



**Instytut
Matki i Dziecka**

Zakład Medycyny Szkolnej

PROFILAKTYCZNE BADANIA LEKARSKIE I INNE ZADANIA LEKARZA W OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI

**Poradnik dla lekarzy
podstawowej opieki zdrowotnej**

**Anna Oblacińska
Barbara Woynarowska**

Warszawa 2002



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

Informacja o autorkach:

Dr n. med. Anna Oblacińska – specjalista pediatrii i medycyny szkolnej, Kierownik Zakładu Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka

Prof. dr hab. med. Barbara Woynarowska – specjalista pediatrii i medycyny szkolnej, koordynator programu polityki zdrowotnej „Wdrażanie standardów w opiece zdrowotnej nad populacją w wieku szkolnym” w Instytucie Matki i Dziecka, Kierownik Katedry Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego

© Copyright by Instytut Matki i Dziecka
Zakład Medycyny Szkolnej

Instytut Matki i Dziecka
Zakład Medycyny Szkolnej
ul. Kasprzaka 17 a
01-211 Warszawa
tel./fax (22) 632 15 49
e – mail: medszkol@imid.med.pl

Projekt okładki: Frycz / Wicha

ISBN 83-88767-25-9

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





SPIS TREŚCI

WSTĘP	8
I. POPULACJA W WIEKU SZKOLNYM I JEJ PROBLEMY ZDROWOTNE	10
1. Charakterystyka demograficzna	10
2. Warunki życia i dorastania dzieci i młodzieży we współczesnym świecie	10
3. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym	14
4. Zdrowie młodzieży w jej subiektywnej ocenie	16
5. Zachowania zdrowotne	17
II. SZKOŁA A ZDROWIE DZIECI I MŁODZIEŻY	22
1. Zmiany w systemie szkolnictwa i ich konsekwencje dla zdrowia dzieci i młodzieży	22
1.1. Nowa struktura systemu edukacji	22
1.2. Reforma programowa	24
1.3. Kształcenie specjalne i integracyjne	24
2. Środowisko szkoły	25
2.1. Środowisko fizyczne szkoły	26
2.2. Środowisko społeczne szkoły	27
2.3. Szkoła promująca zdrowie	28
3. Problemy szkolne dzieci i młodzieży	29
3.1. Trudności w przystosowaniu się uczniów do szkoły	29
3.2. Dyspozycja do pracy szkolnej	30
3.3. Trudności w uczeniu się	30
3.4. Niepowodzenia w szkole	31
3.5. Uczniowie wybitnie zdolni	32
3.6. Fobia szkolna	32
3.7. Przemoc wśród uczniów	33



III. ORZECZNICTWO I PORADNICTWO LEKARSKIE DLA POTRZEB UCZNIÓW I SZKOŁY	36
1. Zdrowotna dojrzałość szkolna	36
2. Orzekanie o zdolności ucznia do wychowania fizycznego i sportu szkolnego	37
3. Poradnictwo w zakresie wyboru zawodu	39
IV. PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI	41
1. Historia i aktualna sytuacja prawna	41
2. Koncepcja	42
3. Cele i główne kierunki działań	43
4. System profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami	44
5. Organizacja i zadania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną	44
5.1. Standardy wymagań w zakresie kwalifikacji i zatrudnienia pielęgniarki i higienistki szkolnej	45
5.2. Standardy postępowania	46
6. Organizacja i zadania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	47
6.1. Standardy wymagań w zakresie kwalifikacji i zatrudnienia lekarza oraz wyposażenia gabinetu lekarskiego	47
6.2. Standardy postępowania	48
V. PROFILAKTYCZNE BADANIA LEKARSKIE DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU SZKOLNYM	53
1. Cele ogólne i specyficzne badań	53
1.1. Cele ogólne badań	53
1.2. Wiek dzieci i młodzieży objętej badaniami	55
1.3. Cele specyficzne badań	56
2. Zakres badania	56
3. Koordynacja i organizacja badań	58
4. Warunki efektywności badań	58
4.1. Organizacja badania	59
4.2. Warunki badania	59



4.3. Postawa lekarza wobec badań profilaktycznych uczniów	59
4.4. Komunikowanie się lekarza z uczniem i jego rodzicami	60
5. Omówienie profilaktycznych badań lekarskich dzieci i młodzieży w poszczególnych grupach wieku / klasach	62
5.1. Badanie dziecka 6-letniego	62
5.2. Badanie ucznia klasy III szkoły podstawowej	67
5.3. Badanie ucznia klasy I gimnazjum	69
1.4. Badanie ucznia klasy I szkoły ponadgimnazjalnej	71
1.5. Badanie ucznia ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej	73
VI. OPIEKA - PORADNICTWO CZYNNE NAD – UCZNIAMI PRZEWLEKLE CHORYMI, NIEPEŁNOSPRAWNYMI ORAZ Z INNYMI PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI I SPOŁECZNYMI	75
1. Uczniowie przewlekle chorzy	76
1.1. Choroby alergiczne	76
1.2. Cukrzyca	77
1.3. Choroby nowotworowe i stany po wyleczeniu nowotworów	79
1.4. Padaczka	80
2. Uczniowie niepełnosprawni	83
2.1. Upośledzenie umysłowe	83
2.2. Niepełnosprawność ruchowa	85
2.3. Dodatkowe uprawnienia uczniów przewlekle chorych i niepełnosprawnych	87
3. Uczniowie z innymi problemami zdrowotnymi i społecznymi	89
3.1. Otyłość	89
3.2. Zaburzenia odżywiania się	91
3.3. Nadpobudliwość psychoruchowa	93
3.4. Depresja młodzieńcza	95
3.5. Uczniowie żyjący z HIV	97
3.6. Nieletnie ciążarne i matki	99
3.7. Dzieci krzywdzone	100



VII. KWALIFIKACJA LEKARSKA UCZNIÓW DO SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH ORAZ ZABEZPIECZENIE POMOCY LEKARSKIEJ NA WYPADEK WYSTĄPIENIA NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU POSZCZEPIENNEGO	105
1. Kwalifikacyjne badania lekarskie przed szczepieniami ochronnymi	105
2. Zabezpieczenie pomocy lekarskiej na wypadek wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych	110
3. Zasady zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych	111
VIII. EDUKACJA ZDROWOTNA DZIECI, MŁODZIEŻY I RODZICÓW	117
1. Specyfika edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży	117
2. Cele edukacji zdrowotnej	119
3. Lekarz jako nauczyciel zdrowia	121
4. Formy edukacji zdrowotnej prowadzonej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	122
ANEKS	124
1. Pomoce i materiały do oceny rozwoju fizycznego (wzrastania i dojrzewania) oraz ciśnienia tętniczego krwi	125
Siatka centylowa wysokości ciała chłopców warszawskich	125
Siatka centylowa masy ciała chłopców warszawskich	126
Siatka centylowa wysokości ciała dziewcząt warszawskich	127
Siatka centylowa masy ciała dziewcząt warszawskich	128
Siatki centylowe proporcji masy ciała do wysokości ciała chłopców war- szawskich	129
Siatki centylowe proporcji masy ciała do wysokości ciała dziewcząt war- szawskich	130
Siatki centylowe wskaźnika względnej masy ciała (BMI) u chłopców i dziewcząt warszawskich	131
Stadia rozwoju wtórnych cech płciowych według Tannera	132
Stadia rozwoju piersi u dziewcząt	132
Stadia rozwoju narządów płciowych u chłopców	133
Stadia rozwoju owłosienia łonowego	134



Ciśnienie tętnicze krwi odpowiadające 90 centylowi i 95 centylowi w zależności od centyla wysokości ciała u chłopców	135
Ciśnienie tętnicze krwi odpowiadające 90 centylowi i 95 centylowi w zależności od centyla wysokości ciała u dziewcząt	136
2. Informacje przydatne w przeprowadzaniu profilaktycznych badań lekarskich i interpretacji ich wyników	137
Ankieta – styl życia i samopoczucie dzieci i młodzieży w wieku szkolnym	137
Czynniki ryzyka miażdżycy	139
Objawy sugerujące krzywdzenie (maltretowanie) dziecka	140
Fizyczne	140
Emocjonalne	141
Seksualne	142
Zaniedbywanie dziecka	143
Zasady badania w celu wykrywania niezstąpionych jąder (wnętrostwa) u chłopców	144
Zdrowie seksualne i prokreacyjne młodzieży	146
3. Kwalifikacja lekarska uczniów do zajęć wychowania fizycznego	153
Grupy na zajęciach wychowania fizycznego i charakterystyka uczniów w tych grupach	153
Zasady kwalifikacji lekarskiej uczniów do zajęć wychowania fizycznego w najczęstszych przewlekłych zaburzeniach i chorobach	154
4. Dokumentacja medyczna uczniów	172
Karta profilaktycznego badania lekarskiego dziecka 6-letniego	172
Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy III szkoły podstawowej	174
Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy I gimnazjum / klasy I szkoły ponadgimnazjalnej	176
Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia kończącego szkołę ponadgimnazjalną	178
Informacja dotycząca szczepienia ochronnego	180



WSTĘP

Dzieci i młodzież w wieku szkolnym (7-19 lat) stanowią liczną (ponad 7 mln osób) populację. Charakterystyczną jej cechą jest dynamiczny rozwój, zwłaszcza w drugiej dekadzie życia, w przebiegu którego, u części osób ujawniają się lub pogłębiają różnorodne zaburzenia. W okresie tym kształtują się także zachowania zdrowotne, które młodzi ludzie wnoszą w swe dorosłe życie i które w największym stopniu determinują zdrowie człowieka w dalszych latach i trudno poddają się zmianom. Z tego też powodu dzieci i młodzież w wieku szkolnym wymaga szczególnej opieki zdrowotnej, ukierunkowanej na profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową oraz promocję zdrowia (działania dla doskonalenia zdrowia).

Uczęszczanie do szkoły jest głównym zadaniem życiowym, a pełnienie roli ucznia jest główną rolą społeczną w tej fazie życia. Dlatego też profilaktyczna opieka zdrowotna nad tą populacją jest, od dawna i we wszystkich krajach, powiązana jest ze szkołą.

Zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej tak licznej grupie uczniów nie jest zadaniem łatwym. W Polsce, w ostatnim półwieczu, koncepcja i organizacja tej opieki zmieniały się co 10-15 lat. Wdrażany obecnie system tej opieki jest efektem kolejnej reformy ochrony zdrowia. Podstawę prawną do jego wdrożenia i realizacji stanowić będzie opracowywana obecnie ustawa o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia i wynikające z niej akty wykonawcze.

Świadczeniodawcami w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami są:

- pielęgniarki lub higienistki szkolne (wykonujące swe zadania na terenie szkoły),
- lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (specjaliści pediatrii, medycyny rodzinnej lub medycyny ogólnej), sprawujący tę opiekę głównie poza szkołą, w zakładzie opieki zdrowotnej lub innym miejscu wykonywania swej praktyki zawodowej, do którego zgłaszają się uczniowie wraz z rodzicami,
- lekarze stomatolodzy w ogólnodostępnej poradni stomatologicznej.

Dlaczego profilaktyczną opiekę lekarską nad uczniami powierzono lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej rezygnując z odrębnego stanowiska lekarza szkolnego? Za decyzją taka przemawiają następujące argumenty:

- ciągłość opieki nad dzieckiem – ten sam lekarz sprawuje opiekę w „zdrowiu” i w „chorobie”,
- dostępność pełnej dokumentacji medycznej,
- postrzeganie rozwoju i zdrowia dziecka w kontekście jego sytuacji rodzinnej,
- badanie ucznia w obecności rodziców (opiekunów), co umożliwia pełny wywiad i przekazanie rodzicom porad i zaleceń lekarskich,
- możliwość edukacji zdrowotnej rodziców,
- tworzenie dla młodzieży wzorców troski rodziców o zdrowie swoich dzieci (w społeczeństwie polskim powszechny jest stereotyp, że za zdrowie dzieci odpowiadają rodzice).



- wiada służba zdrowia, a rodzice są zbyt zajęci, aby zgłaszać się z dzieckiem na badania profilaktyczne),
- uniknięcie dublowania kosztów opieki nad dzieckiem sprawowanej przez dwóch lekarzy – w szkole i w zakładzie opieki zdrowotnej (doświadczenia wskazują na brak przepływu informacji między tymi lekarzami).

Celem niniejszego poradnika jest dostarczenie lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej różnorodnych informacji, które będą mogli wykorzystać w sprawowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Informacje dotyczące bezpośrednio zadań lekarza przedstawiono w szerokim kontekście sytuacji demograficznej, ekonomiczno-społecznej rodzin, zjawisk związanych z okresem transformacji, procesami globalizacji oraz aktualnych problemów i zachowań zdrowotnych młodych ludzi. Takie ujęcie jest zgodne z nowoczesnym, holistycznym podejściem do zdrowia.

Poradnik składa się z ośmiu rozdziałów (w zakończeniu każdego rozdziału podano piśmiennictwo uzupełniające) oraz aneksu, w którym zamieszczono pomoce i dodatkowe materiały przydatne w przeprowadzaniu badań lekarskich uczniów, poradnictwie czynnym w odniesieniu do uczniów przewlekłe chorych i niepełnosprawnych oraz orzecznictwie lekarskim dla potrzeb ucznia i szkoły. Materiały te są publikowane w różnych wydawnictwach, trudno dostępnych dla większości lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Poradnik został przygotowany w bardzo krótkim okresie czasu i przekazany do druku przed zakończeniem prac legislacyjnych, co wynikało z potrzeby przygotowania materiałów merytorycznych dla osób sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami. Z powodu pośpiechu i obciążenia wieloma innymi zadaniami autorkom nie udało się zapewne uniknąć niedostatków w treści i opracowaniu redakcyjnym poradnika. Wyrażamy jednak nadzieję, że w tej niedoskonałej postaci będzie przydatny dla lekarzy rodzinnych i pediatrów. Zamierzamy zwrócić się w przyszłości do wybranych lekarzy z prośbą o ocenę i uwagi, które wykorzystamy w opracowaniu drugiego wydania poradnika.

Anna Oblacińska i Barbara Woynarowska



I. POPULACJA W WIEKU SZKOLNYM I JEJ PROBLEMY ZDROWOTNE

Barbara Woynarowska

Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży, możliwości ich rozwiązywania, w tym także przy udziale lekarzy, należy rozpatrywać w szerokim kontekście.

1. Charakterystyka demograficzna

Liczba dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (7-19 lat) w 2000 r. w Polsce wynosiła prawie 7,8 mln. (20% ogółu populacji). W miastach zamieszkiwało 59%, na wsi 41% osób. Tę grupę wieku cechuje nadwyżka liczby chłopców nad liczbą dziewcząt (na 100 dziewcząt przypada 104 chłopców).

Według prognoz demograficznych liczba osób w wieku szkolnym będzie w najbliższych latach zmniejszała się (do ok. 4,7 mln. w 2015 r.), a następnie zacznie się nieznacznie zwiększać (do ok. 5,3 mln. w 2030 r.)¹. Niż demograficzny w najbliższych kilkunastu latach będzie miał istotny wpływ na system szkolnictwa (zmniejszenie liczby szkół i uczniów). Można oczekiwać zmian pozytywnych (np. zmniejszenia zagęszczenia szkół i poprawy warunków nauczania), a także negatywnych (np. wydłużenie się drogi z domu do szkoły i czasu pobytu uczniów poza domem).

2. Warunki życia i dorastania dzieci i młodzieży we współczesnym świecie

Ostatnie dekady charakteryzują się na całym świecie gwałtownymi zmianami politycznymi, społecznymi i ekonomicznymi, którym towarzyszą różnorodne zjawiska związane z globalizacją. W Polsce, od 1989 r., trwa nieprzerwanie zmiana społeczna, której tempo, głębokość i zakres należą do największych, jakich kiedykolwiek doświadczyły państwa porównywalnej wielkości w czasach pokoju². Sytuacja ta stwarza wiele zagrożeń dla zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży.

Sytuacja ekonomiczno-społeczna rodzin

Czynniki ekonomiczno-społeczne uznaje się obecnie za główne determinanty zdrowia populacji i jednostki w każdym wieku. Decydują one o stylu życia ludzi, ich działaniach na rzecz własnego zdrowia, a także korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, przestrzeganiu zaleceń lekarskich itd. W tej grupie czynników znajdują się m. in. dochody, poziom wykształcenia, status społeczny, a także poczucie bezpieczeństwa w domu, miejscu zamieszkania, dostępność i korzystanie z wsparcia społecznego. Wśród zjawisk „nowych” – związanych z okresem transformacji ustrojowej oraz” starych” – utrzymujących się od wielu lat, które mogą w istotny sposób determinować stan zdrowia dzieci i młodzieży należy wymienić:

¹Główny Urząd Statystyczny: Rocznik demograficzny 2001. GUS, Warszawa 2001.

²Sztompka P.: Trauma wielkiej zmiany: społeczne koszty transformacji. Instytut Studiów Politycznych PAN, Warszawa 2000.



Tabela 1. Wybrane elementy „Diagnozy społecznej 2000” [2], które mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie dzieci i młodzieży. Badania ogólnopolskie w grupie 3007 gospodarstw domowych (nazwiska w nawiasach odnoszą się do autorów poszczególnych rozdziałów „Diagnozy społecznej 2000”)

	% gospodarstw domowych
Warunki życia gospodarstw domowych (T. Panek, J. Czapiński)	
Radzą sobie przy uzyskiwanych dochodach z:	
- wielką trudnością	30
- trudnością	26
Stale dochody nie pozwalają na zabezpieczenie podstawowych potrzeb	45
Pieniędzy:	
- starcza na najtańsze jedzenie, ubranie i opłatę za mieszkanie	24
- starcza na najtańsze jedzenie ale nie na ubranie i opłatę za mieszkanie	16
- nie starcza nawet na najtańsze jedzenie	2
Nie uiszczają czynszu i stałych opłat za mieszkanie	20
Nie posiadają żadnych oszczędności	80
Musiało ze względów finansowych zrezygnować w 1999 r. z:	
- uczestnictwa w kulturze (kina, teatru, muzeum)	40
- zakupu książki	43
- wyjazdu wypoczynkowego rodziny	61
Ochrona zdrowia (K. Tymowska)	
Rezygnacja w ostatnich 3 miesiącach z wizyty lekarskiej z powodu kłopotliwości i uciążliwości	33
Rezygnacja w ostatnim roku ze świadczeń zdrowotnych z powodu trudności finansowych z:	
- usług lekarza	25
- leczenia zębów	38
- zakupu leków	36
Edukacja (J. Auleytner, J. Gęsiński)	
Nie kontynuowanie w ostatnich 3 latach nauki po ukończeniu	
- szkoły podstawowej	3
- zasadniczej szkoły zawodowej	47
Nie uczy się w grupie wiekowej 18-24 lata	56
Rezygnacja z powodu trudności finansowych z:	
- zajęć dodatkowych dla dzieci	22
- obiadów w szkole	8
- korepetycji	17

- **Rozwarstwienie społeczeństwa i wzrost sfery ubóstwa.** Jak wynika z „Diagnozy społecznej 2000” [2] w prawie połowie (45%) gospodarstw domowych stale dochody



nie pozwalają na zabezpieczenie podstawowych potrzeb, 1/3 rodzin zrezygnowała w ostatnim roku ze świadczeń zdrowotnych z powodu trudności finansowych, co piąta rodzina miała trudności finansowe w kształceniu dzieci (tab. 1). Szczególne nierówności społeczne dotyczą rodzin na wsi i wielodzietnych [1].

- **Bezrobocie**, dotyczące około 20% ogółu cywilnej ludności, aktywnej zawodowo. Można więc szacować, że co piąty-szósty uczeń żyje w rodzinie dotkniętej bezrobociem. Zagrożenie bezrobociem u młodych ludzi, absolwentów szkół, jest źródłem frustracji i niepokoju u uczniów szkół ponadgimnazjalnych.
- **Niski poziom wykształcenia większości rodziców uczniów**. Mimo wzrostu aspiracji edukacyjnych społeczeństwa, w 2000 r. tylko 9,1 % ludności (w wieku 15 lat i powyżej) miało wykształcenie wyższe, a 29,9 % wykształcenie średnie¹.
- **Wydłużenie czasu pracy części rodziców** utrudniające opiekę nad dziećmi, wychowywanie i wspieranie ich w trudnych sytuacjach, a także zgłaszanie się na badania profilaktyczne, współpracę ze szkołą. Silnie zakorzeniony w społeczeństwie polskim stereotyp, że za zdrowie dziecka odpowiada służba zdrowia², prowadzi do wyrażanej w różnych środowiskach opinii o konieczności zwalniania zapracowanych rodziców z obowiązku zgłaszania się ze swym dzieckiem na badania profilaktyczne.
- **Brak infrastruktury w środowisku lokalnym** umożliwiającej dzieciom i młodzieży prozdrowotny styl życia, w tym szczególnie zajęcia ruchowe i uczestnictwo w kulturze. Ograniczenie środków na kulturę fizyczną i wypoczynek dzieci spowodowało gwałtowny wzrost kosztów korzystania z nich. Ze względów finansowych znacznie zmniejszyła się też oferta zajęć dodatkowych w szkole. W większości miejscowości w Polsce nie ma dla młodzieży żadnej atrakcyjnej oferty spędzania czasu wolnego, „konkurencyjnej” dla pubu, oglądania przez wiele godzin telewizji, kontaktów z grupami nieformalnymi (np. grupy tzw. blockersów).
- **Oslabienie poczucia bezpieczeństwa osobistego** ludzi spowodowane m. in.: narastającą przestępczością w miejscu zamieszkania, miejscach publicznych i środkach transportu, a także zjawiskami globalnymi jak terroryzm (o nieprzewidywalnej formie i skutkach), agresja w środkach społecznego przekazu. Sytuacja ta powoduje ograniczenie niezależności i mobilności dzieci, a także ich spontanicznej aktywności ruchowej.
- **Wydłużenie się drogi do szkoły**, zwłaszcza u uczniów gimnazjów. W 2002 r., w reprezentatywnej grupie uczniów klas I i III gimnazjów, 38% dojeżdżało do szkół różnymi środkami lokomocji (tylko 18% autobusem szkolnym); 37% poświęcało na drogę z domu do szkoły i z powrotem więcej niż 30 min. (7% dłużej niż 1 godz.). Powoduje to wydłużenie się czasu pobytu dziecka poza domem. Równocześnie w 2002 r. - 29%

¹ Główny Urząd Statystyczny: Rocznik Statystyczny GUS 2001

² Zgodnie z powszechnie akceptowaną koncepcją M. Lalonde’a głównym czynnikiem determinującym zdrowie jednostki jest styl życia (50-60%), następnie czynniki genetyczne i środowiskowe (po ok. 20%), udział służby zdrowia określa się tylko na 10-15%.



uczniów ww. klas nie zjadało w szkole żadnego posiłku. Tylko co trzecia szkoła przygotowuje obiady (jedno-lub dwudaniowe), ale odsetek uczniów korzystających z nich waha się od 10% do 25% w zależności od typu i lokalizacji szkoły.

- ***Utrzymujący się wysoki odsetek rodzin niewydolnych wychowawczo, z różnorodną patologią społeczną***, w tym zwłaszcza problemem alkoholowym, przemocą w rodzinie, której ofiarami są również dzieci. W drugiej połowie lat 90. zaznaczyła się w Polsce tendencja do zmniejszenia konsumpcji alkoholu i korzystna zmiana jej struktury (spadek spożycia wódki, wzrost spożycia piwa). Mimo to, według szacunków Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, uzależnionych od alkoholu jest około 800 tys. osób, a ponad 2,5 mln. go nadużywa. Można zatem przyjąć, że co najmniej 10 - 15 % dzieci wychowywanych jest w rodzinach z problemem alkoholowym.

Wymienione wyżej zjawiska doprowadziły do nasilenia się nierówności społecznych, które są jedną w przyczyn nierówności w zdrowiu. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej staje więc bardzo często przed problemem i skutkami tych nierówności. Jak rozmawiać i jakiej porady udzielić młodym pacjentom z rodzin ubogich, zmarginalizowanych, dotkniętych bezrobociem i patologią społeczną, zagrożonych dziedziczeniem biedy i „syndromu opuszczonych rąk” lub „wyuczonej bezradności”?¹

Zmiany o charakterze globalnym

Na opisane wyżej przemiany i nowe warunki społeczno-kulturowe w kraju nakłada się proces globalizacji, rozwój telekomunikacji (Internet), turystyki, reklama. Powoduje to m.in. wzrost podaży substancji psychoaktywnych, rozwój postaw rywalizacyjnych i konsumpcyjnych, przenoszenie się między kulturami wzorów zachowań, dążeń i potrzeb (w piśmiennictwie amerykańskim używa się nawet określenia „globalne nastolatki”). Docierające z różnych źródeł (m.in. z reklam) wzorce mogą być niekorzystne dla zdrowia młodzieży np. moda na szczupłą sylwetkę kobietą i diety odchudzające². Ogromna podaż i intensywna reklama produktów typu „fast food”, słodczy oraz napojów „soft drink” spowodowały zmiany w żywieniu młodzieży, która może sama decydować o spożywaniu tych produktów. W Polsce w ostatniej dekadzie wśród młodzieży w wieku 11-15 lat zwiększył się odsetek:

- dziewcząt, które: uważały, że są za „grube” (1994 – 38%, 2002 - 46%), stosują lub powinny stosować dietę odchudzającą (odpowiednio 30% i 37%);
- nastolatków pijących często coca colę i inne słodkie napoje gazowane (np. u chłopców w 1990 r. – 30%, 1998 r. – 47%) [6].

Przedstawione dane wskazują, że warunki życia i dorastania dzieci, a zwłaszcza młodzieży w drugiej dekadzie życia, we współczesnym, gwałtownie zmieniającym się

¹ Roter A.: Metodyka pracy z dzieckiem z rodziny dotkniętej ubóstwem społecznym. Auxilium Sociale 2001, 2, I-XVI (Wkładka informacyjna).

² Melosik Z.: Tyrania ciała szczupłego. W: Melosik Z. (red). Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji. Wydaw. Edytor, Toruń 1999, s. 139.



świecie są niezwykle trudne i złożone. Znaczna część dzieci i młodzieży ma trudności w poszukiwaniu własnej tożsamości, radzeniu sobie ze stresami i niepowodzeniami w społeczeństwie konsumpcyjnym, z silnie zaznaczonymi nierównościami społecznymi, komercyjną kulturą młodzieżową i narastającym dystansem międzypokoleniowym¹. Zdaniem B. Fatygi nowe warunki społeczno-kulturowe „produkują” nowych ludzi. Współczesną młodzież powyżej 15 r. życia cechuje m.in.:

- optymizm i wiara we własne siły; omijanie niewygodnych, konfliktowych sytuacji zamiast otwartego buntu,
- nowy rodzaj indywidualizmu, pragmatycznego i nastawionego na ochronę własnego ja,
- rozluźnienie i zróżnicowanie więzi z rodzicami, szkołą, Kościołem,
- rzadsze posiadanie bliskich przyjaciół, na rzecz sieci „kumpli” i znajomych².

Ludzie dorośli - rodzice i nauczyciele - mają coraz częściej trudności w zrozumieniu swych dorastających dzieci i uczniów, gdyż postrzegają ich zachowania z perspektywy doświadczeń z własnego dzieciństwa i młodości. Te doświadczenia, sprzed 20-30 lat, są niemożliwe do powtórzenia we współczesnym świecie. Z faktu tego powinni sobie zdawać również sprawę lekarze opiekujący się dziećmi i młodzieżą, zwłaszcza w okresie dojrzewania i dorastania. Aby zrozumieć i wspierać swych młodocianych pacjentów powinni postrzegać ich problemy w szerokim kontekście.

3. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

Główne problemy zdrowotne

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

- **Wypadki, urazy i zatrucia.** Są one pierwszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży. W latach 90. rejestrowano średnio rocznie 2110 zgonów z powodu urazów i 97 tys. przypadków hospitalizacji dzieci i młodzieży w wieku 5 - 19 lat z tego powodu. Zgony te stanowią w wieku 10 - 14 lat – 47%, a w wieku 15 - 19 lat - 65% ogółu zgonów. Główną ich przyczyną są wypadki drogowe, samobójstwa i utonięcia. Umieralność dzieci i młodzieży z powodu wypadków utrzymuje się w Polsce na dość stałym poziomie, dwu-trzykrotnie wyższym niż w rozwiniętych krajach Europy. W 1998 r., wśród uczniów w wieku 11 - 15 lat, co czwarty (24%) uległ urazowi wymagającemu pomocy medycznej, a ponadto co trzeci łżejszemu urazowi, w którym ta pomoc nie była konieczna. Można szacować, że rocznie około 2,0 mln. uczniów w wieku 7 - 19 lat wymaga pomocy medycznej z powodu urazów. Najczęściej urazy te zdarzały się w czasie zajęć sportowych (27%); głównymi miejscami urazów była szkoła (26%) i dom (25%).

¹ Mead M.: Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego. Wydaw. Naukowe PWN, Warszawa 2000.

² Fatyga B.: Młodzież u progu stulecia. Remedium 2001 6, 14-16.



- **Próchnica zębów i choroby przyzębia.** Próchnica zębów jest najczęstszym zaburzeniem w populacji w wieku szkolnym - występuje u 92% dzieci 7-letnich i 98% młodzieży 18-letniej. Towarzyszą jej choroby przyzębia (zapalenia dziąseł występują u ponad 55% 12-latków). W okresie dojrzewania zwiększa się podatność na te choroby (niedojrzałość szkliska nowo wyrżniętych zębów, zmiany hormonalne).
- **Problemy zdrowia psychospołecznego.** Nie dysponujemy danymi o ich rzeczywistym rozpowszechnieniu. Wśród pacjentów poradni zdrowia psychicznego 10% to dzieci i młodzież do lat 19 (stanowią one 5% ogółu leczonych w psychiatrycznych zakładach opieki stacjonarnej). Dane te nie obrazują jednak rzeczywistej częstości występowania u młodzieży zaburzeń zdrowia psychicznego. Według danych szacunkowych ok. 15-20 % młodzieży wymaga opieki psychologiczno-psychiatrycznej. Wyraźnie zwiększa się liczba samobójstw. Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że w grupie wieku 15 - 19 lat liczba zarejestrowanych samobójstw dokonanych i usiłowanych wynosiła – 211 w 1990 r., 460 w 2000 r. (w grupie wieku do 14 r. ż. odpowiednio 37 i 77)¹.
- **Choroby przewlekłe i niepełnosprawność.** Według danych GUS² w 1996 r.:
 - Za niepełnosprawnych w grupie wieku 5 - 14 lat uznano 3,5% dzieci, a w wieku 15 - 19 lat 1,9% młodzieży, co oznacza, że niepełnosprawność dotyczy co 50-tej osoby w tym wieku. Wśród tych osób 60% posiadało orzeczenie o inwalidztwie, a 1/5 zmuszona była do przebywania w łóżku lub w domu i jego pobliżu;
 - Odsetek przewlekłe chorych w grupie 10 - 14 lat wynosił 28% (wg opinii rodziców), a w wieku 15 - 19 lat – 29% (opinie badanych). Do najczęstszych chorób należały: uczulenia i alergie (ok. 10% populacji), choroby i zaburzenia statyczne układu ruchu (odpowiednio 11% i 7%) oraz choroby układu oddechowego, nerwice i choroby psychiczne (3-4%).
- **Choroby zakaźne.** Dzięki masowym szczepieniom ochronnym sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych uległa zdecydowanej poprawie. U młodzieży w wieku 15 - 19 lat problemem pozostaje:
 - Gruźlica – w 2000 r. zachorowało na nią 241 osób w wieku 15 - 19 lat (7,2 na 100 tys.); nadal utrzymują się duże współczynniki zachorowalności w porównaniu do krajów Europy zachodniej;
 - Choroby przenoszone drogą płciową – wśród chorych na rzeżączkę młodzież stanowiła 8%, a na kiłę – 6% ogółu chorych (w latach 90. wyraźna była tendencja zniżkowa);
 - Zakażenie HIV – według danych szacunkowych młodzież do lat 20 stanowi 10% ogółu zakażonych czyli prawdopodobnie jest to grupa ok. 1500 osób.

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

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



- **Inne problemy zdrowotne.** Wśród zaburzeń w stanie zdrowia utrzymujących się od dawna na podobnym poziomie należy wymienić:
 - Zaburzenia narządów zmysłów: wzroku (u ok. 15 - 25%), słuchu (ok. 10%) oraz mowy (ok. 10%);
 - Zaburzenia wzrastania i dojrzewania (ok. 10%) oraz otyłość (7 - 15%);
 - Zaburzenia układu ruchu (8 - 10%).
- **„Nowe” problemy zdrowotne.** Należą do nich m.in.:
 - Stosowanie przez dziewczęta diet odchudzających, często niedoborowych (w 2002 r. wśród 15-latek stosowało ją 25% dziewcząt, a 31% uważało, że powinno ją stosować; odsetek ten wykazuje tendencję zwyżkową);
 - Stosowanie przez chłopców sterydów lub innych środków anabolicznych (dopingowych); w 1998 r. stosowało je 5% chłopców w wieku 13 i 15 lat, dotyczyło to zwłaszcza chłopców uważających się za zbyt szczupłych [5];
 - Przemoc w szkole – w 1998 r. prawie co trzeci uczeń w wieku 11-15 lat był sprawcą lub ofiarą tej przemocy [5];
 - Cięża młodocianych – w 2000 r. urodziło żywe dziecko 13 918 dziewcząt w wieku lat 18 i młodszym (379 w wieku 15 lat i mniej); w grupie wieku 15 - 19 lat wskaźnik płodności (liczba żywych urodzeń na 1000 dziewcząt) wynosił 17 (w Holandii i Szwajcarii 5, Włoszech i Hiszpanii 6 - 7, Francji i Finlandii 9)¹; w ostatnich latach, w Polsce, zmniejszaniu się ogólnej liczby porodów towarzyszyło utrzymywanie się na tym samym poziomie porodów wśród nastolatek 17-letnich i młodszych.

4. Zdrowie młodzieży w jej subiektywnej ocenie

W subiektywnej ocenie² młodzieży obraz jej zdrowia jest zdecydowanie bardziej korzystny, niż wskazują na to przedstawione wyżej obiektywne lub szacunkowe dane epidemiologiczne. Z badań GUS wynika, że 86% młodzieży w wieku 15 - 19 lat ocenia swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre (28%). Wyniki badań 11 - 15-latków wskazują, że znaczna większość uważa, że jest: zdrowa lub bardzo zdrowa (87%), sprawna fizycznie (82%), nie cierpi na żadną przewlekłą chorobę (88%), jest zadowolona ze swego obecnego życia (86%), rzadko odczuwa samotność (82%), bezradność (91%), zawsze lub często wierzy w siebie (70%). Równocześnie u znacznego odsetka młodzieży występują często (prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu) różnorodne dolegliwości i niekorzystne stany emocjonalne (tab. 2).

Percepcja własnego zdrowia i samopoczucie psychiczne jest zdecydowanie gorsze u dziewcząt niż u chłopców oraz u młodzieży 15-letniej niż 11-letniej. Dane te wskazują, że co piąty-szósty nastolatek ma problemy natury psychicznej (psychosomatycznej), w których rozwiązaniu potrzebne mu jest wsparcie społeczne i pomoc profesjonalna.

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

² We współczesnych badaniach nad stanem zdrowia uwzględnia się jego subiektywną ocenę (zdrowie subiektywne). Takie podejście, zalecane przez WHO, zostało wykorzystane w 1996 r. przez GUS w badaniach nad stanem zdrowia ludności Polski.



Tabela 2. Młodzież w wieku 11, 13 i 15 lat, która negatywnie ocenia swoje zdrowie, samopoczucie psychiczne oraz odczuwa różnorodne dolegliwości i stany emocjonalne - w Polsce w 1998 r. (w nawiasach dane z 1994 r.) – % badanych

	Chłopcy (N=2405)	Dziewczęta (N=2456)
Nie są całkiem zdrowi Chorują na chorobę przewlekłą	8 (7) 11	18 (15) 14
Niezadowoleni lub raczej niezadowoleni ze swego obecnego życia Wierzą w siebie rzadko lub nigdy Mają poczucie samotności często lub bardzo często	11 (8) 8 (3) 13 (7)	18 (13) 13 (6) 23 23
Dolegliwości i stany emocjonalne często* występujące w ostatnich 6 miesiącach: ból głowy ból brzucha przygnębienie rozdrażnienie lub zły humor zdenerwowanie trudności w zasypianiu	11 (8) 6 (4) 9 (5) 21 (17) 31 (25) 14 (10)	23 (18) 15 (10) 17 (10) 29 (24) 43 (39) 18 (15)

*prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu
Źródło: Woynarowska B., Mazur J. [6]

W latach 1994-98 nastąpiło wiele niekorzystnych zmian w samopoczuciu psychicznym młodzieży, zwiększył się odsetek niezadowolonych ze swego życia, odczuwających samotność, brak wiary w siebie, dolegliwości bólowe i stany emocjonalne (tab. 2). To pogorszenie się „kondycji” psychicznej młodych ludzi może być związane z nasilającymi się trudnościami dorastania w gwałtownie zmieniającym się świecie. Odsetek młodzieży odczuwającej często zdenerwowanie i przyjmującej leki z tego powodu jest w Polsce największy wśród 29 krajów (np. 4 razy większy niż w Danii) [6].

5. Zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne w największym stopniu decydują o zdrowiu jednostki i większość jego zaburzeń ma podłoże behawioralne. Zachowania te, ukształtowane w drugiej dekadzie życia, decydują o stylu życia i zdrowiu ludzi dorosłych. Skutki niedostatków zachowań prozdrowotnych oraz zachowań ryzykownych dla zdrowia pojawiają się zwykle dopiero po wielu latach. Młodzi ludzie nie dostrzegają więc bezpo-



średniego związku między swymi zachowaniami a zdrowiem i są mało podatni na oddziaływania edukacyjne.

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

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

Niedostatki zachowań prozdrowotnych

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

- Zbyt małą aktywność fizyczną (w czasie wolnym ćwiczenia fizyczne zbyt rzadko lub zbyt krótko wykonuje prawie co trzeci chłopiec i co druga dziewczyna) i unieruchomienie, związane z oglądaniem telewizji (ogląda ją 4 godz. i dłużej dziennie 41% chłopców i 28% dziewcząt);
- Niedostatki w zakresie spożywania podstawowych produktów i posiłków (nie spożywa codziennie: warzyw, ciemnego pieczywa - 60 - 70%, mleka 41%, śniadania - 18%, posiłku w szkole 21% młodzieży); zbyt częste spożywanie słodczy i słodkich napojów gazowanych (dotyczy ok. 40% nastolatków);
- Niedostatki higieny jamy ustnej (w 2002 r. czyściło zęby częściej niż 1 raz dziennie tylko 52% chłopców i 75% dziewcząt).

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

Zachowania ryzykowne dla zdrowia

W drugiej dekadzie życia narasta częstość wielu zachowań ryzykownych dla zdrowia. W zależności od rodzaju zachowań dotyczą one 10 - 50% młodych ludzi (tab. 3). Wiele z nich z fazy eksperymentowania utrwała się, najczęściej w wieku 17 - 19 lat.

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



Tabela 3. Zachowania ryzykowne dla zdrowia u młodzieży szkolnej, w wieku 11-17 lat w 1998 r. – próba reprezentatywna (w nawiasach dane z 1990 r.) - % badanych

Rodzaj zachowań	Chłopcy	Dziewczęta
Palenie tytoniu (11-15 lat)		
Palą z różną częstotliwością	19 (19)	13 (7)
Palą codziennie	9 (6)	5 (2)
Picie alkoholu (11-15 lat)		
Byli w stanie upojenia alkoholowego:		
1-3 razy	26 (23)	19 (10)
4 razy i więcej	32 (5)	3 (1)
Piją piwo w każdym tygodniu	10 (5)	3 (1)
Używanie innych substancji psychoaktywnych (13 i 15 lat)		
Używali co najmniej jednej z 11-tu substancji	23	20
Używali co najmniej 1 raz:		
leków nasennych i uspokajających	7	13
środków wziewnych	7	5
marihuany lub haszyszu	14	5
amfetaminy	6	2
LSD lub innych halucynogenów	4	1
heroiny	2	0,6
ecstasy	4	2
sterydów anabolicznych	5	1
polskiej heroiny (kompotu)	3	2
Podjęli stosunki seksualne		
15 lat	30 (17)	13 (5)
17 lat	46 (36)	32 (18)
Zachowania ryzykowne w ruchu drogowym (11-15 lat)		
Zapinają pasy bezpieczeństwa w samochodzie tylko czasem, rzadko lub nigdy	27	24
Nie zakładają kasku w czasie jazdy rowerem	88	89

Źródło: Woynarowska B., Mazur J. [6]

W drugiej połowie lat 90. zwiększyła się także częstość picia przez młodzież napojów alkoholowych, zwłaszcza piwa oraz używania innych substancji psychoaktywnych - narkotyków. W 1999 r. w Polsce, w reprezentatywnej grupie uczniów szkół ponadpodstawowych, próbowało chociaż jeden raz w życiu: jakiegokolwiek nielegalnej sub-





stancji psychoaktywnej 19% uczniów klas I (15-16 lat) i 26% uczniów klas III (17-18 lat); leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza, odpowiednio 18% i 26%. Rozpowszechnienie używania nielegalnych substancji jest większe u chłopców niż u dziewcząt i w latach 1995-1999 wyraźnie zwiększyło się, poza substancjami wziewnymi (tab. 4), mimo realizacji w szkołach wielu programów profilaktycznych. Największym zagrożeniem jest znaczne zwiększenie się odsetka młodzieży eksperymentującej z heroiną (brown sugar) i z amfetaminą [4].

Tabela 4. Używanie przez uczniów klas III (17-18 lat) szkół ponadpodstawowych w Polsce substancji psychoaktywnych przynajmniej jeden raz w życiu w 1995 i 1999 r. – % badanych

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

Źródło: Sierosławski J., Zieliński A. [4]

Zachowania ryzykowne mają tendencję do współwystępowania, co określa się jako zespół lub syndrom zachowań ryzykownych. Nie należy go traktować jako izolowanego problemu, lecz jako objaw trudności dorastania we współczesnym świecie. Według:

- J. Sierosławskiego i A. Zielińskiego [4] jest to „efekt głębokiej zmiany obyczajowej, której dotychczasowe zabiegi profilaktyczne nie są w stanie skutecznie przeciwstawić się. Dla odwrócenia obecnego trendu, jeśli jest to w ogóle możliwe, potrzebna jest mobilizacja całego społeczeństwa oparta na pełnym konsensusie co do celu, jaki chcemy osiągnąć. (...) Zastanowienia wymaga kwestia oferty dla młodych ludzi używających względnie często substancji nielegalnych. Wielu z nich nie da się przekonać do zamiany tego stylu życia, konieczne wydaje się zatem zadbanie o minimalizację szkód do jakich to może prowadzić”;
- B. Fatygi i J. Rogali-Oblękowskiej [3] „eksperymentowanie ze środkami uzależniającymi można rozumieć jako formę sprzeciwu wobec norm obowiązujących



w globalnym społeczeństwie; korzenie zaś tego sprzeciwu tkwią w braku zrozumienia i akceptacji ze strony świata dorosłych, w tym także przedstawicieli tego świata w najbliższym otoczeniu społecznym młodzieży, do którego należą rodzice i nauczyciele”. W zakończeniu swej monografii autorki dają następujące „dobre i krótkie rady”:

RODZICE – kochajcie swoje dzieci!

NAUCZYCIELE – słuchajcie, co młodzież do Was mówi; nie zapominajcie, że nagrody w procesie wychowawczym są bardziej skuteczne niż kary!

PROFILAKTYCY I ANIMATORZY – nie przeceniajcie swojej wiedzy! Musicie uczyć się wraz z młodzieżą!

DOROŚLI W OGÓLE – pamiętajcie, że budujecie sobie świat, w którym będziecie żyli jako starzy i słabi ludzie!

MEDIA – nie zapominajcie, że – czy tego chcecie, czy nie – jesteście partnerami w wychowaniu młodzieży!

I wreszcie:

MŁODZI LUDZIE – nie wszyscy dorośli to *sztwywniaki*, warto czasem im zaufać!

Piśmiennictwo uzupełniające

1. *Balcerzak-Paradowska B.* (red.): Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 1999.
2. *Czapiński J., Panek T.* (red.): Diagnoza społeczna 2000. Warunki i jakość życia Polaków i ich doświadczenia z reformami systemowymi po 10 latach transformacji. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2001.
3. *Fatyga B., Rogala-Oblękowska J.*: Style życia młodzieży a narkotyki. Wyniki badań empirycznych. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.
4. *Sierosławski J., Zieliński A.*: Narkotyki a młodzież. Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków. Serwis Informacyjny Narkomania 2000, 12-13, 26-46.
5. *McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H.*: Zagrożona młodzież. Ujęcie kompleksowe dla pracowników poradni, nauczycieli, psychologów i pracowników socjalnych. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2001.
6. *Woynarowska B., Mazur J.*: Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2000.



II. SZKOŁA A ZDROWIE DZIECI I MŁODZIEŻY

Barbara Woynarowska

1. Zmiany w systemie edukacji i ich konsekwencje dla zdrowia dzieci i młodzieży

W 1999 r. rozpoczęto w Polsce reformę systemu edukacji obejmującą zmiany strukturalne i programowe.

1.1. Nowa struktura systemu edukacji

Nowy system edukacji dzieci i młodzieży (ryc. 1) tworzą:

- szkoła podstawowa – 6 letnia, w tym: I etap nauczania klasy I-III (nauczanie początkowe), II etap – klasy IV-VI,
- gimnazjum – 3 letnie,
- szkoły ponadgimnazjalne, w tym: liceum ogólnokształcące i liceum profilowane – 3 letnie, technikum – 4 letnie, zasadnicza szkoła zawodowa – 2-3-letnia oraz liceum uzupełniające 2-letnie i technikum uzupełniające 3-letnie dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych (umożliwiające uzyskanie świadectwa dojrzałości po zdaniu egzaminu maturalnego).

W obecnym systemie przewiduje się sprawdzian w ostatnim roku nauki w szkole podstawowej oraz egzamin w ostatniej klasie gimnazjum dający możliwość dalszego kształcenia się w szkołach ponadgimnazjalnych.

Obecnie obowiązkowa nauka w polskim systemie edukacji rozpoczyna się w wieku 7 lat i jest obowiązkowa do ukończenia 18 roku życia. W latach 70. wprowadzono elementy nauczania dla dzieci 6-letnich (tzw. klasy zerowe). Nauczanie to nie było jednak obligatoryjne. W roku szkolnym 2001/2002 z edukacji przedszkolnej korzystało 96 % 6-latków w mieście i 87% na wsi. Oznacza to, że 13% dzieci wiejskich nie korzystało nawet z rocznego przygotowania przedszkolnego (odsetek dzieci w wieku 3-6 lat uczęszczających do placówek wychowania przedszkolnego wynosił 64% w mieście i 35% na wsi), co powodowało nierówności w szansach edukacyjnych dzieci.

Od września 2003 r. Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu planuje włączenie dzieci 6-letnich do systemu edukacji, traktując to jako jeden ze sposobów wyrównywania szans edukacyjnych. Tak więc nauka szkolna będzie obowiązkowa od 6 roku życia. Wyniki wielu badań oraz raporty UNICEF wskazują, że zdolności percepcyjne dzieci 5-letnich umożliwiają podjęcie nauki w tak wczesnym wieku, co jest zresztą praktykowane od dawna w większości krajów Europy. Nie ma jeszcze ostatecznej decyzji co do wyboru sposobu (koncepcji) włączenia dzieci 6-letnich do nauki szkolnej.

Dokonujące się zmiany w strukturze szkolnej rozpatrywane z punktu widzenia zdrowia dziecka mają następstwa korzystne i niekorzystne. Do zmian korzystnych należy zaliczyć:

- rozdzielenie dzieci w młodszym wieku szkolnym i początkowej fazie okresu dojrzewania (szkoła podstawowa) od starszych nastolatków (gimnazjum); w ośmio-



- klasowej szkole podstawowej dzieci w młodszym wieku szkolnym były wcześniej poddawane „drylowi” szkolnemu, a dorastająca młodzież traktowana infantyl-
nie; wydaje się, że w obecnej szkole podstawowej istnieje bardziej życzliwe,
„cieple” i umożliwiające zabawę środowisko dla najmłodszych uczniów;
- zlikwidowanie trudnej sytuacji „proęgowej” jaką było poprzednio przejście ze
szkoły podstawowej do ponadpodstawowej w wieku 15 lat (chwiejność emocjo-
nalna okresu dojrzewania) – egzamin wstępny do nowej szkoły;

NOWY SYSTEM EDUKACJI



* w tym szkoły specjalne

Ryc. 1. Struktura systemu edukacji (można znaleźć w Internecie
<http://www.men.gov.pl/oswiata/istotne/nowy.htm>)



- opóźnienie o dwa lata decyzji o wyborze dalszego kierunku kształcenia lub zawodu;
- dążenie do wyrównywania szans edukacyjnych dzieci wiejskich rozpoczynających naukę w szkole.

Wśród zmian negatywnych należy wymienić wydłużenie się czasu drogi do szkoły i pobytu poza domem uczniów gimnazjów. Należy także sądzić, że zjawiska towarzyszące tworzeniu nowych i likwidacji poprzednio istniejących szkół, szczególnie w okresie przejściowym, wiążą się z wieloma napięciami, także wśród nauczycieli i rodziców, co pośrednio może wpływać na sytuację szkolną i samopoczucie uczniów.

1.2. Reforma programowa

Zmianie struktury szkolnej towarzyszyły zmiany programowe. Zrezygnowano z centralnie ustalanych programów nauczania na rzecz podstawy programowej, która określa cele edukacyjne, zadania szkoły, treści oraz oczekiwane osiągnięcia¹. Na tej podstawie tworzone są programy nauczania, które szkoła może wybrać, a także opracować własne programy autorskie, w zależności od swoich potrzeb i możliwości.

Niezwykle istotnym osiągnięciem jest uwzględnienie w podstawie programowej (po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce) obowiązkowej ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna”. Zgodnie z obowiązującymi przepisami dyrektor szkoły jest odpowiedzialny za uwzględnienie problematyki ścieżek edukacyjnych (międzyprzedmiotowych) w szkolnym zestawie programów nauczania. Za realizację tych ścieżek odpowiedzialni są nauczyciele wszystkich przedmiotów, którzy włączają do własnego programu odpowiednie treści danej ścieżki. Do realizacji wybranych tematów szkoła może zapraszać różnych specjalistów, w tym także pielęgniarki i lekarzy. Pełnią oni ważną rolę wspomagającą pracę szkoły. Nie mogą jednak ani zastąpić, ani wyręczać nauczycieli.

Należy sobie zdać sprawę, że wdrożenie i skuteczna realizacja edukacji prozdrowotnej w szkole będzie procesem długotrwałym. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oddziałując na swych młodych pacjentów i ich rodziców może wspierać te działania. Może także przekazać pielęgniarce/higienistce szkolnej wskazówki co do specyficznych form edukacji zdrowotnej dla uczniów z niektórymi chorobami.

1.3. Kształcenie specjalne i integracyjne²

W Polsce ponad 3% ogółu populacji w wieku szkolnym wymaga specjalnych form kształcenia. Są to uczniowie: w normie intelektualnej (niewidomi, niesłyszący, z niepełnosprawnością ruchową, przewlekłymi chorobami) i z upośledzeniem umysłowym, autyzmem i niepełnosprawnością sprzężoną. Dla uczniów tych wydłuża się obowiązek

¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego, kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2002, nr 51, poz. 458).

² Ministerstwo Edukacji Narodowej: O kształceniu integracyjnym i specjalnym. Biblioteczka Reformy nr 35, Warszawa, sierpień 2001.



szkolny do 21 roku życia na poziomie gimnazjum i do 24 roku życia na poziomie szkoły ponadgimnazjalnej.

Opieką, wychowaniem i kształceniem specjalnym obejmuje się dzieci i młodzież niepełnosprawną na podstawie orzeczenia o potrzebie takiego kształcenia, wydanym przez zespół orzekający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej lub innej publicznej poradni specjalistycznej, na podstawie wniosku podpisanego przez rodziców (prawnych opiekunów). Do wniosku powinna być dołączona dokumentacja uzasadniająca wniosek, w tym wyniki badań lekarskich.

Reforma systemu edukacji obejmuje także kształcenie uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Wychodzi ona naprzeciw dokonującej się w Polsce stopniowej zmianie w podejściu do niepełnosprawności i wspierania osób nią dotkniętych w celu wyrównywania szans (usuwania przeszkód). System edukacji tych dzieci obejmuje:

- kształcenie w szkołach specjalnych, których struktura jest taka sama jak w szkołach ogólnodostępnych; podejmowane są starania dla zwiększenia kształcenia tych uczniów w liceach, a następnie w szkołach wyższych;
- integracyjne formy nauczania w szkołach ogólnodostępnych, w których tworzy się klasy specjalne i oddziały integracyjne (w klasach tych liczba uczniów wynosi 15-20 osób, w tym 3-5 uczniów z niepełnosprawnością), zespoły integracyjne, a także włącza się pojedynczych uczniów do klas ogólnodostępnych;
- nauczanie indywidualne dla dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.

Szczególnie preferowaną formą kształcenia jest integracja. Liczba dzieci objętych kształceniem integracyjnym w każdym roku zwiększa się. Uczniowie ci wymagają dodatkowych zajęć specjalistycznych.

