

Nr 5 (252) 2009  
Tom LXX  
LISTOPAD  
GRUDZIEŃ

# SZKOŁA SPECJALNA

DWUMIESIĘCZNIK AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ  
im. Marii Grzegorzewskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej

Recenzowali: *dr hab. Jacek J. Błeszyński, prof. UMK*  
*dr hab. Ewelina Jutrzyzna, prof. APS*

Tłumaczenie na język angielski: *mgr Renata Wójtowicz*

Redakcja: *mgr Julita Kobos*

Czasopismo „Szkoła 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](mailto:szkolaspecjalna@aps.edu.pl)  
nakład 1100 egz.

## SPIS TREŚCI

### OPRACOWANIA NAUKOWE

- 325 – *Barbara Moraczewska*  
Alternatywne formy wychowania przedszkolnego – szanse i zagrożenia dla dziecka z chorobą przewlekłą
- 333 – *Remigiusz J. Kijak*  
Płciowość, seksualność, dojrzewanie – intymne obszary życia osób niepełnosprawnych intelektualnie
- 340 – *Ditta Baczała*  
Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną w poglądach studentów oligofrenopedagogiki
- 346 – *Halina Pawłowska-Jaroń*  
Wykorzystanie komputerowego badania wzroku i słuchu w diagnostyce poziomu funkcji percepcyjnych warunkujących procesy czytania i pisania – porównanie wartości diagnostycznej programów *Widzę, Słyszę* i *Skali Ryzyka Dysleksji*
- 358 – *Ewa Gorczycka*  
Relacje lekarz – pacjent w świetle opinii społeczności akademickiej

### Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

- 370 – *Elżbieta Więckowska*  
Pierwszy polski system skrótów ortograficznych pisma punktowego
- 376 – *Lucyna Biłgorajska*  
Praktyczne wskazówki do nauczania dwóch języków obcych w gimnazjum specjalnym
- 380 – *Tomasz Niwiński*  
Poznajemy Żywiecczyznę w osiemnastu krokach – projekt uczniowskiego przewodnika po regionie

### PRAWO I PRAKTYKA

- 384 – *Małgorzata Szeroczyńska*  
Odpowiedzialność lekarza za spowodowanie szkody w procesie leczenia dziecka

### Z KRAJU I ZE ŚWIATA

- 391 – *Kamila Poczesna*  
Sprawozdanie z III Międzynarodowej Letniej Szkoły Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 21–25 września 2009
- 392 – *Kinga Czaderska*  
Sprawozdanie z konferencji *Symultaniczno-sekwencyjna nauka czytania jako stymulacja rozwoju*, Kraków, 15 maja 2009

### RECENZJE

- 394 – Colin Barnes, Geof Mercer: *Niepełnosprawność*. Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008, ss. 220 (*Bernadetta Wacławik*)
- 396 – *Spis Rocznika 2009*

## CONTENTS

### SCIENTIFIC STUDIES

- 325 – *Barbara Moraczewska*  
Alternative Forms of Preschool Education – Opportunities and Threats to the Child with Chronic Disease
- 333 – *Remigiusz J. Kijak*  
Gender, Sexuality, Puberty – Intimate Areas in the Life of People with Intellectual Disabilities
- 340 – *Ditta Baczała*  
Sexuality of People with Intellectual Disabilities in the Views of Oligophrenopedagogy Students
- 346 – *Halina Pawłowska-Jaroń*  
Use of Computerized Eye and Hearing Examinations in the Diagnostics of Perceptual Functions on Which Reading and Writing Processes Depend – Comparison of the Diagnostic Value of the “I Can See” and “I Can Hear” Programs and the Risk Scale for Dyslexia
- 358 – *Ewa Gorczycka*  
Physician – Patient Relationships in the Light of Academic Community’s Views

### FROM TEACHING PRACTICE

- 370 – *Elżbieta Więckowska*  
First Polish System of Grade 2 Braille
- 376 – *Lucyna Biłgorajska*  
Practical Tips for Teaching Two Foreign Languages in Special Education Junior High School
- 380 – *Tomasz Niwiński*  
Discover the Zywiec Region in Eighteen Steps – Draft of a Student Guidebook to the Region

### LAW AND PRACTICE

- 384 – *Małgorzata Szeroczyńska*  
Physician’s Responsibility for Doing Harm in the Child’s Treatment Process

### HOME AND WORLD NEWS

- 391 – *Kamila Poczesna*  
Report on the 3<sup>rd</sup> International Summer School of Special Education, Warsaw, September 21–15, 2009
- 392 – *Kinga Czaderska*  
Report on the Conference on *Learning to Read with the Use of the Simultaneous/ Sequential Reading Method as Development Stimulation*, Cracow, May 15, 2009

### REVIEWS

- 394 – Colin Barnes, Geof Mercer: *Disability* [Polish version: *Niepełnosprawność*. Published by Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008, pp. 220 (*Bernadetta Wacławik*)
- 396 – List of Annual Volumes 2009

BARBARA MORACZEWSKA  
Bałtycka Wyższa Szkoła Humanistyczna, Koszalin

## ALTERNATYWNE FORMY WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO – SZANSE I ZAGROŻENIA DLA DZIECKA Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ

Wiek XX i początek XXI przyniosły Polsce wiele zmian, m.in. nasz kraj stał się członkiem Unii Europejskiej. W związku z tym objęcie wszystkich dzieci edukacją przedszkolną stało się koniecznością, ale i wyzwaniem dla władz państwowych. Dotychczas, w szczególności na terenach wiejskich i małych miasteczek, niewielka liczba dzieci uczęszczała do placówek edukacji przedszkolnej, podejmując pierwsze działania edukacyjne.

Znaczenie edukacji dla przyszłości małych dzieci podkreślali już przedstawiciele myśli pedagogicznej od najdawniejszych czasów. Aby sprostać wyzwaniom edukacyjnym współczesności, co wiąże się z objęciem jak największej liczby dzieci edukacją przedszkolną, rząd podjął decyzję o możliwości działania alternatywnych form wychowania przedszkolnego w formie zespołów i punktów przedszkolnych prowadzonych zarówno przez osoby fizyczne, stowarzyszenia, jak i organizacje pozarządowe. Realizację tych postanowień ułatwia pozyskanie środków unijnych oraz zmienione przepisy dotyczące wymogów sanitarnych.

**Słowa kluczowe:** edukacja przedszkolna, formy alternatywne wychowania przedszkolnego, wychowanie, zabawa, zabawki w wychowaniu, jakość w edukacji, przedszkola, oddziały przedszkolne

*...zabawa jest nie tylko przejawem potrzeby rozrywki  
czy dowodem lekkomyślności,  
lecz – nawet wtedy, gdy nie zdajecie sobie z tego sprawy  
– jest ona okazją do kształtowania charakteru  
i pielęgnowania wielu cnót...*  
(Jan Paweł II)

**E**dukacja alternatywna jest zjawiskiem ponadnarodowym, występującym we wszystkich niemal krajach o ustroju demokratycznym lub dopiero go budujących. Warunkiem jej obecności jest bowiem dopuszczalność w świetle norm obowiązującego w danym kraju prawa do pluralizmu i tolerancji oraz programowa otwartość społeczeństwa na odmienność, antyfundamentalizm, elastyczność i spontaniczność działania. Dzięki temu staje się ona trwałą, dopełniającą częścią kultury współczesnej (Kłoskowska 1991, s. 75; Śliwerski 1992, s. 7)

Niezwykłą siłą alternatyw edukacyjnych jest ich nieskończoność, nieograniczoność i permanencja. Nie ma jednej edukacji alternatywnej wobec jakiegokolwiek jednej edukacji tradycyjnej. Można zauważyć, że zawsze pojawiają się jakieś grupy, które będą domagać się innych rozwiązań dotyczących treści, form i metod. Każdy rodzaj edukacji może być alternatywny dla innej. Każda jednak koncepcja edukacyjna mająca znamiona oryginalności lub nowatorstwa, musi z natury rzeczy nawiązywać do początków. Większość koncepcji edukacji alternatywnych oparta jest na tzw. pedagogicznej orientacji na dziecko. Edukacja alternatywna

jest więc formą opozycji wobec państwowego i sformalizowanego systemu szkolnego (Więckowski 1992, s. 11).

Głównym celem działania przedszkola jest przede wszystkim tworzenie takich warunków, które umożliwią prawidłowy i harmonijny rozwój dziecka. Przedszkole ma również za zadanie doprowadzić do osiągnięcia optymalnego poziomu gotowości szkolnej poprzez spełnienie potrzeb edukacyjnych dzieci (Rościszewska-Woźniak 2003, s. 70). Aby osiągnąć właściwy stopień dojrzałości szkolnej u dzieci, powinniśmy kształtować w nich wiele cech osobowości, pozwalających im w satysfakcjonujący sposób funkcjonować w szkole i w całym późniejszym życiu. Działalność przedszkola nie powinna być nakierowana na osiągnięcie wymiernych efektów edukacyjnych. Praca z dziećmi w wieku przedszkolnym powinna być nastawiona na wyrobienie nawyków i tworzenie warunków do rozwoju dzieci (tamże, s. 70–71). S. Guz (1997, s. 159) stwierdza, że dziecko w pierwszych czterech latach swojego życia może albo stracić, albo zyskać 10% ilorazu inteligencji, wszystko jednak zależy od nas, dorosłych, jak pokierujemy jego rozwojem.

Od 2005 r. można w Polsce zaobserwować wzrost liczby dzieci w wieku przedszkolnym, a tym samym zapotrzebowania na edukację przedszkolną. Taki stan wzrastający ma się utrzymać – zdaniem demografów – do 2015 r. (tamże, s. 40).

Należy postawić pytanie, czy alternatywne formy wychowania przedszkolnego są lekiem na brak dostatecznej liczby przedszkoli i oddziałów przedszkolnych, aby objąć wszystkie dzieci w tym wieku edukacją, która dziś wydaje się być koniecznością. Ma ona bowiem w znacznym stopniu ułatwić podjęcie przez każde dziecko obowiązku szkolnego i spełnienie rosnących wymagań edukacyjnych.

W związku z tym, że Polska stała się członkiem Unii Europejskiej, wczesna edukacja, która jest utożsamiana z wychowaniem przedszkolnym, musi sprostać zarówno nowym wyzwaniom, jak globalizacja, integracja, konkurencyjność, jak i rzeczywistym potrzebom środowisk lokalnych. Dlatego w XXI w. edukacja przedszkolna powinna stać się przedmiotem szczególnych starań instytucji zewnętrznych, które tworzą warunki rozwoju i wyrównywania szans dzieciom z różnych środowisk, a zwłaszcza wiejskich i małych miasteczek (Kamińska 2003, s. 28). Tendencję tę zauważa się, gdy chodzi o środki z Unii Europejskiej przeznaczone na rozwój edukacji przedszkolnej, jak i starania władz państwowych o objęcie jak największej dzieci opieką. Efektem tych działań jest wydanie *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 stycznia 2008 r.* (Dz.U. Nr 7, poz. 38), zezwalającego na otwieranie alternatywnych form wychowania przedszkolnego. §1 pkt 1 tego rozporządzenia stanowi, że wychowanie alternatywne może być prowadzone w zespołach wychowania przedszkolnego, w których zajęcia są tylko w niektóre dni tygodnia, oraz w tzw. punktach przedszkolnych, gdzie zajęcia prowadzone są przez cały rok szkolny z wyjątkiem przerw ustalonych przez organ prowadzący. Zajęcia zarówno w zespołach, jak i punktach wychowania przedszkolnego mogą odbywać się w grupach liczących od 3 do 25 osób (tamże). W zespołach czy punktach w jednej grupie mogą przebywać dzieci w różnym wieku.

Zmiany do przytoczonego rozporządzenia zostały wprowadzone już *Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 czerwca 2008 r.* (Dz.U. Nr

104, poz. 667) zmieniającym warunki tworzenia i organizowania tych form oraz sposobu ich działania. Dotyczyły one m.in. wymogów lokalowych, które obecnie są mniej restrykcyjne, za to bardziej przyjazne organizatorom, a czy są korzystne dla dzieci, trudno dziś jeszcze jednoznacznie odpowiedzieć. Najbliższe lata zweryfikują to uproszczenie i ujawnią, czy dobrze się stało, że zostały obniżone wymogi lokalowe dla placówek prowadzących alternatywne formy wychowania przedszkolnego. Czy nie doprowadzi to w konsekwencji do tego, że dzieci w niektórych placówkach będą przebywać w pomieszczeniach niespełniających do końca wymogów sanitarnych?

Do 31 grudnia 2007 r. mogły praktycznie w Polsce funkcjonować tylko przedszkola oraz oddziały przedszkolne. Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 r.* (Dz. U. Nr 61, poz. 624) placówki te muszą być czynne pięć razy w tygodniu przez co najmniej pięć godzin.

Ustawa o systemie oświaty z 7 września 2007 r. wprowadziła od 1 stycznia 2008 r. zmiany dotyczące możliwości tworzenia innych form przedszkolnych. Stało się to dzięki pilotażowemu programowi *Alternatywne Formy Edukacji Przedszkolnej*, finansowanemu z Europejskiego Funduszu Społecznego. Tak powstało w Polsce około 800 alternatywnych placówek edukacji przedszkolnej. Opiekę w nich znalazło około 8,5 tysiąca dzieci głównie z terenów wiejskich.

Działalność przedszkolną w nowych formach może prowadzić zarówno gmina (art. 5 ust. 5 i art. 5a ust. 2 pkt 1 ustawy o systemie oświaty), jak i osoba prawna lub osoba fizyczna (art. 14c ustawy o systemie oświaty). Małe przedszkola powinny być organizowane dla dzieci w wieku od 3 do 5 lat w miejscu najbliższym miejsca ich zamieszkania.

Zajęcia we wszystkich formach alternatywnych wychowania przedszkolnego muszą prowadzić nauczyciele mający odpowiednie kwalifikacje wymagane od nauczycieli przedszkoli i oddziałów przedszkolnych.

Bardzo istotną kwestią jest to, że w przeciwieństwie do przedszkola w zajęciach prowadzonych w punktach czy zespołach mogą brać udział rodzice lub upoważnieni przez nich inni pełnoletni członkowie rodziny, ale powinien być spełniony jeden warunek – osoba dorosła biorąca udział w zajęciach musi przedłożyć dyrekcji zaświadczenie potwierdzające aktualne badania lekarskie wraz z orzeczeniem lekarskim i książeczką sanitarno-epidemiologiczną. Jest to wymóg, który wzbudza wiele kontrowersji i dyskusji zarówno ze strony samych rodziców, jak i podmiotów prowadzących alternatywne formy wychowania przedszkolnego. Nie zawsze rodzice są poinformowani o takiej możliwości przez dyrekcję i nauczycieli przedszkola. Ta kwestia zostaje wręcz przemilczana, a przecież dla dziecka z chorobą przewlekłą i jego rodziny jest to bardzo istotne zagadnienie, niekiedy decydujące o tym, czy dziecko może uczestniczyć w zajęciach czy nie.

Nasuwa się pytanie, czy alternatywne placówki wychowania przedszkolnego są przygotowane do pracy z dzieckiem przewlekle chorym, w szczególności cierpiącym na alergię i astmę oskrzelową. Według prognoz medycznych dzieci z tymi schorzeniami będzie coraz więcej, a wiek zachorowalności ulegać będzie obniżeniu. Problem ten dotyczy zwłaszcza placówek działających na terenach wiejskich i w małych miejscowościach, gdzie najczęściej dla małych dzieci jest

tylko jedna i nie ma możliwości wyboru. Władze oświatowe stoją na stanowisku, iż w zajęciach prowadzonych przez te placówki mogą uczestniczyć dzieci niedowidzące, mające problem z poruszaniem się, niedosłyszące. Jeśli chodzi o dzieci z chorobami przewlekłymi, jak astma, alergia, cukrzyca, to ministerstwo uważa, że należy się zastanowić, ponieważ placówki alternatywne – jak ma to miejsce w przedszkolach i oddziałach przedszkolnych – nie przewidują dodatkowej opieki (Hall 2008). Pojawia się więc problem, co z dziećmi chorymi na alergię, astmę, cukrzycę. Choroby te wśród dzieci i młodzieży traktuje się obecnie jako epidemie XXI w. Dzieci z tymi schorzeniami również chcą uczestniczyć w zajęciach edukacji przedszkolnej prowadzonych przez placówki alternatywne. W przedszkolach i oddziałach przedszkolnych zazwyczaj jest więcej personelu, a więc nie ma tam obecnie większego problemu z dziećmi przewlekle chorymi. Jeśli zachodzi potrzeba, jedna z osób z personelu dydaktycznego zatrudnionego w przedszkolu może zająć się w danym momencie chorym dzieckiem. W alternatywnych placówkach wychowania przedszkolnego nie ma obowiązku zatrudnienia dodatkowego personelu i zapewne będą one z tego korzystały ze względu na koszty. Jeśli zaś alternatywne formy wychowania przedszkolnego będą rozpowszechnione w większym stopniu niż obecnie, pojawi się zapewne problem z dziećmi cierpiącymi na choroby przewlekłe. Rodzice dziś jeszcze nie odczuwają dotkliwie tego problemu, że ich dziecko nie zostanie przyjęte do przedszkola, ponieważ cierpi na alergię czy astmę.

Najogólniej ujmując, dzieci przewlekle chore będą miały utrudniony dostęp do alternatywnych placówek wychowania przedszkolnego. Należałoby więc zastanowić się nad możliwościami uczestniczenia dzieci z chorobami przewlekłymi w zajęciach prowadzonych przez alternatywne placówki wychowania przedszkolnego. Trzeba też zaznaczyć, że zapewne placówki te niechętnie będą przyjmowały dzieci przewlekle chore, bo nie będą chciały brać odpowiedzialności za ich zdrowie, a nawet niekiedy i życie. Należałoby rozważyć kwestię, czy gdy do placówek alternatywnych będą uczęszczać dzieci przewlekle chore, nie należałoby zatrudnić dodatkowego personelu z odpowiednim przygotowaniem do udzielenia pierwszej pomocy dziecku w przypadku np. ataku duszności, kaszlu czy obniżenia poziomu cukru. Działania te zmierzałyby do tego, aby nie pozbawiać dzieci przewlekle chorych możliwości edukacji przedszkolnej prowadzonej przez różnego rodzaju placówki alternatywne.

Często placówki prowadzące alternatywne form wychowania przedszkolnego powstają w salkach parafialnych, świetlicach i remizach. I tak naprawdę nigdy nie spełnią dość restrykcyjnych wymogów inspektora sanitarnego. Należy podkreślić, że wymagania sanitarne co do alternatywnych form wychowania przedszkolnego zostały w ostatnim okresie bardzo złagodzone. Wymogi sanitarne spełniają natomiast organizowane zespoły czy punkty przedszkolne w budynkach po likwidowanych szkołach.

Odnosi się wrażenie, że nastawiliśmy się na ilość organizowanych form edukacji przedszkolnej, aby objąć nią jak najwięcej dzieci i dorównać państwu Unii Europejskiej. Nasuwa się jednak wniosek, że należy zadbać nie tylko o ilość rozwijanych nowych form alternatywnej edukacji przedszkolnej,



ale również zwrócić uwagę na jej jakość, o czym niestety w ostatnim okresie zbyt mało mówimy. Tworząc nowe formy wychowania przedszkolnego, powinniśmy dbać o ich jakość. Jakość jest efektem dążenia do określonego ideału. Inwestycja w jakość edukacji dzieci w wieku przedszkolnym to inwestycja w przyszłość. Wiek przedszkolny jest wiekiem krytycznym dla rozwoju możliwości intelektualnych i osobowościowych dziecka. Jeśli działania edukacyjne i wychowawcze skierowane do dzieci w wieku przedszkolnym są odpowiednie, to jest prawdopodobieństwo, że dzieci będą odnosić większe sukcesy w szkole. Jakość edukacji przedszkolnej ma zasadnicze znaczenie w wyrównywaniu szans życiowych dzieci z rodzin o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Dotyczy też dzieci przewlekle chorych i z niepełnosprawnością, których potrzeby są większe niż możliwości edukacyjne nawet najlepszego środowiska rodzinnego (Rościszewska-Woźniak 2003, s. 71).

Za jakość edukacji przedszkolnej odpowiedzialność ponoszą takie podmioty, jak właściwe ministerstwo, samorząd terytorialny oraz nauczyciele przedszkola z dyrekcją na czele. Wyznacznikiem jakości przedszkola jest spełnienie zadań związanych z zapewnieniem dziecku optymalnego rozwoju. Do właściwego rozwoju dziecka w przedszkolu niezbędne jest zaspokojenie takich jego potrzeb, jak poczucie bezpieczeństwa, własnej wartości, sensu życia oraz udzielenie pomocy w zrozumieniu doświadczeń, autorytetu – jasnych i sensownych granic, dobrych wzorców osobowych. Potrzeby te oparto na koncepcji potrzeb L. Katza (tamże, s. 76).

Specyfika wychowania przedszkolnego polega na tym, że w powiązaniu ze szkołą stanowi ciągłość edukacyjną oraz tworzy solidne fundamenty dalszego kształcenia dziecka, co w konsekwencji przyczynia się do rozwoju jego kariery edukacyjnej. Należy zwrócić uwagę, że nauka zaczyna się z chwilą przyjścia dziecka na świat, a pierwsze sześć lat życia dziecka to czas, gdy kształtują się jego podstawy do całej przyszłej edukacji (Ogrodzińska 2003, s. 81). Dziecko, jeśli ma zapewnione dobre warunki, to zdobywa wiedzę, umiejętności, które zostaną z pewnością właściwie spożytkowane w dalszej edukacji. Dziecko przecież w tym okresie najbardziej intensywnie uczy się poprawności języka, wyrażania swoich emocji, tworzy więzi z dorosłymi i rówieśnikami, nabywa umiejętności społeczne, jakie w przyszłości pomogą mu znaleźć właściwe miejsce w życiu. W tym też okresie poznaje podstawy liczenia, pisania, czytania, uczy się podejmować decyzje oraz myśleć i rozwiązywać problemy (tamże). W związku z tym w wielu krajach edukacja przedszkolna traktowana jest jako pierwszy stopień systemu szkolnego. Jest powszechna i bezpłatna. Rodzice w ogóle nie partycypują w kosztach pobytu dziecka w przedszkolu (Kamińska 2003, s. 28). Frekwencja dzieci objętych edukacją przedszkolną jest bardzo wysoka i ciągle ma tendencję wzrostową. W takich krajach europejskich, jak: Belgia, Norwegia, Włochy wychowanie przedszkolne obejmuje swoim zasięgiem od 80 do 100% dzieci w wieku przedszkolnym (tamże, s. 29).

W Polsce pogorszenie i tak nie najlepszego upowszechniania edukacji przedszkolnej przyniósł w szczególności rok 1991. W tym właśnie roku przedszkola zostały przekazane pod zarządek gmin. Niedocenienie wtedy roli edukacji przedszkolnej, jak również narastające trudności gospodarcze, z którymi musiały

poradzić sobie samorządy lokalne, doprowadziło w konsekwencji do zamykania i likwidowania przedszkoli. W 1993 r. edukacją przedszkolną objętych było zaledwie 43% dzieci (tamże, s. 31). W następnych latach zanotowano niewielki wzrost procentowy liczby dzieci, i tak w roku szkolnym 2001/2002 edukacją przedszkolną zostało objętych 50,4% dzieci w wieku przedszkolnym (tamże, s. 28).

Zaniedbanie edukacji przedszkolnej w latach 90. miało jeszcze jeden bardzo niepożądany skutek, a mianowicie ze względu na niski procent dzieci uczestniczących w edukacji przedszkolnej rodzice i wzrastające pokolenie przyszłych rodziców doszli do przekonania, że edukacja przedszkolna nie jest dziecku potrzebna do prawidłowego rozwoju.

Obecnie jest możliwość tworzenia alternatywnych form wychowania przedszkolnego i przedszkoli, ale należy przeanalizować, co z kosztami pobytu dziecka na zajęciach w tych placówkach. Jeśli dążymy do upowszechnienia edukacji przedszkolnej, musimy wziąć pod uwagę, że coraz więcej rodzin boryka się z problemami finansowymi i bezrobociem. Często w rodzinach brakuje środków na utrzymanie, a więc i na pokrycie kosztów pobytu dziecka w przedszkolu. Można wnioskować, że jeśli władze oświatowe nie zrefundują znacznej części lub całości kosztów pobytu dziecka w przedszkolu czy w placówkach alternatywnych, to mimo organizacji nowych miejsc edukacji przedszkolnej wiele dzieci, zwłaszcza ze środowisk mniej zamożnych, nie zostanie objętych tą formą edukacji. Trzeba podkreślić, że uczestniczenie dziecka w edukacji przedszkolnej zależy od miejsca zamieszkania, chociaż tendencja ta sukcesywnie ulega zmniejszeniu. Dyskryminacja w pobieraniu edukacji przedszkolnej występuje bardzo wyraźnie wśród dzieci pochodzących z terenów wiejskich i małych miasteczek.

Placówki przedszkolne organizowane przez inne organy założycielskie niż jednostki samorządu terytorialnego nie wypełnią jeszcze długo luki powstałej po likwidacji w latach 90. znacznej liczby przedszkoli. Sieć placówek niepublicznych rozwija się bardzo powoli i przede wszystkim w miastach.

Najlepszym rozwiązaniem problemu wyrównania różnic w edukacji przedszkolnej byłoby powolne zastępowanie fakultatywnej edukacji przedszkolnej, zależnej przede wszystkim od woli rodziców dziecka, obowiązkowym wychowaniem przedszkolnym. Pozwoli to na stworzenie wszystkim dzieciom równych szans w chwili podjęcia nauki w szkole.

Wszelkie wysiłki w celu wyrównywania szans edukacji przedszkolnej są jak najbardziej pożądane, ale mają sens wtedy, i tylko wtedy, gdy są podejmowane w najwcześniejszym okresie rozwoju dziecka, czyli gdy ma ono 2–6 lat i gdy nie zostaną przerwane, a będą kontynuowane na poszczególnych etapach. Warunki wczesnej socjalizacji w rodzinie są źródłem różnic rozwojowych w przyszłości, co bardzo łatwo zauważyć u dzieci, które zostały objęte wczesną edukacją przedszkolną (Kwieciński 2003, s. 12).

Rozporządzenie ministra edukacji narodowej ze stycznia 2000 r. dotyczące podstawy programowej prezentuje zindywidualizowane podejście do dziecka. Wskazuje się w nim główne zadania nauczyciela w czterech obszarach edukacyjnych: poznawania i rozumienia siebie oraz świata, nabywania umiejętności poprzez działanie, odnajdowania swojego miejsca w grupie rówieśniczej oraz budowania systemu wartości. Przedszkole, zgodnie z założeniami rozporzą-

dzenia, miało pełnić również funkcję wspierającą i doradczą wobec rodziców (Kostynowicz, Kuklińska 2003, s. 48).

Podstawowym zadaniem, jakie stoi obecnie przed władzami oświatowymi, jest opracowanie programu wspierania rozwoju małego dziecka i wyrównania szans edukacyjnych. Głównym jego celem powinno być przedstawienie planu działań na rzecz dzieci, w szczególności tych wywodzących się ze środowisk zaniedbanych. Plan taki powinien zawierać przede wszystkim upowszechnienie wychowania przedszkolnego, którego pierwszym etapem będzie objęcie nim wszystkich dzieci pięcioletnich, uznanie wczesnej edukacji za konieczny element profilaktyki społecznej, budowa międzyresortowej strategii zintegrowanych działań na rzecz wspierania rozwoju małego dziecka w rodzinie, przedszkolu i szkole (Zahorska 2003, s. 106).

Działaniom na rzecz dzieci powinny towarzyszyć programy badań monitorujących wprowadzane rozwiązania. Do pilnych działań, które mają wyprzedzić opracowanie programu i jego realizację, należy przede wszystkim prowadzenie, zwłaszcza w środowiskach wiejskich i zaniedbanych społecznie, kampanii wyjaśniającej znaczenie wczesnej edukacji dla przyszłej kariery szkolnej i życiowej dziecka, kampanii informującej o możliwościach organizowania różnorodnych alternatywnych form wychowania przedszkolnego.

Rok 2008 został ogłoszony przez Ministerstwo Edukacji Narodowej Rokiem Przedszkolaka. Był on za mało propagowany i nie wniósł zbyt wiele do edukacji przedszkolnej. Należy jednak podkreślić działania władz państwowych, które stworzyły możliwości organizowania alternatywnych form wychowania przedszkolnego. Złagodzone zostały przepisy prawne dotyczące wymogów sanitarnych obowiązujących w placówkach edukacyjno-opiekuńczych dla małych dzieci.

Te krótkie rozważania nie wyczerpały tak ważnego problemu zarówno społecznego, jak i pedagogicznego zawartego w tytule artykułu. Wiele jeszcze kwestii i problemów nie zostało poruszonych, a inne tylko zasygnalizowano, chociaż wymagają dalszego rozważenia i pogłębionej analizy. Mam nadzieję, że znajdą się kontynuatorzy, którzy w inny zapewne sposób, w miarę rozwoju form alternatywnych wychowania przedszkolnego w Polsce, będą omawiać kwestie pojawiających się przed nimi szans i zagrożeń.

### **Bibliografia**

- Guz, S. (1997). *Wychowanie przedszkolne w wybranych krajach wysoko rozwiniętych*. Warszawa: IBE.
- Hall, K. (2008). Wyjaśniamy wątpliwości? [Rozm. przepr. Z. Józwiak] *Rzeczpospolita Polska* z dn. 15 lipca.
- Kamińska, K. (2003). Upowszechnienie edukacji przedszkolnej w Polsce – stan i prognozy na przyszłość. W: M. Zahorska (red.), *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Kłoskowska, A. (red.).(1991). *Encyklopedia kultury polskiej XX wieku. Pojęcia i problemy wiedzy o kulturze*. Wrocław: Wydawnictwo Wiedza o Kulturze.
- Kostynowicz, J., Kuklińska, Z. (2003). Małe dziecko w reformie oświaty. W: M. Zahorska (red.), *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.

