SPECJALNE POTRZEBY EDUKACYJNE

Wspomaganie rozwoju – wielość obszarów, wspólnota celów

Praca zbiorowa pod redakcją
Barbary GRZYB
Gabrieli KOWALSKIEJ

WYDAWNICTWO POLITECHNIKI ŚLĄSKIEJ
GLIWICE 2016

MONOGRAFIA

SPECJALNE POTRZEBY EDUKACYJNE

Wspomaganie rozwoju – wielość obszarów, wspólnota celów

Praca zbiorowa pod redakcją
Barbary GRZYB
Gabrieli KOWALSKIEJ

WYDAWNICTWO POLITECHNIKI ŚLĄSKIEJ
GLIWICE 2016

Opiniodawcy
Dr hab. Beata PITUŁA
Dr hab. Wiesława A. SACHER, prof. Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. J. Korczaka w Warszawie

Kolegium redakcyjne
REDAKTOR NACZELNY – Prof. dr hab. inż. Andrzej BUCHACZ
REDAKTOR DZIAŁU – Dr Barbara GRZYB
SEKRETARZ REDAKCJI – Mgr Roma ŁOŚ

Wydano za zgodą
Rektora Politechniki Śląskiej

Projekt okładki
Dr Paweł WAWRZAŁA

ISBN 978-83-7880-437-6

© Copyright by
Wydawnictwo Politechniki Śląskiej
Gliwice 2016

Książka, którą nabyłeś, jest dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, abyś przestrzegał praw, jakie im przysługują. Jej zawartość możesz udostępnić nieodpłatnie osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w Internecie. Jeśli cytujesz jej fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło, a kopiując jej część, rób to jedynie na użytek osobisty.
Szanujmy cudzą własność i prawo.
Więcej na www.legalnakultura.pl
Polska Izba Książki

prawolubni

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE 7

Rozdział I

PARADYGMAT INTERDYSCYPLINARNOŚCI W ORGANIZOWANIU WSPOMAGANIA ROZWOJU – ODMIENNOŚĆ SPOJRZENIA, JEDNOŚĆ DZIAŁAŃ 13

Anna NOWAK – Wsparcie społeczne kobiet z niepełnosprawnością – ujęcie teoretyczne.... 15

Stanisław JUSZCZYK – Nowe technologie i media cyfrowe w funkcjonowaniu, edukacji i komunikacji dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych 27

Agnieszka KWITOK – Człowiek niepełnosprawny – wybrane aspekty funkcjonowania w przestrzeni społecznej 37

Mateusz PENCZEK – Autonomia osób z niepełnosprawnością intelektualną z perspektywy etyki troski 53

Anna WÓJCIK – Aktywność ruchowa osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Badania pilotażowe 65

Marzena FRYSZKIEWICZ – Wsparcie rodziny dziecka z niepełnosprawnością drogą do wspomagania jego rozwoju 77

Rozdział II

EDUKACJA SPECJALNA – POSZUKIWANIE NOWEJ DROGI CZY POWRÓT DO ŹRÓDEŁ 89

Marta NIEMIEC, Natalia STANKOWSKA – Zaburzenia zachowania młodzieży z niepełnosprawnością wzroku (doniesienie z badań) 91

Alina STOSOR – Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem 103

Paweł WAWRZAŁA – Google Trends jako narzędzie badawcze w dziedzinie edukacji specjalnej 113

Barbara GRZYB, Gabriela KOWALSKA –Teoria dialogu z rodzicami dziecka niepełnosprawnego w kontekście etapów przystosowawczych do „szczególnego" rodzicielstwa 129

Jerzy WOLNY – Organizacja systemu diagnozowania i klasyfikowania do uczestnictwa w różnych formach aktywizacji społecznej i zawodowej osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną na przykładzie okręgu Enz w Niemczech 141

Aleksandra DOKTOROWICZ – Edukacja dzieci z wadą słuchu – wybrane ujęcia teoretyczne i praktyczne 155

Peter PETROVIČ – Výchova žiakov s ľahkým stupňom duševnej zaostalosti k správnemu držaniu tela 171

Barbara GRZYB, Lucyna SZYSZKA, Jagoda POŁEĆ, Jakub JURSZEWSKI – Latarka dla niewidomych sposobem na bezpieczną orientację przestrzenną i aktywizację osób niewidomych i słabo widzących 183

Rozdział III

MIĘDZY SEGREGACJĄ A WŁĄCZANIEM 193

Marie VÍTKOVÁ – Využití mezinárodní klasifikace ICF v přístupu k žákům vyžadujících podpůrná opatření v Kantonu Curych ve švýcarsku ve srovnání s Českou 195

Oľga RAČKOVÁ – Vybrané aspekty inkluzívneho vzdelávania 213

Monika MORGAŁA – Rola współpracy podmiotów zaangażowanych w pracę z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych na zerowym poziomie edukacyjnym 225

Beata GUMIENNY – Wybrane konteksty sytuacji trudnych w klasach integracyjnych 237

Dariusz DZIUBA – Pedagodzy specjalni a zmiany w systemie edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Od segregacji do włączenia? 251

Joanna SOBCZYK – Trudności w realizacji obowiązku szkolnego dziecka przewlekle chorego 261

Małgorzata PÓŁTORAK – Wspomaganie rozwoju dzieci z grupy ryzyka specyficznych trudności w uczeniu się – implikacje praktyczne 275

Danuta ULEWICZ-ADAMCZYK – Nauczyciel i rodzic wobec trudności wychowawczych dziecka w edukacji wczesnoszkolnej 289

Katarzyna KAMIŃSKA – Wspomaganie rozwoju dziecka poprzez doskonalenie zmysłów. Zastosowanie materiałów rozwojowych w metodzie Marii Montessori 305

Streszczenie 313

CONTENTS

INTRODUCTION 7

Chapter I

THE PARADIGM OF INTERDISCIPLINARITY IN THE ORGANIZATION SUPPORTING THE DEVELOPMENT – DISSIMILARITY GLANCES, UNITY OF ACTION 13

Anna NOWAK – Social Support for Disabled Women – Theoretical Approach 15

Stanisław JUSZCZYK – New Technologies and Digital Media in Functioning, Education and Communication of Children with Special Educational Needs 27

Agnieszka KWITOK – Disabled Human – Chosen Aspects of Functioning in the Social Space 37

Mateusz PENCZEK – Autonomy of People with Intellectual Disability According to Care Ethics 53

Anna WÓJCIK – Physical Activity of People with Profound Intellectual Disability. The Pilot Studies 65

Marzena FRYSZKIEWICZ – Supporting the Family of Disabled Child is the Best Way of Improving Its Development 77

Chapter II

SPECIAL EDUCATION – THE SEARCH FOR A NEW ROAD OR RETURN TO THE SOURCES 89

Natalia STANKOWSKA, Marta NIEMIEC – Conduct Disorder in Secondary School Adolescents with Visual Impairment or Blindness – a Research Report 93

Alina STOSOR – Early Support of the Development of a Child with Autism 103

Paweł WAWRZAŁA – Google Trends as a Research Tool in the Special Education Area 113

Barbara GRZYB, Gabriela KOWALSKA – The Theory of Dialogue Between Parents and a Disabled Child in the Context of Stages of Adaptation to 'Special' Parenting 129

Jerzy WOLNY – Analysis of the System for Diagnosing and Classifying Various Forms of Social and Vocational Activation of People with Significant Intellectual Disabilities Used in the Region of Enz, Germany 141

Aleksandra DOKTOROWICZ – Education of Children with Hearing Problems – Selected Theoretical and Practical Approach 155

Peter PETROVIČ – Education Students with Mild Degrees of Mental Retardation with Good Posture 171

Barbara GRZYB, Lucyna SZYSZKA, Jagoda POŁEĆ, Jakub JURSZEWSKI – Torch for the Visually Impaired as a Means ff Safe Spatial Orientation and Active Engagement of the Blind and The Visually Handicapped 183

Chapter III
BETWEEN SEGREGATION AND INCLUSION 193
Marie VÍTKOVÁ – The Use of International Classification ICF in the Approach to Students Requiring Supprotive Meassures in Zurich Canton in Schwitzerland Compare to the Czech Republic 195
Oľga RAČKOVÁ – Selected Aspects of Inclusive Education 213
Monika MORGAŁA – The Role of Cooperation of Those Involved in Working with Children with Special Educational Needs at the Zero Level of Education 225
Beata GUMIENNY – The Selected Contexts of Difficult Situations in Integrated Classes . 237
Dariusz DZIUBA – Special Pedagogues and Changes in the Educational System of Students with SEN. From the Segregation to Inclusion? 251
Joanna SOBCZYK – The Difficulties in the Realization of School Duty by the Chronically Ill Child 261
Małgorzata PÓŁTORAK – Support of Development of Children from the Group of Particular Learning Difficulties – Practical Implication 275
Danuta ULEWICZ-ADAMCZYK – Parents and Teachers in Relation to Educational Difficulties in Primary Education 289
Katarzyna KAMIŃSKA – Support the Development of a Child Through the Improvement of the Senses. Application of Development in Montessori Method 305
Summary 314

WPROWADZENIE

Mimo zauważanego od wielu lat problemu uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych, na przełom w proponowanych rozwiązaniach trzeba było czekać aż do roku 1978, kiedy to Mary Warnock opublikowała w Wielkiej Brytanii dokument zatytułowany „Warnock Report"[1]. Autorka zaproponowała w nim przejście od medycznej kategoryzacji uczniów oraz diagnozowanych u nich deficytów w kierunku bardziej funkcjonalnego języka społecznego rozumienia ich potrzeb. Owe potrzeby zdefiniowane zostały jako wynik nieprzystosowania społecznego, trudności w nauce, ale również jako następstwo problemów współczesnego społeczeństwa – migracji, sytuacji kryzysowych, przynależności do mniejszości narodowych czy grup etnicznych.

Na początku lat osiemdziesiątych w światowej literaturze pedagogicznej i psychologicznej pojawiło się, a następnie utrwaliło pojęcie „specjalnych potrzeb edukacyjnych"[2]. Kategoria dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi miała w tym założeniu obejmować osoby, które nie potrafią podołać wymaganiom programów nauczania obowiązujących w szkołach. Dzieci te nie mieszczą się w powszechnym systemie edukacyjnym. Są one w stanie kontynuować naukę, ale potrzebują pomocy pedagogicznej w formie specjalnego programu nauczania, specjalnych metod nauczania dostosowanych do ich potrzeb, ograniczeń i możliwości.

Specjalne potrzeby rozumiane są tutaj jako następstwo niepełnosprawności czy też odmienności, która wymaga innego podejścia pedagogicznego, zastosowania różnych form i metod pracy, specjalnych warunków nauczania, a czasami dodatkowo specjalistycznego sprzętu, takiego jak aparaty słuchowe lub instrumenty optyczne.

Uczniowie i wychowankowie wymagający specjalnych form edukacyjnych to dzieci z zaburzeniami motorycznymi, uszkodzeniami narządu wzroku i słuchu, z różnymi stopniami niepełnosprawności intelektualnej, z ADHD, autyzmem, dzieci przewlekle chore oraz te z deficytami typu dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia, jak również uczniowie z zaburzeniami komunikacji językowej.

---

[1] M. Warnock: The Warnock Report. Special Educational Needs. Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People. Her Majesty's Stationery Office, London 1978. http://www.educationengland.org.uk/documents/warnock/warnock1978.html, dostęp: 09.08.2016.

[2] Zespół Ekspertów ds. Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych: Propozycja systemu edukacji dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2009.

Bardzo trudne jest również ocenianie dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole ogólnodostępnej. Wiąże się z przygotowaniem zespołu klasowego do sytuacji, w której w jednej klasie obowiązują różne kryteria oceniania. Zadanie to spoczywa na mądrym nauczycielu, znającym swoich podopiecznych i mającym wielkie wyczucie taktu. Wyjaśnienie tej sytuacji uczniom pozwoli w przyszłości przeciwdziałać pojawianiu się w grupie nieporozumień czy konfliktów i wpłynie na poprawę relacji między dziećmi.

Ważnym aspektem jest idea integracji uczniów niepełnosprawnych ze zdrowymi. Gdy mówi się o specjalnych potrzebach edukacyjnych wynikających z idei integracji, to zwykle przedstawia się tę koncepcję jako całkowite novum w polskiej rzeczywistości szkolnej. Dlatego istnieje przeświadczenie, że po raz kolejny wymaga się od nauczycieli poszerzania kwalifikacji i powiększania zakresu ponoszonej odpowiedzialności.

Wspomniana specyfika współdziałania z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oznacza konieczność ciężkiej pracy. Wymaga zaangażowania zespołu nauczycieli, pedagogów, psychologów, logopedów, którzy w miarę potrzeby korzystają z konsultacji pediatrów, neurologów, psychiatrów, okulistów, audiologów, ortopedów, diabetologów. Równie ważnymi ekspertami w procesie diagnozowania potrzeb dziecka są jego rodzice. Od nich czerpie się bezcenną wiedzę o dziecku, a także udziela się im potrzebnego wsparcia. W założeniach koncepcji specjalnych potrzeb edukacyjnych znajdziemy także wiele wskazówek dotyczących włączania samego dziecka w proces powrotu do stanu normalności.

Jedenasta już z kolei Międzynarodowa Konferencja Naukowa z cyklu „Specjalne Potrzeby Edukacyjne" (zapoczątkowana w 2005 roku) daje możliwość zaprezentowania sposobów, metod czy choćby innego sposobu ujęcia szeroko pojętej problematyki pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej potrzebującym uczniom. Innowacyjne rozwiązania edukacyjne z pewnością pozwolą na szybkie i efektywne reagowanie na potrzeby ucznia, a następnie objęcie go wsparciem w przedszkolu, szkole lub placówce bądź poinformowanie rodziców o konieczności specjalistycznej diagnozy i terapii w poradni psychologiczno-pedagogicznej lub placówkach służby zdrowia.

Specjalne wsparcie w edukacji jest niezbędne choćby po to, aby odmienny rozwój każdego wychowanka nie hamował jego aktywności, nie prowokował sytuacji, w których będzie niechętnie podejmował działania, stanie się wycofany, lękliwy, a czasami agresywny.

W niniejszym tomie zebrane zostały wyniki przemyśleń, doświadczeń nauczycieli, wychowawców i naukowców z Czech, Słowacji i Polski. Z pewnością pomogą one w codziennej, trudnej pracy z wychowankami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz zainspirują do dalszych badań, jak również pozwolą na udzielenie odpowiedzi na pytania, jaki jest aktualny stan dziecka, czy stosowane metody, formy, środki i treści nauczania zapewniają mu możliwość osiągnięcia zadowalających wyników w nauce oraz jakie konkretne przedsięwzięcia zaprojektować w celu poprawy jego sytuacji.

Wspomaganie rozwoju jest procesem bardzo złożonym. Obejmuje wszystkie działania mogące pomóc w rozwoju dziecka i wzmocnieniu kompetencji rodziny. Wspomaganie

to wyrównywanie istniejących niedoborów i zmniejszanie ograniczeń. Podjęte działania muszą mieć charakter skoordynowanych, uzupełniających się działań medyczno-rehabilitacyjno-terapeutycznych, a także rewalidacyjno-wychowawczych. Postępowanie winno być objęte jednym programem, opracowanym wspólnie przez odpowiednio przygotowanych specjalistów, dopasowanym do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka.

Szybki rozwój nauki i techniki powoduje, że zdajemy sobie sprawę, jak problemy rozwiązywać, ale wciąż pozostaje najtrudniejsze do wykonania zadanie – wypracowanie spójności, synchronizacji, jednym słowem – interdyscyplinarności w podejmowanych dążeniach. Problem ten ujawnia się szczególnie, gdy trzeba zorganizować wspomaganie rozwoju dziecka. Zastrzeżenia budzi wciąż stopień zintegrowania działań pedagogów, rehabilitantów, psychologów, logopedów, terapeutów z działaniami lekarzy i biotechnologów w obszarze stymulowania sfer fizycznych, poznawczych, emocjonalnych i społecznych dziecka. Działania te zatem są wciąż niedoskonałe.

Pozostaje jeszcze kwestia udzielania pomocy rodzinie w zakresie pracy z dzieckiem – wzmacnianie więzi emocjonalnej, rozpoznawanie zachowań dziecka, utrwalanie właściwych reakcji na te zachowania czy po prostu dostarczenie rodzicom wsparcia w związku z długotrwałym kryzysem emocjonalnym, wynikającym z niepełnosprawności ich dziecka. Nauczyciele, pedagodzy, wychowawcy wciąż muszą poszukiwać coraz lepszych metod pracy, wyciągać konstruktywne wnioski ze swoich dotychczasowych poczynań i wciąż samodoskonalić się.

Niniejsza publikacja to zbiór tekstów przedstawiających współczesne oblicze pedagogiki specjalnej w Polsce i za jej granicami. Zaskakujący jest fakt, że w obszarze edukacji i wychowania dzieci o niepełnej sprawności nie dzielą granice, ale łączą wspólne cele i obszary wspomagania rozwoju. Autorzy artykułów, prezentując własne ujęcie tematyki konferencji, starali się patrzeć na dziecko i jego potrzeby przez pryzmat swoich specjalności, wyznaczając tym samym nowe trendy i paradygmaty w terapii i rehabilitacji osób niepełnosprawnych i ich rodzin.

Artykuły zamieszczone w części „Paradygmat interdyscyplinarności w organizowaniu wspomagania rozwoju – odmienność spojrzenia, jedność działania" przedstawiają formy, metody i techniki wykorzystywane we wspomaganiu rozwoju nie tylko dzieci, ale i osób dorosłych, co zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ problem ów jeszcze kilka lat temu stanowił obszar o znikomym zainteresowaniu badawczym.

Autorzy są specjalistami z różnych dziedzin, więc pisząc teksty z perspektywy swojej profesji, zaprezentowali wiele ciekawych przemyśleń na temat wspomagania rozwoju. Należy wyrazić nadzieję, iż znajdą one czytelników nie tylko wśród zawodowo zajmujących się problemem naukowców, ale i wśród nauczycieli, pedagogów, wychowawców, terapeutów pracujących na co dzień z osobami wymagającymi pomocy.

Edukacja specjalna – poszukiwanie nowej drogi czy powrót do źródeł" to myśl przewodnia rozdziału drugiego. Zamieszczone w nim artykuły, pełne autentyzmu praktyki, ale też tak ważnej teorii, pozwalają na zweryfikowanie istniejącej wiedzy i wyznaczenie nowych trendów w budowaniu jej podstaw. Badacze tej problematyki odpowiedzieli na wiele pytań dotyczących formuły kształcenia dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością w obszarze edukacji integracyjnej i włączającej, jak również zwrócili uwagę na współczesną rolę i kondycję kształcenia specjalnego. Zróżnicowane ujęcie pedagogiki specjalnej dało możliwość wyłonienia obszarów wymagających koniecznych transformacji systemowych, gdyż właśnie te działania mogą stanowić jej siłę, pozwalając na zintensyfikowanie dążeń w kierunku wypracowania nowych rozwiązań programowych i metodycznych. Patrząc jednak z perspektywy praktycznej, dostrzegamy także konieczność refleksji nad wszystkimi obszarami pedagogiki specjalnej. Zasadniczą rolę odgrywa pytanie: czy jest to powrót do źródeł, z których pedagogika specjalna wzięła swój początek, czy też symboliczne dostrzeżenie jej fundamentów we współczesnym świecie edukacji?

W rozdziale trzecim, zatytułowanym „Między segregacją a włączaniem", prezentujemy artykuły skoncentrowane na edukacji włączającej i jej współczesnych problemach. Patrząc z perspektywy lat, możemy dzisiaj powiedzieć, że kształcenie integracyjne wpisało się już na trwałe w formuły edukacyjne polskiego systemu oświaty i przyniosło ponad 20 lat doświadczeń praktycznych. Podjęte przez autorów tematy pozwoliły im na prezentację własnej wiedzy i empirii po to, by udzielić odpowiedzi na nurtujące od dawna pytanie o ocenę tej formy kształcenia przez wszystkie podmioty zaangażowane w jego realizację: nauczycieli, rodziców i uczniów. Cenne spostrzeżenia autorów dają asumpt do stawiania kolejnych pytań o przestrzeń między szkołą specjalną a kontekstem włączania, rozpatrywanego w aspekcie nowej jakości edukacji z otwartym kryterium jej całościowej realizacji i oceny. Przekonania autorów dowodzą, że wymaga to wnikliwego namysłu i analizy zarówno z perspektywy badawczej, jak i z punktu widzenia praktyki pedagogicznej. Sytuacja ta staje się wyzwaniem do przygotowania oświaty udzielającej profesjonalnego wsparcia uczniom o specjalnych potrzebach edukacyjnych, ale też wskazuje konieczność reagowania na zagrożenia i szanse, jakie niesie tak rozumiana formuła wspomagania rozwoju.

Poruszona w publikacji tematyka pozwoliła na podjęcie interdyscyplinarnej dyskusji o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Współczesna pedagogika specjalna funkcjonuje w otoczeniu innych dyscyplin naukowych. Istotne jest dostrzeżenie coraz to nowszych obszarów wyznaczających nowatorskie formy wspomagania rozwoju dziecka o niepełnej sprawności. Stają się one często inspiracją do wypracowania zarówno rozwiązań o charakterze teoretycznym, jak i propozycji ich wykorzystania w praktyce pedagogicznej.

Mamy nadzieję, że wymiana poglądów i doświadczeń pomiędzy krajowymi i zagranicznymi ośrodkami akademickimi, jak również innymi podmiotami działającymi na rzecz opieki, edukacji i rehabilitacji osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi pozwoliła na przybliżenie tak istotnej – z punktu widzenia dziecka niepełnosprawnego i jego

rodziny – problematyki. Jesteśmy przekonani, że obszary, których nie udało się jeszcze przeanalizować, staną się z pewnością inspiracją do podejmowania kolejnych poszukiwań badawczych.

Pragniemy w tym miejscu podziękować wszystkim autorom, którzy przyczynili się do powstania tej monografii. Państwa wiedza i doświadczenie praktyczne zawarte w zaprezentowanych artykułach przyczynią się do tworzenia współczesnego wizerunku edukacji dziecka o niepełnej sprawności i pozwolą zasygnalizować lub stworzyć nowe paradygmaty w pedagogice specjalnej. Chcemy również podziękować Szanownym Recenzentom prezentowanej publikacji za wnikliwe i dogłębne uwagi podnoszące walor naukowy tego opracowania.

Barbara Grzyb
Gabriela Kowalska

Rozdział I

PARADYGMAT INTERDYSCYPLINARNOŚCI W ORGANIZOWANIU WSPOMAGANIA ROZWOJU – ODMIENNOŚĆ SPOJRZENIA, JEDNOŚĆ DZIAŁAŃ

Anna NOWAK
Uniwersytet Śląski
Wydział Pedagogiki i Psychologii

WSPARCIE SPOŁECZNE KOBIET Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ – UJĘCIE TEORETYCZNE

W wielu sytuacjach życiowych kobiety niepełnosprawne potrzebują pomocy i wsparcia innych osób lub powołanych do tego celu instytucji. Wsparcie społeczne od wielu lat jest interesującym obszarem badawczym dla przedstawicieli pedagogiki społecznej i psychologii.

Analiza literatury przedmiotu prowadzi do wniosku, że pojęcie wsparcia społecznego budzi liczne kontrowersje i jest różnorodnie definiowane. W literaturze (Sęk, Cieślak 2006) wymienia się następujące podejścia:

- powiązanie wsparcia społecznego z właściwościami grup podejmujących działania pomocowe, a konkretniej rzecz biorąc – z właściwościami relacji interpersonalnych nasyconych altruizmem, wzajemnością i poczuciem powinności;
- utożsamianie wsparcia społecznego ze zjawiskiem integracji społecznej, a szczególnie z dostępnością relacji międzyludzkich, dzięki którym zaspokajane są potrzeby afiliacyjne człowieka;
- traktowanie wsparcia społecznego jako rodzaju zachowań pomocowych na gruncie nastawień prospołecznych i altruistycznych;
- dopatrywanie się istoty wsparcia społecznego w grupach odniesienia społecznego, gwarantujących realizację podstawowej potrzeby bycia z innymi, zwłaszcza w sytuacji zagrożenia;
- eksponowanie wymiaru funkcjonalnego wsparcia społecznego, czyli uczynienie wyróżnikiem sensorycznym jego związku ze stresem życiowym ujawniającym się w sytuacjach trudnych i kryzysowych.

W pedagogice społecznej Stanisław Kawula (1996, s. 6; 2002) połączył pojęcie wsparcia społecznego z ideą wspólnoty, tzw. małych ojczyzn, podmiotowości człowieka w świecie. Wsparcie społeczne to „pomoc dostępna jednostkom lub grupom w sytuacjach trudnych, przełomowych"; „rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji

problemowej, w której dochodzi do wymiany informacji emocjonalnej lub instrumentalnej". Wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna; może być stała lub zmieniać się.

Psychologowie (Popiołek 1996, Titkow 1993) przyjęli czytelniejsze kryterium definicyjne, podkreślając, że koniecznym (choć niewystarczającym) warunkiem wystąpienia wsparcia jest tak zwana sieć społeczna, to jest sieć powiązań jednostki z innymi ludźmi, osobami znaczącymi lub grupami społecznymi. Powiązania te cechują się naturalnością, osobistym charakterem kontaktów, dużym stopniem emocjonalnej wzajemności, intymnością, symetrycznością relacji, a także pozytywnymi stosunkami z osobami przewidywalnymi, budzącymi zaufanie i dającymi poczucie bezpieczeństwa. Wyodrębnione zostały dwa dopełniające się wymiary sieci społecznej: strukturalny i funkcjonalny.

Wsparcie społeczne to zjawisko towarzyszące nam w ciągu życia. Człowieka otaczają ludzie związani z jego obecną rolą społeczną, ich losy wzajemnie się przeplatają. Podstawą wsparcia społecznego jest istnienie sieci społecznych, w których ludzie są zakorzenieni, w których żyją i działają. Wyodrębnia się wsparcie strukturalne rozumiane „jako obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji" (Sęk, Cieślak 2006, s. 14–15).

Gerald Caplan (za: Axer 1983, s. 213) owe sieci nazywa systemami oparcia, poprzez które człowiek zdobywa wiedzę o rzeczywistości oraz o samym sobie. Wskazuje również na niepowtarzalny i osobisty charakter związków łączących daną osobę z innymi ludźmi, członkami sieci, których określa mianem „znaczących innych". Wspierająca rola znaczących innych sprowadza się do: mobilizowania potencjału psychologicznego jednostki lub grup, pomocy w pokonywaniu trudności, wyrażania gotowości do współdziałania, oferowania konkretnej pomocy i rady.

W badaniach nad znaczeniem wsparcia strukturalnego analizuje się (Sęk, Cieślak 2006, s. 15) takie parametry sieci społecznej, jak: gęstość sieci, tj. obszar, w jakim członkowie wchodzą z sobą w interakcje, rozmiar, geograficzna bliskość, systematyczność, dostępność, homogeniczność. Helena Sęk podkreśla, że wśród wymienionych cech do najważniejszych należą dostępność sieci, homogeniczność, symetryczność (wzajemność), poziom prospołeczności. Dostępność ustala się obiektywnie i subiektywnie, mierząc ilość kontaktów oraz łatwość kontaktowania się członków sieci z sobą. Osoby pozbawione naturalnych sieci wsparcia ten wskaźnik uznają za najważniejszy. Homogeniczność oznaczająca podobieństwo członków sieci pod względem wieku, płci lub problemu jest również ważnym wskaźnikiem oceny wsparcia społecznego.

Sieć społecznego wsparcia człowieka zazwyczaj tworzą takie podmioty jak: rodzina (jej członkowie), krewni, koleżanki, koledzy, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi, grono współpracowników i przełożeni, wyznawcy określonej religii, ideologii, grupy samopomocowe, organizacje i stowarzyszenia, kościół parafialny, inne różnego rodzaju instytucje. Człowiek spotyka się z tymi podmiotami, utrzymuje różnego rodzaju więzi, dokonuje wymiany

doświadczeń, informacji, wzajemnych usług, także dóbr materialnych, rzeczowych, kulturalnych.

Zofia Kawczyńska-Butrym (1998, s. 114–115) wymienia systemy pierwotne i systemy wtórne. Do systemów pierwotnych zalicza: rodzinę, osoby lub inne rodziny, które zmagają się z podobnym problemem, rodziny zaprzyjaźnione, osoby będące członkami różnych stowarzyszeń, przyjaciół i bliskich znajomych, sąsiadów. Do systemów wtórnych należą: grupy samopomocy, stowarzyszenia, grupy wyznaniowe, charytatywne, fundacje, przedszkola, szkoły specjalne i integracyjne, domy pomocy społecznej.

Anna Titkow (1993) wyróżnia dwa segmenty społecznego wsparcia. Pierwszy tworzą instytucje udzielające pomocy oraz organizacje (zarówno laickie, jak i kościelne), drugi segment stanowią osoby z najbliższego otoczenia jednostki (rodzina, krewni, sąsiedzi).

W ujęciu funkcjonalnym wsparcie społeczne traktuje się jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej". Ten rodzaj interakcji międzyludzkiej cechuje się tym, że w jej toku dochodzi do przekazywania lub wymiany informacji, dóbr materialnych, instrumentów działania, emocji. Wymiana może mieć charakter jednostronny bądź dwustronny, występują biorca i dawca wsparcia, ważna jest zgodność między potrzebami podmiotu a wielkością i rodzajem wsparcia (Sęk, Cieślak 2006).

Oba zaproponowane przez psychologów ujęcia – strukturalne i funkcjonalne – ukazują specyfikę, charakter i wielowymiarowość wsparcia społecznego. Problem ten może być rozpatrywany także w ujęciu modelowym zaproponowanym między innymi przez Charlesa Sheridana i Sally Radmacher. Model ten koncentruje się na aspektach wsparcia społecznego, które pełnią funkcję bufora chroniącego przed negatywnymi skutkami stresu poprzez zaspakajanie potrzeb indywidualnych, powstających w wyniku stresogennych zdarzeń. Model efektu głównego koncentruje się na dwóch podstawowych aspektach wsparcia społecznego, tj. na relacjach interpersonalnych i sieciach społecznych. Te dwa aspekty, opisywane czasami jako struktura wsparcia społecznego, obejmują takie czynniki jak: stan cywilny, przynależność do organizacji, role społeczne, praktyki religijne. Każdy z tych czynników jest zróżnicowany i stanowi swoiste wsparcie dla pozostałych członków rodziny (Sheridan, Radmacher 1998).

O skuteczności wsparcia społecznego zdaniem Mikołaja Winiarskiego (2005, s. 84–85) decydują następujące warunki:

- wsparcie powinno pojawiać się we wczesnej fazie niedyspozycyjności człowieka i jego rodziny, aby w ogóle wyprzedzać taki stan rzeczy i nie dopuścić do jego wyraźnego ujawnienia się;
- formy działalności wspierającej powinny być trafne i adekwatne do występującego zapotrzebowania wyznaczonego stopniem i zakresem niesamodzielności życiowej człowieka i jego rodziny;

- niezbędne jest preferowanie wsparcia bezpośredniego, polegającego na utrzymaniu styczności bezpośredniej pomiędzy obu stronami (podmiotami);
- w działalności wspierającej należy – w najszerszym tego słowa znaczeniu – uwzględnić zasadę współdziałania i dialogu międzyosobowego;
- kluczową sprawą w tym działaniu powinno być rozumienie drugiego człowieka;
- należy przywiązywać szczególną uwagę do strony emocjonalnej interakcji, a więc do empatii;
- konieczne jest kierowanie się w tym postępowaniu altruistycznymi normami etycznymi, takimi jak: sprawiedliwość, uczciwość, skromność, prawdomówność, wierność, wielkoduszność, poszanowanie godności ludzkiej, prywatność;
- niezbędne jest zachowanie w działalności spontaniczności, dobrowolności oraz nadanie jej charakteru nieformalnego (należy unikać wyraźnej instytucjonalizacji, biurokratyzacji, dokumentowania).

Bliskie i autentyczne więzi z innymi chronią jednostkę przed poczuciem alienacji, wykluczeniem i z tego względu wzmacniają jej psychikę.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się różne typologie wsparcia społecznego. Stanisław Kawula (2002) wyodrębnił wsparcie wartościujące, eksponujące rangę społeczną i znaczenie wspieranego. Zrezygnował z wyróżniania odrębnej kategorii wsparcia rzeczowego, a jego treść włączył do wsparcia instrumentalnego. Z kolei wsparciu duchowemu nadał nieco inne znaczenie.

Innej typologii dokonała Daniela Becelewska (2005), przyjmując podmiotowe kryterium podziału. Wyróżniła ona wsparcie: osoby potrzebującej empatycznego kontaktu z innymi, osoby wzburzonej emocjonalnie, osoby w stresie, osoby w kryzysie psychologicznym, osoby przeżywającej konflikt, dzieci i adolescentów, w przypadku niechcianego macierzyństwa, osób w wieku senioralnym, osoby chorej somatycznie, osoby w żałobie niepogodzonej ze stratą bliskiej osoby, osoby niepełnosprawnej, osoby z syndromem niewybaczonej krzywdy, osób w sytuacjach presuicydalnych, osób separowanych, izolowanych i pozbawionych wolności, osób porzuconych i bezdomnych, osoby uzależnionej i osób współuzależnionych, osoby z symptomem wypalenia zawodowego, małżonków mających problemy, osoby wymagającej profesjonalnej pomocy psychologicznej. Pomimo znacznej szczegółowości tej typologii, wydaje się, iż jej przydatność w pracy socjalnej z tymi osobami jest duża.

Zmiany społeczne i ekonomiczne wpłynęły w zdecydowany sposób na sytuację kobiet niepełnosprawnych, które znalazły się w szczególnie trudnej sytuacji wymagającej wsparcia. Małgorzata Sekułowicz (1995, s. 38) podkreśla zależność miedzy wysokim poziomem wsparcia społecznego a obniżeniem poziomu stresu wywołanego koniecznością opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem. Zwraca uwagę na wysokość otrzymywanego wsparcia

i siłę satysfakcji, uwzględniając przy tym wielkość i rodzaj sieci wsparcia oraz uzależniając te zmienne od rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

Wsparcie decyduje o tym, jak rodzina radzi sobie z przystosowaniem do niepełnosprawności dziecka, odgrywa też dużą rolę w profilaktyce „zespołu wypalania sił". Zdaniem Aleksandry Maciarz pomoc rodzinie można sprowadzić do czynności takich jak: odciążenie rodziców od nadmiaru obowiązków związanych z opieką nad dzieckiem poprzez udzielenie im pomocy przez inną osobę lub umieszczenie dziecka w placówce pobytu dziennego; wsparcie psychiczne rodziców, okazywanie im zrozumienia i akceptacji przez osoby bliskie i profesjonalistów; samopomoc psychoemocjonalna między rodzicami; okresy intensywnego i różnorodnego wspierania rodziców przez profesjonalistów, wychowawców na turnusach wczasowo-rehabilitacyjnych lub w innych zorganizowanych formach; wspieranie socjalno-usługowe i rehabilitacyjne rodzin w celu zmniejszenia problemów egzystencjalnych (Maciarz 2001, s. 77).

Podkreśla się, że kobiety korzystają z liczniejszych źródeł wsparcia społecznego niż mężczyźni. Kobiety są bardziej zadowolone od mężczyzn ze wsparcia dostarczanego przez przyjaciół i innych członków sieci społecznej. Częściej od nich wymieniają dzieci, rodzinę i przyjaciół jako źródło wsparcia. Odwrotnie jednak sprawa przedstawia się w małżeństwie – mężczyźni częściej wymieniają swoje żony jako źródło zadowalającego wsparcia niż kobiety swoich mężów (Kahn, 1994, s. 163–184).

Kobiety w większym stopniu odczuwają osobistą odpowiedzialność za problemy członków swojej społecznej sieci, co skłania je do udzielania pomocy w ich rozwiązywaniu. Choć istnieje wobec nich większe prawdopodobieństwo owdowienia, mieszkania w pojedynkę, doświadczenia funkcjonalnej niesprawności oraz dysponowania skromnymi środkami finansowymi, mogą w większym stopniu polegać na pomocy krewnych, podczas gdy mężczyzna bardziej jest zależny od żony, a w przypadku, gdy jest nieżonaty – może doświadczać większej izolacji lub być mniej zdolny do odpowiedniej troski o samego siebie (Barer 1994, s. 39–40).

Wsparcie społeczne w odniesieniu do małżeństwa (Rostowska 2008, s. 61–62) można rozważać jako wrażliwość na potrzeby partnera (niepełnosprawnej żony), a ściślej jako działania komunikujące troskę – walidujące – potwierdzające – wartość partnera, jego uczucia i działania, a także takie, które ułatwiają adaptacyjne radzenie sobie z problemami przez dostarczanie informacji, udzielanie pomocy lub przekazywanie rzeczowych, konkretnych zasobów czy środków. Wrażliwość ta przyczynia się do kształtowania się postawy zaufania i opartych na nim różnorodnych oczekiwań, w tym również oczekiwań na zaspokojenie tych potrzeb, które mogą się pojawić w sytuacjach trudnych, stresowych, także tych związanych z niepełnosprawnością kobiety. Społeczne wsparcie w związku małżeńskim może wpływać na poziom stanu zdrowia umysłowego i fizycznego partnerów choćby pośrednio, dzięki podniesieniu jakości funkcjonowania ich związku i doświadczanego zadowolenia. Mężczyźni otrzymują zazwyczaj więcej wsparcia społecznego w małżeństwie

niż kobiety, natomiast żony udzielają swoim mężom więcej wsparcia, niż same od nich otrzymują.

Kobiety (Rostowska 2008) znajdują zdecydowanie więcej źródeł wsparcia niż mężczyźni, chętniej i intensywniej z nich korzystają, są bardziej spontaniczne w ujawnianiu swoich emocji i skuteczniejsze w poszukiwaniu dodatkowych źródeł wsparcia – wynika to z wzorców i stereotypów kulturowych, zgodnie z którymi mężczyzna nie powinien okazywać słabości. Warto też zwrócić uwagę na zróżnicowany zależnie od płci kierunek oddziaływania wsparcia społecznego w sytuacjach stresu. Wsparcie społeczne w pracy jest buforem doświadczanego stresu dla mężczyzn, natomiast dla kobiet ważniejszym buforem w tej sytuacji jest wsparcie społeczne ze strony małżonka/rodziny.

Małżeńskie wsparcie jest ważne dla kobiet żyjących w społecznościach czy środowiskach cechujących się niskim poziomem egalitaryzmu rodzajowego – ze względu na płeć. W ujęciu ogólnym można stwierdzić, że społeczne wsparcie w pracy wpływa korzystniej w przypadku mężczyzn niż kobiet na kształtowanie się równowagi miedzy pracą a małżeństwem/rodziną. Chodzi tu bowiem o spostrzegane organizacyjne wsparcie, sprowadzające się do przekonań pracownika dotyczących zakresu, w jakim organizacja docenia jego wkład i troszczy się o jego dobre samopoczucie (Aryee, Srinivas, Hwee Hoon 2005, s. 90).

Najbardziej cenioną zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn formą wsparcia w małżeństwie jest akceptacja. Warto podkreślić, że kobiety aktywne zawodowo wysoko cenią wszelką pomoc partnera w zajęciach i problemach typowych dla środowiska rodzinnego (Cutrona 1996). Wsparcie społeczne może skutecznie wzmocnić integrację ról zawodowych i małżeńskich.

Warto też zwrócić uwagę na negatywne skutki wsparcia społecznego. Negatywne konsekwencje wsparcia społecznego mogą dotyczyć różnych obszarów życia człowieka i różnorodnych form jego aktywności zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Dla niektórych osób otrzymywane wsparcie społeczne może być źródłem zakłopotania i dyskomfortu psychicznego. U pewnych osób przyjmowanie pomocy może wywołać przekonanie o poczuciu zależności, zobowiązania, a nawet niższości, szczególnie wtedy, kiedy tym zobowiązaniom nie mogą sprostać. W takiej sytuacji osoby wspierane zamiast wdzięczności odczuwają zakłopotanie, a w konsekwencji nawet niechęć do osoby wspierającej (Campbell, Simpson, Boldry, Kashy 2005, s. 510–531).

Zwraca się uwagę na to, że stale wysokie wsparcie społeczne otrzymywane przez jednostkę od środowiska może wywierać negatywny wpływ na jej zdolności adaptacyjne, jak również samopoczucie. Człowiek otoczony gęstą siecią społeczną może doświadczyć nadmiernej kontroli społecznej, jak również zatracać zdolność do samodzielnego działania, uzależniając się od wspierającego otoczenia. Niewłaściwie zrozumiane wsparcie społeczne może być przyczyną kształtowania się wyuczonej bezradności (zob. Wysocka 1998, s. 25; Żółkowska 2004, s. 162).

Dawcami wsparcia mogą być osoby fizyczne, ale także instytucje, stowarzyszenia, organizacje. Szczególną rolę odgrywają grupy samopomocowe, które przyczyniają się też do edukowania społeczeństwa i kształtowania świadomości społecznej. Poprzez inicjowanie wzajemnych kontaktów między osobami niepełnosprawnymi a osobami pełnosprawnymi sprzyjają lepszemu wzajemnemu zrozumieniu oraz przełamywaniu negatywnych stereotypów i uprzedzeń (Kirenko 2004, s. 14).

Znaczenie grup samopomocowych wynika z faktu, iż pełnią one funkcję komplementarną i wspomagającą wobec działań podejmowanych przez instytucje profesjonalne. Grupy takie są źródłem wsparcia emocjonalnego i społecznego dla osób niepełnosprawnych, ponieważ gromadzą osoby z podobnymi doświadczeniami i problemami. Opierają się one w swoich działaniach przede wszystkim na stworzeniu poczucia podmiotowości poszczególnych członków. Grupy samopomocy mogą być swego rodzaju odpowiedzią na potrzebę upodmiotowienia osób niepełnosprawnych (Serafin 2008, s. 137).

Działania na rzecz niepełnosprawnych i ich rodzin wymagają zaangażowania nowych podmiotów. Ważną rolę odgrywają organizacje pozarządowe. Wśród stowarzyszeń działających w Polsce można wyróżnić organizacje ukierunkowane na pomoc określonej grupie osób niepełnosprawnych, przykładowo: Polski Związek Niewidomych, Polski Związek Głuchych, Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym, Ogólnopolska Federacja Organizacji Osób Niesprawnych Ruchowo, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Fundacja Synapsis, Stowarzyszenie Kobiet Niepełnosprawnych. Istnieją również organizacje o zasięgu ogólnopolskim, które nie ograniczają zakresu swojej działalności, dążąc do zaspokojenia potrzeb wszystkich grup niepełnosprawnych, przykładowo: Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Krajowa Rada Konsultacyjna ds. Osób Niepełnosprawnych, Fundacja Pomocy Ludziom Niepełnosprawnym, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Koalicja na rzecz Osób z Niepełnosprawnością, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji (FAR). Inne, mniejsze organizacje działają lokalnie na rzecz niewielkich zbiorowości osób niepełnosprawnych.

Na rzecz kobiet niepełnosprawnych działa wiele organizacji, m.in. Stowarzyszenie Kobiet Niepełnosprawnych, które funkcjonuje od 2004 roku i jest jedną z nielicznych organizacji w Polsce, której zadaniem jest rzeczywista praca na rzecz poprawy sytuacji życiowej kobiet niepełnosprawnych poprzez ich rehabilitację zawodową, społeczną i leczniczą. Cele rehabilitacji zawodowej to propagowanie zatrudniania kobiet niepełnosprawnych głównie na otwartym rynku pracy, doradztwo zawodowe, poradnictwo prawne, podejmowanie działań mających na celu zwiększenie poziomu wykształcenia i kwalifikacji zawodowych, promowanie i wspieranie działalności naukowej kobiet niepełnosprawnych. Cele w zakresie rehabilitacji społecznej związane są z podejmowaniem działań przeciw dyskryminacji kobiet niepełnosprawnych, wspieraniem ich uczestnictwa w życiu społecznym, zawodowym, politycznym, kulturalnym, stwarzaniem godnych warunków życia, pracy oraz samorozwoju poprzez poprawę warunków mieszkaniowych, promowaniem turystyki i aktywnego

wypoczynku. W ramach rehabilitacji leczniczej dofinansowywane są koszty leczenia i rehabilitacji, udzielana jest pomoc informacyjna oraz materialna w uzyskiwaniu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, ortopedyczny, środki pomocnicze, tworzy się i prowadzi placówki rehabilitacyjne. Kobieta niepełnosprawna, przystępując do jednej z organizacji, zyskuje dostęp do informacji, doradztwa prawno-ekonomicznego, a jednocześnie może korzystać z ośrodków rehabilitacyjnych prowadzonych przez organizację (Nowak 1999).

Wsparcie społeczne jest powiązane z innymi obszarami funkcjonowania psychospołecznego jednostki. Osoby, grupy, instytucje wspierane i wspierające oraz zachodzące między nimi reakcje społeczne są zakorzenione w kontekście środowiskowym, a skuteczność i efektywność wsparcia społecznego stanowi funkcję czynników osobowych, atrybutów sieci wsparcia, czynników sytuacyjnych, zmiennych procesualnych oraz złożonych uwarunkowań środowiskowych (Winiarski 2008, s. 275). Rozumne wsparcie sprzyja rozwojowi i właściwej adaptacji jednostki do sytuacji trudnej. Przy udzielaniu wsparcia niepełnosprawnym kobietom, które rzeczywiście go potrzebują, należy brać pod uwagę wiek, płeć, rodzaj i stopień niepełnosprawności, postawy, typ aktywności, a także specyfikę sytuacji, w której wsparcie ma być udzielane.

Jak twierdzi Władysław Dykcik (2006), ludzie niepełnosprawni nie chcą bez własnej zgody być kierowani pod opiekę instytucji państwa. Należy więc wspierać oraz forsować wszelkie starania i wysiłki służące wypracowaniu systemowych, otwartych i alternatywnych rozwiązań praktycznych tworzących ramy organizacyjno-prawne ludzi o równym statusie, zwiększających poczucie ich własnej wartości i jakości życia. Włączanie w spontanicznie podejmowane działania związków i organizacji różnych kategorii ludzi niepełnosprawnych ma ogromne kulturotwórcze znaczenie dla pokonywania stereotypów degradacji lub dyskryminowania „niepełnego człowieczeństwa" w społeczeństwie.

W Polsce wprowadzono instytucjonalne formy opieki nad osobami niepełnosprawnymi obejmujące zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego, a także uzyskanie samodzielności ekonomicznej. Wyznaczają one obszary interwencji państwa oraz jej ramy organizacyjne i prawne. Ze względu na liczne bariery, zwłaszcza finansowe, niewiele tych założeń jest realizowanych, a sytuacja osób niepełnosprawnych nie ulega poprawie. Obszar, w którym można zapewnić osobie niepełnosprawnej najlepsze warunki rozwoju i funkcjonowania, stanowi środowisko zamieszkania, co jest zgodne z koncepcją rehabilitacji środowiskowej, w której zakłada się zaspokojenie wszystkich potrzeb niepełnosprawnego w jego miejscu zamieszkania. Niezbędne jest włączenie w rehabilitację osoby niepełnosprawnej rodziny, grup samopomocowych, władz lokalnych, służb odpowiedzialnych za zdrowie, edukację, sprawy socjalne, zatrudnienie, a także oddziaływanie osób niepełnosprawnych na osoby pełnosprawne i na środowisko, w którym funkcjonują.

Bibliografia

1. Axer A.: Społeczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie. „Studia Socjologiczne", nr 4, 1983.
2. Aryee S., Srinivas E., Hwee Hoon T.: Rhythms of Life: Antecedens and Outcomes of Work–Family Balance in Employed Parents. „Journal of Applied Psychology", vol. 90(1), 2005.
3. Barer B.M.: Men and women aging differently. „International Journal of Aging and Human Development", vol. 38(1), 1994.
4. Becelewska D.: Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej. Śląsk Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2005.
5. Cutrona C.: Social Support in Couples: Marriage as a Resource in Times of Stress. Sage Publications, Thousand Oaks 1996.
6. Campbell L., Simpson J., Boldry J., Kashy D.: Perceptions of Conflict and Support in Romantic Relationships: The Role of Attachment Anxiety. „Journal of Personality and Social Psychology", vol. 88, 2005.
7. Cunningham M., Barbee A.: Social Support, [in:] Hendrick C., Hendrick S. (eds.), Close Relationships. Sage Publications, Thousand Oaks 2000.
8. Dykcik W.: Ciągłość postępowych zmian w kulturze, etyce, polityce, prawie w zaspokajaniu potrzeb osób niepełnosprawnych, [w:] Ochonczenko H., Nowicka A. (red.): Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych, t. I-II. Impuls, Kraków 2006.
9. Kahn R.L.: Social Support: Content, Causes and Consequences, [in:] Abeles R.P., Gift H.C., Ory M.G.. (eds.): Aging and Quality of Life. Springer Publishers, New York 1994.
10. Kawczyńska-Butrym Z.: Wyrównywanie szans – wybrane aspekty pomocy społecznej na rzecz osób niepełnosprawnych. „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej", nr 2, 1998.
11. Kawula S.: Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. Głos w dyskusji. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze", nr 1, 1996.
12. Kawula S.: Pomocniczość i wsparcie. Kategorie pedagogiki społecznej. Kastalia, Olsztyn 2002.
13. Kirenko J.: Dylematy wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością, [w:] Palak Z., Bartkowicz Z. (red.): Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004.
14. Maciarz A.: Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Żak, Warszawa 2001.
15. Nowak A.: Wybrane edukacyjne i prawne aspekty niepełnosprawności. Impuls, Kraków 1999.
16. Rostowska T.: Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia. Impuls, Kraków 2008.

17. Sekułowicz M.: Ocena wsparcia społecznego otrzymywanego przez matki dzieci niepełnosprawnych, [w:] Rola J., Pisula E. (red.): Dziecko z upośledzeniem umysłowym w rodzinie. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1995.
18. Serafin A.: Działalność organizacji pozarządowych na rzecz osób niepełnosprawnych, [w:] Skrętowicz B., Komorska M. (red.): Osoby niepełnosprawne w społeczeństwie polskim okresu transformacji. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008.
19. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia: wybrane koncepcje teoretyczne, [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.): Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
20. Sheridan Ch., Radmacher S.: Psychologia zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
21. Titkow A.,: Stres i życia społeczne – polskie doświadczenia. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1993.
22. Winiarski M.: Pedagogika społeczna humanistycznie zorientowana, [w:] Kawula S. (red.): Pedagogika społeczna: dokonania – aktualność – perspektywy. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2005.
23. Winiarski M.: Wsparcie społeczne, [w:] Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku, t. VII. Żak, Warszawa 2008.
24. Wysocka E.: Teoretyczne podstawy funkcjonowania i znaczenia samopomocy psychopedagogicznej w opiece społecznej i dla rozwoju osobistego jednostki. „Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne", nr 2, 1998.
25. Żółkowska T.: Poczucie wsparcia społecznego a poziom kompetencji społecznych u osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, [w:] Kwaśniewska G., Wojnarska A. (red.): Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004.

WSPARCIE SPOŁECZNE KOBIET Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ – UJĘCIE TEORETYCZNE

Streszczenie

W artykule zwrócono uwagę na wsparcie społeczne, poddano analizie pojęcie i istotę wsparcia społecznego, jego funkcje, rodzaje i znaczenie w życiu człowieka. Zaprezentowane ujęcie jest interdyscyplinarne, najbliższe perspektywie pedagogiki społecznej, pedagogiki specjalnej i psychologii. Przytoczono warunki skuteczności wsparcia społecznego. Nakreślono sytuację kobiet niepełnosprawnych i poddano analizie badania dotyczące roli wsparcia społecznego w życiu kobiet z niepełnosprawnością, wskazano podmioty, które udzielają kobietom wsparcia. Uwzględniono też zagrożenia wynikające z korzystania ze wsparcia (dotyczące zdolności adaptacyjnych, zależności od osoby udzielającej go lub niechęci do takich osób). Ukazano możliwości korzystania przez kobiety niepełnosprawne ze wsparcia instytucjonalnego.

SOCIAL SUPPORT FOR DISABLED WOMEN – THEORETICAL APPROACH

Summary

An attention of the analysis is focused at the category of social support, there is presented the notion of social support, essential elements, functions and types of the category as well as it's meaning in the humans' life. There is employed an interdisciplinary approach, specifically related to the perspective of social pedagogy, special pedagogy and psychology. There are indicated the preconditions of social support effectiveness. There are sketched the elements of social situation of disabled women and are indicated the agents realizing social support toward them. There are considered dangers potentially arising from making use of the support (related to the adaptative competencies, dependency on the agents realizing support service, or aversion directed to the people in the support situation). There are presented the possibilities of disabled women related to making use of institutional support.

Stanisław JUSZCZYK
Katolícka univerzita v Ružomberku
Pedagogická fakulta, Slovensko

NOWE TECHNOLOGIE I MEDIA CYFROWE W FUNKCJONOWANIU, EDUKACJI I KOMUNIKACJI DZIECI O SPECJALNYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH

Wprowadzenie

Współczesne badania prowadzone przez różne ośrodki naukowe na świecie, dotyczące codziennego funkcjonowania, komunikacji i edukacji dzieci z różnymi niepełnosprawnościami oraz dzieci wykazujących trudności w procesie uczenia się (dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych), pokazują, jak ważną rolę odgrywają nowe technologie (w tym technologie informacyjno-komunikacyjne) i media cyfrowe oraz jak ważne są praktyki działań edukacyjnych oparte na wynikach badań, stymulujących podejmowanie stosownych decyzji nie tylko przez nauczycieli, ale także przez specjalistów, które mają charakter kliniczny i farmakologiczny. Jednak dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych stanowią grupę wyjątkowo heterogeniczną i dlatego jakiekolwiek uogólnianie na temat specjalnej edukacji jest trudne, a w pewnych sytuacjach wręcz niemożliwe. Często edukacja ta, szczególnie gdy obejmuje dzieci z niepełnosprawnością intelektualną czy dzieci z niepełnosprawnościami fizycznymi (upośledzeniem fizycznym), skupia się na tzw. czynnościach samoobsługowych, takich jak jedzenie, ubieranie się i toaleta. Dzieci z upośledzeniem umiarkowanym czy głębokim w zasadzie kształtują umiejętności samoobsługowe oraz pewne zawodowe, natomiast dzieci wykazujące upośledzenie lekkie mogą uczyć się podstawowych akademickich umiejętności, ale czynią to zwykle później niż ich zdrowi rówieśnicy (Jacobson 2009).

W zakresie edukacji specjalnej zaczynają rozwijać się trendy, pozwalające odpowiedzieć na dwa następujące pytania: (a) Co i przez kogo? oraz (b) Gdzie? Z tych dwóch pytań pierwsze jest ważniejsze. Proces inkluzji w typowej klasie, realizowany przez typowego nauczyciela, zdominował literaturę specjalistyczną w XX wieku, dlatego wydaje się ważniejsze zwrócenie uwagi na to, czego i jak dzieci uczą się, niż gdzie to ma miejsce (Kauffman 2009). Wiemy, że powinno to odbywać się w najbliższej szkole od miejsca zamieszkania dziecka (Juszczyk 2015).

Na środowisko klasy specjalnej czy integracyjnej oddziałują w wielu krajach w sposób szczególny trzy czynniki: (a) wczesna interwencja i prewencja, (b) technologia, (c) planowanie przejść, na przykład z jednej szkoły do innej, ze szkoły do pracy zawodowej lub ze środowiska restrykcyjnego czy samowyhamowującego do środowiska mniej restrykcyjnego (Crockett 1999). O sprawach technologii będzie poniżej, a teraz kilka słów o wczesnej interwencji i prewencji, które nie są wcale nowym pomysłem, ale zaczynamy dziś zwracać na nie coraz większą uwagę. W placówkach oświatowych i wychowawczych zaczęto zdawać sobie sprawę, że wczesna interwencja i prewencja ograniczają przyszłe koszty i pozwalają zaoszczędzić środki w dłuższej perspektywie czasowej. Interwencje są realizowane w paradygmacie, w którym dziecko znajduje się w centrum procesu edukacji prowadzonego przez nauczycieli we współpracy z rodziną.

Dzieci wykazujące szereg fizycznych niepełnosprawności oraz mające kompleksowe problemy komunikacyjne (np. zaburzenia mowy i wymowy) wymagają metod alternatywnych, strategii ułatwiających komunikację oraz technologii komputerowych. Zastosowanie znajdują zaawansowane urządzenia cyfrowe imitujące głos oraz narzędzia ułatwiające komunikację, takie jak tablice rozpoznawania wzrokowego i książki komunikacyjne. Używa się także powszechnie dostępnych technologii, takich jak laptopy, telefony komórkowe i inne mobilne urządzenia, dające takim dzieciom możliwość komunikowania się. Programy komputerowe pozwalają sterować klawiaturą i nawigować w internecie poprzez analizę ruchów oczu pacjenta. Implanty pozwalają dzieciom niesłyszącym słyszeć, a nowe protetyki (sztuczne części ciała) umożliwiają większą mobilność oraz uczestniczenie w edukacji i życiu społecznym. Metody, które wykorzystują dzieci, aby mieć dostęp do tych technologii i strategii, zależne są od ich fizycznych i intelektualnych możliwości.

Bezpośrednie, systematyczne nauczanie w zakresie pisania, czytania, matematyki oraz kształtowania umiejętności niezbędnych w codziennym życiu stanowi sedno pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych, a zwłaszcza z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną. Analiza porównawcza edukacji specjalnej i edukacji ogólnej, dokonywana przez wielu autorów w różnych krajach świata, wskazuje, że nie są one równoważne.

Dobre praktyki w edukacji specjalnej

Jedną z zastanawiających cech współczesnej edukacji specjalnej jest znaczna rozbieżność między wynikami badań dokumentujących efektywność stosowanych praktyk (w literaturze stosuje się zamiennie także inne pojęcia, takie jak: praktyki oparte o badania czy najlepsze lub rekomendowane praktyki) a bieżącym procesem nauczania w typowych klasach (Cook 2006). W trakcie podejmowanych interwencji okazuje się, że wyniki prawidłowo przeprowadzonych badań pozytywnego oddziaływania uczniowskich czynności nie są zwykle implementowane do innych klas – czyli nie są wykorzystywane w nich jako dobre praktyki.

Także inne praktyki, mające mały lub negatywny wpływ na osiągnięcia uczniów, rzadko są brane pod uwagę w pracy nauczyciela. Praktycy z zakresu edukacji specjalnej piszą, że niektóre stosowane często metody nie są efektywne. Należy do nich na przykład nauczanie ze względu na zróżnicowanie modalnościowe uczniów (ich preferencje sensoryczne). Jednocześnie wskazują, że z badań wynika, że o wiele efektywniejsze strategie mnemoniczne stosowane są względnie rzadko (Burns 2009).

Z reguły nauczyciele wykorzystują w procesie nauczania takie źródła, jak osobiste doświadczenie, tradycja oraz zalecenia ekspertów dotyczące metod pracy z klasą. Skutkuje to mnogością spojrzeń na edukację specjalną i konstrukcję praktyk, a zarazem przyczynia się do powstawania błędów I i II rodzaju. W rezultacie badania ukazują efektywność praktyk nieefektywnych, jak i nieefektywność praktyk efektywnych, co prowadzi do rozdźwięku między wynikami badań a praktykami stosowanymi w edukacji (Cook 2013). Dlatego należy systematycznie prowadzić dobre jakościowo badania empiryczne w celu ustalenia, które praktyki w sposób jednoznaczny przyczyniają się do poprawy wyników uczniów. Proponuje się w tym celu badania eksperymentalne i quasi-eksperymentalne z jedną grupą w ramach edukacji specjalnej (Gersten 2005) lub badania studiów przypadków (Horner 2005). W ten sposób można określić metody skuteczne i starać się je upowszechniać wśród nauczycieli (Cook 2008).

Dostęp do technologii interaktywnych i mediów cyfrowych

Nowe technologie interaktywne i media cyfrowe przyczyniają się do zwiększenia zdolności poznawczych i społecznych. Interakcje z urządzeniami technologii cyfrowej i mediami przypominają interakcje w trakcie gry, dzięki czemu wspierają kreatywność dzieci, ułatwiają eksploracje, a także rozwijają aktywność dzieci poza domem. Gra jest głównym czynnikiem rozwoju dziecka i jego nauki. Interakcje z mediami cyfrowymi odzwierciedlają interakcje z urządzeniami służącymi do różnych innych gier – sensomotorycznych, praktycznych, a także tych, które pozwalają odgrywać role zawodowe czy społeczne. Z tego powodu dzieci w normie rozwojowej i dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych powinny analizować możliwości nowych technologii i mediów interaktywnych w sposób przypominający korzystanie z gry interaktywnej. Kolejne doświadczenia z technologią pozwalają im opanować pracę z danym medium, poszerzać doświadczenia, badać funkcjonalność narzędzi i uczyć się sposobów ich wykorzystania w realnym życiu.

Gry cyfrowe mieszczą się w tej samej kategorii, co gry planszowe. W obu przypadkach czynności uczących się dzieci, mające na celu samokorekcję w trakcie nauki, w podobnym stopniu wspierają ich rozwój. Media cyfrowe służą nie tylko do gier (komputerowe gry edukacyjne staną się w przyszłości podstawą edukacji), ale także do uzyskiwania informacji, jak również do komunikowania się dziecka z otoczeniem oraz nauczycieli

czy specjalistów z rodzicami. Dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych potrzebują takiego samego dostępu do technologii cyfrowych, jak dzieci w normie rozwojowej. Technologia staje się narzędziem poprawiającym pracę zmysłów, usprawniającym motorykę dziecka i redukującym rozproszenie uwagi. Wzmacnia procesy poznawcze, pamięć i przypominanie sobie, a także skupianie uwagi. Wspiera dzieci poprzez zwiększenie ich niezależności i pomaga w procesie inkluzji w klasach integracyjnych, umożliwiając akceptację przez grupę. Dzięki adaptacji materiałów dzieci z niepełnosprawnościami mogą być włączane do wykonywania czynności, w których wcześniej nie mogły uczestniczyć. Technologie asystujące ułatwiają nauczycielom motywowanie dzieci do nauki i pobudzanie ich kreatywności, pozwalają kształtować motorykę i usprawniają komunikowanie się.

Technologia wspiera praktyki inkluzyjne w otoczeniu dzieci niepełnosprawnych już na wczesnym etapie ich rozwoju, sprzyjając procesom adaptacji i pozwalając dzieciom na pełniejsze uczestnictwo w działaniach grupy. Urządzenia poprawiające komunikację, w tym m.in. przełączniki, stały się niezbędne w klasach integracyjnych i specjalnych, służąc uczniom o specjalnych potrzebach. Ponieważ znacznie poszerzają one możliwości dzieci, wymagają przemyślanej adaptacji już we wczesnym dzieciństwie. Nauczyciele i specjaliści powinni dopasować technologię do indywidualnych, zróżnicowanych potrzeb dziecka, jego stylu uczenia się i jednostkowych preferencji (Mulligan 2003).

Bardzo ważnym zagadnieniem jest to, aby nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej rozumieli znaczenie technologii asystujących, niezbędnych w pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych, aby umieli ich użyć oraz potrafili stosować podobne lub porównywalne technologie i media cyfrowe w pracy z innymi dziećmi w klasie, wzbogacając w ten sposób środowisko uczenia się. Nauczyciele powinni informować rodziców o możliwościach nowoczesnych technologii i mediów oraz nakłaniać ich, by z pomocą urządzeń cyfrowych wspierali edukacyjny i społeczny rozwój swojego dziecka. W ten sposób wcześnie pozna ono zasady efektywnej komunikacji online, zrozumie, co oznacza nadużywanie technologii cyfrowych prowadzące do uzależnienia, przyswoi sobie normy odpowiedzialnych zachowań w sieci, uświadomi sobie, czym jest odgrywanie ról i kształtowanie tożsamości, dowie się, jak należy postępować w celu zapewnienia ochrony i bezpieczeństwa. Do urządzeń wykorzystujących technologie cyfrowe można zaliczyć zarówno proste zabawki multimedialne, jak i ekspansywne systemy high-tech zarządzające złożonymi środowiskami.

Możliwość efektywnego komunikowania się jest integralną zasadą ewaluacji komunikacji alternatywnej i interwencji podejmowanych w stosunku do dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych (Higginbotham 2007). Bez względu na swój wiek chcą one posługiwać się dobrymi narzędziami komunikacyjnymi, które umożliwią im uczestniczenie w rutynowych zadaniach, realizowanych przez inne dzieci. Zarówno dostęp do tych narzędzi, jak i funkcjonalne ich użycie stanowią podstawę efektywnej komunikacji, edukacji i pełnego uczestnictwa w grupie. O wyborze narzędzi komunikacyjnych nie decydują same dzieci, ale raczej

jest to wynik wspólnych ustaleń wielu osób, m.in.: patologów mowy, terapeutów zajęciowych, terapeutów ruchu, pediatrów, neurologów, rodziców, rodziny, nauczycieli i wreszcie samych dzieci. Konsylium tak wielu specjalistów jest niezbędne, aby dobrać narzędzie najbardziej efektywne. Na przykład terapeuci fizyczni i zajęciowi mogą zalecić, aby narzędzie komunikacyjne było komfortowe w użyciu, stabilne, proste i aby umożliwiało dziecku funkcjonowanie przez cały dzień. Z kolei analiza przebiegu rehabilitacji umożliwia podejmowanie decyzji chirurgom, jak również uzasadnia decyzje farmakologiczne zmierzające do zmniejszenia niepełnosprawności ruchowej. Inni specjaliści informują zespół o umiejętnościach dziecka – wizualnych, językowych, słuchowych i poznawczych (Fager i in. 2012).

Wielomodalne podejście do sprawy dostępu do kanałów komunikacji jest bardzo wskazane. Klinicyści zalecają kontrolę wielu specjalistów oraz systematyczne korzystanie z różnych narzędzi technologii cyfrowej w celu analizowania realizowanych przez dzieci zadań, obserwacji dziecięcych umiejętności oraz preferencji, które mogą zmieniać się u nich z czasem. Kliniczne obserwacje prób podejmowania określonych aktywności dostarczają informacji o wydajności i efektywności narzędzi, co wpływa w znacznym stopniu na kształt decyzji terapeutycznych. Można znaleźć w literaturze przedmiotu wiele prac udowadniających, że metody dostępu bezpośredniego są prostsze niż metody skaningowe, szczególnie w przypadku najmłodszych dzieci i dzieci z różnymi deficytami poznawczymi (Light 2007, Wagner 2006).

Postęp w technikach dostępu bezpośredniego

Wydaje się, że największy postęp w technologiach komunikacyjnych przeznaczonych dla dzieci z niepełnosprawnością fizyczną dokonał się w dziedzinie okulografii. Urządzenia śledzące ruch gałek ocznych emitują w kierunku oka bezpieczne, niewidzialne promienie podczerwone. Odbite promieniowanie jest następnie rejestrowane przez system sensoryczny, co umożliwia w dalszej kolejności dokładne wyznaczenie punktu spojrzenia i pokazanie go na wyświetlaczu. Patrząc w różne miejsca monitora, użytkownik może przemieszczać kursor, aby kontrolować komputer lub urządzenie generujące mowę (Hammoud 2009). Przeszkodą w stosowaniu tej technologii jest to, że wiele urządzeń nie działa prawidłowo w świetle naturalnym (dziennym) lub wtedy, gdy pacjent znajduje się blisko okna. Również zmiana środowiska przebywania pacjenta staje się czynnikiem zakłócającym tok badania. W związku z tym dzieci potrzebują dodatkowych opcji dostępu do urządzeń generujących mowę, innych technologii wzmacniających komunikację, a także innych metod alternatywnej komunikacji, tak aby mogły się porozumiewać we wszystkich możliwych sytuacjach i podczas wykonywania każdego zadania.

Kolejna technologia pozwala śledzić naturalne ruchy głową. Kursor myszki przemieszcza się na wyświetlaczu lub monitorze komputera, podążając za ruchem głowy. Dziecko wybiera cel zarówno poprzez naciśnięcie klawisza czasowego (to oznacza, że dziecko musi utrzymać kursor na celu przez określony czas), jak i poprzez aktywowanie zewnętrznego przełącznika, umożliwiającego głośne odtworzenie wypowiedzi. Technologia ta wykorzystuje kamery na podczerwień, które tropią punkt odbicia lub konfigurację punktów umieszczonych na hełmie dziecka, okularach, rondzie czy kapeluszu lub na jednej z rąk czy palcu[3].

W ostatnich latach zaobserwowano znaczny postęp także w technikach skaningowych. W odróżnieniu od technik bezpośredniego dostępu, takich jak śledzenie wzroku lub ruchów głowy, skaningowanie wymaga od dziecka aktywowania przełącznika w celu kontroli kursora przemieszczającego się od jednego celu do następnego. Gdy kursor znajduje się nad docelową wiadomością, dziecko aktywuje przełącznik i wiadomość może być głośno wypowiedziana lub podświetlona w linii tekstu. Rozróżniamy skaningowanie krokowe, kolumnowe lub blokowe. Dzieci mogą wybrać jeden lub kilka przełączników. W internecie znajduje się wiele stron demonstrujących wzory skaningowe. Na przykład na stronach University of Washington prezentowany jest Tele-Collaboration Project (http://depts.washington.edu/tcollab). Również w serwisie YouTube zamieszczono liczne filmy na ten temat.

W obecnych czasach dzieci mają dostęp do różnych kanałów komunikacji. Mogą rozmawiać przez telefon komórkowy, wysyłać wiadomości e-mail, komunikować się poprzez fora dyskusyjne i portale społecznościowe, wykorzystywać takie komunikatory jak Skype lub Messenger, gdzie możliwe są transmisje wideo, uczestniczyć w działaniach społeczności grających online w różne gry. Postęp w dziedzinie urządzeń generujących mowę umożliwia uczestniczenie w różnych formach komunikowania się dzieciom z fizyczną niepełnosprawnością i kompleksowymi potrzebami komunikacyjnymi.

W przypadku dzieci wykazujących zróżnicowane niepełnoprawności fizyczne, jednakże wypowiadających się wystarczająco wyraźnie technologia automatycznie rozpoznawanej mowy stanowi ważną metodę diagnostyczną. Od dawna w Polsce stosowane są komputerowe programy do diagnozy i terapii logopedycznej (Juszczyk 2010). Istnieją aplikacje (np. Dragon), które można zainstalować na dotykowych urządzeniach mobilnych typu iPod, iPhone, iPad produkowanych przez Apple. Z tego względu cieszą się one powodzeniem u dzieci i młodzieży.

Istnieje także technologia polegająca na połączeniu mózgu dziecka za pomocą elektrod z zewnętrznym urządzeniem monitorującym sygnał EEG. Dzięki niej pacjenci mogą wykorzystywać interfejs komputera do kontroli analizowanych funkcji (Birbaumer 2009, Van Gerven 2009). Na obecnym etapie badań urządzenia te służą jedynie do diagnozy i terapii dorosłych, z uwagi na ich inwazyjność i kliniczną użyteczność interwencji, ale trwają już prace nad modyfikacją urządzeń i przystosowaniem ich do potrzeb dzieci.

---

[3] Urządzenia rejestrujące śledzenie ruchów głowy można znaleźć na stronach ich producentów z USA i Kanady: orin.com, www.naturalpoint.com, www.mandentec.com, www.invotek.org.

Opisane tutaj technologie śledzenia wzroku i ruchów głowy, nowe opcje technologii opartych na przełączaniu oraz coraz szersze wykorzystywanie technologii cyfrowych znacznie rozwinęły możliwości komunikowania się dzieci z niepełnosprawnościami fizycznymi i kompleksowymi potrzebami komunikacyjnymi. Technologie te oferują różne rozwiązania, dzięki czemu znajdują szerokie zastosowanie w diagnostyce, pozwalając na uzyskiwanie informacji niezbędnych do interwencji klinicznych. Zespoły specjalistów prowadzą systematyczne, drobiazgowe i żmudne badania w celu wyboru najlepszego, najbezpieczniejszego i najbardziej efektywnego kanału komunikacji. Wskazują, że wraz z rozwojem i wzrostem dzieci mogą zmieniać się metody komunikacji oraz aspekty modalnościowe. Dostęp do łatwych dla dziecka z określoną niepełnosprawnością narzędzi komunikacyjnych staje się podstawowym warunkiem jego efektywnej komunikacji i sprzyja procesowi uczestnictwa w grupie, a także w codziennym życiu.

Konkluzje

Nowe technologie i media cyfrowe mają wielki potencjał diagnostyczno-terapeutyczny, edukacyjny, społeczny i komunikacyjny. Nie zastąpią na pewno naturalnych edukacyjnych aktywności w trakcie kreatywnych gier, doświadczeń zdobywanych w zabawach poza domem czy bezpośrednich społecznych interakcjach z rówieśnikami i osobami dorosłymi w różnych sytuacjach już w dzieciństwie. Jednak terapeuci mogą je skutecznie wykorzystywać w diagnostyce, a następnie terapii. Wspierają one codzienne funkcjonowanie dzieci z różnymi niepełnosprawnościami, szczególnie technologie asystujące, które są efektywnymi mediami dydaktycznymi w klasie szkolnej (specjalnej czy integracyjnej) oraz wspierają lub poprawiają komunikację dzieci z rówieśnikami i osobami dorosłymi. Mądrze wykorzystane technologie i media cyfrowe stymulują zmysły dziecka i usprawniają zaburzone funkcje (lub rozwijają inne funkcje, przejmujące rolę funkcji zaburzonych), umożliwiają mu aktywność ruchową, wspierają motorykę małą i dużą, poprawiają sprawność manualną, usprawniają myślenie i zapamiętywanie, rozwijają kreatywność. Umożliwiają ponadto autentyczny kontakt ze środowiskiem, a także postrzeganie tego, co się wokół dziecka dzieje, i w ten sposób pomagają poznawać jego świat. Dlatego media cyfrowe powinny poznawać nie tylko dzieci, ale również terapeuci, nauczyciele i rodzice.

Bibliografia

1. Birbaumer N.: Brain-computer interface in paralysis. „Current Opinion in Neurology", vol. 21(6), 2008.
2. Burns M.K., Ysseldyke J.E.: Reported prevalence of evidence-based instructional practices in special education. „Journal of Special Education", vol. 43(1), 2009.

3. Cook B.G., Cook S.C.: Unraveling evidence-based practices in special education. „The Journal of Special Education", vol. 47(2), 2013.
4. Crockett J.B., Kauffman J.M.: The Least Restrictive Environment: Its Origins and Interpretations in Special Education. Mahwah, Erlbaum 1999.
5. Cook B.G., Schirmer G.J. (eds.): What Is Special about Special Education: Examining the Role of Evidence-based Practices. Pro-Ed, Austin 2006.
6. Cook B.G., Tankersley M., Cook L., Landrum T.J.: Evidence-based practices in special education: Some practical considerations. „Intervention in School and Clinic", vol. 44(2), 2008.
7. Fager S., Bardach L., Russell S., Higginbotham J.: Access to augmentative and alternative communication: New technologies and clinical decision-making. „Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach", vol. 5(1), 2012.
8. Gersten R., Fuchs L.S., Compton D., Coyne M., Greenwood C., Innocenti M.S.: Quality indicators for group experimental and quasi-experimental research in special education. „Exceptional Children", vol. 71(2), 2005.
9. Gerven M. van, Farquhar J., Schaefer R., Vlek R, Geuze J., Nijholt A., Ramsey N., Haselager P., Vuurpijl L., Gielen S., Desain P., The brain-computer interface cycle. „Journal of Neural Engineering", vol. 6(4), 2009.
10. Hammoud R. (ed.): Augmented Vision Perception in Infrared: Algorithms and Applied Systems. Springer, London 2009.
11. Higginbotham D.J., Shane H., Russell S., Caves K.: Access to AAC: Present, past, and future, „Augmentative and Alternative Communication", vol. 23(3), 2007.
12. Horner R.H., Carr E.G., Halle J., McGree G., Odom S., Wolery M.: The use of single-subject research to identify evidence-based practice in special education. „Exceptional Children", vol. 71(2), 2005.
13. Jacobson J.W., Mulick J.A., Rojahn J. (eds.): Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities. Springer, New York 2007.
14. Jones M.L.: A study of novice special educators' views of evidence-based practices. „Teacher Education and Special Education", vol. 32(2), 2009.
15. Juszczyk S.: Specjalistyczne programy komputerowe w warsztacie pracy logopedy. Ujęcie społeczno-kulturowe, [w:] Stankowski A., Gabryś K. (red.): Antropotechnika, kulturotechnika, socjotechnika w pedagogice specjalnej. Verbum, Ružomberok 2010.
16. Juszczyk S.: Current trends in special education of chosen European Union countries, Asian countries and USA, [w:] Wendreńska I., Lewko A. (red.): W drodze ku dorosłości – wyzwania i szanse dla procesu edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. Verbum, Ružomberok 2015.
17. Kauffman J.M., Hung L.-Y.: Special education for intellectual disability: Current trends and perspectives. „Current Opinion in Psychiatry", vol. 22(5), 2009.

18. Light J., Drager K.: AAC technologies for young children with complex communication needs: State of the science and future research directions. „Augmentative and Alternative Communication", vol. 23(3), 2007.
19. Mulligan S.A.: Assistive technology: Supporting the participation of children with disabilities. „Young Children", vol. 58(6), 2003.
20. Sadao K.C., Robinson N.B.: Assistive Technology for Young Children: Creating Inclusive Learning Environments. Brookes, Baltimore 2010.
21. Technology and Interactive Media as Tools in Early Childhood Programs Serving Children from Birth through Age 8, NAEYC and Fred Rogers Center, http://www.naeyc.org/files/ naeyc/ file/ positions/PS_technology_WEB2.pdf
22. Wagner B., Jackson H.: Developmental memory capacity resources of typical children retrieving picture communication symbols using direct selection and visual linear scanning with fixed communication displays. „Journal of Speech, Language, and Hearing Research", vol. 49(1), 2006.

NOWE TECHNOLOGIE I MEDIA CYFROWE W FUNKCJONOWANIU, EDUKACJI I KOMUNIKACJI DZIECI O SPECJALNYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH

Streszczenie

W pracy przedstawiono podstawy teoretyczne oraz sugestie wykorzystania nowych technologii i mediów cyfrowych w praktyce edukacyjnej i komunikacji dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na dzieci z upośledzeniem intelektualnym.

NEW TECHNOLOGIES AND DIGITAL MEDIA IN FUNCTIONING, EDUCATION AND COMMUNICATION OF CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS

Summary

The goal of the work is to present the theoretical background and suggestions of the use of new technologies and digital media in educational training and communication of the children with special educational needs, with particular attention payed on the children with intellectual disability.

Agnieszka KWITOK
Politechnika Śląska
Kolegium Pedagogiczne

CZŁOWIEK NIEPEŁNOSPRAWNY – WYBRANE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA W PRZESTRZENI SPOŁECZNEJ

Wprowadzenie

Problem niepełnosprawności istniał na całym świecie od wieków i istnieje nadal. Jednak w wielu krajach, w tym także w Polsce, nie mówiło się o nim zbyt wiele. Dopiero stosunkowo niedawno informacje na temat niepełnosprawności zaczęły się pojawiać na szerokim forum. Zainteresowanie tą problematyką staje się coraz powszechniejsze. Obecnie osoby niepełnosprawne starają się być aktywne, mają coraz większe szanse rozwoju oraz normalnego życia wśród ludzi zdrowych. Trzeba jednak pamiętać o tym, że w większości przypadków niepełnosprawność stanowi duże utrudnienie i osobistą tragedię każdego, kto został nią dotknięty. Potrzeba wiele sił oraz wewnętrznej determinacji do walki z nią, a także do udowodnienia innym i sobie, że „nie ma [jak mawiała Maria Grzegorzewska] kaleki, a jest człowiek". Człowiek wprawdzie z ułomnością, obwarowany skazą natury biologicznej i społecznej, ale przecież zawsze człowiek (Borowiecki 2015, s. 110).

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnego świata. Znaczenie tego problemu wynika z jego zwiększających się rozmiarów i powszechności występowania w populacji, a także z konsekwencji, jakie niepełnosprawność wywołuje w sensie zarówno indywidualnym, jak i społecznym (Turska 2007, s. 53).

Jak pisze Andreas Sagner (2009, s. 7): „pojęcie *niepełnosprawność* wskazuje na trwałe uszkodzenie, chroniczny defekt lub stałą deformację ciała pod względem fizjologicznym, anatomicznym, psychologicznym i/lub emocjonalnym. W tym kontekście niepełnosprawność odnosi się niejako do stanu pozakulturowego. To wprawdzie nie wyklucza zupełnie socjokulturowego wymiaru rzeczywistości niepełnosprawności, jednakże ogranicza ją w powszechnym rozumieniu do kulturowej elaboracji i oceny inności fizycznej lub psychicznej, bądź do innego postępowania z osobami niepełnosprawnymi. Jest oczywiste, że to spojrzenie, obecne także w schemacie klasyfikacyjnym Światowej Organizacji Zdrowia, ściśle nawiązuje do teorii medycznych i podstawowych interpretacji".

Młoda jeszcze dyscyplina socjologicznego badania niepełnosprawności poddała w międzyczasie tę liczącą się interpretację zasadniczej krytyce: w stworzonym głównie przez niepełnosprawnych naukowców „społecznym modelu (niepełnosprawności)" niepełnosprawność interpretowana jest jako wynik określonych i historycznych warunków społecznych, utrudniających pełne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Model ten podkreśla, że niepełnosprawność zdeterminowana jest społecznie i definiuje ją jako zjawisko ukonstytuowane czysto społecznie. Niepełnosprawność w rozumieniu tego modelu nie jest już kategorią medyczną, stała się kategorią w szczególności polityczną (Sagner 2009, s. 7).

W modelu społecznym niepełnosprawność powstaje wskutek ograniczeń doświadczanych przez osoby nią dotknięte, takich jak uprzedzenia, utrudniony dostęp do budownictwa użyteczności publicznej, niedostosowany transport, złe rozwiązania na rynku pracy. Niepełnosprawność jest więc pojmowana jako wynik barier społecznych i ekonomicznych. Na popularyzację podejścia społecznego do niepełnosprawności miało wpływ wiele czynników, między innymi zapewne konieczność angażowania coraz większych rzeszy ludzi w proces rehabilitacji (Niecikowska 2009, s. 6).

Zatem współczesne definicje niepełnosprawności starają się uwzględnić nie tylko aspekty biologiczne, czy odwrotnie – jedynie społeczne, ale także odnieść się do ujęć kulturowych, prawnych, ekonomicznych czy politycznych. W preambule Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, przyjętej 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych, uznaje się, że niepełnosprawność jest pojęciem ewoluującym i że wynika z interakcji między osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw ludzkich i środowiskowymi, które utrudniają tym osobom pełne i skuteczne uczestnictwo w życiu społecznym, na zasadach równości z innymi osobami (Chrzanowska 2010, s. 23).

W środowisku naukowym można zaobserwować coraz większe zainteresowanie wyznacznikami i mechanizmami funkcjonowania osób z ograniczeniami sprawności. Jest to związane ze wzrastającą świadomością społeczną oraz przyrostem wiedzy na temat specyficznych problemów osób z różnymi rodzajami i poziomami ograniczenia sprawności (Maciejewska 2014, s. 115).

Osoba niepełnosprawna bez wątpienia potrzebuje różnorodnej pomocy. Nie zawsze chodzi wyłącznie o wsparcie socjalne i finansowe czy też o rehabilitację fizyczną. To wszystko ma oczywiście ogromne znaczenie dla funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością w społeczeństwie, lecz najważniejsze zarówno dla niej samej, jej rodziny, jak i otoczenia, jest przywrócenie jej społeczeństwu jako osoby pełnosprawnej – zdolnej do samodzielnego życia, życia w rodzinie, nauki i pracy (Ippoldt 2006).

Osoby z niepełnosprawnościami są obecne w życiu społecznym, mówi się o szeroko rozumianej rehabilitacji, integracji społecznej i normalizacji. O prawach tych osób zaczęto mówić w kontekście praw człowieka. W rzeczywistości jednak napotykają one zbyt wiele przeszkód, by mogły w pełni z tych praw korzystać. Jedną z nich są postawy i nastawienia

społeczeństwa, które są mocno zróżnicowane (Gazdulska 2008, s. 284). Dlatego też celem niniejszego artykułu jest omówienie problematyki niepełnosprawności w kontekście stereotypów i postaw społecznych. W artykule skoncentrowano się również na kwestii samooceny i samoakceptacji osób niepełnosprawnych jako czynniku wpływającym na kształtowanie się postaw społecznych.

Osoby niepełnosprawne w społecznym postrzeganiu

Niepodważalny jest fakt, że ludzie niepełnosprawni doświadczają w swoim życiu rozmaitych utrudnień i ograniczeń, spowodowanych własną dysfunkcją. Wiele z tych utrudnień ma swoje źródła w traktowaniu jeszcze do niedawna tych osób jako marginesu społeczeństwa i stwarzaniu im możliwości życia i funkcjonowania jedynie w wydzielonych fizycznie i architektonicznie sferach, obejmujących głównie instytucje opieki zdrowotnej i społecznej oraz szkolnictwa specjalnego. Rzadko brano pod uwagę możliwość podjęcia przez osoby niepełnosprawne normalnego, pełnego życia w społeczeństwie i świecie ludzi sprawnych, stąd przy konstruowaniu tego świata rzadkością było uwzględnianie potrzeb ludzi niepełnosprawnych. Te osoby niepełnosprawne, które podejmowały dojrzałe, normalne życie, zdane były zazwyczaj na siebie i pomoc osób najbliższych. Zmiany w kierunku znoszenia barier architektonicznych i komunikacyjnych postępują dziś bardzo powoli, lecz systematycznie i obejmują swoim zasięgiem coraz szerszy zakres nowo tworzonej i przebudowywanej infrastruktury – od urzędów i instytucji publicznych, poprzez placówki oświatowe aż do placówek handlowych czy kulturalnych (Marszałek 2007, s. 339–340).

Jednak zarówno same osoby niepełnosprawne, jak i badacze zajmujący się tą problematyką podkreślają, iż przyczyną dotykających ludzi niepełnosprawnych utrudnień i ograniczeń jest nie sam fakt fizycznego uszkodzenia, lecz reakcje otoczenia społecznego na niepełnosprawność. Postrzegane odchylenia od normy, obejmujące ograniczenia sprawności, dysfunkcje i defekty, wywołują określone reakcje społeczne, które wyrażają się w tworzeniu stereotypów na temat osób niepełnosprawnych i kształtowaniu negatywnych postaw, stanowiących punkt wyjścia do uruchamiania procesu reakcji społecznej na niepełnosprawność (Marszałek 2007, s. 340).

Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych są bardzo różnorodne i wyrażają się we wszystkich swych składnikach: poznawczych (wiedza i przekonania dotyczące osób niepełnosprawnych), emocjonalnych (emocjonalno-oceniających) i behawioralnych (Sękowski 1994). Zdaniem Joanny Kossewskiej: „postawy te mają zmienny charakter. Często występuje w nich brak spójności – rozbieżność pomiędzy werbalnie deklarowanymi postawami a zachowaniem oraz między werbalnymi deklaracjami a postawami rzeczywistymi. Często werbalne deklaracje są determinowane normami i konwenansami

społecznymi oraz lękiem przed negatywną oceną społeczną i – nierzadko – maskują negatywne, a nawet wrogie postawy rzeczywiste" (Kossewska 2003, s. 1).

W literaturze najczęściej charakteryzowane są dwie postawy przyjmowane wobec osób z niepełnosprawnością: akceptację i odtrącenie. Postawa akceptująca charakteryzuje się życzliwością, sympatią, uznaniem i szacunkiem. Występuje wówczas, gdy kontakt z osobą dotkniętą niepełnosprawnością nabiera dla określonej osoby większej wartości, znika lub zmniejsza się obciążenie mające związek z nawiązaniem kontaktu z osobą niepełnosprawną (Kościelak 1996, s. 23).

Helena Larkowa (1970, s. 17–20) podaje, że wobec osób niepełnosprawnych ich otoczenie może przyjmować następujące rodzaje postaw:

1. Postawa uczuciowa:
   - pozytywna (życzliwość, sympatia),
   - pośrednia (współczucie, litość),
   - negatywna (niechęć wobec osób dotkniętych niepełnosprawnością).
2. Postawa wolicjonalna:
   - pozytywna (akceptacja i gotowość do utrzymywania kontaktów),
   - pośrednia (bierne obserwowanie niejako „z boku"),
   - negatywna (unikanie kontaktu).
3. Postawa intelektualna:
   - pozytywna (uznanie, szacunek),
   - pośrednia (ciekawość, przejawianie zainteresowania),
   - negatywna (negatywna ocena cech osób niepełnosprawnych).

Zdaniem Jacka Granofsky'ego (za: Paszkiewicz, Łobacz 2013, s. 209–210) postawy pozytywne przyjmowane wobec osób dotkniętych niepełnosprawnością charakteryzują się:

1. Obiektywną i realną oceną osoby z niepełnosprawnością:
   - realną oceną wpływu, jaki niepełnosprawność wywiera na psychikę i działanie człowieka,
   - realną oceną ograniczeń, jakie może powodować niepełnosprawność,
   - akceptacją społeczną osób z niepełnosprawnością kształtującą się na takim samym poziomie jak w przypadku osób, które nie są niepełnosprawne.
2. Pozytywnym nastawieniem poznawczym wyrażającym się poprzez:
   - przyjęciem, iż przedmiotem poznania jest człowiek jako całość, nie zaś jedynie jego niepełnosprawność,
   - znajomością potrzeb osoby z niepełnosprawnością i poziomu ich zaspokojenia,
   - dostrzeganiem mocnych stron, zalet i możliwości osób z niepełnosprawnością,
   - dostrzeganiem osiągnięć osób niepełnosprawnych.
3. Pozytywnym zachowaniem społecznym:
   - odejściem od izolacji osób niepełnosprawnych,

- kontaktem z osobami niepełnosprawnymi nacechowanym życzliwością i szacunkiem,
- współistnieniem w życiu i pracy,
- przyznawaniem osobom niepełnosprawnym prawa do uczestnictwa w życiu społecznym i pełnienia ról społecznych,
- akceptacją osób z niepełnosprawnością i podejmowaniem różnych form integrowania ich w społeczeństwie.

Z kolei postawy negatywne wobec osób z niepełnosprawnością według J. Granofsky'ego (za: Paszkiewicz, Łobacz 2013, s. 210) charakteryzują się:

1. Uczuciem litości lub nadmiernej troskliwości przejawianej wobec osób z niepełnosprawnością:
   - niedocenianiem osoby z niepełnosprawnością,
   - sposobem patrzenia na osobę niepełnosprawną jako na obiekt ciekawości,
   - przypisywaniem osobom z niepełnosprawnością ról społecznych o niższej kategorii,
   - wyolbrzymionym i błędnym przekonaniem o ograniczeniach płynących z niepełnosprawności.
2. Negatywnym nastawieniem poznawczym wyrażającym się:
   - nadmiernym zajmowaniem się wyglądem osoby z niepełnosprawnością,
   - zwracaniem szczególnej uwagi na niepełnosprawność,
   - przecenianiem strony zewnętrznej niepełnosprawności, aż do wstrętu i odrzucenia.
3. Negatywnym nastawieniem społecznym wyrażającym się:
   - izolowaniem ludzi z niepełnosprawnością od innych osób,
   - sprzeciwianiem się lub niechęcią wobec udziału osób z niepełnosprawnością w różnego rodzaju kontaktach społecznych,
   - brakiem komfortu, lękiem czy też zakłopotaniem przejawianymi w obecności osób z niepełnosprawnością.

Postawy wobec niepełnosprawnych przenoszone są z pokolenia na pokolenie przez kulturę, a ich modelowanie rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie. Dlatego też najlepszym momentem dla rozpoczęcia planowego, zorganizowanego procesu zmian postaw wobec niepełnosprawnych i dla integracji jest najwcześniejszy okres edukacji przedszkolnej i szkolnej. Socjalizacyjno-akulturacyjny przekaz wartości, a także stereotypów społecznych oraz transmisja kultury pomiędzy pokoleniami powodują, że postawy wobec niepełnosprawnych nie podlegają szybkim zmianom. Ich prawidłowe kształtowanie wymaga zastosowania długoterminowego treningu (Kossewska 2003, s. 3–4).

Chociaż wydaje się, że w ostatnim czasie społeczna percepcja osób niepełnosprawnych wyraźnie zmierza w kierunku większej akceptacji i otwartości, to wciąż jednak funkcjonują błędne, znacznie upraszczające i stereotypowe schematy myślenia, które powodują społeczny dystans wobec osób niepełnosprawnych (Korzon 2004). Dlatego też istotną rolę w społecznym postrzeganiu osób niepełnosprawnych, i „budowaniu" ich tożsamości odgrywa

pojęcie stereotypu społecznego, które wiąże się z tendencją do uogólnionego postrzegania innych osób oraz z powszechnym mechanizmem kategoryzacji, czyli przejściem od sygnałów do ustalenia tożsamości kategorialnej (Mądrzycki 1986, s. 34). Jednakże łatwo wpaść tutaj w pułapkę uogólniania i zaliczywszy osobę do pewnej kategorii, można automatycznie identyfikować u niej inne cechy. Tadeusz Mądrzycki pisze (1986, s. 164): „gdy u jakiejś osoby zidentyfikowana zostanie pewna cecha wskazująca na jej przynależność do określonej kategorii społecznej, wówczas przypisywane są jej cechy, które zgodnie ze schematem przysługują tej kategorii". Stereotypy, czyli utrwalone w świadomości jednostki obrazy, pojęcia czy przekonania, umożliwiają jej szybkie rozpoznanie zjawisk, ich interpretację i ocenę. Stanowią też źródło uproszczeń czy błędów w percepcji rzeczywistości i komunikacji, gdyż jako silne bariery psychiczne utrudniają możliwości rozwojowe i twórcze funkcjonowanie człowieka (Wolińska 2015, s. 49).

Osoby niepełnosprawne żyją i rozwijają się w specyficznych warunkach. Odmienność wyglądu i sposobu funkcjonowania sprawia, że są postrzegane jako różniące się od typowych przedstawicieli zbiorowości (Marszałek 2007, s. 342).

Colin Barnes (za: Cytlak, s. 35–36) dokonał socjologicznej analizy wizerunku osób niepełnosprawnych przedstawianego w mediach. Autor określił powszechnie występujące stereotypy osób niepełnosprawnych:

1. Osoba godna pożałowania i cierpiąca, prezentowana w warunkach wskazujących na chorobę. Na przykład w reportażach i wiadomościach telewizyjnych ukazuje się niepełnosprawnych podczas zabiegów czy rehabilitacji. Jak uważa Barnes, taki sposób prezentowania osób niepełnosprawnych odwraca uwagę opinii publicznej od społecznych przyczyn niepełnosprawności. W tej sytuacji przywołanie określeń „odważni" czy „śmiali" powoduje współczujące skojarzenia.
2. Osoba groźna i zła, tworząca nastrój. Najczęściej jest to człowiek o zniekształconym ciele (np. karzeł z „Twin Peaks" D. Lyncha) lub chory psychicznie. Jego obecność w scenariuszu ma służyć budowaniu atmosfery grozy lub tajemniczości.
3. Przedmiot przemocy. Pierwowzorami kulturowymi mogą tu być stosunek do osób niepełnosprawnych w starożytnej Grecji czy Rzymie oraz ideologia nazistowska. W filmach osoby niepełnosprawne są ukazywane jako ludzie umierający lub ginący trzykrotnie częściej niż osoby sprawne. Generalnie można zaobserwować skłonność do nagłaśniania trudności, z jakimi niepełnosprawni muszą się mierzyć.
4. Superkaleka o wybitnych zdolnościach i umiejętnościach – na przykład akcentowanie, że twórczość osób malujących za pomocą ust lub nóg ma szczególne walory. Powodować to może uznanie takiej osoby za niereprezentatywną dla innych osób niepełnosprawnych, a wśród sprawnych owe zdolności mogą skutkować niechęcią do niesienia pomocy.
5. Wróg samego siebie. Wszelkie zachowania osoby niepełnosprawnej są interpretowane jako wyraz patologii spowodowanej urazem emocjonalnym wiążącym się ściśle z inwalidztwem.

6. Obiekt drwin.
7. Ciężar dla społeczeństwa. Ten stereotyp nie pozwala zaakceptować faktu, „że z odpowiednim wsparciem ludzie niepełnosprawni są zdolni do osiągnięcia tego samego poziomu autonomii i niezależności, co ludzie sprawni".
8. Osoba niezdolna do pełnego udziału w życiu społeczeństwa. Osoby niepełnosprawne ukazywane są jako mniej wartościowe od osób pełnosprawnych i mające niższy status – są to przykładowo bezrobotni lub niżsi rangą pracownicy biurowi.
9. Tzw. normalny człowiek. W tym przypadku akcentowana jest zwyczajność, często w sposób tendencyjny.

Jeśli chodzi o negatywne stereotypy na temat niepełnosprawności, to kształtują się one w sposób nieuświadamiany już we wczesnej młodości. Przejmując taki stereotyp, unikamy kontaktu z przedstawicielami stereotypizowanej grupy, więc przede wszystkim dotyczy on grup, z którymi się nie stykamy (Nelson 2003).

Do kluczowych kwestii związanych ze stereotypami na temat osób niepełnosprawnych należą:

1. Stereotypizowanie czy wręcz napiętnowanie osoby niepełnosprawnej z widocznymi dysfunkcjami.
2. Stereotypizowanie obejmuje akcentowanie ułomności, słabości, ograniczeń w różnym stopniu i zakresie.
3. Przekonanie, że niewydolność występuje zarówno w sferze fizycznej, jak i umysłowej.
4. Najbardziej negatywny stereotyp funkcjonuje wobec osób upośledzonych umysłowo.
5. Największa akceptacja w grupie osób niepełnosprawnych dotyczy chorych przewlekle (Wolińska 2015, s. 52–53).

Wśród społecznych postaw stygmatyzujących osoby niepełnosprawne należy wymienić:

- dystansowanie się (unikanie wchodzenia w nieformalne interakcje),
- dewaluację i stereotypizację (upowszechnianie negatywnych stereotypów),
- delegitymację (prawne ograniczenia możliwości działania w jakimś obszarze),
- segregację (blokowanie dostępu do pewnych form aktywności),
- eksterminację – najbardziej drastyczną i niehumanitarną formę dyskryminacji (Wolińska 2015, s. 53).

