
MATERIAŁY I SPRAWOZDANIA Z BADAŃ

Beata Antoszevska

Uniwersytet Warmiński-Mazurski w Olsztynie

Katedra Pedagogiki Specjalnej

ORCID: 0000-0001-5250-3337

Małgorzata Moszyńska

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Elblągu

Instytut Pedagogiczno-Językowy

ORCID: 0000-0001-5719-7965

Doświadczenia nauczycieli szkół przyszpitalnych w paradygmacie inkluzji ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi¹

Pedagogika inkluzyjna jest – niezależnie od tego jak definiują ją pedagodzy specjali – pedagogiką wspólnego mianownika, pedagogiką humanistyczną, która zmusza nauki o wychowaniu do integracji wiedzy o człowieku, jego istocie, losie, doświadczeniach oraz szansach na rozwój potencjału, z jakim przyszło mu żyć we względnie cywilizowanym świecie (Śliwowski 2013).

Summary

EXPERIENCES OF HOSPITAL SCHOOL TEACHERS' IN THE PARADIGM OF INCLUSION OF STUDENTS WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS

The inclusion of students with special needs into the education process offered by public schools invites research concerning the transitional space created by hospital schools dedicated

¹ Analiza zebranego materiału badawczego rozszerzona o grupę badawczą ukazała się w artykule naszego autorstwa pt. *Praca nauczycieli szkoły przyszpitalnej w perspektywie inkluzji ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – z doświadczeń nauczycieli szkół przyszpitalnych w województwie warmińsko-mazurskim*, opublikowanym w czasopiśmie „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej”, nr 33/2019, s. 106–117.

for chronically ill or disabled children. The interpretive paradigm was employed for the framework of the study, this choice being motivated by a wish to achieve a more comprehensive understanding of the phenomenon of inclusion. The study aimed at getting acquainted with and describing the work of teachers in hospital schools from the perspective of the inclusion of students with special needs. Hence, the study focused on the work carried out by teachers in hospital schools. The collected information related to the interviewed teachers' experiences facilitated the identification of common areas that are described in detail in this paper, along with the teachers' narrations. Conclusions based on the conducted study demonstrate how hospital school teachers implement the notion of inclusion of students with special needs and what their experiences are as far as the inclusion process is concerned.

Key words: inclusion, special needs, chronically ill students, teachers

red. Paulina Marchlik

Wprowadzenie

Szeroko dyskutowany temat inkluzji (włączenia) ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi do procesu edukacji w szkołach ogólnodostępnych tworzy potrzebę eksploracji badawczej przestrzeni przejściowej jaką jest dla ucznia przewlekle chorego lub niepełnosprawnego szkoła przyszpitalna. Jest to środowisko sporadycznie poddawane badaniom (zob. np. Antoszevska 2006; Antoszevska, Ćwirynkało 2007; Stańczak, Antoszevska 2013; Moczia 2017) zarówno ze względu na swoją specyfikę, jak i niewielką liczbę pracujących tam nauczycieli. Warte jest jednak poznania, bowiem szkoła przyszpitalna winna realizować funkcje przypisane każdej szkole, a zatem – jak wspomniano powyżej – jest istotną przestrzenią, w której uczeń ze względu na stan zdrowia, utrudniający lub wręcz uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły ogólnodostępnej, realizuje obowiązek szkolny lub obowiązek nauki.

Wcześniejsze doświadczenia badawcze związane ze środowiskiem nauczycieli (zarówno szkół ogólnodostępnych, jak i przyszpitalnych) stanowiły zachętę do poznania – poprzez pilotażowy proces badawczy – inkluzji realizowanej w obszarze szkoły przyszpitalnej, stanowiącej ważny element całościowego procesu wdrażania ucznia w pełnione role społeczne.