- Kwieciński, Z. (2003). Blokada rozwoju. Skutki nierówności w poziomie alfabetyzacji. W: M. Zahorska (red.), *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Ogrodzińska, T. (2003). Nie tylko przedszkole – alternatywne formy edukacji przedszkolnej. W: M. Zahorska (red.), *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Rościszewska-Woźniak, M. (2003). Standardy jakości edukacji przedszkolnej. W: M. Zahorska (red.), *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 stycznia 2008 roku w sprawie rodzajów innych form wychowania przedszkolnego, warunków tworzenia i organizowania tych form oraz sposobu ich działania*. Dz.U., Nr 7, poz. 38.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 czerwca 2008 roku zmieniając rozporządzenie w sprawie rodzajów innych form wychowania przedszkolnego warunków tworzenia i organizowania tych form oraz sposobu ich działania*. Dz.U., Nr 104, poz. 667.
- Śliwerski, B. (red.) (1992). *Edukacja alternatywna. Dylematy teorii i praktyki*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Więckowski, R. (1992). Edukacja alternatywna. Jej istota, podstawowe pojęcia. W: B. Śliwerski (red.), *Edukacja alternatywna. Dylematy teorii i praktyki*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Zahorska, M. (2003). Wnioski i rekomendacje. W: M. Zahorska (red.), *Edukacja przedszkolna w Polsce – szanse i zagrożenia*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.

## ALTERNATIVE FORMS OF PRESCHOOL EDUCATION. OPPORTUNITIES AND THREATS TO THE CHILD WITH CHRONIC DISEASE

### Summary

A lot of changes took place in Poland in the 20<sup>th</sup> century and at the beginning of the 21<sup>st</sup> century, an example of which is Poland becoming a member of the European Union. Due to this fact, providing all children with preschool education became a necessity, but also a challenge to the state authorities. To date, very few children have attended preschool settings where they could do early academic tasks, especially in rural areas and in small towns.

Pedagogists have emphasized the importance of education for young children and their future since time immemorial. In order to meet contemporary educational challenges, which involves providing preschool education for as many children as possible, the Polish government decided that alternative forms of preschool education are acceptable, such as preschool playgroups and preschool centers which can be run by natural persons, associations and non-governmental organizations. EU funds and new sanitary regulations facilitate the implementation of these decisions.

**Key words:** preschool education, alternative forms of preschool education, upbringing, play, toys in education, quality in education, preschools, preschool departments

## PLCIOWOŚĆ, SEKSUALNOŚĆ, DOJRZEWANIE – INTYMNE OBSZARY ŻYCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE

Analizie poddano wiedzę osób niepełnosprawnych intelektualnie na temat płciowości i seksualności własnej oraz płci przeciwnej. Badaniami objęto grupę 133-osobową z diagnozą umiarkowanego i znacznego stopnia niepełnosprawności intelektualnej z trzech województw. Stwierdzono podobne prawidłowości przebiegu rozwoju biologicznego oraz dostrzegania zmian w obrębie własnego ciała. Ujawniono także trudności osób niepełnosprawnych intelektualnie w rozumieniu tych zmian, małą wiedzę lub brak wiedzy o zmianach dotyczących płci przeciwnej oraz zachowaniach higienicznych płci przeciwnej.

*Słowa kluczowe:* osoba niepełnosprawna intelektualnie, seksualność, płciowość, okres dojrzewania, zachowania higieniczne

**P**roblemy dojrzewania płciowego młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną poświęcano w literaturze, zwłaszcza polskiej, niewiele miejsca. W nielicznych nadal pracach pojawiają się często sprzeczne ze sobą stanowiska teoretyczne w kwestii ujmowania seksualności osób niepełnosprawnych. Uzasadnione wydaje się zatem chociażby ogólne zaprezentowanie stanu badań w tym zakresie.

### Zmiany w okresie adolescencji

Na ogół wśród młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, u której niepełnosprawność powstała na podłożu zaburzeń neurorozwojowych, około 20 razy częściej mogą wystąpić różnego typu zaburzenia w okresie dojrzewania płciowego (Rowe, Savage 1987). Początki menstruacji u kobiet niepełnosprawnych intelektualnie przypadają najczęściej na 14. rok życia, pierwsza polucja u niepełnosprawnych intelektualnie mężczyzn pojawia się, według różnych badań, około 15. roku życia. Wczesny rozwój płciowy obserwowany jest raczej rzadko w grupie osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Rozwój cech płciowych, a więc owłosienia łonowego, genitaliów, piersi nie różni się znacząco w porównaniu z młodzieżą pełnosprawną intelektualnie. K. Gawlik, K. Nowak, T. Zalewski (1995), ustalając tempo dojrzewania biologicznego młodych kobiet niepełnosprawnych intelektualnie na tle populacji ogólnej, wskazali znaczne opóźnienia w rozwoju płciowym osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Z przeprowadzonych pod koniec lat 80. XX w. przez H. Goldsteina badań wynika, że młode kobiety z niepełnosprawnością intelektualną miesiączkują średnio 5,5 dnia, natomiast średnia długość cyklu menstruacyjnego wynosi 28,3 dnia. Potwierdzają to badania przeprowadzone przez M. McCabe, R.A. Cummins, A.A. Deeks

(2000) wśród nastolatek z niepełnosprawnością intelektualną. Według tych badań 87,9% niepełnosprawnych intelektualnie nastolatek miało regularne cykle menstruacyjne, a średni czas krwawienia wynosił 5,4 dnia, natomiast średnia długość cyklu – 28,3 dnia. Wyniki te są również porównywalne z populacją pełnosprawnych kobiet. Ciekawe badania przeprowadził ten sam zespół naukowców w celu oceny parametrów wzrostu, rozwoju wtórnych cech płciowych i występowania owulacji wśród niepełnosprawnych intelektualnie osób (tamże). W badanej grupie zaobserwowano zbliżony do grupy pełnosprawnych osób wzrost i rozwój drugorzędnych cech płciowych. Bardzo wyraźnym objawem dojrzewania chłopców jest mutacja, czyli obniżenie barwy głosu. W grupie niepełnosprawnych intelektualnie młodych mężczyzn mutacja przebiega analogicznie jak w grupie pełnosprawnych mężczyzn. Zachodzi ona bowiem pod wpływem męskich hormonów płciowych. Powodują one również zwiększenie zewnętrznych narządów płciowych, a zwłaszcza pobudzają jądra do produkcji komórek rozrodczych. Wygląd i wielkość narządów płciowych u niepełnosprawnych intelektualnie mężczyzn nie różni się od narządów płciowych pełnosprawnych mężczyzn. Podczas gdy niektórzy autorzy nie znajdują żadnej różnicy w rozmiarach genitaliów, inni zanotowali relatywnie mały rozmiar jąder wśród mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie (Van Dyke i in. 2000, s. 63–84).

### Opis badań

Badania prowadzono od stycznia 2007 r. do marca 2008 r. w trzech województwach: kujawsko-pomorskim, dolnośląskim i wielkopolskim. Poddano im 133 osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w wieku 17–25 lat. Wśród badanych osób przeprowadzono wywiad lekarski lub/i pielęgniarzki. Uwzględniono aktualny wiek kalendarzowy badanych oraz ustalono wiek, w którym pojawiła się pierwsza menstruacja u kobiet i pierwsza polucja u mężczyzn. Na tej podstawie określono wiek płciowy. U każdego respondenta dokonano oceny stadium pokwitania, uwzględniając uproszczone kryteria skali J.M. Tannera. Poziom rozwoju płciowego i wszystkie dane związane z somatycznym aspektem dojrzałości płciowej określone były przez pielęgniarkę szkolną na podstawie kart zdrowia i konsultacji z lekarzem prowadzącym w przypadku niepełnych kart. Skala rozwoju drugorzędnych cech płciowych uwzględnia cechy fizyczne pojawiające się w okresie dojrzewania, odróżniające osobę dorosłą od dziecka. Jest to odrębność dróg płciowych i narządów kopulacyjnych. Są to włosy łonowe, włosy w dole pachowym, rozwój genitaliów, wzrost piersi, zarost na twarzy.

### Wyniki badań

Wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań empirycznych<sup>1</sup> wykazały różnice w wieku pojawienia się pierwszej menstruacji u kobiet i pierwszej polucji u mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie w porównaniu z grupą osób peł-

<sup>1</sup> Badania współfinansowane z środków MNiSW w ramach przyznanego grantu.



nosprawnych. Opisywane w literaturze przedmiotu poglądy na temat dojrzewania płciowego osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną pokrywają się z uzyskanymi przeze mnie wynikami. Uznać należy, że osoby niepełnosprawne intelektualnie pod względem biologicznym rozwijają się w sposób podobny do młodych osób pełnosprawnych. Trzeba jednak zauważyć, że osoby z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym nie są grupą jednorodną i pojawienie się u nich pierwszej menstruacji czy polucji może nastąpić nawet trzy lata później niż w grupie osób pełnosprawnych.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdziłem, iż pierwsza polucja w grupie badanych niepełnosprawnych intelektualnie mężczyzn przypadła na 14,5 lat, natomiast pierwsza menstruacja w grupie badanych niepełnosprawnych intelektualnie kobiet na 13,4 lat (zob.zestawienie). Wyniki analizy komparatystycznej dowodzą, iż badana młodzież niepełnosprawna intelektualnie osiągała dojrzałość płciową później niż młodzież pełnosprawna. Uzyskane wyniki warto porównać z wynikami innych autorów. Podobne dane uzyskali K. Gawlik, K. Nowak, T. Zalewski (1995, s. 270–274). Stwierdzili oni, że pierwsza miesiączka u niepełnosprawnych intelektualnie kobiet przypada na 15. rok życia, a pierwsza polucja na 16. rok życia. Badania H. Teichert (1999, s. 41–53) również potwierdzają tę prawidłowość. A.L. Evan, A. McKinlay (1988, s. 59–69) wykazały, że w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną wiek pierwszego krwawienia był średnio o trzynaście miesięcy późniejszy niż w grupie pełnosprawnych kobiet i przypadał na 13,8 lat, a pierwsza polucja u mężczyzn przypadała na 14. rok życia. Wyniki te można porównać z wynikami badań prowadzonych przez J. Walter (1986).

Wiek rozwoju płciowego badanych osób:

Kobiety niepełnosprawne intelektualnie	Mężczyźni niepełnosprawni intelektualnie	Ogólny wskaźnik kobiet i mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie
N = 42	N = 91	N = 133
Średni wiek pierwszej menstruacji	Średni wiek pierwszej polucji	Średni wiek pierwszych symptomów dojrzewania płciowego (menstruacji i polucji) w grupie niepełnosprawnych intelektualnie kobiet i mężczyzn
13,4	14,5	14,1

Warte zaprezentowania są wyniki uzyskane dzięki zastosowaniu skali J. Tannera. Stwierdzono, że większość badanych znajduje się na poziomie środkowego (53 osoby, tj. 40%) lub późnego pokwitania (66 osób, tj. 49%). Tylko 13 osób (10%) znalazło się w okresie wczesnego pokwitania, u jednej osoby stwierdzono okres przedpokwitaniowy. Uzyskane wyniki można odnieść do badań prowadzonych przez G. Worley i in. (2002, s. 897–902). Autorzy ci za pomocą zastosowanej skali dojrzewania seksualnego J. Tannera wskazują na niewielkie dysproporcje w rozwoju pierwszorzędnych i drugorzędnych cech płciowych.

Uzyskane przeze mnie wyniki wskazują, że badane kobiety z niepełnosprawnością intelektualną nie korzystają z badań ginekologicznych. Podobne wnioski z badań wysunęli T.E. Elkins, J. Spinnado, D. Muram (1987, s. 815). Ustalono również, że badani mężczyźni z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym nie potrafią samodzielnie sprawdzać własnych jąder. Podobnie badane kobiety nie podejmowały czynności mających na celu sprawdzenie piersi.

Już w latach 80. XX w. W. Kempton wraz ze swoimi współpracownikami uznał za ważne w rozwoju płciowym osób niepełnosprawnych intelektualnie przeprowadzanie badań cytologicznych i ginekologicznych. Wszystkie kobiety, również niepełnosprawne intelektualnie, potrzebują profesjonalnej opieki ginekologicznej. Jak pisze W. Kempton, „w ciągu pierwszych dwóch lat po wystąpieniu menstruacji okresy owulacyjne są ogólnie związane z nienormalnym krwawieniem macicznym, jednakże choroba tarczycy, terapia przeciwdrgawkowa oraz leki neuroleptyczne mogą również przyczyniać się do tych symptomów” (Kempton, Bass, Gordon 1985). Jeśli dorosła osoba niepełnosprawna intelektualnie nie jest seksualnie aktywna, rzadko zaleca się badania jajowodów (Edwards 1988). Gdy badania jajowodów są wskazane, niepełnosprawne intelektualnie kobiety powinny być poinformowane na temat procedur oraz użytych do badania narzędzi. Ryzyko chorób zakrzepowych u kobiet z niepełnosprawnością intelektualną wymaga rozwagi przed zapisaniem środków antykoncepcyjnych zawierających estrogen-progesteron, jak pigułki, plaster przezskórny oraz dopochwowe wkładki antykoncepcyjne (tamże). Sposoby zapobiegania ciąży, wliczając prezerwatywy, kapturki szyjkowe oraz kalendarzyki, wymagają motywacji, zrozumienia poznawczego oraz manualnej zręczności (tamże). W krajach zachodnich również kobiety niepełnosprawne intelektualnie bardzo rzadko korzystają z badań ginekologicznych (Elkins, Spinnado, Muram 1987, s. 815). Wskazuje się na konieczność regularnych badań miednicowych i cytologicznych, szczególnie w grupie młodych kobiet niepełnosprawnych intelektualnie pomiędzy 17. a 20. rokiem życia. Badanie męskich genitaliów powinno być również częścią każdego rutynowego badania lekarskiego (Van Dyke i in. 2000, s. 63–84).

### **Wiedza osób niepełnosprawnych intelektualnie na temat zmian fizycznych obejmujących ich ciało**

Przeprowadzone przeze mnie badania potwierdzają, iż osoby z niepełnosprawnością intelektualną zauważają zmiany fizyczne swojego ciała, najczęściej jednak nie potrafią tych zmian zrozumieć. Okazuje się zatem, że niezmiernie ważne jest odpowiednie przygotowanie młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną do akceptacji zmian w organizmie związanych z dojrzewaniem płciowym. Niestety, zarówno dane z literatury, jak i praktyczne doświadczenia unoznaczają, że w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną brakuje programów edukacyjnych i wychowania seksualnego. Brak przemyślanej edukacji ze strony rodziny i szkoły skazuje osoby niepełnosprawne intelektualnie na zdobywanie wiedzy albo ze środków masowego przekazu, albo z różnych niewłaściwych źródeł.



Zebrany w trakcie badań materiał empiryczny wskazuje, iż większość badanej młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym ma dużą wiedzę na temat zmian własnego ciała w okresie adolescencji. Zaledwie 1% badanej populacji osób niepełnosprawnych intelektualnie ma problemy z opisaniem zmian własnego ciała w okresie adolescencji.

Moje badania wykazały, że wiedza badanych osób dotycząca zmian w okresie adolescencji jest większa w odniesieniu do własnej płci niż wiedza dotycząca zmian zachodzących u płci przeciwnej. Anna, lat 18, mówi: „Duża jestem, bo urosłam, jestem nawet grubsza od siostry. Chłopaki też robią się duże. Nie, nie wiem, co się w chłopakach zmienia, chyba robią się więksi. Aha, włosy im rosną na buzi. Chłopaki mają też okres, muszą podpaski nosić”. Wypowiedź ta, jak i inne wypowiedzi badanych, wskazuje na bardzo małą znajomość zmian zachodzących w organizmie w okresie adolescencji u płci przeciwnej.

Dalsze badania wskazały, że zaledwie 37% badanej młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie potrafi prawidłowo określać przemiany zachodzące w organizmie płci przeciwnej w okresie adolescencji. Największą trudność sprawiło badanej młodzieży wyjaśnienie, na czym polega menstruacja oraz polucja. Tylko niewielki procent badanej młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie wiedział, czym jest owłosienie łonowe u płci przeciwnej, mimo że w odniesieniu do własnej płci badani potrafili wyjaśnić tę zmianę własnego organizmu. Trudnością, na jaką napotykali, był również brak rozstrzygnięcia, czy zmianą przypisaną okresowi adolescencji jest pojawianie się częstych erekcji mimowolnych u mężczyzn. Około 22% badanych osób, głównie kobiet, nie wiedziało, czym jest erekcja i czy jest ona charakterystyczna dla tego okresu.

### **Wiedza osób niepełnosprawnych intelektualnie na temat zachowania higieny w okresie dojrzewania**

Na podstawie przeprowadzonych przeze mnie badań można wysunąć wnioski, iż badana młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym osiąga niski poziom wiedzy na temat czynności higienicznych związanych z płcią przeciwną. Badane osoby nie wiedziały, na czym polega zmiana wkładek higienicznych oraz dlaczego wkładki higieniczne należy stosować. Niski poziom wiedzy badanych osób na temat higieny ciała płci przeciwnej może wynikać z braku bezpośrednich kontaktów i, co się z tym wiąże, obserwacji zachowań higienicznych. Badane osoby wykazywały się wysokim poziomem wiedzy ogólnej na temat czynności higienicznych związanych z własnym ciałem i ciałem drugiej płci. Potrafiły wyjaśnić, na czym polega mycie intymnych części ciała, zakładanie bielizny czy adekwatny dobór odzieży. Dużo większym problemem było dla nich odpowiedzenie na pytania związane z używaniem przyborów toaletowych i kosmetyków.

Badani wiedzieli, że kobiety i mężczyźni preferują inny rodzaj kosmetyków. Dostrzegali różnice w prowadzeniu toalety porannej, która głównie polega na włączeniu do niej golenia przez mężczyzn. Kobiety wiedziały, czym jest makijaż i część z nich robiła go codziennie. Mężczyźni wiedzieli mniej na temat toalety

porannej kobiet i nie potrafili wymienić zbyt wielu kosmetyków stosowanych przez kobiety. Również kobiety miały problem z dokładnym wytłumaczeniem, na czym polega golenie się u mężczyzn. Wiele badanych kobiet nie wiedziało, czym jest pianka do golenia czy maszynka elektryczna.

Przedstawione analizy można pogłębić dwoma wybranymi fragmentami wywiadów. Badana młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym miała problem ze wskazaniem typowych czynności higienicznych płci przeciwnej. Kobieta w wieku 17 lat tak odpowiadała na pytanie na temat higieny własnego ciała i ciała płci przeciwnej: „Ja myję się sama. Zmieniam bieliznę. I używam dezodorant, taki kwiatowy. Chłopaki muszą się golić. Dezodorantu nie używają, tata ma taką kulkę pod pachy, ale kosmetyków innych nie ma, mężczyzna nie używa kosmetyków, najwyżej szczoteczka do zębów”. Warto zauważyć, iż kobieta ta nie wiedziała, czy mężczyźni też używają kosmetyków. Choć widziała antyperspirant u taty, uznała, że mężczyźni raczej nie używają kosmetyków, bo – jak to określiła – „im nie przystoi się stroić jak panna”. Ciekawa jest również wypowiedź 21-letniego mężczyzny, który nie wiedział, czym są podpaski oraz czym jest okres u kobiet: „Ja golę brodę, tata mnie nauczył. Nieraz mi pomaga. Podpaski, ja nie wiem, co to jest. Miesiączka to nie wiem, co to jest. Trzeba się myć wszędzie, by czysto było. Dziewczyny też się myją. One mają też zapachy różne. Mama ma dużo. Ja nie mam. Ja majtki zmieniam sam, wiem, że trzeba zmieniać. Teraz zima jest to ja grubo ubrany muszę chodzić, bo to tak trzeba. Dziewczyny też muszą się tak ubrać. Jak będzie ciepło, to ubiorę się w spodenki krótkie. Dziewczyny też noszą spodenki, ale też noszą spódniczki krótkie”.

### Podsumowanie

Przedstawione w niniejszym opracowaniu analizy miały na celu zwrócenie uwagi na fakt, że osoby o obniżonej sprawności intelektualnej, pomimo opóźnienia w rozwoju płciowym, pozostają osobami seksualnymi, co wiąże się z wieloma konsekwencjami natury indywidualnej i społecznej. Zebrane dane empiryczne dostarczyły wiedzy na temat biologicznych uwarunkowań rozwoju seksualnego osób niepełnosprawnych intelektualnie. Niewątpliwie problem płodności osób niepełnosprawnych intelektualnie powinien być poddany analizie badawczej. Należy również zastanowić się, czy i w jaki sposób możliwe jest wspieranie rozwoju psychoseksualnego osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

### Bibliografia

- Edwards, J.P. (1988). *Sexuality, marriage, and parenting for persons with Down syndrome*. W: S.M. Pueschel (red.), *The Young Person with Down Syndrome*. Baltimore: Brookes.
- Elkins, T.E., Spinnado, J., Muram, D. (1987). *Sexuality and family interaction in Down syndrome: parental report*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 6.
- Evan, A.L., McKinlay, A. (1988). *Sexual maturation in girls with severe mental handicap*. *Child Care Health Development*, 1.

- Gawlik, K., Nowak, K., Zalewski, T. (1995). Tempo dojrzewania biologicznego dziewcząt umysłowo upośledzonych w stopniu lekkim na tle normalnych rówieśnic. *Szkoła Specjalna*, 5.
- Kempton, W., Bass, M. S., Gordon, S. (1985). Sexuality and people with intellectual disabilities: A historical perspective. *Sexuality and Disability*, 9.
- McCabe, M., Cummins, R.A., Deeks, A.A. (2000). Sexuality and quality of life among people with physical disability. *Sexuality and Disability*, 18.
- Rowe, W.S., Savage, S. (1987). *Sexuality and the Developmentally Handicapped: A Guide look for Health Care Professionals*. Lewiston: Mellen.
- Teichert, H. (1999). Rozwój psychoseksualny osób z uszkodzonym narządem wzroku – okres młodzieńczy. Cz. I. *Psyche*, 4.
- Van Dyke, D.C., McBrien, D.M., Siddiqi, S.U., Petersen, M.C. (2000). Sexuality and individuals with Down Syndrome. *Sexuality and Disability*, 3.
- Walter, J. (1986). *Sexualität und geistige Behinderung*. Heidelberg: Schindele.
- Worley, G., Houlihan, C.M., Herman-Giddens, M.E., O'Donnell, M.E., Conaway, M., Stallings, V.A., Chumlea, W.C., Henderson, R.C., Fung, F.B., Rosenbaum, P.L., Samson-Fang, L., Nowobilski, G.S., Calvert, R.E., Stevenson, R.D. (2002). Secondary sexual characteristics in children with cerebral palsy and moderate to severe motor impairment: a cross-sectional survey. *Pediatrics*, 110.

## GENDER, SEXUALITY, PUBERTY – INTIMATE AREAS IN THE LIFE OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

### *Summary*

The study examined the knowledge of people with intellectual disabilities on gender and sexuality of their own and of the opposite sex. The research included 133 people diagnosed with moderate or severe intellectual disability from three provinces in Poland. Similar regularities were found in the course of biological development and perception of changes in one's own body. Also, the research showed difficulties that people with intellectual disabilities had in understanding these changes, it showed their lack of knowledge or little knowledge of the changes taking place in the opposite sex and of hygienic behaviors of the opposite sex.

**Key words:** person with intellectual disability, sexuality, gender, puberty, hygienic behaviors

## SEKSUALNOŚĆ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W POGLĄDACH STUDENTÓW OLIGOFRENOPELAGOGIKI

Osoby pełnosprawne rzadko uświadamiają sobie, że niepełnosprawni intelektualnie mają potrzeby seksualne. Bywa, że potrzeba seksu i bliskości z drugim człowiekiem występująca u osób z niepełnosprawnością intelektualną wzbudza u nich lęk, co implikuje takie reakcje, jak zakaz, wyparcie, udawanie, że takiego problemu nie ma. Zmiana poglądów społeczeństwa wymaga czasu i oddziaływań uświadamiających cechy osobowości osób z upośledzeniem umysłowym – ukazania nie ich inności, ale podobieństwa z osobami pełnosprawnymi. Jest to zadanie stojące również przed oligofrenopedagogami, którzy zawodowo zajmują się procesem szeroko rozumianej rehabilitacji człowieka z niepełnosprawnością intelektualną.

*Słowa kluczowe:* seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną, „niechciana seksualność”, seksualność – tabu

Dla wielu osób pełnosprawnych pogląd, że ludzie niepełnosprawni intelektualnie mają potrzeby seksualne takie jak wszyscy, jest ogromnym zaskoczeniem i budzi reakcje dalekie od akceptacji czy tolerancji. Potrzeba seksu i bliskości z drugim człowiekiem odczuwana przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną uważana jest niemal za dewiację i implikuje u części społeczeństwa takie reakcje, jak zakaz, wyparcie, udawanie, że problem nie istnieje, że jest tabu. Logikę takiego myślenia dyktuje obawa o prokreację osób niepełnosprawnych intelektualnie, utożsamiana z posiadaniem tylko i wyłącznie potomstwa z tą niepełnosprawnością. Statystyczny Polak kieruje się emocjami, które swoje korzenie mają w strachu i stereotypie. Gdyby zechciał odejść od obiegowych opinii, zrozumiałby, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają takie same potrzeby jak osoby pełnosprawne. Zauważyłby też, że nie każde dziecko dotknięte niepełnosprawnością intelektualną ma rodziców z taką właśnie niepełnosprawnością. Stereotyp jednak dominuje i problem, z którym nie wiadomo jak sobie poradzić, zostaje ulokowany w sferze zakazów.

Zmiana poglądów społeczeństwa wymaga czasu i oddziaływań uświadamiających cechy osobowości osób z niepełnosprawnością intelektualną, pokazujących nie ich inność, ale podobieństwa z osobami pełnosprawnymi. Jest to jedno z wielu zadań stojących również przed oligofrenopedagogami, którzy zawodowo zajmują się procesem szeroko rozumianej rehabilitacji. Stało się ono dla mnie – nauczyciela akademickiego – powodem, swoistą determinantą wprowadzenia do programu przedmiotu metodyka nauczania i wychowania głębiej upośledzonych umysłowo zagadnień związanych z problematyką seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym, znacznym i głębokim. Przedmiot ten realizowany jest na IV roku pięcioletnich studiów magisterskich z pedagogiki, specjalność

– rewalidacja osób upośledzonych umysłowo. Dla studentów zapoznanych z programem przedmiotu na pierwszych zajęciach w roku akademickim 2007/2008 te kwestie stały się tak inspirujące, że postanowili wziąć udział w badaniach mających na celu sprawdzenie postaw i poglądów przyszłych oligofrenopedagogów na temat „niechcianej seksualności” osób z niepełnosprawnością intelektualną.

### Opis badań

Badania zostały przeprowadzone wśród studentów IV roku pedagogiki, specjalność – rewalidacja osób głębiej upośledzonych umysłowo. Pomysł przeprowadzenia badań zainicjowały zajęcia na temat seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, oparte na dostępnej literaturze poświęconej temu zagadnieniu, w szczególności książce M. Kościelskiej (2004).

Opracowano ankietę złożoną z 14 pytań/wypowiedzi. Arkusz odpowiedzi został skonstruowany w sposób pozwalający badanym zaznaczać:

- stopień identyfikacji ankietowanego ze stwierdzeniem zawartym w ankiecie w procentach od 0 do 100,
- odpowiedź „nie wiem”,
- jedną z sześciu odpowiedzi na pytanie 14.

Badaniami zostało objętych 40 studentów, w tym w wieku: dwudziestu trzech lat – 33 osoby, dwudziestu dwu lat – 6 osób i jedna osoba w wieku dwudziestu ośmiu lat. W grupie było 38 studentek i 2 studentów. Czas badania wynosił 30 minut. Badania przeprowadzono w trakcie zajęć, przed omówieniem problematyki seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

Wyniki badań zostały opracowane w postaci wykresów. Grupę badaną zapoznano z nimi podczas prezentacji multimedialnej, po której nastąpiła dyskusja. Przeprowadzona analiza wyników i wypływające z niej wnioski są efektem pracy autorki tego artykułu.

### Wyniki badań

Pytania/wypowiedzi:

1. Otwartość i ufność osób upośledzonych umysłowo powodują, że są one łatwym obiektem molestowania seksualnego. Niewykształcenie u tych młodych ludzi umiejętności obrony przed różnymi zagrożeniami jest po prostu draństwem z naszej strony.  
Osób, które odpowiedziały: 100%.  
Stopień identyfikacji: średnia 80%.
2. Najlepiej nie rozmawiać z dziećmi upośledzonymi na „te tematy”, bo mogą się tylko niepotrzebnie pobudzić. Dopóki potrzeby seksualne nie ujawniły się u nich samoczynnie, to nie powinno się tej sfery dotyczyć.  
Osób, które odpowiedziały: 98%.  
Stopień identyfikacji: średnia 15%.
3. Jestem przeciwna temu, aby osoby upośledzone umysłowo uprawiały seks. Nie zabezpieczą się i potem będą z tego dzieci z wadami, którymi nikt się nie

- zajmie, bo przecież rodzice są upośledzeni. Rozmnażanie upośledzonych? Przecież to chore, nasz gatunek sam kopie pod sobą dołek. W przyrodzie takie sprawy same się regulują, upośledzeni giną i nie przekazują dalej złych genów. Nie wolno pomnażać niezdrowego przekonania, że im także seks się należy.  
Osób, które odpowiedziały: 95%.  
Stopień identyfikacji: średnia 20%.
4. Jestem osobą niepełnosprawną i sprawy seksu to dla mnie duży problem. Jestem skazany na usługi prostytutek. Dla niepełnosprawnych seks ma znaczenie terapeutyczne. Myślę, że powinno się podejść do spraw seksu osób niepełnosprawnych tak, jak to swego czasu zrobiła Holandia. Tam inwalida ma prawo do prostytutki raz w miesiącu.  
Osób, które odpowiedziały: 83%.  
Stopień identyfikacji: średnia 36%.
5. Seks osób niepełnosprawnych mnie brzydzi. Przykro mi, ale uważam, że np. bezmyślne masturbowanie się przez osoby niepełnosprawne umyślowo nie ma nic wspólnego z miłością, a raczej wyłącznie z instynktem i zwierzęcością.  
Osób, które odpowiedziały: 90%.  
Stopień identyfikacji: średnia 14%.
6. Celem każdego człowieka jest założenie rodziny.  
Osób, które odpowiedziały: 98%.  
Stopień identyfikacji: średnia 49%.
7. Czy jesteś w stanie wyobrazić sobie, że mógłbyś/mogłabyś pokochać i być w związku z dziewczyną/chłopakiem/ niepełnosprawną/niepełnosprawnym intelektualnie w stopniu umiarkowanym?  
Osób, które odpowiedziały: 85%.  
Stopień identyfikacji: średnia 12%.
8. Rozmowa z upośledzonym nic nie da, bo choć skończył 20 czy 40 lat, to wciąż jest to „duże dziecko” i nic nie zrozumie.  
Osób, które odpowiedziały: 100%.  
Stopień identyfikacji: średnia 16%.
9. Bardzo boli mnie to, że mój 19-letni syn kryje się ze swoimi potrzebami seksualnymi. Udaję, że nie widzę, gdy idzie do łazienki „to” zrobić. Kiedyś całował lalki, teraz poduszkę. Byłam u lekarza i u psychologa i pytałam, co robić. Żaden nie dał mi odpowiedzi. Widziałam w sanatoriach, jak matki kupowały chłopcom dmuchane lalki i zostawiały ich samych w pokojach. Takie problemy ma wielu rodziców upośledzonych dzieci. Dlatego pozwalam mu robić po kryjomu to, co chce.  
Osób, które odpowiedziały: 70%.  
Stopień identyfikacji: średnia 52%.
10. Osobom z upośledzeniem umysłowym, u których obserwujemy silne pobudzenie seksualne, powinniśmy udzielać technicznych wskazówek, jak mogą rozładować napięcie poprzez masturbację.  
Osób, które odpowiedziały: 72%.  
Stopień identyfikacji: średnia 51%.



