

Nr 4 (290) 2017
Tom LXXVIII
WRZESIEŃ
PAŹDZIERNIK

SZKOŁA SPECJALNA

CZASOPISMO AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ
im. Marii Grzegorzewskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej

Redaktorzy tematyczni

Akbota N. Autayeva (KZ) – psychologia
Andrzej Giryński (PL) – pedagogika specjalna
Jan Łaszczuk (PL) – pedagogika, metodologia
Bernadeta Szczupał (PL) – pedagogika specjalna

Redaktor prowadzący

Ewa M. Kulesza

Redaktor statystyczny

Mariusz Fila

Redakcja

Julita Kobos (PL) – język polski
Renata Wójtowicz (PL) – język angielski
Olena Galczewska (PL) – język rosyjski

Tłumaczenie na język angielski

Renata Wójtowicz

Skład komputerowy

Andrzej Kowalczyk

Wersja papierowa jest wersją pierwotną (referencyjną)

Czasopismo „Szkoła Specjalna” posiada punktację MNiSW (10 punktów) na liście B

Rada Naukowa:

Kulash B. Bektaeva (KZ), Chiu-Hsia Huang (RC), Tadeusz Gałkowski (PL), Sally Goddard Blythe (GB), Vitaly Kantor (RUS), Aniela Korzon (PL), Czesław Kosakowski (PL), Bohumil Koukola (Cz), Kutzan K. Omirbekova (KZ), Natalia D. Sokołova (RUS), Adam Szecówka (PL)

Komitet Redakcyjny:

Ewa Maria Kulesza (redaktor naczelna), Agnieszka Dłużniewska (z-ca redaktor naczelnej), Izabella Kucharczyk (sekretarz), Danuta Al-Khamisy (członek), Karolina Skarbek (członek), Izabella Kust (członek), Joanna Michalak-Dawidziuk (członek)

**Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej**

**Adres redakcji: Wydawnictwo APS, 02-353 Warszawa
ul. Szczęśliwicka 40, tel. 22-589-36-45
e-mail: redakcja@aps.edu.pl
www.szkołaspecjalna.aps.edu.pl
nakład 600 egz.**

SPIS TREŚCI

- 245 – *Marianna Marek-Ruka*
Kreatywność w edukacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną
w ujęciu profesor Marii Grzegorzewskiej

OPRACOWANIA NAUKOWE

- 251 – *Jerzy Rottermund, Andrzej Knapik*
Rola terapii zajęciowej w uzyskaniu aktywności zawodowej
- 262 – *Magdalena Olempska-Wysocka*
Zadaniowa wrażliwość edukacyjna uczniów z uszkodzonym słuchem
- 277 – *Анна И. Ахметзянова, Татьяна В. Артемьева*
Специфика саморегуляции в учебной деятельности младших школьников с сенсорными нарушениями

Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

- 285 – *Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz*
Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnością wzroku
- 292 – *Aleksandra Buchholz*
Niepewność grawitacyjna i nietolerancja ruchu

PRAWO I PRAKTYKA

- 302 – *Małgorzata Szeroczyńska*
Dziecko poczęte niezdolne do samodzielnego życia w świetle przepisów prawa.
Część I

Z KRAJU I ZE ŚWIATA

- 314 – *Marzenna Zaorska*
Rok 2016 Rokiem L.S. Wygotskiego w Rosji. Sprawozdanie z Kongresu Człowiek
w świecie niewiadomych: historycznokulturowa metodologia poznania. Moskwa,
14–19 listopada 2016

NASZYM CZYTELNIKOM POLECAMY

- R. Cialdini: Pre-swazja. Jak w pełni wykorzystać techniki wpływu społecznego. GWP,
Sopot 2017, ss. 355 (*Aneta Babiuk-Massalska*)
- Czas wolny małych dzieci w świecie realnym i wirtualnym. Red. A. Jegier. Difin,
Warszawa 2016, ss. 179 (*Edyta Żebrowska*)

CONTENTS

- 245 – *Marianna Marek-Ruka*
Creativity in the education of children and adolescents with intellectual disabilities as understood by Professor Maria Grzegorzewska

SCIENTIFIC STUDIES

- 251 – *Jerzy Rottermund, Andrzej Knapik*
The role of occupational therapy in acquiring employment
- 262 – *Magdalena Olempska-Wysocka*
Task-related educational sensitivity in students with hearing impairments
- 277 – *Anna I. Akhmetzyanova, Tatiana V. Artemyeva*
Specific character of self-regulation of the learning process in children with sensory impairments at an early elementary school age

FROM TEACHING PRACTICE

- 285 – *Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz*
Special educational needs of students with visual disabilities
- 292 – *Aleksandra Buchholz*
Gravitational insecurity and intolerance to movement

LAW AND PRACTICE

- 302 – *Małgorzata Szeroczyńska*
A conceived child incapable of independent life in the light of the law. Part 1

HOME AND WORLD NEWS

- 314 – *Marzenna Zaorska*
2016 as the year of L.S. Vygotsky in Russia. Report on the Congress: Human being in the world of unknowns: A historical and cultural methodology of cognition. Moscow, November 14–19, 2016

WE RECOMMEND TO OUR READERS

- R. Cialdini: *Pre-swazja. Jak w pełni wykorzystać techniki wpływu społecznego* [Original title: *Pre-Suasion. A revolutionary way to influence and persuade*]. GWP, Sopot 2017, pp. 355 (*Aneta Babiuk-Massalska*)
- Czas wolny małych dzieci w świecie realnym i wirtualnym [Young children's free time in the real and virtual world]. Ed. A. Jegier. Difin, Warszawa 2016, pp. 179 (*Edyta Żebrowska*)

KREATYWNOŚĆ W EDUKACJI DZIECI I MŁODZIEŻY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W UJĘCIU PROFESOR MARII GRZEGORZEWSKIEJ

*Naszym zasadniczym zadaniem winna być troska
o człowieka i pełnię jego rozwoju, gdyż jest to wielka
sprawa naszego sumienia i naszego życia.*

M. Grzegorzewska, 1963

Każda rocznica przywołuje w naszej pamięci wiele skojarzeń i refleksji. 95. rocznica powstania Akademii Pedagogiki Specjalnej, uczelni, której twórczynią była prof. Maria Grzegorzewska, kojarzy się z wieloma jej dokonaniami. Pozostały one nie tylko w naszej pamięci, ale przede wszystkim zostały trwale wpisane do pedagogiki specjalnej. Należy pamiętać zwłaszcza o tych dokonaniach, które są do dziś aktualne i sprawiają, że Grzegorzewska nadal cieszy się powszechnym uznaniem nie tylko wśród pedagogów, lekarzy, psychologów w naszym kraju, lecz także wśród specjalistów zajmujących się osobami z niepełnosprawnością w Europie i na świecie.

Grzegorzewska była kreatorką pedagogiki specjalnej. Warto zauważyć, że jej uniwersalny wkład w rozwój pedagogiki specjalnej znajduje kontynuatorów w różnych ośrodkach akademickich w Polsce, a przede wszystkim w Akademii Pedagogiki Specjalnej i na Uniwersytecie Warszawskim.

W historii myśli pedagogicznej, zwłaszcza w praktycznej działalności wychowawczej, można wymienić nazwiska wielu pedagogów, którzy wnieśli poważny wkład w rozwój pedagogiki, ale niewielu jest takich, którzy tworzyli od podstaw nową dyscyplinę naukową – spośród nich wyróżnia się nazwisko Grzegorzewskiej.

Grzegorzewska była niezwykle atrakcyjną i elegancką kobietą, miała w sobie „coś”, co przyćmiewało innych. Można by powiedzieć, że była jedyna w swoim rodzaju. Potrafiła się odnaleźć w politycznej, duchowej atmosferze, dzięki czemu miała wielu przyjaciół. Ceniła ich i włączała do aktywnej działalności na rzecz osób z niepełnosprawnością. Powstała w ten sposób grupa entuzjastów, która w ciągu wielu lat organizowała spotkania specjalistów z całej Polski, umożliwiając uczestnikom przeżycie wspólnych intelektualnych i naukowych doznań z zakresu pedagogiki specjalnej.

Należy jednak przyznać, że na przestrzeni lat niewielu organizatorów miało tak dalekosiężny wpływ na utrzymanie znaczącego zespołu specjalistów, którzy mimo różnych opcji stanowili zintegrowany zespół tworzący i rozwijający pedagogikę specjalną zarówno w teorii, jak i w praktyce.

W bogatym życiu Grzegorzewskiej spotkały się w zasadzie trzy główne nurty: nauczycielski, naukowy i szeroka działalność na rzecz dziecka z niepełnosprawnością.

W literaturze psychologicznej i pedagogicznej wyraźnie zarysowała się sylwetka Grzegorzewskiej jako naukowca, nauczyciela i działacza społecznego, wielkiego humanisty otwartego na drugiego człowieka, szczególnie będącego w potrzebie – niepełnosprawnego.

Innym wielkim osiągnięciem Grzegorzewskiej było określenie celów pedagogiki specjalnej, które znalazły się w orbicie celów pedagogiki ogólnej, jednak głównym zadaniem stała się rewalidacja uwzględniająca takie cele szczegółowe, jak:

- budzenie wewnętrznego dynamizmu ucznia,
- dążenie do uaktywniania i usamodzielniania go,
- wprowadzenie wychowanka w nurt otaczającego życia,
- łączenie pracy umysłowej z pracą fizyczną,
- wprowadzenie do pracy zespołowej,
- rozwijanie aktywności twórczej.

Podkreślić wypada, że Grzegorzewska szczególny nacisk kładła na realizację celów pedagogiki specjalnej z uwzględnieniem integracyjnego związku treści i praktyki oraz nauczania z wychowaniem, co aktualnie czyni podstawę do integracji edukacyjnej i społecznej osób z niepełnosprawnością.

Na uwagę zasługuje hipoteza sformułowana przez Grzegorzewską, że nie ma totalnego upośledzenia. Zdecydowanie była też przeciwna statycznemu ujmowaniu upośledzenia umysłowego. Podkreślała tezę o dynamice oligofrenii, co oznaczało, że w procesie specjalnego kształcenia odpowiedni dobór bodźców może sprawić akcelerację rozwoju i możliwości psychofizycznych. Należy podkreślić, że tezy te były na owe czasy nowatorskie i inspirujące zmiany w edukacji osób z niepełnosprawnością.

Grzegorzewska wysoko ceniła rolę sztuki w procesie wychowania. Wyrazem tego była metoda ośrodków pracy, w której ekspresja, jako końcowy etap w procesie nauczania (rysunek, ulepianka, makieta itp.), była przykładem łączenia teorii z praktyką od wiadomości poprzez umiejętności do stosowania ich w praktyce. Ten tok postępowania przy realizacji dziennego ośrodka pracy jest potwierdzeniem związku między zasadami szkoły aktywnej i współczesnego wychowania. Tak więc ekspresja ma na celu wprowadzenie dziecka w klimat sprzyjający wyrażaniu jego własnych przeżyć i uwrażliwieniu na piękno (Grzegorzewska, 1965). Grzegorzewska uważała, że stworzenie dziecku dogodnych warunków do swobodnej ekspresji jest podstawowym zadaniem nowoczesnej szkoły. Dziecko odczuwa potrzebę wyrażania siebie i okazywania otoczeniu swoich przeżyć. Ta głęboka potrzeba w zakresie uzewnętrznienia swych myśli i uczuć zaspokajana jest w metodzie ośrodków pracy – w zajęciach wstępnych, ekspresji werbalnej i twórczej oraz zajęciach typu artystycznego. Dzieci same wybierają technikę, jaka jest im potrzebna do wykonania dzieła. Czasami cała klasa maluje, rysuje czy też modeluje w glinie, plastelinie. Ale i wówczas są uczniowie, którzy robią coś innego, np. rzeźbią w drzewie, wykonują ilustracje do gazetki klasowej lub szkolnej.

Profesor podkreślała, że przedmioty plastyczne (artystyczne) są równie ważne w edukacji jak przedmioty matematyczne czy język ojczysty. Oznacza to, że

wychowanie przez sztukę powinno zajmować ważne miejsce, a nie drugorzędne. Praktyka pokazuje, że największą kreatywność wykazuje dziecko wówczas, gdy rola nauczyciela ogranicza się do pomocy w wyborze narzędzi plastycznych przy jednoczesnym pozostawieniu swobody ekspresji. Nauczyciel, który prawidłowo ukierunkowuje rozwój dziecka, dostrzeże jego talenty i będzie je należycie rozwijał, wspierał, co zapewni dziecku sukcesy w nauce i poprawi jego funkcjonowanie w klasie i szkole integracyjnej.

Dużą trudnością w procesie rewalidacji są zaburzenia funkcji wykonawczych, takich jak planowanie z wyprzedzeniem, kreatywność i pomysłowość. Dlatego wykorzystanie zainteresowań ucznia sprzyja jego motywacji (np. jeżeli interesują go samochody, to niech liczy samochody, a nie kredki czy klocki). Ważne jest również promowanie pomocy ze strony rówieśników i zachowań prospołecznych. W celu zwiększenia motywacji do uczenia się warto wykorzystywać mocne strony dziecka i jego atuty. Należy uczyć samodzielności w podstawowych czynnościach codziennych, powierzać uczniom obowiązki, stworzyć możliwość samorealizacji, pomóc uwierzyć we własne siły. Podpowiadać, a nie wyręczać. Budować poczucie własnej wartości, wydobywać tkwiące możliwości i zdolności.

Pragnę przypomnieć, że Grzegorzewska (1964) nie tylko uważała, że twórczość dziecka z niepełnosprawnością musi być podstawową zasadą rewalidacyjną w pewnych dobranych formach. Twierdziła, że podstawowe znaczenie w metodzie nauczania na wszystkich szczeblach nauczania ma twórczość dzieci, gdyż pomoże im zharmonizować i integrować rozregulowane procesy emocjonalne, poznawcze i wychowawcze, a zatem pedagog specjalny musi zwłaszcza stosować metody rewalidacyjne oparte na twórczości swych wychowanków. Oznacza to, że twórczość dziecka z niepełnosprawnością musi być podstawą do rewalidacji.

Należy dodać, że aktywne uczestnictwo osób z niepełnosprawnością w kulturze przyczynia się do wzrostu ich samodzielności i niezależności oraz rozwoju umiejętności nawiązywania kontaktów emocjonalnych z innymi. Oznacza to, że uczestnictwo w kulturze stanowi ważny czynnik socjalizacyjny, wychowawczy, terapeutyczny i integracyjny.

W *Listach do Młodego Nauczyciela* Grzegorzewska (1961a) podkreślała terapeutyczne wartości kultury. Uważała, że szczególną rolę mają nauczyciele i rodzice w procesie rozwijania motywacji do twórczości u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością.

Drogi do twórczości w procesie rewalidacji są różne. Stanowiąc mogą zarówno dyskretną formę oddziaływania, jak i akceptację oraz poszanowanie indywidualnej swobody w tworzeniu. Nie trzeba nikogo przekonywać, że środowisko i atmosfera w procesie rewalidacji nabiera szczególnego znaczenia.

Obecnie metoda ośrodków pracy jest powszechnie stosowana w przedszkolach i w edukacji zintegrowanej. Trudno nam sobie wyobrazić, by w szkołach czy klasach integracyjnych oraz włączających jej nie stosowano. Będzie ona zapewne modyfikowana, rozwijana i wzbogacana, ale istota jej i źródło pozostaną na trwałe nie tylko w naszej pamięci, lecz przede wszystkim w praktyce i teorii.

Grzegorzewska (1947, 1948) jest także oryginalną autorką prac pedeutologicznych, w których nakreśliła rolę nauczyciela w procesie rewalidacji dziecka z niepełnosprawnością. Podkreślała, że zawód nauczyciela wymaga wysokich

kwalifikacji moralnych, kompetencji zawodowych i wytrwałej twórczej pracy. Akcentowała zdolność nauczyciela do empatii, tj. wczuwania się w stan emocjonalny i potrzeby dziecka, zrozumienia go i porozumienia się z nim poprzez szczerzy dialog możliwy dzięki wzajemnemu szacunkowi, autorytetowi nauczyciela i zaufaniu dziecka.

Kolejny ważny obszar działań Profesor to współpraca z rodzicami/opiekunami. Ma ona duże znaczenie w opiece i edukacji ucznia z niepełnosprawnością. Regularna planowana współpraca jest jednym z elementów istotnie wpływających na osiągnięcia szkolne dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością, ich właściwe funkcjonowanie w klasie oraz w środowisku szkolnym. Rodzina jest pełnoprawnym uczestnikiem całościowej procedury rewalidacji. Uprawnienia te wynikają z prawa rodziców do decydowania o własnym dziecku.

Do podjęcia przez nauczyciela konstruktywnej współpracy konieczne są:

- bliższe zapoznanie się z rodziną w organizowanych sytuacjach pozaszkolnych (wycieczka, ognisko),
- poznawanie opinii rodziców na tematy związane ze szkołą i oczekiwań wobec niej (np. za pomocą ankiet),
- zapraszanie rodziców do uczestnictwa we wspólnych dyskusjach związanych z ich własnym działaniem,
- organizowanie zajęć otwartych oraz wydarzeń szkolnych w terminach dogodnych dla rodziców,
- regularne indywidualne kontakty rodziców z nauczycielami.

Formy i rodzaj współpracy z rodzicami w znacznej mierze będą zależały od dyspozycji i chęci rodziców, ale zawsze należy zabiegać o taką współpracę, gdyż dla prawidłowego procesu edukacji istotne jest, by zasady, które ma przestrzegać dziecko, były takie same w szkole i w domu.

Konieczne są również spotkania rodziców z wychowawcą, psychologiem szkolnym, logopedą, rehabilitantem w celu oceny rozwoju dziecka i przedstawienia rodzicom nie tylko jego problemów, lecz także pozytywnych zachowań, zdolności i zmiany w funkcjonowaniu.

Specjaliści analizując zachowania rodziców i nauczycieli twierdzą, że zachowania te często blokują samodzielność dzieci z upośledzeniem. Przykłady są następujące:

- brak stwarzania warunków do samodzielnego podejmowania różnych działań,
- zmuszanie do wykonywania niechcianych działań,
- wyręczanie dziecka,
- odmawianie pomocy.

Dziecko przez takie postawy rodziców i nauczycieli nie nabywa kompetencji i poczucia tożsamości. Dodatkowo niekorzystnie przebiega jego rozwój poznawczy (Twardowski, 1996).

„Nie ma kaleki, jest człowiek” – pisała Grzegorzewska, co było wyrazem głębokiego humanizmu, postawy pełnej szacunku i wiary w możliwości człowieka z niepełnosprawnością.

Godny podkreślenia jest fakt, że uczniowie z niepełnosprawnością, niezależnie od rodzaju i stopnia niepełnosprawności, przy odpowiednio dobranej rewalidacji i rehabilitacji czy właściwym doborze programów terapeutycznych są

w stanie prawidłowo funkcjonować w środowisku rówieśniczym oraz rozwijać swoje umiejętności (Grzegorzewska, 1964). Osoby z niepełnosprawnością objęte wczesnym, odpowiednim wsparciem mają ogromne szanse na samodzielne i godne dorosłe życie. Należy jedynie uwierzyć w ich potencjał i zdynamizować go, jak twierdzi Grzegorzewska, ale potrzebują one specjalnych warunków, to jest zrozumienia ze strony opiekunów, nauczycieli i innych specjalistów, aby móc ten potencjał wykorzystać i stać się samodzielnymi dorosłymi.

Należy podkreślić, iż w ostatnich latach dokonał się znaczny postęp zarówno w teorii, jak i w praktyce pedagogiki specjalnej. Niejedna koncepcja Grzegorzewskiej została udoskonalona i niejedna skorygowana, jednak podstawowe jej poglądy zostały nienaruszone i z pewnością będą rozwijane, wytyczając drogę rozwoju tej dyscypliny.

Na uwagę zasługują rozważania Grzegorzewskiej dotyczące postrzegania osób z niepełnosprawnością. Autorka twierdzi, że przeważnie są one widziane przez pryzmat zewnętrznych defektów fizycznych, co sprawia, że nie są akceptowane.

Najczęściej są postrzegane jako ogólnie słabe i potrzebujące pomocy. Dzieje się tak dlatego, że w ostatnim stuleciu tylko fragmenty wiedzy psychologicznej rozprzestrzeniły się wśród społeczeństwa, nasilając skłonność do stereotypowego szufladkowania i prób wyjaśniania zachowań oraz możliwości psychofizycznych.

Te negatywne postawy społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnością utrwalają mass media. Według nich osoba z niepełnosprawnością to ktoś, kto jest:

- godny pożałowania,
- przedmiotem przemocy,
- groźny i zły,
- ciężarem dla społeczeństwa,
- niezdolny do pełnego udziału w życiu społecznym,
- mniej wartościowy, bezrobotny bądź pracownikiem niższej rangi (Barnes, 1997).

Według Heleny Larkowej (1988) postawy wobec konkretnych osób z niepełnosprawnością są częściej pozytywne niż negatywne, natomiast postawy wobec grup czy kategorii tych osób są raczej negatywne niż pozytywne.

Potrzebne są zmiany w środowisku społecznym, rodzinnym, rówieśniczym, lokalnym i ogólnospołecznym. Bez świadomej ingerencji w zachowania osób pełnosprawnych i z niepełnosprawnością w zróżnicowanych sytuacjach interpersonalnych człowiek z niepełnosprawnością będzie zawsze „inny” we własnej i współczesnej ocenie oraz zawsze na marginesie życia społecznego.

Co należy więc czynić, jakie podjąć działania, by, jak twierdzi Grzegorzewska, maksymalnie rozwijać u osób z niepełnosprawnością funkcje niezaburzone i je wykorzystywać w nabywaniu kompetencji społecznego funkcjonowania i pełnienia ról społecznych ucznia, członka grupy rówieśniczej, kolegi itp.?

Ważny obszar dotyczy działań zmierzających do zmiany istniejących stereotypów, przesądów, uprzedzeń, które mają duży wpływ na relacje społeczne oraz postawę osób z niepełnosprawnością. Wyrażać się ona może w bierności, apatii, zniechęceniu, a także bezradności. Dlatego wszelkie działania powinny skupić się na osobie i środowisku oraz zmierzać do tego, by zaistniała między nimi harmonia. A to wymaga znajomości potrzeb związanych z wiekiem dziecka i jego środowiskiem społecznym.

Konkludując należy podkreślić, że Grzegorzewska sformułowała podstawy teoretyczne polskiej pedagogiki specjalnej, zorganizowała i rozwinęła szkolnictwo specjalne, a także stworzyła system kształcenia nauczycieli do pracy z dzieckiem i młodzieżą z niepełnosprawnością.

Połączenie tych elementów i prowadzonych badań naukowych kształcenia nauczycieli to dzieło nieprzemijające i ciągle aktualne. Będzie ono rozwijane, doskonalone i zmieniane, ale zawsze pozostanie w świadomości ludzkiej, dając świadectwo trwałej wartości myśli i dzieła twórcy. Taką właśnie wartość przedstawiają idee i dokonania wybitnego pedagoga XX w. profesor Marii Grzegorzewskiej.

Bibliografia

- Barnes, C. (1997). *Wizerunki niepełnosprawnych i media: badania sposobów przedstawiania osób niepełnosprawnych w środkach masowego przekazu*. Warszawa: Ogólnopolski Sejmik Osób Niepełnosprawnych.
- Grzegorzewska, M. (1947/48). Z notatek o nauczycielu wychowawcy szkoły specjalnej. *Ruch Pedagogiczny*, 2.
- Grzegorzewska, M. (1958). *Listy do Młodego Nauczyciela*. Cykl II. Warszawa: PZWS.
- Grzegorzewska, M. (1959). Listy na Dzień Nauczyciela. *Życie Szkoły*, 11.
- Grzegorzewska, M. (1961a). *Listy do Młodego Nauczyciela*. Cykl III. Warszawa: PZWS.
- Grzegorzewska, M. (1961b). Nauczycielka. *Życie Szkoły*, 9.
- Grzegorzewska, M. (1963). Kształcenie nauczycieli-wychowawców szkolnictwa specjalnego. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 2.
- Grzegorzewska, M. (1964). *Wybór pism*. Warszawa: PWN.
- Grzegorzewska, M. (1965). *Rozwój pedagogiki w PRL*. Wrocław: PZWS.
- Larkowa, H. (1988). Psychologiczne podstawy rewalidacji jednostek z odchyleniami od normy. W: A. Hulek (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*. Warszawa: PWN.
- Twardowski, A. (1996). Oddziaływanie rodziców blokujące rozwój autonomii u dzieci upośledzonych. W: W. Dykcik (red.), *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych*. Poznań: Wydawnictwo Eruditus.

JERZY ROTTERMUND
Centrum Edukacji, Fizjoterapii i Promocji Zdrowia, Ustroń
jerzy_rottermund@op.pl
ANDRZEJ KNAPIK
Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

ISSN 0137-818X
DOI: 10.5604/01.3001.0010.5863
Data wpływu: 22.11.2016
Data przyjęcia: 14.03.2017

ROLA TERAPII ZAJĘCIOWEJ W UZYSKANIU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

Osiągnięcie satysfakcji życiowej przez osoby niepełnosprawne wiąże się z ich pełnym uczestnictwem w życiu społecznym. W ramach kompleksowej rehabilitacji terapia zajęciowa daje szansę na wybór drogi życiowej i decydowanie o własnym życiu m. in. przez zdobycie zdolności do wykonywania pracy zawodowej. Autorzy przedstawili warunki uzyskania aktywności zawodowej, jakie należy uwzględnić podczas prowadzonej terapii. Wyróżnili pięć etapów dochodzenia do umiejętności i kompetencji zawodowych. Są to: aktualna analiza możliwości psychicznych, wydolnościowych i ruchowych; ocena potencjału zawodowego; przygotowanie do wykonywania zawodu; dostosowanie stanowiska pracy i efekt końcowy – zatrudnienie. Przedstawili schematy postępowania ukierunkowanego na zdobycie zawodu przez osoby z ograniczoną sprawnością psychoruchową, możliwości zawodowe oraz warunki wykonywania pracy zawodowej przez osoby niepełnosprawne. Samodzielność zawodowa ściśle wiąże się ze stanem klinicznym osoby poddanej terapii. Nie zawsze możliwe jest osiągnięcie pełnej sprawności, jednak należy dążyć do optymalnego poziomu, adekwatnego do aktualnych możliwości fizycznych i psychicznych osoby niepełnosprawnej.

Słowa kluczowe: osoba niepełnosprawna, terapia zajęciowa, aktywizacja zawodowa

Wprowadzenie

Codziennie funkcjonowanie w środowisku stawia przed ludźmi z niepełnosprawnością identyczne wymagania jak przed ich pełnosprawnymi rówieśnikami. Osiągnięcie sukcesu i satysfakcji przez osoby z niepełnosprawnością wiąże się jednak z trudnościami zdecydowanie większymi. Często nawet wykonanie prostych czynności wymaga od nich znacznego wysiłku, ciężkiej i żmudnej pracy nad sobą. Pełne uczestnictwo w życiu społecznym osób z niepełnosprawnością to także umożliwienie im pełnienia takich ról społecznych, jakie pełnią osoby pełnosprawne. Dlatego konieczne jest zapewnienie im możliwości wyboru drogi życiowej i decydowania o własnym życiu.

Uzyskanie umiejętności i kompetencji do wykonywania pracy zawodowej stało się jednym z priorytetów w trakcie prowadzenia kompleksowej rehabilitacji, której składową jest terapia zajęciowa. Zdobycie samodzielności zawodowej to najskuteczniejszy efekt prowadzonego usprawniania i rehabilitacji społecznej, wymaga jednak wiary w siebie i we własne możliwości. Istnieje znaczne zróżnicowanie deficytów zdrowotnych zarówno w zakresie rozległości, stopnia zaawansowania niepełnosprawności, jak i etiologii dysfunkcji, dlatego możliwości uzyskania umiejętności i zdolności do wykonywania pracy zawodowej są indywidualnie zróżnicowane.

Wprowadzona do rehabilitacji medycznej po I i II wojnie światowej terapia zajęciowa ukierunkowana była m.in. na zdobycie nowych różnorodnych umiejętności i kompetencji w celu przywrócenia utraconych sprawności względnie ich skompensowania. Polski model kompleksowej rehabilitacji uwzględnia wszystkie aspekty i potrzeby osób z niepełnosprawnością. Realizowany jest poprzez rehabilitację medyczną, ruchową, psychologiczną, społeczną, pedagogiczną i zawodową (Kowalik, 2007, s. 22). Terapia zajęciowa wykorzystuje postępy w leczeniu i skutecznie można ją wprowadzać do odtworzenia i doskonalenia utraconych sprawności. Już w starożytności znane były walory pracy. Daje ona człowiekowi nie tylko zadowolenie, ale stanowi jednocześnie naturalną terapię. Obecnie możliwość wykonywania zawodu nadal jest priorytetem prowadzonej terapii zajęciowej. Przekrój osób z niepełnosprawnością skierowanych do rehabilitacji zawodowej rozszerzył się i obejmuje ludzi młodych oraz w wieku produkcyjnym z ograniczeniami fizycznymi i psychicznymi powstałymi w wyniku chorób i urazów (Rottermund, Nowotny, 2016, s. 97). Ze względu na aspekty funkcjonalne terapia zajęciowa stanowi cenny element rehabilitacji medycznej, zawodowej i społecznej (Klukowski, Nowotny, Czamara, 2014, s. 282) i w pewnych przypadkach ten aktywny proces nauki i samodoskonalenia trwa od narodzin do końca życia (Willard, Spackman, 2008).

Celem prezentowanego artykułu jest ukazanie roli terapii zajęciowej w osiągnięciu adekwatnej aktywności zawodowej. Wskazano etapy uzyskiwania kompetencji zawodowych, uwarunkowania zdrowotne oraz warunki pracy, jakie muszą być spełnione, aby osoba z niepełnosprawnością mogła podjąć pracę zawodową.

Zadania i cele terapii zajęciowej

Zadania stawiane przed terapią zajęciową ujęte są w siedmiu punktach, sprecyzowane zostały 70 lat temu przez H. McNary'ego (1947) i są nadal aktualne. Nadrzędnym zadaniem terapii zajęciowej jest dostarczanie nowych stymulujących elementów aktywności fizycznej i poznawczej. Jest to związane z nabywaniem nowych umiejętności, pozyskiwaniem wiedzy i wdrażaniem w trakcie prowadzonej terapii optymalizacji jakości życia. Terapia zajęciowa powinna umożliwiać zaangażowanie się w codzienne czynności poprzez określone zajęcia, które sprzyjają doskonaleniu zdrowia i dobremu samopoczuciu. Wskazane kierunki pracy w terapii zajęciowej obejmują trzy podstawowe obszary:

- odzyskiwanie sprawności psychofizycznej,
- czynne posługiwanie się sprzętem adaptacyjnym i nowymi technologiami,
- powrót do szerokiej aktywności w domu, szkole, pracy i środowisku.

W literaturze dotyczącej terapii zajęciowej spotkać można wiele podziałów. Dla potrzeb niniejszego opracowania wskażemy dwa najistotniejsze, zaprezentowane przez Merrill Turpin i Michaela K. Iwamę (2011). W pierwszym wyróżnia się terapię zajęciową ogólną, obejmującą ogólne usprawnianie i normowanie procesów nerwowo-kinestetycznych wraz z emocjonalnymi, oraz terapię zajęciową specjalną (usprawniającą). Ta ostatnia dotyczy wybiórczego oddziaływania leczniczego, wynikającego z potrzeb osoby niepełnosprawnej (np. ćwiczenie koordynacji nerwowo-mięśniowej). Jej celem jest ułatwienie pracy mechanizmów

adaptacyjnych w narządach uszkodzonych przez chorobę, porażonych i zdeformowanych. Drugi uwzględnia rodzaj prowadzonych zajęć terapeutycznych: ergoterapię, socjoterapię i arteterapię. Na rolę wykorzystania szerokiej gamy technik i form terapeutycznych zwracają uwagę Jane Clifford O'Brien, Susan M. Hussey i Barbara Sabonis-Chafee (2012). Powinny być one odpowiednie do możliwości psychomotorycznych pacjentów, które przyspieszają i intensyfikują proces rehabilitacji. Należy jednak pamiętać, że zbyt trudne, czyli źle dopasowane formy aktywności, mogą skutecznie zniechęcić do uczestnictwa w zajęciach.

