

Nr 2 (253) 2010
Tom LXXI
MARZEC
KWIECIEŃ

SZKOŁA SPECJALNA

DWUMIESIĘCZNIK AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ
im. Marii Grzegorzewskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej

Recenzowali: *prof. dr hab. Joanna Głodkowska*
prof. dr hab. Sławomira Sadowska

Tłumaczenie na język angielski: *mgr Renata Wójtowicz*

Redakcja: *mgr Julita Kobos*

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

Komitet Redakcyjny:

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

Redakcja:

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

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

Adres Redakcji: Wydawnictwo APS, 02-353 Warszawa
ul. Szczęśliwicka 40, tel. 022-589-36-45
centrala 022-589-36-00 wew. 1212, fax 022-658-11-18
e-mail: szkolaspecjalna@aps.edu.pl
nakład 1100 egz.

SPIS TREŚCI

OPRACOWANIA NAUKOWE

- 85 – *Marta Doroba*
Normalizacja, integracja i inkluzja społeczna w życiu osób niepełnosprawnych. Możliwości i ograniczenia. Część 2. Aktywność zawodowa i partycypacja kulturowa
- 98 – *Celestyna Grzywniak*
Wpływ śladowej postaci przetrwałych pierwotnych odruchów na powstanie trudności szkolnych – próba stawiania diagnozy
- 113 – *Halina Pawłowska-Jaroń*
Płodowy zespół alkoholowy – zagadnienia mowy i percepcji

Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

- 121 – *Mariusz Sak*
System migany w nauczaniu głuchych i słabosłyszących – możliwości zastosowania i perspektywy rozwoju
- 127 – *Jolanta Sobczak*
Organizacja i funkcjonowanie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Nowym Sączu
- 132 – *Marta Matasek*
Wpływ Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne na rozwój społeczny dzieci z wadą słuchu w wieku przedszkolnym
- 138 – *Karolina Więckowska*
Obraz niepełnosprawności w filmach rysunkowych dla dzieci

PRAWO I PRAKTYKA

- 147 – *Jolanta Zozula*
Świadczenia należące się dziecku niepełnosprawnemu z NFZ

Z KRAJU I ZE ŚWIATA

- 153 – *Agnieszka Konieczna, Iwona Konieczna*
Ogólnopolska Konferencja Naukowa *Współpraca z rodzicami w procesie udzielania pomocy pedagogicznej dzieciom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole ogólnodostępnej i integracyjnej – możliwości i ograniczenia*, Warszawa, 15 stycznia 2010

RECENZJE

- 156 – *Od natury do... kultury. Sztuka i edukacja drogą rozwoju osób niepełnosprawnych.* Red. E. Nieduziak-Błońska. Wydawnictwo F.H.U. JAP, Sandomierz 2009, ss. 84 (*Dorota Jankowska*)

Naszym Czytelnikom polecamy:

- Zespół Downa – postępy w leczeniu, rehabilitacji i edukacji. Red. J. Patkiewicz. Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Wrocław 2008, ss. 169 (*Agnieszka Wołowicz*)
- A. Lis-Kujawski: *Moje „Ja” i szkoła integracyjna. Zjawiska ukrytego programu w nauczaniu uczniów niepełnosprawnych.* Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010, ss. 253 (*Danuta Gorajewska*)

CONTENTS

SCIENTIFIC STUDIES

- 85 – *Marta Doroba*
Normalization, Integration and Social Inclusion in the Life of People with Disabilities. Possibilities and Limitations. Part 2. Vocational Activity and Cultural Participation
- 98 – *Celestyna Grzywniak*
Impact of Trace Retained Primitive Reflexes on the Development of Learning Difficulties – Attempt of Diagnosis
- 113 – *Halina Pawłowska-Jaroń*
Fetal Alcohol Syndrome – Issues Concerning Speech and Perception

FROM TEACHING PRACTICE

- 121 – *Mariusz Sak*
Signed System in the Education of the Deaf and Hard-of-Hearing – Use Possibilities and Development Prospects
- 127 – *Jolanta Sobczak*
Organization and Functioning of Early Intervention in the Special School and Education Center in Nowy Sącz
- 132 – *Marta Matasek*
Influence of Veronica Sherborne Developmental Movement Method on the Social Development of Preschool-Aged Children with Hearing Impairments
- 138 – *Karolina Więckowska*
Depiction of Disability in Cartoons for Children

LAW AND PRACTICE

- 147 – *Jolanta Zozula*
Benefits from the National Health Fund the Child with Disabilities is Entitled to

HOME AND WORLD NEWS

- 153 – *Agnieszka Konieczna, Iwona Konieczna*
Polish Scientific Conference Cooperation with Parents in Providing Children with Special Educational Needs with Pedagogical Support in General Education Schools and in Integrated Schools – Possibilities and Limitations, Warsaw, January 15th, 2010

REVIEWS

- 156 – *Od natury do... kultury. Sztuka i edukacja drogą rozwoju osób niepełnosprawnych.* [From Nature to ... Culture. Art and Education as the Means of Development for People with Disabilities.] Ed. E. Nieduziak-Błońska. Wydawnictwo F.H.U. JAP, Sandomierz 2009, pp. 84 (*Dorota Jankowska*)

We Recommend to our Readers:

- Zespół Downa – postępy w leczeniu, rehabilitacji i edukacji.* [Down Syndrome – Progress in Treatment, Rehabilitation and Education.] Ed. J. Patkiewicz. Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Wrocław 2008, pp. 169 (*Agnieszka Wołowicz*)
- A. Lis-Kujawski: *Moje „Ja” i szkoła integracyjna. Zjawiska ukrytego programu w nauczaniu uczniów niepełnosprawnych.* [My “Self” and Integrated School. Phenomena of the Hidden Curriculum in the Education of Students with Disabilities.] Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010, pp. 253 (*Danuta Gorajewska*)

MARTA DOROBA
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn

NORMALIZACJA, INTEGRACJA I INKLUZJA SPOŁECZNA W ŻYCIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA

Część 2. Aktywność zawodowa i partycypacja kulturowa

W preliminariach autorka skupia się na przeglądowym ujęciu przemian, jakie dokonały się tak w postawach wobec niepełnosprawności (i postrzeganiu kondycji życiowej osób niepełnosprawnych), jak i w postawach samych osób niepełnosprawnych wobec własnych możliwości i ograniczeń. Krótkiej analizie zostają poddane także przesunięcia w ramach teorii pedagogiki specjalnej (od „upośledzenia” ku „niepełnosprawności”).

Główna płaszczyzna rozważań to regulacje prawne i procedury formalne dotyczące rehabilitacji i integracji zawodowej (poradnictwa zawodowego, przygotowania zawodowego, zatrudnienia oraz opieki rehabilitacyjnej i socjalnej), jak również społeczno-ekonomiczne realia funkcjonowania pracowników niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy.

Poruszona zostaje także kwestia istotności aktywności twórczej oraz partycypacji kulturalnej na drodze do efektywności procesów normalizacji, inkluzji społecznej oraz powodzenia działań rehabilitacyjnych.

W konkluzji do przeprowadzonych rozważań zawarte zostaje przesłanie, że zarówno koncepcja, jak i praktyka działań integracyjnych, normalizacyjnych i inkluzyjnych musi być procesem, działaniem systematycznym, kompleksowym i wielostronnym, nie zaś popkulturową modą czy medialnie skonstruowanym przejawem politycznej poprawności.

Słowa kluczowe: normalizacja, integracja, inkluzja społeczna; „upośledzenie” a „niepełnosprawność”; postawy społeczne wobec niepełnosprawności; rehabilitacja i integracja zawodowa: poradnictwo zawodowe i zatrudnienie osób niepełnosprawnych (litera prawa a praktyka i realia rynku pracy); partycypacja kulturalna osób niepełnosprawnych

Od początku dziejów pedagogiki specjalnej jako nauki, jak również historii niepełnosprawności na niwie społeczno-kulturowej i w obszarze życia codziennego dokonała się wielopłaszczyznowa ewolucja, przesuwająca akcenty w rozpatrywaniu i definiowaniu niepełnosprawności od stygmatu i marginalizacji do inkluzji społecznej, od „nienormalnego” do „niepełnosprawnego”, od segregacji do integracji, od społecznego ostracyzmu i lęku przed innością do humanistycznego podążania do facylitacji (czy też inhibicji) w dochodzeniu do pełni swego humanum. Zmiany te dotyczyły zarówno teoretycznych dywagacji stanowiących ideologiczne uprawomocnienie tendencji praktyki rewalidacyjnej, jak i kierunków działań pedagogów specjalnych. Rozszerzeniu uległo pojmowa-

nie zasadności rehabilitacji: od leczniczej do społecznej i psychologicznej. Koncentracja na „naprawie” jednostki poszerzyła się o dążenia do wyrównywania szans i warunków egzystencji, a rehabilitacja szpitalna i ambulatoryjna stała się dziś jedynie przyczynkiem do daleko bardziej rozciągniętej w czasie pracy i systemowego wspierania osoby niepełnosprawnej w ciągu całego życia. Do lamusa odchodzi tradycyjna rewalidacja oparta na determinizmie biologicznym, etykietyzacji, instytucjonalizacji, zewnątrzsterownym wyuczaniu bezradności, asymetrii relacji w pracy z osobą niepełnosprawną.

Sprawą wielkiej wagi staje się odejście we współczesnej praktyce i teorii pedagogiki specjalnej od terminu „upośledzenie”, który już na poziomie semantycznym pejoratywowo odstępstwo od normy, nadawał nieobiektywny i magiczny wydźwięk, boleśnie naginający wyobraźnię w kierunku stereotypu. Takie ujęcie zakładało a priori specyficzne, a nawet dyskryminujące traktowanie osób niepełnosprawnych. Współcześnie taka nomenklatura postrzegana jest zazwyczaj jako relikwyt przeszłości i ustępuje pola niepełnosprawności, która jest kategorią obiektywnie stwierdzalną, mierzalną, biomedyczną; jest to cecha fizyczna zawsze o charakterze przejściowym, nierozlewająca swych znaczeń na globalne postrzeganie wszystkich sfer aktywności życiowej osoby niepełnosprawnej (Ossowski 1999, s. 42–43). T. Gałkowski za osobę niepełnosprawną uznaje jednostkę będącą w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją, stworzonej przez bariery środowiskowe, ekonomiczne i społeczne, których nie może tak jak inni ludzie przezwyciężyć wskutek występujących u niej uszkodzeń. Niepełnosprawność zyskuje zatem nowy wymiar, a raczej nowy, komplementarny komponent, stając się wypadkową obiektywnie istniejących w człowieku uszkodzeń (deficytów parcjalnych, kalectwa itp.) i defektów otoczenia. Dopelnieniem tej definicji może stać się idea zawarta przez Kurta Levina w jego „teorii pola”, która głosi, iż zachowanie jest funkcją bodźca, ale i całości sytuacji, w której ten bodziec się pojawia (tamże, s. 45–50).

Takie definiowanie i rozumienie niepełnosprawności w naturalny sposób powoduje ewolucję w poglądach na zakres i formy pomocy udzielanej osobom niepełnosprawnym, przesuując środek ciężkości z instytucjonalnego wyręczania i wyuczania bezradności na udzielanie wielostronnej i systemowej pomocy w aktywizowaniu sił tkwiących w samej osobie niepełnosprawnej oraz jej otoczeniu (rodzinie, środowisku lokalnym).

Dywagując nad kondycją, ale i zakresem wdrażania idei integracji i inkluzji społecznej oraz normalizacji cyklu życia osób niepełnosprawnych, często czyni się głównym punktem tych rozważań postawy społeczne wobec niepełnosprawności, gotowość legislacyjno-organizacyjną do przeprowadzenia odpowiednich działań, czynniki natury ekonomicznej. Paradoksalnie zapomina się, że do wykonania jest ogromny zakres „pracy u podstaw”, przez którą rozumiem zmianę nastawienia, usuwanie barier mentalnych całego społeczeństwa (wychowywanie uwrażliwiająca na inność), ale i samych niepełnosprawnych. Bierność bowiem i wyuczona bezradność osób niepełnosprawnych, szczególnie intelektualnie, to podstawowa przyczyna rezygnacji i wycofania się z partycypowania, korzystania z powszechnie prowadzonych działań – likwidacji barier w dostępie do rehabilitacji, barier architektonicznych, społecznych, komunikacyjnych. Często

prowadzi to do samowykluczania, wbrew tendencjom integracyjnym państwa i społeczeństwa (Gałka 2006, s. 265).

Działania pomocowe w ramach polityki społecznej Polski, prowadzone przed rokiem 1989, których reperkusje odczuwane są nadal w dobie okresu posttransformacyjnego, to głównie świadczenia pieniężne, których biorcy wyuczili się postawy roszczeniowej i bierności. Współcześnie jednak w coraz szerszym zakresie kładzie się nacisk na wzmacnianie (przydawanie pomocy), czyli *empowerment*, oparte na idei wydobywania mocnych stron jednostki, które może ona uaktywnić w procesie przeciwdziałania konsekwencjom swej niepełnosprawności. Centralnym punktem zatem staje się kreatywny wymiar czynów wspierających niepełnosprawnego w jego własnym działaniu (Żuraw 2001, s. 120–121). Coraz bardziej widoczna staje się także dezinstytucjonalizacja inicjatyw skupionych na osobach niepełnosprawnych. Polityka społeczna opiera się także na zasadzie, że wybór odpowiedniego wsparcia z coraz szerszego spektrum form usług i opieki pozostawia się samej osobie niepełnosprawnej (ewentualnie jej bezpośredniemu opiekunowi). Nie jest to więc decyzja centralnie instytucjonalna i systemowa, ale autonomiczna, upodmiotawiająca jednostkę, którą się wspiera w ponoszeniu konsekwencji tej decyzji. To osoba niepełnosprawna dokonuje wyboru między niezależnością życiową i dochodzeniem do niej a korzystaniem z wyręczającej opieki społecznej.

Aktywizacja osoby niepełnosprawnej w procesie rewalidacji powinna zatem doprowadzić do wykształcenia u niej umiejętności prowadzenia samokontroli postępów procesu rehabilitacji przez uczestnictwo w pomiarze jej efektów. Wciąż bez odpowiedzi wydaje się pozostawać pytanie o charakter wpływu społecznego: czy mają to być działania facylitacyjne – usuwające przeszkody – czy też mają one być bodźcem, inhibitorem wyzwajającym działania jednostki (Nęcka 2002, s. 167). Zasada złotego środka nakazuje jednak stwierdzić, że nawet wyjątkowo aktywna osoba niepełnosprawna nie jest w stanie – bez pewnych ułatwień ze strony środowiska, szerszej społeczności, państwa i jego instytucjonalno-organizacyjnych struktur – pokonać wszystkich przeszkód na drodze do normalizacji swojego codziennego funkcjonowania.

Zmiana nastawień wobec osób niepełnosprawnych i ich funkcjonowania w społeczeństwie jest procesem długotrwałym, nie da się zawyrokować aktem prawnym czy nieprzygotowaną i pozorną integracją szkolną/ zawodową. Zmiany te muszą dokonywać się stopniowo, a najlepszą metodą jest szerzenie wiedzy na temat niepełnosprawności, ukazywanie sukcesów i trudów życia osób niepełnosprawnych w mediach oraz jak najczęstszy i różnorodny kontakt niepełnosprawnych z osobami zdrowymi.

Rehabilitacja i integracja zawodowa – regulacje prawne i procedury formalne

W naszym kręgu cywilizacyjnym praca już dawno straciła wyłącznie wydźwięk instrumentalny, a stała się wartością autoteliczną. Aktywność zawodowa jest obecnie sposobem zarabiania na życie, ale także drogą do samorealizacji

cji, ekspresji siebie, swoistym ludzkim przeznaczeniem (Ossowski 1999, s. 199). Praca zatem to nie jedynie środek zabezpieczający egzystencję, ale także forma negatywnej entropii. Przez pracę człowiek tworzy pewien porządek w otoczeniu, który jest zgodny z jego wizją świata. To daje mu poczucie panowania nad „swoim” światem, poczucie sprawstwa, jak również możliwość pozostawienia po sobie „ślądu” (tamże, s. 197). Brak szansy na podjęcie zatrudnienia jest szczególnie kryzysowym wydarzeniem dla osoby niepełnosprawnej, gdyż burzy system ideałów i negatywnie wpływa na dalszy przebieg życia.

Osobom niepełnosprawnym bardzo trudno jest odnaleźć się na konkurencyjnym rynku pracy (Nowak 2007, s.82), gdzie wyraźnie zaznaczają się tendencje do dyskryminacji osób chorych i z dysfunkcjami. Nie tylko dużo trudniej jest im znaleźć zatrudnienie, ale także je utrzymać, często pierwsze tracą pracę w przypadku redukcji etatów, to je najczęściej dotyka bezrobocie długotrwałe, zarabiają mniej za tę samą pracę i mają ograniczone możliwości awansu (tzw. szklany sufit) (Kawczyńska-Butrym 2000, s. 239). Jednak prawo do pracy na otwartym rynku, zgodnie z kwalifikacjami, wykształceniem i możliwościami, gwarantuje każdemu obywatelowi Konstytucja RP (art. 24, 65), regulująca także kwestie pracy osób niepełnosprawnych (art. 69) (Szczypta 2007, s. 188).

Po 1990 r. w Polsce załamał się system spółdzielczości osób niepełnosprawnych, co – według J. Mikulskiego (2003, s. 259) – przyniosło negatywne skutki dla środowisk osób niepełnosprawnych. Jednak trzeba zaakcentować, że spółdzielnie stanowiły homogeniczne środowiska pracy, pogłębiały izolację pracujących w nich osób niepełnosprawnych. Procesy transformacji systemowej w Polsce spowodowały istotne perturbacje na rynku pracy, zmieniając strukturę zatrudnienia i – zmniejszając popyt na siłę roboczą – powodując masowe bezrobocie. Sytuacja gospodarcza, głównie zaś kryzys zatrudnienia, dotknęła szczególnie mocno grupy słabsze, w tym osoby niepełnosprawne. Stało się to także inhibitorem zmian w politycznym i społeczno-ekonomicznym otoczeniu systemu rehabilitacji i zatrudnienia osób niepełnosprawnych, co doprowadziło do konieczności zmian legislacyjnych.

Dnia 9.05.1991 r. została przyjęta przez Sejm RP *Ustawa o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych* (Dz.U. Nr 46), która oprócz regulacji podstawowych kwestii związanych z zatrudnianiem i szkoleniem osób niepełnosprawnych, powołała do życia także instytucję Pełnomocnika do Spraw Osób Niepełnosprawnych oraz utworzyła Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Dokument ten ustanowił obowiązek dostosowywania się pracodawcy do systemu kwotowego, który dla przedsiębiorstw zatrudniających ponad 50 pracowników oznaczał konieczność 6% zatrudniania osób niepełnosprawnych, a niewywiązanie się z nałożonego tym zapisem obowiązku jest jednoznaczne z dokonywaniem wpłat na PFRON. Wszystkie spółdzielnie inwalidzkie zostały uznane w myśl ustawy za zakłady pracy chronionej, natomiast dla osób całkowicie niezdolnych do pracy utworzono warsztaty terapii zajęciowej. Dla osób niepełnosprawnych, w szczególności ruchowo, ustanowiono także formę rehabilitacji społecznej w postaci turnusów rehabilitacyjnych.

Rządowy *Program działań na rzecz osób niepełnosprawnych i ich integracji ze społeczeństwem* za cele aktywizacji/rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych

uznaje otrzymanie pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami, umożliwienie wyboru pracy i jej zachowania, jak również podnoszenie poziomu posiadanych kwalifikacji zawodowych, a także dostęp do szczebli awansu zawodowego oraz korzystanie z usług rehabilitacyjnych.

Należy jednoznacznie stwierdzić, że idea integracji ma rację bytu jedynie na płaszczyźnie zatrudniania osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy. Zakłady pracy chronionej są natomiast przejawem tendencji segregacyjnych i dyskryminacyjnych, mimo że rządowy *Program działań na rzecz osób niepełnosprawnych i ich integracji ze społeczeństwem* uznaje konieczność zatrudniania w zakładach pracy chronionej jedynie tych osób niepełnosprawnych, które nie mogą sprostać wymaganiom i konkurencyjności wolnego rynku, jak również umożliwianie tym pracownikom przejścia do innych zakładów pracy. Dokument ten kładzie także nacisk na rozwijanie szerokiego systemu poradnictwa zawodowego mającego objąć osoby niepełnosprawne.

Rehabilitacja zawodowa w zapisach programu – jako proces przygotowania osoby niepełnosprawnej do pracy zgodnej z jej psychofizycznymi możliwościami i kwalifikacjami – przebiega w czterech etapach, które za T. Majewskim przytacza J. Mikulski (2003, s. 256 i n.). Są to:

1. Poradnictwo zawodowe.

Wykonywanie pracy zawodowej przez osobę niepełnosprawną podyktowane jest kilkoma względami, takimi jak możliwości wykonywania różnych czynności i stopień sprawności ich wykonywania na podstawie analizy utraty sprawności i zakresu sprawności zachowanej, specjalne uzdolnienia i cechy osobowości. Żadna praca bowiem nie wymaga od pracownika pełnego zaangażowania wszystkich tych czynników. Na tym etapie dokonuje się zatem pewnego swoistego bilansu, który wskazuje spektrum możliwości zawodowych dostępnych dla danej osoby niepełnosprawnej. Bierze się pod uwagę tak aktualne, jak i potencjalne możliwości osoby niepełnosprawnej (Majewski 2005, s. 397–398). Dokonuje się oceny społecznych komponentów zdolności do pracy, oceny medycznej oraz psychologicznej.

2. Przygotowanie zawodowe.

Opiera się ono nie tylko na wyposażeniu osoby niepełnosprawnej w aparat wiedzy i kwalifikacje niezbędne do wykonywania danej pracy, ale najczęściej ma za zadanie uruchomienie pewnych mechanizmów kompensacyjnych, pozwalających zastąpić uszkodzone/zaburzone czynności przez inne (np. zmysł przestrzenny doskonale zastępujący utracony wzrok w procesie orientacji przestrzennej i poruszania się). Przygotowanie zawodowe może przyjąć formę mniej skomplikowanego i czasochłonnego szkolenia zawodowego (ideę integracji w pełni realizuje pomysł szkoleń wewnątrzzakładowych w postaci szkolenia przywarsztatowego oraz szkolenia kursowego) lub kształcenia zawodowego.

3. Zatrudnienie.

Funkcjonowanie osób niepełnosprawnych na rynku pracy i zatrudnianie ich na ogólnodostępnych stanowiskach pracy wymaga dwustronnej adaptacji:

- dostosowania stanowisk pracy do możliwości zdrowotnych, zachowanej sprawności oraz posiadanych uszkodzeń (np. zamiany sygnalizacji dźwięko-

wej na świetlną w przypadku osób głuchych, usuwania barier architektonicznych w przypadku osób niepełnosprawnych ruchowo itp.);

- wyposażenia pracownika niepełnosprawnego w odpowiedni sprzęt, np. zamontowania przy komputerze syntezatora głosowego ułatwiającego osobie niewidomej pracę z edytorami tekstu (Majewski 2005, s. 398).

Dnia 7 listopada 2007 r. weszło w życie *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 17 października 2007 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej* (Dz.U. Nr 194, poz. 1404). Refundacja kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej jest pokrywana z środków PFRON.

4. Opieka rehabilitacyjna i socjalna.

Konieczne jest przygotowanie osób niepełnosprawnych do tego typu aktywności poprzez rehabilitację medyczną, rekompensowanie obniżonej wydajności pracy (spowodowanej obniżoną możliwością zarobkowania), braku dyspozycyjności, zwiększonej absencji.

Warto także uświadomić sobie problem psychologicznej gotowości samych pracodawców i pełnosprawnych współpracowników do obcowania oraz dzielenia obowiązków i procedur zawodowych z osobami niepełnosprawnymi.

Kwestie te należy brać pod uwagę oferując osobom niepełnosprawnym zatrudnienie na otwartym rynku pracy, aby zapobiec integracji pozornej oraz zoptymalizować układ pracownik – miejsce pracy (Ossowski 1999, s. 226–227). Istotną kwestią jest także podnoszenie kwalifikacji zawodowych i szkolenie osób niepełnosprawnych w pojęciu zawodowej edukacji ustawicznej, aby ich zasób kwalifikacji i kompetencji zawodowych był konkurencyjny na rynku pracy.

Osoby niepełnosprawne mogą zatem szukać i podejmować zatrudnienie na wolnym rynku na stanowiskach zwykłych lub dostosowanych do możliwości ludzi z daną dysfunkcją. Mogą także zostać zatrudnione w systemie pracy nakładczej lub w warsztatach pracy chronionej, mających bardziej status miejsc terapii niż nastawionych na zysk przedsiębiorstw. PFRON służy także pomocą w zakładaniu przez osoby niepełnosprawne własnych firm. Firmy zatrudniające osoby niepełnosprawne mogą liczyć na ulgi podatkowe oraz ulgi w płatnościach i składkach. PFRON pomaga także zakładom pracy chronionej – nadal stanowiących największy obszar zatrudnienia osób niepełnosprawnych – w podniesieniu konkurencyjności wytwarzanych przez nie produktów. W tym celu uruchomione zostały dwa programy pomocowe, zapewniające rynki zbytu, a tym samym przeciwdziałające zamknięciu tych zakładów na skutek nierentowności produkcji i likwidacji miejsc pracy (Eckert 2004, s. 132).

Dnia 27 sierpnia 1997 r. uchwalona została *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz.U. Nr 123, poz. 776), której zapisy zmierzały do dalszego rozszerzania możliwości stwarzanych osobom niepełnosprawnym w zakresie nabywania umiejętności i kwalifikacji oraz korzystnych warunków podejmowania zatrudnienia. Powołano do życia także formę przejściową pomiędzy zakładem pracy chronionej a warsztatem terapii zajęciowej, a mianowicie zakład aktywności zawodowej.

Rzeczywistość niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy

W 2001 r. Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przeprowadziło badania obejmujące niemal wszystkie zakłady na otwartym rynku pracy w Polsce zatrudniające osoby z niepełnosprawnością. Badania wykazały, że ponad 2/3 zatrudnionych niepełnosprawnych miało 3 grupy inwalidzką, natomiast osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym stanowiły jedynie 2% ogółu zatrudnionych osób niepełnosprawnych. Zaskakujące okazały się dysproporcje w zarobkach, na znaczną niekorzyść (prawie 60%) pracowników niepełnosprawnych. Z prawidłowością tą wydają się kłócić pozytywne opinie pracodawców dotyczące zatrudnianych osób niepełnosprawnych oraz ich motywacji, zaangażowania, kwalifikacji, absencji, pomimo których pracodawcy nie deklarują chęci dalszego zwiększania zatrudnienia osób niepełnosprawnych (tamże, s. 133–134). Polska ponadto w bardzo ograniczonym stopniu uczestniczyła w realizowanych z upoważnienia Unii Europejskiej programach HELIOS I i II oraz inicjatywach HORIZON, INTEGRA i EQUAL, skoncentrowanych na działaniach integracji zawodowej osób niepełnosprawnych poprzez ich inkorporację w otwarty rynek pracy.

Dla osób niepełnosprawnych pewnym rozwiązaniem – tanim i ogólnie dostępnym – wydaje się praca nakładcza/chałupnicza, która znosi rygory co do miejsca i czasu wykonywania czynności zawodowych. Należy także zwrócić uwagę na gwałtowny rozwój cywilizacji informatycznej, który sprawia, że powstaje szansa zatrudnienia w formie świadczenia pracy zdalnej – telepracy (ang. *telework*), co znacznie zmniejsza ograniczenia związane z czasem i miejscem pracy, wymaga jednak wysokich kompetencji informatycznych (Stochmiałek 2002, s. 58). Cechy charakterystyczne telepracy mają szczególne znaczenie dla zatrudniania osób niepełnosprawnych. Telepraca bowiem w aspekcie przestrzennym oznacza elastyczne miejsce pracy (może być wykonywana niemal wszędzie, a więc także i w domu), jest niezależna od tradycyjnego 8-godzinnego wymiaru pracy. Ponadto nowe technologie pozwalają przekroczyć bariery środowiskowe i tkwiące w samej osobie niepełnosprawnej, umożliwiają bowiem transfer symboli wizualnych na dźwiękowe i odwrotnie, likwidując jednocześnie znaczenie siły i sprawności fizycznej (informatyzacja wielu czynności) oraz znosząc konieczność fizycznego transportu pracowników do miejsc pracy (tamże, s.60). Szczególnie dużym zagrożeniem tkwiącym immanentnie w cechach konstytutywnych pracy nakładczej i telepracy jest izolacja społeczna. Te formy zatrudnienia pozwalają w pewnym stopniu na realizację postulatu normalizacji, jednak tylko w aspekcie niezależności finansowej czy też – w ograniczonym stopniu – poczucia użyteczności. Nie stwarzają jednak szansy na kontakty ze światem i ludźmi, na normalizację relacji towarzyskich oraz wszystkie aspekty łączące się z aktywnością zawodową (szkolenia, awanse), pozostają zatem w wyraźnym konflikcie z ideą integracji społecznej osób niepełnosprawnych.

