



MATERIAŁY SZKOLENIOWE



POLSKIE
CENTRUM
EDUKACJI

II Ogólnopolska Konferencja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej

Warszawa, 26 - 27 sierpnia 2020 r.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA UCZNIA I GABINETU

Dr n. prawnych A. Augustynowicz

Ochrona danych związanych z pacjentem

- Ochrona danych związanych z pacjentem a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodów medycznych (tajemnica zawodowa)
 - określenie zakresu przedmiotowego tajemnicy zawodowej
 - enumeratywnie wskazane wyjątki od obowiązku zachowania tajemnicy
 - zobowiązanie personelu medycznego do jej przestrzegania
 - odpowiedzialność prawna za naruszenie tajemnicy zawodowej,
- Ochrona danych zawartych w dokumentacji medycznej
 - przepisy dotyczące przechowywania dokumentacji medycznej
 - przepisy dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej

Tajemnica zawodowa a opieka zdrowotna nad uczniami

- ▣ Zgodnie z art. 7 ust. 1 Ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r., poz. 1078) osoby sprawujące opiekę zdrowotną nad uczniami są obowiązane do przestrzegania praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w związku ze sprawowaniem tej opieki, w tym związanych ze stanem zdrowia uczniów, oraz poszanowania intymności i godności uczniów w czasie udzielania im świadczeń zdrowotnych.

Dostęp rodziców do informacji

- ▣ Art. 17 ust. 1 ustawy określa zasady współpracy pielęgniarki sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami z rodzicami.
- ▣ Współpraca pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej z rodzicami albo pełnoletnimi uczniami polega na:
 - przekazywaniu informacji o stanie zdrowia i rozwoju psychofizycznym ucznia, terminach i zakresie udzielania świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, możliwościach i sposobie kontaktowania się z osobami sprawującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami;
 - informowaniu i wspieraniu rodziców lub pełnoletnich uczniów w organizacji korzystania ze świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej nad uczniami, w tym profilaktycznych badań lekarskich, badań przesiewowych, przeglądów stomatologicznych oraz szczepień ochronnych, realizacji zaleceń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza dentystry; uczestniczeniu w zebraniach z rodzicami albo zebraniach rady rodziców, w celu omówienia zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów

Prawo nauczyciela do informacji o stanie zdrowia ucznia

- Opieka zdrowotna nad uczniami jest sprawowana we współpracy z rodzicami oraz pełnoletnimi uczniami (art. 3 ust. 4 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami).
- W sprawowaniu opieki zdrowotnej nad uczniami pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje z dyrektorem szkoły, nauczycielami i pedagogiem szkolnym. Zasady tej współpracy określa art. 18 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami.
- Współpraca ta polega na podejmowaniu wspólnych działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz rozpoznanych czynników ryzyka dla zdrowia uczniów danej szkoły.
- W ramach współpracy pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna doradza dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole.
- Na wniosek dyrektora szkoły pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna przedstawia zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów na posiedzeniach rady pedagogicznej, z zachowaniem prawa do tajemnicy o stanie zdrowia uczniów

Dostęp policji, prokuratury, sądu do informacji o stanie zdrowia ucznia

- ▣ Pielęgniarka jako świadek
- ▣ Pielęgniarka jako osobowe źródło informacji
- ▣ Udostępnianie dokumentacji medycznej

Prowadzenie dokumentacji medycznej

- Zgodnie z art. 26 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami podmioty sprawujące opiekę zdrowotną nad uczniami prowadzą dokumentację medyczną zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z zachowaniem wymagań wynikających z ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych
- Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej dotyczącej opieki zdrowotnej nad uczniami określają przepisy wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 grudnia 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (rozdział 5 Dokumentacja prowadzona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki profilaktycznej nad uczniami)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (rozdział 6 Dokumentacja z zakresu opieki profilaktycznej nad uczniami)

Dokumentacja z zakresu opieki nad uczniami

- ▣ Dokumentację z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami stanowi:
 - karta profilaktycznego badania ucznia;
 - dokumentacja indywidualna ucznia prowadzona przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną.
- ▣ Dokumentację z zakresu opieki stomatologicznej nad uczniami stanowi dokumentacja lekarza dentysty udzielającego świadczeń stomatologicznych

Forma prowadzenia dokumentacji medycznej

- ❑ Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej.
- ❑ Dokument prowadzony w jednej z postaci nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.
- ❑ Dokumentację uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie dwa warunki: jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego oraz są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.
- ❑ Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

Wpisy w dokumentacji medycznej

- ❑ Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.
- ❑ Wpisy i zmiany wpisów opatruje się oznaczeniem osoby ich dokonującej zgodnie. Dokumentację podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
- ❑ Dokumentację w postaci papierowej opatruje się własnoręcznym podpisem.

Oświadczenia

- ▣ Oświadczenie pacjenta:
 - o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
 - o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji,
 - o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
złożone w inny sposób niż za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

Udostępnienie dokumentacji medycznej

- ▣ Podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.
- ▣ W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci papierowej lub elektronicznej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy

Formy udostępnienia dokumentacji medycznej

- ▣ do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- ▣ przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- ▣ przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- ▣ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- ▣ na informatycznym nośniku danych.

Formy udostępnienia dokumentacji medycznej

- ▣ Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie na elektronicznym nośniku danych lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
- ▣ Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej

Udostępnienie dokumentacji medycznej - pacjent

- ▣ Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
- ▣ Wątpliwości:
 - Czy udostępnia się dokumentację pacjentowi małoletniemu?
 - Kto może wyrazić upoważnienie?
 - Kto może być upoważniony?
 - W jakiej formie pacjent powinien upoważnić inną osobę?

Udostępnianie dokumentacji medycznej

- ▣ Dokumentacja jest udostępniana także:
 - podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli
 - konsultantom krajowym i jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez Ministra Zdrowia w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie Ministra
 - upoważnionym przez podmiot tworzący osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą

Udostępnianie dokumentacji medycznej – sądy i prokuratury

- ▣ Dokumentacja medyczna udostępnia się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem
- ▣ Zdobywanie dokumentacji przez organy ścigania w postępowaniu karnym może nastąpić wskutek czynności wydania (art. 217 k.p.k.) lub przeszukania (art. 219 k.p.k.)
- ▣ W postępowaniu cywilnym na wniosek sądu udostępniana jest dokumentacja medyczna jeżeli może ona stanowić dowód na fakt istotny dla rozstrzygnięcia sprawy. Nie ma ograniczeń dowodowych.

Udostępnienie dokumentacji medycznej

- ▣ uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- ▣ organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- ▣ zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta.

Udostępnienie dokumentacji medycznej

- ▣ Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych uczestniczące w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny udostępniają dokumentację tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych.
- ▣ Osoby te są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.
- ▣ Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych

Przechowywanie dokumentacji medycznej

- Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres wskazany w przepisach prawa.
- Zgodnie z art. 27 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami dokumentacja jest przechowywana odpowiednio przez:
 - pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną w gabinecie profilaktyki zdrowotnej w szkole lub miejscu udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę, przez okres pobierania przez ucznia nauki w danej szkole;
 - lekarza dentystę.
- W przypadku zmiany szkoły przez ucznia dokumentacja medyczna jest przekazywana, za pokwitowaniem, pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania albo higienistce szkolnej w szkole przyjmującej ucznia.
- Po zakończeniu kształcenia przez ucznia pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna przekazuje, za pokwitowaniem, indywidualną dokumentację medyczną absolwenta zespołowi podstawowej opieki zdrowotnej, sprawującemu nad nim opiekę zdrowotną.

Dziękuję za uwagę



Symptomy zaburzeń psychicznych u dzieci

Barbara Remberk



Zaburzenia psychiczne u dzieci

- Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży ogółem 17% (Wolańczyk 2002)
- Potrzeba interwencji około 9% (Wolańczyk 2002)

Jakie zaburzenia psychiczne najczęściej obserwujemy?

0-3	Przedszkole	Szkoła podstawowa	Gimnazjum/liceum
<p>Opóźnienie rozwoju psychoruchowego</p> <p>Opóźnienie rozwoju mowy</p> <p>Całościowe zaburzenia rozwoju (spektrum autyzmu)</p>	<p>Opóźnienie rozwoju intelektualnego</p> <p>Całościowe zaburzenia rozwoju (autyzm, zespół Aspergera)</p> <p>Zaburzenia lękowe, lęk separacyjny</p> <p>Zaburzenia emocjonalne</p>		<p>Zaburzenia nastroju</p> <p>Zaburzenia adaptacyjne</p> <p>Zaburzenia odżywiania</p> <p>Zaburzenia zachowania</p> <p>Psychozy</p>
		<p>Dysleksja, dysgrafia i inne (SZRUS)</p> <p>ADHD</p> <p>Zaburzenia lękowe</p> <p>Tiki</p> <p>Natręctwa</p> <p>Zaburzenia depresyjne</p> <p>Zaburzenia opozycyjno-buntownicze</p> <p>Niepełnosprawność intelektualna</p>	



Zaburzenia



- Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (SZRUS)
- Zaburzenia nastroju (6-8%)
- Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) (3-5%)
- Zaburzenia odżywiania (5,7% kobiet i 2,2% mężczyzn) + postacie subkliniczne (19,4% kobiet i 13,8% mężczyzn)
- Zaburzenia lękowe
- Spektrum autyzmu (0,5 – 3%, średnio około 1,5%)



Zachowania

- Samookaleczenia
- Zachowania agresywne
- Wypowiedzi samobójcze
- Próby samobójcze
- Odmowa chodzenia do szkoły
- Przemoc szkolna



Elementy postępowania

- Diagnoza
- Czasami uważna obserwacja (watchful waiting)
- Wsparcie psychologiczne
- Psychoterapia
- Trening umiejętności społecznych
- Logopeda itp.
- Reeducacja
- Rehabilitacja
- Współpraca ze szkołą
- Terapia rodzinna, praca z rodziną
- Interwencje systemowe (niebieska karta, przemoc szkolna)
- Psychiatry
- Farmakoterapia



Zaburzenia afektywne

Depresja: podstawowe objawy

- ▶ Nastrój obniżony lub drażliwy
- ▶ Zmniejszone odczuwanie przyjemności
- ▶ Zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość

Przez większość czasu przez większość dni przez minimum dwa tygodnie **zwykle dużo dłużej**

Inne objawy: obniżona samoocena, poczucie winy, zaburzenia snu (skrócenie lub wydłużenie), zmniejszony lub zwiększony apetyt, zaburzenia koncentracji, niechęć do wysiłku, zachowania ryzykowne, myśli i zamiary samobójcze

RZADKO: urojenia, omamy



Depresyjne dziecko – na przykład

- Zwykle objawy rozwijają się miesiącami
- Pogorszenie relacji z rówieśnikami
- Pogorszenie stopni
- Nie chce chodzić na zajęcia dodatkowe bo to „głupie i nudne”
- Nieobecności w szkole
- Zmęczone, rozdrażnione, płacziwe
- Skarży się na bóle brzucha, głowy, pleców i inne
- Nie chce odrabiać lekcji, realizować obowiązków
- Schudło albo przytyło
- Nie może spać albo śpi bardzo dużo
- Ale jeżeli zdarzy się coś miłego to się rozpogadza [*reaktywność nastroju*]



Depresyjny nastolatek – na przykład

- Pogorszenie stopni
- Pogorszenie relacji
- Smutny, zdenerwowany, rozdrażniony
- Nie chce chodzić do szkoły, odrabiać lekcji
- W domu leży w łóżku i ogląda seriale (na przykład)
- Używkami, zachowania ryzykowne
- Samookaleczenia
- Działania samobójcze
- Zaburzenia snu i apetytu

- Ale jeżeli zdarzy się coś miłego to się rozpogadza [*reaktywność nastroju*]

Ocena przesiewowa – depresja

Skala Kutchera, adaptacja Mojs i wsp. 2015

JAKIE MIAŁEŚ/MIAŁAŚ NAJCZĘŚCIEJ ODCZUCIA W ZESZŁYM TYGODNIU?			
1. Smutek, ponury nastrój, przygnębienie, depresję, ogólne zniechęcenie.			
<input type="checkbox"/> a) Prawie nigdy	<input type="checkbox"/> b) Dość często	<input type="checkbox"/> a) Przeważnie	<input type="checkbox"/> a) Zawsze
2. Brak wiary w siebie, złe samopoczucie, poczucie bezużyteczności i beznadziejności; wrażenie, że rozczarowujesz innych lub nie jesteś dobrym człowiekiem.			
<input type="checkbox"/> a) Prawie nigdy	<input type="checkbox"/> b) Dość często	<input type="checkbox"/> a) Przeważnie	<input type="checkbox"/> a) Zawsze
3. Wyczerpanie fizyczne, zmęczenie, brak energii, brak motywacji, poczucie, że nie radzisz sobie ze sprawami, które dotąd nie sprawiały Tobie kłopotów, chęć odpoczynku lub pozostania w łóżku.			
<input type="checkbox"/> a) Prawie nigdy	<input type="checkbox"/> b) Dość często	<input type="checkbox"/> a) Przeważnie	<input type="checkbox"/> a) Zawsze
4. Poczucie, że życie jest ciężkie, brak dobrego samopoczucia w sytuacjach, w których wcześniej zwykle czułeś/czowałaś się dobrze, brak przyjemności w sytuacjach, w których dotąd odczuwałeś/odczuwałaś szczęście.			
<input type="checkbox"/> a) Prawie nigdy	<input type="checkbox"/> b) Dość często	<input type="checkbox"/> a) Przeważnie	<input type="checkbox"/> a) Zawsze
5. Uczucie zmartwienia, zdenerwowania, paniki, napięcia, poirytowania, niepokoju.			
<input type="checkbox"/> a) Prawie nigdy	<input type="checkbox"/> b) Dość często	<input type="checkbox"/> a) Przeważnie	<input type="checkbox"/> a) Zawsze
6. Czy myślałeś, planowałeś lub robiłeś coś związanego z samobójstwem lub samookaleczeniem.			
<input type="checkbox"/> a) Prawie nigdy	<input type="checkbox"/> b) Dość często	<input type="checkbox"/> a) Przeważnie	<input type="checkbox"/> a) Zawsze

○ Ocena przesiewowa – myśli i zamiary samobójcze. Skala Columbia

<http://cssrs.columbia.edu/>

Jest wersja polska, szczegóły za chwilę



Depresja – postępowanie w skrócie – na podstawie rekomendacji NICE

- Czynniki ryzyka, zagrożenie rozwojem depresji
- Epizod depresji łagodny
- Epizod depresji umiarkowany
- Epizod depresji ciężki

- Epizod depresji ciężki z objawami psychiatrycznymi
- Epizod depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej



Czynniki ryzyka, zagrożenie rozwojem depresji

- ▶ Oddziaływania wspierające
- ▶ Obserwacja czy nie rozwija się depresja lub inne zaburzenia psychiczne



Epizod depresji łagodny

- Uważna obserwacja (watchful waiting)
- Wsparcie psychologiczne
- Grupowa terapia poznawczo-behawioralna (według rekomendacji; u nas w praktyce taka, jaka jest dostępna)

Według rekomendacji NICE leczenie może prowadzić lekarz POZ, w Polsce raczej psycholog



Epizod depresji umiarkowany

- Psychoterapia
- Do rozważenia farmakoterapia
- Pod opieką psychiatrycznego systemu opieki zdrowotnej, w trybie ambulatoryjnym
- Myśli samobójcze – patrz dalej



Epizod depresji ciężki, epizod depresji z objawami psychiatycznymi, zaburzenie afektywne dwubiegunowe

- ▶ Konieczne leczenie specjalistyczne, niekiedy szpitalne



Objawy psychotyczne

Urojenia (nieprawdziwe przekonania)

Omamy (stuki, dźwięki, głosy, dotyk, smak, rzadko wizje)

Odczuwane jako realne

- Rzadko u młodzieży, bardzo rzadko u dzieci
- Dlatego mogą pozostać niezauważone



Urojenia – na przykład

- Wszyscy mnie obgadują i się ze mnie śmieją (to może być też prawda, oczywiście)
- Ktoś mnie obserwuje (zaklejanie kamerki w telefonie, zastanianie okien, mówienie szeptem)
- „Kiedy idę ulicą mam wrażenie, że wszystko jest „pode mnie”, tak jak bym był główną postacią”
- „Kiedy wychodzę z psem, staram się nie myśleć o niczym, bo ktoś może myśli odczytać”
- „Kot zabiera mi myśli z głowy”
- „Ale jak skończymy tę rozmowę, to pani mnie zabije, tak?”