Warunki uzyskania aktywności zawodowej

Wskazane kierunki terapii zajęciowej to różnorodne rodzaje oddziaływań na osobę z niepełnosprawnością. Proponowane zajęcia mają szeroki wachlarz możliwości do wykonywania prac, od lekkich lub ciężkich po kulturoterapię. Ta wielorakość zajęć umożliwi indywidualny dobór form pracy zgodny z zainteresowaniami osoby z niepełnosprawnością. Terapia zajęciowa przyspiesza powrót utraconych funkcji, a w sytuacjach nieodwracalnych daje szansę na wytworzenie funkcji zastępczych. Jednocześnie wykonywane prace uświadamiają osobom z niepełnosprawnością ich przydatność i niezbędność w środowisku. Ukierunkowanie na zdobycie aktywności zawodowej pozwala na osiągnięcie równowagi emocjonalnej i psychicznej. W pierwszym okresie terapii prowadzone zajęcia stanowią element zabawy względnie rozrywkę. Kolejne etapy, uwzględniające własną aktywność uczestnika zajęć, przyczyniają się do uzyskania kompetencji zawodowych (Rottermund, 2008). Własna aktywność wyzwala inicjatywę, dając asumpt do zdobycia kompetencji zawodowych. Prowadzenie zajęć terapeutycznych powinno uwzględniać warunki środowiskowe, w jakich funkcjonuje osoba z niepełnosprawnością, aby zapewnić optymalne dostosowanie do miejsca zamieszkania i pracy. Indywidualnie dobrany program terapeutyczny zależy w głównej mierze od towarzyszących niesprawności. Musi brać pod uwagę aktywne uczestniczenie pacjenta w samodoskonaleniu i uzyskaniu predyspozycji względnie kompetencji zawodowych (rysunek 1).



Rysunek 1. Warunki konieczne do doskonalenia umiejętności, czynności i wzorców zachowań

Etapy uzyskania aktywności zawodowej

Prawidłowa i skuteczna terapia zajęciowa ukierunkowana na powrót do pracy lub przekwalifikowanie zawodowe składa się z kilku etapów.

W pierwszym etapie powinna zostać dokonana analiza aktualnych możliwości psychicznych, wydolnościowych i ruchowych, uwzględniająca jednocześnie choroby współistniejące, wiek, dotychczas wykonywany zawód oraz posiadane predyspozycje i zamiłowania.

Drugi etap obejmuje ocenę potencjału zawodowego, czyli określenie (jeśli to jest możliwe) kolejnych postępów w odzyskiwaniu sprawności psychoruchowej, oraz wykorzystania zamiłowań do wykonywania konkretnych prac. Jednocześnie należy rozważyć zagrożenia dla zdrowia, jakie wykonywana praca może spowodować, czyli ustalić ewentualne przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania konkretnego zawodu. Osobom młodym proponuje się wyuczenie ciekawego, spełniającego ich oczekiwania zawodu. U osób dorosłych trzeba rozważyć, czy postawiona ocena stanu zdrowia gwarantuje powrót do wykonywanej pracy lub niezbędne będzie tzw. przekwalifikowanie zawodowe.

Etap trzeci to przygotowanie do wykonywania zawodu, obejmuje naukę nowych kwalifikacji i zdobycie kolejnych kompetencji. Nowe technologie i postęp dokonujący się w technice pozwalają rozszerzyć ofertę dotychczas preferowanych prac dla osób z niepełnosprawnością.

Czwarty etap obejmuje dostosowanie stanowiska pracy do możliwości osoby niepełnosprawnej, nie chodzi tylko o likwidację barier architektonicznych i ergonomię warunków wykonywanej pracy, ale również wykorzystanie nowych sprzętów wraz z oprzyrządowaniem. Naukę wykonywania prac prostych lub bardziej skomplikowanych osoby z niepełnosprawnością powinny doskonalić pod kontrolą terapeutów zajęciowych w warunkach laboratoryjnych zbliżonych do rzeczywistych w zakładach pracy.

Etap piąty to zatrudnienie, znalezienie stosownej pracy do posiadanych umiejętności. Podjęcie pracy wiąże się z pełną aktywizacją zawodową osób z niepełnosprawnością w trzech wymiarach: fizycznym, społecznym i psychologicznym. Pozwala to uzyskać w jakimś stopniu niezależność ekonomiczną.

Niepełnosprawność występująca w okresie niemowlęcym czy dziecięcym skutkuje trudnościami w rozwoju fizycznym i społecznym, wymusza jednocześnie inne postępowanie zespołów terapeutycznych niż niepełnosprawność powstała u osób dorosłych. Otoczenie dziecka pełną opieką (w wielu sytuacjach nadopiekuńczością) w środowisku domowym i rehabilitacyjnym, instytucjach pomocowych skutkuje brakiem zdobycia istotnych doświadczeń życiowych i niedostrzeganiem związku między niezbędnym wkładem własnej pracy a uzyskaniem samodzielności i niezależności. To w przyszłości, już w dorosłym życiu, może przełożyć się na zmniejszenie wymagań wobec siebie oraz brak motywacji do jakiegokolwiek aktywności. Rozwój dzieci z niepełnosprawnością przebiega z pewnym opóźnieniem. Deficyty zdrowotne zwiększają te dysproporcje, o powodzeniu w zdobyciu kompetencji zawodowych decyduje również samoocena dziecka (Goldberg, 1992). Duże znaczenie przypisuje się motywowaniu do re-

habilitacji i aktywności codziennej. Dziecko dzięki motywacji zaczyna wierzyć we własne możliwości i siły, nabiera pewności siebie, powoli staje się bardziej samodzielne (Grzegorzewska, 2008, s. 351).

Rozwój technologii wymusza zdobywanie nowych kwalifikacji, a te wiążą się z wyższym poziomem intelektualnym. Nie wszystkie dzieci należy w dzisiejszej dobie wyuczać jedynie prostych czynności i zadań, co było powszechną praktyką jeszcze kilkadziesiąt lat temu, np. wobec niepełnosprawnych ruchowo a sprawnych intelektualnie wymagania muszą być zdecydowanie wyższe. Zróżnicować zatem trzeba ukierunkowaną terapię zajęciową u dzieci z przewagą dysfunkcji sprawności motorycznych lub intelektualnej. W opracowaniach zwraca się uwagę na niski poziom wykształcenia powodowany zaburzeniami ruchowymi i sensorycznymi jako czynnik utrudniający zatrudnienie w przyszłości (Szymański, 2012).

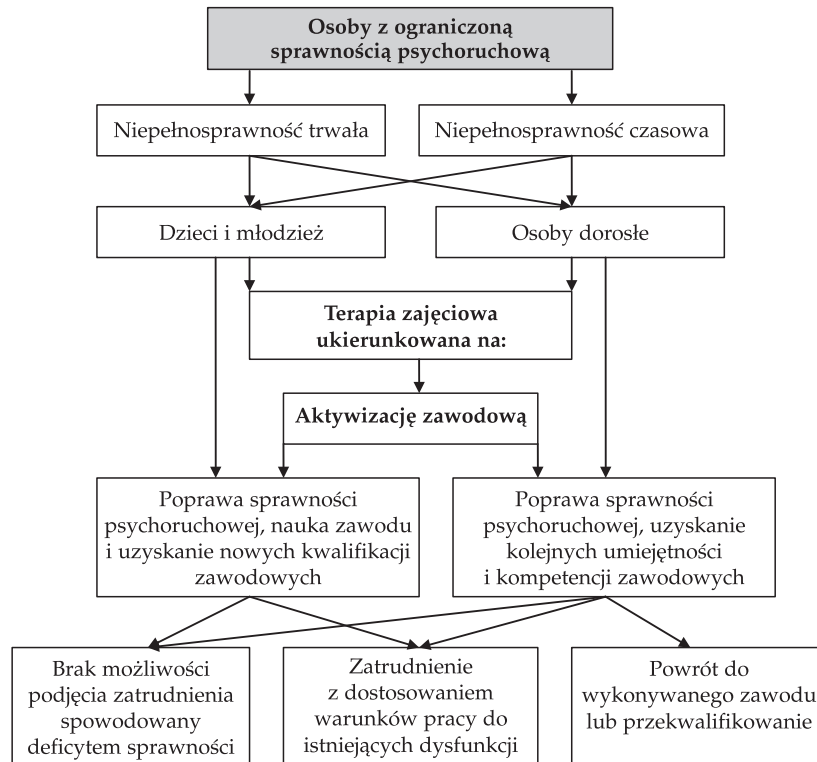
Wychowanie i kształcenie dziecka wymaga wysiłku emocjonalnego, wyężonej pracy i najczęściej poniesienia znacznych nakładów finansowych przez rodzinę (Czupryna i in., 2013). Powodzenie w osiąganiu niezależności wymusza współpracę między terapeutami, nauczycielami i najbliższą rodziną. Jej brak redukuje szanse dziecka na pomyślność w dorosłym życiu. Zwrócenie uwagi rodzicom i kształtowanie u nich prawidłowych postaw wobec własnego dziecka umożliwi ten konsensus (Hagen-Foley, Rosenthal, Thomas, 2005). Współpraca z zespołem rehabilitacyjnym będzie bardziej owocna, gdy rodzice będą informowani o stanie zdrowia dziecka, rokowaniach, postępach w usprawnianiu oraz wskazaniach i potrzebie skoncentrowania się na mocnych stronach dziecka (Hasano, Graves, 2000; Twardowski, 2008).

Organizacja zajęć dla dzieci skupia się na naturalnych predyspozycjach i tendencjach do zabawy, wzbogaca się ją o poprawnie dobrane elementy nauki i pracy. Niezbędna jest znajomość podstaw rozwoju dziecka oraz zmian dokonujących się w poszczególnych okresach tego rozwoju – zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Terapia (choć bardziej adekwatnym terminem jest „zabawa”) z wykorzystaniem kolorowych przedmiotów i zabawek staje się doskonałą pomocą w nauce nowych czynności, zamieniając nużące ćwiczenia kinezyterapeutyczne w atrakcyjne. Dla młodzieży ważne w przygotowaniu do nauki zawodu będą zajęcia zgodne z zainteresowaniem i wykorzystujące nowe technologie.

Inne problemy występują w sytuacji pojawienia się niepełnosprawności u osób już aktywnych zawodowo. Choroby przewlekłe, które prowadzą do niepełnosprawności, pozwalają stopniowo przystosować się do występujących coraz to nowych trudności w funkcjonowaniu zawodowym i w środowisku. Dają czas na przygotowanie się do nowych warunków, pozwalają na wytworzenie funkcji zastępczych i kompensację w wykonywanym zawodzie lub zmianę kwalifikacji. Dotyczy to osób dotkniętych chorobami reumatycznymi (RZS, ZZSK) i niektórymi chorobami neurologicznymi (SM). Wypadek lub choroba występująca nagle (przerwanie ciągłości rdzenia, udar mózgu, incydenty kardiologiczne, skomplikowane urazy) dezorganizują życie i uniemożliwiają wykonywanie pracy co najmniej w pierwszej fazie leczenia i prowadzonej rehabilitacji. Dobre rokowanie prognozuje optymistycznie i daje szanse na powrót

do pracy, często bez konieczności zmiany profesji. Brak postępów w powrocie do zdrowia weryfikuje pozytywne nastawienie, niepełnosprawność powoduje zmiany w mentalności i psychice. Stan ten wywołuje ogólną niechęć do zajęć terapeutycznych wraz z zaniechaniem starań o dalsze zatrudnienie. Sytuację pogarszają warunki i problemy ekonomiczne. Zdaniem wielu autorów (Eide, Roysamb, 2002; Pledger, 2003) niepełnosprawność podważa dalszą egzystencję, niezależność życiowa staje się zagrożona, a osoba skazana zostaje na świadczenia rentowe (jeżeli z takich może korzystać), pomoc społeczną względnie otrzymaną od osób bliskich. Wiele zależy od pozytywnego nastawienia osób poddanych terapii do kompleksowej rehabilitacji. Od terapeutów wymaga się więc permanentnej mobilizacji pacjentów i ciągłego motywowania ich do samodoskonalenia. Dodatkowym wzmocnieniem postaw osób z niepełnosprawnością są doradcy zawodowi, wywodzący się najczęściej z grupy psychologów (klinicznych lub pracy) (Larson, Sachs, 2000). Poprawna diagnoza psychologiczna staje się bardzo przydatna w ocenie możliwości psychofizycznych w osiąganiu maksymalnej dla konkretnej osoby samodzielności i niezależności, w tym przygotowaniu do wykonywania pracy. Istotną rolę przypisuje się również środowisku osoby z obniżoną sprawnością psychoruchową, które powinno czynnie uczestniczyć w pokonywaniu przez nią przeciwności i przyczyniać się do skutecznego jej usprawniania.

Własne doświadczenia zawodowe autorów wskazują, że warto pracować z i na rzecz osób z ograniczonymi możliwościami psychoruchowymi. Bardzo często efekty przychodzą nawet w sytuacjach trudnych, znacząco poprawiając jakość życia chorych. Proponowany rodzaj wykonywania konkretnej pracy zawodowej nie może powodować pogorszenia się stanu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Rozważając zatrudnienie należy zwrócić uwagę również na inny aspekt, mianowicie przyszła praca powinna stanowić kontynuację dotychczas prowadzonego usprawniania i terapii zajęciowej. Dla osób z dysfunkcją kończyn dolnych praca z ukierunkowanym zaangażowaniem tych kończyn stanowi doskonałą dalszą terapię. Identycznie jest w przypadku uszkodzenia palców, kiedy promować należy zajęcia manipulacyjne rąk. Z kolei osoby niewidome i niedowidzące mogą skupić się na pracy rozwijającej funkcje kompensacyjne innych zmysłów (popularna w ostatnim okresie staje się telepraca). W zaburzeniach sprawności intelektualnej, uwzględniając ich stopień, praca może być wykonywana samodzielnie względnie pod kontrolą. Praca zawodowa osób z niepełnosprawnością wiąże się z koniecznością korzystania z pomocy ortopedycznych i sprzętu zaadoptowanego do ich potrzeb, co znacznie ułatwia poruszanie się i służy przystosowaniu stanowisk prac do konkretnej dysfunkcji. W aktywności zawodowej wykorzystuje się oprogramowania komputerowe, które pozwalają korzystać z nowych technologii np. przez osoby niewidome lub z ubytkami funkcjonalnymi rąk. Według niektórych autorów (Svecena, Svestkova, Uhlírova, 2014) terapeuci zajęciowi mogą aktywizować i motywować swoich podopiecznych również przy użyciu nowatorskich technik. Ukierunkowanie zadań podczas prowadzonej terapii zajęciowej z osobami z niepełnosprawnością w celu zdobycia zawodu i zatrudnienia przedstawia rysunek 2.



Rysunek 2. Terapia zajęciowa ukierunkowana na aktywizację zawodową osób z niepełnosprawnością

Możliwości i warunki wykonywania pracy zawodowej

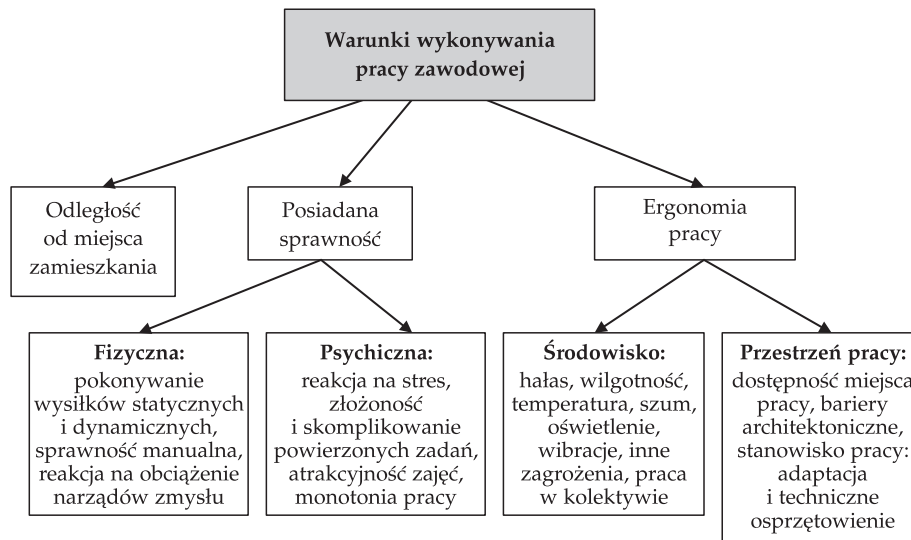
Zajęcia terapeutyczne należy rozpoczynać od prostych czynności wykonywanych samodzielnie, dających zadowolenie i satysfakcję. Kontrola efektów pracy, czyli dokładności i jej rzetelności, prowadzona jest przez terapeutę zajęciowego. Stopniowo zwiększa się stopień trudności i skomplikowanie zadań do wykonywania, dostosowując je do indywidualnych możliwości warunkowanych istniejącymi dysfunkcjami i stanem zdrowia. Możliwość podjęcia pracy zawodowej związana jest ze zdolnościami do wykonywania pracy przez osoby z niepełnosprawnością (rysunek 3), należy uwzględnić je i rozważyć już w trakcie proponowania nauki zawodu lub przygotowania do jego zmiany (przezawodowienia).

Biorąc pod uwagę możliwości zawodowe osób z niepełnosprawnością należy, proponując konkretne miejsce pracy, uwzględnić warunki pracy, czyli odległość od miejsca zamieszkania, wymaganą sprawność fizyczną i psychiczną oraz ergonomię pracy (rysunek 4). Uczestnik zajęć terapeutycznych powinien być przygotowywany do warunków panujących w przyszłej pracy (np. doskonale nie umiejętności poruszania się środkami komunikacji publicznej umożliwi mu samodzielne pokonywanie codziennej trasy między domem a zakładem pracy).

Terapia odbywająca się w warunkach zbliżonych do warunków przyszłej pracy obniży towarzyszące napięcie emocjonalne lub wskaże, jak unikać zagrożeń.



Rysunek 3. Możliwości zawodowe osoby z niepełnosprawnością



Rysunek 4. Warunki wykonywania pracy

Podsumowanie

Aktywizacja zawodowa jest ważnym zagadnieniem społecznym. Niezbędne są jednak zmiany w podejściu i mentalności osób pełnosprawnych oraz pracodawców zatrudniających osoby z niepełnosprawnością. Zmiany muszą też objąć osoby z niepełnosprawnością, aby swojego stanu nie traktowały jako bariery w osiągnięciu powodzenia życiowego. Zdaniem Izabeli Bierkowskiej (2010) powinny w pełni uczestniczyć w życiu zawodowym, nie spychając się na margines

życia społecznego. Proces aktywizacji zawodowej wymaga współpracy między osobą niepełnosprawną a służbą medycyny pracy oraz specjalistami z innych dziedzin. Ważną rolę w procesie aktywizacji i zatrudnienia odgrywają również pracodawcy, którzy mają możliwość i obowiązek dostosowania stanowiska pracy do indywidualnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością. Trudności w przygotowaniu do wykonywania zawodu i w podjęciu pracy mogą mieć również potencjalni pracownicy. Podjęcie zatrudnienia zależy nie tylko od ich aktualnego stanu zdrowia, ale również od aspektów pozamedycznych, związanych m.in. z zadowoleniem z wykonywanej pracy, sytuacji materialnej oraz postrzeganiem ryzyka zdrowotnego z powodu ponownego podjęcia pracy zawodowej (Kleniewski i in., 2012). Dla osób niepełnosprawnych niepodejmujących zatrudnienia z przyczyn pozamedycznych należy wdrażać działania edukacyjne, które dostarczą wsparcia i wskazówek dotyczących możliwości zatrudnienia (Svestkova, Svecena, Formankova, 2014). W tym postępowaniu terapeuci zajęciowi powinni skutecznie współpracować z innymi specjalizacjami.

Podstawowym celem terapii zajęciowej, jako części kompleksowego programu rehabilitacji, jest umożliwienie powrotu do udziału w czynnościach życia codziennego, w tym zdolności do pracy (Szyszka, 2016). Mówiąc o pracy osób dorosłych, należy brać pod uwagę powrót na dotychczas zajmowane stanowisko lub wyuczenie nowego zawodu, zaś w przypadku młodzieży będzie to zdobycie nowych umiejętności i kompetencji. Terapeuci zajęciowi przygotowując osoby z niepełnosprawnością do wykonywania zawodu muszą uwzględnić adaptację środowiska pracy do ich potrzeb (Désiron i in., 2011). Środowisko, w którym żyje taka osoba, powinno pomóc jej rozwiązywać problemy życiowe, wskazywać nie na ograniczenia, lecz na istniejące już/jeszcze możliwości. Zwiększenie liczby osób z niepełnosprawnością aktywnych zawodowo stanowi bowiem ogromną satysfakcję nie tylko dla zespołów terapeutycznych, ale i całego społeczeństwa.

Bibliografia

- Bieńkowska, I. (2010). Bezrobocie jako predyktor niedostosowania społecznego. W: I. Bieńkowska (red.), *W kręgu resocjalizacji i wybranych zagadnień rozwoju oraz funkcjonowania osób niepełnosprawnych* (s. 153–167). Gliwice–Kraków: Wydawnictwo „scriptum”.
- Czupryna, K., Nowotny-Czupryna, O., Nowotny, J., Rottermund, J. (2013). Wybrane problemy rodzin wychowujących dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. W: J. Rottermund, K. Czupryna (red.), *Niepełnosprawność niejedno ma imię* (s. 163–171). Bielsko-Biała: WSA.
- Désiron, H., de Rijk, A., van Hoof, E., Donceel, P. (2011). Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 11, 615.
- Eide, A.H., Roysamb, E. (2002). Relationship between level disability, psychological problems, social activity and social networks. *Rehabilitation Psychology*, 47, 165–183.
- Goldberg, R.T. (1992). Toward a model of vocational development. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 35, 161–173.
- Grzegorzewska, I. (2008). Sprawowanie funkcji rodzicielskiej wobec dziecka niepełnosprawnego. W: G. Miłkowska, B. Olszak-Krzyżanowska (red.), *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian* (s. 349–356). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Hagen-Foley, D.L., Rosenthal, D.A., Thomas, D.F. (2005). Informel consumer choice in community rehabilitation programs. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48, 110–117.

- Hasano, M.J., Graves, P. (2000). Disclosure of developmental disability: A study of parents' satisfaction and the determinants of satisfaction. *Journal Pediatrics and Child Health*, 36, 32–35.
- Kleniewski, A., Ojrzanowski, M., Lipińska-Ojrzanowska, A. i in. (2012). Bariery w aktywizacji zawodowej osób z chorobami układu krążenia. *Medycyna Pracy*, 63 (1), 105–115.
- Klukowski, K.S., Nowotny, J., Czamara, A. (2014). *Słownik fizjoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: WAiP.
- Larson, P.C., Sachs, P.R. (2000). A history of division 22 (rehabilitation psychology). W: D.A. Dewsbury (red.), *Unification through division. History of the American Psychological Association* (s. 33–50). University of Florida.
- McNary, H. (1947). The scope of occupational therapy. W: H.S. Willard, C.S. Spackman (red.), *Principles of occupational therapy* (s. 10–22). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- O'Brien, J.C., Hussey, S.M., Sabonis-Chafee, B. (2012). *Introduction to occupational therapy*. St. Louis: Elsevier/Mosby.
- Pledger, C. (2003). Discourse on disability and rehabilitation issues. Opportunities for psychology. *American Psychologist*, 58, 279–284.
- Rottermund, J. (2008). Terapia zajęciowa przyczynkiem do samodzielności. W: Z. Gajdzica (red.), *Problemy edukacji, rehabilitacji i socjalizacji*. T. VI. *Między wsparciem doradczym a wspieraniem racjonalnym, czyli o uwarunkowaniach socjalizacji społecznej osób niepełnosprawnych* (s. 45–48). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Rottermund, J., Nowotny, J. (2016). *Terapia zajęciowa w rehabilitacji medycznej*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Medyczne „a-medica pres”.
- Svecena, K., Svestkova, O., Uhlirova, J. (2014). Terapia zajęciowa w rehabilitacji. Stan praktyki i edukacji w Republice Czeskiej. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, II(11), 113–129.
- Svestkova, O., Svecena, K., Formankova, P. (2014). Czy terapia zajęciowa jest istotna w procesie rehabilitacji? *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, III(12), 81–102.
- Szymański, E.M. (2012). Disability and vocational behavior. W: R.G. Frank, T.R. Elliott (red.), *Handbook of Rehabilitation Psychology* (s. 499–518). Washington: APA.
- Szyska, M. (2016). Doradztwo, poradnictwo i wsparcie jako role i zadania terapeuty zajęciowego. Terapia zorientowana na poszerzanie obszarów partycypacji i współpracę w środowisku klienta. W: B. Płonka-Syroka, M. Dąsał, W. Wójcik (red.), *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie* (s. 353–373). Warszawa: DiG.
- Turpin, M., Iwama, M.K. (2011). *Using occupational therapy models in practice: a field guide*. Edinburgh–New York: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Twardowski, A. (2008). Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (s. 18–52). Warszawa: WSiP.
- Willard, H.S., Spackman, C.S. (2008). Occupational therapy is art and science. W: E. Cohn, E.B. Crepeau, B.A. Boyt-Schell (red.), *Willard and Spackman Occupational Therapy* (s. 12–27). Philadelphia: Lippincott & Wilkins.

THE ROLE OF OCCUPATIONAL THERAPY IN ACQUIRING EMPLOYMENT

Summary

To be satisfied with their life, people with disabilities need to fully participate in social life. By providing comprehensive rehabilitation, occupational therapy gives them an opportunity to choose their path in life and make decisions about their life – thanks to their being able to work, among other things. The authors present conditions necessary for people with disabilities to become capable of working that need to be included in therapy. They distinguish five stages of acquiring vocational skills and competence. These are: current analysis of mental and physical abilities, assessment of vocational potential, preparation for work, workplace accommodation and the final outcome – employment. They present outlines of procedures oriented at learning a trade by people with psychomotor disabilities, their vocational potential and conditions for working. Independence at work is closely related to the clinical condition of the person in therapy. It is not always possible to develop full competence; however, an optimal level should be aimed at that is appropriate to the current physical and mental abilities of a person with disability.

Key words: person with disability, occupational therapy, occupational development

ZADANIOWA WRAŻLIWOŚĆ EDUKACYJNA UCZNIÓW Z USZKODZONYM SŁUCHEM

Podstawę konstrukcyjną modelu wrażliwości edukacyjnej stanowi zadaniowa wrażliwość edukacyjna, która jest kategorią obejmującą szczegółowe informacje dotyczące psychofizycznego rozwoju dziecka. Składają się na nią różnego rodzaju zadania, które realizowane są przez dziecko podczas procesu dydaktyczno-wychowawczego. Poziom, w jakim wykonywane są te zadania, świadczy o stanie jego podatności edukacyjnej w różnych zakresach. Zadaniowa wrażliwość edukacyjna obejmuje 35 zakresów funkcjonowania dziecka i oparta jest na możliwych do zaobserwowania czynnościach. Ich poziom daje obraz zasobu, umiejętności, zdolności, wiedzy oraz doświadczenia ucznia.

Badaniami objęto 74 dzieci z uszkodzonym słuchem w stopniu głębokim i znacznym rozpoczynających naukę w szkole podstawowej. Badania zostały przeprowadzone w szkołach integracyjnych i specjalnych na terenie Polski centralnej w pierwszym semestrze. Ich celem było określenie, jaki jest poziom zadaniowej wrażliwości uczniów z uszkodzonym słuchem rozpoczynających naukę szkolną. Przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, które z zakresów są najlepiej i najslabiej rozwinięte, co umożliwia orientację w kierunku oddziaływań rehabilitacyjnych i terapeutycznych wobec uczniów z uszkodzonym słuchem.

Słowa kluczowe: dojrzałość szkolna, dziecko z uszkodzonym słuchem, wrażliwość edukacyjna, przygotowanie dziecka do rozpoczęcia nauki szkolnej

Wprowadzenie

Joanna Głodkowska (1999b, s. 89–90, za: Szuman, 1970) przyjmuje, że dziecko jest w stanie sprostać wymaganiom szkolnym, gdy osiągnięty w pierwszym okresie życia poziom dojrzałości, wiedzy oraz doświadczeń prowadzi je do bycia wrażliwym na naukę szkolną¹, jak również podatnym na nauczanie oraz wychowanie². Autorka twierdzi, że termin „wrażliwość edukacyjna” precyzyjniej okre-

¹ Zainteresowanym szkołą, wiadomościami i umiejętnościami, jakie oferuje szkoła.

² Zdolnym do przyswajania treści „na sposób szkolny”, do aktywnego uczenia się w procesie dydaktyczno-wychowawczym.

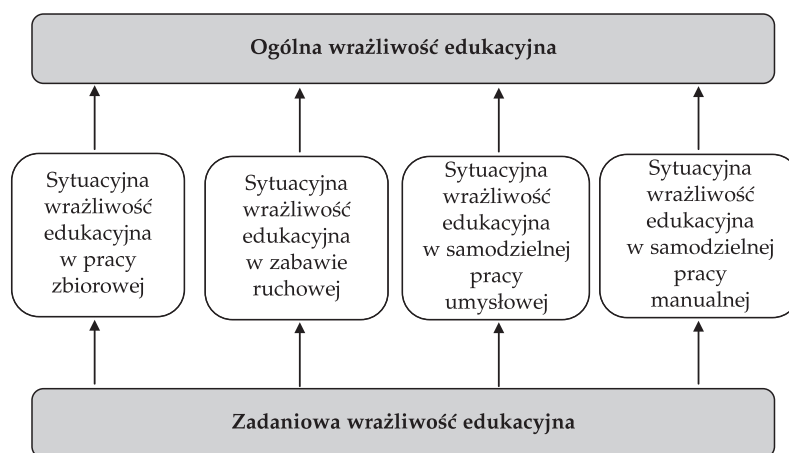
śła zakres wiedzy o dziecku z niepełnosprawnością (intelektualną)³, jaki powinien zdobyć nauczyciel, aby opracować program edukacyjny. Wszelkie oddziaływania pedagogiczne wzmacniają, pobudzają oraz różnicują stany wrażliwości na sygnały oraz informacje, które docierają z zewnątrz do dziecka. W pierwszych tygodniach pobytu dziecka w szkole nie jest ono jeszcze na tyle dojrzałe, aby samo mogło wykonywać polecane mu zadania. Może jednak wykonać czynności pod kierunkiem i opieką nauczyciela. Gotowość do wypełniania szkolnych zadań uwarunkowana jest dojrzałością biologicznej sfery dziecka, głównie ośrodkowego układu nerwowego, oraz oddziaływaniem czynników środowiskowych (tamże). Analizując początkową sytuację szkolną dziecka od strony nauczyciela, można ją określić jako orientację edukacyjną. Spotkanie nauczyciela z uczniem w klasie pierwszej prowadzi nie tylko do nawiązania wzajemnego pozytywnego kontaktu. Nauczyciel jest w stanie poznać lub też niekiedy tylko oszacować pewne zdolności swojego ucznia, jak np. pamięć wzrokową, pamięć słuchową, percepcję wzrokową i słuchową, koordynację wzrokowo-ruchową, sprawności językowe, zdolności operowania symbolami, analizowania różnych sytuacji oraz wnioskowania logicznego, motywacji do nauki szkolnej, kontroli emocjonalnej, potrzeby osiągnięć czy też zdolności koncentracji uwagi na czynnościach szkolnych. Zdobyte informacje umożliwiają nauczycielowi odpowiednie dopasowanie materiału nauczania do tego, co dziecko może osiągnąć i czego jest w stanie się nauczyć.