Badania nad postrzeganiem osób niepełnosprawnych najczęściej dotyczą postrzegania zewnętrznych deficytów fizycznych, czyli tego, jak są widziane przez zdrowych ludzi osoby niesprawne fizycznie. Ich niesprawność, choć łatwo zauważalna, jest trudno akceptowalna społecznie. Postrzegane są jako ogólnie osoby słabsze, potrzebujące pomocy. Wyniki konkretnych badań pozwalają różnicować takie uogólnienia, przy czym istnieje tendencja do nadmiernej generalizacji w zakresie postrzegania inwalidów (Ochonczenko 2003, s. 370).

Przeprowadzone przez Antoninę Ostrowską i Joannę Sikorską (1996) badania postaw wobec niepełnosprawnych wykazały, że do cech stanowiących elementy stereotypu osób

niepełnosprawnych w społeczeństwie należą: słabość, lękliwość, nerwowość, samotność, wycofywanie się, niepewność siebie, niezadowolenie z życia, ubóstwo. Sposób widzenia osób niepełnosprawnych kojarzy się więc prawie wyłącznie z niepowodzeniami życiowymi, a nie z jakimikolwiek sukcesami. Osoby niepełnosprawne zdaniem badanych zasługują na współczucie i wymagają pomocy, nie są jednak widziane jako partnerzy różnych przedsięwzięć życiowych, mający wprawdzie pewne ograniczenia, ale także i możliwości. Taka postawa niesie oczywiście konsekwencje praktyczne, niejednokrotnie z góry pozbawiając szans osoby niepełnosprawne. Według A. Ostrowskiej przypisana im etykieta słabości, bezradności i uzależnienia eliminuje je z wielu aktywności, a w sytuacji jej zinternalizowania przez osobę niepełnosprawną może stać się także elementem koncepcji jej własnej osoby (Jankowska 2015, s. 211).

Tendencja do uogólniającego kategoryzowania niepełnosprawnych najbardziej widoczna jest w przypadku osób z upośledzeniem umysłowym. Jak słusznie stwierdza Agnieszka Dąbrowska (2005), mimo nieustannie podejmowanych prób zintegrowania niepełnosprawnych intelektualnie ze światem wciąż są oni postrzegani jako tzw. inni – obcy, gorsi, zagrażający społecznemu ładowi, a nie jako inni – drudzy, których odmienność jest czymś naturalnym, wartym pielęgnacji i wnoszącym w codzienną rzeczywistość specyficzną wartość (Kuracki 2011, s. 86).

Z badań przeprowadzonych przez Andrzeja Giryńskiego i Stefana Przybylskiego (1993) wynika, że osoby z upośledzeniem umysłowym są znacznie bardziej negatywnie postrzegane przez innych (niezależnie od ich płci, poziomu wykształcenia, zawodu czy – w przypadku młodzieży – rodzaju szkoły) niż osoby z innymi rodzajami niepełnosprawności (niewidomi, głusi, osoby niepełnosprawne fizycznie). Taka percepcja społeczna utrudnia wzajemne interakcje, szczególnie że młodzież znacznie wyolbrzymia ograniczenia wiążące się z oligofrenią. Sprzyja to dystansowaniu się jednostek w stosunku do niepełnosprawnych umysłowo i często jest konsekwencją niskiego stanu wiedzy ludzi na temat przyczyn, specyfiki oraz możliwości rozwojowych osób upośledzonych umysłowo (Wolińska 2015, 54).

A. Korzon (2004) w przeprowadzonym sondażu diagnostycznym wykazała, że zdecydowana większość badanych nie wie, czym osoby z niepełnosprawnością intelektualną różnią się od pełnosprawnych oraz czy powinny być traktowane tak jak ludzie pełnosprawni. Wielu badanych nie potrafiło również jednoznacznie stwierdzić, czy osoby z niepełnosprawnością intelektualną są towarzyskie, aktywne, otwarte na kontakty (Kuracki 2011, s. 87).

Z sondażu przeprowadzonego w 2007 roku przez Centrum Badań Opinii Społecznej wynika, że 45% ankietowanych uważa, iż większość polskiego społeczeństwa dobrze odnosi się do osób niepełnosprawnych, natomiast 48% wyraża opinię przeciwną. W porównaniu z wynikami badania z roku 2000 poglądy respondentów prawie się nie zmieniły – wówczas 47% badanych negatywnie oceniało stosunek polskiego społeczeństwa do osób niepełnosprawnych, 46% – pozytywnie, a 7% nie miało zdania na ten temat. Zdecydowanie większe zmiany w ocenie stosunku Polaków do osób z niepełnosprawnością nastąpiły

w latach dziewięćdziesiątych. Odnotowano wówczas wyraźny wzrost ocen pozytywnych oraz spadek ocen negatywnych (CBOS 2007).

Podsumowując rozważania w tej części artykułu, należy zaznaczyć, że postrzeganie osób niepełnosprawnych przez pryzmat stereotypów i przesądów prowadzi do ograniczenia ich podmiotowości w każdej dziedzinie życia. Jednostka o cechach wyróżniających ją spośród innych jest piętnowana. Stereotypy, uprzedzenia i przesądy prowadzą do tego, że zauważa się tylko słabe strony osób niepełnosprawnych, akcentuje się ich niesamodzielność, podkreśla bezradność. Postawy wobec osób niepełnosprawnych mają bardzo często charakter zmienny, a o ich ostatecznym kształcie decydować może także kontakt emocjonalny ludzi pełnosprawnych z niepełnosprawnymi, akceptowane bądź nieakceptowane społecznie formy zachowań przejawiane przez osoby niepełnosprawne, rodzaj i stopień niepełnosprawności, a także wygląd zewnętrzny oraz możliwości samoobsługowe i dyslokacyjne (Jankowska 2015, s. 212).

Warto podkreślić, iż postawy kształtują się w procesie wychowania oraz pod wpływem całokształtu nieintencjonalnych przekazów socjalizacyjnych, doświadczeń, przeżyć w różnych kręgach własnego uczestnictwa kulturowego i we wszystkich okresach życia, jakkolwiek dzieciństwo i wczesna młodość w największym stopniu decydują o ich charakterze i trwałości. Kształtowanie postaw jest ważnym mechanizmem funkcjonowania systemu kontroli społecznej wewnętrznej, decydującej o stopniu konformizmu, a tym samym o względnym „bezpieczeństwie" struktur społecznych. Postawy te odnoszą się do wszystkich kwestii ważnych dla społeczeństwa, dla jego przetrwania jednostkowego i gatunkowego, w tym również do wartości i norm dotyczących wzajemnych interakcji. Do tych kwestii ważnych dla społeczeństwa jako całości należy stosunek do „innych", zwłaszcza tych, których inność może mieć znaczenie dla ogółu. Taką kategorię „innych" zawsze stanowili niepełnosprawni (Chodkowska 2015, s, 19).

Samoocena i samoakceptacja osób niepełnosprawnych jako czynnik wpływający na kształtowanie się postaw społecznych

Niewłaściwe postawy i oczekiwania ludzi sprawnych wobec osób niepełnosprawnych mają negatywny wpływ na samoocenę tych osób i ich zachowania wobec sprawnych jednostek: utrudniają przystosowanie się i akceptowanie własnej niepełnosprawności, zniechęcają do podejmowania najmniejszego nawet wysiłku, rodzą poczucie pogardy dla siebie i swojej niepełnosprawności, osłabiają mechanizmy odpornościowe i niweczą efekty podejmowanych zabiegów leczniczych, edukacyjnych i rehabilitacyjnych (Kossewska 2003, s. 1).

Ważnym czynnikiem w kształtowaniu się postaw społecznych wobec ludzi niepełnosprawnych jest dokonywana przez nich samych samoocena własnych możliwości i ogra-

niczeń. Samoakceptacja z kolei (poprzez akceptację inwalidztwa) wpływa na realizację procesu rehabilitacji. Brak akceptacji własnego inwalidztwa zaburza proces kształtowania się wzajemnych relacji między osobami niepełnosprawnymi a sprawnymi (Kossewska 2003, s. 1–2).

Jak pisze Joanna Kossewska (2003, s. 2), „akceptacja siebie jest warunkiem akceptacji innych osób. Wyzwala sympatię i życzliwość w stosunku do innych i pozwala na otwartość w kontaktach z otoczeniem. Poczucie niższości i brak akceptacji własnej osoby i własnej sytuacji prowadzi do uruchomienia mechanizmu obronnego w postaci projekcji lub kompensacji poprzez deprecjonowanie innych ludzi. Brak samoakceptacji powoduje też ograniczenie kontaktów interpersonalnych z innymi osobami, szczególnie tymi, które nie odpowiadają pewnym kanonom czy stereotypom społecznym dotyczącym wyglądu czy funkcjonowania".

Kształtowanie się samooceny i obrazu własnej osoby rozpoczyna się już w pierwszych latach życia jednostki. Mają na nie wpływ praktycznie wszystkie zdarzenia, uczucia i emocje, jakich człowiek doświadcza. Bardzo dużą rolę odgrywa środowisko społeczne, które go otacza i w którym się wychowywał. Podstawowym środowiskiem wychowawczym jest rodzina. To w niej przekazywane są podstawowe normy, wartości i wzorce zachowań. Jest ona podstawową grupą społeczną, w której kształtuje się obraz samego siebie, samoocena i samoakceptacja dziecka. Właściwy przebieg interakcji rodzinnych i małżeńskich ma bardzo duży wpływ na pozytywną samoocenę i postawy osób niepełnosprawnych.

Istotną rolę odgrywają postawy rodziców. Dla prawidłowej samooceny dziecka, w szczególności dziecka niepełnosprawnego, szczególne znaczenie ma postawa akceptacji. Rodzice powinni akceptować dziecko bez względu na to, jakie ono jest, ze wszystkimi jego wadami i niedoskonałościami, skupiać się na jego zaletach i mocnych stronach, podkreślać je i cieszyć się z każdego sukcesu. Dziecko, które jest kochane i cenione przez rodziców, ma poczucie bezpieczeństwa, a jego stosunek do siebie i świata jest pozytywny. Kiedy rodzice prezentują wobec dziecka postawę odrzucenia i odtrącenia, odczuwa ono lęk, nie czuje się nikomu potrzebne i negatywnie postrzega siebie. Dziecko powinno mieć poczucie, że w każdej chwili może liczyć na pomoc i wsparcie rodziców, których zadaniem jest stymulowanie jego rozwoju, motywowanie i zachęcanie do działania zgodnie z jego możliwościami.

Bardzo niekorzystna może być dla niego i dla jego samooceny postawa nadmiernej ochrony. Rodzice wyręczają we wszystkim swoje dziecko, które według nich jest już i tak wystarczająco skrzywdzone przez los. Często rodzice kierują się obiegowym stereotypem, że osoba niepełnosprawna jest całkowicie niesamodzielna i przez całe życie będzie skazana na pomoc innych. Nie jest to jednak prawdą. Rodzice prezentujący postawę nadmiernej ochrony mogą przyczyniać się do hamowania rozwoju i naturalnej aktywności dziecka, a tym samym obniżać jego samoocenę.

Oprócz rodziny, kluczowym czynnikiem, który pozwala osobom niepełnosprawnym wykształcić w sobie prawidłowy i pozytywny obraz samych siebie, są postawy społeczne

innych ludzi. Ważne są tu przede wszystkim postawy kolegów, koleżanek, nauczycieli. Jeśli odznaczają się one akceptacją i zrozumieniem, to osoby niepełnosprawne będą prawidłowo postrzegać siebie i otaczający je świat (Borowiecki 2015, s. 114).

U osób niepełnosprawnych ważnymi czynnikami mającymi wpływ na poziom ich samooceny są: rodzaj niepełnosprawności, czas jej trwania oraz stopień zaakceptowania niesprawności i ograniczeń z niej wynikających. Jest to podstawą pozytywnego postrzegania swojej osoby i kształtowania poczucia własnej wartości. Zdarza się dość często, że młodzi ludzie niepełnosprawni zamykają się w sobie, nie rozmawiają z bliskimi o swoich problemach, wycofują się z życia towarzyskiego. Związane jest to z brakiem akceptacji własnej niepełnosprawności. Szczególnie trudno jest zaakceptować niepełnosprawność nabytą, która wystąpiła nagle i niespodziewanie, na przykład na skutek wypadku. Świat takich osób zmienia się całkowicie, nie są do tego przygotowane i niezwykle trudno jest im pogodzić się z tym, co je spotkało. Muszą uporać się z poczuciem straty (w tym przypadku jest to utrata sprawności lub zdrowia) (Borowiecki 2015, s. 114–115).

Helena Ochonczenko (2006, s. 63–64) uważa, że osoba niepełnosprawna, tak jak każdy inny człowiek, musi stawić czoło różnym trudnościom życia codziennego. Tak jak każdy, ale przecież inaczej, obciążona jest bowiem wymierną dysfunkcjonalnością i zakresem negatywnych jej skutków. Realizując swoje cele życiowe, dążąc do zaspokojenia potrzeb, angażuje się dodatkowo w przezwyciężanie niepełnosprawności. Znajdując się chwilowo lub dłużej w trudnej sytuacji życiowej, nie zawsze adekwatnie postrzega możliwości realizacyjne podejmowanych działań. Dochodzi do dysonansu między „ja rzeczywistym" i „ja idealnym", co może stanowić punkt załamania się rozwoju osobowości jednostki, która albo widzi swoje „ja rzeczywiste" bardziej wartościowym niż otoczenie, albo też często nie docenia swych możliwości – zaniżając samoocenę – co negatywnie rzutuje na poczucie jej wartości. Zatem ważne jest, aby od samego początku pojawienia się dysfunkcji pomóc osobom niepełnosprawnym w modelowaniu obrazu samych siebie, aby mogły dokonać wglądu we własne możliwości i realizować cele życiowe zgodnie z przyjętymi wartościami.

Na przestrzeni wielu lat prowadzono liczne badania samooceny osób niepełnosprawnych i czynników mających na nią wpływ (Borowiecki 2015, s. 115).

Janusz Kirenko i Mariusz Korczyński (2008) zbadali postawy osób z niepełnosprawnością wobec niepełnosprawności. W większości przypadków były one pozytywne i często zbliżone do prawidłowych postaw, jakie wykazywały osoby pełnosprawne. Badania pokazały również, że osoby niepełnosprawne, których postawy były pozytywne (zwłaszcza postawa akceptacji wobec niepełnosprawności), same akceptują swoją niepełnosprawność i swój wygląd zewnętrzny. W związku z tym ich samoocena jest pozytywna i adekwatna. Osoby takie z chęcią nawiązują kontakty społeczne zarówno z ludźmi sprawnymi, jak i niepełnosprawnymi. Im wyższy jest ich poziom samoakceptacji, tym bardziej pozytywne postawy wobec osób zdrowych.

Można przyjąć założenie, iż szacunek i akceptacja wyrażane przez otoczenie społeczne oraz wynikające z nich poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości, samoakceptacja i pogoda ducha wyzwalają subiektywne poczucie dodatniej jakości życia pomimo niepełnosprawności, rozwijają mechanizmy radzenia sobie ze stresem i kryzysem oraz pobudzają mechanizmy kompensacyjne, pozwalające na przezwyciężanie własnych ograniczeń. Kształtują przy tym właściwy, życzliwy stosunek osób niepełnosprawnych wobec osób pełnosprawnych (Kossewska 2003, s. 1).

Podsumowanie

We współczesnym świecie szeroko poruszany jest problem społecznej integracji osób niepełnosprawnych, integracji rozumianej jako tendencja do scalania grup ludzi sprawnych i niepełnosprawnych. Rzeczywista realizacja idei integracji wymaga nie tylko kształtowania wrażliwości na potrzeby ludzi niepełnosprawnych, organizowania warunków niesienia im instytucjonalnej pomocy i zapewnienia pełni praw obywatelskich, ale przede wszystkim upowszechniania wiedzy na temat specyfiki ich życia i funkcjonowania w otoczeniu fizycznym i społecznym. Wiedza ta musi być bowiem podstawą wszelkich działań na rzecz kształtowania postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych, jak też ukierunkowania niesionej im pomocy na właściwe sfery ich życia (Marszałek 2007, s. 350).

W naszej kulturze, w dobie myśli humanistycznej, kreującej wizję społeczeństwa wrażliwego na potrzeby osób niepełnosprawnych, otwarte prezentowanie negatywnych wobec nich postaw, opartych na uprzedzeniach i stereotypach, odbierane jest jako zachowanie prymitywne i godne potępienia. Od członków społeczeństwa oczekuje się postaw akceptacji odmienności, tolerancji i zrozumienia osób słabszych, wspierania ich w rozwoju i osiąganiu satysfakcji w życiu. Ogromna cześć społeczeństwa, dostosowując się do tych oczekiwań, stara się prezentować swemu otoczeniu zachowania zgodne ze wzorem współczesnego humanisty, uznającego równość praw wszystkich ludzi, niezależnie od ich cech osobowych i stanu sprawności fizycznej. W rzeczywistości zaś prawdziwy stosunek i wewnętrzne, niezwerbalizowane postawy wobec ludzi niepełnosprawnych są diametralnie odmienne – częstokroć dominują w nich irracjonalny lęk, awersja i niechęć. Charakterystyczne jest przy tym, że te negatywne postawy w większości prezentują osoby, które nie doświadczyły dotąd bezpośrednich kontaktów z osobami niepełnosprawnymi. Wydaje się więc, że u źródeł negatywnych postaw leży głównie brak informacji i doświadczeń w kontaktach z osobami niepełnosprawnymi. W efekcie osoby sprawne, aby zachować spoistość konstrukcji swojej wiedzy o świecie, zmuszone są do posługiwania się przekazywanymi kulturowo stereotypami na temat osób niepełnosprawnych. Konsekwencją są zachowania sprzeczne z postawami prezentowanymi publicznie – częstokroć są to praktyki dyskryminacyjne i izolacyjne, jak też działania stygmatyzujące (Marszałek 2007, s. 352).

Dlatego też konieczne jest systematyczne poszerzanie wiedzy na temat funkcjonowania osób niepełnosprawnych we wszystkich sferach życia. Tego rodzaju praca poznawcza służy celom nie tylko stricte naukowym, jak budowanie teorii czy tworzenie nowej dziedziny wiedzy, ale ma również ogromne znaczenie praktyczne. Można ją wykorzystać do projektowania działań wspierających rozwój osób niepełnosprawnych przez stosowne instytucje, pedagogów, działaczy społecznych, a także osoby z bliskiego ich otoczenia – rodzinę i grono przyjaciół. Również udostępnienie tej wiedzy szerszym środowiskom społecznym wpłynąć może na tworzenie nowej świadomości społecznej, sprzyjającej kształtowaniu u osób sprawnych postaw akceptacji wobec ludzi z rozmaitymi dysfunkcjami. Poprzez uświadamianie ludziom sprawnym faktu, iż fizyczna niepełnosprawność nie determinuje wewnętrznej struktury potrzeb, dążeń i pragnień dotkniętych nią osób, możliwe staje się uzyskanie akceptacji praw osób niepełnosprawnych do pełnego, zdrowego i satysfakcjonującego rozwoju w społeczeństwie (Marszałek 2007, s. 352).

Na zakończenie rozważań warto przytoczyć refleksję Pana Profesora Władysława Dykcika, która brzmi następująco: „Wiara w świat sprawiedliwy i wiara człowieka sprawia, że każdy człowiek zależy od innych, którzy mogą być albo bardzo pożyteczni, pomocni, wspierający i uczciwi w przestrzeni życia codziennego, albo mogą być w swoich zachowaniach i intencjach w otoczeniu społecznym nastawieni na wykorzystywanie innych ludzi, mogą być niemoralni, niebezpieczni i szkodliwi; wtedy trzeba unikać kontaktów i zagrożeń z ich strony" (Dykcik 2003, s. 142–143).

Bibliografia

1. Borowiecki P.: Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych. „Niepełnosprawność", nr 2, 2015.
2. Chodkowska M.: Zmiana społeczna jako kategoria analizy postaw wobec problemów niepełnosprawności. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska", sectio J: Paedagogia-Psychologia, vol. 28(1), 2015.
3. Chrzanowska I.: Problemy edukacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością. Regionalna specyfika czy ogólnopolska tendencja. Impuls, Kraków 2010.
4. Cytlak I., Niepełnosprawność a tożsamość – o społecznym postrzeganiu osób niepełnosprawnych. http://harmonia.edu.pl/pl/p/file/f58820507b10d9b8c821ef8fe73ce461/Edukacja..._fragmenty.pdf.
5. Dąbrowska A.: Doświadczanie niepełnosprawności intelektualnej spotkaniem Innego – w trosce o normalizację kontaktów społecznych, [w:] Kosakowski C., Krause A. (red.): Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2005.

6. Dykcik W.: Człowiek dorosły niepełnosprawny w poszukiwaniu poczucia sensu życia, [w:] Rzedzicka D., Kobylańska A. (red.): Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. Impuls, Kraków 2003.
7. Gazdulska M.: Postawy społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnościami w ujęciu historycznym i społecznym. „Seminare", t. 25, 2008.
8. Giryński A., Przybylski S.: Integracja społeczna osób upośledzonych umysłowo w świetle ujawnianych do nich nastawień społecznych. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1993.
9. Ippoldt L.: Biblioterapia formą edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. „Konspekt", nr 2–3, 2006.
10. Jankowska M.: Osobowościowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych. Badania młodzieży trzecich klas gimnazjalnych. „Wokół kultury", nr 4(24), 2015.
11. Kirenko J., Korczyński M.: Wobec niepełnosprawności. Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej, Lublin 2008.
12. Korzon A.: Mity i stereotypy myślowe o niepełnosprawnych intelektualnie w środowisku społecznym, [w:] Janiszewska-Nieścioruk Z. (red.): Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy społecznego funkcjonowania oraz rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Impuls, Kraków 2004.
13. Kossewska J.: Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych – postawy i determinanty. „Studia Psychologica", nr 1, 2003.
14. Kościelak R.: Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1996.
15. Kuracki K.: Inni – Obcy czy Inni – Drudzy? O potrzebie społecznej akceptacji u osób z niepełnosprawnością intelektualną. „Szkoła Specjalna", nr 2, 2011.
16. Larkowa H., Postawy otoczenia wobec inwalidów. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1970.
17. Maciejewska R.: Jakość życia oraz formy wsparcia społecznego pracujących osób niepełnosprawnych na Lubelszczyźnie. Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, nr 179, Katowice 2014.
18. Marszałek L.: Społeczny kontekst niepełnosprawności. „Seminare", t. 24, 2007.
19. Mądrzycki T.: Deformacje w spostrzeganiu ludzi. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1986.
20. Nelson T.: Psychologia uprzedzeń. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
21. Niecikowska R.: Kim była i kim jest osoba niepełnosprawna. „Socius", nr 1, 2009.
22. Postawy wobec osób niepełnosprawnych. Komunikat z badań, BS/169/2007, CBOS, Warszawa 2007.

23. Ochonczenko H.: Człowiek niepełnosprawny w świetle teorii postrzegania społecznego, [w:] Rzedzicka K., Kobylańska A. (red.): Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. Impuls, Kraków 2003.
24. Ochonczenko H.: Potrzeba własnej wartości i jej rola w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych, [w:] Ochonczenko H., Nowicka A. (red.): Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych, t. I. Impuls, Kraków 2006.
25. Paszkiewicz A., Łobacz M.: Uczeń o specjalnych potrzebach wychowawczych w klasie szkolnej. Difin, Warszawa 2013.
26. Sagner A.: Niepełnosprawność a kultura: wybrane aspekty. „Socius ", nr 1, 2009.
27. Sękowski A.E.: Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1994.
28. Turska E.: Osoby niepełnosprawne na rynku pracy – sytuacja kobiet i mężczyzn pozostających bez pracy. „Chowanna", t. 1(28), 2007.
29. Wolińska J.: Percepcja społeczna, stereotyp niepełnosprawności – perspektywa aktora i obserwatora. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska", sectio J: Paedagogia-Psychologia, vol. 28(1), 2015.

CZŁOWIEK NIEPEŁNOSPRAWNY – WYBRANE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA W PRZESTRZENI SPOŁECZNEJ

Streszczenie

Osoby z niepełnosprawnościami są obecne w życiu społecznym, mówi się o szeroko rozumianej rehabilitacji, integracji społecznej i normalizacji. O prawach tych osób zaczęto dyskutować w kontekście praw człowieka. W rzeczywistości jednak napotykają one zbyt wiele przeszkód, by mogły w pełni z tych praw korzystać. Jedną z nich są postawy i nastawienia społeczeństwa, które są mocno zróżnicowane (Gazdulska 2008, s. 284). Celem niniejszego artykułu jest omówienie problematyki niepełnosprawności w kontekście stereotypów i postaw społecznych.

DISABLED HUMAN – CHOSEN ASPECTS OF FUNCTIONING IN THE SOCIAL SPACE

Abstract

People with disabilities are present in social life, widely understood rehabilitation, social integration and normalization are discussed. Rights of disabled people have been considered in the context of human rights. However, in reality they experience too many barriers to be able to fully use these rights. One of such obstacles are attitudes and manners of society which are strongly diversified (Gazdulska 2008, p. 284). The aim of this article is to discuss the issues of disability in the context of stereotypes and social attitudes.

Mateusz PENCZEK
Uniwersytet Śląski
Wydział Pedagogiki i Psychologii

AUTONOMIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ Z PERSPEKTYWY ETYKI TROSKI

Wstęp

W moim artykule chciałbym przedstawić kluczowe elementy relacyjnej koncepcji autonomii osobowej proponowanej przez zwolenników etyki troski oraz pokazać najważniejsze konsekwencje zastosowania takiego podejścia do analizy sytuacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zanim jednak to uczynię, na początku przedstawię historyczne źródła rozważań dotyczących autonomii osobowej oraz omówię wybrane elementy koncepcji autonomii j8ednostki z niepełnosprawnością intelektualną wypracowanych w obszarach psychologii, pedagogiki specjalnej oraz filozofii współczesnej. Na koniec postaram się pokazać, dlaczego relacyjne podejście do autonomii, przyjmowane między innymi w ramach etyki troski, może zostać uznane za lepsze ujęcie zagadnienia autonomii osób niepełnosprawnych intelektualnie niż podejścia tradycyjne.

Historyczne źródła zagadnienia autonomii osobowej

Rzeczownik „autonomia" pochodzi z języka greckiego, gdzie pierwotnie oznaczał „samostanowienie, prawo do samodzielnego rozstrzygania spraw wewnętrznych danej zbiorowości, dotyczące narodu, miasta, instytucji itp.". Z kolei przymiotnik „autonomiczny" oznaczał „samorządzący się" (Tokarski 1980). Termin ten pierwotnie oznaczał więc niezależność państwową, nienaruszalność terytorialną, niezawisłe sądownictwo, samodzielność wewnętrzną (Piszczek 1988). W odniesieniu do jednostek stosowany był raczej grecki termin „autarkia", oznaczający samowystarczalność, umiejętność zrobienia wszystkiego, co jest potrzebne do życia. Człowiek posiadający cnotę etyczną posiadał też „autarkię", ponieważ posiadał wszystko, co niezbędne dla osiągnięcia szczęścia (Reale 2005, s. 37).

Na przestrzeni wieków termin „autonomia" znalazł stopniowo zastosowanie także poza refleksją dotyczącą ludzkich zbiorowości i zaczął pełnić funkcje pełnione wcześniej przez termin „autarkia". Od czasów oświecenia zaczął być stosowany w odniesieniu do jednostek. Ważną postacią jest tu oczywiście Immanuel Kant. Wprowadził on w swoich pracach pojęcie moralnej autonomii woli i przeciwstawił je moralnej heteronomii woli. Moralna autonomia woli polega na podejmowaniu wyborów, których źródłem jest tylko rozum, oraz na kierowaniu się wyłącznie zasadami postępowania przyjętymi przez rozum. Zasady te musiały mieć charakter powszechny. Z kolei wola jednostki moralnie heteronomicznej ulega wpływom motywów pozaracjonalnych oraz kieruje się zasadami, których źródło – na przykład natura, inni ludzie czy transcendencja – sytuuje się poza rozumem (Kant 1953, s. 83–84; Kuderowicz 2000, s. 61; Reath 2006, s. 121–174). W czasach bardziej współczesnych rozważania dotyczące autonomii jednostki wyszły poza obszar etyki. Przedmiotem zainteresowania stała się autonomia osobowa rozumiana jako cecha jednostki, dzięki której może ona sprawować kontrolę nad własnym myśleniem, odczuwaniem i działaniem (Piper 2009). Badania dotyczące tego tematu znalazły się w centrum uwagi nie tylko filozofów, lecz również przedstawicieli nauk społecznych.

Autonomia jednostki z niepełnosprawnością intelektualną w ujęciu wybranych koncepcji filozofii współczesnej

Filozofowie współcześni wiele uwagi poświęcają zagadnieniu autonomii osobowej oraz moralnej jednostki. Nie sposób przedstawić tu, nawet w skrócie, głównych stanowisk dotyczących tej kwestii wypracowanych w ramach filozofii podmiotu czy etyki. Dla zwięzłości i jasności wywodu skupię się więc tylko na tych koncepcjach, które są przywoływane w rozważaniach poświęconych autonomii osób niepełnosprawnych. Na początku należy odnotować, że filozoficzne rozważania o autonomii jednostki trzeba podzielić na koncepcje autonomicznych osób oraz koncepcje autonomicznych działań. Jak się uzasadnia, „autonomiczne działania mogą być wykonywane nie tylko przez autonomiczne osoby – a więc osoby, które na ogół, ale nie zawsze, działają autonomicznie – ale również (w niektórych przypadkach) przez nieautonomiczne osoby – to znaczy osoby, które na ogół, ale nie zawsze, nie działają w sposób autonomiczny" (Faden, Beauchamp 1986, s. 235).

Koncepcje autonomicznych działań skupiają się na próbach charakteryzowania warunków, jakie muszą zostać spełnione, aby konkretna decyzja określonej osoby mogła zostać uznana za autonomiczną. W kontekście etyki medycznej oraz etyki badań naukowych tego rodzaju problematykę nazywa się zagadnieniem świadomej zgody. Przyjmuje się, że konkretna decyzja danej jednostki jest autonomiczna, o ile: (a) jednostka ta jest zdolna do podejmowania decyzji; (b) jednostka ta ma dostęp do wszystkich informacji ważnych z punktu widzenia podejmowanej decyzji; (c) jednostka rozumie sytuację, w jakiej

się znajduje, oraz informacje, które są jej przekazywane; (d) jednostka nie podlega przymusowi lub manipulacji (Szewczyk 2009, s. 117–123). W literaturze przedmiotu podejmowane są rozważania dotyczące możliwości spełnienia tych warunków przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną (np. Wong et al. 2000).

Bardziej interesujące z punktu widzenia podejmowanej tutaj tematyki są filozoficzne koncepcje autonomicznych osób. W filozoficznych rozważaniach poświęconych autonomii osób z niepełnosprawnością intelektualną można napotkać, najogólniej rzecz biorąc, dwa typy koncepcji autonomii: indywidualistyczne oraz relacyjne (Björnsdóttir et al. 2015, s. 5–8; Meininger 2001, s. 245–247). Według podejścia indywidualistycznego autonomia jednostki opiera się na zdolnościach, kompetencjach i umiejętnościach przysługujących jej niezależnie od otoczenia społecznego (Barclay 2000, s. 52–53; Friedman 2000, s. 40–41). Zakłada się więc obiektywne istnienie odrębnych względem siebie podmiotów, którym przysługują określone cechy nierelacyjne stanowiące podstawę ich autonomicznego funkcjonowania. Przy takiej perspektywie wszystkie relacje podmiotu z innymi podmiotami są wtórne względem jego potrzeb, pragnień oraz tożsamości. Relacje te istnieją, o ile są w jakiś sposób korzystne dla zaspokajania potrzeb i realizacji dążeń podmiotu. Moralne dylematy jednostki powstają w wyniku konfliktu pomiędzy jej własnymi zasadami a pragnieniami, potrzebami lub żądaniami innych (Manning 1998, s. 109).

Koncepcje o charakterze indywidualistycznym najczęściej akcentują takie cechy jednostki autonomicznej, jak samowystarczalność, niezależność, decydowanie o sobie, zdolność do refleksji oraz autentyczność. Samowystarczalność i niezależność jednostki ujmuje się jako realizację w podejmowanych przez nią działaniach jej prawdziwego „ja", na które składają się takie elementy, jak własny system wartości i celów oraz plan życia. Decydowanie o sobie polega na dokonywaniu różnych aktów samostanowienia, takich jak na przykład kształtowanie przez jednostkę zawartości jej prawdziwego „ja". Decydowanie o sobie często sprowadzane jest również do posiadania swobody wyboru, kontroli nad swoim postępowaniem oraz braku przymusu ze strony innych ludzi (Meininger 2001, s. 242–245; Shipper, Widdershoven, Abma 2011, s. 527–528).

Autonomia łączona jest też zazwyczaj ze zdolnością do refleksyjnego i krytycznego myślenia o sobie. Jak czytamy, „autonomia to przysługująca osobom zdolność drugiego rzędu do dokonywania krytycznej refleksji dotyczącej ich preferencji, pragnień, życzeń itp. pierwszego rzędu oraz zdolność do zaakceptowania lub próby zmiany tych preferencji, pragnień, życzeń w świetle preferencji i wartości wyższego rzędu" (Dworkin 1988, s. 20).

Ostatnia z przywołanych powyżej cech jednostki autonomicznej to autentyczność. Jest to cecha motywów i racji, którymi kieruje się jednostka. Autentyczność motywów i racji jednostki ma miejsce wtedy, kiedy zostały one przez nią poddane krytycznej refleksji i uznane za własne. Brak autonomii to zarówno uleganie motywom, które w wyniku refleksji zostały uznane za obce, jak i kierowanie się racjami i motywami, które nie zostały poddane krytycznej refleksji (Faden, Beauchamp 1986, s. 262–268).

Zwolennicy podejścia relacyjnego przyjmują z kolei, że autonomia, tożsamość i podmiotowość jednostki są konstytuowane przez relacje społeczne, w których ona funkcjonuje (Barclay 2000, s. 52–53; Friedman 2000, s. 40–41). Wchodzenie w poszczególne relacje z innymi ludźmi nie jest dla podmiotu czymś wtórnym wobec jego istnienia i całkowicie dobrowolnym. Relacje tworzą podmiot i jego tożsamość, tak więc musi on w nich funkcjonować. Pod jego kontrolą pozostaje tylko to, w które relacje wchodzi. Problemu wchodzenia w satysfakcjonujące relacje z innymi ludźmi nie można tutaj wyrazić pytaniem: „Jak skłonić innych do kontaktu ze mną na warunkach, które byłyby akceptowalne dla wszystkich?". Problem satysfakcjonujących relacji wyrażany jest raczej przez pytanie: „Jak chronić więzi, które stanowią główną część mojej podmiotowości i tożsamości?" (Manning 1998, s. 109). Podejście to zmusza do odrzucenia obrazu podmiotu jako samowystarczalnego atomu społecznego posiadającego niezależne od relacji prawdziwe „ja". Nie trzeba jednak odrzucać takich tradycyjnych elementów indywidualistycznego ideału autonomii, jak decydowanie o sobie, refleksja czy autentyczność. Należy je tylko odpowiednio dopasować do nowego modelu jednostki autonomicznej.

Autonomia jednostki według wybranych ujęć psychologii i pedagogiki specjalnej

W rozważaniach z obszaru psychologii i pedagogiki specjalnej autonomię osobową rozpatruje się zarówno jako cechę jednostki ujmowanej całościowo, jak i cechę wybranego obszaru rozwoju lub funkcjonowania jednostki. W tym drugim przypadku chodzi o takie obszary, jak na przykład rozwój myślenia moralnego, rozwój emocjonalny, podejmowanie decyzji, samodzielne funkcjonowanie w takim czy innym obszarze życia (Stelter 2009, s. 87). Podkreśla się również, że tak rozumiana autonomia jest ważną potrzebą jednostki (Obuchowska 1996, s. 19; Ryan, Deci 2000, s. 68) oraz jej prawem (Kupisiewicz 2013, s. 36-37). Najważniejsza z punktu widzenia prowadzonych tutaj rozważań jest autonomia rozumiana na pierwszy z wymienionych właśnie sposobów, czyli jako cecha, a właściwie zbiór cech jednostki ujmowanej całościowo. Jak wskazuje analiza licznych opracowań poświęconych temu zagadnieniu, jednostka autonomiczna to jednostka, którą charakteryzują między innymi następujące cechy:

- posiadanie własnego, poddawanego refleksji systemu wartości, zasad i celów oraz przemyślanej koncepcji własnego życia;
- samodzielne dążenie do przyjmowanych celów;
- samostanowienie, decydowanie o sobie i własnym życiu;
- podejmowanie trafnych, korzystnych dla siebie decyzji dotyczących różnych spraw związanych z własnym życiem;
- niezależność sposobu myślenia, emocji i działania od wpływu innych ludzi;

- kontrola nad własnym myśleniem, emocjami i działaniem;
- samodzielność w codziennym funkcjonowaniu, niewielka potrzeba korzystania z pomocy innych ludzi.

Podkreśla się, że tak rozumiana autonomia jest osiągnięciem rozwojowym, wynikiem procesu dojrzewania oraz oddziaływań wychowawczych. Panuje też zgoda co do tego, że w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną rozwój tak rozumianej autonomii funkcjonowania jest mniej lub bardziej utrudniony (Obuchowska 1996, s. 18–19; Pilecka, Pilecki 1996, s. 31; Loebl 2003, s. 389–390; Dykcik 2006, s. 361–365; Majewicz 2009, s. 176; Stelter 2011, s. 53–54; Skibska 2012, s. 73–75; Zawiślak 2012, s. 41–59).

Główne tezy etyki troski

Etyka troski powstała w latach 80. XX wieku. Jej twórczynią była Carol Gilligan, współpracownica Lawrence'a Kohlberga. Inni przedstawiciele to m.in. Nel Noddings, Virginia Held i Annette Baier. Inspiracją i źródłem tej koncepcji etycznej były badania empiryczne Gilligan dotyczące rozwoju myślenia moralnego. Współczesna etyka troski jest rodziną koncepcji rozwijanych przez różnych autorów. Obecność charakterystycznych elementów wspólnych pozwala traktować je jako wyraz jednego podejścia. Elementy wspólne występują zarówno, gdy chodzi o refleksję krytyczną wobec dominujących nurtów współczesnej etyki, jak i w obszarze proponowanych nowych rozwiązań.

Wątki krytyczne dotyczą przede wszystkim tradycyjnego rozumienia natury etyki oraz autonomii jednostki. Podważany jest oświeceniowy ideał niezaangażowanego emocjonalnie, obiektywnego obserwatora oceniającego wartość moralną czynów poprzez przywoływanie ogólnych zasad. Krytykuje się tradycyjną etykę także z powodu przypisywania zbyt dużego znaczenia takim wartościom, jak sprawiedliwość, bezstronność, prawa jednostki, równość. W obszarze refleksji nad autonomią osobową jednostki odrzuca się tradycyjne sposoby podchodzenia do tego zagadnienia uznające, że polega ona na niezależności i samowystarczalności jednostki (Allmark 1995; Ziemińska 2008; Kymlicka 2009; Verkerk 2001).

Prezentację etyki troski warto rozpocząć od zwięzłego streszczenia głównych jej wątków. Jest to stanowisko, które: (a) przypisuje kluczowe znaczenie rozwijaniu w ludziach dyspozycji do moralnie właściwego sposobu reagowania ogólnie określanego jako troska; (b) w obliczu sytuacji etycznie trudnych zaleca poszukiwanie rozwiązań właściwych dla konkretnego przypadku zamiast takich, które byłyby stosowalne zawsze i wszędzie; (c) przyjmuje, że nasze powinności moralne mają charakter szczegółowy i dotyczą zawsze konkretnej, jednostkowej sytuacji; (d) kładzie nacisk na ochronę sieci relacji międzyludzkich (Kymlicka 2009, s. 480). Poniżej postaram się nieco rozwinąć i wzbogacić te uwagi.

Zwolennicy etyki troski mają różne opinie na temat tego, czym jest sama troska. Zdaniem niektórych jest ona uczuciem, zaś według innych pewną utrwaloną postawą. Przyjmuje się, że troska przejawia się poprzez wiele typów zachowań, takich jak na przykład zaspokojenie potrzeb, opieka, zadośćuczynienie skrzywdzonym, udzielenie pomocy, spełnienie obietnicy, dbanie o kompetencje, budowa zaufania, współczucie, odpowiedzialność itp. Przedmiotem refleksji podejmowanej w ramach etyki troski są różne rodzaje relacji międzyludzkich i praktyk społecznych, w które wpleciona jest troska.

Przy wyjaśnianiu źródeł zachowań troskliwych i opiekuńczych znaczną rolę przypisuje się emocjom. Duże znaczenie przypisuje się także empatii. Stanowi ona podstawę takich zachowań, jak łagodzenie cierpienia, niekrzywdzenie innych czy zadośćuczynienia skrzywdzonym, czyli podpowiada jak powinniśmy zareagować. Reakcja troski, oprócz emocji i empatii, zakłada też zdolność do refleksji, świadomość wartości troski oraz zdolność do poznania zmysłowego.

Ważną rzeczą w etyce troski są również relacje interpersonalne. Po pierwsze, przyjmuje się, że troska jest zawsze elementem relacji międzyludzkich. Po drugie, przyjmuje się, że uwikłanie w konkretne relacje z ludźmi umożliwia zrozumienie swoich powinności moralnych i podjęcie właściwych decyzji. Po trzecie, podkreśla się, że zerwanie relacji w imię zachowania autonomii jest większym zagrożeniem niż nieuprawniona ingerencja w czyjąś autonomię w celu ich poprawy.

Troska jest nie tylko faktycznym zachowaniem, ale bywa również moralną powinnością. W określonych okolicznościach odczuwamy moralną powinność przejawiania troski. Powinność ta powstaje w odpowiedzi na różne elementy sytuacji: potrzeby, krzywdę, niespełnioną obietnicę, bezradność itp. Stanowi też element wielu ról społecznych, na przykład lekarza, pielęgniarki, wychowawcy. Nie jest jednak jasne, co stanowi jej podstawę (Gilligan 1982; Allmark 1995; Manning 1998, Ziemińska 2008; Verkerk 2001).

Poznanie tej powinności przez jednostkę nie następuje poprzez refleksję nad ogólnymi zasadami moralnymi. Podkreśla się, że powinność okazania troski ma charakter kontekstualny i sytuacyjny. Dotyczy ona zawsze konkretnej sytuacji. Trafne poznanie swoich powinności związanych z troską, podjęcie odpowiedniej decyzji oraz właściwe zachowanie są możliwe dzięki czterem procesom: uważności moralnej, rozumieniu kierowanemu współczuciem, świadomości relacji oraz dostosowaniu potrzeb i oczekiwań.

Moralna uważność polega na braniu pod uwagę możliwie największej liczby aspektów ocenianej sytuacji, uchwycenie jej w jej wyjątkowości i jednostkowości. Rozumienie kierowane współczuciem polega na gotowości do współczucia, solidarności lub identyfikacji z osobami uwikłanymi w daną sytuację. Wymaga to oczywiście rozumienia potrzeb, pragnień oraz interesów osób zaangażowanych w sytuację.

Świadomość relacji to uwzględnianie w swoim myśleniu i zachowaniu tego, że na każdą sytuację składa się wiele różnych relacji interpersonalnych (np. relacja bliźnich, relacja potrzebujący – zaspokajający potrzeby, relacja krzywdzący – krzywdzony; relacja wynikająca

z pełnionych ról społecznych itp..) Świadomość relacji przejawia się również w pielęgnowaniu relacji mających pozytywny charakter (przyczyniających się do rozwoju) oraz eliminowaniu relacji związanych z opresją i uciskiem. Ostatni proces to dopasowanie. Opieka i troska wymagają często próby pogodzenia z sobą potrzeb wszystkich uczestników danej sytuacji. Granicą dla prób dopasowania potrzeb jest opresja (Manning 1998, s. 106–107; Szewczyk 2009, s. 63–65).

Etyka troski a autonomia osobowa

Etyka troski akcentuje znaczenie różnych form opiekuńczości, odrzuca prymat uniwersalnych zasad i abstrakcyjnych ideałów etycznych nad konkretną jednostką z jej potrzebami, pragnieniami i aspiracjami, podkreśla potrzebę dbania o włączenie każdego w sieć relacji międzyludzkich. Z tego powodu jest ona stanowiskiem szczególnie godnym uwagi przy podejmowaniu refleksji nad sytuacją społeczną osób z niepełnosprawnością intelektualną. Dość kłopotliwą przeszkodą dla takiego jej zastosowania okazuje się jednak zawarty w niej krytyczny stosunek do ideału autonomii osobowej w jego tradycyjnej postaci.

Stanowisko etyki troski wobec indywidualistycznie pojmowanego ideału autonomii osobowej interpretowane jest na dwa sposoby. Według pierwszej interpretacji uznanie troski za podstawową wartość pociąga za sobą konieczność odrzucenia ideału autonomii osobowej. Zachowania takie jak troska o innych, rozumienie ich potrzeb i aspiracji, solidarność z innymi, dbanie o relacje są bowiem sprzeczne z pielęgnacją autonomii, czyli m.in. samostanowienia, niezależności i wolności od ingerencji ze strony innych ludzi. Skoro tych dwóch postaw nie można całkowicie pogodzić, należy porzucić dążenie do autonomii. Zwolennicy drugiej interpretacji dowodzą z kolei, że oba ideały można z sobą pogodzić pod warunkiem, że zmodyfikujemy nieco nasze rozumienie tego, czym jest autonomia jednostki. Powodem odrzucania ideału autonomii są tylko niektóre z jego elementów, i to w dodatku takie, które można bez szkody wyeliminować. Uznaje się więc, że samowystarczalność, niezależność i wolność od ingerencji ze strony innych ludzi nie są konieczne dla istnienia sensownej koncepcji autonomii osobowej (Verkerk 2001, s. 291).

Druga interpretacja wydaje się bliska prawdy. Zanim przejdziemy do bardziej szczegółowego jej rozważania, warto podkreślić, że koncepcje autonomicznych działań, przynajmniej w takiej postaci, jaka została przedstawiona powyżej, nie stanowią problemu dla etyki troski. W koncepcjach tych wątek samowystarczalności i społecznej niezależności jednostki nie odgrywa żadnej roli. Aby decyzja miała charakter autonomiczny, osoba ją podejmująca musi mieć dostęp do odpowiednich informacji. Źródłem takich informacji są jednak zawsze inni ludzie. Akcentuje się też konieczność zachowania wolności od ingerencji ze strony innych ludzi, jednak wyjaśnia się przy tym, że chodzi tylko o nieobecność różnych form przymusu i manipulacji. Kryteria autonomicznej decyzji

zakładają więc zależność podejmującego decyzję od innych ludzi i dlatego nie są czymś, co budziłoby wątpliwości etyków troski.

Wyzwaniem są natomiast indywidualistyczne koncepcje autonomicznych osób. Jest tak, ponieważ samowystarczalność i niezależność są elementami wielu z nich. Jak zostało wyjaśnione powyżej, wspomniane cechy jednostki polegają na prowadzeniu przez nią życia zgodnego z jej niezależnie i obiektywnie istniejącym prawdziwym „ja". Jest to życie bez konieczności wchodzenia w bliskie relacje z innymi. W skrajnej postaci takie rozumienie autonomii przybiera postać ideału życia, w którym nie potrzebujemy pomocy i wsparcia ze strony innych ludzi. Zwolennicy ocalenia pojęcia autonomii osobowej dla etyki troski podkreślają jednak, że możliwa jest eliminacja wspomnianych elementów bez szkody dla większości innych składników tradycyjnego ideału autonomii. Za warunek dokonania takiej eliminacji uznano jednak odejście od indywidualistycznego ujmowania autonomii i przyjęcie podejścia o charakterze relacyjnym (Verkerk 2001, s. 291–292).

W ramach relacyjnego podejścia do autonomii przyjmuje się, że relacje interpersonalne są czynnikiem konstytuującym podmiot. Dzieje się tak, ponieważ to relacje stanowią główne źródło tożsamości jednostki oraz umożliwiają rozwinięcie się i późniejsze nieprzerwane istnienie umiejętności i zdolności niezbędnych do autonomicznego funkcjonowania (Beauchamp, Childress 2009, s. 103). Tezę o relacyjnych źródłach tożsamości należy rozumieć w ten sposób, że wartości, zasady, cele, przekonania jednostki są kształtowane przez relacje interpersonalne, w które była i jest uwikłana. Ważną rolę dla kształtu tożsamości jednostki odgrywa też jej otoczenie społeczne, w tym takie czynniki jak na przykład język, aktywności i praktyki społeczne, tradycja, historia, wspólni wrogowie, wspólnie doznawane niesprawiedliwości oraz przeżywane dramaty (Friedman 2000, s. 40–41). Niekiedy przyjmuje się dodatkowo, iż teza o relacyjnym charakterze tożsamości oznacza również, że motywacja jednostki ma w przeważającej mierze charakter prospołeczny, a nie egoistyczny (Barclay 2000, s. 53–65).

Tezę, że to relacje interpersonalne i społeczne, wśród których funkcjonuje dana jednostka, stanowią czynnik umożliwiający rozwinięcie się i późniejsze istnienie umiejętności oraz zdolności niezbędnych dla autonomicznego funkcjonowania, należy rozumieć na kilka uzupełniających się sposobów. Po pierwsze, rozwój kompetencji niezbędnych do autonomicznego funkcjonowania jednostki uzależniony jest od relacji z innymi ludźmi oraz socjalizacji (Brison 2000, s. 284–285). Ludzie są bowiem istotami społecznymi, które rozwijają umiejętność autonomicznego funkcjonowania poprzez relacje społeczne z innymi ludźmi. Rozwój ten dokonuje się w kontekście wartości, znaczeń oraz form autorefleksji ukonstytuowanych przez istniejące praktyki społeczne (Friedman 2000, s. 41). Po drugie, ciągłość istnienia zdolności do autonomii u dojrzałej osoby wymaga pozostawania przez nią w odpowiednich relacjach interpersonalnych. Chodzi o takie relacje, które pozwalają jednostce korzystać z tej zdolności i rozwijać ją. Po trzecie, korzystanie ze zdolności do autonomii, na przykład poprzez dokonywanie racjonalnych wyborów,

wymaga dostępu do sensowych opcji, czyli takiego otoczenia społecznego, które zapewnia te opcje. Po czwarte, aby dostrzec dostępność tych opcji dla siebie, trzeba żyć w kulturze, której normy nie wykluczają takiego poznania (Brison 2000, s. 285).

W ramach nowego podejścia do autonomii jednostki nie trzeba odrzucać takich jej „tradycyjnych" elementów, często analizowanych przez filozofów, jak decydowanie o sobie, zdolność do krytycznej refleksji czy wymóg autentyczności. Nie są też zagrożone cechy tradycyjnie łączone z autonomią w ramach nauk społecznych, takie jak na przykład zaradność, samodzielność praktyczna itp. Należy tylko pamiętać, że zarówno posiadanie autonomii, jak i aktywne z niej korzystanie jest możliwe tylko dzięki relacjom z innymi ludźmi. Chyba najwyraźniej widać to w przypadku refleksji. Kwestionowanie jakiegoś aspektu swojej tożsamości, jak również dystansowanie się od pewnych relacji zawsze dokonuje się w oparciu o jakieś kryteria. Musi więc bazować na innych elementach własnej tożsamości, w danej chwili nieobjętych wątpliwościami. Krytyczny dystans do wybranych zaangażowań, relacji i identyfikacji możliwy jest tylko w oparciu o inne zaangażowania, relacje i identyfikacje jednostki (Friedman 2000, s. 40–41).

Znakomitym przykładem relacyjnego podejścia do autonomii jest koncepcja Meyers. Ujmuje ona autonomię jako zespół zdolności i umiejętności jednostki, dzięki którym możliwe jest sprawowanie kontroli nad zachowaniem w taki sposób, aby pozostawało ono w zgodzie z prawdziwą tożsamością jednostki i w ten sposób przyczyniało się do jej ugruntowania i rozwoju (Meyers 1976, s. 76). Autonomia jednostki ma tu więc dwa wymiary. Po pierwsze, polega ona na posiadaniu pewnych zdolności i umiejętności niezbędnych do sprawowania kontroli nad swoim zachowaniem. Po drugie, autonomia to również określony sposób funkcjonowania, możliwy dzięki wspomnianym zdolnościom i umiejętnościom, polegający na podejmowaniu przez jednostkę decyzji i działań zgodnych z jej poczuciem tożsamości.

Konkluzje

Zalety nowego podejścia dla rozważań nad autonomią osób z niepełnosprawnością intelektualną są oczywiste. Po pierwsze, nowa koncepcja autonomii jednostki nie obejmuje już samostanowienia i niezależności, czyli elementów bardzo trudnych do osiągnięcia w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną. Po drugie, dzięki przyjęciu, że autonomia, tożsamość i podmiotowość jednostki mają charakter relacyjny, nie trzeba już uznawać za sprzeczną z autonomią takiej cechy, jak zależność od innych. Inaczej mówiąc, nowe podejście jest zdecydowanie mniej dyskryminujące względem tych jednostek, w przypadku których zależność od pomocy i opieki ze strony innych jest elementem nieusuwalnym. Do tej grupy zaliczają się z pewnością osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Po trzecie, należy zauważyć, że wiele ważnych elementów tradycyjnego

sposobu rozumienia autonomii, takie jak na przykład samodzielność, decydowanie o sobie, refleksja, autentyczność motywów i pragnień mogą zostać w znacznym stopniu zachowane.

Na koniec warto dodać, że zgodnie z zaleceniami etyki troski powinność zachowania szacunku dla autonomii przestaje mieć charakter uniwersalny, ogólny i bezosobowy, lecz zostaje ugruntowana w analizie konkretnych sytuacji i relacji między osobami w nie uwikłanymi. Dzięki temu powstaje możliwość uniknięcia zagrożenia polegającego na odmowie pomocy osobie potrzebującej w imię ochrony jej prawa do autonomicznego samostanowienia. O tym, czy dana ingerencja w życie jednostki jest naruszeniem jej autonomii, czy też uzasadnionym przejawem troski i opieki, powinna rozstrzygać analiza konkretnej sytuacji, a nie ogólne, abstrakcyjne zasady. Również i ta konsekwencja pogodzenia etyki troski z ideałem autonomii osobowej jest bardzo ważna dla osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Bibliografia

1. Allmark P.: Can there be an ethics of care?, „Journal of Medical Ethics", vol. 21(1), 1995.
2. Bakiera L., Stelter Ż.: Leksykon psychologii rozwoju człowieka, t. I. Difin. Warszawa 2011.
3. Barclay L.: Autonomy and the Social Self, [in:] Mackenzie C., Stoljar N. (eds.): Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. Oxford University Press, New York 2000.
4. Beauchamp T.L., Childress J.F.: Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition. Oxford University Press, New York 2009.
5. Björnsdóttir K., Stefánsdóttir G., Stefánsdóttir A.: It's my life: Autonomy and people with intellectual disabilities. „Journal of Intellectual Disabilities", vol. 19(1), 2015.
6. Brison S.J.: Relational Autonomy and Freedom of Expression, [in:] Mackenzie C., Stoljar N. (eds.): Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. Oxford University Press, New York 2000.
7. Dworkin G.: The Theory and Practice of Autonomy. Cambridge University Press, Cambidge 1988.
8. Dykcik W. (red.): Pedagogika specjalna. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2006.
9. Faden R., Beauchamp T.L.: A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press, New York 1986.
10. Friedman M.: Autonomy, Social Disruption, and Women, [in:] Mackenzie C., Stoljar N. (eds.): Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. Oxford University Press, New York 2000.
11. Gilligan C.: In a Different Voice: Psychological Theory and Moral Development. Harvard University Press, Cambridge 1982.

12. Kant I.: Uzasadnienie metafizyki moralności. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1953.
13. Kuderowicz Z.: Kant. Wiedza Powszechna, Warszawa 2000.
14. Kupisiewicz M.: Słownik pedagogiki specjalnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
15. Kymlicka W.: Współczesna filozofia polityczna. Fundacja Aletheia, Warszawa 2009.
16. Loebl W.: Drogi osiągania autonomii przez osoby niepełnosprawne, [w:] Rzedzicka K., Kobylańska A. (red.): Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. Impuls, Kraków 2003.
17. Mackenzie C., Stoljar N.: Introduction: Autonomy Refigured, [in:] Mackenzie C., Stoljar N. (eds.): Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. Oxford University Press, New York 2000.
18. Majewicz P.: Proces rehabilitacji zorientowanej na zasoby osobowości, czyli wykorzystanie źródeł ujemnej entropii w praktyce pedagogicznej, [w:] Rottermund J. (red.): Zmaganie się z niepełnosprawnością – kolejne wyznaczniki. Impuls, Kraków 2009.
19. Manning R.C.: A Care Approach, [in:] Kuhse H., Singer P. (eds.): A Companion to Bioethics. Blackwell, Oxford 1998.
20. Meininger H.P.: Autonomy and professional responsibility in care for persons with intellectual disabilities. „Nursing Philosophy", vol. 2(3), 2001.
21. Meyers D.T.,: Personal autonomy and the paradox of feminine socialization. „The Journal of Philosophy", vol. 84(11), 1987.
22. Obuchowska I.: O autonomii w wychowaniu niepełnosprawnych dzieci i młodzieży, [w:] Dykcik W. (red.): Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Eruditus, Poznań 1996.
23. Pilecka W., Pilecki J.: Warunki i wyznaczniki rozwoju autonomii dziecka upośledzonego umysłowo, [w:] Dykcik W. (red.): Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Eruditus, Poznań 1996.
24. Piper M.: Autonomy: Normative. [in:] Internet Encyclopedia of Philosophy. http://www.iep.utm.edu/aut-norm/, 2009.
25. Piszczek Z.: Mała encyklopedia kultury antycznej. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988.
26. Reale G.: Historia filozofii starożytnej, t. V. Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2005.
27. Reath A.: Agency and Autonomy in Kant's Moral Theory. Oxford University Press, New York 2000.
28. Ryan R.M., Deci E.L.: Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. „American Psychologist", vol. 55(1), 2000.

29. Schipper K., Widdershoven G.A., Abma T.A.: Citizenship and autonomy in acquired brain injury. „Nursing Ethics", vol. 18(4), 2011.
30. Skibska J.: Kształtowanie autonomii – osiąganie niezależności, [w:] Kijak R. (red.): Niepełnosprawność. W zwierciadle dorosłości. Impuls, Kraków 2012.
31. Stelter Ż.: Dorastanie osób z niepełnosprawnością intelektualną. Scholar, Warszawa 2009.
32. Szewczyk K.: Bioetyka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
33. Tokarski J. (red.): Słownik wyrazów obcych. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1980.
34. Verkerk M.A.: The care perspective and autonomy. „Medicine, Health Care, and Philosophy", vol. 4(3), 2001.
35. Wong J.G., Clare I.C., Holland A.J., Watson P.C.: The capacity of people with a 'mental disability' to make a health care decision. „Psychological Medicine", vol. 30, 2000.
36. Zawiślak A.: Problemy autonomii osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną. „Nauki o Edukacji", nr 3, 2008 .
37. Ziemińska R.: Etyka troski i etyka sprawiedliwości. Czy moralność zależy od płci? „Analiza i Egzystencja", nr 8, 2008.

AUTONOMIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ Z PERSPEKTYWY ETYKI TROSKI

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie głównych elementów relacyjnej koncepcji autonomii osób z niepełnosprawnością intelektualną opracowanej w ramach etyki troski. Koncepcja ta została przedstawiona na tle charakterystycznych wątków myślenia o autonomii jednostki niepełnosprawnej intelektualnie, obecnych w filozofii współczesnej, psychologii oraz pedagogice specjalnej.

AUTONOMY OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITY ACCORDING TO CARE ETHICS

Abstract

The purpose of this article is to give an account of main elements of the relational approach to autonomy of people with intellectual disability worked out within the framework of care ethics. The conception of autonomy proposed by the proponents of care ethics is presented against the background of main themes recurring in contemporary debates on autonomy of the intellectually disabled in philosophy, psychology, and special education.

Anna WÓJCIK
Doktorantka Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław
Zespół Szkół Ogólnokształcących Specjalnych nr 7 w Gliwicach

AKTYWNOŚĆ RUCHOWA OSÓB Z GŁĘBSZĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ. BADANIA PILOTAŻOWE

Miejsce i znaczenie aktywności ruchowej w życiu człowieka

Aktywność ruchowa stanowi bardzo ważny element zdrowego stylu życia. W dzisiejszych czasach sport stał się w niektórych środowiskach swoistą modą – „religią" współczesności. Oczywista stała się jego obecność w życiu i pozytywny wpływ na prawidłowy rozwój człowieka, jego zdrowie psychiczne, fizyczne, jak również – społeczne. Każdego dnia na ulicach i w parkach możemy zauważyć zwiększającą się liczbę biegaczy, rolkarzy, rowerzystów, osób uczestniczących spontanicznie w różnego rodzaju grach zespołowych. W siłowniach, ośrodkach odnowy biologicznej, basenach czy punktach fitness zaczyna brakować wolnych miejsc, gdyż w czasie niepogody (i nie tylko) stają się one najbardziej popularnymi i uczęszczanymi obiektami w mieście. Korzyści płynące z uprawiania różnego rodzaju aktywności ruchowej polegają przede wszystkim na poprawieniu kondycji fizycznej i zdrowotnej – spadku masy tłuszczowej, zwiększeniu wytrzymałości i siły mięśniowej, poprawie przemiany materii, obniżeniu poziomu cholesterolu i trójglicerydów we krwi, a co za tym idzie, poprawie wydolności krążenia i obniżeniu ciśnienia tętniczego krwi. Aktywność ruchowa podnosi sprawność organizmu, zwiększa jego wytrzymałość na zmęczenie i poprawia możliwości radzenia sobie z nadmiarem stresu (Górski 2010, s. 69–74). Ruch jest także podstawą wspomagania układu odpornościowego organizmu.

Świadomość korzyści wynikających z uprawiania aktywności ruchowej pozwala także na wyciągnięcie wniosków i dostrzeżenie negatywnych konsekwencji jej braku. Uwagę w tym obszarze zwraca się głównie na istnienie realnego zagrożenia dla zdrowia i życia człowieka, zwiększenie ryzyka powstawania chorób serca (choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze), chorób mózgu (udar), chorób układu ruchu (osteoporoza) i sprzyjanie rozwojowi cukrzycy insulinoniezależnej (typ II). Ograniczenie wysiłku fizycznego sprzyja dodatkowo

rozwojowi otyłości, a także powstawaniu wad postawy. Systematyczna aktywność ruchowa, dostosowana do indywidualnych potrzeb i zainteresowań, stała się w społeczeństwie bardzo atrakcyjną formą spędzania czasu wolnego, umożliwia rozwijanie pasji i aktywność towarzyską. Stanowi pewnego rodzaju wyznacznik jakości życia, określający również status społeczny w środowisku. Wzrosła świadomość społeczeństwa, że aktywność fizyczna wręcz determinuje prawidłowy rozwój człowieka.

Czy podobne tendencje możemy zauważyć także w grupie osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną? Czy w przestrzeni ich życia jest miejsce dla czynnego uczestnictwa także w tej sferze funkcjonowania społecznego, jaką stanowi spontaniczna aktywność ruchowa? Na ile kwestia spędzania czasu wolnego i sposoby jego organizacji znajdują przełożenie na znacznie bardziej istotny dla tej grupy osób problem rozwijania życiowej samodzielności i autonomii?

Pomiędzy rehabilitacją i usprawnianiem a rekreacją. Przestrzenie aktywności ruchowej osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną

Przedstawiona powyżej argumentacja wskazuje na niezaprzeczalną wartość spontanicznej aktywności ruchowej, mającej pozytywny wpływ nie tylko na zdrowie człowieka, ale także na jego rozwój psychiczny i społeczny (Łuszczyńska 2016, s. 38). Można zatem uznać aktywność ruchową za jedną z bardziej skutecznych form rehabilitacji. Wpasowuje się ona precyzyjnie w zaproponowany przez Polską Szkołę Rehabilitacji model, którego autorami są m. in. Marian Weiss, Aleksander Hulek i Wiktor Dega. Model ten przedstawia rehabilitację jako:

- powszechną (dostępną niezależnie od rozpoznania, wieku i rokowania),
- wczesną (możliwą do rozpoczęcia i zaistnienia jak najwcześniej),
- kompleksową (nakierowaną na wszystkie sfery rozwoju człowieka – fizyczną, psychiczną, duchową czy zachowań społecznych),
- ciągłą (nieograniczoną w czasie, trwającą tak długo, jak to konieczne).

Rehabilitacja w świetle tak rozumianego modelu traktowana jest zatem jako usprawnianie osób niepełnosprawnych (Milanowska 2003, s. 138–141). Można by zatem uznać, że każdy z nas, uprawiając spontaniczną aktywność ruchową, jest jednocześnie rehabilitowany i to właśnie rehabilitacja jako proces stanowi najbardziej pożądaną formę naszego usprawniania. Zbyt często jednak taka forma rehabilitacji, jaką jest aktywność ruchowa wykonywana w czasie wolnym, nie jest dostępna dla wszystkich – zwłaszcza dla osób niepełnosprawnych, w tym w szczególności osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Obserwowane ograniczenia zarówno ilościowe, jak i jakościowe uczestnictwa osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w bogatej przecież ofercie sportu i rekreacji, jaka jest proponowana, generują pytanie, czy idea normalizacji życia osób z niepełnosprawnością,

wiodąca prym w opiece, terapii i edukacji, akcentująca prawo do godnego i pełnego życia oraz samorealizacji każdego człowieka – bez względu na posiadane ułomności, zaburzenia i odchylenia od normy (Dykcik 2011, s. 48), znajduje swoje odbicie w tak ważnym obszarze życia, jakim jest aktywność ruchowa? Czy jest tutaj miejsce na samodzielność osób niepełnosprawnych intelektualnie, ich niezależność i możliwość podejmowania decyzji? Czy jest to obszar, w którym mogą się realizować i spełniać swoje marzenia?

Jednym z kluczowych postulatów wynikających z koncepcji normalizacji życia osób z niepełnosprawnością jest takie organizowanie działań rewalidacyjnych, edukacyjnych i wychowawczych, by osoby niepełnosprawne brały nie tylko aktywny udział w życiu społecznym i kulturowym, ale także miały szansę na tak zwane normalne życie. Koncepcja ta nie polega na dopasowaniu osób niepełnosprawnych do istniejących norm i standardów otwartego środowiska, lecz na stwarzaniu takiej przestrzeni i takich warunków życiowych, by w jak największym stopniu sprzyjały one, a nie przeszkadzały w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych. Autorzy analiz, dotyczących podstawowych mierników normalizacji, pośród szeregu istotnych dla jej poziomu wskaźników wymieniają – obok stopnia jakości życia czy możliwości podejmowania aktywności zawodowej – właśnie formy wypoczynku i spędzania czasu wolnego (Krause 2010, s. 19). Nie można rzecz jasna zapomnieć, że do stworzenia optymalnych warunków życia dla osób z niepełnosprawnością niezbędne staje się zbudowanie jednostkowych relacji w środowisku lokalnym. O tym, czy osoba taka będzie w swym otoczeniu postrzegana pozytywnie lub negatywnie, czy zostanie zaakceptowana czy wręcz odizolowana, decyduje nie tyle stopień jej niepełnosprawności, ile sposób i możliwości jej funkcjonowania pomimo przejawianych ograniczeń. Szczególnie istotną rolę odgrywa powyższa kwestia w przypadku osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

Pojęcie niepełnosprawności intelektualnej można rozpatrywać w bardzo szerokim kontekście, nie tylko ze względu na jej zróżnicowane stopnie, ale także ze względu na spektrum obszarów, w których ograniczenia te mogą się ujawniać. Zdzisław Kazanowski (2015, s. 38, za: Schalock 2010) pisze: „Niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się istotnym ograniczeniem zarówno w funkcjonowaniu intelektualnym, jak i zachowaniu przystosowawczym, ujawniającym się w poznawczych, społecznych i praktycznych umiejętnościach. Ta niepełnosprawność ujawnia się przed 18. rokiem życia". Z punktu widzenia podejmowanej w opracowaniu tematyki istotną kwestię stanowi fakt, iż niepełnosprawności intelektualnej często towarzyszy stan ograniczeń i dysfunkcji ruchowych takich jak: niedowłady, porażenia, skrzywienia kręgosłupa, zaburzenia proporcji długości tułowia i kończyn, deformacje klatki piersiowej, zaburzenia oddychania i rozwijania wydolności fizycznej. Występują problemy z rozumieniem i akceptowaniem norm społecznych, praw i obowiązków wynikających z funkcjonowania w grupie, słabsze są również możliwości poznawcze w obszarach myślenia, koncentracji uwagi, pamięci i spostrzegania rzeczywistości.

Globalny charakter tego rodzaju deficytów przekłada się rzecz jasna na ograniczenia w poszczególnych sferach funkcjonowania osób niepełnosprawnych intelektualnie. Mają one większe problemy z samoobsługą, ich ruchy są mało precyzyjne i niezgrabne, tempo wykonywania czynności wolniejsze, a stopień koncentracji niższy. Pomimo jednak przejawianej specyfiki właściwości psychofizycznych tej grupy osób, a może nawet zwłaszcza z tego powodu, powinny one mieć możliwość uczestnictwa w życiu społecznym, którego jedną z form stanowi aktywne spędzanie wolnego czasu, w tym szeroko pojęta aktywność sportowo-rekreacyjna jako szczególnie korzystna forma niwelowania ograniczeń i słabości wynikających z niepełnosprawności. Jest to również szansa wykreowania nowego „pomysłu na siebie", a co za tym idzie, poprawy jakości życia i doświadczania satysfakcji z niego poprzez rozpoznanie i zaakceptowanie swoich możliwości i deficytów.

Nacisk kładziony na tę sferę życia osoby niepełnosprawnej intelektualnie nie jest bez znaczenia w kontekście efektów jej społecznej i fizycznej rehabilitacji. Takie podejście oraz chęć poznania realnych możliwości uczestnictwa osób niepełnosprawnych intelektualnie w spontanicznej aktywności ruchowej organizowanej w środowisku otwartym stały się podstawą do przeprowadzenia opisanych w niniejszym artykule badań.

Rozwijając kwestię podejmowanej w opracowaniu problematyki aktywności ruchowej, nie można pominąć ważnego dla rozwoju tej grupy osób środowiska, jakim jest placówka edukacyjno-terapeutyczna. Podstawa programowa kształcenia specjalnego dla uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym lub znacznym stwierdza, że celem placówki jest „wspieranie rozwoju sprawności psychofizycznej uczniów, prowadzenie zajęć niezbędnych do rozwoju psychoruchowego oraz tworzenie warunków do uprawiania przez uczniów różnych dyscyplin sportu, udziału w zawodach sportowych, turystyce i krajoznawstwie" (Dz. U. z 2012 r. poz. 977, str. 70). Podkreśla się w niej wagę nie tylko sprawności psychofizycznej i rozwoju psychoruchowego, ale także wykorzystywania nabytych umiejętności ruchowych w życiu codziennym oraz przygotowania do aktywnego spędzania wolnego czasu poza placówką, w tym również do rekreacji ruchowej. Według Teresy Wolańskiej (1997, s. 59) rekreacja ruchowa to zajęcia o treści ruchowej – sportowej, turystycznej oraz zabawy ruchowe, tańce, spacery itp., którym człowiek oddaje się z własnej nieprzymuszonej chęci, w czasie wolnym, dla wypoczynku, przyjemności, odnowy sił, rozwoju osobowości i kreacji zdrowia.

Podejmując temat aktywności ruchowej osób niepełnosprawnych intelektualnie, nie można pominąć ruchu olimpiad specjalnych, których historia sięga roku 1963. Wówczas to Eunice Kennedy Shriver przygotowała i przeprowadziła półkolonie sportowe dla dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, a pięć lat później w Chicago zainicjowała I Międzynarodowe Letnie Igrzyska Olimpiad Specjalnych. Od tego czasu odbywają się one regularnie, w 1983 roku do krajów w nich uczestniczących dołączyła Polska.

Inicjatywa ta zapewnia zainteresowanym całoroczny cykl treningów i zawodów sportowych w różnego rodzaju dyscyplinach (m. in. pływanie, lekkoatletyka, koszykówka,

wrotkarstwo, badminton, żeglarstwo, bocce, bowling, kolarstwo itd.). Jest to nie tylko szansa pokazania rodzicom, przyjaciołom, społecznościom lokalnym i światu, co potrafią osiągnąć osoby niepełnosprawne intelektualnie, jeśli tylko dostaną taką szansę, ale również jedna z niewielu możliwości udziału osób z niepełnosprawnością w aktywności ruchowej wykraczającej poza ramy rehabilitacji czy zajęć organizowanych w placówkach edukacyjno-terapeutycznych, stwarzająca szansę na zbliżoną do normalności w sensie powszechności i jakości realizację pasji sportowych i zainteresowań.

Jej najbardziej istotny sens przejawia się już w samej treści składanej przez uczestników olimpiad specjalnych przysięgi rozpoczynającej rywalizację: „Pragnę zwyciężyć, lecz jeśli nie będę mógł zwyciężyć, niech będę dzielny w swoim wysiłku" (Myśliwiec 2005, s. 34–42). Wyraźnie akcentuje się fakt, iż ważny jest wynik i osiągnięcie sportowe samo w sobie, ale jeszcze ważniejsze – pokonanie własnych słabości i szacunek do samego siebie. Jest to także nauka zrozumienia i akceptacji odmienności oraz szansa na równoprawne traktowanie wszystkich członków społeczeństwa zgodnie z zasadą normalizacji. Zadania, jakie spełniają olimpiady specjalne (nauka tolerancji, profilaktyka i ochrona zdrowia, wspieranie integracji osób niepełnosprawnych intelektualnie ze społeczeństwem), cechuje – jak można zauważyć – duża różnorodność. Nasuwa się zatem pytanie, czy ruch olimpiad specjalnych uzupełnia jedynie i wzbogaca działania placówek edukacyjnych, czy też je w tych działaniach zastępuje, a jeśli tak, to gdzie leży przyczyna takiego stanu rzeczy.

Udział w ruchu olimpiad specjalnych ma szeroki wpływ na jakość funkcjonowania jednostki, znacznie wykraczający poza sprawność i wydolność fizyczną. Korzyści uzyskiwane są bez względu na wiek i stopień niepełnosprawności zarówno w sferze intelektualnej, psychologicznej czy społecznej, jak i – co oczywiste – w sferze fizycznej. Wzmocnienie poczucia własnej wartości, wzrost samoakceptacji i samozadowolenia, kształtowanie samodyscypliny i umiejętności dokonywania wyborów – to tylko niektóre z nich.

Niestety nietrudno jest zauważyć, że taką szansę otrzymuje jedynie określona grupa osób niepełnosprawnych intelektualnie (na 1,2 mln osób jedynie ok. 20 tys. bierze aktywny udział w treningach i zawodach sportowych). Zatem pomimo wpisanej w założenia programowe olimpiad specjalnych idei dostępności dla „wszystkich", trudno uznać ten ruch za przykład powszechnej i spontanicznej aktywności ruchowej.

Powraca więc ponownie postawione na wstępie pytanie, czy jedyną możliwą aktywnością ruchową osób niepełnosprawnych intelektualnie pozostaje fizjoterapia? Czy w społeczeństwie jest miejsce na włączanie osób niepełnosprawnych w działania o charakterze rekreacji ruchowej i uczynienie z ich obecności czegoś powszechnego i naturalnego? A jeśli tak, to kto i w jaki sposób powinien te działania inicjować i wspierać?

Wiedza społeczeństwa na temat funkcjonowania osób z deficytami intelektualnymi jest wciąż niewystarczająca. Niestety dotyczy to również terapeutów pracujących z tymi osobami, którzy uważają je za niezdolne do samodzielnego życia w społeczeństwie,

ubezwłasnowolnione, bez możliwości decydowania o sobie (Kruk-Lasocka 2013, s. 80). Postawy takie generują u niepełnosprawnych poczucie braku wpływu na otoczenie, bezradność i zaniżoną samoocenę. Osoby te są wyręczane w wielu czynnościach, nawet tych, w których spokojnie mogłyby same sobie dać radę (Kirenko 2011, za: Chodkowska 2011, s. 75).

W poszukiwaniu aktywności ruchowej osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną

Mimo rosnącego znaczenia wspomnianych paradygmatów normalizacji środowiska i społecznego modelu niepełnosprawności wciąż można odnieść wrażenie, że stosunkowo niewiele do powiedzenia w sprawach ich dotyczących mają sami niepełnosprawni, zwłaszcza osoby z niepełnosprawnością intelektualną. W literaturze odnaleźć można liczne publikacje odnoszące się do szeroko rozumianego i wielowymiarowego usprawniania ruchowego, dostępne są ogromne zasoby danych empirycznych. Niewiele jednak miejsca poświęcono spontanicznej aktywności ruchowej i jej walorowi rehabilitacyjnemu w życiu osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Wydaje się, że w tym obszarze nadal dominuje funkcjonalny model niepełnosprawności, a podejmowane w jego kontekście działania w dużej mierze skupione są na medycznie afiliowanych metodach usprawniania i rehabilitacji zaburzonych funkcji organizmu. Celem niniejszego opracowania była zatem próba zbadania realnego obrazu aktywności ruchowej osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w osobistym dyskursie tych osób, jak również w przekonaniach i postawach specjalistów na co dzień z nimi pracujących.

Problematyka badawcza koncentrowała się na próbie określenia realnego zakresu szeroko rozumianej aktywności ruchowej osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, zdiagnozowania jej form i dostępności oraz zbadania świadomości badanych na temat jej znaczenia w życiu człowieka. W celu uzyskania danych empirycznych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Opracowano dwa narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety skierowany do specjalistów pracujących z osobami z niepełnosprawnością (14 pytań zamkniętych, kafeterie półotwarte, głównie dysjunktywne) oraz kwestionariusz wywiadu skategoryzowanego (16 pytań zamkniętych, kafeterie otwarte, przeważnie koniunktywne) do badania osób niepełnosprawnych intelektualnie. Badania przeprowadzono na terenie czterech placówek edukacyjno-terapeutycznych powiatu bieruńsko-lędzińskiego województwa śląskiego. Uczestniczyło w nich 53 podopiecznych (32 kobiety, 21 mężczyzn) oraz 31 terapeutów (27 kobiet, 4 mężczyzn). Każdy uczestnik badań został poinformowany o celu przeprowadzonej ankiety, uzyskano zgody opiekunów w przypadku osób ubezwłasnowolnionych oraz poinformowano władze ośrodka o prowadzonych na jego terenie badaniach. Badania przeprowadzał autor, w uzasadnionych przypadkach uczestniczyli

w nich również opiekunowie/asystenci osób niepełnosprawnych wspomagający proces zbierania odpowiedzi na pytania kwestionariuszowe.

Największą grupę niepełnosprawnych respondentów stanowiły osoby w przedziale wiekowym 25 – 50 lat, a zatem w okresie możliwie największej życiowej samodzielności. Były to osoby samodzielnie poruszające się (2% na wózku inwalidzkim), komunikatywne – w większości używające mowy werbalnej lub jednej z form komunikacji alternatywnej, posiadające orzeczenie o umiarkowanej lub znacznej niepełnosprawności intelektualnej. Aż 76% badanych niepełnosprawnych przy udzielaniu odpowiedzi potrzebowała jednak wsparcia opiekuna. Osoby udzielające takiej pomocy zostały poproszone, aby wspierały respondentów w sposób jak najprostszy, starając się nie ingerować w wybór odpowiedzi.

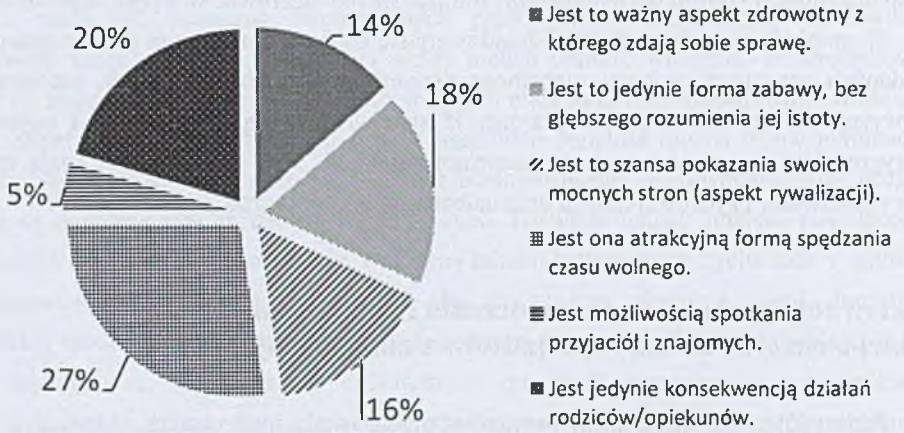
W grupie badanych terapeutów znajdowały się osoby z długoletnim stażem pracy – 47% badanych pracuje z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie 5–10 lat, natomiast 31% powyżej 15 lat, można zatem przyjąć, iż specjaliści ci są kompetentni i odpowiednio przygotowani do pracy z osobami niepełnosprawnymi, a co za tym idzie, znają specyfikę ich właściwości psychofizycznych oraz najbardziej istotne potrzeby.

Aktywność ruchowa w doświadczeniu i oczekiwaniach osób z niepełnosprawnością i specjalistów z nimi pracujących

Przystępując do prezentacji wyników przeprowadzonych badań, zaznaczyć należy, że były to badanie wstępne, pilotażowe, które miały dostarczyć autorowi podstawowych danych na temat specyfiki aktywności ruchowej podejmowanej przez badaną grupę. Badania kwestionariuszowe pozwoliły dostrzec pewne prawidłowości i tendencje, które stwarzają podstawę do dalszych szerszych i znacznie bardziej pogłębionych i uszczegółowionych badań właściwych. Jak wynika z dokonanej analizy, zarówno podopieczni, jak i terapeuci zdają sobie sprawę z istotnej roli aktywności ruchowej w życiu osoby niepełnosprawnej, jednakże 3% terapeutów zadeklarowało, że dla rozwoju ruchowego osoby niepełnosprawnej znaczenie ma tylko i wyłącznie rehabilitacja. Nawet tak niski odsetek osób, uchodzących przecież za najbardziej świadome możliwości i potrzeb osób niepełnosprawnych intelektualnie, które nie dostrzegają szerszego kontekstu aktywności ruchowej, musi budzić niepokój, zwłaszcza że odpowiadając na pytanie o powody podejmowania przez osoby niepełnosprawne aktywności ruchowej, wskazały one na jej różnorodne aspekty, co ilustruje poniższe zestawienie (rys. 1).

Na podkreślenie zasługuje natomiast fakt, że wszyscy badani terapeuci pytani o możliwości uprawiania sportu przez osoby niepełnosprawne ocenili je jako analogiczne jak w przypadku osób pełnosprawnych. Co więcej – aż 58% z nich uważa, że osoby te zdolne są uprawiać sport na poziomie wyższym niż amatorski. Co prawda 59% badanych podkreśliło konieczność dostosowania tych aktywności do możliwości ruchowych osób niepełnospraw-

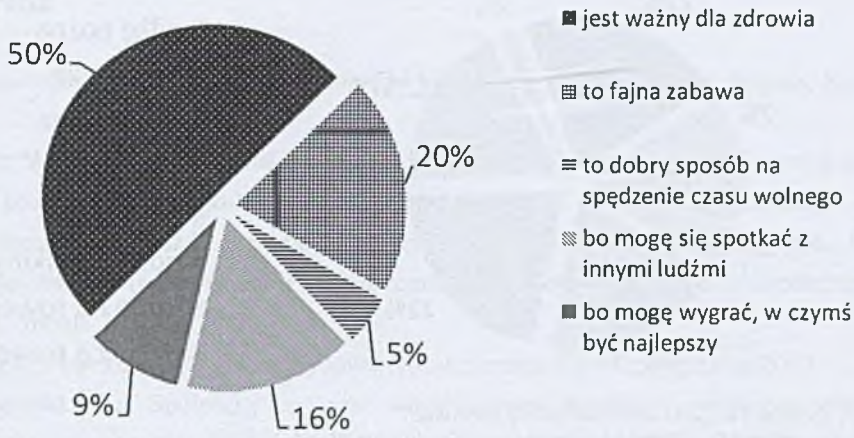
nych lub prowadzenia ćwiczeń w asyście opiekuna – jednakże wyraźnie rysuje się tu stanowisko, że ograniczenie w postaci deficytu intelektualnego nie stanowi problemu. Dlaczego zatem jedynie 25% pytanych terapeutów twierdzi, że niepełnosprawni intelektualnie mogą spontanicznie podejmować aktywność ruchową w czasie wolnym? Dlaczego tak trudno zobaczyć w przestrzeni publicznej aktywnych niepełnosprawnych? Niestety większość z nich nie zna innej możliwości aktywności ruchowej poza tą, którą proponują opiekunowie lub placówka. Nie ma tutaj miejsca na samodzielność i decyzyjność osoby niepełnosprawnej.



Rys. 1. Pytanie 3: „Dlaczego Twoim zdaniem osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu głębszym podejmują aktywność fizyczną?"
Fig. 1. Question 3: „Why in your opinion people with profound intellectual disability take physical activity?"

Większość terapeutów zdaje sobie sprawę z potrzeby zwiększenia ilości ruchu osobom niepełnosprawnym. Widoczny staje się też problem otyłości niepełnosprawnych dorosłych oraz ich niechęci do podejmowania aktywności ruchowej. Według 67% terapeutów niechęć ta wynika z negatywnej postawy samych podopiecznych wobec wysiłku fizycznego, co zupełnie nie koreluje z odpowiedziami podopiecznych, którzy w 98%, jak wynika z kolejnego zestawienia, przejawiają chęć wykonywania ćwiczeń ruchowych, widząc w tym korzyści nie tylko zdrowotne, ale także społeczne (rys. 2).

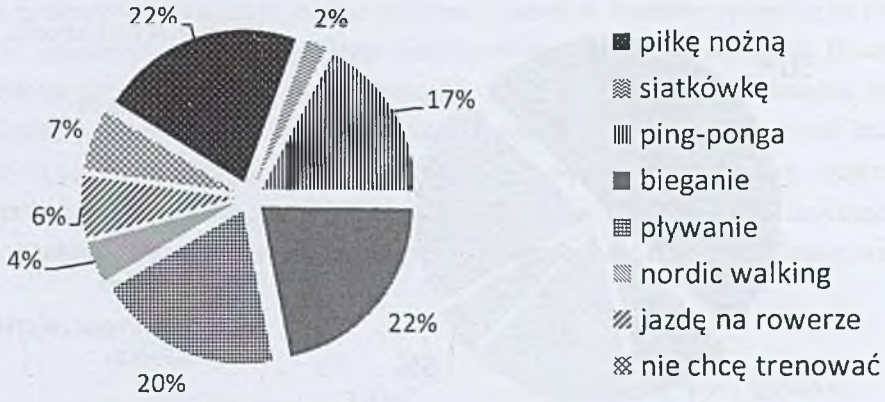
Zatem jeżeli problem nie wynika z braku możliwości ruchowych ani nawet z niechęci przejawianej przez zainteresowanych, to co powoduje, że spontaniczna aktywność ruchowa nie jest obecna w życiu osób niepełnosprawnych intelektualnie?



Rys. 2. Pytanie 6: „Dlaczego uprawiasz sport?"
Fig. 2. Question 6: „Why you do sport?"

Faktem jest, że najczęstszą formę aktywności ruchowej badanych niepełnosprawnych stanowią ćwiczenia ruchowe z terapeutą. Jedynie 21% respondentów podkreśla, że uprawiają sport w czasie wolnym – wtedy, kiedy mają na to ochotę, a nie wtedy, kiedy zostają do tego zobligowani. Niestety na pytanie: „Kto decyduje o tym, kiedy ćwiczysz?" tylko w 17% przypadków pojawia się odpowiedź „ja". W podobnym pytaniu o rodzaj wybieranych aktywności zaledwie 30% badanych niepełnosprawnych zaznaczyło, że samodzielnie podejmują decyzje i mają wpływ na to, co będą robić. W pozostałych przypadkach wskazali na terapeutów, rodziców lub opiekunów jako tych, którzy decydują w tej kwestii. Nie ma tutaj miejsca na samodzielność i autonomiczne dokonywanie wyboru. Co jednak ciekawe, aż 39% pytanych uważa, że poświęca na aktywność ruchową zbyt mało czasu. Czuje potrzebę ruchu i rozumie jego pozytywny wpływ na własny rozwój. O ile zatem nie jest zasadne pytanie, jaki rodzaj aktywności ruchowej lubią osoby niepełnosprawne intelektualnie, skoro jedyną możliwością są te aktywności, które proponują im opiekunowie czy terapeuci, o tyle zasadne staje się uzyskanie odpowiedzi na pytanie o pragnienia i marzenia związane z tą sferą aktywności. Ilustruje tę kwestię poniższe zestawienie (rys. 3) wyraźnie pokazujące, że spektrum wybieranych dziedzin sportu, które badani chcieliby uprawiać, znacznie wykracza poza formy proponowane w placówkach i w domu.

Niestety marzenia te nie mogą się realizować, jeśli nikt o nie nie zapyta. Na igrzyskach sportowych większość podopiecznych nadal będzie rzucać piłeczką tenisową – bo to bezpieczne i według opiekunów odpowiada ich możliwościom, a wyścigi osób poruszających się na wózkach uzależnione będą od zdolności wolontariuszy, którzy nawet nie próbują dać uczestnikom szansy na samodzielny wysiłek.



Rys. 3. Pytanie 15: „Jaki sport chciałbyś trenować?"
Fig. 3. Question 15: „What sport would you like to train?"

Jak zatem wynika z zawartej w niniejszym opracowaniu analizy badań, aktywność ruchowa osób niepełnosprawnych intelektualnie uzależniona jest w dużej mierze od ich terapeutów i opiekunów. Największą część swojego życia osoby te spędzają w ośrodkach. Jeżeli nikt nie umożliwi im i nie pokaże innej poza rehabilitacją formy ruchu, to nie przejawi się ona w ich życiu prywatnym. Szukając powodów, dla których spontaniczna aktywność ruchowa nadal jest niewystarczająco dostępna dla osób niepełnosprawnych intelektualnie, możemy zwrócić uwagę na zbyt ubogą ofertę tego typu zajęć, brak wykwalifikowanej kadry czy nieprzystosowanie obiektów (hal sportowych i basenów) oraz ograniczony wciąż zakres środków publicznych przeznaczonych na wspieranie aktywności ruchowej.

Wszystkie te aspekty mają niebagatelne znacznie. Jednakże przyczynę o największym ciężarze gatunkowym stanowi nadal niedostateczna świadomość środowisk najważniejszych dla rozwoju osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, tj. opiekunów i terapeutów. Brak wiedzy, a co za tym idzie, przekonania o wartości, jaką niesie działanie na rzecz rozwijania autonomii, przejawiającej się poprzez różne zakresy indywidualnej wolności tej grupy osób, generuje bowiem u nich postawy bierności i wyuczonej bezradności. Sport i rekreacja, tak samo jak wszystkie inne obszary spontanicznej aktywności człowieka, wymagają swobody dokonywania wyborów i pracy nad sobą, która pomimo wysiłku staje się przyjemnością. Jedynie budowanie bliskiej przestrzeni dla osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną może stworzyć szansę dla realnego ich włączenia do tej sfery życia społecznego.

Bibliografia

1. Chrzanowska I.: Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności. Impuls, Kraków 2015.
2. Dykcik W.: Wielowymiarowość, wielokontekstowość niepełnosprawności intelektualnej jako problem społeczno-kulturowy podstawą etosu nowoczesnej edukacji osób upośledzonych na każdym etapie życiowej normalizacji, [w:] Chodkowska M., Osik-Chudowolska D. (red.): Osoba z upośledzeniem umysłowym w realiach współczesnego świata. Impuls, Kraków 2011.
3. Górski J.: Fizjologia człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
4. Kazanowski Z.: Społeczny wymiar współczesnej koncepcji niepełnosprawności intelektualnej. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska", sectio J: Paedagogia-Psychologia, vol. 28(1), 2015.
5. Kirenko J.: Psychospołeczne korelaty wyuczonej bezradności osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, [w:] Chodkowska M., Osik-Chudowolska D. (red.):, Osoba z upośledzeniem umysłowym w realiach współczesnego świata. Impuls, Kraków 2011.
6. Krause A., Żyta A., Nosarzewska S.: Normalizacja środowiska społecznego osób z niepełnosprawnością intelektualną. Akapit, Toruń 2010.
7. Kruk-Lasocka J., Flanczewska-Wolny M., Dziuba D., Wolny J. (red.): W drodze do samostanowienia osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Stapis, Katowice 2013.
8. Łuszczyńska A.: Psychologia sportu i aktywności fizycznej – zagadnienia kliniczne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016.
9. Milanowska K., Dega W.: Rehabilitacja medyczna, wyd. 4, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
10. Myśliwiec A., Plinta R., Saulicz E., Olesińska-Myśliwiec S.: Realizacja misji Olimpiad Specjalnych na przykładzie działalności Sekcji Terenowej „Promyk" w Rybniku. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska", sectio J: Paedagogia-Psychologia, vol. 28(1), 2015.
11. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2012 r. poz. 977).
12. Wolańska T.: Leksykon – sport dla wszystkich, rekreacja ruchowa. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Warszawa 1997.

AKTYWNOŚĆ RUCHOWA OSÓB Z GŁĘBSZĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ. BADANIA PILOTAŻOWE

Streszczenie

Aktywność ruchowa stanowi nieodłączny element życia każdego człowieka, odgrywa istotną rolę w funkcjonowaniu organizmu oraz nawiązywaniu relacji społecznych. Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na możliwości uczestniczenia w tej sferze życia przez osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, na stosowane formy spontanicznej aktywności ruchowej i na jej dostępność dla tej grupy. W badaniach uczestniczyło 53 osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębszym oraz 31 terapeutów z nimi pracujących w czterech placówkach edukacyjno-terapeutycznych województwa śląskiego.

PHYSICAL ACTIVITY OF PEOPLE WITH PROFOUND INTELLECTUAL DISABILITY. THE PILOT STUDIES

Summary

Physical activity is an integral part of everyone's life, it plays an important role in the functioning of the body and establishing social relationships. The purpose of this article is to draw attention to the possibility of people with profound intellectual disability to participate in this area of life, and to the forms and the availability of spontaneous motor activities for the group. The research group was composed of 53 people with mental disabilities and 31 therapists working with them. The study was conducted in four educational-therapeutic institutions in Silesia voivodeship.

Marzena FRYSZKIEWICZ
Zasadnicza Szkoła Zawodowa nr 8 Specjalna, Bytom

WSPARCIE RODZINY DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ DROGĄ DO WSPOMAGANIA JEGO ROZWOJU

Wstęp

„Na rodzinę wychowującą dziecko niepełnosprawne należy spojrzeć wieloplaszczyznowo. W swoim podstawowym wymiarze jest taka sama jak każda inna, niepełnosprawność bowiem może być udziałem każdej rodziny. (...) urodzenie dziecka niepełnosprawnegodiametralnie zmienia sytuację rodziny. Dla rodziców jest to nader często poważny wstrząs psychiczny"
(Kosakowski 2003, s. 194)

W dzisiejszych czasach niepełnosprawność należy rozpatrywać nie jako zagadnienie jednostkowe, ale przede wszystkim jako zagadnienie społeczne. Działania podejmowane w celu zdiagnozowania i rozwiązania problemu niepełnosprawności powinny przebiegać wielotorowo i w sposób skoordynowany. Pierwsze kroki podejmuje lekarz. To na nim spoczywa obowiązek uzmysłowienia rodzicom, że należy natychmiast rozpocząć proces diagnostyczny. Jego opinia stanowi podstawę dalszego funkcjonowania dziecka i jego rodziny. W opisywanym modelu głównym założeniem jest konfrontacja rodzica z problemem niepełnosprawności czy też przewlekłej choroby dziecka oraz udzielenie pierwszej pomocy, którą możemy zakwalifikować jako radzenie sobie z sytuacją traumatyczną.

Urodzenie dziecka „chorego" staje się poważnym wyzwaniem psychologicznym, z którym rodzic, opuszczając mury szpitala, zostaje sam. Sposób radzenia sobie z problemem zależy od otrzymanego w tym momencie wsparcia ze strony systemu państwa. Rodzic, mając w ręku konkretne rozpoznanie medyczne, wiedząc, jakie kroki powinien podjąć, wchodzi w relację z placówkami pomocy: miejskim ośrodkiem pomocy społecznej czy poradnią psychologiczno-pedagogiczną. Na tym etapie rodzice otrzymują jasny instruktaż, jaką formę pomocy może otrzymać ich dziecko i oni sami.

Wsparcie społeczne opisywane powyżej silnie przeplata się z wymiarem edukacyjnym. Dziecko, osiągając odpowiedni wiek rozwojowy, trafia pod opiekę placówek oświatowych.

Kształcenie specjalne czy też integracyjne jest uzupełnieniem codziennych starań rodzica o prawidłowy rozwój małego niepełnosprawnego człowieka. Począwszy od przedszkola, przez szkoły i ośrodki rewalidacyjne, dziecko i jego rodzina objęci są stałym wsparciem psychologiczno-pedagogicznym. Nigdy pytania zadawane przez rodziców, dotyczące funkcjonowania ich dziecka, nie powinny pozostawać bez odpowiedzi.

Rodzina dziecka z niepełnosprawnością

„Rodzina jest pierwszym
i podstawowym środowiskiem rozwoju dziecka"
(Twardowski 1999, s.18)

Przeglądając liczne fachowe czasopisma i pozycje książkowe, spotykamy się z wieloma definicjami rodziny, które starają się wyczerpać poruszoną tutaj problematykę. Poniżej starano się wszystkie pozyskane informacje o rodzinie funkcjonalnej odnieść do sytuacji rodziny dziecka niepełnosprawnego, która przy zachowaniu wszystkich cech rodziny neurotypowej jakościowo funkcjonuje zupełnie inaczej.

Według Muzafera Sherifa, tureckiego psychologa społecznego, rodzina to grupa, „która jest formacją społeczną i składa się z pewnej liczby jednostek, pozostających w określonych pozycjach, rolach w stosunku do siebie i która ma własny system wartości oraz normy regulujące zachowanie jednostek w sprawach ważnych dla grupy" (Ochmański 1993, s. 83).

Jakościowo jednak powyższy opis systemu rodzinnego znacznie różni się od sytuacji rodziny dziecka niepełnosprawnego. W tym miejscu opisane w definicji terminy, takie jak system wartości czy normy regulujące zachowanie jednostek w sprawach ważnych, nabierają nowego znaczenia, pogłębionego o doświadczenia płynące z posiadania w rodzinie dziecka niepełnosprawnego. Opisana definicja może stanowić również definicję rodziny dziecka niepełnosprawnego, jednakże nie podlega krytyce fakt, że potrzeby takiego systemu rodzinnego są duże większe.

Na potrzeby niniejszego artykułu za definicję wiodącą osoby niepełnosprawnej uznaje się tę zaproponowaną przez Józefa Sowę (1997, s.19): „Osoba niepełnosprawna to taka, u której uszkodzenie i obniżony stan sprawności organizmu spowodował utrudnienie, ograniczenie i uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i zawodowych oraz wypełniania ról społecznych, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć oraz czynniki środowiskowe, społeczne i kulturowe". Pojawienie się w rodzinie jednostki noszącej powyższe cechy znacznie reorganizuje codzienne życie całego systemu. W tym miejscu należy również zwrócić uwagę na fakt, że nie każda choroba przewlekła czy też niepełnosprawność dają się wykryć w sytuacji okołoporodowej. Wypadki życiowe, problem zaburzeń ze spektrum autyzmu czy też inne nieznane od dnia urodzin zależności chorobowe sprawiają, że osoba

staje się niepełnosprawną w oczach rodziny dopiero z czasem, co w z punktu widzenia praktyka wydaje się dużo bardziej skomplikowaną sytuacją rodzinną.

Rodzice dziecka niepełnosprawnego przechodzą długi proces przystosowania się do sytuacji zaistniałej w ich rodzinie. Dzieje się to etapowo. Posiłkując się spostrzeżeniami Janiny Wyczesany (1998, s. 24-25), jak również refleksjami Andrzeja Twardowskiego (1999) na temat procesu radzenia sobie z nową sytuacją, jaką jest pojawienie się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego, można wymienić kilka etapów przystosowawczych.

W fazie zaprzeczania przeważają stany emocjonalne o negatywnym charakterze, takie jak szok, płacz, depresja. Rodzice często funkcjonują tak, jakby dziecko było zupełnie zdrowe, zaprzeczając istnieniu problemu i wypierając go w otchłań podświadomości. Podejmują próby dalszej diagnostyki dziecka, która ma na celu wykluczenie postawionej wcześniej diagnozy. Twardowski w tym miejscu mówi o szoku i kryzysie emocjonalnym. W systemie rodzinnym następuje reorganizacja życia oraz uwidacznia się silne poczucie poniesionej klęski życiowej u rodziców. Przystosowanie do nowych warunków życia na tym etapie jest niezwykle absorbujące. Stosowanie mechanizmów obronnych przez dłuższy czas niesie z sobą duże ubytki mentalne w całej przestrzeni rodzinnej.

Faza obaw i poczucia winy tłumaczona jest przez J. Wyczesany jako moment, w którym rodzice uświadamiają sobie chorobę dziecka. Dla A. Twardowskiego jest to etap pozornego przystosowania, kiedy to rodzice w nieudolny sposób starają się radzić sobie z zaistniałą sytuacją. Wydaje się, że jest to etap niezwykle smutny dla całej rodziny, ze względu na rodzące się w rodzicach poczucie osamotnienia, niezrozumienia i mentalnego niepogodzenia się z niepełnosprawnością dziecka. Etap ten, prawidłowo przepracowany, pozwala jednak na przeorganizowanie własnych myśli i zachowań w kierunku radzenia sobie z sytuacją nietypową, jaką jest życie z dzieckiem niepełnosprawnym i wychowywanie go.

Faza pogodzenia się z diagnozą to etap najbardziej twórczy, przynoszący rodzinie trwałą równowagę emocjonalną. Charakteryzuje się zbieraniem wartościowych informacji o chorobie dziecka oraz poszukiwaniem profesjonalnego wsparcia wśród terapeutów i rodzin, które mają podobne doświadczenia. Odpowiednia sieć wsparcia proponowana przez system państwa staje się bazą do budowania równowagi rodzinnej i społecznej w zakresie pracy z dzieckiem niepełnosprawnym. Na tym etapie następuje pełna akceptacja choroby czy też niepełnosprawności dziecka. Rodzina odradza się do nowego życia w zgodzie z zaistniałą sytuacją.

Opisane powyżej stany emocjonalne przeżywane przez rodziców dziecka niepełnosprawnego są bardzo podobne do stanów żałoby przeżywanych w sytuacji śmierci najbliższych (por. E. Kübler-Ross 1998). Można zaryzykować stwierdzenie, że gdy rodzice dowiadują się o dysfunkcjonalności własnego dziecka, po części umiera w nich sfera marzeń związana z prawidłowym rozwojem własnej pociechy. Dobre przepracowanie poczucia straty pozwala rodzicom na ponowne narodziny do życia dla dziecka, które jest pełnoprawnym członkiem rodziny. Te powtórne narodziny nie dotyczą jedynie odnalezienia się w roli

rodzica, ale stanowią również o całościowej akceptacji siebie samego i życiowego partnera oraz zapowiadają osiągnięcie równowagi psychicznej w zakresie przestrzeni transcendentnej.

Niepełnosprawność w wymiarach medycznym, społecznym i psychopedagogicznym

„Osobę niepełnosprawną trzeba przede wszystkim dostrzec, zbliżyć się do niej i wtedy dopiero można zobaczyć w niej zwyczajnego człowieka"
(Dymna 2009)

Okres dziewięciu miesięcy ciąży to czas, w którym każda kobieta nosi w sobie drugie życie. Niestety, gdy dziecko rodzi się przedwcześnie, jest chore, jego życie jest poważnie zagrożone, gdy rodzi się z widocznymi lub ukrytymi wadami, nabywa niepełnosprawność w trakcie porodu lub na skutek różnych wypadków (por. Piszczek 2005; Dziopa, Trzcina 2009; Dykcik 1998) – przysłowiowy czar pryska. Narodzenie dziecka niepełnosprawnego jest dla rodziców wielkim wstrząsem.

Bieżąca analiza sytuacji rodzin dziecka z niepełnosprawnością sprawia, że w dzisiejszych czasach termin „niepełnosprawność" powinno rozpatrywać się w trzech kluczowych wymiarach:

- medycznym,
- społecznym,
- pedagogicznym.

Wymiar medyczny

Pierwszym ogniwem, które ponosi odpowiedzialność za zdiagnozowanie szeroko rozumianej „choroby" oraz przekazanie informacji rodzicom, jest personel medyczny. To, w jaki sposób rodzice zostaną poinformowani o stanie zdrowia noworodka, w dużej mierze zależy od zrozumienia „problemu". Z rozmów z rodzicami często wynika, że niestety w pierwszym momencie nie otrzymują rzetelnej diagnozy nozologicznej.

Usprawiedliwieniem takiej sytuacji na pewno jest fakt, iż na sporządzenie konkretnej, skrupulatnej i całościowej diagnozy potrzeba czasu. W celu uzyskania prawidłowego rozpoznania wykonuje się czasochłonne badania dodatkowe, korzystając z dorobku współczesnej medycyny i nowoczesnych metod diagnostycznych. Dla rodziców ta zwłoka nie zawsze bywa zrozumiała. Wychodzą z założenia, że chcą wiedzieć wszystko „tu i teraz". Nieotrzymanie tych informacji często budzi w nich frustrację, którą potęgują dodatkowo niedowierzanie i wypieranie. Przeżywają kryzys emocjonalny. Wtedy potrzebują natychmiastowego wsparcia – pomocy w postaci jasnych komunikatów, konkretnych

informacji i instruktażu. Chcą i POWINNI zostać poinformowani o konieczności oraz celowości podejmowania natychmiastowych, kolejnych kroków terapeutycznego oddziaływania. Nie bez powodu wyostrzono wyraz „powinni", ponieważ na tym etapie można doszukać się dużej luki. Na oddziałach noworodkowych brakuje ulotek i tablic informacyjnych, z których jasno wynikałoby, gdzie rodzice otrzymają pomoc, jakie kroki muszą podjąć po opuszczeniu murów szpitala, co należy się im i ich dziecku itp. Warto zastanowić się, czy do wyprawki z produktami reklamowymi nie należałoby dorzucić broszur informacyjnych? Na tym etapie moja sugestia pozostaje pytaniem retorycznym, co nie zmienia faktu, że może warto wprowadzić ją w życie?

1. KTO ?
   - Lekarze: neonatolog – pediatra – neurolog – psychiatra.
2. JAK?
   - Rzetelnie – diagnoza nozologiczna.
   - Kompleksowo – zespół specjalistów.
   - Konkretnie – ulotki informacyjne (opis choroby / ścieżka pomocy / adresy placówek wsparcia).
   - Zrozumiale – czytelny i „ludzki" język komunikatu.
   - Z wyczuciem (konsultacja z psychologiem klinicznym) – faza szoku, kryzys emocjonalny rodzica.
3. GDZIE?
   - Szpital / poradnia
     (niepełnosprawności diagnozowane zaraz po porodzie / niepełnosprawności diagnozowane podczas bilansów rocznych dziecka).
4. KIEDY?
   - Pewna diagnoza.
   - Niezwłocznie – możliwie najszybciej (pierwsze godziny / dni / miesiące życia).
5. PO CO?
   - Postawienie diagnozy – opieka medyczna.
   - Sugestia co do kolejnych kroków działania terapeutycznego w dalszych miesiącach i latach życia dziecka;
   - Przedstawienie pozytywnej i negatywnej prognozy funkcjonowania dziecka w sytuacji podjęcia / niepodjęcia odpowiednich kroków działania.

Wymiar społeczny

Omawiając zagadnienie w wymiarze społecznym, należy pamiętać, że za instytucjonalne wspomaganie rodziny są odpowiedzialne samorządy gminne. Do zadań gminy należy przede

wszystkim przyznawanie świadczeń pieniężnych (zasiłków i dodatków) oraz świadczeń niepieniężnych obejmujących dostęp do usług opiekuńczych i poradnictwo specjalistyczne. Obowiązkami samorządu powiatowego są natomiast: działania na rzecz osób niepełnosprawnych dotyczące przestrzegania ich praw, rehabilitacji zawodowej i społecznej, działania ograniczające skutki niepełnosprawności, współpraca z instytucjami rządowymi, samorządowymi, pozarządowymi i fundacjami, ale również udzielanie pomocy dotyczącej bezpośrednio osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Oferowana pomoc ma poprawić funkcjonowanie rodziny w środowisku społecznym (Ustawa o pomocy społecznej, 2004).

1. KTO ?
   - Psycholog – pedagog specjalny – rehabilitant – pracownik socjalny – zespół orzekający – dalsza rodzina – grupa wsparcia.
2. JAK?
   - Kompleksowo – zespół specjalistów.
   - Konkretnie – ścieżka terapeutyczna (zaznajomienie rodziców ze statutem rodzica dziecka niepełnosprawnego, celowością współpracy z instytucjami medyczno-społecznymi).
   - Rzetelnie – edukacja rodzica w zakresie znajomości swoich praw.
   - Zrozumiale – czytelny i „ludzki" język komunikatu.
3. GDZIE?
   - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
   - Zespół Orzekania o Niepełnosprawności
   - Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
   - Poradnie specjalistyczne

   } Ośrodki Wczesnej Interwencji, Warsztaty Terapii Zajęciowej
4. KIEDY?
   - Bezpośrednio po wyjściu ze szpitala.
   - Po ustaleniu diagnozy.
5. PO CO?

Według Moniki Orkan-Łęckiej, prekursora wczesnej interwencji w Polsce, „wczesna interwencja jest to zintegrowany system oddziaływań profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczo-rehabilitacyjnych i terapeutyczno-edukacyjnych, których podmiotem jest małe dziecko, wykazujące nieprawidłowości w rozwoju psychoruchowym, oraz jego rodzina" (Dziopa, Trzcina 2009, s. 11).

Warto mocno zaakcentować fakt, że na tym etapie to właśnie rodzice biorą sprawy w swoje ręce. Zasadne wydaje się stwierdzenie, że problemy rodziny dziecka niepełnosprawnego skupiają się wokół procesu radzenia sobie z sytuacją trudną. Moim zdaniem, jeśli rodzic prawidłowo przepracuję chorobę i niepełnosprawność swojego dziecka, będzie

w stanie sobie z nią poradzić. Podstawą homeostazy rodzinnej jest równowaga wewnętrzna, pogodzenie z samym sobą, jak również uzyskanie pomocy w ramach sieci wsparcia, która niejednokrotnie jest czynnikiem chroniącym całe rodziny dzieci niepełnosprawnych.

Pozyskanie odpowiedniego wsparcia oraz dokumentów stanowi „bilet wstępu" do rozpoczęcia działań terapeutycznych, w których czas ogrywa bardzo istotną rolę. Im wcześniej zostaną one podjęte, tym większe będą szanse na powodzenie terapii czy rehabilitacji. Tylko co zrobić w sytuacji, kiedy rodzic nie chce? Nie czuje potrzeby? Boi się, że posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności czy orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego będzie negatywnie odbierane przez otoczenie? Co wtedy? Odpowiedź jest prosta. Dopóki rodzic nie pogodzi się z sytuacją, nie jesteśmy w stanie, jako społeczeństwo, nauczyciele, terapeuci, pracownicy socjalni, nic zrobić. To rodzić decyduje o swoim dziecku, jego rozwoju i funkcjonowaniu. Nie pozostaje nic innego jak podejmować próby rozmów i oferować szeroko pojmowane wsparcie, ponieważ brak tego „biletu" zamyka drogę do specjalnej edukacji, w której to nie podstawa programowa jest najważniejsza, ale DZIECKO ze swoimi wszystkimi indywidualnymi potrzebami.

Wymiar psychopedagogiczny

Rozważając zagadnienie szeroko rozumianej edukacji, warto powołać się na Ustawę o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r., która mówi: „System oświaty zapewnia w szczególności: (...) 4. dostosowanie treści, metod i organizacji nauczania do możliwości psychotechnicznych uczniów, a także możliwość korzystania z opieki psychologicznej i specjalistycznych form pracy dydaktycznej, 5. możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół przez dzieci i młodzież niepełnosprawną oraz niedostosowaną społecznie" (Ustawa o systemie oświaty, 1991).

1. KTO ?
   - Pedagog specjalny – psycholog – terapeuta SI – logopeda / neurologopeda – rehabilitant – inni specjaliści według potrzeb.
2. JAK?
   - Kompleksowo – zespół specjalistów.
   - Systematycznie – cykliczne spotkania z zespołem specjalistów / z wychowawcą dziecka.
   - Indywidualnie – dostosowanie form, metod pracy do predyspozycji i możliwości dziecka oraz psychoedukacji rodzica według potrzeb.
   - Rzetelnie – rodzic zna cele pracy terapeutycznej i jej efekty, ma poczucie bezpieczeństwa wynikające ze współpracy z zespołem specjalistów.

- Zrozumiale – czytelny i „ludzki" język komunikatu (etap konstruktywnego przystosowania do sytuacji).

3. GDZIE?
   - Przedszkola integracyjne, specjalne / szkoły integracyjne, specjalne / ośrodki rewalidacyjno-edukacyjno-wychowawcze / szkoły życia / szkoły przysposabiające do pracy / dom dziecka – nauczanie indywidualne.
4. KIEDY?
   - Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i rodziny (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej, Dz. U. 2013 poz. 1257, § 3.3).
   - Edukacja przedszkolna.
   - Edukacja szkolna (szkoła podstawowa – gimnazjalna – ponadgimnazjalna).
5. PO CO?
   - Pomoc w uzyskaniu przez dziecko autonomii.
   - Wyposażenie dziecka w umiejętności społeczne, takie jak komunikacja, samodzielność i zaradność (Bobkowicz-Lenartowska 2011, s. 91).
   - Zapewnienie opieki / terapii / edukacji dziecka – psychiczna równowaga rodzica generująca podwaliny pod odnowienie dotychczas zaniedbywanej działalności rodzica na szczeblu rodzinnym / zawodowym / społecznym.

Na pierwszym etapie wsparcia w wymiarze psychoedukacyjnym wspomaganie rozwoju dziecka z dysfunkcjami zaliczane jest do zadań podstawowych i priorytetowych. Szybko podjęta interwencja przyczynia się do pełniejszego rozwoju dziecka i tym samym większej jego autonomii. Ponadto prawidłowa realizacja tego zadania ułatwia funkcjonowanie rodziny.

W momencie ukończenia etapu przedszkolnego oddziaływania rewalidacyjno-wychowawcze stymulujące rozwój, obejmujące potrzeby wychowawcze dziecka, z uwzględnieniem również potrzeb jego rodziny, realizowane są w murach placówek szkolnych. Z osobistych, zawodowych doświadczeń wiem, że na tym etapie rodzice mają już przepracowaną niepełnosprawność swojego dziecka i stają się „poważnymi" partnerami w jego terapii. Z ogromnym zaangażowaniem uczestniczą w procesie usprawniania, tworząc ze specjalistami „triadę". Bardzo często pedagodzy specjalni, logopedzi, rehabilitanci, terapeuci wymieniają się swoimi spostrzeżeniami z rodzicami i tym samym jeszcze silniej wspierają rodzinę dziecka.

Problemy rodziny dziecka z niepełnosprawnością

Zgodnie z przyjętą w artykule definicją rodziny problemy, które w takim systemie mogą się pojawiać, dotyczyć będą poszczególnych przestrzeni definicyjnych. W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na problem pozycji i ról rodzinnych w sytuacji,

gdy w rodzinie pojawi się dziecko niepełnosprawne. Biorąc pod uwagę etapy przystosowania się rodziców do niepełnosprawności dziecka, możemy zaryzykować stwierdzenie, że zajmowane pozycje i pełnione role społeczne w sytuacji trudnej, jaką są narodziny dziecka dysfunkcyjnego, przestają istnieć. Pozycja rodzica, jak również relacje partnerskie zostają zaburzone traumą niepełnosprawności. Rodzice skupiają się najpierw na przetrwaniu, później na prawidłowej diagnozie, aż w końcu na rehabilitacji dziecka, nie zważając na koszty, jakie ponoszą inni członkowie rodziny oraz oni sami. Brak czasu, uwagi dla pozostałych dzieci jest silnym stresorem, wzmaga u nich poczucie odrzucenia i nieakceptacji, obniża poczucie ich wartości. W sytuacjach wyjątkowych może implikować również poważniejsze konsekwencje wychowawcze.

Kolejnym problemem jest kryzys wartości w systemie rodzinnym. Niepełnosprawne dziecko jest często obwiniane za zaistniałą sytuację. Jego rodzice toczą wewnętrzną walkę. Ich poukładany świat, zogniskowany wokół prawidłowego rozwoju potomstwa, zostaje zamieniony w nieznaną przestrzeń, w której poruszają się prawie po omacku. Rodzice przeżywający kryzys emocjonalny stają przed trudnymi pytaniami o akceptację, nie tylko narodzonego dziecka, ale również samych siebie i własnej relacji partnerskiej. Obserwuje się obecnie silny przyrost liczby kryzysów małżeńskich, spowodowany właśnie nieradzeniem sobie z sytuacją trudną, w tym wypadku ujawnieniem się niepełnosprawności dziecka. Miejsce prawidłowego, wzajemnego wsparcia, wynikającego również z roli rodziny, zajmuje zindywidualizowany proceder radzenia sobie, często w nieadekwatny, dysfunkcyjny sposób.

Ostatnim, poruszanym w tym miejscu problemem rodziny dziecka niepełnosprawnego jest życie w ciągłym stresie i niepewności o przyszłość chorego dziecka. „U rodziców występuje lęk, niepokój o rozwój i przyszłość dziecka" (Wyczesany 1998, s. 156). Rodzice bez odpowiedniego wsparcia stają się zupełnie bezbronni i zdezorientowani w świecie niepełnosprawności.

Wsparcie rodziny

„(...) wspomaganie rozwoju może być wspaniałą wędrówką"
(Wiśniewska 2010, s. 9)

Wsparcie rodziny dziecka niepełnosprawnego określa się mianem interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacji, emocjonalnej lub instrumentalnej (Kawula 1996, s. 6-7). Definiuje się je też jako pomoc dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych, zasoby dostarczane jednostce przez interakcję z innymi ludźmi, konsekwencje przynależności człowieka do społeczeństwa, zaspokojenie potrzeb w trudnych sytuacjach przez osoby znaczące i grupy odniesienia (Sęk 2001, s. 13-33).

Kompleksowość oddziaływań w procesie pracy z rodziną oznacza, że wsparcie jest ukierunkowane na poszczególne sfery funkcjonowania (por. Buczyński 1999, Kawula 1996, Kawczyńska-Butrym 1998). Wyróżnia się:

- wsparcie emocjonalne, określane jako pomoc socjoemocjonalna, nawiązywanie lub podtrzymywanie więzi emocjonalnych, bliskość, redefiniowanie wartości;
- wsparcie instrumentalne, obejmujące porady prawne, pomoc finansową, kompensację materialną;
- wsparcie informacyjne, wyrażające się w przekazywaniu nowych informacji, uczeniu nowych umiejętności, odbudowaniu lub wzbudzeniu funkcji opiekuńczych i wychowawczych rodziny wobec dziecka czy informowaniu o formach oraz sposobach leczenia;
- wsparcie motywacyjne lub wartościujące, mające na celu podtrzymanie samooceny, przezwyciężenie kryzysu, polegające na dawaniu jednostce komunikatów typu: „Jesteś dla nas kimś znaczącym";
- wsparcie społeczne, czyli pomoc w integracji rodziny z otoczeniem społecznym, demarginalizacja (Lewko, Fryszkiewicz 2010, s. 177-178).

Całościowe wsparcie wymaga globalnego spojrzenia na rodzinę. Podstawą wprowadzenia zmian jest zaspokajanie podstawowych potrzeb rodziny, w tym niepełnosprawnego dziecka. Rodzina nie jest w stanie zaakceptować nowej, trudnej sytuacji, jeżeli ich sytuacja bytowa jest niepewna. Istotą wsparcia rodziny dziecka niepełnosprawnego jest przywrócenie równowagi emocjonalnej całemu systemowi. Możliwe jest to przez podjęcie „określonego typu działania z możliwością dostosowania go do zmieniających się sytuacji, w jakich ma być wykonywane" (Nocuń, Szmagalski 1998, s. 15).

Nie można wtedy też mówić o akceptacji samego faktu niepełnosprawności i niezbędna jest pomoc rodzinie w przystosowaniu się do nowych warunków.

Cała procedura wsparcia rodziny dziecka niepełnosprawnego wymaga stałej współpracy trzech, opisanych powyżej fundamentalnych ogniw wsparcia.

Wszystkie elementy stanowią jedynie potencjał, który rodzina może, ale nie musi wykorzystać. Decyzja należy do jej członków. Natomiast zadaniem osób i instytucji zajmujących się problemem niepełnosprawności jest uświadomienie rodzinie wszystkich możliwych konsekwencji przyjęcia bądź odrzucenia oferowanego wsparcia.

Bibliografia

1. Bobkowicz-Lewartowska L.: Niepełnosprawność intelektualna. Diagnozowanie, edukacja i wychowanie. Harmonia Universalis, Gdańsk 2011.
2. Buczyński F.L.: Rodzina z dzieckiem chorym na białaczkę. Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1999.
3. Cyl B.: Wczesne wspomaganie rozwoju – aspekty prawa oświatowego. „Forum Logopedyczne", nr 14, 2008.
4. Dykcik W. (red.): Pedagogika specjalna. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2006.
5. Dymna A.: Świat nie walczy tylko z tymi, którzy nic nie robią. http://portalwiedzy.onet.pl/4870,66326,1583748,1,czasopisma.html, 2009.
6. Dziopa M., Trzcina V.: Wczesne wspomaganie. Organizacja wsparcia i świadczenia socjalne. Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, Kraków 2009.
7. Kawula S.: Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze", nr 1, 1996.
8. Kawczyńska-Butrym Z.: Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej. Śląsk, Katowice 1998.
9. Kosakowski C.: Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej. Akapit, Toruń 2003.
10. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 1998.
11. Lewko A., Fryszkiewicz M.: Dziecko, rodzina, wychowanie – implikacje dla systemu wsparcia społecznego, [w:] Barczyk A., Barczyk P. (red.): Psychologiczny i terapeutyczny kontekst pracy środowiskowej. Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Mysłowice 2010.
12. Nocuń A., Szmagalski J.: Podstawowe umiejętności w pracy socjalnej i ich kształcenie. Śląsk, Katowice 1998.
13. Ochmański M.: Istota wychowania w rodzinie a zachowanie dziecka w przedszkolu. „Lubelski Rocznik Pedagogiczny", t. XV, 1993.
14. Piszczek M.: Ocena funkcjonowania dziecka i zasady prowadzenia zajęć wczesnego wspomagania rozwoju, [w:] Serafin T. (red.): Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Ministerstwo Edukacji, Nauki i Szkolnictwa, Warszawa 2005.
15. Sęk H.: O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego, [w:] Cierpiałkowska L., Sęk H. (red.): Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001.
16. Sowa J.: Pedagogika specjalna w zarysie. Fosze, Rzeszów 1997.
17. Twardowski A.: Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych, [w:] Obuchowska J. (red.): Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.

18. Wiśniewska M.: Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. Poradnik dla rodziców i terapeutów. Impuls, Kraków 2010.
19. Wyczesany J.: Oligofrenopedagogika. Impuls, Kraków 1998.
20. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci, Dz. U. 2013 poz. 1257 (§ 3.3)
21. Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r. (Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593).
13. Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991.

WSPARCIE RODZINY DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ DROGĄ DO WSPOMAGANIA JEGO ROZWOJU

Streszczenie

Zagadnienia szeroko rozumianej niepełnosprawności nie należy analizować tylko i wyłącznie w wymiarze jednostkowym. W dzisiejszych czasach ważną rolę odgrywa wymiar społeczny, wielotorowy i skoordynowany. Problematykę wsparcia systemu rodzinnego, w którym funkcjonuje dziecko niepełnosprawne, można w przejrzysty sposób opisać za pomocą mechanizmu łańcuchowego. Najpierw stawiana jest diagnoza medyczna, następnie opieke nad dzieckiem przejmują ośrodki społeczne i placówki edukacyjne. Rodzic jest objęty szeroko rozumianym wsparciem i nigdy zadawane przez niego pytania, dotyczące funkcjonowania jego dziecka, nie powinny pozostawać bez odpowiedzi.

SUPPORTING THE FAMILY OF DISABLED CHILD IS THE BEST WAY OF IMPROVING ITS DEVELOPMENT

Summary

Considering the subject of human disability it should be realized that the term cannot refer only to the individual. Nowadays, disability can be identified more on the social dimension and multi-path. The subject of support for the family system in which disabled child is growing up can be clearly described with chain mechanisms. Starting with a medical diagnosis, the community centres, educational institutions, parent should be covered with support and his questions about the functioning of the child should not remain unanswered.

Rozdział II

EDUKACJA SPECJALNA – POSZUKIWANIE NOWEJ DROGI CZY POWRÓT DO ŹRÓDEŁ

Marta NIEMIEC, Natalia STANKOWSKA
Uniwersytet Śląski
Wydział Pedagogiki i Psychologii

ZABURZENIA W ZACHOWANIU MŁODZIEŻY GIMNAZJALNEJ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKU – KOMUNIKAT Z BADAŃ

Zaburzenia w zachowaniu dzieci i młodzieży

Pojęcie zaburzenia zachowania obejmuje zróżnicowane wzorce. Znane są różne modele klasyfikacji. Havers (za: Hillenbrand 2007) proponuje podział zaburzeń zachowania na podstawie zjawisk występujących w szkole. Są to: zaburzenia koncentracji i uwagi, wykroczenia przeciwko regułom interakcji (przeciwko innym uczniom, nauczycielom), wykroczenia przeciwko normom szkolnym i klasowym, inne odchylenia w zachowaniu (zaburzenia psychiczne i inne). Obecnie najczęściej stosuje się klasyfikację empiryczną. W rezultacie można wyodrębnić cztery klasy zaburzeń zachowania:

- zaburzenia zewnętrzne: agresja, nadpobudliwość, deficyty uwagi, impulsywność,
- zaburzenia wewnętrzne: lęk, kompleks niższości, smutek, obojętność, zaburzenia snu, zaburzenia somatyczne,
- zachowania społecznie niedojrzałe: osłabienie koncentracji, zachowanie nieodpowiednie do wieku, szybkie męczenie się, słabe postępy w nauce, brak wytrzymałości na obciążenia,
- zachowania tworzące zagrożenie społeczne: gwałtowność, drażliwość, nieodpowie-dzialność, nadmierne pobudzenie i łatwość popadania we frustrację, zaburzenia w relac-jach, trudności w panowaniu nad sobą (Hillenbrand 2007, s. 28).

Ogólnie rzecz ujmując, zaburzenie zachowania występuje wówczas, gdy zachowanie nie spełnia funkcji indywidualnej lub społecznej. Zatem przyczynami zaburzeń mogą być czynniki podmiotowe, czynniki sytuacyjne lub obydwa jednocześnie.

Etiologię zaburzeń w zachowaniu upatruje się głównie w: cechach struktur poznawczych, defektach biofizycznych, zaburzeniach przemiany materii prowadzących do zaburzeń OUN, zaburzeniach hormonalnych, niepełnosprawnościach sensorycznych, cechach normalnych, ale przyjmowanych przez społeczeństwo jako defekt fizyczny.

Analizując literaturę tyflopedagogiczną, można wyodrębnić następujące determinanty zaburzeń zachowania u niewidomych i niedowidzących:

- wiek i stopień utraty wzroku (Bateman 1973, Sękowska 1981),
- utrudnienia w zaspokajaniu potrzeb (Palak 2000),
- postrzeganie siebie (Ossowski 1982, Cutsfort 1968),
- postawy widzących (Larkowa 1970, Ossowski 1982),
- środowisko rodzinne (Sommers 1944, Warren 1977).

Założenia metodologiczne badań własnych

W niniejszym artykule zaprezentowano fragment większego przedsięwzięcia badawczego, dotyczącego funkcjonowania społecznego młodzieży niewidomej i słabowidzącej. Jednym z badanych aspektów było występowanie zaburzeń w zachowaniu wśród tej kategorii niepełnosprawnych. Główne problemy badawcze zostały zawarte w pytaniach:

1. Czy i jakie przejawy zaburzeń w zachowaniu występują wśród badanej młodzieży z dysfunkcją narządu wzroku?
2. Jakie czynniki generują zaburzenia w przystosowaniu osobistym i społecznym badanych adolescentów z niepełnosprawnością wzroku?

Zmienną zależną uczyniono wspomniane wyżej zaburzenia w zachowaniu osobistym i społecznym. Wyróżniono następujące zmienne niezależne:

A. związane z osobą badanego, takie jak płeć, stopień uszkodzenia wzroku;

B. związane z właściwościami środowiska, takimi jak:

– struktura oraz sytuacja społeczno-ekonomiczna rodzin badanych uczniów,

– system szkolnictwa specjalnego: metody rewalidacyjno-wychowawcze stosowane w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych,

– miejsce zamieszkania: internat, dom rodzinny.

W badaniach zastosowano dobór celowy (intencjonalny). Głównymi kryteriami kwalifikowania uczniów do badań były:

1) Wiek oraz etap kształcenia: uczniowie szkół gimnazjalnych w wieku 13–16 lat (wczesna adolescencja).
2) Kategoria oraz stopień niepełnosprawności: uczniowie z dysfunkcją narządu wzroku – niewidomi i słabowidzący w normie intelektualnej.
3) Młodzież pobierająca naukę w systemie kształcenia specjalnego (specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze) z terenu województwa śląskiego.

Łącznie badaniami objęto grupę 60 uczniów (29 dziewcząt i 31 chłopców): uczniów klas gimnazjalnych (SOSW w Dąbrowie Górniczej oraz SOSW w Chorzowie). Razem przebadano 10 klas (średnio od 8 do 10 uczniów w klasie).

W celu ustalenia, czy i jakie zaburzenia w zachowaniu występują wśród badanej młodzieży z niepełnosprawnością wzroku, zastosowano metodę sondażu diagnostycznego,

technikę analizy dokumentów i technikę wywiadu oraz standaryzowane narzędzie badawcze – Skalę Zachowania Przystosowawczego dla Dzieci, Młodzieży i Dorosłych K. Nihiry, R. Fostera, M. Shellhaasa i H. Lelanda w polskiej adaptacji Janusza Kostrzewskiego.

Skala Zachowania Przystosowawczego (w oryginale: AAMD Adaptive Behavior Scale for Children and Adults) jest przeznaczona do badania zarówno jednostek niepełnosprawnych umysłowo, jak i osób w normie intelektualnej oraz osób z zaburzeniami w przystosowaniu osobistym i społecznym. Narzędzie to jest skalą obserwacyjną. Wypełnia ją osoba dobrze znająca badanego (np. nauczyciel, wychowawca). Omawiana skala składa się z dwóch części. Część pierwsza pozwala badać ogólne niezależne funkcjonowanie jednostki, część druga – zaburzenia w przystosowaniu. Cała skala – jak wykazała dokładna analiza wyników – mierzy trzy główne czynniki: niezależność osobistą, niedostosowanie społeczne i niedostosowanie osobiste. W prezentowanych badaniach wykorzystano drugą część skali. Tworzy ona 14 kategorii, które charakteryzują takie zachowania, jak: I: Gwałtowne i destruktywne zachowanie, II. Zachowanie antyspołeczne, III. Zachowanie buntownicze, IV. Kradzież i kłamstwo, V. Zamykanie się w sobie, VI: Stereotypie ruchowe i dziwaczne ruchy, VII. Niewłaściwe formy zachowania się w towarzystwie, VIII. Niewłaściwe nawyki głosowe, IX. Niewłaściwe lub ekscentryczne nawyki, X. Zachowania autodestruktywne, XI. Nadpobudliwość psychoruchowa, XII. Zaburzenia na tle seksualnym, XIII. Zaburzenia o charakterze psychologicznym, XIV. Przyjmowanie leków.

Jak wynika z dotychczasowych opracowań wyników badań przeprowadzonych z pomocą Skali Zachowania Przystosowawczego przez jej twórców (Nihira 1969, 1979), oraz jej adaptacji (Kostrzewski 1978) technika ta stanowi użyteczne narzędzie szerokiej diagnozy badanych. Współczynnik rzetelności konsesyjnej (zgodności ocen dwóch szacujących), obliczony na podstawie wyników 133 badanych, wynosi dla poszczególnych kategorii od 0,37 do 0,77 (średnio 0,57). Trafność techniki sprawdzono za pomocą analizy czynnikowej (Kostrzewski 1978). Układ skali pozwala na programowanie działań rewalidacyjnych, dostosowanych do profilu mierzonych kategorii zachowań. Pozwala też na wykrycie ewentualnych zaburzeń w przystosowaniu jednostki, ale i na ocenę efektów postępowania psychokorekcyjnego.

Wyniki badań Skalą Zachowania Przystosowawczego dużej liczby uczniów niewidomych (90) prowadzonych przez Teresę Stanulę (1981) wykazały dużą użyteczność tej techniki w zakresie oceny efektywności pracy wychowawczej i rewalidacyjnej prowadzonej w Ośrodkach Szkolno-Wychowawczych dla Dzieci Niewidomych.

W badaniach własnych skoncentrowano się na następujących kategoriach zachowań:

- zaburzenia o charakterze psychologicznym,
- niewłaściwe lub ekscentryczne nawyki,
- niewłaściwe formy zachowania się w towarzystwie,
- zachowania buntownicze,
- nadmierna pobudliwość ruchowa,

- zaburzenia o charakterze zamykania się w sobie,
- gwałtowne i destruktywne zachowania,
- zachowania antyspołeczne,
- niewłaściwe nawyki głosowe,
- kradzież i kłamstwo,
- stereotypy ruchowe i dziwaczne ruchy.

Wyniki uzyskane w poszczególnych kategoriach skali zaprezentowano poniżej w formie tabelarycznej.

Tabela 1

Zaburzenia o charakterze psychologicznym wśród badanej młodzieży

Zaburzenia o charakterze psychologicznym	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wyniki przeciętne (steny 4–7)	14	45,2	14	48,3	28	46,7
Wyniki wysokie (steny 8–10)	17	54,8	15	51,7	32	53,3
Ogółem:	31	100	29	100	60	100

Źródło: Badania własne

W przypadku badanej młodzieży niepełnosprawnej wzrokowo zaburzenia psychologiczne występują w podobnym nasileniu zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt. Można jednak zaobserwować pewne różnice jakościowe. W grupie dziewcząt najczęściej występującymi zaburzeniami o charakterze psychologicznym są niewłaściwe reakcje na krytykę, manifestujące się zamykaniem się w sobie. Natomiast u chłopców najczęściej stwierdza się niedostrzeganie własnych ograniczeń, wynikających z dysfunkcji wzroku (zawyżanie własnych możliwości).

Tabela 2

Niewłaściwe lub ekscentryczne nawyki badanych uczniów

Niewłaściwe lub ekscentryczne nawyki	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wyniki przeciętne (steny 4–7)	15	48,4	19	65,5	34	56,7
Wyniki wysokie (steny 8–10)	16	51,6	10	34,5	26	43,3
Ogółem:	31	100	29	100	60	100

Źródło: Badania własne

Wśród badanych gimnazjalistów chłopcy (N 16, 51,6%) uzyskali wyższe wyniki niż dziewczęta (N 10, 34,5%). Z analizy danych zawartych w tabeli 2 wynika, że niewłaściwe i ekscentryczne nawyki u niepełnosprawnych wzrokowo gimnazjalistek są raczej sporadyczne.

Tabela 3

Niewłaściwe formy zachowania w towarzystwie badanych adolescentów

Niewłaściwe formy zachowania w towarzystwie	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Nie występują	24	77,4	24	82,76	48	80
Występują	7	22,6	5	17,24	12	20
Ogółem:	31	100	29	100	60	100

Źródło: Badania własne

Niewłaściwe formy zachowania w towarzystwie (tabela 3) ujawniło 12 osób, co stanowi 20% badanych. U chłopców występują sporadycznie (wystąpiły w 7 przypadkach – 22,6%). W przypadku dziewcząt tego typu zaburzenia są jeszcze rzadsze (N 5, 17,24%).

Jeśli chodzi o zachowania buntownicze, to najczęstszym i występującym w największym nasileniu przejawem tego zachowania był negatywny stosunek do przepisów, pomimo to w przeważającej mierze przestrzegano ich. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że poziom zaburzeń buntowniczych był podobny u badanych chłopców i dziewcząt z dysfunkcją narządu wzroku.

W zakresie nadpobudliwości ruchowej badanych stwierdzono występowanie wszystkich zachowań wymienionych w skali XI. Wysokie wyniki uzyskało 18 chłopców (58,1%) oraz 9 dziewcząt (31%). Zachowania świadczące o nadmiernej pobudliwości ruchowej wystąpiły przede wszystkim u chłopców (tabele 4 i 5).

Tabela 4

Zaburzenia buntownicze wśród badanych gimnazjalistów

Zaburzenia buntownicze	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wyniki przeciętne (steny 4–7)	19	61,3	17	58,6	36	60
Wyniki wysokie (steny 8–10)	12	38,7	12	41,4	24	40
Ogółem:	31	100	29	100	60	100

Źródło: Badania własne

Tabela 5

Nadmierna pobudliwość ruchowa w badanej grupie dziewcząt i chłopców

Nadmierna pobudliwość	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wyniki przeciętne (steny 4–7)	13	41,9	20	69	33	55
Wyniki wysokie (steny 8–10)	18	58,1	9	31	27	45
Ogółem:	31	100	29	100	60	100

Źródło: Badania własne

Tabela 6

Zaburzenia o charakterze zamykania się w sobie w grupie badanej młodzieży z dysfunkcją narządu wzroku

Zaburzenia o charakterze zamykania się w sobie	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wyniki przeciętne (steny 4–7)	21	67,7	18	62,1	39	65
Wyniki wysokie (steny 8–10)	10	32,3	11	37,9	21	35
Ogółem:	31	100	29	100	60	100

Źródło: Badania własne

Tabela 7

Gwałtowne i destruktywne zachowania w grupie badanych adolescentów

Gwałtowne i destruktywne zachowania	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wyniki przeciętne (steny 4–7)	22	71	24	82,8	46	76,6
Wyniki wysokie (steny 8–10)	9	29	5	17,2	14	23,3
Ogółem:	31	100	29	100	60	100

Źródło: Badania własne

W kategorii zachowań obejmujących zamykanie się w sobie (tabela 6) wysokie wyniki wystąpiły u 21 badanych osób, co stanowi 35% badanej próby. Zachowaniem występującym najczęściej i w największym nasileniu jest nieśmiałość w kontaktach towarzyskich i społecznych. W skali tej nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie zaburzeń ze względu na płeć (weryfikacja testem Chi^2).

Wysokie wyniki w „zachowaniu gwałtownym i destrukcyjnym" (tabela 7) uzyskało 9 chłopców, co stanowi 29% badanych, oraz 5 dziewcząt (17,2%). Wśród dziewcząt tylko czasami obserwuje się agresję werbalną i przemieszczoną. Natomiast w grupie chłopców zachowania te występują częściej i w większym nasileniu.

Tabela 8

Zachowania antyspołeczne badanej młodzieży z niepełnosprawnością wzroku

Zachowania antyspołeczne	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wyniki przeciętne (steny 4–7)	22	71	23	79,3	45	75
Wyniki wysokie (steny 8–10)	9	29	6	20,7	15	25
Ogółem:	31	100	29	100	60	100

Źródło: Badania własne

Jeśli chodzi o antyspołeczne zachowania młodzieży z niepełnosprawnością wzroku (tabela 9), to wyniki wysokie wystąpiły u 9 chłopców i 6 dziewcząt, czyli 25% badanych. Najczęstszymi zachowaniami tego typu wśród uczniów były: dokuczanie, narzucanie swojej woli innym oraz zachowania o charakterze agresji słownej.

Tabela 9

Niewłaściwe nawyki głosowe wśród badanych

Niewłaściwe nawyki głosowe	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Nie występują	19	61,3	24	82,8	43	71,6
Występują	12	38,7	5	17,2	17	28,3
Ogółem:	31	100	29	100	60	100

Źródło: Badania własne

Niewłaściwe nawyki głosowe (skala VIII) wystąpiły w przypadku 12 chłopców i 5 dziewcząt, co stanowiło 28,3% badanej próby (tabela 9).

Tabela 10

Kradzież i kłamstwo w badanej grupie adolescentów z uszkodzonym wzrokiem

Kradzież i kłamstwo	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wyniki przeciętne (steny 4–7)	23	74,2	24	82,8	47	78,3
Wyniki wysokie (steny 8–10)	8	25,8	5	17,2	13	21,7
Ogółem:	31	100	29	100	60	100

Źródło: Badania własne

Występowanie wysokich wyników w skali dotyczącej kradzieży i kłamstwa stwierdzono u 13 osób, tj. 21,7% badanych uczniów (tabela 10). Najczęstszymi zachowaniami, charakteryzującymi się również największym nasileniem, były: przekręcanie prawdy lub naginanie jej dla własnych korzyści, kłamliwe wypowiedzi o innych i o sobie. W omawianej skali nie zaobserwowano różnic w poziomie zaburzeń u dziewcząt i chłopców.

Tabela 11

Stereotypie ruchowe i dziwaczne ruchy wśród badanej młodzieży niepełnosprawnej wzrokowo

Stereotypie ruchowe i dziwaczne ruchy	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wyniki przeciętne (steny 4–7)	25	80,6	25	86,2	50	83,3
Wyniki wysokie (steny 8–10)	6	19,4	4	13,8	10	16,7
Ogółem:	31	100	29	100	60	100

Źródło: Badania własne

Ostatnia badana kategoria zaburzeń zachowania obejmowała stereotypię ruchową oraz dziwaczne ruchy (skala VI). Zachowania takie na poziomie wysokim stwierdzono jedynie u 10 gimnazjalistów (16,7% badanych) – 6 chłopców i 4 dziewcząt. Mała liczebność osób, u których występują poszczególne zachowania mierzone przez tę skalę, oraz niewielkie

nasilenie tych zachowań nie wskazują na to, że któreś z nich można uznać za specyficzne dla badanej próby.

Zaburzenia w przystosowaniu społecznym i osobistym badanych gimnazjalistów – konkluzje końcowe i wnioski

Wyniki badań II częścią Skali Zachowania Przystosowawczego wykazały, że uczniowie i uczennice przejawiają zaburzenia zachowania przede wszystkim w takich kategoriach jak zaburzenia o charakterze psychologicznym oraz zachowania buntownicze. Ponadto pozwoliły na stwierdzenie, iż wśród zachowań o charakterze psychologicznym najczęściej występowały zachowania polegające na domaganiu się nadmiernej uwagi i pochwał, niewłaściwej reakcji na krytykę oraz skłonności do przeceniania swoich uzdolnień.

Najczęściej obserwowanym, szczególnie u chłopców, przejawem zachowań buntowniczych był niewłaściwy, negatywny stosunek do przepisów i zwyczajów, przy jednoczesnym przestrzeganiu ich.

Tendencje do zachowań nieprzystosowania społecznego wystąpiły silniej u badanych chłopców.

Nie zaobserwowano występowania nadmiernych stereotypii ruchowych (co zakładano w badaniach własnych).

Dokonana analiza oraz weryfikacja testem chi^2 wskazała na brak istotnych zależności między badanymi zmiennymi, takimi jak: występowanie zaburzeń w zachowaniu a stopień uszkodzenia wzroku; występowanie zaburzeń w zachowaniu a miejsce zamieszkania (internat, dom rodzinny).

Badana młodzież najczęściej wychowuje się w rodzinach pełnych, w których warunki socjalno-bytowe (mieszkaniowe, dochody rodziny) sytuują się na poziomie przeciętnym i dobrym. W przypadku większości badanych rodzin pracuje przynajmniej jedno z rodziców. Rodzice najczęściej legitymują się wykształceniem średnim (na kolejnych miejscach zawodowym i wyższym). W badaniach nie odnotowano rodzin wielodzietnych.

Wyniki badań własnych wskazały na dobre przygotowanie kadry pedagogicznej, właściwe rozwiązania systemowo-organizacyjne oraz prawidłowe postępowanie terapeutyczno-wychowawcze badanych ośrodków dla niewidomych i słabowidzących.

Z przedstawionych powyżej wniosków wynika, że badani adolescenci z niepełnoprawnością wzroku – pomimo wielu czynników sprzyjających ich prawidłowej socjalizacji – przejawiają tendencje do zachowań o charakterze nieprzystosowania społecznego i osobistego. W związku z powyższym wydaje się zasadne przeprowadzenie głębszej oraz bardziej wnikliwej dyskusji nad poruszoną w niniejszym artykule problematyką, jak również zaproponowanie praktycznych oddziaływań podnoszących poziom funkcjonowania społecznego badanych. Rozpoznanie poziomu przystosowania społecznego badanej mło-

dzieży pozwala na weryfikację i uszczegółowienie dotychczasowych programów terapeutyczno-wychowawczych w ramach rehabilitacji społecznej.

Poniżej przedstawiono możliwe do zastosowania metody i strategie wspierające rozwój umiejętności społecznych, kształtujące prawidłową samoocenę oraz korygujące niewłaściwe zachowania społeczne.

A. Dla dzieci niewidomych i słabowidzących w młodszym wieku szkolnym:

- Metody i techniki wykorzystujące elementy terapii zabawą, na przykład według A.M. Jernberg, KLANZA.
- Gry i zabawy interakcyjne, na przykład według K. Vopel.
- Psychodrama – terapia grupowa z dziećmi (ćwiczenie umiejętności z zakresu sytuacji życia codziennego, inteligencji emocjonalnej, tolerancji, radzenia sobie z konfliktem, postaw moralnych, współpracy, poczucia sprawstwa).
- Trening umiejętności prospołecznych i empatii – modyfikacja programu ART A. Goldsteina przy wykorzystaniu biblioterapii z elementami dramy.
- Metoda ruchu rozwijającego Veroniki Sherborne.

B. Dla niepełnosprawnej wzrokowo młodzieży:

- Trening interpersonalny – budowanie i rozwijanie kontaktu z ludźmi, kształtowanie otwartości i zaufania w kontaktach, budowanie konstruktywnych relacji interpersonalnych.
- Trening asertywności – zachowania asertywne, agresywne i uległe, prawa asertywności, techniki asertywności, asertywne przeciwstawianie się manipulacji, asertywne wyrażanie opinii, asertywna pochwała i krytyka, asertywność w sferze uczuć.
- Społeczne gry w skuteczną komunikację.
- Ćwiczenia dotyczące rozwoju osobistego: poszerzanie świadomości siebie, poznawanie siebie przez introspekcję, poznawanie siebie przez obserwację własnego zachowania, poznawanie siebie przez interakcję społeczną, wzmacnianie poczucia własnej wartości, rozwijanie osobowości, rozwój zawodowy i planowanie własnej kariery.
- Techniki twórczego rozwiązywania problemów.
- Autoprezentacja – ćwiczenia, dotyczące strategii właściwej autoprezentacji, motywów i norm autoprezentacji; kształtowanie wizerunku społecznego, autoprezentacja a przełamywanie lęku społecznego (Niemiec 2010, s. 214–215).

Wszystkie wymienione powyżej metody powinny być dostosowane – za pomocą odpowiednich środków tyflotechnicznych – do specyfiki potrzeb i możliwości słabowidzących oraz niewidomych dzieci i młodzieży.

Bibliografia

1. Aichinger A., Holl W.: Psychodrama – terapia grupowa z dziećmi. Jedność, Kielce 1999.
2. Aronson E.: Człowiek – istota społeczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
3. Bandura A., Walters S.H. (red.): Agresja w okresie dorastania. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1968.
4. Bateman B.D.: Dzieci niewidome i słabo widzące, [w:] Haring N., Schiefelbusch R. (red.): Metody pedagogiki specjalnej. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981.
5. Bogacka H.: Funkcjonowanie społeczne dzieci niewidomych i jego uwarunkowania. „Kwartalnik Pedagogiczny", nr 1, 1981.
6. Borecka-Biernat D. (red.): Zaburzenia w zachowaniu dzieci i młodzieży w kontekście trudnych sytuacji szkolnych i pozaszkolnych. Impuls, Kraków 2011.
7. Clarke D.: Zachowania prospołeczne i antyspołeczne. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
8. Czerwińska K.: Depresyjność młodzieży z niepełnosprawnością wzrokową, [w:] Kosakowski C., Kraule A., Wójcik M. (red.): Relacje i doświadczenia społeczne osób z niepełnosprawnością. Akapit, Toruń–Olsztyn 2009.
9. Dąbrowska-Jabłońska I. (red.): Terapia dzieci i młodzieży. Metody i techniki pomocy psychopedagogicznej. Impuls, Kraków 2010.
10. Gindrich P.: Psychospołeczne komponenty nieprzystosowania. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007.
11. Hillenbrand C.: Pedagogika zaburzeń zachowania. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
12. Kostrzewski J.: Skala zachowania przystosowawczego dla dzieci, młodzieży i dorosłych – według AAMD Adaptive Behavior Scale K. Nihiry i innych. WSPS, Warszawa 1978.
13. Lipkowski O.: Pedagogika specjalna. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984.
14. McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H.: Zagrożona młodzież. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2005.
15. Niemiec M.: Możliwości kształtowania kompetencji społecznych dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzroku. [w:] Stankowski A. (red.:) Antropotechnika, kúlturotechnika a sociotechnika v špeciálnej pedagogike. Verbum, Ružomberok 2010.

16. Ossowski R.: Pedagogika niewidomych i niedowidzących, [w:] Dykcik W. (red.): Pedagogika specjalna. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 2001.
17. Palak Z.: Uczniowie niewidomi i słabowidzący w szkołach ogólnodostępnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2000.
18. Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2001.
19. Smith D.D.: Niepełnosprawność wzrokowa, [w:] Firkowska-Mankiewicz A., Szumski G.. (red.): Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki, t. 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
20. Stanik J.M.: Diagnozowanie niedostosowania społecznego i asocjalności, [w:] Urban B., Stanik J.M. (red.): Resocjalizacja – teoria i praktyka pedagogiczna, t. 1. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
21. Stankowski A.: Determinanty środowiskowe niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży. Gnome, Katowice 2002.
22. Stankowski A., Stankowska N.: Wybrane problemy patologii społecznej i resocjalizacji. Aprint, Žiar nad Hronom 2002.
23. Stanula T.: Zachowanie przystosowawcze młodzieży niewidomej kończącej szkołę podstawową. „Przegląd Tyflologiczny", nr 1–2, 1981.
24. Urban B.: Zaburzenia w zachowaniu a status społeczny w grupie rówieśniczej, [w:] Urban B., Stanik J.M. (red.): Resocjalizacja – teoria i praktyka pedagogiczna, t. 1. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
25. Vašek Š., Stankowski A.: Zarys pedagogiki specjalnej. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2006.
26. Vopel K.: Gry i zabawy interakcyjne dla dzieci i młodzieży. Jedność, Kielce 2004.
27. Walthes R.: Tyflopedagogika, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.

ZABURZENIA W ZACHOWANIU MŁODZIEŻY GIMNAZJALNEJ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKU – KOMUNIKAT Z BADAŃ

Streszczenie

W artykule zaprezentowano fragment większego przedsięwzięcia badawczego, poświęconego wybranym obszarom funkcjonowania społecznego młodzieży niewidomej i słabowidzącej, dotyczący przejawów zaburzeń w zachowaniu osób z tej kategorii niepełnosprawnych. Oprócz przedstawienia wyników badań i dyskusji nad nimi, artykuł zawiera także ważne z punktu widzenia praktyki pedagogiki specjalnej propozycje oddziaływań terapeutycznych, podnoszących poziom przystosowania społecznego młodzieży z niepełnosprawnością wzroku.

CONDUCT DISORDER IN SECONDARY SCHOOL ADOLESCENTS WITH VISUAL IMPAIRMENT OR BLINDNESS – A RESEARCH REPORT

Summary

The article presents a research concerning presence of symptoms of conduct disorder in adolescents with visual impairment or blindness. The research forms part of a wider research project concerning social functioning of visually impaired and blind adolescents. In the article results of the research and their discussion are presented. The article also contains important from the point of view of special education suggestions concerning therapeutic interventions increasing the level of social adjustment in that group of adolescents.

Alina STOSOR
Zespół Szkół Ogólnokształcących Specjalnych Nr 7 w Gliwicach

WCZESNE WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECKA Z AUTYZMEM

Charakterystyka objawów autyzmu we wczesnym dzieciństwie

Autyzm to jedno z najcięższych zaburzeń rozwoju. Charakteryzuje się objawami występującymi w trzech podstawowych obszarach funkcjonowania, takimi jak:

- ograniczona zdolność tworzenia relacji z innymi ludźmi i uczestniczenia w interakcjach społecznych,
- zaburzona umiejętność komunikowania się,
- obecny w zachowaniu schematyzm, ograniczony repertuar aktywności i zainteresowań połączony z brakiem wyobraźni (Pisula 2010, s. 10).

Badania wskazują, że już u dzieci poniżej 12 miesiąca życia można zauważyć pierwsze symptomy nieprawidłowego rozwoju. Judith Osterling i Geraldine Dawson (1994) wyodrębniły zachowania, które przejawiało ponad 90% rocznych dzieci z autyzmem: brak patrzenia w stronę innych ludzi, brak reakcji na własne imię, brak wskazywania, brak pokazywania lub podawania przedmiotów. Ponadto obserwowano zubożoną aktywność, brak tworzenia wspólnego pola uwagi, brak uśmiechu w sytuacjach społecznych, nieodpowiednią w stosunku do kontekstu ekspresję mimiczną, zbyt małe napięcie mięśniowe, łatwe rozpraszanie uwagi. W drugim roku życia dzieci z autyzmem ignorowały ludzi, preferowały samotność, unikały kontaktu wzrokowego, przybierały niezwykłe pozy, nie posługiwały się typowymi gestami, w ograniczony sposób wyrażały emocje (Pisula 2010, s. 85).

Dzieci, u których w późniejszym okresie diagnozowany jest autyzm, przed 12 miesiącem życia często wykazują szereg dyskretnych nieprawidłowości rozwojowych, takich jak: problemy z jedzeniem, częste ulewania, biegunki lub zaparcia, kiwanie się, problemy z zasypianiem lub przesypianiem całej nocy, nocne krzyki, budzenie się z płaczem (Pisula 2005, s. 67).

Wczesne dzieciństwo, czyli okres między 3 a 5 rokiem życia, to czas, w którym izolacja dziecka autystycznego sięga zenitu, nasilają się manieryzmy ruchowe, fascynacja przedmiotami, stereotypie, sztywność w zachowaniu. Stąd tak ważna jest wczesna diagnoza oraz wcześnie podjęta interwencja wychowawczo-terapeutyczna. Równie ważne jest wsparcie

rodziny, która przeżywa trudne emocje związane z obwinianiem się, poczuciem krzywdy, obniżoną samooceną. Należy wzmacniać kompetencje rodzicielskie rodziców dzieci autystycznych w pełnieniu roli rodzica dziecka niepełnosprawnego poprzez wyposażanie ich w cały zakres wiedzy i umiejętności.

Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu u małego dziecka jest niezwykle trudnym i traumatycznym przeżyciem dla jego rodziców. Pojawiają się żal, rozpacz, lęk, poczucie krzywdy, bezradność, beznadziejność. W tym okresie zdarza się całkowite zachwianie równowagi psychicznej rodziców (Twardowski 1991, s. 22). Zaakceptowanie faktu, że zazwyczaj ładne i sprawne fizycznie dziecko jest dotknięte jednym z najcięższych zaburzeń rozwoju, jest trudne i wywołuje skrajne emocje: od zaprzeczenia do gorączkowego poszukiwania „cudownych" form terapii.

Niezwykle ważne jest odpowiedzialne pokierowanie rodzicem po otrzymaniu diagnozy i ukierunkowanie jego działań w zakresie niesienia pomocy własnemu dziecku. Rodzic, kierując się dobrem dziecka, wszędzie będzie szukał pomocy zarówno medycznej, jak i terapeutycznej, spotka na swej drodze różne osoby, otrzyma różne propozycje leczenia i terapii. Należy namawiać rodziców do zachowania daleko idącej czujności, zapoznać ich z różnymi metodami terapii i leczenia, aby wybrać tę optymalną dla danego dziecka i danej rodziny (Wolski 2010, s. 24). W tym procesie niezwykle ważną rolę ma do odegrania terapeuta prowadzący zajęcia z dzieckiem w ramach wczesnego wspomagania rozwoju.

Dla przyszłości małego dziecka z autyzmem niezwykle ważne jest jak najwcześniejsze podjęcie oddziaływań terapeutycznych, aby zapobiec pogłębianiu się deficytów rozwojowych. Ocena skuteczności wcześnie podjętej terapii małego dziecka z cechami autyzmu nie jest łatwa. Rzadko mamy do czynienia z sytuacją, gdy jego rozwój zaczyna w wyniku oddziaływań terapeutycznych przebiegać zupełnie prawidłowo. Często korzystne zmiany następują po miesiącach lub latach terapii. W ocenie skuteczności podejmowanych działań istotne jest to, w jaki sposób zostały zdefiniowane cele oraz jak w ich kontekście mierzono efekty. Wiele badań wskazuje na to, że w wyniku wczesnej interwencji następuje istotny wzrost poziomu zdolności intelektualnych wyrażonych za pomocą ilorazu inteligencji. Wynosi on nawet 20–30 punktów. Badania potwierdziły również, że wyjściowy poziom inteligencji dziecka autystycznego wpływa na efektywność terapii (Pisula 2005, s. 119). Im więcej dziecko osiągnie na wczesnym etapie rozwoju, tym szybciej będzie w przyszłości opanowywać złożone umiejętności.

Terapia małego dziecka z autyzmem

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka dotkniętego zaburzeniami ze spektrum autyzmu jest procesem złożonym i wielopłaszczyznowym. Wymaga współpracy i współdziałania specjalistów z zakresu medycyny, psychologii i pedagogiki. Jednak efektywność terapii zależy przede wszystkim od udziału rodziców w procesie terapeutycznym, co z kolei jest

zdeterminowane etapem życia dziecka wymagającego stałej pielęgnacji, opieki i poczucia bezpieczeństwa, jak również ograniczonym czasem zajęć specjalistycznych, które są dziecku przydzielane. Zatem to na rodzicach spoczywa w głównej mierze obowiązek dopilnowania, by dziecko kontynuowało w domu ćwiczenia zainicjowane przez specjalistów. Jest to bardzo trudne, gdyż rodzice na wczesnym etapie rozwoju dziecka sami często potrzebują wsparcia, zmagając się z takimi emocjami jak żal, rozpacz, lęk, poczucie krzywdy, bezradność, beznadziejność (Twardowski 1991, s. 22).

Źródłem stresu, który przeżywają rodzice małego dziecka z autyzmem, są często trudne i niezrozumiałe dla otoczenia zachowania dziecka, unikanie lub odrzucanie przez nie Kontaktu, nieprzewidywalne skutki jego zachowań. Rodzice często czują się bezradni i żyją w ciągłym napięciu emocjonalnym, co niekorzystnie wpływa na ich stan psychiczny. Podjęcie wczesnej terapii małego dziecka z autyzmem i włączenie rodziców w proces terapeutyczny pozwala lepiej funkcjonować dziecku, a rodzicom daje poczucie większych kompetencji rodzicielskich. Rodzic, który wie, jak zachować się w obliczu trudnych zachowań dziecka, przeżywa mniej złych emocji, oferując dziecku poczucie bezpieczeństwa i wsparcia (Bobkowicz-Lewartowska 2000, s. 27).

Terapia autyzmu to obszar złożony i wielokierunkowy, charakteryzujący się różnorodnym podejściem. Nie opracowano jak dotąd metody, która byłaby skuteczniejsza i lepsza od innych, ale jeśli weźmiemy pod uwagę efektywność w osiąganiu celów terapeutycznych, wartość poszczególnych metod jest zróżnicowana. W dyskusjach nad terapią małych dzieci z autyzmem toczy się spór o sens stosowania metod dyrektywnych i niedyrektywnych. Ewa Pisula (2005, s. 114–115) uważa, że wprowadzanie takiego podziału i opowiadanie się po jednej ze stron jest chybione. Według niej znacznie lepsze rezultaty przynosi łączenie elementów różnych koncepcji i metod niż trwanie przy wybranej opcji. Z jednej strony wysoki poziom dyrektywności okazywany przez dorosłego sprzyja rozwojowi, z drugiej nie pozwala dziecku zaistnieć jako partnerowi interakcji, dostarczając jedynie jednostronnych doświadczeń w sytuacjach społecznych. Łączenie metod stwarza szansę na wszechstronny rozwój potencjału dziecka, które dzięki temu otrzyma szansę zdobycia rozmaitych, budujących doświadczeń.

We wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka z autyzmem najpopularniejsze jest podejście behawioralne. Badania prowadzone od ponad 30 lat wskazują na to, że wczesna intensywna terapia behawioralna może prowadzić do klinicznie znaczących i ważnych zmian w poznawczym, społecznym i emocjonalnym funkcjonowaniu dziecka autystycznego. Do czynników, które wpływają na skuteczność tej metody, należą: indywidualne opracowywanie celów i metod terapeutycznych, ciągłość i kompleksowość oddziaływań, uczenie według programu opracowanego popod kątem potrzeb dziecka, dostosowanie środowiska do potrzeb dzieci z autyzmem, zapewnienie wyraźnej struktury otoczenia, podejście funkcjonalne do zachowań trudnych i niepożądanych, planowane przygotowanie

dziecka do nauki, nacisk na generalizowanie nabytych umiejętności oraz włączanie rodziny dziecka z autyzmem do terapii (Suchowierska 2007, s. 206).

Jedną z najskuteczniejszych form terapii małego dziecka z autyzmem opartą na podejściu behawioralnym jest tzw. stosowana analiza zachowania. Bazuje ona na zasadach uczenia się i technikach modyfikacji zachowania. Cel nauki zostaje rozłożony na części składowe, których dziecko uczy się oddzielnie, co jest łatwiejsze niż osiągnięcie całego celu. Nauka kolejnych umiejętności odbywa się przez wielokrotne powtarzanie prób uczenia się (metoda wyodrębnionych prób), prowadzone według schematu bodziec – reakcja – wzmocnienie. Po opanowaniu składowych umiejętności nauczanie obejmuje całe wybrane zachowanie. Początkowo nauka odbywa się w silnie ustrukturalizowanych warunkach, stopniowo sesje uczenia się przenoszone są do naturalnego otoczenia. Nauka obejmuje między innymi komunikowanie się, samoobsługę, umiejętności społeczne, umiejętności niezbędne do nauki w szkole. Stosowana analiza zachowania jest szczególnie skuteczna w odniesieniu do problemów w zachowaniu, takich jak agresja czy samouszkadzanie (Pisula 2010, s. 117–122).

Podejściem alternatywnym dla terapii behawioralnej może być podejście rozwojowe oparte na analizie funkcjonowania dziecka z autyzmem na tle rozwoju typowego i na dążeniu do wyrównywania deficytów i rozwijaniu możliwości. W podejściu tym wykorzystuje się często techniki behawioralne, ale sesje pracy z dzieckiem są mniej ustrukturalizowane. Interakcje przebiegają głównie w naturalnym środowisku i są inicjowane przez samo dziecko. Istotnym założeniem tej metody jest to, że nauka nowych umiejętności musi odbywać się w ramach wyznaczonych przez aktualny poziom rozwoju dziecka. Najbardziej znanym przykładem takiego podejścia jest model TEACCH opracowany przez Erica Schoplera i jego współpracowników. Zgodnie z założeniami metody celem terapii jest rozwijanie zdolności i możliwości adaptacyjnych dziecka z autyzmem i dostosowanie środowiska do jego potrzeb. Dla każdego dziecka opracowuje się indywidualny program, a fundamentalne znaczenie w terapii ma akceptowanie deficytów i słabości zarówno u dziecka, jak i w jego rodzinie (Pisula 2005, s. 117–118).

Istnieje ponadto wiele metod wspomagających, które rozwijają poszczególne funkcje percepcyjne i motoryczne. Należą do nich między innymi: (a) ćwiczenia z zakresu integracji sensorycznej, oznaczającej zdolność dziecka do odczuwania, rozumienia i organizowania informacji dostarczanych przez zmysły z otoczenia oraz własnego organizmu, (b) metoda Floor Time, której celem jest wykorzystanie naturalnego zainteresowania dziecka do rozwijania umiejętności społecznych poprzez zabawę, (c) metoda ruchu rozwijającego Veroniki Sherborne.

Niezwykle ważną kwestią jest, aby podczas konstruowania programu uwzględniać preferencje dziecka, jego zainteresowania i ulubione formy aktywności. Praca z dzieckiem i realizacja programu musi przebiegać intensywnie i mieć charakter systematyczny, dlatego ciężar realizacji programu terapii spoczywa w dużej mierze na rodzicach. Trzeba wyposażyć ich w odpowiednią wiedzę i umiejętności. Wielu z nich odczuwa negatywne emocje związane

z chorobą dziecka, toteż bardzo ważne jest ich odciążanie, na przykład poprzez korzystanie z pomocy wolontariuszy (Pisula 2005, s. 123).

Założenia badań własnych

Aby przekonać się o skuteczności oddziaływań terapeutycznych, jakim poddawane były małe dzieci z autyzmem w ramach wczesnego wspomagania rozwoju, przeprowadzono wśród rodziców badania. Celem było poznanie ich opinii na temat: (a) sposobu pozyskiwania informacji o zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju, (b) poprawy w funkcjonowaniu ich dzieci w sferach komunikacji, zachowania, samodzielności i koncentracji uwagi, (c) spełniania oczekiwań związanych z terapią, (d) oczekiwanej przez rodziców pomocy w związku z uczęszczaniem ich dzieci na zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju.

Na potrzeby niniejszej pracy sformułowano następujące problemy badawcze:

- Czy rodzice małych dzieci z autyzmem mają możliwość uzyskania informacji o zajęciach w ramach wczesnego wspomagania rozwoju?
- Czy rodzice małych dzieci z autyzmem widzą poprawę w funkcjonowaniu dziecka w związku z jego uczęszczaniem na zajęcia w ramach wczesnego wspomagania rozwoju?
- W jakich sferach rodzice małych dzieci z autyzmem widzą poprawę w ich funkcjonowaniu pod wpływem terapii w ramach wczesnego wspomagania rozwoju?
- Czy zajęcia w ramach wczesnego wspomagania rozwoju spełniają oczekiwania rodziców małych dzieci z autyzmem?
- Jakiej pomocy oczekują rodzice małych dzieci z autyzmem w związku z ich uczestnictwem w zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju?

Badaniami zostało objętych 12 rodziców dzieci z autyzmem w wieku 4–6 lat, które uczestniczyły w specjalistycznych zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju na terenie placówki specjalnej. Zajęcia odbywały się raz w tygodniu i obejmowały po pół godziny zajęć z pedagogiem i logopedą. Rodzice zostali poinstruowani, jak pracować z dziećmi w domu, oraz mogli uczestniczyć w zajęciach jako obserwatorzy.

Metodą badań była metoda sondażu diagnostycznego, a techniką w niej zastosowaną – ankieta. Badania przeprowadzono za pomocą narzędzia autorskiego – ankiety dla rodziców dzieci z autyzmem. Ankieta składała się z 5 pytań:

1. Gdzie uzyskali Państwo informację o zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju?
   - Od znajomych
   - W poradni psychologiczno-pedagogicznej
   - W przedszkolu
2. Czy widzą Państwo poprawę w funkcjonowaniu dziecka od momentu rozpoczęcia zajęć wczesnego wspomagania?

- Tak
- Nie

3. W jakich sferach poprawiło się funkcjonowanie Państwa dzieci?
   - Komunikacja
   - Zachowanie
   - Samodzielność
   - Koncentracja uwagi
4. Czy zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju spełniają Państwa oczekiwania?
   - Tak
   - Nie
5. Jakiej pomocy oczekują Państwo w związku z uczęszczaniem Państwa dziecka na zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju?

Wyniki badań własnych

Analiza danych zebranych za pomocą ankiety pozwoliła określić, jak w ocenie rodziców wczesne wspomaganie rozwoju wpływa na funkcjonowanie ich dzieci oraz jak oceniana jest organizacja wczesnego wspomagania na terenie placówki specjalistycznej.

Analiza pierwszego pytania ankiety pozwala stwierdzić, że połowa badanych rodziców otrzymała informację o możliwości uczestniczenia w zajęciach specjalistycznych w przedszkolu, tylko dwoje rodziców w poradni psychologiczno-pedagogicznej, a czworo od znajomych. Oznacza to, że przedszkole jest miejscem, gdzie nieprawidłowe zachowania dziecka wychwytywane są najszybciej i przede wszystkim tam rodzice otrzymują pomoc i informację o możliwości uczestniczenia przez dziecko zajęciach specjalistycznych.

Aż 10 rodziców widzi poprawę w funkcjonowaniu dziecka pod wpływem proponowanej na zajęciach terapii, a tylko dwoje rodziców nie widzi żadnych zmian. Funkcjonowanie dziecka zdaniem rodziców poprawiło się przede wszystkim w sferze komunikacji – 10 wskazań, samodzielności – 8, koncentracji uwagi – 8. Połowa badanych rodziców widzi poprawę zachowania swoich autystycznych dzieci. Zdaniem 10 badanych rodziców zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju spełniają ich oczekiwania, tylko dwoje badanych rodziców deklaruje niezadowolenie z zajęć.

W odpowiedzi na pytanie o to, jakiej pomocy oczekują rodzice w związku z uczęszczaniem ich dzieci na zajęcia specjalistyczne, prawie wszyscy zadeklarowali, że chcieliby otrzymywać więcej wskazówek do pracy z dzieckiem w domu. Część rodziców oczekuje pełnej, kompleksowej terapii obejmującej takie formy, jak na przykład integrację sensoryczną. Większość badanych rodziców chciałoby, aby zajęcia były realizowane w większym wymiarze godzin tygodniowo.

Tabela 1

Wyniki badań przeprowadzonych wśród rodziców dzieci z autyzmem

1.	Gdzie uzyskali Państwo informację o zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju? – Od znajomych – 4 osoby – W poradni psychologiczno-pedagogicznej – 2 osoby – W przedszkolu – 6 osób
2.	Czy widzą Państwo poprawę w funkcjonowaniu dziecka od momentu rozpoczęcia zajęć wczesnego wspomagania? – Tak – 10 osób – Nie – 2 osoby
3.	W jakich sferach poprawiło się funkcjonowanie Państwa dzieci? – Komunikacja – 10 osób – Zachowanie – 6 osób – Samodzielność – 8 osób – Koncentracja uwagi – 8 osób
4.	Czy zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju spełniają Państwa oczekiwania? – Tak – 10 osób – Nie – 2 osoby
5.	Jakiej pomocy oczekują Państwo w związku z uczęszczaniem Państwa dziecka na zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju? – Więcej wskazówek dotyczących pracy z dzieckiem w domu – Pełnej, kompleksowej terapii – Zwiększenia tygodniowej liczby zajęć

Źródło: Badania własne

Podsumowanie

Analiza ankiety przeprowadzonej wśród rodziców dzieci autystycznych pozwala na następujące wnioski:

- Pierwszą pomoc i informację o możliwości realizowania zajęć specjalistycznych w ramach wczesnego wspomagania rozwoju rodzice otrzymują w przedszkolu.
- Wczesna terapia prowadzona na zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju i kontynuowana przez rodziców w domach poprawia w widoczny sposób funkcjonowanie małych dzieci z autyzmem.
- Wczesne wspomaganie rozwoju poprawia funkcjonowanie dziecka w sferze komunikacji, samodzielności, koncentracji uwagi oraz zachowania, zatem wpływa na umiejętności kluczowe dla dalszego rozwoju dziecka.

- Zajęcia specjalistyczne w ramach wczesnego wspomagania rozwoju spełniają oczekiwania rodziców, jednak oczekują oni więcej wskazówek do pracy w domu, bardziej kompleksowej terapii oraz zwiększenia tygodniowej liczby zajęć.

Rodzice dzieci z autyzmem w związku z dostępnością informacji na temat zaburzenia w internecie oraz środkach masowego przekazu są coraz bardziej świadomi potrzeb swoich dzieci oraz przysługujących im praw. Badania wskazują, że rodzice mogą być dobrymi rehabilitantami i nauczycielami dla swojego dziecka. Nieodzowne jest jednak udzielanie im wsparcia i przekazywanie wiedzy na temat ich dzieci, co jest rolą specjalistów wczesnego wspomagania rozwoju. Tylko efektywna współpraca między rodzicami i terapeutami pozwoli autystycznemu dziecku na optymalny rozwój i szczęśliwe życie na miarę możliwości, a rodzicom na pogodzenie się z chorobą dziecka. Rodzice chcą uczestniczyć w terapii swoich autystycznych dzieci, tylko należy im to umożliwić.

Bibliografia

1. Bobkowicz-Lewartowska L.: Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii. Impuls, Kraków 2000.
2. Gałkowski T.: Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1995.
3. Emmons P.G., Anderson L.M.: Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Liber, Warszawa 2007.
4. Jaklewicz H.: Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie. Marabut, Gdańsk 1993.
5. Kościelska M.: Oblicza upośledzenia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
6. Olechnowicz H.: Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2004.
7. Seach D., Lloyd M., Preston M.: Pomóż dziecku z... autyzmem. Liber, Warszawa 2006.
8. Pągowska M.: Psychospołeczna sytuacja rodziny dziecka z autyzmem – etapy adaptacji do niepełnosprawności dziecka. „Szkoła Specjalna", nr 4, 2010.
9. Pisula E.: Wczesne wykrywanie autyzmu i efekty wczesnej terapii, [w:] Błeszyński J. (red.): Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem. Teoria – metodyka – przykłady. Impuls, Kraków 2004.
10. Pisula E.: Małe dziecko z autyzmem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
11. Pisula E.: Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2007.
12. Pisula E.: Autyzm. Przyczyny, symptomy terapia. Harmonia, Gdańsk 2010.

13. Sekułowicz M.: Niektóre problemy funkcjonowania dziecka autystycznego, [w:] Dykcik W. (red.): Autyzm. Kontrowersje i wyzwania. Eruditus, Poznań 1994.
14. Suchowierska M.: Rola rodziców w terapii dziecka z autyzmem – w perspektywie podejścia behawioralnego, [w:] Pisula E., Danielewicz D. (red.): Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością. Harmonia, Gdańsk 2007.
15. Twardowski A.: Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych, [w:] Obuchowska I. (red.): Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1991.
16. Wolski A.: Diagnoza autyzmu u małego dziecka – implikacje do pracy w rodzinie. „Rewalidacja", nr 2, 2010.

WCZESNE WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECKA Z AUTYZMEM

Streszczenie

Tematem artykułu jest wspomaganie rozwoju małego dziecka autystycznego za pomocą wybranych form terapii z uwzględnieniem wiodącej roli rodziców w procesie terapeutycznym. Scharakteryzowano wczesne objawy autyzmu oraz wybrane metody terapii adresowane do małego dziecka z autyzmem. Przedstawiono również wyniki badań własnych przeprowadzonych za pomocą autorskiej ankiety na grupie rodziców dzieci z autyzmem. Dzieci te biorą udział w zajęciach specjalistycznych w ramach wczesnego wspomagania rozwoju.

EARLY SUPPORT OF THE DEVELOPMENT OF A CHILD WITH AUTISM

Summary

The theme of this article is to support the development of a young child with autism with selected forms of therapy, taking into account the leading role of parents in the therapeutic process. They characterized the early signs of autism and selected methods of therapy targeted to a young child with autism. It also presents results of research conducted by the author's questionnaire on a group of parents of children with autism, whose children take part in activities within the framework of specialized early development support.

Paweł WAWRZAŁA
Politechnika Śląska
Kolegium Pedagogiczne

GOOGLE TRENDS JAKO NARZĘDZIE BADAWCZE W DZIEDZINIE EDUKACJI SPECJALNEJ

Wprowadzenie

Dzisiejszy świat zmienia się raptownie w związku z rozwojem i dostępnością różnych technologii. W przypadku ekspansji środków komunikacji międzyludzkiej trudno nawet mówić o ewolucji, ten stan ciągłego wzrostu należy raczej nazwać rewolucją informacyjną lub komunikacyjną (Kerckhove de 2001). W ostatnich latach dostęp do informacji w internecie stał się powszechny dla każdego, kto jest w stanie ponieść koszty posiadania choćby telefonu komórkowego. Z tego faktu wynikają poważne konsekwencje dla funkcjonowania człowieka, który nagle otrzymał możliwość pozyskiwania informacji na praktycznie każdy temat w niesłychanie szybkim tempie.

Z badań Google (Consumer Barometr..., 2016) wynika, że w 2016 roku 78% ogółu użytkowników internetu wykorzystywało możliwości sieci do celów prywatnych, a nie zawodowych. Gdy ograniczyć próbę badawczą do osób poniżej 34 roku życia, wynik wynosi 98%. Co więcej, 83% użytkowników deklaruje, że jeżeli potrzebuje jakieś informacji, w pierwszym rzędzie szuka jej w internecie; w przypadku osób poniżej 34 roku życia współczynnik ten to już 88%. Te same badania pokazują, że internauci, jeżeli mogą wykonać jakieś zadanie, preferują wykorzystanie technologii cyfrowych. Wskaźniki wynoszą tu 64% dla całej populacji i 76% dla ludzi poniżej 34 lat.

Warto zwrócić uwagę, że przytoczone badania wskazują na nieco większe zaangażowanie mężczyzn niż kobiet. Różnice są zwykle kilkuprocentowe, jednak można zaobserwować zrównywanie się aktywności obu płci w przypadku młodszych pokoleń. Wniosek jest oczywisty – internet stał się elementem naszego życia.

W Polsce podstawowym sposobem pozyskiwania informacji w internecie jest użycie wyszukiwarki Google, która wyparła inne rozwiązania lokalne (podobnie jak na świecie, poza Chinami i Rosją). Obecnie w skali światowej około 90% wyszukiwań wykonuje się przy po_mocy narzędzia Google, w Polsce współczynnik ten wynosi 97% (2015 Search Engine...,

2016). Rosnący udział urządzeń mobilnych, w szczególności z systemem Android, jeszcze bardziej utwierdza dominację produktów wyszukiwawczych firmy Alphabet Inc. (właściciela wyszukiwarki Google). Zatem droga poszukiwania informacji sprowadza się do wpisania w okno wyszukiwarki jednego słowa, czasem kilku słów lub określonej frazy czy pytania.

W przypadku urządzeń mobilnych coraz popularniejsze jest wyszukiwanie głosowe. Na obecnym etapie rozwoju technologii rozwiązanie to działa bardzo sprawnie, umożliwiając rozpoznawanie mowy w wielu językach, w tym i w polskim. Mechanizm wyszukiwawczy wyświetla pierwszych dziesięć najlepiej dopasowanych (wedle algorytmów wyszukiwarki Google) linków do stron. W przypadku aplikacji mobilnych system może nawet odczytać podstawowe informacje za pomocą syntezatora głosu, oczywiście w języku polskim. Należy mieć na uwadze, iż użytkownicy zwykle poprzestają na przejrzeniu informacji z pierwszej strony wyszukiwania, klikając dwa, trzy linki. Rzadko kiedy zaglądają na kolejne strony, jeżeli wcześniej znajdą ich zdaniem wartościową informację.

W tym momencie procesu wyszukiwania pojawia się bardzo poważny problem – czy wyświetlone linki do stron lub wiadomości są wiarygodne i jak Google uszeregowało wyniki? Wiarygodność wyszukiwarka Google stara się uzyskać z kilku źródeł, ale algorytm wyszukiwania i szeregowania istotności stron nie jest upubliczniony i stanowi sekret firmy. Wiadomo, że historycznie był to algorytm nazwany PageRank (PageRank 2016), wielokrotnie modyfikowany. Podstawą oceny jest baza danych o wszystkich stronach, które wyszukiwarka może zaprezentować w wynikach wyszukiwania. Warto pamiętać, że Google nie indeksuje wszystkich istniejących w sieci stron internetowych, zatem nie może ich wyświetlić jako efektu wyszukiwania.

Algorytmy wyszukiwarki dokonują oceny tekstu na danej stronie, nadając jej wskaźnik PageRank i wartościując go tym wyżej, im więcej innych stron się na niego powoływało. Mechanizm wyszukiwarki zakłada, że dana strona jest istotna, jeżeli jest często cytowana jako źródło przez inne strony. Dodatkowo na ocenę wpływa jeszcze wartość stron linkujących, czyli im większa wartość strony wskazującej (wyższy wskaźnik PageRank), tym lepsza ocena wiarygodności ocenianej strony. Algorytm ten powoduje, że jako pierwsze na liście wyszukiwania Google pojawiają się strony najpopularniejsze, najczęściej cytowane lub znajdujące się w domenie (adresie internetowym) zawierającej wiele takich stron.

W dzisiejszej rzeczywistości internetu przedstawiony sposób wyszukiwania dominuje. Wyparł on inne metody wartościowania i szeregowania wyników. Nie trzeba dodawać, że algorytm, którym posługuje się Google, można „oszukać" i spowodować sztuczne wypozycjonowanie stron, czym zajmują się specjaliści od marketingu internetowego, korzystając również z możliwości analizowanej w niniejszym artykule usługi Google Trends.

Oczywiście sama możliwość szybkiego i skutecznego wydobycia informacji z czeluści internetu za pomocą wyszukiwarki Google nie oznacza jeszcze zrozumienia treści. Co więcej, często obserwujemy wytworzenie się wiedzy pozornej, opartej na przekonaniu wielu osób, że rozumieją dany przekaz, pomimo braku wiedzy podstawowej z zakresu danej dyscypliny.

Przykładowo Matthew Fisher i współautorzy z Yale University (Fisher, Goddu, Keil 2015) wykazali, że sam fakt możliwości używania wyszukiwarek internetowych (takich jak Google, Bing, Yahoo) sprawia, że ludzie są bardziej pewni swojej wiedzy na tematy, z którymi nie są zaznajomieni, w których nie są ekspertami i które eksplorują po raz pierwszy. Zjawisko to jest dość powszechne i prowadzi do wielu problemów.

W kontekście niniejszego artykułu warto wspomnieć o często obserwowanym u ludzi niebędących fachowcami zjawisku wyszukiwania informacji na temat symptomów chorób i sposobów ich leczenia. Wedle danych firmy Google około 1% zapytań dotyczy właśnie objawów chorób. Popularny w sieciach społecznościowych mem: „Please do not confuse your Google search for my medical degree" („Proszę nie mieszać wyszukiwania Google z moim wykształceniem medycznym"), który zawędrował na kubki dostępne do nabycia na przykład przez Amazon, jest tylko prześmiewczą ilustracją tego zjawiska.

Firma Google stara się pomóc użytkownikom w tej kwestii. Już dziś w angielskojęzycznej wersji pomocy wyszukiwarki mamy opis, jak uzyskiwać wartościowe informacje z obszaru nauk medycznych – „Szukaj w Google informacji medycznej" (Search for..., 2016). Na oficjalnym blogu Google (Pinchin 2016) pojawiła się ostatnio wiadomość, że firma postanowiła ulepszyć mechanizm wyszukiwania, nawiązując współpracę ze środowiskiem lekarskim Harvard Medical School i Mayo Clinic. Nowy mechanizm nazwany „symptom search" ma działać tak, abyśmy pytając wyszukiwarkę o swoje dolegliwości, znaleźli sprawdzoną informację o naszym zdrowiu. Przykładowo, gdy zapytamy o „ból głowy po jednej stronie", wyszukiwarka pokaże powiązane wyniki do dalszego wyszukiwania: „ból głowy", „migrena", „napięciowy ból głowy", „klasterowy ból głowy", „zatoki" i „przeziębienie". Dla poszczególnych objawów przedstawi przeglądowe informacje wraz z sugestiami samoleczenia oraz wskazaniami, jakich symptomów nie powinniśmy zignorować i kiedy należy poszukać fachowej porady lekarskiej. Usługa ma być udostępniona w bliskiej przyszłości w wersji angielskiej, a następnie sukcesywnie we wszystkich znaczących językach świata.

Opisane możliwości „medyczne" Google mają jednak drugie oblicze. Otóż internetowe narzędzia wyszukiwacze stały się przyczyną powstania nowego zaburzenia neurotycznego lub odmiany hipochondrii – cyberchondrii (White, Horvitz 2009). Oczywiście nie wszyscy internauci będą narażeni na tego rodzaju komplikacje, jednak trzeba pamiętać, że zdecydowana większość wykorzystuje sieć do poszerzania swojej wiedzy, nie tylko do zakupów i obsługi bankowości.

Przedstawiony powyżej mechanizm wnioskowania lub diagnozowania za pomocą Google dotyczy również obszaru pedagogiki specjalnej. Znajomość tego, co podają nam strony internetowe czy popularne fora, które jak wiadomo potrafią mocno zniekształcić rzeczywisty obraz opisywanych zjawisk, mogłaby pozwolić terapeucie czy innemu specjaliście właściwie zareagować, dając możność sprostowania pewnych informacji i rozwiania szeregu wątpliwości.

Czy zatem możemy wiedzieć, co typowy użytkownik internetu wyszukuje na przykład w Google, Bing czy Yahoo? Do jakich stron dociera? Jakiego rodzaju wiedzę jest w stanie pozyskać? Tego rodzaju informacji nie uzyskamy bezpośrednio od firm będących właścicielami wyszukiwarek internetowych. Jednak w przypadku wyszukiwarki Google istnieje kilka mechanizmów, które pozwalają na wyciąganie wniosków. Najciekawszym z nich, z punktu widzenia badacza, wydaje się Google Trends. Inne pytanie, które warto postawić w tym miejscu, dotyczy korelacji: czy istnieją jakieś powiązania pomiędzy schorzeniami, zaburzeniami a innymi zjawiskami, które można zbadać za pomocą Google Trends? Czy tego rodzaju szacowanie jest użyteczne dla badacza?

Niniejsza praca jest poświęcona analizie działania oraz wykorzystania usługi Google Trends. Stara się udzielić odpowiedzi na wyżej postawione pytania z perspektywy badaczy, terapeutów oraz nauczycieli działających w obszarze pedagogiki specjalnej.

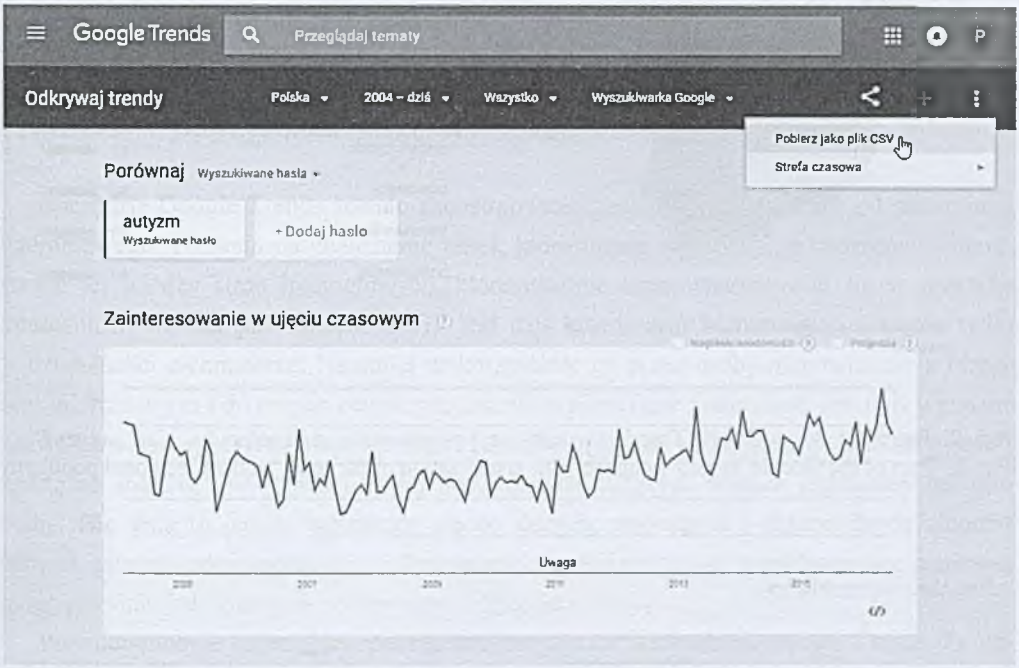
Usługa Google Trends

W 2008 roku Google udostępniło narzędzie Google Trends (w skrócie GT) (Google Trends 2016) oferujące bezpłatny, ograniczony podgląd względnych ilości wyszukiwań wybranych słów lub fraz. Na głównej stronie serwisu można według kategorii i lokalizacji przeglądać w czasie rzeczywistym wątki zyskujące popularność. Listę tych wątków tworzy specjalny algorytm na podstawie bezwzględnej liczby operacji wyszukiwania oraz względnego jej wzrostu z najczęstszych wyszukiwań potwierdzonych kliknięciem użytkowników w dane łącze do strony internetowej w wyszukiwarce Google, z bieżących wiadomości lub artykułów z portali, które obserwuje Google News, oraz z filmów zamieszczonych w serwisie YouTube.

Google Trends skaluje dane o wyszukiwaniach, by umożliwić porównywanie haseł. W przeciwnym razie miejsca z największą liczbą operacji wyszukiwania zawsze zajmowałyby najwyższe pozycje w rankingu. Dlatego każdy punkt danych jest dzielony przez łączną liczbę wyszukiwań w powiązanym regionie geograficznym i zakresie czasu, by określić popularność względną, w skali od 0 do 100. Warto zaznaczyć, że jeżeli w dwóch regionach (np. krajach, województwach) prezentowane przez GT względne liczby wyszukiwań jakiegoś hasła są jednakowe, nie oznacza to, że łączne liczby operacji wyszukiwania są takie same.

Część danych jest pomijana w Google Trends – są to wyszukiwania przeprowadzane przez niewielu użytkowników, powtarzające się (identyczne zapytania wpisywane przez tego samego użytkownika w krótkich odstępach czasu) oraz zawierające znaki specjalne (np. zapytania z apostrofami). Należy również pamiętać, że narzędzie udostępnia wyniki zagregowane i można odróżnić, czy skok intensywności wyszukiwania wynika ze wzmożonej aktywności kilku zaawansowanych użytkowników, czy też odpowiada za to wielu

niepowiązanych internautów. Rysunek 1 przedstawia fragment raportu serwisu GT dla terminu „autyzm".



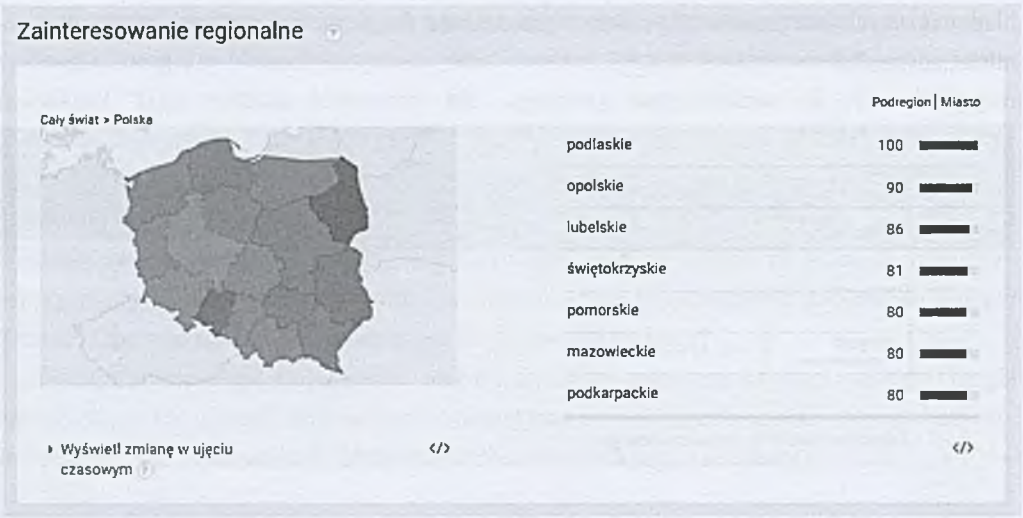
Rys. 1. Fragment strony Google Trends z wynikami raportu dla terminu „autyzm"
Fig. 1. Part of the Google Trends webpage with the results for the term "autism"

Dane są dostępne od 2004 roku do chwili obecnej i można je pobrać jako tekstowy plik typu csv do dalszej analizy w dowolnym programie statystycznym, na przykład MS Excel. Wyeksportowane dane zawierają informacje o względnej ilości wyszukiwań w każdym tygodniu z ustawionego zakresu, na przykład z ostatniego roku lub z wszystkich lat. Napis „Uwaga" nad osią czasu i oznaczeniem roku 2011 przypomina, że w tym czasie Google zmodyfikowało algorytm przypisywania geograficznego, zwykle nieistotny podczas wyszukiwania w polskim obszarze internetu.

Rysunek 2 przedstawia dalszą cześć raportu Google Trends – zwizualizowaną na mapie Polski i w tabeli popularność hasła „autyzm" w poszczególnych województwach.

Poniżej mapy istnieje możliwość obserwacji zmian względnej ilości wyszukiwań dla poszczególnych województw („Wyświetl zmianę w ujęciu czasowym"). Wyniki prezentowane przez ten serwis wieńczy zbiór informacji o podobnych wyszukiwaniach (rysunek 3).

Całość serwisu wspomaga system pomocy dostępny w języku polskim. Warto się z nim zapoznać, aby w pełni zrozumieć zasady formułowania haseł wyszukiwania. Jednakże źródłem pogłębionej informacji jest angielskojęzyczna pomoc oraz oficjalny blog Google (angielskojęzyczny).



Rys. 2. Fragment strony Google Trends z wizualizacją popularności regionalnej terminu „autyzm"
Fig. 2. Part of the Google Trends webpage with visualization of the term "autism" regional popularity

Rys. 3. Fragment strony GoogleTrends pokazującej podobne wyszukiwania dla terminu „autyzm"
Fig. 3. Part of the Google Trends webpage showing related searches for the term „autism"

Czasami GT generuje komunikaty wskazujące na niedostateczną ilość danych do wyświetlenia wyników. Komunikat: „Prognoza niedostępna dla tego zapytania" pojawia się, gdy wyszukiwane hasła są zbyt rzadko używane lub gdy brakuje danych, by przedstawić wiarygodną prognozę. Z kolei komunikat: „Brak wystarczającej liczby wyszukiwań do wyświetlenia wyników" oznacza, że w bazie Google zarejestrowano zbyt małą liczbę operacji wyszukiwania hasła (wtedy należy sprawdzić poprawność zapisu słów, podać inną

pisownię, synonimy, ewentualnie zmniejszyć liczbę słów w wyszukiwani lub skorygować zakres czasu).

Serwis Google Trends jest dość prosty w użyciu pod warunkiem, że użytkownik poświęci kilka minut na przeczytanie pliku pomocy.

Przykłady wykorzystania narzędzia Google Trends

Narzędzie Google Trends zostało skonstruowane z myślą o specjalistach od marketingu internetowego. Pozwala na znalezienie haseł, które ludzie wyszukują, i tworzenie na podstawie tej wiedzy stron internetowych, które idealnie będą wpasowywać się w potrzeby internautów. Można powiedzieć, iż GT jest dziś standardem biznesowym, i to nie tylko w działalności e-commerce. Niemniej wykorzystanie go przez osoby niepowiązane z biznesem internetowym i do innych celów, niż zostało to pierwotnie pomyślane, jest dziś wyraźnie zauważalne. Google Trends wpisuje się w filozofię myślenia znaną obecnie jako „big data", opartą na analizie i wizualizacji dużej ilości danych mających wymiar regionalny lub globalny. Big data to termin odnoszący się do dużych, zmiennych i różnorodnych zbiorów danych, których przetwarzanie i analiza są trudne, ale jednocześnie wartościowe, ponieważ mogą prowadzić do zdobycia nowej wiedzy (Big data, 2016).

Prawdopodobnie najbardziej spektakularnym użyciem technologii Google Trends do niebiznesowych zadań był specjalizowany serwis Google Flu Trends (GFT), pomyślany jako system wczesnego ostrzegania przed wzmożoną aktywnością wirusa grypy. Badacze próbowali dowiedzieć się, czy wyszukiwania w Google pozwolą przewidzieć, kiedy wybuchnie epidemia (Ginsberg et al. 2009). Odkryto ścisły związek między tym, ile osób szuka informacji o grypie, a tym, ilu ludzi naprawdę ma objawy tej choroby. Oczywiście nie każdy, kto wpisywał w wyszukiwarce hasło „grypa" był chory lub zachorował, ale zestawienie z sobą wszystkich zapytań ujawniło wyraźny wzorzec, zbieżny na przykład w Europie z publicznie dostępnymi danymi Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Center for Disease Prevention and Control – ECDC). W efekcie Google Flu Trends dostarczało informacji niemal w czasie rzeczywistym o aktywności wirusa grypy w danym rejonie. W przypadku tradycyjnych metod śledzenia grypy, takich jak ankietowanie lekarzy i pacjentów, gromadzenie i publikowanie danych zajmuje od jednego do dwóch tygodni lub dłużej.

Szybko jednak pojawiły się doniesienia o minusach tego narzędzia, inne niż opisy dobrze znanej wady polegającej na tym, że nie można dokładnie oszacować rozwoju epidemii w krajach Afryki i Ameryki Południowej, gdzie dostęp do internetu jest ograniczony dla większej części mieszkańców. W październiku 2013 firma Google opublikowała ostatnie dane i zamknęła serwis pod presją badaczy wykazujących niedostateczną dokładność systemu i podstawowy problem metodologiczny – badacze w Google analizowali tylko korelację wyszukiwanych haseł z danymi rzeczywistymi, nie włączając żadnych informacji

o związkach przyczynowych. Ponadto zaczął się upowszechniać wirus grypy typu A i ludzie masowo szukali o nim informacji, co zaburzało analizy GFT. Historia przewidywania lub monitorowania zjawisk chorobowych za pomocą Google Trends wcale się jednak nie zakończyła, tego rodzaju badania ciągle trwają, model korelacyjny jest modyfikowany i kalibrowany tradycyjnie zbieranymi danymi epidemiologicznymi.

Przykładów użycia tego narzędzia w literaturze światowej jest coraz więcej. Autor znalazł w bazach angielskojęzycznych kilkanaście poważnie opracowanych doniesień. Jako przykład można tu przytoczyć artykuły dotyczące używania przez ludzi tytoniu (Troelstra et. al. 2016), (Cavazos-Rehg et al. 2014). Pojawiają się również pierwsze artykuły przeglądowe wskazujące na użyteczność tego narzędzia, na przykład praca o wykorzystaniu Google Trends w ochronie zdrowia (Nuti et al. 2014).

Google Trends w obszarze pedagogice specjalnej

Literatura polska ani światowa jak na razie nie wskazuje na zainteresowanie badaczy wykorzystaniem Google Trends w obszarze pedagogiki specjalnej. W niniejszej pracy autor skupił się na dwu potencjalnych obszarach eksploracji zasobów wyszukiwarki Google za pomocą narzędzia GT:

- Pozyskiwanie wiedzy o najczęściej wyszukiwanych słowach kluczowych.
- Badanie cykliczności wyszukiwania konkretnych fraz i korelowanie z innymi danymi.

Pozyskiwanie wiedzy o najczęściej wyszukiwanych słowach kluczowych

Jak wspomniano we wstępie, użytkownicy internetu wykorzystują Google do wyszukiwania informacji o zdrowiu, ale również o rozwoju dzieci, aspektach wychowawczych, pokonywaniu trudności, korektach zachowań. Możliwy jest zatem następujący scenariusz: osoba niepełnosprawna oraz jej środowisko mają dostęp do internetu i poszukują informacji na temat konkretnych schorzeń. Można tu postawić szereg pytań:

- Jak informacje będą wyszukiwane?
- Jakie słowa kluczowe będą wpisywane?
- Do jakich stron wyszukiwarka Google „poprowadzi" użytkowników, jakie strony zasugeruje? (podpowiedzi w polu wyszukiwania, reklamy)
- Jaka jest jakość informacji na tych stronach?
- Czy treści są zrozumiałe dla odbiorców?
- Jak te informacje zostaną wykorzystane?
- Jakie będą tego konsekwencje dla osoby niepełnosprawnej i jej środowiska?

Na część z tych pytań badacz, terapeuta lub nauczyciel znajdzie odpowiedź samodzielnie, przeprowadzając wyszukiwania w Google, jednak wykorzystanie Google Trends pozwoli na zdobycie wiedzy o tym, co jest najczęściej wyszukiwane i jakie są sugerowane przez

wyszukiwarkę hasła podobne. Narzędzie GT podpowiada najbardziej zbliżone terminy, oczywiście bazując na swoich algorytmach. Jednakże warto tu wspomnieć, iż owe algorytmy nie są tylko tworami wywodzącymi się z typowej analizy matematycznej, lecz zostały tak skonstruowane, aby stanowić odzwierciedlenie zbiorowych decyzji użytkowników i pokazywać, co wybieramy z listy wyszukiwań, którą oferuje mechanizm Google. Wiedza o tym, czego potencjalny chory i/lub jego rodzina może dowiedzieć się z internetu, wydaje się bardzo użyteczna. Dzięki nie specjalista może przykładowo rozwiać wątpliwości lub rozwinąć pewne informacje, które odbiorca pozyskał z sieci, niekoniecznie je w pełni rozumiejąc lub nawet je przeinaczając. Niekorzystnych sytuacji może być sporo, gdyż do analizy tekstów o charakterze medycznym, psychologicznym, socjologicznym zwykle jest potrzebne pewne przygotowanie, którego odbiorcy mogą nie posiadać.

Zasadne jest pytanie, czy osoby niepełnosprawne i/lub ich rodziny/opiekunowie, gdy dotrą do określonych informacji, nie będą podlegały procesowi sugestii, w efekcie czego pogłębią się u danej osoby niepokojące objawy lub też wystąpią symptomy, które dotychczas nie były obserwowane. Problem z dostępnością danych polega na tym, że informacja w rękach osoby, która znajduje się w szczególnym stanie fizycznym i/lub emocjonalnym i nie posiada dogłębnej wiedzy, może obrócić się przeciwko niej i/lub jej otoczeniu. Należałoby zatem postulować, aby do szkoleń specjalistów z zakresu pedagogiki specjalnej włączyć problematykę analizy „wiedzy", którą potencjalni klienci / pacjenci i ich środowisko mogą pozyskać z internetu, oraz konsekwencji (pozytywnych i negatywnych) wynikających z możliwości zdobycia takich informacji.

Rozważając dalej obszar edukacji, w szczególności wyższej, można wskazać możliwość użycia Google Trends przez kadrę dydaktyczną. Wykładowcy mogą skonfrontować prace studentów na dany temat i ocenić, czy wykonali oni pracę wyszukiwania informacji bardzo ogólnikowo, czy też zadali sobie nieco trudu, aby dotrzeć do głębszych treści, których podstawowe, czyli najpopularniejsze wyszukiwania nie oferują. Również można łatwo rozpoznać, w jakim stopniu praca studenta jest zlepkiem dostępnych informacji ze stron internetowych, na ile konkretny student opanował sztukę cytowania, parafrazowania treści itp.

Badaczowi poruszającemu się w obszarze pedagogiki specjalnej narzędzie Google Trends pozwala pozyskać wiedzę, jakie zagadnienia są w obecnej chwili najczęściej wyszukiwane za pomocą Google, dając przy okazji sposobność określenia ram czasowych analizy oraz wyboru regionu. Wiedza ta pozwala wskazać obszary niszowe, które budzą szczególne zainteresowanie ludzi, a niemające wystarczającej reprezentacji w określonym języku. Przykładowo, obserwując wielką rolę Wikipedii w polskiej wersji językowej w pozyskiwaniu wiedzy przez użytkowników internetu, można by postulować zainicjowanie działań prowadzących do utworzenia, rozszerzenia lub polepszenia jakości artykułów z dziedziny pedagogiki specjalnej przez osoby będące specjalistami. Może to być zadanie dla studentów, którzy na zasadzie wolontariatu edytowaliby hasła pod opieką swoich wykładowców.

Badanie cykliczności wyszukiwania konkretnych fraz i korelowanie z innymi danymi

Inną formą użycia Google Trends jest odkrywanie, co użytkownicy internetu wyszukują w wybranym przedziale czasu, mówiące o względnej popularności danych treści w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Stwarza to możliwość spojrzenia z perspektywy czasowej na tradycyjne zagadnienia, pozwala wyciągać wnioski na temat rozumienia pewnych terminów, pojęć przez szerszą publiczność niezwiązaną profesjonalnie z daną dziedziną. Przykładem, który można tu przytoczyć, jest rosnące zainteresowanie chorobą Alzheimera w Polsce.

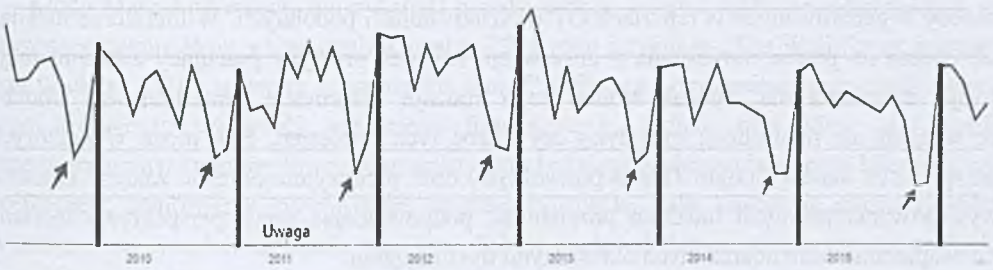
Rys. 4. Względne ilości wyszukiwań dwu terminów – „alzheimer" i „demencja" w Polsce w latach 2004–2016
Fig. 4. Relative amounts of two search terms – "alzheimer" and "dementia" in Poland in the years 2004–2016

Ilustracja (rys. 4) obrazuje względne ilości wyszukiwań dwu terminów – „alzheimer" i „demencja" w Polsce, od 2004 roku do dziś. Zaznaczono dwie wzrostowe linie proste uzyskane z regresji liniowej dla tych haseł, przy czym do analizy przyjęto lata 2009 – pierwsza połowa 2016. Ograniczenie zostało wprowadzone ze względu na fakt, że w 2009 roku Polska osiągnęła współczynnik dostępu do internetu w gospodarstwach domowych 38,2% (Raport GUS..., 2016), czyli można założyć, iż ponad jedna trzecia mieszkańców kraju wykorzystywała sieć w celach prywatnych. Warto zwrócić uwagę, że GT podpowiada najpopularniejsze formy wyszukiwane przez internautów (w kolejności popularności, pisownia oryginalna): „alchajmer", „alzheimer dziedziczenie", „alzheimer pierwsze objawy", „alzheimer przyczyny", „alzheimer test", „demencja", „demencja starcza", „dom opieki alzheimer". Ponadto analiza podobnych wyszukiwań wskazuje, iż ludzie równocześnie poszukują informacji o chorobie Parkinsona oraz wyjaśnienia terminu „demencja cyfrowa".

Google Trends obrazuje również aktywność regionalną. W przypadku omawianych terminów możemy zaobserwować stosunkowo równomierne zainteresowanie użytkowników we wszystkich województwach, ze wskazaniem na województwa lubuskie, dolnośląskie i opolskie jako obszary, z których pochodzi względnie najwięcej zapytań.

Podsumowując analizę częstotliwości wyszukiwania słów „alzheimer" i „demencja", zauważymy rosnące zainteresowanie oboma terminami w ostatnich latach. Na pewno jest to wartościowa informacja, której innymi, prostymi technikami nie moglibyśmy pozyskać. Oczywiście jest możliwa pełna analiza statystyczna zaimportowanych danych z GT za pomocą znanych narzędzi, choćby MS Excel, i wyznaczenie linii trendu czy innych parametrów charakterystycznych dla szeregów czasowych.

Niesłychanie istotną cechą, którą możemy badać za pomocą Google Trends, jest cykliczność wyszukiwania określonych terminów lub fraz. Dane takie możemy na przykład korelować z innymi informacjami pochodzącymi z obserwacji lub innych badań. Jako przykład niech posłuży słowo „dysleksja".



Rys. 5. Fragment danych z Google Trends dla terminu „dysleksja". Pionowe linie oznaczają wrzesień w każdym roku – lokalne maksimum roczne wyszukiwań. Strzałki wskazują na minima w lipcu oraz sierpniu

Fig. 5. Fragment data from Google Trends for the term "dyslexia". Vertical lines indicate September each year – the local maximum annual searches. The arrows indicate the minima in July and August

Przedstawiona na rysunku 5 wizualizacja danych dla terminu „dysleksja" (dla Polski w okresie styczeń 2009 – styczeń 2016) ujawnia lokalne maksima roczne, rozpoczynające się we wrześniu i trwające w październiku (pionowe linie oznaczają wrzesień w każdym roku), oraz minima w lipcu i sierpniu (strzałki), które bardzo łatwo powiązać z przebiegiem roku szkolnego i wiedzą o procedurach szkolnych stosowanych w przypadku uczniów mających orzeczenia o dysleksji. Tego rodzaju intuicyjne obserwacje znajdują zresztą potwierdzenie w raporcie z podobnych wyszukiwań, w którym widać powiązanie z maturą. W szczególności świadczy o tym często sprawdzany termin „dyskalkulia matura".

Podobnie jak poprzednio, dane pozyskane z Google Trends można precyzyjnie opisać za pomocą procedur statystycznych, prowadząc dekompozycję sezonową, która może również ujawnić linie trendu (np. liniowego, wykładniczego lub gasnącego). Przy prowadzeniu tego

rodzaju analiz bardzo ważne jest znalezienie haseł, które są wyszukiwane ciągle i nie są powiązane z sezonowością. Pozwala to porównać wolumin wyszukiwania i sprawdzić typową cykliczność wyszukiwania charakterystyczną dla danej populacji. Należy się spodziewać, że w ciągu roku zostaną zaobserwowane pewne wahania względnej liczby wyszukiwań, powiązane z okresem wakacyjnym, świętami lub porami roku. Znalezienie odpowiednich haseł nie jest jednak łatwym zadaniem, ponieważ ludzie naturalnie wykazują znaczną cykliczność działań. Proponowane w literaturze (Nghiem et al. 2016) słowa „love", „computer", „software", „life" w polskiej rzeczywistości ujawniają nieoczekiwane korelacje. Na przykład słowo „miłość" w Polsce nie jest prawidłowym wyborem ze względu na bardzo popularne seriale „M jak miłość" oraz „Pierwsza miłość", które mają przerwy wakacyjne w emisji. Lepszymi przykładami są słowa „oprogramowanie" oraz „samochód" wykazujące w miarę płaskie trendy gasnące i wzrostowe.

Podsumowując wątek wykorzystywania Google Trends do ujawniania cykliczności zjawisk, można zaproponować badanie sprawdzający, czy niektóre choroby lub zaburzenia są powiązane z porą roku i czy występuje sezonowość objawów dysfunkcji. Oczywiście istnieje możliwość badania korelacji również z innymi czynnikami, które można znaleźć choćby w generowanych w raportach GT wyszukiwaniach podobnych. W literaturze natknąć się można na pewne doniesienia z obserwacji, również praktycy pracujący z ludźmi mają swoje doświadczenia. Jednak trudno tego rodzaju informacje zinterpretować choćby ze względu na nieustaloną metodykę czy liczbę tych doniesień. Być może w niektórych przypadkach dane z Google Trends pozwoliłyby dość precyzyjnie określić zakresy czasowe występowania pewnych ludzkich problemów, podpowiadając nową perspektywę leczenia lub wspierania osób obarczonych określonymi dysfunkcjami.

Ograniczenia narzędzia Google Trends

Google Trends są stosunkowo nowym narzędziem, które zasługuje na uwagę naukowców, w tym badaczy z grupy nauk społecznych. Nie jest ono jednak doskonałe ani bezpośrednio dostosowane dla tego obszaru nauki. Największym niedostatkiem Google Trends jest fakt, że aplikacja pozwala jedynie na zbiorcze spojrzenie na to, co było wyszukiwane. Wymaga ponadto znacznej uwagi użytkownika w odkrywaniu potencjalnych wpisywanych przez użytkowników haseł. GT nie jest również wystarczająco szczegółowe, nie prezentuje informacji o zachowaniach poszczególnych użytkowników. Nieznana jest szczegółowa metodologia prowadząca do wyświetlenia danych. Co więcej, narzędzie działa poprawnie w przypadku haseł dość popularnych, algorytmy prezentujące zagregowane dane muszą mieć dostęp do tzw. dużej objętości wyszukiwania. Zatem często nie uzyskamy wartościowych, zbiorczych informacji ze względu na małą ilość stron poświęconych danemu zagadnieniu (np. w języku polskim), które są podstawą do działania tego narzędzia.

Inną poważną niedoskonałością Google Trends jest to, że Google nie udostępnia w wynikach wyszukiwań dokumentów dostępnych w wielu lokalizacjach sieciowych, które nie zostały zaindeksowane w zasobach tej wyszukiwarki. Fakt ten wydaje się niezbyt wielką wadą, ponieważ zdecydowana większość użytkowników i tak zwykle przeszukuje tylko zasoby dostępne poprzez Google. Jednak należy zauważyć, że osoba mająca jakiś problem bardzo często spędza w sieci dużo czasu i zwykle trafia na fora internetowe, blogi z komentarzami czytelników. Te zasoby często mogą nie być indeksowane przez Google (w szczególności komentarze pod artykułami), a można tam znaleźć ogrom informacji, niestety często fragmentarycznych, bardzo mylących lub po prostu nieprawdziwych. Lektura takich wypowiedzi może prowadzić do zniekształcenia obrazu rzeczywistości, szczególnie u osoby będącej w kryzysie, często niemającej wykształconych umiejętności refleksji oraz klasyfikowania i weryfikacji treści dostępnych w internecie.

Podsumowanie

Kiedy Marc Andreessen, amerykański przedsiębiorca, jedna z osób odpowiedzialnych za upowszechnienie stron www, opublikował w 2011 roku artykuł w „The Wall Street Journal" pod tytułem: „Why software is eating the world" (Dlaczego oprogramowanie zjada świat), jego argumenty wydawały się nieco futurystyczne. Jednak dziś idea, aby każde przedsiębiorstwo stało się firmą programistyczną badającą zachowania swoich klientów, ich preferencje, zamówienia, powoli staje się rzeczywistością. Taką koncepcję można również rozszerzyć na wszelkie działania naukowe. Sektor nauki od dawna wykorzystywał techniki i narzędzia wywodzące się najpierw z logiki matematycznej, nieco później ze statystyki. Standardem w naukach społecznych, a ostatnio także humanistycznych, jest dokonywanie analiz statystycznych i takie projektowanie badań, aby wyniki pozwalały wyciągać wiarygodne wnioski na podstawie różnorodnych danych ilościowych i jakościowych oraz często złożonych obliczeń. Jednak wszelkie te badania zwykle są prowadzone na ograniczonej próbie, w różny sposób dobieranej. W XXI wieku pojawiło się nowe podejście – analiza ogromnych ilości danych (big data).

Google Trends stanowi przykład, że narzędzia stworzone z myślą o biznesie można stosować w innych obszarach. Dane tego typu mogą być wykorzystywane przez naukowców, metodyków, ekspertów, terapeutów działających w obszarze pedagogiki specjalnej czy ogólnie nauk społecznych, nade wszystko narzędzie to jest jednak przydatne do prognozowania krótkoterminowego oraz analizy trendów występujących w badanej społeczności lokalnej lub globalnej używającej internetu. Informacje, które GT ujawnia, mogą być dokładniejsze i bardziej aktualne niż dane pochodzące z badań eksperckich. Oficjalne dane, na przykład epidemiologiczne, zwykle otrzymujemy ze znacznym opóźnieniem, natomiast narzędzie Google daje nam wgląd w informacje z opóźnieniem jednego tygodnia. Ponadto warto wziąć pod uwagę, że istnieje duża grupa osób, które nie mogą sobie pozwolić na przykład

na leczenie z różnych powodów. Google Trends będzie w stanie uchwycić próby poszukiwania informacji na temat alternatywnego leczenia.

Ponieważ większość naukowców z dziedziny nauk społecznych jest przyzwyczajona do klasycznych metod statystycznych i ograniczonych, dobrze opisanych zbiorów danych, na przykład behawioralnych, można założyć, że GT stanie się w przyszłości kolejnym źródłem danych eksperymentalnych do badania możliwości, przyczynkowości, nie stanie się jednak użytecznym narzędziem samym w sobie. O ile w dziedzinie ekonomii badanie korelacji pomiędzy dwoma zjawiskami doskonale się sprawdza (jest na to ogromna liczba dowodów), o tyle w przypadku nauk społecznych aplikacje takie jak Google Trends nie mogą w swojej obecnej formie stanowić samodzielnego narzędzia badawczego.

W artykule zarysowano możliwości wykorzystania Google Trends w pedagogice specjalnej. Narzędzie to pozwala na: (a) pozyskiwanie jakościowej i ilościowej informacji o tym, co ludzie wyszukują w Google, (b) ujawnianie wiedzy o sprawdzanych terminach lub frazach podobnych, (c) analizę korelacji występowania czasowego i ilościowego terminów lub fraz. Uzyskana za pomocą Google Trends wiedza może przynieść nowe spojrzenie w niektórych obszarach badań i praktyki pedagogiki specjalnej.

Bibliografia

1. Cavazos-Rehg P.A., Krauss M.J., Spitznagel E.L., Lowery A., Grucza R.A., Chaloupka F.J., Bierut L.J.: Monitoring of non-cigarette tobacco use using Google Trends. „Tobacco Control", vol. 24(3), 2015.
2. Kerckhove D. de: Inteligencja otwarta. Narodziny społeczeństwa sieciowego. Mikom, Warszawa 2001.
3. Fisher M., Goddu M.K., Keil F.C.: Searching for explanations: How the Internet inflates estimates of internal knowledge. „Journal of Experimental Psychology: General", vol. 144(3), 2015.
4. Ginsberg J., Mohebbi M.H., Patel R.S., Brammer L., Smolinski M.S., Brilliant L.: Detecting influenza epidemics using search engine query data. „Nature", No 457(7232), 2009.
5. Nghiem Le T.P., Papworth S.K., Lim F.K., Carrasco L.R.: Analysis of the capacity of Google Trends to measure interest in conservation topics and the role of online news. „PLOS ONE", vol. 11(3), 2016.
6. Nuti S.V., Wayda B., Ranasinghe I., Wang S., Dreyer R.P., Chen S.I., Murugiah K.: The use of Google Trends in health care research: A systematic review. „PLOS ONE", vol. 9(10), 2014.

7. Troelstra S.A., Bosdriesz J.R., Boer M.R. de, Kunst A.E.: Effect of tobacco control policies on information seeking for smoking cessation in the Netherlands: A Google Trends study. „PLOS ONE", vol. 11(2), 2016.
8. White R.W., Horvitz E.: Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in web search. „ACM Transactions on Information Systems", vol. 27(4), 2009.

Źródła internetowe

1. 2015 Search Engine Market Share By Country: Return On Now. http://returnonnow.com/internet-marketing-resources/2015-search-engine-market-share-by-country/, dostęp: 27.06.2016.
2. Big data, [w:] Wikipedia – wolna encyklopedia. https://pl.wikipedia.org/wiki/Big_data, dostęp: 27.06.2016.
3. Consumer Barometer with Google, ://www.consumerbarometer.com/en/, dostęp: 27.06.2016.
4. Google Trends. 2016. https://www.google.com/trends/, dostęp: 27.06.2016.
5. PageRank, [w:] Wikipedia – wolna encyklopedia. https://pl.wikipedia.org/wiki/PageRank, dostęp: 27.06.2016.
6. Pinchin V.: I'm Feeling Yucky :(Searching for symptoms on Google. Official Google Blog. https://googleblog.blogspot.com/2016/06/im-feeling-yucky-searching-for-symptoms.html, dostęp: 27.06.2016.
7. Raport GUS: Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2015 r. https://www.uke.gov.pl/raport-gus-spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2015-r-16960, dostęp: 27.06.2016.
8. Search for medical information on Google. https://support.google.com/websearch/answer/2364942?hl=en, dostęp: 27.06.2016.

GOOGLE TRENDS JAKO NARZĘDZIE BADAWCZE W DZIEDZINIE EDUKACJI SPECJALNEJ

Streszczenie

Niniejszy artykuł przedstawia szereg aspektów wykorzystania usługi Google Trends przez specjalistów z dziedziny pedagogiki specjalnej, zarówno naukowców, jak i praktyków. Informacje, do których uważny badacz lub terapeuta może dotrzeć, wykorzystując Google Trends, mogą pozwolić na nowe spojrzenie na potencjalną wiedzę pacjentów oraz ich bliskich na temat konkretnych chorób lub zaburzeń, a także na możliwość wykorzystania tego narzędzia do znajdowania korelacji, na przykład wzmożenia objawów pewnej dysfunkcji o określonej porze roku lub pod wpływem innych czynników.

GOOGLE TRENDS AS A RESEARCH TOOL IN THE SPECIAL EDUCATION AREA

Summary

This article presents a few aspects of the use the Google Trends service by experts in the field of special education, both scientists and practitioners. The information which the careful researcher or therapist can reach using Google Trends, may allow new insights into the potential knowledge of patients and their relatives on specific diseases or disorders, as well as the possibility of using this tool for finding correlations, e.g. between dysfunction symptoms intensification and the time of the year or other factors.

Barbara GRZYB
Politechnika Śląska
Kolegium Pedagogiczne
Zespół Placówek Szkolno-Wychowawczo-Rewalidacyjnych w Wodzisławiu Śląskim
Gabriela KOWALSKA
Politechnika Śląska
Kolegium Pedagogiczne

TEORIA DIALOGU Z RODZICAMI DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO W KONTEKŚCIE ETAPÓW PRZYSTOSOWAWCZYCH DO „SZCZEGÓLNEGO" RODZICIELSTWA

„Rozwój osoby z niepełnosprawnością to »droga z nią przez życie«. Rodzicu, nauczycielu – drogę tę pokonujecie razem"
(Piotrowicz 2012)

Wprowadzenie

Na temat niepełnosprawności człowieka nieustannie toczy się społeczna dyskusja, mająca charakter nie tylko naukowy. Zasadność jej prowadzenia wydaje się oczywista, gdyż celem jest poprawa sytuacji rodzin wychowujących dzieci zagrożone niepełnosprawnością. Opierając się zarówno na teorii, jak i praktyce pedagogicznej, można stwierdzić, że najkorzystniejsze dla tych rodzin jest nie tyle wsparcie formalne (ekonomiczne, rzeczowe), ile przede wszystkim psychologiczne. Szereg publikacji naukowych porusza kwestię tej formy wsparcia, jednak niewiele z nich dotyczy bezpośrednio kwestii życia z chorobą i konieczności zrozumienia nieoczekiwanej przecież niepełnosprawności narodzonego dziecka.

Terapia dziecka – terapią rodziny

Analiza problematyki terapii rodzin w kontekście wychowania dziecka zagrożonego niepełnosprawnością pozwala na stwierdzenie, że nie zawsze tam, gdzie dostrzega się potrzebę niesienia pomocy, potrzebujący otrzymują wsparcie psychologiczne. Przyczyn tej sytuacji jest kilka, między innymi brak grup wsparcia oraz niechęć rodziców do uczestnictwa w tych

spotkaniach. Ponadto w powszechnym odbiorze społecznym terapia rodziców dzieci niepełnosprawnych polega głównie na rozmowach o dziecku, jego zachowaniach, postępach i osiągnięciach, a w konsekwencji o jego niepełnosprawności. Wydaje się więc, iż dla specjalisty jest to sprawa dość prosta z racji wiedzy i kompetencji, jednak taki dialog dotyka sfery dość szczególnej i dla wielu rodziców niezrozumiałej. Niedosyt informacji, skutkujący szeregiem negatywnych emocji, powoduje, „że relacje między rodzicami a profesjonalistami nie spełniają oczekiwań obu stron. Wzajemny kontakt bywa źródłem stresu, którego doświadczają zarówno rodzice, jak i specjaliści" (Sińska 2007, s. 240). Okazuje się również, że bezradność i niedosyt informacji o zaburzonym rozwoju dziecka wynikają często z niewiedzy rodziców, którzy nie dopuszczają do świadomości konsekwencji, jakie może przynieść choroba. Początkowo dość często sięgają po informacje, później ta aktywność ulega wygaszeniu.

Dla rodziców doświadczających choroby dziecka jest to temat bolesny. Właściwie można powiedzieć, że wielopłaszczyznowa i często skomplikowana kwestia ułomności człowieka jest niełatwa we wszelkich interakcjach, ponieważ dotyka sfery bardzo osobistych przeżyć. Konieczne zatem staje się spojrzenie „na niepełnosprawność z punktu widzenia rodziny wychowującej to dziecko. Zaburzenia rozwoju, które dotknęły tę małą, niewinną istotę, poważnie rzutują na strukturę funkcjonowania jego rodziny, gdzie plany, marzenia i nadzieje zamknęły się w jednym słowie – niepełnosprawny. Rodziny, w których pojawia się tego rodzaju problem, miotane są bardzo często negatywnymi emocjami; niejednokrotnie taki stan doprowadza do wspólnych oskarżeń, żalów, pretensji, co skutkuje zaburzeniami życia i pożycia małżeńskiego, doprowadzając do rozpadu lub separacji" (Minczakiewicz, Grzyb, Gajewski 2003, s. 178). Celem dialogu o niepełnosprawności jest zrozumienie i akceptacja dziecka takim, jakie ono jest. Skłaniamy się ku stwierdzeniu, że aby możliwe było godne życie z chorobą, konieczna jest terapia całej rodziny.

Pomimo rozwoju medycyny i opracowywania coraz doskonalszych rozwiązań terapeutycznych, choroba nigdy nie będzie zjawiskiem, które przyjmiemy postawą w pełni akceptującą. Pojawiać się będą pytania: „Dlaczego my?"; „Jak to się stało, przecież byliśmy i jesteśmy zdrowi?"; „Co było przyczyną?"; „Kto jest winny ułomności?"; „Czy jest lekarstwo na tę chorobę?"; „Czy moje dziecko będzie zdrowe?". Jakich udzielić na nie odpowiedzi, a nawet w jaki sposób przeprowadzić rodzinę przez tak specyficzny dialog, na końcu którego pada stwierdzenie – dziecko jest i będzie niepełnosprawne? Poszukując rozwiązań, nie możemy zapominać, iż każdą z rodzin należy traktować indywidualnie, nie tylko z powodu zróżnicowanych diagnoz, ale i ze względu na odmienne przygotowanie emocjonalne.

Zachowania rodziców dzieci niepełnosprawnych wykazują podobieństwa, a etapy przystosowawcze przebiegają w sposób podobny. Sytuacje i okoliczności im towarzyszące są o tyle istotne, że często współdecydują o treści pierwszych rozmów o niepełnosprawności dziecka i w konsekwencji o charakterze świadczonej pomocy. Warto więc przybliżyć te etapy, żeby zrozumieć reakcje rodziców. Są to:

- Okres szoku – reakcje towarzyszące: wstrząs psychiczny, obniżenie nastroju, dezorganizacja życia, rozpacz, żal, bezradność, permanentne cierpienie, niekontrolowane reakcje emocjonalne, lęk;
- Okres kryzysu emocjonalnego – reakcje towarzyszące: depresja, rozpacz, smutek, przygnębienie, bezradność, poczucie skrzywdzenia, konflikty, kłótnie, dezorganizacja życia rodzinnego, alkoholizm, częste odsuwanie się ojców od rodziny lub jej opuszczenie;
- Okres pozornego przystosowania – reakcje towarzyszące: nieuznawanie faktu niepełnosprawności dziecka, apatia, poszukiwanie „cudownego" leku, poszukiwanie winnych niepełnosprawności dziecka, wzajemne obwinianie się rodziców, poszukiwanie specjalistów i nowatorskich metod terapii, pesymizm, zaniechanie działań rehabilitacyjnych;
- Okres konstruktywnego przystosowania – reakcje towarzyszące: poszukiwanie racjonalnych rozwiązań w celu pomocy dziecku, radość z dostrzeganych postępów dziecka, efektywność działań rodziców na rzecz rodziny, lęk o stan zdrowia dziecka i rodziny, czasami zaburzenia emocjonalne.

Patrząc z perspektywy wieloletnich już doświadczeń, możemy powiedzieć, że aby wsparcie psychologiczne i pedagogiczne dostosować do potrzeb rodziny wychowującej dziecko o niepełnej sprawności, należy kierować się charakterystykami danego okresu. Kolejnym kwalifikatorem jest współczesny zakres możliwego do udzielenia wsparcia ekonomiczno-społecznego, stanowiący pośredni argument na rzecz jego rozszerzenia, ale też zainteresowania się tym obszarem przez instytucje udzielające pomocy.

Rozwiązania systemowe, które obecnie funkcjonują, może i są przyjazne osobom potrzebującym, ale nie zawsze odpowiadają potrzebom rodziny, w której urodziło się dziecko zagrożone niepełnosprawnością. Warto więc zwrócić uwagę, że to instytucje powinny podążać za rodziną, a nie jak dotąd – rodzina za instytucją. System, począwszy od szpitala, w którym nastąpił poród, po przychodnie zdrowia i lekarzy pierwszego kontaktu, jak również psychologa, którego obecność powinna być priorytetem współczesnego szpitala, a zarazem stanowić pierwsze ogniwo w łańcuchu efektywnego i koniecznego wsparcia, nie zawsze zdaje egzamin. Nie można biernie czekać z pełnym pakietem pomocy, aż rodzina samodzielnie osiągnie etap konstruktywnego przystosowania, ponieważ im więcej wiemy, tym większy zakres wsparcia możemy zaoferować.

Niepełnosprawność w kontekście dziecka, rodziców i specjalistów

Przeżycia rodziców nie są obojętne dla nowo narodzonego czy wychowywanego dziecka niepełnosprawnego. W różnych okresach przystosowawczych wpływ ich emocji i zachowań jest różny. Specyficzne okoliczności współdecydują o podejmowaniu dialogu z rodzicem

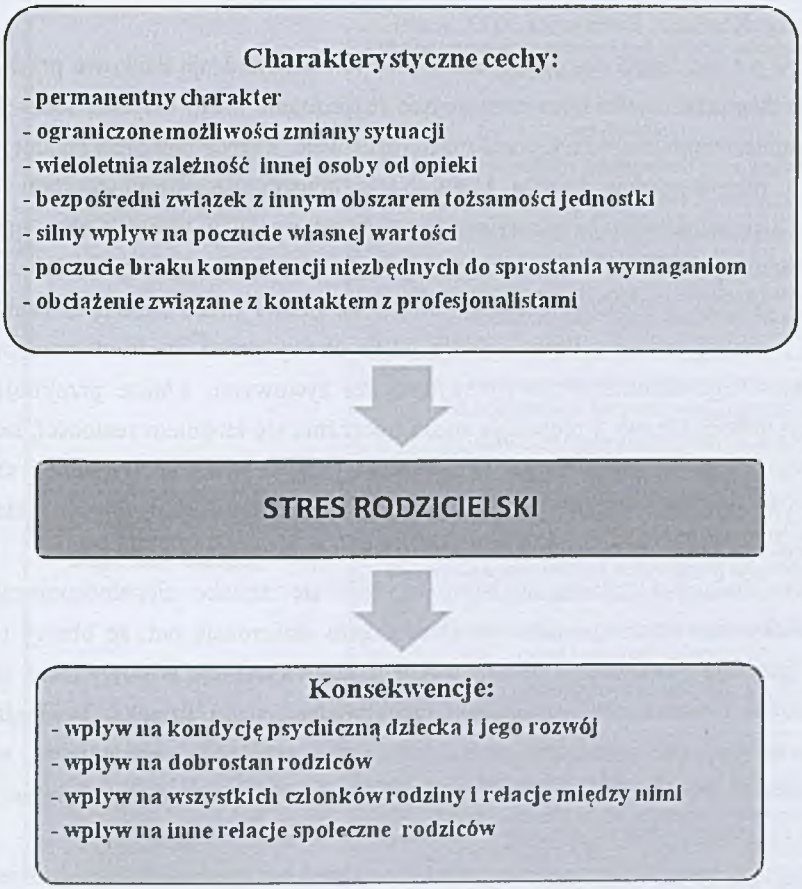
nie tylko na rzecz dziecka, ale też rodziny wymagającej indywidualnego podejścia pedagogów i specjalistów (rys. 1).

Rys. 1. Okresy przystosowawcze rodziców do niepełnosprawności w kontekście funkcjonowania dziecka

Fig. 1. Stages of parental adaptation to disability in the context of the child's functioning

Źródło: opracowanie własne

Patrząc z perspektywy rozwoju dziecka o niepełnej sprawności, zauważamy szereg istotnych okoliczności mogących współdecydować o jego egzystencji. Mówimy tu szczególnie o pierwszych trzech okresach przystosowawczych, w których rodzice w sposób dla siebie specyficzny i indywidualny przeżywają nieplanowaną przecież niepełnosprawność potomka. Potwierdzeniem tych spostrzeżeń są wskazania Zofii Zagroby i Angeliki Zawitkowskiej-Grad (2011, s. 196). Autorki zwracają uwagę na charakterystyczne cechy stresu doświadczanego przez rodziców dzieci niepełnosprawnych oraz jego konsekwencje, mogące destrukcyjnie oddziaływać nie tylko na samych rodziców, ale także na rozwój dziecka, stosunki rodzinne oraz funkcjonowanie rodziców w środowisku społecznym (rys. 2).



Rys. 2. Charakterystyka stresu rodzicielskiego
Fig. 2. Characteristics of parental stress
Źródło: Pisula E.: Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju, Warszawa 2007, s. 43, za: Zagroba Z., Zawitkowska-Grad A.: Pedagog wobec problemów trajektorii cierpienia rodziców dzieci niepełnosprawnych. „Edukacja Humanistyczna", nr 2, 2011

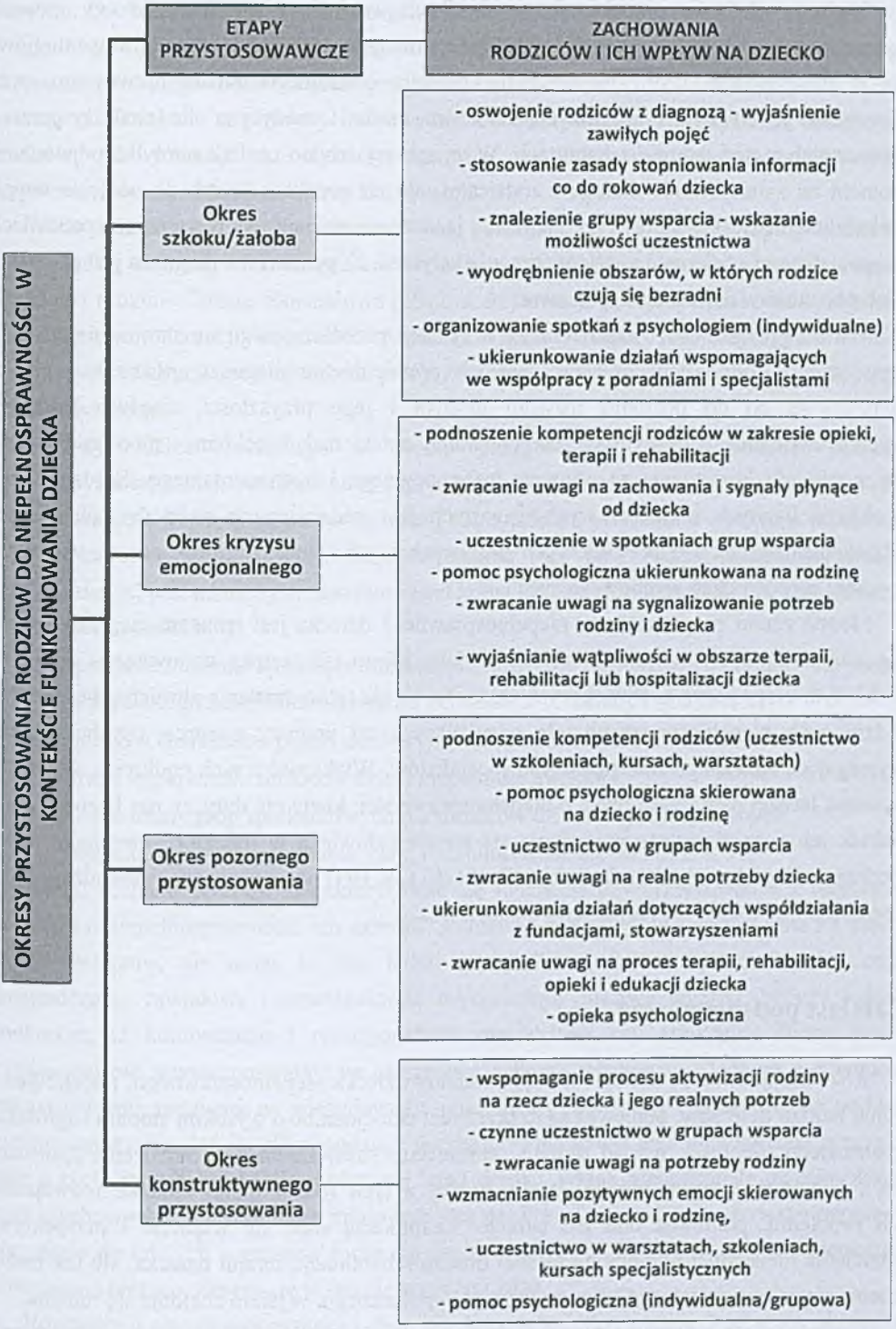
Analizując zaprezentowane schematy, zauważamy obszary korelujące, jednak konsekwencje stresu rodzicielskiego zobrazowane zostały w sposób dość ogólny (E. Pisula 2007).

W przypadku tak istotnego problemu, jakim jest choroba dziecka, nie bez znaczenia są informacje dotyczące zaburzeń. Ich źródłem jest przeważnie diagnoza medyczna, często zawiła i niezrozumiała. „Postawienie i przekazanie diagnozy o chorobie czy niepełnosprawności ich dziecka jest dla rodziców wstrząsem, porównywanym z reakcją na najbardziej dramatyczne zdarzenia życiowe: poważne zagrożenie życia lub fizycznej integralności jednostki, poważne zagrożenie lub zranienie doznane przez dzieci, współmałżonka lub innych bliskich krewnych lub przyjaciół, rozpad rodziny czy domu, nagłą śmierć bliskiej osoby. Specjaliści zajmujący się problematyką wstrząsu (traumy) uważają, że istnieje zespół charakterystycznych reakcji będących odpowiedzią na dramatyczne, losowe wydarzenia" (Al-Khamisy, Kosmala, Piotrowicz 2012, s. 49).

Rozmowy z rodzicami dzieci niepełnosprawnych potwierdzają naukowe przekonanie, że to właśnie diagnoza, zawierająca niepokojące rozpoznanie stanu dziecka, rodzi negatywne emocje. Najpierw ujawnia się lęk przed macierzyństwem, który wiąże się z lękiem przed upośledzeniem, niesprawnością dziecka. Uczucie lęku konsoliduje się z niedosytem informacji, a niekiedy z niewłaściwym przekazywaniem tych informacji w formach zbyt agresywnych lub wartościujących. Innym rodzajem lęku, jakiego doświadczają rodzice dzieci niepełnosprawnych, jest lęk społeczny, z którym wiąże się obawa przed zaprzepaszczeniem szans własnych i swojej rodziny. Pojawiają się także obawy przed konfrontowaniem swojego niepełnosprawnego dziecka z nowymi sytuacjami życiowymi, a także przejmujący strach przed przyszłością. Obawy i niepokoje rodziców różnią się stopniem realności, treścią i siłą oddziaływania. W takiej sytuacji odpowiednio zaprojektowane wsparcie, szczególnie w pierwszym okresie życia dziecka, jest gwarancją realnego i efektywnego oddziaływania najważniejszego dla dziecka środowiska, jakim jest rodzina.

Podjęcie dialogu z rodziną, w której urodziło się dziecko niepełnosprawne, stanowi wyzwanie dla wszystkich specjalistów. Dość często stwierdzają oni, że obawy i niepokoje rodziców generują powstawanie bariery niechęci, która kształtuje postawy takie, jak zaprzeczanie faktom i odrzucanie rozpoznania rzeczywistego stanu dziecka. Dochodzą jeszcze problemy wewnętrzne pomiędzy małżonkami oraz problemy ekonomiczne wynikające z ograniczonych możliwości zarobkowania, co skłania do uznania tych rodzin za zagrożone rozpadem i wymagające specjalnego wsparcia.

Częścią składową wsparcia jest również możliwość rozmowy – dialogu o dziecku, które miało być idealne, a o którym tak trudno jest rozmawiać w kontekście jego problemów, choroby czy niepełnosprawności. Dlatego też uznałyśmy za zasadne wskazanie możliwych tematów rozmów podejmowanych z rodzicami dzieci o niepełnej sprawności (rys. 3).



Rys. 3. Okresy przystosowania rodziców do niepełnosprawności – podejmowanie dialogu
Fig. 3. Stages of parental adaptation to disability – engaging in a dialogue
Źródło: opracowanie własne

Wielu specjalistów pracujących w ośrodkach wczesnego wspomagania czy grupach wsparcia z góry wie, że stan niektórych dzieci nie ulegnie większej poprawie. Mowa tu głównie o zaburzeniach, wynikających z uszkodzenia centralnego układu nerwowego, oraz chorobach genetycznych lub innych, na które nauka i medycyna nie znalazły jeszcze skutecznych metod terapii i rehabilitacji. W tej sytuacji trudno znaleźć nie tylko odpowiedni moment na zainicjowanie dialogu z rodzicami, ale też przekonanie ich do podjęcia terapii i rehabilitacji dziecka, którego tak naprawdę jeszcze nie poznali. Na pierwszych spotkaniach ze specjalistami większość rodziców pragnie usłyszeć, że postawiona diagnoza jest pomyłką, a ich obecność w ośrodku przypadkowa.

Marta Pągowska (2010) zaznacza, że w sytuacji przedłużającego się chronicznego stresu wywołanego trudnościami w uzyskaniu lub potwierdzeniu diagnozy, późniejszej ciągłej niepewności co do poziomu rozwoju dziecka i jego przyszłości, ciągłych trudności wychowawczych i edukacyjnych, nieprzerwanej opieki nad dzieckiem – nieoceniona staje się możliwość korzystania ze wsparcia informacyjnego i instrumentalnego. Bardzo ważna w obliczu licznych trudności wychowawczych jest pedagogizacja rodziców, obejmująca udzielanie informacji o prawidłowych postawach wychowawczych oraz pomoc w rozwiązywaniu niepowodzeń wychowawczych .

Można zatem powiedzieć, że niepełnosprawność dziecka jest tematem ciągle otwartym we wszystkich społeczeństwach naszego świata. Mimo tak szeroko ujmowanego problemu w dalszym ciągu jedną z największych trudności są nie tylko działania altruistyczne na rzecz rodzin osób niepełnosprawnych, ale wynikające z tej pomocy wsparcie psychologiczne, wymagające znacznego zaangażowania specjalistów. Większość z nich podkreśla, że zdecydowanie łatwiej nam dyskutować o niepełnosprawności, kiedy nie dotyczy nas bezpośrednio. Jednak jej niespodziewane pojawienie się stawia człowieka w trajektorii cierpienia, które według Z. Zagroby i A. Zawitkowskiej-Grad (2011, s. 193) na pewien czas reorganizują życie i przestaje ono toczyć się rutynowym trybem.

Zamiast podsumowania

Rozważając kwestię dialogu w kręgu rodziny dziecka niepełnosprawnego, podejmujemy temat bardzo delikatny, ponieważ są to przeżycia emocjonalne o wysokim stopniu zagrożenia społecznego (depresja, rozpad rodziny, chroniczny stres, załamanie, odrzucenie społeczne itp.). Nie można zatem mówić, iż dla każdej z tych rodzin mamy gotowe rozwiązanie ich problemu, ponieważ ono nie istnieje. Eksplikacją staje się wsparcie i perspektywa udzielenia niezbędnej pomocy na trudnej drodze rehabilitacji, terapii dziecka, ale też zrozumienia stanu emocjonalnego, ekonomicznego i społecznego, w jakim znajduje się rodzina.

Rozmowy z rodzicami o niepełnosprawności są konieczne. Ułatwiają im zrozumienie sytuacji, pogłębiają więzi, uczą postępowania w chorobie, ale też pozwalają na odnalezienie wielu odpowiedzi na znane wszystkim pytanie: „Dlaczego my?". Janina Wyczesany (2006)

zauważa, iż określenie sposobu postrzegania przez rodziców upośledzenia dziecka oraz ich wzajemnego wpływu na życie to ważne zadanie dla pedagogów. Po zakończeniu trudnego okresu adaptacyjnego można dopiero przejść do omówienia kwestii radzenia sobie rodziców ze stresem. Działania te powinny doprowadzić do efektywnego wykorzystania dostępnych środków, jak również do wykorzystania ich w sposób sprzyjający prawidłowemu przystosowaniu się rodziny do zaistniałej sytuacji.

Warto odnieść się do sprawdzonych już koncepcji, dzięki którym dialog rodziców ze specjalistą staje się efektywnym rozwiązaniem w ramach pakietu całościowej pomocy udzielanej rodzinie. Joanna Kosmalowa (2012, s. 51) uważa, że istotą rozwiązania problemu jest konstatacja emocji rodziców. Autorka wskazuje kilka merytorycznych kwestii dotyczących aranżacji spotkań i form pracy z osobami wychowującymi dzieci o niepełnej sprawności. Są to:

- Indywidualne rozmowy z osobą przygotowaną do udzielania pomocy psychologicznej: profesjonalnej (np. z psychologiem terapeutą lub psychoterapeutą), paraprofesjonalnej (np. z pedagogiem, nauczycielem po kursach z zakresu udzielania pomocy psychologicznej), nieprofesjonalnej (np. inny rodzic niepełnosprawnego dziecka, przeszkolony w zakresie zasad kontaktu z drugim człowiekiem, komunikacji, asertywności itp.).
- Spotkania rodzinne z osobą profesjonalnie lub paraprofesjonalnie zajmującą się pomocą psychologiczną (jedna rodzina i specjalista, 2–3 rodziny i specjalista).
- Zajęcia o charakterze psychoedukacyjnym lub terapeutycznym dla kilku rodzin.
- Grupa wsparcia dla rodziców dzieci niepełnosprawnych.
- Różne formy grup spotkaniowych dla rodziców dzieci niepełnosprawnych.
- Psychoterapia – indywidualna, pary, rodzinna (Kosmalowa 2012, s. 52).

Jakimi cechami powinni charakteryzować się ludzie, którzy przeprowadzą z rodzicami rozmowy o niepełnosprawności ich dziecka? Ponieważ są to dyskusje specyficzne i z natury bardzo delikatne, nie mogą to być ludzie przypadkowi, muszą natomiast mieć duże doświadczenie zawodowe i reprezentować odpowiednią postawę etyczną. Należy jednak podkreślić, iż kompetencje i profesjonalizm specjalistów czy atrakcyjne formy pracy z rodzicami nie zawsze pozwalają na osiągnięcie sukcesu relacyjnego. Jednym z powodów jest nastawienie rodziców na zdecydowanie inne kanały informacji i skłonność do podważania diagnozy. Trudno im się pogodzić z gorzką prawdą, nawet jeśli potwierdzają ją przykłady z życia innych ludzi. Nie można się temu dziwić, wszak niedoskonałe dziecko, które będą wychowywać, tak naprawdę miało być idealne. Prawda jest taka, iż pierwsze rozmowy nie należą do łatwych – czasami toczą się zaplanowanym torem, a czasami ich scenariusz powstaje na bieżąco, tworzy się w trakcie wymiany zdań.

Rozmowy o niepełnosprawności i chorobie dziecka to jeden z najtrudniejszych obszarów terapii rodziny. Ich treść nie wynika bowiem z niezrozumienia problemu, ale z bolesnych przeżyć i emocji, które rządzą się swoimi prawami. Odwieczne pytanie: „Jak rozmawiać

z rodzicami o niepełnosprawności dziecka?" zawsze będzie otwarte na nowe warianty możliwych odpowiedzi, ale cel dialogu pozostaje niezmiennie ten sam – pogodzenie się z chorobą i pokochanie dziecka takim, jakie ono jest.

Bibliografia

1. Kosmalowa J.: O pomaganiu i współpracy. Nauczyciele i inni specjaliści wobec rodziców dzieci ze specjalnymi potrzebami, [w:] Al-Khamisy D., Kosmala J., Piotrowicz R. (red.): One są wśród nas. Poradnik dla nauczycieli i specjalistów edukacji włączającej oraz rodziców dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością opracowany w ramach pomocy dla Gruzji. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.
2. Minczakiewicz E.M., Grzyb B., Gajewski Ł., 2003: Elementarz dla rodziców. Dziecko ryzyka a wychowanie. Kraków 2003.
3. Pągowska M.: Psychospołeczna sytuacja rodziny dziecka z autyzmem – etap adaptacji do niepełnosprawności dziecka. „Szkoła Specjalna", nr 10, 2010.
4. Piotrowicz R.: Zrozumieć niepełnosprawność. Wspomaganie w uczeniu..., [w:] Al-Khamisy D., Kosmala J., Piotrowicz R. (red.): Poradnik dla nauczycieli i specjalistów edukacji włączającej oraz rodziców dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością opracowany w ramach projektu pomocy dla Gruzji, Ośrodek Rozwoju Eddukacji, Warszawa 2012.
5. Sińska J.: Opinie matek dzieci z zaburzeniami rozwoju na temat współpracy ze specjalistami, [w:] Pisula E., Danielewicz D. (red.): Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością. Harmonia, Gdańsk 2007.
6. Wyczesany J.: Problemy rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym w kontekście jakości życia. „Konspekt", nr 2–3, 2006.
7. Zagroba Z., Zawitkowska-Grad A.: Pedagog wobec problemów trajektorii cierpienia rodziców dzieci niepełnosprawnych. „Edukacja Humanistyczna", nr 2(25), 2011.

TEORIA DIALOGU Z RODZICAMI DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO W KONTEKŚCIE ETAPÓW PRZYSTOSOWAWCZYCH DO „SZCZEGÓLNEGO" RODZICIELSTWA

Streszczenie

W artykule podjęto dyskusję nad wybranymi kontekstami dialogu z rodzicami o niepełnosprawności ich dziecka. Ważnymi zagadnieniami, jakie omówiono, są etapy przystosowawcze rodziców do „szczególnego" rodzicielstwa, jakim jest wychowanie dziecka o niepełnej sprawności. Analizy tych etapów, rozpatrywane w aspekcie przeżywanego stresu i funkcjonowania dziecka, stały się inspiracją do nakreślenia możliwych obszarów dialogu z rodzicami na poszczególnych etapach przystosowawczych.

THE THEORY OF DIALOGUE BETWEEN PARENTS AND A DISABLED CHILD IN THE CONTEXT OF STAGES OF ADAPTATION TO 'SPECIAL' PARENTING

Summary

In the article selected contexts of a dialogue with parents on their child's disability are discussed. The key areas covered here include issues related to individual stages of parental adjustment to the specificity of raising a disabled child. The conducted analyses of the stress experienced and the child's functioning during these stages served as a basis for determining possible areas of dialogue with parents at specific adjustment stages.

Jerzy WOLNY
Politechnika Śląska
Kolegium Pedagogiczne

ORGANIZACJA SYSTEMU DIAGNOZOWANIA I KLASYFIKOWANIA DO UCZESTNICTWA W RÓŻNYCH FORMACH AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ OSÓB Z GŁĘBSZĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ NA PRZYKŁADZIE OKRĘGU ENZ W NIEMCZECH

Założenia wstępne

Myśląc współcześnie o edukacji osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną, można stwierdzić, iż przebiega ona według schematu podobnego do edukacji wszystkich pozostałych uczniów w Polsce, z wyjątkiem edukacji postgimnazjalnej, gdzie dla tej grupy uczniów jedyną propozycją dalszej edukacji jest szkoła przysposabiająca do pracy. Różnice wobec pozostałych form organizacyjnych w edukacji widoczne są także w podstawie programowej dla tych szkół już chociażby w formułowanych celach edukacyjnych:

„Celem edukacji uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym jest rozwijanie autonomii ucznia niepełnosprawnego, wdrażanie go do funkcjonowania społecznego, rozumienia i uznawania norm społecznych, a w szczególności wyposażenie go – stosownie do jego możliwości – w takie umiejętności i wiadomości, które pozwolą mu na postrzeganie siebie jako niezależnej osoby oraz, aby:

1. mógł porozumiewać się z otoczeniem w najpełniejszy sposób, werbalnie lub pozawerbalnie;
2. zdobył maksymalną samodzielność w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych;
3. był zaradny w życiu codziennym, adekwatnie do indywidualnego poziomu sprawności i umiejętności oraz miał poczucie decydowania o sobie;
4. mógł uczestniczyć w różnych formach życia społecznego na równi z innymi członkami danej zbiorowości, znając i przestrzegając ogólnie przyjętych norm współżycia, zachowując prawo do swojej inności".[1]

[1] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2012 poz. 977).

Warto zwrócić uwagę, iż w cytowanym rozporządzeniu używane jest określenie „upośledzenie umysłowe", które w dużym stopniu zostało przez społeczność międzynarodową zastąpione mniej stygmatyzującym określeniem „niepełnosprawność intelektualna". Wydaje się, że warto byłoby już poważnie rozważyć zmianę używanej powszechnie terminologii również w polskich przepisach prawnych.

Bardziej rozbudowane cele znajdują się w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla szkół specjalnych przysposabiających do pracy dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dla uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi[2]. Scharakteryzowano tam ponadto kompetencje edukacyjne, środowiskowe i osobiste, które uczniowie ci powinni nabyć, jak również wyszczególniono zawody i zajęcia, które mogą w przyszłości wykonywać.

Cele formułowane w podstawie programowej odnoszą się przede wszystkim do rozwoju kompetencji komunikacyjnych i społecznych tej grupy uczniów, co powinno przekładać się na zadania organizowane dla nich w szkole i w środowisku, a także mieć przełożenie na rozwiązania postedukacyjne. Czy tak jest w istocie, to z pewnością zupełnie inne zagadnienie. Niniejsze opracowanie skupia się raczej na prezentacji rozwiązań stosowanych w Badenii-Wirtembergii w Niemczech i na próbie ukazania uwarunkowań związanych z tworzeniem systemu diagnostyczno-terapeutycznego oraz rozwiązań socjalnych dla osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną.

Zadania placówek oświatowych związane z realizacją procesów aktywizacji osobistej i społeczno-zawodowej osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną implikują wiele czynności, w tym przede wszystkim: (a) analizę sposobów diagnozowania, (b) przyjęcie modelu diagnostyczno-terapeutycznego wykorzystywanego do dalszej organizacji zadań edukacyjnych i rehabilitacyjnych, (c) określenie sposobów weryfikacji założonych w tym zakresie celów, treści i zadań. Ponieważ procesy te dokonują się w stosunkowo długiej perspektywie czasowej, rzędu kilkunastu lat, należy uwzględnić zróżnicowanie stosowanych metod pracy i rozwiązań organizacyjnych, w tym na przykład kwestie dotyczące niskiego przyrostu kompetencji tej grupy osób mimo ogromnego nakładu pracy. Inną jeszcze sprawą jest kwestia rozłożenia odpowiedzialności za te procesy pomiędzy szkołę, rodziców i inne instytucje z obszarów medycyny czy opieki społecznej i wzajemnej współpracy. Wreszcie, co najbardziej istotne, konieczna staje się ocena czy może analiza efektywności stosowanych powszechnie rozwiązań, na przykład poprzez określenie, ile osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną jest w stanie samodzielnie mieszkać, pracować, zakładać rodziny itd. Chodzi zatem o opis, o swoiste know how sposobów osiągania takich efektów.

Wydaje się także, że w związku z powyższymi stwierdzeniami coraz bardziej paląca się potrzeba dokonania redefinicji funkcji szkoły w tym zakresie, a być może tylko ponownej analizy realizowanych obecnie procesów diagnostycznych, edukacyjnych i terapeutycznych.

[2] Ibidem, zał. nr 7.

Czy reorganizacja rozwiązań w edukacji wystarczy do zbudowania efektywnego systemu wspierania tej grupy osób w zakresie osiągania jak największej samodzielności w życiu społecznym i zawodowym? Z pewnością nie. Konieczne będą także inne rozstrzygnięcia pozwalające na ściślejszą współpracę ze służbą zdrowia, opieką społeczną i środowiskiem lokalnym.

Organizacja rozwiązań systemowych w okręgu Enz w Niemczech

Poniżej przedstawione zostaną rozwiązania stosowane w okręgu Enz w Badenii-Wirtembergii w Niemczech, które wydają się obecnie najbardziej zaawansowane w tym zakresie. Szacuje się, iż w tym okręgu ok. 80% osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz chorych psychicznie znajduje zatrudnienie na otwartym rynku pracy. Duża część z nich mieszka samodzielnie i funkcjonuje z mniejszym lub większym wsparciem ze strony służb lokalnych.

Początki funkcjonujących tam rozwiązań sięgają końca lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Zainicjował je jeden z uczniów (Frank), który postanowił dojeżdżać do szkoły nie tak jak wszyscy – autobusem szkolnym, ale powszechnie dostępnymi środkami komunikacji. Wywołało to początkowo obawy nauczycieli o jego bezpieczeństwo. W konsekwencji jednak powstał zorganizowany system kształtowania autonomicznych kompetencji i umiejętności. Obecnie uczniowie dojeżdżają na organizowane w filiach szkoły zajęcia czasem ok. 30 km, co może się wydawać nieracjonalne, spełnia jednak ważną funkcję w kształtowaniu u uczniów poczucia samodzielności i nabywaniu przez nich realnych kompetencji (Wolny, Flanczewska-Wolny 2008). Chodzi tutaj o tworzenie zestawu różnego rodzaju aktywności stanowiących w sensie programowym jak gdyby inwentarz kompetencji koniecznych do uzyskania samodzielności w możliwie szerokim zakresie, gdzie samodzielność w poruszaniu się środkami komunikacji lokalnej jest jednym z ważnych elementów.

Najważniejszym motorem zmian stał się powołany wówczas w szkole zespół ds. usamodzielniania, złożony z nauczycieli, który przeanalizował ponownie realizowane w szkole programy nauczania i inne typowe działania podejmowane przez środowisko (Wolny 2009). Efektem pracy zespołu było również wypracowanie różnego rodzaju narzędzi diagnostycznych, głównie arkuszy obserwacji, monitorujących przebieg procesu edukacyjno-terapeutycznego i dokumentujących rozwój podopiecznych w kierunku samodzielności i samostanowienia. Oprócz kompetencji związanych z podróżowaniem otwartymi środkami komunikacji zespół z czasem opracował zestaw innych umiejętności koniecznych do pełnego rozwoju społecznego, zbliżonych do tych, które znamy ze stosowanego powszechnie w Polsce inwentarza rozwoju społecznego Gunzburga w dostosowaniu Witkowskiego (skale PAC-1 i PAS rozszerzone o kompetencje, których w tych skalach nie ma, gdyż pojawiły się dopiero w czasie późniejszym) czy może przede wszystkim wynikające z własnych analiz i pochodzące bezpośrednio od samych osób niepełnosprawnych, jak na przykład:

- zna zadania służb porządkowych, takich jak poczta, policja, straż pożarna, służby ratunkowe, bank,
- zna zastosowanie telefonu, potrafi obsługiwać telefon, potrafi płynnie i bezbłędnie podać swój numer telefonu, zna numery alarmowe,
- zna dokumenty osobiste i potrafi ich używać,
- kupuje bilety (np. do autobusu, ale też do kina itp.) i ich używa,
- rozpoznaje i rozróżnia automaty biletowe i w urzędach,
- potrafi się odpowiednio zachowywać jako pieszy,
- orientuje się w kolorach i symbolach świateł drogowych,
- obserwuje ruch drogowy przy przechodzeniu przez jezdnię (patrzy w lewo i prawo),
- zna ulice i otoczenie szkoły oraz korzysta z zasad ruchu drogowego (przy zakupach),
- na dworcu kolejowym przechodzi między peronami, korzystając z pod- i naziemnych przejść,
- jeździ na rolkach, trzykołowym rowerze, jeździ samodzielnie na rowerze, korzysta ze ścieżek rowerowych,
- zna najważniejsze znaki drogowe.

Takich i podobnych propozycji kształtowania i monitorowania rozwoju konkretnych umiejętności sformułowano w okręgu Enz znacznie więcej. Istotne jest to, że bazują one na opracowanych samodzielnie przez szkolny zespół arkuszach obserwacji zawierających przemyślane zestawy kompetencji dotyczących możliwych dróg rozwoju i aktywizacji osobistej, społecznej, a następnie zawodowej ucznia[3].

Aktywizacja zawodowa zajmuje szczególne miejsce w konkretnych działaniach o charakterze merytorycznym, organizacyjnym czy nawet systemowym. Analizowane kompetencje to na przykład punktualność, umiejętność stosowania przerw w pracy i motywacja do pracy. Poniżej zaprezentowano fragment arkusza obserwacji „szkoła – praca" oceniającego przygotowanie uczniów i absolwentów szkół specjalnych do zatrudnienia na otwartym rynku pracy (w tłumaczeniu własnym autora).

Podstawowe obszary funkcjonowania:

- Motoryka i koordynacja, spostrzeganie
- Koncentracja uwagi, rozumienie pojęć
- Samoorganizacja / samoorganizacja pracy

[3] Opracowano na podstawie materiałów źródłowych udostępnionych przez K.P. Bohringera, byłego dyrektora szkoły w Pforzheim i twórcę wielu zastosowanych tam rozwiązań. Tytuł oryginału Beobachtungsbogen - Schule – Betrieb, Pforzheim 1996.

Zdolności specjalne:

- Umiejętność podejmowania decyzji, odpowiedzialność, umiejętności przywódcze, pewność siebie, kreatywność, elastyczność, asertywność

Umiejętności wymagane w procesie wykonywania pracy:

- Jakość pracy, wydajność, tempo pracy, wytrzymałość
- Umiejętność radzenia sobie ze stresem Na polecenia,
- Posiadanie kwalifikacji zawodowych
- Umiejętności pracy w grupie / zespole
- Znajomość zasad BHP

Umiejętności społeczne. Kwalifikacje:

- Umiejętność dzielenia się wiedzą i doświadczeniem
- Umiejętność przyjmowania krytyki
- Tolerancja umiejętności komunikacyjne, dbałość o wygląd, znajomość reguł i umiejętność ich przestrzegania, zdolność do czynności prawnych, umiejętności szkolne:
- Rozumienie ustnej instrukcji, umiejętność uczestniczenia w dyskusji
- Umiejętność czytania, czytanie ze zrozumieniem
- Umiejętność pisania odręcznego
- Opanowanie podstawowych działań arytmetycznych
- Korzystanie z narzędzi pomocniczych (kalkulator), korzystanie z komputera – tworzenie i pisanie prostych tekstów

Inną również bardzo istotną kwestią jest opracowanie sposobu dokumentowania przyrostu lub braku przyrostu stosownych kompetencji, umiejętności. Warto dodać, że umiejętności rozumiane są jako zdolność do wykonywania zadań i rozwiązywania problemów właściwych dla uczenia się lub działalności zawodowej[4].

Można na przykład zastosować najprostszy zero-jedynkowy model, tj. potrafi, nie potrafi. Wydaje się jednak, że byłoby to rozwiązanie zbyt uproszczone, choćby ze względu na specyfikę funkcjonowania osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, a także z uwagi na zróżnicowanie form terapii, rozwiązań edukacyjnych czy wspierania aktywności tej grupy osób.

W Pforzheim w okręgu Enz, a następnie w całej Badenii-Wirtembergii stosuje się różne skale. Jedną z nich, wykorzystującą plusy i minusy, przedstawiono poniżej.

[4] Definicja dotyczy rozumienia terminu „umiejętności" odniesionego do ram kwalifikacji (Europejskiej Ramy Kwalifikacji – ERK i Polskiej Ramy Kwalifikacji – PRK). Definicja ta jest spójna z Zaleceniem Parlamentu Europejskiego i Rady z 23 kwietnia 2008 roku w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie. Zgodnie z oficjalnym tłumaczeniem tego zalecenia umiejętności w ERK są rozumiane jako zdolność do stosowania wiedzy i korzystania z know-how w celu wykonywania zadań i rozwiązywania problemów. W kontekście ERK wyróżnia się umiejętności kognitywne (obejmujące myślenie logiczne, intuicyjne i kreatywne) oraz praktyczne (obejmujące sprawność i korzystanie z metod, materiałów, narzędzi i instrumentów).

--	-	0	+	++

Takie rozwiązanie pozwala na dokonywanie bardziej złożonych operacji analitycznych uwzględniających specyfikę sytuacji edukacyjno-terapeutycznej, indywidualne cechy uczniów i inne czynniki, jak choćby czas konieczny do prawidłowej internalizacji ćwiczonych umiejętności.

Pięciostopniową skalę stosuje się również w cytowanym już arkuszu obserwacji „szkoła – praca", gdzie zaproponowano następujące oceny:

A = umiejętność bardzo dobrze opanowana
B = umiejętność dobrze opanowana
C = umiejętność opanowana
D = umiejętność wykonywana przy pomocy
E = brak opanowania umiejętności

W tym przypadku zastosowany został inny sposób oceny przyrostu kompetencji. W punkcie D uwzględniono możliwość wykonywania czynności przy pomocy na przykład asystenta. Powstaje tu nowy obszar zagadnień do rozstrzygnięcia, jak choćby zakres tej pomocy, aby nie była ona swoistym elementem pogłębiania się częstej w tej grupie niepełnosprawnych wyuczonej bezradności, a raczej stanowiła rzeczywisty element wsparcia tam, gdzie istnieją ograniczenia. Tematyka ta obecna jest również w polskim dyskursie naukowym oraz w różnego rodzaju rozważaniach dotyczących tworzenia się nowego zawodu w pracy z osobami niepełnoprawnymi, jakim jest asystent osoby niepełnosprawnej (Stanisławski 2006).

Jeszcze innym narzędziem służącym do oceny stopnia opanowania umiejętności edukacyjnych, opracowanym i stosowanym w Niemczech, jest arkusz obserwacji (rys. 1).

Czytanie	☐ płynnie, rozumienie tekstu na dobrym poziomie
	☐ z zacinaniem się, ze zrozumieniem sensu
	☐ z zacinaniem się, z niskim poziomem rozumienia
	☐ mechanicznie, bez zrozumienia
	☐ nie potrafi czytać
Wypowiedzi ustne	☐ liczne i płynne wypowiedzi, dobry zasób słownictwa
	☐ dobrze rozumiane wyrażenia
	☐ ograniczenia w zasobie słownictwa i w stosowaniu gramatyki

	☐ problemy z artykulacją, tworzone zdania są niekompletne
	☐ wypowiedzi słabo tematycznie powiązane
Wypowiedź pisemna	☐ poprawna pisownia, swobodne tworzenie tekstu
	☐ zawartość jest niejasna

Rys. 1. Opisowa skala oceny
Fig. 1. The descriptive assessment scale
Źródło: Tytuł oryginału: Schulische Kompetenzanalyse zur anmeldung. Pforzheim 2007

Opisowej formie oceny towarzyszy próba skategoryzowania umiejętności w wybranym obszarze funkcjonowania badanej osoby. Oczywiście przykład ten stanowić może inspirację do konstruowania narzędzi diagnostycznych usprawniających proces tworzenia programów nastawionych na kształtowanie pożądanych umiejętności na różnych etapach edukacji i rozwoju osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością, a także z innymi niepełnosprawnościami, gdyż niektóre propozycje mają charakter uniwersalny.

Na różnych etapach edukacyjnych i postedukacyjnych funkcjonują także arkusze obserwacyjne przeznaczone do oceny umiejętności związanych z kształtowaniem kompetencji zawodowych. Zastosowane w nich sposoby oceny są podobne do omówionych wcześniej lub w niewielkim stopniu zmodyfikowane (rys. 2 i 3).

W jakim stopniu uczeń/praktykant spełnia następujące podstawowe warunki (proszę zaznaczyć pola, których dotyczy):

• Punktualność	☐ tak	☐ częściowo	☐ nie
• Nieliczne nieobecności	☐ tak	☐ częściowo	☐ nie
• Motywacja do pracy	☐ tak	☐ częściowo	☐ nie
• Niezawodny	☐ tak	☐ częściowo	☐ nie

Uwagi:

Rys. 2. Arkusz oceny kompetencji przydatnych w pracy zawodowej
Fig. 2. Assessment sheet of the competences useful at professional work
Źródło: Tytuł oryginału: Schulische Kompetenzanalyse zur anmeldung. Pforzheim 2007

Zachowanie podczas pracy (jeśli istnieją na ten temat informacje istotne dla wyboru zawodu)	
Rzemiosło (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)	
☐ Samodzielny	☐ Przeważnie samodzielny
☐ Zręczny	☐ Planuje
☐ Ostrożny	☐ Płynny przebieg pracy
Podejście do pracy	
☐ Aktywny, zaangażowany, zainteresowany	
☐ Obowiązkowy	
☐ Powierzchowny, pobieżny	
Tempo pracy	
☐ Pracuje konsekwentnie, równo i bardzo szybko	
☐ Pracuje równomiernie w odpowiednim tempie	
☐ Pracuje w zmieniającym się tempie i przy akceptowalnym nakładzie czasu	
☐ Działa pochopnie i nierozważnie	
☐ Pracuje bardzo powoli i flegmatycznie	
Jakość wykonanej pracy	
☐ Starannie	☐ Wadliwie
☐ Czysto	☐ Nieczysto

☐ Zwraca uwagę na jakość	☐ Powierzchownie
Najczęściej zaobserwowane strategie rozwiązania problemów (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)	
☐ Aktywne rozwiązywanie	☐ Ignorowanie
☐ Samodzielne rozwiązywanie, po otrzymaniu pomocy	☐ Unikanie
☐ Delegowanie	☐ Odmawianie
Zachowanie społeczne	
Pewność siebie	
☐ Pewny siebie, samodzielnie podejmuje decyzje, przedstawia własną opinię	
☐ Pewny siebie w znanym mu otoczeniu, podejmuje decyzje, wypowiada swoją opinię	
☐ Nawet w znanym mu otoczeniu jest mało pewny siebie, nie ma odwagi, by samodzielnie podejmować decyzje i wypowiadać swoją opinię	
Gotowość do wzięcia odpowiedzialności	
☐ W każdej chwili bierze odpowiedzialność za własne działania, wykazuje się dużym poczuciem odpowiedzialności w stosunku do innych	
☐ Przejmuje odpowiedzialność za własne działania	
☐ Przejmuje odpowiedzialność za własne działania po odbyciu refleksyjnej rozmowy	
☐ Nie widzi potrzeby brania odpowiedzialności za własne działania i dla grupy	

Rys. 3. Całościowy inwentarz kompetencji przydatnych w pracy zawodowej
Fig. 3. The overall inventory of competences useful in professional work
Źródło: Tytuł oryginału: Schulische Kompetenzanalyse zur anmeldung. Pforzheim 2007

Część ze stosowanych w okręgu Enz arkuszy pozwala przeprowadzić analizy dotyczące wpływu i znaczenia osób, które dotychczas pracowały z danym uczniem lub potencjalnie mogłyby mieć znaczenie dla jego dalszego rozwoju, oraz analizy dotyczące wpływu szerzej rozumianego środowiska. Istotne jest także, że ostatecznie opracowano tam wykazy różnego rodzaju aktywności koniecznych do tego, aby uczeń mógł osiągać coraz wyższy poziom samodzielnego, niezależnego funkcjonowania, a następnie podjąć pracę i uczestniczyć w życiu rodzinnym czy wspólnotowym. Obejmują one różne aktywności na różnych etapach, tzn. inne we wczesnych etapach szkolnych, a inne w późniejszym okresie. Chodzi tu między innymi o umiejętność samodzielnego mieszkania (mieszkania treningowe i wspomagające, zostanie to omówione niżej), organizację czasu wolnego i inne aktywności swoiste dla rozwiązań obecnych jedynie w regionie Enz czy wynikających z bardzo indywidualnych potrzeb osób niepełnosprawnych.

Wykazy te zawierają pewne elementy omówione wcześniej, na przykład umiejętności potrzebne w procesie planowania kariery zawodowej osób niepełnosprawnych, umożliwiające ich funkcjonowanie na otwartym rynku pracy, ale także odnoszą się do innych obszarów. Przykładowo biorą pod uwagę specyficzne cechy niepełnosprawności, w tym związane z niepełnosprawnością ruchową, a co za tym idzie, określają potrzeby w zakresie dostosowania stanowisk pracy lub sygnalizują konieczność innego wsparcia, na przykład asystentury. Asystentura obejmuje między innymi usługę tłumacza z języka migowego i usługę asystenta osoby niedosłyszącej, który notuje zdania usłyszane dosłownie lub w skrótach, by wesprzeć osoby z wadami słuchu w nadążaniu za przemową lub wykładem. Do grupy działań wspierających można zaliczyć też usługi internetowe (np. TESS Usługa Relay lub Verba Voice)[5].

Mieszkanie treningowe w okręgu Enz, ale także w wielu innych częściach Niemiec odgrywa bardzo dużą rolę i jest jednym z zasadniczych elementów programu realizowanego w szkole dla uczniów z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną. Rysunek 4 przedstawia fragment arkusza wykorzystywanego do oceny umiejętności związanych z nabywaniem kompetencji samodzielnego mieszkania.

Mieszkanie treningowe w odróżnieniu od mieszkania wspomaganego funkcjonuje na etapie szkolnym i jest po prostu osobnym mieszkaniem wynajętym dla potrzeb szkoły przez samorząd, aby realizować zadania związane z przygotowywaniem osób niepełno-sprawnych do samodzielnego życia. Każdy uczeń musi przejść cały program, zaczynając mniej więcej w wieku 12 lat. Program jest bardzo złożony i obejmuje oprócz wielu skatalogowanych konkretnych umiejętności również przykładowo: (a) lekcje prowadzone przez nauczyciela w mieszkaniu w dni robocze, (b) organizację spotkania towarzyskiego w sobotę z udziałem nauczyciela, (c) spędzenie weekendu w mieszkaniu, najpierw z nauczycielem, następnie bez nauczyciela, który jest dostępny pod telefonem, wreszcie zupełnie samodzielnie. Jest to więc program złożony zarówno ze względu na przemyślane sekwencje działań, jak i ze względu na utrudnienia formalne wynikające ze stosunku pracy nauczyciela[6]. W polskich warunkach mogłoby to być szczególnie widoczne, gdyż nieznane są ani modele stosowane w praktyce, ani dostosowania formalno-prawne, które regulowałyby zatrudnianie nauczyciela w weekend w opisany wyżej sposób. Rozwiązaniem tutaj mogłoby być na przykład przejęcie całości zadań związanych z funkcjonowaniem mieszkania treningowego przez lokalne stowarzyszenie czy fundację, które zatrudniłoby nauczycieli na podstawie umowy cywilnoprawnej.

---

[5] TESS Usługa Relay – usługi wspomagające osoby z wadami słuchu przy telekomunikacji; Verba Voice jest usługą zdalnego tłumacza i stanowi pomoc dla osób z wadami słuchu.

[6] Opracowano na podstawie materiałów źródłowych udostępnionych przez K.P. Bohringera, byłego dyrektora szkoły w Pforzheim i twórcę wielu zastosowanych tam rozwiązań. Tytuł oryginału Beobachtungsbogen - Schule – Betrieb. Pforzheim 1996.

	Mieszkanie treningowe – Gospodarstwo domowe – Gotowanie	– –	–	0	+	++
1.	Przygotowuje ciepłe napoje					
2.	Zna trzy proste potrawy i potrafi je przygotować					
3.	Zmywa i wyciera naczynia					
4.	Potrafi bezpiecznie obsługiwać urządzenia elektryczne jak: czajnik, ekspres do kawy, piec					
5.	Przygotowuje listę zakupów według planu potraw do przygotowania w domu					
6.	Uważa na zachowanie przy stole i potrafi zachować się w restauracji					
	Gospodarstwo domowe – Sprzątanie					
1.	Zachowuje czystość w kuchni po użyciu pieca, zmywarki, stołu itd.					
2.	Potrafi ścielić łóżko					
3.	Przy odkurzaniu zwraca uwagę na odkurzenie całej powierzchni					
4.	Czyści łazienkę i toaletę					
	Gospodarstwo domowe – Czystość odzieży					
1.	Pilnuje czystości odzieży, bielizny i ręczników					
2.	Potrafi przebrać pościel					
3.	Sortuje brudne ubrania na kolory					
4.	Potrafi obsługiwać pralkę					
5.	Potrafi obsługiwać suszarkę do ubrań					
6.	Potrafi składać ubrania jak: spodnie, swetry, bieliznę, ręczniki					
7.	Potrafi rozwiesić mokrą odzież					
8.	Potrafi wyprasować T-shirt i ścierkę					
9.	Utrzymuje porządek w szafie z ubraniami					
	Wykorzystanie czasu wolnego					
1.	Określa plany i oczekiwania co do spędzania wolnego czasu					
2.	Rozwija własne plany co do spędzania wolnego czasu					
3.	Rozwija pasje, zainteresowania, hobby					
4.	Jest otwarty na propozycje, jak np. gra w piłkę, modelarstwo itd.					
5.	Dzieli się z innymi swoimi zainteresowaniami, próbując wciągnąć innych do wspólnych działań					
6.	Inicjuje wspólne działania poprzez zaproszenia lub rozmowy telefoniczne					
7.	Korzysta przynajmniej z trzech aktywności z wymienionych: zabawa, układanki, prace ręczne, „czytanie", słuchanie muzyki, zajęcia sportowe					
8.	Współdziała przy organizacji wspólnego życia. Pomaga przy przygotowaniu uroczystości					
9.	Wykorzystuje czas wolny do dalszego kształcenia					
	Szczególne cechy					

Rys. 4. Mieszkanie treningowe – arkusz kompetencji
Fig. 4. Apartment training – a sheet of competence
Źródło: Tytuł oryginału: Schuleinterner Beurteilungsbogen. GH Schule. Pforzheim 1993

Mieszkania wspomagane oferowane są w okręgu Enz osobom niepełnosprawnym po zakończeniu edukacji. Są to specjalne domy prowadzone przez opiekę społeczną, ale także samodzielne mieszkania, gdzie lokatorzy radzą sobie sami lub z pomocą asystentów socjalnych albo sąsiadów.

Podsumowanie

Analizując przykłady stosowania różnych arkuszy, należy stwierdzić, iż ich najbardziej charakterystyczną cechą jest to, że odnoszą się do wielu różnych funkcji związanych z aktywnością w szkole i poza nią. Pozwalają w różny sposób oceniać przyrost kompetencji i uwzględniają różne uwarunkowania wpisane w specyfikę funkcjonowania osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną.

Oprócz diagnozowania funkcjonalnego oraz badania obecnych i przyszłych możliwości ucznia, wykorzystywane są również wszystkie standardowe metody diagnostyczne, zarówno medyczne, jak i psychologiczno-pedagogiczne, niemniej ich dobór jest ściśle zindywidualizowany.

W związku z faktem, że kompetencje nie są żadną stałą i określić można tylko chwilowy poziom ich rozwoju, badania te mogą być i są wykonywane wielokrotnie. Wynika to z dwóch powodów. Pierwszym jest dążenie do zakwalifikowania jak największej liczby uczniów do nauki na wyższych poziomach, drugim natomiast podejmowanie licznych działań dodatkowych mających na celu ich usamodzielnianie i skutkujących rozwojem tychże kompetencji.

W okręgu Enz stosuje się również jako osobne narzędzia diagnozy albo jako elementy zbiorczych inwentarzy arkusze uwzględniające charakterystykę różnych zaburzeń. Przykładowo mogą one dotyczyć: (a) spektrum autyzmu, (b) cech padaczki, jej medycznych aspektów i oceny ryzyka zachorowania na padaczkę, (c) cech wzroku i słuchu – wymagań dotyczących miejsca pracy, (e) statusu słuchu z uwzględnieniem posiadanego lub postulowanego technicznego wyposażenia umożliwiającego lub wspierającego samodzielne niezależne funkcjonowanie.

Można więc z całą pewnością stwierdzić, iż opracowane i wykorzystywane w okręgu Enz narzędzia diagnozy wynikają z realizowanych tam form aktywizacji osobistej, społecznej i zawodowej osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną i tworzą w konsekwencji pewnego rodzaju system. Opisane w tym opracowaniu narzędzia diagnozy i sposoby postępowania są z powodzeniem stosowane w lokalnych instytucjach, takich jak biura pracy czy opieka społeczna. Bardziej szczegółowo funkcjonujący w okręgu Enz model został opisany w pracy „Socjopedagogiczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych" (Wolny 2008).

Reasumując można stwierdzić, iż tworząc w szkole system oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych służących aktywizacji osobistej, społecznej i zawodowej osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną, warto rozpocząć od powołania zespołu, który opracuje własne narzędzia diagnozy w postaci różnego rodzaju arkuszy obserwacyjnych dostosowanych do badania przyrostu kompetencji. Można także pokusić się o stwierdzenie, że najbardziej efektywne rozwiązania powstają zgodnie z zasadą „myśl globalnie – działaj

lokalnie", a więc dzięki wykorzystaniu pomysłów lokalnych specjalistów wspieranych przez samorząd.

Bibliografia

1. Bohringer K.P.: Verselbsstandigung von Menschen mit besonderen Begabungen und Bedurfnissen, [w:] Flanczewska-Wolny M. (red.): Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość. Impuls, Gliwice–Kraków 2007.
2. Czerepaniak-Walczak M.: Autonomia czy izonomia? O prawach osób sprawnych inaczej, [w:] Dykcik W. (red.): Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Eruditus, Poznań 1996.
3. Dykcik W.: Warunki i możliwości kulturowej transmisji postaw i zachowań społecznych wobec autonomii i izonomii osób niepełnosprawnych umysłowo, [w:] Dykcik W. (red.): Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Eruditus, Poznań 1996.
4. Flanczewska M.: Problemy społecznego odbioru osób z upośledzeniem umysłowym, [w:] Kosek-Nita B., Raś D. (red.): Kontakty z ludźmi „innymi" jako problem wychowania, opieki i resocjalizacji. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.
5. Stanisławski P.: Asystent na miarę. „Integracja", nr 1, 2006.
6. Wolny J.: Współpraca ośrodków naukowych i samorządów lokalnych w organizowaniu systemu usamodzielniania osób z upośledzeniem intelektualnym (na przykładzie okręgu ENZ w Niemczech), [w:] Baczała D., Błeszyński J., Zaorska M. (red.): Osoba z niepełnosprawnością. Opieka, terapia, wsparcie. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2009.
7. Wolny J., Flanczewska-Wolny M.: Modele budowania autonomicznego życia osób z upośledzeniem umysłowym na przykładzie wybranych doświadczeń polskich i niemieckich. [w:] Żółkowska T., Wlazło M. (red.): Socjopedagogiczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych, t. 3. Zapol, Szczecin 2008.

ORGANIZACJA SYSTEMU DIAGNOZOWANIA I KLASYFIKOWANIA DO UCZESTNICTWA W RÓŻNYCH FORMACH AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ OSÓB Z GŁĘBSZĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ NA PRZYKŁADZIE OKRĘGU ENZ W NIEMCZECH

Streszczenie

Artykuł przedstawia system diagnozowania na potrzeby aktywizacji społecznej i zawodowej osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną funkcjonujący w okręgu Enz w Niemczech. Analiza poszczególnych elementów tego systemu służy przedstawieniu najważniejszych jego składników, takich jak: określenie obszarów badanych kompetencji, sposobów oceny przyrostu wiedzy i umiejętności, przedstawienie specyficznych form aktywizowania, mało lub w ogóle nieznanych w Polsce. Artykuł zawiera także refleksje autora dotyczące zasad dostosowywania niemieckiego systemu do potrzeb polskiej edukacji i opieki społecznej.

ANALYSIS OF THE SYSTEM FOR DIAGNOSING AND CLASSIFYING VARIOUS FORMS OF SOCIAL AND VOCATIONAL ACTIVATION OF PEOPLE WITH SIGNIFICANT INTELLECTUAL DISABILITIES USED IN THE REGION OF ENZ, GERMANY

Summary

The article presents a diagnostic system needed for social and vocational activation of people with intellectual disabilities that is used in the region of Enz, Germany. The article contains the reflections of the German system and how it can be adapted to the needs of the Polish education and social welfare setting. Analysis of the various elements of this system will present its most important parts such as: identifying the area of surveyed competencies, assessing the growth of knowledge and skills, presenting specific forms of activation including housing training, structure of so called "continues conferences" in which specialists decide the educational or vocational needs or services for individuals with disabilities.

Aleksandra DOKTOROWICZ
Zespół Szkolno-Przedszkolny dla Dzieci Niesłyszących i Słabo Słyszących w Katowicach
Wydział Nauk Pedagogicznych, Dolnośląska Szkoła Wyższa, Wrocław

EDUKACJA DZIECI Z WADĄ SŁUCHU – WYBRANE UJĘCIA TEORETYCZNE I PRAKTYCZNE

Dziecko z wadą słuchu

Osoby niepełnosprawne stanowią bardzo zróżnicowaną grupę. W przypadku osób niesłyszących na ich rozwój mają wpływ między innymi:

- wiek, w jakim nastąpiła utrata słuchu,
- stopień i rodzaj ubytku słuchu,
- czas wyposażenia w aparat słuchowy lub implant ślimakowy,
- poziom rozwoju mowy,
- przebieg rehabilitacji,
- środowisko rodzinne.

Celem wychowania dziecka głuchego jest jego pełny, wszechstronny rozwój: usprawnianie zaburzonych funkcji, rozwój jego osobowości, a także wszelkich uzdolnień i talentów (Korzon 2008).

W literaturze surdopedagogicznej spotyka się różne terminy określające osoby z uszkodzonym słuchem. Są to na przykład osoby: (a) z uszkodzeniem narządu słuchu, (b) z uszkodzeniem słuchu, (c) z wadą słuchu, (d) z dysfunkcją słuchu, (e) z niepełnosprawnością słuchu, (f) z niedosłuchem.

Maria Góralówna (Góralówna, Hołyńska 1993, s. 42–43) definiuje głuchotę jako „całkowity brak słuchu lub nikłe resztki słuchu", a niedosłuch jako „ograniczenie funkcji słuchowej powodujące różne niedogodności przy odbieraniu i rozumieniu mowy".

Według Kazimiery Krakowiak (2012, s. 83) „niesłyszący jest to człowiek, który na skutek trwałego i nieodwracalnego uszkodzenia narządu słuchu jest pozbawiony wrażliwości na bodźce akustyczne lub doświadcza jej ograniczenia w stopniu uniemożliwiającym percepcję dźwięków ważnych dla czynności życiowych, a zwłaszcza dźwięków mowy".

Bardzo ciekawą definicję (uwzględniającą czynnik psychiczny) podają Anders Lunde i Stanley Bigman (za: Korzon 1996) – głusi to ci, którzy sami zaliczają się do głuchych, identyfikują się z głuchymi.

Komitet Ekspertów UNESCO w 1985 roku zatwierdził, że „jako głuche można określić te dzieci, u których spontaniczny rozwój mowy i języka pozostaje opóźniony lub też został całkowicie zahamowany z powodu znacznego uszkodzenia słuchu, braku oddziaływań wychowawczych i niezastosowania protezy" (Périer 1992, s.18).

Z przytoczonych powyżej definicji jasno wynika, że ich autorzy kierowali się odmiennymi kryteriami podziału. Związane jest to z postępem w dziedzinie medycyny, audiometrii, elektroakustyki, psychologii, pedagogiki, możliwością wczesnej rehabilitacji.

Pedagogika zajmuje się wszechstronnym rozwojem dziecka, doborem odpowiednich zasad, metod, form, środków pracy. Aby proces dydaktyczno-wychowawczy był dobrze zorganizowany, pedagog musi określić, o który zmysł będzie opierał kształcenie.

Tabela 1

Klasyfikacja uszkodzeń słuchu

Ubytek słuchu w decybelach	Uszkodzenie słuchu w stopniu	Rozumienie i poziom mowy
Powyżej 20 dB do 40 dB	Lekkim	Trudność ze zrozumieniem cichej mowy. Kilka zmian samogłoskowych i spółgłoskowych. Rytm i intonacja normalne.
Powyżej 40 dB do 70 dB	Umiarkowanym	Częste trudności ze zrozumieniem mowy głośnej. Mowa opóźniona, niezorganizowana. Gorsze intonacja i rytm.
Powyżej 70 dB do 90 dB	Znacznym	Możliwe jest rozumienie tylko krzyku i mowy wzmocnionej. Usiłowanie mówienia zrozumiałego jedynie przez najbliższych.
Powyżej 90 dB	Głębokim	Na ogół jest niemożliwe zrozumienie nawet mowy wzmocnionej.

Źródło: Międzynarodowe Biuro Audiofonologii

Ze względu na odmienne podejście specjalistów poszczególnych dziedzin nauki do terminu „wada słuchu", wynikające z przyjęcia odmiennych kryteriów konkretyzacji omawianego pojęcia, klasyfikacji uszkodzeń słuchu możemy dokonać:

- ze względu na moment wystąpienia wady słuchu (Kirejczyk 1957): przed nauką mowy (1–2 rok życia), w początkowym jej okresie (3–4 rok życia), w okresie zaawansowanym (5–7 rok życia), po jej opanowaniu;
- według przyczyny uszkodzenia słuchu (Perier 1992): nabyte w okresie prenatalnym, nabyte w okresie życia osobniczego;

- ze względu na miejsce uszkodzenia słuchu (Krakowiak 2012; Szczepankowski 1999): niedosłuch przewodzeniowy, niedosłuch odbiorczy, niedosłuch lub głuchotę mieszaną;
- z pedagogicznego punktu widzenia (Krakowiak 2012): osoby funkcjonalnie słyszące, osoby niedosłyszące, osoby słabo słyszące, osoby niesłyszące;
- według stopnia upośledzenia słuchu za Międzynarodowym Biurem Audiofonologii (Bureau International d'Audiophonologie, BIAP) (Szczepankowski 1999, s. 31): uszkodzenie słuchu w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym, głębokim.

Z powyższej klasyfikacji wynika, że osoby z wadą słuchu stanowią bardzo zróżnicowaną grupę niepełnosprawnych. Zatem trudności, które napotykają w codziennym życiu, również nie są takie same.

System edukacji osób z wadą słuchu

Pierwsze szkoły dla niesłyszących dzieci otwarto w Warszawie w 1817 roku, we Lwowie w 1830 i w Poznaniu w 1832 (Szczepankowski, Kossakowska, Wasilewska 2009, s. 4). Obecnie w Polsce istnieje wiele ośrodków z internatem, jak również przedszkola i szkoły dla dzieci z wadami słuchu bez internatu.

Edukację osób niepełnosprawnych reguluje art. 71b ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (tekst jedn. Dz. U. 2016, poz. 1943). Mogą one uczęszczać do wszystkich typów placówek oświatowych. Kształcenie może odbywać się w formie specjalnej (segregacyjnej), integracyjnej lub inkluzyjnej. Dla dzieci z wadą słuchu dostępne są:

- przedszkola / szkoły ogólnodostępne,
- oddziały specjalne w przedszkolu / szkole ogólnodostępnej,
- przedszkola / szkoły / oddziały integracyjne,
- przedszkola / szkoły specjalne,
- ośrodki szkolno-wychowawcze z internatem.

Każda z wymienionych form kształcenia dzieci z wadą słuchu ma inną specyfikę, ma również swoje zalety, ale także i ograniczenia.

Od wielu lat wzrasta liczba dzieci z wadą słuchu uczęszczających do szkół integracyjnych i ogólnodostępnych. Zmniejsza się natomiast liczba uczniów kształcących się w placówkach specjalnych (tabela 2).

Co wpływa na taką sytuację?

- rozwój technologii, głównie elektroakustyki;
- wczesna interwencja, wczesne wspomaganie rozwoju;
- wybory słyszących rodziców, którzy pragną, aby ich dzieci funkcjonowały wśród słyszących rówieśników.

Tabela 2

Kształcenie głuchych i słabo słyszących w szkołach masowych i specjalnych w latach 2005–2010

Rok szkolny	Liczba uczniów głuchych i słabo słyszących w szkołach	
	Masowych	Specjalnych
2005/2006	5663	4263
2006/2007	5516	3897
2007/2008	5651	3288
2008/2009	5796	3055
2009/2010	5986	2622

Źródło: Jagoszewska 2013a, s. 114

Katarzyna Plutecka (2015, s. 9) zwraca również uwagę, że krytyka efektywności kształcenia specjalnego i przemiany organizacyjne szkolnictwa po reformie oświaty przyczyniły się do częstszego kierowania dzieci do szkół integracyjnych lub ogólnodostępnych.

W przedszkolach i szkołach specjalnych (specjalistycznych) dzieci uczą się w małych zespołach – od 6 do 8 osób. Nauczyciele mają ukończony określony kierunek studiów umożliwiający im nauczanie danego przedmiotu, jak również ukończoną surdopedagogikę, czyli są przygotowani do pracy z dziećmi niesłyszącymi i słabo słyszącymi. Korzyści z edukacji w przedszkolu / szkole dla dzieci z wadą słuchu są następujące:

- dzieci przebywają wśród rówieśników z wadą słuchu, przez co mogą się swobodnie komunikować;
- jeżeli jest taka potrzeba, stosuje się wspomagające bądź alternatywne metody komunikacji;
- rozwija się uzdolnienia i talenty;
- uczniowie biorą czynny udział w życiu placówki;
- uczniowie korzystają z różnych form zajęć pozalekcyjnych dostosowanych do ich możliwości;
- wszyscy pedagodzy przygotowani są do pracy z dzieckiem z uszkodzonym słuchem.

