

Healthcare for a child with a disability in the educational setting

Opieka zdrowotna nad dzieckiem niepełnosprawnym w środowisku nauczania i wychowania

Agnieszka Pluta^{A-I,K}

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Agnieszka Pluta

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Łukasiewicza 1, 85-801, Bydgoszcz, Polska
e-mail: agnieszka.pluta@cm.umk.pl

A – Development of the concept and methodology of the study/Opracowanie koncepcji i metodologii badań; B – Query – a review and analysis of the literature/Kwerenda – przegląd i analiza literatury przedmiotu; C – Submission of the application to the appropriate Bioethics Committee/Złożenie wniosku do właściwej Komisji Biotycznej; D – Collection of research material/Gromadzenie materiału badawczego; E – Analysis of the research material/Analiza materiału badawczego; F – Preparation of draft version of manuscript/Przygotowanie roboczej wersji artykułu; G – Critical analysis of manuscript draft version/Analiza krytyczna roboczej wersji artykułu; H – Statistical analysis of the research material/Analiza statystyczna materiału badawczego; I – Interpretation of the performed statistical analysis/Interpretacja dokonanej analizy statystycznej; K – Technical preparation of manuscript in accordance with the journal regulations/Opracowanie techniczne artykułu zgodne z regulaminem czasopisma; L – Supervision of the research and preparation of the manuscript/Nadzór nad przebiegiem badań i przygotowaniem artykułu

STRESZCZENIE

OPIEKA ZDROWOTNA NAD DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM W ŚRODOWISKU NAUCZANIA I WYCHOWANIA

Wprowadzenie. Pielęgniarka szkolna odgrywa kluczową rolę w zapewnianiu bezpieczeństwa, zdrowia i wsparcia uczniom z niepełnosprawnościami.

Cel pracy. Celem pracy jest omówienie specyfiki opieki pielęgniarskiej nad dziećmi z niepełnosprawnościami w środowisku szkolnym, w tym identyfikacja wyzwań, jakie niesie za sobą ich zdrowotna, społeczna i edukacyjna integracja.

Metoda. Opieka nad dzieckiem z niepełnosprawnością jest realizowana na trzech poziomach organizacyjnych systemu: podstawowym (realizowanym w ramach POZ), specjalistycznym oraz wysokospecjalistycznym w trybie ambulatoryjnym i szpitalnym. W środowisku nauczania i wychowania opieka jest sprawowana w gabinecie profilaktyki zdrowotnej przez pielęgniarkę, a jej dopełnieniem jest opieka stomatologiczna.

Podsumowanie. Dziecko z niepełnosprawnością jest w szczególnej grupie odbiorców świadczeń medycznych. Opieka nad takim dzieckiem w środowisku nauczania i wychowania stawia przed pielęgniarką wysokie wymagania zawodowe, etyczne. Pielęgniarka jako profesjonalistka jest przygotowana do realizacji świadczeń na rzecz ucznia z niepełnosprawnością ale jej wiedza musi być ciągle aktualizowana aby zapewnić uczniom z niepełnosprawnością zindywidualizowaną opiekę zgodną z aktualnymi standardami.

Słowa kluczowe:

uczeń, niepełnosprawność, opieka pielęgniarska, podstawowa opieka zdrowotna

ABSTRACT

HEALTHCARE FOR A CHILD WITH A DISABILITY IN THE EDUCATIONAL SETTING

Introduction. The school nurse plays a key role in ensuring safety, health, and support for students with disabilities.

Aim. The aim of this paper is to discuss the specifics of nursing care for children with disabilities in the school environment, including identifying the challenges posed by their health, social, and educational integration.

Method. Care for a child with a disability is provided across three organizational levels of the healthcare system: primary care (delivered within primary healthcare), specialist care, and highly specialized care in outpatient and hospital settings. In the educational environment, care is provided in the health prevention office by a nurse, complemented by dental care services.

Conclusions. A child with a disability belongs to a particularly sensitive group of medical service recipients. Providing care to such a child in the educational environment demands high professional and ethical standards from the nurse. As a professional, the nurse is equipped to deliver services for students with disabilities, but their knowledge must be continuously updated to ensure individualized care that aligns with current standards.

