

**Anna Leńczuk-Gruba, Ewa Kobos, Irena Wrońska**

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie

# P ryczyny utrudnionej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole w opinii pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania

The reasons of difficulties in health education according to the nurses working at school

## Adres do korespondencji:

mgr Anna Leńczuk-Gruba  
Zakład Pielęgniarstwa  
Społecznego  
ul. Erazma Ciołka 27  
01-445 Warszawa  
tel.: (0 22) 87 73 597  
e-mail: anna.l-g@wp.pl

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Edukacja zdrowotna to nieodłączny element świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania. W realizacji tego procesu pielęgniarka może napotykać wiele trudności. Określenie ich przyczyn pozwoli podjąć działania służące usprawnianiu procesu edukacji zdrowotnej.

**Cel pracy.** Głównym celem pracy było określenie przyczyn utrudniających realizację edukacji zdrowotnej w pracy pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania.

**Materiał i metody.** Badaniu poddano 102 pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Do badań zastosowano kwestionariusz ankiety.

**Wyniki i wnioski.** Zdaniem pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, najistotniejszymi przyczynami utrudniającymi realizację edukacji zdrowotnej w szkole są: brak godzin lekcyjnych przeznaczonych na edukację, wiele zadań realizowanych przez pielęgniarki w szkole, ograniczony czas pobytu w placówce, utrudniona współpraca z rodzicami spowodowana głównie brakiem ich zaangażowania w edukację zdrowotną.

**Słowa kluczowe:** edukacja zdrowotna, pielęgniarka, środowisko szkolne

## ABSTRACT

**Introduction.** Health education is an important space at nursing care at school. In performed this procedure nurse can meet many difficulties. The nurse should research and find out any factors or circumstances connected with problems of health education. This can help her in realization a procedure of health education.

**Aim.** The aim of the research was to assess the reasons of problems in health education performed by a nurses in a school environment.

**Material and methods.** The authorship questionnaire have been distributed to 102 nurses working at schools in Warsaw.

**Results and conclusions.** The nurses pointed out the following difficulties: not enough time for health education in general planning at school, limited time of nursing visits, lack of cooperation between parents and school nurse.

**Key words:** health education, nurse, school environment

## Wstęp

*Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia i ekonomicznej produktywności. Wyposażając dzieci w wiedzę, umiejętności i właściwe postawy wobec zdrowia, możemy zwiększyć ich szanse na zdrowe życie oraz zdolności do działań na rzecz zdrowia społeczności, w których żyją.*

*Hiroshi Nakajima, Dyrektor Generalny WHO*

We współczesnym holistycznym podejściu do zdrowia niezbędne jest współdziałanie różnych sektorów życia społecznego. Opieka nad zdrowiem ucznia stanowi istotny element ochrony zdrowia. Zrozumiałe jest więc, że zmiany zachodzące w służbie zdrowia, które dotyczą zakresu i charakteru opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, znajdują również odzwierciedlenie w modyfikacji zadań i organizacji pracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Zasady organizacji zakresu profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą precyzują zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 roku, zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. W myśl wyżej wymienionych przepisów pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania w zakresie edukacji zdrowotnej ma do spełnienia następujące zadania: udział w planowaniu, realizacji i ocenie szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz podejmowanie innych działań w zakresie promocji zdrowia, a także doradzanie dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole [1]. W realizacji powyższych zadań pielęgniarka potrzebuje wsparcia ze strony rodziców stanowiących pierwsze wzorce w zakresie zachowań zdrowotnych nauczycieli, którzy przez stosowne oddziaływanie wychowawcze wzmocnią potencjał zdrowotny swoich wychowanków oraz samych uczniów, którzy aktywnie włączają się w kreowanie wartości, jaką stanowi zdrowie.

## Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań było ustalenie trudności, z jakimi spotyka się pielęgniarka w procesie realizacji edukacji zdrowotnej w środowisku szkolnym.

## Materiał i metody

Badaniami objęto 102 pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, pracujące na terenie Warszawy, zatrudnione przez Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej. Pielęgniarki uczestniczące w ba-

daniach zostały poinformowane o celu i zasadności przeprowadzonej ankiety. Udział w badaniach był anonimowy i dobrowolny. Obliczenia wykonano, wykorzystując statystyki opisowe.

