

R A P O R T

Szkoły przyszpitalne w Polsce



Fundacja
Szkoła z Klasą

Publikacja Fundacji Szkoła z Klasą

Autorzy

Agnieszka Koterwas, Akademia Pedagogiki Specjalnej

Beata Adrjan, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

Katarzyna Kalinowska, Instytut Badań Edukacyjnych Państwowy Instytut Badawczy; Collegium Civitas

Marcin Sińczuch, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego

Redakcja merytoryczna

Anna Nowacka-Krajewska

Konsultacja merytoryczna

Agata Łuczyńska

prof. UAM dr hab. Jacek Pyżalski

Redakcja

Katarzyna Radzikowska

Opracowanie graficzne i skład

Żaneta Strawiak-Pulkowska

Raport „Szkoły przyszpitalne w Polsce” objęty jest honorowym patronatem Konsultant krajowej w dziedzinie psychiatrii i młodzieży dr n. med. Aleksandry Lewandowskiej.

krople
UWAŻNOŚCI

Badanie powstało w ramach programu Krople Uważności realizowanego przez Fundację Szkoła z Klasą we współpracy z Fundacją Edumind Uważność w Edukacji, finansowanego przez AstraZeneca Young Health Programme.



Fundacja
Szkoła z Klasą

AstraZeneca 
Young Health Programme

FUNDACJA
Edu♥ind
UWAŻNOŚĆ W EDUKACJI

ISBN 978-83-67621-27-4

Szkoły przyszpitalne w Polsce

R A P O R T Z B A D A Ń

marzec 2025

S P I S T R E Ś C I

Słowo wstępne	7
Główne wnioski	11
Wprowadzenie	16
Rozdział 1	20
<i>Kontekst historyczny, prawny i organizacyjny działania systemu szkół przyszpitalnych</i>	
Szkoły przyszpitalne – kontekst historyczny	20
Szkoły przyszpitalne – kontekst prawno-organizacyjny	21
Podmioty procesu edukacyjnego w szkole przyszpitalnej: dzieci	23
Podmioty procesu edukacyjnego w szkole przyszpitalnej: nauczycielki i nauczyciele	23
Podmioty procesu edukacyjnego w szkole przyszpitalnej: rodzice	25
Podmioty procesu edukacyjnego w szkole przyszpitalnej: szkoły macierzyste uczniów	25
Rozdział 2	27
<i>Krajobraz systemu szkół przyszpitalnych</i>	
Charakterystyka systemu szkół przyszpitalnych	27
Wyzwania i problemy w funkcjonowaniu placówek edukacji przyszpitalnej	28
Współpraca z podmiotami zewnętrznymi i otoczeniem społecznym	30
Rozdział 3	37
<i>Codzienne funkcjonowanie wybranych typów szkół</i>	
Organizacja pracy szkoły	37
Organizacja zajęć dydaktycznych	39
Stan zdrowia uczniów-pacjentów	40
Treści kształcenia i pomoce dydaktyczne	42
Różnice między funkcjonowaniem szkół przyszpitalnych i masowych	45
Przestrzeń szkolna	45

Rozdział 4	52
Miejsce szkół przyszpitalnych w systemach edukacji i ochrony zdrowia.	
Współpraca ze szkołami macierzystymi i szpitalami	
Jaka jest rola szkół przyszpitalnych w systemie edukacji?	53
Szkola przyszpitalna jako placówka edukacyjna: kontynuacja nauki	53
Szkola przyszpitalna jako darmowe korepetycje: nadrabianie zaległości	55
Szkola przyszpitalna jako wakacje: odpoczynek od codzienności, od „zwykłej” szkoły	56
Szkola przyszpitalna jako „klosz” chroniący przed światem: ostatnia deska ratunku, nadzieja	58
Szkola przyszpitalna jako margines: luka w edukacji, strata czasu i pieniędzy	60
Jaka jest rola szkół przyszpitalnych w systemie ochrony zdrowia?	61
Szkola przyszpitalna jako partnerka w opiece nad pacjentami: wsparcie procesu zdrowienia	61
Szkola przyszpitalna jako atrakcja: remedium na nudę, animowanie społeczności szpitalnej	64
Szkola przyszpitalna jako niepotrzebny dodatek: przeszkoda	65
Współpraca ze szkołami macierzystymi	66
Współpraca z kadrą szpitali	71
 Rozdział 5	 76
Sytuacja i tożsamość zawodowa nauczycielek i nauczycieli szkół przyszpitalnych	
Wykształcenie i staż pracy	76
Potrzeby nauczycielek i nauczycieli	78
Tożsamość zawodowa nauczyciela i nauczycielki szkoły przyszpitalnej	79
Tożsamość pierwsza: trzeba się dostosować...	79
Tożsamość druga: jesteśmy jak Doktor Klaun... tylko czerwonego noska nam brakuje	81
Tożsamość trzecia: nauczyciel ratownik, od którego wszyscy oczekują pomocy	83
Tożsamość czwarta: nauczyciel misjonarz zagrożony wydaleniem z misji	84
 Podsumowanie i rekomendacje	 89
Komentarz naukowy	95
Bibliografia	96
Aneksy	98



Dziękujemy wszystkim osobom, które uczestniczyły w konsultacjach dotyczących badań oraz w wypracowywaniu rekomendacji.

Podziękowania należą się jednak przede wszystkim dyrektorkom i dyrektorom oraz nauczycielom i nauczycielkom szkół przyszpitalnych, którzy i które pomimo natłoku codziennych obowiązków zdecydowali się poświęcić czas i energię na udział w badaniu.





W Fundacji Szkoła z Klasą od lat towarzyszymy szkołom w tworzeniu przyjaznych i stymulujących warunków rozwoju młodych ludzi. Żeby robić to skutecznie i długofalowo, przyglądamy się szkole i jej otoczeniu, skupiając się na tych elementach systemu, które wymagają najsilniejszego wsparcia.

Szkoła nie może być samotną wyspą – potrzebuje osadzenia w społeczności, bliskich relacji z otoczeniem oraz systemowego, koordynowanego zarówno na poziomie samorządowym, jak i krajowym, wsparcia. Od tego, czy nauczyciele i nauczycielki sami mają odpowiednie warunki do pracy i rozwoju, zależy dobrostan ich uczniów. Kadra pedagogiczna, żeby dobrze realizować swoją misję, potrzebuje ponadto partnerskiego dialogu zarówno z dyrekcją, jak i z rodzicami, a także kontaktu z różnego rodzaju specjalistami (np. psychologami), którzy wspierają uczniów i uczennice w trudnych sytuacjach.

Takimi specjalistami są zdecydowanie nauczyciele i nauczycielki szkół przyszpitalnych, do których uczęszczają dzieci w trakcie dłuższych hospitalizacji. Tą grupą zajęliśmy się w szczególności w programie Krople Uważności, który realizujemy od blisko trzech lat, dzięki finansowaniu AstraZeneca Young Health Programme, w partnerstwie z Fundacją EduMind. W ramach programu wspieramy w nim nauczycieli i nauczycielki w praktykowaniu uważności, pomagając wdrażać codzienne praktyki, które pozwalają się skoncentrować, ograniczyć stres i niepokój oraz zadbać o wewnętrzną równowagę. Chcieliśmy skierować nasze wsparcie do osób, które na co dzień mają szczególnie trudne warunki pracy. Organizując kursy uważności dla nauczycieli szkół przyszpitalnych, zaczęliśmy poznawać specyfikę ich pracy, potrzeby i wyzwania, z którymi się mierzą, i zdecydowaliśmy się pogłębić ten temat.

W efekcie powstał raport „Szkoly przyszpitalne w Polsce”, w którym przyglądamy się tej niezwykle istotnej, a stosunkowo mało rozpoznanej badawczo niszy – szkołom, które funkcjonują pomiędzy systemem edukacji a systemem ochrony zdrowia i które w trudnych szpitalnych warunkach zapewniają młodym ludziom możliwość nauki i rozwoju, dają poczucie normalności i pomagają wrócić do szkoły po okresie choroby. Opowiadamy historię przyszpitalnej edukacji z perspektywy nauczycielek i nauczycieli – niezwykle i zaangażowanych osób – skupiając się na ich refleksjach, opisie codzienności, potrzebach.

Robimy to z nadzieją, że opowieści i wnioski z raportu wzmocnią widoczność tego typu szkół w systemie, a jednocześnie pomogą nauczycielom szkół publicznych i przyszpitalnych odkryć potencjał i narzędzia bliższej współpracy na rzecz wsparcia procesu zdrowienia młodych ludzi.



Agata Łuczyńska

Prezeska Fundacji Szkoła z Klasą



Od kilku lat w naszym kraju jest wdrażany nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Szczególną rolę pełni w nim współpraca wewnątrz- oraz międzysektorowa na rzecz poprawy zdrowia psychicznego i funkcjonowania osób małoletnich. Często podkreślam, że nie uda się skutecznie pomóc dziecku czy nastolatkowi bez zaangażowania całego systemu, w którym ten młody człowiek funkcjonuje.

W systemie pomocy psychiatrycznej niezwykle istotne miejsce zajmuje współpraca pomiędzy resortem zdrowia i edukacji. Ważną rolę odgrywają tu szkoły przyszpitalne. Takie placówki umożliwiają naukę w wolniejszym tempie, dostosowaną do indywidualnych możliwości pacjentek i pacjentów. Współpraca między kadrami nauczycielską szkół przyszpitalnych a zespołem terapeutycznym pozwala na spersonalizowane podejście do pacjenta. Dzięki temu dzieci nie tracą kontaktu z edukacją, co ułatwia im późniejszy powrót do systemu szkolnego. W niektórych sytuacjach edukacja może być elementem terapii – np. w przypadku zaburzeń lękowych czy autyzmu nauka w małych grupach wspiera proces terapeutyczny.

Kadra pedagogiczna szkół przyszpitalnych – funkcjonująca na styku dwóch resortów – nie zawsze otrzymuje odpowiednie wsparcie ze strony organu założycielskiego i niejednokrotnie w tym gąszczu formalnych meandrów jest niesłyszana i niezauważana. Dlatego chciałabym serdecznie podziękować autorkom i autorowi raportu, którzy jako pierwsi podeszli z uwagą do roli tych szkół (również w odniesieniu do dzieci i młodzieży z diagnozą zaburzeń psychicznych), podkreślając, jak ważne jest wsparcie ich kadry dla działań realizowanych zarówno po stronie resortu edukacji, jak i zdrowia. Raport wskazuje także na potrzeby tych szkół i pomoc, jaką powinny otrzymywać.

W odniesieniu do kolejnych etapów wdrażania organizacji opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, głównie w zakresie współpracy międzyresortowej, opracowany raport jest cennym źródłem, ponieważ wyraźnie pokazuje, jak ważną składową w budowaniu tej współpracy stanowią szkoły przyszpitalne.



dr Aleksandra Lewandowska

Konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży



Young Health Programme spółki AstraZeneca

Wierzmy, że młodzi ludzie mają siłę i potencjał kształtowania zdrowszej, bardziej zrównoważonej i sprawiedliwej przyszłości dla wszystkich. Właśnie dla nich w 2010 roku powstał nasz Young Health Programme (YHP) – globalna, flagowa inicjatywa firmy AstraZeneca na rzecz równości w zdrowiu. Obecnie w ramach YHP współpracujemy z ponad 60 partnerami non-profit w 40 krajach na całym świecie.

YHP to program zapobiegania chorobom, który koncentruje się na młodych ludziach w wieku od 10 do 24 lat, mieszkających w niedofinansowanych społecznościach na całym świecie. Działając razem z partnerami, YHP aktywizuje młodzież, która staje się czynnikiem zmian, i umożliwia jej aktywne zarządzanie swoim zdrowiem, środowiskiem i tym, jak będzie wyglądać jej przyszłość. Zapewnia to większą równość w zdrowiu, inkluzywność i pomaga osiągać cele, szczególnie na obszarach mniej uprzywilejowanych i słabiej rozwiniętych.

Działaj globalnie, adaptuj lokalnie

Od 2010 r. dotarliśmy już bezpośrednio do ponad 19,5 miliona młodych ludzi na całym świecie, przeszkoliliśmy ponad 900 tysięcy osób (w tym młodzież, osoby pracujące w ochronie zdrowia i innych dorosłych) oraz zaangażowaliśmy w działania ponad 20 tysięcy pracowników spółki AstraZeneca w ramach wolontariatu.

W Polsce zdecydowaliśmy się uruchomić tę inicjatywę w 2022 roku. Polska edycja programu podejmuje temat opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. Decyzja o skupieniu się na profilaktyce chorób cywilizacyjnych wynika ze świadomości, że system opieki psychologicznej w naszym kraju wymaga wsparcia. Uznaliśmy, że potrzeby w tym obszarze są znaczące, a wzrosły jeszcze bardziej w następstwie globalnej pandemii koronawirusa ze względu na poziom stresu, poczucie izolacji i problemy emocjonalne. Dlatego postanowiliśmy skupić się na wzmocnieniu zdrowia psychicznego młodych ludzi i we współpracy z Fundacją Szkoła z Klasą zainicjowaliśmy kampanię Krople Uwagi.

Równolegle do działań fundacji przez trzy lata wewnętrznie promowaliśmy inicjatywę wśród ponad 3 tysięcy pracowników i pracownic firmy AstraZeneca w Polsce. Oferowaliśmy różne możliwości udziału w wolontariacie, skupiając się na zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży. W 2023 r. grupa 50 wolontariuszy spędziła blisko 30 godzin na renowacji ogrodu terapeutycznego przy Młodzieżowym Ośrodku Psychoterapii na Mokotowie. Zorganizowaliśmy dwie świąteczne zbiórki dla szpitali dziecięcych: w 2023 r. dla szpitala psychiatrycznego w Zagórzu, a w 2024 r. dla Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Ponadto nasi pracownicy dzielili się wiedzą z zakresu zarządzania i umiejętności miękkich podczas webinarium organizowanego we współpracy z Fundacją Szkoła z Klasą dla dyrekcji i kadry nauczycielskiej szkół z całej Polski. W 2025 r. w ramach współpracy z miastem stołecznym Warszawa zrealizowaliśmy projekt Warszawski Licealista – blisko 300 uczennic i uczniów wzięło udział w warsztatach przedsiębiorczości organizowanych w naszej siedzibie.

Inwestowanie w młodych ludzi to inwestycja w zdrowie przyszłych pokoleń

YHP jest realizowany w ramach zobowiązania spółki AstraZeneca do działania w zgodzie z zasadami zrównoważonego rozwoju w celu poprawy stanu zdrowia ludzi, społeczeństwa i planety, a także priorytetowego traktowania obszarów, w których współpraca w sektorze zdrowia i poza nim może przynieść długoterminowy pozytywny rezultat. Profilaktyka jest kluczowym elementem budowania silniejszych, bardziej odpornych systemów opieki zdrowotnej. Dlatego wspieramy młodzież i organizacje zajmujące się młodymi ludźmi, dajemy im wiedzę, która umożliwia dokonywanie świadomych wyborów dotyczących zdrowia, oraz promujemy polityki, które budują sprzyjające środowisko dla młodych ludzi.



Alina Pszczółkowska

Wiceprezes AstraZeneca Polska

Szkoły przyszpitalne – pomiędzy systemem edukacji a systemem ochrony zdrowia

- Szkoły przyszpitalne i oddziały szkół działające w placówkach leczniczych funkcjonują na styku dwóch ważnych obszarów działania państwa związanych z opieką – **systemu edukacji i systemu ochrony zdrowia**. Ta graniczna pozycja szkół przyszpitalnych ma fundamentalny wpływ zarówno na postrzeganie ich funkcji w ramach obydwu systemów, jak i na organizację procesów edukacyjnych oraz warunki pracy nauczycieli.
- Z perspektywy badanych nauczycielek miejsce szkół przyszpitalnych w systemie edukacji może być **równorzędne** wobec szkół masowych (gdy dziecko w szkole przyszpitalnej kontynuuje naukę lub nadrabia zaległości), **marginalne** (gdy taka szkoła jest traktowana jak wakacje lub wręcz strata czasu i przerwa w edukacji), ale też **centralne** (gdy zastępuje szkołę macierzystą i staje się głównym miejscem nauki, co ma miejsce w przypadku długotrwałych hospitalizacji).
- Uczestniczki badania wskazywały na różne rzeczywiste **funkcje, jakie według nich pełni szkoła przyszpitalna w procesie edukacji**. Na podstawie wypowiedzi stworzyliśmy typologię funkcjonalną szkół przyszpitalnych, która obejmuje pięć pełnionych przez nie ról: 1. kontynuacja nauki, uczenie się nowych treści z podstawy programowej podczas czasowej nieobecności w szkole macierzystej; 2. darmowe korepetycje, nadrabianie zaległości; 3. wakacje, czas odpoczynku od codzienności i szkoły masowej; 4. „klosz” chroniący przed światem i zasadami panującymi w szkole masowej, ostatnia deska ratunku i nadzieja na edukację w warunkach leczenia szpitalnego; 5. strata czasu, luka w edukacji, margines procesu edukacji.
- Można dostrzec 3 modele relacji między kadrą nauczycielską szkoły przyszpitalnej a personelem medycznym szpitali: 1. **partnerską w opiece nad pacjentami** (poprzez dostarczanie uczniom-pacjentom pozytywnych bodźców i wspieranie procesu zdrowienia); 2. **partnerską w animowaniu życia oddziałowego** (poprzez organizowanie życia kulturalnego w szpitalu, przeciwdziałanie nudzie i integrowanie społeczności szpitalnej); 3. rolę **przeszkody** utrudniającej codzienne funkcjonowanie szpitala i będącej obciążeniem dla budżetu.
- Największym problemem związanym z usytuowaniem szkół przyszpitalnych na styku systemów edukacji i ochrony zdrowia jest **brak jasnych regulacji prawnych dotyczących codziennego funkcjonowania szkół i kadry nauczycielskiej w przestrzeni placówek leczniczych**. Zarówno w systemie oświaty, jak i w systemie ochrony zdrowia nie

zostało dookreślone i prawnie doprecyzowane miejsce szkoły szpitalnej, w tym szczegółowe wytyczne dotyczące warunków lokalowych, strategii komunikacji z personelem medycznym czy szkołą macierzystą.

- Według uczestniczek badania dziecko powinno zostać objęte **opieką wychowawczo-terapeutyczną już od pierwszego dnia** pobytu w szpitalu, a nie, jak głosi rozporządzenie, gdy przebywa tam powyżej 9 dni (Dz.U. 2020, poz. 2181).

Organizacja procesu nauczania – uczenia

- Najbardziej charakterystycznymi elementami funkcjonowania szkół przyszpitalnych, różnicującymi je od szkół masowych, są: **duża rotacja uczniów-pacjentów oraz najczęściej krótkoterminowy czas edukacji**. W związku z tym ograniczona jest możliwość długofalowego planowania pracy dydaktycznej przez nauczycieli i nauczycielki. Materiały edukacyjne są przygotowywane na bieżąco w oparciu o potrzeby konkretnych osób.
- W wielu badanych szkołach **warunki lokalowe są niewystarczające**. Zajęcia odbywają się na korytarzach, w przepełnionych szpitalnych świetlicach czy w salach przy łóżkach pacjentów (mimo że stan ich zdrowia umożliwia poruszanie się po szpitalu). Przestrzeń służąca uczeniu się jest gościnnie użyczana przez szpital.
- **Praca indywidualna przy łóżku pacjenta** jest dominującą formą kształcenia w szkołach przy placówkach leczniczych. Ta praktyka wynika nie tylko ze stanu zdrowia pacjenta, gdy na przykład leży podpięty pod aparaturę medyczną, ale też z niewystarczających warunków lokalowych lub z różnic programowych między uczniami w obrębie grupy wychowawczej w ramach konkretnego przedmiotu. Organizacja zajęć przypomina **korepetycje**, podczas których uczeń nadrabia zaległości w oparciu o podręcznik ze szkoły macierzystej.
- **Mimo że uczniowie formalnie realizują w szpitalu obowiązek szkolny, nauka w szkole przyszpitalnej jest dobrowolna**. Uczeń-pacjent ma prawo wyboru, czy chce uczestniczyć w zajęciach. Proces dochodzenia do zdrowia pełni pierwszorzędną rolę w stosunku do procesu kształcenia, który stanowi jego uzupełnienie. Edukacja ma charakter terapeutyczny, jest skupiona wokół uczniowskiego dobrostanu. Na pierwszym miejscu jest stawiany uczeń.
- **Specyfika pracy z młodymi osobami różni się w zależności od oddziału szpitalnego** – zarówno w kontekście okresu przebywania w szpitalu, jak i symptomów choroby przekładających się na funkcjonowanie uczniów.

Współpraca szkół przyszpitalnych ze szkołami macierzystymi

- Współpraca szkół przyszpitalnych ze szkołami macierzystymi jest powszechną praktyką i najczęściej polega na **wzajemnym informowaniu o zakresie prowadzonych działań edukacyjnych i wychowawczych**. Szkoła macierzysta przekazuje zakres materiału do opracowania przez ucznia we współpracy z nauczycielką lub nauczycielem szkoły przyszpitalnej. Natomiast szkoła przyszpitalna przekazuje oceny i informacje o postępach ucznia, licząc na ustosunkowanie się do ocen przez szkoły macierzyste. W niektórych przypadkach współpraca jest bardziej rozwinięta i obejmuje też wzajemne wsparcie metodyczne oraz wychowawcze, a czasami współdziałanie przy organizacji egzaminów ósmoklasisty lub maturalnych.
- Współpracę ze szkołami macierzystymi uczniów i uczennic najczęściej inicjuje kadra pedagogiczna lub dyrekcja szkół (oddziałów) przyszpitalnych. Rzadziej inicjatywa pochodzi od rodziców uczniów i uczennic lub od dyrekcji czy wychowawców szkół macierzystych. Zdarza się, że sami młodzi ludzie pośredniczą w komunikacji między nauczycielami ze szkoły macierzystej i przyszpitalnej.
- Istotnym problemem zidentyfikowanym w toku badań jest **niewystarczające docenianie roli szkół przyszpitalnych przez kadre pedagogiczną i dyrekcję szkół macierzystych**, a także niedocenianie kompetencji nauczycieli szkół przyszpitalnych, nieuwzględnianie wystawianych przez nich ocen oraz pomijanie ich opinii w kwestiach wychowawczych. Z wypowiedzi uczestniczek badań wynika, że największym problemem w relacjach ze szkołami macierzystymi jest właśnie **nie-respektowanie ocen zdobytych w szkołach przyszpitalnych oraz marginalizacja nauczycielskiego i uczniowskiego wysiłku** w procesie dydaktycznym, który – choć jest inny niż w szkołach masowych – wymaga ogromnego zaangażowania.
- Współpraca szkół przyszpitalnych z macierzystymi jest utrudniona przez **niedostateczną wiedzę o funkcjonowaniu tych pierwszych i brak integracji obu typów instytucji i środowisk**. O ile nauczyciele szkół przyszpitalnych znają specyfikę pracy w szkołach masowych, o tyle pedagodzy z tych drugich często nie rozumieją, na czym polega specyfika pracy w szkołach działających w placówkach medycznych.

Współpraca szkół przyszpitalnych ze szpitalami i personelem medycznym

- Współpraca szkół przyszpitalnych z placówkami medycznymi zachodzi w trzech głównych obszarach: 1. **współdzielenia miejsca**, czyli korzystania z przestrzeni i pomieszczeń w budynkach szpitala; 2. **wymiany informacji** o pacjentach i wspólnej pracy (terapeutycznej, edukacyjnej i wychowawczej) na rzecz ich dobra; 3. codziennych **interakcji międzyludzkich między personelem medycznym a kadrami pedagogicznymi**.

- W relacjach ze szpitalami największym wyzwaniem są **problemy lokalowe szkół**. Aktualne przepisy nakładają na szpitale obowiązek zapewnienia szkołom miejsca do codziennego funkcjonowania, jednak ustawodawca nie zdefiniował warunków koniecznych do realizacji zadań edukacyjnych. Według uczestniczek badań często od dobrej woli dyrekcji szpitala zależy, jaką przestrzeń do nauki będzie dysponowała szkoła. To powoduje, że nauczyciele borykają się z brakiem komfortowych miejsc do prowadzenia lekcji oraz bezpiecznych przestrzeni do przechowywania pomocy naukowych.
- Relacje między kadrą pedagogiczną a personelem medycznym są zróżnicowane. Uczestniczki badania podawały zarówno przykłady sytuacji konfliktowych, jak i udanej współpracy oraz wzajemnego szacunku pomiędzy nauczycielami, lekarzami i pielęgniarkami.
- Sytuacje konfliktowe najczęściej są związane z **demonstracją władzy przez personel medyczny wobec nauczycielek i nauczycieli**. Jest to związane z nadrzędną rolą procesu medycznego (za który odpowiada personel medyczny) względem procesu edukacyjnego (który jest zadaniem kadry pedagogicznej szkoły przyszpitalnej). Ta hierarchiczność funkcji ma czasami wyraz w komunikacji między grupami zawodowymi.
- Dobre praktyki współpracy są skoncentrowane na **postawieniu w centrum dobra dziecka** i mają na celu zapewnienie mu jak najlepszych warunków do zdrowienia oraz rozwoju. Polegają na wymianie informacji o stanie ucznia-pacjenta oraz umożliwieniu mu udziału zarówno w procedurach medycznych, jak i w procesie nauczania – uczenia podczas pobytu w szpitalu. Dobrą praktyką jest **przestrzeganie zakresu swoich kompetencji przez personel medyczny (odpowiedzialny za leczenie) oraz kadrę pedagogiczną (odpowiedzialną za edukację)**, czyli „niewchodzenie sobie w szkodę”. Dobra współpraca nauczycieli i lekarzy, terapeutów i pielęgniarzy opiera się na jasnym określeniu zakresu odpowiedzialności każdej ze stron za ucznia-pacjenta.

Współpraca szkół przyszpitalnych z otoczeniem społecznym

- Przyszpitalne placówki edukacyjne **aktywnie korzystają ze wsparcia licznych i zróżnicowanych podmiotów zewnętrznych**. Najczęściej jako źródło wsparcia były wskazywane: kierownictwo i personel placówki medycznej (opieka, wsparcie psychologiczne, nadzór nad dziećmi i młodzieżą), kuratoria (wsparcie metodyczne, dydaktyczne), organizacje pozarządowe i Ministerstwo Cyfryzacji (sprzęt, wyposażenie), a także samorządy i lokalny biznes (wsparcie finansowe). Badani relatywnie często wskazywali też na różne rodzaje pomocy świadczone przez rodziców dzieci i młodzieży, instytucje kultury czy organizacje religijne.

Sytuacja zawodowa nauczycieli i nauczycielek

- Praca w szkole przyszpitalnej wymaga od nauczycieli **elastyczności i umiejętności adaptacyjnych**. Dopasowują się oni do warunków pracy, możliwości i potrzeb swoich uczniów i uczennic, oczekiwań stawianych przez rodziców, szkołę macierzystą czy personel medyczny.
- Osoby uczące w takiej szkole mają nie tylko wiedzę merytoryczną w zakresie nauczanego przedmiotu czy metodyczną związaną z dostosowaniem form pracy do specjalnych potrzeb edukacyjnych, ale też terapeutyczną (oferują wsparcie emocjonalne uczniom i uczennicom oraz ich rodzicom) i medyczną (podstawowa znajomość specyfiki funkcjonowania osób cierpiących na poszczególne choroby).
- Większość nauczycielek uczestniczących w badaniu deklarowała **poczucie misji** w swojej pracy z dziećmi i młodzieżą. Wszystkie czuły się związane ze swoim miejscem pracy i odczuwały **satysfakcję z pracy**, choć jednocześnie podkreślały, że jest ona dla nich **obciążająca emocjonalnie oraz wymaga ciągłego podnoszenia kompetencji**. Dyrekcje i kadry nauczycielskie szkół przyszpitalnych odczuwają lęk i niepewność w związku ze sprawozdawczością. System raportowania nie jest dostosowany do specyfiki takich placówek, charakteryzujących się dużą rotacją uczniów. Dyrekcje obawiają się problemów z rozliczaniem pobytu dzieci w szkole, co jest kluczowe w kontekście dofinansowania od organów prowadzących.
- Nauczyciel czuje się w szkole przyszpitalnej nie jak u siebie, tylko jako gość, który ma się dostosować do zasad gospodarza, tj. personelu medycznego. Stale się przemieszcza z oddziału na oddział ze swoim mobilnym warsztatem pracy.
- Nauczyciele i nauczycielki szkół przyszpitalnych aktywnie korzystają z **różnych form doskonalenia zawodowego**, choć najczęściej wskazywano na wzajemną pomoc i samokształcenie, a nieco rzadziej na szkolenia specjalistyczne. Personel kierowniczy szkół przyszpitalnych **postuluje większe wsparcie psychologiczne** – zwłaszcza w postaci szkoleń, kursów i superwizji dla kadry pedagogicznej. Widać spore zapotrzebowanie na wsparcie szkoleniowe, zwłaszcza w obszarze problemów psychicznych i motywacyjnych dzieci i młodzieży.

W p r o w a d z e n i e

Szkoły zorganizowane przy placówkach leczniczych, tak zwane szkoły przyszpitalne, pełnią fundamentalną rolę we wsparciu dzieci przewlekle chorych. Oferują zajęcia edukacyjne oraz specjalne działania opiekuńczo-wychowawcze adekwatne do ich potrzeb i możliwości. Poza kontynuowaniem realizacji obowiązku szkolnego dziecko uczy się strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach związanych z chorobą i izolacją oraz ma możliwość zaspokajania swoich podstawowych potrzeb rozwojowych (Chęcińska, 2005).

Odsetek uczniów przewlekle chorych w Polsce waha się od 20 do 30% (Woynarowska, 2010). Dzieci te są objęte szczególną opieką instytucjonalną ze względu na okres wszechstronnego rozwoju, w jakim się znajdują (Maciarz, 2008). Jest to opieka medyczna, psychologiczna czy edukacyjna (inna niż skierowana do zdrowych rówieśników). Część z tych dzieci wymaga także hospitalizacji.

Choroby przewlekłe w zależności od swojej specyfiki mogą wpływać na różne sfery życia dziecka: fizyczną, poznawczą, emocjonalną czy społeczną. Dzieci zmagające się z takimi chorobami częściej doświadczają problemów psychospołecznych, obniżonej jakości życia, poczucia bezsilności, izolacji społecznej oraz trudności emocjonalnych (Brunet i in., 2023). Najczęściej doświadczanymi przez tę grupę problemami są: nadpobudliwość, bierność, apatia i depresja. Dzieci przewlekle chore mają obniżone poczucie własnej wartości, towarzyszy im poczucie utraty wolności, osamotnienia, przynębienia, winy, inności czy niezrozumienia. W związku z tym ryzyko zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania jest wśród tej grupy 2–4 razy większe w porównaniu z grupą rówieśniczą (Woynarowska, 2010). Objęcie odpowiednią opieką dzieci przewlekle chorych oraz ich rodzin może zminimalizować te zaburzenia i być jednym z istotnych czynników budowania satysfakcjonującego życia.

Mimo znaczącej roli, jaką pełnią szkoły szpitalne, stanowią one niewystarczająco rozpoznany obszar badawczy. Niewiele jest publikacji naukowych na ten temat, brakuje ogólnodostępnego aktualnego rejestru takich szkół oraz monitorowania skali zapotrzebowania na nie czy wyzwań, z jakimi się mierzą. Nieznana jest szkolna codzienność nauczycieli, ich potrzeby i dobrostan. Nieznane są losy uczniów realizujących edukację w takich miejscach, a następnie wracających do swoich szkół macierzystych (Deręgowska, 2017). W końcu – nieznana jest praktyka w zakresie współpracy między szkołami przyszpitalnymi a szkołami, w których uczniowie uczyli się przed pobytem w placówce medycznej.

Prezentowane badania zostały zrealizowane na zlecenie Fundacji Szkoła z Klasą w ramach programu Krople Uwagi¹. Głównym celem badań było rozpoznanie systemu

¹. Program realizowany w latach 2022–2025; uzyskał finansowanie w ramach AstraZeneca Young Health Programme. Strona internetowa programu: <https://www.szkoлакласа.org.pl/obszary/krople-uwagi/>.

szkół przyszpitalnych działających w Polsce w kontekście funkcjonowania na styku rzeczywistości edukacyjnej i systemu ochrony zdrowia. Skupiliśmy się na identyfikacji problemów, z jakimi mierzy się kadra takich szkół, a także źródeł odczuwanej przez nią satysfakcji z pracy edukacyjnej prowadzonej w placówkach medycznych. W trakcie badań wyodrębniono aspekty funkcjonowania systemu szkół przyszpitalnych z perspektywy pracujących w nich nauczycieli i dyrektorów: organizacja i warunki pracy, wsparcie udzielane przez otoczenie społeczne szkół, a także relacje kadry pedagogicznej z uczniami, rodzicami, szkołami macierzystymi i personelem szpitalnym.

M e t o d o l o g i a

W badaniach wykorzystaliśmy metody ilościowe (ankieta online wśród dyrekcji szkół przyszpitalnych i oddziałów szkół działających w placówkach medycznych) oraz jakościowe (wywiady grupowe i indywidualne z nauczycielkami; wizje lokalne w dwóch wybranych szkołach – spacery badawcze i obserwacje; analiza dostępnych danych, rejestrów, artykułów i raportów badawczych).

Moduł jakościowy obejmował 11 wywiadów indywidualnych lub prowadzonych w diadach i triadach oraz obserwacje uczestniczące zrealizowane w dwóch szkołach przyszpitalnych. Cztery pierwsze wywiady zostały przeprowadzone w oparciu o wspólny scenariusz, który obejmował zagadnienia związane z:

1. codziennym funkcjonowaniem szkół przyszpitalnych;
2. relacjami między nauczycielami, uczniami, rodzicami i personelem medycznym, czyli między osobami bezpośrednio zaangażowanymi w proces edukacyjny prowadzony w szpitalu;
3. współpracą instytucjonalną z otoczeniem, szczególnie ze szkołami macierzystymi uczniów i uczennic oraz z kierownictwem placówki medycznej, w której działa szkoła;
4. sytuacją zawodową nauczycieli i nauczycielek szkół przyszpitalnych.

Jeden z wywiadów, z dyrektorką szkoły, miał charakter ekspercki i jego celem było wyjaśnienie nieścisłości związanych z formalno-prawnym umocowaniem szkół przyszpitalnych w ramach systemów edukacji i ochrony zdrowia. W trakcie tej rozmowy został też przeprowadzony pilotaż kwestionariusza ankiety. Pozostałe wywiady zostały zrealizowane w ramach dwóch case studies w czasie obserwacji bezpośrednich w wybranych szkołach. Razem udało nam się porozmawiać z 15 osobami (14 nauczycielkami, w tym 3 zajmującymi stanowiska kierownicze, i 1 przedstawicielką personelu medycznego). Uczestniczek wywiadów szukaliśmy metodą kuli śnieżnej, wykorzystując zarówno kontakty zespołu badawczego, jak i zespołu Fundacji Szkoła z Klasą. Szkoły, w których były prowadzone obserwacje, zostały wybrane ze względu na kryterium dostępności. Ze względu na krótki czas realizacji badania zależało nam na szybkim nawiązaniu kontaktu ze szkołami, które umożliwiłyby udział badaczek w obserwacji uczestniczącej na swoim terenie. Taką otwartość wyraziły dyrekcje

dwóch szkół w miastach wojewódzkich – obie placówki działają w dużych, wielooddziałowych szpitalach ogólnopediatricznych. Zestawienie działań badawczych w jakościowej części badania zostało umieszczone w aneksie D.

Moduł ilościowy stanowi integralny element badania specyfiki funkcjonowania placówek edukacji przyszpitalnej. Zakładaliśmy dotarcie do większości takich placówek działających w Polsce. W praktyce – z uwagi na brak jednolitego rejestru lub bazy danych tego typu instytucji na poziomie ogólnopolskim – nie można dokładnie oszacować zasięgu dotarcia prośby o wypełnienie ankiety. Prośba w formule online, przy użyciu wyspecjalizowanego portalu do badań LimeSurvey, została przesłana do wszystkich placówek edukacji przyszpitalnej znajdujących się w bazie danych Fundacji Szkoła z Klasą (głównie szkoły biorące udział w programie Krople Uwagi²). Dodatkowo link z zaproszeniem został przesłany do placówek przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży przy Ministerstwie Zdrowia². Link został też rozesłany do dyrektorek, które brały udział w module jakościowym, z prośbą o przekierowanie zaproszenia do innych osób zajmujących się zarządzaniem placówkami edukacyjnymi działającymi przy szpitalach. W rezultacie stosunkowo niskiego poziomu zwrotów możliwa była jedynie prezentacja danych opisowych, samo badanie ma charakter eksploracyjny, a jego wyniki odnoszą się tylko do placówek, których przedstawiciele wypełnili ankietę bądź jej część³.