Key words:

student, disability, nursing care, primary healthcare

INTRODUCTION

Disability among school-aged children can take various forms, ranging from physical and intellectual disabilities to sensory impairments. It is estimated that approximately 10–15% of school-aged children in Poland experience some form of disability, posing significant challenges for schools and healthcare professionals [1]. Within the school context, the nurse plays a crucial role, providing not only medical care but also educational, emotional, and integrative support [2].

In Poland, the role of the school nurse has been defined, among other provisions, by the 2019 Act on Healthcare for Students, which emphasizes the necessity of tailoring care to the specific needs of children with disabilities [3]. A child with a disability has the right to special care, including access to education, healthcare, rehabilitation, vocational training, and recreational opportunities, to support the highest possible level of social integration and personal development [4].

AIM

The aim of the study is to discuss the specifics of nursing care for children with disabilities in the school environment, including the identification of challenges posed by their health, social, and educational integration.

Review of the State of Knowledge

A student with a disability is eligible for special education in schools based on a certificate issued by a psychological and pedagogical counseling center. The education system provides parents with the opportunity to choose a school for their child while placing an obligation on the school to provide appropriate support, assistance, rehabilitation, and accommodations tailored to the individual needs and psychophysical abilities of the student. Education can take place in mainstream, integrated, or special schools, depending on the choice of the parents. For students with various disabilities, the system allows for deferred school attendance and an extension of compulsory education until the age of 20 for primary school and 24 for secondary school [5].

A child should undergo a universal preventive medical examination assessing school readiness during the preschool preparation stage. However, a significant percentage of children undergo these evaluations only as first-grade students. Detecting developmental disorders and early diagnosis of chronic diseases during the preschool period is crucial for their proper development, as it enables the implementation of therapy and rehabilitation. This, in turn, can limit or even halt the progression of functional developmental disorders. The lack of a health assessment of school readiness can result in difficulties for the child in adapting to the school environment, leading to poorer social functioning and, consequently, unsatisfactory academic performance.

According to the data from the Central Statistical Office, in the 2023/24 school year in Poland, there were 360 special kindergartens attended by 8,100 children.

The largest group of children in special kindergartens were 7 years old (27.8%). Boys constituted the majority of children in special kindergartens (71.7%). Additionally, 55,900 children with disabilities attended other kindergartens and preschool institutions, accounting for 3.7% of the total number of children. Most children with disabilities attended mainstream kindergartens (79.0%), including kindergartens with integration classes (10.6%) and integration-specific kindergartens (11.6%).

The total number of children with disabilities receiving special education at the primary level was 179,900, representing 6.0% of all children, of which boys made up 68.8%. Among the 3,400 children receiving individual instruction, 45.4% had special educational needs.

Education for adolescents with special educational needs at the post-primary level was primarily provided in special schools. The largest share of special schools were those offering vocational training, such as special preparatory schools and vocational schools at Level I. All special schools collectively educated 29,800 students. In addition, 35,000 students with special educational needs were taught in inclusive classrooms, with 44.5% in general secondary school classrooms, 33.2% in technical secondary school classrooms, and 21.7% in vocational school classrooms at Level I. The total number of students receiving special education at the post-primary level was 64,800, representing 3.4% of all students. At post-secondary schools, 282 students with special educational needs were enrolled, most of whom attended special schools (251 students). In the 2023/24 academic year, 21,900 students with disability certificates (1.8% of all students) were enrolled in universities, while 5,300 graduated (1.8% of all graduates). Among doctoral students, 15.4% had a disability certificate, amounting to 500 individuals [6].

In Poland, healthcare for children with disabilities is provided across three organizational levels:

1. Primary care, delivered through the primary healthcare system (PHC).
2. Specialist care, involving more focused and specific medical attention.
3. Highly specialized care, offered in outpatient and hospital settings [7].

The primary care physician (PHC) is the key coordinator of care for a child with disabilities, overseeing the entire therapeutic process and liaising with other specialists and institutions. They are also expected to collaborate with parents, school nurses, psychologists, and therapists to develop a comprehensive health plan. The responsibilities of the PHC doctor are governed by the Regulation of the Minister of Health of November 27, 2019, which outlines the duties of primary care physicians, nurses, and midwives [8].

Parents of children with disabilities often require support in understanding their child's condition, planning therapy, and managing daily challenges. The PHC doctor can serve as a guide, providing information on available resources such as rehabilitation programs, support groups, and specialized facilities [9].

