

Nr 4 (251) 2009
Tom LXX
WRZESIEŃ
PAŹDZIERNIK

SZKOŁA SPECJALNA

DWUMIESIĘCZNIK AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ
im. Marii Grzegorzewskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej

Recenzowali: *prof. dr hab. Urszula Eckert*
prof. dr hab. Janina Wyczesany

Tłumaczenie na język angielski: *mgr Renata Wójtowicz*

Redakcja: *mgr Julita Kobos*

Czasopismo „Szkola Specjalna” posiada punktację MNiSW (2 punkty) w kategorii B.

Komitet Redakcyjny:

prof. Władysław Dykcik, prof. Tadeusz Gałkowski, prof. Aniela Korzon, prof. Czesław Kosakowski, prof. Aleksandra Maciarz, prof. Irena Obuchowska, dr Adam Szecówka

Redakcja:

dr hab. prof. APS Ewa Maria Kulesza (redaktor naczelna), mgr Bernadetta Węclawik (sekretarz), mgr Katarzyna Smolińska (członek)

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
Dyrektor Wydawnictwa – mgr Monika Bielska-Łach

Adres Redakcji: Wydawnictwo APS, 02-353 Warszawa
ul. Szczęśliwicka 40, tel. 022-589-36-45
centrala 022-589-36-00 wew. 1212, fax 022-658-11-18
e-mail: szkolaspecjalna@aps.edu.pl

nakład 1100 egz.

SPIS TREŚCI

OPRACOWANIA NAUKOWE

- 245 – *Tadeusz Majewski*
Aktualne poglądy na możliwości zawodowe osób niewidomych
- 252 – *Małgorzata Stępa*
Choroba przewlekła jako czynnik ryzyka trudności adaptacyjnych
- 267 – *Urszula Malewicka*
Rola teatru w życiu osoby niepełnosprawnej
- 274 – *Leszek Ploch*
Środowisko rodzinne jako czynnik warunkujący rozwój zainteresowań teatralnych artystów niepełnosprawnych

Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

- 289 – *Barbara Marcinkowska*
Konstruowanie programów indywidualnych (cz. II)
- 293 – *Katarzyna Patyk*
Wykorzystanie Profilu Psychoedukcyjnego PEP-R Schoplera w praktyce szkolnej – zasady procesu badawczego dziecka z autyzmem i przydatne wskazówki
- 301 – *Bernadetta Węclawik*
Program percepcyjno-motoryczny – z doświadczeń pedagoga wspierającego

PRAWO I PRAKTYKA

- 305 – *Jolanta Zozula*
Orzeczenie o niepełnosprawności

Z KRAJU I ZE ŚWIATA

- 310 – *Ditta Baczała, Jacek J. Błeszyński, Marzenna Zaorska*
Sprawozdanie z XII Rosyjsko-Amerykańskiej konferencji naukowej, Sankt-Petersburg, 12–14 maja 2009
- 311 – *Marzenna Zaorska*
Sprawozdanie z międzynarodowej konferencji naukowej *Osoba z niepełnosprawnością – życie „z” i „obok”*. *Opieka – Terapia – Wsparcie*, Toruń 20–21 marca 2009

RECENZJE

- 314 – Landau Kleffner Syndrome (LKS). Information for families. Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, GOSH Trust, 2005, ss. 54 (*Jacek J. Błeszyński*)
- 316 – A. Zamkowska: Wsparcie edukacyjne uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim w różnych formach kształcenia na I etapie edukacji. Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2009, ss. 402 (*Anna Bobińska-Domżał*)

CONTENTS

SCIENTIFIC STUDIES

- 245 – *Tadeusz Majewski*
Current Views on Vocational Abilities of Blind People
- 252 – *Małgorzata Stępa*
Chronic Disease as a Risk Factor for Adaptation Difficulties
- 267 – *Urszula Malewicka*
The Role Theater Plays in Life of People with Disabilities
- 274 – *Leszek Ploch*
Family Environment as a Factor Determining the Development of Theatrical Interests of Artists with Disabilities

FROM TEACHING PRACTICE

- 289 – *Barbara Marcinkowska*
Designing Individual Education Programs (Part 2)
- 293 – *Katarzyna Patyk*
Using the Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R) by Eric Schopler in School Practice – Guidelines for the Research Process and Useful Instructions
- 301 – *Bernadetta Węclawik*
Perception and Motor Program – From the Experience of an Assistant Teacher

LAW AND PRACTICE

- 305 – *Jolanta Zozula*
Certificate of Disability

HOME AND WORLD NEWS

- 310 – *Ditta Baczała, Jacek J. Błeszyński, Marzenna Zaorska*
Report on the 12th Russian-American Scientific Conference, St. Petersburg, May 12–14, 2009
- 311 – *Marzenna Zaorska*
Report on the International Scientific Conference *Living 'with' and 'beside' a Person with Disability*, March 20–21, 2009

REVIEWS

- 314 – *Landau Kleffner Syndrome (LKS). Information for families.* Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, GOSH Trust, 2005, ss. 54 (*Jacek J. Błeszyński*)
- 316 – *A. Zamkowska: Wsparcie edukacyjne uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim w różnych formach kształcenia na I etapie edukacji.* Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2009, ss. 402 (*Anna Bobińska-Domżał*)

TADEUSZ MAJEWSKI

Ekspert Międzynarodowej Organizacji Pracy ds. Rehabilitacji Zawodowej
(International Labour Organisation)

AKTUALNE POGLĄDY NA MOŻLIWOŚCI ZAWODOWE OSÓB NIEWIDOMYCH

Na przestrzeni ostatnich lat poglądy na możliwości zawodowe osób niewidomych uległy radykalnej zmianie. Przyjmuje się dzisiaj, że możliwości zawodowe tych osób zależą nie tylko od stopnia i zakresu uszkodzenia wzroku, lecz od wielu innych czynników. Są to zarówno czynniki wewnętrzne – cechy osobiste samego pracownika, jak też czynniki zewnętrzne – właściwa organizacja pracy, adaptacja stanowiska i miejsca pracy do jego indywidualnych potrzeb, postawa w stosunku do niego pracodawcy i współpracowników.

Przytoczone w artykule przykłady potwierdzają twierdzenie, że osoby niewidome mają duże możliwości zawodowe, potrafią wykonywać bardzo wiele zawodów i zajmować bardzo różne stanowiska pracy.

Słowa kluczowe: pracownik niewidomy, możliwości zawodowe – zdolność do pracy, czynniki określające możliwości zawodowe osób niewidomych

Problem oceny możliwości zawodowych – zdolności do pracy osób niewidomych pojawił się w momencie, kiedy zaczęły powstawać pod koniec XVIII i na początku XIX w. specjalne szkoły dla dzieci niewidomych. Szkoły te miały w swoich programach również przygotowanie do pracy, która miała zapewnić ich absolwentom środki do życia. Uważano wówczas, że osoby niewidome są zdolne do wykonywania tylko określonej liczby zawodów, takich jak: szcztokarz, koszykarz (wikliniarz), dziewiarz, tkacz, a w najlepszym przypadku masażysta, telefonista lub muzyk. Niewiele większe szanse zawodowe dawano osobom słabowidzącym. Te ograniczenia przypisywano głównie uszkodzeniu wzroku.

Dzisiaj w rehabilitacji zawodowej osób z uszkodzonym wzrokiem przyjmuje się zasadę, że osoby niewidome mają możliwość wykonywania wielu zawodów, jeśli posiadają odpowiednie zdolności i cechy osobowości oraz jeśli zapewni się im odpowiednie przeszkolenie, mają odpowiednie kwalifikacje zawodowe oraz stworzy się im warunki pracy, zgodnie z ich psychofizycznymi możliwościami, potrzebami i aspiracjami zawodowymi. Jernigan (1994, s. 7), wieloletni prezes Amerykańskiej Federacji Niewidomych, pisał, że „przeciętna osoba niewidoma może wykonywać przeciętną pracę w przeciętnym zakładzie pracy, tak samo jak jej widzący kolega, pod warunkiem, że otrzyma odpowiednie przeszkolenie i stworzy się jej odpowiednie warunki pracy”. W innej publikacji zauważał, że wiele osób niewidomych potrafi opanować czynności i zadania zawodowe w bardzo wysokim stopniu i dzięki temu uzyskiwać rezultaty pracy nie mniejsze niż pracownicy widzący (Jernigan 1992, s. 73). W związku z tym nie mówi się dzisiaj o zawodach dla osób niewidomych, lecz raczej wymienia się zawody, których zdecydowanie te osoby nie mogą wykonywać. Zwykle podaje się skrajne przykłady, a mianowicie takie zawody, jak

kierowca samochodowy i innych pojazdów lub chirurg. Oznacza to, że wszystkie inne zawody mogą być dostępne dla nich pod pewnymi warunkami.

Zmianę podejścia w rehabilitacji zawodowej osób niewidomych spowodowały następujące fakty:

1. Wśród osób oficjalnie uznanych za niewidome znajduje się znaczny procent osób z zachowanymi resztkami wzroku, co pozwala na wykonywanie niektórych funkcji wzrokowych w przebiegu pracy zawodowej. Szacunkowo przyjmuje się, że wśród wszystkich osób z uszkodzonym wzrokiem jest tylko 5–6% osób całkowicie niewidomych. Pozostałe osoby mają większą lub mniejszą zdolność widzenia (szczątkowy wzrok), którą mogą wykorzystywać w procesie wykonywania pracy zawodowej.
2. Rozwój edukacji i rehabilitacji osób z uszkodzonym wzrokiem. Coraz więcej dzieci i młodzieży niewidomej uczy się dzisiaj w systemie zintegrowanym, gdzie ma możliwość lepiej przygotować się do życia i pracy w społeczeństwie ludzi widzących. Programy edukacyjne i metody rehabilitacji ulegają stałemu doskonaleniu, co ma niewątpliwy wpływ na osiągnięcie wyższego poziomu samodzielności w funkcjonowaniu w życiu zawodowym.
3. Nowoczesna elektronika stopniowo przełamuje barierę w dostępie osób niewidomych do informacji i komunikowania się z osobami widzącymi za pomocą zwykłego pisma drukowanego. Zostały opracowane i wprowadzane w życie różne pomoce techniczne dla tych osób. Przede wszystkim podkreślić trzeba znaczenie specjalnego sprzętu adaptacyjnego do komputera (monitora brajlowskiego, syntezatora mowy, programów powiększających wielkość obrazu na ekranie) oraz wielu innych pomocy, jak np. notatniki dźwiękowe i brajlowskie, drukarki brajlowskie, autolektory. Ten sprzęt stworzył nowe perspektywy zawodowe dla osób niewidomych. Stale notuje się dalszy postęp w tym zakresie, powstawanie coraz to doskonalszych pomocy technicznych i elektronicznych.

Czynniki decydujące o możliwościach zawodowych osób niewidomych

Obecnie przyjmuje się, że możliwości zawodowe osób niewidomych w znacznym stopniu zależą nie tylko od stopnia i zakresu uszkodzenia wzroku, lecz od wielu innych czynników. Są to zarówno czynniki wewnętrzne – cechy osobiste samego pracownika, jak też zewnętrzne – związane z organizacją jego pracy.

Do czynników wewnętrznych należą:

1. Indywidualny poziom rozwoju umysłowego i ogólne zdolności intelektualne, określone i mierzone tzw. ilorazem inteligencji. Im ktoś jest inteligentniejszy, tym jego możliwości uzyskania odpowiednich kwalifikacji i zrobienia kariery zawodowej są wyższe. Wśród osób z uszkodzonym wzrokiem są też jednostki charakteryzujące się specjalnymi zdolnościami w określonych dziedzinach, które mogą stanowić podstawę do rozwoju ich kariery zawodowej. Przykładem są liczni niewidomi, zajmujący wysokie stanowiska państwowe, naukowe, kierownicze, a także twórcy kultury.
2. Cechy osobowości, takie jak: właściwa samoocena – poczucie własnej wartości, aspiracje zawodowe i motywacja do osiągnięcia odpowiedniej pozycji zawodowej, aktywność, zdecydowanie i wytrwałość w dążeniu do osiągnięcia wyznaczonych celów zawodowych itp.

3. Wysoki poziom rehabilitacji podstawowej i społecznej osoby niewidomej, pozwalający na samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach zawodowych, a więc na wykonywanie czynności samoobsługowych, poruszanie się, samodzielny dojazd do pracy oraz na łatwą adaptację do społecznego środowiska pracy.
4. Wysoki poziom kwalifikacji zawodowych – przynajmniej taki sam, jaki uzyskują osoby widzące w danym zawodzie, pozwalający na konkurowanie z pracownikami widzącymi.
5. Dobre przygotowanie do pracy na otwartym rynku – poznanie zasad funkcjonowania pracowników w zwykłych zakładach pracy oraz przekonanie, że mogą w nich pracować i osiągać podobne wyniki pracy jak pracownicy widzący. Chodzi tutaj głównie o umiejętności społeczne, mające zasadniczy wpływ na dobre społeczne funkcjonowanie i adaptację do społecznego środowiska pracy.
Do czynników zewnętrznych należą:
 1. Adaptacja miejsca i stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb niewidomego pracownika.
 2. Zaopatrzenie pracownika w konieczny sprzęt techniczny, umożliwiający wykonywanie zadań zawodowych na dobrym poziomie, np. komputer wraz ze sprzętem adaptacyjnym, notatnik dźwiękowy lub brajlowski.
 3. Pomoc w adaptacji społeczno-zawodowej w miejscu pracy w początkowym okresie zatrudnienia, a szczególnie w przystosowaniu się do wykonywania zadań i obowiązków zawodowych zgodnie z oczekiwaniami pracodawcy, do fizycznego i społecznego środowiska pracy. Obecnie zaleca się stosowanie wobec pracowników niewidomych ubiegających się o pracę tzw. zatrudnienia wspomagane, przy pomocy trenera lub asystenta pracy. Jego zadaniem jest właśnie udzielanie pomocy początkującemu pracownikowi w adaptacji społeczno-zawodowej oraz doradzanie pracodawcy i zespołowi pracownicemu w usuwaniu wątpliwości i trudności, jakie ewentualnie mogą pojawić się w związku z zatrudnieniem pracownika niewidomego.
 4. Właściwa postawa kierownictwa zakładu i współpracowników, akceptująca niewidomego pracownika jako pełnowartościowego członka załogi i wyrażająca gotowość do udzielania mu pomocy w sytuacjach koniecznych.
 5. Monitorowanie przebiegu zatrudnienia pracownika z uszkodzonym wzrokiem i rozwoju jego kariery zawodowej, aby zapobiegać ewentualnym trudnościom i problemom, jakie mogą prowadzić do zwolnienia go z pracy.

Przed osobami niewidomymi, które spełniają wymienione warunki, otwierają się dzisiaj duże możliwości zatrudnienia w różnych działach gospodarki. Osoby z uszkodzonym wzrokiem stanowią jednak grupę bardzo zróżnicowaną i nie można generalizować poglądów na ich zdolność do pracy. Znajdują się bowiem wśród nich zarówno jednostki wybitne, o wysokim poziomie intelektualnym, wysokim stopniu samodzielności i niezależności, pozwalającym na dobre funkcjonowanie w sytuacjach zawodowych, jak też przeciwnie – osoby o niskim poziomie funkcjonowania w takich sytuacjach. Niektóre osoby niewidome mogą mieć też i inne niepełnosprawności lub chroniczne schorzenia, które obniżają ich możliwości zawodowe. Są to osoby z dodatkowym obniżeniem sprawności funkcjonowania słuchu (głuchoniewidome), z niepełnosprawnością intelektualną, epilepsją, cukrzycą itp. Z tego powodu zdolność do pracy osób niewidomych w ogóle oraz zdolność do pracy w konkretnym

zawodzie lub na konkretnym stanowisku trzeba oceniać indywidualnie i dobrać najkorzystniejsze rozwiązania problemów zawodowych dla każdej osoby (Majewski 2004, s. 32–33).

Zawody wykonywane przez osoby niewidome

W ostatnim czasie Europejska Unia Niewidomych opublikowała na swojej stronie internetowej (www.euroblind.org.jobwebsite/jobcategory) listę zawodów wykonywanych przez osoby niewidome i słabowidzące (z ostrością wzroku do $V = 0,1$). Te ostatnie mieszczą się również w szeroko pojętej definicji osoby niewidomej, przyjętej przez Unię. Lista obejmuje łącznie 225 zawodów i stanowisk pracy. W ten sposób Unia chciała wykazać i udowodnić, że osoby z uszkodzonym wzrokiem mogą wykonywać różne zawody, również wymagające wysokich kwalifikacji, oraz zajmować stanowiska pracy o wysokim statusie społecznym. Strona ta adresowana jest nie tylko do osób z uszkodzonym wzrokiem, lecz przede wszystkim do pracodawców oraz polityków, szczególnie odpowiedzialnych za politykę zatrudnieniową osób niepełnosprawnych.

Lista opublikowana przez Europejską Unię Niewidomych obejmuje 15 kategorii zawodów wykonywanych przez osoby z uszkodzeniem wzroku. W każdej kategorii wymienia się kilka lub nawet kilkanaście zawodów lub stanowisk pracy wykonywanych lub zajmowanych przez konkretne osoby niewidome lub słabowidzące. Niektóre z tych zawodów (stanowisk pracy) są bliżej określone przez podanie, na czym polegają zadania zawodowe pracownika oraz jakie pomoce techniczne, jakie przystosowania miejsca i stanowiska pracy zostały dokonane zgodnie z jego potrzebami. Podawane są także kraje, w których dany zawód jest wykonywany. Wiele z wymienionych zawodów odpowiada zawodom wykonywanym w Polsce przez osoby z uszkodzeniem wzroku.

Kategorie i niektóre przykłady zawodów, które nie są u nas wykonywane lub są bardzo rzadko wykonywane to (kolejność poszczególnych kategorii została ustalona w porządku alfabetycznym, lecz zgodnie z ich angielskimi nazwami):

1. Administracja. W tej kategorii wymienionych jest 29 różnych stanowisk pracy, zajmowanych przez osoby z uszkodzonym wzrokiem. Jako interesujący przykład może posłużyć całkowicie niewidomy zastępca kierownika wydziału w agencji ubezpieczeń społecznych we Francji. Jego stanowisko pracy zaopatrzone jest w komputer ze sprzętem adaptacyjnym. Pomagają mu bezpośrednio dwie asystentki. Inny przykład to dyrektor urzędu pracy we Francji, który nadzoruje pracę 11 pośredników pracy zajmujących się zatrudnianiem osób poszukujących pracy. Jego stanowisko również wyposażone jest w komputer ze sprzętem adaptacyjnym. W tej kategorii wymieniony jest też słabowidzący pracownik administracyjny w publicznej bibliotece w Hiszpanii. Do wykonywania swoich zadań wystarczają mu różnego rodzaju pomoce optyczne. Inne przykłady to kierownik działu personalnego, doradca zawodowy, specjalista od telemarketingu.
2. Rolnictwo. W tej kategorii znalazło się 9 różnych prac związanych głównie z hodowlą zwierząt i uprawą ziemi. Są wśród nich: hodowca krów mlecznych (10 krów), hodowca kur z produkcją jaj na większą skalę (4000 kur) oraz hodowca jedwabników. Obok typowych rolników zajmujących się uprawą roli i trady-

czyną produkcją rolną, wymieniono także rolnika zajmującego się uprawą ziół leczniczych i producenta win.

3. Sztuka i rozrywka. W tej kategorii wymienia się aż 26 różnych zawodów wykonywanych przez osoby niewidome. Są wśród nich, podobnie jak u nas, zawody: muzyka, śpiewaka, krytyka muzycznego, nauczyciela muzyki, kompozytora, rzeźbiarza, stroiciela fortepianów, operatora dźwięku itp. Na szczególnie podkreślenie zasługuje zawód gawędziarza (*story teller*). Wykonuje go niewidoma, której praca polega na opowiadaniu dzieciom i dorosłym bajek, zagadek i różnych ciekawych historii w szkołach, hotelach, podczas różnych imprez rozrywkowych. Przy gawędzeniu akompaniuje ona sobie na instrumentach muzycznych. Ponadto należy wymienić całkowicie niewidomego organizatora koncertów muzycznych, pracującego dla Brytyjskiej Rozgłośni Radiowej (BBC). Jego praca połączona jest z licznymi wyjazdami. W tym zakresie jest całkowicie niezależny, posługując się tylko białą laską.
4. Rzemiosło. W tej grupie Europejska Unia Niewidomych podaje 17 tradycyjnych zawodów rzemieślniczych wykonywanych przez niewidomych. Są to od dawna znane zawody: szczołkarz, dziewiarz, powroźnik, tapicer itp. Od tych zawodów niewidomi zaczęli swoje kariery, pokazując, że są zdolni do wykonywania pracy zawodowej. W tej kategorii znalazły się również inne ciekawe zawody, jak np. producent i naprawiający meble wiklinowe we Francji oraz słabowidząca kwiaciarka, której głównym zadaniem jest komponowanie bukietów i wiązanek z kwiatów.
5. Handel. Ta dziedzina stwarza duże możliwości pracy osobom z uszkodzonym wzrokiem. Na liście znalazło się aż 29 zawodów i stanowisk pracy. Są wśród nich: doradca handlowy, handlowiec antykami, analityk ekonomiczny, księgowy, główny księgowy, specjalista do spraw ustalania cen, pracownik ubezpieczeniowy, kierownik działu sprzedaży, specjalista od telemarketingu, sprzedawca losów loteryjnych, handlowiec prowadzący własną placówkę handlową, sprzedawca. Zaciekawiał mnie wymieniony również kontroler systemów finansowych. Zawód ten wykonuje całkowicie niewidomy, a jego praca polega na sprawdzaniu systemów finansowych instytucji i organizacji ubiegających się o granty. Pracuje on z asystentem, który pomaga mu w tzw. pracy papierkowej. Wykonywanie tych zadań połączone jest z licznymi wyjazdami.
6. Edukacja. W tej kategorii wymienia się podobne zawody do tych, które są także wykonywane przez osoby z uszkodzonym wzrokiem w Polsce. W pierwszej kolejności są to nauczyciele różnych przedmiotów, od nauczycieli w szkołach podstawowych i średnich, do profesorów wyższych uczelni. Lista zawiera też psychologa szkolnego oraz pracowników administracyjnych w placówkach edukacyjnych.
7. Gościnność – recepcja (*hospitality – reception*). Z punktu widzenia zawodoznawstwa ta grupa zawodowa ma trochę dziwną nazwę. Wymienia się jednak w niej aż 9 zawodów, w tym: tłumacz, recepcjonista, kierownik turystyki w parku Disneyland w Paryżu, portier oraz zawody fizyczne, takie jak sprzątaczką, pracownik zmywający naczyń. Włączono do tej grupy także zawody zakonnic i zakonnik.
8. Przemysł. Na liście wymienia się 24 zawody wykonywane przez osoby niewidome i słabowidzące w zakładach przemysłowych – produkcyjnych. W tego

rodzaju zakładach pracują zarówno osoby posiadające wysokie kwalifikacje zawodowe, jak też bez specjalnych kwalifikacji. Są to osoby zajmujące różne stanowiska kierownicze, specjaliści pracujący w różnych branżach. Obok nich są również osoby wykonujące proste prace, jak np. pakowacz równych gotowych produktów.

9. Prawo. Lista obejmuje 12 typowych zawodów i stanowisk prawniczych. Jest wśród nich: sędzia, również sędzia w Trybunale Konstytucyjnym, adwokat, prokurator, asystent prokuratora generalnego, radca prawny itp. Do listy tej można jeszcze dodać notariusza, zawód prawniczy wykonywany przez niewidomego w Polsce.
10. Służba zdrowia. W tej kategorii na liście znalazło się 9 zawodów wykonywanych przez osoby z uszkodzonym wzrokiem. Obok zawodów znanych również u nas, takich jak masażysta, fizjoterapeuta, psycholog i psychoterapeuta, jest również zawód lekarza psychiatry, dietetyczki i technika radiologii. Jeśli chodzi o lekarza psychiatrę, to przykład dotyczy studentki medycyny w Stanach Zjednoczonych, która pod koniec studiów utraciła całkowicie wzrok. Nie chcąc marnować wieloletniego wysiłku, zdecydowała się kontynuować studia na kierunku psychiatria, które pomyślnie ukończyła. Obecnie pracuje w zespole psychiatrów w szpitalu w Baltimore, zajmuje się głównie psychoterapią oraz prowadzi wykłady ze swojej specjalności. Niewidoma dietetyczka pracuje także w szpitalu, ustalając z pacjentami jadłospis dla nich zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Technik radiologiczny zajmuje się natomiast wywoływaniem zdjęć radiologicznych w szpitalu.
11. Personel i zasoby ludzkie. W tej kategorii mamy tylko dwa stanowiska pracy. Całkowicie niewidoma osoba pracuje w Wielkiej Brytanii na stanowisku konsultanta do spraw zasobów ludzkich. Jej praca to poszukiwanie na stronach internetowych kandydatów do zatrudnienia oraz przeprowadzanie z nimi wstępnych wywiadów celem zorientowania się w ich możliwościach zawodowych. Następnie kojarzy ich z odpowiednimi pracodawcami, poszukującymi pracowników o określonych kwalifikacjach. Jej praca w 98% polega na komunikowaniu się za pomocą środków elektronicznych. Czasami pomagają jej widzący koledzy.
Drugą osobą jest całkowicie niewidomy kierownik działu zasobów ludzkich, również w Wielkiej Brytanii. Jest on odpowiedzialny za tworzenie sieci placówek zajmujących się zatrudnieniem wspomaganiem dla różnych grup społecznych, które wymagają pomocy i wsparcia w uzyskaniu i utrzymaniu się w pracy. Doradza on, w jaki sposób tworzyć takie placówki, jak przekazywać informacje pracodawcom o kandydatach do zatrudnienia, jak współpracować z pracodawcami w rozwiązywaniu ewentualnych problemów związanych z zatrudnieniem. Udziela również porad kandydatom do zatrudnienia w ich codziennych sprawach.
12. Polityka. W tej dziedzinie wymieniono pięć zawodów, a raczej pełnionych funkcji. Są to np.: parlamentarzysta, minister (w Wielkiej Brytanii), zastępca mera (prezydenta miasta), specjalista od stosunków międzynarodowych oraz wysokiej rangi urzędnik. W tym ostatnim przykładzie nie podano bliżej, na czym jego praca polega.
13. Media. Ta dziedzina stwarza duże możliwości pracy dla osób z uszkodzonym wzrokiem. Na liście znalazło się łącznie 15 różnych zawodów. Są wśród nich m.in.: dziennikarz, korespondent, prezenter radiowy, tłumacz, inżynier dźwięku, kontroler programu, główny wydawca.

14. Nauka, technika i technologia informacyjna. W tych dziedzinach zarejestrowano 15 zawodów wykonywanych przez osoby niewidome i słabowidzące. Wymienia się wśród nich przede wszystkim inżynierów różnych specjalności, a także naukowców – fizyków i matematyków. Jest wśród nich także doradca systemów komputerowych i programista.
15. Praca socjalna. W tej dziedzinie wymienia się 9 osób niewidomych i słabowidzących pracujących np. jako: środowiskowy asystent socjalny, asystent socjalny w instytucji dla osób niepełnosprawnych, wychowawca specjalny w zakładzie dla dzieci niepełnosprawnych, terapeuta rehabilitacyjny, salowa. W grupie znalazł się także socjolog i ekspert do spraw pracy społecznej oraz niewidoma osoba duchowna (teolog) w Norwegii, która pracuje w parafii i udziela również porad duchowych zgłaszającym się parafianom.

Podsumowanie

Z przytoczonych konkretnych przykładów wynika, że osoby z uszkodzonym wzrokiem mają duże możliwości zawodowe, potrafią wykonywać bardzo wiele zawodów i zajmować bardzo różne stanowiska pracy. Warunkiem jest jednak dobre przygotowanie osoby niewidomej do pracy. Dzisiaj pracodawcy wymagają bardzo szerokich kompetencji zawodowych i istnieje duża konkurencja na rynku pracy. Drugim warunkiem jest jednak dobre przystosowanie stanowiska i miejsca pracy, zgodnie z indywidualnymi potrzebami pracownika niewidomego, aby mógł efektywnie wykonywać swoje zadania zawodowe i funkcjonować w zakładzie pracy.

Bibliografia

- Jernigan, K. (1992). *What you should know about blindness? Services for the Blind and the Organised Blind Movement*. Baltimore: National Federation of the Blind.
- Jernigan, K. (1994). *If Blindness Comes*. Baltimore: National Federation of the Blind.
- Majewski, T. (2004). *Rehabilitacja zawodowa i zatrudnienie osób niewidomych i słabowidzących*. Warszawa: KIG-R.
- www.euroblind.org.jobwebsite/jobcategory.

CURRENT VIEWS ON VOCATIONAL ABILITIES OF BLIND PEOPLE

Summary

The views on vocational abilities of blind people have changed radically over the last few years. Today, it is assumed that their vocational abilities depend to a large extent not only on the degree and range of visual impairment but also on many other factors. These are both internal factors – personal characteristics of an employee, and external factors – appropriate organization of his/her work, adaptation of his/her workstation and workplace to his/her individual needs, and his/her employer's and coworkers' attitude towards him/her.

The examples quoted in the article confirm the claim that blind people have great vocational abilities, and they can practice many professions and trades and hold various positions.

Key words: blind employee, vocational abilities – ability to work, factors which determine vocational abilities of blind people

CHOROBA PRZEWLEKŁA JAKO CZYNNIK RYZYKA TRUDNOŚCI ADAPTACYJNYCH

Zamierzeniem badawczym było ukazanie związku choroby przewlekłej z trudnościami adaptacyjnymi młodzieży. Sondaż przeprowadzono w populacji 180 uczniów z astmą, cukrzycą, dysfunkcjami narządów ruchu w wieku 13–19 lat, po 60 osób (30 dziewcząt, 30 chłopców) w każdej z grup badawczych. Zastosowano Arkusz Obserwacyjny Achenbacha – wersja dla nauczycieli. W celu opracowania statystycznego użyto pakietu Statistica.

Badania wykazały, że choć na ogół młodzież z przewlekłymi chorobami i dysfunkcjami somatycznymi dobrze radzi sobie z funkcjonowaniem społecznym, to ujawnia pewne problemy. Są one przyczyną internalizacyjnych i eksternalizacyjnych czy mieszanych zachowań u 1/3 populacji badanych. W zakończeniu autorka formułuje kilka wniosków dla praktyki rehabilitacyjnej i wychowawczej. Uzyskane wyniki potwierdziły pogląd, że choroby przewlekłe stanowią czynnik ryzyka wystąpienia trudności adaptacyjnych.

Słowa kluczowe: trudności adaptacyjne, choroba przewlekła, astma, cukrzyca, dysfunkcje narządów ruchu, zachowania internalizacyjne, zachowania eksternalizacyjne

Dysharmonie rozwojowe ujawniają się, gdy choroba rozwinęła się we wczesnym okresie życia, a symptomy i dolegliwości narastają. Wymogi wielokrotnych hospitalizacji w szpitalach i sanatoriach prowadzą do długotrwałego izolowania dziecka od naturalnych warunków środowiska rodzinnego i szkolnego, uniemożliwiając mu właściwe funkcjonowanie w nich. Wyolbrzymienie ograniczeń związanych z niepełnosprawnością może być przyczyną trudności adaptacyjnych. Zakłócenia mogą powstawać na gruncie osobowościowym, a więc dotyczącym bycia w zgodzie ze sobą, oraz interpersonalnym, czyli odnoszącym się do wypełniania określonych ról społecznych. Są one spowodowane przede wszystkim przez: niemożność uniezależnienia się od rodziców czy osób trzecich; sporadyczność kontaktów z rówieśnikami zdrowymi lub nieumiejętność ich nawiązywania i podtrzymywania; niemożność pełnego korzystania i udzielania się w niektórych zespołowych zajęciach i zabawach ruchowych (Pilecka 2002).

Achenbach (Urban 2000, s. 94–95), dopatrując się w zachowaniach zewnętrznych oraz stanach wewnętrznych istoty zaburzeń, wyróżnił dwa ich typy: zachowania internalizacyjne i eksternalizacyjne. Zachowania internalizacyjne (*internalizing behavior*), czyli „rzutowanie do wewnątrz”, wyrażające się w wycofaniu, dysforii i lęku, prowadzą do zbyt głębokiej, neurotycznej internalizacji norm społecznych, co jest przyczyną przesadnej ostrożności w trudnych sytuacjach oraz nieśmiałości w kontaktach interpersonalnych. W konsekwencji wywierają one negatywny wpływ na samą jednostkę. Zachowania eksternalizacyjne (*externalizing behavior*) – „rzutowanie na zewnątrz”, eksponowane są przejawami agresji, przeciwstawianiem się i oporem wobec otoczenia, impulsywnością, destruktyw-

nością i antyspołecznymi cechami osobowości. Odwrotnie niż zachowania internalizacyjne oddziałują ujemnie na otoczenia, a nie jednostkę będącą sprawcą tych zachowań (tamże, s. 97–100).

Specyfika choroby a trudności przystosowawcze młodzieży – badania własne

Celem niniejszego opracowania jest charakterystyka trudności adaptacyjnych młodzieży w zależności od rodzaju choroby, ukazanie zarówno podobieństw, jak i różnic między nimi.