Raport składa się z pięciu rozdziałów. W pierwszym w oparciu o analizę literatury przedmiotu przybliżamy **kontekst historyczny, prawny i organizacyjny** funkcjonowania szkół przyszpitalnych. Rozdziały drugi, trzeci, czwarty i piąty przedstawiają wyniki przeprowadzonych badań. W drugim, na podstawie wyników badań ankietowych, kreślimy **krajobraz systemu szkół przyszpitalnych**, warunków, w jakich one funkcjonują, a także wyzwań i problemów, z jakimi się stykają. W trzecim rozdziale opisujemy **codzienne funkcjonowanie wybranych typów szkół przyszpitalnych** i wstępnie identyfikujemy praktyki edukacyjne w procesie uczenia – nauczania w tych szkołach. W rozdziale czwartym omawiamy, jak kadra pedagogiczna postrzega rolę szkół przyszpitalnych i ich miejsce w systemach edukacji i ochrony zdrowia oraz jak wyglądają relacje szkół przyszpitalnych ze szkołami macierzystymi uczennic i uczniów oraz placówkami medycznymi. W tym rozdziale prezentujemy **typologię funkcjonalną szkół przyszpitalnych** oraz pokazujemy spojrzenie pracującej w nich kadry pedagogicznej na dobre i utrudniające działanie praktyki we współpracy z nauczycielami ze szkół masowych oraz z personelem medycznym. W ostatnim, piątym rozdziale analizujemy **sytuację zawodową nauczycieli** pracujących w szkołach przyszpitalnych, opisujemy wyzwania, które przed nimi stoją, i źródła satysfakcji zawodowej.

² Ogółem zaproszono 34 szkoły przy szpitalach psychiatrycznych oraz 76 szkół (oddziałów szkół) z bazy danych Fundacji Szkoła z Klasą.

³ Początkowo czas wypełniania ankiety ustalono na okres 10–24.12.2024 r., jednak wskutek braku reakcji przedłużono go do 10.01.2025 r. Wysłano również dwa przypomnienia. W rezultacie ankietę rozpoczęło w 65 przypadkach, jednak liczba ważnych odpowiedzi w przypadku poszczególnych pytań waha się od 25 do maksymalnie 40. Taka struktura zwrotów (udzielonych odpowiedzi) nieco komplikuje kwestię interpretacji i prezentacji danych. Aby wykorzystać informacje ze wszystkich udzielonych odpowiedzi, liczba, do której odnoszą się poszczególne częstości, jest zmienna w zależności od pytania. W konsekwencji przedstawiono dane, posługując się liczbami odpowiedzi, a nie procentowaniem.



Kontekst historyczny, prawny i organizacyjny działania systemu szkół przyszpitalnych

Szkoły przyszpitalne – kontekst historyczny

Tradycja szkół przyszpitalnych w Polsce sięga początków XX w. **Pierwsze szkoły sanatoryjne w naszym kraju powstały w 20-leciu międzywojennym.** Były to szkoły powszechne, które zgodnie z rozwijającym się Ruchem Nowego Wychowania prowadziły zajęcia z wykorzystaniem metody ośrodków zainteresowań Decroly’ego, pedagogiki Celestyna Freineta oraz metod opartych na grze harcerskiej (Owerczuk, 2013). Najstarszą placówką przyszpitalną był Zespół Szkół przy Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym w Zakopanem. Został założony w 1915 r. z inicjatywy biskupa Adama Sapiehy (Wiśniewska, 2013).

Po II wojnie światowej, w latach 50., odrodził się nurt zakładania szkół przyszpitalnych. Pierwszą z nich była Szkoła Podstawowa w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 3 przy Warszawskiej Akademii Medycznej. Kolejne trzy szkoły podstawowe również zostały utworzone przy warszawskich szpitalach. W latach 60. Janina Doroszevska, promotorka i twórczyni teoretycznych podstaw pracy pedagogicznej z dziećmi przewlekłe chorymi, określiła, że celem tej pracy w zakładzie leczniczym jest tworzenie chorym dzieciom korzystnych warunków dla możliwie prawidłowej, różnorodnej i zharmonizowanej czynności procesów nerwowych, aby te tworzyły fundament działań ściśle leczniczych (Moczia, 2021). **W latach 70. w szpitalach ogólnych z oddziałami pediatrycznymi rozpoczął się masowy proces zakładania oddziałów szkolnych.** Tworząc podstawy ich funkcjonowania, korzystano z koncepcji pedagogiki leczniczej, nazywanej niekiedy pedagogiką podtrzymującą (wymienianą jako kierunek z obszaru pedagogiki specjalnej), która miała stanowić czynnik profilaktyczny, a więc zapobiegać ujemnym konsekwencjom choroby, przede wszystkim w sferze funkcjonowania psychicznego, a także stanowić część procesu leczenia i uczyć umiejętności przetrwania krytycznych momentów będących skutkiem długotrwałej hospitalizacji (Owerczuk, 2013; Maciarz, 2001).

W latach 90., równolegle z procesami tworzenia instytucji medyczno-oświatowych sprawujących opiekę specjalną nad dziećmi przewlekle chorymi, nastąpił proces likwidowania wielu szkół szpitalnych oraz oddziałów szkolnych w szpitalach (Owerczuk, 2013). Ważnym momentem dla szkół przyszpitalnych i całego obszaru zaspokajania edukacyjnych praw i potrzeb chorych dzieci i młodzieży było przystąpienie nauczycieli niektórych tego typu placówek w Polsce do stowarzyszenia HOPE (Hospital Organization of Pedagogues in Europe), którego działalność jest skoncentrowana na wymianie doświadczeń pomiędzy państwami w zakresie praktyk edukacyjnych w warunkach szpitalnych (Moczia, 2021).

Szkoły przyszpitalne – kontekst prawno-organizacyjny

Ramy prawno-organizacyjne działania szkół przyszpitalnych są wyznaczone przez *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie organizacji kształcenia oraz warunków i form realizowania specjalnych działań opiekuńczo-wychowawczych w przedszkolach i szkołach specjalnych, zorganizowanych w podmiotach leczniczych i jednostkach pomocy społecznej* (Dz.U. 2020, poz. 2181). Zgodnie z zapisami rozporządzenia zajęcia edukacyjne oraz działania opiekuńczo-wychowawcze są organizowane dzieciom, które przebywają w szpitalu powyżej 9 dni. W zależności od potrzeb i możliwości placówki oraz samych uczniów zajęcia te są prowadzone albo indywidualnie z poszczególnymi osobami, albo w formie pracy zespołowej w ramach tak zwanej **grupy wychowawczej** (jeśli w podmiocie jest mniej niż 60 uczniów) lub w specjalnym **zespole pozalekcyjnym** zajęć wychowawczych (powyżej 60 osób). Liczba uczennic i uczniów w grupach wychowawczych jest zależna od stanu ich zdrowia i wynosi w przypadku: chorych leżących – do 12 osób; chorych chodzących – do 16; z zaburzeniami psychicznymi lub sprzężonymi dysfunkcjami – do 8 osób (Dz.U. 2020, poz. 2181). Do grupy wychowawczej należą uczniowie w tym samym bądź różnym wieku. Specyfika pracy polega więc na tym, że w jednej grupie zazwyczaj są osoby o bardzo zróżnicowanym poziomie opanowania materiału. Tym samym poszczególni uczniowie w ramach pracy w zespole mogą korzystać z różnych materiałów i uczyć się różnych przedmiotów. Nierzadko występuje konieczność prowadzenia lekcji wielotematycznych (Deręgowska, 2017).

W rozporządzeniu jest także ustalony **wymiar godzin**, w ramach których realizuje się specjalne działania opiekuńczo-wychowawcze w przypadku uczniów biorących udział w zajęciach edukacyjnych. Jest on zależny od typu instytucji. W szpitalu to 28 godzin tygodniowo dla grupy wychowawczej w przedszkolu lub szkole. Natomiast w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego oraz w zakładzie rehabilitacji leczniczej zakłada się 35 godzin tygodniowo (Dz.U. 2020, poz.

2181). Zajęcia odbywają się zgodnie z planem lekcji, który jest ustalany na bieżąco zgodnie z zapotrzebowaniem i liczbą osób przebywających na oddziale. Uczniowie mają zajęcia ze wszystkich szkolnych przedmiotów (adekwatnie do klasy). Lekcje odbywają się bądź w zespołach, bądź indywidualnie przy łóżku chorego dziecka, z wykorzystaniem metod dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości uczniów. Walorem indywidualnego podejścia jest także możliwość wyrównywania ewentualnych zaległości i opanowywania nowych treści, które przepracowują zdrowi rówieśnicy w szkole macierzystej (Moszyńska, Antoszevska, 2019).

Etapy działań podejmowanych przez kadrę to:

1. pomoc w adaptacji do nowych warunków życia wynikających z doświadczenia choroby;
2. stworzenie optymalnych warunków do nauki oraz wspomaganie w procesie leczenia;
3. wsparcie w powrocie do pełnego funkcjonowania w domu i szkole macierzystej (Owerczuk, 2013).

Zadaniem szkoły przyszpitalnej jest więc wsparcie dziecka w procesie wychodzenia z roli pacjenta i ponowne wejście w rolę ucznia (Wojnarowska, 2010).

Rozporządzenie wyznacza także **formy realizacji działań opiekuńczo-wychowawczych**, do których zalicza: odrabianie lekcji; zajęcia wychowawcze oddziałujące terapeutycznie na psychikę dziecka, w tym zajęcia czytelnicze, plastyczne, teatralne, wokarno-muzyczne, gry i zabawy; spacer, gry i zabawy na wolnym powietrzu, w tym usprawniające fizycznie. Wyniki badań nad szkołami szpitalnymi pokazują, że działania edukacyjne zwykle są oparte na pracy z podręcznikiem, z którego uczeń korzystał w szkole macierzystej (Antoszevska, 2021, s. 90). Działania podejmowane przez kadrę pedagogiczną szkół organizowanych przy szpitalach wpisują się w nurt pedagogiki leczniczej (terapeutycznej), której przedmiotem zainteresowań jest specyfika pracy z dzieckiem o zróżnicowanym zdrowiu, w tym formy wsparcia dzieci przez pedagogów w powrocie do zdrowia poprzez opiekę, wychowanie, kształcenie i terapię, a także zagadnienia związane ze środowiskiem domowym i rówieśniczym dziecka przewlekłe chorego (Okoń, 2005, s. 166). Edukacja, tak jak w szkole tradycyjnej, bazuje na programach nauczania zgodnych z obowiązującą podstawą programową, a uczeń uzyskuje oceny, które po zakończeniu leczenia są przekazywane szkole macierzystej i honorowane przez pracujących w niej nauczycieli. Proces oceniania dziecka przewlekłe chorego nie jest w szkole przyszpitalnej pomijany czy marginalizowany. Obok typowej dla oceny funkcji informacyjnej czy wychowawczej nauczyciele akcentują funkcję psychologiczną oraz terapeutyczną. Zadaniem nauczyciela jest spojrzenie na ucznia przewlekłe chorego z szerszej perspektywy, tak aby został dostrzeżony zarówno jego wysiłek, jak i mobilizacja do pracy (Moszyńska, Antoszevska, 2019).

Podmioty procesu edukacyjnego w szkole przyszpitalnej: dzieci

Dziecko przebywające dłuższy czas na oddziale szpitalnym nierzadko jest obciążone chorobą przewlekłą. Wykazano, że uczniowie z długotrwałymi problemami zdrowotnymi są bardziej niż ich zdrowi rówieśnicy obciążeni stresem szkolnym (Woynarowska, 2010). W licznych badaniach udowodniono, że młode osoby z chorobami przewlekłymi funkcjonują w szkole gorzej niż zdrowi rówieśnicy. Sama obecność dziecka w szpitalu stwarza niekorzystne rozwojowo warunki. Do takich czynników można zaliczyć: uprzedmiotowienie dziecka, konieczność przestrzegania ściśle określonych zasad i podporządkowania się rygorom codzienności szpitalnej, funkcjonowanie w całkowitej zależności od personelu szpitalnego, bezradność, izolację od domu, szkoły i grupy rówieśniczej. Może to prowadzić do doświadczenia silnego stresu, lęku czy labilności emocjonalnej, obniżonej odporności psychicznej, a w konsekwencji do zmian wtórnych, takich jak stany depresyjne, obniżona koncentracja uwagi czy zaburzenia percepcyjne (Słowik, 2005; Pecyna, 2000).

Uczniowie, którzy ze względu na stan zdrowia częściej opuszczają szkołę, postrzegają obciążenie nauką jako szczególnie wysokie (Małkowska-Szkutnik, 2014). Prawie dwukrotnie częściej są narażeni na dręczenie przez rówieśników i stają się ofiarami przemocy (Woynarowska, 2010). Stąd też badacze wskazują, że sama aktywność dziecka podczas zajęć w szkołach przyszpitalnych ma wartość terapeutyczną ze względu na przekierowanie uwagi z procesu leczenia na proces edukacyjny, budowanie wiary we własne możliwości oraz perspektywę kontynuacji nauki i płynnego powrotu do edukacji w szkole macierzystej (Chęcińska, 2005). Przynależność do społeczności szkolnej w szpitalu stanowi namiastkę codzienności pozaszpitalnej, w której poza edukacją istotną rolę pełni także przebywanie w gronie rówieśniczym.

Podmioty procesu edukacyjnego w szkole przyszpitalnej: nauczycielki i nauczyciele

Deręgowska (2017) wymienia następujące zadania wychowawców szkół przyszpitalnych:

- a) diagnozowanie warunków życia uczennic i uczniów oraz ich stanu zdrowia;
- b) kontaktowanie się z rodzicami chorych dzieci;
- c) kontaktowanie się ze szkołami macierzystymi, personelem medycznym i psychologiem w celu określenia psychofizycznych możliwości dziecka;

- d) kontakt ze szkołą macierzystą w kontekście klasyfikacji uczniów oraz informacji w sprawie postępów podczas edukacji w szkole przyszpitalnej;
- e) uzupełnianie szkolnych braków;
- f) pomoc w odrabianiu zajęć;
- g) prowadzenie szkolnych imprez;
- h) organizowanie zabaw, gier planszowych, zajęć plastycznych.

Nauczyciel w szkole przyszpitalnej doświadcza odmiennego życia szkolnego w porównaniu do nauczyciela w szkole powszechnej. Do najważniejszych różnic między rolami w tych dwóch placówkach nauczyciele zaliczają (Antoszevska, 2021):

- a) realizację przede wszystkim funkcji terapeutycznej;
- b) potrzebę wcielenia się w rolę psychologa, co wymaga określonych predyspozycji osobowościowych;
- c) bardzo dużą rotację uczniów;
- d) potrzebę znajomości jednostek chorobowych, by móc dostosować działania pedagogiczne do indywidualnych możliwości dziecka;
- e) wymaganie elastyczności;
- f) akcent na pracę indywidualną z uczniem;
- g) konieczność bardzo dobrej znajomości podstawy programowej.

W literaturze przedmiotu pojawiają się kwestie związane z potrzebami sygnalizowanymi przez kadrę pedagogiczną szkół przyszpitalnych. Nauczyciele wskazują na potrzebę polepszenia warunków lokalowych czy organizacyjnych poprzez zwiększenie liczby sal lekcyjnych i doposażenie w odpowiedni sprzęt elektroniczny. Postulują wsparcie psychologiczne dla kadry, które obecnie otrzymują tylko nieliczni. Podkreślają też wagę otwartego dialogu i współpracy w triadzie nauczyciel – personel medyczny – rodzic. Od personelu oczekują docenienia ich roli i podejmowanych przez nich działań edukacyjnych, a także bieżącej komunikacji w sprawie stanu zdrowia podopiecznych. Od rodziców potrzebują koncentracji nie tylko na kwestiach medycznych, ale też edukacyjnych czy terapeutycznych dziecka (Antoszevska, 2021).

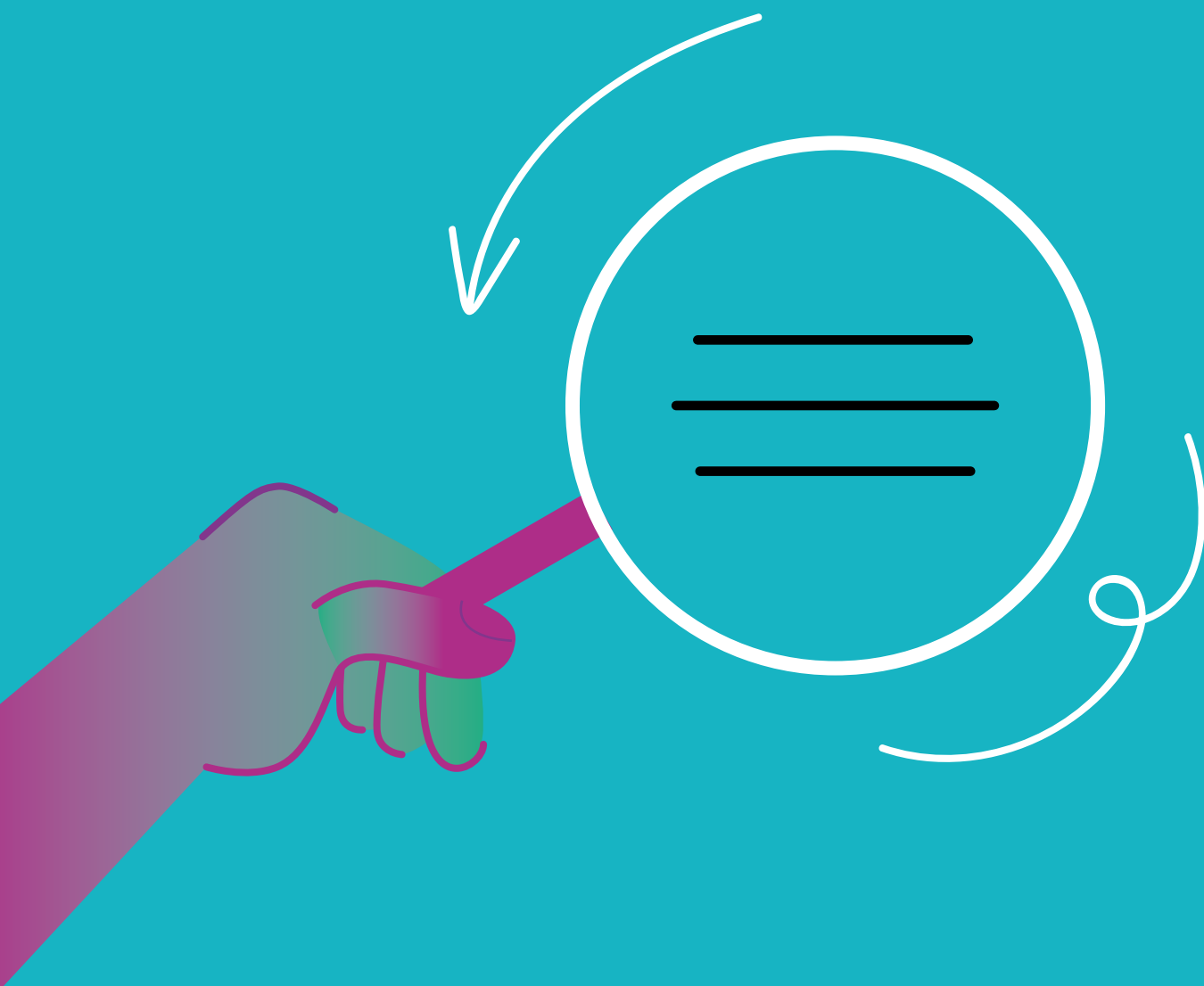
Mimo tak wysokich oczekiwań profesjonalnych większość kadry szkół przyszpitalnych czuje się doceniona, szczególnie ze strony uczniów czy rodziców. Najmniej docenieni nauczyciele czują się w relacjach z personelem medycznym (Antoszevska, 2021). Sami siebie jako pedagogów oceniają wysoko (Wiśniewska, 2013).

Podmioty procesu edukacyjnego w szkole przyszpitalnej: rodzice

Ważnym aspektem w funkcjonowaniu rodziny z dzieckiem z chorobą przewlekłą jest według znawców przedmiotu postawa rodziców. Dotychczas przeprowadzone badania pokazują, że poczucie samoskuteczności wśród dzieci z chorobami przewlekłymi jest niższe niż u zdrowych rówieśników (Małkowska-Szcutnik, 2014). Dane uzyskane w badaniach kwestionariuszem DISABKIDS wykazały, że zachowania nadopiekuńcze ze strony rodziców były sygnalizowane przez nastolatków. Badane dzieci inaczej niż ich rodzice oceniają jakość życia, zwykle lepiej oceniają swój stan emocjonalny oraz uczestnictwo w życiu społecznym; rodzic jest bardziej niż dziecko skłonny widzieć aspekty jego wykluczenia z życia społecznego, dostrzega także więcej ograniczeń wynikających z choroby (Małkowska-Szcutnik, 2014).

Podmioty procesu edukacyjnego w szkole przyszpitalnej: szkoły macierzyste uczniów

Badania prowadzone wśród nauczycieli szkół przyszpitalnych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego (Moszyńska, Antoszewska, 2019) pokazują, że zazwyczaj kontaktują się oni z nauczycielami szkół macierzystych w celu otrzymania informacji o uczniu, który jest tymczasowo objęty ich opieką. Skupiają się przy tym na jego indywidualnych potrzebach i trudnościach, by sprawnie radził sobie po powrocie do swojej szkoły macierzystej. Jednocześnie te same badania pokazują, że nauczyciele szkół przyszpitalnych raczej nie orientują się, jakie są losy młodych ludzi po takim powrocie – nie podtrzymują kontaktu z nauczycielami szkół macierzystych.



C Z Ę Ś Ć B A D A W C Z A

R o z d z i a ł 2

Krajobraz systemu szkół przyszpitalnych

Charakterystyka systemu szkół przyszpitalnych

W badaniu ilościowym udało się uzyskać dane dotyczące stosunkowo szerokiego przekroju różnych form edukacji przyszpitalnej, zróżnicowanych także ze względu na wielkość miejscowości i lokalizację. I tak, wśród badanych placówek (w przypadku tego pytania N = 40) znalazło się 20 samodzielnych szkół przyszpitalnych, 14 przyszpitalnych oddziałów szkół specjalnych, 5 oddziałów szkół działających przy placówkach leczniczych oraz 1 usługa edukacyjna⁴. Na 19 oddziałów przyszpitalnych szkół i szkół specjalnych w 5 przypadkach funkcjonowało stanowisko wicedyrektora ds. edukacji przyszpitalnej, w 7 – koordynatora/kierownika ds. edukacji przyszpitalnej, a w 2 – tzw. „społecznego” koordynatora (jednego z nauczycieli).

Połowa z badanych placówek edukacji (w przypadku tego pytania N = 40), czyli 20, była zlokalizowana w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców, 8 – w miastach do 100 tys. mieszkańców, a 12 na wsi lub w podobnej lokalizacji. W badanej próbie znalazły się szkoły reprezentujące większość województw⁵. Najliczniejsze reprezentacje edukacji przyszpitalnej pochodziły z pomorskiego (8 placówek), mazowieckiego (7 placówek), łódzkiego i śląskiego (po 5 placówek). Szczegóły przedstawia poniższa tabela.

Tabela 1.
Lokalizacja
badanych
placówek

Województwo	Liczba wskazań
Dolnośląskie	2
Kujawsko-pomorskie	1
Łódzkie	5
Małopolskie	1
Mazowieckie	7
Podkarpackie	1
Podlaskie	3
Pomorskie	8
Śląskie	5
Świętokrzyskie	2
Wielkopolskie	1
Warmińsko-mazurskie	3
Zachodniopomorskie	1

Źródło: opracowanie własne.

⁴. Dla ośrodka rehabilitacyjnego.

⁵. Zabrakło placówek z dolnośląskiego, lubuskiego i opolskiego.

Poniżej zamieszczono tabelę ukazującą oddziały szpitalne, na których leczyli się dzieci i młodzież pod opieką badanych szkół.

Tabela 2.
Oddziały szpitalne,
w których leczą się
uczniowie i uczennice
będące pod opieką
szkoły

Oddziały szpitalne	Liczba wskazań
Chirurgia	14
Hematologia i onkologia dziecięca	12
Psychiatria - oddział zamknięty	19
Psychiatria - oddział dzienny	17
Pulmonologia	12
Okulistyka	9
Ogólnopediatryczny/ pozostałe oddziały	16
Oddział rehabilitacyjny	19
Szkoła przy sanatorium	1

Źródło: opracowanie własne.

37 na 40 badanych placówek prowadziło edukację na poziomie szkoły podstawowej, 21 – w zakresie liceum ogólnokształcącego, 3 – innej szkoły średniej, a 11 – edukację przedszkolną. Badane szkoły prezentują znaczne zróżnicowanie również ze względu na liczbę podopiecznych – od kilkorga aż do kilkuset uczniów i uczennic. W 3 placówkach aktualnie uczyło się mniej niż 10 osób, w 8 – od 10 do 25, w 13: od 30 do 90, a w pozostałych 12 – od 100 do 260. Najwięcej badanych szkół (18 z 34) w ciągu roku świadczyło edukację na rzecz co najmniej 500 osób. Na drugim biegunie znalazło się 7 placówek, do których rocznie uczęszczało mniej niż 40 uczennic i uczniów. 9 placówek obsługiwało rocznie od 50 do 200 młodych ludzi.

W 10 badanych placówkach (na 37) średni okres pobierania nauki był krótszy niż 2 tygodnie, tyle samo (10) było takich, w których nauka trwała od 14 do 31 dni. Tylko w 11 szkołach (jedna czwarta) średni okres nauki przekraczał miesiąc, w tym w przypadku 3 był dłuższy niż 6 miesięcy.

Wyzwania i problemy w funkcjonowaniu placówek edukacji przyszpitalnej

Wśród potencjalnych problemów i niedogodności będących wyzwaniem dla funkcjonowania szkół i oddziałów przyszpitalnych badani stosunkowo często wskazywali na⁶: **chaos prawny** (20 z 33 odpowiedzi)⁷ oraz **brak odpowiedniego miejsca i warunków do prowadzenia nauki** (15 z 33). Na kolejnych miejscach na liście wyzwań znalazły się: **brak wystarczającego wsparcia ze strony właściwych ministerstw** (9 z 33) oraz **problemy kadrowe**, wakaty, niewystarczająca liczba chętnych do pracy osób⁸ (8 z 33). Dalej badani wymienili **niedobory finansowe** oraz **niewystarczające wsparcie i współpracę ze strony dyrekcji szpitala lub placówki zdrowotnej** (po 6 z 33). Pozostałe obszary i kwestie były wskazywane jako źródła problemów i wyzwań sporadycznie.

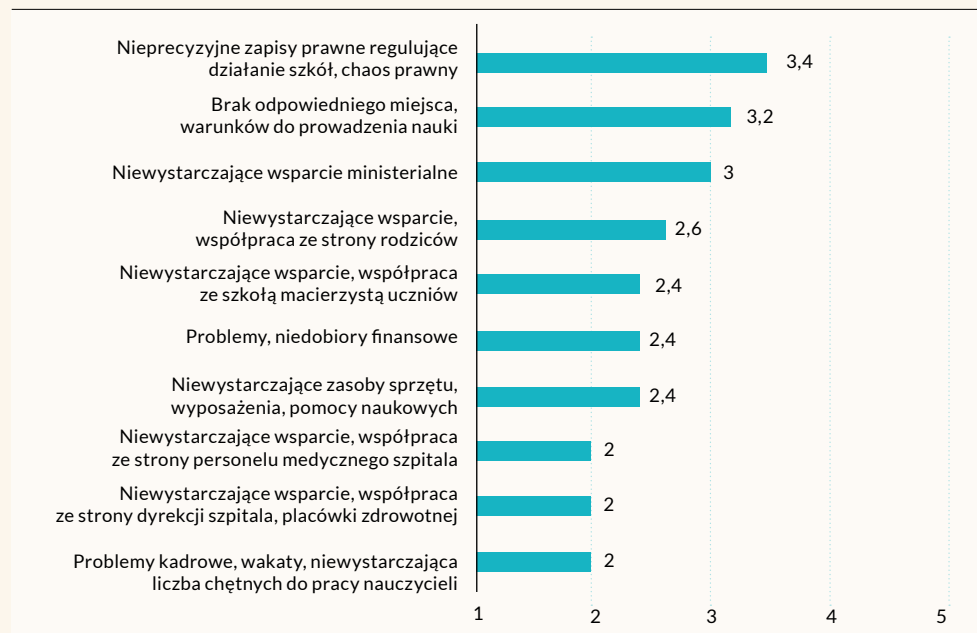
⁶ Poszczególne obszary były oceniane na skali 5-punktowej, gdzie 1 oznaczało „w ogóle nie jest to wyzwaniem”, a 5 – „stanowi to bardzo duże wyzwanie”.

⁷ Pierwsza z liczb to suma wyborów „4” i „5”, a druga – liczba odpowiedzi udzielonych na pytanie.

⁸ Co interesujące, obszar ten był często wskazywany bądź jako bardzo duże wyzwanie, problem (9 wskazań), bądź jako mało lub wręcz zupełnie bezproblemowy (19 wskazań).

Powyższe wyniki wskazują, że kwestią najpilniejszą, a jednocześnie możliwą do stosunkowo szybkiej naprawy jest obszar regulacji przepisów i procedur warunkujących funkcjonowanie szkolnictwa przyszpitalnego. Na wykresie 1 znajdują się średnie oceny ważności/natężenia poszczególnych problemów.

Wykres 1.
Wskazania obszarów problemowych i wyzwań w działalności szkół/oddziałów przyszpitalnych*



* Średnia ze skali 5-punktowej, gdzie 1 oznacza „w ogóle nie jest to wyzwaniem”, a 5 – „stanowi to bardzo duże wyzwanie”. N = 33.

Źródło: opracowanie własne.

Kolejna grupa pytań dotyczyła zakresu wyzwań w pracy pedagogicznej i edukacyjnej generowanych przez specyficzną sytuację uczennic i uczniów, którzy doświadczają pobytu w szpitalu, schorzeń, problemów zdrowotnych oraz rozłąki z rodziną, bliskimi i przyjaciółmi⁹. Wśród wyżej wymienionych wyzwań jako sprawiające najwięcej trudności¹⁰ badani wymienili kolejno: **niedobór informacji o uczniach przed rozpoczęciem przez nich nauki w szkole przyszpitalnej** (12 z 32 odpowiedzi), **negatywny wpływ sytuacji zdrowotnej uczniów i uczennic na efektywność i możliwość nauki** (10 z 32), **niedostateczne wsparcie psychologiczne** w rozwiązywaniu problemów emocjonalnych młodych ludzi (7 z 32), konieczność reagowania na **zniechęcenie okazywane przez uczniów podczas nauki** (6 z 32) oraz **stres ucznia/uczennicy** wywołany chorobą i odbywaną terapią (5 z 32).

Udzielone odpowiedzi ukazują, że głównym źródłem problemów w pracy dydaktycznej są zakłócenia w procesie wymiany informacji pomiędzy edukacją przyszpitalną a szkołami macierzystymi oraz brak wsparcia psychologicznego, zwłaszcza w kontekście wpływu schorzeń i problemów zdrowotnych na emocje oraz możliwości poznawcze dzieci i młodzieży. Pozostałe obszary i kwestie były wskazywane jako źródła problemów i wyzwań sporadycznie. Średnie wartości przypisane każdemu obszarowi przedstawiono na wykresie 2. Warto zauważyć, że najczęściej skrajnych wyborów (z jednej strony – brak wyzwania, z drugiej – bardzo duże wyzwanie) odnotowano

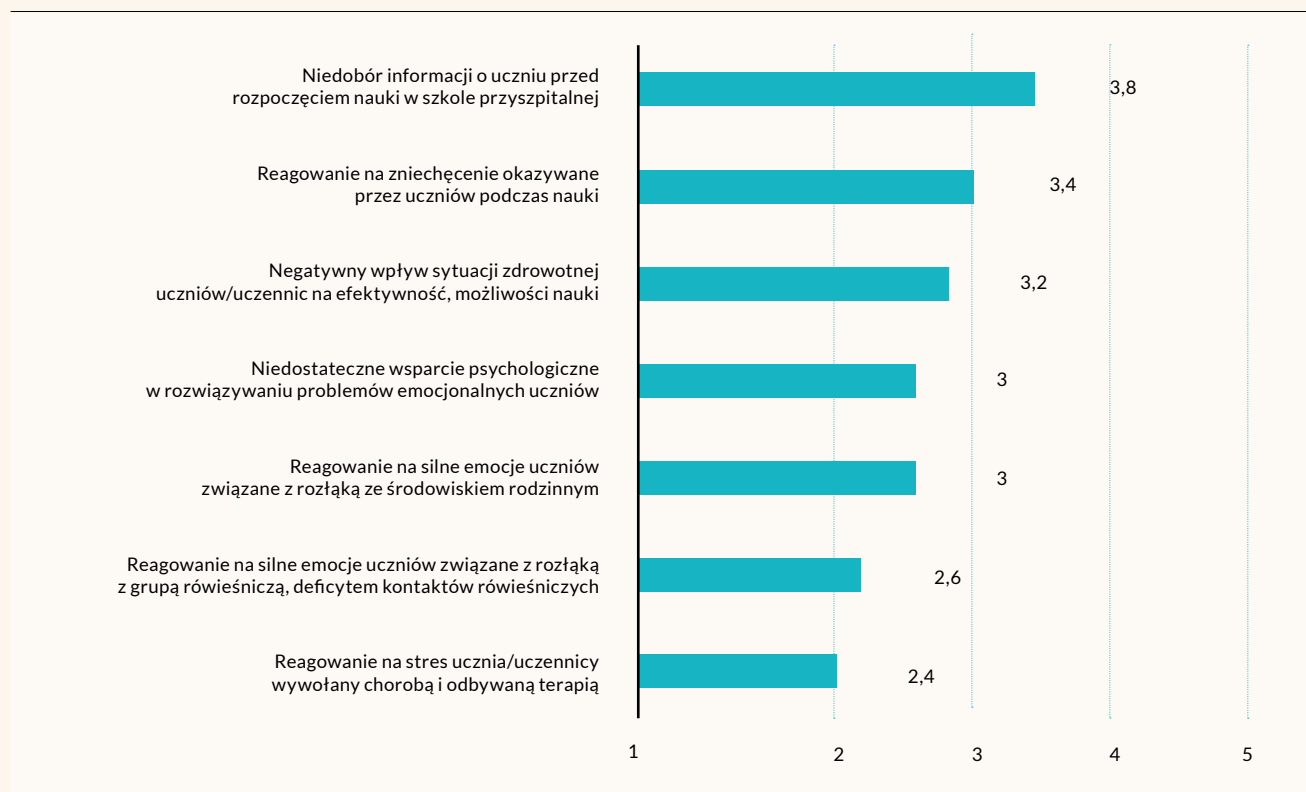
⁹ Poszczególne obszary były oceniane na skali 5-punktowej, gdzie 1 oznaczało „w ogóle nie stanowi to wyzwania”, a 5 – „jest wyzwaniem w bardzo dużym stopniu”.

¹⁰ Pierwsza z liczb to suma wyborów „4” i „5”, a druga – liczba odpowiedzi udzielonych na pytanie.

Wykres 2.

Wskazania obszarów problemowych i wyzwań w działalności pedagogicznej szkół/oddziałów przyszpitalnych*

w przypadku dwóch obszarów: reagowania na stres ucznia/uczennicy wywołany chorobą i odbywaną terapią oraz niedostatecznego wsparcia psychologicznego w rozwiązywaniu problemów emocjonalnych młodych ludzi. Widać tu wyraźnie, że duża część szkół radzi sobie dobrze w kwestiach związanych ze stresem i problemami psychicznymi podopiecznych, podczas gdy w innych jest to duże wyzwanie.