Argumenty przeciwko kształceniu specjalnemu można odnaleźć w publikacjach Grażyny Dryżałowskiej (2007), Bogdana Hoffmanna (2001), Małgorzaty Kupisiewicz (2006), Katarzyny Pluteckiej (2015). Poniżej podaję wybrane przykłady niekorzystnych cech edukacji specjalnej:

- dzieci z wadą słuchu mają ograniczony kontakt ze środowiskiem ludzi słyszących, w którym z czasem będą musieli samodzielnie funkcjonować;
- ograniczenia w komunikacji językowej;
- nadmiernie opiekuńcza postawa pedagogów;

- oddalenie szkoły od domu rodzinnego – konsekwencją mogą być długie dojazdy lub pobyt w internacie;
- obniżenie poziomu motywacji do nauki;
- brak normalnych wzorców zachowań dzieci słyszących;
- kwestionowanie zasady normalizacji i integracji.

Uczniowie uczęszczający do szkół specjalnych dla dzieci z wadą słuchu biorą udział w zawodach, konkursach, olimpiadach. Zdobywają zawód, zdają egzamin maturalny, studiują.

Uczniowie z wadą słuchu mogą również kształcić się w przedszkolu / szkole integracyjnej. Klasa integracyjna jest mniej liczna, uczy się w niej od 15 do 20 uczniów, w tym od 3 do 5 dzieci z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego. W klasie pracuje 2 nauczycieli: nauczyciel wiodący (dydaktyk) oraz nauczyciel wspomagający. Nauczycielem wspomagającym jest pedagog specjalny współorganizujący kształcenie integracyjne. Jego zadaniem jest w szczególności wspomaganie uczniów niepełnosprawnych. Aleksandra Maciarz (1993, s. 32) określa integrację jako „ideę, kierunek przemian oraz sposób organizowania zajęć i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, wyrażające się w dążeniu do stworzenia tym osobom możliwości uczestniczenia w normalnym życiu, dostępu do wszystkich instytucji, sytuacji społecznych, w których uczestniczą pełnosprawni oraz do kształtowania pozytywnych ustosunkowań i więzi psychospołecznych między pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi". Amadeusz Krause (2010, s. 68) przedstawia następujące wizje szkolnej integracji:

- integracja pełna to włączenie dziecka niesłyszącego do szkoły ogólnodostępnej;
- integracja niepełna to włączenie do szkoły ogólnodostępnej dziecka o wysokim poziomie rewalidowania;
- integracja częściowa to pozostawienie systemu segregacyjnego ze względu na specyficzne potrzeby dziecka z wadą słuchu.

Integracja uczy wzajemnej akceptacji, chroni przed izolacją. Kształcenie integracyjne przynosi liczne korzyści. Ponieważ są one tożsame z tymi, które przypisujemy kształceniu włączającemu, zostaną one omówione podczas charakteryzowania szkolnictwa ogólnodostępnego. Edukacja integracyjna ma również wady. Wśród ograniczeń edukacji uczniów z wadą słuchu w szkołach integracyjnych można wymienić:

- dzieci ponoszą koszty natury emocjonalnej: bywają znerwicowane, zrezygnowane, osamotnione;
- mają poczucie braku akceptacji z powodu niewyraźnej artykulacji;
- w klasie, szkole panują niekorzystne warunki akustyczne;
- nie zawsze nauczyciel wspomagający ma doświadczenie w pracy z dzieckiem z wadą słuchu (np. nauczyciel wspomagający jest oligofrenopedagogiem);

- 3–5 dzieci z różną niepełnosprawnością – każde dziecko ze względu na swoją dysfunkcję wymaga zindywidualizowanego podejścia, odmiennych metod pracy, a nauczyciel wspomagający jest tylko jeden.

Katarzyna Plutecka (2015), mówiąc o całkowitej integracji, słusznie zauważa, że nie wystarczą w tym zakresie jedynie zmiany formalnoprawne. Integracja wymaga zmian w sposobie myślenia, ukształtowania się odpowiednich postaw społecznych nie tylko uczniów słyszących wobec rówieśników z wadą słuchu, ale także odwrotnie – kształtowania właściwych postaw uczniów niesłyszących. Uczniowie wybierający tę ścieżkę kształcenia również mogą zdobyć zawód, zdać maturę, studiować.

Rodzice dziecka z wadą słuchu mogą zdecydować się także na naukę w przedszkolu / szkole ogólnodostępnej. Mowa jest wtedy o włączaniu (inkluzji). Inkluzja jest „procesem rozpoczynającym się w umyśle człowieka, a wyraża się w praktycznej realizacji przekonania, że przyznaję takie same prawa sobie i innym, bez względu na dzielące nas różnice" (Janiszewska 2015, s. 23). Poprzez inkluzję należy rozumieć więź, przynależność jednostki do danej grupy społeczne, która w pełni akceptuje tę jednostkę. Edukacja włączająca została rozpowszechniona przez Iwonę Chrzanowską, Krystynę Baranowicz, Annę Wykę, Annę Firkowską-Mankiewicz (Karbowniczek, Grabowski 2009). Dla polskich pedagogów jest to nowe, trudne wyzwanie. W USA edukacja włączająca istnieje od 1975 roku.

Kształcenie inkluzyjne oznacza, że edukacja uczniów niepełnosprawnych odbywa się w szkołach ogólnodostępnych. Zajęcia prowadzą nauczyciele zatrudnieni w tych placówkach. Podejście włączające oznacza (Firkowska-Mankiewicz 2004, s. 21):

- edukację dla wszystkich,
- podejście elastyczne,
- uczenie zindywidualizowane,
- nacisk na uczenie się,
- koncentrację na dziecku,
- podejście holistyczne, skupione na możliwościach,
- równość szans dla wszystkich.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele zalet szkoły ogólnodostępnej. Piszą o tym Janina Doroszewska, Małgorzata Gorzula (Jagoszewska 2013a), Maria Góralówna (Góralówna, Hołyńska 1993):

- dziecko przebywa w środowisku rodzinnym;
- rodzina uczy się komunikować z dzieckiem;
- dziecko, mając stały kontakt ze słyszącymi rówieśnikami, uczy się poprawnych wzorców językowych i zachowań społecznie akceptowanych;
- dziecko jest ciągle stymulowane do porozumiewania się w sposób werbalny;
- po ukończeniu szkoły łatwiej dziecku funkcjonować wśród słyszących w rodzinie, środowisku lokalnym, w zakładzie pracy;
- dzieci słyszące uczą się pomagać innym niepełnosprawnym kolegom.

Wśród ograniczeń edukacji uczniów z wadą słuchu w szkołach ogólnodostępnych można wymienić (Góralówna, Hołyńska 1993):

- dzieci ponoszą koszty natury emocjonalnej: bywają znerwicowane, zrezygnowane, osamotnione;
- mają poczucie braku akceptacji z powodu niewyraźnej artykulacji;
- niewłaściwe metody nauczania;
- zbyt duża liczba dzieci w klasie;
- w klasie, szkole panują niekorzystne warunki akustyczne;
- małe doświadczenie nauczycieli w pracy z dzieckiem z wadą słuchu.

Jak słusznie zauważa Katarzyna Plutecka (2015, s. 11), „włączanie uczniów niesłyszących w nurt szkolnictwa ogólnodostępnego w ramach kształcenia inkluzyjnego wymaga nie tylko zmian o charakterze formalno-prawnym, ale też podniesienia kompetencji merytorycznych nauczycieli, wdrażania wielopoziomowego wsparcia edukacyjnego dla tej grupy uczniów". Iwona Jagoszewska (2013a) wyraża pogląd, że w naszym systemie oświaty w szkołach specjalnych dla dzieci z wadą słuchu mamy wysoko wykwalifikowanych nauczycieli, profesjonalistów. Natomiast w szkołach ogólnodostępnych nauczyciele zgłaszają gotowość do pracy z osobami z wadą słuchu, ale nie mają doświadczenia surdopedagogicznego.

Czy można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, który typ placówki jest najlepszy dla ucznia z wadą słuchu? Uważam, że umożliwienie uczniom niepełnosprawnym korzystania z wszystkich form kształcenia jest najlepszym rozwiązaniem. Każde dziecko z wadą słuchu stanowi odmienny przypadek, który należy rozpatrywać indywidualnie. Najważniejsze, aby dokonać rzetelnej wielospecjalistycznej diagnozy poziomu funkcjonowania dziecka i na tej podstawie zaplanować jego drogę edukacyjną. Niewątpliwie edukacja włączająca jest dla polskiej szkoły „nowym, poważnym wyzwaniem, zaproszeniem do refleksji nad funkcjonowaniem szkoły w nowym wymiarze" (Karbowniczek, Grabowski 2009, s. 80).

Jeżeli dziecko nie odnajduje się w placówce ogólnodostępnej, integracyjnej, to taka „integracja »za wszelką cenę« jest niewłaściwa i może przynieść dziecku z uszkodzonym słuchem ogromną szkodę, hamując jego rozwój ogólny i społeczny" (Hoffmann 2001, s. 153). Jeżeli dziecko przechodzi do szkoły specjalnej, to nie traktujmy tego w kategoriach porażki. Nie można porównywać obecnej szkoły specjalnej z tą sprzed 20, 30 lat. Gdy rehabilitacja przynosi bardzo dobre rezultaty, to jak najbardziej dziecko, które do tej pory kształciło się w szkole specjalnej, może kontynuować naukę w systemie integracyjnym lub włączającym.

Obecnie, jeżeli dziecko uczęszcza do placówki ogólnodostępnej, integracyjnej lub specjalnej, ale do takiej, w której wykorzystywany jest jego potencjał rozwojowy, to może zdobyć zawód, zdać maturę, studiować. Jednak najważniejsze jest, aby wybrać właściwą ścieżkę kształcenia. A jeżeli zaistnieje taka potrzeba, nie obawiać się jej zmienić, bo najważniejsze jest dobro dziecka.

Dziecko z wadą słuchu w polskim systemie oświaty może skorzystać z różnych form wsparcia. Poniżej zaprezentowane zostały wybrane przykłady wynikające z przywołanej już ustawy o systemie oświaty oraz stosownych rozporządzeń:

- wczesne wspomaganie rozwoju;
- odroczenie spełniania przez dziecko obowiązku szkolnego;
- nauka w klasach liczących od 6 do 8 uczniów (dotyczy oddziałów/przedszkoli/szkół specjalnych oraz ośrodków szkolno -wychowawczych);
- bezpłatny transport i opieka w czasie przejazdu do najbliższego przedszkola, szkoły podstawowej, gimnazjum;
- zwolnienie z nauki drugiego języka obcego;
- przedłużenie okresu nauki na każdym etapie edukacyjnym o 1 rok, tym samym zwiększenie proporcjonalnie wymiaru godzin obowiązkowych zajęć edukacyjnych;
- nauka języka migowego w ramach zajęć rewalidacyjnych w przypadku ucznia niesłyszącego;
- zajęcia rewalidacyjne po 2 godziny tygodniowo na ucznia (dotyczy placówek integracyjnych oraz ogólnodostępnych);
- zajęcia rewalidacyjne od 10 do 12 godzin tygodniowo na oddział, liczba godzin uzależniona jest od etapu edukacyjnego (dotyczy oddziałów/szkół specjalnych oraz ośrodków szkolno-wychowawczych);
- pomoc psychologiczno-pedagogiczna;
- program wychowania przedszkolnego lub program nauczania dostosowany do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia – na podstawie opracowanego dla ucznia indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego (IPET), uwzględniającego zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego;
- dostosowanie warunków i form egzaminów zewnętrznych.

Codzienne dylematy pedagogów pracujących z uczniem z wadą słuchu

Wielokrotnie uczestniczę w spotkaniach z nauczycielami placówek ogólnodostępnych, integracyjnych oraz specjalnych. Poniżej zostaną omówione wybrane dylematy, z którymi na co dzień borykają się pedagodzy kształcący dzieci z wadą słuchu.

Nauczyciele z placówek ogólnodostępnych oraz integracyjnych zajmujący się edukacją dzieci z wadą słuchu zwracają uwagę między innymi na następujące kwestie:

1. Rodzice / dzieci nie chcą dostosowania programu, pomimo że dziecko ma problemy z opanowaniem materiału.
2. Uczniowie:
   a) mają problemy z czytaniem ze zrozumieniem,

b) nie czytają lektur,
c) błędnie rozumieją polecenia,
d) często są zagubieni podczas lekcji,
e) nie chcą wypowiadać się na forum klasy,
f) sporadycznie są zapraszani do domów koleżanek / kolegów,
g) nie dostają głównej roli w przedstawieniach / występach,
h) nie biorą czynnego udziału w życiu klasy / szkoły, na przykład w pracach samorządu, ponieważ ich pomysły nie są atrakcyjne dla rówieśników.

3. Istnieje problem z realnym ocenianiem ucznia. Zdaniem Anity Czerwińskiej (2013, s. 21) nauczycielom „brakuje wiedzy i wyczucia w postępowaniu i ocenianiu dokonań niepełnosprawnych".
4. Kiedy pojawiają się coraz większe trudności z opanowaniem treści programowych, uczniowie z wadą słuchu obejmowani są nauczaniem indywidualnym.
5. Nauczyciel wspomagający w klasie integracyjnej, mający pod opieką pięcioro dzieci z różną niepełnosprawnością, nie jest w stanie poświęcić wystarczającej ilości czasu uczniowi z wadą słuchu.

Istotną kwestią jest fakt, że nauczyciele przedszkoli/szkół ogólnodostępnych będą coraz częściej w swojej codziennej pracy spotykali się z dzieckiem niepełnosprawnym. Dla niektórych nauczycieli jest to bardzo trudne wyzwanie. A oto przykładowa wypowiedź nauczyciela ze szkoły ogólnodostępnej: „Boję się niepełnosprawnych. Dyrektor kazał mi się dokształcać. Nie chcę pracować z głuchymi. Boję się, że będę źle ich uczył, bo to jest bardzo trudne. Boję się, że zrobię im krzywdę". Pomimo swoich dylematów nauczyciel miał świadomość, że będzie musiał pracować z uczniami niepełnosprawnymi, ponieważ jest to ściśle powiązane z kontynuowaniem pracy w szkole. Wielu nauczycieli obawia się zmian. Nauczanie dzieci niepełnosprawnych stanowi wyzwanie dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych. „Wydaje się, że nauczyciele ze szkół masowych nie są w pełni przygotowani do pracy z dziećmi niesłyszącymi, m.in. z powodu braku ośrodków koordynujących, które mogłyby wspierać szkoły masowe, udostępniając specjalistów, oferując metodologię, pomoce dydaktyczne itp." (Jagoszewska 2013a, s. 110). W tej kwestii jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Pedagodzy potrzebują konkretnych, praktycznych wskazówek, w jaki sposób pracować z uczniami niepełnosprawnymi.

Iwona Jagoszewska (2013a) wśród czynników utrudniających przyjęcie do szkoły masowej dzieci niesłyszących, które wskazali badani, wymienia brak komunikacji, odrzucenie przez rówieśników, potrzebę zwiększonej ilości czasu na naukę, brak specjalistycznego sprzętu.

Poniżej zostały przedstawione wybrane uwagi uczniów z wadą słuchu skierowane do nauczycieli placówek ogólnodostępnych oraz integracyjnych:

1. Zbyt mało wizualizacji.
2. Bardzo dużo wiadomości do zapamiętania.

3. Podczas lekcji pojawia się wiele nowych pojęć, które nie są w pełni wyjaśnione.
4. Nauczyciel:
   a) „mówi trudno",
   b) „mówi szybko",
   c) pisząc na tablicy, jednocześnie mówi („mówi do tablicy").

Ponadto uczniowie, jeżeli czegoś nie rozumieją, nie zawsze mają odwagę, aby poprosić o wyjaśnienie. Uczniowie zwracali również uwagę na aspekt społeczny: na przerwach są sami, mają mało kolegów, kiedy koledzy się śmieją, nie wiedzą dlaczego, są często pomijani podczas podejmowania klasowych decyzji itp.

Rodzice, których dzieci z wadą słuchu uczęszczają do placówek ogólnodostępnych lub integracyjnych, poruszali następujące kwestie:

- Dzieci bardzo często są tylko „drzewem" podczas przedstawień szkolnych.
- Ich pociechy rzadko są zapraszane do domów koleżanek i kolegów.
- Dzieci sporadycznie biorą udział w konkursach, zawodach itp.
- W domu konieczne jest ponowne wyjaśnienie zagadnień omawianych na lekcji.

Jeżeli dziecko nie jest w stanie samodzielnie przeczytać ze zrozumieniem lektury, to często rodzice czytają i tłumaczą dziecku poszczególne fragmenty. Ponadto niejednokrotnie dzieci zwalniane są z egzaminów zewnętrznych, zdaniem rodziców dlatego, „aby nie zaniżały poziomu szkoły".

Jak wynika z przytoczonych przykładów, jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia w kwestii kształcenia dzieci z wadami słuchu w placówkach integracyjnych oraz ogólnodostępnych.

Bogdan Hoffmann (2001, s. 152) uczniów, którzy nie odnajdują się systemie inkluzyjnym oraz integracyjnym, określa mianem „ofiar nieprzemyślanej integracji szkolnej". Dochodzi on do słusznego wniosku: „nie należy traktować integracji szkolnej i pozaszkolnej jako czegoś bezwzględnie stałego" (Hoffmann 2001, s.153).

Jak poprawić obecną sytuację?

Uczniowie z wadą słuchu powinni mieć możliwość kształcenia w różnych typach placówek. Przechodzenie z jednego typu placówki do drugiej powinno stać się naturalnym procesem. Jeżeli dziecko, dzięki współpracy specjalistów i rodziców, osiągnie wysoki poziom rewalidowania, powinno kontynuować naukę w placówce ogólnodostępnej albo integracyjnej. Z drugiej strony, jeżeli dziecko nie realizuje się w systemie włączającym bądź integracyjnym, powinno być kierowane do placówki specjalnej (specjalistycznej).

W jaki sposób poprawić sytuację edukacyjną dziecka z wadą słuchu?

- Według Katarzyny Pluteckiej (2008, s. 179) „nauczyciele ze szkół ogólnodostępnych powinni być pod stałą opieką tzw. nauczycieli wędrownych, czyli kompetentnych i wyspecjalizowanych w pracy z dziećmi z wadą słuchu".

- W przedszkolach i szkołach należy stworzyć optymalne warunki do nauki.
- Należy zwiększyć liczbę godzin zajęć rewalidacyjnych (nie dotyczy placówek specjalnych).
- Dokonania ucznia powinny być realnie oceniane.
- Rodzice powinni otrzymywać rzetelne informacje na temat poziomu rozwoju dziecka z wadą słuchu.
- Niezbędne jest zaspokajanie potrzeby osiągnięcia sukcesu przez ucznia poprzez udział w konkursach, zawodach sportowych, jak również w akademiach, przedstawieniach szkolnych (dotyczy placówek ogólnodostępnych i integracyjnych).
- W placówkach specjalnych należy zwiększyć rolę integracji ze słyszącymi rówieśnikami.
- Konieczne staje się tworzenie grup wsparcia dla rodziców.
- Kształcenie przyszłych nauczycieli powinno być ukierunkowane na zdobycie kwalifikacji z zakresu pedagogiki specjalnej.
- Obecnie pracującym w szkołach ogólnodostępnych, integracyjnych surdopedagogom należy umożliwić podnoszenie kompetencji poprzez udział w szkoleniach, warsztatach prowadzonych przez praktyków.
- W klasach integracyjnych nauczyciel wspomagający powinien być specjalistą w pracy również z dziećmi z wadą słuchu;
- Niedopuszczalne jest „przetrzymywanie dzieci na siłę" w danej placówce tylko po to, aby utrzymać miejsca pracy dla nauczycieli.
- Należy kontynuować działania zmierzające do zmiany postaw społecznych, nastawień i przekonań wobec niepełnosprawności.

Zdaniem Bogdaba Hoffmanna (2001, s. 140) „to, czy dziecko uczęszcza do klasy integracyjnej, czy np. do szkoły specjalnej, uwarunkowane jest korzyścią, jaką wynosi dziecko niepełnosprawne, uczestnicząc w danej formie wychowania". Jest to bardzo słuszne stwierdzenie. Ideałem jest, by zawsze dobro dziecka zwyciężało nad potrzebami ludzi dorosłych (rodziców, nauczycieli, przedstawicieli organów prowadzących placówki oświatowe).

Aby dziecko mogło osiągnąć sukces edukacyjny, niezbędne staje się maksymalne wykorzystanie okresu życia od urodzenia do rozpoczęcia nauki szkolnej poprzez prowadzenie intensywnej rehabilitacji (Hoffmann 2001, s. 151):

- dziecko powinno być wychowywane w rodzinie;
- rozpoczęcie postępowania rewalidacyjnego natychmiast po stwierdzeniu uszkodzenia słuchu;
- zaopatrzenie dziecka w aparat słuchowy (wszczep ślimakowy) niezwłocznie po wykryciu wady słuchu;
- aparaty słuchowe powinny być stale sprawne, a dziecko powinno z nich korzystać przez cały dzień;

- ważny jest ustawiczny kontakt z rówieśnikami słyszącymi, którzy mobilizują do komunikowania się mową dźwiękową.

„W przypadku uszkodzenia słuchu nawet niewielkie opóźnienie procesu rehabilitacji (o rok lub dwa lata) powoduje znaczne różnice w rozwoju dziecka niesłyszącego w porównaniu ze słyszącym" (Dryżałowska 2007, s. 91). Dlatego tak ważne jest bezzwłoczne rozpoczęcie procesu rehabilitacji, od razu po zdiagnozowaniu wady słuchu.

Podjęcie przez dziecko obowiązku szkolnego stanowi dla niego nowy etap życia. Aby dziecko mogło sprostać wymaganiom szkolnym i w pełni się rozwijać, musi osiągnąć dojrzałość szkolną. Tak samo jest w przypadku dziecka z wadą słuchu. Powołam się na opinie Bogdana Hoffmanna (2001, s. 151), który stwierdza, że warunkiem skutecznego kształcenia dziecka niepełnosprawnego razem ze słyszącymi kolegami jest jego dojrzałość pod względem szkolnym. „Poziom jego rozwoju umysłowego oraz rozwoju języka i mowy nie może rażąco odbiegać od przeciętnego poziomu rozwoju słyszących kolegów w klasie szkolnej". Autor wskazuje, że dziecko z wadą słuchu rozpoczynające naukę w szkole ogólnodostępnej powinno nawet wyprzedzać swoich pełnosprawnych rówieśników w umiejętności czytania i pisania.

Powodzenie edukacji integracyjnej zdaniem Małgorzaty Kupisiewicz (2006) zależy między innymi od następujących czynników:

- potencjału i aspiracji dziecka,
- postaw prointegracyjnych pedagogów i rówieśników, zarówno tych niepełnosprawnych, jak i pełnosprawnych,
- warunków, jakimi dysponuje szkoła, aby zaspokoić potrzeby dziecka z wadą słuchu,
- przygotowania nauczycieli do pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Konkluzja

Tak jak już wcześniej było wspomniane, osoby z uszkodzonym słuchem stanowią bardzo zróżnicowaną grupę niepełnosprawnych. Możliwość pełnego i wszechstronnego rozwoju dziecka z wadą słuchu daje wczesne rozpoznanie niepełnosprawności, a następnie intensywna rehabilitacja. Wychowanie dziecka z wadą słuchu jest bardzo specyficznym problemem. Dziecko to znajduje się w sytuacji wyjątkowej. Wymaga indywidualnego podejścia i specjalnej pomocy ze strony rodziców i pedagogów.

W dzisiejszej rzeczywistości uszkodzenie słuchu badane jest wielodyscyplinarnie – „wada nie jest jedynie problemem medycznym czy pedagogicznym, lecz stanowi też zjawisko językowe, kulturowe, społeczne" (Bartnikowska 2013, s. 43). Czesław Kosakowski (1998) zauważa odejście od przedmiotowego w kierunku podmiotowego postrzegania osób niepełnosprawnych. Dlatego nie zwracajmy jedynie uwagi na problemy i defekty osoby niepełnosprawnej, ale dostrzeżmy w niej wartościowego człowieka. Oceniajmy realnie

możliwości dzieci i na tej podstawie dokonujmy wyboru typu kształcenia (włączające, integracyjne lub specjalne). Wybierając ścieżkę kształcenia dziecka z wadą słuchu, nie zapominajmy również o kryterium szczęścia. Jego uwzględnienie pociąga za sobą konsekwencje społeczne i osobiste, które są następstwem wyznaczonego celu wychowania. Organizacyjne formy edukacji szkolnej i pozaszkolnej powinny służyć osiągnięciu sukcesu w życiu zawodowym i społecznym przez osoby z wadą słuchu (Hoffmann 2001, s. 150–151).

Bibliografia

1. Bartnikowska U.: Paradygmatyczne aktualizacje we współczesnej surdopedagogice. „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo", nr 4(22), 2013.
2. Czerwińska A.: Niesłyszący i niedosłyszący uczeń gimnazjalista w grupie rówieśniczej. Odbiór społeczny osoby z defektem słuchu w środowisku szkolnym, [w:] Guzy A., Niesporek-Szamburska B. (red.): Praca z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych, t. II. Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2013.
3. Dryżałowska G.: Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2007.
4. Firkowska-Mankiewicz A.: Edukacja włączająca – wyzwaniem dla polskiej szkoły. „Szkoła Specjalna", nr 1, 2004.
5. Góralówna M., Hołyńska B.: Rehabilitacja małych dzieci z wadą słuchu. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1993.
6. Hoffmann B.: Surdopedagogika w teorii i praktyce. Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Warszawa 2001.
7. Jagoszewska I.: Przygotowanie nauczycieli szkół masowych do pracy z dziećmi z uszkodzonym słuchem, [w:] Ćwirynkało K., Kosakowski C., Żywanowska A. (red.): Kierunki rozwoju pedagogiki specjalnej. Impuls, Kraków 2013 (a).
8. Jagoszewska I.: Realizacja nowych rozwiązań w kształceniu niesłyszących. „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej", nr 11, 2013 (b).
9. Janiszewska A.: Dlaczego edukacja włączająca?, [w:] Grafowska A. (red.): Dziecko z niepełnosprawnością w przedszkolu i szkole ogólnodostępnej – wyzwanie dla JST. Warszawa 2015.
10. Karbowniczek J., Grabowski M.: Edukacja dzieci niepełnosprawnych na przykładzie niesłyszących w Polsce i USA. „Częstochowski Biuletyn Oświatowy", nr 4, 2009.
11. Kirejczyk K.: Głusi. Wybrane zagadnienia. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1957.

12. Korzon A.: Dziecko głuche – jego potencjał rozwojowy, [w:] Chrzanowska I., Jachimczak B. (red.): Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Wyzwania praktyki, Satoridruk.pl, Łódź 2008.
13. Korzon A.: Totalna komunikacja jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych. Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Kraków 1996.
14. Kosakowski C.: Wchodzenie pedagogiki specjalnej na nowe obszary, [w:] Chodkowska M. (red.): Pedagogika specjalna wobec potrzeb teraźniejszości i wyzwań przyszłości. Wydawnictwo uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998.
15. Krakowiak K.: Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzonym narządem słuchu. Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin. 2012
16. Krause A.: Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej. Impuls, Kraków 2010.
17. Kupisiewicz M.: Kształcenie dzieci z wadą słuchu w systemie integracyjnym jako wyzwanie dla surdopedagogiki. „Szkoła Specjalna", nr 5, 2006.
18. Maciarz A.: Dziecko niepełnosprawne. Podręczny słownik terminów. Verbum, Zielona Góra 1993.
19. Périer O.: Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. Aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1992.
20. Plutecka K.: Nauczyciel wobec dylematów kształcenia integracyjnego ucznia z wadą słuchu, [w:] Majewicz P., Mikrusa A. (red.): Kompetencje pedagoga w kontekście teorii i praktyki edukacji specjalnej. Impuls, Gliwice–Kraków 2008.
21. Plutecka K.: Zmiany społeczne w polskiej surdopedagogice. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja", nr 2, 2015.
22. Szczepankowski B.: Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.
23. Szczepankowski B., Kossakowska B., Wasilewska T.M.: Język migowy. Pierwsze kroki. Infopress, Olsztyn 2009.

EDUKACJA DZIECI Z WADĄ SŁUCHU – WYBRANE UJĘCIA TEORETYCZNE I PRAKTYCZNE

Streszczenie

Osoby z wadą słuchu stanowią bardzo zróżnicowaną grupę niepełnosprawnych. Możliwość pełnego i wszechstronnego rozwoju dziecka z wadą słuchu daje wczesne rozpoznanie niepełnosprawności, a następnie intensywna rehabilitacja. Wychowanie dziecka z wadą słuchu jest bardzo specyficznym problemem. Dziecko to znajduje się w sytuacji wyjątkowej. Wymaga indywidualnego podejścia i specjalnej pomocy ze strony rodziców i pedagogów. Ważne jest, aby realnie oceniać możliwości dziecka i na tej podstawie dokonać wyboru typu kształcenia: włączającego, integracyjnego bądź specjalnego.

EDUCATION OF CHILDREN WITH HEARING PROBLEMS – SELECTED THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACH

Summary

People with hearing problems belong to a very diverse disable group. Full and early development of children with hearing problems can help with an early diagnosis of disability and intensive rehabilitation. The education of children with hearing problems is a very specific case. Children with hearing problems are in a very unusual situation. They required an individual approach and an extra support from their parents and teachers. It is important to realistically evaluate their possibilities and choose an appropriate education channel: included, integration or special.

Peter PETROVIČ
Katedra špeciálnej pedagogiky a pedagogiky mentálne postihnutých, Inštitút Juraja Páleša, Levoči, Slovakia

VÝCHOVA ŽIAKOV S ĽAHKÝM STUPŇOM DUŠEVNEJ ZAOSTALOSTI K SPRÁVNEMU DRŽANIU TELA

Na zdravý rast, vývin organizmu ako aj funkciu orgánov v ľudskom tele ma vplyv správne držanie tela. Označujeme ním vzájomnú polohu jednotlivých častí tela – hlavy, trupu a končatín v rôznych polohách a postojoch.

Držanie tela je výslednicou určitého tvaru chrbtice a práce najmä posturálnych svalov. „Je sprievodným znakom každej činnosti a samo o sebe je činnosťou, pohybovým návykom, ktorý vieme z veľkej časti ovládať svojou vôľou" (Labudová 2011, s. 1).

Ako uvádza J. Čepčianský (2005, s. 153), „správne držanie tela je nevyhnutné z estetického, psychologického, pracovného a zdravotného hľadiska".

Posturálne chyby držania tela

Oporno-pohybový systém má schopnosť prispôsobovania. Táto vlastnosť sa prejavuje nie len v pozitívnom ale aj v negatívnom smere. Teda aj nedostatočne zaťažovaný systém sa prispôsobuje a vzniká stav jeho oslabenia. Hovoríme o funkčnej poruche, ktorá podmieňuje vznik nesprávneho držania tela.

Podľa Ž. Juráškovej a P. Bartíka (2010), medzi funkčné poruchy zaraďujeme svalovú dysbalanciou (nerovnováhu) a posturálne chyby. K posturálnym chybám patrí kyfotické a skoliotické držanie tela.

Kyfotické držanie tela je charakteristické uvoľneným držaním tela, podmieneným nedostatočným svalovým tonusom. Prejavuje sa hrudnou kyfózou (guľatý chrbát), predsunutými ramenami, vyčnievajúcimi lopatkami a sploštěným hrudníkom. Príčinou je nerovnováha v činnosti brušného, prsného, chrbtového a šijového svalstva.

Funkčnou poruchou chrbtice je tiež skoliotické držanie tela, ktoré sa prejavuje vychýlením chrbtice do strany, nerovnakou výškou lopatiek, ramien a panvy. Častými príčinami takéhoto držania tela je oslabenie svalstva trupu, šikmé postavenie panvy a jednostranné zaťaženie.

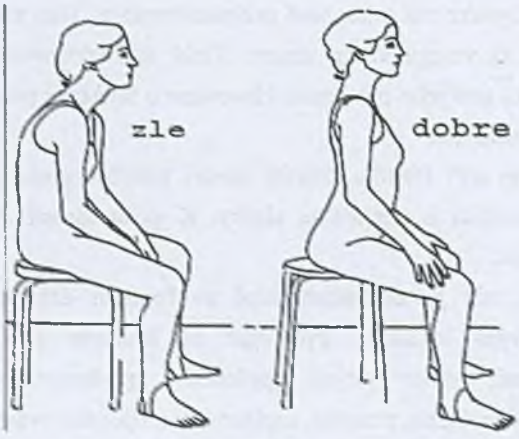
Vekom sa skolióza zhoršuje. Preto je dôležitá včasná náprava. Pri stálom úsilí o správne držanie tela, postupne tieto príznaky miznú.

Príčiny nesprávneho držania tela

Podľa J. Čepčianskeho (2005), medzi hlavné príčiny nesprávneho držania tela patrí nesprávny svalový tonus, porušenie rovnováhy posturálnych a fázických svalov, preťažovanie nervovej sústavy, nedostatok pohybu, nedostatočné prekrvovanie orgánov, povrchné dýchanie, jednostranné zaťažovanie chrbtice a dlhé zotrvávanie v určitých polohách.

Problém s nesprávnym držaním tela sa začína objavovať a zvýrazňovať už s nástupom dieťaťa do školy. Deti v predškolskom zariadení sú zvyknuté celý deň sa hýbať a hrať. Po nástupe do školy sa situácia mení, celé dopoludnie sedia a vzhľadom na vykonávanie domácich úloh sú častejšie v sedavej polohe aj doma. Z tohto dôvodu možno za hlavnú príčinu nesprávneho držania tela považovať tiež zlé sedenie dieťaťa v domácom a školskom prostredí. Podľa J. Hrčku správne držanie tela v sede má niekoľko požiadaviek, „výška sedadla, sklon a umiestnenie sedadla, výška stola (pracovnej plochy) a jeho vzdialenosť od tela, ako i osvetlenie" (Hrčka 2008, s. 17). Ako uvádza, pri sedení na stoličke sa musia nohy pevne dotýkať zeme. Stehná sú rovnobežné tak aby kolená vytvárali priamy uhol. Trup chrbtice musí byť vzpriamený. Ideálna výška pracovného stola dieťaťa (v domácom prostredí) a žiaka (v školskom prostredí) je podľa J. Hrčku (2008), vtedy, keď sa dieťa/žiak postaví priamo k pracovnému stolu a zápästie ma vo výške stola.

Sedavý spôsob života narúša svalovú rovnováhu. Svaly reagujú pri dlhom sedení zmenou napätia, čím sa vyraďujú z činnosti svaly, ktoré sa podieľajú na vzpriamenom držaní tela.



Obrázok 1. Porovnanie správneho a nesprávneho držania tela pri sedení
Figure 1. Comparison of right and wrong posture when sitting
(Markvartová 2010)

V prevencii chybného držania tela a pri jeho náprave je preto nevyhnutná primeraná pohybová aktivita, ktorá posilňuje svalový systém a jeho koordináciu.

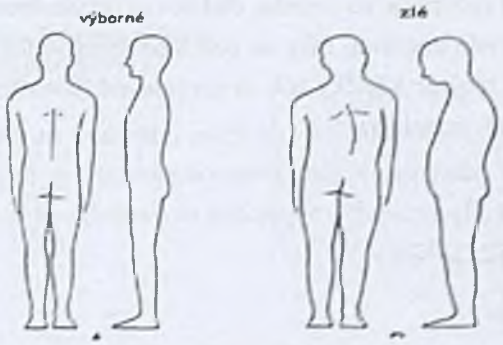
Ak nesprávne držanie tela je už prítomné, potom odporúčaným športom je plávanie - štýl znak, bycikl ovanie, jazda na koni, tanec, korčuľovanie, beh na lyžiach.

Výchova k správnemu držaniu tela

Nesprávne držanie tela býva sprevádzané zlými návykmi a nesprávnymi pohybovými stereotypmi. Vychovávať k správnemu držaniu tela je preto potrebné už od útleho veku. Neskôr v škole má túto úlohu spolu s rodičmi aj učiteľ telesnej výchovy, ktorý má nielen odkrývať príčiny zlého držania tela, ale tieto aj vhodnými pohybovými prostriedkami odstraňovať a napravať. Ma sa snažiť u žiakov zautomatizovať správne držanie tela.

Správne resp. nesprávne držanie tela môžeme zistiť tak, že dieťa postavíme do vzpriameného postoja s rukami predpaženými v pravom uhle a v takomto postoji ostane 30 sekúnd. Ak ma dieťa správne držanie tela, jeho postoj sa nezmení. Ak počas 30 sekúnd dôjde k zmenám postoja tým, že začne hlavu a hornú časť tela skláňať dozadu, plecia dopredu, alebo vytrčí brucho, potom je jeho držanie tela nesprávne.

Podľa J. Hrčku (2008), správne držanie tela v stoji je keď, hlava je vzpriamená, dolná čeľusť vodorovná a tvár hľadí priamo dopredu. Hrudná časť chrbtice je vzpriamená, nie je veľmi ohnutá. Ramená sú spustené kolmo a ich umiestenie sa blíži skôr ku chrbtici ako k prsiam. Nohy sú v kolenách napnuté a rovne. Klenba nohy je primeraná veľkosti chodidla a váhe jednotlivca.



Obrázok 2. Porovnanie správneho a nesprávneho držania tela v stoji
Figure 2. Comparison of right and wrong posture while standing
(Markvartová 2010)

Aby si deti a žiaci s duševnou zaostalosťou mohli osvojiť návyk správneho držania tela, je nevyhnutné vytvorenie jasnej predstavy. Napríklad pomocou obrázka alebo predvádzaním postáv a ich hodnotením. Nevyhnutné je, aby sa žiak naučil vyrovnávať postavu. Osvedčeným prostriedkom je podľa J. Čepčianskeho (2005), postavenie sa najprv chrbtom a potom čelom ku kolmej stene. V tomto kontexte cieľavedomá a intencionálna spolupráca učiteľa s rodičmi

môže pozitívne vplývať na držanie tela detí a žiakov s duševnou zaostalosťou. Rodina by mala prispievať k včasnému odstráneniu chybného držania tela vykonávaním domácich cvičení. Ako uvádza J. Čepčiansky (2005, s. 151) „výchovu správneho držania tela musíme stanoviť za princíp školskej i mimoškolskej telesnej výchovy".

Pri náprave sa používajú aj tzv. pasívne korektory, ktoré sa používajú v miestach, kde na dosiahnutie správneho držania tela sú aktívne postupy nedostačujúce. Sú to napríklad tvarované vložky do topánok, bedrový pás, bedrové opierky a iné. Pri komplexnom pôsobení nemôžeme opomenúť ani zameranie sa na pozitívne myslenie, kladný prístup k životu a zvládanie stresových situácií.

Základné východiskové polohy cvičení

Podľa P. Bartošíka (1994), výchovu k správnemu držaniu tela musí pedagóg, alebo vychovávateľ začať základnými východiskovými polohami, ktoré sú základom všetkých cvičení zameraných na správne držanie tela.

Ako uvádza P. Bartošík (1994, s. 77), „prostredníctvom základných východiskových polôh môže žiak lepšie robiť vyrovnávacie pohyby a môže lepšie udržať vzájomnú polohu všetkých častí tela. Postupne žiak získava schopnosť vnímať svalovú kontrakciu a svalové uvoľnenie".

Ide o súbor zostavených polôh od najnižšej po najvyššiu, aby si žiaci postupne osvojovali správne držanie. Sú to cvičenia „ľahu, vzporu, sedu, kľaku, stoja, pri ktorých si žiaci oddýchnu, nenamáhajú chrbticu a svaly sú uvoľnené.

Ľah vzadu: telo leží vodorovne na žinenke, chrbtica sa dotýka žinenky, svaly sú uvoľnené, brucho je mierne stiahnuté dovnútra, ruky sú položené tesne vedľa tela a dlane sú otočené nahor, nohy sú mierne spojené a špičky nôh sú rovnobežné (Bartošík 1994). V tejto polohe, ma predstavy o správnom držaní tela.

Obrázok 3. Ľah vzadu
Figure 3. Lying on back
(Adamírová 2004, [in:] Bendíková 2011)

Cvik vhodný pri tejto polohe: žiak leží na chrbte, nohy má prednožené skrčmo a točí panvu a s prednoženými nohami do ľavej strany, potom nohy vyrovná a cvik opakuje do pravej strany pričom ramená tlačí k zemi, ruky sú vodorovné s podložkou (Schenkova 1991).

Ľah vpredu: žiak leží na bruchu a čelom sa dotýka žinenky, ruky sú položené vedľa tela a dlane sú otočené k žinenke, nohy a špičky nôh sú vodorovné vystreté a dotýkajú sa po celej dĺžke žinenky (Bartošík 1994).

Obrázok 4. Ľah vpredu
Figure 4. Lying ahead
(Adamírová 2004, [in:] Bendíková 2011)

Cvik vhodný pri tejto polohe: žiak leží na bruchu, čelom sa dotýka zeme, ruky sú upažené skrčmo. Žiak pomaly dvíha trup, lakte musia byť čo najviac tlačené k sebe a smerom dozadu, pomaly sa naspäť vráti do základnej polohy (Schenková 1991).

Vzpor kľačmo vpredu: žiak si kľakne a rukami sa opiera o žinenku, chrbát je vodorovný so žinenkou a lopatky musia byť čo najviac pri sebe, hlava je v tej istej rovine ako chrbtica, nohy sú kolmo na zemi (Bartošík 1994).

Obrázok 5. Vzpor kľačmo vpredu
Figure 5. Supported exercises kneeling in front
(Adamírová 2004, [in:] Bendíková 2011)

Sed priamy: žiak sedí na podložke, nohy sú v kolenách mierne pokrčené a chodidlá sa dotýkajú podložky, brucho je vtiahnuté dovnútra, trup je vytiahnutý a lopatky sú čo najviac pri sebe, ruky sú čo najbližšie pri tebe a sú vodorovné s chrbticou (Bartošík 1994).

Obrázok 6. Sed priamy
Figure 6. Sit straight
(Adamírová 2004, [in:] Bendíková 2011)

Cvik vhodný v tejto polohe: žiak stoji mierne rozkročený, tvár a nohy smerujú vpred. Pravú ruku žiak pokrčí za chrbtom v polohe zapažmo a chytí predlaktie ľavej ruky, ktorú ťahá smerom k pravému ramenu. Tento cvik slúži k vyrovnaniu, ako aj ku kompenzácii jednostranného zaťaženia (Schenková 1991).

Sed križmo: po sede priamo nasleduje sed križmo. Žiak sedí na žinenke. Nohy sú prekrížene a päty smerujú čo najbližšie k trupu, ruky sú spustené voľné vedľa tela a dlane sa dotýkajú žinenky. Chrbtica je vyrovnaná, krk vytiahnutý dohora (Bartošík 1994).

Obrázok 7. Sed križmo
Figure 7. Pupil sit
(Bartošík 1994, s. 79)

Cvik vhodný v tejto polohe: žiak sedí, križmo, ruky sú upažené pokrčmo, predlaktie je vyrovnané smerom hore, lopatky tlačíme čo najviac k sebe a predlaktím sa snažíme krúžiť do tvaru kruhu (Schenková 1991).

Kľak znožmo: kolená a špičky chodidiel sú položené na žinenke, stehná a chrbtica sú v horizontálnej polohe, hlava a brucho sú vytiahnuté, hrudník je vytlačený a lopatky sú stiahnuté čo najviac pri sebe. Rukú sú spustené voľné pri tele (Bartošík 1994).

Obrázok 8. Kľak znožmo
Figure 8. Straight kneel
(Bartošík 1994, s. 79)

Stoj spojný. Nohy sú spolu spojené, alebo mierne rozkročené a sú rovnobežné. Brucho je vtiahnuté dovnútra naopak hrudník je vytiahnutý. Ako v každej polohe aj v tejto musia byť lopatky pri sebe a ramená stiahnuté smerom dole. Ruky sú voľnej polohe vedľa tela.

Cvik vhodný v tejto polohe: žiak stojí rozkročmo, ruky ma upažené. Pravá ruka žiaka sa točí čo najviac smerom za seba, ľavá ruka nasleduje pravú ruku. Následne ruky pre striedame (Schenková 1991).

Obrázok 9. Stoj spojný
Figure 9. Standing position
(Adamírová 2004, [in:] Bendíková 2011)

Cviky na precvičenie svalstva

Nesprávne držanie tela nie je možné vyrovnávať len spontánnym pohybom. Je potrebná primeraná, systematická a cieľavedomá pohybová aktivita. Aby boli jednotlivé komponenty držania tela v správnej polohe, je potrebná funkčná rovnováha svalov.

A. Čechová a P. Dobešová (2001), uvádzajú nasledovné zdravotné cviky, ktoré precvičujú posturálne svaly podieľajúce sa na držaní tela.

1. Zdravotný cvik

Obrázok 10. Zdravotný cvik 1
Figure 10. Health exercise no. 1

Metodický postup: ležíme na žinenke chrbtom, nohy máme vystreté a chodidlá zohneme smerom nahor. Ruky máme položené na bruchu. Pomaly zhlboka dýchame. Pri vdychu dvíhame napnuté ruky až do výšky očí, pri výdychu sa natiahnutými rukami dotkneme dlážky. Tento cvik opakujeme 10x.

2. Zdravotný cvik

Metodický postup: ležíme chrbtom na karimatke a pod hlavou máme malý vankúšik. Nohy zohneme v kolenách (chodidlá postavíme na zem), krížovú chrbticu pritisneme k dlážke. Panvu zľahka nadvihneme. Rukami si chytíme jedno koleno a ťaháme stehno k hrudníku. To isté spravíme s druhou nohou. Cvik opakujeme 10x za sebou.

Obrázok 11. Zdravotný cvik 2
Figure 11. Health exercise no. 2

3. Zdravotný cvik

Obrázok 12. Zdravotný cvik 3
Figure 12. Health exercise no. 3

Metodické postup: ležíme na chrbte. Stehná pritisneme k bruchu a rukami si chytíme nohy pod kolená (presne tak isto ako na obrázku). Zľahka zohneme chrbát a kolíšeme sa z jedného boka na druhý bok. Ľahnite si na chrbát, stehná pritisnite k bruchu a rukami si chyťte nohy pod kolenami. Zľahka zohnite chrbát s ťažiskom na oblasti krížov a kolíšte sa z boka na bok.

4. Zdravotný cvik

Obrázok 13. Zdravotný cvik 4
Figure 13. Health exercise no. 4

Metodický postup: Ľahnite si na brucho s dlaňami položenými na dlážku vedľa pliec. Dvíhajte hlavu aj plecia čo najďalej dopredu, ale iba pomocou chrbtových svalov, nepomáhajte si pritom rukami. Tento cvik opakujte desaťkrát.

Cvičenia so špeciálnym zameraním

Medzi cvičenia, ktoré sa podieľajú na výchove k správnemu držaniu tela patria aj cvičenia so špeciálnym zameraním. Podľa J. Čepčianskeho (2005), k ním zaraďujeme vyrovnávacie, dýchacie, relaxačné, kompenzačné, jogové a strečingové cvičenia.

Pre realizáciu relaxačných cvičení je dôležité pochopenie rozdielu medzi napnutým a uvoľneným svalstvom. Pomocou jednotlivých relaxačných cvičení môžeme podporovať u žiakov hravou formou správne držanie tela. Cvičenia musia byť vhodné a primerané individuálnym schopnostiam a zručnostiam žiakov s ľahkým stupňom duševnej zaostalosti.

„Vyrovnávacími cvikmi predlžujeme a uvoľňujeme skrátene svaly, posilňujeme ochabnuté svaly, vyrovnávame svalovú dysbalanciu a zlepšujeme kĺbovú pohyblivosť" (Čepčiansky 2005, s. 155). Ako uvádza J. Čermák (1992), ide o súbor uvoľňovacích, naťahovacích a posilňovacích cvičení.

Podľa R. Bendíkovej (2011), cieľom uvoľňovacích cvičení je, uvoľniť stuhnuté svalstvo a uviesť svaly s tendenciou ku skráteniu do mierneho natiahnutia.

Cieľom naťahovacích cvičení je obnovenie fyziologickej dĺžky svalov a zamedzenie ich skráteniu. Pôsobíme nimi teda na svalstvo tak, aby telo bolo v správnej polohe neustále. Ako uvádza J. Čermák (1992), efekt naťahovacích cvičení je 24 hodín až 48 hodín, preto je potrebné vykonávať tieto cvičenia s pravidelnosťou. Cvičenie v maximálnej miere prispôsobujeme individuálnym osobitostiam žiakov.

Cieľom posilňovacích cvičení je „zvýšiť funkčnú zdatnosť oslabených, či k oslabeniu náchylných svalov" (Bendíková 2011, s. 99). Môžeme o nich povedať, že „mobilizujú" správnu funkciu svalov a tým prispievajú k správnemu držaniu tela. Správna činnosť a sila svalstva sa podieľa na správnom držaní tela pri sede a chôdzi.

Podstata dýchacích cvičení spočíva v naučení sa správneho spôsobu dýchania. Ako uvádza M. Modrák (2005), aj zlý dychový stereotyp podmieňuje nesprávne držanie tela. Namiesto dýchania nosom prevláda dýchanie ústami. To spôsobuje, že jednotlivci dýchajú plytko, len spodnou časťou hrudníka a nevyužívajú celú kapacitu pľúc. Vznikajú tak ďalšie charakteristické znaky nesprávneho držania tela ako je sploštený a prepadnutý hrudník, vystrčené brucho, odstávajúce lopatky, úzke ramená vytočené vpred.

Pri cvičení musí pedagóg sledovať aby pohyb bol spojený s nádychom a výdychom. Taktiež musí dohliadať na to, aby žiaci správne cvičili a každé nesprávne dýchanie a pohyb bol hneď opravený.

Podľa D. Veselskej (2012), jedným z prínosov jogy je aj správne držanie tela. V špeciálnej základnej škole môžeme praktizovať jogové cvičenia Asány, ktoré sa podieľajú na dýchaní, regulácii vnútorných orgánov, smerujú k udržiavaniu kĺbov a výchove k správnemu držaniu tela.

Strečingom chápeme fyzickú aktivitu, pri ktorej naťahujeme svaly na maximum. Tým dosahujeme ich elasticitu. Prostredníctvom strečingu obnovujeme nielen dĺžku svalov, ktoré

po skrátení nepriaznivo ovplyvnili celý pohybový aparát, ale prispievame aj k zlepšeniu držaniu tela.

Pri výchove k správnemu držaniu tela sú neodmysliteľné tiež kompenzačné cvičenia. Cvičení, ktoré rozvíjajú a skvalitňujú nepostihnuté funkcie (Čepčiansky 2005). V praxi to znamená, že ak má žiak zaťaženú pravú stranu, našou úlohou je spolu so žiakom cvičiť cvičenia opačného smeru.

Záver

Jedna z najdôležitejších úloh rodinnej výchovy a výchovy v školskom prostredí by mala byť starostlivosť o správne držanie tela. Nesprávne držanie tela je potrebné odstraňovať už od útleho veku.

V školskom prostredí pedagógovia musia sledovať žiaka a neustále ho motivovať k správnemu držaniu tela pri sedení. Pričom vyzdvihujú do popredia nielen estetický vzhľad správnej chrbtice, ale aj predchádzanie rôznym deformitám a bolestiam chrbta.

V prípade žiakov s duševnou zaostalosťou je dôležite práve neustále motivovanie k správnemu držaniu tela, hodnotenie a odstraňovanie chybného držania tela. Potrebné je poznať ich osobitosti a tým prispôsobiť aj cielenú výchovu, pomocou ktorej budeme predchádzať a odstraňovať prvky nesprávneho držania tela. Sústavnosť, trpezlivosť, každodennosť a spolupráca sú nevyhnutné pre úspešnosť výchovy k správnemu držaniu tela.

Bibliografia

1. Bartošík J., Chudá B., Hruška Š., Halmová N.: Teória a didaktika zdravotnej a nápravnej telesnej výchovy. UMB, Banská Bystrica 1994.
2. Bendíková R.: Oporný a pohybový systém, jeho funkcia, diagnostika a prevencia porúch. UMB, Banská Bystrica 2011.
3. Čechová A., Dobešová P.: Jak predcházet bolestem v zádech. Aneb 99 cviků pro zdraví a krásu. Mirago, Ostrava 2001.
4. Čepčiansky J., Glesk P., Merica M.: Športová edukológia mentálne a zmyslovo postihnutých. UK, Bratislava 2005.
5. Čermák J., Chválová O., Botlíková V.: Záda už mně nebolí. Vašut, Praha 1992.
6. Hrčka J.: Držanie tela a jeho ovplyvnenie. UCM, Trnava 2008.
7. Jurášková Ž., Bartík P.: Vplyv pohybového programu na držanie tela a svalovú nerovnováhu žiakov 1. stupňa základnej školy. UMB, Banská Bystrica 2010.
8. Modrák M.: Korekcia oslabení oporno-pohybovej sústavy v zdravotnej telesnej výchove aplikáciou plaveckej výučby. MPC, Prešov 2005.

9. Schenková E.: Domáce zdravotné a relaxačné cvičenia pre oslabených. Corvex, Bratislava 1991.
10. Veselská D., 2012: Jóga pre zdravie. http://www.jogaprezdravie.sk/. Cit. 10. 12. 2015.

A ŽIAKOV S ĽAHKÝM STUPŇOM DUŠEVNEJ ZAOSTALOSTI K SPRÁVNEMU DRŽANIU TELA

Zhrnutie

Úroveň držania tela je výrazom fyzického a duševného zdravia. Zodpovedá telesnej stavbe a stavu svalstva. U žiakov s duševnou zaostalosťou sa vyskytuje nesprávne držanie tela častejšie ako u ich intaktných rovesníkov. Cieľom príspevku je názorne priblížiť a poukázať na význam základných východiskových polôh cvičení a primeranej, systematickej pohybovej aktivity precvičujúcej posturálne svaly v úsilí o postupné osvojovanie správneho držania tela u žiakov s ľahkým stupňom duševnej zaostalosti.

EDUCATION STUDENTS WITH MILD DEGREES OF MENTAL RETARDATION WITH GOOD POSTURE

Summary

Level posture is an expression of physical and mental health. Responsible body composition and muscle condition. For students with intellectual disability occurs poor posture more often than their intact peers. The aim of this paper is to demonstrate and highlight the importance of adequate, systematic and purposeful physical activity in an effort to correct posture in students with mild degrees of intellectual disability.

Barbara GRZYB
Politechnika Śląska
Kolegium Pedagogiczne
Zespół Placówek Szkolno-Wychowawczo-Rewalidacyjnych w Wodzisławiu Śląskim
Lucyna SZYSZKA, Jagoda POŁEĆ, Jakub JURSZEWSKI
Politechnika Śląska
Kolegium Pedagogiczne

LATARKA DLA NIEWIDOMYCH SPOSOBEM NA BEZPIECZNĄ ORIENTACJĘ PRZESTRZENNĄ I AKTYWIZACJĘ OSÓB NIEWIDOMYCH I SŁABO WIDZĄCYCH

„W życiu każdy czyn powstaje z wielkiego marzenia"
Zofia Książek-Bregułowa

Wprowadzenie

Orientacja przestrzenna kluczem do samodzielnego poruszania się

Poruszanie się w przestrzeni osób słabo widzących i niewidomych uwarunkowane jest wieloma zmiennymi. Tadeusz Majewski (2001) podkreśla, że poznawanie rzeczywistości przez tę grupę społeczną ma głównie charakter dotykowo-słuchowy, co w pewnym stopniu rzutuje na zakres samodzielnego poruszania się. Niebagatelne znaczenie mają tutaj zarówno znajomość środowiska, jak i szkolenia w zakresie orientacji przestrzennej.

Zgodnie z definicją, „orientację przestrzenną można określić jako sprawność jednostki w zakresie poznawania swego otoczenia oraz zachodzących w nim stosunków przestrzennych. Zasadniczą rolę odgrywają tu procesy poznawcze, zasób pojęć, znajomość schematu ciała, wyobraźnia przestrzenna o otoczeniu, operowanie relacjami odległości i czasu" (Kuczyńska-Kwapisz 1990, s. 5).

Małgorzata Paplińska (2008) podkreśla, że „świadomość istnienia przestrzeni i otaczającego świata jest między innymi czynnikiem motywującym do ruchu. Orientacja przestrzenna to sprawność jednostki w zakresie poznawania swego otoczenia, zachodzących w nim stosunków przestrzennych i czasowych oraz określania własnego położenia w stosunku do otaczających przedmiotów. Zasadniczą rolę odgrywają tu procesy poznawcze,

wykorzystywanie posiadanych zmysłów, zasób pojęć, znajomość schematu ciała, wyobraźnia przestrzenna, wiedza o otoczeniu, operowanie relacjami odległości i czasu itp.". Odnosząc się do zacytowanej autorki, możemy powiedzieć, że w przypadku utraty wzroku zubożony zostaje charakter poznawania przestrzeni oraz zdolność samodzielnego poruszania się i poznawania otoczenia. Stąd też niebagatelną rolę odgrywa nauka orientacji przestrzennej za pomocą białej laski, która może być uzupełniona poprzez specjalistyczne metody i formy nauki poznawania najbliższego środowiska. Przykładem podejmowania takich rozwiązań jest Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Słabo Widzących i Niewidomych w Dąbrowie Górniczej, który oferuje swoim wychowankom pracownie orientacji przestrzennej, tyfloakustyczną i usprawniania widzenia.

Tak kompleksowe usprawnianie pozwala na coraz większą niezależność, jednak „aby przestrzeń mogła być maksymalnie użyteczna, musi być zrozumiała i całkowicie opanowana. Główne trudności z orientacją to:

- problem ze znajomością kierunków potrzebnych do sprawnego i skutecznego przemieszczania się,
- nieznajomość pojęć przestrzennych,
- nieznajomość stosunków czasowo-przestrzennych" (Paplińska 2008, s. 16).

Należy jednak podkreślić, że „orientacja i mobilność to *terminus technicus* dla metody skupiającej się na samodzielnym poruszaniu się ludzi niewidzących, głuchoniewidzących, słabowidzących czy ogólnie określanych mianem niepełnosprawnych. Orientacja to w tym ujęciu proces poznawczy, wykorzystujący informacje wszystkich zmysłów. Mobilność to zdolność ruchu w sensie przemieszczania się z jednego miejsca na drugie" (Nafstad 1999, s. 122).

Jak podkreśla R. Ossowski (2007, s. 187) osoby z zaburzeniami zmysłu wzroku mają zredukowane możliwości poznawania rzeczywistości. „Ograniczenie szans swobodnego poruszania się należy do najpoważniejszych konsekwencji braku wzroku". Autor podkreśla, iż utrata „swobody w poruszaniu się jest ważnym wskaźnikiem samodzielności, a w następstwie i poczucia wolności, rozumianej tu jako możliwości określania zadań własnych i ich realizacja bez nadmiernej pomocy czy zależności od innych. Utrudnia pełnienie roli zawodowej, ról rodzinnych, uczestnictwo kulturalne itp. Z tego względu tak ważną rolę w procesie oddziaływań rewalidacyjnych pełni nauka orientacji przestrzennej i poruszania się" (Ossowski 2007, s. 187).

Dysfunkcja wzroku poważnie ogranicza mozliwości samodzielnego przemieszczania się osób nią dotkniętych. Poruszanie się z pomocą białej laski i dzięki znajomości przestrzeni nie zawsze jest bezpieczne dla ludzi słabo widzących i niewidomych. Często dochodzi do urazów, z których najbardziej dotkliwe dotyczą górnej części tułowia i głowy. Przyczyną są zderzenia na przykład ze znakami drogowymi, otwartymi drzwiami samochodów dostawczych lub barierkami blokującymi drogi.

Wychodząc naprzeciw potrzebom osób niewidomych i słabo widzących, konstruktorzy z Jastrzębia-Zdroju opracowali urządzenie wspomagające poruszanie się, ale też pozwalające na ochronę górnych partii ciała.

„Latarka dla niewidomych" – nowe rozwiązanie techniczne wspomagające naukę orientacji przestrzennej

Pomysł „latarki dla niewidomych" powstał w Zespole Szkół nr 6 w Jastrzębiu-Zdroju, a opiekunem projektu jest mgr inż. Krzysztof Smyczek. Urządzenie zostało skonstruowane na potrzeby osób niewidomych lub słabo widzących. Wynalazek działa z wykorzystaniem promieni podczerwieni, które informują osobę z dysfunkcją wzroku o przeszkodzie, jaka znajduje się w pobliżu. „Latarka" posiada cztery czujniki osadzone na czapce i urządzeniu umieszczonym na śródpiersiu. Czujniki te aktywują się w momencie natrafienia na przeszkodę, pojawiającą się w najbliższym otoczeniu ciała. Po identyfikacji przeszkody urządzenie zaczyna ostrzegać za pomocą sygnałów dźwiękowych.

Jak podkreślają autorzy projektu (Krzysztof Smyczek i Zbigniew Palasz), „latarka" ułatwia orientację przestrzenną oraz wspomaga postrzeganie i rozumienie własnej pozycji w określonym środowisku. Można jednak powiedzieć, że urządzenie to w swej specyfice stanowi ewenement, ponieważ umożliwia kontrolę górnych partii tułowia i głowy, która jest najbardziej narażona na wszelkiego rodzaju urazy. Warto w tym miejscu podkreślić, że wzrok odgrywa ogromną rolę w całościowym funkcjonowaniu człowieka. „Powszechnie wiadomo, że człowiek ponad 80% informacji o otaczającym świecie otrzymuje za pośred-nictwem wzroku. W przypadku, kiedy osoba pozbawiona jest zmysłu wzroku, jej organizm podejmuje próbę zastąpienia jego funkcji poprzez wykorzystanie innych zmysłów, działanie takie nazywamy kompensacją" (Waciak, Młynarczyk, Borkowski 2010, s. 254).

Poza tym „kluczowym elementem projektu jest samo urządzenie, które w wersji pierwotnej ma kształt niewielkiego pojemnika z podłączonymi słuchawkami. Jest ono bardzo lekkie i nie utrudnia samego poruszania się osoby niewidomej. Zgodnie z założeniami konstruktorów projektu wszelkie oznaczenia na obudowie zostaną zapisane alfabetem Braille'a w celu szybkiej i pewnej obsługi urządzenia przez osobę z problemami wzrokowymi" (Smyczek, Grzyb, Kowalska 2015, s. 183).

Rysunek 1. Kontrola przeszkody na wysokości głowy
Figure 1. Detection of an obstacle at head height
Autor: T. Kropiwnicki

Rysunek 2. Kontrola przeszkody na wysokości klatki piersiowej
Figure 2. Detection of an obstacle at chest height
Autor: T. Kropiwnicki

Rysunki 1 i 2 prezentują możliwości sygnalizacji przeszkody poprzez zastosowanie „latarki dla niewidomych". Osoba z dysfunkcją wzroku ma możliwość bezpiecznego poruszania się w przestrzeni, ponieważ dzięki sygnałom z „latarki" unika zderzenia z napotkanymi na drodze przeszkodami.

W odpowiedzi na uwagi konstruktorów postanowiliśmy dokonać obserwacji celowej osób niewidomych i słabo widzących poruszających się z pomocą „latarki".

Założenia badawcze

Badania pilotażowe / obserwacje przeprowadzono na grupie 10 osób z dysfunkcją narządu wzroku w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci Słabo Widzących i Niewidomych w Dąbrowie Górniczej. Wychowankowie placówki mieścili się w przedziale wiekowym od 9 do 21 lat. Osoby wytypowane do badań zostały poddane dwukrotnej próbie. Pierwszą z nich przeprowadzono w listopadzie 2015 r., drugą w marcu 2016 r. Pomiarów dokonano, obserwując uczniów poruszających się w przestrzeni zamkniętej, a uzyskane wyniki odnotowano w kwestionariuszu obserwacji opracowanym specjalnie na potrzeby badania.

Badania dotyczyły:

- przydatności urządzenia do poruszania się i orientacji przestrzennej,
- reakcji użytkownika na sygnały urządzenia,
- lokalizacji obiektów/przeszkód za pomocą sygnału dźwiękowego,
- wskazań użytkowników dotyczących konstrukcji samego urządzenia,
- oceny funkcjonalności urządzenia.

W badaniach wykorzystano również metodę sondażu diagnostycznego, który przeprowadzono wśród osób testujących „latarkę". Pytania zamieszczone w kwestionariuszu wywiadu dotyczyły ewentualnych zmian w parametrach i konstrukcji urządzenia.

Badania zostały przeprowadzone na sali gimnastycznej, a uczestnikom zapewniono takie same warunki w obydwu próbach. Wychowankowie wytypowani do badań przez nauczycieli placówki pokonywali intencjonalnie wyznaczoną trasę. Osoby badane w trakcie testu poruszały się z laską i „latarką".

Wyniki badań własnych

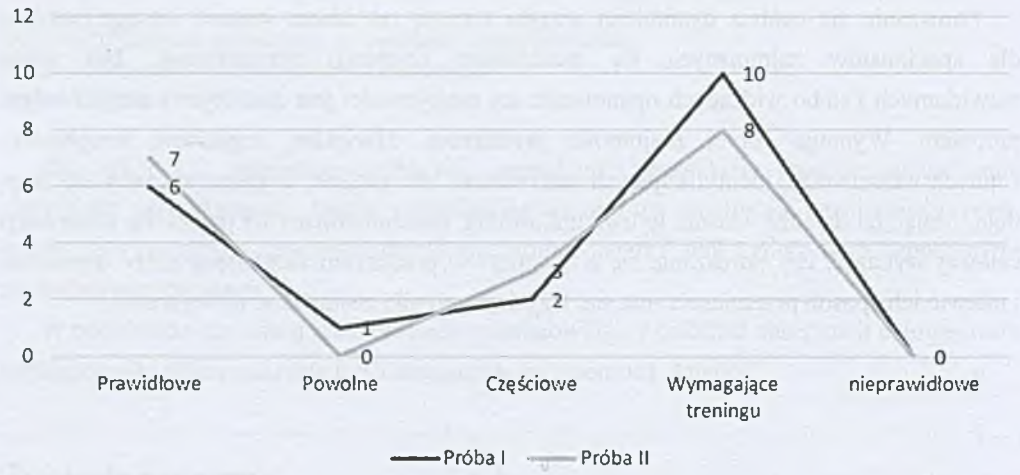
Poruszanie się osób z dysfunkcją zmysłu wzroku od dawna stanowi istotny problem dla specjalistów zajmujących się nauczaniem orientacji przestrzennej. Dla wielu niewidomych i słabo widzących opanowanie tej umiejętności jest żmudnym i długotrwałym procesem. Wymaga dobrej znajomości przestrzeni, dźwięków, zapachów, temperatury i innych właściwości, identyfikujących dany obiekt lub miejsce, w jakim te osoby się znajdują. Mając na uwadze właśnie te uwarunkowania, postanowiliśmy na podstawie obserwacji celowej wykazać, czy poruszanie się z „latarką" w przestrzeni zamkniętej może usprawnić i ułatwić ich sposób przemieszczania się. Uzyskane wyniki zestawiono na wykresie 1.

Wykres 1. Praktyczne zastosowanie „latarki dla niewidomych"
Chart 1. Navigating in enclosed spaces with the use of "the torch" for the visually impaired
Źródło: opracowanie własne

Analizując dane uzyskane na podstawie przeprowadzonej obserwacji, zauważamy nieznaczne, aczkolwiek korzystne zmiany wynikające z użytkowania „latarki". Uwidocznione

różnice są niewielkie, jednak można powiedzieć, że zastosowanie „latarki" w przestrzeni zamkniętej skutkowało nieco pewniejszym poruszaniem się osób badanych.

Kolejnym obszarem badań uczyniono ocenę testowanego urządzenia, której dokonali nauczyciele na podstawie obserwacji uczniów. Osoba oceniająca mogła wskazać więcej niż jedno kryterium oceny spośród propozycji zamieszczonych w kwestionariuszu. Uzyskane wyniki zestawiono na wykresie 2.



Wykres 2. Ocena poruszania się osób badanych z „latarka dla niewidomych"
Chart 2. Evaluation of movement subjects with the use of "the torch" for the visually impaired
Źródło: opracowanie własne

Analizując uzyskane wyniki, zauważamy, że nauczyciele, którzy uczestniczyli w badaniu dostrzegają konieczność dalszego treningu z „latarką". Zwrócono również uwagę, że poruszanie się dzieci i młodzieży w większości było prawidłowe i nie budziło wątpliwości wychowawców. Niektórzy z nich dostrzegali tylko częściowe pozytywne zmiany w przemieszczaniu się swoich podopiecznych.

Istotną kwestią były wskazania osób badanych dotyczące użytkowania „latarki". To właśnie beneficjenci wiedzą najlepiej, czy prototyp, z jakim mieli do czynienia, spełnił ich oczekiwania, czy wręcz przeciwnie – dostrzegli w nim wady lub niedoskonałości, które chętnie by zmienili. Stąd też po każdym przejściu wyznaczonej do badań trasy, osoby badane udzielały krótkiego wywiadu na temat funkcjonalnego aspektu testowanego urządzenia. Uzyskane odpowiedzi zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Opinie użytkowników „latarki dla niewidomych"

L.p.	Uwagi uczniów dotyczące użytkowania „latarki dla niewidomych"	Wartości procentowe
		%
1.	Bardziej dostępna regulacja identyfikacji odległości	60
2.	Regulacja odległości z komunikatem głosowym	100
3.	Wymagane zamontowanie systemu bezprzewodowych połączeń zewnętrznych urządzenia	90
4.	Możliwość pływania w basenie z „latarką"	20
5.	Minimalizacja urządzenia – ogólnie	10
6.	Możliwość zamontowania „latarki" w telefonie	40
7.	Zamontowanie dodatkowej sygnalizacji wibracyjnej przydatnej na przykład w komunikacji miejskiej i terenie otwartym	80
8.	Minimalizacja ciężaru urządzenia	80
9.	Oznakowanie urządzenia systemem Braille'a	40
10.	Możliwość zakupu urządzenia	100

Źródło: opracowanie własne

Osoby badane uważają, że testowane urządzenie jest atrakcyjne i wspomaga proces nauki orientacji przestrzennej. Respondenci wskazali kilka istotnych koncepcji dotyczących rozszerzenia możliwości „latarki", a mianowicie: wprowadzenie regulacji odległości połączonej z komunikatem głosowym, bezprzewodowe połączenie urządzenia z zewnętrznym pojemnikiem, wprowadzenie dodatkowej sygnalizacji wibracyjnej. Badani uważają, że będzie to pewien kompromis między koniecznością poruszania się z białą laską a pewnym „dyskretnym" udogodnieniem wspomagającym proces identyfikacji przeszkód, mogących zagrażać ich bezpieczeństwu.

Podsumowanie

„Latarka dla niewidomych" to współczesne rozwiązanie techniczne skierowane do osób z zaburzeniami zmysłu wzroku. Można je uznać za dopełniający instrument w nauce orientacji przestrzennej. Mimo iż jest ona tylko prototypem, to dla osób niewidomych i słabo widzących staje się nadzieją na większą niezależność w przestrzeni społecznej.

Odnosząc się do uzyskanych wyników, możemy powiedzieć, że poruszanie się badanych z „latarką" było zdecydowanie pewniejsze. Uczniowie szybko reagowali na sygnały dźwiękowe informujące ich o napotkanej przeszkodzie. Ponadto obserwacja zachowań dzieci wskazuje, że korzystanie z „latarki" wymaga treningu, nie tylko w kwestii obsługi urządzenia, ale też samego poruszania się w przestrzeni. Ważnym obszarem badań były opinie samych uczniów, którzy wskazali szereg możliwych rozwiązań poszerzających funkcjonalność urządzenia. Właśnie te sugestie są najbardziej cenione przez konstruktorów, ponieważ pozwalają im na dalsze prace.

Przeprowadzone badania dowiodły efektywności „latarki" w identyfikacji pojawiających się przeszkód. Jest to wyjątkowe osiągnięcie, ponieważ nikt dotąd nie skonstruował urządzenia chroniącego górne partie ciała, a szczególnie głowę. Pomimo tak znacznych sukcesów podkreślić należy, iż w dalszym ciągu podstawą prawidłowego funkcjonowania człowieka z ograniczeniami wzrokowymi w przestrzeni publicznej jest i będzie nauka orientacji przestrzennej według wypracowanych i ciągle udoskonalanych wzorów poruszania się. Dobra znajomość otoczenia, jego sygnałów, odbieranych przez sprawne zmysły, połączona z zastosowaniem „latarki", zdecydowanie podwyższa poziom niezależności społecznej osób niewidomych i słabo widzących.

Badania nad urządzeniem wciąż są prowadzone, a konstruktorzy w dalszym ciągu pracują nad jego udoskonaleniem. Podstawą tych działań są między innymi opinie i sugestie badanych uczniów Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Słabo Widzących i Niewidomych w Dąbrowie Górniczej. Wskazali oni bowiem szereg udogodnień, które są możliwe do zrealizowania, a zarazem stają się wyzwaniem dla konstruktorów.

Latarka dla niewidomych już teraz cieszy się sporym zainteresowaniem i popularnością wśród osób z dysfunkcjami narządu wzroku. Podczas spotkań wielokrotnie padały pytania na temat jej dostępności i ceny. Grupa badanych uczniów deklaruje chęć zakupu latarki i wykorzystywania jej w codziennym życiu.

Jak podkreślają Krzysztof Smyczek, Barbara Grzyb i Gabriela Kowalska (2015, s. 185), „wprowadzenie »latarki« do powszechnego użytku przyczyni się do znacznie większej samodzielności osób z niepełnosprawnością wzrokową, a przede wszystkim uchroni ich przed wieloma przeszkodami, dając również znacznie większe poczucie bezpieczeństwa".

Mimo że to wciąż prototyp docelowego urządzenia, wynalazcy otrzymali już kilka nagród. Były to między innymi: tytuł Lidera Innowacji w 2013 roku, złoty medal z wyróżnieniem na warszawskich targach IWIS 2013, złoty medal na targach „Innova" 2013 w Brukseli, nagroda ministra nauki i szkolnictwa wyższego za wybitne osiągnięcia wynalazcze w latach 2013 i 2014, Grand Prix w kategorii młodych wynalazców na targach „Archimedes 2014" w Moskwie, złoty medal na Międzynarodowym Salonie Wynalazczości „Concours Lepine 2014" w Paryżu, srebrny medal na targach iENA 2014 w Norymberdze.

Bibliografia

1. Kuczyńska-Kwapisz J., Kwapisz J.: Orientacja przestrzenna i poruszanie się niewidomych oraz słabowidzących. Poradnik metodyczny. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1990.
2. Majewski T.: Poradnik metodyczny dla nauczycieli pracujących z dziećmi z uszkodzonym wzrokiem w systemie integracyjnym. Przedsiębiorstwo Wydawnicze Związku Niewidomych, Warszawa 1997.

3. Majewski T.: Dzieci z uszkodzonym wzrokiem i ich edukacja, [w:] Jakubowski W. (red.): Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabo widzącymi. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2001.
4. Nafstad A., Rodbroe I.: Co-creating communication. Perspectives on Diagnostic Education for Individuals Who Are Congenitally Deafblind and Individuals Whose Impairments May Have Similar Effect. Nord-Press, Dronninglund 1999.
5. Ossowski R.: Pedagogika niewidomych i niedowidzących, [w:] Dykcik W. (red.): Pedagogika specjalna. Wydawnictwo Naukowe UAM. Poznań 2007.
6. Paplińska M.: Konsekwencje wynikające z braku wzroku, [w:] Paplińska M. (red.): Edukacja równych szans. Uczeń i student z dysfunkcją wzroku – nowe podejście, nowe możliwości. Uniwersytet Warszawski. Warszawa 2008.
7. Smyczek K., Grzyb B., Kowalska G.: Latarka dla niewidomych szansą na samodzielne poruszanie się osób z niepełnosprawnością wzrokową, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja" Nr 3, 2015.
8. Waciak J., Młynarczyk D., Borkowski B.: Zastosowanie sygnałów falowo-wibracyjnych do orientacji przestrzennej osób niewidomych. „Nowiny Lekarskie", nr 79(3), 2010.
9. Walthes R.: Tyflopedagogika. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.

LATARKA DLA NIEWIDOMYCH SPOSOBEM NA BEZPIECZNĄ ORIENTACJĘ PRZESTRZENNĄ I AKTYWIZACJĘ OSÓB NIEWIDOMYCH I SŁABO WIDZĄCYCH

Streszczenie

Artykuł poświęcony jest innowacyjnemu urządzeniu, którego zadaniem jest wspomaganie poruszania się w przestrzeni osób z dysfunkcjami narządu wzroku. Zawarte w nim informacje dotyczą wstępnych badań pilotażowych na grupie osób, dla których docelowo przeznaczona będzie „latarka". Przeprowadzone badania przyniosły wiele cennych informacji dotyczących funkcjonalnego aspektu urządzenia, ale też zasygnalizowały oczekiwania osób niewidomych i słabo widzących.

TORCH FOR THE VISUALLY IMPAIRED AS A MEANS OF SAFE SPATIAL ORIENTATION AND ACTIVE ENGAGEMENT OF THE BLIND AND THE VISUALLY HANDICAPPED

Summary

The article is dedicated to the innovative device that supports movement of the people with eyesight impairments. It contains information related to the initial pilot study on a group of people for whom „the torch" will ultimately be allocated to. The study indicates a lot of valuable information about the functional aspect of the device, but also inform about the expectations of the blind and the partially sighted.

Rozdział III

MIĘDZY SEGREGACJĄ A WŁĄCZANIEM

Marie VÍTKOVÁ
Masaryk University, Brno
Faculty of Education, Department of Special Education
Czech Republic

VYUŽITÍ MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE ICF V PŘÍSTUPU K ŽÁKŮM VYŽADUJÍCÍCH PODPŮRNÁ OPATŘENÍ V KANTONU CURYCH VE ŠVÝCARSKU VE SROVNÁNÍ S ČESKOU REPUBLIKOU

Úvod

Postižení – podle chápání mezinárodní klasifikace ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health 2005) – je pojem zahrnující poškození na organické úrovni (tělesné funkce a tělesné struktury), omezení na individuální úrovni (aktivity) nebo na společenské úrovni (participace, spoluúčast). Jmenované úrovně se vzájemně ovlivňují a kromě toho jsou ve vzájemné interakci s faktory kontextu (faktory prostředí a osobní faktory). Nový model ICF překonává lineární model ICIDH. Biopsychosociální přístup ICF integruje v sobě oba modely, koncept medicínský i sociální, umožňuje postižení chápat jako společensky podmíněné.

V diagnostické dimenzi je patrná souvislost mezi biopsychosociálním modelem individuálním doprovodem učení a vývoje. Šance mladého člověka uskutečňovat aktivity (např. spočítat si peníze, napsat dopis) a být účastníkem aktivity (např. jít nakoupit nebo vést korespondenci s přáteli) je posuzována v ICF a tím i v diagnostickém procesu individuálního doprovodu učení a vývoje nejen z hlediska jedince, kdy je patrná závislost na individuálních fyzických funkcích, např. na funkci paměti, řečových dovednostech. Při hledání vhodných individuálních vzdělávacích nabídek hraje centrální roli také zohlednění kontextových faktorů prostředí a personálních faktorů.

Využití ICF v kantonu Curych ve Švýcarsku k novému přístupu k žákům vyžadujících speciálněpedagogická opatření

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability (postižení) a zdraví (ICF, WHO 2001) tvoří základ koncepce pro výklad standardizovaných postupů (SAV, EDK 2014) ve Švýcarsku (kanton Curych). ICF především požaduje od aktérů nový přístup a změnu

myšlení, zvláště u kompetentních osob zabývajících se vysvětlením nálezu. Dosud tvořily nálezy podklad pro více méně formálně chápanou stanovenou diagnózu. Nyní je třeba dokumentovat nález přímo s vysvětlením či výkladem standardizovaného postupu (SAV). Pro důkaz potřeby podpůrného opatření dříve stačilo provést inteligenční test, spočítat inteligenční kvocient a použít stanovené hodnoty invalidního pojištění (pozn. IV, se týká Švýcarska). Tímto způsobem bylo např. diagnostikováno mentální postižení, a tím byla stanovena potřeba speciálního vzdělávání (Hollenweger 2015, Nr. 2).

Pro školní psychology a pro všechny ostatní pověřené osoby, které se zabývají vysvětlením diagnózy, znamená použití standardizovaných postupů (SAV) ne nepodstatnou změnu v přístupu k výsledkům testu, k pozorování a informacím pořízených z rozhovorů a z dokumentů. V centru pozornosti není jen jedno kritérium nebo diagnóza, ale dokumentace se týká celého funkčního omezení. Tento přenos (transfer) nálezu klade nesrovnatelně vyšší nároky na pověřenou osobu podávající výklad nálezu. Je třeba uvažovat také o tom, které oblasti funkčních schopností budou použity z inteligenčního testu, a co znamenají různé výsledky testu pro charakterizování daného problému.

Transparentnost při výkladu diagnózy

Kvůli potřebě větší transparentnosti a možnosti srovnání výkladu nálezu jednotlivými odborníky bylo vyvinuto v kantonu Curych (2014) šest indikačních oblastí. Pro tyto indikační oblasti (kognice a metakognice, vědomé smyslové vnímání a senzorika, sociálně-emocionální funkční schopnost, intencionální komunikace, pohyb, motorika a mobilita, provádění běžných aktivit) byly definovány centrální funkční komponenty obsažené ve vysvětlení standardizovaného postupu (SAV), jež byly přiřazeny k ICF-Items. Protože v ICF-Items je většinou zakotven komplexní nález v SAV, jsou funkční komponenty označovány jako Anker-Items. Jakmile je zpracováno obsahové přiřazení nálezu, lze použít kritéria pro stanovení hraniční (mezní) hodnoty, což je potřebné kritérium pro realizaci speciálněpedagogických opatření ve škole (pozn. v kantonu Curych speciální škola).

Potřeba realizace navýšený podpůrných opatření u žáka

Od přijetí nového zákona o základní škole (Volksschulgesetzt) byl v kantonu Curych patrný nadměrný nárůst navýšených podpůrných opatření zvláště u integrovaných žáků. Ukázalo se, že různé obce vykazují velmi různou identifikační míru. Od zavedení standardizovaných postupů (SAV) se očekávalo zajištění větší transparentnosti a možnost srovnání při vysvětlování nálezu. Indikační oblasti mají pomoci podpořit sjednocení praxe, jak při přenosu, tak při posouzení relevantních nálezů. Jde tedy o posílení funkce usměrňování (*gatekeeping function*) školními psychologickými službami. Na druhé straně mají indikační

oblasti vytvořit předpoklady pro větší pocit jistoty při stanovení druhu postižení, které je na základě právních konvencí postižených spojeno s právním nárokem. Naskýtá se otázka, „na kterém místě v rozmezí mezi kompletní funkční schopností a podstatně omezenou funkční schopnosti lze najít hranici mezi postižením a nepostižením" (Hollenweger 2015).

Školský úřad kantonu Curych stanovil tuto hranici díky modelu podpory, který je postaven na konceptu odezvy na intervenci (Shores 2012). Tato odezva je použitá rovněž v modelu inkluze (*Rügener Inklusionsmodell*), ve kterém se podává vysvětlení, která podpůrná opatření a na jakém stupni podpory budou použita. Základní myšlenkou při tom je, že všichni žáci už na stupni podpory 1 byli podporováni v kontextu diferencované nabídky v běžné třídě. Určení hranice mezi stupněm podpory 1 a 2 je dána rozhovorem kompetentních pracovníků uskutečněným na půdě školy (Schulisches Standortgespräch, SSG). Podle modelu podpory se používá rozhovor kompetentních pracovníků (SSG) tehdy, když nemůže být zajištěno adaptované vyučování pro potřeby určitého žáka v běžné škole. Model podpory vychází z toho, že 17% žáků potřebuje navýšená podpůrná opatření. Standardizovaný postup (SAV) se používá teprve tehdy, když podpora na stupni 2 se nedá uplatnit nebo nelze nabídnout adekvátní alternativu. Na stupni podpory 3 se užívají velmi intenzivní nebo specializovaná opatření, přesně přizpůsobená postižení žáka. Taková navýšená podpůrná opatření potřebují cca 3% žáků. V kantonu Curych se mluví o speciálněpedagogických opatřeních na stupni podpory 2 tehdy, když jsou provázena finanční dotací. Speciálněpedagogická opatření jsou přiznána na základě výsledků standardizovaného postupu (SAV) pro žáka s postižením.

Navýšená podpůrná opatření jsou podle modelu podpory potřebná cca u 3% žáků. Kritéria k posouzení této hranice na základě funkční schopnosti (aktivita/participace, tělesné funkce) jsou zahrnuta do indikačních oblastí tak, aby pojala cca 5% žáků. Tím je definováno potřebné kritérium. Jinými slovy – pokud je konstatováno výrazné omezení funkční schopnosti, lze argumentovat na základě dalších informací pro navýšená podpůrná opatření (doporučení obsahující vysvětlení potřeb). Pokud nejsou odpovídající limity dosažené, nepřichází navýšená podpůrná opatření v úvahu. Funkční schopnost je dána jako základní kritérium, protože jen v důsledku jejího omezení lze stanovit stupeň postižení. To však neznamená, že faktory prostředí nejsou důležité, ale negativní vlivy prostředí samy o sobě nevyvolávají postižení. Jestliže je dítě primárně ohroženo svým prostředím, je třeba použít jiná opatření (opatření na ochranu dětí).

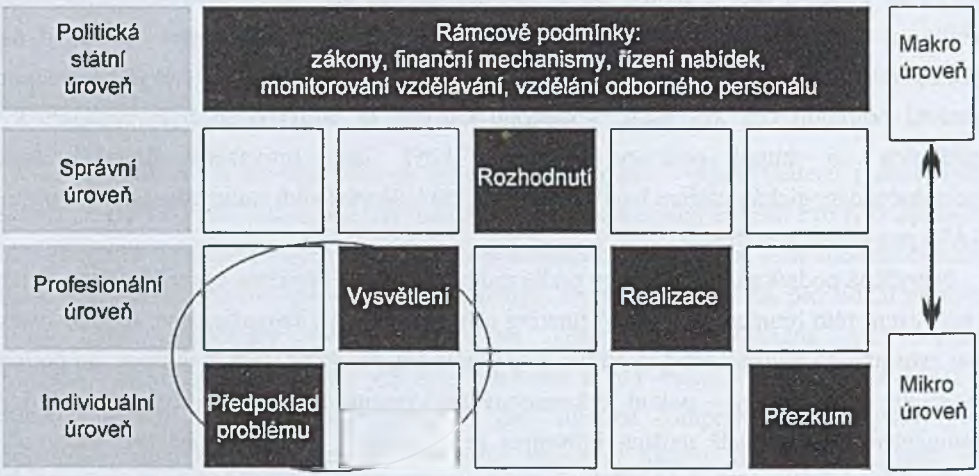
Navýšená podpůrná opatření místo speciální školy

Vysvětlení standardizovaného postupu kompetentními pracovníky (SAV) by mělo sloužit jako základ pro rozhodnutí pro přijetí speciálněpedagogických opatření pro žáka ve věku od narození do 20 let.

Speciálněpedagogická opatření platí podle *Konkordátu speciální pedagogiky* (Sonderpädagogik-Konkordat, 2007) jako navýšená tehdy, když trvají dlouhou dobu, jsou vysoké intenzity a vyžadují vysoký stupeň specializace odborného personálu, především ale, když mají pronikavé důsledky na život jedince s postižením. Nenavýšená opatření – např. 2–3 hodiny speciálněpedagogické péče, logopedie nebo psychomotoriky – jsou zpravidla k dispozici ve škole nebo v obci. Rozhodnutí pro realizaci takových opatření se většinou dělají v rámci rozhovoru kompetentních pracovníků ve škole týkajících se určitého žáka.

Výklad standardizovaného postupu v rámci víceúrovňového modelu

Aby se zabránilo subjektivnímu hodnocení, nemá být místo pro rozhovor spojeno ani s rozhodující instancí, ani nemá být identické s místem, kde se budou realizovat opatření, což je patrné na obr. 1.



Obrázok 1. Dosah výkladu standardizovaného postupu (SAV) ve víceúrovňovém modelu
Figure 1. Range interpretation standardized procedure (SAV) in a multilevel model
Podle: Kronenberg 2015

Výklad standardizovaného postupu (SAV) jako prosazení expertního týmu pověřeného zpracováním nástroje (EDK)

Jedinečnost standardizovaného postupu (SAV) spočívá v tom, že se mezinárodní klasifikace ICF dostala do vzdělávacího kontextu. SAV formulář se skládá ze základního výkladu a vyjasnění potřeb v deseti krocích.

Základní výklad

V základním výkladu se používá současný stav. Obsahuje tyto kroky:
- Údaje o místě konání a osobě uvádějící případ
- Údaje o žákovi
- Přihláška a dotazník
- Profesionální kontext
- Rodinný kontext
- Zjištění funkční schopnosti
- ICD diagnóza/shrnutí popisu problému

Vysvětlení potřeby

V rámci vysvětlení potřeby je přijato srovnání současného a budoucích stavu. Při tom jsou rozhodující tyto kroky:
- Zhodnocení vývoje a vzdělávacích cílů podle ICF – životních oblastí.
- Doporučení / návrh na místo hlavní podpory (běžná nebo speciální škola) a souhrn opatření.

Vztah mezi nálezem a funkční schopností

Informace poskytnuté psychology jsou velmi různé a pocházejí z různých zdrojů. Většinou se provádí inteligenční text, dítě se pozoruje, jsou dotazováni rodiče a učitelé a podle toho jsou použity další postupy. *Které informace a od koho patří do SAV?* Jsou při tom dány dva požadavky: jednak vícedimenzionální fenomén ICF, jednak její orientace na funkční schopnost. Vícedimenzionální přístup vyžaduje biopsychosociální způsob pohledu. Realizace inteligenčního testu vyžaduje od dítěte zejména řešení testových úkolů (aktivity), základní motivaci k výkonu (personální faktory) a participaci na zcela speciální sociální situaci za použití řady psychických funkcí (tělesných funkcí). Pomocí standardizovaného testu se ocitají všichni žáci ve stejné situaci, čímž jsou výsledky srovnatelné. Výsledky IQ testu ale nemohou být jen přiřazeny k ICF-Item, zde pomáhají stanovené indikační oblasti.

Funkční schopnost jako nutné kritérium pro stanovení postižení

Pokud se má dokumentovat nález žáka, pak se naskýtá otázka, jaká omezení funkční schopnosti jsou myšlena. Většina standardizovaných postupů, které se používají k psychologickému vyšetření, jsou orientována **vývojově.** Problémy jsou chápány jako odchylka od vývoje vrstevníků. Konstrukty jsou definovány tak, že se dají použít pro určité

věkové skupiny. V závislosti na tom, zda si všímáme motorického vývoje u předškolního dítěte, nebo mladistvého, jsou v popředí jiné aktivity a úkoly. Vztah mezi vývojovými oblastmi a funkční schopností se mění během dětství. K tomu lze odkázat na různé aktivity stejného konstruktu. *Funkční jádro* vývojově orientovaných konstruktů je zahrnuto do indikačních oblastí a je zakotveno ve standardizovaných postupech (SAV). Každá indikační oblast je členěna do různých funkčních komponent, které jsou stanoveny podle ICF. *Funkční jádro* (Anker-Item) poskytuje nález a může být zobrazeno vývojovým konstruktem a konstruktem založeným na kompetenci. Tab. 1 podává přehled o indikačních oblastech s funkčními komponentami a Anker-Item ze standardizovaných postupů (SAV). Funkční komponenty představují vztah mezi konstruktem a školní psychologií a ICF-Items v SAV a spojují vývojové konstrukty a konstrukty orientované na kompetence s relevantními aspekty pro funkční schopnost.

Posouzení nálezu

Indikační oblasti obsahují vedle popisu funkčních komponent a přiřazení k Anker-Items v SAV odkaz na posouzení nálezu, resp. posouzení stupně stanoveného funkčního omezení. Pro nález, který je vícedimenzionální, jsou definovány tři problémové okruhy perspektivy s odpovídajícími referenčními kritérii pro hranici mezi stupněm podpory 2 a 3: *vývojová perspektiva* (přístup umožněný aktivitami), *perspektiva participace* (účasti) a *funkční perspektiva* (přístup daná tělesnými funkcemi). Hodnotí-li se indikační oblast týkající sepřístupu umožněného *aktivitami,* jsou k dispozici standardizované testové postupy. Úspěch týkající se posouzení *participace* je dán ve vztahu k rozhovoru realizovaném ve škole (SSG), k učebnímu plánu nebo k životní situaci dítěte. Pro posouzení *tělesných funkcí* jsou k dispozici odpovídající klinické a medicínské postupy. Podle zvolené problémové perspektivy a vybraného diagnostického přístupu (nástroje) přicházejí do úvahy ještě jiná referenční kritéria pro posouzení hranice mezi stupněm podpory 2 a 3.

Tab. 1

Šest indikačních oblastí se svými funkčními komponentami a jejich regulace (Anker-Items)

Indikační oblasti se svými funkčními komponentami	**Anker – Items**
Kognice a metakognice	
Kognitivní funkce	b164 Vyšší kognitivní funkce
Centrální funkce pro kognitivní zpracování procesu	b140 Funkce pozornosti
Funkční schopnosti úzce svázané s kognicí	d 133 Osvojení si řeči
Vědomé smyslové vnímání a senzorika	
Zrak	b210 Funkce zraku
Sluch	b230 Funkce sluchu
Bolest	b280 Bolest
Jiné vědomé smyslové vnímání	d120 Jiné vědomé smyslové vnímání
Sociálně–emocionální funkční schopnost	
Emocionalita	b152 Emocionální funkce
Regulace emocí, motivace a psychická energie	b130 Funkce psychické energie a podnětu
Sociálně-emocionální kompetence	d720 Komplex interpersonálních interakcí
Intencionální komunikace	
Operacionální aspekty komunikace	b310-b330 funkce hlasu a řeči a d330 Řeč
Motivační a sociálně-emocionální aspekty komunikace	d310 Komunikování jako příjemce vysloveného sdělení d330 Řeč
Metakognitivní aspekty komunikace	d330 Řeč d335 Produkce neverbálního sdělení
Pohyb, motorika a mobilita	
Motorické schopnosti	b735 Funkce svalů d410 Střídání elementární pozice těla
Motorické jednání	b760 Funkce kontroly volního pohybu d 440 Jemná motorika ruky
Provádění aktivit všedního dne	
Jednotlivé komponenty jsou přímo znázorněny v ICF	d230 Provádění denní rutiny d530 Používání toalety d540 Obléknout se d550 Najíst se

Podle: Hollenweger 2015, s. 31

Indikační oblasti vysvětlující některé otázky, které se objevují při používání mezinárodní klasifikace ICF ve školním kontextu

Referenční kritéria jsou daná tak, abychom věděli, s jakým stupněm omezení, úrovní aktivity/participace a poruchou tělesných funkcí jsou spojená navýšená podpůrná opatření. Referenční kritérium pro posouzení aktivity se orientuje na standardní testový postup a je stanovena hranice 5%. Když výsledek testu leží pod touto hranicí, lze přistoupit ke zdůvodnění použitých navýšených podpůrných opatření. Alternativně lze zohlednit standardní odchylku (více než 1,5 pod střední hodnotou) nebo T hodnotu (menší než 35). Většinou bývá vybráno pro jednotlivé indikátory více hodnot a pak malá výchylka nehraje žádnou roli. Referenční kritérium pro posouzení participace se nedá stanovit v číslech. Jde o to, umět poukázat v nálezu, že existuje dlouhodobé a těžké postižení, které působí na možnou participaci žáka ve škole. Pro posouzení tělesných funkcí se pracuje s výrazem funkčního omezení. V popředí je zejména způsob postupu ke stanovení problému (např. funkce zraku nebo sluchu). Příslušný nález se musí pohybovat od středního do těžkého omezení funkce. V jazyku ICF a SAV (vysvětlení standardizovaných postupů) to znamená, že poškození musí být vyjádřeno jako výrazné nebo úplné.

Referenční kritéria mohou být použita pro jednotlivé Anker-Items, na funkční komponenty v rámci indikační oblasti nebo na celou indikační oblast. Podle stavu zjištění se nabízí užší nebo širší přístup. Např. může být použito celkové zhodnocení IQ nebo jen jednotlivé dílčí testy. Pokud nebyly použity jiné techniky, které by podpořily nález IQ testu (např. test školního výkonu, pozorování, zpráva učitele), je třeba přistupovat k výsledkům obezřetně.

Model stupňů podpory

Model stupňů podpory, používaný v kantonu Curych, vychází z toho, že účast žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na vyučování může být úspěšná, pokud jim škola zajistí vhodné učební podmínky v inkluzivní škole. Na všech stupních podpory žáků je důležité, aby při obtížích při vyučování byla vnímána situace ve vyučování ve vztahu k možnostem příslušného žáka a byly přezkoumány jeho individuální potřeby (srov. Baur, Meier 2015; Vítková 2015).

Na stupni podpory 1a mají být pro žáky připraveny učební situace tak, aby žáci pokud možno dobře prospívali, protože si k tomu přinášejí s sebou různé zkušenosti a dispozice k činnosti. Učitel potřebuje získat dobrý přehled o situaci ve třídě a mít schopnost vcítit se do prožívání situace ve škole žáky. Musí umět analyzovat aktuální situaci ve třídě a návazně jednat odpovídajícím způsobem.

Na stupni podpory 1b už je třeba přemýšlet o tom, jak můžeme přizpůsobit požadovanou učební situaci možnostem jednotlivých žáků nebo určité skupině žáků. Učitel může při tom využít poradenských služeb nebo hledat podporu v týmu.

Pokud obtíže žáka přetrvávají, je třeba zpracovat systematickou analýzu situace ve vyučování. Získané zkušenosti všech zúčastněných pedagogických pracovníků budou použity při rozhovoru o žákovi ve škole (SSG) (Hollenweger, Lienhardt 2007) a souhrnně budou vyhodnoceny všechny životní oblasti relevantní pro školu. Na tomto základě se hledá nejvhodnější řešení vzdělávací situace pro konkrétního žáka. Někdy se při tom ukáže, že je potřebné stanovit vhodné učební cíle a / nebo speciálněpedagogická opatření, aby se zlepšila životní situace žáka. Rozhovor realizovaný ve škole v kantonu Curych je používán k přezkoumání nabídek na stupni podpory 2. Od tohoto stupně se zakládá školní podpora na individuálních podpůrných plánech.

