

WYBRANE ZAGADNIENIA Z PEDAGOGIKI TERAPEUTYCZNEJ

Teresa Oleńska-Pawlak

Problemy opieki dyspanseryjnej nad uczniami placówek kształcenia specjalnego

WSTĘP

W 1973 roku przy współudziale Ministerstwa Oświaty i Wychowania oraz Zdrowia i Opieki Społecznej opracowano:

- raport o stanie zdrowia i opieki nad populacją w wieku rozwojowym,

- podjęto uchwałę dotyczącą poprawy i doskonalenia opieki zdrowotnej oraz warunków wychowania i nauki dzieci i młodzieży na lata 1973-1975, a także ustalono dalsze kierunki działania w tym zakresie.

Program ten zakładał unowocześnienie pracy służby zdrowia w zakresie profilaktyki chorób wrodzonych, ich wczesnego wykrywania i rehabilitacji, kształtowania warunków zdrowotnych środowiska szkolnego oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych celem optymalnego rozwoju każdego dziecka.

Po trzech latach realizacji tego programu dokonano oceny rezultatów i wytyczono dalsze kierunki działania w tym zakresie. Stwierdzono, że poziom świadczeń zdrowotnych i potrzeby z tym związane nie są w pełni zaspokajane, że szczególnej troski wymaga opieka zdrowotna w gminnych szkołach

zbiorczych, szkołach specjalnych, szkołach zawodowych, domach dziecka i internatach /1973, s. 5/. Do opracowania tego programu włączył się czynnie Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, który ponadto opracował szczegółową metodykę systematycznych badań dzieci i młodzieży w ustalonych odstępach czasowych zwaną "systemem badań bilansowych" lub "bilansami zdrowia" /S. Nowak, 1980, s. 225/, do których prowadzenia zobowiązano wszystkich lekarzy szkolnych w stosunku do dzieci wymagających specjalnej troski.

Badania te połączone zostały z tzw. czynną opieką lekarską określaną jako **c z y n n e p o r a d n i c t w o** lub **d y s p a n s e r y z a c j a**. Dla spełnienia wymagań tego programu i zapewnienia ciągłości oraz integracji dokumentacji zdrowotnej w całym okresie rozwojowym dziecka, zmodernizowano "Kartę zdrowia ucznia" oraz zobligowano lekarzy do precyzyjnego ujmowania wyników badań bilansowych, które winny być zamieszczone w tzw. "Wniosku bilansowym". W dokumencie tym, oprócz oceny aktualnego stanu zdrowia i rozwoju psychofizycznego oraz określenia potrzeb zdrowotnych dziecka i opieki medycznej, winny się znaleźć zalecenia dla szkoły i opieki domowej.

Należy również mieć świadomość, że każdy bilans zdrowia składa się z kilku etapów:

1. Analizy dotychczasowej dokumentacji zdrowotnej i aktualizacji wywiadu;
2. Serii badań przesiewowych /scereeningowych/, przedmiotowego badania lekarskiego, uzupełnionego w razie potrzeby badaniami specjalistycznymi i dodatkowymi;
3. Wnioskowania obejmującego ocenę rozwoju i stanu zdrowia dziecka określającego jego potrzeby w zakresie dalszej opieki zdrowotnej i wychowawczej /Metodyka bilansu zdrowia ..., 1976/.

W myśl założeń programowych badania prowadzone tym systemem obejmują sześć roczników wieku rozwojowego /w 2, 4, 6, 10, 14 i 18 roku życia/ pozwalając ocenić na równi wartość

biologiczną dziecka jak i jego możliwości przystosowania się do środowiska społecznego, z tą jednak różnicą, że zakres zadań i celów w kolejnych etapach badań bilansowych jest inny /Szotowa W., Serejski J. /red./, 1976/. Badania bilansowe realizowane są przez lekarza stopnia opieki podstawowej z pomocą podległych mu pielęgniarek poradnianych lub higienistek szkolnych. Stwierdzone przez lekarza wady i inne odchylenia w stanie zdrowia lub rozwoju danego dziecka winny być oznaczone wg ustalonej klasyfikacji odpowiednimi symbolami grup i podgrup dyspenseryjnych w dokumentach zdrowia.

Tak prowadzona dokumentacja stanowi podstawę do objęcia dzieci czynną opieką medyczną zwaną także opieką dyspenseryjną. System ten jest nie tylko wyższym stopniem czynnego, zindywidualizowanego poradnictwa nad dziećmi od 0 do 18 roku życia, ale pozwala również na aktualne rozeznanie się w potrzebach zdrowotnych i medycznych nie tylko w skali danej placówki oświatowo-wychowawczej lecz także w skali krajowej. Niestety, jak dotychczas nie ma dostępnych aktualnych danych liczbowych oceniających wszystkie odchylenia w stanie zdrowia dzieci i młodzieży w całej Polsce. Wyniki masowych badań lekarskich w szkołach wskazują, że stan zdrowia uczniów klas młodszych potrzebujących opieki medycznej wynosi 40-50 % w miastach i 60-70 % na wsi /Zdunkiewicz L., 1979, s. 366/. Inne dane szacunkowe wskazują, iż wśród uczących się dzieci i młodzieży 20-30 % wymaga szczegółowej opieki zdrowotnej /Wojnarowska B., 1978/.

Na zakończenie tego ogólnego opisu działań organizacyjnych i medycznych aktualnie obowiązującego programu opieki zdrowotnej nad dziećmi uczącymi się należy dodać, że podstawy nowoczesnego programu zakładają nie tylko sprawną organizacyjnie i rzetelną pracę służby zdrowia ale przede wszystkim wymagają ścisłej i systematycznej współpracy z pracownikami oświaty.

CEL BADAŃ

Idea kompleksowego oddziaływania pedagogów, psychologów i lekarzy w rewalidacji fizycznej, psychicznej i społecznej jednostek upośledzonych umysłowo jest szeroko znana i powszechnie uważana za słuszną. Natomiast sprawa pełnego zaspokojenia tym jednostkom potrzeb leczniczo-rehabilitacyjnych realizowanych przez specjalistów w ramach czynnej opieki dyspenseryjnej jest - jak wynika z obserwacji życia szkolnego oraz analizy literatury przedmiotu - w zasadzie mało uwzględniana tak w badaniach jak i w praktyce. Zatem wydawało się konieczne podjęcie badań na razie o charakterze sondażowym, mających za cel ogólny próbę zorientowania się jak funkcjonuje system czynnego poradnictwa w opiece nad dziećmi upośledzonymi umysłowo w stopniu lekkim w warunkach szkoły podstawowej specjalnej. Z treści tak sformułowanego celu w zasięgu zainteresowań znalazły się następujące zagadnienia:

- czy i w jakich warunkach funkcjonuje system czynnej opieki dyspenseryjnej w stosunku do dzieci upośledzonych umysłowo z klas I - VIII;

- formy współdziałania pracowników służby zdrowia z pracownikami oświaty w zakresie czynnej opieki zdrowotnej nad uczniami upośledzonymi umysłowo a potrzeby zdrowotne tych uczniów.