Zarys teoretyczny poruszanej problematyki

Edukacja włączająca (inkluzyjna) wychodzi naprzeciw potrzebom uczniów niepełnosprawnych bazującym na społecznym modelu niepełnosprawności, który

zakłada, że jest ona problemem nie jednostki, lecz problemem społecznym. W konsekwencji podejście to zmienia myślenie o edukacji osób z niepełnosprawnością (Głodkowska 2009), tworząc zupełnie odmienną formę kształcenia uczniów niepełnosprawnych – edukację inkluzyjną. Twórcy tego terminu – jak zauważa Grzegorz Szumski (2004: 42) – podkreślają, iż „idea edukacji inkluzyjnej wyrasta z krytyki teorii i praktyki kształcenia integracyjnego, a zarazem jest propozycją doskonalszej organizacji wspólnego nauczania zdrowych i niepełnosprawnych”. Edukacja inkluzyjna to nowy paradygmat myślenia o niesegregacyjnym systemie kształcenia i działań na rzecz jego upowszechniania. Wyraźnie różni się on zarówno od orientacji koncentrującej się na rodzaju niepełnosprawności, jak i od dynamicznie rozwijającej się orientacji na indywidualne potrzeby dziecka (tamże). W edukacji inkluzyjnej punktem wyjścia jest przekonanie, że w aktualnej rzeczywistości społecznej jest potrzebna, a jednocześnie możliwa, jedna szkoła dla wszystkich uczniów bez względu na ich różnorodność. „Przewodnim motywem tej szkoły jest docenianie i wspieranie różnorodności wszystkich uczniów. Różnorodność uważana jest bowiem za wartość współczesnych, nowoczesnych społeczeństw” (Szumski 2011: 17–18). W podobnym tonie wypowiada się Sławomira Sadowska. Autorka podkreśla, że: „Kształt rozwiązań edukacyjnych i polityki państwa w sferze edukacji określają dziś nie tyle argumenty oparte o prawo do akceptacji i wspólnej nauki, co argumenty na rzecz sprawiedliwości społecznej i równości. Spadkobiercą integracji jest dziś włączanie (inkluzja), a kluczem do budowania nowego modelu edukacji, który sprzyjać będzie urzeczywistnianiu nowego ładu społecznego, są właśnie wartości – równość i sprawiedliwość” (Sadowska 2016: 125–144). Inkluzja porusza kwestie związane z prawem dziecka do pobierania nauki w szkole ogólnodostępnej, która powinna zapewnić mu wsparcie niezbędne do prawidłowego rozwoju, jak również pełen życzliwości szacunek (Zacharuk 2008). Przywoływany już Szumski oraz Anna Firkowska-Mankiewicz (2011) prowadząc badania w obszarze edukacji włączającej, dowiedli, iż korzyści działań proinkluzyjnych nie ograniczają się do poziomu rozwoju indywidualnego ucznia, ale dotyczą poziomu instytucjonalnego powiązanego z organizacją i funkcjonowaniem szkoły ogólnodostępnej, jak też poziomu ogólnospołecznego.

Szkoły przyszpitalne

Dziecko przewlekle chore lub niepełnosprawne znajdujące się w szpitalu/klinice czy sanatorium lub innej placówce leczniczej ma możliwość kontynuuo-

wania nauki (realizacji obowiązku szkolnego i obowiązku nauki) w szkole specjalnej zwanej powszechnie szkołą przyszpitalną, jeśli taka istnieje w danej placówce leczniczej. Organizowane są w niej zajęcia edukacyjne dla dzieci i młodzieży (przebywającej w szpitalu/klinice/sanatorium powyżej 9 dni) oraz podejmowane są specjalne działania mające charakter opiekuńczo-wychowawczy. Uczniowie szkół przyszpitalnych realizują programy nauczania zgodnie z podstawami kształcenia ogólnego szkół, w których pobierali naukę przed chorobą (Gołubiew-Konieczna 2011: 40–54). Dzięki funkcjonowaniu szkół przyszpitalnych przebywające w nich dzieci i młodzież mogą zaspakajać swoje potrzeby rozwojowe – akceptacji, uznania, uczestniczyć w zajęciach edukacyjnych, zabawach, jak też wypełniać obowiązki ucznia/przedszkolaka. Zdaniem Zofii Sękowskiej „naczelnym dążeniem opieki zarówno lekarskiej i społecznej, jak też pedagogicznej powinno być zwrócenie dzieciom tego wszystkiego, co zostało im w życiu odebrane, a więc radości życia, pracy i tworzenia, jak i możliwości współżycia zespołowego oraz korzystania ze wszystkiego, co mają inne dzieci” (1986: 277). Nie bez znaczenia pozostawała humanizacja opieki nad dziećmi i młodzieżą hospitalizowanymi z powodu choroby czy niepełnosprawności, której celem była poprawa jakości tej opieki i jej dostosowanie do normalnych warunków (życia bez choroby czy w środowisku poza szpitalem). Pomijając aspekt medyczny pobytu w szpitalu (nie jest on przedmiotem niniejszych analiz) należy wyraźnie podkreślić, że szkoły przyszpitalne pełnią istotną rolę terapeutyczną, a tym samym normalizacyjną w aspekcie jednostkowym, jak i środowiskowym czy rodzinnym. Pełnienie roli ucznia czy przedszkolaka ma walor stabilizujący sferę emocjonalną dziecka „wyrwanego” ze środowisk podstawowych (Chęcińska 2005: 91–100). Rola terapeutyczna sprowadza się do pojedynczego dziecka chorego lub niepełnosprawnego, wprowadza bowiem określony ład, organizację i rytm dnia, dając nadzieję na wyleczenie i powrót do życia sprzed choroby. Oddziaływanie stabilizujące odnosi się do funkcjonowania wśród rówieśników, odwraca uwagę od choroby, problemów wynikających z podejmowanych terapii i przygotowuje do powrotu w rolę sprzed choroby. W każdym z tych przypadków mamy do czynienia z normalizacją w aspekcie rodzinnym, a zatem rodziców i rodzeństwa czy całego systemu rodzinnego, wspierającego dziecko w procesie leczenia choroby (Tojza 2007: 493–497).