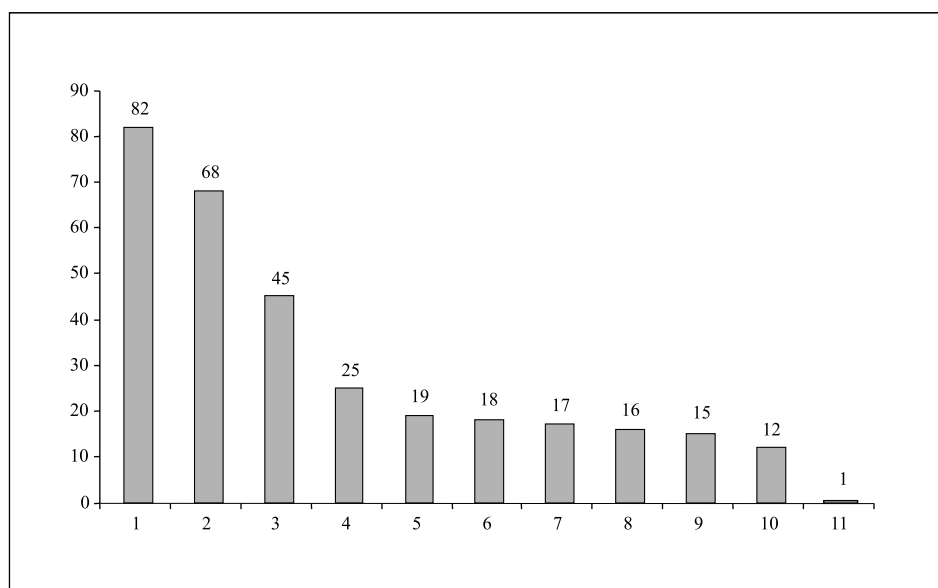
Spośród 102 badanych pielęgniarek 89 (87,2%) miało wykształcenie średnie, 4 (3,93%) — wykształcenie wyższe licencjackie, a 9 (8,80%) — wyższe magisterskie. Dwadzieścia dziewięć pielęgniarek (28,43%) było w wieku 51–55 lat, 19 (18,62%) — w wieku 46–50 lat, 19 (18,62%) — w wieku 40–48 lat oraz 3 (2,95%) — w wieku 23–30 lat. Staż pracy pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania był zróżnicowany, przy czym najwięcej pielęgniarek należało do przedziału 16–20 lat — 22 (21,56%) badanych oraz 0–5 lat — 20 (19,6%) badanych. Na 102 badanych 14 pielęgniarek (13,80%) posiadało ponad 20-letni staż pracy w szkole. Sześćdziesiąt dwie (60,78%) pielęgniarki opieką pielęgniarską obejmuje 2 szkoły, 33 (32,35%) pielęgniarki — 1 szkołę, 7 (6,86%) pielęgniarek pracuje w więcej niż 2 szkołach. W placówkach nauczania i wychowania 47 (46,07%) ankietowanych pod swoją opieką ma 600–900 uczniów, 44 (43,13%) ankietowanych — 300–600 uczniów, a 11 (10,78%) — powyżej 900 uczniów. W zakresie kwalifikacji zawodowych wymaganych na stanowisku pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania 13 (12,74) posiadało specjalizację, a 75 (73,52%) ukończyło kurs kwalifikacyjny.

## Wyniki i dyskusja

Na podstawie analizy danych dotyczących opinii pielęgniarek na temat przyczyn utrudnionej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole stwierdzono, że jednym z istotnych powodów utrudniających realizację edukacji zdrowotnej jest brak godzin lekcyjnych przeznaczonych na ten cel (ryc. 1). Taką opinię wyraziły 82 pielęgniarki.

Mając na uwadze powyższy problem, warto odnieść się do propozycji Woynarowskiej [2], kierowanej do nauczycieli, która proponuje „do niektórych tematów uznanych przez szkołę za priorytetowe można organizować specjalne cykle zajęć, na przykład w ramach lekcji wychowawczych, godzin do dyspozycji dyrektora szkoły lub zajęć pozalekcyjnych albo też tworzyć projekty edukacyjne międzyprzedmiotowe”. Istotne wydaje się podjęcie przez pielęgniarkę próby włączenia się w realizację powyższej koncepcji. Jest to tym bardziej zasadne, że w badaniach przeprowadzonych w grupie nauczycieli wykazano, iż uważają oni, że odpowiedzialność za realizację edukacji zdrowotnej w szkole powinna być powierzona w pierwszej kolejności służbie zdrowia, którą w szkole reprezentują pielęgniarki [3].