Nową formą wyrównywania szans dzieci niepełnosprawnych jest wczesne wspomaganie rozwoju dzieci poprzez organizowanie indywidualnych zajęć dla dzieci w wieku przedszkolnym i ich rodziców w domu lub w placówkach edukacji specjalnej. Wczesne wspomaganie rozwoju dotyczyć może rozwoju mowy i języka, orientacji i poruszania się w przestrzeni, usprawniania widzenia, słuchu, umiejętności samoobsługi i funkcjonowania w środowisku. Dziecko może być objęte tą formą pomocy na wniosek rodziców, po wydaniu przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną opinii o konieczności takiej pomocy.

2. Środowisko szkoły

Szkoła jest środowiskiem (siedliskiem – ang. settings), w którym dziecko spędza 9 – 13 lat i które ma swój wymiar:

- *fizyczny (materiałny)* – budynek i jego otoczenie (teren, boisko), wszystkie pomieszczenia, ich wyposażenie i mikroklimat (oświetlenie, temperatura, wymiana powietrza);



- *organizacyjny* – rytm pracy w szkole w ciągu roku, tygodnia i dnia (rozkład lekcji i przerw), praca ucznia w domu;
- *społeczny* – tworzony przez ludzi (nauczycieli i innych pracowników szkoły, uczniów oraz ich rodziców), dla których szkoła jest miejscem życia, nauki i pracy (o różnym charakterze) oraz zabawy i wypoczynku.

Warunki i sytuacje, związane z każdym z tych wymiarów, mogą pozytywnie lub negatywnie wpływać na zdrowie i samopoczucie uczniów, a także ich zachowania oraz motywację i wyniki w nauce. Lekarz dokonując oceny stanu zdrowia ucznia, wydając orzeczenie o jego zdrowotnej gotowości szkolnej, kwalifikując do zajęć wf powinien brać pod uwagę również to, w jakim środowisku uczy się dany uczeń.

2.1. Środowisko fizyczne szkoły

Środowisko to, jak wspomniano wyżej, zależy od rodzaju i stanu technicznego budynku szkoły i jego otoczenia (teren, boisko, lokalizacja), a także zagęszczenia budynku. Szkoła nakładając na ucznia obowiązek szkolny (przymus) jest odpowiedzialna za zapewnienie takich warunków, aby nie zagrażały jego rozwojowi i zdrowiu oraz ułatwiały realizację zadań edukacyjnych. Istnieją przepisy i normy określające wymogi, jakim powinny odpowiadać obiekty szkolne [2], których przestrzeganie egzekwuje m.in. Państwowa Inspekcja Sanitarna. Mimo niewątpliwej poprawy „bazy” szkolnej w Polsce, nadal istnieją szkoły, które nie spełniają wielu wymogów.

Z punktu widzenia zdrowia środowisko fizyczne szkoły powinno zapewniać uczniom i pracownikom:

- *Bezpieczeństwo higieniczne* - zabezpieczenie przed chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi (głównie wszawicą i świerzbem), które mogą się szerzyć w zbiorowości szkolnej, zwłaszcza przy zagęszczeniu szkoły i klas, złych warunkach sanitarnych toalet i stołówek, niedostatkach u uczniów umiejętności i zachowań chroniących przed zakażeniem (utrzymywanie czystości rąk, prawidłowe zachowania w czasie kaszlu, kichania, oddawania moczu i kału, zachowanie się w czasie infekcji i w kontaktach z ludźmi chorymi);
- *Bezpieczeństwo fizyczne* – zabezpieczenie uczniów przed urazami i zatruciami zaistniałymi w następstwie wypadków. Urazy uczniów są narastającym problemem dla szkoły. W 1998 r., w reprezentatywnej grupie uczniów wieku 11-15 lat, 24% uczniów doznało w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie urazu, wymagającego pomocy medycznej (lekarza lub pielęgniarki). Najczęstszym miejscem powstawania urazów była szkoła (26% ogółu urazów). Występowanie urazów u uczniów jest uwarunkowane specyficznymi cechami psychofizycznymi dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, a także niedostatkami w zakresie fizycznego środowiska szkoły, organizacji zajęć i przerw międzylekcyjnych, nadzoru ze strony dorosłych oraz agresją i przemocą ze strony rówieśników.



2.2. Środowisko społeczne szkoły

Środowisko to tworzy cała społeczność szkolna – grupa osób od kilkudziesięciu w szkołach małych, do nawet 2 tys. w szkołach dużych. Każdy z członków tej społeczności jest osobą niepowtarzalną, ma odmienne możliwości, potrzeby, zainteresowania i interesy, oczekuje szacunku, docenienia i zaspokojenia różnych, własnych potrzeb emocjonalnych. Społeczność szkolna tworzy *klimat* (atmosferę) szkoły, na który składa się m.in. sposób zarządzania szkołą, relacje między nauczycielami i innymi pracownikami szkoły a uczniami i ich rodzicami, obowiązujące regulaminy i nieformalne zasady, wymagania i oczekiwania wobec uczniów ze strony nauczycieli i rodziców, wsparcie udzielane uczniom z ich strony. Ten zespół czynników decyduje o:

- *satysfakcji ucznia ze szkoły* (zadowolenie, radość i dobre samopoczucie w szkole), która, podobnie jak u dorosłych jest ważnym *zasobem dla zdrowia młodych ludzi*;
- *poczuciu bezpieczeństwa psychicznego* w szkole.

Potrzeba bezpieczeństwa („stabilizacji, zależności, opieki, uwolnienia od strachu, lęku i chaosu, potrzeba struktury, porządku, prawa, ograniczeń, oparcie w opiece”), zgodnie z hierarchią potrzeb A.D. Masłowa (ryc. 2), jest jedną z fundamentalnych po-

Ryc. 2 Hierarchia potrzeb według A.D. Masłowa [5]



trzeb człowieka w każdym wieku [5]. E. Jundziłł wymienia potrzebę bezpieczeństwa jako jedną z trzech podstawowych (obok potrzeby kontaktu emocjonalnego i sukcesu) potrzeb psychicznych dzieci i młodzieży w wieku szkolnym [4]. W odniesieniu do uczniów można rozważać wiele sposobów zapewnienia tej potrzeby:

- uwolnienie od lęku przed odpowiedzią, ocenami niedostatecznymi, drugorocznością, negatywną reakcją ze strony nauczycieli i rodziców, gdy dziecko nie spełnia ich oczekiwań,
- uwolnienie od przemocy fizycznej ze strony innych uczniów i dorosłych, ośmieszania, poniżania, izolowania,
- zapewnienie porządku, przepływu informacji i sprawnej organizacji, w której uczeń czuje się pewnie,
- respektowanie przez pielęgniarki i higienistki szkolne prawa uczniów jako pacjentów do intymności, prywatności i tajemnicy dotyczącej jego zdrowia.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, przyjmując uczniów w swoim gabinecie, poza szkołą, nie ma możliwości oceny środowiska szkolnego. Sprawując czynne poradnictwo nad uczniami przewlekle chorymi powinien jednak w wywiadzie z uczniem i jego rodzicami uwzględnić pytania dotyczące tego środowiska:

Elementy środowiska szkolnego, które mogą mieć wpływ na zdrowie uczniów

- Zagęszczenie szkoły i klas
- Zmianowość nauki i zmiany godzin rozpoczynania lekcji
- Stan sanitarny toalet
- Warunki do zajęć wychowania fizycznego (sala gimnastyczna)
- Temperatura pomieszczeń
- Możliwość spożycia posiłku w szkole
- Dostosowanie stolików i krzeseł do wysokości ciała uczniów
- Stosunek uczniów do szkoły, chęć uczęszczania do szkoły
- Samopoczucie w szkole, poczucie bezpieczeństwa
- Wsparcie ze strony nauczycieli i rówieśników
- Akty przemocy ze strony innych uczniów

2.3. Szkoła promująca zdrowie

Szansą na poprawę warunków środowiska szkolnego jest rozwijający się w ostatniej dekadzie w Polsce, Europie i na innych kontynentach ruch szkół promujących zdrowie. W 1992 r., w Europie, trzy organizacje międzynarodowe: Światowa Organizacja Zdrowia, Rada Europy i Komisja Europejska utworzyły Europejską Sieć Szkół Promujących Zdrowie. Obecnie należy do niej 40 krajów. Polska została przyjęta do tej Sieci jako jeden z pierwszych ośmiu krajów. Obecnie we wszystkich województwach istnieją wojewódzkie sieci szkół promujących zdrowie, zrzeszające ponad 1000 szkół.





Koncepcja szkoły promującej zdrowie zbudowana jest na ogólnych założeniach promocji zdrowia, zapisanych w Karcie Ottawskiej w 1986 r.¹. Szkoła taka umożliwia uczniom, pracownikom i rodzicom podejmowanie działań dla swego zdrowia poprzez:

- tworzenie wspierającego, bezpiecznego i sprzyjającego zdrowiu środowiska fizycznego i społecznego,
- pomoc w kształtowaniu i praktykowaniu prozdrowotnego stylu życia, identyfikowaniu własnych problemów zdrowotnych i podejmowaniu działań dla ich rozwiązania oraz na rzecz zdrowia własnego i innych,
- dokonywanie zmian w zarządzaniu szkołą, komunikowaniu się, metodach uczenia się i nauczania.

Szkoła promująca zdrowie powinna: być zbudowana na zasadach demokracji, wolna od presji, lęku i ośmieszania; dostosowywać program nauczania do obecnych i przyszłych potrzeb młodych ludzi; stymulować ich kreatywność i uczestnictwo w życiu szkoły oraz zachęcać do działania na rzecz zdrowia własnego i społeczności, w której żyją; inspirować nauczycieli i zachęcać ich do rozwoju osobistego i zawodowego.

Szkoła taka stwarza nowe możliwości dla skutecznej realizacji edukacji zdrowotnej oraz ochrony i promocji zdrowia uczniów. Wyniki ewaluacji działań szkół promujących zdrowie wskazują, że zaistniało w nich wiele pozytywnych zmian w polityce i organizacji szkół oraz ich środowisku fizycznym i społecznym. Opis koncepcji szkoły promującej zdrowie oraz dotychczasowych osiągnięć tego oddolnego ruchu w promocji zdrowia zawiera odrębne wydawnictwo [8].

3. Problemy szkolne dzieci i młodzieży

Nauka w szkole stawia przed dzieckiem wiele różnorodnych i ciągle zmieniających się zadań, których wykonywanie podlega ciągłemu ocenianiu, zwykle w atmosferze rywalizacji. Stopnie szkolne, opinie nauczycieli, porównywanie z rówieśnikami wpływają na kształtowanie obrazu siebie, samooceny i poczucia własnej wartości młodego człowieka. Cechy te, a także satysfakcja ze szkoły, tworzą zasoby dla zdrowia, a ich niedobory stanowią czynniki ryzyka dla zdrowia.

Problemy² (trudności) szkolne mogą być związane ze szkołą jako instytucją kształcącą i środowiskiem społecznym. Z punktu widzenia zdrowia, zwłaszcza psychospołecznego uczniów, na uwagę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zasługują niżej wymienione problemy.

3.1. Trudności w przystosowaniu się uczniów do szkoły

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

¹ Według tej Karty promocja zdrowia jest to proces, w którym ludzie kontrolują swoje zdrowie w celu jego poprawy.

² Określenie „problem” oznacza to co sprawia trudność, kłopot, poważne zagadnienie, które trzeba rozwiązać – Dunaj. B. (red.): Słownik współczesnego języka polskiego. Wyd. Wilga, Warszawa 1996.



i rozpoczęcie nauki w gimnazjum oraz szkole ponadgimnazjalnej. Na każdym z tych „progów”, w specyficzny sposób, zmieniają się: warunki i metody nauczania, wymagania szkoły i obciążenia ucznia oraz środowisko społeczne. Do zmian tych uczeń musi się przystosować. Osiągnięcie stanu przystosowania (równowagi) wymaga czasu, różnego dla różnych osób, a proces przystosowywania się ma różne fazy.

Zmiana stwarza dla dziecka sposobność do „treningu” zdolności adaptacyjnych, rozwijania umiejętności radzenia sobie ze zmianą i sytuacjami trudnymi. U niektórych dzieci mogą pojawiać się, zwłaszcza w pierwszym okresie (zwanym fazą „preadaptacji”):

- zmiany w zachowaniu: negatywne (płaczliwość, lęki, złość, zmiany nastrojów, nadpobudliwość, przygnębienie) lub pozytywne (wzrost samodzielności, pewności siebie, obowiązkowości);
- różnorodne dolegliwości o charakterze psychosomatycznym (ból głowy, brzucha, zaburzenia snu, łaknienia).

W rozdziale V (s. 69) podano pytania, które może wykorzystać lekarz przeprowadzający profilaktyczne badania lekarskie uczniów do orientacyjnej oceny ich przystosowania szkolnego.

3.2. Dyspozycja do pracy szkolnej

Terminem tym określa się psychofizyczną gotowość dziecka do uczenia się. Dyspozycja do pracy jest pewnym stanem funkcjonalnym, który może zmieniać się (zwiększać lub zmniejszać) pod wpływem różnorodnych czynników takich jak: faza rozwoju, stan zdrowia i samopoczucie, stan czynnościowy o.u.n., narządów zmysłów i układu ruchu, stany emocjonalne, uczucie głodu, środowisko fizyczne i społeczne. Obniżenie lub chwiejność dyspozycji do pracy charakteryzuje uczniów w okresie rekonwalescencji, z niektórymi chorobami przewlekłymi oraz nadpobudliwością psychoruchową z deficytem uwagi (ADHD). Stwierdzono także, że obniża się ona u pokwitających dziewcząt, zwłaszcza w okresie poprzedzającym menarche, co jest prawdopodobnie efektem stanów obrzękowych o.u.n., związanych ze zwiększeniem stężenia estrogenów w organizmie (zalecane ograniczenie spożycia soli kuchennej)¹.

3.3. Trudności w uczeniu się

Termin „trudności w uczeniu się” (ang. learning disability) lub „specyficzne trudności w uczeniu się” odnosi się do dzieci, u których występuje zespół następujących cech:

- przeciętny lub ponad przeciętny poziom rozwoju umysłowego,

¹ Pułtorak M.: Wybrane elementy sprawności funkcjonalnej dziewcząt w okresie pokwitania. Rozprawa doktorska. AM w Warszawie 1976.



- specyficzne trudności w opanowaniu i stosowaniu umiejętności mówienia, czytania, pisania, rozumienia oraz umiejętności matematycznych,
- dysfunkcja o.u.n., najczęściej w następstwie mikrouszkodzeń tkanki mózgowej¹.

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

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

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

3.4. Niepowodzenia w nauce

Niepowodzenia w nauce są to sytuacje, w których istnieje wyraźna rozbieżność między wymaganiami wychowawczymi i dydaktycznymi szkoły, a postępowaniem uczniów i uzyskiwanymi przez nich wynikami nauczania². Wyróżnia się niepowodzenia:

- *dydaktyczne* – rozbieżność między wiedzą i umiejętnościami uczniów, a materiałem jaki powinni opanować; ich miarą są oceny niedostateczne lub drugoroczność (w r. szk. 2001/2002 odsetek uczniów drugorocznych wynosił: 0,8% w klasie VI szkoły podstawowej oraz 1,7 – 2,5% w gimnazjum);
- *wychowawcze* – niezgodność zachowania się uczniów z wymaganiami szkoły.

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

- *biopsychiczne* – upośledzenie rozwoju umysłowego, zaburzenia rozwoju psychospołecznego, niektóre choroby przewlekłe;
- *społeczno-ekonomiczne* – ubóstwo, niski poziom kultury i wykształcenia rodziców, nie zabezpieczenie opieki i potrzeb dziecka;

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

² Kupisiewicz Cz.: Niepowodzenia dzieci w nauce szkolnej. [W]: Pomykało W. (red.): Encyklopedia pedagogiczna. Fundacja Innowacja, Warszawa 1993.



- *dydaktyczne* – związane z warunkami, organizacją i metodami pracy szkoły, przygotowaniem nauczycieli itd.

Wyniki wielu badań nad zdrowotnymi uwarunkowaniami niepowodzeń szkolnych wskazują, że zaburzenia w stanie zdrowia uczniów:

- rzadko są jedyną (izolowaną) przyczyną niepowodzeń w nauce; mechanizm ich występowania w różnych jednostkach chorobowych jest różny (rozdz. VI); główną rolę odgrywa dysfunkcja o.u.n. stanowiąca przyczynę choroby (np. w padaczce) lub współistniejąca ze schorzeniem podstawowym (np. w cukrzycy);
- mogą być nie tylko przyczyną, ale i skutkiem niepowodzeń w nauce, uwarunkowanych innymi przyczynami np. zaburzenia zachowania, zaburzenia psychosomatyczne, emocjonalne.

Dla zmniejszenia ryzyka niepowodzeń w nauce u dzieci przewlekle chorych niezbędne jest wsparcie wysiłków dziecka przez rodziców i nauczycieli, adekwatność wymagań w stosunku do możliwości dziecka, stwarzanie mu szansy na sukces, niezbędny dla rozwijania poczucia własnej wartości.

3.5. Uczniowie wybitnie zdolni

Za wybitnie zdolnego uważa się ucznia, który poza wysoką inteligencją ogólną wyróżnia się możliwością osiągnięć twórczych, wybitną ciekawością, dociekliwością intelektualną, wyobraźnią twórczą, łatwością uczenia się, szerokimi zainteresowaniami, samokrytycyzmem, pracowitością. Równocześnie uczniów tych cechuje zwykle duży poziom niepokoju, zwiększona neurotyczność. Często uczniowie ci mają trudności z przystosowaniem się do szkoły. Szkoła, nastawiona na pracę z uczniem „przeciętnym” nie zawsze potrafi im zapewnić odpowiednie warunki rozwoju. Ze względu na niekonwencjonalność, przerost ambicji i chęć przewodzenia mogą być nieakceptowani przez rówieśników, wyobcowani z grupy, nierzadko sami się izolują¹.

3.6. Fobia szkolna

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

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

¹ Piotrowski E.: Pedagogika dzieci zdolnych i uzdolnionych. [W]: Dykik W. (red.): Pedagogika specjalna. Wyd. Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 1997, s. 289.





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

Zespół ten charakteryzuje triada objawów:

- różnorodne dolegliwości somatyczne (np. bóle brzucha, wymioty, biegunka), występujące rano, przed wyjściem do szkoły, ustępujące po pozostaniu w domu oraz w czasie wakacji oraz ferii i nasilające się po pójściu do szkoły;
- brak odchyień od stanu prawidłowego w badaniu przedmiotowym i badaniach laboratoryjnych;
- nieuczęszczanie do szkoły z przyczyn nieuzasadnionych lub nieokreślonych.

A. Popielarska zalicza fobię szkolną do nerwic¹. W obowiązujących obecnie klasyfikacjach zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 i klasyfikacji DSM-IV nie uwzględniono fobii szkolnej. Leczenie polega na psychoterapii dziecka i jego rodziców.

3.7. Przemoc wśród uczniów

Zjawisko agresji (przemocy interpersonalnej) wśród uczniów na terenie szkoły i w okolicznościach związanych z zajęciami szkolnymi istnieje prawie we wszystkich szkołach i we wszystkich krajach². W 1998 r., w Polsce, w reprezentatywnej grupie uczniów w wieku 11-15 lat co trzeci chłopiec i co czwarta dziewczynka byli co najmniej jeden raz ofiarą lub sprawcą (czynnym) przemocy ze strony (lub wobec) innych uczniów w szkole. Ofiarami i sprawcami przemocy są częściej chłopcy niż dziewczęta, uczniowie młodszy niż starsi, na wsi niż w mieście.

Przemoc wśród uczniów może przyjmować formę:

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

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

¹ Popielarska A.: Zaburzenia nerwicowe. [W]: Popielarska A., Popielarska M. (red.): Psychiatria wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 2000, s. 135.

³ W jęz. angielskim używa się terminu „bullying”, w jęz. szwedzkim „mobbing”.



Tabela 5. Oznaki sugerujące, że uczeń jest ofiarą przemocy ze strony kolegów w szkole (według D. Olweusa, 1998)

W szkole

Oznaki podstawowe

Jest przezywany, upokarzany, wyśmiewany, zastraszany, koledzy grożą mu, drażnią się z nim

Jest zaczepiany, popychany, trącany (nie potrafi się bronić)

Jest wciągany w kłótnie, bójki, w których jest słabszą stroną, nie broni się, próbuje uciec, często płacze

Koledzy zabierają mu książki, pieniądze lub inne rzeczy, niszczą jego własność

Ma siniaki, zadrapania lub podarte ubrania i nie potrafi wytłumaczyć ich przyczyn w sposób wiarygodny

Oznaki drugorzędne

W czasie przerw jest zwykle samotny (nie ma w klasie przyjaciela), stara się przebywać w pobliżu nauczyciela lub innych dorosłych

Do drużyn lub zespołów wybierany jest jako ostatni

Ma problemy z głośnymi wypowiedziami na lekcji, sprawia wrażenie osoby wrażliwej i niepewnej

Wygląda jak osoba sfrustrowana, smutna, łatwo płacze

Ma coraz gorsze wyniki w szkole

W domu

Oznaki podstawowe

Wraca do domu w podartych lub w pobrudzonych ubraniach, ma zniszczone podręczniki

Ma siniaki, zadrapania, których nie potrafi wytłumaczyć w sposób wiarygodny

Oznaki drugorzędne

Nie odwiedzają go koledzy, nie chodzi do ich domów, nie przebywa na podwórku

Często nie ma przyjaciela, z którym mógłby spędzać wolny czas, bawić się, uprawiać sport

Rzadko jest zapraszany na imprezy do kolegów i nie jest zainteresowany organizowaniem ich w domu

Nie lubi lub boi się chodzić do szkoły, rano odczuwa różnorodne dolegliwości

Do i ze szkoły często idzie dłuższą drogą (bez uzasadnienia)

Ma kłopoty ze snem, koszmarne sny, płacze w nocy

Maleje jego zainteresowanie szkołą

Sprawia wrażenie osoby smutnej, w depresji, często ma napady złości, zmienne nastroje

Prosi rodziców o pieniądze lub je kradnie (aby przypodobać się prześladowcom)



D. Olweus¹ opisał „portret” ofiary przemocy. Wyróżnił w nim dwie grupy oznak: podstawowe - mające bezpośredni, bliski związek z dręczeniem oraz drugorzędne, które sygnalizują istnienie przemocy, ale nie jest to jednoznaczne i oczywiste (tab. 5). Ofiary i sprawcy przemocy stanowią grupę ryzyka zaburzeń zdrowia psychospołecznego. Identyfikacja tych uczniów, ustalenie przyczyn przemocy oraz środków zaradczych nie są jednak łatwe.

Piśmiennictwo uzupełniające

1. *Bogdanowicz M.*: O dysleksji, czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu – odpowiedzi na pytania rodziców i nauczycieli. Linea, Lublin 1994.
2. *Ignar-Golinowska B.*: Środowisko fizyczne szkoły. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i Szkoła. PZWL, Warszawa 2000, s. 350-370.
3. *Instytut Spraw Publicznych*: Zmiany w systemie oświaty. Wyniki badań empirycznych. Warszawa 2002.
4. *Jundziłł E.*: Potrzeby psychiczne dzieci i młodzieży. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1998.
5. *Masłow A.D.*: Motywacja i osobowość. Instytut Wydawniczy „Pax”, Warszawa 1990.
6. *Sawa B.*: Jeżeli dziecko źle czyta i pisze. WSiP, Warszawa 1997.
7. *Woynarowska B.*: Bezpieczeństwo w szkole. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i Szkoła. PZWL, Warszawa 2000, s.371-379.
8. *Woynarowska B., Sokołowska M. (red.)*: Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat. Krajowy Ośrodek Wsparcia Edukacji Zawodowej, Warszawa 2000.

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



III. ORZECZNICTWO I PORADNICTWO LEKARSKIE DLA POTRZEB UCZNIÓW I SZKOŁY

Barbara Woynarowska

Nauka w szkole stawia przed dziećmi i młodzieżą różnorodne zadania, którym niektórzy uczniowie, ze względu na stan zdrowia, nie są w stanie w pełni podołać. Lekarz sprawujący opiekę zdrowotną nad tą grupą populacji staje przed koniecznością:

- Wydawania opinii i orzeczenia lekarskiego o:
 - zdrowotnej dojrzałości szkolnej,
 - zdolności do udziału w zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego;
- Prowadzenia poradnictwa medycznego w zakresie wyboru dalszego kierunku kształcenia i wyboru zawodu dla uczniów przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

1. Zdrowotna dojrzałość szkolna

Dojrzałość szkolna jest pojęciem teoretycznym, związanym z rozpoczęciem nauki w szkole. Przyjęto, że dojrzałość szkolna to osiągnięcie przez dziecko takiego poziomu rozwoju fizycznego, motorycznego, psychicznego i społecznego, który pozwala mu sprostać wymaganiom szkoły¹. Istnieje pokrewny termin – **gotowość szkolna** – określana jako moment w rozwoju dziecka, w którym jest ono zainteresowane uczeniem się, ma chęć bycia uczonym i samodzielnego uczenia się².

Osiągnięcie dojrzałości szkolnej zależy od wielu czynników, w tym także od stanu zdrowia i poziomu (zaawansowania) rozwoju fizycznego i motorycznego. Z tego powodu używa się terminu **zdrowotna dojrzałość szkolna**.

Lekarz dokonujący oceny dojrzałości szkolnej u dziecka 6-letniego (obecnie na rok przed rozpoczęciem nauki w szkole) powinien brać pod uwagę trzy grupy czynników:

1) *Ze strony dziecka:*

- wady wrodzone, w tym drobne fizyczne wady rozwojowe, powikłania w przebiegu porodu i okresu noworodkowego, urazy i infekcje o.u.n., zatrucie ołowiem, radioterapia (okolice głowy) i chemioterapia – czyli te wszystkie przyczyny, które mogły doprowadzić do uszkodzeń lub mikrouszkodzeń o.u.n.;
- zaburzenia narządów zmysłów (zwłaszcza uszkodzenie słuchu, zez i niedowidzenie obuocznego), wady i opóźnienie rozwoju mowy;
- choroby przewlekłe, wymagające stałego leczenia, przebiegające z okresami zaostrzeń (duża absencja szkolna, obniżenie dyspozycji do nauki, uboczne działanie leków itd.);

¹ Wilgocka-Okoń B.: Dojrzałość szkolna. [W]: Pomykało W. (red.): Encyklopedia pedagogiczna. Fundacja Innowacja, Warszawa 1993.

² Hurlock E.B.: Rozwój dziecka. PWN, Warszawa 1970.



- nadpobudliwość psychoruchowa, mutyzm wybiórczy, moczenie mimowolne i inne zaburzenia zdrowia psychicznego i psychosomatyczne;
- otyłość i nieorganiczny zespół opóźnienia rozwoju¹;
- nawracające infekcje układu oddechowego i reakcje alergiczne;
- zmniejszona sprawność ruchowa ogólna i manualna.

2) Ze strony szkoły:

- przeludnienie klasy i szkoły;
- zbyt obszerny program nauczania;
- brak środków na ewentualne zajęcia wyrównawcze.

3) Ze strony rodziców:

- dążenie do wcześniejszego rozpoczęcia nauki przez dziecko;
- nadmierne stymulowanie jego rozwoju intelektualnego;
- niezrozumienie lub nie zabezpieczenie potrzeb dziecka, w tym aktywności ruchowej;
- postawy nadopiekuńcze rodziców.

Należy jednak podkreślić, że większość dzieci z wyżej wymienionymi zaburzeniami lub niekorzystnymi czynnikami w szkole i w rodzinie, dobrze funkcjonuje w szkole i w praktyce zbyt często określa się to ryzyko „z zapasem”. O funkcjonowaniu dziecka w szkole rzadko decyduje jeden czynnik.

Sposób oceny zdrowotnej dojrzałości szkolnej podano w rozdziale V (s. 63). W przypadkach budzących wątpliwości oraz u dzieci, u których stwierdzono trudności w funkcjonowaniu w klasie „zerowej” (w oddziale przedszkolnym w szkole lub w oddziale dla dzieci 6-letnich w przedszkolu), a także, gdy rodzice dążą do wcześniejszego rozpoczęcia nauki w szkole, dziecko powinno być skierowane na konsultację do poradni psychologiczno-pedagogicznej.

2. Orzekanie o zdolności ucznia do wychowania fizycznego i sportu szkolnego

Aktywność fizyczna jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka i kluczowym elementem prozdrowotnego stylu życia. U dzieci aktywność fizyczna stymuluje ich rozwój somatyczny, intelektualny, psychiczny i społeczny, sprzyja hartowaniu, kompensacji unieruchomienia związanego z pracą szkolną oraz korekcji wielu zaburzeń, w tym zwłaszcza układu ruchu.

Wychowanie fizyczne w szkole, dla co najmniej 60-70% dzieci i młodzieży jest jedyną, systematyczną, zorganizowaną formą ruchu. Zwolnienia lekarskie z tych zajęć, zwłaszcza długotrwałe, należeć powinny do rzadkości. Uczeń nie otrzymuje zwolnień z nauki innych przedmiotów, mimo istniejących trudności. Często po dłuższym zwolnieniu uczeń nie może lub nie chce kontynuować ćwiczeń fizycznych z powodu zaległości

¹ Woynarowska B.: Nieorganiczny zespół opóźnienia rozwoju. Część I. Kryteria, etiologia i patogeneza. *Pediatra Polska* 1988, 63, 4, 262-270; Część II. Objawy kliniczne, diagnoza, leczenie i prognoza. *Pediatra Polska* 1988, 63, 8, 507-514.



i zwolnienia przedłużane są na dalsze lata. Dziecko nie ma wówczas możliwości opanowania podstawowych umiejętności ruchowych (np. tańca, pływania, jazdy na łyżwach). Wchodzi w dorosłe życie jako „analfabeta ruchowy”, z wcześniej wygasłą naturalną potrzebą ruchu. Strat tych nie daje się zwykle wyrównać. Lekarz nie powinien ulegać presji rodziców i dzieci, lecz zachęcać ich do uczestnictwa w zajęciach wf.

W przypadkach niektórych zaburzeń, ze względu na bezpieczeństwo dziecka, istnieje jednak konieczność wyeliminowania pewnych ćwiczeń, zmniejszenia lub zwiększenia ich intensywności, wprowadzenia dodatkowych form aktywności ruchowej, zwrócenia uwagi nauczyciela wf na niektóre zaburzenia, reakcje i zachowania dziecka.

Orzekając o zdolności ucznia do zajęć wf lekarz dokonuje kwalifikacji do jednej z trzech grup lub ich podgrup:

- *Grupa A* – zdolni do wf bez ograniczeń
 - podgrupa As – uprawiający sport w szkole lub poza szkołą;
- *Grupa B* – zdolni do wf z ograniczeniami i (lub) wymagający specjalnej uwagi nauczyciela
 - podgrupa Bk zdolni do wf z ograniczeniami, wymagający dodatkowych zajęć ruchowych, korekcyjnych;
- *Grupa C* – niezdolni do zajęć wf
 - podgrupa Cl – niezdolni do zajęć wf, ale uczestniczący w zajęciach rehabilitacyjnych.

W aneksie podano wskazówki dla lekarza dokonującego kwalifikacji do wychowania fizycznego w przypadkach najczęściej występujących zaburzeń i chorób. Uwzględniono także propozycje modyfikacji zajęć ruchowych i doboru ich form korzystnych w przypadku danego schorzenia. Wskazówki te należy dostosować do indywidualnej sytuacji i potrzeb każdego dziecka oraz warunków, w jakich prowadzone są zajęcia wf (na sali gimnastycznej – pełno- lub niepełnowymiarowej, korytarzu itd.).

W przypadku zakwalifikowania ucznia do grupy B lub podgrupy Bk, należy określić szczegółowo rodzaj ograniczeń lub zaleceń dla ucznia i nauczyciela wychowania fizycznego. Gdy przynależność do grupy B lub C jest czasowa, należy podać czas jej trwania. Należy także określić, czy uczeń może uczestniczyć w zawodach sportowych i sprawdzianach, a także nauce pływania (ograniczenia te mogą dotyczyć uczniów z grupy B i Bk). Nauka pływania jest elementem wychowania fizycznego w drugiej klasie szkoły podstawowej. Prowadzi ją niewielki odsetek szkół (według danych GUS w r. szk. 2001/2002 szkoły podstawowe dysponowały 141 pływalniami). W każdym przypadku ograniczenia w zajęciach lub ich modyfikacji lekarz powinien przedyskutować ten fakt z uczniem i jego rodzicami w celu wyjaśnienia im przyczyny takiej decyzji i zachęcenia do czynnego udziału w zmodyfikowanej formie ruchu.

W przypadku, gdy rodzice lub sam uczeń domagają się zwolnienia z wf, należy ustalić rzeczywiste przyczyny ich stanowiska oraz przeanalizować dotychczasową aktywność ruchową dziecka. Korzystnie byłoby, aby w tych przypadkach lekarz porozumiał się z pielęgniarką/higienistką szkolną lub nauczycielem wychowania fizycznego w



celu znalezienia rozwiązania najbardziej korzystnego dla ucznia. Można także, w razie potrzeby (np. długotrwałe wcześniejsze zwolnienie, dysproporcja między ocenami z wychowania fizycznego i innych przedmiotów), wnioskować o czasowym zwolnieniu z oceniania ucznia na lekcjach wf.

3. Poradnictwo w zakresie wyboru zawodu

Każdy uczeń staje przed decyzją wyboru zawodu i związanego z nim kierunku dalszego kształcenia. Wybór zawodu nie jest jednorazowym aktem, lecz długotrwałym procesem rozwojowym – od dzieciństwa, często przez całe życie (obecnie wiele osób kilka razy zmienia zawód). Proces ten jest ciągiem decyzji zawodowych, kolejnych przybliżeń, aż do wyboru zawodu¹. W zreformowanej szkole wiek podejmowania decyzji zawodowej przesunął się z wieku 14 - 15 lat na 16 - 17 lat. W tym okresie młodzież nie jest jeszcze dojrzała do samodzielnego i trafnego wyboru zawodu i potrzebna im jest pomoc, a w przypadku uczniów przewlekle chorych i niepełnosprawnych także lekarza.

W ostatnich latach zaistniało wiele zmian w zakresie orientacji zawodowej i poradnictwa zawodowego², związanych z gospodarką rynkową, pojawieniem się nowych zawodów, nowych technologii, zmianą stosunku do kształcenia osób niepełnosprawnych itd. Pojawił się zawód „doradca zawodowy” oraz obowiązek badań przez lekarza mającego uprawnienia do orzecznictwa w tym zakresie (specjalista medycyny pracy) kandydatów i uczniów szkół (obecnie ponadgimnazjalnych) i studentów, który w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia³.

Zaburzenia w stanie zdrowia i rozwoju mogą utrudniać lub ograniczać wybór i naukę zawodu, gdyż:

- warunki i organizacja kształcenia zawodowego i pracy mogą nasilać istniejące u ucznia (w przyszłości pracownika) zaburzenia i spowodować przedwczesną niepełnosprawność;
- odchylenia w stanie zdrowia i rozwoju zwiększają ryzyko wypadków i urazów u uczniów; towarzyszące chorobom przewlekłym psychofizyczne cechy i zmiany dyspozycji do pracy (np. mała koncentracja uwagi, możliwość utraty przytomności u chorych na padaczkę) mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia innych ludzi (uczniów, pracowników lub klientów, konsumentów itd.).

¹ Termin „decyzja zawodowa” oznacza jednorazowy akt decyzyjny, termin „wybór zawodu” to długofalowy proces, którego wynikiem jest podjęcie decyzji zawodowej.

² „Orientacja zawodowa” jest to proces wychowawczy, którego celem jest zapoznavanie dzieci i młodzieży z różnymi zawodami, kształtowanie zainteresowań, uzdolnień, aspiracji. „Poradnictwo zawodowe” jest to udzielanie pomocy w wyborze zawodu. Obejmuje konsultacje i porady dotyczące indywidualnego ukierunkowania zawodowego ucznia, z wykorzystaniem diagnozy lekarskiej, pedagogicznej, psychologicznej.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. 1997 r., nr 120, poz. 767) – z późniejszymi zmianami (Dz. U. 1998 r., nr 58, poz. 374).



Lekarz sprawujący opiekę nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym powinien od najwcześniejszych lat sygnalizować rodzicom i uczniowi potencjalne ograniczenia związane z wyborem zawodu. Powinien także zachęcać ich do rozwijania zainteresowań, zamiłowań, uzdolnień i aspiracji co znacznie zwiększy szansę na wybór kierunku kształcenia i zawodu umożliwiającego usamodzielnienie się, utrzymanie, lepszą jakość życia i samorealizację (patrz także rozdz. VI).

Piśmiennictwo uzupełniające

1. *Byczkowska Z. i wsp.*: Profilaktyczne badania kandydatów do nauki zawodu i młodocianych. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1994.
2. *Kreft W., Sołtysińska G., Łukaszewicz A., Dankowska R.*: Podręcznik oceny zawodów z punktu widzenia różnych rodzajów niepełnosprawności. Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego Nr 14. Krajowy Urząd Pracy, Warszawa 2000 (wydawnictwo dostępne we wszystkich urzędach pracy).
3. *Trzeciak W., Sołtysińska G.*: Uczeń wybiera zawód. WSiP, Warszawa 1996.
4. *Wojciechowska A., Woynarowska B., Ignaciuk-Glińska T.*: Kwalifikacja zdrowotna młodzieży do nauki zawodu. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993.



IV. PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI

Barbara Woynarowska

Wiek szkolny to okres dynamicznego rozwoju dziecka, w którym powstaje lub pogłębia się wiele zaburzeń oraz kształtują się zachowania zdrowotne i umiejętności, które młodzi ludzie wnoszą w dorosłe życie. Potencjał zdrowotny, jaki ludzie uzyskują w dzieciństwie i młodości determinuje w znacznym stopniu zdrowie i jakość dalszego życia. Dlatego też troska o zdrowie dzieci i młodzieży, zdaniem znaczących organizacji międzynarodowych WHO, UNFPA i UNICEF, powinna być ważnym elementem polityki zdrowotnej wszystkich państw¹. Jedną z komponentów tej polityki jest profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w szkole.

1. Historia i aktualna sytuacja prawna

Opieka zdrowotna nad uczniami ma w Polsce ponad 100-letnią historię. Stanowiska lekarzy szkolnych utworzono w Warszawie, Lwowie, Gdańsku i Krakowie ok. 1900 r. Pierwsze higienistki zaczęły pracować w szkołach we Wrocławiu, w Warszawie, Łodzi i Płocku w drugiej dekadzie XX wieku. Opieka ta stanowiła na początku element higieny szkolnej, a w ostatnim ćwierćwieczu medycyny szkolnej². W ostatnim półwieczu organizacja opieki zdrowotnej nad uczniami – lekarskiej i pielęgniarskiej – zmieniała się przeciętnie co 10-15 lat. Szkolna służba zdrowia nie miała nigdy wysokiej rangi, w powszechnym odczuciu nie funkcjonowała prawidłowo, a jej pracownicy rzadko odczuwali satysfakcję ze swej pracy.

W 1992 r. wdrożono w Polsce zmodyfikowany model opieki zdrowotnej nad uczniami³. Podstawą jego koncepcji były: strategia Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich”, założenia promocji zdrowia zapisane w Karcie Ottawskiej, polskie doświadczenia w realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie” oraz planowane wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego [2]. Model ten po kilku latach funkcjonowania uległ destrukcji, gdyż wprowadzenie w dniu 1 stycznia 1999 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 r. (Dz. U. 1997, nr 28, poz. 153) spowodowało utratę mocy prawnej rozporządzenia z 1992 r., które określało dotychczasowe zasady udzielania uczniom świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te miały zabezpieczać kasy chorych. Pojawiły się trudności w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w środowisku nauczania i wychowania. Ponieważ nie zaproponowano

¹ Programming for adolescent health and development. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming on Adolescent Health. WHO Technical Report 886, WHO Geneva 1999.

² Radiukiewicz S.B. : Historia i drogi rozwoju medycyny szkolnej. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. PZWL, Warszawa 2000, s. 18-30.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. w sprawie zakresu, organizacji oraz form opieki zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 1992, nr 87, poz. 441).



innych alternatywnych, systemowych rozwiązań, w różnych regionach wprowadzono różnorodne rozwiązania doraźne, które nie gwarantują dobrej jakości opieki zdrowotnej nad uczniami.

W październiku 2001 r. Rada Ministrów zobowiązała Ministra Edukacji Narodowej i Sportu do opracowania, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Finansów „propozycji rozwiązań zmierzających do zapewnienia podstawowej opieki medycznej w szkołach publicznych”. Obecnie trwają prace legislacyjne, które mają stworzyć podstawy do wdrożenia modelu profilaktycznej opieki zdrowotnej, dostosowanego do aktualnych możliwości i systemu ochrony zdrowia, który określi ustawa o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Przedstawione niżej cele, zadania i organizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami zostały opracowane na podstawie projektów dwóch dokumentów:

- Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu: Założenia do systemu „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania”. Warszawa, wrzesień 2002;
- Instytut Matki i Dziecka: Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Warszawa, grudzień 2002.

2. Koncepcja

Aktualna koncepcja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami wykorzystuje założenia przyjęte w poprzednim modelu, obowiązującym w latach 1992-1998. Punktem wyjścia jest założenie, że zdrowie jednostki i populacji zależy od wielu czynników pozamedycznych, w tym w największym stopniu od statusu ekonomiczno-społecznego rodzin uczniów, wsparcia społecznego, środowiska fizycznego i społecznego szkoły. Szkolna służba zdrowia tylko w niewielkim stopniu może wpływać na stan zdrowia populacji szkolnej. Uznano zatem, że w ochronie i promocji zdrowia uczniów powinni uczestniczyć:

- **Rodzice**, którzy ponoszą prawną i moralną odpowiedzialność za zdrowie swoich dzieci. Bez ich udziału i wsparcia uczeń ma trudności w przestrzeganiu zaleceń lekarza lub pielęgniarki, ma ograniczone możliwości np. zmiany sposobu żywienia, warunków życia i pracy w domu. Uczeń młodszy nie jest w stanie udzielić lekarzowi i pielęgniarence wiarygodnych informacji o swoim stanie zdrowia, przebytych chorobach, leczeniu itd. Trudno zgodzić się z często wysuwany argumentem, że rodzice są zbyt zajęci, aby zgłaszać się ze swym dzieckiem na badania profilaktyczne, szczepienia itd. i należy ich w tym wyręczać;
- **Sam uczeń**, który w procesie wychowania, w tym także w kontaktach z lekarzami i pielęgniarkami, przygotowuje się do przejmowania odpowiedzialności za swoje zdrowie i do roli współtwórcy swego zdrowia oraz aktywnego pacjenta - odbiorcy świadczeń zdrowotnych;



- **Szkoła**, która nakłada na uczniów obowiązek (przymus) uczęszczania do szkoły od 7 do 18 roku życia, powinna być odpowiedzialna za stworzenie uczniom środowiska fizycznego i społecznego, które sprzyja ich zdrowiu oraz umożliwiać uczniom edukację zdrowotną;
- **Pracownicy służby zdrowia**, którzy powinni zapewnić uczniom podstawowe świadczenia zdrowotne (profilaktyczne i lecznicze), uczestniczyć w ich edukacji zdrowotnej oraz wspierać uczniów, ich rodziców i szkołę w rozwiązywaniu ich problemów zdrowotnych.

Koncepcja ta przeciwstawia się głęboko zakorzenionym w społeczeństwie polskim stereotypom, że za zdrowie odpowiedzialna jest służba zdrowia i że tradycyjne badania lekarskie, powtarzane z dużą częstotliwością, mają bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia populacji szkolnej. Większość występujących u uczniów zaburzeń w stanie zdrowia ma podłoże behawioralne. Tradycyjne badania lekarskie uczniów, wykonywane przez różnych lekarzy (nie znających dziecka), bez obecności rodziców i bez uwzględnienia całego kontekstu czynników decydujących o warunkach i stylu życia ucznia, nie stwarzają możliwości udzielenia młodemu pacjentowi skutecznej pomocy w rozwiązywaniu jego problemów zdrowotnych. Wyniki wielu badań wskazują, że prowadzenie tradycyjnych badań lekarskich uczniów w niewielkim stopniu wpływa na poprawę stanu zdrowia populacji szkolnej.

3. Cele i główne kierunki działań

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami ma na celu:

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

Zgodnie z nazwą, istotą tej opieki są medyczne działania profilaktyczne (prewencyjne) w stosunku do uczniów i ich rodziców oraz środowiska szkolnego, w tym:

- *profilaktyka pierwotna (pierwszorzędowa)* - ukierunkowana na wszystkich uczniów (np. szczepienia ochronne, edukacja zdrowotna) oraz szkołę i rodzinę (zachęcanie do zapewniania dzieciom i młodzieży odpowiednich warunków życia i nauki);
- *profilaktyka wtórna (drugorzędowa)* - dotycząca uczniów ze zwiększonym ryzykiem rozwoju zaburzeń i obejmująca wczesne wykrywanie ich objawów (testy przesiewowe, profilaktyczne badania lekarskie) oraz działania naprawcze;
- *profilaktyka trzeciorzędowa* – poradnictwo czynne dotyczące uczniów z problemami zdrowotnymi, społecznymi i szkolnym i przewlekle chorych i niepełnosprawnych, którego celem jest zapobieganie dalszym, niepożądanym skutkom tych zaburzeń.

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



- edukacja zdrowotna,
- wychowanie fizyczne i rekreacja,
- profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami,
- posiłki szkolne,
- działania w zakresie promocji zdrowia w odniesieniu do pracowników szkoły,
- poradnictwo i pomoc psychologiczna,
- sprzyjające zdrowiu środowisko fizyczne i społeczne szkoły,
- współpraca z rodzicami i społecznością lokalną¹.

4. System profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami

Dla zapewnienia wszystkim uczniom równej dostępności do profilaktycznej opieki zdrowotnej i dobrej jakości tej opieki niezbędne jest stworzenie systemu, którego elementy powinny stanowić:

1. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami² sprawowana przez:
 - pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w gabinecie profilaktycznym w szkole,
 - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w zakładzie opieki zdrowotnej lub innym miejscu praktyki zawodowej lekarza,
 - lekarza stomatologa w ogólnodostępnej poradni stomatologicznej.
2. Nadzór nad realizacją profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.
3. Kształcenie i doskonalenie pielęgniarek i higienistek szkolnych oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie zagadnień związanych ze sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.
4. Monitorowanie stanu zdrowia uczniów oraz zabezpieczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Obecnie trwają prace nad stworzeniem poszczególnych elementów tego systemu.

5. Organizacja i zadania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną

Pielęgniarka lub higienistka szkolna³ pełni obecnie główną rolę w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami. Pracuje ona w szkole samodzielnie i jest w niej jedynym pracownikiem z przygotowaniem medycznym. Powinna być **rzecznikiem zdrowia**

¹ World Health Organization: Promoting health through schools. WHO Technical Report Series 87.0. WHO, Geneva 1997.

² Podjęto decyzję o finansowaniu tej opieki w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia.

³ Obok pielęgniarek dyplomowanych w szkołach pracują higienistki szkolne – absolwentki rocznego studium pomaturalnego „higieny szkolnej”. W latach 80. zaprzestano kształcenia w tym zawodzie. Szacuje się, że w Polsce aktywnych zawodowo jest ok. 700 higienistek szkolnych, a ogólna liczba pielęgniarek pracujących w szkołach wynosi ok. 9 tys.





w szkole, **doradcą i konsultantem medycznym** dyrektora szkoły i nauczycieli oraz uczniów i ich rodziców.

Obecnie trwają prace nad standardami profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną. Poniżej podano wybrane elementy projektu tych standardów¹. Znajomość ich umożliwi lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej zrozumienie roli i zadań pielęgniarki i higienistki szkolnej oraz lepszą z nią współpracę.

5.1. Standardy wymagań w zakresie kwalifikacji oraz zatrudnienia pielęgniarki i higienistki szkolnej

Pielęgniarka powinna posiadać:

- prawo wykonywania zawodu,
- ukończone szkolenie wstępne (dla pielęgniarek, które nie ukończyły kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania),
- ukończony kursu kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania (w przypadku nie odbycia tego kursu pielęgniarka powinna go ukończyć najpóźniej w terminie 2 lat od rozpoczęcia pracy),
- ukończony specjalistyczny kurs w zakresie prowadzenia szczepień ochronnych,
- ukończone szkolenie w zakresie profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia, najpóźniej w terminie 2 lat od rozpoczęcia pracy.

Wskazane jest posiadanie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania oraz ukończenie kursów dokształcających i specjalistycznych o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami (co najmniej jeden kurs na 3 lata).

Higienistka szkolna powinna posiadać: dyplom ukończenia pomaturalnego studium dyplomowanych higienistek szkolnych. Wskazane ukończenie kursów dokształcających i specjalistycznych o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami (co najmniej jeden kurs na 3 lata) oraz ukończone szkolenie w zakresie prowadzenia szczepień ochronnych oraz profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia, najpóźniej w terminie 2 lat od rozpoczęcia pracy.

W szkołach ogólnodostępnych na jedną pielęgniarkę/higienistkę szkolną powinno przypadać 800 uczniów. Liczba ta powinna być mniejsza (700 uczniów) w zasadniczych szkołach zawodowych oraz technikach prowadzących naukę w warsztatach. Należy ją zmniejszyć o 20-30% w przypadku sprawowania przez pielęgniarkę opieki w więcej niż trzech oddalonych od siebie szkołach.

¹ Podane tu informacje mogą ulec pewnym zmianom w procesie dalszego uzgadniania standardów.



W szkołach specjalnych liczba uczniów na jedną pielęgniarkę/higienistkę szkolną zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów, waha się od 30 do 150 uczniów i powinna być ustalana indywidualnie, w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów. W szkołach: integracyjnych, z klasami integracyjnymi, włączających uczniów niepełnosprawnych oraz w zespołach integracyjnych liczbę tę wylicza się za pomocą ustalonego wskaźnika, również w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów.

5.2. Standardy postępowania

Przewiduje się dziesięć standardów postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną (tab. 6). Każdy z tych standardów zawiera szczegółowe komponenty lub algorytmy postępowania.

Tabela 6. Standardy postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną

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



6. Organizacja i zadania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami sprawowana jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u uczniów zapisanych na jego liście aktywnej. Poniżej podano projekt standardów dotyczących wymagań w zakresie kwalifikacji i zatrudnienia lekarza oraz wyposażenia gabinetu lekarskiego i standardy postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

6.1. Standardy wymagań w zakresie kwalifikacji i zatrudnienia lekarza oraz wyposażenia gabinetu lekarskiego

Kwalifikacje

Lekarz sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami powinien posiadać specjalizację lekarską w dziedzinie pediatrii lub medycyny rodzinnej albo medycyny ogólnej. Wskazane jest ukończenie kursów doksztalcających i specjalistycznych o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą (co najmniej jeden kurs na 4 lata).

Zatrudnienie

Liczba osób pod opieką tego lekarza powinna wynosić:

- 2500 osób w przypadku sprawowania opieki zdrowotnej nad populacją w różnym wieku,
- 1500 osób w przypadku sprawowania opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku 0 - 18 lat.

Wyposażenie gabinetu lekarskiego

Miejszem sprawowania opieki profilaktycznej przez lekarza jest zakład opieki zdrowotnej lub inne miejsce wykonywania przez lekarza praktyki zawodowej. Dopuszcza się sprawowanie tej opieki w gabinecie profilaktycznym w szkole.

Gabinet lekarski, w którym sprawowana jest profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami powinien spełniać warunki określone w obowiązujących przepisach. Ponadto powinien posiadać wymieniony w tabeli 7 sprzęt i pomoce do wykonania lub powtórzenia testów przesiewowych u uczniów zgłaszających się na profilaktyczne badania lekarskie lub badania poprzemiesiowe (uczniowie z dodatnimi wynikami testów skierowani przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną).



Tabela 7. Sprzęt i pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników

Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń	Sprzęt i pomoce do wykonywania testów przesiewowych
Rozwoju fizycznego	Waga lekarska, taśma krawiecka lub inna taśma, z podziałką o dokładności do 1 mm, przyklejona do ściany i ekierka do pomiaru wysokości ciała, siatki centylowe wysokości i masy ciała
Narządu wzroku: • Zeza • Nieprawidłowej ostrości wzroku • Zaburzeń widzenia barw	Latarka wytwarzająca wąską wiązkę promieni do badania odbicia światła na rogówkach (test Hirschberga), Tablice do badania ostrości wzroku, z optotypami w postaci widełek w kształcie litery E i optotypami cyfrowymi; pomoce wykonane we własnym zakresie: osłona oka nie badanego, wskaźnik do pokazywania znaków na tablicy, widełki wycięte z kartonu lub plastiku Tablice pseudoizochromatyczne Ishihary do badania widzenia barwnego
Narządu słuchu – uszkodzenie słuchu	Zestawy słów do orientacyjnego badania słuchu szeptem
Narządu ruchu: • Boczego skrzywienia kręgosłupa • Nadmiernej kifozy piersiowej • Zniekształceń kończyn dolnych statycznych	Pion do badania przebiegu osi długiej kręgosłupa Ekierka duża, dermograf Pion do badania wielkości kifozy piersiowej Pion do badania ustawienia osi długiej podudzia i pięty Linijka z podziałką centymetrową
Podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi	Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z mankietami o różnej szerokości i słuchawki lekarskie, tabele do interpretacji pomiarów ciśnienia tętniczego krwi

6.2. Standardy postępowania

1) Przeprowadzanie profilaktycznych badań lekarskich uczniów poszczególnych klas/grup wieku

Profilaktyczne badania lekarskie dotyczą pięciu grup dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Ich cele i zasady przeprowadzania omówiono szczegółowo w rozdziale V.