11. W jakim stopniu zgadzasz się ze zdaniem, że zanim zaczniesz zastanawiać się nad seksualnością osób niepełnosprawnych, musisz mieć „poukładaną” tę sferę u siebie?  
Osób, które odpowiedziały: 97%.  
Stopień identyfikacji: średnia 85%.
12. Problem seksualności i realizacji potrzeb seksualnych osób niepełnosprawnych nie tkwi w osobach niepełnosprawnych intelektualnie, ale w osobach pełnosprawnych : opiekunach, rodzicach, otoczeniu.  
Osób, które odpowiedziały: 97%.  
Stopień identyfikacji: średnia 74%.
13. Ich życie, ich seks i wara nam od tego! W nasze życie nikt się nie wtrąca, więc i my nie wsadzajmy nosa tam, gdzie nas nie proszą.  
Osób, które odpowiedziały: 95%.  
Stopień identyfikacji: średnia 41%.
14. Czy zgodziłbyś/zgodziłabyś się na związek dwóch osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym?  
a) tak,  
b) tak, ale pod warunkiem niepłodności (antykoncepcja),  
c) tak, ale pod warunkiem posiadania stałych opiekunów,  
d) nie, ale spotykać się mogą,  
e) absolutnie nie,  
f) nie mam zdania.  
Osób, które odpowiedziały: 87%.  
Odpowiedzi: a) – 33%, b) – 5%, c) – 46%, d) – 3%, f) – 13%.

## Wnioski

Opracowana ankieta jest niewątpliwie niekonwencjonalna. Pojawiły się w niej zagadnienia sformułowane w sposób dosadny, nietypowy i niebanalny. Wypowiedź 1. zwraca uwagę na niezwykle ważny problem związany z wiktyimizacją osób upośledzonych umysłowo, za którą autorzy ankiety obarczyli odpowiedzialnością społeczeństwo. Wypowiedzi 2., 3. i 5. odzwierciedlają stereotypy funkcjonujące jako prawa w polskim społeczeństwie. Wypowiedź 4. to opinia samych osób niepełnosprawnych. Wypowiedzi 8. i 9. dotyczą wątpliwości, jakie mają rodzice dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. Pytanie 11. i wypowiedzi 6., 10., 12., i 13 są apelem do ankietowanych, aby określili własne poglądy i stopień identyfikacji ze szczegółowymi zagadnieniami będącymi integralną częścią złożonego problemu, jakim jest seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną. Pytanie 7. i 14. dotyczy bardzo konkretnych sytuacji, w jakich ankietowany musi sobie wyobrazić swój udział i zająć stanowisko zgodne ze swoim sumieniem.

Do wypowiedzi 1. ustosunkowało się 100% badanych, co znaczy, że nie mieli oni problemu, by zająć stanowisko w poruszanej sprawie. 80% badanych identyfikowało się z tezą, że to społeczeństwo ponosi odpowiedzialność za niewykształcenie u osób upośledzonych umysłowo mechanizmów obronnych przed molestowa-

niem seksualnym. Na wypowiedzi 2., 3., 5. zareagowało co najmniej 90% badanych, a z cytowanymi poglądami zgodziło się w kolejności: 15%, 20%, 14%. Oznacza to, że tylko 15% studentów uważało, iż właściwym sposobem rozwiązania omawianego problemu jest nierozmawianie z dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie na „te tematy”, 20% było przeciwnych „temu, aby osoby upośledzone umysłowo uprawiały seks” i tylko 14% brzydził seks osób niepełnosprawnych. Z wypowiedzią 4. miało problem 17% badanych. Osoby, które nie udzieliły odpowiedzi, uchyliły się od zajęcia konkretnego stanowiska dotyczącego korzystania z usług prostytutek przez osoby niepełnosprawne. 36% osób zgodziło się na prawo niepełnosprawnych do korzystania z usług prostytutek. Na wypowiedź 8. uzyskano 100% odpowiedzi, ale tylko 16% odpowiadających zgodziło się z twierdzeniem, że człowiek z niepełnosprawnością intelektualną bez względu na wiek nic nie rozumie. Wypowiedź 9. sprawiła studentom trudności, bo tylko 70% z nich udzieliło odpowiedzi, z tego 52% zgodziło się, że młody mężczyzna z niepełnosprawnością intelektualną ma prawo do masturbacji. Na pytanie 11. i wypowiedzi 6., 12., 13. odpowiedzi udzieliło ponad 95% ankietowanych. Wypowiedź 10. sprawiła więcej trudności, co pokazał wynik wynoszący 72%. Oznacza to, że 28% studentów wolało nie udzielać osobom z upośledzeniem umysłowym technicznych wskazówek w sprawie masturbacji. 51% odpowiadających uważało, że należy takich wskazówek udzielać. Z poglądem, że celem człowieka jest założenie rodziny (wypowiedź 6.), identyfikowało się 49% odpowiadających, aż 85% uważało, że by wypowiadać się o seksualności innych, trzeba mieć „poukładaną” tę sferę. 74% uważało, że w rodzicach, opiekunach, otoczeniu tkwi problem opisywanej seksualności (wypowiedź 12). 41% myślało, że „ta” seksualność to sprawa samych zainteresowanych (wypowiedź 13). Pytania 7. i 14. implikowały odpowiedź u odpowiednio 85% i 87% badanych. Tylko 12% osób było w stanie wyobrazić sobie związek z partnerem niepełnosprawnym intelektualnie w stopniu umiarkowanym, 33% wyraziło zgodę na związek dwojga osób z takim stopniem niepełnosprawności, a 46% zgodziło się na ich intymną znajomość, ale pod warunkiem zapewnienia partnerom opieki ze strony rodziny.

### Podsumowanie

1. Studenci IV roku oligofrenopedagogiki zajmują określone stanowisko w sprawie seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, nie uciekają od zabrania głosu w sprawach trudnych, budzących emocje.
2. Zdają sobie sprawę, że w kwestiach dotyczących omawianego problemu nie zawsze można zająć jednoznaczne stanowisko.
3. 80% badanych uznaje winę osób pełnosprawnych za niewykształcenie u osób z niepełnosprawnością intelektualną umiejętności obrony przed wykorzystywaniem seksualnym i prawie tyle samo (74%) uważa, że problem realizacji potrzeb seksualnych osób niepełnosprawnych tkwi w ich rodzicach, opiekunach, otoczeniu.
4. 85% odpowiadających uważa, że tylko wtedy osoby pełnosprawne mogą się wypowiadać na temat problemów związanych z przejawami seksualności u osób niepełnosprawnych, jeśli same nie mają z tą sferą problemów.



5. Ankietowani studenci w zdecydowanej większości identyfikują się ze stanowiskiem, że należy rozmawiać z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie na tematy związane z płciowością człowieka (85%), nie brzydzi ich seks niepełnosprawnych (64%).
6. 79% ankietowanych przyznaje osobom z niepełnosprawnością intelektualną prawo do związku intymnego.

Wyniki przeprowadzonych badań dowodzą, że studenci odeszli od panującego stereotypu w kwestii „niechcianej seksualności” osób z niepełnosprawnością intelektualną. Badani są kandydatami na oligofrenopedagogów i mierzą się z poruszaną problematyką w praktyce, przyznając swoim podopiecznym prawo do miłości, intymności, seksualności – prawo do własnej płciowości. Mają świadomość, że nadal pozostają do rozwiązania problemy związane z zaspokajaniem potrzeb seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną stopnia głębszego.

### Bibliografia

Kościelska, M. (2004). *Niechciana seksualność – o ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Warszawa: Jacek Santorski & Co.

## SEXUALITY OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES IN THE VIEWS OF OLIGOPHRENOPEDAGOGY STUDENTS

### Summary

Realizing that people with intellectual disabilities have the same sexual needs as other people, a lot of nondisabled people are greatly astonished and their reactions are far from acceptance and tolerance. According to nondisabled people, the need for sex and closeness to another person in people with mental disabilities breeds anxiety, it is regarded almost as a deviation, and it entails such reactions as prohibition, denial, or pretending that such a problem does not exist. Nondisabled society does not manage this phenomenon, which results in a situation where it is regarded as a taboo subject.

Changes in social views require time and intervention which would inform nondisabled people of personality traits of people with mental disabilities, not to say which would show their similarity to nondisabled people and not their otherness. It is one of many tasks that specialists in education of the mentally disabled need to face as they are professionally involved in the process of rehabilitation for people with intellectual disabilities in a broad sense.

**Key words:** sexuality of people with intellectual disabilities, “unwanted” sexuality, sexuality – taboo

## WYKORZYSTANIE KOMPUTEROWEGO BADANIA WZROKU I SŁUCHU W DIAGNOSTYCE POZIOMU FUNKCJI PERCEPCYJNYCH WARUNKUJĄCYCH PROCESY CZYTANIA I PISANIA – PORÓWNANIE WARTOŚCI DIAGNOSTYCZNEJ PROGRAMÓW WIDZĘ, SŁYSZĘ I SKALI RYZYKA DYSLEKSJI

Głównym celem wykorzystania programów *Widzę* i *Słyszę* jest obniżenie wieku pacjenta, w którym dokonywana jest diagnostyka wad wzroku i niedosłuchu, a tym samym skrócenie czasu podjęcia interwencji medycznej oraz zmniejszenie liczby dzieci mających problemy w zakresie wzroku i słuchu. Z badań autorki wynika, że znaczący odsetek badanych nie uzyskał pozytywnego wyniku w obu testach komputerowych, co oznacza, że wymagają oni specjalistycznej opieki okulistycznej lub audiologicznej. U około 20% badanych potwierdzone zostały anatomiczno-fizjologiczne zaburzenia wzroku i słuchu. Pozostała część grupy badanych poddana została diagnostyce funkcji percepcyjnych odpowiedzialnych za prawidłowy przebieg nauki czytania i pisania. Uzyskane wyniki wysoko korelują z wynikami uzyskanymi w badaniach z wykorzystaniem Skali Ryzyka Dysleksji. Pozwalają postulować wykorzystanie omawianych narzędzi do diagnozowania wad wzroku i niedosłuchu oraz trudności w czytaniu i pisaniu, mających swe źródło w zaburzeniach percepcji wzrokowej i słuchowej.

**Słowa kluczowe:** Skala Ryzyka Dysleksji, diagnozowanie dysleksji, multimedialne techniki diagnostyczne w logopedii, badanie funkcji percepcyjnych

Wymogi stawiane obecnie dzieciom podejmującym naukę szkolną powodują konieczność wzmożenia działań mających na celu skuteczną pomoc tym z nich, które przejawiają trudności w czytaniu. Wsparcia oczekują dzieci i ich rodzice, którzy orientują się jedynie, że dziecko ma problemy z czytaniem, ale często nawet nie zdają sobie sprawy z tego, że jest ono zagrożone dysleksją.

Problematyką dysleksji zajmowali się psycholodzy, językoznawcy i pedagodzy. Ich prace dotyczyły w większości terapii uczniów, u których już stwierdzono dysleksję. Wśród metod pracy z dziećmi z trudnościami w nauce czytania i pisania pojawiły się: polska adaptacja Metody Dobrego Startu autorstwa M. Bogdanowicz (2005), metoda wertrykalna J. Włodek-Chronowskiej (1985), metoda 18 struktur wyrazowych E. Kujawy i M. Kurzyny (2005), metoda sekwencyjno-symultaniczna J. Cieszyńskiej (2005). Skuteczność tych metod została zweryfikowana w praktyce.

Problem diagnozy trudności w nabywaniu umiejętności czytania i pisania podjęła M. Bogdanowicz, tworząc Skalę Ryzyka Dysleksji (SRD). Pozwala ona w badaniach przesiewowych dzieci na początku podjęcia nauki szkolnej wyłonić te, które przejawiają trudności w zakresie motoryki, funkcji wzrokowych, funkcji językowych oraz uwagi i narażone są na niepowodzenia w opanowywaniu technik szkolnych.

## Opis badań – narzędzia

Rozpoczęcie w 2001 r. przesiewowych badań komputerowych wzroku i słuchu z wykorzystaniem programów stworzonych w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu znalazło odbicie we wczesnej i szeroko dostępnej diagnostyce wzroku i słuchu fizjologicznego. Programy stworzone w celu wyłonienia dzieci z potencjalnymi problemami w zakresie wzroku i słuchu okazały się, jak ujawniły badania prowadzone przeze mnie przez 7 lat, użyteczne również do wyłaniania tych dzieci, które przy prawidłowo funkcjonującym aparacie słuchu i wzroku prezentują trudności w zakresie percepcji wzrokowej i słuchowej.

Głównym celem wprowadzenia programów *Słyszę* i *Widzę* było obniżenie wieku dokonywania diagnostyki niedosłuchu i wad wzroku, a tym samym skrócenie czasu podjęcia interwencji medycznej oraz w efekcie zmniejszenie liczby dzieci mających problemy w zakresie słuchu i wzroku ([www.teledzrowie.pl](http://www.teledzrowie.pl)).

System *Słyszę* jest multimedialnym programem komputerowym, przeznaczonym do badania słuchu przede wszystkim u dzieci i młodzieży.

Badanie słuchu oparte jest na automatycznej analizie ankiety osoby poddawanej badaniu, audiometrycznej próbie tonowej oraz na testowaniu rozumienia mowy w szumie:

- Test tonalny przeznaczony jest dla osób w dowolnym wieku. W teście wykorzystywane są tony proste o częstotliwości 1,2 i 4 kHz. Zadaniem osoby badanej jest sygnalizowanie obecności dźwięku za każdym razem, gdy będzie on słyszalny. Po wykonaniu testu tonalnego istnieje możliwość kontynuacji badań z wykorzystaniem testu obrazkowego lub słownego.
- Test obrazkowy przeznaczony jest dla dzieci młodszych (do 10. roku życia). Składa się z 20 słów dwusylabowych, prezentowanych w obecności zagłuszającego je szumu. Na ekranie pojawiają się podpisane obrazki ilustrujące słowa. Zadaniem dziecka jest wybór z 4 propozycji usłyszanego słowa.
- Test słowny przeznaczony jest dla dzieci starszych i młodzieży. Składa się z 20 słów jednosylabowych, prezentowanych w obecności zagłuszającego je szumu. Na ekranie pojawiają się cztery słowa. Zadaniem badanego jest wybór z proponowanej listy usłyszanego słowa.

Po zakończeniu testu system analizuje wyniki każdej badanej osoby. Na podstawie liczby błędnych odpowiedzi automatycznie podejmowana jest decyzja o ewentualnym skierowaniu osoby badanej na kompleksową diagnostykę laryngologiczną lub audiologiczną.

Badanie za pomocą komputerowego programu *Widzę* służy wczesnej diagnostyce wad wzroku u dzieci w przedziale wiekowym od 6 do 19 lat.

Badanie polega na wypełnieniu ankiety zawierającej pytania dotyczące zaburzeń widzenia zaobserwowanych przez badanego oraz przeprowadzeniu dwu testów optycznych. Są to:

1. Badanie różnicowania kontrastu, które pozwala wykryć wady wzroku związane z nieprawidłowym odbieraniem ostrości i kontrastowości obrazów. Obrazy są prezentowane w postaci kółek zawierających różnie ułożone linie o zmiennej kontrastowości. Zadaniem badanego jest określenie kierunku, w jakim ułożone są linie. Badanie przeprowadza się oddzielnie dla lewego i prawego oka.

2. Badanie widzenia barwnego, które pozwala wykryć zaburzenia w rozpoznawaniu kolorów. W badaniu prezentowane są obrazy zawierające liczby zbudowane z różnych kółek. Zadaniem badanej osoby jest odczytanie liczby i wpisania jej z klawiatury.

Serwis analizuje wyniki każdego badanego i na podstawie liczby błędnych odpowiedzi podejmowana jest decyzja, czy dana osoba ma problemy ze wzrokiem.

W przypadku uzyskania negatywnego wyniku osoba podejrzana o wadę wzroku powinna być w pełni zdiagnozowana przez lekarza okulistę z zaleceniem odpowiedniego postępowania.

SRD to bardzo proste narzędzie diagnostyczne, którego celem jest wczesne wykrywanie symptomów wskazujących na możliwość wystąpienia dysleksji rozwojowej, czyli specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu. Ma charakter przesiewowy, co oznacza, że pozwala na wstępną diagnozę, która wymaga potwierdzenia wynikami uzyskanymi na podstawie pełnych badań diagnostycznych. Metoda jest prosta w zastosowaniu, badanie nie jest czasochłonne i można nim objąć dużą grupę, np. całą klasę. Kwestionariusz SRD zawiera 21 stwierdzeń, które dotyczą różnych symptomów ryzyka dysleksji. Ogólna ocena pomaga stwierdzić, czy dane dziecko należy do grupy dzieci ryzyka dysleksji i jaki jest stopień tego ryzyka. W tym celu posługujemy się następującymi określeniami:

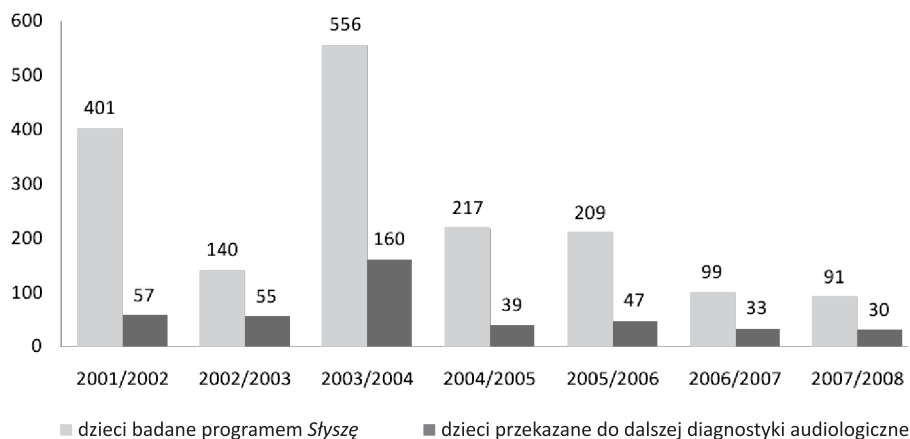
- Wysokie ryzyko dysleksji – obliguje do objęcia dziecka codziennymi zajęciami wspomagającymi jego rozwój oraz ćwiczeniami korekcyjno-kompensacyjnymi. Zalecane jest także przeprowadzenie badania diagnostycznego w poradni psychologiczno-pedagogicznej.
- Umiarkowane ryzyko dysleksji – wskazuje, że należy dziecku udzielić pomocy, której celem byłoby wyeliminowanie stwierdzanych deficytów rozwojowych. Potrzebna jest także dalsza obserwacja dziecka i powtórne badanie po kilku miesiącach w celu dokonania oceny postępów w rozwoju.
- Pogranicze ryzyka – informuje o konieczności wnikliwej obserwacji postępów w rozwoju i nabywaniu umiejętności szkolnych.
- Brak ryzyka.

Celem SRD jest zwrócenie uwagi dorosłych na określone dziecięce zachowania, które sygnalizują obecność nieprawidłowości w rozwoju psychomotorycznym.

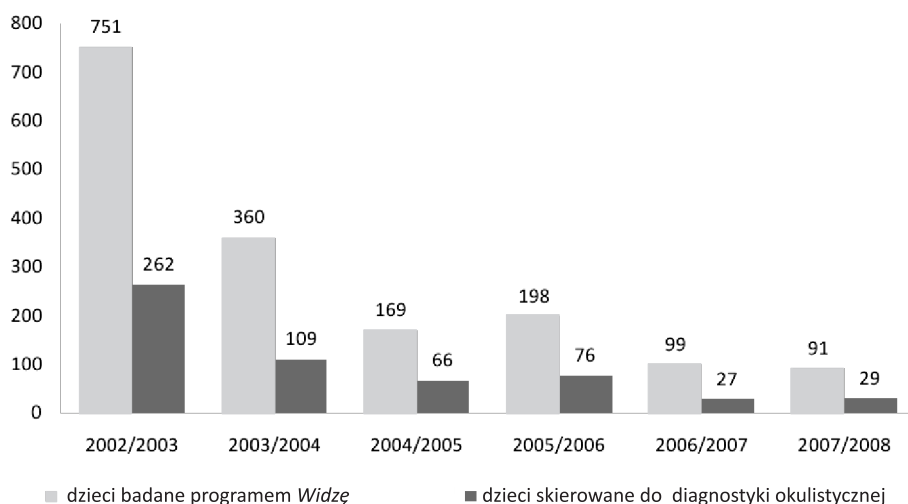
### Wyniki badań

Prowadzone przeze mnie badania 3381 dzieci w wieku 6 lat ( w tym z zastosowaniem programu *Słyszę* 1713 dzieci, programu *Widzę* 1668) wykazały, że wiele z nich nie uzyskało pozytywnego wyniku w testach dotyczących słuchu (421, czyli 24%) i wzroku (596, czyli 34% ), co oznacza, że wymagają specjalistycznych konsultacji lekarskich. U wielu dzieci potwierdzone zostały anatomiczno-fizjologiczne zaburzenia w zakresie słuchu bądź wzroku (wykres 1, 2).

Pozostała część grupy poddana została diagnostyce funkcji percepcyjnych odpowiedzialnych za prawidłowy przebieg procesu nauki czytania i pisania. Wyniki badań tej grupy wykazały wysoką zgodność z SRD M. Bogdanowicz (tamże).



Wykres 1. Dzieci badane za pomocą programu *Słyszę* i przekazane do dalszej diagnostyki audiologicznej



Wykres 2. Dzieci badane za pomocą programu *Widzę* i przekazane do dalszej diagnostyki okulistycznej

Dzieci skierowane do specjalistycznych gabinetów audiologicznych i okulistycznych, u których zdiagnozowano anatomiczne lub fizjologiczne podłoże problemów, stanowiły około 20% tych, które nie uzyskały pozytywnych wyników w badaniach przesiewowych. W zakresie problemów audiologicznych na przestrzeni 7 lat odsetek ten prezentował się w wartościach od 12,12 do 20,00%, zaś w zakresie problemów okulistycznych wahał się pomiędzy 14,47 a 34,40 % (tabela 1).

Tabela 1

## Wyniki specjalistycznej diagnostyki audiologicznej i okulistycznej

Rok szkolny	Dzieci poddane diagnostyce audiologicznej			Dzieci poddane diagnostyce okulistycznej		
	badani	zdiagnozowane problemy	%	badani	zdiagnozowane problemy	%
2001/2002	57	11	19,29	–	–	–
2002/2003	55	7	12,72	262	58	22,14
2003/2004	160	25	15,62	109	26	23,80
2004/2005	39	7	15,60	66	12	18,18
2005/2006	47	8	17,00	76	11	14,47
2006/2007	33	4	12,12	27	9	33,30
2007/2008	30	6	20,00	29	10	34,40
<b>RAZEM</b>	<b>421</b>	<b>68</b>	<b>16,15</b>	<b>569</b>	<b>126</b>	<b>22,14</b>

Z grupy dzieci, które uzyskały negatywne wyniki w trakcie badań przesiewowych programami komputerowymi i nie stwierdzono u nich medycznych uzasadnień tej sytuacji, wyłoniono grupę, której możliwości intelektualne powodowały globalne opóźnienie rozwoju funkcji percepcyjnych (45 osób, tj. około 10–12% badanych w kolejnych latach) (tabela 2).

Tabela 2

## Poziom intelektualny dzieci, u których wykluczono medyczne podłoże trudności w zakresie wzroku i słuchu (na podstawie dokumentacji psychologicznej)

Rok szkolny	Program <i>Słyszę</i>					Program <i>Widzę</i>				
	N	Norma intelektualna		Poniżej normy		N	Norma intelektualna		Poniżej normy	
		N	%	N	%		N	%	N	%
2001/2002	46	38	82,6	8	17,4	-	-			
2002/2003	48	41	85,4	7	14,6	204	189	92,6	15	7,4
2003/2004	135	120	88,8	15	11,2	83	68	81,9	15	18,1
2004/2005	32	28	87,5	4	12,5	54	50	92,6	4	7,4
2005/2006	39	34	87,2	5	12,8	65	60	92,3	5	7,7
2006/2007	29	26	89,4	3	10,4	18	15	83,3	3	16,7
2007/2008	24	21	87,5	3	12,5	19	16	84,2	3	15,8
<b>RAZEM</b>	<b>353</b>	<b>308</b>	<b>87,3</b>	<b>45</b>	<b>12,7</b>	<b>443</b>	<b>398</b>	<b>89,8</b>	<b>45</b>	<b>10,2</b>

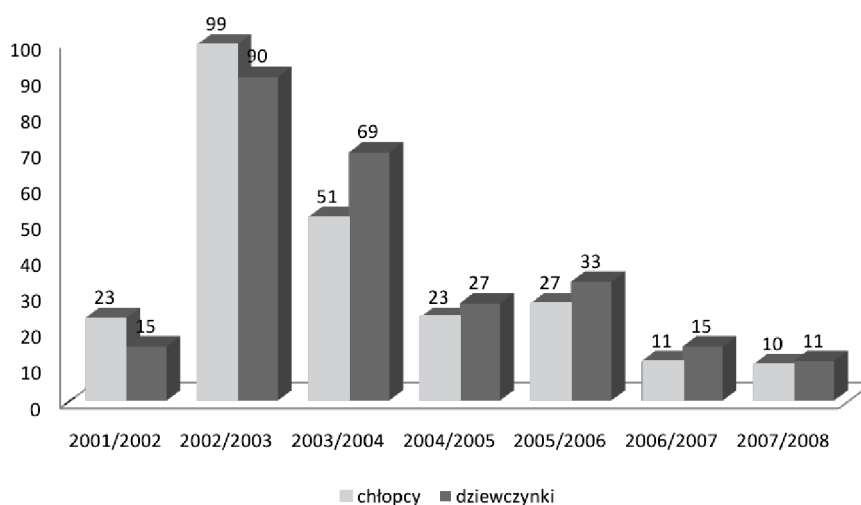
Pozostałe dzieci poddano pogłębionym badaniom w zakresie percepcji wzrokowej i słuchowej (odniesienie do wcześniejszych badań) oraz innych funkcji wpływających na nabywanie umiejętności czytania i pisanie (tabela 3). Opiekunowie tej grupy uczniów (rodzice, nauczyciele) poproszeni zostali o wypełnienie kwestionariusza SRD.

Tabela 3

## Dzieci zakwalifikowane do diagnostyki w kierunku trudności percepcyjnych

Rok szkolny	Trudności w zakresie	
	percepcji słuchowej	percepcji wzrokowej
2001/2002	38	–
2002/2003	41	189
2003/2004	120	68
2004/2005	28	50
2005/2006	34	60
2006/2007	26	15
2007/2008	21	16
<b>RAZEM</b>	<b>308</b>	<b>398</b>

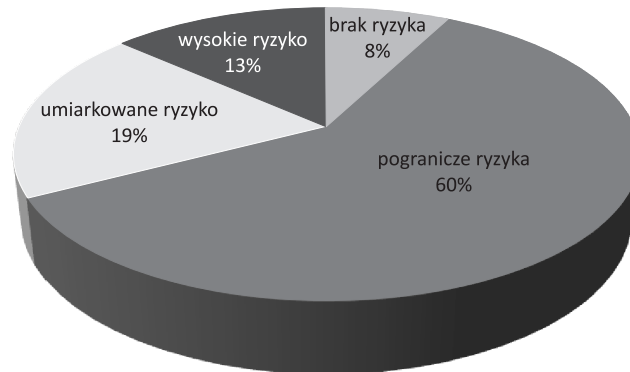
Grupa diagnozowana za pomocą SRD liczyła 504 osoby, w tym 244 chłopców i 260 dziewczynek (wykres 3). Chłopcy stanowili 48% grupy, dziewczynki 52%.



Wykres 3. Dzieci badane za pomocą SRD

Analiza wyników ogólnych SRD (wynik uzyskany po podsumowaniu całości ocen porównany z normami uzyskanymi w badaniach normalizacyjnych, które zostały przeprowadzone w klasie „0”) pozwala stwierdzić, czy dane dziecko należy do grupy dzieci ryzyka dysleksji i jaki jest stopień tego ryzyka.

W grupie znalazło się 39 dzieci, u których w badaniu ogólnym nie stwierdzono zagrożenia dysleksją, 301, u których występuje pogranicze ryzyka, u 79 stwierdzono umiarkowane ryzyko oraz u 67 wysokie ryzyko dysleksji. Rozkład procentowy ryzyka dysleksji przedstawia wykres 4.



Wykres 4. Rozkład stopnia ryzyka dysleksji

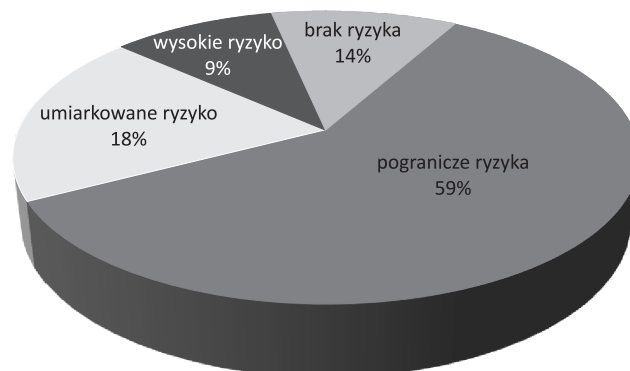
Wśród 39 dzieci, u których nie wystąpiło ryzyko dysleksji, większość stanowiły dziewczynki (67%), chłopców było 33%.