Forma zabawy i nauki uwzględniającej tempo oraz wydolność wysiłkową ucznia, jak i atmosfera zrozumienia, cierpliwości ze strony nauczyciela, sprzyja jakościowo lepszemu przeżyciu/spędzeniu czasu w szpitalu. Między nauczycielami a uczniami nawiązuje się często silna więź emocjonalna, która ma bardzo

pozytywny wpływ na proces leczenia. Badania prowadzone wśród dzieci chorych wskazują na wyjątkową rolę pedagogów-nauczycieli szkół przyszpitalnych (Binnebesel 2003). Zajęcia dydaktyczne odbywające się na oddziałach zapewniają dzieciom poczucie bezpieczeństwa i w wielu przypadkach pozytywnie wpływają na samoakceptację dziecka.

Nauczyciele pracują w szkołach przyszpitalnych od poniedziałku do piątku, zgodnie z planem lekcji, jednak jak wskazują dyrektorzy tychże szkół i sami nauczyciele, plan zajęć ustalany jest niemalże codziennie (na bieżąco). Zwykle nauczane są wszystkie przedmioty, w tym dwa języki obce: angielski i niemiecki. Lekcje odbywają w świetlicach oddziałów lub/i salach chorych – zależnie od warunków jakimi dysponuje szpital. Uczeń uzyskuje stopnie, które po zakończeniu leczenia są przekazywane szkole macierzystej i honorowane przez pracujących w niej nauczycieli. Dzięki funkcjonowaniu szkół przyszpitalnych i kontynuowaniu nauki w trakcie pobytu w szpitalu, istnieje możliwość dokonywania klasyfikacji semestralnych.

Podstawy metodologiczne

Prowadzone badania osadzone są w paradygmacie interpretatywnym, którego wybór powiązany był z uzyskaniem „głębszego” rozumienia zjawiska inkluzji. Celem badań było poznanie i opisanie doświadczeń wynikających z pracy nauczycieli szkół przyszpitalnych w pryzmacie inkluzji ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Przedmiotem badań były doświadczenia z pracy nauczycieli szkół przyszpitalnych.

Główne pytanie badawcze dotyczyło tego: W jaki sposób nauczyciele pracujący w szkołach przyszpitalnych realizują proces inkluzji ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i jakie mają w tym zakresie doświadczenia?

Metodą zbierania danych był wywiad częściowo ustrukturyzowany służący poznaniu poglądów i opinii uczestników (Creswell 2013: 197) na temat procesu inkluzji i pracy w szkole przyszpitalnej. Wywiady prowadzono z nauczycielami (zarówno nauczycielami poszczególnych przedmiotów, jak i wychowawcami czy terapeutami) pracującymi w szkołach przyszpitalnych. Do grupy badawczej zakwalifikowani zostali wszyscy nauczyciele, nawet ci, którzy są zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin, a zatem szkoła przyszpitalna nie jest ich jedynym miejscem pracy. W wywiadzie zawarto siedem pytań związanych z pracą nauczycieli w szkołach przyszpitalnych.

