

Nr 2 (318) 2023
Tom LXXXIV
MARZEC
KWIECIEŃ

SZKOŁA SPECJALNA

CZASOPISMO AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ
im. Marii Grzegorzewskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej

Redaktorzy tematyczni

Akbota N. Autayeva (KZ) – psychologia
Su-Jan Lin (RC) – pedagogika specjalna
Andrzej Giryński (PL) – pedagogika specjalna
Jan Łaszczyk (PL) – pedagogika, metodologia
Bernadeta Szczupak (PL) – pedagogika specjalna

Redakcja naukowa

Ewa M. Kulesza

Redaktor statystyczny

Mariusz Fila

Redakcja

Monika Bielska-Łach (PL) – język polski
Marta Łach-Kowalewska (PL) – język angielski

Skład komputerowy

Andrzej Kowalczyk

Wersja papierowa jest wersją pierwotną (referencyjną)

Artykuły publikowane w czasopiśmie są dostępne na licencji CREATIVE COMMONS:



Uznanie autorstwa – Użycie Niekommercyjne 4.0 Polska

Czasopismo „Szkoła Specjalna” posiada punktację MEiN (40 punktów)

Rada Naukowa:

Kulash B. Bektayeva (KZ), Roy Chen (USA), Joanna Głodkowska (PL), Oleksy Gavrilov (UA), Sally Goddard Blythe (GB), Chiu-Hsia Huang (RC), Aniela Korzon (PL), Bohumil Koukola (CZ), Manabu Kuroda (JP), Irena Pospiszyl (PL), Adam Szecówka (PL), Grzegorz Szumski (PL)

Komitet Redakcyjny:

Ewa Maria Kulesza (redaktor naczelna), Milena Miałkowska-Kozaryna (zastępczyni redaktor naczelnej), Kornelia Czerwińska (członek), Jolanta Jamiołkowska (sekretarz redakcji), Małgorzata Kierzkowska (członek), Iwona Konieczna (członek), Katarzyna Nawrocka (członek), Karolina Skarbek (członek), Ewa Wapiennik-Kuczbajska (członek)

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

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

www.szkolaspecjalna.aps.edu.pl • <https://e-szkolaspecjalna.pl>

nakład 300 egz.

SPIS TREŚCI

SPUŚCIZNA MARII GRZEGORZEWSKIEJ

- 85 – *Jacek Kulbaka*
Wskazania Marii Grzegorzewskiej z 1918 r. w sprawie szkolnictwa specjalnego.
Geneza i działalność Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej (1922–1976)

OPRACOWANIA NAUKOWE

- 98 – *Agnieszka Żabińska, Zuzanna Pisarska*
Relacje rodzinne w doświadczeniach matek osób z zespołem Downa
- 111 – *Sally Goddard Blythe*
Are Immature Neuromotor Skills Significant Factors in Educational Underachievement and Special Educational Needs? Literature review of the role of Primitive Reflexes as Indicators and Measures of Neuromotor Immaturity

Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

- 124 – *Agnieszka Mielczarek, Katarzyna Nawrocka*
Umiejętności niezbędne do prowadzenia kompetentnej rozmowy z podopiecznym w pracy resocjalizacyjnej
- 134 – *Barbara Kurowska*
Trudności szkolne dziecka słabowidzącego z płodowym zespołem alkoholowym (FAS) – studium przypadku

PRAWO I PRAKTYKA

- 148 – *Małgorzata Szeroczyńska*
Opieka zdrowotna dzieci szkolnych. Część 2

RECENZJE

- 156 – *Amanda Błaszczak*
Agnieszka Dłużniewska: *Rozumienie tekstów literackich przez uczniów z uszkodzeniem słuchu*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2021, ss. 318

NASZYM CZYTELNIKOM POLECAMY

- Jan Dezyderiusz Pol (red.): *Interdyscyplinarnie o człowieku w więzieniu*. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2022, ss. 204 (*Filip Chrypankowski*)

CONTENTS

LEGACY OF MARIA GRZEGORZEWSKA

85 – *Jacek Kulbaka*

Maria Grzegorzewska's indications from 1918 on special education. Origins and activity of the State Institute for Special Pedagogics (1922–1976)

SCIENTIFIC STUDIES

98 – *Agnieszka Żabińska, Zuzanna Pisarska*

Family relations in the narratives of mothers of people with Down syndrome

111 – *Sally Goddard Blythe*

Are Immature Neuromotor Skills Significant Factors in Educational Underachievement and Special Educational Needs? Literature review of the role of Primitive Reflexes as Indicators and Measures of Neuromotor Immaturity

FROM TEACHING PRACTICE

124 – *Agnieszka Mielczarek, Katarzyna Nawrocka*

Skills necessary to conduct a competent conversation with the ward in social rehabilitation work

134 – *Barbara Kurowska*

School difficulties of a visually impaired child with Foetal Alcohol Syndrome (FAS). Case study

LAW AND PRACTICE

148 – *Małgorzata Szeroczyńska*

Health care for school children. Part 2

REVIEWS

156 – *Amanda Błaszczak*

Agnieszka Dłużniewska: *Rozumienie tekstów literackich przez uczniów z uszkodzeniem słuchu* [Understanding literary texts by students with hearing impairment]. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2021, pp. 318

WE RECOMMEND

Jan Dezyderiusz Pol (ed.): *Interdyscyplinarnie o człowieku w więzieniu* [Interdisciplinary about a man in prison]. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2022, pp. 204 (*Filip Chrypankowski*)

SPUŚCIZNA MARII GRZEGORZEWSKIEJ

JACEK KULBAKA
<https://orcid.org/0000-0001-9458-8455>
jkulbaka@aps.edu.pl
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

ISSN 0137-818X
DOI: 10.5604/01.3001.0053.7203
Data wpływu: 2.11.2022
Data przyjęcia: 21.03.2023

WSKAZANIA MARII GRZEGORZEWSKIEJ Z 1918 R. W SPRAWIE SZKOLNICTWA SPECJALNEGO. GENEZA I DZIAŁALNOŚĆ PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU PEDAGOGIKI SPECJALNEJ (1922–1976)

Artykuł zawiera wskazania Marii Grzegorzewskiej w sprawie potrzeby zorganizowania szkolnictwa specjalnego w Polsce po 1918 r. Przyjmuje się, że jest to pierwszy tekst Grzegorzewskiej w tej sprawie opublikowany na łamach „Roczników Polskiej Ligi Nauczania”. Druga część artykułu związana jest z organizacją i działalnością Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej w latach 1922–1976.

Słowa kluczowe: anormalni, szkolnictwo specjalne, kształcenie specjalne, Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej

Po raz pierwszy Maria Grzegorzewska wypowiedziała się na temat problematyki kształcenia specjalnego w 1918 r. na łamach „Roczników Polskiej Ligi Nauczania”. Roczniki stanowiły u progu niepodległości bodaj najważniejsze czasopismo pedagogiczne polskich środowisk naukowych we Francji. Patronat naukowy nad „Rocznikami” sprawowała prof. Józefa Joteyko, wykładowczyni na paryskiej Sorbonie i w College de France, zajmująca się badaniami naukowymi z zakresu fizjologii, psychologii i pedagogiki. Joteyko znana jest także jako orędowniczka ruchu Nowego Wychowania i nauki o dziecku (pedologii) (Kulbaka, 2019, s. 51–69). Z inicjatywy Joteyko zorganizowano Międzynarodowy Fakultet Pedologiczny w Brukseli (1912–1914), zrzeszający wielu wybitnych uczonych zachodnioeuropejskich, którzy zajmowali się kształceniem i doskazywaniem nauczycieli w duchu nowinek pedagogicznych i psychologicznych. Redakcją pisma zajmowała się także Maria Grzegorzewska, która opublikowała w nim swój pierwszy tekst z zakresu edukacji specjalnej – *O konieczności zorganizowania specjalnego kształcenia dla dzieci anormalnych w Polsce* (Grzegorzewska, 1918, s. 108–114). Tekst był poszerzoną wersją komunikatu wygłoszonego przez Grzegorzewską na forum Ligi 5 maja 1918 r. w Paryżu.

We wstępie swego tekstu Grzegorzewska odniosła się do roli, jaką odegrali wybitni uczeni w zakresie nauk medycznych, pedagogiki i psychologii oraz metodyki nauczania. Wymienia m.in. nazwiska: Jeana-Étienne Dominique Esquirola, Philippe’a Pinela, Jeana Marca Itarda, Edouarda Seguina, Jacquesa Josepha Moreau de Tours, Desire-Magloire Bourneville’a, Owidiusza Decroly’ego, George’a Boulengera, Jeana Demoora (oryginalna pisownia), Władysława Ołtuszewskiego.

Potrzeba zakładania placówek dla dzieci z niepełnosprawnościami

Grzegorzewska poszukując uwarunkowań związanych z formowaniem się instytucji specjalnych, wskazywała na znaczenie szkół i zakładów opiekuńczych zakładanych przez osoby prywatne oraz instytucje. Doceniła rolę rozwijających badań naukowych w aspekcie diagnostyki i klasyfikacji kształcenia specjalnego w XIX i pocz. XX w. Potrzebę zakładania osobnych placówek dla dzieci z niepełnosprawnością tłumaczyła tym, że zwykła szkoła bywa wobec nich bezsilna, nie dając gwarancji na powodzenie w edukacji i przystosowanie do życia. W jej ocenie szkolnictwo specjalne w większości państw europejskich było dopiero w stadium początkowym. Pisząc na temat „przystosowanej klasy i wyspecjalizowanych nauczycieli”, postulowała rozbudowę placówek dla dzieci „anormalnych”. Z dozą wewnętrznego pesymizmu stwierdzała, że takie dzieci „[...] stanowią element zakłócający normalny bieg nauk, obniżając poziom klasy i wprowadzając tam szkoldliwy zamęt. Są ciężarem nie tylko dla nauczyciela, ale i dla klasy”. Stwierdzała także, że „bez odpowiedniej opieki i zabiegów stan niedorozwoju pogarsza się stopniowo i może doprowadzić dziecko do grupy głębiej anormalnych, mianowicie: idiotów, obłąkanych, zbrodniarzy, pasożytów: słowem tych, którzy są ciężarem i niebezpieczeństwem społecznym” (Grzegorzewska, 1918, s. 110).

W opinii Grzegorzewskiej dzieci z niepełnosprawnością [w tekście używa określenia „anormalne” – przyp. JK] bywają znużone, trudno wzbudzić ich zainteresowanie i przykuć ich „płochliwą” uwagę. Poznanie ich natury było związane ze skoordynowaniem działań z udziałem szkół i zakładów specjalnych, przygotowaniem nauczycieli i wychowawców, poszerzeniem badań medyczno-pedagogicznych, zastosowaniem pomiarów antropometrycznych oraz planowo i konsekwentnie prowadzonej obserwacji (indywidualnej i zbiorowej). Twierdziła, że „badanie patologii tych dzieci może się przyczynić do wyświetlenia psychologii dzieci normalnych, tak jak neuro-psychologie wpłynęły na zrozumienie i rozwój psychologii” (Grzegorzewska, 1918, s. 108–109).

Cele edukacji i wychowania „anormalnych” uzasadniała interesem „nauki i pedagogii”, a także obowiązkiem humanitarnym oraz interesem społecznym. Grzegorzewska odwoływała się do badań A. Leroza (1907), który zajmował się przyczynami przestępczości nieletnich (zwanych moralnie zaniedbanymi). Wynikało z nich, że dla prawidłowego rozwoju jednostki ważne są czynniki dziedziczne oraz środowiskowe, które mają także wpływ na niepełnosprawnych. Wskazywała na rolę „profilaktyki społecznej”, bo jak uzasadniała: „[...] mniej kosztuje uprzedzić zło, niż ponosić jego konsekwencje: to jest w danym przypadku mniej będą kosztowały szkoły niż specjalne szpitale, przytułki, więzienia, nie mówiąc już tutaj o ujemnym wpływie na moralność społeczną” (Grzegorzewska, 1918, s. 110).

Na tekst Grzegorzewskiej miały z pewnością wpływ wydarzenia I wojny światowej. Tragizm owych wydarzeń skutkował wzrostem liczby dzieci osieroconych, głodnych, przepełnionych strachem i niepokojem, a także dzieci „anormalnych”. Odnosząc się do problemu śmiertelności dzieci, przytoczyła ustalenia dr. Władysława Szenajcha (1916). Na ich podstawie podała, że o ile w 1911 r. Królestwo Polskie cechowało się bardzo wysokim tempem przyrostu naturalnego w Europie (14,7 żywych rodzeń na 1000 mieszkańców), o tyle na skutek

działań wojennych proporcje te uległy odwróceniu, a śmiertelność dzieci należała do największych w Europie (48%) przy liczbie urodzeń zmniejszonej o 22%. Zatrważająco pogorszył się stan sanitarny. Na zjeździe higienistów (1917) informowano, że w Warszawie grzebano tygodniowo ok. 700 osób, w 1914 r. zaś było ich ok. 300 (Grzegorzewska, 1918, s. 111). Konsekwencją takiego stanu rzeczy było m.in. to, że wiele nowo narodzonych dzieci cechowały anomalie w rozwoju fizycznym i psychicznym (w tym niepełnosprawność intelektualna).

Grzegorzewska, pomimo wielu trosk, z jakimi zmagaly się społeczeństwa w pierwszych dziesięcioleciach XX w., konstatowała, iż „[...] dzieci anormalne odznaczają się tym, że pomimo swych upośledzeń stanowią wszelako materiał podatny do wychowania, czym zasadniczo różnią się anormalnych najniższej kategorii, czyli idiotów (*anormal d'hospice*)” (Grzegorzewska, 1918, s. 111). Brak oddziaływań wychowawczych i pedagogicznych względem „anormalnych” stanowił w jej ocenie jeden z kluczowych czynników związanych z ich nieprzystosowaniem się do środowiska (rodzina, szkoła, społeczeństwo). Jej nadzieje związane z dobrodziejstwami edukacyjnymi obejmowały wszystkie sfery rozwoju jednostki (fizyczną, moralną, intelektualną) i stwarzały możliwość zarobkowania. Domagała się zorganizowania dla uczniów zajęć z przysposobienia zawodowego. Stawiała na naukę rzemiosł, zajęcia związane z ogrodnictwem, hodowlą zwierząt domowych, zajęciami ręcznymi (m.in. slöjd).

Za przykład dobrze zorganizowanej placówki edukacyjnej uznała warszawską szkołę Doroty Zylberowej i Eugenii Lublinerowej. O jakości tej placówki świadczyła m.in. dobrze zorganizowana diagnostyka z zastosowaniem kwestionariuszy do badań inteligencji dziecięcej (testy Simona i Bineta oraz autorski kwestionariusz opracowany przez Towarzystwo Badań i Opieki nad Dziećmi).

Wskazówki Grzegorzewskiej związane najważniejszymi osiągnięciami nauki i instytucji oświatowych skłoniły ją do przypomnienia obrad drugiego polskiego kongresu pedagogicznego we Lwowie w 1909 r., na którym mówiło się m.in. o potrzebie zorganizowania szkół dla „anormalnych” (referat Danzigera). Nawiązała także do ustaleń podjętych na forum I Międzynarodowego Kongresu Pedologicznego (*I Congres Internationale de Pédologie*, Bruksela, 12–18 sierpnia, 1911). Na tej podstawie stwierdzała, że szkoła: „ma na celu przygotować i przystosować jaknajlepiej uczniów do życia realnego i dać podstawę do pracy produkcyjnej, dlatego też stara się dać im pewną ilość pojęć realnych i rozwinąć właściwe im zdolności. Ćwiczy uwagę, pamięć, zdolności sądzenia i rozumowania, stosując tzw. przez Bineta «*Orthopédie mentale*» [ortopedia psychiczna – przyp. JK]” (Grzegorzewska, 1918, s. 113).

W kontekście edukacji specjalnej stwierdzała, że szkolnictwo dla dzieci „anormalnych” powinno być dostępne dla ogółu dzieci, przede wszystkim najuboższych. Zauważyła, że przez lata nie miały one zazwyczaj takiej możliwości, a poza tym o ich losie przesądzały „niehigieniczne mieszkania, złe odżywianie, brak opieki wskutek całodzienniej pracy rodziców poza domem, często bardzo alkoholizm” (Grzegorzewska, 1918, s. 111). Żywiła nadzieję, że odzyskanie przez Polskę niepodległości pozwoli na rozbudowę szkół specjalnych, przy czym za kluczowe uznała wprowadzenie bezpłatności i powszechności oświaty. Dekretem Józefa Piłsudskiego z dn. 7 lutego 1919 r. został wprowadzony

obowiązek szkolny. Jego realizacja w szkolnictwie specjalnym nie została obwarowana szczegółowymi przepisami, które zobowiązywałyby administrację szkolną do ewidencji, selekcji i kwalifikowania dzieci do placówek specjalnych. Dekret o „obowiązku szkolnym” w szkolnictwie specjalnym wydano w 1956 r., a rozbudowa sieci szkół i klas specjalnych przypadła na lata 60. i 70. XX w. Były to: przedszkola specjalne, szkoły podstawowe specjalne, szkoły zawodowe specjalne organizowane z zakresu: oligofrenopedagogiki, surdopedagogiki, tyflopedagogiki, resocjalizacji, pedagogiki dzieci przewlekłe chorych i kalekich. Co ważne, beneficjentami edukacji specjalnej (mającej charakter separacyjny) z biegiem czasu stawały się dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną, niedosłyszające, niedowidzące oraz inne dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Odpowiednie przygotowanie nauczycieli i wychowawców

Maria Grzegorzewska za jeden z filarów dobrze pojętego kształcenia specjalnego uznała przygotowanie nauczycieli i wychowawców realizowane w formie studiów wyższych (krajowych i zagranicznych), kursów uzupełniających, seminariów nauczycielskich oraz praktyk zawodowych. W podsumowaniu swojego, skądinąd niedługiego tekstu odwołała się do działalności Owidiusza Decroly’ego, metodyka kształcenia specjalnego („wychowanie do życia przez życie”), twórcy placówek specjalnych w Belgii w początkach XX w. Grzegorzewska przytoczyła pewne tezy Decroly’ego, z których wynikało, że „przeznaczeniem każdej istoty jest przede wszystkim żyć, poza tym istota ta, ażeby żyć normalnie, powinna być jak można najmniej ciężarem dla innych i ma wykonywać jak najrozleglejsze role w organizacji ludzkiej. Wychowanie powinno mieć na celu: 1) utrzymanie tego życia; 2) postawienie jednostki w odpowiednich warunkach, tak ażeby mogła osiągnąć z najmniejszym nakładem czasu i wysiłku rozwój odpowiedni do konstytucji i wymagań środowiska. Zasadą zabiegów medyczno-pedagogicznych powinno być: przygotowanie dziecka anormalnego do życia” (Grzegorzewska, 1918, s. 114). Owidiusz Decroly był twórcą tzw. metody ośrodków zainteresowań, która znalazła zastosowanie także w polskich szkołach w II RP i w okresie powojennym. W latach 30. XX w. władze szkolne wprowadziły program do szkół specjalnych oparty na tej metodzie. Szczegółowe wytyczne w tym zakresie opracowano w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej w Warszawie pod kierunkiem dra Michała Wawrzynowskiego.

W nawiązaniu do podanych wskazówek konstatowała, że głoszone przez Decroly’ego zasady były jej równie bliskie i miały uniwersalny charakter, pozwalający na zastosowanie w szkole ogólnokształcącej oraz przede wszystkim specjalnej. Przekonanie to, odnoszące się do holistycznego traktowania problematyki niepełnosprawności, stało się kamieniem węgielnym całokształtu jej działalności (naukowej, organizacyjnej, społecznej) w okresie międzywojennym i powojennym¹.

¹ Patrz: Tomasik, 1998, 2002, 2009; Okoń, 2000; Lipkowski, 1983; Doroszewska, Falski, Wroczyński, 1972; *Historia nauki polskiej*, t. V, 1992; Bachmann, 1979; Doroszewska, 1963, 1964; Eckert, Gawarecka, 1989; Kulbaka, 2012.

Geneza i działalność Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (1922–1976)

Maria Grzegorzewska zapisała się w pamięci potomnych jako twórczyni polskiego szkolnictwa specjalnego (*Szkoła Specjalna*, 1967, nr 3, s. 207–217; Wroczyński, 1970, s. 2–9; Krauze, 1971, s. 60–65; Hryniewicka, 2022). Na taką ocenę składa się wiele czynników, w tym być może najistotniejszy związany jest z utworzonym i kierowanym przez nią Państwowym Instytutem Pedagogiki Specjalnej (PIPS), który powstał w 1922 r. (Statut PIPS z 1922 r.: Dz. Urz. MWRiOP, 1922, nr 24, poz. 300 z 15 lipca 1922 r.). Utworzenie Instytutu poprzedziła działalność Kursu Pedagogiki Specjalnej, przekształconego w roczne Seminarium Pedagogiki Specjalnej. W 1920 r. uruchomiono Państwowy Instytut Fonetyczny im. Jana Sierzyńskiego kierowany przez prof. Tytusa Benniego. W 1922 r. Instytut Fonetyczny został połączony z Seminarium Pedagogiki Specjalnej, czego owocem stał się Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (Dz. Urz. MWRiOP, 1921, nr 20, poz. 203).

PIPS podlegał zwierzchnictwu Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego (MWRiOP). Dyrektor Instytutu był powoływany przez Ministra MWRiOP, podobnie jak pracownicy (na wniosek Dyrektora PIPS). Dyrektor Instytutu traktowany był jako urzędnik państwowy w V. klasie uposażenia na XII klas wynagrodzeń. Jego pensja wynosiła 2600 złp. Płace określono w ustawie z 13 lipca 1920 r. *O uposażeniu urzędników i niższych funkcjonariuszów państwowych* (*Kształtowanie wynagrodzeń...*, 2021, s. 7).

Kształcenie i dokształcanie czynnych zawodowo nauczycieli-wychowawców

Zgodnie ze *Statutem* podstawowym zadaniem Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej było kształcenie i dokształcanie czynnych zawodowo nauczycieli-wychowawców szkół podstawowych i szkół średnich w specjalnościach obejmujących: „głuchych, niewidomych, upośledzonych umysłowo, upośledzonych moralnie i kalekich” oraz „prowadzenie badań naukowych”. Instytut świadczył pomoc „[...] wszystkim jednostkom tak dalece odchylonym od normy [...], że wymagają one specjalnych metod oddziaływania pedagogicznego, a więc i specjalnego przygotowania pedagogów zajmujących się nimi” (Archiwum PAN, sygn. IIII–333, s. 4). Instytut od początku swej działalności posiadał uprawnienia do prowadzenia szkoły ćwiczeń, biblioteki, pracowni badawczych i specjalistycznych poradni. Obowiązywał w nim jednoroczny cykl kształcenia (taki cykl kształcenia utrzymał się do lat 50., gdy wydłużono go do dwóch lat) (Dz. Urz. MWRiOP, 1929, nr 2, poz. 23, s. 75–76; Dz. Urz. MWRiOP, 1930, nr 2, poz. 25, s. 46).

Należy zaznaczyć, że do Instytutu przyjmowano wyłącznie czynnych zawodowo nauczycieli (szkół powszechnych, szkół średnich, szkół specjalnych, także osoby bez praktyki nauczycielskiej legitymujące się wykształceniem wyższym). Przyjęcie dokonywało się w formie egzaminu pisemnego i ustnego oraz osobistej rozmowy kandydata z dr Marią Grzegorzewską. Od 1926 r. wprowadzono przepis, że kandydat nie mógł mieć więcej niż 35 lat. Z pewnością było to

podyktowane wskazaniem, że praca w placówkach specjalnych nie należała do łatwych i starano się pozyskać młode kadry. Od 1929 r. wymagano, aby kandydat legitymował się co najmniej dwu-, a następnie trzyletnim stażem pracy (praktyki zawodowej) w szkolnictwie. Przyjęcie do Instytutu na podstawie matury zaczęło się na początku lat 70. XX w., gdy Instytut przekształcił się w wyższą szkołę zawodową (Dz. Urz. MWRiOP, 1933, nr 2, poz. 41, s. 49–50; Dz. Urz. MWRiOP, 1939, nr 2, poz. 64, s. 100–101; Urz. MWRiOP, 1926, nr 4, poz. 29, s. 73–74).

W roku szkolnym 1922/23 w Instytucie kształciło się 26 słuchaczy. Absolwenci otrzymywali początkowo tymczasowe zaświadczenie, a dyplom nauczyciela szkoły specjalnej przysługiwał im dopiero po zatwierdzeniu i obronie (w formie egzaminu) pracy dyplomowej, na co przewidziano kolejny rok kalendarzowy (warunkowo przedłużano ten czas do dwóch lat). Przygotowanie pracy dyplomowej było powiązane z pracą zawodową (praktyką nauczycielską). Było to zbieżne z filozofią kształcenia i doskonalenia zawodowego w Instytucie jako wyraz troski o jakość kształcenia.

W programie kształcenia w PIPS wyróżniano grupę przedmiotów: ogólnokształcących, pedagogicznych ogólnych, psychologicznych, pedagogicznych i dydaktycznych oraz technicznych (śpiew, rysunek, gimnastyka, slöjd). Słuchacze zobowiązani byli do hospitowania zajęć innych nauczycieli i prowadzenia lekcji próbnych w szkole ćwiczeń Instytutu. W dziale kształcenia nauczycieli dzieci upośledzonych umysłowo (wg ówczesnej terminologii) odbywały się zajęcia z: psychologii i dydaktyki, wykładano dzieje i organizację wychowania upośledzonych, rysunków, śpiewu, prowadzono warsztaty z zakresu przygotowania zawodowego (stolarski, szewski, szwalnia dla dziewcząt).

Nauczyciele-wychowawcy w zakładach i szkołach specjalnych dla moralnie zaniedbanych odbywali zajęcia z: psychopedagogiki dzieci moralnie zaniedbanych, śpiewu, rysunków, poznawali dzieje i organizację wychowania nieletnich przestępców, prawodawstwo i sądy dla nieletnich. Specjaliści z zakresu tyflopädagogiki poznawali: psychologię ociemniałych, dydaktykę, dzieje i organizację wychowania ociemniałych, śpiew. Nauczyciele dzieci głuchoniemych zapoznawani byli z: fonetyką, psychologią i dydaktyką głuchoniemych, dziejami i organizacją wychowania tej kategorii dzieci i młodzieży, metodyką rysunków.

Program zajęć w 1929 r. obejmował: konserwatorium z anatomii i higieny szkolnej, rozwój fizyczny dziecka, ćwiczenia w pracowni antropometrii szkolnej, podstaw psychopatologii ogólnej, psychopatologii dziecka, zasady wychowania w internatach, rozwój mowy, zboczenia i ich leczenie, seminarium pedagogiczne, gimnastykę, gry i sporty, slöjd. Specjalność głuchoniemych realizowano w wymiarze 12 godz. tygodniowo; niewidomych – 9 godzin; upośledzonych umysłowo – 12 godzin; moralnie zaniedbanych – 10 godzin.

Wśród pierwszych wykładowców Instytutu znaleźli się wybitni naukowcy, lekarze, psychiatrzy, neurologowie, m.in.: Józefa Joteyko, Tytus Benni, Janusz Korczak, Władysław Sterling, Michał Wawrzynowski, Witold Łuniewski, Jan Bogdanowicz, Halina Koneczna, Halina Jankowska, Stanisław Rychliński, Zygmunt Kurletto, Aleksander Manczarski, Jan Hellmann. W zamyśle Marii Grzegorzewskiej kadra dydaktyczna stanowiła jeden z kamieni węgielnych przesądających o pracy naukowo-dydaktycznej Instytutu.

PIPS nie miał stałej siedziby. Początkowo mieścił się w gmachu Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych przy Placu Trzech Krzyży 4/6 w Warszawie, następnie w Alejach Ujazdowskich 20. W latach 30. XX w. Instytut zlokalizowany był przy ul. 3 Maja 18 (do wybuchu II wojny światowej). Podczas działań wojennych gmach przy ul. 3 Maja uległ zniszczeniu, a razem z nim spłonęła większość księgozbioru PIPS, pomoce naukowe, wyposażenie pracowni itp. Instytut dysponował od początku własną biblioteką, pracownią psychopedagogiczną i profilaktyczną, szkołą ćwiczeń, poradniami (ortofoniczną i pedagogiki leczniczej) oraz muzeum szkolnictwa specjalnego (w latach 1959–1970 znanego pod nazwą Muzeum Pedagogiki Specjalnej).

PIPS posiadał uprawnienia do organizowania: zjazdów, konferencji, wycieczek, kursów wakacyjnych i wyjazdów naukowych. Inicjatywy te realizowano z dużym rozmachem, m.in. we współpracy z Sekcją Szkolnictwa Specjalnego Związku Nauczycielstwa Polskiego. Grzegorzewska patronowała tym przedsięwzięciom. W 1925 i 1934 r., z inicjatywy Sekcji, odbyły się dwa ogólnopolskie zjazdy nauczycieli szkół specjalnych (Sprawozdanie z I..., 1925/26; Sprawozdanie z II..., 1934/35). Trzeci zjazd, planowany na jesieni 1939 r. w Wilnie, nie odbył się z powodu wybuchu II wojny światowej.

W końcu lat 20. w PIPS kształciło się 220 słuchaczy, w tym 130 w dziale upośledzonych umysłowo, 40 w dziale głuchoniemych, 30 w specjalności moralnie zaniedbanych i 20 w dziale nauczycieli uczniów niewidomych. Do września 1939 r. Instytut wykształcił 600 nauczycieli i wychowawców szkół i zakładów specjalnych (w specjalności upośledzonych umysłowo – 440, głuchoniemych – 80, niewidomych – 30 i nauczycieli-wychowawców w dziale moralnie zaniedbanych – 50).

Powojenne losy PIPS

W czasie wojny Instytut był zmuszony zwiesić działalność, choć podejmowano próby, aby mógł prowadzić pracę w formie konspiracyjnej. Działalność PIPS została wznowiona zaraz po zakończeniu wojny 15 maja 1945 r. (Dz. Urz. Min. Ośw., 1945, nr 4, poz. 193). Faktycznie zajęcia zainicjowano 1 grudnia 1945 r. przy ul. Smulikowskiego 6/8 w Warszawie w gmachu Związku Nauczycielstwa Polskiego. W 1948 r. Instytut przeniósł się do nowej siedziby przy ul. Spiskiej 16. W Instytucie wznowiły działalność poradnie: ortofoniczna, pedagogiki leczniczej, laboratorium psychologiczne. W drugiej połowie lat 40. przystąpiono do uruchomienia – z sukcesem – kształcenia w specjalnościach: przewlekłe chorych i kalekich, o których była mowa w Statucie z 1922 r.

Z dniem 14 marca 1950 r. PIPS został przekształcony w Państwowe Studium Pedagogiki Specjalnej (Dz. Urz. Min. Ośw., 1950, nr 5, poz. 75). W nowym Statucie Instytut stał się studium kształcenia i dokształcania nauczycieli dla szkół i zakładów specjalnych, tracąc uprawnienia placówki naukowo-badawczej. Decyzja ta była krzywdząca dla Instytutu. Umniejszenie jego rangi wpisywało się w całości kształt polityki społeczno-oświatowej państwa w okresie stalinizmu. W połowie lat 50. cykl kształcenia w Instytucie został wydłużony z roku do dwóch lat (kolejny rok przewidziano na przygotowanie pracy dyplomowej). Uruchomiono kształcenie na kursach zaocznych dla nauczycieli szkół i zakładów specjalnych

posiadających wykształcenie pedagogiczne i dwuletni staż pracy pedagogicznej w tych placówkach. Oblicza się, że latach 1945–1955 Instytut ukończyło 960 słuchaczy, w tym 189 otrzymało dyplom nauczyciela szkoły specjalnej w trybie nie-stacjonarnym (Lipkowski, 1983).

Należy podkreślić, że Instytut od pierwszych lat istnienia miał rangę wyższego kursu nauczycielskiego. Od końca 1955 do 1970 r. posiadał status studium nauczycielskiego. Aż do schyłku lat 50. była to jedyna w Polsce placówka zajmująca się przygotowaniem nauczycieli i wychowawców w zakresie szkolnictwa specjalnego. Katedra Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Warszawskiego rozpoczęła działalność w 1958 r. i jej kierownictwo powierzono Marii Grzegorzewskiej.

Na fali przeobrażeń społeczno-politycznych w roku 1956 przywrócono Instytutowi status placówki naukowo-badawczej. Kształcenie i dokształcanie nauczycieli odbywało się, jak poprzednio, we współpracy ze Związkiem Nauczycielstwa Polskiego. Przygotowaniem nauczycieli – na podstawie programów opracowanych w PIPS – zajęły się także kuratoria okręgów szkolnych, sekcje okręgowe ZNP oraz ośrodki metodyczne. Dyplom nauczyciela szkoły specjalnej wydawano na podstawie egzaminu końcowego, przeprowadzonego w Instytucie. PIPS nadzorował ponadto kursy dokształcające dla nauczycieli zawodu oraz kursy dla wychowawców zakładów specjalnych.

W programie dwuletniego cyklu kształcenia, od połowy lat 50., znalazły się: lektoraty z dwóch języków obcych, wiedza o człowieku w normie oraz z odchyleniami od normy, wybrane zagadnienia z filozofii, logiki, socjologii, kultury i sztuki, zajęcia z zakresu teorii i praktyki rewalidacji i resocjalizacji, a także praktyka pedagogiczna. Statut z 1958 r. przywracał Instytutowi rangę placówki naukowo-badawczej (zniesiono Statut z 1950 r.) (Dz. Urz. Min. Ośw., 1958, nr 5, poz. 50).

W sierpniu 1959 r. PIPS wzbogacił się o nowo wybudowany obiekt dydaktyczny przy ul. Szczęśliwickiej 40 w Warszawie (obecny budynek „A”), co znacznie poszerzyło bazę materialną i dydaktyczną Instytutu. W latach 1955–1970 Instytut skończyło 4649 absolwentów w tym: 1153 w trybie dziennym, 2620 zaocznym i 876 eksternistycznym. Liczby te świadczą o zwiększających się możliwościach PIPS w zakresie kształcenia nauczycieli i wychowawców placówek specjalnych niemniej potrzeby w tym zakresie, w związku z rozwijającą się siecią szkół i zakładów specjalnych, były stale niezaspokojone. Według wyliczeń we wszystkich placówkach specjalnych (przedszkolach, szkołach podstawowych specjalnych, szkołach zawodowych specjalnych, placówkach resocjalizacyjnych) zatrudnionych było łącznie prawie 6 tys. pracowników (z danych Archiwum APS).

Rozwój uczelni po śmierci Marii Grzegorzewskiej

Maria Grzegorzewska zmarła w nocy z 6 na 7 maja 1967 r. Po jej śmierci kierownictwo Instytutu objął Otton Lipkowski. W ciągu zaledwie kilku lat PIPS – o co zresztą przez całe życie zabiegała Grzegorzewska – przekształcił się w placówkę o wyższej randze naukowej (wyższa szkoła zawodowa). Zgodnie z ostatnią wolą Grzegorzewskiej, znajdującą się w jej odręcznie napisanym testamencie z 1964 r. (znajduje się w zasobach archiwalnych APS), na czele Instytutu miała stanąć Janina Doroszevska, pełniąca w latach 60. funkcję zastępczyni

Grzegorzewskiej. W ocenie Grzegorzewskiej „dawała ona gwarancję rozwoju Instytutu i jej prac w zakresie pedagogiki specjalnej”. Trudno jednoznacznie odpowiedzieć, co spowodowało powierzenie funkcji Ottonowi Lipkowskiemu (Testament Marii Grzegorzewskiej – zbiory Archiwum APS).

Z danych PIPS w sprawie kształcenia nauczycieli i wychowawców (przed-szkoli, szkół podstawowych specjalnych, szkół zawodowych, szkół dla młodzieży niedostosowanej społecznie) wynikało, że wśród słuchaczy największą grupę stanowili absolwenci liceów pedagogicznych. Po ukończeniu Instytutu nie mieli przywilejów w zakresie dalszego kształcenia. Studia na obranym przez siebie kierunku zaczynali od pierwszego roku studiów. Zmieniło się to w maju 1970 r., gdy PIPS stał się samodzielną placówką naukowo-dydaktyczną (Dz. U. PRL, 1970, nr 13, poz. 115). Od tego momentu wprowadzono kształcenie na poziomie trzy-letnich wyższych studiów zawodowych specjalnych. W Instytucie funkcjonowały: Wydział Rewalidacji (Zakład Oligofrenopedagogiki, Zakład Surdopedagogiki, Pracownia Technicznych Środków Nauczania i Diagnostyki Dzieci Upośledzonych Umysłowo, Pracownia Technicznych Środków Nauczania i Diagnostyki Dzieci Głuchych i Logopedii), Wydział Resocjalizacji (Zakład Resocjalizacji Nieletnich, Zakład Profilaktyki Społecznej), Wydział Praktycznej Nauki Języków Obcych, Studium Wychowania Fizycznego oraz Biblioteka Instytutu. Program kształcenia w Instytucie był tak skonstruowany, aby słuchacze pierwszego roku studiów mogli przede wszystkim wdrożyć się w tematykę kształcenia specjalnego, zarówno w teorii, jak i praktyce (organizowano hospitacje i praktyki w placówkach kształcenia specjalnego w Warszawie lub w najbliższej okolicy).

W dniu 1 października 1971 r. uruchomiono w Instytucie (w ramach Wydziału Resocjalizacji) zaoczne studia podyplomowe z zakresu pedagogiki specjalnej oraz powołano pracownię psychologii klinicznej. Konsekwencją tych zmian była inauguracja 1 października 1973 r. studiów magisterskich (dla maturzystów i absolwentów wyższych szkół zawodowych). W pierwszej połowie lat 70. XX w. w Instytucie funkcjonowały: Wydział Rewalidacji oraz Wydział Resocjalizacji. Zatrudniano 25 pracowników naukowo-dydaktycznych (w tym: 6 docentów, 6 doktorów, 13 magistrów). Prace zlecone wykonywało 37 osób (w tym: 1 profesor, 2 docentów, 14 doktorów, 20 magistrów). Na studiach stacjonarnych kształciło się ok. 200 słuchaczy, niestacjonarnych – 360, na eksternistycznych – 260 osób. Organizowano studia podyplomowe dla sędziów dla nieletnich, kursy kwalifikacyjne dla nauczycieli zawodu i przedmiotów zawodowych w szkołach zawodowych specjalnych oraz odbywały się egzaminy kwalifikacyjne na wychowawców placówek specjalnych.

W dniu 2 kwietnia 1976 r. Instytut na mocy Rozporządzenia Rady Ministrów „W sprawie przekształcenia Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Wyższą Szkołę Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej” – stał się formalnie Wyższą Szkołą Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej (WSPS) (Dz.U. PRL, 1976, nr 15, poz. 93). Do 1976 r. PIPS składał się z dwóch Wydziałów: Rewalidacji (w jego ramach funkcjonowały: Zakład Nauk Społecznych, Zakład Psychologii, Zakład Pedagogiki, Zakład Wychowania Artystyczno-Technicznego, Studium Wychowania Fizycznego i Sportu, Zakład Praktycznej Nauki Języków Obcych) oraz Resocjalizacji

(Instytut Biopsychicznych i Pedagogicznych Podstaw Rozwoju i Wychowania) (dane z Archiwum APS).

Podsumowując rozwój Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej w latach 1922–1976, a także mając na uwadze wskazania Marii Grzegorzewskiej związane z organizacją kształcenia specjalnego, należy raz jeszcze podkreślić, że do końca lat 50. XX w. była to jedyna placówka zajmująca się kompleksowym przygotowaniem nauczycieli szkół specjalnych, inicjowała i prowadziła badania naukowe w zakresie niepełnosprawności, świadczyła działalność usługową w obszarze poradnictwa medycznego i diagnostyki niepełnosprawności (zorganizowano specjalistyczne poradnie i pracownie).

Instytut pod kierownictwem Marii Grzegorzewskiej (1922–1967), pomimo obiektywnych trudności (społecznych, gospodarczych i politycznych), z wielką determinacją podążał drogą nakreśloną u zarania swej działalności. Była to innowacyjna i nowoczesna placówka czerpiąca z najbardziej postępowych rozwiązań w zakresie kształcenia specjalnego w Europie Zachodniej. Dowodzą tego m.in. teksty publikowane na łamach „Szkoły Specjalnej”, czasopisma immanentnie związanego z Instytutem od 1924 r., któremu przez lata przewodniczyła Maria Grzegorzewska. W 2000 r. uczelni nadano nazwę Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej (Dz.U. 2000, nr 60, poz. 694).

Marzeniem Grzegorzewskiej było, aby Instytut kształcił nauczycieli na poziomie studiów wyższych, co jak wiemy stało się zaledwie trzy lata po jej śmierci w 1970 r. W archiwum Uczelni znajdują się materiały (niedrukowane) będące świadectwem tego, że kierownictwo PIPS prowadziło prace zmierzające do tej reformy. Patronowała im Maria Grzegorzewska, trafnie odczytująca zarysowujące się potrzeby i możliwości reorganizacji w sferze kształcenia i dokształcania nauczycieli szkół i zakładów specjalnych w Polsce.

Warto przypomnieć, że ostatnia wola (testament) Marii Grzegorzewskiej nie była długa. Jest zapisana odręcznie, niebieskim atramentem, na półtołej stronie papieru kancelaryjnego. Napisała, że „[...] Instytut to dzieło życia mojego. Włożyłam w tę pracę wszystko, co mogłam i jak mogłam. Wierzę w wartości społeczne Instytutu i pragnę, aby się rozwijał w kierunku odpowiedzi na różne postawy człowieka w jakiś sposób upośledzonego czy wykołowanego. [...]. Wszystkich moich Współpracowników żegnam serdecznie i gorąco. Im za pomoc w mojej pracy dziękuję”. W dniu 16 marca 1964 r. Maria Grzegorzewska potwierdziła swój testament. Dokonała jednak wpisu odnoszącego się do drewnianego domku, który znajdował się w Zalesiu Dolnym pod Warszawą, którego zarząd powierzyła Janinie Doroszewskiej z zaznaczeniem, aby „dalej służył społecznie”. Testament Marii Grzegorzewskiej został odnaleziony 26 maja 1967 r. w jej służbowym mieszkaniu przy ul. Spiskiej 16. W kopercie pt. „Testament Marii Grzegorzewskiej” można dostrzec, że testament spisywany był wcześniej: już 29 grudnia 1953 r. z uzupełnieniami z 21 września 1963 r. i 16 marca 1964 r. Kolejne (odręczne) wpisy na „Testamencie” datowane są na 7 listopada 1964 r. i 1 marca 1965 r. – i dotyczą potwierdzenia jej wcześniejszej woli.

Bibliografia

Opracowania

- Bachmann, W. (1979). *Biografie polskich pedagogów specjalnych. Dokumentacja do międzynarodowej historii pedagogiki specjalnej*. Giessen: Gahmig Druck Giessen.
- Doroszeńska, J. (1964). Fragmenty bibliografii Marii Grzegorzewskiej. *Ruch Pedagogiczny*, 6.
- Doroszeńska, J. (1963). *O Instytucie Pedagogiki Specjalnej i jego twórcy Marii Grzegorzewskiej*. Warszawa: PWN.
- Doroszeńska, J., Falski, M., Wroczyński, R. (red.). (1972). *Maria Grzegorzewska. Materiały z sesji naukowej z 7 XI 1969 roku*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Eckert, U., Gawarecka, M. (oprac.). (1989). *Wspomnienia o Marii Grzegorzewskiej*. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Grzegorzewska, M. (1918). O konieczności zorganizowania specjalnego kształcenia dla dzieci anormalnych w Polsce. *Roczniki Polskiej Ligi Nauczania*, 1, 108–114.
- Grzegorzewska, M. (1946/47). Losy wojenne i odbudowa Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej. *Szkoła Specjalna*, 1–4, 6–12.
- Hryniewicka, A. (2022). *W stronę człowieka... O odwadze twórczego myślenia Marii Grzegorzewskiej*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Krauze, B. (1971). Publikacje o Marii Grzegorzewskiej. *Szkoła Specjalna*, 1, 60–65.
- Kulbaka, J. (2012). Kalendarium z życia i działalności twórczyni Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej – Marii Grzegorzewskiej. W: H. Markiewiczowa, K. Poznański, J. Kulbaka (red.), *Sami tworzyliśmy tę historię. Księga pamiątkowa z okazji 90. rocznicy powstania Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie (1922–2012)* (s. 16–22). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Kulbaka, J. (2019). Między medycyną a pedagogiką specjalną. Z dziejów diagnostyki, metodyki i organizacji kształcenia specjalnego. Osiągnięcia Józefa Joteyko na niwie medycyny, psychologii i pedagogiki. W: M. Ciesielska, A. Marek, M. Paciorek (red.), *Kobiety w medycynie. W stulecie odzyskania niepodległości 1918–2018* (s. 51–69). Warszawa: Uczelnia Łazarskiego.
- Leroz, A. (1907). *L'Education médico-pedagogique dans les Ecoles de Bienfaisance de L'Etat. Extrait de la Revue de droit pénal et de Criminologie*, 39, 8–10. Bruxelles.
- Lipkowski, O. (1983). *Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej 1922–1982*. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Maria Grzegorzewska. Nota biograficzna. (1967). *Szkoła Specjalna*, 3, 207–217.
- Okoń, W. (2000). *Wizerunki sławnych pedagogów polskich*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Suchodolski, B. (red.). (1992). *Historia nauki polskiej*, t. V, 1918–1951. Warszawa–Wrocław–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN.
- Szenajch, W. (1916). *Porównawcza statystyka urodzeń i śmiertelności wśród dzieci ubogiej ludności chrześcijańskiej i żydowskiej w Warszawie i w Łodzi*. Warszawa.
- Tomasik, E. (1998). „Ocalić od zapomnienia...” *Maria Grzegorzewska w relacjach ze współczesnymi*. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Tomasik, E. (2002). *Marii Grzegorzewskiej listy do przyjaciół*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Tomasik, E. (2009). Maria Grzegorzewska – człowiek i dzieło. *Przegląd Historyczno-Oświatowy*, 1-2, 224–230.
- Wroczyński, R. (1970). Maria Grzegorzewska w polskiej myśli wychowawczej. *Szkoła Specjalna*, 1, 2–9.

Źródła drukowane

- I Congres Internationale de Pédologie*, Bruxelles, 12–18 sierpnia, 1911.
 Dz.U. PRL, 1970, nr 13, poz. 115.
 Dz.U. PRL, 1976, nr 15, poz. 93.
 Dz.U., 2000, nr 60, poz. 694. O nadaniu Wyższej Szkole Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej nazwy „Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej”.
 Dz. Urz. Min. Ośw., 1945, nr 4, poz. 193.
 Dz. Urz. Min. Ośw., 1950, nr 5, poz. 75.
 Dz. Urz. Min. Ośw., 1958, nr 5, poz. 50.
 Dz. Urz. MWRiOP, 1921, nr 20, poz. 203.
 Dz. Urz. MWRiOP, 1922, nr 24, poz. 300 z 15 lipca 1922 r. (Statut PIPS z 1922 r.).
 Dz. Urz. MWRiOP, 1926, nr 4, poz. 29, s. 73–74. *Okólnik Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego do Kuratorów Okręgów Szkolnych, inspektorów szkolnych i nauczycielstwa publicznych szkół powszechnych w sprawie kursu jednorocznego w Instytucie Pedagogiki Specjalnej w Warszawie*.
 Dz. Urz. MWRiOP, 1929, nr 2, poz. 23, s. 75–76. *Komunikat w sprawie jednorocznego Kursu w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej w Warszawie w roku szkolnym 1929/1930*.
 Dz. Urz. MWRiOP, 1930, nr 2, poz. 25, s. 46. *Komunikat w sprawie jednorocznego Kursu w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej w Warszawie w roku szkolnym 1930/1931*.
 Dz. Urz. MWRiOP, 1933, nr 2, poz. 41.
 Dz. Urz. MWRiOP, 1939, nr 2, poz. 64.
Kształtowanie wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej, cz. II. Wynagrodzenia urzędników w II RP. (2021). Warszawa: Kancelaria Senatu. Biuro analiz, dokumentacji i korespondencji.
 Sprawozdanie z I Polskiego Zjazdu Nauczycieli Szkół Specjalnych. *Szkoła Specjalna*, 2, 1925/26, 69–124.
 Sprawozdanie z II Polskiego Zjazdu Nauczycieli Szkół Specjalnych. *Szkoła Specjalna*, 2–4, 1934/35, 49–270.

Źródła niedrukowane

- Archiwum Akt Nowych w Warszawie: Inwentarz Zbioru akt z lat 1917–1939, t. I, Zespół nr 14, sygn. 161.
 Archiwum APS, sygnatury: 110/41J; 110/31; 110/41 L; 110/41 K; 110/41 N; 110/41 C; 110/41 B; 110/41 O; 110/41 P.
 Archiwum PAN, sygn. III-333, s. 4.

**MARIA GRZEGORZEWSKA'S INDICATIONS FROM 1918 ON SPECIAL
EDUCATION.
ORIGINS AND ACTIVITY OF THE STATE INSTITUTE FOR SPECIAL
PEDAGOGICS (1922–1976)**

Abstract

The article presents Maria Grzegorzewska's indications regarding the need to organize special education in Poland after 1918. It is assumed that this is the first text by Grzegorzewska on this matter published in the "Roczniki Polskiej Ligi Nauczania" (Annals of the Polish Teaching League). The second part of the article is related to the organization and activity of the State Institute for Special Pedagogics from 1922 to 1976.

Keywords: abnormal, special education, special needs education, State Institute for Special Pedagogics

AGNIESZKA ŻABIŃSKA
<https://orcid.org/0000-0002-2035-491X>
azabinska@aps.edu.pl
ZUZANNA PISARSKA
<https://orcid.org/0000-0003-4779-6280>
zuzannapisarska1@gmail.com
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

ISSN 0137-818X
DOI: 10.5604/01.3001.0053.7204
Data wpływu: 20.07.2022
Data przyjęcia: 16.10.2022

RELACJE RODZINNE W DOŚWIADCZENIACH MATEK OSÓB Z ZESPOŁEM DOWNA

Relacje rodzinne stanowią niezwykle ważny element budujący prawidłowe funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Badania zostały zrealizowane za pomocą kwestionariusza ankiety skierowanego do matek osób z zespołem Downa. Zastosowanie pytań otwartych pozwoliło na uzyskanie odpowiedzi będących indywidualnymi historiami życia rodzin, których członkami są osoby z zespołem Downa. Analizy ankiet umożliwiły stwierdzenie, czy respondentki w ich najbliższym środowisku dotyka stygmatyzacja przeniesiona, czy postrzegają swoją rolę społeczną jako trudne macierzyństwo oraz czy uzyskują w najbliższej rodzinie wsparcie w wychowywaniu i opiece nad osobą z niepełnosprawnością intelektualną. Wyniki ukazały znaczne problemy w zakresie otrzymywanego wsparcia. Zaakcentowano ponadto pojawiające się w najbliższej rodzinie trudności z akceptacją zarówno dziecka z zespołem Downa, jak i jego matki (często traktowanych jako jedność).

Słowa kluczowe: rodzicielstwo, matki osób z zespołem Downa, relacje rodzinne, niepełnosprawność intelektualna

Zespół Downa jest najczęściej występującym genetycznym zaburzeniem rozwoju człowieka, budzi zatem ogromną ciekawość poznawczą szerokiego grona specjalistów z różnych dziedzin nauki (Minczakiewicz, 2001, 2010; Kocharński, 2013). Oprócz zagadnień ściśle związanych z niepełnosprawnością, coraz częściej w publikacjach naukowych pojawiają się treści dotyczące środowiska tych osób, niepełnosprawność bowiem dotyka także najbliższe otoczenie, czyli rodzinę. Jak podaje Lucyna Bobkiewicz-Lewartowska (2013), prace naukowe dotyczące jakości życia rodzin funkcjonujących z osobą z niepełnosprawnością intelektualną zaczęto realizować dopiero w latach 90. XX wieku. Określono wówczas teoretyczne podstawy i stworzono narzędzia, za pomocą których charakteryzowano jakość życia tych rodzin. W badaniach z 2009 r. (Burton-Smith i in., 2009) wykazano m.in., że opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną charakteryzują się gorszymi wskaźnikami psychologicznego funkcjonowania, objawiającymi się przez poczucie obciążenia związanego z opieką, gorszym stanem zdrowia psychicznego i słabszym poczuciem jakości życia w porównaniu z populacją generalną. Monika Parchomiuk (2013) przytacza badania, które wskazują, że wychowanie dziecka z niepełnosprawnością jest źródłem pozytywnych

doświadczeń, poczucia spełnienia i własnej wartości, czego dowodem mogą być także słowa jednej z respondentek: „syn z zespołem Downa dał mi miłość bezwarunkową”. Zatem rodzice wychowujący dziecko z zespołem Downa doświadczają zarówno pozytywnych, jak i negatywnych odczuć.

Zrealizowane badania skupiały się na analizie problematyki związanej z opiniami wyrażanymi przez matki dzieci z zespołem Downa, dotyczącymi relacji międzyludzkich panujących w ich rodzinach. Poruszana problematyka ma ogromne znaczenie ze względu na emocjonalne naznaczenie tych relacji, ponieważ to, jakie wsparcie dostaje rodzic i jego dziecko z niepełnosprawnością, wpływa na ich codzienne funkcjonowanie oraz rozwój poznawczy i społeczny. Na rodzinie spoczywa przede wszystkim odpowiedzialność za kreowanie jak najlepszych warunków dla rozwoju osób z niepełnosprawnością, nadal będących narażonymi na izolację i odtrącenie społeczne, a w konsekwencji często poddawanych stygmatyzującym opiniom. Zrealizowane badania pozwoliły spojrzeć na stygmatyzację przeniesioną, tj. negatywne postrzeganie matki ze względu na niepełnosprawność jej dziecka, z perspektywy sprawnych członków tej istotnej dla każdego człowieka społeczności – rodziny (Byra, Parchomiuk, 2014a, 2014b).

Rodzina dziecka z zespołem Downa

Rodzina otrzymująca diagnozę dotyczącą niepełnosprawności dziecka staje przed wieloma trudnymi decyzjami i dylematami. Sytuacja na początku wspólnej drogi z dzieckiem z niepełnosprawnością często jest krytyczna. Przede wszystkim rodzina musi poradzić sobie z akceptacją inności nowego jej członka oraz zmian, jakie zachodzą i będą zachodziły w jej dotychczasowym funkcjonowaniu. Zazwyczaj z czasem dochodzi do godzenia się z tym stanem i opiekun przyjmuje określony wzorzec życia, kreuje właściwy sobie model wychowania ze świadomością możliwości i ograniczeń swojego dziecka (Minczakiewicz, 2010, s. 81).

Osoby z zespołem Downa potrzebują miłości i akceptacji często w większym zakresie niż ich sprawni rówieśnicy. Rodziny, w których pojawia się takie dziecko, niewątpliwie narażone są na ogromne obciążenia nie tylko emocjonalne, lecz także finansowe, ponieważ jeden z rodziców bardzo często rezygnuje z pracy, aby zapewnić dziecku stałą opiekę, a to wiąże się ze zmniejszeniem budżetu rodzinnego przy rosnących kosztach utrzymania (Redmond, Richardson, 2003). Zapewnieniu maksymalnych możliwości rozwojowych osób z zespołem Downa sprzyja akceptowanie ich przez członków najbliższej rodziny i odpowiednie sprawowanie nad nimi opieki, która powinna polegać m.in. na ciągłej aktywności rodziców, rodzeństwa czy dziadków. Kluczową cechą opiekuna jest odpowiedzialność, polegająca na świadomym i dobrowolnym: „Ponoszeniu wszelkich konsekwencji istnienia i aktywności życiowej podopiecznego; chronieniu, bronięciu i reprezentowaniu jego dobrostanu; decydowaniu za niego, o nim i jego sprawach, a wszystko to na tyle, na ile on sam nie jest zdolny do tego” (Dąbrowski, Kulpiński, 2002, s. 111–112).

Świadomość występowania u dziecka zaburzenia genetycznego, jakim jest zespół Downa, stanowi poważne obciążenie dla rodziców i najbliższej rodziny,

ponieważ nie można go wyleczyć, stosując różnego rodzaju terapie, metody czy farmakologię. Sprawowanie opieki nad dzieckiem, którego rozwój nie przebiega prawidłowo, wiąże się z permanentnym stresem rodziców (Pisula, 2007). Staje się on tym większy, im mniej zasobów osobistych w postaci cech i umiejętności posiadają rodzice, aby sprostać wymaganiom zaistniałej sytuacji.

Społecznie rola ojca nadal utożsamiana jest z osobą, która powinna zapewnić byt rodzinie, czyli mężczyzny pracującego, a co za tym idzie często nieobecnego i nieuczestniczącego w jej funkcjonowaniu. Zaangażowanie w sprawy zawodowe, które przekładają się na zapewnienie statusu materialnego, powoduje przekonanie, że w ten sposób ojciec w najpełniejszy sposób poświęca się rodzinie. Niewątpliwie pojawienie się w rodzinie dziecka z niepełnosprawnością jest stresogennym przeżyciem dla obojga rodziców. Mężczyzna powinien przeddefiniować siebie w roli ojca, co jest niezwykle trudne, gdyż wiąże się z rezygnacją z wielu planów i marzeń związanych z tandemem dziecko–ojciec. Mężczyźni częściej niż kobiety oczekują od dziecka, że będzie doskonałym uczniem, osiągnie sukces zawodowy, będzie samowystarczalne, a niepełnosprawność „zabija” ich marzenia (Meyer i in., 1982, za: Kaniok, 2011). Istotne jest zatem, aby kobieta włączała mężczyznę w proces wychowawczy w taki sposób, by ten odczuwał satysfakcję i zadowolenie z pełnionej przez siebie nowej funkcji (Sidor, 2001). Badania wskazują, że ojcowie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną inaczej niż kobiety przeżywają zaistniałą sytuację, traktując ją często jako porażkę życiową, a dodatkowym obciążeniem jest brak wsparcia między rodzicami i wzajemne obwinianie się za zaistniałą sytuację (Będkowska-Heine, 2003; Freedman i in., 2012). Oprócz roli rodzicielskiej, rodzicom przychodzi zmierzyć się z rolą terapeuty, opiekuna medycznego, nauczyciela i pedagoga. Źródłem troski rodziców jest nie tyle poziom funkcjonowania ich dziecka, ile sposób traktowania go przez innych ludzi. Przyszłość jest nieodgadniona i zazwyczaj nie przedstawia się optymistycznie – obawy dotyczą przede wszystkim takich kwestii: W jaki sposób dorosłe dziecko sobie poradzi? Kto się nim zajmie, gdy ich zabraknie? Niewątpliwie podwyższony poziom stresu rodzicielskiego trwa, dopóki istnieje jego źródło – zaburzenie w rozwoju dziecka (Dąbrowska, 2010).

Ważne jest, by w rodzinach panowała miłość, szacunek, wsparcie i zrozumienie, a każdy z jej członków powinien czuć się w niej swobodnie i bezpiecznie. Dziecko z zespołem Downa często spotyka się z nietolerancją wśród najbliższych, co utrudnia mu drogę do własnego rozwoju szczególnie w sferze emocjonalnej. Dzieci uczą się przez doświadczenia i obserwacje, dlatego zarówno złe, jak i dobre podstawy rodzicielskie czy rodzinne będą powielane przez dziecko. Jakość relacji w rodzinie ma zatem ogromne znaczenie w wychowaniu dziecka z niepełnosprawnością intelektualną (Sokal, 2001; Muszala i in., 2018).

Macierzyństwo w kontekście opieki nad dzieckiem z zespołem Downa

Macierzyństwo to zjawisko raczej oczywiste i naturalne, bardzo często stanowiące centralny punkt w (auto)definicji kobiet, które określają siebie przez

pryzmat ról rodzinnych (Titkow, 2007). Badania pokazują, że kobiety na pierwszym miejscu identyfikują się z rolą matki, traktując ją jako powołanie. Rola matki często rozumiana jest jako jedna z podstawowych funkcji pełnionych przez dorosłą kobietę, traktowana łącznie jako jedna kategoria: kobieta–matka (Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska; 2004).

Macierzyństwo w kontekście niepełnosprawności dziecka bardzo często nazywane jest „trudnym macierzyństwem”, niepełnosprawność nowo narodzonego dziecka bowiem może u kobiety w pewnym stopniu spowolnić proces realizacji siebie jako matki, wywołać brak akceptacji zarówno zaistniałej sytuacji, jak i dziecka. Odrzucenie myśli o postawionej diagnozie i ogromne poczucie niesprawiedliwości może spowodować kryzys lub nawet wstrząs, a uczucia te czasem mogą trwać nawet kilka lat i mają destrukcyjny i traumatyczny wpływ na kobietę (Kościelska, 1998). Ponadto matka często musi zrezygnować z własnych ambicji, także z marzeń dotyczących przyszłości dziecka, oznacza to więc dla niej zmianę całej sytuacji życiowej. Zdaniem Małgorzaty Kościelskiej (1998) kobiety dotknięte „trudnym macierzyństwem” czują się tak, jakby zniszczyły część swojego „ja” i nie mogły odnaleźć się w nowej tożsamości. Zamiast stać się matkami i cieszyć się z nowej roli, przybierają pozycję eksperta w zakresie niepełnosprawności. Natomiast, jak zauważa Aleksandra Maciarz (2004, s. 16), ocena samego macierzyństwa „zwykle dokonywana jest przez pryzmat stanu zdrowia i rozwoju jej dzieci, ich osiągnięć w nauce i zachowaniu się”. Zatem w tym kontekście niepełnosprawność dziecka staje się podstawą do często negatywnej oceny społecznej zarówno dziecka, jak i jego matki. W opinii społecznej kobieta–matka niepełnosprawnego dziecka powinna poświęcić się rodzinie, prowadzeniu domu i przede wszystkim opiece nad dzieckiem (Łyszkowska, 2009; Imbierowicz, 2012).

Założenia metodologiczne badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było udzielenie odpowiedzi na pytanie: Jak matki osób z zespołem Downa postrzegają relacje rodzinne w kontekście niepełnosprawności swojego dziecka? Uszczegółowiając pytanie badawcze, postanowiono zwrócić uwagę na kategorie budujące macierzyństwo, takie jak: wsparcie, reakcje i postawy najbliższych w momencie pojawienia się w rodzinie dziecka z niepełnosprawnością, życie codzienne z dzieckiem z zespołem Downa, a także trudności pojawiające się w pełnieniu funkcji matki.

Zrealizowane badania przeprowadzono za pomocą sondażu diagnostycznego, zastosowano technikę ankiety, a informacje zostały uzyskane na zasadzie indywidualnie wypełnianych przez respondentki kwestionariuszy zawierających 31 pytań otwartych i zamkniętych. Ze względu na pandemię COVID-19 podczas realizacji badania skorzystano z sieci globalnej, a terenem przeprowadzonych badań była zamknięta grupa internetowa pod nazwą *Zakątek 21*, do której należą wyłącznie matki osób z zespołem Downa. Badania odbywały się od 3 sierpnia 2021 r. do 15 sierpnia 2021 r.

W badaniu wzięło udział 31 kobiet w przedziale wiekowym od 39 lat do 71 lat. Wśród ankietowanych 10 pań mieszkało na wsi, pozostałe 21 badanych w miastach. Wyniki analiz dotyczące wykształcenia respondentek pokazały, że 13 kobiet posiada wykształcenie wyższe, 13 osób ukończyło szkołę średnią, trzy kolejne respondentki mają przygotowanie zasadnicze zawodowe, a pozostałe dwie mamy zakończyły edukację na poziomie podstawowym. Respondentkami były matki, które mają dzieci z zespołem Downa powyżej 16. roku życia. Spośród 31 matek, 19 ma syna z zespołem Downa, a 12 córkę. W badanej grupie większość (21 matek) zajmuje się dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, siedem kobiet w stopniu umiarkowanym, dwie w stopniu lekkim, a jedna zajmuje się osobą z niepełnosprawnością w stopniu głębokim. Wśród badanych 21 matek ma więcej niż jedno dziecko, a pozostałe 10 wychowuje tylko potomka z zespołem Downa.

Relacje rodzinne w doświadczeniach matek – wyniki badań

Podczas opracowywania zebranego materiału przeanalizowano wiele odpowiedzi respondentek, dokonując wstępnej hierarchizacji pytań pod kątem tematyki tego opracowania. Jednym z pierwszych analizowanych zagadnień była kwestia reakcji ojca dziecka na diagnozę zespołu Downa u potomka i wynikający z niej wpływ na relacje między rodzicami.

Diagnoza niepełnosprawności u potomka może znacząco wpływać na bliskość jego rodziców. Analiza badań pokazała, że wśród badanych, w pytaniu wielokrotnego wyboru dotyczącym reakcji ojca, najczęściej zaznaczanymi odpowiedziami były: *wiedzieliśmy, że razem sobie poradzimy* (13 osób); *mogliśmy na siebie liczyć* – (11 osób); *diagnoza wzmocniła nas* (8 osób). Wyniki badań pokazały, że najczęściej wybierane odpowiedzi to te o charakterze pozytywnym.

Kolejne ankietowane wybierały już odpowiedzi, w których diagnoza miała negatywny wpływ na relacje: *oddaliliśmy się od siebie* (7 osób), *był nieobecny* – (4 osoby), *obwinialiśmy siebie nawzajem* – (1 osoba). W pytaniu tym była możliwość wybrania opcji *inne* i wpisania własnych odczuć, skorzystało z tej opcji sześć respondentek, które napisały: *staliśmy się obcymi ludźmi; trudny czas dla nas obojga; mogliśmy na siebie liczyć do pewnego czasu*.

Przekazanie rodzicowi informacji, że dziecko ma zespół Downa nie jest łatwe. Bardzo często zakomunikowanie diagnozy ojcu dziecka spoczywa na barkach matki. W badanej grupie matek większość (25 ankietowanych) samodzielnie przekazała ojcu informacje o zdiagnozowaniu u ich potomka zespołu Downa. Zaskakujące jest to, że personel medyczny poinformował ojców o niepełnosprawności intelektualnej dziecka tylko w czterech przypadkach. W pozostałych dwóch przypadkach ojciec nie dowiedział się o zespole Downa bezpośrednio od lekarzy ani od matki dziecka tuż po jego urodzeniu, ponieważ nie było go w tym czasie z rodziną.

Analiza badań nad aktualnymi relacjami matki z ojcem dziecka (mimo stereotypów, że ojcowie zazwyczaj odchodzą z ogniska domowego w sytuacji pojawienia się potomka z zespołem Downa) pokazuje, że 18 ankietowanych

rodziców żyje razem i są wspierającymi się małżonkami/partnerami, dwie osoby zadeklarowały, że są razem ze względu na dziecko, a jedna z badanych udzieliła odpowiedzi – *żyliśmy razem do śmierci męża*. Następne odpowiedzi, w których rodzice nie żyją razem, respondentki zaznaczały kolejno: *zniknął z naszego życia i nie interesuje się swoim dzieckiem* – siedem osób; *rozstaliśmy się, ale mamy dobry kontakt i interesuje się dzieckiem z trisomią 21* – trzy osoby. Jednakże 16 matek przyznało, że ich największym wsparciem w rodzinie jest/był ich mąż. Badanie ankietowanych wykazało, że drugą najczęściej wymienianą osobą z rodziny jest matka respondentki – siedem osób. W kwestionariuszu przy tym pytaniu także pojawili się: teściowa – dwie osoby, rodzeństwo dziecka z zespołem Downa – dwie osoby oraz partner u jednej badanej, dwie matki zaznaczyły odpowiedź *nikt z rodziny*, co wskazuje, że zostały pozostawione same sobie w tak trudnej sytuacji.

Nie każdy człowiek ma pozytywne relacje ze swoim środowiskiem domowym. Wynika to z wielu różnorodnych czynników, np. pozbawienie praw rodzicielskich, sytuacje konfliktowe czy zaniedbania środowiskowe. Bazując na przekonaniu, że w życiu osób z niepełnosprawnością intelektualną pojawiają się pozytywne, uznawane za poprawne relacje, założono, że dziecko z zespołem Downa ma w swoim środowisku rodzinnym osoby, które okazują mu miłość i wsparcie. W związku z tym zadano kolejne pytanie, które stanowiło pogłębienie poruszanych kwestii: Z kim, biorąc pod uwagę członków najbliższej rodziny, dziecko z zespołem Downa łączy najsilniejsza więź? Większość ankietowanych odpowiedziała, że właśnie z nimi – czyli z matkami (17 respondentek). Na kolejnym miejscu wymienione zostało rodzeństwo osób z zespołem Downa – pięć osób, kolejne wskazania to babcia – cztery osoby i dziadek – dwie osoby, a trzy ostatnie respondentki zadeklarowały, że ze wszystkimi w domu dziecko ma świetne relacje.

Matki dzieci z zespołem Downa często nie poświęcają dostatecznej uwagi swojemu pełnosprawnemu potomstwu (Żyła, 2008). Nie zdają sobie sprawy, że pozostałe ich dzieci doświadczają stygmatyzacji przeniesionej. Rodzeństwo również często przechodzi fazę, podczas której uważa, że jego brat lub siostra ma zespół Downa z ich winy. Wiedza tych osób na temat niepełnosprawności często jest niewielka, ponieważ rodzina koncentruje się na wsparciu dziecka wymagającego działań rewalidacyjnych, a nie jego sprawnego rodzeństwa. Dodatkowo rodzeństwo spotyka się z wieloma okrutnymi sytuacjami, w których jest narażone na wyśmiewanie i obraźliwe komentarze ze strony rówieśników. Z tego powodu ważne jest, żeby edukować społeczeństwo już od najmłodszych lat na temat współistnienia osób z niepełnosprawnościami. Szczególnie w rodzinach, w których występuje niepełnosprawność, każdy jej członek powinien mieć informacje na jej temat – zakresem swym dostosowane do jego wieku i potrzeb (Żyła i in., 2013, s. 11–12). Kwestionariusz ankiety zawierał pytanie: Czy ankietowane usłyszały bezpośrednio od swoich pozostałych dzieci, że poświęcają im mniej uwagi niż potomkowi z zespołem Downa? Okazuje się, że u 16 osób taka sytuacja nie nastąpiła, a pięć osób potwierdziło, że były do nich skierowane takie słowa. Ponadto w pięciu przypadkach badane uznały, że: *dziecko z zespołem Downa potrzebuje mniej, pozostałe dzieci powinny to zrozumieć*.

Postawy wobec matki i dziecka z zespołem Downa w najbliższej rodzinie

W życiu osób z niepełnosprawnością pojawiają się sytuacje, w których są one ignorowane czy traktowane w sposób negatywny. Dlatego zadano pytanie: czy w ich ognisku domowym takie zdarzenia mają miejsce? 23 respondentki odpowiedziały, że nie zaobserwowały negatywnych reakcji w stosunku do dziecka. Natomiast pozostałe osiem ankietowanych odpowiedziało twierdząco, zatem do nich została skierowana prośba o wskazanie, kim są ci członkowie rodziny, którzy przejawiają takie emocje i reakcje. Respondentki te wymieniły: teściową – cztery osoby, teścia – trzy osoby, ojca dziecka – dwie osoby, pozostałe wpisały: moja mama, tata i siostra dziecka z zespołem Downa. Na pytanie otwarte dotyczące zachowań członków rodziny świadczących o braku akceptacji w stosunku do dziecka z zespołem Downa respondentki udzielały różnorodnych odpowiedzi. W dalszej części przedstawione zostały wybrane pojedyncze i długofalowe reakcje członków rodziny na osobę z zespołem Downa:

Unikają, wyrażają to w mało przyjemnych słowach, nie interesują się, tak jakby naszego syna nie było; Całkowity brak kontaktu, mój syn nie ma ojca ani jednej babci i dziadka, chociaż żyją; Niektórzy nawet nie próbują z nim porozmawiać, traktują go jak powietrze, choć on bardzo do nich łąnie; Nie zapraszają nas na uroczystości rodzinne, teściowa zawsze kała mi z synem wychodzić, gdy ktoś do niej przychodził, niepodawanie wyciągniętej na powitanie ręki; Całkowity brak kontaktu, ostatnio ją widzieli 26 lat temu...

Wsparcie społeczne otrzymywane od najbliższych jest niezwykle istotnym zasobem środowiskowym, odgrywającym rolę swego rodzaju bufora dla negatywnych skutków stresu i krytycznych wydarzeń związanych z niepełnosprawnością, a obciążających całą rodzinę. Jak wynika z danych uzyskanych z badania, respondentki na ogół nie otrzymały i nie otrzymują dostatecznego wsparcia czy wręcz czują się wykluczone z sieci rodzinnych powiązań. Dwie respondentki przyznały, że członek rodziny potrafił powiedzieć: *jakbyś sobie takiego dziecka nie urodziła, to byś miała szczęśliwsze życie; To, jak traktowane jest Twoje dziecko z zespołem jest twoją winą, skoro takie urodziłaś.*

Respondentki zostały poproszone o charakterystykę aktualnych relacji rodzinnych. Dalej przedstawione zostały odpowiedzi, które napawać mogą nadzieją, a jednocześnie wskazują na ogromną siłę matek:

Relacje są lepsze. Staramy się z mężem na nowo układać i naprawiać nasze relacje; Bardzo nas wzmocniły, córka była bardzo wyczekiwany dzieckiem i jest darem, który nas scala; Mieszkam sama z moim synem i nasze relacje są cudowne i utrzymujemy bardzo dobre kontakty z moją rodziną, rodzicami i siostrą, jeśli chodzi o relacje z ojcem dziecka i jego rodziną, ich po prostu nie ma; Bardzo dobre, wszyscy się wspieramy, mimo że druga córka już się wyprowadziła, to cały czas nas odwiedza albo my ją; Były mąż całkowicie się od nas oddalił, wstydzę się, że jego córka ma zespół Downa, a my, jako trzy kobiety, bardzo dobrze sobie radziłyśmy i ta sytuacja bardzo nas wzmocniła.

Wszystkie badane odpowiedziały na temat ich relacji w rodzinie, jednak wiele z nich udzieliło krótkich odpowiedzi: *dobrze, bardzo dobrze, prawidłowe, fatalne, ciepłe czy wesołe*. Analiza badań pokazała, że relacje rodzinne ankietowanych są różne, jednak kilkakrotnie padło w odpowiedziach hasło *przyszłość dziecka z zespołem Downa*, co wiąże się z lękami i obawami, o których matki starają się zbyt często nie myśleć. Jedna z respondentek napisała: *jestem ja, córka i mąż, rodzina się nie powiększy, nie dojdą inne relacje*. Kolejne respondentki napisały:

Jesteśmy jak zwykła rodzina z pełnosprawnym dzieckiem; Wiemy, co mamy, wiemy, co mamy robić, pomagamy, uczymy, jest dobrze. Chociaż obawa o przyszłość jest; Nie dają mi spokoju myśli, co z nim będzie, jak umrę, jestem już coraz starsza, nie myślę, kto zajmie się mną, tylko kto zaopiekuje się moim synem; Żyjemy teraźniejszością, staramy się nie myśleć o przyszłości, bo to mogłoby nam zaszkodzić.

Pytania dotyczyły także emocji i uczuć, o których respondentki często wołałyby nie pamiętać, a mianowicie zadano pytanie: *Jakie najbardziej przykre zdarzenie, które na zawsze zostanie w Pani głowie, usłyszała Pani od członka rodziny na temat Pani dziecka z zespołem Downa?* Uzyskano odpowiedzi, które wskazują, jak wiele ran potrafią zadać najbliżsi:

Po co w ogóle jeździmy z nim na terapię i tak ministrem nie zostanie; babcia męża: Przyzwyczajiliście się już do niej?; To, że mamy takie dziecko – to za karę; Nie pamiętam, żeby ktoś coś złego powiedział na temat syna, bardziej na mój temat, że za mało go rehabilituję i on mało potrafi, a przecież są osoby z zespołem Downa, które kończą studia, grają na pianinie, a mój nawet mało mówi i nie potrafi czytać; Takie dziecko może urodzić tylko „dziadostwo”; Teściowa powiedziała, że urodziłam „przygłupa”; Z tego dziecka nic nie będzie, oddajcie je do zakładu dla nienormalnych; Po co przyniosłaś mi jego zdjęcie? Nie będę takim wnukiem się chwalić. Najlepiej je oddaj, to może jeszcze uratujesz małżeństwo – słowa teściowej.

Pytanie dotyczyło słów, które na zawsze zostaną w pamięci, można domyślać się jednak, że nie raz zdarzały się sytuacje przykre w relacjach z najbliższymi. Jedynie osiem matek nie usłyszało nigdy negatywnych opinii na temat niepełnosprawności swojego dziecka.

Trudności w pełnieniu funkcji matki osoby z zespołem Downa

Zespołowi Downa często towarzyszą problemy komunikacyjne, co w kontekście relacji dziecko–matka powoduje poczucie niedosytu w kontakcie ze swoim dzieckiem. W związku z uświadomieniem sobie przez rodzica stopnia i zakresu niepełnosprawności potomka matce często towarzyszy poczucie odmienności i niezrozumienia ze strony dalszego, ale i bliższego otoczenia. W kolejnym punkcie kwestionariusza umieszczono pytanie na temat „naznaczenia” przez rodzinę piętnem niepełnosprawności dziecka z zespołem Downa. Ponad połowa (17 matek) potwierdziła,

że jak najbardziej odczuwa w rodzinie stygmatyzację z powodu zespołu Downa, pozostałe 14 badanych zaprzeczyło takim odczuciom. Matki często doświadczają traktowania ich w sposób wyjątkowy, jednak słowo to nie zawsze ma wymiar pozytywny. Jak pisała Agnieszka Kossowska (2018), bardzo często rodzice przyjmują narzucany przez społeczeństwo model „rodzicielstwa martyrologicznego”, w którym nie mają prawa do radości, popełniania błędów czy samorealizacji. Jedynym prawem, jakie otrzymują od bliższej i dalszej społeczności, jest bycie poświęcającym się rodzicem, a każdy objaw zadowolenia postrzegany jest jako coś nie na miejscu, ponieważ rodzice powinni się cały czas umartwiać i epatować niepowodzeniem.

Zdarza się, że matki emocjonalnie czują się jak osoby z niepełnosprawnością, zaniżając swoją wartość w wielu sferach codziennego życia. Kolejny punkt kwestionariusza dotyczył już konkretnie stygmatyzacji przeniesionej w stosunku do matek osób z zespołem Downa. Do respondentek skierowano prośbę o dopisanie dalszej części do zdania: *Jako matka osoby z zespołem Downa...* Ze wszystkich ankietowanych tylko osiem matek nie podało przykładu piętnowania w rodzinie z powodu niepełnosprawności dziecka. Pozostałe udzieliły niezwykle prostych, drastycznych, ale i wzruszających odpowiedzi na temat tego, co spotykało je ze strony najbliższej rodziny:

Zostałam wykluczona z rodziny; Jestem gorsza, bo nie pracuję, siedzę tylko w domu. Ze strony teściowej usłyszałam, że nie wie, dlaczego nas Bóg tak pokarał, ale to na pewno nie wina jej syna, bo on jest dobry; Rodzina męża nie ma z nami kontaktu, nigdy nie pamiętali o syna imieninach, urodzinach i chrzestna też, zdania, że muszę sama liczyć na siebie, skoro mam takie dziecko, przeze mnie relacje męża w rodzinie są kiepskie, nawet zdarzyło się, że mąż był zapraszany z zaznaczeniem, że beze mnie; Straciłam większość znajomych, odsunęli się od nas, nawet przyjaciele, z którymi trzymaliśmy się ponad 25 lat; odsuwanie się ode mnie i córki w sklepie, w autobusie, na pewno zasłużyłam na takie dziecko; Nie pracuję i niektórzy odbierają mnie jako nieroba; Najlepiej i najbezpieczniej czuję się wśród znajomych, którzy również mają dzieci i z taką wadą genetyczną, jestem wytykana palcami i czuję, że ludzie mi współczują, a córka ma już 23 lata, proszę sobie wyobrazić 23 lata współczucia ze strony rodziny...; Czuję, że wielu ludzi myśli, że zespół Downa jest zaraźliwy. Nieraz odsuwano się od nas w miejscach publicznych; Jestem naznaczona jego niepełnosprawnością; wiele osób uważa, że jestem matką niosącą krzyż Downa, męczennicą; Widzę, jak ludzie na mnie patrzą. Jak jestem ubrana wygodnie w dresy, to patrzą ze współczuciem i litością, a jak ładnie się ubiorę, uczeszę, umaluję i wyjdę z córką, to słyszę: kiedy Ty masz czas zadbać o siebie, powinnaś chodzić z córką na zajęcia, szukać nowych metod rehabilitacji – i tak źle, i tak niedobrze; Jestem uznawana za człowieka gorszej kategorii, nieraz usłyszałam, że narodziny mojej córki to kara boska, że zawiniłam Bogu; Powinnam zamknąć się w domu z córką, najlepiej ukrywać ją w piwnicy, żeby nikt się nie dowiedział, że w rodzinie jest niepełnosprawne dziecko; Nie odczułam tego piętna.

Kobiecie–matce osoby z zespołem Downa poza odpowiedzialnością za dziecko z niepełnosprawnością przypisuje się odpowiedzialność za to, w jaki sposób społeczeństwo będzie odbierało to dziecko (Kościelska, 2007). Matka w tej sytuacji ma odgrywać rolę pośrednika między swoim dzieckiem, a bliższym i dalszym otoczeniem, pokazywać pozytywny wizerunek siebie jako matki

i pozytywny wizerunek osoby z zespołem Downa. Istotne zatem staje się wspieranie kobiety w roli matki, odciążenie jej od codziennych obowiązków i wspieranie w opiece nad dzieckiem, a jednocześnie danie szansy na realizację własnych pragnień i pasji.

Podsumowanie

Kwerenda literatury dotyczącej badań nad wsparciem wskazuje, że otrzymanie go od najbliższych (małżonka, krewnych, przyjaciół), ale także od specjalistów (nauczycieli, terapeutów) może okazać się cennym modyfikatorem sytuacji stresowej poprzez uczucie zmniejszenia izolacji i ograniczeń związanych z pełnieniem funkcji rodzicielskich oraz mniejszą częstotliwością występowania symptomów depresyjnych (Boyd, 2002; Borowicz, 2012).

W badaniach podjęto zagadnienie relacji, jakie panują w rodzinach osób z zespołem Downa w opinii ich matek. Rodzina dla każdego z nas jest podstawowym, często najbliższym i najważniejszym środowiskiem, w którym się obracamy i poświęcamy jej najwięcej czasu, a każdy z nas buduje własne więzi rodzinne z jej członkami. Na drodze budowania pozytywnych powiązań rodzinnych może stać się spór o rzeczy materialne, inna osoba, nałóg, różnica przekonań czy pojawienie się w rodzinie osoby z niepełnosprawnością. Dzięki analizie odpowiedzi na pytania otwarte zawarte w kwestionariuszu ankiety uzyskano możliwość chociaż częściowego poznania tego, w jaki sposób funkcjonują w swoich rodzinach oraz jakie emocje towarzyszą na co dzień matkom osób z zespołem Downa. Badania wykazały, że w większości przypadków matka i dziecko traktowani są w rodzinie jako jedność zarówno w kontekście negatywnym, jak i pozytywnym.

Relacje w rodzinie osób z zespołem Downa, w opinii ich matek, zazwyczaj ujmowane są za pomocą krótkich haseł: dobre, złe, ciepłe, zimne, rodzinne itd. Dopiero zagłębienie się w specyfikę stosunków rodzinnych poprzez zadanie dodatkowych, otwartych pytań ukazało całą gamę przeróżnych emocji, sytuacji i wspomnień, niezwykle cennych dla badacza tematyki. Na pewno każda rodzina jest inna, a relacje w niej są różnorodne, jednak osoba z zespołem Downa nie powinna stanowić przeszkody w budowaniu pozytywnych relacji rodzinnych. Analiza badań pokazała też, że dla wielu członków rodziny sam zespół Downa jest blokadą nie do pokonania, co wybrzmiewało w sposób niezwykle czytelny w wypowiedziach matek. Zarejestrowano szeroki wachlarz zachowań w codziennym funkcjonowaniu rodziny osoby z zespołem Downa. Niektóre pytania przywołały trudne wspomnienia i rozdrapały niezagojone rany, uzyskano niezwykle cenny materiał badawczy ze względu na osobisty, emocjonalny charakter wypowiedzi, za co bardzo dziękujemy uczestniczkom opisanego badania.

Analizując wyniki badań, można dojść do wniosku, że wiele ról, jakie odgrywają członkowie rodziny, jest uzależnionych kulturowo. To, czego oczekuje od nas otoczenie, determinuje nasze wybory co do roli, jaką przyjmujemy. Od mężczyzny zazwyczaj oczekuje się zapewnienia bytu materialnego i siły, natomiast kobieta jest tą, która opiekuje się dzieckiem i poświęca mu czas, rehabilituje je

i wyszukuje skuteczne terapie, często rezygnując z pracy zawodowej. Bardzo ważnym aspektem jest wzajemne wsparcie i współdziałanie w wychowaniu i procesie terapeutyczno-edukacyjnym. Natłok wielu gorzkich słów i sytuacji na pewno nie sprzyjał poczuciu dobrostanu i postrzeganiu jakości swojego życia jako czegoś pozytywnego. Co ciekawe, respondentki w wielu przypadkach znalazły siłę i wartość właśnie dzięki swojemu dziecku z niepełnosprawnością. *Dziecko dało mi siłę* – to słowa jednej z matek biorących udział w badaniu. Aby ta siła mogła się pojawić, musiało zadziałać wiele czynników, m.in. wsparcie, akceptacja i wiara w siły swoje i dziecka.

Bibliografia

- Będkowska-Heine, V. (2003). Tworzenie roli matki dziecka niepełnosprawnego. W: S. Milewicz (red.), *Wybrane zagadnienia psychopatologii rozwoju dzieci i młodzieży* (s. 77–92). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bobkiewicz-Lewartowska, L. (2013). *Wybrane uwarunkowania jakości życia rodziców dzieci i młodzieży z zespołem Downa*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Borowicz, A. (2012). Stres rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością słuchową. *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, II(3), 55–80.
- Boyd, B.A. (2002). Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17, 208–215.
- Burton-Smith, R., McVilly, K.R., Yazbeck, M., Parmenter, T.R., Tsutsui, T. (2009). Quality of life of Australian family carers: implication for research, policy and practice. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(3), 189–198.
- Byra, S., Parchomiuk, M. (2014a). Stygmatyzacja przeniesiona. Część 1: perspektywa rodziców dzieci z niepełnosprawnością i chorobą, *Niepełnosprawność*, 15, 29–46.
- Byra, S., Parchomiuk, M. (2014b). Stygmatyzacja przeniesiona. Część 2: perspektywa członków rodziny osób z niepełnosprawnością i chorobą, *Niepełnosprawność*, 15, 47–62.
- Dąbrowska, A. (2010). Sprawowanie opieki nad dorastającym dzieckiem z zespołem Downa a stres i poczucie koherencji u rodziców. W: B.B. Kaczmarek (red.), *Trudna dorosłość osób z zespołem Downa* (s. 135–151). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Dąbrowski, Z., Kulpiński, F. (2002). *Pedagogika opiekuńcza. Historia, teoria, terminologia*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Freedman, B.H., Kalb, L.G., Zablotsky, B., Stuart, E. (2012). Relationship status among parents of children with autism spectrum disorders: A population-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(4), 539–548.
- Imbierowicz, A. (2012). Matka Polka w defensywie? Przemiany mitu i jego wpływ na sytuację kobiet w polskim społeczeństwie. *Ogrody Nauk i Sztuk*, 2, 430–442.
- Kaniok, P.E. (2011). *Poczucie powodzenia małżeństwa a udział ojców w opiece nad dzieckiem niepełnosprawnym i jego wychowaniu*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Kochański, A. (2013). Genetyka zespołu Downa. Gdzie jesteśmy? W: A. Suchcicki (red.), *Zespół Downa w XXI wieku* (s. 6–21). Warszawa: Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa.
- Kossowska, A. (2018). Poczucie winy rodziców dzieci z niepełnosprawnościami. *Psychologia w Praktyce*, 2, 65–67.
- Kościelska, M. (1998). *Trudne macierzyństwo*. Warszawa: WSiP.
- Kościelska, M. (2007). *Sens odpowiedzialności. Perspektywa psychologa klinicznego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Łyszkowska, E. (2009). *Zachowania mimetyczne kobiet pod wpływem telewizji i doświadczeń codzienności. Studium socjopedagogiczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Maciarz, A. (2004). *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Minczakiewicz, E.M. (2001). *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Minczakiewicz, E.M. (2010). *Księga pytań i odpowiedzi. Zespół Downa*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Muszala, A. (red.), Zazula, M. (red.), Biesaga, T., Śmigiel, R., Zowczak-Drabarczyk, M., Stachowska, E., Kaleciak, S., Dąbek, K., Gajos, J., Bałtroszewicz, J., Wojtkiewicz, J., Wójcik, K., Kudach, M., Branicki, W., Menes-Idzikowska, E., Malak, R., Jalowska, A., Suchcicki, A., Mroczo, B., Grochowska, A., Matthews-Kozanecka, M., Uchman, J., Rutka, P., Krajnik, M., Latos-Bieleńska, A., Hołub, G. (2018). *Problemy rodzin dzieci z zespołem Downa w Polsce – stan na przełomie 2017 i 2018 roku*. Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie.
- Parchomiuk, M. (2013). Charakter ustosunkowania między rodzicami dzieci niepełnosprawnych intelektualnie oraz ocena szczęścia w związku z satysfakcją z rodzicielstwa. W: E. Zasępa (red.), *Doświadczenie choroby i niepełnosprawności* (s. 276–297). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Pisula, E. (2007). *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Redmond, B., Richardson, V. (2003). Just getting on with it: exploring the service needs of mothers who Take care for young children with severe/profound and life threatening intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 205–218.
- Sidor, B. (2001). Ojciec w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością umysłową. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa* (s. 381–389). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Sokal, U. (2001). Czynniki wpływające na kształtowanie się więzi w rodzinie. W: Z. Tysza (red.), *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian* (s. 195–202). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Titkow, A. (2007). *Tożsamość polskich kobiet. Ciągłość, zmiana, konteksty*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Titkow, A., Duch-Krzystoszek, D., Budrowska, B. (2004). *Nieodpłatna pomoc kobiet. Mity, realia, perspektywy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Żyta, A. (2008). Rodzeństwo osób z zespołem Downa. W: B.B. Kaczmarek (red.), *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka* (s. 359–367). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Żyta, A., Kicińska, M., Rozmarynowska, M., Pobiedzińska, J., Meyza, I. (2013). *Rodzeństwo osób z niepełnosprawnością*. Warszawa: Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa Bardziej Kochani.

FAMILY RELATIONS IN THE NARRATIVES OF MOTHERS OF PEOPLE WITH DOWN SYNDROME

Abstract

Family relationships are an exceptionally important element in building the proper functioning of people with intellectual disabilities. The research was carried out using a questionnaire addressed to mothers of people with Down syndrome. Open-ended questions allowed for entering into the study group, obtaining information on individual life stories of families whose members are people with Down syndrome. The survey analyses enabled us to state whether the respondents are affected by transferred stigma or they perceive their social role as tough motherhood and whether they receive any support in upbringing and taking care of a person with intellectual disability from their immediate family. The study results shed light on problems in the area of support as well as difficulties in acceptance of both the child with Down syndrome and the mother. The difficulties towards acceptance emerge in the immediate family and they mostly concern the grandparents.

Keywords: parenting, mothers of people with Down syndrome, family relationships, intellectual disability.

ARE IMMATURE NEUROMOTOR SKILLS SIGNIFICANT FACTORS IN EDUCATIONAL UNDER-ACHIEVEMENT AND SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS? LITERATURE REVIEW OF THE ROLE OF PRIMITIVE REFLEXES AS INDICATORS AND MEASURES OF NEUROMOTOR IMMATURITY

An overview of research carried out in the last eighteen years investigating the incidence of immature neuromotor skills in children of pre-school and school age; the impact of immature neuromotor status on educational achievement and the influence of daily movement programmes on neuromotor status.

Based on published material and independently commissioned reports, the literature indicates that persistence of primitive reflexes is associated with a range of presenting difficulties which include: educational under-achievement; attention deficit hyperactive disorder (ADHD); developmental language disorder; emotional and behavioural issues; visual perception and poverty related differences in physical literacy.

Evaluation of intervention programmes indicated that specific developmental movement programmes can help to reduce signs of neuromotor immaturity improving the physical basis for motor related aspects of classroom learning and poverty related differences in physical literacy skills.

Keyword: primitive reflexes, inhibition, integration, sensory, and neuromotor maturity, visual perception, educational achievement

Introduction

Although the perception of experience and generation of thought take place in the brain, the brain's state is interdependent with the state of the body and its relationship with the environment. It is through the mediums of *activity* and *relationships* that physical development acquired through the dual processes of maturation *and* experience, plays a crucial role in laying the foundations for life, learning and living.

Physical competence and confidence in space provide the basis not only for balance, postural control and coordination but also for aspects of perception, supporting cognitive processes, emotional affect and cognitive attribution. The human mind as we experience it from the inside is the product of this continuously adapting relationship between brain, body and the environment, the grounds of which are laid down in the first three and a half years of life.

Just as physical experience influences and shapes the developing nervous system, so also physical abilities at key stages in development *reflect* maturity in the

functioning of the central nervous system (CNS). Since 1975, The Institute for Neuro-Physiological Psychology (INPP) has specialized in investigating whether immaturity in the functioning of the CNS is a factor in children presenting with specific learning difficulties, under-achievement and/or behavioural problems.

To this end, INPP has developed a set of:

- a. Screening and assessment tools designed to identify and evaluate neuromotor skills compared to age expectations,
- b. Physical intervention programmes devised to improve aspects of neuromotor function.

This paper will examine some of the research which has investigated the neuromotor status of children of school age and the efficacy of one intervention programme (INPP Developmental Movement Programme for use in Schools) (Goddard Blythe, 1996) in the last eighteen years.

Neuromotor Immaturity (NMI)

Neuromotor maturity function is the outcome of impulses from nerves to muscles and muscles to nerves. Neuromotor disorders are caused by damage to the central nervous system and can be developmental or acquired through injury/illness. Common neuromotor disorders include cerebral palsy, muscular dystrophy, spina bifida, spinal muscle atrophy (SMA), Parkinson's disease, and amyotrophic lateral sclerosis (ALS). What is less well recognized is that immaturity in neuromotor function can exist in the absence of identified pathology. This "grey" area – not severe enough to receive a medical diagnosis – but sufficient to affect a range of motor skills and motor dependent learning – subsists in a professional "no man's land" tending to fall between, but just outside, the domains of Medicine, Education and Psychology. For this reason, many of these children are often overlooked, assumed to be "doing as well as can be expected", "could do better" or considered to have issues with attention or behavior.

The INPP Method examines maturity in the functioning of the CNS through a series of activities which assess balance, postural control, motor skills, oculomotor function, visual-perception and visual-motor integration. A key part of the examination are tests for the presence of primitive reflexes and under-developed postural reactions.

Primitive reflexes are a group of reflexes which emerge in utero, are fully active at birth in a full-term neonate (40 weeks gestation) and are gradually inhibited by the developing central nervous system in the first six months of post-natal life. Primitive reflexes are stereotyped reactions to specific stimuli. Postural reflexes develop after birth and are reactions to specific stimuli relating to change of position. The latter can take up to three and a half years of age to be fully developed. Individually and collectively postural reflexes provide mechanisms for subconscious adaptation to change of position, supporting postural control, coordination and centres involved in the control of eye movements.

Persistence of primitive reflexes and/or under-developed postural reflexes above three and a half years of age provide signposts of immaturity in the functioning of the CNS. They are not necessarily a primary cause of neuromotor

immaturity; rather they reflect it; individual reflexes are also associated with specific dysfunctions.

For example, the Asymmetrical Tonic Neck Reflex (ATNR) is a reaction to lateral rotation of the head. In the neonate, head rotation elicits an increase in extensor tone on the side to which the head is turned and increase in flexor tone in the occipital limbs. This reflex should be inhibited by higher centres in the developing brain by six months of age. If it persists, it can interfere with a number of actions when the head is turned to the effected side(s) including: the ability to commando crawl on the tummy in the first year of life; cross the midline with one hand and/or the eyes; control the hand when writing; fluent expression of ideas in writing.

The Tonic Labyrinthine Reflex (TLR) responds to flexion and extension of the head through the mid-plane. Flexion of the head above the mid-plane results in an increase in flexor tone through the length of the body while extension of the head (below the mid-plane) elicits an increase in extensor body. The reflex starts to be inhibited in the first weeks of postnatal life but can take up to three and a half years of age to be fully integrated. If it persists, it can be associated with disturbance in the functional relationship between the vestibular and proprioceptive systems via the vestibular-spinal loop: Congruence in the functioning of these two systems is fundamental to postural stability and postural control; postural control provides a stable corporal platform for centres involved in the control of eye movements; persistence of the TLR can reflect or be instrumental in disturbing the functional relationship between postural control and balance undermining control of eye movements (vestibular-ocular reflex arc VOR) and consequently aspects of visual perception.

The Symmetrical Tonic Neck Reflex emerges later in development than the TLR and is thought to play a part in modifying and integrating the TLR. Tested in the quadruped position, the STNR is elicited by flexion or extension of the head but results in opposing reactions in the upper and lower sections of the body. Flexion of the head results in increased flexor tone in the upper section of the body accompanied by increased extensor tone in the lower section while extension of the head produces an increase in extensor tone in the upper body and increased flexor tone in the lower body. If this reflex persists in later childhood it can influence sitting posture, upper and lower body coordination and control of specific eye movements when sitting (Bein-Wierzbinski, 2001).

The above three reflexes were selected for inclusion in the *INPP Developmental Screening Test* (Goddard Blythe, 1996) owing to their individual potential influence on aspects of postural control, specific motor skills and eye movements, and collectively, as signs or indicators of immaturity in the functioning of the CNS.

A reflex profile obtained from assessment can be used either therapeutically (clinical setting) or more generally to apply a class based daily movement programme (school setting). A reflex profile also provides indications as to what type and developmental level of intervention programme is best suited to the needs of the child or the group. The tests involved can be used before and after intervention to evaluate whether intervention has been effective. Although the Developmental Screening Test was originally devised to screen for signs of NMI

and assess the efficacy of the INPP School Intervention Programme, it is also intended to be used as a screening tool in isolation, both to identify signs of NMI and to evaluate the effectiveness of other intervention regimes.

Each test within the assessment is scored using a 0–4 rating scale.

- 0 – no abnormality detected (NAD)
- 1 – primitive reflex present to 25% (evident)
- 2 – primitive reflex present to 50% (residual)
- 3 – primitive reflex present to 75% (virtually retained)
- 4 – primitive reflex present to 100% (retained)

A total score of >25% is considered on more than two reflexes to be indicative of a degree of neuromotor immaturity sufficient to undermine some motor skills needed to support learning in the classroom.

Although the INPP screening test and school intervention programme focus primarily on aspects of postural control and motor function, neither can be regarded as isolated entities. Each is a product of, and reflective of, sensory-motor integration. Sensory motor integration is entrained primarily in the early years through the *medium of movement* – of uniting sensation with action and sensory feedback – involving integration of interoceptor and exteroceptor sensory systems.

Relationship between sensory-motor function and postural control

Sensation and perception are two separate processes that are very closely related. Sensation is input about the physical world obtained by our sensory receptors, and perception is the process by which the brain selects, organizes, and interprets these sensations. The functioning of each sensory system and the *integration* of information received from the senses is fundamental to how the brain will perceive, select and interpret that information.

Exteroceptors respond to stimuli from outside the body such as vision, sound and touch. Interoceptors or visceroreceptors respond to stimuli arising from within the body such as chemical stimuli, deep pressure and many others. Of particular relevance to this subject area are proprioceptors and signals received from the vestibular system. Proprioceptors respond to relative tension in the muscle spindles and joints pertaining to movement and relative position helping the body to monitor body position and awareness of position of body parts in space (body sense). Proprioceptive difficulties can result in the emergence of symptoms that superficially seem to result from poor motor planning – often seen in Developmental Coordination Disorder (DCD) for example – but these symptoms can be a secondary consequence of inadequate proprioceptive feedback to centres in the brain needed for motor planning.

The vestibular system, located in the inner ear plays a key role in postural control, adjustment and gaze stabilization. It comprises receptors that respond to motion to maintain equilibrium, posture, head position and clear vision with movement. It plays an essential role in the relationship between body, gravity and the physical world providing information about where the body is in space, whether it is stationary or moving, how fast it is moving and in what direction. It is crucial not only for balance, coordination, oculo-motor control and bilateral coordination but also as a foundation for how other exteroceptor senses such as vision operate.

The vestibular system is the only one of the sensory systems that has no special sensation of its own and of which we are generally unaware when it is functioning well. Vestibular function only becomes conscious when it “speaks” through the other senses or vegetative reactions (secondary symptoms) if it is disturbed in some way or if there is disparity in feedback derived from the vestibular and proprioceptive systems.

“Secondary” symptoms of vestibular dysfunction include loss of balance, sensations of dizziness or disorientation. Motion sickness occurs when there is disagreement or desynchronization of signals between the vestibular, proprioceptive and visual systems in response to motion, which can result in changes to sensory sensitivity thresholds (heightened sense of smell for example), physical symptoms such as headache, drowsiness and physiological reactions such as increased heart rate, secretion of acid into the stomach and weakness in the legs. These are sensations that are experienced not only as physical discomfort but also cognitively as disorientation and psychosomatically, as anxiety.

The relationship between interoceptor and exteroceptor sensory systems, primitive and postural reflexes is significant because specific reflexes are elicited as a result of stimulation to the vestibular system through rotation, flexion or extension of the head or neck; postural reaction to this stimulation is mediated via the vestibular-spinal feedback loop (vestibular-proprioreceptive). This loop provides the basis for postural stability even in the absence of visual cues. Vestibular-cerebellar and vestibular-ocular connections operate in cooperation with the vestibular-spinal loop utilizing and maintaining postural control as a reference point for centres involved in the control of eye movements.

The vestibular system is neurologically interconnected with many other systems in the brain including the cerebellum. The vestibular-cerebellar system using postural control as a point of reference combines visual information to facilitate reflexive eye movements that are needed to track moving objects, discriminate between objects, scanning and gaze stabilization. These visual abilities are essential for reading, coordination at sports and adjusting visual focus and attention between different visual distances.

If immature, reflexes which are elicited as a result of movement of the head (or neck) interfere with postural adjustments and motor actions (primitive reflex) or fail to support them (postural reaction), they can affect the functional relationship between the body, the vestibular system (vestibular-spinal loop), cerebellar regulation of motor output (vestibular-cerebellar loop) and ocular-motor control (vestibular-ocular reflex), affecting control of eye movements and subsequently visual-perception.

Irrespective of whether persistent primitive reflexes elicited as a result of stimulation to the vestibular system are reflective of an existing underlying immaturity in the CNS or contribute to disparity in the functioning of the vestibular and proprioceptive systems, persistent primitive reflexes are associated with decreased postural control under changing conditions (head movement for example) which requires compensation from other exteroceptor sensory systems such as vision and hearing. While many children can compensate for weakened postural control, other systems are recruited to work harder increasing stress,

making a child more susceptible to fatigue, “overload” and undermining resilience and performance.

Postural control is the product of synergetic interaction between systems:

- Vestibular, visual and proprioceptive systems coordinated and supported by the efficient functioning of anti-gravity reflexes, which develop in the first year(s) of life.
- Postural control (equilibrium, posture and tonus) provides the background framework of reference for acuity and accuracy of visual pursuit and the development of independent use of the two sides of the body – a precursor to the development of lateral preference.
- Postural control depends on maturity in the functioning of supporting neuromotor systems.
- Exteroceptor sensory systems use postural control as the stable framework from which to operate providing the brain with information about the outside world on which perception will be based.

Neurophysiological aspects of postural control involve many levels of the brain from the cortex down to the brainstem:

- Cortical level – uses background tonus and executive programmes to perform complex intentional motor acts.
- Cerebellar level – interlinks with numerous circuits and relays which monitor minute temporal and spatial sequences of elaborate response patterns.
- Vestibular-spinal-cervical-oculomotor circuits – regulates information processes involved in displacement in space and vice-versa enabling differentiation between objective and subjective steadiness and motion.
- Spinal level – interaction of the body with the environment generating forces which counteract gravity and deal with obstacles and resistance to surroundings.

The purpose of this paper is to summarise historical findings from use of the INPP Developmental Screening Test and School Intervention Programme, more recent evidence linking residual primitive reflexes to a range of disorders and to pose questions for future research based on what is currently known.

Literature Review

In 2004 the Department of Education in Northern Ireland commissioned an independent controlled study with the aims of determining whether retained reflexes predict poor educational progress and to evaluate the effectiveness of the INPP developmental movement programme by measuring the educational progress associated with undertaking the prescribed exercises. The programme was evaluated for children who had high levels of retained reflexes and who were underachieving educationally (the criteria for which the programme was designed), and also for all children, regardless of their reflex or educational scores. Measures of retained reflexes, balance, educational ability and concentration/co-ordination were made in a controlled study of P5 children in seven Northern Ireland primary schools at the start (September 2003) and end (June 2004) of the school year. In each school one P5 class undertook the exercises and the other did not. Two P2 classes in each school also participated in the research.

None of the P2 classes undertook the exercises, and the extent to which the presence of retained reflexes at the start of the school year can predict educational progress at the end of the year was assessed. A total of 672 P2 and P5 children participated in the research.

Results from the screening test revealed that 35% of P5 children and 48% of P2 children showed elevated levels of retained reflexes at the first assessment. 15% (49) P5 children had a reading age below their chronological age. Of these, 28 also had elevated levels of retained reflexes. Elevated levels of retained reflexes were correlated with poor educational achievement at baseline. Children who undertook the exercise programme showed a statistically significant greater decrease in retained reflexes than children who did not undertake the exercises. Children who undertook the exercise programme showed a highly significant improvement in balance and co-ordination, and a small but statistically significant increase in a measure of cognitive development over children who did not undertake the exercises. No difference was found in reading, handwriting or spelling in children who were already achieving at or near their chronological age, but for children with high levels of retained reflexes *and* a reading age below their chronological age, those who undertook the exercise programme made greater progress.

Researchers concluded that “retained reflexes are correlated with poor cognitive development, poor balance, and teacher assessment of poor concentration/co-ordination in P2 children. Neurological scores and teacher assessment at baseline predicted poorer reading and literacy scores at the end of the study” (North Eastern Education and Library Board, 2004).

These findings were replicated in a series of small-scale pilot projects carried out in schools in the United Kingdom between 2004 and 2011 all of which consistently showed that higher levels of primitive reflex activity were associated with lower performance on assessment of reading, writing, spelling and behaviour. Following implementation of the INPP school intervention programme, there was a decrease in signs of neuromotor immaturity in the experimental groups compared to control and comparison groups. There was also a consistent trend in whereby increased maturation in measures of neuromotor skills (decreased evidence of primitive reflexes) was accompanied by improvement in measures of reading in the experimental groups. However, the number of participants in these studies were too small for these changes to be statistically significant across all measures, particularly those investigating correlation between improved neuromotor maturity and aspects of school performance (Goddard Blythe, 2005). Similarly, only small numbers were involved in one school where five children had been referred to the Behaviour Support Service during the research period. All five children responded well to the INPP exercises and all case referrals to the Behaviour Support Service were closed without any specific behavioural intervention within one school term of starting the programme (one third of the way into the INPP intervention programme) (Goddard Blythe, 2011).

Criticisms of these findings were that studies had not been carried out under the supervision of an independent academic institution and that the number of participants involved in results showing a cross-over from improvement in

neuromotor maturity to academic performance were too small to reach statistical significance. These criticisms while valid in terms of the impact of intervention on educational measures overlooked two important findings: Firstly, that neuromotor immaturity is associated with lower performance on educational measures and secondly that there was consistent significant improvement on neuromotor measures of children in the INPP groups compared to children in control and comparison groups.

More recently other researchers investigating the incidence and role of primitive reflexes in several countries have showed links between persistent primitive reflexes and emotional and behavioural problems (Taylor, Hanna, McPhillips, 2019), children diagnosed with attention deficit hyperactive disorder (ADHD) (Bob, Konicarova, Raboch, 2021), visual processing difficulties (Andrich at al., 2018; Domingo-Sanz, 2022), immature motor skills (Pecuch at al., 2020; Duncombe, Preedy, 2021), retention of primitive reflexes in relation to motor skills in pre-school children (Pecuch at al., 2021), motor skills in relation to school readiness (Goddard Blythe, 2021), communication disorder (Mironova Tabachová, Vitásková, 2020), developmental language disorder (Matuszkiewicz, Gałkowski, 2021), differences in school performance (Ivanović at al., 2019; Zielińska, Goddard Blythe, 2021) and social disadvantage (McPhillips, Jordan-Black, 2007).

Interventions using movement and reflex integration programmes

In recent years it became difficult to carry out further large-scale research with the numbers needed in the category for which the INPP programmes were designed (>25% evidence of three primitive reflexes *and* under-achieving at school compared to expectations for chronological age), to achieve statistically significant results linking interventions aimed at integration of primitive reflexes to improved academic performance or to compare the INPP programmes with other movement based interventions.

The INPP programmes differ from other motor training programmes in that they take children physically back in time to replicate movements made during the first year of life. This is the stage in development when primitive reflexes are integrated naturally and postural reflexes mature. The theory behind the programmes is that replication and regular practise of specific movements at any stage in life can help to build or strengthen neural pathways that underpin them. The movements involved act as the basic building blocks for more advanced forms of coordination, postural control, eye movements and non-verbal cognitive skills.

In 2016 an independent intervention was initiated in North Lanarkshire. The unpublished project was undertaken as part of the Council's Health and Well Being (HWB) aspect of the Scottish Attainment challenges which, under the National Improvement Framework (NIF) seeks to address excellence and equity to ensure that children have the physical literacy skills to access the wider curriculum (National Improvement Framework and Improvement Plan, 2018).

Two key priorities of the NIF were closing the attainment gap between most and least disadvantaged and improvement in children and young people's health

and well-being (NIF 2016) (National Improvement Framework and Improvement Plan, 2018). This led researchers to question whether all young people have the physical literacy skills to access literacy and numeracy experiences across the curriculum and to what extent is there an attainment gap in this area? Growing Up in Scotland (2015) indicated that there was a demonstrable gap between most advantaged and most disadvantaged at 5 years of age in the areas of problem solving and expressive vocabulary (Schools: Pupils attainment: closing the gap, 2015).

The project, which in the initial stage involved 1318 pupils in sixty classes across eleven schools, was designed to investigate approaches to develop physical literacy using two intervention programmes:

1. Better Movers and Thinkers (BMT) (Better Movers and Thinkers Resource package) used with 248 children under 7 years of age.
2. The INPP school intervention programme (Goddard Blythe, 2012) used with 393 children above the age of 7 years.

Evaluations pre and post intervention included use of the INPP Developmental Screening Tests (Goddard Blythe, 2012) and qualitative data obtained from teachers, children and parents during focus groups and from survey questionnaires. Poverty related disadvantage was defined as children living in means-tested, low-income households who qualified for free school meals (FSM).

A poverty related difference was found in the level of maturity in neuromotor skills when considering pupils from means-tested, low-income households (learners who received FSM) but not for those coming from postcodes in deprived areas. Pre-intervention assessment revealed an attainment gap in physical literacy between the most and least disadvantaged defined by the above criteria.

Post intervention assessment of children who had participated in the BMT programme (younger age group) showed statistically significant reductions in levels of immature neuromotor skills across all but one subscale. This improvement was accompanied by a complete closure of the gap in poverty related levels of dysfunction in all but one subscale (visual perception). Researchers concluded that:

The INPP school programme administered through intervention groups was shown to be an effect specialist intervention which accelerated progress for targeted learners with participants showing improvements on all measures of neuromotor maturity including visual perception. The team through BMT lessons and intervention groups (INPP) implemented for half an academic year have produced a programme which reduces barriers to learning for learners with high levels of dysfunction, with impact sustained long term (Scottish Attainment Challenge. Physical Active Health Intervention, 2019).

These findings were not to the author's knowledge published and must therefore, at the time of writing, be regarded as empirical evidence.

An additional project examined the use of the INPP clinical programme on children's visual perception. The INPP clinical programme differs from the school intervention programme described above in that it is individually tailored to the reflex profile of the child based on a more detailed assessment and is carried out under the supervision of a practitioner trained in the INPP method. This retrospective study examined the impact of inhibition of four primitive reflexes (Moro

reflex, ATNR, STNR and TLR) on visual-perception in a group of 78 children aged 4-15 years. Results demonstrated a highly significant correlation between inhibition of primitive reflexes and improvement in visual perception following use of a reflex inhibition programme.

The author pointed out that while primitive reflexes can be present in healthy children and adults in the absence of any visual impairment at the pathological level, at the *functional* level persistence of primitive reflexes is likely to make academic progress more difficult.

Discussion

Physical literacy describes, “the motivation, confidence, physical competence, knowledge and understanding to value and take responsibility for engagement in physical activities” (International Physical Literacy Foundation (IPLA), 2017). The implications of physical literacy reach far beyond this definition. Learning does not only take place in the head. It is firmly rooted in children’s physical sense of self and relationship with the outside world which are reflected in body language – in postural control, balance, coordination, freedom from distractibility (essential for sustained attention), visual perception, auditory processing and ability to read the body of language of others and respond appropriately.

Non-verbal skills contribute up to ninety per cent to effective communication with others potentially affecting social skills needed to interact with peers and “fit in” with a group. Social distance also involves understanding physical distance. The NEELB project (North Eastern Education and Library Board (NEELB), 2004) revealed significant improvements in one measure of non-verbal cognitive performance in the experimental group following intervention. One school in the north of England where the programme was introduced described how behaviour of children in the playground improved within a few weeks of starting the programme. Children were not bumping into one another and become involved in fights and their concentration and ability to sit still in class improved in the lesson following the daily movement programme. These anecdotal reports are difficult to quantify but may explain in part the association between immature neuromotor skills and behavioural issues identified by other authors (Taylor, Hanna, McPhillips, 2019). Equilibrium is precursor to being able to sit still, be free of physical distractions and focus attention on one task. Despite this, modern education focuses on a path which primarily measures verbal abilities and educational outcomes before assessing whether every child is equipped with the physical skills needed to support academic learning in the classroom.

Some sixty years ago Cruickshank (1963) expressed his belief that unless a child has a coordinated understanding of body image, learning to read and process numbers either does not take place or is extremely delayed. This recognition of the relationship between physical competencies and cognitive learning is now described using terminology such as embodied cognition or physical literacy but the significance of this relationship is still largely ignored by formal education systems.

Research to date, based on use of the INPP programmes suggests that the INPP programmes may be particularly useful because they improve not only specific markers of neuromotor immaturity (presence of primitive reflexes)

but also aspects of visual perception that are essential for reading, writing and processing of visual information.

Empirical findings from the study carried out in North Lanarkshire raise questions about the impact of poverty on children's physical development. Whereas a previous study had indicated that children growing up in socially disadvantaged areas may be at particular risk of motor, including neurodevelopmental delay, as well as language and reading difficulties (McPhillips, Jordan-Black, 2007), the findings from North Lanarkshire appeared to show that simply living in a deprived area was not associated with immature neuromotor status but living in a low-income household was. Closure of the poverty gap in children's neuromotor skills following the application of two movement programmes indicates that more could be done in mainstream education to support and develop the neuromotor skills of children to provide a more level playing field from which every child starts not only to play but also to learn to the best of their ability.

The first step towards this would be to check the motor skills of all children at the time of school entry and again at seven years of age for the purpose of:

- 1) Identifying children who are at risk of under-achieving as a result of immature neuromotor skills.
- 2) Provide indications of the type and developmental level of intervention needed.
- 3) Measure progress during and following intervention.

Conclusions

These findings accumulated from different sources over the course of nearly twenty years, all point to consistent conclusions:

1. Primitive reflexes can persist in children of school age in the absence of identified pathology.
2. Elevated levels of primitive reflexes in school aged children are associated with lower educational performance and a range of other issues.
3. The INPP school intervention programme is effective in reducing signs of neuromotor immaturity.

They also point to areas that need further investigation:

- 1) Large scale independent research using control and comparison groups to establish whether inhibition of primitive reflexes is related to improvement in specific aspects of academic performance (reading, writing, spelling and maths and behaviour) in:
 - a) Children who present with both elevated levels of primitive reflex activity (>25%) *and* who are under-achieving on baseline measures of education.
 - b) Children who present with elevated levels of primitive reflex activity but who appear to be attaining age expected levels on baseline measures of educational attainment. These children may be able to compensate for immature motor skills but at the cost of underachieving in relation to ability.
 - c) Children identified with behavioural issues who also present with elevated levels of primitive reflex activity
- 2) Whether social deprivation is a contributory factor in the presentation of immature neuromotor skills in children of school age.

References

- Andrich, P., Shihada, M.B., Vinci, M.K., Wrenhaven, S.L., Goodman, G.D. (2018). Statistical relationships between visual skill deficits and retained primitive reflexes in children. *Optometry and Visual Performance*, 6/3, 106–111.
- Bein-Wierzbinski, W. (2001). Persistent primitive reflexes in elementary school children. Effect on oculo-motor and visual perception. Paper presented at the 13th European Conference of Neuro-Developmental Delay in Children with Specific Learning Difficulties. March 2013. Chester.
- Better Movers and Thinkers Resource package. <http://education.gov.scot>
- Bob, P., Konicarova, J., Raboch, J. (2021). Disinhibition of primitive reflexes in attention deficit and hyperactivity disorder: Insight into specific mechanisms in girls and boys. *Front Psychiatry*, Nov 8, 12, 430685. doi: 10.3389/fpsy.2021.430685. PMID: 34819879; PMCID: PMC8606578
- Cruickshank, W.M. (1963). *Psychology of exceptional children*. New Jersey. Prentice-Hall.
- Domingo-Sanz, V.A. (2022). Inhibition of Primitive Reflexes and its Relationship with Visual Projection in Children and Adolescents. Accepted for publication March 2022. *Optometry & Visual Performance*.
- Duncombe, R., Preedy, P. (2021). Physical development in the early years: exploring its importance and the adequacy of current provision in the United Kingdom. *International Journal of Primary, Elementary and Early Years Education*, 49/8.
- Goddard Blythe, S.A. (1996). The Developmental Test Battery and Exercise Programme for use in School for Children with Special Needs. Restricted Publication, Chester. INPP.
- Goddard Blythe, S.A. (2005). Releasing educational potential through movement. A summary of individual studies carried out using the INPP developmental test battery and exercise programme for use in schools with children with special needs. *Child Care in Practice*, 11/4, 415–43.2.
- Goddard Blythe, S.A. (2011). Neuromotor maturity as an indicator of developmental readiness for Education. In: E.M Kulesza (ed.), *Movement, vision, hearing – the basis of learning*. Warsaw: Wydawnictwo APS.
- Goddard Blythe, S.A. (2012). *Assessing neuromotor readiness for learning. The INPP developmental screening test and school intervention programme*. Chichester. Wiley-Blackwell.
- Goddard Blythe, S.A., Duncombe, R., Preedy, P., Gorely, T. (2021). Neuromotor readiness for school: the primitive reflex status of young children at the start and end of their first year at school in the United Kingdom. *Education*, 3–13. March 2021. doi: 10.1080/03004279.2021.1895276
- International Physical Literacy Foundation (IPLA). (2017). <https://www.physical-literacy.org>
- Ivanović, L.B., Ilić-Stošović, D., Nolić, S., Medenica, V. (2019). Does neuromotor immaturity represent a risk for acquiring basic academic skills in school-age children? *Vojnosanitetski Pregled*, 76/10, 1062–1070.
- Matuszkiewicz, M., Gałkowski, T. (2021). Developmental language disorder and uninhibited primitive reflexes in young children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, February 2021. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-19-00423
- McPhillips, M., Jordan-Black, J.A. (2007). The effect of social disadvantage on motor development in young children: a comparative study. 48/12:1214–1222. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01814.x>
- Mironova Tabachová, J., Vitásková, K. (2020). Evaluation of primary reflexes in children with communication disorder aged 5–10 years in relation to pre-school competencies. Proceedings of the 13th annual conference of education, research and innovation. 9–10 November. Online conference. ISSN: 2340-1095

- National Improvement Framework and Improvement Plan. (2018). <https://www.gov.scot>
- North Eastern Education and Library Board (NEELB). (2004). An evaluation of the pilot INPP movement programme in Primary schools in the North Eastern Education & Library Board, Northern Ireland. Final Report prepared by Brainbox Research Ltd for the NEELB. www.neelb.org.uk
- Pecuch, A., Gieysztor, E., Telenga, M., Wolanska, E., Kowal, R., Paprocka-Borowicz, M. (2020). Primitive reflex activity in relation to the sensory profile in healthy preschool children. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 8210. doi:10.3390/ijerph17218210
- Pecuch, A., Gieysztor, E.Z., Wolańska, W., Telenga, M. (2021). Primitive reflex activity in relation to motor skills in healthy preschool children. *Brain Sci.* 11/967. <https://doi.org/10.3390/brainsci11080967>
- Schools: Pupils attainment: closing the gap. (2015). <https://www.gov.scot>
- Scottish Attainment Challenge. Physical Active Health Intervention. (2019). Unpublished Draft Report prepared for the LEA. Personal Communication.
- Taylor, B., Hanna, D., McPhillips, M. (2019). Motor problems in children with severe emotional and behavioural difficulties. Motor problems with EBD. *British Journal of Educational Psychology*, 90/2. doi: 10.1111/bjep.1237
- Zielińska, M., Goddard Blythe, S.A. (2021). School functioning of students with neuro-motor immaturity. *International Journal of Pedagogy Innovation and New Technologies Journal*, 7/2, 40–46.

CZY NIEDOJRZAŁOŚĆ NEUROMOTORYCZNA STANOWI ISTOTNY CZYNNIK SŁABYCH WYNIKÓW W NAUCE I SPECJALNYCH POTRZEB EDUKACYJNYCH? PRZEGLĄD LITERATURY NA TEMAT ROLI ODRUCHÓW PIERWOTNYCH JAKO WSKAŹNIKÓW I MIARY NIEDOJRZAŁOŚCI NEUROMOTORYCZNEJ

Abstrakt

Artykuł zawiera przegląd badań przeprowadzonych w ciągu ostatnich osiemnastu lat dotyczących częstości występowania niedojrzałości neuromotorycznej u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, a także wpływ stanu niedojrzałości neuromotorycznej na wyniki kształcenia oraz wpływ codziennych programów ruchowych na stan neuromotoryczny.

Na podstawie opublikowanych materiałów i niezależnie zleconych raportów literatury wskazuje, że utrzymywanie się odruchów pierwotnych wiąże się z szeregiem prezentowanych trudności, do których zaliczyć można słabe wyniki w nauce, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), rozwojowe zaburzenie językowe, problemy emocjonalne i behawioralne, percepcję wzrokową i różnice w sprawności fizycznej mające związek z ubóstwem.

Ocena programów interwencyjnych wykazała, że określone programy ruchu rozwojowego mogą pomóc w zmniejszeniu oznak niedojrzałości neuromotorycznej, poprawiając fizyczne podstawy dla motorycznych aspektów uczenia się w klasie i związanych z ubóstwem różnic w umiejętnościach czytania i pisania.

Słowa kluczowe: odruchy pierwotne, inhibicja, integracja, dojrzałość sensoryczna i neuromotoryczna, percepcja wzrokowa, wyniki kształcenia

AGNIESZKA MIELCZAREK
<https://orcid.org/0000-0002-7318-2170>
agnieszka.mielczarek@ug.edu.pl
Uniwersytet Gdański
KATARZYNA NAWROCKA
<https://orcid.org/0000-0001-5387-5415>
knawrocka@aps.edu.pl
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

ISSN 0137-818X
DOI: 10.5604/01.3001.0053.7206
Data wpływu: 10.05.2023
Data przyjęcia: 15.06.2023

UMIĘTNOŚCI NIEZBĘDNE DO PROWADZENIA KOMPETENTNEJ ROZMOWY Z PODOPIECZNYM W PRACY RESOCJALIZACYJNEJ

W artykule zaprezentowano analizę zagadnień podejmowania decyzji dotyczącej doboru odpowiednich umiejętności podczas prowadzonego wywiadu. Istotną rolę w obszarze wymiaru sprawiedliwości i resocjalizacji odgrywa umiejętne prowadzenie rozmowy. Konieczne jest także doskonalenie personelu, aby uzyskiwać precyzyjne i kompletne informacje poprzez wszystkie komponenty systemu resocjalizacyjnego. Dzięki udoskonalaniu technik rozmowy funkcjonowanie całego systemu resocjalizacyjnego zostanie poprawione, ponieważ w dużej mierze polega on na gromadzeniu i przekazywaniu informacji w bezpośredni sposób.

Innowacyjne metody prowadzenia rozmów powinny być wdrażane w resocjalizacji, powinny bazować na empirycznych dowodach, a zawarte w nich informacje należy prezentować w praktyczny sposób.

Słowa kluczowe: wywiad, resocjalizacja, system, rozmowa, personel resocjalizacyjny

Wprowadzenie

Trening i teoretyczna edukacja powinny uzupełniać się nawzajem. Michael Buerger (2004) wskazuje, że konieczny jest dialog pomiędzy personelem resocjalizacyjnym a pracownikami naukowymi, a w badaniach naukowych należy uwzględniać potrzeby praktyków. Artykuł ma być przykładem takiego dialogu. Omawiane umiejętności pomogą personelowi resocjalizacyjnemu nie tylko w pracy zawodowej, lecz również w ich życiu osobistym.

Osoba prowadząca rozmowę musi być zdolna do posługiwania się umiejętnościami stosunkowo prostymi, np. empatia, oraz bardziej złożonymi, np. konfrontacja.

W pracy resocjalizacyjnej ważne jest, aby wychowawca potrafił połączyć różne umiejętności prowadzenia rozmowy, które pozwolą mu uzyskać zamierzony efekt. Istnieje wiele celów prowadzenia rozmowy przez wychowawcę z podopiecznym. W obszarze resocjalizacji najczęstszymi celami rozmowy wychowawcy z podopiecznym są: diagnoza podopiecznego, podtrzymanie motywacji do zmiany, dążenie do zmiany postawy podopiecznego z antyspołecznej w prospołeczną.

Osoba przeprowadzająca wywiad musi o wielu rzeczach pamiętać, a umiejętności prowadzenia rozmowy są złożone. Na szczęście większość tych umiejętności jest związanych i wykorzystywanych w codziennym życiu, dzięki czemu są one naturalnym elementem naszego funkcjonowania, o ile je faktycznie wykorzystujemy. Uzyskanie umiejętności nie jest możliwe jedynie dzięki czytaniu literatury na ten temat. Konieczne jest ćwiczenie określonych umiejętności w pracy z podopiecznymi w różnych sytuacjach.

W artykule przedstawimy możliwe sposoby integrowania umiejętności w celu odpowiedniego przeprowadzenia rozmowy w kontekście pracy resocjalizacyjnej i odwołamy się do zagadnienia podejmowania decyzji dotyczącej doboru odpowiedniej umiejętności podczas prowadzonego wywiadu.

Zazwyczaj pracownicy resocjalizacyjni mają wykształcony własny styl przeprowadzania wywiadu. Najczęściej jest to pewna sekwencja umiejętności następujących kolejno po sobie, która w odczuciu prowadzącego wywiad jest skuteczna. Ostateczną umiejętność prowadzenia rozmowy można dopiero określić na podstawie uzyskanego wpływu na rozmówcę.

Rozwój osobistego stylu

Osoby doświadczone w prowadzeniu rozmów z podopiecznymi rzadko zastanawiają się nad tym, co mają mówić. W umiejętny sposób integrują one umiejętności prowadzenia dialogu z osobistym stylem funkcjonowania. Aby osiągnąć swój osobisty styl prowadzenia rozmowy, konieczne jest przetworzenie umiejętności prowadzenia rozmowy w swoisty dla siebie sposób. Ważne jest, aby tymi umiejętnościami posługiwać się adekwatnie i płynnie.

Tabela. Umiejętności wykorzystywane w czasie rozmowy personelu resocjalizacyjnego z podopiecznym

Umiejętność	Wyjaśnienie
Empatia: interpersonalna wrażliwość	Osoba prowadząca wywiad adekwatnie rozumie myśli, emocje, zachowanie drugiej osoby.
Tempo i podążanie	Osoba prowadząca wywiad umiejętnie wykorzystuje ciszę, tempo i podążanie podczas wywiadu.
Podsumowywanie	Prowadzący wywiad podsumowuje zarówno poznawcze aspekty rozmowy, jak i te, które wskazują na pojawiające się efekty współpracy.
Zbliżenie	Prowadzący wywiad jest świadomy istniejącej relacji między nim a rozmówcą.
Konkretyzacja	Osoba prowadząca wywiad jest precyzyjna, dokładna, zainteresowana myśleniem, emocjami, zachowaniem i motywacją.
Konfrontacja	Prowadzący rozmowę umiejętnie wskazuje na rozbieżności między faktami podczas rozmowy.
Twierdzenia orzekające, asertywne, zdecydowane wypowiedzi	Prowadzący potrafi formułować twierdzenia w sposób odpowiedzialny, dyrektywny i jednocześnie niezagrażający podopiecznemu.

Adekwatność i elastyczność w działaniu

Wychowawca prowadzący rozmowę powinien umieć wykorzystywać dialog w sposób elastyczny. Aby uzyskać elastyczność podczas rozmowy, prowadzący wywiad powinien unikać mechanicznego przechodzenia z jednej umiejętności do drugiej. Prowadzący powinien wykorzystywać określone umiejętności w sytuacji, kiedy pojawia się ku temu okazja. Czasami sekwencje umiejętności, jakie kształcimy u wychowawców, w rzeczywistości mogą wymagać innej kolejności zastosowania. Uważamy, że należy postępować w myśl zasady, że zrozumienie zaistniałej sytuacji powinno poprzedzać wykorzystanie danej umiejętności.

Bywa jednak i tak, że personel resocjalizacyjny musi wywierać wpływ czy też sprawować kontrolę poprzez egzekwowanie pewnego zachowania, zanim będzie miał możliwość zrozumienia całej sytuacji. W niektórych okolicznościach nie ma możliwości porozmawiania z podopiecznym i przekazania mu, dlaczego oczekuje się od niego określonego zachowania. Podczas wywiadu z osobami w kryzysie może być potrzeba podjęcia natychmiastowego działania niezależnie od tego, czy mamy wystarczającą ilość czasu na rozmowę. Tak więc nie zawsze będą warunki sprzyjające temu, aby wychowawca najpierw wytłumaczył podopiecznemu zaistniałą sytuację, a dopiero potem podjął działanie. W takich okolicznościach mogą pojawiać się odstępstwa od powszechnie przyjmowanych założeń metodyki pracy resocjalizacyjnej: zrozumienie sytuacji (rozmowa) – przewidywanie konsekwencji działania – działanie. Wówczas procedura postępowania będzie wyglądała następująco:

- 1) przewidywanie konsekwencji – działanie – zrozumienie sytuacji (rozmowa) lub
- 2) działanie – zrozumienie sytuacji (rozmowa) – przewidywanie konsekwencji.

W pierwszym przypadku personel musi dokonać szybkiej oceny prawdopodobieństwa pojawienia się ewentualnych konsekwencji i podjąć określone działanie. W niektórych sytuacjach personel resocjalizacyjny nie będzie w stanie dowiedzieć się, czy podjęte działanie było odpowiednie. Na przykład podopieczny może „zniknąć” i wówczas personel nie wie, czy podopieczny został zaaresztowany za granicą czy po prostu zamieszkuje gdzieś przestrzegając norm społecznych, a może ukrywa się przed organami ścigania w związku z popełnionym czynem.

W drugim przypadku wychowawca podjął działanie, przeanalizował i zrozumiał sytuację po podjętym działaniu i rozważył, co powinno zostać zrobione w przyszłości. Na przykład: wychowawca mógł podjąć działanie, które okazało się błędne, lecz teraz będzie wiedział, jak zachować się w przyszłości w podobnej sytuacji.

Kolejną właściwością pozwalającą określić, na ile wychowawca potrafi elastycznie posługiwać się umiejętnościami prowadzenia rozmowy z podopiecznym, jest ilość czasu spędzana na wykorzystywanie danej umiejętności. Osoba przeprowadzająca wywiad powinna posiadać szeroki repertuar umiejętności i wykorzystywać je w sposób inteligentny. Nie powinna nadmiernie koncentrować się na jednej umiejętności, np. nadużywać konfrontacji. Dodatkowo powinna cechować się elastycznością i spontanicznością.

Koordynacja

Podczas prowadzenia rozmowy przez niedoświadczonego wychowawcę na początku mogą pojawiać się pewne niezręczności, ale po pewnym czasie wraz ze stażem i zdobywanym doświadczeniem zawodowym będą wzrastać jego umiejętności konwersacji. Gerard Egan (1994) zwraca uwagę na kilka przydatnych procedur, które mogą sprawić, że osoba prowadząca rozmowę będzie posługiwała się umiejętnościami przeprowadzania konwersacji w bardziej skoordynowany sposób:

- Modelowanie prowadzenia wywiadu przez bardziej doświadczonych praktyków: pomocne jest oglądanie lub słuchanie, jak doświadczona osoba wykorzystuje umiejętności prowadzenia wywiadu. Modelowanie stwarza możliwość śledzenia sposobu, w jaki inna osoba umiejętnie wykorzystuje techniki wywiadu. Możemy przemyśleć sposób, w jaki dana osoba dochodzi do pożądanego celu, posługując się określonymi umiejętnościami.
- Krok po kroku nadzorowana praktyka: obserwowanie prawidłowo prowadzonego wywiadu przez inną osobę pozwala na stworzenie sobie wyobrażenia, jak powinno wyglądać wykorzystanie danej umiejętności prowadzenia rozmowy. Niestety, samo obserwowanie osoby modelującej nie spowoduje, że poprawi się koordynacja stosowania umiejętności rozmawiania u obserwatora.

Następnym krokiem powinna być nauka i ćwiczenie każdej umiejętności w obecności superwizora. Potrzebne są informacje zwrotne od superwizora, aby można było określić, co robimy dobrze, a co wymaga poprawy. Dzięki stopniowemu udoskonalaniu swoich umiejętności poprzez ich ćwiczenie i uzyskiwanie informacji zwrotnych od superwizora, osoba trenująca będzie nabierała coraz większej pewności siebie, a umiejętności prowadzenia rozmowy będą coraz lepiej skoordynowane.

- ćwiczenie umiejętności prowadzenia rozmowy poza salą ćwiczeniową: trenujący będą nabierali większej koordynacji, jeśli będą mieli możliwość trenowania umiejętności poza salą ćwiczeniową, np. podjąć praktyki czy odbyć staże w placówkach resocjalizacyjnych, gdzie mogliby doskonalić swoje umiejętności.
- symulacja: umiejętności prowadzenia rozmowy będą jeszcze bardziej naturalnie doskonalone i płynnie stosowane, jeśli będą ćwiczone poprzez symulowanie rzeczywistych rozmów prowadzonych w obszarze resocjalizacyjnym. Zdarza się tak, że rozmowy w tym obszarze nie mają charakteru rozmów cechujących się powściągliwością, uprzejmością czy spokojem. Im więcej mamy możliwości rozmawiania z osobami pozostającymi w kryzysie czy pobudzonymi emocjonalnie ze względu na znalezienie się w danej sytuacji, tym więcej nabieramy pewności siebie i doskonalimy zdolność posługiwania się umiejętnościami prowadzenia wywiadu.

Powrót do bezpiecznego poziomu rozmowy

Osoby prowadzące rozmowy mogą zintegrować kilka umiejętności prowadzenia dialogu dzięki rozwinięciu osobistego stylu funkcjonowania. Wiedzą, jak powrócić na bezpieczny poziom konwersacji, podejmują decyzję, jaką umiejętność wykorzystać w danej chwili, przyjmują odpowiednią sekwencję czynności.

Podczas prowadzenia wywiadu pojawić się może szereg trudności. Jeśli natkniemy na problem, z którym nie wiemy, jak sobie poradzić, możemy wykorzystać empatię. Empatia jest bezpiecznym sposobem wycofania się z trudności, jakie mogą pojawić się w czasie rozmowy z podopiecznym, ponieważ jest uczciwym odzwierciedleniem ludzkich emocji. W takiej sytuacji ewentualne narastanie pojawiającego się zagrożenia u podopiecznego jest niskie, gdyż empatia nie wiąże się z lękiem, groźbą, sprawdzaniem czy interpretacją. Prowadzący rozmowę po prostu wyraża to, co widzi i czuje w relacji z podopiecznym.

Nagła bezpośrednia wypowiedź

Prowadzący rozmowę może uznać za słuszne zastosowanie empatii w rozmowie z podopiecznym po jego wypowiedzi, która charakteryzowała się nagłą bezpośredniością. Nagła bezpośrednia wypowiedź podopiecznego może wywołać wzrost napięcia w relacji między wychowawcą a podopiecznym.

Na przykład:

Podopieczny: „Bo ja już nie mogę! Mam tego dosyć! Nauczyciele się mnie czepiają. Mojej matce ciągle coś nie pasuje. I jeszcze grozi mi pan pójściem do poprawczaka. Ja chyba zwariuję”.

Kurator sądowy: „Odczuwasz duże napięcie. Czujesz się jakbyś był ściśnięty w potrzasku i jesteś zależny ode mnie”.

Ze względu na mocno emocjonalną i bezpośrednią wypowiedź podopiecznego kurator zdecydował posłużyć się w tej sytuacji empatią zamiast podążać za pojawiającymi się kwestiami zależności podopiecznego od niego czy też zadawać szczegółowe pytania. Te kwestie mogą być poruszone później.

Konfrontacja

Empatia zazwyczaj poprzedza konfrontację, a także występuje po niej. Zwłaszcza jeśli konfrontacja wywołuje silne reakcje emocjonalne u podopiecznego.

Nadzorowany: „Ja nie potrzebuję kuratora. Pan mi tylko opinie psuje. Więcej mam przez to problemów niż pomocy. Nasze spotkania to strata czasu. Jak będzie pan chciał ze mną rozmawiać, to mogę zadzwonić”.

Kurator sądowy: „Odczuwasz złość i masz wszystkiego dosyć. Nawet widzę, że jesteś zły na mnie”.

Nadzorowany: „Tak! Nie! Hm. A właściwie to nie wiem, bo już wszystko mi się miesza.

Kurator sądowy: „Widzę, że jesteś zakłopotany i czujesz się upokorzony. Jak to jest, że z jednej strony upierasz się, że nie chcesz się spotykać ze mną, a z drugiej strony obiecałeś sędziemu, że będziesz spotykał się z kuratorem? Zwłaszcza, że byłeś wdzięczny sędziemu za to, że dał ci taką możliwość.

Nadzorowany: (patrzy przygnębiony).

Kurator sądowy: „Odnoszę wrażenie, że zakłopotano cię to, co powiedziałem?”

Nadzorowany (widać niezadowolenie): „Pan nawet nie wie, jak mi się wszystko w życiu pokręciło. A teraz jeszcze wszyscy patrzą na mnie jak na złodzieja. Tego jest już za dużo”.

Kurator: „Rozumiem, że możesz odczuwać niepokój i być nieco zdesperowany”.

Zdecydowane oznajmienie

Zdarza się również, że prowadzący rozmowę decyduje się na wykorzystanie empatii po użyciu twierdzenia oznajmającego. Celem takiego postępowania może być złagodzenie kategoriernego kontekstu wypowiedzi.

Wychowawca: „Widzę, że sam będziesz miał problem, aby poradzić sobie ze złością. Proponuję, abyś skorzystał z treningu zastępowania agresji. Co sądzisz o tym?”

Podopieczny: „Może”.

Wychowawca: „Odczuwasz lekkie rozdarcie? Z jednej strony chciałbyś nie mieć problemów i lepiej radzić sobie ze złością, a z drugiej strony zastanawiasz się, czy sobie poradzisz?”

Podopieczny: „Tak”.

Wychowawca: „Odnoszę wrażenie jakbyś się trochę bał”.

Przedstawione sytuacje są jedynie przykładami, kiedy wykorzystanie empatii może być przydatne do uzyskania bezpiecznej równowagi między rozmówcami.

Istniejąca możliwość wykorzystania interwencji, która pozwala zwiększyć poczucie bezpieczeństwa rozmówcom, jest ważną opcją, ponieważ trudno przewidzieć, jak potoczy się cała rozmowa z podopiecznym. Dzięki interwencjom podwyższającym poczucie bezpieczeństwa obu interlokutorów, sposób prowadzonej rozmowy może być bardziej naturalny i elastyczny.

Podejmowanie decyzji

O kompetentnym prowadzeniu rozmowy można mówić wówczas, gdy osoba potrafi zastosować odpowiednią umiejętność podczas nadarzającej się ku temu okazji. Zazwyczaj wychowawca prowadzący konwersację rzadko ma możliwość przemyślenia, jakiej umiejętności ma użyć w danym momencie. Dokonywanie wyborów podczas procesu podejmowania decyzji jest jedną z właściwości, która różnicuje rozmowę od strukturalizowanego i zapisanego kwestionariusza wywiadu. Kwestionariusz wywiadu z zapisanymi pytaniami nie sprzyja prowadzeniu dialogu na temat udzielonych w nim przez respondenta odpowiedzi. Podczas gdy w rozmowie prowadząca go osoba może podążać za rozmówcą, kierować rozmową. Zapisany i ustrukturalizowany kwestionariusz wywiadu zazwyczaj nastawiony jest na określony kierunek badania.

Prowadzący rozmowę musi dokonywać wyboru, jakie umiejętności wykorzysta podczas niej. To, jakiego wyboru dokona, będzie miało wpływ na kierunek oraz jej efekty.

Podopieczna: „On wrócił późno w nocy i doszło do walki między nami.

On przychodzi pijany i straszy dzieci. Nie wiem, jak długo mogę to znosić. Co powinnam zrobić?”

Kurator sądowy:

Wybór 1: „Czuje się Pani przestraszona, zdesperowana, jakby była Pani w pułapce”.

(empatia)

Wybór 2: „Czuje Pani, że w dużej mierze jest Pani zależna ode mnie?

(podkreślenie relacji, bliskości, zależności)

Wybór 3: „Co Pani rozumie przez walkę?”

(konkretyzacja)

Każda z wypowiedzi będzie nieco inaczej ukierunkowana w zależności od dokonanego wyboru. Rozmowa będzie koncentrowała się albo na emocjach relacji lub faktach. To, jaki kierunek prowadzący rozmowę jej nada, zależy od celu, do jakiego zmierza, ilości czasu na konwersację, oraz sposobu reagowania podopiecznego na wcześniejsze wypowiedzi.

Ograniczenie czasowe

Czas, jakim dysponujemy na przeprowadzenie rozmowy, również ma istotne znaczenie dla wykorzystywanych umiejętności. Niemożliwe jest określenie liczby umiejętności, które należy wykorzystać podczas rozmowy. W różnych instytucjach resocjalizacyjnych prowadzone rozmowy różnią się od siebie. Czasami mogą być wykorzystywane pojedyncze umiejętności, a czasami pojawi się konieczność zastosowania kilku. Zależy to od wielu zmiennych, np. od tematu rozmowy czy też celu jej prowadzenia. Długość rozmowy może być również regulowana przez osoby z zewnątrz, np. kierownik instytucji może nałożyć ograniczenia na czas prowadzonego wywiadu; liczba wywiadów, jaką musimy przeprowadzić w określonym czasie, także może ograniczać długość prowadzonej rozmowy.

Zastosowanie niektórych umiejętności nie wymaga dużo czasu, np. użycie konkretyzacji, natomiast umiejętności nakierowane na podtrzymanie i zacieśnienie relacji pochłaniają więcej czasu. W sytuacji bardzo ograniczonej ilości czasu prowadzący rozmowę będzie przede wszystkim koncentrował się na wywiadzie gromadzącym fakty. Jeśli prowadzący konwersację będzie dysponował większą ilością czasu, wówczas będzie mógł wykorzystać umiejętności, które są bardziej czasochłonne.

Wyzwaniem dla prowadzącego rozmowę jest dokonanie wyboru, jaką umiejętność zastosować w zależności od ilości czasu, jakim dysponuje. W ten sposób wychowawca optymalizuje efektywność prowadzonej rozmowy.

Powracanie do wcześniejszych wypowiedzi

Wychowawca czasami musi wrócić do wcześniejszych rozmów z podopiecznym. To, jakie umiejętności wykorzysta podczas powracania do wcześniejszych wypowiedzi, zależy od danej sytuacji. Na przykład może wykorzystać podsumowanie zamiast dyrektywnego twierdzenia, aby upewnić się, czy jego rozmówca zrozumiał, co zostało powiedziane.

Warto powracać do wcześniejszych wypowiedzi w następujących okolicznościach:

- jeśli pojawia się potrzeba wyrażenia emocji;
- kiedy pojawiają się niedokończone informacje;
- kiedy jest potrzeba wyjaśnienia czegoś;
- kiedy nasilają się jakieś rozbieżności podczas rozmowy;

- kiedy prowadzący konwersację odczuwa dyskomfort podczas rozmowy;
- kiedy jakaś sprawa jest nieskończona podczas rozmowy – zwłaszcza kiedy prowadzący rozmowę niepokoi się, że problem nie został rozwiązany.

Perspektywy na przyszłość

Pedagodzy resocjalizacyjni powinni doskonalić się w zakresie teorii, technik resocjalizacyjnych oraz rozwijać praktykę bazującą na zweryfikowanej przez rzeczywistość społeczną teorii.

Rozmowy z osobami niedostosowanymi społecznie prowadzone są głównie przez policjantów, adwokatów ofiar, prawników, pracowników służby zdrowia, nauczycieli, kuratorów sądowych, księży. Literatura przedmiotu powinna być tak przygotowywana, aby służyła postępowi praktyki resocjalizacyjnej. Duża część współcześnie prezentowanych publikacji i wyników badań jest nadmier- nie teoretyzowana. Prawdopodobnie większość z tych publikacji nie jest czyta- na przez praktyków resocjalizacji. Chcąc uniknąć pustki między podejmowa- nymi badaniami naukowymi a praktyką resocjalizacyjną, należy prezentować wy- niki badań w takiej formie, aby były one dostępne dla większego grona odbior- ców, a nie tylko dla innych badaczy.

Współcześnie rozmową posługujemy się w różnych obszarach życia społeczne- go. Również w obszarze wymiaru sprawiedliwości i resocjalizacji rozmowa cho- ciażby w postaci wywiadu jest coraz bardziej pożądaną formą zbierania informa- cji. Ilościowe techniki diagnostyczne są coraz częściej zastępowane jakościowymi.

Chris Mann i Fiona Stewart (2004) wskazują na szerokie stosowanie wy- wiadów w cyberprzestrzeni. Pandemia COVID-19 przyczyniła się do rozpo- wszechnienia prowadzenia rozmów za pomocą komunikatorów internetowych. Oznacza to, że osoby prowadzące wywiad mają dostęp do szerokiego grona roz- mówców na całym świecie.

W Stanach Zjednoczonych wykorzystuje się do badania osób uzależnionych elek- troniczne formy wywiadów w postaci aplikacji (Lessler i in., 2000). Badacze zaobser- wowali, że dzięki elektronicznej formie wywiadu, osoby badane częściej przyznają się do używania narkotyków. Ponadto wersja elektroniczna pozwala respondentom na korygowanie ewentualnych niekonsekwencji w udzielanych odpowiedziach.

Innowacyjne metody prowadzenia wywiadu zawdzięczamy nowym techno- logiom wykorzystującym sztuczną inteligencję. W związku z tym osoby pro- wadzące wywiad muszą nauczyć się nowych umiejętności, np. jak wykrywać kłamstwa na podstawie uzyskanych informacji z elektronicznej wersji wywiadu. Wirtualna osoba prowadząca rozmowę potrafi symulować i pozorować wybra- ne zachowania, dlatego personel resocjalizacyjny będzie musiał rozwijać nowe umiejętności uwzględniające specyfikę wywiadu komputerowego.

Podsumowanie

Umiejętne prowadzenie rozmowy odgrywa istotną rolę w obszarze wymia- ru sprawiedliwości i resocjalizacji. Konieczność doskonalenia personelu wy- nika z potrzeby uzyskiwania precyzyjnych i kompletnych informacji poprzez

wszystkie komponenty systemu resocjalizacyjnego. Dzięki udoskonalaniu technik rozmowy funkcjonowanie całego systemu resocjalizacyjnego może się poprawić, zwłaszcza że w dużej mierze polega on na gromadzeniu i przekazywaniu informacji w sposób bezpośredni.

Pytanie, jakie warto sformułować to: na ile efektywne są realizowane treningi dla personelu resocjalizacyjnego z zakresu prowadzenia rozmowy. Martine B. Powell (2002) twierdzi, że nie przynoszą one szczególnej efektywności. Badania wskazują, że realizowane treningi efektywnie uczą tego, co personel powinien robić. Natomiast wiedza ta nie przekłada się na faktyczne działanie personelu. Aby zredukować problem z niewielkim przekładaniem się wiedzy na działanie, Powell wskazuje na sześć elementów, które powinny zawierać treningi umiejętności zawodowych:

- 1) przejrzyste wyjaśnienie zaleceń do stosowania danej umiejętności;
- 2) możliwość częstego i w różnych warunkach ćwiczenia prowadzenia rozmowy połączonego z otrzymywaniem konstruktywnych informacji zwrotnych;
- 3) udział trenerów w ocenie prowadzonych przez siebie i innych kolegów treningów;
- 4) profesjonaliści powinni być trenowani w sytuacjach adekwatnych do potrzeb wykonywanego zawodu. Sytuacje treningowe powinny być jak najbardziej zbliżone do rzeczywistych sytuacji zawodowych, tak aby praktycy mogli zgeneralizować ćwiczone umiejętności na podobne sytuacje w pracy zawodowej;
- 5) ocena trenowanych umiejętności powinna odbywać się kilkakrotnie: na początku treningu, na końcu oraz jeszcze po upływie pewnego czasu. Ważne jest, czy trenowane umiejętności są również wykorzystywane w późniejszym czasie, gdyż istnieje niebezpieczeństwo powracania starych nawyków po upływie pewnego czasu od zakończenia szkolenia;
- 6) szkolenia powinny być prowadzone zarówno na etapie początkowym, kiedy przyjmujemy nowego pracownika do pracy, jak i później jako szkolenia doskonalące umiejętności osób pracujących w placówkach resocjalizacyjnych przez dłuższy czas.

Warto również podkreślić, że prowadzenie rozmowy powinno być elementem programu studiów licencjackich. Podczas tych zajęć studenci pedagogiki resocjalizacyjnej uczyliby się zaawansowanych umiejętności komunikacyjnych, m.in. rozpoznawania kłamstw, sugerowania rozwiązań, nawiązywania relacji, odczytywania niewerbalnych komunikatów.

Istnieje konieczność podejmowania badań nad efektywnością wykorzystywanych technik prowadzenia rozmowy. Innowacyjne metody prowadzenia rozmów powinny być przenoszone na grunt resocjalizacji. Publikacje na ten temat powinny bazować na empirycznych dowodach, a zawarte w nich treści należy prezentować w praktyczny sposób i przyjaźnie zobrazować dla czytelnika.

Bibliografia

- Buerger, M. (2004). Educating and training the future police officer. *Law Enforcement Bulletin*, 73(1), 26–32.
- Egan, G. (1994). *The skilled helper: a problem – management approach to helping*. Pacific Grove, CA, Brooks: Cole.
- Lessler, J.T., Caspar, R.A., Penne, M.A., Barker, P. (2000). Developing computer assisted interviewing. For the national household survey on drug abuse. *Journal of Drug Issues*, 30(1), 9–34.
- Mann, C., Stewart, F. (2004). Internet interviewing. W: J.F. Gubrium, J.A. Holstein (red.), *Postmodern interviewing* (s. 81–105). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Powell, M.B. (2002). Specialist in investigative and evidential interviewing: Is it having any effect on the behaviour of professionals in the field? *Psychiatry, Psychology, and Law*, 9(1), 44–55.

SKILLS NECESSARY TO CONDUCT A COMPETENT CONVERSATION WITH THE WARD IN SOCIAL REHABILITATION WORK

Abstract

The article presents an analysis of decision-making issues regarding the selection of appropriate skills during an interview. An important issue in the area of justice and social rehabilitation is the skilful conversation. It is necessary to train the personnel in such a way as to obtain precise and complete information through all elements of the social rehabilitation system. By improving conversation techniques, the functioning of the entire social rehabilitation system will be improved, because it largely consists in collecting and providing information in a direct way.

Innovative methods of conducting interviews should be implemented in social rehabilitation, should be based on empirical evidence, and the information contained in them should be presented in a practical way.

Keywords: interview, social rehabilitation, system, conversation, social rehabilitation personnel

TRUDNOŚCI SZKOLNE DZIECKA SŁABOWIDZĄCEGO Z PŁODOWYM ZESPOŁEM ALKOHOLOWYM (FAS) – STUDIUM PRZYPADKU

Ograniczenie widzenia bardzo często przekłada się na występowanie trudności w procesie uczenia się. Jeżeli dochodzą do tego inne zaburzenia, problemy w nauce przybierają bardziej nasiloną postać. Celem zaprezentowanych badań była ocena funkcjonowania dziecka słabowidzącego z płodowym zespołem alkoholowym (Foetal Alcohol Syndrome, FAS) w środowisku szkolnym oraz opis trudności edukacyjnych, których doświadczają. Ponadto wskazanie na ich podstawie propozycji działań (dostosowanych do potrzeb i predyspozycji ucznia), możliwych do podejmowania w celu ich eliminowania lub osłabienia. Metodą wiodącą w badaniach była metoda indywidualnego przypadku. Jako uzupełniające wykorzystano metodę dialogową oraz analizę dokumentów. Posłużono się techniką obserwacji bezpośredniej, uczestniczącej, indywidualnej, która była przeprowadzana trzykrotnie i miała na celu zebranie informacji na temat trudności edukacyjnych dziecka oraz zachowań, które przejawia w sytuacjach dla niego niekomfortowych. Zastosowano również technikę analizy treściowej dokumentów pisanych. Wyniki badań ukazały wiele trudności szkolnych, z którymi boryka się dziecko słabowidzące z FAS. Na ich podstawie wskazano propozycje do pracy z uczniem przejawiającym te zaburzenia, ułatwiające mu naukę i usprawniające przebieg procesu uczenia się i nauczania.

Słowa kluczowe: dziecko słabowidzące, płodowy zespół alkoholowy, trudności szkolne

Wprowadzenie

Dzieci słabowidzące ze względu na stopień uszkodzenia wzroku stanowią grupę pośrednią między dziećmi widzącymi prawidłowo a niewidomymi. Pomimo znacznego uszkodzenia wzroku, zachowały one normalną strukturę poznania zmysłowego co oznacza, że zmysł wzroku utrzymał u nich w dalszym ciągu dominującą rolę w orientacji w przestrzeni, poznawaniu przedmiotów, ludzi, zjawisk, oraz w działaniu praktycznym. Jednak w porównaniu z dziećmi prawidłowo widzącymi rola ta jest znacznie ograniczona i mniej skuteczna. Wzrosło u nich natomiast znaczenie pozostałych zmysłów, zwłaszcza słuchu i dotyku (Majewski, 2001, s. 24) – od najmłodszych lat uczą się czerpać informacje z nich płynące. Do słabowidzących zalicza się osoby, których ostrość wzroku po korekcie optycznej sięga od 0,05 do 0,3 pełnej ostrości (Kuczyńska-Kwapisz, 2004, s. 9; Nawrocka 2020, s. 122).

Brak wzroku lub występowanie słabowzroczności ma niewątpliwie negatywny wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole, zwłaszcza gdy towarzyszą temu deficyty warunkowane występowaniem dodatkowych zaburzeń. Nauczyciel powinien uwzględniać, że dzieci słabowidzące cechuje często nadpobudliwość psychoruchowa, labilność emocjonalna, niska samoocena, brak wiary we własne możliwości, niska motywacja do nauki, wolne tempo pracy, trudności z autoorientacją (Nawrocka, 2020, s. 122–123), zaburzony rozwój ruchowy i wiele innych, co będzie miało odzwierciedlenie w przebiegu procesu uczenia się. Z drugiej strony są one zobowiązane do realizowania podstawy programowej tak samo, jak ich pełnosprawni rówieśnicy, co wskazuje na konieczność dostosowania warunków kształcenia, metod i form pracy do możliwości percepcyjnych uczniów, ich tempa uczenia się, ale przede wszystkim potrzeb i możliwości warunkowanych posiadanymi ograniczeniami.

Trudności w nauce warunkowane uszkodzeniem wzroku

Struktura poznania zmysłowego u dzieci słabowidzących ma charakter wzrokowo – słuchowo – dotykowy. Ich spostrzeganie wzrokowe ma charakter bardziej analityczny i sukcesywny, niż syntetyczny i symultaniczny. Przebiega wolniej niż w przypadku prawidłowo widzących rówieśników. Potrzebują one więcej czasu, by dany przedmiot lub zjawisko rozpoznać, odróżnić od innych, czy zakwalifikować do określonej kategorii (Majewski, 2001, s. 25). Podczas nauki szkolnej dzieci słabowidzące odbierają większość informacji właśnie drogą wzrokową. Mogą czytać teksty czarnodrukowe, chociaż czasami potrzebują wsparcia specjalnych pomocy optycznych lub powiększonego druku. Wiele z nich wolniej i z wieloma trudnościami przyswaja jednak umiejętności bazujące na spostrzeganiu wzrokowym, takie jak: czytanie, pisanie, przepisywanie z książek, czy z tablicy (Majewski, 2001, s. 25). Pojawiają się one już na początku edukacji szkolnej i nieprzezwyciężone w porę będą rzutowały na przebieg całego procesu uczenia się. Dotyczą bowiem nabywania podstawowych umiejętności szkolnych, stanowiących bazę dla kolejnych. Często są powodowane zaburzeniami w rozwoju psychomotorycznym, które są dosyć powszechne w tej grupie uczniów.

Ograniczenie wzroku może negatywnie wpływać na ogólny rozwój ruchowy dziecka, zwłaszcza w zakresie poruszania się i innych form lokomocji – biegania, skakania, bezpiecznego omijania przeszkód, ustalania i utrzymywania kierunku ruchu (Majewski, 2001, s. 27), orientacji w przestrzeni, koordynacji. Opóźnienie rozwoju motoryki zawsze, choć w różnym stopniu, wpływa na kształtowanie się funkcji poznawczych (Cieszyńska-Rożek, 2013, s. 393), co generuje określone trudności w nauce.

Dzieci słabowidzące z zaburzeniami w zakresie sprawności motorycznej i manualnej, często mają problemy z utrzymywaniem pisma w liniaturze zeszytu. Kreślone kształty liter są nieforemne, często brak jest połączeń między nimi, mają różną wielkość, niedokończone kształty i zmienne nachylenie. Tempo pisania jest bardzo wolne, a strona graficzna pisma mało efektowna. Zeszyty uczniów robią wrażenie niestarannych, występują w nich liczne

skreślenia, poprawki, niedokończone zdania, co wynika z obniżonej precyzji ruchów (Kurowska, 2015, s. 105) i zaburzonej koordynacji wzrokowo-ruchowej (Majewski, 2001, s. 27).

Znaczne problemy występujące w nauce czytania i pisania u części dzieci słabowidzących są efektem zaburzeń słuchu fonemowego oraz słabej pamięci słuchowej. Powodują one m. in.: zniekształcanie pisanych wyrazów, powstawanie zlepek liter, problemy w zapisie wyrazów, w których pojawiają się dwuznaki, zmiękczenia, głoski tracące dźwięczność, trudności w prawidłowym zapisie samogłosek nosowych, problemy z analizą i syntezą zdań, podziałem wyrazów na sylaby i głoski (Kurowska, 2015, s. 105; Papuda-Dolińska, 2017, s. 72).

W początkowym etapie nauki czytania i pisania dzieci słabowidzące mogą mieć duże problemy z różnicowaniem kształtów liter i cyfr, zapamiętywaniem ich i odwzorowywaniem. Często dokonują inwersji liter w płaszczyźnie pionowej i poziomej. Nie zapamiętują i nie odróżniają liter podobnych, różniących się jedynie drobnymi elementami graficznymi lub ułożeniem w przestrzeni (Kurowska, 2015, s. 106). Wyraźne są dysproporcje między literami, niewłaściwy ich kształt, brak odstępów między literami i wyrazami oraz zaburzenia połączeń (Skrzetuska, 2005, s. 96).

Przy przepisywaniu tekstów uczniowie słabowidzący popełniają błędy polegające głównie na opuszczaniu liter, sylab, a nawet całych wyrazów, jak również pomijaniu drobnych elementów graficznych. Mają problemy z zapamiętaniem zasad poprawnej pisowni (Papuda-Dolińska, 2017, s. 72). Zarówno podczas czytania, jak i pisania pojawiają się metatezy liter, sylab, wyrazów, jak i liczne substytucje i elizje. Wymienione trudności mają również znaczenie w uczeniu się matematyki – przekładają się na problemy z zapamiętywaniem i różnicowaniem wzorów graficznych cyfr, odwracaniem ich w przestrzeni, na trudności w prawidłowym liczeniu i wykonywaniu różnorodnych operacji matematycznych.

U dzieci słabowidzących tempo czytania może być bardzo wolne. Obserwuje się wyraźną niechęć do czytania, zwłaszcza głośnego. Uczniowie ci mają problemy ze zrozumieniem przeczytanego tekstu, a w związku z nadmierną koncentracją na samej technice czytania często zgadują wyrazy, sugerując się ich pierwszą literą. Znacznie wolniejsze jest też ich tempo pracy, zużywają przy niej więcej energii i szybciej się męczą. To z kolei opóźnia wykonanie czynności związanych z czytaniem bądź pisanem, powodując obniżenie ocen, a w konsekwencji zmniejszenie chęci i motywacji do nauki (Grzyb i in., 1998, s. 70–74; Kurowska, 2015, s. 105–107).

Nabywanie przez dziecko słabowidzące podstawowych umiejętności szkolnych jest utrudnione m.in. ze względu na ograniczenia percepcji wzrokowej (patrzenia – wykorzystania funkcji fizjologicznych; oglądania – odbioru znaczenia oraz aktywnego spostrzegania – wyodrębniania elementów, różnic, podobieństw), niższą sprawność podczas wykonywania czynności przebiegających pod kontrolą wzroku, dysharmonijny przebieg rozwoju psychomotorycznego. Zaburzenia w przebiegu procesów uczenia się czytania, pisania oraz matematyki są pierwotne i generują wtórne trudności w nauce na kolejnych etapach edukacji, mimo że „potencjał edukacyjny tych uczniów oceniany jest wysoko” (Czerwińska, Kucharczyk, 2019, s. 75).

Płodowy zespół alkoholowy i jego konsekwencje rozwojowe i edukacyjne

Termin płodowy zespół alkoholowy (FAS) „to określenie szkód zdrowotnych, szczególnie dotyczących układu nerwowego, odmienności w budowie ciała oraz zaburzeń w funkcjonowaniu, występujących u dzieci narażonych w życiu płodowym na działanie alkoholu” (Liszczy, 2011, s. 15). W wyniku teratogenicznego wpływu alkoholu na rozwijający się płód, rozwój umysłowy, społeczny oraz emocjonalny ulega znacznemu opóźnieniu i w konsekwencji odpowiada wiekowi młodszemu niż metrykalny (Banach, Matejek, 2019, s. 64).

Zaburzenia pierwotne, wynikające z uszkodzenia mózgu dziecka, do którego dochodzi na skutek teratogenicznego oddziaływania alkoholu na płód, przejawiają się przede wszystkim uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego w postaci: obniżonych możliwości intelektualnych, zaburzonych funkcji pamięci bezpośredniej, zmniejszonych możliwości uogólniania i planowania, trudności z przewidywaniem konsekwencji własnych działań, trudności w myśleniu abstrakcyjnym, nadwrażliwości lub słabej wrażliwości na dotyk, podwyższonego progu czucia głębokiego, występowania zaburzeń widzenia, słyszenia, orientacji przestrzennej i innych ograniczeń funkcjonowania.

Zaburzenia wtórne pojawiają się na skutek braku adekwatnej pomocy dzieciom z FAS i mogą z czasem prowadzić do powstania zachowań patologicznych, upośledzać rozwój poznawczy, stać się przyczyną niedojrzałości społecznej, a tym samym stanowić podstawę pojawienia się zaburzeń dysocjacyjnych i objawów psychopatologicznych. Najczęściej przejawiają się one: frustracją, niepokojem i lękami; stereotypowymi zachowaniami; sztywnością zachowań w sytuacjach społecznych; bezradnością i wycofaniem; niską samooceną; izolowaniem się; zachowaniami agresywnymi i autoagresywnymi; trudnościami funkcjonowania w zespole klasowym; problemami edukacyjnymi związanymi z deficytami uwagi; trudnościami w podjęciu i utrzymaniu pracy, depresją i innymi zaburzeniami psychicznymi; nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych (Jadczak-Szumilo, Kałamajska-Liszczy, Liszczy, 2018, s. 21).

W zakresie rozwoju poznawczego dzieci z FAS często mają problemy z zapamiętywaniem, zaburzenia myślenia przyczynowo-skutkowego, brak im zdolności uogólniania, wykazują deficyt uwagi, objawy nadpobudliwości oraz trudności w planowaniu, przewidywaniu i wykonywaniu wielu czynności (Liszczy, 2011, s. 20). Mają trudności z przyswajaniem nowych informacji, z orientacją w czasie i przestrzeni, problemy z uczeniem się matematyki, a także z rozumieniem pojęć abstrakcyjnych (Hryniewicz, 2007, s. 17). Mają głęboki deficyt w uczeniu się, zwłaszcza gdy materiał jest prezentowany werbalnie, chociaż są zdolne do przechowywania informacji, których się uczą. Borykają się także z deficytami w określonych aspektach przetwarzania wzrokowo-przestrzennego, mają problemy z postrzeganiem i zapamiętywaniem relacji przestrzennych oraz przywoływaniem wizualnych szczegółów (Banach, Matejek, 2019, s. 74).

Dzieci z FAS mogą mieć problemy z przyswajaniem symboli – liter i cyfr, z zapamiętaniem prostych zasad np. interpunkcji, ortografii, z rozumieniem i odczytywaniem zegara, kłopoty z wyciąganiem wniosków, trudności

z planowaniem, przewidywaniem, organizowaniem myśli. Dodatkowo mają kłopoty z rozpoznawaniem istotnych dla wykonywanych zadań szczegółów, łączeniem ich w całość; z graficznym przedstawieniem zadania – zapisaniem wypowiedzi; z rozumieniem języka figuratywnego, w tym humoru; z rozumieniem języka niewerbalnego i cech prozodycznych wypowiedzi; trudności w rozumieniu niektórych słów, w tym pojęć naukowych (Jadczak-Szumiło, Kałamajska-Liszczyńska, Liszczyńska, 2018, s. 48–49).

Wśród dzieci z FAS znajdują się i osoby z wysokim poziomem rozwoju motorycznego, i takie, u których zarówno duża, jak i mała motoryka jest zaburzona. Upośledza to wiele obszarów ich funkcjonowania – począwszy od trudności w nauce podstawowych czynności samoobsługowych (wiązaną sznurowadeł, zapinanie guzików), aż po zaburzenia np. żucia i przełykania pokarmów. Dzieci z FAS przejawiają często zaburzenia czucia, trudności z koordynacją, orientacją przestrzenną, utrzymaniem równowagi, zaburzenia wzorców ruchowych. Dużo trudności przysparza im integrowanie informacji wizualnych z koordynacją ruchową, kontrolą motoryczną i kontrolą ruchów precyzyjnych (Banach, Matejek, 2019, s. 74).

Znaczna liczba dzieci z FAS ma kłopoty z nabywaniem podstawowych umiejętności arytmetycznych. Dotyczą one różnych sfer myślenia matematycznego. Przejawiają się przede wszystkim niemożnością zrozumienia prostych reguł i zasad rządzących przetwarzaniem materiału liczbowego. Obserwuje się też problemy z rozumieniem pojęć związanych z kierunkiem, przestrzenią, wagą, czasem oraz trudności z zapamiętaniem tabliczki mnożenia (Jadczak-Szumiło, Kałamajska-Liszczyńska, Liszczyńska, 2018, s. 78–79).

Uczniowie z FAS przejawiają nietypowe reakcje na nieznane lub frustrujące ich sytuacje. Poczynając od wycofania, agresji aż po zachowania, które mogą okazać się negatywne w skutkach nie tylko dla nich samych, lecz także dla osób z ich otoczenia. Mogą być pobudliwi, wpadać w furję lub przeciwnie – depresyjni, posiadający słabą zdolność oceny sytuacji, w której się znaleźli, działający pod wpływem impulsu. Można u nich także obserwować skłonność do kłamstw, upór, mechaniczne naśladowanie zachowań innych, brak zdolności przewidywania i rozumienia konsekwencji swoich działań (Liszczyńska, 2011, s. 20–21). Przejawiają niski poziom radzenia sobie w sytuacjach społecznych (Hryniewicz, 2007).

Metoda badań

Celem badań była ocena funkcjonowania dziecka słabowidzącego z FAS w środowisku szkolnym oraz opis trudności edukacyjnych, których doświadcza. Ponadto wskazanie propozycji działań (dostosowanych do potrzeb i predyspozycji ucznia), możliwych do podejmowania w celu ich eliminowania lub osłabienia.

Metodą wiodącą w badaniach była metoda indywidualnego przypadku. Jako uzupełniające, wykorzystano metodę dialogową oraz analizę dokumentów. Posłużono się techniką obserwacji bezpośredniej, uczestniczącej, indywidualnej, która była przeprowadzana trzykrotnie i miała na celu przede wszystkim zebranie informacji na temat trudności edukacyjnych dziecka oraz zachowań,

które przejawia w sytuacjach dla niego niekomfortowych. Zastosowano również technikę analizy treściowej dokumentów pisanych, którymi były zgromadzone przez rodziców i wykorzystane za ich zgodą opinie, orzeczenia oraz zaświadczenia lekarskie.

W badaniach wykorzystano także technikę rozmowy indywidualnej, bezpośredniej, ustrukturalizowanej z matką chłopca (w ramach metody dialogowej), rozmowa dotyczyła przebiegu rozwoju psychomotorycznego dziecka i zaobserwowanych przez matkę w tym zakresie trudności. Przeprowadzono również rozmowę z nauczycielką dziecka, która opisała przebieg procesu uczenia się chłopca od klasy pierwszej, do momentu realizowanych badań (zwracając szczególną uwagę na trudności w nabywaniu umiejętności czytania i pisanie, warunkowane zaburzeniami wzroku i obniżonym poziomem rozwoju spostrzeżenia i motorycznego).

Badania przeprowadzono od grudnia 2021 r. do maja 2022 r. i objęto nimi ośmioletniego wówczas chłopca słabowidzącego z FAS.

Charakterystyka i diagnoza dziecka

Mateusz¹ obecnie ma prawie dziesięć lat, jest dzieckiem urodzonym w 8. miesiącu ciąży, z podejrzeniem FAS (na podstawie wywiadu i pewnych cech dymorficznych) oraz obniżonym napięciem mięśniowym. Po urodzeniu otrzymał 8 pkt w skali Apgar, został umieszczony w inkubatorze. Nie ma informacji, jak długo przebywał w szpitalu. Po zakończeniu hospitalizacji biologiczna matka opiekowała się nim jedynie przez miesiąc, następnie chłopiec został umieszczony w ośrodku preadopcyjnym, gdzie przebywał przez kolejny miesiąc. W trzecim miesiącu życia został adoptowany.

Na podstawie informacji zawartych w udostępnionych opiniach specjalistycznych oraz rozmów z matką chłopca stwierdzono, że we wczesnym badaniu neurologicznym zaobserwowano u dziecka sprzężoną niepełnosprawność ruchową, widoczną asymetrię ułożeniową z niepokojącym objawem w postaci odgięciowego ułożenia głowy. Zwrócono uwagę na duży niepokój ruchowy, częste, nieskoordynowane ruchy z drżeniem całych kończyn oraz słaby kontakt wzrokowy. W badaniu rezonansem magnetycznym stwierdzono hipoplazję robaka mózdzku oraz wąskie ciało modzelowate w zakresie pnia.

Chłopiec od 3. miesiąca życia nosi okulary w związku z dużą i postępującą wadą wzroku (-8.0 na każdym oku z towarzyszącym oczopląsem poziomym). Jego rozwój ruchowy od początku przebiegał wolniej. Z tego powodu od 10. miesiąca życia został objęty opieką specjalistyczną, w tym rehabilitacyjną oraz zajęciami terapii wczesnego wspomaganie (w zakresie terapii widzenia, terapii pedagogicznej oraz rehabilitacji ruchowej). Mateusz początkowo był rehabilitowany metodą Wojty. Ze względu na duży oczopląs od 5. miesiąca życia jest objęty opieką lekarza okulisty.

¹ Na potrzeby badań imię dziecka zostało zmienione.

Przebieg rozwoju mowy dziecka był od początku prawidłowy. W okresie średniego dzieciństwa obserwowano natomiast znacznie obniżony poziom rozwoju sprawności manualnej – nieprawidłowe napięcie mięśniowe w ręce dominującej, nieprawidłowy chwyt, niechęć do wykonywania zadań grafomotorycznych, trudności z wykonywaniem czynności precyzyjnych. Widoczne były także zaburzenia rozwoju społecznego i emocjonalnego. Chłopiec miał trudności w nawiązywaniu kontaktów, w podejmowaniu współpracy z innymi dziećmi. Często popadał w konflikty. Miał problemy z regulacją emocji i wyrażaniem ich w społecznie akceptowany sposób. Na niepowodzenia reagował agresją i wybuchami złości.

W 7. roku życia chłopiec otrzymał orzeczenie o niepełnosprawności, a następnie w związku z niepełnosprawnością sprzężoną (słabowidzenie, niepełnosprawność ruchowa) orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. Obecnie jest uczniem Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Niewidomych i Słabowidzących w Krakowie.

Po badaniu dysmorfii, przeprowadzonym w 9. roku życia dziecka, stwierdzono, że spełnia on kryteria medyczne dla częściowego płodowego zespołu alkoholowego (m.in. skrócone V kości śródreżca, nieco mniejsza lewa dłoń, zmniejszona rotacja rąk, przeprost w lewym stawie łokciowym, dyskretna asymetria twarzy, wada wzroku). Na podstawie wyników badań neurorozwojowych, wykonanych protokołem oceny neurorozwoju dla dzieci z FAS i klinicznymi próbami neuropsychologicznymi stwierdzono również m.in.: przeciętny poziom inteligencji; zaburzenia sensoryczno-motoryczne; nieprawidłowe schematy rozwojowe w zakresie niektórych odruchów i prakcji; synkinetę Babkina; zaburzenia równowagi i koordynacji; obniżone napięcie mięśniowe; brak reakcji Straussa, niezintegrowany odruch STOS; nadmierną ruchliwość, związaną z potrzebą ciągłego stymulowania się przez dziecko ze względu na wyżej wymienione deficyty. Ponadto zauważono, że Mateusz osiąga obniżone wyniki w zakresie pamięci zarówno krótkotrwałej, jak i długoterminowej, widoczne są u niego nadaktywne wskaźniki osi HPA i odruchów strachu – paraliżu. W klinicznych próbach neuropsychologicznych, chłopiec osiągnął bardzo niskie wyniki – podczas odwzorowywania kształtów, w układankach, można było obserwować liczne drżenia zamiarowe, co wynika z hipoplazji robaka mózdzku. W rozwoju emocjonalnym wskazano na przejawianie przez dziecko zachowań charakterystycznych dla lękowo – ambiwalentnego stylu przywiązania (powikłania związane z narażeniem na traumę, w tym porzucenie).

Funkcjonowanie dziecka słabowidzącego z FAS w środowisku szkolnym – wyniki badań

W trakcie prowadzonych obserwacji zauważono sporo trudności edukacyjnych dziecka, które wynikały z jego niepełnosprawności (słabowidzenia, niepełnosprawności ruchowej), a także specyficzne cechy i ograniczenia osób z FAS.