Wśród 67 dzieci z wysokim ryzykiem dysleksji ten podział wygląda odwrotnie – większość stanowili chłopcy (66%), dziewczynek było 34%.

Analizując pozostałe kwestionariusze, uzyskałam następujące wyniki: w grupie 301 osób z pogranicza ryzyka 64% to dziewczynki, 36% – chłopcy, natomiast wśród 97 dzieci, które zaklasyfikowano do umiarkowanego ryzyka, dziewczynki to nieco ponad 44%, a chłopcy prawie 66%. Zarówno w grupie umiarkowanego, jak i wysokiego ryzyka największy procent stanowią chłopcy.

Kolejny krok podczas analizy wyników ogólnych to określenie, w których sferach, takich jak: motoryka, funkcje wzrokowe, funkcje językowe, uwaga, dzieci mają największe problemy i jak bardzo są one nasilone.

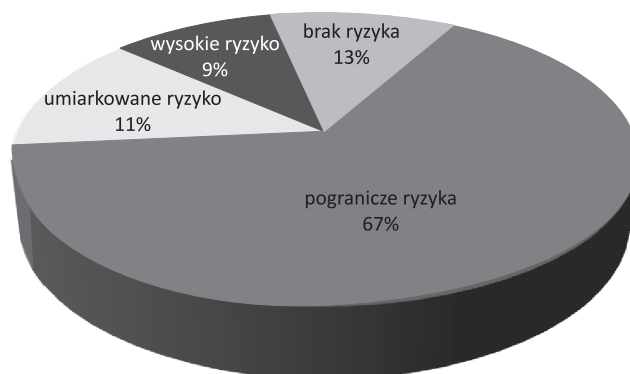
Dane dotyczące motoryki (małej i dużej) przedstawia wykres 5. Wynika z niego, że zaledwie 14% uczniów nie wykazuje ryzyka dysleksji w tej sferze, a nieco ponad 9 % badanych cechuje wysokie ryzyko.



Wykres 5. Poziom skali w zakresie motoryki



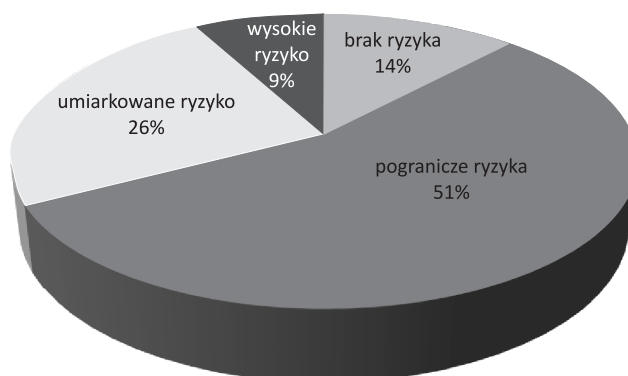
W analizie szczegółowej uzyskanych danych motoryka została rozdzielona na motorykę małą i dużą. Jak przedstawiają się wyniki motoryki małej, szczegółowo pokazuje wykres 6.



Wykres 6. Poziom skali w zakresie motoryki małej

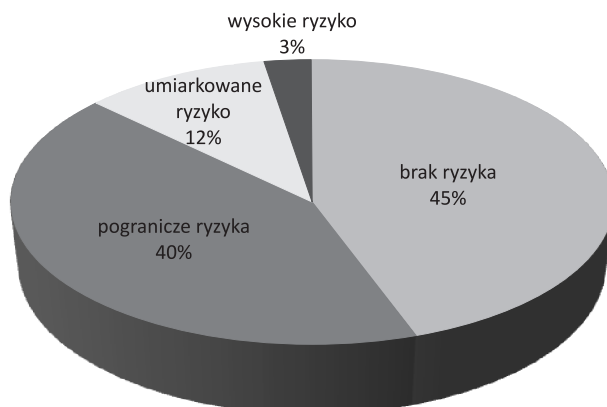
Z analizy wynika, że u 13% badanych nie ma ryzyka dysleksji, zaś 9% zalicza się do grupy wysokiego ryzyka dysleksji.

Jak przedstawiają się wyniki w zakresie motoryki dużej, widać na wykresie 7. Zaledwie u 14% badanych dzieci nie ma ryzyka dysleksji, a 9% wykazuje wysokie ryzyko dysleksji.



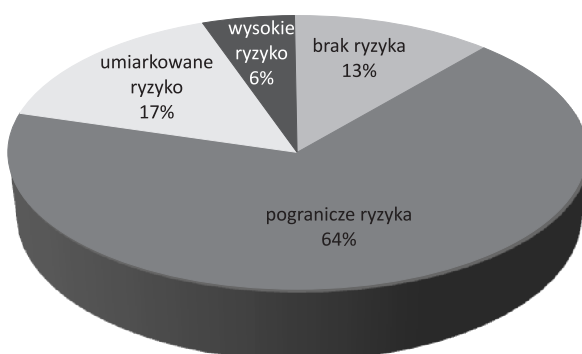
Wykres 7. Poziom skali w zakresie motoryki dużej

Kolejną analizowaną funkcją jest uwaga. Rozkład ryzyka dysleksji przedstawia się następująco (wykres 8): 45% badanych nie wykazuje ryzyka dysleksji, a 3% znajduje się w strefie wysokiego ryzyka.



Wykres 8. Poziomy skali w zakresie uwagi

Trzecią badaną sferą jest funkcja wzrokowa. Dokładne dane na ten temat przedstawiłam na wykresie 9. Okazało się, że zaledwie 13% uczniów nie wykazało żadnych zaburzeń, a u 6% dzieci wykryto wysokie ryzyko dysleksji.

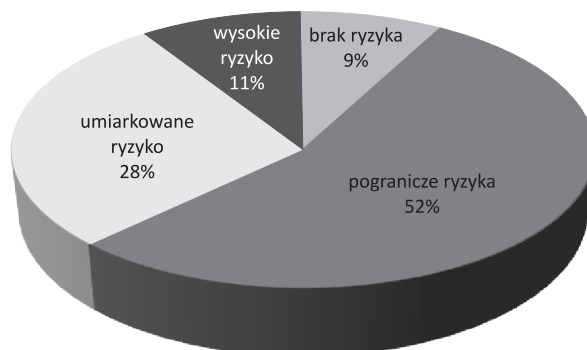


Wykres 9. Poziomy skali w zakresie funkcji wzrokowych

Analiza funkcji językowej pozwala stwierdzić, że badani uczniowie najwyraźniej prezentują trudności w tym zakresie. Zaledwie 9% badanych, czyli 45 osób z 504, nie wykazuje trudności, ponad 50% znajduje się na pograniczu ryzyka, a prawie 40% jest w grupie umiarkowanego i wysokiego ryzyka (wykres 10).

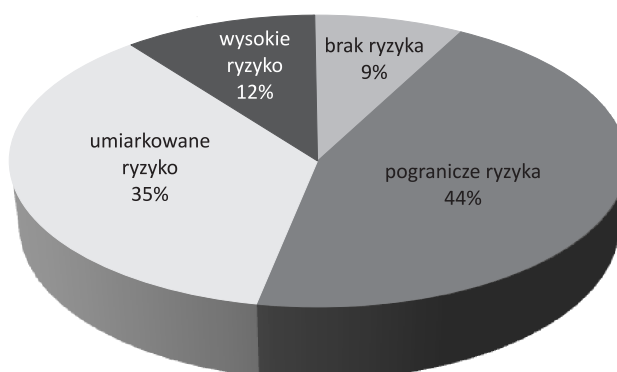
Dokonując szczegółowej analizy funkcji językowych z rozgraniczeniem na percepcję i ekspresję mowy można stwierdzić, że więcej trudności sprawia badanym dzieciom percepcja mowy, co znajduje wyraz w następujących działaniach:

- dzieci nie potrafią odróżnić podobnie brzmiących głosek, np. *g – k*, *z – s*,
- mają trudności z pamięciowym odtworzeniem nawet nielicznej sekwencji wyrazów,
- nie dokonują analizy i syntezy głoskowej wyrazu.



Wykres 10. Poziomy skali w zakresie funkcji językowych

Aż 47% badanych prezentuje umiarkowane i wysokie ryzyko w zakresie omawianej funkcji i wymaga zintensyfikowanych działań stymulujących rozwój oraz wyrównywania braków (wykres 11).

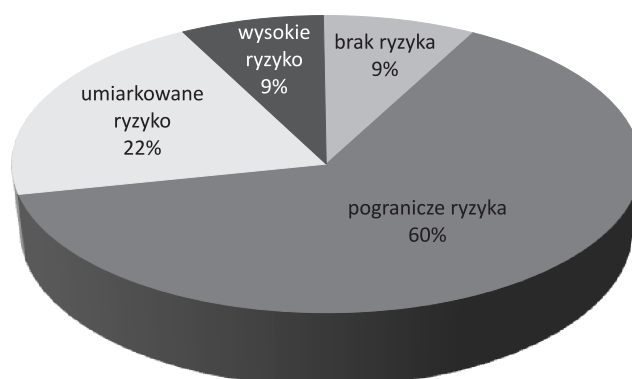


Wykres 11. Poziomy skali w zakresie percepcji mowy

W zakresie ekspresji mowy ponad połowa badanych wymaga obserwacji, zaś 31% ma istotne problemy (wykres 12). Najczęściej sygnalizowane trudności w zakresie ekspresji mowy to:

- wady wymowy,
- trudności z budowaniem wypowiedzi,
- trudności z rozpoczęciem dialogu,
- metatezy – przestawianie głosek i sylab w wyrazie.

Szczegółowa analiza wszystkich podskal SRD wykazała najbardziej zagrożone ryzykiem dysleksji sfery rozwoju badanych uczniów. Są to funkcje wzrokowe oraz funkcje językowe ze szczególnym zwróceniem uwagi na percepcję mowy. W dalszej kolejności oddziaływać stymulujących wymaga motoryka i uwaga.



Wykres 12. Poziomy skali w zakresie ekspresji mowy

### Podsumowanie

Na podstawie analizy występujących trudności w zakresie percepcji wzrokowej i słuchowej według SRD w grupie przebadanej uprzednio przesiewowymi programami komputerowymi *Słyszę* i *Widzę* oraz uzyskanych w tych testach wyników kwalifikujących dzieci do diagnostyki tych funkcji, można pokusić się o stwierdzenie, że odsetek uczniów wyłonionych przy użyciu obu narzędzi jest zbliżony. Zaledwie 9–14% uczniów skierowanych na podstawie wyników w testach komputerowych znalazło się w grupie braku ryzyka SRD.

Badania obu testami pozwalają diagnoście dokonać interesujących obserwacji dotyczących rozwoju globalnego nieznanymi mu dotąd dzieci, zauważyć np.:

- opóźnienie rozwoju lateralizacji – dziecko jest oburęczne (w próbach polegających na odtworzeniu kierunku linii posługuje się wymiennie obu rękoma);
- opóźnienie orientacji w schemacie ciała i przestrzeni – dziecko ma trudności ze wskazywaniem na sobie części ciała przy ich określaniu pojęciami: prawe i lewe (prawa ręka, lewa ręka), nie umie określić kierunku na prawo i lewo od siebie;
- trudności z wyróżnianiem elementów z całości, a także z ich syntetyzowaniem w całość (w teście widzenia barwnego próba kolorowych kulek budujących znak cyfry);
- wady wymowy, zmiany wewnątrz wyrazów (zarówno w obrębie głosek, jak i sylab), perseweracje.

Uzyskane wyniki pozwalają postulować wykorzystanie programów *Słyszę* i *Widzę* do diagnozowania w zakresie niedosłuchu i wad wzroku oraz trudności w czytaniu i pisaniu, mających swe źródło w zaburzeniach percepcji wzrokowej i słuchowej. Pozwoli to nie tylko rozszerzyć, ale i uatrakcyjnić ofertę diagnostyczną.

**Bibliografia**

- Bogdanowicz, M. (2002). *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*. Gdańsk: Polskie Towarzystwo Dysleksji.
- Bogdanowicz, M. (2005). *Metoda Dobrego Startu*. Warszawa: WSiP.
- Cieszyńska, J. (2005). *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Kujawa, E., Kurzyna, M. (2005). *Metoda 18 struktur wyrazowych. Książka do ćwiczeń w czytaniu*. Warszawa: WSiP.
- Włodek-Chronowska, J. (1985). *Stymulacja procesu czytania: w młodszym wieku szkolnym*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

**USE OF COMPUTERIZED EYE AND HEARING EXAMINATIONS  
IN THE DIAGNOSTICS OF PERCEPTUAL FUNCTIONS ON WHICH  
READING AND WRITING PROCESSES DEPEND. COMPARISON OF  
THE DIAGNOSTIC VALUE OF THE "I CAN SEE" AND "I CAN HEAR"  
PROGRAMS AND THE RISK SCALE FOR DYSLEXIA**

*Summary*

The "I Can See" and "I Can Hear" programs are mainly used to lower the age of patients when hearing and visual impairments are diagnosed, thus shortening the time before medical intervention is undertaken, and finally reducing the number of children with visual and hearing problems.

As the research conducted by the author shows, a substantial proportion of the subjects did not obtain a positive result in both computerized tests, which means that they require specialist audiological or ophthalmological care. Anatomical and physiological vision or hearing disorders were confirmed in 20 percent of the subjects. The remaining subjects were diagnosed with regard to perceptual functions responsible for the normal course of learning to read and write. The results correlate highly with the results obtained in tests using the Risk Scale for Dyslexia.

The results allow to call for the use of the abovementioned tools in diagnosis regarding hearing and visual impairments as well as reading and writing difficulties which originate from visual and auditory perception disorders.

**Key words:** Risk Scale for Dyslexia, diagnosing dyslexia, multimedia diagnostic techniques in speech therapy, perceptual function tests

## RELACJE LEKARZ–PACJENT W ŚWIETLE OPINII SPOŁECZNOŚCI AKADEMICKIEJ

Za pomocą ankiety zbadano opinie studentów Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej na temat stosunków lekarz–pacjent. Poddano analizie dwa zagadnienia: czas oczekiwania na wizytę i czas konsultacji oraz wzajemne oczekiwania wobec siebie lekarza i pacjenta. W pierwszym obszarze odnotowano wady w zarządzaniu czasem lekarza i pacjenta, w drugim dość częsty konflikt interesów lekarza i pacjenta.

*Słowa kluczowe:* lekarz, pacjent, oczekiwanie, reakcja, zarządzanie

Związki między lekarzem a pacjentem to obszar zainteresowań kilku dyscyplin naukowych. Z ważniejszych należy wymienić medycynę, psychologię, socjologię, etykę. W medycynie lekarz jest postrzegany nie tylko jako ten, kto według znanego zalecenia Hipokratesa ma nie szkodzić, ale jako wyposażony w wiedzę i kompetencje diagnosta, ukierunkowany na leczenie, a nawet wyleczenie pacjenta. W psychologii zwraca się uwagę na oczekiwania pacjenta wobec lekarza i na zachowania zarówno pacjenta, jak i lekarza, będące odpowiedzią na te oczekiwania. Podobnie w socjologii, gdzie za klasyczne uważa się poglądy T. Parsonsa, że chora osoba jest inna i potrzebuje pomocy. Tej pomocy może jej udzielić profesjonalista – lekarz. Choroba powoduje, że jednostka w mniejszym zakresie wykonuje swoje dotychczasowe zadania bądź w ogóle nie jest w stanie im sprostać, co skutkuje zaburzeniem ładu społecznego (*social disorder*). Stąd obowiązek chorego do wyjścia z zaistniałej sytuacji (Parsons 1964). Inni socjologowie, np. E. Freidson (1973), podkreślają konfliktowość relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, wynikającą m.in. ze sprzeczności ich interesów. Etyczne aspekty związku lekarz – pacjent są również bardzo złożone. Być może jeden z ważniejszych to dominująca pozycja lekarza i wynikająca z niej pokusa uzależnienia lub wykorzystania pacjenta.

W prezentowanym artykule ukazano stosunki między lekarzem a pacjentem w dobie wprowadzania w Polsce reformy ochrony zdrowia. Te relacje ujęto w dwóch płaszczyznach: czasu pacjenta i czasu lekarza, w szczególności dysponowania i zarządzania czasem przez jednego i drugiego, oraz oczekiwań (odczuć pacjenta wobec lekarza i reakcji) zachowań lekarza podczas wizyty, a ponadto odniesiono je do lekarza rodzinnego, specjalisty oraz lekarza przyjmującego prywatnie.

Omawiane zagadnienia stanowią fragment większych badań prowadzonych przez autorkę pod ogólnym tytułem *Reakcje społeczne wobec systemu opieki zdrowotnej (soz) w latach 2002, 2004, 2006 i 2007*. Ich wyniki były przedstawiane na konferencjach naukowych oraz publikowane (Gorczycka 2004, 2005, 2006).

Opracowanie stanowi wynik sondażu przeprowadzonego wśród 147 studentów Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej w 2007 r. Ankiety rozdano studentom podczas zajęć, zapewniając anonimowość.

## Badana zbiorowość

Wśród 147 respondentów najmniej liczni byli słuchacze studiów dziennych (wyłącznie V rok) – 22 osoby (15%), następnie 24 osoby (16,3%) to studenci podyplomowej Szkoły Ekonomii i Zarządzania oraz najliczniejsi – 101 osób (68,7%) ze studiów uzupełniających magisterskich.

Badana zbiorowość to w 2/3 kobiety (66,7%), mężczyźni stanowili 31,3%, o płci trzech osób brak danych. Ankietowani byli ludźmi młodymi: połowa (50,3%) nie miała więcej niż 25 lat; wiek 45 respondentów (30,6%) zawierał się pomiędzy 26. a 35. rokiem życia; między 36. a 45. rokiem odnotowano 20 osób (13,6%); 7 osób (4,8%) ukończyło 45 lat, a o wieku 1 studenta brak danych. Podsumowując: 80% respondentów miało nie więcej niż 45 lat, co jeszcze raz potwierdza młody wiek zbiorowości, a ponadto pozwala przypuszczać, że 45 lat stanowi pewną granicę dla podejmowania edukacji na poziomie wyższym.

Większość ankietowanych (3/4) mieszkała w mieście, w tym 60 osób (40,8%) w Częstochowie, 52 (35,4%) w innych miastach, najczęściej województwa śląskiego, na wsi mieszkało 28 studentów (19%), o 7 osobach (4,8%) brak danych.

W analizie obszaru ochrony zdrowia sytuacja materialna ankietowanych to ważna zmienna niezależna. W referowanych badaniach prawie 2/3 oceniło własną sytuację materialną jako przeciętną (64%); 45 (30,6) uważało ją za dobrą; tylko 5 osób (3,4%) uznało ją za złą, o pozostałych 2,2% brak danych.

Wymienione cechy demograficzno-społeczne będą uwzględniane w toku analizy jako zmienne niezależne badań.

## Wyniki badań

### Czas pacjenta i czas lekarza

W ankiecie tytułowe zagadnienie odniesiono do czasu oczekiwania na wizytę u trzech lekarzy: rodzinnego, specjalisty i z prywatną praktyką. Z uwagi na specyfikę usług świadczonych przez każdego z nich, oczekiwanie na wizytę ujęto w różnych jednostkach czasowych (tabela 1).

Z danych tabelarycznych wynika, że nieco mniej osób niż połowa oczekuje na wizytę u lekarza rodzinnego nie więcej niż 1 godzinę, dla 40% czas oczekiwania wynosi 2 i więcej godzin. Zdarza się też, że wizyta jest przekładana na następny dzień.

W środkach masowego przekazu nader często podkreśla się konieczność długiego oczekiwania na konsultację u specjalisty. W referowanych badaniach 1/4 nie korzysta z takich konsultacji, inni czekają na wizytę u specjalisty parę dni lub parę tygodni, a około 15% ankietowanych mówi o paromiesięcznym wyczekiwaniu na te konsultacje. W tym wypadku relacje studentów pokrywają się z szerszymi doświadczeniami ogólnopolskimi.

Oczekiwanie na wizytę w gabinecie prywatnym najczęściej nie przekracza tygodnia, a na ogół starania o taką konsultację zawierają się w przedziale jedno- lub dwudniowym. Można zasadnie przypuszczać, że wizyta w gabinecie prywatnym to najczęściej konsultacja specjalisty. Oczekiwanie na wizytę jest tam znacznie krótsze niż konsultacja specjalisty realizowana w ramach NFZ.

Dane społeczno-demograficzne nie korelują z czasem oczekiwania na wizytę u trzech lekarzy.

W porównaniu z sondażem z 2003 r. zmniejszył się czas oczekiwania na konsultację u lekarza rodzinnego, a wydłużyło się oczekiwanie na konsultację u specjalisty.

Tabela 1

## Czas oczekiwania na wizytę

Lekarz rodzinny		
Czas oczekiwania	Liczba osób	%
1 godzina	66	45,6
2 godziny	41	27,9
3 godziny	9	5,4
Ponad 3 godziny	6	4,1
1 dzień	4	2,7
Nie korzysta	10	6,8
Inne	10	6,8
Brak danych	1	0,7
Suma	147 = 100,0	
Lekarz specjalista		
1 dzień	10	6,8
Parę dni	29	19,7
Do 1 tygodnia	10	6,8
Parę tygodni	19	12,9
Do 1 miesiąca	18	12,2
2-3 miesiące	15	9,5
Ponad trzy miesiące	9	5,4
Nie korzysta	34	24,5
Brak danych	3	2,4
Suma	147 = 100,0	
Lekarz w prywatnym gabinecie		
1 dzień	51	33,3
Parę dni	42	28,6
Do 1 tygodnia	11	7,5
Dłużej niż parę tygodni	1	0,7
Nie korzysta	30	21,7
Inne	2	1,4
Brak danych	10	6,8
Suma	147 = 100,0	

Poświęcając uwagę tematyce czasu lekarza i pacjenta, miano zwłaszcza na uwadze sposób radzenia sobie z czasem, zarządzania nim. W przypadku pacjenta takim sposobem ucieczki od oczekiwania na usługę w publicznych zakładach opieki zdrowotnej może być zastąpienie jej przez usługę prywatną.

Jeśli chodzi o drugą stronę tego związku, lekarza, w ankiecie szerzej ujęto to zagadnienie. Pytano respondentów, jaką część wizyty lekarz rodzinny przeznaczają na:



- badanie pacjenta,
- wypełnianie dokumentacji,
- wypisywanie recept, skierowań,
- załatwianie innych spraw niezwiązanych z pacjentem.

Dokładnie takie same ustalenia czasowe interesowały mnie w stosunku do specjalisty oraz lekarza w gabinecie prywatnym. Wyniki dla trzech lekarzy przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2

## Czas przeznaczony na omawianie przypadku, badanie, słuchanie (w %)

Ile czasu przeznacza	Lekarz rodzinny	Specjalista	Lekarz prywatny
1/4 (i mniej)	25,2	17,0	4,
1/2 (i pomiędzy 1/4 a 1/2)	48,2	32,6	27,2
3/4 (i pomiędzy 1/2 a 3/4)	15,0	16,3	38,1
Nie korzysta	5,0	24,1	23,2
Brak danych	6,6	10,0	7,4
Suma	100,0	100,0	100,0

Z przedstawionego zestawienia wynika, że na omówienie przypadku, zbadanie oraz rozmowę z pacjentem najwięcej czasu poświęca lekarz prywatny, nieco gorsza jest pod tym względem sytuacja specjalisty i najmniej zadowolająca lekarza rodzinnego. Prawie połowie lekarzy rodzinnych te czynności zajmują około połowy czasu trwającej wizyty, a 1/4 czwartą jej część. Średnio co siódmy lekarz rodzinny, co siódmy specjalista i częściej niż co trzeci lekarz prywatny przeznaczają na wymienione czynności 3/4 wizyty.

A oto czas przeznaczony na wypełnianie dokumentacji przez trzech lekarzy (tabela 3).

Tabela 3

## Czas przeznaczony na wypełnianie dokumentacji przez trzech lekarzy (w %)

Ile czasu przeznacza	Lekarz rodzinny	Specjalista	Lekarz prywatny
1/8	20,4	18,4	28,6
1/4	54,4	32,7	27,3
1/2	9,6	11,6	3,1
3/4	1,7	–	–
Nie korzysta	3,9	28,1	23,6
Brak danych	10,0	9,2	17,4
Suma	100,0	100,0	100,0

Z danych zawartych w tabeli 3 wynika jednoznacznie, że to lekarz rodzinny jest w największym stopniu obciążony wypełnianiem dokumentacji, na drugim miejscu znalazł się lekarz specjalista, na trzecim lekarz prywatny. Zdarza się rzadko, i tylko lekarzowi rodzinnemu, że na wypełnianie dokumentacji poświęca aż 3/4 wizyty. Co dziesiąty lekarz rodzinny i co ósmy specjalista przeznacza na tę czynność połowę czasu wizyty; lekarzowi prywatnemu zdarza się to rzadko (3% wskazań).

Kolejne zagadnienie to czas przeznaczony przez trzech lekarzy na wypisywanie recept, skierowań i innych dokumentów, np. zwolnień (tabela 4).

**Tabela 4**  
Czas przeznaczony na wypisywanie recept, skierowań i innych dokumentów przez trzech lekarzy (w %)

Ile czasu przeznacza	Lekarz rodzinny	Specjalista	Lekarz prywatny
1/8	18,4	20,4	33,3
1/4	57,1	38,8	32,7
1/2	11,5	4,8	1,4
3/4	1,4	1,4	–
Nie korzysta	4,0	25,7	24,2
Brak danych	7,6	8,9	8,4
Suma	100,0	100,0	100,0

Podobnie jak w przypadku dokumentacji, wypisywanie recept, skierowań i innych dokumentów pochłania najwięcej czasu lekarzowi rodzinemu: dla ponad połowy jest to 1/4 czasu przeznaczonego na wizytę, a dla co dziewiątego – 1/2. Lekarz prywatny znowu zajmuje uprzywilejowaną pozycję, ale zmniejszyły się różnice między nim a specjalistą (na prowadzenie dokumentacji nie więcej niż 1/4 czasu wizyty przeznacza 41% specjalistów oraz 56% lekarzy prywatnych, na wypisywanie recept, skierowań itp. nie więcej niż 1/4 czasu wizyty przeznacza 59% specjalistów oraz 66% lekarzy prywatnych, lekarz rodzinny odpowiednio 75% i 75%).

Trzeba przypomnieć, że to na lekarzu rodzinnym jako lekarzu pierwszego kontaktu spoczywa postawienie diagnozy, leczenie, decyzja o dalszym leczeniu u specjalisty, o badaniach ambulatoryjnych, wypisywanie zwolnień, wniosków sanatoryjnych i innych.

Uzyskane wyniki potwierdzają stwierdzenie o obciążeniu lekarza rodzinnego czynnościami niezwiązanymi bezpośrednio z leczeniem pacjenta.

Ostatnie w omawianej kwestii zagadnienie dotyczy innych niezwiązanych z pacjentem spraw, którym trzej lekarze poświęcają czas podczas wizyty. Ujęto je w tabeli 5.

**Tabela 5**  
Czas przeznaczony na inne sprawy niż związane z pacjentem (w %)

Ile czasu przeznacza	Lekarz rodzinny	Specjalista	Lekarz prywatny
1/8	13,6	6,8	8,2
1/4	10,9	10,9	4,8
1/2	1,4	0,7	0,7
3/4	–	–	–
Nie korzysta	4,0	27,2	23,5
Brak danych	70,1	54,4	62,8
Suma	100,0	100,0	100,0

Ten czas nic nie dający pacjentowi, a ujmowany z jego wizyty, nie jest bagatelny: stanowi przynajmniej 1/8 czasu całej wizyty (lub więcej) u 26% lekarzy rodzinnych, 18% specjalistów oraz u 14% lekarzy w gabinecie prywatnym.

Podsumowując refleksje nad zagospodarowaniem, a bardziej jeszcze zarządzaniem czasem podczas wizyty przez trzech lekarzy, należy podkreślić, iż nadmierną jego część pochłaniają prace tzw. papierkowe: wypełnianie dokumentacji, wypisywanie skierowań itd. Wiele tych prac jest oczywistych i niezbędnych, inne są dowodem zbiurokratyzowania. Bywa też, i to nierzadko, że z wizyty ujmuje się czas należny pacjentowi, podejmując zachowania werbalne lub niewerbalne, niemające nic wspólnego z pacjentem. Tym samym skraca się czas na dobre zdiagnozowanie przypadku oraz inne, istotne dla pacjenta sprawy. Dotyczy to przede wszystkim lekarzy pierwszego kontaktu, ponadto, w niemałym stopniu, specjaliści i w najmniejszym – lekarza praktykującego prywatnie.

Jedyną zmienną społeczno-demograficzną, której wpływ na omawiane zagadnienie poddano analizie, była płeć. Ten wpływ okazał się bez znaczenia.

Skutkiem przedłużającego się czasu oczekiwania na usługę medyczną była rezygnacja z wizyty, badania i innych form pomocy medycznej. Autorka opracowania uważa to za szczególnie ważny wskaźnik zaburzeń w systemie, świadczący o wadliwym nim zarządzaniu. Dane na temat odstępowania od zaplanowanej wcześniej i zapewne potrzebnej opieki zdrowotnej przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6

## Rezygnacja z opieki zdrowotnej (w %)

Rodzaje usług i świadczeń	Rezygnują	Nie rezygnują	Nie korzystają	Brak danych	Suma
Wizyta u lekarza rodzinnego	42,2	43,5	6,8	7,5	147=100
Wizyta u specjalisty	34,0	38,1	20,4	7,5	147=100
Pogotowie	12,2	19,7	53,1	15,0	147=100
Badania ambulatoryjne	11,6	49,7	25,2	13,5	147=100
Badania specjalistyczne	12,2	44,2	28,6	15,0	147=100
Wizyta w prywatnym gabinecie	21,8	49,0	17,7	11,5	147=100
Wykupienie leków	42,9	43,5	5,4	8,2	147=100

Wyniki zawarte w tabeli 6 pozwalają na następującą interpretację: z każdego spośród zamieszczonych siedmiu świadczeń medycznych pacjenci częściej korzystają niż rezygnują, co należy uznać za pozytywne zjawisko. Równocześnie budzą niepokój trzy sytuacje, w których odsetek rezygnujących niewiele różni się od nierezygnujących, a tak się dzieje w przypadku wizyty u lekarza rodzinnego, usług specjalisty oraz wykupywania leków. W uzasadnieniu rezygnacji z różnych form opieki zdrowotnej podawano: długi czas oczekiwania („trudno się dostać”, „są długie kolejki”) oraz koszt usług, a szczególnie leków. Ponadto od 5% respondentów w przypadku leków do ponad 50% w przypadku pogotowia nie korzysta z wymienionych w tabeli form opieki zdrowotnej.