Procedura badawcza

Poszukując drogi do kompleksowego, wiernego i autentycznego przedstawienia perspektywy badanych, podjęto decyzję o dokonaniu analizy zebranego materiału w paradygmacie jakościowym, poprzez jakościową analizę treści.

Kluczowym procesem w analizowaniu zebranych treści było kodowanie. Earl Babbie definiuje je jako „klasyfikowanie lub kategoryzowanie pojedynczych fragmentów danych połączone z [...] systemem ich odszukiwania” (Babbie 2003: 406). Procedura ta pomogła zespołowi badawczemu w odszukaniu interesujących w kontekście prowadzonych badań fragmentów. Kodowanie miało także pomóc w odkryciu prawidłowości, które z kolei wskażą teoretyczne wyjaśnienie badanego procesu inkluzji w szkołach przyszpitalnych.

Analizując zebrany materiał szukano klucza kategoryzacyjnego, który pomógłby tworzyć zbiór kategorii, pojęć, o których traktują zebrane i poddane analizie treści. Konstruowanie klucza polegało na wielokrotnej i uważnej lekturze całości zebranych tekstów, ze szczególnym uwrażliwieniem na powtarzalność, wzajemność powiązań pewnych obszarów tematycznych, ale i zamiarze uchwycenia różnorodności opisywanych zagadnień.

Opis badanej grupy

Na terenie województwa warmińsko-mazurskiego istnieją trzy szkoły przyszpitalne: Zespół Placówek Specjalistycznych przy Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie, Zespół Szkół Specjalnych przy Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie oraz Zespół Szkół Podstawowo-Gimnazjalnych przy Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce. Badaniami objęto dwie z wymienionych szkół, które ze względu na zasadę anonimowości nie będą przywołane z nazwy.

Badania prowadzono w lutym 2018 r. Objęto nimi 27 nauczycieli, w tym 5 mężczyzn i 22 kobiety, w wieku od 30 do 58 lat. Wśród badanych nauczycieli było 23 nauczycieli dyplomowanych, 3 mianowanych i 1 kontraktowy. Charakteryzując grupę pod kątem zatrudnienia można ją podzielić na 21 nauczycieli pełnoetatowych i 6 nauczycieli zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin. Staż pracy badanych to przedział: 10–35 lat.

Warto wspomnieć, iż dyrektorzy badanych placówek z zaciekawieniem wyrazili zgodę na prowadzenie badań, natomiast grupę badanych nauczycieli cechował mniejszy entuzjazm i zainteresowanie naszymi działaniami.

Analiza wyników

Zebrane informacje wynikające z doświadczeń nauczycieli pracujących w szkołach przyszpitalnych pozwoliły wyłonić wspólne obszary podejmowanych działań, jak również rozumienia inkluzji. Są to następujące obszary: **perspektywiczny, terażniejszości, ciągłości, uprzedmiotowienia oraz niepewności**. Opis wskazanych obszarów zamieszczono poniżej. Dla zobrazowania pewnej tendencji, niekiedy posłużono się odwołaniami do danych ilościowych.

Większość (osiemnastu z dwudziestu siedmiu) badanych nauczycieli pracując z uczniem w szkole przyszpitalnej nawiązywało kontakt z wychowawcą ze szkoły macierzystej i pozostawało z nim w kontakcie. Byli to nauczyciele-wychowawcy i nauczyciele pełnoetatowi. Nauczyciele jednak nie wspominali o tym, że interesują się sytuacją ucznia po jego powrocie do domu i szkoły. Warto zaznaczyć, iż badani nauczyciele utrzymujący kontakt ze szkołą macierzystą, uzasadniali tę sytuację przede wszystkim możliwością pozyskania szerszej wiedzy o uczniu, jego możliwościach i zdolnościach, ale także występujących trudnościach. Doceniali jednocześnie rolę nauczycieli ze szkoły macierzystej, a siebie postrzegali jako czynnych uczestników obopólnych działań na rzecz powrotu ucznia w macierzyste środowisko (szkolne).

„Nauczyciel ze szkoły macierzystej ucznia posiada cenne informacje o funkcjonowaniu naszego ucznia-pacjenta. Możemy wspólnie wypracować mu drogę, która pomoże mu bezpośrednio wrócić do swojego środowiska” (18/K¹).

