

## Współpraca szkoły z rodzicami w zakresie opieki nad zdrowiem uczniów

Wprowadzony w Polsce od 1976 roku nowy system badań stanu zdrowia populacji w wieku rozwojowym oparty na masowych badaniach przeglądowych zwanych bilansami zdrowia i rozwoju umożliwia wczesne wykrywanie wszelkich nieprawidłowości dotyczących rozwoju fizycznego i psychicznego dzieci. Wspólnie przyjęte w tym zakresie ustalenia resortów: zdrowia i opieki społecznej oraz oświaty i wychowania stawiają przed współczesną szkołą nowy, rozszerzony zakres zadań i funkcji zdeterminowanych potrzebami zdrowotnymi nie tylko jednostek w wieku rozwojowym ale i całego społeczeństwa.

Opracowany został wielokierunkowy program działania na rzecz poprawy warunków zdrowotnych w szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych, rozwoju ogólnej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz poradnictwa dla potrzeb dzieci, młodzieży i rodziny formułujący dla szkolnictwa nowe zadania w zakresie sprawowania opieki nad zdrowiem i wychowaniem.

Szczególną uwagę zwrócono na następujące zagadnienia:

- skuteczne diagnozowanie i wykrywanie niekorzystnych czynników stanowiących zagrożenie dla rozwoju, zdrowia i życia uczniów;
- wypracowanie systemu sprawnego przepływu informacji pomiędzy placówkami sprawującymi opiekę nad ucz-

niem i jego rodziną; .

- ustalenie wyraźnego podziału zadań i zakresów odpowiedzialności oraz organizacji współdziałania systemu oświaty i opieki zdrowotnej nad dziećmi w wieku szkolnym;

- prowadzenie systematycznej działalności kompensacyjnej, terapeutycznej i profilaktycznej poprzez stałe korygowanie programów i metod pracy opiekuńczo-zdrowotnej względem dziecka i jego rodziny.

Na obecnym etapie życia społecznego, ani szkoła, ani rodzina nie mogą wypełniać swych funkcji w nowoczesnej formie bez ścisłego współdziałania poprzez systematyczną współpracę domu i szkoły, a w niej służby zdrowia. Teza o potrzebie integracji pracy opiekuńczo-wychowawczej w szkole z planowym kształtowaniem warunków środowiskowych ucznia była i jest akcentowana w pracach wielu wybitnych pedagogów, psychologów i socjologów, gdyż wiele czynników determinujących jej efektywność tkwi w środowisku wychowanka, w jego warunkach bytowych i wpływach najbliższego otoczenia /H. Borzyszkowska 1971, M. Ziemska 1973, A. Kelm 1968 i A. Gurycka 1979/.

Z licznych badań empirycznych prowadzonych w kraju i za granicą wynika, że wiele zaburzeń i odchyień od normy w przebiegu rozwoju dziecka ma swoje źródło w nieprawidłowo ukształtowanym środowisku wychowawczym jakim jest jego dom rodzinny /M. Przetacznikowa 1973, J. Podgórecki 1969, Z. Tyszka 1974 i H. Spionek 1973/. Każdą rodzinę cechuje indywidualna, wewnętrzna organizacja stosunków rodzinnych tworzących specyficzną atmosferę uczuciową i poczucie więzi między jej członkami, z których wynikają określone postawy rodzicielskie, rzucające na stan psychiczny dziecka i warunkujące całość kształt jego rozwoju. Poznanie aktualnych warunków ży-

cia uczniów i właściwa ocena składników ich naturalnego środowiska domowego starają się podstawą do wyprowadzenia diagnozy i określenia zespołu warunków bytowych, stanowiąc punkt wyjścia w prawidłowym planowaniu i organizacji procesu dydaktyczno-wychowawczego w środowisku szkolnym oraz opieki zdrowotnej.

Z badań przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie wynika, że istnieje stała tendencja wzrostowa ilości uczniów zapadających na schorzenia przewlekłe, obejmując 10-15 % populacji ogólnopolskiej, a odsetek uczniów zakwalifikowanych do grup dyspanse-ryjnych wynosi od 40-60 %, przy czym połowa ich znajduje się w dwu lub więcej grupach.

