
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LX, SUPPL. XVI, 620

SECTIO D

2005

Katedra i Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia
Akademii Medycznej Im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego W Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Wdowiak

KRZYSZTOF WŁOCH

The Disabled Child and The School Nurse's Activity

Dziecko niepełnosprawne a praktyka pielęgniarstwa szkolnego

Dziecko niepełnosprawne jest takim samym dzieckiem jak każde inne dziecko. Może nie potrafi ono tak szybko biegać, nie umie tak dobrze mówić ani tak dobrze słyszeć czy widzieć. Ale jest ono istotą ludzką i jak wszystkie inne dzieci ma prawo być pełnoprawnym członkiem wspólnoty rodzinnej, szkolnej, społecznej. Pielęgniarka szkolna jest „jeszcze” jedynym profesjonalnym pracownikiem medycznym zatrudnionym na terenie szkoły, która powinna się opiekować uczniem niepełnosprawnym.

W ostatnich latach dokonała się znacząca zmiana w podejściu do osób niepełnosprawnych, w tym także dzieci i młodzieży. Postępy wiedzy w dziedzinie medycyny i psychopedagogiki pozwoliły na lepsze zrozumienie procesów związanych z powstawaniem niepełnosprawności, doprowadzając do weryfikacji dotychczasowych sposobów usprawniania (1).

Pielęgniarka szkolna sprawuje opiekę nie tylko nad uczniem zdrowym, ale również z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi oraz identyfikuje te problemy. Aktywnie uczestniczy w edukacji zdrowotnej dla uczniów, rodziców i nauczycieli (4,5,6).

Niniejsza praca jest częścią większej pracy.

Przybliży ona wiedzę pielęgniarstwa szkolnego na temat niepełnosprawności i rehabilitacji oraz udziału pielęgniarstwa w adaptacji dziecka niepełnosprawnego do funkcjonowania w środowisku szkolnym. Jako kryterium niepełnosprawności przyjęto roczne uczęszczanie dziecka na zajęcia korekcyjno - usprawniające.

MATERIAŁ I METODY

Badania związane z tematem pracy przeprowadzono od października do grudnia 2000 roku w dwóch Publicznych Szkołach Podstawowych w Lipsku i Solcu.

Badaniem objęto pielęgniarstwa szkolne, nauczycieli i rodziców dzieci niepełnosprawnych.

Metodę, którą zastosowano był anonimowy kwestionariusz ankiety, który zawierał instrukcję:

- część wstępną, zawierającą pytania informacyjne dostarczające danych dotyczących cech społeczno – zawodowych pielęgniarstwa: wiek, rodzaj ukończonej szkoły, ukończenie kursu kwalifikacyjnego w zakresie opieki w środowisku nauczania i wychowania, staż pracy na stanowisku pielęgniarstwa szkolnego, tygodniowy czas pracy, ilość uczniów przypadających na etat pielęgniarstwa;
- część zasadniczą, w której znajdują się pytania dotyczące: wiadomości na temat niepełnosprawności i rehabilitacji dzieci, działań opiekuńczo – rehabilitacyjno – pedagogicznych organizowanych przez szkołę na rzecz niepełnosprawnego dziecka.

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Przeprowadzone badania dotyczące udziału pielęgniarki szkolnej w adaptacji dziecka niepełnosprawnego do funkcjonowania w środowisku nauki są niezadowolające.

Z badań wynika, że służba zdrowia tylko w niewielkim stopniu może rozwiązywać problemy zdrowotne i społeczne dzieci, bez współdziałania z nauczycielami i rodzicami.

Wśród 30 ankietowanych osób 100,0% stanowiły kobiety. Większość pielęgniarek (60%) ma duże doświadczenie zawodowe, a ich staż pracy na stanowisku pielęgniarki szkolnej zawierał się głównie w przedział od 2 – 5 lat i pow. 10 lat (po 40% badanych pielęgniarek). 60% pielęgniarek ukończyło kurs kwalifikacyjny w zakresie opieki w środowisku nauczania i wychowania.

Niestety minął czas, kiedy pielęgniarki były w szkole codziennie, zatrudnione na pełnym etacie i w każdej chwili można było pójść do niej po pomoc i poradę.

Z badań wynika, że wymiar czasu pracy pielęgniarek był zróżnicowany i wynosił około 10 – 42 godzin.

Pielęgniarki szkolne miały pod swoją opieką od 270 – 1000 uczniów.

Poziom wiedzy pielęgniarek określono stawiając pytania, na które padły poniżej opisane odpowiedzi.