W prowadzonych badaniach posługują się metodą standaryzowaną, Arku-
szem Obserwacyjnym TRF Achenbacha (tamże) dla ustalenia trudności adapta-
cyjnych – wersja dla nauczycieli. Wersja ta ma najszersze zastosowanie, gdyż
najwięcej zakłóceń dziecko ujawnia właśnie na terenie szkoły, a nauczyciele
są kompetentni do udzielenia obiektywnych informacji o nim. Wyniki surowe
oceniają w skali percentylowej, która jest podzielona na trzy strefy: poniżej 95
percentyla – strefa normalności, między 95 a 98 percentylem strefa – graniczna,
powyżej 98 percentyla – strefa kliniczna. Dzieci z trudnościami to oczywiście
te, których wyniki w poszczególnych skalach mieszczą się w strefie klinicznej,
jednak przedmiotem zainteresowania powinny być również dzieci ze strefy gra-
nicznej, jako bezpośrednio zagrożone.

Badaniami objęłam populację 180 osób w wieku 13–19 lat, przebywających
w uzdrowisku Rabka-Zdrój (astma i cukrzyca) i Busko-Zdrój (niepełnospraw-
ność ruchowa w stopniu znacznym, z oprzyrządowaniem, tj.: kule, balkonik,
wózek inwalidzki). Były to jednorodne grupy chorych, po 60 osób, w tym 30
dziewcząt i 30 chłopców. Bazą sondażu była analiza dokumentów medycznych
i pedagogicznych oraz obserwacja i rozmowa indywidualna z chorą młodzieżą.
Należy zaznaczyć, że wszystkie metody i narzędzia były stosowane w identycz-
nej formie dla trzech grup badanej młodzieży.

Dokonując charakterystyki badanych grup, podano: specyfikę choroby, czas
jej trwania, liczbę hospitalizacji i wykonanych zabiegów chirurgicznych (dotyczy
osób niepełnosprawnych ruchowo).

Astma

Badani w większości ujawniają astmę zewnątrzpochodną atopową (96,66%),
pozostali zaś astmę wewnątrzpochodną.

Zwykle astma charakteryzuje się lekkim przebiegiem – ogółem u 61,66%
(w tym u 60% dziewcząt i 63,33% chłopców). Średnio ciężkim przebiegiem
charakteryzuje się 35% populacji (33,33% dziewcząt i 36,67% chłopców). 6,67%
dziewcząt jest obciążonych astmą o ciężkim przebiegu.

Stan astmy ciągłej (stopień V) notuje się tylko w grupie dziewcząt (10%), co
stanowi 5% populacji. Objawy astmy przewlekłej (stopień IV) ujawnia 25% bada-
nych (20% dziewcząt i 30% chłopców). Powyżej 10–20, jak i powyżej 5–10 napa-
dów duszności ma 23,33% dziewcząt i 26,67% chłopców. Tylko u 20% badanych
występuje niższa liczba ataków (1/4 podgrupy dziewcząt i 1/6 chłopców).

U 61,66% populacji objawy astmy utrzymują się stale, a nawet ulegają zaostrzeniu (60% dziewcząt i 63,33% chłopców). Epizodyczny charakter choroby wykazuje 38,33% badanych, w tym 40% dziewcząt i 36,67% chłopców.

Cukrzyca

Badana młodzież charakteryzuje się cukrzycą insulinozależną typu I. W badanej populacji przeważa grupa z cukrzycą wieku młodzieńczego (55%, przy 45% badanych z cukrzycą wieku dziecięcego). U dziewcząt częściej występuje cukrzyca wieku młodzieńczego (60%, przy stwierdzeniu tego rodzaju choroby u 50% populacji chłopców).

Najliczniejszą grupę stanowią osoby, u których choroba objawia się różnymi symptomami (48,33%, w tym u 43,33% badanych dziewcząt i u 53,33% chłopców). Wyniki te wskazują, że w prawie 50% populacji młodzieży z cukrzycą choroba przejawia się różnymi objawami jatrogennymi. Przebieg skryty, bezobjawowy notuje się u 30% dziewcząt i 3,33% chłopców. Taka postać cukrzycy dotyka 16,66% osób. U 20% populacji bez względu na płeć występuje przypadek śpiączki cukrzycowej. Równocześnie ostatni stopień stadium, czyli utratę przytomności w następstwie stanów hipoglikemicznych, odnotowuje się u 15% osób (23,33% chłopców i 6,67% dziewcząt). U 20% chłopców utrata świadomości wystąpiła po 1 razie (przedział czasowy wynosił kilka godzin), a u 3,33% z nich stan ten utrzymywał się 3,5 dnia. Zwykle miało to miejsce w nocy. W populacji dziewcząt utrata świadomości występuje rzadziej, bo u 6,67% z nich. Zdarzają się również stany ustąpienia choroby, remisji, ale tylko w pojedynczych przypadkach.

Młodzież z cukrzycą była zdiagnozowana pod względem wystąpienia stanów hipoglikemicznych i hiperglikemicznych, a nawet objawów wskazujących na stany mieszane (notowane najczęściej – 46,66%). Dużą też grupę stanowią badani z hiperglikemią (30%). Hipoglikemia dotyka 23,33% populacji. W podgrupie dziewcząt przeważają stany hiperglikemii (40%). Mniej więcej podobnie wygląda to w grupie ze stanem mieszanym (36,67%). Tylko około 1/4 podgrupy wykazuje stan hipoglikemii (23,33%), w tym 3,33% charakteryzuje się silnie wyrażonym objawem brzasku. W podgrupie chłopców najczęściej choroba objawia się stanami mieszanymi (56,66%), potem, w tej samej liczbie co u dziewcząt, hipoglikemią i objawem brzasku. U 20% badanych chłopców wydzielanie cukru objawia się stanem hiperglikemii, co stanowi 50% populacji dziewcząt z takim symptomem choroby.

Dysfunkcje narządów ruchu

Grupę młodzieży z dysfunkcjami narządów ruchu stanowili ci wszyscy, którzy swoją niepełnosprawność nabyli w czasie nie krótszym niż powyżej dwóch lat i poruszają się z pomocą oprzyrządowania w postaci wózka inwalidzkiego, balkoniku i kul. Populacja ta reprezentuje cały wachlarz chorób, które spowodowały niesprawność ruchową.

Otrzymane dane ukazują spektrum grupy z dysfunkcjami narządów ruchu, na które składa się wiele jednostek chorobowych. Ich efektem jest zawsze ruchowa niesprawność.

Najliczniejszą grupę stanowią osoby z dziecięcym porażeniem mózgowym (45%), w tym 33,33% dziewcząt i 56,67% chłopców. Drugą grupą pod względem liczebności są osoby z postępującym zanikiem mięśni (10%), przy czym częściej notuje się go u badanych chłopców (13,33%) niż u dziewcząt (6,67%). Paraplegia powypadkowa występuje w 6,66% populacji. I tym razem u chłopców jest takich przypadków więcej (10%) niż u dziewcząt (3,33%). Jeden z badanych chłopców ma złamany kręgosłup. Przepuklina oponowo-mózgowa ujawnia się w 5% i tylko w podgrupie dziewcząt. W tej samej wysokości występuje skolioza w swej ciężkiej postaci, choć w obu populacjach.

Pozostałe schorzenia występują rzadko.

Etiologia choroby ujawnia, że najczęstszą przyczyną późniejszej niesprawności ruchowej jest uszkodzenie mózgu. Przeszło połowa populacji młodzieży z dysfunkcjami narządów ruchu (55%) wykazuje schorzenia, w których podłożem niepełnosprawności ruchowej jest zniszczenie części tej struktury. Są to badani z mózgowym porażeniem dziecięcym i paraplegią (zniszczenie nastąpiło w mózgu), przysadkowe (hormon wzrostu). Uraz ten częściej dotyczy populacji męskiej (60%) niż żeńskiej (50%).

W dalszej kolejności występują schorzenia o pochodzeniu rdzeniowym (26,67%). Dotykają one osoby z: dystrofią mięśni, postępującym zanikiem mięśni, urazem polekowym z porażeniem nerwu strzałkowego, rozszczepem kręgosłupa, chorobą Heinego-Medina, paraplegią (uszkodzenie nastąpiło w rdzeniu kręgowym), złamaniem kręgosłupa. Ponownie chłopcy częściej są obarczeni chorobą o takim podłożu (30%) niż dziewczęta (23,33%).

Następną grupę stanowią badani ze schorzeniem pochodzenia kostno-stawowego (13,33%), w tym osoby ze skoliozą, skróceniem kończyny dolnej. W tej grupie więcej jest dziewcząt (23,33%) niż chłopców (3,33%).

Pozostałe wymienione grupy chorób ze względu na swą etiologię występują sporadycznie. Do schorzeń genetycznych należą wrodzona łamliwość kości, mnogie narośla chrząstno-kostne. Do schorzeń o podłożu innym (zakażenie gronkowcem) czy wręcz nieznanym zaliczono wszystkie nowotwory.

Zakres niepełnosprawności ujmuje się poprzez ograniczenie funkcji ruchowej kończyn. Ciężka postać kalectwa to niedowład czterokończynowy (11,66%), częściej dotyka on chłopców (20%) niż dziewczęta (3,33%). Najliczniejszą zaś grupę stanowią osoby z niedowładem obu kończyn dolnych (60%). W tym przypadku ograniczeniem tego rodzaju cechuje się więcej dziewcząt (66,7%) niż chłopców (3,33%). Niedowładem jednokończynowym charakteryzuje się tylko 5% badanych. Zdiagnozowano ponadto postępujący niedowład u 11,7% badanej populacji i ponownie większość stanowią chłopcy (16,7%).

Większość grupy to osoby poruszające się za pomocą wózka inwalidzkiego (45%). W dalszej kolejności pod względem liczebności znajdują się badani poruszający się o kulach (40%), natomiast balkonik wspomaga 18,33% osób. Wszyscy badani poddają się licznym zabiegom chirurgicznym, co świadczy o sile, determinacji i charakterze tych młodych ludzi. Pomimo często nieznosnego bólu poddają się nowym i powtarzającym się operacjom, które mają ich usprawnić czy wręcz przywrócić im nieznaną lub utraconą pełnosprawność.

Trudności adaptacyjne badanej młodzieży

Uzyskane wyniki w poszczególnych kategoriach zaburzeń z uwzględnieniem choroby i płci badanej młodzieży zawarto w tabeli 1.

Tabela 1

Trudności przystosowawcze badanej młodzieży

Skale trudności przystosowawczych			Grupy młodzieży z:							
			astmą		cukrzycą		dysfunkcjami narządów ruchu		ogólnie	
			L	%	L	%	L	%	L	%
Zachowania internalizacyjne (skale I + II + III – item 103)	dziew.	klin.	6	20,00	6	20,00	10	33,33	22	24,44
		gran.	2	6,67	2	6,67	6	20,00	10	11,11
		nor.	22	73,33	22	73,33	14	46,66	58	64,44
		glob.	30	100,00	30	100,00	30	100,00	90	100,00
	chł.	klin.	3	10,00	8	26,67	3	10,00	14	15,55
		gran.	6	20,00	3	10,00	7	23,33	16	17,77
		nor.	21	70,00	19	63,33	20	66,67	60	66,66
		glob.	30	100,00	30	100,00	30	100,00	90	100,00
	glob.	klin.	9	15,00	14	23,33	13	21,66	36	20,00
		gran.	8	13,33	5	8,33	13	21,66	26	14,44
		nor.	43	71,66	41	68,33	34	56,66	118	65,55
		glob.	60	100,00	60	100,00	60	100,00	180	100,00
Zachowania eksternalizacyjne (skale VII + VIII)	dziew.	klin.	0	0,00	6	20,00	3	10,00	9	10,00
		gran.	5	16,66	6	20,00	5	16,66	16	17,77
		nor.	25	83,33	18	60,00	22	73,33	65	72,22
		glob.	30	100,00	30	100,00	30	100,00	90	100,00
	chł.	klin.	2	6,67	7	23,33	1	3,33	10	11,11
		gran.	3	10,00	5	16,66	3	10,00	11	12,22
		nor.	25	83,33	18	60,00	26	86,66	69	76,66
		glob.	30	100,00	30	100,00	30	100,00	90	100,00
	glob.	klin.	2	3,33	13	21,66	4	6,66	19	10,55
		gran.	8	13,33	11	18,33	8	13,33	27	15,00
		nor.	50	83,33	36	60,00	48	80,00	134	74,44
		glob.	60	100,00	60	100,00	60	100,00	180	100,00
Trudności przystosowawcze (globalnie)	dziew.	klin.	2	6,67	7	23,33	6	20,00	15	16,66
		gran.	4	13,33	4	13,33	10	33,33	18	20,00
		nor.	24	80,00	19	63,33	14	46,66	57	63,33
		glob.	30	100,00	30	100,00	30	100,00	90	100,00
	chł.	klin.	2	6,67	8	26,67	2	6,67	12	13,33
		gran.	2	6,67	5	16,66	3	10,00	10	11,11
		nor.	26	86,66	17	56,66	25	83,33	68	75,55
		glob.	30	100,00	30	100,00	30	100,00	90	100,00
	glob.	klin.	4	6,66	15	25,00	8	13,33	27	15,00
		gran.	6	10,00	9	15,00	13	21,66	28	16,11
		nor.	50	83,33	36	60,00	39	65,00	125	68,89
		glob.	60	100,00	60	100,00	60	100,00	180	100,00

W przedstawionych badaniach zaburzenia internalizacyjne o charakterze klinicznym występują u 20% badanej młodzieży, natomiast o charakterze subklinicznym u dalszych 14,44%. Należy więc przyjąć, że 1/3 badanej populacji ujawnia bardzo poważne trudności adaptacyjne, a tym samym wymaga pomocy specjalistycznej – psychologicznej, a być może nawet psychiatrycznej. Najliczniejszą grupą ujawniającą tego typu zakłócenia w zachowaniu są niepełnosprawni ruchowo (43,34%), następnie chorzy na cukrzycę (31,67%), a na końcu młodzież z astmą (28,33%).

W sferze klinicznej najliczniej reprezentowani są chorzy z cukrzycą (23,33%), przy niewiele niższej liczbie osób z dysfunkcjami narządów ruchu (21,66%) i z astmą (15%). Świadczy to o tym, że blisko 1/4 chorych z cukrzycą wykazuje zakłócenia typu internalizacyjnego. W sferze granicznej dominują badani z niepełnosprawnością ruchową (21,66%, przy 13,33% młodzieży z astmą i 8,33% z cukrzycą). Więcej przypadków zaliczonych do klinicznych rejestrujemy u dziewcząt (24,44%, przy 15,55% u chłopców).

W populacji męskiej częściej występują zaburzenia graniczne (17,77%). Ponownie zmienia się to po ich połączeniu, zakłócenia tego typu częściej dotyczą dziewczęta (35,55%) w porównaniu do chłopców (33,34%). Przeszło 1/3 młodzieży, bez względu na płeć, wykazuje problemy tego typu.

W populacji dziewcząt w sferze klinicznej częściej ujawniają problemy niepełnosprawne ruchowo (33,33%), przy 20% badanych z cukrzycą i z astmą. W sferze granicznej ponownie dominują chore z dysfunkcjami narządów ruchu (20%), przy 6,67% badanych z cukrzycą i z astmą. Mając na uwadze stan zagrożenia trudnościami, problemy najczęściej wykazują dziewczęta niepełnosprawne ruchowo (53,33%, co jest przeszło połową tej populacji) i w równej ilości (po 26,67%) chorzy z pozostałych podgrup.

W grupie chłopców w sferze klinicznej zdecydowanie dotyka to badanych z cukrzycą (26,67%), przy 10% w obu pozostałych grupach. W sferze granicznej dominują chorzy z dysfunkcjami narządów ruchu (23,33%), przy nieco niższej ilości z astmą (20%) i z cukrzycą (10%). Poddając analizie stan zagrożenia trudnościami (włączając osoby z trudnościami zaliczonymi do granicznych do chorych z problemami o charakterze klinicznym), to zaburzenia najczęściej wykazują chłopcy z cukrzycą (36,67%), przy 33,33% badanych niepełnosprawnych ruchowo i 30% z astmą.

Poddając dalszemu rozważaniu obie te populacje, należy zauważyć, że najczęściej zakłócenia typu internalizacyjnego występują w grupie dziewcząt z dysfunkcjami narządów ruchu, następnie w grupie chłopców z cukrzycą i na końcu w grupie chorych z astmą.

Zachowania eksternalizacyjne diagnozują skale VII i VIII. Globalnie zaburzenia te ujęte są w 34 stwierdzenia. Skala VII (*Zachowania przestępcze*) dotyczy nie tylko zachowań podlegających ocenie prawnej, ale i takich, które określane są jako niedostosowanie (wagarowanie, przynależność do subkultur i inne).

Ogólnie tylko 10,55% przypadków klinicznych występuje w całej badanej populacji. Dominują chorzy z cukrzycą (21,66%), potem – spadkowo – z dysfunkcją narządów ruchu (6,66%) i z astmą (3,33%). W sferze granicznej znaj-

duje się 15% młodzieży chorej, co w przybliżeniu odpowiada liczbie osób z trudnościami typu internalizacyjnego. Ponownie największa liczba osób jest w grupie osób z cukrzycą (18,33), przy identycznej liczbie przypadków w pozostałych grupach (po 13,33%). Połączenie ich obu zwiększa liczbę osób z tymi niepokojącymi zakłóceniami do 25,55%. Zaburzenia o charakterze eksternalizacyjnym najczęściej dotyczą młodzież z cukrzycą (40%), następnie niepełnosprawną ruchowo (20%) i wreszcie młodzież z astmą (16,67%). Rozkład wyników kształtuje się podobnie do ukazanego w zachowaniach internalizacyjnych.

W sferze klinicznej mamy więcej przypadków chłopców (11,11%) niż dziewcząt (10%). W populacji dziewcząt problemy natury klinicznej częściej ujawniają chore z cukrzycą (20%) i niepełnosprawne ruchowo (10%). Badane z astmą nie wykazują tylu niepokojących zakłóceń. W sferze granicznej ponownie dominują w tej samej liczbie co poprzednio chore z cukrzycą (20%), nieco mniej trudności ujawniają pozostałe grupy (po 16,66%). Reasumując należy stwierdzić, że problemy typu eksternalizacyjnego najczęściej wykazują dziewczęta z cukrzycą (40%), przy 26,66% niepełnosprawnych ruchowo i 16,66% z astmą.

W populacji chłopców zaburzenia o charakterze klinicznym zdecydowanie dotyczą badanych z cukrzycą (23,33%), przy 6,67% przypadkach z astmą i 3,33% niepełnosprawnych ruchowo. W sferze granicznej tak samo dominują badani z cukrzycą (16,66%) i po 10% osób z pozostałych grup. Analizując stan zagrożenia trudnościami (włączając osoby zagrożone z grupy granicznych do grupy klinicznych), to problemy te najczęściej wykazują chłopcy z cukrzycą (40%), przy 16,67% chorych z astmą i 13,33% niepełnosprawnych ruchowo.

Charakteryzując obie te populacje należy zauważyć, że największe zakłócenia wykazują w tej samej ilości dziewczęta i chłopcy z cukrzycą, później dziewczęta niepełnosprawne ruchowo oraz w tej samej liczbie dziewczęta i chłopcy z astmą i na końcu chłopcy z dysfunkcjami narządów ruchu. Obserwuje się interesujące zjawisko, w którym dziewczęta z astmą, jeżeli już ujawniają trudności typu eksternalizacyjnego, to tylko w skali subklinicznej (16,66%). Na ogół jednak młodzież cechująca się zachowaniami eksternalizacyjnymi wykazuje globalnie wysoki stopień trudności przystosowawczych.

Dane wskazują, że problemy natury internalizacyjnej częściej dotyczą niepełnosprawnych ruchowo, a wyraźnie rzadziej chorych z astmą. Zakłócenia o charakterze eksternalizacyjnym są domeną badanych z cukrzycą, a w znikomej liczbie dotyczą chorych na astmę. W populacji dziewcząt w zachowaniach internalizacyjnych ponownie przeważają chore z dysfunkcjami narządów ruchu, przy równym i niższym o połowę rozkładzie ilościowym w pozostałych grupach. W zachowaniach eksternalizacyjnych dominują dziewczęta z cukrzycą, a najrzadziej zaburzenia te wykazują chore z astmą. W populacji chłopców najwięcej zakłóceń internalizacyjnych ujawniają badani z cukrzycą, a najmniej z astmą.

Zaburzenia w przystosowaniu społecznym i poziom istotności ich różnic z uwzględnieniem choroby i płci badanej młodzieży przedstawiono w tabeli 2 i 3.

Tabela 2

Trudności przystosowawcze badanej młodzieży ze względu na chorobę i płeć

Skale trudności	Grupy młodzieży z:	I	Płeć	Średnia	Odczylenie standard.
I Wycofanie	astmą	30	dziew.	2,2000	3,0218
		30	chł.	2,2667	2,5042
		60	ogól.	2,2333	2,7517
	cukrzycą	30	dziew.	2,3667	2,1573
		30	chł.	3,4667	2,9564
		60	ogól.	2,9167	2,6251
	dysfunkcjami	30	dziew.	3,9000	2,7712
		30	chł.	2,9333	2,0331
		60	ogól.	3,4167	2,4584
	glob.	90	dziew.	2,8222	2,7543
		90	chł.	2,8889	2,5460
		180	ogól.	2,8556	2,6450
II Problemy somatyczne	astmą	30	dziew.	1,6333	2,5795
		30	chł.	1,1667	1,7237
		60	ogól.	1,4000	2,1878
	cukrzycą	30	dziew.	1,2667	1,2299
		30	chł.	0,7333	0,9072
		60	ogól.	1,0000	1,1047
	dysfunkcjami	30	dziew.	1,0000	1,0939
		30	chł.	1,2667	1,4368
		60	ogól.	1,1833	1,2688
	glob.	90	dziew.	1,3333	1,7610
		90	chł.	1,0556	1,4011
		180	ogól.	1,1944	1,5929
III Lęki i depresje	astmą	30	dziew.	3,3667	5,2816
		30	chł.	3,2000	4,8877
		60	ogól.	3,2833	5,0459
	cukrzycą	30	dziew.	5,1667	5,8077
		30	chł.	4,8667	3,8662
		60	ogól.	5,0167	4,8938
	dysfunkcjami	30	dziew.	6,1667	4,8144
		30	chł.	3,8667	2,8856
		60	ogól.	5,0167	4,1025
	glob.	90	dziew.	4,9000	5,3842
		90	chł.	3,9778	3,9802
		180	ogól.	4,4389	4,7439

IV Problemy społeczne	astmą	30	dziew.	1,3333	2,2944
		30	chł.	1,9000	3,4276
		60	ogól.	1,6167	2,9058
	cukrzycą	30	dziew.	2,5667	2,7378
		30	chł.	3,7000	3,2921
		60	ogól.	3,1333	3,0558
	dysfunkcjami	30	dziew.	4,4667	4,1083
		30	chł.	3,0000	2,7292
		60	ogól.	3,7333	3,5361
	glob.	90	dziew.	2,7889	3,3670
		90	chł.	2,8667	3,2158
		180	ogól.	2,8278	3,2833
V Zaburzenia psychiczne	astmą	30	dziew.	0,2333	0,6261
		30	chł.	0,2333	0,6789
		60	ogól.	0,2333	0,6475
	cukrzycą	30	dziew.	0,9333	1,4368
		30	chł.	1,3667	1,9384
		60	ogól.	1,1500	1,7057
	dysfunkcjami	30	dziew.	0,6333	2,0592
		30	chł.	0,2333	0,5040
		60	ogól.	0,4333	1,4999
	glob.	90	dziew.	0,6000	1,5050
		90	chł.	0,6111	1,3213
		180	ogól.	0,6056	1,4122
VI Problemy uwagi	astmą	30	dziew.	2,1667	4,4958
		30	chł.	4,1667	6,6285
		60	ogól.	3,1667	5,7051
	cukrzycą	30	dziew.	4,6333	5,4740
		30	chł.	10,0667	8,5780
		60	ogól.	7,3500	7,6426
	dysfunkcjami	30	dziew.	7,4667	6,5059
		30	chł.	5,8333	5,0928
		60	ogól.	6,6500	5,8508
	glob.	90	dziew.	4,7556	5,9062
		90	chł.	6,6889	7,2788
		180	ogól.	5,7222	6,6803
VII Zachowania przestępcze	astmą	30	dziew.	1,0000	1,4856
		30	chł.	2,0000	2,6130
		60	ogól.	1,5000	2,1668
	cukrzycą	30	dziew.	2,3000	2,2152
		30	chł.	5,3667	4,7957
		60	ogól.	3,8333	4,0134
	dysfunkcjami	30	dziew.	1,9333	2,6121
		30	chł.	1,8333	1,9134
		60	ogól.	1,8333	2,2706
	glob.	90	dziew.	1,7444	2,2009
		90	chł.	3,0667	3,6866
		180	ogól.	2,4056	3,0993

VIII Zachowania agresywne	astmą	30	dziew.	1,6000	2,5134
		30	chł.	4,7000	9,5454
		60	ogól.	3,1500	7,0946
	cukrzycą	30	dziew.	4,9333	5,6320
		30	chł.	12,3667	14,9470
		60	ogól.	8,6500	11,8090
	dysfunkcjami	30	dziew.	4,4667	7,4126
		30	chł.	4,9000	5,8330
		60	ogól.	4,6833	6,6166
	glob.	90	dziew.	3,6667	5,7004
		90	chł.	7,3222	11,2448
		180	ogól.	5,4944	9,0766
Inne problemy	astmą	30	dziew.	0,7667	1,4547
		30	chł.	1,8333	2,8294
		60	ogól.	1,3000	2,2944
	cukrzycą	30	dziew.	2,8000	3,1448
		30	chł.	4,2333	4,2156
		60	ogól.	3,5167	3,7574
	dysfunkcjami	30	dziew.	2,9000	3,3255
		30	chł.	1,6333	1,5643
		60	ogól.	2,2667	2,6545
	glob.	90	dziew.	2,1556	2,9142
		90	chł.	2,5667	3,2570
		180	ogól.	2,3611	3,0886

Tabela 3

Poziom istotności różnic między wynikami w poszczególnych kategoriach trudności przystosowawczych z uwzględnieniem choroby i płci badanej młodzieży

Grupy młodzieży z:				
astmą				
Skale trudności	t	Istotność	Wartość testu Levene'a	Istotność (dwustronna)
I Wycofanie	-0,093	0,530	0,400	0,926
II Problemy somatyczne	0,824	0,111	2,622	0,413
III Lęki i depresje	0,127	0,385	0,767	0,899
IV Problemy społeczne	-0,752	0,281	1,184	0,455
V Zaburzenia psychiczne	0,000	0,907	0,014	1,000
VI Problemy uwagi	-1,368	0,087	3,021	0,177
VII Zachowania przestępcze	-1,822	0,010	7,026	0,074
VIII Zachowania agresywne	-1,720	0,005	8,440	0,091
Inne problemy	-1,836	0,084	3,098	0,071

cukrzyca				
I Wycofanie	-1,646	0,055	3,850	0,105
II Problemy somatyczne	1,911	0,002	10,653	0,061
III Lęki i depresje	0,236	0,177	1,868	0,815
IV Problemy społeczne	-1,450	0,369	0,819	0,153
V Zaburzenia psychiczne	-0,984	0,183	1,815	0,329
VI Problemy uwagi	-2,925	0,044	4,230	0,005
VII Zachowania przestępcze	-3,180	0,003	9,806	0,002
VIII Zachowania agresywne	-2,549	0,000	14,594	0,013
Inne problemy	-1,493	0,183	1,817	0,141
dysfunkcjami narządów ruchu				
I Wycofanie	1,541	0,037	4,575	0,129
II Problemy somatyczne	-0,506	0,203	1,658	0,615
III Lęki i depresje	2,244	0,004	8,790	0,029
IV Problemy społeczne	1,629	0,056	3,800	0,109
V Zaburzenia psychiczne	1,033	0,080	3,177	0,306
VI Problemy uwagi	1,083	0,570	0,326	0,283
VII Zachowania przestępcze	0,169	0,813	0,056	0,866
VIII Zachowania agresywne	-0,252	0,086	0,770	0,802
Inne problemy	1,888	4,696	0,034	0,064

Młodzież uzyskuje najwyższe wyniki w pięciu wymiarach, tj.: problemach uwagi ($X = 5,7$), zachowaniach agresywnych ($X = 5,4$), lękach i depresjach ($X = 4,4$) oraz na tym samym poziomie w wycofaniu i problemach społecznych ($X = 2,8$). Są one zgodne z ogólnymi założeniami psychologii młodzieży z chorobą przewlekłą. Doświadczenia związane z chorobą są dystraktorem dla procesów uwagi i ryzykiem wystąpienia nieprawidłowości manifestujących się przez reakcje lękowe, stany depresyjne i objawy ADHD oraz zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym pod postacią zachowań izolacyjnych bądź buntowniczo-opozycyjnych.

Występujące zależności między skalą trudności przystosowawczych a chorobą i płcią młodzieży badałam testami T równości średnich i testem Levene'a, przy założeniu równości wariancji. Różnice między wynikami grup są istotne statystycznie przy założeniu, że $p < 0,05$.

Otrzymane dane wykazują, że rodzaj choroby i płeć różnicują otrzymane wyniki w pewnym zakresie. Cukrzyca jest tą chorobą, która w najbardziej istotny sposób decyduje o trudnościach adaptacyjnych badanej młodzieży. Manifestują się one pod postacią zachowań agresywnych ($X = 8,65$, $p.i. = 0,01$) oraz trudności z koncentracją uwagi ($X = 7,3$, $p.i. = 0,005$), szczególnie w grupie chłopców.

Z kolei astma stanowi czynnik ryzyka wystąpienia stanów lękowych i depresyjnych ($X = 3,2$), problemów uwagi ($X = 3,1$) oraz zachowań społecznie niepożądanych – szczególnie w grupie chłopców ($X = 4,7$, $p.i. = 0,005$), lecz nieprawidłowości te nie różnicują tej grupy w stopniu statystycznie istotnym.

Problemy adaptacyjne młodzieży z dysfunkcjami narządów ruchu są bardzo zbliżone do trudności młodzieży z astmą. Najczęściej ich istotę stanowią trudności z koncentracją uwagi ($X = 6,65$), stany lękowe i depresyjne ($X = 5,01$, $p.i. = 0,004$) oraz zachowania problemowe ($X = 4,6$). Również i w tej grupie płeć nie różnicuje w sposób znaczący charakteru trudności adaptacyjnych.

Wpływ choroby i płci na typ zachowania badanej młodzieży ukazują dane zawarte w tabeli 4.

Tabela 4
Trudności typu internalizacyjnego i eksternalizacyjnego badanej młodzieży
z uwzględnieniem choroby i płci

Zachowania	Grupy młodzieży z:	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	Ranga	Wartość testu Leven'a	Istotność	Istotność (dwustronna)
Internalizacyjne (skale I+II+III – item 103)	astmą	dziew.	7,2000	8,5879	0,260	0,741	0,393	0,796
		chł.	6,6333	8,2691				
		glob.	6,9167	8,3631				
	cukrzyca	dziew.	8,8000	8,1002	-0,143	0,453	0,503	0,887
		chł.	9,0667	6,2253				
		glob.	8,9333	7,1636				
	dysfunkcjami	dziew.	11,1667	7,8962	1,805	6,232	0,15	0,796
		chł.	8,0667	5,1121				
		glob.	9,6167	6,7776				
	glob.	dziew.	9,0556	8,2712				
		chł.	7,9222	6,6657				
		glob.	7,5120	8,4889				
Eksternalizacyjne (skale VII+VIII)	astmą	dziew.	2,6000	3,3384	-1,919	8,751	0,004	0,060
		chł.	6,7000	11,2131				
		glob.	8,4589	4,6500				
	cukrzyca	dziew.	7,2333	7,4680	-2,762	13,570	0,001	0,008
		chł.	17,7333	19,4368				
		glob.	15,5285	12,4833				
	dysfunkcjami	dziew.	6,4000	9,6189	-0,152	0,789	0,72	0,880
		chł.	6,7333	7,2347				
		glob.	8,4400	6,5667				
	glob.	dziew.	7,4877	5,4111				
		chł.	14,4360	10,3889				
		glob.	11,7355	7,9000				

Zachowania internalizacyjne najczęściej występują w grupie młodzieży z dysfunkcjami narządów ruchu ($X = 9,6$), następnie u chorych z cukrzycą ($X = 8,93$), a najrzadziej u badanych dotkniętych astmą ($X = 6,9$). W ogólnej perspektywie to zwykle dziewczęta ujawniają większe skłonności do zachowań internalizacyjnych niż chłopcy. Należy jednak zauważyć, że w grupie młodzieży chorej na cukrzycę tego rodzaju trudności przystosowawcze częściej manifestują chłopcy ($X = 9,06$) niż dziewczynki ($X = 8,8$). W obszarze zachowań internalizacyjnych rodzaj choroby i płeć nie są czynnikami istotnie różnicującymi częstość ich występowania.

Zachowania o charakterze eksternalizacyjnym znacząco częściej, ze statystycznego punktu widzenia, manifestują chorzy z cukrzycą ($X = 15,52$, p.i. = 0,008). W grupach młodzieży z astmą i niepełnosprawnością ruchową częstotliwość występowania tego rodzaju nieprawidłowości jest zbliżona. Płeć badanych wyraźnie różnicuje uzyskane wyniki. Szczególnie w populacji z cukrzycą chłopcy częściej wykazują tego typu zachowania ($X = 17,73$) niż dziewczynki ($X = 7,23$). Widoczne są tendencje do takiego sposobu ujawniania problemów adaptacyjnych w grupie młodzieży z astmą ($X = 8,45$, p.i. = 0,06).