Usługi, z których najrzadziej się rezygnuje, to: badania ambulatoryjne, badania specjalistyczne, wizyty prywatne. Odnośnie tych ostatnich nastąpiła sprzeczność w wypowiedziach ankietowanych ujętych we wcześniejszej części omówienia, gdzie właśnie zdawało się, iż respondenci odchodzą od porad prywatnych, m.in. z powodu ich kosztów.

Ankietowani uzasadniali rezygnację (bądź jej brak) z usług medycznych następująco: „Rezygnuje ze względu na czas oczekiwania” (kobieta, poniżej

46 lat, małe miasto); „Czasem brak czasu i pieniędzy” (kobieta, poniżej 36 lat, małe miasto); „Długi okres oczekiwania, ale nastąpiła poprawa stanu mojego zdrowia, więc nie rezygnuję” (kobieta, poniżej 36 lat, małe miasto); „Rezygnuję i zawsze za badania płacę, nie biorę też bezpłatnych skierowań” (kobieta, poniżej 45 lat, małe miasto); „Zbyt długie czekanie i zapisy na wizytę parę miesięcy naprzód” (kobieta, poniżej 45 lat, małe miasto); „Brak środków na zakup leków bądź nieodpowiednio zaproponowany termin przez lekarza” (kobieta, poniżej 26 lat, małe miasto); „Czasem leki są zbyt drogie” (mężczyzna, poniżej 36 lat, wieś); „Jeśli nie korzystam, to z braku czasu i przeciętnej sytuacji materialnej” (kobieta, poniżej 36 lat, małe miasto).

Należy dodać, że uzasadniano niemal wyłącznie odpowiedzi o rezygnacji z usług medycznych i leków, a większość poddanych sondażowi studentów nie rezygnuje z pomocy medycznej mimo jej niedoskonałej jakości.

A oto wpływ zmiennych społeczno-demograficznych na rezygnację z usług i świadczeń. Kobiety częściej od mężczyzn rezygnują ze wszystkich – z wyjątkiem wizyty w prywatnym gabinecie – form opieki medycznej, przy czym największa różnica dotyczy nabywania leków (rezygnuje 51% kobiet oraz 26% mężczyzn); mniejsza – konsultacji u lekarza rodzinnego i u specjalisty – różnica w każdym przypadku 9 pkt procentowych, a także badań ambulatoryjnych – 5%.

Te wyniki wydają się zaskakujące, bo z wcześniejszych polskich sondaży wiadomo, że mężczyźni rzadziej się leczą niż kobiety, mniej dbają o zdrowie, są niecierpliwi w oczekiwaniu, co skutkuje, potwierdzaną od kilkudziesięciu lat w Polsce i kiedyś również w dawnych krajach socjalistycznych, nadumieralnością mężczyzn. Prezentowane dane zdają się zaprzeczać wcześniejszym tendencjom. Czy następna i młodsza generacja, którą reprezentują objęci sondażem studenci, zmienia zachowania medyczne?

Odpowiedzią na to pytanie byłaby analiza kolejnej korelacji – wiek słabo różnicuje rezygnację ze świadczeń, równocześnie najmłodszy respondenci – do 25. roku życia, są najmniej skłonni do rezygnacji ze wszystkich wymienionych rodzajów świadczeń z wyjątkiem wykupienia leków.

Osoby z wykształceniem wyższym (czyli w przypadku badanej 147-osobowej zbiorowości te, które znalazły się na studiach podyplomowych i wcześniej uzyskały tytuł magistra) chętniej od pozostałych rezygnują z opieki lekarza rodzinnego (różnica 18 pkt procentowych) oraz specjalisty (różnica 9%), natomiast ankietowani po studiach I stopnia lub „w przededniu” magisterium częściej rezygnują z wykupienia leków (różnica 15%).

Wyraźnie zaznaczył się wpływ sytuacji materialnej: w gorszej części rezygnuje się z porad lekarza rodzinnego (co wydaje się zaskakujące), lekarza prywatnego i – ponad 25% różnica w stosunku do osób lepiej sytuowanych – z wykupywania leków.

Mieszkańcy Częstochowy częściej od osób mieszkających w innych miastach oraz na wsi rezygnują z wizyt u lekarza rodzinnego, specjalisty, badań ambulatoryjnych i specjalistycznych, także z konsultacji prywatnych. Rzadziej od pozostałych rezygnują tylko z usług pogotowia i tak samo często z wykupywania leków. Te różnice są dosyć duże i sięgają w relacji do mieszkańców innych miast i wsi za każdym razem kilkunastu pkt procentowych.

Porównując wyniki badań z 2003 i 2007 r. odnotowano także w 2007 r. gorszą jakość usług medycznych w Częstochowie, o czym świadczy większa częstotliwość rezygnacji z nich w tym mieście. Następnie stwierdzono zwiększoną rezygnację z korzystania ze wszystkich form opieki zdrowotnej, z wyjątkiem badań specjalistycznych i wizyt prywatnych (na niezmiennym poziomie). Te różnice nie są duże, wynoszą od 4 do 8%. Szukając uzasadnienia można wskazać na młodszy wiek populacji z 2007r., można też rosnącą rezygnację z usług medycznych traktować jako wynik wad w soz, w tym w poziomie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pacjentów.

### Oczekiwania pacjenta a reakcje – zachowania lekarza

W tej części badań szukano odpowiedzi na pytanie o oczekiwania kierowane do trzech lekarzy, a także o to, co pacjenci czują podczas wizyty u nich. Pytanie było skategoryzowane, obejmowało sześć kategorii: lęk, zdenerwowanie, obojętność, zaufanie, nadzieję, pewność uzyskania pomocy. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli 7.

Tabela 7

Odczucia pacjentów podczas wizyty (w %)

Odczucia podczas wizyty	Lekarz rodzinny	Specjalista	Lekarz prywatny
Lęk	5,4	6,8	0,7
Zdenerwowanie	19,0	14,3	7,5
Obojętność	25,8	10,9	14,3
Zaufanie	23,8	22,5	43,5
Nadzieje	22,5	24,5	27,2
Pewność pomocy	21,7	17,6	38,7
Inne	9,6	11,5	10,4
Nie korzysta	5,7	21,4	24,7
Brak danych	2,0	4,8	10,9

Odstetki przekraczają 100, podawano więcej niż jedną odpowiedź

Z zaprezentowanych wyników nietrudno zauważyć, że w odniesieniu do trzech lekarzy odczucia pozytywne (zaufanie, nadzieja, pewność przyścia z pomocą) dominują nad negatywnymi; każde z odczuć pozytywnych przejawia co najmniej 1/5 respondentów. Najwięcej pozytywnych odczuć wzbudza lekarz w gabinecie prywatnym (zwłaszcza zaufanie i pewność pomocy). Między lekarzem pierwszego kontaktu a specjalistą nie odnotowano poważniejszych różnic. Warto podkreślić, że uczucie obojętności najczęściej wzbudza u pacjenta lekarz rodzinny, dużo rzadziej lekarz prywatny i specjalista. Trudno wyjaśnić to najmniejsze zaangażowanie lekarza rodzinnego. Co do odczuć negatywnych najrzadziej wywołuje je podczas wizyty lekarz prywatny; znacznie częściej lekarz rodzinny i specjalista.

Postanowiono zacytować wypowiedzi respondentów na temat odczuć towarzyszących im podczas wizyty u trzech lekarzy. O lekarzu rodzinnym pisano w ankietach: „Ufam mojemu lekarzowi, ponieważ liczę na jego pomoc, traktuję

go jak kogoś, kto zna się na tym, co robi” (kobieta, poniżej 36 lat, małe miasto); „Boję się o swoje zdrowie, obawiam się wyników badań” (kobieta, poniżej 36 lat, Częstochowa); „Mam nadzieję, że diagnoza będzie trafna” (mężczyzna, poniżej 36 lat, większe miasto); „Przyjmuję, że lekarz jest fachowcem i udzieli pomocy” (mężczyzna, poniżej 36 lat, małe miasto); „Uzucie zdenerwowania pojawia się na skutek postawy większości lekarzy” (kobieta, poniżej 36 lat, Częstochowa); „Jeśli wybieram się do lekarza, to znaczy, że naprawdę źle się czuję. Jestem zdenerwowany, obawiając się, że zaniedbuję jakieś oznaki choroby, co może doprowadzić do ciężkiego stanu” (mężczyzna, poniżej 36 lat, małe miasto); „Dotychczas trafiłam na sympatycznych i fachowych lekarzy” (kobieta, poniżej 26 lat, małe miasto); „Znam lekarza od kilkunastu lat i nigdy mnie nie zawiodł” (mężczyzna, poniżej 36 lat, wieś); „Czuję lęk, zdenerwowanie oraz brak zaufania, że lekarz pomoże mi i rozpozna chorobę” (kobieta, poniżej 26 lat, Częstochowa).

W podobnym duchu uzasadniono opinie dotyczące specjalisty oraz najprzychylniejsze dotyczące lekarza przyjmującego prywatnie.

Spośród uwzględnionych zmiennych społeczno-demograficznych wpływ dwóch okazał się znaczący – płci oraz miejsca zamieszkania. Kobiety częściej od mężczyzn przejawiają odczucia negatywne: lęk oraz zdenerwowanie, przy czym podczas wizyty w gabinecie prywatnym u nich również to odczucie maleje. Obojętność również częściej dotyka kobiet, a w gabinecie prywatnym także maleje. Odczucia pozytywne (zaufanie, pewność pomocy, nadzieja) w stosunku do wszystkich trzech lekarzy są częstsze u mężczyzn, przy czym w gabinecie prywatnym wzrastają zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

Analizując wpływ miejsca zamieszkania na odczucia podczas wizyty stwierdzono, że lekarz rodzinny wzbudza najczęściej postaw negatywnych (30%) i najmniej pozytywnych (48%) w Częstochowie. Najlepiej ocenia się go w innych miastach (odpowiednio 19 i 77 pkt procentowych), a pośrednio na wsi (odpowiednio 25% i 60%).

Bardziej pozytywnie ocenia się wizytę u specjalisty w Częstochowie (68% wypowiedzi pozytywnych i 18% negatywnych) niż na wsi (odpowiednio 50% i 18%). W innych miastach opinie są bardziej spolaryzowane: więcej ocen negatywnych i pozytywnych (odpowiednio 29 i 75 pkt procentowych).

W gabinecie prywatnym na wsi lęk i zdenerwowanie towarzyszy 14% respondentów, odczucia pozytywne – 75%. W Częstochowie i innych miastach sytuacja jest bardziej korzystna: odczucia negatywne to około 8% wskazań, pozytywne – ponad 90%.

Pozostałe zmienne społeczno-demograficzne nie korelują z odczuciami respondentów podczas wizyt u lekarzy.

Kolejne zagadnienie dotyczy drugiej strony tej relacji, czyli lekarza, i o jego wizerunku na podstawie opinii studentów – pacjentów będzie teraz mowa. Przeżywający omówione odczucia – wśród nich dominują pozytywne, nie brak jednak, jak wskazano, negatywnych – pacjent spotyka się z określonymi reakcjami i zachowaniami lekarza. W badaniu wyróżniono trzy rodzaje reakcji: pozytywne (spokój, sympatia, wnikliwość, zainteresowanie), obojętność oraz reakcje i zachowania negatywne – zdenerwowanie, znudzenie, pośpiech. Ich manifestowanie przez lekarzy zilustrowano w tabeli 8.



Tabela 8

## Reakcje oraz zachowania trzech lekarzy podczas wizyty ( w %)

Reakcje i zachowania	Lekarz rodzinny	Specjalista	Lekarz prywatny
Spokój	35,4	28,6	32,7
Sympatia	36,0	25,8	36,7
Wnikliwość	15,6	36,0	34,0
Zainteresowanie	26,5	40,1	46,3
Obojętność	26,5	16,3	3,4
Zdenerwowanie	2,0	2,0	2,0
Znudzenie	9,5	4,8	2,7
Pośpiech	27,9	19,7	5,4
Inne	1,4	9,5	10,9
Brak danych	2,0	13,6	13,6

Analiza danych zawartych w tabeli 8 upoważnia do następujących stwierdzeń: lekarz w gabinecie prywatnym przejawia w mniejszym natężeniu od dwóch pozostałych reakcje negatywne i obojętność; spośród cech pozytywnych przewyższa ich jedynie zainteresowaniem dla pacjenta i sympatią. Z kolei specjalista góruje nad nim wnikliwością, a lekarz rodzinny spokojem; lekarz rodzinny wykazuje znacznie mniejsze od pozostałych zainteresowanie pacjentem oraz wnikliwość; on też wysuwa się na czoło, jeśli chodzi o obojętność wobec pacjenta oraz o takie cechy negatywne, jak pośpiech i znudzenie pacjentem.

Specjalista okazuje się mniej skłonny od swoich kolegów do okazywania sympatii i spokoju, jest za to bardziej wnikliwy.

Wymienione reakcje i zachowania korespondują z wynikami wcześniejszej analizy czasu przeznaczanego na różne czynności podejmowane podczas wizyty: lekarzowi rodzinemu spieszy się, jest mniej wnikliwy oraz zainteresowany osobą pacjenta, bardziej od pozostałych dwóch lekarzy obojętny, co w dużej mierze da się uzasadnić przeciążeniem pracą, liczbą pacjentów oczekujących przed drzwiami gabinetu, przymusem wypełniania dokumentacji, pisania skierowań, zwolnień i recept.

A oto wpływ zmiennych społeczno-demograficznych na postrzeganie przez ankietowanych reakcji i zachowań lekarzy. Mężczyźni częściej od kobiet podkreślają pozytywne reakcje lekarza rodzinnego: spokój, sympatię, zainteresowanie pacjentem (kolejno różnice w stosunku do kobiet: 12,5, 5 i 3 pkt procentowe), niż od kobiet szacują ich wnikliwość (różnica 10%), kobiety nieco częściej przypisują lekarzowi rodzinemu obojętność (różnica 5 pkt procentowych) oraz – poza tak samo ocenianym zdenerwowaniem – reakcje negatywne: znudzenie i pośpiech (różnica kolejno 5 i 10%). Ogólnie biorąc, oceny kobiet w przypadku lekarza rodzinnego są mniej przychylnie.

Również reakcje i zachowania specjalisty podczas wizyty wyżej cenią mężczyźni: częściej zwracają uwagę na spokój i zainteresowanie pacjentem (różnice po 5 pkt procentowych), rzadziej na obojętność (różnica 9%) i pośpiech (różnica 10%).

Te oceny zmieniają się w stosunku do lekarza prywatnego: kobiety wyżej od mężczyzn cenią jego spokój (różnica 4 pkt procentowych), sympatię (10%), wnikliwość (11%), zainteresowanie (15%). Bardziej od mężczyzn ganią go za pośpiech (5%). Ogólnie mężczyźni mają lepszą opinię o lekarzu rodzinnym i specjalście, kobiety o lekarzu z prywatną praktyką.



Wiek w interesujący sposób koreluje z postrzeganiem reakcji i zachowań lekarza podczas wizyty. Po pierwsze, nie odnotowano żadnych różnic w ocenach zachowań lekarza rodzinnego i specjalisty. To zróżnicowanie dotyczy natomiast lekarza praktykującego prywatnie. I tak, starsi respondenci w mniejszym stopniu od młodszych spotykają się z sympatią i wnikliwością lekarza. Grupa w średnim przedziale wiekowym (od 26 do 35 lat) doświadcza zainteresowania w większym stopniu niż pozostałe grupy wiekowe (różnica 20 pkt procentowych). Obojętność lekarza wzrasta do 10% w grupie wiekowej od 36 do 45 lat, by zniknąć w grupie najstarszej (jest to nieliczna grupa, studiuje się na ogół przed 45. rokiem życia). Na znużenie i pośpiech w zachowaniach lekarza zwraca się coraz większą uwagę w miarę zaawansowania w latach: od 1,3% w grupie do 25 lat, poprzez 14% w średnim przedziale wiekowym, do 28% wśród nielicznych słuchaczy powyżej 45. roku życia.

Respondenci z wyższym wykształceniem (obecnie słuchacze studiów podyplomowych) są bardziej krytyczni i nieco gorzej oceniają reakcje i zachowania lekarza rodzinnego oraz specjalisty. W przypadku lekarza prywatnego, odwrotnie – lepsze oceny pochodzą od osób z wyższym wykształceniem (różnica 15 pkt procentowych).

Respondenci lepiej sytuowani gorzej szacują reakcje i zachowania lekarza rodzinnego (o 26% mniej wskazań pozytywnych, o 6% więcej obojętnych). Podobnie w mniej korzystnym świetle postrzegają specjalistę: o 25% mniej ocen pozytywnych i o 4% więcej negatywnych, brak różnic w ocenie lekarza praktykującego prywatnie.

Miejsce zamieszkania następująco determinuje ocenę reakcji i zachowań trzech lekarzy: najmniejsze uznanie wzbudziły zachowania lekarza rodzinnego w Częstochowie (po zsumowaniu 103% ocen pozytywnych, 35% obojętnych oraz 50% negatywnych); w innych miastach odpowiednio: 127%, 21%, 29%, wreszcie na wsi odpowiednio – 123%, 21% i 22%.

Specjalista najlepiej został oceniony na wsi (168% wskazań pozytywnych, 11% obojętnych i 14% negatywnych), gorzej w innych miastach i najmniej korzystnie w Częstochowie (o 11% mniej ocen pozytywnych w porównaniu ze Śląskiem i o 7% więcej ocen negatywnych).

Reakcje i zachowania lekarza w gabinecie prywatnym najgorzej ocenili mieszkańcy wsi (143% ocen pozytywnych, 7% obojętnych i 11% negatywnych). W Częstochowie i innych miastach oddano o 10% więcej głosów pozytywnych. Ogólnie różnice pomiędzy trzema ośrodkami zamieszkania w tym wypadku są niewielkie.

## Wnioski

1. Zbadano opinie 147 studentów Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej dotyczące relacji zachodzących pomiędzy lekarzem a pacjentem, relacje te odniesiono do czasu lekarza i czasu pacjenta oraz do oczekiwań pacjenta i zachowań lekarza podczas wizyty.
2. Czas pacjenta i czas lekarza stanowią jedne z licznych przykładów wadliwego zarządzania w ochronie zdrowia. Dotyczy to przede wszystkim lekarza rodzinnego i specjalisty. Oczekiwanie na wizytę, zwłaszcza u specjalisty, urąga zasadom humanitaryzmu i pod znakiem zapytania stawia konstytucyjne gwarancje ochrony ludzkiego zdrowia w Polsce. Z kolei lekarze rodzinni są na tyle przeciążeni wypełnianiem dokumentacji i innymi pracami biurowymi

- tycznymi, że czas, który powinni poświęcić pacjentowi (wysłuchanie, diagnoza, wybór metody leczenia), ulega drastycznemu zredukowaniu.
3. Niektórzy studenci rezygnują z należnych im świadczeń medycznych, najczęściej tłumacząc ten fakt długością oczekiwania na usługę oraz jej ceną. Ze wszystkich rodzajów opieki zdrowotnej częściej jednak nie rezygnują niż rezygnują. Trzeba jednak podkreślić, że ponad 40% studentów rezygnuje z wizyty u lekarza rodzinnego oraz wykupienia leków.
  4. Porównanie oczekiwań i odczuć pacjenta podczas konsultacji z reakcjami i zachowaniami lekarza w pewnym stopniu potwierdza tezę E. Freidsona (1973) o rozbieżności i konflikcie interesów obydwu stron tej relacji. Na czoło wybija się jednak potwierdzona w różnych częściach tych samych badań wysoka ocena lekarza przyjmującego w gabinecie prywatnym. Ten wniosek ma istotne znaczenie z dwóch powodów: uczynienia z lekarza rodzinnego, a nie prywatnego, głównego filara reformy i po drugie – ponawiania przez respondentów propozycji sprywatyzowania przynajmniej niektórych placówek służby zdrowia oraz poszerzenia obszaru płatnych usług medycznych i leków w miarę upływu czasu od zapoczątkowania reformy.

### Bibliografia

- Frąckiewicz, L. (red.).(1989). *Demograficzno-społeczne uwarunkowania ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej*. Katowice: Oficyna Wydawniczo-Reklamowa „Diament”.
- Freidson, E. (1973). *Profession of medicine*. New York: Dodd, Mead and Co.
- Gorczycka, E. (2004). Zmiany organizacyjne w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia – opinie pacjentów. *Przegląd Organizacji*, 7/8.
- Gorczycka, E. (2005). Humanizacja stosunków pomiędzy pacjentem a służbą zdrowia – aspekty finansowe. W: D. Walczak-Duraj (red.), *Humanizacja pracy wobec wyzwań transformacyjnych i cywilizacyjnych*. Płock: Wydawnictwo Naukowe Novum.
- Gorczycka, E. (2006). Zmiany organizacyjne w systemie ochrony zdrowia a zaspokajanie potrzeb osób niepełnosprawnych. W: J. Lewandowski, J. Lecewicz-Bartoszewska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnym w wieku nanotechnologii i w ochronie zdrowia. Monografia*. Łódź: Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej.
- Parsons, T. (1964). *Social Structure and Personalisty*. New York: Free Press

### PHYSICIAN – PATIENT RELATIONSHIPS IN THE LIGHT OF ACADEMIC COMMUNITY’S VIEWS

#### Summary

A survey was carried out to study the views of Faculty of Management students at Czestochowa Technical University concerning physician – patient relationships. Two aspects were analyzed: waiting time for the appointment and doctor consultation time, and physician/patient expectations to each other. The results concerning the first aspect showed deficiencies in both physician and patient time management, and the second aspect – quite frequent physician/patient interest conflicts.

**Key words:** physician, patient, expectation, response, management.

# Z P R A K T Y K I P E D A G O G I C Z N E J

s. ELŻBIETA WIĘCKOWSKA FSK  
OSW, Laski

## PIERWSZY POLSKI SYSTEM SKRÓTÓW ORTOGRAFICZNYCH PISMA PUNKTOWEGO

Opracowanie przez Ludwika Braille'a pisma dotykowego, opartego na sześciopunkcie, było wydarzeniem przełomowym, gdyż pozwoliło osobom niewidomym na stosunkowo szybkie samodzielne czytanie i samodzielne pisanie za pomocą prostych narzędzi. To genialnie proste pismo ma jednak nieuniknione wady. Znaki dostępne dla dotyku muszą mieć wystarczającą wielkość, tak więc tekst pisany brajlem zajmuje znacznie większą powierzchnię niż ten sam tekst w czarnodruku. System oparty na sześciopunkcie zawiera tylko 63 znaki i odstęp. Potrzebne są w nim klucze, np. znak wielkiej litery, cyfry i in., konieczne do wiernego odwzorowania czarnodrukowego oryginału. To jeszcze powiększa rozmiary zapisu. Pismo wypukłe, tłoczone na odpowiednio grubym papierze i luźno oprawione, zajmuje wiele miejsca. Książka brajlowska jest cięższa i ma wielokrotnie większą objętość niż jej czarnodrukowy odpowiednik. Ponadto szybkość czytania dotykiem jest mniejsza od szybkości czytania wzrokiem, gdyż dotykiem czyta się literę po literze, a wzrok rozpoznaje krótkie słowa jako całości.

Na przełomie XIX i XX w. system Braille'a zaczął zdobywać coraz powszechniejsze uznanie nie tylko niewidomych, lecz i widzących specjalistów. Adaptowano system do alfabetów kolejnych języków. Trwały intensywne prace nad pełnym wykorzystaniem systemu. Doskonalono narzędzia do pisania – tabliczka interlinijna, potem interpunkcyjna pozwoliły na pisanie dwustronne, co zwiększało dwukrotnie pojemność książki. Z czasem opracowano metody druku dwustronnego.

Na początku XX w. opracowywano też i uzgadniano pierwsze systemy skrótów ortograficznych. System skrótów pozwala zastąpić grupę liter w słowie lub całe słowo jednym znakiem brajlowskim. Może przewidywać zastąpienie słowa lub części słowotwórczej grupą liter znacznie mniejszą niż w zapisie pełnym. Tekst zapisany skrótami ma znacznie mniejszą objętość niż ten sam tekst zapisany pismem pełnym. Skrótami szybciej się czyta i pisze, bo ta sama treść wyrażona jest mniejszą liczbą znaków. System musi być ortograficzny, tzn. nie powinien naruszać zasad ortograficznych języka. Wtedy możliwe jest pełnowartościowe dotarcie do tekstu pierwotnego.

### System Braille'a na ziemiach polskich

System Braille'a adaptowano do języka polskiego w różny sposób w różnych ośrodkach (Czerwińska 2008). Głoskom języka polskiego pisanym jedną literą przypisywano różne znaki systemu. Głoskom pisanym dwoma literami

przypisywano odpowiednio dwa lub jeden znak systemu. Nie było możliwości ujednolicenia, gdyż z powodu rozbicia ziem polskich pomiędzy państwa zaborcze nie istniała instancja władna podjąć decyzję w sposób obowiązujący. Po wskrzeszeniu państwa polskiego próbowano uporządkować pismo.

Matka Elżbieta Róża Czacka zaczęła studiować zagadnienia tyflogiczne w okresie, gdy system Braille'a właśnie zdobył powszechną akceptację. Siostra Teresa Landy – najbliższa współpracownica matki Czackiej – wspomina:

„Matka studiowała i rozszerzała swoje horyzonty ciągle. Czytała pisma francuskie i angielskie, czytała dzieła ogólne, ale też prace traktujące o poszczególnych zagadnieniach, jak np. książkę Catherine Maxfield o nauczaniu dzieci brajla. [...] Szczególnie obchodziło Matkę zagadnienie pisma brajlowskiego. Uważała bowiem zawsze brajla za punkt centralny kształcenia niewidomych. Chciała, by znali go doskonale, bo był dla nich narzędziem pracy, studiów, źródłem radości intelektualnych. [...] Matka wymagała, by chłopcy i dziewczęta czytali codziennie brajla, choć pół godziny dziennie, i tego się od nich żądało” (Landy 1977).

W placówkach Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi uczono biegłego posługiwania się brajlem w pisaniu i czytaniu. Kształcono nawyk stałego kontaktu z książką brajlowską, która była w tym czasie jedynym dostępnym dla niewidomych nośnikiem wiedzy i literatury pięknej. Posługiwano się początkowo alfabetem tzw. lwowskim.

Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi prowadziło też Biuro Przepisywania Książek, bazujące na pracy społecznej kopistek. Pozwoliło to zacząć kompletowanie biblioteki brajlowskiej. Już 1913 r. Towarzystwo wydało broszurę – przewodnik dla przepisujących książki wolontariuszek (*Objaśnienie* 1913). Biuro Przepisywania Książek prowadziło istotne działania:

„Praca przepisywania książek znalazła od razu gorliwych wykonawców, tak że do wybuchu wielkiej wojny Biuro Przepisywania Książek dostarczyło pierwszego zasobu książek do czytania dla niewidomych i dało tym sposobem podwaliny Biblioteki Brajlowskiej, pierwszej w Polsce. W ciągu kilku lat praca ta rozwijała się pomyślnie. Sprzyjała temu zarówno energia osób, które ją zainicjowały i zorganizowały, jak i fakt, że większość spośród nich służyła nie tylko ofiarą swojego czasu i swojej pracy, ale i pokrywała koszty tabliczek lub maszyn brajlowskich i papieru, co pozwoliło na tak szybki i intensywny rozwój Biura Przepisywania Książek i biblioteki, że już przed wojną biblioteka liczyła kilkaset książek przepisanych w ten sposób. Prócz osób widzących, paru niewidomych zarabkowało przepisując książki pod dyktando lub samodzielnie z pisma brajlowskiego. Był to sposób patronowania tych osób przez Towarzystwo, trzeba jednak zaznaczyć, że biblioteka nie mogłaby rozwinąć się dostatecznie, o ile opierałaby się na opłacanej pracy. Warunkiem jej normalnego rozwoju jest bezinteresowna praca kopistów, a nawet zwrot kosztów tabliczek i papieru przez nich samych lub z funduszy, zbieranych specjalnie na ten cel przez Biuro Przepisywania Książek. Powstało również przy nim Koło, które podjęło się pracy introligatorskiej i tym sposobem pomogło do szybszego kompletowania biblioteki. Praca, tak pięknie rozpoczęta, została zatamowana wybuchem wojny i rozproszeniem się pierwszego zastępu kopistów. Gdy zawierucha wojenna minęła, pierwsze wysiłki Towarzystwa mu-

siały pójść w kierunku zapewnienia utrzymania niewidomym pozostającym pod jego opieką, zorganizowania i rozszerzenia istniejących zakładów, stworzenia nowych działów. Biuro Przepisywania Książek i biblioteka znalazły się na dalszym planie wobec innych potrzeb niecierpiących zwłoki. Praca nad wznowieniem Biura Przepisywania Książek rozpoczęła się w r. 1929. Odtąd znów powoli napływają kopiści, organizuje się korekta pisanych książek, biblioteka rozszerza się stopniowo. Obecnie Biuro Przepisywania Książek liczy 64 kopistów, w których rękach jest 64 tabliczek. Biblioteka zawiera 3687 tomów, 1442 dzieła” (*Sprawozdanie* 1935).

Już w 1930 r. wydano w formie obszerniejszej broszury szczegółową instrukcję dla kopistek (*Prawidła* 1930).

M. Czacka śledziła dotyczące pisma punktowego dyskusje toczone w publikacjach tyflogicznych krajów przodujących, ponieważ знаła od dziecka w mowie i w piśmie podstawowe języki zachodnioeuropejskie. Rozumiejąc systemy pisma pełnego i systemy skrótów obcych języków, mogła doświadczenie ich twórców i użytkowników wykorzystać w pracach na rzecz polskich niewidomych. W artykule *System Braille’a w Polsce* (Czacka 1931) argumentowała za wybraniem polskiego alfabetu tzw. lwowskiego, jako w pełni odpowiadającego ortografii naszego języka, proponowała tylko drobne zmiany znaczeń. Postulując przyjęcie alfabetu bez skrótów, w pełni odpowiadającego czarnodrukowemu, czyli „najdłuższego”, chciała dać jednocześnie prawidłowe metodycznie, proste i łatwe skróty, bardziej wydajne niż skróty włączane do alfabetów. Uznała to za istotnie lepsze niż mieszanie skrótów z pismem pełnym.