* Średnia ze skali 5-punktowej, gdzie 1 oznacza „w ogóle nie stanowi to wyzwania”, a 5 – „jest wyzwaniem w bardzo dużym stopniu”, N = 32.

Źródło: opracowanie własne.

Współpraca z podmiotami zewnętrznymi i otoczeniem społecznym

Kolejnym celem badania było stworzenie mapy instytucji, osób wspierających i podmiotów społecznych otaczających placówki edukacji przyszpitalnej oraz oszacowanie otrzymywanego z ich strony wsparcia. Formy wsparcia uwzględnione w badaniu to:

1. wsparcie finansowe;
2. wsparcie rzeczowe (sprzęt, wyposażenie);
3. wsparcie psychologiczne, wychowawcze i związane z opieką nad uczniami-pacjentami;
4. wsparcie metodyczne i dydaktyczne.

Pierwszym ocenionym elementem instytucjonalnego i społecznego sąsiedztwa szkół przyszpitalnych jest **kierownictwo placówki medycznej**. Najczęściej otrzymywany mi formami pomocy w tym przypadku są: wsparcie w zakresie wyposażenia i sprzętu,

wsparcie materialne (15 wskazań), a także pomoc dotycząca wsparcia wychowawczego, psychologicznego, opieki oraz nadzoru nad uczennicami i uczniami (14 wskazań). Kierownictwo placówki medycznej zostało wskazane jako źródło pomocy finansowej w 2 przypadkach, podobnie jak w przypadku wsparcia metodycznego, dydaktycznego i w zakresie oferty edukacyjnej. 2 badane osoby stwierdziły, że kierownictwo placówki medycznej nie udziela przyszpitalnej placówce edukacyjnej żadnego wsparcia. Wśród innych form pomocy w pytaniu otwartym wymieniono udostępnianie pomieszczeń szpitalnych do celów dydaktycznych i na potrzeby administracyjne (4 wypowiedzi), a także dopłaty do wycieczek szkolnych i możliwość udziału personelu szkoły w szkoleniach dla pracowników placówki medycznej (po 1 wypowiedzi).

Drugą kategorią potencjalnie wspierających podmiotów są **kuratoria**. Najczęściej otrzymywaną formą pomocy w tym przypadku jest udzielanie wsparcia metodycznego, dydaktycznego i w zakresie oferty edukacyjnej (22 wskazania). W 5 przypadkach osoby badane stwierdziły, że kuratorium nie udziela żadnej z czterech form pomocy. Jako źródło wsparcia wychowawczego, psychologicznego, opieki i nadzoru nad młodymi ludźmi kuratorium zostało wskazane przez 2 respondentów, a pomoc w zakresie wyposażenia, sprzętu, wsparcia materiałowego oraz finansowego odnotowano w pojedynczych przypadkach.

Trzeci zbadany element otoczenia instytucjonalnego i społecznego to **personel placówki medycznej**. Najczęściej otrzymywaną formą pomocy w tym przypadku jest wsparcie wychowawcze, psychologiczne, opieka i nadzór nad uczniami i uczennicami (23 wskazania). Personel placówki medycznej sporadycznie udziela wsparcia w zakresie metodycznym i dydaktycznym (3 wskazania), materiałowym, związanym z wyposażeniem (2 wskazania) czy finansowym (1 wskazanie). Brak wsparcia ze strony personelu placówki medycznej zadeklarowały 2 badane osoby. W pytaniu otwartym przedstawiciele szkół przyszpitalnych sygnalizowali dobrą komunikację, przekazywanie informacji o dzieciach i młodzieży (2 wypowiedzi), ale pojawiły się też głosy krytyczne: „Brak wsparcia. Przerzucanie swoich obowiązków statutowych na personel oświatowy. W trudnych sytuacjach mówią »Radźcie sobie sami«” (1 wypowiedź).

Czwarty podmiot w ramach sieci potencjalnego wsparcia to **Ministerstwo Cyfryzacji**. Tu najwięcej pozytywnych wskazań dotyczy wyposażenia w sprzęt i pomoce edukacyjne (16, w tym w pytaniu otwartym wymieniono udostępnienie połączenia internetowego). Jednocześnie stosunkowo duża grupa respondentów (10 wskazań) uznała, że ich placówki przyszpitalne nie otrzymują żadnego wsparcia ze strony tego ministerstwa. Wsparcie metodyczne i edukacyjne potwierdzono w 5 przypadkach, a pomoc finansową – w 3.

Piąty badany podmiot to **Ministerstwo Zdrowia**. Większość biorących udział w ankiecie twierdzi, że nie otrzymuje z tej strony żadnego wsparcia. Pomoc dydaktyczną i wsparcie metodyczne zadeklarowano w 4 przypadkach, organizacyjno-sprzętowe – w 2, a finansowe – w 1.

Szósta grupa w społecznym otoczeniu szkół i oddziałów przyszpitalnych to **szkoły macierzyste uczniów i uczennic**. Tu również najwięcej jest deklaracji o braku wsparcia (13 wskazań). Pomoc z tej strony obejmuje przede wszystkim wsparcie wychowawcze i psychologiczne (7 wskazań), przy czym najczęściej jest to – jak wynika z treści pytania otwartego – przekazywanie informacji o młodych osobach, oraz wsparcie metodyczno-dydaktyczne (4 wskazania), które polega na ustalaniu zakresu materiału do opanowania w czasie pobytu w szpitalu. Pomoc materiałową, z zakresu wyposażenia itp. otrzymywaną ze strony szkół macierzystych zadeklarowano w 2 przypadkach, a finansową – w 1.

Kolejna kategoria to **biblioteki i domy kultury**. Wsparcie z ich strony oferowane placówkom edukacji przyszpitalnej obejmuje najczęściej pomoc w zakresie oferty edukacyjnej, metodyki i dydaktyki (10 wskazań) oraz udostępnianie sprzętu i wyposażenia (4 wskazania). Brak wsparcia w jakiegokolwiek z czterech kategorii zadeklarowano w 14 ankietach. Marginalnie sygnalizowano pomoc w zakresie wychowawczym, psychologicznym, opieki i nadzoru (2 wskazania) czy finansowym (1 wskazanie).

Ósma grupa podmiotów z instytucjonalnego i społecznego otoczenia placówek edukacji przyszpitalnej to **wolontariusze i organizacje pozarządowe**. Z tej strony wsparcie polega przede wszystkim na udostępnianiu wyposażenia, sprzętu i pomocy materiałowej (17 wskazań), udzielaniu pomocy metodycznej, dydaktycznej i poszerzaniu oferty zajęć (6 wskazań), wsparciu finansowym (5 wskazań), a także wychowawczym, psychologicznym i z zakresu opieki i nadzoru nad uczennicami i uczniami (5 wskazań). Brak wsparcia zadeklarowano w 6 ankietach. W pytaniu otwartym jako wsparcie ze strony sektora pozarządowego osoby badane wymieniły dodatkowo organizację warsztatów i zajęć terapeutycznych oraz pomoc w organizacji uroczystości i przedsięwzięć okolicznościowych.

Dziewiąta kategoria to **samorządy lokalne**. Pomoc z ich strony obejmuje przede wszystkim obszar wsparcia finansowego (13 wskazań) oraz zapewnienie wyposażenia, sprzętu i materiałów do pracy edukacyjnej (również 13). Rzadziej ze strony samorządu udzielane jest wsparcie w zakresie dydaktyczno-metodycznym i oferty edukacyjnej (4 wskazania). Brak wsparcia został zadeklarowany w 11 przypadkach.

Dziesiąta kategoria źródeł wsparcia to **rodzice uczniów i uczennic** edukacyjnych placówek przyszpitalnych. Tu najczęstsze formy pomocy to wsparcie wychowawcze, psychologiczne, opieka i nadzór (11 wskazań) oraz wsparcie materiałowe, wyposażenie i sprzęt (6 wskazań). W 2 ankietach wymieniono wsparcie finansowe, a w 1 – metodyczne i dydaktyczne. Zdaniem 15 badanych osób rodzice nie wspierają w żaden sposób ich placówek oświatowych.

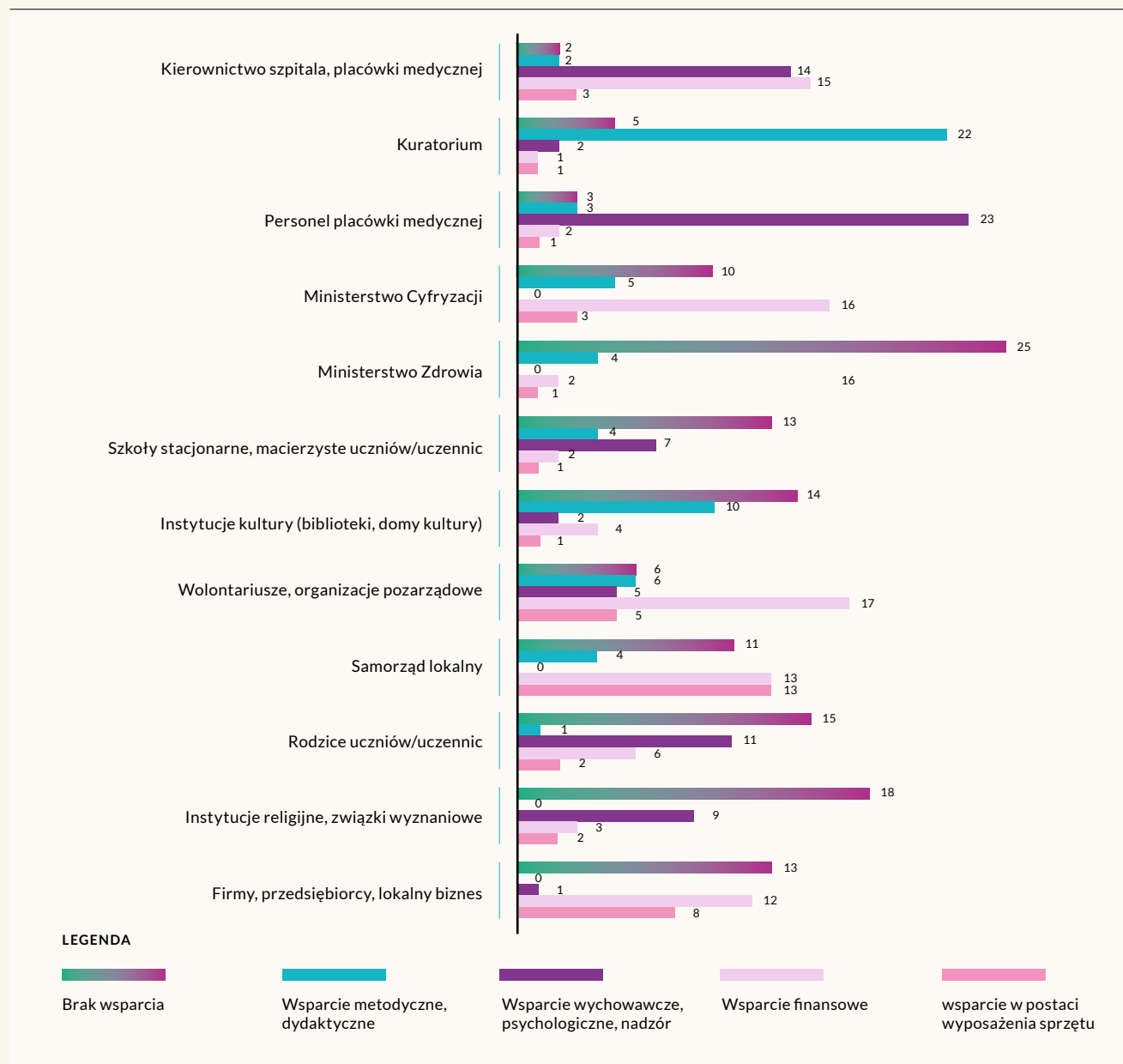
Kolejny zasób pomocowy to **instytucje religijne i związki wyznaniowe, przykładowo kapelan szpitalny czy lokalna parafia**. Ta kategoria najczęściej zapewnia wsparcie

wychowawcze, psychologiczne, opiekę i nadzór (9 wskazań), następnie wsparcie materiałowe, sprzęt, wyposażenie (3 wskazania) oraz wsparcie finansowe (2 wskazania). Brak wsparcia ze strony tego typu podmiotów i osób zadeklarowano w 18 przypadkach.

Ostatnim potencjalnym źródłem pomocy wymienionym w ankiecie były **firmy, przedsiębiorcy i lokalny biznes**. Od nich szkoły przyszpitalne otrzymują przede wszystkim wsparcie materialne, wyposażenie, sprzęt, materiały (12 wskazań) oraz pomoc finansową (8 wskazań), a także wsparcie w zakresie wychowania i nadzoru (1 wskazanie). Brak wsparcia ze strony biznesu zadeklarowano w 13 przypadkach.

Wykres 3.
Instytucje i podmioty
wskazane jako źródła
wsparcia w poszczegól-
nych kategoriach*

Zamieszczony poniżej wykres porządkuje instytucje i osoby ze względu na częstość wsparcia w poszczególnych kategoriach.



* Liczba wskazań. N = min. 31, maks. 34, w zależności od pytania.

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując, można zauważyć, że:

- głównymi donatorami **pomocy finansowej** są: lokalny samorząd, firmy i przedsiębiorcy;
- **sprzęt, wyposażenie i inna pomoc w formie rzeczowej** są dostarczane przez kierownictwo placówek medycznych, organizacje pozarządowe i Ministerstwo Cyfryzacji;
- **wsparcie psychologiczne, wychowawcze i w zakresie nadzoru** płynie przede wszystkim od kierownictwa i personelu placówek medycznych, rodziców i instytucji religijnych;
- **wsparcie metodyczne i edukacyjne** jest otrzymywane od kuratoriów oraz instytucji kultury;
- **brak wsparcia i pomocy** w powyższych czterech kategoriach najczęściej deklarowano w przypadku Ministerstwa Zdrowia, instytucji religijnych, rodziców i lokalnego biznesu.

Na podstawie deklaracji badanej kadry kierowniczej możemy zauważyć, że szkoły przyszpitalne nie działają w społecznej próżni. Ich sieć wsparcia jest stosunkowo dobrze rozwinięta. Istnieje specjalizacja, jeśli chodzi o dostarczanie różnych form pomocy ze strony poszczególnych podmiotów i instytucji.

Badani, opisując inne niż wymienione w ankiecie źródła pomocy, skupili się głównie na szczegółowym wskazywaniu konkretnych podmiotów, organizacji i instytucji, a także form pozyskiwania wsparcia. W pytaniu otwartym wymieniono: straż pożarną, policję, straż graniczną, nadleśnictwa, fundacje (m.in.: Mam Marzenie, Różowa skrzyneczka, Caritas). Wskazano również na pomoc ze strony organu prowadzącego (samorząd województwa, w którym znajduje się szkoła), innych instytucji kultury (teatr) oraz konkretnych firm i przedsiębiorstw. Różnego rodzaju zbiórki były organizowane także z własnej inicjatywy – nauczycieli i nauczycielek szkół (oddziałów) przyszpitalnych, szkół stacjonarnych, rodziców i osób prywatnych. Pomoc obejmowała: zbiórki środków dydaktycznych, pogadanki dla dzieci i młodzieży, szkolenia, spektakle, pokazy, wsparcie materiałowe, sprzęt, spełnianie marzeń dzieci nieuleczalnie chorych, pomoc w organizacji prezentów mikołajkowych i z okazji Dnia Dziecka, materiały higieniczne dla uczennic, słodycze na paczki świąteczne dla uczniów-pacjentów. Dodatkowe fundusze są pozyskiwane także poprzez udział szkół (oddziałów) przyszpitalnych w projektach grantowych instytucji zewnętrznych. W wypowiedziach pojawiły się głosy świadczące o dużym, wszechstronnym wsparciu ze strony podmiotów zewnętrznych, ale też zwracano uwagę, że pomoc jest incydentalna i wybiórcza (np. dotyczy tylko najciężiej chorych dzieci).

W kwestionariuszu ankiety znalazło się też pytanie otwarte o oczekiwane wsparcie działalności szkół lub oddziałów przyszpitalnych ze strony instytucji i podmiotów zewnętrznych. Badani najczęściej (wątek pojawił się w 9 wypowiedziach) oczekivaliby

pomocy w zakresie **doprecyzowania, ujednolicenia przepisów i regulacji dotyczących edukacji przyszpitalnej** (zwłaszcza ze strony Ministerstwa Edukacji Narodowej, kuratoriów i Ministerstwa Zdrowia), **wsparcia prawnego** (7 wypowiedzi) oraz **pomocy w prowadzeniu dokumentacji** – np. dostosowania dzienników i planów zajęć do specyfiki pracy w szkole przyszpitalnej (2 wypowiedzi). Brak regulacji lub nieprzestrzeganie zobowiązań ze strony placówek medycznych, zwłaszcza w zakresie **zapewnienia sal i przestrzeni do prowadzenia zajęć**, były wskazywane jako źródła problemów w funkcjonowaniu szkoły przyszpitalnej w 2 wypowiedziach. Kolejny katalog problemów (sygnalizowany w 6 wypowiedziach), które wymagają wsparcia zewnętrznego (ze strony placówek medycznych i organów prowadzących) to **niedostatki infrastruktury**: brak sal gimnastycznych, przestrzeni do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego, brak remontów (np. pracowni komputerowej) i generalnie brak pomieszczeń – edukacja przy łózkach, ubywanie, zamykanie sal dydaktycznych. Kolejna grupa oczekiwań to **pomoc finansowa** (4 wypowiedzi) – przeznaczona na pozyskanie materiałów i pomocy dydaktycznych oraz podwyżki wynagrodzeń za szczególnie trudną pracę kadry nauczycielskiej. Osoby kierujące placówkami edukacji przyszpitalnej oczekują także pomocy w **pozyskaniu wiedzy, szkoleń z zakresu zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży**, wsparcia nauczycieli w postaci **superwizji** itp. (3 wypowiedzi). W kolejnych 2 wypowiedziach pojawiło się oczekiwanie wsparcia w obszarze **pozyskiwania kandydatów do pracy lub zarządzania edukacją przyszpitalną**.



Codzienne funkcjonowanie wybranych typów szkół

Organizacja pracy szkoły

Opisując regulacje prawne dotyczące szkół przyszpitalnych, przywołaliśmy zapis, że szpital ma obowiązek zapewnić dzieciom zajęcia edukacyjne oraz działania opiekuńczo-wychowawcze, jeśli przebywają w nim powyżej 9 dni. Nauczyciele wyrażają jednak sprzeciw wobec takiego rozwiązania, uznając za zasadne, by już od pierwszego dnia pobytu dziecko było objęte ich opieką. Z naszych obserwacji i rozmów z kadrą pedagogiczną wynika, że wspomniany zapis mija się z potrzebami pacjentów. Dzieci stają się uczniami szkoły przyszpitalnej od samego początku pobytu:

„Dziecko, które przyszło do szpitala, **od pierwszej tak naprawdę minuty pobytu w sali szpitalnej ma opiekę wychowawczą i dydaktyczną**. Zgodnie z przepisem my możemy odstąpić od nauczania i wychowania do dziewiątego dnia pobytu. Od właściwie początku, kiedy jestem dyrektorem, walczę o to i w ministerstwie wypowiadam się dosyć odważnie na ten temat, że jest to przepis z ogromną krzywdą dla dziecka. My nie korzystamy z tej możliwości, ponieważ **nie wyobrażam sobie sytuacji, w której dziecko, które jest pierwszy dzień, stoi przed świetlicą, a my, ponieważ nie mamy go wpisanego do systemu i do dziennika lekcyjnego czy wychowawczego, mówimy mu: »to, poczekaj przed świetlicą, bo teraz bawią się dzieci, które są już 9 dni w szpitalu«**. Tak, no to jest po prostu nieludzkie. Nie robimy czegoś takiego. **Dziecko tak naprawdę od pierwszego momentu, w którym znajduje się w szpitalu, jest zaopiekowane i pod względem wychowawczym, i pod względem dydaktycznym**”
(W4 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

Organizacja procesu kształcenia w szkołach szpitalnych znacznie różni się od tej, która jest realizowana w szkole masowej. Pacjenci na każdym oddziale szpitalnym są przypisani do odpowiedniej tak zwanej „**grupy wychowawczej**” ze względu na wiek i etap kształcenia. Liczba osób w grupach wychowawczych jest zależna od stanu ich zdrowia i – według przepisów – powinna wynosić w przypadku: chorych leżących – do 12 osób; chorych chodzących – do 16 osób; pacjentów z zaburzeniami psychicznymi lub sprzężonymi dysfunkcjami – do 8 osób (Dz.U. 2020, poz. 2181). W zależności od wielkości szpitala i poszczególnych oddziałów w jednej grupie wychowawczej mogą być uczniowie z jednego bądź kilku oddziałów szpitalnych.

Rytm tygodniowej pracy nauczycieli szkół w placówkach leczniczych, analogicznie do szkół masowych, jest wyznaczony **planem zajęć**. Plan ten jest rozpisany na 45-minutowe

jednostki dydaktyczne, na grupy wychowawcze oraz oddziały szpitalne. Nauczyciele i dyrektorzy biorący udział w badaniu opisują organizację dnia pracy następująco:

„Na przykład dzisiaj jest poniedziałek, to ja na przykład mam oddział neurologii i laryngologii, to jest tam jeden taki ciąg i mam dzieciaki I–III i IV–VI” (W3 – nauczycielka angielskiego, o. neurologii i laryngologii).

„Plan jest układany, stały dla każdej kliniki/oddziału, odrębnie dla każdego etapu edukacji – dla przedszkola, klas I–III, klas IV–VIII i odrębnie liceum. Na każdym piętrze w każdej klinice są te cztery grupy wiekowe. (...) Na niektórych oddziałach łączymy klasy IV–VI i VII–VIII odrębnie” (W4 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

Nauczyciele pracują na jednym bądź kilku oddziałach, w zależności od pełnionej funkcji i wielkości szpitala. W szpitalach są przyjęte różne rozwiązania organizacyjne. Nauczyciel świetlicy ma zazwyczaj wyznaczony jeden oddział, nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej kilka, natomiast nauczyciel przedmiotowy – zazwyczaj wszystkie oddziały. W przypadku mniejszych szpitali, gdy godzin dydaktycznych jest niewiele, są też takie osoby, które łączą pracę w szpitalu z pracą w szkole specjalnej, w której są zatrudnione.

To, co jest najbardziej charakterystyczne w szkołach przyszpitalnych, co wyróżnia je na tle innych szkół, to **duża rotacja uczniów**. Dyktuje ona pozostałe warunki organizacji środowiska edukacyjnego. Z tego względu, mimo ogólnego, stałego planu zajęć, każdy dzień pracy nauczycielskiej wygląda inaczej. Każdego dnia liczba pacjentów na poszczególnych oddziałach czy w grupach wychowawczych się zmienia. Każdego dnia pacjenci mają różne potrzeby edukacyjno-terapeutyczne lub wynikające ze stanu zdrowia.

„Pomimo tego samego, stałego planu przez cały rok ja mogę mieć codziennie albo cyklicznie, w każdy poniedziałek inną ilość dzieci” (W3 – o. onkologiczny).

„Matematyka z klasą, powiedzmy, szóstą, trwa tam od godziny 9:00 do 9:45. Natomiast **plan jest planem, a praktyka jest praktyką**. My dostosowujemy się do tego, jakie dzieci, w jakim wieku w danym momencie są [na oddziale] i nie trzymamy się tego planu, bo nie ma takiej możliwości” (W2 – o. ogólnopediatryczny).

„My już mamy jakby wyczucie, że na przykład na onkologię nie chodzimy od samej ósmej rano, prawda? Wiemy, że często dzieci na onkologii potrzebują troszkę więcej snu. Musimy się tutaj elastycznie dopasować do tego. W związku z tym, OK, patrzę, że mam na pierwszej godzinie onkologię. OK, zachodzę, patrzę, dziecko śpi, koc nakryty, tak? No, z wiadomych względów nie budzę. Umawiam się z mamą: »To, co? Dziewiąta będzie dobrze? OK?«” (W3 – o. onkologiczny).

Organizacja zajęć dydaktycznych

W ramach jednej jednostki lekcyjnej nauczyciel ma przypisaną grupę dzieci na danym oddziale. Na bieżąco podejmuje decyzję o sposobie **organizacji procesu kształcenia** z tą grupą. Może zaprosić uczniów do **pracy zespołowej**, może z każdym pracować **indywidualnie w salce na oddziale bądź przy łóżku**. Może też w ogóle nie podjąć współpracy z młodą osobą ze względu na aktualny stan jej zdrowia, nakładające się w tym czasie badania medyczne czy brak motywacji do nauki. Nauczyciele tak opowiadają o organizacji lekcji:

„To od nas zależy czy od stanu zdrowia tych dzieci i od specyfiki oddziału, czy my z tymi dziećmi zrobimy lekcję indywidualną, czy my weźmiemy dwójkę dzieci, czy trójkę”
(W3 – o. onkologii i laryngologii).

„To jest taki [plan] inny niż w normalnych szkołach, praca **bez dzwonek**, praca w **takiej dowolności** właśnie. Mam prawo w ciągu 45 minut podejść do trójki i dwójki dzieci albo sobie wziąć na 45 minut dwójkę dzieci od razu, jak mam taką możliwość. Taka trudność organizacyjna, którą trzeba polubić i trzeba się umieć w tym odnaleźć”
(W1 – dyrektorka szkoły, wszystkie oddziały).

Jest też **możliwość organizacji zajęć w formule mieszanej**, to znaczy prowadzenie wspólnych zajęć z udziałem części uczniów z grupy wychowawczej przy jednoczesnym zleceniu indywidualnych zadań osobom leżącym, które z różnych względów nie mogą uczestniczyć w zajęciach grupowych. Taka organizacja pracy wiąże się z dużym obciążeniem nauczyciela:

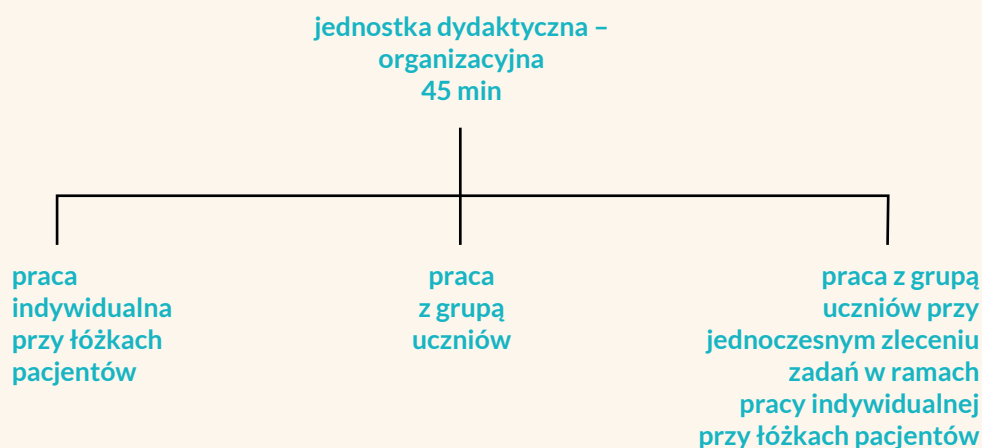
„To jest tak, jeżeli jest w danym oddziale grupa dzieci i dziecko leżące w łóżku, to to dziecko, zanim nauczyciel rozpocznie lekcję z grupą, dziecko w łóżku dostaje kartę pracy – tak zwane **fiszki**. (...) Nauczyciel pracuje z grupą i pod koniec swojej lekcji po 45 minut musi biec już na inne piętro, czyli pod koniec tej... Ta lekcja z grupą trwa około 35 minut, tak? Ponieważ pierwsze 5 [minut] i ostatnie 5 powinno być poświęcone dla tego dziecka, które leży w łóżku”
(W4 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

Formalnie jednostka dydaktyczna trwa 45 minut, jednak jest ona dzielona na krótsze odcinki czasowe w zależności od zaplanowanej przez nauczyciela konfiguracji pracy z uczennicami i uczniami w obrębie grupy wychowawczej:

„Te lekcje nie są 45-minutowe. **One są krótsze**, dlatego że one są **bardzo dynamiczne**, bo to jest **praca jeden na jeden**” (W1 – o. ogólny).

Mimo że formalnie proces kształcenia w szkołach zorganizowanych przy podmiotach leczniczych umożliwia pracę dydaktyczną na różne sposoby, a nauczyciel ma poczucie autonomii w tym zakresie, zazwyczaj jednak **dominuje praca indywidualna** przy łóżku pacjenta. Dzieje się tak nie tylko ze względu na jego stan zdrowia, ale przede wszystkim na różnice programu kształcenia wśród osób z tej samej grupy wychowawczej oraz niewystarczające warunki lokalowe (brak miejsca na realizację zajęć grupowych), co zostanie wyjaśnione w kolejnych podrozdziałach.

Graf 1. |
Warianty organizacji
kształcenia w ramach
jednostki dydaktycznej



Stan zdrowia uczniów-pacjentów

Proces dochodzenia do zdrowia pełni pierwszorzędną rolę w stosunku do procesu kształcenia, który stanowi jego uzupełnienie. Edukacja ma charakter terapeutyczny, jest skupiona wokół uczniowskiego dobrostanu. Na pierwszym miejscu jest stawiany uczeń. Nie jest on zmuszany do uczestniczenia w zajęciach, co pokazuje na przykład poniższa wypowiedź:

„Pytam, czy ma ochotę na to, żeby nauczyć się ze mną wiedzy o społeczeństwie. No i wtedy (...) zwykle mówią »tak«, no bo nudzi im się po prostu w szpitalu” (W1 –wszystkie oddziały).

Ma to też swój wydzźwięk w kontekście stawiania ocen. Kryteria oceniania dotyczą raczej włożonego wysiłku niż stanu wiedzy:

„To jest w pierwszej kolejności **ocena terapeutyczna**, czyli my oceniamy dziecko nie tylko za wiedzę, którą zdobyło, czy za umiejętności, które dziecko zdobywa, ale... To jest dziecko chore, tak? Jak dziecko zachoruje (...), w domu leży chore, to nikt od niego nie oczekuje, że on chory będzie się uczył (...). Czyli bardzo często ta nasza ocena jest nie tylko za wiedzę, ale za **wysiłek, który dziecko włożyło**” (W3 – o. ogólny).

Od nauczyciela szkoły przyszpitalnej wymaga się nie tylko wiedzy metodycznej czy merytorycznej z obszaru prowadzonego przedmiotu, ale też terapeutycznej i medycznej. Ma posiadać podstawową wiedzę z zakresu objawów poszczególnych chorób i na tej podstawie dostosowywać swoje działania dydaktyczne do indywidualnych potrzeb uczniowskich. Podczas wizyty w jednej ze szkół nauczyciele, oprowadzając badaczkę po szpitalu, zwrócili uwagę na odmienną specyfikę pracy w zależności od oddziału szpitalnego, na którym uczeń przebywa. Podkreśla to też poniższa wypowiedź:

„Różni się charakter pracy, bo różne są schorzenia. My **dostosowujemy się do specyfiki**, bo jeżeli dzieci są na przykład na onkologii czy transplantologii, bądź na oddziale izolacyjnym przebywają w salach przypięte do jakiejś maszyny, to wtedy nauczyciel i wychowawca podąża za dzieckiem do łóżka. W momencie, kiedy dzieci mogą się przemieszczać, no to staramy się zbierać je w grupę i w świetlicy odbywają się zajęcia (...). [Dzieci] z ogromną chęcią podążają do świetlicy, by przez choć krótki moment być z rówieśnikami”
(W4 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

Nauczycielki zwracały uwagę na istotną rolę zajęć świetlicowych. Jeśli tylko stan zdrowia pacjentów na to pozwala, są oni zapraszani na świetlicę, na tak zwane zajęcia pozalekcyjne. Natomiast w przypadku organizacji zajęć dydaktycznych w formie pracy zespołowej w grupie kluczową rolę odgrywa nie tylko stan zdrowia, ale też rotacja uczniów. Na oddziale onkologicznym czy psychiatrycznym dominuje praca w grupach, ponieważ jest tam mniejsza rotacja. Pacjenci tych oddziałów przebywają w szpitalu przez dłuższy okres – od kilku miesięcy do nawet kilku lat regularnych hospitalizacji. Gdy na jednym oddziale przebywa ta sama grupa osób, łatwiej jest zaplanować działania dydaktyczne.

Dla lepszego zobrazowania współzależności między stanem zdrowia uczniów i formami pracy w szkołach przyszpitalnych zamieszczamy opis specyfiki pracy na wybranych oddziałach zaprezentowany nam przez nauczycieli podczas wizyty badacza w szkole:

- Oddział **rehabilitacyjny**: charakter turnusowy, ci sami pacjenci przebywają w szpitalu wielokrotnie w ciągu roku, nauczyciele znają ich potrzeby i możliwości. Uczniom znany jest szpitalny tryb edukacji, są do niego przygotowani, wyposażeni w podręczniki i zakres materiału do przyswojenia: „Dzieci są przygotowane na to, co je zastanie, przyjeżdżają ze swoimi książkami. To są dzieci, których stan zdrowotny znamy od urodzenia, od przedszkola aż do matury” (W4 – dyrektorka, wszystkie oddziały).
- Pacjenci **okulistyki** czy **audiologii** to zazwyczaj dzieci ogólnie zdrowe, które są w szpitalu przez krótki czas w celu odbycia ćwiczeń oka. To dzieci aktywne, które mają potrzebę realizacji nie tylko zajęć obowiązkowych, ale i dodatkowych.
- Na **chirurgii** bywają pacjenci unieruchomieni, stosuje się więc podręczniki jedynie w wersji elektronicznej, a praca bazuje na komunikacji ustnej.

- Na oddziale **diabetologii** dzieci są apatyczne, rozdrażnione, dochodzi do przypadków psychoz, agresji, zachowanie uczniów bywa nieadekwatne do sytuacji.
- Na oddziale **psychiatrycznym** pacjentom może towarzyszyć nadmierny stres. Na tym oddziale jest szczególnie wymagane indywidualne podejście do każdego dziecka, wrażliwość na jego potrzeby oraz ścisła współpraca nauczycieli z terapeutami. Pracuje tu więcej nauczycieli, ze względu na wymóg w postaci stałej opieki nad dziećmi i młodzieżą, nawet podczas wyjścia do toalety: „Psychiatryczne dzieci nie mogą wychodzić do toalety bez nauczyciela, więc tam jest nauczyciel, który jest pomocą nauczyciela, i nauczyciel na korytarzu; interweniuje, jak się coś dzieje” (O1).
- Na oddziale **metabolicznym** są dzieci z rzadkimi chorobami. Bywa, że są to dzieci poniżej normy intelektualnej. Od nauczycieli i nauczycielek wymaga się wiedzy metodycznej w zakresie pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną.
- Ten sam wymóg może dotyczyć niektórych osób z oddziału **onkologii**: „Na onkologii dzieci na skutek guza mogą stracić zdolność widzenia, mówienia, słyszenia. W ubiegłym roku chłopiec stracił wszystko łącznie z umiejętnością tykania i przez dwa miesiące praca polegała na tym, że my przychodziliśmy do pracy jak z niemowlakiem, jak z rocznym dzieckiem (...). Trzeba było wszystko mu pokazać na nowo. No i od lutego do czerwca, no, już w maju zaczął z powrotem liczyć w zakresie 50, a po wakacjach już pisać z powrotem” (O1).

Treści kształcenia i pomoce dydaktyczne

Celem edukacji ucznia-pacjenta jest przede wszystkim dążenie do opanowania i utrwalenia materiału realizowanego w szkole pochodzenia w czasie jego absencji, by po opuszczeniu szpitala kontynuował edukację w tej szkole bez braków w wiedzy. Podczas pobytu w szpitalu uczniowie i uczennice w obrębie jednej grupy wychowawczej uczęszczają do klas łączonych, w związku z tym opracowywane wspólnie z nauczycielem zagadnienia różnią się od siebie. Różnice programowe pojawiają się nawet w przypadku młodych osób w tym samym wieku. Podczas ich nieobecności w szkołach macierzystych zazwyczaj są realizowane różne tematy oraz wykorzystywane różne podręczniki. Mimo że nauczyciele zdają sobie sprawę z wartości pracy zespołowej i uczenia się od rówieśników na zasadzie partnerstwa poznawczego, różnice programu i treści kształcenia powodują, że organizacja takich zajęć jest trudna do realizacji:

„My pracujemy głównie indywidualnie z tymi dziećmi z bardzo konkretnych powodów: bo każde dziecko przychodzi często z innym podręcznikiem, **jest w zupełnie innym miejscu, jeśli chodzi o uczenie**. I naprawdę trudno byłoby technicznie zebrać dzieci kilkoro, żeby je pouczyć, po prostu, bo one się w swojej szkole macierzystej uczą zupełnie czegoś innego”

(W3 – o. neurologii i laryngologii).