Zapewnienie specjalistycznej opieki i stworzenie dzieciom optymalnych warunków rozwoju staje się obowiązkiem nie tylko domu rodzinnego ale i szkoły, wymagając zmiany tradycyjnie funkcjonujących struktur organizacyjnych i podjęcia szeroko zakrojonej współpracy z rodzicami dla wypracowania skutecznego systemu działań profilaktycznych i wychowania zdrowotnego. Zróżnicowanie środowiska szkoły zdeterminowane jest specyfiką jego składników przyrodniczych, kulturalnych i społecznych, a konieczność respektowania tych uwarunkowań wyklucza możliwość narzucenia z góry wszystkim placówkom szkolnym jednego, schematycznego programu pracy dydaktyczno-wychowawczej i opieki nad rozwojem i stanem zdrowia uczniów. Stąd tak ważne staje się, aby każda szkoła mając na uwadze wszystkie parametry uwarunkowań wynikających z tradycji, stanu organizacyjnego, poziomu materialnego i społecznego wypracowała adekwatny do potrzeb, strukturalnie zwarty program i plan działań skoordynowanych z zaleceniami teorii i praktyki zdrowotnej.

W niniejszym opracowaniu starano się znaleźć odpowiedź na pytanie: w jakim stopniu współczesna szkoła

masowa przygotowana jest do podjęcia nowych funkcji opiekuńczo-zdrowotnych, aby spełnić postulat nowoczesnego systemu edukacji narodowej? W tym celu w latach szkolnych 1980/81 i 1981/82 przeprowadzone zostały badania o charakterze ekspertyzy diagnostycznej dotyczące stanu opieki nad zdrowiem uczniów w szkole masowej oraz w szkołach specjalnych stopnia podstawowego ze szczególnym zwróceniem uwagi na konkretną działalność profilaktyczną i kompensyjną szkoły przez jej przedstawicieli i pracowników służby zdrowia na rzecz współpracy z rodzicami w tym zakresie. Miały one dostarczyć informacji z kręgu następujących zagadnień:

- jaki jest w szkołach stan opieki fachowej nad zdrowiem uczniów?

- jaki jest w badanych szkołach stopień znajomości środowiska domowego uczniów i jakie są źródła informacji na ten temat?

- jakie formy współpracy szkoły z rodzicami zapewniają najpełniejszą realizację jej zadań w zakresie opieki nad zdrowiem uczniów?

Badaniami typu jednorodnego objęto 41 szkół specjalnych i 46 szkół masowych podstawowych w południowo-wschodnim regionie Polski, na zasadach wyboru losowego, po uprzednim przeprowadzeniu badań pilotażowych. W analizie warunków organizacyjnych pracy badanych szkół przyjęto, że zmienną pośredniczącą będzie charakter oddziaływań wychowawczych uwarunkowany stanem zatrudnienia kadry specjalistycznej. Do zmiennych zależnych zaliczono: formy i ilość wzajemnych kontaktów pomiędzy szkołą, a domem ucznia, zakres treści tych kontaktów oraz ich kierunek i poziom wychowawczy rodzin.

W hipotezie założono, że efektywność wychowawcza pracy szkoły ze środowiskiem w zakresie opieki zdrowotnej będzie tym większa, im bardziej intensywne, wielo-

płaszczyznowe i zintegrowane będą treści oraz formy wzajemnych kontaktów szkoły z rodzicami oraz, że poziom opieki zdrowotnej w szkole uwarunkowany jest nie tylko zatrudnieniem kwalifikowanych pracowników służby zdrowia, ale charakterem ich współpracy z nauczycielami i rodzicami uczniów.

Podstawową metodą w prowadzonych badaniach była analiza dokumentacji szkolnej, a materiały źródłowe stanowiły: plany i programy pracy szkół, dokumentacja posiedzeń Rad Pedagogicznych, zespołów wychowawczych i Komitetów Rodzicielskich, tematyka szkolenia i pedagogizacji rodziców oraz dokumentacja medyczna. Zostały one przeanalizowane pod kątem realizacji zadań wynikających ze wspólnych ustaleń międzyresortowych na temat opieki zdrowotnej w szkołach. Dla określenia warunków pracy szkoły w tym aspekcie ustalono również stan zatrudnienia pracowników służby zdrowia w badanych placówkach szkolnych, zwracając także uwagę na stopień przygotowania kadry pedagogicznej do realizacji zadań opiekuńczo-zdrowotnych względem ucznia.