Omamy – na przykład

- „słyszałem pod prysznicem jak się na mnie namawiają”
- „Słyszę głosy, rozmowy”
- „Słyszę wołanie choć nikogo nie ma”
- „Kiedy idę korytarzem, słyszę co ludzie myślą”
- „telewizor się popsuł, ma taki dziwny dźwięk”
- „rodzice dodają coś do jedzenia bo ma inny smak”



Raczej objawy innego typu

- ▶ Niewidzialny dla innych przyjaciół
- ▶ Objawy, które występują tylko w niektórych okolicznościach
- ▶ Objawy barwnie opisywane przez pacjenta, które nie są widoczne w zachowaniu



Objawy maniakalne (zaburzenie afektywne dwubiegunowe)

- Bardzo rzadkie u dzieci, u młodzieży zdecydowanie rzadsze niż depresja
- Zwiększona aktywność, wesoły, gadatliwy, towarzyski
- Rozdrażniony, agresywny
- Szybko i dużo mówi
- Porządki, zakupy, nowi przyjaciele, zwiększenie libido
- Podwyższone poczucie własnej wartości, jest świetny, wszystko może
- Skrócenie snu

Pzebieg epizodyczny



Ocena samookaleczeń



Definicja samookaleczenia

- celowe, niezagrażające życiu, nieakceptowane społecznie dokonanie uszkodzenia lub zniekształcenia swojego ciała
- 17-18% nastolatków z populacji ogólnej
- 40-80% nastolatków z zaburzeniami psychicznymi
- Uporczywe samookaleczenia około 6,5% (Costa et al. 2020)



Postępowanie

- Ocena sytuacji medycznej (czy jest konieczność zaopatrzenia ran itp.)
- Czy samookaleczenie było elementem próby samobójczej? (ZAZWYCZAJ NIE)
- Ocena sytuacji pacjenta (czy jest ofiarą przemocy, zaniedbania, czy leczy się psychiatrycznie)
- W typowym przypadku
 - Samookaleczenie nie jest stanem bezpośredniego zagrożenia
 - Postępowaniem z wyboru jest psychoterapia



Ocena zagrożenia samobójstwem

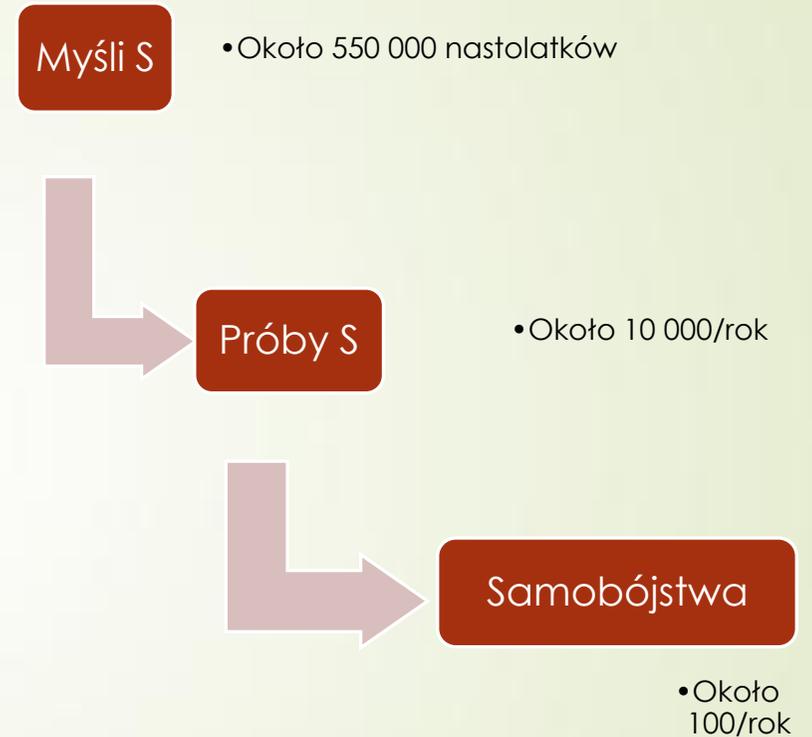


Ocena zagrożenia samobójstwem

- Samobójstwo jest drugą co do częstości przyczyną zgonu u młodzieży i młodych dorosłych
- W 2019 roku (statystyki Komendy Głównej Policji)
 - 4 samobójstwa u dzieci do 12 roku życia
 - 94 samobójstwa w grupie wiekowej 13-18

Ale..

- Myśli samobójcze występują u kilkunastu procent nastolatków
- Prób samobójczych jest kilkadziesiąt-sto razy więcej niż samobójstw dokonanych
- Około 100 samobójstw dokonanych rocznie





Czyli

- Częsty objaw
- Zwykle wymaga pomocy psychologicznej, w trybie planowym
- Czasami **śmiertelnie niebezpieczny**

Ocena ryzyka samobójstwa (patrz skala Columbia Suicide Severity Rating Scale)

- 1. Pragnienie śmierci** (np. z przyczyn naturalnych)
- 2. Myśli samobójcze** (ale bez konkretów)

3. Aktywne myśli samobójcze z uwzględnieniem jakichkolwiek metod (bez planu) bez zamiaru faktycznego popełnienia samobójstwa.

4. Aktywne myśli samobójcze z jakimś zamiarem faktycznego popełnienia samobójstwa, bez konkretnego planu.

5. Aktywne myśli samobójcze z konkretnym planem i zamiarem

6. Zachowania samobójcze



Czynniki ryzyka samobójstwa

- Zaburzenia psychiczne
- Wcześniejsze próby samobójcze
- Niekorzystne czynniki środowiskowe
- Doświadczenia traumatyczne
- Niekorzystna sytuacja życiowa
- Impulsywność

- Choroby psychiczne w rodzinie, samobójstwa w rodzinie



Czynniki dotyczące próby samobójczej

- ▶ Samobójstwo rozumiane jako jedyny sposób zakończenia obecnego cierpienia
- ▶ Przygotowania
- ▶ Wybór niebezpiecznej metody
- ▶ Wybór miejsca i czasu

<http://www.stowarzyszenie-integracja.pl/>

**Co NAUCZYCIEL
POWINIEN WIEDZIEĆ
O SAMOOKALECZANIU SIĘ
I ZACHOWANIACH SAMOBÓJCZYCH
MŁODZIEŻY**

**AGNIESZKA CZECHOWSKA
ANNA GAWKOWSKA
ŁUKASZ SZOSTAKIEWICZ**

Wstęp

Szkoła, jako instytucja, w której dzieci i młodzież spędzają wiele godzin każdego dnia, ma wyjątkową rolę w **zapobieganiu** problemom zdrowia psychicznego, w tym **zachowaniom autoagresywnym i samobójczym**.

Odpowiednie przygotowanie systemu szkolnego stwarza znaczną szansę na poprawę funkcjonowania i odporności psychicznej populacji szkolnej. Mowa nie tylko o identyfikacji znaków ostrzegawczych i interwencji, ale też o tworzeniu pozytywnego środowiska i dostarczaniu programów i zasobów, które odpowiadają na potrzeby społeczno-emocjonalne uczniów.

Najnowsze doniesienia naukowe pokazują, że adekwatne programy profilaktyki w szkole są jednym z czterech elementów, które na pewno zmniejszają ryzyko samobójstw wśród młodzieży.

Głównym **celem** tego opracowania jest uwrażliwienie na problem zachowań autoagresywnych i samobójczych wśród uczniów oraz **dostarczenie wiedzy potrzebnej do tworzenia strategii profilaktycznych oraz procedur** na potrzeby konkretnej szkoły.

Nie sugerujemy, że istnieje jeden prawidłowy model. Biorąc pod uwagę różnorodność populacji uczniów, zasoby szkoły oraz ograniczenia, **każda szkoła powinna mieć własną procedurę**, która wykorzystywałaby dostępne w środowisku możliwości.

Procedura powinna opierać się na **opisie i diagnozie** sytuacji. Powinna być **precyzyjna** i określać, **co, przez kogo, jak często, gdzie, kiedy** powinno być zrobione.

Procedury zabezpieczają przed reagowaniem w sposób emocjonalny, zgodny z wartościami (subiektywnymi) danej osoby i jej

Opracowanie ułatwi
przygotowanie procedur
profilaktycznych
na potrzeby szkoły.

<http://www.stowarzyszenie-integracja.pl/documents/Samookaleczenia%20i%20samob%20C3%B3jstwa%20w%20C5%9Br%20C3%B3d%20m%20C5%82odzie%20C5%BCy.pdf>



Podsumowanie





Wskazania do natychmiastowej konsultacji na Izbie Przyjęć lub SOR, nie wolno zostawiać dziecka samego

- Stan bezpośrednio po próbie samobójczej
- Przerwana próba samobójcza
- Deklaracje podjęcia działań samobójczych
- Dezorganizacja zachowania, brak logicznego kontakt, zachowania gwałtowne (mogą być różne przyczyny; raczej SOR pediatryczny)
- Gwałtownie narastająca dezorientacja
- Działania gwałtowne/ryzykowne pod wpływem objawów psychiatrycznych



Wskazania do pilnej konsultacji psychiatrycznej

- ▶ Objawy nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia, ale uniemożliwiają dziecku funkcjonowanie, na przykład
 - ▶ Epizod depresji ciężki
 - ▶ Nasilone lęki
 - ▶ Nasilone natręctwa
 - ▶ Gwałtowne chudnięcie, częste wymioty u osób z zaburzeniami odżywiania
 - ▶ Objawy maniakalne
 - ▶ Objawy psychotyczne



Psychoterapia i inne oddziaływania niefarmakologiczne postępowaniem z wyboru

Między innymi

- Epizod depresji łagodny
- Samookaleczenia
- Specyficzne zaburzenia trudności szkolnych –
oddziaływania systemu edukacji
- Zaburzenia lękowe
- Zaburzenia spektrum autyzmu, jeżeli jest diagnoza
- Zaburzenia opozycyjno-buntownicze



Konieczne podjęcie działań systemowych (zawiadomienie Policji, Sądu Rodzinnego, Niebieska Karta)

- Przemoc w rodzinie
- Przemoc szkolna
- Przemoc seksualna

Ale także

- Absencje szkolne
- Brak współpracy w leczeniu



Dziękuję



II Ogólnopolska Konferencja Pielęgniarek Szkolnych Warszawa 26-27 sierpnia 2020

**ZMIANY W PROFILAKTYCZNEJ OPIECE
ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI
SKĄD IDZIEMY I DOKĄD ZMIERZAMY**

**ANNA OBLACIŃSKA
INSTYTUT MATKI I DZIECKA**



**Instytut
Matki i Dziecka**



OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI - STULECIE OD HIGIENY SZKOLNEJ DO PROMOCJI ZDROWIA

Celem wykładu jest przedstawienie

- Wyzwań na tle czynników zdrowotno-społecznych
- Przesłań i koncepcji systemu opieki
- Regulacji prawnych
- Trudności/sytuacji problemowych

w opiece zdrowotnej nad uczniami w ostatnim stuleciu w Polsce

oraz

**Umiejscowienia i roli pielęgniarki/higienistki szkolnej
w systemie tej opieki**

POCZĄTKI HIGIENY SZKOLNEJ W EUROPIE KONIEC XIX WIEKU

- **Wyzwanie**
- **Rozwój higieny szkolnej jako nauki datuje się od drugiej połowy XIX wieku, kiedy zaczęto w niektórych krajach wprowadzać obowiązek nauczania powszechnego**

- **Przesłanie:**

Obciążenie szkoły jako miejsca nabywania wad bądź „rozsadnika” chorób, lecz równocześnie zauważenie problemu higieny szkoły i zdrowia uczniów

- **Zainteresowanie higienistów szkolnych:**
- **Mikroklimat szkoły: oświetlenie, wietrzenie, ogrzewanie izb szkolnych, wyposażenie (ławki i tablice)**
- **Higiena procesu nauczania (metody oceny zmęczenia,, klasyfikacja trudności różnych przedmiotów nauczania, wzorcowe rozkłady zajęć szkolnych)**
- **Pierwsze próby oceny stanu zdrowia uczniów (ocena stanu wzroku, wad postawy, rozpowszechnienia chorób zakaźnych)**

POCZĄTKI HIGIENY SZKOLNEJ W EUROPIE PRZEŁOM XIX I XX WIEKU

- Najwcześniej **stanowiska lekarzy szkolnych** powoływano w miastach Szwajcarii, Belgii i Francji. Ich praca opierała się na zasadach tzw. wiesbadeńskiego systemu opieki (Niemcy 1897) – badania okresowe stanu zdrowia uczniów, bez następujących po nich działań naprawczych
- Pierwsza szkolna poradnia **dentystyczna** – Strasburg 1902
- Początek zatrudniania **higienistek szkolnych** – inicjatywa dr Oebecke z Wrocławia (1908r), Niemcy, Anglia (1700 higienistek szkolnych w 2019 roku)

PRZEŁOM WIEKÓW XIX I XX POLSKA

Przesłanie i wyzwania

- Na tle form opieki w Europie Zachodniej, sytuacja polskich szkół wyjątkowo trudna ze względu na utratę wpływu na organizację szkolnictwa pod zaborami
- Po raz pierwszy w Polsce **obowiązek szkolny** wprowadziła Izba Edukacji Publicznej w Księstwie Warszawskim w 1808
- Formy organizacji opieki wynikały ze **społecznej inicjatywy lekarzy, pedagogów lub rodziców**, głównie w szkołach prywatnych i społecznych w zaborze rosyjskim i austriackim
- Dr Stanisław Markiewicz, Stanisław Kopczyński, Jerzy Szmurło – w Warszawie
- Dr Eugeniusz Piasecki – we Lwowie, dr Henryk Jordan – w Krakowie
- Dr Tadeusz Żuliński (autor **pierwszego polskiego podręcznika higieny szkolnej**)
Higjena szkolna, wydanie pośmiertne, do druku przygotowane i uzupełnione przez K. Grabowskiego, Kraków 1886 r.
- **Rola i znaczenie kultury fizycznej** w wychowywaniu i kształceniu dzieci

PRZEŁOM WIEKÓW XIX I XX POLSKA

- **Ożywienie działalności naukowej**
- Odwołanie się do działalności Komisji Edukacji Narodowej - „pierwszego ministerstwa oświaty w Europie” KEN wskazywała nauczycieli jako odpowiedzialnych za higienę w szkole i ochronę zdrowia uczniów
- Odwołanie się do koncepcji Jędrzeja Śniadeckiego – „*O fizycznym wychowaniu dzieci*” sprzed 100 lat !(1805)
- Obrady Międzynarodowych Zjazdów Higieny Szkolnej. W tym samym czasie (1906r.) powstało pierwsze Koło Lekarzy Szkolnych przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich
- Badania dotyczące stanu sanitarnego budynków szkolnych
- Pierwsze przedstawienie wyników **badania rozwoju fizycznego dzieci szkolnych – tablice dr Wiktoryna Kosmowskiego (1894)**
- **Higienistki szkolne**
- Brak informacji o pracy w szkołach higienistek przed rokiem szkolnym 1917/18

DWUDZIESTOLECIE MIĘDZYWOJENNE POCZĄTEK ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH

- 7 lutego 1919 wydano dekret o obowiązku szkolnym; wprowadzał on obowiązkową 7-letnią szkołę powszechną dla wszystkich dzieci od 7 do 14 lat na terenie całej Polski
- **Wyzwania**
- w Polsce po stratach ludności wywołanych I wojną światową czynnikiem wzmacniającym zainteresowanie zdrowiem młodego pokolenia była **sytuacja demograficzna i zdrowotna** polskiego społeczeństwa
- zachorowania na **gruźlicę** i profilaktyka w tym zakresie w środowisku szkolnym
- Problem **niedożywienia** i konieczności organizowania dożywiania dzieci w szkołach
- Dostrzeżenie bezpośredniego związku choroby z warunkami zewnętrznymi, w jakich przebywa uczeń – **uwarunkowania środowiskowe**
- Odnowienie **infrastruktury szkolnej** (woda do picia, szatnia, sanitariaty, sala do ćwiczeń fizycznych)
- Zorganizowanie jednolitej struktury opieki profilaktycznej nad uczniami w oparciu o **system wiesbadeński**

DWUDZIESTOLECIE MIĘDZYWOJENNE POCZĄTEK ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH

- **Przesłania**
- Określanie zadań szkoły polskiej przez Kazimierza Sosnowskiego w wydanej w 1917 r. pracy „Szkoła jako krzewicielka kultury zdrowotnej i energii twórczej”. Po raz pierwszy u progu niepodległości Polski pojawiło się pojęcie „**kultury zdrowotnej szkoły**”
- Szkoła jako instytucja, której zadaniem jest kształtowanie kultury zdrowotnej społeczeństwa – dr Marcin Kacprzak **Propaganda higieny przez szkołę**, „Zdrowie” 1929
- Równouprawnienie higieny szkolnej i ćwiczeń fizycznych
- Placówki szkolne na otwartym powietrzu (na bazie sanatoryjnej, w uzdrowiskach) – **prekursory „zielonych szkół”?**
- Połączenie propagowania zdrowia przez szkołę z realizowaną w niej **edukacją zdrowotną**
- Klemens Sokal, lekarz, uważał **higienę szkolną za samodzielną dziedzinę nauk medycznych**, obejmującą fizjologię i patologię rozwoju fizycznego i umysłowego ucznia, higienę otoczenia oraz organizację opieki lekarsko-higienicznej, był jednym z twórców specjalności lekarskiej higiena szkolna

DWUDZIESTOLECIE MIĘDZYWOJENNE POCZĄTEK ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH

- **Koncepcja i system opieki zdrowotnej nad uczniami**

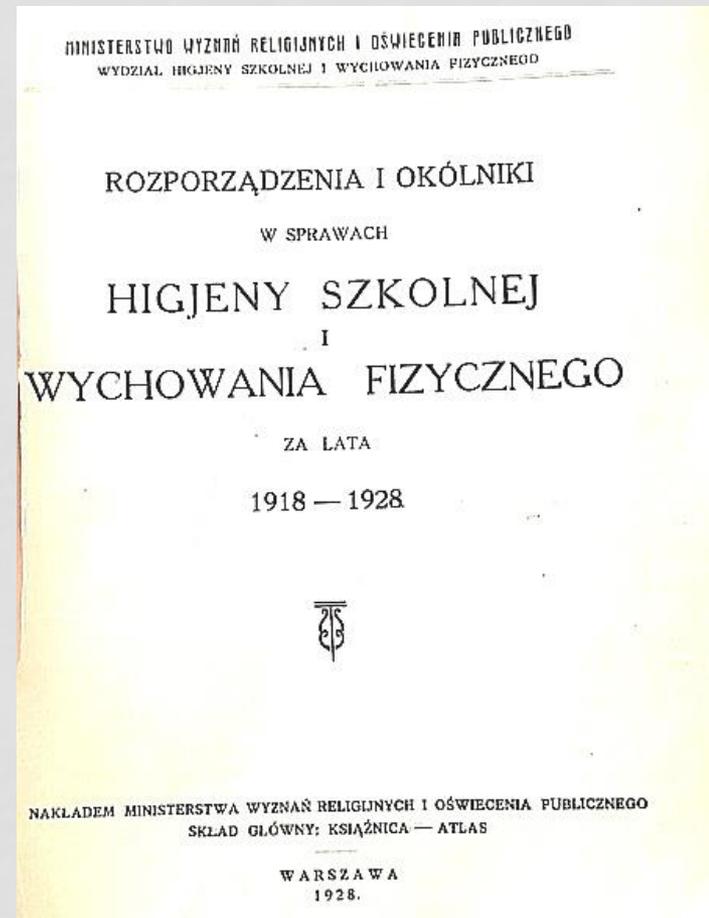
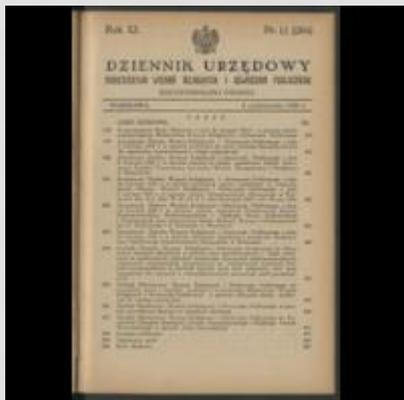
Troska „o zdrowie, rozwój fizyczny i schludność uczniów” oraz dbałość o warunki, w jakich przebiega nauczanie i wychowanie