The effectiveness of therapy depends on the exchange of information between the therapeutic team and collaboration with the child's parents or legal guardians. The frequency of specialist consultations is determined by the child's health condition. PHC visits are primarily associated with chronic illnesses and monitoring the child's health and development, as well as administering preventive vaccinations.

As of October 1, 2022, coordinated healthcare was introduced into the primary healthcare system (PHC), raising hopes for improved service quality [10]. In this model, the PHC doctor chosen by the child's family collaborates with specialists, PHC nurses, and dietitians. Coordinated care includes prevention, diagnosis, treatment, and patient education for conditions in areas such as cardiology, diabetology, endocrinology, pulmonology, and nephrology. Patients enrolled in the program can also access three free dietary consultations per year, funded by public resources.

Healthcare for students is implemented in schools and includes preventive health care, health promotion, and dental care. Preventive healthcare is provided to students until the age of 19 or, for those with a special education certificate, until the completion of secondary school. Dental care is available until the age of 19. The school principal and the school's managing body are responsible for ensuring the organizational conditions for healthcare. Schools are required to provide a health prevention office equipped with the necessary tools to deliver guaranteed services by a school nurse or hygienist [11, 12].

Direct healthcare for students is provided by school nurses or school hygienists, while dental care is provided by dentists and dental hygienists.

The number of students assigned to a nurse depends on the type of school:

- Mainstream primary and secondary schools: 880–1,100 students per nurse.
- Vocational schools with workshops: 700 students per nurse due to higher injury risks.
- Integration classes/schools: Student-to-nurse ratios depend on the type and severity of disabilities.

In special schools for children and adolescents, nurse allocation is based on the type and severity of disabilities:

- Type A: 150 students (mild intellectual disabilities, physically able, visually or hearing impaired, chronically ill).
- Type B: 80 students (mild intellectual and physical disabilities, or moderate intellectual disabilities and physically able).
- Type C: 30 students (moderate/severe intellectual and physical disabilities) [13].

School nurses provide guaranteed healthcare services as per the Minister of Health Regulation [12], regardless of the school type. Their responsibilities include:

- Conducting and interpreting screening tests.
- Managing follow-up care for students with positive test results.

- Providing active counseling for students with health problems.
- Caring for students with chronic illnesses or disabilities, including administering prescribed treatments in collaboration with the PHC doctor.
- Administering first aid for illnesses, injuries, and poisonings.
- Advising school management on student safety, nutrition, and hygiene.
- Providing oral health education, including fluoride treatments in areas with low fluoride levels.
- Participating in planning and evaluating health education.

School nurses actively counsel chronically ill or disabled students, covering areas such as: disease prevention and health promotion, lifestyle adjustments and limitations due to health or developmental disorders, therapy participation.

This requires close collaboration with the child, their parents, teachers, school psychologists, and other healthcare providers. In cases where the nurse is unavailable, trained school staff, such as teachers, may administer medications or perform specific procedures with appropriate consent and training [14].

School nurses also serve as health educators, providing:

- Health education for students: Lessons on healthy lifestyles, hygiene, chronic disease management, and first aid.
- Training for school staff: Workshops on managing children with disabilities and using medical equipment (e.g., insulin pumps).
- Peer education: Promoting awareness and inclusion among students to foster social integration [15].

Ensuring safety in schools is a key responsibility regulated by various laws and guidelines [16]. Students under 18 can access rehabilitation twice a year in settings such as hospitals, outpatient clinics, or rehabilitation centers, which is particularly beneficial for children with physical disabilities [17–19].

Full healthcare coverage includes dental care, either in school-based dental offices or through agreements with external providers or mobile dental clinics (dentobuses).

Children with disabilities often require individualized learning programs tailored to their psychophysical abilities and therapeutic needs. Special education teachers support children with conditions like autism, as stipulated in official documentation. Students unable to attend school due to health conditions can receive individualized instruction, arranged for a specified period based on a psychological-pedagogical evaluation [20].

CONCLUSIONS

Disability is a significant challenge in the life and development of a child. It necessitates the implementation of specialized medical and rehabilitative interventions, substantial involvement from medical professionals, parents,

and the child, and, in the case of school-aged children, active participation from teachers and school nurses. In many cases, disability limits the proper functioning of a child within their family, peer, and school environments.

A child with a disability is part of a particularly sensitive group of medical service recipients. In schools, the primary provider of care for students with disabilities is the nurse, who is responsible for preventive care and coordinating health-related actions. Providing care for such a child in the educational environment places high professional and ethical demands on the nurse. As a professio-

nal, the nurse is prepared to deliver services to students with disabilities, but their knowledge must be continuously updated to ensure individualized care aligned with current standards.

It is important to note that in many schools, nurses work part-time or serve multiple institutions, limiting their ability to provide consistent care for students with disabilities. There is much hope placed in the ongoing legislative efforts to amend the law on student healthcare, which may improve the quality and accessibility of care for children with disabilities.

Opieka zdrowotna nad dzieckiem niepełnosprawnym w środowisku nauczania i wychowania

WPROWADZENIE

Niepełnosprawność u dzieci szkolnych może przybierać różne formy, od fizycznych, poprzez intelektualne, aż po sensoryczne. Szacuje się, że około 10-15% dzieci w wieku szkolnym w Polsce zmagają się z jakąś formą niepełnosprawności, co stawia przed szkołami i pracownikami ochrony zdrowia ogromne wyzwania [1]. W kontekście szkolnym pielęgniarka pełni istotną funkcję, zapewniając nie tylko opiekę medyczną, ale także wsparcie edukacyjne, emocjonalne i integracyjne [2]. W Polsce rola pielęgniarki szkolnej została zdefiniowana m.in. przez Ustawę o opiece zdrowotnej nad uczniami z 2019 roku, podkreślając konieczność dostosowania opieki do specyficznych potrzeb dzieci z niepełnosprawnościami [3]. Dziecko z niepełnosprawnością ma prawo do szczególnej troski: dostępu do oświaty, nauki, opieki zdrowotnej, opieki rehabilitacyjnej, przygotowania zawodowego oraz możliwości rekreacyjnych, dla osiągnięcia przez dziecko jak najwyższego stopnia zintegrowania ze społeczeństwem oraz osobistego rozwoju [4].

CEL PRACY

Celem pracy jest omówienie specyfiki opieki pielęgniarskiej nad dziećmi z niepełnosprawnościami w środowisku szkolnym, w tym identyfikacja wyzwań, jakie niesie za sobą ich zdrowotna, społeczna i edukacyjna integracja.

Opis stanu wiedzy

Uczeń z niepełnosprawnością objęty jest w szkole kształceniem specjalnym na podstawie orzeczenia wydanego przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną. System edukacyjny daje możliwość wyboru rodzicom szkoły dla dziecka, a na szkołę nakłada obowiązek zapewnienia odpowiedniego wsparcia, pomocy, rewalidacji, dostosowania do indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych ucznia. Edukacja może przebiegać w szkole ogólnodostępnej, integracyjnej bądź specjalnej, w zależności którą z nich wybiorą rodzice. Dla uczniów z różnego rodzaju niepełnosprawnościami stwarza się

możliwość odroczenia w czasie obowiązku szkolnego oraz wydłużenia trwania obowiązku szkolnego do 20. roku życia w przypadku szkoły podstawowej i do 24. roku życia na poziomie szkoły ponadpodstawowej [5].

Dziecko już w okresie przygotowania przedszkolnego powinno mieć przeprowadzone powszechne profilaktyczne badanie lekarskie z oceną gotowości szkolnej. Duży odsetek dzieci badania te ma wykonywane jako uczniowie pierwszej klasy. Wykrycie zaburzeń rozwojowych, wczesna diagnostyka chorób przewlekłych jeszcze w okresie przedszkolnym ma kluczowe znaczenie dla ich prawidłowego rozwoju z uwagi na możliwość wdrożenia terapii, rehabilitacji a tym samym daje możliwość ograniczenia, a nawet zahamowania postępu zaburzeń w rozwoju funkcjonalnym. Brak oceny zdrowotnej gotowości szkolnej może się przekładać na problemy dziecka z adaptacją do środowiska szkolnego, a w efekcie na gorsze funkcjonowanie społeczne i jednocześnie niezadowalające wyniki w nauce.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w roku szkolnym 2023/24 w Polsce działało 360 przedszkoli specjalnych, do których uczęszczało 8,1 tys. dzieci. Największą grupę dzieci w przedszkolach specjalnych stanowiły dzieci w wieku 7 lat (27,8%). Wśród dzieci w przedszkolach specjalnych przeważali chłopcy (71,7%). Dodatkowo, 55,9 tys. dzieci z niepełnosprawnościami uczęszczało do innych przedszkoli i placówek wychowania przedszkolnego, co stanowiło 3,7% ogólnej liczby dzieci. Większość dzieci z niepełnosprawnościami uczęszczała do przedszkoli ogólnodostępnych (79,0%), w tym do przedszkoli z oddziałami integracyjnymi (10,6%) oraz przedszkoli integracyjnych (11,6%).

Łączna liczba dzieci z niepełnosprawnościami objętych kształceniem specjalnym na poziomie podstawowym wynosiła 179,9 tys., co stanowiło 6,0% wszystkich dzieci, z czego chłopcy stanowili 68,8%. Wśród 3,4 tys. dzieci objętych indywidualnym nauczaniem 45,4% miało specjalne potrzeby edukacyjne. Edukacja młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi na poziomie ponadpodstawowym była realizowana przede wszystkim

w szkołach specjalnych. Największą część szkół specjalnych stanowiły te oferujące przygotowanie do konkretnego zawodu, takie jak specjalne szkoły przysposabiające do pracy i specjalne szkoły branżowe I stopnia. Wszystkie szkoły specjalne kształciły łącznie 29,8 tys. uczniów. Dodatkowo, 35 tys. uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi uczyło się w oddziałach integracyjnych, z czego 44,5% w oddziałach przy liceach ogólnokształcących, 33,2% w oddziałach przy technikach i 21,7% w oddziałach przy szkołach branżowych I stopnia. Łączna liczba uczniów objętych kształceniem specjalnym na poziomie ponadpodstawowym wynosiła 64,8 tys., co stanowiło 3,4% ogólnej liczby uczniów. Do szkół policealnych uczęszczało 282 uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, z czego większość (251 uczniów) uczęszczała do szkół specjalnych. W roku akademickim 2023/24 na uczelniach studiowało 21,9 tys. osób z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności (1,8% ogólnej liczby studentów), a 5,3 tys. ukończyło studia (1,8% ogólnej liczby absolwentów). Wśród doktorantów 15,4% stanowiły osoby z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, co odpowiada 500 osobom [6].

W Polsce opieka nad dzieckiem z niepełnosprawnością funkcjonuje na trzech poziomach organizacyjnych: podstawowym (w ramach podstawowej opieki zdrowotnej - POZ), specjalistycznym oraz wyspospecjalistycznym, realizowanym w trybie ambulatoryjnym i szpitalnym [7].

Koordynatorem opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością jest lekarz POZ, który odpowiada za całość procesu terapeutycznego, kontaktuje się z innymi specjalistami i instytucjami. Powinien współpracować z rodzicami, pielęgniarką szkolną, psychologami oraz terapeutami, aby stworzyć kompleksowy plan opieki zdrowotnej. Zakres zadań lekarza POZ reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 roku w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej [8].

Rodzice dzieci z niepełnosprawnościami często potrzebują wsparcia w zakresie zrozumienia specyfiki schorzenia, planowania terapii oraz radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami. Lekarz POZ może pełnić rolę przewodnika, udzielając informacji na temat dostępnych zasobów, takich jak programy rehabilitacyjne, grupy wsparcia czy placówki specjalistyczne [9]. Efekt terapii jest zależny od wymiany informacji między zespołem terapeutycznym i współpracy rodziców/opiekunów prawnych dziecka. Częstotliwość wizyt konsultacyjnych u lekarzy specjalistów jest zależna od stanu zdrowia dziecka. Wizyty u lekarza POZ odbywają się w związku z chorobą przewlekłą oraz w celu prowadzenia dalszego monitorowania zdrowia i rozwoju dziecka oraz prowadzenia szczepień profilaktycznych. Od 1 października 2022 roku w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) wprowadzono koordynowaną opiekę zdrowotną, która budzi duże nadzieje na poprawę jakości świadczeń [10]. W ramach tej opieki lekarz POZ, u którego dziecko ma złożoną deklarację wyboru, współpracuje z lekarzami specjalistami, pielęgniarką POZ oraz dietetykiem. Koordynowana opieka obejmuje profilaktykę, diagnozowanie, leczenie oraz edukację pacjenta w zakresie