Porównując częstotliwość występowania zachowań internalizacyjnych i eksternalizacyjnych w całej populacji badanej młodzieży należy podkreślić, iż częściej ujawniają się zaburzenia typu drugiego. Jednakże trzeba zauważyć, że sporadycznie występują one w czystej postaci, a zwykle w formie mieszanej.

Reasumując przedstawione rozważania należy stwierdzić, że 15% chorej młodzieży wykazuje wyraźne trudności przystosowawcze o charakterze klinicznym, a dalsze 16,11% o charakterze subklinicznym. Zaburzenia zwykle przyjmują postać zachowań internalizacyjnych (34,44%), rzadziej eksternalizacyjnych (25,55%).

Młodzież z astmą cechuje się zachowaniami typu internalizacyjnego (26,67%). Ogólnie jest mało aktywna, stroni od towarzystwa, popada w stany lękowe i depresyjne, odczuwa chroniczne zmęczenie.

Chorzy na cukrzycę ujawniają głównie problemy natury eksternalizacyjnej (dziewczynki – 39,99%, chłopcy – 40%). Obie grupy chorych charakteryzują: smutek, skłonność do izolacji, stany depresyjne, brak energii, poczucie osamotnienia oraz równie często przykre dolegliwości somatyczne związane z chorobą.

Młodzież z dysfunkcjami narządów ruchu częściej cechuje się zaburzeniami typu internalizacyjnego (43,26%) niż eksternalizacyjnego (19,99%). Zwykle dziewczęta częściej ujawniają tego rodzaju zachowania (53,33%), chłopcy zdecydowanie rzadziej (23,33%). Dziewczęta charakteryzują się dużą wrażliwością, lękami i stanami depresyjnymi, małą aktywnością, brakiem energii i chęcią izolacji. Ich rówieśnicy natomiast częściej odczuwają dolegliwości somatyczne, cierpienie, brak energii i wykazują tendencje do izolacji. Ogólnie zatem można powiedzieć, że rodzaj choroby i płeć badanych różnicują trudności natury przystosowawczej, ale zakres i stopień tych trudności nie jest zbyt duży.

Podsumowanie

Trudności przystosowawcze dotyczą 31,11% osób. Charakter tych problemów zależy od rodzaju choroby. Najczęściej występują one w zachowaniu młodzieży z cukrzycą (41,66%), a następnie z niepełnosprawnością ruchową (34,99%) i z astmą (16,66%). Częściej dotyczą one dziewcząt (37,78%) niż chłopców (24,56%). W zachowaniach internalizacyjnych najwyższe wyniki osiąga młodzież z dysfunkcjami narządów ruchu, następnie chorzy z cukrzycą, a najniższe uzyskuje grupa z astmą. Zdecydowanie wyższe wyniki uzyskują dziewczęta z dysfunkcjami narządów ruchu, gdyż to właśnie one najczęściej manifestują stany depresyjne. Prawdopodobnie wygląd zewnętrzny jako stygmat choroby stanowi czynnik ryzyka tego rodzaju trudności adaptacyjnych. Ogólnie jednak w badanej populacji młodzieży chorej dominują zachowania eksternalizacyjne. Szczególnie charakteryzują one badanych z cukrzycą, potem z astmą. Zachowanie eksternalizacyjne należy uznać za typowe dla chłopców z cukrzycą, a następnie z astmą.

Badanie ujawniło występowanie takich zaburzeń, których symptomy lokalizowane są w obu obszarach. Mieszane trudności przystosowawcze (internalizacyjne i eksternalizacyjne) najczęściej cechują młodzież z astmą (40,34%), potem niepełnosprawną ruchowo (37%) i z cukrzycą (24%).

Należy zauważyć, że na ogół młodzież przewlekle chora funkcjonuje prawidłowo w wymiarze społecznym, nie ujawnia zbyt wielu trudności, pomimo tego prawie 1/3 populacji chorych manifestuje trudności adaptacyjne przez zachowania internalizacyjne, eksternalizacyjne czy mieszane. Młodzież ta z pewnością wymaga profesjonalnej pomocy (np. psychologa, pedagoga, lekarza).

Warto zatem postawić pytanie, dlaczego niektórzy młodzi ludzie dotknięci przewleklą chorobą somatyczną wykazują trudności adaptacyjne. Z pewnością należy podkreślić rolę rodziców. Od ich mądrego podejścia, konsekwencji w działaniu oraz ukazania problemu choroby w odpowiednim świetle zależy złagodzenie trudności, pozytywna postawa wobec choroby, a w konsekwencji dobre funkcjonowanie społeczne dziecka.

Badania pozwoliły na sformułowanie kilku wniosków dla praktyki rehabilitacyjnej i wychowawczej. Po pierwsze, diagnozę medyczną należałoby poszerzyć o diagnozę psychologiczną i pedagogiczną jako podstawę do projektowania pomocy psychopedagogicznej. Po drugie, otoczenie wczesną terapią psychoedukacyjną rodziców czy opiekunów dziecka pozwoli zapoznać się z istotą i etiologią choroby, rolą czynników psychologicznych w jej przebiegu i sposobami pomocy w chwili napadu duszności w astmie, stanów hipo- i hiperglikemicznych w cukrzycy, rehabilitacji w niepełnosprawności ruchowej. Po trzecie, w przypadku zaistniałych problemów wychowawczych czy dydaktycznych ważne jest objęcie psychoterapią osoby chorej, z nastawieniem na określony wzór reagowania emocjonalnego w różnych sytuacjach, kształcenie umiejętności samokontroli własnych impulsów i zachowań. W zależności od wieku rozwojowego i ujawnionych zakłóceń przystosowawczych można zastosować różnego rodzaju formy pomocy terapeutycznej: socjoterapię, techniki relaksacyjne, psychodramę, muzykoterapię. Po czwarte, w pracy psychoedukacyjnej należy dążyć do kształtowania mechanizmu kontroli emocjonalnej i umiejętności przeciwdziałania stanom

i reakcjom lękowym, rozwijania umiejętności kierowania sobą oraz budowania pozytywnego obrazu siebie. Osoby dorosłe powinny stwarzać sytuacje umożliwiające odnoszenie sukcesów, ale z uwzględnieniem oceny swoich zalet i wad. W celu przeciwdziałania apatii, bierności, depresji (szczególnie u dziewcząt z astmą i z cukrzycą) należy wyzalać emocje dodatnie, które pobudzają aktywność i mobilizują organizm do walki z rozwijającą się chorobą. Powinno się wzbogacać relacje ze światem, z rówieśnikami zdrowymi, ale i chorymi dla zachowania równowagi. Dobrym sposobem jest również wspomaganie rozwoju sprawności fizycznej chorych, oczywiście z wcześniej opracowanym indywidualnym programem, uwzględniającym specyfikę schorzenia, oraz rozwijanie zainteresowań naukowych. Jednocześnie, aby przeciwdziałać narastającemu z biegiem lat egocentryzmowi oraz zanikowi umiejętności nawiązywania trwałych więzi emocjonalnych z innymi ludźmi, wychowawcy i nauczyciele powinni włączać osoby niepełnosprawne do grup osób zdrowych z podobnymi preferencjami naukowymi czy artystycznymi.

Bibliografia

- Grochmal-Bach, B. (1983). Właściwości psychosomatyczne dzieci przewlekłe chorych a zaburzenia ich zachowania w świetle badań wstępnych. *Roczniki Naukowo-Dydaktyczne WSP w Krakowie. Prace Pedagogiczne*, IV, 85.
- Pilecka, W. (2002). *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Problemy współczesnej psychologii*. T.2. (1991). Lublin: PTP, Oddział w Lublinie.
- Urban, B. (2000). *Zachowania dewiacyjne młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Wright, B.A. (1965). *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*. Warszawa: PWN.

CHRONIC DISEASE AS A RISK FACTOR FOR ADAPTATION DIFFICULTIES

Summary

The aim of the study was to show the connection between chronic disease and adaptation difficulties of adolescents. A survey was conducted on 180 patients aged 13–19 years with asthma, diabetes and physical disabilities with 60 people in each group under study (30 girls and 30 boys). The Achenbach Teacher Report Form was used. For statistical purposes, the STATISTICA suite was used.

The study has shown that although young people suffering from chronic somatic disorders and dysfunctions generally cope quite well in society, they encounter some problems. These difficulties are the cause of *internalizing* and *externalizing* or *mixed* behaviors in one third of the group under study. In the final part of the article, the author draws some conclusions for rehabilitation and educational practice. The results confirm the view that chronic diseases are a risk factor for adaptation difficulties.

Key words: adaptation difficulties, chronic disease, asthma, diabetes, physical disabilities, *internalizing* behaviors, *externalizing* behaviors

ROLA TEATRU W ŻYCIU OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

W artykule prezentowane są rozważania dotyczące pojmowania istoty niepełnosprawności oraz sztuki i twórczości osób z niepełnosprawnością. Autorka proponuje działalność artystyczną osób niepełnosprawnych określać terminem „twórczość”, która rozumiana jest jako „każde świadome wprowadzenie nowego porządku w otaczającą nas rzeczywistość” (Grzesiak 2005, s. 125). Badania „Teatru Osób Niepełnosprawnych” prowadzone techniką obserwacji bezpośredniej i ankiety ujawniły funkcje integracyjne, kompensacyjne i rozrywkowe teatru. W mniejszym stopniu aktywność teatralna wpływała na rozwój inwencji twórczej osób niepełnosprawnych.

Słowa kluczowe: osoba niepełnosprawna, sztuka, terapia przez twórczość

Teatr jest spotkaniem, relacją. Nie istnieje bez widowni. Sytuacja, w której na scenę wychodzi osoba niepełnosprawna, jest szczególna. Człowiek niepełnosprawny, postrzegany często jako wiecznie przegrany (Wojciechowski 2001, s. 133), staje przed widzem w roli dawcy różnorodnych wartości. Stwarza to możliwość prawdziwego spotkania osoby zdrowej z niepełnosprawną. W życiu codziennym taka relacja nie zawsze jest możliwa, gdyż pełnosprawne społeczeństwo wykazuje nieraz chęć ucieczki przed niepełnosprawnością.

Współczesny człowiek chce widzieć siebie silnym i pięknym. W kontakcie z ułomnymi i chorymi, którzy są niejako świadectwami istnienia śmierci, często pragnie, mniej lub bardziej świadomie, ich śmierci, usunięcia ich z własnej drogi życia. Pisze o tym C. Loubière: „Ciężka choroba i niepełnosprawność, perspektywa wysiłków, które należałoby podjąć, wywołują gniew i oburzenie, które przeradza się następnie w podnoszone mniej lub bardziej świadomie zadanie śmierci temu, który ofiaruje widok swego nieszczęścia [...] Wykluczenie organizuje się zimno, skutecznie. Wiedzie ono ku schroniskom-umieralniom lub gettom rodzinnym (gdzie będą musieli żyć za cenę nieludzkich poświęceń rodzin zupełnie opuszczonych przez lekarzy, zniszczonych spadłymi na nie ciężarami)” (za: Wojciechowski 2004, s. 22).

Nie spotykamy osoby niepełnosprawnej dlatego, że odmawiamy jej miana człowieka (tamże, s. 21). Współczesny człowiek redukuje osobę niepełnosprawną do „czegoś”, nie uznaje pełni jej człowieczeństwa. Przestaje wtedy widzieć człowieka, widzi tylko jego niepełnosprawność, odmiennność. Może to rodzić przypuszczenie, że ma do czynienia z niepełnym człowiekiem, z nieudaną istotą, którą można zabić. Takie myślenie jest niebezpieczne i niesie wiele zła, o czym może świadczyć projekt francuski *APEH*, który optuje za pozbawieniem życia trzydniowych niepełnosprawnych noworodków (Wojciechowski 2001, s. 47).

Tymczasem ta „brakowość”, która wybija się na plan pierwszy w kontakcie z osobami niepełnosprawnymi, jest udziałem każdego człowieka. Każdy z nas jest bytem przygodnym, niedoskonałym, w który wpisany jest brak. Różnica między

brakowością ludzi zdrowych a brakowością ludzi ułomnych jest jedynie ilościowa (tamże, s. 48). J. Vanier wskazuje na zasadę powszechnej słabości człowieka i twierdzi, że każdy ma prawo być byle jaki (Wojciechowski 2004, s. 132–135). Trudna sytuacja ludzi niepełnosprawnych polega na tym, że u nich ten stan braku jest zintensyfikowany.

W. Chudy twierdzi, że „życie ludzi upośledzonych umysłowo odsłania podstawowe wymiary człowieczeństwa nie zagłuszone i nie przesłonięte w najważniejszej mierze przez natłok kulturowych naleciałości. Kontakt z popularnie nazwanym muminkiem może wiele nauczyć dzisiejszego człowieka odnośnie do źródłowych wartości natury ludzkiej oraz autentycznie ludzkiego przeżywania świata. [...] [Osoby niepełnosprawne] mniej lub bardziej rezygnują ze sfer życia, w których dominuje aspekt konkurencyjności, rywalizacji bądź zapośredniczenia kulturowego wymagającego od człowieka znacznej sprawności i wysiłku. Jest specyfiką kultury współczesnej, że rezygnacja ta często obejmuje wartości pozorne, potrzeby fałszywe i cele jedynie doraźne w aspekcie rzeczywistej natury człowieka” (tamże, s. 286–287).

Z tych słów wynika, że osoby niepełnosprawne swym istnieniem przypominają o podstawowej wartości osoby ludzkiej – o jej godności. Współczesna kultura lansująca wartości hedonistyczne, poznawcze, pozwalające na osiągnięcie sukcesu zawodowego łatwo gubi właściwe pojęcie człowieka. Osobę ludzką zaczyna się definiować i cenić, używając takich terminów, jak inteligencja, efektywność, kreatywność. Pojęcia te nie są złe, ale należy pamiętać o tym, iż nie wyczerpują one, a właściwie nawet nie dotyczą istoty bytu ludzkiego. Świadectwem zapomnienia o tym jest walka o prawo do eutanazji starszych ludzi, aborcji niepełnosprawnych dzieci. Z tego wniosek, że jeśli człowiek nie spełnia standardów wykreowanych przez świat, to jego życie jest nie tylko bezsensowne, ale i uciążliwe dla otoczenia i pragnie ono śmierci takiej jednostki. Pojawienie się na świecie osoby niepełnosprawnej podważa taki sposób wartościowania. Jej życie to wskazanie na to, że to nie jej inteligencja czy efektywność czyni ją wartościową, ale to, iż jest ona w pełni człowiekiem. Spotkanie z osobą ułomną jest rozpoznaniem swojego człowieczeństwa i okazją do przebudowy swojej hierarchii wartości.

Chociaż ludzi niepełnosprawnych często postrzega się jako balast, nadmierne obciążenie dla konsumpcyjnie nastawionego społeczeństwa, to prawda jest zupełnie inna. Ludzie ułomni są szansą dla osób zdrowych. Ci ostatni mogą się wiele od nich nauczyć. A. Kępiński, podejmując w swych rozważaniach problem niepełnosprawności, wykazał, iż „ubóstwo struktur czynnościowych ma swoje dodatnie strony. Mianowicie stosunek do życia niedorozwiniętych umysłowo staje się prostszy, mniej wyrafinowany. Często są to ludzie szczerzy, życzliwi, o wrażliwszym sercu” (za: tamże, s. 287). Najbardziej wartościowe i budujące jest spotkanie dwóch podmiotów gotowych brać i dawać w danej relacji. Według mnie taką płaszczyzną może być sztuka, w której osoba niepełnosprawna staje się dawcą nowych jakości zdolnych ubogacić innych.

Twórczość osób niepełnosprawnych

Czy istnieje tożsamość znaczeniowa wyrażań: terapia przez sztukę i terapia przez twórczość? Z. Grzesiak, terapeutka w Pracowni Rozwijania Twórczości Osób

Niepełnosprawnych, nie utożsamia terapii przez twórczość z terapią przez sztukę (Grzesiak 2005, s. 125). Twierdzi ona bowiem, że twórczość osób niepełnosprawnych najczęściej nie jest uprawianiem profesjonalnej sztuki, mogącej równać się z dziełami wielkich artystów. Kreacja niepełnosprawnych twórców powinna być jak najbardziej pozytywna, niezagrażająca, nierywalizująca.

Równie ostrożne poglądy ma A. Wojciechowski (2001, s. 114-122). Ujawnia on niejasność terminologiczną słów: sztuka i twórczość. Szczególnie, jego zdaniem, nie do końca słuszne jest upatrywanie w sztuce walorów terapeutycznych. No bo cóż wówczas począć z artystami, którzy popełnili samobójstwo, jak van Gogh, brali narkotyki, aby tworzyć, jak Przybyszewska?¹. Czy to oznacza, że uprawiana przez nich sztuka nie miała oddziaływania terapeutycznego, a sztuka uprawiana przez innych ma? Od czego to zależy? Trudno pojęcie terapii odnieść do sztuki, której granic i istoty nie sposób jednoznacznie określić. Tym bardziej że, w odczuciu A. Wojciechowskiego, obraz współczesnej sztuki jest niejasny (tamże, s. 118). Wyznaje on: „Boję się, że sformułowanie hasła «terapia przez sztukę» wobec zamieszania, jakie panuje na tym obszarze [...] może spowodować sprowadzenie niepełnosprawnych do roli przedmiotów, przy pomocy których realizuje się czyjś zamysł artystyczny” (tamże, s. 119). Osoby niepełnosprawne, spragnione obecności innych ludzi i obdarzone dużą dozą ufności, mogą łatwo ulec manipulacji, przedmiotowemu traktowaniu. Takie osoby „stosunkowo łatwo będzie można na przykład skłonić do rezygnacji w imię sztuki z tajemnicy nagości (tamże, s. 120). Takich niebezpieczeństw kryje się więcej. Nastawienie terapeuty na sukces artystyczny, na tworzenie sztuki wyklucza się często z dobrem osoby niepełnosprawnej². Łatwo może dojść do nadużycia jej zaufania. Według A. Wojciechowskiego takim wykorzystaniem, nadużyciem zaufania, jest nakłonienie osób niepełnosprawnych do wystąpienia w spektaklach, „z których wykładem ideowym nie zgadzają się lub nie mogą się zgodzić, bo są poza ich granicą rozumienia” (tamże, s. 120). Ukierunkowanie na jakość artystyczną wytworu osoby niepełnosprawnej zakłóca atmosferę bezpieczeństwa, braku rywalizacji i prawa do rozwoju we własnym tempie.

Uznaję argumenty A. Wojciechowskiego, że na określenie działalności artystycznej osób niepełnosprawnych lepszy jest termin „twórczość” aniżeli słowo „sztuka”. Termin ten może być rozumiany jako „każde świadome wprowadzenie nowego porządku w otaczającą nas rzeczywistość” (Grzesiak 2005, s. 125). Według tej definicji każde działanie człowieka, rozmowa, nawet obecność są twórczością. Ważne jest tylko, aby było to świadome i własne uporządkowanie. To rozumienie jest wypro-

¹ „Wielkim lękiem napawa postulat jakoby sztuka w całości swoich procesów miała pełnić rolę terapeutyczną. Już zwykłe pytanie o losy van Gogha czy Przybyszewskiej, czy wielu, wielu innych, którzy właściwie utożsamiali się z tym co robili, a co bezsprzecznie godzimy się nazwać sztuką, powinno nas zatrzymać przed użyciem sztuki jako środka terapeutycznego. Może nie po to, aby zupełnie odrzucić sztukę jako składnik procesu terapeutycznego, ale choćby po to, aby skłonić do głębszej refleksji” (Wojciechowski 2001, s. 403).

² „Nie może być celem Pracowni wyłącznie sukces artystyczny dziecka czy jego wyrobów, a tym bardziej nie może być celem skonstruowanie dzieła, w którym dzieci będą uczestniczyły jako *wytresowane* elementy. Byłoby to zaprzeczeniem terapii, jeżeli już byśmy chcieli użyć tego słowa. Byłoby to malowanie obrazów, w czasie którego dzieci by trzymały tylko pędzle i nimi poruszały wedle naszych ścisłych dyrektyw i zgodnie z naszym wyborem kolorów” (tamże, s. 112).

wadzone z poglądów A. Kępińskiego. Uważał on, że każdy człowiek, aby żyć, musi tworzyć (za: Wojciechowski 2001, s. 302).

W rozważaniach na temat twórczości osób niepełnosprawnych położony jest głównie nacisk na podmiot, który tworzy. Niewątpliwie ważne są terapeutyczne walory kreacji, jej dobroczynne oddziaływanie na niepełnosprawną osobę. Warto się jednak zastanowić, czy wytwory działalności artystycznej osób niepełnosprawnych wchodzą w świat kultury, czy żyją w umysłowości odbiorcy. A. Szary zauważa, że istnieje w społeczeństwie przeświadczenie, iż „twórczość osób niepełnosprawnych to «monolog», nie szuka on rozmówcy, a tym samym nie posiada więzi ze społeczeństwem, ponieważ osoby te nie są w stanie jej nawiązać z racji swego upośledzenia” (za: Wojciechowski 2004, s. 246). Konsekwencją tej tezy jest uznanie wytworów artystycznych osób niepełnosprawnych za nieatrakcyjne i bezużyteczne dla otoczenia. Autorka określa taką twórczość bardzo trafnym słowem: monolog. W tym przypadku oznacza ono pewną całość znaczeniową, która nie ma swego odbiorcy, jest sama dla siebie. Jeśli zaś monolog stanowi samodzielną całość, niewchodzącą w żaden dyskurs, to nie wchodzi na poziom komunikacji i wymiany wartości. Skutkiem takiego rozumowania jest brak więzi, samotność niepełnosprawnych twórców, których wytwory nie są nawet poznane i odczytane.

Czy takie rozumowanie jest słuszne? Przecież nie chodzi o to, aby agitować społeczeństwo do ofiarnego zapoznawania się z twórczością osób niepełnosprawnych jedynie z powodu współczucia dla niepełnosprawnych twórców. Jakie jest prawdziwe oblicze tej twórczości, czy rzeczywiście wnosi ona nowe jakości w sferę kultury? Zdaniem A. Szary, tak! Po pierwsze, należy zamienić termin „monolog” na słowo „dialog”. Źródła tej propozycji można znaleźć w pracach niepełnosprawnych artystów, które są wyrazem pragnienia wejścia w relację z otoczeniem. To nie są prace, które w zamyśle autora mają istnieć same dla siebie. Są one zapisem lęków, przeżyć, są wołaniem o zaistnienie. To forma nawiązania kontaktu z otoczeniem. Twórca chce komunikować się z odbiorcą. Po drugie, ta twórczość jest wartościowa. Według A. Szary działalność artystyczna osób niepełnosprawnych jest „nieskażona chciwością nowostek, nie wchodzi ona w zawody z drugim twórcą (jak to bywa w świecie marketingu, galerii, recenzji), aby zaskoczyć, zafascynować” (tamże). Niepełnosprawni twórcy mają „czystość tworzenia, głód mówienia prawdy nie tylko o sobie, ale o każdym z nas” (tamże).

Może wartością, jaką przedstawia twórczość osób niepełnosprawnych, jest właśnie autentyczność i brak zakłamania? Prawda uczuć, przeżywania może być pociągająca dla ludzi przywykłych do masek, udawania i kreowania wizerunku. Jeśli jeszcze dodamy do tego doświadczanie cierpienia i samotności, stojące niejednokrotnie za dziełami niepełnosprawnych artystów, to twórczość ta jawi się jako świadectwo ludzkiej ułomności, opowiedziane prostymi środkami wyrazu. To prawdziwość i szczerść tych dzieł nie pozwala przejść obok nich obojętnie.

Teatr: terapia czy sztuka?

Problem teatru jako terapii, a zarazem dziedziny sztuki wyznacza dwa sposoby myślenia o teatrze osób niepełnosprawnych. Według A. Piaseckiej istnieje stanowisko optujące za odcięciem się od instrumentalnego myślenia o teatrze i zwrotem ku

podnoszeniu jego walorów artystycznych (za: Zięba 1999, s. 81). Teatr nie powinien służyć żadnym celom pozaartystycznym. Patrzenie na teatr w kategoriach wychowawczych, terapeutycznych jest pewnym nadużyciem. W takim sposobie myślenia ważny jest produkt końcowy o wysokiej wartości artystycznej, a nie sam proces tworzenia. Dlatego też teatr, który dba o jakość estetyczną spektaklu, nie jest terapią, gdyż przewiduje i projektuje efekt działania teatralnego, jego produkt końcowy.

Opozycyjna wobec takiego stanowiska jest postawa reprezentowana przez wielu pedagogów, podporządkowująca teatr edukacji, terapii, rewalidacji oraz rehabilitacji (tamże). Teatr okazuje się rzeczywistością na tyle bogatą i złożoną, że może stanowić już nie tylko cel sam w sobie, lecz także środek do rozwoju człowieka. L. Śliwonik na określenie takiego teatru stworzył termin „teatr dla życia”. Tłumaczy go jako „teatralną pracę służącą osiągnięciu złożonych celów w dziedzinach nieartystycznych, a społecznie istotnych, uzyskanie poziomu wysokiej sztuki nie jest tu wykluczone, jednakże nie stanowi celu głównego” (tamże, s. 28). Jest to terapia przez teatr, która ukierunkowana jest na rozwój osobowości, wypracowanie twórczej postawy życiowej oraz na pobudzenie wyobraźni (Andrzejczuk 2004, s. 119). Taką terapią objęte są m.in. osoby z niepełnosprawnością. Dzięki teatrowi dla życia, czasem nazywanym teatrem poza teatrem, ludzie niepełnosprawni włączają się w nurt życia społecznego, nabywają różnorodnych sprawności oraz rozpoznają swoje talenty. To wszystko wzmacnia lub rodzi poczucie wartości i wiary we własne siły. Taki teatr ma charakter transgresyjny, stwarza on „szansę na przekraczanie siebie, swoich możliwości, a w rezultacie podnosi jakość życia” (tamże, s. 123). Potencjał tkwiący w aktywności teatralnej skłania do wykorzystania jej w procesie terapii i edukacji. Stanowisko to dopuszcza myślenie o jakości artystycznej wykonania, ale zawsze powinno ono być podporządkowane celowi nadrzędnemu, którym jest terapia, rewalidacja itp. Wartości estetyczne rodzą się tu jakby przypadkiem, przy okazji, w sposób najczęściej niezamierzony.

Wydaje się jednak, że jest pewien punkt styczny pomiędzy traktowaniem teatru jako terapii a widzeniem w nim formy sztuki (Piasecka 1999, s. 10). Osoby niepełnosprawne nie mogą uciec przed swoją ułomnością. Mogą jednak wykorzystać ją jako siłę, nadając jej sens w spektaklu. Gdy niepełnosprawność jest umotywowana w przedstawieniu, niesie znaczenie, to staje się pewną estetyką. Niepełnosprawności nie należy ukrywać, tylko uczynić ją integralną częścią spektaklu, jednostką znaczącą. Wówczas może nastąpić spotkanie estetyki, artyzmu z terapią i rewalidacją.

Badania własne

Przedmiotem badań uczyniłam teatr jako zjawisko o charakterze wychowawczym i integrującym osoby niepełnosprawne ze społeczeństwem. Uwzględniłam również aspekt instytucjonalny teatru, obejmując badaniami monograficznymi Teatr Osób Niepełnosprawnych, działający w ramach Fundacji Krzewienia Kultury Artystycznej Osób Niepełnosprawnych w Warszawie. Badania trwały od września 2007 r. do marca 2008 r. Przez pierwsze trzy miesiące prowadziłam systematyczną obserwację bezpośrednią. Obserwowałam zachowanie zespołu teatralnego w trakcie trzygodzinnych prób piątkowych. Po trzech miesiącach biernej obserwacji przeprowadziłam wywiady z ośmiorgiem niepełnosprawnych aktorów oraz dwie

ankiety. Jedną ankietę wypełniło dziesięcioro wolontariuszy działających w Teatrze Osób Niepełnosprawnych, drugą natomiast piętnaścioro widzów sztuki *Planety Nex*, wystawianej przez wspomniany teatr.

Głównym celem wywiadu było odkrycie znaczenia, jakie osoby niepełnosprawne przypisują instytucji teatru w swoim życiu. Zależało mi również, aby te osoby ujawniły, co myślą o tym, co inni o nich myślą, czyli po prostu, jak według nich odbierany jest ich teatr w środowisku społecznym. Ankiety natomiast miały ukazać działalność Teatru Osób Niepełnosprawnych w ocenie widzów i wolontariuszy.

Z badań wynika, że uczestnictwo osób niepełnosprawnych w teatrze pełni rolę integracyjną, kompensacyjną oraz rozrywkową. Niejednoznaczne opinie wśród wolontariuszy uzyskała funkcja relaksacyjna i kreatywna. Respondenci byli bardziej skłonni uznać je za marginalne właściwości teatru. Wynika to z tego, że zajęcia teatralne wymagają sumiennej pracy, co niejako koliduje z relaksem, odpoczynkiem biernym. Z kolei niewielki wpływ teatru na rozwój kreatywności uczestników wiąże się z tym, że aktywność teatralna nie jest działalnością spontaniczną. Grupa ma ściśle określony program do realizacji, ma dokładnie zaprojektowane przez reżysera i choreografa kroki i ruchy sceniczne. Stopień inwencji twórczej jest naprawdę niewielki.

Badania potwierdziły, że występy w teatrze dają niepełnosprawnym aktorom poczucie własnej wartości i zaspokajają potrzebę uznania, a częsty kontakt osób niepełnosprawnych z innymi członkami teatru zapobiega poczuciu samotności.

Teatr Osób Niepełnosprawnych pozytywnie wpływa na sferę społeczną osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych wolontariuszy. Można stwierdzić, że uczestnictwo w teatrze rzeczywiście buduje pozytywny stosunek wolontariuszy do osób niepełnosprawnych. Ponadto jest on rzeczywistością, w której możliwe jest prawdziwe, czyli podmiotowe, spotkanie osoby niepełnosprawnej z osobą zdrową. Jest to kontakt, w którym osoba ułomna staje się pełnoprawnym uczestnikiem relacji, wnoszącym nowe wartości.

Teatr Osób Niepełnosprawnych traktowany jest bardziej jako terapia niż sztuka. Rozróżniłam wcześniej dwa sposoby myślenia o teatrze. Z uwzględnieniem tej wiedzy obserwowałam działalność teatru i byłam uwrażliwiona na ten aspekt w rozmowach z respondentami. Czy omawiany w niniejszej pracy Teatr Osób Niepełnosprawnych jest terapią, sztuką czy połączeniem obydwu opcji? Na pewno teatr ten ukierunkowany jest na jakość artystyczną i prawdopodobnie w praktyce położony jest na to największy nacisk. Nieobce jednak tej działalności są pozytywne przemiany osobowości jego członków. Moim zdaniem ta terapeutyczna zdolność teatru nie musi być zawarta w założeniach teoretycznych jego twórców, gdyż tkwi ona immanentnie w jego strukturze, oddziałując na każdego, kto w rzeczywistość teatralną wkroczy.

Teatr Osób Niepełnosprawnych w pewien sposób weryfikuje powierzchowne patrzenie ludzi zdrowych na, nieznanym im często z bezpośredniego kontaktu, świat ludzi niepełnosprawnych. Niepełnosprawność przeważnie nie jest postrzegana jako tylko pewien aspekt bytowania, jedna z wielu cech danej osoby. Brak sprawności urasta do rangi cechy definiującej człowieka niepełnosprawnego. Omawiany teatr uwidacznia, że człowiek nie wyczerpuje się w niepełnosprawności, że jego życie to nie tylko cierpienie, niezrealizowane aspiracje życiowe i niski status społeczny. Osoba niepełnosprawna na scenie odsłania siebie jako jednostkę obdarzoną zdolnościami

twórczymi, odczuwającą naturalne dla każdego człowieka pragnienia i gotową do dzielenia się z innymi tym, czym sama żyje. Takie zbliżenie ludzi zdrowych i niepełnosprawnych daje możliwość przemiany wewnętrznej obu podmiotom spotkania.

Ze względu na szkicowy charakter niniejszej pracy przedstawiłam pokrótce potwierdzone w badaniach hipotezy. Wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań, może przez to, że bardzo pozytywne, mogą wydawać się lukrowaniem rzeczywistości. W pewnym stopniu paradoksalnie takie są. Prowadzono je głównie na osobach, które w opisywaną rzeczywistość teatralną były uwikłane. Na pewno dużą rolę odegrała tkwiąca w człowieku tendencja do idealizowania tego, co dla niego jest ważne. Człowiek nie widzi wad w tym, co jest mu drogie, co jest jego. Może więc z takiego punktu widzenia nierzetelność tych badań jest jednocześnie ich rzetelnością, wpływającą ze szczerości uczuć i chęci chronienia poprzez chwalenie tego, co cenne.