W 1934 r. Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego uznał za obowiązujący w polskich szkołach dla niewidomych alfabet „lwowski” z modyfikacjami zaproponowanymi przez m. Czacką (*Zarządzenie* 1934).

Wartość tego alfabetu tak ocenia M. Czerwińska (2008, s. 47–48): „Za zdecydowanie największe osiągnięcie w dziejach polskiego brajla uznać należy rozwiązanie adaptacyjne Matki E. R. Czackiej i Siostry Teresy Landy z Lasek. Doniosłość tego opracowania tkwi w tym, iż stanowiło ono ujednoczenie polskiego systemu brajlowskiego oraz było podstawą do pionierskich prac nad systemem polskich skrótów brajlowskich. Oryginalność w stosunku do wymienionych wyżej alfabetów oraz jego wartość merytoryczna tkwi w założeniach:

- niewidomi muszą mieć możliwość pisowni ortograficznej; stąd przesunięcie wszelkich skrótów (nawet dwuznaków) do systemu skrótów lub stenografii;
- zachowanie maksymalnego podobieństwa między zapisem czarnodrukowym i brajlowskim; stąd też zwrócenie uwagi na takie znaki, jak: znak dużej litery, kursywy, paragrafu, wiersza;
- bezwzględna logiczność wyprowadzenia znaków dla polskich liter ze znakami diakrytycznymi; stąd też oparcie się na Tablicy Monniera jako podstawie wszelkich badań i wykorzystanie współzależności serii”.

Od 1928 r. m. Czacka pracowała, z pomocą s. Teresy Landy i licznego zespołu osób, nad utworzeniem trzystopniowego systemu polskich skrótów ortograficznych. Oparła się na dużej, jak na owe czasy, statystyce, obejmującej 100 000 zbiegów, zliczonej przez pracowników Głównego Urzędu Statystycznego.



Praca została ukończona w 1934 r. Jej owoce zachowały się w postaci druku w pięciu tomach brajlowskich opisujących cały trzystopniowy system.

Opracowanie trzystopniowego systemu skrótów wymagało ogromnego nakładu pracy. S. Teresa, uczestniczka tej pracy, pisze:

„Praca nad alfabetem i skrótami trwała przez kilka lat. [...] W pewnych okresach zabierała ona całe dni, a nawet część nocy Matki i jej pomocników. Trwało to tak długo, ponieważ Matka wszystko, co robiła, robiła gruntownie, poważnie, odpowiedzialnie. [...] Trzeba było wiedzieć, co należy skracać i jak należy skracać. Były do tego potrzebne prace przygotowawcze językowe, w tym pomógł prof. Tytus Benni, prace statystyczne, dla których dyrektor Głównego Urzędu Statystycznego Kraeutler powołał liczną ekipę swych urzędników. Matka formułowała zagadnienia, na które oni szukali odpowiedzi. W ten sposób została przeprowadzona ogromna praca nad częstotliwością zbiegów liter w języku polskim oraz nad wyrazami najczęściej spotykanymi. Pracę tę na prośbę Matki finansował Georges Reverat z funduszy paryskiego oddziału American Braille Press” (Landy 1977).

Jednocześnie z alfabetem, tym samym zarządzeniem ministra (*Zarządzenie* 1934), zatwierdzony został zaproponowany przez m. Czacką stopień I Polskich Skrótów Ortograficznych (PSO). System ten nazywano potocznie skrótami laskowskimi.

Dla Biblioteki Brajlowskiej w Laskach przepisywano książki integralnie, czyli pismem pełnym na równi z przepisywanymi zatwierdzonymi skrótami. Do lat 60. skrótów tych uczono w Laskach w młodszych klasach szkoły podstawowej. Korzystała z nich także i później, po opuszczeniu szkoły, liczna grupa absolwentów Lasek. Ze skrótów stopnia II korzystały pojedyncze osoby studiujące. System skrótów „laskowskich” obowiązywał do 1981 r.

W latach 1960–1980 w Polskim Związku Niewidomych pracowano nad nowym, wydajniejszym systemem skrótów. *Zarządzeniem Ministra Oświaty i Wychowania z dnia 4 listopada 1981 r.* (Dz. Urz. MOiW, Nr 12, poz. 87) wprowadzono, na miejsce dotychczasowego, nowy system: Polskie Ortograficzne Skróty Brajlowskie, nie będący kontynuacją dotychczasowego.

## Opis źródeł

Opis całego trzystopniowego systemu skrótów zachował się tylko w formie publikacji wydanej brajlem przez Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi z datą 1933 i 1934 r. Publikacja tłoczona była w Laskach jednostronnie systemem stereokopii<sup>1</sup> na arkuszach 30 x 27 cm ( 25 wierszy na stronie, 36 znaków

<sup>1</sup> Kliszę pisano w odpowiedniej tabliczce na papierze brajlowskim, następnie impregnowano parafiną, po czym wgłębienia punktów wypełniano gipsem. Kliszę kładziono na gładkiej części płyty, nakrywano arkuszem papieru i perforowaną częścią płyty. Perforacja pozwalała na wytłoczenie w papierze punktu tam, gdzie był on na kliszy. Tłoczono w prasie ręcznej.

w wierszu). Pięć tomów brajlowskich liczy łącznie 291 stron:

1. *Polskie skróty ortograficzne. Stopień I. Projekt Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi* [1933], s. 42.
2. *Polskie skróty ortograficzne. Stopień II. Tom I. Projekt Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi*. Warszawa – Łaski 1933, s. 84.
3. *Polskie skróty ortograficzne. Tom II. [Słownik A] Projekt Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi*. Warszawa – Łaski 1933, s. 60.
4. *[Polskie skróty ortograficzne] Klucz stopnia II*, s. 13 (bez strony tytułowej).
5. *Polskie skróty ortograficzne. Stopień III. Projekt Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi*. Warszawa – Łaski 1934, s. 92.

Nazwiska m. Czackiej w publikacji nie ma, przypisujemy jej autorstwo na podstawie świadectwa współpracowników i świadków jej życia.

Opis projektu *Polskich skrótów ortograficznych II stopnia* zachował się także w formie maszynopisu (znaki brajlowskie wrysowywano ręcznie). Składa się on z tabel znaczeń i z objaśnień systemu. Jest zapewne kolejnym brulionem, gdyż odbiega nieco treścią od druku brajlowskiego, który należy uznać za redakcję ostateczną.

W załączniku nr 1 do Zarządzenia Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego (Nr II P-3133/34) o wprowadzeniu w szkołach specjalnych dla niewidomych polskiego alfabetu oraz skrótów ortograficznych (Dz. Urz. MWRiOP, Nr 5, poz. 81) umieszczono polski alfabet w systemie Braille'a w formie tabeli w układzie J. J. Monnier.

W załączniku nr 2 umieszczono krótkie objaśnienia oraz syntetyczne tablice znaczeń skrótów I stopnia (tablica A – w kolejności znaków według systemu Monnier podaje w jednym wierszu wszystkie znaczenia przypisane danemu znakowi, tablica B – porządkuje znaki w alfabetycznej kolejności znaczeń) (tamże).

## Charakterystyka PSO

Dobry system skrótów powinien mieć dwie wykluczające się cechy: być łatwym i wydajnym. Jedynym sposobem osiągnięcia obu cech jest system wielostopniowy, w którym początkowy stopień jest łatwy. Po jego opanowaniu łatwiej jest opanować wyższy stopień – skracający w poważnym stopniu.

Tak właśnie został skonstruowany system PSO.

PSO stopnia I – na opis składają się: *Układ i numeracja znaków J. J. Monnier, Objaśnienie tablicy w układzie i z numeracją Monnier, Wstęp, Prawidła ogólne, Tablice znaczeń w kolejności według układu Monnier oraz Słowniki w układzie alfabetycznym znaczeń.*

System zawiera tylko skróty jednoznakowe. Znak systemu może mieć maksymalnie trzy znaczenia: integralne, tzn. w piśmie pełnym, znaczenie zbiegu liter i znaczenie całego wyrazu. PSO stopnia I jest systemem bardzo prostym i łatwym. Wystarczy zapamiętać około 80 znaczeń i opanować proste reguły systemu. Nawet osoby mało zdolne mogły wyuczyć się go i korzystać z książek napisanych skrótami, czyli o 1/3 mniej objętościowych i dających się czytać odpowiednio prędzej. Odpowiednio szybciej można też notować.



Istotnym składnikiem systemu jest znak integrału (44 w systemie Monnier). Postawiony przed wyrazem oznacza, że wyraz napisany jest pismem pełnym. Pozwala to prawidłowo odczytać wyrazy obcojęzyczne, jednoznacznie zapisać wyrazy, których skróty są mało czytelne albo niejednoznaczne. Stopień I jest systemem zamkniętym. Nie ma możliwości dodawania znaczeń. Jedyną możliwością ulepszenia systemu jest zmiana znaczeń.

PSO stopnia II jest to już system rozbudowany. Słowa oznaczane być mogą zespołami znaków liter i skrótów charakterystycznych, znaki systemu nie mają stałych znaczeń.

Rozróżnia się następujące kategorie skrótów:

- a) zbiegi liter najczęściej spotykane,
- b) części słowotwórcze, przedrostki i przyrostki oraz fleksyjne (końcówki odmian),
- c) całe wyrazy skrócone jednym znakiem, które według terminologii steno-  
grafów nazwano znacznikami,
- d) wyrazy skrócone dwoma lub wieloma znakami.

Opis II stopnia systemu mieści się w trzech tomach brajlowskich.

Tomy I i II zawierają objaśnienia oraz przykłady poprawnego i nieprawidłowego skracania wyrazów. Zawierają też tablice znaczeń w porządku znaków i w porządku alfabetycznym znaczeń. Tom *Klucz stopnia II* zawiera skróty podstawowych wyrazów.

Trudno ocenić wartość skracającą systemu, który nie był szerzej używany. Istotną natomiast wadą skrótów stopnia II, przekreślającą ich użyteczność, stało się to, że oparte one zostały na zasadach ortografii sprzed 1936 r., w którym przeprowadzono poważną reformę polskiej ortografii. Skróty końcówek fleksyjnych oparte są na wzorach odmian sprzed reformy i nie mogą mieć zastosowania w późniejszej czy współczesnej ortografii polskiej. Systemu nie da się używać bez adaptacji, której m. Czacka już się nie podjęła.

Wartościowy wydaje się natomiast pomysł systematycznego skracania końcówek fleksyjnych. Nie potrafię ocenić, w jakim stopniu czyni to system skrótów wydajnym w odniesieniu do języka słowiańskiego, w którym odmiany słów polegają na zmianie końcówek. Być może uzasadnienie kryje się w ówczesnych statystykach zliczeń, ale one się nie zachowały.

PSO stopnia III. Tom zawiera tylko *Słownik*, gdyż stopień III nie jest odrębnym systemem. Zawiera w sobie stopień II, jak również wyrazy skrócone dwoma lub wieloma znakami, używane przez ludzi o wyższym poziomie wykształcenia. Jest praktycznie słownikiem terminów filozoficznych, opartym na systemie skrótów II stopnia.

W autorskim opisie systemu PSO nie ma mowy o wprowadzaniu nowych znaczeń, ten problem jeszcze nie stanął przed użytkownikami systemów zachodnioeuropejskich, na których wzorowała się m. Czacka. W tym sensie nie można PSO nazwać systemu otwartym. Należy jednak zauważyć, że stopień III jest dobudowany do stopnia II, zawiera go w sobie. W podobny sposób można by budować słowniki do innych dziedzin niż filozofia, np. psychologii, prawa lub informatyki, albo uzupełniać system w miarę potrzeby. System PSO jest więc potencjalnie otwarty, może być rozbudowany bez naruszenia jego zasad.

## Bibliografia

- Czacka, s. Elżbieta, Landy, s. Teresa (1931). System Braille'a w Polsce. *Szkoła Specjalna*, 4.
- Czerwińska, M. (2008). System Louisa Braille'a – z badań nad historią. W: *Niewidomi w świecie książek i bibliotek, wybrane zagadnienia*. Warszawa: Biblioteka Centralna Polskiego Związku Niewidomych, s. 40–52.
- Landy, s. Teresa (1977). Matka Elżbieta Czacka jako fachowiec sprawy niewidomych. Ref. wygłoszony w Laskach w 1956 r. *Wypisy Tyflogiczne*, 2, s. 42–43.
- Objaśnienie pisowni dla ociemniałych (1913)*. Warszawa: [Towarzystwo Opieki Nad Ociemniałymi].
- Polskie skróty ortograficzne. Stopień I. Projekt Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi (1933)*, s. 42.
- Polskie skróty ortograficzne. Stopień II. Tom I. Projekt Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi (1933)*. Warszawa – Laski, s. 84.
- Polskie skróty ortograficzne. Tom II [Słownik A]. Projekt Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi (1933)*. Warszawa – Laski, s. 60.
- [*Polskie skróty ortograficzne*] *Klucz stopnia II*, s. 13. (bez strony tytułowej).
- Polskie skróty ortograficzne. Stopień III. Projekt Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi (1934)*. Warszawa – Laski, s. 92.
- Prawidła Przepisywania Książek Dla Niewidomych (1930)*. Warszawa: Nakł. Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi, druk Salezjańska Szkoła Graficzna, Warszawa, ul. Ks. Siemca 6.
- Sprawozdanie z 25-lecia działalności Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi (1935)*. Laski: Nakł. Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi, Laski Różanna.
- Zarządzenie Ministra Oświaty i Wychowania z dnia 4 listopada 1981 (nr KSR-62-2/81) w sprawie wprowadzenia szkół specjalnych dla niewidomych i słabowidzących zmodyfikowanego polskiego alfabetu w systemie Braille'a oraz polskich ortograficznych skrótów brajlowskich. Dz.Urz.MOiW, Nr 12, poz. 87.
- Zarządzenie Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego (Nr II P-3133/34) o wprowadzeniu w szkołach specjalnych dla niewidomych polskiego alfabetu oraz skrótów ortograficznych. Dz.Urz.MWRiOP 1934, Nr 5, poz. 81.

LUCYNA BIŁGORAJSKA

ZSS, Krosno Odrzańskie

## PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI DO NAUCZANIA DWÓCH JĘZYKÓW OBCYCH W GIMNAZJUM SPECJALNYM

Rozporządzenie z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół oraz projekt MEN z dnia 5 lutego 2009 r. zmieniający rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych miały znaczący wpływ na metody nauczania języka obcego również w szkołach specjalnych. Stanowią duże wyzwanie dla nauczycieli języka w szkołach specjalnych, bo – oprócz znajomości specyfiki nauczania oraz dydaktyki – muszą wykazać się umiejętnością nauki dwóch języków, a niekiedy nawet trzech, wliczając język polski.

Województwo lubuskie jest jedynym województwem w Polsce, gdzie nauczanie języka niemieckiego jako pierwszego języka obcego w szkołach specjalnych jest najczęstsze. Wielu uczniów rozpoczynających naukę w gimnazjum specjalnym uczyło się już języka angielskiego. Biorąc pod uwagę specyfikę nauczania młodzieży w szkole specjalnej, należy przede wszystkim wziąć pod uwagę czynnik motywacyjny. Dla moich uczniów bodźcem do nauki jest wyjazd za granicę w celu podjęcia pracy, co ze względu na bliskość granicy wydaje się oczywiste. W związku z tym największy nacisk kładę na poznanie słówek potrzebnych w przyszłej pracy zawodowej. Często nasi absolwenci kończą edukację na poziomie gimnazjalnym, więc odpowiedzialność za ich prawidłowe funkcjonowanie w życiu zawodowym spoczywa – moim zdaniem – już na nauczycielach drugiego etapu edukacyjnego. Wymaga to od nich szerokich zainteresowań i znajomości zarówno języka fachowego stosowanego np. w środowisku stolarzy, jak i kucharzy. Nawiązując do projektu MEN, nauczyciel nie wie, gdzie jego uczniowie podejmą pracę zawodową. Być może u naszych zachodnich sąsiadów, a być może w kraju, gdzie językiem komunikatywnym jest język angielski. W związku z tym proponuję pomocne wskazówki dla nauczycieli, którzy będą uczyć dwóch języków obcych w gimnazjum specjalnym zgodnie z wytycznymi nowych projektów.

Pierwszym zadaniem, od którego należy rozpocząć pracę w roku szkolnym 2009/2010, jest rozpoznanie, ilu uczniów i jakiego uczyło się języka. Większość uczniów po niepowodzeniach podczas pierwszego i drugiego etapu edukacyjnego w szkole powszechnej rozpoczyna dalszą edukację w gimnazjum specjalnym. Dla nowo przybyłych uczniów do szkoły z wiodącym językiem niemieckim, którzy poprzednio uczyli się języka angielskiego, ważne jest pokonanie bariery psychologicznej i zaakceptowanie nowej sytuacji. By to nastąpiło, należy jak najszybciej pokazać im bardzo duże podobieństwa między tymi językami. Przedstawię to w tabeli.

To pomaga!	Na to trzeba uważać
<b>Słownictwo</b>	
Słownictwo międzynarodowe (np. <i>Taxi, Telefon, Bus, Restaurant, hotel...</i> )	<i>falsche Freunde (bekommen≠become)</i> ; jest około 100 <i>false friends</i> , tj. wyrazów o podobnym brzmieniu bądź zapisie, ale odmiennym znaczeniu
Słowa z niemieckiej grupy językowej (np. <i>word-Wort</i> )	
Angielszczyzny w języku niemieckim	
Słownictwo w kulturze młodzieżowej ( <i>Englisch ist cool! ich war happy.</i> )	
Sport ( <i>Ball, Champions-League, Kicker</i> )	
Nowe technologie( <i>Computer, Email, Internet, downloaden</i> )	
Moda ( <i>Capri-Hose, Bowling- Schue</i> )	
Gospodarka ( <i>Business, Job</i> )	
Żywność ( <i>Butter, Salat, Dessert...</i> )	
Reklama (przykład <i>We kehr for you</i> )	
Słowa z języka fachowego ( <i>Medizin, Musik, Kunst..</i> )	
Słownictwo codzienne ( <i>Name, Adresse, Familie</i> )	

<b>Gramatyka</b>	
<b>Morfologia</b>	
Stopniowanie: <i>smart-smarter, klug-klüger</i> (angielski i niemiecki z <i>-er</i> )	Stopniowanie: ang. <i>more interesting-</i> niem. <i>interessanter</i>
Pre- i sufiksy z łaciny oraz greki (np. <i>anti-, de-, dis-, ex-, inter-, post-, pre/prä-, sub-, super-, -and, -ion, -tor, ismus, -ist</i> )	Stopniowanie: ang. <i>-est</i> , niem. <i>am...-sten</i> ( <i>strongest-am stärksten</i> )
Morfemy mówiące o liczbie ( <i>milli-, centi-, maxi-, itd.</i> )	Używanie rodzajnika ( <i>he ist a teacher- er ist Lehrer</i> )
Morfemy końcowe <i>-er/-or</i> wskazują na zawód ( <i>teacher-Lehrer, doktor-Doktor</i> )	Niemiecka morfologia jest o wiele bardziej obszerna niż angielska! ( <i>write/s-schreibe/st/t/en.</i> )
Morfemy końcowe <i>-less/-los</i> ( <i>countless-zahllos</i> )	
<b>Przymiki</b>	
<i>Seit-since, von-from, für-for, bei-by</i>	Liczne czasowniki mają obligatoryjne przymiki zarówno w języku angielskim, jak i niemieckim ( <i>bitten um-ask for; hoffen auf-hope for</i> )
<b>Grupy czasowników</b>	
Futur I ( <i>ich werde gehen- I will go</i> )	Użycie Perfekt nie odpowiada angielskiemu present perfect
Präsens ( <i>Ich gehe-I go</i> )	Podobnie jest w Präteritum ( <i>I went = ich ging und ich bin gegangen</i> )
Formy Perfekt ( <i>er hat getan-he has done</i> )	Futur I jest częściej używany w języku angielskim aniżeli w niemieckim ( <i>I'll tell you tomorrow- Ich sage dir morgen Bescheid</i> )
Präteritum ( <i>er wollte-he wanted</i> )	Występują różnice w Passiv ( <i>it is done= es wird/ist gemacht</i> )
	Postępująca (progresywna) forma nie istnieje w języku niemieckim ( <i>he is running-er rennt</i> )
<b>Szyk wyrazów w zdaniu</b>	
Zdania orzekające ( <i>Er liest das Buch-he reads the book</i> )	Szyk w zdaniu z użyciem czasowników modalnych
Zdania rozkazujące ( <i>Komm her!- Come here!</i> )	Konstrukcje bezokolicznikowe
Proste zdania pytające ( <i>Wo warst du?-where were you?</i> )	Czasownik modalny+ bezokolicznik (błędnie: <i>*sie musste gehen zur Schule</i> )
Zdania porównawcze ( <i>Paul ist größer als Maria-Paul is bigger than Mary</i> )	Zaprzeczenie z użyciem „nicht” ( <i>*er ist nicht heute da</i> )
Zdania dwuczłonowe z <i>und, aber, oder, denn</i> ( <i>Er mag Susi, aber sie mag Jacob.- He likes Susi, but she likes Jacob.</i> )	Szyk zdania względnego ( <i>*weil sie mochte die blaue Bluse</i> )

<b>Wymowa</b>	
Język angielski oraz niemiecki mają podobny rytm i akcent	„z” jest wymawiane nie jako „ts” ale jako „s”
Akcent wyrazowy mówi o różnicach w znaczeniu wyrazu: <i>export-export</i> , <i>umfahren-umfahren</i>	Melodia zdania jest inna
Budowa sylab jest skomplikowana	Akcent wyrazów, których wymowa jest podobna ( <i>compromise-Kompromiss</i> ; <i>international-international</i> )
<b>Ortografia</b>	
W wielu wyrazach ortografia niemiecka i angielska ma tylko małe różnice	Fonem /e/. Uczniowie często piszą błędnie np. * <i>wacklen</i> zamiast <i>wackeln</i>
W nagłosie: ang. „c” będzie niem. „k” ( <i>cold-kalt</i> )	Podwójne głoski (np. * <i>kontrollieren</i> zamiast <i>kontrollieren</i> )
ang. „th” będzie niem. „d” ( <i>bath-Bad</i> ; <i>three-drei</i> )	/sch/ (* <i>Shuh</i> zamiast <i>Schuh</i> )
ang. „k” będzie niem. „ch” ( <i>make-machen</i> )	/th/ jest często nadużywane (np. <i>guthes</i> zamiast <i>gutes</i> )
ang. „t” będzie niem. „s” albo „z” ( <i>water-Wasser</i> ; <i>ten -zehn</i> )	/k/ w śródgłosie (np. <i>Infection-Infektion</i> )
ang. „tw” będzie niem. „zw” ( <i>two-zwei</i> )	„v” pisane jako „f”
ang. „v” będzie niem. „b” lub „f” ( <i>seven-sieben</i> ; <i>five-fünf</i> )	„s” przepisywane jako „z”
Ang. „d” będzie niem. „t” ( <i>drink-trinken</i> )	„z” przepisywane jako „ts”
Rzeczowniki łączone: <i>weekend-Wochende</i>	Rzeczowniki w języku niemieckim pisze się wielką literą
	Przymiotniki narodowościowe ( <i>a German car-ein deutsches Auto</i> )
	Rzeczowniki łączone ( <i>computer lab-Computerlabor</i> )

Źródło: <http://ospitiweb.indire.it/ictavagnacco/deutsch/deutsch nach english/index. htm>.  
Aut. A. Colluci, M.C.Berger. Tłum. własne.

Podane przykłady są wskazówką, a zarazem ukazują, jak wielkie trudności mają nauczyciele z jasnym przekazaniem materiału dydaktycznego. Należy również podkreślić, że uczniowie gimnazjów specjalnych mają różne dysfunkcje oraz możliwości przyswajania materiału. Trzeba więc indywidualnie dobierać dla nich ćwiczenia, mając jednakże na względzie ogólny, obowiązkowy egzamin zewnętrzny z języka obcego nowożytnego.

Polecam ćwiczenia pomocne w nauce dwu języków: niemieckiego i angielskiego zamieszczone na stronach internetowych: <http://ospitiweb.indire.it/ictavagnacco/deutsch/deutschnachenglish/index.htm>, jak również wypracowanie własnego warsztatu pracy.

TOMASZ NIWIŃSKI

OSW, Żywiec

## POZNAJEMY ŻYWIECCZYZNĘ W OSIEMNASTU KROKACH – PROJEKT UCZNIOWSKIEGO PRZEWODNIKA PO REGIONIE

Żywiecczyzna jest interesującym regionem w województwie śląskim. Jej obszar przypada na tereny Beskidu Żywieckiego, Małego i Śląskiego. Ma kilkusetletnią tradycję historyczną oraz oryginalną kulturę miejską i góralską. Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Żywcu prowadzi działania dydaktyczne i wychowawcze mające na celu przekazywanie wiedzy i pracę na rzecz regionu. Odbywa się to w ramach zajęć lekcyjnych i pracy kół zainteresowań w trzech płaszczyznach. Są to: wychowanie regionalne, działania na rzecz ochrony środowiska naturalnego oraz działalność turystyczna.

Wychowanie regionalne realizowane jest w nauczaniu przedmiotowym, podczas zajęć pozalekcyjnych i w ramach warsztatów. Ośrodek przy udziale starostwa powiatowego od wielu lat organizuje warsztaty *Wielkanoc po beskidzku* i *Boże Narodzenie po beskidzku*, prezentując miejscowe obyczaje związane z wymienionymi świętami. Był gospodarzem międzynarodowych warsztatów rzemiosła ludowego i folkloru. Corocznie organizuje konkursy wiedzy o Żywiecczyźnie. Treści nawiązujące do kultury ludowej znajdują swoje odzwierciedlenie na lekcjach języka polskiego, muzyki, plastyki, kiedy prezentowane są techniki plastyczne, literatura góralska, pieśni ludowe.

Uczniowie i nauczyciele biorą udział w wielu inicjatywach na rzecz ochrony środowiska naturalnego. Uczestniczą w akcjach *Sprzątanie świata* i cennej lokalnej inicjatywie *Sprzątnie gór*, również w zbiórce makulatury i baterii. Wspólnie z urzędem miasta i fundacją Arka wzięli udział w akcji *Kwiaty zamiast śmieci*, oczyszczając nielegalne wysypiska śmieci i tworząc klomby z kwiatami. Ośrodek współpracuje również z Nadleśnictwem w Jeleśni, dzięki czemu uczniowie uczestniczą w Dniach Lasu, sadzą drzewa, wykonują budki lęgowe. Działaniom tym towarzyszą spotkania promujące oszczędzanie energii, segregowanie śmieci, zbiórkę makulatury i baterii.

Działalność turystyczna koncentruje się m.in. wokół Koła PTTK, skupiającego uczniów i nauczycieli. Jego członkowie biorą udział zarówno w imprezach środowiskowych proponowanych przez Babiogórski Oddział PTTK, jak i organizowanych w OSW. Uczestniczą w wycieczkach i biwakach, poznając piękno Beskidu Żywieckiego, Małego i Śląskiego

Opracowany przeze mnie program dla uczniów gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych specjalnych *Poznajemy Żywiecczyznę w osiemnastu krokach* ma na celu przekazywanie syntetycznej wiedzy dotyczącej zagadnień geograficznych, historycznych, kulturowych Żywiecczyzny. Obszar zainteresowań określony



został granicami administracyjnymi powiatu żywieckiego z wyjątkiem kulminacji Babiej Góry, leżącej poza granicami powiatu i województwa. W zamierzeniu program ma być podstawą do innych działań w zakresie wychowania regionalnego, proekologicznego czy rozwijania turystyki. Za ważne, oprócz przekazywania wiedzy na temat regionu, uznano doskonalenie umiejętności poszukiwania, gromadzenia i selekcji informacji zaczerpniętych z różnych źródeł: literatury fachowej, internetu, własnych spostrzeżeń. Podczas realizacji programu jego uczestnicy powinni posługiwać się również komputerem i aparatem fotograficznym.

Struktura programu zawiera wstęp, cele ogólne, cele szczegółowe, treść 18 spotkań, wykaz literatury i stron internetowych.

Celem ogólnym programu jest próba kształtowania obywatela – mieszkańca Żywiecczyzny – świadomego:

- dziedzictwa historycznego, kulturowego regionu,
- geografii regionu,
- potrzeby ochrony środowiska naturalnego,
- wartości potencjału turystycznego.

Duży nacisk położono na rozwijanie umiejętności:

- uzyskiwania, selekcjonowania informacji pochodzących z różnych źródeł;
- planowania, realizacji zamierzeń, harmonijnej współpracy w grupie;
- kształtowania właściwego nastawienia emocjonalnego do miejsca zamieszkania – małej ojczyzny.

Realizacja programu przebiega w trakcie 18 spotkań, w czasie których uczestnicy powinni zgromadzić materiały i stworzyć własny przewodnik po Żywiecczyźnie, zawierający kompendium wiedzy z różnych dziedzin dotyczących regionu. Każde spotkanie (krok) ma wyznaczony cel szczegółowy, określone wyposażenie, działanie – omówione czynności do wykonania, podsumowanie pracy, przedstawienie tematu kolejnego spotkania, zamierzony efekt. Wycieczki, które są ważnym elementem programu, przygotowują uczestnicy, uwzględniając ustalony harmonogram, połączenia komunikacyjne, stosowne wyposażenie.

Krok 1. Poznajemy projekt.

Zainteresowanie treścią programu, prezentacja projektu, sporządzenie planu i harmonogramu działania, przedstawienie uczestników, zaprezentowanie koniecznego wyposażenia.

Krok 2. Położenie i topografia Żywiecczyzny.

Zapoznanie z pojęciem „Żywiecczyzna”, wskazanie tego regionu na mapie administracyjnej i fizycznej, poszukiwanie poprzez program Google Earth. Wskazanie ważnych pasm górskich, wód i miejscowości.

Krok 3. Wycieczka na górę Grojec.

Pokazanie panoramy Beskidów z punktu widokowego na górze Grojec, znajdującej się w obrębie Żywca, z uwzględnieniem niektórych wierzchołków, miejscowości, jeziora Żywieckiego.

Krok 4. Wody. Wycieczka nad rzeki Sołę i Koszarawę, jezioro Żywieckie.

Poznanie różnorodnych aspektów rekreacyjnych wód, zbiornika wody pitnej,



zwrócenie uwagi na potrzebę ochrony przyrody na przykładzie wideł największych rzek Żywiecczyzny oraz jeziora Żywieckiego.

