad, reguł, obowiązków sprawiają, że często są uznawani za osoby problemowe, utrudniające nauczycielowi prowadzenie zajęć, naruszające rutynę szkolną. W ich funkcjonowaniu zauważalne są pochapne działania, wypowiedzi polegające na zaczepianiu innych, prowokowanie sytuacji niebezpiecznych, labilność emocjonalna, krzykliwość, nieumiejętność radzenia sobie z porażkami.

Impulsywność, łatwość obrażania się przez dzieci z ADHD, nieprzemyślane reakcje (dosadne wypowiedzi), drażliwość, kłopoty adaptacyjne powodują trudności w nawiązywaniu i podtrzymywanie przez uczniów z ADHD relacji interpersonalnych (Bobkowicz-Lewartowska, Giers, 2016). Pomimo dobrych intencji, zdarza im się nie odczytać prawidłowo stanu emocjonalnego rówieśników, co powoduje, że są uznawane za nieczułe i niesympatyczne (Góralczyk, 2014).

Blisko połowa uczniów z nadpobudliwością przeżywa odrzucenie ze strony kolegów i koleżanek, co przekłada się na obniżenie ich poczucia własnej wartości, a negatywny obraz własnej osoby znacząco wpływa na ich rozwój społeczno-emocjonalny (Nowak, 2023).

5.4.2. Wsparcie uczniów z ADHD

Mając na uwadze deficyty w zakresie funkcjonowania psychospołecznego uczniów z ADHD nauczyciele, specjaliści, pielęgniarka szkolna powinni myśleć o ich wsparciu w ujęciu całościowym – począwszy od sfery poznawczej poprzez sferę społeczną i emocjonalną. **Najważniejszym elementem wsparcia ucznia z ADHD jest akceptacja i przyjęcie odmienności jego zachowania jako faktu.**

Aby poradzić sobie z nadrucliwością ucznia należy starać się przekierować jego aktywność na określone czynności szkolne, z uwzględnieniem krótkich przerw na rozładowanie energii. W sytuacji nadmiernej impulsywności, labilności, gwałtowności prowadzącej do konfliktów z rówieśnikami niezbędne jest: ustawiczne przypominanie i omawianie reguł zachowania, konsekwencja w przestrzeganiu reguł i zasad, przewidywanie (w miarę możliwości) impulsywnych zachowań ucznia (z wykorzystaniem **obserwacji i opisu zachowania ABC – przyczyna zachowania, zachowanie, konsekwencja zachowania**, co pozwoli na przewidywanie konkretnego zachowania ucznia), umówienie się z uczniem na system sygnałów (znaków) komunikujących określoną potrzebę, sytuację lub zachowanie, omówienie z uczniem konkretnych zdarzeń w kontekście ich przyczyn oraz skutków, ustalenie systemu gratyfikacji pozytywnych dla zachowań pożądanych.

Wiedząc, że uczeń z ADHD ma trudności z koncentracją i podtrzymaniem uwagi, co może obniżać poziom jego osiągnięć szkolnych, zakłócać sprawne wykonywanie zadań, utrudniać mu proces uczenia się warto wdrożyć następujące działania:

- należy stosować krótkie, jasne i zwięzłe polecenia, najlepiej na początku każdej nowej czynności wykonywanej przez ucznia;
- należy pomóc uczniowi wyróżnić najważniejsze informacje niezbędne do wykonania określonego zadania;
- wskazane jest ustalenie z uczniem kolejności wykonywanych zadań i czynności;
- jasne i zrozumiałe powinny być również wymagania i oczekiwania wobec ucznia (Szada-Borzyszkowska, 2010).