Kolejną istotną przyczyną utrudniającą realizację edukacji zdrowotnej w opinii 68 spośród 102 badanych pielęgniarek jest zbyt wiele zadań realizowanych przez



**Rycina 1.** Przyczyny utrudnionej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole; 1 — brak godzin lekcyjnych przeznaczonych na realizację edukacji zdrowotnej; 2 — wiele zadań realizowanych przez pielęgniarki w szkole; 3 — ograniczony czas pobytu w placówce; 4 — utrudniona współpraca z rodzicami; 5 — utrudniony dostęp do pomocy dydaktycznych; 6 — ograniczona możliwość korzystania z różnych form doskonalenia zawodowego; 7 — nieznanomość metod kształcenia; 8 — trudności z dostępem do fachowej literatury; 9 — trudności w komunikowaniu z podopiecznymi; 10 — utrudniona współpraca z pracownikami szkoły; 11 — inne

**Figure 1.** The reasons of difficulties in health education at school

pielęgniarki w szkole. Powyższy zakres zadań określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą [1]. Zgodnie z jego treścią do zadań realizowanych przez pielęgniarki należą: wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych, kierowanie postępowaniem poprzemiesiewowym oraz sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad uczniami objętymi tym postępowaniem, organizowanie profilaktycznych badań lekarskich, prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej, czynne poradnictwo w zakresie opieki pielęgniarskiej, udział w planowaniu, realizacji i ocenie szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz podejmowanie innych działań w zakresie promocji zdrowia, udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc, doradzanie dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole, prowadzenie dokumentacji medycznej uczniów.

Na uwagę zasługuje fakt, że nowelizacja przepisów w 2007 roku wyeliminowała z zakresu obowiązków pielęgniarki wykonawstwo i prowadzenie dokumentacji oraz sprawozdawczości ze szczepień ochronnych, które zdaniem badanych stanowiły zadania czasochłonne. W związku z powyższym należy przypuszczać, że w przyszłości czas ten zostanie wykorzystany na inne działania, w tym realizację edukacji zdrowotnej. Ponadto na

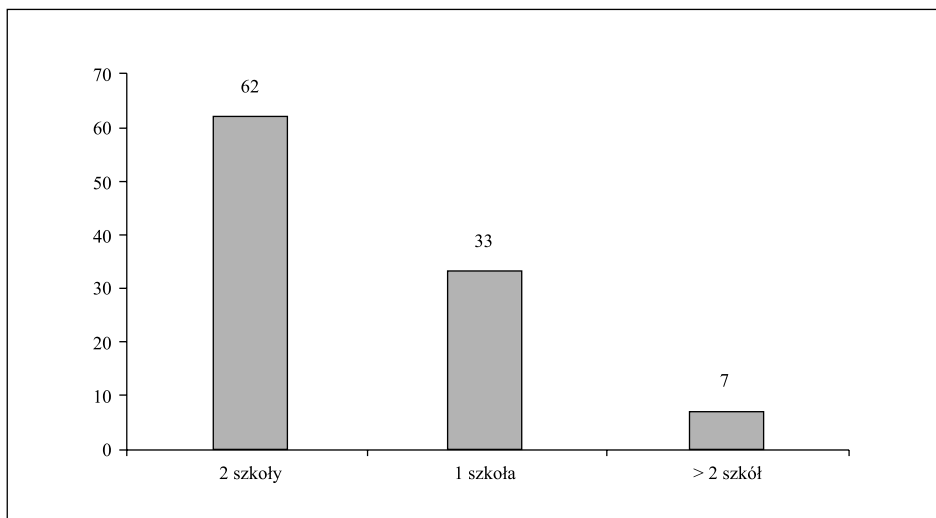
terenie Warszawy samorząd terytorialny w ramach realizacji zadań polityki zdrowotnej wprowadził program „Medycyna szkolna”, który zakłada rozszerzenie obowiązków pielęgniarek o realizację programów zdrowotnych, których tematykę określiło Biuro Polityki Zdrowotnej [4].

Na 102 respondentki 45 wskazało, że utrudnienia w realizacji edukacji zdrowotnej wynikają z ograniczonego czasu pobytu w placówce. Może mieć to związek z faktem, że aż 62 na 102 badane pielęgniarki obejmuje opieką uczniów w dwóch szkołach, natomiast 7 spośród 102 w więcej niż dwóch, co może stanowić utrudnienie w dobrej organizacji pracy (ryc. 2).