„Jak ja studiowałam lata temu, to była piękna metodyka, gdzie zaczynało się od tego, że lekcja powinna być wprowadzona, wychodząc ze wspólnego źródła. Temat lekcji powinien być [wspólny] i to było cudowne. I tak, jakby można było do tego wrócić metodycznie, to by było super. Czyli jest jeden temat lekcji, a później rozdziela się na poziomy i każdy pracuje na swoim poziomie, ale w danym zakresie – że wspólne było wprowadzenie. Potem był podział na poziomy. I później było wspólne zakończenie. Dziś to jest niemożliwe (...) uczeń często przychodzi z zaznaczonymi konkretnymi zadaniami (...)”
(W1 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

Potrzebę takiej formy pracy z uczniem nauczyciele i nauczycielki uzasadniają „przeładowaną” podstawą programową oraz sprecyzowanymi oczekiwaniami ze strony szkoły pochodzenia odnośnie do zakresu materiału, który osoby mają przyswoić.

Praca zespołowa uczniów częściej zdarza się w ramach zajęć zintegrowanych na etapie edukacji wczesnoszkolnej:

„Mimo że ktoś tam twierdzi, że ktoś jest dalej, ktoś bliżej jest z jakimś tam materiałem, ja tak próbuję wypośrodkować, żeby wszyscy coś wynieśli z tego, z tych zajęć”
(W2 – o. ogólnopediatryczny).

Praca indywidualna polega na omówieniu z dzieckiem tematów realizowanych w szkole macierzystej podczas jego nieobecności lub zagadnień, które były już realizowane, w ramach powtórzenia tych treści. Zakres materiału wyznacza rodzic lub uczeń we współpracy z nauczycielem szkoły macierzystej, czasem przy wykorzystaniu dziennika elektronicznego. Taki sposób organizacji zajęć przypomina **korepetycje**, podczas których uczeń nadrabia zaległości.

„Pokazuję spis treści w podręczniku i pytam: »Co miałeś ostatnio na lekcji?«. I wtedy robimy albo powtórzenie, jak dziecko chce, z poprzedniego tematu, czasami prosi o następny temat. Proponuję zawsze jakieś ćwiczenia” (W1 – o. rehabilitacyjny).

„To jest dobry czas dla dziecka, żeby nadrobić stracony materiał, żeby tak nadrobić zaległości”
(W1 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

„Dostałam takie sygnały, że uczniowie właśnie mówią, że traktują czasami ten pobyt i te zajęcia właśnie z tych trudniejszych przedmiotów jak **bezpłatne korepetycje**, bo się potrafią naprawdę dużo nauczyć, tak że elastycznie bardzo to wszystko traktujemy”
(W2 – o. ogólnopediatryczny).

Z naszych obserwacji podczas wizyty w szkołach przyszpitalnych wynika, że praca z podręcznikiem jest dominującą formą aktywności podczas zajęć. Wniosek ten jest spójny z innymi wynikami badań w tym obszarze (por. Antoszewska, 2021, s. 90). Dobór treści kształcenia zależy też od tego, jak często osoba jest nieobecna w swojej szkole pochodzenia. W pracy dydaktycznej z dziećmi, które mają dłuższą, ponad dwutygodniową absencję, czy też takimi, które w szpitalu pojawiają się cyklicznie, nauczyciele podejmują się **hierarchizacji treści**, to znaczy selekcjonują treści programowe, które ich zdaniem są najbardziej istotne:

„Staramy się **wyłapać te takie najważniejsze tematy**, które wiemy, że im absolutnie będą potrzebne do tego, żeby wrócić do swojej szkoły macierzystej i w miarę komfortowo dalej w tejże szkole funkcjonować” (W3 – o. ogólny).

Dobór treści w ramach nauczania przedmiotowego może też wynikać z **zainteresowań uczniów**. Dzieje się tak na przykład podczas przedmiotów artystycznych, nieegzaminacyjnych:

„Ja w ciągu dnia, robiąc ten tak zwany obchód, to już zachodzę wcześniej, prawda? OK, to jesteś siódma, ósma, to pytam się: **»Jakie masz... no, co chciałbyś zrobić? Co cię interesuje, czy to bardziej cię interesuje, czy to?«**. I się wtedy zastanawiam, co później takiemu uczniowi zaproponować” (W3 – o. onkologiczny).

W związku z podejmowaniem na bieżąco decyzji o wyborze treści kształcenia nauczycielki szkół szpitalnych nie są w stanie z wyprzedzeniem planować aktywności realizowanych podczas zajęć. **Materiały czy karty pracy** przygotowują od ręki w oparciu o potrzeby konkretnych osób, korzystają też ze zgromadzonych przez lata pracy zawodowej materiałów i zasobów internetowych:

„Jeżeli ma ochotę zdobyć ocenę, no to tak **na szybko** robię. Robię jakieś ćwiczenia z tym uczniem, mówię: **»Przygotuj się na przykład do czegoś«**. **W międzyczasie ja robię jakąś kartę pracy, tak na kolanie dosłownie i tak szybciotko**, czasami mam coś gotowego, oczywiście. Natomiast zazwyczaj jest tak, że coś na szybko robię. Jest to dostosowane do tego jednego ucznia” (W1 – o. rehabilitacyjny).

„Internet jest kopalnią pomocy, ogromną kopalnią właśnie kart pracy i tak dalej. I głównie na tym bazuję, bo przekonałam się, że planowanie, no, tutaj jakby nie ma, nie ma sensu. Ja wchodzę rano, orientuję się, kto jest, i wtedy na bieżąco korzystam z tego, co mam, albo z pomocy internetu” (W2 – o. ogólnopediatryczny).

„Tak naprawdę warsztat pracy nauczyciela w szkole szpitalnej musi być niezwykle bogaty i wyczerpujący dla ucznia, ponieważ uczeń w łóżku dostaje cały zestaw, na podstawie którego może opracować samodzielnie temat” (W4 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

Opisywany tryb pracy dydaktycznej nauczycielki szkoły przyszpitalnej sprawia, że proces planowania zajęć i podejmowanych w ramach nich aktywności czy treści kształcenia jest utrudniony, a często niemożliwy. Taka organizacja kształcenia wymaga od nauczycielki przede wszystkim **umiejętności adaptacyjnych**, dostosowywania się do danej sytuacji, **wrażliwości na indywidualne potrzeby poszczególnych uczniów oraz szybkiego podejmowania decyzji**. Osoba nauczająca musi dysponować **obszernym warsztatem pracy w postaci materiałów dydaktycznych czy kart pracy ze wszystkich działów danego przedmiotu**.

Różnice między funkcjonowaniem szkół przyszpitalnych i masowych

Najbardziej charakterystycznymi elementami funkcjonowania szkół przyszpitalnych, różnicującymi je na tle szkół masowych, są:

- rotacja uczniów i rodziców – dominuje krótkoterminowy czas edukacji;
- ograniczona możliwość planowania pracy dydaktycznej przez nauczycieli;
- wysokie wymagania dotyczące pracy nauczycielskiej – elastyczność, umiejętności adaptacyjne, szybkie podejmowanie decyzji;
- niewystarczające warunki lokalowe;
- różnice w funkcjonowaniu uczniów i uczennic w zależności od oddziałów;
- praca indywidualna przy łóżku pacjenta jako dominująca forma kształcenia.

Przestrzeń szkolna

Obowiązkiem podmiotu leczniczego, w którym funkcjonuje przedszkole specjalne, oddział przedszkolny w szkole podstawowej lub szkoła specjalna, jest zapewnienie odpowiednich pomieszczeń do przeprowadzania zajęć edukacyjnych i wychowawczych. Warunki korzystania z tych pomieszczeń oraz zasady pokrywania kosztów ich utrzymania ustala umowa pomiędzy podmiotem leczniczym a organem prowadzącym jednostkę oświatową (art. 128 ust. 1 ustawy – Prawo oświatowe). Jednak zasady te nie są dookreślone.

„W Ministerstwie Zdrowia cały czas nie jest to wyjaśnione, na jakich zasadach ma się to odbywać i ile ma być tych pomieszczeń – i nie jest to powiedziane. [Szpital] ma zapewnić pomieszczenia dla szkoły, ale to my, dyrektorzy, musimy ciągle walczyć, a jeszcze potrzebuję gdzieś dokumenty trzymać, tak, a archiwum, a moi nauczyciele muszą gdzieś wypić herbatę, tak, bo są od rana do wieczora” (W4 – dyrektorka).

W wypowiedziach nauczyciele i nauczycielki podkreślają, że mimo że wiele się zmienia, szpitale są coraz nowocześniejsze, miejsce dla szkoły nie jest zaplanowane:

„Oddział jest nowy, piękny i cudowny, ale jeżeli chodzi o to, żeby ktoś pomyślał o nauce dzieci, to niestety źle to wygląda” (W2 – nauczycielka I–III).

W szpitalu, w którym prowadzono obserwację, na każdym oddziale jest świetlica i stołówka, w całej placówce zaś są łącznie trzy sale lekcyjne oraz jedna biblioteka. Świetlice są wyposażone w gry i materiały dydaktyczne, zabawki, komputery, a nawet keyboard. Są udekorowane adekwatnie do pory roku czy obchodzonego święta. Niektóre szafki są zamykane na klucz, znajdują się w nich pomoce dydaktyczne i materiały przygotowane przez nauczycieli (O1).

Z relacji nauczycielskich wynika, że **warunki lokalowe są zazwyczaj niewystarczające**, by w komfortowy sposób realizować zajęcia dydaktyczne. Bywa, że w szpitalu w ogóle takich pomieszczeń nie ma. W związku z tym zajęcia odbywają się w świetlicy, stołówce czy sali szpitalnej, na korytarzu, a nawet w kącie do ładowania sprzętu medycznego (O1). W żadnym z tych miejsc nie ma warunków do komfortowej pracy z uczniem. Warunki lokalowe to kolejna przyczyna dominacji organizacji kształcenia w postaci pracy indywidualnej z uczniem.

Zajęcia dydaktyczne mogą na przykład odbyć się w świetlicy. Jednak jest to pomieszczenie wielofunkcyjne. Bywa, że w tym samym czasie przebywają tam dzieci w różnym wieku i na różnych etapach kształcenia i że jednocześnie starają się tam prowadzić zajęcia nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej, nauczyciele przedmiotowi czy zajęć świetlicowych. Do świetlicy przychodzą także rodzice oraz personel medyczny.

W odwiedzionym podczas badania szpitalu szkoła ma swoje pomieszczenia na poddaszu pawilonu rehabilitacyjnego. Tam, na niewielkiej przestrzeni, jest biblioteka i do niej czasami są przyprowadzane dzieci z oddziałów na zajęcia. Pozostałe pomieszczenia to pokój nauczycielski, pokój administracji szkolnej, pokój dyrekcji i przestrzeń ze skosami, gdzie są przechowywane pomoce (O5).

Nauczyciele zwracają uwagę, że **przestrzeń ta ze względu na hałas i dużą liczbę pacjentów nie spełnia warunków do pracy w skupieniu**. Jest to kolejny powód, dla którego dominuje nauczanie indywidualne w sali szpitalnej przy łóżku pacjenta:

„To nie jest proste, bo w tej świetlicy przebywają też rodzice, dzieci przedszkolne, dzieci starsze, ale udaje się zorganizować takie małe grupy w świetlicy. Większość odbywa się przy łóżkach, indywidualnie” (W2 – o. ogólnopediatryczny).

„Jeżeli ja prowadzę zajęcia z klasami I–III, to nauczyciele ze starszych klas wychodzą z dziećmi do sal [szpitalnych], gdzie mają, no, lepsze warunki. »Lepsze warunki« – to też jest źle powiedziane, bo **tych warunków nie ma**, bo to **na kolanie** się tak naprawdę... bo sale są niewielkie i jest łóżko, i taki stoliczek, na którym stoi woda tylko czy tam kubek z herbatą, mieszczą się, więc... No, ale przynajmniej jest cisza i spokój. Można przynajmniej chociażby porozmawiać, tak że tak to wygląda. Warunki lokalowe też nie są dobre, mimo że oddział jest nowy, piękny i cudowny, ale jeśli chodzi o to, czy ktoś pomyślał o nauce dzieci, no to niestety, źle to wygląda” (W2 – o. ogólnopediatryczny).

„Najczęściej zajęcia są tak trochę kątem. My ubolewamy, że świetlica ma lepsze warunki do zabawy dla dzieci niż my do nauki” (W1 – o. ogólny).

Poza pomieszczeniami przeznaczonymi specjalnie na edukację nauczyciele zazwyczaj są też pozbawieni komfortowego **pokoju nauczycielskiego** czy chociażby zaplecza socjalnego, w którym mogą zjeść, porozmawiać i przechowywać materiały dydaktyczne. Bywa, że szafy z materiałami są rozlokowane po korytarzach, nie zawsze zamykają się na klucz. A to może sprzyjać kradzieżom.

„Kolejny raz zostaliśmy wyrzucone z naszego pokoju nauczycielskiego, tak zwanego, dość komfortowego. Zostaliśmy wyrzucone do takiej malutkiej, że tak powiem, kłitki. (...) Jesteśmy przeprowadzane z naszego zaplecza praktycznie co roku. Bo **jesteśmy jakby na garnuszku i dzięki uprzejmości szpitala**. Więc jeżeli oni potrzebują tego pokoju, który my mamy, to po prostu oferują nam inne miejsce. I my tak wędrujemy po szpitalu, i teraz właśnie wyprowadzili nas do innego budynku, więc przechodzimy około 10 minut. Idziemy, żeby dojść na oddział nasz, ten pediatryczny” (W2 – o. ogólnopediatryczny).

„My się borykamy z **problemem miejsca na szafy, brakiem sal**. Chociaż i tak uważam, że nie mamy najgorzej, bo były takie głosy z różnych szkół szpitalnych, że jeszcze muszą płacić za wynajem tych sal w szpitalu, to już w ogóle dla mnie szok” (W1 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

Wyraźnie widać nauczycielską frustrację dotyczącą niedostatecznych warunków lokalowych. Nauczycielom i dyrektorom marzy się dostępne miejsce dopasowane do potrzeb i możliwości uczniów, widać, że rozumieją potrzebę dopasowania się do warunków, ale uwiera ich to, że w procesie działania szpitala są marginalizowane potrzeby szkoły:

„Spychają (...) z jakiejś sali, która była przed chwilą kącikiem szkolnym, między kotleta a ryczący telewizor. No i muszę interweniować. Tak, muszę, muszę iść i to prostować (...). Sprzątające, które muszą zjeść drugie śniadanie, omawiają, prawda, przy grupie dzieci i młodzieży swoje ekscesy seksualne. No, no to jest, to jest absolutnie... no to jest niedopuszczalne. To jest niedopuszczalne” (W4 – dyrektorka).

Wypowiedzi badanych ujawniają poważne problemy w kontekście panujących w szkołach przyszpitalnych warunków lokalowych, które utrudniają prowadzenie zajęć dydaktycznych oraz zmniejszają komfort pracy nauczyciela i ucznia. Kluczowym wyzwaniem jest brak odpowiednio wyposażonych przestrzeni umożliwiających pracę w ciszy i skupieniu oraz brak miejsca do pracy w małych grupach. Nauczycielki i nauczyciele, pomimo trudnych warunków, starają się organizować swoją pracę i szukać rozwiązań, jednak sytuacja wymaga pilnych działań na poziomie instytucjonalnym.

W związku z opisywaną organizacją kształcenia nauczyciele przedmiotowi w toku swojego szkolnego dnia pracy przemieszczają się z oddziału na oddział, pchając torby na kółkach, a nawet wózki sklepowe wypełnione zgromadzonymi materiałami, pomocami dydaktycznymi, podręcznikami, przyborami szkolnymi czy tabletami (O1), pokonując długie trasy szpitalnych korytarzy. Bywa, że czas ten wykorzystują na planowanie aktywności podczas zajęć oraz dobór odpowiednich materiałów dydaktycznych. Z tego względu szkoła przyszpitalna bywa nazywana „szkołą mobilną” (O1), lub – nieco żartobliwie – „bieżnią zastępującą siłownię” (O7).

„Przez dwa lata żeśmy mieli na przykład pomieszczenia gdzieś tam, tak o, kątem, na drugim budynku, gdzie mieliśmy naszą dokumentację, nasze pomoce trzeba było wziąć, kartonik, siatkę, plecak, cokolwiek i przejść przez dwór, i to na oddziały pediatrii” (W1 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

„Wędrując z budynku do budynku, rodzą się pomysły, co zrobić, bo to jest takie planowanie właśnie (...) to jest praca na bieżąco. Tak że już wyrobiliśmy się tak, że jesteśmy elastyczne i potrafimy właśnie po drodze wymyślać, co teraz będzie” (W2 – o. ogólnopediatryczny).

„W takich wózekkach sklepowych bądź z walizką z kółkami podróżujemy po szpitalu z naszym warsztatem pracy” (W1 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

„Nauczyciel jest jak pątnik, chodzi od dziecka do dziecka i wyjaśnia rzeczy, które są niezrozumiałe, tak by nie miało żadnych zaległości” (W1 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

Nauczyciel nieustannie wędruje po oddziałach, nieraz znacznie od siebie oddalonych, znajdujących się w labiryntach szpitalnych korytarzy:

„Wędrujemy po szpitalu i teraz właśnie wyprowadzili nas do innego budynku, więc przechodzimy około 10 minut. Idziemy, żeby dojść na oddział nasz, ten pediatryczny” (W2 – o. ogólny).

Wędrówka po szpitalu zaczyna się od codziennego, jak to mówią nauczycielki i nauczyciele językiem szpitalnym, „obchodu”:

„Jak my robimy ten poranny obchód, to my wiemy, gdzie możemy zostać dłużej, a gdzie możemy zostać krócej, tam, gdzie mogę zostać dłużej, to wiem, że mogę więcej zrobić” (W3 – nauczycielka j. angielskiego).

„Jestem przed pracą i idę właśnie na oddział. Spisuję z książki oddziału dzieci wszystkie do naszej książki (...). I zaczynam od tego, że wpisuję dzieci, wyjścia, przejścia. Robię to codziennie, żeby się zorientować, jakie są dzieci” (W2 – nauczycielka I-III).

„Zajmuje to trochę czasu, ponieważ samo podejście do ucznia to nie jest takie, wiecie, marginalne. Tak, ja w ciągu dnia, robiąc ten tak zwany obchód, to już zachodzę wcześniej, prawda? OK, to jesteś siódma, ósma to pytam się: »Jakie masz... no, co chciałbyś zrobić?«” (W3 – nauczycielka muzyki).

Obchód jest codziennym rytuałem, dzięki któremu nauczyciele ustalają sobie plan pracy na poszczególnych oddziałach. Działają, owszem, według opisanego wyżej planu szkoły, natomiast na oddziale, po obchodzie i uzyskaniu wiedzy, ilu i jakich uczniów będą uczyć, planują każdy dzień w zależności od zastanych uwarunkowań.

Nawet pomoce szkolne są w nieustannym ruchu, bo często magazynki „są przeprowadzane”:

„Jesteśmy przeprowadzane z naszego zaplecza praktycznie co roku. Bo jesteśmy jakby na garnuszku i dzięki uprzejmości szpitala” (W2 – nauczycielka I-III).

Szkoła funkcjonuje w tym samym czasie w **równoległych miejscach**, na wielu oddziałach. Oddzielone od siebie są też jej różne organy:

„No, nasza główna pani dyrektor jest, no, wiadomo, jest w innym miejscu, w innym budynku, ma swoje sprawy – bardzo, bardzo trudne sprawy, bo te dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi to są, no, też trudne przypadki. Tam codziennie policja, pogotowie, różne sprawy są, więc rozumiem” (W2 – nauczycielka I-III).

Cytowana nauczycielka uznaje potrzebę funkcjonowania dyrekcji niejako poza szpitalem, rozumie potrzeby wynikające z działania innej placówki, jednak wyraźnie odczuwalne jest poczucie osamotnienia wynikające z braku dyrektora na miejscu. Wielokrotnie w wypowiedziach wybrzmiewa także, że zarówno kadra pedagogiczna, jak i dyrekcje szkół **nie czują się w szpitalu jak u siebie**. Rozmówcy podkreślają, że zależą od gospodarza budynku i zawdzięczają miejsce dyrekcji szpitala, ordynatorowi oddziału czy pielęgniarce oddziałowej:

„Więc jeżeli oni potrzebują tej sali czy tego pokoju, który my mamy, to po prostu oferują nam inne miejsce. Natomiast na oddziale pediatrycznym mamy zamykane szafki. Dzięki właśnie uprzejmości pani ordynator” (W2 – nauczycielka I–III).

Badani z dumą przedstawiają **zdobycie miejsca dla szkoły w szpitalu** jako przejaw swojej sprawczości, niemal jako swój sukces, ewenement na tle innych placówek tego typu, w których brakuje miejsca:

„Brak pomieszczeń jest jedynym kryterium, które nas ogranicza, ale i tak mamy tych pomieszczeń więcej niż w innych szpitalach. Natomiast inne szkoły szpitalne nawet nie występują o wicedyrektorów, o sekretariat, o cokolwiek, bo najnormalniej w świecie mieszczą się w jakimś pomieszczeniu, które przed chwilą było składzikiem na szczotki, tak, i tam mają gabinet dyrektora, pokój nauczycielski, wszystko” (W4 – dyrektorka).

Wszystkie te elementy wpływają na organizację procesu kształcenia (tabela 3).

Tabela 3.
Elementy
różnicujące
proces
kształcenia
w placówkach
lecniczych

Główne elementy różnicujące proces kształcenia	Szkoła w placówce leczniczej	Szkoła masowa
Plan zajęć	podział na grupy zajęciowe i oddziały	podział na klasy
Wiek uczennic i uczniów w klasie	grupy zróżnicowane wiekowo (7–9 l.; 10–12 l.; 13–14 l.); zazwyczaj podział na 3 etapy: klasy I–III, klasy IV–VI i klasy VII–VIII	w tym samym wieku, w obrębie 8 klas
Liczba osób w szkole	rotacja uczennic i uczniów: młoda osoba realizuje zajęcia edukacyjne od kilku dni (dziecko krótko leżące) do kilku tygodni (dziecko długo leżące) bądź cyklicznie (wielokrotnie leżące w ciągu roku)	stała grupa uczniów i uczennic
Program	wiele programów i podręczników w ramach jednej grupy wychowawczej – adekwatnie do szkół pochodzenia poszczególnych osób	jeden program nauczania i jeden zestaw podręczników
Liczba osób podczas zajęć	praca indywidualna 1:1 z nauczycielem bądź praca nauczyciela z małym zespołem uczniowskim na danym oddziale szpitalnym	liczna grupa osób w klasie
Miejsce uczenia się	świetlica/ stołówka/ sala lekcyjna/ sala szpitalna – przy łóżku pacjenta/ korytarz/ biblioteka	zazwyczaj sala lekcyjna
Obligatoryjność	edukacja dobrowolna, osoba ma prawo odmówić udziału w zajęciach	edukacja obowiązkowa

Źródło: opracowanie własne.



Miejsce szkół przyszpitalnych w systemach edukacji i ochrony zdrowia. Współpraca ze szkołami macierzystymi i szpitalami

Szkoły przyszpitalne i oddziały szkół specjalnych w placówkach leczniczych funkcjonują na styku dwóch ważnych obszarów działania państwa związanych z opieką – systemu edukacji i systemu ochrony zdrowia, „na styku ministerstw” (W4 – dyrekcja, wszystkie oddziały). Z jednej strony są częścią systemu szkolnictwa i ich podstawową funkcją jest zapewnienie dostępu do edukacji dzieciom i młodzieży przebywającym w placówkach leczniczych, z dala od swoich szkół macierzystych. Z drugiej strony organizacja nauki odbywa się w przestrzeni szpitala lub sanatorium, czyli w podmiotach wchodzących w skład systemu ochrony zdrowia. To sprawia, że szkoły przyszpitalne muszą współpracować zarówno z dyrekcją i kadrami pedagogicznymi szkół macierzystych dzieci i młodzieży, jak i z dyrekcją szpitali oraz personelem medycznym pracującym na co dzień na oddziałach, na których leczą się lub rehabilitują uczennice i uczniowie. W tym rozdziale zajmiemy się dobrymi praktykami w zakresie współpracy szkół przyszpitalnych ze szkołami macierzystymi i szpitalami, a także trudnościami, jakie się przy tym pojawiają. Odpowiemy też na pytanie, jak jest realizowana rola szkół przyszpitalnych w systemach edukacji i ochrony zdrowia z perspektywy kadry pedagogicznej.

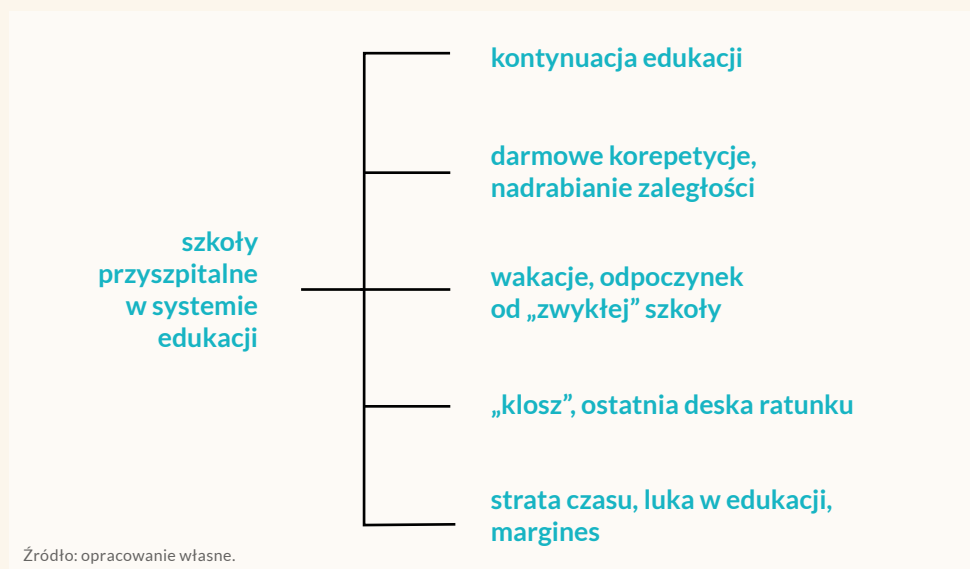
Analiza wątków dotyczących współpracy i funkcjonowania szkół przyszpitalnych pomiędzy obszarami szkolnictwa i lecznictwa pozwoliła nam stworzyć typologię funkcji, jakie pełnią szkoły przyszpitalne w obrębie systemów edukacji (graf 2) i ochrony zdrowia (graf 3). Typologia powstała na podstawie analizy wypowiedzi uczestniczących w badaniu nauczycielek, które opisywały podejście do szkół przyszpitalnych uczniów, rodziców, a także kadry pedagogicznej i personelu medycznego.

Poniższa typologia pokazuje zróżnicowanie funkcjonalne szkół przyszpitalnych, a przy tym odkrywa ich niejednoznaczny status zarówno pośród podmiotów systemu szkolnictwa, jak i w ramach placówek leczniczych. Z perspektywy badanych nauczycielek miejsce szkół przyszpitalnych w systemie edukacji może być **równorzędne** wobec innych placówek (gdy dziecko w szkole przyszpitalnej kontynuuje naukę lub nadrabia zaległości), **marginalne** (gdy taka szkoła jest traktowana jak wakacje lub wręcz strata

czasu i przerwa w edukacji), ale też **centralne** (gdy zastępuje szkołę macierzystą i staje się głównym miejscem edukacji). Z punktu widzenia relacji między kadrami pedagogicznymi a personelem medycznym szkoła przyszpitalna pełni rolę **partnerską** w opiece nad pacjentami i organizacji życia oddziałowego albo stanowi **przeszkodę** utrudniającą codzienne funkcjonowanie szpitala.

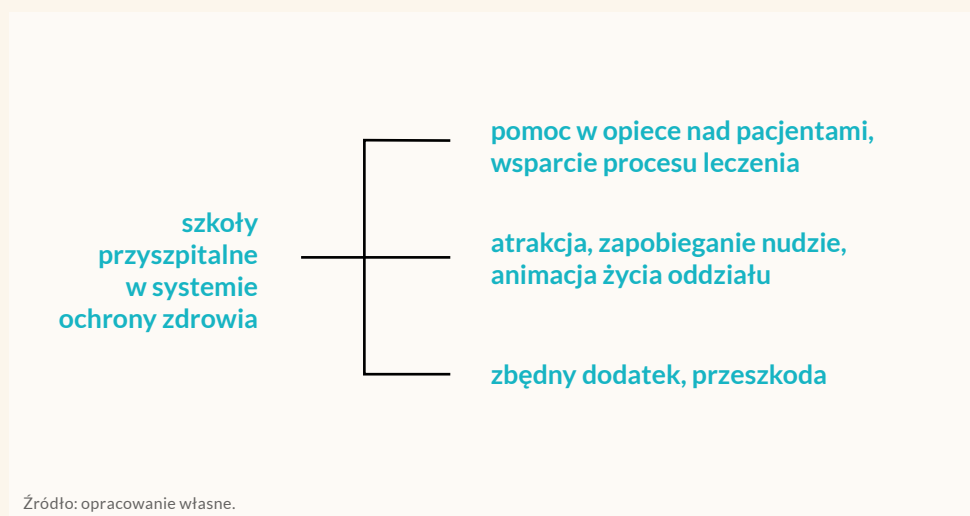
Graf 2.

Funkcje szkół przyszpitalnych w systemie edukacji – perspektywa nauczycieli



Graf 3.

Funkcje szkół przyszpitalnych w systemie ochrony zdrowia – perspektywa nauczycieli



Jaka jest rola szkół przyszpitalnych w systemie edukacji?

Szkoła przyszpitalna jako placówka edukacyjna: kontynuacja nauki

Najbardziej oczywistą rolą szkół przyszpitalnych jest umożliwienie dzieciom i młodzieży kontynuacji nauki podczas leczenia w placówce szpitalnej lub sanatoryjnej, „żeby nie było przestoju w edukacji, zaległości” (W1 – o. psychiatryczny). Praca z uczniami, którzy w wyniku hospitalizacji zostali zmuszeni do czasowego opuszczenia swoich szkół macierzystych i kontynuują naukę w szkołach szpitalnych, opiera się przede wszystkim na realizacji podstawy programowej. W przypadku osób, które mają ciągłość edukacji

w szkole przyszpitalnej (gdy hospitalizacja jest długotrwała, np. na oddziałach psychiatrycznych lub onkologicznych), nauczyciele koncentrują się na stworzeniu warunków podobnych do tych, które zapewnia szkoła macierzysta. Kontynuacja nauki w placówce przyszpitalnej może się skończyć ukończeniem w niej danego etapu edukacji (klasyfikacja, zdanie egzaminów ósmoklasisty lub matury). Tak o swoich działaniach mówi nauczycielka pracująca z młodzieżą przebywającą na oddziale psychiatrycznym:

„Muszę **zrealizować podstawę programową**. Tak, to jest priorytet, mówię tutaj o tych o uczniach z klasy, ze szkoły podstawowej czy liceum, tych, którzy są u nas na tych dłuższych pobytach. (...) Tutaj bierzemy większą odpowiedzialność za nich. Ze względu na to, że, no, **przygotowujemy ich do egzaminów, do matury**, do różnego rodzaju wyzwań, więc tutaj jeżeli tylko uczeń ma możliwości, ma chęć, to oczywiście może u nas **kontynuować, jakby uczyć się na poziomie takiej zwykłej, masowej szkoły**” (W1 – o. psychiatryczny).

W przypadku krótszych pobytów szpitalnych (np. na oddziałach ogólnych lub rehabilitacyjnych) nauczyciele dostosowują program do aktualnych tematów realizowanych w szkołach macierzystych poszczególnych uczennic i uczniów. Priorytetem szkoły szpitalnej jest wówczas stworzenie takich warunków edukacyjnych, aby po zakończonej hospitalizacji każda osoba wróciła do swojej szkoły macierzystej, rozumiejąc omawiany tam materiał, aby nie miała zaległości i była przygotowana do dalszych wyzwań edukacyjnych. Nauczyciele zwracają uwagę na niezastąpioną rolę współpracy z uczniami, ich rodzicami, szkołami macierzystymi, a nawet rówieśnikami w zakresie ustalania aktualnie omawianych zagadnień na poszczególnych przedmiotach. Podkreślają też konieczność indywidualizacji procesu nauczania ze względu na różne aspiracje osób, które trafiają na oddziały szpitalne.

„I teraz tak, jeśli chodzi o przedmioty takie typu właśnie geografia, język angielski czy matematyka, no to sprawa jest prosta: jest podręcznik, **w tym podręczniku jest ustalona kolejność tematów**. Z językiem polskim jest troszeczkę gorzej, bo tam nauczyciele sobie po tym podręczniku mogą skakać. I tu jest bardzo duża pomoc właśnie ze strony rówieśników albo ze strony szkoły macierzystej czy wychowawców szkół macierzystych, czy polonistów, którzy **na bieżąco podają dziecku tematy, które są realizowane**. I my tak naprawdę w tym momencie staramy się (...) wyłapać te takie najważniejsze tematy, które wiemy, że im absolutnie **będą potrzebne do tego, żeby wrócić do swojej szkoły macierzystej i w miarę komfortowo dalej w tejże szkole funkcjonować**” (W3 – o. ogólny).

„Nauczyciele mają nadzieję, że my zrealizujemy tutaj [zadane tematy] i tak jest najłatwiej, prawda? Mamy już takie zaprzyjaźnione szkoły, które wiedzą, jak dziecko idzie [na oddział], i oni **wysyłają dzieciaka z całym zakresem, co ma być zrealizowane, a my to realizujemy**. (...) Jeżeli dziecko z danej szkoły jakieś już było u nas w szpitalu i wiadomo, że jest tutaj szkoła i że my zaopiekujemy się dzieckiem, to mamy pełen zakres informacji i to jest super!” (W4 – o. psychiatryczny, rehabilitacyjny).

„Mama zerknęła, co w szkole właśnie u jej syna, co na bieżąco, bo już wie, że syn będzie trzy tygodnie w szpitalu, i co trzeba zrealizować, jakby, do szkoły macierzystej. No więc trzeba się też do tego dopasować. Prośba właśnie od mamy: »No wie pani, gdyby pani mogła przygotować tutaj z czterech tematów – Japonia, Chiny, Indie, Bliski Wschód – i z tego zrobić, na przykład, sprawdzian«. Więc nie ma problemu, możemy to zrealizować. No i takie sytuacje się zdarzają, że z rodzicami komunikujemy się, co w szkole macierzystej jest na bieżąco do zrealizowania” (W3 – o. rehabilitacyjny).

„Są też uczniowie, którzy na przykład są olimpijczykami, w jakimś tam zakresie trzeba im podwyższać poprzeczkę, bo wiemy, że oni wrócą do siebie do szkoły, będą realizować dalej materiał. Tylko kwestia właśnie terapii, wyzdrowienia i dalej będą kontynuować to, co robią, to, co chcą robić” (W1 – o. ogólny).

Realizacja programu szkolnego, czy to w przypadku długotrwałych hospitalizacji, czy krótszych pobytów szpitalnych, w szkołach przyszpitalnych jest dobrowolna. Dlatego nauczyciele podkreślają, że aby uczeń zdecydował się kontynuować naukę podczas leczenia, ważne jest dostosowanie oferty edukacyjnej do jego potrzeb, a także atrakcyjne prowadzenie zajęć:

„Jeżeli uczeń już wyraził chęć uczyć się ze mną, to nie chcę, żeby miał zaległości, chciałabym odpowiedzieć na jego potrzeby” (W1 – o. psychiatryczny).

„My mamy zachęcić ucznia do tego, dlatego ta szkoła musi być na bardzo wysokim poziomie nie tylko merytorycznym, ale też takim kompetencyjnym, jeśli chodzi o właśnie dobór metod i form pracy, ze względu na to, że szkoła jest dobrowolna. Dziecko może odmówić i właśnie to prawo dajemy dziecku, ale ponieważ wiemy, że nie powinno wyjść z zaległościami szkolnymi, to tak przygotowujemy naszą ofertę dydaktyczną i wychowawczą, żeby dziecko chciało z nami przebywać” (W4 – dyrekcja, wszystkie oddziały).