METODY BADAŃ

Badania przeprowadzono w roku szkolnym 1980/81 w 23 placówkach szkolnictwa specjalnego dla dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim. Dobór placówek nastąpił drogą losową. Szczegółowymi badaniami objęto 80 klas, od I do VIII,

dobrych również drogą losową. Materiał empiryczny zgromadzono przy zastosowaniu analizy dokumentacji medycznej i szkolnej oraz metody wywiadu z nauczycielami będącymi wychowawcami tych klas.

Analiza dokumentacji medycznej miała na celu zorientowanie się czy uczniowie uczęszczający do badanych szkół są objęci systemem pogłębionych badań bilansowych, jakie są ich potrzeby zdrowotne, a także w jaki sposób są one realizowane przez szkolną służbę zdrowia. Szczegółowej analizie poddano głównie dwa dokumenty, tj. "Kartę zdrowia ucznia" i "Listę klasową dzieci objętych opieką lekarsko-higieniczną".

Z dokumentacji szkolnej poddano analizie dzienniki lekcyjne badanych klas pod kątem odnotowanych tam uwag i zaleceń lekarza w stosunku do uczniów, jako źródła informacji dla nauczycieli o stanie zdrowia ich wychowanków. Drugim analizowanym dokumentem były protokoły rad pedagogicznych z ostatnich dwu lat, a dokładniej treść posiedzeń poświęcona problematyce zdrowia uczniów.

Wywiad z nauczycielami przeprowadzono w oparciu o kwestionariusz wywiadu wg opracowanego schematu obejmującego m. in. źródła informacji o stanie zdrowia ucznia, stopniu orientacji w zaleceniach i wskazówkach lekarza odnośnie postępowania z uczniem objętym czynną opieką medyczną oraz formy współpracy ze szkolną służbą zdrowia w zakresie czynnej opieki zdrowotnej.

Do badań zostali włączeni nauczyciele pracujący w szkole specjalnym, studiujący zaocznie pedagogikę specjalną w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Krakowie.

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH SZKÓŁ W ZAKRESIE ORGANIZACJI DZIAŁAŃ MEDYCZNYCH I PARAMEDYCZNYCH W CZYNNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI UPOŚLEDZONYMI UMYŚLOWO

Kontrola stanu zdrowia, w tym potrzeb medycznych i paramedycznych związanych z nieprawidłowym rozwojem psychoso-

Matycznym dzieci jest możliwa tylko w warunkach powszechnej dostępności służby zdrowia i oświaty. Ten podstawowy warunek jest jednocześnie prawem obowiązującym m.in. w Polsce, które mówi, że każde dziecko winno otrzymać od państwa wszechstronną opiekę zdrowotną jak i zapewnione zostaną mu właściwe warunki higieniczne do nauki, wychowania i optymalnego rozwoju na miarę możliwości każdej jednostki /Piotrowski J., 1980/.

Urzeczywistnienie tego prawa w odniesieniu do dzieci specjalnej troski ma ciągle w Polsce tendencje rozwojowe. Opracowany w 1973 roku program opieki zdrowotnej nad dziećmi, w którym szczególną uwagę zwrócono na szkolnictwo specjalne oraz "Wytyczne w sprawie rozwoju i kształcenia specjalnego" z 1973 roku wpłynęły wyraźnie na poprawę klimatu dla rozwoju kształcenia specjalnego i podniesienie efektywności procesu rehabilitacji. Od tego czasu w szkolnictwie specjalnym uległy poprawie warunki sprzyjające realizacji potrzeb dzieci upośledzonych. Celowe, wydaje się, po upływie blisko dziesięciu lat, ukazanie stopnia zaspokojenia potrzeb związanych z sytuacją kadrową i organizacyjną działań medycznych /lekarzy, pielęgniarek/ i paramedycznych /psychologów, logopedów, pedagogów szkolnych/ na terenie badanych szkół. Jak już wcześniej wspomniano, informacje o sytuacji kadrowej dotyczą 23 placówek szkolnictwa specjalnego, dla dzieci upośledzonych umysłowo, rozmieszczonych w dużych i małych miastach. Z analizy sytuacji kadrowej służby medycznej, opartej na oficjalnym wymiarze godzin pracy, wynika, że żadna z badanych szkół specjalnych nie jest pozbawiona opieki medycznej. Różnicuje je jedynie ilość godzin pracy lekarzy /rodzaj ich specjalizacji/ i personelu średniego /zob.tab.1/

Stan zatrudnienia kadry medycznej
na terenie badanych szkół

Kadra medyczna	Ilość szkół	Godziny pracy w szkole			Brak opieki medycznej na terenie szkoły
		cały etat	1/2 etatu	od 2 do 4 godz. w t.	
lekarz ^{xx}		1	5	12	5 ^x
1. stomatolog		-	6	6	11 ^x
higienistka szk.		6	7	5	-
pielęgniarka		5	-	-	-

^x Dzieci z tych szkół są oficjalnie pod opieką rejonowego lekarza w przychodni.

^{xx} Wśród 23 lekarzy opiekujących się dziećmi umysłowo upośledzonymi tylko czterech z nich to pediatrzy.

Na 23 badane placówki tylko w jednej zatrudniony był lekarz na całym etacie. W pięciu szkołach lekarze pracowali na 1/2 etatu, przyjmując od 2 do 4 razy w tygodniu, a w 12 szkołach zatrudnieni byli tylko na godzinach zleconych /od 2 do 4 godzin tygodniowo/. Uczniowie z pozostałych pięciu szkół badani są w rejonowym ośrodku zdrowia. Średni personel medyczny tj. pielęgniarka /w internacie/ wraz z higienistką szkolną /w szkole/ zatrudnione były jedynie w 4 placówkach w pełnym wymiarze etatów. Pozostałe 9 szkół zatrudniały na całym etacie albo higienistkę albo pielęgniarkę co zdecydowanie, wg opinii pracowników oświaty, nie zaspokaja potrzeb wychowanków. W 7 dalszych szkołach higienistki pracowały na 1/2 etatu, a 5 innych szkół zatrudniało je na godzinach zleconych /od 8 do 16 godzin miesięcznie/. Większość dyrektorów badanych szkół bezskutecznie monitowała władze oświatowe i służby zdrowia o zwiększenie ilości godzin personelu medycznego lub o dodatkowe zatrudnienie pielęgniarek szczególnie w internatach. Przypomnieć należy, że wśród

