

**Krzysztof Rejman, Grzegorz Błażejowski**

**PROBLEMY MEDYCZNEJ I ŚRODOWISKOWEJ  
REHABILITACJI DZIECI ORAZ MŁODZIEŻY  
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ**



**OFICyna  
WYDAWNICZA**  
POLITECHNIKI RZESZOWSKIEJ

**Rzeszów 2022**

**Krzysztof Rejman, Grzegorz Błażejowski**

**PROBLEMY MEDYCZNEJ I ŚRODOWISKOWEJ  
REHABILITACJI DZIECI ORAZ MŁODZIEŻY  
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ**



**OFICyna  
WYDAWNICZA**  
POLITECHNIKI RZESZOWSKIEJ

Wydano za zgodą Rektora

Redaktor naczelny  
Wydawnictw Politechniki Rzeszowskiej  
dr hab. inż. Lesław GNIEWEK, prof. PRz

Recenzenci  
prof. dr hab. Kamil KARDIS -Uniwersytet Preszowski  
ks. prof. dr hab. Tadeusz BĄK -PWSTE w Jarosławiu

W procesie wydawniczym pominięto etap  
opracowania językowego.  
Wydrukowano z matryc dostarczonych przez autorów.

*niepełnosprawność ruchowa*  
*rehabilitacja medyczna, rehabilitacja środowiskowa*  
*dzieci, młodzież*

© Copyright by  
Oficina Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej  
Rzeszów 2022

Wszelkie prawa autorskie i wydawnicze zastrzeżone. Każda forma powielania oraz przenoszenia na inne nośniki bez pisemnej zgody Wydawcy jest traktowana jako naruszenie praw autorskich, z konsekwencjami przewidzianymi w Ustawie o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1191 t.j.). Autor i Wydawca dołożyli wszelkich starań, aby rzetelnie podać źródło zamieszczonych ilustracji oraz dotrzeć do właścicieli i dysponentów praw autorskich. Osoby, których nie udało się ustalić, są proszone o kontakt z Wydawnictwem.

ISBN 978-83-7934-587-8

Oficina Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej  
al. Powstańców Warszawy 12, 35-959 Rzeszów  
<http://oficina.prz.edu.pl>

Ark. wyd. 14,73. Ark. druk. 15,75.  
Wydrukowano we wrześniu 2022 r.  
Drukarnia Oficyny Wydawniczej Politechniki Rzeszowskiej,  
al. Powstańców Warszawy 12, 35-959 Rzeszów  
Zam. nr 41 /22

## Spis treści

Wstęp.....	4
1. Statystyczne i prawne aspekty niepełnosprawności .....	8
2. Niepełnosprawność ruchowa – wybrane przyczyny, rodzaje, klasyfikacje .....	33
3. Ból w procesie rehabilitacji medycznej i środowiskowej .....	50
4. Refleksje metodologiczne przydatne w diagnozie, terapii i rehabilitacji .....	69
5. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie.....	94
6. Dziecko z niepełnosprawnością ruchową w szkole i przedszkolu .....	114
7. Społeczność lokalna wobec dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową oraz ich rodzin .....	168
Zakończenie .....	193
Bibliografia .....	200
Źródła internetowe .....	204
Dzienniki Ustaw .....	205
Rozporządzenia .....	205
Aneksy.....	206
A. 1. Sport osób z niepełnosprawnością.....	206
A. 2. Arkusz obserwacyjny rozwoju dziecka trzyletniego .....	215
A. 3. Arkusz obserwacyjny rozwoju dziecka czteroletniego .....	220
A. 4. Arkusz obserwacyjny rozwoju dziecka pięcioletniego .....	224
A. 5. Arkusz wstępnej diagnozy gotowości szkolnej .....	229
A. 6. Arkusz końcowej diagnozy gotowości szkolnej.....	237
A. 7. Centrum Usług Medycznych.....	243

## Wstęp

Dynamiczny rozwój naukowo-techniczny oraz postęp w sferze ekonomicznej, przyczyniają się niewątpliwie do zauważalnej poprawy jakości życia obywateli wielu państw, zwłaszcza tych, zaliczanych do wysokorozwiniętych, wśród których już od roku 2019 jest także Polska (HDI = 0,872). Procesom tym towarzyszy jednak narastanie fali nowych zagrożeń związanych z degradacją środowiska naturalnego – zanieczyszczeniem powietrza, wód, gleby – kurczeniem się stref wolnych od szkodliwego hałasu, promieniowania, zapylenia, mutujących wirusów.

Poważnym zagrożeniem dla zdrowia ludzi staje się też upowszechniający się model życia – nadmierny konsumpcjonizm, wyzwalający pogoń za karierą, zyskiem, skłaniający do podejmowania wyniszczającej pracy w ciągłym stresie, wykonywanej niejednokrotnie kosztem wypoczynku, snu, regularnego odżywiania.

Zagrożeniem dla kondycji psychofizycznej szerszych kręgów osób stały się też coraz łatwiej dostępne, zwłaszcza dla ludzi młodych, rozmaite używki i środki psychoaktywne, a także różnorodne suplementy i leki wykorzystywane w sposób przypadkowy, niekontrolowany, niewłaściwy, a promowane sugestywnie przez osoby nie zawsze kompetentne i odpowiedzialne.

Wiele wskazuje na to, że dynamika zmian zachodzących w środowisku naszego życia znacznie przekracza możliwości adaptacyjne organizmów wielu ludzi, stąd coraz częściej mamy do czynienia z występującymi u nich różnorodnymi dysfunkcjami narządów. Liczba takich osób, określanych jako niepełnosprawne, bądź „z niepełnosprawnością” ustawicznie wzrasta, a to sprawia, że rośnie także zapotrzebowanie na rehabilitację.

*Wzrastająca liczba „czynnika ryzyka” sprawia, że nie tylko powiększa się liczebność osób wymagających działań rehabilitacyjnych, ale coraz bardziej różnorodne muszą być ich formy. Obok działań specjalistów z zakresu rehabilitacji medycznej, fizykoterapii, protetyki itd., coraz powszechniejsze staje się zapotrzebowanie na rehabilitację psychologiczną, społeczną i zawodową, a niekiedy te ostatnie dominują w procesie przywracania osób niepełnosprawnych do życia w społeczeństwie. Obok tradycyjnych klientów systemów rehabilitacyjnych –*

*pacjentów z dysfunkcją narządów ruchu, chorobą układu krążenia czy chorobą psychiczną – coraz częściej mówi się o rehabilitacji nowych grup pacjentów, choćby osób z wszelkiego rodzaju uzależnieniami*<sup>1</sup>.

Podjęcie i kontynuowanie problematyki kompleksowej rehabilitacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością inspirowane było przede wszystkim chęcią aktywnego włączenia się w nurt naukowych dyskusji specjalistów z różnych dziedzin nad uwarunkowaniami uczestnictwa w życiu społecznym tych osób, które od najmłodszych lat życia zmuszone są borykać się z dysfunkcjami swojego organizmu. Pokonywać ból, znosić marginalizację, a często także żyć ze świadomością całkowitego wykluczenia ze społeczeństwa. Do ustawicznej pogłębionej refleksji skłaniają także:

- systematycznie narastająca skala zjawiska niepełnosprawności wśród młodego pokolenia w Polsce i na Świecie;
- jego ogromne zróżnicowanie w aspekcie medycznym i społecznym;
- przekonanie o słuszności wielodyscyplinarnej analizy jego przyczyn, skutków, możliwości ograniczania;
- akceptacja holistycznego, multidyscyplinarnego i interdyscyplinarnego ujmowania zagadnień kondycji psychofizycznej oraz jakości życia człowieka;
- personalistyczne odmienne od redukcjonistycznego instrumentalizmu czy funkcjonalizmu ujęcie istoty każdego człowieka.

Człowieka nie można zredukować w zakresie jakiegokolwiek wymiaru (ani do systemu zmysłów, ani do roli producenta, obywatela czy pracownika). Nie można go traktować w żadnym wymiarze przedmiotowo czy instrumentalnie (nie może być narzędziem czy środkiem<sup>2</sup>).

Nie negując potrzeby i konieczności specjalizacji badań naukowych, dostrzegamy jednocześnie walory praktyczno-poznawcze integrowania ich

---

<sup>1</sup> *Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób o poszczególnych rodzajach niepełnosprawności*, praca zbiorowa pod red. J. Kiwerskiego, A. Ostrowskiej, Warszawa 1994, s. 12.

<sup>2</sup> W. Furmanek, *Człowiek, człowieczeństwo, wychowanie*, Rzeszów 1995, s. 18.

wyników w sytuacji, gdy łączy je wspólny przedmiot badań, którym w tym przypadku jest sprawność psychofizyczna człowieka.