Za dziecko niepełnosprawne 60% badanych pielęgniarek uznało dziecko, u którego stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy powoduje trwałe lub okresowe utrudnienie i ograniczenie egzystencji (3). Strukturę rozumienia pojęcia, „dziecko niepełnosprawne” przedstawia tabela nr 1.

Z badań wynika, że 80% pielęgniarek miało do czynienia z dziećmi z niepełnosprawnością fizyczną, u których występuje uszkodzenie, zaburzenie i choroba narządu ruchu lub niektóre zaburzenia mowy. Natomiast z niepełnosprawnością psychiczną lub umysłową w swojej pracy spotkało się 20% pielęgniarek.

Rehabilitacja jako złożony proces obejmujący oddziaływanie lecznicze, społeczne i pedagogiczne zmierzające do przywrócenia sprawności w jak najwyższym stopniu jest najbardziej prawidłowym rozumieniem tego pojęcia (2). Taką odpowiedź udzieliło 40% pielęgniarek.

80% pielęgniarek stwierdziło, że dzieci są objęte rehabilitacją w szkole. 100% pielęgniarek potwierdziło osobiste uczestnictwo w procesie rehabilitacji. Niestety swój udział podkreślały przeważnie poprzez kwalifikowanie uczniów na zajęcia korekcyjne.

Korektywę w szkole prowadził nauczyciel wf ze specjalizacją z rehabilitacji. Wiedzę tą posiadało 60% pielęgniarek, pozostałe 40% uważało, że lekcje te prowadzi nauczyciel wf bez specjalizacji.

Wszelkie formy aktywności ruchowej wpływają korzystnie na niepełnosprawność dziecka, które otwiera się, jest bardziej radosne, potrzebne, mogące zrobić to, co uczeń zdrowy. Z taką opinią zgodziło się 100% pielęgniarek.

60% badanych pielęgniarek widziało trudności wychowawcze u dzieci specjalnej troski. Ankietowane pielęgniarki w przeważającej części (80%) brały udział w ich rozwiązywaniu. Najczęściej powtarzające się formy tego udziału to:

- kontakt z rodzicami i wychowawcą;
- współpraca z poradnią psychologiczno – pedagogiczną;
- indywidualne rozmowy z dzieckiem;
- zaangażowanie dzieci do pracy w różnych organizacjach na terenie szkoły.

Strukturę źródeł informacji o problemach dzieci przedstawiono w tabeli nr 2.

Najczęstszym źródłem informacji o problemach dzieci dla poszczególnych grup respondentów byli wychowawcy (100% pielęgniarek; 36,4% nauczycieli i 37,5% rodziców) i rodzice (100% pielęgniarek i 66,7% nauczycieli). Pielęgniarka szkolna przekazała te informacje 24,2% nauczycieli i 12,5% rodziców.

Szkola zdaniem 100% pielęgniarek umożliwia prowadzenie lekcji z promocji zdrowia. Oprócz nich zajęcia przeprowadzili: psycholog (40%); wychowawcy, rodzice, lekarz (po 20%). W realizacji programu wychowania zdrowotnego angażowane były dzieci przez 100% pielęgniarek. Najbardziej rozpowszechnionymi formami szerzenia kultury zdrowia przez ankietowanych były: konkursy plastyczne, turnieje wiedzy, akademie, zawody promujące „ruch”, zajęcia z udzielania pierwszej pomocy. Chętnie również wykorzystywali plakaty, ulotki, gazetki.

80% pielęgniarek brało udział w akceptacji dzieci przez rówieśników. Jednak wśród stosowanych przez nie form integrujących środowisko dzieci znalazła się tylko pogadanka i rozmowa indywidualna.

Przeważająca część dzieci niepełnosprawnych wymaga specjalistycznej pomocy, psychoterapii w pełnym tego słowa znaczeniu. Zdanie to potwierdziło 80% pielęgniarek. Jako główne powody stosowania psychoterapii wymieniały:

- pomoc dziecku w akceptacji niepełnosprawności;
- uwierzenie dziecka we własne siły;
- pomoc w przystosowaniu do środowiska szkolnego;
- podniesienie własnej wartości.

Według 80% pielęgniarek psychoterapią powinna być objęta również rodzina dziecka. Swoje wypowiedzi motywowały przeważnie:

- zrozumieniem przez rodzinę potrzeb dziecka;
- pomoc dziecku w „realizowaniu się”;
- ułatwienie dziecku akceptacji niepełnosprawności.

Integracja to bardzo pozytywne, szerzące się w środowisku szkolnym zjawisko, gdzie powstają coraz częściej klasy integracyjne. 40% pielęgniarek pracowało w szkołach, w których były takie klasy. Aż 80% pielęgniarek nie umiało ocenić pracy klas integracyjnych, natomiast 20% oceniało ją jako bardzo dobrą.