23 badanych szkół jest 16 dużych placówek, w których uczy się i wychowuje średnio od 250 do 420 uczniów upośledzonych umysłowo. Jeszcze gorzej przedstawia się zatrudnienie lekarzy stomatologów, których na terenie badanych szkół pracowało 12, w tym 6 na 1/2 etatu i 6 na godz. zleconych. Dzieci z pozostałych 11 szkół podlegały oficjalnie opiece rejonowego lekarza stomatologa. Z przytoczonych danych liczbowych wynika, iż sytuacja kadrowa pracowników służby zdrowia jest wysoce niezadowolająca w stosunku do potrzeb jakie mają i zgłaszają badane szkoły specjalne. Chcąc rozpatrzyć problem warunków, a właściwie czynników warunkujących realizację programu nowoczesnej opieki zdrowotnej nad uczniami należy, oprócz stanu sytuacji kadrowej wziąć pod uwagę zakres i jakość wykonywanych zadań ze szczególnym uwzględnieniem działalności służby zdrowia w zakresie czynnej opieki dyspenseryjnej. Zakres działalności poradni na terenie szkoły dzieli się na dwie grupy /Radiukiewicz S., 1973, s. 214/.

Pierwsza grupa obejmuje podstawowe czynności związane z systematyczną i planową opieką nad zdrowiem dziecka i należą do niej:

- badania przesiewowe,
- pogłębione badania lekarskie /bilans zdrowia/,
- badania kontrolne m.in. uczniów zakwalifikowanych do czynnej opieki dyspenseryjnej w aspekcie ukierunkowywania postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego, względnie wypisania ucznia z grupy dyspenseryjnej,
- badania celowane dla celów orzecznich, w ramach systemu orzeczniczego - dla potrzeb szkoły czy ucznia /kwalifikacja do grupy inwalidzkiej, na kolonie zdrowotne, na wczasy dziecięce, do zajęć wychowania fizycznego/,
- przegląd stanu higieny osobistej uczniów i stanu sanitarno-higienicznego środowiska szkolnego,
- coroczna analiza stanu zdrowia i rozwoju każdego ucznia i całej zbiorowości szkolnej.

Do drugiej grupy zaliczane są tzw. czynności bieżące,

takie jak: udzielanie doraźnych porad ambulatoryjnych, propagowanie oświaty zdrowotnej, nadzór nad higienizacją procesu nauczania i na tym tle współpraca z nauczycielami i rodzicami.

Biorąc pod uwagę zakres przedstawionych zadań i porównując je z oficjalnie wyznaczonymi na ten cel godzinami pracy lekarza oraz ze specyfiką opieki zdrowotnej nad dziećmi upośledzonymi umysłowo można stwierdzić, iż jest to jedna z pierwszych przyczyn negatywnie wpływających na niezadawalający stan opieki zdrowotnej uczniów uczęszczających do badanych szkół. Ta zdecydowanie mała, w stosunku do potrzeb zdrowotnych, ilość godzin pracy personelu medycznego była w rzeczywistości i tak jeszcze skracana z różnych powodów. W 6 szkołach zatrudnieni tam lekarze nie przychodzili do pracy z oficjalnie wyznaczoną częstotliwością, pojawiając się jeden do trzech razy w miesiącu a nawet jeszcze rzadziej. W dalszych 5 szkołach często spóźniali się lub w ogóle nie przychodzili w danym dniu. Lekarzami szkolnymi w badanych placówkach były również kobiety, z których kilka nie pracowało z powodu urlopu macierzyńskiego lub opieki nad dzieckiem. Przyczyny te spowodowały, iż w czterech szkołach, przez dłuższy czas /od 3 do 6 miesięcy/ uczniowie nie mieli zapewnionej opieki lekarskiej, gdyż nie było chętnych lekarzy do pełnienia zastępstwa. Przy tak ograniczonej liczbie godzin pracy lekarzy trudno mówić o systematycznej, obejmującej wszystkie dzieci opiece lekarskiej, a tym bardziej o wiodącej i koordynującej roli w działalności profilaktycznej i leczniczej lekarza szkolnego.

Wyniki przeprowadzonego sondażu wskazują, że główny ciężar opieki nad zdrowiem ucznia spada na pielęgniarki i higienistki szkolne. Z analizy dokumentacji wynika, że obowiązujący od 1976 roku system badań bilansowych nie został zrealizowany w pięciu szkołach. W dziesięciu szkołach zrealizowano ten typ badań głównie w stosunku do uczniów 14-letnich i uczniów klas najmłodszych. Tylko w ośmiu placówkach szkol-

nictwa specjalnego wszystkie dzieci ze szkoły podstawowej mieszczące się w rocznikach badań bilansowych, miały odnotowane w "Karcie zdrowia" badania i ocenę bilansu zdrowia.

Jak wcześniej wspomniano, celem udoskonalenia ciągłości dokumentacji zdrowia i rozwoju dziecka oraz możliwości zapisu według wymagań nowoczesnej metodyki badań dzieci i młodzieży, opracowano i wprowadzono do szkół nowy typ "Karty zdrowia ucznia". W wyniku analizy tego dokumentu stwierdzono, że na 23 szkoły tylko w 7 założono dzieciom nowy typ karty. Natomiast w 16 placówkach funkcjonuje nadal "Karta zdrowia ucznia" starego typu. W omawianym dokumencie /tak starego jak i nowego typu/ zamieszczone są dwie bardzo ważne rubryki z punktu tworzenia podstaw rzetelnej współpracy personelu oświaty i służby zdrowia w opiece nad zdrowiem i rozwojem ucznia. Tytuły tych rubryk brzmią: "zalecenia dla szkoły" i "wskazówki dla opieki domowej". Okazało się, że tylko w 3 szkołach, i to nie w stosunku do wszystkich uczniów zakwalifikowanych do opieki medycznej, rubryki te były wypełnione przez personel medyczny. W pozostałych 20 szkołach "Karty zdrowia uczniów" z badanych klas nie zawierały żadnych informacji dla nauczycieli oraz opieki domowej.

Znacznie lepiej przedstawia się sprawa kwalifikacji uczniów upośledzonych umysłowo do czynnej opieki dyspanseryjnej, u których w wyniku badań lekarskich stwierdzono współwystępowanie dodatkowych wad rozwojowych czy schorzeń. Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że w zdecydowanej większości szkół /21/ na kartach zdrowia tych uczniów zaznaczone były odpowiednimi symbolami grupy i podgrupy dyspanseryjne.