Algorytm postępowania:

- a) Stworzenie rodzicom i uczniom możliwości zgłaszania się na profilaktyczne badania lekarskie do zakładu opieki zdrowotnej w dogodnych dla nich terminach.
- b) Zapewnienie w czasie badania warunków umożliwiających przestrzeganie prawa ucznia do informacji, intymności i poszanowania godności osobistej, zgodnie z prawami pacjenta.
- c) Zapoznanie się z informacjami zawartymi w: dokumentacji medycznej dziecka i odpowiednim formularzu „Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia ...” (zwanym dalej Kartą)¹ oraz zebranie wywiadu uzupełniającego od ucznia i jego rodziców.
- d) Przeprowadzenie badania przedmiotowego oraz podsumowanie wyników badania, w tym w razie potrzeby badań laboratoryjnych i specjalistycznych.
- e) Przekazanie uczniowi i jego rodzicom informacji o wyniku badania i wynikających z niego zaleceniach lekarskich; udzielenie porad i wskazówek co do dalszego postępowania i stylu życia.
- f) Wypełnienie:
 - odpowiedniej strony w Książeczce zdrowia dziecka,
 - ostatniej części Karty (według ustalonego schematu), przekazanie jej rodzicom lub uczniowi (w celu zwrócenia pielęgniarce/higienistce szkolnej).
- g) Włączenie kopii Karty do dokumentacji medycznej ucznia w zakładzie opieki zdrowotnej oraz zaplanowanie dalszej opieki lekarskiej nad uczniem z problemami zdrowotnymi.

2) Przeprowadzenie badań uczniów z dodatnimi wynikami testów przesiewowych skierowanych przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną

- a) Przeprowadzenie wywiadu i badania przedmiotowego oraz w razie potrzeby powtórzenie testu przesiewowego.
- b) Skierowanie ucznia, w razie potrzeby, do odpowiedniego lekarza specjalisty lub udzielenie porady i ustalenie zasad dalszego postępowania.

¹ W aneksie zamieszczono wzory znowelizowanych formularzy. Do czasu ich upowszechnienia używane będą dotychczas obowiązujące formularze dotyczące poprzednio badanych grup wiekowych.



Tabela 8. Rodzaje testów przesiewowych, klasa, w której badani są uczniowie oraz zasady postępowania w stosunku do uczniów z dodatnim wynikiem testu

Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń	Rodzaj badania	Klasa, w której badani są uczniowie	Postępowanie w stosunku do uczniów z dodatnim wynikiem testu
Rozwoju fizycznego	- Pomiar wysokości i masy ciała, - Ocena wyników pomiaru przy użyciu siatek centylowych wysokości i masy ciała	oddz. przedszk. kl. III szk. podst. kl. V szk. podst. kl. I gimn. kl. I szk. ponadgimn. ostatnia klasa szk. ponadgimn.	Objęcie stałą opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w razie potrzeby konsultacja w poradni endokrynologicznej
Narządu wzroku: • Zeza	- Badanie obecności widocznego zezu: ustawienie gałek ocznych, badanie odbicia światła na rogówkach (test Hirschberga), - Ocena ruchów gałek ocznych, - Cover-test – naprzemienne zasłanianie oczu	oddz. przedszk	Skierowanie do lekarza okulisty
• Nieprawidłowej ostrości wzroku	- Badanie ostrości wzroku do dali za pomocą tablic dostosowanych do wieku dziecka, z optotypami w postaci: - widełek u dzieci 6-letnich, - cyfr u dzieci starszych, rozpoznających cyfry	oddz. przedszk kl. I szk. podst. kl. III szk. podst. kl. V szk. podst. kl. I gimn. kl. III gimn. kl. I szk. ponadgimn. ostatnia kl. szk. ponadgimn.	Skierowanie do lekarza okulisty
• Zaburzeń widzenia barw	- Badanie widzenia barw za pomocą tablic pseudoizochromatycznych Ishihary	kl. III szk. podst.	Skierowanie do lekarza okulisty na życzenie ucznia lub rodziców
Narządu słuchu – uszkodzenie słuchu	Badanie orientacyjne szepem – „powtórz co słyszysz”	oddz. przedszk kl. I gimn.	Objęcie stałą opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w razie potrzeby skierowanie do audiologa

* Przez określenie oddz. przedszk. należy rozumieć oddział dla dzieci 6-letnich w przedszkolu lub oddział przedszkolny w szkole. Jeżeli badanie 6-lątka nie zostało wykonane lub brak jego dokumentacji, badanie należy wykonać w I klasie szkoły podstawowej.



Tabela 8. cd

Narządu ruchu: • boczno- skrzywienia kręgosłupa • nadmiernej kifozy pier- siowej • zniekształ- ceń statycz- nych koń- czyn dol- nych	- Badanie symetrii: - osi długiej kręgosłupa w płaszczyźnie czołowej, - uwypuklenia klatki piersiowej i okolicy łędźwiowej podczas skłonu w przód - Badanie wielkości kifozy piersiowej za pomocą pionu - Mierzenie odległości między kostkami przyśrodkowymi kończyn dolnych - Badanie ustawienia osi długiej podudzia i pięty za pomocą pionu	- oddz. przedszk. kl. III szk. podst. kl. V szk. podst. kl. I gimn. kl. I szk. ponadgimn. - kl. I gimn. kl. I szk. ponadgimn. - oddz. przedszk.	Objęcie stałą opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i/lub skierowanie do poradni ortopedycznej
Podwyższo- nego ciśnie- nia tętnicze- go krwi	- Pomiar trzykrotny ciśnienia tętniczego krwi - Interpretacja wyniku pomiaru za pomocą tabel	kl. III szk. podst. kl. I. gimn. kl. I szk.ponadgimn. ostatnia kl. szk. ponadgimn.	Objęcie stałą opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w razie potrzeby skierowanie do poradni specjalistycznej (leczenia nadciśnienia)

3) Sprawowanie opieki (poradnictwo czynne) nad uczniami przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi oraz z innymi problemami zdrowotnymi i społecznymi

- Przeprowadzanie okresowych badań lekarskich uczniów przewlekle chorych, niepełnosprawnych i z innymi problemami zdrowotnymi i społecznymi oraz stały nadzór nad ich leczeniem lub rehabilitacją, współpraca z lekarzami specjalistami.
- Prowadzenie edukacji zdrowotnej tych uczniów i ich rodziców przy okazji badań i wizyt lekarskich.
- Zlecanie, w razie potrzeby, przeprowadzenia wywiadu środowiskowego w domu rodzinnym ucznia; współpraca ze służbami społecznymi i innymi organizacjami w rozwiązywaniu problemów ucznia i/lub jego rodziny.
- Przekazywanie niezbędnych informacji i zaleceń pielęgniarce/higienistce szkolnej dotyczących opieki zdrowotnej nad uczniem w szkole, w tym kwalifikacji do wychowania fizycznego i sportu szkolnego, stałych zleceń dla uczniów przewlekle chorych (aktualizacja tych zleceń w razie potrzeby).



4) Przeprowadzanie kwalifikacyjnych badań lekarskich uczniów przed szczepieniem ochronnym i zabezpieczenie pomocy lekarskiej na wypadek wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych

Zakłada się, że szczepienia ochronne uczniów powinny być wykonywane w gabinecie profilaktycznym w szkole. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się wykonywanie szczepień w zakładzie opieki zdrowotnej u uczniów zgłaszających się z rodzicami.

Szczepienia ochronne wykonywane w gabinecie profilaktycznym w szkole

- a) Zapoznanie się ze stanem przygotowania szczepienia, w tym szczególnie ze: sposobem przechowywania szczepionki, kompletnością zestawu przeciwwstrząsowego, dokumentacją szczepień.
- b) Zapoznanie się z informacjami zawartymi w „Karcie zdrowia ucznia” oraz formularzu „Informacja dotycząca szczepień ochronnych”, wypełnionym przez rodziców dziecka oraz zebranie od niego uzupełniającego wywiadu.
- c) Przeprowadzenie przedmiotowego badania lekarskiego i wydanie orzeczenia o możliwości podania uczniowi w danym dniu szczepionki. Udokumentowanie ww. orzeczenia w formularzu „Informacja dotycząca szczepienia ochronnego” (Aneks s.180).
- d) Obecność przy przeprowadzaniu szczepień przez pielęgniarkę oraz przez jedną godzinę po ich zakończeniu, aby udzielić pomocy lekarskiej w przypadku wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), a szczególnie wstrząsu.
- e) W przypadku wystąpienia u ucznia NOP podlegającego zgłoszeniu, niezwłoczne zgłoszenie tego faktu do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej na formularzu „Zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego”; dokonanie wpisu o wystąpieniu NOP w dokumentacji medycznej ucznia, w tym w Książeczce zdrowia dziecka oraz powiadomienie pisemne lekarza sprawującego opiekę nad uczniem.

Szczepienia ochronne wykonywane w zakładzie opieki zdrowotnej

- a) Zapoznanie się z informacjami o stanie zdrowia dziecka, zawartymi w jego indywidualnej dokumentacji medycznej oraz zebranie uzupełniającego wywiadu od rodziców i dziecka.
- b) Przeprowadzenie przedmiotowego badania lekarskiego i wydanie orzeczenia o możliwości podania uczniowi w danym dniu szczepionki. Udokumentowanie ww. orzeczenia w indywidualnej dokumentacji medycznej.
- c) Obecność w zakładzie opieki zdrowotnej w czasie przeprowadzania szczepień, aby udzielić pomocy lekarskiej w przypadku wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), a szczególnie wstrząsu.

W przypadku wystąpienia u ucznia NOP podlegającego zgłoszeniu niezwłoczne zgłoszenie tego faktu do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej na formularzu „Zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego” dokonanie wpisu o wystąpieniu NOP w dokumentacji medycznej dziecka, w tym w Książeczce zdrowia dziecka.

Piśmiennictwo uzupełniające

1. Jodkowska M. Woynarowska B. (red.): Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2002.
2. Woynarowska B.: Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.



V. PROFILAKTYCZNE BADANIA LEKARSKIE DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU SZKOLNYM

Anna Oblacińska, Barbara Woynarowska

Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży wykonywane są w Polsce, podobnie jak w innych krajach, od kilkudziesięciu lat. W odniesieniu do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w okresie tym zmieniały się:

- *nazwy tych badań* – badania higieniczno-szkolne, indywidualne¹, wstępne i okresowe badania lekarskie²; w 1976 r. nazwano je bilansami zdrowia, a w 1992 r. powszechnymi profilaktycznymi badaniami lekarskimi³;
- *częstość wykonywania* – z wyraźną tendencją malejącą, początkowo wykonywano je co kilka miesięcy, potem corocznie, co dwa lata, a od 1976 r. co cztery lata (u dzieci i młodzieży w wieku 6 - 19 lat);
- *cele badań* – początkowo eksponowano ich aspekty higieniczne; niektóre odchylenia w stanie zdrowia ucznia traktowano jako zagrożenie dla zbiorowości szkolnej, a szkołę jako zagrożenie dla zdrowia ucznia⁴; obecnie koncentrujemy się na pojedynczym uczniu, jego: problemach⁵ zdrowotnych, szkolnych i społecznych, zachowaniach zdrowotnych i zdolności do wykonywania niektórych zadań edukacyjnych (np. rozpoczęcie nauki w szkole, udział w zajęciach wychowania fizycznego, nauka zawodu);
- *organizacja badań* – tradycyjnie wykonywano je w szkole bez obecności rodziców, w obecności innych uczniów (kilku, a nawet kilkunastu osób); od 1992 r. zaleca się wykonywanie tych badań przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (pediatry lub rodzinnego) sprawującego ciągłą opiekę lekarską nad dzieckiem "w zdrowiu i w chorobie", indywidualnie, u uczniów w wieku 6-16 lat w obecności rodziców.

¹ Kopczyński S.: Higiena szkolna. Wyd. M. Arcta, Warszawa 1921.

² Radiukiewicz S.B.: Medycyna szkolna PZWL, Warszawa 1973.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. w sprawie zakresu, organizacji oraz form opieki zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 1992, nr 87, poz. 441).

⁴ "Tylko dokładna znajomość stanu zdrowia ucznia pozwoli na rozwiązanie pytania, czy może on pozostawać w środowisku szkolnym czy jego obecność w szkole nie jest niebezpieczne uczenia i odwrotnie, czy on sam podczas pobytu w szkole nie jest narażony lub już się nie naraził na jakoweś schorzenia wymagające natychmiastowej interwencji lekarza i wychowawcy" – S. Kopczyński: Higiena szkolna. Wyd. M. Arcta, Warszawa 1921.

⁵ Problem oznacza "to co sprawia trudność, poważne zagadnienie z jakiejś dziedziny, które trzeba rozstrzygnąć, rozwiązać" – Słownik współczesnego języka polskiego. B. Dunaj (red.). Wyd. Wilga, Warszawa 1996.



1. Cele ogólne i specyficzne badań

1.1. Cele ogólne badań

Celem profilaktycznego badania lekarskiego jest:

- Dokonanie oceny rozwoju fizycznego (jego poziomu¹ i dynamiki²) oraz stanu zdrowia (fizycznego, psychicznego i społecznego) ucznia;
- Identyfikacja czynników sprzyjających i zagrażających zdrowiu u ucznia i w jego środowisku;
- Zaplanowanie niezbędnych działań diagnostycznych lub korekcyjnych i leczniczych.

Zadaniem lekarza przeprowadzającego badanie jest udzielenie pomocy uczniowi i jego rodzicom (opiekunom) w identyfikacji i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, szkolnych i społecznych (tab. 9) oraz w modyfikacji zachowań zdrowotnych tak, aby sprzyjały zdrowiu.

Tabela 9. Najczęstsze problemy zdrowotne, szkolne i społeczne w populacji w wieku szkolnym (w nawiasach szacunkowe dane o częstości występowania w odsetkach ogółu populacji)

Problemy zdrowotne

Zaburzenia rozwoju fizycznego (niskorosłość, otyłość, zaburzenia dojrzewania płciowego i miesiączkowania (15 – 20%)

Zaburzenia wzroku (15 - 25%), słuchu (10%), mowy (10%)

Zaburzenia układu ruchu (10 - 15%)

Zaburzenia rozwoju i zdrowia psychicznego (w tym upośledzenie umysłowe) (10-20%)

Choroby przewlekłe (astma, cukrzyca, padaczka, choroby układu moczowego i innych układów) oraz niepełnosprawność ruchowa (mózgowe porażenie dziecięce, stany pourazowe, wady wrodzone) (10 - 12%)

Problemy szkolne

Drugoroczność, uczniowie "przerośnięci" (starsi o 2 lata od rocznika klasy)

Trudności w nauce oraz związane z sytuacjami szkolnymi reakcje i objawy psychosomatyczne

Trudności w przystosowaniu się do rytmu pracy szkolnej (nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi, zahamowanie psychoruchowe)

Wagarowanie

¹ Poziom rozwoju oznacza aktualny stan rozwoju organizmu lub poszczególnych cech, jaki osiągnęło dziecko, w chwili badania; określa on miejsce dziecka w grupie rówieśników, zwykle w odniesieniu do wartości przeciętnych.

² Dynamika rozwoju określa tempo wzrastania i dojrzewania. W jej ocenie posługujemy się analizą przyrostów rocznych poszczególnych cech, najczęściej wysokości i masy ciała.



Tabela 9. c.d.

Problemy społeczne

Związane z rodziną

Ubóstwo w rodzinie, bezrobocie, trudne warunki mieszkaniowe

Patologia lub trudności w pełnieniu funkcji wychowawczych przez rodziców, spowodowane różnymi przyczynami, w tym: alkoholizm, przestępczość, przemoc, rozbieżności rodziny, nieprawidłowe postawy rodzicielskie, śmierć lub choroba przewlekła członka rodziny

Maltretowanie (fizyczne, psychiczne, seksualne) lub zaniedbywanie dziecka

Związane z uczniem

Używanie substancji psychoaktywnych

Nieprzystosowanie społeczne (zaburzenia neurotyczne, psychopatyczne, zachowania przestępcze)

Związane z rówieśnikami

Trudności w relacjach z kolegami w klasie (brak akceptacji, izolacja, odrzucenie, przemoc – sprawcy i ofiary przemocy)

Kontakty z grupami nieformalnymi o cechach patologii społecznej (gangi, sekty)

1.2. Wiek dzieci i młodzieży objętej badaniami

W dotychczasowej praktyce higieny i medycyny szkolnej w Polsce przyjęto zasadę, że profilaktyczne badania lekarskie uczniów wykonywane były w roku poprzedzającym okresy "progowe" w edukacji, a więc przed rozpoczęciem: nauki w szkole (wiek 6 lat), nauczania systematycznego (III klasa szkoły podstawowej), nauki w szkole ponadpodstawowej (klasa VIII szkoły podstawowej) oraz w ostatnim roku nauki w szkole ponadpodstawowej.

W związku ze zmianami strukturalnymi szkolnictwa (rozdział II) dokonano modyfikacji dotychczasowych terminów i celów niektórych profilaktycznych badań lekarskich i obecnie obowiązują następujące terminy:

- wiek 6 lat – badanie w roku poprzedzającym rozpoczęcie nauki w szkole
- klasa III szkoły podstawowej – wiek 9-10 lat
- klasa I gimnazjum – wiek 13-14 lat
- klasa I szkoły ponadgimnazjalnej – wiek 16-17 lat
- ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej – wiek 18-19 lat.

1.3. Cele specyficzne badań

Poszczególne profilaktyczne badania lekarskie mają specyficzne cele, zależne od etapu rozwoju (zadań rozwojowych) i edukacji (zadań edukacyjnych) dziecka (tab. 10). Omówiono je szczegółowo w dalszej części.



Tabela 10. Specyficzne cele poszczególnych profilaktycznych badań lekarskich dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

Klasa (Wiek)	Cele badania
Klasa "zero" (0) – oddział przedszkolny w szkole lub oddział dla dzieci 6-letnich w przedszkolu (6 lat)	● Ocena rozwoju i zdrowia dziecka z punktu widzenia jego zdrowotnej dojrzałości szkolnej ● Zaplanowanie leczenia lub zajęć korekcyjnych, umożliwiających wyrównanie ewentualnych zaburzeń
Klasa III szkoły podstawowej (10 lat)	● Ocena poziomu rozwoju i stanu zdrowia oraz zmian jakie nastąpiły w ciągu pierwszych lat nauki w szkole ● Ocena przystosowania do szkoły (wyniki w nauce, motywacja do nauki) i środowiska społecznego (kontakty z rówieśnikami, nauczycielami)
Klasa I gimnazjum (13 lat)	● Ocena przebiegu dojrzewania płciowego ● Ocena zdrowia i rozwoju, z prognozą zmian w dalszych latach, w aspekcie kierunku dalszego kształcenia
Klasa I szkoły ponadgimnazjalnej (15-16 lat)	● Ocena stopnia dojrzałości płciowej ● Ocena zdrowia i rozwoju, z prognozą zmian w dalszych latach, w aspekcie kierunku dalszego kształcenia i wyboru zawodu
Klasa ostatnia szkoły ponadgimnazjalnej (18-19 lat)	● Ocena stanu zdrowia somatycznego i psychicznego w końcowym okresie rozwoju, pod kątem: – zdrowia reprodukcyjnego (prokreacyjnego) – zdolności do dalszego kształcenia i nauki zawodu

2. Zakres badania

Profilaktyczne badanie lekarskie uwzględniać powinno wszystkie sfery rozwoju i wymiary zdrowia dziecka. Algorytm postępowania omówiono szczegółowo w rozdziale III. Składa się ono z:

a) *Badania podmiotowego*, obejmującego:

- Analizę informacji wpisanych przez rodziców, pielęgniarkę/higienistkę szkolną i wychowawcę w odpowiednim formularzu "Karta profilaktycznego badania lekarskiego dziecka/ucznia...."¹
- Wywiad uzupełniający zebrany od rodziców (opiekunów) i ucznia, ze zwróceniem szczególnej uwagi na:
 - zdrowie subiektywne: samopoczucie, występowanie różnych dolegliwości, stanów emocjonalnych (np. częste zdenerwowanie, rozdrażnienie lub zły humor,

¹ Wzory formularzy zamieszczono w Aneksie.



- przygnębiecie, zaburzenia snu), objawów psychosomatycznych (np. bóle głowy, brzucha),
- zachowania zdrowotne¹, w tym: sprzyjające zdrowiu (odpowiednia aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymanie higieny osobistej, w tym jamy ustnej; zachowanie bezpieczeństwa; radzenie sobie z emocjami, stresem, sytuacjami trudnymi) oraz zagrażające zdrowiu (palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, przemoc, przedwczesna inicjacja seksualna),
 - sytuację rodzinną, w tym ekonomiczno-społeczną;

W Aneksie (s. 137) zamieszczono wzór ankiety dotyczącej stylu życia i samopoczucia dzieci i młodzieży.

- Analizę dotychczasowej indywidualnej dokumentacji medycznej dziecka (Karta zdrowia dziecka, Książeczka zdrowia dziecka itp.).

b) *Badania przedmiotowe*, zgodnie z obowiązującymi zasadami, z uwzględnieniem układów i sfer rozwoju, które w danym wieku są w "okresie krytycznym rozwoju", co zwiększa ryzyko nieprawidłowości w ich budowie i funkcji. W razie wątpliwości co do wyników testów przesiewowych, przeprowadzonych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, lekarz powinien mieć sprzęt i pomoc (rodzaj sprzętu i pomocy podano na str. 48) oraz warunki umożliwiające ich powtórzenie². W badaniu przedmiotowym należy także zwrócić uwagę na objawy mogące sugerować krzywdzenie dziecka (Aneks s. 140).

c) *Badania laboratoryjnych i specjalistycznych*, w razie potrzeby.

d) *Podsumowania wszystkich elementów badania*, w którym lekarz powinien:

- ustalić rozpoznanie ewentualnych zaburzeń rozwoju i zdrowia dziecka (problem zdrowotny) oraz czynników ryzyka dla zdrowia ze strony dziecka, jego rodziny i szkoły;
- udzielić uczniowi i rodzicom zaleceń dotyczących korekcji i leczenia zaburzeń oraz porady w zakresie modyfikacji zachowań zdrowotnych; profilaktyczne badanie lekarskie jest okazją do edukacji zdrowotnej młodych pacjentów i ich rodziców;
- wydać odpowiednie orzeczenie lekarskie, zależnie od wieku i poziomu edukacji (np. w zakresie zdrowotnej dojrzałości szkolnej, kwalifikacji do wychowania fizycznego, itd.) lub zaświadczenie o stanie zdrowia;
- ustalić zalecenia dla pielęgniarki lub higienistki szkolnej³;
- zaplanować dalszą opiekę lekarską nad uczniem z zaburzeniami w stanie zdrowia i rozwoju.

¹ Wiele zaburzeń rozwoju i zdrowia u dzieci i młodzieży ma podłoże behawioralne – zależy od zachowań zdrowotnych.

² Szczegółowe zasady wykonywania testów omówiono w odrębnym wydawnictwie [4].

³ Karta profilaktycznego badania lekarskiego wraca do pielęgniarki szkolnej i jest dla niej podstawą do planowania opieki nad uczniem w szkole.



Wyniki badań lekarz powinien wpisać w formularzu "Karta profilaktycznego badania lekarskiego..." (zwanej dalej Kartą) i Książeczce zdrowia dziecka. Oryginał Karty lekarz przekazuje rodzicom w celu oddania pielęgniarkie w szkole. Kopię formularza Karty pozostawia lekarz w swojej dokumentacji.

3. Koordynacja i organizacja badań

Koordynacja profilaktycznych badań lekarskich jest zadaniem pielęgniarki lub higienistki szkolnej, która:

- przeprowadza obowiązujące w danym wieku testy przesiewowe,
- zakłada Kartę i wypełnia przeznaczoną dla siebie część formularza,
- zwraca się do wychowawcy klasy o wpisanie jego opinii w Karcie,
- przekazuje Kartę rodzicom, zobowiązuje ich do wypełnienia części Karty dla nich przeznaczonej i do zgłoszenia się z dzieckiem na profilaktyczne badanie lekarskie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod opieką którego znajduje się dziecko.

Badanie przeprowadza lekarz sprawujący stałą opiekę nad danym dzieckiem, w obecności rodziców, do ukończenia przez dziecko 16 roku życia. Obecność rodziców umożliwia uzupełnienie wywiadu, lepsze poznanie problemów dziecka i rodziny oraz przekazanie rodzicom odpowiednich zaleceń i wskazówek. Uczniowie powyżej 16 roku życia mogą sami zgłaszać się na profilaktyczne badanie lekarskie. W razie potrzeby lekarz powinien skontaktować się z ich rodzicami.

W przypadku, gdy mimo monitów pielęgniarki/higienistki szkolnej rodzice nie zgłaszają się z dzieckiem na profilaktyczne badania lekarskie, pielęgniarka powinna przeprowadzić wywiad środowiskowy w domu ucznia i zachęcić rodziców do zgłoszenia się na badanie. W przypadku, gdy nadal istnieją przeszkody w realizacji tego badania pielęgniarka powinna powiadomić o tym fakcie dyrektora szkoły oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę lekarską nad uczniem.

Zadaniem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest sprawdzenie czy u wszystkich pacjentów na jego liście aktywnej, którzy są w grupach wieku objętych profilaktycznymi badaniami lekarskim, badania te zostały wykonane.

4. Warunki efektywności badań

Efektem profilaktycznego badania lekarskiego powinna być wnikliwa ocena stanu zdrowia ucznia, wykrycie ewentualnych zaburzeń, zlecenie niezbędnych działań prewencyjnych, diagnostycznych, leczniczych, korekcyjnych lub rehabilitacyjnych (w tym także orzecznictwo dla potrzeb ucznia i szkoły, wskazówki dla pielęgniarki szkolnej) oraz udzielenie uczniom i ich rodzicom porady dotyczącej warunków i stylu życia (zachowań zdrowotnych).

Kryterium efektywności (jakości) badania powinno być także poczucie satysfakcji ucznia, jego rodziców, a także satysfakcja lekarza z przeprowadzonego badania i wzajemnych kontaktów. Satysfakcja z badania i akceptacja zaleceń lub porad lekarskich,



a następnie ich przestrzeganie przez młodych pacjentów i ich rodziców sprzyja podejmowaniu przez nich działań na rzecz zdrowia. Satysfakcja pacjentów (klientów) jest obecnie postrzegana jako ważny element jakości ochrony zdrowia¹. Jej odczuwanie zależy od wielu czynników, w tym głównie relacji między subiektywną oceną przebiegu badania, a oczekiwaniami ucznia lub jego rodziców. Oczekiwania te, z kolei, zależą m.in. od wiedzy, tradycji i doświadczeń rodziców i ich dzieci. W społeczeństwie polskim nadal panuje przekonanie, że profilaktyczne badania lekarskie uczniów powinny być wykonywane w szkole, bez „obciążania” rodziców. Należy zatem spodziewać się, że duży odsetek rodziców będzie negatywnie nastawionych do samego faktu zgłoszenia się na to badanie z dzieckiem, co może wpływać także na poziom ich satysfakcji z tego badania.

Efektywność profilaktycznych badań lekarskich zależy zatem od wielu czynników. Poniżej wymieniono najważniejsze ich grupy.

4.1. Organizacja badania

W organizacji badań należy zwrócić uwagę na następujące elementy:

- jasna informacja od pielęgniarki lub higienistki szkolnej dla uczniów i ich rodziców o celu, potrzebie i obowiązku wykonania profilaktycznego badania lekarskiego,
- stałość i ciągłość opieki lekarskiej nad dzieckiem, dostępność jego indywidualnej dokumentacji medycznej,
- dogodność dla rodziców i uczniów dni i godziny badania,
- zapewnienie odpowiedniego czasu na badanie (co najmniej 20 minut), unikanie pośpiechu lub co najmniej nie okazywanie przez lekarza presji czasu.

4.2. Warunki badania

Profilaktyczne badanie lekarskie powinno być wykonywane w warunkach zapewniających uczniowi intymność i prywatność (np. rozbieranie się i ubieranie za parawanem, badanie za parawanem, możliwość rozmowy bez obecności innych osób) zgodnie z Kartą Praw Pacjenta². Warto także zadbać o wystrój poczekalni i gabinetu (nastolatki źle czują się w pomieszczeniach dostosowanych do potrzeb małych dzieci i niemowląt).

4.3. Postawa lekarza wobec badań profilaktycznych uczniów

Większość lekarzy nastawiona jest na opiekę nad pacjentem chorym i jego leczenie. Wielu lekarzy ma małe doświadczenie w opiece nad dziećmi, a szczególnie młodzieżą w wieku 15 - 18 lat, która ma specyficzne potrzeby i problemy zdrowotne i która dotychczas w Polsce była „ziemią niczyją” – między pediatrią a interną. Znaczny odsetek lekarzy nie dostrzega potrzeby pogłębionych badań profilaktycznych uczniów oraz ich ważnej roli społecznej i edukacyjnej. Jest to przyczyną powierzchowności tych ba-

¹ Hołub J.: Strategia konkurencji jakością na rynku usług medycznych. [W]: Nogalski B., Rybicki J.M. (red.): Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Towarzystwo Naukowe i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 2002, s. 113.

² Halik J.: Prawa pacjenta. Zdrowie Publiczne 1997, 107, supl. 2.



dań, malej ich efektywności oraz braku satysfakcji lekarza i jego pacjentów. Niekorzystne doświadczenia i mała satysfakcja młodzieży z tego badania może ukształtować niekorzystną postawę wobec innych profilaktycznych badań, na które należy zgłaszać się w dalszych latach życia¹.

4.4. Komunikowanie się lekarza z uczniem i jego rodzicami

Dobre komunikowanie się (werbalne i niewerbalne) lekarza z pacjentem wyzwała aktywną postawę pacjentów wobec własnego zdrowia i zaleceń lekarza. Zasadom komunikowania się lekarza z pacjentem, także w podstawowej opiece zdrowotnej i medycynie rodzinnej, poświęcono w ostatnich latach wiele prac [1,3] lecz w dostępnych publikacjach komunikowanie się lekarza z dziećmi i młodzieżą jest traktowane marginalnie.

Dziecko, według B. Górnickiego jest w sensie biologicznym bytem „niedokończonym”, a społeczność dziecięca jest bezbronna i milcząca co wymaga, aby zasady etyczne w odniesieniu do tej społeczności były szczególnie respektowane [2]. W przypadku młodych pacjentów istniejąca w praktyce asymetryczna relacja między lekarzem i pacjentem (w hierarchii społecznej pacjenci są na niższym stopniu niż lekarz) jest szczególnie zaznaczona [3]. Młodzi pacjenci, częściej niż dorośli, są narażeni na protekcjonizm i moralizowanie. Częściej też narażeni są na działania o cechach jatrogennych wobec powszechnej praktyki omawiania stanu zdrowia w ich obecności w sposób niezrozumiały („dziecko na podstawie fragmentów zasłyszanej rozmowy i pobudzanej niepokojem wyobraźni konstruuje budzący grozę obraz własnych zaburzeń”)².

Lekarz sprawujący opiekę nad dziećmi i młodzieżą powinien sobie zdawać sprawę ze specyfiki komunikowania się z młodymi pacjentami oraz z tego, że kształtuje ich postawy i zachowania jako pacjentów.

W tabeli 11 podano podstawowe zasady dobrego komunikowania się lekarza i pielęgniarki z młodymi pacjentami i ich rodzicami. Rozwijanie tych umiejętności jest szczególnie potrzebne dla skutecznego prowadzenia edukacji zdrowotnej młodych pacjentów i ich rodziców.

Do najczęstszych nieprawidłowości w relacjach lekarz-uczeń należą:

- pośpiech i niecierpliwość,
- nie respektowanie prawa dziecka do informacji, intymności i prywatności oraz innych zasad wynikających z praw pacjenta,
- niedostatki w aktywnym słuchaniu,
- nie zachęcanie ucznia do wyrażania własnych opinii i poszukiwania sposobów rozwiązania własnego problemu,
- nadużywanie ocen negatywnych i krytyki,

¹ Wyniki badań, przeprowadzonych w połowie lat 90. wśród ludzi dorosłych wskazują na alarmująco małą częstotliwość większości zalecanych badań profilaktycznych - Ostrowska A.: Styl życia a zdrowie. Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1999.

² Kliszcz J.: Psychologiczne aspekty jatropatogenii. [W:] Barański J., Waszyński E., Steciwno A.: Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Wyd. Astrum, Wrocław 2000, s. 83.



- brak lub skąpe i niejasne dla ucznia informacje o wynikach badania lub zaleceniach,
- bagatelizowanie problemów zgłaszanych przez uczniów.

Szczególną uwagę należy zwrócić na sposób komunikowania się lekarza z nastolatkami, które nie chcą być traktowane jak „dzieci”. Cechuje je m.in. potrzeba niezależności, usamodzielniania się i zachowania prywatności, krytycyzm wobec świata zewnętrznego, poglądów, wartości, postaw i zachowań ludzi dorosłych. Komunikowanie się z tą grupą pacjentów wymaga od lekarza szczególnych umiejętności. Często lekarz

Tabela 11. Zasady dobrego komunikowania się lekarza i pielęgniarki z młodym pacjentem oraz jego rodzicami*

1. Przyjmuj pacjentów z uśmiechem, staraj się, aby cię lubili
2. Słuchaj co pacjent mówi do ciebie, utrzymuj z nim kontakt wzrokowy, zwracaj uwagę na swoje gesty, wyraz twarzy, czyli niewerbalny sposób komunikowania się
3. Używaj prostego zrozumiałego języka, unikaj nadmiaru informacji, ale dawaj je, a nie ograniczaj się tylko do zaleceń i instruktażu
4. Staraj się, aby rodzice i (lub) starsze dziecko samodzielnie poszukiwali sposobów rozwiązania własnych problemów, nie narzucaj własnych pomysłów, lecz służ radą
5. Dołóż starań aby rodzice i dziecko wyszli z gabinetu z przeświadczeniem, że wizyta była celowa, lekarz okazał zainteresowanie ich problemami i otrzymali poradę
6. Staraj się tworzyć wzory zachowań prozdrowotnych dla swoich pacjentów
7. Gdy przyjmujesz młodego pacjenta samego lub z rodzicami, nawiąż z nim kontakt:
 - rozmawiaj z nim w podobny sposób jak z człowiekiem dorosłym, nie daj mu odczuć, że traktujesz jego słowa, opinie i pomysły jako „dziecinne”
 - nie śmiej się z tego co dziecko mówi, zanim nie upewnisz się, że ono żartuje i chce, aby uznać, że to co mówi jest śmieszne
 - nie staraj się zawsze rozweselać i zabawiać dziecka (rób to tylko jeśli znasz dziecko i ono zna ciebie), nigdy go nie drażnij, unikaj „przesłodzonych” słów i intonacji głosu
 - w czasie pierwszego spotkania łatwiej nawiążesz kontakt mówiąc do dziecka cicho, a nawet szeptem; jest to dla niego uspokajające i intymne; zwykle odpowie ci też szeptem
 - dziecko łatwiej zrozumie swój problem jeśli wyjaśnisz mu go na rysunku lub schemacie
 - nie dyskutuj z innymi osobami o chorobie lub problemach dziecka w jego obecności i bez jego udziału
 - gdy dziecko odrzuca współpracę z tobą, nie traktuj tego jako postępowanie nieodjrzałe lub lekceważące; jest to zwykle objawem lęku lub reakcją na lęk.

*W opracowaniu wykorzystano także wskazówki zawarte w podręczniku W.E. Nelson: Podręcznik pediatrii. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1996, s. 57.



ma trudności w rozmowach o tzw. „drażliwych sprawach”, jak używanie substancji psychoaktywnych, zachowania seksualne. Uzyskanie prawdziwych informacji wymaga od lekarza taktu, stworzenia atmosfery zaufania (lekarz nie powinien wchodzić w rolę detektywa lub policjanta) i zachowania tajemnicy. Dla uzyskania tych informacji młodocianemu pacjentowi należy stworzyć możliwość rozmowy z lekarzem bez obecności innych osób, w tym także rodziców. Często lekarz staje przed dylematem czy i jak poinformować rodziców, gdy zgłasza się do niego o pomoc nastolatek używający narkotyków lub nieletnia ciężarna. Jeśli lekarz uzna, że istnieje potrzeba przekazania niektórych informacji uzyskanych od ucznia rodzicom (ze względu na jego dobro) powinien uzgodnić to z młodym pacjentem.

5. Omówienie profilaktycznych badań lekarskich dzieci i młodzieży w poszczególnych grupach wieku/klasach

5.1. Badanie dziecka 6-letniego

Cel badania

Specyficznym celem profilaktycznego badania lekarskiego dziecka 6-letniego jest:

- dokonanie oceny rozwoju i zdrowia dziecka z punktu widzenia jego zdrowotnej dojrzałości szkolnej,
- zaplanowanie leczenia lub zajęć korekcyjnych, umożliwiających wyrównanie ewentualnych zaburzeń rozwoju lub zdrowia przed rozpoczęciem nauki w szkole.

Organizacja badania

Badanie należy wykonać u dziecka 6-letniego, w listopadzie lub grudniu, w roku poprzedzającym rozpoczęcie nauki w klasie pierwszej.

Organizacja badania zależy od tego czy dziecko uczęszcza do oddziału dla dzieci 6-letnich (tzw. zerówka):

- *w szkole* – pielęgniarka/higienistka szkolna przeprowadza testy przesiewowe, koordynuje wypełnienie odpowiednich części w „Karcie profilaktycznego badania lekarskiego dziecka 6-letniego” (zwanej dalej Kartą) przez wychowawcę klasy i rodziców oraz zachęca rodziców do zgłoszenia się z dzieckiem do lekarza;
- *w przedszkolu*¹ – rodzice zgłaszają się do lekarza bez wypełnionej Karty; należy ją założyć, prosząc rodziców o wypełnienie części 1; to samo dotyczy dzieci nie uczęszczających do przedszkola i szkoły.

Zakres badania

1. Analiza informacji od rodziców wychowawcy klasy i pielęgniarki/higienistki szkolnej zawartych w Karcie przygotowanej przez pielęgniarkę szkolną.
2. Zebranie wywiadu, pełnego lub uzupełniającego, od rodziców i dziecka – należy posłużyć się Kartą – pytaniami zawartymi w części 1 i w razie potrzeby informacje

¹ Pielęgniarka/higienistka szkolna może objąć opieką dzieci 6-letnie uczęszczające do przedszkola – organizacja badania jest wtedy taka, jak w szkole.



uzupełnić lub uszczegółowić wg zasad badania podmiotowego pediatrycznego. W wywiadzie należy uwzględnić pytania dotyczące zachowań zdrowotnych dziecka i warunków ekonomiczno – społecznych jego rodziny.

3. Wykonanie testów przesiewowych, o ile nie wykonane zostały one przez pielęgniarkę szkolną, w tym: pomiar wysokości i masy ciała i określenie ich pozycji centylowej, badanie ostrości wzroku, obecności zezów, badanie słuchu, badanie narządu ruchu w kierunku bocznego skrzywienia kręgosłupa i zniekształceń statycznych kończyn dolnych.
 4. Przedmiotowe badanie lekarskie, w tym zwrócenie szczególnej uwagi na:
 - rozwój fizyczny, motoryczny i psychospołeczny (tab. 12),
 - wymowę - badanie orientacyjne z wykorzystaniem testu obrazkowego (ryc. 3),
 - lateralizację - badanie orientacyjne (tab. 13)
 - zewnętrzne narządy płciowe – badanie w kierunku wykrywania: wnetrzości (Aneks s. 144), stulejki (zwężenie napletka), spodziectwa (nieprawidłowego ujęcia cewki moczowej).
 5. Podsumowanie wyników badania (w tym, w razie potrzeby, wyników badań laboratoryjnych i specjalistycznych, także w poradni psychologiczno-pedagogicznej) i określenie:
 - Problemu zdrowotnego – rozpoznanie stwierdzonych zaburzeń,
 - Zdrowotnej dojrzałości szkolnej. Można uznać, że dojrzałość szkolna dziecka jest:
 - **pełna** – gdy nie stwierdza się nieprawidłowości w stanie zdrowia i rozwoju lub gdy występują odchylenia, które nie będą miały wpływu na przebieg adaptacji dziecka do szkoły oraz uczenie się;
 - **niepełna** (budzi zastrzeżenia) - gdy u dziecka występują nieprawidłowości, które mogą utrudniać adaptację szkolną i należy podjąć działania zmierzające do ich korekcji lub leczenia. W tabeli 14 podano czynniki ryzyka, które mogą opóźniać dojrzałość szkolną lub zaburzać adaptację dziecka do szkoły. Należy podkreślić, że większość dzieci z wymienionymi w tabeli 14 zaburzeniami dobrze funkcjonuje w szkole i w praktyce zbyt często ryzyko to ocenia się z "zapasem". O funkcjonowaniu dziecka w szkole rzadko decyduje jeden czynnik¹.
- W przypadku stwierdzenia zastrzeżeń co do zdrowotnej dojrzałości szkolnej dziecka, w zależności od stwierdzonych zaburzeń, lekarz powinien:
- zalecić odpowiednie leczenie, korekcję lub inne działania naprawcze,
 - skierować dziecko do psychologa, logopedy,
 - zasięgnąć opinii lekarza specjalisty, pod opieką którego jest dziecko.
- Odrzucanie obowiązku szkolnego z przyczyn zdrowotnych, bez udzielenia dziecku odpowiedniej pomocy, w celu wyrównania zaburzeń, jest postępowaniem błędnym (wciąż istnieje przekonanie, że dziecko, gdy będzie starsze, łatwiej będzie radzić sobie w szkole.)
- Kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i do nauki pływania (jest w programie nauczania klasy II) – według zasad podanych w Aneksie s. 153.

¹ Black J.L.: School readiness. Pediatr. Basis 1990, 55, 2.



- Zaleceń dla rodziców lub pielęgniarki/higienistki szkolnej.

Dokumentacja wyników

- Książeczka zdrowia dziecka;
- Karta profilaktycznego badania lekarskiego dziecka w wieku 6 lat, cz. 4. (rodzice przekazują Kartę pielęgniarce/higienistce w szkole, do której będzie uczęszczać dziecko).

Ryc. 3. Test obrazkowy do wykrywania wad wymowy. Według J. Serejskiego i wsp.

Dziecku poleca się nazwać głośno i wyrazić przedmioty umieszczone na obrazkach. Należy zwrócić uwagę na wymowę następujących głosek:

Głoska	Nieprawidłowa wymowa
ś, ź, ć, d, ż sz, ż, cz, dż s, z, c, dz r k g	seplenienie rerenie kekanie gęganie



Tabela 12. Kwestionariusz do orientacyjnego badania rozwoju motorycznego i psychospołecznego pod kątem dojrzałości szkolnej dziecka 6-letniego

Sfera funkcjonowania dziecka	Czy dziecko:	TAK	NIE	Czasem TAK, czasem NIE
Duża motoryka	Często się potyka lub przewraca? Porusza niezdarnie i jest niezręczne? Ma trudności z utrzymaniem równowagi? Zwykle rozlewa płyn podczas nalewania lub przelewania (np. z kubka, dzbanka itp.)			
Mała motoryka	Ma trudności z posługiwaniem się nożyczkami Chwyta niezgrabnie ołówki, kredki podczas rysowania Ma trudności z zapinaniem zamków błyskawicznych i guzików			
Koordinacja wzrokowo-ruchowa	Ma trudności z dopasowaniem kształtu do formy (np. klocków) Ma trudności z odróżnieniem „większego” od „mniejszego” Ma trudności z odwzorowaniem prostej figury lub litery			
Mowa	Często prosi o powtarzanie słów Ma trudności z rozumieniem tego, co zostało do niego powiedziane Ma trudności w wykonywaniu poleceń Ma trudności z odpowiedziami na pytania dotyczące opowiedzianych mu historyjek Mowa dziecka jest często trudna do zrozumienia Używa jedynie kilku (2-3) zwykle tych samych słów do określenia swych uczuć, chęci			
Orientacja przestrzenna, świadomość własnego ciała	Często ma kłopoty z odnalezieniem właściwego pomieszczenia (sali, ubikacji, szatni), rzeczy (np. ubrania, zabawki) w przedszkolu lub na placu zabaw			
Pamięć	Ma trudności z zapamiętaniem słów piosenek, rymowanek Ma słabą orientację w czasie, np. mylą mu się pojęcia takie, jak: wczoraj, jutro, za godzinę, za tydzień Ma trudności z zapamiętaniem, co gdzie leży, stoi (np. w domu)			



Tabela 12. c.d.

Uwaga, aktywność	Jest bardzo ruchliwe Ma rozproszoną uwagę na kilka rzeczy naraz Jest często w złym humorze, „nie wie czego chce” Zwykle gwałtownie reaguje na nowe sytuacje, gdy coś mu się nie udaje			
Dojrzałość emocjonalno-społeczna	Jest zwykle ciche, smutne, długo oswaja się z nowymi zabawkami, osobami Łatwo się czymś martwi Zwykle jest niepewne siebie Jest nie lubiane lub odrzucane przez rówieśników			

Opracowanie: M. Jaroszyńska-Szymczuk. Według: Black J. L.: School readiness. Pediatric Basics, 1990 (Summer), 55, 2.

Tabela 13. Wybrane próby orientacyjnego badania lateralizacji u dzieci 6-letnich

Ocena dominacji	Rodzaj i opis próby	Interpretacja i ocena wyników
Ręki	karty – rozdawanie 26 kart o normalnej wielkości osobie badanej i sobie samemu, raz jedną, raz drugą ręką marionetka (diadochokineza) – wykonywanie uniesioną, zgiętą w łokciu ręką szybkich ruchów obrotowych dłonią pisanie imienia lub nazwiska – jedną lub drugą ręką	porównanie czasu wykonania zadania obu rękami i koordynacji ruchów silna dominacja ręki – czas o 50% krótszy niż drugiej ręki porównanie szybkości i precyzji ruchów obu rąk porównanie czasu pisania w sekundach oraz poziomu graficznego pisma silna dominacja – czas pisania 2 razy krótszy
Oka	punktowanie – stawianie kropek w kratkach (po jednej w każdej kratce) przez 30 sekund jedną i drugą ręką kalejdoskop – patrzenie na mały przedmiot przez otwór w przesłonie zaglądanie do buteleczki celowanie strzelbą	porównanie liczby wypełnionych kratek silna dominacja – liczba punktów o 20% większa wybór oka wskazuje na dominujące próbę powtórzyć trzykrotnie na wynik próby może mieć wpływ dominacja ręki
Nogi	kopanie przedmiotu np. klocka, piłki klasy – naśladowanie gry w klasy	trzy próby – określenie nogi wybieranej do wykonania zadania

Według: Bogdanowicz M.: Leworęczność u dzieci. WSiP, Warszawa 1992.



Tabela 14. Czynniki ryzyka opóźnienia zdrowotnej dojrzałości szkolnej oraz trudności w adaptacji dziecka do szkoły

Ze strony dziecka

- Wady wrodzone, w tym drobne fizyczne wady rozwojowe, powikłania w przebiegu porodu i okresu noworodkowego, urazy i infekcje o.u.n., zatrucie ołowiem, radioterapia (okolice głowy) i chemioterapia (możliwość uszkodzeń i mikrouszkodzeń o.u.n.)
- Zaburzenia narządów zmysłów (zwłaszcza uszkodzenie słuchu, zez i niedowidzenie obuocznego), wady i opóźnienie rozwoju mowy
- Choroby przewlekłe wymagające stałego leczenia, przebiegające z okresami zaostrzeń (duża absencja szkolna, obniżenie dyspozycji do nauki, uboczne działanie leków itd.)
- Nadpobudliwość lub zahamowanie psychoruchowe, mutyzm wybiórczy, moczenie się mimowolne i inne zaburzenia zdrowia psychicznego i psychosomatyczne
- Otyłość i nieorganiczny zespół opóźnionego rozwoju
- Nawracające infekcje górnych dróg oddechowych i alergie
- Zmniejszona sprawność ogólna i manualna

Ze strony szkoły

- Przeludnienie klasy i szkoły
- Nie zawsze odpowiednie kwalifikacje nauczyciela
- Brak środków na ewentualne zajęcia wyrównawcze

Ze strony rodziców

- Dążenie do wcześniejszego rozpoczęcia nauki przez dziecko
- Nadmierne stymulowanie jego rozwoju intelektualnego
- Niezrozumienie lub nie uwzględnianie potrzeb dziecka, w tym aktywności ruchowej
- Postawy nadopiekuńcze rodziców
- Niewydolność opiekuńczo - wychowawcza

Źródło: Woynarowska B.: Dojrzałość szkolna. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. PZWL, Warszawa 2000, s. 88.

5.2. Badanie ucznia klasy III szkoły podstawowej

Cel badania

Specyficznym celem profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy III szkoły podstawowej (dziecka w wieku 10 lat) jest dokonanie oceny:

- poziomu rozwoju i stanu zdrowia dziecka oraz zmian jakie nastąpiły w pierwszych latach nauki w szkole;
- przystosowania do szkoły (wyniki w nauce, motywacja do nauki) i środowiska społecznego (kontakty z rówieśnikami, nauczycielami).

Organizacja badania

Badanie należy wykonać w wieku 10 lat, u ucznia klasy III, w drugim semestrze roku szkolnego.



W szkole pielęgniarka szkolna przeprowadza testy przesiewowe, koordynuje wypełnienie odpowiednich części w "Karcie profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy III" (zwanej dalej Kartą) przez wychowawcę klasy i rodziców oraz zachęca rodziców do zgłoszenia się z dzieckiem do lekarza.

Zakres badania

1. Analiza informacji od rodziców, wychowawcy klasy i pielęgniarki/higienistki szkolnej zawartych w Karcie przygotowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną.
2. Zebranie wywiadu pełnego lub uzupełniającego od rodziców i dziecka z uwzględnieniem:
 - zachowań zdrowotnych (Aneks s. 137),
 - oceny sytuacji szkolnej i rodzinnej dziecka (tab. 15),
 - czynników ryzyka dla zdrowia dziecka, w tym także wczesnego rozwoju miażdżycy (Aneks s. 139),
 - dolegliwości, w tym psychosomatycznych oraz innych problemów w zakresie zdrowia psychospołecznego jak: nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia emocjonalne.
3. Analiza wyników testów przesiewowych w kierunku wykrywania zaburzeń: rozwoju fizycznego, układu ruchu (bocznego skrzywienia kręgosłupa), ostrości wzroku i widzenia barw, podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi (tabele 90 i 95 centyla ciśnienia tętniczego krwi w odniesieniu do centyla wysokości ciała – Aneks s. 135-136).
4. Przedmiotowe badanie lekarskie, w tym zwrócenie szczególnej uwagi na układ ruchu, jamę ustną, gruczoł tarczowy, rozwój wtórnych cech płciowych według skali Tannera (Aneks s.132), zwłaszcza u dziewcząt; u chłopców - badanie obecności jąder w mosznie, wykrywanie stulejki, spodziectwa i innych wad układu moczowo-płciowego.
5. Podsumowanie wyników badania (w tym w razie potrzeby wyników badań laboratoryjnych i specjalistycznych, także w poradni psychologiczno-pedagogicznej) i dokonanie:
 - Oceny poziomu rozwoju fizycznego,
 - Orientacyjnej oceny rozwoju psychospołecznego i przystosowania szkolnego,
 - Oceny stanu zdrowia, ewentualnych zaburzeń i chorób,a także:
 - Kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego – według zasad podanych w Aneksie s. 153.
 - Zaleceń dla ucznia, rodziców oraz pielęgniarki/higienistki szkolnej.

Dokumentacja wyników

- Książeczka zdrowia dziecka;
- Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy III, cz. 4. Kartę przekazuje uczeń lub rodzice pielęgniarce lub higienistce szkolnej w szkole, do której uczęszcza.



Tabela 15. Zestaw pytań do orientacyjnej oceny przystosowania szkolnego ucznia

Pytania do ucznia

Czy lubi swoją szkołę?

Czy czuje się bardzo obciążony nauką i obowiązkami szkolnymi?

Jakie przedmioty go interesują i czy lubi się ich uczyć?

Jakie oceny otrzymał w ostatnim semestrze (w tym z zachowania)?

Czy ma trudności w nauce i z jakich przedmiotów?

Czy potrzebuje pomocy w nauce?

Czy ma jakieś zajęcia pozaszkolne?

Czy należy do organizacji szkolnych i jakie pełni w nich funkcje?

Czy jest akceptowany przez kolegów w klasie?

Czy czuje się dobrze w klasie?

Czy ma w szkole zaprzyjaźnionych kolegów, czy woli trzymać się od nich na uboczu?

Czy często popada w konflikty z innymi kolegami?

Czy zdarza się, że inni dokuczają mu, dręczą?

Czy boi się nauczycieli, uważa, że są niesprawiedliwi, popada z nimi w konflikty?

Czy nauczyciele okazują mu pomoc i zrozumienie?

Czy w rodzinie panuje dobra, serdeczna atmosfera?

Czy rodzice interesują się jego kłopotami i potrafią mu pomóc?

Czy ma w domu stałe miejsce i odpowiednie warunki (cisza) do odrabiania lekcji?

Pytania do wychowawcy klasy (dotyczą ucznia)

Jakie ma wyniki w nauce i zachowaniu w stosunku do klasy?

Czy wyniki w nauce odpowiadają jego możliwościom intelektualnym?

Jaka jest jego motywacja do nauki, koncentracja uwagi, aktywność na lekcji, zdolność do samodzielnej pracy?

Czy wywiązuje się z zadań zleconych przez nauczycieli lub samodzielnie podjętych?

Czy ma szczególne zainteresowania i uzdolnienia?

Czy jest akceptowany przez klasę i z nią związany?

Czy jest związany z inną grupą niż klasa?

Czy jest koleżeński i wrażliwy na potrzeby innych?