Wśród badanych szkół znalazły się jednostki o dość zróżnicowanym stopniu organizacyjnym, od szkół gminnych poczynając a kończąc na dużych kompleksach szkolnych. Liczebność uczniów w poszczególnych szkołach przedstawia tabela 1.

Pośród badanych placówek najwięcej było szkół mniejszych, do których uczęszczało do 200 uczniów - 58 szkół, 66,7 % ogółu, a większe zespoły uczniowskie notowano wyłącznie w szkołach masowych: w 20 szkołach - 23 % ogółu notowano 400 - 1000 uczniów.

Szczególną uwagę poświęcono analizie stanu zatrudnienia pracowników służby zdrowia w badanych szkołach, który przedstawia się następująco: zdecydowana większość lekarzy i pielęgniarek pracowała na godzinach zleconych w wymiarze od 4 do 6 godzin tygodniowo, co

Tabela 1

## Liczebność uczniów w badanych szkołach

Ilość uczniów	Szkoły masowe	Szkoły specjalne	Ogółem	%
do 100 uczniów	7	11	18	20,7
do 200 uczniów	13	27	40	45,9
do 400 uczniów	6	3	9	10,3
do 600 uczniów	9	-	9	10,3
do 800 uczniów	7	-	7	8,04
do 1000 i powyżej	4	-	4	4,6
o g ó ł e m	46	41	87	100,0

Tabela 2

## Charakter zatrudnienia pracowników służby zdrowia

Rodzaj umowy o pracę	Szkoła masowa			Szk. specjalna			Ogółem
	Lekarz	Pielęć.	Stomat.	Lekarz	Pielęć.	Stomat.	
cały etat	4	11	6	8	16	4	49
pół etatu	5	2	3	3	11	5	29
godziny zleczone	29	27	-	13	8	-	77
całkowity brak	8	6	35	15	6	32	102

praktycznie odpowiada pracy przez jeden dzień w tygodniu. Takie ograniczenie w czasie możliwości przyjęć i badań lekarskich uniemożliwia sprawowanie systema-

tycznej opieki specjalistycznej pozbawiając jednocześnie uczniów, w wypadku nagłej choroby, możliwości uzyskania natychmiastowej porady i pomocy lekarskiej. Z drugiej zaś strony krótki wymiar godzin zatrudnienia obciąża osobę lekarza, który będąc zobligowany do przyjęcia i zbadania wszystkich zgłoszonych pacjentów nie dysponuje odpowiednią ilością czasu na prowadzenie przeglądowych badań lekarskich uczniów całej szkoły.

Znacznie korzystniej organizują swoją pracę lekarze pracujący w pełnym wymiarze godzin lub na pół etatu mając dodatkowo zapewnioną współpracę i pomoc ze strony kwalifikowanych pielęgniarek zatrudnionych na całym etacie. Taki stan opieki medycznej stwierdzono w 20 badanych szkołach - 23 % ogółu, w tym 9 szkół masowych i 11 szkół specjalnych.

Uczniowie tych placówek objęci byli systematycznymi badaniami lekarskimi i kontrolnymi, a ich wyniki odnotowywano nie tylko w kartach bilansowych zdrowia, ale również w dziennikach lekcyjnych. Dzieci zakwalifikowane do grup dyspanseryjnych przez lekarza szkolnego były dodatkowo kierowane na badania do poradni specjalistycznych gdzie kontynuowano odpowiednie leczenie.

Uczniowie 25 szkół - 29 % ogółu, w tym 8 masowych i 17 specjalnych - byli całkowicie pozbawieni opieki lekarskiej na terenie szkoły i korzystać musieli z porad lekarzy pracujących w Ośrodkach Gminnych i Poradniach Ogólnych. Stawia to w szczególnie trudnej sytuacji dzieci ze szkół specjalnych mieszkające w internatach, którym nie zabezpieczono stałej opieki medycznej, mimo że jest ona niezbędna, gdyż upośledzenie umysłowe często współwystępuje z licznymi zaburzeniami natury somatycznej i wymaga systematycznych badań oraz leczenia w złożonym procesie rewalidacji.