Dynamiczny rozwój nauk medycznych, a także nauk społecznych pozwala mieć uzasadnioną nadzieję na to, że mimo wzrostu liczby i skali zagrożeń dla zdrowia i życia ludzkiego potrafimy coraz skuteczniej zapobiegać powstawaniu niepełnosprawności, efektywniej rehabilitować (bardziej kompleksowo, wszechstronnie) wszystkim potrzebujących takiej pomocy, a zwłaszcza osoby młode stojące u progu życia – dzieci i młodzież doświadczona ciężko przez los. Wyzwaniem dla lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych jest przywracanie społeczeństwu tych, którzy już od najmłodszych lat w sposób niezawiniony skazywani byli (i bywają często nadal) na marginalizację społeczną, wykluczenie z uczestnictwa w kulturze, zapomnienie i opuszczenie niejednokrotnie nawet przez najbliższych. Bariery społeczne, psychologiczne, medyczne nie w każdym przypadku udaje się w pełni pokonywać w procesie integrowania, ale nie oznacza to, że można zaniechać dalszych prób podnoszenia jakości życia osób cierpiących fizycznie, psychicznie, duchowo. Miarą naszego człowieczeństwa jest bowiem stosunek do osób w jakiś sposób od nas zależnych – chorych, niepełnosprawnych, u schyłku życia, bezbronnych. Mimo lansowanego nachalnie poglądu o postmodernistycznym, powszechnym kryzysie wartości życie ludzkie nadal jest powszechnie cenione i uznawane za wartość wyjątkową, o którą należy dbać bez względu na cenę. W tzw. „cywilizacji śmierci” – aborcji, eutanazji, relatywnej wartości ludzkiego życia – osoby z niepełnosprawnością pozbawione są osobistej godności – to nie osoby, lecz „przypadki” zredukowane jedynie do wymiaru biochemicznego funkcjonowania organizmu. Redukcjonizm pozbawia je prawa do posiadania uczuć, wrażliwości, inteligencji, zdolności do transcendencji, a przez to także do wiary, nadziei, życiowych celów, spełnienia, zrozumienia, sensu swojego życia i cierpienia. Przed taką cywilizacją przestrzegał św. Jan Paweł II pozostający dla większości Polaków niekwestionowanym autorytetem moralnym – wskazując na konieczność budowania, umacniania „cywilizacji miłości”, w której postawa wobec bliźniego nie jest zależna od jego kondycji psychofizycznej, a wszelkie ludzkie cierpienie posiada głęboki sens.

Opracowanie nie aspiruje do miana podręcznika, przewodnika, teorii naukowej interdyscyplinarnej. Mozaika zaprezentowanych treści ma na celu zwrócić uwagę i inspirować do głębszej refleksji wszystkich odpowiedzialnie myślących o losach tej części ludzkości, obywateli państw i członków lokalnych, społeczności, które dotykają nieszczęścia w postaci przewlekłych chorób, wad wrodzonych, wypadków powodujących istotne ograniczenie aktywności, możliwości i obniżenia (pogorszenia) jakości życia. Polecamy go zwłaszcza studentom kierunków medycznych, społecznych, humanistycznych, ale także doświadczonym praktykom – lekarzom, fizjoterapeutom, socjologom, pedagogom, psychologom, nauczycielom, pracownikom socjalnym, rodzicom i opiekunom.



## **1. Statystyczne i prawne aspekty niepełnosprawności**

Podjmując rozważania na temat wybranego zjawiska społecznego, zwykle już na wstępie staramy się ukazać jego skalę – częstość występowania, zasięg, trendy rozwojowe, znaczenie dla jakości życia osób pochodzących z różnych środowisk – cechujących się odmiennymi predyspozycjami do podejmowania rozmaitych codziennych ludzkich aktywności.

Informacje te mają usprawiedliwić – uzasadnić potrzebę – poświęcanie czasu na pogłębione refleksje, przekonać do istotności i rangi poruszanych zagadnień, skłaniać do włączenia się w nurt dyskusji o rzeczach ważnych, zainteresować nimi, uwrażliwić na liczne, może nie zawsze i przez wszystkich dostrzegane lub właściwie rozumiane zjawiska, ich przyczyny i skutki.

Według często przytaczanych przez różnych autorów szacunkowych danych WHO dostępnych też na wielu stronach internetowych (np. [zdrowie.dziennik.pl](http://zdrowie.dziennik.pl)), na świecie aktualnie żyje około 1 miliard osób z niepełnosprawnością, co stanowi w zaokrągleniu 15% populacji. Wśród nich 200 milionów osób posiada ciężki stopień niepełnosprawności. Najczęstsze przyczyny niepełnosprawności to choroby układu krążenia, narządów ruchu oraz schorzenia neurologiczne. Według szacunków Komisji Europejskiej, co szósty obywatel UE jest osobą niepełnosprawną, co oznacza, że jest ich tu około 80 milionów.

Pragnąc na wstępie zaprezentować skalę zjawiska niepełnosprawności osób w naszym kraju, Unii Europejskiej i na świecie, napotykamy na trudności natury metodologicznej. Wynikają one głównie z braku jednej, powszechnie akceptowanej definicji o uniwersalnym charakterze, ogromnego zróżnicowania rodzajów, przyczyn, dolegliwości dysfunkcji organizmu ludzkiego, a także metod i technik gromadzenia o nich informacji.

Założenia metodologiczne podejmowanych badań uzależnione są istotnie od ich celów. Podmioty publikujące aktualne wyniki badań, np. GUS, EHIS, BAEL, zwykle załączają informację o stosowanym sposobie pozyskiwania danych.

W aspekcie ekonomiczno-statystycznym niepełnosprawność rozważa się głównie w dwóch kategoriach, a mianowicie: jako niepełnosprawność biologiczną i niepełnosprawność prawną. Na stronie <https://stat.gov> znajdujemy definicje:

Osoba niepełnosprawna biologicznie (*a biologically disabled person*) – która odczuwa ograniczenia sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku, ale nie posiada prawnego orzeczenia o niepełnosprawności.

Osoba niepełnosprawna prawnie (*disabled person with legal confirmation*), która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony.

Stopień niepełnosprawności (*level of disability*) – odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony. Wyróżnia się trzy takie stopnie: znaczny, umiarkowany, lekki.

W ustawie z dnia 27.08.1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r., poz.1172, z późn. zm.) podano, że:

„Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę mającą naruszoną sprawność organizmu:

- 1) niezdolną do podjęcia zatrudnienia
- 2) zdolną do wykonywania zatrudnienia w zakładzie pracy chronionej albo w zakładzie aktywizacji zawodowej, wymagającą niezbędnej w celu pełnienia ról społecznych stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby, w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji.

Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, zdolną do wykonywania zatrudnienia na stanowisku pracy przystosowanym odpowiednio do potrzeb i możliwości wynikających z niepełnosprawności, wymagającą w celu pełnienia ról społecznych częściowej lub okresowej pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji.

Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, zdolną do wykonywania zatrudnienia, niewymagającej pomocy innej osoby w celu pełnienia ról społecznych”.

W publikacji autorstwa Radosława Antczaka, Izabeli Grabowskiej oraz Zofii Polańskiej – wykorzystującej szereg opracowań źródłowych (przypisy

w stopce, nie zachowano oryginalnej wersji przypisów w tekście i ich numeracji) zamieszczonej w *Wiadomościach statystycznych*<sup>3</sup> zaprezentowano instytucje badawcze wg interesującego schematu umożliwiającego ich komparatystyczną analizę i poznanie istotnych cech różnicujących uzyskiwane wyniki, a mianowicie:

- A – charakterystyka badania (cel badania, populacja nim objęta, próba, częstotliwość);
- B – sposób definiowania niepełnosprawności
- C – zakres publikowanych danych

Badanie NSP:

- A: badanie przeprowadzane zwykle co 10 lat. Ostatni spis (2011) wykorzystywał metodę mieszaną: podstawowe informacje zebrano na podstawie rejestrów ludności, a szczegółowe uzyskano od osób z badania reprezentacyjnego na losowej próbie 20% mieszkań (z łącznej liczby mieszkań w Polsce), które zostało następnie uogólnione na całą populację, w tym przypadku zarówno ludność faktycznie zamieszkałą, jak i rezydentów<sup>4</sup>.
- B: osoba, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony, lub osoba, która takiego orzeczenia nie posiada, lecz odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, samoobsługa)<sup>5</sup>. W kwestionariuszu określono zwykle czynności właściwe dla danego wieku, co ogranicza dowolność interpretacji definicji przez ankietera lub respondenta. W efekcie możliwe było zastosowanie trzech wskaźników niepełnosprawności:
  - prawnej (posiadane orzeczenie o niepełnosprawności);
  - biologicznej (deklaracja osoby o ograniczonej zdolności wykonywania czynności, „jakie ludzie zwykle wykonują, trwającej co najmniej 6 miesięcy”), na dwóch poziomach: osoby posiadające poważne oraz umiarkowane ograniczenia;

---

<sup>3</sup> R. Antczak, J. Grabowska, Z. Polańska, *Podstawy i źródła danych statystyki osób niepełnosprawnych*, „Wiadomości Statystyczne”, Rok LXIII 2(681), 2018, s. 21–43.

<sup>4</sup> GUS (2013b). *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część I. Ludność*. Warszawa: GUS.

<sup>5</sup> GUS (2013c). *Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*. Warszawa: GUS.