W związku z powstawaniem klas integracyjnych szkoła powinna być dostosowana urbanistycznie do możliwości dzieci niepełnosprawnych.

Według 60% pielęgniarek w szkole nie zostały usunięte bariery architektoniczne, a 20% uważało, że tylko częściowo zostały usunięte te utrudnienia. Jako główne bariery architektoniczne wymieniały:

- brak podjazdów, wind (sale lekcyjne na piętrach);
- niedostosowane toalety;
- brak powierzchni antypoślizgowych;
- zbyt wąskie korytarze, drzwi.

W pracy z dziećmi mogą pojawić się trudności. Pielęgniarki najczęściej napotykały na te trudności wynikające z współpracy ze środowiskiem rodzinnym (60%) i warunków pracy (20%).

W ostatnich latach nastąpił przełom w służbie zdrowia, weszła nowa reforma, która wpłynęła na pracę personelu medycznego.

Z analizy badań wynika, że 60% pielęgniarek znało cele i założenia realizowanej reformy służby zdrowia. Jednomyslnie 100% pielęgniarek stwierdziło, że wdrożona reforma nie spełnia ich oczekiwań.

Pielęgniarki szkolne uważały, że obecny system organizacji opieki medycznej nad uczniami w szkole działa na ich niekorzyść.

Wpływ wdrożonej reformy na współpracę pielęgniarek w ich miejscu pracy przedstawia rycina nr 1.

60% pielęgniarek potwierdziło wpływ realizowanej reformy na ich współpracę w środowisku szkolnym. Najczęściej wpływ ten był negatywny. A oto jak uzasadniały swoją odpowiedź:

- różne Kasy Chorych;
- dwa środowiska pracy;
- brak czasu na dodatkową działalność w szkole;
- wzrost liczby uczniów przypadających na etat pielęgniarski;
- likwidowane gabinety medycyny szkolnej, w wyniku, czego młodzież w placówkach dydaktyczno – wychowawczych pozbawiona będzie systematycznej opieki medycznej.

WNIOSKI

- Pielęgniarki posiadają ogólną wiedzę dotyczącą niepełnosprawności i rehabilitacji dzieci w środowisku nauki, lecz w niedostatecznym stopniu biorą udział w ich usprawnianiu fizycznym. Obecna rola pielęgniarek ogranicza się do kwalifikowania dzieci na zajęcia korekcyjne. W związku z tym należałoby uświadomić pielęgniarkom istotę procesu rehabilitacji i w pełni wykorzystać posiadane przez nie umiejętności kompleksowego usprawniania.
- Pielęgniarki biorą czynny udział w rozwiązywaniu problemów wychowawczych uczniów niepełnosprawnych, lecz ich rezultaty będą większe, jeśli nawiążą współpracę z pozostałymi członkami zespołu dydaktyczno – wychowawczego.

- Założenia nowego systemu opieki zdrowotnej nad uczniami niekorzystnie wpływają na pracę pielęgniarki szkolnej. Obecnie pielęgniarka jest jedynym, pracownikiem służby zdrowia a mimo tego jej etat jest coraz częściej likwidowany. Stała się ona przysłowiowym „białym krukiem” na terenie szkoły. Liczne dotychczasowe osiągnięcia w organizacji profilaktyki i leczenia dzieci w szkole, były i są niezawodne, a więc powinny nadal zajmować należne im miejsce w codziennej praktyce pielęgniarek szkolnych.

PIŚMIENNICTWO

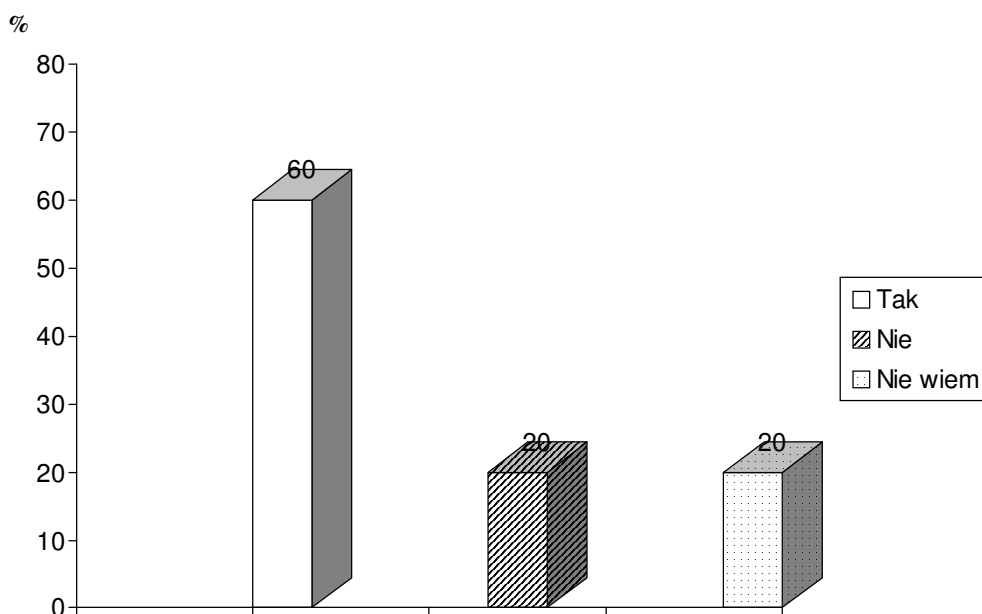
1. Borkowski M.: Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Część 2. WS i P, Warszawa 1997, 5-6
2. Gałkowski J.: Encyklopedyczny słownik rehabilitacji. PZWL, Warszawa 1986, 263
3. Otrębski W.: System wsparcia aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych. FMN, Lublin 1999, 23
4. Rejzner C., Szczygielska –Majewska M.: Wybrane zagadnienia z rehabilitacji. CMONŚSzk.M., Warszawa 1992
5. Woynarowska B.: Medycyna a edukacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne 1992, Nr 5
6. Woynarowska B., Pułtorak M.: Metodyka pracy środowiskowej pielęgniarki (higienistki szkolnej) w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. PWEKGROSS, Warszawa 1990

Tabela 1. Struktura rozumienia pojęcia „dziecko niepełnosprawne”

Dziecko niepełnosprawne to dziecko, u którego:	Pielęgniarki	
	N	%
<ul style="list-style-type: none"> • stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy powoduje trwałe lub okresowe utrudnienie i ograniczenie egzystencji • występuje trwałe, widoczne, anatomiczne uszkodzenie (ubytek, brak, wada) całego lub części narządu. 	3	60
<ul style="list-style-type: none"> • występuje stan częściowej lub całkowitej niezdolności do nauki w szkole. • istotne uszkodzenie i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powoduje utrudnienie, ograniczenie wykonywania zadań i wypełniania ról społecznych. 	1 1	20 20
Razem	5	100

Tabela 2. Struktura źródeł informacji o problemach dzieci

Źródło informacji o problemach dzieci	Pielęgniarki		Nauczyciele		Rodzice		Ogółem	
	N = 5	%	N = 33	%	N = 32	%	N = 70	%
dziecko	3	60	4	12,1	4	12,5	11	15,7
koledzy	-	-	6	18,2	1	3,1	7	10,0
wychowawca klasy	5	100	12	36,4	12	37,5	29	41,4
nauczyciele	1	20	12	36,4	3	9,4	16	22,9
pedagogzy	-	-	8	24,2	-	-	8	11,4
rehabilitant	-	-	-	-	-	-	-	-
lekarz rodzinny	1	20	1	3,0	2	6,3	4	5,7
pielęgniarka szkolna	-	-	8	24,2	4	12,5	12	17,1
rodzice	5	100	22	66,7	-	-	27	38,6
rodzeństwo	-	-	-	-	-	-	-	-
psycholog	-	-	-	-	1	3,1	1	1,4
brak problemów	-	-	-	-	2	6,3	2	2,9
brak danych	-	-	1	3,0	3	9,4	4	5,7



Rycina 1. Struktura wpływu reformy na współpracę pielęgniarek

STRESZCZENIE

Celem badania było poznanie praktyki pielęgniarki szkolnej w fizycznym usprawnianiu dziecka niepełnosprawnego. Badanie zostało przeprowadzone w 2000 roku wśród 30 pielęgniarek, które pod swoją opieką miały od 270 do 1000 uczniów. Pielęgniarki biorą czynny udział w rozwiązywaniu problemów wychowawczych niepełnosprawnych uczniów – jako jedyny pracownik służby zdrowia, są odpowiedzialne za organizację profilaktyki i leczenia dzieci w szkole. Może to nastąpić tylko poprzez współpracę z pozostałymi członkami zespołu dydaktyczno – wychowawczego, która obecnie jest niezadowolająca.

SUMMARY

The aim of the studies was getting to know the role of school nurses in physical improvement of the child. The investigations were carried out in 2000 including 30 nurses who took charge of from 270 to 1000 pupils. They are also engaged in solving educational problems of the disabled pupils. As the only medical care workers, they are responsible for organization of prophylaxis and treatment of school children which can be achieved by cooperation with other members of the education team. The results show that this kind of work is unsatisfactory.