Z powyższego wynika, że systematyczne badania lekarskie obejmujące wszystkie zespoły klasowe i przepro-

wadżane dwa razy w ciągu roku szkolnego realizowano wyłącznie w 12 szkołach - 13,8 % ogółu; jeden raz w roku w 19 szkołach - 22,5 % ogółu, a w 32 szkołach - 36,7 % ogółu zanotowano, że corocznymi badaniami profilaktycznymi objęci byli wyłącznie uczniowie nowo przyjęci do klas pierwszych oraz uczniowie kończący szkołę. Pozostałe dzieci były przyjmowane przez lekarza szkolnego jedynie w przypadku osobistego zgłoszenia się z powodu choroby lub złego samopoczucia.

Najbardziej dotkliwie, w większości badanych szkół - 77 % ogółu, odczuwany był brak gabinetu stomatologicznego i zatrudnionego w nim specjalisty. Opiekę stomatologiczną zapewniono w 12 szkołach podstawowych i 6 szkołach specjalnych co stanowi 20,7 % ogółu badanych jednostek.

Wśród pracujących w szkołach 62 lekarzy spotkać można było przedstawicieli różnych dyscyplin medycznych, ale zdecydowanie przeważali interniści - 28 osób i kolejno: pediatrzy - 12 osób, neurologi - 4 osoby i psychiatry - 2 osoby, zaś 16 lekarzy nie posiadało żadnej specjalizacji, co nie pozostaje bez wpływu na poziom opieki sprawowanej nad dziećmi.

Szkoła, która nie gwarantuje swym uczniom opieki lekarskiej nie może spełniać we właściwy sposób swoich funkcji opiekuńczo-wychowawczych, zwłaszcza zaś zadań wynikających z opieki nad zdrowiem i rozwojem psychofizycznym uczniów, ani też współpracować w tym zakresie z rodzicami. Znalazło to potwierdzenie w uzyskanych wynikach badań, z których wynika, że w placówkach nie zatrudniających pracowników służby zdrowia nauczyciele nie potrafią charakteryzować sytuacji zdrowotnej poszczególnych uczniów w klasach, a co za tym idzie - nie mogą zapewnić zindywidualizowanych form opieki jakiej bezwzględnie wymagają dzieci przewlekłe chore i z deficytami rozwoju.



Z analizy dokumentacji wynika, że jedynie w 8 /na 41/ placówkach specjalnych i w 6 /na-46/ szkołach masowych pedagogizacja rodziców miała charakter działania systematycznego, opartego o wcześniej opracowany plan, który uwzględniał między innymi elementy wiedzy opiekuńczej, terapeutycznej i korekcyjnej w odniesieniu do dzieci zakwalifikowanych do określonych grup dyspanseryjnych. Dotyczy to głównie placówek o większej liczbie uczniów, posiadających znaczne tradycje, wypróbowane metody pracy i ustabilizowaną kadrę nauczającą. W tych szkołach, gdzie zapewniono pełną obsadę pracowników służby zdrowia - również pedagoga i psychologa - obserwowano większą integrację i wewnętrzną spójność systemu dydaktyczno-wychowawczego i opiekuńczo-zdrowotnego, zwiększoną troskę o uczniów wymagających zindywidualizowanej pomocy wielospecjalistycznej. W 9 szkołach - 10,3 % ogółu podejmowane były próby ścisłej współpracy pomiędzy wychowawcą, nauczycielami, psychologiem, pedagogiem i lekarzem szkolnym, z których wynikały wspólnie ustalenia dotyczące pracy i opieki nad konkretnym dzieckiem. Punktem wyjścia tak zorganizowanej współpracy stały się posiedzenia Rad Pedagogicznych, zwoływane jeden raz w roku szkolnym wyłącznie celem dokonania analizy sytuacji zdrowotnej uczniów, stanu potrzeb i możliwości ich realizacji. W czasie posiedzeń, w których uczestniczyli wszyscy pracownicy szkoły bez względu na rodzaj prezentowanej specjalności, lekarz szkolny relacjonował ogólne wyniki badań lekarskich informując wychowawców klas o aktualnym stanie zdrowia dzieci w poszczególnych zespołach klasowych, a z kolei nauczyciele przedstawiali wyniki nauczania tych uczniów, którzy z powodu różnych schorzeń i zaburzeń rozwoju zostali zakwalifikowani do odpowiednich grup dyspanseryjnych. Taki wzajemny, dwukierunkowy system przekazu informacji ustnych i pisemnych o sytuacji zdrowotnej