Chłopiec miał w znacznym stopniu obniżoną sprawność manualną, co składało się na nieprawidłowy chwyt, dużą i szybką męczliwość ręki piszącej,

zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz niestaranne pismo i wolne tempo pracy. Nie lubił zadań związanych z pisaniem, bardzo szybko je przerywał i buntował się na prośby nauczyciela o ich kontynuowanie. Widoczne były też problemy z orientacją przestrzenną, utrzymaniem równowagi oraz zaburzenia wzorców ruchowych. Szczególnie zwracały one uwagę podczas zajęć wychowania fizycznego. Obniżony poziom sprawności motorycznej niewątpliwie miał wpływ na niechęć do uczestnictwa w nich i pojawianie się zachowań trudnych (krzyków, buntu, agresji słownej) w sytuacji niemożności prawidłowego wykonania zadania.

Podczas lekcji chłopiec nie potrafił skupić uwagi przez dłuższy czas, domagał się wciąż indywidualnego wsparcia ze strony nauczyciela (co niewątpliwie dezorganizowało pracę zespołu klasowego). Jeżeli je otrzymywał, to zazwyczaj jego motywacja do pracy wzrastała i widać było dużą potrzebę osiągnięcia sukcesu oraz uzyskania pochwały. Zdarzało się jednak, że oczekiwał od dorosłego pomocy, nawet w takich czynnościach, z którymi sam z łatwością mógł sobie poradzić – znalezienie strony w książce, samodzielne rozpoczęcie rozwiązywania zadania. Podczas oczekiwania na pomoc nauczyciela Mateusz przeszkadzał innym dzieciom, popisywał się, wychodził z ławki i za wszelką cenę starał się zwrócić na siebie uwagę. Podejmował też rozmowy niezwiązane z tematem zajęć, a zapytany przez nauczyciela, często udzielał odpowiedzi nieadekwatnych i nie na temat. Zdarzało mu się zadawać pytania, które znacznie odbiegały od zagadnień poruszanych na lekcji. Chłopiec formułując swoje wypowiedzi, posługiwał się zazwyczaj zdaniami prostymi, mimo że posiadał bogate słownictwo, co niejednokrotnie można było zauważyć podczas rozmów z nim.

Mateusz ma dobrą pamięć wzrokową, obecnie już prawidłowo rozpoznaje i identyfikuje litery (choć wymagało to długotrwałej pracy i wysiłku z jego strony) oraz szczegóły na ilustracjach. Wskazuje, odwzorowuje proste układy przestrzenne oraz prawidłowo interpretuje proste schematy przestrzenne na płaszczyźnie. Nauczyciel zachęca go do korzystania z lupy elektronicznej (by korygować nieprawidłową postawę ciała podczas czytania małego druku z bardzo bliskiej odległości oraz nasilony wówczas oczopląs). Początkowa nauka czytania chłopca nie przebiegała jednak bez trudności – problemy sprawiało mu głównie zapamiętanie kształtów liter, zwłaszcza tych różniących się ułożeniem w przestrzeni. Nie dostrzegał też drobnych elementów, którymi litery się różniły. Podczas czytania głoskował, z wtórną syntezą słowa, przekręcał wyrazy, tempo pracy było bardzo wolne. Trudności w różnicowaniu liter podobnych generowały problemy rozumienia przeczytanej treści. Długo występowało też pismo zwierciadlane i trudności z opanowaniem poprawnej pisowni.

Największą trudność sprawia chłopcu matematyka. Z pomocą nauczyciela dodaje i odejmuje w zakresie 100, podejmuje próby liczenia z przekroczeniem progu dziesiętkowego. Nadal nie opanował jednak tabliczki mnożenia. Podobnie duże trudności sprawia mu rozwiązywanie zadań tekstowych, których treść za każdym razem wymaga dokładnego omówienia mu jej przez nauczyciela.

Mateusz dużo wysiłku wkłada w naukę języka angielskiego. Opanował podstawowe słownictwo, realizowane w ramach zajęć, powoli zaczyna czytać – choć

widać, że samej czynności nie lubi i szybko chce ją zakończyć. Bardzo lubi, gdy podczas lekcji nauczyciel wykorzystuje gry i zabawy interaktywne. Chłopiec nie lubi pisać i do każdego zadania wymagającego tej czynności podchodzi bardzo niechętnie.

W czasie wszystkich obserwowanych lekcji można było zauważyć u chłopca duże trudności z zapamiętywaniem nowych treści, zaburzenia myślenia przyczynowo-skutkowego, brak zdolności uogólniania, objawy nadpobudliwości oraz trudności w planowaniu, przewidywaniu oraz wykonywaniu zadań i podejmowanych czynności.

W kontaktach z rówieśnikami chłopiec przejawiał brak pewności siebie, nieadekwatne reakcje emocjonalne, trudności w podporządkowaniu się regułom dziecięcej społeczności, skłonność do kłamstw, mechaniczne naśladowanie zachowań innych, brak zdolności przewidywania i rozumienia konsekwencji swoich działań, brak krytycyzmu. Zdecydowanie bardziej otwarty był w stosunku do dorosłych niż do rówieśników. Potrafił natomiast samodzielnie organizować swój czas wolny – podczas przerw i w czasie przeznaczonym na zabawę.

Mateusz zdecydowanie lepiej niż na lekcjach funkcjonuje podczas zajęć indywidualnych – kompensacyjno-wyrównawczych, logopedycznych, gimnastyki korekcyjnej. Chętnie w nich uczestniczy, potrafi dostosować się do obowiązujących zasad. Choć wymaga stałej kontroli i motywowania do wykonywania zadań, ich efekty są zdecydowanie lepsze niż podczas pracy na lekcji. Jest to niewątpliwie związane z podejściem indywidualnym, w relacji jeden na jeden.

Wskazówki do pracy w szkole z dzieckiem słabowidzącym z FAS

Praca z dzieckiem słabowidzącym z FAS wymaga indywidualnego podejścia, stosowania metod i form terapii dostosowanych do jego możliwości i potrzeb oraz ścisłej współpracy między nauczycielami, specjalistami a rodziną ucznia. Jej efekty uzależnione są od właściwej reakcji na pojawiające się trudności w procesie uczenia się i w zachowaniu dziecka, wynikające zarówno z upośledzenia wzroku, jak i będące konsekwencją płodowego zespołu alkoholowego.

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań i wyłonienia trudności, z którymi boryka się dziecko, wspólnie z nauczycielem chłopca opracowano zalecenia, wspomagające proces edukacji i ułatwiające mu naukę oraz funkcjonowanie w środowisku szkolnym.

Podczas projektowania i planowania przebiegu procesu edukacji ucznia słabowidzącego istotne jest przeprowadzenie wielospecjalistycznej oceny poziomu jego funkcjonowania, by nauczyciel mógł na jej podstawie określić jego mocne i słabe strony, stopień wykorzystywania wzroku, potrzebę zajęć z orientacji przestrzennej, rehabilitacji wzroku czy dopasować odpowiednie pomoce optyczne. Wyniki oceny umożliwią dobranie np. właściwej lupy, określenie optymalnej wielkości czcionki czy najkorzystniejszego miejsca w klasie (przy oknie czy wręcz tyłem do światła; blisko tablicy czy w oddaleniu od niej) (Nawrocka, 2020, s. 125). W przypadku badanego chłopca ustalono, że najlepszym dla niego

miejszem będzie miejsce w klasie z dala od okna, tyłem do światła, blisko tablicy i biurka nauczyciela (także ze względu na lepszą koncentrację chłopca na wykonywanych zadaniach dzięki bliskiej obecności nauczyciela).

W toku procesu nauczania – uczenia się konieczne jest respektowanie zasad: indywidualizacji, konkretności i pogładowości, priorytetu rewalidacji w jego organizacji oraz dostosowania wymagań do możliwości ucznia. Szczególnie należy zwrócić uwagę na zasadę konkretności i pogładowości. Uczeń z dysfunkcją wzroku, by mógł wykształcić wyobrażenia i przyswoić wiele pojęć, musi poznawać przedmioty i rzeczy za pomocą innych, dostępnych mu zmysłów. Zasugerowano, by nauczycielka przygotowując zadania dla chłopca, wykorzystywała powiększony druk, ale zapisany czcionką bezszeryfową (by ograniczyć zakłócające postrzeganie liter ozdóbki). Zaproponowano wykorzystywanie zeszytów w formacie A5, z pogrubioną linią, ramek do czytania tekstów (typoskopów), przyborów geometrycznych posiadających wyraźne oznaczenia wizualne. Ustalono też, że częściej będzie przygotowywała dla Mateusza materiały edukacyjne, angażujące zmysł stereognozji.

W przypadku ucznia prawidłowo widzącego wymaga się czytania z odległości 30–40 cm, prostego siedzenia i nienachylania głowy. Od dzieci słabowidzących nie można wymagać prawidłowej postawy przy czytaniu, należy im pozwolić czytać z wygodnej odległości. Można stosować podpórki pod książki, by zmniejszyć nieprawidłową postawę. Pomocą dla tych dzieci będą też zeszyty z szerszym rozstawieniem linii i wyraźną kreską oraz książki z powiększonym drukiem. Warto zadbać, by tablica była duża, czarna lub ciemnozielona, matowa, gładka i dobrze oświetlona, kreda biała lub żółta (Kuczyńska-Kwapisz, 2004, s. 18).

Jednym z istotnych czynników, warunkujących pozytywne efekty pracy, jest również właściwie zorganizowane środowisko fizycznego funkcjonowania ucznia. Badania dzieci z FAS wykazały, że lepiej funkcjonują one w pomieszczeniach z oświetleniem fluorescencyjnym niż żarowym. Oczywiście najlepsze jest światło naturalne, natomiast jeżeli nie ma takiej możliwości, należy stosować sztuczne, rozproszone. W przypadku ucznia z deficytem wzroku dobór oświetlenia jest warunkowany przede wszystkim jego problemami wzrokowymi, ale przy uwzględnieniu odpowiednich barwnych kontrastów na stanowiskach pracy, w celu lepszej orientacji w przestrzeni (Nawrocka, 2020, s. 127). Istotna jest też możliwość i łatwość zmiany oświetlenia, np. zmniejszenie lub zwiększenie jego natężenia, stosowanie dodatkowych źródeł światła z możliwością ustawienia jego kierunku. Zaleca się, by wykorzystywane sztuczne oświetlenie było parametrami zbliżone do naturalnego, było oświetleniem złożonym – ogólnym – umieszczonym na suficie i miejscowym – dodatkowym doświetleniem konkretnego fragmentu przestrzeni (Rysiak, 2020, s. 161–163). Respektując powyższe zasady, Mateusz pracował na lekcji zazwyczaj przy świetle naturalnym, przy stole ustawionym z dala od okna, by światło odbite od powierzchni nie oślepiało go i nie powodowało zmęczenia oczu. Na ławce znajdowało się dodatkowe źródło światła sztucznego, ustawione po przeciwnej stronie w stosunku do jego ręki dominującej. Podczas czytania było ono umieszczane po stronie lepiej widzącego oka. Wykorzystywane było na prośbę ucznia.

Pomieszczenia, w których przebywa dziecko z FAS, powinny mieć stonowane kolory, gładkie sufity bez ozdób (Liszczy, 2011, s. 40). W przypadku zaś osób z upośledzeniem widzenia podkreśla się wpływ właściwie dobranej kolorystyki i odpowiedniego zastosowania kontrastów, na wyraźną poprawę ich funkcjonowania. Kolory, które należy dobierać znajdują się na dwóch biegunach nasycenia – np. czarne na białym tle, żółte na czarnym. Należy wystrzegać się zbyt agresywnej, chaotycznej tonacji barw i jaskrawych kolorów – te ostatnie zarezerwować jedynie dla oznaczenia ważnych czy niebezpiecznych miejsc (Rysiak, 2020, s. 164). Sala lekcyjna, w której większość czasu spędzał Mateusz, ma białe ściany, wyposażona jest w meble w kolorze stonowanego, jasnego popielu z dodatkiem wyciszającej zieleni.

W przypadku uczniów z FAS ważne jest również, aby okna były wyposażone w zasłony, by odizolować ich od zewnętrznych, rozpraszających bodźców. Optymalna temperatura powietrza w salach to ok. 19 stopni C, wilgotność ok. 70% – duża liczba uczniów z uszkodzeniem mózgu na przegrzanie reaguje obniżeniem progu drgawkowego i wzrostem temperatury ciała, co niesie za sobą ryzyko wystąpienia epizodu drgawkowego lub napadów „wyłączenia i nieuwagi” (Liszczy, 2011, s. 40–42). Ogromne znaczenie z kolei dla uczniów słabowidzących ma właściwe wyposażenie sal lekcyjnych w nowoczesny sprzęt elektroniczny – m.in. komputer z odpowiednim oprogramowaniem, linijkę brajlową, syntezytor mowy, drukarkę brajlową, powiększalnik elektroniczny – oraz dobór pomocy optycznych i nieoptycznych (poprawiających zdolność widzenia) (Nawrocka, 2020, s. 126). W sali lekcyjnej należy zachować stałe ułożenie mebli i zwracać uwagę na zamykanie szaf i szuflad, by nie narażać dziecka słabowidzącego na niebezpieczeństwo zderzenia się z nimi, co miało odzwierciedlenie w zorganizowaniu przestrzeni, w której Mateusz najczęściej się poruszał. Dodatkowo w sali lekcyjnej chłopca znajdowała się tablica interaktywna, którą nauczycielka często wykorzystywała do przygotowania zadań. Była to jedna z najbardziej preferowanych przez Mateusza form pracy.

Uczniowie z FAS mają trudności z selekcją i przetwarzaniem bodźców zmysłowych. Mogą przejawiać nadwrażliwość na dotyk, zwłaszcza niespodziewany, i reagować na niego agresją. Mogą również być niewrażliwi w pełni na dotyk, co powoduje brak rozpoznawania zagrożenia wynikającego z kontaktu np. z powierzchniami ostrymi, wirującymi. Przytłacza ich nadmiar bodźców wzrokowych, mają ograniczone pole widzenia. Przejawiają niezdolność do właściwej selekcji bodźców słuchowych, przez co nie potrafią nadać im rangi – często koncentrują się na „ciekawszych” dla nich samych, a niekoniecznie związanych z tokiem lekcji. Mogą mieć obniżony próg tolerancji na niektóre smaki i zapachy (Liszczy, 2011, s. 42–44). Liczne źródła dźwięku stanowią zagrożenie dla dzieci z FAS, gdyż mogą być dla nich stresogenne, wywoływać zachowania agresywne poprzez prowokowanie występowania odruchu Moro. Dodatkowo hałasy i duża liczba bodźców nie wpływają pozytywnie na poziom koncentracji uwagi dziecka z FAS (Hryniewicz, 2007, s. 32). Podobne zachowania przejawiał Mateusz w sytuacjach, gdy podczas lekcji robił się szum lub gdy przy otwartych oknach dochodziły odgłosy z zewnątrz. Zaczynał wówczas kręcić się z niepokojem na krześle, wykonywać nerwowe ruchy, wołał nauczycielkę, czym

dezorganizował pracę podczas lekcji. Gdy nauczycielka natychmiast do niego nie podchodziła, wychodził z ławki i zaczynał krzyczeć. Mimo jej ingerencji, trudno mu było wrócić do realizowanych wcześniej zadań i skoncentrować się na dalszej pracy. Wówczas nauczycielka pozwalała mu na chodzenie po klasie, co zdecydowanie go wyciszało i uspokajało.

Charakterystyczne cechy dzieci z FAS mają wpływ na ich specyficzne funkcjonowanie w sytuacjach edukacyjnych. Większość z nich szybko rezygnuje z wysiłku, nie wykazuje inicjatywy, nie próbuje przezwyciężać trudności, które, gdy się pojawiają, nie motywują, a wręcz zniechęcają do dalszej pracy. Z powodu upośledzonej koncentracji uwagi nie są w stanie wykonywać długotrwałych czynności. Podatne są na powstawanie silnych emocji, co może być trudne do zaakceptowania przez otoczenie. Zwrócenie uwagi dziecku charakteryzującemu się nadwrażliwością wywoła u niego agresję, z obniżoną wrażliwością – brak reakcji (Hryniewicz, 2007, s. 33). Dzieci z FAS bez pomocy z zewnątrz nie są w stanie samodzielnie wzbudzać wewnętrznej motywacji do pracy, która decyduje o efektach działania, ich trwałości, a także informuje o stopniu dojrzałości osoby (Hryniewicz, 2007, s. 35). Niektóre z wymienionych zachowań przejawiał badany chłopiec. Największym problemem w jego przypadku była obniżona motywacja do pracy i nieumiejętność doprowadzania podejmowanych zadań do końca, a w konsekwencji napady złości związane ze świadomością tego. Wspólnie z nauczycielką dostrzeżono konieczność proponowania dziecku zadań z wyraźnym podziałem ich na etapy realizacji, tak by optymalnie wykorzystać koncentrację uwagi dziecka i dawać mu wzmocnienia pozytywne, w postaci zadowolenia ze sprostania zadaniu, nawet kosztem dłuższego czasu wykonania całości.

Podsumowanie

Dzieci słabowidzące i z płodowym zespołem alkoholowym wymagają terapii i wsparcia w wielu obszarach. Ponieważ ich mózg jest trwale uszkodzony, potrzebują ciągłych działań stymulujących, które będą to uwzględniały. Nauczyciele, specjaliści, rodzice tych dzieci muszą nauczyć się rozpoznawać i rozumieć ich deficyty oraz wynikające z nich potrzeby. Działania dorosłych, by przynosiły zamierzone efekty, muszą być przede wszystkim adekwatne do potrzeb konkretnego dziecka, skoordynowane i nakierowane na wiele obszarów jego funkcjonowania. Wymagają m.in. ograniczania nadmiernej stymulacji, zmniejszania nadwrażliwości sensorycznej, konsekwencji – czyli powtarzalności bodźców, stałości otoczenia, nauczania polisensorycznego oraz budzenia motywacji wewnętrznej (Hryniewicz, 2007, s. 36). Bez wsparcia w procesie edukacji bardzo trudno będzie tym uczniom nie generować zaburzeń wtórnych.

Bibliografia

- Banach, M., Matejek, J. (2019). *W trosce o zdrowie dziecka i Twoje. Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Płodu (FASD). Profilaktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Cieszyńska-Rożek, J. (2013). *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*. Kraków: Wydawnictwo Omega Stage Systems.
- Czerwińska, K., Kucharczyk, I. (2019). *Tyflopsychologia. Realizacja zadań rozwojowych w biegu życia przez osoby z niepełnosprawnościami wzroku*. Warszawa: WN PWN.
- Grzyb, E., Łośko, E., Połomska, M., Urbańska, H. (1998). *Poradnik dla nauczycieli i rodziców dzieci z dysfunkcją wzroku*. Kraków: Drukpress.
- Hryniewicz, D. (2007). *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Jadczak-Szumilo, T., Kałamajska-Liszczyk, K., Liszczyk, K. (2018). *Jak wspomagać dziecko z FASD w edukacji*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Kuczyńska-Kwapisz, J. (2004). *Dzieci niewidome i słabo widzące*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Kurowska, B. (2015). Trudności w nauce czytania i pisania u dziecka słabowidzącego – studium indywidualnego przypadku. W: T. Żółkowska, J. Buława-Halaszy, I. Ramik-Mażeńska, Ł. Skryplonek (red.), *Niepełnosprawność. Interpretacje teoretyczne i praktyczne, Pedagogika Specjalna – koncepcje i rzeczywistość*, tom XI (s. 103–115). Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Liszczyk, K. (2011). *Dziecko z FAS w szkole i w domu*. Kraków: Wydawnictwo Rubikon.
- Majewski, T. (2001). Dzieci z uszkodzonym wzrokiem i ich edukacja. W: S. Jakubowski (red.), *Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabo widzącymi* (s. 19–31). Warszawa–Toruń: Toruńskie Zakłady Graficzne Zapolex.
- Nawrocka, A. (2020). Dostosowanie otoczenia i wymagań edukacyjnych do potrzeb ucznia niewidomego i słabowidzącego w szkole. W: K. Parys, P. Stefański (red.), *W poszukiwaniu rozwiązań wspierających w rozwoju osoby z niepełnosprawnościami wzroku* (s. 121–132). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Papuda-Dolińska, B. (2017). *Dziecko z niepełnosprawnościami wzroku w roli ucznia szkoły ogólnodostępnej, integracyjnej i specjalnej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Rysiak, D. (2020). Dostosowanie otoczenia do potrzeb osób słabowidzących. W: K. Parys, P. Stefański (red.), *W poszukiwaniu rozwiązań wspierających w rozwoju osoby z niepełnosprawnościami wzroku* (s. 153–172). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Skrzetuska, E. (2005). *Przyswajanie pisma przez uczniów ze słabym widzeniem w klasach 1–3*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

SCHOOL DIFFICULTIES OF A VISUALLY IMPAIRED CHILD WITH FOETAL ALCOHOL SYNDROME (FAS). CASE STUDY

Abstract

Visual impairment very often causes difficulties in the learning process. If it is accompanied by other disorders, learning problems become more severe. The purpose of the study was to assess the functioning of a visually impaired child with Foetal Alcohol Syndrome (FAS) in the school environment and describe the learning difficulties that the child experiences, as well as to indicate, on their basis, proposals for actions (tailored to the needs and capabilities of the pupil) that can be taken to eliminate or reduce them. The leading method in the research was the individual case method. In addition, the dialogue method and document analysis were used. The technique of direct, participant, individual observation was used, which was carried out three times and was aimed at gathering information about the child's educational difficulties and the behaviours the child exhibits in uncomfortable situations. The technique of content analysis of written documents was also used. The results of the study revealed many school difficulties faced by a visually impaired child with FAS. Based on the results of the study, suggestions for working with a child exhibiting these disorders, which facilitate learning and improve the course of the learning and teaching process, were indicated.

Keywords: visually impaired child, Foetal Alcohol Syndrome, school difficulties

OPIEKA ZDROWOTNA DZIECI SZKOLNYCH. CZĘŚĆ 2

Artykuł prezentuje ustawę o opiece zdrowotnej nad uczniami z 2019 r. Szczegółowo przedstawiony został zakres obowiązywania tego aktu prawnego – które dzieci objęte są zapewnianą przez niego ochroną i jakie rodzaje świadczeń są im udzielane. Wskazano również podmioty, które są zaangażowane w tworzenie systemu opieki zdrowotnej uczniów, jak również ich obowiązki. Szczególny nacisk położony został na zasady wyrażania zgody na objęcie uczniów opieką zdrowotną w szkole, w zależności od jej rodzaju. Omówione zostały także najnowsze regulacje dotyczące obowiązków i praw dyrektora w sytuacji zagrożenia zdrowia dzieci z powodów epidemiologicznych, w szczególności możliwość zawieszenia nauki stacjonarnej i wdrożenia nauki zdalnej.

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, uczeń, profilaktyka i promocja zdrowia, opieka nad uczniem z chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością, stan epidemii, nauka zdalna

Opieka nad uczniem z chorobą przewlekłą lub z niepełnosprawnością

Także opieka nad uczniem z chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością w szkole jest realizowana przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną (art. 20 ustawy). Z tego względu w szkołach, do których uczęszczają uczniowie z chorobami przewlekłymi lub posiadający orzeczenia o niepełnosprawności, zapewniona musi być większa liczba godzin pracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej niż w szkołach, gdzie takich uczniów nie ma. Sprawowanie opieki nad uczniami przewlekłe chorymi lub z niepełnosprawnościami wymaga pisemnej zgody rodziców albo pełnoletnich uczniów. Zgodę wyraża się przed objęciem ucznia opieką (art. 7 ust. 5). W przeciwieństwie do zgody na świadczenia stomatologiczne, która musi zawsze dotyczyć konkretnego proponowanego świadczenia, zgoda w tym wypadku jest zgodą na świadczenia wielokrotne, np. udzielane przez cały rok szkolny. Nie zmienia to faktu, że zgoda musi być skonkretyzowana, jeśli chodzi o zakres świadczeń, które mają być udzielane przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną danemu uczniowi z chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością. Także w tym przypadku uznać należy, że uczniowie między 16. a 18. r.ż. muszą takiej zgody udzielić, choć nie musi być ona pisemna, ale może być dorozumiana, a więc świadczenia mogą być udzielane do czasu wyrażenia przez ucznia wyraźnego sprzeciwu.

W celu zapewnienia uczniowi podczas pobytu w szkole odpowiedniej opieki, odżywiania oraz stosowania adekwatnych do rozwoju psychoruchowego sposobów postępowania, rodzic przekazuje dyrektorowi szkoły uznane przez niego za istotne dane o stanie zdrowia, stosowanej diecie i rozwoju psychofizycznym

ucznia. Dla zapewnienia właściwej opieki w szkole nad uczniami przewlekle chorymi lub z niepełnosprawnością pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, rodzicami, pełnoletnimi uczniami oraz dyrektorem i pracownikami szkoły. Współpraca ta obejmuje wspólne określenie sposobu opieki nad uczniem, dostosowanego do stanu jego zdrowia w sytuacji konieczności podawania leków oraz wykonywania innych czynności leczniczych podczas pobytu w szkole. W ramach tej opieki pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolnej wolno podawać uczniowi z chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością leki, ale tylko na podstawie zlecenia lekarskiego, w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej ucznia, a także wykonywać u ucznia w czasie jego pobytu w szkole konieczne procedury lecznicze (art. 21 ust. 1 i 2 ustawy).

Jeśli świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej udzielane są poza szkołą, w gabinecie zewnętrznym, wydaje się, że w przypadku konieczności udzielania codziennych świadczeń dziecku z chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością, np. o konkretnych godzinach, należy zapewnić, by pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna po prostu stawiała się o tych porach w szkole właśnie celem udzielenia uczniowi tych świadczeń. Większy problem dotyczy dni lub godzin, kiedy pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna nie pozostaje w ogóle do dyspozycji szkoły, bo szkoła jest mała, z małą grupą dzieci z niepełnosprawnościami, a więc przyznana jej jest bardzo mała część etatu. Niestety, w takie dni udzielanie stałych świadczeń medycznych dziecku z chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością pozostaje w gestii rodziców lub innych osób spoza szkoły, którym oni to zlecają, bowiem uczniowi z chorobą przewlekłą leki, które musi przyjmować, mogą też być co prawda podawane przez pracowników szkoły, ale wyłącznie za ich pisemną zgodą oraz na podstawie upoważnienia przez rodzica (art. 21 ust. 3 ustawy). Od nikogo więc z personelu szkoły rodzice takiego dziecka nie mogą wiążąco wymagać, by takie usługi wobec dziecka pełniło, nie mają też uprawnienia żądania od dyrektora zapewnienia dziecku takich codziennych świadczeń, gdyż – jak wskazano wcześniej – zatrudnienie personelu medycznego dla potrzeb szkoły nie leży w kompetencji dyrektora czy nawet organu prowadzącego, ale Narodowego Funduszu Zdrowia. Sprawowanie opieki zdrowotnej nad uczniami z chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnością przez inne osoby niż pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna jest też o tyle nieprawidłowe, że w takim wypadku rodzice są zmuszeni przekazać wszystkie informacje o stanie zdrowia dziecka personelowi szkoły, podczas gdy są to dane poufne, które pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna są obowiązane zachować w tajemnicy.

Minister Zdrowia może w drodze obwieszczenia ogłosić zalecenia postępowania dotyczące opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia lub towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny, zgodnie z postanowieniami ich statutów (art. 21 ust. 4 ustawy).

Do chwili obecnej ogłoszone zostały jedynie zalecenia postępowania dotyczące opieki w szkole nad uczniami z anafilaksją, astmą oskrzelową, alergicznym nieżytem nosa, atopowym zapaleniem skóry i pokrzywką, które zawierają bardzo dokładne procedury postępowania, w szczególności w sytuacji nasilenia u ucznia objawów choroby. Mając na uwadze, że do szkół uczęszczają dzieci z bardzo różnymi chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnościami, w tym także z chorobami rzadkimi, o których pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna nie musi posiadać wiedzy, wskazane byłoby wypracowanie większej liczby takich konkretnych zaleceń, co dawałoby im praktyczne narzędzie pracy i zwiększało bezpieczeństwo uczniów z takimi chorobami lub niepełnosprawnościami, a także poczucie rodziców, że ich dzieci są w pełni zadbane w szkole.

W tym kontekście, wobec braku owych zaleceń co do większości chorób i niepełnosprawności ze strony ministerstwa, pozytywnie należy ocenić zapis art. 22 ustawy, który zobowiązuje dyrektora szkoły do zapewnienia swoim pracownikom szkoleń lub innych form zdobycia wiedzy na temat sposobu postępowania wobec uczniów przewlekłe chorych lub z niepełnosprawnościami, odpowiednio do potrzeb zdrowotnych uczniów, a więc w zakresie takich chorób i niepełnosprawności, jakie posiadają uczniowie uczęszczający do jego placówki, aby przygotować ich na prawidłowy i skuteczny kontakt z tymi uczniami, także w sytuacjach zagrażających ich życiu lub zdrowiu z powodu nasilenia objawów choroby lub niepełnosprawności, w szczególności w sytuacjach braku w danym momencie pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej.