Jednym z możliwych rozwiązań jest popularyzujące się od lat 80. XX w. – wprowadzone w USA – rozwiązanie w postaci zatrudnienia wspomaganego, które polega na wykonywaniu zadań zawodowych przez osoby niepełnosprawne przy pomocy drugiej osoby – trenera (ang. *job coach*) i może dotyczyć zarówno

no jednego stanowiska pracy, jak i kilku (tzw. enklawa, z kilkoma trenerami) (Majewski 2005, s.404). Niestety, rozwiązanie to nie jest stosowane w Polsce.

Przy rozważaniach nad integracją zawodową nie można także pominąć kwestii młodzieży niepełnosprawnej (Palak 2003), jednak poprzestaną na zasygnalizowaniu tego zagadnienia, bowiem dotyczy ono bardziej poradnictwa i przygotowania zawodowego niż samego już zatrudnienia i udzielanego w jego trakcie wsparcia, a rozmiary niniejszej rozprawy nie pozwalają na poddanie tego problemu głębszej analizie.

Należy także rozważyć kwestię zasadności i zakresu interwencjonizmu państwowego w formie regulacji zatrudniania osób niepełnosprawnych. Doświadczenia niektórych państw europejskich (rezerwowanie zawodu telefonisty dla osób niewidomych w Grecji czy też obsługi wind osobowych i parkingów dla pracowników niepełnosprawnych w Wielkiej Brytanii) (Dykcik 1997, s.353) uczą bowiem, że tego rodzaju posunięcia nie czynią szkód wolnemu rynkowi i jego podmiotom, przynoszą zaś korzyść niepełnosprawnym pracownikom oraz idei integracji zawodowej.

Istotność partycypacji kulturalnej

C. Dziekanowski twierdzi, że twórczość to swoista odpowiedź na niepełnosprawność i uraz psychiczny z nią związany, jest więc jakby autoterapią, mechanizmem obronnym, zamanifestowaniem bogactwa osobowości i niemożności jego wyartykułowania w związku ze stanem, w jakim się znalazł twórca (za: Matyjewicz 2003, s. 214).

Wiele koncepcji osiągania przez człowieka pełni swego potencjału w świecie postmodernistycznej różnorodności kładzie nacisk na wielostronną aktywność i partycypację we wszelkich możliwych przejawach życia społecznego. Podstawowymi dziedzinami aktywności życiowej osób niepełnosprawnych są zatem nie tylko ład i higiena osobista, ale również kultura i rekreacja, które w praktyce rehabilitacyjnej oznaczają konieczność zaistnienia warunków stwarzających osobie niepełnosprawnej możliwość realizacji potrzeb poznawczych, afiliacyjnych, akceptacji przez innych, doznań estetycznych i ruchu (Dykcik 2001, s. 32). Aktywność kulturalna skierowana na sztukę nie ogranicza się tylko do jej funkcji terapeutycznych, ale pozwala na pewien wyjątkowy, kreacyjny sposób/styl życia osoby niepełnosprawnej. Twórcza obecność i dynamizowanie osób niepełnosprawnych pełni więc funkcję terapeutyczną i kompensacyjną, dydaktyczną i wychowawczą, komunikacyjną i integrującą, relaksacyjną i ludyczną (Konarska 2006, s. 243).

W pracy terapeutycznej wykorzystuje się obecnie wiele różnych form sztuki i partycypacji kulturalnej, takich jak terapia zabawą, terapia zajęciowa i ergoterapia (praktyczne wykorzystanie wielu technik artystycznych i rzemieślniczych w konkretnych, codziennych sytuacjach), terapia plastyką, logoterapia (wiersze, poezja, bajki), terapia wspomnieniami, teatroterapia (także psychodrama i socjodrama), arteterapia, muzykoterapia, trening relaksacyjny, multimedialna technika komputerowa i in. (Dykcik 2001, s. 31–38). We wszystkich jednak istotny

jest ich punkt centralny, czyli optymalne aktywizowanie uczestników, ich twórcze zaangażowanie w proces kreacji, nie zaś bierna recepcja ukazywanych treści i dóbr kultury.

Obszar ten należy objąć szczególną troską i intensyfikacją dynamizowania osób niepełnosprawnych, bowiem wrastanie dzieci niepełnosprawnych w kulturę cechuje zazwyczaj zróżnicowane ubóstwo doświadczeń i braki poznawcze, a każdy rodzaj niepełnosprawności w specyficzny sposób wyklucza/ogranicza z rozmaitych wymiarów percepcji i tworzenia kultury (Rakowska 2006, s. 435). Szczególnie pilne jest także przygotowywanie osób niepełnosprawnych do poruszania się w świecie treści medialnych: recepcji aktywnej, krytycznej i selektywnej, aby zachować integralność tożsamości w medialnym chaosie znaczeń.

Twórcza obecność osób niepełnosprawnych, poza wymiarem indywidualnym (eksterioryzacja cierpienia, własnego systemu wartości, postrzegania świata i swoich z nim relacji) może mieć również wymiar społeczny, uwrażliwiając ludzi zdrowych na świat przeżyć będący udziałem niepełnosprawnych (Pilecka 2006, s. 427).

Aktywność twórcza zawiera w sobie nie tylko pierwiastek estetyczny, ale pomaga minimalizować neurozy i frustracje, pozwala na zachowanie równowagi w obliczu deprivacji, pełni więc rolę swoistego katharsis. Stanowi także rodzaj komunikacji: mówienia o sobie i porozumiewania się ze światem (Hryniewicka 1999, s. 220–221).

Twórczość może stanowić dla osoby niepełnosprawnej wartość autoteliczną, jednak wartością często jest także odbiór tej twórczości przez ludzi zdrowych. Istotne jest akcentowanie przez niepełnosprawnych artystów, że ogromne znaczenie ma dla nich interpretowanie ich sztuki nie jako twórczości artysty niepełnosprawnego, ale „artysty w ogóle”, na równych prawach apoteozy i krytyki ze sztuką artystów zdrowych.

Wnioski

Integracja, aby stała się autentycznym dążeniem, nie może być jedynie zabiegiem demagogicznym, politycznie poprawną nowomodą, aktem łaski czy dobrej woli. Musi być procesem, działaniem systematycznym, kompleksowym i wielostronnym.

Kilkunastoletnie doświadczenia prowadzonych działań integracyjnych spowodowały zainteresowanie badaczy tym zjawiskiem, odsłaniając nowe aspekty dążeń normalizacyjnych i inkluzyjnych oraz uświadamiając, że procesy integracji społecznej kryją w sobie ogromny potencjał szans, ale również niosą ze sobą pewne zagrożenia. Świadomość ta wynika z wieloaspektowego rozpatrywania procesów integracyjnych nie tylko przez pryzmat usuwania pewnych obiektywnie istniejących barier legislacyjnych czy architektonicznych, ale również pod kątem analizy stosunków emocjonalno-społecznych w grupach integracyjnych lub też postaw społecznych wobec integracji (Parys, Olszewski 2003, s. 204).

Przyczyną czy raczej pierwotną barierą w urzeczywistnianiu autentycznych dążeń integracyjnych wydaje się pewna złożona postawa, głęboko zako-

rzeniona ideologia życiowa, objawiająca się w tendencjach segregacyjno-dyskryminacyjnych. U podstaw takiej życiowej orientacji leży nawyk szczególnego zauważania tych, którzy różnią się od większości w sposób zaniżający ogólnie przyjęte normy. To taka właśnie mentalność doprowadziła do nadmiernie wybujałego rozwoju zakładów pracy chronionej, szkolnictwa specjalnego, domów pomocy społecznej, w których osoby „inne” zamyka się z dala od reszty społeczności, izoluje się – pod pretekstem protekcjonizmu – w uniemożliwiających pełne i normalne życie inkubatorach. Źródłem takich działań nie musi być nietolerancja, niechęć, a zwyczajnie ignorancja, brak świadomości sytuacji życiowej osoby niepełnosprawnej. W ten sposób bowiem odmawia się jej drogi do pełni człowieczeństwa, którego nieodzownym etapem jest borykanie się z problemami i przewyciężanie trudności życiowych. To przekonania społeczne, poglądy lekarzy, rodziców, nauczycieli, a nawet terapeutów i rewalidatorów tworzą zatem pierwotną barierę, którą napotyka na swej drodze integracja i postulat holistycznej normalizacji życia jednostek dotkniętych niepełnosprawnością.

Wszechobecność mediów w życiu współczesnego człowieka spowodowała, że stały się one czwartą władzą, która pełni wiele funkcji, w dużej mierze zaś jest organem opiniotwórczym. Przez przekazywane treści może więc zarówno kształtować stereotypy społeczne, jak i je zwalczać. Wciąż jednak za mało jest w mediach obrazów pozytywnych osiągnięć osób niepełnosprawnych, chociaż ich prezentowanie jest jednym z najlepszych sposobów przełamania pejoratywnych wyobrażeń na temat niepełnosprawnych w świadomości społecznej.

Często bywa tak, że przyjęcie mylnego rozumienia integracji prowadzi do sytuacji, w której osoby zdrowe oczekują, że osoby niepełnosprawne będą w pełni uczestniczyć we wszelkich aspektach życia tak jak pełnosprawne. Otóż istota problemu i jego rozwiązanie tkwi w zrozumieniu, że mogą one uczestniczyć w niemal wszystkich przejawach życia społecznego, ekonomicznego, kulturalnego, ale na swój własny sposób. Tak więc niewidomy lub słabowidzący może przeczytać tę samą książkę, ale tylko jeśli napisana jest alfabetem Braille’a, natomiast osoba głucha/ogłuchła może wypowiedzieć się na jej temat, jednak będzie się komunikować nie przy użyciu języka fonicznego, lecz najczęściej za pośrednictwem migania lub też daktylografii (Rakowska 2006, s. 147).

Do czynników utrudniających osobie niepełnosprawnej zaistnienie w życiu społecznym należy zaliczyć również niskie kompetencje menadżerskie i marketingowe służb rehabilitacyjnych i socjalnych, zbyt małą siłę perswazji, by efektywnie „zarażać” ideą integracji społecznej (Mikulski 2003, s. 276) i bronić interesów swych podopiecznych w sytuacji, gdy oni sami nie są w stanie pełnić roli *self-advocate’a* (Kopeć 2006, s. 150).

Bardzo dużą przeszkodą jest też ekonomia. Urzeczywistnianie inkluzji jako systemu działań mających przeciwdziałać lub pokonywać marginalizację pewnych grup – w aspekcie niniejszej rozprawy osób niepełnosprawnych – jest bardzo kosztowne, zakłada bowiem ustanowienie i funkcjonowanie rozległej sieci profesjonalnego wsparcia instytucjonalnego. W warunkach polskich dodatkowo jako dywersja działa silna centralizacja polityki społecznej, natomiast decentralizacja oznacza głównie obarczanie samorządów terytorialnych dodatkową od-

powiedzialnością, której nie towarzyszą bynajmniej przyrosty finansów w budżetach lokalnych oraz większe możliwości organizacyjne (Faliszek 2005, s. 50). Ograniczenia te powodują, że programy realizujące ideę integracji i inkluzji społecznej są często obsługiwane przez niedostatecznie wykwalifikowaną kadrę i nie mogą mieć ciągłości finansowania.

Należałoby także wyartykułować pewną ambiwalencję tkwiącą immanentnie w konstytutywnych, ideologicznych założeniach inkluzji. Tak bowiem jak ekskluzji odpowiada teoria i praktyka społecznego zróżnicowania, selekcji i segregacji, tak też inkluzji odpowiada teoria i praktyka uogólniania (swoistego uniwersalizmu), tworzenia pewnych całościowych wariantów społecznego życia, przewyżających zróżnicowanie i dążących do społecznej równości. Konsekwencją logiczną jest niejednokrotnie intensywna tendencja do realizacji idei inkluzji na drodze zabiegów instytucjonalnych, przyjmujących postać określonej społecznej interwencji (Frysztacki 2005, s. 19–20). Dlatego też w dyskursie społecznym i naukowym pojawiają się głosy, że inkluzja jest to intencjonalność i utopia, podczas gdy naturalną i realną komponentą rzeczywistości jest właśnie ekskluzja.

Integracja – oraz pozostające z nią w symbiozie i komplementarne wobec niej procesy inkluzji społecznej oraz postulat normalizacji życia – to pewna doktryna zakorzeniona w głębokiej moralności i neohumanistycznej orientacji na pełnię ludzkiego humanum, globalny/holistyczny imperatyw działań ludzkich. Ma ona niekwestionowane atuty (jak równość i sprawiedliwość społeczna, solidarność międzyludzka, organizm społeczny jako całość itd.), jednak w sposób oczywisty ma również słabe strony. Nie jest bowiem utopią, lecz zbiorem wskazówek do działania i choć coraz więcej doniesień z badań rzeczywistości społecznej – głównie w nurcie integracji na niwie edukacji – ukazuje jej iluzoryczność, to integracja sama w sobie wydaje się już zyskać status niezbywalności, pod dyskusję poddając jedynie swój zakres i formy, a nie swą zasadność. Dlatego też w konkluzji do niniejszych rozważań można przytoczyć słowa R. Bogdana, że „Integracja jest jak wtorek. Pytanie, czy jest dobra czy zła, może być nie na miejscu. Należy zrobić wszystko, aby funkcjonowała” (Kampert 2006, s. 423).

Bibliografia

- Dykcik, W. (1997). Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki. W: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Dykcik, W. (2001). Poszukiwanie nowatorskich i alternatywnych koncepcji indywidualnej rehabilitacji. W: W. Dykcik, B. Szychowiak (red.), *Nowatorskie i alternatywne metody w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Dykcik, W. (2005). Problemy autonomii, integracji społecznej i normalizacji życia osób niepełnosprawnych w środowisku. W: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Eckert, U. (2004). Kształcenie integracyjne a integracja zawodowa u progu Unii Europejskiej. W: C. Kosakowski, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej*. T. 3. *Rehabilitacja, opieka i edukacja specjalna w perspektywie zmiany*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Faliszek, K. (2005). Ekskluzja i inkluzja – dwie strony tego samego problemu? W: J. Grotowska-Leder, K. Faliszek, *Ekskluzja i inkluzja społeczna. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.

- Frysztański, K. (2005). Wokół istoty „społecznego wykluczania” oraz „społecznego włączenia”. W: J. Grotowska-Leder, K. Faliszek, *Ekskluzja i inkluzja społeczna. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Gałka, E. (2006). Osoby niepełnosprawne w społeczeństwie posttransformacyjnym – szanse i zagrożenia. W: C. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej*. T. 5. *Pomiędzy teorią a praktyką*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Hryniewicka, A. (1999). Rola aktywności twórczej w procesie radzenia sobie z własną niepełnosprawnością. W: K. J. Zabłocki (red.), *Dziecko niepełnosprawne, jego rodzina i edukacja*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- Kampert, K. (2006). Czy integracja społeczna dzieci autystycznych jest możliwa? O jednej z dróg. W: C. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej*. T. 5. *Pomiędzy teorią a praktyką*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (1998). *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (2000). Społeczne konsekwencje choroby i niepełnosprawności. W: I. Taranowicz, A. Majchrowska, Z. Kawczyńska-Butrym, *Elementy socjologii dla pielęgniarek*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Konarska, J. (2006). Rehabilitacyjny aspekt udziału osób niepełnosprawnych w tworzeniu dóbr kulturalnych. W: J. Baran, S. Olszewski, *Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kopeć, D. (2006). Jacy pedagodzy specjaliści? Kompetencje pedagogów specjalnych. W: C. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej*. T. 5. *Pomiędzy teorią a praktyką*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Majewski, T. (2005). Problemy rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. W: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Matyjewicz, M. (2003). Animacja społeczno-kulturalna szansą integracji osób niepełnosprawnych. W: E. Górniewicz, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Konteksty teoretyczne*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Mikulski, J. (2003). Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych. W: A. Kurzynowski (red.), *Polityka społeczna*. Warszawa: SGH, Instytut Gospodarstwa Społecznego.
- Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski 2004 <http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl/informator/npr2/dokumenty%20strategiczne/Narodowa%20Strategia%20Integracji%20Społecznej.pdf>., 20 marca 2009.
- Nęcka, E. (2002). *Psychologia twórczości*. Gdańsk: GWP.
- Nowak, A. (2007). Przeciwdziałanie marginalizacji niepełnosprawnych w unijnym i polskim ustawodawstwie. W: Flanczewska-Wolny M. (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności - mity a rzeczywistość*. Gliwice-Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Ossowski, R. (1999). *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Palak, Z. (2003). Wyzwania teraźniejszości wobec rehabilitacji zawodowej młodzieży niepełnosprawnej. W: E. Górniewicz, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Konteksty teoretyczne*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Parys, K., Olszewski, S. (2003). Dla kogo integracja? W: E. Górniewicz, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Konteksty teoretyczne*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Pilecka, W. (2006). Twórcza obecność osób niepełnosprawnych. W: J. Baran, S. Olszewski (red.), *Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Rakowska, A. (2006). Osoba niepełnosprawna w zmieniającym się świecie kultury i komunikacji. W: J. Baran, S. Olszewski (red.), *Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Stochmiałek, J. (2002). Edukacja i zatrudnienie osób niepełnosprawnych w krajowej i europejskiej polityce społecznej. W: W. Dykcik, C. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*. Olsztyn-Poznań-Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PTP, Oddział w Poznaniu.
- Szczupał, B. (2007). Prawa osób niepełnosprawnych w aspekcie realizacji zasad sprawiedliwości społecznej. W: Z. Gajdzica (red.), *Rozwój i funkcjonowanie osób niepełnosprawnych. Konteksty edukacyjne i prawne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Żuraw, H. (2001). Aksjologia i prakseologia opieki nad osobami niepełnosprawnymi wobec normalizującego paradygmatu pedagogiki specjalnej. W: A. Olubiński (red.), *Tożsamość oraz dylematy pedagogiki opiekuńczej*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.

NORMALIZATION, INTEGRATION AND SOCIAL INCLUSION IN THE LIFE OF PEOPLE WITH DISABILITIES. POSSIBILITIES AND LIMITATIONS

Part 2. Vocational Activity and Cultural Participation

The article's preliminaries focus on an overall review of changes which took place both in the attitudes towards people with disabilities (and in the perception of the life condition of people with disabilities), and in the attitudes of people with disabilities themselves towards their own abilities and limitations. Also, changes within the theory of special education are briefly analyzed (from "handicap" to "disability").

Regulations and formal procedures concerning vocational rehabilitation and integration (vocational counseling, vocational preparation, employment, and rehabilitative and social care), as well as socioeconomic realities of the functioning of employees with disabilities in the open labor market constitute the main plane of the discussion.

Moreover, the article touches upon the issue of the importance of creative activity and cultural participation for the effectiveness of normalization and social inclusion, and for the success of rehabilitation activities.

The conclusion to the discussion comprises a message that both the concept and the practice of integration, normalization and inclusion activities must be a process, a systematic, comprehensive and multilevel action, and not a pop culture trend or mediagenic manifestation of political correctness.

Key words: normalization, integration, social inclusion; "handicap" versus "disability;" social attitudes towards disability, vocational rehabilitation and integration: vocational counseling and employment of people with disabilities (law versus practice and realities of the labor market); cultural participation of people with disabilities.

WPŁYW ŚLADOWEJ POSTACI PRZETRWAŁYCH PIERWOTNYCH ODRUCHÓW NA POWSTANIE TRUDNOŚCI SZKOLNYCH – PRÓBA STAWIANIA DIAGNOZY

Autorka przedstawia w zarysie koncepcję wpływu śladowej postaci odruchów pierwotnych na rozwój psychomotoryczny i uczenie się dziecka P. Blythe'a i S. Goddard-Blythe oraz wyniki własnych badań pilotażowych dotyczących diagnozowania występowania śladowej postaci przetrwałych odruchów pierwotnych u dzieci z trudnościami w uczeniu się.

Do tej pory w literaturze medycznej zwracano głównie uwagę na występowanie przetrwałych odruchów pierwotnych u dzieci z porażeniem mózgowym. W rozumieniu medycznym, a ściślej neurologicznym, odruchy przetrwałe powstają na skutek poważnych uszkodzeń organicznych mózgu w czasie życia płodowego bądź w trakcie porodu, tworząc pewien zespół objawów nazywany dziecięcym porażeniem mózgowym.

W koncepcji P. Blythe'a i S. Goddard-Blythe szczątkowe przetrwałe odruchy lub inaczej – śladowa ich postać, mogą występować z mniejszym nasileniem, powodując zakłócenia rozwoju psychomotorycznego i trudności szkolne. Zakłócenia te mają raczej podłoże funkcjonalne niż organiczne, dlatego możemy je zauważyć u dzieci, które pozornie dobrze się rozwijają.

Autorka krótko charakteryzuje wybrane odruchy pierwotne, w rozumieniu S. Goddard-Blythe, pokazując ich wpływ na rozwój psychomotoryczny i uczenie się, oraz przedstawia badania pilotażowe z zastosowaniem wybranych narzędzi diagnostycznych.

Słowa kluczowe: śladowa postać odruchów pierwotnych, trudności w uczeniu się, odruch szczątkowy, odruch Moro, odruch dłoniowy Palmara, asymetryczny toniczny odruch szyi, symetryczny toniczny odruch szyi, odruch Galanta, odruch ssania, zakłócenia rozwoju psychomotorycznego

Do tej pory w literaturze medycznej zwracano głównie uwagę na występowanie przetrwałych odruchów prymitywnych u dzieci z porażeniem mózgowym. W rozumieniu medycznym, a ściślej neurologicznym, odruchy przetrwałe powstają na skutek poważnych uszkodzeń organicznych mózgu w czasie życia płodowego, tworząc pewien zespół objawów nazywany dziecięcym porażeniem mózgowym (Chmielnik, w: Michałowicz 2001, s. 114). J. Ayres (1986) w swojej teorii o integracji sensorycznej również zwraca uwagę na wybrane przetrwałe odruchy, które mogą zakłócić rozwój dziecka, z tym że przyczyną ich powstawania mogą być zaburzenia funkcjonalne.

Podobne stanowisko do J. Ayres prezentuje P. Blythe i S. Goddard-Blythe. W koncepcji tych autorów przetrwałe odruchy wpływają negatywnie na rozwój psychomotoryczny dziecka, powodując opóźnienia neurorozwojowe.

Wspólna nazwa „przetrwałe odruchy” jest więc myląca, gdyż w rozumieniu neurologicznym znaczy poważne uszkodzenie organiczne mózgu, a w teorii P. Blythe’a i S. Goddard-Blythe oznacza tylko zaburzenie funkcjonalne niepowodujące znacznych uszkodzeń. Z tego powodu proponuję wprowadzenie terminu uzupełniającego „śladowa postać”, co brzmiałoby „śladowa postać przetrwałego odruchu np. Moro” i podkreślało jego minimalne nasilenie, które zakłóca tylko funkcjonalnie rozwój dziecka.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie badań pilotażowych dotyczących występowania przetrwałych odruchów prymitywnych lub pierwotnych u dzieci z trudnościami w uczeniu się w wieku szkolnym diagnozowanych za pomocą programu P. Blythe’a i S. Goddard-Blythe (Goddard 2004).

Badania pilotażowe mają również na celu sprawdzenie sprawności narzędzia badawczego, jakim jest program diagnozujący S. Goddard-Blythe, oraz własnej wiedzy i umiejętności posługiwania się tym narzędziem badawczym.

Praca badawcza ma odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Czy występują w śladowej postaci przetrwałe odruchy pierwotne u dzieci w wieku szkolnym z trudnościami w uczeniu się?
2. Czy wraz z wiekiem liczba przetrwałych odruchów maleje w dwóch grupach badanych?
3. Czy u dzieci z ilorazem inteligencji poniżej przeciętnej śladowe przetrwałe odruchy występują z większym nasileniem niż u dzieci z inteligencją przeciętną?

Podstawy teoretyczne

Kontakt człowieka ze światem zewnętrznym odbywa się za pomocą zmysłów i układu nerwowego. Percepcja wszystkich bodźców i reakcje na nie początkowo odbywają się dzięki mechanizmom odruchowym. Odruch jest to odpowiedź narządu wykonawczego, wywołana przez bodziec i wyzwolona za pośrednictwem układu nerwowego. Zjawisko to nie zależy od naszej woli (Podemski, Wendera 2001).

Mechanizmy te stopniowo się rozwijają, uruchamiając odpowiednie drogi nerwowe. Już I.P. Pawłow (1951) zauważył, że cały rozwój organizmu musi przebiegać według określonych praw. Koniec jednego odruchu jest początkiem następnego, co oznacza, że pojawiają się łańcuchowo jeden po drugim i w ustalonej kolejności.

Przełomowymi pracami w ocenie występowania odruchów u noworodka i niemowlęcia były prace Moro z 1918 r. i Landaua z 1923 r. Ich tezy przetrwały próbę czasu oraz zapoczątkowały liczne prace nad mechanizmami

odruchowymi. Jeden z pierwszych badaczy – R. Magnus, wyróżnił odruchy postawy służące zapewnieniu prawidłowej pozycji ciała, które występują do 6. miesiąca życia i powoli ustępują. Później nazywane zostały odruchami prymitywnymi, a następnie pierwotnymi. Po odruchach pierwotnych pojawiają się odruchy prostowania, czyli posturalne, warunkujące stopniową pionizację dziecka. Największa ich aktywność przypada na drugie półrocze. R. Magnus wskazał jeszcze na odruchy równowagi, które pojawiają się od 3. kwartału i stopniowo zanikają w 3. roku życia (Michałowicz 2000).

Każdy odruch pełni niezmiernie ważną rolę w rozwoju, bo odpowiada i kształtuje odpowiedni obszar funkcjonowania człowieka. Jeżeli odruchy pojawiają się z opóźnieniem, to powodują zakłócenie rozwoju psychomotorycznego. Może to dotyczyć jednego z odruchów w danej grupie lub całej grupy, np. niewygaszenie odruchów pierwotnych powoduje późniejsze pojawienie się odruchów posturalnych, co prowadzi do tego, że dziecko z opóźnieniem przyjmuje pozycję pionową (Czochańska 1985, Goddard 2004).

Działanie odruchowe ma na celu przygotowanie dziecka do dalszego rozwoju, aby stopniowo uruchamiać drogi nerwowe. Mechanizm odruchowy jest sekwencyjny i każdy odruch odgrywa w określonym czasie rolę wspomagającą, a potem wygaszającą, np. odruch Landaua. Ma on na celu wygaszenie odruchu tonicznego błędnikowego. Zachowanie odpowiedniej sekwencji w pojawianiu się odruchów jest zatem bardzo ważne, gdyż każdy odruch wpływa na rozwój danej funkcji. Pojawienie się odruchów w odpowiednim czasie i z odpowiednią siłą zwiastuje prawidłowy rozwój funkcji motorycznych, percepcyjnych i emocjonalnych. Jeżeli natomiast jakiś odruch pojawia się z opóźnieniem i z mniejszą siłą, to prowadzi to do powstania zakłóceń rozwojowych. Dany odruch może też występować dłużej niż przewidywany okres fizjologiczny. Stwierdzenie reakcji odruchowej przetrwałej poza fizjologiczny okres występowania może świadczyć o nieprawidłowym przebiegu procesu dojrzewania lub uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego (Michałowicz 2000). Odruch ten nazywać będziemy przetrwałym. A więc odruchy przetrwałe to te, które powinny zaniknąć, a występują nadal. Mogą przetrwać w śladowej postaci lub występować z pewnym nasileniem.

Pierwszym odruchem w życiu człowieka jest odruch Moro. Pojawia się on w 9. tygodniu życia i jest zaliczany do odruchów pierwotnych. Rozwija się przez całą ciążę i zanika w 5.–6. miesiącu życia (Czochańska 1995). Pojawia się w odpowiedzi na nagły bodziec, jak np. hałas, nagły ruch lub zmiana światła w polu widzenia, oraz stymulację błędnika przez zmianę pozycji głowy, ból, zmianę temperatury lub gwałtowne ruchy drugiej osoby. Reakcja noworodka polega na nagłym odwiedzeniu rąk do tyłu i odchyleniu głowy, zgięciu nóg oraz wydaniu głośnego krzyku, a następnie stopniowym powrocie rąk do pozycji zamkniętej. Odwiedzenie ułatwia nagły wdech, a przywiedzenie wydech. Cały organizm jest gwałtownie pobudzony. Odruch Moro to mimowolna reakcja na zagrożenie. Zadaniem odruchu jest zaalarmować, obudzić i przywołać pomoc. Niewygaszenie w pełni odruchu w późniejszych latach życia może powodować nadpobudliwość i nadwrażliwość na bodźce, np. na światło. Dziecko jest stale pobudzone.

A więc wrażliwe i spostrzegawcze, ale jednak niedojrzałe, nadpobudliwe oraz lękowe. Podwyższona lękowość może powodować skłonność do nerwic. Odruch Moro wywiera ogólny wpływ na rozwój emocjonalny dziecka oraz kształtowanie się jego osobowości.