Ponadto 47 pielęgniarek spośród 102 badanych obejmuje opieką 600–900 uczniów, 11 — ponad 900 uczniów (ryc. 3).

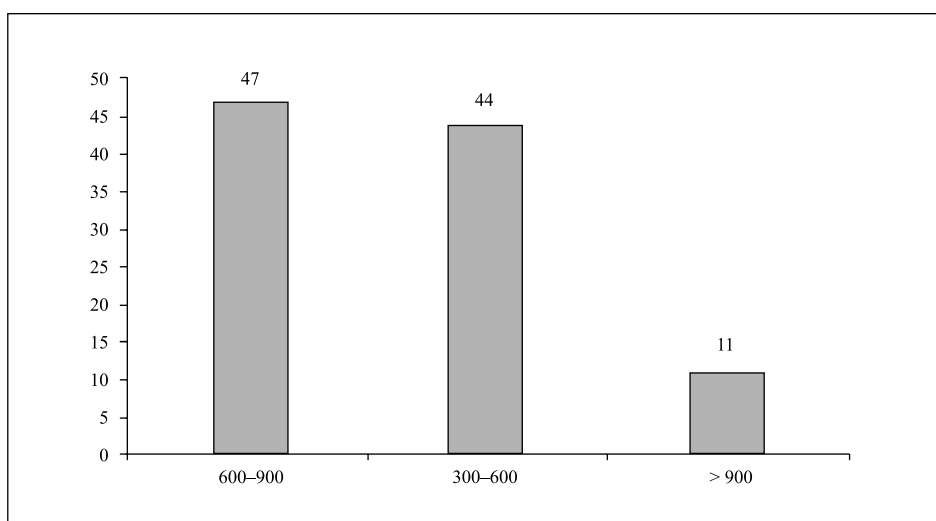
Z raportu dotyczącego profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w Polsce w latach 2000–2005 wynika, że „liczba etatów pielęgniarek i higienistek szkolnych w szkołach podstawowych i technikach wynosiła średnio około 1000–1200. Przekraczało to ustalone zalecenia, co wpływało niekorzystnie na jakość sprawowanej opieki. Na etat pielęgniarki przeważnie przypada zbyt dużo uczniów, co wpływa niekorzystnie na poziom ich pracy” [5].

Zdaniem pielęgniarek, kolejną przyczyną utrudnień w realizacji edukacji zdrowotnej jest problem ze współpracą z rodzicami. Spośród 102 badanych 73 wskazało,



Rycina 2. Liczba szkół objętych opieką pielęgniarską przez 1 pielęgniarkę

Figure 2. The number of schools per one nurse



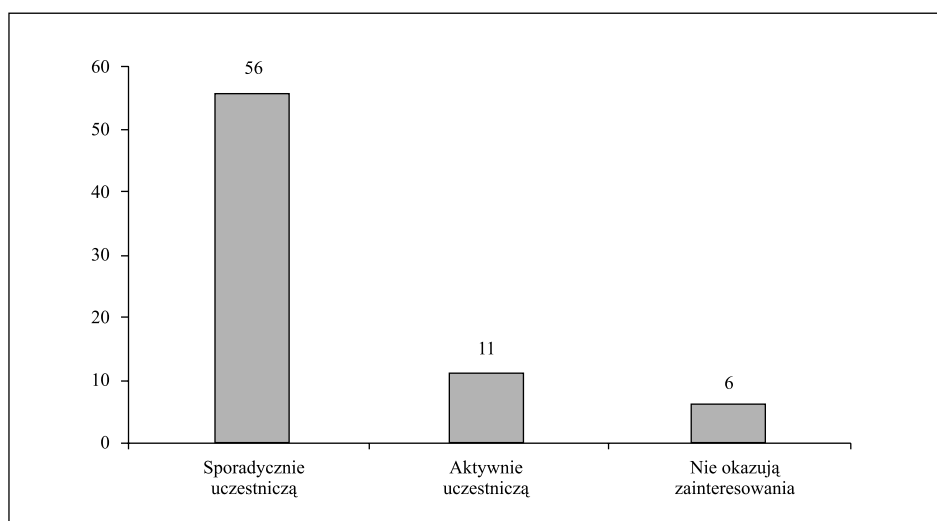
Rycina 3. Liczba uczniów objętych opieką pielęgniarską przez 1 pielęgniarkę

Figure 3. The number of pupils per one nurse

że rodzice uczestniczą w edukacji, jednak tylko 11 na 102 respondentki uznało to uczestnictwo za aktywne, aż 56 na 102 badane wskazało, że rodzice sporadycznie włączają się w proces edukacji (ryc. 4).