i szkolnej ucznia umożliwiał planowanie i podjęcie wczesnych działań opiekuńczo-zdrowotnych. Za realizację ustaleń, podjętych wspólnie na posiedzeniach Rad Pedagogicznych a odnoszących się do konkretnego dziecka czyniono odpowiedzialnym wychowawcę klasy, który równolegle zawiadamiał o nich rodziców, aby włączyć ich do aktywnej współpracy. Podkreślić należy, że w placówkach podejmujących tak zharmonizowaną działalność dydaktyczną i opiekuńczo-zdrowotną dużo uwagi poświęcano częstym i systematycznym kontaktom z rodzicami uczniów, zwłaszcza tych, którzy wymagali dodatkowych, specjalistycznych form opieki.

W pozostałych szkołach objętych badaniami (56,2% ogółu) nie przestrzegano obowiązku dokonywania wpisu w dziennikach lekcyjnych adnotacji o zaleceniach lekarza dla szkoły i nauczycieli oraz dla domu i rodziców, wskutek czego nauczyciele nie dysponowali aktualnymi wiadomościami na temat stanu zdrowia uczniów. W wyjątkowych tylko wypadkach, kiedy rodzice ucznia zaniepokojeni istnieniem przewlekłej choroby stwierdzonej u dziecka przez lekarza zgłaszali się osobiście do szkoły informując nauczycieli lub wychowawcę o sytuacji, dysponowano dokładniejszymi wiadomościami na temat schorzeń u pojedynczych uczniów. Przeważająca część nauczycieli pełniących funkcje wychowawców klasowych nie potrafiła wypowiedzieć się o stanie zdrowia swych uczniów, a co za tym idzie - nie mogła podjąć się sprawowania wobec nich funkcji opiekuńczo-wychowawczych zgodnie z istniejącymi potrzebami, ani też udzielić pomocy rodzicom.

W badanych szkołach ustalono, że podstawową metodą kształcenia pedagogicznego rodziców były tradycyjnie odczyty i wykłady prowadzone przez nauczycieli na zebraniach ogólnych przed rozpoczęciem zebrań klasowych, traktowanych jako wywiadówki. Tak organizowano spotka-

nia w 46 szkołach - 52,9 % ogółu. W nielicznych, pojedynczych placówkach zadbano o stosowanie bardziej różnorodnych metod pedagogizacji, takich jak: wykład, pogadanka, dyskusja, odczyt, wyświetlanie filmów i przeźroczy, demonstrowanie wytworów pracy dzieci, rzadko jednak były one stosowane w pełnej gamie na terenie jednej szkoły.

Analizując częstotliwość spotkań organizowanych przez szkoły stwierdzono, że pedagogizacja o charakterze ciągłym i systematycznym była realizowana w 18 szkołach - 21 % ogółu, dorywcza i wyrwykowa w 39 szkołach - 44,8 %, sporadyczna w 18 szkołach - 21 %, zupełny brak w 20 szkołach - 23 % ogółu.

Średnia liczba spotkań o charakterze szkoleniowym na przestrzeni całego roku kształtowała się następująco:

raz w roku	- w 10 szkołach	(11,5 %)
dwa razy w roku	- w 8 szkołach	(9,2 %)
co kwartał	- w 18 szkołach	(20,7 %)
raz w miesiącu	- w 15 szkołach	(17,3 %)

Zupełny brak takich spotkań na przestrzeni analizowanych dwu lat stwierdzono aż w 20 szkołach - 23 % ogółu, które kontakty z rodzicami ograniczały wyłącznie do prowadzenia zebrań klasowych, zwoływanych w związku z klasyfikacją semestralną lub roczną.

Ze względu na liczbę uczestników biorących udział w systemie kształcenia pedagogicznego notowano:

duże zainteresowanie i pełną frekwencję	- w 27 szkołach	(31 %)
przymus i bierne postawy	- w 30 szkołach	(34,5 %)
brak zainteresowania i niską frekwencję	- w 30 szkołach	(34,5 %)

Istotne znaczenie w popularyzacji działań o charakterze dokształcającym i instruktazowym szkoły odgrywały formy organizowanych na jej terenie kontaktów

i spotkań, a do najczęściej stosowanych należały: zebrania ogólne dla rodziców całej szkoły, zebrania rodziców klas równorzędnych, zebrania rodziców uczniów jednej klasy, rozmowy indywidualne z rodzicami, udział rodziców w wycieczkach i uroczystościach szkolnych.