Ještě zásadnější a oproti konkrétní situaci ve škole abstraktnější je zkouška při využití standardizovaného postupu při vysvětlení nálezu (SAV) ke stanovení individuálních potřebyžáka (SAV) (Standarisierte..., 2014) na přechodu k stupni podpory 3. Je otázkou, zda je potřeba přizpůsobení ve vzdělávacích a vývojových cílech, ve vzdělávací nabídce a vzdělávacímu místu, které intenzivně působí na životní situaci žáka, resp. na jeho rodinu. Pokud je nezbytné speciální vzdělávání, pak se zakládá na individuálním podpůrném plánu, přičemž na obsahu stěžejních oblastí se dohodli kompetentní pracovníci. Diskuze k tomu byla vedena v rámci rozhovoru ve škole (SSG).

Stupně podpory	Žáci dosahují přiměřených kroků v učení za předpokladu	
1a	diferencované učební nabídky v běžné třídě	
1b	jeden z vyučujících v běžné třídě cíleně poskytuje individuální učební nabídku	SSG
2a	na základě podpůrné diagnózy a podpůrného plánování se poskytuje přiměřená učební nabídka v běžné třídě	
2b	na základě podpůrné diagnózy a podpůrného plánování se poskytuje přiměřená učební nabídka v běžné třídě rozšířená o cílená speciálně-pedagogická podpůrná opatření	SAV
3a	integrované speciální vzdělávání	
3b	speciální škola (denní, školní domov)	

Obrázok 2. Model stupňů podpory v kantonu Curych s využitím nástrojů rozhovor ve škole a standardizovaný postup při vysvětlení nálezu na rozhraních

Figure 2. Model degrees of support in the canton of Zurich using the tools of conversation at school and standardized procedure for clarification of the decision on interfaces

Podle: Baur, Meier 2015

Problémy perspektivy participace na vyučování

V rozhovoru kompetentních pracovníků ve škole (SSG) a ve standardizovaném postupu při vysvětlení nálezu (SAV) jde o to systematicky analyzovat problémy školní účasti žáka vzhledem k situaci ve vyučování, pochopit je a pomocí vhodných cílů a opatření zajistit participaci na vzdělávání a vývoji. Při tom se rozlišují různé perspektivy (Baur, Meier 2015).

Obrázok 3. Perspektivy problémů při účasti na vyučování
Figure 3. Perspectives problems attend classes

Často se nejedná o postižení jako následek funkční schopnosti žáka a perspektiva zdraví se zde nedá použít. Bližší pro školu je perspektiva kompetence. Možná žák nemá žádné, příp. má příliš malé příležitosti nebo má málo dobrých příležitostí, aby získal předpokládanou kompetenci. Je třeba si položit otázku typu: *Rozumí například dostatečně vyučovací řeči?*

Hlavní význam perspektivy zdraví ve standardizovaném postupu vysvětlení nálezu (SAV)

Někdy existují problémy se vztahy ve škole a odpovídající perspektiva je zvlášť důležitá. Společné zájmy privátního a školního kontextu mohou být příliš malé a schopnost spojení mnohých školních situací s požadavky participace žáka je minimální. V tom případě hledáme odpověď na otázku: *Jak velká je shoda představy o dobrém vyučování mezi rodiči, učiteli a vedením školy?*

Nesouhlasné očekávání se může ukázat také v perspektivě vývoje. Vyhovují školní požadavky vývojově podmíněným předpokladům? Má prvňáček, který ještě neumí potichu sedět, skutečně nějaké funkční omezení, nebo se ještě jedná o opoždění vývoje oproti vrstevníkům?

Všechny čtyři perspektivy s ohniskem školních problémů participace žáka na vyučování jsou důležité jak pro rozhovor ve škole (SSG), tak pro vysvětlení nálezu (SAV). Přechod ke stupni podpory 2 může být zdůvodněn v rámci rozhovoru (SSG) jednou ze čtyř perspektiv. Speciálněpedagogická opatření stupně podpory 3 naproti tomu předpokládají jako nutnou podmínku, že ve standardizovaném postupu vysvětlení nálezu (SAV) je zjištěno podstatné omezení funkční schopnosti. Perspektiva zdraví má hlavní význam ve standardizovaném postupu při vysvětlení nálezu (SAV). Vysvětlení jiných perspektiv sami o sobě speciální vzdělávání nezdůvodňují.

Nástroje v procesu řešení problémů

Rozhovor kompetentních pracovníků ve škole (SSG) a standardizovaný postup při vysvětlení nálezu (SAV) jsou postupy, které se používají v souvislosti se školními problémy žáků při účasti na vyučování a najdou použití v procesu řešení problémů, k nimž přispívají různou mírou (Hollenweger 2015).

Rozhovor kompetentních pracovníků ve škole (SSG) byl vyvinut jako podpůrný nástroj pro opatření stupně podpory 2, a tím jako základ pro podpůrné plánování. Umožňuje získat souhrn různých pozorování, strukturuje jejich posouzení, připravuje základ pro pokud možno společné rozhodnutí a definuje hlavní oblasti podpory, ale nevyjadřuje se v něm ke stanovení nálezu.

Standardizovaný postup při vysvětlení nálezu (SAV) je nástroj k přezkoumání navýšených speciálněpedagogických opatření (Sonderpädagogik Konkordat, 2007). Vysvětlení je vyvoláno vymezením problému, který je zaznamenán ve standardizovaném postupu při vysvětlení nálezu (SAV). Odborník zpracuje relevantní nález s použitím testů, rozhovoru, pozorování, ev. posudku zpracovaného třetí osobou. Tyto poklady jsou interpretovány a posouzeny a nakonec odborný pracovník zpracuje doporučení, které předá rozhodujícímu příslušnému úřadu. Rozhodnutí a plánování je založeno na standardizovaném postupu při vysvětlení nálezu SAV.

Rozhovor ve škole (SSG) ke společnému řešení problému žáka

Rozhovor realizovaný ve škole (SSG) bere v úvahu multiprofesionální kooperaci, participaci rodičů na životě školy a odpovědnost žáků za vlastní učební proces. Procedura zavazuje povinnosti všechny zúčastněné. Relevantní osoby se seskupují na jednom místě, aby pochopily problémy žáka ve škole a na základě toho vytvořily individuální adekvátní šance pro jeho vzdělání a optimální vývoj. Přitom se využívá v rozhovoru (SSG) společná *řeč*, která není ani běžně používanou hovorovou řečí ani řečí odbornou. Je založena na *Mezinárodní klasifikaci funkční schopnosti, postižení a zdraví* (ICF) (2005).

Rodiče, učitelé ze školního týmu a popř. další odborníci nahlásí svoje pozorování žáka. Na tomto základě doplněném rozhovorem s rodiči nebo žáky, rozhodne učitel, zda je potřeba jednání a vysvětlení nálezu a zda je proto nutný rozhovor ve škole vedený kompetentními pracovníky (SSG). Rodiče mají právo podat příslušnou žádost.

Pokud dojde k rozhovoru, informuje učitel vedení školy a rozhodne o skladbě účastníků. Zve tolik členů, kolik je nutné, zve také odborné pracovníky školy, kteří mohou přispět k vyhodnocení a řešení problému. Důležitá je účast speciálního pedagoga, terapeuta (pro psychomotoriku), logopeda, učitele mateřského jazyka u bilingválních žáků nebo školního psychologa. Je smysluplné pozvat někoho z vedení školy. Rodiče mohou být přítomni v doprovodu tlumočníka nebo zprostředkovatele z úřadu. Cílem setkání je řešení situace ve vzdělávání a vývoji vybraného žáka. Jeho účast je třeba dobře zvážit.

Na základě přípravy podle příslušného formuláře, jsou v rozhovoru zaznamenána pozorování všech zúčastněných. Z toho pak vychází úkol – společně zpracovat daný problém. Pokud se dají vysvětlit základní otázky a panuje shoda v tom, že existuje potřeba jednání, lze formulovat společný návrh adresovaný řediteli, s jakými podpůrnými cíli a opatřeními ve stupni podpory 2 lze na potřeby žáka reagovat. Se souhlasem vedení školy je návrh podán k rozhodnutí. Pokud nedojde ke shodě a panuje nejasnost, je zpravidla třeba požádat o provedení psychologického vyšetření. To je nezbytné, pokud se navrhuje stupeň podpory 3 – speciální škola. Rozhodnutí může být popřeno stanoviskem rodičů.

Standardizovaný postup při vysvětlení nálezu (SAV) – realizace

Standardizovaný postup při vysvětlení nálezu (SAV), za který jsou odpovědné psychologické služby, se zatím používá jen v kantonu Curych na rozdíl od rozhovoru ve škole (SSG), který se ve Švýcarsku užívá plošně. Paralelně k tomu nabízí školský úřad úvodní kurzy pro ředitele, školskou správu a ošetřovatelskou péči ve škole, která má rozhodující slovo při zařazení žáka do speciální školy (stupeň podpory 3).

Úřad pro vzdělávání kantonu Curych zavedl *Standardizovaný postup při vysvětlení nálezu* (SAV) ve dvou krocích, první ve školním roce 2013/2014, druhý ve školním roce 2015/2016. Školský úřad podpořil proces zavedení SAV pořádáním seminářů na začátku a na konci přípravné fáze. V rámci daných zdrojů je v omezeném rozsahu možné specificky zaměřené další vzdělávání, poradenství a podpora při vedení projektu oddělením pro speciální pedagogiku. Vedení projektu je rovněž podpořeno doprovodnou skupinou SAV – školními psychology a školní správou.

Standardizovaný postup při vysvětlení nálezu (SAV) – indikační oblasti

Spolupráce s praxí školních psychologů začala hned na počátku uvedení standardizovaného postupu při vysvětlení nálezu (SAV) do praxe. V pracovních skupinách byly vyvinuty dvě důležité pomůcky: SAV-ZH (webové stránky) a indikační oblasti pro speciálněpedagogická opatření v kontextu SAV.

SAV-ZH je webová aplikace ke standardizovanému postupu při vysvětlení nálezu, kterou používají i jiné kantony. Je dostupná také na tabletech a umožňuje zhotovení tří různých zpráv. Celková zpráva obsahuje všechna vložená data a je určena pro práci školních psychologů. SAV zpráva obsahuje výtah údajů potřebných pro ošetřovatelskou péči na škole a současně ji obdrží i rodiče žáka. Zpráva pro vedení školy obsahuje jen data, která jsou potřebná pro zabezpečení speciálněpedagogických opatření ve škole.

Ve webové aplikaci jsou také zahrnuty indikační oblasti, které sestavila prof. Dr. Judith Hollenweger (2015). V úvodu je vysvětleno, že indikační oblasti jsou založené na ICF a orientace nálezu je členěna podle vybraných informací směrem k profesionálnímu (školnímu) a rodinnému kontextu, k rizikovým faktorům a k funkční schopnosti. Funkční schopnost má při tom mimořádný význam: její podstatné omezení je předpokladem pro přezkoumání nabídky stupně podpory 3. Indikační oblasti podporují rozhodnutí, zda na základě předloženého nálezu k funkční schopnosti jsou nutná speciálněpedagogická opatření nebo ne.

Obrázok 4. Umístění indikačních oblastí při standardizovaném postupu při vysvětlení nálezu (SAV)
Figure 4. Location of indicator areas in the standardized procedure for clarification of the decision (SAV)

Samozřejmě zůstává obsažený jednotný způsob pohledu *Standardizovaného postupu při vysvětlení nálezu* (SAV) také ve specializovaných indikačních oblastech. Při tzv. vysvětlujících rozhovorech školní psychologové vyžadují rozhodnutí o perspektivě všech zúčastněných. Zpravidla se rozhovoru účastní i žák s postižením. Určitě jsou přítomní rodiče, kompetentní pracovníci běžné školy, speciální školy, pokud možno ošetřující personál speciální školy a další odborný personál podle aktuální potřeby.

Indikační oblasti

Indikační oblasti mají zabránit tomu, aby školní problémy s participací žáka nebyly příliš rychle vyřešeny jen v důsledku omezení funkční schopnosti žáka. Indikační oblasti konkrétně definují šest dimenzí potřeb, které mohou být postiženy jednotlivě nebo v kombinaci:

- kognice a metakognice
- vědomé smyslové vnímání a senzorika
- sociálně emoční funkční schopnost
- intencionální komunikace
- pohyb, mobilita a motorika
- realizace aktivit v každodenním životě.

K celkovému posouzení jednotlivých indikačních oblastí existují tři možné přístupy. Ve školní psychologii se za zvlášť důležité považuje hodnocení schopnosti a výkonu ve srovnání s vrstevníky, a tím s vývojem daným věkem. To je přístup daný realizací aktivit. Posouzení se provádí standardizovaným postupem. V indikačních oblastech jsme proto často odkázáni na provádění testů. Hranice k přezkoušení speciálněpedagogických opatření může být popsána pomocí procentového výpočtu, standardní odchylky nebo T-hodnotou.

Pokud se nedá hodnotit aktuální životní situace nezávisle na omezení aktivit, nabízí se přístup pomocí participace. Při posouzení jsou důležité sociálně-emocionální funkční schopnosti. Přímo jsou posuzovány možnosti participace týkající se učebního plánu nebo školního života.

Východiskem vysvětlení školních psychologů jsou zpravidla závažné problémy participace. V posouzení určitých indikačních oblastí může být důležité přímé měření tělesných funkcí. Školní psychologická služba spolupracuje na přístupu týkajícím se tělesných funkcí většinou s odborníky odpovídajícího vzdělání, často s lékaři nebo terapeuty. Hranice k přezkoušení ke stupni podpory 3 je popsána stupněm projevujícího omezení funkčních schopností.

Zajištění participace

Indikační oblasti vytvářejí vzhledem k funkční schopnosti základ pro pokud možno jednotné hodnocení meze stupněm podpory 2 a 3. Mají důležitou *Gatekeeping* funkci (usměrňování) ve snaze zabránit tomu, aby školní problémy participace nebyly objasněny příliš rychle jen na základě omezení funkční schopnosti žáka, který je pak přeřazen do speciální školy. Takové opatření působí negativně na životní situaci žáka, popř. na jeho rodinu. Indikační oblasti současně přispívají k tomu, aby žáci s postižením nebyli znevýhodněni. Jak rozhovor realizovaný ve škole (SSG) na rozhraní ke stupni podpory 2, tak *Standardizovaný postup při vysvětlení nálezu* (SAV) se zřetelem na speciálněpedagogická opatření zajišťuje participaci žáka na vzdělání a vývoj odpovídající jeho potřebám.

Závěr

Srovnáme-li současnou situaci v kantonu Curych ve Švýcarsku se situací v České republice, zjistíme, že obě země sice hledají vlastní řešení, v podstatě ale dochází ke stejným závěrům v realizaci podpůrných opatření poskytovaných žákům se speciálními vzdělávacími potřebami.

V ČR se v rámci obecně závazných právních předpisů nově definují stupně podpůrných opatření a jim odpovídající prostředky speciálněpedagogické podpory poskytované žákům v inkluzivním vzdělávání (novela školského zákona č. 82/2015 Sb.). Podpůrnými opatřeními se rozumí využívání speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogických a psychologických služeb, souběžné působení dvou pedagogických pracovníků ve třídě, zajištění služeb asistenta pedagoga a poskytnutí individuální podpory při výuce (srov. Bartoňová, Vítková 2013, 2015).

Pojetí podpůrných opatření odráží druh, stav a míru znevýhodnění, ale také zohledňuje celkovou vzdělávací situaci žáka a školy. Navazuje na mezinárodní klasifikační systém a národní normy a standardy.

Postupný přechod na systém podpůrných opatření používaných ve školách pro potřeby žáků cílové skupiny vyžaduje analýzu současného stavu s přihlédnutím na silné a slabé stránky nabízených podpůrných opatření. Podpůrná opatření by měla žákovi pomoci rozvinout jeho vzdělávací potenciál. Škola by měla vyvinout úsilí pro zajištění vybraných podpůrných opatření. Podpůrná opatření jsou členěna do pěti stupňů podpory (Baslerová, Michalík, Mouček et al. 2014). Důvodem je nastavení dostatečného síta, které zajistí naplnění speciálních vzdělávacích potřeb každého žáka přesně podle hloubky jeho postižení či znevýhodnění.

Bibliografia

1. Bartoňová M., Vítková M. et al.: Vzdělávání se zaměřením na didaktiku a vyučování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. MU, Brno 2013.
2. Bartoňová M., Vítková M., et al.: Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdiscipilnární téma.. MU, Brno 2015.
3. Baslerová P., Michalík J., Mouček J. et al.: Katalog podpůrných opatření – I. obecná část. UP, Olomouc 2014.
4. Baur M., Meier U.: Partizipation an Bildung und Entwicklung sichern: Das Schulische Standortgesprach (SSG) und das Standardisierte Abklarungsvefahren (SAV) im Kanton Zurich. „Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik", vol. 21(2), 2015.
5. Hollenweger J.: Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Ein neues Modell von Behinderungen (Teil I). „Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik", vol. 10, 2003.
6. Hollenweger J.: Indikationsbereiche. Ein Instrument des Kantons Zürich zur Klärung der Indikation für sonderschulische Massnahmen. „Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik", vol. 21(2), 2015.
7. Hollenweger J., Kraus De Camargo O.: ICF-CY: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Hans Huber, Bern 2011.
8. Hollenweger J., Lienhardt P.: Schulische Standortsgespräche. Ein Verfahren zur Forderplanung und Zuweisung von sonderpadagogischen Massnahmen. Lehrmittelverlag des Kantons Zürich, Zürich 2007.
9. Indikationsbereiche zur Klärung der Indikation für sonderschulische Massnahmen durch die Schulpsychologie im Kontext des Standardisierten Abklärungsverfahrens (SAV). Bildungsdirektion Kanton Zürich, Zürich 2014.
10. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO, Geneva 2001.
11. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. WHO, Genf 2005.
12. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Hans Huber, Bern 2011.
13. Kronenberg B.: Das standardisierte Abklärungsverfahren (SAV). „Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik", vol. 21(2), 2015.
14. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Grada, Praha 2008.
15. Shores C.F. (ed.): Response to Intervention. Corwin Press, Thousand Oaks 2012.
16. Standardisiertes Abklärungverfahren (SAV). Instrument des Sonderpädagogik-Konkordats als Entscheidungsgrundlage für die Anordnung verstäkter individueller Massnahmen.

Handreichung. Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren, Bern 2014.

17. Vítková M.: Podpůrná opatření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivním prostředí školy z pohledu vybraných zemí – Německa, Švýcarska a České republiky, [in:] Bartoňová M., Vítková M. et al.: Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma. MU, Brno 2015.
18. Vítková M.: Participace ve vzdělávání a podpora vývoje žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivní škole v kantonu Curych ve Švýcarsku v širším kontextu, [in:] Zámečníková D., Vítková M. et al.: Současné trendy v inkluzivním vzdělávání se zaměřením na žáky se speciálními vzdělávacími potřebami v ČR a v zahraničí. Teorie výzkum, praxe. MU, Brno 2015.

VYUŽITÍ MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE ICF V PŘÍSTUPU K ŽÁKŮM VYŽADUJÍCÍCH PODPŮRNÁ OPATŘENÍ V KANTONU CURYCH VE ŠVÝCARSKU VE SROVNÁNÍ S ČESKOU REPUBLIKOU

Zhrnutie

V kapitole je prezentováno téma nově nabízených podpůrných opatření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivním prostředí školy z pohledu Švýcarska, konkrétně kantonu Curych ve vztahu k *Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability (postižení) a zdraví* ve srovnání s nově navrženými legislativními opatřeními v České republice

THE USE OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION ICF IN THE APPROACH TO STUDENTS REQUIRING SUPPROTIVE MEASURES IN ZURICH CANTON IN SWITZERLAND COMPARE TO THE CZECH REPUBLIC

Summary

In the chapter the newly presented supportive measures for students with special educational needs in inclusive school from the perspective of Switzerland (namely Zurich canton) are going to be discussed. The topic is mentioned in connection with International classification of Functioning, Disability and Health compare to newly proposed legislative measures in the Czech Republic.

Oľga RAČKOVÁ
Katolícka univerzita v Ružomberku
Katedra špeciálnej pedagogiky

VYBRANÉ ASPEKTY INKLUZÍVNEHO VZDELÁVANIA

Dobré vyučovanie pokladal Komenský za veľké tajomstvo, to upriamuje na jeho výroky o človeku ako najzložitejšej, najnevyspytateľnejšej bytosti. „Vzťahy vo výchove a vzdelávaní majú byť založené na vzájomnej láske ako u otca a syna podľa Jána 5, 19 – 20" (Čapková 2007).

Ako nanovo preniknúť do tajomstiev poznávania, učenia, na ktoré poukazuje uvedená citácia? Nový kontext, ktorým je inkluzívny koncept vzdelávania, vyžaduje nové pochopenie žiaka ako rodiacej sa osobnosti, nové spôsoby v komunikácii a súhrnne – záujem o kvalitu celého jeho života. Kvalita výchovy a vzdelávania sa vždy opiera o požiadavku dobra (šťastia) človeka, ktoré sa pochopiteľne týka ako žiakov, tak i učiteľov a naostatok všetkých zainteresovaných účastníkov vzdelávacieho procesu.

V pokračujúcom texte máme snahu poukázať na tie didaktické aspekty a súvislosti, ktoré by mohli byť inšpiráciou pre budúce chápanie didaktiky v inkluzívnej pedagogike, predovšetkým v primárnom vzdelávaní, kde sa kladú základy ľudskosti a ľudstva.

Interakcia žiak a učiteľ

Dieťa predškolského a ranného školského veku dovršuje ťažký, ale potrebný proces *separácie a individuácie* a aj sociálne sa vydeľuje ako jednotlivec a osobnosť. Tento proces je sprevádzaný výraznou zážitkovou a emocionálnou energiou, ktorá má pri priaznivých podnetoch z rodinného a školského prostredia zásadný vplyv na pocit šťastia a radosti zo života – čo sú kvality bezosporu signifikantné aj pre našu víziu pedagogickej inklúzie – no môže byť aj ničivá a dieťa nadlho zraniť a stigmatizovať, ak v čase vrcholiacej individuácie nenájde podporu a porozumenie.

Viacero cenných podnetov vo vzťahu k rozvoju osobnosti dieťaťa mladšieho školského veku nachádzame aj v tých psychologických alebo pedagogických štúdiách, ktoré kriticky komentujú dôsledky *autoritárskej výchovy,* teda výchovy, ktorá pracuje najmä s príkazmi, zákazmi a trestami, ktoré v konečnom dôsledku predstavujú pre dieťa hrozbu zavrhnutia či

úplného odmietnutia lásky. Ešte rafinovanejší prístup psychológovia označujú ako *čierna pedagogika.* Je to taký typ vzťahu k dieťaťu, ktorý vyviera viac z potrieb vychovávateľa a vytesňuje najvnútornejšie potreby dieťaťa. Čierna pedagogika uplatňuje moc voči bezmocnému a závislému dieťaťu, dokonca programovo a systematicky v mene lásky k nemu, k jeho dobru a šťastiu. Miesto prirodzenosti a osobnostnej originality sa v dieťati facilituje postoj bezvýhradnej vďačnosti, servilnosti a subordinácie.

Ak by sme chceli aj na pôde inkluzívnej pedagogiky pracovať s predstavou konštruktívnych zložiek zdravého *narcizmu* (Pupala 2004), potom je možné prekonávať chronické pokušenia pedagogickej zvrchovanosti – direktivizmu inou perspektívou. Z nej dieťa vyrozumie, že je akceptované také, aké je, v plnej pestrosti svojich prejavov a vlastností. Vďaka tomuto akceptovaniu sa potom nebude zdráhať dať najavo svoje emócie, uvedomí si ich význam a zistí, že tieto emócie zaujímajú aj ľudí okolo neho. Emócie sú v tomto kontexte pevnou súčasťou interakcií a procesu socializácie dieťaťa.

Najviac podnetov priniesla psychológia pri skúmaní a hľadaní zákonitostí *poznávania, učenia* dieťaťa. Všetky tieto kognitívne a konštruktivistické psychológie – nech už máme na mysli Piagetovu schému rozvoja detskej osobnosti, kde by mladšiemu školskému veku zodpovedalo štádium konkrétnych operácií, alebo Vygotského prínos pre porozumenie interakčného a interiorizovaného charakteru detského poznávania – tvoria dôležitý rámec prípravy učiteľov. Keďže túto otázku detailne spracovávajú metodické materiály didaktiky formačných predmetov, nebudeme ju na tomto mieste detailne rozoberať.

Napokon, nie však na poslednom mieste, chceme ešte spomenúť niektoré kľúčové podnety *humanistickej psychológie*, ktorá stojí na opačnom póle ako autoritárske koncepty, nakoľko sleduje rozvoj osobnostných potencialít každého „detského originálu". Najčastejšie sa v tomto smere uvádzajú podnety Rogersa (1995), ktorý razil pojem *aktualizačnej tendencie.* Pod týmto pojmom rozumel smerovanie síl indivídua k rastu, k rozvoju, k realizácii mohutností, k obohateniu života, k zvyšovaniu autonómie a nezávislosti, ale aj prijímanie zodpovednosti v akte sebariadenia.

Ak je sebaaktualizácia v súlade s aktualizačnou tendenciou v detskom vnútri, čo znamená, že jednotlivec nerušene realizuje svoje smerovanie k rozvoju, k bohatému a šťastnému životu, Rogers používa pojem *kongruencia* (zhoda sám so sebou). Pri manipulatívnom a ľudsky odcudzenom výchovnom konaní dochádza k *inkongruencii,* ktorá potom generuje veľa výchovných aj motivačných konfliktov a problémov.

Vo vzťahovom rámci dieťa – rodič, dieťa – učiteľ pracuje Rogers s predstavou *nepodmienečnej akceptácie*, teda vciťujúceho sa, empatického prijímania jednotlivca v celej škále jeho prejavov a zvláštností. Proti vynúteným, hraným, nacvičeným *fasádam* detského správania stavia Rogers autentickosť osobnosti dieťaťa. Tento *non-direktívny a na dieťa zameraný prístup* priniesol množstvo nových výziev aj pre školské zariadenia a prispel k formulácii princípov humanistického obratu k žiakovi. Z nich môžeme spomenúť aspoň tieto:

- princíp žiakovho učebného sebaurčenia,
- princíp jednoty vôle učiť sa a vedenia, ako sa to naučiť,
- princíp samostatného sebahodnotenia,
- princíp dôležitosti prežívania a vyjadrovania emócií,
- princíp eliminácie hrozby.

Zo školských javov, ktoré problematizujú tému fungujúceho a dobre socializovaného dieťaťa, môžeme ešte uviesť niektoré výchovné zlyhania, ako je napr. situácia, kedy je dieťa vlastne kompenzáciou vychovávateľových nedostatkov. Tento redukcionizmus spočíva v tom, že dieťa je inštrumentalizované, stáva sa prostriedkom na realizáciu cieľov, ktoré nedokáže prijať ako vlastné ciele. Iným typom komplikácie sú rôzne hyperprotektívne vstupy rodičov do školského kurikula, kedy pod rúškom ochrany dieťaťa dochádza k spretŕhaniu jeho komunikačných pút založených na dôvere. Pravda, viacerými spôsobmi sa prehrešuje aj škola, ak:

- nedoceňuje význam žiakovho prežívania školských udalostí a jeho dôsledkov,
- prehlbuje syndróm neúspešnej osobnosti,
- tlak na dobré známky nie je programovo sprevádzaný zážitkom aktuálneho a perspektívneho zmyslu kladených požiadaviek,
- redukuje niektoré závažné hodnoty medziľudského spolunažívania v prospech menej hodnotných cieľov,
- neumožňuje vyváženosť v interakciách medzi učiteľom a žiakom,
- spútava tvorivú invenciu žiakov,
- nedokáže tolerovať osobnostné odchýlky a individuálne zvláštnosti,
- preceňuje vonkajšiu disciplínu na úkor vnútornej, vedomej autoregulácie (Helus 2004, s. 160).

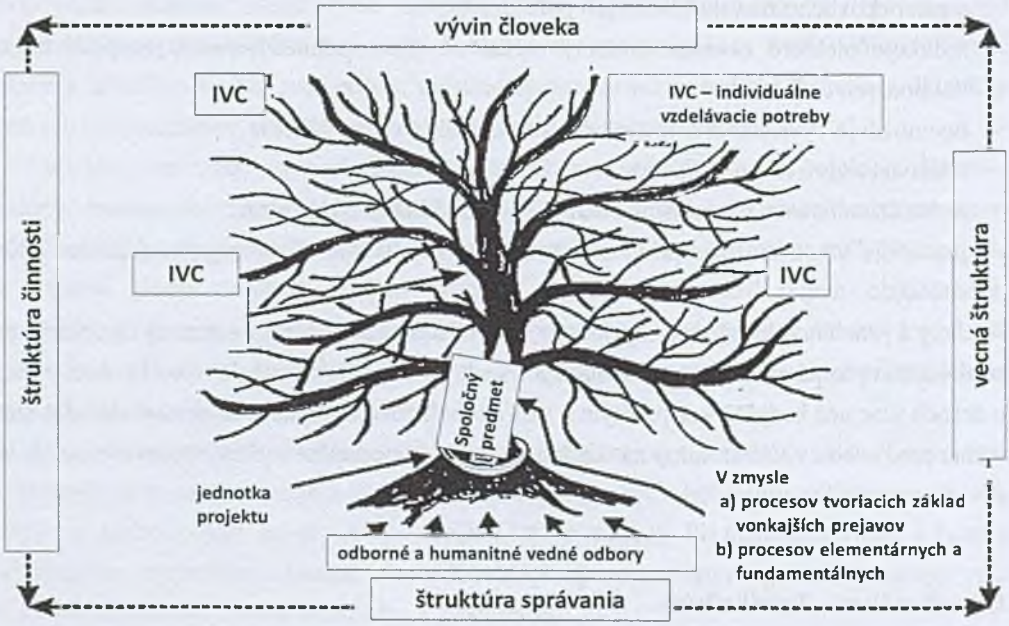
Javy a problémy, ktoré sme si priblížili vo svetle povahy detstva v súčasnej civilizácii, ani zďaleka nevyčerpávajú túto problematiku. Nech je akokoľvek, už len to, že dnes vieme o deťoch viac než kedykoľvek predtým a vzhľadom k deťom aj máme možnosti viac dokázať, máme pred sebou väčší morálny záväzok a je na nás aj podstatne vyššia zodpovednosť za ich vývin.

Obsah učiva – kurikulum

Zmeny obsahu výučby vychádzajú z nových obsahov vzdelávania, na ktoré sa zameriavajú nové kurikulárne dokumenty v Európe (v SR dostupné na www.statpedu.sk). Kurikulárne zmeny sa však netýkajú len obsahu vyučovania, ale celého procesu tohto javu. Ak porovnávame ciele vyučovania v minulosti a v súčasnosti, najväčší rozdiel nachádzame v sústredenosti na väčšie celky. Pri tomto novom usporiadaní učiva sa akcentoval integračný a interdisciplinárny prístup, vytváranie širších vzdelávacích celkov na základe koncentrácie

učiva z rôznych oblastí poznania, čo sa prejavuje usporiadaním obsahu výučby v primárnom vzdelávaní do vzdelávacích oblastí. Obsahom výučby sú viaceré vedomosti, schopnosti, postoje, hodnoty, názory, presvedčenia, návyky, stratégie, ktoré sú potenciálne možným učivom. Kurikulum je preto potrebné v novom videní chápať ako činiteľ žiakovej personalizácie.

Feuser (1995) interpretuje svoju predstavu diferenciácie obsahov kurikula v podobe stromu (obrázok). Kmeň symbolizuje vonkajšiu tematickú štruktúru učiva usporiadaného do projektu, ktorý dáva šancu nadviazať na súčasný horizont skúseností a potreby žiakov. Vetvy a drobné vetvičky predstavujú vedné disciplíny, s ktorých pomocou sa učebné obsahy stanú pochopiteľnými pre všetkých žiakov aj pri ich rôznom vývinovom stupni (najskôr je nutné realizovať učebnú činnosť na úrovni zmyslového vnímania – pohyb, zrak, sluch, hmat atď., ďalej na úrovni konkrétneho myslenia – materializované chápanie s formálno-logicko dialektickým myslením a nakoniec aj abstraktne-symbolickou formou reči, písania, formuláciami, atď., čomu zodpovedajú i individualizované ciele vyučovania – konce vetiev), rôznych úrovniach vnímania, myslenia a konania.



Obrázok 1. Diferenciácia obsahov kurikula (Feuser 1995)
Figure 1. Differentiation of curriculum content (Feuser 1995)
Obrázok dostupný na: http://bidok.uibk.ac.at/library/pohl-oekosystem-diss.html

Autori Maňák, Janík a Švec (2008, s. 11) sa pokúsili o zaujímavé porovnanie kurikula minulosti a súčasnosti s kurikulom budúcnosti.

Tab. 1

Porovnanie kurikula minulosti, súčasnosti a budúcnosti

Kurikulum minulosti a súčasnosti	Kurikulum budúcnosti
Poznanie, vedomosti, učenie predstavujú hodnotu sami o sebe.	Požiadavka, aby žiaci pristupovali k učeniu aktívne a aby v poznaní nachádzali svoju sebarealizáciu.
Prevláda odovzdávanie vedomostí od učiteľa žiakom.	Kladie sa dôraz na pretváranie poznania, na tvorivú prácu s poznaním.
Akcent na predmetové vedomosti, medzipredmetové väzby nie sú v popredí.	Zdôrazňuje sa interdisciplinarita, podporujú sa medzipredmetové vzťahy (prierezové témy).
Existuje priepasť medzi školským poznaním a poznaním potrebným pre praktický život.	Osvojené poznanie v škole má tiež slúžiť k riešeniu každodenných a profesijných problémov, dôraz na kompetencie.
Žiakovi chýbajú základné poznatky o ekonomike, práve a iných nevyhnutných záležitostiach života.	Žiak je vedený k pochopeniu základných pravidiel a podmienok života spoločnosti (ekonomika, právo, demokracia, práva a povinnosti občana).
Prevláda komercionalizácia kultúry, médií, médiá ovládajú trh.	Podpora kultúrneho diania proti manipulácii s vedomím občanov.
Etické ale aj estetické otázky sa zo školy vytrácajú.	Etická výchova v školách, vyžaduje sa dodržiavanie etických noriem od všetkých občanov, najmä od verejných činiteľov.

Maňák, Janík, Švec 2008, s. 11

Z uvedeného je zrejmé, že pre inkluzívnu pedagogiku bude potrebné, aby vedel učiteľ prenášať nároky nového kurikula do didaktických vedomostí obsahu výučby, ktoré je možné chápať ako „zliatinu (amalgám) obsahu a didaktiky do učiteľovho porozumenia tomu, ako jednotlivé problémy, témy a pojmy organizovať, reprezentovať a adaptovať, s ohľadom na záujmy a schopnosti žiakov a reprezentovať ich vo vyučovaní" (Lukášová 2010, s. 99). Konkrétne súvislosti vypovedaného majú dopad na kladenie otázok, plánovanie, vedenie diskusie, mentálneho mapovania, divergentného myslenia, kooperatívneho učenia, individuálneho poznávania a hodnotenia, vytváranie učebného, poznávajúceho spoločenstva a pod. Cieľovým zameraním takto chápaného obsahu vyučovania je *zmysluplné poznávanie*, ktoré Čáp a Mareš (2001, s. 385–410) prezentujú týmito charakteristikami: *aktívnosť* (žiak má byť činný v myslení, rozhodovaní a jednaní); *konštruktívnosť* (žiak nepreberá nové poznatky v hotovej podobe, ale ich aktívne spracúva, konštruuje si ich; súčasne však rekonštruuje svoje doterajšie poznatky, pretože do nich musí zabudovávať nové informácie); *kumulatívnosť* (parciálne výsledky učenia sa kumulujú a jednotlivé časti do seba zapadajú, prípadne nezapadajú; aby do seba zapadali, je potrebné vychádzať zo žiakovej osobnej histórie učenia, z jeho tzv. individuálnych prekoncepcií, t.j. niekedy veľmi osobitých spôsobov, akými uchopuje význam učiva a pojmov, poprípade moskoncepciou – chybných alebo mylných poňatí učiva); *autoregulatívnosť* (je potrebné aby sa žiak sám naučil riadiť svoje učivo a dospel až k jeho autoregulácii); *zacielenosť* (žiak je vedený v činnostiach s cieľom vlastného učenia tak, aby bol schopný formulovať svoje vlastné ciele, na ktorých mu osobne záleží a pre ktoré je schopný vyvinúť úsilie a prekonávať prekážky; žiaci mladšieho školského veku by sa

mali naučiť formulovať aspoň krátkodobé ciele svojho učenia); *situovanosť* (učenie neprebieha nezávisle na sociálnom prostredí, ale je viazané na výučbové situácie, do ktorých vstupuje špecifikum kultúry, etnika, rôzne socio-kultúrne pravidlá a pod. – porozumenie učivu je potrebné hľadať práve v tomto kontexte); *individuálne odlišnosti učenia* (žiaci sa líšia aj svojimi predpokladmi pre učenie a priebehom učenia; je to dané rôznymi biologickými vlohami, rozmanitosťou socio-kultúrneho prostredia, úrovňou doterajších poznatkov, postojom k učeniu, záujmami, potrebami, ašpiráciami, učebnou motiváciou, štýlom učenia, kognitívnym štýlom, rozdiely v sebaponímaní (žiakovo „JA").

Vymenované skutočnosti dávajú tušiť náročné úlohy a výzvy, ktoré stoja pred pedagógmi v inkluzívnom vzdelávaní spolu s uvedomením si, že významným kľúčom k učebnej motivácii žiakov je rešpekt ich individuálnych predpokladov a špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb, pretože tieto vymedzujú priestor pre formuláciu ich vlastných učebných cieľov, ktoré často presahujú hranice výučby. To sa už dostávame na „územie" pedagogickej diagnostiky vo význame k inkluzívnemu vzdelávaniu.

Diagnostika a jej význam pre inkluzívne vzdelávanie

Diagnostike a poradenstvu v oblasti špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb, ktoré zaznamenali v posledných rokoch výrazný vývoj, máme v úmysle venovať pozornosť z hľadiska jednotlivcov s postihnutím a narušením v koncepcii inkluzívnej pedagogiky.

Dôležitým sa javí skutočnosť, že ťažiskom pozornosti nie sú oblasti, v ktorých žiak zlyháva, ale naopak tie, ktoré poukazujú na potenciálne smerovanie ďalšieho vývinu. Tiež môžeme v súvislosti s pedagogickou diagnostikou vyzdvihnúť isté nóvum v podobe nazerania na žiaka ako na jednotu bio-psycho-sociálno-spirituálnu a súčasne v kontexte rodiny, školy a širšieho spoločenstva. Učiteľ by sa mal opytovať najmä na tieto aspekty: Ako vníma dieťa samé seba v úlohe žiaka? Ako hodnotí svoju kompetentnosť k výkonu rôznych činností? Cíti sa dobre? Pozná svoje možnosti k dosiahnutiu školského úspechu?

Súčasným trendom v špeciálno-pedagogickej diagnostike je tzv. *dekategorizácia.* Tradične chápané kategórie a skupiny sú utvárané na základe stanovených diagnóz alebo podľa druhu, prípadne podľa stupňa postihnutia. Dekategorizácia vyjadruje fakt, že jednotlivci s postihnutím sa nezaraďujú do kategórií na základe diagnózy určitého postihnutia, ale na základe dôsledného naplňovania individuálnych špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb (Strnadová 2007).

Inkluzívna škola ako stredobod výchovného spoločenstva

V súčasnosti sme tiež svedkami skutočnosti, že procesy sociálnej integrácie fungujú zrejme omnoho viac, než sa očakávalo, podľa sociálno-psychologických princípov, a len

mechanizmus heterogénnej edukácie (edukácia intaktných žiakov so žiakmi s postihnutím či narušením) sám o sebe ešte nestačí k dosiahnutie žiadaného efektu. Utváranie inkluzívneho spoločenstva sa viaže na rešpektovanie istých psychosociálnych zákonitostí, ktoré udržujú sociálny systém ako integrovaný a funkčný celok. Výber konštruktívnych myšlienok k psycho-sociálno-pedagogickým zákonitostiam tvorby inkluzívneho spoločenstva nachádzame u Gajdošíkovej-Zeleiovej (2012, s. 244–259), ktorá tvrdí, že aj keď v súčasnosti nie je problém s merateľnosťou psychosociálnych aspektov inkluzívnej výchovy v podmienkach bežnej školy (Index inklúzie), stále zostáva pre pedagógov aktuálnou výzvou nachádzanie inkluzívnych spôsobov inštitucionálnej výchovy. Autorka zohľadňuje najmä dva proexistenciálne faktory, ktoré považuje za víziu konceptu inklúzie aj v podmienkach bežnej školy a školskej triedy, a to: *spoločenstvo* (lat. comm-union) a *rast* (lat. pro-venio).

Oba komplementárne fenomény, prvý je štrukturálnym atribútom sociálneho systému a druhý procesuálnou charakteristikou životnej dynamiky sociálneho systému, sú prejavmi otvoreného systému. Systémový pohľad z danej perspektívy umožňuje chápať školskú triedu ako:

- *otvorený systém* so vzájomne prepojenými štruktúrami a možnosťou formovania vnútorných subsystémov i ovplyvňovania systému ako celku inými sociálnymi systémami;
- *komunikujúci systém* s recipročnou dynamikou vzájomného informovania vnútri a navonok systému.

Autorka poznamenáva, že aby bol otvorený systém udržiavaný ako integrované prostredie, musia byť vyvažované jeho stabilné a meniace sa štrukturálne elementy a zachovávaná dynamická rovnováha medzi fixnými a flexibilnými väzbami, čo znamená, že miera podielu známeho a istého musí byť dostatočná, ale zároveň narúšaná novým a neznámym, aby sociálny systém mohol kvalitatívne progredovať a neustrnul v rigoróznosti a naučených automatizmoch. Ako si tu nespomenúť na anglického konvertitu Chestertona (1976), ktorý vo svojej knihe Ohromné maličkosti (inak inšpirovanej všetkými drobnosťami, ktoré našiel vo svojich vreckách s tým, že kategoricky odmieta, že by nejaká vec bola nezaujímavá) hovorí o svete, ktorý nezanikne na nedostatok divov, ale určite na absenciu údivu a schopnosti žasnúť. Túto asociáciu uvádzame ako veľmi dôležitý prvok, pretože vnímavosť na zázraky každodenného života ako daru, dáva najlepší predpoklad kultivácii zmyslu pre objavovanie, poznávanie a nadšenie, bez ktorých sú výchova a vzdelávanie nemysliteľné. Podľa citovanej autorky si v praxi takýto systémový prístup k školskej triede ako živému a otvorenému spoločenstvu vyžaduje od pedagógov sledovanie miery prítomného napätie v skupine, prejavujúceho sa napr. ako zvedavosť, ašpirácie, kompetetívne prejavy, konfliktogénne správanie či stresogénne prežívanie a iné.

Okrem systémového hľadiska, ktoré považuje autorka za primárne inkluzívne východisko, je ňou akcentované aj procesuálne hľadisko – výchova chápaná ako proces zmeny, ktoré nastáva kvantitatívno-kvalitatívnymi premenami poznania v dôsledku diferencovaného

učenia, spätne integrovaného do životnej praxe. Rešpektovanie systémových a procesuálnych zákonitostí sa javí ako praktický spôsob inkluzívnej výchovy. Autorka potom rozvádza atribúty inkluzívneho systému, a to:

- inkluzívna štruktúra – sociálny systém podporujúci inkluzívne spôsoby výchovy – zoskupenie ľudí (detí/žiakov, rodičov, pedagogických a odborných zamestnancov a riadiacich pracovníkov), ktoré poskytuje život podporujúce sociálne poznanie;
- pravidlá rovnovážnej distribúcie sociálnej moci;
- rovnomerná distribúcia podpory systému;
- zákonitosť rovnakého a rovnomerného rozdelenia výhod a nárokov;
- a dodáva, že zostáva rozlíšiť, akým spôsobom sa jedinečnosť každého dieťaťa/žiaka zohľadní, pretože vyvážené postavenie každého jednotlivca a pocit spravodlivej spoločenskej rovnosti sú predpokladom tvorby spoločenstva.

Atribúty inkluzívneho procesu autorka syntetizuje nasledovne:

Inkluzívna dynamika, ktorá je rezultátom zachovávania procesuálnej bázy inkluzívnej edukácie a inkluzívnej školskej politiky. Samotný proces na úrovni školskej triedy sa tvorí: obsahovou ponukou diferencovaných sociálnych podnetov (zohľadňujúcich z dlhodobej perspektívy vývinové možnosti a z krátkodobej aktuálnej perspektívy epizodicky prítomné situácie) a postupnosťou radenia sociálnych podnetov a vytváraním podmienok pre ich zohľadnenie. Za usmernenie a korigovanie skupinového procesu v školskej triede nesie zodpovednosť pedagóg.

Vzťahová rovina ako významný prejav a spolupodieľajúci sa faktor sociálnej dynamiky pozostáva z kvality vzťahu jednotlivca k sebe (self-koncept dieťaťa/žiaka, rodiča, pedagóga), vrstovníkov k sebe (horizontálne peer-vzťahy detí/žiakov a podporné skupiny rodičov, intervízne skupiny pedagógov) a vzťahu k autorite (vertikálne supervízne skupiny). Pre každú parciálnu väzbu je typické, že je systémovo prestúpená s ďalšími. Dynamika je potom výslednicou súladu jednotlivých tendencií a miery ich smerovania k integrite, zachovávajúc dostatočnú funkčnosť sociálnych prejavov.

Všetky doteraz uvádzané poznatky pedagogického, psychologického aj kultúrne civilizačne kritického charakteru mali za cieľ poukázať na zložitosť vektorov, ktoré ovplyvňujú formovanie a výchovu detskej osobnosti s ohľadom na výchovný inkluzívny koncept. Na tomto mieste sa chceme ešte zastaviť pri niektorých všeobecných osobnostných zreteľoch v prístupe k dieťaťu. Nejde nám z pochopiteľných príčin o nejaký vyčerpávajúci ontogenetický prierez, ako skôr o vyhmatanie vývinových indícií a tendencií, ktoré musíme mať na pamäti s ohľadom na utváranie detskej osobnosti a špecificky aj s ohľadom na identitu školy inkluzívnej.

Prvým aspektom je vnímanie *celistvosti*, nakoľko osobnosť je zložitý celok. Patria sem vlastnosti povahy, črty osobnosti (kardinálne, centrálne, sekundárne), špecifické schopnosti, intelektový profil a možnosť rastu kapacity inteligencie, temperamentová typológia, charakter, vrátane interiorizácie požiadaviek zvonka (formovanie heteronómnej a autonómnej

morálky), schopnosti socializácie, kontrola Ja, schopnosť transcendenovať sám seba (žiť v pravde, spravodlivosti a dobre aj na úkor vlastných egoistických tendencií).

Druhým aspektom je zameranosť, *intencionalita,* nakoľko osobnosť sa vyznačuje usilovaním, ktoré je cielené. Na tomto mieste by pedagóg a formovateľ dieťaťa mal počítať so zložitou hierarchiou nižších a vyšších potrieb, so širokou škálou motivácií dieťaťa (a najmä s prechodom od vonkajších k vnútorným motívom), so záujmami, s hodnotovými orientáciami, pripomeňme si Franklovu víziu o potrebe zmyslu; patrí sem aj téma konštruktívneho zvládania kríz, konfliktov a životných problémov, s otvoreným horizontom budúcnosti.

Tretí zreteľ poukazuje na *interpersonalitu*, medziľudské vzťahy, nakoľko osobnosť sa vyznačuje spolupatričnosťou. V tejto skupine sa objavujú všetky štrukturálne komponenty sociálnej interakcie a najmä *komunikácia* a jej možnosti. V pedagogickom a výchovnom procese nás nemôžu nezaujímať rôzne druhy komunikácie – verbálna a neverbálna, symetrická a asymetrická (podľa podielu zainteresovaných osôb), harmonická alebo konfliktná (podľa súhry záujmov medzi participientami), súťaživá a kooperujúca, emocionálne bezprostredná alebo komunikácia sprostredkovávaná spoločnou úlohou a spolu zdieľanými pravidlami činnosti. „Kľúčovou komunikačnou kategóriou je spätná väzba a vzostupná komunikačná špirála" (Helus 2004, s. 130).

Štvrtou dôležitou dimenziou je vnímanie *genderu* – pohlavnosti, nakoľko osobnosť dieťaťa sa utvára ako muž a žena. Maskulinita a feminita prinášajú mnohé konzekvencie pri formačných, edukačných a výchovných stratégiách. Aj keď má téma pohlavnosti rôzne interpretácie, treba vnímať špecifiká tejto dichotómie, posilňovať potrebnú rovnosť aj pri vedomí špecifických úloh, čeliť akejkoľvek diskriminácii a napomáhať vzájomné obohacovanie sa inakosťou, čo je súčasť hlboko prežívanej ľudskosti.

Piatym aspektom je *identita*, pretože osobnosť je svojbytným sebavyjadrením. Táto téma úzko korešponduje s otázkou vzniku a vývinu Ja. „Identitným vzmachom k sebe samému končí detstvo a začína adolescencia" (Helus 2004, s. 147). V súvislosti s prebúdzaním identity sa otvárajú otázky jej dosiahnuteľnosti, prípadne rezignácie na toto úsilie alebo aj otázka moratória, teda odkladu identitného rastu (prípadne téma krízy ako konštitutívnej zložky tohto rastu).

Šiesty aspekt súvisí s potrebou *autoregulácie*, nakoľko osobnosť dieťaťa postupne charakterizuje aj vláda nad samým sebou. „Termínom autoregulácie (sebariadenia), poukazujeme na skutočnosť, ktorá úzko súvisí s identitou. Hľadanie a vyjadrovanie identity predpokladá, že sa jednotlivec vyslobodzuje z diktátu vplyvov, ktoré ho riadia (regulujú) zvonka a činia objektom pôsobenia druhých ľudí. Namiesto tejto objektovej podrobenosti sa sám nad sebou zamýšľa a rozhoduje; ujíma sa role subjektu vnášajúceho do diania svoje vlastné prínosy, na ktorých mu záleží a ktorými vyjadruje svojbytnosť pôvodcu vlastných činov" (Helus 2004, s. 151). Autoreguláciu je možné posilňovať metakognitívnymi stratégiami (poznávanie vlastného poznávania, aby ho dieťa mohlo aktívne zdokonaľovať),

tvorbou postupov (učenie sa učiť), vytváraním sebahodnotiacich kompetencií a sebarozvojových programov.

Siedmym dôležitým prvkom je *socializácia*, nakoľko vývin osobnosti je potrebné vnímať aj na základe vyrovnávania sa, podliehania či tvorivého zvládania sociálnych vplyvov. Zo sociálnych vplyvov menujme jednak druhých ľudí, ale aj sociálne skupiny, v ktorých sa dieťa ocitne, ďalej spoločenské, hospodárske, politické a kultúrne pomery a celú sieť zvyklostí, pravidiel, životných spôsobov, tradície atď. Z mechanizmov socializácie by sme aj pri koncipovaní inkluzívneho spoločenstva mali vedieť niečo o nápodobe a stotožňovaní, o pôsobení príkladov, vzorov a ideálov, o mantineloch informovania a poučovania, o probléme interiorizácie a exteriorizácie, o navodzujúcej funkcii očakávania a predpokladov, o získavaní skúseností a vlastností v komplexných konšteláciách životných okolností dieťaťa.

Jadrný nárys podstatných atribútov tvorby inkluzívneho spoločenstva so zreteľom na psychologické, sociálne a pedagogické hľadiská uzatvárame citátom od už zmieňovanej autorky Gajdošíkovej-Zeleiovej, ktorá vidí zavŕšenosť proexistenciálneho smerovania inkluzívneho spoločenstva v inkluzívnom povedomí, ktoré „zohľadňuje túžby každého človeka: *byť milovaný a milovať*. Je fenomenálne, lebo *zohľadňuje jedinečnosť* vnímania, myslenia, prežívania, komunikovania, konania a zároveň personálne, lebo zjavuje dôstojnosť každého človeka a slobodu jeho voľby pri napĺňaní cieľa a určovaní smeru vlastného života, i *dialogické*, pretože kladie otázky a nachádza odpovede pri skúmaní miery porozumenia a dorozumenia jednotlivých členov spoločenstva. Preto zvnútorňovanie inkluzívnych hodnôt v bežnej škole spočíva v rešpektovaní školskej triedy ako otvoreného a komunikujúceho systému s vlastnou sociálnou dynamikou".

Všetky doteraz uvádzané aspekty pedagogického či psychologického charakteru mali za cieľ poukázať na zložitosť vektorov, ktoré ovplyvňujú formovanie a výchovu detskej osobnosti s ohľadom na špecifiká inkluzívnej edukácie. Nejde nám z pochopiteľných príčin o nejaký vyčerpávajúci sumár, ako skôr o určitý vklad do diskusie o smerovaní inkluzívnej pedagogiky.

Bibliografia

1. Čáp J., Mareš J.: Psychologie pro učitele. Portál, Praha 2001.
2. Čapková D.: Opera didactica omnia J.A. Komenského: Pedagogické muzeum J.A. Komenského v Praze a v Přerove, Praha–Přerov 2007.
3. Feuser G.: Behinderte Kinder und Jugendliche zwischen Integration und Aussonderung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt–Berlin 1995.
4. Gajdošíková-Zeleiová J.: Psychosociálne faktory tvorby inkluzívneho sociálneho prostredia v triede, [in:] Lechta V. (ed.): Výchovný aspekt inkluzívnej edukácie a jeho dimenzie. Iris, Bratislava 2012.
5. Hájková V., Strnadová I.: Inkluzívní vzdělávání. Teorie a prax. Grada, Praha 2010.

6. Helus Z.: Dítě v osobnostním pojetí. Portál, Praha 2004.
7. Lukášová H,: Kvalita života dětí a didaktika. Portál, Praha 2010.
8. Maňák J., Janík T., Švec V. (eds.):: Kurikulum v současné škole. Paido, Brno 2008.
9. Pupala B.: Narcis vo výchove. Pedagogické súvislosti individualizmu. Trnavská univerzita a Veda, SAV, Trnava 2004.
10. Rogers C.R.: Ako byť sám sebou. Iris, Bratislava 1995.

VYBRANÉ ASPEKTY INKLUZÍVNEHO VZDELÁVANIA

Zhrnutie

Inkluzívny pohľad na edukáciu patrí v súčasnej európskej špeciálnej i liečebnej pedagogike k najväčšmi diskutovaným pedagogickým fenoménom, avšak odpovede na strategické otázky sú záležitosťou dlhodobej odbornej diskusie. Napriek tomu si dovolíme o uvedených súvislostiach uvažovať, a to z hľadiska vybraných aspektov inkluzívneho vzdelávania: interakcia učiteľ-žiak; kurikulum vzdelávania; diagnostika a napokon tvorenie výchovného spoločenstva.

SELECTED ASPECTS OF INCLUSIVE EDUCATION

Summary

Inclusive view on the education is the current European special and therapeutic pedagogy to the most discussed educational phenomenon, but answers to strategic questions are a matter of long-term scientific discussion. Nevertheless, we would like to think of these circumstances, both in terms of selected aspects of inclusive education: teacher-student interaction; education curriculum; diagnosis and ultimately the formation of the educational community.

Monika MORGAŁA
Niepubliczne Anglojęzyczne Przedszkole i Punkt Przedszkolny Montessori „Bajtuś"
w Rybniku

ROLA WSPÓŁPRACY PODMIOTÓW ZAANGAŻOWANYCH W PRACĘ Z DZIECKIEM O SPECJALNYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH NA ZEROWYM POZIOMIE EDUKACYJNYM

„Najważniejszym okresem w życiu nie są lata studiowania na wyższej uczelni, ale te najwcześniejsze, czyli okres od narodzenia do sześciu lat."
Maria Montessori

Każdy rodzic chce dla swojego dziecka wszystkiego, co najlepsze. Poszukuje miejsc, w których podejście do dziecka jest zindywidualizowane, gdzie jego mocne strony będą dostrzeżone i rozwijane, a w przypadku deficytów – odpowiednio dobrane zostaną formy i metody pracy dydaktyczno-wychowawczej. Wprawdzie nadal krążą opinie, że pracą nad dzieckiem i jego rozwojem powinny zajmować się instytucje oświatowe (głównie przedszkole czy szkoła), coraz częściej zauważa się jednak, iż współpraca między najbliższymi dziecku środowiskami może przynieść wymierne rezultaty. Poza tym wyraźnie akcentuje się zaangażowanie wszystkich podmiotów, które w sposób dla siebie specyficzny wywierają istotny wpływ na proces wychowania dziecka o specjalnych potrzebach edukacyjnych, szczególnie na zerowym poziomie edukacyjnym – w przedszkolu.

Współpraca

Pierwsze lata życia mają kluczowe znaczenie dla dalszego rozwoju człowieka. Im wcześniej i bardziej wieloaspektowo podejdzie się do tematu całościowego wychowania dziecka, tym bardziej zwiększa się szansa uzyskania zadowalających wyników w jego rozwoju. Siłą tych oddziaływań jest także współpraca wszystkich, ważnych dla dziecka środowisk. Jednak ich źródłem muszą być wzajemna komunikacja, kompetencje i profesjonalizm, stanowiące użyteczne narzędzia w profilowaniu działań opiekuńczo-wychowawczych i dydaktycznych na zerowym etapie edukacji dziecka. Poza tym zasadne staje się twierdzenie, że im lepsza komunikacja pomiędzy podmiotami, tym lepsze efekty obopólnej współpracy – rodziny

i przedszkola. Potwierdzeniem tych spostrzeżeń jest opinia Ludmiły Weselińskiej (1988, s. 461), która podkreśla niebagatelną rolę współdziałania przedszkola z domem rodzinnym. Uważa bowiem, że tym działaniom powinna towarzyszyć troska o przyszłe losy dziecka, zaspokajanie jego aktualnych, różnorodnych potrzeb również w obszarze wychowania. Z kolei współpraca prowadzi do tworzenia wewnętrznych więzi wśród członków grupy, rodzi ich poczucie tożsamości z zespołem, co zapewnia jego trwanie i sprawne funkcjonowanie tego zespołu na rzecz osiągania wspólnych celów jego członków. Współpraca zatem, to nic innego jak:

- zdolność tworzenia więzi i współdziałania z innymi,
- umiejętność pracy w grupie na rzecz osiągania wspólnych celów,
- umiejętność zespołowego wykonywania zadań i wspólnego rozwiązywania problemów. (współpraca, Wikipedia)

Może polegać między innymi na:

- wzajemnej wymianie informacji,
- wspólnym ustalaniu priorytetów,
- sprzężonych próbach poszukiwania nowych ciekawych dla dziecka zadań i ćwiczeń,
- ujednoliceniu zasad panujących w domu z tymi jakie obowiązują w przedszkolu,
- wymianie doświadczeń,
- indywidualnych konsultacjach,
- wspólnym udziale w warsztatach, konferencjach czy szkoleniach.

Można powiedzieć, że elastyczna współpraca dwóch najważniejszych dla dziecka środowisk – rodziny i przedszkola „w zaspokajaniu potrzeb rozwoju bio-psycho-socjo-kulturalnego (...) może być określana jako współdziałanie, czyli działanie uzgodnione wzajemnie i wspólnie, realizowane w porozumieniu (Smykowska 2008, s. 18). Jednak konsolidacja tych stanowisk nabiera zdecydowanie innego znaczenia, gdy zaczyna dotyczyć dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Specjalne potrzeby edukacyjne – ujęcie teoretyczne

W Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2013 poz. 532) wskazuje się jedenaście kryteriów ukierunkowania tej pomocy z nakreśleniem kategoryzacji konkretnych zaburzeń mieszczących się w obszarze specjalnych potrzeb edukacyjnych. Są to:

- niepełnosprawność,
- niedostosowanie społeczne,
- zagrożenie niedostosowaniem społecznym,
- szczególne uzdolnienia,

- specyficzne trudności w uczeniu się,
- zaburzenia komunikacji językowej,
- choroby przewlekłe,
- sytuacje kryzysowe lub traumatyczne,
- niepowodzenia edukacyjne,
- zaniedbania środowiskowe związane z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi,
- trudności adaptacyjne związane z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związane z wcześniejszym kształceniem za granicą.

Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi stanowi wyzwaniem dla współczesnej edukacji zarówno w Polsce, jak i na świecie. Należy przy tym pamiętać, że nie chodzi tu wyłącznie o dziecko z niepełnosprawnością, zagrożone niedostosowaniem społecznym lub mające traumatyczne przeżycia. To również dziecko zdolne, któremu wspólne działania nauczycieli i rodziców dają szansę na znaczne zintensyfikowanie rozwoju zdolności. Stąd też Maria Kopsztejn (2009, s. 239) stwierdza, że „praca z uczniem zdolnym to wielkie wyzwanie, przywilej, zaszczyt, ale przede wszystkim obowiązek" – powinność spadająca nie tylko na nauczycieli, ale i na środowisko rodzinne. Gdy jednak spojrzymy z perspektywy specjalnych potrzeb edukacyjnych dziecka w wieku przedszkolnym, fundamentalnego znaczenia nabierają udzielana mu pomoc oraz wsparcie psychologiczno-pedagogiczne.

Zespół do spraw pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Zgodnie z wytycznymi Ministra Edukacji Narodowej, pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana dziecku w przedszkolu ma polegać na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb wynikających z możliwości psychofizycznych dziecka. Wyraźnie widać, że ciężar właściwego rozeznania sytuacji spoczywa na nauczycielu. To właśnie nauczyciel ma obowiązek dokonać obserwacji indywidualnych, przeprowadzić wywiad z rodzicami i dokonać analizy otrzymanych wyników. W przypadku, kiedy dziecko przyjęte do przedszkola posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, nauczyciel wychowawca wraz z powołanym przez dyrektora zespołem do spraw pomocy psychologiczno-pedagogicznej dokonuje wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania dziecka. W skład tego zespołu wchodzą zarówno nauczyciele pracujący z dzieckiem, jak i specjaliści, terapeuci i rodzice.

Praca zespołu na tym elementarnym poziomie diagnostyki dziecka nie byłaby możliwa bez wzajemnych konsultacji, ale też współpracy pomiędzy podmiotami zaangażowanymi w opiekę, wychowanie i edukację wychowanka przedszkola. Każdy z członków zespołu stanowi integralną jego część. Bez udziału specjalistów, nauczycieli i w końcu rodziców nie można byłoby mówić o wielospecjalistycznej ocenie i wspólnym wyznaczeniu kierunku

dalszej pracy z dzieckiem. W tym stadium tworzony jest bowiem indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET). Musi on być spójny i czytelny, określać słabe i mocne strony dziecka. Program ten jest szkieletem, na którym mogą być dokonywane modyfikacje wynikające z bieżących potrzeb i możliwości dziecka. To w nim zawarte są wytyczne określające zadania i cele poszczególnych osób pracujących z dzieckiem. Tutaj również znajdują się informacje na temat form i sposobu realizowania indywidualnej pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Program ten opracowywany jest na zasadzie współdziałania w jednym tylko celu – aby wspólnie stworzyć podstawę do dalszej pracy. Warunkiem wdrożenia planu terapii jest uzyskanie akceptacji wszystkich członków zespołu.

Wspólna praca nie powinna jednak kończyć się na etapie tworzenia IPET-u. W kolejnej fazie, jaką jest realizacja założeń wynikających z IPET-u, równie niezbędna jest dobra komunikacja pomiędzy stronami zaangażowanymi w pracę z dzieckiem. Niemożliwe jest osiągnięcie zamierzonego celu w sytuacji, gdy specjaliści, nauczyciele i rodzice nie rozmawiają o postępach dziecka, zmianach w jego zachowaniu czy braku widocznych efektów.

PROM – nowy wymiar współpracy

Współpraca w grupie ludzi nie zawsze jest łatwa. Każda osoba pracująca z dzieckiem ma inny punkt widzenia i inaczej postrzega jego problemy. Zdarzają się i takie sytuacje, kiedy trudno jest ustalić wspólny plan działania i wytyczyć konkretne cele. Ważne jest, aby w takich sytuacjach nie rezygnować z dialogu i prób podjęcia zorganizowanego działania. W 2011 roku Ministerstwo Edukacji Narodowej, dostrzegając istotę współpracy pomiędzy środowiskami, wydało publikację zatytułowaną „Moje dziecko w przedszkolu i szkole – poradnik dla rodziców uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi". Stawia ona w niej pytanie o jakość współpracy pomiędzy nauczycielami, specjalistami a rodzicami. Według autorów współpraca powinna być jak niezatapialny PROM:

P – pozytywna: pozytywne nastawienie i dobre intencje.

R – regularna: stała i ciągła współpraca na każdym etapie, począwszy od diagnozowania, poprzez planowanie, do działania.

O – obustronna: wzięcie odpowiedzialności za podejmowane działania zarówno przez nauczycieli, jak i rodziców. Oznacza to partnerstwo i równe traktowanie wszystkich członków zespołu.

M – mobilna: elastyczne dopasowywanie działań do potrzeb i możliwości psychofizycznych dziecka (K. Leśniewska, E. Puchała 2011).

Koordynacja współpracy – teoria i praktyka

W kontaktach międzyludzkich ogromną rolę odgrywają osoby koordynujące współpracę. W sytuacjach, gdzie współpracuje z sobą więcej osób, niezbędne jest określenie lidera koordynatora, który niejako będzie łącznikiem pomiędzy wszystkimi partnerami. To od jego zdolności organizacyjnych i mediacyjnych zależy w dużej mierze, czy współpraca w zespole będzie opierała się na zasadach PROM (K.Leśniewska, E.Puchała 2011).

Przykład dobrej praktyki: Niepubliczne Anglojęzyczne Przedszkole Montessori „Bajtuś"

W 2007 roku na terenie Rybnika powstało Niepubliczne Anglojęzyczne Przedszkole Montessori „Bajtuś" – pierwsze z kilku funkcjonujących na terenie gminy. Jest to przedszkole ogólnodostępne, do którego przyjmowane są wszystkie dzieci, również te mające orzeczenie o niepełnosprawności lub specjalne potrzeby edukacyjne. Przedszkole stało się doskonałym miejscem do przeprowadzenia obserwacji związanych z efektywnością pracy z dzieckiem w oparciu o ścisłą współpracę najbliższych dziecku środowisk. Na podstawie tych obserwacji można wysnuć twierdzenie, że to właśnie dialog pomiędzy stronami i stały kontakt w obszarze rozwoju i wychowania dziecka pozwala na uzyskiwanie bardzo dobrych wyników w procesie opieki, wychowania i edukacji. Przedszkole zakłada, że jego wyróżnikiem na scenie lokalnej jest hasło „Wyrównujemy szanse edukacyjne WSZYSTKICH DZIECI – dziecko jest dla nas najważniejsze" (Koncepcja... 2014, s. 12). Bez wsparcia ze strony rodziców czy opiekunów prawnych nie można mówić o sukcesie w realizacji tego hasła.

Właściciele i dyrektorzy przedszkoli niepublicznych i prywatnych bardzo dobrze zdają sobie sprawę z faktu, jak istotną rolę odgrywa porozumienie pomiędzy stroną przedszkolną a rodzicami dzieci. Im lepiej wypracowany system współpracy, tym efektywniejsze działania i wyższe notowania w środowisku lokalnym. Tam, gdzie rodzic traktowany jest jak równorzędny partner, gdzie jego zdanie jest brane pod uwagę i potrzeby jego dziecka omawiane są w sposób szczegółowy – tam zawsze będą chętni rodzice, aby zapisać swoje dziecko. Stąd bezpośrednie i aktywne zaangażowanie personelu we wszelkie działania mające na celu wypracowanie pewnych trwałych systemów czy dobrych praktyk. Nie ogranicza się to jedynie do obserwowania i wkraczania w decyzyjnych momentach, ale opiera się na współdziałaniu na równym poziomie razem z pozostałymi członkami społeczności przedszkolnej. Zrozumiałe jest więc duże zaangażowanie dyrekcji Przedszkola w sprawy tak istotne, jak na przykład realizowanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. W ten sposób wypracowany został konkretny system, który przekształcił się w dobrą i sprawdzoną praktykę.

W swojej codziennej pracy nauczyciele muszą pamiętać, iż odpowiedzialność za realizowanie ustalonych planów terapeutycznych spoczywa na wszystkich podmiotach zaangażowanych w pracę z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Istotne

jest, aby pamiętać, że nie każdy rodzic dziecka jest przygotowany i świadomy tego, z czym przyjdzie mu się zmierzyć. Stąd znaczenie nauczyciela i specjalisty w tym dialogu. W trakcie współpracy należy zwrócić uwagę na możliwości strony rodzicielskiej. Więzi emocjonalne, etap, na jakim rodzice się znajdują, zwłaszcza niedowierzania, zaprzeczania, głębokiego żalu lub złości – nie pozwalają na obiektywne spojrzenie. Zdarzają się sytuacje, w których rodzice próbują przejąć całkowitą kontrolę nad przebiegiem całościowej terapii lub też włączają do terapii zajęcia spoza wspólnie wytyczonego planu, bez informowania terapeutów i nauczycieli. Efekt czasem bywa odwrotny do zamierzonego – nagła agresja, nadpobudliwość psychoruchowa, nasilone stereotypie, apatia lub „zapadanie" się dziecka w sobie.

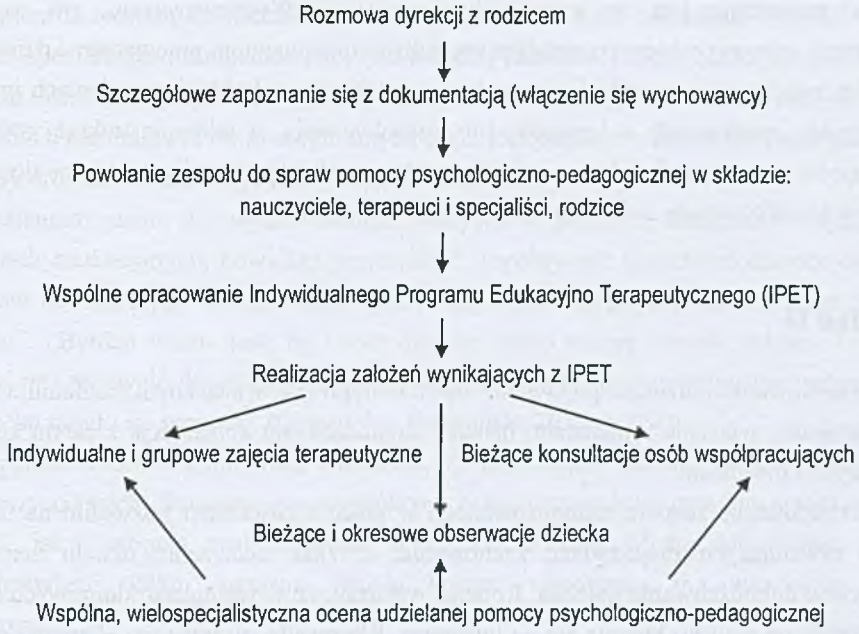
Dobra współpraca i komunikacja pozwalają na ustalenie przyczyn nowych zachowań lub braku postępów, a nagrodą dla wszystkich pracujących z dziećmi jest zmiana, jaka zachodzi w wychowankach, pierwsze wypowiedziane słowo czy utrzymujący się kontakt wzrokowy. „Jeśli koncentrujemy się na rzeczach negatywnych, widzimy tylko takie rzeczy. Jeśli koncentrujemy się na rzeczach pozytywnych, dostrzegamy ich więcej" (Olszewska, Koźmińska 2014, s. 168). Istotną rolę we współpracy podmiotów zaangażowanych w pracę z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych, w szerokim tego słowa znaczeniu, odgrywa umiejętność odnalezienia w działaniach właśnie tych pozytywnych stron. Czasami będą to mało spektakularne zmiany – wspomniany wcześniej uchwycony kontakt wzrokowy, uśmiech skierowany do konkretnej osoby czy wyróżnienie tworu dziecka zdolnego, przy okazji jakiegoś konkursu – jednak znalezienie panegirycznych sytuacji czy zdarzeń i zaakcentowanie ich na forum może wyzwolić reakcję łańcuchową pozytywnych działań.

Budowanie dobrej współpracy w „Bajtusiach"

Budowanie współpracy osób zaangażowanych w pracę z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych w rybnickim „Bajtusiu" można przedstawić na prostym schemacie (rys. 1).

Już podczas rekrutacji dziecka do przedszkola przeprowadzana jest luźna rozmowa, w trakcie której wicedyrektor zapoznaje się szczegółowo z dokumentacją dostarczoną przez rodzica, przeprowadza z nim luźny wywiad i tworzy sobie pewien obraz funkcjonowania dziecka i jego zainteresowań. Ten etap dla wielu rodziców jest bardzo istotny, w niektórych sytuacjach bardzo trudny, wymaga więc odpowiedniego przygotowania. Ważne jest zarówno otoczenie, jak i sposób prowadzenia rozmowy z osobą dorosłą o jej dziecku. Taka rozmowa to pierwszy krok w budowaniu nici porozumienia i zaufania. Na tym etapie można wstępnie nakreślić obraz oczekiwań rodzica względem placówki, równocześnie przedstawiając koncepcję pracy przedszkola i zadania wynikające z jego działalności

statutowej. W trakcie tej rozmowy rodzicom przedstawiony zostaje również zarys dalszej ścisłej współpracy we wszechstronnym rozwijaniu dziecka.



Rys. 1. Etapy współpracy w Niepublicznym Przedszkolu Montessori „Bajtuś"
Fig. 1. Patterns of cooperation in Non-public Kindergarten Montessori "Bajtuś"

Kolejnym etapem jest szczegółowe zapoznanie się z dokumentacją dotyczącą dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W wielu przypadkach zawiera ona orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, opinie o konieczności wczesnego wspomagania rozwoju, dokumenty opisujące diagnozowanie i przebieg leczenia. Nauczyciele wychowawcy razem z dyrekcją dokonują jej analizy i wyciągają pierwsze wnioski do dalszej pracy z dzieckiem. Po tym etapie następuje konsultacja z rodzicami oraz włączenie specjalistów i terapeutów. Rozpoczyna się bezpośrednia praca zespołu do spraw pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla danego dziecka, który wspólnie opracowuje Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny. Wszelkie zaproponowane działania (korekcyjne, kompensacyjne, rewalidacyjne, rozwijające uzdolnienia) muszą być spójne i powinny się wzajemnie uzupełniać. Dlatego szczególny nacisk kładzie się na dobrą komunikację pomiędzy poszczególnymi członkami zespołu.

Aby przybliżyć efekty współpracy specjalistów przedszkola, warto posłużyć się konkretnymi przykładami dobrych praktyk, które zamieszczono poniżej.

Przykład I

Dziecko coraz częściej wkłada różne przedmioty do ust, ogryza wszystko, co się znajduje w zasięgu ręki, zaczyna gryźć inne dzieci, własne części ciała lub elementy ubioru. Taka sama sytuacja zauważana jest w warunkach domowych. Wychowawczyni, po rozmowie z rodzicami, zgłasza problem pozostałym specjalistom i terapeutom pracującym z dzieckiem.

Efekt: zwiększenie stymulacji wewnątrz jamy ustnej i wokół niej na zajęciach integracji sensorycznej, spotkaniach z logopedą lub neurologopedą, a także instruktaż praktyczny dla rodziców i nauczycieli, jak prowadzić masaż pozwalający zniwelować trudne do zniesienia przez dziecko uczucie niepokoju i dyskomfortu w obrębie ust.

Przykład II

Zaobserwowano u dziecka pojawienie się stereotypii rąk w znacznym nasileniu, niepokój i rozdrażnienie, włącznie z napadami histerii. Konieczna jest konsultacja z całym zespołem pracującym z dzieckiem.

Efekt: spotkanie zespołu zaangażowanego w pracę z dzieckiem pozwoliło na ustalenie działań niwelujących niepożądane zachowania, a także odciążenie układu nerwowego i pozytywne dobodźcowanie dziecka. Rodzice wskazali, że w warunkach domowych uspakajająco działa na dziecko bujanie się na huśtawce. Wprowadzono więc ten element do dziennego planu dnia wychowanka, wprowadzono również do dziennego harmonogramu dietę sensoryczną. Terapeuci przeanalizowali metody wykorzystywane podczas zajęć indywidualnych i zmodyfikowali swoje działania. W efekcie po tygodniu można było zauważyć istotne pozytywne zmiany w zachowaniu i samopoczuciu dziecka.

Równocześnie z działaniami ukierunkowanymi na dziecko podczas indywidualnych zajęć terapeutycznych bądź rozwijających wychowankowie poddani zostają wnikliwej obserwacji bieżącej, a także diagnozie okresowej w oparciu o Montessoriańską Kartę Diagnozy Dziecka. W szczególnych sytuacjach, dla usprawnienia procesu poznawania potrzeb dziecka i jego zachowań, prowadzone są zeszyty, w których codziennie zapisywane są informacje dotyczące pobytu dziecka objętego pomocą psychologiczno-pedagogiczną. Taka dobra praktyka pozwala na zbudowanie pełnego obrazu funkcjonowania wychowanka o specjalnych potrzebach edukacyjnych, a to z kolei ma ogromne znaczenie w momencie dokonywania podsumowań dotychczasowych działań, analizowania zadań ewaluacyjnych poszczególnych członków zespołu, a wreszcie w trakcie formułowania wniosków (planów terapeutycznych) do dalszej pracy.

Ocena działań terapeutycznych to kolejny etap wspólnej pracy członków zespołu powołanego dla danego dziecka. Każdy członek grupy co najmniej dwa razy w roku dokonuje podsumowania dotychczasowych działań, wskazuje zaplanowane na początku cele i stopień

ich osiągnięcia. Zestawienie pojedynczych ocen i omówienie ich na forum grupy pozwala zespołowi na ustalenie dalszego wieloobszarowego procesu terapii dziecka i wytyczenie kolejnych celów.

W spotkaniach uczestniczyć muszą wszystkie podmioty zaangażowane w pracę z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Nie może zabraknąć tutaj ani nauczycieli, ani specjalistów i terapeutów, ani tym bardziej rodziców. Każda osoba jest niezbędnym ogniwem, bez którego proces wyrównywania szans edukacyjnych dziecka nie przyniesie zakładanych rezultatów. Pomimo ogromnych chęci jednych, bez współpracy i zaangażowania ze strony drugich nie może być mowy o pełnym sukcesie.

Działaniom osób dorosłych, zaangażowanych w pracę z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych, powinien przyświecać wspólny cel: umożliwić dziecku osiąganie sukcesów na miarę jego możliwości. Podkreślają to autorki pozycji „Z dzieckiem w świat wartości": „Bardzo ważne jest, by każde dziecko miało szansę odnieść sukces. Tę szansę powinni mu zapewnić dorośli, tak dostosowując zadania i swoje oczekiwania wobec niego, by dziecko mogło im sprostać" (Olszewska, Koźmińska 2014, s. 164).

Przepisu na dobrą współpracę właściwie nie ma. Zależy ona od wielu uwarunkowań, począwszy od cech charakteru poszczególnych osób, nastawienia, poziomu wiedzy i umiejętności, jak i stopnia zaangażowania w pomoc dziecku. Można się jednak pokusić o przedstawienie kilku obszarów, dzięki którym współpraca ma największe szanse powodzenia:

- przyjazny do współpracy grunt – jego stworzenie stanowi zadanie przedszkola;
- świadomość celu – przekonanie o skuteczności współpracy wszystkich osób zaangażowanych w pracę z dzieckiem;
- szacunek – wzajemne poważanie i poszanowanie, równe, partnerskie traktowanie wszystkich osób;
- komunikacja – stosowanie zasad dobrej komunikacji, zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej;
- otwartość na zmiany i gotowość wprowadzania propozycji pozostałych osób zaangażowanych w pracę nad rozwojem dziecka.

Na co dzień można zetknąć się z różnego rodzaju poziomem współpracy. W każdym roku szkolnym zdarzają się takie zespoły, gdzie jeden z jego członków (najczęściej jest to niestety rodzic) nie czuje potrzeby angażowania się we wspólne działania. Postawa ta uzewnętrznia się w sposób dla siebie specyficzny, a najczęściej obejmując takie zachowania jak:

- brak zaangażowania w utrwalanie wyuczonych nawyków, a co za tym idzie, powolne tempo rozwoju dziecka,
- niechęć do pełnego zdiagnozowaniu dziecka,
- brak ujednolicenia działań w środowisku domowym (np. w przypadku terapii behawioralnej),

– organizowanie dziecku terapii wykluczających się z tymi, jakie są realizowane, po wspólnych ustaleniach, w przedszkolu.

Takie postawy i sytuacje mogą pojawić się na każdym etapie edukacyjnym, nie tylko w przedszkolu. Jednak to właśnie pierwsze lata życia dziecka są dla jego rozwoju najważniejsze – wówczas właśnie „Dziecko jest jak walizka – to z niej wyjmiesz, co do niej włożysz!" (Olszewska, Koźmińska 2014, s. 54). Dla osiągnięcia jak najlepszych wyników konieczna jest ścisła współpraca i wspólne trójstronne przekonanie o słuszności i celowości zintegrowanych działań osób dorosłych.

Zamiast podsumowania

O roli współpracy między podmiotami zaangażowanymi w pracę z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych powiedziano już wiele i jeszcze wielokrotnie temat ten będzie poruszany. Pewne jest jednak to, że współpraca tego typu jest niezbędna w procesie edukacyjnym wszystkich dzieci. Jak powiedział Henry Ford: „Połączenie sił to początek. Pozostanie razem to postęp. Wspólna praca to sukces" (Ford 2016). Właśnie dlatego warunkiem osiągania dobrych wyników w obszarze specjalnych potrzeb edukacyjnych jest wspólnota celów.

Bibliografia

1. Koncepcja pracy przedszkola na lata 2014–2016 dla Niepublicznego Anglojęzycznego Przedszkola Montessori „Bajtuś" w Rybniku. Rybnik 2014.
2. Kopsztejn M.: „Szlifowanie diamentów" – czyli jak pracować z dzieckiem zdolnym, [w:] Łaszczyk J., Jabłonowska M. (red.): Uczeń zdolny wyzwaniem dla współczesnej edukacji. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2009.
3. Leśniewska K., Puchała E.: Moje dziecko w przedszkolu i szkole. Poradnik dla rodziców uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011.
4. Olszewska E., Koźmińska I.: Z dzieckiem w świat wartości. Świat Książki, Warszawa 2014.
5. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz.U. 2013 poz. 532.
6. Smykowska D.: Współpraca szkoły z rodziną w zaspokajaniu potrzeb rozwojowych dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym – działania stosowane i postulowane. Impuls, Kraków 2008.

7. Weselińska L.: Współpraca przedszkola z rodziną i środowiskiem, [w:] Kwiatkowska M. (red.): Podstawy pedagogiki przedszkolnej. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1988.
8. Ford H.: Połączenie sił. http://zmianywzyciu.pl/cytaty/146, dostęp: 15.09.2016.
9. Współpraca, [w:] Wikipedia. https://pl.wikipedia.org/wiki/Wsp%C3%B3%C5%82praca, dostęp: 15.05.2016.

ROLA WSPÓŁPRACY PODMIOTÓW ZAANGAŻOWANYCH W PRACĘ Z DZIECKIEM O SPECJALNYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH NA ZEROWYM POZIOMIE EDUKACYJNYM

Streszczenie

Celem artykułu jest próba wykazania roli współpracy rodziny i przedszkola w procesie oświatowym dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w wieku przedszkolnym. Opierając się na doświadczeniach i dobrej praktyce wypracowanej w Niepublicznym Anglojęzycznym Przedszkolu Montessori „Bajtuś" w Rybniku, autorka próbuje odpowiedzieć na pytania dotyczące sensu samej współpracy, a także roli i odpowiedzialności poszczególnych członków zespołów do spraw pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Artykuł powstał na podstawie analizy aktów prawnych, dokumentacji wewnętrznej przedszkola i literatury przedmiotu.

THE ROLE OF COOPERATION OF THOSE INVOLVED IN WORKING WITH CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS AT THE ZERO LEVEL OF EDUCATION

Summary

The aim of the article is to make an attempt to demonstrate the validity of emphasizing the essence of the cooperation between the family and kindergarten in the educational process of children with special educational needs in the preschool age. Basing on the experience and good practice elaborated in the Non-Public English-speaking Montessori Kindergarten "Bajtuś" in Rybnik, the author tries to answer the question about the meaning of the cooperation and the role and responsibilities of individual team members of the psychological and pedagogical assistance. The article was based on the analysis of legal acts, internal kindergarten documentation and literature of the subject.

Beata GUMIENNY
Uniwersytet Rzeszowski
Zakład Pedagogiki Specjalnej
Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy w Przemyślu

WYBRANE KONTEKSTY SYTUACJI TRUDNYCH W KLASACH INTEGRACYJNYCH

Wstęp

Klasa szkolna jako przestrzeń oddziaływań grupy rówieśników i nauczycieli w toku szeroko rozumianej edukacji należy do głównych miejsc funkcjonowania uczniów. Omawiana problematyka zajmuje też bardzo istotne miejsce w wielu interdyscyplinarnych opracowaniach, zawierających treści teoretyczno-empiryczne z dziedziny pedagogiki, pedagogiki specjalnej, psychologii, socjologii, filozofii, ekonomii czy medycyny. Współczesne oczekiwania i wymagania wobec nauczycieli w zakresie interdyscyplinarnego podejścia do ucznia wydają się oczywiste i jednocześnie kompatybilne z indywidualizacją, normalizacją i integracją wielu życiowych procesów.

Rozpatrywane w niniejszym artykule zagadnienia dotyczące edukacji integracyjnej w kontekście sytuacji trudnych wpisują się w zakres badań pedagogicznych nad „rzeczywistością edukacji integracyjnej, która stanowi fragment szerokiej rzeczywistości szkolnej" (Gajdzica 2011, s. 16). Ponadto Zenon Gajdzica przedstawia charakter badań omawianej problematyki, twierdząc, iż edukację integracyjną cechują szczególne własności, odróżniające ją od innych form kształcenia, jednak w obszarze wielu koncepcji badawczych posiada wspólne, interdyscyplinarne właściwości konceptualizacyjno-praktyczne (ibidem, s. 17).

Głównym zamierzeniem badawczym autorki jest poznanie opinii nauczycieli klas integracyjnych dotyczących sytuacji, określanych mianem trudnych zarówno dla nauczycieli, jak i uczniów. Obszar badawczy wpisuje się w nurt badań diagnostycznych, polegających na rozpoznaniu i opisaniu określonego stanu rzeczy, który jest odczuwany przez nauczycieli jako trudność lub przeszkoda, determinująca efektywne funkcjonowanie w klasie integracyjnej (Rubacha 2008, s. 26). Próba podjęcia i wyjaśnienia tematyki opiera się na analizie zebranych doświadczeń, systematycznych obserwacji zdarzeń, zjawisk i procesów zachodzących w warunkach kształcenia integracyjnego.

Koncepcja poznania empirycznego usytuowana jest w wymiarze teoretyczno-praktycznym, który Wincenty Okoń (2004, s. 451) definiuje następująco: wiedza teoretyczna dostarcza danych o tym, jaka jest rzeczywistość, a po przekształceniu twierdzeń naukowych w normy mogą być one wykorzystane jako wiedza praktyczna. Z kolei wiedza praktyczna opierająca się na doświadczeniu jednostki dostarcza informacji o tym, jak można zmienić rzeczywistość. Następnie opierając się na założeniach metodologicznych można skorzystać z naukowych dociekań poprzez opracowanie procesów prognostycznych (predywistyczna funkcja nauki), zakładających przewidywanie wszelkiego rodzaju przyszłościowych zmian (Juszczyk 2005, s. 17–18). W przypadku badania opinii nauczycieli klas integracyjnych, dotyczących występowania sytuacji trudnych, zebrane wyniki i opracowane wnioski badawcze posłużą do przewidywania kolejnych zdarzeń i procesów zachodzących w systemie edukacji integracyjnej. Założenia prognostyczne zazwyczaj są spójne z postulatami pedagogicznymi, wieńczącymi procedurę postępowania empirycznego.

Sytuacje trudne w kształceniu integracyjnym

Istotą edukacji alternatywnej jest z pewnością edukacja integracyjna, która polega na możliwie pełnym włączeniu dzieci z niepełnosprawnością do szkół i placówek oświatowych o charakterze ogólnodostępnym. Kształcenie integracyjne oparte jest na przepisach prawnych, które regulują na przykład liczebność dzieci w klasie (do 20), liczbę uczniów z niepełnosprawnością (od 3 do 5), zatrudnienie nauczyciela wspomagającego, organizację toku nauczania[1]. Klasa integracyjna w myśl społecznej koncepcji niepełnosprawności jest miejscem edukacji, wychowania i opieki uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, zapewniającym dostosowanie systemu szkolnego do potrzeb i możliwości uczniów z jednoczesnym zapewnieniem wysokiego poziomu kształcenia i pomocy psychologiczno-pedagogicznej (Szumski 2013, s. 48–51; Chrzanowska 2015, s. 422–425).

Uogólniając cechy edukacji integracyjnej, należy stwierdzić, iż edukacja ta uwzględnia dobro dziecka niepełnosprawnego, jak i jego rówieśników w kontekście najbliższego środowiska. Determinuje poziom uspołecznienia, rozwój fizyczny, intelektualny, nabywanie postaw prospołecznych, odpowiedzialności, akceptacji i otwartości na drugiego człowieka (Lis-Kujawski 2010, s.16). Istnieje więc naturalna interdyscyplinarność analizowanego zjawiska, ponieważ nauka i praktyka pedagogiki specjalnej łączy się z koncepcjami psychologii, pedagogiki ogólnej, w tym na przykład z założeniami teorii wychowania, dydaktyką i medycyną. Klasa integracyjna jest jednocześnie miejscem funkcjonowania

[1] Ogólne zasady pracy nauczyciela wspomagającego wynikają z §5 Rozporządzenia MENiS z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych i integracyjnych (Dz. U. z 2005 r. nr 19, poz. 167).

uczniów pełno- i niepełnosprawnych, których łączą indywidualność, niepowtarzalność i wspólne cele poznawczo-rozwojowe.

Edukacja integracyjna stanowi niezwykle odpowiedzialne zadanie dla nauczycieli i specjalistów (pedagogów, psychologów, logopedów itd.), którzy na co dzień tworzą zespół osób powołanych do prowadzenia zajęć dydaktycznych, rewalidacyjnych, wyrównawczych, do zaspakajania specjalnych potrzeb, wyrównywania szans, integrowania, wychowywania, wspierania i pomagania. Cele wychowania według Stanisława Gerstmanna (1982, s. 16–18) wyznaczane są poprzez specjalnie dobrane sposoby, środki i narzędzia ułatwiające i umożliwiające realizację zaplanowanych działań. Zarówno sposoby, jak i środki zależą od zadania, czyli od zaplanowanych czynności realizujących cel oraz psychicznych warunków działania, które kończą się z chwilą uzyskania pożądanego wyniku. Z kolei niekorzystnym skutkiem, spowodowanym przez uzyskanie wyniku poniżej oczekiwań, może być niezadowolenie, zniechęcenie, poczucie niższości i niski poziom realizacji kolejnych działań.

Zatem zakres działań i powinności wyznacza nauczycielom ścieżkę zawodową, czyniąc ich tym samym odpowiedzialnymi w głównej mierze za szkolny proces edukacyjny, wychowawczy i integracyjny. Realizacja podstawy programowej, koncepcji szkoły, programu profilaktyczno-wychowawczego, założeń integracyjnych wymusza na nauczycielach szereg działań, które mogą wywoływać sytuacje trudne i stresujące. Pojęcie „sytuacja" oznacza zespół okoliczności i warunków, w których coś się dzieje, a osoba funkcjonuje w jakimś położeniu relacyjnym w danym miejscu i czasie. Jest to więc zespół warunków i całościowy układ różnych bodźców obejmujących przedmioty, ludzi i relacje między nimi. Każda sytuacja analizowana jest najczęściej z punktu widzenia człowieka i określana przez pryzmat relacji występujących w danym momencie (Szewczuk 1979, s. 287).

„Sytuacja" może być też rozpatrywana systemowo, wówczas można wyodrębnić trzy komponenty: układ zadań, warunki realizacji działania i możliwości podmiotu (Furmanek 2015, s. 22–23). W dalszej części artykułu koncepcja Waldemara Furmanka posłuży do rozpatrzenia trudnych sytuacji z perspektywy tych trzech komponentów, czyli:

- układu zadań, rozumianego jako specyfika pracy nauczyciela kształcenia integracyjnego;
- warunków realizacji działania, wraz z bazą dydaktyczno-kadrową i architektoniczną szkoły;
- możliwości podmiotu rozpatrywanych w kontekście kompetencji nauczycieli kształcenia integracyjnego i realizacji działań.

„W przypadku, kiedy równowaga komponentów sytuacji normalnych zostaje zakłócona, występuje przeciążenie stymulacyjne lub deprywacja stymulacyjna – uniemożliwiony jest prawidłowy przebieg aktywności podstawowej, a prawdopodobieństwo realizacji zadań staje się mniejsze, mówimy wówczas o sytuacjach trudnych" (Furmanek 2015, s. 24). Z kolei Iwona Chrzanowska (2010) wymienia następujące sytuacje, które stwarzają znaczne obciążenie dla idei integracyjnych i inkluzyjnych:

- niedostosowanie szkół w kwestii zaspokajania specjalnych potrzeb edukacyjnych w realizacji obowiązku szkolnego przez ucznia z niepełnosprawnością;
- niski poziom przygotowania nauczycieli do podjęcia pracy z uczniem niepełnosprawnym;
- niski poziom konstruktywnych postaw zrozumienia i akceptacji dla wspólnego kształcenia uczniów z niepełnosprawnością i pełnosprawnych;
- niski poziom prezentowanych kompetencji nauczycieli, zwłaszcza w zakresie pracy z uczniem z zaburzeniami wzroku i słuchu.

Z kolei Zenon Gajdzica (2011) skategoryzował następujące obszary i zagadnienia szczegółowe, które charakteryzują się występowaniem sytuacji trudnych w klasach integracyjnych:

- kwalifikacje i kompetencje nauczycieli;
- orzecznictwo o potrzebie kształcenia specjalnego w kontekście deprywacji;
- uczniowie z niepełnosprawnością, ich dobór do klas integracyjnych w kontekście sytuacji przeciążenia nauczycieli;
- organizacja procesu kształcenia w klasie integracyjnej (dydaktyka, metodyka, ocenianie);
- sytuacje utrudniające osiągnięcie celów integracyjnych (kwestia zajęć specjalistycznych, rewalidacyjnych, wyposażenia szkoły w środki dydaktyczno-terapeutyczne);
- sytuacje związane z niskim poziomem współpracy między nauczycielami oraz między nauczycielami i rodzicami[2].

Reasumując, sytuacje trudne wymuszają odmienne od standardowych ścieżek postępowań zachowania człowieka, często prowadząc do reorganizacji lub dezorganizacji czynności ukierunkowanych na cel. Występowanie trudności wymaga zawsze wzmożonego wysiłku w procesie osiągania wyników. Ponadto zawsze zostaje naruszona równowaga między elementami działania i możliwościami podmiotu, co w efekcie wymusza podjęcie nowej koordynacji działaniowej, a sam fakt wystąpienia takiej sytuacji powoduje przeciążenie systemu regulacji i ujemne emocje. W konsekwencji sytuacje trudne wiążą się z całościowym, niekorzystnym położeniem człowieka w danym czasie, zakłócającym planowany przebieg aktywności i zmniejszającym prawdopodobieństwo realizacji zadania na oczekiwanym poziomie (Tomaszewski 1976, s. 32; Tyszkowa 1986, s. 14; Furmanek 2015, s. 25).

Problematyka badawcza i analiza wyników

Celem badań było przedstawienie sytuacji trudnych, które zdaniem nauczycieli szkół podstawowych występują w codziennej rzeczywistości kształcenia integracyjnego. Poglądy i ich opinie stanowią próbę zdiagnozowania wycinka rzeczywistości szkolnej, która składa się

[2] Ze względu na ograniczone ramy artykułu przedstawiono tylko zarys sytuacji problemowych, co z pewnością nie wyczerpuje tematu. Brakuje licznych polemik naukowych i interesujących badań, których autorami byli m.in. K. Barłóg, K. Ćwirynkało, A. Krause, M. Rozenbajger, A. Stankowski, G. Szumski, A. Zamkowska, M. Zaorska, A. Żyta i inni.

na całokształt koncepcji teoretyczno-badawczych omawianych zagadnień. Zenon Gajdzica (2011, s. 23) określa ten rodzaj empirii jako „zbiór informacji ukonstytuowanych na bazie własnych doświadczeń, przekonań, przesłanek dotyczących rzeczywistości integracyjnej (...). Opinie nauczycieli są też trafnym wskaźnikiem faktycznych okoliczności edukacji integracyjnej".

Grupę badawczą stanowiły nauczycielki z województwa podkarpackiego (120 osób), pracujące w pięciu szkołach podstawowych z oddziałami integracyjnymi (nauczyciele wychowawcy, nauczyciele przedmiotowi i nauczyciele wspomagający). W toku procedury badawczej posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, która „umożliwia pozyskanie informacji o całej badanej zbiorowości na podstawie zbadania jedynie pewnej jej części zwanej próbą badawczą. Dzięki sondowaniu opinii badanych możliwe jest poznanie określonych faktów, zdarzeń, zjawisk czy procesów oraz poznanie poglądów czy nastawień badanych na interesujące badanego zagadnienia" (Maszke 2003, s. 104).

Badania przeprowadzono z początkiem 2016 roku. Spośród badanych wyselekcjonowano 60% nauczycielek mieszkających w mieście i 40% mieszkających na wsi. Większość z nich pracuje w szkole przeszło 20 lat, jedynie 3% ma status nauczyciela stażysty (nauczyciel kontraktowy – 10%; mianowany – 37%; dyplomowany – 50%). W procedurze badawczej wykorzystano kwestionariusz ankiety (własnej konstrukcji) składającej się z 26 kategorii problemowych (w niniejszym artykule zostaną przedstawione tylko fragmentaryczne zagadnienia).

Problem główny sformułowano w następującym pytaniu: Jakie sytuacje trudne występują w klasach integracyjnych? Uszczegółowieniem problemu głównego są kolejne problemy:

- Jakie trudności występują podczas organizacji procesu kształcenia i wychowania w klasach integracyjnych?
- Jak nauczyciele oceniają warunki kadrowo-lokalowe?
- W jaki sposób nauczyciele radzą sobie z sytuacjami trudnymi?

Sytuacje trudne występujące w kształceniu integracyjnym

Do skategoryzowanych sytuacji, które utrudniają nauczycielom prowadzenie działań dydaktyczno-wychowawczych, zaliczono takie, które dotyczą zarówno samego układu zadań nauczyciela kształcenia integracyjnego, jak i te, które wynikają z warunków realizacji działania (m.in. dotyczą infrastruktury szkolnej). W tabeli 1 zestawiono opinie nauczycieli dotyczące sytuacji trudnych najczęściej występujących w procesie nauczania integracyjnego. Wskazania badanych mają charakter uogólniony, nie wyodrębniono tu aspektów czy problemów uczniów z niepełnosprawnością.

Tabela 1

Katalog sytuacji trudnych według koncepcji W. Furmanka (opracowanie autorki)

Układ zadań		Warunki realizacji działania	
sytuacje trudne wg nauczycieli	**%**	**sytuacje trudne wg nauczycieli**	
Brak specjalistów np. pedagog specjalny (tyflopedagog, surdopedagog), rehabilitant, psycholog, logopeda	81,0	Nietaktowne, niekulturalne zachowanie się uczniów wobec siebie	85,0
Niedostateczne zaopatrzenie w pomoce dydaktyczne i terapeutyczne	62,0	Nadmiar sytuacji problemowych wynikających z relacji między uczniami (obrażanie, przezywanie, naśmiewanie, dokuczanie)	76,0
Bariery architektoniczne	48,0	Zbyt duże tempo pracy	46,0
Nadmiar czynności administracyjno-sprawozdawczych	40,0	Trudności z utrzymaniem pozytywnej dyscypliny w klasie	35,0
Nieprawidłowy dobór uczniów do klas integracyjnych	17,0	Nierespektowanie poleceń nauczyciela przez uczniów	25,0
Nadmierna liczebność uczniów w klasie	15,0	Niewystarczająca ilość czasu na dogłębne angażowanie się w problemy sytuacyjne uczniów	25,0

Opinie nauczycieli dotyczą sytuacji trudnych związanych zarówno z bazą szkolną, infrastrukturą, zapleczem dydaktyczno-terapeutycznym, jak i z procesem nauczania i wychowania. Szukając odpowiedzi na pytania badawcze, można stwierdzić, iż w polskich szkołach ciągle istnieją bariery architektoniczne, a budynki szkolne i sale lekcyjne pilnie wymagają dostosowania do specjalnych potrzeb uczniów. Niepokojący jest fakt, iż szkoły, a raczej organy prowadzące nagminnie „oszczędzają", nie zatrudniając niezbędnych specjalistów, którzy stanowią niezmiernie ważny element całego procesu edukacji, rewalidacji i pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Za sytuacje przeciążenia i niezadowolenia w tym przypadku odpowiadają nie nauczyciele, a dyrektor (jako organizator kształcenia) i organy prowadzące szkołę, najbardziej odpowiedzialni decydenci ekonomiczni.

Spora grupa nauczycieli, wskazując brak niezbędnych specjalistów (81%), postuluje jednocześnie ich zatrudnienie i włączenie w realizację zadań, nie tylko integracyjnych, lecz przede wszystkim zadań wynikających z etyki i odpowiedzialności za losy uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Konsekwencją braku odpowiednich specjalistów

czy terapeutów jest niekorzystna organizacja rewalidacji indywidualnej i zajęć specjaliktycznych oraz opracowywanie i realizowanie indywidualnych programów terapeutycznych, wychowawczych czy profilaktycznych. Przypuszczam również, iż pomoc psychologiczno-pedagogiczna nie jest realizowana zgodnie z potrzebami edukacyjnymi uczniów i wymaga znacznej korekty i wprowadzenia natychmiastowej ewaluacji i poprawy. W dalszej perspektywie uczniowie z niepełnosprawnością narażeni są na liczne niepowodzenia edukacyjne i psychospołeczne, co w przyszłości może rodzić poważne problemy w ich rozwoju (mogą wystąpić przypadki przenoszenia uczniów do innych placówek ogólnodostępnych lub specjalnych)[3].

Z kolei przeciążenia wynikające z warunków organizacyjnych klas integracyjnych najczęściej dotyczą procesów wychowawczych i interpersonalnych. Nauczyciele często spotykają się z trudnościami wynikającymi z funkcjonowania samych uczniów, ich sposobów reagowania i dostosowania się do warunków współżycia rówieśniczego. Reakcje uczniowskie związane z nieadekwatnym zachowaniem (85%) są pewnie nie tylko efektem niedojrzałości społecznej oraz niepełnosprawności uczniów, ale również wynikają ze współtowarzyszących błędów wychowawczo-rodzinnych i środowiskowych. Nadmiar sytuacji problemowych w relacjach między uczniami tylko potwierdza fakt, iż pomoc na przykład socjoterapeuty w tym przypadku mogłaby rozładować liczne napięcia towarzyszące uczniom i nauczycielom. Niektórzy nauczyciele przyznają (35%), że trudno im zastosować adekwatne metody wychowawcze związane z respektowaniem norm i zasad współżycia koleżeńskiego w klasie.

Kolejne zagadnienie badawcze dotyczy oceniania uczniów w klasach integracyjnych. Otóż najczęściej zgłaszanym problemem jest porównywanie ocen (uczniów zdrowych i uczniów z niepełnosprawnością) przez dzieci i rodziców oraz zażalenia na niesprawiedliwe ocenianie uczniowskich umiejętności i wynikające stąd roszczenia (49%). Większość nauczycieli nie zgłasza natomiast problemów i nie odczuwa nadmiernego napięcia z powodu konieczności oceniania dziecka według jego indywidualnych możliwości (95%).

Ważnym elementem diagnostycznym jest współpraca nauczycieli z rodzicami. Większość nauczycieli stwierdza (72%), iż współpraca z rodzicami przyjmuje poziom przeciętnych relacji i form zaangażowania. Tylko 7% badanych deklaruje, że rodzice chętnie podejmują współpracę i realizują szeroko pojęty zakres działań wspomagających i wspierających dziecko, jak i szkołę. Pozostali rodzice (21%) bardzo rzadko lub okazjonalnie uczestniczą w życiu szkoły i w procesie edukacyjno-wychowawczym dziecka.

W podsumowaniu należy przytoczyć opinie nauczycieli na temat poziomu przygotowania szkół integracyjnych pod kątem zasobów lokalowych, dydaktycznych i kadrowo-merytorycznych. Tylko 2% badanych stwierdza, że ich szkoły zaspokajają potrzeby uczniów

[3] Szerzej w: Grzyb B.: Uwarunkowania związane z przenoszeniem uczniów niepełnosprawnych ze szkół integracyjnych do specjalnych. Impuls, Kraków. 2013; Gumienny B.: Zmiany profilu kształcenia uczniów z głębszą niepełnosprawnością intelektualną ze sprzężeniami, [w:] Bełza M., Prysak M. (red.): Konstruowanie świata osób niepełnosprawnych. Różne aspekty rzeczywistości. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2014.

(zarówno pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych) na bardzo wysokim poziomie. Wysoki poziom organizacji zajęć i pomocy specjalistycznej deklaruje 10% nauczycieli. Większość nauczycieli uważa (70%), że ich szkoły prezentują w tym zakresie przeciętny poziom zasobów dydaktycznych, terapeutycznych i organizacyjnych. Z kolei 18% respondentów uważa, że szkoły, w których pracują, nie są należycie przygotowane do realizowania procesów kształcenia integracyjnego i w bardzo niskim stopniu realizują wymagane założenia. Co ciekawe i zarazem optymistyczne, w końcowych refleksjach prawie wszyscy nauczyciele stwierdzili, że klasy integracyjne spełniają swoje cele poprzez:

- kształtowanie pozytywnych cech u dzieci (równość, tolerancja, poszanowanie innych);
- tworzenie środowiska bogatego w relacje interpersonalne dla dzieci niepełnosprawnych (szansa poznania dużego grona rówieśników i wspólne przemierzanie drogi edukacyjnej);
- zrozumienie i akceptację niepełnosprawności przez dzieci pełnosprawne;
- kształtowanie empatii i postaw altruistycznych.

Wsparcie nauczycieli w sytuacjach trudnych

Przytoczona wcześniej koncepcji określała trzy komponenty sytuacji trudnych. Do przeanalizowania pozostała ostatnia, a mianowicie możliwości podmiotu rozpatrywane w kontekście kompetencji nauczycieli. Kompetencje zawodowe nauczyciela są szeroko omawiane w literaturze przedmiotu, aczkolwiek różnorodnie i wieloaspektowo. Zwykle definiowane są jako zbiór zawodowych kwalifikacji, umiejętności, dyspozycji niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych wobec uczniów. Całości dopełnia katalog predyspozycji, cech charakteru, postaw nauczyciela jako dydaktyka, wychowawcy, mentora, inspiratora i animatora (Gumienny 2015, s. 79). Wiodącą kategorię struktur, składającą się na kwalifikacje zawodowe nauczycieli, stanowią umiejętności, będące podstawą rozwiązywania każdego, najprostszego nawet zadania (Nowacki, 1977, s. 56).

Podjęto próbę określenia poziomu umiejętności i zaangażowania kadry pedagogicznej do reagowania i rozwiązywania sytuacji, będących wynikiem zdarzeń problemowych, dotyczących uczniów z niepełnosprawnością. W klasie integracyjnej funkcjonuje dwóch nauczycieli, którzy mają możliwość współpracy, współdziałania, dzielenia obowiązków, wspólnego dążenia do celów pedagogicznych i towarzyszenia uczniom w karierze szkolnej. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że w sytuacjach problemowych przede wszystkim nauczyciele wspomagający angażują się w organizację procesu kształcenia, wychowania oraz pomoc uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (79% uzyskanych odpowiedzi). Tak znaczny odsetek wskazań upoważnia do stwierdzenia, że odpowiedzialność za całokształt edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami spoczywa w głównej mierze na nauczycielach wspomagających. Tylko 8% respondentów przyznaje, że to nauczyciele wychowawcy najczęściej podejmują działania nakierowane na rozwiązanie trudnej sytuacji uczniów.

Kolejne odpowiedzi dotyczyły działań podejmowanych przez pedagoga szkolnego (7%) i psychologa (6%).

Spośród możliwości rozwiązywania sytuacji trudnych, które zdarzają się w klasie szkolnej w trakcie procesu edukacyjno-wychowawczego, nauczyciele wybrali następujące:

- ustalanie norm i zasad obowiązujących w klasie – 100%,
- rozmowy, pogadanki na tematy sytuacyjne i problemowe – 100%,
- dostosowanie treści programowych do możliwości uczniów – 98%,
- inspirujące, ciekawie prowadzone zajęcia lekcyjne – 91%,
- wykorzystywanie pomocy dydaktycznych – 98%,
- korelowanie treści lekcyjnych z praktyką życiową – 89%,
- tablica motywacyjna – 81%,
- umiejętnie wdrażanie systemu kar i nagród – 75%,
- wskazywanie mocnych stron uczniów i bazowanie na nich – 64%,
- motywowanie uczniów do podejmowania działań prospołecznych – 51%,
- motywowanie uczniów do podejmowania działań dydaktycznych – 31%.

Należy więc przypuszczać, że większość nauczycieli podejmuje działania łączące realizację podstawy programowej z nauczaniem, wychowaniem, aktywizowaniem i inspirowaniem uczniów. Zadania te mieszczą się w zasadach dydaktyki specjalnej, dlatego można stwierdzić, iż współczesna pedagogika ogólna koreluje z pedagogiką specjalną zwłaszcza na fundamencie dydaktyczno-wychowawczym kształcenia integracyjnego, a nauczyciele próbują sprostać oczekiwaniom i założeniom integracyjnym.

Istotną determinantą określającą możliwości podmiotu (czyli nauczycieli klas integracyjnych), gdy wystąpią sytuacje trudne, jest samodoskonalenie i kreowanie umiejętności radzenia sobie z tymi sytuacjami. Na podstawie prawa oświatowego i założeń pedeutologicznych można postawić tezę, że każdy nauczyciel otrzymuje pomoc i wsparcie w procesie działań edukacyjnych (zwłaszcza nauczyciel kształcenia integracyjnego). Ponadto Jolanta Szempruch (2001, s. 113) twierdzi, że kształcenie i rozwój nauczyciela w zawodzie tworzą integralną całość, a głównym celem tych działań jest ukierunkowanie i wspomaganie nauczyciela w rozwoju.

Większość badanych nauczycieli (97%) deklaruje udział w różnych formach doskonalenia zawodowego, na przykład poprzez samokształcenie (psychopedagogiczna literatura, czasopiśmiennictwo, specjalistyczne strony internetowe). Jednocześnie przyznają, że w wielu przypadkach sami starają się sprostać wymaganiom i dokładają starań, aby rozwiązywać sytuacje trudne (78%). Ten fakt jest bardzo pozytywny, ponieważ pedeutologia zawsze „akcentuje działania samodokształcania i samorozwoju oraz potrzebę wysiłku stałego poznawania siebie i kierowania własnym rozwojem" (Szempruch 2000, s. 170–171). Nauczyciele również dbają o poziom własnych kompetencji poprzez udział w studiach podyplomowych, kursach, szkoleniach i warsztatach metodycznych (91%). Tematyka form doskonalenia z ostatnich lat najczęściej dotyczy edukacji i funkcjonowania uczniów

z niepełnosprawnością intelektualną (problematyka pozostałych niepełnosprawności i deficytów rozwojowych uczniów rzadziej jest przedmiotem zainteresowań). Na tę sytuację może wpływać fakt, iż sporą grupę dzieci ze specjalnymi potrzebami stanowią właśnie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.

Dzieląc się swoimi doświadczeniami, nauczyciele przyznają też, że w sytuacjach trudnych dotyczących samych uczniów bardzo często zwracają się do rodziców (83%). Na tej podstawie trudno wysnuć wniosek, jakie są efekty spotkań i wspólnych rozmów, ale należy uznać, iż nauczyciele podejmują próby lub stałe działania w zakresie współpracy i współdziałania z rodzicami, ponieważ 76% nauczycieli organizuje warsztaty i zajęcia mające na celu pedagogizację rodziców.

Przeszło połowa badanych (54%) otrzymuje pomoc i wsparcie pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznej, 38% od pedagoga szkolnego, 24% od psychologa szkolnego, a 11% deklaruje, że w trudnych sytuacjach mogą liczyć na specjalistów z innych placówek oświatowo-wychowawczych.

Kończąc rozważania, pragnę zwrócić uwagę na bardzo niepokojący fakt. Otóż spośród badanych tylko 12% nauczycieli deklaruje, że może liczyć na pomoc i wsparcie swoich kolegów i koleżanek – kadry pedagogicznej szkoły; tylko 21% może liczyć na pomoc dyrektora. Uważam, iż ta sytuacja powinna być przyczynkiem do szerszych i bardziej wnikliwych dociekań badawczych. Uzyskane opinie upoważniają tylko do stwierdzenia, że napięta i niestabilna polityka oświatowa państwa budzi lęk przed nieznanym, nowym i przed utratą miejsca pracy, co w efekcie może przyczyniać się do tworzenia trudnej atmosfery w środowisku nauczycieli oraz prezentowania zachowań o niskim poziomie altruizmu koleżeńskiego. Jednocześnie nauczyciele skłonni są do prezentowania egoistycznych i silnie rywalizujących postaw, co również nie sprzyja budowaniu dobrej, przyjaznej atmosfery – zarówno wśród uczniów, jak i samej kadry pedagogicznej.

Wnioski prognostyczne

Pierwszy ogólny wniosek, jaki nasuwa się po analizie materiału empirycznego, jest następujący: przytoczone wcześniej przez Iwonę Chrzanowską (2010) i Zenona Gajdzicę (2011) sytuacje, które stwarzają znaczne obciążenie dla idei integracyjnych i inkluzyjnych, nadal są aktualne i stanowią bardzo ważny obszar współczesnej szkoły. Zmiany w infrastrukturze szkoły, dostosowanie przestrzeni do potrzeb uczniów z niepełnosprawnością, zakup pomocy dydaktyczno-terapeutycznych i materiałów edukacyjnych – to stałe, niespełnione postulaty zgłaszane przez nauczycieli. Przyjazna szkoła, dbająca o rozwój i dobro dziecka, nie może skupiać się tylko na samej idei integracji, ponieważ współczesne prawo oświatowe wymaga przygotowania budynku szkoły, przestrzeni klasy, nauczycieli oraz wszelkich pomocy dydaktyczno-terapeutycznych (od pomocy wspomaga-

jących rozwój intelektualny, sensoryczny po specjalnie dobrane ławki, krzesła-siedziska, materace itd.) – w zależności od potrzeb uczniów. Zaniechanie tej powinności zawsze skutkuje niskim poziomem organizacji lekcji, co w efekcie obniża procesy poznawcze uczniów i zubaża ich drogi szeroko rozumianego rozwoju. Ponadto w szkołach integracyjnych muszą być zatrudniani nauczyciele specjaliści (do prowadzenia np. rewalidacji indywidualnej), na przykład tyflopedagog, oligofrenopedagog, surdopedagog, socjoterapeuta, logopeda, nauczyciel terapii ruchu, nauczyciel mający umiejętność pracy z uczniem z całościowymi zaburzeniami rozwoju.

Na podstawie uzyskanych wyników uważam, iż nauczyciele powinni być objęci usystematyzowanym wsparciem w realizacji procesu edukacyjnego, zarówno w przestrzeni szkoły, jak i podczas organizacji form dokształcania (np. przez ośrodki doskonalenia zawodowego). Dyrektorzy szkół powinni powoływać zespoły koleżeńskie do spraw charakteryzujących dany zakres problemowy w celu rozwiązywania sytuacji trudnych (w danym momencie lub cyklicznie). Oczywiście w wkład tych zespołów muszą wejść nauczyciel wspomagający i asystent dziecka z niepełnosprawnością[4]. Takie zespoły często mają charakter nieformalny i tylko dobra atmosfera w pracy pozwala na prawdziwie koleżeńskie działania. Jeśli nauczyciele nie otrzymają należytego wsparcia, to poziom ich zadowolenia, organizacji zajęć i realizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej może być niezadowalający. Niska efektywność będzie wzmagać niepowodzenia edukacyjne lub psycho-społeczne uczniów w kolejnych etapach kształcenia. Ten fakt z kolei może budzić frustrację i potęgować sytuacje trudne u nauczycieli, rodziców i samych uczniów.

Rozpatrując systemowy układ komponentów sytuacji trudnych (zawartych w koncepcji W. Furmanka), należy stwierdzić, iż nauczyciele kształcenia integracyjnego doświadczają wielu sytuacji problemowych. Źródłem sytuacji trudnych są zarówno specyficzny (integracyjny) układ zadań, jak i warunki realizacji kształcenia czy możliwości samych nauczycieli. Sytuacje trudne w życiu każdego człowieka, ucznia czy pracownika są nieuniknione, ale z pewnością wielu można zaradzić, jeśli baza dydaktyczna, terapeutyczna, specjalistyczna, kadrowa i metodyczna spełnia oczekiwania.

Bibliografia

1. Chrzanowska I.: Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności. Impuls, Kraków 2015.
2. Chrzanowska I.: Problemy edukacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością. Regionalna specyfika czy ogólnopolska tendencja. Impuls, Kraków 2010.
3. Furmanek W.: Humanistyczna pedagogika pracy. Sytuacje trudne w pracy człowieka. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2015.

[4] Nie mam tu na myśli zespołów powołanych do spraw pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

4. Gajdzica Z.: Sytuacje trudne w opinii nauczycieli klas integracyjnych. Impuls, Kraków 2011.
5. Gerstmann S.: Psychologiczne podstawy oddziaływań wychowawczych. Nasza Księgarnia, Warszawa 1982.
6. Grzyb B.: Uwarunkowania związane z przenoszeniem uczniów niepełnosprawnych ze szkół integracyjnych do specjalnych. Impuls, Kraków 2013.
7. Gumienny B.: Zmiany profilu kształcenia uczniów z głębszą niepełnosprawnością intelektualną ze sprzężeniami, [w:] Bełza M., Prysak D. (red.): Konstruowanie świata osób niepełnosprawnych – różne aspekty rzeczywistości. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2014.
8. Gumienny B.: Kompetencje nauczycieli w zakresie diagnozowania potrzeb edukacyjnych uczniów, [w:] Adamek I., Szuścik U. (red.): Kreatywność w edukacji szkolnej. Libron – Filip Lohner, Bielsko-Biała 2015.
9. Juszczyk S.: Badania ilościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne. Śląska Wyższa Szkoła Zarządzania, Katowice 2005.
10. Lis-Kujawski A.: Moje „ja" i szkoła integracyjna. Impuls, Kraków 2010.
11. Maszke A.W.: Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2003.
12. Nowacki T.: Podstawy dydaktyki zawodowej. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1977.
13. Okoń W.: Nowy słownik pedagogiczny. Żak, Warszawa 2004.
14. Rubacha K.: Metodologia badań nad edukacją. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
15. Szempruch J.: Pedagogiczne kształcenie nauczycieli wobec reformy edukacji w Polsce. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 2000.
16. Szempruch J.: Nauczyciel w zmieniającej się szkole. Funkcjonowanie i rozwój zawodowy. Fosze, Rzeszów 2001.
17. Szewczuk W. (red.): Słownik psychologiczny. Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
18. Szumski G.: Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
19. Tomaszewski T.: Człowiek i otoczenie, [w:] Tomaszewski T. (red.): Psychologia. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1976.
20. Tyszkowa M.: Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1986.

WYBRANE KONTEKSTY SYTUACJI TRUDNYCH W KLASACH INTEGRACYJNYCH

Streszczenie

Problematyka przedstawiona w niniejszym artykule koncentruje się wokół postrzegania przez nauczycieli sytuacji trudnych i problemowych występujących w przestrzeni szkoły i klasy integracyjnej. Omawiane zagadnienie dotyczy specyfiki modelu kształcenia integracyjnego oraz rzeczywistych problemów, z jakimi zmagają się nauczyciele w procesie kształcenia, wychowania i opieki. Ponadto poruszono kwestię kompetencji zawodowych nauczycieli, które decydują o jakości edukacji integracyjnej.

THE SELECTED CONTEXTS OF DIFFICULT SITUATIONS IN INTEGRATED CLASSES

Summary

The issues presented in this article focus on teachers' perception of difficult and problematic situations occurring in the area of a school and an integrated class. The discussed issue concerns the specificity of the model of inclusive education and the real problems faced by teachers in the process of teaching, education and care. Moreover, the matter of professional teachers' competences, which determine the quality of inclusive education, was raised.

Dariusz DZIUBA
Politechnika Śląska
Kolegium Pedagogiczne

PEDAGODZY SPECJALNI A ZMIANY W SYSTEMIE EDUKACJI UCZNIÓW ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI. OD SEGREGACJI DO WŁĄCZENIA?

Wykładowcy zajmujący się przygotowaniem nauczycieli do pracy z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi stawiają sobie pytania dotyczące wiedzy, kompetencji i postaw, w jakie trzeba ich wyposażyć. W ramach procesu ich kształcenia korzystamy z zestawu kluczowych dzieł powstałych w ramach pedagogiki specjalnej – podręczników akademickich i skryptów. Ze względu na ich popularność, szerokie oddziaływanie – w znaczący sposób kształtują one umysły przyszłych nauczycieli. Mają wpływ na rozwój myśli pedagogicznej dotyczącej systemu kształcenia niepełnosprawnych uczniów: od etapu braku różnicowania, poprzez epokę szkoły specjalnej i integracyjnej, aż do początków tworzenia systemu włączającego.

Niniejszy artykuł zawiera analizę cząstkową odnoszącą się do wybranych treści podręczników akademickich, najpopularniejszych w kształceniu pedagogów specjalnych. W doborze publikacji świadomie nie odwoływałem się do niektórych wydań mniej rozpowszechnionych w środowisku akademickim. We współczesnej debacie pedagogicznej ważne miejsce znajduje problem ukierunkowania zmian w systemie edukacji uczniów opisywanych współcześnie jako uczniowie z niepełnosprawnością lub ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Jak skutecznie wspierać rozwój takich osób? Jak dokonywać wyboru wśród mnogości proponowanych rozwiązań edukacyjnych i rehabilitacyjnych? Jak doprowadzić do zbliżenia środowisk zawodowych obejmujących nauczycieli szkół specjalnych i ogólnodostępnych (te ostatnie w starszych opracowaniach określane były jako szkoły masowe lub normalne)?

Na początku chciałbym przywołać wyniki analiz Włodzisława Zeidlera (2007, s. 68), określającego kluczowe zadanie współczesnych pedagogów i psychologów zajmujących się zarówno praktyką, jak i teorią edukacji i rehabilitacji, zdefiniowane jako osiąganie aksjologicznej samodzielności: „Jeśli psycholog lub pedagog chce być rzeczywiście odpowiedzialny za swoje czyn, nie może być 'agentem' jakichkolwiek instytucji, musi mieć

prawo dokonywania samodzielnych wyborów aksjologicznych: w teorii i praktyce. Musi mieć również odwagę do wyjścia naprzeciw osobie niepełnosprawnej. Jako człowiek równy pod jej względem wartości osobowej, a nie jako przedstawiciel jakiejkolwiek instytucji".

Postacią szczególną w polskiej pedagogice jest Maria Grzegorzewska (1888–1967) – twórczyni polskiej pedagogiki specjalnej oraz systemu kształcenia pedagogów specjalnych. Powszechnie znanym zwrotem wyrażającym jej pogląd, będący filarem myślenia o edukacji osób niepełnosprawnych, jest hasło: „Nie ma kaleki, jest człowiek". Grzegorzewska była autorką pierwszego polskiego skryptu do przedmiotu pedagogika specjalna, w którym pisze, że system selekcji i klasyfikacji osób niepełnosprawnych „polega na wydzieleniu ze szkół normalnych lub środowisk domowych dzieci upośledzonych umysłowo, głuchych i niewidomych i umieszczeniu ich w szkołach i zakładach specjalnych z przystosowanym do nich programem" (Grzegorzewska 1957, s. 5). W czasie powstania przywołanej publikacji podmiotem pedagogiki specjalnej były dzieci, które nie były w stanie korzystać z tzw. normalnej szkoły, zaś szkoła specjalna była jedynym dostępnym rozwiązaniem oferującym specjalną pomoc. Podkreślić należy dostrzeganie przez autorkę problemu izolacji uczniów niepełnosprawnych od życia w otwartej społeczności: „(...) należałoby skrócić czas przebywania dzieci kalekich w zakładach specjalistycznych i starać się jak najszerzej łączyć je ze światem dzieci i młodzieży normalnej. (...) jak najwcześniej wprowadzać dziecko kalekie do szkoły normalnej, w nurt życia dziecka normalnego. W szkole tej otoczyć dziecko kalekie właściwą opieką" (Grzegorzewska 1964, s. 356).

Następczyni M. Grzegorzewskiej – Janina Doroszewska (1900–1979) uważa, że celem rewalidacji osób z niepełnosprawnością jest ich integracja społeczna, a argumenty przeciw integracji odnoszą się do automatycznego, mechanicznego przyjmowania integracji jako zasady w edukacji (Doroszewska 1989, s. 613). Autorka uważa ponadto, że automatyczne stosowanie zasady integracji w edukacji może być przeszkodą w osiągnięciu integracji właściwej (prawdziwej) – społecznej: „Należy postawić pytanie, co sprawia, że szkoła normalna, w którą są włączone dzieci odchylone od normy, nie daje (...) warunków spokojnego dojrzewania?" (ibidem, s. 616).

Dalej pisze o konieczności oceny efektów włączaniu dziecka niepełnosprawnego do klasy ogólnodostępnej w celu jego prawdziwej integracji, której: „nie traktuje się jako okolicznościowego zorganizowania sytuacji szkolnej, ale jako podstawę całego przyszłego życia (...) w środowisku normalnym (...). Nasze usiłowania muszą iść w tym kierunku, aby stworzyć takie formy integracyjne, które zapewnią rzeczywistą wewnętrzną integrację, a nie tylko formalną (...). Zasadniczym zadaniem jest dostarczenie dziecku (...) atmosfery otaczającej go życzliwości" (ibidem, s. 622–623).

Kolejną ważną postacią w historii polskiej edukacji specjalnej jest Otton Lipkowski (1907–1982), współpracownik Marii Grzegorzewskiej, wykładowca w Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. W swoim zarysie pedagogii specjalnej w sposób jednoznaczny wypowiada się na temat roli szkoły specjalnej w systemie edukacyjnym: „(...)

szkoła specjalna (...) odciąża szkołę normalną od dzieci, które nie są w stanie sprostać normalnym wymogom, które często dezorganizują i hamują pracę dydaktyczną i wychowawczą normalnych zespołów szkolnych i którym szkoła normalna nie może zapewnić odpowiednich środków i metod kształcenia. Przyjmując te dzieci, szkoła specjalna umożliwia i ułatwia szkole normalnej realizację statutowych działań i osiąganie optymalnych wyników" (Lipkowski 1977, s. 72).

Także w tym przypadku szkole specjalnej przyznana była rola pomocnicza wobec szkoły ogólnodostępnej. W celu naszkicowania pełniejszego obrazu poglądów autora należy odwołać się do kolejnego tekstu, w którym autor szczegółowo analizuje problem i określa zasady konstruowania modelu kształcenia integracyjnego: „Integracja dziecka w normalnym systemie nauczania jest tylko wtedy celowa i uzasadniona, jeśli integracja szkolna ułatwi dziecku integrację społeczną, to znaczy dziecku upośledzonemu zapewni się korzystniejsze warunki rozwoju. (...) włączanie dziecka za wszelką cenę do normalnego środowiska szkolnego może stanowić dla dziecka poważne zagrożenie" (Lipkowski 1976, s. 10).

Za prekursora ruchu integracyjnego w polskiej rehabilitacji uważany jest Aleksander Hulek (1916–1993), profesor Uniwersytetu Warszawskiego, założyciel i prezes Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem. W szeroko znanej publikacji „Pedagogika rewalidacyjna" przedstawił swój pogląd: „Integracyjny system kształcenia i wychowania polega na maksymalnym włączaniu dzieci i młodzieży z odchyleniami od normy do zwykłych szkół i innych placówek oświatowych (...). Integracja jest kolejnym etapem ewolucji stosunku osób zdrowych do upośledzonych i charakteru świadczonych im usług" (Hulek 1977, s. 492–493).

Autor w swoich pracach wielokrotnie podkreśla konieczność dostrzegania u osób z niepełnosprawnością pozytywnych wartości, co ma istotne znaczenie dla umożliwienia im normalnego życia i społecznej integracji. W przywołanej publikacji, w podrozdziale dotyczącym rewalidacji odnotował: „Doświadczenie dotychczasowe uczy nas, że jeżeli nie można zapewnić upośledzonym odpowiednich warunków w szkołach zwykłych, to nie powinno się ich w nich umieszczać. Włączanie ich do szkoły zwykłej w tej sytuacji byłoby wręcz szkodliwe" (ibidem, s. 501).

W innym miejscu podkreśla autor, że każda instytucja edukacyjna powinna być przygotowana do przyjęcia dziecka z odchyleniami od normy: „Nawet ciężko poszkodowane dzieci mogą uczęszczać do zwykłej szkoły, jeżeli ich potrzeby są odpowiednio zaspokajane i rozumiane" (ibidem, s. 502–503). Ważną rolę przypisuje nauczycielowi konsultantowi, który wiedzą i kompetencjami wspierałby w pracy dydaktycznej i wychowawczej ucznia z niepełnosprawnością i jego wychowawcę lub nauczyciela przedmiotowego.

Kazimierz Kirejczyk (1910–1986) w swoim sztandarowym dziele „Upośledzenie umysłowe. Pedagogika" poświęcił jeden z podrozdziałów problemowi integracji edukacyjnej uczniów z niepełnosprawnością. W rozważaniach o możliwościach i ograniczeniach kształcenia integracyjnego określił warunki, których spełnienie warunkuje osiągnięcie korzyści z tego rozwiązania przez ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi:

1. Dziecko upośledzone rozumie, co się dzieje w otoczeniu i z czym się do niego zwracają nauczyciele. Potrafi w stopniu koniecznym dostosować się do obowiązujących w środowisku norm postępowania.
2. Dziecko to przy dostępnych nauczycielowi zindywidualizowanych metodach nauczania (oraz przy ewentualnej, możliwej w danym środowisku pomocy specjalistów) potrafi opanować podstawowe wiadomości i umiejętności zawarte w programie nauczania szkoły, do której uczęszcza. Wspólna nauka z dziećmi normalnymi nie obniża w istotny sposób wyników nauczania dzieci o normalnym rozwoju umysłowym.
3. W otoczeniu zostanie wytworzona korzystna atmosfera dla jego rozwoju i adaptacji, zachęcająca je do wysiłku w pokonywaniu trudności. Nie będzie ono dyskredytowane w otoczeniu, w domu, szkole i poza szkołą.
4. Zwłaszcza nauczyciele i rodzice (oraz inne bliskie dziecku osoby) wiedzą, w jaki sposób mają z poszczególnymi dziećmi postępować (Kirejczyk 1981, s. 734–735).

Tu także zauważalny jest brak zgody na uproszczoną wersję totalnej integracji.

Zofia Sękowska (1924–1997), doktorantka Marii Grzegorzewskiej, założycielka Zakładu Psychopedagogiki Specjalnej w UMSC w Lublinie, pedagog specjalny – szczególnie mocno była powiązana z tyflopedagogiką. W sposób ograniczony dopuszcza zastosowanie nauczania i wychowania dzieci z niepełnosprawnością w warunkach szkoły masowej. Uważa, że dzieci te powinny trafić do szkoły specjalnej, a tylko najzdolniejsze mogą skorzystać z kształcenia integracyjnego. Całkowicie wyłączone z tego nauczania winny być dzieci upośledzone umysłowo: „Ich obecność w szkołach masowych mija się z celem, gdy nie są w stanie opanować programu nauczania przeznaczonego dla dzieci w normie intelektualnej, a poza tym utrudniają jego realizację nauczycielom i uczniom" (Sękowska 1985, s. 5). Negatywny stosunek do idei integracji edukacyjnej oddaje także opinia autorki dotycząca dokonywania wyboru szkoły: „W Polsce na przykład oddanie dziecka do szkoły specjalnej zależy do zgody rodziców, którzy często jej odmawiają wskutek braku uświadomienia lub niedbalstwa, fałszywej ambicji czy skąpstwa" (ibidem, s. 13). W innym miejscu autorka twierdzi, że trzy grupy dzieci wymagają kształcenia, tj. rewalidacji w szkolnictwie specjalnym. Dotyczy to „dzieci głuchych, w wysokim stopniu niedosłyszących, niewidomych, w wysokim stopniu niedowidzących i upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym" (ibidem, s. 17). Można tu zauważyć brak wskazania grupy dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. W tym okresie (lata osiemdziesiąte ubiegłego wieku) były one całkowicie wyłączone z realizacji obowiązku szkolnego. Problem pozostawania znacznej liczby dzieci poza systemem kształcenia jest jednak dostrzegany przez Sękowską.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę, iż dopiero w 1997 roku nastąpiła ważna zmiana w polskim systemie edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością – formalnie zakończyło się edukacyjne wykluczenie grupy dzieci i młodzieży z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Rozpoczęły działalność zespoły rewalidacyjno-wychowawcze dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim. Tym samym ostatnia grupa dzieci

i młodzieży, dotychczas wykluczona z edukacji, została włączona w realizację obowiązku szkolnego. Należy jednak podkreślić, że dystans Sękowskiej (1985) w stosunku do integracyjnego kształcenia powiązany jest z dostrzeganiem braków w zapewnianiu uczniom o specjalnych potrzebach odpowiednich warunków i pomocy w szkołach ogólnodostępnych. Sękowska zauważa jednocześnie ekonomiczne i pedagogiczne korzyści związane z organizowaniem klas specjalnych przy szkołach ogólnodostępnych, traktując to rozwiązanie jako realizację idei integracji.

W kolejnym, opublikowanym w 1998 roku, podręczniku do pedagogiki specjalnej Sękowska ponownie podejmuje temat organizacji kształcenia specjalnego w warunkach systemu segregacyjnego, częściowo integracyjnego i totalnie integracyjnego. W sposób zdecydowany negatywnie ocenia rezultaty totalnej integracji edukacyjnej uczniów z niepełnosprawnością. „Powszechna integracja to slogan – hasło, które może się stać szkodliwe z pedagogicznego i psychologicznego względu" (1998, s. 39). Zauważa jednak przyjęcie w polskiej oświacie zasady kształcenia uczniów z niepełnosprawnością w możliwie najlepszych warunkach integracyjnych. Wskazuje także na ważne zmiany zachodzące w postrzeganiu pedagogiki specjalnej – odejście od rozumienia jej jako pedagogiki szkoły specjalnej w kierunku teorii i praktyki rozwijającej się także w szkolnictwie ogólnodostępnym. Autorka podkreśla, że ograniczeniem dla wprowadzania integracyjnych rozwiązań jest brak odpowiedniego przygotowania szkół i pedagogów – duży problem stanowi nieadekwatność programów kształcenia nauczycieli szkół ogólnodostępnych prowadzących nauczanie uczniów z niepełnosprawnością. Odnosząc się do istniejącej od 1993 roku formy kształcenia w postaci klas integracyjnych, postuluje specjalizację tych klas ze względu na typ niepełnosprawności, proponując także rozszerzenie oferty szkół ogólnodostępnych o zajęcia pozalekcyjne obejmujące specjalną pomoc dla uczniów z niepełnosprawnością. W tym miejscu warto wskazać na propozycję autorki wspierającą rozwiązania edukacji inkluzyjnej – wprowadzenie zajęć z pedagogiki specjalnej dla wszystkich studentów pedagogiki (Sękowska 1998).

Aleksandra Maciarz (1937–2011) zwraca uwagę na problem tzw. pozornej integracji. Autorka twierdzi, że integracja rzeczywista zachodzi dopiero wówczas, gdy „stosunki między wszystkimi dziećmi w grupie są swobodne, szczere i partnerskie" i gdy dzieci „mają poczucie przynależności do grupy i więzi ze wszystkimi członkami" (Maciarz 2001, s. 97).

Interakcje pomiędzy uczniami mają zróżnicowany charakter. Część badaczy sygnalizuje występowanie zjawisk zdecydowanie niekorzystnych, zwłaszcza w odniesieniu do uczniów z intelektualną niepełnosprawnością. Barbara Grzyb (2013, s. 279) pisze: „(...) dominujący charakter tych relacji jest negatywny. (...) Zarówno rodzice, jak i nauczyciele wielu szkół potwierdzają występowanie problemów wychowawczych w placówkach integracyjnych".

Rok 1993 jest punktem granicznym w rozwoju systemu kształcenia (w sensie formalnym i prawnym) – ze względu na opublikowanie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej określającego warunki organizacji kształcenia w nowo powstałej formie – klas i szkół

integracyjnych. Ta forma organizacji edukacji różniła się od rozwiązań zarówno segregacyjnych (uczniowie z różnymi rodzajami orzeczonej niepełnosprawności nauczani wspólnie z uczniami bez niepełnosprawności w jednym zespole klasowym), jak i ogólnodostępnych (obecność drugiego pedagoga w klasie, zastosowanie specjalnej pomocy).

Pierwszą ważną pracę poświęconą wyłącznie problematyce edukacji integracyjnej opublikowały Jadwiga Bogucka i Małgorzata Kościelska (1994). Zawiera ona przegląd rozważań teoretyczno-terminologicznych oraz przykłady rozwiązań edukacyjnych polskich i zagranicznych, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. modelu hamburskiego wykorzystanego w Polsce jako wzorzec.

Wiele uwagi problematyce organizacji kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi poświęca w redagowanym przez siebie podręczniku do pedagogiki specjalnej Władysław Dykcik (1942–2013). Prezentuje w nim bogatą analizę systemu edukacji specjalnej i integracyjnej w Polsce i na świecie, z licznymi odnośnikami do zróżnicowanych opinii na temat ewolucji systemu segregacyjnego. Sporo uwagi poświęca osiąganiu autonomii przez osoby z niepełnosprawnością, traktowanej jako podstawa normalizacji życia jednostki, partnerskiego współżycia i integracji społecznej (Dykcik 1997, s. 317). Określa także obszary przygotowania nauczycieli do pracy w warunkach edukacji integracyjnej – pod względem: „kompetencyjnym (wiedza o dzieciach z nietypowym rozwojem) (...), koncepcyjnym (znajomość różnych form, metod i technik postępowania psychologicznego i pedagogicznego) oraz kondycyjnym (optymizm, otwarcie na ludzi z odmiennym rozwojem, pozytywne nastawienie na wzajemną komunikację i integrację)" (Dykcik 1997, s. 334).

Czesław Kosakowski w publikacji „Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej" (2003) zastanawia się nad ewolucją pedagogiki i szkoły specjalnej. W następujący sposób odpowiada na pytanie, czy integrację należy spostrzegać jako kolejny etap w rozwoju kształcenia specjalnego: „Myślę, że nie tylko. Jest ona również, a może nawet bardziej zmianą w podejściu do zjawiska ludzkiej niepełnosprawności (...). A więc w pojmowaniu człowieka w ogóle, pojmowaniu człowieka niepełnosprawnego oraz jego miejsca i roli w społeczeństwie. (...) to również uświadomienie sobie, iż w kształceniu i rehabilitacji osób z odchyleniami nie ma jednego, optymalnego rozwiązania. (...) Kształcenie integracyjne (...) należy pojmować jako jeden z wariantów" (Kosakowski 2003, s. 164–165).

Również Amadeusz Krause postuluje weryfikację tradycyjnych dążeń integracyjnych: „Niezintegrowanie nie wyklucza osoby szczęśliwej i zadowolonej z życia. (...) Zadaniem pedagogów specjalnych pozostanie walka o wzrost tolerancji społecznej i o postęp integracji rozumianej jako zgodna koegzystencja, w której osoby niepełnosprawne nie będą pozbawione szans ze względu na swoje dysfunkcje. (...) integracja nie może być antidotum na wszystkie problemy osób z niepełnosprawnością, a nadanie jej tej roli przez polityków i samorządowców nie zawsze wynika z troski o samych niepełnosprawnych" (Krauze 2010, s. 165).

W roku 2006 ukazało się w Polsce kolejne ważne monograficzne opracowanie poświęcone problematyce integracyjnego kształcenia (Szumski 2006). W publikacji przedstawiono

podstawy teoretyczne kształcenia integracyjnego, analizę terminologii wykorzystywanej w opisie edukacyjnych rozwiązań oraz typologię – modele kształcenia osób z niepełnosprawnością. W podsumowaniu autor zawarł następującą opinię: „Pod hasłem integracji dokonuje się bardzo różnych zmian w systemach kształcenia (...). Ostateczny sens tych zmian określa jednak to, jak dobrze służą one włączaniu osób niepełnosprawnych w główny nurt życia społecznego. W społeczeństwach nowoczesnych najlepsze pod tym względem są systemy włączające" (ibidem, s. 256).

Rok 2010 to kolejna ważna data w rozwoju systemu kształcenia osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Ministerstwo Edukacji Narodowej publikuje rozporządzenie określające podstawy organizacyjne kształcenia i wychowania niepełnosprawnych dzieci i młodzieży (Dz.U. nr 228, poz. 1490). Pojawia się m.in. wymóg opracowywania indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych dla uczniów z orzeczeniami o niepełnosprawności (IPET), niezależnie od miejsca realizacji obowiązku szkolnego, ze wskazaniem na szkołę w miejscu zamieszkania. Można potraktować tę datę jako formalne zapoczątkowanie ery edukacji włączającej w Polsce.

W tym samym roku ukazuje się kolejne opracowanie Grzegorza Szumskiego przygotowane we współpracy z A. Firkowską-Mankiewicz – „Wokół edukacji włączającej". Szczególną wartością tej publikacji jest próba przedstawienia edukacji włączającej jako teorii naukowej. Edukacja włączająca charakteryzowana jest poprzez następujące tezy:

- „Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi mogą być efektywnie kształceni bez stałej pomocy specjalnej.
- Ograniczenia udziału pedagogów specjalnych w heterogenicznej klasie szkolnej sprzyja uwspólnieniu procesu kształcenia, a tym samym pełniejszemu udziałowi uczniów z SEN w zajęciach edukacyjnych i ich lepszej integracji z klasowymi kolegami" (Szumski, Firkowska-Mankiewicz 2010, s. 74).

Przeprowadzone badania wykazały brak istotnych różnic w zakresie uzyskiwanych umiejętności matematycznych, językowych, jak i funkcjonowania psychospołecznego między uczniami z intelektualną niepełnosprawnością kształconymi w klasach integracyjnych (z pomocą pedagoga specjalnego) a uczniami kształconymi w klasach ogólnodostępnych (bez pomocy specjalnego pedagoga) (ibidem, s. 201). Jednocześnie należy zwrócić uwagę na jedną ze szczegółowych analiz dotyczącą przyrostu umiejętności czytania. Okazało się, że uczniowie klas ogólnodostępnych (IV klasa szkoły podstawowej) uzyskali lepsze wyniki niż uczniowie klas integracyjnych (ibidem, s. 202). Wskazuje to na potrzebę prowadzenia dalszych badań w tym zakresie.

W podsumowaniu Grzegorz Szumski (2010, s. 201) odnotował„ „Z perspektywy pedagogiki specjalnej koncepcja edukacji włączającej jest projektem organizacji kształcenia uczniów niepełnosprawnych. W istocie jest to jednak nowy model szkoły powszechnej. (...) Koncepcja edukacji włączającej każe postawić na nowo sformułowane przed trzydziestu laty

przez Aleksandra Hulka pytanie o wspólne i swoiste potrzeby osób niepełnosprawnych w procesie kształcenia".

Tak jak to było już zaznaczone we wstępie, celem niniejszej analizy było ukazanie ewolucji myśli czołowych polskich pedagogów w ciągu ostatniego półwiecza. Twórcy podwalin edukacji specjalnej w Polsce dostrzegli konieczność przekształceń systemu edukacji w kierunku przezwyciężania izolacji osób z niepełnosprawnością. Silne powiązanie edukacji osób z niepełnosprawnością ze szkolnictwem specjalnym (segregacyjnym) podyktowane było postrzeganiem szkoły ogólnodostępnej jako nieprzygotowanej do przyjęcia wszystkich dzieci.

Można w tym miejscu stworzyć zestaw wskazań i postulatów istotnych dla rozwoju systemu kształcenia aktualnych także dzisiaj:

1. Niepełnosprawność nie znajduje się w centrum uwagi nauczyciela, lecz sam uczeń.
2. Każdy nauczyciel jest odpowiedzialny za każdego ucznia w swojej szkole.
3. Tworząc programy kształcenia, należy odwoływać się do wspólnych cech osób o typowym rozwoju i osób z niepełnosprawnością.
4. Podstawą konstrukcji programu jest wskazanie mocnych stron dziecka.
5. Ważne składniki konstytutywne szkoły włączającej to panująca w niej atmosfera i postawa nauczycieli.
6. Szkoła włączająca jest instytucją w fazie tworzenia. Nie jest nią obecna szkoła ogólnodostępna.

Bibliografia

1. Bogucka J., Kościelska M. (red.): Wychowanie i nauczanie integracyjne. Ministerstwo Edykacji Narodowej, Warszawa 1994.
2. Doroszewska J.: Pedagogika specjalna, t. 1. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1989.
3. Dykcik W.: Problemy autonomii i integracji społecznej osób niepełnosprawnych w środowisku życia, [w:] Dykcik W. (red.): Pedagogika specjalna. Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicz, Poznań 1997
4. Grzegorzewska M.: Znaczenie badania i wzmagania dynamizmu adaptacyjnego jednostki w procesie rewalidacji, [w:] Grzegorzewska M.: Wybór pism. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1964.
5. Grzegorzewska, M.: Pedagogika specjalna. Skrypt wykładów. Instytut Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1968.
6. Grzyb B.: Uwarunkowania związane z przenoszeniem uczniów niepełnosprawnych ze szkół integracyjnych do specjalnych. Impuls, Kraków 2013.
7. Hulek A.: Integracyjny system kształcenia i wychowania, [w:] Hulek A. (red.): Pedagogika rewalidacyjna. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1977.

8. Kirejczyk K.: Perspektywy pedagogiki specjalnej i kształcenia specjalnego, [w:] Kirejczyk K. (red.): Upośledzenie umysłowe. Pedagogika. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981.
9. Kosakowski C.: Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej. Akapit, Toruń 2003.
10. Krause A.: Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej. Impuls, Kraków 2010.
11. Lipkowski O.: Pedagogika specjalna. Zarys. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1977.
12. Lipkowski O.: Problem integracji. „Szkoła Specjalna", nr 1, 1976.
13. Maciarz A.: Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy. Żak, Warszawa 2001.
14. Sękowska Z.: Pedagogika specjalna. Zarys. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985.
15. Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1998.
16. Szumski G.: Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych. Sens i granice zmiany edukacyjnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
17. Szumski G., Firkowska-Mankiewicz A.: (współpraca): Wokół edukacji włączającej. Efekty kształcenia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w klasach specjalnych, integracyjnych i ogólnodostępnych. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2010.
18. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach ioddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych, Dz. U. Nr 228, poz. 1490.
19. Zeidler W.: Niepełnosprawni pomiędzy psychologią a ortopedagogiką, [w:] Zeidler W. (red.): Niepełnosprawność. Wybrane problemy psychologiczne i ortopedagogiczne. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.

PEDAGODZY SPECJALNI A ZMIANY W SYSTEMIE EDUKACJI UCZNIÓW ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI. OD SEGREGACJI DO WŁĄCZENIA?

Streszczenie

W artykule przedstawiono publikacje polskich pedagogów specjalnych wykorzystywane w kształceniu nauczycieli. Zwrócono szczególną uwagę na treści zawarte w podręcznikach do pedagogiki specjalnej, które mają najszersze oddziaływanie i największy zasięg społeczny. Analiza obejmuje okres od wydania pierwszego skryptu do pedagogiki specjalnej w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku do roku 2010. Skupiono się na treściach powiązanych z pojęciami segregacja, integracja i włączanie.

SPECIAL PEDAGOGUES AND CHANGES IN THE EDUCATIONAL SYSTEM OF STUDENTS WITH SEN. FROM THE SEGREGATION TO INCLUSION?

Summary

The article presents an overview of Polish publications used in special teacher education. Special attention was paid to the contents of textbooks for special education – treated as having the broadest impact – social reach. The analysis is placed in the period from first edition of the manual for special teachers in the sixties of the last century to 2010. The findings are focused on the contents associated with the concepts of segregation, integration and inclusion.

Joanna SOBCZYK
Zespół Szkół Specjalnych przy Ośrodku Leczniczo-Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec"
Dolnośląska Szkoła Wyższa, Wrocław
Wydział Nauk Pedagogicznych

TRUDNOŚCI W REALIZACJI OBOWIĄZKU SZKOLNEGO DZIECKA PRZEWLEKLE CHOREGO

„Troska o dziecko jest pierwszym i podstawowym sprawdzianem stosunku człowieka do człowieka"
Jan Paweł II (Nowy Jork, 2 października 1979)

Wprowadzenie

Choroba przewlekła często występuje wśród dzieci w wieku szkolnym, a ze względu na swój przebieg i bezpośredni wpływ na chorego może warunkować jego kondycję psychofizyczną. Choroba dziecka jest też główną przyczyną, która izoluje go z grona rówieśników i skazuje na nauczanie indywidualne. Uczniowie przewlekle chorzy, którym stan zdrowia uniemożliwia aktywne uczestniczenie w zajęciach szkolnych są pozostawieni na uboczu życia szkolnego i rówieśniczego. Choroba przewlekła to zawsze niepożądane zjawisko, które dotyka osobę chorą oraz całe jej bliższe i dalsze otoczenie. Jej pojawienie się jest czynnikiem, który w znaczący sposób wpływa na funkcjonowanie dziecka w społeczeństwie, modyfikuje jego styl życia oraz oddziałuje na rozwój fizyczny, intelektualny i społeczny.

W ostatnich latach odnotowano znaczny wzrost liczby uczniów dotkniętych chorobami przewlekłymi. Wiąże się to między innymi z rozwojem różnych dziedzin nauki, także medycyny, dzięki czemu stało się możliwe wczesne wykrywanie, diagnozowanie i leczenie chorób. Coraz częściej także występują w populacji dzieci i młodzieży określone problemy zdrowotne (Małkowska-Szkutnik, Mazur 2011). Zaburzenia w kontaktach społecznych, trudności z nawiązaniem i utrzymaniem prawidłowych relacji z grupą rówieśniczą, odrzucenie i brak akceptacji to tylko niektóre problemy, z jakimi na co dzień borykają się dzieci przewlekle chore. Ponadto dochodzi u nich do zaburzeń emocjonalnych, które objawiają się między innymi stanami depresyjnymi, poczuciem lęku, niepokoju czy wrogim i agresywnym nastawieniem do otoczenia. Dziecko dotknięte chorobą w okresie wszech-

stronnego rozwoju jest narażone na dyskomfort psychiczny, ból i cierpienie, regres sił i sprawności fizycznej. Jest poddawane wielu zabiegom medycznym, hospitalizacji, które wywołują stres. Przeżycia dziecka w obliczu choroby są przyczyną zmian w sferze struktur poznawczych, sprawności intelektualnych, osobowości, utrudniają dziecku funkcjonowanie, naznaczając je często na całe życie (Maciarz 2008).

W kontekście poczynionych uwag podejmuję problematykę trudności, jakie stwarza choroba przewlekła w rozwoju i kształceniu dziecka. Omawiam organizację edukacji dziecka przebywającego w ośrodku leczniczym oraz szczególną rolę pedagoga specjalnego w terapii i kształceniu dziecka przewlekle chorego.

Utrudnienia, jakie stwarza choroba przewlekła w rozwoju i kształceniu dziecka

Choroba to nie tylko zaburzenie funkcjonowania organizmu, ale również czynnik mający negatywny wpływ na życie psychiczne i społeczne. Komisja Chorób Przewlekłych przy światowej Organizacji Zdrowia przewlekłą chorobę definiuje jako wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, mające jedną lub więcej z następujących cech: są trwałe, prowadzą do inwalidztwa, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo – jak się proponuje – wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki (Pasamonik 2004).

Władysława Pilecka (2007) uznaje chorobę przewlekłą za potencjalny stresor, przekształcający dotychczasową sytuację dziecka i jego rodziny w odmienną, z określonymi wymaganiami i ograniczeniami, którym ono samo i jego rodzina muszą sprostać. Proces radzenia sobie w tej nowej trudnej sytuacji nazywa się adaptacją.

Aleksandra Maciarz (2006) definiuje przewlekłą chorobę dziecka jako długotrwałe zaburzenie jego zdrowia i dobrego samopoczucia, które narusza prawidłowy rozwój psychoruchowy, utrudnia mu edukację i powoduje zmiany w sytuacji rodzinnej. Choroba to nie tylko zakłócenie czynności organizmu, ale także zaburzenie samopoczucia i funkcjonowania psychospołecznego człowieka. W przypadku dziecka przewlekle chorego obniżenie sprawności nie dotyczy jednego uszkodzonego organu, ale obejmuje cały organizm. Choroba może być nieuleczalna, nawracająca lub postępująca, może powodować przedwczesny zgon albo umożliwiać przeciętne trwanie życia, mimo upośledzenia funkcji biologicznych lub psychicznych (Bokszański 1998). Choroba przewlekła jest postrzegana jako szczególnie uciążliwa i trudna do zaakceptowania ze względu na:

- długotrwałość i leczenie,
- burzliwy przebieg – możliwość nagłego pogorszenia groźnego dla życia,
- konieczność pobytu w szpitalu,
- cierpienie fizyczne związane ze sposobem leczenia,

– inwazyjność leczenia (operacje, dializy, biopsje itp.).

Dzieci przewlekle chore są obciążone dużym bagażem doświadczeń związanych z chorobą i różnymi formami leczenia, mają specyficzne spojrzenie na świat i własną osobę. Od chwili zachorowania znajdują się w centrum zainteresowania personelu medycznego i najbliższej rodziny. Są poddawane różnym zabiegom. Często koncentrują uwagę na sobie, swoich objawach i dolegliwościach. Obserwują swój organizm i analizują swoje samopoczucie, są ostrożne i wrażliwe na różne symptomy i sytuacje.

Dzieci przebywające na leczeniu w podmiocie leczniczym uczestniczą w różnorodnych sytuacjach, które subiektywnie uznają za trudne, różnie je postrzegają i w różny sposób na nie reagują. W trakcie leczenia poza domem doświadczają często deprywacji istotnych potrzeb fizjologicznych, społecznych, psychicznych. Konsekwencją może być pojawienie się różnych zaburzeń i problemów. Dzieci pozbawione na długi czas kontaktu z bliskimi najczęściej pozostają apatyczne, bierne, a w związku z tym tracą zainteresowanie zabawą i nauką (Góralczyk 2009).

Uczeń przewlekle chory z uwagi na przebieg choroby i konieczność przyjmowania leków napotyka wiele utrudnień w przyswajaniu wiedzy i wypełnianiu obowiązku szkolnego. Szczególną uwagę zwrócić tutaj należy na:

– utrudnienia związane z wolniejszym funkcjonowaniem procesów poznawczych (uwagi, pamięci) oraz wolniejszą pracą analizatora wzrokowego i słuchowego, czego konsekwencją są często gorsze oceny, nieadekwatne do możliwości intelektualnych,
– utrudnienia związane z mniejszą wydolnością fizyczną, powodującą szybkie męczenie się, a także częstsze występowanie wtórnych zaburzeń somatycznych,
– utrudnienia związane z negatywnym poczuciem „inności", co może powodować gorsze samopoczucie, labilność emocjonalną, depresję (Bąk-Sosnowska 2008).

Długotrwała farmakoterapia wpływa negatywnie na funkcjonowanie organizmu. Dzieci narażone są na przykład na niekontrolowane zmiany nastroju, drżenia mięśni, bóle głowy, zaburzenia rytmu serca. Wszystko to prowadzi do zaburzenia funkcji intelektualnych, powodując problemy w uczeniu się, z koncentracją, logicznym myśleniem, zapamiętawaniem, a przede wszystkim obniżając motywację do nauki.

Bezpośrednio na funkcjonowanie dzieci przewlekle chorych w środowisku szkolnym wpływają zaburzenia emocjonalne. Długotrwała choroba powoduje różne następstwa natury psychologicznej. Skutkiem mogą być między innymi zachwianie poczucia bezpieczeństwa, odczuwanie lęku, smutku, przygnębienia, a nawet stany depresyjne (Owczarek, Rozenek, Michalak 2007). Dzieci chore mają poczucie inności w stosunku do swoich rówieśników, co potęguje odczuwanie krzywdy i odrzucenia. Często towarzyszy im obniżone poczucie własnej wartości, zaniżona samoocena, co zwiększa niechęć do podejmowania kontaktów z innymi (Łukasik, Pollok-Waksmuńska, Woś 2013). Brak wsparcia rówieśników w okresie dorastania utrudnia dzieciom przewlekle chorym funkcjonowanie w środowisku szkolnym.

Wyniki badań Instytutu Matki i Dziecka ujawniły, że dodatkowym problemem jest brak zrozumienia ze strony nauczycieli (Małkowska-Szkutnik 2014).

Największym problemem, który uniemożliwia poprawne funkcjonowanie w środowisku szkolnym, są nieobecności spowodowane stanem zdrowia. Absencja szkolna utrudnia utrzyma-nie bliskich relacji rówieśniczych i przez brak uczestnictwa w naturalnych sytuacjach społecznych prowadzi do wykluczenia z życia klasy (Nowicka 2001). Pociąga także za sobą trudności związane z opóźnieniami dydaktycznymi. Dzieci przewlekle chore charakteryzuje niższy poziom pozytywnego nastawienia do działania, co nasila ich negatywne zachowania i frustrację. Obniżenie pozytywnego nastawienia do działania wynika z nadruchliwości i roztargnienia, co z kolei wpływa na problemy z dyscypliną pracy (Kowaluk-Romanek 2012).

Do najważniejszych psychologicznych następstw przewlekłej choroby, ograniczających szanse rozwoju dziecka należą:

- lęk, smutek, poczucie zagrożenia;
- koncentracja na potrzebach podstawowych (picie, jedzenie, poczucie bezpieczeństwa);
- koncentracja na aktualnej sytuacji, na „tu i teraz", niechęć do planowania i myślenia o przyszłości;
- utrata perspektywy życiowej oraz nadziei;
- poczucie braku wpływu na zdarzenia;
- obniżenie samooceny i poczucia własnej wartości;
- poczucie wstydu i bycia innym;
- ograniczenie stymulacji zewnętrznej szczególnie przy długotrwałym unieruchomieniu, leżeniu w łóżku;
- obniżenie motywacji do działania – bierność, nuda.

Choroba przewlekła to długotrwałe zaburzenie zdrowia i dobrego samopoczucia, które narusza prawidłowy rozwój psychoruchowy, utrudnia edukację i powoduje zmiany w sytuacji rodzinnej (Maciarz 2001). Objawy choroba mogą być trudne do zaakceptowania i uciążliwe zarówno dla dziecka, jak i jego bliskich. Aby móc zapewnić choremu dziecku należytą opiekę i zaspokoić jego potrzeby, często należy przeorganizować dotychczasowe życie, zmienić nawyki i przyzwyczajenia, a nawet priorytety życiowe. Postawa rodziców ma zasadnicze znaczenie dla radzenia sobie przez dziecko w trudnej dla niego sytuacji. Problemem jest często nadopiekuńczość rodziców, objawiająca się wyręczaniem dziecka w czynnościach i zadaniach, które mogłoby wykonać samodzielnie, co znalazło potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka wśród młodzieży przewlekle chorej i jej rodziców.

Ograniczanie samodzielności dziecka, uzależnianie go od innych osób może skutkować izolacją, a także przeszkodzić w budowaniu poprawnych relacji i kontaktów rówieśniczych. Choroba i proces leczenia sprawiają, że dziecko ma utrudnioną możliwość wypełniania roli ucznia i członka grupy rówieśniczej. Dzieci dotknięte chorobą przewlekłą są często narażone

na izolację ze strony kolegów (Domagała-Zyśk 2012). Odrzucenie i brak możliwości uczestniczenia w życiu rówieśników powoduje, że przewlekle chorzy uczniowie gorzej integrują się z rówieśnikami w klasie i odczuwają trudności w nawiązaniu prawidłowych relacji z kolegami (Małkowska-Szkutnik 2014). Badania przeprowadzone wśród przewlekle chorych uczniów klas młodszych ujawniły wycofywanie się z życia klasy, zachowania antyspołeczne, obniżenie kontroli własnych zachowań, a nawet postawy agresywne względem innych uczniów (Kowaluk-Romanek 2012).

Organizacja edukacji dziecka przewlekle chorego w ośrodku leczniczym

Nauka szkolna dziecka przewlekle chorego może przebiegać w różnych formach. Dzieci, które dłuższy czas przebywają w szpitalu, powinny mieć zapewnioną możliwość kształcenia (Europejska Karta Praw Dziecka). W czasie pobytu w ośrodku leczniczym dziecko objęte jest nauczaniem specjalnym. Realizuje program nauczania uwzględniający podstawę programową kształcenia ogólnego, ustaloną dla danego etapu edukacyjnego, oraz ramowe plany nauczania szkoły, do której uczeń uczęszczał przed przyjęciem do podmiotu leczniczego. Działania opiekuńczo-wychowawcze realizowane są w czasie uzgodnionym z ordynatorem oddziału, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości wysiłkowych dziecka. W szkole zorganizowanej przy podmiocie leczniczym prowadzone jest nauczanie przyłóżkowe, w klasach łączonych w zależności od stanu zdrowia i liczby dzieci.

Nauka to jeden z elementów „leczenia". Uczniowie-pacjenci mogą na bieżąco opanowywać materiał szkolny, nadrabiać zaległości, zdobywać oceny, a nawet promocję do klasy programowo wyższej. Naczelną zasadą stosowaną przez nauczycieli i wychowawców w ośrodku leczniczym jest racjonalne gospodarowanie wysiłkiem chorego dziecka zgodnie z potrzebami i możliwościami psychoruchowymi (Anyszko, Kott 1988). Pobyt dziecka w ośrodku leczniczym stanowi dla niego źródło nowych doświadczeń i wartościowych przeżyć. Specjalne działania opiekuńczo-wychowawcze organizuje się w celu zaspokojenia potrzeb edukacyjnych i rozwojowych uczniów, wspomagania ich procesu terapeutycznego oraz zagospodarowania czasu wolnego. Działania są realizowane w szczególności w formie: odrabiania lekcji, zajęć wychowawczych oddziałujących terapeutycznie na psychikę dziecka (np. biblioterapię, muzykoterapię, arteterapię, spacery, gry i zabawy na wolnym powietrzu). Dzieci mają możliwość uczenia się nowych umiejętności, uwalniania się od negatywnych napięć związanych z chorobą oraz rozwijania zainteresowań. Kontynuują realizację obowiązku szkolnego i obowiązku nauki, co zapobiega powstawaniu zaległości programowych po powrocie do szkoły macierzystej. Uczą się radzenia sobie w sytuacjach trudnych wynikających z choroby i izolacji od środowiska, adekwatnie oceniać własne możliwości i ograniczenia oraz podejmować działania kompensacyjne. Mają możliwość zaspokajania potrzeb rozwojowych, osiągają sukcesy.

Celem pracy pedagogicznej w zakładzie leczniczym jest stwarzanie dzieciom chorym korzystnych warunków dla możliwie prawidłowej, różnorodnej i zharmonizowanej czynności procesów nerwowych. Dobry stan układu nerwowego, wyrażający się u dziecka dobrym samopoczuciem, stanowi korzystne podłoże dla działań leczniczych (Maciarz 2008).

Szkoły zorganizowane przy podmiotach leczniczych pełnią bardzo ważną funkcję terapeutyczną, normalizacyjną, odnosząc się w sposób zindywidualizowany do każdego dziecka. Wprowadzają ład i rytm w codzienność szpitalną, dają poczucie siły i nadziei na wyzdrowienie. Odwracają uwagę dziecka od problemów związanych z leczeniem, przygotowują do podjęcia z powrotem roli ucznia i kolegi w szkole macierzystej.

Po powrocie do domu rodzinnego dzieci i młodzież mogą zostać objęci nauczaniem indywidualnym ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający lub znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły. Decyzję w sprawie indywidualnego nauczania podejmuje w porozumieniu z organem prowadzącym dyrektor szkoły, do której uczęszcza uczeń. Podstawą decyzji jest orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania wydane przez zespół orzekający, działający w poradni psychologiczno-pedagogicznej, na wniosek rodziców. Dyrektor szkoły ustala zakres, miejsce i czas prowadzenia nauczania indywidualnego, biorąc pod uwagę tygodniowy wymiar godzin (Rozporządzenie MEN z dnia 28 sierpnia 2014 roku w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, Dz. U. 2014, poz. 1157) wynoszący dla uczniów klas I–III od 6 do 8 godzin, dla uczniów klas IV–VI od 8 do 10 godzin, dla uczniów gimnazjum od 10 do 12 godzin, dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych od 12 do 16 godzin. Nauczyciele dostosowują wymagania dydaktyczne do możliwości psychoruchowych dziecka na terenie szkoły lub w domu. Nauczanie indywidualne można łączyć z nauczaniem szkolnym, wówczas dziecko uczestniczy w uroczystościach szkolnych i jest włączane w zajęcia z rówieśnikami. W celu integracji ucznia przewlekle chorego ze środowiskiem szkolnym jest ono zapraszane na okolicznościowe imprezy i zajęcia pozalekcyjne.

Dzieci przewlekle chore doświadczają w szkole macierzystej po powrocie z zakładu opieki zdrowotnej niejednokrotnie sytuacji przeciążenia, otrzymują zadania na granicy swoich sił fizycznych lub umysłowych. Częste absencje, przyjmowanie leków, ból, zabiegi mogą minimalizować ich możliwości poznawcze.

Szczególna rola pedagoga specjalnego w terapii i kształceniu dziecka przewlekle chorego w ośrodku leczniczym

Chorowanie jest jednym z wielu „zajęć" dzieci przewlekle chorych. W przerwach między złym samopoczuciem dzieci chętnie zajmują się różnymi ciekawymi rzeczami. Rozmawiają, bawią się, czytają, rysują, używają komputera. Uczą się i poznają świat, mają swoje marzenia

i pragnienia. Pod tym względem nie różnią się od rówieśników. Mają takie same zainteresowania, snują podobne plany na przyszłość. Codzienne funkcjonowanie jest dla nich trudniejsze, wymaga od nich większej dojrzałości. Życie chorego dziecka nie składa się wyłącznie z przeżywania choroby, cierpienia, leczenia, zabiegów i pobytów w szpitalu. Pozostaje szeroka sfera aktywności dostępnej pomimo licznych ograniczeń. Pomagają mu w tym rodzice, osoby z najbliższego otoczenia, nauczyciele, pedagodzy, psycholodzy, terapeuci (Góralczyk 1996). Choroba przewlekła wprowadza w życie dziecka wiele zmian i powoduje szereg znaczących konsekwencji psychologicznych. W przeciwdziałaniu tym konsekwencjom ogromną rolę odgrywają pedagodzy. Pomagają w niwelowaniu skutków choroby poprzez stwarzanie ciekawych sytuacji edukacyjnych. Łagodzą skutki tęsknoty za domem rodzinnym, wzbudzając motywację do działania, rozbudzają pasję i zainteresowania. Stwarzają sytuacje, w których dziecko może wykazać się samodzielnością, kreatywnością i osiągnąć sukces. Dzieci przewlekle chore często podczas pobytów w zakładach leczniczych odkrywają swoje talenty, są aktywne twórczo.

Do aktu autokreacji człowiek chory, niepełnosprawny, zdaniem Janiny Doroszewskiej, jest bardziej powołany niż pełnosprawny, gdyż musi przezwyciężyć ograniczenia, określić swoje wiodące idee i dążyć do ich realizacji. Aktywność twórcza to ciągłe eksperymentowanie z samym sobą w relacji do świata zewnętrznego, poszukiwanie własnej tożsamości. Wystawy prac plastycznych, publikowanie twórczości literackiej czy też wybitne osiągnięcia w obszarach muzyki i teatru są dowodem istnienia nieprzeciętnych możliwości twórczych dzieci zmagających się z poważną chorobą somatyczną.

Z relacji pedagogów specjalnych pracujących z dziećmi dotkniętymi chorobami zagrażającymi życiu wyłania się obraz młodych ludzi o wzmożonej ciekawości świata i intensywnej aktywności poznawczej (malują, piszą wiersze, pamiętniki, prowadzą blogi, projektują i wykonują rękodzieła) oraz interpersonalnej (nawiązują kontakty z innymi chorymi dziećmi, wspierają się wzajemnie, dążą do kontaktów z dorosłymi). Można odnieść wrażenie, że chcą oni doświadczyć pełni życia, przyspieszyć jego bieg, uchwycić jego bogactwo i zostawić swój ślad.

Dzieci cierpiące z powodu trwałej utraty zdrowia szybciej niż zdrowe samodzielnie próbują nadać znaczenie wszystkiemu, co wokół nich się dzieje, szybciej osiągają dojrzałość intelektualną i emocjonalną. Jednak nie wszystkim się to udaje. Są dzieci, które pomimo pomocy przeżywają poważne stany załamania, są bezsilne i zrozpaczone. Pojawienie się w ich życiu choroby może być zbyt trudne do zaakceptowania i wówczas można zaobserwować różne mechanizmy obronne, na przykład powrót do wcześniejszych form zachowania, odrzucenie choroby, lekceważenie jej objawów jako sposób na zmniejszenie lęku. Brak poczucia bezpieczeństwa spowodowany dolegliwościami może powodować napięcie i wzmożoną czujność. W takiej sytuacji trudno jest się dziecku skoncentrować na uczeniu i poznawaniu świata. Przedłużające się napięcie powoduje blokadę procesów poznawczych, motywacji wewnętrznej i racjonalnej aktywności. Pedagog specjalny

jest obserwatorem reakcji dziecka na tle grupy rówieśniczej, podczas zajęć edukacyjnych. Ma ogromną rolę do odegrania, jego działania są skierowane na odbudowanie poczucia bezpieczeństwa i siły oraz zapewnienie wsparcia w trudnych chwilach. Poprzez modelowanie odpowiednich relacji w klasie czuwa nad atmosferą, łagodzi nieporozumienia, uczy tolerancji i konstruktywnego rozwiązywania konfliktów. Jest czujny, inicjuje rozmowy na temat uczuć, zna dogłębnie stosunki panujące w klasie. Wpływa na stabilność i przewidywalność sytuacji, w której dziecko się znajduje, poprzez kształtowanie u niego poczucia wpływu na zdarzenia. Istnieje wiele sytuacji, w których uczeń może dokonywać samodzielnego wyboru. Takie sytuacje należy wykorzystywać lub specjalnie aranżować jako okazje do redukowania poczucia bezsilności. Kiedy dziecko sądzi, że nic od niego nie zależy, to szybko się zniechęca, traci powód do podejmowania wysiłku. Brak aktywności, celów powoduje u niego obniżenie nastroju, zmniejsza odporność na stres, osłabia fizycznie, a w konsekwencji pogarsza ogólny stan zdrowia (Góralczyk 2009).

Pedagog specjalny, który ma szeroką wiedzę na temat jednostki chorobowej ucznia przewlekle chorego, udziela mu dydaktycznego wsparcia. Utrzymuje stały kontakt z rodzicami (opiekunami) i personelem medycznym. Rozumie stany biopsychiczne dzieci chorych, umiejętnie dostosowuje tempo nauczania i wymagania programowe do jego możliwości, stosuje metody ułatwiające edukację.

Nauczyciel jest jedną z ważniejszych osób w najbliższym otoczeniu dziecka przewlekle chorego. Często jako pierwszy ma sposobność zauważenia specyficznych, niepokojących objawów i zachowań dziecka, powodowanych złym stanem zdrowia. Bardzo ważny jest przepływ informacji między wszystkimi osobami pracującymi z dzieckiem, dobra współpraca międzyresortowa to warunek pozytywnych efektów.

W związku z charakterem relacji, jaką nawiązuje nauczyciel z dzieckiem, i roli, jaką odgrywa, może realizować następujące kierunki działań:

- stosowanie specjalnych metod edukacyjnych,
- praca terapeutyczna,
- praca edukacyjna (Tuszyńska-Bogucka, Bogucki 2016).

Na szczególną uwagę zasługują:

- indywidualizacja i multisensoryczność programu nauczania (ważna dla dzieci, które mają zaległości w określonym obszarze),
- wspomaganie nauczania za pomocą komputera (szczególnie ważne dla dzieci, które mają ograniczenia kontaktu ze światem zewnętrznym),
- stosowanie pomocy dydaktycznych z tzw. wewnętrzną kontrolą błędów (zaprojektowanych tak, aby dziecko samodzielnie mogło sprawdzać poprawność wykonanego zadania),
- uczenie, jak się uczyć,
- stosowanie aktywizujących metod kształcenia stymulujących myślenie dywergencyjne i konwergencyjne, wewnętrzną motywację, samoodpowiedzialność oraz innych metod,

takich jak trening uwagi McGinnis i Goldsteina, kinezjologia edukacyjna, metoda Sherborne itp.,

- stosowanie metody „peer teacher" poprzez wyznaczanie choremu dziecku kolegi, który pomagałby mu w organizacji pracy; „rówieśniczy nauczyciel" pełni funkcję łącznika, jest źródłem cennych informacji, co aktualnie stanowi temat lekcji i co dzieje się w klasie,
- monitorowanie i feedback (kontrola pracy i reagowanie na zachowanie ucznia). Nauczyciel systematycznie opisuje zachowania dziecka w arkuszu obserwacji, co pozwoli na określenie jego stanu oraz dynamiki zmian w zachowaniu. Jest czujnym diagnostą ucznia. Dzieli się wnioskami z personelem medycznym, jest w stałym kontakcie z lekarzem prowadzącym dziecko, zbiera informacje na temat programu leczenia dziecka, na przykład o możliwości pogorszenia się koncentracji dziecka pod wpływem przyjmowanych środków farmakologicznych.

Z uwagi na towarzyszące chorobie przewlekłej częste dolegliwości o charakterze psychologicznym obowiązkiem nauczyciela jest podjęcie próby pomocy dziecku poprzez różne rodzaje pracy terapeutycznej, takie jak praca socjoterapeutyczna, programy integracyjne czy adaptacyjne. Jako szczególnie przydatne wymienić należy:

- metodę skillstreaming (reagowanie na porażki, unikanie bójek, rozpoczynanie rozmowy itp.) – jest to interwencja psychoedukacyjna, której celem jest aktywne nauczanie pożądanych zachowań;
- trening zastępowania agresji poprzez modelowe przedstawienie wybranych zachowań – uczenie odbywa się metodą odgrywania ról, otrzymywania informacji zwrotnych i przenoszenia nabytych umiejętności do codziennego życia.

Jak wykazuje praktyka, najczęściej nauczyciel dziecka przewlekle chorego wspiera go w trudnej roli pacjenta. Nauczyciel powinien dokładnie znać chorobę dziecka, jej specyficzne cechy wywołujące określone skutki i rodzące się w związku z tym szczególne potrzeby. Powinien dostrzegać i rozumieć specyficzne, indywidualne odrębności w rozwoju, edukacji i chorobie. Swoiste zachowanie się dziecka nie wynika jedynie z rodzaju i stopnia choroby, ale najczęściej ze sposobu reagowania ucznia i jego najbliższego otoczenia na sytuacje trudne. Wynika także z indywidualnych cech reakcji ucznia i jego najbliższych nabytych przed chorobą i w trakcie jej trwania. Aby zrozumieć sposób reagowania ucznia, wymagana jest orientacja w mechanizmach obronnych (Oleńska-Pawlak 2003).

Dla efektywnej pracy z dzieckiem przewlekle chorym bardzo duże znaczenie ma przyjęcie priorytetowości i systemowa realizacja kierunków wynikających z kompetencji kluczowych, do których powinien być przygotowany uczeń. Nauczyciel powinien:

- być w pełni świadomy posiadanych i wykorzystywanych kompetencji,
- rozumieć wieloaspektową diagnozę ucznia i się nia kierować,
- dokonywać hierarchizacji zasad i celów wspomagających realizację procesu nauczania–uczenia się,
- różnicować treści, formy i środki nauczania.

Nauczyciel dziecka przewlekle chorego współdziała z innymi specjalistami. Człowieka nie można postrzegać, a tym bardziej kształcić rozdzielnie, ponieważ jego psyche i soma stanowią jedność i stają się wypadkową jego funkcjonowania w świecie. Struktura pozyskiwania informacji o uczniu dotyczy sfer:

- emocjonalno-motywacyjnej,
- instrumentalnej,
- społecznej.

Praca nauczyciela jest częścią szerokiego systemu wsparcia społecznego dziecka walczącego z chorobą. Jego pozytywne efekty stanowią przedmiot rozważań wielu autorów, którzy wskazują na buforowy efekt pomocy okazywanej dziecku w zmaganiach ze stresem, trudnościami życiowymi i rozmaitymi problemami.

Zgodnie ze starożytną tradycją pedagog to ten, kto prowadzi, wskazuje drogę, tworzy rusztowanie dla wychowanka i rozwoju jego indywidualności. Pedagog dziecka przewlekle chorego tworzy dobry klimat dla wszechstronnego i harmonijnego rozwoju, zaspokaja potrzeby społeczne, intelektualne i psychiczne.

Konkluzja

Jak wskazują statystyki, stan zdrowia populacji nie będzie się polepszał, wręcz przeciwnie – zapadalność na przewlekłe schorzenia somatyczne wśród dzieci objawia dynamikę wzrostową. Wpływ na to ma szereg czynników, które można określić mianem negatywnych kosztów rozwoju cywilizacyjnego. A zatem „naczelnym dążeniem opieki (...) pedagogicznej powinno być zwrócenie dzieciom tego wszystkiego, co zostało im w życiu odebrane, a więc radości życia, pracy i tworzenia, jak i możliwości współżycia zespołowego oraz korzystania ze wszystkiego, co mają inne dzieci" (Sękowska 2001, s. 304).

Dziecko przewlekle chore, oprócz wdrożenia niezbędnych procedur medycznych, potrzebuje wsparcia ze strony pedagoga specjalnego. Nabywanie wiedzy, realizacja obowiązku szkolnego w czasie pobytu w ośrodku leczniczym jest „lekarstwem", które łagodzi stany napięcia emocjonalnego, odwraca uwagę od trudnej sytuacji, jaką jest hospitalizacja. Pacjenci kontynuują naukę, nadrabiają zaległości, nabywają umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych wynikających z choroby. Pedagodzy podejmujący się pracy z dziećmi przewlekle chorymi powinni rozumieć ich sytuację i odznaczać się szczególnymi umiejętnościami. Ze względu na wielość czasu, jaki z nimi spędzają, różnorodność sytuacji oraz stawianych zadań, dysponują możliwością aktywnego oddziaływania na stan i samopoczucie dziecka. Nie tylko pełnią funkcję przewodnika w labiryncie wiedzy, lecz są także autentycznymi przyjaciółmi, którzy pomagają rozwiązywać problemy związane z chorobą przewlekłą.

Bibliografia

1. Antoszewska B.: Dziecko przewlekle chore. Problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne. Akapit, Toruń 2011.
2. Anyszko R, Kott T.: Wychowanie dzieci w zakładzie leczniczym. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.
3. Bąk-Sosnowska M.: Choroby przewlekłe. Dlaczego zmieniają życie i jak sobie z nimi radzić, 2008. http://www.poradnikmedyczny.pl; data dostępu: 27.07.2016.
4. Bokszański Z. (red.): Encyklopedia socjologii, t. 1–4. Oficyna Naukowa, Warszawa 1998–2002.
5. Dobrzycka E.: Dziecko w szpitalu. Środowiskowe aspekty zagrożeń, [w:] Pilch T., Lepalczyk I. (red.): Pedagogika społeczna. Żak, Warszawa 1995.
6. Domagała-Zyśk E.,: Wspieranie ucznia z chorobą przewlekłą w środowisku szkolnym, [w:] Domagała-Zyśk E. (red.): Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w środowisku rówieśniczym. Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2012.
7. Góralczyk E.: Dziecko przewlekle chore. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 2009.
8. Góralczyk E.: Choroba dziecka w twoim życiu. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 1996.
9. Hołub G.: Etyczna problematyka chorób przewlekłych. Papieska Akademia Teologiczna, Kraków 2007.
10. Kosakowski C.: Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej. Akapit, Toruń 2003.
11. Kowaluk-Romanek M.: Choroba przewlekła a zachowania przystosowawcze dzieci w młodszym wieku szkolnym. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", nr 4, 2012.
12. Łukasik R., Pollok-Waksmańska W., Woś H.: Problematyka funkcjonowania dziecka z chorobą przewlekłą w szkole. „Problemy Pielęgniarstwa", nr 21(4), 2013.
13. Maciarz A.: Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie. Żak, Warszawa 2006.
14. Maciarz A.: Dziecko przewlekle chore w roli ucznia. „Życie Szkoły", nr 2, 1999.
15. Maciarz A.: Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Żak, Warszawa 2001.
16. Maciarz A.: Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych. Impuls, Kraków 1998.
17. Małkowska-Szkutnik A.: Choroba przewlekła u dzieci i młodzieży jako narastający problem społeczny. „Studia BASS", nr 2, 2014.
18. Małkowska-Szkutnik A., Mazur M.: Funkcjonowanie w szkole uczniów z chorobą przewlekłą. „Problemy Higieny i Epidemiologii", nr 92, 2011.
19. Moczia K., Godawa J.: W świecie lęków, obaw i niepewności..., czyli czego obawiają się nauczyciele w kontaktach z uczniem przewlekle chorym, [w:] Rottermund J. (red.): Zagadnienia funkcjonowania z ograniczoną sprawnością. Impuls, Kraków 2009.

20. Nowicka A.: Psychospołeczna integracja dzieci przewlekle chorych w szkole podstawowej. Impuls, Kraków 2001.
21. Oleńska-Pawlak T.: Wspomaganie uczniów przewlekle chorych w szkołach ogólnodostępnych. „Nowa Szkoła", nr 4, 2003.
22. Owczarek K., Rozenek H., Michalak L.: Wybrane zagadnienia dotyczące jakości życia osób z padaczką. „Postępy Psychiatrii i Neurologii", nr 16, 2007.
23. Pasamonik B.: Pojęcie dziecka przewlekle chorego oraz klasyfikacja uszkodzeń narządu ruchu, [w:] Piekut-Brodzka D., Kuczyńska-Kwapisz J. (red.): Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004.
24. Pilecka W.: Psychospołeczne aspekty przewlekłej choroby somatycznej dziecka. Perspektywa ekologiczna, [w:] Cytowska B, Winczura B. (red.): Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne. Impuls, Kraków 2007.
25. Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2001.
26. Stankowski A., Moczia K. (red.): Wybrane problemy kompleksowej diagnozy, profilaktyki i wsparcia. Gnome, Katowice 2010.
27. Tuszyńska-Bogucka W., Bogucki J.: Metody pracy z dzieckiem przewlekle chorym. „Remedium", nr 7, 2016.
28. Wielgosz E.: Wychowanie dzieci niepełnosprawnych somatycznie, [w:] Obuchowska I. (red.): Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1991.

TRUDNOŚCI W REALIZACJI OBOWIĄZKU SZKOLNEGO DZIECKA PRZEWLEKLE CHOREGO

Streszczenie

Dzieci przewlekle chore ze względu na częste hospitalizacje, prowadzone terapie, złe samopoczucie odnotowują częste absencje w szkole. Zaległości nawarstwiają się. Dyskomfort psychiczny, ból i cierpienie powodują stres. Nauka szkolna jest prowadzona podczas pobytu w podmiocie leczniczym. Działania edukacyjne oraz opiekuńczo-wychowawcze prowadzą pedagodzy specjalni. Próg wymagań, tempo pracy, formy, metody są dostosowane do możliwości wysiłkowych uczniów przewlekle chorych. Po powrocie do domu nauka może być kontynuowana w formie nauczania indywidualnego.

THE DIFFICULTIES IN THE REALIZATION OF SCHOOL DUTY BY THE CHRONICALLY ILL CHILD

Summary

The chronically ill children are often absent at school because of frequent hospitalization, conducted therapy and bad mood. Moreover, they fall into arrears with learning which is accumulated. They are also under stress caused by pain and both bodily and physical suffering. Furthermore, the educational activities take place in various places the children are staying and are conducted by specially trained teachers. The pace, requirements, forms and methods are adapted to the students needs and capabilities. After coming back home learning can be continued in the form of individual teaching.

Małgorzata PÓŁTORAK
Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Rzeszowski

WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECI Z GRUPY RYZYKA SPECYFICZNYCH TRUDNOŚCI W UCZENIU SIĘ – IMPLIKACJE PRAKTYCZNE

Refleksja pedagogiczna nad koniecznością wyrównywania szans edukacyjnych dzieci i młodzieży – nie tylko z uwagi na różnorodność środowisk ich pochodzenia – ale w szczególności ze względu na szeroko pojmowane ich potrzeby w zakresie zdobywania wiedzy, jest obecna od wielu lat wśród zainteresowanych edukacją naukowców, nauczycieli, specjalistów. Coraz częściej odnoszą się oni do problemów szkolnego funkcjonowania dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, szukając odpowiedzi na pytania o możliwości wsparcia i pomocy uczniom, którzy z uwagi na swoją specyfikę rozwojową nie zawsze mieszczą się w ramach standardowej edukacji bądź ich szkolna egzystencja przebiega w sposób niezadowalający. Sukcesywne radzenie sobie przez nich z nauką wymaga wielu wysiłków ze strony szkoły, a przede wszystkim zrozumienia ich możliwości i ograniczeń, wprowadzenia pewnych zmian organizacyjnych, dostosowania programów nauczania, poziomu wymagań szkolnych czy sposobu oceniania ich postępów.

Często konieczne jest porzucenie rutynowo podejmowanych oddziaływań edukacyjnych i wychowawczych na rzecz twórczych poszukiwań, eksperymentowania, wypracowywania nieszablonowych strategii postępowania. Jeśli placówka edukacyjna stwarza odpowiedni klimat i promuje wśród nauczycieli, rodziców i samych uczniów przekonanie o możliwości osiągania zadowalających efektów nauczania, mimo pewnych rozwojowych ograniczeń, szanse na dobre szkolne funkcjonowanie dzieci wzrastają. Nie jest to jednak warunek wystarczający. Praktyka pokazuje, że problemy uczniów bywają bardzo złożone. Dotykają nie tylko ich samych, ale stają się automatycznie problemem ich rodziców oraz nauczycieli napotykających liczne bariery w dostosowywaniu wymagań edukacyjnych do realnych możliwości uczniów. Istotną formą profilaktyki w przypadku takich trudności może być odpowiednie wczesne (jeszcze przed rozpoczęciem regularnej edukacji) wielozakresowe wspomaganie rozwoju dzieci zagrożonych trudnościami szkolnymi.

Prezentowany artykuł jest próbą refleksji nad możliwościami wspomagania rozwoju dzieci z grup ryzyka tzw. specyficznych trudności w uczeniu się. Odniesienie do zagadnienia

ryzyka oznacza skupienie się na wczesnym stadium problemu, a właściwie na pewnych cechach rozwoju i funkcjonowania poznawczego dziecka zapowiadających możliwość wystąpienia tego problemu, trudności. Dlatego też autorka w znacznej mierze koncentruje się na dzieciach, które jeszcze nie rozpoczęły edukacji szkolnej bądź są w trakcie realizacji edukacji elementarnej. Znajduje to uzasadnienie w określaniu ram czasowych oddzielających ryzyko zaburzeń od stanu zdiagnozowanego już jako ewidentne zaburzenie. Przykładowo dla problemu specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu o ryzyku mówi się w przypadku dzieci maksymalnie 8–9-letnich (Bogdanowicz 2011).

Specyficzne trudności w uczeniu się zaliczane do szerszej kategorii specjalnych potrzeb edukacyjnych są zagadnieniem dość dobrze opisanym w literaturze psychologicznej i pedagogicznej. Dlatego po syntetycznym omówieniu tej kwestii na podstawie wybranych publikacji autorka skupi się na próbie sformułowania praktycznych implikacji w obszarze możliwości wspomagania rozwoju dzieci z grup ryzyka jako formie profilaktyki ich niepowodzeń szkolnych.

Ryzyko specyficznych trudności w uczeniu się – istota problemu

Aby scharakteryzować ryzyko specyficznych trudności w uczeniu się, należy w pierwszej kolejności umiejscowić je w szerszym kontekście, to jest w grupie specjalnych potrzeb edukacyjnych.

Specjalne potrzeby edukacyjne dotyczą dzieci, które rozwijają się nietypowo i z uwagi na specyfikę swojego funkcjonowania w różnych obszarach (poznawczym, emocjonalnym, behawioralnym, społecznym) przejawiają większe trudności w uczeniu się niż ich rówieśnicy. Potrzebują one różnych form wsparcia i specjalistycznej pomocy w realizacji obowiązku szkolnego. Dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi stanowią szeroką i niejednorodną grupę, gdyż przyczyny ich „nietypowości" są bardzo różne. Zaliczyć do niej można między innymi dzieci niepełnosprawne intelektualnie, fizycznie, uczniów o inteligencji niższej niż przeciętna, dzieci z wadami narządów zmysłów, zaburzeniami mowy, nadpobudliwością psychoruchową oraz ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, a także dzieci wybitnie zdolne (Bogdanowicz, Adryjanek 2004). Miarą specjalnych potrzeb edukacyjnych są dwa wskaźniki: stopień natężenia oraz zakres ich zasięgu, które wahać mogą się od łagodnego przez umiarkowany aż do głębokiego (Jastrząb 2011). Fintan J. O'Regan podaje, że istnieją cztery główne dziedziny specjalnych potrzeb edukacyjnych. Są to:

- komunikacja i kontakty międzyludzkie,
- procesy myślowe i przyswajanie wiedzy,
- zachowanie, emocje i rozwój społeczny,
- rozwój zmysłów i/lub rozwój fizyczny oraz stan zdrowia (O'Regan 2005, za: Jastrząb 2011, s. 53).

Specjalne potrzeby wynikają z opóźnień, dysfunkcji rozwojowych czy zaburzeń, które utrudniają, a czasem wręcz uniemożliwiają uczniowi wywiązywanie się z obowiązków edukacyjnych i norm zachowania społecznego. Charakterystyczne cechy dzieci z tej grupy to:

- problemy z symboliczną komunikacją językową, percepcją i nadawaniem mowy,
- trudności z przyswajaniem informacji związane z niedostatkami w zakresie umiejętności czytania i pisania,
- problemy w opanowaniu wiedzy i umiejętności matematycznych oraz z ich praktycznym stosowaniem;
- zaburzenia procesów percepcyjno-motorycznych, myślenia, uwagi, pamięci, wyobraźni,
- współzależne trudności w nauce i w zachowaniu,
- problemy z właściwą organizacją, czasowym planowaniem i konsekwentną kontynuacją własnej pracy,
- problemy z samooceną i obrazem własnej osoby – konflikt wewnętrzny i w świetle opinii publicznej,
- problemy adaptacyjne (wycofanie, lęk, zamknięcie w sobie) oraz trudności w relacjach z rówieśnikami i grupą (agresja, konfrontacje, brak odpowiedzialności za własne zachowania) (O'Regan 2005, za: Jastrząb 2011, s. 54).

Wymienione powyżej tak różnorodne trudności w funkcjonowaniu dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wymagają profesjonalnego podejścia pedagogicznego, począwszy od wnikliwej obserwacji dającej bazę postępowaniu diagnostycznemu, poprzez odpowiednie treści, metody i formy kształcenia, po wspomaganie procesu uczenia się i właściwą stałą opiekę wychowawczą.

Specyficzne trudności w uczeniu się zaliczane są do szerszej grupy problemów rozumianych jako specjalne potrzeby edukacyjne. Występują, jeżeli niepowodzenia szkolne dotyczą tylko niektórych zakresów uczenia się dziecka mającego co najmniej przeciętną inteligencję (niejednokrotnie jest to dziecko o wysokiej sprawności intelektualnej), sprawne narządy zmysłów wzroku i słuchu. Ponadto są to problemy ujawniające się mimo właściwej opieki wychowawczej oraz dydaktycznej nad uczniem. Specyficzne trudności w uczeniu się w badaniu diagnostycznym stwierdza się pod warunkiem istnienia wewnętrznych (tkwiących w samym dziecku, a nie będących wynikiem wyłącznie zaniedbania środowiskowego czy poważnych błędów popełnianych w edukacji dziecka) uwarunkowań problemów w zakresie nabywania podstawowych sprawności szkolnych dziecka, takich jak czytanie, pisanie, umiejętności arytmetyczne.

Specyficzne trudności mogą mieć charakter wybiórczy i jeśli przejawiają się w zakresie nabywania umiejętności czytania i pisania, można podejrzewać występowanie dysleksji rozwojowej. Dysleksja rozwojowa rozumiana jako syndrom zaburzeń uczenia się czytania i pisania może przejawiać się w następujących formach:

- dysleksji – specyficznych trudnościach w czytaniu,

- dysortografii – specyficznych trudnościach w pisaniu, szczególnie opanowaniu poprawnej pisowni pod względem ortograficznym,
- dysgrafii – zaburzeniach właściwego poziomu graficznego pisma (Bogdanowicz 2006).

W indywidualnych przypadkach mamy do czynienia z różną konstelacją problemów ucznia w obszarze czytania/pisania, występujących łącznie lub rozdzielnie (np. dysleksja i dysortografia, izolowana dysortografia czy jedynie dysgrafia).

Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu, które znajdują się w kręgu zainteresowań naukowców i praktyków od ponad stu lat, doczekały się wielu opracowań nie tylko teoretycznych, ale i metodycznych. W Polsce szczególnie istotne w tej dziedzinie są publikacje M. Bogdanowicz (1983, 1997, 2002 i in.) oraz G. Krasowicz-Kupis (1997, 2009 i in.). Liczni autorzy szczegółowo omówili terminologię, symptomatologię, etiologię i patomechanizmy tego zaburzenia. Skonstruowane zostały narzędzia diagnozy dysleksji rozwojowej, a także opracowano różnorodne propozycje terapii. Są to zagadnienia bardzo szerokie, przekraczające ramy tego artykułu, dlatego też autorka jedynie je sygnalizuje, by w dalszej jego części skupić się na zagadnieniu ryzyka dysleksji.

Z kolei w odniesieniu do specyficznych trudności w uczeniu się matematyki, czasem (choć w polskich publikacjach dominuje terminologia opisowa) używa się terminu dyskalkulia rozwojowa – rozumianego jako matematyczny odpowiednik dysleksji (Oszwa 2005, s. 28). Dyskalkulia dotyczy dziecka w normie intelektualnej, którego trudności – zgodnie z klasyczną definicją L. Košča (1974, za: Oszwa 2009, s. 86) – wynikają z zaburzeń genetycznych i wrodzonych tych części mózgu, które są bezpośrednim podłożem anatomiczno-fizjologicznym dojrzewania zdolności matematycznych. W przypadku specyficznych trudności w uczeniu się matematyki nie ma – szczególnie w Polsce – aż tak bogatego piśmiennictwa, a szczególnym problemem jest diagnostyka (z uwagi na mniej poznany naukowo proces myślenia matematycznego) oraz poszukiwanie form terapii wykraczających poza oddziaływania dydaktyczno-wyrównawcze, skoncentrowane na uzupełnianiu braków w wiedzy i umiejętnościach matematycznych ucznia.

Specyficzne trudności w uczeniu się mogą występować jednocześnie lub mieć charakter trudności izolowanych, ograniczonych do jednej umiejętności. Gdy dysleksja i dyskalkulia występują razem, są przyczyną poważnych niepowodzeń szkolnych.