Szkoła przyszpitalna, pełniąca w systemie szkolnictwa funkcję zbliżoną do szkół masowych (realizacja podstawy programowej), musi być zatem konkurencyjna względem oferty edukacyjnej i rozrywkowej.

Szkoła przyszpitalna jako darmowe korepetycje: nadrabianie zaległości

W szkołach przyszpitalnych nie zawsze realizuje się materiał lekcyjny jako kontynuację zagadnień omawianych w szkołach macierzystych. Niekiedy taka edukacja przypomina bardziej korepetycje, podczas których nauczyciele starają się wyjaśnić młodym osobom zaległe, niezrozumiałe dla nich partie materiału. Czasami bowiem uczniowie mierzą się z problemem zaległości szkolnych. Mogą być one spowodowane z jednej strony częstymi nieobecnościami

bądź problemami z uczeniem się u konkretnych osób, a z drugiej nieefektywnym, niedostosowanym do uczniowskich potrzeb sposobem nauczania. W efekcie, mimo że niektóre zagadnienia zostały wcześniej omówione w szkole macierzystej, uczniowie ich nie rozumieją i „mają oczekiwania, żeby coś z nimi nadrobić, żeby coś wytłumaczyć” (W1 – o. rehabilitacyjny).

Szkoły przyszpitalne pełnią więc czasami funkcję nadrabiania braków i „łatania dziur” w dotychczasowej edukacji, jak w tych przykładach:

„Czasami jest tak, że na przykład [uczniowie] nie mówią nam, na jakim etapie są, co teraz przerabiają. Brzydko mówiąc, **dzieci proszą o takie jakby, no, korepetycje** i proszą o wytłumaczenie trudności swoich, o **skupienie się na trudnościach edukacyjnych**. Tak to czasami u nas wygląda” (W2 – o. ogólny).

„Często są na przykład sytuacje, że rodzice proszą: »Wie pani, no bo **dziecko ma problem z jakimś konkretnym zagadnieniem**. Czy mogłaby pani to z tym dzieckiem zrobić?«. No więc jeżeli ja... ja oczywiście w tym momencie się na to zgadzam i to robię, bo uważam, że z **większą korzyścią dla dziecka będzie powtórzenie jakiegoś tematu**, jakichś części mowy czy nauczanie się stawiania przecinków” (W3 – o. ogólny).

Rolą nauczycieli i nauczycielek szkół przyszpitalnych jako „korepetytorów” jest dostosowanie lekcji do konkretnych potrzeb uczniów, co wiąże się ze „skakaniem po programie”:

„Są te krótkie pobyty dwutygodniowe, wtedy rzeczywiście możemy, jakby, wtedy jesteśmy do dyspozycji, tak naprawdę, ucznia i **odpowiadamy na jego konkretne potrzeby**” (W1 – o. rehabilitacyjny).

Omawiane na lekcjach szpitalnych partie materiału nie zawsze są zatem skorelowane z tokiem nauczania, ale mogą obejmować zagadnienia, z którymi osoba po prostu ma problem. Według rozmówczyń pobyt w szkole przyszpitalnej „to jest dobry czas dla dziecka, żeby **nadrobić stracony materiał**, żeby **nadrobić zaległości**” (W1 – o. psychiatryczny).

Szkoła przyszpitalna jako wakacje: odpoczynek od codzienności, od „zwykłej” szkoły

Kolejną funkcją, jaką szkołom przyszpitalnym przypisują niektórzy rodzice i uczniowie, jest organizacja czasu na wzór dni wolnych, czyli wakacji i ferii, kiedy miejsce obowiązków zajmują aktywności dające przyjemność i rozrywkę. W odczuciu młodych ludzi szkoła przyszpitalna – przez swoją dobrowolność, niecodzienną formę odbywania zajęć lekcyjnych i dbałość kadry pedagogicznej o pozytywną atmosferę – bardziej przypomina atrakcję, w której dzieci i młodzież chętnie uczestniczą:

„Miałam też uczennicę, która już chyba drugi tydzień leży i wydawać by się mogło, że już może mieć dosyć szpitala, i okazało się, że dzisiaj wychodzi. Miała jutro wyjść, ale dobra wiadomość była, że dzisiaj wychodzi. I się popłakała, i stwierdziła, że ona nie chce, bo się umówiła na jutro jeszcze, bo my w soboty też pracujemy, umówiła się z panią wychowawczynią na jakieś zajęcia i ona **by chciała zostać**. Tak że takich sytuacji trochę jest. Nie to, że codziennie i wszystkie dzieci, ale zdarza się, że dzieci nie myślą w ogóle praktycznie o tym, że leżą w szpitalu, tylko cieszą się na to, że właśnie mogą odpocząć od rodzeństwa, od szkoły takiej normalnej, publicznej, zdarzają się takie sytuacje” (W2 – o. ogólny).

„Mama potem przekazała, że jej synowie są zachwyceni, że oni się czują, jakby pojechali z mamą na wakacje w jakieś ciekawe miejsce, bo tutaj cały czas coś się dzieje, i oni w ogóle nie chcą do swojej szkoły wracać, do domu, że jeżeli można, to oni by jeszcze w tym szpitalu sobie pobyli. Sama mama też była zaskoczona, że tyle różnych rzeczy może się zadziać w szpitalu poza samym leczeniem” (W3 – o. okulistyczny).

Nauczycielki, z którymi rozmawialiśmy, dzieliły się spostrzeżeniem, że dla niektórych dzieci i rodziców pobyt w szpitalu (w tym zajęcia edukacyjne realizowane przez szkołę) jest odpoczynkiem od codziennych obowiązków szkolnych (dla dzieci) i zawodowych oraz domowych (dla rodziców). Nauczyciele nie są traktowani jak pedagodzy, ale jak animatorzy organizujący dzieciom czas i zapewniający im ciekawe atrakcje podczas pobytu:

„Rodzice uważają bardzo często, że **pobyt w szpitalu to jest urlop dla dzieci i dla nich**. Bardzo często słyszymy, praktycznie codziennie, że tak świetnie i cudownie to jeszcze dawno nie wypoczywali, mogąc się wyspać, zjeść za darmo, a panie – czyli my – **zajmujemy się dziećmi**” (W2 – o. ogólny).

Szkoła przyszpitalna postrzegana jako wakacje mówi nam wiele o podejściu uczniów i rodziców do szkoły masowej, która w ich opowieściach przywoływanym przez uczestniczki badań jawi się jako miejsce nieprzyjazne dzieciom i młodzieży, niespełniające ich potrzeb edukacyjnych i relacyjnych, a nawet będące przyczyną problemów ze zdrowiem psychicznym. Szkoła przyszpitalna kontrastuje z tym obrazem, jest raczej szkołą marzeń, wyjątkowym, niecodziennym miejscem, dlatego potrafi cieszyć młode osoby jak wakacyjny wyjazd:

„Tak, ale to tak dzieci mówią, że do takiej szkoły, no wiadomo, indywidualne nauczanie i wiadomo, że wszyscy są mili, nikt nie podnosi głosu i tak dalej. Ale często się zdarza, że **dzieci mówią, że gdyby tak szkoła wyglądała, toby bardzo chętnie codziennie chodzili**. No tak, ale to jest specyficzna szkoła, wiadomo” (W2 – o. ogólny).

Szkoła przyszpitalna jako „klosz” chroniący przed światem: ostatnia deska ratunku, nadzieja

Jak pokazuje powyższy przykład szkoły porównywanej do wakacji, w niektórych przypadkach placówka przyszpitalna pełni rolę alternatywnej rzeczywistości edukacyjnej, która – w odróżnieniu od szkoły masowej – stanowi przyjazne, życzliwe miejsce zachęcające do spędzania czasu przyjemnie i pożytecznie. Dla niektórych uczennic i uczniów trafienie do takiego miejsca daje nadzieję na uzyskanie świadectwa ukończenia klasy bądź danego etapu edukacji, co nie byłoby możliwe w szkole masowej ze względu na stan zdrowia młodych ludzi lub okres ich hospitalizacji (dotyczy to głównie oddziałów onkologicznych, psychiatrycznych i szczególnych przypadków uczniów wymagających skomplikowanej, rozłożonej w czasie rehabilitacji po wypadkach i rozległych zabiegach).

„Często dzieci są tak skute lekami, powiem kolokwialnie, że one nic nie pamiętają z tego, co było w szkole. Nawet jeżeli byli szóstkowymi uczniami, to po tym wszystkim nie pamiętają, co się wydarzyło przez ostatnie miesiące czy lata, po prostu niczego nie pamiętają. I jakby trzeba od nowa wszystko zacząć, i oni wskakują w tryby, i powiem szczerze, że bardzo często, znaczy na ogół, udaje im się zaliczyć kolejne partie materiału. Oczywiście to nie jest na poziomie olimpijczyka, tylko to jest na poziomie zdanej matury, tak na poziomie 30%. Natomiast w sytuacji, kiedy dziecko już straciło nadzieję na to w ogóle, że skończy liceum, a tu się okazuje, że jest w stanie przystąpić do matury... zresztą każdemu dajemy taką szansę! I jeszcze do tego wszystkiego tę maturę zdaje z sukcesem, czyli w ogóle zdaje, tak? Często jest to tylko na 30%, ale często jest to nawet na 100%. **To to dziecko ma, jakby, ma takie poczucie wielkiego sukcesu. Ta szkoła jest wtedy czymś naprawdę niezwykłym**”

(W1 – o. psychiatryczny).

Niektóre dzieci i młodzi ludzie wymagają długotrwałego, nawet wieloletniego leczenia w warunkach szpitalnych, co wyklucza uczestnictwo w zajęciach lekcyjnych w ich szkołach macierzystych. W takich przypadkach rozwiązaniem może być edukacja hybrydowa (ale nie każda szkoła może ją zapewnić), edukacja domowa (ale nie każdy rodzic będzie w stanie ją zorganizować i wziąć na swoje barki edukację własnego, chorego dziecka) albo właśnie szkoła przyszpitalna zapewniająca dostęp do edukacji również tym osobom, które trafiły do systemu opieki zdrowotnej na długi czas. Szkoła przyszpitalna przyjmuje wówczas rolę „klosza”, który chroni uczniów-pacjentów przed konsekwencjami poważnych kryzysów zdrowotnych, w tym kryzysów zdrowia psychicznego. Na czas terapii i zdrowienia szkoła staje się głównym miejscem edukacji i przygotowania do życia poza szpitalem. Podczas gdy lekarze dążą do wyleczenia pacjentów, pedagodzy ze szkół przyszpitalnych dają dzieciom i młodzieży nadzieję, że gdy już przestaną być pacjentami, czeka na nich świat z innymi, pozamedycznymi wyzwaniem. Szkoła przyszpitalna jako „klosz” daje więc też nadzieję na powrót do „zwykłych” wyzwań, z którymi mierzą się na co dzień zdrowi rówieśnicy uczniów objętych hospitalizacją:

„Tu jest szpital i leczenie, a tu jest szkoła. My działamy równolegle na rzecz dobra tego samego dziecka. (...) I jak ja słyszę, że gdzieś w innym szpitalu nie organizuje się szkoły na onkologii, no bo kto będzie męczył te biedne dzieci... A ja wiem, że nasze dzieci [z onkologii] wcale nie są biedne! To, że mają nowotwór, no to po prostu tak się wydarzyło, ale one chcą się uczyć, bo po co mają wyzdrowieć, jeżeli będą miały kilkuletnią przerwę w szkole, i do czego one mają wyzdrowieć, jeżeli one już nie mają nadziei, że się w społeczeństwie odnajdą? No, szkoła jest dla nich nadzieją i one tak naprawdę wiedzą, że nie będę kopać rowów. No to muszą głowę wyćwiczyć! Tak? Bo ja wrócę i będę musieć pracować głową, żeby odnaleźć się na nowo. Czyli zabieramy szkołę dzieciakowi, który jest w cyklu chemii przez kolejne trzy lata, tak? No i co po tych trzech latach to dziecko ma zrobić? Do czego ono ma wracać? Co ma mu dać nadzieję? Co ma mu dać kopa rozwojowego, jeżeli je oszczędzamy?”

(W4 – dyrekcja, wszystkie oddziały).

Metafora szkoły przyszpitalnej jako „klosza” pojawiła się w narracjach rozmówczyń zarówno w kontekście pozytywnym (jako ostatnia deska ratunku, czasowa alternatywa wspierająca uczniów w trudnych sytuacjach, szansa w kryzysach), jak i negatywnym (jako strefa komfortu, w której łatwo utknąć, do której łatwo się przyzwyczaić):

„Natomiast jeżeli chodzi o oddział psychiatrii, to **dzieci odżywają, bo one są po takich przeżyciach i przejściach**, że zawsze mówię, że zakładamy taki klosz. I oni to doceniają i później potrafią wejść w tryb normalnej szkoły po długim czasie, po dużych przeżyciach. (...) My często sugerujemy też, że widzimy pewne przejawy właśnie takiego **przehospitalizowania ucznia**, że on musi po prostu wyjść, bo **nie może dłużej być pod kloszem naszej placówki**”

(W1 – o. psychiatryczny).

W przypadkach skrajnego uzależnienia ucznia od systemu ochrony zdrowia (gdy nie możliwe jest funkcjonowanie poza placówką leczniczą) szkoła przyszpitalna może być też nie tyle ostatnią deską ratunku na uzyskanie wykształcenia, ile jedynym oknem na świat, co pokazuje poniższy przykład:

„Myślę, że pobyt w naszej szkole był jednym z jego [ucznia, który niemal całe życie spędził w szpitalach] najbardziej obfitych, **najbogatszych w doznania okresem**. (...) Pamiętam, pamiętam, jak mu swojego kota przynosiłam, bo on nie, nie miał. Nie miał takich doświadczeń typu właśnie widok zwierząt tak na żywcą, no bo on praktycznie od tego trzeciego, czwartego roku życia był w pokoju szpitalnym, więc wszystko, **cała wiedza, którą zdobywał o świecie**, to była wiedza z telewizji i z internetu. I ze szkoły właśnie” (W3 – o. ogólny).

Szkoła przyszpitalna jako margines: luka w edukacji, strata czasu i pieniędzy

W końcu, szkoły i oddziały przyszpitalne bywają traktowane przez różne podmioty systemu edukacji – zarówno przez uczniów oraz nauczycieli ze szkół masowych, które stanowią trzon tego systemu, jak i przez organy prowadzące (władze lokalne, dyrekcje zespołów szkół) – jako niepotrzebne, nieistotne instytucje.

Z perspektywy niektórych uczniów szkoła przyszpitalna jest stratą czasu. Rezygnują oni z uczęszczania do niej lub manifestują swoją niechęć do brania udziału w lekcjach podczas hospitalizacji, narzekają na poziom nauczania i nie dostrzegają sensu w takiej kontynuacji nauki. Stereotypowo podchodzą do placówek specjalnych, pod których szyldem najczęściej działają szkoły i oddziały przyszpitalne:

„Bardzo często mają takie poczucie, że, no, tutaj w nazwie jest Zespół Szkół Specjalnych, że oni przyszli do specjalnej szkoły, że to jest jakieś dno i generalnie beznadzieja, i my musimy im pokazywać wyniki naszych matur, które są naprawdę świetne, naszych uczniów znaczy. No i dopiero niektórzy się dają przekonać, a niektórzy absolutnie nie i myślą, że to jest beznadziejna szkoła, tutaj się nic nie nauczę” (W1 – o. psychiatryczny).

Uprzedzenia i pewne poczucie wyższości względem szkół i oddziałów przyszpitalnych przejawiają też nauczyciele ze szkół masowych, którzy nie cenią ani pracy kadry pedagogicznej takich placówek, ani wysiłku uczniów podejmujących w nich naukę podczas hospitalizacji. Największym problemem w relacjach ze szkołami macierzystymi jest nierespektowanie ocen zdobytych w szkołach przyszpitalnych oraz marginalizacja nauczycielskiego i uczniowskiego wysiłku włożonego w proces dydaktyczny, który – choć inny niż w szkołach masowych – wymaga ogromnego zaangażowania. Jak wyjaśnia jedna z rozmówczyń w poniższej wypowiedzi:

„Szkoła przyszpitalna to jest taka niepoważna sprawa dla nauczycieli szkół publicznych. Niepoważna sprawa i ocen też nie chcą brać pod uwagę. Jak czasami też wypisujemy postępy dzieci, bo to też bardzo ważne, chyba najważniejsze, oni je kwestionują bardzo często, bo nawet spotkałam się właśnie z taką dość dobrą koleżanką i opowiadałam o konkretnym dziecku, i ona powiedziała, że to jest niemożliwe, że on jest grzeczny, że uczynił postępy i tak dalej, i tak dalej, bo ona go doskonale zna... Więc to jest takie trochę marginalizowanie naszej pracy i no, też trochę dzieci wkładu pracy, niestety” (W2 – o. ogólny).

Są też szkoły przyszpitalne, których istnienie jest zagrożone z powodu postrzegania ich przez decydentów jako obciążenie dla budżetu. Władze lokalne, dyrekcje zespołów szkół i organy prowadzące niekiedy kwestionują zasadność utrzymywania placówek

przyszpitalnych. Traktowanie ich jak marginalnego, nieistotnego elementu systemu edukacji może powodować wśród kadry niepewność i dezorganizować pracę:

„Taka niepewność, bo my cały czas... **nasze grono jest od kilku lat przed takim widmem likwidacji w ogóle szkoły przyszpitalnej** ze względu na to, że brak zrozumienia urzędników. U nas się teraz władze zmieniły i nie wiemy jeszcze, jakie mają nastawienie. Natomiast poprzednie ekipy i ta władza nasza, tutaj, szkolna, są **negatywnie nastawione, nie widzą sensu za bardzo, bo szkoła nasza generuje dla nich niepotrzebne pieniądze**. Nasze pensje są niepotrzebne, różnie. Chociażby ten tusz do drukarki – to jest w ogóle niepotrzebne, bo gdyby nie było tej szkoły przyszpitalnej, to nie byłoby potrzeby wydawania pieniędzy. I to słyszymy od kilku lat, co chwilę, że nasza szkoła powinna zostać zlikwidowana. I to jest naprawdę demotywujące” (W2 – o. ogólny).

„Każda próba cięcia, zabierania funduszy kończyła się tak, że ja po prostu stawiam sprawę na ostrzu noża. **Chodziło o pieniądze, tylko i wyłącznie!** Tak, to jest zawsze: jeżeli nie wiadomo, o co chodzi, to chodzi o kasę. Po prostu. **Albo o jakiś konflikt**” (W4 – dyrekcja, wszystkie oddziały).

Nierozpoznane jest także miejsce szkół przyszpitalnych w samym systemie oświaty. Jedna z rozmówczyń podsumowała marginalną pozycję i niedookreśloną sytuację swojej szkoły w ten sposób:

„Pani z kuratorium była zdziwiona, że w ogóle coś takiego, taki twór istnieje, mimo że w [mieście] jest kilka szkół, ale była bardzo zdumiona, twierdziła, że pierwszy raz słyszy w ogóle o nauczycielu szkoły przyszpitalnej, że co to jest i o co chodzi. Tak że my jesteśmy... tak jakby istniejemy, a jakby nas nie było, więc taki dziwny twór jesteśmy” (W2 – o. ogólny, nauczycielka prowadząca sprawozdawczość szkoły).

Jaka jest rola szkół przyszpitalnych w systemie ochrony zdrowia?

Szkoła przyszpitalna jako partnerka w opiece nad pacjentami: wsparcie procesu zdrowienia

Z perspektywy pracownic i pracowników systemu ochrony zdrowia szkoła przyszpitalna może być postrzegana jako instytucja partnerska, której rolą jest wsparcie procesu zdrowienia dzieci i młodzieży. Nauczyciele i wychowawcy w czasie lekcji oraz zajęć świetlicowych przejmują opiekę nad dziećmi przebywającymi na oddziałach, co – według rozmówczyń – na ogół spotyka się z docenieniem i wdzięcznością ze strony pracowników szpitali. Praca kadry pedagogicznej odciąża nie tylko rodziców, ale też personel szpitalny, co pokazują poniższe wypowiedzi:

„[Szkola przyszpitalna jest] dla tych dzieci, rodziców i dla tych nawet pań pielęgniarek, które naprawdę mają z nas **pożytek**, ponieważ po prostu widzą, **ile roboty dzięki nam mają mniej**. Jak się zajmujemy tymi dziećmi i one nie biegają po korytarzach, albo nie wymyślają jakichś **głupotek**” (W3 – o. ogólny).

„Nie ukrywajmy, że formalnie to wygląda tak, że **głównie opiekę nad dziećmi sprawują nauczyciele**. Nauczyciele prowadzą zajęcia dydaktyczne, zespół pozalekcyjnych zajęć wychowawczych zajmuje się dziećmi w tak bardziej świetlicowy sposób, czyli prowadzi z nimi takie dodatkowe zajęcia. Wiem, że szpital zatrudnia panie, które są takimi opiekunkami. Nie wiem, czy na wszystkich oddziałach, trudno mi powiedzieć, no, ale one same nie są w stanie technicznie ogarniać, ogarnąć takiej dużej ilości dzieci, więc mam wrażenie, że, no, **ta nasza praca jest bardzo doceniana**” (W3 – o. ogólny).

„Jak była pandemia i my prowadziliśmy zajęcia online, i tam fizycznie nas nie było [w szpitalu], to jak wróciliśmy po tej pandemii, jak już można było wrócić do szpitala, to było **widać taką niesamowitą ulgę malującą się na twarzach pań pielęgniarek**. One stwierdziły, że one już po prostu nie wiedziały, co one mają z tymi dziećmi zrobić, tak? Bo do tej pory my się nimi zajmowaliśmy, a nas tutaj po prostu w tymże szpitalu fizycznie nie było, nie? No i, jakby, to też było takie miłe, jak usłyszeliśmy: »O Jezu, jak dobrze, że jesteście, bo było naprawdę już ciężko!«. Więc mogę powiedzieć, że **jest symbioza**” (W3 – o. ogólny).

Ponadto, o czym pisaliśmy już w poprzednim rozdziale, szkoła przyszpitalna dostarcza pacjentom pozytywnych bodźców i daje im nadzieję na powrót do codzienności, na ponowną integrację z rówieśnikami, ze swoją klasą w szkole macierzystej, nawet po dłuższej nieobecności. Ta nadzieja ma walor terapeutyczny, który uzupełnia medyczne i profesjonalne, terapeutyczne oddziaływania, jakim jest poddawany pacjent. To szczególnie ważne na oddziałach, na których dzieci przebywają dłużej, bo choroba na wiele miesięcy lub lat wyrwywa je z ich codziennego życia i najbliższego środowiska. Nauczycielki z długim stażem pracy na oddziałach onkologicznych lub psychiatrycznych wspominały podczas wywiadów kilka razy, że „im bardziej dziecko chore, tym się bardziej chce uczyć” (W1 – o. ogólny). Szkoła przyszpitalna postrzegana jako namiastka normalności jest więc włączona w proces leczniczy. Jej funkcją jest tworzenie pacjentom-uczniom bezpiecznych warunków do zdrowienia, co wymaga działania ramię w ramię z placówką leczniczą:

„My jesteśmy dodatkiem, aczkolwiek superważnym, ponieważ te **dzieciaki w atmosferze, po prostu, jakiegoś takiego ciepła, empatii zdecydowanie inaczej funkcjonują**. I zdecydowanie **inaczej funkcjonują, jak są zajęte i jak się im coś oferuje**. Jak one są aktywne i działają, więc, jakby, w tym całym procesie zdrowienia, to uważam, że jesteśmy częścią, której gdyby zabrakło, toby było naprawdę niedobrze. I naprawdę byłaby to ogromna strata” (W3 – o. ogólny).

„My jako nauczyciele, bo mamy, jakby, potwierdzenie od personelu, od pani ordynator, pani psycholog, że **bardzo nam dziękują, że pomagamy, jakby, wyciągnąć te trudniejsze dzieci, że potrafią się uśmiechnąć.** To czasami jest dla nich, dla dziecka, czymś ważnym” (W2 – o. ogólny).

Uczestniczek wywiadów wspominały, że w większości przypadków w relacjach z lekarzami i pielęgniarkami, a także z dyrekcją szpitali czują wsparcie, ich praca jest doceniana i są traktowane po partnersku:

„Jesteśmy wszyscy **bardzo doceniani, a oni sobie nie wyobrażają szpitala bez szkoły.** I tak jest na każdej jednostce, a przechodzę przez cztery oddziały, są pojedyncze osoby, które czują, że są ważniejsi, bo są lekarzami, i trzeba im ustąpić miejsca w cudzysłowie, ale to są naprawdę jednostki. U nas jest ordynator [oddziału], który mówi: »O, przepraszam, jest lekcja, to przyjdę później«. To znaczy, że oni mają dla nas wielki szacunek” (W1 – o. ogólny).

„I też bardzo często, na przykład, pani dyrektor szpitala bardzo często w różnych swoich wypowiedziach publicznych czy w jakichś wpisach na przykład facebookowych i tak dalej **podkreśla bardzo dużą rolę szkoły szpitalnej dla funkcjonowania szpitala i dla opieki nad dziećmi**” (W3 – o. ogólny).

Partnerska funkcja szkół przyszpitalnych wyraża się też w zrozumieniu przez kadrę pedagogiczną drugorzędnej roli szkół w ekosystemie szpitalnym, respektowaniu zasad organizacji pracy na oddziałach i przebiegu procesu leczniczego. Partnerskie podejście jest obustronne:

„**W pierwszej kolejności dziecko przychodzi do szpitala, żeby się leczyć, i to jest dla nas absolutnie bezdyskusyjne i priorytetowe,** więc to, co się z nim dzieje w pierwszej kolejności, to jest leczenie. **My pracujemy z nim pomiędzy leczeniem.** Jeżeli czasami zdarzają się, na przykład, sytuacje, że... znaczy często zdarzają się sytuacje, że na przykład prowadzimy jakąś lekcję i w tym momencie przychodzi lekarz albo pielęgniarka, i to dziecko nam zabierają, to nie o to chodzi, że chcą pokazać, kto jest ważny, absolutnie to nie jest to! Tylko z bardzo technicznego powodu, tak że akurat w tym momencie mają czas albo w tym momencie jest zaplanowana rozmowa z lekarzem czy na przykład jakieś badanie i tak dalej. **I my się do tego w stu procentach dostosujemy. Wiemy, że jesteśmy w tej drugiej kolejności**” (W3 – o. ogólny).

„No i w tym momencie wchodzi obchód. No więc ja zostawiam te książki. Wychodzę, oczywiście, prawda, wchodzi cała świta, no więc dziecko znowu czeka na mnie, oni wychodzą, więc ja znowu wchodzi, więc **to jest takie, wiecie, układanie się takie.** No, taka elastyczność w tym wszystkim, nie?” (W3 – o. rehabilitacyjny).

Szkoła przyszpitalna jako atrakcja: remedium na nudę, animowanie społeczności szpitalnej

Kolejna funkcja szkoły przyszpitalnej jest ściśle powiązana z poprzednią, czyli z partnerstwem we wspieraniu ucznia-pacjenta na drodze ku zdrowiu. Elementem tego wspierania jest przeciwdziałanie nudzie i dostarczanie atrakcji osobom przebywającym na oddziale. Szkoła przyszpitalna jest odpowiedzialna za tworzenie pozytywnej atmosfery i dbanie o dobre relacje między pacjentami. Jej rolą jest, można powiedzieć, zarządzanie emocjami dzieci i młodzieży:

„Organizujemy też sporo takich wydarzeń w szkole, które rozluźniają atmosferę. (...) Tak że wygłupiamy się trochę, żeby stworzyć dobrą atmosferę dla tych dzieci, żeby one też mogły wyluzować, trochę tak mówiąc kolokwialnie” (W1 – o. psychiatryczny).

„Normalnie wchodzę do pokoju, przedstawiam się, mówię, czego uczę. No i pytam, czy ktoś ma ochotę na to, żeby pouczyć się ze mną. No i wtedy uczniowie najczęściej mówią tak, no bo nudzi im się po prostu w szpitalu. Jestem taką atrakcją trochę często” (W1 – o. ogólny).

„Doktor Klaun – my tak jakby taką funkcję spełniamy. Tylko nam brakuje, wiecie, tego czerwonego nosa, bo ja się często tak czuję, że wchodzę do sali i widzę, wiecie, jakąś tam minę, czy taką, czy taką. No, różnie to bywa w sali szpitalnej, nie? I ja pomimo tego, co tam w środku, no, różnie też z nami bywa, bo jesteśmy tylko ludźmi, mamy swoje emocje, swoje przeżycia i tak dalej, to ja wchodzę i muszę właśnie takiego klauna grać. Założyć ten czerwony nos i »Słuchaj, a co tam dzisiaj mamy, co robimy?«” (W3 – o. ogólny).

W zakres niepisanych zadań szkół przyszpitalnych wchodzi też często organizowanie życia kulturalnego w szpitalu i integrowanie jego społeczności poprzez różnego rodzaju inicjatywy, wydarzenia i imprezy:

„Szkoła robi bardzo dużo na przykład jakichś takich imprez dodatkowych czy jest na przykład proszona przez szpital o zaangażowanie się w jakieś imprezy szpitalne, w jakieś działania szpitalne. I robi to bardzo chętnie. I mam wrażenie, że z sukcesami. I tak naprawdę to, bo nawet jak jest Dzień Nauczyciela, to jest takie chyba charakterystyczne, albo początek roku szkolnego, to właśnie pani dyrektor szpitala bardzo często podkreśla, że po prostu ona sobie nie wyobraża funkcjonowania bez nas” (W3 – o. ogólny).

„Zarząd organizuje jakieś teatry, jakieś przyjscia fundacji różnych i tak dalej i później personel, pani ordynator oczekuje, że my jako szkoła przyjmujemy tych gości. Zorganizujemy jakieś te spotkania i tak dalej. Zainteresowanie tym, kto, kiedy będzie i co trzeba w danym momencie zorganizować, jak przygotować dzieci i tak dalej, i tak dalej, jest po naszej stronie” (W2 – o. ogólny).

Szkoła przyszpitalna pełni funkcję atrakcji i urozmaica pacjentom pobyt w placówce. To wprowadza porządek w funkcjonowanie szpitala oraz pomaga zintegrować dzieci z ich tymczasowym miejscem pobytu. W tym sensie szkoła jest w szpitalu instytucją potrzebną.

Szkoła przyszpitalna jako niepotrzebny dodatek: przeszkoda

W kontekście relacji z systemem ochrony zdrowia szkoły przyszpitalne mogą pełnić nie tylko pozytywne funkcje (wsparcia i atrakcji). Według wypowiedzi uczestniczek badania bywają niekiedy postrzegane jako przeszkoda, która utrudnia pracę personelowi szpitalnemu. Jedna z nauczycielek przyznała:

„Jeśli chodzi o personel medyczny, to jest różnie. Jest bardzo różnie. **Niektóre osoby są wspierające, niektóre w ogóle, jeszcze inne są bardzo oceniające, w zależności od charakteru, humoru, dnia, sytuacji na oddziale.** Jest wiele czynników, tak jak i my mamy po prostu w życiu” (W3 – o. ogólny).

Nauczycielki mówiły, że czasami, będąc na oddziale i prowadząc lekcje, czują się jak piąte koło u wozu. Wspominały, że lekarze i pielęgniarki nie zawsze rozumieją specyfikę ich pracy. Potrafią nieprzychylnie odnosić się do ich obecności w szpitalu i okazywać swoją wyższość, „zdarza się, że zadzierają nosa” (W4 – dyrekcja, wszystkie oddziały). Rozmówczynie wspominały, że czują się obserwowane i kontrolowane przez personel medyczny, czują się jak obcy element w szpitalu:

„Doświadczamy takich trudności ze strony pań oddziałowych, które nam na przykład... No, mają jakiś problem z tym, że my przychodzimy w określonych godzinach czy siedzimy w określonych miejscach, czy gadamy gdzieś i przeszkadzamy w czymś, jakby. Mamy, mamy parę oddziałów, które są takie bardziej problematyczne, że troszeczkę bardziej trzeba chodzić na palcach i jakby się dostosować i jakby, faktem jest, że jesteśmy tam gośćmi. No bo to jest szpital, jakby, podstawową funkcją szpitala jest leczenie dzieci chorych, więc my jesteśmy dodatkiem” (W3 – o. ogólny).

„Mam wrażenie, że my też jakby jesteśmy obserwowani przez personel medyczny. No, mają różne zdanie, to też jest naturalne, tak że często słyszymy słowa uznania, że coś jest super i tak dalej, a czasami na przykład, no, jest sytuacja taka, że, nie wiem, usiądziemy na 2-3 minuty, bo czekamy na dziecko, które, nie wiem, kończy jeść czy kończy myć zęby, czy coś, i widzimy, że na przykład pani sobie pielęgniarka przechodzi i kątem oka na nas spoziera. No i przecież nie będę tłumaczyła pani pielęgniarence, że za 2-3 minuty, czy tam za minutę, przyjdzie do mnie dziecko. Ja nie mogę sobie pójść dalej, bo jak pójde dalej, to już tego dziecka nie będzie, jak wrócę” (W3 – o. ogólny).

Niechęć do obecności szkół w placówkach medycznych i marginalna pozycja tych pierwszych w systemie ochrony zdrowia wiążą się z chaosem prawnym i niestabilnym usytuowaniem szkół przyszpitalnych pomiędzy resortami. Te wątki pojawiły się w przeprowadzonych rozmowach wiele razy:

„**My tam jesteśmy formalnie gośćmi**, choćby z tego względu, że naszym pracodawcą jest miasto, natomiast pracodawcą szpitala jest województwo, czyli marszałek, i właśnie trochę to jest taka dla mnie **dziwna sytuacja**” (W3 – o. ogólny).

„Ustawa o systemie oświaty mówi bardzo wyraźnie, że szpital ma zapewnić pomieszczenia dla szkoły. Ale w jakim zakresie? **Zaangażowanie w edukację Ministerstwa Zdrowia cały czas nie jest wyjaśnione**. Na jakich zasadach ma się to odbywać i ile ma być tych pomieszczeń – nie jest to powiedziane. Ma zapewnić pomieszczenia dla szkoły, ale **to my, dyrektorzy, musimy ciągle walczyć**. (...) jeśli chodzi o przepisy, to cały czas mam niedosyt, że **obydwa ministerstwa nie dogadały się między sobą na ten temat**” (W4 – dyrektorka, wszystkie oddziały).

Marginalna pozycja niektórych szkół i oddziałów działających w placówkach medycznych wyraża się też w fizycznym wyparciu czy też „schowaniu” ich w przestrzeni szpitala. Część rozmówczyń, mówiąc o codziennych warunkach swojej pracy i zapleczu edukacyjnym, opowiadała o braku miejsc do prowadzenia lekcji, niedostatecznym zapleczu socjalnym dla nauczycieli, ciągłych zmianach miejsca, w którym są ulokowane pomieszczenia bądź sprzęt szkoły:

„Nie mamy takich warunków, bo **kolejny raz zostaliśmy wyrzucone z naszego pokoju nauczycielskiego** tak zwanego, dość komfortowego. Zostaliśmy wyrzucone do takiej malutkiej, że tak powiem, kliki. Bo **jesteśmy przeprowadzane z naszego zaplecza praktycznie co roku**, bo jesteśmy jakby na garnuszku i dzięki uprzejmości szpitala, więc jeżeli oni potrzebują tego pokoju, który my mamy, to po prostu oferują nam inne miejsce i my tak wędrujemy po szpitalu” (W2 – o. ogólny).

Współpraca ze szkołami macierzystymi

Wyniki badania ilościowego pokazują, że **praktyka współpracy ze szkołami macierzystymi uczniów i uczennic jest praktyką powszechną**. Jest ona podejmowana zawsze (11 wskazań na 34 odpowiedzi w ankiecie), zazwyczaj (10 na 34) lub czasami (9 na 34). Tylko w przypadku jednej ankiety zadeklarowano, że taka współpraca nie jest nigdy podejmowana.