- 15 stycznia 1918 r. powstał Referat Higieny Szkolnej w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego (MWRiOP) – naczelnik dr S. Kopczyński
- Systemowe wprowadzenie opieki w państwowych szkołach średnich i seminariach nauczycielskich
- Zadania lekarza szkolnego: bieżący nadzór sanitarny nad szkołą, badania okresowe i wykrywanie chorób u uczniów oraz udzielanie im doraźnej pomocy w razie zachorowania lub wypadku – nadal system wiesbadeński, bez opieki czynnej
- Zniesienie w latach 30-tych etatów dla lekarzy szkolnych i zastąpienie ich kontraktami znacznie pogorszyło opiekę
- **Problemy, niedociągnięcia systemu**

Faworyzowanie uczniów szkół średnich, znacząco zaniedbując potrzeby zdrowotne uczniów szkół powszechnych, zwłaszcza wiejskich

DWUDZIESTOLECIE MIĘDZYWOJENNE REGULACJE PRAWNE

- „Instrukcja dla lekarzy szkolnych w zakładach naukowych średnich męskich i żeńskich, ułożona przez komisję międzyministerialną do spraw higieny szkolnej”, Dziennik Urzędowy Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego Królestwa Polskiego” (DU MWRiOP KP) 1918



DWUDZIESTOLECIE MIĘDZYWOJENNE ROLA HIGIENISTEK SZKOLNYCH

- Pierwsze polskie higienistki szkolne zaczęły pracować w szkołach warszawskich w roku szkolnym 1917/1918 z inicjatywy J. Szmurły, naczelnego lekarza szkół miejskich
- Po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. ustanowione **stanowisko pracy higienistki szkolnej zostało potwierdzone** przez ówczesne Ministerstwo Oświecenia Publicznego i Wyznań Religijnych. Wydany został regulamin ich pracy, rozpoczęto kształcenie higienistek
- Liczba higienistek zatrudnionych w Polsce w okresie międzywojennym wahała się w granicach kilkuset, dotyczyło to głównie dużych miast
- W 1932 r. w szkołach powszechnych w miastach pracowało zaledwie 200 higienistek szkolnych, jako służby pomocniczej – wykonywanie zarządzeń lekarzy szkolnych
- W okresie międzywojennym opiekę nad uczniami rozciągały również uczennice i absolwentki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa
- Dr K. Sokal, zwolennik oddzielenia działań profilaktycznych od leczenia chorych uczniów był zwolennikiem **wiodącej roli higienistki i pielęgniarki szkolnej** w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami

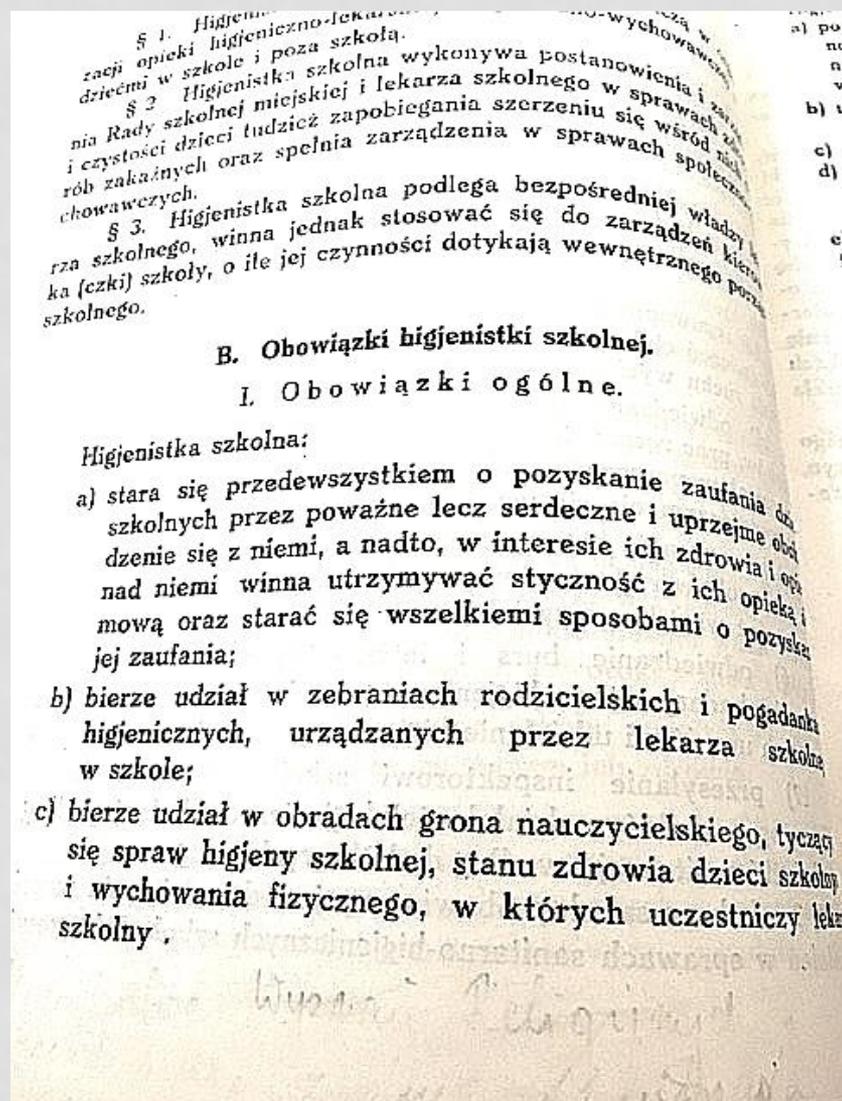
DWUDZIESTOLECIE MIĘDZYWOJENNE REGULAMIN DLA HIGIENISTEK SZKÓŁ POWSZECHNYCH

- **Cele i zadania higienistki szkolnej**
- Pełni służbę pomocniczą w organizacji opieki higieniczno-lekarskiej i społecznej nad dziećmi w szkole i poza szkołą
- Powołana jest do wykonywania zarządzeń wydawanych przez lekarzy szkolnych, w sprawach zdrowia, czystości dzieci tudzież zapobiegania szerzeniu się wśród nich chorób zakaźnych oraz spełnia zarządzenia w sprawach społeczno-wychowawczych
- Podlega bezpośrednio władzy lekarza szkolnego, winna jednak stosować się do zarządzeń kierownika/czki szkoły o ile jej czynności dotyczą wewnętrznego porządku szkolnego

OBOWIĄZKI HIGIENISTKI SZKOLNEJ

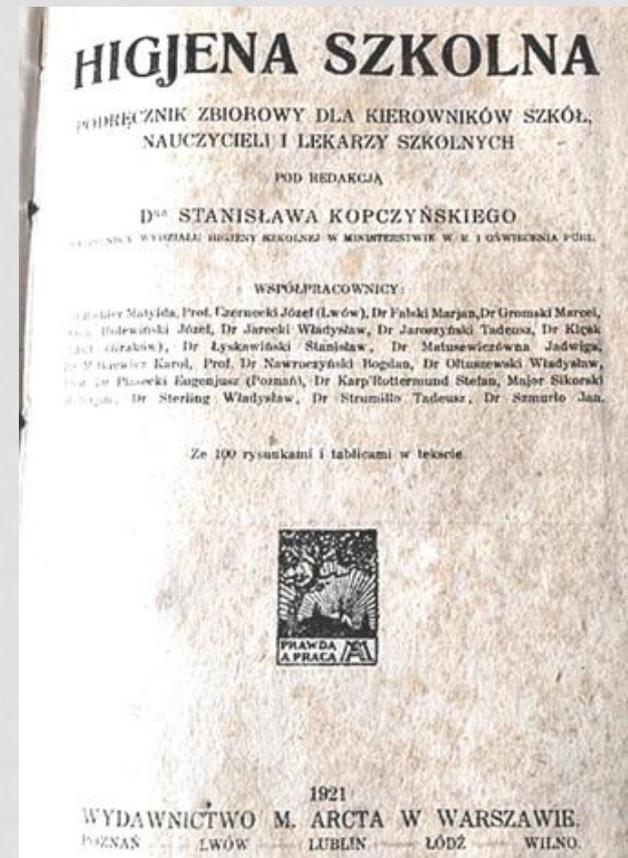
Obowiązki ogólne

Wciąż aktualne!



DWUDZIESTOLECIE MIĘDZYWOJENNE TEORETYCZNE PODSTAWY HIGIENY SZKOLNEJ

- Ustalenie normatywów budownictwa szkolnego
- Metodyka pracy lekarzy szkolnych
- Wychowanie zdrowotnej i fizyczne uczniów
- Praca zbiorowa pod redakcją S. Kopczyńskiego „Higiena szkolna” wydanie 1921 i 1933; 818 stron



ODBUDOWA HIGIENY SZKOLNEJ PO II WOJNIE ŚWIATOWEJ

Pierwszy okres 1945-1952 w oparciu o wzorce międzywojenne

Wyzwania

- Ratowanie dzieci podupadłych na zdrowiu w okresie wojny
- Zapobieganie chorobom zakaźnym, zwłaszcza gruźlicy
- Zwalczanie wszawicy
- Powszechne w szkołach dożywianie uczniów, łącznie z podawaniem tranu
- Badania okresowe uczniów

Problemy organizacyjne

- Duże zróżnicowanie i podziały międzyresortowe: szkoły średnie ogólnokształcące – resort oświaty, szkoły podstawowe – resort zdrowia, szkoły zawodowe – resorty przemysłowe

LATA PIĘĆDZIESIĄTE

DRUGI OKRES POWOJENNEGO ROZWOJU HIGIENY SZKOLNEJ

- **Regulacje prawne**
- *Uchwała nr 789/52 Prezydium Rządu z dnia 10 września 1952 r. w sprawie opieki higieniczno-lekarskiej nad uczącymi się dziećmi i młodzieżą – podporządkowanie opieki zdrowotnej w szkołach jednemu resortowi - zdrowia*
- **Przesłania i koncepcja opieki**
- Uzyskanie przez ogół uczniów dostępu do opieki zdrowotnej oraz wyraźne określenie jej profilaktycznego kierunku
- Podstawy naukowe higieny szkolnej – powstanie w Instytucie Matki i Dziecka Pracowni Medycyny Szkolnej w 1954 r.
- Pod koniec lat 50-tych zaczęły powstawać **pomaturalne szkoły higienistek szkolnych**
- Rola higienistki szkolnej i pielęgniarki szkolnej jako pracownika pomocniczego, podległego lekarzowi przetrwała oficjalnie do połowy lat 80-tych XX wieku

LATA 60. – 80. XX WIEKU

ROLA I EWOLUCJA ZAWODU HIGIENISTKI SZKOLNEJ

- Dr K. Sokal, zwolennik oddzielenia działań profilaktycznych od leczenia chorych uczniów był zwolennikiem wiodącej roli higienistki szkolnej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami
- W latach 60. poszerzono program rocznego kształcenia higienistki szkolnej o problemy zdrowotne uczniów oraz higienę środowiska szkolnego i procesu nauczania
- W szkołach polskich w latach siedemdziesiątych pracowało ponad 4000 higienistek szkolnych
- W 1986 r. w ramach unifikacji średnich zawodów medycznych podjęto decyzję o zaniechaniu kształcenia w zawodzie higienistki szkolnej. Ostatnie absolwentki pomaturalnego studium ukończyły naukę w 1989 r
- Obecnie w Polsce aktywnych zawodowo jest około 300 higienistek szkolnych
- W Polsce od 1998 r. działa Ogólnopolskie Stowarzyszenie Higienistek Dyplomowanych Medycyny Szkolnej z siedzibą w Gdańsku, a w 2001r. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pielęgniarek szkolnych z siedzibą w Szczecinie

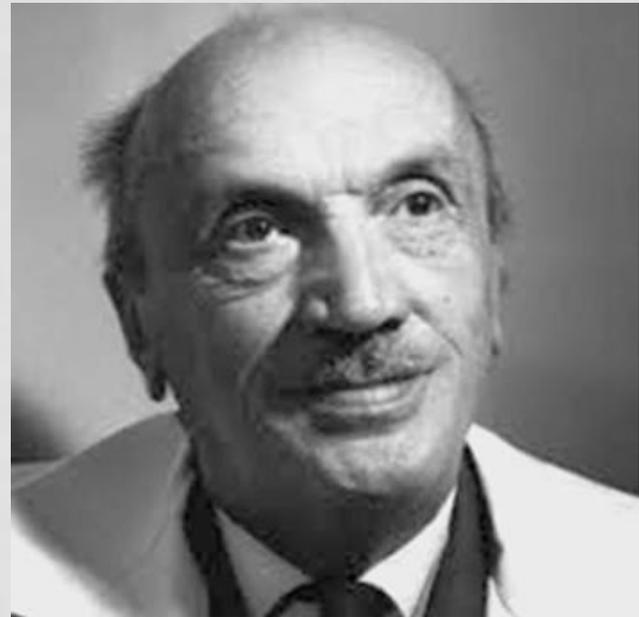
LATA PIĘĆDZIESIĄTE RÓŻNE KONCEPCJE CZOŁOWYCH MEDYKÓW DLA OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI

- **Prof. Marcin Kacprzak**
- Środowisko szkolne należy traktować nie tylko jako fizyczne, ale jako społeczne
- „Dziecko powinno wyjść ze szkoły zdrowsze niż do niej przyszło, w szkole musi być wychowane w zasadach higieny i uświadomione o indywidualnej i społecznej wartości zdrowia”
- Orędownik stworzenia oddzielnej specjalizacji dla lekarzy szkolnych (stworzono w 1961)



LATA PIĘĆDZIESIĄTE RÓŻNE KONCEPCJE CZOŁOWYCH MEDYKÓW DLA OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI

- **Prof. Jan Bogdanowicz**
- Głównym ogniwem opieki nad dzieckiem szkolnym powinien być „domowy pediatra”, zapewniający każdemu uczniowi pomoc w środowisku rodzinnym, opieka lekarsko-higieniczna w szkole ma mieć charakter populacyjny, zapewniający właściwe warunki rozwoju i wychowania
- Przesłanie zrealizowane 30 lat później?



MEDYCYNĄ SZKOLNA

LATA 1963-1975

- **Wyzwania i przesłania**
- Wdrożenie **poradnictwa czynnego** w oparciu o „grupy dyspanseryjne” odpowiadające najczęściej występującym w wieku szkolnym odchyleniom w stanie zdrowia
- Wprowadzenie elementów orzecznictwa dla potrzeb szkolnych (dojrzałość szkolna, poradnictwo zawodowe, kwalifikacja do WF i sportu szkolnego)
- Lekarz szkolny i gabinet stomatologiczny w wielu szkołach
- Powstanie wojewódzkich przychodni medycyny szkolnej (wg koncepcji K. Sokala) – działalność metodyczno-organizacyjna
- Powstanie poradni medycyny szkolnej (wg koncepcji i inicjatywy dr S. Radiukiewicza)
- Powstanie w Instytucie Matki i Dziecka zakładu Medycyny Szkolnej jako centralnego ośrodka naukowego i badawczego

ZAKŁAD MEDYCYNY SZKOLNEJ W INSTYTUCIE MATKI I DZIECKA

- **Dr Jerzy Serejski**
- Współtwórca medycyny szkolnej w Polsce
Założyciel i Kierownik Zakładu Medycyny Szkolnej (1969 – 81)
- Konceptyjne i empiryczne podstawy metodyki bilansów zdrowia oraz czynnej opieki medycznej nad populacją szkolną
- Z jego inicjatywy rozpoczęto prace nad stworzeniem zmodyfikowanego systemu opieki zdrowotnej nad uczniami, które pod kierunkiem Prof. Barbary Woynarowskiej zaowocowały wdrożeniem tego systemu w Polsce w 1992 roku



MEDYCYNA WIEKU ROZWOJOWEGO (1976-1990)

- **Wyzwania**

- Przyjęcie koncepcji, która traktuje kompleksowo okres życia od poczęcia do osiągnięcia dojrzałości (18 r.ż.)
- Rekomendowana przez WHO filozofia zdrowia i jego promocji w oparciu o szkołę promującą zdrowie
- Przewidywane reformy opieki zdrowotnej w Polsce

- **Przesłania**

- Przesunięcie górnej granicy wieku z 14. na 18 r. ż., będącego punktem zainteresowania pediatrów
 - Kompleksowy program profilaktyczny dla całej populacji (**badania przesiewowe i bilanse zdrowia**) – wczesna diagnostyka odchyleń w stanie zdrowia i rozwoju oraz ich leczenie i rehabilitacja, **badanie uczniów co rok**
 - Połączenie funkcji lekarza szkolnego i pediatry – powstanie tzw. rejonów pediatryczno-szkolnych
- **Regulacje prawne**
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki społecznej z dnia 24 czerwca 1976 r. w sprawie Powszechnych badań lekarskich dzieci i młodzieży. (Dz.U.1976. Nr 25, poz. 150)

