

Profilaktyka wad wzroku w środowisku nauczania i wychowania

Spis treści:

I . Epidemiologia

II. Kryteria według, których pielęgniarka dokonuje klasyfikacji uczniów do grupy ryzyka

III. Grupy ryzyka

IV. Kryteria jakości

- Kryterium struktury
- Kryterium procesu
- Kryterium wyniku

I. Epidemiologia

Zaburzenia narządu wzroku (widzenia) należą do najczęstszych zaburzeń u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Ich rodzaj i częstość występowania zależą od wieku dziecka.

Do najczęstszych zaburzeń należą:

1. Wady refrakcji, w których układ optyczny oka nie skupia równoległej wiązki promieni świetlnych na siatkówce, co powoduje zamglenie widzenia:
 - Krótkowzroczność (promienie świetlne przecinają się przed siatkówką) występuje u ok.10% dzieci i młodzieży;
 - Nadwzroczność (dalekowzroczność- promienie świetlne przecinają się poza siatkówką) występuje u ok.15-20% populacji;
 - Niezborność (astygmatyzm – siła łamiąca układu optycznego oka jest różna w różnych południkach) – dotyczy o.5% uczniów.¹
2. Zez (nieprawidłowe ustawienie gałek ocznych) występuje u ok.4 % populacji. Może być ukryty lub jawny. U dzieci rzadko występuje zez porażenny, zwykle objaw poważnych chorób. Zez powinien być wykryty i leczony jak najwcześniej (nawet już w wieku 6 miesięcy), bezwzględnie najpóźniej w wieku 6 lat, aby u dziecka mogło rozwinąć się prawidłowe widzenie obuoczne.
3. Zaburzenia widzenia bar (uszkodzenie funkcji fotorecetorów siatkówki, czyli czopków najczęściej wrodzone, uwarunkowane genetycznie) występują u ok. 5-6 % chłopców i 0,5 % dziewcząt. Zaburzenie to stanowi przeciwwskazanie do wyboru niektórych zawodów i powinno być wykryte w końcu pierwszego etapu edukacji (nauczanie początkowe).²

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (2004), w Polsce jest 1 820 300 osób niepełnosprawnych z powodu uszkodzeń i chorób narządu wzroku we wszystkich grupach wiekowych. Polski Związek Niewidomych odnotowuje natomiast liczbę 63 514 (stan na dzień 31.12.2010). Różnica między danymi GUS a PZN wynika z dwóch podstawowych przyczyn – nie wszystkie osoby niewidome należą do PZN oraz dane GUS obejmują osoby z niepełnosprawnością uszkodzenia i chorób narządu wzroku w każdym stopniu, również i lekkim, a takie osoby nie są przyjmowane do PZN.

Statystyki PZN są jednak przywoływane w niniejszym raporcie, ponieważ stanowią ważne źródło szczegółowych informacji o osobach niewidomych, których to informacji nie można uzyskać z innych źródeł. Poniżej przedstawiony został opis populacji osób niewidomych

¹ red. M.Jodkowska, B.Woynarowska Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym IMiD Zakład Medycyny Szkolnej , Warszawa 2002 s. 23

² tamże s. 23

uzyskany ze statystyk PZN, odnoszący się do kryteriów takich jak: wiek, płeć, stopień niepełnosprawności, stwierdzone dodatkowe niepełnosprawności, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa.

Grupy wiekowe:

- okres przedszkolny (0 - 6 lat) - 478 osób (1% ogółu zarejestrowanych),
- okres szkolny (7- 24 lata) – 6 496 osób (10%),
- okres aktywności zawodowej (25-64 lat) – 29 946 osób (47%),
- okres po aktywności zawodowej (65 lat i więcej) – 26 594 osób (42%).

Płeć:

- kobiety - 36 063 osób (57%)
- mężczyźni - 27 451 osób (43%).