Współpracę ze szkołami macierzystymi najczęściej inicjują nauczyciele (23 wskazania) lub dyrekcja (22) szkół lub oddziałów przyszpitalnych. Rzadziej inicjatywa pochodzi od rodziców uczniów i uczennic (7 wskazań) lub od dyrekcji (6) czy wychowawców (4) szkół macierzystych. Współpraca jest nawiązywana najczęściej w trakcie trwania nauki (15 wskazań), na samym początku nauki (14) lub po jej zakończeniu (13). Przed rozpoczęciem nauki współpracę nawiązują nieliczne szkoły (3 wskazania).

Badani szczegółowo opisali praktyki współpracy ze szkołami macierzystymi¹¹ w pytaniu otwartym ankiety. W 23 wypowiedziach pojawił się opis **praktyk formalnych** – wystawianie zaświadczeń o nauce, przekazywanie arkuszy ocen, ustalanie szkoły dokonującej kwalifikacji semestralnej, rocznej itp. W 12 wypowiedziach akcentowano **przekazywanie pełnej informacji o potrzebach, sytuacji i osiągnięciach uczniów**, a w 8 sygnalizowano **nawiązanie bezpośredniego, nierzadko osobistego kontaktu z wychowawcą, nauczycielami czy dyrekcją szkoły macierzystej**. W 6 przypadkach współpraca obejmowała **organizację egzaminów** (ósmoklasisty, maturalnych) dla uczniów przez szkołę przyszpitalną, a w jednej ankiecie opisano pomoc szkół macierzystych placówce przyszpitalnej w formie **zbiórek, przekazywania pomocy naukowych i książek** – na rzecz wszystkich uczniów w szkole przyszpitalnej.

W jakościowej części badania uzyskaliśmy pogłębione opowieści o mocnych i słabych stronach współpracy szkół przyszpitalnych ze szkołami macierzystymi oraz z personelem szpitalnym placówek. Poniżej przedstawiamy wyniki analiz wypowiedzi nauczycieli i dyrektorek biorących udział w wywiadach fokusowych.

Współpraca szkół przyszpitalnych ze szkołami macierzystymi dotyczy przede wszystkim dwóch obszarów:

1. wzajemnego informowania o zakresie działań edukacyjnych i wychowawczych prowadzonych w szkołach;
2. przekazywania ocen i informacji o postępach uczniów w szkołach przyszpitalnych oraz ustosunkowywania się do tych ocen przez szkoły macierzyste.

Przepływ informacji dotyczy przede wszystkim dostarczania przez nauczycieli i wychowawców ze szkół macierzystych dokładnych wskazówek dotyczących aktualnie omawianego materiału i wyznaczania zakresu tematów, które uczeń powinien przyswoić w czasie nieobecności w szkole macierzystej. Nie wszyscy nauczyciele wyposażają jednak młodych ludzi trafiających na hospitalizację w takie informacje. Tylko nieliczni wskazują aktualnie omawiane tematy, a nawet zadają konkretne zadania z podręczników i zeszytów ćwiczeń. Wówczas jest to duże ułatwienie dla nauczycieli i nauczycielek szkół przyszpitalnych, którzy wiedzą, jaki materiał realizować z danym uczniem. Poniższa wypowiedź pokazuje przykład współpracy dobrze ocenianej przez kadrę szkół przyszpitalnych:

¹¹. Pełna treść wszystkich wypowiedzi znajduje się w aneksie.

„Priorytetem jest oczywiście, żeby uczniowie nie mieli zaległości u siebie w szkole macierzystej, więc **ogromną, jakby, robotę robią nauczyciele, którzy przynajmniej zaznaczają mi w zeszytach ćwiczeń, co uczeń ma zrobić przez te dwa tygodnie na turnusie [rehabilitacyjnym].** No, to ja wtedy wiem, że po kolei sobie siedzimy i robimy zadania” (W1 – o. rehabilitacyjny).

Jeśli nauczyciel ze szkoły macierzystej chce skomunikować się z nauczycielem szkoły przyszpitalnej, najczęściej korzysta z pomocy rodzica lub samego ucznia, czasami wpisując w dzienniku elektronicznym zakres omawianych tematów. Zatem współpraca w tym zakresie, jeśli się odbywa, to zazwyczaj nie bezpośrednio, ale przy udziale osób trzecich i wsparciu technologii:

„Dziecko czasem rzeczywiście **przychodzi z zaznaczonym, co musi dalej zrobić**; albo żeby powtórzyć materiał, bo na przykład ma właśnie dzisiaj sprawdzian. Bo są teraz dzienniki elektroniczne, gdzie jest wszystko wypisane. Albo w ogóle **przychodzi z dziennikiem elektronicznym** i mówi: »Proszę panią, a dzisiaj moja klasa miała ten i ten temat. Ja bym go chciał zrobić«” (W1 – o. ogólny).

Oprócz bieżących wiadomości dotyczących omawianego materiału czasami dochodzi do wymiany szerszego pakietu informacji między szkołami. Dzieje się tak, gdy dziecko trafia na dłuższą hospitalizację i szkoła przyszpitalna musi się przygotować do kontynuacji edukacji takiego ucznia, a czasami nawet do jego klasyfikacji do następnej klasy bądź organizacji egzaminów. Najbardziej skomplikowane są przypadki, kiedy uczeń przygotowuje się w takiej szkole do egzaminów zewnętrznych (matura, egzamin ósmoklasisty) – wówczas współpraca w zakresie programu nauczania i weryfikacji efektów uczenia jest zwykle szersza.

„Mamy arkusz przysłany, wyniki jego klasyfikacji za półrocze. No i wtedy, jakby, zaczynamy normalnie od drugiego półrocza” (W1 – o. psychiatryczny).

„Pedagog, mój wychowawca, **kontaktuje się z wychowawcą tamtym albo z pedagogiem szkolnym** i wtedy jest to, co chcemy wiedzieć. Tutaj **nie ma problemu żadnego, żeby przekazać sobie informacje dostępne**” (W1 – o. ogólny).

„Dużym wyzwaniem dla szkół przyszpitalnych jest właśnie to, żeby umożliwić uczniowi realizację tego rozszerzenia, na jakim on jest w szkole macierzystej. Dlatego że nie jesteśmy w stanie zapewnić uczniowi bardzo często takiej palety rozszerzeń, jaką on by sobie życzył. Często w szkołach są naprawdę dziwaczne zestawienia tych rozszerzeń. No i potem uczeń do nas przychodzi i na przykład, i na przykład chce historię sztuki sobie rozszerzać, podczas gdy u nas w szkole nie ma nauczyciela do tego przedmiotu. No bo wiadomo, a on jest ze szkoły plastycznej na przykład. No i **wtedy wchodzi właśnie ta współpraca ze szkołami macierzystymi.** Bardzo często jest tak, że przysyłają materiały i uczeń po prostu może u dyrektora

sobie zaliczać coś albo przesyłamy skany uzupełnionych ćwiczeń czy jakichś kart pracy albo dogadujemy się, żeby na przykład uczeń na jeden czy dwa dni pojechał do szkoły macierzystej i tam zdał egzamin klasyfikacyjny” (W1 – o. psychiatryczny).

Nauczyciele ze szkół przyszpitalnych też przekazują pedagogom ze szkół macierzystych informacje – o postępach uczniów, ich ocenach, stanie psychofizycznym i specjalnych potrzebach. Trzeba jednak zaznaczyć, że przekazywanie pełnego pakietu informacji o uczniu, istotnych z punktu widzenia powrotu do szkoły macierzystej, jest utrudnione – co zaznaczały rozmówczynie – odkąd zostały wprowadzone przepisy RODO, które ograniczają swobodny przepływ danych o stanie zdrowia.

„Jak dziecko jest u nas długo, jesteśmy proszeni o opinie albo o IPET, który tutaj przygotowaliśmy dla dziecka, to też przekazujemy takie dokumenty” (W4 – dyrekcja, wszystkie oddziały).

„Czasami jest tak, że w szkole [macierzystej] dyrektor lub wychowawca życzy sobie, żeby te oceny były opisane, czyli na przykład za co dziecko dostało tę ocenę. Wtedy przy takim wypisie zaznacza się właśnie, że z opisem można zaznaczyć wydrukowanie tych ocen” (W3 – o. ogólny, psychiatryczny).

Szkoły przyszpitalne deklarują dużą otwartość na pomoc w adaptacji uczniowi wracającemu do swojej szkoły macierzystej, szczególnie po dłuższej hospitalizacji. Może być to przekazanie informacji czy dokumentacji szkolnej, ale też pomoc merytoryczna związana z dostosowaniem nauczania do stanu i możliwości młodej osoby. Rozmówczynie mówiły jednak, że nie wszystkie szkoły macierzyste są zainteresowane nawiązaniem takiej współpracy. Z ich perspektywy głównym powodem jest nastawienie nauczycieli szkół masowych do szkół przyszpitalnych bagatelizujące rolę tych drugich w procesie edukacji oraz pomijające kompetencje kadry pedagogicznej pracującej z dzieckiem w czasie pobytu w szpitalu:

„Jest dziecko, ja mogę się nim zająć, jeżeli jest już w szkole macierzystej. Ja mogę podpowieść, jak można się tam zająć tym dzieckiem. Kilka razy, w trakcie kiedy jestem dyrektorem, zwrócono się do mnie o pomoc w przygotowaniu właśnie takich kart pracy, prawda? No, to jest rzadkość” (W4 – dyrekcja, wszystkie oddziały).

„Nawet jeżeli przychodzą, bo czasami zdarzają się takie sytuacje, była ostatnio właśnie dziewczynka po próbie samobójczej, która była w ośrodku... i przychodziła wychowawczyni, nauczycielka z tego jej ośrodka wychowawczego, i z nami, z nauczycielami, praktycznie nie rozmawiała. Znaczący nie chciała, mimo że miałyśmy swoje spostrzeżenia, jakieś wskazówki i inaczej, jakby, postrzegaliśmy dziewczynkę. Wychowawczyni nie chciała, mówiła, że współpracuje z personelem medycznym przede wszystkim, tak że tutaj jesteśmy tak trochę spychani na drugi plan” (W2 – o. ogólny).

Drugi obszar współpracy ze szkołami macierzystymi jest związany z ocenianiem. Ta kwestia wzbudzała najwięcej trudnych emocji wśród rozmówców. Każda z nich potrafiła wymienić sytuacje, w których oceny wystawiane przez nauczycieli szkół przyszpitalnych nie były respektowane w szkołach macierzystych. Czasami kadra pedagogiczna tych drugich w ogóle je pomijała (nie wpisywała ich do dziennika elektronicznego), czasami „**przepisywane były te oceny a to innymi kolorami, za kreską i nie wiadomo czym jeszcze**” (W1 – o. ogólny). Powodów marginalizowania ocen zdobytych w czasie hospitalizacji pojawiło się w rozmowach kilka. Oceny z placówek przyszpitalnych są postrzegane w szkołach macierzystych jako osiągnięte zbyt łatwo, przy mniejszych wymaganiach i mniejszym wysiłku ucznia. Systemy oceniania w szkołach szpitalnych i masowych wychodzą z dwóch diametralnie różnych założeń. Wielu nauczycieli z placówek masowych nie rozumie, że oceny wystawiane w czasie hospitalizacji to oceny terapeutyczne, które muszą odzwierciedlać wysiłek włożony w naukę przy uwzględnieniu ograniczeń wywołanych konkretną chorobą i aktualnym stanem zdrowia dziecka. Nauczyciele ze szkół macierzystych odrzucają te oceny, bo ważniejsza jest dla nich porównywalność wyników na tle klasy i szkoły niż ich indywidualny wymiar. Widać tu trudność w pogodzeniu podejść do oceniania (masowe vs jednostkowe), co jest według rozmówców największą przeszkodą w osiągnięciu porozumienia w tym obszarze. Pokazują to m.in. poniższe wypowiedzi:

„Jest podstawa prawna, która nakazuje szkole macierzystej uznać nasze oceny, tak? I wskazuje, że jesteśmy szkołą systemu oświaty tak jak każda inna szkoła. I generalnie nie mamy takiego problemu. Te oceny są uznawane, rodzice widzą w Librusie, że one są wpisane. Ale są szkoły, i to z żalem stwierdzam, że większość szkół warszawskich, niestety, gdzie dyrektorzy myślą o sobie więcej, niż powinni, i one **nasze oceny zaznaczają w kółeczku, stawiają na marginesie, nie biorą ich pod uwagę**, w związku z czym dziecko, które przebywa u nas długo, po prostu ma później kłopot z powrotem do rzeczywistości szkolnej, ponieważ tam wraca i zazwyczaj jest słabe, znowu absencja, znowu coś i okazuje się, że **bez uznania naszych ocen ma problem z klasyfikacją**. I wtedy się zaczynają telefony. Najpierw dzwoni wychowawca, później wicedyrektor do spraw dydaktycznych, a jak się okazuje, że mamy po drugiej stronie beton, to dzwonię ja i wyjaśniam przepisy prawa oświatowego i obowiązek szkoły do uznania naszych ocen. No i dosyć często słyszę, że »No ale proszę pani, no, tutaj znamy tego ucznia, a on ma tutaj takie dobre oceny«. Mówię: »No, gdybyście państwo poświęcili mu tyle czasu i pracowali jeden na jeden, tak, bez wzywania pod tablicę dziecka nieśmiałego przez różne choroby, tylko rozmawiali, **gdybyście rozmawiali z nim według jego potrzeby intymności, tak, tobyście się dowiedzieli, że w tej głowie jest o wiele więcej, niż nawet podejrzewacie**” (W4 – dyrekcja, wszystkie oddziały).

„Zresztą my nawet jak wysyłamy zaświadczenia do szkół macierzystych, to na tychże zaświadczeniach jest informacja, że oceny, które dziecko otrzymało, to są właśnie oceny terapeutyczne i co one uwzględniają. I mam pewien problem, i to jest problem taki długoletni ze

szkołami macierzystymi. Ponieważ są szkoły macierzyste, które te nasze oceny akceptują i uwzględniają później przy wystawianiu ocen czy w ogóle – i sprawdziany, i kartkówki, i odpowiedzi ustne, i tak dalej. Wręcz nawet czasami dogadujemy się z nauczycielami ze szkół masowych co do tego, co dziecko ma zaliczyć, w jaki sposób ma zaliczyć. Czasami nawet podchodzą mamy, mówią: »No, bo tutaj pani od polskiego prosiła, żeby z nim to i to zrobić, żeby dziecko napisało, sprawdzić, żeby tę ocenę przysłać do szkoły«. Ale są też takie sytuacje, że i rodzice, i dzieci mówią o tym prosto z mostu, że na przykład »Wszyscy nauczyciele to mi te oceny ze szkoły szpitalnej uwzględnili, a pani od historii czy pan od matematyki nie uwzględnił. Powiedział, że te oceny kompletnie są dla niego nieistotne i się nie liczą« (W3 – o. ogólny).

Według rozmówczyń, pomijając oceny wystawiane uczniom podczas edukacji szpitalnej, nauczyciele szkół masowych okazują wyższość względem pedagogów ze szkół przyszpitalnych. Najbardziej poszkodowani taką postawą są jednak uczniowie i uczennice, dla których nieuwzględnianie takich ocen jest dużym zawodem i może podcinać skrzydła oraz odbierać motywację do dalszej nauki:

„To jest **bardzo zniechęcające dla dziecka**, jeżeli ono mimo tego, że jest chore, no, pracuje, uczy się, stara. Wraca do szkoły i dowiaduje się, że nauczyciel jakiegoś przedmiotu tego nie uwzględni. »Nie, bo nie« – taka jest na przykład odpowiedź – »no bo nie«” (W3 – o. ogólny).

Współpraca szkół szpitalnych z macierzystymi jest utrudniona przez niedostateczną wiedzę o funkcjonowaniu tych pierwszych i brak integracji obu typów instytucji i środowisk. O ile nauczyciele szkół przyszpitalnych znają specyfikę pracy w szkołach masowych, o tyle pedagodzy z tych drugich często nie rozumieją, na czym polega nauczanie i ocenianie w szkołach działających w placówkach medycznych.

Współpraca z kadrą szpitali

Dla dobrostanu uczniów-pacjentów przebywających na oddziałach istotne są nie tylko relacje szkół przyszpitalnych ze szkołami macierzystymi, ale również atmosfera na oddziale i relacje między szkołą a szpitalem oraz między nauczycielami a lekarzami i pielęgniarkami. Współpraca szkół przyszpitalnych z placówkami medycznymi zachodzi w trzech głównych obszarach:

1. współdzielenia miejsca, czyli korzystania z przestrzeni i pomieszczeń w budynkach szpitala;
2. wymiany informacji o pacjentach i wspólnej pracy (medycznej, terapeutycznej, edukacyjnej i wychowawczej) na rzecz ich dobra;
3. codziennych interakcji międzyludzkich między personelem medycznym a kadrą pedagogiczną, w tym relacji władzy, partnerstwa i podrzędności.

Kwestia przestrzeni, co sygnalizowaliśmy wcześniej, najczęściej sprowadza się do problemów lokalowych, z jakimi zmagają się nauczyciele i dyrekcje szkół przyszpitalnych. Jeśli szkoła pełni funkcję marginalną w ekosystemie szpitalnym, najczęściej jest stosowana „psychologia” wobec oddziałów szkolnych, które „pełnią rolę służebną” (W4 – dyrekcja, wszystkie oddziały) i są przesuwane „z kąta w kąt” (W1 – o. ogólny). Nauczyciele skarżą się na zmiany dotyczące miejsca przeznaczonego na zajęcia szkolne (W6 – nauczycielka muzykoterapii; O5). Codzienną pracę utrudniają im ciągłe migracje po szpitalnych budynkach. Szkoły traktowane jak instytucje partnerskie mają najczęściej wsparcie od dyrekcji szpitali w rozwiązywaniu problemów lokalowych, ale udostępnianie pomieszczeń nie jest w żaden sposób formalnie uregulowane – to raczej kwestia dobrej woli dyrekcji szpitali. O problemach z przestrzenią dla szkoły tak opowiadała jedna z dyrektorek:

„Czyli ja mam zorganizować szkołę, szpital ma mi dostarczyć pomieszczenia, ale jak przychodzi co do czego, to mówią: »Ojej, a tu gabinet dla... tu miało być miejsce dla szkoły, ale właśnie jakiś doktor się habilitował, więc musieliśmy mu zapewnić gabinet, a terapeuta potrzebuje swojego pomieszczenia, więc... **to może się wszyscy zmieścimy w stołówce?**«. I wtedy przychodzi temat pod tytułem, że, no dobrze, ale szkoła ma majątek, tak? Komputery, laptopy, tablety, książki, zabawki. Mamy doskonale wyposażoną szkołę, ale żeby to wyposażenie nie ginęło i nie wychodziło razem z pacjentami, to my **musimy mieć to wszystko pod kluczem**” (W4 – dyrekcja, wszystkie oddziały).

Wpływa to, zdaniem nauczycielek, znacząco na funkcjonowanie szkoły, kiedy prowadzenie zajęć jest zdeterminowane przez przeznaczone dla niej miejsce:

„Słyszemy, że możemy uczyć przy łózkach. Tak, na psychiatrii dzieci muszą być w grupie w zamkniętym pomieszczeniu. No to proszę nam udostępnić to pomieszczenie. A nie, to... **to szkoła musi sobie zorganizować.** (...) W jaki sposób? Musiałabym chodzić z kontenerem na plecach, w którym znajdę pomieszczenie, w którym mogę być z dziećmi” (W4 – dyrektorka).

Kolejny istotny obszar współpracy to wymiana informacji o pacjentach. Jest ona konieczna zarówno z perspektywy nauczycieli (aby mogli dostosować proces edukacyjny do możliwości uczniów, które zmieniają się w zależności od ich aktualnego stanu zdrowia), jak i dla lekarzy i pielęgniarek (którzy z kolei opierają się na nauczycielskich obserwacjach w planowaniu terapii i korzystają ze wsparcia emocjonalnego, jakie kadra pedagogiczna oferuje dzieciom i młodzieży).

„No, u nas są **spotkania z panią doktor ordynator z oddziału psychiatrii, są bardzo systematyczne** i jako wychowawcy przekazujemy informacje dalej nauczycielom, którzy pracują z tymi dziećmi. **Przychodzą na te zebrania również terapeuci, jeżeli mogą, przedstawiciele oddziałów i omawiają nam uczniów, głównie nowych**” (W1 – o. psychiatryczny).

„Tak, personel nas informuje, ale częściej my podchodzimy do personelu, jak mamy jakieś wątpliwości. To my podchodzimy i pytamy, czy dziecko może wyjść z sali, przyjść do świetlicy, czy można z nim teraz przeprowadzić zajęcia, czy nie ma przeciwwskazań właśnie ze strony personelu. To praktycznie przy każdym dziecku. Codziennie zadajemy te pytania. Nie było jakiejś tam trudnej sytuacji, tak że współpracujemy na bieżąco” (W2 – o. ogólny).

„Wychowawca klas IV–VIII, prawda, ma kontakt z lekarzem prowadzącym tych swoich uczniów i od niego albo od psychologa klinicznego, który funkcjonuje w tej klinice, dostaje informacje: »Tu proszę nie wchodzić, tu dziecko już się wybudziło po operacji, proszę się nim zająć, ponieważ potrzebuje stymulacji«. (...) Na psychiatrii wręcz mamy spotkania z personelem medycznym, z terapeutami i omawiamy jakieś przypadki. Zgłaszamy, jeżeli coś się u nas dzieje na zajęciach niepokojącego, informujemy. Terapeuci przychodzą do nas czasami, przychodzą z takimi tematami” (W4 – o. psychiatryczny, ogólny).

„To jest oczywiste, że my możemy przejść do lekarza czy pójść do jakiejś pielęgniarki, na przykład do pani oddziałowej, i ona z nami na temat tego dziecka porozmawia. Bardzo się aktywnie zaangażuje i będzie nas wspierała w jakimś takim procesie czy w rozwiązywaniu problemów z tymi dziećmi” (W3 – o. ogólny).

Relacje władzy pomiędzy personelem szkół i szpitali, też już częściowo omawiane, są zróżnicowane i zależą – jak mówią nauczycielki – „od postawy, charakteru danej osoby i sytuacji” (W3 – o. ogólny). Z jednej strony rozmówczynie podawały przykłady sytuacji nieprzyjemnych i konfliktowych pomiędzy przedstawicielami obydwu instytucji, mówiły o konieczności wyznaczania granic w relacjach z personelem medycznym, jak w poniższych wypowiedziach:

„Ale trzeba być ostrożnym w tych relacjach i trzeba też umieć stawiać granice, bo, no nie wiem, jak kiedyś byłam wychowawcą, to miałam takie sytuacje, kiedy pani na przykład oddziałowej wydawało się, że ona jest moją przełożoną. No i jakby chciała mi wydawać polecenia” (W3 – o. ogólny).

„Są pewne panie oddziałowe, które... jakby, może im się to przekłada? One jakby zawiadują całym tym oddziałem, więc automatycznie troszeczkę... skoro my tam się przewijamy przez ten oddział, my się im jakoś kojarzymy z osobami tam pracującymi, więc czasami mam wrażenie, że one odruchowo gdzieś tam chcą, jakby, pewne rzeczy nam rozdysponować czy wręcz nam mówić, jak my powinniśmy uczyć, jak powinniśmy funkcjonować. Ale to są jakieś chyba takie sporadyczne przypadki” (W3 – o. ogólny).

„Jak ja, na przykład, słyszę, że jakaś pani oddziałowa przedstawia moich nauczycieli, to ja natychmiast tam jestem. Ja mówię: »Ja bardzo panią przepraszam, w pani jurysdykcji są pielęgniarki i proszę tutaj załatwiać. Absolutnie nie ma pani prawa zwracać uwagi mojemu nauczycielowi. Jeżeli ma pani coś do zarzucenia, proszę o telefon do mojego gabinetu. Ja

to załatwię z moim pracownikiem, ale **proszę nie wchodzić w moje kompetencje i proszę nie naruszać bezpieczeństwa moich pracowników**, bo to ja jestem za to odpowiedzialna»
(W4 – dyrekcja, wszystkie oddziały).

Z drugiej strony z wywiadów z nauczycielkami przebija koncyliacyjny ton. Deklarują one chęć porozumienia i unikania konfliktów. Nauczycielki, z którymi rozmawialiśmy, mają świadomość funkcji integracyjnych i animacyjnych, jakie pełnią w szpitalach oddziały szkolne, dlatego zależy im na utrzymywaniu dobrej atmosfery pracy:

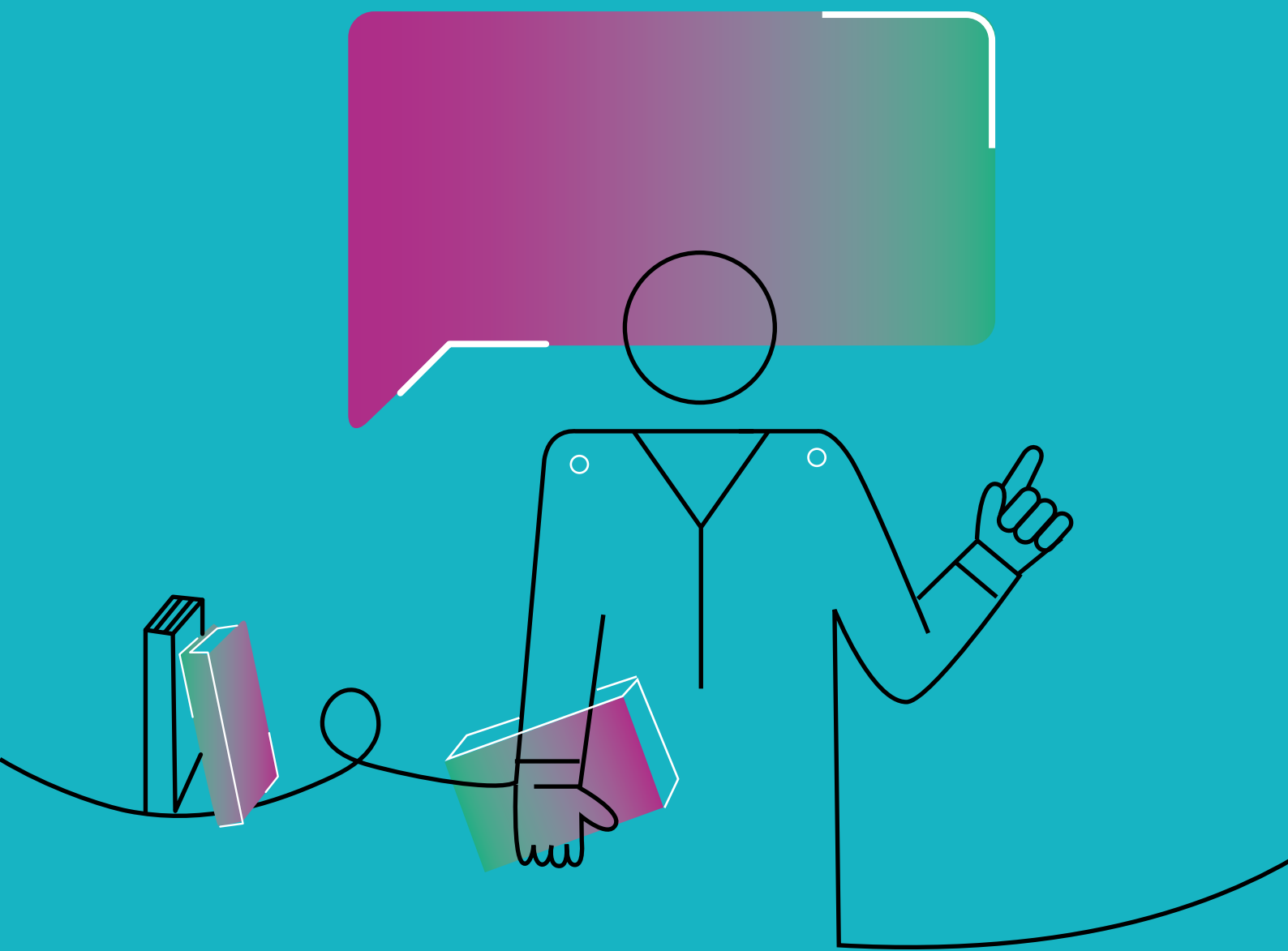
„Czasem **brakuje nam właśnie jasności i otwartej, i otwartej rozmowy**, a jednocześnie po prostu musimy być też bardzo tacy grzeczni i się dostosować, i jakby łagodzić **jakikolwiek konflikty**. No bo to nie jest miejsce i czas na takie rzeczy, to nie to, o co w tym chodzi”
(W3 – o. ogólny).

Uczestniczki badania podawały też przykłady pozytywnego nastawienia personelu medycznego wobec szkoły i lekcji prowadzonych na oddziałach:

„Im dłużej pracuję, tym ci lekarze bardziej się **przekonują do tego, co my robimy, i dostrzegają w tym też wartość, prawda?**” (W3 – o. rehabilitacyjny).

„Na przykład jak w ciągu dnia ja prowadzę zajęcia i tutaj wszystko, wiecie, porozkładane, czasami dzwonki mam rozłożone, no bo na dzwonkach czasem na muzyce gram... I oczywiście pani doktor wchodzi, no to ja wstaję, a ona: »Nie, nie, nie, proszę siedzieć, proszę prowadzić. Ja tylko chciałam zapytać o coś...«. Czyli już mi daje do zrozumienia, że OK, ja **mogę prowadzić dalej lekcję, tylko ona musi ustalić tam coś tam**, na przykład czy dziecko wzięło lek, jak się czuje, bo ona wtedy musi wpisać sobie tam w tym swoim grafiku jakieś pewne sugestie” (W3 – o. ogólny).

Takie sygnały akceptacji są dla rozmówczyń budujące i pokazują, że wspierające, pełne zrozumienia relacje między personelem medycznym a kadrą pedagogiczną mogą być podstawą do budowania dobrej współpracy między instytucjami podlegającymi pod różne resorty.



Sytuacja i tożsamość zawodowa nauczycielek i nauczycieli szkół przyszpitalnych

Stan kadrowy szkół (oddziałów) przyszpitalnych, sytuacja zawodowa kadry pedagogicznej oraz ścieżki jej rozwoju zawodowego były jednym z istotnych tematów w badaniu ilościowym. Jej doświadczenia, problemy i potrzeby stanowiły również ważną część wywiadów z nauczycielkami. Rozmówczynie opowiadały chętnie, z dużym zaangażowaniem i entuzjazmem o realiach pracy w szkole przyszpitalnej, specyfice swoich działań oraz o atmosferze, jaka panuje w tym niezwykłym – z ich perspektywy – miejscu pracy. W piątym rozdziale zajmiemy się sytuacją zawodową kadry pedagogicznej w szkołach przyszpitalnych oraz przedstawimy typologię tożsamości nauczycielskich.

Wykształcenie i staż pracy

Szkoły (oddziały) przyszpitalne biorące udział w ilościowej części badania były zróżnicowane pod względem liczby etatów nauczycielskich. Największa grupa (12 na 28) to placówki relatywnie małe, liczące poniżej 16 etatów. Następnich 7 placówek to od 18 do 29 etatów. Powyżej 33 etatów liczyło 9 placówek. W 17 badanych szkołach liczba nauczycieli przewyższała liczbę etatów (część zatrudnionych pracowała na niepełnych etatach), w 8 zatrudnienie faktyczne odpowiadało stanowi etatowemu, a w 4 przypadkach liczba zatrudnionych nauczycieli była niższa od liczby etatów.

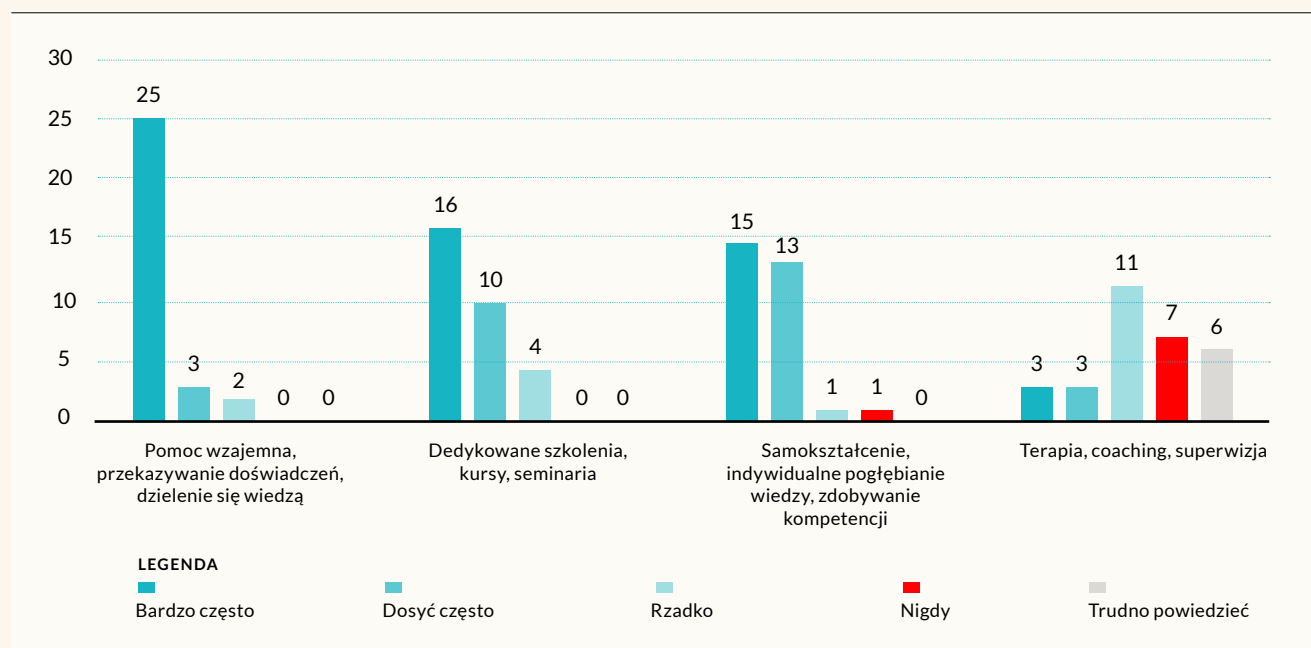
W gronach pedagogicznych badanych szkół **dominują nauczycielki**. W 6 przypadkach stanowią one 100% obsady, a tylko w 2 – mniej niż 75%. Jeśli chodzi o doświadczenie, w większości szkół (oddziałów) przyszpitalnych biorących udział w ankiecie zdecydowanie dominowały osoby o całkowitym **stażu pracy w oświacie przekraczającym 10 lat** (średnio stanowiły one 61% ogółu zatrudnionych), mniej (średnio 15%) było osób o stażu od 4 do 10 lat, a najmniej (średni udział 11%) – do 3 lat pracy. W przypadku wszystkich szkół w badaniu ilościowym nauczyciele i nauczycielki łączyli swoją pracę w przyszpitalnej szkole lub oddziale z zatrudnieniem w szkole stacjonarnej. W 12 placówkach byli to wszyscy członkowie grona pedagogicznego (2 wskazania), większość (6 wskazań) lub duża część (4 wskazania), a w 17 placówkach – mniejszość.

Ankieta była skierowana do osób funkcyjnych kierujących działalnością szkół przyszpitalnych bądź przyszpitalnych oddziałów szkół stacjonarnych, co pozwoliło nam scharakteryzować również kadre zarządzającą placówkami uczestniczącymi w badaniach. Wśród osób wypełniających kwestionariusz znalazło się: 23 dyrektorów szkoły przyszpitalnej/ szkoły z oddziałami przyszpitalnymi zorganizowanymi w podmiotach leczniczych, 2 wicedyrektorów szkoły do spraw oddziałów przyszpitalnych zorganizowanych w podmiotach leczniczych oraz 3 koordynatorów/kierowników szkoły przyszpitalnej/ oddziałów przyszpitalnych zorganizowanych w podmiotach leczniczych (w tym jeden koordynator społeczny).