„[...] kontaktuję się z dyrektorami, pedagogami i psychologami szkolnymi, wychowawcami w celu przygotowania ich na powrót ucznia po leczeniu szpitalnym, zwłaszcza w sytuacjach ryzykownych, gdy proces terapii wymaga systematycznej kontynuacji i wsparcia w terenie, w którym to jest z różnych przyczyn trudne, a bywa że niemożliwe do zrealizowania, bądź nierozwiązany problem np. rodzinny czy osobisty relacyjny, co może rzutować na postawy, zachowania i ryzykowne wybory ucznia mogące spowodować pogorszenie stanu [...]” (19/M).

Przyjęto zatem, że szkoła macierzysta, w tym pracujący w niej nauczyciele, byli dla badanych źródłem wiedzy o dziecku. Myśląc o uczniu badani reprezen-

¹ W nawiasie podaję kolejno numer porządkowy osoby badanej i jej płeć.

towali **obszar perspektywiczny**. Żaden nauczyciel z tej grupy, nie koncentrował się na zadaniu tu i teraz. Był to zupełnie odmienny sposób pracy w porównaniu z tymi nauczycielami, którzy nie pozostawali w kontakcie z pedagogami ze szkoły macierzystej. Tę grupę nauczycieli przyporządkowano do **obszaru teźniejszości**, bowiem w sposób bardzo transparentny ograniczała ona swoje zainteresowania, a tym samym i zadania, do aktualnej rzeczywistości ucznia – sytuacji i miejsca jego pobytu. Najistotniejsze było dla tych nauczycieli to, co dzieje się z uczniem na oddziale i podczas lekcji w szkole przyszpitalnej. Nauczyciele z tej grupy nie rozszerzali wiedzy o uczniu o dodatkowe dane pochodzące z innych źródeł (np. informacje od nauczycieli ze szkoły macierzystej). Wykorzystywali w pracy niezbędne dane uzyskując je od rodziców lub samego ucznia.

Badani z tej grupy swoje postępowanie najczęściej uzasadniali brakiem „szerszych” możliwości czy formalnościami ograniczającymi działania nauczyciela, realizowaną funkcją (nauczyciel przedmiotu), czy formą zatrudnienia.

„Jestem nauczycielem dochodzącym i o uczniu otrzymuję informację od wychowawcy ze szkoły przyszpitalnej” (24/K).

„[...] Obowiązuje mnie ustawa o ochronie danych osobowych” (25/K).

„[...] Ponieważ prowadzę zajęcia pozalekcyjne” (26/M).

„[...] Nie, nie jestem wychowawcą” (13/K).

Kolejną kwestią, która pojawiła się w wywiadach jest sposób w jaki pracują badani nauczyciele. Wynika on przede wszystkim z zadań stojących przed nauczycielami szkoły przyszpitalnej. Nauczyciele wskazywali na indywidualizację pracy z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych, która umożliwia zarówno kontynuację nauki rozpoczętej w szkole ogólnodostępnej, jak i nadrabianie zaległości. Ten sposób pracy nazwany został **teoretyzacją zadań**. Odzwierciedla on bardzo wyraźnie zadania i cele szkoły przyszpitalnej i stanowi formalną płaszczyznę obowiązków stawianych przed nauczycielem szkoły przyszpitalnej.

Pracując z uczniem nauczyciele wykorzystują wiele form i metod pracy zarówno dostępnych w szkole, jak i uatrakcyjnających zajęcia. Wymieniano: karty pracy; pracę z programami komputerowymi; dostosowanie form i metod pracy do możliwości psychofizycznych i możliwości wysiłkowych, stosowanie powszechnie przyjętych metod pracy, szczególnie metod aktywnych; unikanie

działań, które w sposób negatywny wpływają na ucznia; podejmowanie starań by lekcja była dla ucznia miła, zakończyła się sukcesem; przyniosła konkretne korzyści, w postaci konkretnej wiedzy i umiejętności. Można wnioskować, że działania podejmowane przez nauczycieli szkół przyszpitalnych wpisują się szczególnie w dwa wymiary:

- dydaktyczny – nadrabianie zaległości, realizacja podstawy programowej, realizacja treści nauczania;
- wychowawczy – wzmacnianie wiary we własne możliwości, wzmacnianie poczucia własnej wartości.