U dzieci z odruchem Moro jest nadmiernie wytwarzana adrenalina i kortyzol, a więc hormony stresu. Zbyt duże zużycie przez organizm kortyzolu i adrenaliny powoduje wyczerpanie ich zapasów i obniżenie odporności na choroby i alergię. Dziecko może być często przeziębione, zbyt silnie reagować na lekarstwa, nie może spożywać pewnych pokarmów, szybciej spala cukier we krwi, co w efekcie powoduje wahania nastroju. Te informacje o skutkach niewygaszenia w porę odruchu Moro są niezwykle ważne, gdyż można wykorzystać je w pracy z dziećmi z alergią i zaburzeniami emocjonalnymi (Goddard 2004).

Drugi odruch pierwotny to odruch dłoniowo-chwytny, czyli Palmara. Pojawia się w 11. tygodniu życia płodowego, a wygasa w 2.-3. miesiącu życia. Jego cechą jest ruch chwytny dłoni. Lekki dotyk lub nacisk na dłoń noworodka powoduje zaciśnięcie się palców. W 4.-6. miesiącu życia reakcja ta zaczyna przekształcać się w reakcję chwytu przez kciuk i palec wskazujący. J. Czocharńska (1995, s. 65) pisze „...odruchoy chwytne uważa się za rodową pozostałość okresu, gdy dziecko trzymało się podczas ssania ciała matki, tak jak to robią młode małpy. Wyrazem związku z aktem jedzenia jest nasilenie się ich podczas głodu, a słabnięcie, gdy dziecko jest syte. Zalicza się je do odruchów tonicznych, tj. takich, w których pod wpływem drażnienia skóry w określonej okolicy dochodzi do reakcji ruchowych o charakterze tonicznym”. R. Podemski i M. Wendera (2001) wyjaśniają, że cechą charakterystyczną odruchów tonicznych jest utrzymywanie się ich dopóty, dopóki działa bodziec. S. Goddard (2004) również pisze, że istnieje połączenie między odruchem Palmara a karmieniem w pierwszych miesiącach życia. Odruch chwytny może być wywołany przez odruch ssania i odwrotnie. Znaczący to, że kiedy noworodek ssi, czyli pracują mięśnie jego ust i języka, wykonuje gniotące ruchy dłoni. Jest to tzw. reakcja Babkina. Zarówno ręce, jak i usta są dla noworodka narzędziem badania świata i ekspresji. Jeżeli ten odruch nie zostanie wygaszony w odpowiednim czasie lub przetrwa w szczątkowej postaci, to dziecko będzie miało trudności z koordynacją motoryki małej, artykulacją i wydawaniem dźwięków. Skutki niewygaszenia odruchu dłoniowo-chwytnego można zauważyć u dzieci, kiedy zaczynają pisać i rysować. Pomagają wtedy sobie poprzez wykrzywanie ust, wystawianie języka, oblizywanie się. Tę pętlę nerwową łączącą dłonie z ruchami ust i językiem można często obserwować. Jest to ważna informacja dla logopedów, psychologów i pedagogów. Przetrwwały odruch dłoniowo-chwytny daje skutki w postaci nadmiernego napięcia mięśni dłoni, hamuje rozwój samodzielnych ruchów kciuka i palców. Jeżeli nadal występuje, to nie wygasa połączenie między ruchami ręką i ust, co wpływa negatywnie na rozwój koordynacji mięśni artykulacyjnych i mięśni manualnych. Wtedy też podczas pisania dziecko rusza ustami i językiem. Dłoń może być również nadwrażliwa na dotyk.

Następny pierwotny odruch to asymetryczny toniczny odruch szyi – tzw. ATOS (tamże). Pojawia się w 18. tygodniu życia płodowego, a wygasa w 6. miesiącu życia dziecka. Polega on na tym, że kiedy dziecko odwraca głowę na bok, to równocześnie powoduje to wyprostowanie ręki i nogi po tej stronie, w którą zwróciła się głowa, i zgięcie kończyn po przeciwnej stronie. W czasie życia płodowego odruch ten rozwija ruchy kopania i poruszania się dziecka w łonie matki, rozwija tonus mięśniowy i stymuluje układ przedsionkowy. Odruch ten powinien być w pełni rozwinięty w okresie porodu, ponieważ bierze w nim czynny udział, a mianowicie: dziecko poprzez poruszanie się i odwracanie współdziała ze skurczami macicy. Czochańska (1985) także twierdzi, że ATOS odgrywa ważną rolę przy porodzie, a Goddard (2004), że jest jeszcze przez poród wzmacniany. W okresie niemowlęctwa odruch ten zwiększa napięcie mięśni prostujących, ćwicząc po kolei każdą połowę ciała oraz ruchy na bok, tworząc podstawy ruchu sięgania. Przypisuje mu się też ważną rolę w rozwoju koordynacji ruchowo-wzrokowej, co umożliwi w przyszłości dziecku dotykanie przedmiotów pod kontrolą wzroku (Czochańska 1995). Kiedy ATOS spełni swoje zadanie, powinien być wygaszony. Jeżeli przetrwa dłużej niż 6 miesięcy lub pozostanie w formie szczątkowej, to może utrudniać wykonywanie naprzemiennych ruchów kończyn. Opóźnia więc proces pełzania, potem raczkowania, a to z kolei opóźnia proces mielinizacji centralnego układu nerwowego. Odwrót głowy prowokuje wyprostowanie kończyn na tę stronę co skręt głowy, powodując zachwianie poczucia równowagi i powrót do ruchów jednostronnych. U dziecka zaczynają więc występować trudności z przekraczaniem linii środka, co sprzyja zaburzeniu koordynacji ruchowej całego ciała. Nie może też wykształcić się z odpowiednią siłą lateralizacja. Te procesy mają negatywny wpływ na prawidłowy rozwój zręczności, umiejętności manipulowania przedmiotami, płynnego czytania, pisania. Trudności z przekraczaniem linii środka powodują osłabienie ruchu wodzenia oczami. Podczas pisania, kiedy dziecko odwróci głowę, ręka i noga będzie dążyć do wyprostowania, a dłoń do rozwarcia. Dziecko będzie więc musiało koncentrować się, aby nie wypuścić pióra. Czasami będzie kompensowało to niedojrzałym sposobem trzymania narzędzi pisania lub nadmiernym naciskiem na narzędzie pisania. Powoduje to brak skupienia na przetwarzaniu informacji i myśleniu. Powstają więc trudności z kształtnym pisaniem i przelewem myśli na papier. U dzieci inteligentnych można zauważyć dużą dysproporcję między wypowiedziami ustnymi a pisemnymi. Prawdopodobnie ten odruch będzie też występował u dzieci z dysleksją i dysgrafią (Goddard 2004).

Następny odruch, jaki się rozwija w łonie matki od 24.–28. tygodnia, to odruch szukania. „Polega on na zwrocie twarzy dziecka na bok w kierunku działania bodźca dotykowego. Podobnie jak odruch ssania, jest silniejszy podczas głodu aniżeli w stanach sytości” (Czochańska 1995, s. 67). Odruch szukania jest połączony z odruchem ssania i to umożliwi dziecku obracanie się w kierunku piersi i przyssanie się do piersi lub butelki. Przetrwale odruchy oralne powodują, że dziecko jest nadwrażliwe na dotyk w okolicach ust, ma trudności z żuciem pokarmów, ślini się, ma małą kontrolę nad mięśnia-

mi artykulacyjnymi. Zaburzone również mogą zostać ruchy manualne, gdyż niedojrzały odruch szukania i ssania wpływa na powstanie mimowolnych ruchów palców. Przetrwwały odruch szukania, choćby w śladowej postaci, powoduje, że dziecko w wieku starszym ma małą kontrolę nad mięśniami manualnymi i artykulacyjnymi (Goddard 2004).

Do odruchów pierwotnych zaliczamy także odruch skrócenia tułowia (odrzuch Galanta), pojawiający się w 20. tygodniu życia płodowego, a wygaszany między 3. i 9. miesiącem życia dziecka. Polega on na tym, że jeżeli drażni się lub dotyka boczną część tułowia dziecka, to następuje wygięcie skierowane wklęsłością w stronę działającego bodźca. Odruch powinien być tak samo nasilony po obu stronach. Ma on znaczenie wspomagające podczas porodu. Skurcze macicy naciskają na mięśnie w okolicy lędźwiowej dziecka, powodując ruchy obracania się bioder w jedną stronę, a potem w drugą. Współpracując ze skurczami ścianki macicy, pomaga dziecku wydostać się na świat. Odruch ten podczas porodu jest wzmacniany i może funkcjonować w pełni po urodzeniu dziecka. Jeżeli poród odbywał się przez cięcie cesarskie, to te odruchy mogą być osłabione.

Przetrwwały odruch Galanta doprowadza do zakłóceń w kontrolowaniu oddawania moczu, co pociąga za sobą moczenie się. Założenie paska do spodni czy sukienki lub dopasowany ubiór oraz oparcie się o krzesło może spowodować u dziecka podrażnienie tych okolic ciała. Efektem tego jest to, że dziecko wiecznie się wierci i kręci. Ma wtedy słabą koncentrację i pamięć krótkotrwałą, nie lubi chodzić w ciasnych ubraniach. Jeżeli odruch Galanta występuje tylko po jednej stronie, to może rozwijać się skolioza i chód utykający (dziecko kuleje na tę stronę).

Do odruchów tonicznych, prócz wymienionego asymetrycznego tonicznego odruchu szyjnego, zaliczamy także odruch toniczny błędnikowy (TOB). Dzielimy go na odruch toniczny błędnikowy przedni (w zgięciu) i toniczny błędnikowy tylny (w wyproście). Pierwszy pojawia się stopniowo w życiu płodowym przez przyjęcie pozycji zgięciowej, a jego wygaszenie następuje około 4. miesiąca życia. Drugi pojawia się, kiedy dziecko wkracza do kanału rodowego i jest w pełni obecny po porodzie, a jego wygaszenie następuje stopniowo między 7. tygodniem a 3. rokiem życia. Automatyzm pierwszego odruchu polega na tym, że kiedy dziecko zgina głowę do przodu, to powoduje również zgięcie ramion i nóg. Automatyzm drugiego odruchu powoduje to, że kiedy dziecko odchyła głowę do tyłu poniżej linii kręgosłupa, to następuje wyprost ramion i nóg. Działanie tego odruchu jest złożone. Na pewno wpływa na odpowiednie rozłożenie napięcia mięśniowego w organizmie dziecka. Jak pisze S. Goddard „...umożliwia noworodkowi wyprostować się ze zgiętej pozycji płodowej. W procesie tym ćwiczy równowagę, napięcie mięśniowe i propriocepcję, czyli czucie głębokie. Jeżeli odruch toniczny błędnikowy nie zostanie wygaszony w odpowiednim momencie, będzie «przeszkadzać» układowi przedsionkowemu w jego działaniu i interakcji z innymi układami sensorycznymi” (tamże, s. 39). J. Ayres (1986) wskazuje na zaburzenia w czuciu stabilności grawitacyjnej, powodujące również brak umiejętności oceniania przestrzeni (górną-dół, strona prawa-

lewa, przód–tył), głębokości, dystansu, prędkości. Przedłużające się działanie tego odruchu opóźnia rozwój ustalenia głowy. Słaba kontrola mięśni głowy prowadzi do zakłóceń pracy oczu i propriocepcji. Będzie też utrudniała pełzanie i raczkowanie. „...Pełzanie i raczkowanie pełni zarówno rolę pobudzania, jak i hamowania oraz ułatwia integrację informacji sensorycznych, ponieważ układ przedsionkowy, wzrokowy i propriocepcji zaczynają po raz pierwszy działać razem. W tym okresie rozwoju zdobywa wycucie równowagi, przestrzeni i głębokości. Można powiedzieć, że pełzanie i raczkowanie umożliwiają synchronizację widzenia, słyszenia, czucia i ruchu, tak aby dziecko miało pełniejszy obraz otoczenia” (tamże, s.41). Przetrwały odruch toniczny błędnikowy przedni będzie utrudniał kształtowanie się prawidłowej postawy ciała. Wystąpi tendencja do garbienia się, pochylania głowy do przodu, pociągając za sobą uginanie kolan; ruchy podczas biegania, chodzenia będą mniej harmonijne i sztywne. Słaba równowaga całego ciała powoduje lęk wysokości. Zakłócona zostanie też zdolność tworzenia sekwencji i nastąpi upośledzenie poczucia czasu.

Odruch toniczny błędnikowy tylny, prócz wcześniej wymienionych objawów, może wywołać tendencję do chodzenia na palcach, sztywnych szarpanych ruchów z powodu dominacji mięśni prostowników oraz słabe zdolności organizacyjne.

Następny toniczny odruch to symetryczny toniczny odruch szyi (STOS). Fizjologicznie pojawia się między 3. a 6. miesiącem życia dziecka, a zanika w 9.–11. miesiącu życia. Wyróżnić można w nim dwie fazy: w zgięciu i w prostowaniu. Gdy dziecko zgina głowę w kierunku klatki piersiowej, to następuje również zgięcie kończyn górnych i wyprost kończyn dolnych, zginanie zaś głowy do tyłu powoduje wyprost kończyn górnych i zgięcie kończyn dolnych (Podemski, Wendera 2001).

Odruch toniczny błędnikowy ułatwia przyjmowanie pozycji czworacznej i wpływa na kształtowanie się napięcia mięśni całego ciała, a symetryczny toniczny odruch szyi dzieli ciało na połowę. Kiedy głowa jest wyprostowana, kończyny górne także się prostują, umożliwiając dziecku patrzenie na dalszą odległość, a kiedy głowa się zgina, to kończyny górne również, a dolne się prostują. Dziecko skupia się wtedy na bliższych odległościach. Podobnie jak ATOS, tak i STOS rozwijają i ćwiczą oczy, co wpływa na prawidłowy rozwój percepcji wzrokowej. ATOS rozwija patrzenie na odległość około 17 cm., a więc na odległość ramienia, a STOS poszerza pole widzenia na dalsze odległości przez podnoszenie głowy do góry. Mimo że odruch ten trwa krótko, jest ważnym etapem w rozwoju, bowiem umożliwia przyjęcie pozycji czworacznej. Przetrwały poza okres fizjologicznego występowania zaburza rozwój ruchowy dziecka (Czochańska 1995).

U starszych dzieci przetrwały odruch wpływa na powstanie nieprawidłowej postawy ciała. Dziecko garbi się podczas odrabiania lekcji, a kiedy pisze, nadmiernie pochyla głowę i zgina kończyny górne, co doprowadza do tzw. pisania nosem. Pod koniec lekcji jest zmęczone, co objawia się tym, że musi łokciami opierać się na ławce i podtrzymywać swoją głowę. Często porusza się niezgrabnie, ma kłopoty na lekcjach wychowania fizycznego,

słabą koordynację ruchów ręki i oczu. Nie potrafi bawić się w gry z piłką, gdyż traci ją z oczu, gdy jest ona w ruchu. Może też mieć nadruchliwość ruchową i zaburzenie koncentracji. Ze względu na trudności w siedzeniu w jednej pozycji w ławce zaczyna się kręcić, wiercić, co powoduje, że nie może się skupić na lekcji.

Metodologia badań

Hipotezy:

1. U dzieci w wieku szkolnym z trudnościami w uczeniu się występują w śladowej postaci przetrwałe odruchy pierwotne.
2. Wraz z wiekiem maleje liczba śladowych przetrwałych odruchów pierwotnych.
3. U dzieci z ilorazem inteligencji poniżej przeciętnej śladowe przetrwałe odruchy występują z większym nasileniem niż u dzieci z inteligencją przeciętną.

Badania prowadzone były na terenie Zespołu Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych nr 2 (dom dziecka) w Krakowie oraz na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 3 również w Krakowie od lutego do maja 2006 r.

W skład grupy z Zespołu Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych weszło 27 uczniów, w tym 11 chłopców i 16 dziewcząt, w wieku od 7;0 do 18;2 lat z trudnościami w uczeniu się. Poziom inteligencji dzieci był różny. U jednego dziecka wynosił on 53 pkt w skali inteligencji Wechslera, a u innego 79 pkt, natomiast pozostałe wyniki mieściły się w granicach od 80 do 113 pkt. Badane dzieci pochodziły z rodzin dysfunkcyjnych i występował u nich rozwój dysharmonijny. Dzieci te zaliczono do grupy pierwszej.

W skład grupy drugiej weszły dzieci, które uczęszczały do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 3 w Krakowie na zajęcia terapeutyczne przeznaczone również dla dzieci z trudnościami w uczeniu się. Uczestnicy mieli od 9;9 do 13;8 lat. W 11-osobowej grupie było 9 chłopców i 2 dziewczynki. Uzyskane dane przedstawiono w tabeli.

W badaniach posłużono się programem diagnozującym S. Goddard, przeznaczonym dla dzieci od 7. roku życia. Składa się on ze sprawdzianów koordynacji dużych mięśni i równowagi, testów badających odruchy oraz Testu Tansleya i Testu Bender-Gestalt (Goddard 2004; 2006).

Test oceniany jest na pięciostopniowej skali. Wynik 0 pkt oznacza, że test jest powtórzony przez osobę badaną prawidłowo, 1 pkt – test jest wykonany poprawnie tylko w 75 %, a więc można zauważyć odstępstwa od normy, 2 pkt – test jest zrobiony prawidłowo tylko w 50%, 3 pkt – test jest wykonywany z dużymi trudnościami tylko w 25%, 4 pkt – dziecko nie potrafi powtórzyć testu. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli.

Tabela

Dane i uzyskane wyniki dzieci z grupy pierwszej (z domu dziecka) i drugiej z poradni)

Lp.	Uczestnicy		Sprawdziany badające odruchy z programu S. Goddard																				suma							
	Imię	II wiek	pleć	1	2	3	2	2	3	4	5	6p	7	8p	9	10	11	12	13	14	15	16		17	18	19	20	21		
Grupa pierwsza																														
1.	Iza	95	ż	2	3	2	2	2	2	2	0	2	0	1	1	1	0	0	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	29
2.	Marta	79	ż	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	1	2	9	
3.	Patrycja	113	ż	2	2	1	4	2	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0	1	1	1	21	
4.	Beata	92	ż	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1	2	0	2	0	1	16	
5.	Krzysztof	93	m	1	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	19	
6.	Kinga	81	ż	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	2	1	1	0	1	15	
7.	Emanuela	53	ż	3	3	3	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	3	4	3	4	36	
8.	Irena	95	ż	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	15	
9.	Sebastian	65	m	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	0	1	2	1	2	20	
10.	Rafał	54	m	1	2	3	4	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	3	4	3	4	42	
11.	Kaja	92	ż	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	1	1	7		
12.	Luiza	94	ż	0	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	1	0	1	15	
13.	Paweł	91	m	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	2	2	3	1	2	1	2	20	
14.	Krzysztof	98	m	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	19	
15.	Ewelina	93	ż	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	5		
16.	Kamila	99	ż	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	
17.	Danuta	68	ż	0	1	2	3	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	2	0	2	0	2	21	
18.	Mateusz	97	m	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	14	
19.	Gabryś	96	ż	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	9	
20.	Paweł	90	m	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	8		
21.	Patryk	87	m	1	1	2	2	0	0	0	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3	30	
22.	Marta	91	ż	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	1	0	1	9		
23.	Iza	87	ż	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	

24. Andrzej	89	9;7	m	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	11	
25. Ewa	96	12;4	ż	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	9	
26. Mateusz	92	11;8	m	0	1	3	0	0	0	0	0	1	2	1	3	0	1	1	1	1	1	2	1	2	23		
27. Krzysztof	94	10;2	m	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	2	16		
Suma				15	26	34	42	5	7	4	6	4	6	16	13	32	28	31	30	39	18	41	20	42			
Grupa druga																											
1. Bartek	101	11;2	m	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	2	13
2. Łukasz	135	10;7	m	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	19	
3. Elżbieta	68	13;6	ż	2	4	2	4	1	0	1	0	0	1	1	3	3	3	2	3	1	2	1	2	1	2	36	
4. Beata	69	12;1	ż	0	0	2	1	1	0	0	0	3	3	2	2	2	1	2	0	1	2	1	2	1	2	25	
5. Krzysztof	98	10;11	m	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	2	3	1	3	3	2	3	2	3	24	
6. Mateusz	81	12;9	m	1	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	2	2	1	2	2	3	4	2	3	4	2	31	
7. Sebastian	90	13;8	m	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	2	3	1	2	3	1	2	16	
8. Piotr	95	11;9	m	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	10	
9. Sebastian	98	11;2	m	0	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	1	2	12	
10. Krzysztof	92	11;3	m	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	0	1	2	1	2	1	2	15	
11. Paweł	110	9;9	m	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	8	
Suma				5	12	13	16	6	3	1	0	0	4	5	6	10	13	13	14	11	17	24	13	23			

Sprawdziany badające odruchy:

- 1 – chodzenie po linii prostej do przodu
- 2 – chodzenie po linii prostej do tyłu
- 3 – chodzenie na krawędziach bocznych stóp do przodu
- 4 – chodzenie na krawędziach bocznych stóp do tyłu
- 5l – test Ayres lewa strona
- 6p – test Ayres prawa strona
- 7l – test Schildera lewa strona
- 8p – test Schildera prawa strona
- 9 – STOS – zginanie
- 10 – STOS – prostowanie

11 – TOB – zginanie

12 – TOB – prostowanie

13 – wodzenie oczami

14 – integracja

15 – integracja

16 – integracja

17 – rozróżnianie dźwięków

18 – test Tansleya – rozróżnianie wizualne

19 – test Tansleya – integracja wizualno-ruchowa

20 – test Bender – rozróżnianie wizualne

21 – test Bender – rozróżnianie wizualne

Wyniki badań

Pierwsza hipoteza zakładała, że u dzieci w wieku szkolnym z trudnościami w uczeniu się występują w śladowej postaci przetrwałe odruchy. Uzyskane w badaniach wyniki przedstawione zostały również na wykresie 1.

Wykres 1 wskazuje, że u dzieci z trudnościami w uczeniu się występuje śladowa postać przetrwałych odruchów. Wyniki uzyskane zarówno w grupie pierwszej, jak i drugiej na poziomie 1 i wyższym przemawiają za ich utrzymywaniem się. W grupie pierwszej dzieci najgorzej wykonywały sprawdzian 3, 4, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, a w grupie drugiej sprawdzian: 2, 3, 4, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21. Niepoprawność wykonywania tych sprawdzianów sugeruje występowanie śladowej postaci przetrwałych odruchów u badanych dzieci. Do tych odruchów zaliczyć można: toniczny odruch błędnikowy, asymetryczny toniczny odruch szyjny i symetryczny toniczny odruch szyjny. W grupie drugiej aż 11 sprawdzianów zostało nieprawidłowo wykonywanych, czyli o dwa więcej niż w grupie pierwszej, zauważa się też większe nasilenie odruchów. Na podstawie przedstawionych danych można więc stwierdzić, że pierwsza hipoteza została pozytywnie zweryfikowana.

Druga hipoteza zakładała, że wraz z wiekiem u dzieci z trudnościami w uczeniu się liczba i nasilenie śladowej postaci przetrwałych odruchów maleje. Uzyskane wyniki umieszczone zostały na wykresie 2.

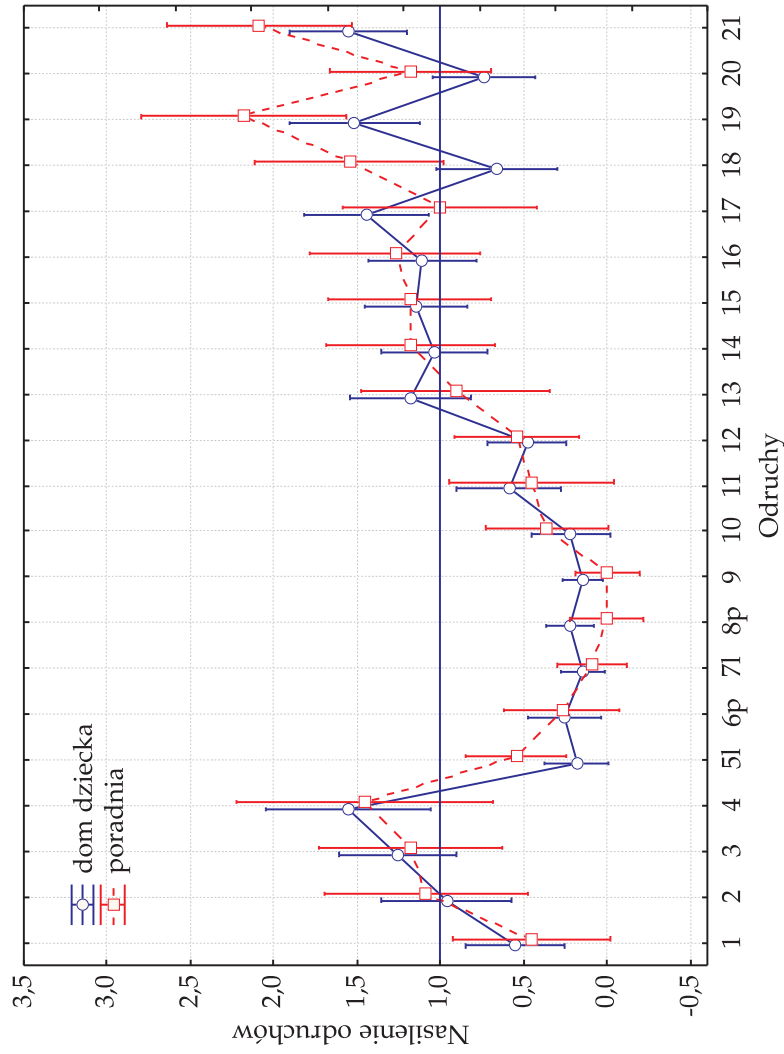
Wykres 2 wskazuje, że dzieci z grupy drugiej i pierwszej nie uzyskały wyniku na poziomie statystycznie istotnym ($p = 0,21$, $p = 0,05$). Można jednak zauważyć, że w badaniach zarysowuje się pewna tendencja, a mianowicie: wraz z wiekiem liczba i nasilenie śladowej postaci przetrwałych odruchów raczej nie maleje, a wzrasta. Tendencja ta pojawia się w grupie drugiej. Można więc wnioskować, że hipoteza ta nie została pozytywnie zweryfikowana.

Trzecia hipoteza zakładała, że u dzieci o niższym poziomie inteligencji występują śladowe przetrwałe odruchy z większym nasileniem niż u dzieci z inteligencją przeciętną. Uzyskane wyniki zdaje się, że przemawiają za jej prawdziwością. Dane z badań przedstawiono na wykresie 3. Obrazuje on, że u dzieci z ilorazem inteligencji na poziomie 90 i więcej pkt w skali Wechslera nasilenie śladowej postaci występowania odruchów jest mniejsze, gdyż sięga najczęściej do 20 pkt. Jeżeli iloraz inteligencji jest niższy, to można zauważyć nasilenie ich występowania. A więc z przedstawionych danych wynika, że u dzieci o niższym poziomie inteligencji występuje śladowa postać przetrwałych odruchów z większym nasileniem w stosunku do dzieci z inteligencją w normie.

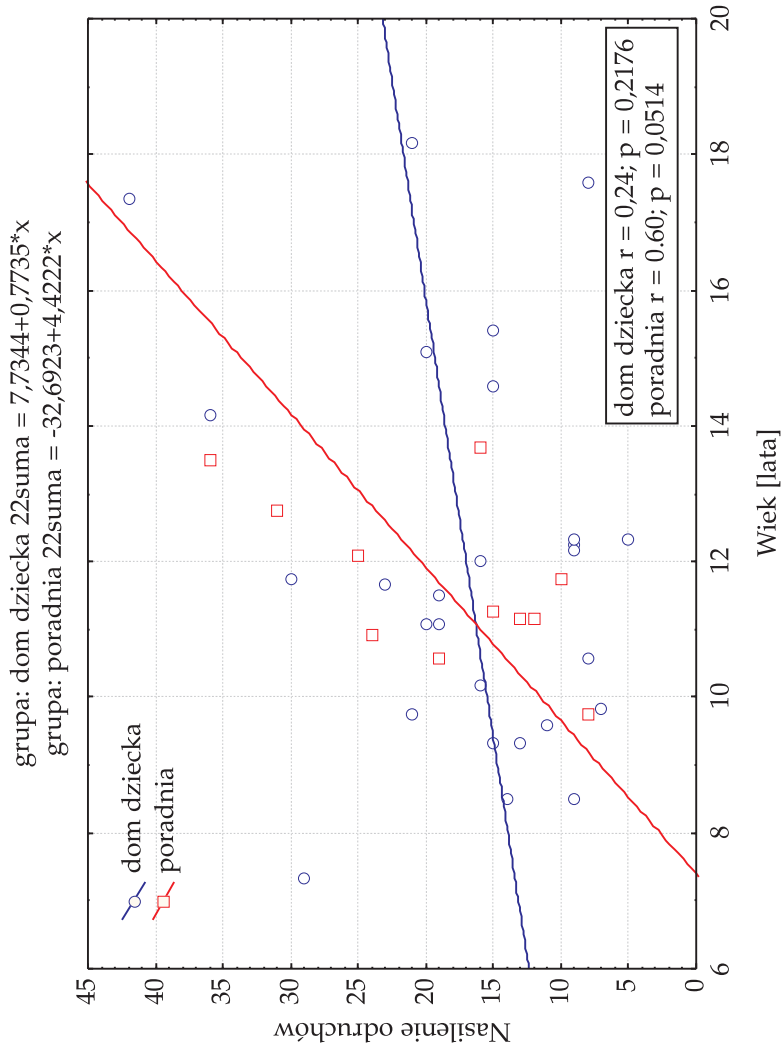
Wnioski

Uzyskane wyniki sugerują, że śladowe przetrwałe odruchy pierwotne występują u dzieci z trudnościami szkolnymi w wieku szkolnym. Odruchy te wraz z wiekiem nie maleją, a wydaje się, że raczej się nasilają.