Do tego wskazane jest zastosowanie kilku **zasad ogólnych dotyczących wsparcia ucznia z ADHD** w jego funkcjonowaniu w szkole, podczas zajęć lekcyjnych, w tym zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej:

- pomoc uczniowi w koncentrowaniu się na jednej czynności;
- przekazywanie uczniowi jednorazowo jednego polecenia;

- informowanie, jakie czynności będzie wykonywać (w jakiej kolejności);
- cierpliwość i nieponaglanie ucznia w sytuacji wykonywania zadania;
- przypominanie uczniowi, żeby nie spieszył się z wykonywaniem zadania – stosowanie podpowiedzi: pomyśl, zastanów się, przeanalizuj;
- wsparcie ucznia w rozwiązywaniu sytuacji trudnej;
- omawianie z uczniem jego zachowań;
- zaakceptowanie nadpobudliwości ucznia;
- odróżnianie objawów nadpobudliwości psychoruchowej od agresji oraz zachowań niezgodnych z obowiązującymi zasadami wynikających ze złej woli ucznia (Szada-Borzyszkowska, 2010).

5.5. Funkcjonowanie uczniów z dysfunkcją wzroku

Dysfunkcja wzroku to pojęcie określające ograniczenia w funkcjonowaniu analizatora wzrokowego charakteryzujące osoby niewidome⁴, słabowidzące⁵ lub osoby z niedowidzeniem, posiadające niewielki potencjał wzrokowy (Papuda-Dolińska, 2022).

Uczniów z dysfunkcją wzroku różni nie tylko kryterium ostrości wzroku, ale również: pole widzenia, czas powstania niepełnosprawności, dodatkowe niepełnosprawności i rodzaj schorzenia wzroku oraz jego następstwa funkcjonalne.

5.5.1. Następstwa funkcjonalne u uczniów z dysfunkcją wzroku

U uczniów z dysfunkcją wzroku mogą występować trudności z adekwatnym dostosowaniem stanów emocjonalnych oraz zachowań do konkretnych sytuacji szkolnych. Może się to przejawiać w bojaźliwości, wycofaniu, niechęci do angażowania się w nowe sytuacje, wybuchami gniewu lub płaczliwością, niepokojem ruchowym lub apatią, schematyzmami i stereotypami, słabym zaangażowaniem w nawiązywanie lub podtrzymywanie interakcji z rówieśnikami (Belzyt, 2014).

Uczeń słabowidzący lub niewidomy nie jest w stanie zauważyć efektów swoich działań, a co za tym idzie nie ma poczucia kontroli działań i sprawczości. Efektem tego może być słaba aktywność poznawcza i społeczna (Belzyt, 2014).

⁴ Osoby niewidome – ostrość widzenia do 5% (całkowity brak widzenia bez poczucia światła – ostrość widzenia 0%; prawie całkowity brak widzenia – poczucie światła – ostrość poniżej 2%; słabowzroczność głęboka (ślepotą umiarkowaną) – ostrość od 2% do 5%).

⁵ Osoby słabowidzące – ostrość widzenia od 5% do 30% (słabowzroczność znaczna – ostrość poniżej 10%; słabowzroczność umiarkowana – ostrość poniżej 30%).

5.5.2. Wsparcie uczniów z dysfunkcją wzroku

Najważniejszym elementem wsparcia ucznia z dysfunkcją wzroku jest dostępność procesu kształcenia, w tym przede wszystkim dostosowanie otoczenia, stosowanie adekwatnych środków dydaktycznych, dobór metod i form realizacji treści nauczania.

Do szczegółowych sposobów realizowania wsparcia, oprócz zapewnienia realizacji zajęć specjalistycznych oraz dodatkowych zajęć edukacyjnych, należy wsparcie ucznia w bieżącym funkcjonowaniu w szkole poprzez: usuwanie barier utrudniających funkcjonowanie (np. doposażenie miejsca nauki w sprzęt specjalistyczny); zapoznanie ucznia z topografią szkoły; odpowiednie oświetlenie; stosowanie kontrastu; stosowanie powiększonej liniatury; podawanie przedmiotów do obejrzenia z bliska; umożliwienie korzystania z audiobooków; ustalenie pomocy ze strony rówieśników (Papuda-Dolińska, 2022).