Odpowiedzi związane z czasem poświęcanym na przygotowanie dziecka do powrotu do szkoły macierzystej ujawniły **obszar ciągłości**. Niemalże wszyscy nauczyciele (dwadzieścia pięć osób) wskazali, że cały pobyt dziecka w szpitalu jest przygotowaniem go do powrotu. Jest on jednak skoncentrowany przede wszystkim na zaakceptowaniu warunków szpitalnych, jak i wzmocnieniu wiary we własne możliwości. Oto przykładowe odpowiedzi:

„Cały pobyt dziecka w szpitalu jest przygotowaniem go do powrotu do szkoły macierzystej” (15/K).

„Początkowy etap pobytu dziecka poświęcam na zaklimatyzowanie się na oddziale szpitalnym” (11/K).

„Początkowy etap pobytu dziecka poświęcam na pomoc w adaptacji do warunków szpitalnych. Praktycznie cały pobyt dziecka w szpitalu jest przygotowaniem go do powrotu do szkoły macierzystej” (10/K).

„Cały czas lekcje są ukierunkowane na pomoc w powrocie dziecka do szkoły macierzystej” (13/K).

Tylko dwoje z badanych nauczycieli wyraziło odmienne stanowisko wskazując, iż przygotowanie dziecka do powrotu do szkoły macierzystej nie stanowi celu ich pracy. Są to odpowiedzi badanych, którzy nie zbierali dodatkowych informacji o uczniach (nauczyciele tworzący obszar teraźniejszości):

„Nie jest to mój nadrzędny cel pracy” (25/K).

„Nie poświęcam, gdyż nie ma takiej potrzeby, aby nauczyciel wychowania fizycznego to robił. Mając z dzieckiem 2 godziny w tygodniu” (22/M).

Badani inkluzję widzą w pryzmacie technicznym i organizacyjnym (dwudziestu dwóch nauczycieli) – co nazwano **obszarem uprzedmiotowienia**. Tylko

nieliczni dostrzegali wymiar emocjonalny (dwoje nauczycieli). Autorzy omawianych wypowiedzi inkluzję postrzegali jako proces dwutorowy – przygotowania dziecka do funkcjonowania w szpitalu i szkole przyszpitalnej (w trakcie choroby) oraz przygotowania do powrotu do szkoły macierzystej (po chorobie).

Wszyscy badani nauczyciele twierdzą, że inkluzja jest procesem niezbędnym i istotnym, natomiast nie są przekonani, co do możliwości jej realizacji. Ten obszar, który w sposób mało precyzyjny nakreślał wizję przyszłości, określono **obszarem niepewności**. Pojawiają się stwierdzenia:

„[...] czy jest możliwa nie wiem. Myślę, że nie można w tym przypadku generalizować. Każdy przypadek jest inny. Tak jak każde dziecko” (24/K).

„[...] w bardzo okrojony sposób” (25/K).

Z kolei wskazywane czynniki pomagające projektować działania inkluzyjne dotyczyły przede wszystkim całościowej wiedzy o dziecku, współpracy z zespołem, chęci poznania dziecka przez nauczyciela. Badani duży nacisk kładli na działanie wieloosobowe.

Zakończenie

W przypadku uczniów szkół przyszpitalnych elementem najważniejszym w zakresie inkluzji jest współpraca szkoły przyszpitalnej ze szkołą macierzystą, nie tylko na poziomie kadr pedagogicznych (wszystkich nauczycieli), ale również grupy rówieśniczej. Bardzo istotne są działania nauczycieli podejmowane w wymiarze formalnym, czyli realizowania podstawy programowej przewidzianej dla danej klasy czy etapu edukacyjnego. Jednak równie ważne, a może nawet istotniejsze, są działania nieformalne. Pozostawanie dziecka chorego/niepełnosprawnego, które przebywa w szpitalu, poza gronem rówieśników i codziennymi wydarzeniami, to jedna z kluczowych kwestii zajmujących chore dziecko. Bycie w codziennym kontakcie z zespołem klasowym, w tym rówieśnikami, stanowi jedno z najważniejszych pragnień dzieci chorych czy niepełnosprawnych. W uzyskanym materiale nie było mowy o pozaformalnym wymiarze kontaktów z rówieśnikami – ułatwianiu tego kontaktu, czy zachęcaniu do niego. Zapewne czynią to same dzieci i ich rodzice – a często także nauczyciele ze szkół macierzystych. Połączenie wymiaru formalnego pracy i nieformalnego skutkuje wzmocnieniem rezultatów trudnej pracy nauczycieli ze szkół przyszpitalnych, przyczyniając się nie tylko do ponownego płynnego włączenia do

zajęć w szkole macierzystej, czyli inkluzji, ale także (a nawet równocześnie) zapewnienia lepszych warunków leczenia.