Zgodnie z hasłem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) — „zdrowie zaczyna się w domu, rodzice są pierwszymi edukatorami zdrowia swych dzieci i rola ich nie kończy się w momencie rozpoczęcia nauki dziecka w szkole. Skuteczność edukacji prozdrowotnej zależy od tego, w jakim stopniu szkoła będzie współdziałała z rodzicami” [2]. Zdaniem Woynarowskiej, powyższy zakres współpracy powinien

polegać między innymi na: uzgadnianiu z rodzicami, jakie tematy z ich punktu widzenia są najważniejsze i jak można je realizować. Dotyczy to szczególnie tematów drażliwych i kontrowersyjnych. Warto również zachęcić rodziców, mających odpowiednie przygotowanie, do prowadzenia niektórych zajęć w klasie oraz pozyskać ich do udziału w organizowaniu imprez i kampanii o tematyce zdrowia. Istotne jest także stwarzanie rodzicom możliwości wyrażania swoich opinii o tym, co dziecko wynosi z zajęć poświęconych edukacji zdrowotnej [6]. Specyfiką edukacji zdrowotnej młodych ludzi jest to, że wszelkie zalecenia dotyczące modyfikacji



**Rycina 4.** Ocena współpracy z rodzicami

**Figure 4.** The cooperation with parents by nurse's opinion

zachowań zdrowotnych mogą być wdrożone do praktyki tylko przy wsparciu ze strony rodziców. Stwierdzono, że najbardziej skuteczne są programy edukacji zdrowotnej, w których zajęcia dotyczą młodzieży i rodziców [7].

Wśród innych przyczyn wpływających na utrudnienia w realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, 19 pielęgniarek wskazywało między innymi na utrudniony dostęp do pomocy dydaktycznych. Mając na uwadze, że pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania charakteryzuje duża samodzielność w realizacji zadań w opiece nad uczniem w szkole, ważne staje się przygotowanie i udostępnienie materiałów i opracowań ułatwiających jej wykonywanie zadań [8]. Środki i pomoce dydaktyczne stanowią także istotny element procesu kształcenia, a możliwość ich wykorzystania przyczynia się do wzrostu skuteczności osiągania założonych celów szeroko rozumianego wychowania zdrowotnego.

W metodyce pracy pielęgniarki w szkole podstawowej i ponadpodstawowej podkreślano, że „wśród warunków umożliwiających realizację wyznaczonych pielęgniarskich zadań na pierwszej pozycji wskazano solidne przygotowanie zawodowe” [8]. Oznacza to, że oprócz formalnych wymogów określonych dla stanowiska pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania niezbędne są samokształcenie i doskonalenie zawodowe, ukierunkowane głównie na medycynę szkolną. W badaniach stwierdzono, że 18 respondentek wskazało na ograniczoną możliwość korzystania z różnych form doskonalenia zawodowego, a 16 — na trudności z dostępem do fachowej literatury.

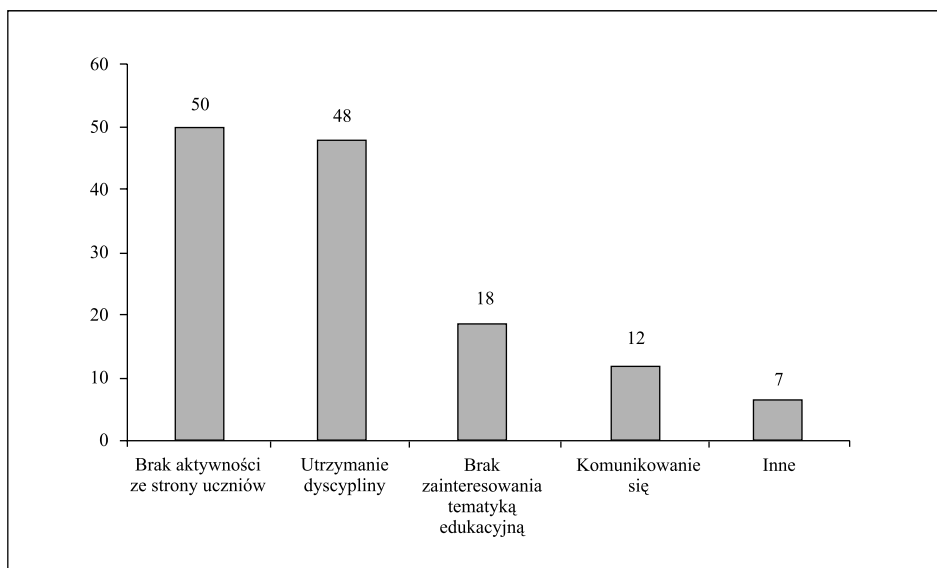
Zdaniem 17 badanych, przyczyną trudności w realizacji edukacji zdrowotnej jest nieznanostwo metod na-