Przyjmując punkt widzenia dziecka można stwierdzić, że nie jest ono jeszcze w pełni gotowe do wypełniania zadań, jakie stawiane są mu przez nauczyciela, jednak w miarę swoich możliwości jest w stanie reagować na pewne sygnały pedagogiczne. Jak pisze Głodkowska (tamże, s. 90): „można by sądzić, że dziecko to jest wrażliwe – zainteresowane, ale jeszcze nie w pełni gotowe do samodzielnego konstruowania w swoim umyśle wymaganych strategii poznawania świata na sposób szkolny”. Stan ten nazywa autorka wrażliwością edukacyjną. Wrażliwość edukacyjna i orientacja edukacyjna to pojęcia stanowiące próbę określenia początkowej sytuacji kształcenia specjalnego, któremu w szkolnictwie specjalnym przypisywana jest dojrzałość szkolna. „[...] wrażliwość edukacyjna powinna być pojęciem spostrzeganym w znaczeniu zarówno diagnostycznym, rehabilitacyjnym, jak i prognostycznym. Termin ten informuje o czymś, co się stanie, nie jest zakończone, wymaga wsparcia, wzmocnienia dla osiągnięcia przez dziecko stanu podatności do sprostania postawionym przed nim zadaniom” (Głodkowska, 1998b, s. 20–21).

Pojęcie wrażliwości edukacyjnej stanowi konstrukt teoretyczny, któremu odpowiada zjawisko w postaci danych zachowań czy też czynności dziecka. Zatem wrażliwość edukacyjna wyraża się w skuteczności gromadzenia przez dziecko doświadczeń poznawczych, które wzmacniane są jego chęcią uczestniczenia w tych doświadczeniach. Konstruując model wrażliwości edukacyjnej, autorka odniosła się do pewnych założeń teoretycznych. Pierwsze dotyczy traktowania

³ Głodkowska koncentruje się na osobach z niepełnosprawnością intelektualną, ale podejście to można rozszerzyć na wszystkie dzieci z niepełnosprawnością.

człowieka jako jedności ciała, psychiki oraz intelektu – co jest podstawą holistycznej teorii człowieka. Głodkowska zwraca również uwagę na to, że w procesie uczenia się istotne są przede wszystkim zainteresowania i chęci dziecka, bo to właśnie na nich powinien się opierać proces nauczania. Wzbudzona w ten sposób motywacja ułatwi proces kompensacji zaburzonych funkcji u dziecka. Na podstawie hierarchicznej teorii inteligencji Philipa Ewarda Vernona⁴ autorka skonstruowała model wrażliwości edukacyjnej, w którym wyodrębniła zadaniową wrażliwość edukacyjną, sytuacyjną wrażliwość edukacyjną i ogólną wrażliwość edukacyjną (rysunek). Zdaniem autorki te zakresy wrażliwości edukacyjnej występują we wzajemnych związkach, co pozwala na uzyskanie całościowego obrazu szkolnego funkcjonowania dziecka (Głodkowska, 1999b).



Rysunek. Teoretyczny model wrażliwości edukacyjnej

Źródło: Głodkowska, 1998b, s. 57

Podstawę konstrukcyjną stanowi zadaniowa wrażliwość edukacyjna. Jest ona kategorią obejmującą szczegółowe informacje dotyczące psychofizycznego rozwoju dziecka. Składają się na nią różnego rodzaju zadania, które realizowane są przez dziecko podczas procesu dydaktyczno-wychowawczego. Poziom, na jakim wykonuje te zadania, świadczy o stanie jego podatności edukacyjnej w róż-

⁴ W teorii tej na szczycie hierarchii znajduje się czynnik ogólny (*g-general*), na który składają się dwa duże czynniki grupowe: werbalno-szkolny i przestrzenno-manualny, które dzielą się na pewną liczbę mniejszych czynników grupowych i dużą liczbę czynników specyficznych. Pomysł wyróżnienia czynników grupowych powstał w związku z faktem, że wyniki niektórych testów (np. operujących materiałem werbalnym) były wzajemnie bardziej skorelowane niż wyniki testów należących do różnych grup (np. werbalnych i manualnych). W zakresie czynnika werbalnego Vernon wyróżnił: słowny (S), liczbowy (L), szkolny (E). Natomiast w skład czynnika praktycznego zaliczył: sprawność mechaniczną (M), zdolności przestrzenne (O), zdolności manualne (R). Im niższy poziom struktury inteligencji jest brany pod uwagę, tym bardziej specyficzne i liczne są wyodrębnione czynniki. Na najniższym poziomie znajdują się czynniki najbardziej specyficzne. Przejawiają się one w konkretnych czynnościach i mają specyfikę zależną od rodzaju czynności (Strelau, 1997, s. 26–29; Nęcka, 2003, s. 32–33).

nych zakresach. Na podstawie konkretnych zadań zostało wyodrębnionych 35 zakresów funkcjonowania ucznia, które stanowią o pełnym obrazie zadaniowej wrażliwości edukacyjnej.

Według Grażyny Dryżałowskiej (2007, s. 55) dojrzałość szkolna nie jest uwarunkowana rozwojem biologicznym, ale składa się na nią wiele doświadczeń dziecka w sferze motorycznej, umysłowej, społecznej i emocjonalnej. Ocena dojrzałości szkolnej dziecka stanowi zatem ocenę obecnego poziomu rozwoju dziecka, który zależy od dwóch istotnych czynników – dojrzewania i uczenia się. Czynniki, które szczególnie utrudniają strat szkolny dziecka, są wszelkie niepełnosprawności oraz zaburzenia rozwojowe. Ich oddziaływanie na przygotowanie ucznia do rozpoczęcia nauki szkolnej jest tym silniejsze, im w większym zakresie miały wpływ na opóźnienie poszczególnych etapów rozwoju psychicznego, społecznego oraz emocjonalnego, a także na proces uczenia się. Uszkodzony narząd słuchu ma negatywny wpływ na biologiczną podstawę rozwoju głównie poprzez opóźnienia w rozwoju języka, co ogranicza dostarczanie dziecku odpowiednich bodźców rozwojowych.

Założenia metodologiczne

Badaniami objęto 74 dzieci z uszkodzonym słuchem w stopniu głębokim i znacznym, z normą intelektualną, rozpoczynających naukę w szkole podstawowej. Badania zostały przeprowadzone w szkołach integracyjnych i specjalnych na terenie Polski centralnej w pierwszym semestrze⁵. Ich celem było określenie, jaki jest poziom zadaniowej wrażliwości uczniów z uszkodzonym słuchem rozpoczynających naukę szkolną. Na podstawie literatury dotyczącej pedagogiki specjalnej, psychologii, socjologii oraz własnych doświadczeń i obserwacji sformułowano następujące pytania badawcze, które poddano weryfikacji, stosując odpowiednie narzędzie pomiaru:

1. Jaki jest poziom wrażliwości edukacyjnej uczniów z uszkodzonym słuchem w momencie ich startu szkolnego?
2. Jakie są różnice w poziomie wrażliwości edukacyjnej warunkowanej formą kształcenia ucznia z uszkodzeniem słuchu?

Warto nadmienić, że sytuacja edukacyjna uczniów z niepełnosprawnością, w tym także uczniów z niepełnosprawnością słuchową, zmieniła się wraz z reformą systemu oświatowego w Polsce z 1991 r. Zarządzenie MEN z 4 października 1993 r.⁶ wprowadziło możliwość realizacji obowiązku szkolnego w klasach i oddziałach integracyjnych, a zarządzeniem z 15 lutego 1999 r. o zmianie ustro-

⁵ Badania zostały przeprowadzone w roku szkolnym 2006/2007 oraz 2007/2008 i stanowią część badań zrealizowanych w ramach pracy doktorskiej. W Polsce od tego czasu nie podjęto się przeprowadzenia badań poruszających aspekt wrażliwości edukacyjnej osób z niepełnosprawnością słuchową.

⁶ Zarządzenie nr 29 Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 października 1993 r. w sprawie zasad organizowania opieki nad uczniami niepełnosprawnymi, ich kształcenia w ogólnodostępnych i integracyjnych publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach oraz organizacji kształcenia specjalnego. Dz. Urz. MEN, nr 9, poz. 36 z dnia 15 listopada 1993 r.

ju szkolnego⁷ zagwarantowano każdemu dziecku, bez względu na stopień i rodzaj niepełnosprawności, prawo do kształcenia w szkole ogólnodostępnej, zobowiązując szkołę do zapewnienia odpowiednich warunków umożliwiających to kształcenie. Ze względu na coraz większą popularność kształcenia integracyjnego (obecnie włączającego) należy przywrócić się problematyce przygotowania ucznia z niepełnosprawnością słuchową do podjęcia nauki w szkole, a także wskazać obszary wymagające wsparcia.

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania zastosowano w niniejszej pracy metodę sondażu diagnostycznego. Badania sondażowe obejmują wszelkiego typu zjawiska społeczne, które mają istotne znaczenie dla wychowania, oraz stany świadomości społecznej, opinie i poglądy danych zbiorowości, narastanie badanych zjawisk, ich nasilenie oraz tendencje (Pilch, Bauman, 2001). Mają one na celu ujawnienie wszystkich rozproszonych zjawisk w społeczeństwie oraz ukazanie wszystkich atrybutów strukturalnych i funkcjonalnych. Niemal zawsze opierają się na badaniu specjalnie dobranej próby reprezentacyjnej z populacji generalnej, którą nie zawsze udaje się precyzyjnie określić. Dzięki szczegółowym analizom można doprowadzić do zawężenia przedmiotowego i terytorialnego badania i dokonać wyboru odpowiedniej próby do badań.

Zrealizowanie celu badań możliwe było dzięki zastosowaniu Arkusza Poznania Ucznia Szkoły Specjalnej (Głodkowska, 1999b). Arkusz ten jest narzędziem opartym na obserwacji zachowań dzieci w naturalnych sytuacjach szkolnych. Jest to obserwacja uczestnicząca, w której nauczyciel monitoruje i uczestniczy w czynnościach dziecka oraz notuje efekty tych czynności. Kwestionariusz ten przeznaczony jest do badania wrażliwości edukacyjnej dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, ale – zgodnie z założeniami jego autorki – może być również stosowany w szkołach integracyjnych i ogólnodostępnych. Składa się on z pięciu części. Część pierwsza (A) dotyczy wstępnych informacji o dziecku i jego środowisku wychowawczym, część druga (B) dotyczy oceny zachowania ucznia podczas pracy zbiorowej nauczyciela z całą klasą, część trzecia (C) dotyczy zachowania się ucznia podczas zabawy ruchowej, część czwarta (D) pozwala ocenić zachowania ucznia podczas samodzielnej pracy umysłowej, a część piąta (E) obejmuje zachowanie ucznia podczas samodzielnej pracy manualnej. Dzięki czterem częściom arkusza (B, C, D, E) możliwe jest poznanie poziomu wrażliwości edukacyjnej ucznia. Trafność i rzetelność arkusza kształtuje się na wysokim poziomie ($r = 0,98$; $p < 0,001$) w diagnozowaniu gotowości szkolnej ucznia z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Warto również podkreślić rolę prognostyczną narzędzia co do dalszych osiągnięć szkolnych uczniów (tamże).

Zadaniowa wrażliwość edukacyjna uczniów z uszkodzonym słuchem w świetle badań własnych

Zadaniowa wrażliwość edukacyjna, obejmująca 35 zakresów funkcjonowania dziecka, oparta jest na możliwych do zaobserwowania czynnościach. Ich poziom

⁷ Dz. Urz. MEN, nr 12, poz. 1.

daje obraz zasobu, umiejętności, zdolności, wiedzy oraz doświadczenia ucznia. Szczegółowa analiza danych liczbowych uzyskanych w procesie badawczym pozwala zauważyć dużą rozpiętość ocen w poszczególnych kategoriach zadaniowej wrażliwości edukacyjnej (od 17% do 84% wyniku maksymalnego). Wyniki maksymalne dla poszczególnych kategorii zadaniowej wrażliwości edukacyjnej zawiera tabela 1. Najniższe wyniki uzyskali uczniowie w następujących kategoriach:

- zapamiętywanie wierszy (17,5% wyniku maksymalnego),
- zapamiętywanie zdań (25% w.m.),
- słuchowe różnicowanie głosek (26% w.m.),
- poprawność gramatyczna wypowiedzi (28% w.m.),
- zapamiętywanie piosenek (29% w.m.),
- artykulacja (34% w.m.),
- orientacja w stosunkach przestrzennych (36% w.m.),
- zasób pojęć czasowych (39% w.m.),
- czytanie (39% w.m.),
- rozumienie pojęcia stałości tworzywa (39% w.m.).

Warto zauważyć, że wyniki te dotyczą przede wszystkim zakresów rozwoju mowy dziecka oraz zapamiętywania i odtwarzania. Na obszary te należy zwrócić szczególną uwagę ze względu na to, że stanowią dwa z pięciu najważniejszych obszarów gotowości szkolnej, wyodrębnione przez Sharon Kagan, Evelin Moore i Sue Bredekamp (1995). Ponadto wielu badaczy (m.in.: Dockett, Perry, 2007; Janus, Offord, 2000) wskazuje na poziom rozwoju językowego dziecka jako bardzo ważny wskaźnik gotowości szkolnej, pozwalający na skuteczną komunikację z rówieśnikami i nauczycielami, a także na rozumienie poleceń, instrukcji, pytań.

Badania własne pokazują, że są jednak obszary, w których uzyskane przez badanych wyniki napawają optymizmem w kontekście ich kariery szkolnej. Należą do nich:

- rozpoznawanie otoczenia (84% wyniku maksymalnego),
- koordynacja wzrokowo-ruchowa (84% w.m.),
- sprawność motoryczna (79% w.m.),
- potrzeba kontaktu słownego (78% w.m.),
- zasób pojęć figur geometrycznych (78% w.m.).

Otrzymane wyniki mają znaczenie dla planowania i konstruowania programów pracy z dziećmi z uszkodzonym narządem słuchu. Zgodnie ze wskazaniami powinniśmy wykorzystywać w pracy pedagogicznej te sfery, które są najmniej zaburzone, a te najbardziej zaburzone wspomagać, kompensować, wzmacniać, usprawniać i korygować. Otrzymane zestawienie procentowe wyników umożliwia orientację w kierunku oddziaływań rehabilitacyjnych i terapeutycznych wobec uczniów z uszkodzonym słuchem w momencie startu edukacyjnego. Zarówno wysokie, jak i niskie wyniki pozwalają w podstawowym zakresie na opracowanie programu oddziaływania pedagogicznego i psychologicznego, jednocześnie uwrażliwiając nauczyciela na korzystne dla rozwoju dziecka dopasowanie zadań do możliwości.

Tabela 1.

Wyniki oceny zadaniowej wrażliwości edukacyjnej uczniów z uszkodzonym narządem słuchu

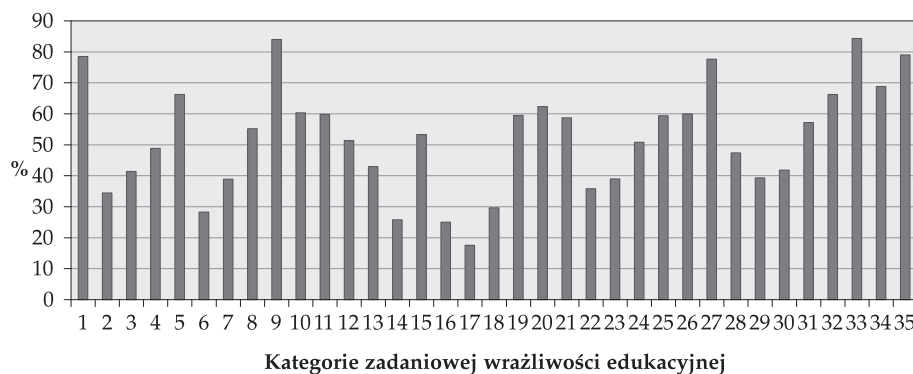
Kategorie zadaniowej wrażliwości edukacyjnej	N	W.M.	\bar{X}	δ	$\bar{X} : \bar{X}_{\max}$ w %	$P_{\bar{X}}$	w. min	w. maks	X_{typ} ($\bar{x} \pm \delta$)	k	g
1. Potrzeba kontaktu słownego	74	8	6,28	1,72	78,50	0,78	2	8	(4,56-8,00)	-0,356	-0,767
2. Artykulacja	74	11	3,79	3,61	34,45	0,34	2	8	(0,18-7,4)	-1,395	0,393
3. Forma i złożoność wypowiedzi	74	9	3,73	2,53	41,44	0,41	1	9	(1,20-6,26)	-0,991	0,536
4. Treść wypowiedzi	74	10	4,89	2,72	48,90	0,49	0	10	(2,17-7,61)	-0,878	-0,028
5. Zasób używanych słów, zwrotów	74	26	17,23	7,49	66,27	0,66	0	26	(9,74-24,72)	-0,796	-0,655
6. Poprawność gramatyczna wypowiedzi	74	7	1,98	1,81	28,28	0,28	0	6	(0,17-3,79)	-0,832	0,569
7. Czytanie	74	28	10,89	8,58	38,89	0,39	0	23	(2,31-19,47)	-1,539	0,162
8. Używanie zwrotów grzecznościowych	74	6	3,31	1,72	55,17	0,55	0	6	(1,59-5,03)	-1,119	-0,167
9. Rozpoznawanie otoczenia	74	8	6,72	2,09	84,00	0,84	1	8	(4,63-8,81)	2,441	-1,883
10. Analiza i synteza wzrokowa	74	13	7,85	4,15	60,38	0,60	1	13	(3,70-12,00)	-1,261	-0,294
11. Dokładność sprostowania	74	6	3,59	2,07	59,83	0,59	0	6	(1,52-5,66)	-1,398	-0,318
12. Rozpoznawanie dźwięków otoczenia	74	6	3,08	2,16	51,33	0,51	0	6	(0,92-5,24)	-1,366	-0,182
13. Analiza i synteza słuchowa	74	11	4,72	3,91	42,91	0,43	0	10	(0,81-8,63)	-1,593	0,135
14. Słuchowe różnicowanie głosek	74	6	1,55	2,04	25,83	0,26	0	6	(0,00-3,59)	0,006	1,168
15. Zapamiętywanie nazw	74	6	3,20	2,56	53,33	0,53	0	6	(0,64-5,76)	-1,443	-0,097
16. Zapamiętywanie zdań	74	4	1,00	1,01	25,00	0,25	0	4	(0,01-2,01)	1,069	0,993
17. Zapamiętywanie wierszy	74	4	0,70	1,06	17,55	0,17	0	4	(0,00-1,76)	2,951	1,774

18. Zapamiętywanie piosenek	74	6	1,78	2,01	29,67	0,29	0	6	(0,00-3,79)	-0,405	0,944
19. Zapamiętywanie symboli	74	8	4,76	2,73	59,50	0,59	0	8	(2,03-7,49)	-1,362	-0,266
20. Cechy pamięci	74	6	3,74	1,95	62,33	0,62	0	8	(1,79-5,69)	-0,721	-0,105
21. Wiedza o otoczeniu	74	19	11,15	4,59	58,68	0,59	3	19	(6,56-15,74)	-0,997	0,020
22. Orientacja w stosunkach przestrzennych	74	62	22,23	18,24	35,85	0,36	0	62	(3,99-40,47)	-0,277	0,832
23. Zasób pojęć czasowych	74	24	9,37	4,81	39,04	0,39	0	18	(4,56-14,18)	-0,725	0,187
24. Zasób pojęć wielkościowych	74	14	7,12	3,53	50,86	0,51	0	13	(3,59-10,65)	-0,991	-0,023
25. Zasób pojęć ilościowych	74	10	5,94	3,19	59,40	0,59	0	10	(2,75-9,13)	-1,341	-0,156
26. Zasób pojęć liczbowych	74	33	19,79	9,27	59,97	0,60	0	34	(10,52-29,06)	-1,103	-0,295
27. Zasób pojęć figur geometrycznych	74	6	4,66	1,91	77,67	0,78	0	6	(2,75-6,57)	0,289	-1,206
28. Rozumienie pojęcia stałości liczby	74	14	6,63	3,49	47,36	0,47	0	14	(3,14-10,12)	-0,552	0,093
29. Rozumienie pojęcia stałości tworzywa	74	6	2,36	1,53	39,33	0,39	0	6	(0,83-3,89)	-0,285	0,228
30. Rozumienie pojęcia stałości długości	74	6	2,51	1,75	41,83	0,42	0	6	(0,76-4,26)	-0,618	0,204
31. Rozumienie szeregowania	74	5	2,86	1,50	57,20	0,57	0	5	(1,36-4,36)	-0,964	-0,336
32. Rozumienie klasyfikowania	74	4	2,65	1,19	66,25	0,66	0	4	(1,46-3,84)	-1,018	-0,390
33. Koordynacja wzrokowo-ruchowa	74	32	26,98	6,06	84,31	0,84	8	32	(20,92-33,04)	1,205	-1,386
34. Sprawność manualna	74	31	21,34	8,07	68,84	0,69	5	31	(13,27-29,41)	-0,944	-0,433
35. Sprawność motoryczna	74	16	12,65	3,19	79,06	0,79	3	16	(9,46-15,84)	0,671	-1,065

Objaśnienia:

\bar{X} – średnia arytmetyczna; δ – odchylenie standardowe; $P_{\bar{X}}$ – współczynnik łatwości; W.M.– wynik maksymalny możliwy do uzyskania dla danej kategorii; w. min. – najmniejszy wynik uzyskany w danej kategorii; w. maks. – największy wynik uzyskany w danej kategorii; X_{typ} – granice obszaru typowego; k – kurtოza; g – skośność (współczynnik asymetrii rozkładu)

Na początku klasy pierwszej pracę rehabilitacyjną z uczniami z uszkodzonym słuchem można wzmacniać poprzez zadania z wykorzystaniem koordynacji wzrokowo-ruchowej, przejawianej przez nich potrzeby kontaktu słownego z otoczeniem, zdolności rozpoznawania otoczenia, jak również dobrze rozwiniętej sprawności motoryczne oraz wysokiego zasobu pojęć figur geometrycznych. Z wyczuciem i umiarem pedagogicznym i psychologicznym należy natomiast stwarzać sytuacje dydaktyczne, w których konieczne są zdolności pamięciowe uczniów, słuchowe różnicowanie głosek, gramatyczna poprawność wypowiedzi, orientacja w stosunkach przestrzennych, zasób pojęć czasowych, czytanie oraz rozumienie pojęcia stałości tworzywa (wykres). Kategorie te mogą wymagać więcej oddziaływań pedagogicznych, więcej czasu na dojrzewanie, więcej ćwiczeń, aby mogły być wzmocnione i odpowiednio wykorzystywane przez dziecko w wypełnianiu zadań szkolnych.



Wykres. Zestawienie procentowe wyników oceny zadaniowej wrażliwości edukacyjnej

Uzyskane dane liczbowe pozwoliły również na zbadanie, czy istnieje różnica istotna statystycznie między poziomem zadaniowej wrażliwości edukacyjnej (jak również kategorii wchodzących w jej skład) oraz rodzajem szkoły, do jakiej uczęszcza dziecko z uszkodzonym słuchem. Różnice te zostały zawarte w tabeli 2.

Analiza wyników przedstawionych w tabeli 2. pozwala zauważyć, że istnieje statystycznie istotna różnica między zadaniową wrażliwością edukacyjną a rodzajem szkoły, do jakiej uczęszcza dziecko (przy poziomie $\alpha = 0,000$). Wyższe oceny w zadaniowej wrażliwości edukacyjnej osiągają uczniowie ze szkół integracyjnych w porównaniu z uczniami ze szkół specjalnych. Wyniki badań dotyczące poszczególnych kategorii zadaniowej wrażliwości edukacyjnej pozwalają stwierdzić, że istnieje statystycznie istotna różnica między większością kategorii zadaniowej wrażliwości edukacyjnej a rodzajem szkoły, do jakiej uczęszcza dziecko. Do kategorii tych należą:

- potrzeba kontaktu słownego ($\alpha = 0,004$),
- artykulacja ($\alpha = 0,000$),
- forma i złożoność wypowiedzi ($\alpha = 0,000$),
- treść wypowiedzi ($\alpha = 0,000$),
- zasób słów, zwrotów, poleceń ($\alpha = 0,000$),

- poprawność gramatyczna wypowiedzi ($\alpha = 0,000$),
- czytanie ($\alpha = 0,000$),
- używanie zwrotów grzecznościowych ($\alpha = 0,000$),
- rozpoznawanie najbliższego otoczenia ($\alpha = 0,011$),
- analiza i synteza wzrokowa ($\alpha = 0,006$),
- dokładność i szybkość spostrzegania ($\alpha = 0,006$),
- rozpoznawanie dźwięków otoczenia ($\alpha = 0,000$),
- analiza i synteza słuchowa ($\alpha = 0,000$),
- słuchowe różnicowanie głosek ($\alpha = 0,000$),
- zapamiętywanie i odtwarzanie zdań ($\alpha = 0,000$),
- zapamiętywanie i odtwarzanie wierszy ($\alpha = 0,000$),
- zapamiętywanie i odtwarzanie piosenek ($\alpha = 0,002$),
- zapamiętywanie i odtwarzanie symboli ($\alpha = 0,000$),
- cechy pamięci ($\alpha = 0,004$),
- wiedza o najbliższym otoczeniu ($\alpha = 0,000$),
- orientacja w schemacie ciała i stosunkach przestrzennych ($\alpha = 0,000$),
- zasób pojęć czasowych ($\alpha = 0,000$),
- zasób pojęć wielkościowych ($\alpha = 0,000$),
- zasób pojęć ilościowych ($\alpha = 0,000$),
- zasób pojęć liczbowych ($\alpha = 0,000$),
- zasób pojęć figur geometrycznych ($\alpha = 0,015$),
- rozumienie stałości ilości nieciągłych ($\alpha = 0,000$),
- rozumienie stałości tworzywa ($\alpha = 0,000$),
- rozumienie stałości długości ($\alpha = 0,000$),
- rozumienie szeregowania ($\alpha = 0,001$),
- koordynacja wzrokowo-ruchowa ($\alpha = 0,000$),
- sprawność manualna ($\alpha = 0,000$).

Uzyskane dane pozwalają także zauważyć, że uczniowie z uszkodzonym narządem słuchu uczęszczający do szkół integracyjnych osiągają wyższe wyniki punktowe w większości kategorii zadaniowej wrażliwości edukacyjnej w porównaniu z uczniami ze szkół specjalnych.

Podsumowanie i wnioski końcowe

Przeprowadzone badania wskazują, że istnieje istotna statystycznie różnica między poziomem ogólnej wrażliwości edukacyjnej a rodzajem szkoły, do jakiej uczęszcza dziecko. Warto nadmienić, że wyższy poziom we wszystkich kategoriach wrażliwości edukacyjnej osiągają uczniowie uczęszczający do szkół integracyjnych. Przedstawione rezultaty badań wskazują także, że pomimo tego, że uczniowie ze szkół specjalnych uzyskują niższe wyniki w poszczególnych kategoriach ogólnej, sytuacyjnej i zadaniowej wrażliwości edukacyjnej, to charakteryzują się wyższym poziomem motywacji i osiągnięć szkolnych (choć wynik nie jest istotny statystycznie). Przyczyną takiego wyniku może być fakt, że uczniowie ze szkół specjalnych przeżywają mniejszy stres, są bardziej chronieni, czują się pewniej w środowisku rówieśniczym, nie są narażeni na kpiny. Ich stan emocjonalny jest stabilniejszy, nadający się do modelowania w pożądanym kierunku.

Tabela 2.
Poziom zadaniowej wrażliwości edukacyjnej uczniów z uszkodzonym słuchem w momencie startu edukacyjnego, z uwzględnieniem rodzaju szkoły, do jakiej uczęszcza dziecko

Kategorie zadaniowej wrażliwości edukacyjnej	Rodzaj szkoły	N	Średnia ranga	Suma rang	U Manna-Whitneya	Z	Istotność asymptotyczna (dwustronna)
ZADANIOWA WRAŻLIWOŚĆ EDUKACYJNA	integracyjna	28	54,11	1 515,00	179,000	-5,183	0,000
	specjalna	46	27,39	1 260,00			
1. Potrzeba kontaktu słownego	integracyjna	28	46,57	1 304,00	390,000	-2,913	0,004
	specjalna	46	31,98	1 471,00			
2. Artykulacja	integracyjna	28	55,73	1 560,50	133,500	-5,792	0,000
	specjalna	46	26,40	1 214,50			
3. Forma i złożoność wypowiedzi	integracyjna	28	52,18	1 461,00	233,000	-4,674	0,000
	specjalna	46	28,57	1 314,00			
4. Treść wypowiedzi	integracyjna	28	51,77	1 449,50	244,500	-4,491	0,000
	specjalna	46	28,82	1 325,50			
5. Zasób słów, zwrotów, poleceń	integracyjna	28	50,00	1 400,00	294,000	-3,913	0,000
	specjalna	46	29,89	1 375,00			
6. Poprawność gramatyczna wypowiedzi	integracyjna	28	54,59	1 528,50	165,500	-5,446	0,000
	specjalna	46	27,10	1 246,50			
7. Czytanie	integracyjna	28	52,36	1 466,00	228,000	-4,658	0,000
	specjalna	46	28,46	1 309,00			
8. Używanie zwrotów grzecznościowych	integracyjna	28	51,73	1 448,50	245,500	-4,514	0,000
	specjalna	46	28,84	1 326,50			
9. Rozpoznawanie najbliższego otoczenia	integracyjna	28	44,93	1 258,00	436,000	-2,535	0,011
	specjalna	46	32,98	1 517,00			
10. Analiza i synteza wzrokowa	integracyjna	28	53,29	1 492,00	202,000	-4,980	0,000
	specjalna	46	27,89	1 283,00			

11. Dokładność i szybkość spostrzegania	integracyjna	28	46,20	1 293,50	400,500	-2,760	0,006
	specjalna	46	32,21	1 481,50			
12. Rozpoznawanie dźwięków otoczenia	integracyjna	28	49,30	1 380,50	313,500	-3,734	0,000
	specjalna	46	30,32	1 394,50			
13. Analiza i synteza słuchowa	integracyjna	28	51,52	1 442,50	251,500	-4,426	0,000
	specjalna	46	28,97	1 332,50			
14. Słuchowe różnicowanie głosek	integracyjna	28	51,59	1 444,50	249,500	-4,677	0,000
	specjalna	46	28,92	1 330,50			
15. Zapamiętywanie i odtwarzanie nazw	integracyjna	28	40,41	1 131,50	562,500	-0,928	0,353
	specjalna	46	35,73	1 643,50			
16. Zapamiętywanie i odtwarzanie zdań	integracyjna	28	51,71	1 448,00	246,000	-4,689	0,000
	specjalna	46	28,85	1 327,00			
17. Zapamiętywanie i odtwarzanie wierszy	integracyjna	28	51,48	1 441,50	252,500	-4,917	0,000
	specjalna	46	28,99	1 333,50			
18. Zapamiętywanie i odtwarzanie piosenek	integracyjna	28	47,23	1 322,50	371,500	-3,146	0,002
	specjalna	46	31,58	1 452,50			
19. Zapamiętywanie i odtwarzanie symboli	integracyjna	28	49,05	1 373,50	320,500	-3,647	0,000
	specjalna	46	30,47	1 401,50			
20. Cechy pamięci	integracyjna	28	46,63	1 305,50	388,500	-2,900	0,004
	specjalna	46	31,95	1 469,50			
21. Wiedza o najbliższym otoczeniu	integracyjna	28	50,50	1 414,00	280,000	-4,072	0,000
	specjalna	46	29,59	1 361,00			
22. Orientacja w schemacie ciała i stosunkach przestrzennych	integracyjna	28	49,71	1 392,00	302,000	-3,816	0,000
	specjalna	46	30,07	1 383,00			
23. Zasób pojęć czasowych	integracyjna	28	50,07	1 402,00	292,000	-3,934	0,000
	specjalna	46	29,85	1 373,00			
24. Zasób pojęć wielkościowych	integracyjna	28	50,48	1 413,50	280,500	-4,072	0,000
	specjalna	46	29,60	1 361,50			

Tabela 2. (cd.)

Kategorie zadaniowej wrażliwości edukacyjnej	Rodzaj szkoły	N	Średnia ranga	Suma rang	U Manna-Whitneya	Z	Istotność asymptomtyczna (dwustronna)
25. Zasób pojęć ilościowych	integracyjna	28	50,18	1 405,00	289,000	-3,988	0,000
	specjalna	46	29,78	1 370,00			
26. Zasób pojęć liczbowych	integracyjna	28	52,25	1 463,00	231,000	-4,611	0,000
	specjalna	46	28,52	1 312,00			
27. Zasób pojęć figur geometrycznych	integracyjna	28	44,41	1 243,50	450,500	-2,436	0,015
	specjalna	46	33,29	1 531,50			
28. Zrozumienie stałości ilości nieciągłych	integracyjna	28	50,41	1 411,50	282,500	-4,057	0,000
	specjalna	46	29,64	1 363,50			
29. Zrozumienie stałości tworzywa	integracyjna	28	48,59	1 360,50	333,500	-3,560	0,000
	specjalna	46	30,75	1 414,50			
30. Zrozumienie stałości długości	integracyjna	28	50,14	1 404,00	290,000	-4,036	0,000
	specjalna	46	29,80	1 371,00			
31. Zrozumienie szeregowania	integracyjna	28	48,21	1 350,00	344,000	-3,416	0,001
	specjalna	46	30,98	1 425,00			
32. Zrozumienie klasyfikowania	integracyjna	28	42,88	1 200,50	493,500	-1,734	0,083
	specjalna	46	34,23	1 574,50			
33. Koordynacja wzrokowo-ruchowa	integracyjna	28	49,14	1 376,00	318,000	-3,703	0,000
	specjalna	46	30,41	1 399,00			
34. Sprawność manualna	integracyjna	28	52,43	1 468,00	226,000	-4,680	0,000
	specjalna	46	28,41	1 307,00			
35. Sprawność motoryczna	integracyjna	28	41,86	1 172,00	522,000	-1,384	0,166
	specjalna	46	34,85	1 603,00			

Analizując tak konsekwentne różnice w wynikach na korzyść szkoły integracyjnej, należy się odwołać do uwarunkowań rodzinnych, a także potencjalnych powodów, dla których rodzice decydują się na wybór szkoły integracyjnej zamiast specjalnej. Jak pokazuje praktyka pedagogiczna, najczęściej wskazywany jest fakt, że szkoła integracyjna daje dziecku z uszkodzonym słuchem możliwość przebywania ze słyszącymi rówieśnikami, stymulacji rozwoju poznawczego, społecznego, a przede wszystkim rozwoju kompetencji komunikacyjnej i językowej. Nie bez znaczenia jest także zaangażowanie rodziców w proces rehabilitacji i edukacji dziecka oraz ich wykształcenie. Monika Gołubiew-Konieczna (2006, s. 342), powołując się na wyniki badań wielu autorów, wskazuje, że edukacja integracyjna dziecka powoduje uruchomienie przez rodziców wielu działań. Rodzice częściej angażują się we współpracę z nauczycielem, podejmują działania w celu zaradzenia trudnościom edukacyjnym dziecka, są zadowoleni z warunków i efektów kształcenia, dostrzegają pozytywny wpływ wspólnego nauczania na efekty w nauce dzieci. Uważają także, że ich dziecko zaczęło wierzyć w swoje siły, stało się bardziej otwarte, a także bardziej zaakceptowało swoją niepełnosprawność.

Na bardzo ważny aspekt wskazują także badania Dryżałowskiej (2015, s. 206) dotyczące integracji społecznej. Jak twierdzi autorka, szkoła ogólnodostępna lub integracyjna zapewnia uczniowi możliwość bycia „normalnym” uczniem, a także społeczne długotrwałe konsekwencje tego faktu – rolę ucznia i rówieśnika, takiego jak inni uczniowie z jego klasy i szkoły. Zapewnia również reputację (dobrego lub słabego ucznia, kolegi) podzielaną z innymi, pełnosprawnymi uczniami z klasy. Fakt doświadczeń z określonego statusu i pozycji w klasie stanowi najistotniejszy argument przemawiający za efektywnością integracyjnych form edukacji dla integracji społecznej w dorosłości uczniów niesłyszących. Badania Dryżałowskiej pokazują także, że pomimo iż niesłyszący absolwenci szkół integracyjnych wskazują, że szkoła była dla nich trudnym doświadczeniem, zarówno w roli ucznia, jak i w roli kolegi, w różny sposób radzili sobie z poczuciem odrzucenia, brakiem akceptacji, porażkami szkolnymi, niezależnie od trudów i wyrzeczeń. Przyznają, że to, co osiągnęli, jest powodem ich satysfakcji z życia, zasługą integracyjnego kształcenia.

Należy także pamiętać o tym, jak pisze Iwona Chrzanowska (2015, s. 553), że edukacja integracyjna pomimo ponaddwudziestoletnich doświadczeń oprócz wielu pozytywnych opinii wciąż budzi kontrowersje, jednak coraz więcej uczniów uczestniczy w edukacji integracyjnej i coraz więcej rodziców dzieci sprawnych opowiada się za wspólnym kształceniem.

Bibliografia

- Chrzanowska, I. (2015). *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Dockett, S., Perry, B. (2007). *Transitions to school: Perceptions, expectations, experiences*. Sydney: University of NSW Press.
- Dryżałowska, G. (2007). *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna, model kształcenia integracyjnego*. Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Dryżałowska, G. (2015). *Integracja edukacyjna a integracja społeczna. Satysfakcja z życia osób niedosłyszących*. Warszawa: Wydawnictwa UW.

- Głodkowska, J. (1998a). Wrażliwość edukacyjna dziecka upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim. *Psychologia Wychowawcza*, 3, 247–260.
- Głodkowska, J. (1998b). Wrażliwość edukacyjna w kształtowaniu doświadczeń matematycznych u dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Głodkowska, J. (1999a). Analiza czynnikowa wrażliwości edukacyjnej jako źródło poznania dzieci rozpoczynających naukę w klasie pierwszej szkoły specjalnej. *Psychologia Wychowawcza*, 3, 247–259.
- Głodkowska, J. (1999b). Poznanie ucznia szkoły specjalnej. Wrażliwość edukacyjna dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim: diagnoza i interpretacja. Warszawa: WSiP.
- Gołubiew-Konieczna, M. (2006). Rodzina i szkoła w edukacji ucznia niepełnosprawnego w systemie edukacji. W: Cz. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński, *Dyskursy pedagogiki specjalnej*. Olsztyn: Wydawnictwo UAM.
- Janus, M., Offord, D. (2000). Reporting on readiness to learn at school in Canada. *ISUMA: Canadian Journal of Policy Research*, 1(2), 71–75.
- Kagan, S., Moore, E., Bredekamp, S. (red.). (1995). *Reconsidering children's early learning and development: Toward shared beliefs and vocabulary*. Washington, D.C.: National Education Goals Panel.
- Nęcka, E. (2003). *Inteligencja. Geneza, struktura, funkcje*. Gdańsk: GWP.
- Pilch, T., Bauman, T. (2001). *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Strelau, J. (1997). *Inteligencja człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

TASK-RELATED EDUCATIONAL SENSITIVITY IN STUDENTS WITH HEARING IMPAIRMENTS

Summary

Task-related educational sensitivity forms the structural basis of the educational sensitivity model. It is a category that covers detailed information on the child's psychophysical development. It includes various tasks that the child performs during the educational process. The task performance level shows the child's educational sensitivity in different areas. Task-related educational sensitivity includes 35 areas of child functioning and is based on observable activities. Their level shows the student's resources, skills, abilities, knowledge and experience.

The study covered 74 children with severe and profound hearing impairments starting elementary school. It was conducted in integrated and special schools in central Poland in the first semester. It aimed to determine the level of task-related educational sensitivity in students with hearing impairments starting elementary school. Thanks to the study, it is possible to know which areas are developed to the largest and smallest extent, which makes it possible to appropriately orient rehabilitation and therapeutic interventions for students with hearing impairments.

Key words: school readiness, child with hearing impairment, educational sensitivity, preparing a child for starting school

СПЕЦИФИКА САМОРЕГУЛЯЦИИ В УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Правительства Республики Татарстан в рамках научно-исследовательского проекта № 17-16-16004 «Прогностическая компетентность младших школьников с ограниченными возможностями здоровья в превенции девиаций»

Актуальность изучения саморегуляции в младшем школьном возрасте определяется тем, что осознанная регуляция деятельности в значительной степени является определяющим компонентом эффективности обучения. У младших школьников с сенсорными нарушениями процесс учебной деятельности имеет специфические особенности, которые обусловлены нарушением функционирования в системе зрительного или слухового анализатора. Недостаточная сформированность саморегуляции может привести к дезадаптации ребенка в новых школьных условиях и как следствие к неуспеваемости в учебной деятельности.

Целью исследования было выявление особенностей саморегуляции как компонента общей способности к учению у детей младшего школьного возраста с сенсорными нарушениями.

В экспериментальном исследовании выявлены особенности саморегуляции у младших школьников с нарушением зрения и слуха, выражающиеся в снижении уровня мотивации, снижении качества самоконтроля при оценке результатов и по ходу выполнения работы, а также более медленной скоростью переключения при смене видов деятельности.

У школьников с нарушениями зрения трудности саморегуляции связаны с неспособностью в отведенное время подчинить свою деятельность определенной цели и требованиям, а также с быстрой потерей интереса к выполняемой деятельности. У учеников с нарушениями слуха выявлены сложности с организацией собственной деятельности, трудности с осознанием поставленной учебной задачи и выполнением действий для её достижения, выявлена инертность процессов саморегуляции и самоконтроля.

Результаты исследования позволят разработать коррекционные программы и занятия, направленные на формирование саморегуляции в учебной деятельности школьников с сенсорными нарушениями.

Ключевые слова: саморегуляция, учебная деятельность, младший школьник, нарушение слуха, нарушение зрения

Введение

В российской психологии ведутся исследования механизмов регуляции деятельности (Конопкин, 2011), саморегуляции как способности к учению (Давыдов, 1999), разрабатываются модели формирования умений самоконтроля в обучении (Емельянов,

2012), подходы к изучению саморегуляции в учебно-познавательной деятельности детей (Кисова, 2015) и в структуре общей способности к учению (Ульenkova, 2001), диагностика структуры индивидуального стиля саморегуляции (Улановская, 2011).

Применительно к изучению младшего школьника, поднимаются вопросы формирования саморегуляции в учебной деятельности (Росина, 1998), формирования познавательного интереса в структуре общей способности к учению (Баранова, 2006; Дмитриева, 2003), изучение структуры способностей к учебной деятельности (Шмакова, 2001), особенности становления произвольной саморегуляции (Артемьева, Дуткевич, 2015; Сипачев, 2006). В исследованиях выявлено, что во многих случаях трудности в обучении обусловлены низким уровнем сформированности регуляторно-когнитивной структуры деятельности, и проявляются в виде интеллектуальной пассивности, в трудностях овладения учеником эффективными стратегиями организации мыслительных и мнемических действий.

Методика исследования

Предмет и цель исследования. В зарубежной психологии проблемы саморегуляции изучаются R. F. Baumeister (2006) и J. Kuhl (1992). Однако, проблема заключается в том, что при наличии солидного количества работ по проблеме саморегуляции у детей младшего школьного возраста, изучение специфики и формирования саморегуляции, как компонента учебной деятельности у младших школьников с сенсорными нарушениями проводится недостаточно полно (Ахметзянова, 2014).

Гипотеза исследования. Мы предположили, что наличие сенсорной депривации при нарушениях зрения и слуха оказывает влияние на снижение уровня сформированности саморегуляции в учебной деятельности. Особенности саморегулятивной деятельности младших школьников с сенсорными нарушениями проявляются в инертности психических функций, сниженных качествах самоконтроля и познавательной активности.

Участники и базы исследования:

В экспериментальном исследовании приняло участие 75 младших школьников в возрасте 7–9 лет. Выборку испытуемых без нарушений в развитии составили 25 учащихся первого и второго классов (из них 7 девочек и 18 мальчиков). Исследование проводилось на базе гимназии города Казани. Выборку испытуемых с нарушением зрения составили 25 учащихся первых и вторых классов (из них 12 девочек и 13 мальчиков). Исследование проводилось на базе казанской школы для детей с ограниченными возможностями здоровья, и школы-интерната Республики Марий Эл. Выборку испытуемых с нарушением слуха составили 25 учащихся первых и вторых классов (из них 10 девочек и 15 мальчиков). Базой исследования выступили казанская школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья и специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат II вида.

Методы исследования:

- наблюдение за поведением учащихся в процессе эксперимента.
- тестирование с помощью методики диагностики саморегуляции «Палочки-черточки» Ульenkовой У.В. (Ульenkova, 2001).
- нейропсихологический тест «Исследование произвольных форм деятельности» Цветковой Л.С. (Цветкова, 2002).
- «Тест простых поручений», разработанный и адаптированный коллективом психологов центра «Доверие» (Тест ..., 2000).

Результаты

В процессе наблюдения за учащимися без нарушений в развитии было выявлено, что большая часть детей осуществляет предложенную деятельность с интересом, пониманием конкретной конечной цели, достигает результата деятельности, даже при совершении ошибок. У некоторых учащихся наблюдалось пресыщение деятельностью, что проявлялось в разговорах на посторонние темы, в чрезмерной двигательной активности. Все учащиеся легко шли на контакт, некоторые проявляли инициативу в общении. Отказа или нежелания выполнять задания не зафиксировано.

При изучении детей с нарушениями зрения была отмечена заинтересованность в выполнении заданий, но в некоторых случаях заинтересованность быстро сменялась на безразличие, деятельность детей замедлялась, либо останавливалась совсем. При постоянном контроле со стороны учителя дисциплина в классе сохранялась.

Не было отмечено выраженного интереса при выполнении предлагаемых заданий у большинства учащихся с нарушениями слуха, что, вероятнее всего, можно объяснить сложностями восприятия и осознания инструкции.

Уровни сформированности саморегуляции у младших школьников

С помощью методики «Палочки-черточки», разработанной Ульяновской были выявлены уровни сформированности саморегуляции в учебной деятельности у младших школьников без нарушений в развитии, с нарушениями слуха и зрения (см. рисунок 1).

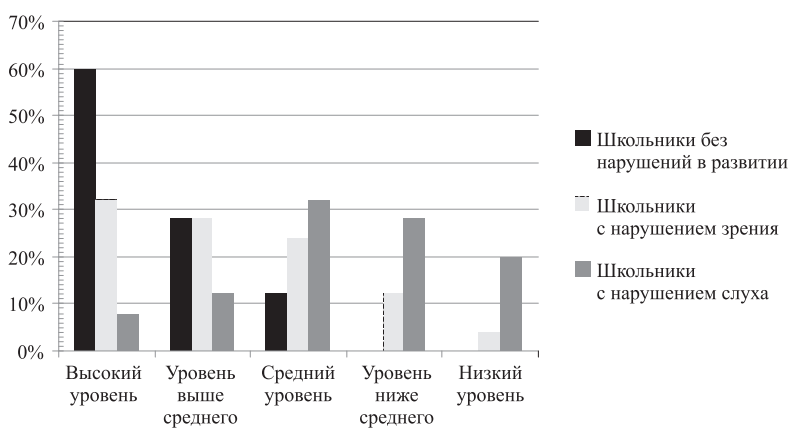


Рисунок 1. Уровни сформированности саморегуляции в учебной деятельности у младших школьников

Анализ полученных результатов позволяет утверждать, что школьники без нарушений в развитии обладают высокой способностью к сознательному и самостоятельному осуществлению учебной деятельности, что проявляется в полноте принятия и сохранения учебных задач.

В регулятивной деятельности у детей с сенсорными нарушениями возникают трудности при реализации конечной цели выполняемой деятельности, наблюдается снижение качества самоконтроля при оценке результатов выполненной работы.

Снижение самоконтроля и оценочной деятельности в большей степени проявляется у учащихся с нарушением слуха.

Статистический анализ различий между выборками по критерию Фишера представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Статистические различия уровней сформированности саморегуляции у младших школьников без нарушений в развитии и с сенсорными нарушениями (по критерию Фишера)

Уровень	Нормативное развитие/Нарушение зрения	Нормативное развитие/Нарушение слуха
Высокий	$\varphi = 2.013$, при $p \leq 0.01$	$\varphi = 2.98$, при $p \leq 0.001$
Ниже среднего	$\varphi = 2.5$, при $p \leq 0.01$	$\varphi = 2.5$, при $p \leq 0.01$
Низкий		$\varphi = 2.028^*$, при $p \leq 0.01$

Исследование произвольных форм деятельности у младших школьников

С помощью методики Л. С. Цветковой были выявлены уровни произвольных форм деятельности у детей без нарушений в развитии и с сенсорными нарушениями. Сравнительные результаты по методике «Исследование произвольных форм деятельности» представлены на рисунке 2.

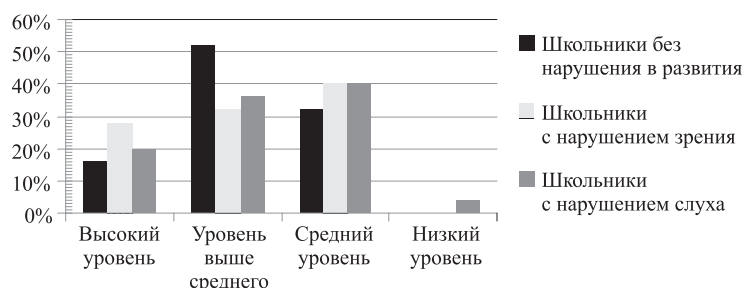


Рисунок 2. Уровни произвольных форм деятельности у младших школьников

У большинства школьников без нарушений в развитии выявлен уровень произвольных форм деятельности выше среднего. Средний уровень выявлен у 40 % детей с нарушениями слуха и зрения. Для этих детей характерно застревание на одном действии и многократное его повторение, что возможно может быть связано с инертностью процессов регуляции. Низкий уровень произвольных форм деятельности обнаружен только у детей с нарушениями слуха. У школьников отсутствует интерес к содержанию выполняемой деятельности. У младших школьников с нарушением зрения выявлены трудности при организации произвольной деятельности, связанные с неспособностью к быстрому переключению с формы зрительного восприятия на слуховую форму. В процессе деятельности замечены сложности с сохранением внимания на одном объекте деятельности.

Статистически значимые различия были выявлены только при сравнении результатов у учащихся без нарушений в развитии и у учеников с нарушением зрения на уровне выше среднего ($\varphi = 1.44$ при $p \leq 0.05$).

Изучение мотивации, стремления к положительной оценке деятельности и качество самоконтроля по ходу выполнения заданий у младших школьников

С помощью методики «Тест простых поручений» были выявлены такие показатели как наличие мотивации к осуществлению деятельности, стремление к положительной оценке деятельности, качество самоконтроля по ходу выполнения заданий у младших школьников без нарушения в развитии и с нарушениями слуха и зрения (см. рисунок 3).

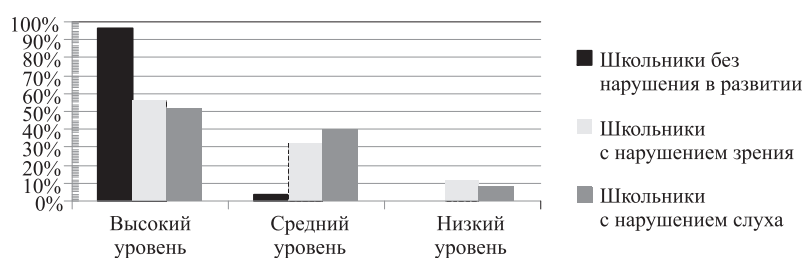


Рисунок 3. Уровни саморегуляции по ходу выполнения заданий у младших школьников без нарушения в развитии и с нарушениями слуха и зрения.

У 96% школьников без нарушений в развитии выявлен высокий уровень способности к планированию и осуществлению собственной учебной деятельности. При выполнении заданий у школьников отмечена заинтересованность в выполнении заданий, полное принятие и сохранение инструкции, качественное выполнение заданий, самостоятельное нахождение и исправление допущенных ошибок в ходе выполнения заданий, стремление к получению положительной оценки. Низкий уровень саморегуляции не был выявлен среди испытуемых данной группы.

Большинство школьников с нарушением зрения (56%) успешно справились с заданием, однако достаточно часто влияние внешних раздражителей отрицательно сказывалось на ход работы испытуемых, наблюдалось отвлечение от поставленной задачи и вследствие этого частичная утрата инструкции. 12% школьников воспринимают и понимают лишь часть инструкций, поэтому большинство заданий либо не выполнялось, либо выполнялось с ошибками, которые в ходе выполнения теста самостоятельно не исправлялись. Основные ошибки связаны с нарушениями пространственной ориентировки, пространственного анализа, добавление лишних элементов, которые в инструкции не задавались.

52% школьников с нарушениями слуха успешно контролировали собственную деятельность. Однако у 40% испытуемых в процессе деятельности отмечались нарушения внимания, которые сказывались на отвлечении от поставленной учебной задачи, смене объекта интереса. У 8% испытуемых, отнесенных к низкому уровню, ошибки выражаются в нарушении пространственной ориентировки, пространственного анализа, добавлении лишних элементов, которые не указаны в тексте поручения.

Различия в выборках испытуемых были проверены с помощью критерия Фишера (см. табл. 2).

Таблица 2.

Статистические различия уровней сформированности саморегуляции у младших школьников без нарушений в развитии и с сенсорными нарушениями

Уровень	Нормативное развитие/ Нарушение зрения	Нормативное развитие/ Нарушение слуха	Нарушение зрения / Нарушение слуха
Высокий	$\varphi = 3.9$, при $p \leq 0.001$	$\varphi = 3.7$, при $p \leq 0.001$	
Средний		$\varphi = 2.83$, при $p \leq 0.001$	$\varphi = 2.83$, при $p \leq 0.001$
Низкий	$\varphi = 2.02$, $p \leq 0.01$	$\varphi = 2.5$, при $p \leq 0.01$	

Заключение

Проведенное исследование позволяет выявить специфику саморегуляции младших школьников с сенсорными нарушениями в учебной деятельности.

Младшие школьники с нарушениями зрения:

У младших школьников с нарушениями зрения трудности саморегуляции связаны с неспособностью в отведенное время подчинить свою деятельность определенной цели и требованиям, а также с быстрой потерей интереса к выполняемой деятельности. Наблюдалась инертность процессов регуляции, проявляющаяся в медлительном выполнении заданий. У части испытуемых замечена выраженная активность при выполнении заданий, проявляющаяся в стремлении учащихся быстрее завершить свою деятельность. При неполном принятии и понимании инструкции испытуемые не обращаются с просьбой повторить инструкции, а сразу приступают к выполнению задания, при этом ошибки в большинстве случаев не замечаются. Основные ошибки заключаются в персеверациях, нарушениях переключения с одного вида деятельности на другой. Влияние внешних раздражителей отрицательно сказывается на ходе работы испытуемых. Наблюдается отвлечение от поставленной задачи и вследствие этого происходит частичная утрата инструкции.

Младшие школьники с нарушениями слуха:

У испытуемых с нарушением слуха наблюдается недостаточная сформированность саморегулятивного компонента общей способности к учению. У большей части испытуемых выявлены сложности с организацией собственной деятельности, трудности с осознанием поставленной учебной задачи и выполнением действий для её достижения, выявлена инертность процессов саморегуляции и самоконтроля. Ученики часто начинают выполнять тест, даже если в полной мере не осознали цель задания и правила его выполнения. В связи с этим допускается большое количество ошибок, которые самостоятельно не обнаруживаются и не корректируются. Среди ошибок замечены следующие: персеверации, трудности при переходе с одного вида деятельности на другой. Ошибки выражаются в нарушении пространственной ориентировки, пространственного анализа, добавлении лишних элементов, которые не указаны в тексте поручения.

Выявленные в исследовании особенностей регулятивной сферы детей с сенсорными нарушениями позволят качественно и продуктивно организовать коррекционно-развивающий процесс, позволят студентам и специалистам наладить процесс взаимодействия со школьниками с нарушениями слуха и зрения более эффективно (Ахметзянова, 2015; Kulesza, 2013).

Литература

- Ахметзянова, А.И. (2014). Исследование вербального интеллекта в структуре готовности к школьному обучению слабовидящих детей. *Проблемы сучасної психології Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана Огієнка*, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України/За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої, Вип. 23, Кам'янець-Подільський: Аксіома, 32–44.
- Ахметзянова, А.И. (2015). Вариативные формы дошкольного образования в инклюзивном пространстве. *Проблемы сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України/за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої, Вип. 29, Кам'янець-Подільський: Аксіома, 45–55.
- Артемьева, Т.В., Дуткевич, Т.В. (2015). Понимание юмористического контекста детьми младшего школьного возраста. *Проблемы сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України/за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А.Онуфрієвої, Вип. 29, Кам'янець-Подільський: Аксіома, 33–45.
- Baumeister, R.F. (2006). Self-Regulation and Personality: How Interventions Increase Regulatory Success, and How Depletion Moderates the Effects of Traits on Behavior. *Journal of Personality*, 74(6), 1773–801.
- Баранова, Э.А. (2006). *Психологическая система изучения и формирования познавательного интереса в структуре общей способности к учению в дошкольном и младшем школьном возрасте*. Н. Новгород: Нижегородский государственный педагогический университет. 53 с.
- Давыдов, В.В. (1999). *Младший школьный возраст как особый период в жизни*. М.: «Академия». 320 с.
- Дмитриева, И. М. (2003). *Формирование познавательного интереса у младших школьников в структуре общей способности к учению*. Н. Новгород: Нижегородский государственный педагогический университет. 19 с.
- Емельянов, В.С. (2012). Теоретическая модель процесса формирования умений самоконтроля в обучении. *Современные исследования социальных проблем*, № 10, 29 с.
- Кисова, В.В. (2015). Психодиагностические подходы к изучению саморегуляции в учебно-познавательной деятельности у старших дошкольников. *Современные проблемы науки и образования*, № 1, 17–21.
- Конопкин, О.А. (2011). Психологические механизмы регуляции. М.: Едиториал УРСС. 320 с.
- Kuhl, J. (1992). A theory of self-regulation: Personality, assessment and experimental analysis. volume I.T. Goschke, M. Kazen (eds). Osnabruck: Universität Osnabruck. 4–45.
- Kulesza, E.M. (Ed.) (2013). *Education of students with special needs – world experience. Individual Programs of Education and Therapy (IPET)*. Warszawa: Wyd. APS. 159 p.
- Росина, Н.Л. (1998). *Формирование саморегуляции у младших школьников в учебной деятельности*. Н. Новгород: Нижегородский государственный педагогический университет. 18 с.
- Сипачев, Н.О. (2006). Особенности становления произвольной саморегуляции в дошкольном и младшем школьном возрасте. *Личностные и когнитивные аспекты саморегуляции деятельности человека*. М.: ПИ РАО. 235–270.
- Тест со всех сторон (2000). Тест простых поручений. ППМС-центр «Доверие». *Школьный психолог*, №5. 9–10.
- Улановская, Л.Ю. (2011). *Диагностика структуры индивидуального стиля саморегуляции*. М.: Ламберт. 178 с.
- Ульenkova, У.В. (2001). Экспериментальное изучение формирования саморегуляции в структуре общей способности к учению шестилетних детей с задержкой психического развития. *Дефектология*, № 1, 26–33.
- Цветкова, Л.С. (2002). *Методика нейропсихологической диагностики детей*. М.: «Педагогическое общество России». 96 с.
- Шмакова, В.А. (2001). *Структура способностей к учебной деятельности в младшем школьном возрасте и динамика их развития*. Комсомольск-на-Амуре. 18 с.

SPECIFIC CHARACTER OF SELF-REGULATION OF THE LEARNING PROCESS IN CHILDREN WITH SENSORY IMPAIRMENTS AT AN EARLY ELEMENTARY SCHOOL AGE

Summary

The relevance of studying self-regulation in early elementary schoolchildren is determined by the belief that conscious regulation of the learning process is largely a determining factor of the effectiveness of learning. The learning process in early elementary schoolchildren with sensory impairments has specific features that are conditioned by a malfunction in the visual or auditory analyzers. A low level of self-regulation can lead to a child's poor adaptation to new school conditions and, as a consequence, to poor academic performance.

The aim of the study was to identify the features of self-regulation as a component of general learning ability in early elementary schoolchildren with sensory impairments. The pilot study revealed the features of self-regulation in early elementary schoolchildren with visual and hearing impairments which are manifested in a reduced level of motivation and self-control while doing tasks and assessing the results of their work, and also in a slower switching rate when changing activities as compared to their nondisabled peers.

The data show that schoolchildren with visual impairments cannot orient their activity toward a specific goal and requirements in a set time period and quickly lose interest in the activities performed. Schoolchildren with hearing impairments, on the other hand, have difficulty organizing their activities and understanding the learning task and actions that need to be performed to complete the task. They also show inertness in self-regulation and self-control.

The results of the study will allow us to design intervention programs and activities aimed at developing self-regulation of learning in early elementary schoolchildren with sensory impairments.

Key words: self-regulation, learning, early elementary schoolchild, hearing impairments, visual impairments

SPECYFIKA SAMOREGULACJI PROCESU UCZENIA SIĘ DZIECI Z ZABURZENIAMI SENSORYCZNYMI W WIEKU WCZESNOSZKOLNYM

Streszczenie

Aktualność badań dotyczących samoregulacji dzieci w wieku wczesnoszkolnym wynika z przekonania o tym, że świadoma kontrola procesu uczenia się jest wiodącym czynnikiem efektywności nauczania. Proces uczenia się dzieci z wadami sensorycznymi charakteryzuje się swoistymi właściwościami, u podłoża których leży zaburzenie funkcjonowania analizatorów wzrokowego i słuchowego. Niski poziom samoregulacji może skutkować problemami w adaptacji ucznia do nowych warunków, a następnie prowadzić do niepowodzeń szkolnych.

Celem podjętych badań było poznanie specyfiki samoregulacji jako komponentu ogólnej zdolności uczenia się dzieci z sensorycznymi zaburzeniami w wieku wczesnoszkolnym. Badania ujawniły, że uczniowie z wadami słuchu i wadami wzroku cechuje obniżony poziom motywacji i samokontroli w trakcie wypełniania zadań i oceny rezultatów pracy, a także mniejsze tempo przełączania się na inny rodzaj aktywności w porównaniu z rówieśnikami bez problemów sensorycznych.

Dane wskazują, że uczniowie z wadami wzroku nie potrafią w określonym czasie podporządkować swojej aktywności wyznaczonemu celowi i wymaganiom i szybko tracą zainteresowanie. Z kolei uczniowie z wadami słuchu mają trudności z organizacją swojej aktywności, problemy ze zrozumieniem zadania i czynności, jakie należy podjąć, aby zadanie wykonać. Ponadto ujawniono u nich inercję procesów samoregulacji i samokontroli.

Wyniki badań posłużą opracowaniu programu i zajęć kształtujących samoregulację procesu uczenia się dzieci z sensorycznymi zaburzeniami w wieku wczesnoszkolnym.

Słowa kluczowe: samoregulacja, uczenie się, uczeń w wieku wczesnoszkolnym, wady słuchu, wady wzroku

SPECJALNE POTRZEBY EDUKACYJNE UCZNIÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKU

Od prawie czterdziestu lat jestem związana z osobami niewidomymi. W artykule tym chcę podzielić się swoimi doświadczeniami dotyczącymi specjalnych wymagań edukacyjnych tej grupy uczniów, których spełnienie jest niezbędne do jej właściwego funkcjonowania. Uważam, że miałam wielkie szczęście poznać osoby niezwykle, wybitnie zdolne, utalentowane, pogodne, takie, z którymi chce się przebywać. Podam jako przykład mojego podziwu jedną sytuację, w której przed laty uczestniczyłam. W pociągu jedzie grupa niewidomych chłopców i gra w szachy. Szachownica zwyczajna, tylko pola ciemne wypukłe, w stosunku do jasnych, pionki i figury takie same, jedynie białe mają na górze wypukłe oznaczenia. Ja oceniam siebie jako dobrą szachistkę. Jednak kiedy zaczęliśmy grać, to szybko zmieniłam zdanie. Okazało się, że tak naprawdę to tylko ja korzystam z szachownicy. Chłopcy wiele operacji zapamiętywali, określali tylko pola, np.: „skoczek na A4”. Mieli szybkie tempo gry, doskonałą wyobraźnię przestrzenną i pamięć. Często z nimi przegrywałam. Okazało się, że jechali na Mistrzostwa Polski Niewidomych w Szachach.

Myślę, że powszechnie ludzie przeceniają rolę wzroku i nie wyobrażają sobie poznawania świata i życia bez tego zmysłu. Rzeczywiście, jest to inne poznanie, ale z pewnością nie gorsze. Nie chcę jednak, żeby to zabrzmiało tak, że brak wzroku lub poważne jego ograniczenie można bagatelizować. Tak nie jest. Grupa uczniów z dysfunkcją wzroku jest bardzo zróżnicowana i do określenia specjalnych potrzeb edukacyjnych trzeba podchodzić indywidualnie. Główny podział to uczniowie niewidomi, którzy muszą stosować „techniki brajlowskie”, i uczniowie słabowidzący, którzy mogą posługiwać się wzrokiem, lecz w ograniczonym zakresie i trzeba im w tym pomóc.

Tradycyjny system edukacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzroku uważany jest za dość kontrowersyjny ze względu na jego segregacyjny charakter. Mamy w Polsce sieć ośrodków szkolno-wychowawczych ukierunkowanych na edukację uczniów niewidomych i słabowidzących. Znajdują się one w Bydgoszczy, Łaskach k. Warszawy, Owińskach k. Poznania, Krakowie, Wrocławiu, Dąbrowie Górniczej, Łodzi, Lublinie, Radomiu i Warszawie. W większości są to bardzo dobre ośrodki, z dużym doświadczeniem, przygotowaną kadrą i specjalistycznym wyposażeniem. Zmiany w prawie oświatowym w latach 90. XX w., które powstawały w dużej mierze pod wpływem aktywności stowarzyszeń rodziców, spowodowały, że nie jest to jedyna droga dla dzieci i młodzieży z dysfunkcją wzroku w zdobywaniu wykształcenia. Z roku na rok wzrasta liczba uczniów z niepełnosprawnością wzroku uczących się poza systemem specjalnym. Uczniowie niewidomi i słabowidzący są grupą, która w Polsce w znacznej

większości kształci się w szkołach ogólnodostępnych (w tym z oddziałami integracyjnymi) (tabele 1 i 2).

Tabela 1.

Rozkład uczniów z dysfunkcją wzroku w szkołach ogólnodostępnych

Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2013/2014 (GUS, 2015)	
Uczniowie niewidomi i słabowidzący (bez szkół specjalnych)	
niewidomi	słabowidzący
w szkołach podstawowych (bez szkół specjalnych)	
43	2740
w gimnazjach (bez szkół specjalnych)	
20	1574
w zasadniczych szkołach zawodowych (bez szkół specjalnych)	
–	87
w liceach ogólnokształcących (łącznie z uzupełniającymi liceami ogólnokształcącymi; bez szkół specjalnych)	
16	415
w liceach profilowanych (bez szkół specjalnych)	
–	9
w technicach (łącznie z technikami uzupełniającymi; bez szkół specjalnych)	
3	269

Tabela 2.

Rozkład uczniów z dysfunkcją wzroku w szkołach specjalnych

Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2013/2014 (GUS, 2015)	
Uczniowie niewidomi i słabowidzący (szkoły specjalne)	
w szkołach podstawowych specjalnych	
79	219
w gimnazjach specjalnych	
47	193
w specjalnych zasadniczych szkołach zawodowych	
21	101
w specjalnych liceach ogólnokształcących (łącznie ze specjalnymi uzupełniającymi liceami ogólnokształcącymi)	
40	151
w specjalnych liceach profilowanych	
–	–
w specjalnych technicach (łącznie ze specjalnymi technikami uzupełniającymi)	
45	196

Z danych GUS z 2015 r. wynika, że w roku szkolnym 2013/2014 liczba dzieci i młodzieży z dysfunkcją wzroku pobierających naukę w ogólnodostępnych szkołach podstawowych, gimnazjach, szkołach zawodowych i średnich wynosiła ogółem 5176, podczas gdy do szkół specjalnych dla niewidomych i słabowidzących tych samych typów uczęszczało 1092 uczniów.

Doświadczana dysfunkcja (niewidzenie lub słabowzroczność) ma duże znaczenie dla wybieranej formy kształcenia. W ogólnodostępnych szkołach uczy się 85% uczniów słabowidzących, a pozostałych zaledwie 15% uczy się w szkołach specjalnych. Odwrotna sytuacja jest natomiast wśród uczniów niewidomych – 26% z nich uczy się w szkołach ogólnodostępnych, a znacznie więcej, bo 74% – w specjalnych.

„Mimo iż proces włączania jest już w Polsce stanem faktycznym, istnieje jednak wyraźna rozbieżność pomiędzy założeniami teoretycznymi a praktyczną próbą realizacji idei «szkoły dla wszystkich». Dotyczy to przede wszystkim warunków infrastrukturalnych, organizacyjnych, metodycznych i dydaktycznych kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w systemie edukacji powszechnej na obszarze całego kraju, a także systemu kształcenia i doskonalenia kadr nauczycielskich, który wymaga koniecznych modyfikacji w obrębie nabywanych kwalifikacji zawodowych. Uwagi te dotyczą również sytuacji wdrażania w praktyce idei włączania uczniów niewidomych i słabowidzących w nurt edukacji ogólnodostępnej.

Kierunek działań ułatwiających działalność edukacyjną o charakterze inkluzywnym, podjętych w szkolnictwie powszechnym z myślą o dzieciach i młodzieży z dysfunkcją wzroku, wymaga ustawicznego monitorowania i pogłębionych refleksji tyflopedagogicznych, skutkujących jego ewaluacją. Tylko w ten sposób możliwe będzie wypracowanie najbardziej optymalnego systemu wsparcia obszaru szkolnej inkluzji uczniów z dysfunkcją wzroku” (Dycht, 2015, s. 35).

Część szkół odmawia przyjęcia ucznia z dysfunkcją wzroku w obawie przed trudnościami w sprostaniu jego specjalnym potrzebom edukacyjnym. Spotykam się także z sytuacjami świadczącymi o całkowitym braku zrozumienia problemów ucznia niewidomego. Podam trzy przykłady: uczeń niewidomy w szkole integracyjnej ma zabronione używanie białej laski, a przecież jest to podstawowe narzędzie niezbędne do samodzielnego poruszania się. Inny przykład, dyrektor szkoły, proszony o przyjęcie niewidomego ucznia, proponuje indywidualne nauczanie, po dalszym naleganiu odpowiada: „my nie umiemy migać”. Trzecia sytuacja, rodzice niewidomej córki, rok wcześniej przed podjęciem przez nią nauki, poszli uprzedzić dyrekcję szkoły o jej specjalnych potrzebach edukacyjnych. Wydawało się, że zostali dobrze zrozumiani. Nauczycielka, w której klasie miała podjąć naukę uczennica niewidoma, zaczęła studia podyplomowe z pedagogiki specjalnej, tylko że z zakresu surdopedagogiki zamiast tyflopedagogiki.

Dysfunkcja narządu wzroku powoduje z jednej strony pewne ograniczenia w funkcjonowaniu uczniów niewidomych i słabowidzących, a z drugiej – wyzwala często niezwykle zasoby i możliwości. Główne ograniczenia obejmują sferę poznawczą, orientację przestrzenną i samodzielne poruszanie się, a także życie społeczne. Oczywiście, wymienione czynniki są z sobą związane i każdy z nich może mieć jeszcze dodatkowe następstwa. Brak wizualnej percepcji świata może powo-

dować trudności w jego poznawaniu. Utrudniony bywa dostęp do podręczników, literatury, czasopism, dokumentów. Dlatego bardzo istotna jest dobra edukacja. W jej procesie ważne jest ustalenie, jaką metodą dziecko z niepełnosprawnością wzroku będzie uczyło się czytać i pisać: wzrokową, dotykową czy łączoną. Niektóre dzieci słabowidzące powinny w nauce szkolnej stosować pismo i pomoce brajlowskie, inne mogą posługiwać się zwykłym pismem, ale czasem w inny sposób. W normalnych warunkach szkolnych wymaga się od uczniów, aby czytali z odległości 30–40 cm, aby utrzymywali prawidłową pozycję ciała i nie nachylali zbyt głębo głowy. Od dzieci słabowidzących nie możemy tego egzekwować. Należy pozwolić im czytać z wygodnej odległości. Aby zmniejszyć nieprawidłową postawę ciała, dobrze jest stosować podpórki pod książki. Pomocą dla niektórych uczniów słabowidzących będą też zeszyty z szerszym rozstawieniem linii i z wyraźną kreską oraz książki z powiększonym drukiem.

Uczniowie niewidomi powinni posługiwać się metodą dotykową z zastosowaniem wypukłego pisma Braille'a. Szerzej o tym pisałam w książce pt. *Rehabilitacja niewidomych i słabowidzących* (Kuczyńska-Kwapisz, 1996a). Jego istota polega na rozmieszczeniu sześciu wypukłych punktów na obwodzie prostokąta mieszczącego się pod opuszką wskazującego palca. Różna liczba punktów i ich zróżnicowana konfiguracja tworzą 63 znaki. System brajlowski umożliwia osobom niewidomym samodzielne czytanie i pisanie. Pozwala na zastosowanie go w różnych językach, a także w notacji matematycznej, fizycznej, chemicznej i muzycznej. Z moich badań i obserwacji wynika, że nie wszyscy niewidomi uczniowie mają zapewnioną naukę brajla, a jest to ich podstawowa specjalna potrzeba edukacyjna. Część nauczycieli niesłusznie uznaje, że jest ona zbyt trudna; nie wiedzą oni, że znaki pisma Braille'a można czytać także wzrokiem, co jest znacznym ułatwieniem dla widzących nauczycieli i kolegów z klasy. Moja doktorantka Małgorzata Paplińska jest autorką podręcznika dla osób widzących pt. *Nauka brajla w weekend* (Paplińska, 2009). Jest on z pewnością bardzo pomocny nauczycielom, którzy w klasie mają niewidomego ucznia. Pismo dotykowe może być interesujące także dla innych osób. Pozwala ono widzącym uczniom poznać specyfikę pracy niewidomego kolegi, wzbudzić uznanie dla jego umiejętności i rozwiniętego zmysłu dotyku. Pismo brajlowskie może także znaleźć zastosowanie w zabawach i grach harcerskich jako forma tajnego zapisu szyfrem. Takie było jego pierwotne przeznaczenie.

W 1819 r. francuski oficer Charles Barbier opracował pismo przeznaczone do „nocnego czytania na polu bitwy”. Nie zyskało ono uznania jako szyfr do zastosowania w armii francuskiej, pozwalający na przesyłanie rozkazów wojskowych. Dla żołnierzy okazało się zbyt trudne, ale zainteresowało ucznia paryskiej szkoły dla niewidomych Louisa Braille'a. W wieku 15 lat opracował on doskonały i z powodzeniem stosowany na całym świecie system pisma wypukłego. Do specyfiki języka polskiego dostosowała go Róża Czacka (Kuczyńska-Kwapisz, 2011).

Do wykorzystania w procesie edukacji niezwykle pomocne są komputery i urządzenia z nimi współpracujące. Od dawna starano się stworzyć urządzenie, które przekształcałoby pismo płaskie czarnodrukowe na wypukłe brajlowskie. Stworzono „otikon”, jednak nie zdobył on popularności ze względu na trudności posługiwania się nim, a także wysoką cenę spowodowaną jednostkową produkcją.

Obecnie komputer jest ten sam dla wszystkich. Zróżnicowane są niektóre programy i urządzenia z nim współpracujące. Uczeń niewidomy może odczytywać tekst wypukły dotykiem na specjalnym ekranie, częściej zwanym linijką brajlowską, lub usłyszeć go dzięki syntezy mowy. Dane do pamięci komputera może wprowadzić korzystając ze zwykłej klawiatury lub z klawiatury brajlowskiej. Ten sam tekst może być wydrukowany równolegle na specjalnej drukarce brajlowskiej na potrzeby niewidomego ucznia i zwykłej laserowej czy atramentowej dla wszystkich innych osób widzących. Komputer jest wielkim udogodnieniem również dla uczniów słabowidzących. Mogą oni łatwo ustawić odpowiednią dla siebie wielkość liter, wyraźny kontrast, zmieniać tło.

Następna niezwykle ważna sprawa to podręczniki dla uczniów niewidomych. „Współczesny podręcznik brajlowski dla ucznia niewidomego jest środkiem dydaktycznym dostarczającym nie tylko wiedzę przedmiotową oraz umożliwiającym ćwiczenie umiejętności przewidzianych programem nauczania, ale także informacji o wizualnych środkach przedstawiania i może wspierać edukację tyflogiczną ucznia poprzez oferowanie wiedzy o różnych konwencjach rysunkowych oraz zróżnicowanych technikach ich tworzenia” (Śmiechowska-Petrovskij, 2015, s. 209).

MEN zleca i finansuje adaptacje podręczników zamawianych przez dyrektorów szkół, z których kształcą się uczniowie niewidomi. Proces adaptacji podręczników koordynuje Ośrodek Rozwoju Edukacji. W tej chwili jest przygotowanych profesjonalnie 370 podręczników brajlowskich uwzględniających nową podstawę programową. Każdego roku ten zbiór zostaje powiększony. Ważne jest, aby uczeń z dysfunkcją wzroku miał taki sam podręcznik jak wszyscy w danej klasie, jednak odpowiednio dostosowany do jego indywidualnych, specjalnych potrzeb edukacyjnych. W związku z tym należy o to zatroszczyć się z odpowiednim wyprzedzeniem. Również istotne jest zadbanie o inne pomoce dydaktyczne, które można kupić lub wykonać. Polecam portal www.tyflomapy.pl, a w nim aktualne dane o zasadach adaptacji map, jak również innych materiałów dydaktycznych do wersji brajlowskiej i z powiększonym drukiem, a także różne nowości tyflopedagogiczne.

Niesamodzielność w poruszaniu się może prowadzić do izolacji, całkowitego uzależnienia się od innych, niskiej samooceny, rezygnowania z edukacji, w przyszłości – do większych trudności z uzyskaniem pracy. W szkołach specjalnych dzieci z dysfunkcją wzroku biorą systematycznie udział w zajęciach z zakresu orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania, a więc i w innych szkołach uczniowie z niepełnosprawnością wzroku powinni koniecznie mieć zorganizowane tego typu zajęcia. Także przestrzeń szkolna powinna uwzględniać potrzeby ucznia z niepełnosprawnością wzroku dotyczące bezpiecznego poruszania się. Na temat nauczania orientacji przestrzennej szerzej pisałam w książkach *Orientacja przestrzenna i poruszanie się niewidomych oraz słabowidzących* (Kuczyńska-Kwapisz, Kwapisz, 1990), *Orientacja przestrzenna w usamodzielnianiu osób niewidomych* (Kuczyńska-Kwapisz, 2001) i artykule *Doświadczenia z nauczania niewidomych orientacji przestrzennej* (Kuczyńska-Kwapisz, Kwapisz, 1982).

Mniejsza aktywność społeczna uczniów z dysfunkcją wzroku może być spowodowana lękiem przed ośmieszeniem, drwinami, niezrozumieniem. Pod-

kreślałam: „może”, bo przecież nie musi. Wielu uczniów niewidomych dzięki własnym predyspozycjom, aktywności, dobrze prowadzonej edukacji i rehabilitacji nawet nie zauważa tych wymienionych ograniczeń lub stanowią one tylko problem w jakimś przejściowym okresie. Często jednak to szkolne środowisko społeczne, rówieśnicy widzący, pozostawiają kolegów niewidomych w izolacji.

Kończąc rozważania, syntetycznie przedstawię rady i wskazówki dla nauczyciela, które zamieściłam w serii wydawniczej zatytułowanej *One są wśród nas* (Kuczyńska-Kwapisz, 1996b).

Jeśli w klasie są uczniowie z problemami wzrokowymi, nauczyciel powinien:

1. Sprawdzić, z jakiej odległości i jakiej wielkości litery i przedmioty widzi każde z dzieci.
2. Skonsultować się z okulistą lub rehabilitantem wzroku w sprawie oceny możliwości wzrokowych dziecka.
3. Zadbać, aby tablica była duża, czarna lub ciemnozielona, matowa, gładka i dobrze oświetlona, a kreda miękka – biała lub żółta. Wprowadzić ewentualnie dodatkowe oświetlenie punktowe.
4. Wyraźnie odczytywać wszystko to, co jest napisane na tablicy. Przedmioty, o których mówi, podawać uczniom do obejrzenia, dotknięcia, powąchania itp. Jeśli są zbyt dużych rozmiarów, zastępować je modelami. Pozwalać dzieciom na podchodzenie do oglądanych obiektów, jeśli może im to ułatwić poznanie.
5. Zachęcać dzieci do używania lunetki, turmonu lub innych pomocy optycznych, gdy są użyteczne.
6. Zwracając się do ucznia niewidomego lub słabowidzącego wymawiać jego imię, aby był pewien, że o niego chodzi.
7. Zachęcać dziecko do udziału we wszystkich możliwych dla niego zajęciach, a jednocześnie unikać sytuacji, którym uczeń nie może sprostać.
8. Poznać techniki brajlowskie, jeżeli choć jeden uczeń się nimi posługuje.
9. Doceniając życzliwą postawę kolegów, dbać, żeby dziecko nie było zbyt uzależnione od innych.
10. Uświadomić w sposób dobrze przemyślany pozostałym uczniom możliwości i ograniczenia niewidomego lub słabowidzącego kolegi.
11. Pamiętać, że wiele problemów dziecka wcale nie musi wiązać się z brakiem wzroku lub zaburzeniami widzenia.

Nauczyciel nie powinien:

1. Używać gestykulacji bez wyjaśnień słownych.
2. Używać nieprecyzyjnych określeń w rodzaju: „idź prosto”, „tam połóż” – bez punktów odniesienia; uczeń może nie kojarzyć, co to oznacza.
3. Dotykać dziecka zniechęcająco, bez uprzedzenia słownego.
4. Stosować taryfy ulgowej wobec niepełnosprawnych i obniżać wymagań dotyczących nauki i zachowania (tamże, s.14).

Reasumując, grupa uczniów z niepełnosprawnością wzroku jest bardzo zróżnicowana i do określenia specjalnych potrzeb edukacyjnych trzeba podchodzić indywidualnie. Główny podział to uczniowie niewidomi, którzy muszą stosować „techniki brajlowskie”, i uczniowie słabowidzący, którzy mogą posługiwać się

wzrokiem, lecz w ograniczonym zakresie i z pewną pomocą. Trudności uczniów z dysfunkcją wzroku obejmują sferę poznawczą, orientację przestrzenną i samodzielne poruszanie się, a także życie społeczne.

Uczniowie niewidomi powinni posługiwać się metodą dotykową z użyciem pisma Braille'a. Niektóre dzieci słabowidzące powinny w nauce szkolnej stosować pismo i pomoce brajlowskie, inne mogą się posługiwać zwykłym pismem, ale czasem w odmienny sposób.

Do wykorzystania w procesie edukacji niezwykle pomocne są komputery i urządzenia z nimi współpracujące.

Coraz częściej i coraz lepiej wymienione główne kategorie ograniczeń związanych z poznawaniem, orientacją przestrzenną i samodzielnym poruszaniem oraz z izolacją społeczną można pokonać. Pomocna jest dobra edukacja wspierana przez nowe technologie informatyczne, prowadzona nowoczesnie rehabilitacja w zakresie samodzielności w czynnościach życia codziennego oraz bezpiecznego poruszania się w pomieszczeniach i przestrzeni miejskiej. Konieczne jest stwarzanie sytuacji ułatwiających komunikację interpersonalną oraz kształtowanie otwartego społeczeństwa na właściwe podejście do osób z dysfunkcją wzroku. Jest to rola nie tylko szkół, ale także instytucji zajmujących się kulturą, środków przekazu oraz polityki społecznej państwa.

Bibliografia

- Dycht, M. (2015). Edukacja włączająca uczniów z dysfunkcją wzroku w Polsce – wdrażanie zobowiązań i analiza wątków zaniedbanych. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2, 34–49.
- Kuczyńska-Kwapisz, J. (red.). (1996a). *Rehabilitacja niewidomych i słabowidzących*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Kuczyńska-Kwapisz, J. (1996b). *One są wśród nas. Dzieci niewidome i słabowidzące*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Kuczyńska-Kwapisz, J. (red.). (2001). *Orientacja przestrzenna w usamodzielnianiu osób niewidomych*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Kuczyńska-Kwapisz, J. (2011). *Wkład Matki Elżbiety Róży Czackiej w rozwój tyflogologii w kontekście współczesnej recepcji jej myśli*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Kuczyńska-Kwapisz, J., Kwapisz, J. (1982). Doświadczenia z nauczania niewidomych orientacji przestrzennej. *Szkoła Specjalna*, 1, 15–25.
- Kuczyńska-Kwapisz, J., Kwapisz, J. (1990). *Orientacja przestrzenna i poruszanie się niewidomych oraz słabowidzących*. Warszawa: WSiP.
- Paplińska, M. (2009). *Nauka brajla w weekend*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Śmiechowska-Petrovskij, E. (2015). Adaptacja podręczników szkolnych do potrzeb uczniów niewidzących – stan i postulaty poznawczo-praktyczne. *Forum Pedagogiczne*, 1, 195–212.

NIEPEWNOŚĆ GRAWITACYJNA I NIETOLERANCJA RUCHU

Ruch jest fundamentalnym, największym i w zasadzie jedynym narzędziem, jakim dysponuje człowiek, służącym mu do poznania świata, począwszy od zdobycia wiedzy o samym sobie. Dzięki niemu zbieramy doświadczenia budujące obraz rzeczywistości i opanowujemy strategie warunkujące skuteczne w niej funkcjonowanie. Podstawowa funkcja ruchu – przemieszczanie się – stanowi tylko element szerokiego spektrum jego oddziaływań. Świadomość siebie, warunkująca sprawczość, pewność siebie i poczucie wartości, możliwa jest dzięki wiedzy zebranej na bazie doświadczeń ruchowych. Zaspokajanie potrzeb, choćby tych zaczerpniętych ze znanej piramidy Abrahama Masłowa, opiera się głównie na aktywności ruchowej, zaczynając od podstawowych potrzeb fizjologicznych, na samorealizacji kończąc.

Ruchy płodu w łonie matki są pierwszą formą doświadczania świata, pierwszym przejawem komunikacji ze środowiskiem zewnętrznym, ale również pierwszą i najważniejszą formą stymulacji układu nerwowego. Ruch jest sposobem ćwiczenia mięśni i czynności, które umożliwią dziecku zaraz po urodzeniu samodzielne podjęcie niezbędnych do przeżycia funkcji, takich jak oddychanie czy ssanie (Borowska, 2008). Po narodzinach ruch dziecka opiera się głównie na odruchach, które, przekształcając się na drodze rozwoju z pierwotnych do posturalnych, warunkują rozwój równowagi, stabilności i elastyczności, stanowiąc fundament świadomych reakcji pozwalających przystosować się do zmian środowiska (Goddard, 2004).

Efektywność ruchu wiąże się z równowagą. Im większa równowaga, tym skuteczniejszy ruch. Dzieci opanowują równowagę poprzez ruch. Od momentu narodzin muszą one nauczyć się rozwijania swych umiejętności w polu działania siły grawitacji. Wymaga to rozwoju odpowiedniego napięcia mięśniowego i kontrolowania postawy. Odbywa się w ścisłej współpracy zmysłu wzroku i równowagi. Udział zmysłu słuchu sprowadza się do pomocy w umiejscowieniu dźwięków w przestrzeni. Dotyk i propriocepcja z kolei pomagają w uzyskaniu wewnętrznej świadomości umiejscowienia ciała w przestrzeni. Aby zatem dziecko opanowało trudną sztukę równowagi, wymagane jest współdziałanie wszystkich zmysłów (Goddard Blythe, 2006). Związek człowieka z siłą grawitacji jest pierwotny nawet wobec więzi z matką. Integracja sensoryczna układu przedśionkowego, związanego bezpośrednio z równowagą, daje poczucie połączenia z ziemią, bezpieczeństwa grawitacyjnego, a to stanowi punkt wyjścia budowania relacji międzyludzkich. Rozwój relacji z grawitacją jest tak ważny dla zdrowia psychicznego, że człowiek podświadomie dąży do rozwoju i stymulacji ukła-

du przedsionkowego. Matki kołyszą dzieci, by je uspokoić, starsi używają foteli bujanych, huśtawek, by zredukować niepokój emocjonalny. Satisfakcji emocjonalnej dostarczają zjeżdżalnie, kolejki górskie, karuzele, skoki do wody, szybka jazda samochodem. Obserwowana wzmożona aktywność kołysania się u dzieci umieszczonych w ośrodkach opiekuńczych dowodzi ogromnych braków w zakresie informacji przedsionkowej (Sankar, Prema, 2014).

Tego, jak ważna dla rozwoju dziecka jest prawidłowa praca układu przedsionkowego, dowodzą badania (Clark, Kreutzberg, Chee, 1977). Podczas jednego z nich poddawano dzieci w wieku od trzech do trzynastu miesięcy treningowi polegającemu na stymulowaniu przedsionka poprzez ruch rotacyjny na krześle obrotowym. Podzielono dzieci na trzy grupy. Pierwsza grupa poddana stymulacji odbywała cztery razy w tygodniu, przez cztery tygodnie, treningi rotacji na kolanach swoich opiekunów. Wykorzystywano pozycję na siedząco, z główką pochyloną 30 stopni do przodu, oraz w leżeniu na prawym i na lewym boku. Druga grupa dzieci nie była poddawana stymulacji w ogóle, a dzieci z trzeciej grupy były jedynie sadzane na krześle obrotowym, bez kręcenia. Okazało się, że dzieci z pierwszej grupy wykazywały najlepiej rozwinięte odruchy bezwarunkowe, przewyższały pozostałe dzieci z grup kontrolnych sprawnościami motorycznymi. Dotyczyło to głównie takich umiejętności, jak siedzenie, raczkowanie, stanie i chodzenie (Eliot, 2003)

Przyglądając się dzieciom baraszkującym na placu zabaw, przysłuchując ich śmiechowi podczas zabaw ruchowych, nie mamy wątpliwości, że ruch daje radość. Nie jest to jednak takie oczywiste. Istnieje grupa dzieci, u których ruch wywołuje dyskomfort, wprowadza w stany lękowe, powoduje mdłości, budzi ogólną niechęć. Są to dzieci, u których następuje nieprawidłowa modulacja informacji przedsionkowych. Zaburzenia przetwarzania bodźców informujących o ruchu liniowym skutkują wystąpieniem niepewności grawitacyjnej, a zaburzenia przetwarzania bodźców informujących o ruchu rotacyjnym objawiają się nietolerancją ruchu. Dzieci te obawiają się upadku, nawet gdy realne zagrożenie nie występuje, ich lęk odczuwany jest jako strach pierwotny. Czują lęk przed nawet niewielką wysokością, choćby krawężnik stanowić może dla nich trudność nie do pokonania. Nie są one w stanie funkcjonować, gdy ich nogi nie dotykają podłoża. Niechętnie pokonują schody, zazwyczaj proszą wówczas o pomoc. Źle znoszą pozycje, gdy ich głowa zwisa w dół lub jest odchylona, jak podczas np. mycia włosów u fryzjera. Do tych objawów dochodzi słaba świadomość ciała oraz położenia jego części w przestrzeni, niski poziom propriocepcji i dyskryminacji wzrokowej. To ostatnie, rozumiane jako rozróżnianie wzrokowe, wiąże się z trudnościami w widzeniu trójwymiarowym, myleniem liter, oceną odległości czy odnajdywaniem podobieństw i różnic między cechami obiektów (Koomar i in., 2013). Świadomość swoich trudności w konfrontacji z prawidłowo funkcjonującymi rówieśnikami skutkuje niską samooceną i sprzyja postawie wycofującej.

Dzieci przejawiające nietolerancję ruchową unikają placów zabaw, w szczególności huśtawka, karuzela i zjeżdżalnia budzą w nich lęk, podobnie jak winda czy schody ruchome. Należy jednak zaznaczyć, iż w niektórych przypadkach ruch liniowy jest tolerowany przez dzieci z nadwrażliwością przedsionkową. Dzieje się tak, ponieważ ma on charakter uspokajający, wyciszający. Generalnie

jednak dzieci te wybierają aktywności raczej statyczne niż dynamiczne, prezentowana ostrożność i niechęć do działania budzi skojarzenie z dzieckiem niezdarnym, czasem nieposłusznym (tamże).

Dysfunkcja układu przedsionkowego wywołująca opisywane objawy polega na nieskutecznym przetwarzaniu w mózgu bodźców otrzymanych z ucha wewnętrznego, co skutkuje trudnościami w przetwarzaniu informacji na temat siły, ciężkości, równowagi i ruchu w przestrzeni.

Układ przedsionkowy z filogenetycznego i ontogenetycznego punktu widzenia stanowi najstarszą drogę odruchową ośrodkowego układu nerwowego. Reakcje odruchowe zachodzące między ośrodkami obwodowymi, centralnymi i narządami efektorowymi umożliwiają zachowanie orientacji w przestrzeni zarówno w spoczynku, jak i podczas ruchu. O układzie równowagi można jednak mówić dopiero, gdy informacje płynące z receptorów narządu przedsionkowego scalane są w ośrodkowym układzie nerwowym z informacjami płynącymi z narządu wzroku, proprioceptorów oraz z mózdzku. Receptory obwodowego układu przedsionkowego odbierają bodźce powstające na skutek działania siły ciężkości oraz przyspieszeń kątowych i liniowych. Informacje wysyłane z narządów receptorowych przedsionka wykorzystywane są przez ośrodkowy układ nerwowy w procesach koordynacji czynności motorycznych organizmu. W ten sposób układ przedsionkowy włączony zostaje w system motoryczny, który wpływa regulująco na odruch miotacyjny – jego zadaniem jest odpowiednie rozłożenie napięć w grupach mięśni prostowników i zginaczy i w rezultacie wywołanie skoordynowanej czynności mięśni szkieletowych (Pierchała, Janczewski, 2002).

W najogólniejszym ujęciu anatomia układu przedsionkowego obejmuje pozasłuchową część błędnika z narządami otolitowymi, czyli z łagiewką i woreczkiem oraz z trzema kanałami półkolistymi. Receptory przedsionkowe obejmują komórki włoskowate w grzebieniach bańkowych łagiewki (percepcja przyspieszenia liniowego lub ciężenia) i woreczka (percepcja drgań o niskiej częstotliwości), a także w płamkach prostopadle ułożonych kanałów półkolistych (percepcja przyspieszenia kątowego lub ruchu głowy). Pęczki włosków grzebieni bańkowych i płamki są zanurzone w galaretowatej substancji, która przemieszcza się, gdy ciężenie (łagiewka) wywiera siłę działającą na kryształ węglanu wapnia (otolity) spoczywające na szczycie włosków albo gdy w kanale półkolistym przemieszcza się płyn wskutek ruchów głowy. Ruch wywołuje uginanie się włosków, co otwiera bądź zamyka kanały jonowe w błonach komórek włoskowych łagiewki, zmniejszając lub zwiększając ich napięcie i przekładając w ten sposób ruch na informacje w postaci ładunków elektrycznych. Komórki włoskowate przenoszą impuls drogą przedsionkową aż do pnia mózgu, gdzie znajduje się nerw przedsionkowy (Felten, Shetty, 2012).

Na podstawie budowy histologicznej i sieci połączeń zostały wyodrębnione cztery jądra przedsionkowe: dolne, przyśrodkowe, boczne i górne. Wysyłają one swoje główne projekcje do rdzenia kręgowego, mózdzku oraz jąder nerwów czaszkowych III, IV i VI, angażując tym układ przedsionkowy do kontroli postawy ciała i koordynacji ruchów gałek ocznych. Jądra przedsionkowe biorą udział w tzw. odruchu przedsionkowo-ocznym (VOR – *vestibuloocular reflex*), podczas którego spojrzenie może pozostać nieruchome i skupione na obiekcie, gdy głowa

znajduje się w ruchu. Podczas obrotów głowy zbyt dużych, aby mogły być skompensowane przez odruch przedsionkowo-oczny, jest on chwilowo zatrzymywany przez oczopląs (gr. *nystagmus*). Sprowadza się on do gwałtownych ruchów gałki ocznej, przebiegających w kierunku przeciwnym do ruchu obrotowego. Oczopląs jest normalną, fizjologiczną odpowiedzią na pobudzenie układu przedsionkowego lub wzrokowego. Samoistny lub nadmiernie nasilony, jak w przypadku niepewności grawitacyjnej i nietolerancji ruchu, jest charakterystyczny dla patologii układu nerwowego (Nolte, Moryś, 2011).

Dzieci z nadwrażliwym układem przedsionkowym zazwyczaj prezentują obniżony poziom somatognozji, prakcji, koordynacji wzrokowo-ruchowej i obustronnej, a także manifestują niezaspokojone poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego.

Somatognozja, jak ją ujmuje Zofia Kułakowska (2003), jest to świadomość własnego ciała, jego granic, jest poczuciem przynależności wszystkich części ciała do jednej całości, wynikiem syntezy całości wrażeń odbieranych świadomie i podświadomie, które definiują usytuowanie ciała w przestrzeni i w ruchu. Z jednej strony jest to więc świadomość anatomicznych elementów budujących nasze ciało, z drugiej – psychologiczne poczucie „ja” jako odrębnej, autonomicznej jednostki, która swoim działaniem wchodzi w interakcje z otoczeniem, dokonując korzystnych dla niej zmian. Dzieci z niepewnością grawitacyjną i nietolerancją ruchu w wyniku braku doświadczeń ruchowych nie rozwijają prawidłowej świadomości ciała i poczucia sprawczości w działaniu. Mogą przejawiać trudności w identyfikacji części ciała, co znajdzie wyraz w nieadekwatnym do wieku poziomie rysunku człowieka.

W ścisłym związku z somatognozją pozostaje prakcja, czyli umiejętność planowania motorycznego oraz procesy koordynacji wzrokowo-ruchowej i obustronnej. Prakcja jest to umiejętność zaplanowania, opracowywania, organizowania i realizowania złożonych sekwencji ruchowych. W wyniku integrowania przez system nerwowy wrażeń przedsionkowych, dotykowych proprioceptywnych uzyskuje się prawidłowy schemat ciała, warunkujący skuteczne planowanie ruchu poszczególnych jego części. U dzieci nadwrażliwych przedsionkowo, w wyniku braku owej integracji, proces przystosowywania zachowania do opanowywania nowych umiejętności ruchowych jest bardzo trudny. Najwyraźniej uwidacznia się to na lekcjach wychowania fizycznego, gdy wymagana jest od dzieci sprawność ruchowa, a opanowywanie poszczególnych sekwencji ruchowych stanowi podstawę do oceny.

Koordynacja wzrokowo-ruchowa wymaga z kolei zharmonizowania ruchów gałek ocznych z ruchami poszczególnych części ciała, a koordynacja obustronna – zharmonizowania obu stron ciała. To ma istotne znaczenie przy nauce rysowania i pisania, a także czytania wymagającego od aparatu wzrokowego ruchów sakkadowych (ruchy skokowe, umożliwiające płynne przenoszenie wzroku z końca jednej linijki czytanego tekstu na początek kolejnej). Opanowanie obu tych grup umiejętności jest utrudnione u dzieci z nadwrażliwością przedsionkową (Maas, 1998). Dzieci te w szkole podczas czytania będą gubiły tekst, co zaważy niekorzystnie na poziomie rozumienia przyswajanych treści. Malując czy rysując, będą przekładały narzędzie z ręki do ręki. Zaburzona koordynacja obustronna

bowiem utrudnia opanowanie umiejętności przekraczania linii środka i ostateczną lateralizację ręki. Na lekcji plastyki problemem stanie się wycięcie prostego paska z papieru, a na lekcji wychowania fizycznego – opanowanie umiejętności skoków obunóż.

Życie w ciągłym lęku przed upadkiem sprzyja kształtowaniu się niskiego poczucia wartości i sprawstwa. Przewidywanie porażki zniechęca do podejmowania jakiegokolwiek działania, warunkując postawę bierną i zrezygnowanie. Dzieci z dysfunkcją przedsionkową często nie mają zaspokojonego poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego. Czują się zdeorganizowane, nie umiejąc przetworzyć informacji o tym, gdzie są i jak się przemieszczają w przestrzeni. Nie mają poczucia kontroli nad swoim ciałem i działaniem. Nawet najbardziej kochane dziecko przez rodziców nie ma pewności co do swoich umiejętności, może czuć się niekochane i niewarte kochania (Stock Kranowitz, 2011). Za istotnym wpływem układu przedsionkowego na emocje przemawia również anatomiczna zależność od układu limbicznego, z którym jest połączony poprzez twór siatkowaty. Nadaktywne działanie układu przedsionkowego może nadmiernie pobudzać układ limbiczny. On z kolei reaguje nadmiernym pobudzeniem układu współczulnego, dając w efekcie stan wzmożonej mobilizacji organizmu do reakcji „walka lub ucieczka” (Goddard Blythe, 2006). Długotrwałość takiego stanu mocno eksploatuje organizm, narażając go na wyczerpanie, a zmęczony organizm na pewno nie będzie chciał podejmować nowych wyzwań, do jakich może należeć nauka aktywności ruchowych.

Nie ma jednej przyczyny determinującej pojawienie się u dziecka objawów niepewności grawitacyjnej i nietolerancji ruchu. Istnieje jednak kilka czynników patogennych, o których warto pamiętać. Układ przedsionkowy z powodu szybkiego rozwoju w okresie prenatalnym jest szczególnie podatny na uszkodzenia. Jednym z najważniejszych czynników uszkadzających są leki, szczególnie z grupy aminoglikozydów (gentamycyna, neomycyna, streptomycyna), a także choroby zakaźne (opryszczka, różyczka) czy wirusowe (grypa). Do tego dokładają się niska waga urodzeniowa, czynniki dziedziczne czy niedoczynność tarczycy (Eliot, 2003; Pepaś, Śmiechura, Konopka, 2014).

Czynnikami mającymi negatywny wpływ na prawidłową pracę układu przedsionkowego, już po urodzeniu, mogą być częste infekcje ucha, brak stymulacji dotykowej, dźwiękowej, ruchowej, leki, a także ubogie w bodźce środowisko. Warto zatem zadbać o zabawy z dzieckiem warunkujące możliwość doświadczania ruchu i nauki ruchu poprzez naśladowanie. Zabawy, w których ruch, muzyka czy głosy będą kojarzone z czymś przyjemnym, dającym impuls do dalszych działań i eksploracji.

Mając do czynienia z dzieckiem z objawami nadwrażliwości przedsionkowej, terapeuta powinien potrafić rozróżnić postać o charakterze zaburzeń SI od innych chorób mogących dawać podobny obraz kliniczny. Do chorób wywołujących zaburzenia równowagi i zawroty głowy należy m.in. choroba Meniere’a, polegająca na gromadzeniu się endolimfy w błędniku błoniastym. Może również wystąpić zapalenie błędnika czy zapalenie nerwu przedsionkowego. Objawy nadwrażliwości przedsionkowej pojawiają się również przy migrenach, nerwicach, padaczkach, guzach czy przy depresji, w tym przypadku dziecięcej (Prusiński, 2001). Przed

przystąpieniem do opracowywania planu terapii warto zatem zapoznać się z dokumentacją medyczną małego pacjenta, przeprowadzić szczegółowy wywiad z opiekunami. W niektórych przypadkach warto zlecić neurologiczne i audiometryczne badania w celu wykluczenia wspomnianych chorób.

Analizując przypadki niepewności grawitacyjnej i nietolerancji ruchu należy również wziąć pod uwagę dzieci z nieprawidłowościami neurorozwojowymi i niepełnosprawnościami sprzężonymi. Do takiej grupy należą m.in. dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Ich ograniczenia ruchowe implikują niejako występowanie niepewności grawitacyjnej. W MPD na pierwsze miejsce wysuwają się trzy główne objawy: wzmożone napięcie mięśniowe, ataksja i atetoza. Wzmożone napięcie mięśniowe powoduje sztywność i trudności w wykonywaniu ruchów. Atetoza charakteryzuje się ruchami mimowolnymi i niekontrolowanymi. Ataksja natomiast wiąże się z zaburzeniami równowagi, niezbornością ruchów i drżeniem zamiarowym kończyn przy próbie wykonywania czynności precyzyjnych (Michałowicz, Chmielnik, Michałowska-Mrożek, 1997). Brak doświadczeń ruchowych, występująca w MPD spastyka mięśni lub hipotonia utrudniają w znacznym stopniu panowanie nad własnym ciałem, zaburzają jego obraz i efektywne poruszanie się w przestrzeni, generując lęk przed ruchem. Popiramidowe postaci MPD z towarzyszącą ataksją mają swoje źródło w uszkodzeniu mózdzku, co dodatkowo wpływa na obniżony poziom reakcji równoważnych i płynności ruchów (Kułakowska, 2003). Mózdzek wysyła projekcje do jąder przedsionkowych. Służą one modulowaniu i koordynacji czynności mięśni, pozwalając na utrzymanie podstawowego napięcia mięśniowego i postawy. Ta część mózdzku, mająca najwięcej połączeń z jądrami przedsionkowymi, nosi nazwę mózdzku przedsionkowego (Konturek, 1998). W postaciach popiramidowych najwyraźniej zaznaczają się zaburzenia modulacji sensorycznej, które przy nadreaktywności na bodźce sensoryczne i dodatkowych ograniczeniach ruchowych powodują występowanie niepewności grawitacyjnej czy ograniczonej tolerancji na ruch.

Kolejną grupą, w której niepewność grawitacyjna może współwystępować z innymi nieprawidłowościami rozwojowymi, są dzieci z zespołem Downa. To, co charakteryzuje tę grupę w kontekście aparatu ruchowego, to hipotonia i hipermobilność stawów ograniczająca skuteczne działanie antygravitacyjne. Niemowlęta z zespołem Downa są bardzo spokojne, mało ruchliwe, mają trudności z podniesieniem głowy nad podłogę z pozycji leżenia na plecach i jej kontrolą. Utrudnia to osiągnięcie kolejnych, niezbędnych do rozwoju umiejętności, takich jak pełzanie, czworakowanie, utrzymywanie ciężaru ciała na dłoniach. To z kolei ogranicza generowanie doświadczeń ruchowych związanych z pracą przedsionka. W przyszłości dzieci te będą unikać ruchu, bo we wcześniejszym etapie rozwoju nie nabyły odpowiednich doświadczeń dających poczucie bezpieczeństwa grawitacyjnego. Co ciekawe, badania przeprowadzone przez Zee Chen i Michaela Hardmana (1983) w grupie 35 dzieci z zespołem Downa w wieku od 5 do 9 lat wykazały znacznie skrócony oczopląs porotacyjny, co mogłoby nasuwać podejrzenia zaburzeń o charakterze podwrażliwości przedsionkowej. Na pewno zaobserwowane zjawisko ma swoje źródło w nieprawidłowościach przedsionkowych, co z kolei ma związek z hipotonią i opóźnieniem w rozwoju małej i dużej

motoryki. Wspomnianą grupę cechują również zaburzenia czucia i pozycji ruchu, pamięci pozycji, a także utrzymania pozycji (Davis, Kelso, 1982). To również może mieć związek z występującą u dzieci z zespołem Downa niepewnością grawitacyjną.

Na szczególną uwagę zasługuje również grupa, której zaburzenia modulacji sensorycznej w największym stopniu determinują zachowanie – dzieci z autyzmem. W tej grupie dochodzi do nieprawidłowości na trzech poziomach: rejestracji bodźców zmysłowych, zaburzenia modulacji bodźców wejściowych oraz na poziomie motywacyjnym. Trudności w rejestracji bodźców zmysłowych oznaczają, że struktury limbiczne OUN nie są w stanie właściwie odebrać i dokonać właściwej oceny dochodzących sygnałów sensorycznych. Z tego powodu część sygnałów jest zupełnie pomijana, a inne odbierane są w sposób nieadekwatny do natężenia. W przypadku sygnałów przedsionkowych część dzieci autystycznych przejawia lęk przed ruchem i konsekwentnie go unika, mimo zdiagnozowanego skróconego oczopląsu porotacyjnego. Jest to związane z hamującym charakterem działania jąder przedsionkowych (Ayres, 2015). Znaczna liczba dzieci z autyzmem unika ruchu i obawia się braku stabilności. Badania porównawcze grupy dzieci z autyzmem i dzieci rozwijających się w sposób prawidłowy pokazują, że dzieci autystyczne w znacznie większym stopniu przejawiają zachowania o charakterze niepewności grawitacyjnej (Tomchek, Dunn, 2007). Dla przykładu, obawa przed upadkiem i wysokością występowała u 15,3% badanych dzieci autystycznych i tylko u 4,6% dzieci bez tej diagnozy. Niepokój w przypadku odezwania nóg od ziemi przy aktywnościach ruchowych prezentowało 8,2% dzieci z autyzmem i 1,4% dzieci rozwijających się prawidłowo. Niechęć wobec zabaw, w których głowa jest do góry nogami, prezentowało 10,7% dzieci z diagnozą autyzmu i 2,5% dzieci bez diagnozy (tamże). Dzieci takie chętnie się bujają, ale gdy znajdują się na kolanach opiekuna. Może to oznaczać lęk nie przed samym ruchem, a brakiem stabilnego podłoża. Dzieci z autyzmem przejawiające niepewność grawitacyjną są bardzo przewrażliwione na punkcie zmiany kierunku grawitacji i swojego położenia w przestrzeni. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym pracę z dzieckiem autystycznym jest zaburzona praca ośrodków mózgowych związanych z wolą działania (Ayres, 2015).

Diagnoza zaburzeń integracji sensorycznej w kierunku niepewności grawitacyjnej i nietolerancji ruchu odbywa się głównie na podstawie wyników próby oczopląsu porotacyjnego, badań praktyki, równowagi i poziomu napięcia mięśniowego.

Przed przystąpieniem do badań dobrze jest zebrać informacje o codziennym funkcjonowaniu dziecka. To, co powinno zwrócić naszą uwagę, to częste występowanie u dziecka potknięć, szuranie nogami podczas chodzenia, choroba lokomocyjna, kurczowe trzymanie się poręczy przy pokonywaniu schodów, lęk podczas gwałtownego hamowania bądź skręcania samochodu, problemy z oceną odległości, zmęczenie, wycofywanie się dziecka z zabaw z rówieśnikami i wybieranie raczej indywidualnych aktywności. Warto również przeanalizować dokumentację medyczną dziecka pod kątem okresu pojawiania się „kamieni milowych” w rozwoju dziecka, a więc kontroli ruchów głowy, siedzenia, pełzania, raczkowania i chodzenia. Opóźniony czas opanowywania wspomnianych czynności może być zwiastunem nieprawidłowości pracy przedsionka.

Spośród prób obserwacji klinicznej o pracy układu przedsionkowego mówią: test ruchów gałek ocznych (ocena planowania w obrębie ruchów gałek ocznych, pracy układu wzrokowego w harmonii z przedsionkowym), test diadochoinezy (ocena planowania w obrębie małej motoryki, koordynacji obustronnej i mechanizmów posturalnych uwarunkowanych pracą układu przedsionkowego), kokontrakcja (ocena współdziałania układu proprioceptywnego z przedsionkowym oraz mechanizmów posturalnych), test reakcji równoważnych (znamienny dla niepewności grawitacyjnej może być lęk przed wykonaniem tej próby), test Schildera (ocena układów przedsionkowego i proprioceptywnego oraz mechanizmów posturalnych), test pozycji wyprostnej na brzuchu (ocena pracy prostowników zależna od układu przedsionkowego) i pozycji zgięciowej na plecach (ocena pracy mięśni zginaczy zależnej od układu przedsionkowego). Niezintegrowane odruchy STOS i ATOS stanowią również wskaźnik nieprawidłowej pracy przedsionka. Spośród Południowokalifornijskich Testów Integracji Sensorycznej (SCSIT) (Ayres, 2004) o nieprawidłowościach w obrębie układu przedsionkowego mówi przede wszystkim wspomniany test oczopląsu porotacyjnego oraz testy równowagi. Nieprawidłowe wyniki testów praktyki i koordynacji wzrokowo-ruchowej mogą dostarczać dodatkowych informacji dopełniających obraz dziecka o zaburzonej pracy układu przedsionkowego.

Planując terapię musimy pamiętać przede wszystkim o zapewnieniu dziecku poczucia bezpieczeństwa. W pierwszym etapie pracy ćwiczenia powinny odbywać się z nogami na stabilnym podłożu. Bodźce przedsionkowe należy dawkować bardzo ostrożnie, a każdy nowy bodziec wprowadzać tylko wówczas, gdy mamy pewność, że dziecko oswoiło się z dotychczasową stymulacją i ma w sobie gotowość do nowej aktywności. Szanujmy indywidualny sposób i czas, jaki potrzebuje dziecko na przyswajanie sobie nowej czynności. Pamiętajmy również o dostosowaniu stopnia trudności ćwiczenia do poziomu funkcjonowania dziecka w momencie terapii, a nie do poziomu funkcjonowania według norm wiekowych. To, co jest gwarantem sukcesu terapeutycznego, to dostrzeganie konkretnego dziecka, nie zaburzenia, z jakim się zmagają. Dajmy dziecku czas, nagradzajmy je, stwórzmy atmosferę pełnej akceptacji i zrozumienia dla specyfiki jego funkcjonowania, a na pewno chętniej i bardziej efektywnie będzie realizowało plan terapii. Sukces w terapii zapewni dziecku poczucie pewności siebie, wiarę we własne siły, rozwinięć radość z działania i chęć eksplorowania otoczenia. To z kolei zapewni mu odpowiednią ilość doświadczeń budujących podstawę do prawidłowego rozwoju.

Oto kilka przykładów ćwiczeń stymulujących układ przedsionkowy:

- chodzenie stopa za stopą po wyznaczonej linii: na palcach, na piętach, do tyłu, bokiem;
- wchodzenie i schodzenie ze stopnia, np. stepera, schodka;
- dziecko chodzi po sali i na sygnał terapeuty musi przyjąć określoną pozycję, utrzymać ją jak najdłużej, np. stanąć na jednej nodze, lub też wykonać określoną, ustaloną wcześniej, sekwencję ruchów;
- odbijanie piłki zawieszanej na sznurku: dziecko w pozycji leżącej, nogi proste, ręce uniesione w górę;
- dziecko stara się dotknąć przedmiotu zawieszanego nad jego głową, staje na palcach, unosi wysoko ramiona;

- delikatne huśtanie na nisko zawieszonym sprzęcie, tempo i sposób huśtania reguluje dziecko samodzielnie, odpychając się nogami od podłoża;
- celowanie woreczkami do pudełka w siadzie na piłce;
- zabawy na dużej piłce: dziecko na sygnał terapeuty musi podnieść nogę lub rękę i utrzymać pozycję przez określony czas;
- dziecko siedzi na piłce, terapeuta stoi za nim, trzymając obrazki, dziecko musi na sygnał obrócić głowę raz w lewo, raz w prawo, by zobaczyć, jaki obrazek pokazuje terapeuta;
- ciągnięcie dziecka siedzącego na kocu/deskorołce w różnych kierunkach po podłodze;
- jazda na deskorołce: przewożenie przez dziecko przedmiotów na deskorołce, pozycje na początku siedzące, później na brzuchu;
- przemieszczanie się w siadzie na deskorołce ciągnąc za linę rozciągniętą w sali;
- zabawy na desce równoważnej: utrzymanie w siadzie pozycji nieruchomej przez określony czas – łapanie piłki w siadzie na desce równoważnej;
- wprowadzanie deski rotacyjnej w ruch przez siedzące na niej dziecko;
- dziecko leży na piłce na brzuchu, terapeuta, trzymając je za ręce, przeciąga je w przód i w tył;
- zabawy w siadzie na sprzęcie podwieszanym przy asekuracji terapeuty poruszającego delikatnie huśtawką, przyczepianie klamerek do bielizny do sznurka deski podwieszanej, wykorzystanie w ćwiczeniu naprzemienności pracy rąk i ćwiczenia przekraczania linii środka;
- nawlekanie koralików na sznurek, układanie puzzli przy jednoczesnej delikatnej stymulacji przedsińkowej w siadzie na podwieszeniu;
- zabawy na desce rotacyjnej: dziecko jest delikatnie kręcone przez terapeuta, po czym ma za zadanie wcelować piłką do dużego pudełka lub zidentyfikować pokazywany mu obrazek;
- zabawy na batucie: skoki obunóż, na jednej nodze, „pajacyki” — w początkowej fazie terapeuta może asekurować dziecko, trzymając je za ręce;
- skoki na batucie z zatrzymaniem: dziecko wykonuje określoną ilość skoków, po których zatrzymuje się, by np. złapać piłkę lub odczytać prezentowany na kartce wyraz;
- turlanie się w tunelu, zadaniem dziecka jest przeniesienie w ten sposób kilku elementów, np. puzzli, z jednego miejsca sali do drugiego;
- zabawa w „naleśnik”: zawijanie dziecka w koc i rozwijanie, pociągając za końcówkę koca (Borowiecka, 2010; Borowska, Wagh, 2010; Odowska-Szlachic, 2010).

Bibliografia

- Ayres, J. (2004). *Sensory integration and praxis tests manual: Updated edition*. Los Angeles; CA: Western Psychological Services.
- Ayres, J. (2015). *Dziecko a Integracja Sensoryczna*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Borowska, M. (2008). Neurofizjologiczne uwarunkowania procesów rozwojowych. *Zeszyt Terapeuty Edukacja – Profilaktyka – Terapia*, 1.
- Borowska, M., Wagh, K. (2010). *Integracja sensoryczna na co dzień*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Borowiecka, R. (2010). *Dziecko w równowadze*. Warszawa: Centrum Edukacji Diagnostyki i Terapii Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Clark, D.L., Kreutzberg, J.R., Chee, F.K. (1977). Vestibular stimulation influence on motor development in infants. *Science*, 196, 4295.
- Davis, W.E., Kelso, J.A.S. (1982). Analysis of „Invariant Characteristics” in the Motor Control of Down’s Syndrome and Normal Subject. *Journal of Motor Behaviour*, 14, 3.
- Eliot, L. (2003). *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*. Poznań: Media Rodzina.
- Felten, D.L., Shetty, A.N. (2012). *Atlas neuroanatomii i neurofizjologii Nettera*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Goddard, S. (2004). *Odruchy, uczenie i zachowanie. Klucz do umysłu dziecka*. Międzynarodowy Instytut Neurokinezyjologii Rozwoju Ruchowego i Integracji Odruchów.
- Goddard Blythe, S. (2006). *Harmonijny rozwój dziecka*. Warszawa: Świat Książki.
- Konturek, S. (1998). *Fizjologia człowieka. Neurofizjologia*. T. 4. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Koomar, J., Kranowitz, C., Szklut, S., Balzer-Martin, L., Haber, E., Sava, D.I. (2013). *Integracja sensoryczna. Odpowiedzi na pytania zadawane przez nauczycieli*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Kulakowska, Z. (2003). *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*. Lublin: Foliu.
- Maas, V.F. (1998). *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*. Warszawa: WSiP.
- Michałowicz, R., Chmielnik, J., Michałowska-Mrozek, J.B. (1997). *Mózgowe porażenie dziecięce. Wskazówki dla rodziców*. Warszawa: PZWL.
- Nolte, J., Moryś, J. (2011). *Mózg człowieka. Anatomia czynnościowa mózgowia*. T. 2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Odowska-Szlachcic, B. (2010). *Terapia integracji sensorycznej. Zeszyt 1*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Pepaś, R., Śmiechura, M., Konopka, W. (2014) Ocena sprawności układu przedsionkowego u dzieci z zaburzeniami równowagi. *Otolaryngologia*, 13, 1.
- Pierchała, K., Janczewski, G. (2002). Anatomia i fizjologia odruchu przedsionkowo-ocznego. *Biblioteka Prospera Meniere’a*, 6, 1.
- Prusiński, A. (2001). Zawroty głowy jako problem praktyczny w podstawowej opiece zdrowotnej – aspekty neurologiczne. *Przewodnik Lekarza*, 4, 11.
- Sankar, U.G., Prema, A. (2014). Standardization of Gravitational Insecurity assessment among Indian children. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 4, 8.
- Stock Kranowitz, C. (2011). *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Tomchek, S.D., Dunn, W. (2007). Sensory Processing in Children With and Without Autism: A Comparative Study Using the Short Sensory Profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 61.
- Zee-Chen, E.L.-F., Hardman, M.L. (1983). Postrotary Nystagmus Response in Children with Down’s Syndrome. *American Journal of Occupational Therapy*, 37.

**DZIECKO POCZĘTE NIEZDOLNE DO SAMODZIELNEGO
ŻYCIA W ŚWIETLE PRZEPISÓW PRAWA**

Ciąża z reguły łączy się z radością. Rodzice oczekują potomka, wyobrażając sobie, że będzie najpiękniejszy, najmądrzejszy oraz że będzie żył długo i szczęśliwie. Niestety zdarza się, że w czasie badań ciążowych okazuje się, iż rozwijające się dziecko cierpi na wadę rozwojową uniemożliwiającą mu życie poza organizmem matki. Wtedy nie dość, że ciąży zaczyna towarzyszyć smutek, a nawet żaloba (jeśli nie po dziecku w ogóle, to po wyobrażeniu idealnego zdrowego dziecka), z reguły jeszcze konieczne jest podjęcie ważnych decyzji o przyszłości dziecka poczętego. Gdy dziecko poczęte cierpi na ciężką i nieuleczalną niepełnosprawność albo chorobę zagrażającą jego życiu, możliwe są trzy scenariusze: 1) legalne usunięcie ciąży; 2) wdrożenie leczenia, często już w okresie płodowym lub natychmiast po porodzie; 3) objęcie dziecka w czasie ciąży i po porodzie opieką paliatywno-hospicyjną aż do jego naturalnej śmierci.

W cyklu artykułów poświęconych niezdolnemu do życia płodowi zostaną omówione regulacje dotyczące tych trzech wyborów, a także prawne kwestie związane ze śmiercią dziecka przed urodzeniem, porodem dziecka z niepełnosprawnością, roszczeniami, które przysługują dziecku i rodzicom za szkody odniesione w życiu płodowym (także wobec lekarzy), jak i różnorodne świadczenia przysługujące rodzicom i dziecku z powodu jego wrodzonej niepełnosprawności, szczególnie (ale nie tylko) wynikające z najnowszej ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin *Za życiem* z dnia 4 listopada 2016 r. (Dz.U., poz. 1816).

Celem opracowania jest informacyjna prezentacja istniejących rozwiązań prawnych, bez ich wartościowania i choćby najmniejszego sugerowania, które lepiej byłoby wybrać w przypadku diagnozy u dziecka poczętego choroby lub niepełnosprawności uniemożliwiającej mu życie poza organizmem matki. Decyzje te są bowiem indywidualnymi decyzjami każdego rodzica, zależnymi jedynie od jego poglądów i sytuacji życiowej. Nie mogą one być podjęte przez nikogo innego ani w znaczeniu moralnym, ani prawnym. Nie mogą być narzucone ani przez inną osobę, ani tym bardziej przez społeczeństwo czy władze publiczne. Prawo daje tylko (i aż) możliwość wyboru różnych opcji, każdą z nich legalizując w takim samym stopniu.

Tak więc mając na uwadze przede wszystkim trudności psychologiczne, etyczne i społeczne, które towarzyszą każdej z tych decyzji i dalszemu życiu całej rodziny po jej podjęciu, państwo nie potępia żadnego z tych wyborów, a zadaniem wszystkich instytucji prowadzących działalność publiczną, w tym podmiotów leczniczych i różnych ośrodków pomocowych, jest zapewnienie adekwatnego i skutecznego wsparcia kobiecie i rodzinie.

Część I

LEGALNE USUNIĘCIE CIAŻY Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA POCZĘTEGO¹

Niepełnosprawność płodu przesłanką legalnej aborcji

Zgodnie z art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7 stycznia 1993 r. (dalej: ustawa o planowaniu rodziny) lekarz może przerwać ciążę, jeśli w wyniku badań prenatalnych lub na podstawie innych przesłanek medycznych stwierdzono wysokie prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieodwracalnej choroby zagrażającej jego życiu. Wszystkie wady rozwojowe, zarówno genetyczne, jak powstałe w czasie trwania ciąży (np. z powodu zarażenia dziecka poczętego chorobą zakaźną, jak choćby wirusem różyczki), które uniemożliwiają mu życie poza organizmem matki, stanowią przesłankę do legalnej aborcji. Stan zdrowia dziecka poczętego nie musi jednak być aż tak zły, by terminacja ciąży była dopuszczalna prawnie. Ustawa wymaga jedynie, by upośledzenie płodu było ciężkie i nieodwracalne (a więc niedające się zaleczyć) albo by jego choroba była zagrażająca życiu (może więc być wyleczalna, ale ma być realnie niebezpieczna). Różnicując pomiędzy upośledzeniem (czyli używając języka współczesnego – niepełnosprawnością) a chorobą, ustawodawca wskazuje, że nie musi zachodzić łącznie nieodwracalność i powaga schorzenia oraz zagrożenie życia. Tak więc przy stwierdzonej niepełnosprawności dziecka poczętego nie musi ona być zagrażająca jego życiu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2010 r., sygn. II CSK 580/09).

Niestety ustawa nie precyzuje, jak ciężkie musi być owo upośledzenie płodu, by usunięcie ciąży na tej podstawie było legalne. Wątpliwość – zarówno etyczna, jak i prawna – dotyczy przede wszystkim zespołów genetycznych, które choć z definicji nieuleczalne, nie są zagrażające życiu, a ich ciężkość podlega subiektywnej ocenie, jak np. zespół Downa. Na próżno szukać odpowiedzi na to pytanie w przepisach prawa. Kwestię tę rozstrzygają lekarze albo komisje lekarskie (w zależności od praktyki danego szpitala). Ustawa wymaga jedynie, by spełnienie przedmiotowego warunku stwierdził inny lekarz niż ten, który będzie przeprowadzał zabieg usunięcia ciąży (art. 4a ust. 5 ustawy o planowaniu rodziny), przy czym lekarz ten musi mieć tytuł specjalisty (w dowolnym zakresie), jeśli orzeka o wadzie genetycznej płodu na podstawie badań genetycznych, albo tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii, jeśli orzeka o wadzie rozwojowej płodu na podstawie obrazowych badań ultrasonograficznych wykonywanych u kobiety ciężarnej. Z kolei lekarz, który dokonuje przerywania ciąży,

¹ Stan prawny na 1 września 2017 r.

musi posiadać specjalizację pierwszego stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii albo tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii. Aborcję może również wykonać lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w celu uzyskania pierwszego stopnia specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii, jeśli nastąpi ona w obecności i pod kierunkiem lekarza uprawnionego do dokonania tego zabiegu.

Badania prenatalne jako warunek diagnozy niepełnosprawności płodu

W praktyce warunkiem niezbędnym uzyskania diagnozy ciężkiej i nieodwracalnej niepełnosprawności dziecka poczętego albo choroby zagrażającej jego życiu jest dostęp do badań prenatalnych. W wyroku R. R. przeciwko Polsce z 2011 r. Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu jednoznacznie stwierdził, że dostęp do takich badań jest prawem podmiotowym kobiety. Obecnie nie ma najmniejszych wątpliwości, że takie badania – nawet ryzykowne dla płodu – są w Polsce legalne. Wprost stanowi to ustawa o planowaniu rodziny w art. 2 ust. 2a, który głosi, iż organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego są zobowiązane zapewnić swobodny dostęp do informacji i badań prenatalnych szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu. Co więcej, legalna jest również diagnostyka preimplantacyjna, pod warunkiem jej przeprowadzenia ze wskazań medycznych, a więc gdy u rodziców występują aberracje chromosomowe genetyczne (cierpią na chorobę genetyczną albo są jej nosicielami) lub gdy ich wcześniejsze dziecko urodziło się z chorobą genetyczną podlegającą dziedziczeniu (art. 82 a *contrario* ustawy o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 r.).

Badania prenatalne są finansowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (art. 27 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.). Na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia przyjmuje regularnie program badań prenatalnych. Zgodnie z obowiązującym obecnie programem z 2016 r. (zarządzenie nr 67/2016/DSOZ) z bezpłatnych badań prenatalnych mogą skorzystać kobiety spełniające przynajmniej jedno z następujących kryteriów: 1) mają powyżej 35 lat; 2) u których w poprzedniej ciąży wystąpiła aberracja chromosomowa płodu; 3) jeśli stwierdzono występowanie strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; 4) stwierdzono znacznie większe ryzyko urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową; 5) stwierdzono w czasie ciąży nieprawidłowy wynik badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu. Niestety kobiety niespełniające żadnego z tych warunków, a więc w szczególności kobiety niemające jeszcze 35 lat, które rodzą po raz pierwszy i u których oraz ich partnerów nie zdiagnozowano (być może jeszcze nie zdiagnozowano) aberracji chromosomowych, muszą za badania prenatalne płacić, mimo iż nawet według Najwyższej Izby Kontroli dostęp do badań prenatalnych powinien być zagwaran-

towany dla wszystkich kobiet w ciąży, gdyż ryzyko urodzenia dziecka z wadą rozwojową, w tym genetyczną, jest w zasadzie niezależne od wieku kobiety.

Kobietom zakwalifikowanym do programu finansowane są następujące świadczenia: 1) badania nieinwazyjne, tj. badania USG płodu i badania biochemiczne (oznaczenia w surowicy krwi); 2) procedury inwazyjne, tj. pobranie materiału do badań genetycznych w drodze amniopunkcji, biopsji trofoblastu lub kordocentezy pod kontrolą USG; 3) badania genetyczne wraz z poradą genetyczną.

Celem uzyskania świadczeń w ramach ubezpieczenia należy mieć skierowanie zawierające informacje o wskazaniach do objęcia programem wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę. Problem zaczyna się, gdy lekarz prowadzący ciążę nie chce wystawić przedmiotowego skierowania. Kwestia ta zostanie omówiona wspólnie z odmową wykonania zabiegu usunięcia ciąży, gdyż procedura postępowania w obydwu przypadkach jest identyczna.

Warunki proceduralne i termin legalnej aborcji z powodu niepełnosprawności płodu

Poza wskazaniem, że lekarz stwierdzający istnienie niepełnosprawności lub choroby dziecka poczętego uprawniającej do legalnego usunięcia ciąży musi być innym lekarzem niż lekarz tego zabiegu dokonujący, brak jest innych regulacji dotyczących przebiegu całej procedury. Jedyne formalne warunki, jakie stawia ustawa, to wykonanie zabiegu w szpitalu (art. 4a ust. 3 ustawy o planowaniu rodziny). Co więcej, kobiety objęte ubezpieczeniem społecznym albo uprawnione na innej podstawie do bezpłatnej opieki zdrowotnej (np. małoletnie) mają prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w publicznym podmiocie leczniczym (art. 4b ustawy o planowaniu rodziny). Świadczenia związane z legalną aborcją należą bowiem do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Nie ma natomiast wymogu, by kobieta odbyła jakiegokolwiek konsultacje (np. psychologiczną) ani nawet by była poinformowana o innych możliwościach (jak choćby o opiece paliatywnej). Obowiązki konsultacji istniały jedynie w odniesieniu do tzw. aborcji z przyczyn społecznych, która została uznana za niekonstytucyjną przez Trybunał Konstytucyjny wyrokiem z dnia 28 maja 1997 r., sygn. K 26/96. Tym samym przepisy art. 4a ust. 6 i 7 ustawy o planowaniu rodziny mówiące o konsultacjach i ich terminach stały się przepisami pustymi, gdyż odnosiły się wyłącznie do ust. 1 pkt 4 tego artykułu, który na podstawie tego wyroku utracił moc.

W przypadku usunięcia ciąży z powodu ciężkiej i nieodwracalnej niepełnosprawności płodu albo choroby zagrażającej jego życiu nie ma nawet konieczności, by pomiędzy wydaniem opinii o istnieniu tej przesłanki do usunięcia ciąży a samym zabiegiem upłynął jakiś czas. Konieczne jest jedynie, by zabieg odbył się przed osiągnięciem przez dziecko poczęte zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki.

Żaden przepis nie stanowi, kiedy dziecko poczęte taką zdolność osiąga. Kwestia ta podlega wyłącznie ocenie medycznej. Obecnie przyjmuje się, że płód jest

zdolny do samodzielnego życia od 23. tygodnia ciąży (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2008 r., sygn. III CSK 16/08). W praktyce lekarze w Polsce od tego momentu odmawiają wykonania zabiegu aborcyjnego motywowanego ciężką i nieodwracalną niepełnosprawnością płodu albo chorobą zagrażającą jego życiu. Jeśli przy większości niepełnosprawności, które są co prawda ciężkie i nieodwracalne, a więc spełniają przesłankę legalnego usunięcia ciąży, taki termin jest w pełni zasadny, bo faktycznie przy możliwościach współczesnej medycyny bardzo często takie wcześniaki przeżywają, to przy zaburzeniach w ogóle uniemożliwiających samodzielne życie stawianie granicy legalności aborcji na 23. tygodniu ciąży po prostu nie ma sensu. Dziecko poczęte cierpiące bowiem na takie zaburzenie, w medycynie nazywane wadą letalną, a więc z założenia prowadzącą zawsze do śmierci, po prostu nigdy nie będzie w stanie osiągnąć zdolności życia poza organizmem matki, niezależnie jak długo w jej organizmie będzie przebywać. Nie oznacza to, że takie dzieci od razu po porodzie umrą, mogą przeżyć jakiś czas, ale będzie to okres obumierania ich organizmu, który nie świadczy, że dziecko było zdolne do życia. Lekarze jednak, bojąc się odpowiedzialności za zbyt późną aborcję, niepewni, czy będą w stanie udowodnić poprawność swojej diagnozy płodu i oceny jego zdolności, a raczej niezdolności, do życia poza organizmem matki, z założenia nie zgadzają się na wykonanie zabiegu usunięcia ciąży po 23. tygodniu, niezależnie od zaburzenia, na jakie cierpi dziecko poczęte. Trudno się nawet dziwić takiej postawie, mając na uwadze art. 152 § 3 k.k., według którego przerwanie ciąży za zgodą kobiety, ale z naruszeniem przepisów ustawy (a więc bez wystąpienia przesłanki ciężkiej i nieodwracalnej niepełnosprawności płodu lub choroby zagrażającej jego życiu albo po wskazanym ustawowo terminie), jeśli dotyczy to dziecka, które osiągnęło zdolność do życia poza organizmem matki, zagrożone jest karą pozbawienia wolności od sześciu miesięcy do ośmiu lat.

Zgoda kobiety jako warunek legalnej aborcji

Kobieta mająca pełną zdolność do czynności prawnych

Podstawowym warunkiem dokonania legalnej terminacji ciąży – oczywiście przy istniejących przesłankach jej legalności i we wskazanym prawnie terminie – jest wola kobiety. Kobieta będąca w ciąży jest jedynym decydentem w tej kwestii – nie ma żadnych prawnych możliwości, aby ją zmusić do zabiegu ani żeby obalić jej sprzeciw jego wykonania (i to nawet wtedy, gdy donoszenie ciąży stanowi ryzyko dla jej życia). Nikt też nie ma uprawnienia, by uniemożliwić prawnie wykonanie takiego legalnego zabiegu przez kobietę, która wyraziła wolę poddania się mu (z wyjątkiem dzieci i osób ubezwłasnowolnionych, o czym szczegółowo poniżej). Prawnie nie liczy się w tej kwestii w ogóle zdanie ojca, niezależnie od tego, czy jest mężem matki czy nie. Taką regulację należy uznać za w pełni poprawną. To kobieta jest fizycznie i psychicznie najbardziej obciążona zarówno samą ciążą, jak i ewentualnym późniejszym wychowaniem dziecka (tym bardziej przy istnieniu ryzyka dla jej życia lub zdrowia związanego z kontynuacją ciąży lub porodem, tylko ona ponosi kosztą swojej decyzji, a więc nikt nie może jej swojego zdania narzucić). Brak uprawnień ojca przy podejmowaniu decyzji o dokonaniu aborcji,

gdy kobieta wyraża wolę dokonania takiego legalnego zabiegu, wielokrotnie potwierdził Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu (por. sprawy X przeciwko Wielkiej Brytanii z 1980 r., Paton przeciwko Wielkiej Brytanii z 1980 r., H. przeciwko Norwegii z 1992 r., Boso przeciwko Włochom z 2002 r.).

Zgodnie z art. 4a ust. 4 ustawy o planowaniu rodziny zgoda kobiety na terminację ciąży musi być wyrażona na piśmie. Nie dotyczy to sprzeciwu poddania się takiemu zabiegowi. Po prostu brak pisemnej zgody uznawany jest za sprzeciw i w przypadku przeprowadzenia zabiegu uznaje się go za nielegalny, a tym samym stanowiący przestępstwo. Zgodnie bowiem z art. 153 § 1 k.k. kto stosując przemoc wobec kobiety ciężarnej lub w inny sposób bez jej zgody przerywa ciążę albo przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza kobietę ciężarną do przerwania ciąży, podlega karze pozbawienia wolności od sześciu miesięcy do lat ośmiu, a jeśli dziecko było zdolne do życia poza organizmem matki – od roku do lat dziesięciu (art. 153 § 2 k.k.). Warto podkreślić, że przepis ten sankcjonuje nie tylko zmuszanie kobiety do aborcji czy wywołanie jej podstępem, np. bez wiedzy kobiety, ale każdy zabieg przeprowadzony bez jej zgody, co wyrażają wprost słowa: „w inny sposób bez jej zgody przerywa ciążę”.

Małoletnia powyżej 13. roku życia lub ubezwłasnowolniona

Zgoda kobiety na terminację ciąży jest wymagana bezwzględnie w odniesieniu do wszystkich kobiet ciężarnych, które ukończyły 13. rok życia, nawet ubezwłasnowolnionych, jeśli stan ich zdrowia psychicznego pozwala im na podjęcie decyzji. Co więcej, sprzeciwu na aborcję kobiety powyżej 13. roku życia lub ubezwłasnowolnionej zdolnej do podjęcia decyzji nie można obalić, nawet sądownie. Co prawda art. 4a ust. 4 ustawy o planowaniu rodziny zezwala na ingerencję sądu w tych sprawach, ale jedynie, jeśli zgody nie wyrazi przedstawiciel ustawowy małoletniej powyżej 13. roku życia albo ubezwłasnowolnionej zdolnej do podjęcia decyzji. Wynika stąd, że jeśli zgoda na aborcję wyrażona przez kobiety należące do tych grup nie jest wystarczająca do legalności zabiegu (konieczne jest uzyskanie dodatkowo zgody przedstawiciela ustawowego, a w przypadku jego sprzeciwu – zgody sądu opiekuńczego), to w przypadku sprzeciwu tej kobiety, niezależnie od stanowiska jej przedstawiciela ustawowego, jest on w pełni wiążący i nie ma możliwości zwrócenia się o jego przełamanie do sądu (jak to jest przy innych zabiegach medycznych na podstawie art. 32 lub 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r.).

W przeciwieństwie do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry ustawa o planowaniu rodziny nie przewiduje wprost możliwości uzyskania zgody sądu opiekuńczego w przypadku niemożności porozumienia się z przedstawicielem ustawowym małoletniej lub ubezwłasnowolnionej kobiety w ciąży. Wydaje się jednak, iż sformułowanie art. 4a ust. 4 ustawy o planowaniu rodziny, który w ostatnim zdaniu mówi o konieczności uzyskania zgody sądu na zabieg „w razie braku zgody przedstawiciela ustawowego”, oznacza nie tylko sytuację, gdy wyraża on sprzeciw, ale także sytuację, gdy nie można się z nim skontaktować albo porozumienie z nim jest utrudnione, np. ze względu na stan jego zdrowia, upojenie lub odurzenie, szok psychiczny itp. Wydaje się, iż do sądu należy się zwrócić także w sytuacji, gdy przedstawiciel ustawowy po prostu odmawia pod-

jęcia decyzji w przedmiotowej kwestii (np. w ogóle się nie odzywa, wychodzi, nie odbiera telefonów). Wszystkie te przypadki wchodzą bowiem literalnie w zakres pojęcia „brak zgody”, a w szczególności „brak zgody pisemnej”, gdyż właśnie taka forma zgody jest wymagana również od przedstawiciela ustawowego.

Oczywiście należy pamiętać, że lekarz nie ma formalnie obowiązku zwracania się do sądu o zgodę na taki zabieg. Może uznać, iż przedstawiciel ustawowy sprzeciwiający się usunięciu ciąży u małoletniej lub ubezwłasnowolnionej działa w jej najlepszym interesie i przychylić się do jego stanowiska. Obowiązek taki ma natomiast, gdy nie można się porozumieć z przedstawicielem ustawowym, a także gdy ocenia stanowisko sprzeciwiającego się przedstawiciela ustawowego jako działanie sprzeczne z interesem małoletniej lub ubezwłasnowolnionej w ciąży, w szczególności gdy kontynuowanie ciąży stanowi ryzyko dla zdrowia (także psychicznego) lub życia kobiety. To bowiem kobieta w ciąży jest jego pacjentką i jej interesy ma chronić. Powinien więc dążyć do wykonania zabiegu służącego jej interesowi w sposób legalny także poprzez uzyskanie wszystkich niezbędnych zgód (w tym wypadku zgody sądu).

Wydaje się jednak, że mając na uwadze ochronę praw podmiotowych małoletniej lub ubezwłasnowolnionej, która wyraża wolę poddania się aborcji, w przypadku sprzeciwu jej przedstawiciela ustawowego każda sprawa powinna być przekazana przez lekarza sądowi, niezależnie od jego osobistej oceny (w szczególności oceny moralnej) czy zabieg należy wykonać. Jeśli bowiem lekarz nie poinformuje sądu o konieczności zajęcia stanowiska w tym przedmiocie, nikt inny tego nie zrobi (przedstawiciel ustawowy nie będzie miał w tym interesu, a małoletnia lub ubezwłasnowolniona samodzielnie nie będzie miała takich możliwości, pomijając nawet kwestię jej prawnego uprawnienia do złożenia takiego pisma procesowego). Brak działania po stronie lekarza pozbawiłby więc małoletnią lub ubezwłasnowolnioną całkowicie możliwości realizacji jej praw podmiotowych, co jest prawnie niedopuszczalne. Lekarz, informując sąd o konieczności wydania orzeczenia w tym przedmiocie (nie składa on bowiem wniosku ani nie staje się stroną postępowania, a jedynie przesyła sądowi zawiadomienie o zasadności wszczęcia postępowania z urzędu), zapewnia swojej pacjentce, że ochroną jej dobra i praw konstytucyjnych zajmie się organ niezawisły. W swojej informacji do sądu lekarz powinien przekazać informację nie tylko o zaistnieniu przesłanek legalnego usunięcia ciąży u małoletniej lub ubezwłasnowolnionej, jej zgodzie na ten zabieg, sprzeciwie przedstawiciela ustawowego, ale także o medycznym ryzyku wykonania tego zabiegu, jak i ryzyku kontynuacji ciąży. Wtedy jedynie sąd będzie mógł wydać orzeczenie oparte na pełnej wiedzy (oczywiście sąd może przeprowadzić dowody, w tym przesłuchanie kobiety, jej przedstawiciela ustawowego czy lekarza lub nawet powołać biegłych) – jego zadaniem jest bowiem nie tylko ochrona prawa do autonomii i nietykalności cielesnej małoletniej lub ubezwłasnowolnionej, ale także jej życia i zdrowia. Jeśli więc przeprowadzenie zabiegu będzie stanowiło zbyt duże ryzyko dla małoletniej lub ubezwłasnowolnionej, sąd z dużą dozą prawdopodobieństwa nie da zgody na ten zabieg. Jednakże poszanowanie praw konstytucyjnych małoletniej lub ubezwłasnowolnionej wymaga, by takie orzeczenie wydał sąd, a nie by w tej kwestii decydował samodzielnie lekarz, opierając się wyłącznie na zdaniu przedstawiciela ustawowego i własnym przekonaniu o słuszności takiej decyzji.

Podkreślić wyraźnie należy, że interwencja sądu w odniesieniu do małoletnich powyżej 13. roku życia lub ubezwłasnowolnionych jest dopuszczalna tylko w celu wyrażania zgody na zabieg i tylko wtedy, gdy przeciwstawia się mu przedstawiciel ustawowy. Nie ma żadnych podstaw do informowania sądu, gdy małoletnia lub ubezwłasnowolniona oraz jej przedstawiciel ustawowy wyrażają zgodę na zabieg. Lekarz ani żadna inna osoba – niezależnie od swoich poglądów etycznych – nie ma prawa ingerować nawet poprzez zawiadomienie sądu opiekuńczego w swobodnie podjętą legalną decyzję kobiety o usunięciu ciąży. Jednoznacznie podkreślił to Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie P.S. przeciwko Polsce z 2012 r. Co prawda ingerencja sądu opiekuńczego w tej sprawie, która dotyczyła 14-letniej dziewczynki będącej w ciąży w wyniku czynu zabronionego, miała na celu wyłącznie weryfikację, czy zgoda na aborcję nie została wymuszona na niej przez jej matkę, ale i tak Trybunał uznał ją za naruszającą prawo dziewczynki do prywatności. Podobnie ocenił faktyczne zmuszenie jej do konsultacji z księdzem.

Kobieta niezdolna do podjęcia decyzji

W ustawie o planowaniu rodziny brak też wprost regulacji procedury, którą należałoby zastosować w przypadku, gdy kobieta w ciąży jest niezdolna do podjęcia świadomej decyzji odnośnie do kwestii ewentualnego usunięcia ciąży. Jedyne w odniesieniu do kobiety ubezwłasnowolnionej można odczytać a contrario z art. 4a ust. 4 ustawy o planowaniu rodziny, że w sytuacji gdy na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego, jej zgoda nie jest wymagana, a więc wystarczająca jest zgoda jej przedstawiciela ustawowego (a w przypadku jego sprzeciwu lub braku możliwości porozumienia, jeśli lekarz uważa zabieg za wskazany dla dobra kobiety – zgoda sądu opiekuńczego).

W przypadku młodocianych powyżej 13. roku życia przepis ten nie przewiduje możliwości wyrażenia zgody wyłącznie przez przedstawiciela ustawowego, jeśli dziewczynka z przyczyn zdrowotnych nie jest w stanie jej wyrazić. Wydaje się, że brak regulacji w tej kwestii należy interpretować w ten sposób, że przy niemożności uzyskania zdania małoletniej powyżej 13. roku życia, poddanie jej zabiegowi usunięcia ciąży jest po prostu niedopuszczalne, nie wystarczy w takim przypadku zgoda przedstawiciela ustawowego, brak też podstaw do wystąpienia do sądu o zgodę zastępczą. Inna interpretacja braku regulacji w tym przedmiocie na wzór przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (które w przypadku osoby niezdolnej do podjęcia świadomej decyzji pozwalają poprzestać na zgodzie jej przedstawiciela ustawowego) jest niedopuszczalna, gdyż naruszałaby prawo do autonomii i nietykalności cielesnej małoletniej, pozwalałaby też na nadużycia prowadzące do przymusowych aborcji za zgodą przedstawiciela ustawowego małoletniej (poprzez uznawanie dziewczynki za niezdolną do podjęcia świadomej decyzji z powodu obciążenia psychicznego, jakim jest choćby sam fakt ciąży).

Tym bardziej niedopuszczalne jest przeprowadzenie zabiegu u kobiety pełnoletniej i nieubezwłasnowolnionej niezdolnej do podjęcia świadomej decyzji w tej kwestii, niezależnie od przyczyn tej niezdolności (także w przypadku trwałych zaburzeń psychicznych, jak choroba psychiczna czy niepełnosprawność intelektualna lub inne zaburzenia procesów poznawczych). Ustawa o zawodach lekarza

i lekarza dentystry w takiej sytuacji przewiduje możliwość uzyskania zezwolenia sądu na leczenie, gdyż z założenia dorosła nieubezważnowolniona kobieta nie posiada przedstawiciela ustawowego. Brak analogicznej regulacji w ustawie o planowaniu rodziny jednoznacznie wyklucza przeprowadzenie zabiegu usunięcia ciąży u kobiety niezdolnej do podjęcia decyzji.

Małoletnia poniżej 13. roku życia

Jedynie w odniesieniu do dziewczynki poniżej 13. roku życia jej stanowisko dotyczące ewentualnego poddania się zabiegowi przerwania ciąży nie jest prawnie wiążące. Co więcej, przeciwnie do wszystkich innych decyzji prawnych, w tym decyzji o leczeniu małoletniej w takim wieku, nie mają uprawnienia występowania w jej imieniu jej przedstawiciele ustawowi. Ustawa o planowaniu rodziny w art. 4a ust. 4 mówi wprost, że w przypadku małoletniej poniżej 13. roku życia na przeprowadzenie u niej zabiegu terminacji ciąży wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego. Nie oznacza to, że zdanie małoletniej nie jest w ogóle brane pod uwagę. Przeciwnie, przed sądem ma ona prawo do wyrażenia własnej opinii. Jednakże sąd może, ale nie musi, wydać orzeczenie zgodne z jej opinią. Pamiętać też należy, iż zgoda sądu jest niezbędna dla wykonania zabiegu aborcyjnego, a nie dla zaniechania takiego zabiegu. Jeśli dziewczynka wyraża opinię, że nie chce się takiemu zabiegowi poddać, w szczególności jeśli z tym zdaniem zgadzają się jej przedstawiciele ustawowi (choć formalnie ich zdanie nie ma w tym wypadku znaczenia), lekarz nie musi występować do sądu celem uzyskania zgody na taki zabieg. W zasadzie jedyną sytuacją, gdy taki obowiązek na lekarzu spoczywa (niezależnie od zdania dziewczynki i jej przedstawicieli ustawowych), jest sytuacja, gdy kontynuacja ciąży lub poród (nawet poprzez cesarskie cięcie) będzie realnie zagrażał życiu dziewczynki, gdyż to ona jest jego pacjentem i o jej zdrowie i życie ma dbać. Lekarz powinien również – w imię dobra dziewczynki – wystąpić do sądu o taką zgodę, gdy dziewczynka chce się poddać zabiegowi, a sprzeciwiają się jej przedstawiciele ustawowi. W tej bowiem sytuacji lekarz jest jedynym podmiotem, który może sąd poinformować o konflikcie między dziewczynką a osobami ją reprezentującymi. Warto bowiem pamiętać, że we wszystkich przypadkach lekarz tylko informuje sąd o potrzebie wydania orzeczenia w przedmiocie zgody na taki zabieg (jak zresztą jest w przypadku uzyskiwania zezwolenia sądu na każde inne świadczenie medyczne). Sąd po uzyskaniu takiej informacji działa z urzędu, a lekarz (ani szpital) nie są stroną tego postępowania. Dlatego należy uznać, że w przypadku odwrotnym – gdy przedstawiciele ustawowi małoletniej poniżej 13. roku życia uznają zabieg usunięcia ciąży za leżący w interesie dziewczynki (niezależnie od jej zdania w tym przedmiocie) – to oni, a nie lekarz, powinni wystąpić do sądu o uzyskanie zgody na taki zabieg i przywieźć dziewczynkę do szpitala na zabieg już z przedmiotową zgodą.

Jak wskazano, nikt nie ma prawa wykonać zabiegu przerwania ciąży u kobiety, która się temu sprzeciwia, i nawet sąd nie ma uprawnień, by taki sprzeciw obalić (nawet u małoletnich powyżej 13. roku życia czy u ubezważnowolnionych), a wykonanie zabiegu wbrew woli kobiety stanowi przestępstwo. Co ma jednak zrobić kobieta, której lekarz odmawia przeprowadzenia aborcji, mimo iż spełnia ona wszystkie warunki legalne i wyraża wolę poddania się takiemu zabiegowi?

Postępowanie w przypadku odmowy wykonania zabiegu usunięcia ciąży lub skierowania na badania prenatalne

Niestety kobieta nie ma w tej sytuacji wielu możliwości, mimo iż obowiązek państwa realnego umożliwienia kobiecie skorzystania z legalnego zabiegu usunięcia ciąży podkreślił Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu w wyrokach przeciwko Polsce w sprawach Tysiiąc z 2007 r. i wspomnianej już wcześniej P.S. z 2012 r. W wyniku wyroku w sprawie Tysiiąc przyjęto ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w której wprowadzono – w związku z wymogiem Trybunału – procedurę odwołania się od orzeczenia lekarskiego (art. 31). Tak więc kobieta, której lekarz odmówi wydania skierowania na badania prenatalne albo wykonania zabiegu terminacji ciąży, lub jej przedstawiciel ustawowy w przypadku małoletniej lub ubezwłasnowolnionej, powinni wnieść sprzeciw wobec tej opinii lub tego orzeczenia do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta. Sprzeciw należy wnieść w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta, czyli w praktyce – jeśli chodzi o kwestie badań prenatalnych lub usunięcia ciąży – należy go wnieść natychmiast po uzyskaniu odmowy wydania skierowania lub wykonania zabiegu, gdyż inaczej z pewnością miną terminy legalności aborcji. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania, jaki wpływ dana opinia czy orzeczenie ma na prawa lub obowiązki pacjenta, przy czym owe prawa i obowiązki pacjenta muszą być skonkretyzowane z podaniem podstawy prawnej (dokładnego przepisu, którym zostały ustanowione). Uzasadnienie to musi być pisemne i jak najbardziej precyzyjne pod względem prawnym, gdyż w przeciwnym wypadku sprzeciw zostanie zwrócony osobie, która go wniosła.

Tak więc w przypadku odmowy wydania skierowania na badania prenatalne czy przeprowadzenia zabiegu terminacji ciąży warto wskazać naruszenie godności, prawa do autonomii, życia prywatnego i nietykalności cielesnej oraz prawa do korzystania ze świadczeń gwarantowanych przy spełnieniu warunków legalnych, podając za podstawę zarówno przepisy Konstytucji RP (art. 31 ust. 1 i 2 art. 41 ust. 1, art. 47), jak i ustawy o planowaniu rodziny (art. 2 ust. 2a i art. 4a ust. 1 pkt 2) oraz rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Komisja Lekarska wydaje orzeczenie, bezwzględną większością głosów, na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu, co niestety może spowodować, że orzeczenie, niezależnie od jego treści, zapadnie, kiedy minie termin legalności aborcji. Orzeczenie Komisji Lekarskiej jest ostateczne i nie podlega zaskarżeniu do żadnego podmiotu. Nawet jednak jeśli będzie ono na korzyść kobiety, nie oznacza to, że lekarz, który wydał zaskarżoną opinię lub orzeczenie, będzie zobowiązany wydać skierowanie na badania prenatalne, wykonać takie badania lub dokonać zabiegu przerwania ciąży. Nie będzie do tego również zobowiązany żaden inny lekarz.

Zgodnie bowiem z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r. sygn. K 12/14 lekarz może w takim przypadku (z wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia kobiety) powołać się na klauzulę sumienia, a więc wskazać, że nie skieruje kobiety na badania prenatalne, nie wykona wobec niej takich badań ani legalnego zabiegu usunięcia ciąży, gdyż stoi to w sprzeczności z wyznawanymi przez niego poglądami. Nawet konieczność szybkiego działania – a więc w praktyce mijający termin legalności aborcji – nie wyklucza skorzystania z klauzuli sumienia. Trybunał bowiem uznał za sprzeczny z Konstytucją RP zapis, że nie można odmówić świadczenia medycznego ze względów światopoglądowych w sytuacjach niecierpiących zwłoki. Co więcej, Trybunał uznał za niekonstytucyjny obowiązek wynikający z uprzedniego brzmienia art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który przewiduje właśnie taką możliwość odmowy udzielenia świadczenia medycznego, wskazania innego lekarza lub podmiotu leczniczego, który by taki zabieg wykonał. Tak więc każdy lekarz, powołując się na swój światopogląd, może odmówić kobiecie terminacji ciąży z powodu ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia dziecka poczętego albo choroby zagrażającej jego życiu, nawet w 22. tygodniu ciąży, mając świadomość, że realnie uniemożliwia jej poddanie się temu zabiegowi. Analogicznie, może jej z tego samego powodu odmówić wydania skierowania na badania prenatalne, twierdząc, iż miałyby one jej służyć wyłącznie stwierdzeniu istnienia przesłanki legalnej aborcji, która w jego sumieniu jest niemoralna. Co więcej, lekarz nie musi bliżej prezentować i wyjaśniać przyczyn zajęcia takiego stanowiska, nie musi nawet wskazać, czy wynika ono z założeń religijnych ani tym bardziej z jakiej religii. Ma co prawda obowiązek wpisania odmowy udzielenia świadczenia do dokumentacji medycznej z uzasadnieniem, jednakże uzasadnienie to może polegać wyłącznie na podaniu, że odmowa nastąpiła, gdyż wykonanie badań prenatalnych lub zabiegu usunięcia ciąży były sprzeczne z jego sumieniem, bez podawania dalszych argumentów.

Ponadto nie istnieje obecnie żaden podmiot prawnie zobowiązany do wskazania kobiecie, która spotka się z odmową skierowania na badania prenatalne lub wykonania aborcji z powodów światopoglądowych, lekarza lub podmiotu leczniczego, który takie skierowanie by wydał lub taki zabieg wykonał. Jak wskazano, obowiązku takiego nie ma lekarz korzystający z klauzuli sumienia, ale także dyrektor szpitala, gdzie jest zatrudniony, konsultant wojewódzki czy nawet krajowy do spraw ginekologii i położnictwa, NFZ czy też Ministerstwo Zdrowia. Kobieta pozostaje w tej sytuacji sama i może liczyć jedynie na informacje medialne (np. fora internetowe) lub organizacje pozarządowe działające na rzecz praw kobiet.

Z pewnością taki stan prawny nie szanuje uprawnień kobiety i jest sprzeczny z przesłaniem Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu wyrażonym w cytowanych wyrokach Tysiąc i P.S. przeciwko Polsce. Co więcej, wobec uznania odmowy lekarza udzielenia jej świadczenia w postaci skierowania na badania prenatalne, wykonania takich badań lub usunięcia ciąży ze względu na jego poglądy za wartość konstytucyjnie wyższą niż prawa kobiety do autonomii, prywatności i nietykalności, nie ma możliwości dochodzenia wobec niego żadnych roszczeń ani na drodze cywilnej, ani tym bardziej karnej.

Bibliografia

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* Dz.U. nr 78, poz. 483 z późn. zm.
- Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7 stycznia 1993 r.* Dz.U. nr 17, poz. 78 z późn. zm.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r.,* tekst jednolity. Dz.U. 2017, poz. 125 z późn. zm.
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.,* tekst jednolity. Dz.U. 2016, poz. 186 z późn. zm.
- Ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” z dnia 4 listopada 2016 r.* Dz.U., poz. 1816.
- Ustawa o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 r.,* tekst jednolity. Dz.U. 2017, poz. 865.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.,* tekst jednolity. Dz.U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.
- Ustawa Kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r.,* tekst jednolity. Dz.U. 2016, poz. 1137 z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzenia, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu.* Dz.U. nr 9, poz. 49.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego,* tekst jednolity. Dz.U. 2016, poz. 694.
- Zarządzenie nr 67/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne,* <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-672016dsoz,6509.html>, dostęp: 1 września 2017 r.

Literatura

- [NIK] *Badania prenatalne w Polsce.* Informacja o wynikach kontroli, nr 21/2016/P/15/073/LKA, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10793,vp,13126.pdf>, dostęp: 1 września 2017 r.
- Karkowska, D. (2016). *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.* Komentarz. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Pietraszka-Macheta, A. i in. (2015). *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.* Komentarz. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Plucińska-Filipowicz, A., Wierzbowski, M. (red.). (2014). *Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności ciąży.* Komentarz. Warszawa: LexisNexis.
- Szeroczyńska, M.: *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r.* (sygn. K 12/14). Klauzula sumienia lekarzy, *Prawa człowieka w orzecznictwie sądów polskich*, luty 2016, <http://prawaczlowieka.edu.pl/index.php?orzeczenie=7c9fe6831f52e30e0ede4f8c54fd9bba673e8d8b-b0>, dostęp: 1 września 2017 r.
- Szeroczyńska, M.: *P.S. przeciwko Polsce (57357/08) z 30 października 2012 r. – przyczynek do zastanowienia, czy na pewno mamy prawo zgodne z wymaganiami Strasburga.* *Prawa człowieka w orzecznictwie sądów polskich*, listopad 2012, <http://www.prawaczlowieka.edu.pl/index.php?orzeczenie=ef9cb1abfdb1d45bb08bd2742f179591c8266187-b0>, dostęp: 1 września 2017 r.

Z K R A J U I Z E Ś W I A T A

MARZENNA ZAORSKA
UWM, Olsztyn
mzaorska@poczta.onet.pl

**ROK 2016 ROKIEM
L.S. WYGOTSKIEGO W ROSJI
SPRAWOZDANIE
Z KONGRESU CZŁOWIEK
W ŚWIECIE NIEWIADOMYCH:
HISTORYCZNOKULTUROWA
METODOLOGIA POZNANIA.
MOSKWA, 14–19 LISTOPADA 2016**

Kongres został zorganizowany w związku z przypadającą w 2016 r. 120. rocznicą urodzin wybitnego psychologa rosyjskiego Lwa Siemionowicza Wygotskiego oraz ogłoszeniem przez Rosyjską Dumę roku 2016 w Rosji Rokiem Wygotskiego. Organizatorami kongresu były: Rosyjska Akademia Nauk Edukacyjnych, Instytut Pedagogiki Korekcyjnej Rosyjskiej Akademii Nauk Edukacyjnych, Moskiewski Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny.

Wygotski (1896–1934) to jeden z najwybitniejszych psychologów XX w. Jego działalność i dorobek naukowy wniosły znaczący wkład w rozwój psychologii ogólnej, rozwojowej, klinicznej, specjalnej, psychologii sztuki (zob. Zaorska, 2008, s. 7–16).

Urodził się 17 listopada (tj. 5 listopada według kalendarza gregoriańskiego) 1896 r. w Orszy na Białorusi. Wkrótce rodzice przyszłego uczonego przeprowadzili się Homla. Do klasy czwartej szkoły podstawowej naukę szkolną pobierał w domu, a po zdaniu egzaminu eksternistycznego z materiału obowiązującego w klasie piątej kontynuował edukację w szóstej klasie gimnazjum dla chłopców. Szczególnie interesował się matematyką, literaturą, filozofią oraz językami obcymi. W szkole uczył się języka niemieckiego i francuskiego, zaś w domu dodatkowo łaciny, greki i języka angielskiego (Leontiew, 2003; Lifanowa, 2003; Zaorska, 2008).

W 1913 r. Wygotski skończył gimnazjum i rozpoczął studia na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Moskiewskiego, jednak po kilku tygodniach przeniósł się na Wydział Prawa. Od roku 1914 – równoległe z już podjętymi studiami prawniczymi – podjął studia na Wydziale Historyczno-Filozoficznym w Państwowym Uniwersytecie im. Szaniawskiego. Będąc studentem opublikował pierwsze prace naukowe z zakresu literatury. W 1917 r. ukończył dwie wymienione uczelnie, łącząc w latach 1916–1917 edukację akademicką z pracą na stanowisku sekretarza redakcji czasopisma *Nowa Droga* (Leontiew, 2003; Lifanowa, 2003).

Wiedza z historii, filozofii, literatury zdobyta przez Wygotskiego w czasie studiów wpłynęła na krystalizowanie się jego zainteresowań naukowych, przede wszystkim psychologią oraz jej poszczególnymi subdyscyplinami. Po studiach wraca do Homla i podejmuje pracę jako nauczyciel literatury w tzw. szkole pracy. Prowadzi zajęcia ze słuchaczami studiów nauczycielskich, studiów wychowawców placówek przedszkolnych z przedmiotów logika i psychologia, a w konserwatorium – z estetyki i historii sztuki. W lokalnej prasie publikuje artykuły oraz recenzje o tematyce literackiej i teatralnej. Kieruje działalnością teatru skupiającego niezawodowych aktorów. Występuje z wykładami otwartymi na temat twórczości wybitnych pisarzy i poetów. Organizuje tzw. spotkania poniedziałkowe, w których uczestniczą znani intelektualiści mieszkający w Homlu. Z jego inicjatywy wydawane jest w tym mieście literackie czasopismo *Wrzos* (Lifanowa, 2003; Zaorska, 2008).

W 1919 r. choruje na gruźlicę. Mimo choroby kontynuuje aktywną działalność naukową, organizacyjną i praktyczną. W tym też okresie krystalizują się jego zainteresowania psychologią. Przy liceum pedagogicznym organizuje laboratorium psychologiczne, prowadzi badania diagnostyczne dzieci w normie rozwojowej oraz dzieci z niepełnosprawnością z zastosowaniem metody Grigorija Iwanowicza

Rossolimy¹. Wyniki zrealizowanych badań naukowych ujawnia w swoim wystąpieniu na zjeździe z zakresu psychoneurologii w Sankt Petersburgu (Pietrogradzie) w roku 1924. Dzięki temu wystąpieniu otrzymuje propozycję pracy w Moskwie, w Instytucie Psychologii Eksperymentalnej. W roku 1924 przenosi się do Moskwy. Wkrótce po zdaniu wymaganych egzaminów zawodowych uzyskuje status pracownika naukowego (Leontiew, 2003; Lifanowa, 2003).

W roku 1925 żeni się z Różą Smiechową. W tym też roku przychodzi na świat ich pierwsza córka – Gita, a w roku 1930 druga córka – Asia. Od roku 1924 prowadzi badania dotyczące zagadnień świadomości, relacji psychologii i filozofii, współczesnych poglądów psychologicznych na temat rozwoju człowieka, psychologii wychowawczej i klinicznej. Ze szczególną uwagą odnosi się do zagadnienia niepełnosprawności, a także wybranych jej typów. W latach 1924–1934 koncentruje się na tych zagadnieniach (Lifanowa, 2003; Zaorska, 2008).

Z rekomendacji organizatora Eksperymentalnego Instytutu Defektologii I.I. Daniuszewskiego w roku 1924 zostaje kierownikiem Wydziału Wychowania Dzieci z Niepełnosprawnością Fizyczną i Intelktualną, funkcjonującego przy Wydziale Socjalno-Prawnej Obrony Niepełnoletnich Ministerstwa Edukacji. Ten okres uważany jest za początek działalności uczonego w dziedzinie psychologii klinicznej (Leontiew, 2003; Zaorska, 2008).

W roku 1925 uczestniczy w międzynarodowym kongresie na temat wychowania dzieci z wadą słuchu w Anglii, w czasie którego przedstawia referat dotyczący metod nauczania uczniów niesłyszących oraz roli czynników socjokulturowych i socjokulturowego kontekstu wychowania człowieka

w procesie jego adaptacji społecznej. W tym też roku odbywa inne podróże zagraniczne: do Niemiec, Holandii, Francji. Ich celem jest poznanie organizacji kształcenia osób niepełnosprawnych. Po powrocie z zagranicy przechodzi nawrót gruźlicy. Aż przez rok przebywa na zwolnieniu lekarskim. Nie przerwa jednak swojej aktywności naukowej. Dopracowuje książkę pt. *Psychologia sztuki*, którą opublikowano dopiero 40 lat później (Leontiew, 2003; Lifanowa, 2003).

Na 1925 r. Wygotski ma wyznaczoną datę publicznej obrony pracy habilitacyjnej, do której, ze względu na chorobę, nie może przystąpić. Decyzją komisji habilitacyjnej zostaje zwolniony z publicznej obrony rozprawy habilitacyjnej i zaocznie uzyskuje status samodzielnego pracownika naukowego. W październiku 1925 r. otrzymuje stopień docenta na Wydziale Pedagogiki, Psychologii i Defektologii 2 Państwowego Uniwersytetu w Moskwie (aktualnie: Moskiewski Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny; w tej uczelni pracuje w latach 1924–1934). W tym też czasie na pół roku przerywa pracę – przyczyną jest ponowne pogorszenie się stanu zdrowia. Przebywając na zwolnieniu lekarskim przygotowuje monografię *Sens historyczny kryzysu w psychologii* oraz liczne artykuły na temat koncepcji psychoanalitycznych. W jego domu spotykają się inni wybitni uczeni, np. Aleksiej Nikołajewicz Leontiew i Alesandr Romanowicz Luria (Lifanowa, 2003).

W roku 1926 organizuje Laboratorium Psychologii Defektologicznej przy Instytucie Neurologicznym, prowadzi badania nad diagnozą możliwości rozwojowych dzieci z niepełnosprawnością. W roku 1929 na bazie wspomnianego laboratorium powołano Eksperymentalny Instytut Defektologii Ministerstwa Edukacji. Wygotski zostaje konsultantem ds. naukowych. Pracując w tym Instytucie, koncentruje swoje badania naukowe na zagadnieniach kompensacji i nadkompensacji u osób z niepełnosprawnością, konsekwencji utraty sprawnych funkcji u osób nabywających niepełnosprawności w późniejszym okresie życia. Zgłębia problematykę roli doświad-

¹ G.I. Rossolimo (1860–1928), neurolog rosyjski; w 1899 r. opisał jedną z odmian zapalenia nerwu, w 1902 r. głęboki odruch palcowy, objaw uszkodzenia dróg piramidowych (za: Dzierżanowski, 1983, s. 476).

czenia wyniesionego z relacji społecznych i interakcji komunikacyjnych z innymi ludźmi w rozwoju dziecka zarówno pełno-, jak i niepełnosprawnego. Podkreśla istnienie identycznych praw rządzących rozwojem dzieci pełno- i niepełnosprawnych, tendencji ogólnych i specyficznych w ich rozwoju. Do specyficznych tendencji obecnych w rozwoju włącza odmienną doświadczeń historycznokulturowych oraz społecznych. Istota nauczania i wychowania dzieci z niepełnosprawnością, zdaniem uczonego, polega na uwzględnieniu specyfiki rozwoju dziecka, która zależy od rodzaju uszkodzeń, jakie w różny sposób i w różnym stopniu wpływają na pozyskiwanie oraz gromadzenie doświadczeń życiowych (Leontiew, 2003; Lifanowa, 2003; Zaorska, 2008). Postuluje tezę, że: „Człowiek w każdym momencie swojego istnienia dysponuje ogromnymi, jeszcze nieujawnionymi możliwościami i potencjałami” (120-ta rocznica... 2016, s. 4). Krytykuje propozycje i obecne w praktyce wychowawczej osób z niepełnosprawnością tendencje mechanicznego trenowania, wielokrotnego powtarzania czynności niezbędnych dzieciom niepełnosprawnym w ich życiu opartych na specjalnych ćwiczeniach. Postuluje potrzebę organizacji działań rehabilitacyjnych i edukacyjnych na bazie aktywizacji dziecka poprzez zabawę, naukę, pracę, relacje z innymi ludźmi. Analizując zależności istniejące między nauczaniem i rozwojem, zwraca uwagę na fakt, że nauczanie powinno wyprzedzać w czasie rozwój dziecka, na koniczność uwzględniania/uwzględnienia aktualnego poziomu rozwoju (sfera aktualnego rozwoju) i rozwoju potencjalnego (sfera najbliższego rozwoju) (Lifanowa, 2003; Zaorska, 2008, 2012). Sferę najbliższego rozwoju, zdaniem Wygotskiego (2003a,b), należy identyfikować biorąc pod uwagę możliwości wykonywania przez dziecko bardziej skomplikowanych zadań, także zadań możliwych do realizacji z pomocą osób starszych. Ocena możliwości dziecka w sferze najbliższego rozwoju powinna odbywać się na bazie analizy otwartości dziecka na przyjmowanie pomocy i na perspektywie wykonywania podobnych

zadań w przyszłości samodzielnie. Sygnalizowana koncepcja Wygotskiego powstała nie tylko na podstawie doświadczenia praktycznego, badań naukowych oraz analizy literatury źródłowej, ale także krytyki tendencji do dokonywania pomiarów rozwoju poprzez testowanie dziecka. Wygotski nie przekreśla jednak możliwości częściowego testowania w działaniach diagnostycznych (Leontiew, 2003; Lifanowa, 2003; Zaorska, 2008, 2012).

W latach 30. XX w. koncentruje się na wybranych zagadnieniach psychopatologii, a przede wszystkim na kwestiach rozwoju myślenia oraz rozpadu wyższych funkcji psychicznych przy uszkodzeniach mózgu (w tym mowy, pamięci, np. u osób z afazją, schizofrenią, chorobą Parkinsona). Pracując nad tymi problemami uświadamia sobie potrzebę uzupełnienia posiadanego wykształcenia o kompetencje z zakresu medycyny. Dlatego w 1931 r. podejmuje studia na Wydziale Medycznym Instytutu Psychoneurologii w Charkowie (będąc już profesorem i uznanym autorytetem w dziedzinie psychologii). Jednak z powodu obowiązków zawodowych (badania eksperymentalne, przygotowywanie publikacji, praca dydaktyczna, wystąpienia na konferencjach, zjazdach, seminariach, działalność organizacyjna) nie może skończyć studiów medycznych. Nie przeszkadza to mu przyjęcia w roku 1934 funkcji kierownika Oddziału Psychologii w Instytucie Medycyny Eksperymentalnej (Leontiew, 2003; Lifanowa, 2003; Zaorska, 2008). W tym czasie stan jego zdrowia pogarsza się, jednak mimo zaleceń hospitalizacji kontynuuje aktywne życie zawodowe. Kończy książkę *Myślenie i mowa*, którą opublikowano już po jego śmierci (wyd. w Polsce: PWN, 1989).

Umiera w nocy z 10 na 11 czerwca 1934 r. Ostatnie słowa Wygotskiego brzmiały następująco: „Jestem przygotowany” [na śmierć – przyp. aut.]. Oficjalny pogrzeb Wygotskiego (po kremacji) odbywa się dopiero w roku 1935 (Leontiew, 2003; Lifanowa, 2003).

Naukowe zasługi Wygotskiego można ulokować w poznaniu następujących obszarów psychologii: 1) koncepcja działalności

ludzkiej; 2) kulturowohistoryczna istota psychiki; 3) znaczenie aktywności/działalności społecznej i kolektywu w rozwoju psychicznym człowieka; 4) koncepcja sfer rozwoju; 5) psychologiczne podstawy nauczania nacelowanego na rozwój i uwzględniającego współpracę pomiędzy podmiotami biorącymi udział w tym procesie; 6) osobowość jako integralna struktura; 7) psychologia kliniczna i pedagogika korekcyjna – rozwój osoby z niepełnosprawnością oparty na jej możliwościach, zasobach, a nie konsekwencjach (Leontiew, 2003).

Do naukowców Wygotski skierował następującą refleksję: „Niech myśleniu odważnych uczonych przyświeca teza: należy dążyć do poznania i wyjaśnienia niewiadomych. Ostrożni zaś i mądrze przeciwstawiający tym dążącym do poznania niewiadomych powinni działać na faktach. Bowierni dążność do wyjaśnienia wszystkiego i czasami niemożliwego oznacza brak wyjaśnienia” (120-ta rocznica... 2016, s. 4; za: Wygotski, 2003b).

Rok Wygotskiego rozpoczął się 13 maja 2016 r. międzyuczelnianym seminarium młodych uczonych na temat rozwoju człowieka w perspektywie dzieciństwo – dorosłość w koncepcji L.S. Wygotskiego, a zakończył 15 grudnia 2016 r., również konferencją, ale tym razem studencką, poświęconą zagadnieniu wpływu naukowego dorobku Wygotskiego na rozwój nauk humanistycznych i społecznych.

W tym czasie odbyły się różne istotne imprezy:

- 26.05.2016 r. – studencki festiwal naukowy dotyczący tematyki świata dziecka w nauce, sztuce i praktyce edukacyjnej;
- 7.06.2016 r. – II festiwal prac naukowych studentów: *Pedagog w świecie zmian społecznych*;
- 9.06.2016 r. – wykład otwarty prof. Andy Byforda (Durham University, Wielka Brytania) w Instytucie Dzieciństwa na temat *Pedeutologia mniejszości narodowych*;
- 10–11.10.2016 r. – II międzynarodowa konferencja naukowa na temat *Psychologia antropologiczna: teoria i praktyka pracy ludzkiej*;
- 14.10.2016 r. – olimpiada naukowa na temat *Koncepcja L.S. Wygotskiego we współczesnych działaniach logopedycznych adresowanych do osób z niepełnosprawnością*;
- 15–18.11.2016 r. – cykl wykładów otwartych obejmujących następujące tematy: *Relacje psychologicznej praktyki i teorii w pracach L.S. Wygotskiego oraz współcześnie, Funkcjonowanie emocjonalne człowieka przez pryzmat historycznokulturowej koncepcji L.S. Wygotskiego, Rozwój osobowości refleksyjnej z punktu widzenia historycznokulturowego rozwoju człowieka, Idee L.S. Wygotskiego o wrastaniu w kulturę cywilizacyjną w perspektywie współczesności, Społeczeństwo a rozwój człowieka – poglądy L.S. Wygotskiego, Problemy rozwoju psychicznego dziecka w okolicznościach zaistnienia jego nieprawidłowości, L.S. Wygotski o roli osób dorosłych w transferze kulturowego dorobku ludzkości, Zagadnienie autorozwoju a podejście L.S. Wygotskiego, Rola nauczyciela w stymulacji rozwoju dzieci i młodzieży*.
- 15–19.11.2016 r. – międzynarodowa wystawa prac studenckich MILSET Vostok Expo-Sciences 2016;
- 15.11.2016 r. – prezentacja klas eksperymentalnych ze szkół podstawowych ogólnodostępnych funkcjonujących według koncepcji L.S. Wygotskiego;
- wystawa obrazów studentów Wydziału Sztuki Moskiewskiego Państwowego Uniwersytetu Pedagogicznego dedykowanych L.S. Wygotskiemu;
- 16.11.2016 r. – seminarium na temat *Rozwój predyspozycji twórczych dzieci w wieku przedszkolnym w ich aktywności komunikacyjnej, muzycznej, plastycznej i teatralnej*;
- 16.11.2016 r. – wspólne posiedzenie rad pedagogicznych szkół podstawowych oraz średnich funkcjonujących na podstawie koncepcji L.S. Wygotskiego;
- 16.11.2016 r. – seminarium na temat *Rozwój aktywności twórczej dziecka w działalności muzycznej oraz z wykorzystaniem bajek dla dzieci*;
- 16.11.2016 r. – koncert z udziałem gwiazd estrady, chóru i orkiestry sym-

- fonicznej dedykowany pamięci Wygotskiego;
- 16.11.2016 r. – wystawa prac artystów plastyków na temat *Świat pokoju*;
 - 17.11.2016 r. – dzień urodzin L.S. Wygotskiego – uroczyste odsłonięcie tablicy pamiątkowej dedykowanej L.S. Wygotskiemu w Moskiewskim Państwowym Uniwersytecie Pedagogicznym;
 - 17–19.11.2016 r. – VIII konferencja naukowo-praktyczna na temat *Rola eksperymentowania w edukacji współczesnych dzieci i młodzieży*;
 - 17.11.2016 r. – seminarium na temat *Egzystencjalna logika życia ludzkiego*;
 - 17–19.11.2016 r. – III międzynarodowa konferencja naukowa na temat *Aktualne problemy edukacji matematycznej w perspektywie koncepcji L.S. Wygotskiego*;
 - 17.11.2016 r. – warsztaty arteterapeutyczne, spotkanie zainteresowanych żartami na temat psychologii i psychologów, „okrągły stół” na temat *Realizacja propozycji L.S. Wygotskiego w wychowaniu przedszkolnym*, wystawa prac dziecięcych na temat *Spotkania ze sztuką*, wystawa prac uczniów szkół plastycznych, memorialna konferencja Seymoura Paperta (południowoafrykańskiego matematyka i informatyka, autora języka programowania LOGO, jednego z pionierów sztucznej inteligencji) na temat *Wygotski a społeczeństwo cywilizowane*;
 - 18.11.2016 r. – seria warsztatów na następujące tematy: *Idee Wygotskiego w kształceniu dzieci z niepełnosprawnością słuchową*, *Idee Wygotskiego w terapii logopedycznej*, *Idee Wygotskiego w rozwoju kompetencji komunikacyjnych dzieci w wieku przedszkolnym na bazie aktywności teatralnej*, *Idee Wygotskiego w rozwoju muzycznym dzieci w wieku przedszkolnym*, *Filmy dla dzieci a możliwości rozwoju ich aktywności twórczej*, *Idee Wygotskiego w kształceniu na poziomie wyższym*;
 - 18.11.2016 r. – „okrągły stół” na temat *Mowa i myślenie*, warsztaty: *Design myślenia*, *Paradygmat historycznokulturowy – źródła i współczesność*, *Techniki kre-*
- atywności*, *Laboratorium naukowych eksperymentów Wygotskiego* oraz na temat *Kategoria przeżyć w koncepcji Wygotskiego*, *Psychologia pedagogiczna – młodszy wiek szkolny*, koncert studentów konserwatorium;
- 19.11.2016 r. – ogłoszenie wyników konkursu na najlepszą pracę naukową studentów na temat *Idee Wygotskiego we współczesnej logopedii*, konkursu na najlepszy artykuł naukowy studentów na temat *Idee Wygotskiego w zakresie indywidualnej percepcji osoby ludzkiej*, konkursu na najlepszy debiut zawodowy w praktyce pedagogicznej, konkursu na pomnik L.S. Wygotskiego, konferencja naukowa na temat *Współczesne technologie medialne i informacyjne a rozwój osobowości człowieka*;
 - 9–10.12.2016 r. – forum młodzieży na temat *Człowiek XXI wieku: wartości, światopogląd, ideały*;
 - 15.12.2016 r. – olimpiada studencka na temat *Naukowe dziedzictwo L.S. Wygotskiego i współczesne problemy nauk humanistycznych i społecznych*.
- Jednym z bardziej znaczących elementów obchodów Roku Wygotskiego był kongres naukowy na temat *Człowiek w świecie niewiadomych: historycznokulturowa metodologia poznania*. W kongresie tym uczestniczyło 1200 osób, w tym przedstawiciele nauki, praktyki psychologicznej, pedagogicznej, władz oświatowych. W pierwszym dniu kongresu odbyły się obrady plenarne. Z okazji obchodów Roku Wygotskiego wybito 30 pamiątkowych medali jubileuszowych, którymi nagrodzono naukowców zajmujących się m.in. dorobkiem uczonego. Wśród osób nagrodzonych tym medalem była także autorka tego sprawozdania. Medale wręczono w czasie obrad plenarnych.
- Obrady plenarne rozpoczęły się od wystąpień osób inauguracyjnych kongresu: rektora Moskiewskiego Państwowego Uniwersytetu Pedagogicznego (prof. S.D. Karakozowa), przedstawiciela Ministerstwa Oświaty (dra W.W. Czecha), dyrektora Instytutu Pedagogiki i Psychologii

Uniwersytetu Pedagogicznego w Sankt Petersburgu (prof. W.W. Semikina), wiceprezydenta Rosyjskiej Akademii Nauk Edukacyjnych (prof. N.N. Małofiejewa).

Obrodom planarnym, w czasie których zaprezentowano 12 referatów, przewodniczył prof. S.D. Karakozow oraz prof. N.N. Małofiejew. Były to następujące referaty: 1) prof. W.S. Muchina: *Przenikanie idei L.S. Wygotskiego na temat funkcji psychicznych człowieka w koncepcję historycznokulturowego rozwoju ludzkości*; 2) prof. N.N. Małofiejew: *Sukcesy kulturowohistorycznej defektologii. 20 lat doświadczeń działalności Instytutu Pedagogiki Korekcyjnej Rosyjskiej Akademii Nauk Edukacyjnych*; 3) prof. E.E. Krawcowa: *Historycznokulturowe podstawy koncepcji sfery najbliższego rozwoju*; 4) prof. Dean Deke (Chiny): *Psychologia sztuki*; 5) prof. Nobuo Hirose (Japonia): *Uszkodzenie i nadkompensacja. Koncepcja L.S. Wygotskiego w japońskiej specjalnej pedagogice*; 6) prof. W.S. Sobkin: *Wczesne idee Wygotskiego – psychologia sztuki*; 7) prof. Marzena Zaorska (Polska): *Idee L.S. Wygotskiego w teorii i praktyce edukacyjnej w Polsce (ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością)*; 8) prof. S.A. Amonasz-wili: *Arytmetyka i algebra mowy w ujęciu L.S. Wygotskiego*; 9) prof. I.W. Dubrowina: *Idee L.S. Wygotskiego w psychologii edukacji*; 10) prof. Yadolla Seaadnia (Iran): *Miejsce koncepcji L.S. Wygotskiego w systemie i działaniach na rzecz kształcenia dzieci i młodzieży w Iranie*; 11) prof. Daniel Israel, prof. Analía Ferrera (Argentyna): *Koncepcja L.S. Wygotskiego na uniwersytetach argentyńskich*; 12) prof. Steve Kerr (USA): *Wpływ koncepcji L.S. Wygotskiego na rozwój społeczeństwa amerykańskiego*.

Kolejny dzień był poświęcony obradom w sekcjach. Organizatorzy wyodrębnili cztery bloki tematyczne: 1) psychologia historycznokulturowa i jej miejsce w systemie nauk przyrodniczych, o człowieku i społeczeństwie; 2) psychologia historycznokulturowa a warianty rozwoju współczesnych społeczeństw; 3) psychologia i sztuka; 4) edukacja i polityka.

W ramach pierwszej grupy tematycznej odbyło się dziesięć sekcji: *Kulturowe i naukowe źródła twórczości L.S. Wygotskiego* (wygłoszono 5 referatów); *Wyprzedzając czas: idee konstrukttywizmu w koncepcji Wygotskiego* (2 referaty), *Instrumentalno-genetyczna metoda L.S. Wygotskiego w rosyjskiej psychologii* (3 referaty), *Kształtowanie osobowości ludzi w kontekście działań, wartości i norm* (6 referatów), *Heurystyczny potencjał koncepcji L.S. Wygotskiego na temat wyższych funkcji psychicznych* (2 referaty), *Kulturowohistoryczna psychologia emocji* (2 referaty), *Psychologia zdolności i twórczości w kontekście psychologii historycznokulturowej* (17 referatów), *Świadomość jako problem psychologii historycznokulturowej* (6 referatów), *Historycznokulturowe podejście L.S. Wygotskiego i A.P. Łurii w metodologii neuropsychologii i psychopatologii* (2 referaty), *Kulturowo-działaniowa metodologia L.S. Wygotskiego i A.N. Leontiewa we współczesnej psychologii poznania: problemy i perspektywy* (2 referaty).

Druga grupa tematyczna – 6 sekcji: *Socjokulturowa modernizacja kształcenia w Rosji: strategiczno-działaniowe podejście w projektowaniu systemów oświatowych* (7 referatów), *Kształcenie jako poszerzanie możliwości rozwoju osobowości: od diagnozy selekcyjnej do diagnozy rozwojowej* (4 referaty), *Kulturowohistoryczna metodologia programowania możliwych wariantów edukacji* (10 referatów), *Pozytywna socjalizacja dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi* (2 referaty), *Rozwój i jakość rozwoju: od pedeutologii do praktycznej psychologii dzieciństwa i psychologii kształcenia* (7 referatów), *Idee L.S. Wygotskiego i współczesna historycznokulturowa pedagogika korekcyjna* (11 referatów).

Trzecia grupa tematyczna – 4 sekcje: *Sztuka a rozwój wyższych funkcji psychicznych* (7 referatów), *Sztuka w kontekście historycznokulturowych działań praktycznych* (6 referatów), *Psychologia sztuki w ujęciu L.S. Wygotskiego – od teorii do praktyki* (9 referatów), *Psychologia sztuki we współczesnej przestrzeni edukacyjnej i socjokulturowej* (3 referaty).

Czwarta grupa tematyczna – 4 sekcje: *Idee L.S. Wygotskiego w polityce edukacyjnej*

(3 referaty), *Wpływ metodologii L.S. Wygotskiego na obszar polityki edukacyjnej i naukę* (4 referaty), *Polityka edukacyjna: współczesność, tendencje, normy i zasady* (6 referatów), *Wpływ metodologii L.S. Wygotskiego na współczesne nauki pedagogiczne* (5 referatów).

Po zakończeniu obrad w sekcjach odbyło się uroczyste złożenie kwiatów na grobie L.S. Wygotskiego znajdującym się na cmentarzu Nowodziewiczym w Moskwie. Następnie uczestnicy kongresu zwiedzali historyczne budynki Moskiewskiego Państwowego Uniwersytetu Pedagogicznego. Prelekcję na temat *Lew Wygotski w odbiorze przyjaciół, uczniów i współpracowników* przygotowała prof. T.M. Lifanowa, współautorka biografii Wygotskiego i przyjaciółka jego córki Gity Wygodskiej². Później był wieczór wspomnień – koncert poświęcony L.S. Wygotskiemu oraz przedstawienie teatralne *Wspomnienia Gity Wygodskiej*.

² Nazwisko córki L.S. Wygotskiego nie jest pisane przez literę „t”, ale literę „d”, tak jak pierwotnie było pisane nazwisko Wygotskiego. Zmiana w pisowni nazwiska uczonego zaistniała z jego własnej inicjatywy. Córki natomiast powróciły do pisowni tradycyjnej.

Bibliografia

- Dzierżanowski, R. (1983). *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*. Warszawa: PZWL.
- Leontiew, A.N. (2003). Wprowadzenie. W: L.S. Wygotski, *Psychologia rozwoju człowieka*. Moskwa: „Smysł”.
- Lifanowa, T.M. (2003). Życie i twórczość L.S. Wygotskiego. W: L. Wygotski, *Podstawy defektologii* (s. 3–21). Sankt-Petersburg–Moskwa–Krasnodar: „Łań”.
- 120-ta rocznica urodzin Lwa Siemionowicza Wygotskiego (2016). Moskwa: MPGU.
- Wygotski, L.S. (1989). *Myślenie i mowa*. Warszawa: PWN.
- Wygotski, L.S. (2003a). *Psychologia rozwoju człowieka*. Moskwa: „Smysł”.
- Wygotski, L.S. (2003b). *Psychologia rozwoju dziecka*. Moskwa: „Smysł”.
- Zaorska, M. (2008). Lew S. Wygotski o wychowaniu dzieci głuchoniewidomych. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2(8), 7–16.
- Zaorska, M. (2012). Rozwój kulturowy dziecka w koncepcji L.S. Wygotskiego. *Acta Universitatis Nicolai Copernici. Pedagogika*, XXVIII, 29–48.

Aby dokonać prenumeraty czasopisma, można skorzystać z usług jednego z kolporterów:

1. „RUCH” S.A.

Zamówienia na prenumeratę w wersji papierowej i na e-wydania można składać bezpośrednio na stronie

www.prenumerata.ruch.com.pl

Ewentualne pytania prosimy kierować na adres e-mail: **prenumerata@ruch.com.pl** lub kontaktując się z Telefonicznym Biurem Obsługi Klienta pod numerem: **801 800 803** lub **22 717 59 59** – czynne w godzinach 7.00 – 18.00. Koszt połączenia wg taryfy operatora.

2. Kolporter S.A.

Prenumeratę instytucjonalną można zamawiać w oddziałach firmy Kolporter S.A. na terenie całego kraju. **Informacje: infolinia 0 801 205 555.**

www.dp.kolporter.com.pl