Czy rodzice zainteresowani są jego postępami i zachowaniem i próbują mu pomóc?

Czy w rodzinie występują szczególne problemy, konflikty?

5.3. Badanie ucznia klasy I gimnazjum

Cel badania

Specyficznym celem profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy I gimnazjum jest dokonanie oceny:

- przebiegu dojrzewania płciowego,



- zdrowia i rozwoju, z prognozą zmian w dalszych latach, w aspekcie wyboru kierunku kształcenia w przyszłej szkole ponadgimnazjalnej (dotyczy uczniów przewlekle chorych i niepełnosprawnych).

Organizacja badania

Badanie należy wykonać u ucznia klasy I gimnazjum, w wieku lat 13, w pierwszym semestrze klasy I.

W szkole pielęgniarka/higienistka szkolna przeprowadza testy przesiewowe, koordynuje wypełnienie odpowiednich części w "Karcie profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy I gimnazjum " (zwanej dalej Kartą) przez wychowawcę klasy i rodziców oraz zachęca rodziców do zgłoszenia się z dzieckiem do lekarza, który sprawuje opiekę nad uczniem.

Zakres badania

1. Analiza informacji od rodziców, wychowawcy klasy i pielęgniarki/higienistki szkolnej zawartych w Karcie, przygotowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną oraz analiza innej dokumentacji medycznej dziecka.
2. Zebranie wywiadu pełnego lub uzupełniającego od ucznia i rodziców z uwzględnieniem:
 - zachowań zdrowotnych, w tym szczególnie ryzykownych dla zdrowia (palenie tytoniu, używanie innych substancji psychoaktywnych), stosowanie diet eliminacyjnych,
 - czynników ryzyka dla zdrowia dziecka, w tym wczesnego rozwoju miażdżycy (Aneks s. 139),
 - sytuacji szkolnej i rodzinnej (tab. 14, s. 67),
 - dolegliwości, w tym psychosomatycznych oraz innych problemów zdrowia psychospołecznego, jak zaburzenia koncentracji, zaburzenia nerwicowe, emocjonalne, stany depresyjne czy lękowe,
 - planów dotyczących przyszłego zawodu (szczególnie istotne u uczniów przewlekle chorych i niepełnosprawnych),
 - u dziewcząt pytamy o:
 - wystąpienie pierwszej miesiączki i jej wiek (wiek menarche), a u dziewcząt już miesiączkujących o przebieg miesiączkowania: regularność i długość cykli miesiączkowych, długość krwawienia i ewentualne zaburzenia miesiączkowania (Aneks s. 149),
 - występowanie objawów wskazujących na istnienie stanów zapalnych narządu rodowego (wydzielina z pochwy, świąd, pieczenie, ból, obrzęk, zaczerwienienie sromu, trudności w chodzeniu).
3. Analiza wyników testów przesiewowych w kierunku wykrywania zaburzeń: rozwoju fizycznego, układu ruchu (bocznego skrzywienia kręgosłupa i pogłębionej kifozy piersiowej), ostrości wzroku i widzenia barw, słuchu, podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi (Aneks s. 135-136).



4. Przedmiotowe badanie lekarskie, w tym zwrócenie szczególnej uwagi na:
- rozwój cech płciowych według skali Tannera (Aneks s. 132) i określenie przebiegu dojrzewania; u chłopców należy zwrócić uwagę na ginekomastię pokwitaniową, ewentualnie nieprawidłowości układu moczowo – płciowego (Aneks s. 147)
 - gruczoł tarczowy (obecność wola),
 - układ ruchu (występowanie bocznego skrzywienia kręgosłupa, pogłębionej kifozy piersiowej),
 - jamę ustną (ubytki próchnicowe, kamień nazębny, stan dziąseł – zaczerwienienie, obrzęk, krwawienie samoistne lub przy ucisku, przykry zapach z ust)¹,
 - skórę (trądzik młodzieńczy, ewentualne ślady po wkluciacz dożylnych, blizny).
5. Podsumowanie wyników badania (w tym w razie potrzeby wyników badań laboratoryjnych i specjalistycznych, także w poradni psychologiczno-pedagogicznej) i dokonanie:
- Oceny poziomu i tempa wzrastania oraz dojrzewania płciowego,
 - Orientacyjnej oceny rozwoju i zdrowia psychospołecznego,
 - Oceny stanu zdrowia, ewentualnych zaburzeń i chorób oraz problemu zdrowotnego,
 - Kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i uczestnictwa w zawodach sportowych),
 - Innych zaleceń dla pielęgniarki/higienistki szkolnej
 - U uczniów przewlekle chorych i niepełnosprawnych sugestie dotyczące wyboru w przyszłości dalszego kierunku kształcenia i zawodu,
 - Wskazówek i innych zaleceń dla ucznia, jego rodziców i pielęgniarki/higienistki szkolnej.

Dokumentacja wyników:

- Książeczka zdrowia dziecka,
- Karta badania rozwoju i zdrowia ucznia klasy I gimnazjum/ klasy I szkoły ponadgimnazjalnej, cz. 4.

5.4. Badanie ucznia klasy I klasy szkoły ponadgimnazjalnej

Cel badania

Specyficznym celem profilaktycznego badania lekarskiego ucznia I klasy szkoły ponadgimnazjalnej jest dokonanie oceny:

- stopnia dojrzałości płciowej i przebiegu dojrzewania płciowego,
- zdrowia, zwłaszcza psychospołecznego, z prognozą zmian w dalszych latach, w aspekcie kierunku dalszego kształcenia i wyboru zawodu.

Organizacja badania

Badanie należy wykonać u uczniów klasy I szkoły ponadgimnazjalnej, w wieku 16 lat, pierwszym semestrze roku szkolnego.



W szkole pielęgniarka/higienistka szkolna przeprowadza testy przesiewowe, koordynuje wypełnienie odpowiednich części w "Karcie profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy I gimnazjum" (zwanej dalej Kartą) przez wychowawcę klasy i rodziców oraz zachęca rodziców do zgłoszenia się z dzieckiem do lekarza.

Zakres badania

1. Analiza informacji od rodziców, wychowawcy klasy i pielęgniarki zawartych w Karcie przygotowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną.
2. Zebranie wywiadu pełnego lub uzupełniającego od ucznia i rodziców (z uwzględnieniem elementów podanych w badaniu ucznia klasy I gimnazjum. s. 70. U chłopców należy zapytać o wiek pierwszego wytrysku nasienia (ejakulacji) oraz wystąpienia mutacji.
3. Analiza wyników testów przesiewowych, w kierunku wykrycia zaburzeń: rozwoju fizycznego, układu ruchu (bocznego skrzywienia kręgosłupa i pogłębionej kifozy piersiowej), ostrości wzroku, podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi (Aneks s. 135-136)
4. Przedmiotowe badanie lekarskie, w tym zwrócenie szczególnej uwagi na:
 - rozwój wtórnych cech płciowych według skali Tannera,
 - układ rozrodczy (Aneks s. 146),
 - gruczoł tarczowy (obecność wola),
 - układ ruchu (boczne skrzywienie kręgosłupa, pogłębiona kifoza piersiowa, martwice aseptyczne kości),
 - jamę ustną (ubytki próchnicowe, kamień nazębny, stan dziąseł – zaczerwienienie, obrzęk, krwawienie samoistne lub przy ucisku, przykry zapach z ust)¹,
 - skórę (trądzik młodzieńczy, ewentualne ślady po wkluciacz dożylnych, blizny).
5. Podsumowanie wyników badania (w tym w razie potrzeby wyników badań laboratoryjnych i specjalistycznych, także w poradni psychologiczno-pedagogicznej) i dokonanie:
 - Oceny stopnia dojrzewania płciowego,
 - Orientacyjnej oceny rozwoju i zdrowia psychospołecznego,
 - Oceny stanu zdrowia, ewentualnych zaburzeń i chorób oraz problemu zdrowotnego,
 - Kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i uczestnictwa w zawodach sportowych.

Dokumentacja wyników:

- Książeczka zdrowia dziecka;
- Karta badania rozwoju i zdrowia ucznia klasy I gimnazjum, klasy I szkoły ponadgimnazjalnej, cz. 4

¹ W okresie dojrzewania zwiększa się u młodzieży częstość zapaleń dziąseł, co może być związane ze zmianami hormonalnymi.



5.5. Badanie ucznia ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej

Cel badania

Specyficznym celem profilaktycznego badania lekarskiego ucznia ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej jest dokonanie oceny:

- stanu zdrowia somatycznego i psychicznego w końcowym okresie rozwoju, pod kątem:
- zdolności do dalszego kształcenia i nauki zawodu
- zdrowia prokreacyjnego.

Organizacja badania

Badanie należy wykonać u ucznia ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej w drugim semestrze roku szkolnego. W przypadku podjęcia przez ucznia pracy po ukończeniu szkoły lub studiów tego wymagających (zagrożenia zdrowotne) – badanie przeprowadza dodatkowo uprawniony lekarz orzecznik (medycyny pracy).

W szkole pielęgniarka lub higienistka szkolna przeprowadza testy przesiewowe (tab. 8 s. 49) i zachęca ucznia do wypełnienia części 1. „Informacje ucznia” w „Karcie profilaktycznego badania ucznia kończącego szkołę ponadgimnazjalną” oraz do zgłoszenia się do lekarza, pod opieką którego się znajduje. Uczeń do lekarza zgłasza się sam, bez rodziców.

Zakres badania

Zakres badania podmiotowego i przedmiotowego jest zbliżony jak u uczniów klasy I szkoły ponadgimnazjalnej (s. 71). Szczególną uwagę należy zwrócić na zdrowie seksualne i reprodukcyjne (Aneks s. 146) i udzielenie uczniowi odpowiedniej porady i wskazówek. W podsumowaniu wyników badania (w tym w razie potrzeby wyników badań laboratoryjnych i specjalistycznych) należy określić:

- problem zdrowotny lub zaburzenia w stanie zdrowia,
- sugestie i rady dotyczące dalszego kształcenia i wyboru zawodu.

Lekarz powinien zachęcać młodego człowieka do identyfikacji własnych problemów zdrowotnych i poszukiwania dla nich rozwiązań.

Dokumentacja wyników:

- Książeczka zdrowia dziecka;
- Karta badania profilaktycznego ucznia kończącego szkołę ponadgimnazjalną.

Piśmiennictwo uzupełniające

1. *Barański J., Waszyński E., Steciwko A. (red.):* Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Wyd. Astrum, Wrocław 2000.
2. *Górnicki B.:* Problemy etyczne współczesnej pediatrii. [W:] *Górnicki B., Dębiec B., Baszczyński J. (red.):* Pediatria. PZWL, Warszawa 1999.



3. Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B.: Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem (Nowe wydanie). PZWL, Warszawa 1999.
4. Jodkowska M., Woynarowska B. (red.): Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2002.
5. Kopczyńska-Sikorska J. (red.): Normy w pediatrii. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.
6. Palczewska I., Niedźwiecka Z.: Wskaźniki rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży warszawskiej. Med. Wieku Rozwojowego, 2001, 5, supl. I do nr 2.
7. Speirs A. L.: Rozmawianie z dziećmi. [W]: Mayerscough P. R., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wyd. Psychol., Gdańsk 2001, s. 174.
8. Tkaczyk L.: Komunikacja niewerbalna. Postawa, mimika, gest. Wyd. Astrum, Wrocław 1996.
9. Woynarowska B. (red.): Profilaktyka w pediatrii. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998.
10. Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000.
11. Woynarowska B.: Rozwój somatyczny. [W]: Kubicka K., Kawalec W. (red.): Pediatria, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2001.
12. Wrate R. M.: Rozmawianie z nastolatkami. [W]: Mayerscough P. R., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wyd. Psychol., Gdańsk 2001, s. 185.



VI. OPIEKA - PORADNICTWO CZYNNE - NAD UCZNIAMI PRZEWLEKLE CHORYMI, NIEPEŁNOSPRAWNYMI ORAZ Z INNYMI PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI I SPOŁECZNYMI

Anna Oblacińska

Drugim, ważnym zadaniem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest sprawowanie opieki zdrowotnej (poradnictwa czynnego) nad uczniami przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi oraz z innymi problemami zdrowotnymi i społecznymi.

Istotą poradnictwa czynnego jest aktywny stosunek lekarza do problemów zdrowotnych ucznia, tzn. systematyczna, planowa kontrola jego stanu zdrowia oraz udzielanie uczniowi i jego rodzicom (opiekunom) odpowiednich porad i zaleceń. Stanowi ono ważny element profilaktyki trzeciorzędowej (III fazy), której celem jest zapobieganie dalszym niepomyślnym (ujemnym) skutkom chorób i niepełnosprawności, w tym:

- pomoc w radzeniu sobie z chorobą i zaakceptowaniu swego stanu;
- pomoc w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i samopoczucia, rozwijaniu funkcji kompensujących niepełnosprawność, kształtowanie umiejętności samooceny swego zdrowia, samopielęgnacji, rozwijanie zainteresowań i uzdolnień ułatwiających wybór zawodu i zwiększających szanse na aktywne i samodzielne życie społeczne;
- przeciwdziałanie izolacji społecznej, zepchnięcia na „margines” prowadzącego do wtórnego kalektwa społecznego;
- przywrócenie (np. rehabilitacja ruchowa) lub zastąpienie (proteza) uszkodzonych funkcji.

Poradnictwo czynne w ochronie zdrowia ma długą tradycję. Za jego twórcę uważa się R. Philipa, który w 1887 r. wprowadził w Edynburgu (Szkocja) „dispensary system” w opiece nad chorymi na gruźlicę¹. Pomysł ten znalazł wielu naśladowców. W Polsce koncepcję poradnictwa czynnego w populacji wieku rozwojowego (0 - 18 lat) rozwinęto w latach 70. Stworzono wówczas system grup dyspanseryjnych (poradnianych) dla chorób i zaburzeń, które występowały u więcej niż 1% populacji. Wyodrębniono 11 grup dyspanseryjnych, w ramach, których wydzielono podgrupy zaburzeń. Trzy pierwsze grupy dotyczyły noworodków i niemowląt, pozostałe dzieci i młodzieży w wieku 2 - 18 lat¹.

¹ Radiukiewicz S.: Ogólne zasady organizacyjno-metodyczne opieki czynnej nad dziećmi i młodzieżą. [W]: Szotowa W., Serejski J. (red.): Czynne poradnictwo w opiece zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym. Biblioteka Pediatrii. PZWL, Warszawa 1976, s. 9.



1. Uczniowie przewlekle chorzy

Poniżej omówiono najczęściej występujące w populacji w wieku szkolnym choroby zwracając uwagę na: zasady opieki lekarskiej, szczepienia ochronne, kwalifikację do zajęć wychowania fizycznego oraz poradnictwo w zakresie wyboru dalszego kształcenia i zawodu.

1.1. Choroby alergiczne

Choroby alergiczne, w tym astma, atopowe zapalenie skóry i alergiczny nieżyt nosa, występują w populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym z częstością: 5 - 10% – astma, 12-15% – pyłkowica, katar sienny¹. Wstępne dane epidemiologiczne badań z terenu Polski wskazują, że na choroby alergiczne (bez uwzględnienia pokrzywek, obrzęków i zapaleń spojówek) cierpi ponad 20% dzieci.²

Dzieci z alergią narażone są w szkole (podobnie jak poza nią) na działanie czynników uczulających, drażniących i emocjonalnych. Problemem dla dzieci z alergią są wyjazdy na tzw. zielone szkoły (dieta, czynniki mieszkaniowe i środowiskowe), a dla młodzieży cierpiącej z powodu sezonowej pyłkowicy – nasilenie objawów chorobowych w najbardziej niesprzyjającym okresie, jakim jest kwalifikacja roczna, egzaminy czy matura. Niektóre leki stosowane w chorobach alergicznych mogą wywoływać nadmierne uspokojenie, senność oraz obniżać motywację i chęć do nauki, inne leki mogą powodować nadmierne pobudzenie zaburzając koncentrację uwagi.³

Opieka lekarska

Leczenie chorób alergicznych obejmuje pomoc doraźną, leczenie przewlekłe i farmakoterapię prewencyjną. Dwie ostatnie formy są realizowane najczęściej w poradniach alergologicznych i/lub pulmonologicznych, w których pacjenci pozostają pod okresową kontrolą specjalisty.

Do zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (poz) należy współpraca z lekarzem specjalistą. Do indywidualnego ustalenia pozostaje, który z lekarzy (poz czy specjalista), w wymagających tego sytuacjach, wyda stałe zlecenie pielęgniarce szkolnej, dotyczące podania dziecku leku w nagłym przypadku np. ataku duszności nie poddającym się leczeniu wziewnemu. Zlecenie powinno być aktualizowane dwa razy w roku szkolnym lub częściej w razie potrzeby.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien monitorować przebieg rozwoju fizycznego i dojrzewania dziecka również poza okresami wyznaczonymi na badania profilaktyczne, ze względu na częste, w przypadkach np. astmy oskrzelowej czy alergii przewodu pokarmowego, zaburzenia wzrastania i rozwoju oraz kontrolować zlecenia na leki podawane w szkole przez pielęgniarkę.

¹ Chmielewska D.: Choroby alergiczne. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 303.

² Małolepszy J. i wsp.: Występowanie chorób alergicznych w Polsce. *Alergia Astma Immunologia*, 2000, 5, Supl. 2, 163-169.

³ Zawadzka-Krajewska A.: Dziecko alergiczne w szkole. *Alergia Astma Immunologia*, 1997, 7.



Szczepienia ochronne

Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, alergia, astma i inne objawy atopii (w tym miejscowy wyprysk skórny) nie stanowią przeciwwskazań do szczepień ochronnych. W przypadku potwierdzonego uczulenia na białko jaja kurzego i/lub neomycynę istnieją przeciwwskazania do szczepienia przeciw odrze, różyczce oraz wyjątkowo przeciw poliomyelitis (przy współistniejącym uszkodzeniu bariery jelitowej). W tym ostatnim przypadku należy podać szczepionkę podskórną lub domięśniową IPV, nie zawierającą neomycyny.

W razie wątpliwości, u dzieci z atopią, podanie szczepionek należy uzależnić od badań alergologicznych i konsultacji z lekarzem specjalistą. Należy również zwrócić uwagę na kojarzenie odczulania w alergii układu oddechowego i szczepień ochronnych. Nie ma wprowadzić doniesień o powikłaniach z kojarzenia odczulania dzieci z alergią ze szczepieniami ochronnymi, jednak w okresie realizacji pierwszego cyklu odczulania swoistego (w odstępie co 7-14 dni) należy wstrzymać szczepienia ochronne. W fazach następnych, przy nie powikłanym przebiegu immunoterapii swoistej, szczepienia wykonujemy zgodnie z ich kalendarzem.¹

Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego

Dzieciom chorym na astmę potrzebne są regularne ćwiczenia fizyczne, zwłaszcza przy stosowaniu leczenia zapobiegającego wysiłkowemu skurczowi oskrzeli. Uczniowie z astmą dobrze tolerują krótki wysiłek z następującym po nich ćwiczeniem o małej intensywności, pływanie i jazdę na rowerze.

W przypadku lekkiego przebiegu astmy, ucznia należy kwalifikować jako zdolnego do zajęć wf z ograniczeniami i/lub wymagającego specjalnej uwagi nauczyciela wf – grupa B (Aneks s. 161). W cięższych przypadkach astmy lub w okresach zaostrzeń uczniowie powinni być zwalniani z zajęć wf w szkole – grupa C. U osób z alergią pyłkową niewskazane jest uprawianie sportu na wolnym powietrzu w sezonie wzmożonego pylenia roślin.

Poradnictwo w zakresie wyboru dalszego kształcenia i zawodu

Uczniom z alergią należy odradzać naukę i podejmowanie pracy w zawodach, w których następuje kontakt z substancjami uczulającymi, czyli w tzw. zawodach o wysokim wskaźniku alergii zawodowej. Dotyczy to pracy w sektorze spożywczym, chemicznym, gumowym, tworzyw sztucznych, a także w zootechnice, futrzarstwie i przemyśle włókienniczym.

1.2. Cukrzyca

U dzieci i młodzieży występuje prawie wyłącznie cukrzyca typu I (insulinozależna), w której, w wyniku procesu autoimmunologicznego zanika zdolność wydzielania in-

¹ Bernatowska E.: Ogólne zasady dotyczące przeciwwskazań do szczepień ochronnych. [W]: Woynarowska B., Szajner-Milart I. (red.): Uodpornienie sztuczne przeciw chorobom zakaźnym u dzieci i młodzieży. Pol. Tow. Pediatr. Zarząd Główny, Wyd. Czelej, Lublin 1997 s. 22.



suliny przez trzustkę. Częstszą zapadalność na cukrzycę notuje się w okresie pokwitania (między 10 a 14 rokiem życia). W wielu krajach, także w Polsce, obserwuje się stały wzrost zapadalności na cukrzycę (o około 3% rocznie) również wśród najmłodszych dzieci.¹

Rzadko w tej grupie wiekowej występuje cukrzyca typu II (insulinoniezależna), w której zdolność do wydzielania insuliny jest wprawdzie zachowana, ale jest upośledzona i towarzyszy jej oporność tkankowa na insulinę. Cukrzyca typu II w wieku młodzieńczym w 80-90% kojarzy się z otyłością.

Dzieci z cukrzycą, po okresie diagnostyki i ustalenia optymalnego leczenia, wracają do szkoły i środowiska rodzinnego.

Opieka lekarska

Dzieci i młodzież z cukrzycą typu I powinny pozostawać pod opieką ośrodków diabetologicznych, które dysponują wielodyscyplinarnym zespołem leczącym, w skład którego wchodzi lekarz diabetolog, pielęgniarka pełniąca ponadto rolę edukatora, dietetyk, psycholog.

Leczenie dziecka z cukrzycą polega na insulinoterapii, prawidłowej diecie i odpowiednio dozowanym wysiłku fizycznym, prowadzonymi na podstawie samokontroli. Młodsze dzieci leczone są w większości metodą konwencjonalnej insulinoterapii, z dwiema iniekcjami podskórnymi insuliny na dobę (insulina krótkodziałająca i o przedłużonym działaniu). Młodzież przeważnie leczona jest metodą insulinoterapii intensywnej (iniekcje insuliny krótkodziałającej, podawanej przed głównymi posiłkami), na podstawie samokontroli za pomocą glukometru. Większość dzieci i młodzieży insulinę wstrzykuje sama, penami – automatami do podawania leku.

Dziecko z prawidłowo wyrównaną cukrzycą (normoglikemia) powinno charakteryzować się prawidłowym rozwojem fizycznym i psychospołecznym oraz zdolnością adaptacji do środowiska szkolnego i dobrą dyspozycją do nauki. Najczęstszym problemem w toku insulinoterapii jest występujące nieraz niedocukrzenie (hipoglikemia). Główną jego przyczyną jest przesunięcie pory lub opuszczenie posiłku, nieplanowany wysiłek fizyczny. Objawami niedocukrzenia są: uczucie głodu, słabość, poty, brak sił. Postępowanie w niedocukrzeniu polega na jak najszybszym podaniu cukru lub glukozy doustnie (każdy uczeń chory na cukrzycę powinien nosić przy sobie kostki cukru). W sytuacji, gdy dojdzie do utraty przytomności i podanie cukru doustnie jest niemożliwe, należy wykonać wstrzyknięcie glukagonu. Wobec tego w szkole, do której uczęszcza uczeń/uczniowie z cukrzycą typu I w gabinecie profilaktycznym powinny być dostępne ampułki z glukagonem (przepisane dla danego ucznia przez diabetologa), a pielęgniarka powinna posiadać instrukcję wykonania iniekcji glukagonu² oraz zlecenie na wykonanie tej iniekcji od lekarza, aktualizowane 2 razy w roku szkolnym.

¹ Nazim J.: Cukrzyca w wieku młodzieńczym – przebieg choroby i postępowanie. [W]: Rybakowa M. (red.): Medycyna wieku młodzieńczego. Klinika i postępowanie w chorobach przewlekłych. Wyd. Medyczne, Kraków 2001, s. 203.

² Pańkowska E.: Cukrzyca. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 310.



Szczepienia ochronne

W cukrzycy wyrównanej u dzieci i młodzieży należy realizować pełen program szczepień ochronnych, po konsultacji z diabetologiem. Cukrzyca niewyrównana stanowi okresowe przeciwwskazanie do szczepień. Należy je również odroczyć w częściowej i całkowitej remisji choroby, gdyż szczepienia mogą doprowadzić do zakończenia remisji i gwałtownego wzrostu zapotrzebowania na insulinę.

Osoby chore na cukrzycę należą do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Należy więc zwrócić uwagę na grupę dzieci starszych, które w okresie niemowlęcym nie były objęte obowiązkowymi szczepieniami przeciw wzv typu B i wykonać te szczepienia.

Do szczepień zalecanych u uczniów z cukrzycą typu I, poza kalendarzem szczepień, należy szczepienie przeciw *Streptococcus pneumoniae*. Zakażenia tym drobnoustrojem są nieznacznie częstsze u dzieci z cukrzycą niż w ogólnej populacji, ale ich przebieg może być niezwykle ciężki.

Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego

Aktywność fizyczna jest jedną z trzech równoważnych form terapii w cukrzycy typu I. Uczniów tych kwalifikuje się do grupy B na zajęciach wf (Aneks s. 169), z możliwością czasowych zwolnień w okresie niewyrównania choroby. Konieczne jest spożycie lekkiego posiłku (kanapka lub owoc) przed lekcją wf, nie wcześniej niż 1 godz.

Poradnictwo w zakresie wyboru dalszego kształcenia i zawodu

Uczniowie z cukrzycą typu I powinni unikać w czasie nauki szkolnej i pracy stałego obciążenia dużym wysiłkiem fizycznym, a także zajęć związanych z nieuregulowanym trybem życia i żywienia, które mogą prowadzić do stanów niedocukrzenia.

Należy zrezygnować z zawodów, przy wykonywaniu których życie chorego lub innych osób zależy od jego sprawnego funkcjonowania w każdej sytuacji np. pilot samolotu, zawodowy kierowca, motorniczy, operator ciężkiego sprzętu, policjant. Ze względu na możliwość powikłań narządowych nie należy również polecać pracy o uciążliwym systemie zmianowym, na wysokościach, nadmiernie obciążających wzrok, w dużym hałasie oraz narażających na urazy mechaniczne, wibracje i wstrząs.

1.3. Choroby nowotworowe i stany po wyleczeniu nowotworów

W Polsce, w drugiej połowie lat 90., w populacji dzieci i młodzieży do 17 roku życia, rozpoznawano rocznie ponad 1000 nowych zachorowań na nowotwory różnego typu¹ Wśród nowotworów dziecięcych przeważają białaczki i guzy lite pochodzenia nienabłonkowego.

Skojarzone metody terapii (leczenie chirurgiczne, wielolekowa, intensywna chemioterapia i radioterapia) pozwalają wyleczyć z choroby nowotworowej około 60 - 70% pacjentów w tej grupie wiekowej. Radykalne leczenie nowotworów pozostawiać

¹ Kowalczyk J.R., Dudkiewicz E.: Częstość występowania nowotworów złośliwych w Polsce i możliwość wczesnego rozpoznawania. Przegl. Ped. 1999, 29, 4, 199-202.



może po sobie jednak wiele powikłań ze strony różnych narządów i układów, a także stwarzać ryzyko występowania nowotworów wtórnych.

Dzieci i młodzież po zakończeniu leczenia wymagają dalszej wnikliwej obserwacji, a powtarzane wielokierunkowe badania mają na celu wczesne wykrycie ewentualnych niepożądanych skutków leczenia lub wznowy nowotworowej.

Opieka lekarska

Dzieci i młodzież wyleczone z choroby nowotworowej, oprócz opieki specjalistycznej w ośrodkach onkologii dziecięcej, pozostają także pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz ten, przy każdym kontakcie z dzieckiem, powinien zwracać uwagę na ewentualne objawy wznowy nowotworowej, aby jak najszybciej skierować je do specjalisty. Należy również starannie monitorować tempo wzrastania i dojrzewania, zwłaszcza po radioterapii czaszki (możliwość uszkodzenia funkcji przysadki mózgowej) oraz jamy brzusznej (uszkodzenie gonad). W stosunku do tych pacjentów kontakt z grupą specjalistów oraz współpraca z rodziną dziecka, odgrywa ogromną rolę w działalności lekarza poz i pielęgniarki szkolnej. W przypadku radykalnego, okaleczającego leczenia chirurgicznego, lekarz ten powinien służyć pomocą w zapewnieniu odpowiedniego ośrodka rehabilitacji fizycznej i psychologicznej oraz sprzętu rehabilitacyjnego.

Szczepienia ochronne

Uczeń chory, w trakcie leczenia przeciwnowotworowego oraz co najmniej rok po jego zakończeniu jest zwolniony ze szczepień ochronnych. Po tym okresie, w większości przypadków, powinien być szczepiony zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień, które należy rozpocząć zawsze po wydaniu zgody lekarza onkologa prowadzącego dziecko.

Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego

Uczniowie po rozległych zabiegach operacyjnych są zwolnieni z zajęć wf. Pozostali, w zależności od stanu zdrowia, mogą ćwiczyć z ograniczeniami (grupa B) lub wymagać dodatkowych zajęć ruchowych korekcyjnych (grupa Bk).

Poradnictwo w zakresie wyboru dalszego kształcenia i zawodu

Ograniczenia w wyborze szkoły, zawodu, a następnie rodzaju pracy pozostają w związku z pozostałymi po wyleczeniu choroby nowotworowej uszkodzeniami i dysfunkcjami różnych narządów lub układów i powinny być zawsze rozważone indywidualnie. Tam, gdzie jest to możliwe, należy zachęcać dzieci do kontynuowania nauki i podjęcia wyższych studiów, aby mogły wykonywać pracę umysłową i twórczą. Zaleca się pomoc nie tylko w postaci psychicznego wsparcia i umacniania wiary we własne możliwości, ale także pomoc w kontynuacji nauki i zdobywaniu zawodu.

1.4. Padaczka

Padaczka jest przewlekłym zaburzeniem czynności mózgu o różnej etiologii, cechującym się nawracającymi napadami (ruchowymi, czuciowymi, psychosensorycznymi).



mi), które są następstwem nadmiernych wyładowań czynności bioelektrycznej mózgu. Ze względu na częstość występowania i charakter schorzenia (dotyczy 1% populacji), uznawana jest za chorobę społeczną. Około 50% zachorowań przypada na pierwszą dekadę życia, a około 30% na pierwsze 4-5 lat życia. Jest to więc w dużym stopniu choroba dzieci i młodzieży.¹

Występowanie napadów drgawek może być jedynym objawem choroby, jednak na padaczkę chorują częściej dzieci mające inne, różne zaburzenia neurologiczne. Częste występowanie napadów może być przyczyną upośledzenia umysłowego. Leki przeciwpadaczkowe stosowane w leczeniu przewlekłe, wpływają niekorzystnie na proces uczenia się. Objawy te jednak, jeżeli nie są wynikiem samej choroby, ustępują na ukończeniu leczenia.

Dzieci z częstymi, trudnymi do opanowania napadami wymagają nauczania indywidualnego, większość pozostałych dzieci chorych na padaczkę uczęszcza do szkół. Wyniki badań wskazują jednak, że uczniowie z padaczką od wczesnego dzieciństwa, ponad dziesięciokrotnie częściej mają problemy z nauką i ukończeniem szkoły, a ponad dwukrotnie częściej pozostają bez należytego wykształcenia.

Opieka lekarska

Pacjenci z rozpoznaną padaczką wymagają leczenia prowadzonego przez lekarza specjalistę neurologii dziecięcej. Padaczka jest chorobą, w której współczesna medycyna dysponuje skutecznym leczeniem farmakologicznym. Leki mogą być dobrane do rodzaju napadów, czasami stosuje się leczenie skojarzone. Ponieważ leczenie jest przewlekłe, trwające wiele lat, w opiece profilaktycznej nad tymi pacjentami konieczna jest współpraca lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie tylko z prowadzącym specjalistą, ale również z rodziną dziecka, a w przypadku dzieci starszych z nimi samymi.

W procesie leczenia chorych na padaczkę istnieją dwa szczególnie ważne okresy:²

- okres wprowadzania leków, gdy objawy niepożądane mogą być szczególnie dokuczliwe (zanim dojdzie do lepszej tolerancji leku),
- okres wycofywania leków po co najmniej trzyletnim okresie bez napadów. Należy wówczas stopniowo redukować dawkę leków, gdyż nagłe odstawienie może spowodować wystąpienie ciężkiego napadu padaczkowego.

U młodzieży w okresie dojrzewania problemem staje się dość często samowolne odstawienie leków, zwłaszcza gdy wywołują one u pacjenta niepożądane objawy uboczne jak senność, uczucie znużenia, zaburzenia w koncentracji uwagi, trudności w utrzymaniu równowagi. Pacjenci ci wymagają szczególnego wsparcia, poświęcenia uwagi i czasem wielu rozmów z lekarzem pierwszego kontaktu, którego niejednokrotnie znają od wczesnego dzieciństwa, mają do niego zaufanie. Młodzieży należy również uświa-

¹ Czochańska J.: Padaczka. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 293.

² Czochańska J.: Stany napadowe u dzieci. Padaczka. [W]: Łosiowski Z. (red.): Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Cz. I. WSiP, Warszawa 1997, s. 80.



damiać, że niewskazane jest u nich narażenie na migające światło (efekt stroboskopowy mogący wywołać napad) np. na dyskotecę, czy dłuższa praca przy komputerze. Muszą również wystrzegać się alkoholu.

Rodzice powinni poinformować o chorobie dziecka pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, wychowawcę klasy i nauczyciela wf. Często jednak zdarza się, że nie przekazują takich informacji, zwykle w obawie przed dyskryminacją dziecka.

W opiece czynnej nad tymi pacjentami należy zwracać uwagę na systematyczność wizyt u specjalisty, realizację jego zaleceń, zwłaszcza w przypadku uczniów z rodzin, które nie zabezpieczają w pełni potrzeb dziecka oraz kontrolować zlecenia wydawane pielęgniarence szkolnej przez siebie lub w porozumieniu z poradnią neurologiczną, przez lekarza neurologa.

Szczepienia ochronne

U dzieci w trakcie diagnostyki neurorozwojowej, zwłaszcza podejrzanych o ujawnienie encefalopatii padaczkowej, istnieje przeciwwskazanie do podania szczepionki przeciw ksztuścowi (w obowiązującym kalendarzu szczepień dzieci w wieku szkolnym nie są już poddawane tym szczepieniom). Pozostałe szczepienia, gdy w trakcie leczenia przeciwpadaczkowego nie występują u dziecka napady drgawek, w zasadzie nie są przeciwwskazane. Przyjęte jest jednak w stosunku do tych dzieci zasięganie przed szczepieniem rady lekarza neurologa¹.

Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego

Zasady kwalifikacji do zajęć wf w stosunku do uczniów z padaczką powinny być zawsze ustalane indywidualnie. W większości przypadków, gdy u ucznia nie występują napady, a nie wykazuje on innych problemów zdrowotnych kwalifikuje się go do grupy B (Aneks s. 156). W przypadku występowania napadów mimo leczenia i we wszystkich innych przypadkach, zgodnie z zaleceniami lekarza leczącego, uczeń jest zwalniany z zajęć wf (grupa C).

Poradnictwo w zakresie wyboru dalszego kształcenia i zawodu

Przeciwwskazane są zawody wymagające kierowania pojazdami mechanicznymi (zawodowy kierowca), praca na wysokościach, przy obsłudze maszyn w ruchu, niebezpiecznych źródłach prądu i ognia, w narażeniu na substancje neurotoksyczne. Niekiedy przeciwwskazane są również zawody wymagające dużego wysiłku fizycznego (hiperwentylacja) i znacznego napięcia psychicznego oraz pracy przy monitorach (wrażliwość na fotosymulację).

Ważne jest uświadomienie młodzieży, że prawo jazdy może uzyskać dopiero po trzyletnim okresie bez napadów i prawidłowym wyniku badania EEG. Osoby chore na padaczkę nie mogą uzyskać prawa jazdy przed ukończeniem 18 roku życia, nawet po spełnieniu powyższych warunków.

¹ Bernatowska-Matuszkiewicz E., Michałowicz R.: Szczepienia ochronne u dzieci z chorobami układu nerwowego. Przegl. Ped., 1995, 25, 1, 61-65.



2. Uczniowie niepełnosprawni

W Polsce, według Karty Osób Niepełnosprawnych¹, „... niepełnosprawną jest osoba, której sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa, trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi...”.

Niepełnosprawność zaburza osiąganie przez dzieci i młodzież potencjalnych możliwości rozwojowych i dojrzewania psychospołecznego. W życiu młodego człowieka dominuje defekt fizyczny i/lub umysłowy, co skutkuje zaburzeniami m.in. w prawidłowych relacjach z innymi ludźmi, kontrolowaniu emocji i sprawności intelektualnej.

Na podstawie badań GUS, w 1996 r. odsetek dzieci niepełnosprawnych w wieku do 14 lat wynosił 3,4%, a młodzieży w wieku 15–19 lat prawie 2% ogółu populacji w tym wieku. W grupie niepełnosprawnych 9% dzieci i 2% młodzieży to osoby z całkowitym ograniczeniem wykonywania czynności życiowych. Większość pozostałych osób uczęszcza do szkół, głównie specjalnych, a także do szkół integracyjnych oraz ogólnodostępnych z klasami integracyjnymi. Uczniowie szkół specjalnych to około 3% całej populacji uczniów w Polsce [3].

Poniżej omówiono dwie grupy najczęściej występujących niepełnosprawności.

2.1. Upośledzenie umysłowe

Upośledzenie umysłowe nie stanowi określonej jednostki chorobowej lecz raczej jest objawem, który może być spowodowany wieloma czynnikami. Najczęściej wymienianymi wśród przyczyn upośledzenia umysłowego różnego stopnia są czynniki:

- genetyczne (nieprawidłowości genowe – np. zespół kruchego chromosomu X, stwardnienie guzowe, fenyloketonuria, nieprawidłowości w strukturze i liczbie chromosomów – zespół Downa); obecnie, po wielu latach planowych populacyjnych badań przesiewowych noworodków w kierunku fenyloketonurii i włączenia wczesnego leczenia, rzadko spotyka się głębokie upośledzenie z powodu tego zaburzenia metabolicznego;
- zakażenia wewnątrzmaciczne – toksoplazmoza, a obecnie coraz rzadziej różyczka, ze względu na szczepienie populacji dziewcząt 13-letnich;
- czynniki (urazy) okołoporodowe – głównie dzieci przedwcześnie urodzone;
- wrodzona niedoczynność tarczycy – obecnie ze względu na badania przesiewowe noworodków i wczesne włączenie leczenia substytucyjnego, wyjątkowa przyczyna upośledzenia.

Wyróżnia się cztery stopnie upośledzenia umysłowego, określone ilorazem inteligencji (I.I.) w skali, w której średni I.I. wynosi 100, a standardowe odchylenie 15 lub 16 punktów, w zależności od testu.

¹ Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. „Karta praw osób niepełnosprawnych” (MP 1997, nr 50, poz. 475).



Tabela 16. Klasyfikacja i rozkład upośledzenia umysłowego zaproponowane przez Komitet Ekspertów WHO¹

Grupy upośledzenia	Iloraz inteligencji	Proporcja wszystkich upośledzonych umysłowo (%)
Głębsze	0-20	5
Znaczne	20-35	20
Umiarkowane	30-50	
Lekkie	50-70 (lub 75)	75

Obecnie odchodzi się od ilorazu inteligencji jako jedyne go wskaźnika upośledzenia umysłowego, coraz większą wagę przywiązując do obserwacji funkcjonowania społecznego, spostrzegawczości i tempa uczenia się, motywacji i zainteresowań oraz niezbędnych form pomocy w rozwoju, a także wsparcia w wypełnianiu różnych ról społecznych.²

Upośledzeniu umysłowemu, szczególnie głębokiemu, często towarzyszą wady narządów zmysłów, mowy, narządów wewnętrznych. Wśród problemów zdrowotnych, występujących z większą częstotliwością u uczniów upośledzonych umysłowo są zaburzenia rozwojowe (niskorosłość, otyłość), zaburzenia odporności, próchnica zębów.

Opieka lekarska

Ze względu na specyficzne problemy zdrowotne oraz potrzeby rozwojowe dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, lekarz poz, we współpracy z pielęgniarką / higienistką szkolną ma za zadanie:¹

- wczesne wykrywanie zaburzeń narządów zmysłów (wzrok, słuch) i odpowiednie ich korygowanie;
- kierowanie do opieki specjalistycznej;
- współpraca ze szkołą w celu wykorzystania jej możliwości w rewalidacji ucznia;
- wspieranie integracyjnych form nauczania i wypoczynku.

W ramach zespołu terapeutycznego lekarz poz współpracuje z psychologiem, oraz w razie potrzeby, ze specjalistami w dziedzinie genetyki, chorób metabolicznych, foniatrią, audiologiem i innymi.

Bardzo ważne jest pozyskanie rodziców jako współpracowników i kontynuatorów zalecanej terapii. Pomocą dla dziecka i jego rodziców są także różne stowarzyszenia na rzecz niepełnosprawnych (np. Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym).

¹ Raport techniczny WHO, 1968, 392.

² Mrugalska K.: Upośledzenie umysłowe. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 281.



Szczepienia ochronne

W kwalifikacji do szczepień ochronnych należy wziąć pod uwagę ewentualne towarzyszące inne wady i choroby przewlekłe, a nie na sam fakt upośledzenia.

Jeśli u dziecka nie występują postępujące choroby układu nerwowego lub padaczka z częstymi napadami – powinno być ono szczepione zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień.

Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego

U uczniów z upośledzeniem umysłowym, bez towarzyszącej niepełnosprawności ruchowej, ćwiczenia fizyczne są jedną z metod terapii, ze względu na zwiększenie bodźców ze strony środowiska, socjalizację (zwłaszcza w klasach integracyjnych), stworzenie szansy na osiągnięcie sukcesów. Ze względu na obniżoną sprawność fizyczną tych dzieci, często zaburzoną koordynację ruchów wskazane są zajęcia ruchowe pod zwiększonym nadzorem nauczyciela – grupa B (Aneks s. 156).

Poradnictwo w zakresie wyboru dalszego kształcenia i zawodu

W zależności od stopnia upośledzenia, doradzać należy kształcenie w szkołach życia, szkołach specjalnych, w tym specjalnych gimnazjach i zasadniczych szkołach zawodowych. Najlepszą formą nauczania dla dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim jest nauczanie integracyjne.

W wyborze zawodu z reguły polecana jest praca pod nadzorem (tzw. zakłady pracy chronionej). Osoby z upośledzeniem umysłowym, ze względu na możliwość wrodzonego lub wczesnodziecięcego uszkodzenia o.u.n. (encefalopatia) nie mogą pracować w narażeniu na substancje neurotoksyczne i niektóre szkodliwości fizyczne (promieniowanie mikrofalowe, ultradźwięki, hałas).

2.2. Niepełnosprawność ruchowa

Utrwalona niepełnosprawność ruchowa u dzieci i młodzieży z reguły jest wynikiem płodowego lub okołopłodowego uszkodzenia mózgu (różne postaci mózgowego porażenia dziecięcego), wad wrodzonych ośrodkowego układu nerwowego, tzw. dysrafii (przepuklina oponowo-rdzeniowa, wodogłowie) oraz chorób nerwowo-mięśniowych (dystrofie mięśniowe).

Ze względu na częstość występowania (2-3 na 1000 żywo urodzonych dzieci), jako przyczyna zaburzeń ruchowych różnego stopnia, na plan pierwszy wysuwa się mózgo-we porażenie dziecięce.

Mózgowe porażenie dziecięce

Terminem mózgo-we porażenie dziecięce (mpdz) określa się trwale, ale nie postępujące zaburzenia czynności ruchowych i postawy, będące następstwem uszkodzenia rozwijającego się mózgu. Mpdz wywołane może być wielorakimi czynnikami działającymi zarówno w okresie wewnątrzłonowym jak i perinatalnym oraz wkrótce po urodzeniu, gdy struktury mózgu znajdują się w stadium niezakończonego rozwoju. Mechanizm uszkodzenia wiąże się z niedotlenieniem, na które wpływa wiele czynników,



jak wcześniactwo (szczególna grupa ryzyka), genetycznie uwarunkowana zdolność do odpowiedzi adaptacyjnych. Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia mpdz są zarówno natury ciążowej (matczynej) jak i płodowej.¹

Różnorodność zaburzeń ruchowych w mpdz (porażenia, niedowłady, zaburzenia napięcia mięśniowego, ruchy mimowolne, zaburzenia równowagi) oraz współlistniejące z nimi inne objawy uszkodzenia o.u.n. stały się przyczyną wyodrębnienia różnych postaci mpdz. Zdecydowaną większość postaci mpdz stanowią postaci *spastyczne* (70-80%): porażenie połowicze, czterokończynowe, kurczowe obustronne; rzadziej występują postaci *mieszane i pozapiramidowe* (10 - 15%), najrzadsza jest postać *mózdkowa* (poniżej 5%)².

Uczniowie z mpdz uczęszczają, w zależności od stopnia niepełnosprawności ruchowej i predyspozycji intelektualnych, do szkół specjalnych, szkół integracyjnych oraz szkół ogólnodostępnych (masowych) z klasami integracyjnymi.

Jak wskazują doświadczenia, naukę szkolną w szkołach ogólnodostępnych, lub klasach integracyjnych podejmować mogą głównie dzieci, u których stwierdza się porażenie połowicze lub obustronne porażenie kurczowe. Wynika to z faktu, że u większości z nich rozwój umysłowy mieści się w granicach normy, osiągają one także dostateczny poziom możliwości ruchowych, głównie w zakresie kończyn górnych, koordynacji wzrokowo-ruchowej; często też nie mają zaburzeń mowy.

Opieka lekarska

Mpdz, ze względu na swój polimorficzny charakter, wymaga kompleksowego leczenia, w którym główną metodą jest rehabilitacja, z położeniem nacisku na terapię ruchową. Obok terapii ruchowej prowadzi się także usprawnianie koordynacji wzrokowo-ruchowej i ewentualnie usprawnianie mowy. Oprócz zaburzeń neurologicznych, również rozwój fizyczny dzieci z mpdz pozostaje często zaburzony (niskorosłość, otyłość lub niedobór masy ciała). W związku z upośledzoną zdolnością do żucia i gryzienia (opóźniona dojrzałość pokarmowa), często rozwija się u nich rozległa próchnica zębów, a z powodu gorszych warunków oddechowych zapadają one na nawracające zakażenia dróg oddechowych.

Do zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego stałą opiekę nad dzieckiem z mpdz w wieku szkolnym należy:

- współpraca ze specjalistami: neurologiem, psychologiem, rehabilitantem leczącymi dziecko;
- pomoc w realizacji dodatkowych uprawnień dziecka niepełnosprawnego – wydawanie odpowiednich opinii, zaświadczeń, skierowań;

¹ Czynniki ryzyka wystąpienia mpdz omówione są szczegółowo w: Łosiowski Z. (red.): Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Cz. I, WSiP, Warszawa 1997, s. 20.

² Menkes J.H.: Textbook of Child Neurology, 5 ed. Williams Wilkins, Baltimore – Philadelphia – Honk Kong – London – Munich – Sydney – Tokyo, 1995.



- śledzenie przebiegu rozwoju fizycznego i psychoruchowego oraz wczesne wykrywanie chorób i zaburzeń często towarzyszących mpdz;
- wsparcie dla rodziny dziecka w zakresie edukacji zdrowotnej, pielęgnacji, żywienia dziecka;
- współpraca z pielęgniarką / higienistką szkolną i nauczycielami w programie rewalidacji ucznia i kształcenia integracyjnego.

Szczepienia ochronne

W chorobach układu nerwowego, współistniejących z niepełnosprawnością ruchową, notuje się największą liczbę odroczeń i zwolnień ze szczepień ochronnych. Tymczasem nie jest to słuszne, gdyż w chorobach układu nerwowego o niepostępującym przebiegu, a takim jest mpdz, szczepienia obowiązkowe mogą być wykonywane. Ponadto, u dzieci tych, poza szczepieniami obowiązkowymi, zalecane są coroczne szczepienia przeciw grypie. Także szczepienia przeciwko powszechnym patogenom zakażeń dróg oddechowych: *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*, mogą chronić dzieci przed ciężkimi zakażeniami.

Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego

Możliwości ruchowe uczniów z mpdz są w różnym stopniu ograniczone w zależności od postaci i zaawansowania choroby. W miarę upływu czasu, szczególnie w okresie pokwitania, obniża się ich aktywność fizyczna ze względu na wzrost masy ciała bez towarzyszącego przyrostu masy mięśniowej. Z drugiej strony, obciążenie dziecka wysiłkiem fizycznym poprawia jego ogólną kondycję fizyczną, umożliwia integrację społeczną i zwiększa szansę wykonywania zawodu w przyszłości.

W zależności od ograniczeń ruchowych, kwalifikujemy dziecko do grupy B, C lub CI (niezdolni do zajęć wf, uczestniczący w rehabilitacji leczniczej) (Aneks s. 158).

Poradnictwo w zakresie wyboru dalszego kształcenia i zawodu

Poradnictwo i preorientacja zawodowa powinny być uzależnione od możliwości ruchowych i intelektualnych ucznia. Wskazana jest nauka w liceach ogólnokształcących i profilowanych, które przygotowują do pracy administracyjno-biurowej, przy komputerze. Zawsze należy brać pod uwagę stopień sprawności manualnej oraz ewentualne dodatkowe zaburzenia narządów zmysłów.

2.3. Dodatkowe uprawnienia uczniów przewlekle chorych i niepełnosprawnych

W pracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nad uczniami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, często zachodzi konieczność wydania opinii i/lub wnioskowania o świadczenia związane z dodatkowymi uprawnieniami dla dzieci i młodzieży z chorobami przewlekłymi i różnymi rodzajami niepełnosprawności. Poniżej omówiono niektóre z tych uprawnień oraz ich podstawę prawną.

- **Zasiłek pielęgnacyjny** przysługuje dziecku w wieku do 16 lat, które ze względu na stan zdrowia wymaga ze strony innej osoby stałej opieki pielęgnacyjnej lub systematycznego udziału w postępowaniu leczniczym, edukacyjnym lub rehabilitacyjnym.



Młodzieży powyżej 16 roku życia zasiłek pielęgnacyjny przysługuje do ukończenia nauki w szkole, do 24 roku życia, jeśli pobierany był on przed 16 rokiem życia: *Ustawa z dnia 1 grudnia 1994 r. o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych* (Dz. U. 1994, nr 4, poz. 17; ostatnia zmiana Dz. U. 2002, nr 47, poz. 442). Stany zdrowia, kwalifikujące do zasiłku pielęgnacyjnego precyzuje *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 stycznia 1998 r. w sprawie stanów zdrowia oraz szczegółowych zasad, warunków i trybu wydawania zaświadczeń będących podstawą uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego dla dziecka* (Dz. U. 1998, nr 15, poz. 70).

- **Zniżki na przejazdy środkami transportu PKP i PKS** z miejsca zamieszkania lub pobytu do placówki oświatowej, ośrodka rehabilitacyjnego, zakładu opieki zdrowotnej – i z powrotem przysługują dzieciom i młodzieży dotkniętej inwalidztwem oraz jednemu opiekunowi: *Rozporządzenie Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej z dnia 20 czerwca 1992 r. o uprawnieniach do bezpłatnych i ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego* (Dz. U. 1994, nr 54, poz. 254, ostatnia zmiana: Dz. U. 2002, nr 175, poz. 1440).
- **Zdawanie egzaminów gimnazjalnych / maturalnych w warunkach i formie dostosowanych do dysfunkcji.** Wnioski o opinię, wraz ze świadectwem lekarskim, składane są w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, a opinia wydawana zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 marca 2001 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania egzaminów i sprawdzianów w szkołach publicznych* (Dz. U. 2001, nr 29, poz. 323, ze zmianą: Dz. U. 2002, nr 46, poz. 433).
- **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.** Stopień niepełnosprawności ustala się u dziecka po ukończeniu przez nie 16 roku życia, na wniosek osoby zainteresowanej lub jej ustawowego przedstawiciela. Wniosek o wydanie orzeczenia rodzice lub opiekunowie dziecka składają do powiatowego zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. Do obowiązków lekarza poz należy wydanie zaświadczenia lekarskiego zawierającego opis stanu zdrowia – *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 maja 2002 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności* (Dz. U. 2002, nr 66, poz. 604).
- **Przyznanie nieodpłatne dziecku niepełnosprawnemu niektórych środków pomocniczych i zaopatrzenia rehabilitacyjnego.** Lekarz poz ma prawo wnioskować o przyznanie, m.in. kul, balkoników, laski dla niewidomego, cewników urologicznych, pieluchomajtek. O inny sprzęt rehabilitacyjny i pomocniczy, w tym wózki inwalidzkie, protezy wnioskują lekarze specjaliści: *Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* (Dz. U. 2001, nr 28, poz. 153, ostatnia zmiana: Dz. U. 2001, nr 154, poz. 1796) oraz *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowia z dnia 6 listopada 1998 r. w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia* (Dz. U. 1998, nr 140, poz. 912, ze zmianą: Dz. U. 1999, nr 91, poz. 1041).



3. Uczniowie z innymi problemami zdrowotnymi i społecznymi

Poniżej omówiono najczęściej występujące lub „nowe”, o dużej randze społecznej problemy.

3.1. Otyłość

Otyłość jest najczęstszym zaburzeniem w rozwoju dzieci i młodzieży, w zależności od wieku dotyczy 5 - 15% populacji.