Jak wynika z badań, często w opinii nauczycieli za formę współpracy uznawane były rozmowy indywidualne, na które wzywano rodziców z pobudek interwencyjnych w związku z rażącymi wykroczeniami dyscyplinarnymi ucznia, rzadziej zaś z powodu niezadowolających postępów lub opóźnień w nauce szkolnej. Do sporadycznych należały kontakty między nauczycielami, a rodzicami argumentowane niepokojem czy też wątpliwościami dotyczącymi prawidłowego przebiegu rozwoju lub stanu zdrowia dziecka, chyba że istniało podejrzenie o upośledzenie umysłowe lub schorzenia o widocznych oznakach zewnętrznych. Każdorazowo problemy te były rozważane w kontekście: program nauczania - uczeń i jego wyniki w nauce z pominięciem ogólnej oceny psychopedagogicznej ucznia, jego możliwości wysiłkowych i stanu zdrowia, warunkujących proces uczenia się i uzyskiwanie pozytywnych wyników.

Rzadką formą kontaktów szkoły z rodzicami były wizyty nauczycieli w domach rodzinnych uczniów, inicjowane najczęściej w sytuacji zagrożenia i widocznych zaniedbań wynikających z patologii społecznej środowiska domowego. Szkoła traktowała je przy tym jako swoistą formę kontroli środowiska wychowawczego, a nie konkretnego oddziaływania profilaktycznego czy doradczego względem rodziny, co w efekcie prowadziło do zaostrzenia stosunków umacniając brak zaufania rodziców do szkoły. Stwierdzić należy, że trudności na jakie napotyka szkoła w prawidłowym organizowaniu współpracy z rodzicami i istniejące w tym układzie konflikty wynikają wielokrotnie z braku znajomości prawdziwych warunków życia

dziecka w środowisku domowym, choć istniejące w tym zakresie zarządzenia mówią, że ocena zespołu warunków bytowych ucznia dokonana w oparciu o wywiad środowiskowy należy do obowiązków nauczyciela-wychowawcy i pedagoga szkolnego. Brak tracącej w tym względzie sprawia, że szkoła nie dysponuje aktualnymi informacjami o sytuacji uczniów żyjących w bardzo różnorodnych środowiskach społeczno-kulturowych i pozaszkolnych układach społecznych, które decydują o zakresie ich potrzeb psychospołecznych i zdrowotnych. Wszelkie plany dotyczące współpracy z rodzicami oprzeć należy na materiałach uzyskanych z wywiadów środowiskowych, które posłużą do wyrowadzenia diagnozy warunków bytowych i wychowawczych dzieci, aby w następnym etapie zwrócić szczególną uwagę na środowiska dzieci zaniedbanych, sprawiających trudności wychowawcze i wykazujących opóźnienia dydaktyczne, jak również dzieci przewlekle chorych, kalekich i opóźnionych w rozwoju psychofizycznym. Pozwoli to na zaplanowanie ukierunkowanego szkolenia rodziców i właściwy dobór tematów odpowiadających faktycznie istniejącym potrzebom, a tym samym pobudzi i rozwinie zainteresowania rodziców tą formą kontaktów ze szkołą.

Wśród tematów, jakie poruszono na spotkaniach z rodzicami w badanych szkołach dominowały głównie problemy związane z realizacją procesu dydaktycznego i wychowawczego. Ogólne proporcje w zakresie programu tematyki szkoleniowej przedstawiały się następująco:

- |  |      |
|--|------|
| - tematy pedagogiczno-wychowawcze              | 60 % |
| - tematy psychologiczne                        | 20 % |
| - tematy społeczne                             | 10 % |
| - tematy z zakresu higieny i profilaktyki      | 10 % |
| - tematy dotyczące zagadnień zdrowia i choroby | 5 %  |