Bibliografia

- Andrzejczuk, A. (2004). *Terapeutyczne aspekty aktywności teatralnej osób z niepełnosprawnością*. W: M. Gliniecki, L. Maksymowicz (red.), *Teatr. Terapia–Edukacja–Asertywność–Twórczość–Rozwój*. Słupsk: Słupski Ośrodek Kultury, Teatr „Stop” z Koszalina.
- Grzesiak, Z. (2005). *Terapia przez twórczość*. W: A. Wojciechowski (red.), *Posłannictwo sztuki w nauczaniu Jana Pawła II. Sztuka ma coś w sobie z religii*. Toruń: Wydawnictwo UMK.
- Piasecka, A. (1999). *Terapeutyczne i artystyczne aspekty aktorstwa ludzi upośledzonych umysłowo*. W: R. Zięba (red.), *Teatr ludzi niepełnosprawnych: terapia czy sztuka?* Międzynarodowa konferencja 20–22 października. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Szary, A. (2004). *Monolog?–Nie!* W: A. Wojciechowski (red.), *Terapia Spotkania. Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych Zakładu Pedagogiki Specjalnej Instytutu Pedagogiki UMK*. Toruń: Wydawnictwo UMK.
- Śliwonik, L. (1999). *Czym się zajmujesz?–Teatrem...Terapią...Życiem–Dobrze, ale czym się zajmujesz?* W: R. Zięba (red.), *Teatr ludzi niepełnosprawnych: terapia czy sztuka?* Międzynarodowa konferencja 20–22 października. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Wojciechowski, A. (2001). *Obecność. Zebrane teksty. Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych Zakładu Pedagogiki Specjalnej Instytutu Pedagogiki UMK*. Toruń: Wydawnictwo UMK.
- Wojciechowski, A. (red.). (2004). *Terapia Spotkania. Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych Zakładu Pedagogiki Specjalnej Instytutu Pedagogiki UMK*. Toruń: Wydawnictwo UMK.

THE ROLE THEATER PLAYS IN LIFE OF PEOPLE WITH DISABILITIES

Summary

The article presents a discussion on the way the essence of disability is understood, as well as art and works made by people with disabilities. The author suggests that the artistic activities of people with disabilities be termed creativity which is understood as “each conscious introduction of a new order to the reality that surrounds us” (Grzesiak 2005, p.125). The studies on the “Disabled People’s Theater,” conducted with the technique of direct observation and questionnaires, showed integrated, compensatory and entertaining functions of the theater. Theater activities influenced the development of creativity in people with disabilities to a lesser extent.

Key words: person with disability, art, treatment through creativity

ŚRODOWISKO RODZINNE JAKO CZYNNIK WARUNKUJĄCY ROZWÓJ ZAINTERESOWAŃ TEATRALNYCH ARTYSTÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Opracowanie ma charakter informacyjno-eksploracyjny. Jego treść oparta jest na wynikach badań, którymi objęto 385 respondentów: 260 osób niepełnosprawnych aktywnie działających w teatrze oraz 125 rodzin, z których respondenci się wywodzą. Badania trwały od grudnia 2007 r. do grudnia 2008 r. na terenie Warszawy i województwa mazowieckiego. Sygnalizowane w tytule opracowania zagadnienie dotyczy młodzieży i osób dorosłych z diagnozą wielopostaciowej niepełnosprawności czynnie uczestniczących w zajęciach teatralnych oraz widowiskach teatralnych w miejscach publicznych. Przedmiotem zainteresowania były zagadnienia: Które grupy osób z niepełnosprawnością najczęściej podejmują długotrwałą, amatorską działalność teatralną? Jak kształtuje się sytuacja rodzinna artystów niepełnosprawnych włączających się amatorsko do kultury teatralnej środowiska? Jaki poziom aktywności teatralnej reprezentują artyści niepełnosprawni objęci programem badań? Jaki jest aktualny poziom zainteresowania rodziców aktywnością artystyczną ich dziecka? Opracowanie prezentuje wyniki badań ze szczególnym uwzględnieniem miejsca rodziny w motywowaniu dziecka do aktywności teatralnej.

Podjęta dyskusja może stanowić dla pedagogów i rodziców ważne źródło informacji o uwarunkowaniach rozwoju zainteresowań teatralnych artystów niepełnosprawnych oraz zróżnicowanych systemach wspomagania ich działalności artystycznej przez rodzinę własną.

Słowa kluczowe: aktywność teatralna osób niepełnosprawnych, twórcza inkluzja społeczna, uwarunkowania rozwoju zainteresowań teatralnych

Zaangażowanie w pracę artystyczną osób niepełnosprawnych ze względu na zakres bezpośredniego, kreatywnego oddziaływania twórczego otwiera przed nimi olbrzymie możliwości adaptacji społecznej i zawodowej, jest jednym z podstawowych warunków twórczej inkluzji społecznej (Cudak 2007; Ploch 2007, 2008, 2008a, 2009; Żuraw 2008). Włączanie do życia artystycznego osób niepełnosprawnych ma pozwolić na ich trwałe umiejscowienie w środowisku twórczym na równych prawach i zasadach funkcjonowania. Tym samym w twórczej inkluzji społecznej ma się wyzwać swobodna manifestacja ekspresji artystycznej jako naturalnego, spontanicznego zachowania, niekoniecznie na bazie wyuczonych umiejętności, zdolności, preferencji, aktualnego stylu w kulturze, oczekiwanych zachowań i powszechnie przyjętej wzorcowej postawy twórczej. Aktywność artystyczna w sposób naturalny ma wyzwać w osobach niepełnosprawnych potencjał sił dynamicznych, niezbędny do ich własnego twórczego rozwoju, a także stanowić antidotum na nieprawidłowości rozwoju psychofizycznego, występowanie zaburzeń w zachowaniu i niepowodzeń życiowych, sprzyjać działaniom psychostymulującym i psychokreacyjnym opartym na obcowaniu i aktywnym tworzeniu sztuki.

Udział w zajęciach teatralnych, a w konsekwencji promocja sztuki teatralnej w szerokim środowisku okazuje się stwarzać uniwersalną przestrzeń, w której osoby niepełnosprawne, w nieograniczonej swobodzie, mogą poruszać się i funkcjonować twórczo. Systematycznie i konsekwentnie prowadzona praca artystyczna w zespole aktorów pozwala jej uczestnikom wyrażać siebie poprzez realizację zadań w kreowaniu ról aktorskich, podejmować wspólny wysiłek sceniczny, „wyrzucać” z własnego wnętrza gromadzące się emocje i wreszcie wchodzić w oczekiwaną społecznie komunikację międzyludzką. Akcja teatralna w sposób doskonały przenosi artystów w świat imagacji, doskonałości i w każdym przypadku – świat pozbawiony barier, segregacji oraz nietolerancji na odmiennosc. Kontakt ze sztuką teatralną i udział w jej społecznej promocji – poza indywidualnym przeżywaniem własnych stanów uczuciowych, pozwala uczestnikom w sposób zasadniczy określić rodzaj własnego działania, nieustannie wzbogacać się psychicznie, duchowo, intelektualnie i werbalnie, jak też nieskończenie twórczo doświadczać i poszukiwać siebie. W zadaniach aktorskich pobudzane zostają procesy wyobrażeniowe artystów, aktywizują się ich myśli oparte na rozbudzonej stopniowo i umiejętnie fantazji – jako elementy inspiracji w kreatywności ról teatralnych oraz imagacji gry zespołowej (Krasoń, Mazepa-Domagala 2008, s. 127–199).

Wychodząc z założenia, że rodzina stanowi podstawowe środowisko wychowawcze, mające decydujący wpływ na rozwój zainteresowań teatralnych osób niepełnosprawnych, przyjmujemy, że tylko wówczas wpływ ten będzie korzystny, gdy wspólnie z pedagogami (terapeutami) roztoczy świadome działania wspierające i motywujące uczestnictwo dziecka w aktywnym życiu artystycznym. Chodzi więc o takie współdziałanie, w którym określony cel aktywizacji teatralnej artysty, bez względu na występowanie bliżej nieokreślonych niekorzystnych warunków i przeciwności, realizowany będzie w sposób harmonijny i wspólny. Wiadomo bowiem, że najbardziej niekorzystne dla prawidłowego rozwoju zainteresowań teatralnych (artystycznych) artysty są sytuacje, kiedy w jego rodzinie występują konflikty, wkrada się dysharmonia oddziaływań rodziców (opiekunów), nie są dostrzegane jego indywidualne potrzeby i pragnienia, a stosunek (także rodzeństwa) do jakiegokolwiek rodzaju aktywności artystycznej jest negatywny lub wrogi. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym rozwój zainteresowań teatralnych jest brak dostatecznej liczby źródeł (materiałów) dla rodziców i uczniów, informujących o pozytywnych walorach udziału osoby niepełnosprawnej w zajęciach o charakterze artystycznym. Niekorzystnym uwarunkowaniem jest także brak dostatecznie profesjonalnych miejsc edukacji artystycznej tej grupy zainteresowanych osób, jak też poważny niedobór wysoko kwalifikowanej kadry pedagogicznej, terapeutycznej.

Założenia i materiał badawczy

Celem podjętych badań było ustalenie:

- Które grupy osób z niepełnosprawnością najczęściej podejmują długotrwałą, amatorską działalność teatralną?
- Jak kształtuje się sytuacja rodzinna artystów niepełnosprawnych włączających się amatorsko do kultury teatralnej środowiska?
- Jaki jest poziom aktywności teatralnej artystów niepełnosprawnych objętych programem badań?

- Jaki jest aktualny poziom zainteresowania rodziców aktywnością artystyczną ich dziecka?

Ponadto celem badań było podjęcie próby zweryfikowania hipotezy, że artyści niepełnosprawni ze środowiska rodzinnego, w którym akceptuje się i wspomaga ich działania teatralne, chętniej podejmują amatorską działalność, konsekwentnie ją kontynuują oraz osiągają lepsze wyniki.

Za podstawową metodę badań obrano metodę sondażu diagnostycznego, której podporządkowano takie techniki, jak: obserwacja, rozmowa ukierunkowana i wywiad. Techniki te były w pełni adekwatne do celów i zamierzeń badawczych.

Badania przeprowadzано od grudnia 2007 r. do grudnia 2008 r. i objęto nimi 385 respondentów, w tym 260 osób niepełnosprawnych (67,53%) czynnie zajmujących się działalnością teatralną w różnych środowiskach (miejscach uczestnictwa w grupach teatralnych) – nazwano ich artystami, oraz 125 rodziców (32,47%), w tym 98 matek (78,4%) i 27 ojców (21,6%). W badaniach uczestniczyły osoby z różnym rodzajem niepełnosprawności – młodzież i dorośli. Strukturę grupy badanej prezentują dane zamieszczone w tabeli 1.

Tabela 1

Artyści niepełnosprawni

Rodzaje niepełnosprawności	Osoby badane				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Umysłowa w stopniu lekkim	45	31	30	26,1	75	28,8
Umysłowa w stopniu znacznym	17	11,7	11	9,6	28	10,8
Ruchowa (porażenie kończyn, amputacja, uszkodzenie rdzenia kręgowego)	39	26,9	40	34,8	79	30,4
Autyzm	5	3,5	5	4,35	10	3,8
Wada słuchu	9	6,2	5	4,35	14	5,4
Wada wzroku	15	10,3	14	12,2	29	11,2
Zaburzenia zachowania	10	6,9	8	6,9	18	6,9
Inne	5	3,5	2	1,7	7	2,7
Ogółem:	145	100	115	100	260	100

Do grupy respondentów wybrano wyłącznie osoby z Warszawy i województwa mazowieckiego czynnie włączające się do życia i kultury artystycznej, przede wszystkim w zakresie teatru. Przez czynny udział rozumie się uczestnictwo w zajęciach dwa razy w tygodniu oraz w każdej prezentacji publicznej grupy teatralnej. Wśród respondentów były osoby zrzeszone w kołach teatralnych przy domach kultury i innych ośrodkach upowszechniania kultury (56 osób, tj. 1,5%), grupach teatralnych przy szkołach i warsztatach terapii zajęciowej (25 osób, tj. 9,6%), w amatorskich zespołach artystycznych przy organizacjach samorządowych (20 osób, tj. 7,7%), przy Ogólnopolskim Teatrze Niepełnosprawnych w Warszawie (159 osób, tj. 61,2%).

Atmosfera rodzinna artystów

Analizując środowisko rodzinne osób objętych badaniami, szczególną uwagę zwrócono na rozciągającą w nim atmosferę wychowawczą. Rodzaj pielęgnowanej atmosfery w rodzinie warunkuje także poziom jakości procesu chronienia jej członków, stabilność harmonijnego rozwoju rodzinnej tradycji kulturalnej, swoistość, oryginalność i specyfikę określonej kultury rodzinnej oraz edukacji wartości moralno-społecznych jej członków, w tym badanych respondentów (wykres 1). Pozyskani do badań respondenci – rodzice artystów niepełnosprawnych, posiadający zróżnicowane wykształcenie (tabela 2), reprezentowali różny społeczny status rodzinny.

Tabela 2

Wykształcenie rodziców artystów niepełnosprawnych

Wykształcenie	Osoby badane				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Wyższe	15	15,3	3	11,1	18	14,4
Półwyższe	14	14,3	5	18,5	19	15,2
Średnie zawodowe	16	16,3	10	37,1	26	20,8
Średnie ogólne	13	13,3	5	18,5	18	14,4
Zawodowe	28	28,6	4	14,8	32	25,6
Podstawowe	12	12,2	–	–	12	9,6
Ogółem:	98	100	27	100	125	100

Z ustaleń sondażowych wynika, że z ogólnej liczby 125 rodzin, pełnych rodzin było 42 (33,6%); rodzin, w których jedno z rodziców zmarło 34 (27,2%); samotnie wychowujących opiekunów bez partnera 39 rodzin (31,2%) oraz bez obojga rodziców, lecz z dziadkami lub opiekunami (np. krewnymi, starszym rodzeństwem) 10 rodzin (8%) (wykres 2).

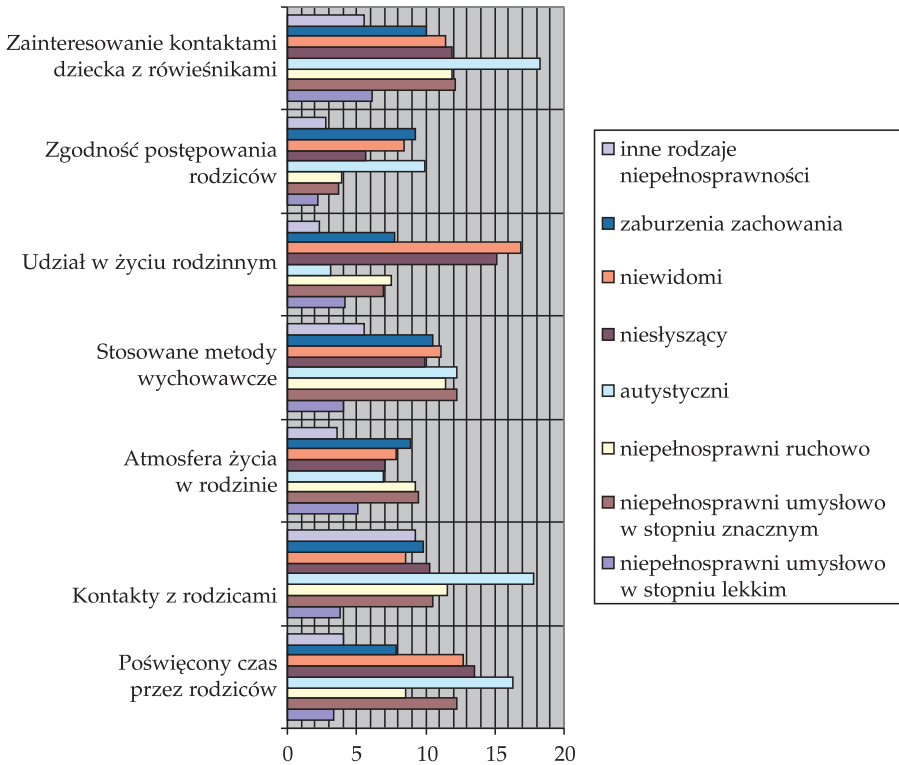
Analiza wyników wskazuje, że wśród badanych rodzin największy procent stanowią rodziny pełne (34%) oraz rodziny, w których jedno z rodziców zmarło (27%).

Charakteryzując status zawodowy rodziców warto wskazać, że we wszystkich rodzinach objętych badaniem status ten jest określony jednoznacznie (tabela 3). W żadnej rodzinie nie zauważono bezrobocia, dyskryminacji zawodowej, niezdolności do pracy z tytułu ubytku zdrowia lub innych ograniczeń o charakterze wykluczającym z czynnego udziału w środowisku. Wiele rodzin aktywnie włącza się do charytatywnych prac samorządowych, regionalnych oraz organizacji społecznych na rzecz społeczności środowiska lokalnego.

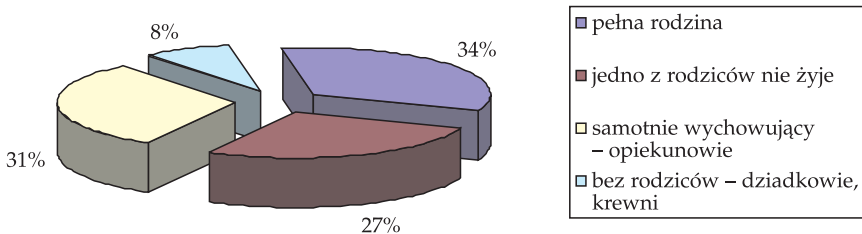
Tabela 3

Status zawodowy rodziców

Rodzaje wykonywanej pracy	Osoby badane				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Pracownik umysłowy	47	47,9	10	37,0	57	45,6
Pracownik fizyczny	19	19,4	2	7,4	21	16,8
Niepracujący – emeryt, rencista	32	32,7	15	55,6	47	37,6
Ogółem:	98	100	27	100	125	100



Wykres 1. Atmosfera rodzinna artystów



Wykres 2. Sytuacja rodzinna artystów

Jak wskazują wyniki badań zawarte w tabeli 3, wśród rodziców osób z grupy badanej największy procent stanowią pracownicy umysłowi (45,6%) oraz niepracujący (37,6%). Taki stan pozwala rokować, iż potrzeby rozwoju zainteresowań teatralnych dzieci spotykają się ze zrozumieniem, zdecydowaną aprobatą i czynnym wsparciem rodziców.

Analiza wyników sondażu pozwala wskazać, iż objęci badaniem artyści niepełnosprawni w większości mają zapewnione korzystne warunki do rozwoju aktywności teatralnej, gdyż:

- rodzice (opiekunowie) poświęcają im dostatecznie wiele czasu i wykazują duże zainteresowanie rozwojem ich działalności artystycznej (78,5%);

- mają w większości ogólnie dobry kontakt emocjonalny z matką lub dziadkami, którzy najczęściej usiłują wspólnie rozwiązywać wynikające z działalności artystycznej problemy (81,6%);
- atmosfera życia rodzinnego jest na ogół dobra, nie występują negatywne wzory zachowania rodziców-opiekunów, stosunki emocjonalne są z reguły pozytywne (58,2%);
- stosowane w rodzinie metody wychowawcze mają charakter demokratyczny, partnerski i szczególnie życzliwy dla uprawianej przez artystę formy aktywności (77,2%);
- ich udział w życiu rodzinnym jest stosunkowo czynny, w większości przypadków osoby te mają stałe zadania domowe (63,8%);
- rodziny najczęściej bardzo interesują się kontaktami dziecka z rówieśnikami udzielającymi się artystycznie w grupach teatralnych (87,5%).

Nie we wszystkich rodzinach pełnych zauważa się dostateczną zgodność rodziców co do aktywizacji artystycznej dziecka, bardziej przychylni i jednomyślni są samotnie wychowujący opiekunowie oraz rodziny z jednym z rodziców (45,8%).

Jak się zauważa, w większości rodzin objętych badaniami atmosfera rodzinna istotnie sprzyja działalności teatralnej artystów niepełnosprawnych. Respondenci uważają, że ta forma aktywności cieszy się w rodzinach uznaniem i jest czynnie wspierana przez rodziców. Nie bez znaczenia dla systematyczności uczestnictwa oraz całokształtu rozwoju artystycznego artysty pozostaje zatem preferowany przez rodziców styl wychowania i wspierania go w działalności artystycznej, a także wysoki stopień występowania pozytywnej atmosfery wychowawczej w rodzinie.

Czynniki rozwoju aktywności teatralnej

Poddając analizie czynniki rozwoju aktywności teatralnej uczestników zajęć, ważną informacją w fazie wstępnej było określenie rodzaju i zakresu ich umiejętności artystycznych.

Ciągle jeszcze nie mamy wypracowanego w pełni skutecznego modelu kształcenia artystycznego osób niepełnosprawnych na miarę ich potrzeb oraz deklarowanego zainteresowania. Cenne wydaje się więc uzyskanie danych potwierdzających umiejętności artystyczne osób niepełnosprawnych – wbrew panującym ograniczeniom, dyskryminacji i wykluczeniu na drodze powszechnej edukacji artystycznej. Wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Jak się zauważa, umiejętności artystyczne (związane z działalnością teatralną) występują u większości respondentów (94,2%) i ich zakres jest bardzo zróżnicowany. Artyści, ze względu na charakter aktywizacji, reprezentują również różny poziom umiejętności. Można przyjąć, iż w większości przypadków umiejętności te związane są ściśle z rodzajem aktywności teatralnej, tym samym więc warunkują czynnik sprzyjający ich rozwojowi artystycznemu oraz stopień uzyskania określonej pozycji społecznej w grupie aktorów. Zauważono, iż więcej respondentów posiada umiejętność improwizacji teatralnej (39,3%), co także może być wynikiem pozytywnych, długoletnich, systematycznych doświadczeń estradowych (kobiet 34,5%, mężczyzn 45,2%).

Analiza wyników sondażu pozwala jednocześnie stwierdzić, iż wśród czynników wpływających na rozwój aktywności teatralnej artystów (wykres 3) do

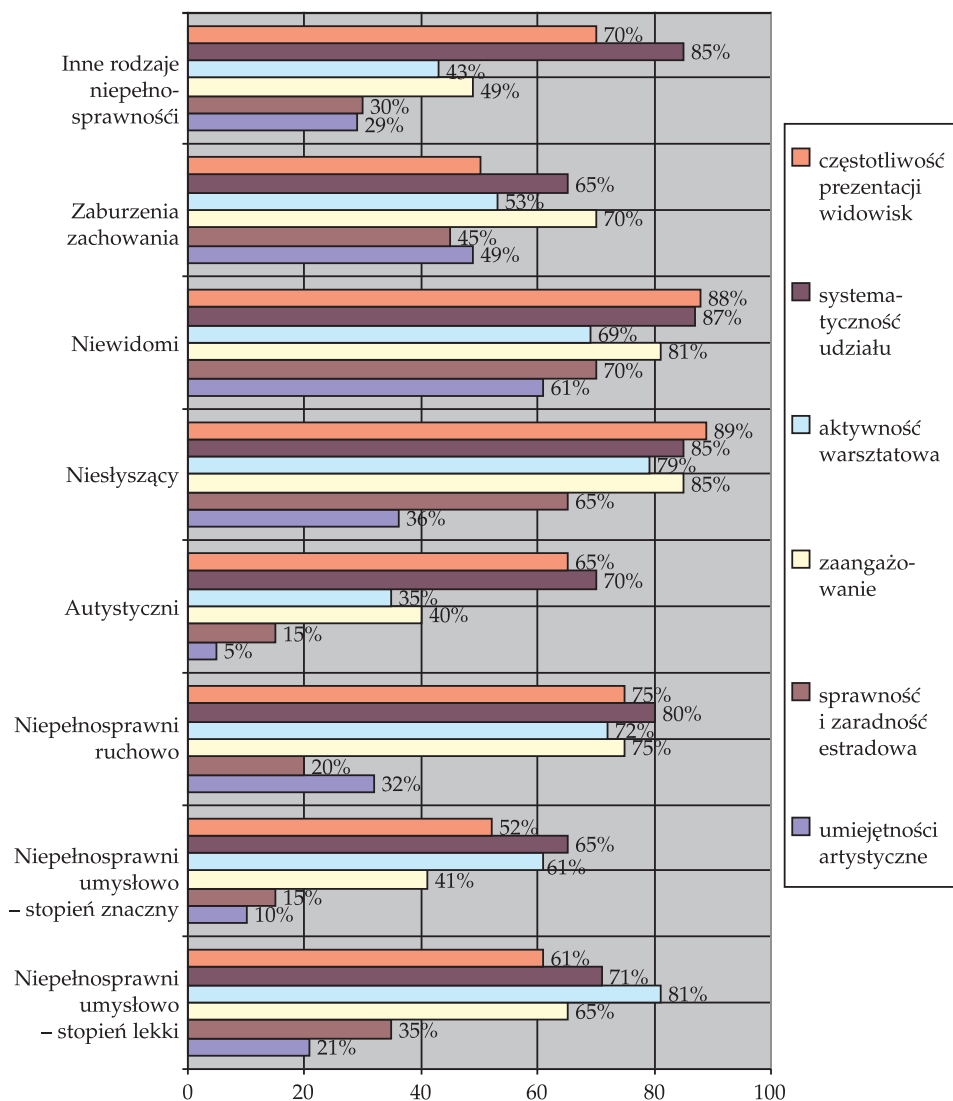
istotnie ważnych należą: poziom umiejętności artystycznych (58,7%), poziom sprawności i zaradności estradowej (75,4%), poziom zaangażowania (89,5), poziom aktywności warsztatowej (95,1%), systematyczność udziału w próbach i występach (88,9%) oraz częstotliwość publicznej prezentacji widowisk teatralnych (71,3%). Są to wyniki przede wszystkim systematycznego udziału artystów oraz ich dużego zaangażowania warsztatowego, nie zaś wrodzonych umiejętności i przygotowania zawodowego. Aktywność teatralna okazuje się niezwykle użyteczną formą w procesie aktywizacji twórczej młodzieży, jak też dużym bodźcem do rozwoju społeczno-kulturalnego i źródłem niekończących się doznań w zakresie przeżyć indywidualnych i zbiorowych. Okazuje się, że różnorodność i częstotliwość sytuacji poznawczych, kulturowych, kształcących, wychowawczych i terapeutycznych stwarza nieograniczone możliwości indywidualnego wpływu na postawy, motyw i oczekiwania artystów, niezależnie od rodzaju i stopnia niepełnosprawności. Ten fenomen zbiorowej pracy twórczej kształtuje indywidualną sferę osobowości poszczególnych członków grupy, powodując zwiększanie się stopnia pożądanego efektu arteterapeutycznego.

Tabela 4

Umiejętności artystyczne osób niepełnosprawnych

Rodzaje umiejętności	Osoby badane				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Granie na instrumencie muzycznym	10	6,9	9	7,8	19	7,3
Pantomimiczne	9	6,2	3	2,6	12	4,6
Tańce towarzyski lub nowoczesny	13	8,9	10	8,7	23	8,8
Recytacja z pamięci	15	10,4	16	13,9	31	11,9
Wokalne	12	8,3	7	6,1	19	7,3
Improwizacja teatralna	50	34,5	52	45,2	102	39,3
Naśladowanie innych	9	6,2	3	2,6	12	4,6
Plastyczne i dekoratorskie	19	13,1	8	7,0	27	10,4
Inne (poza aktorskimi)	8	5,5	7	6,1	15	5,8
Ogółem:	145	100	115	100	260	100

Należy wspomnieć również o silnym związku niewielkich zdolności twórczych artystów z konkretnością wykonywania zadań teatralnych. Jak wskazują wyniki sondażu, ponad 70% uczestników zajęć teatralnych charakteryzuje się niskim poziomem zdolności twórczych. To istotnie wpływa zarówno na pracę pedagogów, reżyserów, jak i całego zespołu realizatorów opracowywanego przedstawienia. Obraz artystów grupy badanej, jaki jawi się na podstawie dotychczasowych analiz, to obraz grupy przede wszystkim emocjonalnej i pragmatyczno-terapeutycznej, potrzebującej uznania, wsparcia i twórczego klimatu pracy. Tym samym wydaje się, iż korzystniejsze w stosunku do artystów niepełnosprawnych w grupach teatralnych będzie określanie, iż mają „potencjalne możliwości twórcze” w miejsce zdolności twórczych. To w konsekwencji pozwoli skupiać uwagę głównie na ich potencjale indywidualnym i zbiorowym.



Wykres 3. Czynniki aktywności teatralnej artystów

Kryterium odniesienia rodziców do aktywności teatralnej dziecka

Systematyczność i jakość udziału artystów niepełnosprawnych w zajęciach teatralnych, jako ważniejsze kryteria aktywności artystycznej, uzależnione są w dużej mierze od klimatu w ich rodzinie własnej (84,3%), jak i atmosfery współpracy z organizatorami działań teatralnych (75,3%). Poddając analizie wskazane wartości, zwrócono przede wszystkim uwagę na:

- 1) częstotliwość kontaktów rodzin z organizatorami zajęć teatralnych;
- 2) warunki stwarzane dziecku do udziału w zajęciach teatralnych;

- 3) rodzaje udzielanej pomocy podczas uczestnictwa w zajęciach teatralnych;
 4) postawy rodzin (w tym rodzeństwa) wobec aktywizacji teatralnej artystów.

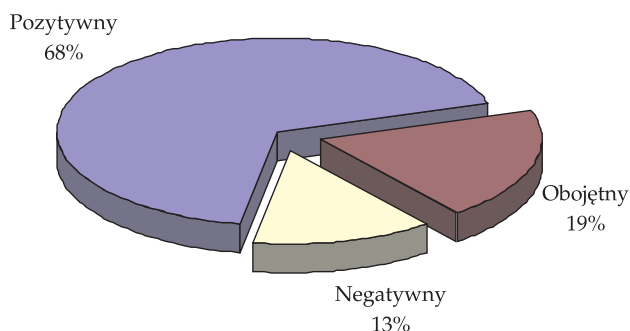
Wskazując na prezentowane postawy rodziców wobec aktywizacji teatralnej ich dzieci (tabela 5), podkreślić trzeba, że ogólnie są one bardzo pozytywne. Jeśli zauważymy – na podstawie literatury przedmiotu oraz innych źródeł naukowo-informacyjnych, że nadal jeszcze rodzice osób niepełnosprawnych nie mają możliwości przekonania się o słuszności i potrzebie aktywizacji artystycznej ich dzieci w ramach szeroko zakrojonej rehabilitacji społecznej, uzyskane wyniki są imponujące. Ubóstwo literatury oraz brak możliwości wymiany na co dzień pozytywnych doświadczeń rodziców nadal pozbawia znaczną grupę potencjalnych uczestników właściwego wsparcia ze strony samych rodziców, jak i bliższego środowiska.

Tabela 5

Postawy rodziców wobec aktywizacji teatralnej dziecka

Zapewnianie obecności na zajęciach teatralnych		Przekonanie o celowości uczestnictwa w zajęciach teatralnych		Motywowanie do aktywności teatralnej	
regularnie	nieregularnie	silne	średnie	silne	słabe
76	49	81	44	91	34
60,8%	39,2%	64,8%	35,2%	72,8%	27,2%

Rodzice, którzy reprezentują pozytywną postawę wobec aktywizacji teatralnej dziecka (68,1%), widzą ogromną potrzebę i uznają konieczność motywowania własnego dziecka do aktywności teatralnej. Rodzice ci umacniają dziecko w konsekwentnej pracy artystycznej, motywują je i intensywnie wspomagają w utrzymaniu dobrej frekwencji na zajęciach (wykres 4).



Wykres 4. Deklarowany stosunek rodziców do aktywności teatralnej dziecka

Większość rodzin chce, aby ich dziecko uczęszczało systematycznie na zajęcia teatralne (82,9%). W związku z tym rodzice regularnie kontaktują się z organizatorami zajęć (55,2%), a są to przeważnie pracownicy umysłowi i emeryci. Pedagodzy prowadzący zajęcia często zalecają rodzicom dodatkową pracę z dzieckiem w domu (nauka tekstu, ćwiczenia ruchu scenicznego), co rodzice przyjmują ze zrozumieniem i deklarują pomoc (tabela 6).

Tabela 6

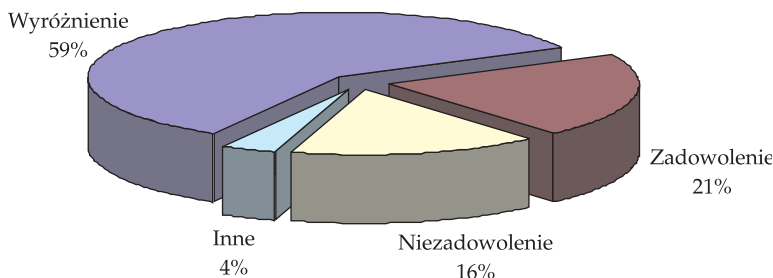
Formy współpracy rodziców z organizatorami zajęć

Utrzymywanie kontaktu		Włączanie się do pomocy w organizacji zajęć		Udzielanie pomocy dziecku w pokonywaniu trudności	
regularne	nieregularne	aktywne	średnie	silne	słabe
69	56	59	66	82	43
55,2%	44,8%	47,2%	52,8%	65,6%	34,4%

Innym wskaźnikiem współpracy rodziców i organizatorów zajęć teatralnych jest udział rodziców w publicznych prezentacjach widowisk teatralnych. Wszystkie grupy objęte badaniem, w których prowadzone są zajęcia teatralne, jako efekt końcowy pracy terapeutycznej realizują cykliczne widowiska artystyczne w miejscach publicznych (jak np. teatry miejskie, sceny estradowe na wolnym powietrzu, domy kultury, świetlice, kluby, hale widowiskowe, szkoły i inne miejsca upowszechniania kultury artystycznej). Tego typu publiczne wydarzenia artystyczne, także z udziałem rodziców i osób najbliższych, stanowią niezwykle ważny element aktywizowania, kształtowania postaw i integracji zarówno artystów, jak też samych rodziców.