MEDYCYNA WIEKU ROZWOJOWEGO I ZMODYFIKOWANY SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI (OSTATNIE 20-LECIE XX WIEKU (OSTATNIE 20-LECIE XX WIEKU))

- **Wyzwania i Przesłania**
- Aktywne włączenie się w opiekę zdrowotną , obok służby zdrowia i szkoły, samego ucznia i rodziców. Większa indywidualizacja opieki, a jednocześnie upodmiotowienie ucznia
- Przewartościowanie tradycyjnego układu lekarz szkolny – **pielęgniarka szkolna, dając jej rolę lidera w bezpośredniej opiece zdrowotnej w szkole**, w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej
- Powierzenie **lekarzowi pełnienia zadań poza szkołą w opiece nad uczniem w zdrowiu i chorobie** (w tym udział lekarzy rodzinnych), a więc „pediatra domowy” według koncepcji prof. Jana Bogdanowicza

ZMODYFIKOWANY SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI (OSTATNIA DEKADA XX WIEKU)

- **Koncepcja pochodzi ze strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich” i koncepcji promocji zdrowia**
- Podmiotem zainteresowania medycyny szkolnej jest cała populacja szkolna
- Główny kierunek działań – profilaktyka pierwotna i promocja zdrowia
- Szkoła powinna być środowiskiem wspierającym zdrowie i zmierzać do tworzenia szkoły promującej zdrowie
- **Regulacja prawna**
- 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)
- W szkole: testy przesiewowe, szczepienia ochronne, profilaktyka fluorkowa próchnicy zębów



Prof. Barbara Woynarowska

LATA 80-TE I 90-TE XX WIEKU ROZKWIT PIELEŃNIARSTWA SZKOLNEGO

- Do specyfiki pracy w szkole pielęgniarki były przygotowywane przez pracownice tworzącego się w latach 70. nadzoru terenowego higieny szkolnej – doświadczone **instruktorki pielęgniarstwa szkolnego** zatrudnione w **Poradniach Medycyny Szkolnej** we wszystkich 49 ówczesnych województwach
- W 1985 r. pielęgniarki szkolne, stanowiące wówczas 80% średniego personelu medycznego szkół otrzymały **status pielęgniarki środowiskowej**, równocześnie uznano równowartość przygotowania zawodowego higienistek szkolnych do pracy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami
- W 1987 i 1998 roku został przygotowany i wdrożony przez Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka, pod kierunkiem prof. Barbary Woynarowskiej **kurs kwalifikacyjny**. Nowoczesny program kursu, złożonego ze 150 godzin wykładów i ćwiczeń, w czasie sesji stacjonarnych oraz 40 godzin staży praktycznych, zakończonego egzaminem komisyjnym teoretycznym i praktycznym oraz obroną pracy badawczej
- W 1992r. 2/3 pielęgniarek i higienistek szkolnych w Polsce miała już ukończony kurs kwalifikacyjny

LATA 80-TE I 90-TE XX WIEKU ROZWÓJ ZAWODOWY I NAUKOWY PIEŁĘGNIARSTWA SZKOLNEGO

- W 1992 roku opracowano, wydano i rozprowadzono szereg materiałów metodycznych, m.in. „**Metodykę pracy środowiskowej pielęgniarki/higienistki szkolnej** w szkole podstawowej i ponadpodstawowej”
- W 1993 r. 42 pielęgniarki szkolne – 49 wojewódzkich instruktorek medycyny szkolnej rozpoczęło 2 letnią **specjalizację z zakresu pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania**, wg programu opracowanego w Instytucie Matki i Dziecka.
- W 1997-1999 opracowano **nowe programy kursów kwalifikacyjnych i specjalizacji** dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania zgodnie ze standardami kształcenia opracowanymi w CKPPiP
- Nowe ustawodawstwo pozwoliło pielęgniarkom na usamodzielnienie zawodu. Powstały niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej organizowane i prowadzone przez pielęgniarki zatrudniające lekarzy, pielęgniarki i higienistki szkolne

PRZEŁOM WIEKÓW XX I XXI ZAŁAMANIE SYSTEMU PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI

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 1992r., które określało dotychczasowe zasady udzielania uczniom świadczeń zdrowotnych. Skutkowało to:

- Brakiem standardów określających kwalifikacje i procedury postępowania zapewniające jakość opieki zdrowotnej nad uczniami
- Likwidacją prawie wszystkich placówek nadzoru na poziomie wojewódzkim i większości terenowych poradni medycyny szkolnej
- Rezygnacją z zatrudniania znacznego odsetka pielęgniarek szkolnych
- Przestał istnieć Krajowy Zespół Konsultanta w dziedzinie Medycyny Szkolnej
- W 1999 roku zlikwidowano specjalizację lekarską z medycyny szkolnej

PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI NA POCZĄTKU XXI WIEKU - REAKTYWACJA

- **Wyzwania**
- 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
- Opracowanie **standardów** w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
- Opracowanie materiałów metodycznych pomocnych w sprawowaniu tej opieki
- Utrzymanie **koncepcji** opieki, według której 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
- **Niwelowanie nierówności** w dostępie uczniów do profilaktycznej opieki zdrowotnej, a tym samym zmniejszanie nierówności w zdrowiu

PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI NA POCZĄTKU XXI WIEKU - REAKTYWACJA

- **Cele i główne kierunki działań**
- Wspieranie rozwoju i edukacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym
- □ Współdziałanie na rzecz ochrony i promocji zdrowia uczniów
- Powiązanie opieki zdrowotnej z programami profilaktyki i promocji zdrowia w szkole oraz realizowanie jej w ścisłej współpracy z pracownikami szkoły i rodzicami uczniów
- **Elementy systemu**
- 1. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami sprawowana przez:
 - pielęgniarkę /higienistkę szkolną w gabinecie profilaktycznym w szkole
 - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w zakładzie opieki zdrowotnej
 - 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 POZ w zakresie opieki zdrowotnej nad uczniami
- 4. Monitorowanie stanu zdrowia uczniów oraz zabezpieczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami
- **Regulacja prawna**
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. 2003, Nr 130, poz. 1196)

PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI NA POCZĄTKU XXI WIEKU - REAKTYWACJA

- **Problemy, niedociągnięcia systemu**
- **Najłabsze ogniwa** systemu: brak jednolitego nadzoru merytorycznego, profilaktyczna opieka stomatologiczna
- Utrzymujące się **nierówności** w dostępie do opieki profilaktycznej najbardziej dotyczą uczniów szkół wiejskich, zasadniczych szkół zawodowych oraz szkół specjalnych
- Zmniejszanie się i „**starzenie**” **kadry** pielęgniarskiej ale także lekarskiej
- Coraz mniejszy odsetek **uodpornienia biernego** przeciw chorobom zakaźnym dzieci i młodzieży szkolnej (wycofanie ze szkół szczepień ochronnych w 2007 r – przyczyna – skutek??)
- W 2015 roku **zlikwidowano** specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania

PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI NA POCZĄTKU XXI WIEKU - REAKTYWACJA

- **Wyzwanie na koniec 2 dekady XXI wieku**

Uwaga! Podniesienie rangi zawodu pielęgniarki szkolnej, poprawa finansowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w szkole oraz lepszy dostęp tej grupy zawodowej do szkoleń i podnoszenia kwalifikacji wydają się być czynnikami niezbędnymi do pozyskania do tego zawodu młodszych, wykształconych kadr pielęgniarskich

2019 ROK: USTAWA O OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI LEK NA WSZYSTKIE PROBLEMY?

- **Wyzwania**
- Ujęcie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami całościowo i wyznaczenie jednolitych standardów - dotychczas uregulowania dotyczące tej opieki znajdowały się w wielu aktach prawnych o różnej randze
- Określenie zasady współpracy i wymiany informacji pomiędzy personelem medycznym, rodzicami, dyrekcją szkoły i organami prowadzącymi placówkę
- Uregulowanie kwestii opieki stomatologicznej
- Uregulowanie nadzoru i monitorowania opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach wszystkich typów
- **Regulacja prawna**
- Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019 poz. 1078)

USTAWA O OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI LEK NA WSZYSTKIE PROBLEMY?

- „Jednym z głównych założeń nowych przepisów jest określenie **koordynującej roli pielęgniarki szkolnej**. Ustawa wyznacza pielęgniarkom i higienistkom szkolnym bardzo odpowiedzialną rolę – to profilaktyczna opieka nad uczniami, ale też **integracja wszelkich działań podejmowanych dla zdrowia dzieci**. Chodzi o dobrą współpracę wszystkich osób i instytucji zaangażowanych w sprawowanie opieki nad uczniem – lekarzy, rodziców, nauczycieli, pedagogów, dyrektora szkoły, władz samorządowych. Współdziałanie ma służyć zdrowiu dzieci, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej”

(Józefa Szczurek-Żelazko, v-ce Minister Zdrowia, 2019 r)

2020 r. Jesteśmy na początku tej drogi, w trudnych czasach pandemii, dokąd nas ona zaprowadzi?

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ



**„Monitorowanie opieki
zdrowotnej nad uczniami.
Rola i zadania
Instytutu Matki i Dziecka”**

{ mgr **Wisława Ostre**ga,
Instytut Matki i Dziecka
Warszawa 2020

**USTAWA z dnia 12 kwietnia 2019 r.
o opiece zdrowotnej nad uczniami**

Dz. U. 2019 poz. 1078

Rozdział 5

Art. 23. 1. Zadania w zakresie monitorowania opieki zdrowotnej nad uczniami wykonują:

1) wojewodowie;

2) Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, zwany dalej „Instytutem” – na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. W zakresie, o którym mowa w ust. 1, wojewoda przetwarza i gromadzi informacje o realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami pozyskane w ramach statystyki publicznej.

3. Do zadań Instytutu, w zakresie, o którym mowa w ust. 1, należy:

1) analiza informacji gromadzonych w ramach statystyki publicznej (MZ-06) i ocena realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami;

W celu przeprowadzenia oceny realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami na stronie internetowej Instytutu udostępniono kwestionariusz ankiety do wypełniania przez pielęgniarki i higienistki szkolne.

2) opracowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 30 kwietnia następnego roku, corocznej informacji o realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami (raport z MZ-06);

3) proponowanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kierunków zmian w opiece zdrowotnej nad uczniami;

Ewentualne zmiany w profilaktycznej opiece zdrowotnej zostaną zaproponowane po przeprowadzeniu szczegółowej analizy obecnego systemu i jego efektywności oraz po ocenie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych uczniów.

4) proponowanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kierunków zmian w kształceniu zawodowym osób sprawujących opiekę zdrowotną nad uczniami;

Należy rozważyć przywrócenie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania oraz zweryfikowanie treści kursów kwalifikacyjnych.

Konieczne jest też wprowadzenie do kształcenia lekarzy treści związanych z profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami oraz z „bilansami zdrowia”

5) opiniowanie programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami;

Programy kształcenia lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek szkolnych oraz pielęgniarek POZ powinny zawierać spójne treści i ujednoliconą metodykę wykonywania bilansów zdrowia oraz procedur opieki nad uczniami z problemami zdrowotnymi.

6) współpraca z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania w zakresie opracowywania i opiniowania programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia dla podmiotów działających na rzecz zapewnienia warunków realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić przeprowadzenie badania w zakresie oceny jakości opieki zdrowotnej nad uczniami.

W celu realizacji powyższych zadań Instytut Matki i Dziecka podejmuje współpracę z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych oraz ze stowarzyszeniami naukowymi.

www.imid.med.pl

www.medycynaszkolna.imid.med.pl

e-mail:

medycyna.szkolna@imid.med.pl

tel: 22 32 77 410

{
st. asystent, mgr Wiesława Ostreǵa
Pracownia Medycyny Szkolnej
Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży
Instytut Matki i Dziecka

Blanka Zientek, psycholog szkolny w Zespole Szkół w Pruszkowie, terapeutka zajęciowa, psycholog społeczny, trener umiejętności psychologicznych i biznesowych, mediator ds. karnych, cywilnych, gospodarczych i karnych z nieletnim sprawcą czynu karalnego

Agresywne dziecko czy dziecko zachowujące się agresywnie w określonej sytuacji?

Agresja:

w psychologii **agresją** określa się zachowanie ukierunkowane i intencjonalnie na zewnątrz lub do wewnątrz, mającego na celu spowodowanie szkody fizycznej lub psychicznej.

Zaś **agresja instrumentalna** to utajone działanie, które wbrew pozorom nie ma na celu zadanie komuś bólu, a uzyskanie korzyści cudzym kosztem. Osoba używająca agresji instrumentalnej widzi tylko swój cel i działa wszelkimi możliwymi „instrumentami”, aby go osiągnąć. Agresja instrumentalna to najczęściej schemat zachowania wywodzący się z dzieciństwa np.: kiedyś w przeszłości ta osoba jako dziecko szantażujące rodziców uzyskiwała swój cel.

Zachowanie człowieka zależy od:

Czynników środowiska _____ *Dyspozycji osoby*

(Behawioryzm-Skinner)

(Psychoanaliza-Freund)

Możliwe przyczyny agresywnych zachowań:

- Kompleksy.
- Brak poczucia akceptacji i miłości. A nawet poczucie odrzucenia i niskiej wartości,
- Traumatyczne zdarzenia,
- Trudne zmiany,
- Zwrócenie na siebie uwagi.
- Odreagowanie nieprzyjemnych emocji,
- Frustracji potrzeby kontaktu społecznego,
- Zahamowania lub nadpobudliwości psychoruchowej,
- Poczucie zagubienia, braku bezpieczeństwa i niezaspokojenia potrzeby miłości,
- Permanentnego poczucia winy i braku nadziei.
- Redukcja napięcia, wołanie o pomoc, wyrażenie własnej bezradności czy zagubienia.
- W domu jest bardzo dużo napięcia. Rodzice się kłócą, rozwodzą,
- Kłopoty. W domu ktoś jest chory, rodzina ma problemy finansowe.
- Niedobory snu. Sen jest powszechną potrzebą, a wcześniejsze badania uwypukliły poważne konsekwencje poznawcze i fizjologiczne zakłóconego lub skróconego snu.

- Powielanie wzorców z życia codziennego (szacunek lub jego brak do drugiej osoby, odreagowanie nieprzyjemnych emocji na mniejszym, metody radzenia sobie z własną złością).
- Dziecko agresywne jest bardzo często dzieckiem przestraszonym, zranionym lub odosobnionym. Agresją próbuje ono wypełnić braki pozostawione w innych strefach
- Niskie poczucie własnej wartości, spowodowane niewielką ilością pozytywnych informacji zwrotnych od najbliższych. Najpierw ważni są tylko rodzice, później rodzice i inne bliskie osoby (przyjaciele, trener itp.)
- Czynniki zmian rozwojowych np.: wiek adolescencji. Agresja, jako cecha immanentna, może się pojawić w wyniku porażki odniesionej podczas każdego z kryzysów rozwojowych.
- ? Nadmiar cukru i mięsa w diecie, anaboliki znajdujące się w mięsie. ?

Agresja jest słabością. Dowodem na to, że dziecko nie umie poradzić sobie z własnymi uczuciami.

To co wpływa na myśli, uczucia i zachowania człowieka.

Kompleks- zbiór myśli, słów, wyobrażeń silnie skojarzonych z pewną inną ważną i silnie zabarwioną emocjonalnie myślą, która zwykle bywa wyparta ze świadomości, stłumiona (myśl taką zwie się niekiedy *jądrem kompleksu*). Kompleksy są sposobem spostrzegania i oceniania. Kompleksy powodują agresje jak ludzie.

Niedobór- jest to brak, niedostatek czegoś np.; umiejętności społecznych.

Typy trudnych sytuacji

1. **Sytuacja deprywacji**, gdy dochodzi do *braku* podstawowych elementów do normalnego funkcjonowania człowieka.
2. **Sytuacja przeciążenia**, gdy trudność zadania jest na granicy sił fizycznych lub umysłowych, ale ich nie przekracza
3. **Sytuacja utrudnienia**, gdy możliwość wykonania zadania jest mniejsza z powodu pojawienia się elementów dodatkowych. Zbędnych w tym momencie.
4. **Sytuacja konfliktowa** gdy człowiek znajduje się w polu działania sił przeciwstawnych.
5. **Sytuacja zagrożenia**, gdy występuje prawdopodobieństwo naruszenia cennej wartości.

Wartości w życiu społecznym to zbiór **norm** i idei postępowania uznane przez społeczeństwo za pożądane i cenne. Hierarchicznie uporządkowany układ tych wartości tworzy system wartości społecznych, który wyznacza standardy indywidualnej drogi życia w ramach społeczeństwa.

Zasoby człowieka: Można rozpoznać zasoby wewnętrzne i zewnętrzne.

Zasoby osobiste (wewnętrzne) to te wszystkie rzeczy, cechy, umiejętności, kontakty międzyludzkie, które pomagają nam żyć i dzięki którym możemy lepiej radzić sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Sprzyjają one również ogólnemu rozwojowi. Zasoby to inaczej siły, mocne strony, które posiada w sobie człowiek.

Zasoby zewnętrzne: mają swoje źródła poza daną osobą (np. środki finansowe, osoby w instytucjach, posiadanie rodziny, przyjaciół itp.

Chęć działania:

Samodyscyplina- jest umiejętnością, którą warto w sobie wypracować, aby sięgać do niej w każdej chwili, nawet wtedy, kiedy nie będziemy mieli motywacji.

Motywacja- jest zmienna i jest uczuciem wywołanym przez motywator

Wspólną sprawą dorosłych jest „pomaganie dzieciom w rozwoju, aby stały się kim mogą” (Korczak)

Gdy widzimy przyczynę zachowania, nasza komunikacja interpersonalna z uczniami, postępowanie

z uczniami agresywnymi powinno być oparte na zaspokojeniu potrzeb, udzieleniu wsparcia, próbie wyrównaniu niedoborów lub mikroedukacji.