W tym miejscu wydaje się słuszne nadmienić, że w tzw. czynnej opiece dyspanseryjnej nad dzieckiem wyróżnia się trzy stadia /Szotowa W., Serejski J., 1976, s. 13/.

P i e r w s z e z nich to d i a g n o z o w a n i e; obejmujące wykrycie lub podejrzenie choroby i k w a l i f i - k a c j e dziecka do odpowiedniej grupy dyspanseryjnej.

D r u g i e stadium to z a p r o g r a m o w a n i e a następnie r e a l i z a c j a indywidualnego procesu leczniczo-rehabilitacyjnego dziecka. T r z e c i e zaś stadium to u t r w a l a n i e uzyskanych efektów leczniczo-rehabilitacyjnych kończące się wypisaniem ucznia /jeżeli nie wymaga dalszej opieki/ z grupy dyspanseryjnej. Ponadto, jak stwierdza S. Radiukiewicz "...system czynnej opieki zakłada również, że w drugim stadium - programowania i realizacji procesu leczniczo-rehabilitacyjnego - rolę wiodącą powinien mieć lekarz poradni dla dzieci /poradni szkolnej, ośrodka zdrowia/." /Op.cit./.

Zatem w świetle powyższych wiadomości oraz na podstawie zebranego materiału badawczego można wysunąć następujące spostrzeżenia:

- jedynie w trzech szkołach znaleziono adnotację, a także uzyskano informacje ustne świadczące o tym, że lekarz był zorientowany i systematycznie kontrolował realizację indywidualnego procesu leczniczego bądź rehabilitacyjnego ucznia;

- w trzech następnych szkołach higienistki lub pielęgniarki same nadzorowały zgłaszanie się do specjalistów tych uczniów, którzy otrzymali skierowanie od lekarza szkolnego;

- na terenie dalszych 11 szkół praca szkolnej służby zdrowia w zakresie czynnej opieki dyspanseryjnej nad uczniami kończyła się w połowie drugiego stadium czyli na zaprogramowaniu leczenia;

- w pozostałych 6 placówkach /z czego w 3 nie było w ogóle zaznaczonych grup dyspanseryjnych/ personel medyczny nie wykonał żadnych działań związanych z czynną opieką dyspanseryjną w stosunku do uczniów tam uczęszczających.

Reasumując, stwierdza się, że na 23 badane szkoły w 17 /73,9 %/ nie natrafiono na żadne adnotacje czy informacje, na podstawie których można byłoby wnioskować, że lekarz szkolny był zorientowany /nie wspominając już o jego kierowniczej roli w opiece dyspanseryjnej/ w tym czy dany uczeń skorzystał ze skierowania do specjalisty, czy jest leczony

i jakie są efekty procesu leczniczego bądź rehabilitacyjnego. Również wydaje się celowe zaznaczyć, że w omawianej dokumentacji medycznej /jak zresztą i szkolnej/ nie spotkano się z żadnymi zaleceniami bądź wskazówkami pisemnymi od lekarza specjalisty, pod którego opieką znalazł się uczeń.

W procesie rewalidacji dzieci i młodzieży upośledzonej umysłowo podstawą winno być objęcie ich wielospecjalistyczną /w zależności od potrzeb zdrowotnych dziecka/ opieką medyczną, a dopiero na tym tle równoczesne prowadzenie nauczania i wychowania. Przy ścisłej współpracy z psychologiem, logopedą i pedagogiem szkolnym. O ile sytuację kadrową nauczycieli badanych szkół specjalnych można ocenić jako dobrą to ilość godzin pracy psychologów, logopedów czy pedagogów szkolnych na terenie tych szkół była zdecydowanie niezadowalająca, co ilustruje tabela 2.

T a b e l a 2

Stan zatrudnienia kadry paramedycznej
w badanych szkołach specjalnych

Kadra paramedyczna	Ilość szkół	Godziny pracy w szkole			Brak na terenie szkół specjalistów
		cały etat	1/2 etatu	godziny zlecone	
Psycholog	6	-	4	13	
Logopeda	1	2	13	7	
Pedagog szkolny	2	-	1	20	

Dane liczbowe zamieszczone w tabeli wskazują, że tylko na terenie 10 szkół pracują psychologowie z czego 6 na pełnym etacie, a 4 na godzinach zleconych. Zatrudnienie logopedów było jeszcze gorsze, gdyż tylko jeden pracował w pełnym wymiarze godzin, 2 szkoły zatrudniały ich na 1/2 etatu, a w 13 placówkach pracowali w ramach kilku godzin tygodniowo. Oficjalnie wiadomo, że uczniowie uczęszczający do szkół, które nie mają możliwości zatrudnienia wymienionych specjalistów, znajdują się pod opieką poradni wychowawczo-zawodo-

wej. W rzeczywistości, jak stwierdzili nauczyciele w toku prowadzonych z nim wywiadów, na badania psychologiczne swoich uczniów czekali po kilka miesięcy. Liczba uczniów przypadająca na logopedów pracujących w poradniach zawodowych lub w resorcie zdrowia jest również bardzo duża, a potrzeby zgłaszane przez te szkoły znacznie przekraczały możliwości czasowe tych specjalistów.

Ponadto trzeba pamiętać, że praca psychologa, logopedy czy pedagoga nie ogranicza się tylko do diagnozowania i programowania postępowania z uczniem. Od podjętej i prowadzonej przez nich działalności t e r a p e u t y c z n e j i k o r e k c y j n e j w stosunku do dzieci upośledzonych umysłowo zależą również wyniki procesu rewalidacji. W grupie badanych szkół tylko dwa ośrodki szkolno-wychowawcze miały do swojej dyspozycji wszystkich wymienionych specjalistów tj. psychologa, logopedę i pedagoga szkolnego. Co prawda w 14 szkołach działały zespoły logopedyczne - prowadzone przez nauczycieli przeszkolonych na kursach - ale zbyt mała ilość godzin pracy korekcyjnej w stosunku do potrzeb zdrowotnych dzieci nie pozwalała na objęcie ćwiczeniami logopedycznymi wszystkich, którzy tego potrzebowali. Jak wynika z przeprowadzonego sondażu jedynie dwie placówki prowadziły tego rodzaju ćwiczenia dla uczniów od klasy I do VIII, a także dla uczniów z ZSZ. W pozostałych placówkach szkolnictwa specjalistycznego funkcjonujące zespoły logopedyczne obejmowały głównie ćwiczeniami uczniów z klas młodszych /I-II lub I-IV/.

Ten sam problem występuje przy analizie innego rodzaju działalności paramedycznej prowadzonej przez szkoły, a mianowicie działalności zespołów gimnastyki wyrównawczej /op. cit./ dla uczniów z wadami postawy. Zespoły takie funkcjonowały w większości badanych szkół /20/, co stwarzało wrażenie, że ten rodzaj działalności korekcyjnej był najbardziej dostępny dla uczniów i powszechnie realizowany. Jednakże, jak wynika z niniejszych badań, tylko w 4 szkołach wszyscy

uczniowie zakwalifikowani przez lekarza szkolnego uczęszczali na te zajęcia. Natomiast w 16 szkołach gimnastyką korekcyjną objęci byli tylko uczniowie z klas młodszych /I-IV/. Sytuacja ta spowodowana była głównie brakiem zwiększenia możliwości kadrowych jak również lokalowych.

Dokonując ogólnej charakterystyki badanych szkół w zakresie organizacji działań medycznych i paramedycznych w czynnej opiece zdrowotnej nad uczniami upośledzonymi umysłowo można sformułować następujące spostrzeżenia:

- sytuacja w stanie zatrudnienia fachowego i w odpowiedniej ilości, personelu medycznego w badanych szkołach, w stosunku do potrzeb zgłaszanych przez te szkoły jest zdecydowanie niezadowolająca;

- dużym utrudnieniem dla czynnego poradnictwa jest również niewystarczająca kadra psychologów, logopedów i pedagogów szkolnych pracujących wspólnie na terenie szkoły;

- poradnictwo czynne w stosunku do uczniów uczęszczających do badanych szkół specjalnych ograniczone jest w zasadzie w większości szkół /73,9 %/ do rejestracji uczniów upośledzonych umysłowo, u których współwystępują dodatkowe odchylenia od prawidłowości w stanie zdrowia i rozwoju oraz do wystawienia im skierowań od specjalistów. Zdecydowanie brakuje dalszego działania! leczniczo-rehabilitacyjnego i jego utrwalania przy pełnej orientacji i koordynującej roli lekarza szkolnego.

FORMY WSPÓŁDZIAŁANIA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA Z PRACOWNIKAMI OŚWIATY W ZAKRESIE CZYNNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI UPOŚLEDZONYMI UMYSŁOWO, A POTRZEBY ZDROWOTNE TYCH UCZNIÓW

W nowoczesnym systemie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą jak i w ogólnej idei procesu rewalidacji dzieci upośledzonych umysłowo zasada kompleksowego zaangażowania

się służby zdrowia, nauczycieli i rodziców jest warunkiem koniecznym dla osiągnięcia właściwych efektów leczniczo-rehabilitacyjnych. Jest rzeczą oczywistą, że rola kierownicza przypada tu służbie zdrowia. Wobec czego w niniejszym sondażu, w kręgu zainteresowań badawczych znalazł się również problem współdziałania pracowników służby zdrowia z nauczycielami w zakresie czynnej opieki zdrowotnej nad uczniami. Zwrócono przede wszystkim uwagę na zagadnienie i n f o r m a c j i /jej przepływu do nauczycieli/ o aktualnym rozwoju i stanie psychosomatycznym ucznia przyjmując, że jest to podstawa wzajemnej i planowej współpracy.

Podstawowym źródłem tych informacji jest "Karta zdrowia ucznia", a dokładniej jej część wnioskowa będąca podsumowaniem wyników badań bilansowych lub badań innego rodzaju. Udokumentowaną formą przekazu powyższych informacji jest "Wniosek bilansowy". Obowiązek przekazywania tych dokumentów jak i wszystkich odpowiednich zaleceń lekarza wychowawcom klasowym, nauczycielom WF oraz opiece domowej ciąży na pielęgniarkę lub higienistkę szkolnej /Radiukiewicz S., 1973, s. 239/. Również lekarz w zakresie swojego działania ma m.in. obowiązek udziału w radach pedagogicznych i zebraniach rodzicielskich dotyczących stanu zdrowia i higieny uczniów oraz uzgodnienia z wychowawcami klas i nauczycielami przedmiotów programu i metod postępowania z uczniem /op.cit./. Jednak w praktyce życia szkolnego sprawa informacji i jej przekazu o potrzebach zdrowotnych i związanym z tym odpowiednim postępowaniem z uczniem przedstawia się w badanej grupie szkół zdecydowanie źle. Dla potwierdzenia powyższego wniosku podaje się następujące dane liczbowe zamieszczone w tabeli 3.

T a b e l a 3

Ilościowe zestawienie zaleceń
wypisanych przez lekarza szkolnego dla nauczycieli i opieki
domowej w stosunku do uczniów z klas I-VIII

Ilość uczniów z badanych klas I - VIII		%	Ilość uczniów mająca wpisane zalecenia le- karza dla nauczycieli i opieki domowej	%
Zakwalifikowani do czynnej opiek: dyspanseryjnej	774	61,37	89	12,40
Nie zakwalifiko- wani	481	38,63	-	-
Razem	1 245	100	89	7,15

Spośród 1 245 uczniów upośledzonych umysłowo, uczęsz-
czających do 80 badanych klas, u 774 stwierdzono współwy-
stępowanie innych wad lub schorzeń. Wobec obowiązującego pro-
gramu działań w zakresie czynnej opieki zdrowotnej należało
się spodziewać, że przynajmniej w stosunku do tych uczniów
podane będą odpowiednie zalecenia dla szkoły i opieki domo-
wej. Okazało się jednak, że informacje takie znajdowały się
zaledwie w "Kartach zdrowia" 89 uczniów upośledzonych umysłowo,
w tym u 35 uczniów dotyczyły również opieki domowej.

Przeprowadzając wywiady z wychowawcami klas zwrócono
również uwagę na źródła, z jakich czerpią oni informację
o aktualnym stanie zdrowia swoich wychowanków. Okazało się,
że najczęściej informacje te pochodziły z rozmów z rodzicami
i otrzymywanych od nich zaświadczeń ze szpitala, sanatorium
lub zwolnień lekarskich z powodu przebytej choroby. Następ-
nie z dokumentacji personalnej ucznia, a jako trzecie źródło
informacji nauczyciele wymienili higienistkę szkolną /pielęg-
niarkę/. Na ostatnim miejscu znalazł się lekarz szkolny.
Stwierdzono również, że niewielu było nauczycieli wychowawców
/11,25 %/, którzy sami zaglądali do "Kart zdrowia" swoich

wychowanków, a tylko nieliczni wiedzieli o istnieniu takiego dokumentu informacyjnego jak "Wniosek dla dyrektora szkoły z badań bilansowych ucznia". Pojęcie dyspenseryzacji czy świadomość wśród badanych nauczycieli wprowadzenia w opiece zdrowotnej jednolitej klasyfikacji schorzeń według grup dyspenseryjnych była znana tylko w jednej szkole /6 nauczycielom/.

Kolejnym i bardzo dogodnym źródłem informacji o stanie zdrowia ucznia i związanych z nim zaleceniach jest specjalna rubryka w "Dzienniku lekcyjnym" zatytułowana "Uwagi i zalecenia lekarza - psychologa", która została wprowadzona do nowych dzienników lekcyjnych funkcjonujących w szkołach od trzech lat. Celowość tej rubryki jest oczywista, natomiast fakt, że tylko w jednej szkole były one wypełnione próbuje się, w wyniku przeprowadzonych badań, tłumaczyć dwójako. Po pierwsze, w badanej grupie placówek specjalnych /poza jedną szkołę/ brakuje podstawowych ustaleń organizacyjnych, dotyczących form przepływu informacji o aktualnym stanie zdrowia ucznia oraz określenia osób odpowiedzialnych za przekaz tych informacji.

Po drugie, w praktyce u większości nauczycieli - jak się wydaje również i pracowników służby zdrowia - nie występuje na co dzień konieczność uwzględniania podstawowego warunku procesu rewalidacji dzieci upośledzonych umysłowo jakim jest:

- znajomość aktualnego stanu zdrowia dziecka, efektów jego procesu leczniczo-rehabilitacyjnego i związanych z tym zaleceń.

Istnienie tej ostatniej przyczyny ma swoje źródło m.in. w kształceniu nauczycieli szkół specjalnych, gdzie w niewystarczającym stopniu uwzględniona jest problematyka wychowania zdrowotnego. Nie prowadzi się również żadnych form doskonalenia nauczycieli w tym zakresie.

Przeprowadzona analiza protokołów z rad pedagogicznych wykazała, że w badanych szkołach problematyka zdrowia uczniów została uwzględniona w stopniu zdecydowanie niewystarczającym. Oto wszystkie odnotowane tematy z tego zakresu dla nauczycieli:

- racjonalne odżywianie dzieci i młodzieży,
- szkodliwy wpływ alkoholu i nikotyny na rozwój dziecka
- zadania lekarza szkolnego i pielęgniarki,
- najczęściej występujące wady postawy, przyczyny i skutki,
- typy wad postawy, przyczyny i sposoby ich korekcji /włącznie z lekcją pokazową dla nauczycieli/.

Najczęściej omawianym zagadnieniem wskazującym na kompleksowe działania pracowników służby zdrowia i oświaty w zakresie czynnego poradnictwa były uzgodnienia o r z e c z n i c z e /stopnia podstawowego/ obejmujące wspólne wnioskowanie dotyczące możliwości dalszego ukierunkowanego kształcenia lub pracy zawodowej, grupy inwalidzkiej itp. Zasada członkostwa lekarza szkolnego i higienistki szkolnej w radach pedagogicznych i ich aktywnego udziału realizowana była tylko w 2 szkołach. W następnych 3 szkołach w posiedzeniach rad pedagogicznych uczestniczyły higienistki szkolne. Natomiast, aż w 18 szkołach nie odnotowano ani razu obecności na posiedzeniu rady pedagogicznej lekarza i higienistki szkolnej. Dyrekcja 6 placówek bezskutecznie zapraszały personel medyczny do czynnego uczestnictwa w zebraniach rady przynajmniej poświęconych klasyfikacji uczniów. Stwierdzono także, iż nauczyciele w 5 szkołach dopominali się o współpracę, o pomoc ze strony służby zdrowia. Stawiali wnioski o uaktywnienie pracy lekarza szkolnego czy higienistki na terenie szkoły, o zatrudnienie w większym wymiarze godzin personelu medycznego. Wnosili również o zatrudnienie dodatkowe lekarza - psychiatry. Dyrekcje tych szkół zgłaszały zapotrzebowanie do miejscowych wydziałów zdrowia

i opieki społecznej oraz do władz oświatowych, wielokrotnie monitując, ale bez skutku. Główną przyczyną to brak kadry medycznej, a właściwie brak chętnych lekarzy do pracy w szkole.

W analizowanych protokołach dość często spotykano się ze stwierdzeniami o bardzo ogólnikowym charakterze, i z treści których nic nie wynikało. Oto przykłady takich stwierdzeń: "wzmóc pracę na odcinku szkoła a służba zdrowia", "wzmóc jeszcze bardziej współpracę ze szkolną służbą zdrowia", "żintensyfikować pracę z pionem medycznym". Aż w 22 szkołach /z wyjątkiem jednej placówki/ nie znaleziono żadnych pisemnych, jak zresztą i ustnych, ustaleń dotyczących przepływu informacji /i osób za nią odpowiedzialnych/ o aktualnym stanie zdrowia choćby uczniów objętych czynną opieką lekarską. Tylko w trzech szkołach na naradach pedagogicznych zapoznano nauczycieli z ilościową analizą stanu zdrowia ogółu uczniów.

Problematykę związaną z opieką szkoły nad zdrowiem uczniów upośledzonych umysłowo a odnotowaną w protokołach rad pedagogicznych wyczerpują następujące zagadnienia: przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa, przestrzegania i kontrola higieny osobistej uczniów oraz środowiska szkolnego.

Wyniki przeprowadzonych wywiadów wskazują, że 80 % wychowawców klasowych nie wiedziało o efektach i przebiegu procesu leczniczego lub rehabilitacyjnego /jeżeli odbywał się poza szkołą/, jak również nie orientowali się w zaleceniach dotyczących postępowania z uczniem. Reasumując można stwierdzić, że zagadnienie informacji i jej dwukierunkowego przepływu, jako podstawy kompleksowej współpracy służby zdrowia z nauczycielami, w zakresie czynnej opieki medycznej nad uczniami upośledzonymi umysłowo, było na terenie większości badanych szkół zagadnieniem pomijanym. Czy wobec powyższego można mówić o realizacji idei kompleksowego współdziałania personelu medycznego i nauczycieli na terenie szkoły w zakresie rehabilitacji dzieci.

Potrzeby zdrowotne uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim określono na podstawie analizy dokumentacji medycznej. Wyniki liczbowe rodzajów współwystępujących schorzeń u uczniów zakwalifikowanych przez lekarza szkolnego do odpowiednich grup i podgrup dyspanseryjnych podano w procentach z zachowaniem podziału na klasy młodsze i starsze, co ilustruje tabela 4. Analizując dane zamieszczone w tej tabeli stwierdza się, że największą grupę patologii u dzieci upośledzonych umysłowo, szczególnie w młodszym wieku szkolnym, stanowią wady wymowy /33,53 %/. Wśród uczniów klas starszych wady mowy stanowią 17,32 %. Oprócz wad mowy do najczęstszych zaburzeń należą wady postawy, których wskaźniki w odniesieniu do klas młodszych /28,39 %/ i klas starszych /28,69 %/ są bardzo zbliżone.

W następnej kolejności występują wady i choroby narządów wzroku. Największą grupę stanowią uczniowie z wadami refrakcji /klasy I-III 14,95 %, klasy IV-VIII 14,06 %/ i z zaburzeniami widzenia obuocznego, kolejno 3,32 % i 3,60%.

Stosunkowo dużą grupę stanowią dzieci z klas młodszych i z nieprawidłowym wzrostem i ciężarem ciała - 8,30 %. W klasach starszych odsetek ten jest mniejszy i wynosi 6,68 % przy czym dotyczy również nieprawidłowego dojrzewania płciowego.

U uczniów klas starszych daje się zauważyć większą częstotliwość występowania schorzeń układu nerwowego /gr. IV₃ i IV₄/, gdzie odsetek wynosi 9,77 % w porównaniu do 5,74 % uczniów z klas młodszych.

Coraz bardziej dostrzegalnym zagadnieniem zdrowotnym w wieku szkolnym stają się choroby górnych dróg oddechowych /Zdunkiewicz L., 1979, s. 363/. Co prawda niniejsze badania nie wykazały dużej liczebnie grupy uczniów chorujących na nieżyty górnych dróg oddechowych /klasy młodsze - 2,11 %, klasy starsze - 1,54 %/, ale dane z wywiadów z nauczycielami wskazywały, że znaczna ilość uczniów, u których występował ten rodzaj schorzenia, nie była odnotowana przez lekarza

Tabela 4

Częstotliwość^x występowania schorzeń u uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim w wieku szkoły podstawowej

Klasy	Ilość uczniów	Rodzaje schorzeń w grupach dyspaneryjnych												Gr. XI Inne choroby przewlekłe wymagające czynnej opieki															
		Gr. IV			Gr. V			Gr. VI				Gr. VII			Gr. VIII	Gr. IX	Gr. X												
I-III	662	Zab. w dynamice i harmonii rozwoju somatycznego	1	Zab. w rozwoju somatycznym i psychicznym			Wady i choroby narządu wzroku			Przew. choroby jamy nosowo-gardł., uszu, zab. słuchu i mowy			Przewlekłe choroby układu oddechowego				Choroby i zab. ukł. kręgosłupa, choroby reumatyczne, choroby tkanek łącznej	Przewlekłe choroby układu moczowego	Trwał. uszkodz. narządu ruchu	Zab. statyka ciała	Trwał. uszkodz. narządu ruchu	Zab. statyka ciała	2,11	2,71	33,5	0,90	1,81	2,11	28,39
			2	Zab. w rozwoju somatycznym i psychicznym			Zab. wzroku			Choroby jamy nosowo-gardł.			Przewł. choroby okrzewiające		Przewł. choroby płucnego														
			3	Trwał. uszkodzenie a.u.n.			Wady refleksji /krotkowzrost./ /długowzrost./			Zaburzenia słuchu			Przewł. choroby okrzewiające		Przewł. choroby okrzewiające														
			4	Czynnościowa zab. a.u.n.			Wady refleksji /krotkowzrost./ /długowzrost./			Choroby jamy nosowo-gardł.			Przewł. choroby okrzewiające		Przewł. choroby okrzewiające														
IV-VIII	663	Zab. w dynamice i harmonii rozwoju somatycznego	1	Zab. w rozwoju somatycznym i psychicznym			Zab. wzroku			Choroby jamy nosowo-gardł.			Przewł. choroby okrzewiające		Przewł. choroby okrzewiające		2,08	1,71	3,43	28,69	1,89								
			2	Trwał. uszkodzenie a.u.n.			Wady refleksji /krotkowzrost./ /długowzrost./			Zaburzenia słuchu			Przewł. choroby okrzewiające		Przewł. choroby okrzewiające														
		Ilość uczniów zakwalifikowanych do opieki dyspaneryjnej w %																											
		73,11																											
		49,74																											

^x obliczenia procentowe

szkolnego. Jeśli chodzi o zaburzenia słuchu to ich odsetek jest bardzo zbliżony w klasach młodszych i starszych i wynosi kolejno 2,71 % i 2,54 % uczniów.

Wydaje się, że dane zamieszczone w tabeli 4 nie mogą stanowić rzeczywistego przeglądu stanu zdrowia uczniów uczęszczających do badanych klas ze względu na brak w kilku szkołach corocznie prowadzonych badań wszystkich dzieci jak również z powodu braku oznaczeń w dokumentacji zdrowotnej uczniów grup dyspenseryjnych. Niemniej jednak, na podstawie przytoczonych danych, można wskazać na główne problemy zdrowotne uczniów upośledzonych umysłowo, które dla porównania zestawiono /tabela 5/ z dostępnymi danymi z literatury przedmiotu dotyczącymi odchyień w stanie zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce oraz uczniów ze szkół podstawowych w jednej z dzielnic Warszawy /Krzysztofowicz J., 1977, s. 47-48/. Podana w tabeli kolejność i zakres rozpowszechnienia występujących wad i schorzeń u dzieci i młodzieży prowadzi do kilku wniosków:

1/ do największych liczebnie grup patologii należą bezwzględnie wady postawy, wady wzroku i zaburzenia w rozwoju somatycznym;

2/ u dzieci upośledzonych umysłowo występują przede wszystkim 3 najbardziej liczebne grupy wad tj. postawy, mowy i wzroku;

3/ przytoczone dane liczbowe wskazują, że odchylenia od stanu zdrowia u dzieci upośledzonych umysłowo w zakresie stwierdzonych patologii, są zdecydowanie liczniejsze i bardziej różnorodne w porównaniu z dziećmi z normalnych szkół podstawowych.