Innym równie ważnym zagadnieniem nurtującym dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych jest kwestia zaległości czy ciągłości nauczania, której szkoła przyszpitalna może sprostać – dzięki temu, że nauczyciele szkoły przyszpitalnej stymulują dziecko do nauki, obowiązków szkolnych. Z tego zadania badana grupa wywiązywała się.

Przyczyną utrudnień w procesie inkluzji jest najprawdopodobniej brak działań prewencyjnych w zakresie holistycznego modelu współpracy z osobą ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi: szkoła – szpital – dom rodzinny; lekarz – terapeuta – rodzic – nauczyciel.

Edukacja włączająca jest nie tylko indywidualnym wspieraniem dziecka w rozwoju, ale także postrzeganiem go w grupie społecznej. Z kolei celem działań pedagogicznych staje się, poza sukcesem edukacyjnym, przede wszystkim pełna integracja społeczna (Jardzioch 2017). Nie jest to zatem fakt jednorazowy, ale nieustanny proces, polegający na zmianie poprzedzonej refleksją, namysłem czy w końcu podejściem do konkretnego dziecka i jego rodziny.

Uczniowie o specjalnych potrzebach edukacyjnych stali się częścią społeczności uczącej się w szkołach ogólnodostępnych. W tym okresie zostały wypracowane odpowiednie dostosowania prawne, socjalne oraz dydaktyczne, mające na celu ułatwienie procesu edukacji tym beneficjentom. Mimo poczynionych starań i zabiegów, nadal uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, częściej niż powinien egzystuje na bocznych torach oświatowych szkoły ogólnodostępnej. Potwierdza to raport NIK opublikowany w styczniu br. informujący: „W wyniku kontroli obejmującej 28 ogólnodostępnych szkół i przedszkoli (dolnośląskiego, łódzkiego, małopolskiego, podlaskiego, świętokrzyskiego i wielkopolskiego), stwierdzono rozbieżność między prawem uczniów z niepełnosprawnościami do uzyskania właściwego wsparcia a praktyką. W połowie z badanych placówek w latach szkolnych 2014/2015–2016/2017 nie w pełni prawidłowo planowano, realizowano i ewaluowano działania wspierające dzieci i uczniów z niepełnosprawnościami. Nie przestrzegano określonych przepisami procedur opracowania i aktualizacji dokumentów będących podstawą wsparcia, tj. indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych. Programy te najczęściej nie były sporządzane zespołowo, tj. przez nauczycieli i specjalistów mających zajęcia z dziećmi. Tworzono je bez wymaganej oceny poziomu funkcjonowania dziecka, nie dbano by zawierały wszystkie wymagane treści i były sporządzone zaraz po przyjęciu dziecka do szkoły” (NIK 2017).

Jedną z podstawowych przeszkód nauczania włączającego/inkluzyjnego są postawy nauczycieli. Jak podkreśla Iwona Chrzanowska: „Jeżeli nauczyciele szkół ogólnodostępnych są przeświadczeni, że uczniowie niepełnosprawni są inni, to konsekwencją będzie myślenie, że do współpracy z nimi potrzebne są jakieś szczególne umiejętności” (2014: 112). Jak podaje dalej autorka „[...] Jedynie myślenie kategoriami uczeń, bez jego przymiotnikowego dookreślenia, może zbliżyć nas do akceptacji wynikającej nie tyle z obowiązującego prawa, co wewnętrznego przekonania” (tamże).

Opisane powyżej wnioski sformułowane na podstawie przeprowadzonych badań mogą stanowić odpowiedź na pytanie o to, w jaki sposób nauczyciele pracujący w szkołach przyszpitalnych realizują proces inkluzji ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i jakie mają w tym zakresie doświadczenia. Wciąż bez odpowiedzi pozostaje jednak kolejne pytanie, które nasuwa się w kontekście płynących z badań konkluzji: Jakie należy przyjąć rozwiązania, jaki rodzaj potrzeb zabezpieczyć kadrze pedagogicznej (również tej w szkołach przyszpitalnych), żeby definitywnie przestała funkcjonować w aspekcie inkluzji ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w horyzontalnej perspektywie „obłomowszczyzny” i zaczęła postrzegać siebie jako podmiot w pełni odpowiedzialny za powodzenie procesu inkluzji, a wręcz powołany do jego urzeczywistniania.