Chcąc komunikować się w konstruktywny sposób, należy skupić się na zachowaniach dziecka, zastanowić się o jakich trudnościach mogą one świadczyć, ustalić jak można mu pomóc. Takiej rozmowie powinien towarzyszyć szacunek rozmówców.

Edukacja interpersonalna

1. Komunikacja werbalna i poza werbalna. Znaczenie, wady i zalety.
2. Proces.
 - Myśl kodowana przez Nadawcę.
 - Kanał, szumy i bariery.
 - Dekodowanie i interpretowanie przez Odbiorcę
 - Reakcja zwrotna.

Inne przeszkody np.: uszy von Thuna

Każda wypowiedź niesie wiele informacji, jest jakby pakietem informacyjnym. Wyróżniamy 4 płaszczyzny wypowiedzi – można powiedzieć, że słuchamy nie dwoma, a „czworgiem uszu” : rzeczowym, apelowym, ujawniającym siebie, relacyjnym.

„Apteczka”:

pytania, parafrazy i klaryfikację.

Dobra atmosfera i wzajemny szacunek to dwa podstawowe warunki dobrej komunikacji interpersonalnej.

Co Panie/Panowie możecie zrobić aby stworzyć dobrą atmosferę i okazać uczniowi szacunek?

- .
-
- .

A może:

1. Zadbać o poczucie bezpieczeństwa u ucznia i swobodne wyrażanie myśli.
2. Udzielenie wsparcia, współczucia lub empatycznej radości.
3. Zapytać co słyhać i z uwagą wysłuchać odpowiedzi.
4. Ujawnić „kawałek siebie”
5. Należy pamiętać, dlaczego mamy jedno usta i parę uszu.
6. Zwrócona w kierunku ucznia postawa ciała, kontakt wzrokowy.
7. Komunikat typu Ja zamiast typu Ty
8. Zgodność komunikacji werbalnej i pozawerbalnej.
9. Cierpliwe wysłuchanie wypowiedzi do końca.
10. Reguła spójności. Skupienie się na problemie, wspólne określenie co jest istotą sprawy i nie przeskakiwanie na poboczne wątki.
11. Słuchanie i analizowanie argumentów drugiej strony.
12. Mówienie zrozumiałym językiem. Unikanie fachowego żargonu.

Postępowanie:

Gdy dziecko przejawia zachowania agresywne, nie wolno ich tak po prostu zabronić.

Należy poszukać przyczyny i pokazać konsekwencje agresywnego zachowania, dać szansę na wymyślenie metody naprawienia szkody (sprawiedliwość naprawcza) i zadość uczynienia.

Jeżeli sędzia prowadzący sprawę, widzi szansę na porozumienie się stron, przyspiesza zakończenie sprawy, wierząc w wychowawcze oddziaływanie mediacji, mając na uwadze dobro stron odsyła sprawę do mediacji.

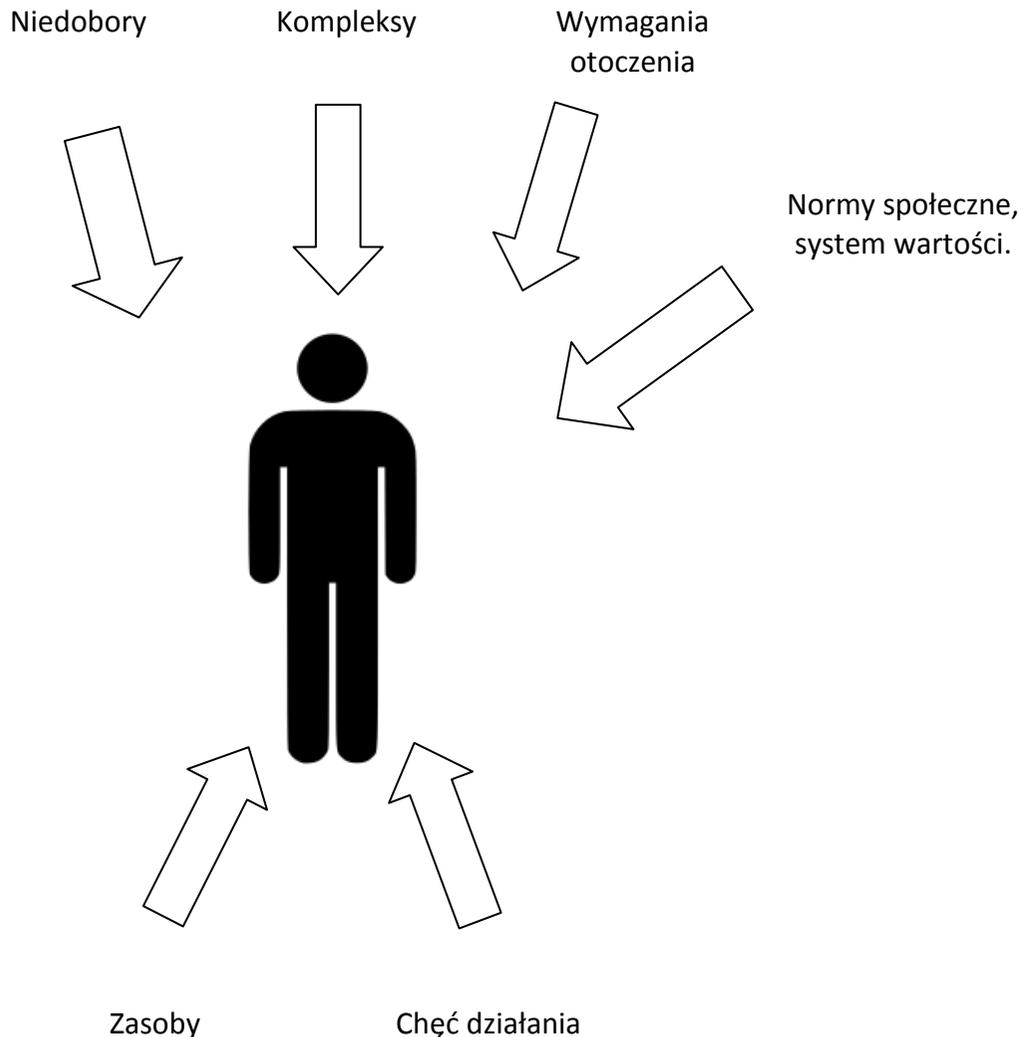
Zgodnie z Art.3.§1. W sprawie nieletniego należy kierować się przede wszystkim jego dobrem, dążąc do osiągnięcia korzystnych zmian w osobowości i zachowaniu się nieletniego oraz zmierzając w miarę potrzeby do prawidłowego spełniania przez rodziców lub opiekuna ich obowiązków wobec nieletniego, uwzględniając przy tym interes społeczny.

✓ korzyści

1. Uświadomienie nieletniemu i zrozumienie przez niego wagi popełnionych czynów, czy wyrządzonej krzywdy.
2. Możliwość nakłonienia nieletniego do zmiany swojego postępowania i unikania podobnego nagannego zachowania w przyszłości.

3. Możliwość zadośćuczynienia poprzez nieletniego pokrzywdzonemu wyrządzonej krzywdy, np.; przeproszenie, wyrażenie skruchy, naprawienie szkody, wykonanie określonych świadczeń.
4. Szansa na łagodniejsze potraktowanie nieletniego przez sąd rodzinny w przypadku wykonania przez niego płynących z ugody zobowiązań.
5. Mediacja jest dla stron bezpłatna. Koszty postępowania w sprawach nieletnich ponosi Skarb Państwa.
6. Udział w postępowaniu przed sądem, przed prokuratorem czy inną instytucją może powodować u dzieci lęk i niezrozumienie.
7. Zmniejszenie skutków wiktylizacji pierwotnej i wtórnej. Wiktylizacja pierwotna to proces stawania się ofiarą w wyniku popełnienia przestępstwa, czego konsekwencją jest wyrządzenie przez sprawcę szkody ofierze. Wiktylizacja wtórna, kiedy ofiara przestępstwa ponownie doznaje krzywdy i cierpienia wskutek niewłaściwych procedur procesowych.

Komunikacja interpersonalna z uczniami, postępowanie z uczniami agresywnymi.



Agresywne dzieci:

Kim są?

Co jest przyczyną ich myśli, uczuć i zachowań?

Cel:

Porozumienie

- Dialog
- Wysłuchanie i udzielenie wsparcia.
- Zaspokojenie potrzeb np.; akceptacji
- Nauka np.; norm akceptowanych społecznie.
- Inne...

Dzieci, które potrzebują miłości w największym stopniu, zawsze proszą o nią w najbardziej pozbawiony miłości sposób.

WSPÓLPRACA PIEŁĘGNIARKI ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA Z DYREKCJĄ SZKOŁY I PERSONELEM PEDAGOGICZNYM



Jolanta Zając, Przewodnicząca Komisji ds. Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania, Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku. Dyrektor NZOZ „, PROFIL – MED.” MEDYCYNĄ SZKOLNA

WSPÓŁPRACA PŚNiW

- Współpraca – zdolność tworzenia więzi i współdziałania z innymi, umiejętność pracy w grupie na rzecz osiągnięcia wspólnych celów, **umiejętność zespołowego wykonywania zadań i wspólnego rozwiązywania problemów.**

WSPÓŁPRACA PŚNiW

- Współpraca i współdziałanie prowadzą do tworzenia **wewnętrznych więzi** wśród członków grupy, jak też **rodzą ich poczucie tożsamości** z zespołem, co zapewnia **trwanie i sprawne funkcjonowanie** tego zespołu na rzecz **osiągania wspólnych celów** jego członków.

WSPÓŁPRACA PŚNiW

Nawiązanie partnerskich relacji opartych na
DIALOGU I WZAJEMNYM ZROZUMIENIU



WSPÓŁPRACA PŚNiW

Tworzenie współpracy do długotrwałości i skomplikowany proces, a jego przebieg w dużej mierze zależy od nas.

Wymaga dużego zaangażowania licznej grupy osób i precyzyjnego zaplanowania wszelkich działań.

WSPÓŁPRACA PŚNiW

- Należy podejmować liczne przedsięwzięcia mające na celu zintegrowanie się ze społecznością szkolną;
 - DYREKCJĄ SZKOŁY
 - GRONEM PEDAGOGICZNYM
 - PERSONELEM SZKOŁY
 - UCZNIAMI
 - RODZICAMI.

WSPÓŁPRACA PŚNiW

Umiejętność pracy w grupie to jedna z ważnych cech, które mają szczególne znaczenie dla we współpracy międzyresortowej.

Efektywne działanie w grupie zależy od m.in.:

- wsłuchiwanie się w oczekiwania współpracowników, wyartykułowanie własnych oczekiwań,

WSPÓŁPRACA PŚNiW

- konstruktywnego rozwiązywania problemów i konfliktów,
- określenia obszaru działania takiego, aby nie wchodzić w zakres zadań i kompetencji innych.



ZASADY WSPÓŁPRACY W GRUPIE

- Najważniejsze **zasady współpracy w grupie** to:

Zdolność formułowania jasnych wypowiedzi i słuchania komunikatów wysyłanych przez rozmówców – to kompetencja niezbędna niemal w każdym zawodzie. Aby ją rozwijać, warto np. zastanawiać się nad tym, jak współpracownicy mogą interpretować nasze wypowiedzi. Dobrze jest także upewniać się, czy właściwie zrozumieliśmy to, co mieli nam do zakomunikowania.

ZASADY WSPÓŁPRACY W GRUPIE

- **Realizowanie celów zespołowych**

Aby skutecznie pracować w grupie, nie możemy dbać wyłącznie o własny interes.

Przyjęcie takiej postawy utrudnia realizację celów, które można osiągnąć dzięki współdziałaniu.

ZASADY WSPÓŁPRACY W GRUPIE

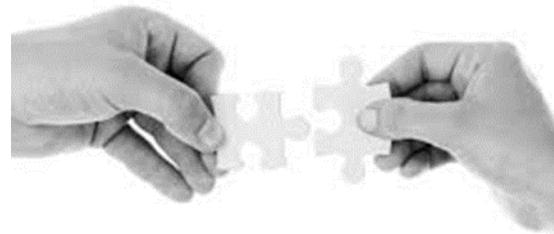
- **Sumienne wykonywanie powierzonych zadań**

Zespół pracowników można porównać do maszyny, w której awaria jednej części prowadzi do unieruchomienia całej struktury.



ZASADY WSPÓŁPRACY W GRUPIE

- Pracując w grupie, musimy rzetelnie i na czas wywiązywać się ze swoich zobowiązań, ponieważ w przeciwnym razie spowodujemy opóźnienia- zaburzenia pracy innych.



ZASADY WSPÓŁPRACY W GRUPIE

- **Uczciwość**

Ujawnianie informacji, które nie powinny być znane osobom postronnym czy dyskredytowanie nielubianego członka zespołu – to zachowania uniemożliwiające efektywne wykonywanie zadań.

ZASADY WSPÓŁPRACY W GRUPIE

- **Okazywanie zaufania**

Podęjrzliwość jest kolejną przeszkodą na drodze do realizacji celów w zespole.

Warto dać kredyt zaufania współpracownikom. Nadmierna ostrożność, podęjrzliwość i zamknięcie na pozostałych członków grupy utrudnia współdziałanie.

ZASADY WSPÓŁPRACY W GRUPIE

- **Budowanie przyjaznej atmosfery**

O efektach pracy decyduje także jakość stosunków panujących pomiędzy członkami zespołu.

Życzliwość, szczerłość i chęć niesienia pomocy – to postawa, którą warto przyjmować w środowisku pracy.

ZASADY WSPÓŁPRACY W GRUPIE

- **Bycie otwartym na oczekiwania i sugestie współpracowników.**
- **Pracę w grupie utrudniają także despotyczne zachowania i brak pokory. Wspólne cele można osiągnąć wyłącznie dzięki podjęciu dialogu. Kilka osób dostrzega znacznie więcej niż jedna – warto wykorzystywać ten potencjał.**

ZASADY WSPÓŁPRACY W GRUPIE

- **Formułowanie informacji zwrotnych**

W efektywnym współdziałaniu pomaga także konstruktywna krytyka oraz udzielanie pochwał, składanie podziękowań.

Formułowanie tego typu komunikatów nie leży wyłącznie w gestii liderów. **Dobrze, jeśli wszyscy członkowie zespołu wzajemnie się motywują.**

ZASADY WSPÓŁPRACY W GRUPIE

- **Branie odpowiedzialności za podejmowane działania**

Ważne też, żeby być świadomym konsekwencji własnych decyzji. **Nie można przenosić odpowiedzialności na inne osoby lub uwarunkowania, jeśli popełniło się błąd.**

ZASADY WSPÓŁPRACY W GRUPIE

Jedną z kompetencji umożliwiających współdziałanie jest zdolność pokonywania trudności. **Nie warto zniechęcać się, gdy napotykamy przeszkody na swojej drodze.**

OCZEKIWANIA DYREKCJI SZKOŁY I PERSONLU PEDAGOGICZNEGO

- Udzielania pierwszej pomocy, opieki nad chorymi w szkole.
- Dokonywania przeglądów higieny osobistej uczniów
- Przekazywania informacji o stanie zdrowia i higieny uczniów, higieny środowiska szkolnego

OCZEKIWANIA DYREKCJI SZKOŁY I PERSONLU PEDAGOGICZNEGO

- Udziału w planowaniu, realizacji i ewaluacji edukacji zdrowotnej oraz programów profilaktyki i promocji zdrowia; prowadzenia edukacji zdrowotnej pracowników i rodziców

OCZEKIWANIA DYREKCJI SZKOŁY I PERSONLU PEDAGOGICZNEGO

- Obecności w czasie trwania pracy szkoły, informacji o harmonogramie i organizacji swojej pracy
- Współpracy z radą pedagogiczną, dyrekcją, pedagogiem, nauczycielami, innymi pracownikami szkoły

OCZEKIWANIA DYREKCJI SZKOŁY I PERSONLU PEDAGOGICZNEGO

- Nadzorowania żywienia uczniów kompetencji, znajomości przepisów prawnych dotyczących spraw zdrowia. Zaangażowania, wiarygodności, życzliwości i kultury bycia.

OCZEKIWANIA PIELEGNIARKI ŚNiW

- Zrozumienia zadań pielęgniarki lub higienistki szkolnej i pomocy w ich realizacji
- Akceptacji, uznania kompetencji pielęgniarki do samodzielnego wykonywania zadań i autonomii w organizacji pracy; dostrzegania i doceniania korzyści z jej pracy

OCZEKIWANIA PIELEGNIARKI ŚNiW

- Uznania pielęgniarki lub higienistki szkolnej za partnera w planowaniu, realizacji i ewaluacji programów: edukacji zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia
- **Zapewnienia warunków do pracy (gabinet, wyposażenie, zabezpieczenie dokumentacji)**

OCZEKIWANIA PIELEGNIARKI ŚNiW

- Zapraszania do udziału w posiedzeniach rady pedagogicznej, zebraniach rodziców
Umożliwienia udziału w wewnątrz szkolnym doskonaleniu nauczycieli
- Dobrego przepływu informacji między pielęgniarką lub higienistką szkolną a dyrekcją i nauczycielami

WSPÓŁPRACA Z DYREKCJĄ SZKOŁY

DYREKCJA SZKOŁY:

Przekazanie skierowania do pracy (dni i godziny pracy)

Gdańsk, dniar.

Sz. Pani
KAROLINA NOWAK

Dyrektor

Szkoły Podstawowej Nr

Gdańsk, ul. Skarpowa

Niepubliczny Zakład Opieki ZdrowotnejNAZWA ZAKŁADU..... w Gdańsku, działając zgodnie z zawartą umową z Pomorskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia informuje, że opiekę nad uczniami w roku szkolnym 2019/2020 sprawować będzie Pielęgniarka/Higienistka szkolna Pani

W dniach **Poniedziałek; Piątek;**

Od godz. **07:30**..... do godz. **15:05**.....