Stopień niepełnosprawności:

- niewidomi w stopniu znacznym – 32 043 osób (50%), w tym całkowicie niewidomi to 3 408 osób (5%).
- niewidomi w stopniu umiarkowanym – 25 922 osób (41%).
- pozostałe 9% ogółu zarejestrowanych to członkowie podopieczni - głównie dzieci i młodzież.³

Odnosząc się do wieku, w którym nastąpiła utrata wzroku, można stwierdzić, że w przypadku dysfunkcji wzroku występującej od urodzenia lub powstałej we wczesnym dzieciństwie skutkiem niepełnosprawności wzrokowej (zwłaszcza przy całkowitej ślepotcie) może być:

- opóźnienie rozwoju dziecka (ma miejsce, gdy wszystkie procesy psychiczne i motoryczne nie występują w określonym czasie i nie osiągają odpowiedniego poziomu, zwłaszcza, gdy przyczyną problemów wzrokowych jest uszkodzenie kory mózgowej powodujące umysłowe upośledzenie);
- opóźnienie niektórych procesów rozwoju dziecka np. funkcji poznawczych, rozwoju mowy, małej i dużej motoryki, socjalizacji (poszczególne procesy nie rozwijają się równomiernie i we wzajemnym związku; występuje np. późniejsze mówienie, chodzenie, nabywanie umiejętności samoobsługowych, orientowanie się w przestrzeni);
- rozwój nieprawidłowych zjawisk, np. blindyzmów (rytmiczne ruchy ciała, kiwanie się, bujanie się, tarcie oczu);
- zaburzenia emocjonalne (np. często wyrażany gniew);

³ red. Beata Maria Karczmarek *Zbiórca raport z diagnozy świadczonych usług z zakresu rehabilitacji społecznej dla osób niepełnosprawnych w Polsce*. Publikacja powstała w ramach dotacji przyznanej przez Fundację im. Stefana Batorego oraz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w ramach Funduszu Inicjatyw Obywatelskich (FIO), Warszawa 2011 s. 5

- silna zależność od opiekunów;
- trudna sytuacja dla rodziców posiadających dziecko z dysfunkcją wzroku.

W przypadku osób ociemniałych skutkiem wystąpienia problemów wzrokowych może być:

- utrata pełni osobowości; osobowość jest sumą cech psychicznych, takich jak przekonania, postawy, temperament, zdolności, charakter – charakterystycznych dla danej jednostki i determinuje określone zachowania i reakcje wobec tych samych zjawisk i sytuacji; utrata wzroku jest bardzo silnym stresem, który „dezorganizuje” osobowość; niemal wspólny dla wszystkich ociemniałych jest pierwszy okres po utracie wzroku: faza szoku i depresji; dopiero gdy ten okres minie, osobowość może się „zreorganizować” lub „zorganizować” wg nowego schematu;
- utrata fizycznej pełnowartościowości (poczucie ułomności, odmienności, nieudolności);
- utrata możliwości poruszania się lub znaczne trudności w sferze lokomocji; całkowita lub w dużym stopniu utrata wzroku, zwłaszcza gdy występuje nagle, „przykuwa do miejsca” wskutek strachu, paniki i bardzo uzależnia od innych; przy zachowanych resztkach wzroku problemy są mniej nasilone, ale też występuje duży dyskomfort i sytuacje zagrażające bezpieczeństwu;
- utrata „technik” codziennego życia; w zależności od stopnia dysfunkcji wzroku trudności mogą sprawiać nawet proste czynności, jak jedzenie, picie, ubieranie się a także takie, jak korzystanie z telefonu, gotowanie, robienie zakupów, posługiwanie się pieniędzmi, utrzymanie mieszkania w dobrym stanie.
- problemy w zdobywaniu informacji i komunikacyjne:
 - utrata łatwości porozumiewania się za pomocą pisma i korzystania z graficznych aspektów łączności (rysunków, obrazów),
 - utrudnione porozumiewanie się słowne - dotyczy to zwłaszcza całkowicie niewidomych, którzy nie mogą odbierać gestów, mimiki, mowy ciała, nie są w stanie w pełni obserwować reakcji na to co mówią sami lub mogą np. błędnie rozumieć intencje mówiącego czy czuć zakłopotanie, gdy rozmówca zastanawiając się milczy,
 - utrudnione zdobywanie informacji - występują duże ograniczenia w korzystaniu ze środków, za pomocą których powszechnie zdobywa się informację; nadążanie za postępowaniem umożliwiającym docieranie i wymianę informacji niewidomym jest z jednej strony kosztowne, gdyż wymaga posiadania różnego specjalistycznego sprzętu, a z drugiej strony wiąże się z opanowaniem określonych umiejętności;
- utrata anonimowości - osoba niewidoma wyróżnia się, budzi zainteresowanie otoczenia (poprzez dążenie do anonimowości występuje często niechęć do używania białej laski, co hamuje proces rehabilitacji);