Otyłość definiowana jest jako nadmiar tkanki tłuszczowej w organizmie. Często, szczególnie w badaniach masowych, utożsamiana jest z nadmiarem masy ciała w stosunku do wysokości – nadwagą. Otyłość i nadwaga nie zawsze są synonimami (nadmiar masy ciała może być też spowodowany dużą masą mięśniową), choć w praktyce nadwadze towarzyszy zwykle nadmierne otluszczenie.

Ocena stopnia otyłości u dzieci i młodzieży winna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego. Należy posługiwać się układami odniesienia uwzględniającymi wiek kalendarzowy, proces wzrastania, dymorfizm płciowy przebiegu wzrastania, dojrzewania i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej, a także wziąć pod uwagę duże indywidualne różnice w budowie ciała. Najczęściej stosowane w ostatnich latach metody oceny wzajemnej proporcji masy i wysokości ciała to:

- obliczanie „procentu masy ciała należnej” – o otyłości mówimy, gdy masa ciała należąca do aktualnej wysokości dziecka przekracza 120% (115 - 120% określa się jako nadwagę);
- ocena na siatkach centylowych wagowo-wzrostowych (proporcji masy ciała w stosunku do wysokości – Aneks s. 129-130). Za tzw. wąską normę uznaje się zakres 25 - 75 centyla, pasmo między 75-90 centylem oznacza tendencję do nadwagi, między 90 a 97centylem nadwagę, a powyżej 97 centyla – otyłość;
- obliczanie wskaźnika BMI (Body Mass Index) wyrażonego wzorem:

$$\frac{\text{masa ciała w kg}}{(\text{wysokość ciała w m})^2}$$

O otyłości mówimy, gdy wskaźnik BMI przekracza dwa odchylenia standardowe powyżej średniej lub znajduje się powyżej 97 centyla na siatkach centylowych (Aneks s. 131).

W praktyce klinicznej wyróżnia się dwa typy otyłości:

- Otyłość prostą (pierwotną) stanowiącą około 90% przypadków otyłości w dzieciństwie i młodości – nadmiar tkanki tłuszczowej jest skutkiem zachwiania równowagi między energią dostarczoną z pożywieniem a wydatkowaną przez organizm.
- Otyłość wtórną – towarzyszącą uszkodzeniom o.u.n (okolicy brzuszno-przysłankowej podwzgórza), zaburzeniom hormonalnym (zespół Cushinga, niedoczynność tarczycy), zespołom genetycznie uwarunkowanym. Jest ona także dość częstym zjawiskiem wśród dzieci upośledzonych umysłowo.



Powikłania somatyczne oraz psychospołeczne w otyłości u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym:

- Skutki otyłości wynikające z nadmiernej masy ciała: zaburzenia statyki ciała, zwłaszcza kończyn dolnych (koślawość kolan, płaskostopie), przedwczesne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa i kończyn, aseptyczna martwica stawu biodrowego;
- Skutki otyłości wynikające z nadmiernego otluszczenia oraz zaburzeń metabolicznych: ryzyko otyłości w wieku dorosłym, cukrzycy typu II, hiperlipidemii, przedwczesnego rozwoju miażdżycy, nadciśnienie tętnicze;
- Zaburzenia rozwoju psychospołecznego, związane z obniżonym poczuciem własnej wartości, izolacją społeczną. Dziecko otyłe często przypisuje sobie negatywne atrybuty, uruchamia w stosunku do siebie negatywne emocje, co może prowadzić nawet do depresji.

Opieka lekarska

Leczenie otyłości jest trudne i czasochłonne, wymaga współpracy lekarza z pacjentem i jego rodziną. Leczenie polega na zwiększeniu wydatkowania nadmiaru energii zgmagazynowanej w organizmie w postaci tkanki tłuszczowej, w wyniku zmniejszenia jej podaży (dieta ubogoenergetyczna) i/lub zwiększenia jej wydatkowania (aktywność fizyczna). Wymaga to zaangażowania wielu specjalistów (lekarz, dietetyk, rehabilitant, czasem psycholog) [8].

Prawie co dziesiąty pacjent lekarza pediatri, a co szósty lekarza sprawującego opiekę nad młodzieżą powyżej 15 roku życia jest otyły. To, czy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sprawuje rzeczywistą opiekę nad tą grupą pacjentów, zależy od wielu czynników m.in.: uznania otyłości za ważny problem zdrowotny, umiejętności doboru diety, aktywności ruchowej, poradnictwa w zakresie modyfikacji zachowań zdrowotnych oraz umiejętności komunikowania się z młodym pacjentem i jego rodzicami.

Do zadań lekarza w stosunku do tej grupy należy:

- Ustalenie przyczyny otyłości. W przypadku podejrzenia otyłości wtórnej należy skierować pacjenta do właściwej poradni specjalistycznej;
- Ustalenie dodatkowych czynników ryzyka u dzieci otyłych (pogłębiony wywiad rodzinny, pomiary ciśnienia tętniczego krwi, badania laboratoryjne);
- Leczenie podstawowe otyłości:
 - stosowanie diety ubogoenergetycznej dostosowanej do wieku dziecka i stopnia nadwagi,
 - zwiększenie aktywności fizycznej,
 - zmiana zachowań związanych z podawaniem i spożywaniem posiłków,
 - stosowanie pozytywnych psychologicznych wzmocnień, zwiększających motywację pacjenta do dalszych wysiłków oraz poczucie jego wartości,
 - leczenie wspomagające,



- zapobieganie zaparciom, zmianom skórnym,
- w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi – ograniczenie spożycia soli,
- przy wzroście poziomu cholesterolu – dieta hipolipemiczna.

4. Współpraca z dietetykiem, rehabilitantem.

5. Współpraca z pielęgniarką szkolną w zakresie kontroli masy ciała ucznia, indywidualnego poradnictwa żywieniowego, pielęgnacji ciała, edukacji zdrowotnej dzieci i rodziców.

Szczepienia ochronne

W kwalifikacji należy wziąć pod uwagę ewentualnie współistniejące choroby przewlekłe. Dzieci z otyłością prostą, powinny być szczepione zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień.

Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego

W otyłości prostej z nadmiarem masy ciała do 30% wskazane jest zwiększenie aktywności fizycznej, jako podstawowego elementu terapii, często lepiej akceptowanego przez dziecko niż ograniczenia dietetyczne. Wskazane jest uczenie samokontroli własnych obciążeń wysiłkowych i masy ciała, dodatkowe zajęcia ruchowe poza szkołą – grupa B lub Bk (Aneks s. 154).

W przypadku otyłości z nadmiarem masy ciała powyżej 30% - grupa Bk (konieczne dodatkowe zajęcia ruchowe i korekcyjne w szkole).

Poradnictwo w zakresie wyboru dalszego kształcenia i zawodu

Jak w ogólnej populacji uczniów.

3.2. Zaburzenia odżywiania się

Do grupy tych zaburzeń zalicza się jadłowstręt psychiczny i bulimię. Przez długi czas jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa) zaliczany był do chorób psychosomatycznych. Od 1987 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zaliczyło jadłowstręt psychiczny i bulimię do zaburzeń odżywiania się i włączyło je do zaburzeń rozwojowych, w których czynniki biologiczne łączą się ściśle z problemami psychologicznymi. Należy przyznać, że pojęcie to jest dość „łagodne”, szerokie i w ogólnym odbiorze (w tym samych pacjentów) nie kojarzy się z chorobą. Tymczasem trzeba pamiętać, że jadłowstręt psychiczny jest chorobą ciężką, przewlekłą, a czasem nawet śmiertelną¹.

Jadłowstręt psychiczny

W krajach wysoko rozwiniętych na jadłowstręt psychiczny choruje 0,8 - 1,0% dziewcząt w okresie dojrzewania, a stosunek dziewcząt do chłopców wynosi 10:1. Kryteria diagnostyczne dla tego zaburzenia to:

¹ Popielarska M., Suffczyńska-Kotowska M.: Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa). [W]: Popielarska A., Popielarska M. (red.): Psychiatria wieku rozwojowego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 156.



- utrata masy ciała powyżej 15% masy należnej dla wysokości ciała lub ubytek co najmniej 25% masy ciała z okresu przedchorobowego;
- nasilony lęk przed zwiększeniem masy ciała lub otyłością, mimo rzeczywistej niedowagi;
- zaburzony sposób, w jaki masa ciała, jego kształty i wymiary są postrzegane i przeżywane przez pacjenta (osoba chora czuje się zbyt gruba nawet wówczas, gdy jest skrajnie wychudzona);
- u dziewcząt już miesiączkujących brak co najmniej trzech kolejnych krwawień miesiączkowych (jeżeli nie ma innej przyczyny).

Opieka lekarska

Wnikliwa obserwacja dziewcząt w wieku „krytycznym” dla wystąpienia anoreksji, zwłaszcza tych, które mimo niewielkiej nadwagi lub prawidłowej masy ciała intensywnie się odchudzają, może pomóc w rozpoznaniu choroby. Początek choroby w wielu przypadkach jest powolny, trudny do uchwycenia, a zaburzenia występują, pozornie bez przyczyny lub po jakimś stresującym wydarzeniu.

Leczenie powinno być prowadzone w specjalistycznych ośrodkach dla dzieci i młodzieży i polega na zmierzaniu do przyrostu masy ciała w wyniku terapii behawioralno-poznawczej. Stosuje się psychoterapię indywidualną, grupową i rodzinną. Pacjenci wymagają okresowej kontroli i podtrzymującej psychoterapii jeszcze przez wiele miesięcy po opanowaniu jadłowstrętu z uwagi na możliwość nawrotu choroby. Należy położyć szczególny nacisk na fakt, że całkowicie nieskuteczne, a wręcz szkodliwe jest podawanie leków pobudzających łaknienie (celem zwiększenia masy ciała), gdyż pojawiające się wówczas nasilenie głodu wzmacnia u pacjentki dążenie do autodestrukcji, a także wzbudza niechęć, a wręcz nienawiść do lekarza i psychologa, nasilając opór przed dalszymi próbami leczenia.

Rola lekarza poza opieką nad chorymi z jadłowstrętem psychicznym polega na wspieraniu pacjentki i jej rodziny w rozbudzaniu i podtrzymywaniu motywacji do leczenia oraz utrzymywaniu kontaktu z prowadzącym pacjentkę lekarzem psychiatrą, a w przypadku opanowania jadłowstrętu zwracanie uwagi na wszelkie objawy mogące sugerować nawrót choroby.

Bulimia

Bulimia występuje u 4 - 15% uczennic szkoły średniej i studentek. Początek jej przypada później niż w przypadku anoreksji, średnio na 16 - 18 rok życia. Stosunek zachorowań dziewcząt do chłopców wynosi 9-10:1. Chore na bulimię pochodzą z rodzin, w których konflikty, odrzucenie dziecka czy zaniedbywanie zdarza się częściej niż w jadłowstręcie psychicznym¹.

¹ Komender J.: Zaburzenia psychiczne. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 164.



Objawy bulimii to:

- powtarzające się okresy żarłoczości (zjadanie bardzo dużych ilości jedzenia w ciągu krótkiego czasu), minimum dwa razy w tygodniu, w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
- poczucie utraty kontroli nad spożywanym jedzeniem podczas epizodu obżarstwa;
- stałe prowokowanie wymiotów, używanie środków przeczyszczających lub odwadniających, ścisłej diety lub intensywnych ćwiczeń po epizodzie obżarstwa, by nie utyć;
- utrzymywanie się stalego poczucia winy i mniejszej wartości własnej, obniżonego nastroju oraz wysokiego poziomu leku; u chorych może występować depresja, prowadząca nawet do samobójstwa.

Opieka lekarska

Do zadań lekarza poz sprawującego stałą opiekę nad uczennicą z bulimią należy pomoc w ustaleniu źródła zagrożenia zdrowia pacjentki, w tym zwrócenia szczególnej uwagi na problemy psychospołeczne rodziny. Wskazany jest kontakt z grupą psychoterapeutów, pielęgniarką/higienistką szkolną i nauczycielami oraz zwracanie uwagi, przy każdej wizycie, na nawrót choroby lub jej zaostrzenie.

Leczenie polega na terapii behawioralno-poznawczej, psychoterapii, czasem stosuje się leczenie przeciwdepresyjne. Prowadzi się je z reguły w ośrodkach psychiatrii.

3.3. Nadpobudliwość psychoruchowa

Pod pojęciem nadpobudliwości psychoruchowej rozumie się nadmierną pobudliwość układu nerwowego, na ogół objawiającą się: nadruchliwością, wzmożoną pobudliwością emocjonalną i nasilonymi zaburzeniami uwagi. Obecnie, w piśmiennictwie naukowym, oficjalnie używane są dwie nazwy tego zaburzenia¹:

- *Za Amerykańskim Towarzystwem Psychiatrycznym od 1980 r. położono przede wszystkim nacisk na deficyt uwagi, nazywając zespół Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi,*
- *W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10), zaproponowanej przez Światową Organizację Zdrowia, użyto terminu Hyperkinetic Disorder czyli zespół hiperkinetyczny lub zaburzenia hiperkinetyczne.*

Ryzyko wystąpienia ADHD w całej populacji dziecięcej określane jest na 3-10%, jednak w sytuacji, gdy w rodzinie pacjenta występował lub występuje zespół nadpobudliwości psychoruchowej, wzrasta ono do 50%. Według najnowszych badań uważa się bowiem, że jest to zaburzenie genetyczne, uwarunkowane dziedzicznie, wielogenowo. U osób z ADHD istnieje również dziedzicznie uwarunkowana, zaburzona równo-

¹ Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M.: Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko co chcielibyście wiedzieć. Wyd. Folium, Lublin 1999.



waga między substancjami przekąźnikowymi (neurotransmitterami) w mózgu: nora-drenaliną i dopaminą.¹

Zespół kilkakrotnie częściej występuje u chłopców niż u dziewcząt. U chłopców częściej występuje typ „mieszany” lub z przewagą nadpobudliwości, u dziewcząt typ z zaburzeniami koncentracji uwagi.

ADHD rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie przed 5 - 7 rokiem życia, ale dane z wywiadu często wskazują, że cechy zespołu były obserwowane już od okresu niemowlęcego („kolki”, zwiększona drażliwość, zmniejszone zapotrzebowanie na sen, zaburzenia łaknienia). Im młodsze jest dziecko, tym wyraźniejsze są u niego objawy nadruchliwości i impulsywności, im starsze – na pierwszy plan wysuwają się problemy z koncentracją uwagi.

Gdy dziecko zaczyna naukę w szkole, nie może zrealizować w pełni swego potencjału rozwojowego, trudno mu „wysiedzieć” spokojnie na lekcji, przerzuca się z jednej aktywności do drugiej. Zaburzenia uwagi uniemożliwiają utrzymanie jej na zadaniach i czynnościach związanych z lekcjami, co ma wpływ na gorsze osiągnięcia w nauce, mimo dobrej lub nieraz wysokiej inteligencji. Problemy te nasilają się wtedy, gdy ADHD towarzyszy zła sprawność manualna, zaburzenia dyslektyczne i dysgraficzne.

W okresie młodzieńczym z tej grupy dzieci rekrutują się uczniowie z różnego typu zaburzeniami zachowania, nastroju i stanami lękowymi. Może rozwinąć się u nich osobowość antyspołeczna, skłonność do uzależnień, depresji, zwłaszcza gdy młody człowiek doznaje braku akceptacji ze strony grupy rówieśniczej².

Opieka lekarska

Objawy występujące u dziecka, uciążliwe dla rodziny, a w wieku szkolnym będące przyczyną trudności w adaptacji do szkoły i uczeniu się, stają się przyczyną zgłaszania się rodziców z dzieckiem do pediatry. Jeśli dziecko uczęszcza do przedszkola, pierwsza wizyta często następuje wcześniej (około 3-5 roku życia).

Rozpoznanie ADHD, które powinno być postawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, nie jest proste. Prawie całkowicie opiera się ono na danych z wywiadu i obserwacji dziecka, gdyż ani badanie pediatryczne ani wyniki badań laboratoryjnych nie wykazują zmian, które z pewnością wskazywałyby na te zaburzenia. Ponadto dzieci te często w czasie pierwszej wizyty zachowują się spokojnie i zainteresowane nową sytuacją potrafią się dość dobrze skoncentrować. Dlatego też diagnoza nigdy nie może być postawiona w ciągu jednego spotkania z dzieckiem.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sprawujący opiekę nad dzieckiem z ADHD ma za zadanie:

¹ Green W.H.: Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology. Williams&Wilkins, London 1996.

² Komender J.: Zaburzenia psychiczne. [W:] Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 164.



- przed rozpoznaniem ADHD ustalenie innych ewentualnych przyczyn zaburzeń u dziecka, a w niektórych przypadkach zasięgnięcie konsultacji, np. neurologa dziecięcego,
- wyjaśnienie rodzicom istoty objawów występujących u dziecka, przebiegu zaburzeń i rokowania, poradnictwo w zakresie metod wychowawczych,
- wyjaśnienie istoty zaburzeń nauczycielom, pozyskanie ich do współpracy w pomocy dziecku. W przypadku niepowodzeń szkolnych współpraca z pedagogiem i psychologiem szkolnym i omówienie wskazań do reedukacji czy nauczania wyrównawczego,
- w przypadku nasilonych zaburzeń skierowanie dziecka do poradni zdrowia psychicznego (psychoterapia dziecka i rodziny, w wybranych przypadkach farmakoterapia),
- w stosunku do dzieci pozostających pod opieką psychiatry dziecięcego „czuwanie nad bezpiecznym leczeniem” – przedłużanie leków, kontrola wyników badań dodatkowych, obserwacja ewentualnych objawów ubocznych farmakoterapii.

Szczepienia ochronne

Kwalifikacja jak w przypadku ogólnej populacji uczniów. ADHD nie stanowi przeciwwskazań do szczepień ochronnych.

Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego

W niektórych przypadkach ADHD, ze względu na nadmierną ruchliwość, wzmożone reakcje emocjonalne, niezdyscyplinowanie, dzieci wymagają szczególnej uwagi nauczyciela, zwłaszcza przy ćwiczeniach na przyrządach (zwiększone ryzyko urazu) – grupa B (Aneks s. 155).

Poradnictwo w zakresie wyboru dalszego kształcenia i zawodu

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej może trwać długie lata – objawy utrzymują się u 70% pacjentów w okresie dojrzewania, a u 30-50% również w dorosłym życiu. Z nadpobudliwości ruchowej często „wyrasta się”, pozostają jednak problemy emocjonalne, trudności w nauce i kontaktach z innymi ludźmi.

Zaburzenia w ADHD nie pozwalają na pracę wymagającą stałego i znacznego napięcia psychicznego i koncentracji uwagi. Dotyczy to zawodów, w których rytm pracy jest przymusowy, tempo szybkie, a stale napływające informacje wymagają natychmiastowej odpowiedzi lub podjęcia decyzji (prowadzenie pojazdów mechanicznych, obsługa skomplikowanej aparatury kontrolno-pomiarowej, prace na wysokości, przy montażu skomplikowanych elementów).

3.4. Depresja młodzieńcza

Depresja należy do tzw. chorób afektywnych, czyli takich, w których wiodąca symptomatyka polega przede wszystkim na wyrażnie zaznaczonych zaburzeniach sfery uczuciowej i emocjonalnej – w depresji są to: przygnębienie i lęki.



Rozpowszechnienie depresji wśród młodzieży nie jest dokładnie znane. Bez wątpienia jest ono większe niż sądzono, na co wskazują badania epidemiologiczne wybranych populacji, w których stwierdzono obecność cech depresyjnych u 10-15% młodzieży¹.

Według prowadzonych w ostatnich latach badań, do zachorowania na choroby afektywne przyczyniają się przede wszystkim czynniki genetyczne. Nie wszyscy nosiciele podłoża genetycznego muszą jednak zachorować w sposób jawny. Do zrealizowania predyspozycji genetycznej przyczynić się mogą różne czynniki wyzwalające zarówno somatyczne jak i psychogenne. W okresie młodzieńczym znaczną rolę odgrywają czynniki psychogenne, związane z typowymi problemami okresu dorastania oraz stres związany np. z zagrożeniem, niepowodzeniami w szkole, konfliktami w rodzinie.

U młodzieży można wyróżnić 4 typy endogennych zespołów depresyjnych²:

- „czystą depresję” objawiającą się cichą rezygnacją, obniżonym nastrojem i napędem oraz nieokreślonym lękiem,
- „depresję rezygnacyjną” – oprócz podstawowych objawów depresji, następują trudności w nauce, poczucie bezsensu życia, próby samobójcze,
- „depresję z niepokojem” ze zmiennością nastroju i autodestrukcyjnymi zaburzeniami zachowania,
- „depresję hipochondryczną”, w której dominują somatyczne objawy lęku i zachowania hipochondryczne.

Opieka lekarska

Leczenie depresji u młodzieży polega głównie na psychofarmakoterapii ze stosowaniem leków antydepresyjnych oraz równoczesnej psychoterapii indywidualnej i grupowej oraz terapii rodziny. Leczenie powinno być prowadzone w specjalistycznych ośrodkach psychiatrii dla dzieci i młodzieży.

Na lekarzu poz spoczywa ciężar właściwego rozpoznania u ucznia zaburzeń depresyjnych i skierowania go do odpowiedniego ośrodka specjalistycznego. Szczególnie istotne jest określenie ryzyka zachowań autodestrukcyjnych, w tym ryzyka samobójstwa oraz podjęcie odpowiednich środków zaradczych (kontakt z psychiatrą w trybie nagłym, łącznie z hospitalizacją w niektórych przypadkach).

Opieka nad dzieckiem po próbie samobójczej

Każda próba samobójcza powinna być potraktowana poważnie, a młody człowiek i jego rodzina objęci systematyczną opieką (w tym psychoterapią). Powrót ucznia do szkoły po okresie leczenia szpitalnego (każda próba samobójcza wymaga konieczności hospitalizacji) może być trudny, zwłaszcza gdy fakt próby samobójczej został ujawniony.

¹ Namysłowska I., Pużyńska E., Średniawa H.: Zaburzenia psychiczne. [W]: Jodkowska M., Woynarowska B. (red.): Nastolatek też jest ważny. Problemy zdrowotne młodzieży. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995, s. 75.

² Bomba J.: Depresja u młodzieży. Analiza kliniczna. Psychiat. Pol. 1982, 16, 25-30.



W każdym przypadku próby samobójczej należy brać pod uwagę prawdopodobieństwo powtórzenia się jej. Ryzyko to jest większe:

- w okresie kilku-kilkunastu miesięcy po próbie;
- w razie wielokrotnych prób autoagresji;
- gdy młody człowiek zastosował sposób stanowiący duże zagrożenie dla życia;
- gdy próba była starannie zaplanowana;
- gdy próba była podjęta w całkowitej izolacji;
- gdy młody człowiek niechętnie rozmawia na ten temat;
- gdy rodzice nie chcą lub nie potrafią poszukiwać przyczyn decyzji samobójczej i rozważyć możliwości własnej roli w łańcuchu przyczyn oraz nie dokonali żadnych zmian we własnych zachowaniach, postawach wobec dziecka i w życiu rodziny¹.

3.5. Uczniowie żyjący z HIV

Według danych statystycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pod koniec 2000 r. wirusem HIV było zakażonych ponad 36 mln. osób na świecie, w tym 1,4 mln. dzieci do 15 roku życia. Wśród nowych przypadków zakażeń było 600 tys. dzieci. Ponieważ według WHO za osobę dorosłą uważa się osobę powyżej 15 roku życia, trudno według tych danych oszacować częstość zakażeń i zachorowań na AIDS w grupie młodzieży 15-18 lat.²

W Polsce rejestrację zakażeń HIV i zachorowań na AIDS prowadzi Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny.³ Wśród zakażonych HIV w Polsce, w ciągu ostatnich 7 lat (1996-2002) zanotowano około 80 zachorowań na AIDS u dzieci i młodzieży do 15 roku życia, 11 dzieci zmarło.⁴

Zakażenie HIV jest problemem zdrowotnym, z którym lekarze sprawujący opiekę nad dziećmi i młodzieżą coraz częściej będą spotykać się w swej praktyce zawodowej. Zakażenie wirusem HIV, należącym do grupy retrowirusów, prowadzi do uszkodzenia układu odpornościowego człowieka i w wyniku tego do choroby AIDS (acquired immuno deficiency syndrome – zespół nabytego upośledzenia odporności). Jest ona wciąż nieuleczalna, charakteryzuje się mnogością objawów klinicznych, ciężkością przebiegu zakażeń oportunistycznych, wieloletnim przebiegiem.

Większość zakażeń HIV u dzieci to *zakażenia od matki (wertykalne)* w czasie ciąży, porodu i podczas karmienia piersią – stanowią one ponad 90% zakażeń. W ostatnich latach zmniejszono liczbę przypadków zakażeń HIV w wyniku transfuzji krwi i preparatów krwiopochodnych poprzez wprowadzenie doskonalszej preparatyki krwi i testowanie krwiodawców.

¹ Woynarowska B.: Samobójstwa. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 222.

² AIDS epidemic update: December 2000, Joint United Nations Programme on HIV / AIDS. WHO, Dec. 2000.

³ Według Państwowego Zakładu Higieny: Szata W.: Meldunek 10/B/02 – od 1985 r. do końca października 2002 r. odnotowano 7783 zakażeń HIV, 1222 zachorowania na AIDS, 605 osób zmarło.

⁴ Szata W.: Meldunki o zachorowaniach na AIDS 1996-2002. PZH.



U młodzieży do zakażeń może dojść podobnie jak u dorosłych:

- przy stosowaniu dożylnych narkotyków;
- przez zanieczyszczone krwią igły i strzykawki;
- wykonywanie nacięć skóry za pomocą wielokrotnie używanych i nie dezynfekowanych ostrych narzędzi;
- drogą kontaktów seksualnych; przedwczesna inicjacja seksualna jest jednym z najważniejszych czynników zagrożenia AIDS.

Dziecko żyjące z HIV powinno prowadzić podobny tryb życia jak pozostali jego rówieśnicy. Zwykły, codzienny kontakt z osobą zakażoną wirusem HIV w domu, szkole, na ulicy – nie niesie ze sobą ryzyka zakażenia. Nie można zakażyć się przez: podanie ręki, korzystanie ze wspólnych naczyń i sztućców, używanie tej samej toalety. W zasadzie nie ma obowiązku informowania o zakażeniu dziecka szkoły czy organizatorów kolonii letnich, ponieważ zakażenie to nie pociąga za sobą niebezpieczeństwa zakażenia innych dzieci. Uważa się jednak, że zarówno dla rodziców, jak i dla dobra ich dziecka byłoby lepiej, aby ktoś w szkole był o tym poinformowany. Najwłaściwsze wydaje się wtajemniczenie pielęgniarki szkolnej i/lub wychowawcy. Posiadając informacje na temat zakażenia dziecka, osoby te mają takie same moralne obowiązki jak lekarz i w żadnym wypadku nie powinny wyjawiać tej tajemnicy nikomu bez zgody rodziców¹.

Rodzice mający świadomość, że wirus znajduje się we krwi ich dziecka, powinni zadbać aby zawsze miało ono przy sobie środki opatrunkowe.

Opieka lekarska nad uczniem żyjącym z HIV

Stosowane wielokierunkowe leczenie ma na celu hamowanie replikacji wirusa, zapobieganie zakażeniom oportunistycznym i leczenie tych zakażeń. Obecnie zaleca się leczenie złożone z kilku leków antyretrowirusowych oraz leków stosowanych w profilaktyce zakażeń oportunistycznych. W wyniku tego dziecko zakażone HIV wielokrotnie w ciągu doby przyjmuje różne leki, ściśle według zaleceń lekarza i producenta leków (ściśle przestrzeganie tych zaleceń jest warunkiem niedopuszczenia do powstania oporności wirusa). Kuracja wymaga więc od leczonego i jego rodziny dużej dyscypliny wewnętrznej, by skomplikowany system leczenia wbudować w codzienne życie.

Do zadań lekarza poz opiekującego się tym dzieckiem należy²:

- uświadomienie dziecku i jego rodzinie konieczności zdyscyplinowanego leczenia i częstych kontroli w ośrodku specjalistycznym,
- wczesne rozpoznawanie objawów mogących wskazywać na rozpoczynającą się infekcję (gorączka, kaszel, duszność, nadpobudliwość lub apatia, bóle),
- w przypadku znacznego spadku odporności, wystąpienie do szkoły o nauczanie indywidualne,

¹ Głowacka I. (red.): Życ z wirusem. Poradnik dla osób żyjących z HIV. Wyd. Poznańskie, Poznań 1999.

² Szczepańska-Putk M.: Zakażenie wirusem HIV. [W:] Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 340.



- oceny: dojrzałości szkolnej, dotyczącej wyboru dalszego kształcenia i zawodu we współpracy z psychologiem, neurologiem w ośrodku specjalistycznym prowadzącym leczenie dziecka.

Szczepienia ochronne

Szczepienia ochronne dzieci zakażonych HIV wykonywane są według indywidualnych wskazań w ośrodkach prowadzących terapię.

W związku z tym, że wiele chorób zakaźnych, w tym odra, ma szczególnie ciężki przebieg u chorych z objawowym zakażeniem HIV, szczególnie zalecane jest szczepienie szczepionką skojarzoną przeciwko odrze, śwince i różyczce już po 15 miesiącu życia. Nosiciele HIV powinni być szczepieni przeciw poliomyelitis szczepionką inaktywowaną IPV. Poza szczepieniami obowiązkowymi należy te dzieci szczepić także przeciw grypie, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* i *Neisseria meningitidis*.¹

3.6. Nieletnie ciężarne i matki

Terminem tym określa się dziewczęta lub młode kobiety, które zaszły w ciążę i/lub urodziły dziecko przed 18 rokiem życia. W krajach rozwiniętych, wraz z wydłużeniem okresu edukacji, dziewczęta w tym wieku są zwykle jeszcze uczennicami różnych typów szkół. Z przeprowadzonych badań w Polsce wynika, że prawie 40% nastoletnich matek przed zajściem w ciążę było uczennicami (najczęściej szkoły zawodowej – ponad połowa ciężarnych w tej grupie wieku, rzadziej szkoły średniej – 23%).²

Na podstawie danych z różnych ośrodków w Polsce można przyjąć, że porody młodocianych stanowią 1-3% ogółu porodów³.

Istotnym elementem wpływającym na przebieg ciąży u młodocianych jest stres i napięcie wynikające z nowej sytuacji. Młode dziewczęta często ukrywają ciążę przed rodzicami i najbliższym otoczeniem, częściej występują u nich objawy depresji.

W porównaniu do matek starszych, matki młodociane wykazują bardziej negatywną postawę wobec ciąży, a także postawy wrogie rodzeniu dziecka. Dziewczęta te zgłaszają się do lekarza późno lub wcale i w związku z tym stanowią grupę ryzyka położniczego, choć według dostępnych danych, nie stwierdza się istotnych różnic w częstości występowania powikłań w przebiegu ciąży u młodocianych w wieku 15-19 lat niż u dorosłych ciężarnych. Nie stwierdzono również istotnych różnic w przebiegu porodu u dziewcząt w tym wieku w porównaniu do starszych kobiet.

Po porodzie nieletnie matki stają przed nowymi trudnościami, związanymi z utrzymaniem dziecka i siebie, zwłaszcza że często pochodzą z rodzin o niskim statusie spo-

¹ Bernatowska E.: Szczepienia ochronne i uopornianie bierne w wybranych stanach i chorobach. [W]: Woynarowska B., Szajner-Milart I.: Uodpornienie sztuczne przeciw chorobom zakaźnym u dzieci i młodzieży. Pol. Tow., Pediatr. Zarząd Główny, Wyd. Czelej, Lublin 1997, s. 88.

² Wróblewska W.: Nastoletnie matki w Polsce. Przygotowanie do życia seksualnego. Problemy Rodziny, 1992, 31, 3, 9.

³ Marianowski M., Grzechocińska B.: Prowadzenie ciąży oraz poród i połóg u nieletnich. Medipress-Ginekologia, 1996, 2, 3, 2.



leczno-ekonomicznym. Często nie mogą liczyć na pomoc rodziców ani ojca dziecka, nie mają wsparcia ani finansowego ani psychicznego. Częściej, niż u ich bezdzietnych rówieśniczek, występuje u nich depresja, zachowania antyzdrowotne (picie alkoholu, palenie papierosów, używanie innych substancji psychoaktywnych)¹.

Pomoc nieletniej ciężarnej i matce

Młodociane ciężarne powyżej 15 roku życia mają praktycznie taką samą szansę na prawidłowy przebieg ciąży, porodu i urodzenie zdrowego dziecka, jak kobiety od nich starsze. Ze względu jednak na uwarunkowania psychospołeczne ciąży u nieletnich, należą one do grupy ryzyka i powinny być jak najwcześniej objęte opieką prenatalną o wysokim poziomie.

Duże znaczenie ma wsparcie psychiczne przede wszystkim ze strony rodziny dziewczyny i ojca dziecka, ale także pomoc szpitala, w którym odbył się poród (położne, pielęgniarki oddziału noworodkowego), pielęgniarki środowiskowej – rodzinnej, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Dużą pomocą ciężarnej uczennicy może służyć pielęgniarka szkolna. Profesjonalnie przygotowana, gdy ma dobry kontakt z młodzieżą, może stać się doradcą ciężarnej dziewczyny. Znając warunki szkoły, w tym nauki zawodu, czy warsztatów w szkołach zawodowych, zagrożeń zdrowotnych, ma możliwość działania na rzecz dziewczyny i jej przyszłego dziecka.

Niezbędne jest propagowanie zdrowego stylu życia i prawidłowego odżywiania się w czasie ciąży, a także pomoc w uzyskaniu dostępu do poradni dla kobiet czy też terenowych oddziałów pomocy społecznej.

3.7. Dzieci krzywdzone

Krzywdzenie dzieci przez osoby dorosłe występuje w każdym kraju, bez względu na rodzaj grup społecznych, narodowościowych czy religijnych. Przemoc wobec dzieci jest problemem znanym od zarania ludzkości, lecz złe traktowanie dzieci było przez wieki traktowane jako oczywistość, aprobowaną nie tylko przez obowiązujące normy kulturowe, ale i prawne. Przyczyny i skutki tego zjawiska stały się przedmiotem badań socjologicznych i medycznych w zasadzie dopiero od końca XIX wieku. W 1874 r. w Stanach Zjednoczonych powstało Towarzystwo Zapobiegania Cierpieniu Dzieci, jako pierwsza tego typu organizacja na świecie. Rozwinęła się ona obecnie w znaną instytucję International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN), zrzeszającą przedstawicieli resortu zdrowia, edukacji, spraw socjalnych i sprawiedliwości.²

W 1961 r., na zjeździe pediatrików w Los Angeles, C. H. Kempe przedstawił po raz pierwszy „zespół dziecka bitego”³. Uważano wówczas, że zespół ten dotyczy wyłącz-

¹ Jodkowska M.: Nieletnie ciężarne. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 335.

² Mossakowska B.: Społeczno-medyczne aspekty zespołu dziecka krzywdzonego. Przegl. Ped., 1998, 28, 3, 181.

³ Kempe C.H. i wsp.: The Battered Child Syndrome. JAMA, 1962, s. 181.



nie dzieci najmłodszych i ogranicza się do urazów fizycznych. W latach 70. termin „syndrom bitego dziecka” zaczęto zastępować określeniem „dziecko maltretowane” (ang. child abuse), w języku polskim używa się określeń: krzywdzenie, znęcanie się, przemoc wobec dziecka.

W 1989 r. Organizacja Narodów Zjednoczonych ogłosiła „Kartę Praw Dziecka” , a rozdział XV Konwencji Praw Dziecka ONZ, poświęcony problemom zdrowotnym i prawom dziecka chorego, zawiera również artykuły dotyczące działań w zakresie leczenia i zapobiegania skutkom przemocy wobec dzieci. Należy pamiętać, że Polska jest jednym z pierwszych państw, które w 1991 r. ratyfikowały Konwencję Praw Dziecka.

Definicja i formy

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (1985) – za „maltretowanie (krzywdzenie) dziecka uważa się każde zamierzone i nie zamierzone działanie osoby dorosłej, społeczności lub państwa, działanie, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka”.

Wyróżnia się następujące formy krzywdzenia dzieci ¹

- przemoc fizyczna;
- maltretowanie psychiczne (emocjonalne);
- wykorzystywanie seksualne;
- zaniedbywanie – w sferze psychicznej i fizycznej.

Zespół dziecka krzywdzonego mogą powodować czynniki pochodzące:

- ze *strony dziecka* – wady rozwojowe i choroby przewlekłe, niepełnosprawność, dziecko niechciane, mała masa urodzeniowa ciała, nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenia zachowania;
- ze *strony rodziców, rodziny i warunków środowiskowych* – niski poziom wykształcenia, matka (rodzice) młodociani, bezrobocie, alkoholizm i narkomania, rozpad rodziny, konkubinat, pobyt w więzieniu, złe warunki mieszkaniowe, brak stałego miejsca zamieszkania, przemoc w rodzinie, wielodzietność.

Należy jednak zwrócić uwagę, że przypadki krzywdzenia dzieci zdarzają się również w rodzinach pełnych, dobrze sytuowanych, o małej liczbie dzieci, w których rodzice posiadają wyższe wykształcenie.

Opieka lekarska

Zespół dziecka krzywdzonego często nie jest rozpoznawany, ponieważ osoby pracujące z dziećmi, w tym lekarze, pielęgniarki, a także nauczyciele, nie są przygotowani do jego rozpoznawania. Według nowej, dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) zespół ten należy do zespołów maltretowania – jednostka T74, w tym T74.1 – zespół maltretowanego dziecka, T74.2 – nadużywanie seksualne. Wciąż jednak często przypadki dzieci, którym udzielo-

¹ Oblacińska A.: Dzieci krzywdzone. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 327.



no pomocy ambulatoryjnej lub szpitalnej, klasyfikowane są w odniesieniu do wiodącego charakteru urazu, a nie jako całość zjawiska maltretowania.¹

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej kontaktujący się z dzieckiem i jego rodzicami, powinien być nastawiony na wykrywanie objawów, na podstawie których można podejrzewać krzywdzenie dziecka (p. Aneks – tabele objawów sugerujących krzywdzenie dziecka s. 140)². Osobami uwrażliwionymi na ten problem powinni też być: pielęgniarka szkolna i nauczyciele.

Podejrzenie krzywdzenia dziecka w wieku szkolnym należy uwiarygodnić na podstawie rozmowy z dzieckiem, rodzicami, wychowawcą klasy oraz na podstawie wywiadu środowiskowego. W każdym przypadku niezbędny jest takt i ostrożność, aby z jednej strony nie wysuwać zbyt pochopnych podejrzeń, a z drugiej – uchronić dziecko przed dalszymi atakami przemocy. W opiece lekarskiej nad dziećmi krzywdzonymi priorytetowe znaczenie ma:

- *Profilaktyka pierwszorzędowa* maltretowania dzieci wiąże się z eliminowaniem patologii społecznej, która jest często powiązana z przemocą w rodzinie. W wielu sytuacjach rodzice nie mogą należycie wywiązywać się ze swych obowiązków (zaniedbywanie dziecka), z powodu braku środków finansowych – bezrobocie, wielodzietność, choroby w rodzinie. Oprócz wsparcia finansowego, terapia tych rodzin powinna polegać na pomocy w zakresie radzenia sobie z własnymi problemami i wskazywanie potrzeb dziecka.
- *Profilaktyka drugorzędowa* ma na celu wczesne wykrycie objawów maltretowania, zanim ujawnią się poważne lub trwałe zmiany. W przypadku uczniów ważną rolę w rozpoznawaniu i udzielaniu pomocy dziecku z zespołem krzywdzenia odgrywa pielęgniarka szkolna. Postępowanie jej w każdym przypadku powinno być zindywidualizowane. Bardzo istotna jest odpowiednia dokumentacja, umożliwiająca wstępną identyfikację dzieci krzywdzonych i postawienie diagnozy.
- Aktywna pomoc dzieciom krzywdzonym (*profilaktyka trzeciorzędowa*) ze strony lekarza poz i pielęgniarki szkolnej, w zależności od potrzeb obejmuje³:
 - podjęcie próby dialogu z rodzicami i/lub poinformowanie ich o zamierzonych działaniach;
 - zgłoszenie do organizacji chroniącej prawa dziecka (Komitet Obrony Praw Dziecka, Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie, Niebieska Linia) lub policji;
 - w razie potrzeby przekazanie dziecka do odpowiedniej placówki służby zdrowia w celu dokładnego zbadania i leczenia;

¹ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Uniwersyteckie Wyd. Medyczne „Vesalius”, Kraków 1994, s. 912.

² Schwab N.C.: Child abuse and neglect: Legal and clinical implications for school nursing prophylactice. School Nurse, 1989, 4, 17.

³ Mellibruda J., Durda R.: O przemocy domowej. Poradnik dla lekarza pediatry. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.



– współpraca z innymi pracownikami szkoły w oddziaływaniu na rodzinę i tworzeniu w szkole środowiska terapeutycznego dla dziecka.

W zakresie interweniowania i ochrony dziecka przed przemocą lekarz zobowiązany jest do współpracy z pielęgniarką środowiskową, szkolną, pedagogiem i psychologiem szkolnym, lokalnym ośrodkiem pomocy społecznej, komisją rozwiązywania problemów alkoholowych, organizacjami charytatywnymi kościelnymi i świeckimi, niekiedy też z policją i prokuraturą.

W przypadku zagrożenia zdrowia i życia dziecka w wyniku przemocy, lekarz ma obowiązek zgłaszania sprawy równocześnie do sądu rodzinnego i prokuratury, z opisem stanu dziecka i jasnym komentarzem oraz stawienia się w charakterze świadka na wezwanie do sądu.

Piśmiennictwo uzupełniające

1. *Byczkowska Z., Dawydzik L. i wsp.*: Profilaktyczne badania kandydatów do nauki zawodu i młodocianych. Inst. Medycyny Pracy, Łódź 1994.
2. *Jodkowska M., Wojciechowska A.*: Niepełnosprawni – dzieci i młodzież. [W]: *Szymborski J., Szamotulska K., Sito A. (red.)*: Zdrowie naszych dzieci. Zróżnicowanie szans. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2000, s. 125.
3. *Kasznia-Kocot J. i wsp.*: Zespół dziecka krzywdzonego – nadal aktualnym problemem pediatricznym. Mat. Naukowe XXIV Zjazdu Pol. Tow. Pediatr., Gdańsk 1995, s. 295.
4. *Krawczyński M.*: Przemoc wobec dziecka. Dziecko krzywdzone. Definicja i interpretacja zjawiska. Aspekty prawno-organizacyjne i psychospołeczne. Ped. Pol., 1998, 73, 10, 991.
5. *Krawczyński M.*: Zespół dziecka maltretowanego (bitego). Ped. Pol., 1998, 73, 11, 1107.
6. *Krawczyński M.*: Seksualne wykorzystywanie dzieci. Ped. Pol., 1998, 73, 12, 1223.
7. *Łosiowski Z. (red.)*: Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Cz. I., WSiP, Warszawa, 1997.
8. *Oblacińska A., Woynarowska B. (red.)*: Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 1995.
9. *Obtułowicz K. (red.)*: Alergologia praktyczna dla lekarza ogólnego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000.
10. *Popielarska A., Popielarska M. (red.)*: Psychiatria wieku rozwojowego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000.
11. Postępowanie zapobiegawcze i diagnostyczne w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS. Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, Warszawa 1997.
12. *Rybakowa M. (red.)*: Medycyna wieku młodzieńczego. Klinika i postępowanie w chorobach przewlekłych. Wyd. Medyczne, Kraków 2001.



13. Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1997.
14. *Statford B.*: Zespół Downa. PZWL, Warszawa 1993.
15. *Symonides-Ławecka A.*: Cukrzyca u dzieci. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
16. *Woynarowska B. (red.)*: Zdrowie i szkoła. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
17. *Woynarowska B., Szajner-Milart I. (red.)*: Uodpornienie sztuczne przeciw chorobom zakaźnym u dzieci i młodzieży. Pol. Tow. Pediatr. Zarząd Główny, Wyd. Czelej, Lublin 1997.
18. *Woynarowska B., Jodkowska M. (red.)*: Nastolatek też jest ważny. Problemy zdrowotne młodzieży. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995.





VII. KWALIFIKACJA LEKARSKA UCZNIÓW DO SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH ORAZ ZABEZPIECZENIE POMOCY LEKARSKIEJ NA WYPADEK WYSTĄPIENIA NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU POSZCZEPIENNEGO

Anna Oblacińska

Kolejne zadania lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami to:

- Wykonywanie kwalifikacyjnego badania lekarskiego przed szczepieniem ochronnym uczniów,
- Zabezpieczenie pomocy lekarskiej na wypadek wystąpienia niepożądanych objawów poszczepiennych.

Obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci i młodzieży w wieku szkolnym wykonywane są obecnie w Polsce, w niektórych województwach, w szkole lub zakładach opieki zdrowotnej. Każde rozwiązanie ma pozytywne i negatywne strony. W przypadku, gdy szczepienia wykonywane są w:

- *Zakładzie opieki zdrowotnej* lub innym miejscu wykonywania praktyki zawodowej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz ten powinien czuć się odpowiedzialny za pełną realizację programu uodpornienia sztucznego przeciw chorobom zakaźnym;
- *Gabiniecie profilaktycznym w szkole* – planowanie wykonywania oraz dokumentowanie szczepień ochronnych uczniów jest zadaniem pielęgniarki; jest ona zobowiązana także do podjęcia działań umożliwiających przeprowadzenie w szkole, przed szczepieniem, kwalifikacyjnych badań lekarskich uczniów. Przewiduje się, że koszty tych badań „będą pokrywane przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną na podstawie umowy cywilno-prawnej z lekarzem, stosownie do liczby przebadanych uczniów”.¹

1. Kwalifikacyjne badanie lekarskie przed szczepieniem ochronnym

Obowiązujące przepisy prawne² nakładają obowiązek przeprowadzenia badania lekarskiego u osoby, która ma być zaszczepiona, w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia. Badanie to powinno być wykonane bezpośrednio przed szczepieniem. W ustawie nie sprecyzowano, co znaczy „bezpośrednio przed szczepieniem”, ale przyjmuje się, że badanie powinno być wykonane w tym samym dniu, w którym odbywa się szczepienie.

¹ Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu: Założenia do systemu „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania”. Warszawa, wrzesień 2002 (maszynopis).

² Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. 2001, nr 126, poz. 1384).



Cel badania

Celem badania lekarskiego przed szczepieniem ochronnym jest stwierdzenie czy:

- Nie ma przeciwwskazań do podania szczepionki, czyli:
 - chorób i stanów, które zwiększyłyby ryzyko wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego,
 - ryzyka wznowy lub zaostrzenia po podaniu szczepionki choroby istniejącej u dziecka.
- Stan organizmu dziecka jest w sytuacji sprzyjającej powstawaniu uodpornienia przeciw chorobie lub chorobom, których szczepienie dotyczy, czyli nie ma chorób, stanów i objawów, które mogłyby zaburzyć procesy odpornościowe (np. zakażenia, podanie immunoglobuliny).

Zakres badania

Wywiad

Lekarz zbiera wywiad od rodziców lub opiekunów dziecka, jeżeli towarzyszą mu podczas szczepienia lub od uczniów klas starszych (powyżej 15 roku życia), a także zapoznaje się z informacjami o stanie zdrowia dziecka zawartymi w jego indywidualnej dokumentacji medycznej. Gdy badanie odbywa się w szkole, lekarz analizuje informacje od rodziców zawarte w części A formularza, *informacja dotycząca szczepienia ochronnego* (Aneks s. 180). W przypadku braku wypełnionego formularza i zgody rodziców na szczepienie nie może być ono w danym dniu wykonane.

W wywiadzie należy zwrócić uwagę na:

- przebyte w ostatnim miesiącu ostre choroby oraz szczepienia,
- przebyte i aktualnie występujące choroby przewlekłe,
- stosowane leki (w tym antybiotyki),
- podane immunoglobuliny i preparaty krwi w ostatnich trzech miesiącach,
- kontakt z chorymi na choroby zakaźne (sam kontakt z chorobą zakaźną nie stanowi przeciwwskazania do szczepienia; u dzieci mających kontakt z chorymi na gruźlicę należy zawsze wykonać próbę tuberkulinową przed szczepieniem BCG),
- reakcje i odczyny u dziecka po poprzednich szczepionkach, w tym niepożądane odczyny poszczepienne,
- uczulenia na składniki użyte do produkcji szczepionek, np.: białko jaja kurzego, środki konserwujące.

Badanie przedmiotowe

Badanie obejmuje ogólną ocenę stanu zdrowia oraz ocenę: skóry, gardła, węzłów chłonnych, układu krążenia, układu oddechowego oraz narządów jamy brzusznej.

Kwalifikacja do szczepienia

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarz orzeka czy dziecko może zostać zaszczepione w danym dniu, czy też istnieją przeciwwskazania do podania szczepionki. W szkole orzeczenie to lekarz zapisuje w karcie zdrowia ucznia oraz w części B formularza: *Informacja dotycząca szczepienia ochronnego*.



Przeciwwskazania do podania szczepionki powinny należeć do rzadkości i być podejmowane z dużą rozważą, tylko w uzasadnionych przypadkach. W każdym przypadku lekarz powinien określić indywidualne ryzyko:

- nie szczepienia – możliwość zachorowania na daną chorobę i jej ewentualne następstwa – zagrożenia zarówno dla danej osoby, a także dla otoczenia;
- szczepienia – możliwość wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego oraz „pogorszenia” choroby istniejącej.

W tabeli 17 podano przeciwwskazania do poszczególnych szczepień ochronnych. Informacje dotyczące wybranych chorób przewlekłych podano także w rozdz. VI.

Tabela 17. Przeciwwskazania do poszczególnych szczepień ochronnych

SZCZEPIONKA	PRZECIWWSKAZANIA
Toksoid błonicy	Ostra choroba gorączkowa (z wyjątkiem czasu epidemii) Ostra reakcja anafilaktyczna lub neurologiczna przy poprzednim podaniu szczepionki Ciężka nadwrażliwość na glin lub/i thiomersal Cięża z wyjątkiem przypadków wysokiego ryzyka błonicy Dawki pediatryczne są przeciwwskazane dla osób powyżej 10 roku życia (niektóre źródła wymieniają 7 r. ż.)
Toksoid tężcowy	Ostra choroba gorączkowa z wyjątkiem obecności zanieczyszczonej rany, w którym to przypadku szczepienie jest wysoce wskazane Ostra reakcja uogólniona (gorączka $>39,4^{\circ}\text{C}$, neuropatia obwodowa, anafilaksja) po poprzednio podanej dawce szczepionki Ciężka nadwrażliwość na glin lub/i thiomersal, jeżeli szczepionka go zawiera Szczepionka może być podana w ciąży, jeżeli jest to konieczne Zalecana jest ostrożność w ciągu pierwszego roku życia po szczepieniu pierwotnym, ponieważ może wystąpić spowodowana nadwrażliwość
Krztusiec	Ostra choroba gorączkowa Ciężka nadwrażliwość na glin lub/i thiomersal Ciężka miejscowa reakcja (silne zaczerwienienie i obrzęk obejmujące większą część obwodu kończyny w okolicy wstrzyknięcia) lub reakcja ogólna (gorączka $>39,5^{\circ}\text{C}$ w ciągu 48 godzin po wstrzyknięciu, płacz nieutulony z krzykiem o wysokim tonie ponad 4 godziny, drgawki lub encefalopatia w ciągu 72 godzin lub jeden z następujących objawów: anafilaksja, skurcz oskrzeli, obrzęk krtani, wstrząs), jeśli objawy te wystąpiły po poprzednim wstrzyknięciu szczepionki Niestąły lub postępujący problem neurologiczny – należy wstrzymać szczepienie dopóki nie nastąpi stabilizacja ze względu na możliwość fałszywego rozpoznania jako NOP problemu neurologicznego, niezależnego od szczepienia Cięża, z wyjątkiem sytuacji, gdy młoda matka jest mocno zagrożona zachorowaniem



Tabela 17. c.d.