Po dostarczeniu aktualnej liczby uczniów z nr PESEL, dni i godziny pracy pielęgniarki mogą ulec zmianie. Jednocześnie informuję, iż pielęgniarka/higienistka szkolna zobowiązana jest 1x w miesiącu dostarczyć do Dyrektora zakładu sprawozdanie z realizacji świadczeń za dany miesiąc, jest to wymóg Narodowego Funduszu Zdrowia oraz uczestniczyć w odprawach personelu w wyznaczonym terminie.

Z wyrazami szacunku

PIECZĘĆ I PODPIS DYREKTORA ZAKŁADU

WSPÓŁPRACA Z DYREKCJĄ SZKOŁY

Przekazanie/ omówienie planu pracy pielęgniarki (określenie zadań do zrealizowania, określenie wstępnych terminów realizacji, sposobu realizacji, oczekiwań co do współpracy,)



PLAN PRACY PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ

PIECZĘĆ GABINETU PROFILAKTYKI ZDROWITNEJ

Gdańsk, dn.1września 2020r.

PLAN PRACY PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ W SZKOŁĘ PODSTAWOWEJ ...

NA ROK SZKOLNY 2020/2021

1. Zgromadzenie i uporządkowanie dokumentacji zdrowotnej uczniów.
2. Współpraca z Dyrekcją Szkoły i Personelem Pedagogicznym w sprawach zdrowotnych uczniów.
3. Wykonanie i interpretacja badań przesiewowych w ramach lekarskich badań profilaktycznych u uczniów klas :
 - u wszystkich uczniów, z wyłączeniem uczniów powtarzających klasę, u których w ubiegłym roku szkolnym były wykonane badania przesiewowe i profilaktyczne badanie lekarskie, miesiące realizacji październik i listopad bieżącego roku,

PLAN PRACY PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ

I u uczniów, którzy w klasie **O** nie mieli wykonanego profilaktycznego badania lekarskiego. Termin przeprowadzenia badań przesiewowych planowany jest na miesiące październik i listopad bieżącego roku,

III termin przeprowadzenia badań planowany jest na miesiąc styczeń, luty 2021 r.

VII termin przeprowadzenia badań przesiewowych planowany jest na miesiące październik i listopad bieżącego roku.

4. Przeprowadzenie profilaktycznych badań przesiewowych u uczniów klas **V**, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, wydania skierowania do lekarza poz. w celu dalszej diagnostyki. Termin przeprowadzenia badań miesiące luty i marzec 2021 r.

PLAN PRACY PIEŁĘGNIARKI

5. Prowadzenie u uczniów Szkoły Podstawowej (klasy I – VI) grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w ciągu roku, w odstępach co 6 tygodni za zgodą rodziców. **Grupowa profilaktyka fluorkowa zostanie przeprowadzona, gdy sytuacja epidemiczna kraju na to pozwoli. Rozpoczęcie fluoryzacji zostanie poprzedzone konsultacją z Terenową Stacją Sanitarno- Epidemiologiczną i Konsultantem ds. Epidemiologii.**
6. Kierowanie postępowaniem poprzemieszowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów.
7. Badania uczniów nowoprzyjętych (okresowe) w przypadku braku profilaktycznych badań lekarskich lub dokumentacji zdrowotnej.
8. Prowadzenie czynnego poradnictwa u uczniów.

PLAN PRACY PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ

9.Kwalifikacja uczniów do zajęć wychowania fizycznego i przekazanie informacji nauczycielom w- f.

10.Wizyty środowiskowe u uczniów z nauczaniem indywidualnym i wg potrzeb.

11. Orzecznictwo dla potrzeb szkoły i ucznia.

13.Udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc.

14.Udział w Radach Pedagogicznych i zebraniach z Rodzicami.

15.Prowadzenie aktualnej sprawozdawczości.

PLAN PRACY PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ

16. Okresowa kontrola stanu sanitarnego szkoły.

17. Współpraca z Terenową i Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną i innymi instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży.

18. Dalsza współpraca z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym – Katedrą Pielęgniarstwa w zakresie przeprowadzenia edukacji zdrowotnej wynikającej ze zgłaszanych potrzeb przez Wychowawców, Rodziców, Uczniów lub Członków Grona Pedagogicznego.

PLAN PRACY PIELEGNIARKI SZKOLNEJ

19. Realizacja zadań, które nie zostały wykonane w poprzednim roku szkolnym ze względu na przerwanie zajęć lekcyjnych w trybie stacjonarnym ze względu na ogłoszenie stanu epidemii spowodowanego KORONAWIRUSEM

W związku z nagromadzeniem się zadań zaległych jak i bieżących zwracam się z prośbą do Dyrekcji szkoły i Grona Pedagogicznego o współpracę przy ich realizacji. Podejmę wszelkie działania w celu wspólnych uzgodnień co do terminów realizacji zadań tak, aby nie zaburzać procesu dydaktycznego

PIECZĘC I PODPIS PIELEGNIARKI/ HIGIENISTKI SZKOLNEJ

WSPÓŁPRACA Z DYREKCJĄ SZKOŁY

- sprawozdanie z działalności pielęgniarki/higienistki szkolnej (zadania, które udało się zrealizować i zadania niezrealizowane i podanie powodów braku realizacji)



SPRAWOZDANIE ZDZIAŁALNOŚCI PIEL. SZKOLNEJ

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ
W ROKU SZKOLNYM 2018/ 2019 r.

W roku szkolnym 2017/2018 objętych opieką medyczną było **297** uczniów.

Realizowane były zadania zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Przeprowadzone zostały testy przesiewowe wykonane przez pielęgniarkę na terenie szkoły u uczniów z klas:

0 i I , uczniów podlegających badaniom przesiewowym było **42** zbadanych przez pielęgniarkę zostało **42** ucz.,

VII, uczniów podlegających badaniom przesiewowym było **10** zbadanych przez pielęgniarkę zostało **10** ucz.,

SPRAWOZDANIE ZDZIAŁALNOŚCI PIEL. SZKOLNEJ

Uczniowie klas 0, I i VII podlegali lekarskim badaniom profilaktycznym

liczba uczniów klasy 0 i I podlegający badaniom **42**, zbadanych zostało przez lekarza pediatrę **41** ucz.,

liczba uczniów klas VII podlegający badaniom **10**, zbadanych zostało przez lekarza pediatrę **9** ucz.,

Lekarskie badania profilaktyczne u **2** uczniów nie zostały wykonane pomimo wielokrotnych prób wyjaśniania Rodzicom celowości ich wykonania.

Pragnę serdecznie podziękować wychowawcom klas zerowych, pierwszych i siódmych, którzy podjęli działania wspólnie z pielęgniarką szkolną celem zmotywowania swoich podopiecznych i ich rodziców do wykonania w/w badań.

SPRAWOZDANIE ZDZIAŁALNOŚCI PIEL. SZKOLNEJ

Inne zadania realizowane w roku szkolnym 2018/2019 to:

- kwalifikacja uczniów do zajęć wychowania fizycznego
- udzielanie porad ambulatoryjnych. Liczba udzielonych porad - 367, porady zostały udzielone 143 uczniom.
- prowadzenie indywidualnego poradnictwa czynnego u uczniów z problemami zdrowotnymi. Liczba udzielonych świadczeń w ramach opieki czynnej w roku szkolnym 2017 / 2018 wyniosła 630.

SPRAWOZDANIE ZDZIAŁALNOŚCI PIEL. SZKOLNEJ

- Największą grupę problemów zdrowotnych stanowią wady postawy i wady wzroku, dużą grupę również stanowią uczniowie z problemami alergicznymi.
- Prowadzenie edukacji zdrowotnej w czasie badań przesiewowych, poradnictwa czynnego oraz na zajęciach lekcyjnych w uzgodnieniu z Wychowawcami klas i Nauczycielami przedmiotowymi. Tematyka edukacji wynikała z potrzeb zgłaszanych przez Dyрекcję szkoły, Członków Grona Pedagogicznego, Rodziców jak i zaobserwowanych przez pielęgniarkę.

SPRAWOZDANIE ZDZIAŁALNOŚCI PIEL. SZKOLNEJ

- W ramach współpracy z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym prowadzona była edukacja zdrowotna przez studentów Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa . Tematyka spotkań była uzgadniana z wychowawcami klas. **Liczba godzin przeprowadzonych prezentacji wyniosła 21.**

Realizacja tak wielu zadań była możliwa dzięki bardzo dobrej współpracy z Dyrekcją Szkoły, Gronem Pedagogicznym i Personelem szkoły za co bardzo dziękuję.

WSPÓŁPRACA Z GRONEM PEDAGOGICZNYM

GRONO PEDAGOGICZNE (WYCHOWAWCAMI KLAS) **przedstawienie:**

- zakresu zadań w stosunku do dzieci z danej klasy,
- omówienie sposobów realizacji,
- ustalenie terminów,
- współpraca w przekazaniu informacji do Rodziców lub osobistego uczestnictwa pielęgniarki w zebraniu z Rodzicami
- ustalenie potrzeb w zakresie edukacji i zasad ich realizacji.

WSPÓŁPRACA Z GRONEM PEDAGOGICZNYM

- przekazanie kwalifikacji do wychowania fizycznego (nauczyciele wychowania fizycznego),
- wyjaśnienie nurtujących pytań.

WSPÓŁPRACA Z UCZNIAMI

- **Uczniowie:**
 - przedstawienie się,
 - informacja gdzie znajduje się gabinet,
 - dni w jakich pracuje pielęgniarka,
 - z jakimi problemami mogą zgłaszać się do pielęgniarki(zwłaszcza w klasach 0 i I)
 - informacja o tablicy informacyjnej (miejsce w której się znajduje, jakie informacje są zamieszczane),

WSPÓŁPRACA Z UCZNIAMI

- zadania jakie będą realizowane w danej klasie w bieżącym roku szkolnym,
- Wyjaśnienie sposobu realizacji zadań(po uprzednim powiadomieniu uczniów o terminie badań przesiewowych, grupowej profilaktyce fluorkowej i innych działaniach, indywidualnie z zachowaniem prywatności, intymności)

WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI

Rodzice (przekazanie dni i godzin pracy pielęgniarki, zadań do zrealizowana w danym roku, sposobu realizacji i możliwości kontaktu w sprawach istotnych)

INFORMACJA DO RODZICÓW UCZNIÓW KLSY I

Gabinet Profilaktyki Zdrowotnej i Pomocy Przedlekarskiej czynny jest we wtorki, środy, czwartki od godz. 8.00 do 14.00.

WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI

W klasie I uczniowie, którzy w klasie O nie mieli wykonanego profilaktycznego badania lekarskiego w miesiącach: październiku i listopadzie bieżącego roku będą mieli wykonane badania przesiewowe; (pomiar wzrostu i wagi, badanie ostrości wzroku i słuchu, ocena statyki ciała i pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz badanie w kierunku wykrywania zezów wstępne badanie mowy), podlegają również lekarskiemu badaniu profilaktycznemu, które ma na celu wczesne wykrycie zmian rozwojowych.

WSPÓŁRACA Z RODZICAMI

- **Badania uczniów wykonywane są indywidualnie po uprzednim powiadomieniu o terminie ich realizacji.** Po zakończeniu badań przesiewowych przez pielęgniarkę szkolną, otrzymają Państwo kartę badania profilaktycznego, proszę o wypełnienie punktu (informacje rodziców), a następnie udanie się z dzieckiem na badanie do lekarza pediatri.

WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI

Kartę badania wypełnioną przez rodziców i lekarza proszę o zwrot do pielęgniarki szkolnej do końca grudnia 2020 r.

Uczniowie podczas badania przesiewowego otrzymają prośby w formie pisemnej skierowane do rodziców dotyczące problemów zdrowotnych, proszę o pisemne udzielenie odpowiedzi i przekazanie jej do pielęgniarki szkolnej.

WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI

- Każde dziecko, u którego zostaną stwierdzone nieprawidłowości w układzie ruchu, otrzyma zestaw ćwiczeń korekcyjnych, które powinno wykonywać w domu, proszę aby Państwo zmobilizowali swoje dzieci do realizacji tego zadania. Ćwiczenia należy wykonywać 2- 3 razy w tygodniu przez około 20- 30 minut.

WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI

5. W klasach I – VI Szkoły Podstawowej, uczniowie podlegają grupowej profilaktyce fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni . Do prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej stosowany jest preparat „ ELMEX”. Świadczenie będzie prowadzone u uczniów, u których Rodzice wyrażą zgodę.

WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI

5. Grupowa profilaktyka fluorkowa zostanie przeprowadzona, gdy sytuacja epidemiczna kraju na to pozwoli poprzedzone zostanie konsultacją z Przedstawicielami Terenowej Stacji SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ I KONSULTANTEM WOJEWÓDZKIM DS. EPIDEMIOLOGII.

W przypadku potrzeby nawiązania kontaktu telefonicznego z pielęgniarką szkolną proszę o kontakt na numer telefonu szkolnego.

PODPIS I PIECZĘĆ PIELĘGNIARK

WSPŁPRACA Z PERSONELEM SZKOŁY

- Pracownicy portierni, kuchni, Personelu sprzątającego ze szczególnym uwzględnieniem, Personelu sprzątającego gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, konserwator itp.:
 - przedstawienie się,
 - zaoferowanie pomocy/ wsparcia,
 - omówienie procedury sprzątania gabinetu jak i potwierdzenie odbioru.

WSPÓŁPRACA PŚNiW

- DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ



BIBLIOGRAFIA

1. **Wikipedia** (<https://www.wikipedia.org>)
2. Współdziałanie pracowników szkoły i pielęgniarki lub higienistki szkolnej: (red.) prof. dr hab. med. Barbara Woynarowska., mgr ped. Agnieszka Małkowska., dr med. Maria Pułtorak., mgr psych. Maria Sokołowska. Katedra Biochemicznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003r.
3. <https://porady.pracuj.pl/zycie-zawodowe/10-zasad-pracy-w-zespole/>



Uczeń z rozpoznaniem zaburzeń ze spektrum autyzmu w szkole

Lidia Popek

Konsultant Wojewódzki na Mazowszu
w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

Według danych Autism Europe 0,6 % populacji Unii Europejskiej dotkniętych jest autyzmem, co stanowi około 5 milionów osób (szacunki z 2009 r.)

- Polska - nie ma dokładnych danych, ale przyjmując dane z badań epidemiologicznych przeprowadzanych w różnych krajach (w Polsce takich badań nie było) należy ocenić, iż w Polsce osób tych może być co najmniej 30 000, a nawet dużo więcej

- USA - dane z 29 marca 2012r. z 14 stanów (raport Centers for Disease Control and Prevention) Autyzm jest zdiagnozowany u 1 na 88 dzieci, w tym chłopcy: 1 na 54, dziewczynki: 1 na 252. Średni wiek rozpoznania autyzmu to 4 lata.

Liczba dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem w tym momencie w USA (ponad 1 milion). To więcej niż liczba dzieci chorych na cukrzycę, AIDS, raka, porażenie mózgowe, mukowiscydozę, dystrofię mięśniową i zespół Downa razem wziętych (porównanie oparte na danych statystycznych pomiaru Child & Adolescent Health Initiative). Organizacja Autism Speaks nazywa to epidemią autyzmu oraz zagrożeniem bezpieczeństwa narodowego. ASD w centrum zainteresowania

Cechy diagnostyczne zaburzeń ze spektrum autyzmu

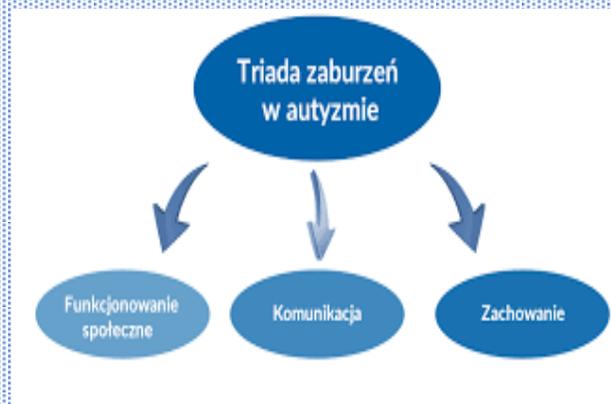
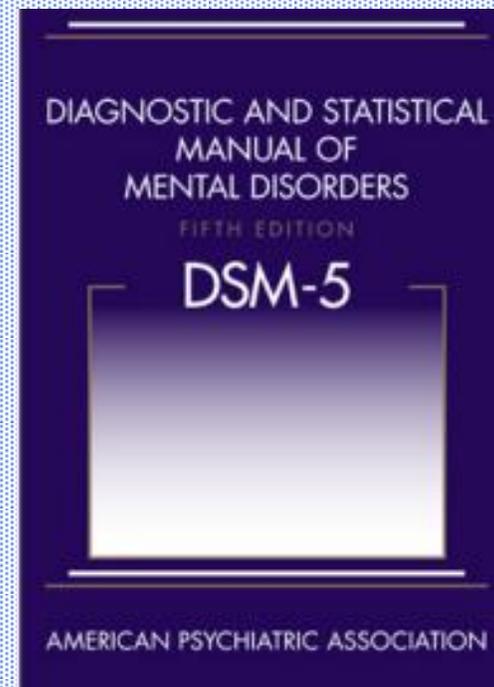
zaburzenie interakcji społecznych	unikanie kontaktu fizycznego zaburzenie złożonych, niewerbalnych zachowań: <ul style="list-style-type: none">○ kontakt wzrokowy○ ekspresja twarzy○ postawa ciała
jakościowe zaburzenie komunikacji (werbalnej i niewerbalnej)	zaburzenia rozwoju mowy (większość nie mówi): <ul style="list-style-type: none">- stereotypie językowe i echolalie- wypowiedzi w 3 os. lp.- problemy z pragmatyką języka- ograniczona komunikacja gestami- okazywanie prostych uczuć
znacząco ograniczony repertuar aktywności i zainteresowań	<ul style="list-style-type: none">○ stereotypie lub powtarzane manieryzmy ruchowe○ absorbowanie jednym lub kilkoma ograniczonymi wzorcami zainteresowań

Klasyfikacje ICD-10 DSM-5

Co ?