Analiza wyników badań wskazuje, że rodzice o pozytywnym stosunku do aktywizacji teatralnej przeważnie regularnie uczestniczą w takich wydarzeniach artystycznych własnego dziecka (73,2%), jak np. spektakle teatralne, pokazy artystyczne, warsztaty teatralne, festiwale talentów, przeglądy teatralne. Sporadyczne uczestnictwo rodziców w publicznych prezentacjach artystycznych dziecka występuje w grupie obojętnych (15,7%) i o negatywnym nastawieniu (11,1%). Należy jednak zaznaczyć, że – jak wskazuje praktyka, z biegiem upływu czasu stosunek rodziców do aktywności teatralnej dziecka często zmienia się na korzyść. Takie zmiany postaw prezentują głównie rodziny, w których dziecko konsekwentnie uczestniczy w zajęciach z własnej woli przez ponad dwa lata.

Podczas badań zapytano rodziców o uczucia związane z udziałem ich dziecka w publicznych przedstawieniach teatralnych. Prawie co druga spośród badanych rodzin (74 rodziny) stwierdziła, że aktywność teatralna dziecka sprawia, że czuje się wyróżniona przez los i traktuje udział dziecka w występach jako wielkie wyróżnienie. 26 rodzin swoje zadowolenie z udziału dziecka wyjaśnia jako spełnienie potrzeby w zakresie organizacji czasu wolnego. Dwie rodziny wyraziły wyraźnie niezadowolenie z udziału ich dziecka w publicznych prezentacjach teatralnych (wykres 5).



Wykres 5. Uczucia rodziców związane z udziałem dziecka w publicznych prezentacjach teatralnych

W czasie badań zapytano rodzeństwo artystów niepełnosprawnych o stosunek do aktywizacji w grupie teatralnej. W grupie badanej nie było rodzeństwa z niepełnosprawnością, co oznacza, że wszystkie badane rodziny posiadają wyłącznie jedną osobę niepełnosprawną. W grupie tej znajdowało się łącznie 131 osób, w tym 78 płci żeńskiej, 53 płci męskiej (tabela 7).

Jak wskazują wyniki, przeważająca liczba rodzeństwa akceptuje uczestnictwo brata (siostry) w zajęciach teatralnych i wyraża chęć wspierania go. Najchętniej rodzeństwo pomaga podczas dojazdów na miejsca zajęć i prób (65,7%), praktycznie wspiera podczas nauki tekstu bądź innych domowych zadań teatralnych (41,1%), czynnie uczestniczy w pracach przygotowawczych do występów (33,1%) oraz jest organizatorem określonych działań usprawniających przebieg występów publicznych (29,8%). W żadnej rodzinie rodzeństwo nie demonstruje niechęci do niepełnosprawnego brata (siostry) z powodu jego (jej) uczestnictwa w zajęciach teatralnych, nie dochodzi również do nieporozumień lub kłótni na tym tle. Wyniki ukazują jednocześnie, że większość rodzeństwa wspomaga swojego niepełnosprawnego brata (siostrę) nieregularnie i najczęściej tylko okresowo. Niezwykle rzadko rodzeństwo przedkłada swoje osobiste obowiązki nad obowiązki brata (siostry) z powodu jego (jej) uczestnictwa w zajęciach teatralnych lub prezentacjach publicznych. Tylko w trzech rodzinach rodzeństwo całkowicie poświęciło się na rzecz wsparcia brata (siostry) w konsekwentnym uczestnictwie w zajęciach teatralnych (są wolontariuszami). Najczęściej obowiązki stałego wspierania sprawują rodzice zamiennie z rodzeństwem, zdecydowanie częściej jednak rodzice.

Tabela 7

Postawy rodzeństwa wobec aktywizacji teatralnej siostry/brata

Akceptująca			Obojętna			Nieakceptująca		
wspiera	nie wspiera	razem	wspiera	nie wspiera	razem	wspiera	nie wspiera	razem
107	5	112	13	2	15	1	3	4
81,7%	3,8%	85,5%	9,9%	1,5%	11,4%	0,7%	2,3%	3,0%

W procesie badawczym uzyskano dodatkowo informacje dotyczące stopnia znajomości przez rodziców potrzeb dziecka związanych z uczestnictwem w zajęciach teatralnych. Wyniki otrzymane w toku badań przedstawiono w tabeli 8.

Na bardzo dobrą znajomość potrzeb własnego dziecka wskazywało niewielu rodziców (opiekunów), łącznie 14,4%. Warto jednak zauważyć, że w tym zakresie większy jest odsetek matek wykazujących zainteresowanie sprawami własnego dziecka i bardzo dobrą znajomość jego potrzeb (17,5), w tym opiekunów (10,4%), niż ojców (15%). Jak zapewniają rodzice, ich stan świadomości potrzeb dziecka związanych z uczestnictwem w zajęciach teatralnych w niczym nie spowalnia organizacji działań wspomagających dziecko w rodzinie, jak też nie wpływa negatywnie na częstotliwość i motywację udziału dziecka w zajęciach. Takie wyjaśnienie jednak zasługuje na głębszą analizę.

Tabela 8

Świadomość rodziców potrzeb dziecka związanych z uczestnictwemw zajęciach teatralnych

Stopień znajomości potrzeb dziecka	Matki		Ojcowie		Opiekunowie/ dziadkowie		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bardzo dobry	10	17,5	3	15	5	10,4	18	14,4
Dobry	20	35,1	10	50	22	45,8	52	41,6
Średni	11	19,3	4	20	9	18,8	24	19,2
Niski	9	15,8	2	10	8	16,7	19	15,2
Brak znajomości	7	12,3	1	5	4	8,3	12	9,6
Ogółem:	57	45,6	20	16	48	38,4	125	100

W toku badań podjęto również próbę ustalenia zakresu stosowanych przez rodziców form wzmacniania dziecka z tytułu jego udziału w zajęciach teatralnych oraz prezentacjach publicznych widowisk (spektakli). Obiektem zainteresowania stał się szczególnie zakres nagród preferowanych przez rodziców. Dane dotyczące preferowanych nagród stosowanych przez rodziców prezentuje tabela 9.

Tabela 9

Rodzaje nagród stosowanych przez rodziców

Rodzaje stosowanych nagród	Matki		Ojcowie		Opiekunowie/ dziadkowie		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Uczuciowa (przytulenie, uścisk, pocałunek, objęcie ramionami)	29	50,9	4	20	16	33,3	49	39,2
Publiczne wyróżnienie słowne	5	8,8	3	15	9	18,8	17	13,6
Chwalenie wśród członków rodziny i w środowisku	2	3,5	1	5	8	16,7	11	8,8
Rzeczowa	5	8,8	1	5	3	6,3	9	7,2
Wspólny wyjazd	4	7,0	3	15	2	4,2	9	7,2
Zaproszenie na lody, do kina, teatru, na koncert	5	8,8	2	10	2	4,2	9	7,2
Nie stosują żadnych form	7	12,3	6	30	8	16,7	21	16,8
Ogółem:	57	45,6	20	16	48	38,4	125	100

Najbardziej preferowaną formą nagradzania uczestników zajęć teatralnych przez rodziców (matki, ojców, opiekunów, dziadków) okazała się nagroda uczuciowa (39,2%). Dość dużą grupę procentową stanowią rodziny, w których nie stosuje się żadnych form nagradzania dziecka (16,8%). Większość badanych rodzin chętnie stosuje nagrody (83,2%) w stosunku do własnego dziecka, a tym samym istotnie wzmacnia potrzebę jego udziału w tej formie aktywności artystycznej. W konsekwencji uczestnictwo w zajęciach teatralnych jest wspierane przez rodziny, pielęgnowane są w tym zakresie określone tradycje oraz wzmacniana jest na bieżąco motywacja dziecka do publicznych prezentacji artystycznych na rzecz środowiska.

Po poznaniu sytuacji rodzin uczestników zajęć teatralnych oraz ważniejszych uwarunkowań ich aktywizacji artystycznej w aspekcie wsparcia rodziców (opiekunów) możemy stwierdzić, że:

- 82 (65,6%) rodziny deklarują zamiar dalszego wspierania rozwoju zainteresowań teatralnych swoich dzieci (będą poświęcać swój czas, utrzymywać kontakty z pedagogami, wykazywać zainteresowanie osiągnięciami artystycznymi, wspierać poprzez stosowanie nagród uczuciowych).
- 45 (17,3%) uczestników zajęć teatralnych pragnie rozwijać swoje zainteresowania teatralne poprzez udział w dostępnych formach edukacji artystycznej w szkołach artystycznych, innych kwalifikowanych ośrodkach kształcenia artystycznego (jak np. szkoły prywatne, kursy, warsztaty artystyczne).
- 215 (82,7%) uczestników zajęć teatralnych nie wyraża chęci dalszej edukacji artystycznej w innych miejscach (ośrodkach) poza obecnym; są oni gotowi kontynuować zajęcia, nie określając planów artystycznych na przyszłość.
- 9 osób (3,5%) podjęło starania o przyjęcie do szkół artystycznych, lecz nie zostało przyjętych. Do najczęściej powtarzających się powodów odrzucenia kandydata należą: stan zdrowia, utrudnienia w komunikacji interpersonalnej z innymi osobami; niski poziom artystyczny kandydata; obawa przed niepowodzeniami w edukacji; niekorzystna dla niepełnosprawnych atmosfera panująca w komisji egzaminacyjnej; obawa przed niezajomością dysfunkcji kandydata; brak dostatecznego przygotowania kadry do pracy z osobami niepełnosprawnymi; bariery architektoniczne; zniechęcanie kandydatów i ich rodziców do podejmowania prób zmierzających w kierunku kształcenia na poziomie zawodowym.
- 14 osób (5,3%) objętych badaniem czyniło starania o przyjęcie do pracy w zawodowym teatrze w charakterze statysty, lecz nie zostało przyjętych głównie z powodu braku warunków zapewniających bezpieczeństwo pracy (np. słabego oświetlenia w kulisach, zbyt wąskiego przejścia wokół sceny, dużej częstotliwości występowania schodów i innych ograniczeń architektonicznych dla bezpiecznego poruszania się), a także z braku odpowiednio przygotowanej kadry do sprawowania opieki organizacyjno-administracyjnej.

Podsumowanie

Podstawowym problemem rozwijania zainteresowań i budzenia zaciekawień sztuką teatralną artystów niepełnosprawnych jest zapewnienie im odpowiednich warunków społeczno-prawnych, etyczno-moralnych, estetyczno-materialnych, terapeutycznych oraz pozytywnych bodźców uczuciowych – także w domu rodzinnym.

Zebrane wyniki badań stanowią prezentację wybranej terytorialnie grupy środowiska uczestników i ze względu na potrzeby niniejszego opracowania ograniczają się jedynie do zespołu artystów niepełnosprawnych czynnie włączających się do życia teatralnego. Informacje te niemniej jednak pozwalają zwrócić uwagę na dwie zasadnicze kwestie. Po pierwsze, na wyjątkową zależność uwarunkowań poziomu aktywności teatralnej osób niepełnosprawnych od atmosfery i warunków życia w rodzinie własnej oraz konieczność rozwijania i wzbogacania form pomocy rodzinie w zakresie wspomagania oddziaływań utrwalających recepcję i aktywne tworzenie atmosfery sprzyjającej twórczej inkluzji społecznej dziecka. Po drugie, na tworzenie

sprzyjających warunków powszechnego, niesegregacyjnego, profesjonalnego kształcenia artystycznego zainteresowanych osób niepełnosprawnych, umożliwiających im własny rozwój zainteresowań, także teatralnych.

Nawiązując do wyników badań zasygnalizowanych w tym opracowaniu, warto wskazać najpilniejsze postulaty, które wydają się bezdyskusyjnym przedmiotem priorytetowej analizy:

- Teatr w życiu osób niepełnosprawnych nie jest dla nich samych i ich rodzin ograniczeniem, lecz jest możliwością twórczego rozwoju i aktywizacji, szansą w twórczej inkluzji społecznej, możliwością oryginalnego zaistnienia w środowisku. Z tego powodu rodziny powinny jak najwięcej doksztalać się w zakresie wiedzy o teatrze, aktorach, psychologii twórczości oraz pozytywnych skutkach tej formy aktywizacji osób niepełnosprawnych.
- Każdy aktor niepełnosprawny prezentuje własne środki wyrazu, najczęściej intuicyjnie, usiłuje – w inicjowanych na bieżąco bezpiecznych obszarach – dokonywać wymiany doświadczeń i przeżyć osobistych związanych z grą teatralną w zespole. Rola prowadzących powinna zatem koncentrować się w pierwszej kolejności na tworzeniu atmosfery wolności kreacji, samodzielności doboru środków wyrazu i użycia „upragnionych” środków aktorskich przez samych uczestników. Dla owej wymiany doświadczeń i efektów przeżyć indywidualnych aktorów musi zawsze znaleźć się czas i miejsce. W tym postępowaniu działania pedagoga muszą być zgodne z aktualnie budowaną atmosferą zarówno w zespole aktorów, jak też ich rodzinach własnych.
- Teatr stanowi ważne miejsce pobudzania świadomości własnej ekspresji aktora w kierunku aktywności twórczej, jednak w zespole i z zespołem – to daje szansę wszystkim osobom nieśmiałym, zahamowanym i mającym problemy życiowe otwierania się na zespół i jego problemy. Konsekwentne uczestnictwo w pracach teatru wspomaga proces usamodzielnia i integracji uczestników oraz wzmacnia ich odwagę do ukazywania własnej odrębności. Ten proces, systematycznie wspomagany przez właściwą atmosferę rodzinną w jedności z pracą pedagoga, będzie warunkował pozytywną zmianę sposobu postrzegania przez indywidualną jednostkę siebie i otoczenia, korzystnie wpłynie na zmianę postaw, poziom świadomości własnych uczuć i myśli, samopoczucia oraz więzi z rodziną własną.
- Teatr, jako miejsce całkowitego wykorzystania potencjalnych możliwości uczestnika (artysty) oraz teren jego efektywnego rozwijania inteligencji emocjonalnej i zdolności empatycznych, wymaga preferowania w najbliższym środowisku, w tym także w rodzinie, pozytywnych wzorców osobowościowych. Ważne zatem wydaje się, aby rodzice wspólnie z pedagogami byli świadomi własnego systemu reprezentacyjnego oraz starali się maksymalnie poznać preferencje artysty, by w następstwie móc odpowiednio rzetelnie wspierać jego działania teatralne.
- Rodzina artysty uczestniczącego w zajęciach teatralnych, będąca w ścisłym kontakcie z pedagogami, jest w stanie lepiej zrozumieć znaczenie więzi emocjonalnej dla aktora; poznać warunki jego dobrej komunikacji ze środowiskiem; dowiedzieć się, jak właściwie reagować na problemy związane z uczestnictwem w zajęciach teatralnych; zrozumieć potrzebę bezinteresownego włączania się wszystkich członków rodziny w obszar uczestnictwa artysty w zajęciach teatralnych; utwierdzić się w przekonaniu o prawidłowości stosowanych wzmocnień

pozytywnych artyści; zrozumieć potrzebę wzbogacania form rozwoju zainteresowań teatralnych w warunkach życia domowego; poznać możliwości rozwijania samodzielności życiowej artysty.

Bibliografia

- Cudak, S. (2007). *Wychowawcze i emocjonalne funkcjonowanie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym*. Łódź: Wydawnictwo WSH-E.
- Krasoń, K., Mazepa-Domagała, B. (red.). (2008). O dramie, teatrze, kreacji i graniu ról. W: *Wyrzucić i odnaleźć siebie, czyli o sztuce, ekspresji, edukacji i arteterapii*. Katowice–Mysłowice: Centrum Ekspresji Dziecięcej, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hłonda.
- Ploch, L. (2007). Aktywizacja twórcza w Ogólnopolskim Teatrze Niepełnosprawnych w Warszawie. *Szkoła Specjalna*, 3.
- Ploch, L. (2008a). Środowisko rodzinne jako czynnik warunkujący rozwój muzykalności członków Integracyjnego Zespołu Pieśni i Tańca „Mazowiaci”. *Wspólne Tematy*, 4.
- Ploch, L. (2008b). Twórcza aktywność artystów Ogólnopolskiego Teatru Niepełnosprawnych w latach 2002–2008. W: K. Krasoń, B. Mazepa-Domagała (red.), *Wyrzucić i odnaleźć siebie, czyli o sztuce, ekspresji, edukacji i arteterapii*. Katowice–Mysłowice: Centrum Ekspresji Dziecięcej, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hłonda.
- Ploch, L. (2009). Ku twórczości inkluzyjnej artystów niepełnosprawnych. W: K. Krasoń, B. Mazepa-Domagała, A. Wąsiński (red.), *Intersubiektywność sztuki w recepcji i tworzeniu*. Bielsko-Biała, Katowice: Centrum Ekspresji Dziecięcej przy Bibliotece Śląskiej, Wyższa Szkoła Administracji.
- Żuraw, H. (2008). *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

FAMILY ENVIRONMENT AS A FACTOR DETERMINING THE DEVELOPMENT OF THEATRICAL INTERESTS OF ARTISTS WITH DISABILITIES

Summary

This is an informative and explorative paper. Its content is based on the results of research which included 385 respondents: 260 people with disabilities who take an active part in drama activities, and 125 families the respondents come from. The research was conducted from December 2007 to December 2008 in Warsaw and Mazowieckie Province. The problem indicated in the paper's title concerns youths and adults diagnosed with multiple disabilities who take an active part in drama classes and perform their own stage performances in public places. The research focused on the following issues: Which groups of people with disabilities take up drama activities most often on long-term, amateur basis? What is the family situation of artists with disabilities who engage in the theater culture of their environment for pleasure? What level of theatrical activity do the artists with disabilities included in the research present? What is the present level of their parents' interest in their child's artistic activity? The paper presents the findings concerning these issues with special consideration of the family's part which it plays in motivating the child to engage in theatrical activity.

This discussion and its results can be an important source of information for teachers and parents about factors which determine the development of theatrical interests of artists with disabilities and about various support systems which their own family could use to encourage their artistic activity.

Key words: theatrical activity of people with disabilities, creative social inclusion, factors determining the development of theatrical interests

BARBARA MARCINKOWSKA
APS, Warszawa

KONSTRUOWANIE PROGRAMÓW INDYWIDUALNYCH (cz. II)

„[...] w zależności od indywidualnych potrzeb edukacyjnych i możliwości psychofizycznych uczniów niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie, wspólnie z nauczycielami prowadzącymi zajęcia edukacyjne, [nauczyciele i specjaliści] opracowują dla każdego ucznia i realizują indywidualne programy edukacyjne określające zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów oraz rodzaj zajęć rewalidacyjnych lub zajęć socjoterapeutycznych prowadzonych z uczniem” (Dz. U. 2005, Nr 19, poz. 167).

Indywidualne programy edukacyjne (IPE) opracowywane są dla uczniów, którzy pomimo prawidłowo prowadzonego procesu edukacji nie są w stanie realizować programu przewidzianego dla danej klasy/zespołu. Dotyczy to głównie uczniów z niepełnosprawnością, tych, którzy mają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną lub inną poradnię o mocy orzekania.

Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością mają prawo do nauki w różnych formach kształcenia: specjalnej, integracyjnej i ogólnodostępnej. Kształcenie specjalne, orzekane dla uczniów z niepełnosprawnością, jest swoistą formą usługi edukacyjnej i może być realizowane we wszystkich trzech formach. Bez względu na to, czy uczeń z niepełnosprawnością znajdzie się w szkole specjalnej, integracyjnej czy ogólnodostępnej, jakość tej specjalistycznej usługi powinna być tak samo wysoka. Oznacza to konieczność zapewnienia przez każdą placówkę odpowiednich warunków do realizacji obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki dla ucznia z niepełnosprawnością. Dyrektor przedszkola, szkoły czy też innej placówki jest odpowiedzialny za prawidłową organizację procesu kształcenia, w tym zapewnienie odpowiednich warunków do nauki, sprzętu specjalistycznego i pomocy dydaktycznych. Organizując kształcenie specjalne, ma on obowiązek zapewnić każdemu uczniowi dostosowanie wymagań, metod i technik pracy do jego indywidualnych potrzeb oraz możliwości psychofizycznych i edukacyjnych, indywidualne zajęcia rewalidacyjne prowadzone przez odpowiednich specjalistów, możliwość wydłużenia etapu edukacyjnego, odpowiednie pomoce dydaktyczne i sprzęt. Dyrektor placówki powinien zadbać o zapewnienie pomocy psychologiczno-pedagogicznej rodzicom oraz nauczycielom.

Rozpoznanie możliwości i ograniczeń ucznia, określanie specjalnych potrzeb edukacyjnych

Nauczyciele i specjaliści pracujący z uczniami z niepełnosprawnością są zobowiązani do rozpoznania ich specjalnych potrzeb edukacyjnych. Podstawą do ich określenia jest poznanie możliwości i ograniczeń psychofizycznych dzieci i młodzieży niepełnosprawnych i niedostosowanych społecznie. W szkołach specjalnych nauczyciele i specjaliści zobowiązani są do przeprowadzania wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania na danym etapie edukacyjnym nie rzadziej niż raz w roku (Dz. U. 2005, Nr 19, poz. 166, 167). Rozpoznanie możliwości i ograniczeń psychofizycznych ucznia nie jest możliwe bez włączenia rodziców/prawnych opiekunów. Wiedza na temat dziecka uzyskana od rodziców

w czasie wywiadów i rozmów znacznie poszerza zasób informacji na temat jego funkcjonowania. Włączenie rodziców w proces rozpoznania jest też bardzo dobrą okazją do nawiązania z nimi swobodnego dialogu na temat ich dziecka, jego możliwości i ograniczeń wynikających z niepełnosprawności. Podjęta i utrzymywana przez cały proces edukacji współpraca z rodzicami przynosi duże korzyści. To właśnie rodzice mogą nam udostępnić informacje, które z punktu widzenia konstruowania oraz realizacji indywidualnych programów okazują się bardzo cenne, np. rozpoznanie medyczne. Jeżeli nauczyciele wiedzą, że uczeń np. choruje na epilepsję, z pewnością tę wiedzę wykorzystają w indywidualnym programie, ograniczając stosowanie bodźców, które prowokują ataki (jak np. silne, pulsacyjne bodźce świetlne).

Wynik rozpoznania przeprowadzonego przez zespół nauczycieli i specjalistów oraz zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego są podstawą do opracowania IPE: określenia celów, metod, zasad i form pracy z uczniem.

Edukacyjna i terapeutyczna funkcja IPE

Celem IPE jest dostosowanie procesu edukacji ucznia z niepełnosprawnością do jego potrzeb i możliwości psychofizycznych, polegające głównie na modyfikacji treści programowych, specjalnej organizacji metod i form pracy, zaoferowaniu dodatkowego wsparcia.

IPE powinny jednocześnie spełniać dwie funkcje: terapeutyczną i edukacyjną¹. Funkcja terapeutyczna IPE wyrażana jest głównie przez wskazanie odpowiednich dla ucznia rodzajów i form pomocy. W IPE należy zaplanować różnorodne rodzaje pomocy, możliwe do zaoferowania nie tylko przez nauczycieli i specjalistów, ale także przez rodziców i rówieśników. W programach indywidualnych określa się także rodzaj wsparcia technicznego, jeżeli jest niezbędne ze względu na indywidualne potrzeby ucznia.

IPE powinien ustalać cele terapeutyczne oraz szczegółowe procedury ich osiągania. Ogólne cele terapeutyczne adresowane są do nauczycieli oraz specjalistów i określają strategię ich działań. Ukierunkowują one to, co przez planowaną działalność terapeutyczną będzie przez uczniów doskonalone, rozwijane, kształtowane, poznawane, ćwiczone, zdobywane i przeżywane. W części terapeutycznej IPE należy zaplanować działania mające na celu wzmacnianie potencjału rozwojowego ucznia, wspieranie harmonijnego rozwoju (umysłowego, fizycznego, emocjonalnego i społecznego), usprawnianie zaburzonych funkcji, kompensowanie braków.

Konstruując IPE dla uczniów z niepełnosprawnością, należy pamiętać, aby koniecznie uwzględnić działania mające na celu wzmacnianie wiary we własne siły poprzez kształtowanie m.in. samoświadomości, samoakceptacji, poczucia własnej wartości, pewności siebie oraz działania rozwijające umiejętności społeczne (kompetencje społeczne), m.in: umiejętność radzenia sobie w różnych sytuacjach społecznych, korzystania ze wsparcia (ważne z punktu widzenia specyficznej sytuacji osób z niepełnosprawnością).

W IPE należy określić także formy organizacyjne – rodzaje zajęć (np. logopedyczne, terapia pedagogiczna, muzykoterapia), formy realizacyjne (indywidualne, grupowe), środki terapeutyczne oraz metody terapeutyczne.

¹ Z tego względu bywają też nazywane indywidualnymi programami edukacyjno-terapeutycznymi (IPET).

W części edukacyjnej indywidualny program może być adaptacją programu kształcenia indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych uczniów z niepełnosprawnością w różnym zakresie: minimalnym lub znacznym. W każdym przypadku należy wskazać szczegółowo zakres adaptacji. IPE powinien zawierać następujące informacje: numer programu nauczania w wykazie MEN, zakres adaptacji, sposób nauczania (metody, formy i środki dydaktyczne).

Indywidualne programy mogą mieć również charakter autorski. Autor (autorzy) powinien wtedy podać nazwę programu oraz określić cele edukacyjne (główne i szczegółowe), treści nauczania, procedury osiągania celów (formy realizacyjne, metody, środki dydaktyczne, przewidywane osiągnięcia) oraz sposoby oceniania osiągnięć ucznia.

Konstruowanie IPE wymaga współpracy nauczycieli i specjalistów w zakresie ustalania celów oraz określania szczegółowych procedur ich osiągania. Wiele przykładów praktycznych rozwiązań w zakresie konstruowania IPE zawiera publikacja B. Beanich i in. (2007). Oto dwa z nich:

Przykład 1. Adaptacja programu

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNY

Klasa.../rok szkolny....

Imię nazwisko ucznia

Zasady pracy z uczniem (należy sformułować zasady, które powinny być bezwzględnie przestrzegane przez wszystkich nauczycieli i specjalistów):

Program nauczania (należy podać numer programu nauczania w wykazie MEN):

- zakres dostosowania programu,
- formy kształcenia,
- metody kształcenia,
- pomoce dydaktyczne.

Program terapeutyczny:

- cele terapii,
- metody terapii,
- formy terapii,
- pomoce terapeutyczne.

Formy zajęć specjalistycznych (realizowane w ramach zajęć rewalidacyjnych):

- zajęcia logopedyczne/terapia mowy,
- zajęcia korekcyjne,
- inne (...).

Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów.

Przykład 2. Program autorski

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNY

Klasa.../rok szkolny....

Imię nazwisko ucznia

Zasady pracy z uczniem (należy sformułować zasady, które powinny być bezwzględnie przestrzegane przez wszystkich nauczycieli i specjalistów):

Program nauczania (należy podać numer programu nauczania w wykazie MEN):

- cele kształcenia,
- formy kształcenia,
- metody kształcenia,
- pomoce dydaktyczne.

Program terapeutyczny:

- cele terapii,
 - procedury osiągnięcia celów (metody, formy organizacji pracy ucznia, pomoce terapeutyczne).
- Formy zajęć specjalistycznych (realizowane w ramach zajęć rewalidacyjnych):
- zajęcia logopedyczne/terapia mowy,
 - zajęcia korekcyjne,
 - inne (...).
- Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów.

Podsumowanie

1. IPE musi być skuteczną odpowiedzią na specjalne potrzeby edukacyjne ucznia.
2. Specjalne potrzeby edukacyjne są określane na podstawie rozpoznanych możliwości i ograniczeń psychofizycznych ucznia.
3. Rozpoznanie potrzeb i możliwości ucznia wymaga współpracy nauczycieli, specjalistów i rodziców.
4. IPE powinien mieć charakter edukacyjno-terapeutyczny.
5. IPE powinien być opracowywany wspólnie przez nauczycieli i specjalistów przy akceptacji rodziców.
6. Osobą koordynującą IPE (zarówno na poziomie ich konstruowania, jak i realizacji) powinien być wychowawca.
7. IPE jest skuteczny. Brak skuteczności IPE najczęściej jest konsekwencją jednej z wymienionych sytuacji:
 - nieprawidłowo przeprowadzonego rozpoznania możliwości i ograniczeń;
 - nieprawidłowo określonego celu;
 - nietrafnie zaprojektowanej procedury osiągnięcia celów;
 - braku „przenikania” części terapeutycznej programu do części edukacyjnej;
 - braku współpracy nauczycieli, specjalistów i rodziców na poziomie rozpoznawania specjalnych potrzeb edukacyjnych;
 - braku współpracy nauczycieli, specjalistów i rodziców na poziomie formułowania programu.

Bibliografia

- Beanich, B., Klaro-Celej, L., Marszczycka-Suchocka, J., Rola, B., Sobocińska, M. (2007). *ABC konstruowania indywidualnych programów edukacyjnych*. Warszawa: Mazowieckie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach. Dz. U., Nr 19, poz. 166.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych. Dz. U., Nr 19, poz. 167.

WYKORZYSTANIE PROFILU PSYCHOEDUKACYJNEGO PEP-R SCHOPLERA W PRAKTYCE SZKOLNEJ – ZASADY PROCESU BADAWCZEGO DZIECKA Z AUTYZMEM I PRZYDATNE WSKAZÓWKI

Nauczyciele pracujący – szczególnie w szkołach życia – z uczniami autystycznymi, upośledzonymi w różnych stopniach, nierzadko zadają sobie pytania: Jak zdiagnozować potencjał edukacyjny dziecka? W jaki sposób planować pracę z nim? Jak sprawdzić, czy zastosowane metody przynoszą oczekiwany efekt? Udzielenie odpowiedzi na te pytania umożliwi Profil Psychoedukacyjny PEP-R Schoplera. Pozwala on stworzyć diagnozę funkcjonalną dziecka i to zarówno w zakresie poszczególnych sfer rozwoju poznawczego, jak i stopnia zaburzeń autystycznych. Możemy zatem nie tylko zauważyć postępy edukacyjne dziecka, poznać jego potencjał, ale również sprawdzić, czy zastosowane przez nas metody sprzyjają rozwojowi i ograniczaniu jego trudnych zachowań, będących często poważną przeszkodą w procesie edukacyjno-terapeutycznym.

Test PEP-R do badania dzieci autystycznych często jest stosowany zamiast standardowych testów do mierzenia ilorazu inteligencji. Istnieje bowiem możliwość wyliczenia na podstawie uzyskanych wyników ilorazu rozwoju, który koreluje z wartościami niektórych testów inteligencji. Mimo że E. Schopler (współtwórca PEP-R) nie jest zwolennikiem opierania się na ilorazie inteligencji – jako na niepewnym wskaźniku faktycznych możliwości dziecka – to jednak sugeruje, że w przypadku osiągnięcia przez dziecko wyniku niższego niż 50 można mówić o upośledzeniu umysłowym. Istotny jest również wiek, w jakim dziecko uzyska taki wynik. Zdaniem Schoplera jeśli dziecko w wieku 3 lat uzyska iloraz rozwoju poniżej 50, to z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że pozostanie upośledzone umysłowo, chociaż nie jest do końca pewne, w jakim stopniu (Bobkowicz-Lewartowska 2000).

W badaniu ucznia autystycznego nie będziemy się jednak kierować potrzebą stwierdzenia czy potwierdzenia konkretnego stopnia upośledzenia, ale przede wszystkim potrzebą zdiagnozowania poziomu umiejętności w poszczególnych sferach. Odnoszenie się do samego ilorazu inteligencji jest mało przydatne w planowaniu oddziaływań edukacyjnych z kilku względów. Po pierwsze, jak słusznie zauważa E. Pisula (2005, s. 16), „taki pomiar bywa obarczony dużym błędem, a czasami diagnosta ma trudności z tym, żeby w ogóle przeprowadzić badanie”. Ponadto badanie inteligencji nie jest tak naprawdę wymiernym obrazem postępów dziecka, gdyż w przypadku osób autystycznych brak jest związku pomiędzy poziomem inteligencji a przystosowaniem społecznym (tamże). Po drugie, zdaniem T. Gałkowskiego (1995), u dzieci autystycznych o bardzo dużych zaburzeniach nie jest możliwe przeprowadzenie badań standardowymi testami inteligencji.

J. Kruk-Lasocka (1994) uważa wręcz, iż w przypadku dzieci autystycznych można raczej mówić o prawdopodobnym upośledzeniu (szczególnie gdy dziecko nie mówi i nie nawiązuje interakcji społecznych), a jeśli już zdecydujemy się na jego stwierdzenie, to poddawanie jego stopnia powinno budzić wątpliwości.

W praktyce jednak prawie każde dziecko autystyczne poddawane jest na terenie PPP

badaniom funkcjonowania poznawczego, kończącym się ustaleniem stopnia upośledzenia. Wymaga tego bezwzględna rzeczywistość szkolna, bowiem, zgodnie z przepisami prawa oświatowego, należy dostosować wymagania programowe do konkretnego stopnia upośledzenia. Brak takiego orzeczenia obliuguje nauczycieli do realizacji podstawy programowej dla dzieci w normie.