Haemophilus influenzae typ b	Ostra choroba gorączkowa Nadwrażliwość na składniki szczepionki, (toksoid tężca –ACT-HIB, toksoid błonicy – Hib-TITER) Ciężka miejscowa reakcja (silne zaczerwienienie i obrzęk obejmujące większą część obwodu kończyny w okolicy wstrzyknięcia), jeśli objawy te wystąpiły po poprzednim wstrzyknięciu szczepionki przeciw Hib Ciąża – brak danych
Doustna szczepionka przeciw poliomyelitis - OPV	Ostra choroba zakaźna Biegunka lub wymioty Ostra reakcja na poprzednio podaną dawkę OPV Ostra reakcja na penicylinę, neomycynę lub streptomycynę Zespół niedoborów immunologicznych (niezależnie od jego przyczyny) Obecność w domu osób z niedoborami immunologicznymi. Należy wtedy podać IPV Przyjęcie innej żywej szczepionki przed trzema lub mniej tygodniami. Dotyczy BCG, innych żywych szczepionek wirusowych, wirusowych także doustnej szczepionki przeciw durowi brzuszemu (żywe szczepionki wirusowe mogą być podawane jednocześnie) Przyjęcie immunoglobuliny ludzkiej przed trzema miesiącami. Planowanie podania immunoglobuliny ludzkiej w ciągu trzech tygodni W czasie ciąży rekomendowane są IPV OPV i IPV mogą być podawane naprzemiennie
Szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce MMR	Ostra choroba gorączkowa (choroby o łagodnym przebiegu jak zapalenie ucha środkowego, biegunka, infekcja górnych dróg oddechowych nie są przeciwwskazaniami) Zespół niedoborów immunologicznych (niezależnie od jego przyczyny) Przyjęcie innej żywej szczepionki przed trzema lub mniej tygodniami. Dotyczy to BCG oraz żywych szczepionek wirusowych (żywe szczepionki wirusowe mogą być podawane jednocześnie) Nie należy też podawać doustnej szczepionki przeciw durowi brzuszemu. Przeciwwskazaniem jest też szczepienie w wypadku przyjęcia immunoglobuliny ludzkiej przed trzema miesiącami. Po szczepieniu nie należy podawać immunoglobuliny ludzkiej w ciągu trzech tygodni Nie leczona gruźlica Ostra nadwrażliwość na neomycynę lub żelatynę. Alergia skórna na neomycynę nie jest przeciwwskazaniem Nie jest przeciwwskazaniem reakcja anafilaktyczna na białko jaja kurzego. Dzieci takie powinny mieć wykonane szczepienie w wa-



Tabela 17. c.d.

	runkach szpitalnych, gdzie mogą być monitorowane przez co najmniej 90 minut i gdzie jest wyposażenie pozwalające na intensywną terapię Dzieci poniżej 12 miesiąca życia są zabezpieczone przez przeciwciała uzyskane od matki. Jeśli jednak dziecko ma kontakt z odrą, powinno być szczepione przed 12 miesiącem Ciąża i okres 1-3 miesięcy przed zajściem w ciążę Przy użyciu szczepionki przeciw samej odrze należy uwzględnić ciężkie uczulenie na kanamycynę Pojedyncza szczepionka przeciw śwince nie ma specjalnych przeciwwskazań Szczepionka przeciw różyczce nie jest robiona przy użyciu embriónów kurzych, zatem uczulenie na białko jaj nie jest w stosunku do niej przeciwwskazaniem
BCG	Ostra choroba gorączkowa Oparzenie lub stan zapalny skóry w przewidywanym miejscu wstrzyknięcia Choroba nowotworowa Niedobory immunologiczne niezależnie od ich przyczyny Osoby HIV dodatnie. W krajach o wysokim ryzyku gruźlicy szczepienie dzieci matek HIV dodatnich jest zalecane przez WHO Osoby z dodatnim odczynem tuberkulinowym 3 tygodnie od otrzymania innej żywej szczepionki. Szczepienie BCG może być wykonane jednocześnie (w ciągu 24 godzin) z inną szczepionką Ciąża, szczególnie w pierwszym trymestrze. Mimo, że niektóre opracowania zalecają odstąpienie od tego przeciwwskazania w przypadku dużego ryzyka gruźlicy, skuteczność BCG u dorosłych jest zbyt niska, by stosować się do takiego zalecenia Ludzie przyjmujący profilaktycznie leki przeciwgruźlicze Żadne inne szczepienie nie powinno być podawane w to samo ramię, w ciągu przynajmniej 3 miesięcy z powodu ryzyka miejscowej limfadenopatii
Wścieklizna	W wypadku szczepienia po ekspozycji wszystkie przeciwwskazania powinny być ignorowane Przeciwwskazania dla szczepień profilaktycznych w grupach ryzyka: – ostra choroba gorączkowa – ostra reakcja uczuleniowa na poprzednio podaną szczepionkę przeciw wściekliźnie – ciężka nadwrażliwość na neomycynę lub beta-propiolakton – ciąża



Tabela 17. c.d.

Dur brzuszny Szczepionka pa- renteralna	Ostra choroba gorączkowa Ciężka reakcja alergiczna na poprzednio podaną dawkę tej samej szczepionki Przeciwwskazania względne: dzieci poniżej 18 miesiąca życia, ciąża
Hepatitis B	Ostra choroba gorączkowa Ciężka reakcja alergiczna na poprzednio podaną dawkę tej samej szczepionki Ciąża – przeciwwskazanie względne

Źródło: Zieliński A., Mazurowska-Magdżik W.: Przeciwwskazania do szczepień i niepożądane odczyny poszczepienne. Przegl. Ped. 2000, 30, 2, 102-108.

W każdym przypadku zwolnienia ze szczepienia lekarz powinien zaznaczyć czy jest to *zwolnienie czasowe* czy też *stałe zwolnienie* z danego szczepienia. W przypadkach czasowego zwolnienia należy zaszczepić dziecko natychmiast po ustaniu przyczyn przeciwwskazań. Natomiast w przypadku zwolnienia stałego należy uświadomić rodzicom i dziecku zagrożenia, które wynikają ze stałego zwolnienia z określonych szczepień lub ich niepełnego wykonania.

2. Zabezpieczenie pomocy lekarskiej na wypadek wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych

Zgodnie z ogólnie przyjętą definicją jako niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) należy rozumieć wiele medycznych objawów, czasowo związanych ze szczepieniem, które mogą być spowodowane różnymi przyczynami¹. U dzieci i młodzieży w wieku szkolnym występują one rzadko, ale zawsze należy brać pod uwagę możliwość ich wystąpienia. Z tego powodu, w miejscu, w którym wykonywane są szczepienia ochronne, powinien być:

- dostępny pełen zestaw przeciwwstrząsowy (tab. 18),
- obecny lekarz, w czasie przeprowadzania szczepienia, a gdy odbywają się one w szkole, co najmniej jedną godzinę po ich zakończeniu.

Zadaniem lekarza, który "zabezpiecza" szczepienia ochronne jest sprawdzenie przed szczepieniem kompletności zestawu przeciwwstrząsowego, a także przygotowania do szczepień – sposobu przechowywania szczepionki, dokumentacji itd. oraz udzielenia pomocy w przypadku wystąpienia NOP, a zwłaszcza wstrząsu (tab. 19).

¹ Tomaszunas-Błaszczuk J.: Niepożądane odczyny poszczepienne i system ich monitorowania w Polsce. [W]: Woynarowska B., Szajner-Milart I. (red.): Uodpornienie sztuczne przeciw chorobom zakaźnym u dzieci i młodzieży. Polskie Towarzystwo Pediatryczne. Zarząd Główny. Wyd. Czelej, Lublin 1997, s. 35.



Tabela 18. Zestaw przeciwwstrząsowy *

Rodzaj leków i sprzętu
Leki 1. Adrenalina (amp. 1mg/ml) 2. Fenicort (fiol. 25 mg) 3. Hydrocortisonum hemisuccinatum (amp. 100 mg/2ml) 4. Clemastinum amp. 2mg/2ml 5. Aminophyllinum amp. 250 mg./10ml 6. Salbutamol - aerosol (0,1 mg/dawkę) 7. Salbutamol (amp. 0,5 mg/1ml) 8. Relanium (amp. 10 mg/2ml) 9. Loratydyna (tabl. 0,01) lub cetyryzyna (tabl. 0,01)
Płyny 1. 0,9% roztwór NaCl (250 ml) 2. 5% roztwór glukozy (250 ml) 3. Płyn wieloelektrolitowy (250 ml)
Sprzęt 1. Strzykawki 2, 5, 10 ml 2. Igły domięśniowe i dożylnie 3. Wenflony, zestawy kroplówkowe 4. Staza gumowa, opaski uciskowe 5. Środki odkażające, gaziki, waciki 6. Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi 7. Samorozprężalny worek z zastawką bezzwrotną typu AMBU 8. Maski dziecięce (co najmniej dwa rozmiary) 9. Zestaw do tlenoterapii (np.: worek z tlenem), w miarę możliwości

* Skład uzgodniony z Krajowym Konsultantem w dziedzinie Alergologii i Krajowym Konsultantem w dziedzinie Anestezjologii (2002 r.)

3. Zasady zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych

W Polsce, od 1996 r. istnieje system monitorowania NOP. Podstawą jego są zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO Drug Monitoring Programme, Extended Programme on Immunization – EPI). Celem tego systemu jest uzyskanie informacji o bezpieczeństwie szczepionek, szczególnie w odniesieniu do odczynów rzadkich, których ocena w badaniach przed rejestracją jest bardzo trudna¹.

¹ Zieliński A., Czarkowski M.P., Kudowska J.: Monitorowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych w Polsce. *Pediatrica Polska* 2002, t. 77, 2, 91-98.



Tabela 19. Postępowanie w przebiegu reakcji alergicznych i wstrząsu po podaniu szczepionek i immunoglobulin*

Rodzaj reakcji	Postępowanie
1. Duże reakcje miejscowe (>6 cm w czasie 30 min)	– leki przeciwhistaminowe – doustnie np.: Clemastinum (tabl. 1 mg lub syrop 0,5 mg/5 ml), dawkowanie: 2-7 rok życia 0,25 mg – 0,50 mg/dawkę; 8-18 rok życia 0,50 mg – 1mg/dawkę (do 2 razy dziennie), okłady z lodem, obserwować przez 60 min
2. Nieżyt nosa	– leki przeciwhistaminowe – doustnie jak wyżej, obserwować przez 60 min
3. Pokrzywka o średnim nasileniu	– leki przeciwhistaminowe – doustnie jak wyżej, lub Clemastinum (amp. 2 mg/2ml) domięśniowo, 3 – 18 rok życia od 0,2 mg do 0,75 mg jednorazowo, obserwować przez co najmniej 60 min
4. Reakcje ogólne (pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy lub astma) – Przy skurczu oskrzeli	– Adrenalina (amp. 1 mg/1ml): 0-2 lat – 0,2 mg; 2-4 lat – 0,3mg; 4-14 lat – 0,4 mg; 15-18 lat – 0,5-0,7 mg głęboko podskórnie blisko miejsca wstrzyknięcia szczepionki; zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi i tętno, zapewnić dostęp dożylny (wenflon) i podłączyć dożylny wlew 0,9% NaCl – leki przeciwhistaminowe – doustnie lub domięśniowo jak wyżej – kortykosteroidy – doustnie, np. Encorton (tabl. 1 mg lub 5 mg) w dawce 2 mg/kg m.c.; parenteralnie (domięśniowo, dożylnie) Prednisolon np. Fenicort lub Ultracorten H – (fiol. 25 mg) w dawce – 2,5 mg/kg m.c. do 10 mg/kg m.c.) – o lekkim lub umiarkowanym nasileniu: inhalacje β_2 – mimetyku (Salbutamol, Ventolin, Berotec) – o ciężkim przebiegu: a) β_2 – mimetyk (Salbutamol, Ventolin, Berotec) w inhalacji lub b) β_2 – mimetyk (Salbutamol, amp. 0,5 mg/1 ml) dożylnie 0,005 mg – 0,008 mg/kg m.c./dawkę, w wolnym wlewie kroplowym lub przez pompę c) Aminophyllinum (amp. 250 mg/10 ml) dożylnie 2,5 mg – 5,0 mg/kg m.c./dawkę, w 0,9% roztworze NaCl lub 5% roztworze glukozy, w wolnym wlewie kroplowym (ostrożnie u pacjentów otrzymujących preparat Teofiliny o przedłużonym działaniu) d) rozważyć przyjęcie do szpitala

* Według: Siwińska-Golebiowska H.: Postępowanie w przebiegu reakcji alergicznych po podaniu szczepionek i immunoglobulin. [W]: Woynarowska B., Szajner-Milart. (red.): Uodpornienie sztuczne przeciw chorobom zakaźnym u dzieci i młodzieży. Polskie Towarzystwo Pediatryczne Zarząd Główny, Wyd. Czelej, Lublin 1997, s. 85.



Tabela 19. c.d.

5. Wstrząs anafilaktyczny	– Adrenalina (amp. 1 mg/1 ml): 0 – 2 lat – 0,2 mg; 2 – 4 lat – 0,3 mg; 4 – 14 lat – 0,4 mg; 14 – 18 lat – 0,5 – 0,7 mg; domięśniowo (wyjątkowo dożylnie); można powtórzyć 3 razy w odstępach 5 – 20 minut – ułożyć pacjenta w pozycji Trendelenburga – zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi i tętno – zapewnić dostęp dożylny (założyć wenflon) i podłączyć dożylny wlew 0,9% NaCl. W razie potrzeby podać płyn wieloelektrolitowy – podłączyć do oddychania tlen o przepływie 5 - 10 l/min – jeżeli możliwe – założyć opaskę uciskową proksymalnie do miejsca wstrzyknięcia szczepionki (powyżej) – Clemastinum (amp. 2 mg/2 ml), w dawce 0,2 mg – 0,75 mg dożylnie powoli (około 3 minut) po rozcieńczeniu 1:5 roztworem 5% glukozy lub 0,9% roztworem NaCl - UWAGA! Clemastinum – lek antyhistaminowy – nigdy nie powinien być pierwszym i jedynym lekiem
– Przy skurczu oskrzeli	– Prednisolon (Fenicort, Ultracorten H – fiol. 25mg) dożylnie w dawce 2,5 mg – 10 mg/kg m.c. – β_2 – mimetyk (Salbutamol amp. 0,5 mg/1 ml) dożylnie 0,005 mg – 0,008 mg/kg m.c./dawkę, w wolnym wlewie kroplowym lub przez pompę i/lub: – Aminophyllinum (amp. 250 mg/10 ml) dożylnie 2,5 mg – 5,0 mg/kg m.c./dawkę w 0,9% roztworze NaCl lub 5% roztworze glukozy, w wolnym wlewie kroplowym (ostrożnie u pacjentów otrzymujących preparat Teofiliny o przedłużonym działaniu) – konieczność hospitalizacji ze względu na ryzyko wystąpienia wstrząsu opóźnionego

W tabeli 20 podano rodzaje odczynów poszczepiennych, które podlegają zgłoszeniu. W przypadku wystąpienia NOP lekarz, który stwierdzi jego wystąpienie jest zobowiązany do niezwłocznego jego zgłoszenia na formularzu "Zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego", przesłanego do powiatowej stacji sanitarno – epidemiologicznej. Fakt wystąpienia NOP należy także odnotować w Książeczce zdrowia dziecka oraz innej dokumentacji medycznej ucznia.



Tabela 20. Niepożądane odczyny poszczepienne (NOP), które powinny być zgłoszone przez lekarza do powiatowej stacji sanitarno – epidemiologicznej

I. ODCZYNY MIEJSCOWE

1. Nadmierny odczyn miejscowy:

- obrzęk wykraczający poza najbliższy staw,
- obrzęk, zaczerwienienie i bolesność utrzymująca się ponad 3 dni,
- odczyn miejscowy wymagający hospitalizacji dziecka

2. Odczyny miejscowe po szczepieniu BCG:

- poronny fenomen Kocha; wczesny odczyn poszczepienny pod postacią nacieczenia, pojawiającego się już pomiędzy 2 a 7 dniem po szczepieniu, a następnie owrzodzenia gojącego się w ciągu 2-4 miesięcy,
- krosta ropna o średnicy większej niż 10 mm u noworodków i większej niż 20 mm u dzieci starszych,
- owrzodzenie o średnicy większej niż 10 mm u noworodków i większej niż 20 mm u dzieci starszych,
- keloid.

3. Powiększenie okolicznych węzłów chłonnych:

- co najmniej jeden węzeł chłonny wielkości 1,5 cm lub większy i/lub,
- sącząca przetoka nad węzłem; dotyczy głównie powikłań po BCG, w ciągu 2-6 miesięcy po podaniu szczepionki.

4. Ropień w miejscu wstrzyknięcia:

- bakteryjny – obecność ropy, objawy zapalenia, gorączka, dodatnie wyniki posiewu,
- jałowy – brak dowodów zakażenia bakteryjnego; ropienie jałowe występuje sporadycznie po szczepionkach adsorbowanych glinem, jako wyraz nadwrażliwości na glin (np. częstość występowania ropni jałowych po szczepieniu DTP szacuje się na 1:100 000 podanych dawek szczepionki).

II. OBJAWY ZE STRONY UKŁADU NERWOWEGO

1. Zespół Guillain-Barré – wszystkie przypadki, które wystąpiły w ciągu 30 dni po szczepieniu.

2. Encefalopatia definiowana jako wystąpienie co najmniej dwu z trzech podanych objawów, stwierdzonych w czasie 72 godzin po szczepieniu:

- drgawki,
- wyraźne zaburzenia stanu świadomości, utrzymujące się jeden dzień lub dłużej,
- wyraźna zmiana zachowania dziecka, utrzymująca się jeden dzień lub dłużej.

4. Zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, rozpoznane na podstawie stwierdzenia typowych objawów oraz badania płynu mózgowo-rdzeniowego, z wyraźnym rozgraniczeniem na bakteryjne i niebakteryjne. Przy podejrzeniu poszczepiennego zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych po podaniu szczepionki żywej, wskazana jest próba izolacji wirusa szczepionkowego z płynu mózgowo – rdzeniowego (badania wirusologiczne).

4. Zapalenie mózgu – rozpoznanie na podstawie stwierdzenia typowych objawów klinicznych oraz zmian w płynie mózgowo – rdzeniowym.

5. Drgawki – z wyraźnym rozgraniczeniem na gorączkowe i niegorączkowe.

6. Poliomyelitis tzw. towarzyszące szczepieniu – wywołane wirusem szczepionkowym. Niedowład wiotki lub inne objawy poliomyelitis, które wystąpiły u dziecka w ciągu 4-30 dni po podaniu OPV (doustnej szczepionki przeciw poliomyelitis) lub



Tabela 20. c.d.

4-75 dni po kontakcie z osobą, która otrzymała tę szczepionkę, z objawami utrzymującymi się 60 lub więcej dni. W przypadkach tych wymagane jest badanie wirusologiczne płynu mózgowo – rdzeniowego oraz stolca, z wyizolowaniem szczepu szczepionkowego wirusa polio.

III. INNE NIEPOŻĄDANE OBJAWY POSZCZEPIENNE

1. Reakcje alergiczne, ujawniające się w czasie 24 godzin po podaniu szczepionki, jako jedna z następujących postaci:
 - zmiany skórne,
 - obrzęk twarzy lub uogólniony,
 - zmiany osłuchowe nad płucami (świsty, furczenia).
2. Reakcja anafilaktyczna (ostra reakcja nadwrażliwości) – silnie zaznaczona reakcja w ciągu pierwszych 2 godzin po podaniu szczepionki, charakteryzująca się dusznością z powodu skurczu oskrzeli, obrzękiem krtani, obrzękiem Quinckego.
3. Wstrząs anafilaktyczny – natychmiast po podaniu szczepionki.
4. Gorączka - 39°C lub wyższa. Gorączka występuje zazwyczaj w ciągu 48 godzin po podaniu szczepionki DTP lub DiTe. Po szczepieniu przeciw odrze (lub śwince, odrze i różyczce szczepionką skojarzoną), odczyn, w postaci wzrostu temperatury ciała, występuje w drugim tygodniu po podaniu szczepionki (szczyt około 10 dnia).
5. Epizod hipotensyjno – hiporeaktywny – charakterystyczny stan po szczepieniu DTP, w którym przez różny okres czasu (10 min-36 godzin) dziecko ma obniżone ciśnienie tętnicze (stany hipotonii do zapaści naczyniowej włącznie), obniżone napięcie mięśniowe, nie przyjmuje posiłków i nie nawiązuje kontaktu z otoczeniem, jest blade, wiotkie i jakby "nieobecne". Stan taki mija samoistnie, nie pozostawiając trwałych skutków zdrowotnych. Jest to stosunkowo częste powikłanie (szacuje się, że występuje 1 raz na 1750 podanych dawek szczepionki DTP). Jest odczynem na komponentę krztuścową tej szczepionki, a jego dokładny patomechanizm do dziś nie jest jednoznacznie wyjaśniony.
6. Ciągły płacz – utrzymujący się nieprzerwanie dłużej niż 3 godziny, płacz, a właściwie krzyk, o znacznym nasileniu, wysokim zabarwieniu tonu. Pojawia się przeważnie 6-18 godzin po szczepieniu. Występuje najczęściej również po szczepieniu DTP.
7. Uogólnione zakażenie prątkiem BCG: m.in. zmiany w węzłach chłonnych innych niż okoliczne dla miejsca szczepienia, zmiany kostne, meningitis BCG, zmiany nerkowe lub w innych narządach i tkankach. Występują w okresie 1-24 miesięcy po szczepieniu. Wymagane jest potwierdzenie badaniem bakteriologicznym.
8. Arthralgia – zapalenie stawów, dotyczące zwykle drobnych stawów dłoni i stóp, po szczepieniu przeciw różyczce.
9. Trombocytopenia – po szczepieniu przeciw różyczce.
10. Zapalenie ślinianek przyusznych lub jąder – po szczepieniu przeciw śwince.
11. Posocznica.
12. Śmierć dziecka z nie wyjaśnionych przyczyn, w okresie 30 dni po szczepieniu.

Źródło: Tomaszunas-Błaszczuk J.: Niepożądane odczyny poszczepienne i system ich monitorowania w Polsce. [W:] Woynarowska B., Szajner-Milart I. (red.): Uodpornienie sztuczne przeciw chorobom zakaźnym u dzieci i młodzieży. Podręcznik dla lekarzy, Polskie Towarzystwo Pediatryczne Zarząd Główny, Wyd. Czelej. Lublin 1997 s. 35.



Piśmiennictwo uzupełniające

1. *Mazurowska-Magdzik W., Sawicki J.*: Szczepienia w zwalczaniu chorób zakaźnych. Medyczna Agencja Wydawniczo-Informacyjna, Warszawa 1995.
2. *Wojnarowska B., Szajner-Milart I. (red.)*: Uodpornienie sztuczne przeciw chorobom zakaźnym u dzieci i młodzieży. Podręcznik dla lekarzy, Polskie Towarzystwo Pediatryczne Zarząd Główny, Wyd. Czelej. Lublin 1997.
3. *Zieliński A., Mazurowska-Magdzik W.*: Przeciwwskazania do szczepień i niepożądane odczyny poszczepienne. Przegląd Pediatryczny 2000, 30, 2, 102-108.



VIII. EDUKACJA ZDROWOTNA DZIECI, MŁODZIEŻY I ICH RODZICÓW

Barbara Woynarowska

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

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

Edukacja zdrowotna dotyczy ludzi zdrowych i chorych. Aby człowiek zapobiegał chorobom i urazom, identyfikował wczesne objawy zaburzeń, poddawał się badaniom profilaktycznym, aktywnie uczestniczył w leczeniu lub rehabilitacji musi mieć podstawową wiedzę, rozumieć i chcieć to robić. Wyniki wielu badań i wieloletnie doświadczenia w edukacji niektórych grup osób chorych (np. na cukrzycę, astmę oskrzelową, nadciśnienie) wskazują na lepsze efekty leczenia u osób, które lepiej rozumieją istotę swojej choroby, zasady leczenia i potrafią właściwie reagować w przypadku wystąpienia różnych objawów. Edukacja zdrowotna pacjenta zmniejsza koszty opieki zdrowotnej (mniejsza liczba porad, skrócenie czasu hospitalizacji), sprzyja poprawie samopoczucia, jakości życia i zwiększeniu satysfakcji pacjentów z opieki medycznej [4].

1. Specyfika edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży

Proces edukacji zdrowotnej w dzieciństwie i młodości przebiega od fazy bierności do samowychowania. Biorąc pod uwagę kryterium aktywności dziecka M. Demel [2] wyróżnił cztery etapy tego procesu:

- *heteroedukacja* – przewaga zabiegów typu pielęgnacji i opieki ze strony rodziców (opiekunów), dziecko w roli „przedmiotu” reagującego na oddziaływania dorosłych; etap ten przypada na okres niemowlęcy i poniemowlęcy;
- *pośredni* – zwiększanie się udziału dziecka w trosce o swoje zdrowie (i bezpieczeństwo), zaczyna rozwijać się świadomość i poczucie odpowiedzialności za zdrowie i



stopniowe upodmiotowienie dziecka; elementy tego etapu pojawiają się już w okresie poniemowlęcym;

- *autoedukacja* – dziecko staje się świadomym (w różnym stopniu) współtwórcą swego zdrowia;
- *heteroedukacja odwrócona* – dziecko oddziałuje na osoby z najbliższego otoczenia, występuje w roli wychowawcy innych osób, w tym również dorosłych; w wielu programach, szczególnie w zapobieganiu zachowaniom problemowym u młodzieży, młodzi ludzie, odpowiednio przygotowani, prowadzą edukację swych rówieśników (edukacja rówieśnicza, ang. peers education).

Edukacja zdrowotna dziecka rozpoczyna się w rodzinie. Odbывается ona przez bezpośrednie doświadczenia oraz obserwację innych ludzi i modelowanie ich zachowań¹. Pierwszymi modelami są rodzice i inne osoby z najbliższego otoczenia dziecka. Stopniowo rozszerza się zakres społecznych kontaktów dziecka i pojawiają się nowe modele: nauczyciele w przedszkolu i szkole, rówieśnicy, członkowie grup nieformalnych, subkulturowych, postacie z programów telewizyjnych, komiksów, reklam itd. „Siła” ich oddziaływania jest bardzo zróżnicowana, często jednak są to oddziaływania nie-spójne, a czasem sprzeczne.

Jednym z nadrzędnych celów edukacji zdrowotnej jest pomoc ludziom w kształtowaniu prozdrowotnych stylów życia. W okresie dzieciństwa i młodości kształtują się zachowania zdrowotne sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne): odpowiednia aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, pielęgnacja ciała, zachowanie bezpieczeństwa, utrzymywanie dobrych relacji z innymi ludźmi. Pojawiają się także zachowania ryzykowne dla zdrowia, określane jako problemowe, lub antyzdrowotne, negatywne: palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania w ruchu drogowym, przedwczesna inicjacja seksualna i ryzykowne zachowania seksualne, stosowanie diet odchudzających i eliminacyjnych powodujących niedobory pokarmowe. Dzieciństwo i młodość decydują zatem w istotnym stopniu o zachowaniach zdrowotnych i stylu życia ludzi dorosłych. Wszelkie niedostatki w tym zakresie trudno poddają się korekcji w dalszych latach życia.

Specyfiką edukacji zdrowotnej młodych ludzi jest także to, że wszelkie zalecenia dotyczące modyfikacji zachowań zdrowotnych mogą być wdrożone do praktyki tylko przy wsparciu ze strony rodziców (opiekunów). Mimo, wspomnianych wyżej, różnorodnych oddziaływań rodzice nadal pozostają znaczącymi modelami dla swych dzieci, także nastolatków. To oni decydują o sposobie żywienia dziecka, spędzania czasu wolnego, trybie życia dziecka. Dlatego też efektywność edukacji zdrowotnej, prowadzonej także przez lekarza czy pielęgniarkę, zależy również od ich oddziaływania na ro-

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



dziców młodych pacjentów. Stwierdzono, że najbardziej skuteczne są programy edukacji zdrowotnej, w których zajęcia dotyczą młodzieży i rodziców¹.

W dotychczasowej praktyce większy nacisk kładziono na edukację zdrowotną dziewcząt (przygotowanie do okresu dojrzewania, rozrodu) niż chłopców. W świetle wyników wielu badań wskazujących na zdecydowanie mniej korzystne zachowania zdrowotne chłopców i dorosłych mężczyzn, czego efektem jest ich nadumieralność, istnieje potrzeba intensyfikacji edukacji zdrowotnej chłopców², dostosowanej do ich specyficznych potrzeb i zainteresowań.

2. Cele edukacji zdrowotnej

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

- rozbudzanie zainteresowania zdrowiem,
- uświadamianie jaką wartość ma zdrowie dla realizacji aspiracji życiowych i jakości życia człowieka,
- przekazywanie wiedzy o zdrowiu oraz zasobach i czynnikach ryzyka dla zdrowia,
- kształtowanie umiejętności umożliwiających prozdrowotny styl życia, a zwłaszcza umiejętności psychospołecznych, zwanych obecnie umiejętnościami życiowymi (ang. life skills)³,
- kształtowanie dojrzałej postawy wobec zdrowia i choroby (poczucie odpowiedzialności za zdrowie własne i współodpowiedzialności za zdrowie publiczne, dawanie i przyjmowanie wsparcia, racjonalny, emocjonalnie zrównoważony stosunek do choroby, kalectwa, śmierci),
- motywacji do działania na rzecz swego zdrowia i dokonywania zmian w swoim życiu.

Hierarchia celów edukacji zdrowotnej zależy od indywidualnych potrzeb danego dziecka. W tabeli 21 podano przykład celów i oczekiwanych efektów edukacji zdrowotnej u dzieci z otyłością prostą i ich rodziców.

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

² Z inicjatywy Fundacji Jolanty Kwaśniewskiej „Porozumienie bez barier” podjęto w 2000 r. Ogólnopolski program profilaktyki prozdrowotnej dla mężczyzn. Do nabycia w aptekach jest książka „Co każdy duży chłopiec wiedzieć powinien”, zawierająca porady wybitnych ekspertów.

³ Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia umiejętności życiowe umożliwiają człowiekowi pozytywnie zachowania przystosowawcze, dzięki którym może skutecznie radzić sobie z zadaniami i wyzwaniem codziennego życia. W niektórych krajach np. w Anglii i Irlandii wprowadzono do szkół program „edukacja osobista, społeczna i zdrowotna” [4].



Tabela 24. Cele edukacji zdrowotnej i oczekiwane jej efekty na przykładzie edukacji zdrowotnej ucznia z otyłością prostą

Cele edukacji zdrowotnej	Oczekiwane efekty (dotyczą ucznia i jego rodziców)
1. Zwiększenie świadomości	Uznają otyłość za ważny własny problem zdrowotny, wymagający podjęcia działań
2. Dostarczenie wiedzy	Będą znać: - przyczyny otyłości i skutki - zasady diety niskoenergetycznej - zasady doboru odpowiedniej aktywności fizycznej
3. Zmiana postaw	Rozbudzą w sobie potrzebę działań prowadzących do redukcji nadwagi oraz przekonanie, że podjęcie takiego działania jest możliwe
4. Kształtowanie umiejętności ułatwiających samokontrolę i redukcję masy ciała	Potrafiają: - wybrać produkty niskokaloryczne - przygotować posiłki niskoenergetyczne - ocenić własny sposób żywienia i aktywność fizyczną (wydatek energetyczny) - zważyć się, rejestrować i analizować zmiany masy ciała - zmierzyć tętno w czasie i po wysiłku fizycznym - pływać, biegać, tańczyć - pielęgnować skórę i zapobiegać zmianom chorobowym (np. odparzeniom, otarciom) - dobrać kolory i rodzaj odzieży poprawiającej estetykę własnego wyglądu
5. Kształtowanie umiejętności podejmowania decyzji	Uświadomią sobie korzyści z leczenia otyłości i własne ryzyko związane z jego zaniechaniem Potrafiają: - określić realne cele do osiągnięcia w określonym czasie oraz czynniki ułatwiające i utrudniające osiągnięcie tych celów - ocenić skutki swojej decyzji i towarzyszące im uczucia, cieszyć się z sukcesów, wyciągać wnioski z niepowodzeń
6. Zmiana zachowań zdrowotnych	Będą systematycznie; - stosować dietę z ograniczeniem energii wg. zaleceń lekarza lub dietetyka - uprawiać ćwiczenia fizyczne
7. Kształtowanie umiejętności życiowych (psychospołecznych) i poczucia własnej wartości	Dokonają zmian w sposobie jedzenia posiłków (liczba posiłków, tempo ich spożywania, eliminacja pojadania itd.) Odkryją swoje „mocne strony” i nauczą się je wykorzystywać i rozwijać Uwierzą w siebie i swoje możliwości Potrafiają: - radzić sobie z negatywnymi reakcjami ze strony innych osób - bronić własnych praw i zachowywać się asertywnie - w przypadku niepowodzenia w leczeniu zaakceptować swój stan i prowadzić aktywne, twórcze życie



3. Lekarz jako nauczyciel zdrowia

Hipokrates nazwał lekarza „interpretatorem i sługą natury”. Napisał m. in. „kiedy badasz człowieka i jego zaburzenia unikaj patrzenia na niego jak na istotę izolowaną; zacznij od zbadania jak reaguje i funkcjonuje w kontekście jego życia, klimatu, pracy, sportu, zabawy i wielu innych czynników¹. Aktualność tego stwierdzenia nie budzi wątpliwości. W starożytności akademicki termin „doktor” był kojarzony z medycyną i lekarzami. Byli oni pierwszą grupą uczonych, która kontaktowała się ze zwykłymi ludźmi. Doctor w jęz. łacińskim znaczy – nauczyciel, mistrz (doceo – uczyć, nauczać).

Zdaniem E. Mazurkiewicza „lekarz zawsze, czy chce czy nie chce, świadomie lub nieświadomie, poprawnie czy błędnie, zawsze oddziałuje wychowawczo. Każdą styczność lekarza z pacjentem można traktować jako sytuację wychowawczą”². Według L. Rębały „współczesny lekarz pełni – oprócz roli zawodowej terapeuty – również rolę nauczyciela każdego zdrowego i chorego człowieka”. Główne edukacyjne zadania lekarza powinny być ukierunkowane na osiągnięcie pożądanych zmian w postępowaniu ludzi zdrowych i chorych [3].

Potrzebę pełnienia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w tym lekarza rodzinnego i pediatrę, roli edukatora w zakresie zdrowia uzasadniają następujące fakty:

- Lekarz ma duży prestiż i autorytet społeczny oraz jest powszechnie traktowany jako najbardziej kompetentna osoba w sprawach zdrowia. Zgłaszają się do niego rodzice i dzieci w różnych sytuacjach, w tym także w stanach niepokoju, smutku, poczucia zagrożenia, winy.
- Przy ciągłości opieki lekarz kieruje działaniami profilaktycznymi, leczeniem lub rehabilitacją przez wiele lat, zna swoich pacjentów i ich potrzeby, także edukacyjne.
- Lekarz rodzinny postrzega dziecko w szerszym kontekście – statusu i sytuacji materialnej rodziny, jej problemów społecznych i zdrowotnych oraz może udzielić dostosowanej do jego potrzeb informacji lub porady.
- Codzienne życie przynosi wiele zmian i zdarzeń, zjawisk, którym towarzyszy często dezorientacja, zagubienie i poczucie lęku, skłaniające pacjentów do zasięgnięcia opinii lekarza. Na przykład:
 - mnogość informacji o zdrowiu pochodzących z różnych źródeł (np.: reklamy leków, informacje o „zdrowych” i „niezdrowych” produktach, dietach, formach aktywności ruchowej), często nieprecyzyjnych, „sensacyjnych”, a nawet sprzecznych;
 - pojawienie się nowych chorób np. w ostatnich latach choroby „szalonych krów”, wąglika i związane z tym poczucie zagrożenia;
 - działalność uzdrowicieli i popularyzacja różnorodnych niekonwencjonalnych form leczenia;

¹ Według Van der Dies E.: The doctor and health information and education. [W]: Preceding of the International Symposium : The role of physician in health education. Luxemburg 1980.

² Mazurkiewicz E.: Podstawy wychowania zdrowotnego. [W]: Brzeziński Z.J., Korczak C.W. (red.): Higiena i ochrona zdrowia. PZWL, Warszawa 1978.



- zbieranie pieniędzy na leczenie chorych dzieci;
- zmiany w dostępności do świadczeń zdrowotnych, poczucie utraty bezpieczeństwa socjalnego.

4. Formy edukacji zdrowotnej prowadzonej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej kontaktuje się z uczniami i ich rodzicami przy okazji różnych badań, w zdrowiu i chorobie. Szczególnie sprzyjającą sytuacją są profilaktyczne badania lekarskie, w czasie których można bardziej wszechstronnie ocenić sytuację i problemy zdrowotne dziecka. Są to przede wszystkim kontakty indywidualne, stwarzające możliwość dostosowania edukacji zdrowotnej do konkretnej sytuacji i potrzeb danego dziecka. Jest to tzw. podejście ukierunkowane na jednostkę. Wyniki badań nad efektywnością programu edukacji zdrowotnej wśród dorosłych pacjentów, z różnymi chorobami, wykazały że w opinii 85% badanych najkorzystniejszą metodą edukacji były rozmowy indywidualne¹.

Podstawową więc formą edukacji zdrowotnej w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest edukacja towarzysząca wszystkim kontaktom lekarza z uczniem i jego rodzicami. Ma ona na celu przekazanie informacji i rozbudzenie motywacji do działania na rzecz zdrowia.

Nieocenionej pomocy w edukacji zdrowotnej młodych pacjentów i ich rodziców mogą udzielić lekarzowi odpowiednio przygotowane pielęgniarki. Dystans między pacjentem, a pielęgniarką jest zwykle mniejszy, czują się oni w kontaktach z nią mniej onieśmieni niż w kontaktach z lekarzem.

Skuteczność oddziaływań edukacyjnych lekarza i współpracującej z nim pielęgniarki zależy od wielu czynników, lecz podstawową sprawą jest dobre komunikowanie się z uczniem i jego rodzicami (patrz str. 60) oraz chęć lekarza do pełnienia roli edukatora. Aby skutecznie pełnić tę rolę należy wziąć pod uwagę nowoczesne podejście w edukacji zdrowotnej, w tym zwłaszcza:

- eksponowanie korzyści z działań na rzecz zdrowia zamiast eksponowania negatywnych skutków zaburzeń, zaniechania leczenia itd. (wyniki wielu badań wskazują, że strategie zastraszania nie są skuteczne; dla dzieci i młodzieży takie choroby jak nowotwór, zawał, udar mózgu są bardzo odległe, niemal abstrakcyjne);
- zachęcanie dziecka i jego rodziców do poszukiwania własnych rozwiązań zamiast podawania im gotowych „recept” postępowania i moralizowania;
- przygotowanie materiałów instruktażowych dotyczących najczęstszych problemów zdrowotnych uczniów i przekazanie ich, wraz z odpowiednim komentarzem.

¹ Ślusarska B., Lorencowicz R., Wachowicz M., Wierzbicka A., Jagiello B. : Analiza efektywności standaryzacji postępowania w zakresie edukacji zdrowotnej wybranych grup pacjentów. [W]: Szósta Ogólnopolska Konferencja Jakość w opiece zdrowotnej. Standaryzacja w systemie opieki zdrowotnej. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2001, s. 148.



rzem, dostosowanym do potrzeb danego dziecka (samo rozdawnictwo materiałów i ulotek nie jest skuteczne);

- przekazywanie informacji prostym językiem, zrozumiałym dla ucznia w danym wieku oraz dla jego rodziców (należy pamiętać, że w Polsce tylko 9% populacji ma wykształcenie wyższe, a 30% wykształcenie średnie i wiele terminów medycznych może być niezrozumiałych dla przeciętnego dorosłego pacjenta).

Trudnym zadaniem jest prowadzenie edukacji zdrowotnej dzieci pochodzących z rodzin znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Rodziny te charakteryzuje zespół wielu, niekorzystnych dla zdrowia, czynników jak: niski poziom wykształcenia, bezrobocie, niewłaściwe żywienie, nadużywanie alkoholu, brak pieniędzy na leki, ćwiczenia korekcyjne dla dziecka, zaniedbana higiena w domu itd. Udzielanie porady i wskazówek tym uczniom i ich rodzinom wymaga od lekarza taktu i rozważań.

Piśmiennictwo uzupełniające

1. *Charońska E.*: Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
1. *Demel M.*: Pedagogika zdrowia. WSiP, Warszawa 1980.
2. *Rębała L.*: Edukacyjne zadania współczesnego lekarza. [W]: Problemy medycyny społecznej. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Wielkopolska Unia Opieki Zdrowotnej, 1997, t. 37, s. 546-549.
3. *Szczerbińska K.*: Organizacja edukacji zdrowotnej pacjentów. [W]: *Czupryna A., Poździej S., Rys A., Włodarczyk W.C. (red.):* Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia Tom. II. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s. 249-266.
4. *Woynarowska B.* Rozwijanie umiejętności życiowych w edukacji szkolnej. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 2001, 48, 1, 9-13.



ANEKS

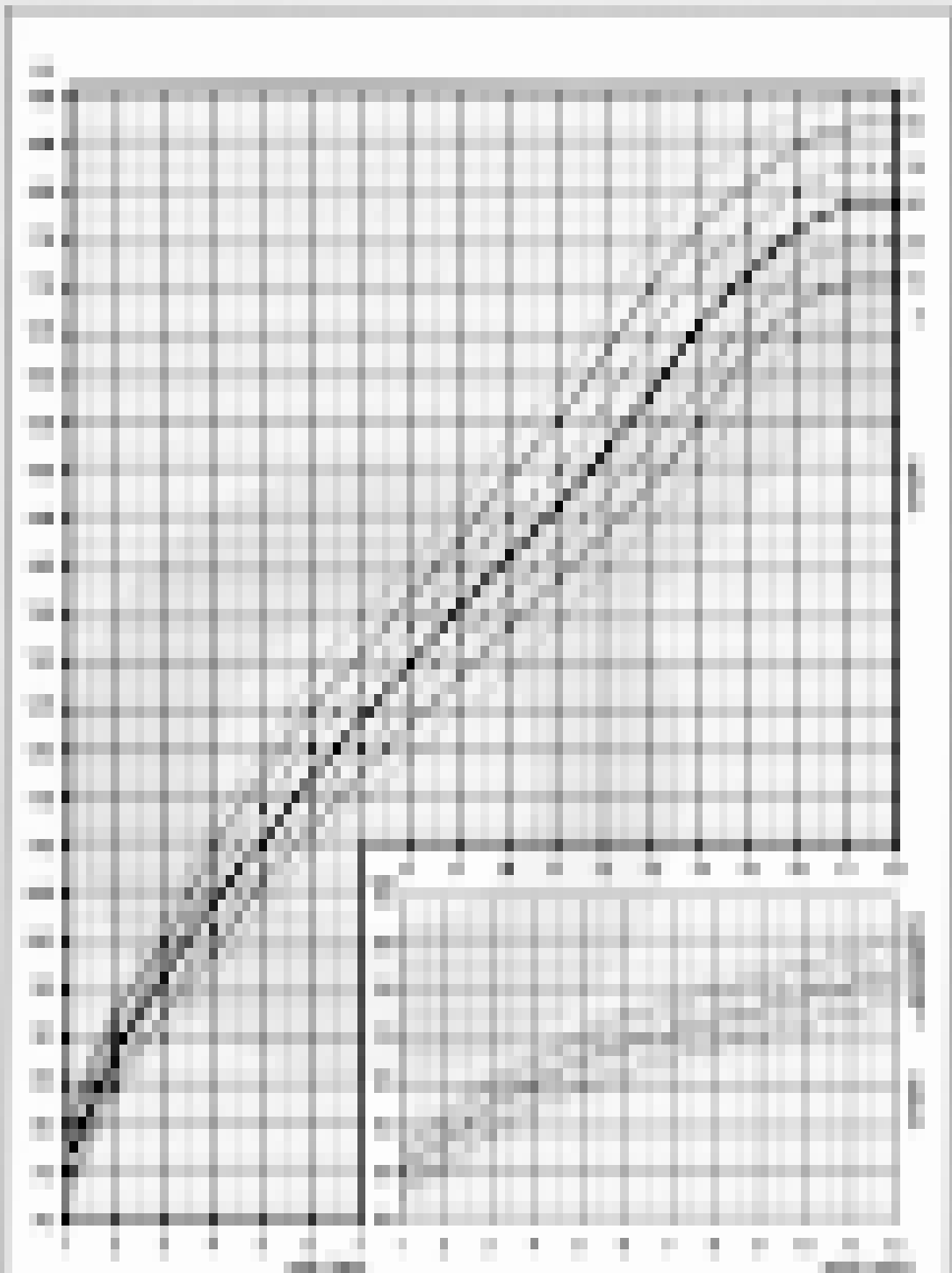
W aneksie zamieszczono materiały, pomoce i informacje przydatne w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami. Podzielono je na następujące grupy:

1. Siatki, tabele i inne pomoce do oceny rozwoju fizycznego (wzrastania i dojrzewania) oraz ciśnienia tętniczego krwi (s. 125-136).
2. Informacje przydatne w przeprowadzaniu profilaktycznych badań lekarskich i interpretacji ich wyników (s. 137-152).
3. Kwalifikacja lekarska uczniów do zajęć wychowania fizycznego (s. 153-171).
4. Dokumentacja medyczna uczniów (s. 172-180).

Projekty formularzy są w fazie zatwierdzania; w okresie przejściowym używane będą dotychczas obowiązujące formularze.



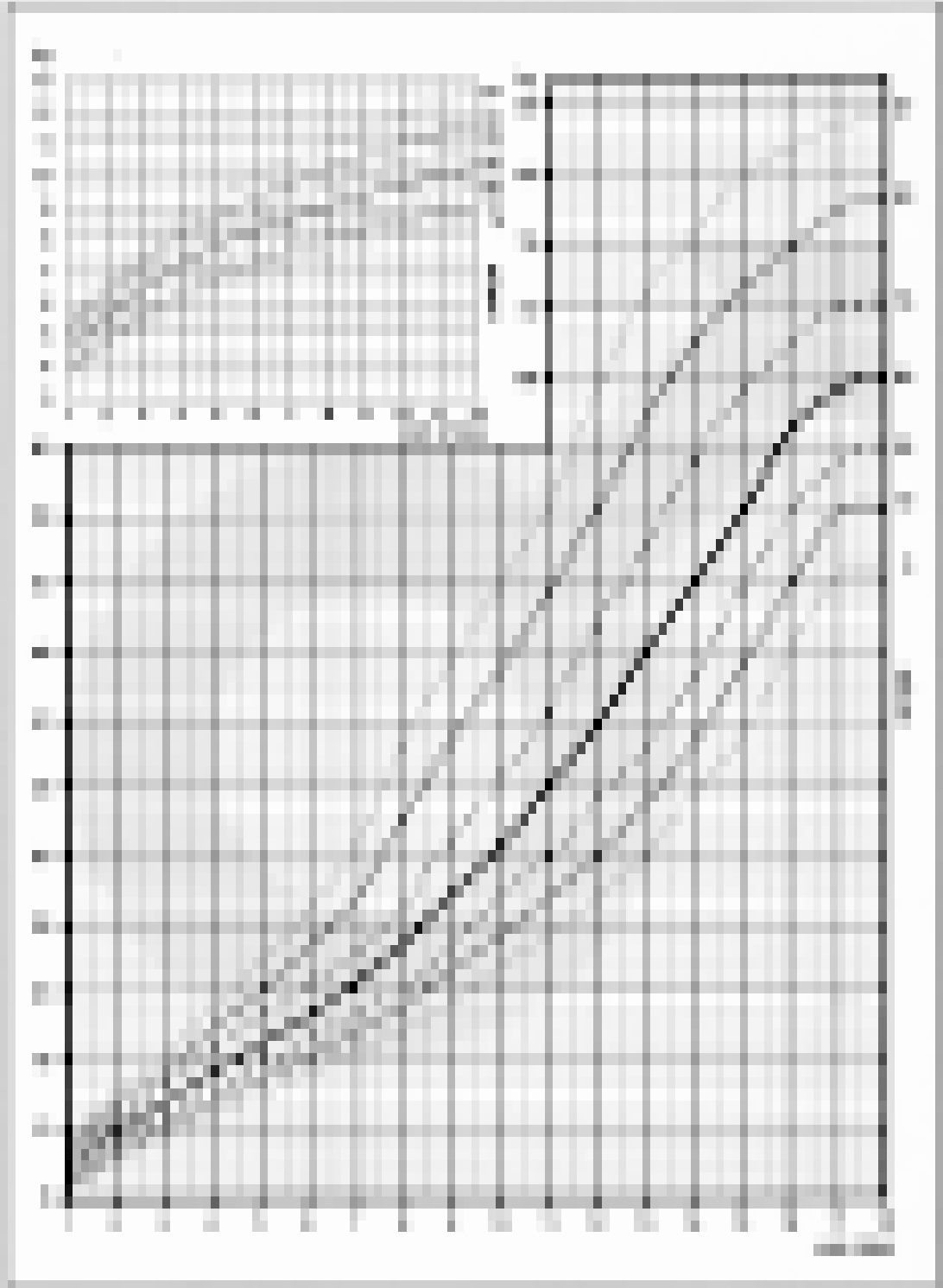
Wykres przedstawiający wyniki pomiarów (np. ciężar ciała, wzrost) w czasie.



Opracowanie: Palczewska I., Niedźwiecka Z.: Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 1999 r.



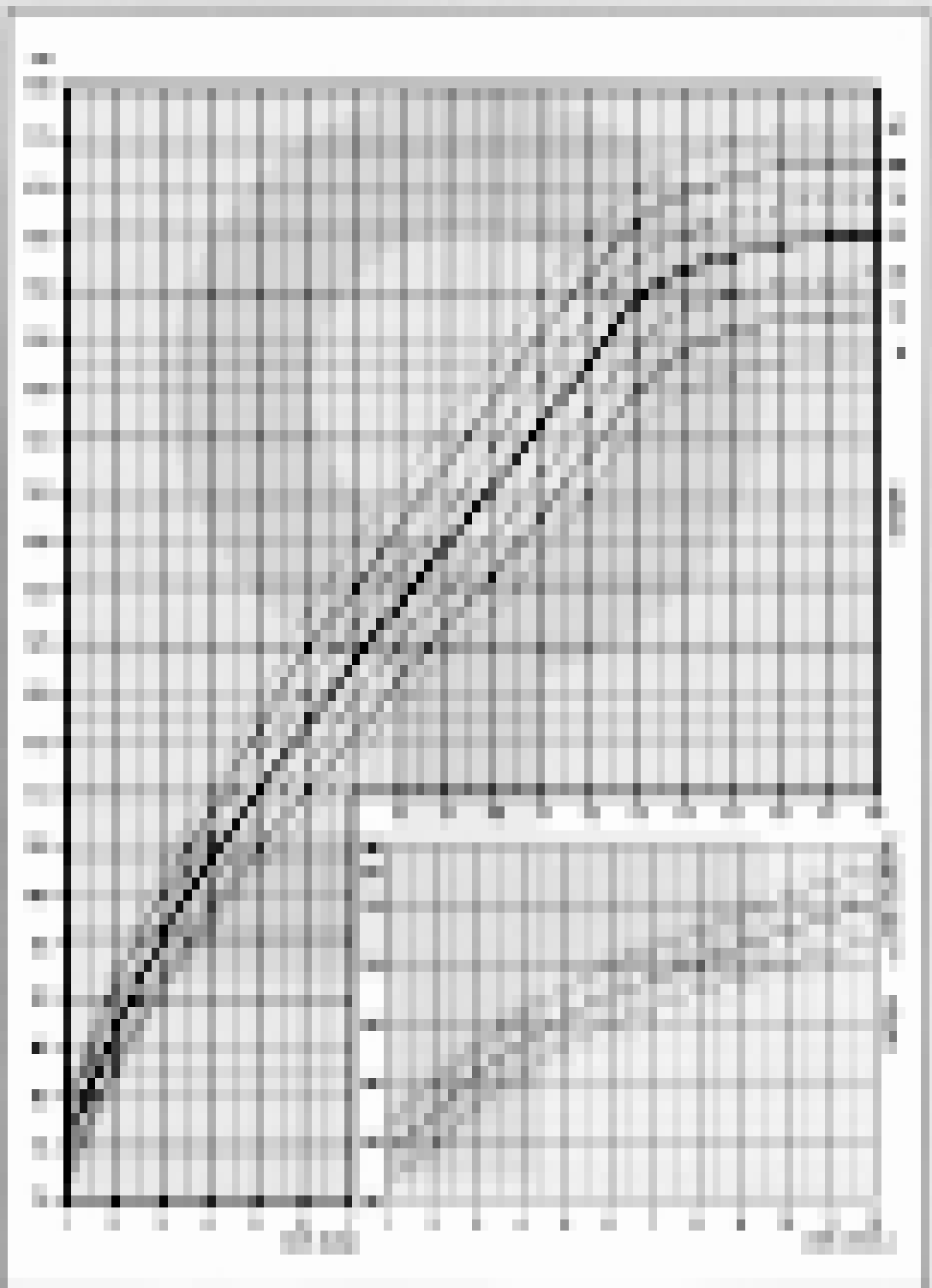
Wykresy przedstawiające zmiany w rozwoju dzieci i młodzieży



Opracowanie: Palczewska I., Niedźwiecka Z.: Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 1999 r.



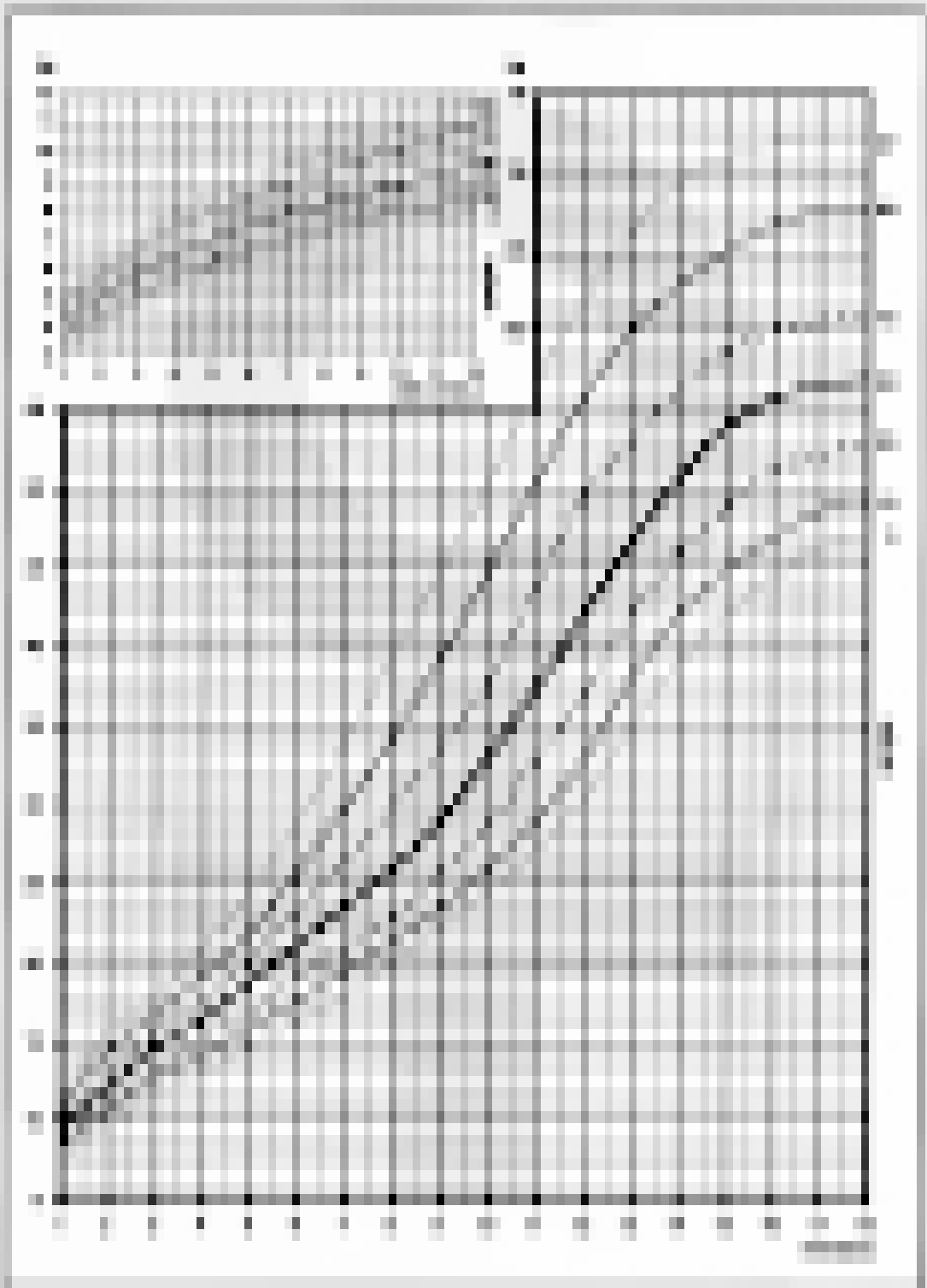
Wzrost i masa ciała dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat



Opracowanie: Palczewska I., Niedźwiecka Z.: Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 1999 r.