Nauczanie w okresie pandemii

W związku z pandemią COVID-19 do ustawy Prawo oświatowe od 8 marca 2020 r. dodano przepis art. 30b, zgodnie z którym w przypadkach uzasadnionych nadzwyczajnymi okolicznościami zagrażającymi życiu lub zdrowiu dzieci i młodzieży minister właściwy do spraw oświaty i wychowania może w drodze rozporządzenia czasowo ograniczyć lub czasowo zawiesić funkcjonowanie jednostek systemu oświaty na obszarze kraju lub jego części, uwzględniając stopień zagrożenia na danym obszarze. Wszystkie rozporządzenia regulujące kwestie tzw. nauczania zdalnego lub hybrydowego były w okresie stanu epidemii i stanu zagrożenia epidemią wydawane na tej podstawie. Z kolei zawieszenie zajęć w szkole przez dyrektora z powodu stanu epidemiologicznego odbywało się wyłącznie na podstawie § 18 ust 2a Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach, który to przepis wszedł w życie 14 sierpnia 2020 r., mimo iż formalnie brak było podstawy ustawowej do uregulowania tej kwestii w przedmiotowym rozporządzeniu.

Tę lukę prawną uzupełniono od 1 września 2022 r., kiedy wszedł w życie art. 125a ustawy Prawo oświatowe, w którym przewidziano ustawową podstawę do zawieszenia zajęć w placówce edukacyjnej z powodu m.in. pandemii. Zgodnie z ust. 1 tego przepisu zajęcia w przedszkolu, szkole lub innej placówce

edukacyjnej zawiesza się, na czas oznaczony, w razie wystąpienia na danym terenie m.in.:

- 1) temperatury zewnętrznej lub w pomieszczeniach, w których są prowadzone zajęcia z uczniami, zagrażającej zdrowiu uczniów;
- 2) zagrożenia związanego z sytuacją epidemiologiczną;
- 3) innego nadzwyczajnego zdarzenia zagrażającego bezpieczeństwu lub zdrowiu uczniów w przypadkach i trybie określonych w przepisach w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (a więc właśnie w powyżej przytoczonym Rozporządzeniu).

Jeśli zawieszenie zajęć następuje z powodu sytuacji epidemiologicznej, zarządzenie w tym przedmiocie wydaje dyrektor szkoły za zgodą organu prowadzącego i po uzyskaniu pozytywnej opinii właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, przy czym zgoda i opinia mogą być wydane także ustnie, telefonicznie, za pomocą środków komunikacji elektronicznej lub za pomocą innych środków łączności. W takim przypadku treść zgody lub opinii powinna być utrwalona w formie protokołu, notatki, adnotacji lub w inny sposób. Zawieszenie zajęć nie musi dotyczyć całej szkoły, może też obejmować jedynie poszczególne klasy. O zawieszeniu dyrektor zawiadamia organ sprawujący nadzór pedagogiczny oraz organ rejestrujący (§ 18 ust. 2a–3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach).

W przypadku zawieszenia zajęć na okres powyżej dwóch dni dyrektor organizuje dla uczniów, nie później niż od trzeciego dnia zawieszenia, zajęcia z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, które są realizowane:

- 1) z wykorzystaniem narzędzia informatycznego, wspierającego realizację działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej szkoły (czyli programów typu Vulcan, Librus itp.), lub
- 2) z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej zapewniających wymianę informacji między nauczycielem, uczniem a rodzicem (czyli programów typu Teams), lub
- 3) przez podejmowanie przez ucznia aktywności określonych przez nauczyciela, potwierdzających zapoznanie się ze wskazanym materiałem, lub wykonanie określonych działań (w tym bez obligatoryjnej konieczności używania narzędzi komunikacji elektronicznej), lub
- 4) w inny sposób umożliwiający kontynuowanie procesu kształcenia i wychowania (art. 125a ust. 2 i 3 ustawy Prawo oświatowe).

Jedynie w szczególnie uzasadnionych przypadkach dyrektor może, za zgodą organu prowadzącego i po uzyskaniu pozytywnej opinii organu sprawującego nadzór pedagogiczny, odstąpić od organizowania dla uczniów zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość (art. 125a ust. 5 ustawy Prawo oświatowe).

Szczegółową organizację zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne wykorzystywane przez nauczycieli do realizacji tych zajęć, sposób przekazywania uczniom materiałów niezbędnych do realizacji tych zajęć, warunki bezpiecznego uczestnictwa uczniów w tych zajęciach, jak również sposób potwierdzania uczestnictwa

uczniów w zajęciach realizowanych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, określać ma statut szkoły, mając na uwadze łączenie przemienne kształcenia z użyciem monitorów ekranowych i bez ich użycia oraz uwzględniając konieczność poszanowania sfery prywatności ucznia, jak też warunki techniczne i oprogramowanie sprzętu służącego do nauki (art. 125a ust. 7 ustawy Prawo oświatowe). O sposobie realizacji zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość dyrektor informuje organ prowadzący i organ sprawujący nadzór pedagogiczny (art. 125a ust. 4 ustawy Prawo oświatowe).

Kwestie dotyczące zasad organizacji edukacji na odległość uregulowane zostały w Rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki z 2 września 2022 r. w sprawie organizowania i prowadzenia zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość. Zgodnie z tym aktem prawnym zajęcia z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość są organizowane z uwzględnieniem:

- 1) równomiernego obciążenia uczniów zajęciami w poszczególnych dniach tygodnia;
- 2) zróżnicowania zajęć w każdym dniu;
- 3) możliwości psychofizycznych uczniów w podejmowaniu intensywnego wysiłku umysłowego w ciągu dnia;
- 4) łączenia przemiennego kształcenia z użyciem monitorów ekranowych i bez ich użycia;
- 5) ograniczeń wynikających ze specyfiki zajęć;
- 6) konieczności zapewnienia bezpieczeństwa wynikającego ze specyfiki zajęć.

Zajęcia z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość są organizowane z zasady w ramach danej klasy, godzina lekcyjna trwa 45 minut, choć w uzasadnionych przypadkach dyrektor może dopuścić prowadzenie zajęć edukacyjnych w czasie nie krótszym niż 30 minut i nie dłuższym niż 60 minut. Ponadto, w przypadku trwania nauczania zdalnego przez okres dłuższy niż 30 dni dyrektor szkoły zapewnia uczniom i rodzicom, zgodnie z ich potrzebami i z możliwościami organizacyjnymi szkoły, konsultacje z nauczycielem prowadzącym dane zajęcia edukacyjne, które mogą odbywać się w formie indywidualnej albo formie grupowej, o ile to możliwe, w bezpośrednim kontakcie ucznia z nauczycielem.

Dodatkowo w okresie prowadzenia zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość dyrektor przekazuje uczniom, rodzicom i nauczycielom informacje o sposobie i trybie realizacji zadań w zakresie organizacji kształcenia specjalnego, pomocy psychologiczno-pedagogicznej, indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, indywidualnego nauczania, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych i zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

W uzasadnionych przypadkach w okresie prowadzenia zajęć zdalnych dyrektor, w porozumieniu z radą pedagogiczną, może czasowo zmodyfikować odpowiednio zakres treści nauczania, tygodniowy lub semestralny rozkład zajęć oraz program wychowawczo-profilaktyczny, o czym niezwłocznie informuje organ sprawujący nadzór pedagogiczny.

Jeśli chodzi o uczniów z niepełnosprawnością, którzy z jej powodu nie mogą realizować zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość

w miejscu zamieszkania, dyrektor, na wniosek rodziców ucznia, organizuje dla nich zajęcia na terenie danej placówki w bezpośrednim kontakcie z nauczycielem lub inną osobą prowadzącą zajęcia lub z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość (czyli uczeń korzystałby z tych form komunikacji z terenu szkoły). Jest to jednak dopuszczalne jedynie, jeżeli jest możliwe zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków nauki na terenie tego przedszkola, szkoły, innej formy wychowania przedszkolnego lub placówki oraz jeżeli na danym terenie nie występują zdarzenia, które mogą zagrozić bezpieczeństwu lub zdrowiu ucznia. Jeśli zaś zorganizowanie takich zajęć w dane szkole jest niemożliwe, dyrektor może je zorganizować w porozumieniu z organem prowadzącym na terenie innej placówki. Analogiczne rozwiązanie zostało przewidziane dla ucznia, który nie może realizować zajęć z domu z uwagi na trudną sytuację rodzinną (Lipka, 2022).

Wnioski końcowe

Jak widać z tych rozważań, umiejscowienie organizacji opieki zdrowotnej nad uczniami w ramach umów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia powoduje ryzyko, że nie we wszystkich szkołach zawsze będzie dostępna pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna, co może prowadzić do przypadków, że w sytuacjach nagłych uczeń nie będzie miał zapewnionej adekwatnej opieki przedlekarskiej, a także utrudnić sprawowanie codziennej opieki zdrowotnej nad uczniami z chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnościami. Pozbawienie dyrektorów szkół z jednej strony obowiązków w tym zakresie, ale z drugiej strony także uprawnień, sprawia, że nie będą oni mogli samodzielnie systemowo rozwiązywać tego rodzaju problemów zgodnie z potrzebami swoich uczniów. Efekty widać choćby w opiece stomatologicznej nad uczniami, która w praktyce ogranicza się do jednorazowej w roku profilaktyki, najczęściej w postaci wizyty dentobusu. Dla dobra uczniów, w szczególności z chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnościami jest propagowanie zapewnienia w każdej placówce edukacyjnej obecności pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej na terenie szkoły przez wszystkie godziny lekcyjne każdego dnia.

Najbardziej pozytywnym założeniem ustawy jest integracja opieki zdrowotnej nad uczniem, a więc założenie o współpracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej ucznia, rodzicami, personelem szkoły oraz pełnoletnimi uczniami, co ma służyć zapewnieniu jak najlepszego stanu zdrowia uczniów oraz profilaktyce zachorowań (art. 20–21 ustawy).

Ustawa przewidziała też rozbudowany monitoring opieki zdrowotnej nad uczniami, sprawowany przez wojewodów oraz Instytut Matki i Dziecka (art. 23 ust. 1 ustawy). Ta ostatnia instytucja ma tworzyć standardy opieki nad uczniami. Warto, by zintensyfikowała ona swoje działania w tym zakresie, bo większość dokumentów, które przygotowała odnośnie do tych zagadnień, a które umieszczone są na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-profilaktycznej-opieki-zdrowotnej>),

pochodzi z początku XXI wieku. Analogicznie dobrze by było, gdyby towarzystwa medyczne przygotowały zalecenia postępowania dotyczące opieki w szkole nad uczniami z różnymi chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnościami, dać narzędzia praktyczne nie tylko personelowi medycznemu współpracującemu ze szkołami, lecz przede wszystkim samym pracownikom szkół.

Pozytywnie należy natomiast ocenić wprowadzenie ustawowej podstawy do działań dyrektora szkoły w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowia dzieci. Niezależnie bowiem od poziomu ryzyka wybuchu kolejnej pandemii, okresy podwyższonego zachorowania na choroby zakaźne wśród dzieci zdarzają się notorycznie i każdy dyrektor na takie okoliczności powinien dysponować w pełni umocowanym w aktach prawnych odpowiedniej rangi narzędziem pozwalającym mu zapewnić z jednej strony ochronę zdrowia swoich uczniów, z drugiej zaś respektowanie ich prawa do nauki w każdej sytuacji życiowej.

Bibliografia

Lipka, M. (2022). Nowe zasady kształcenia na odległość w placówkach oświatowych. *Aktualności oświatowe*. <https://nadzornadszkola.wip.pl/212/nowe-zasady-ksztalcenia-na-odleglosc-w-placowkach-oswiatowych-6279.html> (dostęp: 12.11.2022).

Akty prawne

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483 ze zm.
Konwencja ONZ o Prawach Dziecka z 20 listopada 1989 r., Dz.U. 1991 nr 120 poz. 526 ze zm.
Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych z 13 grudnia 2006 r., Dz.U. 2012 poz. 1169 ze sprostowaniem.

Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z 12 kwietnia 2019 r., Dz.U. 2019 poz. 1078.

Ustawa Prawo oświatowe z 14 grudnia 2016 r., tj. Dz.U. 2021 poz. 1082.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r., tj. Dz.U. 2022 poz. 1876.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r., tj. Dz.U. 2022 poz. 1731 ze zm.

Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r., tj. Dz.U. 2022 poz. 633.

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 8 września 2006 r., tj. Dz.U. 2022 poz. 1720.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 r., tj. Dz.U. 2021 poz. 1285.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, tj. Dz.U. 2021 poz. 540.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, tj. Dz.U. 2021 poz. 2148.

Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z 2 września 2022 r. w sprawie organizowania i prowadzenia zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, Dz.U. 2022 poz. 1903.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 3 listopada 2022 r. w sprawie zaleceń postępowania dotyczących opieki nad uczniami z anafilaksją, astmą oskrzelową, alergicznym nieżytem nosa, atopowym zapaleniem skóry i pokrzywką w szkole, Dz. Urz. MZ 2022 poz. 116.

HEALTH CARE FOR SCHOOL CHILDREN. PART 2

Abstract

The paper presents the Student Health Care Act of 2019. It shows in detail the scope of application of this legal act – which children are covered by its protection and what types of benefits are provided to them. It also indicates the entities involved in the creation of the students' health care system and discusses their responsibilities. Particular emphasis is placed on the rules of giving consent to health care at school, depending on its types. The latest regulations regarding the duties and rights of the school headmaster in the event of a threat to children's health for epidemiological reasons were also discussed, in particular the possibility of suspending in-person learning and implementing remote learning.

Keywords: health care, student, health prevention and promotion, care for a student with a chronic disease or disability, state of epidemic, remote learning

R E C E N Z J E

AMANDA BŁASZCZAK
<https://orcid.org/0000-0003-4749-1436>
amanda_b1@wp.pl

DOI: 10.5604/01.3001.0053.7209
Data wpływu: 24.05.2022
Data przyjęcia: 18.04.2023

Agnieszka Dłużniewska: *Rozumienie tekstów literackich przez uczniów z uszkodzeniem słuchu*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2021, ss. 318.

Współcześnie umiejętność czytania stanowi jedną z podstawowych kompetencji, która umożliwia funkcjonowanie jednostce w świecie. Publikacja Agnieszki Dłużniewskiej *Rozumienie tekstów literackich przez uczniów z uszkodzeniem słuchu* w wieloaspektowy sposób prezentuje zagadnienia związane z językiem oraz jego rolą w poznaniu, a także ukazuje trudności, z jakimi zmagają się uczniowie z głęboką i znaczną niepełnosprawnością słuchową w trakcie procesu rozumienia czytanego tekstu. Często niski poziom kompetencji językowych przyczynia się do wielu negatywnych konsekwencji, np. marginalizacji, mniejszych szans na rozwój czy osiągnięcie satysfakcji życiowej. Książka w stosunku do prowadzonych dotychczas badań ukazuje nową perspektywę, dlatego warto zapoznać się z nią bliżej.

Słowa kluczowe: język, niepełnosprawność słuchowa, tekst, uczeń

Publikacja *Rozumienie tekstów literackich przez uczniów z uszkodzeniem słuchu* napisana przez Agnieszkę Dłużniewską ukazuje, w jaki sposób uczniowie zmagający się z niepełnosprawnością słuchową w stopniu znacznym i głębokim radzą sobie z rozumieniem oraz interpretacją tekstów literackich.

Monografia składa się ze wstępu, gdzie autorka zaprezentowała problematykę, oraz dziewięciu rozdziałów. Pierwsze sześć ma charakter teoretyczny, natomiast trzy kolejne empiryczny z uwzględnieniem metodologii badawczej, jak i uzyskanych wyników badań. Książkę dopełnia zakończenie, po którym autorka przedstawia obszerną bibliografię oraz aneks.

W pierwszym rozdziale autorka zwraca uwagę na jedno z podstawowych narzędzi, które towarzyszy człowiekowi przez całe życie od narodzin aż do śmierci, czyli język jako twór społecznej komunikacji (Korendo, 2009, s. 11). Dokonuje ona pogłębionej refleksji, która obejmuje nie tylko rozumienie języka, lecz także jego relacje wobec rzeczywistości. Są one ujmowane z perspektywy trzech

dyscyplin naukowych, czyli filozofii, psychologii i lingwistyki, oraz ich przedstawicieli, a więc Humboldta, Wittgensteina, Gadamera, Piageta, Wygotskiego, Whorfa, Sapira, których zainteresowania badawcze koncentrują się na związku między językiem, myśleniem i poznaniem. Autorka zwraca również uwagę na to, że konwencjonalny charakter systemu językowego narzuca jego użytkownikom ciągłą weryfikację zakodowanych w nim znaczeń. Jednostka interpretuje otaczający ją świat nie tylko dzięki wiedzy i doświadczeniu, lecz także głównie przez język, który wpływa na postrzeganie rzeczywistości dzięki nadawaniu mu konkretnych znaczeń.

W drugim rozdziale teoretycznym autorka definiuje kategorię pojęciową czytania, które w zależności od kontekstu ma wiele rozmaitych interpretacji. Zwraca również uwagę na jeden z komponentów czytania, czyli proces dekodowania, który jest związany z przekształcaniem graficznej formy słów w postać dźwiękową. Następnie autorka prezentuje model czytania słów według teorii podwójnej drogi.

Pierwsza z nich odwołuje się do leksykonu umysłowego, natomiast druga wykazuje podczas czytania przekształcanie grafemów w fonemy. W dalszej części rozważań autorka omawia jeden z istotnych aspektów czytania, czyli proces rozumienia. Podkreśla, że aby odpowiednio zinterpretować tekst, jednostka musi mieć dostęp do zasobu leksykalnego, dokonać wyboru odpowiedniego znaczenia, następnie zrozumieć określoną wypowiedź i logiczno-semantyczną strukturę tekstu. Ostatnim aspektem, na który autorka zwraca uwagę, jest rola mechanizmów metakognitywnych oraz samoregulacji w czytaniu.

W trzecim rozdziale zaprezentowano rozmaite modele związane z procesem czytania. Należą do nich m.in. teoria czynników podstawowych w czytaniu Jacka Holmesa, następnie jedna sekunda czytania w ujęciu Philipa Gougha, automatyczne przetwarzanie informacji w czytaniu według LaBerge'a-Samuelsa, interaktywny model czytania Dawida Rumelharta oraz konstrukcyjno-interakcyjny model Waltera Kinscha. Każdy z nich przedstawia odmienne podejście. Autorka podkreśla jednak, że modelem, który łączy w spójną całość dotychczasowe próby tworzenia optymalnych rozwiązań związanych z czytaniem, jest socjokognitywny model czytania Roberta Ruddella i Normana Unrau, ponieważ koncentruje się nie tylko na interakcji zachodzącej między czytelnikiem, nauczycielem, tekstem a kontekstem klasowym, lecz także czynnikami poznawczymi oraz afektywnymi. W dalszej części rozważań autorka wskazuje, że w każdym modelu prymarną rolę odgrywa język, a właściwe odkodowanie znaczenia w tekście przez jednostkę jest determinowane przez odpowiedni poziom kompetencji językowej. Podkreśla ona, że czytanie charakteryzuje się dynamiką i interaktywnością, a jego efektywność często zależy nie tylko od stanu ludzkiej pamięci, lecz także motywacji czy odpowiedniego nastawienia.

W czwartym rozdziale teoretycznym autorka przedstawia tekst literacki jako źródło konceptualizacji świata

oraz medium samopoznania. Swoją uwagę koncentruje na relacjach między światem przedstawionym w tekście a światem realnym. W dalszej części rozważań podkreśla, że główną rolę w dziele literackim odgrywa czytelnik, ponieważ staje się on nie tylko interpretatorem dzieła, lecz także współtwórcą, który poprzez własne refleksje, inspiracje, doświadczenia oraz wiedzę nadaje mu nowy sens. Warto wspomnieć również o tym, że jednostka zaangażowana podczas czytania doświadcza wielu zmian w sferze emocjonalnej i poznawczej, a kontakt z tekstem wywołuje u niej refleksję, która w konsekwencji prowadzi do rozwoju samoświadomości. Ostatnim aspektem, na jaki zwraca uwagę, jest zamysł autora dzieła, który dokonuje konceptualizacji zarówno świata realnego, jak i fikcyjnego. W rezultacie odbiorca tekstu koncentruje się na rzeczach, które dzięki inwencji autora nigdy nie stałyby się przedmiotem jego zainteresowania. Autorka podkreśla, że tekst nie stanie się dla czytelnika źródłem pogłębionej introspekcji, jeśli nie dysponuje on kompetencją językowo-kulturową, która umożliwia mu nie tylko odbiór, lecz także eksplikację rzeczywistości.

Rozdział piąty poświęcony jest wybranym problemom rozwoju języka u osób niesłyszących, które są związane z konceptualizacją rzeczywistości oraz nabywaniem umiejętności czytania. Wspomina, że przyczyną zaburzeń rozwoju języka jest bariera fonologiczna, która doprowadza do powstania afonemii czy dysfonemii. W dalszej części rozważań wyróżnia rozmaite metody wspierające kształtowanie systemu językowego dzieci i młodzieży niesłyszących, czyli metodę ustno-słuchową, werbalno-tonalną, system usta-ręka, metodę *cued speech* oraz język migowy, jednak żadna z nich nie jest uniwersalna. Należy podkreślić, że dzieci z uszkodzeniami słuchu dążą do komunikacji z innymi poprzez prezentację zachowań gestowo-mimicznych. Często pojawiają się u nich także trudności w kontakcie z rodzicami ze względu na brak porozumiewania

się tym samym kodem językowym. Autorka wskazuje również na niski poziom czytania u dzieci i młodzieży niesłyszących ze względu na ograniczony dostęp do języka narodowego. Kolejnym istotnym aspektem jest to, że umiejętności językowe w większym stopniu niż świadomość fonologiczna warunkują efektywność czytania i rozumienia tekstu u dzieci niesłyszących. W dalszej części prezentuje przykłady badań związanych z wnioskowaniem na podstawie informacji wyrażonych *explicite* i *implicite*. Istotne są metapoznawcze i samoregulacyjne mechanizmy czytania u osób niesłyszących. Wiedza, jaką dysponują, jest niewystarczająca do konstruowania znaczeń, a niska samoświadomość oraz bezkrytyczna samoocena stanowią wynik pobieżnego przetwarzania treści. Ostatnim aspektem, na jaki wskazuje, jest prymarna rola nauczyciela, który wyposażony w odpowiednie kompetencje w pracy z uczniami niesłyszącymi wykorzystuje strategie doskonalące proces czytania.

W szóstym rozdziale teoretycznym autorka prezentuje koncepcję teorii naturalnego metajęzyka semantycznego według Anny Wierzbickiej. Następnie odwołuje się do inwentarza elementarnych jednostek semantycznych, do których zalicza się elementy nominalne, określniki, kwantyfikatory, predykaty mentalne, mowę, działania, zdarzenia, ewaluatory, deskryptory, określenia czasu, przestrzeni, partonomię, taksonomię, metapredykaty, łączniki międzyzdaniowe itd. Do każdej z nich zostają przytoczone i analizowane przykłady różnych wyrażań. W dalszej części rozważań autorka omawia zagadnienia związane z uniwersalną składnią.

W siódmym rozdziale empirycznym autorka przedstawia cel, problemy oraz hipotezy badawcze. Następnie definiuje zmienne z uwzględnieniem procesu operacjonalizacji oraz charakteryzuje metody badawcze, które wykorzystwała do gromadzenia i analizy danych. Na potrzeby badań własnych skonstruowała autorskie narzędzia, które służyły jej m.in. do pomiaru rozumienia słów kluczowych, zdań

złożonych i interpretacji czytanego tekstu. Wykorzystała także Inwentarz metakognitywnych strategii czytania, który został opracowany przez Mokhtariego i Reicharda. Autorka scharakteryzowała również badane osoby. Należeli do nich uczniowie słyszący oraz ze znacznym i głębokim uszkodzeniem słuchu, którzy uczęszczali do szkół specjalnych. W ostatniej części rozdziału precyzyjnie omówiła poszczególne etapy procedury badawczej.

W kolejnym rozdziale analityczno-empirycznym autorka dokonuje obszernej analizy zebranego materiału badawczego. Pierwsza część obejmuje kognitywne i metakognitywne mechanizmy rozumienia i interpretacji czytanego tekstu, ze szczegółową analizą porównawczą w zakresie rozumienia słów kluczowych i zdań złożonych, deklarowanej częstości stosowania strategii czytania, rozumienia tekstów literackich, rozumienia słów kluczowych oraz zdań złożonych w odniesieniu do interpretacji tekstu przez uczniów słyszących i niesłyszących. W drugiej części analizy badawczej autorka zwraca uwagę na predykatory rozumienia oraz interpretacji tekstu czytanego przez uczniów niesłyszących w ujęciu modelowym. Obejmują one przewidywanie zawartości tekstu, odkrywanie intencji autora dzieła, wyszukiwanie specyficznych informacji w tekście oraz ich kojarzenie, odkrywanie głównej myśli dzieła i rozpoznawanie emocji bohaterów. Autorka podkreśla, że w wyniku przeprowadzonych badań uczniowie niesłyszący wykazują niższy poziom rozumienia słów kluczowych dla interpretacji tekstu oraz rozumienia zdań złożonych. Zwraca również uwagę na to, że uczniowie niesłyszący w porównaniu z ich rówieśnikami deklarują podobną częstość stosowania strategii czytania, natomiast prezentują oni niższe wyniki w zakresie rozumienia i interpretacji tekstu, a wyższe w aspekcie rozpoznawania emocji bohaterów dzieła. Jedną z trudności zarówno dla nich, jak i dla uczniów słyszących, było dostrzeganie treści wyrażonej w sposób aluzyjny przez autora

dzieła. Wspomina również o tym, że badane grupy starały się utrzymywać koncentrację uwagi podczas pracy z tekstem.

W ostatnim rozdziale autorka dokonuje analizy jakościowej związanej z procesem konstruowania przez uczniów niesłyszących znaczenia czytanych tekstów z uwzględnieniem nie tylko wiedzy, lecz także kompetencji, jakimi powinien wykazywać się nauczyciel podczas budowania dla swoich podopiecznych środowiska, które ułatwia pracę z tekstem. Niejednokrotnie jest to dla uczniów ogromne wyzwanie, dlatego też znaczącą rolę odgrywa nauczyciel, który uwzględni ich potrzeby, a jego zindywidualizowane podejście wobec każdego z nich przyczynia się do zwiększenia efektywności oraz pokonywania trudności związanych z odbiorem oraz prawidłową interpretacją dzieła.

Reasumując, książka Agnieszki Dłużewskiej w interesujący sposób ukazuje zagadnienia związane z różnymi aspektami wiedzy o języku. Interdyscyplinarny charakter publikacji przedstawia trudności, z jakimi zmagają się uczniowie niesłyszący w rozumieniu tekstów literackich, prezentuje także rozmaite metody oraz strategie radzenia sobie z nimi. Często dysfunkcja narządu słuchu sprawia, że dzieci oraz młodzież doświadczają wielu negatywnych emocji, co przekłada się na jakość ich życia. Istotną rolę odgrywa wykwalifikowany specjalista, który okazuje wsparcie i pomaga przezwyciężyć liczne problemy. Prezentowana książka stanowi bogate źródło informacji nie tylko dla pedagogów specjalnych, lecz także dla innych specjalistów pracujących z uczniami z uszkodzeniami słuchu.

Bibliografia

Korendo, M. (2009). *Jak dzieci niesłyszące czytają teksty podręczników szkolnych*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

UNDERSTANDING LITERARY TEXTS BY STUDENTS WITH HEARING IMPAIRMENT

Abstract

Nowadays, reading ability is one of the basic competences that enable an individual to function in the world. Agnieszka Dłużewska's publication, *Understanding literary texts by students with hearing impairment* presents, in a multi-faceted way, issues related to language and its role in cognition, as well as shows the difficulties faced by students with profound and severe hearing impairment during the process of understanding the read text. Often, a low level of language competences contributes to many negative consequences, which include not only marginalization, but also less opportunities for development and life satisfaction. This book, in the light of the research conducted so far, presents a new perspective, therefore it is worth getting acquainted with it more closely.

Keywords: language, hearing impairment, text, student

Nowa seria Wydawnictwa Akademii Pedagogiki Specjalnej poświęcona różnym aspektom rozwoju w okresie dzieciństwa



W **tomie pierwszym** omawiane są zagadnienia dotyczące prawidłowości rozwoju dziecka w różnych sferach funkcjonowania psychicznego oraz różnorodnych zaburzeń rozwoju pojawiających się lub ujawniających w dzieciństwie, takich jak: niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia ze spektrum autyzmu, ADHD, niepełnosprawność związana z funkcjonowaniem zmysłów. Zostały w niej ujęte również wątki związane z zagrożeniami dla prawidłowego rozwoju dzieci: z przeżytą traumą, doświadczeniem długotrwałej choroby somatycznej, depresją, pojawieniem się zaburzeń o charakterze lękowym czy zaburzeń związanych z karmieniem lub odżywianiem.



W **tomie drugim** przedstawiono różnego rodzaju metody wsparcia pedagogicznego wraz ze szczegółowymi wskazówkami do ich praktycznego zastosowania. Autorzy dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem praktycznym, istotnym w kontekście poszukiwania optymalnych sposobów wsparcia pedagogicznego dzieci z zaburzeniami w rozwoju, zachowania i z problemami zdrowotnymi, oraz ich rodzin.



W **tomie trzecim** (ukaze się jesienią 2023) zaprezentowane zostaną metody wsparcia psychologicznego dzieci z zaburzeniami rozwoju. Autorki poszczególnych tekstów zaproponowały wiele metod i technik oddziaływań psychologicznych oraz odpowiednie formy terapii. Są one dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka w celu wspomagania jego rozwoju, z uwzględnieniem wsparcia psychologicznego systemu rodziny oraz środowisk edukacyjnych.

Połączenie perspektyw psychologicznej i pedagogicznej jest szczególnie cenne w procesie wspierania rozwoju dziecka. Działania wspierające rozwój dzieci z trudnościami w rozwoju dają przestrzeń do nabywania przez nie nowych umiejętności i kompetencji.