Stąd też ogromna odpowiedzialność PPP za dobór testów umożliwiających poznanie realnych możliwości poznawczych dziecka. Obecnie do diagnozy stopnia rozwoju i inteligencji dzieci autystycznych wykorzystuje się m.in. skalę rozwoju dla niemowląt (*Bayley Scales Of Infant Development*), skalę inteligencji Merrill-Palmer, słownik obrazkowy Peabody (PPVT), skalę inteligencji dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym (*Wechsler Preschool and Primary Scale Intelligence WIPPSI*), skalę inteligencji dla dzieci Wechslera – wersja zindywidualizowana (*Wechsler Intelligence Scale for Children – Revised, WSC – R*), międzynarodową skalę wykonawczą Leitnera czy test dojrzałości społecznej Dolla (*The Vineland Social Maturity Scale*). Dobór odpowiedniego testu należy dopasować do poziomu dziecka, a także do ujawnianych przez nie deficytów, np. w przypadku dzieci autystycznych – deficytów komunikacyjnych. Jeśli wobec tych dzieci zostanie zastosowany test wymagający umiejętności językowych, oczywiste jest, że wypadną w nich znacznie poniżej swoich realnych możliwości.

Problem z nieuwzględnianiem deficytów związanych z określonymi zaburzeniami w przeprowadzaniu testów inteligencji dostrzega m.in. K. Peenock (1994). Zdaniem tego autora u dzieci autystycznych, ale i innych dzieci z uszkodzeniem mózgu, mierzenie ilorazu inteligencji jest nonsensem. Wynik testu, szczególnie przeprowadzonego przez specjalistę, który przywiązuje do niego zbyt dużą wagę, tak naprawdę nadaje dziecku etykietę i obarcza je piętnem. Ponadto tacy „specjaliści” zazwyczaj wyznają zasadę, iż raz uzyskany rezultat zmieni się podczas całego życia dziecka nie więcej niż o 10 punktów w dół lub w górę i nie biorą pod uwagę innych oczywistych problemów dziecka. Jako przykład autor podaje następującą historię:

„Kilka lat temu ktoś zadecydował, że jedno z naszych dzieci powinno być poddane testowi inteligencji. Ian, który miał wtedy osiem lat, był dzieckiem ze znacznym uszkodzeniem śródmózgowia i choć nie sprawował kontroli nad ruchami rąk i nóg ani też nie potrafił wyraźnie mówić, to był bardzo roztargniętym chłopcem.

Psycholog przyjechał do domu Iana i pierwszym jego poleceniem było: «Ian, otwórz drzwi!». Ian nie miał możliwości poruszania się po podłodze, na której leżał, bo nie potrafił pełzać. Nie potrafił też wstać i sięgnąć ręką do klamki. Oczywiście drzwi pozostały zamknięte. Psycholog odnotował, że chłopiec nie zrozumiał polecenia!» (tamże, s. 155).

Inną kwestią jest fakt, że wiele dzieci autystycznych poddawanych jest tylko jednemu badaniu inteligencji w ciągu całego życia. Zdaniem E. Schoplera (1995) jest to poważnym błędem.

H. Sękowska (1998) i H. Olechnowicz (1981), stwierdzają, że mierzenie inteligencji specjalnymi testami jest dopiero wstępem do właściwego rozpoznania potencjału rozwojowego jednostki. Dlatego też zaleca się, aby oprócz testów inteligencji przeprowadzane były badania w zakresie profilu inteligencji, do których służą m.in. testy specyficznych uzdolnień, testy przystosowania społecznego czy testy osobowości. Opieranie się tylko i wyłącznie w ciągu całego życia jednostki na wyniku jednego pomiaru ilorazu inteligencji jest poważnym błędem, mogącym przekreślać życie dziecka, bowiem, jak zauważa m.in. O. Speck (2005), zmierzone ilorazy inteligencji nie są stałe, mogą się zmieniać – pozytywnie lub negatywnie – w trakcie rozwoju. Dlatego też nie powinno się podchodzić do wyników tych testów bezwzględnie, nie zakładając możliwości pomyłki czy progresu rozwoju.

Problemy z ustaleniem globalnego poziomu funkcjonowania poznawczego dzieci autystycznych powinny mobilizować nauczycieli do samodzielnego rozpoznania potencjału ucznia. Idealnym rozwiązaniem jest PEP-R, który może być przeprowadzany zarówno przez pedagogów, jak i psychologów.

Pogląd, iż dzieci autystyczne są niemożliwe do badania z uwagi na ujawniający się negatywizm i chaotyczną eksplorację otoczenia, uważam za błędny. Od wielu lat prowadzę na terenie całej Polski badania dzieci autystycznych i jak do tej pory nie zdarzyła mi się sytuacja porażki diagnostycznej. Nie mogę jednak stwierdzić, aby takie badania należały do łatwych i przyjemnych. Nierzadko zdarzają się sytuacje odmowy współpracy, silne stereotypie, fiksacje, autostymulacje, autoagresja, agresja, nadmierna aktywność psychoruchowa bądź bardzo wolne tempo działania. Niemniej jednak nie są to przeszkody niweczące efekt badania.

Nauczyciele pragnący sprawnie monitorować rozwój ucznia autystycznego powinni poznać efektywne metody i zasady przeprowadzania badań z zastosowaniem PEP-R.

Profil Psychoedukacyjny przeznaczony jest przede wszystkim dla dzieci autystycznych, upośledzonych w stopniu umiarkowanym i znacznym. Możliwości jego stosowania są jednak ograniczone – do 7. roku życia, ewentualnie do 12. roku życia, jeśli w określonych sferach ujawniły się opóźnienia i dziecko jest na poziomie dziecka z pierwszej klasy. Istnieją również pewne możliwości wykorzystania testu w stosunku do dzieci autystycznych upośledzonych w stopniu lekkim, jednakże proponuję, aby nie stosować go dłużej niż do 4.–5. roku życia. Nie należy również zbyt wyolbrzymiać końcowego – globalnego – wyniku testu (wiek rozwojowy), gdyż – szczególnie w przypadku dzieci niemówiących – wynik ten ulega wyraźnemu obniżeniu (brak zaliczonych zadań z komunikacji – mowa czynna), co sugeruje znacznie niższy poziom funkcjonowania niż w rzeczywistości.

W literaturze przedmiotu można znaleźć stwierdzenia zakładające, że upośledzenie językowe dzieci autystycznych nie łączy się z ogólnym opóźnieniem umysłowym. W praktyce oznacza to, że dziecko autystyczne niemówiące może uzyskać z testów inteligencji niewymagających posługiwania się mową bardzo wysoki iloraz inteligencji (Peters 1996). Najlepiej więc badać takie dzieci testami niewerbalnymi – jeśli chcemy uzyskać informację o globalnym poziomie funkcjonowania poznawczego. Jeśli natomiast interesuje nas diagnoza funkcjonalna, sferę komunikacji – mowa czynna w PEP-R – można pominąć, nie decydując się jednak na ustalenie końcowego wieku rozwojowego. W tym przypadku należy kierować się jedynie wiekiem rozwojowym innych, uwzględnionych w teście, sfer (każdej sferze przyporządkowany jest określony wiek rozwojowy). Innym rozwiązaniem tego problemu jest zmodyfikowanie zadań z mowy czynnej na zadania z zastosowaniem różnych metod alternatywnej komunikacji.

Profil PEP-R składa się z dwóch skal: pierwsza to skala rozwoju, druga – skala zachowania się dziecka. Zadania przewidziane w skali rozwoju pozwalają na zdiagnozowanie takich sfer, jak: naśladowanie, percepcja, motoryka mała, motoryka duża, koordynacja wzrokowo-ruchowa; czynności poznawcze oraz komunikacja – mowa czynna. Z kolei skala zachowania obejmuje takie obszary, jak: nawiązywanie kontaktów i reakcje emocjonalne; zabawa i zainteresowanie przedmiotami; reakcja na bodźce oraz mowa. Ocenianie zadań w skali rozwoju to: zadanie zaliczone, obiecujące oraz niezaliczone. Oceny w skali zachowania to: odpowiednie, umiarkowanie nieodpowiednie oraz znacznie nieodpowiednie.

Do przeprowadzenia testu niezbędne są narzędzia, których wzór i odpowiednie wymiary zostały szczegółowo opisane przez E. Schoplera i in. (1995, t. 1).

Pierwsze zadania, jakie stoją przed nauczycielami pragnącymi wykorzystywać PEP-R w swojej praktyce pedagogicznej, to dokładne zapoznanie się z rodzajami zadań testo-

wych, szczegółowymi instrukcjami dotyczącymi ich realizacji oraz zasadami oceniania.

Kolejnym krokiem jest przeprowadzenie kilku/kilkunastu próbnych badań wśród małych dzieci z normą intelektualną. Pozwoli to na zdobycie niezbędnego doświadczenia w realizacji zadań, posługiwaniu się narzędziami testowymi oraz opracowywaniu wyników badań. Mając takie przygotowanie, można przystąpić do badania dziecka autystycznego.

Bardzo istotne jest, aby osoba prowadząca badanie z dzieckiem autystycznym знаła dokładnie instrukcje i zasady konkretnego zadania. Najlepiej większości zadań nauczyć się na pamięć, co z pewnością ułatwi przechodzenie z zadania na zadanie (w zależności od zainteresowania dziecka) i proces oceniania. W pracy z uczniami autystycznymi przejawiającymi silne zaburzenia zachowania, ciągłe sięganie po podręcznik i odczytywanie instrukcji jest wręcz niemożliwe i może się zakończyć porażką diagnostyczną. Podobnie jest z zasadami oceniania – najlepiej znać je na pamięć, a sięgać po podręcznik tylko w razie wątpliwości. Bardzo rzadko można spokojnie przeprowadzić badanie i mieć czas na wczytywanie się w podręcznik. Dlatego też proponuję, szczególnie na początku, nagrywać badanie bądź przeprowadzać je w obecności jeszcze jednej osoby, która będzie miała za zadanie wspomagać nas w ocenianiu dziecka.

Równie istotne jak znajomość zadań, instrukcji i zasad oceniania jest przygotowanie pomieszczenia, w którym ma się odbyć badanie. B. Szostak (2004) uważa, iż tylko przeprowadzenie badań w naturalnym środowisku dziecka daje szansę na ich powodzenie. Nie jest to jednak zawsze możliwe, dlatego też należy powziąć wszystkie możliwe kroki, aby pomieszczenie było jak najbardziej przyjazne dziecku, znane i wyciszone. Niewskazane jest również, aby w pokoju takim znajdowały się przedmioty odciągające uwagę dziecka. Wskazane jest natomiast, aby oprócz narzędzi badawczych nauczyciel miał do dyspozycji w sytuacjach awaryjnych przedmioty do stymulacji bądź szczególnie lubiane przez dziecko, co pozwoli na relaks w czasie przerwy. Przedmioty te powinny być skrzętnie ukryte i stosowane tylko w odpowiednich sytuacjach.

Wprowadzając dziecko do pomieszczenia, sami musimy wyczuć, czy dziecko jest od razu gotowe do rozpoczęcia współpracy, czy należy mu dać trochę czasu na oswojenie się. Warto wtedy zacząć ulubioną zabawę z dzieckiem, poturlać się z nim po dywanie (jeśli to lubi), pokazać mu narzędzia badawcze (są to w dużej części różnego rodzaju zabawki edukacyjne), opowiedzieć, co będziemy robić (akcentować wspólną zabawę i przyjemny kontakt).

Kolejnym krokiem jest wybranie miejsca badania. Z własnej praktyki wiem, że dla niektórych dzieci autystycznych (szczególnie tych najmłodszych) siedzenie w ławce stanowi poważny problem. Dlatego też pozwalam na początku, aby dziecko samo zdecydowało, gdzie i w jakiej formie ma się odbyć badanie. Nierzadko jest to podłoga, a czasami dziecko woli stać przy stole. Potem jednak zachęcamy dziecko, aby spróbowało usiąść i popracować przy stole.

Środki służące do zachęcenia dziecka mogą być różnorodne. Konieczne jest jednak wcześniejsze ustalenie z rodzicami bądź z innymi osobami znającymi doskonale dziecko (jeśli sami takiej wiedzy nie mamy), jakiego rodzaju wzmocnienia pozytywne możemy oferować. Jedne dzieci będą gustować we wzmocnieniach rzeczowych (np. słodyczach, rodzynekach), w społecznych (pochwała, okazywanie radości z wykonania zadania itp.), inne we wzmocnieniach dotyczących przywilejów lub aktywności, a jeszcze inne są na tyle przygotowane behawioralnie, że można wobec nich zastosować system żetonowy (czyli opóźnienie w oferowaniu konkretnej nagrody). W tym przypadku każdy nauczyciel musi polegać na własnych umiejętnościach i intuicji pedagogicznej. Nie ukrywam jednak, że najbardziej przydatne okazują się wzmocnienia rzeczowe, oferowane natychmiast po

prawidłowym wykonaniu zadania, wraz ze współwystępującym wzmocnieniem społecznym. Nie należy jednak przesadzać z liczbą i wielkością nagród rzeczowych. Trudno bowiem wyobrazić sobie sytuację, że po każdym zadaniu (a jest ich w sumie ponad 100) dziecko będzie otrzymywało cukierek. Znacznie lepszym rozwiązaniem jest dawanie dziecku małych kawałeczków ulubionych łakoci. Uchronimy się w ten sposób przed nasyceciem dziecka i odmową współpracy. Należy również zapytać rodziców, czy dziecko nie jest na diecie, gdyż wtedy dawanie słodyczy jest niewskazane. Wówczas można wybrać inny rodzaj ulubionego jedzenia bądź starać się wzmacniać poprzez przywileje lub aktywność. Może to być np. zezwolenie na zabawę ulubionym przedmiotem, a nawet na autostymulację.

Badanie dziecka autystycznego za pomocą PEP-R jest więc nie tylko czystą sytuacją diagnostyczną, ale również okazją do szerokiego oddziaływania terapeutycznego.

Mimo że jestem zwolennikiem wzmocnień pozytywnych wobec dzieci autystycznych, w trakcie badania mogą nas zaskoczyć sytuacje wymagające zastosowania wzmocnień negatywnych.

Najczęściej wzmocnienia negatywne kojarzą się nauczycielom z techniką *time-out*. Technika ta polega na zastosowaniu wobec dziecka bodźca awersyjnego (przykrego) celem wywołania oczekiwanej przez nas reakcji, czyli np. ograniczenia lub eliminacji zachowania trudnego. Bodźcem tym jest najczęściej izolacja (np. w innym, bezpiecznym pomieszczeniu), nie dłużej jednak niż na 5–10 minut, aż do uspokojenia się dziecka. Problem tej techniki polega jednak na tym, iż dla niektórych dzieci taka izolacja może być nagrodą i wówczas nasze oddziaływania są zupełnie nieprzydatne. Dlatego też, stosując wzmocnienia negatywne, trzeba bardzo poważnie zastanowić się, co faktycznie będzie dla ucznia przykrym bodźcem.

Nie zawsze jednak wzmocnienie negatywne będzie oznaczać dosłowną izolację. Czasami wystarczy zwykle: „Nie” – powiedziane dość stanowczo, lub pozbawienie dziecka własnej uwagi, wzroku i głosu (metoda wygaszania) – odwrócenie się od dziecka i ignorowanie jego zachowań aż do czasu uspokojenia. Innym razem może to być izolacja ograniczająca, np. unieruchomienie dziecka między swoimi nogami, przytrzymanie jego rąk z wyraźnym i stanowczym „nie” oraz pozbawienie go własnej uwagi, wzroku i głosu. Kiedy wyczuwamy, że dziecko uspokaja się, prosimy o podjęcie przerwanej pracy, a kiedy do niej przystąpi – chwalimy je i wzmacniamy pozytywnie. Jeśli sytuacja trudna pojawi się ponownie, stosujemy wzmocnienia negatywne aż do skutku.

Gdy natomiast niewłaściwe zachowanie w trakcie badania miało na celu wyrządzenie szkody, wówczas – po uspokojeniu dziecka wymienionymi sposobami – powinniśmy przystąpić do jej naprawienia. Do tego możemy wykorzystać inne formy wzmocnień negatywnych w postaci autokorekcji czy hiperkorekcji.

Autokorekcja oznacza najprościej naprawienie szkody przez dziecko. A więc jeśli w trakcie badania dziecko zepsuło zabawkę, to musi ją naprawić. Jeśli zachowanie dziecka jest szczególnie umyślne i celowe, możemy odwołać się do hiperkorekcji. W tym przypadku dziecko nie tylko musi naprawić szkodę, ale również wynagrodzić innym wyrządzone krzywdy poprzez dodatkowy wysiłek.

Inną sytuacją wymagającą interwencji ze strony badającego jest niewłaściwe zachowanie dziecka, jednakże niebędące skutkiem celowego działania, ale wywołane brakiem konkretnej umiejętności. Wówczas warto odwołać się do praktyki pozytywnej, która jednak, w przeciwieństwie do auto- i hiperkorekcji, wymaga poświęcenia większej ilości czasu. Niemniej jednak, jeśli czas na to pozwala, warto odwołać się również i do tej techniki. Najlepiej zaprezentować to na konkretnym przykładzie, np.: dziecko podczas bada-

nia stale dłużej w nosie bez użycia chusteczki. Czynność taką natychmiast przerywamy i stosujemy cykl czynności z użyciem chusteczki (dziecko udaje, że czyści nos przy użyciu chusteczki). Po każdym prawidłowo wykonanym zadaniu dajemy dziecku informację zwrotną, a na koniec cyklu – wzmacniamy pozytywnie.

Na sposób opisać w ramach niniejszego artykułu wszystkich niezbędnych zasad stosowania wymienionych technik, dlatego też zachęcam do samodzielnego przestudiowania odpowiednich książek (np.: Lovaas 1993, Schopler, Reichler, Lansing 1995, t. 2).

Inne techniki behawioralne, takie jak modelowanie (demonstracja przez terapeutę danego zachowania, a następnie powtórzenie go przez dziecko – model może mieć postać wizualną bądź dźwiękową) czy imitacja (uczeń mówi, robi dokładnie to samo lub podobnie, co zaprezentował nauczyciel) uwzględnione zostały przez twórców PEP-R w instrukcjach zadań i należy je stosować tylko w ściśle określonych sytuacjach.

Oprócz wymienionych metod przydatnych do efektywnego przeprowadzenia testu polecam również odmianę wspomagania fizycznego – jednakże zaznaczam, iż nie chodzi tu o wykonywanie wspólnie z dzieckiem konkretnego zadania, ale o zmotywowanie dziecka do działania. Czasami wystarczy położyć dłoń na rękę dziecka, nie ukierunkowując jednakże jego działania. Celem takiego „wsparcia” jest wyłącznie zwrócenie uwagi ucznia na wykonywane zadanie. Ponadto przy udzielaniu wskazówek werbalnych warto wymusić kontakt wzrokowy z dzieckiem. Jeśli jest to niemożliwe, starajmy się przynajmniej, by dziecko patrzyło w kierunku naszej twarzy, co sprawi, że jego dekoncentracja innymi bodźcami będzie znacznie mniejsza. Czasami można dłonią nakierować twarz dziecka na nas.

Kolejna istotna kwestia to sprawa komunikacji z dzieckiem. Jak zaznaczyłam wcześniej, PEP-R pozwala na zdiagnozowanie poziomu komunikatywności ucznia w zakresie mowy czynnej. Co jednak zrobić, jeśli dziecko jest niemówiące bądź mowa pojawia się w znikomym zakresie (ogranicza się do wydawania prostych dźwięków przypominających niekiedy sylaby)?

Istnieją dwa rozwiązania tego problemu. Pierwsze to takie, że wszystkie zadania z zakresu komunikacji – mowy czynnej, oceniamy jako niezaliczone. Jednakże wyniki końcowe w postaci wieku rozwojowego i obiecującego nie powinny być przez nas interpretowane jako wymierne dane. Zawsze bowiem brak zaliczonych zadań z wymienionej sfery obniży w sztuczny sposób wynik końcowy. Poważnym błędem byłoby wyrokowanie na tej podstawie zarówno w sprawie poziomu rozwoju dziecka, jak i jego potencjału. Opieramy się zatem wyłącznie na wieku rozwojowym, przyporządkowanym do innych sfer rozwoju uwzględnionych w badaniu¹.

Drugie rozwiązanie to takie, aby 27 zadań przewidzianych w analizowanej sferze przełożyć dziecku na opanowaną przez nie alternatywną metodę komunikacji. Wybór tej metody pozostawiam do samodzielnej decyzji osobie prowadzącej badanie. Niemniej jednak najczęściej stosuje się wobec dzieci piktogramy lub tabliczki komunikacyjne. Polecam również opieranie się na już ukształtowanych umiejętnościach dziecka, np. w zakresie pisania. Zatem na niektóre pytania uczeń może nam udzielić odpowiedzi pisemnie: na kartce lub na komputerze. Aby w pełni przybliżyć te kwestie, odwołam się do kilku zadań z zakresu komunikacji.

¹ Każdy wynik uzyskany z poszczególnych sfer, np. naśladowania czy czynności poznawczych, odpowiada konkretnej wartości wieku rozwojowego.

Zadanie 69. Jak się nazywasz?

Zadajemy dziecku pytanie: Jak się nazywasz? Jeśli dziecko jest piszące, prosimy, aby napisało swoje imię na kartce. Jeśli dziecko nie pisze, możemy odwołać się do tablic komunikacyjnych z prostymi zwrotami „tak”, „nie”. Wówczas zadajemy kilka pytań z błędnymi imionami dziecka i jedno z właściwym, a zadaniem dziecka jest udzielanie nam odpowiedzi z pomocą tablic. Można również oprzeć się na mowie ciała (odpowiednie skinienia dziecka na „tak” i „nie”).

Zadanie 136. Czytanie krótkich wyrazów: pies, kot, dom itp.

Kładziemy przed dzieckiem kartki z pojedynczymi wyrazami wymienionymi w zadaniu. Na stole przygotowujemy materialne odpowiedniki. Po przeczytaniu wyrazu prosimy dziecko o wskazanie przedmiotu odpowiadającego przeczytanemu wyrazowi.

Zadanie 95. Liczenie klocków

Na nasze pytanie, ile masz przed sobą klocków, dziecko odpowiada, pokazując na palcach bądź zapisując na kartce.

Zadanie 106. Rozwiązywanie zadań w pamięci

Dziecko podaje wynik, zapisując go lub pokazując na palcach.

Warto również zauważyć, że niektóre z zadań przewidzianych do diagnozy komunikacji – mowy czynnej zakładają możliwość wprowadzenia mowy niewerbalnej. Do zadań tych można zaliczyć zadanie 61. *Proszenie o pomoc przy użyciu gestów* oraz zadanie 116. *Nazywanie przedmiotów (dziecko może pokazać na migi)*.

Wybór opcji przeprowadzenia badania sfery komunikacyjnej zależy od decyzji osoby diagnozującej. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że komunikacją (co prawda bierną) są również migi, rysunki, pisanie czy wskazywanie na tablicach komunikacyjnych. W codziennych sytuacjach związanych z oceną rozwoju dziecka autystycznego takie autorskie dostosowanie zadań przez nauczyciela może przyczynić się do lepszego poznania globalnego potencjału dziecka (nie będzie wówczas występowało zaniżenie wyników ogólnych). Umożliwi również sprawdzenie, w jakim stopniu zastosowane wobec dziecka alternatywne metody komunikacji okazały się efektywne w różnych sytuacjach testowych.

Na wykresach 1–2 ukazałam dwa profile psychoedukacyjne 7-letniego autystycznego niemówiącego chłopca. Od roku logopeda wprowadza w życie dziecka alternatywne metody komunikacji. Chłopiec posiada również pewne umiejętności w zakresie pisania i czytania. Informacje te wykorzystano w dostosowaniu zadań ze sfery komunikacyjnej do indywidualnych potrzeb dziecka.

Wykres 1 ukazuje nam profil rozwojowy i obiecujący przy zastosowaniu do zadań ze sfery komunikacji alternatywnych metod komunikacyjnych.

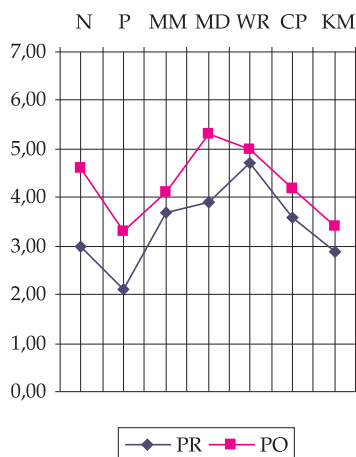
Jak widzimy, wiek rozwojowy komunikacji z otoczeniem plasuje się na poziomie dziecka 3-letniego, natomiast wiek obiecujący (potencjał dziecka) dla tej sfery wskazuje nam na 3 lata i 6 miesięcy.

Inne wyniki uzyskalibyśmy, gdybyśmy zastosowali sztywne zasady testowania (wykres 2). Wiek rozwojowy dla komunikacji (mowa czynna) to 8 miesięcy, natomiast wiek obiecujący to zaledwie 1 rok i 4 miesiące.

Na kolejnym wykresie (3) ukazałam również zmiany, jakie zachodzą w ogólnym wyniku w postaci wieku rozwojowego i obiecującego.

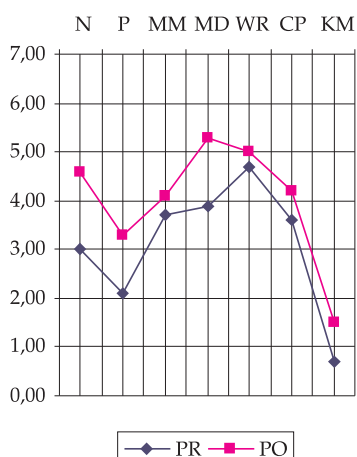
Jak widzimy, w przypadku zastosowania alternatywnych metod komunikacji do zadań ze sfery komunikacji globalny wiek rozwojowy dziecka to 3 lata i 5 miesięcy. Przy sztywnym ocenianiu zadań (wyłącznie mowa czynna) wiek rozwojowy ulega obniżeniu do 2 lat i 10 miesięcy. Zmiany dotyczą również wieku rozwojowego obiecującego (potencjał dziecka

możliwy do osiągnięcia w najbliższym czasie). Przy zastosowaniu alternatywnych metod komunikacji wiek ten plasuje się na poziomie 4 lat i 1 miesiąca, podczas gdy w przypadku braku odwołania się do alternatywnej komunikacji wiek ten wynosi 3 lata i 4 miesiące.

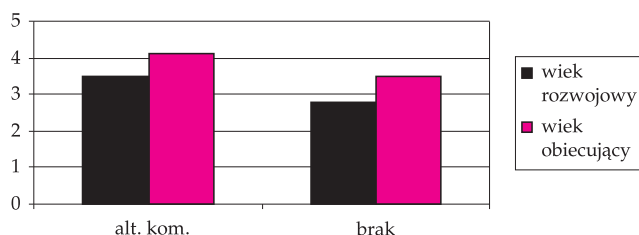


Wykres 1. Profil rozwojowy i profil obiecujący z zastosowaniem alternatywnych metod komunikacji

N – naśladowanie; P – percepcja; MM – motoryka mała; MD – motoryka duża; WR – koordynacja wzrokowo-ruchowa; CP – czynności poznawcze; KM – komunikacja mowa czynna; PR – profil rozwojowy; PO – profil obiecujący



Wykres 2. Profil rozwojowy i profil obiecujący bez zastosowania alternatywnych metod komunikacji



Wykres 3. Globalny wiek rozwojowy i obiecujący przy zastosowaniu alternatywnych metod komunikacji oraz bez zastosowania ich w zadaniach z zakresu komunikacji – mowa czynna

Reasumując należy stwierdzić, że zastosowanie PEP-R wobec dzieci autystycznych wymaga od osoby przeprowadzającej badanie wysokich kwalifikacji zarówno merytorycznych, jak i praktycznych. Nie bez znaczenia są również nasze zdolności aktorskie. Badanie bowiem ma przebiegać w atmosferze zabawy, podczas której nie zapominamy, że stale oddziałujemy terapeutycznie na dziecko. Nasza mimika, mowa ciała, zrozumiały i prosty werbalny język jest podstawą nie tylko do prawidłowego przeprowadzenia zadań, ale również stosowania zaprezentowanych w niniejszym artykule elementów metod behawioralnych. Oczywiście są to wyłącznie propozycje, jednak mam nadzieję, że ukazałam możliwości kreatywnego badania, gdzie znajdzie się miejsce i dla wielu innych elementów metod, jak np. Metody Opcji czy V. Sherborne. Najważniejsze jest to, aby zastosowane przez nas metody były efektywne, nie ma bowiem złych i dobrych metod. Są tylko skuteczne i nieskuteczne dla konkretnego dziecka.

Mam nadzieję, że dzięki wielu wskazówkom zawartym w niniejszym artykule proces badania dziecka autystycznego stanie się okazją nie tylko do stworzenia prawidłowej diagnozy funkcjonalnej, ale również sprzyjać będzie nauce i terapii dziecka.

Bibliografia

- Bobkovicz-Lewartowska, L. (2000). *Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Gałkowski, T. (1995). *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*. Warszawa: WSiP.
- Kruk-Lasocka, J. (1994). Autyzm a oligofrenia. *Szkoła Specjalna*, 4.
- Lovaas, I.O. (1993). *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*. Warszawa: WSiP.
- Olechnowicz, H. (1981). Profile psychologiczne dziecka upośledzonego umysłowo w stopniu umiarkowanym. W: T. Gałkowski (red.), *Zaburzenia osobowości dzieci i młodzieży*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem.
- Peenock, K. (1994). *Ratowanie dzieci z uszkodzeniem mózgu*. Toruń: Wydawnictwo „Bookinista-Graffiti BC”.
- Peeters, T. (1996). *Autyzm*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Pisula, E. (1995). Efektywność działań terapeutycznych podejmowanych wobec dzieci z autyzmem. W: E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Schopler, E., Reichler, R.J., Dansing, M. (1995). *Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju*. T. 1.: *Profil Psychoedukacyjny PEP-R*. T. 2.: *Techniki nauczania dla rodziców i profesjonalistów*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Sękowska, H. (1998). *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa: WSPS.
- Speck, O. (2005). *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Szostak, B. (2004). Rzecznictwo interesów uczniów z autyzmem wobec poradni psychologiczno-pedagogicznych. W: A. Rajner, J. Wygnańska (red.), *Rzecznictwo: jak skutecznie zabiegać o realizację praw osób z autyzmem i innymi całościowymi zaburzeniami*. Warszawa: Wydawnictwo Fundacji Synapsis.

BERNADETTA WĘCŁAWIK

APS, Warszawa

PROGRAM PERCEPCYJNO-MOTORYCZNY – Z DOŚWIADCZEŃ PEDAGOGA WSPIERAJĄCEGO

W ciągu pierwszych lat studiów, w trakcie wolontariatu, pracy zawodowej z dziećmi niepełnosprawnymi uświadomiłem sobie, że nie ma jednej skutecznej metody terapeutycznej wspomagającej rozwój dziecka z trudnościami rozwojowymi i szkolnymi. Poszukiwania nasze często ograniczają się do korzystania z tego, co znane, bezpieczne, akceptowane, zbadane. Praca pedagogów specjalnych polega w głównej mierze na odkrywaniu tego, co nieznanne. Dostrzegamy, próbujemy, doświadczamy, badamy, wyciągamy wnioski oraz komentujemy. Działania te ocenia przede wszystkim dziecko. Jeśli doświadczy ono zmian, to z czasem dostrzeże je również troskliwy rodzic czy opiekun, nauczyciel-obszernator,

a może też rówieśnik z ławki szkolnej. Ocenie podlegają właściwie efekty naszej pracy, a nie nasze działania. Często długo na nie czekamy, jednak czasami szybkość oddziaływań może nas zaskoczyć.

Mając to na uwadze, po miesiącach pracy w placówce wczesnej interwencji rozpoczęłam pracę w Szkole Podstawowej nr 41 w Warszawie z oddziałami integracyjnymi na stanowisku pedagoga wspierającego w klasie III. Wcześniej byłam uczestnikiem szkolenia w Akademii Pedagogiki Specjalnej w ramach projektu badawczego A. Olechowskiej *Metody terapii zaburzeń neurorozwojowych u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym*, grudzień 2008 r., zorganizowanego dzięki kooperacji polsko-brytyjsko-australijskiej. Zostaliśmy przygotowani – nauczyciele nauczania zintegrowanego, pedagodzy specjalni, logopedzi, psychologzy – do współprowadzenia badań, a w ich toku do prowadzenia przez 10 tygodni ćwiczeń z dziećmi według programu *Move to Learn*.

Zanim przedstawię zarys pracy z dziećmi i współpracę z nauczycielami, rodzicami, dokonam krótkiego przeglądu programów percepcyjno-motorycznych, które można dostrzec obecnie w szkole zorientowanej na ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i które wymagają małych nakładów finansowych. Co ciekawe, trzy z omówionych przeze mnie programów miały swe początki w latach 60., 70. XX w. Współczesna terapia wraca do tego co dawne – terapii opartej na ruchu, doświadczeniach percepcji, współdziałaniu obu z nich.