Jak bardzo ?



Porównanie klasyfikacji ICD-10 i DSM-5

ICD-10	DSM-5
całościowe zaburzenia rozwoju (PDD lub CZR)	spektrum zaburzeń autystycznych (ASD)
jednostki chorobowe: autyzm dziecięcy, Zespół Aspergera, Zespół Retta, Dziecięce zaburzenie dezintegracyjne	stopnie nasilenia zaburzeń od L1 do L3 oraz współwystępujące zaburzenia i choroby (np. niepełnosprawność intelektualna, choroby genetyczne)
zaburzenia (opóźnienia) rozwoju mowy jako objaw autyzmu dziecięcego	zaburzenia (opóźnienia) rozwoju mowy jako objaw autyzmu dziecięcego
triada objawów: zaburzenia interakcji społecznych zaburzenia komunikacji stereotypy	dwie grupy objawów: zaburzenia relacji społecznych stereotypowe zachowania/zainteresowania
wystąpienie zaburzeń przed 3 rokiem życia	początek objawów we wczesnym dzieciństwie
oddzielna grupa zaburzeń	zaburzenia neurorozwojowe

Zaburzenie ze spektrum autyzmu (Autism Spectrum Disorders) ASD



18 czerwca 2018 r. ICD-11
*International Statistical Classification
of Diseases and Related Health Problems*

6A02.0 Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez upośledzenia rozwoju intelektualnego i z łagodnym upośledzeniem lub bez upośledzenia funkcjonalnego języka

6A02.1 Zaburzenie ze spektrum autyzmu z upośledzeniem rozwoju intelektualnego i z łagodnym upośledzeniem lub bez upośledzenia funkcjonalnego języka

6A02.2 Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez upośledzenia rozwoju intelektualnego i z upośledzonym językiem funkcjonalnym

6A02.3 Zaburzenie ze spektrum autyzmu z upośledzeniem rozwoju intelektualnego i z upośledzonym językiem funkcjonalnym

6A02.4 Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez upośledzenia rozwoju intelektualnego i z brakiem języka funkcjonalnego

6A02.5 Zaburzenie ze spektrum autyzmu z upośledzeniem rozwoju intelektualnego i z brakiem języka funkcjonalnego

6A02.6 Inne zaburzenia ze spektrum autyzmu

6A02.7 Zaburzenie ze spektrum autyzmu, nieokreślone

Autyzm

U osób z autyzmem zazwyczaj obserwuje się co najmniej połowę z wymienionych poniżej charakterystyk, w różnym nasileniu.

					
Trudności w kontaktach z innymi dziećmi.	Śmiech (chichot) nieodpowiedni do sytuacji.	Kontakt wzrokowy ograniczony lub brak kontaktu.	Wyraźna niewrażliwość na ból.	Chęć pozostawania w samotności.	Kręcenie przedmiotami.
					
Niewłaściwe przywiązanie do przedmiotów.	Zauważalna nadmierna ruchliwość fizyczna.	Niepodatność na zwykle metody nauczania.	Dążenie do monotonii; opór przed zmianami.	Brak strachu przed niebezpieczeństwem.	Ciągła dziwaczna zabawa.
					
Echolalia (powtarzanie słów lub zdań).	Niechęć do przytulania.	Brak odpowiedzi na bodźce słuchowe.	Trudności w wyrażaniu potrzeb, gestykulacja.	Napady złego nastroju - rozpacz bez powodu.	Nierównomierny rozwój zdolności.

UWAGA: Zestawienie w żadnym przypadku nie może zastąpić pełnych procedur diagnostycznych.

ASD u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym

- Różnorodność objawów i stopnia ich nasilenia.
- Ewaluacja objawów w zależności od wieku, w którym rozpoznano ASD.
- Ewaluacja objawów w zależności od stosowanych form terapii.
- Wyraźne trudności w relacjach społecznych i komunikacji.
- Zachowanie dzieci często oceniane jest jako dziwaczne, nieodpowiednie do sytuacji, niegrzeczne, bez dystansu.
- Sztywne, powtarzalne, stereotypowe zachowania i wzorce aktywności
- Wąskie, specyficzne w swoim rodzaju zainteresowania, które dominują w sposobie spędzania wolnego czasu i w każdej rozmowie.
- Problem z odczytywaniem emocji innych osób i okazywaniem swoich emocji stosownie do bodźca.
- Często izolowanie się od grupy rówieśniczej lub zabawa ze znacznie starszymi dziećmi i z dorosłymi.
- Problemy z komunikacją werbalną i pozawerbalną.
- Problemy z realizacją zadań w przedszkolu lub szkole.
- Współwystępowanie innych zaburzeń

Problemy młodych ludzi z ASD

- trudności z identyfikacją społeczną;
- trudności z wchodzeniem w role społeczne;
- trudności ze zwiększeniem własnej niezależności i sprawności społecznej;
- trudności w osiąganiu pewności siebie i zaufania do samego siebie,
- kruchość „ja”;
- nierealistyczne wyobrażenie o możliwościach i kompetencjach

Diagnoza

Autyzm rozpoznaje się na podstawie wywiadu oraz obserwacji pacjenta w różnych warunkach i otoczeniu, poszukując podstawowych objawów behawioralnych.

Rozpoznanie należy ustalić, opierając się na ocenie klinicznej i własnej wiedzy oraz doświadczeniu.

W badaniach nad trafnością i rzetelnością diagnozy autyzmu za doświadczoną diagnostę uznawano osobę po 25 diagnozach

„Złoty standard” diagnostyczny w ASD:

ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule) protokół bezpośredniej obserwacji dziecka)

ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) wywiad kliniczny przeprowadzany z rodzicem lub opiekunem)

Standaryzowane narzędzia mogą ułatwić rozpoznanie lub zwiększyć jego wiarygodność, umożliwiając szersze zrozumienie mocnych stron pacjenta oraz trudności odczuwanych przez niego i jego rodzinę, nie są one jednak niezbędne w każdej ocenie i nie powinny być stosowane w charakterze jedynej metody diagnostycznej.

Etiologia

1. Czynniki genetyczne

W około 15% przypadków zaburzeń ze spektrum autyzmu udaje się określić, jaka mutacja genetyczna jest odpowiedzialna za ich wystąpienie. Zespół łamliwego chromosomu X 2-3%, stwardnienie guzowate 2%, mutacja genu ADA2 20%, mutacje chromosomów 2, 7, 16, 17.

2. Budowa i funkcjonowanie mózgu

różne zmiany: nieprawidłowości neuroanatomiczne i neurofizjologiczne [część skroniowo-potylicznej mózgu rozpoznawanie bodźców społecznych, funkcjonowanie emocjonalne], „mózgu społecznego” tj. ciała migdałowatego i płatów czołowych, wielkość i masa mózgu, nadmiar komórek w układzie limbicznym,

nieprawidłowości w budowie dendrytów (powstających przed 30 tygodniem ciąży).

3. Przebieg ciąży i porodu

krwawienie, niedokrwistość, cukrzyca, opóźniony rozwój płodu, konflikt serologiczny

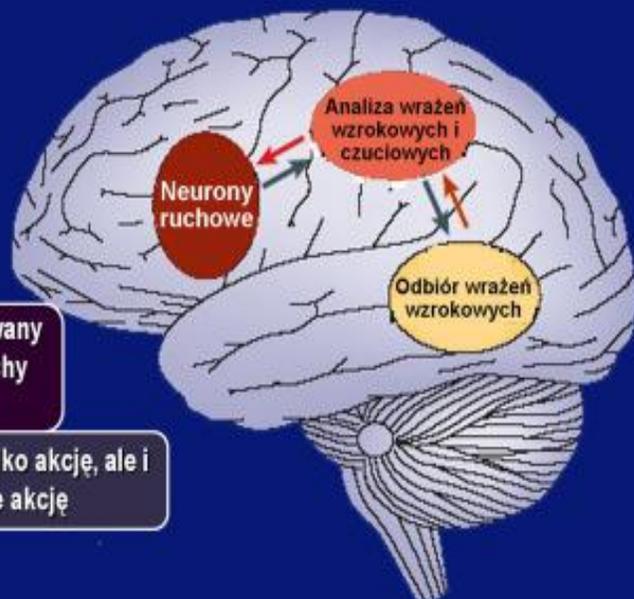
4. Immunologia

Matczyne przeciwciała skierowane przeciwko tkankom płodu, zwłaszcza tkance nerwowej, jednak hipotezy te nie zostały dotychczas zweryfikowane w szerszych badaniach

5. Teoria umysłu

Umiejętność uświadamiania sobie własnego stanu psychicznego oraz - analogicznie- rozpoznawanie, rozumienie i przewidywanie cudzych myśli, uczuć, pragnień, zamiarów i wyobrażeń.

SYSTEM NEURONÓW LUSTRZANYCH U CZŁOWIEKA



1. Jest aktywowany nawet przez ruchy bezsensowne

2. Koduje nie tylko akcję, ale i ruchy formujące akcję

Neurony lustrzane

- Mój mózg widzi to, co Ty widzisz
- Mój mózg czuje to, co Ty czujesz
- Moja mózg myśli to, co Ty myślisz



Neurony lustrzane – grupa komórek, które uaktywniają się podczas wykonywania pewnej czynności lub obserwowania jej u innych osobników. Zostały odkryte przez Giacomo Rizzolatti. Podejrzewa się, że dzięki nim osobnik na widok pewnej czynności jest w stanie niemal natychmiast odgadnąć intencje innego osobnika nie tylko tego samego gatunku. U człowieka odpowiadają prawdopodobnie również za zdolność do rozpoznawania cudzych emocji i intencji wyrażanych niewerbalnie, czyli empathię oraz współczucie.



ToM (Theory of mind) Teoria umyśłu

Teoria umyśłu - system pojęć który umożliwia wyciąganie wniosków o stanie umyśłu innych osób.

Konstrukt określany mianem **teorii umyśłu** został po raz pierwszy wprowadzony w roku 1978 przez **D. Premacka** i **G. Woodruffa**.

Ludzie dysponują teorią, dzięki której możliwe jest wnioskowanie o stanach umyśłu innych osób.

Procesy zachodzące w umyśle innego człowieka są nieobserwowalne, możemy więc o nich wnioskować tylko na podstawie **mimiki, gestykulacji, wypowiedzi, zachowania** oraz doświadczeń wynikających z kontaktów społecznych i uświadamiania sobie własnych stanów umyśłu (introspekcja). Posiadanie takiej teorii jest podstawą przystosowawczych zachowań społecznych, gdyż pozwala na rozumienie i przewidywanie zachowań innych ludzi.

Przebieg zaburzeń

Wyraźne nieprawidłowości od urodzenia
(dziecko przejawia pewne zaburzenia motoryczne,
zaburzenia snu, trudności z jedzeniem, zbyt ciche,
krzyżące, anomalie spojrzenia, obojętność wobec osób,
nietolerancja zmian)

- regres/zatrzymanie po okresie względnie prawidłowego rozwoju
- przebieg skrycie się rozwijający, „podstępny”

Rokowanie - autyzm

60% dzieci autystycznych pozostaje całkowicie zależna od innych osób.

25% dzieci autystycznych występująca poprawa umożliwia funkcjonowanie z pomocą innych osób.

10%-15% osób z a.dz. zdolnych jest do całkowicie samodzielnego życia i pracy, jednak nadal może przejawiać problemy w interakcjach społecznych i może je cechować ograniczony repertuar zainteresowań i aktywności.

Z rokowaniem w a.dz. silnie związany jest iloraz inteligencji i obecność języka służącego porozumiewaniu się przed 5. - 7. r.ż.

Spośród 10% osób z autyzmem samodzielnie funkcjonujących niewielka liczba w życiu dorosłym zakłada rodziny i posiada własne dzieci.

Rokowanie - zespół Aspergera

- Minimalizacja wpływu pierwotnych deficytów oraz objawów towarzyszących na sposób postrzegania oraz przeżywania otaczającego świata zwiększa szanse na uzyskanie niezależności oraz poprawę samopoczucia
- Samodzielność w życiu dorosłym osób z Z.A. zależy od poziomu uzyskanego wykształcenia, co z kolei wiąże się ze stopniem inteligencji.
- Przy wysokiej inteligencji rokowanie jest dość optymistyczne.

Współchorobowość

- ✘ Jakikolwiek zaburzenia psychiczne poza ASD: 70-100%
(tiki, zachowania agresywne, OCD, zaburzenia snu)
- ✘ Niepełnosprawność intelektualna: 60%
- ✘ Zaburzenia snu; 40-83%
- ✘ ADHD: 50%
- ✘ Zaburzenia lękowe: 30-50%
- ✘ Epizod depresji: do 40%
- ✘ Zaburzenia afektywne dwubiegunowe: 10% [2,5 %- 3,3%]
- ✘ Padaczka (częstość występowania padaczki u osób z autyzmem w ciągu życia wynosi 17%),
- ✘ Tiki: 22%
- ✘ Około 50% pacjentów ze schizofrenią we wcześniejszym okresie życia spełniało kryteria ASD

Terapia dzieci i ich rodzin

- Powinny być rozpoczęte jak najwcześniej
- pomoc rodzinie - zwiększanie poczucia kompetencji, terapia rodzinna, pomoc rodzeństwu
- oddziaływania środowiskowe - dostosowanie otoczenia do potrzeb dziecka (dom, przedszkole, szkoła,)
- oddziaływania stymulacyjne - usprawnianie funkcjonowania, relaksacja (zaburzenia sensoryczne)
- oddziaływania edukacyjne - wyrównywanie deficytów poznawczych

Praktyka oparta na dowodach w terapii dzieci, młodzieży i młodych dorosłych z ASD

1. Interwencje behawioralne (Behavioral Interventions)
2. Interwencje poznawczo-behawioralne (Cognitive Behavioral Intervention Package)
3. Kompleksowa interwencja behawioralna dla małych dzieci / Wczesna intensywna terapia behawioralna (Comprehensive Behavioral Treatment for Young Children)
4. Trening językowy: produkcja / Trening funkcjonalnego użycia języka mówionego (Language Training: Production)
5. Modelowanie - „na żywo” oraz videomodelowanie (Modeling)
6. Strategie uczenia w naturalnym środowisku (Natural Teaching Strategies)
7. Trening rodziców (Parent Training)
8. Trening rówieśników (Peer Training Package)
9. Trening Umiejętności Kluczowych (Pivotal Response Training)
10. Plany (Schedules)
11. Skrypty/ Scenariusze (Scripting)
12. Trening samodzielności i samokontroli (Self-management)
13. Trening umiejętności społecznych (Social Skills Package)
14. Interwencje oparte na historyjkach / Historyjki społeczne (Story-based Intervention)

Interwencje dzieci, młodzieży i młodych dorosłych z ASD nie spełniające naukowo udowodnionej skuteczności.

1. Terapie z udziałem zwierząt (Animal-assisted Therapy)
2. Treningi słuchowe (Auditory Integration Training)
3. Mapowanie konceptów / Mapy myśli (Concept Mapping)
4. Floortime / DIR (DIR/Floor Time)
5. Ułatwiona komunikacja (Facilitated Communication)
6. Dieta bezglutenowa / bezmleczna (Gluten-free/Casein-free diet)
7. Interwencje bazujące na ruchu (np. choreoterapia, metoda Dennisona) (Movement-based Intervention)
8. Interwencje oparte o dramę (SENSE Theatre Intervention)
9. Pakiety interwencji sensorycznych / Integracja sensoryczna (Sensory Intervention Package)
10. Terapia szokami elektrycznymi (Shock Therapy)
11. Społeczno-behawioralne strategie uczenia (Social Behavioral Learning Strategy)
12. Interwencje społeczno-poznawcze (Social Cognition Intervention)
13. Program „Social Thinking” (Social Thinking Intervention)

Edukacja

- Do 6 r. ż. Program Wczesnego Wspomagania Rozwoju: 4 -8 h/ miesiąc
- Przedszkola Specjalne, Integracyjne, dla dzieci z autyzmem



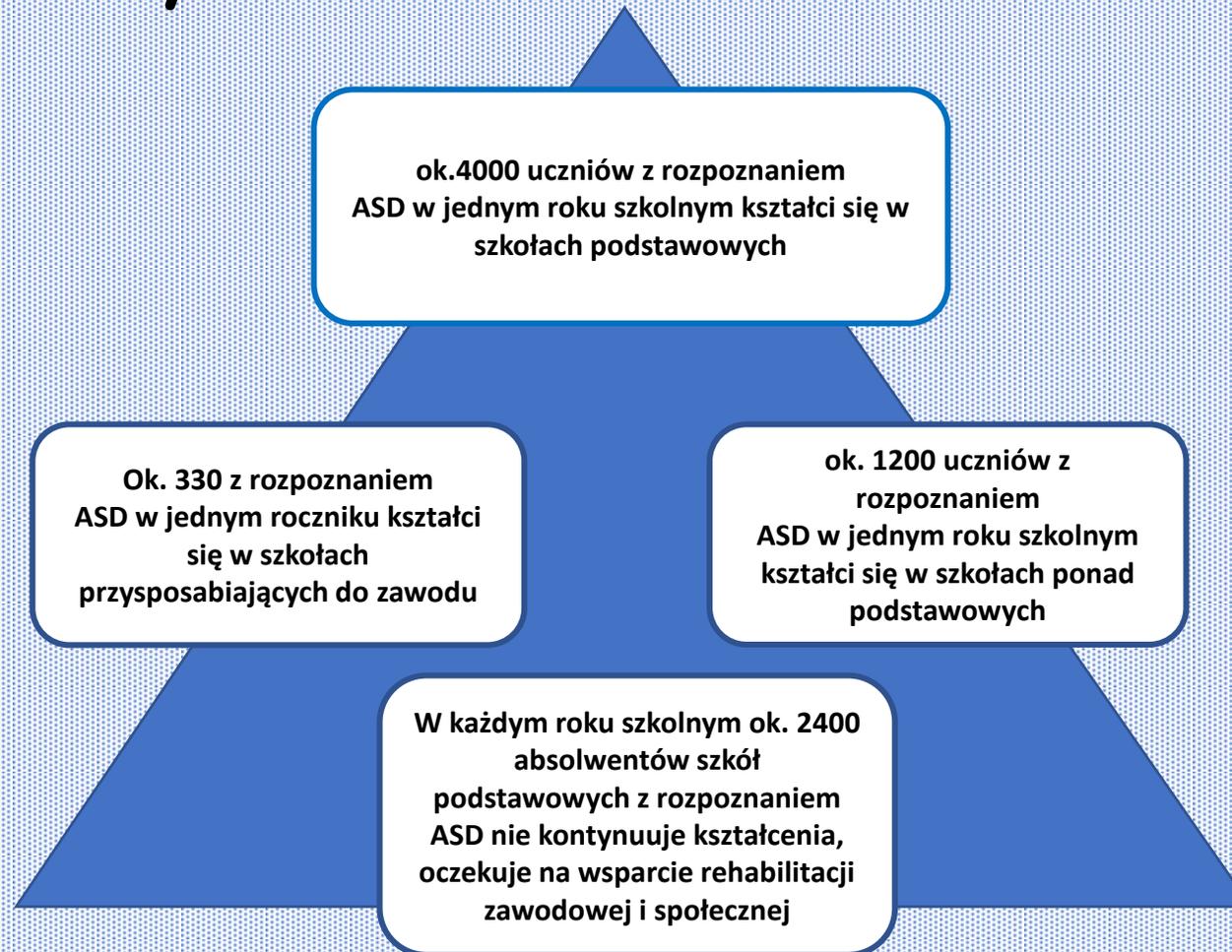
W Polsce w roku szkolnym 2018/2019 z kształcenia specjalnego w szkołach i przedszkolach korzystało **54,4 tys. dzieci z ASD**

Zaburzenia ze spektrum autyzmu zdiagnozowano u jednego ucznia na 115 (0,87 proc.).