Krok 5. Fauna (charakterystyka wybranych gatunków zwierząt).

Poznanie terminu „fauna”, niektórych zwierząt zamieszkujących Beskidy, wskazanie pozytywnej roli człowieka w opiece nad zwierzętami, potrzeby istnienia terenów chronionych.

Krok 6. Wycieczka do muzeum. Ekspozycja przyrodnicza.

Zapoznanie się z zasobami przyrodniczymi muzeum w Żywcu, omówienie działalności muzeum, obejrzenie ekspozycji z uwzględnieniem informacji zdobytych podczas wcześniejszych zajęć.

Krok 7. Flora (charakterystyka wybranych gatunków roślin).

Poznanie terminu „flora”, charakterystyka wybranych drzew, roślin leśnych, rosnących na łąkach, wskazanie pięter w roślinności górskiej na przykładzie Babiej Góry, roślin chronionych na terenie Beskidów, omówienie trudnej sytuacji lasów beskidzkich, prac zmierzających do uratowania drzewostanu, sposobów ochrony przyrody w postaci wydzielenia terenów chronionych.

Krok 8. Wycieczka do Ośrodka Edukacji Przyrodniczo-Leśnej w Węgierskiej Górze.

Prezentacja ekspozycji przyrodniczej poświęconej roślinom i zwierzętom Beskidów, szkółki leśnej, zadań i działań służb leśnych: w zakresie gospodarki zasobami, zalesiania, ochrony przyrody.

Krok 9. Tereny chronione na terenie Żywiecczyzny.

Zapoznanie się z różnymi rodzajami przyrodniczych terenów chronionych: rezerwatem przyrody, parkiem narodowym, parkiem krajobrazowym, pomnikami przyrody i ich lokalizacją na terenie Żywiecczyzny.

Krok 10. Szlaki turystyczne i schroniska na Żywiecczyźnie.

Omówienie sposobów znaczenia szlaków, analiza wybranych na mapie szlaków, określenie czasu wędrówki, zapoznanie się z bazą turystyczną, jej lokalizacją, podstawowym wyposażeniem turysty, zasadami bezpieczeństwa w górach, rozmieszczeniem placówek i zadaniami GOPR oraz historią i współczesną działalnością Babiogórskiego Oddziału PTTK.

Krok 11. Historia Żywiecczyzny.

Poszukiwanie i omówienie informacji dotyczących historii regionu, próba ustalenia chronologii ważnych wydarzeń historycznych, zwrócenie uwagi na osoby, które zapisały się w historii miasta, miejsca upamiętniające ważne fakty z dziejów.

Krok 12. Wycieczka do muzeum w Żywcu.

Zapoznanie się z zasobami muzeum ze szczególnym uwzględnieniem zbiorów dotyczących historii oraz etnografii Żywiecczyzny.

Krok 13. Budownictwo sakralne Żywca, zwiedzanie katedry Najświętszej Marii Panny i kościoła Św. Krzyża, spacer ulicami miasta.

Zwiedzanie katedry ze szczególnym uwzględnieniem budowy architektonicznej, wystroju wnętrza, historii obiektu, przejście ulicami miasta do kościoła Św. Krzyża, zwiedzanie kościoła, zwrócenie uwagi na inne obiekty sakralne na terenie Żywiecczyzny, szczególnie na szlak kościołów drewnianych .

Krok 14. Wycieczka do kompleksu pałacowo-parkowego w Żywcu.

Zwiedzanie Starego i Nowego Zamku, zwrócenie uwagi na konstrukcję, detale architektoniczne, historię budowli, obejrzenie altany Domku Chińskiego, spacer alejkami parku, wskazanie unikatowych drzew i krzewów.

Krok 15. Tradycyjne budownictwo drewniane. Wycieczka do izby regionalnej „Stara Chałupa” w Milówce.

Zwiedzanie izby regionalnej ze szczególnym uwzględnieniem technik ciesielskich stosowanych przy budowie, wyposażenia wnętrza: mebli regionalnych, sposobu ogrzewania chaty, przedmiotów będących wyposażeniem, elementów zdobiących wnętrze.

Krok 16. Wytyczanie szlaku turystycznego. Zwiedzanie Żywca.

Wytypowanie obiektów, miejsc na terenie miasta godnych obejrzenia, lektura zebranych materiałów, przeszukiwanie stron internetowych, wybór i selekcja potrzebnych informacji, naniesienie na plan wybranych obiektów, wytyczenie trasy zwiedzania z uwzględnieniem miejsc na odpoczynek, nocleg.

Krok 17. Redagujemy przewodnik.

Wykonanie przewodnika zawierającego informacje dotyczące położenia Żywiecczyny, pasm górskich okalających kotlinę, hydrografii, fauny i flory, obszarów chronionych i potencjału turystycznego regionu, wytyczonego szlaku (propozycja autorów), zwiedzania miasta z uwzględnieniem zabytków, punktów gastronomicznych, miejsc noclegowych. Drukowanie przewodnika i przygotowanie go do oprawy.

Krok 18. Publiczna prezentacja przewodnika.

Prezentacja autorów publikacji, zawartości przewodnika – strony merytorycznej, edytorskiej, refleksje nad potencjałem Żywiecczyny, działaniami mającymi na celu jej rozwój.

Zakłada się możliwość współpracy ze specjalistami reprezentującymi muzeum, pracownikami nadleśnictwa, działaczami PTTK, GOPR, osobami zajmującymi się historią miasta oraz ochroną środowiska. Prezentowany program nie został jeszcze zrealizowany. Trwają konsultacje na temat jego zawartości merytorycznej z gronem zainteresowanych nauczycieli, przedstawicielami nadleśnictwa, członkami PTTK. Przewiduje się możliwość ewaluacji programu. Realizacja programu może okazać się miłą, kształcącą przygodą wzbogacającą jego uczestników – uczniów i nauczycieli<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Chętnie wymienię doświadczenia z nauczycielami zainteresowanymi uprawianiem turystyki i działaniami na rzecz ochrony naturalnego środowiska. Zainteresowanych proszę o kontakt na adres: [tomekniwinski@interia.pl](mailto:tomekniwinski@interia.pl).

MAŁGORZATA SZEROCZYŃSKA  
APS, Warszawa

## ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZA ZA SPOWODOWANIE SZKODY W PROCESIE LECZENIA DZIECKA

Kiedy nasze dziecko jest chore, poszukujemy pomocy lekarskiej, ufając, że będzie ona kompetentna i jak najbardziej skuteczna. Niestety, nierzadko zdarza się, że lekarz, zamiast pomóc, faktycznie szkodzi czy z powodu błędnej diagnozy, która prowadzi do nieleczenia istniejącego schorzenia albo wdrożenia terapii niewłaściwej, czy źle przeprowadzonego procesu terapeutycznego. W literaturze prawniczej tradycyjnie określa się takie przypadki niezbyt fortunnie jako błąd w sztuce lekarskiej. Tak naprawdę zaś chodzi o zachowanie lekarza niezgodne z zasadami wiedzy medycznej (np. kiedy nie rozpozna danego schorzenia pomimo występowania jego ewidentnych objawów), standardami postępowania leczniczego (np. kiedy nie przeprowadzi danej metody diagnostycznej pomimo istniejących wskazań) lub zwykłymi regułami bezpieczeństwa (np. kiedy operuje w stanie nietrzeźwości lub niesterylnymi narzędziami). Największą tragedią jest, gdy takie działanie (bądź zaniechanie, jeśli mamy do czynienia z niezasadnym niepodjęciem leczenia) personelu medycznego prowadzi do wyrządzenia krzywdy pacjentowi – wywoła u niego chorobę (np. bakteryjne zakażenie szpitalne) lub niepełnosprawność (np. amputacja zdrowej nogi), pogłębi istniejące schorzenie (np. z powodu podania leku, na który pacjent jest uczulony) albo wręcz doprowadzi do śmierci (np. w wyniku nierozpoznanego nowotworu złośliwego). Wtedy lekarz może, a nawet powinien zostać pociągnięty do odpowiedzialności.

Jeśli pacjentem, który odniósł szkodę, jest dziecko, wystąpienie na ścieżkę prawną w jego imieniu należy do rodziców, a w ich braku lub gdy nie posiadają władzy rodzicielskiej – do opiekunów. Mają oni możliwość wdrożenia trzech postępowań przeciwko lekarzowi winnemu wystąpienia negatywnego skutku: cywilnego, karnego i dyscyplinarnego. Mogą również skorzystać z pomocy Rzecznika Praw Pacjenta.

### Odpowiedzialność cywilna

Jeśli lekarz w procesie leczenia wyrządzi małemu pacjentowi szkodę, to jego rodzice lub opiekunowie mogą zwrócić się do sądu cywilnego z pozwem o odszkodowanie. Jeśli nie da się wyliczyć jednoznacznie wysokości szkody, można domagać się zadośćuczynienia za wyrządzoną krzywdę. Wysokość zadośćuczynienia jest określana subiektywnie i nie musi być związana z żadnymi faktycznymi kosztami poniesionymi w wyniku pogorszenia stanu zdrowia czy nawet śmierci dziecka, odnosi się ona bowiem do subiektywnych negatywnych emocji – cierpienia cielesnego i duchowego wywołanego u dziecka i jego najbliższych z powodu skutków, które wynikły z niewłaściwego leczenia. Moż-

liwe jest również domaganie się stałej renty, jeśli niewłaściwe leczenie spowodowało trwałą niepełnosprawność albo pogłębiło niepełnosprawność istniejącą, co skutkuje podwyższonymi kosztami utrzymania dziecka. Wtedy taka renta będzie wypłacana okresowo, a jej wysokość będzie zależna od wzrostu kosztów utrzymania lub stopnia zmniejszenia się zdolności zarobkowania.

Między niewłaściwym działaniem lub zaniechaniem lekarza a szkodą musi istnieć związek przyczynowo-skutkowy, przy czym art. 361 §1 *Kodeksu cywilnego z dnia 23 kwietnia 1964 r.* (Dz.U., Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) stanowi, że lekarz poniesie odpowiedzialność wyłącznie za normalne, to znaczy typowe, przewidywalne skutki swojego niewłaściwego postępowania. Skutki nadzwyczajne, nietypowe, których w normalnych okolicznościach nie sposób było przewidzieć, nie wywołują odpowiedzialności cywilnej. Warto też mieć świadomość, że negatywny skutek musi być wywołany przez niewłaściwe postępowanie lekarza. Lekarz bowiem, podejmując się leczenia, nie gwarantuje pacjentowi pozytywnego rezultatu, czyli wyleczenia, a jedynie należyta staranność w procesie leczenia. Jego odpowiedzialność pojawia się więc wtedy, gdy nie dopełnił zasad owej należytej staranności, co wywołało u danego pacjenta efekty negatywne. Jeśli natomiast działał starannie – zgodnie ze standardami medycznymi – a mimo to stan zdrowia pacjenta się pogorszył albo nawet pacjent zmarł, nie poniesie żadnej odpowiedzialności.

Podstawowy problem, jeśli chodzi o postępowanie cywilne, dotyczy tzw. ciężaru dowodu. Art. 6 k.c. nakłada bowiem obowiązek udowodnienia wszystkich faktów – a więc zdarzenia powodującego szkodę, zaistnienia i wielkości szkody, związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zdarzeniem a szkodą oraz zawinienia lekarza – na poszkodowanego i jego przedstawicieli prawnych, którzy występują z pozwem o odszkodowanie. Biorąc pod uwagę fakt, że po jednej stronie stoi pokrzywdzony pacjent i jego rodzina, często niemający wiedzy medycznej, a więc nieświadomi, na jakie dowody mogą się powołać, o przeprowadzenie jakich czynności wnioskować do sądu, a z drugiej – kompetentny lekarz, który potrafi się bronić merytorycznie, obciążanie pacjenta ciężarem udowadniania wszystkich nieprawidłowości w procesie medycznym znacząco pogarsza jego sytuację. Ta sytuacja jest tym bardziej trudna, że sąd cywilny nie ma obowiązku dążenia do wykrycia prawdy, a więc nie przejawia samodzielnej inicjatywy dowodowej, ale orzeka na podstawie dowodów przeprowadzonych na wniosek stron. Co więcej, strona wnioskująca o przeprowadzenie jakiegoś dowodu (np. ekspertyzy biegłych lekarzy specjalistów w dziedzinie, której dotyczyło postępowanie medyczne powodujące szkodę), musi najpierw wpłacić do sądu odpowiednią kwotę na poczet kosztów związanych z tym dowodem (a takie dowody medyczne należą do bardzo kosztownych). Jeśli więc strona poszkodowana nie zostanie na początku procesu zwolniona przez sąd z kosztów sądowych (co dotyczy wyłącznie faktycznie ubogiej części społeczeństwa), musi się liczyć z dość dużym obciążeniem finansowym z powodu jego prowadzenia.

Właśnie koszty procesu są drugim negatywnym aspektem postępowania cywilnego. Nie tylko bowiem przeprowadzenie dowodów kosztuje. Aby sąd w ogóle zajął się sprawą, trzeba na początku wniesić tzw. wpis, który jest wyliczony w zależności od wysokości kwoty odszkodowania, której powód domaga

się w pozwie. Koszty postępowania zostaną oczywiście stronie zwrócone, ale jedynie w przypadku, jeśli wygra ona sprawę (w tym także koszty wynajętego prywatnie adwokata, gdyż pełnomocnika z urzędu sąd może przyznać jedynie osobie zwolnionej z kosztów sądowych). W przypadku przegranej strona musi jednak pokryć koszty sądowe (chyba że została z nich zwolniona) oraz koszty pełnomocnika (adwokata lub radcy prawnego) pozwanego (te ostatnie, nawet jeśli sąd zwolnił ją z kosztów sądowych). Ryzyko przegranej, wobec trudności z udowodnieniem swoich racji, oraz idące za tym ryzyko poniesienia wysokich kosztów procesowych, często odstrasza pokrzywdzonych pacjentów od składania pozwów cywilnych.

Kolejnym elementem zniechęcającym jest długość postępowań cywilnych; w Polsce mogą one trwać nawet dziesiątki lat (a przecież po uzyskaniu prawomocnego wyroku zasądzającego odszkodowanie trzeba jeszcze z reguły przeprowadzić postępowanie egzekucyjne przed komornikiem, aby ściągnąć z pozwanego zasądzone odszkodowanie, co również zabiera czas i pieniądze, bowiem komornikowi trzeba zapłacić na wstępie).

Postępowanie cywilne ma jednak jeden zasadniczy pozytywny, którego nie mają inne rodzaje postępowań. Jeśli nie wiadomo, który lekarz swoim zachowaniem przyczynił się do powstania szkody w zdrowiu małego pacjenta, można pozwać zakład opieki zdrowotnej, na terenie którego do tej szkody doszło, bez obowiązku wskazywania winnej jednostki. Poza tym można pozwać łącznie i lekarza, i zoz, co zwiększa w efekcie końcowym możliwość wyegzekwowania zasądzonych odszkodowania.

Warto mieć świadomość, że sąd cywilny może jedynie zasądzić odszkodowanie na rzecz poszkodowanego pacjenta, nie może orzec żadnych sankcji dla lekarza, który źle leczył. Takie sankcje orzec może wyłącznie sąd karny.

### **Odpowiedzialność karna**

Wadliwe wykonanie czynności medycznej może prowadzić do odpowiedzialności karnej lekarza za następujące przestępstwa:

- 1) nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka (art. 155 k.k.);
- 2) nieumyślne spowodowanie uszczerbku na zdrowiu, przy czym zagrożenie karą jest tym wyższe, im poważniejsza jest szkoda (art. 156 §2 k.k., art. 157 k.k.);
- 3) nieumyślne narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku zdrowia (art. 160 §3 k.k.).

Do zaistnienia wszystkich wymienionych przestępstw konieczne jest nastąpienie negatywnego skutku, polski *Kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r.* (Dz.U., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) nie przewiduje bowiem odpowiedzialności karnej lekarza za sam fakt wadliwego leczenia.

Istnieć musi ponadto związek przyczynowy pomiędzy działaniem lub zaniechaniem lekarza a owym negatywnym skutkiem, który wystąpił w odniesieniu do zdrowia lub życia pacjenta. Jeśli brak jest tego związku, a przyczyną pogorszenia stanu zdrowia lub nawet utraty życia nie było postępowanie lekarza, ale np. niemożliwość zapewnienia pacjentowi opieki z powodu przestarzałego

sprzętu lub jego braku, nikt nie poniesie odpowiedzialności karnej, można jedynie zastanawiać się, czy nie istnieje odpowiedzialność cywilna danego zakładu opieki zdrowotnej albo NFZ, jeśli przyczyną złego wyposażenia szpitala jest zbyt niskie opłacanie wykonanych świadczeń (albo wręcz ich nieopłacanie).

Trudno sobie wyobrazić, aby lekarz chciał specjalnie wyrządzić pacjentowi krzywdę, dlatego jego odpowiedzialność karna będzie odpowiedzialnością za przestępstwa nieumyślne. Warunkiem koniecznym do popełnienia przestępstwa nieumyślnego jest niezachowanie reguł ostrożności wymaganych w danych okolicznościach, mimo że sprawca przewidywał albo mógł przewidzieć możliwość popełnienia czynu zabronionego. To, czy lekarz działa zgodnie z wymaganiami wiedzy medycznej oraz wszelkimi regułami bezpieczeństwa, ocenione będzie przez biegłych powołanych w ramach postępowania. Jeśli orzekną oni, że nie złamał żadnych reguł wymaganych w danych okolicznościach przy wykonywaniu zawodu albo że nie był w stanie przewidzieć negatywnych skutków swojego postępowania ze względu na nietypowy stan schorzenia pacjenta, oczywiście nie zostanie on ukarany.

Jeśli rodzice lub opiekunowie małego pacjenta chcą wystąpić na drogę postępowania karnego, powinni zawiadomić prokuraturę rejonową miejsca popełnienia czynu, a więc właściwą ze względu na miejsce położenia zakładu opieki zdrowotnej, gdzie dziecko było źle leczone. Powinni wskazać (choć nie jest to obowiązkowe) osobę, którą posądzają o spowodowanie szkody w zdrowiu ich dziecka. Dalej postępowanie toczy się z urzędu. Rodzice mają jednak prawa strony w postępowaniu przygotowawczym przed prokuratorem. Mogą zapoznawać się z aktami, zgłaszać wnioski dowodowe, zaskarżyć postanowienie o umorzeniu, jeśli takie wyda prokurator, nieznajdując przesłanek do wniesienia aktu oskarżenia.

Gdy natomiast dojdzie do skierowania aktu oskarżenia, aby rodzice reprezentowali pokrzywdzone dziecko przed sądem karnym w charakterze strony, muszą złożyć do sądu – pisemnie lub ustnie na pierwszej rozprawie – oświadczenie, że chcą występować w charakterze tzw. oskarżyciela posiłkowego. Wtedy zasiadają na ławie obok prokuratora i mają takie same uprawnienia – mogą zadawać pytania świadkom, składać wnioski dowodowe, zaskarżyć wyrok, jeśli nie są zadowoleni z orzeczonej kary. Mogą być także reprezentowani przez adwokata, również z urzędu, jeśli nie stać ich na opłaceniu prywatnej pomocy prawnej, a sąd przyzna im pełnomocnika z urzędu.

W procesie karnym sąd, oprócz kary pozbawienia wolności, ograniczenia wolności czy grzywny, może orzec również obowiązek naprawienia szkody na rzecz pokrzywdzonego lub – jeśli szkody nie da się wyliczyć w konkretnej kwocie – nawiązkę w celu zadośćuczynienia za krzywdę. Rodzice lub opiekunowie mogą także w ramach procesu karnego domagać się odszkodowania na zasadach prawa cywilnego (bez konieczności wdrażania odrębnie postępowania przed sądem cywilnym). Należy wtedy przed rozpoczęciem pierwszej rozprawy złożyć do sądu karnego pozew o odszkodowanie, analogiczny jak w przypadku sądu cywilnego. Takie powództwo może złożyć również prokurator, jeśli wymaga tego interes publiczny. Aktywność prokuratora ułatwia stronie



pokrzywdzonej działanie, gdyż nie musi wtedy ponosić żadnych kosztów ani niczego udowadniać – na prokuratorze spoczywa obowiązek wykazania przed sądem winy lekarza, wielkości poniesionej szkody oraz związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy postępowaniem lekarza a ową szkodą. Zasądzenie naprawienia szkody, nawiązki bądź odszkodowania przez sąd karny wyłącza ścieżkę postępowania cywilnego, jeżeli sąd karny zasądził całą żadaną przez pokrzywdzonego kwotę.

Sąd karny może skazać ponadto lekarza na środek karny w postaci zakazu wykonywania zawodu na okres od roku do lat dziesięciu. Jeśli pokrzywdzony lub jego przedstawiciele pragną, aby wobec lekarza orzeczony został dożywotni zakaz wykonywania zawodu, muszą skierować się na ścieżkę postępowania dyscyplinarnego.

### **Odpowiedzialność dyscyplinarna**

Odpowiedzialność dyscyplinarną lekarza wprowadza *Ustawa o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r.* (Dz.U., Nr 30, poz. 158 z późn. zm.), a szczegółowo tryb postępowania dyscyplinarnego reguluje *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy z dnia 26 września 1990 r.* (Dz.U., Nr 69, poz. 406).

Zgodnie z art. 41 ustawy o izbach lekarskich lekarze podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza, a więc także za spowodowanie szkody na zdrowiu pacjenta z powodu naruszenia standardów leczenia. Podmiotem uprawnionym do wystąpienia z wnioskiem o ukaranie lekarza przez sąd lekarski jest rzecznik odpowiedzialności dyscyplinarnej. Tak więc rodzice skrzywdzonego małego pacjenta powinni zwrócić się do niego pisemnie. Kierując sprawę do rzecznika należy pamiętać, że przewinienia lekarskie przedawniają się z upływem trzech lat od popełnienia czynu, chyba że stanowią przestępstwo – wtedy okres przedawnienia wynika z kodeksu karnego.

Rzecznik przeprowadza postępowanie wyjaśniające. Jeśli będzie przekonany, że nie doszło do naruszenia żadnych zasad obowiązujących lekarza lub że z innego powodu nie można go ścigać, odmówi wszczęcia postępowania albo je umorzy. Od takiego postanowienia pokrzywdzonemu i jego przedstawicielom ustawowym służy prawo do wniesienia zażalenia do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a jeśli postanowienie wydał Naczelny Rzecznik – do Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Jeśli natomiast rzecznik stwierdzi fakt naruszenia obowiązków lekarza, skieruje do sądu lekarskiego wnioski o jego ukaranie. Sąd lekarski może ukarać lekarza następującymi karami: upomnieniem, naganą, zawieszeniem prawa wykonywania zawodu lekarza od sześciu miesięcy do trzech lat, pozbawieniem prawa wykonywania zawodu na zawsze. Sąd lekarski nie może jednak zobowiązać lekarza do wypłacenia odszkodowania lub zadośćuczynienia na rzecz pokrzywdzonego pacjenta – to może uczynić wyłącznie sąd cywilny lub karny. Należy mieć świadomość, że sąd lekarski nie służy do naprawiania szkody



pacjentowi, a więc udział pacjenta w postępowaniu jest ograniczony. W przeciwieństwie do sądów powszechnych pokrzywdzony lub jego przedstawiciele ustawowi nie są w postępowaniu lekarskim stroną. Przytoczone rozporządzenie co prawda uprawnia pokrzywdzonego do zgłoszenia wniosków dowodowych przed rzecznikiem i sądem lekarskim, przeglądania akt sprawy (chyba że rzecznik lub sąd mu to uprawnienie ograniczy ze względu na tajemnicę medyczną), a także do wniesienia odwołania od orzeczenia sądu lekarskiego kończącego postępowanie, ale tylko w odniesieniu do stwierdzenia winy lekarza. Jednakże pokrzywdzony nie może głosić przed sądem lekarskim, jaką karą według niego powinien być ukarany lekarz, ani odwoływać się od wydanego orzeczenia, jeśli nie jest zadowolony z orzeczonej kary.

Biorąc pod uwagę tę ograniczoną rolę pokrzywdzonego w postępowaniu dyscyplinarnym, warto skorzystać z pomocy i autorytetu urzędu publicznego niedawno powołanego właśnie do pomocy pacjentom, których prawa zostały naruszone, czyli zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta.

#### **Uprawnienia Rzecznika Praw Pacjenta w odniesieniu do spraw związanych z wyrządzeniem szkody w procesie leczenia dziecka**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.* (Dz.U., 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) każdy pacjent ma prawo do otrzymywania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Z kolei art. 8 tej samej ustawy stanowi, że świadczenia te mają być udzielane z należyłą starannością zgodnie z wymaganiami fachowymi i sanitarnymi. Nie ulega więc wątpliwości, że jeśli lekarz wyrządzi szkodę pacjentowi z powodu działania lub zaniechania sprzecznego z aktualną wiedzą medyczną, zasadami należytej staranności lub wymaganiami fachowymi czy sanitarnymi, dojdzie do naruszenia podstawowego prawa pacjenta, a tym samym sprawą taką może się zająć Rzecznik Praw Pacjenta.

Jeżeli rzecznik posiada wiadomość co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta, wszczyna postępowanie wyjaśniające w danej sprawie. Wnioski o wszczęcie takiego postępowania może do niego składać każdy, nie tylko pokrzywdzony pacjent czy jego przedstawiciele ustawowi. Są one wolne od opłat. Rzecznik ponadto uprawniony jest do działania także z własnej inicjatywy, jeśli ma uzasadnione podejrzenie naruszenia praw pacjenta.

Złożenie wniosku nie oznacza jeszcze, że rzecznik podejmie sprawę. Może on poprzestać na wskazaniu wnioskodawcy przysługujących mu lub pacjentowi środków prawnych lub przekazać sprawę według właściwości, np. do sądu cywilnego, prokuratora czy rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Może również w ogóle nie podjąć sprawy, jednak zawsze o swojej decyzji musi zawiadomić wnioskodawcę i pacjenta, którego sprawa dotyczy.

Jeśli podejmie sprawę, może samodzielnie prowadzić postępowanie wyjaśniające lub poprosić o to inne organy, np. prokuraturę. W ramach postępowania wyjaśniającego rzecznik ma prawo zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu zdarzenia, żądać złożenia wyjaśnień i przedstawienia akt każdej sprawy prowadzonej przez wszystkie instytucje publiczne, społeczne,

także samorząd medyczny czy organy wymiaru sprawiedliwości. Może także zlecać sporządzanie ekspertyz i opinii biegłych lekarzy w celu stwierdzenia, czy faktycznie doszło do naruszenia standardów leczenia.

Jeśli w wyniku postępowania wyjaśniającego rzecznik dojdzie do wniosku, że miało miejsce naruszenie praw pojedynczego pacjenta, nie może on sam ukarać podmiotu, który to naruszenie popełnił. Może natomiast wystąpić z odpowiednim wnioskiem do instytucji, w ramach działalności której doszło do tego naruszenia (np. do szpitala) albo do jednostki nad nią nadrzędnej (np. założyciela szpitala). Rzecznik w swoim wniosku formułuje opinie lub wskazania co do sposobu załatwienia sprawy – może zasugerować zastosowanie sankcji pracowniczych, służbowych, wszczęcie postępowania dyscyplinarnego. W terminie 30 dni instytucja, do której rzecznik skierował swój wniosek, ma obowiązek poinformować go o swojej decyzji i podjętych działaniach. Jeśli rzecznik nie zgadza się z jej stanowiskiem, może zwrócić się do właściwego organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie sugerowanych przez niego środków. Ponadto może wystąpić z żądaniem wszczęcia postępowania cywilnego w imieniu pokrzywdzonego pacjenta, a także przyłączyć się do każdego wdrożonego przez pacjenta postępowania cywilnego. Ma wtedy uprawnienia procesowe prokuratora. Podjęcie przez rzecznika inicjatywy prowadzącej do wszczęcia postępowania cywilnego albo przyłączenie się go do takiego postępowania bardzo ułatwia sytuację procesową pokrzywdzonego pacjenta i osób go reprezentujących. Rzecznik bowiem jako strona w postępowaniu może zgłaszać wnioski dowodowe mające na celu udowodnienie zasadności roszczenia pacjenta. Za realizację tych wniosków strona pokrzywdzona nie ponosi wtedy opłaty wstępnej. Rzecznik może też wnosić, aby sąd uznał jako dowody ekspertyzy przeprowadzone w ramach prowadzonego przez niego postępowania wyjaśniającego. Nie ulega wątpliwości, że taka aktywna postawa rzecznika może ułatwić pokrzywdzonemu pacjentowi udowodnienie naruszenia standardów medycznych i związku przyczyny szkody z działaniem lub zaniechaniem lekarza oraz zawinieniem.

Dochodzenie zarówno odszkodowania za szkodę poniesioną przez małego pacjenta w procesie leczenia, jak i dążenie do ukarania lekarza oraz zapobiegnięcia, by więcej swoją niekompetencją lub niestarannością nikogo nie skrzywdził, nie jest w Polsce ani proste, ani szybkie. Co więcej, zasądzane odszkodowania nigdy nie pokryją strat zdrowotnych i psychicznych poniesionych przez małego pacjenta z powodu niewłaściwego leczenia. Warto jednak tego typu postępowania wytaczać przeciwko lekarzom, choćby po to, aby mieli oni świadomość, że nie są bezkarni za swoją niekompetencję, a tym samym aby ich motywować do zachowania należytej staranności w leczeniu.

### Bibliografia

- Filar, M. (2000). *Lekarskie prawo karne*. Kraków: Zakamycze.
- Filar, M., Krześ, S., Marszałkowska-Krześ, E., Zaborowski, P. (2004). *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*. Warszawa: LexisNexis.
- Kubicki, L. (red.). (2003). *Prawo medyczne*. Wrocław: Urban & Parnter.
- Zielińska, E. (2001). *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*. Warszawa: Liber.