Analizując wszystkie tematy zrealizowane na prze-

strzeni dwu lat w każdej z badanych szkół pod względem ich sformułowań merytorycznych, zakresu treści i form realizacji stwierdzono, że w większości szkół tematyka szkoleniowa ujęta była bardzo szeroko i ogólnie, na przykład: „Podstawowe elementy osobowości dziecka”, „Higiena pracy umysłowej”, „Podstawowe defekty układu somatycznego”, „Rozwój umysłowy dziecka” lub też odwrotnie, wąsko i pragmatycznie, na przykład: „Fazy osierocenia dziecka”, „Lateralizacja lewostronna”, „Dysgrafia dziecięca”, „Bezpieczeństwo dziecka na drodze”, „Szczepienia przeciwgruźlicze” itp. Kolejność układu poszczególnych tematów planowanych w cyklu rocznym była chaotyczna i mało spójna, jeden temat nie wynikał z drugiego, ani też nie nawiązywał do treści poprzedniego zagadnienia, brak było cykliczności i ciągłości tematycznej oraz całościowej koncepcji w planie szkolenia. Zilustrować to może poniższy zestaw tematów jakie zostały zrealizowane w jednej ze szkół w trakcie jednego roku szkolnego: „Higiena osobista ucznia”, „Kształtowanie postaw moralnych i ideowych u młodzieży”, „Choroby wieku dziecięcego”, „Przestępczość wśród młodzieży”, „Potrzeby psychiczne dziecka”, „Alkoholizm i narkomania”. Tematyka była adresowana do wszystkich rodziców w szkole bez uwzględnienia wieku uczniów, etapu i stopnia ich rozwoju oraz wyników nauczania.

W 78 % badanych szkół organizatorami i prelegentami zebrań szkoleniowych byli nauczyciele i wychowawcy, czasem psycholog i pedagog szkolny, a tylko w 6 szkołach (6,9 % ogółu) lekarz i pielęgniarka. O przewidywanym temacie wspólnego spotkania informowano rodziców najczęściej w ostatniej chwili, bezpośrednio przed zebraniem, w 4 szkołach (4,6 %) wywieszano wcześniej zawiadomienia na tablicy ogłoszeń, a w 9 szkołach (10,3 %) podawano wiadomość w dzienniczkach uczniowskich.

Jak widać, w większości szkół lekceważono sprawę

rzetelnej informacji, wskutek czego znaczna część rodziców uznawała swoją obecność na zebraniu jako przymusową konieczność i demonstrowała bierne postawy oraz brak zainteresowania, zwłaszcza w przypadku, gdy poruszana tematyka nie dotyczyła bezpośrednio interesujących ich zagadnień.

W żadnej z badanych szkół nie stwierdzono, aby środowisko szkolne podjęło inicjatywę przedstawienia rodzicom programu działań, związanych z obowiązującym powszechnie systemem opiekuńczo-zdrowotnym, szczególnie wypracowanym w danej placówce szkolno-wychowawczej. Wiąże się z tym problem braku osób odpowiedzialnych personalnie i braku koordynacji poczynań wszystkich merytorycznych zespołów działających na terenie szkoły i poza nią, powiększając zakres obowiązków nauczycieli pełniących funkcje wychowawców klasowych. Dla zabezpieczenia systemu sprawnie działającej informacji na terenie szkoły konieczne staje się wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za całokształt spraw związanych z wychowaniem zdrowotnym i opieką medyczną, która jednocześnie podjęłaby obowiązek współpracy z rodzicami w tym zakresie.

W większości badanych placówek szkolnych stworzone zostały podstawowe warunki niezbędne dla sprawowania opieki nad zdrowiem uczniów i działań profilaktycznych, ale stopień ich właściwego wykorzystania był zróżnicowany i uzależniony od wielu czynników, które decydowały o zakresie i jakości pełnionych przez szkołę funkcji opiekuńczo-zdrowotnych. Za czynniki warunkujące prawidłową i pełną realizację tych funkcji przyjąć należy:

- zatrudnienie w szkołach liczących 400 i więcej uczniów lekarza specjalisty w pełnym wymiarze godzin, a w szkołach o mniejszej liczebności uczniów na pół etatu;

- wyposażenie gabinetów lekarskich w niezbędny

sprzęt i aparaturę do badań;

- sprawny przekaz informacji o stanie zdrowia uczniów pomiędzy pracownikami medycznymi i pedagogicznymi szkoły oraz rodzicami;

- prowadzenie dokumentacji o wynikach systematycznych badań lekarskich w kartach bilansowych zdrowia oraz przekazywanie uwag i zaleceń lekarza dla nauczycieli i szkoły jak też rodziców i domu w dziennikach lekcyjnych;

- organizowanie wspólnych posiedzeń Rad Pedagogicznych poświęconych zagadnieniom wychowania zdrowotnego;

- podjęcie stałej współpracy pomiędzy lekarzem, nauczycielami i rodzicami uczniów zakwalifikowanych do grup dyspanseryjnych z powodu stwierdzonych schorzeń i zaburzeń rozwoju.