Pierwszym systemem, jaki wymienię, jest system percepcyjno-motoryczny N.C. Kepharta – początki działań – lata 70. XX w. Dziecko, jak stwierdza Kephart (1970), powinno rozwijać się poprzez różnorodne ćwiczenia praktyczne. Szczególnie istotne jest doskonalenie systemu percepcyjno-motorycznego, asocjacja danych sensorycznych z danymi ruchowymi. Dziecko od najmłodszych lat powinno manipulować własnym ciałem i małymi przedmiotami. W tych manipulacjach musi sprawdzić wszystkie możliwe reakcje mięśniowe, jakie wykazuje. Wiąże się to z odkrywaniem potencjału ruchowego. Powinno także wypracować korelację między odbieranym bodźcem czuciowym a wykonywaną reakcją ruchową oraz rejestrować istniejące między rzeczami związki i mechanizmy ich współzależności (rozbiierać rzeczy na części składowe, sprawdzać, jak działają, a następnie składać je). Zdaniem Kepharta (tamże, s. 22) nie można rozdzielać procesów odbioru wrażeń zmysłowych (doznań percepcyjnych) i przekazywania impulsów nerwowych (reakcji ruchowych). Czynności percepcyjne i czynności motoryczne powinny być traktowane jako jedność percepcyjno-motoryczna. Dlatego też w każdym działaniu pedagogicznym trzeba mieć to na uwadze. Całkowita działalność związana z wykonywanym zadaniem obejmuje cztery procesy: odbiór, integrację, przekazywanie (nadawanie) oraz sprzężenie zwrotne bodźców nerwowych. Jeżeli któryś z tych procesów przebiega błędnie, dziecko może doświadczać trudności w nauce. Ważne jest, by kształtować równolegle zdolności percepcyjne i motoryczne oraz specjalną uwagę poświęcić sprzężeniu zwrotnemu, czyli połączeniu tych procesów.

Drugim programem, mam nadzieję dobrze znanym nauczycielom, jest Metoda Dobrego Startu – modyfikacja francuskiej metody *Bon Depart* dokonana w latach 60. przez M. Bogdanowicz i przeniesiona na grunt polski. Celem jej jest stworzenie warunków do integracji percepcyjno-motorycznej za pośrednictwem jednoczesnego usprawniania funkcji słuchowych, wzrokowych i dotykowo-kinestetyczno-ruchowych oraz harmonizowanie za ich pomocą wszystkich funkcji psychomotorycznych. Pomocne są w tym ćwiczenia wspomagające, w ramach których występują elementy usprawniające funkcjonowanie analizatorów uczestniczących w czytaniu i pisaniu, a mianowicie: słuchowego (piosenka – muzyka i tekst), wzrokowego (wzór graficzny – figura geometryczna lub litera) i kinestetyczno-ruchowego

(wykonywanie ruchów zharmonizowanych z rytmem piosenki w celu odtwarzania wzorów graficznych), oraz powodujące lepsze ich współdziałanie. (Dykcik 1994).

Program, który wdrożyłam do działań edukacyjno-wychowawczych, to australijski system percepcyjno-motoryczny *Move to Learn*. B. Pheloung, specjalistka w zakresie trudności w uczenie się, w drodze poszukiwań naprawczych stworzyła sekwencje ruchów, zwanych w polskim tłumaczeniu *Dziesięć perełek dla mózgu*. Jej zdaniem częstym źródłem niepowodzeń w uczeniu się są problemy natury biologicznej, a nie edukacyjnej (Pheloung 2006). Niedojrzałość systemu nerwowego, występowanie odruchów pierwotnych w formie przetrwałej predysponuje dziecko do popełniania błędów już w pierwszych latach nauki szkolnej. Brak stabilizacji w pozycji siedzącej – uczeń podpira się łokciem, wolne tempo przepisywania tekstu z tablicy szkolnej, bazgranie zamiast kształtnych liter, ograniczony zakres ruchu w pozycji siedzącej „na kokardkę” na dywanie, słabe czucie własnego ciała, ograniczona kontrola mięśniowa przy wykonywaniu prostych działań motoryki małej bądź dużej może składać się, w dalszej konsekwencji, na niską samoocenę ucznia.

Program *Move to Learn* to ćwiczenia wprowadzające – stały element codziennych zajęć oraz sekwencje ruchów. Kolejność wykonywanych ćwiczeń ma ogromne znaczenie, bowiem – tak jak w rozwoju zdrowego dziecka – wszystko powinno przebiegać w sposób harmonijny. Dziecko w określonej kolejności nabywa i rozwija konkretne sprawności i umiejętności już od pierwszych dni swego życia (Cieszyńska, Korendo 2008). Bez odpowiedniego wsparcia, obserwacji można przeoczyć moment krytyczny, w którym dziecko potrzebowało pomocy. Działania naprawcze programu to zadania trudniejsze bazujące na najprostszych. Właściwa kolejność daje poczucie kontroli dziecku nad tym, co się dzieje, stałość elementów – poczucie bezpieczeństwa, osiągnięty sukces, indywidualne tempo pracy, postępowanie samonaprawcze, systematyczność – kształtuje u dziecka świadomość, iż wprowadzony zestaw ćwiczeń to potrzebne działania, niezbędne w osiągnięciu dojrzałości do uczenia się.

Dokładniejszej analizy programu, prezentacji wyników badań dokonała A. Olechowska (2009, s. 156–158), ja natomiast pragnę przedstawić swoją pracę oraz spostrzeżenia po przeprowadzonym programie w klasie integracyjnej.

Warto wspomnieć, że od początku bacznie przyglądałam się moim poczynaniom. Pracę nad projektem, po uprzednim szkoleniu, rozpoczęłam od rozmowy z dyrekcją, gronem pedagogicznym, rodzicami, dziećmi. Ważne jest, by zyskać przychyłność, jak również pomoc osób, dzięki którym realizowane zadanie może być bardziej efektywne. Badania prowadziłam w dwóch grupach: kontrolnej i eksperymentalnej; obie liczyły niespełna dwadzieścioro dzieci z klas integracyjnych. Program rozpoczął się i zakończył diagnozą umiejętności szkolnych. Trzecim etapem było przygotowanie dzieci do 50-dniowego programu. Do wykonywania ćwiczeń wystarczył nam dywan, wywietrzone pomieszczenie, gotowość do pracy, stałość godzin zajęć (przed określoną czynnością). Sesja trwała 20–30 minut każdego dnia przed rozpoczęciem zajęć porannych lub popołudniowych.

Ze względu na to, że praca obejmowała dzieci z różnymi trudnościami rozwojowymi (autyzmem, zespołem Aspergera, ADHD, niepełnosprawnością intelektualną, nieharmonijnym rozwojem), trudnościami w uczeniu się (ryzykiem dysleksji), miała podwójny walor rewalidacyjny. Polecenia proste, zrozumiałe, rzeczowe, prezentacja ćwiczeń przez nauczyciela, systematyczność, konsekwencja pozwoliły uczniom na szybkie wdrożenie się w sekwencję wykonywanych ruchów. Praca nad oddechem, ćwiczenia oczu, działania wyszczupiające, baraszkowanie na dywanie: turlanie się, ślizganie na brzuchu, jednostronne pełzanie, naprzemienne pełzanie, pełzanie na brzuchu, pełzanie na plecach, kołysanie się itd. wypracowało u niektórych dzieci gotowość do wykonywania tych zadań w domu. Dzieci

pamiętały o kolejności wykonywanych ćwiczeń, bowiem by przejść do następnego, trzeba udoskonalić poprzednie. Uczeń z autyzmem zatrzymał się na turlaniu i nie sygnalizował gotowości przejścia do następnego ćwiczenia.

Metoda nauczyła mnie, że dzieci w toku działań motoryczno-sensorycznych często same dokonują działań naprawczych. Warto im dać szansę, czas i miejsce. Pokonując trudności na podłodze, przełamywały codzienne trudności szkolne. Najważniejsze dla pedagoga wspierającego powinno być zapewnienie dzieciom poczucia bezpieczeństwa, szczęścia, samorealizacji, akceptacji. Udało się to uzyskać poprzez udział dzieci w innowacyjnym pomysle, obserwację, otoczenie opieką wszystkich, nie tylko tych z etykietką „integracyjne”.

W ciągu pięćdziesięciu dni nie doszliśmy do ostatniego ćwiczenia – naprzemiennego chodzenia. Bardziej istotne jest bowiem wypracowanie gotowości, celowości, systematyczności ćwiczeń. Zaskakującą poprawę w uczeniu się, przygotowaniu do zajęć zaobserwowałyśmy wraz z nauczycielką nauczania zintegrowanego u dwóch uczniów z diagnozą ryzyka dysleksji rozwojowej: zdecydowanie lepsza uwaga mimowolna i celowa, koncentracja na zadaniu, ignorowanie dystraktorów, sumiennosc, lepsze wyniki w nauce. Po zrealizowaniu programu czułam jednak pewien niedosyt. Według mnie trwał za krótko i nie przepracowałam wszystkiego tak, jak należy.

Ostatnim etapem części mojego projektu było zaprezentowanie rodzicom filmu, który nakręciłam dzięki współpracy z D. Błażejczyk. Film ukazywał wszystkie ćwiczenia, jakie opanowali uczniowie w ciągu tych kilku miesięcy. Na zebraniu dowiedziałam się, iż dzieci z grupy ryzyka dysleksji, z zaburzeniami w rozwoju wykonują ćwiczenia w domu. Program spełnił więc swoje zadanie. Pomimo braku surowych wyników badań uważam, że uczniowie osiągnęli indywidualny sukces. Gratyfikacją pedagoga wspierającego jest postęp ucznia w toku działań rewalidacyjnych. Zapominamy, że nasze dzieci nie są złe, często same sobie potrafią poradzić, warto dać im szansę sprawdzenia swoich możliwości, bez nacisku, a w toku doświadczeń osobistych. Bez oceny, poprzez terapeutyczną zabawę.

Zachęcam moje koleżanki i kolegów pedagogów wspierających do sięgania też po nieznaną na polskim gruncie metody terapeutyczne. Wystarczy chcieć spróbować. Zachęcam do poszukiwań, tych z zakresu praktyki pedagogicznej.

Bibliografia

- Cieszyńska, J., Korendo, M. (2008). *Wczesna interwencja terapeutyczna*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Dykcik, W. (1994). *Autyzm: kontrowersje i wyzwania*. Poznań: Wydawnictwo Eruditus.
- Kephart, N.C. (1970). *Dziecko opóźnione w nauce szkolnej*. Warszawa: PWN.
- Olechowska, A. (2009). *B. Pheloung: School floors. Effective perceptual movement programs for your classroom*. Iceform by Ltd., Barbara Pheloung 2006, ss. 291, *Szkoła Specjalna*, 2.
- Pheloung, B. (2006). *School floors. Effective perceptual movement programs for your classroom*. Manly: Iceform by Ltd.

JOLANTA ZOZULA
APS, Warszawa

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Kto może się ubiegać o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

O wydanie orzeczenia o niepełnosprawności może się ubiegać każda osoba, u której występuje trwała lub okresowa niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodująca niezdolność do pracy. Cechy te ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych traktuje jako przesłanki niepełnosprawności (Dz. U. 1997, Nr 123, poz. 776 ze zm). Tak więc wszystkim osobom niepełnosprawnym, niezależnie od wieku, przysługuje prawo do ubiegania się o wydanie dokumentu potwierdzającego, że ich sprawność oraz zdolność do samodzielnej egzystencji jest zaburzona lub ograniczona.

Wiek, w jakim znajduje się osoba w chwili, gdy ubiega się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, wpływa jedynie na treść tego dokumentu. Osobom, które nie ukończyły 16. roku życia, wydaje się orzeczenia o niepełnosprawności bez określania stopnia niepełnosprawności. W ich przypadku niepełnosprawność rozumiana jest jako naruszenie sprawności fizycznej lub psychicznej o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodujące konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku. W przypadku natomiast osób, które ukończyły 16. rok życia, w orzeczeniu o niepełnosprawności określa się stopień niepełnosprawności.

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wyróżnia trzy stopnie niepełnosprawności:

- znaczny – dotyczy osób z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolnych do pracy albo zdolnych do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagających, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- umiarkowany – dotyczy osób z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolnych do pracy albo zdolnych do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagających czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych;
- lekki – dotyczy osób o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, dające się kompensować za pomocą wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Określenia stopni niepełnosprawności zostały wprowadzone przez omawianą, obecnie obowiązującą ustawę. Do momentu jej wejścia w życie, tj. do 1998 r., osoby

niepełnosprawne zaliczane były przez komisje inwalidztwa i zatrudnienia do jednej z trzech grup inwalidzkich. Orzeczenia, które zostały przez nie wydane, na stałe są ważne i nadal obowiązują. W związku z tym obecnie używane są dwa rodzaje nazewnictwa określającego niepełnosprawność. Są to stopnie niepełnosprawności oraz grupy inwalidzkie. W celu ich ujednoczenia przyjęto, że:

- znaczny stopień niepełnosprawności odpowiada I grupie inwalidzkiej,
- umiarkowany stopień niepełnosprawności odpowiada II grupie inwalidzkiej,
- lekki stopień niepełnosprawności odpowiada III grupie inwalidzkiej.

Zasadą jest, że osobom z przyznaną grupą inwalidzką przysługują takie same uprawnienia jak osobom legitymującym się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności. W wyjątkowych sytuacjach skorzystanie przez nie z określonych przywilejów uwarunkowane jest posiadaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (jak np. uzyskanie skierowania do uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej). Wówczas osoby te mogą składać wnioski o ustalenie stopnia niepełnosprawności do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Jak zdobyć orzeczenie o niepełnosprawności

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przewiduje dwuinstancyjną drogę ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności. Organem pierwszej instancji są powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Do tej właśnie instytucji należy złożyć wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności. Może z nim wystąpić sama osoba zainteresowana, jej przedstawiciel ustawowy albo – za zgodą osoby niepełnosprawnej – ośrodek pomocy społecznej. Wniosek powinien zostać złożony do właściwego miejscowo (ze względu na miejsce pobytu osoby zainteresowanej) powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. W przypadku osób, które z różnych powodów przez dłuższy czas pozostają poza miejscem stałego pobytu (bezdomnych, przebywających w zakładach karnych i poprawczych, w domach pomocy społecznej, ośrodkach wsparcia oraz miejscach służących poprawie zdrowia) ustala się właściwy miejscowo powiatowy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra gospodarki, pracy i polityki społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2003, Nr 139, poz. 1328), wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności powinien zawierać:

- 1) imię i nazwisko dziecka, przedstawiciela ustawowego dziecka lub osoby zainteresowanej, datę i miejsce urodzenia dziecka lub osoby zainteresowanej;
- 2) adres zamieszkania lub pobytu dziecka albo osoby zainteresowanej, numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego ich tożsamość;
- 3) określenie celu, dla którego niezbędne jest uzyskanie orzeczenia;
- 4) dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej dziecka lub osoby zainteresowanej w przypadku wniosku o orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności;
- 5) oświadczenie osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego dziecka o prawdziwości danych zawartych we wniosku.

Ponadto należy do niego dołączyć dokumentację medyczną, wydaną nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku, oraz inne dokumenty, które mogą mieć znaczenie przy wydawaniu orzeczenia o niepełnosprawności.

Sprawy dotyczące wydania orzeczenia o niepełnosprawności są rozpoznawane przez co najmniej dwuosobowy skład orzekający. O terminie posiedzenia, nie później niż 14 dni przed dniem rozpatrzenia wniosku, powinna zostać zawiadomiona osoba zainteresowana lub jej przedstawiciel ustawowy. Ich stawiennictwo na posiedzeniu jest obowiązkowe. Wyjątkowo natomiast skład orzekający może rozpoznać sprawę i wydać orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności bez uczestnictwa w posiedzeniu osoby zainteresowanej lub dziecka i jego przedstawiciela ustawowego w sytuacji, gdy:

- lekarz przewodniczący składowi orzekającego uzna posiadaną dokumentację medyczną za wystarczającą do wydania oceny stanu zdrowia, może być ona wydana bez badania bądź
- jeżeli osoba zainteresowana lub dziecko nie mogą uczestniczyć w posiedzeniu składowi orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo, potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim. Wówczas badanie przeprowadza się w miejscu pobytu tej osoby lub dziecka.

W orzeczeniu wydanym przez organ pierwszej instancji poza określeniem niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności należy zawrzeć wskazania dotyczące osoby niepełnosprawnej. W szczególności powinny się w nim znaleźć informacje dotyczące:

- odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości danej osoby;
- szkolenia, w tym specjalistycznego;
- zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej;
- uczestnictwa w terapii zajęciowej;
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby;
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, tj. z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki;
- konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji;
- konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Od orzeczenia powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności przysługuje odwołanie do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jako organu drugiej instancji. Odwołanie wnosi się w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia za pośrednictwem powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

W sytuacji, gdy treść orzeczenia wydanego przez organ drugiej instancji nie satysfakcjonuje osoby zainteresowanej, przysługuje jej prawo wystąpienia na drogę sądową. Od orzeczenia wydanego przez wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności można bowiem odwołać się, w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia, do okręgowego sądu pracy i ubezpieczeń społecznych. Odwołanie powinno być wniesione za pośrednictwem organu, który wydał orzeczenie, tj. wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Podkreślić należy, że ten rodzaj postępowania jest wolny od kosztów sądowych na podstawie art. 96 ust.1 pkt. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. 2005, Nr 167, poz. 1398).

Posiadanie przez osobę niepełnosprawną orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności nie stoi na przeszkodzie ponownemu złożeniu wniosku o wydanie takiego dokumentu w sytuacji zmiany jej stanu zdrowia.

Osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności otrzymuje odpowiednią legitymację.

Co daje osobie niepełnosprawnej posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483) w art. 32 ust. 1 mówi, że wszyscy są równi wobec prawa. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Przyznanie pewnym grupom społecznym określonych przywilejów nie jest naruszeniem zasady równości, a jedynie przejawem objęcia niektórych obywateli szczególną ochroną prawa. Niewątpliwie jest ona uzasadniona w przypadku osób niepełnosprawnych. Ich sytuacja faktyczna jest odmienna, znacznie trudniejsza od tej, w jakiej znajdują się ludzie zdrowi, w pełni sprawni. Osoby te nie są zdolne do właściwego wypełniania ról społecznych, często wręcz do samodzielnej egzystencji. Fakt ten obliguje do przyznania im konkretnych uprawnień i przywilejów. Jest to jednak możliwe jedynie w sytuacji, gdy posiadają one orzeczenie o niepełnosprawności. Udokumentowana w ten sposób niepełnosprawność jest podstawą do objęcia danej osoby działalnością rehabilitacyjną, zmierzającą do osiągnięcia przez nią możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. Rehabilitacja osób niepełnosprawnych odbywa się na dwóch płaszczyznach. Są to:

- 1) rehabilitacja zawodowa, która ma na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego przez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy;
- 2) rehabilitacja społeczna dążąca do umożliwienia osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym.

Bezrobotna osoba niepełnosprawna może uzyskać jednorazowo środki na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej. W sytuacji zaś, gdy prowadzi ona już działalność gospodarczą albo własne lub dzierżawione gospodarstwo rolne, może otrzymać ze środków Funduszu Pracy dofinansowanie do wysokości 50% oprocentowania kredytu bankowego, zaciągniętego na kontynuowanie tej działalności (jeżeli nie skorzystała z pożyczki bądź spłaciła ją w całości).

Osoba niepełnosprawna będąca pracownikiem w rozumieniu przepisów prawa pracy korzysta ze szczególnej ochrony:

- jej czas pracy nie może przekraczać 8 godzin na dobę oraz 40 godzin tygodniowo (przy umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo),
- nie może być zatrudniana w porze nocnej i godzinach nadliczbowych,
- jest uprawniona do dodatkowej 15-minutowej przerwy w pracy wliczanej do czasu pracy,
- osobom o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni w roku kalendarzowym,
- osoba z orzeczonym znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności ma prawo do zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.

Ponadto osoba legitymująca się orzeczeniem o niepełnosprawności jest uprawniona do poruszania się z psem asystującym i wstępu z nim do obiektów użyteczności publicznej. Może ona korzystać z:

- ulgowych przejazdów środkami transportu zbiorowego,
- ulg podatkowych,
- ulg w opłacie paszportowej,
- dofinansowania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, likwidacji barier architektonicznych, likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych, zakupu środków ortopedycznych, turnusów rehabilitacyjnych.

Są to tylko niektóre przywileje, które przysługują osobom legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności. Ich liczba, rodzaj oraz wysokość poszczególnych ulg są uzależnione od stopnia niepełnosprawności. Jako przykład wskazać można uprawnienie osób z orzeczonym umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności do wynikających ze wskazań medycznych świadczeń gwarantowanych w postaci znieczulenia ogólnego podczas zabiegów stomatologicznych oraz kompozytowych materiałów światłoutwardzalnych do wypełnień. Poza tym osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności są zwolnione od opłat abonenckich za radio i telewizję.

Orzeczenie o niepełnosprawności jest podstawą do objęcia osoby niepełnosprawnej szczególną ochroną i opieką państwa.

Bibliografia

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* Dz.U., Nr 78, poz. 483.
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.* Dz.U., Nr 139, poz. 1328.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.* Dz. U., Nr 96, poz. 861.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2004 r. w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń.* Dz.U., Nr 261, poz. 2601.
- Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.* Dz.U., Nr 80, poz. 350 ze zm.
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1992 r. o uprawnieniach do bezpłatnych i ulgowych przejazdów środkami transportu zbiorowego.* Dz.U., Nr 54, poz. 254.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.* Dz.U., Nr 123, poz. 776 ze zm.
- Ustawa z dnia 21 kwietnia 2005 r. o opłatach abonamentowych.* Dz.U., Nr 85, poz. 728.
- Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.* Dz.U., Nr 167, poz. 1398.
- Ustawa z dnia 13 lipca 2006 r. o dokumentach paszportowych.* Dz.U., Nr 143, poz. 1027.

DITTA BACZAŁA
 JACEK J. BŁESZYŃSKI
 MARZENNA ZAORSKA
 UMK, Toruń

**SPRAWOZDANIE Z XII
 ROSYJSKO-AMERYKAŃSKIEJ
 KONFERENCJI NAUKOWEJ
 SANKT-PETERSBURG,
 12–14 MAJA 2009**

XII Rosyjsko-Amerykańska Konferencja Naukowa poświęcona była aktualnym problemom kształcenia uniwersyteckiego. Organizatorami konferencji były: Rosyjski Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. A.I. Hercena (Rosja), American Councils for International Education (ACTR/ACCELS) oraz The University of Northern Iowa (USA). Okazją do zorganizowania tak dużego przedsięwzięcia naukowego stały się rocznice uroczyste obchodzone na uniwersytecie w Sankt-Petersburgu, m. in. 90-lecie Wydziału Pedagogiki Korekcyjnej Uniwersytetu Pedagogicznego im. A.I. Hercena, 80-lecie funkcjonowania katedry tyflopedagogiki i 45-lecie katedry oligofrenopedagogiki; także 125 rocznica urodzin wybitnego logopedy M.E. Chwatcewa.

Uroczystego otwarcia konferencji w pierwszym dniu jej trwania dokonał rektor Uniwersytetu Pedagogicznego im. A.I. Hercena G.A. Bordowskij. Kolejno głos zabierali: konsul generalny USA w Sankt-Petersburgu Sheila S. Gwaltney, zastępca konsula USA ds. kultury E. Johnson, dyrektor ACTR, prof. Uniwersytetu Północnej Iowy T. O'Connor, prorektor ds. współpracy z zagranicą S. M. Sziłow. Potem rozpoczęły się obrady plenarne, podczas których prelegenci z Rosji i USA przedstawiali swoje stanowiska dotyczące komunikacji międzykulturowej, roli międzynarodowych konferencji oraz kultury uniwersyteckiej w kształtowaniu opinii publicznej i percepcji istoty edukacji na poziomie wyższym. Pierwszy dzień obrad zakończył uroczysty koncert muzyki klasycznej.

Następnego dnia odbywały się równoległe prace w czternastu sekcjach – obrady plenarne, i w konkretnych sekcjach tematyczno-problemowych poświęcone wybranym obszarom szeroko ujętej pedagogiki szkół wyższych oraz pedagogiki specjalnej. Tym ostatnim przyświecał temat: *Współczesne problemy kształcenia, wychowania oraz socjalizacji osób z niepełnosprawnością oraz zadania uczelni wyższych w zakresie przygotowania pedagogów specjalnych*. W ten sposób, w czasie trwania poważnej, międzynarodowej konferencji pedagogicznej, wysublimowano i uhonorowano pedagogikę specjalną, uznając jej szczególne miejsce w naukach pedagogicznych, wyznaczone przez problemy otaczającej rzeczywistości. Organizatorzy konferencji, podkreślając znaczenie pedagogiki specjalnej w rozwoju nauk humanistycznych, równocześnie wskazali niepodważalny dorobek naukowo-praktyczny Wydziału Pedagogiki Korekcyjnej Uniwersytetu Pedagogicznego im. A.I. Hercena, zgromadzony w ciągu 90-lecia jego istnienia.

Obrady plenarne sekcji pedagogiki specjalnej otworzył dziekan wydziału pedagogiki korekcyjnej prof. W.Z. Kantor, witając serdecznie uczestników i dziękując za przybycie wszystkim gościom, szczególnie tym z zagranicy. Starym rosyjskim zwyczajem podkreślił rolę przyjaźni, która tym różni się od obowiązku, że jest przewidywalna i wynika z ludzkich potrzeb. W obradach plenarnych uczestniczyli i wygłosili referaty: T. O'Connor (Iowa, USA), W.P. Sołomin (Sankt-Petersburg, Rosja), D. Lerch (Francja), Ł. Łubikowa (Ołomuniec, Czechy), W. Dykcik (UAM Poznań, Polska), G. Wachtel (Berlin, Niemcy), J.J. Błeszyński (UMK Toruń, Polska), G. Renzelberg (Niemcy), J. Michalik (Ołomuniec, Czechy), W.Z. Kantor (Sankt-Petersburg, Rosja). Prelegenci poruszali następującą problematykę: historia wieloletniej rosyjsko-amerykańskiej współpracy w sferze uniwersyteckiego przygotowania kadr do pracy z osobami niepełnosprawnymi, historia Wydziału Pedagogiki Korekcyjnej Rosyjskiego Państwowego

Uniwersytetu Pedagogicznego im. A.I. Hercena, francuskie szkolnictwo specjalne w latach 1882-2005, przygotowanie kadr dla pedagogiki specjalnej w Czechach i Niemczech, aktualne problemy polskiej pedagogiki specjalnej, zmiany systemowe w pedagogice specjalnej – inkluzja jako społeczne wyzwanie, jakość życia rodzin osób niepełnosprawnych – realizacja pilotażowego projektu *Niepełnosprawni studenci* na Uniwersytecie w Hamburgu, jakość życia rodzin osób niepełnosprawnych – przygotowanie kadr dla pedagogiczno-psychologicznej rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

Równolegle odbywały się obrady w trzech podsekcjach. W każdej zajmowano się odrębną tematyką i każdej przyświecały inne uwarunkowania jubileuszowe. Pierwsza była poświęcona 125 rocznicy urodzin M. E. Chwatcewa, druga 80-leciu katedry tyflopedagogiki, a trzecia 45-leciu katedry oligofrenopedagogiki. Stronę polską reprezentowały: prof. M. Zaorska (UMK w Toruniu) – współprowadząca obrady drugiej sekcji, której wystąpienie dotyczyło przygotowania kadr do pracy z dziećmi o złożonych niepełnosprawnościach w Polsce; prof. E. Jutrzyzna (APS w Warszawie) – omówiła wpływ muzyki na wychowanie dziecka z dysfunkcją wzroku oraz dr Ditta Baczała (UMK w Toruniu) – zaprezentowała kompetencje zawodowe nauczycieli szkół specjalnych w Polsce.

Ostatniego dnia wykłady podsumowujące prace konferencji wygłosili: T. O'Connor (USA), E.W. Puskunowa (Rosja) oraz N.W. Bagramowa i C.M. Sziłowa (Rosja). Poruszono zagadnienia związane z rezultatami współpracy międzynarodowej i jej wpływem na rozwój kształcenia na wyższych uczelniach w świecie. Zakończenie konferencji miało oficjalny charakter.

Dzięki spotkaniu przedstawicieli z Rosji, USA, Niemiec, Czech, Francji i Polski możliwe było podjęcie dyskusji na temat dokonujących się przemian w pedagogice specjalnej – a szczególnie możliwości i ograniczeń, na jakie napotykają praktycy

i teoretycy. Dzięki przeprowadzonej rzeczowej i konstruktywnej dyskusji dokonano analizy porównawczej i przedstawienia konkretnych programów skierowanych na wsparcie osób z poszczególnych grup dyspensoryjnych.

Ważne było również wskazanie przez prof. W. Dykika istotnych kierunków podejmowanych działań w pedagogice osób niepełnosprawnych, jak również omówienie przez dr. hab. J. Bleszyńskiego ewolucji zachodzących w systemach wsparcia, z ukazaniem inkluzji (oraz występującej ekskluzji społecznej) jako zachodzących przemian o charakterze globalnym, światowym.

MARZENNA ZAORSKA
UMK, Toruń

**SPRAWOZDANIE
Z MIĘDZYNARODOWEJ
KONFERENCJI NAUKOWEJ
OSOBA
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ –
ŻYCIE „Z” I „OBOK”. OPIEKA –
TERAPIA – WSPARCIE, TORUŃ,
20–21 MARCA 2009**

Organizatorem konferencji była Pracownia Badań nad Niepełnosprawnością Złożoną Katedry Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. To pierwsza konferencja zorganizowana przez Katedrę Pedagogiki Specjalnej UMK na tak szeroką skalę. Uczestniczyli w niej pedagodzy i psycholodzy specjaliści, logopedzi oraz psychiatrzy, zarówno teoretycy, jak i praktycy, pracujący w obszarze ludzkiej niepełnosprawności; naukowcy zajmujący się zagadnieniami wspomagania rozwoju osób z niepełnosprawnością z większości ośrodków akademickich w Polsce (Warszawy, Krakowa, Szczecina, Lublina, Kielc, Gliwic, Katowic, Radomia, Poznania, Cieszyna, Bydgoszczy i in.) oraz z zagranicy

cy (Litwy, Rosji, Nigerii). Organizatorzy konferencji, proponując tematykę naukowych i praktycznych analiz, starali się objąć szerokie spektrum problemów doświadczanych przez osoby niepełnosprawne oraz środowiska stykające się z dylematem niepełnosprawności.

Zasygnalizowano dyskurs nad wyzwaniem stojącym przed pedagogiką specjalną XXI w., by możliwie globalnie przedstawić istotę niepełnosprawności ludzkiej, uwikłanej w sieci zależności indywidualnych i społecznych, opiekuńczych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych, edukacyjnych, wsparcia oraz wspomaganie w kontekstach odniesionych bezpośrednio do osób doświadczających owego stanu i osób znajdujących się w bliższych lub dalszych relacjach z człowiekiem niepełnosprawnym.

Zagadnienie niepełnosprawności oraz nieprawidłowości w sferze funkcjonowania społecznego cieszy się poważnym, ukierunkowanym, aczkolwiek momentami skrajnie odmiennym zainteresowaniem wielu dyscyplin wiedzy, przede wszystkim pedagogiki specjalnej. Dany stan rzeczy wynika z wieloźródłowych motywacji oraz szerokich korelacji o charakterze historycznym, aktualistycznym, etycznym, racjonalistycznym, społeczno-kulturowym, naukowo-technicznym. Na przestrzeni dziejów bowiem stosunek do osób niepełnosprawnych, ich problemów organiczno-funkcjonalnych, możliwości rozwojowych był zróżnicowany. Na ogół izolująco-stygmatyzujący, połączony z etykietowaniem oraz wyrokowaniem o posiadanych predyspozycjach, indywidualnych zasobach, perspektywach przyszłości i prawach obywatelskich na współudział w życiu społecznym. Dopiero wiek XX przyniósł bardziej skonkretyzowane nastawienia zorientowane na opiekę, rehabilitację, edukację, wsparcie w dążeniach do samodzielności i integrację ze społeczeństwem. Szczególnie ostatnie dziesięciolecie postrzegane mogą być jako te, które zreformowały dominującą, niekoniecznie przychylną, percepcję osoby nie-

pełnosprawnej. Nakierowały także działania współczesnej cywilizacji wobec osób niepełnosprawnych na pomoc, kształcenie i wychowanie, a zatem samorealizację i pozyskiwanie autonomii osobowej.

W czasie obrad plenarnych zaprezentowano 12 referatów dotyczących kwestii integracji społecznej, szczególnie edukacji integracyjnej, rehabilitacji zawodowej, tożsamości ucznia z niepełnosprawnością, wspomaganie osób z autyzmem, niepełnosprawnością sprzężoną i zaburzeniami mowy, sytuacji niepełnosprawnych w Nigerii, zagadnień etycznych w pedagogice specjalnej, uzależniania od współczesnych środków przekazu (prof. I. Chrzanowska, prof. A. Korzon, dr T. Majewski, dr P.T. Nowakowski i dr S. Aletan, prof. A. Twardowski, prof. T. Baśiłowa, prof. A. Rakowska, dr S. Lesinska, prof. T. Żółkowska, prof. Z. Gajdzica, prof. J. Zielińska, prof. M. Jędrzejko).