Wykresy rozwoju motorycznego

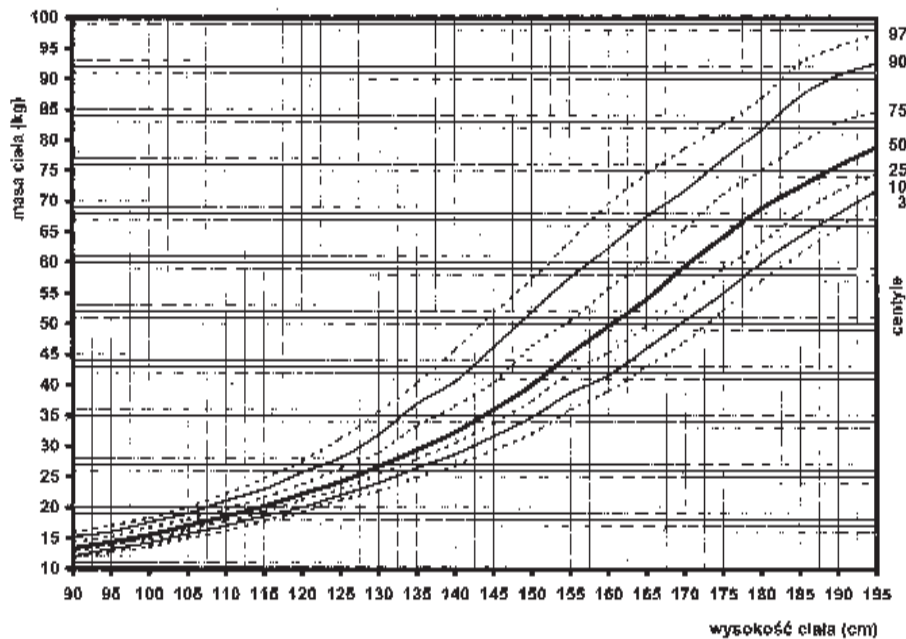
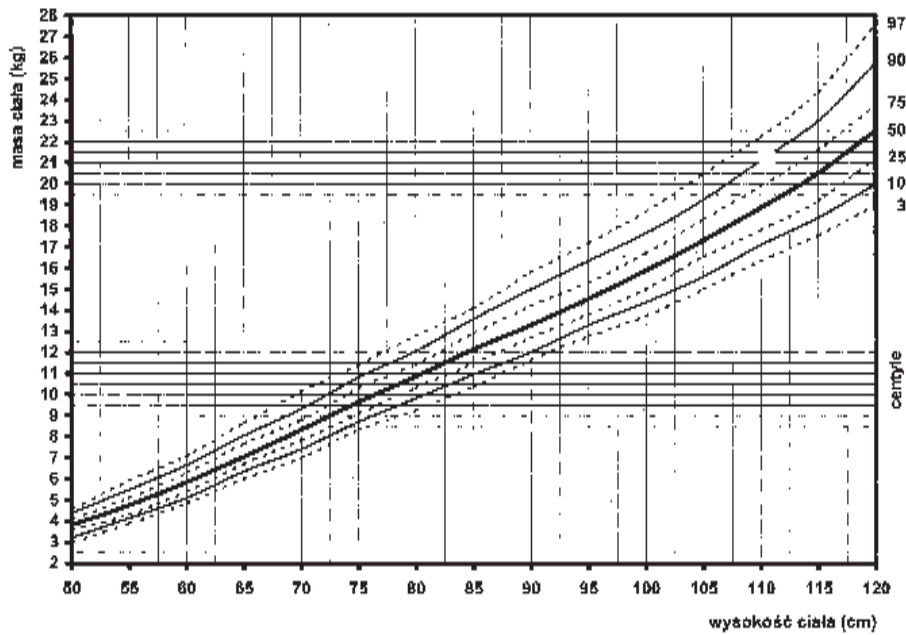


Opracowanie: Palczewska I., Niedźwiecka Z.: Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 1999 r.





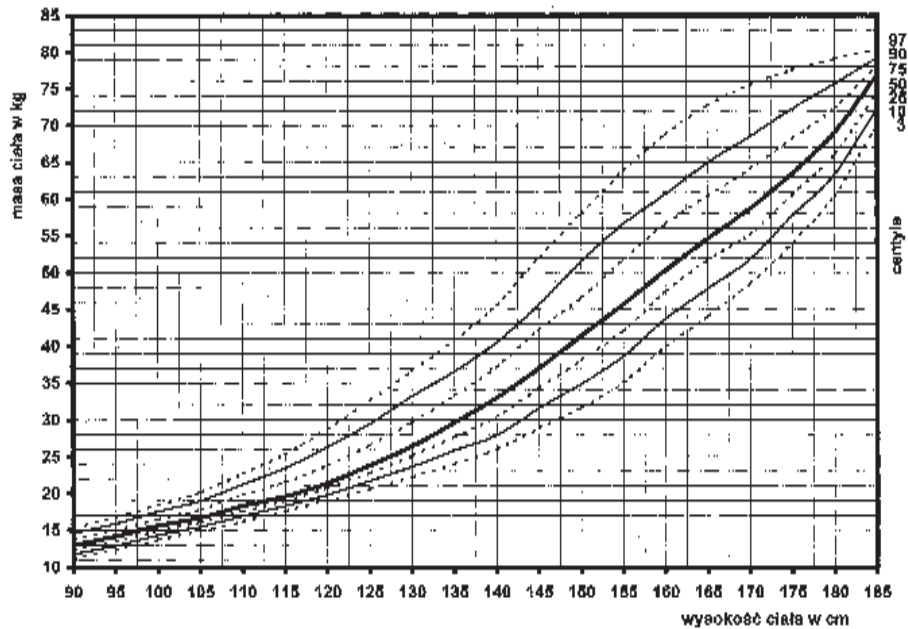
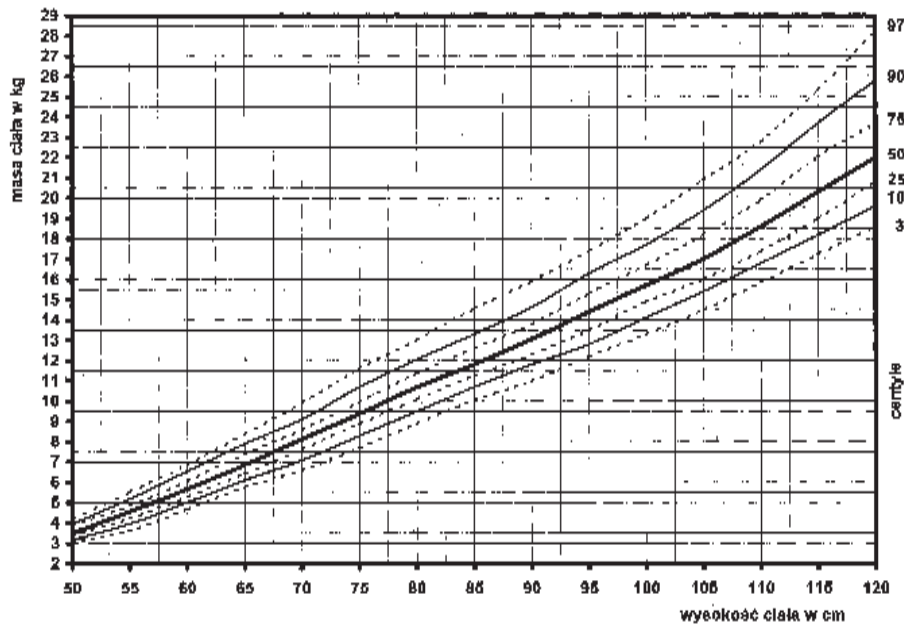
Siatka centylowa proporcji masy do wysokości ciała chłopców warszawskich



Opracowanie: Palczewska I., Niedźwiecka Z.: Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 1999 r.



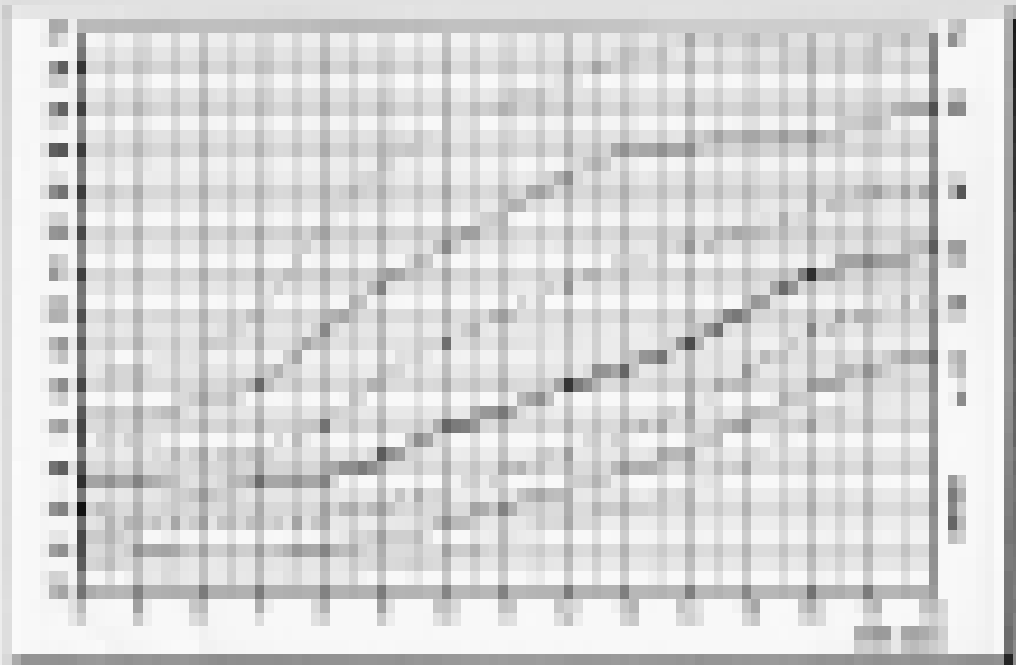
Siatka centylowa proporcji masy do wysokości ciała dziewcząt warszawskich



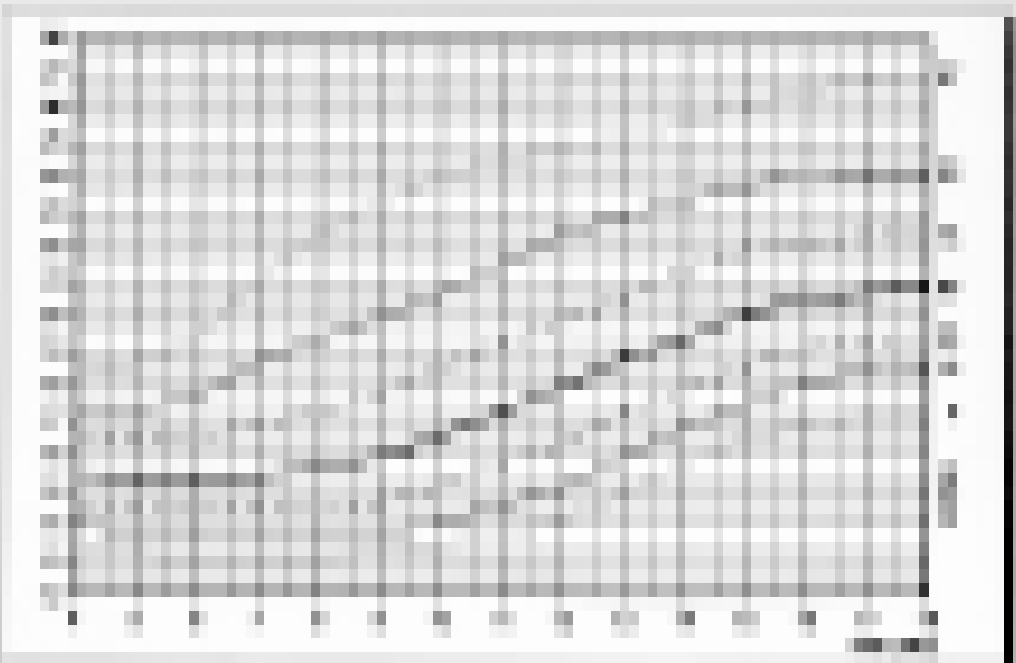
Opracowanie: Palczewska I., Niedźwiecka Z.: Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 1999 r.



**Wykres przedstawiający zmiany wagi ciała
dzieci w okresie 12 miesięcy**



**Wykres przedstawiający zmiany wagi ciała
dzieci w okresie 12 miesięcy**



Opracowanie: Palczewska I., Niedźwiecka Z.: Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 1999 r.



Stadia rozwoju wtórnych cech płciowych według Tannera ***Stadia rozwoju piersi u dziewcząt (M-mamma)***



M₁ - stadium dziecięce:
otoczka brodawki piersiowej
błada, płaska



M₂ - stadium „pączka”:
otoczka brodawki piersiowej
i brodawka poszerzone,
uwypuklone



M₃ - otoczka brodawki piersiowej
i brodawka uwypuklone,
wzniesione na wzgórku z
tkanki tłuszczowej



M₄ - otoczka brodawki piersiowej
i brodawka uwypuklone, tworzą
wtórny wzgórek nad wzgórkiem
z tkanki tłuszczowej i
gruczołowej



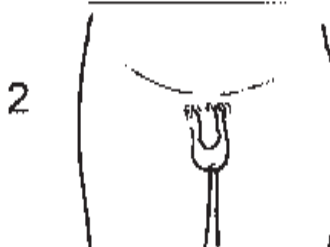
M₅ - stadium dojrzałe:
zniknięcie wtórnego wzgórka,
brodawka piersiowa wysunięta,
silnie pigmentowana, pierś
zaokrąglona z profilu, z tkanki
gruczołowej i tłuszczowej



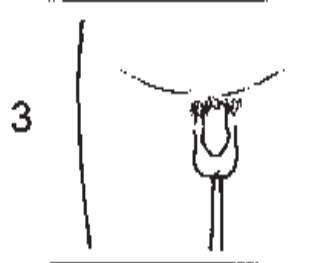
Stadia rozwoju narządów płciowych u chłopców (G-genitalia)



G₁ - stadium dziecięce:
jądra, moszna i prącie o
wielkości i proporcjach jak
we wczesnym dzieciństwie



G₂ - powiększenie jąder, wydłużenia
worka mosznowego. Skóra moszny
cienka, różowa, bełczkowata,
(wyraźnie zaznaczony zarys
jąder), niewielkie
powiększenie prącia



G₃ - wyraźne powiększenie obwodu
i długości prącia. Długość
prącia stanowi 3/4 długości
worka mosznowego. Dalszy
rozwój jąder



G₄ - dalsze powiększenie prącia.
Długość prącia zbliżona do
długości worka mosznowego.
Wyraźnie zaznaczona
pigmentacja skóry moszny



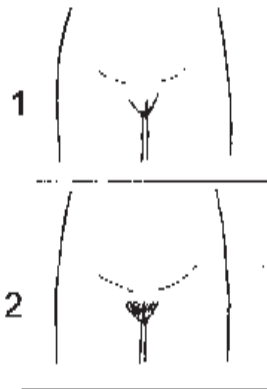
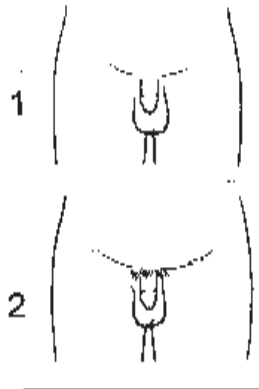
G₅ - narządy płciowe osiągnęły
rozmiary, kształt i proporcje
osobnika dojrzałego płciowo



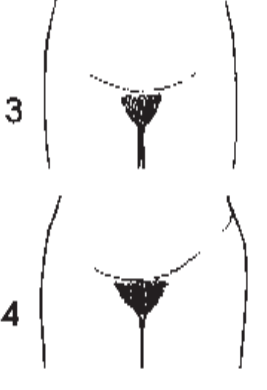
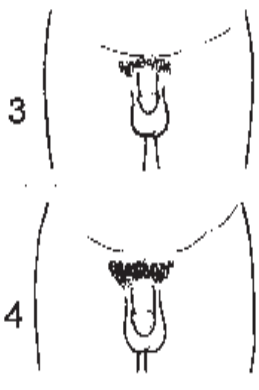
Stadia rozwoju owłosienia łonowego (P-pubis)

u chłopców

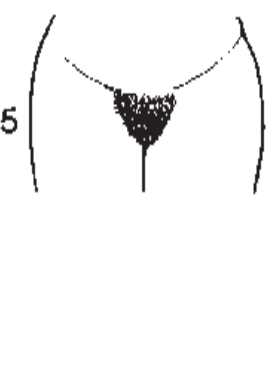
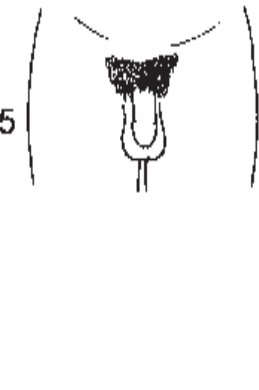
u dziewcząt



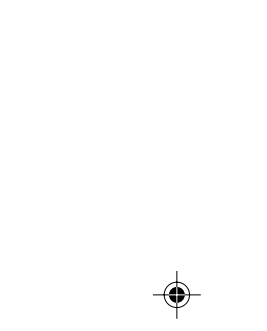
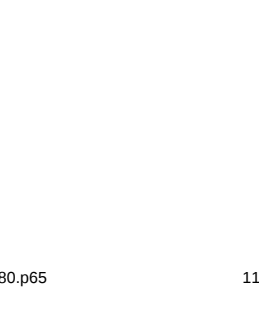
P₁ - stadium dziecięce:
brak owłosienia łonowego
lub meszek



P₂ - włosy pojedyncze, proste,
o słabej pigmentacji, u
dziewcząt na skórze dolnej
połowy warg sromowych
dużych, u chłopców u nasady
prącia



P₃ - włosy skręcone, rzadkie,
grubsze i ciemniejsze,
zajmują część powierzchni
skóry krocza



P₄ - włosy mocno skręcone, bardzo
gęste, ciemne, zajmują
powierzchnię mniejszą
niż u osobników
dojrzałych

P₅ - włosy mocno skręcone, bardzo
gęste, ciemne, zajmują całą
powierzchnię pod spojeniem
łonowym (kształt trójkąta),
czasem z nieznacznym
owłosieniem wewnętrznej
powierzchni ud u obu płci

Niektórzy autorzy wyróżniają
u chłopców stadium P₆
- owłosienie skóry brzucha
wzdłuż kresy białej,
intensywniejsze owłosienie ud

Ciśnienie tętnicze krwi odpowiadające 90 centylowi i 95 centylowi, w zależności od centyla (c) wysokości ciała. CHŁOPCY 6-17 lat

Wiek w latach	Centyl ciśnienia tętniczego	CIŚNIENIE SKURCZOWE mm Hg w zależności od centyla wysokości ciała							CIŚNIENIE ROZKURCZOWE mm Hg w zależności od centyla wysokości ciała						
		5c	10c	25c	50c	75c	90c	95c	5c	10c	25c	50c	75c	90c	95c
6	90	105	106	108	110	111	113	114	67	68	69	70	70	71	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
7	90	106	107	109	111	113	114	115	69	70	71	72	72	73	74
	95	110	111	113	115	116	118	119	74	74	75	76	77	78	78
8	90	107	108	110	112	114	115	116	71	71	72	73	74	75	75
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	76	77	78	79	80
9	90	109	110	112	113	115	117	117	72	73	73	74	75	76	77
	95	113	114	116	117	119	121	121	76	77	78	79	80	80	81
10	90	110	112	113	115	117	118	119	73	74	74	75	76	77	78
	95	114	115	117	119	121	122	123	77	78	79	80	80	81	82
11	90	112	113	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	116	117	119	121	123	124	125	78	79	79	80	81	82	83
12	90	115	116	117	119	121	123	123	75	75	76	77	78	78	79
	95	119	120	121	123	125	126	127	79	79	80	81	82	83	83
13	90	117	118	120	122	124	125	126	75	76	76	77	78	79	80
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	80	81	82	83	83	84
14	90	120	121	123	125	126	128	128	76	76	77	78	79	80	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	81	81	82	83	84	85
15	90	123	124	125	127	129	131	131	77	77	78	79	80	81	81
	95	127	128	129	131	133	134	135	81	82	83	83	84	85	86
16	90	125	126	128	130	132	133	134	79	79	80	81	82	82	83
	95	129	130	132	134	136	137	138	83	83	84	85	86	87	87
17	90	128	129	131	133	134	136	136	81	81	82	83	84	85	85
	95	132	133	135	136	138	140	140	85	85	86	87	88	89	89

Źródło: National High Blood Pressure Education Program Working Groups on Hypertension Control in Children and Adolescents (USA). Pediatrics 1996, 98, 649 – 658

Ciepłnienie tętnicze krwi odpowiadające 90 centylowi i 95 centylowi, w zależności od centyla (c) wysokości ciała. DZIEWCZĘTA 6-17 lat

Wiek w latach	Centyl ciśnienia tętniczego	CIŚNIENIE SKURCZOWE mm Hg w zależności od centyla wysokości ciała							CIŚNIENIE ROZKURCZOWE mm Hg w zależności od centyla wysokości ciała						
		5c	10c	25c	50c	75c	90c	95c	5c	10c	25c	50c	75c	90c	95c
6	90	104	105	106	107	109	110	111	67	67	68	69	69	70	71
	95	108	109	110	111	112	114	114	71	71	72	73	73	74	75
7	90	106	107	108	109	110	112	112	69	69	69	70	71	72	72
	95	110	110	112	113	114	115	116	73	73	73	74	75	76	76
8	90	108	109	110	111	112	113	114	70	70	71	71	72	73	74
	95	112	112	113	115	116	117	118	74	74	75	75	76	77	78
9	90	110	110	112	113	114	115	116	71	72	72	73	74	74	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	75	76	76	77	78	78	79
10	90	112	112	114	115	116	117	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	75	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	79	79	80	81	81
12	90	116	116	118	119	120	121	122	75	75	76	76	77	78	78
	95	120	120	121	123	124	125	126	79	79	80	80	81	82	82
13	90	118	118	119	121	122	123	124	76	76	77	78	78	79	80
	95	121	122	123	125	126	127	128	80	80	81	82	82	83	84
14	90	119	120	121	122	124	125	126	77	77	78	79	79	80	81
	95	123	124	125	126	128	129	130	81	81	82	83	83	84	85
15	90	121	121	122	124	125	126	127	78	78	79	79	80	81	82
	95	124	125	126	128	129	130	131	82	82	83	83	84	85	86
16	90	122	122	123	125	126	127	128	79	79	79	80	81	82	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	83	83	83	84	85	86	86
17	90	122	123	124	125	126	128	128	79	79	79	80	81	82	82
	95	126	126	127	129	130	131	132	83	83	83	84	85	86	86

Źródło: National High Blood Pressure Education Program Working Groups on Hypertension Control in Children and Adolescents (USA). Pediatrics 1996, 98, 649 – 658



STYL ŻYCIA I SAMOPOCZUCIE DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU SZKOLNYM – ANKIETA

Płeć (podkreślić) — dziewczyna, chłopiec

Wstaw X w jedną kratkę po prawej stronie każdego stwierdzenia w zależności od tego, jak często wykonujesz lub odczuwasz to, czego dotyczy pytanie	Zawsze	Często	Czasem	Nigdy
Zachowania sprzyjające zdrowiu				
1. Śpię co najmniej 8–9 godzin każdej nocy				
2. Czytam książki co najmniej 3 razy dziennie				
3. Oglądam telewizję mniej niż 2 godziny dziennie				
4. Ćwiczę lub biegam, jeżdżę na rowerze, pływan, gram w piłkę, taniec – co najmniej pół godziny dziennie				
5. Jem codziennie warzywa				
6. Jem codziennie warzywa				
7. Piję codziennie co najmniej 2 szklanki mleka lub kefiru, jogurtu				
8. Staram się ograniczyć jedzenie słodyczy				
9. Jem codziennie rano śniadanie				
10. Nie palę papierosów				
11. Nie piję napojów alkoholowych (piwa, wina, wódki)				
12. Mówię „NIE!” osobom, które namawiają mnie do używania narkotyków lub innych nieznanych mi substancji chemicznych				
Zapobieganie wypadkom i urazom				
13. Zapinam pasy bezpieczeństwa w czasie jazdy samochodem				
14. Patrzę w obie strony zanim wejdę na jezdnię				
15. Przestrzegam przepisów ruchu drogowego w czasie jazdy rowerem				
16. Biorę luki tylko za pozwoleniem rodziców				
17. Trzymam się z dala od niewypaków i innych niebezpiecznych materiałów oraz nieznanych przedmiotów				
18. Mówię rodzicom, dokąd wychodzę				



cd. poz. 4

Wstaw X w jedną kratkę po prawej stronie każdego pytania w zależności od tego, jak często wykonujesz lub odczuwasz to, czego dotyczy pytanie	Zawsze	Często	Czasem	Nigdy
Samopoczucie				
19. Jest mi dobrze w mojej rodzinie				
20. Jest mi dobrze w mojej klasie				
21. Jestem zadowolony z mego życia				
22. Łatwo zasypiam i dobrze śpię w nocy				
23. Mam dobry apetyt				
24. Sądzę, że mogę płakać, gdy mam taką potrzebę				
25. Lubię siebie takim, jakim jestem				

Według: *Van Antwerp C.A.: The lifestyle questionnaire for school-aged children: A tool for primary health care. J. Ped. Health Care, 1995, 9, 6, 251. Opracowanie i modyfikacja — B. Woynarowska.*



Czynniki ryzyka miażdżycy u dzieci i młodzieży

Fizjologiczne czynniki ryzyka

- ♦ Dyslipidemia: hipercholesterolemia, hipertriglicerydemia, hiperlipidemia skojarzona
- ♦ Nadciśnienie tętnicze krwi
- ♦ Otyłość

Genetyczne i behawioralne czynniki ryzyka

- ♦ Obciążenie rodzinne – wystąpienie u rodziców lub dziadków przed 45-50 rokiem życia: choroby wieńcowej, zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu
- ♦ Nieprawidłowe żywienie – nadmiar spożycia tłuszczów zwierzęcych, prostych węglowodanów, białka zwierzęcego, soli kuchennej
- ♦ Mała aktywność fizyczna

Psychospołeczne czynniki ryzyka

- ♦ Środowiskowe: wzorce zachowań ze strony osób znaczących, zwyczaje, reklama, dostępność niesprzyjających zdrowiu produktów (słodycze, „fast food”, papierosy)
- ♦ Osobiste: przekonanie, wartości, umiejętności; typ A Zachowań (poczucie stałego pośpiechu, agresywność, dążenie do rywalizacji, przesadne poczucie odpowiedzialności)

Opracowanie własne według Perry Ch. L., Kelder S. H.: The rationale behind early prevention of cardiovascular disease with young people. [W]: Proceedings. Symposium Health. Behaviour in Adolescence: Implication for prevention of coronary heart disease. University of Bergen, Bergen 1993.

Normy gospodarki lipidowej u dzieci i młodzieży

Stężenie cholesterolu całkowitego

pożądane – do 170 mg/dl (4,4 mmol/l)

graniczne – od 170 do 190 mg/dl (4,4 – 5,2 mmol/l)

duże – ponad 200 mg/dl (5,2 mmol/l)

Stężenie cholesterolu we frakcjach HDL i LDL

- w HDL powinno być większe niż 35 mg/dl (0,9 mmol/l) (wartości mniejsze są czynnikiem ryzyka miażdżycy)

- w LDL

pożądane – do 110 mg/dl (2,86 mmol/l)

graniczne – od 110 do 129 mg/dl (2,86 – 3,4 mmol/l)

duże – ponad 130 mg/dl (3,4 mmol/l)

Stężenie triglicerydów

nie więcej niż 200 mg% (2,3 mmol/l)

Źródło: Lipińska T. i wsp.: Lipidy w surowicy. Dyslipidemie. Rola w miażdżycy. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993.

Objawy sugerujące krzywdzenie (maltretowanie) dziecka

Objawy sugerujące krzywdzenie (maltretowanie) fizyczne dziecka*

Dane z wywiadu	Objawy somatyczne	Zachowanie
Opóźnienie w udzieleniu pomocy w następstwie urazu Brak świadków urazu Niezgodność w opisie przebiegu wypadku w relacji dziecka i rodziców W wywiadzie podobne „wypadki” Brak zainteresowania rodziców dzieckiem Postrzeganie dziecka przez rodziców, jako upośledzonego fizycznie, umysłowo lub z innymi różnymi defektami Niewyjaśniona absencja szkolna Występowanie licznych i przewlekłych sytuacji stresorodnych w rodzinie Brak wsparcia ze strony rodziny Rodzice okazują brak zaufania	Objawy urazów tkanek miękkich na twarzy, policzkach, wargach, karku, pośladkach, udach, tułowi Liczne uszkodzenia skóry o charakterystycznym kształcie i układzie w zależności od rodzaju urazu. Wygląd uszkodzeń nieadekwatny do opisywanego wypadku/rodzaju urazu Siniaki, pręgi po uderzeniach w różnych stadiach gojenia się Ślady po oparzeniach na stopach, dłoniach, karku, pośladkach, okolicy narządów płciowych symetryczne i z ostro ograniczonym brzegiem Złamania, skręcenia niezgodne z opisywanym wypadkiem (urazem) Skaleczenia ust, warg, dziąseł Wyłysienie plackowate skóry głowy Obrzęki w okolicy brzucha, wymioty Ślady uderzeń wskazujące na bicie przez dorosłych Obecność uszkodzeń skóry po weekendach i nieobecności w szkole Ślady uderzeń sznurkiem, paskiem	Unikanie fizycznych kontaktów z dorosłymi Uczucia nieadekwatne do wieku Zachowania ekstremalne (agresja, izolacja) Wyrażanie lęku przed rodzicami. Opisywanie przebiegu urazu przez rodziców Niechęć do powrotu do domu Niska samoocena Noszenie ubrań zakrywających kończyny górne i dolne nawet w upalne dni Uwaga! Stwierdzenie u dziecka pojedynczego objawu nie wystarczy, aby uważać, że jest ono maltretowane. Konieczna jest dalsza obserwacja dziecka.

* Według: Schwab N. C.: *Child abuse and neglect: Legal and clinical implications for school nursing practice*, School Nurse 1989, 4, 17.

Objawy sugerujące krzywdzenie (maltretowanie) emocjonalne dziecka*

Dane z wywiadu	Objawy somatyczne	Zachowanie
Rodzice ignorują (izolują), bagatelizują (odrzucają), robią „kozła ofiarnego” z dziecka Oczekiwania rodziców są nieodpowiednie do wieku i rozwoju dziecka Istnienie w przeszłości epizodów fizycznej przemocy i maltretowania Rodzice postrzegają swe dziecko jako „odmienne”	Zwykle nie występują żadne objawy Opóźnienie wzrastania i rozwoju Zaburzenia mowy Objawy fizycznego maltretowania	Niska samoocena Ssanie palca, kołysanie się, moczenie nocne Zaburzenia snu Zachowania „dorosłe” (opiekowanie się rodzeństwem) Zachowania antyspołeczne Opóźnienie rozwoju emocjonalnego i intelektualnego Zachowania ekstremalne (agresja, uległość) Depresja Próby samobójcze lub ich demonstrowanie

* Źródło: jak wyżej

Objawy sugerujące krzywdzenie (maltretowanie) seksualne dziecka*

Dane z wywiadu	Objawy somatyczne	Zachowanie
Nieokreślone skargi i dolegliwości somatyczne Duża absencja szkolna Nieadekwatna kontrola w domu Przebycie infekcji układu moczowego i pochwy Skargi na bóle w okolicy narządów płciowych, odbytu, krzyża, dole brzucha Skargi na świąd w okolicy narządów płciowych Przyznanie się do aktywności seksualnej Występowanie w rodzinie przypadku maltretowania seksualnego rodzica lub rodzeństwa Nadmierna troska o stan i pielęgnację narządów płciowych	Dyskomfort w czasie chodzenia i siedzenia Objawy urazów i uszkodzeń w okolicy ust Obecność wydzieliny w pochwie lub jej stan zapalny Zasinienie, obrzęk, otarcia naskórka w okolicy narządów płciowych i na wewnętrznej powierzchni ud Zaburzenia w oddawaniu moczu Zapalenie sromu Objawy chorób przenoszonych drogą płciową Ciąża	Niska samoocena Zmiany w sposobie jedzenia Nieuzasadnione nowe lęki Zaburzenia snu Zmiana osobowości (wrogość, agresja, nadmierna uległość) Depresja Niepowodzenia w szkole Wycofywanie się z kontaktów społecznych, złe relacje z rówieśnikami Poziom wiedzy o seksie wyszukany i nieadekwatny do wieku Wyzywające zachowanie, nasilone kontakty seksualne, prostytutka Używanie środków odurzających Próby samobójcze lub ich demonstrowanie Ucieczka

* Źródło: jak wyżej

Objawy sugerujące zaniedbywanie dziecka*

Dane z wywiadu	Objawy somatyczne	Zachowanie
Duża absencja szkolna Częste wizyty w gabinecie medycznym w szkole z powodu niespecyficznych dolegliwości Nieodpowiednia opieka nad dzieckiem przez długi okres czasu i w sytuacjach zagrożenia Częste zamykanie domu przed dzieckiem Brak zainteresowania rodziców zdrowiem dziecka i zaleceniami lekarskimi Brak posiłku przez całą dobę Niski standard mieszkania, brud, obecność różnych owadów, hazard Nadużywanie przez członków rodziny alkoholu lub używanie narkotyków	Głód, odwodnienie Zaniedbanie w zakresie higieny ciała Próchnica zębów, zły stan higieny jamy ustnej Nieodpowiednie do pogody i rozmiarów ciała dziecka ubranie, odzież brudna, stale noszona Stałe zmęczenie i apatia Niezaspokojone potrzeby fizyczne i zdrowotne Zakażenie pasożytami, wszawica Liczne uszkodzenia skóry, owrzodzenia	Wczesne przychodzenie i późne wychodzenie ze szkoły Częste zasypianie w klasie Prośbienie o jedzenie lub jego kradzieże Zachowania zbliżone do dorosłych „pseudodojrzałość” (opiekowanie się rodzeństwem) Zachowania przestępcze Używanie alkoholu lub narkotyków

* Źródło: jak wyżej



Zasady badania w celu wykrywania niezstąpionych jąder (wnętrostwa) u chłopców¹

Uzasadnienie badania

Wnętrostwo jest zaburzeniem rozwojowym, w wyniku którego jedno lub oba jądra nie zstąpiły do worka mosznowego. Mogą one zatrzymać się najczęściej w jamie brzusznej lub kanale pachwinowym.

Wnętrostwo jest częstym zaburzeniem, stwierdzanym u 32% niedonoszonych noworodków (zstępowanie jąder u części z nich następuje po urodzeniu); u donoszonych noworodków występuje z częstością 5%. Niepokojącym faktem jest, że w okresie dojrzewania wnętrostwo występuje u 4% chłopców², co może świadczyć o nie wykrywaniu tego zaburzenia w okresie wczesnego dzieciństwa, a także u dziecka w pierwszych latach nauki w szkole.

Ponieważ ciepłota w jamie brzusznej i kanałach pachwinowych jest o 2-3 °C wyższa niż w worku mosznowym, prawidłowy rozwój jąder podczas dojrzewania zostaje zaburzony, głównie w zakresie czynności nabłonka plemnikotwórczego. Powoduje to obniżenie płodności w jednostronnym, a nieodwracalną bezpłodność w obustronnym niezstąpieniu jąder. Następstwem wnętrostwa jest też wielokrotnie częstsze, w porównaniu z jądrami prawidłowo umiejscowionymi, występowanie nowotworów złośliwych.

Wczesne wykrywanie niezstąpionych jąder i odpowiednie leczenie chirurgiczne jest jednym z istotnych elementów profilaktyki drugorzędowej niepłodności i nowotworów jąder u mężczyzn.

Wnętrostwo wykryte u dzieci w okresie poniemowlęcym jest wskazaniem do wykonania zabiegu chirurgicznego sprowadzenia jądra/jąder do moszny, najlepiej przed trzecim rokiem życia. **Nie oznacza to zaniechania badania w kierunku wnętrostwa u chłopców po trzecim roku życia.**

Cel badania

Stwierdzenie obecności (lub nie) obu jąder w mosznie lub określenie ich nieprawidłowego położenia oraz ocena konsystencji gonady.

Wiek badanych chłopców

Poza okresem niemowlęcym i w wieku 2 i 4 lat, także u uczniów w klasie „zero” (6 lat) i w III klasie szkoły podstawowej (9-10 lat).

¹ Opracowano na podstawie: Szymkiewicz Cz.: Test przesiewowy do wykrywania niezstąpionego jądra. [W]: Woynarowska B. (red.): Profilaktyka w pediatrii. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 219.

Konsultacja: Krajowy Konsultant w dziedzinie Chirurgii Dziecięcej prof. dr hab. med. Jerzy Czernik

² Janczewski Z.: Zaburzenia układu moczowo-płciowego u chłopców. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 151.



Warunki badania

Badanie należy przeprowadzić w ciepłym pomieszczeniu (temperatura 20-22°C), koniecznie ciepłymi dłońmi, gdy dziecko jest zupełnie spokojne.

Przebieg badania

1. Badanie rozpoczyna się w pozycji stojącej dziecka, ze względu na mniej stresujące i szybsze oraz ułatwiające naturalną mechanikę zstępowanie jądra. Badanie przeprowadzamy oglądaniem i palpacyjnie – obserwujemy mosznę i obmacując jądra, oceniamy ich symetrię i szacunkową wielkość (wodniaki). Bardzo istotnym elementem badania, ze względu na profilaktykę onkologiczną, jest palpacyjna ocena konsystencji jądra (sprężyste, twarde, wiotkie).
2. Test kucania poleca się w różnicowaniu wnętrza i tzw. jądra wędrującego. Polega on na badaniu moszny w pozycji kucznej dziecka, z odwiedzionymi udami. Pojawienie się jąder w worku mosznowym wskazuje na jądra wędrujące (nie wymagające natychmiastowego zabiegu operacyjnego a jedynie obserwacji).
3. W przypadku, gdy nie możemy w ogóle wyczuć jądra w pozycji stojącej, wykonujemy badanie w pozycji leżącej dziecka. Jeżeli jądra nie ma w mosźnie, to należy go poszukiwać w kanale pachwinowym. Wówczas lewą ręką uciska się, a następnie przesuwając ku dołowi przestrzeń ponad więzadłem pachwinowym, powyżej pierścienia wewnętrznego kanału pachwinowego. Jeżeli jądro jest wyczuwalne w kanale pachwinowym, to należy określić czy:
 - można sprowadzić je do moszny (jądro wędrujące),
 - jest nieruchome (jądro kanałowe),
 - przesuwają się poza kanał (jądro przemieszczone).Jeżeli jądra nie wyczuwa się w kanale pachwinowym, to należy poprosić dziecko o zakasanie - wówczas, przy zwiększonej tłoczni brzusznej, niekiedy można wyczuć jądro w obrębie pierścienia wewnętrznego kanału pachwinowego (jądro brzuszne).
4. Jeżeli wynik badania jest niepewny, bądź jądra nie udało się odnaleźć, należy koniecznie skierować dziecko do badania USG.

Rejestracja wyników badania

Wynik badania powinien być zarejestrowany w Karcie profilaktycznego badania lekarskiego i Książeczce zdrowia dziecka. W przypadku dodatniego wyniku badania dziecko powinno być skierowane do poradni chirurgii dziecięcej.



Zdrowie seksualne i prokreacyjne młodzieży

Barbara Woynarowska

Zdrowie seksualne i prokreacyjne młodzieży (osób poniżej 25 roku życia) oznacza fizyczny i emocjonalny dobrostan polegający na byciu zdrowym i wolnym od zbyt wczesnej i niepożądanego ciąży, niebezpiecznej aborcji, infekcji przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS, jak również przemocy seksualnej i przymusu¹.

Druga dekada życia człowieka to okres najbardziej intensywnych zmian w układzie rozrodczym. Młodzi ludzie osiągają w tym czasie:

- dojrzałość płciową – zdolność do tworzenia komórek rozrodczych, zapłodnienia i donoszenia ciąży,
- dojrzałość seksualną – pojawienie się napięcia seksualnego i zdolność do przeżywania orgazmu.

Znaczny odsetek młodzieży podejmuje w tym okresie także życie seksualne. W 1998 r., w reprezentatywnej próbie 17-latków rozpoczęło już życie seksualne 32% dziewcząt i 46% chłopców (w 1990 r. odpowiednio 18% i 36%)². Średni wiek inicjacji seksualnej ludzi dorosłych (w wieku 15-59 lat) w 1997 r. wynosił u kobiet 19,4 lat, u mężczyzn 18,6 lat³.

Wczesne rozpoczynanie życia seksualnego, często bez zabezpieczenia, stanowi ryzyko niechcianej, nieoczekiwanej ciąży, zakażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową. Pierwsze doświadczenia seksualne mają ogromny wpływ na psychikę młodego człowieka i często decydują o jego przyszłym zdrowiu seksualnym.

Problemy rozwoju seksualnego młodych ludzi, podobnie jak ich edukacja seksualna, są w społeczeństwie polskim tematem „tabu”. Niewiele też uwagi poświęcają im lekarze. Zadaniem lekarza przeprowadzającego badanie profilaktyczne uczniów powinna być:

- identyfikacja nieprawidłowości w budowie i funkcji układu płciowego,
- u uczniów szkół ponadgimnazjalnych zebranie wywiadu dotyczącego zachowań seksualnych i ich zaburzeń oraz udzielenie młodemu człowiekowi odpowiedniej porady i pomocy.

Poniżej omówiono wybrane problemy związane ze zdrowiem seksualnym i prokreacyjnym dorastających chłopców i dziewcząt.

¹ Międzynarodowa Konferencja na rzecz Ludności i Rozwoju (Kair 1994), Program Działania 7.37, 7.47.

² Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Wyd. Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2000.

³ Izdebski Z.: Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim. Zachowania seksualne. Wyd. Naukowe PWN 2000.



1. Badanie narządów płciowych u dorastających chłopców¹

Znaczenie badania narządów moczowo-płciowych u chłopców jest powszechnie niedoceniane przez lekarzy. U nastolatków ma ono na celu wykrycie: wad rozwojowych (nie rozpoznanych wcześniej), zaburzeń dojrzewania, stanów zapalnych oraz innych zmian patologicznych jąder (w tym zwłaszcza nowotworów występujących w grupie wieku 15-25 lat u 6 mężczyzn na 100 tys.) oraz nasieniowodów. Poniżej podano kolejne etapy badania, które powinno stanowić element rutynowego badania lekarskiego nastolatka.

- **Przygotowanie do badania.** Wyjaśnij chłopcu dlaczego i w jaki sposób przeprowadzisz badanie. Zapewnij warunki do prywatności i poproś o całkowite rozebranie się. Badanie wykonaj w pozycji stojącej, ciepłymi dłońmi.
- **Badanie prącia.** Odciągnij napletek (w końcowej fazie dojrzewania powinien on być całkowicie odciągalny). Zwróć uwagę czy nie ma wad rozwojowych (skrótowe wędzidełko, nieprawidłowe ujście cewki moczowej), owrzodzeń. Uciskając żołądź delikatnie palcem wskazującym i kciukiem, rozchyl ujście cewki moczowej. Sprawdź czy nie ma zaczerwienienia błony śluzowej, owrzodzeń, blizn, kłykcin.
- **Badanie moszny i jąder.** Obejrzyj i zbadaj palpacyjnie całą powierzchnię skóry moszny (przez podciągnięcie moszny ku górze można obejrzeć jej tylną powierzchnię) Zwróć uwagę na obecność guzków, wysypki, nacieczeń, kłykcin, owrzodzeń. Obmacując delikatnie palcem wskazującym i kciukiem oba jądra, najądrza i powrózki nasienne sprawdź czy nie ma wyczuwalnych zmian oraz bolesności uciskowej. Badanie to ma na celu wykrycie takich zaburzeń jak żyłaki powrózka nasienno, wodniaka jądra oraz nowotworów jądra. Zachęć chłopca do samobadania jąder i wyjaśnij sposób badania. Możesz także przekazać mu kopię załączonej na s. 152 ulotki.
- **Badanie okolicy pachwinowej i udowej.** Obejrzyj i zbadaj palpacyjnie te okolice zwracając uwagę na zaczerwienienie lub inne zmiany skórne, powiększenie węzłów chłonnych, bolesność uciskową i obecność przepukliny.

2. Problemy zdrowia prokreacyjnego i seksualnego dziewcząt

Troska o zdrowie prokreacyjne dziewcząt powinna się rozpocząć już w pierwszych dniach życia od właściwej pielęgnacji krocza, następnie poprzez uczenie dziewcząt właściwych zachowań higienicznych przy oddawaniu moczu i kału, przygotowanie do pierwszej miesiączki i kształtowanie umiejętności związanych z higieną osobistą, samoobserwacją cyklu miesiączkowego i samobadaniem piersi.

¹ Opracowano według: Kapphahn C., Schlosseberger N.: Male reproductive health: Part 1. Painful scrotal masses. Update. A Clinical Guide for Pediatricians. American Academy of Pediatrics 1992. Konsultacja urologiczna – lek. R. Jarema



Zadaniem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (poz) powinno być:

- Oglądanie zewnętrznych narządów płciowych w czasie wszystkich profilaktycznych badań lekarskich. Zwracanie uwagi na ew. nieprawidłowości (np. zaczerwienienie i obrzęk sromu, wydzielina z pochwy, wady rozwojowe, zasinienie, otarcia naskórka w okolicy narządów płciowych i na wewnętrznej powierzchni ud i inne objawy mogące sugerować maltretowanie seksualne) i kierowanie w razie potrzeby na badanie ginekologiczne.
- Zbieranie u nastolatek wywiadu dotyczącego wieku pierwszej miesiączki oraz przebiegu miesiączkowania: długość cykli miesiączkowych, regularność i obfitość krwawienia, rodzaj i nasilenie dolegliwości w czasie miesiączki, występowanie zespołu napięcia przedmiesiączkowego. W okresie dorastania różnorodne czynniki środowiskowe, biologiczne (np. utrata masy ciała) i psychiczne (stresy) mogą być przyczyną zaburzeń miesiączkowania (tab. I).
- Zachęcanie dziewcząt w okresie młodzieńczym (15-18 rok życia) do:
 - zgłoszenia się na badanie ginekologiczne (co najmniej jeden raz); zdaniem Amerykańskiej Akademii Pediatrii badanie to powinno stanowić część rutynowego badania profilaktycznego¹,
 - rozwijanie umiejętności samokontroli piersi i nawyku systematycznego ich badania,
 - przyjmowania od 15 roku życia (a następnie przez cały okres rozrodczy do 49 r.ż.) codziennie 0,4 mg kwasu foliowego w tabletkach, w celu zapobiegania wadom wrodzonym cewy nerwowej u swego potomstwa²; w aptekach dostępny jest bez recepty polski preparat Folik, zawierający w tabletkach 0,4 mg kwasu foliowego (Acidum folicum),
 - opóźnienia inicjacji seksualnej i abstynencji seksualnej do czasu osiągnięcia dojrzałości psychicznej i społecznej (dorosłości).
- Udzielanie dziewczętom aktywnym seksualnie lub zamierzającym rozpocząć życie seksualne porad w celu zapobiegania ciąży i chorobom przenoszonym drogą płciową. W razie potrzeby lekarz poz powinien skierować dziewczynę na badanie ginekologiczne.

¹ Blythe M., Orr D.: Common menstrual problems: Part 2. Amenorrhea and oligomenorrhea. Adolescent Health Update. American Academy of Pediatrics 1991, vol. 4 no 1.

² Brzeziński Z.J. (red.): Zapobieganie wrodzonym wadom cewy nerwowej. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1998.



Tabela I. Rodzaje zaburzeń miesiączkowania¹

Zaburzenia częstości występowania miesiączki

- ♦ Częste regularne lub nieregularne krwawienia trwające do 14 dni, powtarzające się w odstępach krótszych niż 28 dni *
- ♦ Rzadkie i nieregularne krwawienia w odstępach dłuższych niż 33 dni*
- ♦ Brak miesiączki po 16 roku życia
- ♦ Brak miesiączki przez okres dłuższy niż 6 miesięcy
- ♦ Brak miesiączki przez 3-6 miesięcy

Zaburzenia w nasileniu krwawienia

- ♦ Krótkie, 1-2 dniowe, mało obfite miesiączki*
- ♦ Obfite miesiączki trwające 5-7 dni*

Zaburzenia nasilenia i czasu trwania krwawienia

- ♦ Nieregularne, obfite krwawienia z macicy
- ♦ Bardzo obfite krwawienia zgodne z rytmem miesiączkowym
- ♦ Przedłużone, obfite krwawienia, cykle bezowulacyjne (czynnościowe krwawienia młodzieńcze)*
- ♦ Szczególnie nasilone krwawienia czynnościowe, których cechą charakterystyczną jest brak cykliczności (krwawienia młodocianych)

Dolegliwości towarzyszące miesiączkowaniu

- ♦ Bolesność
- ♦ Bolesność, której towarzyszy zespół objawów wegetatywnych (wymioty, biegunka, zasłabnięcie)
- ♦ Zespół napięcia przedmiesiączkowego

* Objawy uznane za normę w okresie dojrzewania

3. Zasady poradnictwa seksualnego dla młodych ludzi

Sprawy dotyczące zachowań seksualnych należą do tzw. spraw drażliwych. Młodzież niechętnie o nich rozmawia z dorosłymi, a dorośli, w tym także lekarze, mają trudności w podejmowaniu tych tematów. Rozmowy na ten temat wymagają od lekarza taktu, umiejętności komunikowania się z młodym pacjentem, w warunkach gwarantujących prywatność i zachowanie tajemnicy (rozdział V.4). W praktyce młodzi ludzie pozostawieni są sami ze swymi problemami. W tabeli II podano podstawowe elementy poradnictwa seksualnego dla młodzieży, a w tabeli III czynniki ryzyka chorób przenoszonych drogą płciową.

¹ Pułtorak M., Małecka M.: Zaburzenia dojrzewania płciowego u dziewcząt. [W]: Woynarowska B. (red.): Zdrowie i szkoła. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 137.



Tabela II. Podstawowe elementy seksualnego poradnictwa lekarskiego dla młodzieży

Wszystkie nastolatki ♦ Rozmowa, dyskusja z młodymi pacjentami „w cztery oczy”, w warunkach zapewniających prywatność i poufność, jako element rutynowego badania ♦ Powtarzanie przy każdej sposobności „Jeśli masz stosunki płciowe zawsze używaj prezerwatywy” ♦ Demonstrowanie, dyskutowanie i instruowanie w zakresie stosowania prezerwatyw
Nastolatki, które nie podjęły stosunków płciowych ♦ Zachęcanie do utrzymania abstynencji seksualnej ♦ Dyskutowanie na temat samo-zabezpieczenia ♦ Ocenianie potrzeb, wiedzy i zamierzeń co do zachowań seksualnych przy każdej wizycie
Chłopcy – aktywni seksualnie ♦ Wykonanie testów przesiewowych w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, zwłaszcza u chłopców z grup ryzyka ♦ Uświadamianie odpowiedzialności za zapobieganie ciąży u partnerki i chorobom przenoszonym drogą płciową ♦ Dostarczanie odpowiednich informacji o antykoncepcji ♦ Dyskutowanie na temat odpowiedzialnego ojcostwa
Dziewczęta – aktywne seksualnie ♦ W przypadku opóźniającej się miesiączki wykonanie testów ciążowych ♦ Poradnictwo w zakresie stosowania metod i środków antykoncepcyjnych – przekazanie informacji, badanie ginekologiczne, pomoc w wyborze właściwej metody (środka), wyjaśnienie skutków i ubocznych efektów ich stosowania ♦ Wykonanie testów przesiewowych w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, zwłaszcza u dziewcząt z grup ryzyka

Źródło: Shafer M.A.B.: Sexually transmitted diseases in adolescents. Prevention, diagnosis and treatment in pediatric practice. Adolescent Health Update. A Clinical Guide for pediatricians. American Academy of Pediatrics 1994, vol.6 no 2.