5.6. Funkcjonowanie uczniów z niepełnosprawnością słuchu

Grupa uczniów z niepełnosprawnością słuchu zróżnicowana jest zarówno pod względem stopnia i zakresu uszkodzenia słuchu, jak również ze względu na stopień opanowania mowy i słyszenia funkcjonalnego. Stąd wyróżnić można następujące grupy uczniów z uszkodzeniem słuchu:

1. **uczniowie funkcjonalnie słyszący**, wśród których zarówno rozumienie, jak i mówienie nie odbiega od normatywnego rozwoju. Słyszenie jest możliwe dzięki optymalnie dobranym urządzeniom wspomagającym słuch;
2. **uczniowie słabosłyszący**, u których zdiagnozować można: niedokształcenie mowy z powodu uszkodzenia słuchu, opóźniony rozwój mowy z powodu uszkodzenia słuchu oraz dyslalię słuchową, czyli zaburzenie artykulacyjne z powodu uszkodzenia słuchu przy jednoczesnym przyswojeniu systemu językowego;
3. **uczniowie niesłyszący**, u których występuje brak języka w formie dźwiękowej (porozumiewają się za pomocą języka migowego) (Domagała-Zyśk, Bieńkowska, 2022).

5.6.1. Zachowania uczniów z deficytami słuchu

Obraz świata ucznia z dysfunkcją słuchu jest głównie wzrokowy, jednak nie jest on wystarczający do pełnego poznania otaczającej go rzeczywistości. Realizacja roli ucznia wymaga od niego nie tylko przyswojenia wiedzy i umiejętności szkolnych, ale także udziału w życiu klasy oraz nawiązywania relacji społecznych. Jednakże deficyty w zakresie słuchu powodować mogą określone trudności przejawiające się m.in. następującymi zachowaniami:

- uczeń może sprawiać wrażenie nieuważającego podczas zajęć;
- może nie słyszeć instrukcji nauczyciela lub reagować na nie nietypowo;
- z obawy przed porażką może być niechętny do angażowania się w działania klasowe;
- w sytuacjach zabawowych, podczas gier, nie rozumiejąc intencji rówieśników, może reagować nieadekwatnie do sytuacji (Ciupińska, 2016).

5.6.2. Wsparcie uczniów z deficytami słuchu

Aby funkcjonowanie uczniów z deficytami słuchu w grupie zróżnicowanej było efektywne, aby mogli oni brać aktywny udział w lekcjach oraz innych zajęciach szkolnych lub pozaszkolnych należy wdrożyć kilka zasad i strategii:

- stworzenie warunków akustycznych ułatwiających odbiór mowy;
- nauczanie zgodne z modelem projektowania uniwersalnego⁶;
- racjonalne dostosowania i modyfikacje⁷ podczas zajęć;
- bieżące wsparcie ucznia podczas zajęć lekcyjnych/pozalekcyjnych;
- stosowanie fonogestów⁸ (jeśli uczeń korzysta z tej metody);
- stosowanie zapisu symultanicznego, przygotowywanie notatek;
- stosowanie języka migowego, jeśli jest to główny sposób komunikowania ucznia (Domagała-Zyśk, Bieńkowska, 2022).

⁶ Projektowanie uniwersalne to koncepcja projektowania otoczenia w taki sposób, by mogło być ono użytkowane przez wszystkich ludzi lub w możliwie szerokim zakresie, bez potrzeby adaptacji lub specjalnego dostosowywania. Uniwersalne projektowanie nie wyklucza pomocy technicznych dla szczególnych grup osób (np. z niepełnosprawnościami), jeżeli jest to potrzebne. [Zasady uniwersalnego projektowania](#).

⁷ Racjonalne dostosowania i modyfikacje (RDM) to takie zmiany w środowisku uczenia, których celem jest wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów z potrzebami edukacyjnymi, umożliwienie im równego dostępu do edukacji, stworzenie warunków do pełnego rozwoju oraz zmniejszenie trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym (Domagała-Zyśk, 2018).