Bibliografia

- Antoszevska B. 2005. *Normalizacja warunków życia dzieci i młodzieży z chorobą nowotworową*, [w:] *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*, red. C. Kosakowski, A. Krause, Wydawnictwo UWM, Olsztyn.
- Antoszevska B. 2006. *Dziecko z chorobą nowotworową. Problemy psychopedagogiczne*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Antoszevska B., Ćwirynkało K. 2007. *Nauczyciel – wychowawca szkoły przyszpitalnej – kim być powinien?*, [w:] *Osoba z niepełnosprawnością w systemie rehabilitacji, edukacji i wsparcia społecznego*, red. Cz. Kosakowski, A. Krause, A. Żyta, Wydawnictwo UWM, Olsztyn.
- Babbie E. 2003. *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Binnebesel J. 2003. *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Chęcińska M. 2005. *Czynniki wspomagające edukację dzieci przewlekle chorych*, [w:] *Uczeń z chorobą przewlekłą i uczeń z zaburzeniami psychicznymi w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, Wydawnictwo MENiS, Warszawa.
- Chrzanowska I. 2014. *Nauczanie inkluzyjne w doświadczeniach polskich – podstawy prawne i społeczne uwarunkowania*, „Studia Edukacyjne”, nr 30.

- Creswell J.W. 2013. *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Głodkowska J. 2009. *W poszukiwaniu modelu edukacji włączającej*, „Meritum”, nr 2.
- Gołubiew-Konieczna M. 2011. *Dzieci i młodzież przewlekle chora w systemie polskiej oświaty – próba oceny*, [w:] *Dziecko przewlekle chore – problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne*, red. B. Antoszevska, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń.
- Jardzioch A.B. 2017. *Edukacja włączająca w Polsce*, „Polska Myśl Pedagogiczna”, nr 3.
- Moczia K. 2017. *Trudności edukacyjne uczniów przewlekle chorych*, [w:] *Edukacyjno-terapeutyczna podróż w lepszą stronę*, red. K. Moczia, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, s. 51–52.
- NIK o kształceniu uczniów z niepełnosprawnościami, dostępny na: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-ksztalceniu-uczniow-zniepełnosprawnościami-2017.html> (otwarty 19 marca 2018).
- Sadowska S. 2016. *Kształcenie integracyjne dzieci z niepełnosprawnością intelektualną – krytyczny bilans pierwszych strukturalnych zmian w systemie edukacji*, „Przegląd Badań Edukacyjnych Educational Studies Review”, nr 23 (2/2016).
- Sękowska Z. 1986. *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Stańczak M., Antoszevska B. 2013. *Dzieci zdolne z chorobą przewlekłą w systemie oświaty*, [w:] *Uczeń zdolny i jego edukacja. Koncepcje. Badania. Praktyka*, red. M. Jabłonowska, Wydawnictwo Universitas Rediviva, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B. 2005. *Uwagi o ekskluzji i inkluzji na przykładzie polityki społecznej wobec ludzi starych*, [w:] J. Grotowska-Leder, K. Faliszek, *Ekskluzja i inkluzja społeczna. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń.
- Szumski G. 2004. *Od kształcenia integracyjnego do edukacji inkluzyjnej – przemiany idei i praktyki*, [w:] *Rehabilitacja, opieka i edukacja specjalna w perspektywie zmiany*, red. Cz. Kosakowski, A. Krause, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.
- Szumski G. 2011. *Teoretyczne implikacje koncepcji edukacji włączającej*, [w:] *Uczeń z niepełnosprawnością w szkole ogólnodostępnej*, red. Z. Gajdzica, Wydawnictwo Humanitas, Sosnowiec.
- Śliwerski B. 2013. *Wartość nauczyciela*, dostępny na: <http://sliwerski-pedagog.blogspot.com/2013/09/> (otwarty wrzesień 2009).
- Tojza A. 2005. *Normalizacja warunków życia dziecka z chorobą nowotworową przebywającego na leczeniu szpitalnym*, [w:] *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*, red. Cz. Kosakowski, A. Krause, Wydawnictwo UWM, Olsztyn, s. 493–497.
- Zacharuk T. 2008. *Wprowadzenie do edukacji inkluzyjnej*, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce.