

Nr 5 (271) 2013
Tom LXXIV
LISTOPAD
GRUDZIEŃ

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 Łaszczczyk (PL) – pedagogika, metodologia
Bernadeta Szczupał (PL) – pedagogika specjalna

Redaktor statystyczny

Mariusz Fila

Redakcja

Julita Kobos (PL) – język polski
Vitaly Kantor (RUS) – język rosyjski
Renata Wójtowicz (PL) – język angielski

Redaktor prowadzący

Ewa Maria Kulesza

Tłumaczenie na język angielski

Renata Wójtowicz

Skład komputerowy

Andrzej Kowalczyk

Wersja papierowa jest wersją pierwotną (referencyjną)

Recenzenci współpracujący ze „Szkołą Specjalną” w roku 2013

*Anaid Arkadievna Hananian, Zenon Gajdzica, Grażyna Gunia, Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz,
Tatiana V. Lisovskaya, Adam Mikrut, Adam Solak, Olga Vyalyh, Janina Wyczesany, Anna
Zamkowska, Marzenna Zaorska, Alicja Zarin, Hanna Żuraw*

Czasopismo „Szkoła Specjalna” posiada punktację MNiSW (5 punktów) w kategorii B

Rada Naukowa:

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

Komitet Redakcyjny:

Ewa Maria Kulesza (redaktor naczelna), Kamil Kuracki (sekretarz), Bernadetta Kosewska (członek), Katarzyna Smolińska (członek)

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

**Adres Redakcji: Wydawnictwo APS, 02-353 Warszawa
ul. Szczęśliwicka 40, tel. 22-589-36-45
centrala 22-589-36-00 wew. 1212, fax 22-658-11-18
e-mail: szkolaspecjalna@aps.edu.pl
www.szkolaspecjalna.aps.edu.pl
nakład 1000 egz.**

SPIS TREŚCI

OPRACOWANIA NAUKOWE

- 325 – *Stawomira Sadowska*
Egzamin gimnazjalny 2012 dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. O jawnych i ukrytych sposobach myślenia osób zaangażowanych we wdrażanie zmian
- 344 – *Bożena Owerczuk*
Czy szkoła może być lekarstwem dla chorych dzieci? Szkolnictwo szpitalne
- 356 – *Людмила И. Лусова*
Характеристика трудностей усвоения арифметических задач младшими школьниками с тяжелыми нарушениями речи

Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

- 366 – *Małgorzata Wojtatowicz*
Wykorzystanie tablicy interaktywnej w szkole specjalnej. Część VIII. Wybrane strony internetowe do wykorzystania na lekcjach – edukacja interaktywna
- 376 – *Beata Szurowska*
Praktyczne kształcenie nauczycieli wczesnej edukacji. Refleksje i wnioski z realizacji projektu *Dobre praktyki – dobrzy nauczyciele – skuteczna szkoła*

PRAWO I PRAKTYKA

- 386 – *Małgorzata Szeroczyńska*
Zasady wyrażania zgody na leczenie dziecka

Z KRAJU I ZE ŚWIATA

- 396 – *Joanna Głodkowska*
Forum Pedagogiki Specjalnej (www.efps.pl). Elektroniczna przestrzeń spotkania, inspirowania, popularyzowania i dokumentowania bogactwa pedagogiki specjalnej

ZASŁUŻENI DLA PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

- 398 – *Marek Wasiak*
Wspomnienie o Jerzym Wasiaku (1924–2012)

RECENZJE

- 400 – *Małgorzata Kupisiewicz*: Słownik pedagogiki specjalnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, ss. 452 (*Łudwik Malinowski*)

NASZYM CZYTELNIKOM POLECAMY

- B. Rola, B. Dubińska, R. Piotrowicz: *Poznaję i akceptuję siebie i innych*. Credo, Katowice 2013, ss. 78 (*Marianna Marek-Ruka*)
- Z. Majchrzyk: *Nieletni, młodociani i dorośli sprawcy zabójstw. Gdzie kończy się norma a zaczyna patologia*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004, ss. 227 (*Dagmara Maria Boruc*)

- 402 – SPIS ROCZNIKA 2013

CONTENTS

SCIENTIFIC STUDIES

- 325 – *Stawomira Sadowska*
The 2012 middle school leaving examination for students with special educational needs. Obvious and covert lines of thought in people involved in introducing changes
- 344 – *Bożena Otwerczuk*
Can school be a remedy for ill children? Hospital education
- 356 – *Людмила И. Лусова*
Характеристика трудностей усвоения арифметических задач младшими школьниками с тяжелыми нарушениями речи

FROM TEACHING PRACTICE

- 366 – *Małgorzata Wojtatowicz*
Using interactive whiteboards in special schools. Part 8. Selected websites for use in the classroom – Interactive education
- 376 – *Beata Szurowska*
Practical teacher training for early years teachers. Reflection on and conclusions from the *Good Practices – Good Teachers – Effective School Project*

LAW AND PRACTICE

- 386 – *Małgorzata Szeroczyńska*
Guidelines for consent to treatment of a child

HOME AND WORLD NEWS

- 396 – *Joanna Głodkowska*
Forum Pedagogiki Specjalnej [Special Education Forum] (www.efps.pl) – An electronic space for meeting, inspiring, popularizing and demonstrating the richness of special education

DISTINGUISHED IN SPECIAL EDUCATION

- 398 – *Marek Wasiak*
Posthumous tribute to Jerzy Wasiak (1924–2012)

REVIEWS

- 400 – *Małgorzata Kupisiewicz: Słownik pedagogiki specjalnej* [Special education dictionary]. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, pp. 452 (*Ludwik Malinowski*)

WE RECOMMEND TO OUR READERS

- B. Rola, B. Dubińska, R. Piotrowicz: *Poznaję i akceptuję siebie i innych* [I get to know and accept myself and others]. Credo, Katowice 2013, pp. 78 (*Marianna Marek-Ruka*)
- Z. Majchrzyk: *Nieletni, młodociani i dorośli sprawcy zabójstw. Gdzie kończy się norma a zaczyna patologia* [Juvenile, young and adult murderers. Where the normal ends and the pathological begins]. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004, pp. 227 (*Dagmara Maria Boruc*)

- 402 – ARTICLES PUBLISHED IN 2013

SŁAWOMIRA SADOWSKA
UG, Gdańsk

EGZAMIN GIMNAZJALNY 2012 DLA UCZNIÓW ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI O JAWNYCH I UKRYTYCH SPOSOBACH MYŚLENIA OSÓB ZAANGAŻOWANYCH WE WDRAŻANIE ZMIAN

Założono, że ukryte sposoby myślenia centralnych reformatorów, tkwiące u podstaw treści i form celowych zmian oświatowych, w tym zmian dotyczących zewnętrznych egzaminów, dają się wtórnie, analitycznie odsłaniać z wypowiedzi i decyzji oraz działań zbioru osób zaangażowanych we wdrażanie zmian. Polem analizy objęto przestrzeń zwerbalizowanych/publikowanych stanowisk przedstawicieli MEN, CKE i OKE w sprawie formuły egzaminu oraz zadania egzaminu zewnętrznego z języka polskiego dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi przeprowadzonego w 2012 r. Przestrzeń tę rozpatrywano w odwołaniu do różnorodnych faktów edukacyjnych, w tym wyników, jakie uczniowie uzyskiwali we wcześniejszych latach w zakresie szczegółowych wiadomości i umiejętności. Przepisy oświatowe w 2012 r. nie dookreślają zróżnicowania wymagań egzaminacyjnych dla uczniów, którzy zobowiązani byli przystąpić do egzaminu. Przygotowanie odrębnych arkuszy zadań dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i uczniów z wadą słuchu stanowi jednak praktyczną realizację dostosowania tych wymagań do pewnych grup. Brak szczegółowych wykładni w tym zakresie należy odczytywać jako utrudnienie zarówno dla nauczycieli pracujących z tymi uczniami, jak i dla uczniów. W sprawozdaniach z corocznych egzaminów wyniki dla grupy uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi dotyczą jedynie średnich dla całego testu. Wyniki wszystkich grup uczniów możemy porównać więc jedynie w zakresie bardzo ogólnego parametru statystycznego. Interpretacje doprowadzają do wniosku, że pracami osób odpowiedzialnych za kształt tych egzaminów rządzi ukryte przeświadczenie, że sprawdzanie i ocenianie umiejętności mniejszości (a taką grupą są uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi) może być owiane tajemnicą zarówno w warstwie edukacyjnej wymagań, jak i jawności wyników. Treść zadań egzaminacyjnych dla uczniów z wadą słuchu pozwala wnioskować, że sposób myślenia i działania reformatorów z centrum decyzyjnego i doradzających im ekspertów w swej genezie, treści i strukturze są oparte na przesłankach, że orientacja na formę sprawdzania nie musi iść w parze z orientacją na treść wypełniającą tę formę. Treść zadań wskazuje na nadmierne przywiązanie osób przygotowujących oficjalne arkusze egzaminacyjne do tradycyjnych reprezentacji społecznych i ideologii dominacji jednych grup nad innymi. Szczegółowa analiza wyników egzaminu przeprowadzanego w 2011 r. pozwala zadać pytanie, czy zmiana kryteriów oceny zastosowanych do oceny zadania otwartego (rozprawki) w 2012 r. w stosunku do tych, jakie zamieszczono w 2010 r. w *Informatorze o egzaminie gimnazjalnym od roku szkolnego 2011/2012* nie prowadzi do wygładzania wyników egzaminów zewnętrznych i uwolnienia się decydentów na wysokich szczeblach systemu edukacji od odpowiedzialności za stan oświaty.

Słowa kluczowe: jakość w szkolnictwie, zmiana edukacyjna, specjalne potrzeby edukacyjne, egzamin zewnętrzny

Podjęmę problematykę egzaminów zewnętrznych, o których środowisko naukowe pedagogów specjalnych nie tylko wypowiada się niezwykle rzadko, ale także nie wyprowadza swojego dyskursu na zewnątrz (wyraźniej już słyszalny jest dyskurs nauczycieli czy uczniów). Kanoniczna linia interpretacyjna przyjęta w dyskursie naukowym pedagogiki specjalnej koncentruje się wokół wyników egzaminu. Analizy prowadzone przez I. Chrzanowską (2009) odsłaniają bolesne oceny stanu systemu polskiej edukacji, zwłaszcza na obszarach wiejskich. Nieco mniej wyraźnie zaznaczona jest linia interpretacyjna skoncentrowana na zadaniach pojawiających się w arkuszach egzaminacyjnych. W tym kontekście myślenie skupione było na wpływie egzaminów zewnętrznych na szkolną sytuację edukacyjną. Analizy praktyki nauczania uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim pozwoliły zauważyć, że kształcenie umiejętności sprawdzanych na egzaminie zewnętrznym wyraźnie dominuje nad kształceniem umiejętności, które na egzaminie nie są sprawdzane. Zaznacza się to zwłaszcza w ostatnim roku nauczania w szkole podstawowej i gimnazjum, a więc w okresie poprzedzającym egzamin zewnętrzny (Sadowska 2006). Interesującym polem rozpoznania badawczych są także doświadczenia uczniów związane z zewnętrznym sprawdzaniem wyników nauczania, chociaż ta ścieżka dociekań jest wyraźnie incydentalna. Zauważę, że badania takie prowadzono w ramach kierowanego przeze mnie seminarium, a wyniki były niezwykle interesujące (Raczyńska 2011). Idąc dalej w oglądzie tej mozaiki artykulacji, odnotuję refleksje w nawiązaniu do aktualnych regulacji prawnych i zwerbalizowanych/publikowanych stanowisk przedstawicieli Ministerstwa Edukacji Narodowej czy Centralnej Komisji Egzaminacyjnej dotyczących koncepcji, zakresu, treści, sposobu wdrożenia zmiany w egzaminach zewnętrznych. Analizy pedagogów specjalnych w odwołaniu do tych stanowisk mają najczęściej wymiar typowo praktyczny i koncentrują się na płaszczyźnie możliwości, jakie pojawiają się w systemie szkolnym w zakresie dostosowania warunków i form przeprowadzania sprawdzianu i egzaminu gimnazjalnego do potrzeb uczniów niepełnosprawnych, na trybie przystępowania do sprawdzianu lub egzaminu gimnazjalnego w warunkach i formach dostosowanych do ich niepełnosprawności. Raczej nie chodzi w nich o odsłanianie ukrytych sposobów myślenia centralnych reformatorów, tkwiących u podstaw treści i form celowych zmian oświatowych, w tym zmian dotyczących egzaminów zewnętrznych.

Przyjmując, że te ukryte aspekty można wtórnie, analitycznie odsłaniać z wypowiedzi i decyzji oraz faktów działań zbioru osób zaangażowanych we wdrażanie zmian, uznałam, że badanie przestrzeni zwerbalizowanych/publikowanych stanowisk przedstawicieli MEN czy CKE odnoszących się do egzaminów zewnętrznych, badanie przestrzeni zadań egzaminacyjnych, może wnieść coś płodnego do zrozumienia istotnych przekonań reformatorów oświaty i współpracujących z nimi ekspertów o edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, o funkcjach oświaty, w tym szkoły. Tytułowy egzamin zewnętrzny, a ściślej – egzamin gimnazjalny przeprowadzony w 2012 r., stanowi ramę ogniskującą te refleksje. Polem analizy objęte zostały zestawy zadań z zakresu języka polskiego dla uczniów niesłyszących i słabosłyszących, z upośledzeniem

umysłowym w stopniu lekkim oraz dla wszystkich innych uczniów, w tym uczniów słabowidzących i niewidomych, jak też artykułowane (w komunikatach, informatorach, materiałach szkoleniowych, wypowiedziach medialnych) oficjalne stanowiska MEN, CKE i OKE wobec nowej formuły egzaminu. Tę przestrzeń rozpatrywano w odwołaniu do różnorodnych faktów edukacyjnych, w tym wyników, jakie uczniowie uzyskiwali we wcześniejszych latach w zakresie szczegółowych wiadomości i umiejętności.

O formule egzaminu i potrzebach edukacyjnych pewnych grup uczniów

Egzamin gimnazjalny przeprowadzany od 2012 r. składa się z takich samych części jak dotychczasowy, ale każda część ma inną strukturę. Część humanistyczna składa się z zadań z zakresu języka polskiego oraz zadań z zakresu historii i wiedzy o społeczeństwie. Część matematyczno-przyrodnicza składa się z zadań z zakresu matematyki oraz zadań z zakresu przedmiotów przyrodniczych: biologii, chemii, fizyki i geografii. W części dotyczącej języka obcego nowożytnego gimnazjalista dokonuje wyboru jednego z siedmiu języków: angielskiego, francuskiego, hiszpańskiego, niemieckiego, rosyjskiego, ukraińskiego i włoskiego, z zastrzeżeniem, że może wybrać tylko ten język, którego uczył się w gimnazjum jako przedmiotu obowiązkowego. Ta część egzaminu ma dwa poziomy: podstawowy i rozszerzony (por. *Informator o egzaminie gimnazjalnym...* 2010, s. 7–8). Egzamin ma formę pisemną. Egzaminu gimnazjalnego nie można nie zdać (przystąpienie do egzaminu jest warunkiem ukończenia gimnazjum, ale nie określa się minimalnego wyniku, jaki zdający powinien uzyskać).

Zakres wiadomości i umiejętności sprawdzanych na egzaminie od roku szkolnego 2011/2012 określa podstawa programowa kształcenia ogólnego wprowadzona *Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół* (Dz. U. 2009, Nr 4, poz. 17). § 6.1. niniejszego rozporządzenia zawiera informację, że podstawę programową kształcenia ogólnego dla gimnazjów, określoną w załączniku nr 4 do tego rozporządzenia, stosuje się począwszy od roku szkolnego 2009/2010 w klasach I gimnazjum. Podstawa programowa kształcenia ogólnego napisana jest w języku wymagań. Oznacza to, że za swój główny cel stawia jednoznaczne wskazanie umiejętności, które uczeń ma osiągnąć, i treści nauczania, jakie powinien opanować na zakończenie danego etapu kształcenia. We wcześniejszych latach zakres wymagań egzaminacyjnych opisany był w standardach wymagań egzaminacyjnych przygotowanych przez CKE oraz przyjętych przez MEN.

Przepisy oświatowe nie dookreślają zróżnicowania wymagań egzaminacyjnych dla uczniów, którzy zobowiązani są przystąpić do egzaminu. Kwestia ta jest wyraźnie dyskusyjna w odniesieniu do uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim. Nie trzeba nikogo przekonywać, że możliwości tych uczniów są istotnie niższe od możliwości uczniów sprawnych intelektualnie. Uczniowie

ci, ze względu na tę właściwość, realizują edukację w trybie dostosowanym do ich potrzeb i możliwości. Odnosne uwagi są nawet w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla gimnazjów: „Szkoła oraz poszczególni nauczyciele podejmują działania mające na celu zindywidualizowane wspomaganie rozwoju każdego ucznia, stosownie do jego potrzeb i możliwości. Nauczanie uczniów z niepełnosprawnościami, w tym uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, dostosowuje się do ich możliwości psychofizycznych oraz tempa uczenia się” (tamże, załącznik 4). Problematyczność wymagań podstawy programowej (zwłaszcza z języka polskiego) nietrudno też dostrzec w odniesieniu do uczniów z wadą słuchu. W praktyce gwarantuje się dostosowanie standardów wymagań egzaminacyjnych do możliwości uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i uczniów z wadą słuchu (przygotowując odrębne arkusze zadań), jednak brakuje w tym zakresie szczegółowych wykładni, które mogłyby być wskazówką dla nauczycieli pracujących z tymi uczniami i dla uczniów.

Decyzja w sprawie zakresu wymagań w istocie oddana jest osobom zaangażowanym w przygotowywanie zadań egzaminacyjnych, co odczytywać można jako marginalizowanie pewnych podmiotów edukacji, przy zachowaniu oficjalnych pozorów równości. Średnie wyniki egzaminu gimnazjalnego uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, przeprowadzonego we wcześniejszych latach, obnażają omawiane słabości systemu. Otóż w 2010 r. uczniowie z wadą słuchu uzyskali najwyższą średnią w zadaniach podporządkowanych standardowi tworzenie własnego tekstu (18,03 pkt), gdy średnie innych grup uczniowskich kształtowały się w przedziale 10,13–12,03 pkt (por. *Osiągnięcia uczniów ... 2010*, s. 14–17). W 2011 r. średnia ocena uczniów z wadą słuchu w zadaniach podporządkowanych standardowi tworzenie własnego tekstu wynosiła 19,47, gdy średnia wyników uczniów bez dysfunkcji wynosiła 9,92 (por. *Osiągnięcia uczniów ... 2011*, s. 5–14). Czy wynik ten można traktować jako wskaźnik efektywności edukacji? Czy standaryzacja zadań dla tej grupy uczniów była właściwie przeprowadzana? Przypuszczalna negatywna odpowiedź na te pytania zaprzecza głównej idei egzaminów zewnętrznych, a fakt, że w analizach CKE nie reflektuje się tej sytuacji, potwierdza tezę, że kształt egzaminu zewnętrznego dla pewnych grup uczniów jest traktowany swoiście (z mniejszą troską). Szczegółowy wgląd w domenę rozwiązywania kwestii specjalnych wymagań edukacyjnych w przestrzeni egzaminów zewnętrznych odsłania kwestie myślenia MEN i CKE o edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – zarówno myślenia oficjalnego, jak i ukrytego.

Regulacje prawne dotyczące przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego szczegółowo określają tryb przeprowadzania i przystępowania do egzaminu gimnazjalnego przez uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Uczniowie mający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z powodu niepełnosprawności sprzężonych, którzy nie rokują kontynuowania nauki w szkole ponadgimnazjalnej, mogą być zwolnieni przez dyrektora właściwej okręgowej komisji egzaminacyjnej z obowiązku przystąpienia do egzaminu na wniosek rodziców (prawnych opiekunów) pozytywnie zaopiniowany przez dyrektora szkoły. Uczniowie mający orzeczenie o potrzebie kształcenia spe-

cialnego ze względu na niepełnosprawności sprzężone, którzy z powodu niepełnosprawności nie potrafią samodzielnie czytać lub pisać, są także zwolnieni z obowiązku przystąpienia do części trzeciej egzaminu. Uczniowie mający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z powodu upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim, którzy w gimnazjum kontynuowali naukę języka obcego nowożytnego na podbudowie wymagań dla II etapu edukacyjnego, są zwolnieni z obowiązku przystąpienia do części trzeciej egzaminu gimnazjalnego na poziomie rozszerzonym. Mogą oni jednak przystąpić do części trzeciej egzaminu na poziomie rozszerzonym na wniosek rodziców (prawnych opiekunów) (por. *Komunikat dyrektora CKE...* 2011). Odnotować należy, że nauczyciele poddają krytyce zbyt duże wymagania wobec uczniów z upośledzeniem umysłowym, jakie zostały postawione w 2012 r. tej grupie na poziomie rozszerzonym z języka obcego. Brak doświadczeń konstruowania zadań z języka obcego dla tej grupy uczniów wyraźnie się ujawnił.

Dostosowanie warunków i form przeprowadzania sprawdzianów oraz egzaminów zewnętrznych możliwe jest dla uczniów mających stosowną opinię z poradni, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania, zaświadczenie lekarskie o czasowej chorobie. Podstawę prawną dostosowania formy i warunków przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego do indywidualnych potrzeb uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym, stanowią:

- § 1 pkt 6 *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych* (Dz. U. Nr 228, poz. 1491);
- § 49 ust. 6 *Rozporządzenia Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 8 kwietnia 2008 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w publicznych szkołach i placówkach artystycznych* (Dz. U. Nr 65, poz. 400 z późn. zm.);
- § 7 ust. 4 *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych* (Dz. U. Nr 228, poz. 1490);
- § 6 ust. 4 *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach* (Dz. U. Nr 228, poz. 1489).

Szczegółowe informacje o dopuszczalnych sposobach dostosowania warunków i form przeprowadzania sprawdzianu lub egzaminu gimnazjalnego w 2012 r. do potrzeb uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym, zostały przedstawione w *Komunikacie dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej z 31 sierpnia 2011 r.* (por. tabela 1).

Tabela 1

Dopuszczalne sposoby dostosowania warunków i form przeprowadzania sprawdzianu lub egzaminu gimnazjalnego w 2012 r.

Uprawnieni do dostosowania	Sposoby dostosowania
I. Uczniowie niesłyszący, uczniowie słabosłyszący (na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)	<ol style="list-style-type: none"> Zestaw zadań dostosowany do dysfunkcji, który uwzględnia przedłużenie czasu. Zaznaczanie odpowiedzi do zadań zamkniętych w zestawie zadań, bez przenoszenia ich na kartę odpowiedzi.
II. Uczniowie niewidomi (na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)	<ol style="list-style-type: none"> Zestaw zadań dostosowany do dysfunkcji, który uwzględnia przedłużenie czasu: <ol style="list-style-type: none"> zestaw w piśmie Braille'a , czarnodruk (w przypadku korzystania z pomocy nauczyciela wspomagającego). Płyta CD z dostosowanym nagraniem do zestawów zadań z języka obcego nowożytnego na poziomie podstawowym oraz rozszerzonym, z wydłużonymi przerwami na zapoznanie się z zadaniami sprawdzającymi rozumienie ze słuchu i ich wykonanie. Korzystanie z maszyny do pisania pismem Braille'a, specjalnie dostosowanego komputera, kubarytmów. Korzystanie z pomocy nauczyciela wspomagającego, który odczytuje uczniowi polecenia i teksty z czarnodruku oraz zapisuje odpowiedzi ucznia na kartkach.
III. Uczniowie słabowidzący (na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)	<ol style="list-style-type: none"> Zestaw zadań dostosowany do dysfunkcji, który uwzględnia przedłużenie czasu (zestaw zapisany czcionką Arial 16 pkt lub 24 pkt). Zaznaczanie odpowiedzi do zadań zamkniętych w zestawie zadań, bez przenoszenia ich na kartę odpowiedzi. Zestawy zadań nagrane na płycie CD w formie plików pdf (możliwe wtedy, gdy zdający korzysta z komputera). Płyta CD do zestawów zadań z języka obcego nowożytnego na poziomie podstawowym oraz rozszerzonym z wydłużonymi przerwami na zapoznanie się z zadaniami sprawdzającymi rozumienie ze słuchu i ich wykonanie (możliwe tylko w przypadku ucznia, który korzysta z zestawu zapisanego czcionką Arial 24 pkt). Korzystanie z przyborów optycznych, którymi uczeń posługuje się na co dzień. Oświetlenie stanowiska pracy dostosowane do dysfunkcji.
IV. Uczniowie niepełnosprawni ruchowo (na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego) Uczniowie (słuchacze) z czasową niesprawnością rąk (na podstawie zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza)	<ol style="list-style-type: none"> Przedłużenie czasu, o którym mowa w pkt 21. <i>Komunikatu</i>. Zaznaczanie odpowiedzi do zadań zamkniętych w zestawie zadań, bez przenoszenia ich na kartę odpowiedzi. Zapisywanie odpowiedzi do zadań na komputerze. Korzystanie z pomocy nauczyciela wspomagającego w pisaniu i/lub czytaniu. Płyta CD do zestawów zadań z języka obcego nowożytnego na poziomie podstawowym oraz rozszerzonym z wydłużonymi przerwami na zapoznanie się z zadaniami sprawdzającymi rozumienie ze słuchu i ich wykonanie, zamówiona w porozumieniu z właściwą okręgową komisją egzaminacyjną. Dostosowanie miejsca pracy do dysfunkcji ucznia (słuchacza).

V. Uczniowie z afazją (na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)	1. Przedłużenie czasu, o którym mowa w pkt 21. <i>Komunikatu</i> .
VI. Uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim (na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)	1. Zestaw zadań dostosowany do dysfunkcji, który uwzględnia przedłużenie czasu.
	2. Zaznaczanie odpowiedzi do zadań zamkniętych w zestawie zadań, bez przenoszenia ich na kartę odpowiedzi.
VII. Uczniowie z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera (na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)	1. Korzystanie z pomocy nauczyciela wspomagającego przy odczytywaniu poleceń i tekstów oraz przy zapisywaniu odpowiedzi zdającego (możliwe tylko wtedy, gdy w toku edukacji uczeń został wdrożony do takiej współpracy z nauczycielem).
	2. Obecność na sali osoby niezbędnej do uzyskania właściwego kontaktu ze zdającym (członka zespołu nadzorującego).
	3. Przedłużenie czasu, o którym mowa w pkt 21. <i>Komunikatu</i> .
	4. Dostosowanie miejsca pracy do dysfunkcji ucznia.
VIII. Uczniowie (słuchacze) z przewlekłymi chorobami (na podstawie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania lub zaświadczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza)	1. Korzystanie z zaleconego przez lekarza sprzętu medycznego i leków koniecznych ze względu na chorobę.
	2. Dostosowanie warunków zdawania sprawdzianu lub egzaminu gimnazjalnego do specyfiki choroby.
	3. Przedłużenie czasu, o którym mowa w pkt 21. <i>Komunikatu</i> .
	4. Korzystanie z pomocy nauczyciela wspomagającego w pisaniu i/lub czytaniu.
IX. Uczniowie (słuchacze) chorzy lub niesprawni czasowo (na podstawie zaświadczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza)	1. Korzystanie z zaleconego przez lekarza sprzętu medycznego i leków koniecznych ze względu na chorobę.
	2. Dostosowanie warunków zdawania sprawdzianu lub egzaminu gimnazjalnego do specyfiki choroby.
	3. Korzystanie z pomocy nauczyciela wspomagającego, który zapisuje odpowiedzi dyktowane przez zdającego (możliwe wtedy, gdy uczeń lub słuchacz nie może pisać sam i przystępuje do sprawdzianu lub egzaminu w oddzielnej sali).
X. Uczniowie (słuchacze) ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się (na podstawie opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej)	1. Zaznaczanie odpowiedzi do zadań zamkniętych w zestawie zadań, bez przenoszenia ich na kartę odpowiedzi.
	2. Przedłużenie czasu, o którym mowa w pkt 21. <i>Komunikatu</i> .
	3. Zapisywanie odpowiedzi do zadań na komputerze (możliwe tylko wtedy, gdy głębokość zaburzenia grafii uniemożliwia odczytanie pracy egzaminacyjnej).
	4. Korzystanie z pomocy nauczyciela wspomagającego, który zapisuje odpowiedzi ucznia (słuchacza) do zadań otwartych (możliwe tylko wtedy, gdy głębokość zaburzenia grafii uniemożliwia odczytanie pracy egzaminacyjnej i gdy uczeń/słuchacz w toku edukacji został wdrożony do takiej współpracy z nauczycielem).
	5. Pomoc nauczyciela, który przed przystąpieniem ucznia do pracy odczytuje jeden raz głośno, po kolei wszystkie teksty liczące po 250 słów lub więcej, stanowiące podstawę do zadań sprawdzianu lub części humanistycznej egzaminu gimnazjalnego (możliwe tylko wtedy, gdy głęboka dysleksja uniemożliwia samodzielne czytanie zrozumienie dłuższego tekstu).
	6. Zastosowanie szczegółowych kryteriów oceniania zadań otwartych z języka polskiego, języków obcych nowożytnych oraz matematyki, uwzględniających specyficzne trudności w uczeniu się.

XI. Uczniowie niedostosowani społecznie lub zagrożeni niedostosowaniem społecznym (na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)	1. Zapewnienie obecności specjalisty, odpowiednio pedagoga resocjalizacji lub socjoterapeuty, jeżeli jest to niezbędne do uzyskania właściwego kontaktu z uczniem. Wymienioną osobę powołuje się w skład zespołu nadzorującego.
	2. Przedłużenie czasu, o którym mowa w pkt 21. <i>Komunikatu</i> , w zależności od potrzeb.
	3. Przystąpienie do sprawdzianu lub egzaminu gimnazjalnego w oddzielnej sali.

Za dostosowanie warunków i form przeprowadzania sprawdzianu lub egzaminu gimnazjalnego jest odpowiedzialny dyrektor szkoły jako przewodniczący szkolnego zespołu egzaminacyjnego. W szkołach specjalnych sposób lub sposoby dostosowania warunków przeprowadzania egzaminu określa rada pedagogiczna, wybierając spośród możliwych sposobów dostosowania warunków przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego przedstawionych w komunikacie CKE. W szkołach ogólnodostępnych zadania te spoczywają na dyrektorze szkoły jako przewodniczącym szkolnego zespołu egzaminacyjnego. Dodatkowo dyrektor może dostosować warunki także dla innych uczniów: z trudnościami adaptacyjnymi związanymi z wcześniejszym kształceniem się poza granicami kraju, z zaburzeniami komunikacji językowej, przeżywających sytuacje traumatyczne lub będących w tzw. kryzysie, na podstawie pozytywnej opinii rady pedagogicznej wydanej zgodnie z trybem określonym w § 37 ust. 5 *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych* (Dz. U. Nr 83, poz. 562 z późn. zm.). Szczegółowe warunki dostosowania zawiera także *Komunikat dyrektora CKE* (2011).

Nie można nie dostrzegać wagi szerokiego wachlarza dostosowania warunków przeprowadzania sprawdzianu lub egzaminu gimnazjalnego do potrzeb uczniów, jaki został przedstawiony w komunikacie CKE. Nie znaczy to jednak, że osłabione zostały uwagi wyrażone wcześniej dotyczące kwestii kluczowych – wymagań egzaminacyjnych. Zaspokojenie potrzeb specjalnych z poziomu ucznia musi odwoływać się do innych źródeł niż te, jakimi próbuje nas uwieść MEN czy CKE. Nie można wpaść w pułapkę doceniania tego, co zostało dookreślone w zakresie dostosowania warunków przeprowadzania zewnętrznych egzaminów do potrzeb uczniów, by można było powiedzieć, że umiemy z mądrością reprezentować pole potrzeb edukacji specjalnej.

Potrzeby uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w odniesieniu do egzaminów zewnętrznych najlepiej znają ci uczniowie i ich nauczyciele. Przypomnę, że artykułowane były w 2008 r. niepokoje nauczycieli i uczniów z wadą słuchu związane z egzaminem maturalnym, gdy CKE przygotowała specjalne testy dla niesłyszących tylko z czterech przedmiotów: języka polskiego, obcego, historii, wiedzy o społeczeństwie. Ciekawe były wówczas wyjaśnienia rzecznika MEN Mieczysława Grabianowskiego dotyczące tego, że egzamin z matematyki uczniowie z wadą słuchu będą zdawać tak samo jak pozostali zdrowi maturzyści: „W matematyce dwa plus dwa musi być cztery. Trzeba znać wzory i to, czy ktoś słyszy, nie ma tu znaczenia” (*Problemy z maturą dla niesłyszących...* <http://www.slaboslyszacy.pl/info,141.html>). Jan Sitarski, który zajmował się w CKE dostosowaniem egzaminów

maturalnych do specjalnych potrzeb, wyjaśniał, że podczas matury niedosłyszającego ucznia ma wspierać surdopedagog. Nauczyciele zwracali jednak uwagę, że możliwości surdopedagoga są ograniczone. „Nie wolno mu wytłumaczyć niezrozumiałego polecenia, bo mógłby coś maturzyście zasugerować. Może za to poinformować przewodniczącego komisji, że młody człowiek źle się czuje” (tamże).

O fenomenie zadań i kryteriach oceniania

Wgląd w myślenie o edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, o jej podmiotach i ich potrzebach (w kręgach osób decydujących o kształceniu egzaminów zewnętrznych) umożliwia też analiza zadań na egzaminie gimnazjalnym. Uwagi, jak zaznaczono, zostaną odniesione szczegółowo do zadań z języka polskiego. Zauważę, że CKE informuje, że na egzaminie gimnazjalnym z języka polskiego sprawdza się, w jakim stopniu gimnazjalista spełnia wymagania z zakresu języka polskiego określone w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla III etapu edukacyjnego. Poszczególne zadania zestawu egzaminacyjnego mogą też – w myśl zasady kumulatywności przyjętej w podstawie – odnosić się do wymagań przypisanych do etapów wcześniejszych (I i II) (por. *Informator o egzaminie...* 2010, s. 11).

W *Informatorze o egzaminie gimnazjalnym od roku szkolnego 2011/2012* (2010) zapowiada się, że zadania z języka polskiego mogą mieć formę zamkniętą lub otwartą. „Mogą odnosić się do tekstów literackich, popularnonaukowych lub publicystycznych. Sprawdzane będzie nie tylko rozumienie zamieszczonego tekstu, ale także znajomość utworów literackich lub dorobku autorów, których zgodnie z podstawą programową nie wolno pominąć w procesie kształcenia” (tamże, s. 11). Tytuły takich utworów i nazwiska autorów oznaczone są w podstawie programowej gwiazdką. Wśród zadań otwartych z języka polskiego może być dłuższa wypowiedź pisemna w formie rozprawki, opowiadania, charakterystyki, opisu lub sprawozdania. Może też być sprawdzane opanowanie przez gimnazjalistę form użytkowych, takich jak podanie, życiorys i CV, list motywacyjny, dedykacja, a także list oficjalny, ogłoszenie i zaproszenie. Zauważyć należy, że nauczyciele i uczniowie pilnie śledzą, które z tych form pojawiły się dotychczas na egzaminie, starając się przewidzieć, co na kolejnym egzaminie może się pojawić (w Internecie odnajdujemy tworzone przez różne podmioty zestawienia i podpowiedzi, jak przygotować się do egzaminu). CKE ustaliła, że od roku szkolnego 2011/2012 zestaw zadań z zakresu języka polskiego stanowi 20 zadań zamkniętych, 2 zadania otwarte (w tym 1 zadanie krótkiej odpowiedzi, 1 zadanie rozszerzonej odpowiedzi).

Gdy porównujemy zestaw zadań egzaminu gimnazjalnego z 2012 r. i zestaw wcześniejsze, widzimy, że upraszczanie zadań jest oczywiste. Ograniczanie zadań „na pamiętanie” jest wyraźną cechą zadań w nowej formule egzaminu. Stosowanie form zamkniętych, tam gdzie to możliwe, stanowi – jak się wydaje – kolejną przesłankę konstruowania zadań. Stwarza to pole do jednolitego ich punktowania. We wcześniejszych arkuszach egzaminacyjnych zadania zamknięte były zadaniami wielokrotnego wyboru, a obecnie są to zadania wielokrotnego

wyboru, prawda-falsz i na dobieranie. Domeną zmian w obszarze zewnętrznych egzaminów jest mglistość intencji, pomimo szeregu opracowań, które przybliżają rozstrzygnięcia dotyczące tego, co może pojawić się na egzaminie, i prezentują przykładowe zadania.

Odwołajmy się do analizy zadań zamkniętych z egzaminu z języka polskiego przeprowadzonego w 2012 r. Przypomnijmy, że mogą to być zadania wielokrotnego wyboru, zadania prawda-falsz i zadania na dobieranie. W zestawie dla uczniów z upośledzeniem umysłowym (GH-P8-122) występują przede wszystkim zadania wyboru wielokrotnego (w istocie jest to wybór spośród dwóch podanych propozycji). Są zadania na rozumienie czytanego tekstu i proste zadania z obszaru interpretacji i świadomości językowej (fleksja, słowotwórstwo). Większość zadań w zestawie dla uczniów bez dysfunkcji i z dysleksją rozwojową (GH-P1-122) oraz dla uczniów niewidomych i słabowidzących (GH-P4-122, GH-P5-122, GH-P6-122) stanowią zadania wielokrotnego wyboru (spośród czterech podanych propozycji) i zadania na dobieranie, przy czym ich liczba jest raczej zrównoważona. Występują zadania na rozumienie treści, analizę, interpretację, świadomość językową (zadania z gramatyki, fleksji, składni, słowotwórstwa). W arkuszu dla uczniów z wadą słuchu (GH-P7-122) konstrukcja zadań jest zbliżona do tych, jakie są w arkuszu standardowym, jednak zadań sprawdzających świadomość językową jest istotnie mniej niż dla uczniów innych grup. Zadziwiająco są w nim zadania, w których uczeń ma wybrać poprawne dopasowanie i zaznaczyć odpowiedź. Przykładem jest zadanie 9 w tym arkuszu, nawiązujące do jednego z tekstów (z oznaczonymi symbolami literowymi akapitami):

Do każdego pytania dopasuj akapit A, B, C, D, E lub F, w którym jest odpowiedź na to pytanie:

1. Co denerwowało pana Tomasza?
2. Co zrobił pan Tomasz, gdy zobaczył radość dziewczynki?
3. Dlaczego panu Tomaszowi zrobiło się żal dziewczynki?
4. Co było ważne w życiu pana Tomasza?
5. Jak zachowywała się dziewczynka, gdy usłyszała katarynkę?
6. Jak wyglądało życie dziewczynki w nowym mieszkaniu?

Wybierz poprawne dopasowanie i zaznacz odpowiedź.

- A. 1B, 2F, 3D, 4A, 5E, 6C
- B. 1A, 2B, 3F, 4D, 5C, 6E
- C. 1C, 2E, 3B, 4F, 5D, 6A
- D. 1B, 2D, 3F, 4A, 5E, 6C

Uczeń, jak wskazuje klucz odpowiedzi, może za odpowiedź poprawną uzyskać 1 punkt, a za odpowiedź błędną lub brak odpowiedzi 0 punktów (por. *Egzamin gimnazjalny...* Arkusz GH-P7-122, 2012). Nie podejmuję się dyskusji o tym, co sprawdza takie zadanie. Jaka strategia działania ucznia może przynieść pomyślny efekt? Zauważę jedynie, że poprawne odszukanie akapitów nie wystarcza, gdyż musi zostać wskazane poprawne dopasowanie spośród czterech propozycji.

Co odsłania analiza zadań otwartych i ich oceniania? Egzamin gimnazjalny w 2012 r. zawierał dla wszystkich uczniów (arkusz standardowy i arkusze niestandardowe) sprawdzanie umiejętności pisania w odwołaniu do formy rozprawki (na wcześniejszych egzaminach formy były różne w poszczególnych ar-

kuszach). W arkuszu standardowym (GH-P1-122) i dla uczniów z wadą wzroku (GH-P4-122, GH-P5-122, GH-P6-122) zadanie to przedstawiało się następująco: „Literatura pozwala lepiej poznać i zrozumieć minione wieki». Rozważ słuszność tego stwierdzenia w rozprawce. Zilustruj swoje argumenty przykładami literackimi. Pamiętaj, że Twoja praca nie powinna być krótsza niż połowa wyznaczonego miejsca”. Zadanie napisania rozprawki w arkuszach dla uczniów z wadą słuchu i uczniów z upośledzeniem umysłowym zostało ułatwione poprzez charakterystyczne dopełnienia tematu i jego dobór. W arkuszu dla uczniów z wadą słuchu (GH-P7-122) polecenie napisania rozprawki dodatkowo zostało uszczegółowione instrukcją, jak sformułować tezę i przeprowadzić wywód argumentacyjny: „Napisz wypracowanie – rozprawkę – na temat: Kiedy człowiek pomaga słabszym i potrzebującym pomocy, staje się silniejszy i lepszy. We wstępie napisz, czy zgadzasz się z tematem. W rozwinięciu uzasadnij swoje zdanie; podaj trzy przykłady osób, które pomagają innym, napisz, co one robią i dlaczego. Przykłady dwóch osób możesz wziąć z tekstów z arkusza egzaminacyjnego, jeden przykład musisz podać samodzielnie – z literatury, z gazet, telewizji lub twojego życia. W zakończeniu napisz wniosek, jaki wynika z całej twojej wypowiedzi. Twoja praca musi być zgodna z tematem i zająć co najmniej połowę wyznaczonego miejsca”. Zadanie napisania dłuższej wypowiedzi w arkuszu dla uczniów z upośledzeniem umysłowym (GH-P8-122) zostało jeszcze wyraźniej opatrzone szczegółową instrukcją, która ułatwiała uczniowi przeprowadzenie wyvodu argumentacyjnego: „Czy zgadzasz się z opinią, że książka może być dobrym prezentem urodzinowym? Napisz wypracowanie, w którym przedstawiś swoje zdanie na ten temat i je uzasadnisz: we wstępie przedstaw swoje stanowisko na temat opinii, że książka jest dobrym prezentem urodzinowym, w rozwinięciu podaj dwa powody, dlaczego tak uważasz i każdy z nich uzasadnij, w zakończeniu napisz wniosek, jaki wynika z całej twojej wypowiedzi. Pisz zgodnie z tematem. Twoja praca musi zająć co najmniej połowę wyznaczonego miejsca”.

Ze sprawozdania CKE o wynikach egzaminu gimnazjalnego przeprowadzonego w 2012 r. dowiadujemy się, że uczniowie (bez dysfunkcji) uzyskali za to zadanie średnio 50% punktów możliwych do zdobycia. Podkreśla się, że uczniowie musieli wykazać się umiejętnościami zarówno w zakresie przeprowadzenia wyvodu argumentacyjnego i przedstawienia go w sposób logicznie uporządkowany, jak i poprawnością językową, ortograficzną, interpunkcyjną. Wskazuje się jednocześnie, że wiele wypowiedzi uczniów to świadectwo nieporadności w zakresie realizacji tematu. Gimnazjaliści nie potrafili dokonać wyboru treści, które poprawnie zilustrowałyby postawioną tezę, i zamiast przykładami literackimi popierali argumenty przykładami innych tekstów kultury, np. malarskimi, filmowymi. Czasami uczniowie przywoływali przykłady nieadekwatne do tematu rozprawki bądź zamiast formułować argumenty oparte na tekście, ograniczali się do streszczenia utworu. Mylili tytuły utworów, imiona i nazwiska autorów lub bohaterów wydarzeń, przypisywali podany przez siebie przykład do niewłaściwej lektury, mylili postaci i wydarzenia historyczne (*Osiągnięcia uczniów...* 2012, s. 10). Takich informacji nie odnajdujemy dla grupy uczniów z wadą wzroku, słuchu czy z upośledzeniem w stopniu lekkim (podobnie jak we wcześniejszych sprawozdaniach). Wyniki wszystkich grup uczniów możemy porównać

jedynie w zakresie średniej dla całego testu (w sprawozdaniach podawane są tylko takie parametry statystyczne dla grupy uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi). Pomimo to, że są to informacje niewiele mówiące, przywołam je: średnia wyników testu gimnazjalnego dla uczniów bez dysfunkcji wynosi 65, dla uczniów słabowidzących i niewidomych – 55, dla uczniów słabosłyszących i niesłyszących – 66, a dla uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim – 57.

Zauważyć należy, że zadanie napisania rozprawki pojawiło się na wcześniejszym egzaminie (w 2010 i 2011 r.) w arkuszu standardowym oraz w opracowanym na jego podstawie arkuszu dla uczniów niewidomych i słabowidzących. W sprawozdaniu CKE dotyczącym wyników egzaminu z 2010 r. czytamy, że tworzenie tekstu na temat: Czy wybór przyszłej szkoły jest dla gimnazjalistów trudną decyzją? – nie sprawiało uczniom trudności (poziom wykonania zadania wynosił 0,72¹). Tak sformułowany temat nie zakładał stanowiska polemicznego, bowiem uczeń sam stawiał tezę i uzasadniał ją, odwołując się do własnych przemyśleń i doświadczeń. „Ponieważ absolwenci gimnazjum zabierali głos w kwestiach im bliskich, większość z nich właściwie zrozumiała polecenie. Trudniejsze okazało się natomiast zgromadzenie i przedstawienie przekonywujących argumentów, które (zgodnie z poleceniem) uwzględniałyby cechy gimnazjalistów oraz możliwości i konsekwencje wyboru szkoły. Piszący, formułując tezę, przyjmowali najczęściej postawę egocentryczną i rozpatrywali problem z perspektywy «ja». Taki punkt widzenia spowodował, iż w swoich rozważaniach często nie uwzględniali możliwości wyboru spośród różnych dostępnych typów szkół ponadgimnazjalnych, nie zastanawiali się nad konsekwencjami podjęcia niewłaściwych decyzji ani nad cechami charakteru, które ten wybór warunkują. Często uzasadniali ważność wyboru szkoły, a nie trudność podjęcia decyzji” (*Osiągnięcia uczniów...* 2010, s. 14). W 2011 r. uczniowie pisali rozprawkę na temat: Patriotą można być zarówno w czasie wojny, jak i w czasach pokoju. Określ swoje stanowisko w tej sprawie, a następnie uzasadnij je, popierając argumenty przykładami: jednym z literatury, jednym z historii i jednym wynikającym z własnych obserwacji. Warunki określone w temacie nie pozostawiały uczniom całkowitej swobody w doborze treści. Oczekiwano, że w argumentacji posłużą się oni poprawnie i funkcjonalnie jednym przykładem z literatury, jednym z historii i jednym z własnych obserwacji, przywołanych adekwatnie do zajętego stanowiska. W sprawozdaniu podkreśla się, że „duża część rozprawek to świadectwo nieporadności uczniów w zakresie realizacji tematu. Uczniowie, szukając argumentów, nie potrafili dokonać wyboru treści, które poprawnie zilustrowałyby postawioną tezę. Nierzadko na trafność uzasadnienia miał wpływ niefortunny wybór przykładów oraz błędy merytoryczne. Uczniowie mylili tytuły utworów, imiona i nazwiska autorów, bohaterów wydarzeń, przypisywali podany przez siebie przykład do niewłaściwej lektury, mylili postaci i wydarzenia historyczne. W niektórych pracach można było zauważyć rozbieżności między przyjętą tezą,

¹ Poziom wykonania obliczamy dzieląc liczbę punktów uzyskanych przez liczbę punktów możliwych do uzyskania. Może on przybierać wartości w przedziale od 0 do 1. Im współczynnik jest bliższy 1, tym zadanie jest łatwiejsze dla uczniów, co wskazuje, że lepiej opanowali oni daną umiejętność. Poziom wykonania możemy również wyrazić w procentach (np. 0,68 to 68%).

argumentacją a zakończeniem” (*Osiągnięcia uczniów...* 2011, s. 13). W sprawozdaniach podkreśla się także, że analiza uczniowskich wypowiedzi pisemnych odsłoniła problemy w posługiwaniu się językiem pisany. Gimnazjaliści popełniali błędy we wszystkich ocenianych kategoriach: stylistyczne, składniowe, leksykalne, fleksyjne, ortograficzne i interpunkcyjne. Najczęściej nie radzili sobie z zachowaniem poprawnego szyku wyrazów w zdaniu, z wyznaczaniem granic zdania, budowaniem zdań wielokrotnie złożonych, ze stosowaniem spójników. Stosunkowo często popełniali błędy fleksyjne, zwłaszcza w odmianie zaimków wskazujących i dzierżawczych oraz liczebników (poziom poprawności językowej i stylistycznej w 2010 r. wynosił 0,54, a w 2011 r. 0,28.). Uczniowie mieli również problemy z pisownią łączną i rozłączną wyrazów, w tym z pisownią partykuły „nie” oraz z pisownią wyrażen przyimkowych. Błędnie zapisywali samogłoski nosowe, szczególnie w wygłosie, nie rozdzielali przecinkiem imiesłowowego równoważnika zdania ani zdań składowych. Poziom poprawności ortograficznej wynosił w 2010 r. 0,30, a w 2011 r. 0,24 (por. *Osiągnięcia uczniów...* 2010, 2011).

Czy niskie wyniki egzaminu przeprowadzanego w 2011 r. w kategorii język miały wpływ na kryteria ocen zadania otwartego na egzaminie przeprowadzonym w 2012 r.? Wydaje się, że tak można wytłumaczyć zmianę kryteriów oceny zastosowanych do oceny rozprawki w 2012 r. w stosunku do tych, jakie zamieszczono w 2010 r. w *Informatorze o egzaminie gimnazjalnym od roku szkolnego 2011/2012* (por. tabela 2). Kwestia ta może być w pewnym stopniu niebezpieczna, bo decydenci podejmujący ważne decyzje na wysokich szczeblach systemu edukacji, oparte na statystycznie wygładzonych wynikach egzaminów zewnętrznych, znajdują pretekst i podstawy do uwolnienia się od odpowiedzialności za stan oświaty.

Tabela 2

Propozycje oceny rozprawki na egzaminie gimnazjalnym od roku szkolnego 2011/2012 i kryteria oceniania rozprawki na egzaminie gimnazjalnym w 2012 r.

Sposób oceniania rozprawki przedstawiony w <i>Informatorze o egzaminie gimnazjalnym od roku szkolnego 2011/2012</i>	Sposób oceniania rozprawki na egzaminie gimnazjalnym w 2012 r.		
	Arkusz GH-P1-122 dla uczniów bez dysfunkcji i uczniów z dysleksją rozwojową i arkusze GH-P4-122, GH-P5-122, GH-P6-122 dla uczniów słabowidzących i niewidomych	Arkusz GH-P8-122 dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim	Arkusz GH-P7-122 dla uczniów słabosłyszących i niesłyszących
<ul style="list-style-type: none"> • Treść (4p.–Op.) • Segmentacja tekstu 1 p. – segmentacja konsekwentna i celowa 0 p. – segmentacja przypadkowa lub brak segmentacji	<ul style="list-style-type: none"> • Treść (4p.–Op.) • Segmentacja tekstu 1 p. – segmentacja konsekwentna i celowa 0 p. – segmentacja przypadkowa lub brak segmentacji	<ul style="list-style-type: none"> • Treść (4p.–Op.) • Segmentacja tekstu 1 p. – segmentacja konsekwentna i celowa 0 p. – segmentacja przypadkowa lub brak segmentacji	<ul style="list-style-type: none"> • Treść (4p.–Op.) • Segmentacja tekstu 1 p. – segmentacja konsekwentna i celowa 0 p. – segmentacja przypadkowa lub brak segmentacji

<ul style="list-style-type: none"> • Styl <p>1 p. – styl konsekwentny, dostosowany do wyводу argumentacyjnego</p> <p>0 p. – styl niekonsekwentny lub niedostosowany do wyводу argumentacyjnego</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Styl <p>1 p. – styl konsekwentny, dostosowany do wyводу argumentacyjnego</p> <p>0 p. – styl niekonsekwentny lub niedostosowany do wyводу argumentacyjnego</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Styl <p>1 p. – styl konsekwentny, dostosowany do formy wypowiedzi</p> <p>0 p. – styl niekonsekwentny lub niedostosowany do formy wypowiedzi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Styl <p>1 p. – styl konsekwentny, dostosowany do formy wypowiedzi</p> <p>0 p. – styl niekonsekwentny lub niedostosowany do formy wypowiedzi</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Język <p>2 p. – dopuszczalne</p> <p>3 błędy (składniowe, leksykalne, frazeologiczne, fleksyjne lub stylistyczne)</p> <p>1 p. – dopuszczalne</p> <p>4 błędy (składniowe, leksykalne, frazeologiczne, fleksyjne lub stylistyczne)</p> <p>0 p. – ponad 4 błędy (składniowe, leksykalne, frazeologiczne, fleksyjne lub stylistyczne)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Język <p>2 p. – dopuszczalnych</p> <p>5 błędów (składniowych, leksykalnych, frazeologicznych, fleksyjnych lub stylistycznych)</p> <p>1 p. – dopuszczalnych</p> <p>6 błędów (składniowych, leksykalnych, frazeologicznych, fleksyjnych lub stylistycznych)</p> <p>0 p. – powyżej 6 błędów (składniowych, leksykalnych, frazeologicznych, fleksyjnych lub stylistycznych)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Język <p>2 p. – dopuszczalnych</p> <p>5 błędów (składniowych, leksykalnych, frazeologicznych, fleksyjnych lub stylistycznych)</p> <p>1 p. – dopuszczalnych</p> <p>6 błędów (składniowych, leksykalnych, frazeologicznych, fleksyjnych lub stylistycznych)</p> <p>0 p. – powyżej 6 błędów (składniowych, leksykalnych, frazeologicznych, fleksyjnych lub stylistycznych)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Język <p>2 p. – dopuszczalnych</p> <p>6 błędów (składniowych, leksykalnych, frazeologicznych, fleksyjnych lub językowych)</p> <p>1 p. – dopuszczalnych</p> <p>9 błędów (składniowych, leksykalnych, frazeologicznych, fleksyjnych lub językowych)</p> <p>0 p. – powyżej 9 błędów (składniowych, leksykalnych, frazeologicznych, fleksyjnych lub językowych)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ortografia <p>1 p. – dopuszczalne 2 błędy</p> <p>0 p. – powyżej 2 błędów</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ortografia <p>1 p. – dopuszczalne 2 błędy</p> <p>0 p. – powyżej 2 błędów</p> <p>W przypadku uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się</p> <p>1 p. – dopuszczalne 3 błędy</p> <p>0 p. – powyżej 3 błędów</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ortografia <p>1 p. – dopuszczalne 2 błędy</p> <p>0 p. – powyżej 2 błędów</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ortografia <p>1 p. – dopuszczalne 2 błędy</p> <p>0 p. – powyżej 2 błędów</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Interpunkcja <p>1 p. – dopuszczalne 3 błędy</p> <p>0 p. – powyżej 3 błędów</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interpunkcja <p>1 p. – dopuszczalne 3 błędy</p> <p>0 p. – powyżej 3 błędów</p> <p>W przypadku uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się</p> <p>1 p. – dopuszczalne 4 błędy</p> <p>0 p. – powyżej 4 błędów</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interpunkcja <p>1 p. – dopuszczalne 4 błędy</p> <p>0 p. – powyżej 4 błędów</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interpunkcja <p>1 p. – dopuszczalne 4 błędy</p> <p>0 p. – powyżej 4 błędów</p>

W *Informatorze o egzaminie gimnazjalnym od roku szkolnego 2011/2012* (2010) podano, że przy ocenie dłuższej wypowiedzi pisemnej uwzględnia się sześć aspektów: treść, segmentację tekstu, styl, język, ortografię i interpunkcję. Sposób oceniania został przedstawiony na przykładzie rozprawki. Zwrócono też uwagę, że w każdym z tych aspektów poziom wykonania określa się niezależnie od tematu rozprawki: treść (poziom 4–0), segmentacja tekstu (poziom 1–0), styl (poziom 1–0), język (poziom 2–0), ortografia (poziom 1–0), interpunkcja (poziom 1–0). Zamieszczono też szczegółowe kryteria oceny tych aspektów (jednak tylko dla arkusza standardowego). Podano, że w kategorii język uczeń uzyskuje 2 punkty, gdy popełnił najwyżej 3 błędy (składniowe lub leksykalne, lub frazeologiczne, lub fleksyjne), 1 punkt – popełnił 4 błędy, 0 punktów – ponad 4 błędy. Na egzaminie gimnazjalnym w 2012 r. odpowiednio dopuszczono: do 5 błędów, 6 błędów, ponad 6 błędów. W świetle tego można stwierdzić, że o kryteriach obowiązujących na egzaminie uczniowie i nauczyciele dowiedzieli się po jego przeprowadzeniu. Ponieważ w *Informatorze o egzaminie* nie podano kryteriów oceny dla arkuszy niestandardowych, zarówno uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, uczniowie z wadą słuchu, jak i ich nauczyciele nie znali kryteriów ocen zadań na egzaminie przeprowadzonym w 2012 r. Warto zauważyć, że dla uczniów z upośledzeniem umysłowym kryteria oceny rozprawki różniły się na egzaminie w 2012 r. od kryteriów dla arkusza standardowego w aspekcie interpunkcja (dla arkusza standardowego: 1 pkt – dopuszczalne 3 błędy, 0 pkt – powyżej 3 błędów, a dla arkusza dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną odpowiednio dopuszczono 4 błędy i powyżej 4 błędów). Różnice kryteriów ocen dla uczniów z wadą słuchu w porównaniu do kryteriów dla arkusza standardowego wystąpiły w aspekcie interpunkcja i język (kryteria w aspekcie interpunkcja były analogiczne jak dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną, a w kategorii język ustalono je następująco: 2 pkt – dopuszczalnych 6 błędów składniowych, leksykalnych, frazeologicznych, fleksyjnych lub językowych, 1 pkt – dopuszczalnych 9 błędów, 0 pkt – powyżej 9 błędów).

Klucze odpowiedzi dla poszczególnych arkuszy zawierają też przykładowe propozycje dłuższych odpowiedzi. Ich analiza pozwala wnioskować nie tylko o myśleniu konstruktorów zadań w płaszczyźnie kompetencji tworzenia wypowiedzi przez uczniów. Szczególnie widoczne jest to w odniesieniu do arkusza zadań z języka polskiego dla uczniów niesłyszących i słabosłyszących.

O pułapkach sentymentalizmu

Uczniowie z wadą słuchu na egzaminie w 2012 r. rozwiązywali zadania w nawiązaniu do spójnych z motywem przewodnim kilku tekstów. Był to fragment z książki Petera Heppa *Świat w moich dłoniach* (wspomnienia głuchoniewidomego człowieka), fragment utworu *Katarynka* Bolesława Prusa (z obecnymi odniesieniami do osób niewidomych), fragment z Wikipedii (o siostrze Małgorzacie Chmielewskiej, przełożonej Wspólnoty „Chleb Życia”), fragment z internetowego blogu (także o siostrze Chmielewskiej). W tekstach, jak również w zadaniach z nimi korespondującymi można odkryć elementy, które budują moralno-powin-

nościowy obraz świata – niepełnosprawnym trzeba pomagać (przy wykreowanym wizerunku osoby niepełnosprawnej zależnej od pełnosprawnych, niesamodzielnej i oczekującej pomocy).

Czy jest tak, że ekspert od zadań egzaminacyjnych reprezentuje to, co nazywać można ukrytym myśleniem władzy oświatowej, która zachowuje wciąż nadmierne przywiązanie do doświadczenia potocznego, doświadczeń pokoleń funkcjonujących w zastanej przez człowieka kulturze, z określonym sposobem interpretacji, które nauka w ostatnim czasie poddaje tak żywej krytyce? Czy ci, którzy przygotowują te oficjalne arkusze egzaminacyjne, mają świadomość, że pewna konstrukcja teoretyczna czy ideologiczna, leżąca u podstaw takiego myślenia o osobach niepełnosprawnych, ma swoje konkurentki teoretyczne? Czy są w tym myśleniu ramy dla odrzucenia tradycyjnych reprezentacji społecznych i ideologii dominacji jednych grup nad innymi?

Ideologiczne manipulacje określonymi wartościami wychowawczymi oraz treściami w edukacji prowadzą do niebezpiecznych konsekwencji. O swoistej manipulacji treściami o osobach niepełnosprawnych pisałam niejednokrotnie (Sadowska 2002, 2005), podkreślając, że przygotowanie do życia w zróżnicowanym społecznie i kulturowo świecie stawia przed pedagogami szczególne zadanie – ukazywanie prawdy o niepełnosprawności i człowieku niepełnosprawnym. Ukazywanie tej prawdy bliskie jest naszemu wysiłkowi, który zawsze podejmujemy, chcąc nawiązać relacje – to wysiłek, który prowadzić nas musi do ustalenia wspólnych płaszczyzn. Odwołam się do słów A. Wojciechowskiego (2002, s. 14), który tak określa ten wysiłek dla nawiązania relacji: „Nie masz nóg, ale rozmawiasz. Nie widzisz, ale poruszasz się, nie słyszysz, ale patrzysz. Zawsze w tym wysiłku analogicznym mamy ukryte uściślenie – «TAK, JAK JA»” (podkr. S. S.). W wysiłku przekazywania prawdy o osobach niepełnosprawnych ważne jest akcentowanie różnorodności i poszukiwanie tego, co łączy osoby pełnosprawne z osobami niepełnosprawnymi. TAK, JAK JA (TAK, JAK MY) jest tu tak samo obecne.

Myślenie edukatorów o pomocowych relacjach pełnosprawni – niepełnosprawni odsłania też temat rozprawki: Kiedy człowiek pomaga słabszym i potrzebującym pomocy, staje się silniejszy i lepszy. Potwierdza je propozycja odpowiedzi w kluczu ocen zamieszczona na stronach OKE. Uzasadnienie w propozycji odpowiedzi odwołuje się (zgodnie z dopełnieniem polecenia napisania rozprawki) do tekstów w arkuszu egzaminacyjnym i argumentacji spoza tekstów. Argumentacja z tekstów odwołuje się do postaci siostry Małgorzaty Chmielewskiej pomagającej bezdomnym, chorym, samotnym i do bohatera noweli *Katarynka* – pana Tomasza, który pomógł niewidomej dziewczynce. Argumentacja spoza tekstów w propozycji odpowiedzi to pomoc cierpiącym dzieciom z hospicjum: „Osobą, którą podziwiam za niesienie pomocy innym, jest również mój kolega Wojtek. Obecnie jest uczniem I klasy liceum. Od dwóch lat, w każdy czwartek, Wojtek odwiedza dzieci w hospicjum. Spędza z nimi dużo czasu, czyta im książki, gra w różne gry, ogląda z nimi filmy i dużo rozmawia. Dzięki jego pracy chore dzieci zapominają na chwilę o swoim cierpieniu. On też bardzo lubi te spotkania. Zrozumiał, że zdrowie jest w życiu najważniejsze i poznał wielu przyjaciół” (*Egzamin...* 2012, arkusz GH-P7-122).

Na zakończenie zwrócę jeszcze uwagę na zadanie sprawdzające umiejętność pisania dedykacji (zadanie 15) z arkusza GH-P7-122, nawiązujące do utworu *Katarynka* Bolesława Prusa: „Wyobraź sobie... Minęło kilka miesięcy. Pan Tomasz był z niewidomą dziewczynką u najlepszych lekarzy okulistów... Dziecko zaczęło widzieć. Matka dziewczynki postanowiła podziękować panu Tomaszowi i kupiła mu książkę – album malarstwa. W imieniu matki dziewczynki napisz dedykację do książki dla pana Tomasza”. Czy nachalny dydaktyzm, widoczny w tym zadaniu otwartym, daje podstawy do osłabienia krytycznych ocen ekspertów od zadań egzaminacyjnych?

Uwagi

Analizę arkuszy prowokowało pytanie o to, czym jest to, co w arkuszach się pojawiło, w jakim celu to się pojawiło oraz pytanie o to, co właściwie, przez kogo i dlaczego zostało pominięte. Próbowałam odkryć, dokąd nas wiedzie reformatorski zamiar autorów zewnętrznego sprawdzania efektów kształcenia. Mogę powiedzieć, że nie prowadzi nas do nowych jakości edukacyjnych, mimo że sztandarowym hasłem tych reform jest podnoszenie jakości w szkolnictwie. W imię tej jakości starałam się nazywać chybione projekty oceniania zewnętrznego, a zbiorową urzędniczą intuicję w zakresie edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami odsłaniać.

Działaniom reformatorów zdaje się towarzyszyć ukryte przeświadczenie, że sprawdzanie i ocenianie umiejętności mniejszości (a taką grupą są uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi) może być owiane tajemnicą zarówno w warstwie edukacyjnej wymagań, jak i jawności wyników. Stawiam hipotezę, że to, co upodabnia sposób myślenia i działania tak reformatorów z centrum decyzyjnego, jak i doradzających im ekspertów, może być swoistym wyrokiem na edukację uczniów, w tym uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, gdyż w swej genezie, treści i strukturze jest oparte na przesłankach, że orientacja na formę sprawdzania nie musi iść w parze z orientacją na treść wypełniającą tę formę. Trzeba w egzaminowaniu zachować równowagę między „chłodną” technologią a „cieplą” etyką – postuluje M. Groenwald (2011). Jej analizy w polu etycznych aspektów egzaminów szkolnych oscylują wokół poszanowania godności wszystkich uczestników procesu edukacji. I chociaż konteksty tej analizy są odmienne od tu przedstawionych, to trudno nie zgodzić się z jej tezą, że utrzymanie równego układu sił między dającymi się mierzyć wartościami instrumentalnymi i kompetencyjnymi a niemierzalnymi wartościami moralnymi i społecznymi, jak: tolerancja, poczucie obowiązku, odpowiedzialność czy sprawiedliwość, jest w egzaminowaniu potrzebne.

Bibliografia

- Chrzanowska, I. (2009). *Zaniedbane obszary edukacji – pomiędzy pedagogiką a pedagogiką specjalną. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Egzamin gimnazjalny w roku szkolnym 2011/2012. Część humanistyczna. Język polski. Odpowiedzi i propozycje oceniania zadań. Arkusz GH-P7-122*. CKE, Kwiecień 2012.

- http://www.oke.jaworzno.pl/images/stories/File/Gimnazjum/Arkusze_2012/klucze/klucz-odpowiedzi-gh-p7-122.pdf (dostęp: 13.05.2012).
- Egzamin gimnazjalny w roku szkolnym 2011/2012. Część humanistyczna. Język polski. Odpowiedzi i propozycje oceniania zadań. Arkusz GH-P1-122, GH-P4-122. CKE, Kwiecień 2012. http://www.oke.jaworzno.pl/images/stories/File/Gimnazjum/Arkusze_2012/klucze/klucz-odpowiedzi-gh-p1_p4-122.pdf (dostęp: 13.05.2012).
- Egzamin gimnazjalny w roku szkolnym 2011/2012. Część humanistyczna. Język polski. Odpowiedzi i propozycje oceniania zadań. Arkusz GH-P8-122. CKE, Kwiecień 2012. http://www.oke.jaworzno.pl/images/stories/File/Gimnazjum/Arkusze_2012/klucze/klucz-odpowiedzi-gh-p8-122.pdf (dostęp: 13.05.2012).
- Groenwald, M. (2011). *Etyczne aspekty egzaminów szkolnych*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Informator o egzaminie gimnazjalnym od roku szkolnego 2011/2012* (2010). Warszawa: Centralna Komisja Egzaminacyjna, Okręgowe Komisje Egzaminacyjne. http://www.cke.edu.pl/images/stories/0012_Gimnazjum/100826_Informator%20gimnazjalny.pdf.
- Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej z 31 sierpnia 2011 r. w sprawie sposobu dostosowania warunków i form przeprowadzania w roku szkolnym 2011/2012 sprawdzianu i egzaminu gimnazjalnego do potrzeb uczniów (słuchaczy) ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym*.
- Osiągnięcia uczniów kończących gimnazjum w roku 2010. Sprawozdanie z egzaminu gimnazjalnego 2010*. (2010). Warszawa: Centralna Komisja Egzaminacyjna, Okręgowe Komisje Egzaminacyjne. http://www.cke.edu.pl/images/stories/001_Gimnazjum/spr_gimn_2010.pdf.
- Osiągnięcia uczniów kończących gimnazjum w roku 2011. Sprawozdanie z egzaminu gimnazjalnego 2011*. (2011). Warszawa: Centralna Komisja Egzaminacyjna, Okręgowe Komisje Egzaminacyjne. http://www.cke.edu.pl/images/stories/0001_Gimnazja_2011/spr_gim.pdf.
- Osiągnięcia uczniów kończących gimnazjum w roku 2012*. (2012). Warszawa: Centralna Komisja Egzaminacyjna, Okręgowe Komisje Egzaminacyjne. http://www.cke.edu.pl/images/stories/00000000000002012_gimnazjum2012/2012_Gimnazjum.pdf.
- Podstawa programowa kształcenia ogólnego dla gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych, których ukończenie umożliwia uzyskanie świadectwa dojrzałości po zdaniu egzaminu maturalnego*. Załącznik nr 4 do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. Dz. U. 2009, nr 4, poz. 17.
- Problemy z maturą dla niesłyszących i niedosłyszących*. <http://www.slaboslyszacy.pl/info,141.html> (dostęp: 11.05.2012).
- Raczyńska, K. (2011). *Egzamin zewnętrzny w doświadczeniach uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną*. Olsztyn: UWM. Praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr hab. S. Sadowskiej.
- Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych*. Dz. U. Nr 83, poz. 562 z późn. zm.
- Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół*. Dz. U. 2009, Nr 4, poz. 17.
- Sadowska, S. (2006). *Uczeń z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w szkolnej sytuacji komunikacyjnej. O realizacji zadań wspomagania rozwoju umiejętności mówienia i pisania*. W: S. Sadowska S. (red.), *Nauczanie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Wybrane problemy teorii i praktyki*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.

- Sadowska, S. (2002). O władzy nauczycielskiej – jasne i ciemne strony władzy w kontekście integracji. W: E. Górniewicz, A. Krauze (red.), *Od tradycjonalizmu do ponowoczesności: dyskursy pedagogiki specjalnej*. Olsztyn: UWM.
- Sadowska, S. (2005). *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Wojciechowski, A. (2002). Niektóre aspekty człowieka czyniącego u Karola Wojtyły w perspektywie pedagogiki specjalnej. W: E. Górniewicz, A. Krauze (red.), *Od tradycjonalizmu do ponowoczesności: dyskursy pedagogiki specjalnej*. Olsztyn: UWM.

THE 2012 MIDDLE SCHOOL LEAVING EXAMINATION FOR STUDENTS WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS. OBVIOUS AND COVERT LINES OF THOUGHT IN PEOPLE INVOLVED IN INTRODUCING CHANGES

Summary

It was assumed that the central reformers' covert lines of thought, which underlie the contents and forms of intentional educational changes, including the changes concerning external examinations, could be secondarily, analytically revealed based on the statements, decisions and results concerning the activities of people involved in making these changes. The verbalized/published positions of the representatives of the Ministry of National Education (MEN), the Central Examination Board (CKE) and the Regional Examination Board (OKE) on the external examination format were analyzed as well as the tasks in the external examination on the Polish language for students with special educational needs administered in 2012. These positions were examined with reference to various educational facts, including students' results achieved in previous years in the area of detailed knowledge and skills. The education regulations of did not specify the diversification of examination requirements for students who were obliged to take the examination. However, the fact that separate sets of tasks were prepared for students with mild intellectual disabilities and students with hearing impairments shows that these requirements were actually adapted to the needs of certain groups of students. The lack of detailed interpretations in this area should be regarded as an impediment for teachers working with these students and for students themselves. The results of students with special educational needs included in reports on annual examinations refer only to the means for the whole test. Therefore, the results of all the groups of students can be compared only in terms of a very general statistical parameter. Interpretations lead to the conclusion that the work of people responsible for the form of these examinations is governed by a hidden conviction that the testing and assessing of minorities' skills (and students with special educational needs are such a minority) can be surrounded by a veil of mystery both in the area of educational content and disclosure of results. The content of examination questions for students with hearing impairments makes it possible to conclude that the way both the reformers from the decision-making center and the experts who advise them think and act is based on the assumption that the form-oriented approach in testing does not have to go hand in hand with the content-oriented approach. The content of the questions shows that people who prepare official examination papers attach excessive importance to traditional social representations and the ideology of dominance of certain groups over others. The detailed analysis of the results of the examination administered in 2011 provokes the question whether the change of the assessment criteria for the open-ended task (the essay) in 2012 as compared to the criteria described in 2010 in *Informator o egzaminie gimnazjalnym od roku szkolnego 2011/2012* [The guide to the middle school leaving examination from the 2011/2012 school year] does not lead to the results of external examinations being polished and high-ranking education policy-makers declining responsibility for the state of education.

Key words: quality in education, educational change, special educational needs, external examination

CZY SZKOŁA MOŻE BYĆ LEKARSTWEM DLA CHORYCH DZIECI? SZKOLNICTWO SZPITALNE

Celem artykułu jest zaprezentowanie szkół szpitalnych w świetle założeń pedagogiki leczniczej, zwanej również terapeutyczną, i podkreślenie ich funkcji leczniczej. Specyficzne środowisko, w jakim funkcjonują takie szkoły oraz dzieci przewlekle chore jako podmiot oddziaływań wychowawczych, opiekuńczych i dydaktycznych pedagogów terapeutycznych, tworzy dobry klimat do wszechstronnego i harmonijnego rozwoju dzieci i młodzieży oraz zaspokaja ich potrzeby społeczne, intelektualne i psychiczne. Szkoła w szpitalu stanowi czynnik terapeutyczny, leczniczy. Odciąża od nadmiernego wysiłku i jednocześnie nie pozwala być biernym i osamotnionym młodym człowiekiem. Takie podejście wymaga od pedagogów pracujących w tych szkołach taktu, respektowania poziomu wydolnościowego dzieci, zauważenia ich indywidualnych potrzeb. W artykule przedstawiono w formie skrótovej historię powstawania szkół w szpitalach oraz główne idee przyświecające twórcom pedagogiki leczniczej. Wyjaśniono terminologię, z jaką można się spotkać penetrując obszar pedagogiki zajmującej się pracą z dzieckiem chorym w podmiotach leczniczych. Zaprezentowano również badania ukazujące znaczenie istnienia opieki szkolnej w ośrodkach medycznych. Szkoły szpitalne starają się sprostać zmianom edukacyjnym, jakie stale zachodzą. Potrzebują wsparcia zarówno instytucjonalnego, przede wszystkim władz zajmujących się edukacją oraz medycyną, jak i pozainstytucjonalnego w postaci rodziców chorych dzieci, ludzi dobrej woli, sponsorów, aby mogły istnieć nadal i realizować swoje misje w rzeczywistości, w której żyjemy. Szkoły w szpitalach są pełne pasji, bo zmieniają rzeczywistość szpitalną dzieci i ich rodziców, wspomagają swoimi działaniami funkcjonowanie opieki medycznej. Artykuł jest zapowiedzią badań dotyczących funkcji i znaczenia pracy pedagogów ze szkół szpitalnych z dziećmi hospitalizowanymi.

Słowa kluczowe: szkoły szpitalne, pedagogika terapeutyczna (lecznicza), pedagog terapeutyczny, dziecko przewlekle chore, funkcja lecznicza

Kiedy lekarz w szpitalu otwiera kartę historii choroby dziecka, widzi zapisane w niej daty, terminy, diagnozę. Kiedy pedagog pracujący w szpitalu widzi dziecko trafiające na oddział szpitalny po raz pierwszy, musi również otworzyć teczkę, by poznać doświadczenia młodego człowieka, historię rodziny, nauki szkolnej i historię choroby. Każde dziecko trafiające do szpitala ma zapisane na kartach wydarzenia, które przeżyło. Jeżeli jest choroba, jeżeli w tych papierach pojawia się szpital, to można mówić o trudnej sytuacji, ciężkich doświadczeniach, bólu, lżach, strachu, gniewie, oczekiwaniu i prośbach o szybki powrót do domu.

Około 60 lat temu Janina Doroszevska, pierwsza w Polsce wychowawczyni pedagog pracująca w szpitalu, napisała do jednego z bardziej znanych czasopism kobiecych artykuł pt. *Żeby nie było smutnych poniedziałków*. Inicjatorka rozwoju teorii i praktyki pedagogiki dzieci przewlekle chorych i kalekich (obecnie funkcjonującej

pod nazwą pedagogiki leczniczej bądź terapeutycznej) zaapelowała o pomoc w postaci materiałów plastycznych oraz dydaktycznych, które mogłaby wykorzystać w pracy pedagogicznej z chorymi dziećmi przebywającymi w szpitalu. Tworząc ruch pedagogiczny skupiony wokół dzieci chorych, chciała pokazać, że działania pedagogiczne podejmowane przez wychowawców wspomagają proces medycznego leczenia. Środowisko szpitala nie jest jedynie miejscem sterylności, zastrzyków, medycznej bieli, badań, operacji, ale w trosce o dziecko i dla dobra dziecka jest w stanie zająć jego myśli, aby się nie nudziło, aby się nie bało i pomóc mu przeczekać czas, który musi upłynąć do jego wyzdrowienia.

Już prawie 100 lat temu, w latach 20. XX w., byli lekarze, którzy w dyskusji na temat kondycji dziecka w szpitalu podkreślali, że w szpitalu niezbędni są pedagodzy, którzy otoczą opieką chore dzieci. Wynikiem różnych zabiegów było utworzenie pierwszych szkół przyszpitalnych, w których kadra pedagogiczna podejmowała się opieki, wychowania i nauczania dzieci przebywających na leczeniu w szpitalach, sanatoriach, prewentoriach. Dzięki temu rozwinął się jeden z praktycznych działów pedagogiki specjalnej – pedagogika lecznicza (pedagogika terapeutyczna). W ciągu tych kilkudziesięciu lat zmienił się system funkcjonowania szpitali, zmieniły się standardy pracy placówek oświatowych, prawne systemy opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi, dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych według aktualnej nomenklatury, a szkoły w szpitalu czy, inaczej, szkoły przyszpitalne przetrwały, choć ich liczba wynosi nie 200 w skali kraju, tak jak to było w latach 80., ale jest znacznie mniejsza. Co więc jest głównym powodem ich ważność? Po co są? Czy pedagog pracujący obecnie w szpitalu ma te same cechy zawodowe, podobny profil zawodowy jak pedagog pracujący kilkadziesiąt lat temu? Czy wobec szybkich zmian technicznych, komputeryzacji i multimediiów szkoła w szpitalu ma szansę być atrakcyjna? I czy jest szansa na to, żeby między pedagogiem pracującym w szkole szpitalnej a chorym dzieckiem (pacjentem szpitala, wychowankiem i uczniem takiej szkoły) powstała chęć wzajemnego poznania, więź, w której przeżycia i wzruszenia, gesty, dobre słowo mogą mieć wartość porównywalną z wynikami, jakie uczeń powinien osiągać na egzaminach? Czy cel terapeutyczny, nadrzędny cel, jaki realizują szkoły szpitalne, nie przestał być aktualny, czy ma on znaczenie dla dzieci, rodziców, personelu medycznego i ludzi zaangażowanych w edukację? Pytania te i treść, jaką w sobie zawiera niniejszy artykuł, zostały podyktowane praktyką pedagogiczną w szkole szpitalnej i stanowią zapowiedź badań, których celem jest ukazanie znaczenia pracy pedagogów w szkołach szpitalnych w Polsce.

Idea powstania, krótka historia rozwoju szkół szpitalnych w Polsce, terminologia

Pierwsze szkoły sanatoryjne w Polsce powstały w 20-leciu międzywojennym. Były to szkoły powszechne III stopnia, mające odpowiednie pomieszczenia i pomoce szkolne. W placówkach tych znalazły zastosowanie innowacyjne metody zaczerpnięte z Ruchu Nowego Wychowania: metoda ośrodków zainteresowań Owidiusza Decroy'ego, założenia pedagogiki Celestyna Freineta, metody oparte na grze harcerskiej. Pierwsi ludzie, którzy rozumieli potrzebę istnienia takich szkół, to lekarze:

Emil Godlewski (Sanatorium w Zakopanem nad Bystrem oraz w Witkowicach koło Krakowa) i Szymon Starkiewicz (Sanatorium „Górka” w Busku Zdroju).

Lata 50. to kolejny etap w rozwoju szkolnictwa szpitalnego. Zaczęły powstawać szkoły w szpitalach. Pierwszą z nich była Szkoła Podstawowa w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 3 przy Warszawskiej Akademii Medycznej na ulicy Działdowskiej 1 (1953/1954 r.). Wkrótce powstały kolejne: Szkoła Podstawowa w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie przy ulicy Kasprzaka 17 (1954/1955 r.), Szkoła Podstawowa w PSK AM na ulicy Litewskiej oraz w Miejskim Szpitalu nr 1 na ulicy Kopernika (1956/1957 r.), Szkoła Podstawowa w Szpitalu Chirurgii Urazowej Dziecięcej (1958/1959 r.) (Sękowska 2001).

W latach 70. nastąpił rozwój placówek oświatowych dostosowanych do schorzeń i potrzeb rozwojowych dzieci chorych, w tym również szkolnych oddziałów w szpitalach ogólnych z oddziałami pediatrycznymi (Żarczyński 1987). W tym czasie wśród kierunków pedagogiki specjalnej rozwijała się pedagogika lecznicza, nazywana również pedagogiką podtrzymującą (Sękowska 1976). Nazwę zawdzięcza głównym założeniom znajdującym zastosowanie w praktyce pedagogicznej skierowanej do osób chorych. Ma ona stanowić czynnik profilaktyczny, a więc zapobiegać ujemnym konsekwencjom choroby, przede wszystkim w sferze funkcjonowania psychicznego, stanowić część procesu leczenia, uczyć umiejętności przetrwania krytycznych momentów będących skutkiem długotrwałej hospitalizacji. Znalazła więc zastosowanie w przedszkolach i szkołach w szpitalach, prewentoriach, sanatoriach, domach specjalnych dla dorosłych oraz zakładach leczniczo-wychowawczych. W tych latach w pedagogice specjalnej dominują trzy nurty teoretyczne: kompensacja, resocjalizacja oraz terapia pedagogiczna. Ostatni z nich dotyczy zwłaszcza przewlekle chorych, dlatego pojawia się kolejny termin – pedagogika terapeutyczna.

W latach 90. zaczynają funkcjonować instytucje medyczno-oświatowe sprawujące opiekę specjalną nad dziećmi przewlekle chorymi, z zaburzeniami zachowania oraz z wadami narządów wewnętrznych, które mogą mieć charakter postępujący. Wtedy zostaje zlikwidowanych wiele szkół szpitalnych oraz oddziałów szkolnych w szpitalach.

Aby lepiej zrozumieć strukturę, założenia i funkcjonowanie szkół szpitalnych, warto uściślić terminy, jakie pojawiają się w opisach subdyscypliny pedagogiki specjalnej, jaką tworzy pedagogika lecznicza. Zamiennie obecnie stosowane są terminy: pedagogika lecznicza, pedagogika terapeutyczna. U twórców założeń teoretycznych pojawiają się również inne, stosowane równolegle: pedagogika dzieci przewlekle chorych, pedagogika podtrzymująca. Działania pedagogiczne podejmowane przez kadrę pedagogiczną w szkole szpitalnej mają pomagać w powrocie do zdrowia (leczyć, podtrzymywać, terapeutyzować). W *Encyklopedii pedagogicznej XXI wieku* czytamy, że pedagogika lecznicza (terapeutyczna) to „nauka szczegółowa, dział pedagogiki specjalnej, której podmiotem zainteresowań jest opieka, wychowanie, kształcenie i terapia osób przewlekle chorych i osób z dysfunkcją narządu ruchu” (Okoń 2005, s. 166). Ponadto w zakresie jej zainteresowań znalazły się problemy, jakich doświadcza dziecko przewlekle chore i niepełnosprawne w środowisku rodzinnym, w grupie rówieśniczej, podczas kształcenia i podejmowania wszelkich aktywności. Podmiotem praktyk

pedagogicznych jest dziecko przewlekle chore, niepełnosprawne, o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Będąc pacjentem szpitala, staje się jednocześnie wychowankiem i uczniem szkoły w szpitalu.

Maria Grzegorzewska, dokonując klasyfikacji osób niepełnosprawnych, wyodrębnia przewlekle chorych, a wśród nich grupy ze względu na rodzaj schorzenia oraz grupy ze względu na formę leczenia (hospitalizacyjne bądź ambulatoryjne). Jako podmioty pedagogiki specjalnej wymienia osoby mające z powodu przewlekłej choroby bądź uszkodzenia narządu ruchu ograniczoną zdolność do aktywnego udziału w życiu społecznym oraz podejmowania samodzielnych działań. Dzieckiem przewlekle chorym nazywamy dziecko, które wskutek długotrwałej choroby – zazwyczaj ciężkiej – zostało pozbawione normalnych warunków życia dostępnych dzieciom zdrowym (Grzegorzewska 1960, s. 60). Każda choroba zmienia u dziecka jego indywidualne zasoby nerwowo-psychiczne, wpływa na ogólny stan nerwowy dziecka. W latach 60. mówi się o dziecku przewlekle chorym i kalekim w odniesieniu do niepełnosprawności w obrębie narządu ruchu.

Otton Lipkowski również za podmiot pedagogiki terapeutycznej uznaje dziecko chore oraz dziecko kalekie, przy czym „kalectwo” rozumie dwojako: w węższym zakresie dotyczy ono zaburzeń także w obrębie organów zmysłu, w szerszym – zmian w obrębie narządu ruchu oraz wad postawy. Uściślając charakterystykę dziecka z chorobą przewlekłą należy rozumieć, że jest nią „choroba o stosunkowo łagodnym przebiegu w porównaniu z chorobą krótkotrwałą o tzw. ostrym przebiegu, powodująca patologiczne zmiany w organizmie, zwłaszcza w razie zaniedbań i nieprawidłowości leczenia” (Maciarz 2005). Jak podają różni autorzy, można o niej mówić, gdy trwa co najmniej 4 tygodnie. Problemy zdrowotne wynikające z pierwotnych i wtórnych czynników chorobowych powodują, że wiele dzieci i młodzieży staje się uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Szkoły w szpitalach stają więc przed zadaniem dostosowania się do potrzeb swoich uczniów i wychowanków, starają się zapewnić, w miarę swoich możliwości, specjalistyczne zajęcia (z muzykoterapii, rekreacji komputerowej) bądź stosować specjalne pomoce edukacyjne (np. specjalistyczny sprzęt komputerowy).

Zdrowie i edukacja są nierozdzielnie ze sobą związane (Woynarowska 2000). Zdrowie wprowadza dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny (definicja zdrowia WHO), pozwala dziecku przebywać w szkolnym środowisku swoich rówieśników, stwarza dyspozycje do dobrej nauki i sukcesów, motywuje, daje możliwość rozwijania uzdolnień. Uczęszczanie do szkoły, kontakt z innymi dziećmi jest kluczowym elementem rewalidacji, rehabilitacji, terapii dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Szkoły w szpitalach wypełniają lukę, jaka powstaje w wyniku niemożności uczestniczenia w zajęciach w szkole, do której dziecko jest zapisane. Bycie chorym, pobyt w szpitalu bądź częste do niego powroty wymuszają na dziecku reorganizację jego dotychczasowego funkcjonowania.

Wobec tych wyzwań pedagogika lecznicza realizuje opracowane w latach 50. założenia terapii wychowawczej (Marzec 1993), rozumianej jako pomoc w adaptacji do nowych warunków życia wynikających z oddalenia od domu i przebywania w zakładzie leczniczym, stworzenia najlepszych z możliwych warunków do nauki i wspomagania procesu leczenia oraz pomocy w powrocie do jak najpełniejszego funkcjonowania w domu i szkole macierzystej. Szkołą ma-

cierzystą określa się szkołę, do której dziecko uczęszczało przed pojawieniem się w szpitalu, czyli szkołę, w której realizowało obowiązek szkolny, najczęściej w najbliższym dla dziecka miejscu zamieszkania. Terapia wychowawcza może odciążać (terapia spoczynkowa: słuchanie, oglądanie, minimalizowanie wysiłku organizmu) oraz uczynniać (terapia czynnościowa: od zabawy, poprzez zajęcia pozalekcyjne, a następnie zajęcia lekcyjne). Szczególnie więc ważne jest rozpoznanie możliwości i sposobu funkcjonowania dziecka. Każde dziecko ma, tak jak i człowiek dorosły, różne doświadczenia wyniesione z kontaktów z opiekunami, rodzinami, szkołą, nauczycielami czy rówieśnikami. Dzieci mają prawo do uzyskania jak najlepszej opieki medycznej. Świadczą o tym założenia zapisane w *Europejskiej karcie dziecka w szpitalu*. Wśród priorytetów wymienia się również prawo do zabawy, odpoczynku i nauki dostosowanej do wieku i stanu zdrowia. Otoczenie, w którym dzieci mogą realizować te prawa, powinno być odpowiednio wyposażone, przyjemne i użyteczne. Dziecko powinno pozostawać pod opieką personelu potrafiącego zaspokajać jego potrzeby (Ziółkowska 2010). Dobrze więc jest, gdy w szpitalu znajdują się miejsca zaadoptowane przez szkołę szpitalną do zabawy (świetlice) i do nauki (kąciki nauki, sale szkolne).

W obecnym polskim prawie oświatowym aktem prawnym regulującym sprawowanie opieki, wychowanie i nauczanie dzieci przewlekle chorych jest *Zarządzenie Nr 29 Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 października 1993r. 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) wydane na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. 2004, Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.). Dokument ten orzeka, że „dzieciom i młodzieży przebywającym czasowo lub stale w zakładach opieki zdrowotnej, zwanych dalej zakładami, organ właściwy do prowadzenia przedszkoli lub szkół danego typu zapewnia naukę stosownie do potrzeb oraz opiekę wychowawczą albo zajęcia pozalekcyjne”, a „wychowanie i nauczanie dzieci w zakładach organizuje się w porozumieniu z lekarzem prowadzącym ich leczenie” (tamże, § 19). Ponadto rozporządzenia z 2001 r. określają ramowy statut oraz programy nauczania publicznych przedszkoli i szkół. Nauka, wychowanie i opieka w szpitalu wymaga więc istnienia szkół w szpitalu, nazywanych ogólnie szkołami szpitalnymi bądź szkołami przyszpitalnymi. W obrębie szkoły mogą funkcjonować oddziały przedszkolne, szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły średnie. Zajęcia lekcyjne i pozalekcyjne odbywają się w grupach łączonych, chociaż często występuje zindywidualizowana forma zajęć.

Opiekę i wychowanie w tych placówkach powierza się wychowawcom prowadzącym zajęcia pozalekcyjne. Zamiennie w środowisku pracy tej grupy zawodowej stosuje się terminy: pedagog-wychowawca bądź wychowawca zajęć pozalekcyjnych. Zajęcia dydaktyczne w postaci lekcji prowadzone są przez nauczycieli (nauczycieli szkoły), którym powierza się wychowawstwo zespołu szkolnego wyodrębnionego w jednej bądź w kilku klinikach szpitalnych. W tym artykule wszyscy pracownicy szkoły szpitalnej określane będą pedagogami, ponieważ w nawiązaniu do starożytnej tradycji pedagog to ten, kto prowadzi, wskazuje drogę, tworzy rusztowanie dla swojego wychowanka i rozwoju jego indywidualności.

Znaczenie opieki, wychowania i nauki dla samopoczucia chorego dziecka – wspomaganie procesu leczenia, przegląd badań

Chore dziecko z powodu mniejszych możliwości wydolnościowych, obniżonej sprawności fizycznej i psychicznej wymaga od pedagoga uwagi, zrozumienia, wsparcia i odpowiedniego doboru form zajęć. Jak zauważa T. Janowicz (1988), wychowanie dzieci przewlekle chorych powinno realizować cele ogólnopedagogiczne wspólne dla całej populacji uczniów oraz cele swoiste (wynikające z sytuacji, zespołu chorobowego, leczenia) i cele terapeutyczne (profilaktyczne) charakteryzujące grupę chorych dzieci. Wychowywanie oznacza więc proces obejmujący chorą osobę w przebiegu jej całego rozwoju. Młody człowiek rozwijający się w czasie choroby powinien być przygotowywany do odnajdowania swojego miejsca w rzeczywistości, jaką prognozują realizowane cele wychowawcze.

Przykładem celowości podejmowanych działań pedagogicznych było badanie przeprowadzone w fińskiej grupie 82 dzieci w wieku 4–6 lat i pokazanie ilościowych oraz jakościowych możliwości i strategii radzenia sobie ze stresem u dzieci przebywających w szpitalu w porównaniu z dziećmi przebywającymi w przedszkolu, które miały wyobrazić sobie, że mogą znaleźć się w szpitalu (Salamela i in. 2010). W tym celu przeprowadzono półstrukturyzowane wywiady. Najczęstszymi strategiami wymienianymi przez dzieci były: obecność rodziców lub kogoś z rodziny w czasie hospitalizacji (81/517, 15,7%), pomoc personelu medycznego (58/517, 11,2%), pozytywne myślenie i humor (57/517, 11%), zabawa (57/517, 11%) i posiadanie przy sobie własnej zabawki zabranej z domu (45/517, 8,7%). Dzieci w szpitalu częściej wymieniały zabawę ($p = 0,000$) jako znaczącą strategię radzenia sobie z lękiem w warunkach hospitalizacji w porównaniu z dziećmi, z którymi rozmawiano w przedszkolu. Te z kolei wymieniały częściej obecność rodziców ($p = 0,000$) i pomoc lekarza ($p = 0,012$). Uzyskane rezultaty pokazują, że dzieci mają wiele strategii, zwłaszcza takich, w których odgrywają aktywną rolę i bawią się. Oprócz tradycyjnych metod obniżania lęku dzieci potrzebują możliwości uczenia się metod, jakie dają im poczucie kontroli nad tym, co dotyczy środowiska szpitalnego oraz medycznych procedur. Aby dzieci mogły odczuwać mniejsze zagrożenie w trakcie hospitalizacji, warto zapewnić im warunki do zabaw i gier. W trudnej sytuacji ważną rolę odgrywa rozmowa, zwłaszcza z osobami, z którymi dziecko najczęściej przebywa w szpitalu (rodzicami, personelem medycznym, personelem pedagogicznym). Już małe dzieci potrafią dostarczyć istotnych informacji na temat własnego zdrowia, dlatego ważne jest uwzględnianie ich zdania w doborze proponowanych zajęć w szpitalu.

Zwiększa się liczba dzieci i młodzieży z chorobami przewlekłymi, które są przyczyną występowania różnych deficytów w funkcjonowaniu intelektualnym, poznawczym, emocjonalnym czy społecznym. Zwiększona liczba małych pacjentów w szpitalach spowodowana jest przede wszystkim postępem w naukach medycznych: diagnozą i leczeniem wad w życiu płodowym, ratowaniem noworodków o małej masie urodzeniowej, wczesnym wykrywaniem chorób genetycznych, wad wrodzonych czy też bardziej skutecznym leczeniem, zwłaszcza chorób onkologicznych, zwiększoną ilością występowania w populacji chorób metabolicznych, zaburzeń zdrowia psychicznego czy też korzystną zmianą w myśleniu

społecznym i dążeniem do integracji dzieci zdrowych i niepełnosprawnych. Choroba przewlekła jest przyczyną zaburzeń zdrowia, a one implikują nierówności edukacyjne. Istnieje więc potrzeba objęcia szczególną opieką dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych już w szpitalu, a potem również w domu i szkole macierzystej. I. Woynarowska (2010) zwraca uwagę, że ta grupa dzieci wymaga od rówieśników oraz nauczycieli wsparcia instrumentalnego (zapewnienia możliwości nauki w trakcie hospitalizacji, zorganizowania odpowiedniej opieki po powrocie do domu, np. w postaci nauczania indywidualnego, ponownego włączenia do grupy klasowej), wsparcia emocjonalnego (wynikającego z bezpośredniego kontaktu wyrażającego się troską, zainteresowaniem, stworzeniem możliwości osiągnięcia sukcesów) oraz wsparcia wartościującego (poprzez pozytywne komunikaty werbalne i pozawerbalne, jak gesty i słowa wyrażające troskę, podziw). Badania ankietowe, jakie przeprowadziła I. Woynarowska (2009) z młodzieżą szkolną mającą problemy zdrowotne (choroba przewlekła, obciążenia wynikające z nagłej ciężkiej choroby, niepełnosprawność), ujawniły, że młodzież ta ma gorszą ocenę siebie: swojego wyglądu, zdrowia, zadowolenia z życia i gorsze samopoczucie w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami. To wpływa na zdolność uczenia się oraz relacje z innymi. Istotne są więc rozbudowane sieci wsparcia dla tej młodzieży. Tworzą je rodzice, pedagodzy pracujący w szkołach szpitalnych oraz w szkołach macierzystych, lekarze, personel medyczny oraz wsparcie instytucjonalne warunkujące pomoc i obronę praw chorego w powrocie do zdrowia.

Zadania szkoły w szpitalu są nakierowane na realizację dydaktycznych i wychowawczych założeń. Treści, metody i zakres realizowanego materiału, rodzaj proponowanych zajęć pozalekcyjnych są dostosowane do potrzeb pacjentów. Zadania wychowawcze w zakładach leczniczych przedstawia R. Anyszko i T. Kott (1988). Specyficzne funkcje, jakie spełniają pedagodzy pracujący w szkole szpitalnej, ujęte zostały w zakres terapeutyczno-rewalidacyjny, wychowawczy, opiekuńczy oraz dydaktyczny. Warto podkreślić, że wydają się uwagi akcentujące dodatnią wartość procesu wychowawczego, który zarówno wspomaga wykonywanie programowych założeń funkcjonowania szpitali dziecięcych, jak i przyczynia się do rozwoju osobowości wychowanków-pacjentów oraz ich samodzielności i umiejętności społecznych. Realizacja poszczególnych funkcji uległa jednak pewnym przekształceniom wymuszonym zmianami technicznymi, organizacyjnymi szpitali i możliwością przebywania opiekunów przy dziecku, trendami w naukach pedagogicznych, skróceniem czasu oczekiwania na diagnozę, a zatem i pobytu w szpitalu, gdy stan zdrowia dziecka nie jest określany jako bardzo ciężki. Kluczowym ujęciem założeń funkcjonalnych jest indywidualizacja działań pedagogicznych.

Ogromną bazę teoretyczną stanowiącą podstawę do działalności praktycznej w szkołach szpitalnych stworzyła Janina Doroszevska, opisując założenia terapii wychowawczej w świetle poziomów wysiłkowych (Marzec 1993). Ponadto zwróciła uwagę – jako jedna z pierwszych w Polsce – że rozwój i funkcjonowanie dzieci chorych uzależnione są od rodzaju choroby, stopnia zaawansowania stanu chorobowego, procesu leczenia i możliwości obronnych organizmu. Dzięki temu wyróżniła sylwetki psychofizyczne dzieci przewlekłe chorych. Stan badań na ten temat w ostatnim czasie ogromnie się rozszerzył. Świadczą o tym liczne artykuły i specjalistyczne poradniki dla rodziców, nauczycieli pracujących z określoną

grupą dzieci funkcjonujących z danym schorzeniem. Niektóre z chorób zostały niemal wyeliminowane, np. gruźlica płuc. Wzrosły natomiast grupy dzieci chorujących na choroby typowo cywilizacyjne (np. otyłość) oraz u których występują zaburzenia sprzężone, a więc kilka chorób jednocześnie, co znacznie obniża możliwości funkcjonowania dzieci w każdej ze stref rozwojowych.

Z praktyki zagranicznej wiemy, że nauczyciele szkół szpitalnych wchodzi w skład specjalistycznych zespołów pracujących z dziećmi o określonym schorzeniu. W Dziecięcym Szpitalu w Alabamie np. w skład multidyscyplinarnego zespołu pracującego z dziećmi z chorobami nefrologicznymi wchodzi nauczyciel (Oldham 2008). Jest on odpowiedzialny za komunikację między szkołą macierzystą dziecka, personelem medycznym, rodzicami, dziećmi i innymi nauczycielami. Dzieci te są dializowane trzy dni w tygodniu, a zaledwie dwa dni w tygodniu przebywają w swojej szkole niedaleko od domu. Są to dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, kwalifikowane do uczestniczenia w zajęciach szkolnych w ramach Ustawy o Edukacji Osób Niepełnosprawnych (*Individuals with Disabilities Education Act* – IDEA) lub ustawy z 1973 r. i ustępu na temat rehabilitacji. Ważne jest więc wyznaczanie zadań i prac domowych wtedy, gdy dziecko jest w szpitalu, aby mogło realizować program i otrzymać promocję do następnej klasy. Istotnym zadaniem jest edukacja młodych pacjentów i rodziców w zakresie specjalnych praw, dostosowania nauczania do ich możliwości i potrzeb w szkole macierzystej oraz pomoc w planowaniu ścieżki zawodowej. Głównym zadaniem nauczyciela na oddziale nefrologii jest jak najpełniejsza normalizacja warunków środowiska, w którym funkcjonują dializowane dzieci. One tego potrzebują. Praktyka pokazuje, że przy szczególnym nacisku na edukację i zaangażowaniu całego zespołu można odnieść sukces w szkole.

Innym przykładem takiej pedagogicznej praktyki jest działalność pedagogów w Dziecięcym Szpitalu w San Francisco (Cassman 2008). Ich zadaniem jest pomoc w adaptacji do warunków szpitala oraz kontynuacji nauki. Nauczyciel z PDU (*a pediatric dialysis unit*) kontaktuje się drogą e-mail, czasami uczestniczy w zebraniach w szkole macierzystej, udziela korepetycji i poświęca więcej czasu na naukę przy indywidualnym podejściu do dziecka. Odpowiednio przeszkolony nauczyciel specjalny może udzielać informacji na temat procesu leczenia i zdrowienia, pomagając w ten sposób personelowi medycznemu przygotować psychicznie dziecko do zabiegów medycznych. Zwraca się również uwagę na to, że najlepszym lekarstwem jest zapotrzebowanie na naukę i zabawę. Nauczyciel w szpitalu może pomóc rozwijać społeczne umiejętności dzieci. Pomimo tego, że sprawność organizmu jest niewielka, umysł dziecka może pracować na najwyższym poziomie i rolą pedagoga jest tego nie zaniedbać.

Badania nad dziećmi, u których zdiagnozowana choroba onkologiczną (Katz i in. 1992) pokazują, jakie korzyści wnoszą rodzice, dzieci oraz nauczyciele z kompleksowej interwencji dotyczącej reintegracji szkolnej, o jaką dba psycholog szpitalny. 49 chorych dzieci, ich rodzice i nauczyciele odpowiadali na pytania kwestionariusza o znaczenie takiej pomocy. Jest ona pozytywnie oceniana przez dzieci, a rodzice podkreślają jej duże znaczenie w osiąganiu celów edukacyjnych. Nauczyciele uważają, że ważna jest prezentacja problemów chorych rówieśników, emocjonalne przyjęcie tego, wzajemne relacje i akceptacja wśród rówieśników. Propagowanie wiedzy na

temat choroby oraz problemów wśród rówieśników pomaga zrozumieć trudności chorego kolegi. Ważne jest stwarzanie sytuacji wychowawczych zarówno w szpitalu, jak i szkole macierzystej. Doświadczenia, jakie dziecko chore wyniosło ze szpitala, problemy w nauce, fizyczne ograniczenia, izolacja, wygląd będący skutkiem leczenia powinny być uwzględnione w planach powrotu do warunków szkolnych. Wynika z tego, że pedagogom w szkołach potrzebna jest wiedza medyczna i psychologiczna na temat wybranego zagadnienia związanego ze zdrowiem i chorobą, gdy ich wychowankiem jest dziecko chore. W pracy, jaką warunkuje środowisko szpitalne, nie może zabraknąć wymiany i dobrej praktyki pedagogów ze szkół szpitalnych z nauczycielami dzieci w szkole macierzystej, w domu (Huotari 2003). W tym celu przeprowadzono 47 wywiadów w 7-miesięcznym okresie wśród 6 osób z personelu medycznego dziecięcego szpitala psychiatrycznego oraz 6 nauczycieli pracujących w szkole szpitalnej z dwoma nastolatkami. Dokonano deskryptywnej analizy zebranego materiału, który wykazał, że pracując w tak specyficznym środowisku warto poszukiwać sposobów ułatwiających efektywną komunikację z dziećmi ze specyficznymi problemami medycznymi i edukacyjnymi, potrzebna jest też wymiana informacji wśród specjalistów zajmujących się chorymi dziećmi oraz wyznaczanie nowych celów kształcenia dzieci chorych w szpitalu w wyniku konsultacji z nauczycielami pracującymi z uczniem w domu.

Znaczenie opieki i wsparcia, m.in. pedagogicznego, potwierdzają doświadczenia kliniczne wielu psychologów (Góralczyk 1996, Ziólkowska 2010). Charakterystyka funkcjonowania dzieci z chorobami przewlekłymi zawiera szereg negatywnych cech, jak np.: nasilenie negatywnych emocji, cierpienie fizyczne, ograniczenie swobody, inwazyjność leczenia, zależność od placówki medycznej. Dzieci te wymagają szczególnej uwagi pedagogów pracujących w szkołach szpitalnych i macierzystych. Rozwojowi dzieci przebywających w szpitalu sprzyja aktywność, różnorodność proponowanych zajęć, stymulowanie do zabaw, dostęp do książek, internetu, zajęć plastycznych, kontakt z kulturą, stopniowe zwiększanie wymagań. Wychowawcy i personel medyczny powinni tworzyć atmosferę umożliwiającą postrzeganie ich przez dziecko. Mobilizuje to je do współdziałania z lekarzem i pokonywania choroby. Wzmacnia również wiarę we własne możliwości i dodaje sił. Argumenty te są przykładem zasadności podejmowania działań pedagogicznych w środowisku szpitalnym.

Przyszłość szkół szpitalnych

Szkoły szpitalne starają się dostosować do wymagań oświatowych. Potencjał, jaki tkwi w pedagogach pracujących z chorymi dziećmi przy ich łózkach, z widocznymi opatrunkami, podczas podawania leków i w trakcie oczekiwania na zabiegi medyczne, może ujawniać się, gdy będą mieli stworzone warunki do pracy (zasoby materialne szkoły) oraz poczucie szacunku dla tej pracy innych grup zawodowych. Ważne są szkolenia umiejętności radzenia sobie z problemem obciążenia psychicznego pracą, w tym wypalenia zawodowego, prowadzenia trudnych rozmów z rodzicami, których dziecko już nigdy nie wróci do pełni zdrowia. Przydatna byłaby wiedza dotycząca znajomości problemów, z jakimi stykają się szkoły w szpitalach, i rozpowszechnianie tej wiedzy wśród większo-

ści szkół publicznych. Tylko wspólna ewaluacja szkół szpitalnych i pozostałych szkół pozwoli na propagowanie dobrej praktyki, wymianę idei i uchwycenie znaczenia jednych i drugich. Poparciem tych stwierdzeń są wnioski, jaki wyłoniły się po Ogólnopolskim Forum Szkół Szpitalnych w 2010 r. odbywającym się w Szczecinie. Zgłoszono m.in. potrzebę nawiązania ściślejszej współpracy między resortami odpowiedzialnymi za oświatę i wychowanie oraz służbę zdrowia w zakresie realizacji przez dzieci prawa do nauki w czasie ich pobytu w placówkach medycznych, potrzebę prawnego zagwarantowania możliwości finansowania szkoleń dla nauczycieli szkół szpitalnych na temat radzenia sobie ze stresem oraz pracy z dzieckiem i towarzyszenia mu w trudnych chwilach cierpienia i umierania, zmiany przepisów prawa dotyczących organizacji pracy szkoły szpitalnej w celu dostosowania ich do realiów codziennej pracy tych szkół.

Podsumowanie

Podsumowując warto zwrócić uwagę na słowa Z. Sękowskiej – kontynuatorki działań J. Doroszewskiej: „Podstawowy cel pracy pedagogicznej w szpitalu to cel leczniczy, który nadaje tej pracy swoisty charakter. Szkoła ma też przygotowywać chore dziecko do zadań, jakie czekają je po wyzdrowieniu. Nauczyciel jest gwarancją powrotu do zdrowia” (Sękowska 2001, s. 301). Aktualność tych założeń pozostaje stale taka sama. Chore dzieci potrzebują bawić się i uczyć, tak jak wszystkie zdrowe dzieci. Samotność, brak zajęcia czy zaniedbania w rozwoju poznawczym dzieci i młodzieży przebywającej w szpitalu nie powinny występować w dzisiejszych czasach. Szkoła w szpitalu może być ogniwem łączącym świat pozostawiony w domu z rzeczywistością zastaną w szpitalu. Działalność pedagogiczna ujęta w specyficzną misję i cele terapeutyczne mogą sprzyjać powrotowi do równowagi psychicznej i organicznej.

Już w latach 80. niektórzy autorzy (Żarczyński 1987) zajmujący się pedagogiką leczniczą podkreślali, że brakuje informacji opartych na wynikach prac badawczych dotyczących dzieci przewlekle chorych w szpitalu. Częściowo niedosyt ten zrekomensowany został przez badania psychologów, którzy podjęli próbę zrozumienia i opisanie przeżyć dzieci chorych. Codziennie hospitalizowanych jest w Polsce wiele tysięcy dzieci i młodzieży. Z danych statystycznych GUS z 2008 r. wynika, że hospitalizowanych było 1 554 214 dzieci do lat 18. Większość z nich była diagnozowana i leczona ponad tydzień, większość wracała regularnie do szpitala na badania kontrolne i dalsze leczenie.

Szpital staje się ważnym miejscem akcji w biograficznych zapisach każdego młodego życia. Szkoły w szpitalach, a przede wszystkim kontakt i relacja, jaka rodzi się między pedagogami pracującymi w szkołach szpitalnych a chorymi dziećmi, miejsca do zabaw i zajęć edukacyjnych zostają zapisane w tej biografii. Szpital może zaskakiwać swoich małych i młodych pacjentów istnieniem szkoły na swoim terenie. Poziom wiedzy społeczeństwa na temat funkcjonowania i zasadności istnienia szkół w szpitalach, a tym samym opieki, wychowania i kształcenia, jest niewielki. Świadczą o tym wypowiedzi rodziców, którzy po raz pierwszy ze swoim dzieckiem trafiają do dużego szpitala. Kończąc pobyt w nim, już nie potrafią sobie wyobrazić, że takiego specjalnego miejsca może nie być, i pedagoga, który przychodzi do ich

dziecka po to, aby wspierać jego adaptację i leczenie. Aby wszystkie strony były zadowolone, szkoły w szpitalach potrzebują wsparcia ze strony władz oświatowych, medycznych, bo funkcjonują na terenie instytucji medycznych i podmiotem ich pracy stają się pacjenci. Wymagają również ogromnego wsparcia ze strony rodziców i opiekunów dzieci, sponsorów, którzy okażą pomoc finansową.

Praca w szkole szpitalnej wymaga nie tylko specjalistycznego przygotowania zawodowego, posiadania niezbędnych kwalifikacji (wymogi formalne) i elastyczności w codziennym doborze form i metod pracy (wymogi podyktowane specyfiką pracy). Aby zajęcia były ciekawe i motywowały do samodzielnej nauki i pracy nad sobą, potrzebny jest dostęp do mediów, Internetu, różnorodnych materiałów plastycznych, współczesnej literatury itd. Lepiej wyposażona szkoła może więcej dziecku dać. Szkoły szpitalne też chcą być szkołami nowoczesnymi, z pasją realizującymi swoje zadania, szkołami rozwijającymi się. Wiedzą o tym pedagodzy pracujący w szkołach szpitalnych. Oni też wiedzą, na czym polega i jaki jest sens pracy z chorym dzieckiem. Czynnikiem leczącym staje się w tym wypadku nie tylko jednorazowa pomocą, ale złożonym procesem edukacyjno-wychowawczym. Leczyć to również stwarzać warunki i możliwości do zabawy, nauki, rozwijania zainteresowań, terapeutycznej rozmowy i obecności. Poznawanie chorego dziecka i rozbudzanie w nim chęci do wyrażania siebie poprzez aktywność artystyczną, plastyczną, naukową jest wypadkową takiego „pedagogicznego leczenia”.

Bibliografia

- Anyszko, R., Kott, T. (1988). *Wychowanie dzieci w zakładzie leczniczym*. Warszawa: WSiP.
- Cassman, A. B. (2008). School is a career for patients with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 35, 4, 399–402.
- Góralczyk, E. (1996). *Choroba dziecka w twoim życiu*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Grzegorzewska, M. (1960). *Pedagogika specjalna. Skrypt wykładów w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej*. Warszawa: PIPS.
- Harris, K., Farrel, P. (2004). Educating children and young people with medical needs: effective provision and practice. *Support for Learning*, 19, 1, 13–18.
- Huotari, R. (2003). Contradiction in interprofessional care: possibilities for charge and development? *Journal of Interprofessional Care*, 17, 2, 151–160.
- Janowicz, T. (1988). *Postępowanie rewalidacyjne w wychowaniu przewlekłe chorych*. Warszawa: WSiP.
- Katz, E. R., Varm, J. W., Rubenstein, Ch. L., Blew, A., Hubert, N. (1992). Teacher, parent and child evaluative ratings of a school reintegration intervention for children with newly diagnosed cancer. *CHC*, 21, 2, 69–75.
- Maciarz, A. (2005). *Mały leksykon pedagoga specjalnego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Marzec, D. (1993). *Janina Doroszewska prekursor teorii i praktyki opiekuńczo-terapeutycznej*. Częstochowa: WSP.
- Ogólnopolskie Forum Szkół Szpitalnych – Szczecin 2010 <http://www.kuratorium.szczecin.pl/index.php/konferencje/138-konferencjeko/2458-ogolnopolskiego-forum-szkol-szpitalnych-szczecin-2010> (dostęp: 12.08.2011).
- Okoń, W. (red.). (2005). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. IV. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Oldham D. B. (2008). A school teacher is an essential member of the nephrology team. *Nephrology Nursing Journal*, 35, 4, 399–401.

- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia za 2008 r. GUS, Departament badań społecznych. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_zos_podstaw_dane_z_zakre_ochr_zdr_2008r.pdf (dostęp: 12.08.2011).
- Salamela, M., Salanter, S., Ruotsalainen, T., Aronen, E.T. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 108–114.
- Sękowska, Z. (1976). *Pedagogika w lecznictwie*. Warszawa: PZWL.
- Sękowska, Z. (2001). *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Wojnarowska, B. (red.). (2000). *Zdrowie i szkoła*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wojnarowska, B. (red.). (2010). *Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wojnarowska, B., Tabaka, T. (2009). Samoocena, zachowania zdrowotne i funkcjonowanie w szkole młodzieży z chorobami przewlekłymi. *Remedium*, 12, 22–23.
- 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.
- Ziółkowska, B. (2010). *Dziecko chore w domu, w szkole i u lekarza. Jak wspomagać rozwój dzieci przewlekle chorych*. Gdańsk: GWP.
- Żarczyński, A. (1987). *Proces dydaktyczno-wychowawczy w szkolnictwie szpitalnym. Studia monograficzne*. Opole: WSP im. Powstańców Śląskich.

CAN SCHOOL BE A REMEDY FOR ILL CHILDREN? HOSPITAL EDUCATION

Summary

The article aims to present hospital schools in the light of the principles of medical pedagogy, which is also referred to as therapeutic pedagogy, and to underline their therapeutic function. The specific environment in which such schools operate creates a good atmosphere for comprehensive and harmonious development of children with chronic illness, and fulfill their social, intellectual and psychological needs. Thus a hospital school becomes a therapeutic factor. It relieves children of excessive effort and, at the same time, does not let them be passive and lonely young people. Such an approach demands that educators working in such schools be tactful, respect their students' functioning level, and be considerate of their individual needs. The article briefly discusses the history of hospital schools and the main ideas motivating the authors of therapeutic pedagogy. It explains the terminology that the reader can come across while searching through the area of pedagogy that deals with working with ill children in medical institutions. The article also presents research that shows the importance of providing school services in medical institutions. Hospital schools are doing their best to face up to the changes that are constantly taking place in the education system. They need first of all the institutional support of authorities responsible for education and medicine, but also non-institutional support: parents of ill children, people of goodwill, and sponsors so that they can continue to operate and carry out their missions in the reality we live in. Schools in hospitals are full of passion because they change the reality of hospital life for children and their parents, they support the functioning of medical care with their services. The article is an announcement of an upcoming research project on the functions and importance of the work of educators in hospital schools for hospitalized children.

Key words: hospital schools, therapeutic (medical) pedagogy, therapeutic educator, child with chronic illness, therapeutic function

Людмила Ивановна Лисова
Каменец-Подольский национальный
Университет имени Ивана Огиенка

ХАРАКТЕРИСТИКА ТРУДНОСТЕЙ УСВОЕНИЯ АРИФМЕТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ МЛАДШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

У всех младших школьников с тяжелыми нарушениями речи с первично сохраненным интеллектом наблюдается выборочное недоразвитие процессов и функций познавательной деятельности. Уровень недоразвития у учеников с тяжелыми нарушениями речи познавательной деятельности прямо не соотносится с уровнем недоразвития речи. Уровень и особенно-сти недоразвития у детей с тяжелыми нарушениями речи процессов и функций познавательной деятельности имеют, как общие, так и отличительные особенности. Учитывая это мы предполагаем, что ошибки будут возникать в процессе решения арифметических задач у этой категории детей на всех этапах работы с ней: чтение содержания; пересказ ее текста; анализ содержания; синтез всех данных; сокращенная запись; вычисление арифметических действий и формулировка общего ответа. Целью нашего исследования было выявить особенности и систематизировать типы трудностей которые возникают на всех этапах работы над арифметической задачей и таким образом, проверить выдвинутую нами гипотезу. В статье описаны результаты проведенного исследования типов трудностей при решении арифметических задач младшими школьниками с тяжелыми нарушениями речи, которые обусловлены недоразвитием у них базовых психических процессов познавательной деятельности. Не принимая во внимание то, что учеными были выявлены отдельные особенности усвоения учебного материала детьми с тяжелыми нарушениями речи и причины, эта проблема не потеряла своей актуальности и сегодня. В результате анализа теоретических исследований нами были определены этапы решения арифметических задач. Также, было выявлено, что на каждом из этапов развязывания арифметических задач у младших школьников с тяжелыми нарушениями речи возникали разные типы трудностей. По результатам проведенного нами исследования мы пришли к выводу, что для обучения этой категории школьников необходимо создать коррекционную методику, которая позволит активизировать развитие психических процессов (речи, мышления, и тому подобное), а соответственно, организованная работа будет способствовать предупреждению возникновения трудностей. Также, необходимо создать рекомендации для изучения арифметических задач именно для младших школьников с тяжелыми нарушениями речи, которые позволят усовершенствовать процесс изучения арифметических задач на уроке математики и во внеурочное время.

Ключевые слова: анализ, арифметическая задача, ответ, младший школьный возраст, познавательная деятельность, психические процессы, синтез, текст, трудности, чтение

В начальной школе при изучении математики важное место занимают арифметические задачи. Они являются обязательным разделом учебной программы, содержание которой ученики должны усвоить, а также, средством учебы, воспитания и развития школьников.

Результаты теоретического исследования трудностей усвоения математики младшими школьниками с тяжелыми нарушениями речи (в дальнейшем ТНР)

Сегодня определено, что у младших школьников с ТНР наблюдаются трудности при решении арифметических задач сложнее, чем у учеников в норме, которые обусловлены недоразвитием базовых психических процессов познавательной деятельности (Н.С. Гаврилова (2007), Л.С. Томе (2007) и другие), симультанных и сукцесивных синтезов (В.В. Тарасун 2004). Также определено, что уровень усвоения арифметических задач детьми с ТНР (Н.С. Гаврилова 2007, В.В. Тарасун 2004) преимущественно репродуктивный, в редких случаях, может быть репродуктивно-производительным, а отдельные школьники с ТНР усваивают их лишь на уровне узнавания (Н.С. Гаврилова, В.В. Тарасун, с. 42).

В.В. Тарасун (2004) в своих научных трудах отмечает, что в основе трудностей в учебе детей с ТНР лежат такие причины, как: недоразвитие сукцесивных и симультанных синтезов, как следствие у них недостаточно формируются общие и специальные учебные способности (В.В. Тарасун, с. 36).

Исследование Л.С. Томе (2007) показывают, что у детей с ТНР наблюдается выборочная недостаточность когнитивных функций и процессов, которые являются базовыми предпосылками формирования знаний с математики. Дети с ТНР с трудностями усваивают прямую и обратную последовательность шетного ряда, не узнают даже хорошо знакомые объекты, что говорит о неполноценности функций, симультанности и сукцесивности восприятия, нарушении зрительного гнозиса (Л.С. Томе 2007, с. 38-43).

В научных трудах Н.С. Гавриловой (2007) также отмечено, что у всех детей с ТНР с первично сохраненным интеллектом наблюдается выборочное недоразвитие процессов и функций познавательной деятельности. Уровень недоразвития у учеников с ТНР познавательной деятельности прямо не соотносится у них с уровнем недоразвития речи. Уровень и особенности недоразвития у детей с ТНР процессов и функций познавательной деятельности имеют, как общие, так и разные особенности. У всех учеников наблюдается недоразвитие сенсомоторной стороны речи и прочности запоминания слухо-речевых следов. Наибольшие трудности у них выявлены при проведении сравнения (в первую очередь на вербальном материале), а также в осуществлении умозаключений. Также, были выделены структурные типы нарушений познавательных процессов у детей с ТНР, в частности кинетический, кинестетический и мнестический (Н.С. Гаврилова 2007, с. 24-43) При наличии таких выборочных нарушений познавательных процессов, функций и трудности усвоения математики детьми с ТНР разные.

Следовательно, результаты анализа научных исследований детей с ТНР свидетельствуют о том, что у них имеются особенности недоразвития не только речи, но и своеобразие нарушения всех психических процессов и функций, которые определяют трудности в формировании навыков письма, чтения, счета, анализа содержания арифметических задач и тому подобное.

Гипотеза и цель исследования

Учитывая это мы предполагаем, что ошибки будут возникать в процессе развязывания арифметических задач у этой категории детей на следующих этапах ра-

боты с ней: чтение содержания; пересказ ее текста; анализ содержания; синтез всех данных.

Целью нашего исследования было выявить особенности и систематизировать типы трудностей которые возникают на этапах работы над арифметической задачей и таким образом, проверить выдвинутую нами гипотезу.

Методика исследования

Для того, чтобы выявить уровень и особенности усвоения арифметических задач младшими школьниками с ТНР нами предусматривалось осуществление экспериментального исследования в несколько этапов.

На I этапе была сформирована методика исследования и определена последовательность проведения обследования особенностей решения арифметических задач младшими школьниками с ТНР.

На II этапе нами предусматривалось проведение исследования состояния усвоения арифметических задач учениками начальных классов с ТНР. А также были разработанные критерии оценки качества развязывания задач. Результаты получены при обследовании фиксировались в специально разработанном протоколе.

На III этапе был осуществлен качественный и количественный анализ результатов обследования.

Для изучения особенностей развязывания арифметических задач младшими школьниками с ТНР нами был подобран комплекс арифметических задач в соответствии с учебной программой.

По результатам теоретического анализа научных трудов (М.О. Бантовой (1982), М.В. Богданович (1990), Н.О. Менчинской (1950) и других) нами определено, что процесс развязывания арифметических задач включает 7 этапов (чтения, пересказа, анализа и синтеза всех данных, сокращенной записи, решения арифметических действий и формулировки общего ответа). Но в нашем исследовании мы раскрываем 4 этапа обследования умения решать арифметическую задачу.

На I этапе – предлагали ребенку прочитать содержание арифметической задачи.

В соответствии с содержанием программы, которая выступала в качестве эталона правильного выполнения, в норме ученик в возрасте 7-10 лет 1-4 класса должен читать задачу целостно в среднем темпе, правильно произнося все слова текста задачи.

Если у ученика наблюдались трудности при чтении арифметической задачи, то ему предлагали следующие формы помощи: вторичное чтение задачи самим учеником если ребенок задачу не читал целостно (от 1 до 3 раз).

На II этапе – предлагали ученикам с ТНР пересказать содержание прочитанного.

Эталон правильного выполнения: ученик пересказывает текст правильно, четко указывая на составные задачи: известные данные, неизвестные данные и конечный вопрос.

Формы помощи: повторное чтение текста (1-3 раз) экспериментатором, наводящие вопросы по содержанию текста.

На III этапе – ученику предлагали осуществить анализ содержания арифметической задачи, давая ответ на поставленные экспериментатором вопросы (О чем идет речь в задаче? Что известно в задаче? Что не известно? Что нужно знать для того, чтобы узнать неизвестное? Есть ли у нас эти данные? Что в первую очередь нам не-

обходимо найти? Какое первое действие (вопрос)? Что дальше будем искать? Каким образом мы можем это найти? Ответили ли мы на вопрос задачи? и тому подобное).

В соответствии с содержанием учебной программы дети в норме после чтения и перевода задачи отвечают на эти вопросы точно, правильно выделяя при этом числовые данные, известное и неизвестно, искомое, а также слова, которые определяют алгоритм решения задачи.

Формы помощи: экспериментатор предлагал повторно прочитать фрагмент задачи, где есть ответ на поставленный вопрос.

На IV этапе – ученикам предлагали объединить (синтезировать) все данные содержания арифметической задачи в виде арифметических действий.

Эталон правильного выполнения: ученик считает между собой числовые данные и знаки арифметических действий в соответствии с содержанием условия задачи, правильно определяет последовательность арифметических действий с помощью которых решается задача.

Формы помощи: экспериментатор просил проверить правильность примера, то есть соотнести его с условием задачи, обращал внимание учеников на сочитание между собой чисел и знаков арифметических действий и на определение последовательности арифметических действий с помощью которых решается задача.

На основании пересмотра научно-методических источников нами были определены типы ошибок какие младшие школьники с ТНР могли бы допустить в процессе решения арифметических задач. Их мы рассмотрели, как критерии необходимые для оценки качества выполнения заданий.

В частности, в процессе чтения младшие школьники с ТНР могли допустить следующие ошибки: замена слов при чтении по акустическим, артикуляционным или литеральным признакам, замена слов при чтении по семантическому признаку, также недочитывание слов, аграмматизмы, медленное чтение, послоговое чтение, побуквенное чтение.

При пересказе содержания задачи могли наблюдаться: неточность, фрагментарность, неправильная последовательность пересказа содержания задачи или вообще не пересказывали текст.

В процессе анализа могли быть допущены следующие ошибки: отвлекаясь на несущественные данные текста арифметической задачи; обобщая с опорой на внешние признаки, неправильно выделяет числовые данные, которые записаны словом; неправильно выделяет числовые данные записанные цифрой; неправильно соотносит числовые данные со словами: предметами, явлениями и тому подобное; неправильно выделяет слова, которые определяют алгоритм решения задачи.

В процессе синтеза данных арифметической задачи могли быть допущены такие ошибки: как сочетание между собой чисел и знаков арифметических действий не в соответствии с содержанием условия задачи; неправильное определение последовательности арифметических действий с помощью которых решается задача.

Выявление при исследовании ошибки нами были систематизированы и рассмотрены как типы трудностей. В результате итогового анализа материалов констатирующего эксперимента определено, что типы трудностей характерны для школьников 1-4 классов с ТНР на всех этапах решения арифметических задач.

Исследование нами проводилось в общеобразовательных и специальных школах городов Каменец-Подольский и Хотин. В нем участвовали младшие школьники

с общим недоразвитием речи II-III уровня при первично сохраненном интеллекте, в общем количестве 221 ученик, из них: 53 ученика 1-го класса, 58 учеников 2-го класса, 60 учеников 3-го класса и 50 учеников 4-го класса.

Результаты исследования качества чтения содержания арифметической задачи младшими школьниками с ТНР

В результате анализа материалов исследования было выявлено, что у младших школьников с ТНР при чтении арифметической задачи встречались два типа трудностей: неточность чтения и недостаточная целостность чтения.

По результатам материалов исследования особенностей чтения младших школьников с ТНР нами было определено, что неточность чтения проявлялась в виде следующих ошибок: замена слов при чтении по акустическому, артикуляционному или литеральному признакам; замена слов при чтении по семантическому признаку, а также недочитывание слов, аграмматизмы.

В частности, нами было выявлено 68% учеников с ТНР 1-го класса, что допускали ошибки при чтении в виде замены слов по акустическому, артикуляционному или литеральному признакам, во 2 классе – 59%, в 3 классе – 42% и 38% младших школьников с ТНР 4-го класса.

Ошибки в виде замены слов по семантическому признаку допускали 8% учеников 1-го класса, во 2 классе такие же ошибки мы наблюдали в 9% учеников с ТНР, в 3 классе – 2%, а в 4 классе ошибки данного типа выявлено не было.

Также, младшие школьники с ТНР допустили ошибки в виде не дочитывания слов, аграмматизмы в 1 классе – 51%, во 2 классе – 29% учеников, в 3 классе – 13% и 4% детей с ТНР 4-го класса.

Следующий тип трудностей, который мы наблюдали при чтении арифметической задачи это – недостаточная целостность чтения, которая проявлялась в виде следующих ошибок: медленном, послоговом и по буквенном чтении.

В частности, медленно читали в 1 классе 17% учеников с ТНР, во 2 классе – 22%, в 3 классе – 23% и 8% учеников 4-го класса. Это преимущественно сложные артикуляционные и большие по объему слова, а также они были недостаточно понятны детям с ТНР.

Поскладовое чтение было выявлено у 21% ученика с ТНР 1 класса, во 2 классе – 26%, в 3 классе – 18% и у 8% учеников с ТНР 4-го класса.

У 32% учеников 1 класса было выявлено побуквенное чтение, во 2 классе – 10%, 7% учеников 3-го класса и 4% младших школьников с ТНР 4-го класса.

Следовательно, нами было выявлено, что у подавляющего большинства детей с ТНР 1-го (74%), 2-го (78%), 3-го (63%) класса возникают специфические типы трудностей в виде неточности чтения и недостаточной целостности чтения. Даже у значительного процента учеников 4-го класса (46%) они наблюдались тоже.

Неточность чтения была наиболее традиционной трудностью для младших школьников с ТНР, что проявлялась в виде замены одних слов другими по акустическому, артикуляционному или литеральному признакам. Этого типа ошибки в наибольшей степени наблюдались у детей с 1 по 4 класс. Анализ результатов исследования показал, что замена слов по семантическому признаку не является характерной для детей с ТНР, а более случайной.

Такой тип трудностей, как недостаточная целостность чтения проявлялся у большего процента (23%) учеников 1-го класса но к 4-у классу мы наблюдали значи-

тельную тенденцию к уменьшению (7%). В большей мере у школьников 3-го, 4-го классов наблюдались недостаточная целостность чтения лишь отдельных, самых тяжелых слов: артикуляционно сложных, больших по объему и непонятных.

Результаты исследования пересказа содержания арифметической задачи младшими школьниками с ТНР

Анализ результатов исследования показал, что при пересказе содержания арифметической задачи возникали трудности у подавляющего большинства исследуемых нами младших школьников с ТНР в виде: неточности пересказа текста, недостаточной целостности пересказа текста, недостаточной самостоятельности при пересказе текста и таких, что вообще не пересказывали текст задачи.

В результате исследования было определено, что 8% детей с ТНР 1-го класса не точно пересказывали текст и нуждались в повторном собственном чтении условия задачи. Во 2 классе 14% учеников с ТНР имело этот тип трудностей, в 3 классе – 15%, а в 4 классе их было 18%.

19% младших школьников с ТНР 1-го класса не пересказывали текст арифметической задачи после собственного чтения, которые нуждались в дополнительном чтении учителя. Этот тип трудностей мы наблюдали у 29,3% учеников 2-го класса, 20% – 3-го класса и 16% – 4-го класса.

Недостаточная целостность пересказа текста, что проявлялась в виде следующих ошибок: неполный пересказ текста, фрагментарный пересказ текста.

В частности, в 1 классе было выявлено 17% учеников с ТНР которые после предоставленной помощи неполностью пересказывали условие задачи, что требовало использования наводящих вопросов, во 2 классе – 10%, в 3 классе – 5% и в 4 классе 2% школьников с ТНР, которые нуждались в данной помощи.

22,6% учеников с ТНР 1-го класса после предоставленной помощи пересказывали содержание арифметической задачи фрагментарно, во 2 классе – 18,9%, в 3 классе – 8,3% и 6% учеников с ТНР 4-го класса имело также этот тип трудностей.

Мы выделили в отдельную группу младших школьников с ТНР, которые после предоставленной помощи вообще не пересказывали текст арифметической задачи. В 1 классе было выявлено 9% таких учеников, во 2 классе – 5%, в 3 классе – 2%, а среди учеников с ТНР 4-го класса такого типа трудностей выявлено не было.

Таким образом, анализ результатов исследования показал, что процент детей с ТНР, которые не пересказывают текст арифметической задачи незначительный (в среднем 16%).

А вот процент учеников, у которых мы наблюдали ошибки в виде неточности пересказа текста, с класса в класс не уменьшался, а увеличивался (1 класс – 8%, 2 класс – 14%, 3 класс – 15%, 4 класс – 18%). Это обусловлено тем, что объем содержания арифметических задач увеличивается, а потенциальные возможности пересказа текста формируются в более медленном темпе у школьников с ТНР, чем у детей в норме.

Результаты исследования анализа содержания арифметической задачи младшими школьниками с ТНР

В результате анализа материалов исследования мы определили процент младших школьников с ТНР, у которых встречались трудности в процессе анализа содержания

арифметической задачи, а именно: трудности выбора существенных составляющих задачи и концентрация на несущественных признаках арифметической задачи.

По результатам материалов исследования нами было определено, что трудности выбора существенных составляющих задачи сопровождались следующими ошибками: неправильное выделение числовых данных записанных цифрой, неправильное выделение слова, которое определяло алгоритм решения задачи, неправильное выделение числовых данных, которые записаны словом.

В частности, нами были определены 32% учеников с ТНР 1-го класса которые, анализируя содержание задачи, неправильно выделяли числовые данные, записанные цифрой: 38% – 2-го класса, 33% – 3-го класса и 18% школьников 4-го класса.

36% учеников с ТНР 1-го класса неправильно выделяли слова, которые определяли алгоритм решения задачи, во 2 классе – 47%, в 3 классе – 28% и 8% – 4-го класса.

Неправильно выделяли числовые данные, которые записаны словом 43% младших школьников с ТНР 1-го класса, 71% – 2-го класса, 48,3% – 3-го класса и 32% школьников с ТНР 4-го класса.

Следующий тип трудностей, который мы прослеживали при анализе текста арифметической задачи младшими школьниками с ТНР – это концентрация на несущественных признаках арифметической задачи, что проявлялось в виде следующей ошибки: отвлечение на несущественных данных текста арифметической задачи. В частности, 64% учеников с ТНР 1-го класса, 71% – 2-го класса, 48% – 3-го класса и 32% школьников 4-го класса имели такого типа ошибки.

Следовательно, трудности выбора существенных составляющих задачи были наиболее характерны для учеников 1-го класса (в среднем 24%), но к 4-му классу мы наблюдали значительную тенденцию к их уменьшению (в среднем 11%).

Такой тип трудностей, как концентрация на несущественных признаках арифметической задачи мы проследили у большего процента (71%) учеников с ТНР 1-го класса, а до конца 4-го класса мы наблюдали незначительную тенденцию к уменьшению (32%) таких трудностей.

Таким образом, можно сказать, что трудности выбора существенных составляющих задачи и концентрация на несущественных признаках арифметической задачи уменьшаются в процессе учебы, но полностью не исчезают. Интересным является то, что у детей, с нарушением речи, есть трудности при выделении слов в тексте и цифр. Очевидно, это связано с тем, что число связано с отдельными словами – контекстуально.

Результаты исследования синтеза арифметической задачи младшими школьниками с ТНР

В результате анализа материалов исследования было выявлено, что при синтезе содержания арифметической задачи у младших школьников с ТНР встречались два типа трудностей: трудности соотношения отдельных составляющих задачи между собой и трудности объединения всех данных содержания арифметической задачи в виде арифметических действий.

По результатам анализа материалов исследования особенностей синтеза содержания арифметической задачи младшими школьниками с ТНР нами было определено, что трудности соотношения отдельных составляющих задачи между собой проявлялись в виде следующих ошибок: неправильного соотношения числовых данных

со словами: предметами, явлениями и тому подобное; обобщение с опорой на внешние признаки, игнорируя при этом абстрактное значение составляющих задачи; неправильное сочетания между собой чисел и знаков арифметических действий.

В частности, нами были выявлены 32% школьники с ТНР 1-го класса, что неправильно соотносили числовые данные со словами: предметами, явлениями и тому подобное. Во 2 классе 41% учеников с ТНР, в 3 классе – 27% и 6% детей 4-го класса имели такие же типы ошибок.

47% учеников с ТНР 1-го класса обобщало с опорой на внешние признаки, игнорируя при этом абстрактное значение составляющих задачи, во 2 классе – 33%, в 3 классе – 30% и 28% школьников с ТНР 4-го класса.

Неправильно сочетали между собой числа и знаки арифметических действий, не в соответствии с содержанием условия задачи 67,9% учеников 1-го класса, во 2 классе – 43,1% детей, 36,6% школьников 3-го класса и в 4 классе 30% учеников.

Следующий тип трудностей, который мы прослеживали при проведении синтеза содержания арифметической задачи младшими школьниками с ТНР это – трудности объединения всех данных содержания арифметической задачи в виде арифметических действий, которые проявлялись в виде следующей ошибки: неправильного определения последовательности арифметических действий с помощью которых решается задача.

В частности, неправильно определяли последовательность арифметических действий с помощью которых решается задача 62,2% учеников 1-го класса, во 2 классе – 41,3%, 31,6% детей с ТНР 3-го класса и 14% учеников с ТНР 4-го класса имели такой тип ошибок.

Следовательно, из материалов исследования мы видим, что трудности соотношения отдельных составляющих задачи между собой встречались у большего процента учеников с ТНР 1-го класса (в среднем 49%), а к 4-му классу мы наблюдали тенденцию к уменьшению (21%) такого типа трудностей.

А трудности объединения всех данных содержания арифметической задачи в виде арифметических действий мы наблюдали у значительного процента младших школьников с ТНР 1-го класса (62%), но к 4-му классу проследили тенденцию к уменьшению (14%) такого типа трудностей.

Трудности в связи с синтезом больше всего присущие ученикам 1-2 классов, а в 3-4 классах есть существенное уменьшение таких типов трудностей. Однако, и в 4 классе этот тип трудностей встречался у значительного процента детей с ТНР.

Выводы исследования

Как показали результаты обследования особенностей формирования умения решать арифметические задачи у младших школьников с ТНР наблюдались разного типа трудности на всех этапах работы с ней.

Таким образом, данные трудности могут быть связаны с недоразвитием речи и с недостаточным развитием познавательных процессов (восприятия, памяти, мышления, и тому подобное). Также, они у детей с ТНР выборочные, но каждому ребенку присущая своя группа трудностей в процессе решения арифметических задач. Учитывая это, мы можем считать, что младшим школьникам с ТНР присущая выборочность нарушения познавательных процессов – парциальность (В.В. Тарасун, 2007). Тому, у каждого ребенка с ТНР тип трудностей будет разным.

Существует позитивная динамика усвоения арифметических задач учениками с ТНР. Постепенно процент учеников с ТНР, которые имеют трудности при решении арифметических задач уменьшается, но мы видим, что полностью они не исчезают. В каждом классе типы трудностей, которые преобладают – изменяются. Это связано с тем, что дети изучают качественно другой учебный материал. А когда начинают изучать новый тип задач, то появляются опять трудности.

Подитоживая сказанное, можно считать, что для учебы этой категории школьников, должна быть создана коррекционная методика, которая позволит активизировать развитие психических процессов (речи, мышления, и тому подобное), а соответственно, организованная работа будет способствовать предупреждению возникновения трудностей. Также, необходимо создать рекомендации для изучения арифметических задач именно для младших школьников с ТНР, которые позволят усовершенствовать процесс изучения арифметических задач на уроке математики и во внеурочное время.

Бібліографія

- Бантова М.О. Методика викладання математики в початкових класах / Марія Олександрівна Бантова. – К.: Вища школа, 1982. – 288 с.
- Богданович М.В., Козак М.В., Король Я.Л. Методика викладання математики в початкових класах / М.В. Богданович, М.В. Козак, Я.Л. Король. – К.: А.С.К., 1999. – 352 с.
- Бойер К.Б. // Boyer С. В., Merzbach U. С. A History of Mathematics. – John Wiley & Sons, 2010. – 640 p.
- Клейн Ф. // *Klein F. Elementary Mathematics From a Higher Perspective I, II, III.* – Springer-Verlag, 1924, 1925, 1928.
- Колмогоров А.Н. // Koimogorow A.N. O matematyce, PWN, Warszawa, 1955.
- Козышки Я. // Kozielski J. Zagadnienia psychologii myslenia, PWN, Warszawa, 1966.
- Любомирски А. // Lubomirski A. O uogólnianiu w matematyce, wyd. PAN, Ossolineum, Wrocław, 1983.
- Магьерска С., Перковски М. // Magierska S., Perkowski M. Analogia i jej modele formalne, w: Zadanie, metoda, rozwizanie, Techniki twórczego myslenia, zbiór 2, WNT, Warszawa, praca zbiorowa pod red. A. Góralskiego, 1978.
- Менчинская Н. А. Проблемы учения и умственного развития школьника. Избранные психологические труды / Наталия Александровна Менчинская. – М.: Педагогика, 1989. – 256 с.
- Тарасун В.В. Логодидактика. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / Валентина Володимирівна Тарасун. – К.: Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, 2004. – 348 с.
- Тарасун В.В., Гаврилова Н.С. Особливості навчання математики молодших школярів з порушеннями мовленнєвого розвитку: навчальний посібник / В.В. Тарасун, Н.С. Гаврилова. – Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В.С., 2007. – 268 с.
- Томме Л.Є. Исследования готовности детей с тяжелыми нарушениями речи к обучению математики // Дефектология / – 2007. – №5 С. 33-41.

A CHARACTERIZATION OF DIFFICULTIES IN ARITHMETIC EXPERIENCED BY ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN WITH SEVERE SPEECH DISORDERS

Summary

All elementary school pupils who have severe speech disorders with intact intellectual functions show selective underdevelopment of processes and functions in learning. The

level of such underdevelopment does not directly correlate with the level of underdevelopment in speech. The level and quality of underdevelopment of learning processes and functions in children with severe speech disorders have similarities and differences. Based on this fact we hypothesized that errors would arise for such children at every stage of working on arithmetic problems: reading of the content; retelling the text; analysis of the content; synthesis of all the data; short notes; calculation of arithmetic operations and formulation of a general response. The aim of our investigation was to identify the characteristics of and systematize the types of difficulties that children experience at every stage of work on an arithmetic problem and in this way to test the hypothesis proposed. The present article presents the results of the investigation of the types of difficulties with arithmetic problems that elementary-school pupils with severe speech disorders experience and which are caused by underdevelopment of basic psychological processes of learning. Despite the fact that previous research has identified distinct characteristics of learning in children with severe speech disorders and their causes, the problem has not lost its relevance. On the basis of an analysis of theoretical research, we identified the stages of work on arithmetic problems. It was also found that at each of these stages, elementary school pupils with severe speech disorders experienced different types of difficulties. Based on the results of the investigation we have concluded that a special methodology must be developed for teaching of this category of schoolchildren. This should be a methodology that will activate the development of psychological processes (speech, thought, etc.). This work might help prevent such difficulties. It is also necessary to develop recommendations specifically for teaching arithmetic to elementary schoolchildren with severe speech disorders. These must be recommendations that will help to improve teaching of arithmetic in and outside of the mathematics classroom.

Key words: analysis, arithmetic problem, an answer, elementary-school age, learning, psychological processes, synthesis, text, difficulties, reading

WYKORZYSTANIE TABLICY INTERAKTYWNEJ W SZKOLE SPECJALNEJ CZĘŚĆ VIII. WYBRANE STRONY INTERNETOWE DO WYKORZYSTANIA NA LEKCJACH – EDUKACJA INTERAKTYWNA

W niniejszym artykule pragnę przedstawić wybrane strony internetowe, które warto wykorzystywać w edukacji osób niepełnosprawnych intelektualnie. Strony te wykorzystują ja i inni nauczyciele pracujący w Zespole Szkół Specjalnych nr 98 w Warszawie. Jest to więc wybór nasz własny, który możemy polecić innym nauczycielom pracującym z dziećmi niepełnosprawnymi. Pewne strony prezentowałam już we wcześniejszym artykule (*Szkoła Specjalna* 2012, nr 5). Opisywane strony nie zawierały jednak edukacji interaktywnej, a jedynie pokaz slajdów, filmów czy animacji. Ten artykuł przedstawia strony, na których znajdują się zadania interaktywne, które dziecko wykonuje bezpośrednio przy tablicy.

Ci, którzy pracują z małymi grupami dzieci na zajęciach reedukacji, rewali-dacji i innych zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych, zwłaszcza w nauczaniu zintegrowanym, często korzystają ze strony www.zyraffa.pl (fot. 1, 2). Na tej stronie można znaleźć mnóstwo różnego rodzaju zadań edukacyjnych, lubianych przez dzieci gier (np. memory, puzzli, kwizów), ubieranek, rysowanek i kolorowanek. Można też na stronie stworzyć z gotowych szablonów i elementów własne kartki i przesłać je znajomym. Zadania edukacyjne rozwijają u uczniów spostrzegawczość, umiejętność skupienia uwagi, ćwiczą typowe umiejętności szkolne i umiejętności przydatne w codziennym życiu. Za pomocą poleceń, komunikatów, pochwał, aprobaty, propozycji ponowienia próby ożywiana jest aktywność emocjonalna dzieci. Zastosowana do tego typu zadań tablica interaktywna wprowadza uczniów w świat magii, a ciekawe animacje i grafiki zastępują często niepraktyczne pomoce edukacyjne. Oto kilka przykładów zabaw edukacyjnych proponowanych przez twórców strony www.zyraffa.pl. (fot. 3). Dobieranki umożliwiają dziecku niepełnosprawnemu intelektualnie poznanie par elementów pasujących do siebie. Liczne i ciekawe są na tej stronie gry matematyczne. Na różnych poziomach dziecko uczy się liczenia, płacenia, ważenia, poznaje figury geometryczne, bawiąc się przy tym i traktując zajęcia szkolne nie jak nudną lekcję, ale jak przyjemną intelektualną rozrywkę. Dlatego wiele z tych ćwiczeń, zwłaszcza o charakterze edukacyjnym, jest wykorzystywanych na lekcjach przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej. Na stronie można odnaleźć kwizy z treści znanych lektur i ćwiczenia orograficzne. Strona jest stale zmieniana, aktualizowana, co pozwala na częste korzystanie z niej z tymi samymi uczniami na kolejnych zajęciach szkolnych czy świetlicowych. Niewygodą jest czasem to, że niektóre części serwisu są tylko dla zalogowanych.



Fot. 1. www.zyrffa.pl (Strona główna)



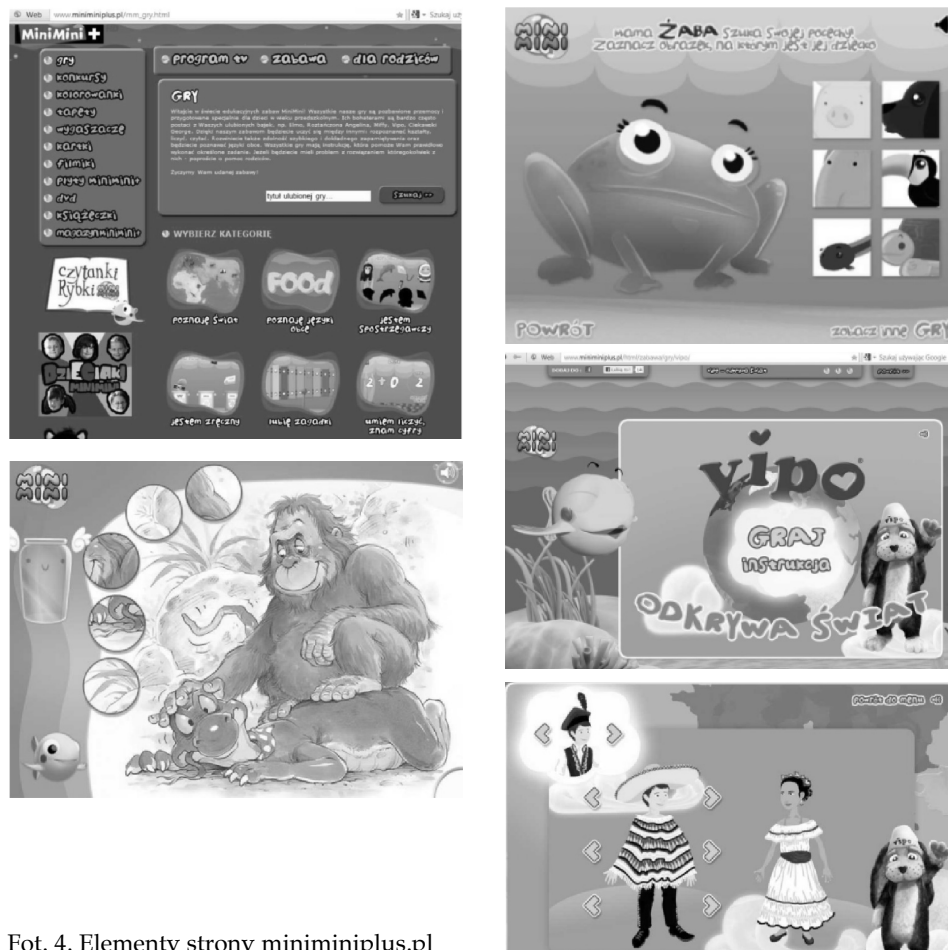
Fot. 2. Zabawy edukacyjne strony zyrffa



Fot. 3. Edukacja i zabawa na stronie zyrafa.pl

Nie wszystkie gry z tej strony mogą być jednak wykorzystane na lekcjach z tablicą interaktywną. Wymagają bowiem sprawnego korzystania ze strzałek na klawiaturze komputerowej. Klawiatura znajduje się oczywiście w zasobach tablicy, ale nie jest możliwe korzystanie z nich w szybkim tempie, czego wymagają niektóre gry.

Kolejną stroną, z której z powodzeniem można korzystać na lekcjach z wykorzystaniem tablicy interaktywnej w szkole specjalnej, jest portal telewizji minimini: www.miniminiplus.pl. (fot. 4) Na tej stronie szczególnie ciekawe są gry rozwijające funkcje umysłowe, dzięki którym dzieci zdobywają nową wiedzę na temat świata, tego bliższego i dalszego, wzbogacają słownictwo, ugruntowują znane pojęcia i poznają nowe. Dzieci w zabawny sposób uczą się czytać, liczyć, rozpoznawać kształty, kolory, dźwięki, ćwiczą pamięć, spostrzegawczość. Portal wykorzystywany jest na lekcjach edukacji wczesnoszkolnej, zajęciach świetlicowych i na logopedii. Gry i zabawy na stronie minimini przeznaczone są dla najmłodszych dzieci, które dopiero oswajają się z komputerem i/lub tablicą interaktywną. Pewną wadą zabaw prezentowanych na tej stronie jest to, że prawie każdy ruch dziecka nagradzany jest pochwałą – a nie zawsze ten ruch jest właściwy. Co prawda dziecko nie dokończy gry, gdy będzie wykonywało nieodpowiednie ruchy, ale nie zawsze ma informację zwrotną, w którym miejscu popełnia błąd. Potrzebna jest więc czasami ingerencja słowna i pomoc nauczyciela.



Fot. 4. Elementy strony miniminiplus.pl

Podobnie jak w przypadku strony zyraffa.pl, tak i tu nie wszystkie gry mogą być prezentowane na tablicy interaktywnej.

Zaletą zabaw i gier dydaktycznych, z którymi dziecko pracuje na tablicy interaktywnej, jest to, że wyzwalają one ciekawość, wzbudzają motywację, rozwijają wiedzę i zainteresowania, a także wpływają na rozwój i twórcze postawy. Stymulują też sferę poznawczą dziecka, jego społeczno-emocjonalną aktywność, a przede wszystkim, w przypadku dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, rozwijają koordynację wzrokowo-ruchowo-słuchową i spełniają funkcję terapeutyczną.

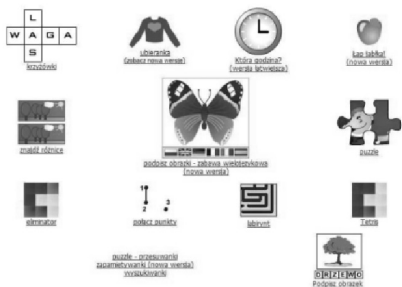
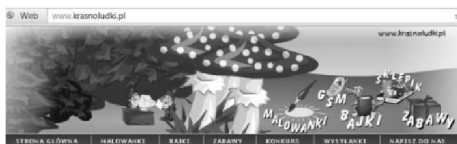
Stroną polecaną w edukacji wczesnoszkolnej dzieci z upośledzeniem umysłowym jest www.krasnoludki.pl (fot. 5). Na tej stronie dzieci mogą posłuchać bajek ilustrowanych bardzo ładnymi i przemawiającymi swoją prostotą ilustracjami, pobawić się wesołymi, a równocześnie kształcącymi zabawami edukacyjnymi, pokolorować obrazki lub wziąć udział w konkursach. Dość duży wybór ciekawych zabaw edukacyjnych umożliwi wykorzystanie ich na lekcjach i zajęciach kompensacyjnych. W toku zajęć dzieci rozwijają zasób słownictwa, ćwiczą funkcje umysłowe i rozwijają uzdolnienia. Prezentowane na stronie ćwiczenia: labirynty, tropienie po śladzie, rozpoznawanie różnic i kształtów, są najlepszą formą czynności koordynujących wiele funkcji psychicznych przygotowujących dzieci do czytania, pisanie i liczenia. Dziecko uczy się bawiąc, jak należy się ubierać w różnych porach roku, odczytywać temperatury na termometrze, czytać, rozpoznawać liczby i litery.

Strona krasnoludki.pl jest bardzo lubiana przez dzieci. Rozmaitość niezbyt trudnych, ale kształcących zadań umożliwia szybką zmianę aktywności, co jest niezwykle ważne dla dzieci niepełnosprawnych z krótkim czasem koncentracji uwagi. Zabawy prezentowane na tej stronie wyzwalają w sposób naturalny motywacje zarówno intelektualne, jak i emocjonalne do przyswajania, zwykle mało atrakcyjnych, treści edukacyjnych. Treści takie jak np. znajomość alfabetu czy odczytywanie godzin na zegarze, trudno jest ćwiczyć na lekcjach bez tablicy interaktywnej ze względu na zaburzenia koncentracji uwagi u dzieci z upośledzeniem umysłowym. Tablica jest zawsze dla dziecka czymś fascynującym i tajemniczym i dlatego odgrywa tak ważną rolę w stymulowaniu rozwoju umysłowego dzieci upośledzonych. Co ważne – prawie wszystkie zadania prezentowane na tej stronie z powodzeniem można rozwiązywać z wykorzystaniem tablicy interaktywnej.

Bardzo popularna wśród uczniów i nauczycieli jest typowo edukacyjna strona www.scholaris.pl (fot. 6). Jest ona przeznaczona dla uczniów na wszystkich etapach edukacyjnych. Zawiera liczne prezentacje, kreskówki, animacje, gry i zabawy edukacyjne dla małych dzieci, ale także poważne treści dla starszych, także dla gimnazjalistów. Na stronie scholaris.pl są zamieszczone często gotowe lekcje – opisy, animowane mapy, zdjęcia, rysunki, krótkie filmy animowane, objaśnienia słów (słowniczeki) oraz ćwiczenia podsumowujące i sprawdzające wiedzę zdobytą na lekcjach. Każda ze stron jest przejrzysta, łatwa do wykorzystania.

Strona www.mojapolska.az.pl (fot. 7) przeznaczona jest w zasadzie dla uczniów na pierwszym etapie edukacyjnym, ale wiele treści wykorzystuje w klasach V i VI szkoły specjalnej. Mapy do uzupełnienia, książeczka z ciekawostkami z Polski, a także puzzle i układanki (niełatwe nawet dla szóstoklasistów z upośledzeniem umysłowym) przedstawiają w sposób przystępny charakterystyczne cechy Polski i jej regionów, uczą zwyczajów ludowych z różnych zakątków Polski, pokazują cha-

WYKORZYSTANIE TABLICY INTERAKTYWNEJ W SZKOLE SPECJALNEJ CZĘŚĆ VIII...



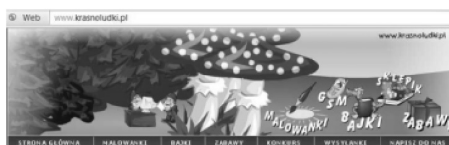
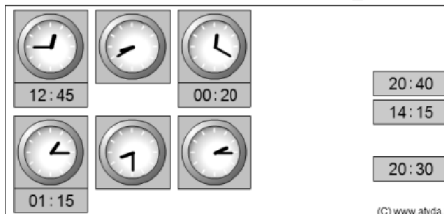
Ubranka można kolorować i kliknąć na wybrany kolor, a później pędzkiem zaznaczyć ubranko.

Połącz punkty.

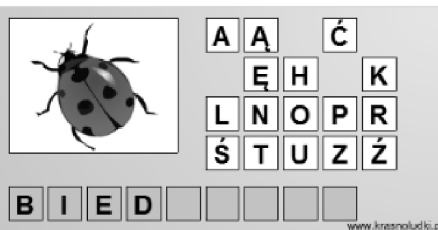
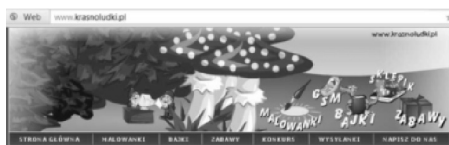
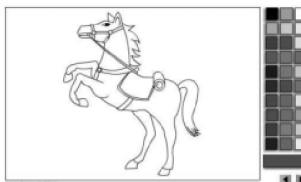


Wystarczy najechać myszką na odpowiedni punkt, żeby namalować linię.

Która godzina?



Pokoloruj obrazek III



Podobisz obrazek II

Fot. 5. Wybrane elementy strony www.krasnoludki.pl



Fot. 6. Elementy strony www.scholaris.pl



Fot. 7. Elementy strony www.mojapolska.pl

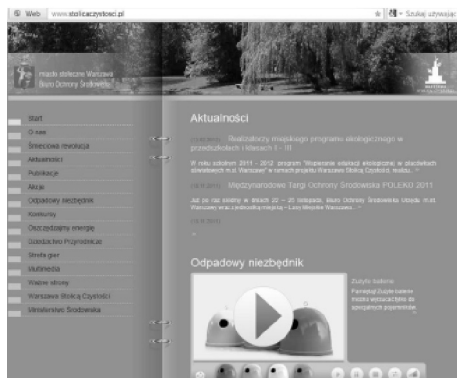
rakterystyczne dla naszego kraju elementy przyrody, uczą, jak dbać o przyrodę, jak zbierać grzyby, jak zachować się, gdy atakuje nas agresywny pies itd. Mapy, ukłandanki, obrazki do podpisania, animowane „strony książki” są bardzo przejrzyste, nadają się doskonale do wykorzystania na lekcjach z dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie. Zaletą strony jest także możliwość bezpośredniego połączenia się przez hiperłącza z innymi stronami: wikipedią, scholaris, sieciaki, borytucholskie.

Ciekawą stroną do wykorzystania na lekcjach w nauczaniu zintegrowanym lub na drugim etapie edukacyjnym jest www.kula.gov.pl (fot. 8). Jest to strona Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego. Promuje najciekawsze zakątki Polski. Znaleźć na niej można legendy, opowieści o zabytkach, znanych ludziach, zwyczajach, strojach, pracy ludzi i ciekawostkach związanych ze znanymi miastami Polski. Na stronie znajdują się utwory muzyczne, dźwięki, zabawy i interakcje. Strona jest dostępna w języku polskim, angielskim i chińskim.



Fot. 8. Strona tytułowa www.kula.gov.pl

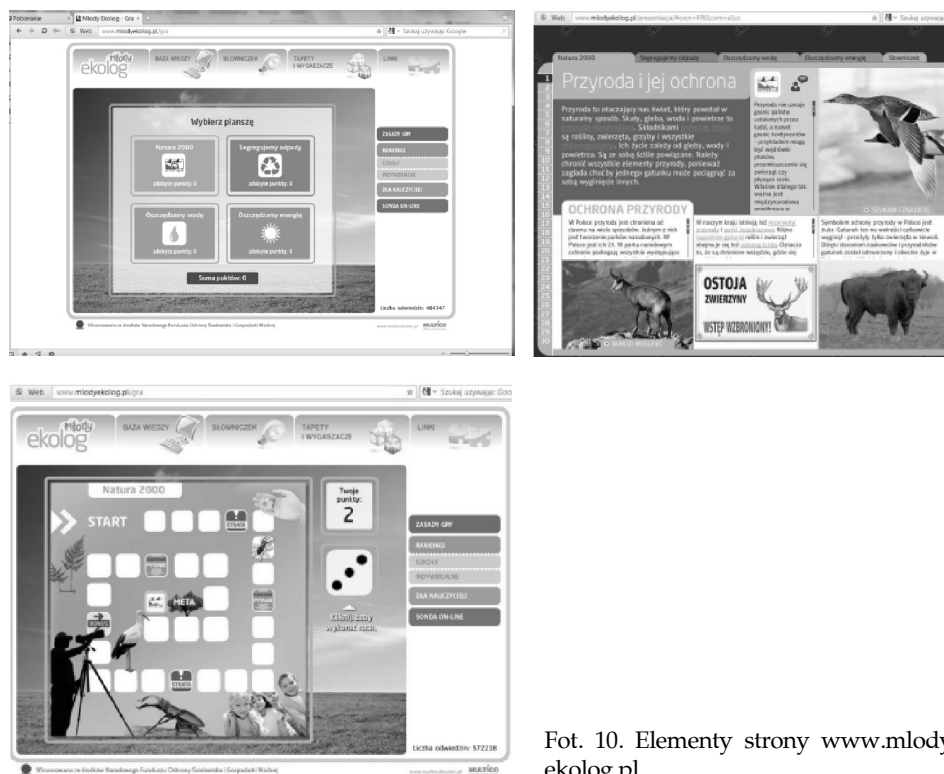
Wszystkie interakcje prezentowane dzieciom na tablicy podłączonej do komputera uczą aktywnego działania połączonego z osobistym doznawaniem przez dziecko skutków tego działania. Jest to więc metoda zdobywania wiedzy drogą osobistych doświadczeń, analizy własnych sukcesów i porażek. Stosowanie takiej metody nauczania wpływa na doskonalenie przez uczniów umiejętności analizy, poznawania struktury i funkcjonowania różnych mechanizmów, które są treścią proponowanych uczniom interaktywnych zadań. Uczeń pracujący z taką tablicą nie zniechęca się szybko, gdy coś mu się nie udaje, gdyż ważne jest dla niego osiągnięcie wyznaczonego celu. Często czynnikiem motywującym do osiągnięcia celu jest współzawodnictwo między uczniami na lekcji. Rozgrywka z kolegami z użyciem tablicy interaktywnej łączy naukę z pasją rywalizacji, tak charakterystyczną dla dzieci i młodzieży. Przykładem takiej rozgrywki, jaką możemy zorganizować na lekcji z wykorzystaniem tablicy, jest segregowanie śmieci – jedna z gier znajdujących się na stronie www.stolicaczystosci.pl (fot. 9).



Fot. 9. Elementy strony www.stolicaczystosci.pl

Na stronie tej znajdują się także ciekawe, krótkie filmy edukacyjne o sposobach segregacji odpadów, konkursy dla dzieci i młodzieży, różne informacje, plakaty o tematyce recyklingu, które można ściągnąć i wydrukować. Jest to strona przeznaczona nie tylko dla dzieci i młodzieży, ale także dla dorosłych.

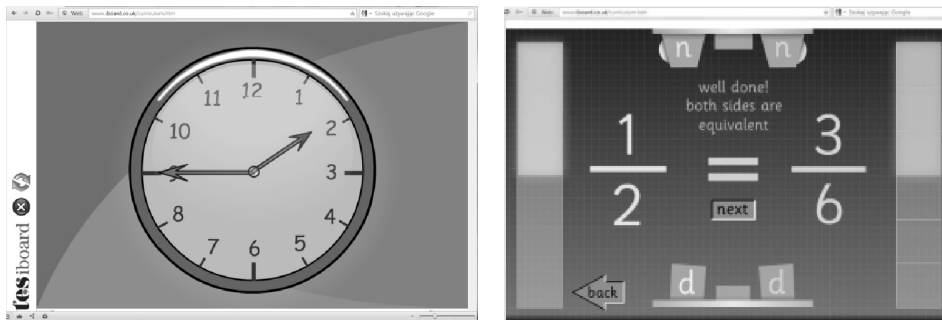
Tematykę ekologiczną podejmuje także strona typowo dziecięca: www.mlody-ekolog.pl. (fot. 10). Na stronie tej znajduje się ponad 100 różnych prezentacji dotyczących przyrody, pogrupowanych w bloki tematyczne: Natura 2000, Segregujemy odpady, Oszczędzamy wodę i Oszczędzamy energię. Warto obejrzeć każdą prezentację. Są niezwykle ciekawe, a przy tym dziecko nie musi się trudzić, żeby przeczytać informacje, gdyż może włączyć czytanie przez lektora. Jest to dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną bardzo istotne, bowiem wiele z nich nawet w starszych klasach ma problemy z czytaniem i rozumieniem czytanego przez siebie tekstu. Na podstronie www.mlodyekolog.pl/gry znajdują się gry do wykorzystania przy podsumowaniu zajęć o tematyce ekologicznej. Nie są to gry łatwe dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, wymagają wiedzy przyrodniczej i ekologicznej. Najczęściej gry te wykorzystują na zajęciach koła ekologicznego w gimnazjum. Na stronie tej znajdują się też linki do innych portali o tematyce ekologicznej.



Fot. 10. Elementy strony www.mlody-ekolog.pl

Wiele ciekawych interakcji, które możemy wykorzystać na lekcjach z tablicą interaktywną, znajduje się na angielskojęzycznej stronie www.iboard.co.uk (fot. 11). Jest to strona przeznaczona dla dzieci korzystających z tablicy interaktywnej na lekcjach i zajęciach kompensacyjnych. Przedstawione na niej proste zabawy edukacyjne można z powodzeniem wykorzystać w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną. Nie trzeba znać języka angielskiego, by z powodzeniem uczyć się, bawiąc zwierzątkami, zegarem,

liczbami, rysunkami, pionkami, zabawkami, kształtami itd. Do tej strony znajdują się linki z polskiego portalu dla dzieci: www.klasoteka.pl. Portal ten, w zasadzie przeznaczony dla dzieci młodszych i starszych, w zakładce dla nauczycieli podaje linki do światowych portali edukacyjnych z programami przeznaczonymi do pracy z tablicą interaktywną.



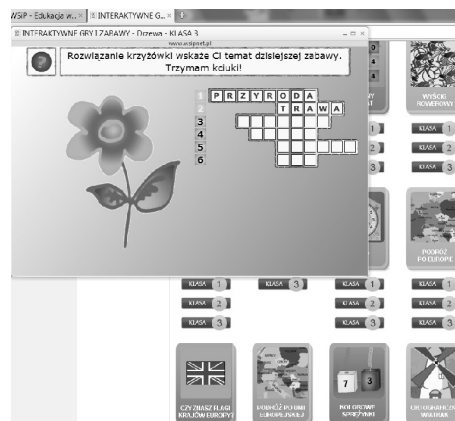
Fot. 11. Wybrane elementy strony www.iboard.co.uk

Stroną, którą chciałam jeszcze zaprezentować, jest www.kulturalnyplaczbaw.pl (fot. 12) – strona dla dzieci, które chcą posłuchać bajek, piosenek, zobaczyć film, ale także zagrać, pobawić się i porysować. Tablicę można wykorzystać jako zwykły ekran, na którym dzieci zobaczą filmy i animacje, ale także jako duży monitor komputera, na którym można działać, np. układać puzzle. Obrazki do kolorowania są, niestety, przeznaczone tylko do druku – nie można ich kolorować bezpośrednio na tablicy interaktywnej.

Warto wejść na stronę WSiP www.wSSIPnet.pl (fot. 13), na której znajduje się zestaw zadań interaktywnych dla uczniów w zasadzie z pierwszego etapu edukacyjnego, ale w szkole specjalnej do wykorzystania także ze starszymi uczniami. Znajdują się na niej zabawy interaktywne, np. krzyżówki, układanki, zgadywanek, malowanek, zabawy ortograficzne i wiele innych. Niemal wszystkie można z powodzeniem wykorzystywać na lekcjach z tablicą interaktywną.



Fot. 12. Strona www.kulturalnyplaczbaw.pl



Fot. 13. Interaktywne gry i zabawy na stronie www.wSSIPnet.pl

Zdaję sobie sprawę, że edukacyjnych stron internetowych zawierających interaktywne gry i zabawy jest znacznie więcej. Przedstawiłam tylko niektóre, chyba najczęściej wykorzystywane, lubiane przez uczniów i nauczycieli.

Mam nadzieję, że artykuły o wykorzystaniu tablicy interaktywnej w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie, które ukazywały się w kolejnych numerach *Szkoły Specjalnej* (począwszy od numeru 3/2012), będą pomocne nauczycielom w ich pracy z uczniami. Możliwości wykorzystania tablicy interaktywnej przez twórczych nauczycieli są bowiem bardzo szerokie, a zajęcia z tablicą ciekawe, motywujące do pracy i wysiłku intelektualnego.

BEATA SZUROWSKA
APS, Warszawa

**PRAKTYCZNE KSZTAŁCENIE NAUCZYCIELI WCZESNEJ
EDUKACJI
REFLEKSJE I WNIOSKI Z REALIZACJI PROJEKTU
DOBRE PRAKTYKI – DOBRZY NAUCZYCIELE – SKUTECZNA
SZKOŁA**

*Poznaj siebie, zanim zechcesz poznać dzieci.
Zdaj sobie sprawę z tego, do czego sam jesteś zdolny,
zanim dzieciom pocznieś wykreślać zakres ich praw i obowiązków.
Ze wszystkich sam jesteś dzieckiem, które musisz poznać,
wychować i wykształcić przede wszystkim.*

Janusz Korczak

W ostatnich latach można zauważyć wzrost zainteresowania wczesną edukacją, szczególnie wychowaniem dzieci w wieku przedszkolnym. Coraz częściej podkreśla się znaczenie tego okresu nie tylko dla dalszej nauki, ale również dla przyszłego życia człowieka. Celem edukacji jest wychowanie człowieka twórczego, samodzielnego, który potrafi dostosować się do zmieniającej się rzeczywistości. K. Denek (1999, s. 61) uważa, że wyzwaniom współczesnego świata „może sprostać tylko człowiek wielostronnie wykształcony, zdolny do myślenia w kategoriach innowacyjnych i alternatywnych, energiczny, sprawny, wrażliwy na wartości, uznający je za dyrektywy postępowania, drogowskazy życia, czyli człowiek pełny”. Takiego człowieka może wychować tylko nauczyciel otwarty, nadążający za zmieniającą się rzeczywistością, wrażliwy na potrzeby wychowanków i bardzo dobrze przygotowany do zawodu. Nauczyciel małego dziecka powinien widzieć przyszłość, do której przygotowuje swojego wychowanka, i organizować proces wspomaganego rozwoju dziecka tak, aby zbudować fundamenty kompetencyjne w każdym obszarze edukacyjnym. W tym okresie rola nauczyciela jest niezwykle ważna – jest on opiekunem i pomocnikiem w codziennych działaniach, przewodnikiem na płaszczyźnie wiedzy i umiejętności oraz wzorem do naśladowania w świecie wartości i postaw moralnych.

Nie można zapomnieć, że w przedszkolu dziecko nabywa pierwsze doświadczenia edukacyjne, kształtuje nawyki i postawy, przyjmuje określone wzorce uczenia się

i określa siebie w nowej roli przedszkolaka i członka grupy. Te pierwsze doświadczenia, jeszcze na gruncie przedszkolnym, są bardzo ważne, gdyż często decydują o późniejszym stosunku dziecka do nauki i o jego przyszłych losach szkolnych, a potem zawodowych. To duże wyzwanie i odpowiedzialność, nie tylko dla przyszłych nauczycieli małego dziecka, ale również dla uczelni pedagogicznych. Zgodnie z Krajowymi Ramami Kwalifikacji kształcenie studentów opiera się na efektach kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych. Podkreślone i docenione zostało również kształcenie praktyczne, które jest warunkiem pełnego przygotowania przyszłych nauczycieli do zawodu.

Kompetencje współczesnego nauczyciela małego dziecka

Efekty edukacyjne powinny być określane i formowane w kategoriach pożądaných kompetencji. M. Czerepaniak-Walczak (1994, s. 47) definiuje kompetencje jako „szczególną właściwość człowieka, wyrażającą się w demonstrowaniu na wyznaczonym przez standardy poziomie umiejętności adekwatnego zachowania się, świadomości potrzeby i konsekwencji takiego zachowania oraz przyjmowania na siebie odpowiedzialności za własne sprawstwo”.

R. Kwaśnica (2003, s. 300) wyróżnia dwie kategorie kompetencji ważnych w zawodzie nauczyciela. Są to kompetencje praktyczno-moralne (interpretacyjne, moralne i komunikacyjne) oraz techniczne (normatywne, metodyczne i realizacyjne).

Warto zauważyć, że w zawodzie nauczyciela kompetencje nie pozostają niezmienną, są rozwijane i kształtowane przez cały okres pracy zawodowej. Ze względu na dużą zmienność środowiska pracy nauczyciel wychowania przedszkolnego zmuszony jest również do ciągłego rozwoju i nabywania nowych kompetencji, np. związanych z wyrównywaniem szans edukacyjnych, edukacją włączającą, prognozowaniem, diagnozowaniem i konstruowaniem programów działań naprawczych dla dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Ważne jest więc kształcenie nauczyciela otwartego, przygotowanego na zmiany, zdolnego do autorefleksji i zmotywowanego do ciągłego rozwoju zawodowego. Najlepiej jeśli umiejętności zawodowe są rozwijane w procesie uczenia mistrz/uczeń, kiedy student ma okazję obserwować doświadczonego nauczyciela w pracy, a potem samodzielnie prowadzić zajęcia pod jego kierunkiem.

Nie można pominąć w rozważaniach o kompetencjach nauczycielskich specyfiki współczesnego świata i wobec tego rzeczywistych wymagań stawianych przedstawicielom tego zawodu. K. Denek (2012, s. 95–98) uważa, że współczesnemu nauczycielowi potrzebne są kompetencje:

- prakseologiczne,
- komunikacyjne,
- współdziałania,
- kreatywne,
- informatyczne,
- moralne.

Według wymagań określonych w standardach kształcenia nauczycieli (Kacprzak 2006, s. 32) absolwent wyższej uczelni z dyplomem uprawniającym go do pracy w zawodzie nauczyciela powinien być tak przygotowany pod względem teoretycznym i praktycznym, aby:

- umiał korzystać z ułatwień, jakie daje mu w pracy postęp techniczny;
- chciał być życzliwym wychowawcą młodzieży (często na płaszczyźnie partnerstwa);
- umiejętnie budził autoedukacyjne potrzeby młodzieży;
- był życzliwym i fachowym doradcą rodziców;
- był animatorem (inspiratorem), organizatorem i często realizatorem różnych poczynań edukacyjno-kulturowych w stosunku do środowiska i szerszych kręgów społeczeństwa;
- prezentował wartościową osobowość oraz czuł potrzebę ustawicznego wielostronnego doskonalenia się;
- miał wyrobioną otwartą postawę wobec postępu naukowego, pedagogicznego, społecznego i kulturowego.

Specyfika pracy z małym dzieckiem również wymaga określonych umiejętności i predyspozycji zawodowych. Dziecko w wieku przedszkolnym jest zależne od osoby dorosłej, na której spoczywa obowiązek dbania o jego potrzeby, dlatego nie można zapominać o ważnych funkcjach opiekuńczych, które są typowe dla wykonywania obowiązków nauczyciela na tym etapie edukacyjnym. Istotne są też umiejętności w zakresie:

- diagnozowania, rozpoznawania potrzeb i możliwości dzieci;
- indywidualizowania procesu wychowania i nauczania opartego na rzeczywistych potrzebach i możliwościach dzieci;
- współpracy z rodzicami dziecka, szczególnie w sytuacjach trudnych;
- edukacji włączającej.

Mówiąc o kształceniu przyszłych nauczycieli warto przywołać słowa J.W. Dawida (1959, s. 36) odnoszące się do istoty bycia dobrym nauczycielem, powołania i miłości dusz: „jest to miłość, bo człowiek wychodzi poza siebie, troszczy się, bezinteresownie czyni coś dla drugiego; jest to miłość dusz, bo przedmiotem jej jest wewnętrzna duchowa treść człowieka, jego dobro moralne, jego oświecenie i udoskonalenie jako istoty duchowej. Dla nauczycieli z takim powołaniem każdy nowy uczeń to jakby rozszerzenie i przyrost własnej jego jaźni, to nowe zadanie do spełnienia w zakresie jego własnego osobistego życia”.

Z pewnością marzeniem każdej uczelni, która kształci przyszłych nauczycieli, jest przygotowanie do pracy osoby z powołaniem, miłością do drugiego człowieka i do zawodu. Należałoby sobie zadać pytanie, w jakim wymiarze ta Dawidowska istota bycia nauczycielem jest wynikiem kształcenia w trakcie studiów, a w jakim stanowią o niej osobowość i własne predyspozycje człowieka. Myślę, że tylko w określonym zakresie jest to dar, wiele zależy od właściwego przygotowania. Podkreślała to M. Grzegorzewska (1938, s. 95) pisząc: „Im nauczyciel jest lepszym człowiekiem, lepiej do pracy przygotowanym, im ma większą dla drugich życzliwość, głębszą o nich troskę i poczucie odpowiedzialności za swoją pracę, tym większy zostawi ślad w duszach dzieci”. Z pewnością ważne są określone predyspozycje, takie jak empatia, ciepło, pedagogiczna intuicja, prawość i odpowiedzialność za siebie i drugiego człowieka, ale to tylko elementy, które składają się na zawodowy sukces nauczyciela. Istotne jest również bardzo dobre przygotowanie teoretyczne i praktyczne oraz motywacja do nieustannego rozwoju osobowego i zawodowego.

J.W. Dawid (1959, s. 38) pisze również „że w życiu człowieka wypadkiem, momentem, który o życiu tym decyduje, może być i jest czasem jakiś jeden nauczyciel”. Wiemy bardzo dobrze, że nie tylko czasem, ale często spotkanie z dobrym, wrażliwym nauczycielem potrafi zmienić kierunek życia człowieka. Jest to szczególnie ważne

w pracy z małym dzieckiem, które jest w pełni zależne od osoby dorosłej, więc łączy je z wychowawcą szczególnie silna więź emocjonalna. Dla dziecka w wieku przedszkolnym nauczyciel jest niekwestionowanym autorytetem. To on pomaga budować dziecku poczucie własnej wartości, zwraca uwagę na jego mocne strony, jest blisko, żeby wskazać, jak pokonywać słabości i pracować w tych obszarach, które wymagają ćwiczeń. Ta nauczycielska wiara w małego człowieka czyni go silnym i szczęśliwym. Dobre doświadczenia z przedszkola mają bardzo duży wpływ na stosunek dziecka do przyszłej edukacji w szkole i są podstawą do budowania dobrych relacji z ludźmi.

Praktyki pedagogiczne

W *Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r.* (Dz. U. Nr 0, poz. 131) czytamy: „Kształcenie powinno stanowić integralną całość zaprojektowaną tak, aby wiedza teoretyczna służyła przede wszystkim nabywaniu praktycznych umiejętności potrzebnych do wykonywania zawodu nauczyciela, dlatego też rozporządzenie kładzie znaczny nacisk na praktyczne przygotowanie do wykonywania zawodu”.

Praktyki pedagogiczne od dawna stanowią ważny problem w kształceniu przyszłych nauczycieli, a sposoby ich realizacji oraz jakość merytoryczno-dydaktyczna jest przedmiotem troski zarówno pracowników uczelni, nauczycieli w placówkach, jak i studentów. T. Lewowicki (2010) nazywa to nawet „(nie)przygotowaniem”. Zwraca uwagę na bardzo ważną rolę praktyk w kształceniu przyszłych nauczycieli, zauważa również, że znacznie obniżyła się dbałość o ich jakość merytoryczno-metodyczną. Uważa, że kształcenie praktyczne powinno być cyklem przemyślanych i dobrze przygotowanych zajęć, a „obowiązujące dzisiaj praktyki takie nie są, bo z reguły być w takim wydaniu nie mogą, ciągłym, starannie przygotowanym i prowadzonym wspólnie przez kadrę uczelni i nauczycieli szkół procesem praktycznego przygotowania” (tamże, s. 18). Powoduje to, że hospitacje i praktyki są „dość przelotnymi epizodami w edukacji przyszłych nauczycieli” (tamże).

Przygotowanie teoretyczne jest tylko jednym ogniwem kształcenia. Brak dobrego przygotowania praktycznego znacznie obniża kwalifikacje do wykonywania zawodu nauczyciela. R. Parzęcki (2012, s. 16) podkreśla, że „filozofia studiów nauczycielskich opiera się na paradygmacie wzajemnych powiązań i niezbędnej równowagi między teorią a praktyką, między racjonalizmem a empirią, czyli myśleniem opartym na rozumie, doświadczeniu oraz przeżyciach. Niemożliwe jest przygotowanie metodyczne przyszłych nauczycieli małego dziecka bez organizowania zajęć w placówkach przedszkolnych i klasach I–III. Bardzo ważne jest kształcenie teoretyczne, ale wiedza na temat tego, jak uczy się dziecko i jak wspomagać jego rozwój w określonym obszarze edukacyjnym, nie jest wystarczająca do nabycia kompetencji umożliwiających efektywną pracę z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Niezbędne są praktyki i zajęcia hospitacyjne, podczas których student ma możliwość obserwować doświadczonych nauczycieli, a także prowadzić zajęcia i weryfikować swoją wiedzę podczas pracy z małymi dziećmi. Konieczność takiego kształcenia podkreślona została także w *Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r.* (Dz. U. Nr 0, poz. 131): „W związku z koniecznością integracji zdobywanych umiejętności z procesem kształcenia, praktyki zawodowe będą się odbywać w prze-

ważącej części równoległe z realizacją zajęć w uczelni. W trakcie praktyk studentowi (słuchaczowi) będzie się zapewniać różnorodne formy aktywności: wizyty w szkołach i placówkach, obserwowanie zajęć, asystowanie nauczycielowi prowadzącemu zajęcia, samodzielne prowadzenie zajęć, planowanie i omawianie zajęć prowadzonych przez siebie i innych (nauczycieli, studentów, słuchaczy)“.

W. Okoń (1991, s. 152) uważa, że praktyki pedagogiczne nadają sens edukacji nauczycielskiej, ponieważ dzięki nim studenci:

- stopniowo poznają rzeczywistość pedagogiczną i jej elementy oraz związki i zależności między nimi;
- uczą się analizować rzeczywistość pedagogiczną, jej elementy oraz związki i zależności między nimi;
- dostrzegają przyczyny własnych sukcesów i niepowodzeń w praktyce edukacyjnej;
- podejmują działania zmierzające do wyeliminowania nieodpowiednich i mało skutecznych czynności edukacyjnych;
- samodzielnie i świadomie podejmują coraz bardziej złożone i trudniejsze zadania edukacyjne;
- stopniowo zaczynają zdawać sobie sprawę z tego, że teoria stanowi solidną bazę do działań pedagogicznych i rozwijania kompetencji nauczycielskich.

Zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu ministra nauki i szkolnictwa wyższego obowiązki związane z organizacją praktyk spoczywają na uczelniach, które mają za zadanie zapewnić studentowi warunki do kształcenia praktycznego w określonej jego specjalnością rzeczywistości edukacyjnej.

Obowiązkiem uczelni jest zapewnienie studentom (słuchaczom) w trakcie praktyk:

- warunków umożliwiających zarówno uzyskanie przygotowania praktycznego w zakresie realizacji zadań wychowawczych i opiekuńczych, jak i poznanie różnych klas i zespołów uczniowskich oraz zdobycie odpowiedniego doświadczenia pedagogicznego w zakresie organizacji pracy przedszkola, szkoły lub placówki, planowania, realizowania i oceniania wyników procesu kształcenia;
- dostępu do pracowni specjalistycznych, sprzętu i pomocy dydaktycznych;
- opieki i nadzoru opiekuna praktyk;
- warunków umożliwiających samodzielne opracowanie konspektów lekcji lub scenariuszy zajęć opartych na informacjach i wskazówkach przekazanych przez opiekuna praktyk;
- warunków do prowadzenia lekcji (zajęć) z zastosowaniem technologii informacyjnej, w szczególności z wykorzystaniem treści i zasobów edukacyjnych znajdujących się na portalach internetowych.

Problemy związane z kształceniem praktycznym, z którymi borykają się uczelnie oraz studenci, to przede wszystkim:

- Brak placówek związanych z uczelnią. Z pewnością znacznie utrudnia to organizację praktyk na poziomie, jaki byłby zadowalający. Studenci często spotykają się z odmową i mają trudności ze znalezieniem placówki, w której mogą realizować praktyki.
- Brak kontaktu opiekuna praktyk z placówką z opiekunem praktyk na uczelni. Uniemożliwia to rzetelną ocenę i omówienie problemów studenta.
- Częste, mimo wymagań określonych w programie praktyk, sprowadzanie studentów do roli obserwatorów i pomocników, zbyt mało okazji do podejmowania samodzielnych działań, podczas których studenci najwięcej się uczą.

Dobre praktyki – dobrzy nauczyciele – skuteczna szkoła – refleksje nauczycieli APS , studentów, opiekunów w placówce i metodyków

Celem projektu *Dobre praktyki – dobrzy nauczyciele – skuteczna szkoła* jest przede wszystkim podniesienie jakości praktyk realizowanych w trakcie studiów i lepsze przygotowanie przyszłych nauczycieli do wykonywania zawodu. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i realizowany przez Akademię Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w partnerstwie z Biurem Edukacji Urzędu m.st. Warszawy oraz innymi partnerami: Fundacją Pomocy Ludziom Niepełnosprawnym, Towarzystwem Przyjaciół Integracyjnych Społecznych Szkół Podstawowych, warszawskim Kołem Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Didasko SP.J.J. Białobrzescy, Edukacja Pro Futuro sp.z.o.o.

W ramach projektu praktyki realizują studenci następujących specjalności studiów I stopnia:

- Animacja społeczno-kulturowa.
- Tyflopedagogika.
- Wychowanie przedszkolne.
- Edukacja artystyczna w zakresie sztuk plastycznych.
- Logopedia.
- Pedagogika niepełnosprawnych intelektualnie.
- Pedagogika wczesnoszkolna i korekcyjna.
- Pedagogika terapeutyczna.
- Pedagogika zdolności i technologia informacyjna.
- Surdopedagogika.

Studenci specjalności Wychowanie przedszkolne realizują praktyki w wybranych placówkach przedszkolnych oraz klasach I–III według szczegółowych wytycznych określonych w harmonogramach i programach praktyk. Ponadto zaplanowane zostały godziny praktyk hospitacyjnych do realizacji razem z wybranymi przedmiotami metodycznymi. Systematyczne spotkania nauczycieli z APS, metodyków, nauczycieli z placówek oraz studentów pozwalają na lepsze przygotowanie się do odbycia praktyk, bieżące rozwiązywanie pojawiających się problemów i dokonywanie zmian w celu podniesienia jakości kształcenia praktycznego. W celu ułatwienia kontaktu i umożliwienia bieżących konsultacji między nauczycielami APS, studentami, metodykami i koordynatorami w placówkach została utworzona platforma internetowa, która bardzo dobrze spełnia swoją funkcję. Warto dodać, że placówki uczestniczące w projekcie otrzymały laptopy, tablice interaktywne wraz z oprogramowaniem oraz kamery do rejestracji i praktyk studenckich (w celu ich późniejszej analizy i oceny).

Praktyki indywidualne realizowane są po wcześniejszej rejestracji, która odbywa się jesienią. Zanim student trafi do placówki, spotyka się z metodykiem w celu omówienia dokumentacji, wytycznych oraz wymagań związanych z zaliczeniem praktyk. Jednocześnie są organizowane spotkania z koordynatorami z placówek, na których metodyk i opiekun merytoryczny specjalności może przekazać informacje, omówić założenia merytoryczne oraz wymagania przedstawione studentom. Dzięki stałemu kontaktowi wszystkie problemy i wątpliwości są rozwiązywane i wyjaśniane na bieżąco. Taka organizacja z pewnością pozwala na lepsze przygotowanie studentów i placówek do realizacji praktyk według wytycznych opracowanych przez pracowników APS. Dodat-

kowo powołano zespół merytoryczny specjalności Wychowanie przedszkolne, w skład którego wchodzi student, koordynator z placówki, metodyk i opiekun merytoryczny z ramienia APS. Spotkania zespołu służą bieżącemu opiniowaniu, pozwalają na szybką reakcję i dokonywanie zmian jeszcze w trakcie trwania projektu.

Wprowadzona *Rozporządzeniem MEN z dnia 23 grudnia 2008 r.* (Dz. U. RP 2009, Nr 4, poz.17) podstawa programowa wychowania przedszkolnego wyraźnie określa specyfikę pracy z dzieckiem w przedszkolu. Oprócz obserwowania i prowadzenia zajęć studenci powinni przebywać z dziećmi podczas zabaw swobodnych w sali i na dworze, w czasie spacerów i wycieczek, spożywania posiłków, wykonywania czynności higienicznych oraz odpoczynku. Podczas przygotowania studenta do odbywania praktyk zwracamy uwagę na różnorodność działań w przedszkolu. Zależy nam na tym, żeby studenci przebywali w placówkach w różnych dniach i o różnych porach, ponieważ tylko wtedy są w stanie zaobserwować i poznać rzeczywistą pracę z małym dzieckiem.

Nauczyciele z placówek uczestniczących w projekcie zwracają uwagę na korzyści płynące ze współpracy z wyższą uczelnią. Z pewnością praktyki są lepiej zorganizowane. Ponadto pracownicy placówki mogą się konsultować z metodykami i nauczycielami APS. Należy dodać, że konsultacje te nie zawsze dotyczą praktyk. Nauczyciele z placówek korzystają z porad i pomocy merytorycznej nauczycieli APS w sprawach, które nie są związane z praktykami, ale np. z problemami konkretnych dzieci czy dotyczą konkretnych rozwiązań metodycznych. Pytają o literaturę metodyczną i proszą o zaopiniowanie pomocy dla przedszkolaków. Nauczyciele z dłuższym stażem podkreślają, że dzięki studentom poznają nowe metody pracy, co inspiruje ich do pracy i rozwoju zawodowego.

Na obu stronach korzyści zwracają uwagę koordynatorzy z Przedszkola nr 132 oraz Przedszkola nr 172 w Warszawie: „Przedszkole dzięki udziałowi w projekcie ma stały kontakt z młodymi studentami, dostęp do nowych metod, technologii i sprzętu multimedialnego oraz nowego młodszego spojrzenia na edukację przedszkolną. Projekt ten umożliwi również studentom zdobycie umiejętności potrzebnych w zawodzie nauczyciela. Daje im możliwość zapoznania się z różnymi formami i metodami stosowanymi w pracy z małymi dziećmi oraz zdobycia doświadczenia i praktyki tak potrzebnych do pracy w przedszkolu. Dobrze przygotowany student, po odbyciu dobrze zorganizowanych i zaplanowanych praktyk to w przyszłości dobry nauczyciel”. „Projekt to inicjatywa mająca pozytywny wpływ na wszystkich, którzy w nim mają szansę uczestniczyć. Studenci nie tylko poznają metody i formy pracy z dziećmi, ale mają również szansę uczestniczenia w codziennym życiu przedszkola, angażując się w proponowane działania poznają specyfikę funkcjonowania placówki od kuchni. Obserwując pracę nauczycieli poznają blaski i cienie tego zawodu, co pozwala im na weryfikację dotychczasowych poglądów.

Pozytywny wpływ Projektu dotyczy również przedszkolaków, które mają możliwość nawiązania kontaktu z osobami spoza placówki, uczą się z nimi współpracować, budować prawidłowe relacje interpersonalne, utrwalają zasady dobrego wychowania. Dzieciom projekt daje wiele radości. Cieszą się, gdy studenci odwiedzają przedszkole i proponują im ciekawe zajęcia. Dla nauczycieli uczestniczących w Projekcie stanowi on inspirację do działania, poszukiwania nowych metod pracy, którymi można zainteresować studentów, pozwala wyzbyć się codziennej rutyny, spojrzeć na swoją pracę z dystansu. W naszym przedszkolu cenimy sobie zwłaszcza informacje zwrotne od

studentów, które wykorzystujemy do modyfikacji naszych działań, co owocuje dobrą współpracą i wzajemną sympatią”.

Studenci również doceniają kształcenie praktyczne realizowane w ramach projektu. Trzeba jednak dodać, że widać różnicę zarówno w opiniach, jak i podejściu do praktyki przez studentów z I, II i III roku studiów. Studenci I roku zwykle nie potrafią być refleksyjni, często proszą o większą samodzielność, narzekają na stracony czas podczas zapoznawania się z dokumentacją czy funkcjonowaniem placówki. Preferują obserwowanie zajęć, nie dostrzegają pełnego wymiaru pracy nauczyciela wychowania przedszkolnego. Na II roku studiów realizowane są przedmioty metodyczne, studenci mają większą wiedzę i chętniej sprawdzają ją w praktyce. Podczas omawiania praktyk pojawiają się konkretne pytania, widać troskę o dziecko i chęć dalszego doskonalenia się. Jednak najgłębszą refleksyjność i krytyczne podejście do swoich działań podczas praktyk można zauważyć u studentów III roku. Potrafią już określić swoje mocne i słabe strony oraz wymienić te obszary, które wymagają jeszcze nauki i szkolenia. Oczekują rzetelnej oceny, szczegółowego omówienia prowadzonych zajęć i wskazówek do dalszej pracy. Wtedy też uczą się najchętniej, ponieważ mają już solidne podstawy merytoryczne i metodyczne oraz świadomość, że za kilka miesięcy staną przed dziećmi jako samodzielni nauczyciele. To często budzi obawy, o których należy rozmawiać. Dobrze, jeśli student może wszystkie wątpliwości omówić ze swoim opiekunem w placówce. Studenci często są bardzo niepewni, ponieważ widzą, jak dobrze radzi sobie nauczyciel, jednak mimo starań nie udaje im się równie dobrze przeprowadzić zajęć. Podkreślają, że ważne są dla nich szczerze rozmowy z nauczycielami, którzy opowiadają o początkach swojej drogi zawodowej, o swoich obawach i rozterkach. Dzięki dobrze zorganizowanym praktykom student ma okazję podjąć ostateczną decyzję dotyczącą swojego zawodu.

Podczas rozmów przeprowadzanych po odbyciu praktyk często słyszymy zwierzchnia i refleksje: „Wiem, że lepiej czuję się w przedszkolu niż w szkole”. „Wolę pracować z małą grupą lub indywidualnie z dzieckiem”. „Chciałabym pracować w przedszkolu integracyjnym”. „Z pewnością będę szukać pracy w szkole, nie w przedszkolu, bo wolę pracować ze starszymi dziećmi”. Zawsze bardzo poważnie traktujemy takie słowa, ponieważ praca z małym dzieckiem wymaga określonych predyspozycji. Dobrze, jeśli student odbywający praktyki potrafi nie tylko ocenić swoje umiejętności i wiedzę, ale również określić siebie w nowej roli – nauczyciela małego dziecka.

Zdarza się także, że po odbyciu praktyk studenci dochodzą do wniosku, że nie będą pracować w tym zawodzie. Wybierają wtedy inne studia lub studiują inną specjalność jednocześnie. Na ten ważny aspekt weryfikacji swoich wyobrażeń na temat przyszłego zawodu z rzeczywistością edukacyjną zwraca uwagę koordynator z Przedszkola nr 317 w Warszawie: „Praktyki pedagogiczne prowadzone w ramach projektu *Dobre praktyki – dobrzy nauczyciele – skuteczna szkoła* są niezbędnym etapem przygotowania studentów do pracy nauczyciela. Zadaniem ich jest jak najlepsze zapoznanie przyszłych pedagogów z warunkami organizacyjnymi panującymi w placówkach oświatowych, umożliwienie sprawdzenia się w pracy dydaktycznej i wychowawczej. Bywa, że jest to moment, w którym student ostatecznie podejmuje decyzję o tym, by po ukończeniu studiów podjąć pracę z dziećmi w wieku przedszkolnym. Praktyki stanowią zatem szansę sprawdzenia predyspozycji studenta do tego zawodu i zastosowania zdobytej na studiach wiedzy w praktyce. Takie niespotykane ujęcie praktyk

realizowanych w ramach projektu *Dobre praktyki – dobrzy nauczyciele – skuteczna szkoła* umożliwiają właściwą weryfikację rzeczywistego przygotowania i predyspozycji kandydatów Akademii Pedagogiki Specjalnej na przyszłych pedagogów – niezwykle ważnego społecznie zawodu”.

Oprócz praktyk indywidualnych w ramach projektu realizowane są również praktyki hospitacyjne w ramach wybranych przedmiotów. Nauczyciele prowadzący zwracają uwagę na następujące aspekty:

- możliwość weryfikacji wiedzy w praktyce, lepsze rozumienie omawianych zagadnień i rozwiązań metodycznych;
- małe, 5-osobowe grupy nie zaburzają pracy w placówkach i pozwalają na indywidualny kontakt studentów z nauczycielem i dziećmi;
- nabywanie umiejętności niezbędnych w zawodzie nauczyciela, które związane są z praktycznym działaniem w rzeczywistości edukacyjnej;
- osiąganie celów hospitacji dzięki komunikacji między nauczycielem APS i nauczycielem w placówce. Jasne wytyczne, omówienie założeń i pomoc w organizowaniu określonych sytuacji edukacyjnych sprawia, że godziny hospitacyjne są bardzo dobrze wykorzystane i stanowią ważne ogniwo kształcenia w ramach określonego przedmiotu.

O tym, w jaki sposób praktyki hospitacyjne realizowane w ramach przedmiotów pomagają kształtować pożądane umiejętności, mówią nauczyciele prowadzący przedmioty Diagnostyka i zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze oraz Wychowanie i kształtowanie umiejętności społecznych dzieci – metodyka: „W ramach prowadzonego przeze mnie przedmiotu Wychowanie i kształtowanie umiejętności społecznych dzieci – metodyka, studenci uczestniczyli w zajęciach w wybranych przedszkolach na terenie Warszawy. Obserwacja prowadzonych przez profesjonalistów zajęć i czynne uczestnictwo w nich pozwoliły kształtować w nich kompetencje komunikacyjne i społeczne. Rozwój tych umiejętności społecznych jest istotnym elementem w edukacji młodych pedagogów. Stanowi również niezbędny element osobowości nauczycieli. Zdolność do współpracowania z innymi ludźmi, zarówno z dziećmi, jak i ich rodzicami, rozumienie dziecięcych potrzeb to podstawa do skutecznego motywowania i inspirowania swoich podopiecznych. Prace pisemne, będące zwieńczeniem zajęć odbytych w placówce, wyraźnie świadczą o dużym zaangażowaniu studentów w obserwowanie i analizowanie dziecięcych zachowań. Dzięki temu mogli oni dokonać diagnozy umiejętności społecznych dzieci oraz zaplanować działania wspomagające rozwój tych dzieci, które nie opanowały w wystarczającym stopniu diagnozowanych kompetencji”. „Praktyki hospitacyjne realizowane w ramach przedmiotu Diagnostyka i zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze mają specyficzny charakter, ponieważ studenci uczą się obserwować i rozpoznawać potrzeby dzieci. Nabywanie kompetencji niezbędnych do prowadzenia diagnozy pedagogicznej wymaga ścisłego łączenia teorii z praktyką. W placówkach przedszkolnych studenci mogli obserwować nauczycieli podczas przeprowadzania badań diagnostycznych, uczyli się prowadzenia i dokumentowania obserwacji, wybierali narzędzia, karty i opracowywali zadania diagnostyczne niezbędne do sprawdzenia określonych umiejętności. Następnie w grupach samodzielnie (ale pod kierunkiem doświadczonego nauczyciela) przeprowadzali diagnozę dziecka w wieku przedszkolnym, która była omawiana na ćwiczeniach. Dzięki temu studenci na bieżąco mieli okazję zauważać trudności, rozwiązywać problemy i uczyć się pod

kierunkiem nie tylko nauczyciela akademickiego, ale również nauczyciela w przed-szkolu”.

Reasumując warto zwrócić uwagę, że realizacja projektu *Dobre praktyki – dobrzy nauczyciel – skuteczna szkoła* nie tylko wpływa na jakość praktycznego kształcenia przyszłych nauczycieli, ale również przynosi wiele innych korzyści. Przedszkola i szkoły uczestniczące w projekcie poznają nowe rozwiązania metodyczne, mogą liczyć na pomoc i konsultacje pracowników APS. Przede wszystkim jednak praktyki są niezwykle ważnym ogniwem kształcenia kandydatów na nauczycieli. Studenci mają nie tylko możliwość rzeczywistego poznania codziennej pracy z małym dzieckiem i nabywania umiejętności zawodowych w praktyce, ale również cennego uczenia się przez obcowanie z doświadczonym nauczycielem/mistrzem. Dobry opiekun praktyk rozbudza zainteresowanie zawodem, pomaga studentowi stać się refleksyjnym pedagogiem, rozwija w nim potrzebę poznawania siebie, tak aby każdego dnia stawał się on lepszym nauczycielem. Obserwując prowadzone zajęcia trudno nie zauważyć, że to dopiero początek dojrzewania i stawania się dobrym nauczycielem, ale widać, że wielu studentów czerpie radość z obcowania z dziećmi, jest wrażliwych na ich problemy, chce się uczyć i rozwijać. To bardzo dobrze rokuje i daje szansę na bycie nauczycielem z powołaniem i Dawidowską duszą.

Bibliografia

- Czerepaniak-Walczak, M. (1994). *Kompetencje nauczyciela w kontekście założeń pedagogiki emancypacyjnej*. Białystok: Wydawnictwo „Trans Humana”.
- Dawid, J.W. (1959). O duszy nauczycielstwa. W: W. Okoń (red.), *Osobowość nauczyciela*. Warszawa: PZWS.
- Denek, K. (1999). *Aksjologiczne aspekty edukacji szkolnej*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Denek, K. (2012). *Uniwersytet w perspektywie społeczeństwa wiedzy. Przyszłość kształcenia nauczycieli*. T. III. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji im. Mieszka I.
- Grzegorzewska, M. (1938). *Znaczenie wychowawcze osobowości nauczyciela*. Warszawa: Chowanna.
- Kacprzak, L. (2006). *Pedeutologiczne rozważania o nauczycielu*. Piła: Wydawnictwo PWSZ.
- Korczak, J. (1957–1958). *Wybór pism*. T. 1. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Kwaśnica, R. (2003). Wprowadzenie do myślenia o nauczycielu. W: Z. Kwieciński, B. Śliwowski (red.), *Pedagogika*. T. II. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lewowicki, T. (2010). O jakości kształcenia nauczycieli – uwagi niemodne. *Ruch Pedagogiczny*, 5–6, 5–22.
- Okoń, W. (1991). *Rzecz o edukacji nauczycieli*. Warszawa: WSiP.
- Parzęcki, R. (2012). „Q” praktyce kształcenia nauczycieli. Wstęp do dyskusji. W: M. Krzemiński, B. Moraczewska (red.), *Praktyki pedagogiczne ważnym ogniwem w procesie kształcenia nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej i przedszkolnej. Teoretyczne i praktyczne aspekty kształcenia nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej i przedszkolnej*. Włocławek: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela. Dz. U. 2012, Nr 0, poz. 131.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. Dz. U. 2009, Nr 4, poz. 17.

MAŁGORZATA SZEROCZYŃSKA
Prokuratura Rejonowa Warszawa-Śródmieście

ZASADY WYRAŻANIA ZGODY NA LECZENIE DZIECKA

Ilość kontaktów każdego dziecka od urodzenia do pełnoletniości z lekarzami jest bardzo duża. Dzieciom udzielane są rozliczne świadczenia medyczne o różnym stopniu ingerencji w ich integralność cielesną oraz o różnym stopniu niebezpieczeństwa dla ich życia i zdrowia. Nawet całkowicie zdrowe dzieci są wielokrotnie badane, szczepione, pobiera się im krew, dokonuje zabiegów stomatologicznych, wykonuje rozmaite testy. Ponadto niemal każde przeziębienie, choroba lub wypadek skutkują wizytą u lekarza, podawaniem leków, czasami hospitalizacją czy nawet zabiegami chirurgicznymi. Dzieci z niepełnosprawnościami lub chorobami przewlekłymi jeszcze częściej mają do czynienia ze służbą zdrowia, a świadczone im usługi medyczne często są bardzo niebezpieczne i długotrwałe.

Warto w związku z tym mieć świadomość, kto decyduje o leczeniu dziecka i w jakiej formie zgoda na takie leczenie powinna być wyrażona, czym skutkuje sprzeciw przedstawicieli ustawowych wobec proponowanego leczenia dziecka oraz czy, a jeśli tak to kiedy, lekarze mogą samodzielnie podejmować decyzje o leczeniu dziecka.

Przedmiotowy artykuł ma na celu przybliżenie obowiązujących w prawie polskim zasad wyrażania zgody i sprzeciwu na leczenie małoletnich, które są częściowo odmienne od zasad wyrażania woli za dzieci przy podejmowaniu czynności prawnych w ich imieniu, bardzo zróżnicowane zarówno ze względu na wiek dziecka, jego zdolność podejmowania świadomych decyzji, jak i ryzyko, jakie niesie ze sobą dane świadczenie medyczne, a przede wszystkim – powszechnie nierespektowane.

Wyrażanie zgody na leczenie dzieci

W odniesieniu do dzieci w wieku poniżej 16. roku życia prawo do wyrażenia zgody na ich leczenie mają ich przedstawiciele ustawowi, czyli mający władzę rodzicielską rodzice, a w przypadku ich braku – opiekun prawny. Zgoda taka może być wyrażona w sposób dorozumiany – wystarczy sam fakt przyprowadzenia dziecka do lekarza. Jedynie przy zabiegach chirurgicznych i innych świadczeniach medycznych, zarówno terapeutycznych, jak i diagnostycznych, o podwyższonym ryzyku, zgoda taka musi zostać wyrażona pisemnie po uzyskaniu przez przedstawiciela ustawowego pełnej informacji o stanie zdrowia dziecka, planowanym świadczeniu oraz ryzyku związanym z jego wykonaniem, ale także z jego zaniechaniem. Warto mieć świadomość, że brak pisemnej zgody na dany zabieg nie świadczy sam z siebie o nielegalności tego zabiegu, gdyż w orzecznictwie i doktrynie powszechnie przyjęto, że zachowanie formy pisemnej jest w tym przypadku zastrzeżone jedynie pod rygorem ograniczeń dowodowych, czyli jedyny skutek negatywny braku takiego dokumentu polega na tym, że w razie procesu to na lekarza przechodzi ciężar dowodu co do tego, że zgoda została, po pierwsze, w ogóle udzielona, a po drugie, że została udzielona po uzyskaniu wyczerpującej i zrozumiałej informacji, po przeprowadzeniu przez decydenta prawidłowego procesu podejmowania decyzji, bez przymusu, a więc była zgodą świadomą i swobodną (Świdarska 2007b, s. 57).

W zasadzie nie ma wymogu, by lekarz – i to nawet przy zabiegach chirurgicznych czy świadczeniach o podwyższonym ryzyku – wymagał na wstępie zgody obojga rodziców (w przypadku posiadania przez nich oboje pełnej władzy rodzicielskiej). Wolno mu zakładać, że między rodzicami nie ma sporu odnośnie do sposobu leczenia dziecka. Prawidłowo udzieloną zgodą będzie więc zgoda jednego z rodziców (pod warunkiem, że posiada on pełną władzę rodzicielską). Sytuacja zmienia się, jeśli lekarz ma wiedzę na temat panującego między rodzicami (oczywiście jeśli oboje posiadają pełną władzę rodzicielską) konfliktu i ma świadomość, że ich zdania co do proponowanego leczenia dziecka są odmienne. Wtedy zgoda jednego z rodziców nie jest wystarczająca do zalegalizowania danego świadczenia medycznego (Dangel i in. 2011, s. 75). Jednocześnie lekarzowi nie wolno podjąć decyzji

samodzielnie (poza przypadkami, gdy dziecku grozi bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub znacznego uszczerbku na zdrowiu, a lekarz ma przekonanie, że decyzja rodzica sprzeciwiającego się leczeniu dziecka wynika z nadużycia władzy rodzicielskiej, czyli, krótko mówiąc – rodzic kieruje się złą wolą i chce swoje dziecko skrzywdzić). Zgodnie bowiem z art. 97 § 2 *Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego z dnia 25 lutego 1964 r.* (Dz. U. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.) konflikt między rodzicami odnośnie do sposobu leczenia dziecka, jako konflikt dotyczący ważnych spraw życia dziecka, powinien zostać rozstrzygnięty przez sąd opiekuńczy. Sąd takie orzeczenie może wydać w postaci zarządzenia tymczasowego, bez konieczności przeprowadzenia rozprawy, a więc stosunkowo szybko, w szczególności jeśli jest to niezbędne dla dobra dziecka.

W literaturze prawniczej spotkać się można z opiniami, że kompetencje opiekuna dziecka, które nie pozostaje pod władzą rodzicielską, w zakresie wyrażania zgody na leczenie dziecka są dość ograniczone. Jeżeli może on samodzielnie wyrażać zgodę na leczenie pozbawione ryzyka, to w przypadku diagnostyki i terapii o podwyższonym ryzyku, jako że tego typu decyzje należą do ważnych spraw podopiecznego, opiekun za każdym razem powinien uprzednio uzyskać zezwolenie sądu opiekuńczego na podstawie art. 156 *Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego* na wyrażenie zgody na takie leczenie (Świdarska 2007a, s. 47). Interpretacja taka, choć formalnie poprawna, wydaje się zbyt rygorystyczna, zwłaszcza gdy decyzje co do leczenia dziecka należy podejmować dość szybko. Dla poprawności stosowania prawa warto jednak, by sądy opiekuńcze w postanowieniach o powoływaniu opiekunów, a w szczególności kuratorów (jeśli mają mieć oni takie kompetencje), wskazywały wprost, czy mogą oni wyrażać zgodę na ryzykowne leczenie podopiecznych ewentualnie na jakie świadczenia medyczne (np. eksperymenty czy transplantacje) muszą uzyskiwać uprzednią zgodę sądu.

Warto pamiętać, że uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego dziecka wymaga każde udzielane mu świadczenie medyczne. Polskie przepisy nie przewidują tzw. zgody blankietowej, czyli zgody na cały proces leczenia danej jednostki chorobowej, albo na wszystkie świadczenia podczas hospitalizacji. Tak więc lekarz formalnie powinien prosić o odrębną zgodę na zbadanie, podanie leków, zastrzyk, zmierzenie temperatury, pobranie krwi itd. Oczywiście, przy świadczeniach nieryzykownych, jak już wspomniałam, taka zgoda może być każdorazowo udzielana w sposób dorozumiany, ale nie ulega wątpliwości, że przedstawiciel ustawowy powinien być informowany o każdym pojedynczym świadczeniu udzielanym dziecku, i to bez konieczności wyraźnego żądania takich informacji. Brak bowiem udzielenia informacji z góry przesądza o niemożliwości udzielenia zgody, nawet dorozumianej – nie można się bowiem zgodzić na coś, o czym się nie wie. Informacja o każdym wykonywanym wobec dziecka, nawet drobnym, świadczeniu medycznym jest tym bardziej ważna, że przecież przedstawiciel ustawowy nie ma obowiązku zawsze się godzić na proponowane przez lekarzy leczenie i każdemu świadczeniu medycznemu może się sprzeciwić, czego oczywiście z definicji nie można zrobić w sposób dorozumiany.

Wyjątkowo na zwykłe badanie zgodę może wyrazić opiekun faktyczny dziecka (czyli np. opiekunka, babcia, nauczycielka). Opiekun faktycznie nie może jednak wyrazić wiążącej prawnie zgody na nic poza badaniem dotykowo-osłuchowym. Tak więc już na podanie leków, a tym bardziej na bardziej skomplikowane i ryzykowne świadczenia medyczne, zgodę musi wyrazić przedstawiciel ustawowy dziecka. Co ma więc czynić lekarz, gdy nie ma możliwości choćby telefonicznego porozumienia się z przedstawicielami ustawowymi (nie odbierają telefonów, są poza granicami kraju, nie żyją, są nieprzytomni, pod wpływem alkoholu lub innych środków uniemożliwiających podejmowanie racjonalnych decyzji albo po prostu są w szoku)?

W takich wypadkach lekarz może leczyć dopiero po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego miejscowo dla siedziby danego podmiotu leczniczego (pomijając sytuacje nagłe, grożące pacjentowi bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub znacznego uszczerbku na zdrowiu). Także w tym wypadku sąd jest uprawniony do podjęcia decyzji bez przeprowadzenia rozprawy – na posiedzeniu niejawnym. W praktyce stosowana jest droga faksowa – lekarz przesyła sądowi zawiadomienie o konieczności uzyskania zezwolenia zastępczego na leczenie

dziecka wobec braku kontaktu z jego przedstawicielami ustawowymi, a sąd wydaje w trybie natychmiastowym postanowienie stanowiące zgodę zastępczą i przesyła ją faksem. Oczywiście takie zezwolenie nie zwalnia lekarza z obowiązku poszukiwania kontaktu z przedstawicielami ustawowymi dziecka, gdyż w innym przypadku powinien formalnie zwracać się do sądu o zezwolenie na każde kolejne, nawet najdrobniejsze i nieryzykowne, świadczenie medyczne. Sąd bowiem nie może ani udzielić zezwolenia blankietowego na cały proces leczenia, ani – z definicji – nie można przyjąć, że udzielane przez niego zezwolenie w sposób domyślny obejmuje wszystkie niezbędne w procesie leczenia świadczenia, choćby te pozbawione ryzyka, tym bardziej, jeśli nie był o nich informowany. W praktyce restrykcyjne stosowanie brzmienia przedmiotowego przepisu prowadzić mogłoby do sparaliżowania tak procesu leczenia, jak i pracy sądów opiekuńczych. Warto więc w sytuacjach, gdy niemożność kontaktu z przedstawicielami ustawowymi jest długotrwała, sugerować od razu sądowi zasadność podjęcia z urzędu postępowania w kierunku ustanowienia osoby (opiekuna czy kuratora), która będzie uprawniona do podejmowania dalszych decyzji o leczeniu dziecka do czasu kontaktu z jego przedstawicielami ustawowymi.

Dziecko w wieku poniżej 16 lat w zasadzie nie ma nic do powiedzenia w sprawie swojego leczenia. Formalnie lekarz nie powinien w ogóle (oczywiście poza sytuacjami zagrażającymi życiu) przyjąć dziecka, które samo się do niego zgłosiło, bez przedstawiciela ustawowego. Dotyczy to także banalnych przeziębień, jak i choćby wizyt ginekologicznych. Należy pamiętać, że do pełnoletności pacjenta lekarzy nie obowiązuje tajemnica lekarska wobec jego przedstawicieli ustawowych. Niedopuszczalne jest więc np. przepisanie przez ginekologa środków antykoncepcyjnych na życzenie 15-latkki bez zgody, a tym bardziej bez wiedzy jej rodziców.

Oczywiście, zgodnie z art. 95 § 4 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego rodzice/opiekunowie przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących dziecka (a na pewno do takich należą kwestie związane z leczeniem) powinni je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwala, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia. Przepis ten jednak formalnie nie zobowiązuje rodziców czy opiekunów dziecka (ani tym bardziej lekarza) do postępowania zgodnie z życzeniami dziecka (Michalek-Janiczek 2009, s. 63)¹.

Zdanie dziecka na temat jego leczenia zaczyna się liczyć dopiero, gdy skończy ono 16 lat, co w dzisiejszych czasach jest zupełnie nieprzystające ani do rozwoju nastolatków, ani do obrotu cywilno-prawnego, zgodnie z którym 13-latek ma już ograniczoną zdolność do czynności prawnych, a więc uprawnienie do współdecydowania o wszystkich swoich sprawach (z wyjątkiem leczenia oczywiście). Nie oznacza to jednak, że wyłączna zgoda 16–18-latkka wystarcza do legalnego podjęcia jego leczenia, nawet jeśli chodzi o leczenie pozbawione ryzyka (Szeroczyńska, Wołoszczuk-Gębicka, Wiwatowski 2001, s. 73).

Art. 17 ust. 2 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.* (Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) i art. 32 ust. 2 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r.* (Dz. U. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.) stanowią bowiem, że w odniesieniu do każdego małoletniego (a więc także z grupy wiekowej 16–18 lat) konieczne jest uzyskanie zgody jego przedstawiciela ustawowego. Tak więc, nawet gdy pacjent, który ukończył lat 16, a nie ukończył 18, nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie z nim jest utrudnione, nie wystarczy samodzielna zgoda małoletniego – do zwykłego badania potrzeba dodatkowo zgody przynajmniej opiekuna faktycznego, a do wszystkich pozostałych świadczeń medycznych – konieczne jest uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego miejscowo dla siedziby danego podmiotu leczniczego (pomijając sytuacje nagłe grożące pacjentowi bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub znacznego uszczerbku na zdrowiu). Wracając do przykładów z banalnym przeziębieniem i ginekologiem, nie ulega wątpliwości, że przytoczone przepisy skutkują

¹ Odmienne uregulowane są kwestie poszanowania woli dziecka w przypadkach usunięcia ciąży, eksperymentu medycznego i transplantacji, a także leczenia chorób zakaźnych, jednak te kwestie, jako podlegające specyficznej regulacji, nie będą przedmiotem niniejszego opracowania.

bezpprawnością przyjmowania takich pacjentów bez obecności ich przedstawicieli ustawowych. Ich sytuacja wobec lekarza zmienia się więc jedynie o tyle w porównaniu z dziećmi młodszymi, że ich zdanie jest brane pod uwagę, czyli że potrzebna jest podwójna zgoda dwóch podmiotów – małoletniego i przedstawiciela ustawowego albo małoletniego i sądu. Jedynie gdy 16–18-latek nie jest w stanie podjąć decyzji ze względu na stan swojego zdrowia (jest nieprzytomny, pod wpływem środków leczniczych zaburzających procesy percepcji lub podejmowania decyzji, jest niepełnosprawny intelektualnie w stopniu uniemożliwiającym mu zrozumienie własnego stanu zdrowia i wagi podejmowanej decyzji medycznej, cierpi na zaburzenia psychiczne mające wpływ na procesy decyzyjne lub wolitywne), wtedy wystarcza zgoda przedstawiciela ustawowego albo zezwolenie sądu zgodnie z zasadami przewidzianymi dla dzieci poniżej 16. roku życia.

Warto również mieć świadomość, że uprawnienie 16–18-latka do wyrażenia zgody na leczenie jest prawem ułomnym jeszcze pod jednym względem – nie ma on prawa wiążąco sprzeciwić się proponowanemu leczeniu (z wyjątkiem aborcji, eksperymentu i transplantacji). Przepisy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry przewidują bowiem możliwość podjęcia leczenia po uzyskaniu zezwolenia sądu, gdy pacjent, który ukończył lat 16, a nie ukończył 18, sprzeciwia się podjęciu leczenia przez lekarza. Co więcej, lekarz może uzyskać takie zezwolenie, nawet gdy leczeniu sprzeciwia się pacjent z tej grupy wiekowej, jak i oboje jego rodzice lub opiekun. Można więc poddać w wątpliwość, czy w ogóle można mówić o prawie podmiotowym do decydowania o leczeniu dzieci należącym do ich rodziców, czy nawet do samych pacjentów między 16. a 18. rokiem życia. Trudno bowiem mówić o prawie podmiotowym, jeśli ustawa pozwala jedynie wyrazić zgodę, a zawsze pozwala obejść sprzeciw. Dużo ważniejsze jest jednak pytanie, czy lekarze zawsze mają obowiązek występować do sądu, gdy rodzice/opiekun 16–18-letniego pacjenta sprzeciwia się proponowanemu przez nich leczeniu, czy też mogą uszanować wolę małego pacjenta i jego przedstawicieli ustawowych.

Postępowanie w przypadku sprzeciwu na leczenie dziecka

Jak już wspomniano, w przypadku wyrażenia przez którąkolwiek z osób uprawnionych do udzielenia zgody na leczenie dziecka sprzeciwu na proponowane świadczenie medyczne, do jego legalnego podjęcia wymagane jest uprzednie zezwolenie sądu opiekuńczego. Nie da się jednak ukryć, że przepisy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry regulujące zasady zwracania się do sądu o zezwolenie na leczenie (art. 32 i 34) są niespójne. Niespójność ta dotyczy przede wszystkim kwestii podważania decyzji przedstawicieli ustawowych dzieci poniżej 16. roku życia w zależności od tego, czy podejmują oni decyzję odnośnie do leczenia obciążonego ryzykiem, czy też leczenia bez ryzyka.

Art. 34 ust. 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w odniesieniu do zabiegów ryzykownych stanowi, że lekarz może takie czynności wykonać wobec małoletniego po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego, jeżeli jego przedstawiciel ustawowy nie zgadza się na ich wykonanie, a są one niezbędne do usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez małego pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia. Oznacza to, że gdy brak jest takiego ryzyka, sprzeciwu przedstawiciela ustawowego nie można przełamać. Regulacja ta dotyczy zarówno dzieci poniżej 16. roku życia, jak i dzieci starszych.

Paradoksalnie art. 32 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (poświęcony badaniu i leczeniu bez ryzyka) nie przewiduje wprost na wzór art. 34 możliwości obejścia sprzeciwu przedstawiciela ustawowego dziecka poniżej 16. roku życia na czynności medyczne niestwarzające ryzyka, i to nawet gdy ich zaniechanie będzie groziło małemu pacjentowi utratą życia lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu. Paradoksalnie, gdyż art. 32 ust. 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry pozwala na przeprowadzenie takich nieryzykownych zabiegów po uzyskaniu zezwolenia sądu wobec małoletniego powyżej 16. roku życia, gdy ten się im sprzeciwia, i to nawet gdy jego sprzeciw jest poparty sprzeciwem przedstawiciela ustawowego (przepis ten stosuje się odpowiednio do zabiegów obciążonych ryzykiem na podstawie art. 34 ust. 5 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

Najbezpieczniejszym wyjaśnieniem tej niespójności między brzmieniem art. 32 i 34 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest przyjęcie interpretacji logicznej art. 32 ust. 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Uznać należy więc, że jeśli ustawodawca dopuścił do przełamania dwóch sprzeciwów (16–18-letniego pacjenta i jego przedstawiciela prawnego) zezwoleniem sądu na leczenie, to tym bardziej dopuszczalne jest przełamanie sprzeciwu pojedynczego przedstawiciela ustawowego wyrażonego wobec leczenia dzieci albo w wypadku, gdy 16–18-letni pacjent nie jest zdolny do wyrażenia zdania. Co więcej, przełamanie takiego sprzeciwu zezwoleniem sądu jest – według tej interpretacji – dopuszczalne w każdych okolicznościach, niezależnie od tego, czy dana czynność medyczna jest niezbędna dla ratowania życia dziecka. Takie podejście wyjaśnia cel istnienia art. 34 ust. 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jako wskazującego ograniczenia w kompetencjach sądu – w przeciwieństwie bowiem do czynności bez ryzyka, gdzie sąd może zezwolić na przeprowadzenie każdej czynności medycznej wbrew woli przedstawiciela ustawowego, w przypadku czynności ryzykownych może się zgodzić jedynie na czynności niezbędne dla ratowania życia lub zapobieżenia ryzyka ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (Dangel i in. 2011, s. 76).

Uzyskiwanie zgody zastępczej w przypadku sprzeciwu 16–18-letniego pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego odbywa się według tej samej procedury co opisana. Orzeczenie sądu może zapaść stosunkowo szybko i jest natychmiast wykonalne. Warto mieć świadomość, że lekarz ani szpital nie są stroną tego postępowania. Ich pismo do sądu to zawiadomienie o konieczności wydania zgody zastępczej, a nie wniosek o wszczęcie takiego postępowania, które toczy się w wyniku tego zawiadomienia z urzędu. Wynika stąd, że lekarz/szpital nie może zaskarżyć orzeczenia sądu, jeśli nie wyda on zezwolenia na dane świadczenie. Jednocześnie osoby mające interes prawny, a więc na pewno małoletni pacjent (niezależnie od wieku) reprezentowany przez przedstawicieli ustawowych, a także sami jego przedstawiciele ustawowi działający we własnym imieniu, mogą orzeczenie zaskarżyć, nawet wnosząc o wstrzymanie jego wykonania. Przedstawiciele ustawowi mogą też, jak tylko się dowiedzą o złożeniu zawiadomienia przez lekarza, wnosić o wysłuchanie ich, dziecka (także w miejscu jego pobytu, np. w szpitalu) czy dopuszczenie innych dowodów (np. opinii innych lekarzy). Co więcej, jeśli leczeniu sprzeciwia się 16–18-latek, pomimo zgody przedstawicieli ustawowych, może on samodzielnie wystąpić do sądu o ustanowienie dla niego w tym postępowaniu kuratora, gdyż istnieje konflikt między nim a przedstawicielami ustawowymi, a więc zasadne są wątpliwości, czy będą go oni prawidłowo reprezentować.

Przedmiotowa procedura może prowadzić do wspomnianego już wcześniej absurdu – sąd może wydać zezwolenie jedynie na wnioskowane świadczenie medyczne, a nie na wszystkie świadczenia w procesie danego leczenia. Tak więc może się okazać, że w przypadku przedstawicieli ustawowych małego pacjenta lub dziecka powyżej 16. roku życia, którzy nie będą wyrażać zgody na żadne świadczenie medyczne, albo lekarz będzie bez przerwy słał zawiadomienia do sądu, albo sąd od razu będzie zmuszony odebrać władzę rodzicielską w tym zakresie rodzicom (odebrać kompetencje decyzyjne opiekunowi) i wyznaczyć osobę kompetentną do podejmowania tego rodzaju decyzji. To nie rozwiąże jednak problemu 16–18-latka sprzeciwiającego się leczeniu *en gros* – nie pomogłoby ani odebranie władzy rodzicielskiej jego rodzicom, gdyż wciąż potrzebna byłaby zgoda tego pacjenta, ani nawet ubezwłasnowolnienie go (pomijając fakt, że sprzeciw na leczenie, nawet nieracjonalny, nie może stanowić podstawy do ubezwłasnowolnienia), gdyż zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry – w przypadku pacjentów ubezwłasnowolnionych (a także nieubezwłasnowolnionych, lecz z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną) zgoda pacjenta na leczenie jest niezbędna, dopóki pacjent działa z rozeznanem.

Czy więc na pewno lekarz musi zawsze zwracać się do sądu o zezwolenie na leczenie, szczególnie gdy widzi, że sprzeciw wyrażany jest zarówno przez dziecko, jak i przez przedstawicieli ustawowych oraz że jest on globalny co do całości proponowanego leczenia i trwały?

W literaturze prawniczej można znaleźć sprzeczne odpowiedzi na to pytanie. Większość doktryny stoi na stanowisku, że sprzeciw przedstawicieli ustawowych na leczenie dziecka

stanowi przejaw nadużycia władzy rodzicielskiej (Michałek-Janiczek 2009, s. 64; Nesterowicz 2005, s. 101–102; Nesterowicz 2009, s. 167; Świdarska 2007b, s. 47). Z kolei co do sprzeciwu 16–18-lątka spotkać się można z opiniami, że wynika on z niedojrzałości decydenta. Konkluzją takich założeń jest, że w sytuacji sprzeciwu przedstawiciela ustawowego na leczenie dziecka lub 16–18-lątka lekarz nie może pozostać bezczynny i musi zawiadomić sąd o konieczności wydania zezwolenia na leczenie, bowiem sprzeciwy te są bezwzględnie nieważnymi oświadczeniem woli (Dukiet-Nagórska 2008, s. 95; Kulesza 2005, s. 82; Świdarska 2007b, s. 47–48). Z takim nastawieniem nie można się jednak racjonalnie zgodzić.

Warto dosłownie odczytać brzmienie art. 32 i 34 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty. Mówią one wprost: „lekarz może leczyć po uzyskaniu zezwolenia sądu”. W żadnym miejscu nie pada stwierdzenie, że lekarz ma obowiązek takie zezwolenie uzyskać. Tak więc w przypadku sprzeciwu wyrażonego przez przedstawiciela ustawowego małego pacjenta lub samego pacjenta w wieku 16–18 lat lekarz jest jedynie uprawniony do wystąpienia do sądu opiekuńczego o wyrażenie zezwolenia na zabieg, a tym samym odstąpienie od konsultacji z sądem i uszanowanie woli pacjenta nie może być traktowane jako bezprawne.

Taka interpretacja jest zgodna z definicją prawa podmiotowego – jeśli bowiem ustawa mówi, że dany podmiot (pacjent, przedstawiciel ustawowy) ma prawo wyrazić zgodę, musi za tym stać też odwrotność tego uprawnienia – prawo do wyrażenia sprzeciwu, które wynika z konstytucyjnych praw i wolności każdego człowieka. Z założenia więc sprzeciw na leczenie własne lub swojego dziecka nie może być uznany za bezprawny i stanowiący nadużycie prawa, choć oczywiście mogą być wyjątki, np. gdy przedstawiciele ustawowi chcą umyślnie skrzywdzić dziecko (Wiwatowski, Chmielewska, Karnas 1999, s. 25–26). Lekarz nie może być więc pociągnięty do odpowiedzialności karnej za respektowanie praw i wolności pacjenta i jego przedstawicieli ustawowych (i to niezależnie od faktu, czy istniało bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia pacjenta czy nie), w szczególności jeśli działa zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, wskazującymi na bezzasadność dalszego leczenia. Należy bowiem pamiętać, że pierwszym obowiązkiem lekarza jest postępowanie zgodne ze standardami wiedzy medycznej oraz zasadami przewidzianymi w Kodeksie Etyki Lekarskiej (Michałek-Janiczek 2009, s. 59). Jeśli więc lekarz uzna, że zaniechanie leczenia, na które wyrażony został sprzeciw, nie jest sprzeczne ze standardami medycznymi (szczególnie gdy dostępne jest leczenie alternatywne, albo gdy dziecko i tak jest umierające, a proponowane leczenie nie uzdrowi go, a jedynie będzie prowadzić do przedłużenia agonii), wręcz nie powinien występować do sądu o zezwolenie na jego wdrożenie. Co więcej, nawet jeśli o takie zezwolenie wystąpił i je uzyskał, nie jest zobligowany do przeprowadzenia objętego nim świadczenia medycznego, jeśli przestało ono być zasadne z punktu widzenia wiedzy medycznej (Zoll 2000, s. 36–37).

Tak więc – poza wypadkami, gdzie przedstawiciele ustawowi w sposób ewidentny dążą do umyślnego skrzywdzenia dziecka – droga sądowa do uzyskania zgody zastępczej zawsze pozostaje fakultatywna, lekarz jest uprawniony (ma prawo, nie obowiązek) do jej podjęcia, jeżeli nie zgadza się z decyzją pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego i za jedynie słuszną uważa leczenie go proponowaną przez siebie metodą (Dangel i in. 2011, s. 80).

Z kolei gdy lekarz uznaje, że sprzeciw 16–18-lątka jest wyrazem jego niezdolności do samodzielnego podejmowania decyzji (z powodu szoku, choroby, zaburzeń psychicznych, depresji sytuacyjnej lub niedorobłości intelektualnej), po prostu jego zgoda na leczenie przestaje być ustawowo wymagalna i wystarcza zdanie przedstawicieli ustawowych. Jeśli jednak uznajemy, że dane dziecko powyżej 16. roku życia działa z rozeznaniem, w zasadzie brak racjonalnych podstaw, by ten sprzeciw obalić, niezależnie od motywów działania dziecka, a więc każde jego uszanowanie uznać należy za legalne, a drogę sądową jedynie za dopuszczalną, ale nigdy nie przymusową alternatywę, która powinna być – z szacunku dla praw dziecka – stosowana jedynie wyjątkowo. Rozwiązania te obowiązują oczywiście jedynie w sytuacjach, gdy lekarz ma czas na konsultację z sądem. W przypadkach nagłych – gdy czasu nie ma – w zasadzie może decydować samodzielnie.

Leczenie w sytuacjach nagłych, niebezpiecznych dla życia dziecka

Art. 34 ust. 7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty głosi, że lekarz może wykonać obarczone ryzykiem czynności medyczne bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, jeżeli jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. Niestety, sformułowanie tego przepisu paradoksalnie wcale nie jest jednoznaczne. Wątpliwość dotyczy tego, czy użyty w nim zwrot „bez zgody” oznacza, że w takich momentach lekarz samodzielnie decyduje o leczeniu dziecka jedynie, gdy nie może skonsultować się z jego przedstawicielami ustawowymi, czy także wtedy, gdy wnieśli oni sprzeciw na leczenie.

Niestety odpowiedzi na to pytanie nie znajdujemy w innych przepisach tej ustawy. Wręcz przeciwnie, jeszcze bardziej komplikują one tę kwestię. Wynika to z faktu, że ustawodawca stworzył dwie różne podstawy do działania dla lekarza w wypadku czynności nieryzykownych i, co gorsze, posłużył się w nich różnymi sformułowaniami: „bez zgody” i „bez możliwości porozumienia się”. Z jednej strony bowiem art. 32 ust. 9 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty każe do nieryzykownych czynności medycznych stosować przytoczoną powyżej regulację z art. 34 ust. 7. Z drugiej natomiast strony zagadnienia tego dotyczy art. 33 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który zezwala na przeprowadzenie tych samych czynności na podstawie samodzielnej decyzji lekarza, jeżeli pacjent wymaga „niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym”. Zgodnie z tym ostatnim przepisem lekarz na pewno nie może działać, gdy przedstawiciele ustawowi są obecni i wyrażają sprzeciw albo gdy sprzeciw wyraża 16–18-latek, a nie ma czasu na uzyskanie zezwolenia sądu (Dangel i in. 2011, s. 77).

Większość przedstawicieli nauki prawa uważa, że sformułowanie „bez zgody” użyte w art. 34 ust. 7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty obejmuje oba stany faktyczne – gdy rodzice nie wyrażają opinii (np. są nieprzytomni, nie można się z nimi skonsultować, nie ma czasu nawet do nich zadzwonić), jak i gdy się jednoznacznie sprzeciwiają, a warunkiem legalności działania lekarza jest wtedy wyłącznie brak czasu na konsultację sądu (Dukiet-Nagórska 2008, s. 92–93; Kulesza 2005, s. 77–79; Liszewska 1997, s. 43; Nesterowicz 2005, s. 90). Wniosek taki wynika z przyjęcia przytaczanej już interpretacji, że sprzeciw przedstawicieli ustawowych na leczenie dziecka zawsze jest sprzeczny z zasadami współżycia społecznego i stanowi przejaw nadużycia władzy rodzicielskiej i, a tym samym w sytuacjach nagłych powinien być obalony samodzielną decyzją lekarza.

Uznając jednak, na podstawie tych samych argumentów, że taka ocena prawna każdego sprzeciwu przedstawicieli ustawowych nie może stanowić zasady, gdyż negowałaby samo uprawnienie do podejmowania świadomej zgody na leczenie, która z założenia musi dopuszczać możliwość jej odmowy, i to nawet w sytuacjach zagrażających życiu, uznać należy, że sformułowanie „bez zgody” powinno się odczytywać identycznie jak sformułowanie użyte w art. 33 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a więc jako „bez możliwości porozumienia się” (Dangel i in. 2011, s. 80).

Tak więc lekarz w sytuacjach nagłych może leczyć bez konsultacji z kimkolwiek, jedynie jeśli nie ma czasu ani na uzyskanie zezwolenia sądu, ani zgody przedstawicieli ustawowych, natomiast w przypadku wyraźnego świadomego sprzeciwu tych ostatnich – jeśli nie chodzi o przedstawicieli ustawowych zaniedbujących dzieci lub znęcających się nad nimi – wydaje się jednak, że powinien taki sprzeciw uszanować. Trzeba bowiem się zastanowić, jaką motywacją kierują się rodzice lub opiekunowie, którzy kochają swoje dziecko i troszczą się o nie, a jednocześnie nie wyrażają zgody na leczenie ratujące życie. Pomijając specyficzny kazus świadków Jehowy (którzy jednak nie godzą się jedynie na leczenie krwią, co przy dzisiejszym rozwoju medycyny może zostać prawie zawsze ominięte przy wykorzystaniu substancji krwiopodobnych), większość takich rodziców i opieku-

nów podejmuje te dramatyczne przeciw decyzje, w szczególności wobec ciężko chorych dzieci, jedynie dla ich dobra i z miłości, pragnąc, aby przestały one wreszcie cierpieć i mogły spokojnie umrzeć. Tak motywowany sprzeciw zasługuje na uszanowanie, szczególnie jeśli z medycznego punktu widzenia dalsze leczenie dziecka mogłoby nosić znamiona uporczywej terapii.

Taką interpretację art. 34 ust. 7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w kontekście dzieci nieuleczalnie chorych uprawdopodobnia orzeczenie Sądu Najwyższego z 4 kwietnia 2007 r. (V CSK 396/06) stwierdzające, że stan niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, do którego odwołuje się zarówno ten przepis, dotyczy nagłych i niespodziewanych stanów zagrożenia życia lub zdrowia, których nie można przewidzieć, a nie chorób przewlekłych. W tym kontekście stwierdzić należy, że dzieci nieuleczalnie chore nie znajdują się w stanie nagłego niebezpieczeństwa wynikającego z rozwoju ich choroby (oczywiście mogą się znaleźć w takim stanie z powodu niezależnego od tej choroby, np. wypadku), a więc prowadzenie wobec nich postępowania terapeutycznego skierowanego przeciwko owej nieuleczalnej chorobie opartego na powyższym przepisie wydaje się nieuzasadnione, tym bardziej że usprawiedliwiałby on wtedy stosowanie uporczywej terapii bez zezwolenia sądu, i to wbrew woli przedstawicieli ustawowych dziecka lub samego 16–18-letniego dziecka (Dangel i in. 2011, s. 80).

Podstawowe pytanie, jakie należy sobie zadać mówiąc o trybie nagłym, dotyczy stopnia nagłości niebezpieczeństwa dla pacjenta, który pozwala na odstąpienie od poszukiwania kontaktu z przedstawicielami ustawowymi dziecka czy uzyskiwania zezwolenia sądu. Oczywiście nie ma wątpliwości, gdy brak działania lekarza może skutkować natychmiastową śmiercią. Z pewnością do takich trzeba zaliczyć wszystkie wypadki nagłego zatrzymania oddechu czy akcji serca oraz obfite krwotoki czy zadławienia. Wątpliwość budzą już jednak sytuacje, gdy świadczenie musi być udzielone w ciągu godziny czy 30 minut. Z pewnością w takich sytuacjach lekarz powinien przynajmniej spróbować porozumieć się z przedstawicielami ustawowymi. Jednak czy jeśli jego próby okażą się nieskuteczne, musi zawiadamiać sąd o konieczności uzyskania zgody zastępczej, czy też może wdrożyć postępowanie na podstawie art. 32 ust. 9 albo art. 34 ust. 7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry?

Ocena, czy jest czas na konsultację z sądem, zależeć będzie tak naprawdę od praktyki, jaką wypracuje sobie dany podmiot leczniczy we współpracy z właściwym miejscowo sądem opiekuńczym. Jak już wskazano, orzeczenie sądu może zapaść po posiedzeniu niejawnym, o którym nikt nie musi być powiadamiany, czyli faktycznie – natychmiast po uzyskaniu zawiadomienia ze strony lekarza – i zostać przesłane do szpitala faksem. Oczywiście niezbędne jest, by o każdej porze dnia i nocy każdego dnia podmiot leczniczy miał dostęp do sędziego, np. dyżurującego pod telefonem, do którego będzie mógł skierować odpowiednie zawiadomienie i uzyskać w taki sposób szybką odpowiedź. Jest to wykonalne, ale wymaga ustalenia zasad skutecznej współpracy między oboma jednostkami. Podmioty lecznicze, które często kierują tego typu wnioski (np. leczą dużą ilość dzieci, które przebywają na leczeniu bez stałej opieki przedstawicieli ustawowych albo które wychowywane są w rodzinach świadków Jehowy), miały szansę sobie taką współpracę wyrobić i mogą oczekiwać, że uzyskają zgodę zastępczą w ciągu owych 30 minut. W ich przypadku możliwość odwołania świadczenia nawet o jedynie tak krótki czas nie będzie skutkowało legalnością leczenia bez uzyskania zezwolenia sądu. Odmienne będzie w przypadku podmiotów, które rzadko z tego trybu korzystają, nie mają współpracy z sądem, nie dysponują wiedzą o numerze telefonu sędziego dyżurującego albo, w przypadku sądów, gdzie takie dyżury nie zostały wyznaczone (szczególnie gdy konieczność podjęcia leczenia wystąpi w dniach albo godzinach poza urzędowaniem sądu). Lekarz z takiego podmiotu będzie mógł leczyć samodzielnie, nawet jeśli mógłby odwołać świadczenie o kilka godzin, a nawet dni (np. w przypadku długiego weekendu świątecznego). Oczywiście dotyczy to jedynie przypadków, gdy wie, że w ciągu tego czasu nie uda mu się skontaktować z przedstawicielami ustawowymi dziecka (np. zginęli oni w wypadku, który dziecko przeżyło).

Mówiąc o postępowaniu w sytuacjach nagłych warto wspomnieć jeszcze o jednym momencie, w którym ustawa zezwala lekarzowi na podjęcie leczenia w sposób samodzielny – podczas

zabiegu chirurgicznego. Art. 35 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stwierdza bowiem, że jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, jeśli jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. Zaistnienie takich okoliczności lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej oraz informuje o nich pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy. W niniejszej regulacji chodzi o to, że lekarz może zwiększyć pole operacyjne bez informowania pacjenta i uzyskiwania jego zgody, jeśli taka konieczność objawi się po uspieniu pacjenta, a przerwanie operacji i wybudzanie go byłoby dla niego ryzykowne.

Przepis ten będzie miał zastosowanie przy leczeniu dzieci tylko w odniesieniu do zaniechania uzyskiwania zgody 16–18-latką oraz w przypadku niemożności kontaktu podczas zabiegu z przedstawicielami ustawowymi dziecka. Jeśli bowiem siedzą oni pod salą operacyjną, trudno sobie wyobrazić sytuację, która uzasadniałaby konieczność rozszerzenia zabiegu tak szybko, by jeden z lekarzy operujących nie mógł choć na chwilę opuścić sali operacyjnej i porozmawiać z nimi w celu udzielenia im niezbędnych informacji i uzyskania zgody na takie postępowanie medyczne.

Na zakończenie omawiania procedury działania lekarza w sytuacjach nagłych warto wspomnieć jeszcze o jednym jego obowiązku, który narzuca obligatoryjnie ustawa, a którego sens nie do końca jest jasny. Jak wynika z cytowanych przepisów art. 34 ust. 7 i art. 35 ust. 2 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz po przeprowadzeniu leczenia, o którym zadecydował samodzielnie w trybie nagłym, ma obowiązek poinformować pacjenta (w przypadku dziecka – 16–18-letniego), jeśli jest zdolny zrozumieć taką informację, jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego albo sąd (jeśli nie można było porozumieć się ani z pacjentem, ani z przedstawicielem ustawowym czy opiekunem faktycznym). O ile informowanie pacjenta i przedstawiciela ustawowego czy nawet opiekuna faktycznego o udzielonych świadczeniach jest w pełni zrozumiałe i wynika z prawa do informacji o procesie leczenia oraz umożliwia podjęcie świadomej decyzji odnośnie do dalszych proponowanych procedur medycznych, o tyle zastanawiający jest cel informowania o tym sądu. Sąd bowiem z taką informacją nic nie robi, nie wszczyna na jej podstawie żadnego postępowania. Co więcej, jeśliby przestrzegać tego przepisu w sposób formalistyczny, to w odniesieniu do pacjentów leczonych w tym trybie dość długo i intensywnie (a takie sytuacje mogą się zdarzyć, gdy pacjent niemający przedstawiciela ustawowego, pod wpływem sytuacji niespodziewanej zagrażającej życiu, np. wypadku samochodowego, znajdzie się na oddziale intensywnej terapii, gdzie będą mu udzielane liczne świadczenia medyczne, z którymi nie można czekać, a które z pewnością ratują życie), sądy powinny być zalane tego typu informacjami. Podobnie bowiem jak przy zgodzie i zezwoleniu sądu, lekarz powinien poinformować o każdym jednym świadczeniu udzielonym pacjentowi w trybie art. 32 ust. 9 i art. 34 ust. 7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry – badaniu, zastrzyku, zmierzeniu ciśnienia, podaniu leku, zmianie opatrunku itp. Jeśli obowiązek ten ma służyć tylko biurokracji, to trzeba przyznać, że nie ma on sensu (dlatego pewnie w praktyce w ogóle nie jest wykonywany). Żeby taki sens temu obowiązkowi nadać, warto, by lekarz informując sąd o przypadku udzielenia świadczenia w trybie nagłym, dołączał także zawiadomienie, że dziecko nie ma przedstawiciela ustawowego zdolnego podejmować w przyszłości decyzje o jego leczeniu, a będzie wymagało jego kontynuowania. Na takie zawiadomienie sąd powinien reagować wszczęciem z urzędu postępowania w sprawie ustanowienia dla dziecka opiekuna, jeśli w ogóle nie ma przedstawiciela ustawowego, albo kuratora, jeśli dziecko przedstawiciela ustawowego ma, ale kontakt z nim przez jakiś czas (choroby czy nieobecności) nie będzie możliwy. Tak ustanowiony opiekun czy kurator stanie się podmiotem decyzyjnym, a więc lekarz nie będzie w przyszłości korzystał z trybu nagłego, a tym samym słał

do sądu kolejnych informacji, a korzystanie z sądu ograniczy się jedynie do przypadków niezasadnego sprzeciwu opiekuna/kuratora na leczenie dziecka.

Wnioski

Jak wynika z niniejszego opracowania, zasady wyrażania zgody na leczenie dziecka nie są ani jasne (o czym świadczą rozbieżności interpretacyjne w literaturze prawniczej), ani proste, ani tym bardziej życiowe. Niestety prowadzi to często do niestosowania tych przepisów, co nie służy ani poszanowaniu podmiotowości dziecka i autonomii jego przedstawicieli ustawowych, ani bezpieczeństwu lekarzy (a należy pamiętać, że przeprowadzenie zabiegu medycznego bez zgody pacjenta skutkować może odpowiedzialnością karną z art. 192 § 1 k.k.).

Prawo powinno być przejrzyste, łatwe do stosowania i funkcjonalne, szczególnie gdy ma być stosowane przez osoby bez wykształcenia prawniczego, jak w przypadku relacji lekarz – pacjent. W związku z tym oprócz promocji wiedzy o obecnie obowiązujących normach, warto też dążyć do ich zmiany – uproszczenia i przystosowania do wymogów funkcjonowania podmiotów medycznych i sądów opiekuńczych. Kierując się tym celem, grupa lekarzy i prawników, współpracująca z Warszawskim Hospicjum dla Dzieci, stworzyła rok temu projekt zmian Ustawy o prawach pacjent i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który miał usunąć sprzeczności i niefunkcjonalność przepisów o wyrażaniu zgody albo sprzeciwu na leczenie². Niestety do dnia dzisiejszego nikt z polityków – ani prezydent, ani rząd, ani parlamentarzyści – nie był zainteresowany wprowadzeniem tego projektu na ścieżkę legislacyjną.

Akty prawne

Kodeks rodzinny i opiekuńczy z dnia 25 lutego 1964 r. Dz. U. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. Dz. U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (tekst jednolity) Dz. U. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.

Bibliografia

- Dangel, T. i in. (2011). *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy.* Warszawa: Polskie Towarzystwo Pediatryczne.
- Dukiet-Nagórska, T. (2008). *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne.* Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kulesza, J. (2005). Brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy a lekarski obowiązek udzielania pomocy. *Prawo i Medycyna*, 2, 66–83.
- Liszewska, A. (1997). Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy. *Państwo i Prawo*, 1, 36–48.
- Michalek-Janiczek, A. (2009). Autonomia małoletniego w zakresie leczenia. *Państwo i Prawo*, 10, 57–69.
- Nesterowicz, M. (2005). *Prawo medyczne.* Toruń: Dom Organizatora.
- Nesterowicz, M. (red.),(2009). *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.* Warszawa: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia sp. z o.o.
- Szeroczyńska, M., Wołoszczuk-Gębicka, B., Wiwatowski, T. (2001). *Zabiegi chirurgiczne u świadków Jehowy.* Warszawa: Emu.
- Świdarska, M. (2007a). Forma zgody na zabieg medyczny. *Prawo i Medycyna*, 2, 51–59.
- Świdarska, M. (2007b). *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny.* Toruń: Dom Organizatora.
- Wiwatowski, T., Chmielewska, U., Karnas, A. (1999). Prawo wyboru metody leczenia – stanowisko świadków Jehowy w sprawie transfuzji krwi. *Prawo i Medycyna*, 4, 18–27.
- Zoll, A. (2000). Zaniechanie leczenia – aspekty prawne. *Prawo i Medycyna*, 5, 31–38.

² Tekst projektu dostępny na stronie: <http://www.hospicjum.waw.pl/biblioteka/epidemiologia-polityka-zdrowotna/testament-zycia-pelnomocnik-medyczny/313-projekt-ustawy>

**FORUM PEDAGOGIKI SPECJALNEJ (www.efps.pl)
ELEKTRONICZNA PRZESTRZEŃ SPOTKANIA, INSPIROWANIA,
POPULARYZOWANIA I DOKUMENTOWANIA BOGACTWA
PEDAGOGIKI SPECJALNEJ**

Forum Pedagogiki Specjalnej sięga do źródeł i nawiązuje do dzieła prof. Marii Grzegorzewskiej, twórczyni pedagogiki specjalnej w Polsce. Powstało w 125. rocznicę urodzin Marii Grzegorzewskiej i wpisuje się w 55. rocznicę utworzenia Katedry Pedagogiki Specjalnej na Uniwersytecie Warszawskim, wydarzenia uznawanego za początek akademickości pedagogiki specjalnej. Stosując formę wortalu internetowego, *Forum Pedagogiki Specjalnej* jest tworzone z myślą o dokumentowaniu i popularyzowaniu bogactwa pedagogiki specjalnej.

Forum jest swoistym instrumentem łączenia tradycji z nowoczesnością i przenikania przeszłości, terażniejszości w przyszłość. Jest elektronicznym narzędziem komunikacji w podejmowaniu stałych i zmiennych wątków pedagogiki specjalnej. Jest przestrzenią spotkania zarówno teoretyków, jak i praktyków zajmujących się różnymi obszarami pedagogiki specjalnej. *Forum Pedagogiki Specjalnej* powstało, by stać się źródłem naukowych inspiracji, impulsem do dzielenia się osiągnięciami i budowania tych więzi w pedagogice specjalnej, o których Maria Grzegorzewska mówiła: „być w dziejach, tworzyć je, to znaczyć życiem swoim ślady, że byliśmy. Jeśli nie czynem, to myślą i chęcią współuczestniczenia w życiu społecznym”. Dlatego *Forum* jest nie tylko swoistym kompendium wiedzy. Jest przede wszystkim przestrzenią otwartą, do współtworzenia której Rada Programowa wortalu zaprasza osoby zainteresowane rozwojem polskiej pedagogiki specjalnej, w tym:

- naukowców z akademickich ośrodków pedagogiki specjalnej i nauk współdziałających w Polsce i za granicą;
- praktyków z placówek edukacyjnych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych, resocjalizacyjnych (nauczycieli, wychowawców, terapeutów, rehabilitantów i innych specjalistów);
- pracowników stowarzyszeń, fundacji czy grup wsparcia;
- osoby z niepełnosprawnością i z dysfunkcjami adaptacji społecznej;
- rodziny i opiekunów osób z niepełnosprawnością;
- osoby przygotowujące się do zadań zawodowych związanych z pedagogiką specjalną (studentów).

Zamieszczone na stronach serwisu aktywne kwestionariusze ułatwiają tworzenie baz (m.in. indywidualnych i zespołowych projektów badawczych, ośrodków naukowych oferujących kształcenie na kierunku pedagogika specjalna, konferencji, seminariów, nowości

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI„Pedagogika specjalna – nowa specjalność”
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii GrzegorzewskiejUNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

wydawniczych, akcji i kampanii z zakresu pedagogiki specjalnej), a sprofilowane wyszukiwarki umożliwiają ich swobodne przeglądanie.

Celem powstania serwisu jest inspirowanie do działań na polu pedagogiki specjalnej jako obszaru działalności naukowej, kierunku kształcenia wyższego, praktyki edukacyjnej, opiekuńczej, rehabilitacyjnej i resocjalizacyjnej. Dla ułatwienia korzystania z zawartości *Forum* wspomniane treści uporządkowano w działach: nauka, kształcenie akademickie, dobre praktyki, zasoby i aktualności. Dzięki temu w serwisie będą dokumentowane osiągnięcia akademickiej pedagogiki specjalnej, co w zamierzeniu Rady Programowej wortalu ma promować pedagogikę specjalną jako obszar naukowy, kierunek kształcenia i doskonalenia zawodowego nauczycieli oraz ułatwiać współpracę naukowców z różnych ośrodków. Na stronach *Forum* będą gromadzone i udostępniane zasoby z zakresu pedagogiki specjalnej, w tym dorobek pracowników naukowych, koncepcje realizowanych projektów badawczych, narzędzia pomocne zarówno w pracy naukowej, jak i praktyce edukacyjnej, rehabilitacyjnej, terapeutycznej czy resocjalizacyjnej oraz zmiany w kształceniu pedagogiki specjalnej. Nie zabraknie też informacji o aktualnych wydarzeniach czy nowościach wydawniczych.

Rada Programowa *Forum Pedagogiki Specjalnej* zachęca osoby zainteresowane współtworzeniem wortalu do kontaktu i stałej współpracy (www.efps.pl, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej ul. Szczęśliwicka 40, pok. 3517, 02-853 Warszawa, Koordynatorka Projektu FPS Sylwia Kalinowska, tel. 22 589 36 00 wew. 3517, e-mail: skalinowska@aps.edu.pl).

Forum Pedagogiki Specjalnej (FPS, www.efps.pl) zostało zrealizowane w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie w ramach projektu *Pedagogika specjalna – nowa specjalność* współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



„Pedagogika specjalna – nowa specjalność”
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

ZASŁUŻENI DLA PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

MAREK WASIAK

WSPOMIENIE O JERZYM WASIAKU (1924–2012)

Jerzy Wasiak urodził się 11 marca 1924 r. w Skórzewie, powiat kutnowski. Do szkoły powszechnej uczęszczał w Kutnie. W czasie okupacji hitlerowskiej pracował przymusowo w niemieckim gospodarstwie rolnym. Po wojnie ukończył Liceum Pedagogiczne w Kutnie. Działalność zawodową rozpoczął w 1949 r. w łódzkiej Szkole Podstawowej dla Dorosłych nr 5, którą kierowała wybitna nauczycielka i działaczka oświatowa Alicja Napiórkowska. W latach 1951–1952 studiował w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej (PIPS) w Warszawie, w dziale kształcenia nauczycieli dzieci głuchych, pod kierunkiem prof. Marii Grzegorzewskiej. Po ukończeniu PIPS pracował w Zakładzie Dzieci Głuchych w Łodzi oraz we wchodzącej w jego skład Szkole Podstawowej Specjalnej nr 97. Korzystał z doświadczeń wieloletnich nauczycielek: S. Ulassowej, M. Zimowskiej, M. Rydzowej, które uczyły dzieci głuche od 1915 r., tj. od powstania w Łodzi pierwszej szkoły dla niesłyszących. Był nauczycielem głównie przyrody i biologii, o czym pisał: „Hodowla ryb w akwariach, żab afrykańskich, papużek i białych myszek zapoznaje młodzież ze sposobami życia różnych gatunków kręgowców, uczy właściwego stosunku do zwierząt i pozwala na prowadzenie obserwacji potrzebnych na lekcjach. [...] Wokół budynku jest dość duży teren [...] kilka mozolnie uprawianych na początku grządek rozrosło się w przyjemny kwiatnik i rozległy ogród warzywno-owocowy. Poza wartościami natury poznawczej (uprawa kwiatów i warzyw w ramach zajęć lekcyjnych i pozalekcyjnych) i estetycznej, wywiera też dodatni wpływ na wyżywienie wychowanków” (*Monografia Zakładu Dzieci Głuchych w Łodzi*, 1964, s. 44, 72).

Na zlecenie Ministerstwa Oświaty w latach 60. XX w. uczestniczył w przygotowaniu programu nauczania tych przedmiotów w szkołach dla dzieci głuchych.

Przez wiele lat organizował dla uczniów wycieczki w celu pogłębienia ich wiadomości szkolnych, by każdy absolwent znał różne regiony Polski. Wycieczki prowadził osobiście, pełniąc rolę pilota, opiekuna, tłumacza. Warto wspomnieć o innowacji zaplanowanej i przeprowadzonej przez J. Wasiaka: „Z zespolenia elementów nauki szkolnej i pogłądowej roli wycieczek zrodził się pomysł ośrodka kolonijno-szkolnego, który został zrealizowany od 18 maja do 13 czerwca 1961 r. w Poroninie. [...] Do Poronina wyjechało 82 dzieci z klas IV – VII pod opieką swoich nauczycieli. Młodzież zakwaterowana była w domkach góralskich. Lekcje odbywały się w miejscowej szkole i były ugruntowaniem wiadomości zdobytych w czasie licznych wycieczek, w czasie których uczniowie poznawali gruntownie polskie Tatry” (tamże, s. 75).

Dbając o wszechstronny rozwój uczniów, podejmował różnorodne działania kompensacyjne. Ilustruje to wypowiedź o prowadzonych przez niego koloniach: „Olcza k. Zakopanego, Wejherowo, Kołobrzeg, Białogard, Poronin, Słupsk, Mielno – to ośrodki, w których młodzież z różnych klas przebywała dłużej. Przemierzając pieszo drogi i ścieżki miała możliwość uzupełnić wiadomości z biologii dotyczące roślin uprawnych, lasu czy roślin chronionych. Miała również możliwość praktycznego wypróbowania swoich wiadomości z geografii w czasie licznych wycieczek, tym bardziej, że wychowawcami dzieci głuchych byli ich nauczyciele. Niektóre z wymienionych placówek przeznaczone były wyłącznie dla dzieci głuchych, na innych zaś grupy głuchych łączone były z dziećmi słyszącymi. [Integracja] umożliwia im bezpośredni kontakt i zmusza głuchych do porozumiewania się za pomocą mowy ustnej z otoczeniem nieznaną migów” (tamże, s. 75).

Bardzo ważne było dla niego harcerstwo. Już w 1952 r. był opiekunem drużyny harcerskiej głuchych, przez wiele lat współpracował z Referatem Nieprzetartego Szlaku Chorałwi Łódzkiej ZHP, organizując rajdy i biwaki. Wykorzystywał każdą sposobność, by podopieczni podnosili swoją sprawność

fizyczną, umieli radzić sobie w trudnych sytuacjach, uczyli się współpracy i koleżeństwa. Przypomniana działalność J. Wasiaka powadzona była kilkadziesiąt lat temu, pozostaje jednak żywa w pamięci wychowanków – dziś starszych już osób, które z ekspresją wspominają tamte czasy.

W latach 1958–1965 pełnił obowiązki kierownika Szkoły Podstawowej nr 97 w Łodzi. W 1963 r. – jako kierownik szkoły dla głuchych – wraz z doc. dr. hab. Stanisławem Kmitą z Akademii Medycznej w Łodzi był pomysłodawcą utworzenia oddzielnej klasy dla niedosłyszących. Klasa ta stała się załącznikiem placówki dla dzieci słabosłyszących (nb. zlikwidowanej w 2012 r. przez władze Łodzi). „W rekrutacji dzieci z resztkami słuchu – pisał J. Wasiak – przyszedł szkole z pomocą Oddział Laryngologii Dziecięcej przy Akademii Medycznej w Łodzi, zbierając ze szkół podstawowych dzieci z wadami słuchu. W szkołach normalnych ukończyły one pięć klas, ale wobec narastającej liczby przedmiotów, materiału nauczania i liczebności klas zaczęły powstawać poważne trudności w opanowaniu przez nie wiadomości przewidzianych programem. [...] klasa ta korzysta z lokalu Szkoły Podstawowej nr 89 przy ul. Czerwonej 8, a administracyjnie wchodzi w skład Zakładu Głuchych. Decyzja ta została podjęta w trosce o to, aby dzieci tych nie łącząc z dziećmi głuchymi i nie dopuścić do nauczania się migów” (tamże, s. 48–49).

Żywo interesował się także historią łódzkiego szkolnictwa specjalnego. W 1964 r. z inicjatywy Polskiego Związku Głuchych napisał *Monografię Zakładu Dzieci Głuchych w Łodzi*, opierając się na archiwaliach, kronikach szkolnych oraz zapiskach i wspomnieniach Stefanii Ulassowej. Do opracowania tego wielokrotnie sięgali i cytowali je pedagodzy, historycy oświaty; korzystali z niej m.in. redaktorzy książki *90 lat Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Niesłyszących w Łodzi 1915–2005*, zamieszczając fragmenty monografii, choć bez wiedzy i zgody autora.

W latach 1972–1977 J. Wasiak pełnił funkcję dyrektora Państwowego Zakładu Wychowawczego dla Dzieci Głuchych w Łodzi,

równocześnie kierował Szkołą Podstawową nr 97, wchodzącą w skład Zakładu. Rozwijał swoje zainteresowania pedagogiczne i w 1973 r. zapoznał się z pracą Instytutu Defektologii w Moskwie. W 1977 r. złożył egzamin kwalifikacyjny równoważny wyższym studiom zawodowym w zakresie pedagogiki opiekuńczej, wobec nieuznawania dyplomu PIPS jako potwierdzającego ukończenie studiów wyższych. W 1975 r. został mianowany wychowawcą dyplomowanym.

W latach 1977–1985 pracował w Zakładzie Wychowawczym dla Dzieci Niedowidzących oraz w Zakładzie dla Dzieci Niedosłyszących w Łodzi. Znana była także jego praca społeczna: od 1953 r. był członkiem Polskiego Związku Głuchoniemych i ich Przyjaciół, a następnie Polskiego Związku Głuchych, dzięki jego zaangażowaniu rozwijała się współpraca szkoły z Poradnią PZG. Od 1951 r. należał do Związku Nauczycielstwa Polskiego, był też ławnikiem sądu rodzinnego.

Jego działalność pedagogiczna i wolontaryjna zyskała duże uznanie. Otrzymał: Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty i Srebrny Krzyż Zasługi, Medal 40-lecia Polski Ludowej, Złotą Odznakę ZNP, Złotą Odznakę Honorową Polskiego Związku Głuchych, Honorową Odznakę Ruchu Przyjaciół Harcerstwa, Odznakę Przyjaciela Dziecka, Nagrodę Ministra Oświaty i Wychowania I i II stopnia. W 1985 r. przeszedł na emeryturę, ale utrzymywał kontakty ze środowiskiem głuchych. Uczestniczył w zjazdach absolwentów, a jego obecność wywoływała spontaniczne i niesłychanie serdeczne reakcje dorosłych już wychowanków. W 2005 r. brał udział w jubileuszach 90-lecia łódzkiej szkoły dla głuchych i 40-lecia szkoły dla niedosłyszących, w 2009 r. w obchodach 100-lecia ruchu społecznego głuchych ziemi łódzkiej.

Jerzy Wasiak zmarł 12 listopada 2012 r., przeżywszy 88 lat. Żegnany był na cmentarzu w Łodzi-Łagiewnikach przez liczne grono współpracowników i wychowanków z prezesem Zarządu Oddziału Polskiego Związku Głuchych Stanisławem Mizerskim. Dorobek Zmarłego przypomniał hm. Bolesław Majewski, były komendant Nieprzetartego Szlaku.

R E C E N Z J E

Małgorzata Kupisiewicz: Słownik pedagogiki specjalnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, ss. 452.

Jest to książka wartościowa i od dawna oczekiwana w środowisku pedagogów, rodziców dzieci – nie tylko niepełnosprawnych – i tych wszystkich, którzy interesują się szeroko rozumianym wychowaniem. Na początku należy się wyjaśnienie, że nie jest to słownik, z jakimi najczęściej się spotykamy, jest to pewnego rodzaju poradnik związany wprawdzie z pedagogiką specjalną, ale nie tylko, bowiem wiele haseł, merytorycznych wyjaśnień, przykładów odnosi się do innych, pokrewnych dyscyplin naukowych, jak np. socjologia, medycyna, psychologia, a nawet prawo i ekonomia.

Z treści wynika, że autorka słownika głęboko tkwi w omawianej problematyce. Dużo problemowych haseł omówionych jest w szerokim kontekście społecznym, z uwzględnieniem najnowszych badań i własnych przemyśleń. Co przyczyniło się do tego, że wiele zagadnień zostało przybliżonych osobom, które niewiele mają wspólnego z pedagogiką specjalną? Wynika to z tego, że nierzadko trudne określenia, zwroty i znaczenia zostały przedstawione w sposób zrozumiały, możliwy do przyswojenia. Jest to niewątpliwie dużą sztuką, nawet mistrzostwem, i jest to ważne dla zrozumienia życia osób niepełnosprawnych, objęcia ich rehabilitacją i pomocą, nie zawsze pomocą zinstytucjonalizowaną, ale taką zwykłą, ludzką, zrozumienia, że niepełnosprawni są wśród nas. A jest ich bardzo dużo. Z książki dowiadujemy się, że na przełomie XX i XXI w. na świecie było około 500 mln osób niepełnosprawnych, w Polsce około 12 % ogółu ludności, w tym 3% w wieku do 14. roku życia. A więc jest to problem, którym nie tylko można, ale należy się zajmować. W tej sekwencji M. Kupisiewicz rekapitułuje, że ponad 4 mln osób w Polsce wymagało i nadal wymaga – trwale lub okresowo – różnych form i zakresów diagnozy, profilaktyki, rehabilitacji oraz terapii o charakterze opiekuńczym, leczniczym, psychopedagogicznym, a także wsparcia społecznego i prawnego.

Powróćmy jednak do recenzowanej książki. Otóż jej struktura jest przejrzysta i zrozumiała. Część pierwsza ma charakter problemowy, obejmuje 1020 haseł z szerokimi komentarzami i wyjaśnieniami. Niektóre objętościowo większe hasła częściowo wydrukowane są mniejszą czcionką, aby można było pomieścić więcej informacji o omawianym problemie, częściowo mają charakter typowo przeglądowy, ale zasadnicza część to informacje merytoryczne z określonej dziedziny nauki. Znajdujemy więc wyjaśnienia naukowe, ale nie tylko, jest też pewnego rodzaju instruktaż, co należy robić, aby pomóc osobie niepełnosprawnej, jakie należy stosować przeciwdziałania. Druga część książki to dobrze uporządkowane krótkie biografie osób, które nie zawsze bezpośrednio związane były i są z pedagogiką specjalną, ale wniosły istotny wkład zarówno do badań naukowych, jak i praktyki, wskazały, jakie powinny być praktykowane działania opiekuńczo-wychowawcze i dydaktyczne wobec osób niepełnosprawnych.

W meritum omawianych haseł problemowych można zauważyć, że współcześnie pedagogika specjalna, zarówno w aspekcie naukowo-badawczym, jak i praktycznym, ma charakter interdyscyplinarny i zajmuje znaczącą pozycję w systemie nauk społeczno-humanistycznych. Wręcz konieczne jest łączenie i korzystanie z różnych dziedzin wiedzy w celu skutecznego rozwiązywania problemów psychosomatycznych, terapeutycznych, pedagogicznych, socjologicznych prawnych i społecznych osób niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie, a także osób w podeszłym wieku.

Wymogom tym odpowiada układ problemowych haseł często luźno związanych z pedagogiką specjalną, które mają ściślejsze związki z innymi dziedzinami wiedzy, ale na tym właśnie polega wielodyscyplinarność współczesnej pedagogiki specjalnej. W tej sekwencji warto przytoczyć (przykładowo) kilka haseł, jak np. „abolicja”. Jest to pojęcie prawno-polityczne i oznacza umorzenie, puszczanie w niepamięć. Wyjaśnienie jest krótkie i zrozumiałe, z zaznaczeniem, że zależnie od okoliczności mogą być

różne rodzaje abolicji odnoszące się do pedagogiki. I drugie hasło, związane bardziej z medycyną niż pedagogiką specjalną, to „alkoholowy zespół płodowy”. Trzeba mieć wiedzę – a ma ją autorka – i umiejętność, aby ten problem mógł być przedstawiony w sposób jasny dla przeciętnego czytelnika. Istotą jest wyjaśnienie, jakie konsekwencje może mieć alkoholowy zespół płodowy dla urodzonego dziecka. Trzecie hasło to „kryzys”. Powszechnie przyjmuje się, że jest on związany z ekonomią, naukami politycznymi i pokrewnymi dziedzinami wiedzy. Tymczasem M. Kupisiewicz zauważa, że może się także odnosić do wielu okoliczności ściśle związanych z pedagogiką specjalną (np. kryzys w rodzinie). Wyjaśnia, jakie ujemne skutki może on mieć dla dzieci, rodziców i zarazem dla całego społeczeństwa. Dodajmy do tego jeszcze hasło „otyłość”, o czym ostatnio tak wiele się mówi i pisze. Autorka wyjaśnia, też w sposób prosty i zrozumiały, negatywne skutki otyłości, zwłaszcza u dzieci i młodzieży, i to, że mogą być one trudne do przezwyciężenia. Mogą być przyczyną wielu chorób, utrudniać życie. Otyłość to zjawisko społeczno-obyczajowe związane głównie z żywieniem dzieci hamburgerami, chipsami itp.

Co jeszcze warto dodać i szczególnie wyeksponować? Otóż to, że M. Kupisiewicz, dobierając hasła i je omawiając, uwzględniła w pierwszej kolejności sytuację społeczną, ekonomiczną naszego społeczeństwa i potrzeby osób niepełnosprawnych, ich środowisko, rodzinę, to, by osoby niepełnosprawne mogły funkcjonować wśród nas i to, abyśmy i my mogli je postrzegać i pomagać im w osiągnięciu samodzielności.

Uogólniając należy podkreślić, że słownik ten zawiera stosunkowo szeroki zestaw haseł z zakresu wielospecjalistycznej diagnozy, rozwoju dzieci z różnymi rodzajami i stopniami niepełnosprawności, patologii i profilaktyki zaburzeń rozwojowych w różnym

wieku, zarówno niemowlęco-dziecięcym, młodzieżowym, jak i dorosłym. Autorka daje wskazówki odnoszące się do edukacji, rehabilitacji z punktu widzenia medycznego i psychopedagogicznego, w tym funkcjonowania osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Omawia też pewne regulacje prawne dotyczące osób niepełnosprawnych.

W krótkiej recenzji nie sposób poruszyć wszystkich zagadnień zawartych w słowniku, ale warto zastanowić się, komu może być on pomocny. Odpowiedź na tak postawione pytanie jest trudna, bo jego zawartość merytoryczna sprawia, że może z niego korzystać wiele grup społecznych, nawet nie zawsze związanych z pedagogiką specjalną. Przede wszystkim przeznaczony jest dla:

– Studentów pedagogiki (nie tylko specjalnej). Mogą w nim znaleźć szereg informacji z zakresu swojej specjalności, wskazówki do poszukiwania szerszych wiadomości w innych opracowaniach. Słownik może też być użyteczny dla studentów psychologii, wychowania fizycznego, rehabilitacji, socjologii oraz dla tych, którzy interesują się różnego rodzaju niepełnosprawnościami.

– Rodziców, którzy zastanawiają się, jak we współczesnej zmieniającej się rzeczywistości można i należy wychowywać dzieci. Dotyczy to zwłaszcza – ale nie tylko – tych rodziców, którzy mają dzieci niepełnosprawne. Dla nich jest wiele uwag i wskazówek, często, tak zwyczajnie, życiowych.

– Opiekunów i nauczycieli dzieci, które nazywamy dziećmi specjalnej troski, zwłaszcza tych, które przebywają w zakładach izolacyjnych związanych z resocjalizacją.

Z tych względów *Słownik pedagogiki specjalnej* autorstwa M. Kupisiewicz wypełnia lukę na swym polu wiedzy. Miejmy nadzieję, że w następnych wydaniach – bo takie niewątpliwie powinny się pojawiać – autorka znacznie poszerzy objaśnienia niektórych haseł i wprowadzi nowe hasła.

Ludwik Malinowski

OPRACOWANIA NAUKOWE

<i>Joanna Głodkowska</i> – Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – integracja edukacyjna procesem złożonym i trudnym	(1) 5
<i>Justyna Fiedorczuk, Irena Fiedorczuk</i> – System wartości młodzieży szkół integracyjnych	(1) 17
<i>Diana Aksamił-Staszkievicz</i> – Percepcja osób z niepełnosprawnością intelektualną przez nauczycieli i uczniów szkół ogólnodostępnych w Polsce i na Litwie	(1) 26
<i>Murat Demirbaş, Gülşah Tanrıverdi</i> – Education of gifted students in Turkey	(1) 34
<i>Małgorzata Sekulowicz, Barbara Stonoga-Karpa</i> – Ocena postępów rozwoju dziecka z zaburzeniami psychoruchowymi usprawnianego metodą neurorozwojową NDT-Bobath	(2) 85
<i>Aneta Gop</i> – Sylwetka pedagoga specjalnego – badania korelacyjne studentów pedagogiki specjalnej	(2) 96
<i>Justyna K. Piirtinen</i> – Stan mowy i funkcjonowanie emocjonalno-społeczne osób z niedokształceniem mowy pochodzenia korowego	(2) 106
<i>Л.С. Медникова, Е.В. Пекишева</i> – Вербализация представлений об окружающем дошкольниками с задержкой психического развития	(2) 116
<i>Marzena Dycht</i> – Henryk Ruszczyk i jego koncepcja rehabilitacji zawodowej osób niewidomych	(3) 165
<i>Katarzyna Bieńkowska</i> – Diagnostowanie gotowości szkolnej dziecka z wadą słuchu w świetle nowej rzeczywistości edukacyjnej	(3) 174
<i>Галецкая Юлия</i> – Особенности использования системы пиктограмм в процессе формирования социально-бытовых навыков у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью	(3) 184
<i>Andrzej Adamczyk, Diana Aksamił, Beata Dubińska, Agnieszka Krawczyk, Sandro Kuruliszwili, Joanna Stepaniuk, Wanda Walkowiak</i> – Wykorzystanie piktogramów w procesie kształtowania umiejętności społecznych dzieci z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną. Na podstawie: Галецкая Юлия, Особенности использования системы пиктограмм в процессе формирования социально-бытовых навыков у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью	(3) 199
<i>Czesław Kupisiewicz</i> – O szkole	(4) 245
<i>Wiesław Nynca</i> – Refleksja nad zmianą w resocjalizacji w zakładach dla nieletnich	(4) 251
<i>Elżbieta Kręcisz-Plis</i> – Postrzeganie czasu przez osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu	(4) 263
<i>Marta Adamczyk-Boruca</i> – Sprawność językowa dzieci ośmioletnich. Porównanie zdolności językowych dziewcząt i chłopców w normie intelektualnej	(4) 270
<i>Iryna Martynenko, Vladysław Tyschenko, Natalia Bazyma</i> – Special education in Ukraine	(4) 280
<i>Sławomira Sadowska</i> – Egzamin gimnazjalny 2012 dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. O jawnych i ukrytych sposobach myślenia osób zaangażowanych we wdrażanie zmian	(5) 325
<i>Bożena Owerzczyk</i> – Czy szkoła może być lekarstwem dla chorych dzieci? Szkolnictwo szpitalne	(5) 344
<i>Людмила И. Лисова</i> – Характеристика трудностей усвоения арифметических задач младшими школьниками с тяжелыми нарушениями речи	(5) 356

Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

<i>Małgorzata Wojtatowicz</i> – Wykorzystanie tablicy interaktywnej w szkole specjalnej. Część IV. Notatnik	(1) 40
<i>Katarzyna Forecka-Waśko, Aleksandra Zahustowicz</i> – Wykorzystanie technik relaksacyjnych, wizualizacyjnych oraz muzykoterapii aktywnej w pracy z dzieckiem z przejawami zachowań agresywnych – praktyczne zastosowanie w pracy nauczyciela	(1) 43
<i>Barbara Grzyb, Beata Rączka</i> – Mieszkanie treningowe i kawiarenka w szkole specjalnej. Czy to możliwe w dobie współczesnej edukacji?	(1) 49
<i>Marzena Kędra</i> – Freinetowskie inspiracje w działalności pedagogicznej	(2) 123
<i>Małgorzata Wojtatowicz</i> – Wykorzystanie tablicy interaktywnej w szkole specjalnej. Część V. Praktyczne wykorzystanie Notebooka w pracy z dziećmi – wybrane przykłady	(2) 132
<i>Małgorzata Wojtatowicz</i> – Wykorzystanie tablicy interaktywnej w szkole specjalnej. Część VI. Tworzenie prezentacji w programie Power Point	(3) 209
<i>Milena Nazarczuk</i> – Wskazania metodyczne do pracy z dzieckiem z uszkodzonym wzrokiem w warunkach szkoły ogólnodostępnej	(3) 214
<i>Iwona Łoźna</i> – Osobowość pedagoga specjalnego – refleksje nauczyciela	(4) 285
<i>Małgorzata Wojtatowicz</i> – Wykorzystanie tablicy interaktywnej w szkole specjalnej. Część VII. Korzystanie z Galerii	(4) 292
<i>Małgorzata Wojtatowicz</i> – Wykorzystanie tablicy interaktywnej w szkole specjalnej. Część VIII. Wybrane strony internetowe do wykorzystania na lekcjach – edukacja interaktywna	(5) 366

- Beata Szurowska* – Praktyczne kształcenie nauczycieli wczesnej edukacji. Refleksje i wnioski z realizacji projektu *Dobre praktyki – dobrzy nauczyciele – skuteczna szkoła* (5) 376

PRAWO I PRAKTYKA

- Jolanta Zozula* – Nielegalny obrót dziećmi pod pozorem adopcji (1) 56
Małgorzata Szeroczyńska – Edukacja dzieci z niepełnosprawnościami w ujęciu Konwencji ONZ o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami (2) 137
Jolanta Zozula – Realizacja prawa dziecka do wychowania się w rodzinie w Polsce (4) 298
Małgorzata Szeroczyńska – Zasady wyrażania zgody na leczenie dziecka (5) 386

Z KRAJU I ZE ŚWIATA

- Aleksandra Maciejewska* – Sprawozdanie z konferencji naukowo-szkoleniowej *Opieka domowa nad przeulekle chorymi. Zasady i praktyka*. Warszawa, 12 maja 2012 (1) 68
Aneta Wnuk – Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012) a bezpieczeństwo ruchu drogowego (1) 69
Marzenna Zaorska – Wspomnienie o Krystynie Hryszkiewicz (1939–2013) (2) 142
Raun K. Kaufman – O autyzmie i Programie Son-Rise (2) 146
Elżbieta Paradowska – Sprawozdanie ze spotkania dyskusyjnego z przedstawicielami amerykańskiej Fundacji Perkins International pt. *Wczesne wspomaganie rozwoju i edukacja dzieci z uszkodzeniem wzroku z dodatkowymi niepełnosprawnościami*. Warszawa, 8–9 marca 2012 (3) 225
Katarzyna Kolaczyńska – Sprawozdanie z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt. *Starzejące się społeczeństwo wyzwaniem dla pomocy społecznej*. Toruń, 24–25 maja 2012 (4) 308
Magdalena Łuszkiewicz – Sprawozdanie z VI Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Praktycznej pt. *Pedagogika korekcyjna: historia, teraźniejszość i perspektywy rozwoju*. Kamieniec Podolski, 2–3 kwietnia 2012 (4) 309
Joanna Głodkowska – *Forum Pedagogiki Specjalnej* (www.efps.pl). Elektroniczna przestrzeń spotkania, inspirowania, popularyzowania i dokumentowania bogactwa pedagogiki specjalnej (5) 396

ZASŁUŻENI DLA PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

- Anna Kolodziejska* – Włodzimierz Pietrzak (1951–1993) – życie i działalność naukowa (2) 149
Marta Matasek – Rola środowiska rodzinnego we wczesnej rewalidacji dziecka z uszkodzonym słuchem w ujęciu profesora Włodzimierza Pietrzaka (2) 150
Anna Proźnych – Badania profesora Włodzimierza Pietrzaka nad ekspresją emocjonalną dzieci głuchych (2) 152
Katarzyna Wereszka – Wykorzystanie metody kombinowanej w edukacji dzieci niesłyszących (2) 154
Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz – Analiza artykułów Janusza Korczaka zamieszczonych w *Szkole Specjalnej* w latach 1924–1937 (3) 231
Adam Frączek – Janusz Korczak – nauczyciel nauczycieli. Refleksje w związku z 90-leciem PIPS–WSPS–APS i Rokiem Korczakowskim (4) 311
Marek Wasiak – Wspomnienie o Jerzym Wasiaku (1924–2012) (5) 398

RECENZJE

- Aleksandra Zawiaślak*: Jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną. Difin, Warszawa 2011, ss. 246 (*Iwona Konieczna*) (1) 76
Aneta Paszkiewicz: Kariera szkolna uczniów o inteligencji niższej niż przeciętna. Difin, Warszawa 2012, s. 214 (*Dorota Brożek*) (1) 77
Rosalind Kalb, Nancy Holland, Barbara Giesser: Multiple sclerosis for dummies. John Wiley & Sons, Indianapolis 2011, ss. 384 (*Agnieszka Krawczyk*) (2) 157
Hanna Olechnowicz: Terapia intrapsychnicznego centrum decyzyjnego dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i dzieci z autyzmem – wypowiedź Autorki (3) 236
Hanna Olechnowicz, Robert Wiktorowicz: Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, ss. 204 (3) 237
Hanna Olechnowicz, Felicja Krawczyk: Dynamika rozwoju chłopca z autyzmem. Wydawnictwo

- APS, Warszawa 2012, ss. 246 (*Bernadetta Kosewska*) (3) 237
- Katarzyna Bieńkowska: Czy mogę już iść do szkoły? Diagnoza gotowości szkolnej dziecka z uszkodzonym narządem słuchu. Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Radom 2012, ss. 233 (*Małgorzata Słupek, Katarzyna Wereszka*) (3) 239
- Martin Pistorius: Ghost Boy (Duch chłopca). Simon & Schuster Ltd., London 2011, ss. 288 (*Aneta Wnuk*) (4) 315
- Joanna Belzyt: Niepełnosprawność–Edukacja–Dorosłość. Studium przypadku osoby ociemniałej. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012, ss. 182 (*Kornelia Czerwińska*) (4) 318
- Małgorzata Kupisiewicz: Słownik pedagogiki specjalnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, ss. 452 (*Ludwik Malinowski*) (5) 400

NASZYM CZYTELNIKOM POLECAMY

- Sławomir Olszewki, Katarzyna Parys, Małgorzata Trojańska: Przestrzenie życia osób z niepełnosprawnością. Prace Monograficzne nr 612. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN, Kraków 2012, ss. 272 (*Grażyna Gunia*) (1)
- Lisa A. Timms: Pomoc dla nastolatków ze spektrum zaburzeń autystycznych w radzeniu sobie z przyjaźnią, uczuciami, konfliktami... i wiele innych: 60 sytuacji społecznych i tematów do dyskusji. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2012, ss. 126 (*Kamila Poczesna*) (1)
- C. Grandt: Autyzm i zespół Aspergera. Wydawnictwo Studio Emka, Warszawa 2012, ss. 136 (*Anna Śpiewak*) (2)
- Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia. Red. K. Bobińska, T. Pietras, P. Galecki, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2012, ss. 656 (2)
- Jak przygotować niewidome dziecko do nauki brajla. Przewodnik dla rodziców i nauczycieli. Red. M. Paplińska. Fundacja Polskich Niewidomych i Słabowidzących „Trakt”, Warszawa 2012, ss. 234 (*Kornelia Czerwińska*) (3)
- J.M. Łukasik, K. Jagielska, R. Solecki: Nauczyciel, wychowawca, pedagog. Jedność, Kielce 2013, ss.237 (*Krystyna Heland*) (3)
- B. Cytowska: Trudne drogi adaptacji. Wątki emancypacyjne w analizie sytuacji dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną we współczesnym społeczeństwie polskim. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012, ss. 390 (*Agnieszka Kucofaj*) (4)
- M. Zielińska: Jak reagować na agresję uczniów? Skuteczne techniki radzenia sobie z problemem. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2012, ss. 168 (*J. Dyląg-Starzyk*) (4)
- B. Rola, B. Dubińska, R. Piotrowicz: Poznaję i akceptuję siebie i innych. Credo, Katowice 2013, ss. 78 (*Marianna Marek-Ruka*) (5)
- Z. Majchrzyk: Nieletni, młodociani i dorośli sprawcy zabójstw. Gdzie kończy się norma a zaczyna patologia. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004, ss. 227 (*Dagmara Maria Boruc*) (5)

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