- utrata rozrywek - niektóre formy rozrywek stają się nieosiągalne lub korzystanie z nich jest utrudnione i zubożone, np. czytanie, rozwiązywanie krzyżówek, oglądanie telewizji, filmów, wystaw;
- utrata niezależności finansowej - utrata pracy, czy niemożność zdobycia zatrudnienia oznacza utratę zabezpieczenia finansowego, ograniczenie dochodów przy zazwyczaj zwiększeniu wydatków powodowanych utratą wzroku, np. zakup niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego, częstsze korzystanie z taksówek, wydatki na leczenie, operacje wzroku;
- utrata niezależności osobistej - utrata wzroku powoduje ścieranie się dwóch sił: pragnienia niezależności i wolności a z drugiej strony pragnienia zależności i związanej z nią opieki; rozkład tych sił różnie wygląda w różnych okresach życia, jednak najczęściej przymusowa i uświadamiana jako nieunikniona zależność, odczuwana jest jako ciężar, skrępowanie i rodzić może reakcje o silnie negatywnym zabarwieniu;
- utrata społecznego przystosowania, akceptacji - z chwilą utraty wzroku relacje między niewidomym a otoczeniem ulegają zmianie; osoby widzące często się izolują – nie wiedzą jak się zachować, sytuacja ich przeraża, patrzą głównie przez pryzmat inwalidztwa; jeśli niewidomy nie wyrobi w sobie na nowo dawnej roli lub innej pozycji akceptowanej społecznie, a będzie stale żywił uczucie żalu i smutku, to kontakty społeczne mogą ulec silnemu zaburzeniu.⁴

II. Kryteria według, których pielęgniarka dokonuje klasyfikacji uczniów do grupy ryzyka:

1. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania wykonuje testy przesiewowe u dzieci w wieku szkolnym, których celem jest wykrycie następujących zaburzeń narządu wzroku:
 - *Identyfikacja dzieci podejrzanych o zeza i skłonność do zezowania;*
 - *Identyfikacja dzieci i młodzieży z osłabioną ostrością wzroku;*
 - *Identyfikacja dzieci z zaburzeniami widzenia barw.*

⁴ tamże s.8

III. Grupy ryzyka:

1. Grupa ryzyka wyłoniona po wykonaniu badania lekarskiego, na które zostaną skierowani uczniowie z dodatnim wynikiem testu przesiewowego w kierunku wykrywania zaburzeń narządu wzroku w klasie 0 lub w klasie I szkoły podstawowej (badanie wykonane w przypadku badania wykonanego w klasie 0)- w ramach tzw. Bilansów zdrowia.

Następne badanie lekarskie określające zaburzenia narządu ruchu zostanie przeprowadzone w klasie III szkoły podstawowej

2. Grupa ryzyka wyłoniona po wykonaniu badania lekarskiego, na które zostaną skierowani uczniowie z dodatnim wynikiem testu przesiewowego w kierunku wykrywania zaburzeń narządu wzroku w klasie III szkoły podstawowej w ramach tzw. Bilansów zdrowia.