# Z K R A J U I Z E Ś W I A T A

KAMILA POCZĘSNA  
APS, Warszawa

## SPRAWOZDANIE Z III MIĘDZYKRAJOWEJ LETNIEJ SZKOŁY PEDAGOGIKI SPECJALNEJ WARSZAWA, 21–25 WRZEŚNIA 2009

III edycję Międzynarodowej Letniej Szkoły Pedagogiki Specjalnej zorganizował Zakład Terapii Pedagogicznej w Instytucie Pedagogiki Specjalnej we współpracy z Katedrą UNESCO im. Janusza Korczaka. Tematyka tegorocznej Letniej Szkoły skupiała się wokół problematyki diagnozy i terapii ucznia ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, zaś celem było przedstawienie różnych perspektyw teoretycznych i rozwiązań praktycznych. Mieliśmy przyjemność gościć zagranicznych i polskich uczestników – profesorów i doktorantów z uniwersytetów w Sankt-Petersburgu, Moskwie, Kijowie, Drohobyczu, Kamieńcu Podolskim, Krakowie, Gdańsku i Warszawie.

Letnia Szkoła rozpoczęła się międzynarodową konferencją pt. *Uczeń ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się*. Uroczystej inauguracji dokonał rektor Akademii Pedagogiki Specjalnej prof. Jan Łaszczuk. Wykład wprowadzający w zagadnienie specyficznymi trudnościami w uczeniu się wygłosiła prof. Marta Bogdanowicz z Uniwersytetu Gdańskiego. Swoje wystąpienie zilustrowała interesującymi wynikami badań podłużnych, ukazujących odroczone skutki specyficznymi trudnościami.

Kolejny prelegent, prof. Edyta Gruszczyk-Kolczyńska z APS, omówiła zagadnienie specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki. Zwróciła szczególną uwagę na zjawisko nawarstwiania się trudności szkolnych, które może skutkować poważnymi zaburzeniami emocjonalnymi. Prof. Krystyna Żuchelkowska z Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy przedstawiła wybrane teorie wykorzystywane w diagnozie i terapii

trudności arytmetycznych oraz dokonała przeglądu komputerowych gier wspomagających edukację matematyczną.

Z rosyjską klasyfikacją dysgrafii oraz jej charakterystyką zapoznali uczestników prof. Raisa I. Łałajewa z Państwowego Uniwersytetu im. A.S. Puszkina w Sankt-Petersburgu. Prof. dr hab. Janina Wyczesany z Małopolskiej Szkoły Wyższej w Brzesku przedstawiła sylwetkę pedagoga specjalnego-terapeuty, odwołując się do wzorca osobowego, który opisała w swoich publikacjach Maria Grzegorzewska.

Przedstawicielka Mazowieckiego Samorządowego Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Warszawie mgr Mirosława Pleskot dokonała analizy aktów prawnych, głównie tych, które stanowią podstawę do udzielania pomocy uczniowi ze specyficznymi trudnościami szkolnymi.

Po części plenarnej rozpoczęły się obrady w trzech sekcjach związanych tematycznie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Kolejny dzień rozpoczęto od pracy w dwóch grupach warsztatowych. Analizowano różne aspekty diagnostyczne dysleksji rozwojowej i specyficznymi zaburzeń rozwoju językowego (SLI) oraz rozpatrywano aspekty terapeutyczne. Przedstawiona została Metoda Dobrego Startu, *Move to Learn, Smart Moves*. Warsztaty prowadziły prof. Marta Bogdanowicz, dr Agnieszka Olechowska i mgr Monika Biała.

W trzecim dniu Letniej Szkoły skoncentrowano się na pracy nauczyciela-terapeuty. Uczestnicy odwiedzili Szkołę Podstawową nr 316 przy ul. Szobera 1/3 w Warszawie i obserwowali zajęcia terapeutyczne. Po powrocie z placówki na uczelnię (APS) nauczycielki – mgr Ewa Stolarczyk i Monika Biała – szczegółowo omówiły pracę terapeutyczną z uczniem ze specyficznymi trudnościami w czytaniu, pisaniu i zaburzeniami rozwoju językowego.

Czwartego dnia dokonano podsumowania Letniej Szkoły, sformułowano postulaty oraz wnioski końcowe. Spotkanie

młodych adeptów nauki uwieńczone zostało wykładem *Komputerowe wspomaganie kształcenia*, który wygłosił prof. Jan Łaszczuk. Uczestnicy otrzymali dyplomy ukończenia III Międzynarodowej Letniej Szkoły Pedagogiki Specjalnej.

Tematyka tegorocznej Letniej Szkoły Pedagogiki Specjalnej poświęcona była zagadnieniu szeroko rozumianych specyficznych trudności w uczeniu się. Jej wartość polegała więc na tym, że obejmowała zarówno problemy dzieci z zakresu dysleksji, dysortografii, dysgrafii, jak i specyficznych trudności w uczeniu się matematyki. Założeniem konferencji była analiza wielu teoretycznych i praktycznych aspektów specyficznych trudności w uczeniu się, począwszy od zaprezentowania diagnozy dzieci/uczniów w różnym wieku, prawnych rozwiązań organizacji pomocy specjalistycznej, różnych modeli i metod pomocy terapeutycznej, po przedstawienie zakresu kompetencji pedagogów-terapeutów.

Przedstawione zostały doniesienia z badań z zakresu współczesnych metod terapii, a w szczególności *Move to Learn* – programu percepcyjno-motorycznego dla dzieci z trudnościami w uczeniu się czy też Indywidualnej Stymulacji Słuchu (IAS) K. Johannaesa jako formy wsparcia dzieci z centralnymi zaburzeniami przetwarzania bodźców słuchowych.

Zaprezentowano również liczne metody pracy z dziećmi z trudnościami w uczeniu się matematyki. Zwrócono uwagę na potrzebę podniesienia poziomu atrakcyjności i skuteczności zajęć matematycznych, szczególnie dla dzieci młodszych, przez wykorzystanie w tym celu komputera.

Dzięki temu, że konferencja miała wymiar międzynarodowy, swoją wiedzę i doświadczenie z zakresu pracy z dziećmi ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się mogli porównać przedstawiciele Rosji, Ukrainy i Polski. Uczestnicy III edycji Letniej Szkoły Pedagogiki Specjalnej zadeklarowali chęć dalszej współpracy, wymiany informacji i doświadczeń w zakresie omawianej tematyki.

KINGA CZADERSKA  
SOSWdDN, Kraków

**SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI  
SYMULTANICZNO-SEKWENCYJNA  
NAUKA CZYTANIA JAKO  
STYMULACJA ROZWOJU  
KRAKÓW, 15 MAJA 2009**

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niesłyszących (SOSWdDN) w Krakowie przy ul. Spadochroniarzy 1 od lat stale poszukuje skutecznych metod nauczania dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. Doceniając znaczenie wczesnej nauki czytania metodą symultaniczno-sekwencyjną w rozwoju dzieci z różnymi zaburzeniami (nie tylko z uszkodzonym słuchem), dyrektor ośrodka mgr A. Dziewońska zaproponowała na posiedzeniu rady pedagogicznej w październiku 2008 r. przybliżenie tej metody terapeutom wczesnej interwencji, logopedom, pedagogom oraz nauczycielom z innych placówek. Jej pomysł oraz działania poparli wszyscy pracownicy. Zaowocowało to zorganizowaniem na terenie SOSWdDN konferencji metodycznej pod honorowym patronatem prezydenta miasta Krakowa Jacka Majchrowskiego oraz małopolskiego kuratora oświaty Artura Dzigańskiego.

W pierwszej części konferencji wykład *Wczesna nauka czytania jako metoda budowania systemu językowego* wygłosiła prof. J. Cieszyńska. Przedstawiła teoretyczne podstawy metody symultaniczno-sekwencyjnej wczesnej nauki czytania, w tym badania neuropsychologiczne i neurofizjologiczne, wiedzę na temat funkcji symultanicznych, sekwencyjnych oraz kształtowania się struktur umożliwiających przesyłanie informacji między półkulami mózgu, istnienia przewagi ucha prawego dla odbioru mowy (z wyjątkiem samogłosek), powtarzania sekwencji rozwoju mowy dziecka oraz naśladowania trzech etapów nabywania systemu językowego (powtarzania, rozumienia, nazywania). Przytoczyła także argumenty przemawiające za tym, że

symultaniczno-sekwencyjna nauka czytania jest skutecznym sposobem nabywania umiejętności czytania ze zrozumieniem.

Kontynuacją tego wykładu był wykład dr M. Korendo *Sekwencje i relacje – metody stymulacji lewej półkuli*. Uczestnicy konferencji mieli możliwość ugruntowania swojej wiedzy na temat znaczenia szeregowania i zdolności wykonywania sekwencji w przygotowaniu dziecka do nauki czytania i pisania. W dalszej części wykładu dr M. Korendo zaprezentowała podręcznik do klasy I *Kocham szkołę*, oparty na symultaniczno-sekwencyjnej metodzie czytania. Jak stwierdziła, napisanie tego podręcznika wraz z prof. J. Cieszyńską, E. Wianecką oraz A. Bala było wyjściem naprzeciw oczekiwaniom nauczycieli i terapeutów, którzy nie mieli narzędzi do pracy metodą symultaniczno-sekwencyjną w zespołach klasowych. W tym miejscu warto nadmienić, że w strukturze naszej placówki istnieją zespoły klasowe dla dzieci autystycznych oraz z zaburzonym rozwojem mowy (afazją i alalią), które przed rozpoczęciem nauki w szkole z powodzeniem były uczone czytania metodą symultaniczno-sekwencyjną. Dopelnieniem wygłoszonych wykładów były warsztaty prowadzone przez logopedów z Zespołu Diagnostyki i Terapii, założonego przez prof. J. Cieszyńską, a działającego w ramach SOSWdDN. W ich trakcie mgr K. Sedivy

oraz mgr A. Fabisiak-Majcher przedstawiły poszczególne etapy wczesnej nauki czytania według metody prof. J. Cieszyńskiej. Ta część konferencji była bogato ilustrowana materiałem filmowym, który przybliżył od strony praktycznej omawianą metodę.

W spotkaniu ze znakomitymi prelegentami uczestniczyło ponad stu logopedów, nauczycieli, psychologów, terapeutów, a także rodzice dzieci z różnymi zaburzeniami w rozwoju z wielu miejscowości w kraju. Metoda nauki czytania, którą mieli okazję bliżej poznać, może być wykorzystana w pracy z dzieckiem dyslektycznym, niesłyszącym, autystycznym, z alalią, afazją oraz z dzieckiem o obniżonej sprawności intelektualnej. Można ją także stosować w pracy z dzieckiem rozwijającym się prawidłowo.

Uczestnicy docenili wysoki poziom merytoryczny konferencji oraz jej dobrą organizację. Zadowolenie z tej formy doskonalenia wiedzy wyrażali kierując podziękowania do organizatora oraz osób czuwających nad całością przygotowań do konferencji i jej sprawnym przebiegiem. Mam nadzieję, że SOSWdDN stworzy jeszcze niejedną okazję do poszerzenia wiedzy dla wszystkich osób zainteresowanych doskonaleniem metod nauczania dzieci, których rozwój przebiega nieprawidłowo.



## R E C E N Z J E

**Colin Barnes, Geof Mercer: *Niepełnosprawność*. Wydawnictwo Sic! Warszawa 2008, ss. 220**

Autorzy książki to uznani na świecie specjaliści zajmujący się badaniami niepełnosprawności, a przede wszystkim wieloma aspektami rozwoju idei niepełnosprawności. Kwestie omawiane w siedmiu rozdziałach recenzowanej publikacji to: teoretyczne i pragmatyczne pojmowanie niepełnosprawności, miniony i komparatywny punkt widzenia, doświadczenie upośledzenia i niepełnosprawności, zawodowa i polityczna ingerencja w życie osób niepełnosprawnych, polityka niepełnosprawności, polityka społeczna i obywatelstwo, kultura niepełnosprawności.

Trudno wybrać właściwy termin dla określenia zjawiska niepełnosprawności czy upośledzenia, jednak dominującym odniesieniem zarówno do jednego, jak i drugiego pojęcia powinna być tragedia osobista. Jednocześnie zaangażowanie osób niepełnosprawnych w procesy zmian, upolitycznienie ich trudności tworzy alternatywę i zachęca do poszukiwania jak najmniej naznaczającego określenia niepełnosprawności. Nowe płaszczyzny badawcze ukazują różne modele niepełnosprawności w dziedzinie polityki, ekonomii, kultury i społeczeństwa. Kwestia nowego nazewnictwa będzie przedmiotem dyskusji na forum międzynarodowym przez długie lata, obecnie jednak częściej spotkamy się z określeniem: osoby niepełnosprawne niż osoby upośledzone.

Ograniczenie codziennego obywatelskiego funkcjonowania osób niepełnosprawnych tylko do prywatnej sfery życia wiąże się bezpośrednio ze społeczną presją. Wykluczenie tej grupy osób powoduje jej niekorzystną sytuację finansową, bezradność, etykietyzacja kulturowa. Kapitalizm przemysłowy, nawet jeśli uznawał potrzeby osób niepełnosprawnych, zinstytucjonalizował ich życie poprzez działania charytatywne, szpitale, przytulki itd. Rodziło to u wielu pokoleń poczucie zależności, bezsilności, frustrację.

Pozornie wypracowany model partycypacji osób niepełnosprawnych w życiu społecznym pokazuje, jak mocno struktura wykluczenia jest zakorzeniona w systemach państwowych czy społecznych. Świadczy o tym niski odsetek miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych, niższy poziom wykształcenia tych osób, szereg barier architektonicznych, małe prawdopodobieństwo skorzystania z różnych form wypoczynku. Dostyc łatwo więc dostrzec, jak trudno jest dokonać słusznych wyborów życiowych osobom niepełnosprawnym, by móc w pełni uczestniczyć w życiu społecznym. Podziały społeczne, wykluczenie nie dotyczą tylko niepełnosprawnych. Istnieją one również w takich kategoriach społecznych, jak: płeć, rasa, wiek. Badania wykazują, że odrzucenie nie spotyka ludzi o odmiennej orientacji seksualnej czy pochodzeniu z niższych klas społecznych.

Współcześnie niektórzy badacze są za tym, by wrócić do terminu „upośledzenie”, gdyż pomaga on lepiej zrozumieć, czym ono jest. Szeroko pojęte skutki upośledzenia trudno jednak zestawić z definicjami niepełnosprawności. W literaturze odnotowuje się zarówno podejście kategoriałne, jak i relacyjne. Jak wskazują badacze, korzystniejszą formą z punktu widzenia pełnosprawnych członków społeczeństwa i niepełnosprawnych jest podejście relacyjne. Relacyjność koncentruje się bardziej na likwidowaniu wszelkich barier wykluczenia niż na analizie ograniczeń funkcjonalnych tych osób. Bardzo enigmatycznie podjęto dyskusję na temat życia z chorobą przewlekłą i niepełnosprawnością. Wiadomo, iż ciało jest siłą sprawczą, jednak nigdy wcześniej ciało nie było poddawane tylu eksperymentom co dziś. Wnioski powinny być punktem wyjścia do dalszych badań nad niepełnosprawnością – relacją między materialnym ciałem a aktualnym doświadczaniem cielesności.

Historycznie kultura niepełnosprawności ukazuje upośledzającą, podzielony wizerunek tych osób. Przez lata ludzie niepełnosprawni byli izolowani od sie-

bie i nie mieli szans na integrację. W dobie współczesnych przemian, świadomości swoich odmienności, różnorodności kreują na nowo własny kulturowy wizerunek. Organizacje tworzone i kierowane przez osoby niepełnosprawne, znające swoje ograniczenia i potrzeby, realizują konsekwentnie zbiorowe cele. Niepełnosprawność coraz częściej jest zagadnieniem politycznym. Mass media kreują kulturę niepełnosprawności, która ma wspomagać pozytywną samoidentyfikację osób niepełnosprawnych.

Aktywizacja polityczna osób niepełnosprawnych pozwoliła zrealizować plany, które prawnie przeciwdziałają dyskryminacji. Odchodzi się od takiej polityki niepełnosprawnych, kiedy tworzone grupy nacisku, a działalność partii politycznych nakierowana była na postulaty niepełnosprawnych jedynie w kampanii wyborczej. Nowy ruch społeczny to próba dominacji kulturowej, zwrócenie uwagi na różnicowanie niepełnosprawności.

Literatura przedmiotu w dużej mierze koncentruje się na praktycznych działaniach: budowaniu systemów wczesnego wspomaganie, edukacji, mieszkalnictwa, zwiększaniu przychodów osób niepełnosprawnych. Liczne publikacje dostarczają cennych wskazówek jak działać. Zapomina się jednak o socjologicznym wymiarze życia tych osób. Brakuje opracowań dotyczących systemów wierzeń, kulturowych reakcji i postaw, możliwości życiowych po skończeniu edukacji, polityki społecznej. Globalizacja niepełnosprawności dotyka również kraje trzeciego świata, w których nie ma naukowców, ośrodków badań, ludzi pracujących z/dla niepełnosprawnych. Projekty badawcze,

wyznaczone nowe cele w trendach współczesnego świata mówią jednak o problemie niepełnosprawności w miejscach, gdzie do niedawna jeszcze postępowano tak jak z niepełnosprawnymi w starożytnej Sparcie.

Apeluje się o popieranie zaangażowania w naukę osób z różnorodnymi niepełnosprawnościami. Znajomość problematyki, podejście wielowymiarowe, systematyzacja doświadczeń, wprowadzanie nowych rozwiązań i ich rutynizacja pomogą zmienić dotychczasową perspektywę pojmowania niepełnosprawności.

Jako pedagog specjalny przeczytałam monografię z dużym zainteresowaniem, jednak wnioski płynące z tej lektury są dla mnie, jak i dla każdego polskiego czytelnika dosyć smutne. Po pierwsze, rzadko na polskim naukowym gruncie poruszana jest problematyka niepełnosprawności w aspekcie socjologicznym. Po drugie, według amerykańskich i brytyjskich badaczy nie ma konieczności koncentrowania się na rozwiązaniach systemowych wczesnego oddziaływania psychologiczno-pedagogicznego. W Polsce jednak w dalszym ciągu brakuje systemowych rozwiązań wczesnego wspomaganie, mieszkalnictwa dla niepełnosprawnych, a współpraca specjalistów jest niedostateczna.

Książka jest interesującym studium wiedzy o przedmiocie, jakim jest niepełnosprawność. Przejrzysta struktura monografii, przystępnie wyłożone treści skłaniają niejednokrotnie do refleksji. Polecam ją szczególnie tym z Państwa, którzy pragną zrozumieć niepełnosprawność drugiego człowieka w aspekcie wielowymiarowym.

*Bernadetta Węclawik*



## SPIS ROCZNIKA 2009

<i>Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz</i> 85 lat „Szkoły Specjalnej”	(1) 3
--	-------

### OPRACOWANIA NAUKOWE

<i>Andrzej Twardowski</i> Psychologiczne problemy ojców dzieci z niepełnosprawnościami	(1) 4
<i>Jacek Bleszyński</i> Wielokierunkowe podejście do diagnozy i wspomaganie osób z autyzmem (optymalizacja)	(1) 18
<i>Katarzyna Jaworska-Biskup</i> Wpływ rozumienia pojęć przez dzieci niewidome na nauczanie języków obcych	(1) 25
<i>Dorota Tomczyszyn</i> Psychospołeczne definiowanie osób upośledzonych umysłowo przez mieszkańców powiatu bialskiego	(1) 35
<i>Marzena Dycht</i> Strategie Unii Europejskiej wobec osób niepełnosprawnych	(1) 44
<i>Tadeusz Majewski</i> Zatrudnianie wspomagane osób niepełnosprawnych	(2) 86
<i>Józefa Bałachowicz</i> Rola aktywności podmiotowej dziecka w procesie korekcyjnym	(2) 95
<i>Jarosław Rola</i> Zróżnicowane formy zaburzeń w zachowaniu dzieci niepełnosprawnych intelektualnie	(2) 104
<i>Renata Biernat</i> Nastawienia empatyczne młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie a percepcja postaw rodzicielskich	(2) 109
<i>Barbara Kaldon</i> Zagadnienia definicyjne pojęcia „dziecko” w ujęciu prawnym	(3) 165
<i>Danuta Al-Khamisy</i> Szanse edukacji włączającej w szkołach ogólnodostępnych	(3) 173
<i>Raisa Iwanowna Łalajewa</i> Diagnoza różnicująca zaburzenia mowy u dzieci z alalią i niepełnosprawnością intelektualną	(3) 184
<i>Tadeusz Majewski</i> Aktualne poglądy na możliwości zawodowe osób niewidomych	(4) 245
<i>Małgorzata Stępa</i> Choroba przewlekła jako czynnik ryzyka trudności adaptacyjnych	(4) 252
<i>Urszula Malewicka</i> Rola teatru w życiu osoby niepełnosprawnej	(4) 267
<i>Leszek Ploch</i> Środowisko rodzinne jako czynnik warunkujący rozwój zainteresowań teatralnych artystów niepełnosprawnych	(4) 274
<i>Barbara Moraczewska</i> Alternatywne formy wychowania przedszkolnego – szanse i zagrożenia dla dziecka z chorobą przewlekłą	(5) 325
<i>Remigiusz J. Kijak</i> Płciowość, seksualność, dojrzewanie – intymne obszary życia osób niepełnosprawnych intelektualnie	(5) 333
<i>Ditta Baczała</i> Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną w poglądach studentów oligofrenopedagogiki	(5) 340
<i>Halina Pawłowska-Jarosi</i> Wykorzystanie komputerowego badania wzroku i słuchu w diagnostyce poziomu funkcji percepcyjnych warunkujących procesy czytania i pisanie – porównanie wartości diagnostycznej programów <i>Widzę, Słyszę</i> i <i>Skali Ryzyka Dysleksji</i>	(5) 346
<i>Ewa Gorczycka</i> Relacje lekarz – pacjent w świetle opinii społeczności akademickiej	(5) 358

### Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

<i>s. Elżbieta Więckowska</i> Tyflografika	(1) 53
<i>Edyta Łapińska</i> Zastosowanie stymulacji wielozmysłowej w terapii dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym i znacznym	(2) 125
<i>Margareta Olszewska</i> Syzyfowa praca? Analiza przypadku pracy z dzieckiem ze złożoną postacią mózgowego porażenia dziecięcego	(2) 133
<i>Agnieszka Jędrzejewska</i> Refleksja po lekturze <i>Kaj znów się śmieje</i> H. Gagelmana	(2) 136
<i>Barbara Marcinkowska</i> Konstruowanie programów indywidualnych (cz. I)	(3) 192
<i>Barbara Augustyniak-Lauks</i> Indywidualne techniki pracy z dorosłą głuchoniemą uczennicą analfabeta	(3) 195
<i>Edyta Kosior</i> Szkoła wobec potrzeb dziecka z zespołem Aspergera – z perspektywy doświadczeń nauczyciela-terapeuty	(3) 204
<i>Barbara Marcinkowska</i> Konstruowanie programów indywidualnych (cz. II)	(4) 289
<i>Katarzyna Patyk</i>	

Wykorzystanie Profilu Psychoedukacyjnego PEP-R Schoplera w praktyce szkolnej – zasady procesu badawczego dziecka z autyzmem i przydatne wskazówki <i>Bernadetta Węclawik</i>	(4) 293
Program percepcyjno-motoryczny – z doświadczeń pedagoga wspierającego <i>s. Elżbieta Więckowska</i>	(4) 301
Pierwszy polski system skrótów ortograficznych pisma punktowego <i>Lucyna Biłgorajska</i>	(5) 370
Praktyczne wskazówki do nauczania dwóch języków obcych w gimnazjum specjalnym <i>Tomasz Niwiński</i>	(5) 376
Poznajemy Żywiecczynę w osiemnastu krokach – projekt uczniowskiego przewodnika po regionie	(5) 380

## PRAWO I PRAKTYKA

<i>Jolanta Zozula</i> Alimenty dla osoby niepełnosprawnej (aspekt materialny). Część I <i>Anna Romaniuk</i>	(2) 140
Sądowe dochodzenie roszczeń alimentacyjnych <i>Jolanta Zozula</i>	(3) 218
Orzeczenie o niepełnosprawności <i>Małgorzata Szeroczyńska</i>	(4) 305
Odpowiedzialność lekarza za spowodowanie szkody w procesie leczenia dziecka	(5) 384

## Z KRAJU I ZE ŚWIATA

<i>Marianna Marek-Ruka</i> Halina Borzyszkowska (1929–2008)	(1) 66
<i>Ewa Drozd, Elżbieta Łobacz-Kloosterman</i> Sprawozdanie z VI Konferencji Naukowej „Edukacja XXI wieku” <i>Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz</i>	(1) 68
Międzynarodowa Szkoła Matek na Krymie i Szkoła dla Niewidomych we Lwowie <i>Alicja Zarin, Witalij Kantor</i>	(1) 71
90-lecie kształcenia pedagogów specjalnych na Rosyjskim Uniwersytecie Pedagogicznym im. A.I. Hercena w Petersburgu <i>Barbara Trochimiak</i>	(2) 144
50-lecie Zespołu Szkół Specjalnych nr 91 w Warszawie <i>Elżbieta Paradowska</i>	(2) 146
Sprawozdanie z XVII konferencji z cyklu <i>Czas dla rodziców</i> , Warszawa, 15–16 listopada 2008 <i>Marlena Kilian</i>	(2) 149
Kompleksowa rehabilitacja niewidomych i słabowidzących osób w praktyce – działalność nowojorskiej agencji rehabilitacyjnej VISIONS <i>Dorota Błażejczyk</i>	(3) 222
Sprawozdanie z konferencji <i>Dyspraksję zrozumieć, wspierać, edukować</i> , Warszawa 22 października 2008 <i>Kamila Kozłowska</i>	(3) 227
Sprawozdanie z konferencji <i>Psychologiczno-pedagogiczna diagnoza dysleksji i dyskalkulii – problemy i nowe rozwiązania</i> , Warszawa 9 grudnia 2008 <i>Elżbieta Paradowska</i>	(3) 228
Sprawozdanie z konferencji <i>Rodziana zastępcza dla dzieci bez przyszłości</i> , Warszawa 13 marca 2009 <i>Ditta Baczała, Jacek J. Bleszyński, Marzenna Zaorska</i>	(3) 231
Sprawozdanie z XII Rosyjsko-Amerykańskiej konferencji naukowej, Sankt-Petersburg, 12–14 maja 2009 <i>Marzenna Zaorska</i>	(4) 310
Sprawozdanie z międzynarodowej konferencji naukowej <i>Osoba z niepełnosprawnością – życie „z” i „obok”. Opieka – Terapia – Wsparcie</i> , Toruń 20–21 marca 2009 <i>Kamila Poczęsna</i>	(4) 311
Sprawozdanie z III Międzynarodowej Letniej Szkoły Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 21–25 września 2009 <i>Kinga Czaderska</i>	(5) 391
Sprawozdanie z konferencji <i>Symultaniczno-sekwanencyjna nauka czytania jako stymulacja rozwoju</i> , Kraków, 15 maja 2009	(5) 392

## RECENZJE

M. Zalewski: <i>Muzyczna zabawa</i> (z płytą CD). Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 2008, ss. 125. ( <i>Elżbieta M. Minczakiewicz</i> )	(1) 74
Film „The Boy Inside” („Chłopiec zamknięty”). ( <i>Elżbieta M. Minczakiewicz</i> )	(1) 76
B. Pheloug: <i>School floors. Effective perceptual movement programs for your classroom</i> . Iceform Pty Ltd, Barbara Pheloug 2006, ss. 291 ( <i>Agnieszka Olechowska</i> )	(2) 156
Z. Tarkowski: <i>Zmiana postaw wobec jękania</i> . Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin 2008, ss. 103 ( <i>Jolanta Dunaj</i> )	(3) 237
Landau Kleffner Syndrome (LKS). Information for families. Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, GOSH Trust, 2005, ss. 54 ( <i>Jacek J. Bleszyński</i> )	(4) 314
A. Zamkowska: <i>Wsparcie edukacyjne uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim w różnych formach kształcenia na I etapie edukacji</i> . Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2009, ss. 402 ( <i>Anna Bobińska-Domżał</i> )	(4) 316
Colin Barnes, Geof Mercer: <i>Niepełnosprawność</i> . Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008, ss. 220 ( <i>Bernadetta Węclawik</i> )	(5) 394



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt:

## "PROGRAM nauczania pierwszej pomocy przedmedycznej uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi - opracowanie i pilotażowe wdrożenie programów"

*współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach działania 3.3 „Poprawa jakości kształcenia”, poddziałanie 3.3.4 „Modernizacja treści i metod kształcenia - projekty konkursowe”, realizowany przez Akademię Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie.*

Okres realizacji:

**1.11.2009r. - 30.09.2011r.**

Zaplanowane działania:

- Opracowanie innowacyjnego programu zajęć z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej i pakietów pomocy dydaktycznych dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi
- Przygotowanie nauczycieli do realizacji programu pierwszej pomocy przedmedycznej z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi
- Wdrożenie i ocena skuteczności programu i pakietów pomocy dydaktycznych w szkołach specjalnych i integracyjnych.



**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 Poczтовых Oddział Regionalny w Bydgoszczy, 85-950 Bydgoszcz, ul. Jagiellońska 6. Bank Pocztowny S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych nr: 98132000190099001120000022.

2. Wpłaty na prenumeratę roczną i I półroczu przyjmowane są do 6 grudnia, a na II półroczu 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 WPLACAJĄCEGO zł .....</p> <p>słownie złotych</p>	<p>BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i imię</p> <p>Adres</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>Kod pocztowy      Miejscowość</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p>	<p>Opłata pocztowa</p> <p>Podpis przyjmującego</p> <p>PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>Datownik</p>
<p>ODCINEK DLA POSIADACZA RACHUNKU zł .....</p> <p>słownie złotych</p>	<p>BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i imię</p> <p>Adres</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>Kod pocztowy      Miejscowość</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p>	<p>Opłata pocztowa</p> <p>Podpis przyjmującego</p> <p>PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>Datownik</p>
<p>ODCINEK DLA BANKU zł .....</p> <p>słownie złotych</p>	<p>BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i imię</p> <p>Adres</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>Kod pocztowy      Miejscowość</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p>	<p>Opłata pocztowa</p> <p>Podpis przyjmującego</p> <p>PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>Datownik</p>
<p>ODCINEK DLA POCZTY zł .....</p> <p>słownie złotych</p>	<p>BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i imię</p> <p>Adres</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>Kod pocztowy      Miejscowość</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p>	<p>Opłata pocztowa</p> <p>Podpis przyjmującego</p> <p>PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>Datownik</p>

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

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 wnieść na konto:

„RUCH” S.A. w PKO S.A.  
IV O/W-wa.

151240105311110000044304118  
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” , 01-785 Warszawa. ul. Broniewskiego 8A. tel. 022-639-73-61. Konto: PKO BP S.A. I/O Warszawa nr 11 1020 1013 0000 0502 0004 0584 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.