⁸ Fonogesty - umowne, specjalne ruchy jednej ręki (prawej lub lewej), które wykonuje się podczas mówienia. Są one ściśle zsynchronizowane i harmonijnie połączone z artykulacją. Stanowią uzupełnienie ruchów i układów narządów mowy, które są widoczne w czasie mówienia. (E. Domagała-Zyśk i in., 2021).

5.7. Funkcjonowanie uczniów z chorobami przewlekłymi

Choroba przewlekła, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest schorzeniem o długim czasie trwania i powolnym postępie (Bortkiewicz i in., 2020).

Choroby przewlekłe mogą powodować zmiany w funkcjonowaniu ucznia, a także trudności w zakresie aktywności szkolnych. A przecież uczniowie z chorobami przewlekłymi mają takie same cele, zamierzenia, co ich zdrowi rówieśnicy. Jednak wymaga to od nich zdecydowanie więcej samozaparcia, wysiłku oraz dojrzałości.

W sytuacji, gdy uczestnikiem życia szkolnego jest uczeń z chorobą przewlekłą, wskazane jest, aby w szkole była osoba/osoby, które pomogą mu w radzeniu sobie z chorobą – zazwyczaj jest to pielęgniarka szkolna. Ważne jest, aby zauważać potrzeby ucznia/uczennicy oraz to, jak radzi sobie z całą sytuacją, jakie przeżywa emocje. Należy tak organizować proces wsparcia, aby zapewnić uczniowi/uczennicy poczucie bezpieczeństwa, warunki niezbędne do samorealizacji, tj. przekazać wskazówki i sposoby przystosowania się do niedogodności chorowania, zapewnić i zainicjować aktywność dostępną dla chorego ucznia, umożliwić mu podejmowanie możliwych do zrealizowania ról społecznych (Plichta i in., 2018).

Niezbędne jest wsparcie ucznia z chorobami przewlekłymi w realizowaniu zadań i czynności szkolnych, tj. rozbudzanie jego pasji i zainteresowań, stwarzanie sytuacji, w których będzie mógł wykazać się samodzielnością, kreatywnością, działaniowością, motywowanie go do udziału w czynnościach grupowych/zadaniach realizowanych we współpracy z innymi uczniami. Działania te mają na celu budowanie w uczniu poczucia sprawstwa oraz umożliwienie mu osiągnięcia sukcesu. A ponadto w odniesieniu do zespołu klasowego – dbanie o dobry klimat i przyjazne relacje w zespole zróżnicowanym.

5.8. Podsumowanie

Szkoła włączająca to szkoła, która dostrzega różnorodność – zarówno podobieństwa, jak i różnice, przy czym tych różnic nie podkreśla, nie stygmatyzuje. Bazuje na potencjale uczniów, wykorzystuje różnorodne zasoby do niwelowania barier w rozwoju i edukacji. Kreuje warunki umożliwiające efektywny proces uczenia się każdego ucznia, również w zakresie edukacji zdrowotnej.

Aby było to skuteczne należy odpowiedzieć sobie na pytanie: jak właściwie planować pracę w klasie zróżnicowanej? Odpowiedzią na to pytanie może być

wdrożenie w życie szkolne kilku zasad polegających m.in. na:

- wzajemnym poznaniu uczniów klasy zróżnicowanej;
- stworzeniu przestrzeni do zbudowania wzajemnych relacji, szacunku, empatii;
- zidentyfikowaniu zróżnicowanych potrzeb uczniów;
- ustaleniu celów edukacyjnych dostosowanych potrzeb i możliwości uczniów;
- podejściu multisensorycznym – wykorzystaniu różnych metod, form i środków dydaktycznych do zaangażowania uczniów (można wykorzystać wizualizację, pracę z dźwiękiem, ruchem, dotykiem);
- organizacji pracy w grupach, w których uczniowie mogą się wspierać na-
wzajem – uczniowie z różnymi umiejętnościami mogą się uczyć od siebie;
- wykorzystaniu technologii multimedialnych wspierających proces uczenia się;
- wprowadzeniu zajęć, metod pracy, które rozwijają kompetencje emocjo-
nalno-społeczne uczniów;
- ustaleniu zintegrowanych działań między nauczycielami i specjalistami;
- refleksji nad obszarami edukacyjnymi – regularnym ocenianiu efektyw-
ności metod pracy z klasą zróżnicowaną i wprowadzeniu zmian w razie
potrzeby;
- tworzeniu środowiska, w którym uczniowie czują się akceptowani i
szanowani.