Obrady w sekcjach zostały podzielone na trzy grupy. Pierwsza koncentrowała się wokół tematyki opieki, druga – terapii, trzecia – wsparcia. W pierwszej sekcji przedstawiono 11 referatów obejmujących tematykę działań opiekuńczych wobec jednostki ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, z ADHD, zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania i emocji, również uwarunkowań integracji, rehabilitacji społecznej i zawodowej (mgr K. Banaszekiewicz, dr W. Baranowska, mgr C. Czech, dr D. Czerwonka, dr n. med. M. Dąbkowski oraz współautorzy: dr M. Dąbkowska, lek. med. B. Gniot, mgr J. Buczkowska, dr M. Dycht, dr A. Wójcik, mgr D. Piskulski, dr D. Podgórska-Jachnik, dr D. Szarkowicz, mgr J. Wolny). W sekcji drugiej zaprezentowano 14 referatów obejmujących wybrane obszary naukowo-praktycznych analiz: samoocena chorych na epilepsję, przystosowanie pełnosprawnego rodzeństwa do życia w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym, postawy rodziców mających dziecko z niepełnosprawnością w procesie terapii, dysfunkcje poznawcze i ich wpływ na jakość życia, zaspokajanie potrzeb realizacji siebie w

procesie terapii logopedycznej, kynoterapia jako metoda wspierania rozwoju, specyfika funkcjonowania dziecka z zespołem Aarskoga-Scotta, umiejętności życiowe chorych z mukowiscydozą, dialog z osobą niepełnosprawną jako element tworzenia „ja” osobowego, problemy funkcjonowania osób głuchoniewidomych, z mózgowym porażeniem dziecięcym, z zniekształceniami twarzy, autystycznych, słyszących dzieci w rodzinie niesłyszących rodziców (mgr A. Bojar, dr D. Chimicz i mgr E. Bujak, dr B. Cytowska, dr n. med. M. Dąbkowska, mgr A. Hamerlińska, dr M. Włodarczyk-Dudka, dr E. Lublińska-Kościołek, dr L. Maksymowicz, dr B. Moraczewska, mgr M. Ostrowski, dr K. Plutecka, dr M. Przybysz-Zaręba, dr B. Szczupał, dr B. Winczura). W sekcji trzeciej 14 prelegentów w 12 referatach omówiło zagadnienia wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością intelektualną, rodziny mającej osoby niepełnosprawne, roli rodziny, pedagoga specjalnego, cechy osobowe specjalistów wspierających, metody Video Interaction Training w obszarze wspomagania człowieka z niepełnosprawnością (dr M. Wlazło, dr I. Ramik, dr E. Dyduch, mgr M. Flanczewska-Wolny i mgr A. Suchon, mgr R. Machalska, dr K. Nowak, dr P. Nowak, mgr K. Czerwińska, dr M.J. Stąpór, dr B. Witkowska, dr K. Bidziński, mgr P. Jurkiewicz i dr M. Starzomska).

W trakcie konferencji podkreślano rolę czynników osobowych w procesie rehabilitacji oraz wspomagania jednostki niepełnosprawnej, empatii, także człowieczeństwa, powołując się na sugestię M. Grzegorzewskiej przedstawioną w *Listach do Młodego Nauczyciela*: „Prawda to bowiem wiecznie żywa, że poza przygotowaniem zawodowym człowieka, poza jego wykształceniem najistotniejszą, naj-

bardziej podstawową i decydującą wartością jego pracy jest Człowieczeństwo” (1996, s. 18). Wskazano na trudności w realizacji działań specjalistycznych, wynikające z braku zrozumienia szczególnej sytuacji rozwojowej i szczególnych potrzeb osób niepełnosprawnych, na dość częste ocenianie ludzi niepełnosprawnych z punktu widzenia ograniczeń i niemożności, a nie posiadanych zasobów i predyspozycji. Konieczność spojrzenia na kwestie niepełnosprawności w ukierunkowaniu na w miarę pełne poznanie, które pozwala na organizację takich działań, które koncentrują się na maksymalnym usprawnianiu, wsparciu, edukacji, prowadzeniu po drodze rozwoju w celu pozyskiwania przez osobę niepełnosprawną autonomii indywidualnej i społecznej, drodze samorealizacji w sposób kreatywny, także drodze tolerancji i poszanowania prawa na inność. Znacząca jest też wiedza merytoryczna i umiejętności praktyczne osób pracujących z ludźmi niepełnosprawnymi oraz ich cechy ogólnoludzkie i predyspozycje wewnętrzne: życzliwość, duża doza zrozumienia, determinacja do pokonywania stereotypów mentalnych, przekraczania granic, które zdają się być nieprzekraczalne, swoistych „rubikonów” obecnych w sobie i innych.

W podsumowaniu konferencji zwrócono uwagę na omówione kwestie oraz zasygnalizowano potrzebę koncentracji na zagadnieniach interdyscyplinarnej współpracy w procesie poznawania zjawiska niepełnosprawności, jak również integracji i rehabilitacji społecznej oraz zawodowej. Organizatorzy zadeklarowali chęć organizowania podobnych konferencji cyklicznie – co dwa lata. Zostało to przyjęte z dużym zainteresowaniem i aprobatą.

LANDAU KLEFFNER SYNDROME (LKS). INFORMATION FOR FAMILIES. Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, GOSH Trust, 2005, ss. 54.

Nie jest to publikacja wysokonakładowa, która będzie rozchwytywana przez rzesze czytelników. To nie beletrystyka, ale pozycja poszukiwana przede wszystkim przez rodziców, u których dziecka zdiagnozowano zespół Landau Kleffnera (ZLK). To kompendium wiedzy, w jaką powinni być wyposażeni rodzice, terapeuci, nauczyciele, a więc wszyscy, którzy mają do czynienia z osobami z nabytą afazją z padaczką.

Nie spotykamy zbyt wielu takich pozycji na polskim rynku wydawniczym. W książce opracowanej przez specjalistów z Great Ormond Street Hospital for Children w przystępny sposób przedstawiono informacje o rozpoznaniu medycznym – przede wszystkim o niezbędnych badaniach (z wyjaśnieniem, czym jest EEG, CT, MRI, MEG), jakie stosuje się, aby można było postawić diagnozę. Najbardziej oczekiwane jest jednak przedstawienie strategii terapeutycznych dotyczących funkcji zaburzonych w tym zespole, tj. języka i umiejętności komunikacyjnych, poznawczych, zachowania, motoryki.

Terapia logopedyczna (*language and communication skills*) spełnia bardzo istotną rolę w nabywaniu umiejętności społecznego funkcjonowania dziecka. Do podstawowych technik pracy z dzieckiem z ZLK zalicza się tworzenie kreatywnych sytuacji, które pozwalają na prawidłowe podtrzymywanie już posiadanych umiejętności, jak również radzenie sobie z występującymi trudnościami w komunikacji społecznej. Ważne jest stwarzanie dziecku sytuacji, dzięki którym odniesie sukcesy na poziomie komunikacji z osobami starszymi, a przede wszystkim rówieśnikami. Istotne jest, aby dziecko nie było izolowane, etykietyzowane czy wręcz dyskryminowane w środowisku rówieśniczym. Takie podejście umożliwi dziecku włączenie go – oczywiście w miarę jego możliwości – w proces edukacyjny.

Działalność terapeutyczna ma charakter przede wszystkim usprawniający i wspomagający. Najczęściej ukierunkowana jest obja-

wowo oraz dostosowana do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka. Podstawowym kryterium są zainteresowania dziecka oraz możliwość przenoszenia komunikacji na jak najszersze pole. Udzielane wsparcie ma charakter długoterminowy, jego celem jest doprowadzenie do jak najpełniejszego rozwoju mowy. W przypadku wystąpienia trudności u niektórych dzieci konieczne jest wykorzystanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji. Efektywna w komunikacji okazuje się wizualizacja, polegająca na wykorzystaniu pozawerbalnych informacji w dokonywaniu przekazu. Podstawą techniką zaliczaną do manualnych jest gest, który można stosować w celu uzyskania maksymalnie zrozumiałego przekazu. Gest może być postrzegany przez dziecko z otoczenia jako naturalny, pochodzący z języka migowego czy Makatonu. Możliwe jest wykorzystanie technik graficznych, jednak jest to zależne od poziomu i możliwości psychofizycznych dzieci – bądź przechodzenia od desygnatu, przez fotogram, rysunek do piktogramu w przypadku niższego rozwoju (zarówno związanego z wiekiem, jak i występującymi zaburzeniami), bądź bezpośrednie wykorzystanie staremu PCS.

Równoległe do prowadzonej terapii wydobycia głosu i prawidłowej artykulacji u dzieci, które nabyły umiejętność czytania i pisania, można stosować wspomaganie szeroko rozumianej komunikacji. Ważne jest kontynuowanie nabywania umiejętności fonologicznych, jak również czytania, z umiejętnością wykorzystania zasad fonetycznych, a w wypowiedziach pisemnych zasad gramatycznych i ortograficznych. Mimo występujących trudności dziecko powinno mieć możliwość samodzielnego doświadczania systemu językowego i nabywania umiejętności autokorekcji.

W przypadku fonacji i artykulacji konieczne jest skupienie się na problematyce zachowania poprawnego tempa wypowiedzi oraz wysokości artykułowanych dźwięków.

Terapia pedagogiczna (*other cognitive abilities*). Równoległe do powstającego komunikatu występuje uspołecznienie przekazu informacji z wykorzystaniem kontaktu wzrokowego i mimiki. Dzieci z ZLK mają trudności w łączeniu przekazu informacji ze świadomością

mym działaniem, co często rekompensują gestem. W przypadkach skrajnych obserwowane są zaburzenia o charakterze mowy echolalicznej – w odróżnieniu od prostej echolalii nierzadko upodabnia to mowę do zaburzeń opisywanych w autyzmie. Trudności w generalizowaniu, koncentracji uwagi, również brak schematu wypowiedzi mogą sugerować występowanie opóźnienia w rozwoju (jak też upośledzenia umysłowego) oraz konieczność zastosowania specjalnych technik edukacyjnych, np. TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*). Konieczne jest prowadzenie wizualizacji oraz treningu społecznego. W odróżnieniu od dzieci z autyzmem dzieci z ZLK potrafią prawidłowo wchodzić w relacje społeczne oraz modyfikować swoje zachowanie. Istotnym determinantem rozwoju jest czas wystąpienia pierwszych objawów ZLK – im wcześniej, tym większy zakres trudności, na jakie napotyka dziecko, co wynika z nabywania umiejętności na poszczególnych etapach rozwoju.

Problemy z pamięcią i uwagą wynikają z zaburzeń pracy mózgu i są związane z procesem zapamiętywania, szczególnie z przechowywaniem informacji. W przypadku pamięci słownej utrudnieniem jest różnicowanie dźwięków oraz koncentracja uwagi. W procesie wspomagającym funkcjonowanie dziecka na szczególną uwagę zasługują przede wszystkim wizualizacja (która ma charakter wykorzystania nabytej polisensorycznie wiedzy o otaczającym środowisku), jak również wprowadzanie schematyzacji i systematyzacji. Przykładem tego typu działań może być przedstawienie w formie tablic schematu dnia (za pomocą słów, piktogramów, fotografii sytuacji lub przedmiotów), jak również słownictwa (słowniki obrazkowo-słowne). Działania te mają na celu wizualizację, sentencjonowanie, obrazowanie.

Czasem konieczne jest prowadzenie dziecka według programu szkoły specjalnej, a w uzasadnionych przypadkach (np. gdy występuje w stopniu znacznym opóźniony rozwój lub gdy jest ustalony stopień upośledzenia umysłowego) indywidualne nauczanie (1:1 – dziecko i nauczyciel), dostosowane do możli-

wości intelektualnych dziecka. Spośród głównych zaleceń w edukacji specjalnej można wymienić: częstość repetycji, redukcję czynników utrudniających uczenie się, sekwencjonowanie działań dostosowane do rytmu pracy dziecka, realne cele dostosowane do potrzeb i możliwości dziecka, wykorzystanie komunikatorów wspomagających komunikację. W pracy z dzieckiem konieczne jest uwzględnienie architektury klasy (położenia, wielkości, wyciszenia), indywidualnych predyspozycji dziecka (godzin efektywnej pracy, długości pracy i relaksacji), systemu podejmowanej pracy (pozytywne sprzężenie zwrotne – współpraca z dzieckiem, wspólne działanie), wizualizacji działania (wielości poglądowych pomocy).

Modyfikacja zachowań (*behaviour*). Najczęściej zachowanie przedstawione jest jako wynik występujących procesów.

Do podstawowych objawów ZLK zaliczyć możemy zaburzenie koncentracji uwagi oraz komunikacji i aktywności, przez co zespół ten często wiązany jest z ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). Osoby z zespołem występujących zaburzeń w zachowaniu są uciążliwe dla otoczenia, jednak wymienia się kilka uwarunkowań, np. dotyczących czasu (głównie rano), bodźca (wysokie natężenie bodźca), jak również współwystępujących czynników (np. pogoda, stan zdrowia dziecka itp.). Do najczęściej opisywanych zaburzeń zaliczyć należy: nadpobudliwość psychoruchową, brak koncentracji (przerzutność, krótkotrwałość) oraz impulsywność w wykonywaniu działań (bez przemyślenia, bez uprzedzenia), często trudnych do wyperswadowania, wyhamowania. Brak jest jednoznacznego, udokumentowanego związku między występowaniem trudności komunikacyjnych (szczególnie dotyczących mowy i języka) a zachowaniami aspołecznymi, które często określane są jako frustracja, dezorganizacja.

W pracy terapeutycznej prowadzone działania mają na celu przede wszystkim poprawienie funkcjonowania systemu nerwowego (prawidłowej aktywności neurodynamicznej/elektrycznej mózgu), oddziaływanie poprzez odpowiednie funkcjonowanie środowiska

(prawidłowe modyfikowanie środowiska rodzinnego, przedstawienie metod modyfikacji zachowań), jak również umożliwienie nabywania umiejętności społecznych w grupie rówieśniczej. Do ważnych elementów oddziaływania terapeutycznego zalicza się: konsekwencję prowadzonych działań, świadomą modyfikację zachowań, jasność stosowanego przekazu.

Problem ze snem może być epizodyczny lub przybrać charakter długotrwały. Poza najczęściej wprowadzaną farmakoterapią konieczna jest (może nawet jako pierwotne działanie) rytualizacja działań, szczególnie przed snem. W wielu rodzinach dziecko przygotowywane jest do snu poprzez konsekwentne przestrzeganie stałej pory (godziny – np. po bajce w TV), przygotowania sytuacji (opowiadanie bajki przed snem, przeglądanie książeczki z obrazkami, czytanie książki itp.), stałość miejsca (własny pokój, łóżko) atmosferę (wyciszenie, ciemność lub niewielkie źródła światła, często również zapach). Konieczne jest ograniczanie dziecku czasu oglądania programów w telewizji czy absorbowania otoczenia, co może być wynikiem jego zachowań autostymulacyjnych.

Opisane zostały również problemy związane z zaburzeniem w zakresie rozwoju motoryki. U około 2/3 badanych dzieci z ZLK występuje regres w rozwoju motorycznym lub współwystępują zaburzenie koordynacji, drgawki, brak zachowania równowagi, brak harmonii rozwoju, nieprawidłowa postawa ciała (nieprawidłowości w rozwoju kończyn). Często nieprawidłowości te obserwujemy podczas chodzenia, ubierania się, w pisaniu, jak również podczas połykania, mowy.

Kolejnym poruszonym problemem są ogólne wskazania potrzebne do pracy z dzieckiem z ZLK w rodzinie, szkole (na poszczególnych etapach nauczania). Najbardziej zainteresuje rodziców rozdział poświęcony prognozie rozwojowej, gdzie wskazuje się realne działania, jakie powinny być podjęte w pracy z dzieckiem z tym specyficznym epileptycznym incydem.

W aneksie książki umieszczone zostały adresy, pod którymi można zdobyć wiadomości, zasięgnąć konsultacji i uzyskać pomoc

w pracy z dzieckiem, jak również rodziną i środowiskiem lokalnym; zalecana literatura oraz słownik z wyjaśnieniem znaczenia umieszczanych w publikacji terminów.

Recenzowana publikacja dostępna jest w formie książkowej, jak również we fragmentach na stronie internetowej Towarzystwa Przyjaciół Zespołu Landau Kleffnera. To ważne, aby tematy podejmowane przez profesjonalistów były szerzej udostępniane, jak te, które dotyczą problemów, z jakimi spotykają się rodzice dzieci, u których zdiagnozowano ZLK. To nie poradnik, popularnonaukowe wydawnictwo – to niezbędna pomoc, na którą oczekują rodzice – często zagubieni, przerażeni, zdruzgotani otrzymaną diagnozą – która, jak się okazuje, mimo traumy, nie musi rysować najgorszych perspektyw. Lektura omawianej publikacji może stać się pomocna przy budowaniu kreatywnego, pozytywnego podejścia do choroby dziecka. Może dać nadzieję na jego jak najnormalniejszy rozwój i funkcjonowanie.

Jacek J. Bleszyński

Anna Zamkowska: WSPARCIE EDUKACYJNE UCZNIÓW Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM W STOPNIU LEKKIM W RÓŻNYCH FORMACH KSZTAŁCENIA NA I ETAPIE EDUKACJI. Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2009, ss. 402.

Żyjemy w czasach bezustannych przemian w polskim systemie kształcenia osób z niepełnosprawnością. Aktualnie uczniowie ze specjalnymi potrzebami mają możliwość realizowania obowiązku edukacyjnego w trzech typach szkół: specjalnych, integracyjnych i ogólnodostępnych. Każdy z nich został stworzony na podwalinach odmiennych modeli niepełnosprawności, na różnych etycznych przesłankach oraz niejednorodnych założeniach możliwości udziału dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością w życiu społecznym. Cechą różnicującą wszystkie typy kształcenia jest także rodzaj i zakres specjalnego wsparcia,

mającego na celu rewalidację nieprawidłowości rozwojowych.

Autorka monografii od wielu lat zajmuje się problemami ucznia z niepełnosprawnością w polskim systemie oświaty. W prezentowanej pozycji porusza ten niezwykle istotny temat z punktu widzenia zmian zachodzących w kształceniu tych dzieci. Teoretyczno-empiryczne rozważania nad pomocą udzielaną uczniom w różnych formach kształcenia przełamują przewagę etyczno-moralnych argumentów w dyskusjach pomiędzy zwolennikami różnych typów szkół. Autorka łączy wiele problemów dotyczących wsparcia uczniów z niepełnosprawnością, które do tej pory były analizowane w rozproszeniu.

Celem książki jest analiza pozytywnych i negatywnych stron edukacji specjalnej, integracyjnej, włączającej oraz charakterystyka i ocena wsparcia udzielanego uczniom z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w każdej z tych trzech form kształcenia.

Praca złożona jest z ośmiu rozdziałów, w tym trzech teoretycznych, jednego metodologicznego oraz czterech empirycznych zawierających badania własne autorki.

W rozdziale pierwszym autorka analizuje źródła zmian w kształceniu osób z niepełnosprawnością. Uwarunkowań transformacji podejścia do nauczania i wychowania dzieci i młodzieży z zaburzeniami w rozwoju upatruje w realizacji idei normalizacji, zasady równości szans, ewolucji modelu niepełnosprawności oraz w zmianach legislacyjnych.

Uwzględniając stanowisko polskie, ale również biorąc pod uwagę doświadczenia krajów zachodnich, autorka charakteryzuje szkolnictwo specjalne, edukację integracyjną oraz edukację włączającą. Prezentuje tym samym różne punkty widzenia możliwości realizacji potrzeb uczniów z niepełnosprawnością. Szerokie ujęcie korzyści i barier każdej z form kształcenia z pewnością uzupełnia i poszerza literaturę przedmiotu o nowe spojrzenie na polską rzeczywistość oświatową.

W kolejnym rozdziale zamieszczona została charakterystyka uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim w wieku wczesnoszkolnym. Poza przytoczeniem terminologii i koncepcji upośledzenia umysłowego

autorka prezentuje konsekwencje upośledzenia umysłowego w rozwoju fizycznym, psychospołecznym, procesach poznawczych, osobowości oraz analizuje osiągnięcia szkolne uczniów.

Rozdział trzeci obejmuje opisy różnych rodzajów wsparcia edukacyjnego udzielanego uczniom z niepełnosprawnością. Są one zaczerpnięte z literatury zagranicznej. Omówiono w tym rozdziale konstruowanie międzyinstytucjonalnych sieci wsparcia, tworzenie polityki szkoły dotyczącej specjalnych potrzeb edukacyjnych, model współpracy i konsultacji, wsparcie udzielane uczniowi w klasie ze strony kompetentnego nauczyciela i innych osób, a także wsparcie udzielane przez specjalistę poza klasą. Na bazie literatury zachodniej autorka dokonuje dokładnej charakterystyki strategii zwiększających społeczną akceptację uczniów z niepełnosprawnością, jak m.in. dostarczanie uczniom sprawnym wiedzy i doświadczeń na temat różnych rodzajów niepełnosprawności, strukturyzacja interakcji pomiędzy uczniami sprawnymi i niepełnosprawnymi, uczenie się we współpracy, trening umiejętności społecznych.

Teoretyczną podstawę do badań stanowi autorski model wsparcia edukacyjnego ucznia niepełnosprawnego w ramach różnych form kształcenia, oparty na podejściu ekologicznym U. Bronfenbrennera. Model ten składa się z czterech systemów. Makrosystem, jako pierwszy, obejmuje aspekty prawne i polityczne dotyczące oświaty, ale również przekonania i postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych oraz tradycyjne i współczesne poglądy na ich kształcenie. Drugi – egzosystem – dotyczy poziomu współpracy pomiędzy danym typem szkoły a innymi szkołami i instytucjami zajmującymi się wspieraniem osób z niepełnosprawnością. Trzeci – mezosystem – obejmuje wszystkie działania wewnątrz szkoły (przyjęty model wsparcia, funkcjonująca sieć wsparcia). Mikrosystem, jako ostatni system, odnosi się do funkcjonowania klasy szkolnej i relacji nauczyciel – uczeń niepełnosprawny oraz uczeń pełnosprawny – uczeń niepełnosprawny. W przypadku klas integracyjnych obejmuje także relacje ucznia z nauczycielem wspomagającym.

Kolejne rozdziały zawierają metodologię oraz analizę badań własnych autorki. Nie do przecenienia jest szeroki teren badań, co może wpływać na redukcję oddziaływań jednego ośrodka akademickiego na nauczycielską wizję kształcenia uczniów z niepełnosprawnością. Badaniami objęto 57 szkół (w tym 4 szkoły specjalne, 18 szkół ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi oraz 35 szkół ogólnodostępnych) w trzech województwach. Nowatorskie narzędzia badawcze stworzone przez autorkę wzbogacają nie tylko empiryczną wartość pracy, ale również wyznaczają nową drogę badawczą w praktyce oświatowej.

Celem badań była charakterystyka wsparcia udzielanego uczniom z lekkim upośledzeniem umysłowym na pierwszym etapie edukacji w trzech formach kształcenia. Analiza danych empirycznych jednoznacznie wskazuje na przewagę szkół specjalnych i szkół integracyjnych w jakości oferowanej pomocy dzieciom wymagającym specjalnego wsparcia. Zarówno ilość źródeł wsparcia, jak i jego poziom jest istotnie wyższy niż w szkołach ogólnodostępnych. Wyniki badań jednoznacznie podkreślają istotną rolę, jaką pełni kompetentny nauczyciel w każdej z proponowanych form edukacji.

A. Zamkowska w prezentowanej książce zabiera głos w aktualnej dyskusji środowisk związanych z teorią i praktyką kształcenia uczniów z niepełnosprawnością na temat oferowanych im form kształcenia. Monografia zawiera wnikliwą analizę pozytywnych i negatywnych stron różnorodnej oferty oświatowej dla uczniów z zaburzeniami w rozwoju. Zwolennicy i przeciwnicy szkół specjalnych, integracyjnych czy edukacji włączającej otrzymują dodatkowe, klarowne, empiryczne argumenty w dyskusjach nad praktyczną możliwością zapewnienia wysokiej jakości wsparcia w każdym z typów kształcenia.

Autorka proponuje rozwiązania na poziomie makro, ego, mezo i mikrosystemu w modelu wsparcia ucznia z niepełnosprawnością intelektualną we wszystkich formach kształcenia. Wprowadzenie ich do teorii i praktyki mogłoby w rezultacie znacznie polep-

zyć jakość pomocy udzielanej dzieciom i młodzieży z zaburzeniami w rozwoju. W ramach mikrosystemu autorka proponuje nauczycielom pracującym w szkolnictwie ogólnodostępnym m.in. doksztalcenie w zakresie pedagogiki specjalnej. Podkreśla konieczność wyposażenia nauczycieli w narzędzia diagnostyczne, pozwalające na dokonanie diagnozy, znaczenie znajomości różnych strategii pomocy uczniowi niepełnosprawnemu ze strony klasy oraz włączania ucznia z niepełnosprawnością do grona rówieśników. Autorka postuluje także zwiększenie liczby godzin na pracę terapeutyczną oraz korzystanie w szkołach z pomocy wolontariuszy.

Zaprezentowane w monografii wyniki badań stanowią brakujące ogniwo elementarnej wiedzy o pomocy udzielanej dzieciom w szkołach specjalnych, integracyjnych i ogólnodostępnych. Zakres danych empirycznych ogranicza się jednak do uczniów z lekkim upośledzeniem umysłowym i jedynie pierwszego etapu edukacji. Biorąc pod uwagę m.in. specyfikę każdego rodzaju niepełnosprawności, wpływ rówieśników, pogłębiające się wraz z wiekiem różnice pomiędzy nimi, wzrastającą na kolejnych etapach edukacji specjalizację wiedzy, sposób i zakres udzielanego wsparcia podlega ciągłym modyfikacjom. Recenzowana książka powinna więc stanowić przyczynek do podjęcia szeroko zakrojonych badań nad wsparciem udzielanym uczniom z różnymi rodzajami niepełnosprawności na wszystkich etapach kształcenia.

Zagadnienia poruszane w tej publikacji z pewnością stanowią obszerne źródło wiadomości dla wszystkich, którzy zajmują się zarówno teoretycznie, jak i praktycznie kształceniem osób z niepełnosprawnością w każdym typie szkolnictwa: specjalnym, integracyjnym oraz włączającym. Spojrzenie na ucznia niepełnosprawnego pod kątem udzielanego mu wsparcia, a nie jego indywidualnych czy grupowych problemów, sprawia, że książka ta staje się niezbędną dla osób, którym zależy na ciągłym doskonaleniu się i poprawie sytuacji dzieci ze specjalnymi potrzebami w szkole.

Anna Bombirńska-Domżał

ABY DOKONAĆ PRENUMERATY CZASOPISMA NALEŻY:

1. Wybrać jednego spośród trzech kolporterów:

I. PPUP „POCZTA POLSKA”
W BYDGOSZCZY,

II. RUCH S.A.,

III. FIRMA AMOS.

2. Zapoznać się dokładnie z warunkami prenumeraty odpowiadającymi wybranemu kolporterowi.

3. Wypełnić dokładnie i czytelnie blankiet pocztowy w taki sposób, aby zawierał:

- tytuł czasopisma,
 - okres, na jaki dokonujemy prenumeraty (od numeru do numeru),
 - liczbę zamawianych egzemplarzy każdego numeru,
 - indeks,
 - prenumeratorzy zbiorowi dołączają wykaz czasopism do przelewu bankowego.
4. Dokonać wpłaty w dowolnym urzędzie pocztowym.

W I półroczu 2009 roku ukażą się 3 numery czasopisma w cenie 10,00 zł. W II półroczu ukażą się 2 numery również w cenie 10,00 zł.

WARUNKI PRENUMERATY:

I. CENTRUM USŁUG POCZTOWYCH ODDZIAŁ REGIONALNY W BYDGOSZCZY

1. Wpłaty należy dokonać na konto Centrum Usług Pocztych Oddział Regionalny w Bydgoszcy, 85-950 Bydgoszcz, ul. Jagiellońska 6. Bank Poczty S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych nr: 98132000190099001120000022.

2. Wpłaty na prenumeratę roczną i I półrocze przyjmowane są do 6 grudnia, a na II półrocze do 10 czerwca. Wpłaty należy dokonać z 8-tygodniowym wyprzedzeniem kalendarzowego okresu prenumeraty.

3. Prenumeratę można opłacić na okres dowolnie krótszy, ale mieszczący się w roku kalendarzowym. Wpłaty należy dokonać na 8 tygodni przed ukazaniem się pierwszego z opłaconych numerów czasopisma.

4. Przyjmowane są wpłaty na prenumeratę zagraniczną. Do ceny w prenumeracie należy doliczyć 7,50 zł za każdy egzemplarz, a tak-

<p>ODCINEK DLA POCZTY z</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>słownie złotych</p>	<p>BLANKIET WPŁAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i Imię</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Adres</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Kod pocztowy</p> <p>_____</p> <p>Miejscowość</p> <p>_____</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>_____</p> <p>Centrum Usług Pocztych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p>	<p>Oplata pocztowa</p> <p>_____</p> <p>Podpis przyjmującego PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>_____</p> <p>Datownik</p>
<p>ODCINEK DLA BANKU z</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>słownie złotych</p>	<p>BLANKIET WPŁAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i Imię</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Adres</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Kod pocztowy</p> <p>_____</p> <p>Miejscowość</p> <p>_____</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>_____</p> <p>Centrum Usług Pocztych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p>	<p>Oplata pocztowa</p> <p>_____</p> <p>Podpis przyjmującego PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>_____</p> <p>Datownik</p>
<p>ODCINEK DLA POSIADACZA RACHUNKU z</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>słownie złotych</p>	<p>BLANKIET WPŁAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i Imię</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Adres</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Kod pocztowy</p> <p>_____</p> <p>Miejscowość</p> <p>_____</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>_____</p> <p>Centrum Usług Pocztych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p>	<p>Oplata pocztowa</p> <p>_____</p> <p>Podpis przyjmującego PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>_____</p> <p>Datownik</p>
<p>ODCINEK DLA WPŁACAJĄCEGO z</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>słownie złotych</p>	<p>BLANKIET WPŁAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i Imię</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Adres</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Kod pocztowy</p> <p>_____</p> <p>Miejscowość</p> <p>_____</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>_____</p> <p>Centrum Usług Pocztych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p>	<p>Oplata pocztowa</p> <p>_____</p> <p>Podpis przyjmującego PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>_____</p> <p>Datownik</p>

że podać dokładny adres odbiorcy. 5. Wszelkich Informacji udziela Wydział Kolportażu (052) 322 90 86.

II. „RUCH” S.A.

1. Wpłaty na prenumeratę przyjmują:

- jednostki kolportażowe „RUCH” S.A. właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby prenumeratora.
- od osób lub Instytucji zamieszkałych lub mających siedzibę w miejscowościach, w których nie ma jednostek kolportażowych RUCH. wpłaty należy wносить na konto:

„RUCH” S.A. w PKO S.A.
IV O/W-wa.

15124010531111000044304118
lub „RUCH” S.A. Oddział Krajowej Dystrybucji Prasy. ul. Jana Kazimierza 31/33. 00-958 Warszawa, sk. 12, tel. (0 22) 532 81 31, 532 88 20, 532 88 16, fax 532 8132, www.ruch.pol.pl

2. Cena prenumeraty ze zleceniem dostawy za granicę jest powiększona o rzeczywiste koszty wysyłki. Wpłaty przyjmuje „RUCH” S.A. Oddział Warszawa na konto w kasach Oddziału. Dostawa odbywa się pocztą zwykłą w ramach opłaconej prenumeraty, z wyjątkiem zlecenia dostawy pocztą lotniczą, której koszt w pełni pokrywa zamawiający.

3. Termin przyjmowania wpłat na rok 2010 na prenumeratę krajową i zagraniczną ze zleceniem dostawy za granicę od osób zamieszkałych w kraju upływa z dniem 5.10.2009 r.

III. „AMOS” , 01-185 Warszawa. ul. Broniewskiego 8a. tel. 022-639-13-61

konto: PKO BP I/O Warszawa nr 30-10201013-122640143 w terminie do 15.11.2009 r. na rok 2010. Jednocześnie AMOS prowadzi prenumeratę non-stop. w ramach której wpłaty na minimum 3 numery czasopisma, dokonane do 10. dnia każdego miesiąca w półroczu kalendarzowym powodują rozpoczęcie dostaw już w następnym miesiącu. Prenumerata zagraniczna jest o 100% droższa. Przy wysyłce lotniczej dodatkową opłatę pokrywa zamawiający.

Uwaga! Prenumeratorom zamawiającym minimum 10 egzemplarzy danego tytułu AMOS funduje dodatkowo 1 egzemplarz.

Prenumerata CUP Bydgoszcz			
Tytuł	Okres prenumeraty	Wartość	
Polie egz. każdego numeru	od nr-u do nr-u		
Adres wysyłkowy:			
nazwisko/firma			
ulica, nr domu			
miejscowość			
kod pocztowy			
tel. kontaktowy			
Prenumerata CUP Bydgoszcz			
Tytuł	Okres prenumeraty	Wartość	
Polie egz. każdego numeru	od nr-u do nr-u		
Adres wysyłkowy:			
nazwisko/firma			
ulica, nr domu			
miejscowość			
kod pocztowy			
tel. kontaktowy			
Prenumerata CUP Bydgoszcz			
Tytuł	Okres prenumeraty	Wartość	
Polie egz. każdego numeru	od nr-u do nr-u		
Adres wysyłkowy:			
nazwisko/firma			
ulica, nr domu			
miejscowość			
kod pocztowy			
tel. kontaktowy			
Prenumerata CUP Bydgoszcz			
Tytuł	Okres prenumeraty	Wartość	
Polie egz. każdego numeru	od nr-u do nr-u		
Adres wysyłkowy:			
nazwisko/firma			
ulica, nr domu			
miejscowość			
kod pocztowy			
tel. kontaktowy			