- statystycznej – suma osób posiadających orzeczenie oraz osób nieposiadających orzeczenia, ale odczuwających ograniczenia sprawności (ta definicja łączy dwie powyższe grupy);
- C:
  - rodzaj niepełnosprawności: osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie, tj. takie, które posiadają odpowiednie orzeczenie (orzeczenia) wydane przez organ do tego uprawniony i równocześnie mają (odczuwają) ograniczenie zwykłych (podstawowych) czynności życiowych odpowiednich dla ich wieku; osoby niepełnosprawne tylko prawnie, tj. takie, które posiadają odpowiednie orzeczenie (orzeczenia) wydane przez organ do tego uprawniony; osoby niepełnosprawne tylko biologicznie, tj. takie, które takiego (takich) orzeczenia (orzeczeń) nie posiadają (posiada), ale odczuwają (odczuwa) ograniczenie zwykłych (podstawowych) czynności życiowych właściwych dla ich wieku;
  - stopień ograniczenia zdolności do wykonywania czynności podstawowych: zdolność całkowita, umiarkowanie ograniczona lub poważnie ograniczona;
  - liczba i struktura osób niepełnosprawnych według cech demograficznych, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, aktywności ekonomicznej, źródeł utrzymania, grupy i liczby schorzeń oraz okresu trwania ograniczenia sprawności.

#### BAEL

- A: badanie kwartalne, prowadzone od 1992 r., mające na celu charakterystykę sytuacji osób na rynku pracy. Jest to badanie reprezentacyjne na wylosowanej próbie mieszkań; w każdym mieszkaniu badane są wszystkie gospodarstwa domowe i wszystkie osoby w wieku 15 lat i więcej. Próba losowa to ok. 30 tys. gospodarstw domowych kwartalnie (od 2010 r.). Populacja, na którą uogólnia się wyniki, to ludność Polski zamieszkała w prywatnych (bez obiektów zbiorowego zakwaterowania) gospodarstwach domowych, z zastosowaniem kryterium co najmniej 12 miesięcy obecnej lub przewidywanej (nie) obecności;

- B: do osób niepełnosprawnych zaliczono osoby w wieku 16 lat i więcej, które mają przyznane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy (kryterium niepełnosprawności prawnej). Jest to więc zbiorowość mniejsza niż wykazana w spisie powszechnym (nie obejmuje osób w wieku do 15. roku życia oraz osób, które nie posiadają orzeczenia, ale odczuwają ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu);
- C:
  - liczba osób niepełnosprawnych (prawnie) pracujących, bezrobotnych i biernych zawodowo, m.in. według cech demograficznych (płeć, wiek), miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia i głównego źródła utrzymania;
  - szczegółowe informacje o poszczególnych grupach wyodrębnionych pod względem aktywności ekonomicznej, np. w przypadku pracujących – o wymiarze czasu pracy, liczbie przepracowanych godzin w tygodniu, wybranych sekcjach PKD oraz statusie zatrudnienia (pracownicy najemni, pracujący na własny rachunek);
  - podstawowe wskaźniki rynku pracy: współczynnik aktywności zawodowej, wskaźnik zatrudnienia i stopa bezrobocia osób niepełnosprawnych<sup>6</sup>.

## EHIS

- A: badanie mające na celu monitorowanie stanu zdrowia ludności Unii Europejskiej. Ostatnie takie badanie w Polsce przeprowadzono w 2014 r. na próbie losowej liczącej ponad 12 tys. gospodarstw domowych (ok. 29 tys. osób). Populacja, na którą uogólnia się wyniki, to ludność Polski zamieszkała w prywatnych gospodarstwach domowych (łącznie z dziećmi);
- B: zastosowano trzy wskaźniki niepełnosprawności:
  - prawnej,
  - biologicznej,
  - statystycznej.
- C:

---

<sup>6</sup> GUS (2012). *Aktywność ekonomiczna ludności Polski IV kwartał 2011 r.* Warszawa: GUS; GUS (2013a). *Aktywność ekonomiczna ludności Polski II kwartał 2016 r.* Warszawa: GUS.

- wielkość populacji osób niepełnosprawnych według powyższych trzech definicji, w podziale na płeć, grupy wieku, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, status na rynku pracy, dochód i ocenę stanu zdrowia;
- liczba osób niepełnosprawnych mających możliwość wykonywania czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego;
- grupy schorzeń, a także częstość występowania niesprawności u dzieci według grup wieku i płci<sup>7</sup>.

#### EU-SILC

- A: celem badania jest pomiar dochodów gospodarstw domowych i wskazanie ich źródeł oraz zebranie informacji o warunkach życia. Realizacja co roku od 2005 r. na próbie losowej liczącej ponad 12 tys. gospodarstw domowych (ok. 25 tys. osób). Populacja, na którą uogólnia się wyniki, to ludność Polski w wieku 16 lat i więcej zamieszkała w prywatnych gospodarstwach domowych z zastosowaniem kryterium co najmniej 6 miesięcy (nie)obecności;
- B: zastosowanie mają dwie koncepcje niepełnosprawności: biologiczna (ograniczona zdolność wykonywania codziennych czynności właściwych dla danej grupy wieku, trwająca 6 miesięcy lub dłużej) i prawna (posiadanie ważnego orzeczenia ustalającego niepełnosprawność, niezdolność do pracy lub inwalidztwo);
- C: informacje o:
  - pobierających świadczenie z tytułu niezdolności do pracy ze względu na stan zdrowia oraz o liczbie i strukturze gospodarstw domowych otrzymujących świadczenie dla osób niepełnosprawnych;
  - niepełnosprawności biologicznej (stopień ograniczenia codziennej aktywności) dotyczące odsetka osób mających długotrwałe problemy zdrowotne lub ograniczenie codziennej aktywności według płci, miejsca zamieszkania (miasto lub wieś) i grup wieku<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> GUS (2016a). *Budżety gospodarstw domowych w 2015 r.* Warszawa: GUS; GUS (2016b). *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* Warszawa: GUS.

<sup>8</sup> GUS (2015a). *Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EUSILC 2014).* Warszawa: GUS.

W Polsce Narodowe Spisy Powszechne przeprowadza okresowo, zwykle co 10 lat, Główny urząd Statystyczny (GUS). Ostatnie miały miejsce w XXI wieku w latach 2002, 2011, a kolejny planowany jest na rok 2021. Warto przytoczyć wybrane informacje dotyczące osób z niepełnosprawnością, które udało się zgromadzić w roku 2011.

Kluczowe informacje o skali zjawiska niepełnosprawności w Polsce zostały zaczerpnięte z artykułu Krystyny Slany, który jak informuje autorka – został przygotowany w oparciu o badania przeprowadzone w ramach projektu „Od kompleksowej diagnozy sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce do nowego modelu polityki społecznej wobec niepełnosprawności”, kierowanego przez prof. dr hab. Barbarę Gąciarz, finansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dostępnego na stronie internetowej [http://www.pfron.org.pl/files0/503\\_04-KrystynaSlany](http://www.pfron.org.pl/files0/503_04-KrystynaSlany) zatytułowanego *Osoby niepełnosprawne w Świetle Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011–wybrane aspekty*.

Już na początku dokumentu znajdujemy ważną informację dotyczącą tego, jakie konsekwencje spowodowało wprowadzenie zasady dobrowolności udzielania odpowiedzi przez objęte badaniami osoby. Jak wszystkie tego rodzaju badania tak i te są niestety obarczone różnymi błędami – subiektywizmu ocen, nierzetelnością odpowiedzi czy wręcz brakiem ustosunkowywania się do niektórych kwestii. Autorka informuje: „zgodnie z ustawą z dnia 4 marca 2010 r. o narodowym spisie powszechnym ludności i mieszkań w 2011 r., udzielanie odpowiedzi na pytania dotyczące niepełnosprawności odbywało się na zasadzie dobrowolności – ze względu na specyfikę i wrażliwość tematu. Tak więc, według informacji GUS, prawie 1,5 mln osób odmówiło udzielenia odpowiedzi. Wystąpiły poważne braki w odpowiedziach (ok. 1 940,2 tys.). GUS zapowiedział, iż nadal będą prowadzone pogłębione analizy, których celem będzie zmniejszenie liczby brakujących odpowiedzi, jednak liczba odmów nie ulegnie zmianie. Spis pokazuje wobec tego zaniżone odsetki osób niepełnosprawnych w relacji do ogólnej liczby ludności”.

W dalszej części publikacji zwraca uwagę na bardzo istotny z punktu widzenia wiarygodności wyników fakt, a mianowicie, że miały one charakter polimetodyczny, co niewątpliwie przyczynia się do uzyskania większej dokładności.

„Dane dla spisu 2011 były pozyskiwane ze źródeł administracyjnych – rejestrów i systemów informacyjnych – oraz zbierane bezpośrednio od ludności w ramach badania reprezentacyjnego. Badanie pełne zostało przeprowadzone drogą internetową – każda osoba mogła dokonać spisu bezpośrednio na specjalnie dla niej przygotowanym formularzu, tj. poprzez weryfikację danych pozyskanych z rejestrów administracyjnych i systemów informacyjnych. Spis 2011 był pierwszym powszechnym badaniem zrealizowanym wyłącznie przy wykorzystaniu formularzy elektronicznych. Oprócz wywiadów przeprowadzanych przez rachmistrzów spisowych z wykorzystaniem urządzeń typu hand-held (metoda CAPI), w spisie zastosowano także dwie nowe metody zbierania danych: wywiady telefoniczne wspomagane przez program komputerowy (metoda CATI) oraz samo-spis internetowy (metoda CAII)”.