Po syntetycznym odniesieniu się do problematyki specjalnych potrzeb oraz specyficznych trudności w uczeniu się (czytania, pisania, matematyki) warto nieco szerzej – z uwagi na zamierzenie sformułowane w tytule artykułu – podjąć wątek ryzyka tych zaburzeń.

Ryzyko dysleksji rozwojowej (specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu) można zdefiniować jako zagrożenie jej wystąpieniem, czyli podwyższone prawdopodobieństwo rozwinięcia się tego zaburzenia w przyszłości. Dzieckiem z ryzykiem dysleksji jest każde dziecko pochodzące z nieprawidłowo przebiegającej ciąży i porodu, urodzone przedwcześnie, w złym stanie fizycznym, a także pochodzące z rodzin, w których trudności takie jak dysleksja rozwojowa, opóźnienie rozwoju mowy, oburęczność i leworęczność

już się pojawiały. Termin „ryzyko dysleksji" stosuje się wobec dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym wykazujących wybiórcze zaburzenia w rozwoju psychoruchowym. Mówi się o nim przede wszystkim w okresie poprzedzającym rozpoczęcie formalnej nauki czytania i pisania, a więc przed pójściem dziecka do szkoły. Ze względu na to, że dzieci potrzebują czasu na biegłe opanowanie tych kluczowych umiejętności, w Polsce o ryzyku dysleksji mówimy także w przypadku uczniów klas I i II (najpóźniej w klasie III) szkoły podstawowej. Warto zaznaczyć, że dziecko ze zidentyfikowanymi symptomami ryzyka nie jest skazane na dysleksję. Jego sytuacja w znacznej mierze zależy od tego, czy i jak szybko zostaną rozpoznane jego problemy i potrzeby oraz czy uda się zminimalizować nieprawidłowości rozwojowe, zanim zacznie ono doświadczać trudności w nauce i niepowodzeń szkolnych (Bogdanowicz 2011).

Szczegółowy katalog objawów potencjalnie zapowiadających problemy o charakterze dyslektycznym sformułowała M. Bogdanowicz (2002, 2011). Zostaną one poniżej opisane.

Pierwsze symptomy ryzyka dysleksji można dostrzec, obserwując rozwój psychoruchowy małego dziecka, którego opóźnienie bądź nietypowość są istotną informacją sygnalizującą konieczność podejmowania oddziaływań profilaktycznych. U niemowlęcia uwagę rodziców zwrócić powinny minimalne dysfunkcje neurologiczne (np. obniżone lub wzmożone napięcie mięśniowe) oraz niezanikające do końca pierwszego roku życia odruchy wrodzone. Od momentu wejścia dziecka w wiek poniemowlęcy należy obserwować jego funkcjonowanie w podstawowych obszarach – poznawczym i motorycznym.

Wśród objawów ryzyka w obrębie motoryki dużej początkowo występujące opóźnienia czy nietypowości rozwoju (np. fakt, że dziecko nie raczkuje), problemy z automatyzacją podstawowych czynności motorycznych (np. chodzenia) przekształcają się z czasem w ogólnie niższą sprawność ruchową – ruchy są mniej precyzyjne i powolniejsze. Do aktywności sprawiających trudności należy zaliczyć na przykład jazdę na rowerze, gry zespołowe czy odtwarzanie układów gimnastycznych.

Zakłócone funkcjonowanie w zakresie motoryki małej zauważyć można wyraźnie w wieku przedszkolnym. Dziecko odbiega umiejętnościami od rówieśników w prostych czynnościach samoobsługowych (np. ubieraniu się, myciu) oraz manipulacyjnych, niechętnie angażuje się w zabawy wymagające dobrej koordynacji wzrokowo-ruchowej (układanki, puzzle, mozaiki). Do niepokojących symptomów zaliczyć można niechęć do rysowania, małą precyzję prac (rysunki są „prymitywne", jakby wykonane przez młodsze dziecko), nieprawidłowy chwyt narzędzi pisarskich oraz długo występujący problem z opanowaniem właściwych nawyków ruchowych wymaganych w czynnościach rysowania – a w przyszłości – pisania, na przykład niewłaściwy kierunek kreślenia linii pionowych, poziomych. U niektórych dzieci opóźniony jest rozwój lateralizacji.

Kolejnym obszarem ryzyka zaburzeń dyslektycznych są funkcje wzrokowe. Zauważa się tu trudności w analizie i syntezie obrazów wzrokowych, problemy z wyodrębnianiem szczegółów (np. różnice w obrazkach, podobnych figurach, znakach graficznych, literach)

i słabszą pamięć wzrokową. Od początku edukacji elementarnej może to skutkować popełnianiem specyficznych błędów wynikających z nieodróżniania na przykład takich liter, jak: b–p–d–g, l–t–ł, a–o, a–ą.

Kluczowe czynniki ryzyka związane są z rozwojem mowy i funkcji słuchowo-językowych. Zgodnie ze współczesnymi koncepcjami etiologicznymi, tłumaczącymi patomechanizm dysleksji, ten właśnie obszar uznać należy za wiodący w powstawaniu specyficznych trudności w czytaniu (Krasowicz-Kupis 2009). Do najważniejszych symptomów ryzyka dysleksji w przywołanym aspekcie zalicza się: opóźnienia rozwoju mowy, nieprawidłową wymowę, zaburzenia słuchu fonematycznego (fonemowego) obserwowane od wieku przedszkolnego, przekręcanie wyrazów i trudność z właściwym wypowiadaniem tych bardziej złożonych fonetycznie, trudności z identyfikacją rymów i aliteracji oraz wykonywaniem operacji na cząstkach fonologicznych (sylabach, głoskach – np. zamiany, analiza, synteza), trudności z zapamiętywaniem i przypominaniem materiału werbalnego (szczególnie serii, sekwencji, kategorii, wierszy, piosenek), mały zasób słownictwa, ubogie wypowiedzi ustne, problem z zapamiętywaniem większej liczby poleceń w tym samym czasie (Bogdanowicz 2002, Krasowicz-Kupis 2009).

Dzieci z ryzykiem dysleksji od początku edukacji elementarnej doświadczają nasilonych trudności w czytaniu, często także w pisaniu. Problemy w czytaniu przejawiają się w postaci wolnego tempa, techniki nieadekwatnej do wymogów dla danej grupy wiekowej uczniów, a także w obszarze rozumienia czytanych treści (słabe rozumienie lub jego brak). Opanowanie poprawnej pisowni jest problematyczne. Dzieci popełniają liczne błędy wynikające z opóźnienia rozwoju fonologicznego aspektu funkcji językowych i pamięci fonologicznej. (np. mylenie liter odpowiadających głoskom podobnym fonetycznie, trudności z zapisem zmiękczeń i głosek nosowych, błędy w pisaniu ze słuchu), czasem też błędy związane z opóźnieniem rozwoju spostrzegania wzrokowego i pamięci wzrokowej (np. mylenie liter podobnych lub identycznych, ale różniących się położeniem przestrzennym, niezapamiętywanie obrazu rzadziej występujących liter – wielkiego F, G, H, błędy w przepisywaniu). Nagminne są błędy ortograficzne mimo znajomości reguł polskiej pisowni.

Problemy szkolne dzieci z ryzykiem dysleksji (i dysleksji w późniejszym wieku) odbijają się na ich funkcjonowaniu emocjonalnym, osobowościowym i społecznym, często wyzwalają wtórne zaburzenia w wymienionych obszarach (Gindrich 2002).

Analogicznie jak w przypadku terminu „ryzyko dysleksji", za ryzyko wystąpienia dyskalkulii można uznać prawdopodobieństwo rozwinięcia się tego problemu w toku rozwoju, najczęściej u dzieci z nieprawidłowo przebiegającej ciąży, porodu, po wczesnych urazach mózgu czy chorobach wpływających na stan układu nerwowego. Niestety w przeciwieństwie do dysleksji rozwojowej, wyodrębnienie pewnego katalogu symptomów jest trudniejsze z uwagi na fakt, że sukcesu w edukacji matematycznej nie gwarantuje sprawnie działający zespół konstytucjonalnie uwarunkowanych funkcji, leżących u podłoża nabywania umiejętności arytmetycznych. Przyjmuje się, że większość funkcji poznawczych

to zmienne hipotetycznie istotne w ich kształtowaniu się, jednak posługiwanie się liczbami to proces niezmiernie skomplikowany i w gruncie rzeczy nadal niedostatecznie naukowo poznany (Oszwa 2005).

W próbie wyodrębnienia czynników ryzyka istotny będzie dobór konkretnej teorii dyskalkulii. I tak, przyjmując kryterium rozwoju umiejętności i osiągnięć matematycznych, za predyktor trudności uznać można by wczesne kompetencje dziecka z okresu przedszkolnego i wczesnoszkolnego dotyczące takich obszarów, jak: znajomość figur geometrycznych, orientacja w schemacie ciała i przestrzeni oraz w czasie, porównywanie, porządkowanie i klasyfikowanie obiektów według przyjętych kryteriów, znajomość leksykonu matematycznego (podstawowych pojęć języka matematyki), umiejętność odczytywania i zapisywania cyfr i liczb oraz wykonywania operacji arytmetycznych dostępnych dla ucznia rozpoczynającego edukację (Oszwa 2005).

Za szczególny czynnik ryzyka uznać można również przekroczenie progu szkoły przez dziecko nierozumujące na sposób operacyjny w podstawowych choćby wymiarach (Gruszczyk-Kolczyńska 1994). Niestety ten problem – zgodnie z teorią J. Piageta (1966, za: Oszwa 2005) – można wyodrębnić dopiero w wieku 8–9 lat, czyli stosunkowo późno, kiedy dziecko doświadcza już skutków braku kompetencji w posługiwaniu się na lekcjach matematyki operacyjną konwencją rozumowania.

W klasycznym podejściu, traktującym dyskalkulię jako zaburzenie o mechanizmie pokrewnym do dysleksji, symptomem ryzyka jest słaby odruch orientacyjny kształtujący potrzeby poznawcze i motywację do rozwiązywania problemów. Z kolei zgodnie z koncepcją modułu matematycznego Butterwortha (1999, za: Oszwa 2005), czynniki zapowiadające trudności w uczeniu się matematyki to: brak reakcji niemowląt na zmiany liczebności zbiorów oraz niezdolność do oceny i różnicowania liczebności małych, maksymalnie czteroelementowych zbiorów bez liczenia.

W przypadku ryzyka dyskalkulii wyodrębnienie symptomów jest niewątpliwie bardziej skomplikowane niż w przypadku zaburzeń czytania i pisania. Biorąc pod uwagę natomiast duże znaczenie emocji w edukacji matematycznej, opisywane w polskiej literaturze przez E. Gruszczyk-Kolczyńską (1994), można wnioskować, że podobnie jak w dysleksji rozwojowej, istnieje ryzyko wystąpienia wtórnych zaburzeń funkcjonowania uczniów doświadczających specyficznych trudności w uczeniu się matematyki.

Wspomaganie rozwoju dzieci, u których istnieje ryzyko wystąpienia specyficznych trudności w uczeniu się – wybrane implikacje praktyczne

Wspomaganie określane jest jako proces intencjonalnych oddziaływań człowieka na człowieka. Występuje ono w różnych formach i prowadzi do potęgowania dobrostanu (przez promowanie, stymulowanie), powstrzymywania czynników zagrażających dobro-

stanowi (za pomocą wychowania, edukacji, profilaktyki, prewencji, interwencji), poprawiania lub usuwania nieprawidłowości (drogą korekcji i terapii) lub przywracania utraconego dobrostanu jednostki poprzez reedukację, rehabilitację, rewalidację), co pozwala jednostce na samodzielne i adekwatne do jej możliwości rozwiązywanie problemów życiowych. Proces wspomagania jest wówczas wspomaganiem rozwoju, jeśli uwzględnia istotne cechy zmian rozwojowych: ich względną trwałość i miejsce w sekwencji procesów rozwojowych w poszczególnych sferach rozwoju (Kielar-Turska 2003, s. 20). Wspomaganie rozwoju jest terminem niedookreślonym, o bardzo szerokim polu semantycznym. Istnieje wiele pojęć pokrewnych, do których należą między innymi pomaganie, wsparcie, stymulacja, psychokorekcja, terapia. Zostały one szczegółowo omówione w pracy B. Kai (2003).

Mówiąc o wspomaganiu rozwoju dzieci z omawianych tu grup ryzyka, należy mieć na myśli wszelkie zabiegi podejmowane przez różne osoby: rodziców, opiekunów, nauczycieli, specjalistów, których celem jest utrzymanie na dobrym poziomie lub poprawa szeroko pojętego funkcjonowania (poznawczego, motorycznego, emocjonalnego, społecznego) tych dzieci, co z kolei pozwoli zapobiegać wystąpieniu u nich nasilonych trudności lub niepowodzeń szkolnych. Na oddziaływania te powinny – zdaniem autorki prezentowanego artykułu – składać się:

- właściwa wczesna stymulacja i obserwacja rozwoju dziecka w środowisku rodzinnym;
- wczesne rozpoznanie, diagnoza potencjalnego ryzyka specyficznych trudności;
- dostosowana do potrzeb edukacja w środowisku przedszkolnym (a następnie szkolnym, ze szczególnym skupieniem się na początkowym okresie edukacji dziecka) zawierająca elementy wsparcia specjalistycznego;
- oddziaływania specjalistyczne: korekcyjno-kompensacyjne, logopedyczne i inne, w zależności od trudności przejawianych przez dziecko.

Wymienione powyżej obszary wspomagania rozwoju dzieci z grup ryzyka zostaną kolejno syntetycznie omówione.

Środowisko rodzinne to najbardziej naturalne miejsce rozwoju dziecka i wspierania jego wrodzonego potencjału poznawczego. Od specyfiki rodziny zależne są niewątpliwie właściwa stymulacja i stopniowe przygotowanie dziecka do roli ucznia. Rodzice są także pierwszymi obserwatorami i diagnostami dziecka, to oni najczęściej zauważają niepokojące odchylenia od intuicyjnie pojmowanej normy. Dlatego w pierwszej kolejności sami powinni wzbogacać własną wiedzę o rozwoju i możliwościach jego naturalnego wspomagania, a także o jego zaburzeniach. W prawidłowo funkcjonujących rodzinach nietrudno o taką naturalną troskę i zainteresowanie postępami dziecka, jednak w środowiskach borykających się z problemami życia codziennego, o niższym poziomie świadomości pedagogicznej, nieoceniona staje się rola instytucji wspierających.

Przedmiotem stymulacji dziecka, prowadzonej głównie w formie zabawy i naturalnej aktywności, rodzice powinni uczynić przede wszystkim:

- rozwój motoryki dużej, ogólnej sprawności i koordynacji ruchowej (poprzez zachęcanie dziecka do ruchu, zabaw i ćwiczeń automatyzujących czynności ruchowe, budujących koordynację, równowagę i precyzję ruchu);
- rozwój motoryki małej (poprzez naukę czynności samoobsługowych, zabawy manipulacyjne i ćwiczenia grafomotoryczne);
- rozwój spostrzegawczości i pamięci wzrokowej (przez zabawy, układanki, malowanki, proste gry edukacyjne angażujące funkcje wzrokowe);
- rozwój mowy (poprzez codzienną komunikację z dzieckiem, utrwalanie prawidłowych wzorców mowy, wzbogacanie słownika dziecka, interwencję logopedyczną w razie potrzeby);
- rozwój funkcji językowych (za pomocą zabaw budujących wrażliwość na bodźce słuchowe, rytmicznych, budujących sprawność słuchu fonematycznego, np. łańcuszki wyrazowe, rymy, odgadywanie głoski na początku wyrazu itp.)
- rozwój zainteresowania dziecka czynnościami czytania i pisania (przez wspólne oglądanie i czytanie książeczek, zabawy w czytanie i pisanie);
- rozwój zainteresowania dziecka czynnościami szacowania, liczenia, porównywania liczebności, klasyfikowania obiektów (przez spontaniczne zabawy z wykorzystaniem elementów tzw. dziecięcej matematyki (Gruszczyk-Kolczyńska 2004).

Oprócz dbałości o rożne obszary rozwoju poznawczego i intelektualnego dziecka, rodzice mają na co dzień wiele sposobności do budowania jego osobowościowych, społecznych i emocjonalnych kompetencji, które przygotują dziecko do wejścia w grupę przedszkolną, a następnie szkolną. Szczególnie istotne wydaje się stopniowe wzmacnianie odporności emocjonalnej na sytuacje trudne i wzbudzanie motywacji do podejmowania wysiłku intelektualnego mimo przeżywanych napięć.

Drugi obszar wspomagania rozwoju dzieci będący przedmiotem zainteresowania autorki to wczesna diagnostyka. Jak wspomniano, to rodzice są najczęściej pierwszymi diagnostami. Jeżeli zauważają niepokojące objawy, przypominające symptomy specyficznych trudności w uczeniu się (opisano je powyżej), powinni w sposób naturalny, podczas codziennych zabaw i aktywności z dzieckiem, ale także – jeśli mają taką wiedzę i możliwości – bardziej planowo i refleksyjnie organizować różnorodne „okazje" do bardziej intensywnej stymulacji jego funkcji poznawczych i motorycznych. Muszą też prowadzić wzmożoną obserwację, która umożliwi rozpoznanie potencjalnych zaburzeń. Zarówno rodzicom, jak i nauczycielom przedszkola pomóc w rozpoznaniu mogą opisane w literaturze (też szeroko w internecie oraz w różnorodnych poradnikach, broszurach) zestawienia symptomów ryzyka dysleksji. Brakuje niestety jasnych danych na temat ryzyka dyskalkulii z przyczyn, które już wcześniej w niniejszym artykule zasygnalizowano. Specjaliści jednoznacznie twierdzą, że wczesna diagnoza problemów jest najlepszą formą profilaktyki trudności edukacyjnych w momencie przekroczenia progu szkoły. Dlatego też warto byłoby rozważyć wprowadzenie jako

standardu postępowania badań przesiewowych pod kątem ryzyka specyficznych trudności w uczeniu się wśród wszystkich dzieci przedszkolnych.

W przypadku nasilenia objawów trudności u uczniów, którzy rozpoczynają edukację lub znajdują się na jej początkowym etapie, warto posiłkować się specjalistycznymi diagnozami opracowanymi przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Obecne regulacje legislacyjne (Rozporządzenie Ministra Edukacji, Nauki i Szkolnictwa z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz.U. 2013, poz. 532), jak też istniejące w poradnictwie narzędzia pozwalają na diagnozę ryzyka specyficznych trudności. Warto ją wykonać, gdyż staje się ona podstawą do zorganizowania dziecku specjalistycznych zajęć korekcyjno-kompensacyjnych na terenie szkoły. Wbrew wciąż panującym mitom o rzekomym stygmatyzowaniu dziecka, z wczesnej diagnozy ryzyka specyficznych trudności w uczeniu się płynie wiele korzyści. Przede wszystkim pozwala ona ukierunkować proces wspomagania edukacji dziecka na terenie szkoły.

Trzeci obszar wspomagania rozwoju dzieci zagrożonych wystąpieniem dysleksji i/lub dyskalkulii (wspomaganie poprzez właściwą edukację) koresponduje z czwartym (wspomaganie poprzez zajęcia specjalistyczne), a obydwa są związane z pracą placówek oświatowych. Przedszkola realizują programy edukacyjne służące wydobywaniu i wspieraniu potencjału intelektualnego, emocjonalnego i społecznego dziecka. Celem im przyświecającym jest przygotowanie go do pomyślnego startu szkolnego. W wielu placówkach odbywają się zajęcia, w czasie których stosowane są sprawdzone metody ukierunkowane na szeroko pojęty rozwój poznawczy, wspierające zainteresowanie dzieci czytaniem, pisaniem, liczeniem. Należą do nich choćby znane i lubiane przez przedszkolaków Metoda Dobrego Startu (Bogdanowicz 2004) czy Dziecięca Matematyka (Gruszczyk-Kolczyńska 1994, 2004). Już w edukacji przedszkolnej można – najlepiej w ścisłej współpracy z rodzicem – stosować pewne formy wspomagania rozwoju dzieci z grup ryzyka, na przykład poprzez dodatkowe zajęcia stymulujące mowę, funkcje językowe, wzrokowe motoryczne, sprawność graficzną, integrację percepcyjno-motoryczną. W wielu placówkach organizowane są także specjalistyczne zajęcia logopedyczne i korekcyjno-kompensacyjne dla potrzebujących. Warto dbać o ich dobrą jakość oraz regularność, tak by służyły dobru dzieci.

Na kolejnym szczeblu edukacji wczesnoszkolnej niezmiernie ważne będą wcześniejsze doświadczenia w pracy z dzieckiem z grupy ryzyka, dlatego cenne byłoby przekazanie pełnej informacji o nim pracownikom szkoły. Nauczyciel świadomy problemu będzie mógł skoncentrować uwagę na jego możliwościach i ograniczeniach, kontynuować dalszą obserwację. Edukacja wychodząca naprzeciw potrzebom dzieci z grup zagrożonych specyficznymi trudnościami w uczeniu się powinna respektować:

- wprowadzenie zindywidualizowanego programu w zakresie treści programowych,
- włączanie metod nauczania dostosowanych do możliwości uczenia się tych dzieci, przynajmniej częściowo realizowanych przez specjalnie przygotowanych nauczycieli,

- stosowanie zindywidualizowanego systemu wymagań i oceniania,
- stosowanie odmiennych rozwiązań organizacyjnych – jeśli zaistnieje taka konieczność (Bogdanowicz, Adryjanek 2004).

Edukacja dzieci z omawianej grupy powinna w znacznej mierze opierać się na ich potencjale, mocnych stronach, ciągle budować motywację do pracy oraz przekonanie o możliwości radzenia sobie w szkole mimo pewnych oczywistych ograniczeń. Ponadto szkoła musi pozostawać w stałym, konstruktywnym kontakcie z rodzicami – sojusznikami nauczyciela w kwestii dostosowywania wymagań do możliwości dziecka oraz pracy nad wyrównywaniem deficytów rozwojowych (gdyż duża część pracy odbywa się poza murami szkoły). Pożądana jest też w szkole intensyfikacja oddziaływań specjalistycznych, tak by nie dopuszczać do nagromadzenia trudności edukacyjnych i pojawienia się zaburzeń wtórnych związanych z nimi. Zgodnie z przywołanym rozporządzeniem w miarę potrzeb organizuje się różne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, na przykład zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, dydaktyczno-wyrównawcze, logopedyczne, konsultacje i porady dla uczniów, ich rodziców oraz nauczycieli chcących wzbogacać warsztat pracy z uczniem z grupy ryzyka.

Istotnym postulatem jest także stały kontakt każdej szkoły z poradniami specjalistycznymi, głównie psychologiczno-pedagogicznymi, które mogą stanowić wielkie wsparcie merytoryczne dla nauczycieli i rodziców oraz być dodatkowym miejscem, w którym uczniowie uzyskują pomoc, na przykład poprzez udział w indywidualnej terapii pedagogicznej, zajęciach integracji sensorycznej, grupie socjoterapeutycznej, czy – jeśli zachodzi potrzeba – psychoterapii rodzinnej.

Nakreślone przez autorkę główne formy wspomagania rozwoju dzieci zagrożonych ujawnieniem się u nich specyficznych trudności w uczeniu się z pewnością nie wyczerpują katalogu możliwości. Ścieżka planowania i prowadzenia oddziaływań pomocowych w odniesieniu do każdego ucznia będzie też nosiła znamiona znacznej indywidualizacji. Jest to w sposób oczywisty związane z niepowtarzalną konstelacją jego możliwości i ograniczeń.

Przejawiane trudności zawsze występują na szerszym tle: w konkretnej sytuacji, środowisku rodzinnym i lokalnym mającym mniejsze lub większe możliwości budowania sieci wsparcia i specjalistycznej pomocy. Uwzględniając te zmienne, warto apelować do wszystkich osób i instytucji odpowiedzialnych za kształt edukacji i systemu wsparcia dziecka i rodziny o nadanie właściwej rangi kwestii szeroko pojętej profilaktyki niepowodzeń szkolnych uczniów z utrudnieniami rozwojowymi. Wciąż ważne jest poszerzanie świadomości społecznej w tym zakresie, tak by sprawą oczywistą było traktowanie organizowania różnorodnych form wsparcia dla nich jako zadania doniosłego i niezbędnego. Wypływa to wszak zarówno z prawa każdego dziecka do edukacji, jak i z respektowanej przez nasze społeczeństwo filozofii zrównywania szans edukacyjnych.

Bibliografia

1. Bogdanowicz M.: Integracja percepcyjno-motoryczna. Teoria – diagnoza – terapia. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1997.
2. Bogdanowicz M.: Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie. Harmonia, Gdańsk 2002.
3. Bogdanowicz M.: Ryzyko specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu: dysleksji, dysortografii i dysgrafii. Skala ryzyka dysleksji wraz z normami dla klas I i II. Harmonia Universalis, Gdańsk 2011.
4. Bogdanowicz M.: Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu, [w:] Krasowicz-Kupis G. (red.): Dysleksja rozwojowa. Perspektywa psychologiczna. Harmonia, Gdańsk 2006.
5. Bogdanowicz M.: Trudności w pisaniu u dzieci. Uniwersytet Gdański, Gdańsk 1983.
6. Bogdanowicz M., Adryjanek A.: Uczeń z dysleksją w szkole. Poradnik nie tylko dla polonistów. Operon, Gdynia 2004.
7. Gindrich P.A.: Funkcjonowanie psychospołeczne uczniów dyslektycznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002.
8. Gruszczyk-Kolczyńska E.: Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994.
9. Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E.: Wspomaganie rozwoju umysłowego czterolatków i pięciolatków. Książka dla rodziców, terapeutów i nauczycieli przedszkola. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2004.
10. Jastrząb J., Baczała D.: Wybrane zagadnienia z pedagogiki korekcyjno-kompensacyjnej. Wzorzec terapeuty. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2011.
11. Kaja B.M.: Psychologia wspomagania rozwoju. Zrozumieć świat życia człowieka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2010.
12. Kielar-Turska M.: Analiza pola semantycznego terminów związanych ze wspomaganiem rozwoju, [w:] Kaja B. (red.): Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja, t. 5. Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2003
13. Krasowicz-Kupis G.: Język, czytanie i dysleksja. Agencja Wydawniczo-Handlowa, Lublin 1997.
14. Krasowicz-Kupis G.: Psychologia dysleksji. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
15. Oszwa U.: Psychologiczna analiza procesów operowania liczbami u dzieci z trudnościami w matematyce. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2009.
16. Oszwa U.: Zaburzenia rozwoju umiejętności arytmetycznych. Problem diagnozy i terapii. Impuls, Kraków 2005.

17. Rozporządzenie Ministerstwa Edukacji, Nauki i Szkolnictwa z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz.U. 2013, poz. 532.

WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECI Z GRUPY RYZYKA SPECYFICZNYCH TRUDNOŚCI W UCZENIU SIĘ – IMPLIKACJE PRAKTYCZNE

Streszczenie

Artykuł dotyczy specyficznych trudności w uczeniu się, występujących najczęściej w formie dysleksji rozwojowej i dyskalkulii. Autorka syntetycznie odnosi się do zagadnienia specjalnych potrzeb edukacyjnych, dokonuje też ogólnej charakterystyki ryzyka specyficznych trudności w czytaniu, pisaniu, uczeniu się matematyki. Następnie podejmuje próbę refleksji nad praktycznymi możliwościami wsparcia rozwoju dzieci z grup ryzyka w celu zapobiegania ich niepowodzeniom edukacyjnym w przyszłości.

SUPPORT OF DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM THE GROUP OF PARTICULAR LEARNING DIFFICULTIES – PRACTICAL IMPLICATION

Summary

The article revolves around the issue of particular learning difficulties that most often are developmental dyslexia and dyscalculia. The author synthetically relates to general characteristics of the cases of particular reading, writing and mathematical difficulties. Subsequently, she makes an attempt to consider practical possibilities of aiding the development of the children from endangered groups, in order to prevent their educational failures in the future.

Danuta ULEWICZ-ADAMCZYK
Politechnika Śląska
Kolegium Pedagogiczne
Szkoła Podstawowa nr 15 Mistrzostwa Sportowego, Żory

NAUCZYCIEL I RODZIC WOBEC TRUDNOŚCI WYCHOWAWCZYCH DZIECKA W EDUKACJI WCZESNOSZKOLNEJ

Wstęp

Trudności w wychowaniu dzieci i młodzieży to zagadnienie dobrze znane nauczycielom, rodzicom i środowisku naukowemu. Jest to problem nie tylko społeczny, ale i pedagogiczny, ponieważ w sposób istotny wpływa na przebieg procesu dydaktyczno-wychowawczego. Dzieci z trudnościami wychowawczymi często dezorganizują pracę zespołu klasowego, nie akceptują ogólnie przyjętych zasad i norm, ich zachowanie negatywnie rzutuje na kształtowanie się atmosfery w klasie i szkole.

Warunkiem zapobiegania trudnościom wychowawczym i ich przezwyciężania jest prawidłowo funkcjonujący system wychowawczy szkoły i domu rodzinnego dziecka. Wnikliwa obserwacja wychowanków oraz wiedza na temat trudności wychowawczych, którą dysponują nauczyciele i rodzice, to ważne czynniki w niwelowaniu zjawiska. Należy wziąć pod uwagę, iż każde dziecko jest inne, ma odmienny charakter i różną osobowość, wychowuje się w rozmaitych środowiskach rodzinnych, szkolnych i społecznych, a to decyduje o zróżnicowaniu problemów i trudności.

Ważną rolę w procesie adaptacyjnym dziecka, które nie potrafi przystosować się do funkcjonowania w środowisku szkolnym, odgrywają rodzice. Świadomość współpracy rodziców z nauczycielami, ich uczestniczenie w procesie edukacyjno-wychowawczym – poprzez kontakty, indywidualne rozmowy, zebrania, udział w uroczystościach szkolnych, organizację wycieczek i imprez klasowych – zapewnia dziecku poczucie bezpieczeństwa.

Przyczyny, które powodują trudności wychowawcze, są różne, zależą od osobistych cech dziecka, dysfunkcji w rodzinie oraz poza nią. Warunkiem ich zniwelowania jest odpowiedzialna praca nauczyciela z dzieckiem, rodziców z dzieckiem, jak również pomyślna współpraca rodziców i nauczycieli.

Celem mojego artykułu jest ukazanie rodzajów trudności wychowawczych, przyczyn i sposobów ich przezwyciężania, dostrzeganych przez rodziców oraz opisanych w literaturze przedmiotu. Dla potrzeb zdiagnozowania zjawiska wybrałam metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety.

Pojęcie trudności wychowawczych

Autorzy zajmujący się zagadnieniem trudności wychowawczych definiują ten termin niejednolicie. Wydaje się on na ogół zrozumiały, gdy bierze się pod uwagę środowisko szkolne czy rodzinne. Jeżeli jednak rozpatruje się go z punktu widzenia naukowego, pojawia się problem z granicami zakresu znaczeniowego, ze względu na ujęcia różnych teorii (np. teorii frustracji czy funkcjonalizmu).

Efektem dość szerokiego interpretowania tego pojęcia przez pedagogów, psychologów i psychiatrów jest sporo różnych podejść i definicji (Dąbrowska, Wojciechowska 1997, s. 155). Można sporządzić zbiór propozycji opisujący w sposób w miarę pełny, czym są trudności wychowawcze. Mieszczą się w nim takie określenia, jak:

- zachowania przeciwstawne do obowiązujących reguł,
- trudności wynikające z osobowości dziecka,
- różnorodne zachowania powstrzymujące współżycie i współdziałanie w środowisku społecznym (przejawy nieprzystosowania),
- zachowania ucznia o charakterze uporczywym, niepoddające się zwykłym zabiegom wychowawczym,
- pewne cechy zachowania, które stwarzają komplikacje,
- wykształcone formy zachowania,
- przeszkody w nauczaniu i wychowaniu,
- zachowania krytyczne, negatywne, szkodliwe dla rozwoju dziecka (ibidem, s. 156–157).

Trudności wychowawcze należy rozpatrywać w kategorii problemu, z którym zmagają się uczniowie, ich rodzice oraz specjaliści – nauczyciele i psychologowie. Czym jest problem? Józef Kozielecki, wychodząc od różnych definicji problemu, rozumianego między innymi jako sytuacja trudna, sformułował własną propozycję. Według tego autora problem „jest rodzajem zadania (sytuacji), którego podmiot nie może rozwiązać za pomocą posiadanego zasobu wiedzy; rozwiązanie jego jest możliwe dzięki czynności myślenia produktywnego, która prowadzi do wzbogacenia poziomu wiedzy podmiotu" (Kozielecki 1969, s. 16).

Analizując tematykę trudności wychowawczych, należy zwrócić uwagę na fakt, iż na zachowanie dziecka wpływa całe spektrum czynników, których źródło tkwi zarówno w osobowości dziecka, jak i w środowisku, z którego ono pochodzi. W „Encyklopedii pedagogicznej" trudności wychowawcze określane są jako negatywne zachowania dzieci w sferze emocjonalnej, społecznej, jak również psychicznej (Różycka 2007, s. 818–819).

Zofia Szymańska określiła je jako zaburzenia rozwojowe utrudniające edukację i życie w środowisku szkolnym. Według niej najwięcej trudności wychowawczych sprawiają te dzieci, które nie są w stanie zaadaptować się do środowiska społecznego (za: Dąbrowska, Wojciechowska 1997, s. 153).

Jedno z najpopularniejszych określeń trudności wychowawczych podał Zygmunt Putkiewicz, według którego są to „wszelkiego rodzaju czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, utrudniające prawidłowe zachowanie się dzieci i młodzieży". Trudności te są przeciwstawne do zachowań, które obowiązują w życiu społecznym (ibidem, s. 153).

Trudności wychowawcze zdefiniowane przez Andrzeja Lewickiego odnoszą się „tylko do niektórych objawów zachowania się dziecka, tj. pozostających w niezgodzie z przyjętymi powszechnie normami życia społecznego, a jednocześnie charakteryzujących się wyraźną uporczywością i niepoddających się zwykłym zabiegom wychowawczym" (Lewicki 1987).

Halina Spionek trudnościami wychowawczymi nazywa „zaburzone właściwości uczniów, które nie pozwalają im podporządkować się wymaganiom regulaminu szkolnego". Zdaniem Ottona Lipkowskiego „uczniowie sprawiający trudności wychowawcze to ci, którzy w szczególny sposób absorbują osoby odpowiedzialne za ich wychowanie" (za: Dąbrowska, Wojciechowska 1997, s. 154).

Jan Konopnicki pojęcie „trudności wychowawcze" substytuuje terminem „zaburzenia". Trudności w zachowaniu przedstawia „jako odchylenie od normy", natomiast normy to „zasady moralne, obyczaje i zwyczaje przyjęte w danym środowisku". Stopień odchylenia od tej normy określa siłę zaburzenia. Jednak niezupełnie jasne jest pojęcie „normy zachowania". „Ma ono charakter relatywny, nie zawsze bowiem to, co jest uznawane za normę w określonym środowisku, stanowi normę akceptowaną powszechnie. Trudno również ustalić wzór zasad postępowania, obowiązujących nawet w ściśle określonym środowisku. Na ogół pełnią tę rolę tzw. zasady powszechne. Jednak nie zawsze to, co w danych warunkach środowiskowych jest najczęstsze lub powszechne, może być uznane za prawidłowe, a to, co prawidłowe, nie zawsze jest respektowane" (ibidem, s. 154).

Zdaniem Marii Przetacznikowej i Marii Susułowskiej, termin „trudności wychowawcze" może być używany zamiennie z takimi pojęciami jak niedostosowanie społeczne, nieprzystosowanie społeczne, zaburzenia w zachowaniu. Każde z wymienionych określeń uważane jest za poprawne. W opinii autorek do pojęć „trudności wychowawcze" lub „nieprzystosowanie społeczne" najczęściej odwołują się pedagogowie, natomiast psychiatrzy i psychologowie używają terminu „zaburzenia w zachowaniu" (za: Łobocki 1989, s. 14–15).

Mieczysław Łobocki zwraca uwagę, że określenie „trudności wychowawcze" ma wymiar dydaktyczny i jest stosowane w odniesieniu do sytuacji, z jakimi zmagają się pedagodzy w przedszkolach i szkołach, natomiast pojęcia takie, jak nieprzystosowanie społeczne, zaburzenia w zachowaniu czy zaburzenia emocjonalne używane są w kontekstach socjologicznym, psychologicznym lub psychiatrycznym (ibidem, s. 15).

W opinii Ludwika Bandury trudności wychowawcze to niekończące się zachowania, z jakimi boryka się dziecko przejawiające negatywny stosunek do środowiska społecznego (za: Dąbrowska, Wojciechowska 1997, s. 155). Poza tym dziecko znajdujące się w ciągłym konflikcie z otoczeniem zamyka się w sobie, nie przyjmuje pomocy od innych, staje się agresywne.

Kazimierz Dąbrowski, nawiązując do teorii behawiorystycznej, stwierdza, iż środowisko społeczne charakteryzujące się negatywnymi bodźcami wychowawczo kształtuje dziecko, które podobnie zachowuje się w stosunku do innych osób (Dąbrowski 1989).

Uczeń z trudnościami wychowawczymi sprawia swoim zachowaniem problemy zarówno nauczycielom, jak i rodzicom. W procesie wychowania są to „kłopoty większe od oczekiwanych na danym etapie rozwojowym. Trudności te występują z dużym nasileniem i uporczywie, tzn. nie ustępują wskutek oddziaływań wychowawców, jak i starań samego dziecka" (Kaleta, Mróz 2010, s. 5).

Według Elżbiety Małkiewicz (2004, s. 206) dziecko z trudnościami wychowawczymi charakteryzują następujące cechy:

- brak adaptacji do norm, reguł, zasad, ograniczenia związane z życiem w środowisku społecznym, permanentne ich przekraczanie, kwestionowanie i deprecjonowanie,
- prezentowanie w społeczeństwie oraz zabezpieczenie tzw. fałszywego Ja, czyli wielkościowego, kruchego, podatnego na zranienie, nieadekwatnego w stosunku do rzeczywistości obrazu samego siebie,
- nieodpowiedni, zagrażający dziecku obraz innych ludzi oraz świata,
- wzmożona agresja fizyczna i słowna,
- zachowania zagrażające bezpieczeństwu i życia dziecka,
- rywalizacja z innymi dziećmi, chęć przewagi nad nimi, chęć pozostania w centrum uwagi,
- problemy z motywacją oraz dyscypliną w szkole,
- obniżenie lub całkowity brak motywacji do nauki,
- konflikty z rówieśnikami,
- problemy w znajdowaniu przyjaciół,
- trudności w adaptacji społecznej,
- niska samoocena własnej osoby oraz trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji z innymi ludźmi.

Uczeń z trudnościami wychowawczymi zachowuje się odmiennie niż pozostali uczniowie niesprawiający problemów. Cechuje go zazwyczaj negatywny stosunek do otoczenia lub przeciwnie, zamyka się on w sobie, staje się nieufny i samotny.

Przyczyny trudności wychowawczych

Wiele czynników warunkujących się wzajemnie przyczynia się do powstawania trudności wychowawczych. Literatura przedmiotu prezentuje różne klasyfikacje i podziały. Najczęściej jednak wymienia przyczyny, które tkwią w samych dzieciach, i te, które tkwią w środowisku rodzinnym, szkolnym i społecznym.

Dokonując hierarchizacji przyczyn trudności wychowawczych, na początku należy wymienić rodzinę. Odgrywa ona ważną rolę w rozwoju dziecka. W środowisku rodzinnym dziecko zdobywa pierwsze doświadczenia życiowe, uczy się miłości i przynależności, ale często również doznaje negatywnych przeżyć związanych z odtrąceniem, brakiem miłości, gnębieniem czy szykanowaniem.

Jedną z najważniejszych przyczyn trudności wychowawczych w rodzinie, szczególnie w dzisiejszych czasach, jest dezintegracja życia rodzinnego. Ujawnia się ona w niezgodnym współżyciu rodziców, agresywnym zachowaniu wobec siebie, niewłaściwym stosunku wobec dzieci itp. Rozbicie rodziny z przyczyn takich jak rozwód, separacja, emigracja zarobkowa powoduje u dzieci traumatyczne przeżycia i pozostawia trwałe urazy na psychice. Dziecko pozbawione więzi emocjonalnej z rodziną często podejmuje destrukcyjne działania.

Uwarunkowania biopsychiczne dziecka to także istotne czynniki decydujące o powstawaniu trudności wychowawczych. Kenneth Lovell przedstawia następującą ich klasyfikację:

- destruktywne postawy wobec ludzi i rzeczy,
- panika,
- niepokój oraz strach przed ciemnością,
- marzenia na jawie,
- nieustępliwość,
- przeczulenie,
- łatwe uleganie nastrojom,
- moczenie nocne, obgryzanie paznokci, ssanie kciuka,
- czerwienienie się i blednięcie, drżenie rąk (za: Dąbrowska, Wojciechowska 1997, s. 156).

Podobną klasyfikację przyjmuje A. Lang, który trudności wychowawcze wynikające z uwarunkowań biopsychicznych przedstawia w następujący sposób:

- niezdyscyplinowanie, wybuchy gniewu,
- nieśmiałość,
- ssanie palców, niechęć do kładzenia się spać wieczorem, moczenie nocne,
- płaczliwość i narzekanie (ibidem, s. 156).

Halina Spionek wyróżnia uczniów sprawiających trudności wychowawcze:

- łatwych do prowadzenia,
- dość łatwych,
- przeciętnie trudnych do prowadzenia,
- bardzo trudnych (ibidem, s. 159–160).

Trudności wychowawcze ucznia bardzo często spowodowane są anomaliami rozwojowymi. Zalicza się do nich między innymi wady słuchu, defekty mowy, wady wzroku. Uczeń ze słabym słuchem jest często wyśmiewany przez kolegów, ma problemy z poprawnym wysławianiem się i opanowaniem materiału. Z kolei uczeń z wadami wymowy ma ogromne trudności z artykulacją głosek, jest ośmieszany, smutny i bardzo nieszczęśliwy. Do kluczowych defektów mowy zaliczyć można jąkanie się i seplenienie. Wszystkie te wady mogą niekorzystnie wpłynąć na dalszą edukację dziecka. W okresie przedszkolnym i szkolnym niejedno dziecko z zaburzeniami nerwicowymi „nerwowo reaguje na bodźce – albo zbyt silnie, albo zbyt słabo" (Jundził 1989, s. 107–110).

Kolejną przyczyną trudności wychowawczych jest nadmierna aktywność dziecka. Cechy charakterystyczne takiego zachowania to:

- roztargnienie,
- brak koncentracji uwagi,
- błędne lub niedokładne wykonywanie zadań wynikające z szybkości działania,
- tiki nerwowe, takie jak obgryzanie ołówka lub paznokci,
- zaburzenia w myśleniu, pamięci i mowie,
- wzmożona wrażliwość i szybkość obrażania się,
- kradzieże i kłamstwa,
- lękliwość,
- agresja werbalna i fizyczna,
- przemoc emocjonalna i cielesna (Różycka 2007, s. 821).

Dziecko przejawiające nadmierną aktywność jest ruchliwe i impulsywne w działaniu. Wymaga stałej opieki rodziców i nauczycieli. Bardzo trudno nawiązuje kontakt z rówieśnikami. Uczeń nie zawsze da się lubić, zwykle rozpoczyna bójki, jest konfliktowy, dokucza innym dzieciom (Siemek 1987, s. 176).

Typologię trudności wychowawczych wynikającą z nadmiernej aktywności ucznia przedstawił Ludwik Bandura:

- przeszkadzanie nauczycielowi i uczniom podczas lekcji, przejawiające się w zbytniej ruchliwości i braku opanowania,
- zachowania agresywne,
- brak szacunku do nauki szkolnej i szkoły,
- nieprzestrzeganie zasad kultury osobistej,
- wagary, ucieczki z domu,
- naruszanie prywatności ucznia,
- kłamstwo (za: Łobocki 1989, s. 20).

Kolejną klasyfikację trudności wychowawczych dziecka nadmiernie aktywnego zaproponował Arnold Buss:

- stosowanie przemocy fizycznej w stosunku do rówieśników,
- kłótnie, krzyki,

- groźby, przekleństwa,
- obmawianie, niszczenie cudzej własności,
- krzyk, tupanie nogami, trzaskanie drzwiami,
- niechęć do współpracy z kolegami,
- brak zaufania do innych osób,
- pobudliwość, obraźliwość, zrzędliwość, szorstkość i grubiańskość, i to z błahych często powodów,
- urazy i poczucie krzywdy,
- poczucie winy (ibidem, s. 20–22).

Przesadna bierność to następna przyczyna trudności wychowawczych, przejawiająca się w takich zachowaniach jak:

- fobie szkolne, lękliwość,
- wstydliwość,
- nieuczestniczenie w uroczystościach rodzinnych i szkolnych,
- brak niezależności,
- samotność w otoczeniu społecznym (rodzinie, szkole, grupie rówieśniczej),
- brak zainteresowań,
- niepodejmowanie zadań,
- zaburzenia snu (Różycka, s. 821–822).

Ludwik Bandura dokonał podziału trudności wychowawczych sprawianych przez dzieci przesadnie bierne. Wyróżnił dzieci:

- zachowujące się biernie,
- spokojne,
- ociężałe,
- nieśmiałe,
- z niską samooceną,
- niesamodzielne,
- wykazujące wyraźnie osłabioną aktywność społeczną i poznawczą,
- unikające nawiązywania kontaktów z innymi,
- przejawiające lęk, nieśmiałość, apatię, niezadowolenie z siebie, nieufność do innych ludzi (za: Dąbrowska, Wojciechowska 1997, s. 159).

Ucznia przesadnie biernego nieco inaczej przedstawia Herbert Quay. Według tego autora jest to uczeń, który:

- doznaje stanów lękowych,
- przeżywa różnego typu bojaźnie,
- boi się innych ludzi,
- przejawia strach przed otoczeniem, ciemnością i zwierzętami (za: Łobocki 1989, s. 27).

Główną cechą dziecka przesadnie biernego jest obniżona ruchliwość. Zazwyczaj w szkole spędza czas w samotności, nie lubi wychodzić na przerwę, woli przebywać w klasie. Sprawdziany sprawiają mu duży kłopot. Na pytania zadawane przez nauczyciela odpowiada wolno, długo się zastanawia, często polecenia są dla niego nie zrozumiałe. Na tle klasy dziecko wykazuje poziom ucznia przeciętnego (Jundziłł 1989, s. 153).

Oddziaływania środowiska społecznego to kolejna determinanta warunkująca trudności wychowawcze. Charakterystyczne zachowania to:

- mówienie nieprawdy,
- wagary,
- wrogość wobec środowiska społecznego,
- trudności w nauce,
- negatywne zainteresowania,
- nerwice, agresja,
- przemoc,
- brak wytrwałości,
- niezdyscyplinowanie,
- nadpobudliwość ruchowa,
- ucieczki z domu,
- kradzieże,
- nieśmiałość, lękliwość,
- wulgarny język (Różycka 2007, s. 822).

Współcześnie istotnym czynnikiem warunkującym trudności wychowawcze jest również nałogowe korzystanie z technologii cyfrowych. Dzieci nadużywające internetu, telefonu komórkowego lub gier komputerowych ograniczają znacznie bezpośrednie kontakty z rówieśnikami, mają trudności z koncentracją, przejawiają trudności w nauce, rezygnują z dotychczasowej aktywności pozalekcyjnej na rzecz czasu spędzanego z multimediami. Nie zawsze są świadome, iż w sieci grożą im różnorodne niebezpieczeństwa, tj. cyberprzemoc, utrata danych osobowych, e-hazard, kontakty z nieodpowiednimi treściami itp. (Krzyżak-Szymańska, Kowalkowska, Szymański 2016, s. 67).

Identyfikacja problemu nadużywania internetu przez ucznia staje się sygnałem dla szkoły do podjęcia działań interwencyjnych, obejmujących między innymi współpracę z rodzicami i psychologiem, wsparcie specjalistów, podjęcie terapii, interwencję prawną itp.

Rodzinne i szkolne uwarunkowania niewłaściwych postaw uczniów

Postawy rodziców i nauczycieli wobec dzieci mają ogromny wpływ na kształtowanie się osobowości dziecka, na jego zachowanie, rozwój emocjonalny i intelektualny.

Postawy rodzicielskie albo decydują o prawidłowym rozwoju, albo niekorzystnie oddziałują na kształtowanie się osobowości. Wywierają tak głęboki wpływ między innymi dlatego, że „emocjonalny stosunek rodziców do dziecka wyraża się w każdym nieomal słowie skierowanym do niego, w każdej czynności związanej z jego pielęgnacją i opieką nad nim" (Ziemska 1986, s. 156). Rodzice nie zawsze są świadomi, iż stanowią wzory osobowe naśladowane przez dzieci. Decydujący jest sposób postępowania rodziców, sposób odnoszenia się do siebie nawzajem i do dziecka.

Maria Ziemska ujmuje postawę rodzicielską jako specyficzne zachowanie się rodzica w stosunku do dziecka. Wyodrębniła ona postawy właściwe, czyli „zdrowe", oraz niewłaściwe – „chorobotwórcze". Do właściwych postaw rodzicielskich należą:

- Akceptacja dziecka – przyjęcie go takim, jakie ono jest z jego cechami fizycznymi, usposobieniem, z jego umysłowymi możliwościami i łatwością osiągnięć w jednych dziedzinach, a ograniczeniami i trudnościami w innych.
- Współdziałanie z dzieckiem, świadczące o pozytywnym zainteresowaniu zabawą i pracą dziecka, a także angażowanie go w zajęcia domowe – odpowiednio do jego możliwości rozwojowych.
- Dawanie dziecku właściwej dla jego wieku rozumnej swobody.
- Uznanie praw dziecka w rodzinie za równe, bez przeceniania jego roli. Rodzice ustosunkowują się do przejawów aktywności dziecka w sposób swobodny, nieformalny i nie wścibski czy dyktatorski, mając przy tym na uwadze poziom rozwoju dziecka (ibidem, s. 184–186).
- Grupa niewłaściwych postaw rodzicielskich według Marii Ziemskiej to (1969, s. 71–79):
- Postawa unikająca – cechuje ją ubogi stosunek uczuciowy między rodzicami a dzieckiem lub zupełna obojętność uczuciowa rodziców.
- Postawa odtrącająca – dziecko jest odczuwane jako ciężar, który naraża rodziców na różnego rodzaju niewygody, ogranicza ich swobodę. Rodzice nie lubią dziecka i nie życzą go sobie, żywią wobec niego uczucie rozczarowania, zawodu.
- Postawa nadmiernie wymagająca – rodzice nie liczą się z indywidualnymi cechami i możliwościami dziecka. Z góry zakładają dostosowanie się dziecka do wytworzonego przez nich wzoru osobowego.
- Postawa nadmiernie chroniąca – podejście do dziecka jest bezkrytyczne, a ono samo uważane jest za wzór doskonałości. Rodzice traktują dzieci zbyt pobłażliwie, z nadmierną opiekuńczością, starają się rozwiązywać za nie wszystkie problemy życiowe, nie dopuszczając ich do głosu i nie pozwalając na samodzielność.

Prawidłowe postawy rodziców zbliżają i jednoczą wszystkich członków rodziny, natomiast nieprawidłowe „mogą wpłynąć na zanikanie lub zubożenie więzi uczuciowej. Nie bez znaczenia są też stosunki wzajemne rodziców. Brak więzi uczuciowej między nimi sprawia, że rodzina staje się zagrożeniem dla rozwoju dzieci. Ulega bowiem zmianie jej struktura, spoistość, stosunki wzajemne z pozytywnych przechodzą w obojętne

lub negatywne. Członkowie rodziny wytrąceni są z równowagi, zaburza się rozwój psychiczny dziecka, utrudnia jego przystosowanie społeczne. Częstym efektem takiej sytuacji mogą być zachowania aspołeczne dzieci. Rodzice bezwarunkowo akceptujący dziecko, dający mu ciepło, rozumiejący je i prawidłowo się z nim komunikujący oraz szczerzy wobec wszystkich członków rodziny, stymulują jego wzrost, rozwój, dojrzewanie, udoskonalanie stosunków z innymi" (Sokal 2004, s. 197).

Środowisko szkolne również odgrywa ważną rolę w kreowaniu postaw dziecka. Do najważniejszych czynników potęgujących trudności wychowawcze można zaliczyć:

- zbyt obszerne programy nauczania,
- brak zainteresowania ze strony nauczyciela,
- podręczniki pisane przez fachowców, nieliczących się z poziomem inteligencji, zainteresowaniami i upodobaniami ucznia,
- duża liczba uczniów w klasie szkolnej lub w grupie dzieci przedszkolnych,
- liczne klasy (powyżej 25 uczniów) i szkoły liczące ponad tysiąc uczniów,
- mała liczba lekcji wychowania fizycznego i zajęć praktyczno-technicznych,
- wadliwy system kształcenia nauczycieli i brak motywowania ucznia do nauki,
- zaniżone oczekiwania nauczyciela wobec ucznia,
- niska pozycja społeczna ucznia w klasie szkolnej,
- błędy wychowawcze nauczyciela,
- drugoroczność, trudności w nauce, przeciążenie pracami domowymi (Łobocki 1989, s. 54–60).

Warto zwrócić uwagę na pogląd Haliny Spionek, zdaniem której „należy odróżnić od siebie trzy sprawy, które dość często bywają mieszane:

- szkołę jako pierwotną przyczynę zaburzeń rozwoju;
- szkołę jako teren, na którym ujawniają się istniejące już zaburzenia rozwoju;
- szkołę jako jedno z ogniw w złożonym procesie patologizacji dziecka, jeśli staje się ona miejscem porażek oraz przeżywanych niepowodzeń" (za: Pospiszyl, Żabczyńska 1985, s. 104).

Trudności wychowawcze uczniów w szkole uzależnione są również od zjawisk z dziedziny wychowania, należą do nich między innymi:

- wychowanie, które nie uwzględnia sytuacji społecznej, politycznej, ekonomicznej;
- wychowanie fikcyjne, w którym wychowawca nie wspiera rozwoju dziecka, relacje między nauczycielem a uczniem są symulowane;
- wychowanie wyobcowane polegające na zdarzeniu, gdzie dzieci traktowane są przez nauczycieli przedmiotowo, zaś sami nauczyciele dążą do osiągnięcia jakiś celów;
- wychowanie zawładniające mające miejsce wtedy, gdy nauczyciel usiłuje wykorzystać swoje stanowisko, i chce zapanować nad uczniem (Grzybek, Michałowski, Studenski 2004, s. 109).

Ważną przyczyną trudności wychowawczych w szkole jest także unikanie przez ucznia kontaktu z nauczycielem. Uczeń nie wyraża woli nawiązywania kontaktu, ponieważ „w jego rezultacie nasila się koszmar odpytywania i innych form psychicznego udręczenia" (Makowski 1994, s. 138–139).

Ważnym elementem w zapobieganiu i niwelowaniu trudności wychowawczych jest świadomość wpływu wielu czynników na kształtowanie się tego zjawiska. Uważna obserwacja ucznia, trafna diagnoza, znajomość trudności wychowawczych przez nauczyciela-wychowawcę decyduje o właściwej działalności zapobiegawczej.

Badania własne

Badania przeprowadzono na przełomie kwietnia i maja 2016 r. Wzięło w nich udział 83 rodziców uczniów edukacji wczesnoszkolnej, uczęszczających do Szkoły Podstawowej nr 15 Mistrzostwa Sportowego w Żorach. Celem badań było poznanie opinii rodziców na temat trudności wychowawczych dzieci. W związku z powyższym przygotowano anonimową ankietę zawierającą następujące pytania:

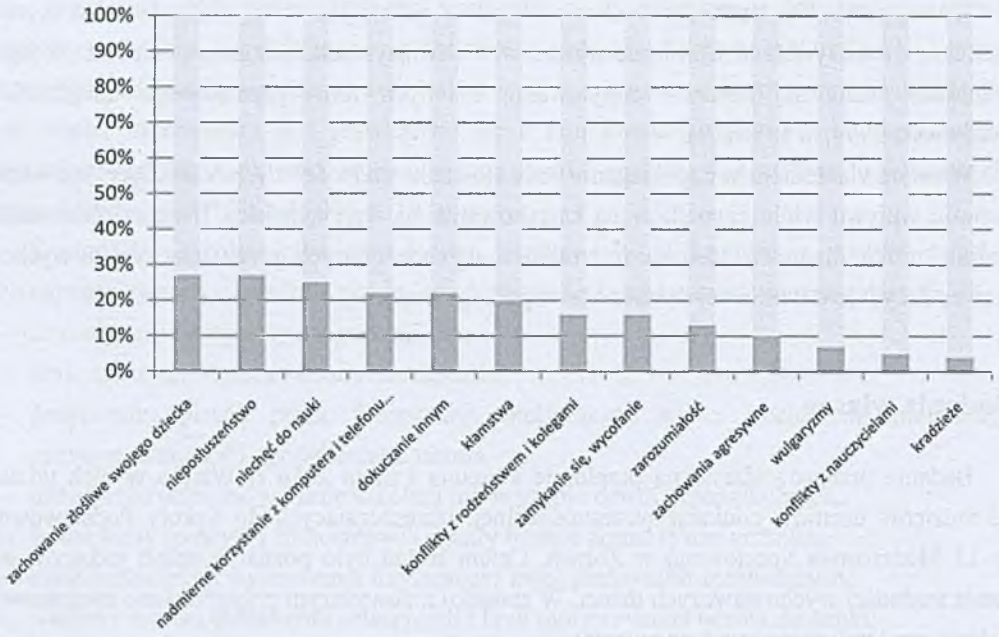
- Jakie rodzaje trudności wychowawczych przejawia Państwa dziecko (dzieci)?
- Jakie najczęstsze przyczyny, Państwa zdaniem, powodują trudności wychowawcze?
- W jaki sposób Państwo radzą sobie z trudnościami wychowawczymi dziecka?

Odpowiedzi na pierwsze pytanie, dotyczące rodzajów trudności wychowawczych, ujęto na wykresie 1.

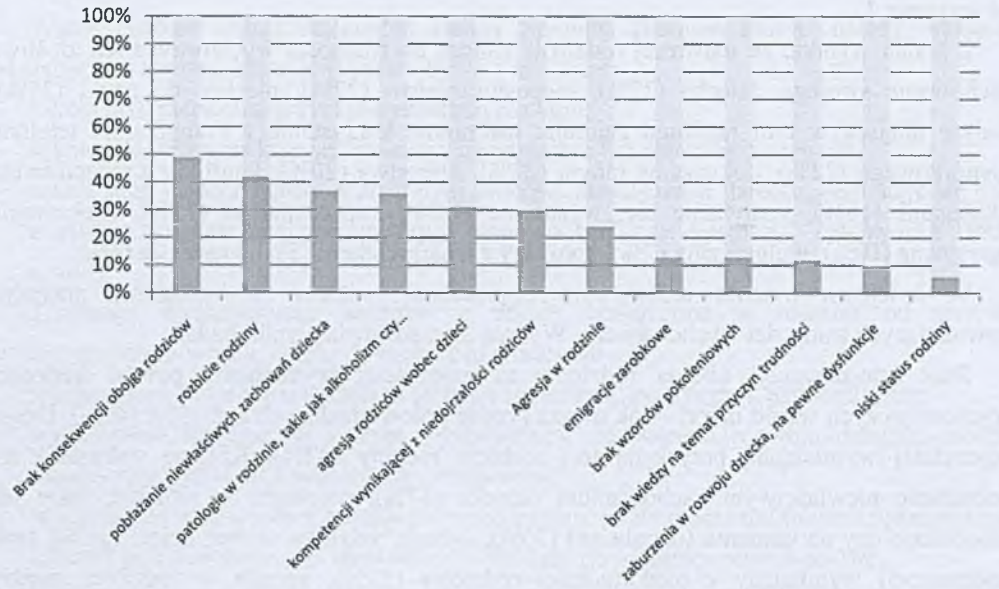
Z badań wynika, że najwięcej rodziców zalicza do trudności wychowawczych złośliwe zachowanie swojego dziecka (27%), nieposłuszeństwo (27%), niechęć do nauki (25%). Dalsze miejsca w tym rankingu zajmują: nadmierne korzystanie z komputera i telefonu komórkowego (22%), dokuczanie innym (22%), kłamstwa (20%), konflikty z rodzeństwem i kolegami (16%), zamykanie się, wycofanie (16%), zarozumiałość (13%), zachowania agresywne (10%), wulgaryzmy (7%), konflikty z nauczycielami (5%), kradzieże (4%).

W kolejnym pytaniu ankietowym poproszono rodziców o wskazanie przyczyn powodujących trudności wychowawcze. Wykres 2 przedstawia wyniki badań.

Brak konsekwencji obojga rodziców to najczęściej wymieniany powód trudności wychowawczych wśród dzieci – tak uważa prawie połowa badanych rodziców (49%). Drugą najczęściej wymienianą przyczyną jest rozbicie rodziny (42%). Kolejne wskazania to: pobłażanie niewłaściwym zachowaniom dziecka (37%), patologie w rodzinie, takie jak alkoholizm czy narkomania (dopalacze) (36%), agresja rodziców wobec dzieci (31%), brak kompetencji wynikający z niedojrzałości rodziców (30%), agresja w rodzinie, między rodzicami (24%), emigracja zarobkowa (13%), brak wzorców pokoleniowych (13%), brak wiedzy na temat przyczyn trudności (12%), zaburzenia w rozwoju dziecka (10%), niski status rodziny związany z bezrobociem lub pracą o niskim wynagrodzeniu (6%).

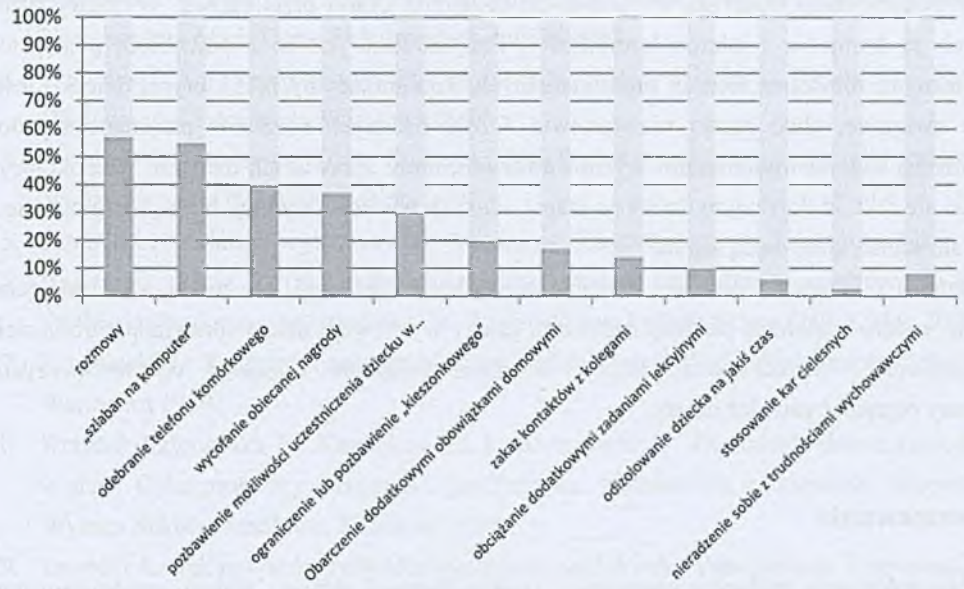


Wykres 1. Rodzaje trudności wychowawczych
Sketch 1. Types of educational difficulties
Źródło: badania własne. Suma wskazań procentowych przekracza 100, ponieważ respondenci mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi



Wykres 2. Przyczyny powodujące trudności wychowawcze
Sketch 2. Reasons of educational difficulties
Źródło: badania własne. Suma wskazań procentowych przekracza 100, ponieważ respondenci mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Wykres 3 prezentuje odpowiedzi na kolejne pytanie zawarte w sondażu diagnostycznym. Dotyczyło ono sposobów radzenia sobie przez rodziców z trudnościami wychowawczymi własnego dziecka.



Wykres 3. Sposoby radzenia sobie przez rodziców z trudnościami wychowawczymi własnego dziecka
Sketch 3. Parents' methods of dealing with educational difficulties in their children
Źródło: badania własne. Suma wskazań procentowych przekracza 100, ponieważ respondenci mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Najczęściej wymienianym sposobem radzenia sobie z trudnościami wychowawczymi są rozmowy, które wskazało 57% badanych rodziców. Kolejne sposoby to zakazy: „szlaban na komputer" stosuje 55% rodziców, 40% odbiera dziecku telefon komórkowy, 37% wycofuje obiecaną nagrodę, 30% ankietowanych pozbawia dziecko możliwości uczestniczenia w zajęciach sprawiających mu satysfakcję, 20% ogranicza lub pozbawia kieszonkowego. Dodatkowymi obowiązkami domowymi obarcza dziecko 17% badanych rodziców, 14% stosuje zakaz kontaktów z kolegami, 10% obciąża dodatkowymi zadaniami lekcyjnymi, a 6% odizolowuje dziecko na jakiś czas (6%). Do stosowania kar cielesnych przyznało się 2,7% rodziców, choć autorce, pracującej w tej placówce, wydaje się ten wynik mocno zaniżony. 8% rodziców przyznało, iż nie radzi sobie z trudnościami wychowawczymi pojawiającymi się u ich dzieci.

Badania dają podstawę do konkluzji. Na uwagę zasługują te odpowiedzi rodziców, które pokazują rzeczywisty model funkcjonowania dziecka, zarówno w rodzinie, jak i w szkole. Według rodziców najważniejszą przyczyną powstawania trudności wychowawczych dziecka jest brak konsekwencji obojga rodziców. Wynika to prawdopodobnie z faktu, iż wielu rodziców nie żyje w stałych związkach, jest po rozwodach lub w separacji. W efekcie jeden

z rodziców opiekuje się dziećmi w systemie weekendowym, incydentalnie lub w ogóle. Brak stałości rodziny, brak wspólnych podejmowanych decyzji, „rekompensowanie" nieobecności obojga rodziców poprzez pobłażanie niewłaściwym zachowaniom nie sprzyja prawidłowemu rozwojowi dzieci, a w konsekwencji powoduje wystąpienie trudności wychowawczych.

W pokonywaniu trudności wychowawczych istotną „kartą przetargową" w dzisiejszych czasach są komputer i telefon komórkowy. Podyktowane jest to z pewnością postępem technicznym, rozwojem technik multimedialnych, komunikacyjnych, z którymi dziecko jest ściśle związane, choć często niewłaściwie. Część badanych rodziców przyznaje się do nieradzenia sobie z trudnościami wychowawczymi, które sprawia ich dziecko. Niepokojący wydaje się fakt, iż dotyczy to dzieci na etapie edukacji wczesnoszkolnej. Nasuwa się pytanie: to co się stanie, kiedy będą starsze?

Analiza odpowiedzi powinna skłaniać nie tylko do refleksji, ale również do podjęcia działań w celu udzielenia pomocy rodzicom, którzy wychowują dzieci sprawiające trudności wychowawcze. Wszechstronną pomoc w przezwyciężaniu trudności wychowawczych powinny otrzymać również dzieci.

Podsumowanie

Uwarunkowania trudności wychowawczych są liczne i złożone. Należy zwrócić uwagę na czynniki decydujące o ich powstawaniu, takie jak środowisko rodzinne, szkolne i społeczne. Reakcje interpersonalne w rodzinie, doświadczenia społeczne z rówieśnikami i nauczycielami to mechanizmy modelujące postawy dzieci. Problemy dzisiejszego ucznia wymagają od nauczycieli podjęcia zamierzonych i zdecydowanych działań, mających na celu ograniczenie występowania trudności wychowawczych. Warunkiem skuteczności nauczycieli będą z jednej strony ich kompetencje psychologiczno-pedagogiczne w zakresie radzenia sobie z uczniem przejawiającym trudności wychowawcze, z drugiej zaś tworzenie organizacyjnych ram wspierających wszelkie związane z tym działania. Pedagogizację rodziców należy ukierunkować na umiejętność dostrzegania nie tylko wad dziecka, ale również pozytywów, na wzmacnianie mocnych stron dziecka i kreowanie jego aktywności. Praca z dzieckiem przejawiającym trudności wychowawcze wymaga również znajomości metod zapobiegania trudnościom oraz diagnozy środowiska ucznia.

Bibliografia

1. Czapiga A. (red.): Psychospołeczne problemy rozwoju dziecka. Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne. Adam Marszałek, Toruń 2004.
2. Dąbrowska T., Wojciechowska B.: Między praktyką a teorią wychowania. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1997.
3. Dąbrowski K.: Społeczno-wychowawcza psychiatria dziecięca. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1969.
4. Grzybek G., Michałowski S., Studenski M.: Etyczne podstawy pedagogiki społecznej. Wydawnictwo ATH, Bielsko-Biała 2004.
5. Jundziłł I.: Trudności wychowawcze w rodzinie. Nasza Księgarnia, Warszawa 1989.
6. Kaleta K., Mróz J. (red.): Psychologiczne aspekty trudności w wychowaniu dzieci z zaburzeniami rozwoju i zachowania. Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2010.
7. Kozielecki J.: Rozwiązywanie problemów. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1969.
8. Krzyżak-Szymańska E., Kowalkowska J., Szymański A.: Zagrożenia dzieci i młodzieży w sieci. Cyberproblemy, diagnoza i profilaktyka. Vademecum nauczyciela. Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa, Katowice 2016.
9. Lewicki A.: Jak powstają trudności wychowawcze? Wiedza Powszechna, Warszawa 1957.
10. Łobocki M.: Trudności wychowawcze w szkole. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1989.
11. Makowski A.: Niedostosowanie społeczne młodzieży i jej resocjalizacja. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
12. Małkiewicz E.: Diagnoza dziecka z zaburzeniami zachowania i jej zastosowanie w pracy pedagoga szkolnego, [w:] Czapiga A. (red.): Psychospołeczne problemy rozwoju dziecka. Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne. Adam Marszałek, Toruń 2004.
13. Pospiszyl K., Żabczyńska E.: Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985.
14. Różycka E. (red.): Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, t. 6. Żak, Warszawa 2007.
15. Siemek D.: Problemy wychowawcze wieku przedszkolnego. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1987.
16. Sokal U.: Czynniki wpływające na kształtowanie się więzi w rodzinie, [w:] Tyszka Z. (red.): Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunki przemian. Poznań 2004.
17. Ziemska M.: Postawy rodzicielskie. Wiedza Powszechna, Warszawa 1969.
18. Ziemska M. (red.): Rodzina i dziecko. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1986.

NAUCZYCIEL I RODZIC WOBEC TRUDNOŚCI WYCHOWAWCZYCH DZIECKA W EDUKACJI WCZESNOSZKOLNEJ

Streszczenie

Trudności wychowawcze dzieci i młodzieży to problem współczesnej rodziny i szkoły. Uwarunkowania tego zjawiska są liczne i złożone. Należy zwrócić uwagę na czynniki decydujące o trudnościach wychowawczych, takie jak środowisko rodzinne, szkolne i społeczne. Celem mojego artykułu jest ukazanie rodzajów trudności wychowawczych, przyczyn i sposobów ich niwelowania. Dla potrzeb diagnostycznych przeprowadziłam badania wśród rodziców dzieci edukacji wczesnoszkolnej.

PARENTS AND TEACHERS IN RELATION TO EDUCATIONAL DIFFICULTIES IN PRIMARY EDUCATION

Summary

Behaviour issues in children and the youth are a common problem of contemporary family and school. The conditions of behaviour issues are complex and numerous. It is important to pay attention to the factors determining the educational issues such as family, school and society. The aim of my article is to present various kinds of educational difficulties, causes and methods of their overcoming. For diagnosing the phenomenon I research among parents of primary school students.

Katarzyna KAMIŃSKA
Wydział Nauk Pedagogicznych, Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECKA POPRZEZ DOSKONALENIE ZMYSŁÓW. ZASTOSOWANIE MATERIAŁÓW ROZWOJOWYCH W METODZIE MARII MONTESSORI

„Nie pojmie rozum, czego zmysły nie odczują."
Arystoteles

Wstęp

Zmysły. To dzięki nim świat staje się bardziej zrozumiały. To dzięki nim dziecko uczy się siebie i świata. O tym, jak ważne jest prawidłowe funkcjonowanie zmysłów, wiemy nie od dziś, a jak cenne są dla prawidłowego, codziennego funkcjonowania, wiedzą szczególnie ci, którzy w obrębie któregokolwiek ze zmysłów borykają się z trudnościami, dysfunkcjami, niepełnosprawnościami.

Zmysły, jakimi posługuje się człowiek, są z sobą ściśle powiązane. W toku rozwoju w mózgu tworzą się liczne połączenia pozwalające prawidłowo interpretować rzeczywistość i podejmować reakcje adekwatne do bodźców. Proces ten rozumiany jest jako integracja sensoryczna. Według Jean Ayres „integracja sensoryczna to możliwość rejestrowania informacji ze świata zewnętrznego przez narządy zmysłów, ich przetwarzanie w ośrodkowym układzie nerwowym i wykorzystanie do celowego działania" (za: Maas 2007, s. 32).

Zgodnie z założeniami teoretycznymi dotyczącymi diagnozy i terapii integracji sensorycznej u podstaw rozwoju człowieka istnieją trzy układy sensoryczne: dotykowy, przedsionkowy i proprioceptywny. Zaczynają one funkcjonować już w okresie życia płodowego. „Pomimo że nie są one dostrzegane tak jak zmysł wzroku, słuchu, węchu, smaku, to dostarczają bodźców do stymulacji zmysłów wyższego rzędu" (Maas 1998, s. 21).

Maria Montessori, mówiąc o rozwoju człowieka, posługuje się pojęciem „wrażliwe fazy", rozumiejąc pod nim okresy szczególnej wrażliwości na wybrane bodźce z otoczenia. Zgodnie z wyróżnionymi przez Montessori fazami, dziecko rozwija się od „nieświadomego odkrywcy" do „świadomego twórcy", co oznacza, że jego wrażenia wchłonięte z otoczenia będą analizowane i różnicowane (Montessori 2005).

Wychowanie według Marii Montessori powinno wspierać indywidualny rozwój dziecka, gdyż każde dziecko ma zakodowany wewnętrzny plan rozwoju, który można określić na podstawie obserwacji jego zachowań ujawnianych w atmosferze wolności.

Metoda Montessori skupia uwagę głównie na wolności najmłodszych, to ona bowiem wyzwala kreatywność, obecną w ich naturze. System edukacji powinien odpowiadać możliwościom i dążeniom dziecka.

Neurobiolodzy, psychologowie, pedagodzy podkreślają, że w świadomej fazie rozwoju należy zacząć od kształcenia zmysłów, jeśli chcemy je później wykorzystać i użyć ich w procesach wychowania i nauczania. „Zmysły są kanałami, poprzez które poznajemy nie tylko otaczającą nas rzeczywistość ale przede wszystkim samych siebie. Stanowią one podstawę zdrowego życia, a także siłę poznawczą" (Montessori 2005).

Kształcenie zmysłów w okresie wczesnego dzieciństwa w świetle koncepcji Marii Montessori

Akcent na poznanie samego siebie wydaje się tu kwestią centralną. Maria Montessori opracowała środek do tego poznania – metodę pokazującą, jak to osiągnąć. Jej koncepcja przygotowanego otoczenia kładzie nacisk na stworzenie miejsca, w którym dziecko ma możliwość pełnego, optymalnego rozwoju. Pomoce stworzone przez autorkę z uwagi na nieocenione walory edukacyjne nazywane są kluczami do świata.

Zmysły dzieci w wieku od 3 do 6 lat znajdują się w fazie kształtowania, która poprzedza rozwój wyższych funkcji intelektualnych. „Możemy zatem wspomóc rozwój zmysłów właśnie wtedy, kiedy dziecko jest w tym okresie życia, poprzez stopniowanie i dostosowanie bodźców, tak jak przy wspomaganiu kształtowania mowy, zanim się ona zupełnie rozwinie" (Montessori 2014, s. 127).

Montessori uważa, że aktywność dziecka w tym okresie pobudzają bodźce, a nie rozum. „Jest to więc okres metodycznego kierowania bodźcami zmysłowymi, aby rozwój percepcji wrażeń rozwijał się racjonalnie i przygotował unormowaną podstawę do zbudowania pozytywnego nastawienia u dziecka do ich odbioru" (Montessori 2014, s. 127). Dzięki kształceniu zmysłów możliwe staje się zdiagnozowanie wad rozwojowych.

Montessori przekonuje: „W celu uniknięcia nieporozumień i odparcia głosów krytyki, które podniosły się już po upowszechnieniu naszej metody na całym świecie, należałoby dokładnie ustalić cel kształcenia zmysłów. Oczywista wartość ich kształcenia i doskonalenia polega na tym, że stanowi ono – poszerzając pole percepcji – coraz mocniejszą i bogatszą podstawę do rozwoju inteligencji" (Montessori 2014, s. 91).

Kształcenie i doskonalenie zmysłów, szczególnie w okresie wczesnego dzieciństwa, bezsprzecznie przynosi korzyści dla dalszego rozwoju, gdyż to w tym okresie głównie „kształtują się myśli przewodnie i nawyki rozumu" (Montessori 2014).

Materiał rozwojowy w metodzie Montessori a doskonalenie zmysłów

Dla każdego zmysłu istnieją pomoce dydaktyczne o różnych stopniach trudności, tworzące jednak spójną całość, zwane Materiałem Montessori. Maria Montesorii opracowała je na podstawie prac Jeana Itarda i Eduarda Seguina badających dzieci z upośledzeniem umysłowym. W skład zestawów wchodzą także przedmioty stosowane w psychologii eksperymentalnej oraz liczne pomoce zaprojektowane przez Montessori w okresie jej pierwszych doświadczeń związanych z opracowywaniem nowej metody.

Przedmioty zostały uporządkowane według właściwości takich jak: barwa, rozmiar, kształt, waga, faktura, dźwięk, temperatura. Każdą grupę cechuje jedna stała cecha, ale różny jest jej stopień. Różnica między cechami jest stała, a jeśli to możliwe – ustalona matematycznie.

Praca z materiałem sensorycznym obejmuje:

- zmysł wzroku – w tym spostrzeganie wymiarów, form i powierzchni, kolorów;
- zmysł słuchu – odsłuchiwanie, porównywanie, rozróżnianie dźwięków;
- zmysł dotyku – rozróżnianie materiałów (faktura, waga, kształt), temperatur, dostosowywanie siły nacisku;
- zmysł smaku – doznawanie, rozpoznawanie, porównywanie smaków;
- zmysł węchu – poszukiwanie zapachów w otoczeniu, rozróżnianie zapachów, porównywanie ich;
- zmysł stereognostyczny – tzw. szósty zmysł, zmysł mięśniowy, pozwalający na przechowywanie wielu wrażeń w pamięci mięśniowej lub pamięci wykonywanych ruchów.

Praca z materiałami zaprojektowanymi przez Marię Montessori pozwala także na rozpoznanie deficytów rozwojowych w zakresie rozwoju umysłowego.

Każde dziecko pracuje tak długo z jednym materiałem, dopóki nie odczuje wewnętrznej satysfakcji z prawidłowo wykonanego zadania. Następny etap to ćwiczenia o wyższym stopniu trudności. W trakcie powtórek ćwiczone są zarówno motoryka, jak i sensoryka.

Szczególną cechą materiału jest to, że nie pozwala on pozostać dziecku obojętnym, wychodzi naprzeciw różnym zainteresowaniom i inicjuje aktywność dziecka. Dobór materiału i szczególny sposób pracy z nim zmusza dziecko do myślenia, a zarazem wspiera je w tym procesie. Dzieci muszą planować, przygotowywać, orientować się w sytuacji, podejmować decyzje z uwzględnieniem zdania innych dzieci. Uczą się również porozumiewania z otoczeniem, wchodzenia w interakcje.

Korzyści płynące z pracy z materiałem zaproponowanym przez Marię Montessori do kształcenia i doskonalenia zmysłów są następujące:

- materiał zmysłowy pomaga dziecku uporządkować wiedzę o otaczającym świecie;
- dzięki materiałowi zmysłowemu znaczenie poznawanych pojęć jest dla dziecka zawsze jasne, gdyż dziecko ma możliwość doświadczenia ich właściwości (od dotyku do pojęcia);

- zmysły są pierwszym narzędziem poznania i zrozumienia świata;
- za pomocą materiału zmysłowego buduje się porządek w umyśle.

Duchowa przemiana w dziecku znajduje odzwierciedlenie w psychologii rozwojowej. W wieku 3–6 lat dziecko przechodzi okres szybkiego rozwoju fizycznego i rozwoju zmysłów, a także tworzenia psychicznej i zmysłowej rzeczywistości. Uwaga dziecka zostaje skierowana na obserwację. Studiuje ono otoczenie. Im bardziej drobiazgowe postrzeganie zmysłowe, tym lepsza podstawa rozwoju umysłowego. To zatem, jakie otoczenie zaproponujemy dziecku w fazie jego intensywnego rozwoju, bezpośrednio przełoży się na jego umiejętności w późniejszych etapach rozwojowych.

W tym kontekście warte wzmianki wydają się wyniki badań Roberty Michnick-Golinkoff i Kathy Hirsh-Pasek, dotyczące liczby słów zasłyszanych w codziennym życiu przez dzieci pochodzące z trzech różnych warstw społeczno-ekonomicznych. Według danych z obserwacji, przeciętne dziecko rodziny utrzymującej się z zasiłku słyszało 616 słów w ciągu godziny. Dziecko w rodzinie z klasy robotniczej słyszało 1251 słów w ciągu godziny, a dziecko ludzi wykształconych 2153 słowa w ciągu godziny. Dane te stają się przytłaczające, gdy przełożymy je na okres jednego roku. Dziecko z rodziny żyjącej z zasiłku słyszy 3 mln słów rocznie, dziecko z rodziny robotniczej 6 mln słów, a dziecko z rodziny wykształconej 11 mln słów (Michnick-Golinkoff, Hirsh-Pasek 2000).

To tylko drobny przykład odnoszący się do zmysłu słuchu. Gdy zastanowimy się nad innymi bodźcami, jakie oferujemy pozostałym zmysłom małego dziecka, zrozumiemy, że otoczenie, jakie przygotujemy dla dziecka i zaoferujemy mu w codziennym życiu, odegra ogromną rolę w jego rozwoju.

Maria Montessori mówi o zmysłach, że są „organami inteligencji, chwytającymi obrazy świata zewnętrznego, tak jak dłoń jest organem chwytającym materialne przedmioty niezbędne dla ciała. Lecz i zmysły, i dłoń mogą doskonalić się, stając się sługami coraz bardziej godnymi wielkiego wewnętrznego motoru. Kształcenie, które wzbogaca intelekt, musi uwzględnić te dwa środki zdolne do niekończącego się doskonalenia" (Montessori 2014, s. 131).

Metoda Montessori pozwala kształcić silną i kreatywną osobowość. Dzieci nieśmiałe pozyskują wiarę we własne siły, budują poczucie pewności siebie. Natomiast dzieci nadpobudliwe stają się bardziej pogodne i twórcze.

Świadomość swoich możliwości jest dla dziecka bardzo ważna w budowaniu poczucia własnej wartości. Jeśli zmysły pozwalają nam zdobywać wiedzę nie tylko o otaczającym świecie, ale także o sobie, to również mają bezpośredni wpływ na kreowanie właściwego obrazu siebie.

Współczesna szkoła mimo licznych pozytywnych przemian, które przeszła w ostatnich kilkunastu latach, ciągle jednak bazuje na pracy dwóch zmysłów: wzroku i słuchu, sporadycznie zmysłu dotyku (u bardziej świadomych pedagogów). Brakuje jednak okazji do stymulowania pozostałych zmysłów, tak aby dziecko uczestniczyło w procesie edukacji

jeszcze bardziej świadomie, wykorzystując swoje naturalne możliwości. Oczywiście zmiana podejścia wymagałaby zwiększonego wysiłku ze strony nauczycieli.

Zmysły, tak wrażliwe, uważne i chłonne w pierwszych latach życia, zamiast być doskonalone, bywają często uśpione w toku edukacji szkolnej. Gdyby było inaczej, jako dorośli ludzie potrafilibyśmy posługiwać się nim dużo sprawniej, niż ma to obecnie miejsce.

Wojciech Karolak w swoim dość mrocznym tekście kreśli specyficzną wizję apokalipsy:

„...ludzie mają oczy, a nie widzą
ludzie mają uszy, a nie słyszą
ludzie mają nosy, a nie czują
ludzie mają ręce, a nie dotykają
ludzie mają nogi, a nie chodzą
ludzie mają serca, a nie kochają..." (Karolak 1998)

Zakończenie

Narzędzia pomocne w doskonaleniu zmysłów są dostępne, a korzyści wynikające z tych działań – bezsprzeczne. Pozostaje zatem wykrzesać z siebie chęci i podjąć działania. Dotyczy to zarówno rodziców dzieci najmłodszych, jak i pedagogów dzieci nieco starszych.

W pracy nad funkcjonowaniem zmysłów metoda Montessori kładzie szczególny nacisk na kontakt z przyrodą. Jest to element jakże piękny i ważny dla rozwoju człowieka, ma istotny wpływ na zdrowie, zarówno w sensie fizycznym, jak i duchowym, kształtuje niezwykłą wrażliwość dziecka na otaczający świat.

Według Marii Montessori, gdy dziecko ma 3–6 lat, należy aktywnie stymulować jego zmysły, jeśli w późniejszym okresie chcemy uzyskać dobre efekty edukacyjne. Praca metodą Montessori od najwcześniejszych lat pozwala dziecku ukształtować:

- odwagę i niezależność w myśleniu i działaniu,
- szacunek do siebie, innych ludzi i świata przyrody,
- umysł otwarty na poznawanie świata,
- kreatywność oraz umiejętność poszukiwania rozwiązań problemów i pytań,
- uczciwość wobec siebie i innych,
- wiarę we własne możliwości.

Współczesne badania psychologiczne w dużej mierze potwierdzają to, co intuicyjnie zakładała w swojej metodzie Maria Montessori. Pisała ona, że przy użyciu proponowanych przez nią materiałów naprowadzamy dziecko na sposób podziału wrażeń, które mogą być odbierane przez każdy organ zmysłów: zapachy i smaki, dźwięki, kolory, formy i wymiary, ciężar, dotyk. Niewątpliwie chodzi też o formę wychowania, która ukierunkowuje zainteresowanie dziecka na siebie i otoczenie. Każda forma wychowania, która prowadzi do doskonalenia osobowości, wzbogaca naturalny potencjał dziecka (Montessori 1972).

Jeśli zatem dla wspomagania rozwoju dziecka możemy zrobić tak wiele i przyczynić się do jego lepszego funkcjonowania w przyszłości szkolnej i nie tylko, to przesłanie, jakie płynie z metody Marii Montessori, wydaje się nie tylko słuszne, ale i przekonujące.

Bibliografia

1. Bednarczuk B.: Materiały rozwojowe Montessori drogą indywidualnej nauki dziecka, [w:] Piwowarski R. (red.): Dziecko – nauczyciel – rodzice. Konteksty edukacyjne. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2003.
2. Guz S.: Materiały sensoryczne Montessori i ich znaczenie dla rozwoju dziecka. „Wychowanie w Przedszkolu", nr 5, 2004.
3. Karolak W.: Sztuka jako zabawa, zabawa jako sztuka. Centralny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, Warszawa 1998.
4. Maas V.: Integracja sensoryczna a neuronauka. Od narodzin do starości. Fundacja Innowacja, Warszawa 2007.
5. Maas V.: Uczenie się przez zmysły. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.
6. Miksza M.: Zrozumieć Montessori, czyli Maria Montessori o wychownaiu dziecka. Impuls, Kraków 2014.
7. Montessori M.: Domy dziecięce. Metoda pedagogiki naukowej stosowana w wychowaniu najmłodszych dzieci. Żak, Kraków 2005.
8. Montessori M.: Odkrycie dziecka. Palatum, Łódź 2014.
9. Piszczek M.: Ćwiczenia kształcące zmysły. „Rewalidacja", nr 1, 1997.

WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECKA POPRZEZ DOSKONALENIE ZMYSŁÓW. ZASTOSOWANIE MATERIAŁÓW ROZWOJOWYCH W METODZIE MARII MONTESSORI

Streszczenie

Autorka przybliża wybrane elementy pracy metodą opracowaną przez włoską lekarkę i pedagoga Marię Montessori. Zwraca szczególną uwagę na kształtowanie i doskonalenie zmysłów u dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa jako podstawę rozwoju przyszłych umiejętności praktycznych i umysłowych. Zachęca do zapoznania z materiałami rozwojowymi pomocnymi w pracy z dziećmi. Pragnie również zachęcić do refleksji współczesnych pedagogów, a rodziców do większego zainteresowania tą sferą rozwoju, jaką są nasze zmysły.

SUPPORT THE DEVELOPMENT OF A CHILD THROUGH THE IMPROVEMENT OF THE SENSES. APPLICATION OF DEVELOPMENT IN MONTESSORI METHOD

Summary

The author tries to bring some elements working method developed by Italian doctor and educator Maria Montessori. Pays special attention to shape and improve the senses of children in early childhood as a basis for the development of future skills and mental. Encouraged to familiarize with materials development helpful in working with children. She would also like to encourage you to reflect today's educators and parents to a greater interest in the sphere of development that are our senses.

SPECJALNE POTRZEBY EDUKACYJNE. WSPOMAGANIE ROZWOJU – WIELOŚĆ OBSZARÓW, WSPÓLNOTA CELÓW

Streszczenie

Niniejsza publikacja jest pracą zbiorową składająca się z trzech rozdziałów. Zawiera materiały zaprezentowane na XI Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Specjalne potrzeby edukacyjne. Wspomaganie rozwoju – wielość obszarów, wspólnota celów". W opracowaniu omówiono wiele praktycznych i efektywnych rozwiązań wykorzystywanych w pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych, przedstawiono również nowe trendy w terapii i rehabilitacji.

Rozdział I wprowadza w tematykę interdyscyplinarności w organizowaniu wspomagania rozwoju oraz działań na rzecz osób o niepełnej sprawności. Poruszone przez autorów zagadnienia dotyczą przede wszystkim sposobu funkcjonowania niepełnosprawnych członków społeczeństwa. Wskazano, że należne im wsparcie powinno być ukierunkowane na jednostkę i rodzinę. Zasygnalizowano problematykę choroby terminalnej i aktywności ruchowej osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Zwrócono uwagę na przydatność technologii cyfrowych w diagnozie logopedycznej.

W rozdziale II uwagę poświęcono edukacji specjalnej i jej współczesnym uwarunkowaniom. Badacze tej problematyki poruszyli wiele kwestii dotyczących kształcenia dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością w ramach edukacji integracyjnej i włączającej, ale też zwrócili uwagę na rolę i kondycję specjalnego kształcenia. Omówiono zarówno praktyczne rozwiązania w edukacji, jak i propozycje teoretyczne. Skupiono się między innymi na zaburzeniach zachowania młodzieży z niepełnosprawnością wzroku, wczesnym wspomaganiu małego dziecka z autyzmem, jak również organizacji systemu diagnozowania i klasyfikowania do uczestnictwa w różnych formach aktywizacji społecznej i zawodowej osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

Rozdział III prezentuje przede wszystkim treści związane z problematyką segregacji i włączania. Autorzy odnosili się do doświadczeń instytucji edukacyjnych różnego szczebla. Dokonali oceny kształcenia integracyjnego z perspektywy podmiotów zaangażowanych w jego realizację: nauczycieli, rodziców, wreszcie samych uczniów. Ważnym tematem artykułów była rola różnych placówek w kształceniu uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych, począwszy od szkół specjalnych, a na szkołach ogólnodostępnych skończywszy.

Obszar specjalnych potrzeb edukacyjnych jest dość dobrze i wnikliwie rozpoznany, niemniej wiele pozostaje jeszcze do zrobienia. Niniejsza publikacja wpisuje się w dyskusję o kierunkach prac w tej dziedzinie. Autorami artykułów w niej zamieszczonych są badacze niepełnosprawności, metodycy i terapeuci z różnych ośrodków akademickich, szkół i przedszkoli.

SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS. SUPPORTING THE DEVELOPMENT – A MULTIPLICITY OF AREAS, COMMON GOALS

Abstract

The offered publication is a collective work consisting of three distinct chapters. The discussed work is a collection of materials presented at the XI International Conference „Special Educational Needs. Supporting the development – a multiplicity of areas, common goals". This elaboration presents a number of original issues from the scope of special educational needs related to, inter alia, practical and effective solutions outlining new trends in the treatment and rehabilitation of people with disabilities and children with special educational needs.

Chapter I offers an introduction to the question of interdisciplinary paradigms in organizing the development support and the actions undertaken for the benefit of the environment of people with deficiencies. The issues brought forward and depicted by the authors refer to the functioning of the disabled members of society and include an outline of a proper support aimed at an individual and their family. The focus is also on hinting at the problems associated with terminal illness, physical activity of people with a deeper level of intellectual disability as well as contemporarily desirable digital technologies in the diagnosis of speech therapy.

In Chapter II the attention was drawn to special education and its contemporary conditions. The researchers exploring this area answered numerous questions on the formula of educating children and youth with disabilities in the field of integrative education and inclusive education, they also paid attention to the role and the condition of special education. Both the context of a number of practical solutions in education and the theoretical proposals within the area of the investigated issues were discussed in this chapter. The focus was, inter alia, on behavioural disorders of young people with visual impairment, early support for a small child with autism, as well as the organization of the system of diagnosing and classifying for participation in various forms of social and professional activation of people with a deeper level of intellectual disability.

Chapter III – presents mainly the content related to the issues of segregation and inclusion. The authors referred to both the experience of educational institutions of different levels and

the contemporary evaluation of inclusive education from the perspective of all the subjects involved in its implementation: teachers, parents, and finally the students themselves. An important area of the presented articles was constituted by the issues related to filling the space between special school and inclusion of pupils with special educational needs in mainstream schools.

The issues outlined in the title of the elaborated publication certainly include a fairly well and thoroughly explored area of special educational needs which is primarily matched by the voices of disability researchers, methodologists and therapists from various academic centres, schools and kindergartens.

WYDAWNICTWO POLITECHNIKI ŚLĄSKIEJ
ul. Akademicka 5, 44-100 Gliwice
tel. (32) 237-13-81, faks (32) 237-15-02
www.wydawnictwopolitechniki.pl

Sprzedaż i Marketing
tel. (32) 237-18-48
wydawnictwo_mark@polsl.pl

Nakł. 60 + 44	Ark. wyd. 27	Ark. druk. 19,75	Papier offset 70x100,80 g
Oddano do druku 20.12.2016	Podpisano do druku 20.12.2016		Druk ukończono w grudniu 2016 r.

Wydrukowano w Centrum Poligrafii Politechniki Śląskiej
Gliwice, ul. Łużycka 24, tel./fax: 32 231 54 18, 32 237 21 97
zam. 334/16

Książki Wydawnictwa Politechniki Śląskiej można nabyć w księgarniach:

GLIWICE

- **KSIĘGARNIA WYDAWNICTWA POL. ŚL. – Wydział Górnictwa i Geologii,** ul. Akademicka 2 (32-237-17-87)
- „MERCURIUS", ul. Prymasa S. Wyszyńskiego 14 b (32-230-47-22, 32-750-84-19)

BIAŁYSTOK

- Dom Książki Księgarnia Naukowo-Techniczna, ul. Lipowa 43 (85-742-02-25)

BYTOM

- Hurtownia Książki Technicznej „EWA", ul. Piekarska 96/13 (32-281-18-18)

GDAŃSK

- „EKO-BIS", ul. Dyrekcyjna 6 (58-305-28-53)
- PWN – ul. Narutowicza 11/12 (58-347-11-25), (507-153-408)

KATOWICE

- "Hirudina" Bartłomiej Dudek, księgarnia – antykwariat, ul. Ks. Bednorza 14, (32-352-04-48)

KRAKÓW

- Punkt Sprzedaży WND – AGH, Al. Mickiewicza 30 (12-634-46-40)
- Główna Księgarnia Naukowa – ul. Podwale 6 (12-422-37-17, 12-292-65-11)

ŁÓDŹ

- MAXIMUS Sp. z o.o., ul. Przędzalniana 133/22 (42-255-81-18)

POZNAŃ

- Księgarnia „Akademicka", ul. Piotrowo 3 (61-665-23-24)
- Księgarnia Akademii Ekonomicznej (ekonomia, zarządzanie), ul. Powstańców Wielkopolskich 16 (61-854-31-48)

WARSZAWA

- Studencka - ul. Polna 13, pawilon 7 i 8 (obok PW) (22-628-77-58)
- Ekonomiczna - LEKI - ul. Grójecka 67 (22-666-98-02)
- Dom Wydawniczy MEDIUM - ul. Karczewska 18, (22-512-60-62)
- Księgarnia Akademicka OW PW, ul. Plac Politechniki 1 (22-234-61-44)

Prezentowana monografia jest pracą zbiorową, stanowiącą zbiór materiałów zaprezentowanych na XI Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Specjalne potrzeby edukacyjne. Wspomaganie rozwoju – wielość obszarów, wspólnota celów". W opracowaniu przedstawiono wiele oryginalnych zagadnień z zakresu szeroko rozumianej problematyki specjalnych potrzeb edukacyjnych, zarówno w aspekcie praktycznych i efektywnych rozwiązań, jak i prób nakreślenia nowych trendów w terapii i rehabilitacji osób wykazujących zróżnicowane zaburzenia w rozwoju.

Autorzy publikacji podejmują w swoich opracowaniach niezwykle istotną tematykę, związaną z koniecznością wprowadzenia interdyscyplinarności w organizowaniu wspomagania rozwoju oraz działań na rzecz środowiska osób o niepełnej sprawności. Wiele uwagi poświęcają także funkcjonującym rozwiązaniom organizacyjno-metodycznym w kształceniu dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością, poddając wnikliwej analizie zagadnienia z obszaru organizowania edukacji integracyjnej i włączającej, a także uwarunkowaniom i kondycji współczesnej szkoły specjalnej.

z recenzji B. Pituły i W.A. Sacher

ISBN 978-83-7880-437-6

Wydawnictwo Politechniki Śląskiej
44-100 Gliwice, ul. Akademicka 5
tel.(32) 237-13-81, faks (32) 237-15-02
www.wydawnictwopolitechniki.pl
Dział Sprzedaży i Reklamy
tel.(32) 237-18-48
e-mail: wydawnictwo_mark@polsl.pl