Następne badanie określające zaburzenia narządu ruchu zostanie przeprowadzone w klasie V szkoły podstawowej

3. Grupa ryzyka wyłoniona po wykonaniu badania lekarskiego, na które zostaną skierowani uczniowie z dodatnim wynikiem testu przesiewowego w kierunku wykrywania zaburzeń narządu wzroku w klasie V szkoły podstawowej.

Następne badanie lekarskie określające zaburzenia narządu ruchu zostanie przeprowadzone w klasie I gimnazjum

4. Grupa ryzyka wyłoniona po wykonaniu badania lekarskiego, na które zostaną skierowani uczniowie z dodatnim wynikiem testu przesiewowego w kierunku wykrywania zaburzeń narządu wzroku w klasie I gimnazjum w ramach tzw. Bilansów zdrowia.

Następne badanie lekarskie określające zaburzenia narządu ruchu zostanie przeprowadzone w klasie I szkoły ponadgimnazjalnej

5. Grupa ryzyka wyłoniona po wykonaniu badania lekarskiego, na które zostaną skierowani uczniowie z dodatnim wynikiem testu przesiewowego w kierunku wykrywania zaburzeń narządu wzroku w klasie I szkoły ponadgimnazjalnej w ramach tzw. Bilansów zdrowia.

Następne badanie lekarskie określające zaburzenia narządu ruchu zostanie przeprowadzone w ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej

6. Badanie lekarskie ucznia ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej (przygotowanie ucznia, jako osoby pełnoletniej do bezpośredniej odpowiedzialności za swoje zdrowie)

IV. Kryteria jakości

Kryterium struktury:

1. Przepisy prawa i inne akty normatywne:
 - Ustawa z dnia 27.08.2004r o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych;
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.
 - red. M.Jodkowska, B.Woynarowska *Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*, Materiały instruktażowe dla pielęgniarek i higienistek szkolnym IMiD Zakład Medycyny szkolnej Warszawa 2002.
2. Infrastruktura :
 - Badanie wykonane w gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej, który znajduje się na terenie szkoły.
3. Zasoby materialne:
 - Latarka z wąską wiązką promieni;
 - Tablice do badania ostrości wzroku z optotypami;
 - Tablice widelkowe (przy badaniu dzieci 6 letnich lub starszych w szkołach specjalnych);
 - Tablice pseudoizochromatyczne Ishihary;
 - Środki dezynfekcyjne.
4. Zasoby ludzkie:
 - Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania (zgodnie z zapisami § 3 pkt.3 rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą);
 - Wykaz umiejętności pielęgniarki, specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania:
 - Przeprowadzenie badania fizykalnego ucznia;
 - Stawianie diagnozy pielęgniarstwa;
 - Planowanie opieki nad uczniem z dodatnim wynikiem testu przesiewowego;
 - Dokonywanie oceny stanu zdrowia ucznia z dodatnim wynikiem testu przesiewowego;
 - Monitorowanie jakości wykonywanych usług;
 - Opracowanie indywidualnych schematów postępowania z uczniem, wymagającym czynnej opieki;
 - Opracowanie różnych metod aktywizujących i stosowanie ich w edukacji zdrowotnej ucznia oraz określenie ich znaczenia dla skuteczności tego procesu;
 - Przestrzeganie praw pacjenta;
 - Wykaz umiejętności pielęgniarki, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania:
 - Diagnozowanie ucznia w aspekcie zdrowia i prawidłowego rozwoju;
 - Współuczestniczenie w rozwiązywaniu problemu zaburzenia widzenia;