wybranych schorzeń z dziedziny kardiologii, diabetologii, endokrynologii, pulmonologii oraz chorób nerek. Pacjenci zakwalifikowani do programu mają również możliwość skorzystania z trzech bezpłatnych porad dietetycznych rocznie, finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z zapisem prawnym opieka zdrowotna nad uczniami jest realizowana w szkole i obejmuje profilaktyczną opiekę zdrowotną, promocję zdrowia oraz opiekę stomatologiczną. Profilaktyczna opieka zdrowotna jest sprawowana nad uczniami do ukończenia 19 roku życia, a w przypadku uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego – do ukończenia szkoły ponadpodstawowej. Opieką stomatologiczną uczniowie są objęci do ukończenia 19 roku życia. Dyrektor szkoły oraz organ prowadzący szkołę są podmiotami zapewniającymi warunki organizacyjne opieki zdrowotnej nad uczniami. Jednym z zadań statutowych szkoły jest zapewnienie dostępu uczniom do świadczeń zdrowotnych. Zadaniem szkoły jest udostępnić gabinet profilaktyki zdrowotnej wyposażony w sprzęt, który umożliwia realizację świadczeń gwarantowanych pielęgniarce lub higienistki szkolnej [11,12].

Bezpośrednią opiekę zdrowotną nad uczniem sprawują pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna, natomiast opiekę stomatologiczną zapewniają lekarz dentysta i higienistka stomatologiczna.

Liczba uczniów objętych opieką pielęgniarki zależy od typu szkoły [13]. W szkołach podstawowych oraz liceach profilowanych (bez zajęć w warsztatach) zalecana liczba uczniów przypadających na jeden etat pielęgniarki wynosi od 880 do 1100. W szkołach, gdzie prowadzone są praktyczne zajęcia zawodowe (warsztaty), liczba uczniów pod opieką pielęgniarki jest zmniejszona do 700 ze względu na wyższe ryzyko urazów i wypadków podczas takich zajęć. W szkołach i klasach integracyjnych liczba uczniów przypadających na jeden etat pielęgniarki jest ustalana na podstawie wskaźników, które różnią się w zależności od stopnia niepełnosprawności intelektualnej i sprawności ruchowej uczniów. Wskaźnik 7 dotyczy dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną, sprawnych ruchowo, z niepełnosprawnością ruchową, słabowidzących, niewidomych, słabosłyszących, niesłyszących oraz przewlekłe chorych wymagających dodatkowej opieki zdrowotnej w trakcie nauki. Wskaźnik 10 dotyczy dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną i niepełnosprawnością ruchową lub umiarkowaną bądź znaczną niepełnosprawnością intelektualną i sprawnością ruchową. Wskaźnik 30 odnosi się do dzieci z umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawnością intelektualną i niepełnosprawnością ruchową.

W szkołach specjalnych dla dzieci i młodzieży liczba uczniów na jedną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną jest warunkowana rodzajem i stopniem niepełnosprawności uczniów oraz specyfiką danej szkoły i powinna być ustalana indywidualnie przed zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

a) typ A – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, sprawni ruchowo, słabowidzący i niedowidzący, słabosłyszący i niesłyszący, przewlekłe chorzy (w tym osoby w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie) – 150 uczniów,

- b) typ B – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i niepełnosprawni ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i sprawni ruchowo – 80 uczniów,
- c) typ C – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym i niepełnosprawni ruchowo – 30 uczniów [13].

Pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania realizuje świadczenia gwarantowane zgodnie z wcześniej już wspomnianym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia [12] niezależnie od typu szkoły. Powyższe świadczenia obejmują:

- wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych,
- kierowanie postępowaniem poprzemieszowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów,
- czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi,
- sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem POZ, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole,
- udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc,
- doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole,
- edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej,
- prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I–VI) znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluororków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l, grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni,
- udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

Pielęgniarka w szkole wobec dziecka przewlekle chorego, niepełnosprawnego podejmuje czynne poradnictwo, które może obejmować profilaktykę zachorowań, styl życia, ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia i zaburzeń rozwojowych oraz uczestnictwo w terapii. To poradnictwo czynne wymaga ścisłej współpracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania z dzieckiem i jego rodzicami, z nauczycielami, psychologiem szkolnym, pedagogiem szkolnym, z innymi dziećmi z otoczenia dziecka i przede wszystkim z lekarzem POZ, który jest koordynatorem procesu leczenia i opieki nad pacjentem.

Świadczenia w gabinecie opieki profilaktycznej wobec ucznia są realizowane za zgodą rodzica/opiekuna prawnego ucznia lub pełnoletniego ucznia. Pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania sprawując opiekę nad uczniem respektuje prawa pacjenta oraz prawa dziecka. Uczeń ma prawo do świadczeń zdrowotnych, prawa do informacji o stanie zdrowia, prawa do wyrażenia zgody na

realizację świadczeń zdrowotnych, prawa do zachowania tajemnicy lekarskiej, prawa do poszanowania intymności i godności, prawa do dostępu do dokumentacji medycznej, prawa do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego a też prawa uszanowania jego religii [14]. W pewnych sytuacjach z uwagi na niepełnosprawność dziecka, jego zachowanie, pielęgniarka wykonuje testy przesiewowe w obecności rodzica/opiekuna prawnego dziecka.

Pielęgniarka w czasie pobytu ucznia w szkole realizuje świadczenia pielęgniarskie uwzględniające podawanie leków w procesie leczenia choroby przewlekłej, niepełnosprawności wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem POZ, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole [3]. W przypadku nieobecności pielęgniarki w szkole, gdy stan zdrowia dziecka wymaga podania leku lub wykonania innych czynności, takich jak pomiar poziomu glukozy we krwi u dziecka chorego na cukrzycę, zadania te mogą być wykonywane przez inną osobę, w tym nauczyciela lub wychowawcę, pod warunkiem, że przeszli odpowiednie przeszkolenie i wyrazili na to zgodę. Upoważnienie rodziców do wykonywania takich czynności oraz zgoda i zobowiązanie pracownika szkoły do sprawowania opieki powinny zostać sformalizowane w formie ustnej lub pisemnej umowy między rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka przewlekle chorego a pracownikiem szkoły [14].

Pielęgniarka pełni również funkcję edukatora zdrowotnego, zarówno w stosunku do uczniów z niepełnosprawnościami, jak i ich rówieśników oraz kadry szkolnej. Obejmuje to:

- edukację zdrowotną uczniów; prowadzenie zajęć na temat zdrowego stylu życia, higieny, radzenia sobie z przewlekłymi schorzeniami czy pierwszej pomocy,
- szkolenie personelu szkolnego; organizowanie szkoleń dla nauczycieli i pracowników administracyjnych, dotyczących postępowania z dziećmi z niepełnosprawnościami, w tym udzielania pierwszej pomocy czy obsługi sprzętu medycznego (np. pomp insulinowych),
- edukację rówieśników; zwiększanie świadomości wśród uczniów na temat różnorodności zdrowotnej i specyficznych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, co sprzyja inkluzji i integracji społecznej [15].

Dla każdego rodzica kluczową kwestią w trakcie pobytu ucznia w szkole jest bezpieczeństwo dziecka. Zapewnienie bezpieczeństwa uczniów w szkole jest kluczowym obowiązkiem placówek oświatowych, regulowanym przez szereg aktów prawnych i wytycznych [16].

Warto podkreślić, iż osoby do 18 roku życia mają możliwość skorzystania z rehabilitacji leczniczej w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych, domowych oraz innych jak np. ośrodek lub oddział dzienny rehabilitacyjny przynajmniej 2 razy w roku [17]. Niewymierne korzyści świadczeń rehabilitacyjnych są szczególnie w populacji dzieci, osób z niepełnosprawnością ruchową [18,19].

Pełny zakres opieki zdrowotnej nad uczniem dopełnia opieka stomatologiczna. Może być ona świadczona w gabinecie na terenie szkoły. W sytuacji braku gabinetu stoma-

tologicznego w szkole organ prowadzący szkołę powinien zawrzeć porozumienie z podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającym świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży finansowanych ze środków publicznych. Opieka stomatologiczna może być również świadczona w dentobusie.

Dziecko/uczeń z niepełnosprawnością w szkole wymaga dostosowania programu nauki do jego możliwości psychofizycznych determinowanych przez proces niepełnosprawności jak i samą terapię. Zapewnienie warunków korzystnych dla funkcjonowania dziecka z niepełnosprawnością w szkole wymaga zaangażowania rodzica, dziecka, nauczycieli i pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania współpracującej z zespołem POZ. Warto podkreślić, iż w opiece nad dziećmi niepełnosprawnymi (fizycznie oraz umysłowo) lub niedostosowanymi, np. z objawami autyzmu pomaga nauczyciel wspomagający. Nauczyciel wspomagający przysługuje dzieciom, które posiadają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego – dokument ten stanowi podstawę do zatrudnienia odpowiednio przeszkolonego pedagoga, który będzie pomagał dziecku w codziennej nauce w szkole [20]. Uczniowie, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, mogą zostać objęci indywidualnym nauczaniem. Nauczanie indywidualne organizuje się na czas określony. Uczniowie muszą otrzymać z poradni psychologiczno-pedagogicznej orzeczenie o potrzebie nauczania indywidualnego.

PODSUMOWANIE

Niepełnosprawność jest bardzo niekorzystnym zjawiskiem w życiu i rozwoju dziecka. Wymaga wdrożenia specjalistycznego postępowania medycznego, rehabilitacyjnego, dużego zaangażowania pracowników medycznych, rodziców jak i samego chorego, a w przypadku dziecka uczęszczającego do szkoły również nauczycieli, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. W wielu przypadkach niepełnosprawność ogranicza prawidłowe funkcjonowanie dziecka zarówno w jego środowisku rodzinnym, rówieśniczym i szkolnym.

Dziecko z niepełnosprawnością jest w szczególnej grupie odbiorców świadczeń medycznych. Bezpośrednim realizatorem opieki nad uczniem niepełnosprawnym w szkole jest pielęgniarka. Jest ona odpowiedzialna za opiekę profilaktyczną nad uczniami oraz integrację działań podejmowanych na rzecz zdrowia uczniów. Opieka nad takim dzieckiem w środowisku nauczania i wychowania stawia przed pielęgniarką wysokie wymagania zawodowe, etyczne. Pielęgniarka jako profesjonalistka jest przygotowana do realizacji świadczeń na rzecz ucznia z niepełnosprawnością ale jej wiedza musi być ciągle aktualizowana aby zapewnić uczniom z niepełnosprawnością zindywidualizowaną opiekę zgodną z aktualnymi standardami. Warto podkreślić, iż w wielu szkołach pielęgniarka pracuje na część etatu lub obsługuje kilka placówek jednocześnie, co ogranicza możliwość regularnej opieki nad uczniami z niepełnosprawnościami. Wiele nadziei upatruje się w nowelizacji ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami.

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

- Górajek-Jóźwik J. Opieka nad dzieckiem z niepełnosprawnością w polskim systemie edukacji. *Studia Pedagogiczne*. 2018; 73(2): 21-34.
- McClanahan R. Supporting students with disabilities in school settings. *Health Services Research*. 2018; 53(4): 945-956.
- Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1078).
- Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Dz.U. 1991 nr 120 poz. 526.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Dz.U. 2017 poz. 1578.
- GUS Osoby niepełnosprawne e 2023 roku. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoleczna/osoby-niepelnosprawne-w-2023-roku,26,6.html> dostęp 23.09.2024
- Pietrzak M, Knoff B, Kryczka T. Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2021.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 roku w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. (Dz.U. z 2019 r. poz. 2335).
- Mikołajczak-Motyka A, Kowalska J. Wsparcie rodzin dzieci z niepełnosprawnościami w Polsce. *Medycyna Rodzinna*. 2019; 45(1): 12-20.
- Opieka koordynowana w poradniach POZ. <https://www.gov.pl/web/rpp/opieka-koordynowana-w-poradniach-poz> dostęp 20.11.20
- Pluta A, Marzec A. The functioning of new legal regulations on health care for pupils in the practice of an educational setting nurse. *Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*. 2021; 20 (1): 39-49. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2021-0007>.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 21 maja 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo oświatowe. (Dz. U. z 201 r., poz. 1148).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz. U. z 2016 r. Poz. 86 z późn. zmianami.
- Marzec A, Pluta A, Faleńczyk K, et al. Rights and obligations of the patients in the primary health care. *J. Educ. Health Sport*. 2019; 9(6): 301-307.
- Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej. Red. Ostrega W, Oblacińska A. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2017.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 31 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach. (Dz. U. z 2018 r., poz. 2140).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dz.U. 12.12.2013r. Poz.1522.
- Liberska H. Rozwój rodziny i rozwój w rodzinie [w:] Psychologia rodziny, red. Janicka I, Liberska H. Warszawa: PWN; 2020, p. 221-240.
- Borkowska M. Dziecko z niepełnosprawnością ruchową. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1578).

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
26.11.2024

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
11.01.2025

Translation/Tłumaczenie: Marzena Sowa