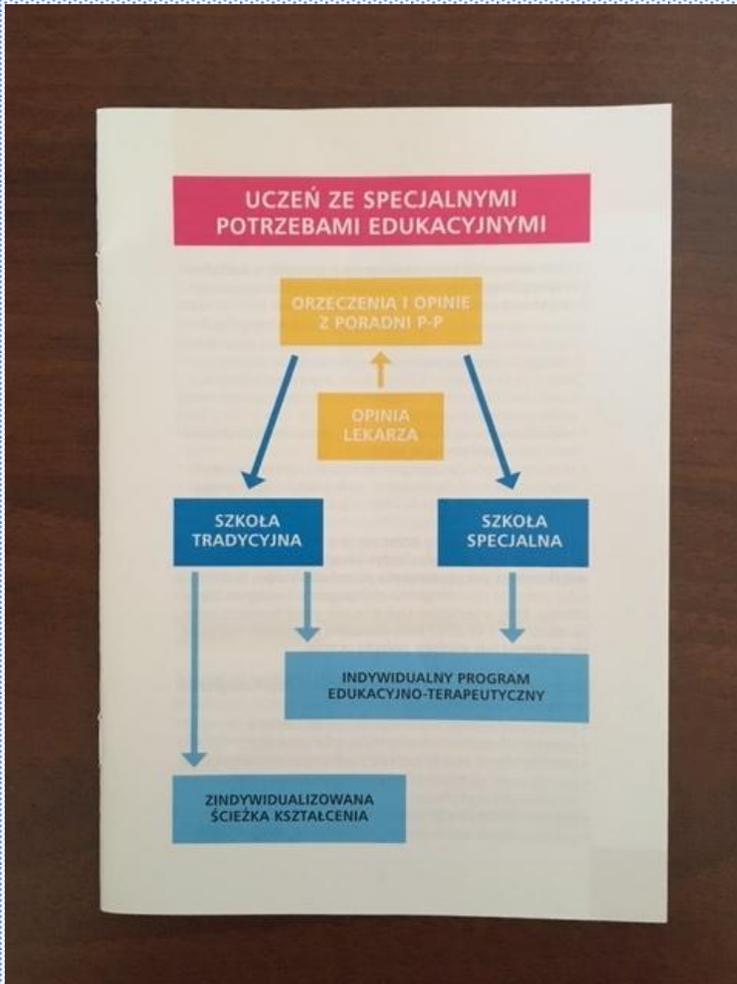
Ta liczba w ciągu ostatnich lat wzrastała o 20% rocznie.

Co czwarty uczeń z autyzmem miał też inną niepełnosprawność - na przykład intelektualną.

Uczniowie z rozpoznaniem ASD w jednym roczniku szkolnym na podstawie uśrednionych danych szacunkowych za lata 2016/2017 i 2018/2019



Edukacja



- Szkoły Specjalne, Integracyjne, dla dzieci z autyzmem
- Klasy Integracyjne
- Klasy masowe lub integracyjne z nauczycielem wspierającym dedykowanym indywidualnie dla dziecka z ASD
- Nauczanie indywidualne w szkole z włączaniem do zespołu klasowego.
- Nauczanie indywidualne w domu
- Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny IPET

Kucińska E., Jak pomóc uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi? Informacja dla lekarzy rodziców i nauczycieli, Vitriol 2018

Uczeń z ASD- pierwsze kroki postępowania nauczyciela

Wczesna diagnoza

46% dzieci otrzymało diagnozę autyzmu przed ukończeniem 3 roku życia.

70% dzieci z zespołem Aspergera otrzymało diagnozę ok. 8 roku życia.

Dążymy do rozpoznania do 2 roku życia .

Zanim dziecko z ASD rozpocznie naukę, jest już w trakcie procesu terapeutycznego

nauczyciel powinien:

- poznać historię terapii dziecka (wywiad),
- dowiedzieć się jaka forma terapii jest prowadzona,
- skontaktować się (i być w kontakcie) z terapeutą/terapeutami prowadzącymi dziecko.

Podejście indywidualne

- Szczegółowa diagnoza umiejętności dziecka (=> rozpoznanie jego potrzeb i możliwości)
- Opracowanie odpowiedniego systemu nauczania = elastyczne metody pracy
- Nauczanie takich treści, które są dziecku w danym czasie najbardziej potrzebne (rezygnacja z argumentu „podstawa programowa”)
- Wychodzenie naprzeciw specyfice opanowania treści, tj. uczeń może nie znać elementarnych treści z jednego przedmiotu, a z innego wykazywać ponadprzeciętną wiedzę
- Przygotowanie materiałów edukacyjnych do potrzeb i zainteresowań dziecka (może to być czasochłonne i trudne, ale zdecydowanie ułatwia późniejszą pracę i naukę)

Uczniowie z ASD

Nasilone zaburzenia zachowania
Znaczne lub umiarkowane upośledzenie umysłowe

Niewielki poziom nieprawidłowości w funkcjonowaniu
Norma intelektualna lub inteligencja ponadprzeciętna

RÓŻNE FUNKCJONOWANIE, ALE WYKAZYWANIE WSPÓLNYCH CECH

- wyraźne deficyty i nieprawidłowości w interakcjach i zachowaniach społecznych
- opóźnienia i deficyty w nabywaniu mowy i języka oraz w zdolności do porozumiewania się
- ograniczone, sztywne, powtarzające się zachowania i zainteresowania
- nieharmonijny rozwój - niektóre obszary funkcjonowania opóźnione w stosunku do wieku (np. rozwój emocjonalny), a w innych dziecko wykazuje ponadprzeciętne zdolności (np. pamięć wzrokowa)

Funkcjonowanie społeczne i emocjonalne

Zaburzona zdolność do naprzemiennego, dwustronnego uczestniczenia w interakcjach społecznych różne wzorce zachowań w kontaktach z innymi:

wycofanie

bierność

nieadekwatna
spontaniczność

Dzieci z każdej z grup będą wymagały od nauczyciela innego podejścia do sposobu uczenia, np. dostosowania systemu motywacyjnego.

Nauczyciel musi zadbać również o odpowiedni sposób włączania ich w grupę rówieśniczą.

Funkcjonowanie społeczne i emocjonalne

Trudności z odczytywaniem emocji (w różnym nasileniu),
rozumieniem przyczyn emocji, myśli, intencji i zamiarów innych ludzi =>
zaburzona zdolność do intuicyjnego myślenia o własnych i cudzych myślach (tzw. Teoria Umysłu)

Zapewnienie zajęć rewalidacyjnych (poprawa funkcjonowania społecznego):
uczenie się norm i zasad życia w społeczeństwie, nauka i rozwijanie umiejętności
odpowiedniego zachowania się w różnych sytuacjach
Przenoszenie zdobytych umiejętności (przy wsparciu dorosłego) w sytuacje poza zajęciami

Komunikowanie się

Zróżnicowany poziom, należy zwrócić uwagę na dwa aspekty:

- - sposób w jaki dziecko się komunikuje (posługiwanie się mową lub alternatywnymi sposobami komunikacji)
- - rozumienie przez dziecko znaczenia komunikacji (która służy wymianie informacji pomiędzy ludźmi, tworzeniu i podtrzymywaniu relacji)

Duża część dzieci autystycznych (prócz dzieci z zespołem Aspergera) nie mówi wcale lub ich mowa utrudnia efektywną komunikację -> wpływ ma także specyfika funkcjonowania poznawczego, np. dosłowne rozumienie języka

U tych dzieci, które sprawnie posługują się językiem także występują problemy w porozumiewaniu się ze względu na:

- nieumiejętną lub ograniczoną zdolność do prowadzenia dialogu
- tendencję mówienia tylko na temat interesujący dziecko
- niekonsekwentne reagowanie na to, co mówi druga osoba (wypowiedzi, polecenia)
- trudność w precyzyjnym formułowaniu swoich myśli
- trudność w tworzeniu dłuższych wypowiedzi

Dziecko autystyczne inaczej postrzega i przetwarza informacje

- przewaga myślenia obrazowego nad werbalnym
- dobre spostrzeganie wzrokowe i pamięć wzrokowa
- trudności w przyswajaniu pojęć abstrakcyjnych i abstrakcyjnym myśleniu
- trudności w generalizacji wiedzy i umiejętności
- tworzenie specyficznych skojarzeń znaczeniowych
- dosłowne rozumienie języka
- trudności w myśleniu przyczynowo-skutkowym
- przywiązanie do rutyny, brak lub mała elastyczność w myśleniu
- przewaga pamięci mechanicznej nad znaczeniową
- przewaga uwagi mimowolnej nad dowolną
- osłabiona ciekawość poznawcza i motywacja wewnętrzna, wybiórcze zainteresowania

Zawody odpowiednie dla osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

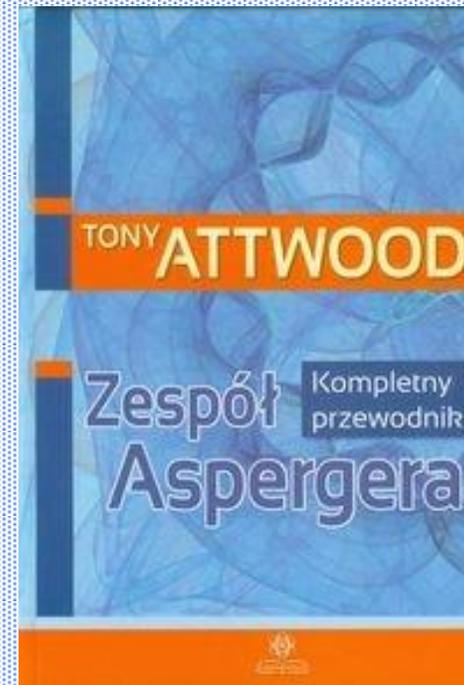
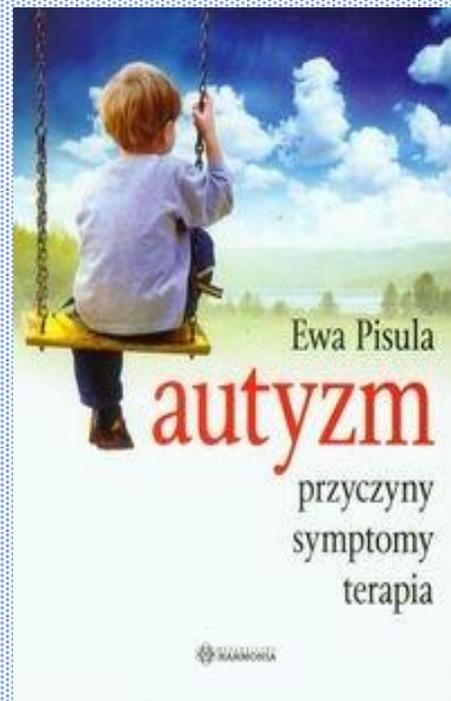
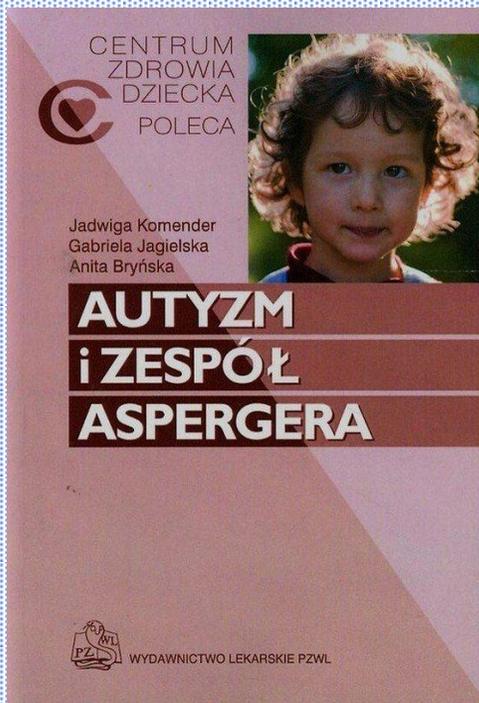
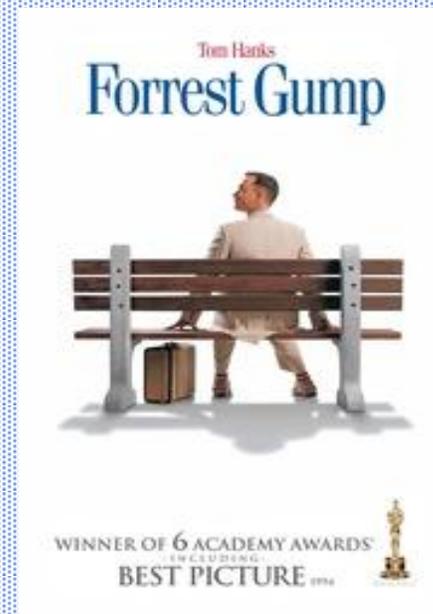
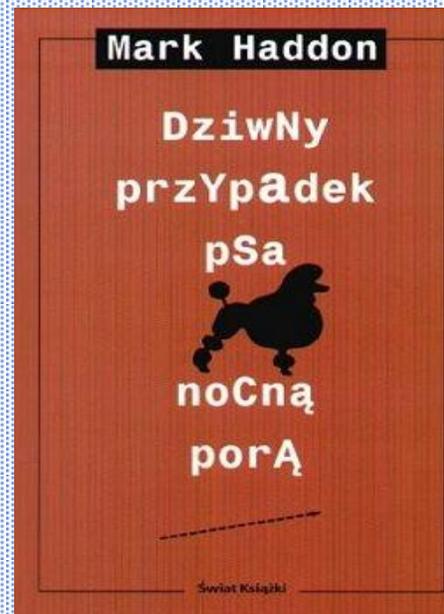
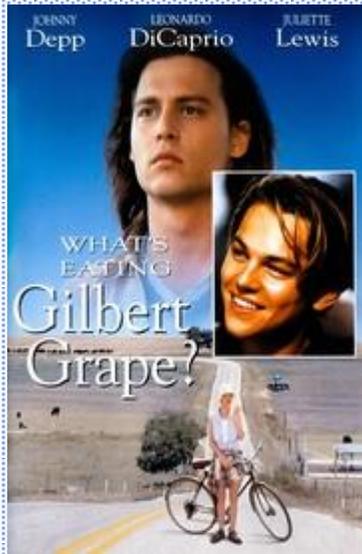
Dla osób myślących obrazami	Dla osób nie myślących obrazami	Wspólne dla obu grup
<ul style="list-style-type: none">– projektant,– fotograf,– projektant wyposażenia (np. mebli),– trener zwierząt lub weterynarz,– mechanik samochodowy,– informatyk (naprawa komputerów i sprzętu komputerowego),– rzemieślnik (wyroby z drewna, biżuteria, ceramika),– projektant stron internetowych,– stolarz, cieśla,– projektant gier video,– budowlaniec	<ul style="list-style-type: none">– księgowy,– bibliotekarz,– korektor tekstów,– inwentaryzator,– muzyk,– pracownik banku,– urzędnik, pracownik kartoteki, archiwum,– statystyk,– fizyk lub matematyk	<ul style="list-style-type: none">– programista komputerowy,– redaktor, dziennikarz,– technik laboratoryjny,– inżynier (elektryk, elektronik, chemik)

Źródło: Lidia Szmania na podstawie:

[http://aspennj.org/pdf/information/adult\\$issues/choosing\\$the\\$right\\$job\\$for\\$people\\$with\\$autism.pdf](http://aspennj.org/pdf/information/adult$issues/choosing$the$right$jobforpeople$with$autism.pdf) [dostęp: 27.12.2015].

Ważne w pracy z uczniem z ASD

- Stałość i przewidywalność
- Komfort sensoryczny
- Wizualny kanał przekazu informacji
- Kontrolowany sposób mówienia
- Wspieranie samodzielnej pracy
- Wzmacnianie motywacji w procesie uczenia się i poczucia własnej wartości
- Wspieranie ucznia w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji z rówieśnikami



**Głęboki autyzm
Bardzo nasilone
objawy**

**Łagodny autyzm
Zespół Aspergera
Słabo nasilone
objawy**

Dziecko z ASD jest w drodze, w której zmienia się krajobraz