Wśród kadry kierowniczej większość (20 osób) stanowiły kobiety, a mniejszość (5 osób) – mężczyźni. Pośród badanych osób 10 (z 29 odpowiadających na to pytanie) pracowało na obecnym stanowisku 3 lata bądź krócej, 9 – od 4 do 9 lat, a pozostałe 10 osób – 10 lat lub dłużej. Jeszcze dłuższy był staż respondentów w edukacji przyszpitalnej. Tylko w przypadku 1 osoby wynosił on rok, a w przypadku pozostałych 26 osób był dłuższy niż 10 lat – w tym staż powyżej 20 lat pracy w edukacji przyszpitalnej charakteryzował aż 22 osoby. Większość (20 z 28 odpowiadających na pytanie) badanych osób funkcyjnych wiąże swoją przyszłość zawodową z edukacją przyszpitalną. Jedynie 5 osób zadeklarowało chęć przejścia do szkół stacjonarnych (tradycyjnych), a 3 osoby z 28 wybrały odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Wykres 4.
Z jakich form doskonalenia zawodowego i/lub wsparcia profesjonalnego korzystają nauczyciele pracujący w Pani/Pana placówce?*

Pytanie ankietowe o praktykowane formy rozwoju zawodowego nauczycieli pokazało, że kadra pedagogiczna najczęściej korzysta ze **wsparcia** w formach pomocy wzajemnej, dzielenia się wiedzą i doświadczeniami (28 na 30 wskazań¹²) oraz samokształcenia i indywidualnego pogłębiania wiedzy (również 28 na 30), a następnie szkoleń i kursów (26 na 30). Mniej popularny jest udział w terapii, korzystanie z coachingu czy superwizji (6 na 30 wskazań). Szczegóły przedstawia wykres 4.



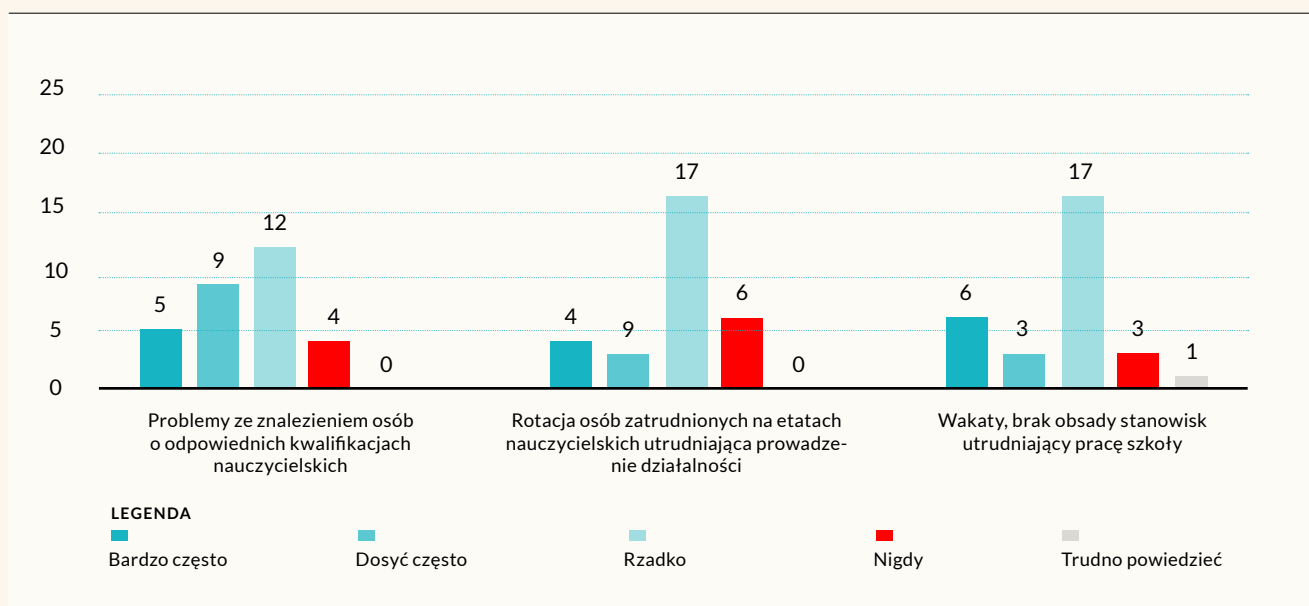
¹². Suma odpowiedzi „bardzo często” i „dosyć często”.

* Liczba wskazań, N = 30.
Źródło: opracowanie własne.

Potrzeby nauczycielek i nauczycieli

Opisując swoje najpilniejsze potrzeby w zakresie wsparcia rozwoju zawodowego, badane w ankiecie kadry kierownicze szkół skupiły się w większym stopniu na wskazaniu obszarów wiedzy i kompetencji niż na szczegółowym określeniu form takiego wsparcia. Najliczniej (6 wskazań na 31) respondenci sygnalizowali **potrzebę wsparcia z zakresu interpretacji i praktycznego stosowania regulacji prawnych** (status prawny edukacji przyszpitalnej, przepisy prawa oświatowego, interpretacja aktów normatywnych). Pokrewną kategorię, obejmującą **prowadzenie dokumentacji i organizację formalną szkoły**, wskazano dodatkowo 3 razy. 6 razy wymieniono potrzebę pozyskania wiedzy i umiejętności z **obszarów wsparcia psychologicznego uczniów, technik terapeutycznych, technik podtrzymywania psychicznego dobrostanu dzieci i młodzieży oraz przeciwdziałania stresowi**. Niewiele mniej wypowiedzi (5) sygnalizowało potrzebę pozyskania wiedzy z zakresu **zarządzania placówką oświatową** (zarządzanie w edukacji, coaching dla dyrektorów, szkolenia z zakresu zarządzania itp.). Po 1 osobie oczekiwało: **ujednolicenia podręczników i podstaw programowych**, a także szkoleń z zakresu **przekazywania informacji, komunikacji i argumentacji**. W 6 wypowiedziach sygnalizowano pełne zaspokojenie potrzeb w zakresie rozwoju osobistego i zawodowego, a w 3 wskazano źródła otrzymywanego i potencjalnego wsparcia (były to: organ prowadzący i kuratorium). Choć wyniki ankiety nie pokazują dużej skali występowania w szkołach (oddziałach) przyszpitalnych problemów z obsadą stanowisk i rotacją personelu dydaktycznego, to w niemal połowie badanych szkół (14 na 30 wskazań) sygnalizowano częste **problemy ze znalezieniem kandydatek i kandydatów o odpowiednich kwalifikacjach nauczycielskich**. Rotację osób zatrudnionych na etatach nauczycielskich utrudniającą prowadzenie działalności edukacyjnej zgłoszono w 7 przypadkach na 30 wskazań, a sytuację gdy wakaty i brak obsady stanowisk utrudniały pracę szkoły przyszpitalnej – w 9 na 30.

Wykres 5.
Czy w kierowanej przez Panią/Pana placówce występują następujące problemy kadrowe:*



* Liczba wskazań, N = 30.
Źródło: opracowanie własne.

Nauczycielki uczestniczące w jakościowej części badania pracują w szkołach przyszpitalnych 20 lat i więcej. Pytane o przygotowanie do pracy w takiej placówce odpowiadały, że legitymują się dyplomem pedagogiki leczniczej bądź terapeutycznej (w grupie pracujących powyżej 25 lat) albo deklarowały wykształcenie, które nadawało im uprawnienia do nauczania jednego bądź kilku przedmiotów (nauczycielki ze stażem 20-letnim). Uczestniczki fokusów deklarowały, że uczą jednocześnie kilku przedmiotów, co jest możliwe dzięki ukończeniu studiów podyplomowych dających kolejne uprawnienia. Wśród rozmówczyń znalazły się też dyrektorki, które pełniły swoją funkcję: 2 lata (dyrektorka w szkole nr 2) oraz 17 lat (dyrektorka biorąca udział w wywiadzie 4). Dyrektorki oraz niektóre nauczycielki biorące udział w wywiadach pełnią obecnie lub pełniły w przeszłości funkcje związane z raportowaniem działania szkoły w SIO (Systemie Informacji Oświatowej) i ten wątek także podejmowały w swoich wypowiedziach.

Tożsamość zawodowa nauczyciela i nauczycielki szkoły przyszpitalnej

Z analizy rozmów o funkcjonowaniu szkół przyszpitalnych wyłaniają się nauczycielskie tożsamości zawodowe. Tożsamość jest tu rozumiana jako obiekt społeczny, konstruowany nie indywidualnie przez osobę, ale łącznie przez tych, którzy na siebie oddziałują (Hałas, 2005, s. 33). Tożsamość (tożsamości) nauczycieli jest (są) zbudowane na poczuciu ulokowania społecznego – wynika (wynikają) z relacji ze szkolnymi podmiotami: uczniami, rodzicami, innymi nauczycielami. Tożsamość jest związana z podejmowanymi w szkole rolami, sytuacjami i grupami, zakotwiczona w poczuciu przynależności i stwierdzeniu podobieństwa do innych (Hałas, 2005, s. 34). Odnosi się do wiedzy wyrażającej koncepcję siebie, jest genetycznie ważną składową „ja”; z poziomu kondycji człowieka wpływa na budowę koncepcji siebie i oddziałuje na sposób obecności w świecie (Witkowski, 2010, s. 143). Jakie więc tożsamości konstruują badani nauczyciele w szkołach przyszpitalnych?

Tożsamość pierwsza: trzeba się dostosować...

Nauczyciele w szkole przyszpitalnej konstruują przede wszystkim tożsamość osoby, której zadaniem jest dostosowanie się. **Dopasowują się** do warunków pracy, do możliwości ucznia, do stawianych przez rodziców i szkołę macierzystą wymagań. Wspominają o elastyczności w kontekście rotacji młodych ludzi, którzy „przychodzą i wychodzą, rocznie jest to około 7 000 dzieci” (W2 – nauczycielka I–III prowadząca sprawozdawczość).

Nauczyciele mówią o dopasowaniu jako o swoim osiągnięciu, a jednocześnie osobliwości pracy w szkole przyszpitalnej. Dodają, że wiąże się to z osobistym obciążeniem:

„Cała ta robota w szpitalu się opiera na cyrklowaniu, jakby, cyrklowaniu od rana do końca roboty. Pomiędzy tym właśnie, pomiędzy stanem fizycznym, stanem emocjonalnym, naszymi też zasobami. Bo jednak ta praca jest bardzo taka obciążająca. No bo, no, dajesz ciągle od siebie i ciągle się dostosowujesz. Każdego dnia się dostosowujesz do sytuacji, więc na bieżąco... Po prostu ja mam wrażenie, że ten mózg, te synapsy się tam... muszą mieć dużą elastyczność” (W3 – nauczycielka j. angielskiego).

Elastyczność może się stać – paradoksalnie – rutyną codzienności. Nauczycielka przedstawia to, że dopasowuje się niejako w biegu, idąc na zajęcia:

„Tak że już wyrobiliśmy się tak, że jesteśmy elastyczne i potrafimy właśnie po drodze wy- myślać, co teraz będzie. Po 25 latach pracy to już wiem mniej więcej, w którym miesiącu, na jakim poziomie dzieci są, co robią, jaką lekturę czytają, do ilu mnożą, dzielą i tak dalej” (W2 – nauczycielka I-III).

Dopasowanie dotyczy przede wszystkim pracy z młodym człowiekiem, która często jest opisywana jako **podążanie za uczniem**:

„[Zajęcia] bywają indywidualne i bywają grupowe w zależności właśnie od tego poziomu wydolności wysiłkowej dzieci, w zależności od tego, jak się czują, jakie są zalecenia” (W2 – nauczycielka I-III).

Inna nauczycielka wyjaśnia dopasowanie do ucznia w kontekście organizacji lekcji:

„I my to bardzo uwzględniamy w tym momencie, tak, uwzględniamy jego możliwości psychofizyczne, także to, że, no, gorzej się czuje, że jego choroba na przykład uniemożliwia mu pełne korzystanie z lekcji” (W3 – nauczycielka j. polskiego i j. angielskiego).

W wypowiedzi dyrektorki elastyczność jest pewną stałą wartością w pracy. Dodatkowo rozmówczynie uważa, że to warunek dobrej kondycji, ponieważ wtedy nie grozi rutyna i „unieruchomienie” zawodowe:

„Podążamy za dzieckiem, tak, czyli u mnie największą stałą jest zmienna. Tak, zmienna jest *constans*. No, dzięki temu po prostu nie grozi nam alzheimer, wierzę” (W4 – dyrektorka).

Nauczycielki tę **elastyczność i umiejętność dopasowania się uważają za główną różnicę w pracy** w porównaniu ze szkołą masową:

„I główną różnicą jest forma pracy, bo tak jak dziewczyny wspomniały, my pracujemy głównie indywidualnie z tymi dziećmi z bardzo konkretnych powodów, bo każde dziecko przychodzi często z innym podręcznikiem, jest w zupełnie innym miejscu” (W3 – nauczycielka j. angielskiego).

Dopasowanie się do ucznia jest jednocześnie strategią pracy w szkole przyszpitalnej. Nauczycielki opowiadają z entuzjazmem o szczegółach swojej pracy, w których reguły i zaplanowane działania podlegają nieustannym zmianom:

„Kiedyś starałam się planować. Teraz już wiem, że po prostu trzeba być elastycznym i na bieżąco wymyślać. Dzisiaj mieliśmy jeden wspólny temat tak naprawdę – i język polski, i matematyka, zajęcia plastyczne (...). Ktoś jest dalej, ktoś bliżej jest z jakimś tam materiałem, ale ja tak próbuję wypośrodkować, tak, żeby wszyscy coś wynieśli z tego, z tych zajęć” (W2 – nauczycielka klas I-III).

W innej sytuacji są dzieci przebywające na oddziale onkologicznym. Jednak i tu, mimo zwykle długich pobyków, **elastyczność jest niezbędna w pracy z dziećmi z chorobą nowotworową:**

„Mamy je przez cały cykl na przykład chemioterapii, który może trwać nawet 2-3 lata, tak, czyli my te dzieci znamy i one właściwie uczą się tylko u nas, bo to nauczyciel, nauczanie indywidualne, które jest przyznawane przez szkołę macierzystą, nie sprawdza się, bo i tak dziecko, jak wraca do domu, jest tak wycieńczone, że i tak pracuje na naszych kartach pracy i wraca, i jedynie tę szkołę ma u nas w szpitalu” (W4 – dyrektorka).

Nauczycielskie dopasowanie dotyczy także **zaspokajania potrzeb edukacyjnych formułowanych przez szkołę macierzystą:**

„I tu jest bardzo duża pomoc właśnie ze strony rówieśników albo duża pomoc ze strony szkoły macierzystej czy wychowawców szkół macierzystych, czy polonistów, którzy na bieżąco podają dziecku tematy, które są realizowane. I my tak naprawdę w tym momencie staramy się, no, czasami technicznie trudno jest, żeby wszystkie po kolei tematy zrealizować z tymi dziećmi. Jest to technicznie niemożliwe, ale staramy się wyłapać te takie najważniejsze tematy (W3 – nauczycielka j. polskiego i j. angielskiego).

Tożsamość druga: jesteśmy jak Doktor Klaun... tylko czerwonego noska nam brakuje

Kolejna wyłaniająca się z wypowiedzi tożsamość to tożsamość nauczyciela, który czuje, że jest **odpowiedzialny za skupienie na dziecku, oferowanie mu atrakcyjnych zajęć, sprawianie mu przyjemności.**

„Kiedy mam do zrobienia gramatykę, to ja mam po prostu w tablecie różne ćwiczenia dla nich, które one mogą sobie na bieżąco rozwiązywać. Mam też na tablecie różne programy artystyczne, takie jak Procreate czy jakiś tam inny (...). Ale to robię ze starszymi dziećmi, a z tymi małymi, no, to też mam zawsze w torbie klej, nożyczki, wycinanki, duży zeszyt z kartkami, różne kredki, byle dobre, grube, różnokolorowe, i ja z nimi po prostu bardzo dużo maluję” (W3 – nauczycielka j. angielskiego).

Nauczycielki, przedstawiając swoją pracę, podkreślają dumę z dziecięcej radości, którą przynoszą swoim działaniem. Doceniają także siebie za to, że ich sposób pracy przemienia dzieci, daje im radość:

„Te dzieciaki mają bardzo dużo otwartości na nas i bardzo dużo takiej... radości z tego, że ktoś do nich przyjdzie, szczególnie że my zawsze oferujemy im właśnie coś atrakcyjnego, fajnego. Mamy dla nich uwagę, mamy dla nich czas, mamy nadmiar, my jesteśmy uśmiechnięci, skupieni na tym dzieciaku” (W3 – nauczycielka j. angielskiego).

„Mówią tak, bo nudzi im się po prostu w szpitalu. Jestem taką atrakcją trochę często” (W1 – nauczycielka szkoły przy szpitalu psychiatrycznym).

Nauczyciel jest także **włączany do organizacji wydarzeń** kulturalnych dla całego szpitala. Podczas spacerów badawczych często pokazywano nam przestrzenie, w których nauczyciele organizują występy dzieci lub dla dzieci, a także odbywają się koncerty czy okolicznościowe spotkania:

„Organizuję jakieś teatry, jakieś przyjęcia fundacji różnych i tak dalej i później personel, pani ordynator oczekuje, że my jako szkoła przyjmujemy tych gości. Zorganizujemy jakieś te spotkania i tak dalej. (...) jak przygotować dzieci i tak dalej, i tak dalej, jest po naszej stronie. Więc kiedyś to była ta współpraca, jakoś wyglądało, aby były osoby, które... osoba zarządzająca, że tak powiem (...). W tym momencie jest tak, że jest z roku na rok coraz trudniej tak naprawdę” (W2 – nauczycielka I-III).

W wypowiedzi wybrzmiewają tony rozczarowania. Nauczycielka czuje się przymuszana, żeby być **wizytówką szpitala**, że oczekuje tego ordynatorka. Uważa też, że współpraca ze szpitalem w tym aspekcie jest coraz bardziej utrudniana. Nauczycielki mówią, że czują się obciążone „**przynoszeniem radości**” uczniom, ale zdają sobie sprawę, że takie są oczekiwania wobec nich.

Tożsamość trzecia: nauczyciel ratownik, od którego wszyscy oczekują pomocy

Ratownik niesie pomoc uczennicom i uczniom, rodzicom, personelowi medycznemu. Pomoc to m.in. czynności typowo nauczycielskie, związane z nauczaniem, rzecz jasna dopasowanym do ucznia, zindywidualizowanym, uwzględniającym jego potrzeby i możliwości. Ratowanie ma jednak dużo szerszy zakres wynikający z **funkcji terapeutycznej**, którą artykułują badani. Dotyczy ona zarówno akcentowanej przez nauczycielki terapeutycznej funkcji szkoły, jak i terapii jako wsparcia rodziców czy personelu medycznego. Wypowiadając się o pracy na oddziale psychiatrycznym, nauczycielka konstatuje:

„No, te dzieci wymagają troszeczkę... znaczy, ta młodzież tak naprawdę wymaga bardzo indywidualnego podejścia i tutaj bardzo ważne jest wycucie ich nastroju na dany dzień. Nawet tak na daną godzinę. Czasem my musimy o nich dużo wiedzieć, żeby adekwatnie do ich choroby zareagować” (W2 – nauczycielka I–III).

W innym wywiadzie nauczycielka wprost formułuje terapeutyczną misję szkoły, niejako w kontrze do oddziaływania szkoły masowej:

„Nasza szkoła (...) to jest w pierwszej kolejności ocena terapeutyczna, czyli my oceniamy dziecko nie tylko za wiedzę, którą zdobyło, czy za umiejętności, które dziecko zdobywa” (W3 – nauczycielka j. polskiego i j. angielskiego).

Terapeutami nauczyciele stają się także wobec rodziców. Dotyczy to samych czynności podejmowanych z uczniami, kiedy pedagodzy słyszą od rodziców, że ci wypoczywają dzięki temu, że ktoś zajmie się ich dziećmi. Ale terapią może się stać także każda rozmowa z rodzicami, która płynnie przekształca się niejako w sesję terapeutyczną:

„Staram się też nie zadawać im za dużo pytań, bo czasami jedno zwykłe pytanie może »strigerować« półtorej godziny. Półtorej godziny mówienia, bo akurat ta mama po prostu na przykład nie ma z kim porozmawiać. Tak mi się zdarzyło ostatnio. I to jest bardzo trudne wtedy być w tej roli, bo te mamy często narzekają, są samotne, jakby szukają właśnie takiego ujścia” (W3 – nauczycielka j. angielskiego).

Mówiąc o tym obszarze tożsamości, badane wspominają często o wsparciu psychologicznym, które otrzymują uczniowie i uczennice i w którym siłą rzeczy znajdują się pedagodzy, prowadząc zajęcia na oddziałach psychiatrycznych czy mając pod opieką dzieci potrzebujące szeroko kontekstowego wsparcia psychologicznego:

„Ona [o psycholożce zatrudnionej na oddziale] zajmuje się bardziej takim podejściem psychologicznym, dużo rozmawia właśnie z tymi trudnymi dziećmi. Jakies tam zajęcia takie, nie za bardzo wnikam, bo ja nie mam tego wykształcenia, ale bardzo właśnie jakby podbudowuje dzieci i właśnie takie od strony psychologicznej i psychoterapeutycznej z nimi prowadzi zajęcia” (W2 – nauczycielka klas I–III).

Mimo że nauczyciele mają tożsamość ratowniczą, to mówią także o osamotnieniu, bezradności i nieprzygotowaniu do trudnych sytuacji, zwłaszcza związanych z pobytami dzieci na oddziałach psychiatrycznych. Wspominając o tym, często postulują dodatkowe szkolenia, coaching czy supervizje związane z przygotowaniem do pracy z dziećmi znajdującymi się w trudnym położeniu:

„Jak postępować z dzieckiem z zaburzeniami psychicznymi, z problemami z własną osobowością, z dziećmi po próbach samobójczych (...). Tak naprawdę, to jest tak dużo w ostatnich czasach tych przypadków, że tak jak mówiłam, rodzice i uczniowie często oczekują od nas pomocy, a nie zawsze, nie każdy z nas jest kompetentny” (W2 – nauczycielka I–III).

Tożsamość czwarta: nauczyciel misjonarz zagrożony wydaleniem z misji

Nauczyciele opowiadający o swojej roli w szkole mają wysokie poczucie satysfakcji z realizowanej w szpitalu misji i duże poczucie sprawstwa. W wielu miejscach z dumą (ale niepodszytą pychą) mówią o swojej **szczególnej roli** w szpitalu:

„W takich sytuacjach ja uważam, że świetnie sobie radzimy. My jako nauczyciele, bo mamy jakby potwierdzenie od personelu. Od pani ordynator, pani psycholog, że bardzo nam dziękują, że pomagamy” (W2 – nauczycielka I–III).

Misją jest objęcie wszystkich dzieci w szpitalu działaniami szkoły. Dyrektorka w wywiadzie z oburzeniem wspomina o praktykach wyłączania oddziałów onkologicznych z funkcjonowania szkoły przyszpitalnej:

„Tu jest instytut i leczenie, a tu jest szkoła. My działamy równolegle **na rzecz dobra tego samego dziecka** i ja już to rozumiałam bardzo dawno temu, i nie ustępuję. I jak ja słyszę, że gdzieś w innym szpitalu nie organizuje się szkoły na onkologii, no bo kto będzie męczył te biedne dzieci... A ja wiem, że nasze dzieci [z onkologii] wcale nie są biedne! To, że mają nowotwór, no to po prostu tak się wydarzyło, ale one chcą się uczyć! Bo po co mają wyzdrowieć, jeżeli będą miały kilkuletnią przerwę w szkole, i do czego one mają wyzdrowieć, jeżeli one już nie mają nadziei, że się w społeczeństwie odnajdą?” (W4 – dyrektorka).

W wypowiedzi dyrektorki bardzo mocno wybrzmiewa **misja dyrektorki broniącej szkoły jako placówki, która niesie nadzieję** na powrót do społeczeństwa i na typowe dla innych uczniów codzienne funkcjonowanie dzieci dotkniętych chorobami nowotworowymi.

Misją według nauczycieli jest także to, że uczniowie przekonują się do szkoły jako placówki, która im służy, jest dla ucznia, po jego stronie. Badane osoby chętnie wspominają w wywiadach wypowiedzi uczniów, którzy chcą pozostać w szkole przyszpitalnej albo **marzą, żeby szkoła masowa pracowała tak jak szpitalna**:

„Dzieci mówią, że do takiej szkoły... no, wiadomo, indywidualne nauczanie i wiadomo, że wszyscy są mili, nikt nie podnosi głosu i tak dalej. Ale często się zdarza, że dzieci mówią, że gdyby tak szkoła wyglądała, toby bardzo chętnie codziennie chodzili. No tak, ale to jest specyficzna szkoła, wiadomo” (W2 – nauczycielka I-III).

Podczas badań prowadzonych w szkołach można było zaobserwować, jak obchodzą się z nowo przyjętymi pacjentami na oddziałach, kiedy dziecko jeszcze nawet nie miało przydzielonego łóżka, kiedy czekając na wizytę lekarza, już było w świetlicy – włączane w działania podejmowane przez nauczycieli prowadzących zajęcia bądź wychowawców. Dyrektorka w wywiadzie z dumą mówi o tym, że **uczeń od progu szpitala jest „zaopiekowany”**:

„Dziecko, które przyszło do szpitala, od pierwszej tak naprawdę minuty pobytu w sali szpitalnej ma opiekę wychowawczą i dydaktyczną. I to, i to” (W4 – dyrektorka).

Dyrektorka zdaje sobie sprawę, że założenia systemu są inne (dziecko „wchodzi” w system szkolny po 9 dniach pobytu w szpitalu), ale w ramach swojej misji jest utwierdzona w przekonaniu słusznie podjętej **strategii pracy z młodymi osobami od pierwszego dnia pobytu**. Do takiej strategii usiłuje także przekonać ministerstwo:

„(...) my możemy odstąpić od nauczania i wychowania do dziewiątego dnia pobytu. Od właściwie początku, kiedy jestem dyrektorem, walczę o to i w ministerstwie wypowiadam się dosyć odważnie na ten temat, że jest to przepis z ogromną krzywdą dla dziecka. My nie korzystamy z tej możliwości, ponieważ nie wyobrażam sobie sytuacji, w której dziecko, które jest pierwszy dzień, stoi przed świetlicą. A my, ponieważ nie mamy go wpisanego do systemu i do dziennika lekcyjnego czy wychowawczego, mówimy mu: »To poczekaj przed świetlicą, bo teraz bawią się dzieci, które są już 9 dni w szpitalu«. Tak, no to jest po prostu nieludzkie” (W4 – dyrektorka).

Poczucie wyjątkowości pełnionej misji często jest **podsyte poczuciem zagrożenia** miejsca pracy, poczuciem pominięcia czy nieobecności w dyskursie społecznym:

„U nas to jest od kilku lat takie straszenie, nie? Trudno powiedzieć, o co tak naprawdę chodzi – czy oni naprawdę nas zlikwidują, czy nie zlikwidują. Tak że siedzimy, no, trochę na takiej tykającej bombie i to jest najgorsze tak naprawdę. Ciężko nam czasami zrozumieć, ale to są te takie trudności, które później spadają na nas, bo u nas też są zwalniani. Nie wspomnę o nagrodach dyrektora, bo już jesteśmy zapomniane totalnie, więc to jest takie trudne i to jest co rok trudniej, niestety” (W2 – nauczycielka I-III prowadząca sprawozdawczość).

W wypowiedziach pojawia się także **niepewność i lęki związane ze sprawozdawczością** w szkołach przyszpitalnych. Dotyczy to zarówno nauczycieli obciążonych obowiązkiem wprowadzania danych dzieci do Systemu Informacji Oświatowej, jak i dyrekcji, które „drżą” o rozliczenia pobytu dzieci w placówkach w kontekście dofinansowania otrzymywanego od organów prowadzących. Badane osoby twierdzą, że rzetelne raportowanie nie jest możliwe. System nie przewidział takiego oświatowego zjawiska jak uczeń czy uczennica szkoły przyszpitalnej. Dodatkowo raportowanie to syzyfowa praca wynikająca z ogromnej rotacji: rocznie przez szpital przewijają się tysiące dzieci, a rozbudowany system jest tak skonstruowany, żeby wpisać dziecko raz na cały okres pobytu w szkole masowej, a nie, jak w przypadku szkoły przyszpitalnej, na kilka dni (i to często wielokrotnie, kiedy dziecko choruje przewlekłe).

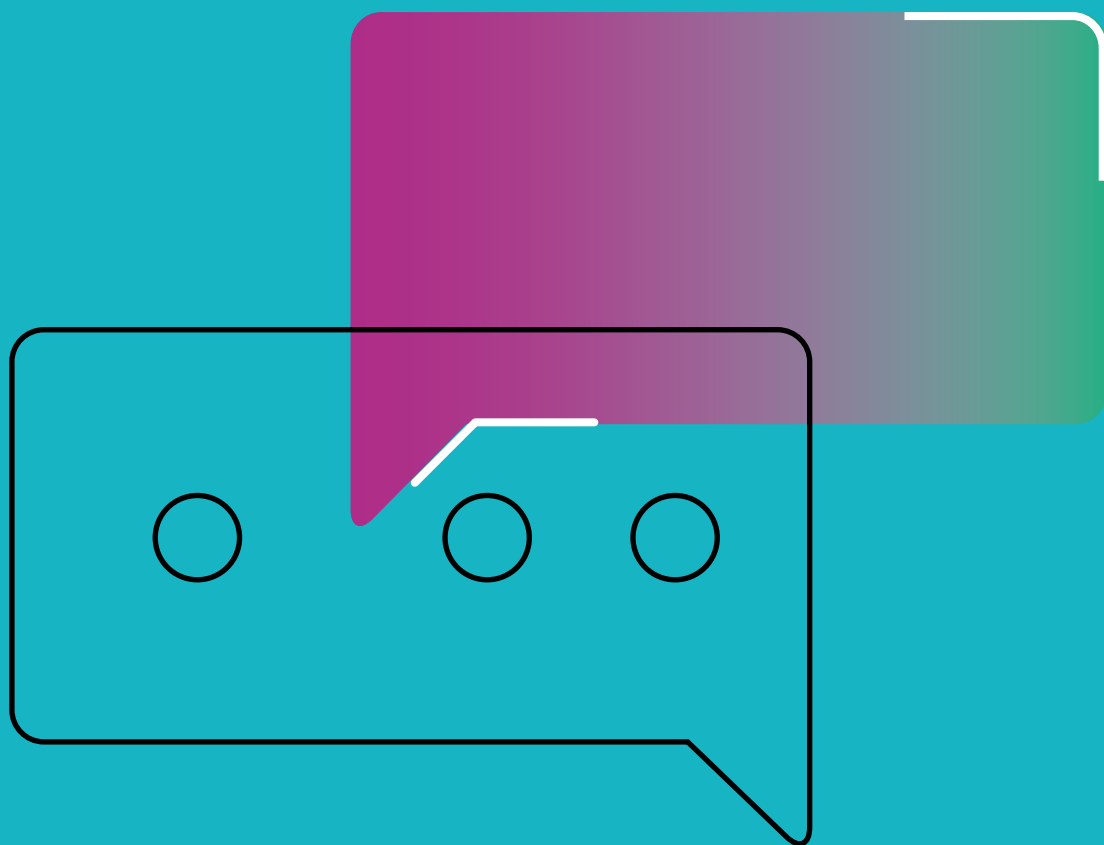
„Muszę wypełniać nie tylko wprowadzanie danych dzieci, ale też wypełnianie różnych ankiet, które są, no, bardzo trudne. I od tych różnych ankiet, od ilości dzieci tam średnich i tak dalej, zależy finansowanie szkoły, więc mam nad sobą niesamowitą odpowiedzialność, a nie jestem do końca kompetentną osobą w tym temacie” (W2 – nauczycielka I-III odpowiedzialna za sprawozdawczość w szkole).

Badane osoby obawiają się, że raportowanie generuje niechęć organów prowadzących, które niezwykle drobiazgowo podchodzą do sprawozdawczości prowadzonej w szkołach przyszpitalnych. Dyrektorzy i sprawozdawcy wielokrotnie wspominają o takich obawach:

„U nas się teraz władze zmieniły i nie wiemy jeszcze, bo nie jest... nie miałyśmy okazji spotkać się z panią wiceprezydent odpowiedzialną za edukację i nie wiemy, jakie ma nastawienie. Natomiast poprzednie ekipy i władze, i ta władza nasza, tutaj, szkolna, są negatywnie nastawione, nie widzą sensu za bardzo, bo szkoła nasza generuje dla nich niepotrzebnie wydawane pieniądze” (W2 – nauczycielka I-III odpowiedzialna za sprawozdawczość w szkole).

Również z lękiem w każdym wywiadzie były podejmowane wątki likwidacji szkół. W jednej z rozmów dyrektorka zdradziła (prosząc, aby tego nie nagrywać) że boi się, że jej wypowiedzi mogą przyczynić się do uruchomienia likwidacji placówki, bo z wielu źródeł słyszy takie głosy. Poniżej zamieszczamy wypowiedź innej dyrektorki, która nie zastrzegła możliwości nagrania:

„Wiem, że w Katowicach i chyba w Wałbrzychu po prostu doszło do likwidacji szkoły szpitalnej ze względu na jakiś konflikt, który, no nie... nie moją rzeczą jest [oceniać], (...) jaka była prawda, ale zanim cokolwiek się tam wydarzyło, dużo telefonów odebrałam tam od pani dyrektor tej szkoły z pytaniem, jak to ratować” (W4 – dyrektorka).



P o d s u m o w a n i e

R e k o m e n d a c j e

K o m e n t a r z n a u k o w y

B i b l i o g r a f i a

A n e k s y

P o d s u m o w a n i e

Szkoły przyszpitalne pełnią kluczową rolę w procesie zdrowienia. Od jakości wsparcia, jakie oferują uczniom i uczennicom, oraz jakości współpracy między tymi placówkami a szkołami pochodzenia zależą możliwości funkcjonowania młodych ludzi po okresie choroby i hospitalizacji.

Działające na pograniczu systemów edukacji i opieki zdrowotnej szkoły przyszpitalne często stają się niewidoczne. Brakuje nawet centralnego, łatwo dostępnego spisu tych placówek. To także wciąż niewystarczająco rozpoznany obszar badawczy.

Po lekturze raportu nasuwa się oczywisty wniosek: we wsparciu funkcjonowania szkół przyszpitalnych **niezbędne są rozwiązania z pogranicza wielu obszarów**. Wymagają międzysektorowej koordynacji i przepływu informacji, zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym. Szkoły przyszpitalne mają niemałe znaczenie w systemie edukacji, którego są integralną częścią. Postrzeganie ich jako marginalnego elementu czy jedynie przez pryzmat obciążenia dla budżetu może prowadzić do niepewności wśród kadry oraz dezorganizować pracę, co ma negatywny wpływ na jakość edukacji.

Widać, że szkoły przyszpitalne korzystają ze wsparcia otoczenia społecznego, że współpracują z instytucjami niepublicznymi czy organizacjami społecznymi. Dlatego raport i rekomendacje kierowane są do szerokiej grupy odbiorców: **Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej, samorządów lokalnych, szkół i ich organów prowadzących oraz kadry szkół przyszpitalnych**.

Badanie o charakterze eksploracyjnym skupiło się na usłyszeniu głosu nauczycieli i nauczycielek szkół przyszpitalnych. **Nie uwzględnia zatem perspektywy szkół macierzystych, co jest niezbędnym obszarem do rozpoznania**, aby formułować rekomendacje o charakterze rozwiązań systemowych. Niemniej już ten wgląd w praktykę szpitalnych pedagogów wskazuje, jak pilne są zadania usprawniające proces hospitalizacji i powrotu do zdrowia.

R e k o m e n d a c j e

od zespołu badawczego

Edukacja przyszpitalna wymaga najpilniejszej interwencji w trzech obszarach. Pierwszy to kwestia **przepisów prawnych**. Regulacji wymagają zwłaszcza kwestie związane z podmiotowością szkół i oddziałów przyszpitalnych (autonomia kierowania edukacją przyszpitalną – szersze możliwości tworzenia i obsadzania stanowisk kierowniczych oraz powoływania osób funkcyjnych koordynujących ten rodzaj szkolnictwa, zwłaszcza w ramach zespołów szkół ogólnodostępnych). Poruszano także problematykę egzekwowania obowiązujących przepisów dotyczących zapewnienia zaplecza lokalowego na potrzeby edukacyjne przez kierownictwo placówek leczniczych – z badania wynika, że nie zawsze jest to priorytetem oraz może stanowić źródło konfliktów i frustracji osób kierujących edukacją przyszpitalną. W kwestii regulacji artykułowano także potrzebę usystematyzowania współpracy ze szkołami macierzystymi dzieci i młodzieży – zwłaszcza w obszarze respektowania ocen wystawianych w szkołach przyszpitalnych oraz przekazywania im informacji o uczniach i uczennicach rozpoczynających naukę w placówkach medycznych.