- Wprowadzenie standardu opieki pielęgniarskiej nad uczniem niedowidzącym i słabo widzącym;
 - Przestrzeganie praw pacjenta i przyjmowanie odpowiedzialności wobec podopiecznego za podejmowane działania;
 - Uczestniczenie w podejmowaniu decyzji związanych z planowaniem i zarządzaniem opieką zdrowotną nad uczniem;
 - Wykorzystanie różnych rodzajów i źródeł wsparcia społecznego w organizowaniu opieki nad uczniem słabo widzącym i niedowidzącym;
5. Podmiot leczniczy legitymujący się Systemem Zarządzania Jakością potwierdzonym Certyfikatem ISO 9001:2008.
6. System informacyjny:
- Współpraca z rodzicami uczniów:
 - Edukacja ucznia i jego rodziny (przekazywanie informacji i wskazówek dotyczących zasad higieny narządu wzroku, zachowań zdrowotnych oraz samoobserwacji);
 - Wydawanie skierowań do lekarza poz dla uczniów z dodatnim wynikiem testu przesiewowego;
 - Współpraca ze szkołą:
 - Doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie zapewnienie ergonomicznych warunków pracy ucznia w szkole (właściwe oświetlenie miejsca pracy ucznia),
 - Udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej;
 - Zwiększenie aktywności fizycznej w codziennym życiu szkoły;
 - Zapobieganie stygmatyzacji, wykluczeniu i przemocy.
 - Współpraca z lekarzem poz:
 - Określanie grupy WF przy wykonywaniu profilaktycznych badań lekarskich;
 - Kontrolne badania lekarskie wykonane po skierowaniu przez pielęgniarkę szkolną ucznia z dodatnim wynikiem testu przesiewowego.

Kryterium procesu:

1. Pielęgniarka przedstawia się z imienia i nazwiska.
2. Kultura osobista pielęgniarki.
3. Pielęgniarka przestrzega prawa pacjenta.
4. Wyjaśnienie uczniowi celu i przebiegu badania oraz potrzeby i znaczenia wykonania badania.
5. Wykonanie testu przesiewowego w kierunku wykrywania wad wzroku:
 - Badanie obecności widocznego zezą (badanie u uczniów klas 0 lub I szkoły podstawowej) (1 raz w semestrze):
 - Badanie ustawienia gałek ocznych;
 - Badanie symetrii odbicia światła na rogówkach (test Hirschberga).
 - Badanie w kierunku wykrywania nieprawidłowej ostrości wzroku (1 x semestrze)
 - Badanie w kierunku wykrywania zaburzeń widzenia barwnego (badanie wykonane u uczniów klas III szkoły podstawowej (1 x w semestrze).
6. Porady jednostkowe:

- Porada w zakresie utrzymania aktywności fizycznej na właściwym poziomie i przebywanie na świeżym powietrzu;
 - Porada w zakresie prawidłowego odżywiania ze szczególnym dostarczania organizmowi optymalnej ilości płynów;
 - Porada w zakresie zapewnienie ergonomicznych warunków pracy ucznia w domu (dbanie o poziom wilgotności w pomieszczeniach, właściwe oświetlenie miejsca pracy ucznia);
 - Porada w zakresie przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny ćwiczeń gimnastycznych;
 - Porada w zakresie używanie okularów ochronnych podczas pływania, jazdy na nartach i innych aktywności sportowych.
7. Współpraca z lekarzem okulistą:
 - Skierowanie do lekarza poz uczniów z dodatnim wynikiem testu przesiewowego;
 - Nadzór nad systematycznymi kontrolami u lekarza specjalisty.
 8. Edukacja zdrowotna wśród uczniów i rodziców oraz pracowników szkoły, indywidualna.

Kryterium wyniku:

1. Odsetek uczniów z dodatnimi wynikami testów, u których wykonano badania diagnostyczne w celu potwierdzenia lub wykluczenia zaburzeń ujawnionych w teście, w stosunku do liczby uczniów z dodatnimi wynikami testów.
2. Odsetek uczniów w stosunku do uczniów objętych działaniami, którzy zmienili zachowania zdrowotne.
3. Odsetek uczniów, którzy posiadają wiedzę na temat ergonomicznych warunków pracy i właściwego oświetlenia stanowiska pracy.
4. Odsetek uczniów, którzy podczas nauki pływania, jazdy na nartach używają okulary ochronne.
5. Odsetek uczniów skierowanych na dalszą diagnostykę do lekarza okulisty.
6. Pielęgniarka ułatwia uczniowi pozyskanie wiedzy na temat miejsc świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej lekarza okulisty.