Tabela III. Czynniki ryzyka zakażenia się chorobą przenoszoną drogą płciową u młodzieży

Czynniki ryzyka ♦ Liczni partnerzy seksualni ♦ Nieprawidłowe używanie prezerwatyw ♦ Przebyte choroby przenoszone drogą płciową ♦ Używanie przez pacjenta lub partnera kokainy ♦ W wywiadzie podejmowanie stosunków seksualnych w celu zdobycia pieniędzy lub narkotyków ♦ Bezdомność ♦ Wczesna inicjacja seksualna ♦ Ubóstwo
Dodatkowe czynniki dotyczące zakażenia HIV ♦ Kontakt seksualny z osobą znaną jako HIV+ ♦ Utrzymywanie stosunków homoseksualnych ♦ Objawy sugerujące AIDS ♦ Choroby przenoszone drogą płciową z owrzodzeniami w okolicy narządów płciowych ♦ Używanie przez pacjenta lub partnera narkotyków drogą dożylną

Źródło: Shafer M.A.B.: Sexually transmitted diseases in adolescents. Prevention, diagnosis and treatment in pediatric practice. Adolescent Health Update. A Clinical Guide for pediatricians. American Academy of Pediatrics 1994, vol.6 no 2.



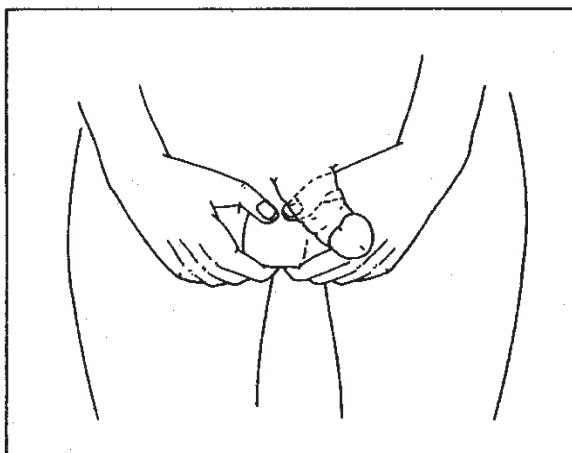
INSTRUKCJA SAMOBADANIA JĄDER

● **Dlaczego warto badać swoje jądra?**

U młodych mężczyzn mogą występować zmiany chorobowe w narządach płciowych, które najczęściej sami rozpoznają. Warto więc poświęcić w każdym miesiącu 3 minuty na badanie swoich jąder.

● **Jak badać swoje jądra?**

- Badanie wykonaj jeden raz w miesiącu po ciepłej kąpieli, kiedy skóra moszny jest zwiotczała.
- W pozycji stojącej obmacuj delikatnie kolejno każde jądro, obejmując je palcami wskazującym i kciukiem obu rąk tak jak pokazano na rysunku. Jądro powinno być gładkie i jędrne (jak jajko ugotowane na twardo, bez skorupki).



- Obmacaj także swoje najądrze – podłużny narząd w kształcie odwróconej fajki, umiejscowiony na tylnym brzegu jądra oraz powrózek nasien-ny (w kształcie sznurka), biegnący od jąder w górę.

● **Jeśli w czasie badania stwierdzisz następujące zmiany:**

- guzek w jądrze, zwykle niebolesny,
 - powiększenie jednego jądra, a także uczucie, że jądra są ciężkie
- zgłoś się jak najszybciej do lekarza.

Opracowanie: B. Woynarowska na podstawie: Kapphahn C., Schlossberger N.: Male reproductive health: Part 11. Painful scrotal masses. Update. A Clinical Guide for Pediatricians. American Academy of Pediatrics 1992, vol. 5, no 1.

Rodzaje grup na zajęciach wychowania fizycznego i charakterystyka uczniów w tych grupach

Grupa / Podgrupa		Charakterystyka uczniów	Udział w zawodach sportowych i sprawdzianach
Symbol	Nazwa		
A	Zdolni do wf bez ograniczeń	Uczniowie: 1. Bez odchyień w stanie zdrowia i rozwoju; 2. Z niektórymi odchyleniami w stanie zdrowia, gdy ich rodzaj i stopień nie stanowią przeciwwskazań do udziału w zajęciach wf, nie wymagają ograniczeń, zajęć dodatkowych lub specjalnej uwagi ze strony nauczyciela wf	Bez ograniczeń
A _s	Uprawiający sport w szkole lub poza szkołą		
B	Zdolni do wf z ograniczeniami i/lub wymagający specjalnej uwagi nauczyciela wf	Uczniowie z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju, którzy wymagają: 1. Pewnych ograniczeń w zakresie obowiązujących zajęć wf, dotyczących intensywności i czasu trwania zajęć, prowadzonych w niekorzystnych warunkach; 2. Specjalnej uwagi nauczyciela wf, indywidualnego traktowania np. ze względu na większe ryzyko urazu; 3. Aktywnego udziału nauczyciela wf w wyrównywaniu, korekcji lub leczeniu niektórych zaburzeń	Ewentualne ograniczenia ustalane indywidualnie w zależności od stanu zdrowia
B _k	Zdolni do wf z ograniczeniem, wymagający dodatkowych zajęć ruchowych korekcyjnych	Uczniowie, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają dodatkowych zajęć ruchowych, w tym także korekcyjnych	j. w.
C	Niezdolni do zajęć wf	Uczniowie, których stan zdrowia uniemożliwia czasowo lub długotrwale udział w zajęciach wf	Niezdolni do udziału w zawodach
C ₁	Niezdolni do wf uczestniczący w zajęciach rehabilitacyjnych	Uczniowie uczestniczący w zajęciach rehabilitacyjnych lub w innej formie terapii ruchowej poza szkołą	j.w.

Zasady kwalifikacji lekarskiej uczniów do zajęć wychowania fizycznego w najczęstszych przewlekłych zaburzeniach i chorobach

Rodzaj i stopień zaburzeń	Grupa i Podgrupa	Aktywność fizyczna (AF) a etiologia i przebieg zaburzenia, choroby. Zasady kwalifikacji do wf. Zalecenia dla nauczyciela
1	2	3
ZABURZENIA W ROZWOJU SOMATYCZNYM I MOTORYCZNYM		
Otyłość prosta — nadwaga do 30%	B	Hypoaktywność (od wczesnego dzieciństwa) jest jedną z głównych przyczyn i skutków otyłości. Otyłych cechuje: większy koszt metaboliczny wysiłku („noszenie” nadmiaru tkanki tłuszczowej), mała sprawność fizyczna i umiejętności ruchowe, wczesne „wygaśnięcie” potrzeby ruchu. Wskazane zwiększenie AF, jako podstawowego elementu terapii, lepiej akceptowane przez dzieci niż ograniczenia dietetyczne. Zalecane zajęcia ruchowe, które są: — skuteczne dla redukcji nadwagi: długotrwałe o umiarkowanej intensywności, — możliwe do wykonania przez dziecko otyłe, — dostarczają radości, motywują do zwiększenia AF, rozbudzają jej potrzebę (eliminowanie ćwiczeń, których wykonanie może być powodem kpin rówieśników, podkreślanie sukcesów, zwolnienie z oceniania niektórych ćwiczeń). Wskazane: uczenie samokontroli własnych obciążeń wysiłkowych i masy ciała, dodatkowe zajęcia ruchowe poza szkołą; uczestnictwo w zawodach w zależności od możliwości i chęci ucznia.
Otyłość prosta — nadwaga powyżej 30%	B _k	Tendencja do powiększenia się nadwagi, mała skuteczność leczenia dietetycznego, terapii ruchowej przy współistnieniu: obniżenia sprawności fizycznej znacznego stopnia, wyraźnej dysharmonii rozwoju motorycznego, koślawości kolan i zmian w ustawieniu stóp. Konieczne dodatkowe zajęcia ruchowe i korekcyjne w szkole.

1	2	3
Prosty niedobór wysokości i masy ciała	A lub B	AF stymuluje wzrastanie, zalecane systematyczne zajęcia ruchowe, o obciążeniu dostosowanym do fizycznych możliwości ucznia. Uwzględnić w ocenie wyników (sprawdzianach) mniejsze możliwości ucznia w stosunku do rówieśników i norm dla wieku kalendarzowego (opóźniony wiek rozwojowy).
Zaburzenia miesiączkowania	B	Nieprawidłowe: nadmierne, przedłużające się krwawienia miesięczne, bolesne miesiączkowanie — zwolnienia z wf w czasie całego lub części okresu krwawienia, w zależności od decyzji ginekologa. Uwaga! Dziewczęła prawidłowo miesiączkujące mogą uczestniczyć w zajęciach w czasie miesiączki — wskazane wyeliminowanie dużych wysiłków (biegi, gry sportowe), skoków i innych ćwiczeń połączonych ze wstrząsami ciała; unikanie nadmiernego oziębienia podbrzusza (ćwiczenie w dresach).
Obniżona sprawność fizyczna poniżej przeciętnej dla wieku (klasy); dysharmonia rozwoju motorycznego	A lub B	Udział w zajęciach wf stymuluje rozwój motoryczny. Wskazana indywidualizacja zajęć z uwzględnieniem ćwiczeń rozwijających cechy motoryczne o najniższym poziomie rozwoju; uwzględnienie mniejszych możliwości ucznia w ocenie wyników. Zachęcanie ucznia do udziału w dodatkowych zajęciach, podkreślanie jego osiągnięć, uczenie samokontroli swej sprawności fizycznej.
ZABURZENIA ROZWOJU I ZDROWIA PSYCHICZNEGO		
Nadpobudliwość psychoruchowa	B	W niektórych przypadkach, ze względu na: nadmierną ruchliwość, wzmożone reakcje emocjonalne, niedyscyplinowanie — wymaga uwagi nauczyciela, szczególnie w czasie ćwiczeń na przyrządach (zwiększone ryzyko urazu). Udział w zajęciach wf bez ograniczeń.
Nerwice	B	W przypadkach nerwicy lękowej wskazane wyeliminowanie (lub stopniowe wprowadzenie) ćwiczeń, które sprawiają uczniowi trudności, mogą być źródłem lęku lub go pogłębiać oraz ograniczenie udziału w zawodach, sprawdzianach (sytuacje stresowe).

1	2	3
Nerwice c.d.	B	Wskazane ćwiczenia rozluźniające, podkreślanie sukcesów ucznia, nauczanie go podstawowych zasad relaksacji oraz zachęcenie ucznia do dodatkowej AF poza szkołą, dostosowanej do jego możliwości i zainteresowań (element terapii).
Upośledzenie umysłowe (uczniowie szkół masowych np. klasy integracyjne)	B	Uczniów tych cechuje obniżona: AF, koordynacja ruchów, sprawność fizyczna; nadwaga, zwiększone ryzyko urazów. Wskazane uczestnictwo w systematycznych zajęciach ruchowych pod zwiększonym nadzorem. Preferowane ćwiczenia: indywidualne, w parach i małych grupach; rozwijające koordynację ruchów i dużą motorykę (małe szanse na zwiększenie precyzji ruchów) oraz redukujące nadwagę. Konieczność włączenia do zajęć ze zdrowymi rówieśnikami (wzajemna socjalizacja), stworzenie uczniowi szansy na sukcesy (np. łączenie w grupy o zbliżonym wieku rozwojowym). Zachęcenie rodziców lub innych członków rodziny do wspólnych zajęć ruchowych poza szkołą (np. pływanie, tenis, taniec, wioślarstwo), dających dziecku szanse sukcesu, kontaktów społecznych i wydawkowania energii.
CHOROBY UKŁADU NEUROMIĘŚNIOWEGO		
Padaczka	B	Dziecko z padaczką powinno mieć szansę zaspokojenia podstawowych potrzeb m. in. ruchowych, rozwoju motorycznego i społecznego m. in. poprzez uczestnictwo we wszystkich zajęciach w szkole z rówieśnikami. Kwalifikacja indywidualna. Poszukiwanie odpowiedzi na pytania: — Czy zmęczenie i hiperwentylacja wywołują napady? — Czy ewentualny uraz głowy w czasie ćwiczeń może pogłębić chorobę? — Czy napad padaczkowy w czasie ćwiczeń zagraża dziecku i współwiczującym?

1	2	3
Padaczka c.d.	B	Postęp w leczeniu farmakologicznym padaczki umożliwia dzieciom prowadzenie normalnego trybu życia, w tym uczestnictwo bez ograniczeń w zajęciach wf, a nawet uprawianie sportu niewyczynowego. Obecnie uważa się, że: — dziecko z farmakologicznie kontrolowaną padaczką powinno być zachęcane do AF — intensywne wysiłki (długie biegi, gra w tenisa) nie są przeciwwskazane nawet, gdy powodują duże zmęczenie — dziecko może pływać, jeździć konno, wspinać się po górach pod specjalnym nadzorem — jazda na rowerze i na nartach jest przeciwwskazana tylko, gdy leczenie nie likwiduje napadów (nie zaleca się jazdy na ruchliwych ulicach i w wysokich górach) — dziecko może uprawiać sporty kolizyjne (piłkę nożną, hokej) i kontaktowe (koszykówkę, siatkówkę, zapasy) jeśli leczenie likwiduje napady. Wymaga ochrony przed urazami podobnie jak inne dzieci — uprawianie boksu jest przeciwwskazane — dziecko, u którego występują napady, nie może uczestniczyć w zajęciach, gdy jego napad stanowi zagrożenie dla innych osób — należy eliminować wysiłki, w czasie których występują powtarzające się napady — każde dziecko wymaga indywidualnego poradnictwa; w podejmowaniu decyzji o AF powinni uczestniczyć rodzice i samo dziecko
Padaczka	C	W przypadku występujących napadów mimo leczenia i we wszystkich innych przypadkach wg zaleceń lekarza leczącego.

1	2	3
Mózgowe porażenie dziecięce (mpdz)	B lub C (w przypadkach uzasadnionych) lub Cl	Możliwości ruchowe dzieci z mpdz są w różnym stopniu ograniczone w zależności od postaci i zaawansowania choroby. W miarę upływu czasu, szczególnie w okresie pokwitania, obniża się AF i wydolność fizyczna dziecka przy wzroście masy ciała (bez zwiększania masy mięśniowej); korzystanie z wózków elektrycznych znacznie eliminuje pracę mięśniową. Obciążenie dziecka wysiłkiem fizycznym poprawia jego ogólną kondycję fizyczną, a tym samym samopoczucie, umożliwia integrację społeczną i zwiększa szansę uzyskania zawodu. Dziecko z mpdz uczęszczające do szkoły (np. w klasach integracyjnych) nie powinno być eliminowane z lekcji wf. Formę tego uczestnictwa określa lekarz leczący dziecko i rehabilitant, w porozumieniu z rodzicami, samym dzieckiem, nauczycielem wf, wychowawcą klasy. Wskazane — wysiłki umożliwiające wzrost wydolności fizycznej. W zależności od stanu dziecka można zalecić w przypadkach o przebiegu: — lekkim i umiarkowanym: biegi, ćwiczenia z piłką lekarską, wysiłki na ergometrze z pracą nóg lub rąk, wyścigi i slalom na wózkach, pływanie; — ciężkim — ćwiczenia w pozycji leżącej na materacu, ćwiczenia w wodzie i pływanie, pedałowanie na ergometrze w pozycji leżącej. Należy zwracać uwagę na rekreacyjny i zabawowy charakter zajęć. Czas trwania ćwiczeń intensywnych 15—20 minut. Ćwiczeń o mniejszej intensywności i rekreacyjnych dłuższy (do 90 min); co najmniej 2 razy w tygodniu. Należy także zachęcać rówieśników do pomocy w organizacji i wykonaniu ćwiczeń.
Postępująca dystrofia mięśniowa (pdm) ^{*)}	B lub C	Dziecko z pdm charakteryzuje: deficyt siły mięśniowej, wytrzymałości mięśniowej, wydolności fizycznej oraz postępujące nieuchronne unieruchomienie dziecka, bierność fizyczna, którym towarzyszy otyłość, dysfunkcja układu krążenia i oddychania, obrzęki kończyn dolnych, przykurcze i stany kryzysów emocjonalnych. Pod względem aktywności wyróżnia się 4 stadia^{*)}: — Normalny sposób poruszania się z niewielkim deficytem funkcjonalnym; — Wyraźnie zmniejszona zdolność do wysiłków i towarzyszące obniżenie spontanicznej AF;

1	2	3
Postępująca dystrofia mięśniowa (pdm) ^{*1} c.d.	B lub C	— Zmniejszenie wszystkich rodzajów AF — czas chodzenia i stania krótszy niż 2 godz. dziennie; — Czas chodzenia i przebywania w pozycji stojącej krótszy niż 30 min. dziennie Dziecko z pdm uczęszczające do szkoły powinno uczestniczyć w zajęciach wf i wykonywać proste ćwiczenia zalecone przez rehabilitanta. Jest to ważne dla poprawy samopoczucia oraz kontaktów społecznych z rówieśnikami; może opóźnić przedwczesne unieruchomienie. Wymaga pomocy nauczyciela wf, wychowawcy, rówieśników i rodziców.
WADY I CHOROBY NARZĄDU WZROKU		
Krótkowzroczność	Uwaga: Każdy przypadek krótkowzroczności powyżej -3,0 D wymaga kwalifikacji indywidualnej po badaniu okulistycznym.	
	A	Uczniowie (przed okresem pokwitania) przy krótkowzroczności do -3,0 D, uczniowie zaawansowani w dojrzewaniu płciowym do -4,0 D przy prawidłowym dnie oka. Udział w zajęciach bez szkieł korekcyjnych. Przy ćwiczeniach wymagających szczególnie dobrej oceny odległości (np. rzuty, biegi do celu) — szkła korekcyjne. U uczniów z ostrością wzroku 0,1 — trudności bez szkieł korekcyjnych w grach zespołowych, co należy uwzględnić przy ocenie i sprawdzianach.
	B	Przy krótkowzroczności od -3,0 D przed okresem pokwitania oraz -4,0 do -6,0 D u uczniów zaawansowanych w dojrzewaniu płciowym. Przeciwwskazane ćwiczenia z dużym wysiłkiem fizycznym, wstrząsami (skoki, przewroty, zwisy, podpory, ćwiczenia siłowe, na przyrządach, skoki do wody), wskazany udział w zajęciach w szklach korekcyjnych. Konieczność ochrony przed urazami.
	C	Krótkowzroczność powyżej -6,0 D lub niższa — przy wyraźnie postępującej wadzie i zmianach na dnie oka. Decyduje lekarz okulista. Może pływać — bez skoków do wody.

^{*1} Vingess PHHr., Archibald KC.: Maintenance of ambulation in childhood muscular dystrophy. J. Chron. Dis 1960, 12, 273

1	2	3
Nadwzroczność	A	Nadwzroczność do +4,0 D, ostrość wzroku nie niższa niż 0,5. Udział w zajęciach bez szkielek korekcyjnych.
	B	Nadwzroczność powyżej +4,0 D, przy ostrości wzroku poniżej 0,5 — udział w zajęciach w szkielek korekcyjnych. Wymaga szczególnej uwagi nauczyciela — możliwość urazu, zwłaszcza w grach zespołowych, gimnastyce przyrządowej.
Astygmatyzm	A, B lub C	Kwalifikacja jak przy krótkowzroczności i nadwzroczności.
Zaburzenia widzenia obuocznego	A lub B	Trudności w: — ocenie odległości — między zawodnikami w grach zespołowych, przy mijaniu i pokonywaniu przeszkód w ćwiczeniach terenowych, w rzutach itp. — trafieniu nogą na właściwe miejsce przy skokach. Konieczność uwzględnienia tych trudności w ocenie i sprawdzianach. Większe zagrożenie wypadkowe. Zalecane ćwiczenia korygujące pracę obuoczną, oburęczną (ćwiczenia równoważne na ławeczce szwedzkiej, jazda rowerem). Nie wymaga ograniczenia wysiłku.
Zaburzenia widzenia barwnego	A	Udział w zajęciach bez ograniczeń. Ewentualne trudności w zajęciach wymagających prawidłowego rozróżniania kolorów np. w nauce zasad ruchu drogowego.
CHOROBY PRZEWLEKŁE USZU I NOSO-GARDZIELI		
Niedosłuch	B	Niedosłuch utrudniający słyszenie mowy z odległości poniżej 3–5 m — konieczność ochrony przed urazami (niesłyszanie poleceń), szczególnie w zajęciach zespołowych. Bez ograniczeń wysiłku.
Perforacja błony bębenkowej	A lub B	Przeciwwskazane pływanie i sporty wodne. Inne zajęcia bez ograniczeń.

1	2	3
Przewlekłe zapalenie gónych dróg oddechowych	B	Ograniczenie zajęć w złych warunkach atmosferycznych i mikroklimatycznych (zapylenie sali, kurz, niska temperatura). Ochrona przed infekcjami. Okresowa niezdolność do zajęć wf w okresie zaostrzenia, infekcji gónych dróg oddechowych, w okresie rekonwalescencji. Przy zapaleniu zatok — ograniczenie ćwiczeń związanych z nagłą zmianą pozycji głowy, zwisów w dół. Pływanie w zależności od decyzji lekarza leczącego.
Zaburzenia równowagi	B	Zwolnienie z ćwiczeń na przyrządach, równoważnych, siłowych. Przeciwwskazane pływanie i sporty wodne.
Choroba Meniera	C	W cięższych przypadkach całkowite zwolnienie wg zaleceń lekarza leczącego.
CHOROBY PRZEWLEKŁE UKŁADU ODDECHOWEGO		
Dychawica oskrzelowa	B	W świetle współczesnej wiedzy, u większości dzieci z dychawicą oskrzelową nie ma wskazań do ograniczania AF, zwłaszcza przy stosowanym leczeniu zapobiegającym wysiłkowym skurczom oskrzeli oraz napadom duszności (objawy duszności, zwiększone wydzielanie śluzu, kaszel, zmęczenie, bóle w klatce piersiowej, świszczący oddech, trwające 5–15 minut, poprzedzone kilkuminutowym, 5–8 minut, wysiłkiem). Uczestnictwo w zajęciach ruchowych sprzyja zwiększeniu sprawności, wydolności fizycznej, socjalizacji, radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi oraz kształtowaniu poczucia własnej wartości. Kwalifikacja do zajęć wf indywidualna. U dzieci z powysiłkowymi napadami duszności zalecane: — Krótkotrwałe wysiłki — odpoczynek przed ewentualnym wystąpieniem objawów (konieczność nauczania dziecka samoceny swego stanu i samoregulacji czasu trwania i intensywności wysiłku); — Pływanie (w pozycji leżącej, w wilgotnym i ciepłym powietrzu napady duszności rzadkie) i jazda na rowerze (napady rzadsze niż w czasie biegu, zwłaszcza na twardym, nierównym podłożu).

1	2	3
Dychawica oskrzelowa c.d.	B	— Nauczenie dziecka oddychania przez nos (ogrzanie i oczyszczenie powietrza w górnych drogach oddechowych znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia napadu duszności); — Podawanie leków 15–30 min. przed wysiłkiem fizycznym, zapobiegających napadom duszności (leki doustne lub w postaci wziewnej wg zaleceń lekarza leczącego). U dzieci z dychawicą oskrzelową należy zwrócić uwagę na: — czasowe ograniczanie AF w okresach infekcji układu oddechowego. — unikanie wysiłków przy zanieczyszczeniu powietrza (zapylenie, duże stężenie dwutlenku azotu, dym tytoniowy), przy znacznym ochłodzeniu w czasie mgły, wiatru, w stanach zmęczenia, — ograniczenie udziału w zawodach i różnych formach współzawodnictwa związanych ze stresami.
	C	W przypadkach napadów: częstych, średnio ciężkich, o przedłużonym czasie trwania, bezpośrednio związanych z wysiłkiem fizycznym i niepoddających się kontroli farmakologicznej. W okresie zaostrzeń, nasilenia napadów i w innych przypadkach wg zaleceń lekarza leczącego.
Mukowiscidoza i przewlekłe obturacyjne choroby oskrzeli	B lub C	Kwalifikacja indywidualna w zależności od stanu zaawansowania choroby. Wykazano, że odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne zwiększają wydolność fizyczną, sprzyjają poprawie samopoczucia, ułatwiają wykonywanie codziennych zajęć. Zalecane: ćwiczenia o małej intensywności, ze stopniowym zwiększeniem wysiłku, ćwiczenia oddechowe, kształtujące prawidłową postawę ciała. U dzieci z mukowiscidozą wysiłek fizyczny wiąże się z dużą utratą soli z potem (konieczność uzupełnienia w postaci słonych potraw).

1	2	3
Gruźlica	A	Dzieci z grupy zwiększonego ryzyka zachorowania (IV grupa poradniana).
	B	Przez okres 1–2 lat po przebiegu gruźlicy i leczeniu szpitalno-sanatoryjnym. Wskazany jak najszybszy powrót do normalnego życia. Ewentualne ograniczenia wg zaleceń lekarza leczącego (najczęściej dotyczą one: zajęć długotrwałych o dużym obciążeniu, w złych warunkach atmosferycznych i mikroklimatycznych, udziału w zawodach).
CHOROBY I ZABURZENIA UKŁADU KRAŻENIA		
Wady wrodzone serca i kardiomiopatie	Uwaga: Decyzję o udziale ucznia w zajęciach wf i formie tych zajęć podejmuje lekarz poradni specjalistycznej. Szczegółowej uwagi wymagają uczniowie ze zwiększeniem ujścia aorty i tętnicy płucnej. Ogólnie obecnie zmniejszono liczbę wskazań do ograniczania AF dzieci z chorobami serca.	
	B	Ubytki w przegrodzie przedsionkowej i międzykomorowej oraz inne wady wrodzone w stanie wydolności krążeniowo-oddechowej, dzieci po zabiegach kardiokirurgicznych i przeprowadzonej rehabilitacji — w zależności od decyzji lekarza leczącego. Ograniczenia mogą dotyczyć zajęć o dużej intensywności wysiłku, (długotrwałe biegi i gry sportowe, ćwiczenia siłowe, zwłaszcza sprawdziany). Zmniejszenie liczby powtórzeń w ćwiczeniach. Dłuższe przerwy między ćwiczeniami. Wyeliminowanie ćwiczeń połączonych z odruchem Valsalvy. Obserwacja reakcji ucznia na wysiłek. Wskazane ćwiczenia oddechowe i kształtujące prawidłową postawę ciała.
	C	Niezdolni do zajęć wf są uczniowie, u których stwierdza się: — czynny proces zapalny we wstędnym, mięśniu sercowym i osierdziu, — objawy niewydolności krążenia i sinicy, — znaczny przerost lub przeciążenie komór i przedsionków, nasilone zmiany okresu repolaryzacji (badanie ekg), — napadowe zaburzenia rytmu serca, — omdlenia i bóle zmostkowe w czasie wysiłków fizycznych (przy współistnieniu zmian organicznych układu krążenia).

I	2	3
Zaburzenia przewodnictwa i rytmu serca	A	Przypieszenie lub zwolnienie rytmu zatokowego, pojedyncze skurcze dodatkowe, zaburzenia przewodnictwa o typie bloku przedsionkowo-komorowego (po badaniu specjalistycznym).
	B lub C	Inne zaburzenia przewodnictwa i rytmu serca (szczególnie napadowe) w zależności od zaleceń poradni specjalistycznej.
Stan po zapaleniu mięśnia sercowego, wsierdzia i osierdzia	B lub C	Wg indywidualnych zaleceń lekarza leczącego, w zależności od przebiegu choroby, występowania objawów niewydolności krążenia.
Szmery niewinne	A	Udział w zajęciach bez ograniczeń. W przypadkach sprawiających trudności diagnostyczne konieczne ustalenie rozpoznania w poradni specjalistycznej — przejściowo grupa B — ograniczenie wysiłków o dużej intensywności. Obserwacja reakcji na wysiłek.
Uwaga: Stwierdzenie u ucznia szmeru skurczowego (powyżej 3 w skali Lewina), szmeru rozkurczowego, nieprawidłowej sylwetki serca w obrazie rtg — wymaga szybkiej konsultacji specjalistycznej. Nie należy ograniczać gwałtownie normalnej AF dziecka, budzić niepokoju rodziców i dziecka do czasu zakończenia diagnozowania.		
Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (pierwotne)	Wysiłki zwłaszcza wytrzymałościowe (tlenowe) u osób z nadciśnieniem tętniczym sprzyjają obniżeniu ciśnienia tętniczego i obwodowego oporu naczyniowego w spoczynku oraz zmniejszeniu narastania ciśnienia i częstości rytmu serca w czasie wysiłków submaksymalnych. Wg zaleceń Amerykańskiej Akademii Pediatrii, u dzieci z podwyższonym ciśnieniem tętniczym zaleca się, pod nadzorem, dynamiczne ćwiczenia: pływanie, gimnastyka, koszykówka, jogging (zwiększają one wydolność fizyczną). Należy ograniczyć ćwiczenia statyczne — uprawianie podnoszenia ciężarów, zapasy (ćwiczenia izometryczne powodują wzrost ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, zwłaszcza przy objawach przerostu lewej komory).	

1	2	3
Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (pierwotne) c. d.	A	Jednorazowo lub sporadycznie stwierdzone podwyższone ciśnienie tętnicze (zwykły wpływ emocji) — zajęcia wf bez ograniczeń. Wskazane zwiększenie AF i kilkakrotne pomiary ciśnienia w odstępach kilkudniowych. (Dla wyłączenia koarktacji aorty konieczne stwierdzenie obecności tętna na tętnicy udowej, w dole pachwinowym).
	B	W umiarkowanym nadciśnieniu przy współistnieniu zmian w EKG (zmiany ST-T, cechy przerostu lewej komory) i wzrostu ciśnienia skurczowego w czasie testu wysiłkowego powyżej 230 mm Hg należy wyeliminować wysiłki statyczne i ćwiczenia izometryczne (podnoszenie ciężarów, ćwiczenia gimnastyczne na przyrządach).
Nadciśnienie wtórne	B lub C	W nadciśnieniu wtórnym — w przebiegu chorób nerek, zaburzeń endokrynologicznych itd. — kwalifikacja uzależniona jest od schorzenia pierwotnego.
Dystonia neurowegetatywna	B	Występujące zwykle w okresie dojrzewania dolegliwości w czasie wysiłku lub w sporczyku: uczucie bicia serca, bóle w klatce piersiowej, duszność, zmęczenie, przyspieszenie czynności serca w spoczynku i w czasie umiarkowanego wysiłku oraz omdlenia ortostatyczne. Nie stwierdza się zaburzeń hemodynamicznych ani zmian organicznych w sercu. Współistnieją zmiany nerwicowe. Często obniżona wydolność fizyczna w następstwie leku przed dolegliwościami i zmęczeniem, stąd hypoaktywność. Wskazana systematyczna AF o wzrastającym czasie trwania i intensywności wysiłku, dostosowana do zainteresowań i możliwości ucznia, zwiększająca jego motywację do zajęć ruchowych. Ćwiczenia sprzyjają zmniejszeniu dolegliwości, reakcji ortostatycznych, poprawie wydolności fizycznej.
CHOROBA REUMATYCZNA I CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ		
Choroba reumatyczna. Stan po (ostrym pierwszym lub następnych) rzucie gorączki reumatycznej — przebiegającym bez wady serca i niewydolności krążenia	C	Wg indywidualnych zaleceń lekarza leczącego, w zależności od klinicznych i laboratoryjnych objawów aktywności procesu reumatycznego, przeciętnie przez okres około 6 miesięcy po leczeniu szpitalnym i sanatoryjnym.
	B	Przeciętnie po roku od zachorowania, przy braku klinicznych i laboratoryjnych objawów aktywności procesu reumatycznego. Stopniowe wdrażanie do zajęć (stopniowy wzrost obciążenia, dłuższe przerwy między ćwiczeniami, zmniejszenie liczby powtórzeń w ćwiczeniach).

1	2	3
Choroba reumatyczna c. d.	B	Przeciwwskazany udział w zawodach i innych formach współzawodnictwa. Ochrona przed zakażeniami górnych dróg oddechowych, okresowe zwalnianie po ich przebiegu. Inne zalecenia wg opinii lekarza leczącego.
	A	Przeciwnie po 2-3 latach (w zależności od wieku ucznia) od ostrego rzutu gorączki reumatycznej, w porozumieniu z lekarzem, zwalnia przy orzekaniu o zdolności do uprawiania sportu, udziału w zawodach (obowiązują badania laboratoryjne, próby czynnościowe układu krążenia).
Wady serca po przebytym ostrym rzucie choroby reumatycznej	Uwaga: Kwalifikacja wg indywidualnych zaleceń lekarza leczącego w zależności od rodzaju wady, występowania objawów niewydolności krążenia, stopnia aktywności procesu reumatycznego. A Niedomykalność zastawki dwudzielnej przy pełnej wydolności krążenia i braku objawów aktywności procesu reumatycznego. C Niedomykalność zastawek półksiężycowatych aorty (dopuszczalne ćwiczenia kształtujące o małej intensywności wysiłku). Zwężenie zastawki dwudzielnej — niezdolny do zajęć wf do zabiegu operacyjnego. Po zabiegu kwalifikacja wg zaleceń lekarza leczącego. C Niezdolny do zajęć wf w szkole.	
Przewlekła reumatyczna choroba serca z utrwaloną niewydolnością krążenia	C	W zależności od przebiegu choroby, stopnia zmian — wg decyzji lekarza leczącego.
Gościec przewlekły postępujący	C lub B	
CHOROBY PRZEWLEKLE UKŁADU MOCZOWEGO		
Okresowy lub stały krwinkomocz i białkomocz	B	Ograniczenie zajęć o dużej intensywności (długotrwałych gier zespołowych, marszów, biegów), w złych warunkach atmosferycznych i mikroklimatycznych. Ochrona przed infekcjami, okresowe zwalnianie z zajęć po ich przebiegu.

I		3
Zakażenie układu moczowego	2	
	B	Rozpoczęcie zajęć wg zaleceń lekarza leczącego, przeciętnie po 4-6 tygodniach po przebiegu ostrego zakażenia. Nie ma potrzeby ograniczania wysiłku fizycznego. Ograniczenia związane z warunkami, w jakich odbywają się zajęcia w (niska temperatura, możliwość gwałtownego oziębienia, ziębulęcie) — odpowiedni ubiór sportowy (dresy). Ochrona przed infekcjami. Pływanie w zależności od decyzji lekarza leczącego.
	C	W okresach ostrych rzutów zakażeń i w okresie rekonwalescencji (przeciętnie 4-6 tygodni).
Zespół nerczycowy	B	W okresie remisji — ograniczenie ćwiczeń długotrwałych, o dużej intensywności, zmniejszenie liczby powtórzeń w ćwiczeniach, ochrona przed infekcjami — okresowe zwolnienie z zajęć po ich przebiegu, przy złym samopoczuciu ucznia itd. Przeciwwskazany udział w zawodach, sprawdzianach (sytuacje stresowe, leczenie encortonem).
	C	W okresach zaostrzeń wg zaleceń lekarza leczącego.
TRWAŁE USZKODZENIA NARZĄDU RUCHU I ZABURZENIA STATYKI CIAŁA		
Boczne skrzywienie kręgosłupa: I stopnia	Uwaga: Kwalifikacja indywidualna w zależności od wieku dziecka, stopnia i rodzaju zniekształcenia, tendencji do powiększania się lub utrwalania zmian.	
	B _k	Wskazana zwiększona AF ze szczególnym zwróceniem uwagi na wzmocnienie gorsetu mięśniowego i ćwiczenia oddechowe. Uwzględnienie indywidualnych ćwiczeń korekcyjnych. Zlecenie ćwiczeń do domu, instruktaż, kontrola wykonania. Ograniczenie biegów, długich marszów, długotrwałych gier sportowych. Wyeliminowanie skoków, ćwiczeń asymetrycznych, zwisów, przewrotów. Inne ćwiczenia powinny być eliminowane w zależności od rodzaju zniekształcenia (lordoskolioza, kifoskolioza) i zaleceń ortopedy. Zakaz dzwigania. Przy tendencji do pogłębiania zmian, gymnastyka lecznicza wg wskazań ortopedy. Wskazane pływanie, zwłaszcza na grzbicie.

1	2	3
Boczne skrzywienie kręgosłupa: II - IV stopnia	C lub B _k	Kwalifikacja indywidualna ortopedy. Niezbędna indywidualna gimnastyka lecznicza (rehabilitacja).
Choroba Scheuermanna	C lub B _k	Zwolnienie z zajęć wf na okres ustalony przez ortopedę. Konieczne ćwiczenia korekcyjne wg obowiązujących zasad i zaleceń ortopedy.
Jałowe martwice kości	C	Zwolnienie z zajęć wf na okres ustalony przez ortopedę (przeciętnie 6–12 miesięcy), w zależności od cofania się zmian klinicznych i radiologicznych.
Nadmierna kifoza piersiowa	B lub B _k	Zwiększona AF. Wskazane ćwiczenia likwidujące dystonię mięśniową, wzmacniające gorset mięśniowy, wyrabiające nawyk dobrej postawy. Uwzględnienie indywidualnych ćwiczeń korekcyjnych w zajęciach wf, zalecenie przez nauczyciela ćwiczeń do domu, kontrola wykonania. Przy tendencji do pogłębiania lub utrwalania się zaburzeń, zwłaszcza u uczniów o ektomorficznej budowie ciała, z wyraźną wiotkością układu mięśniowo-więzadłowego i obniżoną ogólną sprawnością — konieczna gimnastyka korekcyjna.
Koślawość kolan i podudzi (odległość między kostkami przysiodkowymi podudzi powyżej 6 cm)	B	Ograniczenie zajęć w pozycji stojącej, wyeliminowanie zajęć w pozycjach: rozkrocznej, siadu płaskiego, siadu na piętach ze stopami i podudziami skierowanymi na zewnątrz. Zlecenie ćwiczeń korekcyjnych do domu, nauka właściwego siedzenia „siad turecki”, chodu — instruktaż, kontrola wykonania — lub gimnastyka korekcyjna.
Stopy płasko-koślawe	B lub B _k	Uwzględnienie w zajęciach wf indywidualnych ćwiczeń korekcyjnych stóp. Zlecenia przez nauczyciela ćwiczeń w domu, okresowa kontrola ich wykonania. Zalecana gimnastyka korekcyjna.

1	2	3
Stopy płasko-koślawe c.d.	B _k	Przy zmianach zaawansowanych, przy współistnieniu otyłości, ograniczenie ćwiczeń przeciążających stopę statycznie (długotrwała pozycja stojąca) zwłaszcza z dodatkowym obciążeniem (zeskoki, skoki bierne) na twardym nieelastycznym podłożu, ćwiczeń lub pozycji przeciążających łuk przysrodkowy stopy. W zajęciach związanych z długotrwałym obciążeniem stóp (wycieczki) konieczne odpowiednie obuwie. Gimnastyka korekcyjna wg zaleceń ortopedy.
Trwałe uszkodzenia narządu ruchu (wrodzone, pourazowe, zapalne)		Uwaga: Kwalifikacja indywidualna w zależności od rodzaju i stopnia uszkodzenia. Wskazany aktywny udział w zajęciach wf w formie dostosowanej do możliwości ucznia np. udział i asystowanie w organizacji zajęć: w niektórych ćwiczeniach, szczególnie kształtujących. Należy unikać trwałego, całkowitego wyeliminowania ucznia z zajęć wf.
	B	Udział w zajęciach wf, gdy uszkodzenie w niewielkim stopniu ogranicza funkcje lokomocyjne, nie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem urazów lub pogłębieniem zmian. Rodzaj ograniczeń ustala się indywidualnie.
	C	Znaczne upośledzenie funkcji układu ruchu, zmiany o charakterze postępującym, wymagające zajęć w specjalnych warunkach, z użyciem odpowiedniego sprzętu.
Stany po operacjach ortopedycznych	C lub B	Okres niezdolności do zajęć wf oraz rodzaj ograniczeń po okresie rekonwalescencji określa ortopeda. Ćwiczenia korekcyjne wg zaleceń ortopedy.
INNE ZABURZENIA I CHOROBY PRZEWLEKŁE		
Cukrzyca	B	Dziecko ma prawo do normalnego życia i kontaktów z rówieśnikami, w tym także w czasie zajęć wf. Triada: dieta, insulina i ćwiczenia fizyczne stanowią podstawę leczenia cukrzycy. Regularna AF ułatwia kontrolę cukrzycy, zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę, poprawia tolerancję wysiłku, sprawność fizyczną.

I	2	3
Cukrzyca (c.d.)	B	Konieczne spożycie posiłku przed lekcją wf (nie wcześniej niż 1 godz.). W czasie długotrwałych wysiłków należy podawać słodkie napoje co godzinę. Może uczestniczyć w zawodach pod warunkiem spożycia przed nimi posiłku zawierającego większą niż zwykle ilość węglowodanów. Nauczyciel wf powinien dysponować np. kostkami cukru, w celu podania ich uczniowi w razie objawów hipoglikemii w czasie lub po wysiłku. Możliwość okresowych zwolnień w okresie niewyrównania choroby. Ochrona przez zakażeniem. Pewnych ograniczeń, ale nie całkowitego wyeliminowania AF, wymagać mogą uczniowie z długotrwałą chorobą i współistnieniem zmian w drobnych naczyniach.
Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy	C	W ostrym okresie choroby, w czasie leczenia, rekonwalescencji, w okresach zaostrzeń. Zalecania indywidualne lekarza leczącego.
	B	W okresie remisji ograniczenie zajęć o dużej intensywności (ćwiczeń wytrzymałościowych). Przeciwwskazany udział w zawodach, wyeliminowanie sprawdzianów (sytuacje stresowe). Stopniowe wdrażanie do zajęć po okresowych zwolnieniach.
Przepuklina pachwinowa, udowa	B	Do zabiegu operacyjnego ograniczenie lub wyeliminowanie ćwiczeń z udziałem tłoczni brzusznej, ćwiczeń siłowych (konieczny zabieg operacyjny).
	C	W okresie rekonwalescencji w zależności od przebiegu operacji, okresu pooperacyjnego, ew. powikłań - przeciętnie 6-8 tyg. po operacji (zbyt długie powyżej 3-4 m-cy zwolnienie może prowadzić do zaniku mięśni po stronie operowanej). Po okresie zwolnienia stopniowe wdrażanie do ćwiczeń.

1	2	3
Stan po przebytych wirusowym zapaleniu wątroby	C	W okresie rekonwalescencji, przeciętnie 4–6 miesięcy po ustąpieniu objawów chorobowych wg indywidualnych zaleceń lekarza leczącego.
	B	W zależności od przebiegu choroby, wyników badań laboratoryjnych i klinicznych, przeciętnie 6 m-cy po okresie rekonwalescencji; stopniowe wdrażania do zajęć, ograniczenie wysiłków długotrwałych, o dużej intensywności, skoków, udziału w zawodach.
Stan po urazie głowy ze wstrząśnieniem mózgu	C	W okresie rekonwalescencji (przeciętnie przez 6 m-cy) w zależności od rodzaju urazu, utrzymywania się dolegliwości i zaleceń lekarza leczącego.
Hemofilia	B	Odpowiednio dobrana AF: — zapobiega zanikom mięśniowym, krwawieniom do jam stawowych (silne mięśnie lepiej stabilizują stawy), — zwiększa sprawność fizyczną, co zmniejsza ryzyko urazów w codziennym życiu, — sprzyja rozwojowi psychospołecznemu. Zalecane pływanie, jazda na ergometrze rowerowym, na rowerze, biegi. Wymaga, szczególnej uwagi nauczyciela wf i indywidualnego doboru ćwiczeń.

Źródło: Woynarowska B., Wojciechowska A.: Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży. Kwalifikacja lekarska do wychowania fizycznego w szkole. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993.



pieczęć szkoły

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO DZIECKA 6-LETNIEGO

(informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą medyczną)

Nazwisko i imię ucznia data urodz.

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

	OJCIEC	MATKA	RODZENIESTWO DZIECKA	
Imię			Rok urodz.	Stan zdrowia
Wykształcenie				
Zawód				
Stan zdrowia				

Warunki mieszkaniowe*: dobra, średnie, złe. Liczba izb osób

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe)

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje:

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergie)*: NIE, TAK - na co
objawy uczulenia
- słyszy*: DOBRZE, ŹLE; widzi*: DOBRZE, ŹLE; ma zez*: NIE, TAK
- używa*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
- przyjmuje leki*: NIE, TAK - jakie
- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK - jakiej
- uczęszcza na zajęcia korekcyjne, **: NIE, TAK - jakie

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach*:

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez: stale lub czasem; inne - jakie

Zachowanie dziecka*: nie budzi niepokoju, nadruchość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy

Inne uwagi i życzenia rodziców

data..... podpis matki lub ojca (opiekuna)

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa - jaka

Sprawność ruchowa ogólna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Sprawność manualna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Uczeń przy pisaniu posługuje się ręką*: prawą, lewą

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, nadruchość, nieśmiałość, bierność, płaczliwość, trudności w koncentracji uwagi, reakcje emocjonalne nieadekwatne do bodźca, konflikty z rówieśnikami, inne

data..... podpis wychowawcy

* właściwe podkreślić



3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cm centyl **Masa ciała** kg centyl

Wzrok: Ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP OL

Zez*: niewidoczny, widoczny

Cover test*: ujemny, dodatni

Odbicie światła na rogówkach*: symetryczne, niesymetryczne

Inne zaburzenia**

Słuch: test*: szeptem, audiometryczny*: prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie*: bocznego skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko - koślawych

Ciepłota ciała: Ciśnienie tętnicze krwi mmHG, centyl

Inne uwagi

data podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki

4. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa**

kolana koślawe, stopy płasko - koślawe, inne odchylenia**

Rozwój psychomotoryczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Mowa*: prawidłowa, nieprawidłowa

Lateralizacja*: prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Jama ustna**

Jądra w mosznie (dotyczy chłopców)*: TAK, NIE**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA*: pełna, niepełna**

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_k C C_i - zalecenia

ZALECENIA

data..... podpis i pieczęć lekarza.....

* właściwe podkreślić

** wpisać rodzaj odchyień



pieczęć szkoły

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA KLASY III SZKOŁY PODSTAWOWEJ

(informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą medyczną)

Nazwisko i imię ucznia data urodz. klasa

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergie)*: NIE, TAK - na co
objawy uczulenia
- używa*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
- przyjmuje leki*: NIE, TAK - jakie
- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK - jakiej

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach*:

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel; długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne - jakie

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK - podać co

Inne uwagi i życzenia rodziców

data

podpis matki lub ojca (opiekuna)

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa - jaka

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej¹⁾

Uzdolnienia

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia - jakie

Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej.

Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej.

Trudności szkolne*: nie występują, występują - jakie

Relacje z rówieśnikami*: prawidłowe, nieprawidłowe - jakie

Inne uwagi

data

podpis wychowawcy

* właściwe podkreślić

¹⁾ wypełnić na podstawie opinii nauczyciela wf



3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cm centyl Masa ciała kg centyl

Wzrok: Ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Widzenie barw*: prawidłowe, nieprawidłowe

Inne zaburzenia**

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie bocznego skrzywienia kręgosłupa

Ciepłota ciała mmHg centyl

Inne uwagi

Data

podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa **
inne odchylenia**

Tarczycza*: prawidłowa, wole

Jama ustna**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_k C C₁ - zalecenia

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach*: TAK, NIE

ZALECENIA

data.....

podpis i pieczęć lekarza.....

* właściwe podkreślić

** wpisać rodzaj odchyleń



pieczęć szkoły

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA KLASY I GIMNAZJUM / KLASY I SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ*

(informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą medyczną)

Nazwisko i imię ucznia data urodz. klasa

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergie)*: NIE, TAK - na co
objawy uczulenia
- używa*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
- przyjmuje leki*: NIE, TAK - jakie
- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK - jakiej

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach*:

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel; częsty długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne - jakie

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK - podać co

Inne uwagi i życzenia rodziców

data podpis matki lub ojca (opiekuna)

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa - jaka

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej ¹⁾

Uzdolnienia

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia - jakie

Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej.

Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej.

Trudności szkolne*: nie występują, występują - jakie

Relacje z rówieśnikami*: prawidłowe, nieprawidłowe - jakie

Inne uwagi

data podpis wychowawcy

* właściwe podkreślić

¹⁾ wypełnić na podstawie opinii nauczyciela wf



3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cm centyl Masa ciała kg centyl

Wzrok: Ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Inne zaburzenia**

Słuch*: test: szeptem, audiometryczny*: prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie*: boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

Ciepłota ciała mmHg centyl

Inne uwagi

data podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki.....

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrostanie*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

Dojrzewanie płciowe** według skali Tannera

Tarczycza*: prawidłowa, wole**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa **

nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia*

Skóra**

Jama ustna**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_k C C₁ - zalecenia

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach*: TAK, NIE
OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK – jakie

ZALECENIA

data..... podpis i pieczęć lekarza.....

* właściwe podkreślić

** wpisać rodzaj odchylenia



pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA
KOŃCZĄCEGO SZKOŁĘ PONADGIMNAZJALNĄ**
(informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą medyczną)

Nazwisko i imię ucznia data urodz. klasa

1. INFORMACJE UCZNIA

Przebyte choroby i urazy w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Czy w ostatnich 6 miesiącach miałeś/aś*:

częste: bóle głowy, brzucha, pleców, szyi, zawroty głowy, zaparcia, biegunki, brak apetytu, zdenerwowanie, przygnębienie; dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, dłu-
gotrwały kaszel, katar, zmiany na skórze, trudności w zasypianiu, lęki,

Uczulenie (alergie) - na co?

Inne dolegliwości i niepokojące objawy - jakie

Czy w ostatnich 3 miesiącach używałeś/aś leków*: NIE, TAK - jakich
z jakiego powodu

Kiedy ostatni raz byłeś/aś badany/a przez lekarza:
z powodu stomatologa

Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK - jakiej
..... z jakiego powodu

Czy masz trudności w szkole*: NIE, TAK - jakie

Czy sądzisz, że Twoje zdrowie jest: BARDZO DOBRE, DOBRE, RACZEJ ZŁE, ZŁE*

**Czy masz jakieś problemy i trudności, o których chciałbyś /chciałabyś/ porozmawiać z leka-
rzem* NIE, TAK; psychologiem* NIE, TAK**

Dotyczy tylko dziewcząt: wiek pierwszej miesiączki lat.....miesiące

Co ile dni występuje miesiączka ile dni trwa

Czy masz w czasie jej trwania dolegliwości*: NIE, TAK - jakie

Czy w bieżącym roku szkolnym uczestniczysz w lekcjach WF*:

SYSTEMATYCZNIE, NIESYSTEMATYCZNIE, JESTEM ZWOLNIONY/A/

Czy uczestniczysz systematycznie w zajęciach ruchowych poza szkołą*:

NIE, TAK - jakich

Czy uważasz, że Twoja sprawność fizyczna jest*: BARDZO DOBRA, DOBRA, DOŚĆ DOBRA, ZŁA

Czy palisz papierosy* - NIE, TAK - ile przeciętnie wypalasz:

dziennie w tygodniu

Czy po skończeniu obecnej szkoły zamierzasz uczyć się dalej*: NIE, TAK -

w jakiej szkole /uczelni:

zawód/kierunek studiów:

data

podpis ucznia

* właściwe podkreślić



3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cm centyl Masa ciała kg centyl

Wzrok: Ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....
Inne zaburzenia**

Ciepłota ciała mmHg centyl

Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF*: A A_s B B_k C C_i

Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej

.....

data podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki.....

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Stan somatyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

.....

Dojrzewanie płciowe** według skali Tannera

.....

Tarczycy*: prawidłowa, wole**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

.....

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa **

nadmierne kifoza piersiowa, inne odchylenia*

Skóra**

.....

Jama ustna**

.....

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

.....

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie

.....

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK – jakie

.....

ZALECENIA

.....

.....

data..... podpis i pieczęć lekarza.....

* właściwe podkreślić

** wpisać rodzaj odchyleń



INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
klasa

w dniu planowane jest:

1. Szczepienie przeciw: chorobie Heinego Medina (poliomyelitis), błonicy i tężcowi, różyczce*/

.....
2. Próba tuberkulinowa, a w przypadku jej ujemnego wyniku – szczepienie przeciw gruźlicy

UWAGA: Szczepienie będzie wykonane tylko po wypełnieniu tej informacji oraz dostarczeniu „Książeczki zdrowia dziecka”.

Część A. – Wypełniają rodzice ucznia

1. Czy dziecko w ciągu ostatniego miesiąca chorowało? NIE – TAK*/ jeśli tak proszę podać:

- na jaką chorobę.....

- jakie otrzymało leki (w tym antybiotyki)

2. Czy dziecko otrzymuje lub otrzymywało w ciągu ostatnich 6 tygodni:

a) inną szczepionkę, w tym odczulającą (przeciwalergiczną) NIE – TAK*/, jeśli tak, proszę podać jaką

b) gammaglobulinę NIE – TAK */

3. Czy u dziecka po poprzednich szczepieniach wystąpiła wysypka lub inne dolegliwości NIE – TAK*/, jeśli tak proszę podać:

- kiedy

- po jakiej szczepionce

- jakie dolegliwości

4. Ewentualne uwagi rodziców (opiekunów)

Wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka.

.....
data

.....
podpis matki lub ojca (opiekuna)

Część B. Kwalifikacja lekarska (wypełnia lekarz po zbadaniu dziecka i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną ucznia)

Stwierdzam, że: 1. Ucznia można szczepić

2. Szczepienie jest przeciwwskazane

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

*/ właściwe podkreślić