Wdrażanie tych zasad przynosi zdecydowane korzyści dla edukacji wszyst-
kich uczniów, pozytywnie wpływa na ich system wartości i przynosi pozytywne
zmiany w postawach – ogranicza podział na „my” i „oni” oraz pokazuje, że nie
ma znaczących różnic między uczniami z niepełnosprawnościami oraz uczniami
bez niepełnosprawności, że więcej ich łączy, niż dzieli. Dzięki temu wdrażane jest
jedno z przesłań edukacji „Wszystko co dobre dla uczniów z SPE, dobre jest dla
wszystkich uczniów” (Pięć kluczowych przesłań dla edukacji włączającej, 2014,
s. 14).

Bibliografia

1. Belzyt, J. I. (2014). [Uczeń z dysfunkcją wzroku w szkole ogólnodostępnej](#). *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 14, 80-90. (dostęp:26.11.2024 r.).
2. Bobkiewicz-Lewartowska, L., M. Giers, M. (2016). [Spostrzeganie temperamentu dzieci z ADHD przez nauczycieli i rodziców](#), *Kwartalnik Pedagogiczny*, Tom 61, 1 (239), 156-170.
3. Bortkiewicz, A., Szykowska, A., Siedlecka, J., Makowiec-Dąbrowska, T., Gadzicka, E. (2020). [Wybrane choroby przewlekłe i ich czynniki ryzyka u nauczycieli](#). *Medycyna Pracy*, 71(2), 221-231. 10.13075/mp.5893.00831. (dostęp:26.11.2024 r.).
4. Ciupińska, B. (2016). Dziecko z wadą słuchu w roli ucznia. *Konteksty Pedagogiczne*, 2 (7), ss. 139-150. DOI: 10.19265/kp.2016.2.7.123.
5. [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders](#). DSM-5 (2013), Washington, London: American Psychiatric Association. (dostęp:26.11.2024 r.).
6. Domagała-Zyśk E. i in. (2021). [Fonogesty- metoda i jej zastosowanie](#), Warszawa.
7. Domagała-Zyśk, E. (2018). Racjonalne dostosowania i modyfikacje w edukacji uczniów, W: S. Kwiatkowski, *Kompetencje przyszłości*, Warszawa: FRSE.
8. Domagała-Zyśk, E., Bieńkowska, K. (2022). [Uszkodzenie słuchu](#). W: W. Otrębski i in. (red.), *Podręcznik metodyczny. Standardy przebiegu oceny funkcjonalnej oraz planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego* (s. 13-29) Lublin: KUL. (dostęp:26.11.2024 r.).
9. Gluźniewicz, J., Łukasiewicz, I. (2021). [Diagnoza zachowań trudnych osób z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem](#). *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas, Pedagogika*, 71-91. DOI: 10.5604/01.3001.0016.1015 (dostęp:26.11.2024 r.).
10. Góralczyk, E. (2014). *Dziecko nadpobudliwe w szkole. Poradnik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*. Warszawa: Wyd. Fraszka Edukacyjna.
11. Józwiak, J. (2022). [ADHD](#). *PsychiatraPlus*. (dostęp:26.11.2024 r.).
12. Knopik, T. (2018). [Diagnoza funkcjonalna. Planowanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Działania postdiagnostyczne](#). Warszawa: ORE. (dostęp:26.11.2024 r.).
13. [Konwencja o prawach dziecka](#), przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., Dz.U. 1991 nr 120 poz. 526. (dostęp:26.11.2024).
14. [Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych](#), sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz.U. 2012 poz. 1169. (dostęp:26.11.2024).
15. Kowalczyk, T. (2022). [ADHD, niewidzialna choroba](#). *Psychiatria Spersonalizowana*, nr 1(1), 25-31.
16. Kowalski, M., Gawęł, A. (2006), *Zdrowie-wartość-edukacja*, Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
17. Miernik-Jaesckhe, M., Namysłowska, I. (2016). [Zespół nadpobudliwości psychoruchowej \(ADHD\)](#), *Medycyna Praktyczna*.
18. [Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10](#), (2009), Tom 1, Wyd. 8, WHO. (dostęp:26.11.2024 r.).