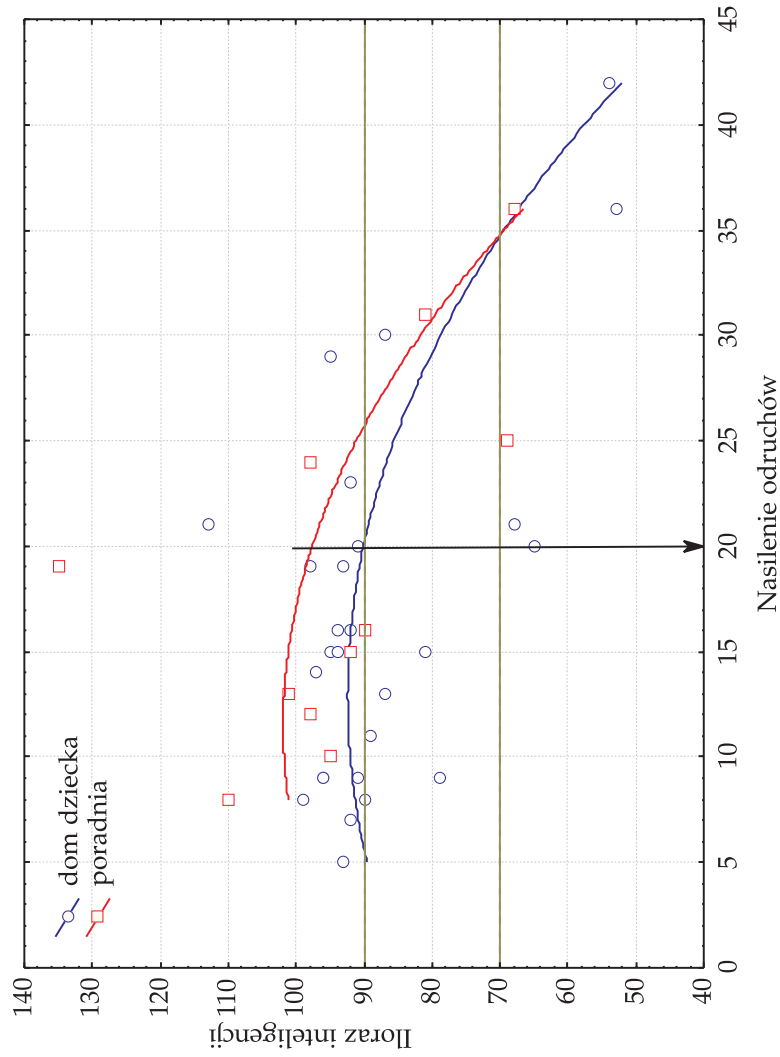
U dzieci o niższym ilorazie inteligencji śladowa postać przetrwałych odruchów występuje częściej i są one bardziej nasilone. Ze względu na badania pilotażowe i małą liczebność grupy wyniki te należy traktować z dużą ostrożnością. Zachęcają one jednak do przeprowadzenia kolejnych badań.



Wykres 1. Występowanie śladowych przetrwałych odruchów pierwotnych u dzieci z grupy pierwszej (z domu dziecka) i drugiej (z poradni)



Wykres 2. Zależność między wiekiem a występowaniem śladowych przetrwałych odruchów u dzieci z grupy pierwszej (z domu dziecka) i drugiej (z poradni)



Wykres 3. Zależność między poziomem ilorazu inteligencji a występowaniem nasilenia w śladowej postaci przetrwałych odruchów u dzieci z grupy pierwszej (z domu dziecka) i drugiej (z poradni)

Bibliografia

- Ayres, J. (1986). *Sensory Integration and Learning Disorders*. Los Angeles, California: Western Psychological Services.
- Banaszek, G. (2004). *Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Wojty*. Bielsko-Biała: a-media Press.
- Bronisch, F. W. (1971). *Badanie odruchów*. Warszawa: PZWL.
- Czochońska, J. (1985). *Neurologia dziecięca*. Warszawa: PZWL.
- Czochońska, J. (1995). *Badanie i ocena neurorozwojowa niemowląt i noworodków*. Lublin: Wydawnictwo Folum.
- Goddard, S. (2004). *Odruchy, uczenie i zachowanie*. Warszawa: Międzynarodowy Instytut Neurokinezyjologii Rozwoju Ruchowego i Integracji Odruchów.
- Goddard, S. (2006). *Program ćwiczeń integrujących do zajęć ruchowych z dziećmi ze specjalnymi potrzebami*. Chester, U.K.: The Institute for Neuro-Physiological Psychology (INPP).
- Levitt, S. (2000). *Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzenia ruchu*. Warszawa: PZWL.
- Mazur, R. (1998). Odruchy i ich znaczenie kliniczne. W: R. Mazur, W. Kozubski, A. Prusiński (red.), *Podstawy kliniczne neurologii*. Warszawa: PZWL.
- Michałowicz, R. (2000). Rozwój układu nerwowego i badania neurologiczne dziecka. W: R. Michałowicz, S. Józwiak (red.), *Neurologia dziecięca*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Michałowicz, R. (red.). (2001). *Mózgowe porażenie dziecięce*. Warszawa: PZWL.
- Pawłow, I.P. (1951). *Wykłady o czynności mózgu*. Warszawa: PWN.
- Podemski, R. Wendera, M. (2001). Rozwój układu nerwowego i badania neurologiczne dziecka. W: R. Podemski, M. Wendera (red.), *Neurologia*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Prusiński, A. (2003). *Neurologia praktyczna*. Warszawa: PZWL.

IMPACT OF TRACE RETAINED PRIMITIVE REFLEXES ON THE DEVELOPMENT OF LEARNING DIFFICULTIES – ATTEMPT OF DIAGNOSIS

The author outlines P. Blythe and S. Goddard-Blythe's concept of the influence of traces of retained primitive reflexes on the child's psychomotor development and learning, and the findings of the author's own pilot study on diagnosing traces of retained primitive reflexes in children with learning difficulties.

So far, medical literature has noted the occurrence of retained primitive reflexes mainly in children with cerebral palsy. As defined by medicine – and more precisely by neurology – retained reflexes are a result of serious organic brain damage which occurs during fetal life or labor, and creates a certain cluster of symptoms which is called infantile cerebral palsy.

According to P. Blythe and S. Goddard-Blythe's concept, residual primitive reflexes, or their traces, may occur with lower intensity, resulting in psychomotor development disturbances and learning difficulties. These disturbances are of functional origin rather than organic, therefore can be seen in children who seem to be developing well.

The author briefly describes selected primitive reflexes, as defined by S. Goddard-Blythe, showing their influence on psychomotor development and learning, and discusses her pilot study carried out with the use of selected diagnostic tools.

Key words: traces of primitive reflexes, learning difficulties, residual reflex, startle reflex, palmar grasp reflex, asymmetrical tonic neck reflex, symmetrical tonic neck reflex, Galant reflex, sucking reflex, psychomotor development disturbances.

PLÓDOWY ZESPÓŁ ALKOHOLOWY – ZAGADNIENIA MOWY I PERCEPCJI

*Patrz na dziecko z FAS nie jak na osobę,
która przysparza Ci trudności, ale jak na
osobę, dzięki której możesz się rozwijać*

D. Hryniewicz

Autorka prezentuje płodowy zespół alkoholowy (*Fetal Alcohol Syndrome* – FAS) i zespoły pokrewne (*Alkohol Related Neurodevelopmental Disorder* – ARND, *Fetal Alcohol Effects* – FAE) jako zaburzenia rozwojowe, w obrazie których istotne są trudności w komunikowaniu się, zarówno werbalnym, jak i pozawerbalnym. Wskazując kolejno na patologiczne zmiany anatomiczne i funkcjonalne poszczególnych części ośrodkowego układu nerwowego, dokonujące się w kolejnych fazach ciąży, zwraca uwagę na językowe aspekty zaburzonego rozwoju dziecka z FAS.

Słowa kluczowe: rozwój i patologia ośrodkowego układu nerwowego, teratogen, mowa, percepcja wzrokowa, percepcja słuchowa, pamięć.

Kiedy kobieta w ciąży pije, jej dziecko pije razem z nią. Alkohol bez trudu przenika przez łożysko, a następnie do krwi dziecka i po około 40 minutach jego stężenie jest zbliżone do stężenia alkoholu we krwi matki. Enzymy wątrobowe matki pozwalają oczyścić jej organizm z poalkoholowych toksyn. Płód nie ma takiej szansy, ponieważ nie ma jeszcze wątroby ani enzymów wątrobowych. W tym czasie alkohol krążący w organizmie dziecka może nieodwracalnie uszkadzać ośrodkowy układ nerwowy.

Płodowy zespół alkoholowy (*Fetal Alcohol Syndrome* – FAS) to zaburzenie występujące u dzieci matek spożywających alkohol podczas ciąży. Oznacza zespół wad wrodzonych, somatycznych oraz neurologicznych. Wady te obejmują specyficzny wygląd twarzy, zaburzenia wzrostu, szeroko rozumiane dysfunkcje mózgu (Klecka 2007a).

Rodzaj oraz skala defektów i zaburzeń, jakie niesie ze sobą picie alkoholu podczas ciąży, zależą od okresu ciąży, w którym płód miał kontakt z teratogennem¹, czyli czynnikiem uszkadzającym (w tym przypadku z alkoholem).

Przebieg ciąży ze względów praktycznych został podzielony na trzy etapy nazwane w położnictwie trymestrami ciąży. W zależności od tego, jakim okre-

¹ Teratogen (czynnik teratogeny) – czynniki pochodzące ze środowiska zewnętrznego, działające na organizm kobiety i płodu, wywołujące wady wrodzone u płodu (*Słownik...* por. Klecka 2007a, s. 13).

się ciąży przyszła matka spożywa alkohol, uszkodzeniu ulec mogą różne organy dziecka, które pojawiają się w poszczególnych stadiach ciąży.

Pierwszy trymestr trwa od pierwszego dnia ostatniej miesiączki do 12.–13. tygodnia ciąży. Jak podaje D. Hryniewicz (2007, s. 3), w tym czasie kończy się etap organogenezy, czyli etap tworzenia się niezbędnych narządów i organów dziecka. Spożywanie alkoholu przez matkę w tym okresie ciąży może prowadzić do uszkodzeń mózgu, serca, nerek, oczu, uszu, może również spowodować trwałe deformacje twarzy dziecka. Drugi trymestr trwa od końca pierwszego trymestru (czyli od 13. tygodnia ciąży) do 27. tygodnia ciąży. Alkohol spożyty przez matkę w tym czasie osłabia rozwój mózgu, uszkadza mięśnie, skórę, gruczoły oraz kości. Trzeci trymestr ciąży trwa od końca drugiego trymestru do czasu porodu (tj. od 27. do 40. tygodnia ciąży). Alkohol spożywany w trzecim trymestrze ciąży może zaburzać rozwój mózgu i płuc, opóźnić przyrost wagi płodu, powodować przedwczesny poród.

Pełnoobjawowy FAS występuje rzadko, głównie w przypadku wysokiego stężenia alkoholu etylowego w pierwszym trymestrze ciąży. Twierdzi się, że dotyczy on niewielkiej liczby osób, jednak skala występowania zjawiska zbliżona jest do częstotliwości występowania zespołu Downa, czyli około 1:800 żywych urodzeń. Istotnym problemem jest fakt, że dzieci mających inne zaburzenia spowodowane piciem alkoholu przez ciężarne kobiety jest około dziesięciokrotnie więcej.

Mówiąc o innych zaburzeniach, mam na myśli częściowy FAS – *Partial Fetal Alcohol Syndrome* (pFAS, alkoholowy efekt płodowy – *Fetal Alcohol Effects, FAE*) (Raczyński 2007, s. 1–2), który niesie w swoim obrazie niektóre charakterystyczne cechy wyglądu twarzy określane przy pełnoobjawowym FAS, ponadto wystąpienie chociaż jednego objawu FAS, uszkodzenie mózgu, komplikacje w zachowaniu i uczeniu się czy opóźnienie wzrostu. Objawy występujące przy pFAS są mniej natężone, dlatego też trudniej go zdiagnozować, a to właśnie dzieci z tym zaburzeniem jest najwięcej. Problemy pojawiają się, kiedy dziecko z częściowym zaburzeniem jest traktowane jak zdrowe i społeczeństwo stawia mu takie wymagania jak dziecku zdrowemu. Kiedy nie jest ono w stanie sprostać tym wymaganiom, dochodzi do zaburzeń zachowania.

Kolejne możliwe konsekwencje nadużywania przez matkę alkoholu niosą w swoim obrazie zaburzenia neurorozwojowe spowodowane alkoholem – *Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND)* (tamże). Termin ten używany jest do opisu nieprawidłowości neurologicznych w przebiegu FAS, głównie w przypadku obecności patologii ośrodkowego układu nerwowego. Najczęściej pojawiające się skutki to nadpobudliwość, impulsywność, trudności w uczeniu się na podstawie doświadczeń, ciągle powtarzanie błędów (Klecka 2007a, s. 24). Do stwierdzenia występowania zespołu zaburzeń rozwoju układu nerwowego nie jest konieczne wykrycie anomalii fizycznych (Raczyński 2007). Zespół pokrewny z FAS, niosący w swoim obrazie głównie wady wrodzone, to *Alcohol Related Birth Defects (ARBD)* (tamże, s. 1–2). Kategoria ta charakteryzuje się występowaniem anatomicznych czy funkcjonalnych wad. ARBD określa głównie zaburzenia somatyczne. Mieszczą się

w nim m.in. deformacje, zniekształcenia, dysplazja części ciała, wady serca, kości, nerek, wzroku i słuchu.

Problemy dzieci z funkcjonowaniem psychicznym i zachowaniem się są konsekwencją trwałego uszkodzenia mózgu spowodowanego spożywaniem alkoholu przez matkę w okresie prenatalnym. Trwałe uszkodzenie mózgu odbywa się przez:

1. Śmierć komórek mózgowych – dzieci z płodowym zespołem alkoholowym mają mniejsze mózgi, rodzą się z mniejszą liczbą komórek nerwowych.
2. Migracje komórek mózgowych do niewłaściwych obszarów. Zjawisko migracji trwa do około 5. miesiąca życia płodowego. Nieprawidłowości w migracji są przyczyną „bałaganu” w głowie dziecka, ponieważ neurony nie trafiają do tych obszarów mózgu, w których powinny podjąć swoją pracę.
3. Tworzenie się niewłaściwych połączeń między neuronami, co ma znaczny wpływ na sposób, w jaki dziecko odbiera świat. Jeżeli w czasie wspomnianych migracji dojdzie do nieprawidłowych zmian w korze mózgowej, utworzą się ektopie, czyli nieprawidłowe skupiska neuronów, odpowiedzialne np. za dysleksję u chłopców (różnice te przede wszystkim dotyczą planum temporale – trójkątnej struktury, będącej częścią górnej powierzchni płata skroniowego, ku tyłowi od zakrętu Heschla, wewnątrz bruzdy bocznej. Określa się ją jako substrat lewopółkulowej lateralizacji języka. U osób zdrowych występuje asymetria półkulowa tej struktury, zaznaczona już u płodów: lewe planum temporale jest większe niż prawe. U dyslektyków obserwuje się patologiczną symetrię tych obszarów lub odwrotną asymetrię) (Maciejewska 2008, s. 15).

Rejonami mózgu najbardziej narażonymi na uszkodzenia przez alkohol są: ciało modzelowate, mózdzek, zwoje podstawy, hipokamp, płaty czołowe.

Ciało modzelowate oddziela prawą półkulę mózgową od lewej. To spoidło wielkie mózgu, które jest łącznikiem między dwiema asymetrycznymi pod względem strukturalnym i funkcjonalnym półkulami: lewą i prawą. Lewa półkula mózgu pracuje w sposób analityczny – od szczegółu do ogółu. Dominuje ona w takich dziedzinach działalności umysłowej, jak mowa, czytanie, pisanie, analiza, logiczne myślenie, sekwencyjność, dosłowność, zdolności matematyczne. Prawa półkula – zwana również intuicyjną – jest półkulą dominującą w zupełnie innej sferze działalności umysłowej, jak np. wizualizacja, synteza, przestrzenność, metaforyczność, emocjonalność, muzykalność, uzdolnienia plastyczne (Cieszyńska, Korendo 2007). Dzieci z pełnoobjawowym FAS mogą cierpieć na całkowity lub częściowy brak ciała modzelowatego (agenezję) (Perenc, Kwolek 2005, s. 23–26; Pąchalska 2007, s. 86). W bardziej korzystnych przypadkach dochodzi do niedorozwoju ciała modzelowatego ze względu na spożywanie alkoholu w czasie ciąży. Dzieci te mają trudności z odróżnianiem strony lewej od prawej. Informacje do ich mózgu przepływają powoli i nieskutecznie, co tłumaczy to, że dzieci najpierw działają, a dopiero po fakcie uświadamiają sobie konsekwencje swoich czynów.

Mózdzek jest odpowiedzialny za funkcje motoryczne, czyli koordynację ruchów i utrzymanie równowagi ciała. Dostaje informacje z wielu ośrodków mózgu, szybko je analizuje i odpowiednio moduluje, aby ruchy były płynne i do-

kładne. Decyduje, które mięśnie mają się kurczyć, a których odruch rozciągania ma być zahamowany, z jaką siłą itd. Mózdzek także stale kontroluje przebieg ruchu i wprowadza do niego automatyczne poprawki. Jeżeli ulegnie uszkodzeniu, trudne staje się schodzenie po schodach, skakanie na jednej nodze czy utrzymywanie równowagi (Pąchalska 2007, s. 130).

Zwoje podstawy odpowiedzialne są za pamięć i procesy poznawcze. Filtrują one informacje i usuwają z pamięci te nieistotne. Dzięki temu w mózgu tworzy się miejsce na rzeczy ważne. Dzieci z FAS mają poważne kłopoty z pamięcią, co świadczy o tym, że ich zwoje podstawy pracują wolniej.

Hipokamp, czyli centrum uczenia się i zapamiętywania w mózgu, odgrywa dużą rolę w procesach uczenia się, ponieważ to w nim następuje przenoszenie wspomnień z pamięci krótkotrwałej do długotrwałej².

Płaty czołowe odpowiadają za funkcje wykonawcze, kontrolę impulsów i osąd. W wyniku działania małych cząstek alkoholu na płaty czołowe dziecka osłabieniu ulegają następujące funkcje wykonawcze, powodując:

- zachowania społeczne – niski poziom radzenia sobie w sytuacjach społecznych;
- rozwiązywanie problemów – brak możliwości, niezdolność rozwiązania problemu;
- przymus zachowań seksualnych – brak kontroli nad popędem seksualnym;
- planowanie – brak umiejętności „nauki na przyszłość”, nieumiejętność wyciągania wniosków z wcześniejszych zachowań;
- poczucie czasu – nierozumienie abstrakcyjnych pojęć czasu;
- porządkowanie informacji – trudności z gromadzeniem informacji;
- pamięć – osłabienie zwłaszcza pamięci krótkotrwałej, pozwalającej normalnie funkcjonować w codziennym życiu;
- samokontrola – potrzebny nadzór innej osoby;
- regulacje słowne – przymus głośnego mówienia, a przez to znalezienie się w centrum zainteresowania;
- zaburzone funkcje motoryczne;
- chwiejność emocjonalna – mała stabilność nastroju;
- motywacje – potrzeba motywacji z zewnątrz (Hryniewicz 2007a, s. 17).

Wśród sprawności, jakie dzieci rozwijają, na plan pierwszy wysuwają się sprawności językowe. J. Huizinga (1985, s. 16) pisał: „Weźmy np. mowę, to pierwsze i najwyższe narzędzie, jakie kształtuje sobie człowiek, żeby móc się porozumiewać, nauczać, rozkazywać”.

Podobnie jak inne zespoły związane z anomaliami budowy czaszki, zaburzeniami słuchu i niedorozwojem umysłowym, FAS charakteryzuje się także patologicznym rozwojem mowy. Zaburzenia słuchu są formą deprivacji

² Pamięć krótkotrwała (ang. *short-term memory*, STM) – przechowuje niewielkie ilości informacji przez krótki okres (bez dokonywania powtórek wewnętrznych czas ten szacuje się na kilka do kilkunastu sekund); pamięć długotrwała (ang. *long-term memory*, LTM) – stanowi trwały magazyn śladów pamięciowych o teoretycznie nieograniczonej pojemności i czasie przechowywania (por. Pąchalska 2007, s. 98).

sensorycznej³. Jeśli występują w okresie wczesnego dzieciństwa, mogą spowodować trwałe zaburzenia słuchu, rozwoju mowy i rozwoju umysłowego. Zaburzenia słyszenia mogą manifestować się u dzieci z FAS/FAE jako trudność w rozumieniu mowy potocznej, różnicowaniu fonemów, wychwytywaniu i zamianie sekwencji dźwięków. Przy osłabieniu pamięci krótkotrwałej pojawiają się trudności z zapamiętaniem i zrozumieniem sensu – dziecko czyta zdanie i zanim je zrozumie, już zapomina. Jeśli przyswajanie bodźców drogą wzrokową i słuchową jest zaburzone, do mózgu dociera mniej informacji. Dziecko mające problemy z przetwarzaniem informacji nie jest m.in. świadome tego, co dzieje się wokół niego, nie rozumie sytuacji, ma trudności z czytaniem (Krasowicz-Kupis 2004, s. 76–87), zrozumieniem pojęć matematycznych, nie jest zdolne do uczenia się z książki, obserwowania i reagowania na zmiany wyrazu twarzy, co prowadzi do upośledzenia w kontaktach społecznych, ma trudności z zapamiętywaniem tego, co widziało, słabą zdolność do przywoływania informacji, trudności z przepisywaniem treści z tablicy lub z książki, dostrzeganiem różnic, jest niezorganizowane, spóźnia się, nie ma poczucia czasu i nie rozumie jego mechanizmu.

U dzieci z FAS/FAE reakcje na dźwięk są opóźnione i słabo natężone. Częste są u nich zaburzenia kontroli słuchowej własnych wypowiedzi i mowy wewnętrznej. Nie potrafią znaleźć błędów we własnej wypowiedzi, nie uwewnętrzniają mowy – mówią same do siebie i zupełnie nie uświadamiają sobie tego faktu. Dzieci z FAS/FAE myślą głośno, co sprawia, że wszyscy wokół nich to słyszą. Gdy wypowiedzane treści nie są przyjemne dla otoczenia, może to prowadzić do uwag na temat nieestosownego zachowania. Z powodu braku umiejętności uwewnętrzniania swoich myśli dzieci z FAS bardzo często są początkowo diagnozowane jako dzieci niedostosowane społecznie, prezentujące naganne, ze społecznego punktu widzenia, zachowania.

Jakość i tempo nabywania przez dziecko z FAS umiejętności słownego komunikowania się są ograniczone i zależne niestety od specyficznych dla tej grupy problemów rozwojowych. Dotyczą one m.in. jakości funkcjonowania społecznego. Dzieci te prezentują niski poziom radzenia sobie w sytuacjach społecznych, głównie z powodu ich niezrozumienia, trudności w przyjmowaniu określonych zasad postępowania wynikających z braku umiejętności „nauki na przyszłość”, nieumiejętności wyciągania wniosków z wcześniejszych zachowań i, co za tym idzie, trudności planowania działań. W sytuacjach problemowych wycofują się z powodu braku możliwości, niezdolności rozwiązania problemu. Ograniczona samodzielność przejawia się również brakiem samokontroli i motywacji – potrzebny jest ciągły nadzór innej osoby i motywacja z zewnątrz. Obrazu trudności dopełnia chwiejność emocjonalna – mała stabilność nastroju, łatwość przechodzenia od stanu zadowolenia do wycofywania się, unikania, agresji czy zwątpienia.

³ Deprywacja sensoryczna to sytuacja braku dopływu bodźców do narządów zmysłów, szczególnie niekorzystna dla małych dzieci (okres niemowlęcy) ze względu na duże znaczenie jakości stymulacji zmysłowej we wczesnych etapach rozwoju intelektualnego dziecka (por. Piaget 2006).

Do warunkowanych poziomem funkcjonowania społecznego trudności w komunikowaniu się dzieci dotkniętych FAS dołączają się specyficzne zaburzenia przetwarzania informacji i tworzenia komunikatu językowego. Dotyczy to wynikających z uszkodzenia płatów czołowych i innych struktur mózgu trudności w porządkowaniu informacji – dzieci mają problemy nie tylko z gromadzeniem informacji, porządkowaniem oraz wydobywaniem ich z pamięci. Dodatkowo nakładają się problemy z pamięcią, bowiem słaba pamięć, zwłaszcza krótkotrwała, zakłóca normalne funkcjonowanie w życiu codziennym, zaś zaburzona pamięć długotrwała powoduje, że proces uczenia się staje się żmudny i mało efektywny. Brak poczucia czasu, rozumienia abstrakcyjnych pojęć dotyczących przemijania, następstwa zdarzeń utrudnia również dostrzeganie związków przyczynowo-skutkowych między elementami rzeczywistości, w której dziecko żyje.

Znajduje to również odzwierciedlenie w produkcjach słownych dziecka – wnioski z obserwacji stosunków czasowo-przestrzennych są niepełne lub błędne, relacje przyczynowo-skutkowo nielogiczne lub wręcz przypadkowe. Istotnym problemem są też regulacje słowne – dziecko, odczuwając przymus głośnego mówienia, informowania siebie o tym, czym jest aktualnie zajęte, co robi w danej chwili lub co widzi przed sobą, przygotowując plan zadania, realizuje to, co jego rówieśnicy robią za pomocą mowy wewnętrznej. Mowa dziecka z FAS mającego zaburzone procesy wnioskowania i uogólniania będzie miała mniejszą tendencję do kondensacji, redukcji i skróconego wnioskowania. Efektem tego jest znalezienie się przez dziecko w centrum zainteresowania i budzenie w grupie niekoniecznie pozytywnych emocji.

Podsumowując, braki syntaktyczno-semantyczne z równoczesną niepełną świadomością odczuć, punktu widzenia rozmówcy oraz niemożnością utrzymania spójnego dialogu powodują, że dzieci dotknięte FAS prezentują zaburzoną kompetencję komunikacyjną. Poddając te dzieci oddziaływaniom terapeutycznym, musimy uwzględnić również konieczność stymulacji w zakresie ogólnej organizacji wypowiedzi (odniesienie do zmieniających się warunków komunikowania się) oraz organizacji samego dialogu, czyli ustalenie odpowiednich relacji między uczestnikami dialogu, a także umiejętności wykorzystania werbalnych i niewerbalnych procedur adekwatnych do tych relacji (Rittel 1993).

W pracy terapeutycznej z dziećmi dotkniętymi FAS ważne jest przede wszystkim określenie nie tylko ich braków, ale i zasobów. Dzięki temu terapeuta będzie wiedział, na czym ma opierać swój program terapeutyczny. Dzieci z FAS potrzebują podejścia holistycznego (Kopaliński 2005), dzięki któremu można niwelować problemy zdrowotne, społeczne, komunikacyjne – również gdy chodzi o nabywanie i doskonalenie, szczególnie trudnej dla nich, umiejętności porozumiewania się werbalnego.

Być terapeutą dziecka z FAS to wyzwanie i odpowiedzialność, ale też radość i ogromna satysfakcja, bowiem dzieci te nieustannie prowokują do poszukiwania nowych rozwiązań, refleksji nad sobą, dążą do własnego rozwoju i zmian we własnym życiu. Z powodu tego, że FAS jest jednostką nową i nie

funkcjonuje w świadomości społecznej tak jak inne zaburzenia, problemy dzieci z tym zespołem – również językowe – są niezauważane. Coraz większe jednak zainteresowanie tematem daje nadzieję na poprawę sytuacji dzieci z FAS poprzez objęcie ich możliwie szeroką opieką terapeutyczną, umożliwiającą usprawnianie funkcjonowania w różnych sferach, również w zakresie umiejętności językowych.

Bibliografia

- Blakemore, S.J., Frith, U. (2008). *Jak uczy się mózg*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Cieszyńska, J., Korendo, M. (2007). *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Gordis, E. (2000). Fetal Alcohol Exposure and the Brain. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 50, December.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (1989). *Dlaczego dzieci nie potrafią uczyć się matematyki*. Warszawa: IWZZ.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (2002). Dojrzałość do nauki matematyki i niszczące konsekwencje rozpoczęcia edukacji szkolnej bez takiej dojrzałości. *Biuletyn Informacyjny PTD*, 23.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E., Zielińska, E. (1997). *Dzięcięca matematyka*. Warszawa: WSiP.
- Hryniewicz, D. (2007). *Dziecko, które nigdy nie dorośnie. Co to jest FAS?* Warszawa: Wydawnictwo Paramedia.
- Hryniewicz, D. (2007a). *Specyfika pomocy pedagogiczno-psychologicznej dzieciom z FAS*. Warszawa: Wydawnictwo PARPA.
- Huizinga, J. (1985). *Homo ludens. Zabawa jako źródło kultury*. Warszawa: Czytelnik.
- Jones, K.L. Smith, D.W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* 2, 999–1001.
- Klecka, M. (2007). *Ciąża i alkohol. W trosce o twoje dziecko*. Warszawa: Wydawnictwo PARPA.
- Klecka, M. (2007a). *FAScynujące dzieci*. Kraków: Wydawnictwo św. Stanisława BM.
- Kopaliński, W. (2004). *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Warszawa: Muza.
- Krasowicz-Kupis, G. (2004). *Rozwój świadomości językowej dziecka. Teoria i praktyka*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Maciejewska, B. (2008). *Wartość słuchowych potencjałów wywołanych w diagnostyce dysleksji rozwojowej*. Rozprawa doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny.
- Pąchalska, M. (2007). *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Perenc, L., Kwolek, A. (2005). Badania nad współistnieniem przepukliny oponoworodzeniowej oraz innych anomalii rozwojowych mózgowia i czaszki. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 1.
- Piaget, J. (2006). *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Raczyński, P. (2007). *Materiały informacyjne o płodowym zespole alkoholowym FAS dla lekarzy*. Warszawa.
- Rittel, T. (1993). *Podstawy lingwistyki edukacyjnej. Nabywanie i kształcenie języka*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.
- Słownik terminów medycznych*. www.sloownik.mesh.pl.
- Tyszkowa, M. (1977). *Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych*. Warszawa: PWN.

**FETAL ALCOHOL SYNDROME
ISSUES CONCERNING SPEECH AND PERCEPTION**

The author discusses fetal alcohol syndrome (FAS) and related syndromes [alcohol-related neurodevelopmental disorder (ARND), fetal alcohol effects (FAE)] as developmental disorders in the picture of which communication difficulties, both verbal and nonverbal, are important. Showing pathological anatomical and functional changes in particular parts of the central nervous system which take place in successive stages of pregnancy, the author points out to linguistic aspects in the disturbed development of a child with FAS.

Key words: development and pathology of the central nervous system, teratogen, speech, visual perception, auditory memory, memory.

MARIUSZ SAK
OSW dla Głuchych, Warszawa

SYSTEM MIGANY W NAUCZANIU GŁUCHYCH I SŁABOSŁYSZĄCYCH – MOŻLIWOŚCI ZASTOSOWANIA I PERSPEKTYWY ROZWOJU

Dynamiczny rozwój metody komunikacyjnej z głuchymi, funkcjonującej w Polsce pod nazwą system językowo-migowy bądź język migany, wdrażanej od niemal 40 lat (Szczepankowski 1966, 1999), głównie w szkołach i ośrodkach szkolno-wychowawczych dla głuchych, jest z pewnością jednym z najważniejszych zjawisk ostatnich kilkudziesięciu lat historii kształcenia głuchych. Wprowadzenie systemu językowo-migowego zarówno do szkół, jak i do obiegu medialnego przyczyniło się do popularności tej metody komunikacji z głuchymi wśród nauczycieli oraz osób z różnych powodów zainteresowanych kontaktem z głuchymi sposobem manualnym. Było korzystne dla osób słyszących oraz słabosłyszących, gdyż uzyskały one narzędzie do wizualnego ilustrowania swoich wypowiedzi. Niestety, dla większości osób głuchych korzyści były i nadal są niewielkie, a w pewnych aspektach problematyki głuchych nawet bardzo szkodliwe. W takiej sytuacji klaruje się potrzeba refleksji nad dwoma zagadnieniami: relacji komponentu językowego (wyrazu „język”) w oryginalnych nazwach systemu językowo-migowego czy też języka miganego w kontraście do polskiego języka migowego oraz samej przyszłości systemu, który w dalszej części artykułu nazywam systemem migany wraz z uzasadnieniem tej nazwy.

Komponent językowy w systemie migany a zasadność jego separacji

Według B. Szczepankowskiego (1999) język migany to sztucznie utworzony subkod migany języka naturalnego – forma przekazu kinestetycznego wykorzystująca znaki języka migowego i gramatykę języka narodowego. Występuje ona zawsze w połączeniu z mową lub wyraźną artykulacją. Języki migane stosowane są w wielu krajach w nauczaniu dzieci niesłyszących jako element metody oralno-migowej (Szczepankowski 1999)¹.

¹ Popularne określenie „język migany” (często błędnie utożsamiane z systemem językowo-migowym) jest manualną częścią wypowiedzi systemu miganego.

Przytoczona definicja rodzi pytanie o zasadność – w świetle aktualnej wiedzy o systemach miganych – wystąpienia wyrazu „język” w nazwie subkodu miganego. Analizując przytoczoną definicję subkodu miganego, mamy do czynienia ze zbiorem znaków wizualno-przestrzennych, ilustrujących gramatykę języka polskiego, co – jak zauważają N. Holting i D. Slobin (2002) – może w najlepszym wypadku być określone jako system, lecz nie język, którym jest system znaków funkcjonujący w komunikacji społecznej; składa się na niego słownik i gramatyka, jest narzędziem do porozumiewania się (Saussure 2002). Bazowanie na języku narodowym, wizualizacja jego gramatyki jest jedną z trzech głównych cech systemów miganych na świecie (Paul, Quigley 1990). Językiem bezspornie jest artykulacyjno-foniczny element systemu miganego, jednak jako całość językiem system nie może być nazwany.

Usunięcie zatem słowa „język” z nazwy systemu miganego można uzasadnić dwutorowo:

- System znaków sztucznie utworzonych, arbitralnie przyjętych bądź zapożyczonych z polskiego języka migowego nie ma własnego zespołu reguł gramatycznych, klasyfikujących go jako język, stąd zbiór znaków migowych jest jedynie narzędziem wizualizacji gramatyki języka narodowego, w tym przypadku języka polskiego. Nie oznacza to, że kwestionowaniu poddane zostaje określenie „język” w stosunku do języka polskiego – rozpatrywane jest wyłącznie użycie tego słowa w odniesieniu do warstwy wizualnej systemu miganego.
- Bezsporne jest przyznanie statusu prawdziwego języka polskiemu językowi migowemu, który ma własną gramatykę właściwą dla języka (Farris 1994, Świdziński 1998, Tomaszewski 1999, 2005) oraz wykazuje wiele różnic w porównaniu do języka polskiego (Czajkowska-Kisil 2006). Dodanie wyrazu „język” do sposobu komunikacji nieposiadającego własnej gramatyki, stwarza problem właściwej separacji obu sposobów komunikacji, wprowadza także niezasłużoną aluzję do statusu językowego systemu miganego (quasi-język), deprecjonując tym samym polski język migowy.

Wydaje się, że istotę oryginalnych określeń: system językowo-migowy oraz język migany, oddają dwa określenia: polski migany oraz system migany. Całkowita rezygnacja ze słowa „język” sprawia, że rodzi się klarowny podział między kodem wizualnym języka narodowego a realnym językiem naturalnym, zapobiega mieszaniu się terminów i przez to tworzeniu się surdologicznego chaosu. Istotne jest, że przy takim założeniu używanie dwóch określeń: język migany oraz system migowy także jest zdecydowanie niewskazane.

Proponowany manewr jasno wyznacza granicę między wizualizacją języka a realnym językiem (system *versus* język) oraz treścią tej wizualizacji (migany *versus* migowy). Celowość proponowanych zmian wydaje się uzasadniona w świetle potrzeby systematyzacji i uporządkowania terminologii dotyczącej sposobów komunikacji osób z różnymi postaciami i stopniami głuchoty.

System migany na tle dwóch głównych podejść w nauczaniu głuchych

System migany na tle dwóch głównych filozofii komunikacyjnych (oralnej i migowej) stosowanych w edukacji głuchych, ma specyficzny status. Specyfika tego statusu polega na równoczesnym dwubiegowym ujmowaniu systemu miganego: z jednej strony w kategoriach systemu komunikacyjnego niskiego statusu, z drugiej – na przypisywaniu mu roli niewspółmiernej do statusu. Genezy niskiego statusu można dopatrywać się w kilku czynnikach, wśród których za najważniejsze można uznać:

- negatywny stosunek do metod manualnych osób preferujących nauczanie oralne głuchych i słabosłyszących (stosunek ten jest ukierunkowany na metody manualne w ogólności, bez wskazań na konkretne metody, czyli zarówno system migany, jak i polski język migowy);
- manipulacje w zakresie statusu językowego systemu miganego i polskiego języka migowego, np.: mylenie terminów, deprecjonowanie polskiego języka migowego, błędne określanie systemu miganego jako języka, co wynika nie tylko z powierzchowności zainteresowań problematyką komunikacji w aspekcie głuchoty, ale też jest wynikiem transmisji wzorców światopoglądowo-językowych, płynących z całokształtu edukacji ukierunkowanej oralnie na język polski;
- odcinanie się osób głuchych posługujących się polskim językiem migowym od systemu miganego oraz propagowanie wiedzy o różnicach między tymi dwoma metodami komunikacyjnymi.

Genezy przeszacowania roli systemu miganego można szukać w powszechnym funkcjonowaniu w społecznej świadomości mitu systemu miganego jako języka, uniwersalności (jednorodności) języka migowego (Markowicz 1989, Pietrzak 1993, Tomaszewski 1999) bądź braku umiejętności odróżnienia systemu miganego od polskiego języka migowego z powodu luk w wiedzy czy w świadomym preferowaniu ideologii nieadekwatnej do aktualnej wiedzy naukowej. Istotna jest też jednoczesna powszechność posługiwania się systemem migowym w ośrodkach szkolno-wychowawczych dla głuchych, głównie wśród nauczycieli, niewspółmierna do potrzeb głuchych uczniów.

Systemy migane zostały stworzone do szczególnych zastosowań, zwykle edukacyjnych, zaś ich zasadniczym celem jest wspomaganie rozwoju umiejętności mowy i pisma u głuchych dzieci (Kyle i in. 1988, Paul, Quigley 1990). U źródeł powstania systemów miganych legło założenie, że są one lepszym od czystej metody oralnej narzędziem do kształtowania umiejętności w zakresie języka polskiego i mowy (Szczepankowski 1999, Tomaszewski, Rosik 2002). Można zatem powiedzieć, że system migany jest obecnie czymś pośrednim między językiem polskim a polskim językiem migowym, swoistą hybrydą dwóch języków. W literaturze anglojęzycznej można napotkać określenia sugerujące hybrydową budowę systemów miganych, np.: *hybrid communication system* (LeMaster, Monaghan 2007), *hybridized form of English/sign language* (Marschark 1997) czy też *hybrid system* (Marschark 2007). Jednak nie jest to oczywiste – charakter mieszanki językowej ma też pidżyn (Woodward 1990), który występuje również w Polsce (Tomaszewski, Rosik 2002)

Amerykańskie badania porównujące efektywność nauczania głuchych metodą manualną (systemem migowym w podejściu komunikacji totalnej) i metodą oralną wskazały na osiąganie lepszych wyników w nauce z wykorzystaniem form zawierających miganie (Brasel, Quigley 1977; Moores i in. 1978). Badania dotyczące kształcenia z wykorzystaniem systemów migowych dały jeszcze jeden zaskakujący rezultat. Okazało się, że wraz ze wzrostem kompetencji i biegłości posługiwania się systemem migowym wzrastała tendencja do piżynizacji języka (Kluwin 1981, Strong, Charlson 1987). Wracając do manualnych metod komunikacji, trzeba zaakcentować, że badania porównujące efektywność kształcenia za pomocą systemów miganych z kształceniem zgodnym z podejściem dwujęzycznym (język migowy jako pierwszy język dziecka) wypadają zdecydowanie na korzyść dwujęzycznego (Chamberlain, Mayberry 2000; Hoffmeister 2000; Padden, Ramsey 2000; Strong, Prinz 1997, 2000).

Obecnie bardzo trudno jest stwierdzić, czy w przyszłości system migany będzie pośrednikiem między wspomnianymi dwoma głównymi podejściami komunikacyjnymi w nauczaniu głuchych, czyli – inaczej mówiąc – czy w przyszłości edukacja oralna realizowana za pomocą systemu miganego będzie miała identyczne znaczenie jak obecnie. Przy potencjalnym, choć z różnych powodów trudnym do przewidywania, rozpowszechnieniu się nauczania dwujęzycznego z wykorzystaniem polskiego języka migowego jest możliwe, że przynajmniej w szkołach dla głuchych funkcję pośredniczącą pełnić będzie pidżyn, jednak – jak dowodzą amerykańskie badania (Woodward 1972, 1973; Lee, Lucas, Valli, 1979, 1991, 1992, za: Hauser 1997) interakcje między użytkownikami języka migowego i narodowego mogą przybrać zarówno formę pidżynu, systemu miganego lub *contact sign* (taka modyfikacja języka migowego, by bardziej przypominał język narodowy) (por. też Tomaszewski 2001, Tomaszewski, Rosik 2002).

Prognozy dotyczące przyszłości systemu miganego dokonać można poprzez analizę potencjalnych obszarów zastosowań oraz perspektyw rozwoju systemu.

Potencjalne obszary zastosowań oraz perspektywy rozwoju systemu miganego

Wyraźne wyodrębnienie kategorii systemu miganego sprawia, że warto zastanowić się nad możliwościami jego zastosowań w praktyce surdopedagogicznej oraz pozostałych nauk wykorzystujących wiedzę o głuchocie. Potencjalnymi obszarami użytkowania systemu miganego mogą zatem być:

- zastosowanie systemu miganego w dotychczasowej postaci, czyli jako głównego narzędzia do komunikacji między słyszącymi nauczycielami a dziećmi i młodzieżą słabosłyszącą bądź głuchą, uczącą się w szkołach specjalnych dla głuchych (zastosowanie podtrzymujące obecny status quo);
- zastosowanie systemu miganego jako narzędzia wspomagającego komunikację ze słabosłyszącymi, głównie w placówkach integracyjnych (zastosowanie jako forma komunikacji wspomagającej);

- narzędzie tzw. pierwszego kontaktu w komunikacji w różnego typu instytucjach publicznych i prywatnych, gdzie dostęp do tłumacza polskiego języka migowego jest utrudniony bądź wręcz niemożliwy (zastosowanie we wszelkich formach kontaktów społecznych słabosłyszących i głuchych ze słyszącymi).

Nie ulega wątpliwości, że potencjalne obszary zastosowań systemu miganego będą zależały od kształtu systemu kształcenia głuchych w Polsce, który być może ewoluje w kierunku nauczania dwujęzycznego (nauczanie w polskim języku migowym jako języku pierwszym) (Czajkowska-Kisil 2006; Tomaszewski 1999, 2000, 2001, 2005; Tomaszewski, Rosik 2002), co zależy od rozwiązań legislacyjnych oraz aktywności osób zaangażowanych w działania na rzecz polskiego języka migowego (głównie organizacja kursów polskiego języka migowego, inicjatywy instytucjonalne, popularyzacja wiedzy o polskim języku migowym oraz rozwoju badań nad efektywnością nauczania tego języka).

Istotne jest też, w jakim kształcie prezentować się będą proporcje między systemem miganim a polskim językiem migowym w konkretnych obszarach działań instytucjonalnych (edukacja, służba publiczna, media, biznes itp.).

Zależnie od ustabilizowania się powszechnie akceptowalnych obszarów zastosowania systemu miganego może on ulegać naturalnej ewolucji. Proces ten może przebiegać w kilku wymiarach.

Możliwa jest unifikacja znaków systemu miganego z polskim językiem migowym, co mogłoby umożliwić potencjalne zastosowanie systemu jako komponentu edukacyjnego w nauczaniu dwujęzycznym. Taka unifikacja umożliwiłaby zmniejszenie chaotycznej przestrzeni znaczeń, dzielącej obecnie system migany od polskiego języka miganego, większą kompatybilność między systemem miganim i polskim językiem migowym pod kątem znaczenia – tam, gdzie jest to wykonalne – poszczególnych migów. Spójność znaczeń znaków migowych ułatwiłaby porozumiewanie się wszystkim tym, którzy z różnych przyczyn mają potrzebę komunikacji międzykulturowej, lecz jednocześnie nie chcą zgłębiać języka polskiego lub polskiego języka migowego i poprzestają na poziomie systemu miganego lub pidżynu.

Przewidywane szerokie zastosowanie systemu miganego implikuje konieczność rozbudowy obecnych zbiorów znaków o określone pozycje będące przedmiotem zainteresowań instytucji zainteresowanych korzystaniem z tego środka komunikacji.

Zakończenie

Mimo proponowanej klarownej separacji systemu miganego od polskiego języka migowego należy pamiętać, że jest on obecnie jedną z trzech głównych kategorii komunikacji z osobami głuchymi, a w Polsce ma on niezwykle silną pozycję, niepozwalającą na szybkie zmiany status quo.

Trzeba mimo wszystko zaznaczyć, że nie ma powodu deprecjonować znaczenia systemu miganego, jeśli w danym układzie komunikacyjnym skutecznie spełnia swoje zadanie, czyli zapewnia efektywną, sprawną i zrozumiałą komu-

nikację. Nie ulega wątpliwości, że obecny status sytemu miganego musi być zmieniony, system zaś dostosowany do realnych potrzeb wykorzystania go w komunikacji, ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji w edukacji.

Nie oznacza to, że system migany należy negować, chociaż takie tendencje pojawiają się wśród części użytkowników polskiego języka migowego. Pozostają na stanowisku, że system migany jest ważny, potrzebny oraz istnieją przesłanki do tego, by go rozwijać. Zastosowanie tej metody komunikacyjnej powinno być jednak bardziej zgodne z rzeczywistymi potrzebami osób głuchych i słabosłyszących.

Bibliografia

- Brasel, K.E., Quigley, S.P. (1977). Influence of certain language and communication environments in early childhood on the development of language in deaf individuals. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 20(1).
- Chamberlain, C., Mayberry, R.I. (2000). Theorizing about the relation between american sign language and reading. W: C. Chamberlain, J.P. Morford, R.I. Mayberry (red.), *Language acquisition by eye*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Czajkowska-Kisil, M. (2006). Dwujęzyczne nauczanie głuchych w Polsce. *Szkoła Specjalna*, 4.
- Farris, M. (1994). Sign language research and polish sign language. *Lingua Posnaniensis*, 36.
- Hauser, P.C. (1997). American sign language and cued English. W: C.L. Ramsey, (red.), *Deaf children in public schools: placement, context, and consequences*. Washington: Gallaudet University Press.
- Hoffmeister, R.J. (2000). A piece of the puzzle: Asl and reading comprehension in deaf children. W: C. Chamberlain, J.P. Morford, R.I. Mayberry (red.), *Language acquisition by eye*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Holting, N., Slobin, D.I. (2002). What a deaf child needs to see: Advantages of a natural sign language over a sign system. W: R. Schulmeister, H. Reinitzer (red.), *Progress in sign language research: in honor of Siegmund Prillwitz*. Hamburg: Siglum.
- Kluwin, T. (1981). The grammaticality of manual representations of english in classroom settings. *American Annals of the Deaf*, 126(4).
- Kyle, J.G., Woll, B., Pullen, G., Maddix, F. (1988). *Sign language: the study of deaf people and their language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LeMaster, B., Monaghan, L. (2007). Variation in sign languages. W: L. Monaghan, J. Goldman (red.), *A cultural approach to interpersonal communication: essential readings*. Wiley-Blackwell.
- Markowicz, H. (1989). Myths about american sign language. W: H. Lane, F. Grosjean (red.), *Recent perspectives on American Sign Language*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Marschark, M. (1997). *Raising and educating a deaf child*. Oxford University Press.
- Marschark, M. (2007). *Raising and educating a deaf child: a comprehensive guide to the choices, controversies, and decisions faced by parents and educators*. New York: Oxford University Press.
- Moore, D.F., Weiss, K.L., Goodwin, M.W. (1978). Early education programs for hearing-impaired children: major findings. *American Annals of the Deaf*, 123(8).
- Padden, C., Ramsey, C.P. (2000). American sign language and reading ability in deaf children. W: C. Chamberlain, J.P. Morford, R.I. Mayberry (red.), *Language acquisition by eye*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Paul, P.V., Quigley, S.P. (1990). *Education and deafness*. New York: Longman.
- Pietrzak, W. (1993). Głusi – mity i fakty. *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*, 1–2.

- Saussure, F.de (2002). *Kurs językoznawstwa ogólnego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Strong, M., Charlson, E.S. (1987). Simultaneous communication: are teachers attempting an impossible task? *American Annals of the Deaf*, 132(6).
- Strong, M., Prinz, P.M. (1997). A study of the relationship between american sign language and english literacy. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2.
- Strong, M., Prinz, P.M. (2000). Is american sign language related to english literacy? W: C. Chamberlain, J.P. Morford, R.I. Mayberry (red.), *Language acquisition by eye*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Szczepankowski, B. (1966). *System migowo-językowy na kursach języka migowego I stopnia*. Warszawa: ZW CRS.
- Szczepankowski, B. (1999). *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa: WSiP.
- Świdziński, M. (1998). Bardzo wstępne uwagi o opisie gramatycznym polskiego języka migowego. *Audiofonologia*, 12.
- Tomaszewski, P. (1999). Depatologizacja głuchoty: droga do dwujęzyczności i dwukulturowości w wychowaniu dziecka głuchego. W: R. Ossowski (red.), *Kształcenie specjalne i integracyjne. Materiały z konferencji, Kościelisko, 11–13 marca 1999*. Warszawa: MEN.
- Tomaszewski, P. (2000). Rozwój językowy dziecka głuchego: wnioski dla edukacji szkolnej. *Audiofonologia*, 16
- Tomaszewski, P. (2001). Sign language development in young deaf children. *Psychology of Language and Communication*, 5(1).
- Tomaszewski, P. (2005). Mówić czy migać? prawo dziecka głuchego do wychowania dwujęzycznego. W: D. Gorajewska (red.), *Spółczesność równych szans: Tendencje i kierunki zmian*. Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji.
- Tomaszewski, P., Rosik, P. (2002). Czy polski język migowy jest prawdziwym językiem? W: Z. Tarkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Człowiek wobec ograniczeń*. Lublin: Orator.
- Woodward, J. (1990). Sign english in the education of deaf students. W: H. Bornstein (red.), *Manual communication: implications for education*. Washington: Gallaudet University Press.

JOLANTA SOBCZAK
SOSW, Nowy Sącz

**ORGANIZACJA I FUNKCJONOWANIE
WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA
W SPECJALNYM OŚRODKU
SZKOLNO-WYCHOWAWCZYM W NOWYM SĄCZU**

Interwencja to wtrącanie się, włączanie się w jakąś sprawę w celu wniesienia zmiany (*Podręczny słownik...* 1996, s. 282). Nieprawidłowości w rozwoju małych dzieci wymagają interwencji, by złagodzić skutki obserwowanych u nich zaburzeń bądź wyeliminować je. Wczesna interwencja obejmuje takie

dziedziny, jak: medycyna, psychologia, neurologopedia, a także pedagogika specjalna.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka to oddziaływanie terapeutyczne, które powinno być skierowane na dziecko i dostosowane do jego potrzeb oraz możliwości psychofizycznych i możliwości oraz predyspozycji rodziców. Jego celem jest usprawnianie w zakresie logopedii, rehabilitacji, neurologopedii oraz stosowanie innych ćwiczeń ogólnorozwojowych w zależności od potrzeb dziecka i rodziny.

Analizując założenia i realizację programu rządowego (przewidzianego na lata 2005–2007) *Wczesna wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie*, wnioskować można, że współpraca Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz instytucji pozarządowych przyniosła pozytywne rezultaty. Ważne stało się, że w tym przedsięwzięciu uczestniczyli praktycy i teoretycy różnych dziedzin.

„Wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc – to równoczesne, uzupełniające się wzajemne oddziaływanie medyczno-rehabilitacyjno-terapeutyczne, czyli inaczej wczesna interwencja, oraz działanie rewalidacyjno-wychowawcze, czyli wczesne wspomaganie rozwoju dziecka objęte jednym programem wspólnie opracowanym” (Cytowska, Wilczur 2008, s. 16–17). Bardzo ważne w tych działaniach jest wsparcie udzielane rodzicom i rodzinie w nabywaniu przez nich umiejętności postępowania z dzieckiem w zakresie określonym przez indywidualny program wczesnego wspomagania. W związku z tym, mówiąc najkrócej, celem wczesnego wspomagania rozwoju dziecka jest pobudzanie ruchowe, poznawcze, emocjonalne i społeczne od chwili wykrycia u niego niepełnosprawności do czasu podjęcia nauki w szkole z zastosowaniem systemowych rozwiązań dotyczących świadczenia wielozakresowej pomocy rodzinie (m.in. zdrowotnej, edukacyjnej, wychowawczej, psychologicznej, materialnej i prawnej). Rola rodziny, pomoc i wskazówki specjalistów powinny być w procesie wczesnej interwencji szczególnie docenione.

We wrześniu 2006 r. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Nowym Sączu otrzymał od prezydenta miasta nowe zadanie do realizacji, a mianowicie organizację wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Najważniejsze wówczas było dla nas zapoznanie się z przepisami prawnymi i nawiązanie współpracy z innymi, doświadczonymi w tym zakresie placówkami. Następnym krokiem było zorganizowanie szkoleń dla kierownictwa SOSW i rady pedagogicznej w celu zdobycia wiedzy na temat prawidłowej organizacji, metod pracy z małymi dziećmi, prowadzenia dokumentacji. Najważniejsze dla mnie jako dyrektora odpowiedzialnego za podjęcie się realizacji tego zadania było to, aby rozpocząć pracę w sposób profesjonalny.

Po wstępnych przeszkoleniach, zapoznaniu się z literaturą dokonałam analizy kwalifikacji zatrudnionych specjalistów. Pod uwagę wzięłam ich wykształcenie, doświadczenie zawodowe i zaangażowanie. Następnie powołałam zespół, w skład którego weszli: psycholog, pedagog, oligofrenopedago-

dzy, surdopedagodzy, tyflopedagog, logopedzi, neurologopedia, rehabilitant. Razem z zespołem wprowadziliśmy do aneksu statutu SOSW zapis o realizacji tego zadania i opracowaliśmy regulamin, czyli wewnętrzne procedury organizacji i funkcjonowania wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w naszej placówce.

Naszą nową działalność rozpoczęliśmy z grupą 16 dzieci. Od 1 stycznia 2007 r. liczba dzieci zwiększyła się do 24, a pod koniec czerwca objętych wczesnym wspomaganie było 43 dzieci i ich rodzin. Opracowaliśmy dokumenty konieczne do poznania dziecka i rejestracji jego postępów:

- kartę dziecka,
- kwestionariusz wywiadu środowiskowego,
- kwestionariusz diagnostyczny,
- kartę mowy dziecka (dla logopedy),
- arkusz sprawozdawczy postępów dziecka.

Teczka każdego dziecka zawierała ponadto:

- harmonogram pracy z dzieckiem,
- harmonogram współpracy z rodzicami,
- zasady współpracy z rodzicami,
- dokumenty medyczne (jeżeli dziecko je miało).

Dla każdego dziecka zespół opracowywał program terapeutyczny, który – skrupulatnie realizowany i modyfikowany według potrzeb – pozwalał na wprowadzenie zmian w pracy z dzieckiem i jego rodziną. W praktyce okazywało się bowiem, że niektóre dzieci objęte terapią indywidualną potrzebowały zajęć grupowych i odwrotnie. Nasz system diagnozy, głębokiej i systematycznej obserwacji oraz analizy sytuacji dziecka sprawdził się i przynosił pozytywne rezultaty.

Indywidualny program terapeutyczny dostosowany jest do potrzeb każdego dziecka, a jego treści zależą od rodzaju i stopnia niepełnosprawności dziecka oraz specjalności terapeuty. Najczęściej zawiera następujące elementy:

- nawiązywanie kontaktów społecznych,
- rozwijanie percepcji wzrokowej, pamięci wzrokowej oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej,
- ćwiczenia percepcji słuchowej,
- ćwiczenia orientacji przestrzennej i kierunkowej,
- ćwiczenia motoryki dużej i małej.

Do realizacji zajęć przygotowano salę zaopatrzoną w specjalistyczne pomoce dydaktyczne (np. gry, układanki, nawlekanki, piaskownicę, domki manipulacyjne, materace itp.), jak również programy komputerowe (np. *Zwierzaki*, *Mówiące obrazki*, *Cztery pory roku z Tosią*, *Terapia osób z dysartrią*, *Kwestionariusz obrazkowy*).

Specjaliści korzystali w swojej pracy z istniejącej pracowni logopedycznej, nowoczesnie wyposażonej sali rehabilitacyjnej, gabinetu terapii audio-psycho-lingwistycznej, tzw. sali doświadczania świata, sali zabaw z suchym basenem. Do zajęć grupowych zespół dobierał dzieci przede wszystkim według podanych w diagnozie niepełnosprawności i potrzeb. Bywało, że po pewnym czasie dobór dzieci okazywał się nietrafny, wtedy – na podstawie

diagnozy i obserwacji specjalistów– zmieniano skład grupy lub organizowano dla dziecka terapię indywidualną. Zdarzało się również, że dzieci zakwalifikowane do zajęć indywidualnych lepiej mogły funkcjonować zespołowo; włączano je wówczas do grupy, która zgodnie z rozporządzeniem liczyła od 2 do 3 podopiecznych. Specjaliści podczas terapii z dziećmi i ich rodzinami zgodnie się uzupełniali i współpracowali ze sobą.

Liczba dzieci od 1 września 2007 r. znacznie wzrosła (do 54), w związku z tym wzrosły nasze pedagogiczne ambicje. Zrozumienie potrzeby lepszego przygotowania i wzbogacenia bazy oraz większa wiedza na ten temat postawiły przed nami nowe zadania.

Troje nauczycieli podjęło się uzupełnienia kwalifikacji na studiach podyplomowych na kierunku wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i troje na neurologopedii. Utworzyliśmy pracownię komunikacji alternatywnej, w której niektóre dzieci po diagnozie poddawane są terapii. Uzupełniliśmy bazę dydaktyczną np. o: *Logopedię – Digital Poland*, *Zeszyty Cieszyńskie*, pomoce dla dzieci niewidzących, zabawki, materace, domki manipulacyjne, komputery. Doposażyliśmy salę doświadczania świata, a przede wszystkim utworzyliśmy i wyposażyliśmy dodatkowe dwie sale do prowadzenia terapii, w których dzieci i rodzice oraz prowadzący zajęcia czują się bezpiecznie i komfortowo. Terapeuci uczestniczyli w szkoleniach i kursach, uzupełniając swoją wiedzę i umiejętności. Doświadczeniem wspierali nowych pracowników, organizując zespoły samokształceniowe i podejmując się nowych zadań. Praktyka pokazała, że niektóre kwestionariusze stosowane do poznania i diagnozy dziecka nie były wystarczająco dobre, gdyż dawały za mało informacji o nim. Nowy druk służący do przeprowadzania wywiadu z rodzicami zawierał pytania dotyczące:

- Dziecka (dane osobowe, stan zdrowia, choroby przebyte, leczenie bieżące).
- Przebiegu ciąży i porodu (choroby przebyte przez matkę, choroby genetyczne w rodzinie, poród, stan dziecka po porodzie, diagnoza lekarska).
- Rozwoju w okresie niemowlęcym i ponimowlęcym (stan dziecka w poszczególnych stadiach rozwoju psychoruchowego).
- Środowiska rodzinnego dziecka (informacje o rodzicach, rodzeństwie, osobach znaczących dla dziecka).
- Obecnego stanu rozwoju dziecka (w różnych sferach rozwoju psychoruchowego).
- Zachowania dziecka (podczas funkcjonowania w rodzinie, zabawy, w kontaktach z domownikami, rówieśnikami, osobami obcymi).
- Pobytu dziecka w innych placówkach (żłobku, przedszkolu, klasie wstępnej).
- Oczekiwań rodziców wobec placówki, kadry.

Ważne jest, aby wywiad przeprowadzany z rodziną nie miał charakteru przesłuchania. Nie powinno się również uzupełniać arkusza wywiadu w obecności rodziców, opiekunów. Nie musimy uzyskiwać wyczerpujących informacji przy pierwszej rozmowie z rodzicami, więc dzielimy rozmowę na parę etapów, żeby rodzice nie czuli dyskomfortu i ich odpowiedzi były szczerze. Nawiązanie dobrej współpracy z rodzicami jest bardzo ważne w pracy nad wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka. Dalszy etap pracy z rodziną dziecka polega bowiem na:

- Dodaniu do planu dnia rodziny celowej i dobrze zorganizowanej terapii prowadzonej przez specjalistów i opiekunów.
- Zapobieganiu powstania u rodziców niekorzystnych mechanizmów obronnych, które utrudniają wgląd w sytuację realną, funkcjonowanie rodziny, jej postępowanie terapeutyczne oraz wychowawcze wobec dziecka.
- Tworzeniu więzi między członkami rodziny.

Najważniejsza w pracy przy wczesnym wspomaganie jest pomoc dziecku w likwidowaniu jego niepełnosprawności bądź usprawnianiu jego najmocniejszych stron, dlatego należy doskonalić warsztat diagnostyczny. Daje on terapeutom możliwość oceny postępów dziecka i określenia kierunków dalszego działania w zakresie terapii. W związku z tym opracowaliśmy również nowy arkusz diagnostyczny, który określa:

- sprawności motoryczne – dla fizjoterapeuty,
- percepcję,
- rozwój poznawczy,
- koordynację wzrokowo-ruchową,
- rozwój społeczno-emocjonalny,
- zakres samodzielności,
- rozumienie mowy.

Logopedzi w celu właściwej i systematycznej analizy postępów logopedycznych wprowadzili nową kartę rozwoju mowy. Zawiera ona przede wszystkim:

- Informacje na temat mowy biernej (jak np. reagowanie na dźwięki, wykonywanie poleceń, identyfikowanie rzeczy, możliwość skupiania i koncentracji uwagi).
- Informacje na temat mowy czynnej (jak np. wydawanie i naśladowanie dźwięków i sylab, wokalizacja słów, nazywanie przedmiotów, zadawanie pytań, odpowiadanie na pytania, sposób wypowiedzania się).
- Uwagi.

W roku szkolnym 2008/2009 niektórzy nasi podopieczni rozpoczęli naukę w szkole masowej, inni w klasach integracyjnych i niewielka grupa trafiła do szkoły specjalnej SOSW. Przybyli nowi, najczęściej bardzo mali, uczestnicy terapii. Było ich w drugim półroczu prawie 100. W tym okresie uruchomiliśmy nowe pomieszczenie do prowadzenia terapii – salę integracji sensorycznej, w której zarówno zdiagnozowane odpowiednio dzieci, jak i terapeuci chętnie pracują. Duża grupa naszych pracowników wzięła udział w szkoleniu w zakresie Diagnostyki Monachijskiej. Kupiliśmy test do diagnostyki tą metodą i myślę, że nasze dzieci po tak głębokim badaniu będą mogły być usprawniane jeszcze lepiej, a ich rodzice będą mogli dokładnie obserwować postępy swoich pociech i jednocześnie bardziej angażować się w realizację planów terapeutycznych, obserwując bardzo przejrzyste wyniki diagnostyki.

Bardzo ważna we wspomaganie małych dzieci i ich rodzin jest rola psychologa. W związku z tym dbamy o to, żeby dzieci były pod jego opieką. Psycholog uczestniczy więc w różnych zajęciach terapeutycznych, obserwuje i diagnozuje dzieci na wniosek prowadzących terapeutów w celu dokonania zmian w planie terapeutycznym, jeżeli jest taka potrzeba, i oczywiście w celu

zdobycia nowej wiedzy na temat dziecka. Istotne jest również organizowanie dla rodziców spotkań grup wsparcia. Uczestniczy w nich coraz więcej zainteresowanych. Początki były trudne, ale w tej chwili możemy być z siebie zadowoleni, ponieważ rodzice na tych spotkaniach integrują się, wymieniają doświadczenia, zdobywają wiedzę o swoim dziecku i o wspomaganiu jego rozwoju.

Bibliografia

- Cytowska, B., Wilczur, B. (2008). *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju dziecka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Podręczny słownik języka polskiego* (1996). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

MARTA MATASEK
Warszawa

WPŁYW METODY RUCHU ROZWIJAJĄCEGO WERONIKI SHERBORNE NA ROZWÓJ SPOŁECZNY DZIECI Z WADĄ SŁUCHU W WIEKU PRZEDSZKOLNYM¹

Dzieciństwo jest okresem wielostronnego rozwoju dziecka. Już od pierwszych lat życia następuje jego bardzo dynamiczny rozwój umysłowy, fizyczny, a także (a może przede wszystkim) społeczny. Dziecko z wiekiem uczy się pewnych reguł postępowania oraz zwyczajów panujących w grupie, do której przynależy. Od urodzenia jest istotą społeczną, chociaż nie od razu można nazwać je partnerem społecznym. Dopiero w toku jego ogólnego rozwoju kształtuje się w nim zdolność do nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi i wchodzenia z nimi w interakcje (Żebrowska 1976).

Pierwszych umiejętności społecznych dziecko nabywa w rodzinie. Stosunek dziecka do szkoły, jego samopoczucie wśród rówieśników zależą w dużym stopniu od cech osobowości zaszczeplonych mu przez rodziców (Hurlock 1985).

W wieku przedszkolnym następuje rozszerzanie się interakcji z rówieśnikami. Znacząco wzrasta liczba kontaktów, jakie dzieci mają z innymi dziećmi, i to częściowo determinuje ich rozwój społeczny. W okresie tym dominującą aktywnością dziecka jest zabawa. Podstawowym jej celem dla dziecka jest osiągnięcie przyjemności. Wszystkie inne korzyści, jakie może nieść zabawa

¹ Na podstawie pracy magisterskiej o tym samym tytule napisanej pod kierunkiem dr Katarzyny Wereszki. APS, Warszawa 2009.

dla jednostki (sprawność fizyczna, rozwój procesów poznawczych, rozwój społeczny), nie są celem jej działania, osiąga je niepostrzeżenie (Jankowska 1985).

Metodę Ruchu Rozwijającego Weronika Sherborne stworzyła bazując właśnie na doświadczeniu zabawy. Wyprowadziła swój system terapeutyczny z naturalnych potrzeb dziecka zaspokajanych w kontaktach z dorosłymi. Inspiracją Ruchu Rozwijającego było baraszkowanie z matką, zawierające bliskość fizyczną i emocjonalne ciepło. Baraszkowanie to czysta przyjemność – zabawa, w czasie której pojawia się śmiech, powodujący spadek fizjologicznego napięcia (Olechnowicz 1999).

Metoda Ruchu Rozwijającego jest metodą wszechstronną w swym oddziaływaniu. Za pomocą tak podstawowej i naturalnej aktywności, jaką jest ruch, wpływa ona na zachowania uczestników zajęć w zakresie wszystkich sfer funkcjonowania: poznawczej, motorycznej, a przede wszystkim emocjonalnej i społecznej. Jej oddziaływanie harmonizuje rozwój psychoruchowy. Pozwala także na wyrównywanie deficytów rozwojowych związanych np. z niedojrzałością społeczną (Bogdanowicz, Kasica 2003).

Niepełnosprawność z pewnością znacząco wpływa na rozwój społeczny dziecka.

U dzieci z uszkodzonym słuchem trudności w społecznym funkcjonowaniu wynikają nie tylko z wady słuchu, ale przede wszystkim z będącego jej następstwem braku mowy dźwiękowej. Zaburzenia rozwoju mowy i komunikacji językowej mają negatywny wpływ szczególnie na sferę spostrzegania i myślenia, a także na rozwój osobowości i funkcjonowanie społeczne. Świat dziecka niesłyszącego składa się więc z fragmentarycznych informacji, którym brakuje istotnych powiązań, a zachowanie stymulowane jest głównie wrażeniami wizualnymi (Gałkowski i in. 1988). Zaburzenia dostępu do informacji skutkują także utratą poczucia bezpieczeństwa, wywołując zmiany w sposobie reagowania na innych ludzi. U dzieci z wadą słuchu często występują objawy złości i agresji w stosunku do otoczenia. Są na ogół mniej dojrzałe emocjonalnie, impulsywne i gorzej zorganizowane w swoich czynnościach (Hoffmann 2002).

Metoda Weroniki Sherborne znalazła zastosowanie także w terapii dzieci z wadą słuchu i ich rodzin. Zauważono, że jest pomocna w łagodzeniu bolesnych skutków procesu diagnozy uszkodzenia słuchu. Wspomaga rehabilitację dzieci i ułatwia nawiązywanie prawidłowych kontaktów społecznych. Ponadto terapia daje rodzicom jeszcze jedną możliwość kontaktu z dzieckiem – niewerbalny sposób komunikacji, który jest szczególnie ważny w przypadku braku porozumienia słownego (Chudoba, Krawiec 1994).

Wiedzę teoretyczną na temat wpływu metody Weroniki Sherborne na rozwój dzieci postanowiłam sprawdzić empirycznie. Moim celem było zbadanie wpływu Metody Ruchu Rozwijającego na rozwój społeczny dzieci z wadą słuchu w wieku przedszkolnym.

Poszukiwałam odpowiedzi na pytania:

- 1) jak uczestnictwo w zajęciach prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego wpływa na kontakty społeczne dziecka z kolegami i koleżankami z grupy rówieśniczej (przedszkolnej)?

- 2) jak uczestnictwo w sesjach ruchowych prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne wpływa na stosunek dziecka do grupy rówieśniczej?

Założyłam, że:

- 1) uczestnictwo w sesjach ruchowych prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego korzystnie wpłynie na kontakty społeczne dziecka z kolegami i koleżankami z grupy przedszkolnej, powodując wzrost częstości występowania zachowań pozytywnych (koleżeńskość, opiekuńczość, troskliwość, współdziałania z kolegą/ koleżanką) i spadek częstości występowania zachowań negatywnych (jak egoizm, niechęć czy agresja w stosunku do innego dziecka);
- 2) uczestnictwo w zajęciach prowadzonych tą metodą wpłynie pozytywnie na stosunek dziecka do grupy rówieśniczej (będzie ono chętnie uczestniczyło w zabawach zbiorowych, wykaże się inicjatywą oraz umiejętnością współdziałania z grupą).

Zasadność postawionych hipotez sprawdzałam w trakcie eksperymentu pedagogicznego. Badania prowadziłam w Przedszkolu dla Dzieci Niesłyszących mieszczącym się w Instytucie Głuchoniemych w Warszawie przy Placu Trzech Krzyży w 7-osobowej grupie dzieci, które raz w tygodniu uczestniczyły w zajęciach prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. Dokonałam dwóch obserwacji zachowań dzieci, a następnie porównałam ich wyniki. Przeprowadziłam wywiady z rodzicami dzieci i nauczycielką wychowania przedszkolnego.

Arkusz obserwacyjny obejmował takie zachowania, jak:

1. Chęć niesienia pomocy koledze/koleżance.
2. Opiekuńczość wobec kolegi/koleżanki.
3. Chęć dzielenia się zabawkami z kolegą/koleżanką.
4. Okazywanie niechęci wobec kolegi/koleżanki.
5. Egoizm wobec kolegi/koleżanki.
6. Agresja wobec kolegi/koleżanki.
7. Zainteresowanie działalnością grupy (rówieśniczej).
8. Chęć włączania się w działania grupowe.
9. Przewodnictwo w grupie rówieśniczej.
10. Chęć dzielenia się zabawkami z innymi dziećmi.
11. Skłonność do zaczepiania innych dzieci i przeszkadzania im w zabawie.
12. Skłonność do samotnych zabaw.
13. Uczestnictwo w zabawach grupowych.

Wymienione zachowania zostały rozpisane według częstości występowania w celu zunifikowania danych. Posłużyłam się skalą od 1 do 5, gdzie kolejne cyfry oznaczają:

- 1 – zachowanie nigdy nie występuje,
- 2 – zachowanie rzadko występuje,
- 3 – zachowanie czasami występuje,
- 4 – zachowanie często występuje,
- 5 – zachowanie zawsze występuje.

Tabela 1

Wyniki I i II obserwacji 13 zachowań

Imię dziecka	Obserwowane zachowania																									
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		(7)		(8)		(9)		(10)		(11)		(12)		(13)	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Klaudia	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	3	4	2	3	1	1	2	2	2	2	4	3	2	4
Kamila	3	4	3	4	1	2	4	4	3	3	1	1	4	5	4	5	4	4	1	2	1	1	2	2	5	5
Paulina	2	4	1	3	1	3	4	3	3	2	3	2	3	5	2	3	1	2	1	3	3	2	4	3	3	3
Sandra	4	4	4	4	2	3	3	2	2	2	1	1	4	5	4	5	2	3	2	3	2	2	3	2	4	5
Paweł	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	4	5	4	5	1	1	3	3	2	2	5	4	2	4
Maciek	1	1	1	1	1	1	4	3	4	3	4	3	2	2	2	3	1	1	1	1	5	4	5	5	1	1
Islam	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	4	2	4	1	1	2	2	4	3	5	4	2	3

Wyniki obserwacji początkowej (I) i końcowej (II) wskazują na znaczące zmiany zachowań (tabela 1). W żadnym z badanych zachowań nie zaobserwowałam negatywnych zmian u dzieci. U jednego dziecka odnotowałam poprawę wyników 12 z 13 obserwowanych zachowań. Dwoje dzieci poprawiło wyniki 8 zachowań. Tyle samo dzieci uzyskało lepsze wyniki w 6 obserwowanych zachowaniach. U jednego dziecka zauważyłam poprawę 7 zachowań i u jednego 5 zachowań.

Przeprowadzone badania potwierdziły hipotezy stawiane na początku eksperymentu. Kontakty społeczne dzieci przejawiające się w konkretnych zachowaniach uległy znacznej poprawie. Wzrosła częstość występowania zachowań pożądanых, takich jak: chęć niesienia pomocy koledze/koleżance, opiekuńczość w stosunku do kolegi/koleżanki oraz chęć dzielenia się zabawkami z kolegą/koleżanką. Spadła także częstość występowania zachowań niepożądanych, jak: okazywanie niechęci w stosunku do kolegi/koleżanki, egoizm wobec kolegi/koleżanki oraz agresja wobec kolegi/koleżanki. Co ważne, nie zanotowałam u żadnego z dzieci spadku częstości występowania zachowań pożądanых oraz wzrostu częstości występowania zachowań niepożądanych.

Uczestnictwo w zajęciach Ruchu Rozwijającego wpłynęło korzystnie na stosunek dzieci do rówieśników. Pod koniec eksperymentu stwierdziłam u nich większą otwartość na grupę rówieśniczą. Te dzieci, które dawniej bawiły się samotnie, zaczęły – same lub za namową innych dzieci lub nauczycielki – zwracać się do swoich rówieśników, proponując zabawę. Zwiększyło się zainteresowanie dzieci wspólnymi zajęciami i zabawami. Rzadziej zdarzało się, by przeszkadzały sobie nawzajem w zabawie. Stały się bardziej skłonne do dzielenia się zabawkami z rówieśnikami. Ponadto wypracowały sposób rozwiązywania problemów przez rozmowę ze sobą, a nie za pomocą przemocy czy donosów do nauczycielki na niegrzecznego kolegę czy koleżankę. Były bardziej towarzyskie i świadome swoich emocji.

Podjęłam także próbę poszukiwania powiązań między zmiennymi zależnymi a niezależnymi. Zmiennymi zależnymi były zachowania pożądane i nie-

pożądane. Wyodrębniłam zmienne niezależne, którymi były: wiek dziecka, stopień uszkodzenia słuchu, wada słuchu rodziców lub jej brak, wykształcenie rodziców oraz uczestnictwo w zajęciach prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego.

Dane zawarte w tabeli 2 nie wykazują związku między zmianami w zachowaniu dzieci a ich wiekiem. Najwięcej zmian w zachowaniu zaobserwowałam u dzieci w przedziale wiekowym od 4;2 do 5;4. Nie są to najstarsze dzieci w grupie, jednak właśnie u nich stwierdziłam największe pozytywne zmiany zachowania, istotne dla ich rozwoju społecznego. Nie znalazłam istotnych związków między zachowaniem dzieci a ich wadą słuchu. Pięcioro dzieci, u których możliwe było zdiagnozowanie uszkodzenia słuchu, miało ten sam symetryczny, głęboki niedosłuch i różne wyniki w zakresie pozytywnych zmian w zachowaniu. Nieistotny okazał się również związek między zachowaniem dzieci a wadą słuchu ich rodziców. Dzieci, u których odnotowałam największe zmiany w zachowaniu, miały zarówno słyszących, jak i niesłyszących rodziców. Nie stwierdziłam także wpływu wykształcenia rodziców na postępy w zachowaniu dzieci. Rodzice dzieci, u których zaszły największe pozytywne zmiany, mieli zróżnicowane wykształcenie: od podstawowego do wyższego. U wszystkich dzieci, które uczestniczyły w zajęciach Ruchu Rozwijającego, zaobserwowałam pozytywne zmiany w zachowaniu.

Tabela 2

Zależność między zmiennymi niezależnymi a pozytywnymi zmianami w zachowaniu dzieci

Zmienne niezależne	Klaudia	Kamila	Paulina	Sandra	Paweł	Maciek	Islam
Ubytek słuchu	głęboki UP i UL	głęboki UP i UL	głęboki UP i UL	głęboki UP i UL	głęboki UP i UL	nieznany	nieznany
Wiek dziecka	4	5;11	4;2	4;9	5;4	6;5	4;6
Wada słuchu rodziców	tak	nie	tak	tak	tak	nie	nie
Wykształcenie rodziców	zawod.	wyższe	zawod.	zawod.	zawod.	wyższe	podst.
Uczestnictwo w zajęciach Ruchu Rozwijającego	+	+	+	+	+	+	+
Liczba zachowań, które uległy poprawie	6	6	12	8	7	5	8

Pod koniec eksperymentu pedagogicznego stwierdziłam, że zmiany zachowania, jakie zaszły u dzieci, nie są spowodowane wyłącznie udziałem w zajęciach prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego. Na wzrost często-

ści występowania zachowań pozytywnych duży wpływ miało kilka czynników. Najważniejszym czynnikiem okazało się wychowanie w przedszkolu. Dzieci uczyły się zasad społecznego współżycia w czasie zajęć dydaktycznych i zabaw organizowanych w placówce. Niemała w tym zasługa samej nauczycielki wychowania przedszkolnego, która kieruje procesem uczenia się, także uczenia się kontaktów społecznych. Nie bez znaczenia dla rozwoju społecznego dziecka było wychowanie w internacie, gdzie nauką relacji społecznych kieruje wychowawca, a także inne, starsze dzieci. Starsze dzieci miały swój udział w kształtowaniu zachowań pozytywnych u badanej zbiorowości. Ważne jest, że na cotygodniowych zajęciach prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego były obecne dzieci z II klasy szkoły podstawowej z tej samej placówki. Szczególnie dziewczęta z tej klasy dawały swoim zachowaniem przykład przedszkolakom. Uczyły ich opiekuńczości, troskliwości i niesienia pomocy kolegom i koleżankom. Były dla młodszych dzieci partnerami w czasie aktywności wykonywanych w parach. Zwracały także uwagę, jeśli przedszkolaki były wobec siebie agresywne, i tłumaczyły im, jak należy rozwiązywać ich problemy.

Biorąc pod uwagę opisane czynniki można stwierdzić, że Metoda Ruchu Rozwijającego nie jest jedyną drogą do osiągnięcia sukcesów w sferze społecznego funkcjonowania dzieci. Jest doskonałą metodą wspomagającą rozwój społeczny dzieci. Jako metoda stymulująca, wspomagająca rozwój wydaje się być bardzo przydatna w pracy z dziećmi przebywającymi w instytucjach wychowania zbiorowego, jakimi są m.in. przedszkola.

Prowadzenie zajęć Metodą Ruchu Rozwijającego na poziomie wychowania przedszkolnego jest bardzo dobrym pomysłem. W naturalny sposób można pomóc dzieciom w adaptacji do przedszkola, tym samym w nawiązywaniu kontaktów z innymi dziećmi i z nauczycielem. Warto wykorzystać tę metodę u dzieci w wieku przedszkolnym także ze względu na przypadającą na ten czas znaczącą poprawę jakości kontaktów społecznych. Dzieci szczególnie szybko przyswajają sobie wzorce zachowań społecznie akceptowanych. Nie odczuwają nawet, że aktywność oparta na zabawie – baraszkowaniu wpływa również na ich rozwój. Metoda Ruchu Rozwijającego jest tak samo naturalna w swej prostocie jak zabawa, o której M. Tyszkowa (1990) pisała, że stanowi formę autoterapii dla dziecka.

Warto rozważyć włączenie do zajęć Ruchu Rozwijającego dzieci starszych, gdyż swoim zachowaniem mogą dawać przykład dzieciom młodszym. Stworzy to szansę wyprowadzenia dzieci z przypisanej im grupy i otwarcia się na innych. Przyniesie korzyści wszystkim dzieciom uczestniczącym w zajęciach.

Warto też rozszerzać grupę partnerów o starsze rodzeństwo czy rodziców dzieci. Metoda Ruchu Rozwijającego jest systemem opartym na wczesnodziecięcej zabawie rodziców z dziećmi. Powrót do źródeł metody, a więc włączenie rodziców, starszego rodzeństwa do zajęć Ruchu Rozwijającego, uważam za dobry pomysł na integrację rodziny. Uczestnictwo w zajęciach pozwoliło by dzieciom i ich rodzicom lepiej poznać się nawzajem.

Bibliografia

- Bogdanowicz, M., Kasica, A. (2003). *Ruch Rozwijający dla wszystkich*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Chudoba, U., Krawiec, M. (1994). Z doświadczeń wspomagania terapii dzieci z wadą słuchu metodą Weroniki Sherborne. *Scholasticus*, 7–8.
- Gałkowski, T., Kunicka-Kaiser, I., Smoleńska, J. (1988). *Psychologia dziecka głuchego*. Warszawa: PWN.
- Hoffmann, B. (2002). Upośledzenie słuchu a egzystencja w społeczeństwie. W: B. Latkowski, *Poradnik dla protetyków słuchu*. Łódź: Geers Akustyka Słuchu.
- Hurlock, E. (1985). *Rozwój dziecka*. Warszawa: PWN.
- Jankowska, H. (1985). *Rozwój czynności poznawczych u dzieci*. Warszawa: PWN.
- Olechnowicz, H. (1999). *U źródeł rozwoju dziecka*. Warszawa: NK.
- Tyszkowa, M. (1990). Rola zabawy tematycznej w rozwoju psychiki dziecka. *Wychowanie w Przedszkolu*, 2–3.
- Żebrowska, M. (red.). (1976). *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.

KAROLINA WIĘCKOWSKA
SP nr 275 z Oddz. Integracyjnymi, Warszawa

OBRAZ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W FILMACH RYSUNKOWYCH DLA DZIECI¹

Temat niepełnosprawności poruszany jest w mediach coraz częściej. W wielu filmach i serialach występują niepełnosprawni bohaterowie, coraz popularniejsze stają się też kampanie społeczne mające na celu przybliżenie tego zagadnienia przeciętnemu odbiorcy. Zjawisko to wiąże się z tzw. poprawnością polityczną, która swój początek ma w USA oraz w krajach Europy Zachodniej, a obecnie przenika również do Polski (np. pojawiają się programy poświęcone życiu i działalności osób niepełnosprawnych). Tendencja ta wydaje się jak najbardziej słuszna, jednak, jak wykazują badania, najczęściej zagadnienia dotyczące osób niepełnosprawnych przedstawiane są w sposób dalece od rzeczywistości odbiegający. Wiele na ten temat mówi raport zatytułowany *Od ofiary do herosa* (Stanisławski 2003) czy też badania *Model niepełnosprawności w mediach a postawy wobec osób niepełnosprawnych* (Bieganowska 2006). Programy i publikacje dotyczą-

¹ Na podstawie pracy magisterskiej pt. *Wizerunek osób niepełnosprawnych w filmach rysunkowych dla dzieci* napisanej pod kierunkiem dr hab. prof. APS Jadwigi Kuczyńskiej-Kwapisz. UKSW, Warszawa 2008.

ce niepełnosprawności nacechowane są najczęściej stereotypowym podejściem i zawierają wiele błędów czy wypaczeń, które dość boleśnie dotyczą osoby zainteresowane. Nie jest tajemnicą, że dzieci mają obecnie nieograniczony dostęp do mediów i często z tej możliwości korzystają. Media uczą i bawią, a przy tym są niezwykle atrakcyjną formą przekazu, nic więc dziwnego, że dzieci najchętniej przed telewizorami czy komputerami spędzają wolny czas.

Młode pokolenie XXI w. wychowuje nie tylko szkoła i rodzice, ale także media. Moment zetknięcia się z danym typem mediów (najczęściej telewizją oraz komputerem/internetem) zależy nie tyle od przyzwolenia rodziców/opiekunów, ile od chwilowej zachcianki dziecka. Wiadomości, które dzieci uzyskują za pomocą tych środków, są im przedstawiane w sposób bardzo atrakcyjny i łatwy do przyswojenia. Biorąc pod uwagę to, że temat niepełnosprawności do tej pory jest dość kontrowersyjny i niejednokrotnie trudny do poruszenia przez rodziców czy nawet nauczycieli, można przypuszczać, że prawdopodobnie nie zostanie on podjęty przez dorosłych w swobodnej rozmowie. Mass media stanowią więc to ze źródeł, dzięki któremu najmłodszy mają szansę zdobyć informacje na temat tego zagadnienia i ustosunkować się do nich. Z tego powodu postanowiłam przebadać pod tym kątem filmy przeznaczone dla najmłodszych odbiorców. W badaniach chciałam sprawdzić, w jaki sposób temat niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych został ujęty w filmach rysunkowych przeznaczonych dla najmłodszych widzów. Interesowało mnie też to, czy zostały powielone błędy, które najczęściej pojawiają się przy kreowaniu wizerunku osób niepełnosprawnych w mediach w ogóle. Po analizie badań dotyczących tego zagadnienia za najważniejsze nieprawidłowości uznałam:

1. Temat niepełnosprawności jest podejmowany w mediach rzadko.
2. Niepełnosprawność jest ukazywana w odrębnych programach dotyczących ściśle tej tematyki – raczej nie pojawia się w programach, audycjach, artykułach przeznaczonych dla szerszego grona odbiorców.
3. Programy telewizyjne poruszające ten temat są emitowane w godzinach niskiej oglądalności.
4. Wciąż pokutują stereotypy biednego kaleki oraz herosa.
5. Niepełnosprawność ukazywana jest bardziej dramatycznie, niż odczuwają ją sami zainteresowani.
6. Niepełnosprawność wiąże się z dramatem przystosowania się do życia w społeczeństwie.
7. Niepełnosprawność to problem psychiczny jednostki (to w niej tkwi źródło wszelkich trudności, z jakimi się boryka), a nie problem społeczny spowodowany brakiem wiedzy, tolerancji itp. ze strony środowiska.
8. Osób niepełnosprawnych nie ukazuje się na tle wydarzeń życia codziennego i problemów charakterystycznych dla przeciętnego człowieka (chyba że problemy te związane są z upośledzeniem).
9. Role osób niepełnosprawnych w filmach odgrywane są przez pełnosprawnych aktorów.

Badanie przeprowadziłam za pomocą techniki analizy materiału filmowego, będącej sposobem obiektywnego, systematycznego i ilościowego opisu jawnej treści przekazów informacyjnych (Pilch, Bauman 2001, s. 100). Wyróż-

nia się trzy sposoby analizy materiału symbolicznego:

1. Badacz interesuje się cechami samej treści.
2. Badacz, wychodząc z analizy treści, próbuje formułować wnioski o auto-rze przekazu.
3. Badacz interpretuje treść, by dowiedzieć się o odbiorcach treści bądź o skutkach jej oddziaływania.

Skupiłam się przede wszystkim na analizie treści przekazu, ale także starałam się wyciągnąć wnioski dotyczące skutków takiego przedstawienia problemu. Interesowało mnie to, w jaki sposób są przedstawieni wybrani bohaterowie, jakie były ich losy, a przede wszystkim – w jaki sposób został ukazany problem niepełnosprawności, jakie były jej przyczyny, jak bohater odczuwa własną niepełnosprawność, jak układają się jego stosunki interpersonalne, jak jest spostrzegany przez innych, czy upośledzenie powoduje jakies dodatkowe problemy, z którymi nie muszą borykać się sprawni bohaterowie.

Wybrane przeze mnie filmy to produkcje ukazujące się zarówno w kinach, jak i na małym ekranie na przełomie lat 1996/2007. Dodać należy, że postacie niepełnosprawne odnaleźć można także w serialach rysunkowych, takich jak *Sonic X* oraz *X-Men*, emitowanych przez stacje dla dzieci dostępne w pakiecie wielu telewizji kablowych, jednak ja skupiłam się jedynie na filmach pełnometrażowych. W wyborze produkcji kierowałam się przede wszystkim własnym doświadczeniem – temat zainteresował mnie kilka lat temu, kiedy zaczęłam dostrzegać postacie niepełnosprawne w oglądanych przez siebie bajkach.

Lista bohaterów oraz filmów, które poddałam analizie:

1. NEMO (bohater niepełnosprawny ruchowo)

Tytuł: *Gdzie jest Nemo?*

Tytuł oryginalny: *Finding Nemo*

Reżyseria: Andrew Stanton, Lee Unkrich

Scenariusz: Andrew Stanton

Wytwórnia filmowa: Walt Disney Pictures i Pixar Animation Studios

Rok premiery: 2003

Czas trwania: 101 minut

Kraj: USA

2. GARRETT (bohater niewidomy)

Tytuł: *Magiczny miecz – legenda Camelotu*

Tytuł oryginalny: *Quest for Camelot*

Reżyseria: Frederik Du Chau

Scenariusz: Jacqueline Feather, David Seidler

Wytwórnia filmowa: Warner Bros

Rok premiery: 1998

Czas trwania: 82 minuty

Kraj: USA

3. COLLIN CRAVEN (bohater niepełnosprawny ruchowo/upośledzenie wtórne)
Tytuł: *Tajemniczy ogród*
Tytuł oryginalny: *The secret garden*
Reżyseria: Sara Bleick
Wytwórnia filmowa: ABC Distribution Company
Czas trwania: 75 minut
4. CIASTEK (bohater niepełnosprawny ruchowo)
Tytuł: *Shrek*
Reżyseria: Vicky Jenson, Andrew Adamson
Scenariusz: Roger S.H. Schulman, Joe Stillman
Dystrybutor: Dream Works
Rok premiery: 2001
Czas trwania: 95 minut
Kraj: USA
- Tytuł: *Shrek 2*
Reżyseria: Andrew Adamson, Kelly Asury
Scenariusz: J. David Stem, William Steig
Wytwórnia filmowa: Dream Works
Rok premiery: 2004
Czas trwania: 105 minut
Kraj: USA
- Tytuł: *Shrek Trzeci*
Tytuł oryginalny: „Shrek the Third”
Reżyseria: Raman Hui, Chris Miller
Scenariusz: David N. Weiss, J. David Stem
Wytwórnia filmowa: Dream Works
Rok premiery: 2007
Czas trwania: 89 minut
Kraj: USA
5. TRZY ŚLEPE MYSZKI (bohaterowie niewidomi)
Tytuł: *Shrek*
Reżyseria: Vicky Jenson, Andrew Adamson
Scenariusz: Roger S.H. Schulman, Joe Stillman
Dystrybutor: Dream Works
Rok premiery: 2001
Czas trwania: 95 minut
Kraj: USA
- Tytuł: *Shrek 2*
Reżyseria: Andrew Adamson, Kelly Asury
Scenariusz: J. David Stem, William Steig

Wytwórnia filmowa: Dram Works
Rok premiery: 2004
Czas trwania: 105 minut
Kraj: USA

Tytuł: *Shrek Trzeci*
Tytuł oryginalny: *Shrek the Third*
Reżyseria: Raman Hui, Chris Miller
Scenariusz: David N. Weiss, J. David Stem
Wytwórnia filmowa: Dream Works
Rok premiery: 2007
Czas trwania: 89 minut
Kraj: USA

6. QUASIMODO (bohater niepełnosprawny ruchowo)

Tytuł: *Dzwonnik z Notre Dame*
Tytuł oryginalny: *The Hunchback of Notre Dame*
Reżyseria: Gary Trousdale, Kirk Wise
Scenariusz: Tab Murphy, Irene Mecchi, Bob Tzudiker, Noni White,
Jonathan Roberts
Wytwórnia filmowa: Walt Disney Studios
Rok premiery: 1996
Czas trwania: 86 minut
Kraj: USA

Ze względu na sposób przedstawienia zagadnienia podzieliłam wybrane filmy na dwie grupy:

Grupa 1: *Gdzie jest Nemo? Magiczny miecz – legenda Camelotu, Tajemniczy ogród, Dzwonnik z Notre Dame.*

Grupa 2: *Shrek, Shrek 2, Shrek Trzeci.*

Filmy z pierwszej grupy przedstawiają bohaterów niepełnosprawnych jako postacie bardzo samotne, żyjące niemal w izolacji, bez kontaktu z innymi. Wyraźnie widać u nich zaburzenia w sferze kontaktów społecznych oraz interakcji interpersonalnych. Bohaterowie ci egzystują w odosobnieniu, w świecie tworzonych przez siebie wartości i wyobrażeń. Brak im pewności siebie i wiary we własne siły oraz umiejętności – ich samoocena jest mocno zaniżona. Często czują, że nie zasługują na prawdziwe uczucie ze strony innych, sprawnych bohaterów. Mają wrażenie, że są gorsi ze względu na swoje upośledzenie. Postrzegają świat jako nieprzyjazny dla siebie, a innych osób po prostu obawiają się ze względu na przykre doświadczenia, jakich nabyły w przeszłości. Niepełnosprawność rzutuje na to, jak widzą siebie i świat dookoła. Zrażeni niepowodzeniami życiowymi wynikającymi z upośledzenia, nie podejmują prób zmiany własnego położenia. Boją się odrzucenia i kolejnych niepowodzeń.

W filmach z tej grupy można dostrzec bardzo wiele różnych postaw wobec postaci niepełnosprawnych: od odrzucenia i poniżenia, aż po akceptację

i współdziałanie. Co ciekawe, w każdym z tych filmów pojawia się podobny motyw: bohater niepełnosprawny spotyka w swoim życiu kogoś, kto dzięki swojemu uporowi i miłości (lub podobnym uczuciom, jak np. głęboka sympatia) pomaga mu przełamać własne opory. Zachodzi przemiana wewnętrzna bohatera: zaczyna nawiązywać przyjaźnie, zakochuje się. Poprawiają się jego relacje z innymi osobami, a zdarza się nawet, że powraca do zdrowia (Collin Craven). Dokonuje się w jego życiu prawdziwy przełom. Zyskując akceptację jednej osoby, uczy się otwierać na innych, zaczyna podejmować działania, które do tej pory napęliły go lękiem, często zmienia styl życia. Filmy z tej grupy bardzo mocno akcentują znaczenie przyjaźni i miłości w relacjach międzyludzkich. Dużą rolę odgrywa w nich kontakt z naturą, która daje schronienie, a także spokój i pomaga w powrocie do pełni sił.

Filmy z grupy 2 prezentują problem w zupełnie innym świetle. Mimo że postacie w nich prezentowane funkcjonują z równie widoczną niepełnosprawnością, producenci nie starali się skupić uwagi odbiorcy na tym fakcie. Sfera psychiki bohaterów nie została w żaden sposób wyeksponowana – bohaterowie ci żyją i funkcjonują niemal tak samo jak ich sprawni towarzysze. Żyją otoczeni grupą przyjaciół i swoim zachowaniem niczym się od nich nie różnią. Drobne błędy i niepowodzenia wynikające z niepełnosprawności są szybko korygowane, a zarówno bohater, jak i jego współtowarzysze przechodzą nad nimi do porządku dziennego. Ciastek oraz Trzy Ślepe Myszki biorą udział we wszystkich przygodach, które są udziałem pozostałych bohaterów. Nikt nie musi przełamywać ich oporów, a w ich życiu nie dokonują się poważniejsze zmiany. Widz bardzo szybko przestaje zwracać uwagę na ich niepełnosprawność, która w natłoku wydarzeń schodzi na dalszy plan.

Zwróciłam uwagę, że w żadnym z filmów nie pojawili się bohaterowie z niepełnosprawnością intelektualną oraz wadą słuchu. Wydaje mi się, że jest to spowodowane tym, że postacie z dysfunkcją intelektualną mogłyby zostać odebrane przez najmłodszych widzów jako typowe wesołki, pojawiające się jedynie dla rozładowania sytuacji i wprowadzenia elementu komizmu. Upośledzenie umysłowe jest jedną z niepełnosprawności, która budzi wiele kontrowersji i wątpliwości, a także jest trudna do przedstawienia w sposób czytelny dla małego dziecka. Bohater niesłyszący natomiast, aby być wyrazisty, powinien posługiwać się w komunikacji językiem migowym lub migany, a to byłoby trudne do zrozumienia dla dziecka. Wyjątkiem może być Ariel, syrenka z *Małej Syrenki* wytwórni Walta Disneya, która na pewien czas traci głos, a mimo to jej komunikaty są dla odbiorcy czytelne.

Sposób kreowania wizerunku osób niepełnosprawnych w mediach jest dość różny. Niektórzy twórcy podtrzymują pewne stereotypy i schematy (grupa 1), inni zaś stanowczo im zaprzeczają (grupa 2). Warto więc zastanowić się, które z prezentacji są zgodne z rzeczywistością i czy można je wykorzystywać w pracy z dziećmi.

Przede wszystkim warto zwrócić uwagę na to, że twórcy filmów zaczęli podejmować wątek niepełnosprawności w swoich produkcjach. Obecnie filmy rysunkowe, które wchodzą na ekrany kin, są tak atrakcyjne, że stanowią

rozrywkę dla całych rodzin i przyciągają rzesze widzów przed ekrany, a co za tym idzie – docierają do szerokiej grupy odbiorców. Istnieje więc większa szansa, że poruszony w nich problem zainteresuje wielu widzów i zmusi ich do refleksji. Filmy stwarzają także doskonały materiał dla pedagogów, którzy chcieliby przedstawić dzieciom problem w sposób atrakcyjny i przystępny. Obejrzenie z dziećmi odpowiedniego filmu może pomóc im podjąć trudny temat i uwrażliwić dzieci na pewne zagadnienia tam poruszone. Pojawić się tylko może pytanie: jakie filmy i dla kogo? Nieprzypadkowo przypisałam wybrane filmy do dwóch odmiennych grup. Zarówno filmy z pierwszej, jak i z drugiej grupy mają zalety i wady.

Filmy z grupy 1 przeznaczone są głównie dla najmłodszych widzów: zawierają ciekawą, pełną przygód fabułę, pojawiają się w nich baśniowe stwory i zwierzęta rozumiejące ludzką mowę. Jasno rozdzielają granice między tym, co poprawne a tym, co niepoprawne; kończą się zwycięstwem dobra nad złem. Są to typowe bajki dla dzieci. Obraz osób niepełnosprawnych w nich przedstawiony jest z pewnością uproszczony. Bohaterowie z dysfunkcjami to osoby samotne i zagubione, którym niezbędnie potrzebna jest pomoc osób trzecich w rozwiązywaniu problemów. Postacie te cierpią przez swoje dysfunkcje i właściwie całe ich życie skupia się wokół niepełnosprawności. By zmienić sposób myślenia i warunki życia, potrzebują ingerencji kogoś z zewnątrz – bohatera zdrowego, który energicznie i stanowczo udzieli im niezbędnej pomocy i pomoże uwierzyć w siebie. Takie przypadki w życiu codziennym raczej rzadko występują. Osoby niepełnosprawne (jeśli nie są dotknięte naprawdę ciężkimi zaburzeniami) często są dość niezależne: uczą się, podejmują obowiązki zawodowe, prowadzą życie towarzyskie itp.; niekoniecznie wymagają dużej pomocy ze strony innych (często zbyt natrączywie oferowana pomoc budzi ich ostry sprzeciw).

Analizowane filmy przeznaczone są dla młodszych dzieci (według mnie w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym) i dlatego wiele problemów jest przedstawionych w sposób jasny i w dużym stopniu uproszczony. Ich niewątpliwą zaletą jest to, że podejmują wątek niepełnosprawności. Ukazują jej różne rodzaje – sensoryczne i ruchowe. Pozwalają zapoznać się z problemami, które dotyczą odczuwania różnych niedoskonałości, jak np. poczucie bycia „innym”, kwestia osamotnienia, izolacji, niemożności zrobienia czegoś, co jest dla osób zdrowych zupełnie nieskomplikowane. Uwrażliwiają na problemy osób niepełnosprawnych. Ukazują postawy i reakcje, z którymi mogą się zetknąć osoby niepełnosprawne – w jasny sposób oddzielając te właściwe od negatywnych. Można stwierdzić, że przedstawiają pewne pozytywne zachowania i zachęcają do ich naśladowania. Podkreślają także potrzebę udzielenia pomocy osobie, która w pewnych sytuacjach sobie nie radzi. Prezentują zachowania typowe dla osób niepełnosprawnych, np. sposoby kompensacji uszkodzonych zmysłów.

Filmy z grupy 2 poleciłabym dzieciom w starszych klasach szkoły podstawowej i gimnazjum. Bohaterowie są w nich przedstawieni w odmienny sposób – jako osoby, które mimo niepełnosprawności wiodą udane życie towarzyskie i prywatne. Angażują się we wszystkie działania podejmowane

przez rówieśników. Swoim zachowaniem nie różnią się od reszty bajkowych postaci. Błędy i trudności wynikające z ich niepełnosprawności są dyskretnie korygowane przez przyjaciół, ale nie ma tak silnej ingerencji osób trzecich jak w filmach z grupy 1. Bohaterowie niepełnosprawni funkcjonują bardzo samodzielnie i niezależnie. Problemy związane z ich dysfunkcją w zasadzie nie obciążają ich psychiki. Jeśli coś im się nie udaje, po prostu ponawiają próbę albo pozwalają zająć się tą sprawą innym. Nie odsuwają się od przyjaciół, nie uciekają od problemów. Sami bohaterowie, jak i ich towarzysze traktują niepełnosprawność jako jedną z wielu cech. Granica między tym, co sprawne i tym, co niesprawne zostaje zatarta. Zagrożeniem, jakie wynika z takiego obrazu, może być myśl, że osoby niepełnosprawne wcale nie potrzebują pomocy. W widzu pozostaje wrażenie, że niepełnosprawność nie pociąga za sobą żadnych poważniejszych konsekwencji i nie stwarza problemów danej osobie (co też nie jest do końca zgodne z prawdą).

Analiza wybranych filmów pozwala wyciągnąć wniosek, że ich twórcy niezbyt dobrze potrafią przedstawiać osoby niepełnosprawne oraz samo zagadnienie niepełnosprawności w sposób bliski rzeczywistości. Wiele błędów, jakie cechują filmy przeznaczone dla dorosłych odbiorców, zostaje powielonych w filmach dla dzieci, jak np. podtrzymywanie stereotypów, ukazywanie niepełnosprawności bardziej dramatycznie, niż odczuwają ją osoby zainteresowane, usytuowanie problemu w jednostce i ignorowanie wpływów społecznych.

Dzieci mogą się znaleźć w lepszej sytuacji jako odbiorcy takich przekazów, jeżeli obejrzą film wspólnie z kompetentną osobą dorosłą, która pomoże im konfrontować uzyskane informacje i rozwieje wątpliwości. Nie pozwólmy więc, by młody widz pozostawał sam z własnymi przemyśleniami, ponieważ może on odebrać dany przekaz w sposób niewłaściwy. Pedagog powinien odpowiadać na pytania dziecka, korygować jego niewłaściwe wyobrażenia oraz zwracać uwagę na te elementy, które jego zdaniem są istotne.

Materiał filmowy może zostać wykorzystany również przez wychowawców klas i nauczycieli w czasie godzin wychowawczych. Prezentacja filmu może być doskonałym pretekstem do podjęcia dyskusji na temat niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych. Przygotowane zaplecze teoretyczne, dostosowanie stopnia trudności filmu do wieku uczniów ułatwi nauczycielowi, pedagogowi, wychowawcy zapoznanie dzieci z tymi zagadnieniami i wytłumaczenie im idei tolerancji czy integracji.

W życiu codziennym, jeśli spotykamy osoby niepełnosprawne, często czujemy się nieswojo, niezręcznie – i dotyczy to nie tylko dzieci. Myślę, że nawet podstawowe wiadomości na temat osób niepełnosprawnych mogą nasz niepokój złagodzić. Mogą też sprawić, że młodsze pokolenie nie będzie popełniać błędów, które wciąż są obecne w społeczeństwie (unikanie osób niepełnosprawnych, nieuzasadniona litość, narzucanie niepotrzebnej pomocy itp.). Właśnie dlatego tak ważne jest towarzyszenie dziecku w jego kontaktach z mass mediami. Uważam, że warto przyjrzeć się ich produkcjom i wziąć je pod uwagę przy planowaniu zajęć dydaktyczno-wychowawczych.

Bibliografia

- Bieganowska, A. (2006). Model niepełnosprawności w mediach a postawy wobec osób niepełnosprawnych. *Szkola Specjalna*, 5.
- Pilch, T., Bauman, T. (2001). *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- Stanisławski, P. (2003). Od ofiary do herosa – jak nas pokazują media. *Integracja*, 5 (62), wrzesień–październik.

JOLANTA ZOZULA

APS, Warszawa

ŚWIADCZENIA NALEŻĄCE SIĘ DZIECKU NIEPEŁNOSPRAWNEMU Z NFZ

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz.483) w art. 68 ust. 1 gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku (art. 68 ust.3). Rozwiązanie to wydaje się słuszne i uzasadnione. Wyodrębnione grupy społeczne, np. dzieci niepełnosprawne, bez wątpienia powinny mieć zagwarantowaną bezpłatną kompleksową opiekę medyczną. Powinny, ale czy rzeczywiście mają?

Zgodnie z art. 2 ust. 1. pkt. 3 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm) do korzystania z tych świadczeń mają prawo osoby, które nie ukończyły 18. roku życia, jeżeli posiadają obywatelstwo polskie i mają miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Przepis ten gwarantuje bezpłatny dostęp do opieki medycznej wszystkim dzieciom (tym bardziej niepełnosprawnym). Ustawodawca przyznał małoletnim bezwarunkowe prawo do leczenia. Jest ono zupełnie niezależne od ubezpieczenia zdrowotnego ich rodziców bądź opiekunów prawnych. Dzieci powinny mieć zagwarantowany dostęp do bezpłatnych świadczeń związanych z ochroną zdrowia nawet wówczas, gdy osoby, pod których władzą rodzicielską się znajdują, nie są ubezpieczone. Tak mówią przepisy prawa. Rzeczywistość znacznie jednak odbiega od tych założeń.

Państwowe zakłady opieki zdrowotnej często uzależniają zarejestrowanie dziecka do lekarza, przyjęcie do szpitala, a nawet obowiązkowe szczepienia od okazania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne jego rodziców bądź opiekuna. Ten stan faktyczny nie jest wynikiem ignorowania przepisów czy ewidentnego łamania prawa, lecz jest skutkiem braku konsekwencji ustawodawcy. Artykuł 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tamże), przyznający dzieciom prawo do bezpłatnej opieki medycznej, nie doczekał się bowiem dotychczas aktu wykonawczego, określającego procedurę dochodzenia od skarbu państwa środków na pokrycie kosztów leczenia w takich sytuacjach. Jest to oczywista nieprawidłowość legislacyjna, nie uzasadnia ona jednak praktyki stosowanej przez zakłady opieki zdrowotnej. Każde dziecko ma bowiem nie tylko ustawowe, ale nawet konstytucyjne prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej.

Poza przywołanymi aktami prawnymi dzieciom niepełnosprawnym szczególne uprawnienia związane z opieką medyczną gwarantuje *Karta Praw Osób*

Niepełnosprawnych z dnia 1 sierpnia 1997 r. (M.P. Nr 50, poz. 475). Zgodnie z nią bowiem osoby niepełnosprawne mają prawo do „dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny”.

Szczególne potrzeby dzieci niepełnosprawnych są rzeczywiście uwzględniane przez ustawodawców tworzących przepisy dotyczące opieki zdrowotnej. Czy są one jednak wystarczające i odpowiednio stosowane w praktyce?

Dzieci te korzystają m.in. z szerszego zakresu świadczeń gwarantowanych przewidzianych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm). Pula tych świadczeń określona w art. 15 ust. 2 (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, leczenie stomatologiczne, lecnictwo uzdrowiskowe, zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze, ratownictwo medyczne, opieka paliatywna i hospicyjna, świadczenia wysokospecjalistyczne, programy zdrowotne, leki) została w przypadku osób niepełnosprawnych rozszerzona. Zgodnie z §4 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego* (Dz.U. Nr 140, poz. 1144) „dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym do ukończenia 16. roku życia oraz dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym od ukończenia 16. do ukończenia 18. roku życia, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługują kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień oraz znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń gwarantowanych, z wyłączeniem procedury wizyty niepowiązanej z innymi świadczeniami gwarantowanymi (pierwszej wizyty dzieci do ukończenia 6. roku życia)”.

Dzieciom niepełnosprawnym przysługuje ponadto refundacja przedmiotów ortopedycznych (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze*; Dz.U. Nr 139, poz. 1141). Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje przedmioty ortopedyczne bądź środki pomocnicze na podstawie zlecenia wystawionego przez uprawnionego lekarza, które musi być następnie potwierdzone przez właściwy ze względu na miejsce zamieszkania dziecka niepełnosprawnego oddział NFZ. Zlecenie to powinno być realizowane w przeciągu 90 dni od daty wystawienia.

W przypadku środków pomocniczych jednorazowego użytku bądź ulegających szybkiemu zużyciu osobom uprawnionym wydawana jest karta zaopatrzenia comiesięcznego na dany rodzaj środka (pieluchomajtki, cewniki, worki zbierające mocz). Tego rodzaju karta ważna jest przez 12 miesięcy i nie wymaga każdorazowego potwierdzenia. Wymagane jest tylko potwierdzenie pierwszego zlecenia na comiesięczny środek pomocniczy. Wszystkie zlecenia są ważne przez 30 dni od daty ich wystawienia.

Dla każdego przedmiotu ortopedycznego oraz środka pomocniczego ustalony został indywidualny limit cenowy. Większość z nich jest przez NFZ finansowana w całości (do wysokości limitu), np. protezy kończyn dolnych i górnych, gorsety ortopedyczne, laski dla niewidomych. Pozostałe przysługują za częściową (przeważnie 30%) odpłatnością osoby uprawnionej, np. obuwi ortopedyczne, kule i laski inwalidzkie, materace przeciwoleżynowe. Poza refundacją zakupu przedmiotów ortopedycznych NFZ może również pokryć koszty ich naprawy nawet po upływie terminu gwarancji (do wysokości ustalonego limitu cenowego). W tym celu osoba uprawniona powinna złożyć wniosek we właściwym miejscowo oddziale NFZ. Jest on ważny przez 30 dni od daty wystawienia.

Niektórym grupom osób niepełnosprawnych oraz przewlekle chorych ustawodawca zagwarantował bezpłatne leki oraz wyroby medyczne. Zgodnie bowiem z art. 37 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) świadczeniobiorcom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także cierpiącym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte leki i wyroby medyczne są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością. Receptę na wszystkie rodzaje leków refundowanych ma prawo wypisać lekarz każdej specjalności (także lekarz pierwszego kontaktu bądź pediatra), jeżeli uzyskał od lekarza specjalisty informację o stanie zdrowia i potrzebach pacjenta. Uprawnienie to wynika z art. 45 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który mówi, że lekarz może ordynować te środki farmaceutyczne i materiały medyczne, które są dopuszczone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej. Nieuzasadnione są więc sytuacje, w których lekarz pierwszego kontaktu odsyła pacjenta po receptę na leki refundowane do lekarza specjalisty. Praktyka taka w jednoznaczny sposób potwierdza brak współpracy pomiędzy lekarzami różnych specjalności. Skutkuje to koniecznością kilkakrotnego ustawiania się pacjenta w kolejce do lekarza w celu uzyskania recepty.

Dzieciom z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego NFZ pokrywa koszty transportu sanitarnego do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej i z powrotem (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm., art. 41 ust.2). W przypadku innego rodzaju chorób, urazów, wad rozwojowych i zniekształceń przejazd środkami transportu sanitarnego finansowany jest w 40% ze środków publicznych, jeżeli z wystawionego przez lekarza zlecenia transportu wynika, że uprawniony jest, co prawda, zdolny do samodzielnego poruszania się, ale przy korzystaniu ze środków transportu publicznego wymaga pomocy osoby trzeciej bądź dostosowania pojazdu do potrzeb osoby niepełnosprawnej.

Niepełnosprawnym dzieciom przysługuje także bezpłatny pobyt w sanatorium lub uzdrowisku. Zgodnie z art. 33 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tamże) „dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w prewentorium i sanatorium uzdrowiskowym”. Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, biorąc

pod uwagę: aktualny stan zdrowia świadczeniobiorcy, brak przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego, oczekiwany wpływ leczenia uzdrowiskowego, w szczególności warunków naturalnych (surowców leczniczych, klimatu, morza, mikroklimatu), na stan zdrowia świadczeniobiorcy, dotychczasowy przebieg i wyniki leczenia uzdrowiskowego, o ile świadczeniobiorca z takiego leczenia korzystał. Skierowanie przesyłane jest do wojewódzkiego NFZ, który dokonuje jego potwierdzenia w terminie 30 dni od chwili otrzymania. Potwierdzone skierowanie dostarcza się świadczeniobiorcy nie później niż w terminie 14 dni przed datą rozpoczęcia leczenia (w szczególnie uzasadnionych przypadkach po uzgodnieniu ze świadczeniobiorcą – w terminie 3 dni). O niepotwierdzeniu skierowania NFZ ma obowiązek zawiadomić świadczeniobiorcę w terminie 30 dni od jego otrzymania. Bardzo istotne jest, że na odmowę potwierdzenia przez oddział wojewódzki NFZ nie przysługuje odwołanie.

Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia uzdrowiskowego dzieci obejmują: uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat (27 osobodni), uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat (21 osobodni), uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych i uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dzieci (18 osobodni).

NFZ gwarantuje dzieciom również bezpłatną rehabilitację leczniczą. Zasady udzielania tego typu świadczeń oraz ich rodzaje zostały określone w *Zarządzeniu Nr 56/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia*. Wynika z niego, że rehabilitacja może odbywać się w warunkach ambulatoryjnych i domowych i jest realizowana przez: poradę lekarską rehabilitacyjną, poradę lekarską rehabilitacyjną w warunkach domowych, wizytę fizjoterapeutyczną, wizytę terapeutyczną w warunkach domowych, zabiegi fizjoterapeutyczne oraz zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych. Świadczenia te realizowane są na podstawie skierowania. Dzieci i młodzież szkolna, które nie kwalifikują się do rehabilitacji leczniczej, są kierowane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na zajęcia korekcyjno-kompensacyjne organizowane w szkołach, które są finansowane ze środków publicznych.

W zarządzeniu dużo miejsca poświęcono rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego szczególnie zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym (np. z grupy ryzyka ciążowo-porodowego) oraz o zaburzonym rozwoju psychomotorycznym. W ich przypadku świadczenia realizowane są w formie zindywidualizowanego uczestnictwa każdego dziecka w rehabilitacji, w zależności od jego stanu zdrowia. Fakt ten potwierdza szczególną dbałość o sprawność dzieci. Mają one możliwość korzystania z gwarantowanych świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej. Wątpliwości budzi natomiast określony w zarządzeniu wymiar świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci w poszczególnych przedziałach wiekowych. Dokument przewiduje, że rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego realizuje się w czasie nie krótszym niż: 1 godzina dla dzieci w wieku 0–3 lata, 2 godziny dla dzieci w wieku 4–7 lat, 3 godziny dla dzieci w wieku 8–18 lat. Ustalony w ten sposób dzienny wymiar rehabilitacji nie jest adekwatny do faktycznych możliwości i wytrzymałości dziecka. Czy np. półroczne dziecko jest w stanie przez godzinę poddawać się zabiegom rehabilitacyjnym? Wydaje się, że jest to dla niego zbyt męczące i uciążliwe. W podobny

sposób ustalony został dzienny czas rehabilitacji mowy i słuchu oraz wzroku (nie mniej niż 1 godzina dla dzieci w wieku 0–7 lat, nie mniej niż 1,5 godziny dla dzieci w wieku 8–19 lat). Zupełnie teoretycznie określony został również roczny limit świadczeń rehabilitacyjnych, których koszty pokrywa NFZ. W przypadku dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, słuchu i mowy oraz wzroku ze środków publicznych finansowanych jest 120 osobodni ich rehabilitacji w roku kalendarzowym. Kto w takim razie zapłaci za zabiegi rehabilitacyjne dzieci sparaliżowanych bądź cierpiących na zaburzenia wymagające codziennej, systematycznej rehabilitacji? Ustawodawca zupełnie pominął ten problem. O możliwości przedłużenia rehabilitacji leczniczej dzieci finansowanej ze środków publicznych nie mówi bowiem ani *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej* (Dz.U. Nr 211, poz. 1634), ani –przywoływane już, *Zarządzenie Nr 56/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza*, mimo że przepisy obowiązujące przed ich wejściem w życie w uzasadnionych przypadkach przewidywały taką możliwość. Czy oznacza to, że obecnie za świadczenia rehabilitacyjne w wymiarze przekraczającym 120 godzin w ciągu roku niepełnosprawne dziecko ma samo zapłacić? Przecież konstytucja zobowiązuje władze publiczne do objęcia dzieci szczególną i kompleksową bezpłatną opieką zdrowotną. Jest to kolejna luka prawna w obszarze świadczeń związanych z ochroną zdrowia.

NFZ może pokryć koszty leczenia dziecka niepełnosprawnego za granicą. Jest to możliwe wtedy, gdy musi ono skorzystać z leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju. Prezes NFZ na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego może, w tego typu sytuacji, wydać zgodę na pokrycie kosztów transportu do innego państwa najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia.

Konkludując trzeba podkreślić, że dzieci niepełnosprawne mają prawo do wszystkich rodzajów świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki medycznej. To, że rzeczywistość nie zawsze odpowiada założeniom konstytucyjnym, wynika z braku aktów wykonawczych, które wskazywałyby, w jaki sposób realizować w praktyce założenia ustawowe oraz rozbieżności między proponowanymi rozwiązaniami prawnymi a realnymi potrzebami. „Obserwowana obecnie faktyczna sytuacja w zakresie ochrony zdrowia dzieci wskazuje, iż normatywne uregulowania gwarantujące dzieciom określone prawa nie zawsze są w praktyce realizowane w sposób należyty. [...] Zbyt często, co należy odnotować z ubolewaniem, przyczyną nierespektowania, a nawet ewidentnych pogwałceń praw dzieci są niespójne i trudne do wyegzekwowania przepisy prawne” (Dercz 2003, s. 170).

Bibliografia

- Dercz, M. (2003). Prawne podstawy ochrony zdrowia dzieci. W: *Polska dla dzieci. Ogólnopolski szczyt w sprawach dzieci, Warszawa 23–24 maja 2003 roku, materiały i dokumenty*. [Materiały niepublikowane].
- Karta Praw Osób Niepełnosprawnych z dnia 1 sierpnia 1997 r.* M.P. Nr 50, poz. 475.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* Dz.U. Nr 78, poz. 483.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Dz.U. Nr 140, poz. 1144.*
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2009 r. w sprawie limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością. Dz.U. Nr 35, poz. 277.*
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2009 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością. Dz.U. Nr 35, poz. 276.*
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze. Dz.U. Nr 139, poz. 1141.*
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowskowe. Dz.U. Nr 139, poz. 1135.*
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowskowego. Dz.U. Nr 139, poz. 1136.*
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dz.U. Nr 211, poz. 1634.*
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.*
- Zarządzenie Nr 56/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.*

Z K R A J U I Z E Ś W I A T A

AGNIESZKA KONIECZNA
IWONA KONIECZNA
APS, Warszawa

**OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA
NAUKOWA
WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI
W PROCESIE UDZIELANIA
POMOCY PEDAGOGICZNEJ
DZIECIOM ZE SPECJALNYMI
POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI
W SZKOLE OGÓLNODOSTĘPNEJ
I INTEGRACYJNEJ – MOŻLIWOŚCI
I OGRANICZENIA, WARSZAWA,
15 STYCZNIA 2010**

Organizatorem konferencji był Zakład Pedagogiki Terapeutycznej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Konferencja poświęcona była sytuacji dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi uczących się w warunkach szkoły ogólnodostępnej i integracyjnej.

W praktyce pedagogicznej szczególnego znaczenia nabierają pytania o rolę i udział rodziców w procesie diagnozowania dziecka, terapii oraz wspomagania procesu jego edukacji. Zagadnienia z zakresu diagnozy i pomocy pedagogicznej stanowiły odniesienie do projektowanych w ramach konferencji dyskusji wokół problematyki optymalizacji współpracy z rodzicami uczniów. Możliwościom i potrzebom współpracy z rodzicami zarówno organizatorzy, jak i uczestnicy pragnęli poświęcić najwięcej uwagi. Teoretyczny i praktyczny aspekt roli, zadań, miejsca i funkcji działań podejmowanych przez rodziców w procesie wyrównywania braków, udzielania pomocy dziecku podczas odrabiania pracy domowej nabiera szczególnego znaczenia w obliczu permanentnych zmian, jakie są stałym elementem współczesności.

Treść konferencyjnych rozważań koncentrowała się wokół takich kwestii, jak:

- miejsce nauki domowej w procesie wyrównywania braków – udział rodziców;
- sytuacja dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole ogólnodostępnej i integracyjnej – postawy nauczycieli, uczniów i rodziców wobec braku osiągnięć szkolnych;
- organizacja pomocy dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – udział rodziców w profilaktyce i terapii niepowodzeń szkolnych oraz zachowań nieprzystosowawczych ucznia, zmiany w systemach rodzinnych, kompetencje rodziców;
- rozpoznawanie trudności szkolnych uczniów – informowanie rodziców;
- strategie radzenia sobie z trudnościami szkolnymi stosowane przez nauczycieli, rodziców i uczniów.

Zaprezentowany zestaw tematów, problemów i zagadnień został przez uczestników konferencji rozszerzony i wzbogacony o nowe ujęcia, konteksty i propozycje.

Konferencję otworzył rektor Akademii Pedagogiki Specjalnej prof. dr hab. Jan Łaszczyk. W części plenarnej jako pierwsza głos zabrała prof. dr hab. Wanda Hajnicz, kierownik Zakładu Pedagogiki Terapeutycznej. Jej wystąpienie było poświęcone konfrontacji z trudnościami edukacyjnymi zarówno dzieci, nauczycieli, jak i rodziców. O ukrytym programie współpracy rodziny i szkoły mówił dr Wiktor Żłobicki z Uniwersytetu Wrocławskiego. Zagadnienie dotyczące udziału rodziców w nauce domowej przedstawiła dr Agnieszka Konieczna z APS. W dalszej części obrad plenarnych poruszono temat edukacji wobec zagrożeń rozwoju i bezpieczeństwa dzieci (dr Agnieszka Wrońska). Na podstawie analiz teoretycznych oraz wyników badań empirycznych zostały wyznaczone obszary badawcze uwzględniające identyfikowanie zagro-

żeń i niebezpieczeństw. Dokonano również oceny skuteczności zrealizowanych działań edukacyjnych w odniesieniu do dzieci w młodszym wieku szkolnym. Przedstawiono także główne założenia programu *Safer Internet*, realizowanego przez Naukową i Akademicką Sieć Komputerową, którego głównym celem jest kompleksowa ochrona dzieci i młodzieży w Internecie oraz reagowanie na sytuacje zagrożenia dzieci on-line (Anna Rywczyńska). Ostatnie wystąpienie w części plenarnej dotyczyło kontaktów z rodzicami w praktyce edukacyjnej. Zostały zaprezentowane różne formy spędzania wolnego czasu (spotkań otwartych, integracyjnych, pikników rodzinnych), mające na celu integrację grupową zarówno w odniesieniu do rodziców, jak i dzieci (Elżbieta Hornowska – prezes Stowarzyszenia KLANZA).

Ze względu na szeroki zakres tematyczny konferencji dalsze obrady odbywały się w sekcjach.

Tematem obrad pierwszej sekcji była *Pomoc pedagogiczna uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – udział rodziców*. O roli zajęć korekcyjno-kompensacyjnych we wspomaganiu rozwoju dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi mówiła Agnieszka Bobaj i Marta Kluczyk. Przedstawiono zalety metody pracy zespołowej jako formy wspierania procesu edukacji i socjalizacji dzieci ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi (Anna Mołdoch). Anna Hajdusianek podzieliła się swoimi spostrzeżeniami na temat *Wykonywanie doświadczeń naukowych sposobem rozbudzania zainteresowań dzieci naukami ścisłymi*. W dalszej części został zaprezentowany temat dotyczący organizacji pomocy dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, którego myślą przewodnią były strategie postępowania wypracowane wspólnie z rodzicami uczniów (Elżbieta Bednarz). W wystąpieniu *Rodzice jako part-*

nerzy nauczyciela w procesie wyrównywania braków edukacyjnych uczniów niepełnosprawnych podjęto próbę odpowiedzi na pytania: Jak wygląda oraz czym charakteryzuje się udział rodziców w procesie wyrównywania braków edukacyjnych dziecka niepełnosprawnego? Czy rodzice chętnie podejmują współpracę z nauczycielem? Czy zdaniem nauczycieli rodzice wystarczająco interesują się trudnościami w nauce córki/syna? (Agnieszka Kamyk-Wawrzyszuk). Zaprezentowano także cząstkowe wyniki badań na temat *Formy pomocy pedagogicznej dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w opinii nauczycieli, rodziców, uczniów* (Iwona Konieczna), jak też badań, których celem było określenie postaw nauczycieli wczesnej edukacji w stosunku do uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się (Monika Jurewicz).

Tematem obrad w sekcji drugiej była *Sytuacja dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole – współpraca z rodzicami*. Rozważano wspierającą rolę rodziny jako warunek efektywnej terapii dzieci ze specjalnymi trudnościami w uczeniu się (Dagna Czerwonka). Zastanawiano się nad miejscem, jakie zajmuje problematyka współpracy z rodzicami w hierarchii priorytetów badawczych nauczycieli-terapeutów (Wioletta Maria Florkiewicz). Zajęto się także zagadnieniami związanymi z sytuacją emocjonalną rodziców dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – zasobami i przeszkodami w efektywnej współpracy (Mariola Pietroń-Ratyńska). Inne tematy poruszane w tej sekcji to: *Metody nawiązywania dobrego kontaktu z rodzicami dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych* (Agnieszka Gąstoł), *Spostrzeżenia ze współpracy nauczyciela z rodzicami dzieci mających trudności w uczeniu się matematyki* (Krystyna Bakoń) oraz *Doświadczenia nauczycielskie ze współpracy z rodzicami* (Katarzyna Siedlecka).

Temat obrad trzeciej sekcji to *Rola rodziców i współpraca z rodzicami w procesie wspierania rozwoju dziecka*. Wiesław Jerulank, Anna Gryczkowska, Urszula Buczyńska w wystąpieniu pt. *Nietypowe formy współpracy z rodzicami w procesie wzmacniania mocnych stron dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi* podzieliли się doświadczeniami z zakresu współpracy z rodzicami uczniów. Zwrócili uwagę, jak dyskretnie zachęcać rodziców do pozytywnych kontaktów z własnymi dziećmi. Zostały przedstawione częściowe wyniki badań własnych na temat projektowania ról rodzicielskich przez młodzież niedostosowaną społecznie (Maria Jordan). Zajęto się kwestią współpracy pedagoga szkolnego z rodzicami uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, niedostosowanych społecznie (Beata Kohlman). W kolejnym wystąpieniu poruszono temat niepowodzeń szkolnych na tle porażki życiowej ucznia, rodziców czy szkoły. Dokonano także analizy zjawiska z perspektywy ucznia (Renata Gulak). Dyskusję w tej sekcji zakończyło wystąpienie *Postawy wobec braku osiągnięć szkolnych – stosowane atrybucje dotyczące przyczyn trudności ucznia (wina rodziców)*, w którym przedstawiono częściowe wyniki badań własnych (Agnieszka Konieczna, Iwona Konieczna).

W trakcie konferencji odbyła się również sesja plakatowa, w której zaprezentowano pracę *Procedury pomocy dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi stosowane w Szkole Podstawowej w Liskowie* (Honorata Jakubasz, Aneta Antczak, Gracjana Hermań).

Konferencję zakończyła dyskusja panelowa związana z tematem przewodnim, którą poprowadziła dr Agnieszka Konieczna.

W dyskusjach prowadzonych w sekcjach uczestnicy zwracali uwagę na:

1. Konflikt między koniecznością efektywnej realizacji zamierzeń edukacyjnych szkoły a pragnieniem stworzenia relacji partnerskiej, dialogowej. Nastawienie na sprawność procesu edukacji oraz wyraźnie zadaniowa orientacja nauczycieli jako czynnik podtrzymujący interakcję niepartnerską.
2. Brak niemalże obszaru działań nauczyciela, w którym nie wystąpiłaby konieczność współpracy z rodzicami.
3. Udział rodziców w specjalistycznej pomocy organizowanej w szkole i poza szkołą jako zadanie bardzo złożone i szerokie.

Uczestnicy konferencji dzielili się licznymi spostrzeżeniami dotyczącymi współpracy w trakcie postępowania diagnostycznego, jak i na etapie uzgadniania i koordynowania działań pomocy dziecku, a szczególnie w procesie pracy (realizacji programów) pedagogicznej. Liczne przykłady pochodzące z doniesień badawczych i doświadczeń własnych ilustrowały podjęte problemy.

Ze względu na wielowątkowość i złożoność problematyki konferencji potrzebne są dalsze dyskusje. Można wyrazić przekonanie, że wszystkie tematy poruszane w trakcie konferencji spotkały się z pozytywnym odbiorem uczestników i będą stanowić motywację do dalszych badań, wymiany doświadczeń oraz pogłębiania wiedzy w tym obszarze.

OD NATURY DO... KULTURY. Sztuka i edukacja drogą rozwoju osób niepełnosprawnych. Red. E. Nieduziak-Błońska. Wydawnictwo F.H.U. JAP, Sandomierz 2009, ss. 84.

Problematyka terapii osób niepełnosprawnych bądź chorych przez twórczość artystyczną i sztukę podejmowana jest w ostatnich latach dość często. Z dużym zadowoleniem należy odnotować pojawienie się takich opracowań, jak *Arteterapia – inspiracje i wartości* T. Rudowskiego, *Arteterapia w teorii i praktyce* E. Koniecznej, *Wychowanie przez sztukę i arteterapia jako remedium na agresję i przemoc: teatr w działaniach profilaktyczno-wychowawczych* J. Kwapiszewskiego i K. Sygitowicz-Sierosławskej, *Echa ekspresji. Kulturoterapia w andragogice specjalnej* B. Borowskiej-Beszty, *Trening twórczości – współczesna i efektywna forma wychowania przez sztukę* M. Olczak i wielu innych.

Rozwijanemu dyskursowi teoretycznemu towarzyszą intensywne próby praktycznego poszukiwania nowych dróg arteterapii. Do takich prób należy projekt *Od natury do... kultury*, zrealizowany w 2008 r. przez Stowarzyszenie na Rzecz Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Tratwa” przy wsparciu władz miasta Sandomierza. W efekcie jego realizacji powstała publikacja, chociaż objętościowo niewielka, bez wątplenia zasługująca na zauważenie. W całości poświęcona problematyce wykorzystania sztuki w procesie rehabilitacji oraz integracji ze społeczeństwem osób niepełnosprawnych i zagrożonych marginalizacją stanowi ważną pozycję dla pedagogów specjalnych i terapeutów, a także opiekunów i rodziców osób niepełnosprawnych. W krótkim wstępie redaktorka publikacji ujawnia główną ideę, która przyświecała autorom: „Pragnęliśmy uchwycić sens tego, że człowiek jest częścią Natury i podlega jej zmianom bez

względem na to, czy jest sprawny czy nie; tego, że dzięki pomocy ludzi, osoby niepełnosprawne mogą przewyciężyć swoje ograniczenia; tego, że osobiste doświadczenia mogą znaleźć swój wyraz w ekspresji twórczej i w końcu tego, że zmieniający się świat jest niejednorodny i wielobarwny, a ludzie jak różnią się między sobą kolorem oczu, włosów skóry, tak też różnią się poziomem swojej sprawności” (s. 4).

Wydaje się, że zawartość treściową zbioru *Od natury do... kultury* najtrafniej ujmuje, dopełniający zasadniczy tytuł, podtytuł *Sztuka i edukacja drogą rozwoju osób niepełnosprawnych*. Prezentowane teksty zostały zgrupowane bowiem w dwóch obszarach problemowych: sztuki, jej roli w rewalidacji i rehabilitacji oraz edukacji podejmującej funkcje kompensacyjne i terapeutyczne. Nie negując wartości obydwu części publikacji, wydaje się, że szczególnie interesująca jest pierwsza, poświęcona sztuce. Przybliżyła ona różne rodzaje arteterapii (przez twórczość plastyczną, literacką, dramatyczną czy muzyczną i taneczną), uświadamiając rozległość dziedziny, a także – co równie istotne – przywołuje interesujące przykłady dobrych praktyk w jej zakresie, dodajmy: nie tylko polskich.

Inicjuje ją artykuł M. Kossak, skoncentrowany na problematyce zastosowania technik plastycznych w psychoterapii. Autorka syntetycznie przedstawia rozwój praktyk arteterapii oraz narodziny naukowej arteterapii jako dziedziny wykorzystującej proces twórczy i sztukę do celów terapeutycznych. Przywołuje zarówno główne tezy badaczy kultury (R. Benedict, M. Mead) wskazujących na antropologiczny wymiar działalności twórczej i jego kulturowe znaczenie, jak też poglądy psychologów i klasyków psychoanalizy na temat źródeł aktywności twórczej i jej specyfiki u osób wykazujących zaburzenia psychiczne. W tym kontekście, wskazującym na pierwotność i naturalność twórczości

plastycznej człowieka, przedstawia formę terapii, jaką jest psychorysunek. Autorka opisuje wykorzystywanie go w różnych rodzajach oddziaływania terapeutycznego, podkreślając terapeutyczną rolę samego procesu wykonywania rysunku, dostrzegając zarazem walory diagnostyczne powstałego wytworu. Tekst wzbogacają zdjęcia rysunków ekspresyjnych (wyrażających przeżywane emocje), afirmatywnych (ujawniających marzenia), jak też autoportretów (wskazujących na stosunek do siebie i swojego ciała) wykonanych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Problematyce pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi przez twórczość, tym razem pisarską, poświęcony jest tekst B. Gawdy. Przybliżając realizowany we Francji program *Vivre et Écrire* (żyć i pisać), autorka wskazywała na terapeutyczne walory pisania o sobie i nagłośnienia swoich uczuć i problemów. Cytowane w artykule przykłady przekonują, że tego rodzaju programy sprzyjają przede wszystkim integracji – tak w wymiarze indywidualnym (osiągnięcie wewnętrznego uporządkowania i lepszego poznania siebie), integracji interpersonalnej z poznawanymi poprzez pisemne wypowiedzi uczestnikami programu, jak też w wymiarze najszerszym – integracji społecznej. Dzięki pisaniu osoby chore psychicznie nawiązują „swoistą formę dialogu ze społeczeństwem i w ten sposób kształtują postawy społeczne czy wręcz kulturę w danym społeczeństwie” (s. 28).

Wątek dialogu ze sobą i innymi poprzez twórczość artystyczną kontynuuje J. Klauza, bibliotekarka i pedagog specjalny, pracująca z osobami niepełnosprawnymi w ramach działalności Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych UMK w Toruniu. W poruszającym artykule dzieli się doświadczeniami wyniesionymi z pracy opiekuna, reżysera i niejednokrotnie scenarzysty amatorskiego teatru osób

niepełnosprawnych. Na pytanie, czym dla niej jest współpraca z osobami niepełnosprawnymi w grupie teatralnej, odpowiada: „Wszystkim. Wszystko, co dzieje się ze mną w trakcie pracy teatralnej, mogę porównać do ludzkiego poruszenia [...] Grupę, z którą pracuję, czasem odbieram jako mur, który rozbijam, a czasem jako coś pięknego, niespodziewanego” (s. 41).

Część publikacji poświęconą sztuce i procesom twórczym w życiu osób niepełnosprawnych zamykają refleksje E. Nieduziak-Błońskiej na temat początków arteterapii tańcem. Autorka proponuje nam powrót „do korzeni” i poprzez analizę wybranych mitów starożytnej Grecji. Wykorzystując właściwy im symboliczny język, wskazuje na ponadczasową i uniwersalną moc *chorei* i tańca.

Druga część książki, poświęcona problematyce edukacji dzieci niepełnosprawnych, jest skromniejsza, tak w aspekcie ilościowym (zawiera tylko trzy artykuły), jak i jakościowym (zawartości treściowej i ładunku informacyjnego). Bez wątplenia jednak stanowi część ważną, ukazującą potrzebę innowacyjności i przejawy twórczości, tym razem w edukacji specjalnej.

Problem skuteczności ćwiczeń Gimnastyki Mózgu P. Dennisona w usprawnianiu procesu uczenia się dzieci z lekkim i umiarkowanym upośledzeniem umysłowym przedstawia G. Grządziel. Opis badającego ten problem eksperymentu, realizowanego w dwóch szkołach specjalnych (w Olbiciu i Kraśniku), okazał się niestety nazbyt szkicowy a przez to niezdolny do rozwiania wątpliwości i pytań natury metodologicznej. Zaprezentowane, skądinąd sprawiające wrażenie interesujących, wyniki bez dodatkowych wyjaśnień mogą wydawać się nie do końca uzasadnione. Niemniej bez wątpienia budzą ciekawość.

Podobnie skrótością, utrudniającą pogłębioną refleksję i dyskusję z zaprezen-

towanym materiałem, cechuje się artykuł M. Dońskiej-Olszko, wskazujący na rewalidacyjne funkcje szkoły w pracy z dziećmi ze sprzężoną niepełnosprawnością. Autorka zaprezentowała w nim indywidualny przypadek ucznia jednej z warszawskich szkół specjalnych, wskazała na zmiany, jakie zaszły w sferze ruchowej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej chłopca w wyniku 4-letniej pracy rewalidacyjnej. Nie zdołała jednak tej pracy przedstawić dokładnie, a jedynie wypunktowała składające się na nią różne oddziaływania łącznie z rehabilitacją ruchową, rewalidacją indywidualną w zakresie matematyki (wg programu E. Gruszczyk-Kolczyńskiej), komputerowym wspomaganie edukacji i wielu innymi autorskimi programami wychowawczymi i dydaktycznymi. Ten brak należytego przybliżenia realizowanej w szkole pracy rewalidacyjnej nie pozbawia artykułu głównej wartości – zetknięcia z problematyką praktyki edukacji specjalnej.

Trzeba też dodać, że skrótość przekazu obydwu wskazanych tekstów wyniknęła zapewne z wyznaczonych formalnie ram artykułu. Pojawiające się u czytelnika poczucie niedosytu, nieco krytykowane, dowodzi zarazem wagi i trafności wyboru tematyki, tego, że przedstawiane problemy są ciekawe i poruszające.

Edukacyjne rozważania, a zarazem całość publikacji, zamyka tekst M. Podwyszyńskiej i L. Taraszko, nauczycielek

pracujących w szkole integracyjnej. Autorki poszukują odpowiedzi na ujawniony w tytule problem oceny „blasków i cieni” integracji. Ostateczny bilans rozpatrywanych argumentów, wyprowadzonych z codziennych doświadczeń, wzmocnił tezę o potrzebie rozwoju szkolnictwa integracyjnego. Jak piszą w jednych z ostatnich zdań: „My ludzie sprawni możemy wiele się nauczyć od niepełnosprawnych, przede wszystkim wytrwałości, cierpliwości, szacunku dla życia i poszanowania zdrowia, które jest bardzo kruche” (s. 81).

Wydaje się, że właśnie to tak proste zdanie potraktowane może być jako puenta całej książki. Przywołane teksty, będące niezależnymi całościami, które można czytać w oderwaniu od pozostałych, przeniknięte wspólną ideą i ułożone w sposób przemyślany i konsekwentny, stanowią spójną opowieść. Opowieść o tym, że nie ma niepełnosprawnych, lecz są przede wszystkim ludzie z większą lub mniejszą niepełnosprawnością. Wszyscy („zdrowi” i „chorzy”) pozostają zdolni do rozwoju, edukacji i twórczości. Właśnie to wrastanie w kulturę, współdziałanie w obszarze sztuki i edukacji decyduje o tym, kim się stają. W tym kontekście tytuł *Od natury do... kultury* wskazuje na drogę, jaką w swoim życiu przechodzi każdy człowiek, bez względu na stopień swojej sprawności.

Dorota Jankowska

ABY DOKONAĆ PRENUMERATY CZASOPISMA NALEŻY:

1. Wybrać jednego spośród trzech kolporterów:

I. PPUP „POCZTA POLSKA” W BYDGOSZCZY,

II. RUCH S.A.,

III. FIRMA AMOS.

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

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

- tytuł czasopisma,
- okres, na jaki dokonujemy prenumeraty (od numeru do numeru),
- liczbę zamawianych egzemplarzy każdego numeru,
- indeks,
- prenumeratorzy zbiorowi dołączają wykaz czasopism do przelewu bankowego.

4. Dokonać wpłaty w dowolnym urzędzie pocztowym.

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

WARUNKI PRENUMERATY:

I. CENTRUM USŁUG POCZTOWYCH ODDZIAŁ REGIONALNY W BYDGOSZCZY

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

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

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

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

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

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

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

II. „RUCH” S.A.

1. Wpłaty na prenumeratę przyjmują:

– jednostki kolportażowe „RUCH” S.A. właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby prenumeratora.

– od osób lub Instytucji zamieszkałych lub mających siedzibę w miejscowościach, w których nie ma jednostek kolportażowych RUCH. wpłaty należy wnieść na konto:

„RUCH” S.A. w PKO S.A.
IV O/W-wa.

151240105311110000044304118
lub „RUCH” S.A. Oddział Krajowej Dystrybucji Prasy. ul. Jana Kazimierza 31/33. 00-958 Warszawa, sk. 12, tel. (0 22) 532 81 31, 532 88 20, 532 88 16, fax 532 8132, www.ruch.pol.pl

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

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

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

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

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