Drugi ze wskazanych obszarów (łączy się on z poprzednio wskazaną problematyką) to kwestia zapewnienia **zaplecza lokalowego** i infrastruktury edukacyjnej. Dotyczy to szczególnie problemów z przestrzenią do nauki wychowania fizycznego i informatyki, ale także z dostępnością sal lekcyjnych bądź świetlicowych, w których mogłyby się uczyć grupy uczniów-pacjentów. Problem stanowi też niedostateczne zaplecze do bezpiecznego przechowywania szkolnego wyposażenia, pomocy naukowych i dokumentacji.

Trzeci obszar to brak zapewnienia ze strony MEN oraz kuratoriów adekwatnych narzędzi umożliwiających organizację procesu dydaktycznego i sprawozdawczości dostosowanych do realiów i specyfiki funkcjonowania szkół przyszpitalnych (np. dostosowanie dzienników lekcyjnych, SIO) – postulaty z tej kategorii można podsumować jako zapotrzebowanie na **bardziej elastyczne podejście do dokumentacji szkolnej i większy margines swobody działań w edukacji szpitalnej**.

Aby zapewnić należytą opiekę dzieciom i młodzieży oraz zabezpieczyć ich potrzeby edukacyjne, personel kierowniczy szkół przyszpitalnych postuluje – obok **poproszenia komunikacji ze szkołami macierzystymi** uczniów i uczennic – większe wsparcie psychologiczne, zwłaszcza w postaci szkoleń, kursów i superwizji dla kadry nauczycielskiej. Tego typu wiedza jest bardzo przydatna, bo personel pedagogiczny pełni często rolę wspierającą, a nawet quasi-terapeutyczną, a dzieci i młodzież są narażone na dodatkowy stres – nie tylko spowodowany nauką czy egzaminami, ale

także spotęgowany rozłąką z rodziną i środowiskiem oraz problemami zdrowotnymi. Skutkiem splotu wyżej wymienionych czynników jest przede wszystkim wskazywany przez respondentki jako częste zjawisko brak chęci oraz motywacji do nauki.

Przyszpitalne placówki edukacyjne aktywnie korzystają ze wsparcia licznych i zróżnicowanych podmiotów zewnętrznych. Najczęściej jako jego źródło były wskazywane: kierownictwo i personel placówki medycznej (opieka, wsparcie psychologiczne, nadzór nad dziećmi i młodzieżą), kuratoria (wsparcie metodyczne i dydaktyczne), organizacje pozarządowe i Ministerstwo Cyfryzacji (sprzęt, wyposażenie), a także samorządy i lokalny biznes (wsparcie finansowe). Najrzadziej jako instytucję wspierającą wskazywano Ministerstwo Zdrowia, co zapewne jest pochodną sędowania wsparcia i „obsługi” edukacji szpitalnej na organy prowadzące szkoły i na kierownictwa placówek medycznych. Z wyjątkiem Ministerstwa Zdrowia badane osoby relatywnie często wskazywały na różne rodzaje pomocy świadczone przez wszystkie wymienione rodzaje instytucji i podmiotów (również rodziców dzieci i młodzieży, instytucje kultury czy organizacje religijne).

Od nauczyciela szkoły przyszpitalnej wymaga się wiedzy metodycznej i merytorycznej z obszaru prowadzonego przedmiotu, ale też terapeutycznej i medycznej. W związku z tak wysokimi oczekiwaniami w wielu szkołach występuje problem ze znalezieniem kandydatek i kandydatów o odpowiednich kwalifikacjach.

Zarówno osoby kierujące edukacją przyszpitalną, jak i zatrudniona w nich kadra dydaktyczna posiadają duże doświadczenie i staż pracy w tego typu placówkach. Nauczyciele i nauczycielki aktywnie korzystają z różnych form doskonalenia zawodowego, choć najczęściej wskazywano na pomoc wzajemną i samokształcenie, natomiast nieco rzadziej na szkolenia specjalistyczne. **Widać tu spore zapotrzebowanie na wsparcie merytoryczne, zwłaszcza w obszarze problemów psychicznych i motywacyjnych dzieci i młodzieży.**

R e k o m e n d a c j e

od Fundacji Szkoła z Klasą

Idąc tropem dziecka, które staje się pacjentem szpitala, rzucamy światło na kluczowe elementy systemu leczenia i opieki, a także edukacji i rozwoju wymagające usprawnienia lub szczególnego namysłu:

Podczas hospitalizacji

- Obecne regulacje prawne dotyczące realizacji **obowiązku szkolnego** ograniczają możliwość uczestniczenia w zajęciach do pacjentów przebywających w szpitalu powyżej 9 dni. Nie odpowiada to realnym potrzebom uczniów i nauczycieli. Z doświadczeń kadry pedagogicznej szkół przyszpitalnych wynika, że dzieci powinny być objęte opieką szkoły przyszpitalnej i móc korzystać z zajęć edukacyjnych oraz działań opiekuńczo-wychowawczych **od samego początku hospitalizacji** – pod warunkiem, że pozwala na to ich stan zdrowia
- Jednym z większych wyzwań nauki w szkołach przyszpitalnych jest brak zarówno przestrzeni do dyspozycji nauczycieli (do przechowywania sprzętu i materiałów), jak i sal lekcyjnych sprzyjających nauce w grupie. Nauka przy łóżku ucznia-pacjenta nie zawsze wynika ze stanu zdrowia. Obecnie nauczyciele często są zmuszeni prowadzić lekcje w miejscach nieprzystosowanych do edukacji, takich jak świetlice, stołówki, sale szpitalne, korytarze, a nawet kąci do ładowania sprzętu medycznego. Brak odpowiednich warunków negatywnie wpływa na jakość nauczania oraz ogranicza możliwość organizowania zajęć w formie innej niż praca indywidualna. Dlatego należy zadbać o **zapewnienie odpowiedniej wydzielonej przestrzeni do prowadzenia zajęć dydaktycznych, w tym wystarczającej liczby sal lekcyjnych**, oraz o ich **doposażenie w niezbędne materiały i sprzęt**.
- Obszarem wymagającym skuteczniejszego działania jest także **współpraca szkoły przyszpitalnej z personelem medycznym**, która może być bardziej efektywna, gdy jest nakierowana na dobro dziecka, a obydwie strony znają i szanują wzajemnie swoje funkcje w procesie zdrowienia ucznia-pacjenta. Sytuacje konfliktowe między grupami zawodowymi najczęściej są związane z demonstracją władzy przez personel medyczny wobec nauczycielek i nauczycieli. Mimo że proces terapeutyczny (za który odpowiada personel medyczny) zawsze jest i powinien być nadrzędny wobec procesu edukacyjnego (który jest zadaniem kadry dydaktycznej), w codziennej komunikacji należy unikać hierarchizowania funkcji tych grup zawodowych. Potrzebna jest **większa świadomość kadry medycznej o roli nauczycieli** jako istotnego wsparcia w procesie zdrowienia dziecka.
- Szkoła przyszpitalna opiera się nierzadko na zaangażowaniu i pasji nauczycieli, dlatego

potrzebne są działania systemowe służące **wsparciu metodycznemu i psychologicznemu**. Personel kierowniczy badanych szkół przyszpitalnych postuluje większe wsparcie psychologiczne, zwłaszcza w postaci szkoleń, kursów i superwizji dla kadry pedagogicznej. Nauczycielki zgłaszają zapotrzebowanie na wsparcie szkoleniowe i merytoryczne, zwłaszcza w obszarze problemów psychicznych oraz motywacyjnych dzieci i młodzieży.

- Niezbędne jest zapewnienie nauczycielom szkół przyszpitalnych **lepszego dostępu do specjalistycznej wiedzy i szkoleń z zakresu zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży**. Ważnym elementem wsparcia powinna być również możliwość korzystania z superwizji oraz innych form pomocy, które pozwolą skuteczniej pracować z uczniami w trudnej sytuacji zdrowotnej.
- Uczestnicy badania postulowali o dokonanie przeglądu i **dostosowanie systemu sprawozdawczości** w szkołach przyszpitalnych, aby uwzględniał specyfikę edukacji w placówkach medycznych. System powinien umożliwiać elastyczne i rzetelne wprowadzanie danych o uczniach, którzy korzystają ze szkoły przyszpitalnej przez krótki okres, nieraz wielokrotnie w ciągu roku. Warto także rozważyć **uproszczenie procedur związanych z raportowaniem** oraz dostosowanie wymagań sprawozdawczych, aby uniknąć nadmiernej biurokracji, szczególnie w obliczu dużej rotacji dzieci w szpitalach. Zmiany te pozwolą na bardziej efektywne i dokładne raportowanie, co z kolei wpłynie na poprawę zarządzania i rozliczania dofinansowań.
- Codzienną pracę szkół przyszpitalnych utrudnia brak strategii komunikacji między podmiotami. Potrzebny jest lepszy **przepływ informacji między szkołami przyszpitalnymi a macierzystymi** (szczególnie w kontekście wiedzy o narzędziach i metodach wspierających uczniów w dalszym procesie zdrowienia) oraz podniesienie poziomu wiedzy na temat specyfiki funkcjonowania obu typów placówek.

Po zakończeniu hospitalizacji

- Dużym wyzwaniem dla osób organizujących proces zdrowienia jest **nieskuteczna wymiana informacji** (z uwzględnieniem konieczności ochrony danych wrażliwych) **między szkołami przyszpitalnymi a macierzystymi, szczególnie w kontekście postępów uczniów, ich ocen, stanu psychofizycznego i dodatkowych potrzeb związanych z dalszym procesem zdrowienia**. Chociaż nauczyciele placówek przyszpitalnych regularnie przekazują takie informacje pedagogom w szkołach macierzystych, pełna wymiana danych dotyczących stanu zdrowia uczniów stała się utrudniona po wprowadzeniu przepisów RODO. Warto rozważyć dostosowanie procedur, które umożliwią bezpieczny i skuteczny przepływ informacji bez naruszania tych przepisów.

- Warto dążyć do wypracowania **spójnego podejścia do oceniania**, które uwzględniałoby specyfikę nauczania w szkołach przyszpitalnych. Niezbędna jest tu bliska współpraca nauczycieli szkół przyszpitalnych i szkół pochodzenia. Pomocne mogłoby być również poszerzanie świadomości kadry szkół masowych na temat terapeutycznej roli ocen wystawianych podczas nauki w czasie hospitalizacji oraz podkreślanie, że odzwierciedlają one wysiłek ucznia, uwzględniając jego stan zdrowia. Istotne jest, aby do szkół macierzystych docierała informacja, że oceny ze szkół przyszpitalnych nie służą porównywaniu uczniów na tle klasy, lecz pokazują ich indywidualny postęp i zdolność do nauki w wymagających warunkach. Zastosowanie **elastycznego podejścia do oceniania** mogłoby ułatwić porozumienie między nauczycielami obu typów szkół oraz sprzyjać lepszemu zrozumieniu i respektowaniu ocen wystawianych w ramach edukacji szpitalnej.

K o m e n t a r z n a u k o w y

Szkoły przyszpitalne pełnią znaczącą rolę w systemie edukacji. W przypadku tego typu placówek funkcja dydaktyczna, choć generalnie istotna, zostaje przysłonięta innymi, ważniejszymi zadaniami. W szkołach tych wspiera się dzieci chore, znajdujące się w szczególnej sytuacji psychospołecznej, więc zarówno placówki, jak i pracujące w nich osoby pełnią funkcje opiekuńcze i wychowawcze, które stanowią kluczowy wymiar wsparcia młodych pacjentów.

Zespół autorski niniejszego raportu podjął się trudnego zadania. Aktualnych badań dotyczących szkół przyszpitalnych i uwarunkowań ich funkcjonowania mamy bardzo niewiele, mimo że tematyka jest bardzo istotna, a dane z tego obszaru są niezwykle ważne dla dobrej organizacji i wspierania takich placówek. Z pewnością szczegóły ich działania zasługują na większą uwagę i lepsze rozpoznanie empiryczne.

Do tego, ze względu na różnorodność oraz specyfikę typów szkół przyszpitalnych (związaną z profilem szpitala i jego oddziałów), badania w tym obszarze nie są łatwe, a wszelkie uogólnienia wynikające z badań nie zawsze będą uprawnione.

Raport z obecnego projektu badawczego, mimo pewnych ograniczeń wynikających z doboru próby i metod badawczych, stanowi krok we właściwym kierunku i wstęp do dalszych badań oraz – co ważniejsze – dobrze zaplanowanych działań wspierających szkoły przyszpitalne i zatrudnionych w nich profesjonalistów.

Na podstawie treści raportu można stwierdzić, że kluczowe obszary wymagające dalszych badań i działań praktycznych to:

1. współpraca i komunikacja personelu medycznego oraz kadry pedagogicznej w szkołach przyszpitalnych;
2. współpraca i komunikacja placówek macierzystych i przyszpitalnych;
3. przygotowanie zawodowe i wsparcie personelu pedagogicznego szkół przyszpitalnych.

Wiele ciekawych kontekstowych informacji dostarczyły wywiady z przedstawicielami kadry szkół przyszpitalnych – badaczom udało się uzyskać naprawdę interesujący materiał, który może być dobrym punktem wyjścia do dalszych poszukiwań badawczych.

prof. UAM dr hab. Jacek Pyżalski

Wydział Studiów Edukacyjnych

Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu

B i b l i o g r a f i a

Antoszevska, B. (2020). Dziecko/uczeń z chorobą przewlekłą w polskim systemie edukacji. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 37, s. 56–72.

Antoszevska, B. (2021). Nauczyciele szkół zorganizowanych w podmiotach leczniczych. *Szkoła Specjalna*, 2 (308), s. 85–100.

Antoszevska, B., Moszyńska, M. (2019). Doświadczenia nauczycieli szkół przyszpitalnych w paradygmacie inkluzji ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3 (253), s. 194–206.

Brunet, P., Papadimitriou, M., Walter, N., Pyżalski, J., Plichta, P., Stokowska, A., (2023). *Be Internet Awesome For All. Asy Internetu – rozwijamy cyfrowe obywatelstwo u dzieci z różnymi potrzebami edukacyjnymi*, Fundacja Szkoła z Klasą, Warszawa.

Chęcińska, M. (2005). Realizacja obowiązku szkolnego przez dziecko przewlekle chore. W: T. Kott (red.), *Uczeń z chorobą przewlekłą i uczeń z zaburzeniami psychicznymi w szkole ogólnodostępnej* (s. 91–95). Warszawa: MENiS.

Deręgowska, J. (2012). Edukacja dzieci i młodzieży z chorobą nowotworową jako czynnik wsparcia. *Studia Edukacyjne*, 21, s. 279–298.

Deręgowska, J. (2017). Szkoły przyszpitalne w sieci wsparcia społecznego dzieci chorych i praktyka. W: H. Krauze-Sikorska, M. Klichowski (red.), *Świat małego dziecka. Przestrzeń instytucji, cyberprzestrzeń i inne przestrzenie dzieciństwa* (s. 155–167). Poznań: AMU Press.

Hałas, E. (2005). Jaźń jako interakcja symboliczna a konstrukcjonistyczne koncepcje człowieka. W: E. Hałas, K. Konecki (red.), *Konstruowanie jaźni i społeczeństwa. Europejskie warianty interakcjonizmu symbolicznego* (s. 23–39). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.

Kwiatkowska, H. (2001). Czas, miejsce, przestrzeń – zaniedbane kategorie pedagogiczne. W: A. Nalaskowski, K. Rubacha (red.), *Pedagogika u progu trzeciego tysiąclecia* (s. 22–28). Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Maciarz, A. (2001). *Pedagogika lecznicza i jej przemiany*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

Maciarz, A. (2008). Przedmowa. W: B. Cytowska, B. Wilczura, A. Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju* (s. 9–13). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Małkowska-Szcutnik, A. (2014). Choroby przewlekłe u dzieci i młodzieży jako narastający problem społeczny. *Studia BAS*, 2 (38), s. 89–112.

Moczia, K. (2021). O szkołach przyszpitalnych i dzieciach przewlekle chorych w pandemii. W: A. Klimska, M. Klimski (red.), *Przyszłość polskiej szkoły. Alert pedagogiczny* (s. 41–54). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Moszyńska, M., Antoszevska, B. (2019). Praca nauczyciela szkoły przyszpitalnej w perspektywie procesu inkluzji ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – z doświadczeń nauczycieli szkół przyszpitalnych w województwie warmińsko-mazurskim. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 33, s. 106–117.

Najwyższa Izba Kontroli (2024). *Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą*. Warszawa: NIK. Dostęp: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,29673,vp,32532.pdf> (20.01.2025).

Okoń, W. (red.). (2005). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. IV. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

Owerczuk, B. (2013). Czy szkoła może być lekarstwem dla chorych dzieci? Szkolnictwo szpitalne. *Szkoła Specjalna*, 5 (271), s. 344–355.

Pecyna, M.B. (2000). *Dziecko i jego choroba*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie organizacji kształcenia oraz warunków i form realizowania specjalnych działań opiekuńczo-wychowawczych w przedszkolach i szkołach specjalnych, zorganizowanych w podmiotach leczniczych i jednostkach pomocy społecznej (2020). Dz.U. 2020, poz. 2181. Dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200002181> (20.01.2025).

Słowik, P. (2005). Rola psychologicznej interwencji w kryzysie wywołanym przez chorobę somatyczną i hospitalizację. W: D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna* (s. 194–2014). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Szlagatys-Sidorkiewicz, A. (2024). *Zdrowie dzieci, Materiały z III Kongresu Demograficznego. Część 20*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa i Główny Urząd Statystyczny.

Wiśniewska, N. (2013). *Funkcjonowanie szkoły przyszpitalnej* (niepublikowana praca magisterska, promotor K. Polak). Kraków: Instytut Pedagogiki Uniwersytet Jagielloński.

Witkowski, L. (2010). *Tożsamość i zmiana. Epistemologia i rozwojowe profile w edukacji*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.

Woynarowska, I. (red.) (2010). *Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Aneks A

Prawa i potrzeby edukacyjne chorych dzieci oraz młodzieży

1. Wszystkie chore dzieci i młodzież mają prawo do nauki w szpitalu lub w domu, również w trakcie leczenia poza granicami swojego kraju.
2. Celem nauczania chorych dzieci i młodzieży jest ciągłość edukacji umożliwiającą im kontynuowanie roli uczniów.
3. Szkoła szpitalna tworzy i organizuje społeczność dzieci oraz młodzieży w codziennym życiu. Nauczanie szpitalne jest organizowane w formie zajęć klasowych, grupowych lub indywidualnych przy łóżku.
4. Nauka w szpitalu i domu musi być dostosowana do potrzeb i umiejętności dzieci lub młodzieży we współpracy ze szkołą macierzystą.
5. Warunki i infrastruktura nauczania muszą być dostosowane do potrzeb chorych dzieci i młodzieży, a w celu zapobieżenia ich wykluczeniu należy wykorzystywać technologie komunikacyjne.
6. Należy wykorzystywać różnorodne metody nauczania i pomoce dydaktyczne. Nauczane treści powinny wychodzić poza oficjalny program nauczania, obejmując zagadnienia związane z indywidualnymi potrzebami chorych i hospitalizowanych uczniów.
7. Nauczyciele uczący w szpitalu i domu chorego dziecka muszą być w pełni wykwalifikowani, a także są zobowiązani do ciągłego doskonalenia się.
8. Nauczyciele chorych dzieci i młodzieży są pełnoprawnymi członkami multidyscyplinarnego zespołu oraz współpracują ze szkołami macierzystymi hospitalizowanych uczniów.
9. Rodzice chorych i hospitalizowanych dzieci muszą być informowani o ich prawie do edukacji i programie nauczania. Rodziców należy traktować jako czynnych i odpowiedzialnych partnerów w procesie nauczania i wychowania w szkole szpitalnej.
10. Prawa chorych dzieci i młodzieży należy respektować łącznie z prawem do tajemnicy lekarskiej i prywatnych przekonań.

Karta HOPE przyjęta przez Walne Zgromadzenie HOPE 20 maja 2000 roku w Barcelonie (<https://www.hospitalteachers.eu/who/hope-charter>), przetłumaczona na ponad czterdzieści języków, w tym na język polski (za: Moczia, 2021).

Aneks B

Odpowiedzi na pytanie otwarte: „Jakie ma Pan/Pani najpilniejsze potrzeby w obszarze wsparcia swojego rozwoju zawodowego?”

Coaching dla dyrektorów.

Doskonalenie umiejętności związanych z kierowaniem placówką.

Doskonalenie w zakresie kierowania jednostką.

Jestem osobą stale podnoszącą swoje kwalifikacje, dlatego nie mam pilnych potrzeb w obszarze rozwoju.

Kompetencje w zakresie stosowania obowiązujących przepisów prawa oświatowego z uwagi na częste zmiany oraz konieczność – przy rozwiązywaniu jednego problemu – połączenia informacji cząstkowych zawartych w kilku rozporządzeniach/ustawach dotyczących prawa oświatowego, ale także ogólnego.

Możliwość dokształcania się na kierunkach psychologicznych, terapeutycznych.

Opanowanie prawa i zawitości prawnych.

Organ prowadzący szkołę – na bieżąco wspiera rozwój zawodowy.

Szkolenia dotyczące zdrowia psychicznego uczniów.

Szkolenia rozwijające publiczne wystąpienia oraz dotyczące redagowania wypowiedzi argumentacyjnej.

Szkolenia ukierunkowane na pracę z dziećmi zaburzonymi psychicznie.

Szkolenia z zakresu pomocy psychologicznej.

Szkolenia związane z prawnym aspektem funkcjonowania szkoły.

Szkolenie Terapia Tomatisa.

Uporządkowanie przepisów prawa dotyczących szkół szpitalnych, szkolenia dotyczące wsparcia w zarządzaniu placówką, dostęp do porad prawnych (stacjonarnie).

W obszarze rozwoju zawodowego obecnie mogę znaleźć interesujące mnie formy oraz zakres tematyczny szkoleń i otrzymuję w tym zakresie wsparcie z organu prowadzącego.

Większego wsparcia instytucji, kuratorium.

Wszystkie moje potrzeby są zaspokojone.

Zarządzanie ludźmi. Walka ze stresem.

Aneks C

Odpowiedzi na pytanie otwarte: „Jakie ma Pan/Pani najpilniejsze potrzeby w obszarze wsparcia instytucjonalnego dla kierowanej przez Panią/Pana placówki?”

Dopasowane dzienniki do zajęć wychowawczych i edukacyjnych, uwzględniające specyfikę placówki – warunki lokalowe, brak sali gimnastycznej, odpowiedniej ilości sal lekcyjnych.
Dobre szkolenia z dziedziny psychiatrii.
Doprecyzowanie przepisów dotyczących szkół przyszpitalnych.
Jest wystarczające.
Kadra nauczycielska.
Ministerstwo Edukacji – jasno sprecyzowane przepisy prawa oświatowego, które dotyczą szkół szpitalnych, i konkretne rozporządzenia do nich.
Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Zdrowia.
Najważniejszym jest wsparcie MEN oraz porozumienie z Ministerstwem Zdrowia w sprawie organizacji i funkcjonowania szkół na terenie szpitali (konieczność zapewnienia pomieszczeń i potrzebnego sprzętu).
Powołanie oficjalnego koordynatora/wicedyrektora ds. szkoły przyszpitalnej.
Remont sali komputerowej wraz z wyposażeniem klasy w komputery.
Superwizja dla wszystkich pracowników.
Szkolenia dla nauczycieli szkół szpitalnych – wsparcie psychologiczne, wsparcie finansowe w celu zakupu bieżących pomocy dydaktycznych.
W miarę możliwości potrzeby szkoły są realizowane na bieżąco dzięki współpracy z organem prowadzącym placówkę.
W obliczu ilości wychowanków oraz ich problemów obecne zarobki są nieadekwatne do wykonywanej pracy, odpowiedzialności za zdrowie i życie.
W sytuacji naszej placówki brakuje odpowiednich przepisów regulujących naszą pracę. Jesteśmy całkowicie uzależnieni od placówki medycznej, w ciągu ostatnich kilku lat zamknięto kilka świetlic, sal lekcyjnych – nauczyciele pracują w dużej mierze bezpośrednio przy łóżku pacjenta. Pacjenci są izolowani w salach szpitalnych. Artykuł 128. Prawa Oświatowego jest zbyt ogólnikowy – w naszym wypadku trudno go wykorzystać do wywalczenia prawa do pomieszczeń szkolnych w szpitalu. 1. Podmiot leczniczy, a także jednostka pomocy społecznej, w których zorganizowana jest szkoła specjalna, zapewniają korzystanie z pomieszczeń dla prowadzenia zajęć edukacyjnych i wychowawczych. Warunki korzystania z pomieszczeń oraz ponoszenia kosztów ich utrzymania określa umowa zawarta pomiędzy podmiotem, w którym zorganizowana jest szkoła, a organem prowadzącym szkołę.
Wsparcie dyrektora szpitala, czyli nieprzeszkadzanie w wykonywaniu zadań i obowiązków szkoły, nieblokowanie rozwoju, wyrażanie zgody na realizację projektów (dyrektor szpitala jest administratorem budynku i przestrzeni wokół szpitala, w mojej instytucji blokuje wszystkie inicjatywy szkoły).
Wsparcie prawne i finansowe.
Wsparcie prawne w rozwiązywaniu konfliktu z ośrodkiem leczniczym. Ośrodek z oddziałami psychiatrii dziecięcej traktuje szkołę do wykonywania swoich statutowych zadań, pomimo podpisania kontraktu z NFZ przerzuca swoje zadania na szkołę.
Wsparcie psychologiczne.
Wsparcie w zakupie materiałów i pomocy dydaktycznych.

Aneks D

Na czym polega współpraca Państwa szkoły ze szkołą macierzystą ucznia/uczennicy?

Proszę krótko opisać zarówno typowe, jak i nietypowe praktyki współpracy.

1. Przekazywanie zaświadczenia o realizacji obowiązku szkolnego w szkole szpitalnej. 2. Przekazywanie ocen. 3. Rozmowy nt. funkcjonowania ucznia w szkołach macierzystych, mocnych i słabych stron. 4. Ustalanie klasyfikacji, pisanie egzaminu.

efektów pracy dydaktyczno- wychowawczej

Informacje o uczniach, organizacja egzaminów klas ósmych, przesyłanie ocen cząstkowych do szkół macierzystych.

najczęściej jest to współpraca związana z organizacją egzaminu ósmoklasisty, maturalnego, uzyskania przez ucznia klasyfikacji śródrocznej i rocznej. Szkoły macierzyste organizują też np. z okazji świąt ale nie tylko różnego rodzaju zbiórki zabawek, gier, książek dla uczniów w szpitalu (z różnych szkół, nie tylko dla swoich uczniów).

Pozyskanie informacji o: – zakresie treści programowych koniecznych do realizacji w trakcie hospitalizacji – dokonaniu przez placówkę macierzystą klasyfikacji śródrocznej/rocznej/końcowej oraz w związku z tym terminach przekazania uzyskanych w szkole szpitalnej ocen bieżących – rodzaju i charakterze realizowanego wsparcia w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Umożliwienie uczniom: – nauki w oparciu o zestaw podręczników obowiązujący w szkole macierzystej (realizacja lekcji wielotematycznych) – przystąpienia do próbnych egzaminów – udziału w etapowych przedsięwzięciach konkursowych zapoczątkowanych w szkołach macierzystych – udziału w zajęciach realizowanych w formie zdalnej z zakresy pomocy psychologiczno-pedagogicznej lub na poziomie szkoły ponadpodstawowej w nauce przedmiotów zawodowych – udostępnianie sprzętu, miejsca do zdalnego nauczania, internetu. Przekazywanie do placówek macierzystych w dniu zakończenia hospitalizacji – za pośrednictwem rodziców – informacji o ocenach bieżących oraz funkcjonowaniu podopiecznych.

Przekazywanie dokumentacji ucznia oraz przekazywanie informacji o uczniu.

Przekazywanie informacji o uczniu, w razie problemów z uczniem – nakierunkowanie do pracy z nim.

Przekazywanie ocen i informacji na temat uczniów

Przesyłanie do szkoły macierzystej informacji o objęciu nauką ucznia długoleżącego. W powyższym zawiadomieniu zawarta jest prośba o wskazanie realizowanych przez uczniów szkół ponadpodstawowych przedmiotów w zakresie rozszerzonym. Po zakończonej nauce w szkole szpitalnej wysyłany jest arkusz osiągnięć ucznia za czas nauki w szkole szpitalnej. W sytuacji uczniów przebywających w szpitalu przez cały semestr/rok przesyłane są wyniki klasyfikacji.

przesyłanie dokumentów np. arkusz ocen, oceny cząstkowe. więcej informacji dostajemy z ppp

Przesyłanie dokumentów ucznia, klasyfikacja ucznia,

Ramowe plany nauczania dziecka, problemy edukacyjne i wychowawcze, ustalenie form zaliczenia przedmiotów zawodowych

Rozmowa telefoniczna z wychowawcą lub pedagogiem lub psychologiem lub dyrektorem placówki macierzystej dot. sytuacji szkolnej, wychowawczej, jeśli potrzeba wymiana e-maili z wychowawcą/ pedagogiem w celu otrzymania szczególnych wskazówek – materiałów, zagadnień, wskazówek do pracy w sytuacji dużych zaległości absencji w szkole macierzystej, wywołanych przewlekłą chorobą.

Rozmowa telefoniczna/e-mail z wychowawcą szkoły macierzystej dziecka przebywającego w szpitalu, informacja o formach pracy z dzieckiem chorym w czasie hospitalizacji, przekazanie zaświadczenia ze zdobytymi ocenami.

Szkoła macierzysta jest informowana o tym, iż dziecko realizuje obowiązek szkolny w szkole przyszpitalnej. Po wypisaniu dziecka z oddziału, a tym samym ze szkoły przyszpitalnej przekazywana jest do szkoły macierzystej frekwencja, oceny. Na bieżąco pozostajemy w kontakcie ze szkołami macierzystymi – dyrekcja, wychowawca, pedagog.

szkoła przyszpitalna wysyła informację o przyjęciu ucznia, zwraca się z prośbą o tematy do realizacji na czas leczenia, wysyła zaświadczenia z ocenami po zakończeniu leczenia

Typowe: Po przyjęciu ucznia do szpitala wychowawca klasy informuje szkołę macierzystą o pobycie ucznia i prosi o przysłanie wykazu przedmiotów Nietypowe: Wychowawca klasy lub dyrektor szkoły ustala ze szkołą macierzystą formę zaliczenia przedmiotów zawodowych.

ustalenia dotyczące przebiegu edukacji ucznia podczas leczenia, ustalenie ocen do klasyfikacji, omówienie potrzeb edukacyjnych, sprawy związane z umożliwieniem uczniowi np. przeprowadzenia egzaminu Ósmoklasisty podczas pobytu w szpitalu

Ustalenie zakresu materiału edukacyjnego, konsultacje przy wystawianiu ocen częściowych

W przypadku dłuższych pobyków ustalamy kto klasyfikuje ucznia (zwykle staramy się, aby to była szkoła macierzysta); współpraca w sytuacji, gdy uczeń przystępuje do egzaminów ósmoklasisty w naszej placówce; wydajemy zaświadczenia o pobycie ucznia w naszej szkole, zdobytych ocenach.

współpraca dotycząca zakresu materiału do przerobienia/ dotycząca zachowania dziecka / realizacji specjalnych potrzeb / indywidualizacji pracy

Wychowawca klasy informuje szkołę macierzystą ucznia o rozpoczęciu nauczania w szkole przyszpitalnej i prosi o przysłanie wykazu przedmiotów

Wymiana informacji na temat funkcjonowania ucznia, trudności wychowawczych i w nauce. Zakresu materiału i sposobu oceniania uczniów. Podejmowanie wspólnych działań w celu pomocy uczniom.

wystawianie wniosków o naukę

wysyłanie kart z ocenami

Aneks E

Tabela 4. Spis działań badawczych

Typ działania	Data	Charakterystyka próby
WYWIADY		
Wywiad nr 1: diada z nauczycielkami online	14.11.2024	<p>Nauczycielka języka polskiego i wiedzy o społeczeństwie z ponad 20-letnim stażem; pracuje na oddziale psychiatrycznym, oddziale rehabilitacyjnym oraz na oddziałach ogólnych</p> <p>Nauczycielka matematyki z ponad 20-letnim stażem, od kilku lat pełni także funkcję dyrektorki szkoły; pracuje na oddziale psychiatrycznym dziennym oraz na oddziałach ogólnych, w tym chirurgicznym i hematologicznym</p>
Wywiad nr 2: IDI z nauczycielką online	15.11.2024	Nauczycielka klas I–III z ponad 20-letnim stażem; pracuje na oddziale ogólnym w dużej aglomeracji miejskiej; odpowiedzialna za prowadzenie sprawozdawczości szkoły
Wywiad nr 3: FGI – triada z nauczycielkami online	25.11.2024	<p>Nauczycielka muzyki, plastyki i geografii z 25-letnim stażem; pracuje w 3 szkołach: na oddziałach ogólnych w szpitalu pediatrycznym, na oddziale psychiatrycznym zamkniętym i oddziale rehabilitacyjnym</p> <p>Nauczycielka języków: polskiego i angielskiego z 25-letnim stażem; pracuje na oddziałach ogólnych w szpitalu pediatrycznym</p> <p>Nauczycielka języka angielskiego; młodsza stażem; pracuje metodami arteterapeutycznymi na oddziałach ogólnych w szpitalu pediatrycznym</p>
Wywiad nr 4: diada/IDI z dyrektorkami i nauczycielkami online	27.11.2024	<p>Nauczycielka biologii i przyrody, od 17 lat pełni funkcję dyrektorki; pracuje na kilkunastu oddziałach pediatrycznych w dużej szkole (ok. 17 tys. uczennic i uczniów)</p> <p>Wicedyrektorka ds. wychowania, nauczycielka przedszkola, wychowawczyni zajęć pozalekcyjnych</p>
Wywiad nr 5: IDI ekspercki	25.11.2024	Dyrektorka szkoły przyszpitalnej w średnim mieście; wywiad telefoniczny; pilotaż kwestionariusza ankiety

Wywiad nr 6: w szkole podczas wizyty studyjnej	2.12.2024	Wywiad z nauczycielką muzykoterapii szkoły przyszpitalnej podczas wizyty studyjnej w tej szkole
Wywiad nr 7: w szkole podczas wizyty studyjnej	2.12.2024	Wywiad z dyrektorką szkoły przyszpitalnej podczas wizyty w szkole
Wywiad nr 8: w szkole podczas wizyty studyjnej	5.12.2024	Wywiad z nauczycielką klas I–III szkoły przyszpitalnej podczas wizyty studyjnej w tej szkole
BADANIA OBSERWACYJNE		
Obserwacja nr 1	29.11.2024	Spacer badawczy po oddziałach szpitalnych – wizyty w świetlicach, pokoju nauczycielskim, bibliotece, sali edukacji wczesnoszkolnej, auli, kaplicy; obserwacja zajęć teatralnych; obserwacja zajęć świetlicowych na oddziale onkologicznym w szkole nr 1 z udziałem dzieci i ich rodziców
Obserwacja nr 2	2.12.2024, 5.12.2024	Spacer po pomieszczeniach szkoły przyszpitalnej nr 2 (magazynki, pokój nauczycielski) oraz po oddziałach – miejscach realizacji zajęć; uczestniczenie w zajęciach bibliotecznych dla klas I–III; uczestniczenie w zajęciach grupy wychowawczej (klasy IV–VIII); obserwacja zajęć ucznia klasy III – równoległe z zajęciami grupy wychowawczej w świetlicy w szkole przyszpitalnej nr 2
BADANIA ANKIETOWE		
Ankieta CAWI do dyrekcji szkół przyszpitalnych	10.12.2024– 10.01.2025	Kwestionariusz ankiety ¹³ w LimeSurvey: 42 pytania; N = 40; ankieta została rozesłana za pośrednictwem Fundacji Szkoła z Klasą oraz prywatnymi kanałami dzięki wsparciu uczestniczek wywiadów realizowanych w ramach jakościowej części badania

Źródło: opracowanie własne.

¹³. Za merytoryczne wsparcie w konstruowaniu kwestionariusza ankiety dziękujemy prof. Jackowi Pyżalskiemu. Dziękujemy też trzem dyrektorkom szkół przyszpitalnych za udział w pilotażu narzędzia badawczego.

ISBN 978-83-67621-27-4



9 788367 621274