19. Nowak, K. (2023). [Potrzeby dziecka z ADHD](#). W: B. Olbrych, A. Gotębiowski, A. Ziółkowski (red.), *Innowacje w czasach niepewności* (s. 133-148). Radom: Zeszyt Naukowy Akademii Handlowej Nauk Stosowanych, Tom 8.
20. [Objawy autyzmu - czy to jest autyzm?](#). 2020. (dostęp: 26.11.2024 r.).
21. Ostręga, W., Oblacińska, A., Korzycka, M. (red.). (2020). [Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej. Podręcznik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych](#). Wyd. II popr. i rozszerz., Warszawa: IMiD. (dostęp: 26.11.2024 r.).
22. Papuda-Dolińska, B. (2022). [Dysfunkcja wzroku](#). W: W. Otrębski i in. (red.), *Podręcznik metodyczny. Standardy przebiegu oceny funkcjonalnej oraz planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego* (s. 31-45). Lublin: KUL. (dostęp: 26.11.2024 r.).
23. Papuda-Dolińska, B. (2022). [Wspomaganie rozwoju poznawczego dzieci z dysfunkcją wzroku. Poradnik dla rodziców i nauczycieli](#). Warszawa: IBE. (dostęp: 26.11.2024 r.).
24. Plichta, P., Jagoszewska, I., Gładyszewska-Cylulko, J., Szczupat, B., Drzazga, A., Cytowska, B. (2018). [Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnościami. Charakterystyka, specyfika edukacji i wsparcie](#). Kraków: Wyd. Impuls. (dostęp: 26.11.2024 r.).
25. Pomorska, K. (2024). [Uczeń ze spektrum autyzmu \(ASD\). Informacje dla nauczycieli i rodziców](#). Warszawa: ORE. (dostęp: 26.11.2024 r.).
26. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka. (1948). <https://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html> (dostęp: 26.11.2024 r.).
27. Rozporządzenie MEN z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji, Dz. U. 2024, poz. 50 t.j.
28. Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, Dz. U. 2023, poz. 2468 t.j.
29. Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, Dz. U. 2020, poz. 1309 t.j.
30. Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz. U. 2023, poz. 1798 t.j.
31. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych, Dz. U. 2023, poz. 2572 t.j.
32. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 lutego 2019 r. w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli, Dz. U. 2023, poz. 2736 t.j.
33. Słupek, K. (2018). *Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna, dostosowanie wymagań*. Gdańsk: Harmonia.

34. Sozańska, A. (2023), [Uczeń ze spektrum autyzmu w edukacji włączającej](#). (dostęp: 26.11.2024 r.).
35. Szada-Borzyszkowska, J. (2010). [Dziecko z ADHD wyzwaniem dla nauczycieli i rodziców](#). W: E. Jaszczyszyn, J. Szada-Borzyszkowska (red.), **Edukacja dziecka – mity i fakty** (s. 620-631). Białystok: Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana. (dostęp: 26.11.2024 r.).
36. [The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education - UNESCO Digital Library](#) (1994). (dostęp: 26.11.2024).
37. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe, Dz. U. 2024, poz. 737, 854 t.j.
38. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. 2022, poz. 2123 oraz 2023, poz. 1972.
39. World declaration on education for all. (1990). [World Declaration on Education for All and Framework for Action to Meet Basic Learning Needs - UNESCO Digital Library](#) (1990). (dostęp: 26.11.2024 r.).
40. Wyczesany, J. (2002). *Pedagogika upośledzonych umysłowo*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.



**Instytut
Matki i Dziecka**