Ten ostatni wniosek nasuwa przede wszystkim postulat niezbędny, a jednocześnie właściwej pomocy rehabilitacyjnej w najliczniej występujących wadach postawy i mowy. Szkoły specjalne zobowiązane odpowiednimi przepisami realizują co prawda na swoim terenie te najpilniejsze potrzeby zdrowotne uczniów w postaci prowadzenia zespołów korekty wad postawy

Zestawienie zbiorcze odchyłeń od stanu zdrowia dzieci i młodzieży

Rodzaje odchyłeń od stanu zdrowia dzieci i młodzieży występujące w:					
badanych szkółach specjalnych	Odsetki	szkołach podstawowych normalnych w warszawskiej dzielnicy	Odsetki	P o l s c e	Odsetki
Wady postawy	28,6	Wady postawy	14,0	Wady wzroku	9,2
Wady mowy	25,9	Wady wzroku	10,0	Wady postawy	9,0
Wady wzroku	18,0	Zab.w rozw.somatycz.	9,0	Zab.w rozw.somatycz.	5,6
Zab.w rozw.somatycz.	7,5	Choroby ukł.nerwow.	1,5	Schorzenia laryngol.	2,8
Choroby ukł.nerwow.	5,9	Wady mowy	1,0	Choroby ukł.kręzenia	1,8
Kalectwa narz.ruchu	2,7	Wady słuchu	0,5	Choroby ukł.nerwow.	1,6
Wady słuchu	2,6	-	-	Wady mowy	1,4
Schorzenia laryngol.	1,8	-	-	Wady słuchu	0,5
Choroby ukł.mocz.	1,9	-	-	Gruźlica	0,4
Choroby ukł.kręzenia	1,4	-	-	Kalectwa narz.ruchu	0,3
Choroby ukł.oddech.	0,9	-	-	-	-

i mowy, ale jak wykazały badania, prowadzone są one głównie w stosunku do młodszych uczniów. To, że nie wszyscy potrzebujący uczniowie mogą skorzystać z tego rodzaju pomocy rehabilitacyjnej spowodowane jest dwiema przyczynami: brakiem kadry specjalistycznej oraz złymi lub bardzo złymi warunkami lokalowymi badanych szkół.

Pozostałe w kolejności potrzeby zdrowotne uczniów upośledzonych umysłowo pod względem postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego powinny być realizowane przez odpowiednie poradnie specjalistyczne /których niestety jest ciągle zbyt mało w stosunku do potrzeb dzieci i młodzieży/. Dotyczy to zwłaszcza wad i chorób narządu wzroku, zaburzeń słuchu, cięższych zaburzeń mowy i narządu ruchu oraz uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Rola lekarza szkolnego w tym wypadku winna się zwiększyć.

WNIOSKI KOŃCOWE

Z analizy zebranego materiału wynika, że obowiązujący w szkołach nowoczesny system opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą upośledzoną umysłowo uczęszczających do podstawowych szkół specjalnych realizowany jest w pełni w 34,6 % badanych placówek.

Działalność służby zdrowia w zakresie czynnej opieki dyspenseryjnej służy bardziej celom formalnej sprawozdawczości niż zindywidualizowanej opiece zdrowotnej nad uczniem umysłowo upośledzonym. W zasadzie praca personelu medycznego /w tym głównie lekarza/ w 73,90 % badanych szkół ogranicza się do r e j e s t r a c j i uczniów upośledzonych umysłowo, u których stwierdzono współwystępowanie dodatkowych odchyłeń od prawidłowości w stanie zdrowia i rozwoju, oraz wystawiania im skierowań do specjalistów. Zdecydowanie brakuje następnego działania, jakim jest zaprogramowanie indywidualnej opieki leczniczo-rehabilitacyj-

nej i kontroli nad realizacją tego procesu.

W badanej grupie szkół /poza jedną placówką/ nie znaleziono żadnych ustaleń dotyczących form współdziałania personelu medycznego z nauczycielami na terenie szkoły w zakresie czynnej opieki dyspanseryjnej nad uczniami. Zagadnienie informacji /jej dwustronnego przepływu/ o aktualnym rozwoju i stanie psychosomatycznym ucznia, jako podstawy wzajemnych i planowych działań, jest zupełnie pomijane w pracy szkoły. Istniejąca dokumentacja na ten temat, będąca w gestii pracowników służby zdrowia i oświaty nie jest prowadzona w zdecydowanej większości szkół /91,3 %/. Potrzeby zdrowotne uczniów upośledzonych umysłowo ustalono na podstawie diagnozy lekarza szkolnego opartej na klasyfikacji grup dyspanseryjnych wskazując, że największymi liczebnie grupami patologii u tych uczniów są kolejno: wady postawy - 28,60 %, wady mowy - 25,94 % i wzroku - 17,99 %. Jednocześnie stwierdzone odchylenia od stanu zdrowia i rozwoju u dzieci upośledzonych umysłowo są zdecydowanie większe pod względem liczebności i różnorodności wad oraz schorzeń w porównaniu z dziećmi z normalnych szkół podstawowych. Dlatego zdecydowanej poprawie powinna ulec, niewystarczająca w stosunku do potrzeb, ilość zatrudnionych na terenie szkoły pracowników medycznych i paramedycznych. Można wówczas będzie mówić o rzeczywistym wprowadzeniu do praktyki szkolnej idei kompleksowej współpracy pracowników medycznych szkolnej służby zdrowia z pracownikami oświaty.

LITERATURA:

1. Bożkowa K.: Zdrowie dziecka w Polsce, PZWL, 1979, Warszawa.
2. Krzysztofowicz I.: Medycyna społeczna wieku rozwojowego, PZWL, Warszawa 1977.
3. Nowak St.: Propedeutyka pediatrii, PZWL, Warszawa 1980.

4. Piotrowski J.; Wygoda H.: Prawo do dziecka, KiW, Warszawa 1980.
5. Radiukiewicz S.: Medycyna szkolna, PZWL, Warszawa 1973.
6. Raport o stanie zdrowia i opiece zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym oraz program działania na lata 1975, MZiOS, Warszawa 1975.
7. Program działania w zakresie poprawy warunków zdrowotnych szkół i placówek oświatowo-wychowawczych, stanu zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej, opieki zdrowotnej oraz orzecznictwa dla potrzeb ucznia i szkoły na lata 1973-1975, PZWS, Warszawa 1973.
8. Program działania w zakresie poprawy zdrowotnej szkół i placówek oświatowo-wychowawczych, rozwoju opieki zdrowotnej oraz poradnictwa i orzecznictwa dla potrzeb dzieci i młodzieży na lata 1976-1980, MOiW, Warszawa 1976,
9. Szotowa W., Serejski J.: Czynne poradnictwo w opiece zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym, PZWL, Warszawa 1976.
10. Woynarowska B.: Klasyfikacja lekarska uczniów do zajęć wychowania fizycznego w szkole (w:) Klasyfikacja uczniów do zajęć wychowania fizycznego w szkole w ramach bilansu zdrowia, WSiP, Warszawa 1978.
11. Zdunkiewicz L.: Problemy medycyny naszej cywilizacji. w: Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania, red. Wolański N., PWN, Warszawa 1979.