uczania, a tym samym wykorzystania metod aktywizujących. Przy wykorzystaniu metod aktywizujących wymaga się od pielęgniarki nowych umiejętności i odpowiedniego przygotowania ze względu na pełnienie różnorodnych funkcji: czuwanie nad pracą grupy, stawianie zadań, motywowanie do pracy, wykorzystanie wszystkich środków i umiejętności pracy z grupą, posiadanie zdolności komunikowania się z uczniami.

Analizując trudności w pracy pielęgniarek z uczniami, wskazano na brak aktywności ze strony uczniów (50 badanych), utrzymanie dyscypliny na zajęciach (48 badanych), trudności w komunikowaniu z uczniami (12 respondentek) (ryc. 5).

Współdziałanie na rzecz zdrowia ucznia powinno odgrywać priorytetową rolę w relacjach pielęgniarka–personel szkoły. Dziesięć ankietowanych pielęgniarek wskazało na utrudnioną współpracę z pracownikami szkoły. Jedną z szans na rozwiązywanie problemów zdrowotnych uczniów jest podjęcie dialogu między pielęgniarką a pracownikami szkoły „dla poszukiwania bardziej skutecznych form partnerstwa i współdziałania. Szkoła jest miejscem, gdzie współdziałanie to odbywa się bezpośrednio, na co dzień i tam najłatwiej zacząć wprowadzać i sprawdzać nowe jego zasady” [9].

Ocena realizacji edukacji zdrowotnej nie jest łatwa ze względu na to, że jej rzeczywiste efekty są możliwe do weryfikacji nie tylko w środowisku szkoły, ale przede wszystkim w codziennych sytuacjach życiowych, które mają wpływ na zachowania i postawy uczniów. Niezbędne jest zatem systematyczne monitorowanie tego procesu w celu zdiagnozowania czynników, które ten proces utrudniają, a tym samym szukania sposobów na ich eliminowanie.



Rycina 5. Trudności we współpracy z uczniami

Figure 5. Problems concerning cooperation between nurses and pupils

## Wnioski

Do głównych trudności, z jakimi spotyka się pielęgniarka w procesie realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, należą:

1. Brak godzin lekcyjnych przeznaczonych na realizację edukacji zdrowotnej.
2. Wiele zadań realizowanych przez pielęgniarki w szkole.
3. Ograniczony czas pobytu pielęgniarki w placówce szkolnej.
4. Utrudniona współpraca z rodzicami.

## Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą z dnia 21 marca 2007 r. (DzU Nr 56 poz. 379).

2. Woynarowska B., Sokołowska M. Ścieżka edukacyjna — edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole. KOWEZ, Warszawa 2001; 6: 16.
3. Zawadzka B., Nowak E. Przygotowanie nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej — na przykładzie woj. świętokrzyskiego. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 2006; 2: 31–36.
4. Skiwrut E. Opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania wychowania w 2004. Biuro Polityki Zdrowotnej Urzędu m. st. Warszawy, Warszawa 2004.
5. Raport dotyczący profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w Polsce w latach 2000–2005 (skrót raportu sporządzonego przez Instytut Matki i Dziecka — Zakład Medycyny Szkolnej, kierownik projektu dr hab. Anna Oblacińska).
6. Skoczek G. Rodzice ważnymi partnerami szkoły W: Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole. KOWEZ, Warszawa 2000; 53.
7. Oblacińska A., Ostrega W. Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003; 73.
8. Kawczyńska-Butrym Z. Wybrane elementy diagnozy pielęgniarskiej w medycynie szkolnej. CUM, Warszawa 1997; 7.
9. Woynarowska B. Współdziałanie pracowników szkoły i pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003; 8.