Kolejna istotna szczegółowa informacja dotyczy tego, w jaki sposób – w oparciu o jakie kryteria – dokonano zakwalifikowania osób do grupy niepełnosprawnych. Stanowi to ważną kwestię, ponieważ w literaturze naukowej i tradycji społecznej funkcjonują różne ustalenia i definicje.

„W Narodowym Spisie Powszechnym z 2002 r. za osobę niepełnosprawną uznano taką, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osobę, która takiego orzeczenia nie posiadała, lecz odczuwała ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, samoobsługa)”. Ważną cechą poddanej badaniom zbiorowości było jej zróżnicowanie pod względem formalnych podstaw zaliczania osób do kategorii niepełnosprawnych. Cytowana autorka podaje, że znalazły się w niej:

- 1) „osoby niepełnosprawne prawnie, tj. takie, które posiadały odpowiednie, aktualne orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony;
- 2) osoby niepełnosprawne tylko biologicznie, tj. takie, które nie posiadały orzeczenia, ale miały (odczuwały) całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych.



Kryterium do zakwalifikowania danej osoby do zbiorowości osób niepełnosprawnych prawnie było posiadanie: a) aktualnego orzeczenia wydanego przez odpowiedni organ orzekający – dla osób w wieku 16 lat i więcej, b) uprawnienie do pobierania zasiłku pielęgnacyjnego dla dzieci poniżej 16. roku życia, tj. urodzonych po 20 maja 1986 r.”.

W spisie z 2002 r. i 2011 r. dla osób w wieku 16 lat i więcej ustalono trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany, lekki.

Uwzględniając subiektywną ocenę osób niepełnosprawnych prawnie, wyodrębniono spośród nich dwie grupy:

- 1) „osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie (posiadały aktualne orzeczenie i jednocześnie deklarowały całkowitą, poważną lub umiarkowane ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych);
- 2) osoby niepełnosprawne wyłącznie prawnie (posiadały aktualne orzeczenie, natomiast nie deklarowały jakichkolwiek ograniczeń w wykonywaniu czynności podstawowych dla wieku).

Wyodrębniano także spośród ogółu osób niepełnosprawnych wszystkie osoby według ograniczenia sprawności i jego stopnia, niezależnie czy posiadały orzeczenie prawne. Wyróżnione kategorie są zasadniczo spójne logicznie i metodologicznie z zasadami stosowanymi w roku 1978 i roku 1988, co umożliwia porównywanie danych w czasie”.

Dzięki przeprowadzonym badaniom ostatecznie ustalono, uwzględniając wszelkie zastrzeżenia poczynione na wstępie, że w roku 2011 „liczba niepełnosprawnych wyniosła 4697,5 tys., a w roku 2002 (NSP 2002) 5456,7 tys. Odsetek osób niepełnosprawnych w ogóle ludności wyniósł 12,2% w 2011 r., wobec 14,3% w 2002 r. W tym 4,1% stanowiły osoby niepełnosprawne wyłącznie biologicznie, 6,9% niepełnosprawne biologicznie i prawnie oraz 1,2% niepełnosprawne wyłącznie prawnie (Ludność i gospodarstwa domowe 2011). Z historii danych spisowych wynikałoby, iż na każde 100 osób przypadało niepełnosprawnych: w 1978 r. – 0,7; w 1998 r. – 1,0; w 2002 r. – 14,3, a w 2011 r. – 12,2 i 11,6 na 100 mężczyzn i 12,7 na 100 kobiet. Natomiast w miastach wskaźnik ten wynosi 12,9, a na wsi 11,1”.

**Tabela 1. Kategorie niepełnosprawności w świetle NSP 2011 według odczuwania niepełnosprawności**

Kategorie niepełnosprawności	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Razem	4 697 048	2 166 911	2 530 136
Osoby niepełnosprawne prawnie	3 131 456	1 546 928	1 584 528
Osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie w ogóle niepełnosprawnych:	56,5	60,5	53,0
Odczuwające ograniczenie sprawności	10,4	11,2	9,7
– Całkowite	15,1	15,8	14,4
– Poważne	31,0	33,5	28,9
– Umiarkowane			
Osoby niepełnosprawne tylko prawnie o stopniu:	10,2	10,8	9,7
– Znacznym	1,3	1,3	1,3
– Umiarkowanym	3,7	3,9	3,6
– Lekkim	4,0	4,3	3,8
Osoby niepełnosprawne tylko biologicznie: Odczuwające ograniczenie sprawności	33,3	28,6	37,4
– Całkowite	1,7	1,4	2,0
– Poważne	8,2	6,7	9,5
– Umiarkowane	23,4	20,6	25,8
W wieku 0–15 lat z orzeczeniem o niepełnosprawności:	0,5	0,6	0,4

Źródło: [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_14076\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_14076_PLK_HTML.htm),

NSP 2011; w 2011 r. wprowadzona zostaje kategoria: umiarkowane ograniczenie sprawności; obliczenia własne Krystyny Slany.

Dla wielu osób zajmujących się zawodowo problemami niepełnosprawnych interesujące jest poznanie ich liczby w poszczególnych grupach wiekowych, a zwłaszcza odsetka dzieci i młodzieży. Powszechnie wiadomym jest, że osób z niepełnosprawnościami przybywa im starszą grupę populacji bierzemy pod uwagę – starzenie się organizmu przekłada się bowiem wprost na kondycję psychofizyczną każdego człowieka (oczywiście w zróżnicowanym tempie i zakresie).

W dokumencie K. Slany znajdujemy aktualne informacje na ten temat, zwięźle ujęte w tabelarycznej formie.

**Tabela 2. Osoby niepełnosprawne ogółem według wieku według NSP 2011**  
w %

Wyszczególnienie	Grupy wieku				
	0–14	15–19	20–39	40–59	60 i więcej
<b>Ogółem</b>	3,6	1,7	9,3	31,9	53,5
<b>Mężczyźni</b>	4,7	2,1	11,4	35,2	46,7
<b>Kobiety</b>	2,6	1,3	7,6	29,1	59,3

Źródło: [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_14834\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_14834_PLK_HTML.htm),  
obliczenia własne Krystyny Slany.

Przy okazji prezentowania skali występowania zjawiska niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży warto dla uściślenia przywołać normy prawne dotyczące orzekania o nim u osób niepełnoletnich, a mianowicie: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. *w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16. roku życia*, w którym czytamy, co następuje:

#### § 1.

Oceny niepełnosprawności u osoby w wieku do 16. roku życia, zwanej dalej „dzieckiem”, dokonuje się na podstawie następujących kryteriów:

- 1) przewidywanego okresu trwania upośledzenia stanu zdrowia z powodu stanów chorobowych, o których mowa w § 2, przekraczającego 12 miesięcy;
- 2) niezdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem, powodującej konieczność zapewnienia stałej opieki lub pomocy, w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku, albo
- 3) znacznego zaburzenia funkcjonowania organizmu, wymagającego systematycznych i częstych zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu i poza domem.

## § 2.

1. Do stanów chorobowych, które uzasadniają konieczność stałej opieki lub pomocy dziecku, należą:
  - 1) wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytnej rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się;
  - 2) wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego, układu krzepnięcia i inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego;
  - 3) upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym;
  - 4) psychozy i zespoły psychotyczne;
  - 5) całościowe zaburzenia rozwojowe powodujące znaczne zaburzenia interakcji społecznych lub komunikacji werbalnej oraz nasilone stereotypy zachowań, zainteresowań i aktywności;
  - 6) padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi;
  - 7) nowotwory złośliwe i choroby rozrostowe układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia;
  - 8) wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 według Snellena po wyrównaniu wady wzroku szklami korekcyjnymi, lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni;
  - 9) głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu niepoprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego.
2. Przy ocenie niepełnosprawności dziecka bierze się pod uwagę:
  - 1) rodzaj i przebieg procesu chorobowego oraz jego wpływ na stan czynnościowy organizmu;

- 2) sprawność fizyczną i psychiczną dziecka oraz stopień jego przystosowania do skutków choroby lub naruszenia sprawności organizmu;
- 3) możliwość poprawy stanu funkcjonalnego pod wpływem leczenia i rehabilitacji.

Reasumując, za dziecko niepełnosprawne uznaje się w świetle tego rozporządzenia to, które ma mniej niż 16 lat i spełnia wszystkie poniższe warunki:

- ma ograniczoną sprawność fizyczną lub psychiczną i ma dokumentację medyczną, która może to potwierdzić;
- wymaga całkowitej opieki lub pomocy, większej niż zdrowe dzieci w tym samym wieku;
- ograniczenia będą trwały dłużej niż rok i wynikają z określonych przyczyn:
  - wad wrodzonych i schorzeń, które mają różne przyczyny i:
    - ✓ prowadzą do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu;
    - ✓ upośledzają w znacznym stopniu chwytność rąk;
    - ✓ utrudniają samodzielne poruszanie się;
  - wrodzonych lub nabytych ciężkich chorób metabolicznych, układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego, układu krzepnięcia i innych, które:
    - ✓ znacznie upośledzają sprawność organizmu;
    - ✓ wymagają systematycznego leczenia w domu;
    - ✓ wymagają okresowego leczenia szpitalnego;
  - upośledzenia umysłowego (począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym).

Rozwój cywilizacji sprawia, że w naturalnym środowisku człowieka pojawia się coraz więcej czynników negatywnie wpływających na stan zdrowia coraz szerszych kręgów społeczeństwa. Najczęściej wymienia się wśród nich skażenie gleby, wód, powietrza, a przez to także żywności. Przyczyn tego stanu jest wiele. Główne z nich to intensyfikacja upraw rolnych i hodowli zwierząt, wymagająca stosowania sztucznych środków chemicznych – nawozów, antybiotyków, środków ochrony przed szkodnikami, które ulegają kumulacji w wielu produktach spożywczych. Zalicza się do nich również produkowanie ogromnych ilości

toksycznych odpadów, śmieci, których utylizacja staje się coraz trudniejszym i powszechniejszym problemem na całym świecie.

Kondycja psychofizyczna milionów mieszkańców kurczącej się planety nadwyrężona jest także przez chronicznie nadmierny stres, jaki wywołuje tempo życia, nieustanny pośpiech, brak regularnego snu, wypoczynku i odżywiania, hałas, promieniowanie elektromagnetyczne emitowane przez wiele urządzeń. Zmiany środowiska naszego życia zachodzą już tak szybko, że żaden organizm nie jest w stanie właściwie się do nich dostosować.

Wszelkie łagodne „bezpieczne”, ewolucyjne zmiany dokonują się na przestrzeni co najmniej tysięcy lat. Współcześnie, istotne dla jakości życia zmiany zachodzą gwałtownie. Przykładem są zmiany klimatyczne, których nie są w stanie znieść liczne gatunki fauny i flory, dlatego bezpowrotnie giną.

W bardzo prosty, obrazowy sposób charakteryzuje tę sytuację Hoimar von Ditfurth: *gatunek tym bardziej jest „udany”, im dokładniej, im bardziej ściśle potrafi dostosować się do ściśle określonej scenerii środowiska. Ale też z tym większą pewnością nastąpi zagłada, czyli wymieranie, jeśli tylko cokolwiek znacznie się w tej scenerii zmieniać. Im dokładniejsze było przystosowanie, a co za tym idzie, im znaczniejszą pozycję dany gatunek zdobył na powierzchni Ziemi, tym prędzej nawet pozornie bardzo nieznaczne zmiany otoczenia doprowadzają do tego, że nagle przystosowanie już „nie pasuje”; mogą to być długoterminowe zmiany klimatu, zmiany wegetacji, a więc i zasobów pożywienia, pojawienie się nowych konkurentów pokarmowych i wszelkie inne przekształcenia, jakie sobie tylko można wyobrazić. Gatunek, który staje wobec takich zmian swego środowiska bez możliwości odpowiedzenia na nie zmianą swojego genetycznego przystosowania jest zgubiony. (...) Wiemy to dziś wszyscy na podstawie zupełnie konkretnych wyników doświadczeń, w których badano oddziaływanie twardych promieni na materiał dziedziczny. Na przykład promienie rentgenowskie bądź inne zmieniają molekularną strukturę genów i w ten sposób wytwarzają mnóstwo nowych mutacji. Gdy działanie promienia jest dostatecznie intensywne, liczba tych zmian może tak bardzo wzrosnąć, że opisane mechanizmy ochrony i doboru w jądrze komórki już nie potrafią nad nimi panować. Coraz większa liczba coraz bardziej niekorzystnych mutacji zaczyna manifestować się, ujawniać w postaci potworków,*

*upośledzeń organicznych, zakłóceń przemiany materii i innych anomalii, wskutek których gatunek dotknięty taką katastrofą wreszcie musi ulec zagładzie. Wszystko przemawia za tym, że to mogłoby przydarzyć się tej części ludzkości, która przeżyłaby wojnę atomową, gdyby kiedyś do niej miało dojść, wojna taka zatrułaby bowiem atmosferę promieniotwórczymi izotopami na okres całych stuleci<sup>9</sup>.*

Dzisiejszy stan środowiska jest znacznie lepszy niż ten, który byłby po światowym konflikcie nuklearnym, ale czynników uszkadzających naszą genową strukturę w nim nie brakuje. Liczba ich ustawicznie wzrasta, stąd można prognozować, że liczba ludzi rodzących się z wadami genetycznymi, wrodzonymi nie będzie malała w najbliższej przyszłości.

Dysponujemy możliwościami wczesnego wykrywania ich i leczenia, jednak nie w każdym przypadku. Wiele nienarodzonych jeszcze dzieci na skuteczną pomoc medyczną nie może liczyć z różnych przyczyn – ekonomicznych, organizacyjnych, kulturowych, a także ciągle jeszcze niewystarczającej wiedzy naukowej, pozwalającej opracowywać stosowne leki czy zabiegi.

Chociaż o przyczynach uszkodzeń organizmu ludzkiego jeszcze przed narodzeniem wiemy coraz więcej, to nie jest to wiedza wystarczająca do tego, by powszechnie, skutecznie prowadzić właściwe działania profilaktyczne. Na ograniczenia takiej profilaktyki istotny wpływ mają nie tylko niedostatki wiedzy, ale także wcale nierzadkie zjawisko ignorancji bezwzględnej wartości każdego ludzkiego życia.

Wczesne wykrywanie wad rozwojowych pozwala na skuteczne leczenie, lecz nie we wszystkich przypadkach. Świadomość tego, że dziecko urodzi się niepełnosprawne i medycyna nie będzie mu mogła istotnie pomóc, by stało się kiedyś samodzielnie funkcjonującym w społeczeństwie człowiekiem – będzie osobą wymagającą ustawicznej opieki, cierpiącą, przykutą do łóżka, powoduje u wielu ludzi odruch ucieczki od problemu poprzez aborcję.

Przerwanie życia jeszcze przed narodzeniem ma oszczędzić rodzicom i ich niepełnosprawnemu (zwłaszcza w stopniu ciężkim) potomkowi wielu lat bólu, trudu, ogromnych wyrzeczeń, zmartwień. Osoba upośledzona to duże

---

<sup>9</sup> H. von Dittfurth, *Dzieci wszechświata*, Warszawa 1995, s. 256.

obciążenie nie tylko dla rodziny, ale również dla społeczeństwa, stąd liczba zwolenników aborcji jest znaczna. Czy niedopuszczenie do narodzin dziecka zagrożonego bądź z potwierdzoną – pewną – niepełnosprawnością stanowi pytanie rozstrzygnięcia, na które odpowiedzi „tak”, bądź „nie” uzależnione są głównie od akceptowanej filozofii, światopoglądu, systemu wartości. Pod tym względem współczesne pokolenia są istotnie zróżnicowane. Brak jednomyslności prowadzi do gorących dyskusji, a nawet konfliktów, masowych demonstracji i protestów.

Prawne aspekty ochrony życia doczekały się wielu analiz i komentarzy publikowanych m.in. także na stronach internetowych. Na uwagę zasługuje m.in. artykuł Pawła Kuczmy<sup>10</sup>, który w zwięzły, dokładny, obrazowy sposób zaprezentował historię rozwoju prawa do ochrony życia w Polsce i na świecie, eksponując to co w nim nieprecyzyjne, niejednoznaczne, wywołujące po dziś dzień polemiki i spory. Autor ten wykorzystał w swoim tekście szereg aktualnych, wartościowych publikacji naukowych, o czym informują przypisy, które starano się dokładnie zachować w cytowanych obszernie fragmentach (numeracja przypisów dostosowana do układu niniejszego opracowania).

Artykuł rozpoczyna bardzo trafną refleksją o ogólniejszym charakterze, a mianowicie:

„Życie ludzkie stanowi najwyższą wartość w hierarchii dóbr chronionych prawem zarówno z perspektywy pojedynczej jednostki, jak i całego społeczeństwa, a jednocześnie stanowi warunek korzystania z innych dóbr. Dla jego ochrony nie ma znaczenia system prawny, religijny, wyznawany światopogląd czy ewentualne różnice kulturowe, ponieważ prawo do życia przysługuje każdej istocie ludzkiej z samego faktu bycia człowiekiem<sup>11</sup>. Życie stanowi bowiem jedyne, niepowtarzalne i nieodtworzone

---

<sup>10</sup> P. Kuczma, *Prawna ochrona życia* [http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/52912/PDF/01\\_Pawel\\_Kuczma.pdf](http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/52912/PDF/01_Pawel_Kuczma.pdf)

<sup>11</sup> R. Grabowski, *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Rzeszów 2006, s. 92. Mimo formalnego braku przepisu o prawie do życia pod rządami, ocena tej problematyki następowała na podstawie rozumienia tego prawa w ustawie zasadniczej, wyrażone w art. 95 ustawy zasadniczej z 1921 r. Orzeczenie Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 30.9.1936, C. 3092/35, Orzecznictwo Sądów Polskich, Warszawa 1937, s. 124–125.



dobro człowieka. Bez życia nie możemy mówić o człowieku, a bez człowieka wszystko co ma ludzki charakter traci sens na zasadzie *contradicto in adiecto*”<sup>12</sup>.

Zwraca uwagę na istotne atrybuty prawa przysługujące ludzkiemu życiu, pisząc: „Prawo do życia możliwe jest przypisanie dwóch istotnych cech, a mianowicie pierwotności oraz niezbywalności. Pierwotność oznacza, że prawo to przysługuje jednostce niezależnie od woli prawodawcy. Jest zatem prawem naturalnym. Wyrażenie tego uprawnienia w przepisach służy jedynie zagwarantowaniu ochrony tego prawa i ewentualnie wskazaniu jego granic. „W konsekwencji prawodawca nie może więc decydować o słuszności lub niesłuszności tego prawa, a tym bardziej uzależniać intensywność jego ochrony od jakości życia”<sup>13</sup>. Z kolei niezbywalność wyklucza możliwość powierzenia osobom trzecim prawa do decydowania o życiu innego człowieka, nawet jeśli ta osoba wyraża na to zgodę. W związku z tym legalne unicestwienie wartości, jaką jest życie ludzkie, może nastąpić wyłącznie w ściśle określonych prawem wypadkach lub stanowić rezultat własnego działania”<sup>14</sup>.

O randze omawianego prawa świadczy m.in. fakt, że stało się ono przedmiotem zasadniczych aktów normatywnych w wielu państwach świata, a także organizacji o charakterze międzynarodowym. W artykule P. Kuczmy czytamy, że:

„Prawo międzynarodowe przyznaje prawu do życia szczególne znaczenie. Komitet Praw Człowieka określił je nawet mianem prawa „najwyższego (*supreme*). Na gruncie prawa międzynarodowego prawo do życia zostało proklamowane przez art. 3 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, który głosił, że każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa swojej osoby.

Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 r.<sup>15</sup> w art. 2 stanowi, że ustawa chroni prawo każdego człowieka

---

<sup>12</sup> R. Grabowski, *Spory wokół modelu ochrony życia*, „Przegląd Prawa i Administracji”, 2005, nr LXVIII, s. 83.

<sup>13</sup> A. Preisner, *Prawo do ochrony życia i do zachowania naturalnej integralności psychofizycznej człowieka* [w:] *Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, L. Wiśniewski (red.), Warszawa 2006, s. 135.

<sup>14</sup> *Ibidem*, s. 135.

<sup>15</sup> Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.

do życia. Umyślnie pozbawionym życia można zostać wyłącznie na podstawie wyroku skazującego za przestępstwo, za które jest przewidziana kara śmierci...”.

W polskim porządku prawnokonstytucyjnym pojmowanie (wykładnia) prawa do życia musi uwzględniać wiążące Polskę standardy prawa międzynarodowego w tej materii. Wśród nich należy zwrócić uwagę na art. 6 Międzynarodowego Paktu Praw Politycznych (MPPOiP), który głosi, że: „1. Każda istota ludzka ma przyrodzone prawo do życia. Prawo to powinna ochraniać ustawa. Nikt nie może być arbitralnie pozbawiony życia. Pakt zwraca uwagę, że prawo do życia ma przyrodzony charakter (podobnie zresztą można rozumieć przymiotnik „święte” w Deklaracji Islamskiej). W czasie prac nad tym dokumentem podnoszono, że sformułowanie mówiące o przyrodzonym prawie do życia nie powinno figurować w tym akcie, jako że prawo to ma charakter deklaratoryjny i wypływa z prawa natury, a nie prawa pozytywnego. Zwyciężył jednak pogląd, że poprzez jego wyrażenie podkreśli się szczególne znaczenie w systemie praw człowieka”<sup>16</sup>.

Nie są to jedyne – jak wskazuje autor omawianego artykułu – międzynarodowe dokumenty poświęcone temu zagadnieniu unormowania prawne. Uregulowania takie posiada Unia Europejska, Stany Zjednoczone, państwa islamskie, a także kontynent afrykański.

Kontrowersje i rozmaite napięcia w dyskusjach na temat prawnej ochrony życia ludzkiego wynikają z braku powszechnej zgody na to, od kiedy się ono rozpoczyna oraz czy każde ludzkie życie jest jednakowo warte – czy jest zawsze rzeczywiście wartością najwyższą. Często też w dyskursie na ten temat pada pytanie czy to rzeczywiście człowiek, który nie potrafi ożywić najmniejszej cząsteczki chemicznej ma prawo niszczyć jakiegokolwiek formy życia, w tym szczególnie ludzkiego.

Dywagacje nad obowiązującymi normami prawnymi są sprawą normalną i z wielu względów uzasadnioną oraz konieczną. Nie należy jednak zapominać, że prawo tworzą konkretni ludzie żyjący w określonych realiach społecznych i kulturowych, wychowani w tradycjach narodowych, religijnych,

---

<sup>16</sup> A. Michalska, *Prawo do życia w traktatach międzynarodowych*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1984, nr 3, s. 74.

aksjologicznych, ustrojowych. Prawo w praktyce społecznej ma służyć zwolennikom dominujących w danym okresie światopoglądów, filozofii, ideologii, doktryn politycznych. Coraz szybciej zachodzące we współczesnych społeczeństwach określane jako techniczne, informatyczne, postmodernistyczne, dotknięte powszechnym kryzysem wartości i autorytetów przemiany powodują, że wiele norm prawnych jest krytykowanych jako wymagające zasadniczej jakościowej zmiany lub przynajmniej nadania nowej interpretacji. Zmiany przepisów prawa, zmiany litery prawa oczywiście nie wywołują powszechnej zgody i pełnej, bezwarunkowej akceptacji, stąd pojawiają się liczne próby swoistych interpretacji „ducha prawa” oraz poszukiwanie autorytetów naukowych mogących skutecznie przekonywać do ich walorów.

Według Katechizmu Kościoła katolickiego:

**2270.** Życie ludzkie od chwili poczęcia powinno być szanowane i chronione w sposób absolutny. Już od pierwszej chwili swego istnienia istota ludzka powinna mieć przyznane prawa osoby, wśród nich nienaruszalne prawo każdej niewinnej istoty do życia.

*Zanim ukształtowałem cię w łonie matki, znałem cię, nim przyszedłeś na świat, poświęciłem cię (Jr 1, 5). Nie tajna Ci moja istota, kiedy w ukryciu powstawałem, utkany w głębi ziemi (Ps 139,15).*

**2271.** Kościół od początku twierdził, że jest złem moralnym każde spowodowane przerwaniem ciąży. Nauczanie na ten temat nie uległo zmianie i pozostaje niezmiennie. Bezpośrednie przerwanie ciąży, to znaczy zamierzone jako cel lub środek, jest głęboko sprzeczne z prawem moralnym.

*Nie będziesz zabijał płodu przez przerwanie ciąży ani nie zabijesz nowo narodzonego (Didache, 2, 2; por. Barnaba, Epistula, 19, 5; List do Diogneta, 5, 5; Tertulian, Apologeticus, 9).*

*Bóg... Pan życia, powierzył ludziom wzniosłą posługę strzeżenia życia, którą człowiek powinien wypełniać w sposób godny siebie. Należy więc z największą troską ochraniać życie od samego jego poczęcia; przerwanie ciąży, jak*

*i dzieciobójstwo są okropnymi przestępstwami (Sobór Watykański II, konst. Gaudium et spes, 51).*

**2272.** Formalne współdziałanie w przerywaniu ciąży stanowi poważne wykroczenie. Kościół nakłada kanoniczną karę ekskomuniki za to przestępstwo przeciw życiu ludzkiemu. „Kto powoduje przerwanie ciąży, po zaistnieniu skutku, podlega ekskomunice wiążącej mocą samego prawa” (KPK, kan. 1398), „przez sam fakt popełnienia przestępstwa” (KPK, kan. 1314), na warunkach przewidzianych przez prawo (Por. KPK, kan. 1323–1324). Kościół nie zamierza przez to ograniczać zakresu miłosierdzia. Ukazuje ciężar popełnionej zbrodni, szkodę nie do naprawienia wyrządzoną niewinnie zamordowanemu dziecku, jego rodzicom i całemu społeczeństwu.

**2273.** Niezbywalne prawo do życia każdej niewinnej istoty ludzkiej stanowi element konstytutywny społeczeństwa cywilnego i jego prawodawstwa:

*„Niezbywalne prawa osoby winny być uznawane i szanowane przez społeczeństwo cywilne i władzę polityczną. Owe prawa człowieka nie zależą ani od poszczególnych jednostek, ani od rodziców, ani nie są przywilejem pochodzącym od społeczeństwa lub państwa. Tkwią one w naturze ludzkiej i są ściśle związane z osobą na mocy aktu stwórczego, od którego osoba bierze swój początek. Wśród tych podstawowych praw należy wymienić... prawo do życia i integralności fizycznej każdej istoty ludzkiej od chwili poczęcia aż do śmierci” (Kongregacja Nauki Wiary, instr. Donum vitae, III).*

*„W chwili, gdy jakieś prawo pozytywne pozbawia obrony pewną kategorię istot ludzkich, których ze swej natury powinno bronić, państwo przez to samo neguje równość wszystkich wobec prawa. Gdy państwo nie używa swej władzy w służbie praw każdego obywatela, a w szczególności tego, który jest najsłabszy, zagrożone są podstawy praworządności państwa... Wyrazem szacunku i opieki należyj mającemu urodzić się dziecku, począwszy od chwili jego poczęcia, powinny być przewidziane przez prawodawstwo odpowiednie sankcje karne za każde dobrowolne pogwałcenie jego praw” (Kongregacja Nauki Wiary, instr. Donum vitae, III).*

**2274.** Ponieważ embriion powinien być uważany za osobę od chwili poczęcia, powinno się bronić jego integralności, troszczyć się o niego i leczyć go w miarę możliwości jak każdą inną istotę ludzką.

*Diagnostyka prenatalna jest moralnie dozwolona, jeśli „szanuje życie oraz integralność embrionu i płodu ludzkiego, dąży do jego ochrony albo do jego indywidualnego leczenia... Sprzeciwia się prawu moralnemu wtedy, gdy w zależności od wyników prowadzi do przerwania ciąży. Diagnostyka nie powinna pociągać za sobą wyroku śmierci” (Kongregacja Nauki Wiary, instr. Donum vitae, I, 2).*

**2275.** „Jak każdy zabieg medyczny na pacjencie, należy uznać za dopuszczalne zabiegi na embrionie ludzkim, pod warunkiem, że uszanują życie i integralność embrionu, nie narażając go na ryzyko nieproporcjonalnie wielkie; gdy są podejmowane w celu leczenia, poprawy jego stanu zdrowia lub dla ratowania zagrożonego życia” (Kongregacja Nauki Wiary, instr. Donum vitae, I, 3).

*„Wytwarzanie embrionów ludzkich po to, aby były używane jako «material biologiczny», jest niemoralne” (Kongregacja Nauki Wiary, instr. Donum vitae, I. 5).*

*„Niektóre próby interwencji w dziedzictwo chromosomowe lub genetyczne nie mają charakteru leczniczego, lecz zmierzają do wytwarzania istot ludzkich o określonej płci lub innych wcześniej ustalonych właściwościach. Manipulacje te sprzeciwiają się również godności osobowej istoty ludzkiej, jej integralności i tożsamości” (Kongregacja Nauki Wiary, instr. Donum vitae, I. 6) jedynej, niepowtarzalnej.*

Warto także w tym miejscu przytoczyć dosłownie jednoznaczne stanowisko, jakie w tej kwestii zajął Jan Paweł II w swojej encyklice *Evangelium vitae* „*Badania prenatalne*, które nie wzbudzają obiekcji moralnych, o ile są podejmowane w celu wskazania ewentualnych terapii, których podjęcia wymaga zdrowie dziecka nienarodzonego, zbyt często dostarczają okazji do zaproponowania i wykonywania przerwania ciąży. Jest to wówczas aborcja eugeniczna, akceptowana przez opinię publiczną o specyficznej mentalności, co do której ustala się błędny pogląd, że jest ona wyrazem wymogów „terapeutycznych”: mentalność ta

przyjmuje życie tylko pod pewnymi warunkami, odrzucając ułomność, kalectwo i chorobę”.

Charakteryzując odmienne – o medycznym charakterze – koncepcje rozwojową, położniczą i fizyczną, P. Kuczma pisze o nich w aspekcie prawnokarnej odpowiedzialności, odwołując się do prac cytowanych autorów tak:

„Zwolennicy stosowania kryterium rozwojowego początku prawnokarnej ochrony życia dopatrują się w momencie potencjalnej zdolności płodu do samodzielnego życia poza ciałem matki. Wskazuje się, że płód – z medycznego punktu widzenia – staje się człowiekiem już po ok. 20 tygodniach rozwoju w łonie matki i od tego momentu usunięcie ciąży wypełnia znamiona przestępstwa. Według kryterium położniczego płód staje się, w rozumieniu prawa karnego, dzieckiem (człowiekiem) z chwilą wystąpienia bólów porodowych, a więc kiedy wystąpią skurcze poprzedzające rozpoczęcie porodu<sup>17</sup>, przy czym nie ma znaczenia czy skurcze te są naturalne i występują samoistnie, czy też zostały wywołane sztucznie wskutek zainicjowania akcji porodowej. Jest to bowiem moment rozpoczęcia fizjologicznego procesu wydalania *nasciturusa* z łona matki po uzyskaniu przez dziecko zdolności do samodzielnego życia. Od tego momentu powstaje prawnokarna odpowiedzialność za zabójstwo<sup>18</sup>. Natomiast zastosowanie kryterium fizycznego pozwala na objęcie prawnokarną ochroną życia płodu od chwili jego wydalenia z ciała matki. Ostatnie stanowisko zakłada, że chwilą urodzenia dziecka (człowieka) jest ten moment, w którym weźmie ono pierwszy oddech i zacznie oddychać (kryterium fizjologiczne)”<sup>19</sup>.

Światopoglądowe, filozoficzne i religijne różnice dzielą ludzi w wielu kwestiach, a szczególnie dotyczących wartości ludzkiego życia. Końca sporów trudno się na razie spodziewać, więc z konieczności podejmowane są co pewien czas próby rewizji stanowisk etycznych i wypracowania porozumień ponad rozmaitymi podziałami. Jest to trudne wyzwanie, ponieważ zwolenników różnych

---

<sup>17</sup> „Czas wystąpienia skurczy może być bardzo różny. W przypadku porodu normalnego pojawiają się one między 38 a 42 tygodniem ciąży, w sytuacji zaś porodu przedwczesnego – między 29 a 37 tygodniem”. J. Giezek, R. Kokot, *Granice ludzkiego życia, a jego prawna ochrona* [w:] *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, (red.), B. Banaszak, A. Preisner (red.), Warszawa 2002.

<sup>18</sup> W. Grzywo-Dąbrowski, *Podręcznik medycyny sądowej*, Warszawa 1958, s. 773.

<sup>19</sup> Szerzej na temat określania początku życia ludzkiego w ujęciu prawnokarnym J. Giezek, R. Kokot, op. cit., s. 107 i n.

moralizmów i humanizmów – chrześcijańskiego, liberalnego, socjalistycznego dzieli sprawa zasadnicza, a mianowicie odpowiedź na pytanie o to „kim jest człowiek”? Jeżeli tylko częścią przyrody, efektem trwającej od jak się ocenia 3 miliardy lat ewolucji wiecznej, niezniszczalnej materii, następstwem przypadkowych, nieukierunkowanych mutacji zachodzących na poziomie molekularnym, które selekcjonowane są przez warunki środowiska to życie ludzkie można uznać za jedynie „formę istnienia białka” ograniczone w czasie i przestrzeni. Wówczas rozumny człowiek może i ma prawo wspomagać przyrodę w selekcjonowaniu form, których szanse na samodzielne przetrwanie są istotnie ograniczone. Ale jeżeli człowiek to jeszcze coś więcej niż tylko „dziecko Wszechświata” – osoba, godność, wyjątkowa, szczególna wartość – to, czy jego biologiczne życie rzeczywiście należy tylko do niego? Czy ma prawo nim dowolnie dysponować, decydować o jego końcu i początku?

Popularnym w ostatnim czasie stało się lansowanie przy różnych okazjach poglądów o potrzebie pluralizmu w wielu dziedzinach kultury, o dokonywaniu wyborów różnych wartości w ramach demokratycznych procedur, tolerancji, wielokulturowości, Nieskrępowanej niczym wolności każdego człowieka. Te z wielu względów słuszne postulaty bywają często niewłaściwie pojmowane. Nieodczytane we właściwym momencie wartości nadające sens ludzkiemu istnieniu powodują wiele nieszczęść. Relatywizm wartości stanowi także zagrożenie ulegania wpływom panujących, mijających z czasem mód, pod presją których dokonuje się wyborów często niewłaściwych i o nieodwracalnych skutkach.

W aktach normatywnych dotyczących ochrony ludzkiego życia można doczytać się tego, kiedy ma on o swój początek wg ustawodawcy, a więc od kiedy podlega prawnej ochronie. P. Kuczma przytacza argumentację użytą przez Trybunał konstytucyjny, który jednak nie wszyscy skonfliktowani między sobą Polacy uznają za autorytet:

„(...) w orzeczeniu TK z dnia 28 maja 1997 r. TK uznał, że życie ludzkie od momentu powstania, „w tym życie rozwijające się w fazie prenatalnej”, stanowi wartość podlegającą konstytucyjnej ochronie. Trybunał Konstytucyjny wskazał na wiążące w tej mierze Polskę akty prawa międzynarodowego, gdzie wskazano, że dziecko wymaga „właściwej ochrony prawnej, zarówno przed, jak

i po urodzeniu”. Wartość, jaką stanowi życie ludzkie, nie może być jednak różnicowana, ponieważ nie ma „dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie takiego zróżnicowania w zależności od fazy rozwojowej ludzkiego życia”. Trybunał ochronę życia poczętego wywiódł również poprzez analizę pojęcia „rodziny”. „Podstawowa, prokreacyjna funkcja rodziny zakładać musi, że życie poczętego dziecka musi korzystać z ochrony, którą Konstytucja przewiduje dla rodziny, stając się tym samym wartością konstytucyjną. W takim samym stopniu jak ochronie podlega relacja ojcostwa czy macierzyństwa w stosunku do dzieci już narodzonych, relacja ta musi być chroniona również w stosunku do dzieci w prenatalnej fazie ich życia”. Nie oznacza to jednak, że intensywność ochrony w każdej fazie życia i w każdych okolicznościach ma być taka sama, ale musi być dostateczna z punktu widzenia chronionego dobra”.