Przy spełnieniu wyżej wymienionych warunków stworzona zostanie pożądana atmosfera i klimat współpracy, jednoczący poczynania wszystkich zatrudnionych w szkole pracowników i rodziców na rzecz ochrony zdrowia uczniów.

Jak wynika z prezentowanych badań, funkcjonujący obecnie w szkołach system współpracy z rodzicami i opiekunami wymaga wprowadzenia dość zasadniczych zmian, które mogą się przyczynić do zwiększenia efektywności, zacieśnienia kontaktów i stworzenia wspólnej płaszczyzny jednolitego systemu działań w imię dobra dzieci. Przede wszystkim istnieje pilna konieczność tworzenia na terenie jednej szkoły kilku, a nawet kilkunastu - w zależności od realnie stwierdzonych potrzeb - jednorodnych tematycznie zespołów szkoleniowych, doradczych i terapeutycznych dla rodziców z jednoczesnym uwzględnieniem drugiego, ogólnego nurtu pedagogizacji dla rodziców całej szkoły. Za jednorodne uważać należałoby zespoły, które ze względu na odrębność i specyfikę



realizowanych w ich obrębie zagadnień wynikających z konkretnych potrzeb poszczególnych uczniów, prowadzone byłyby dla określonych grup rodziców. Z takiego podziału wynika możliwość realizacji w zaplanowanym, długofalowym cyklu tematów wąskich lecz specjalistycznych, adresowanych do tych grup rodziców, których dzieci wykazują zaburzenia i deficyty rozwojowe, trudności wychowawcze lub wymagają zindywidualizowanej pomocy specjalistycznej. Personalne tworzenie jednorodnych zespołów rodziców winno wynikać z diagnozy postawionej przez grono specjalistów szkolnych: wychowawców klas, nauczycieli przedmiotowych, psychologa, pedagoga i lekarza.

W drugim, bardziej ogólnym nurcie pedagogizacji, przeznaczonym dla rodziców całej szkoły, należałoby dokonać podziału słuchaczy ze względu na poszczególne etapy nauczania elementarnego czy systematycznego i prowadzić odrębne szkolenia dla rodziców uczniów klas młodszych i starszych. Zróznicowanie zespołów rodziców ze względu na doraźne potrzeby ich dzieci umożliwi bowiem przystosowanie i dobór właściwej tematyki szkoleniowej, spełniającej oczekiwania słuchaczy,

W podsumowaniu poczynionych obserwacji zaakcentować należy, że współpraca szkoły z rodzicami miała we wszystkich badanych szkołach charakter sformalizowany i była prowadzona w formie oficjalnych zebrań i spotkań. Planowana bez udziału rodziców i narzucona z góry jako obowiązkowa tematyka szkoleniowa oraz mało spójny i chaotyczny dobór tematów nie spełniały zasady kompleksowego ujmowania problemów dydaktycznych, wychowawczych, opiekuńczych i zdrowotnych, jak również nie stwarzały możliwości udzielania bieżącej pomocy rodzicom bardziej realizując ogólne cele wychowania.

## BIBLIOGRAFIA

- B o r z y s z k o w s k a H . , Współpraca szkoły specjalnej z domem rodzinnym, Warszawa 1971, PZWS.
- G u r y c k a A . , Struktura i dynamika procesu wychowawczego, Warszawa 1979.
- K e l m A . , Problemy opieki nad dzieckiem w Polsce Ludowej, Warszawa 1968, PZWS.
- K o w a l s k i S . , Socjologia wychowania w zarysie, Warszawa 1974, PWN.
- P o d g ó r e c k i J . , Patologia życia społecznego, Warszawa 1969.
- P r z e t a c z n i k o w a M . , Podstawy rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży, Warszawa 1973.
- S p i o n e k H . , Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne, Warszawa 1973, PWN.
- T y s z k a Z . , Socjologia rodziny, Warszawa 1974.
- W o l a ń s k i N . , /red./, Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania, Warszawa 1979, PWN.
- Z i e m s k a M . , Postawy rodzicielskie, Warszawa 1973, Wiedza Powszechna.