Brak jest ostatecznego rozwiązania problemu wyrażonego w pytaniu, od kiedy mamy do czynienia tak naprawdę z życiem człowieka, które powinno podlegać bezwzględnej, prawnej, powszechnej ochronie. Dyskusje trwają. Na pytanie, dlaczego tak długo – można odpowiedzieć, że przyczyn jest zapewne kilka. Po pierwsze stosunkowo mało wiemy jeszcze o tym co naprawdę czuje dziecko nienarodzone i przyjmujemy intuicyjnie różne hipotezy. Każdy człowiek chce żyć szczęśliwie – bez trosk, cierpienia i dąży do tego celu różnymi drogami, eliminując po drodze wszelkie przeszkody, nawet kiedy są nimi inne osoby. Nie wszyscy są w stanie z rozmaitych przyczyn zaakceptować poglądy o głębokim sensie cierpienia i duchowym życiu człowieka. Polska to kraj, gdzie jeszcze wciąż zdecydowana większość obywateli deklaruje przywiązanie do wartości chrześcijańskich, do dekalogu, ale jak wykazują m.in. badania CBOSu nie wszyscy są zgodni co do tego, że nie można, w niektórych życiowych sytuacjach, czynić od niego wyjątku. Nie zabijaj – no tak, ale... „W Polsce z roku na rok wzrasta liczba legalnych zabiegów przerywania ciąży. W 2010 roku takich zabiegów przeprowadzono 641 i było ich o 103 więcej niż w roku 2009. Zdaniem ekspertów liczba ta i tak jest zaniżona, ponieważ szpitale w statystykach zamiast zabiegów przerywania ciąży wpisują poronienia. Szacuje się, że w polskim podziemiu aborcyjnym za granicą oraz samodzielnie, za pomocą środków poronnych, aborcji poddaje się ok. 100 tysięcy Polek. Wykrywalność tego typu przestępstw jest jednak znikoma. Z 203



takich spraw prowadzonych w 2010 roku tylko 11 zakończyło się postawieniem aktów oskarżenia”<sup>20</sup>.

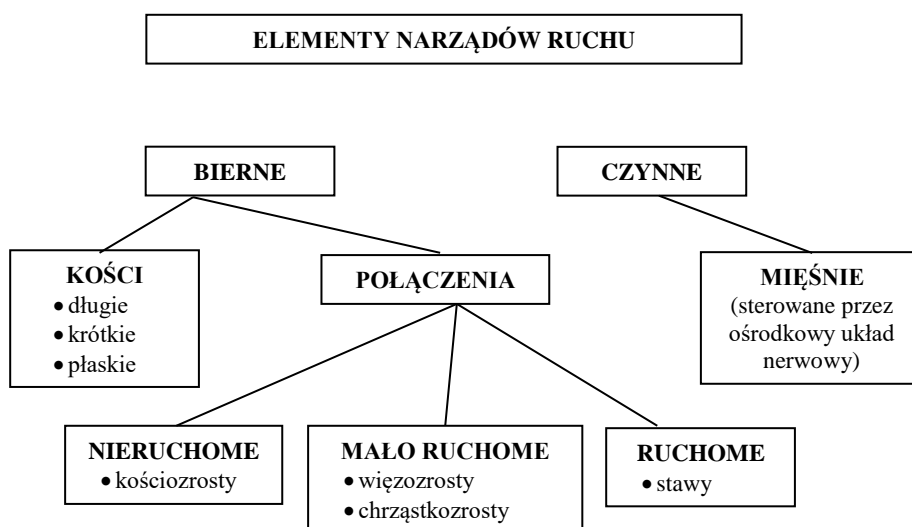
W świetle przytoczonych danych, faktów, opinii naukowych autorytetów oraz poczynionych uwag widać, że problem wartości i jakości życia osób dotkniętych niepełnosprawnością jest wielce złożony, a przez to niezmiernie trudny do zadawalającego wszystkich, ostatecznego rozwiązania. Istniejące nadal wątpliwości natury etycznej, prawnej czy społecznej skłaniają do dalszej intensywniej, szerokiej dyskusji zmierzającej do wypracowania wspólnego stanowiska ponad podziałami światopoglądowymi i kulturowymi dla dobra całej ludzkiej, solidarnej wspólnoty. Powinno opierać się ono na przyjętych powszechnie akceptowanych, trwałych, ponadczasowych wartościach nadających sens i godność ludzkiemu życiu. W tej ważnej kwestii, podobnie jak i w wielu innych, potrzebny jest dalszy dialog pomiędzy przedstawicielami różnych nauk, religii, filozofii – wyzbycie się rozmaitych wzajemnych uprzedzeń, nieufności, powielanych stereotypów społecznych. Z nadzieją należy traktować aktywność wielu środowisk na rzecz rozwiązywania codziennych problemów osób z niepełnosprawnościami, dzieci, młodzieży, dorosłych.

---

<sup>20</sup> W. Fernecki, *W Polsce rośnie liczba legalnych aborcji*, [www.tvp.info/informacje/polska/w-polsce-rosnie-liczba-legalnych-aborcji/5596612](http://www.tvp.info/informacje/polska/w-polsce-rosnie-liczba-legalnych-aborcji/5596612) [dostęp: 09.02.2013].

## 2. Niepełnosprawność ruchowa – wybrane przyczyny, rodzaje, klasyfikacje

Narząd ruchu można traktować jako złożony system połączonych i współpracujących ze sobą elementów. Zgodnie z definicją „system”, to zbiór oddzielnych elementów oddziałujących na siebie tak, by mógł osiągnąć określony cel (...). Jest to całość zorganizowana, ponieważ odzwierciedla dynamiczne i wzajemne związki między różnymi częściami składowymi, a jakakolwiek zmiana któregoś z elementów pociąga za sobą w sposób konieczny zmiany pozostałych elementów, a w konsekwencji całego systemu<sup>21</sup>.



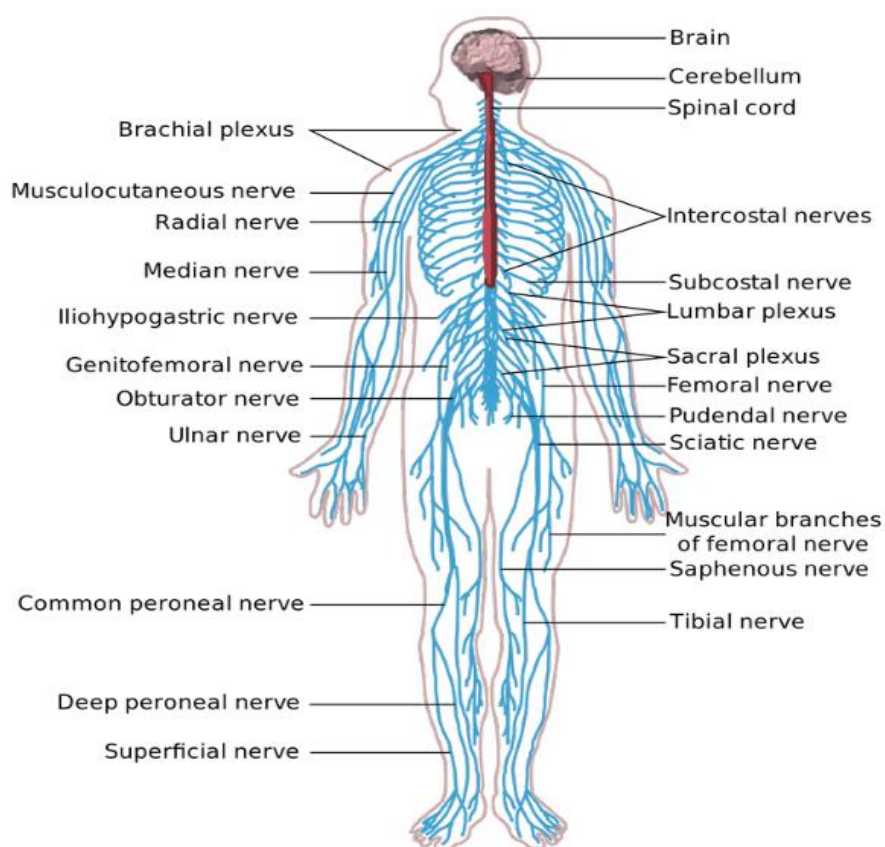
**Schemat 1.**

Źródło: opracowanie własne.

„Połączone z kośćcem za pomocą ścięgnistych przyczepów mięśnie szkieletowe tworzą czynny aparat ruchu. Dzięki zawartości kurczliwego białka, zwanego aktomiozyną (mającego zdolność zmiany energii chemicznej na mechaniczną), tkanka mięśniowa może kurczyć się i rozkurczać. Ta jej właściwość umożliwia ruch poszczególnych części ciała względem siebie oraz zmianę położenia ciała

<sup>21</sup> M. Rorat, *Wartości i poczucie sensu życia młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu*, Rzeszów 2006, s. 46.

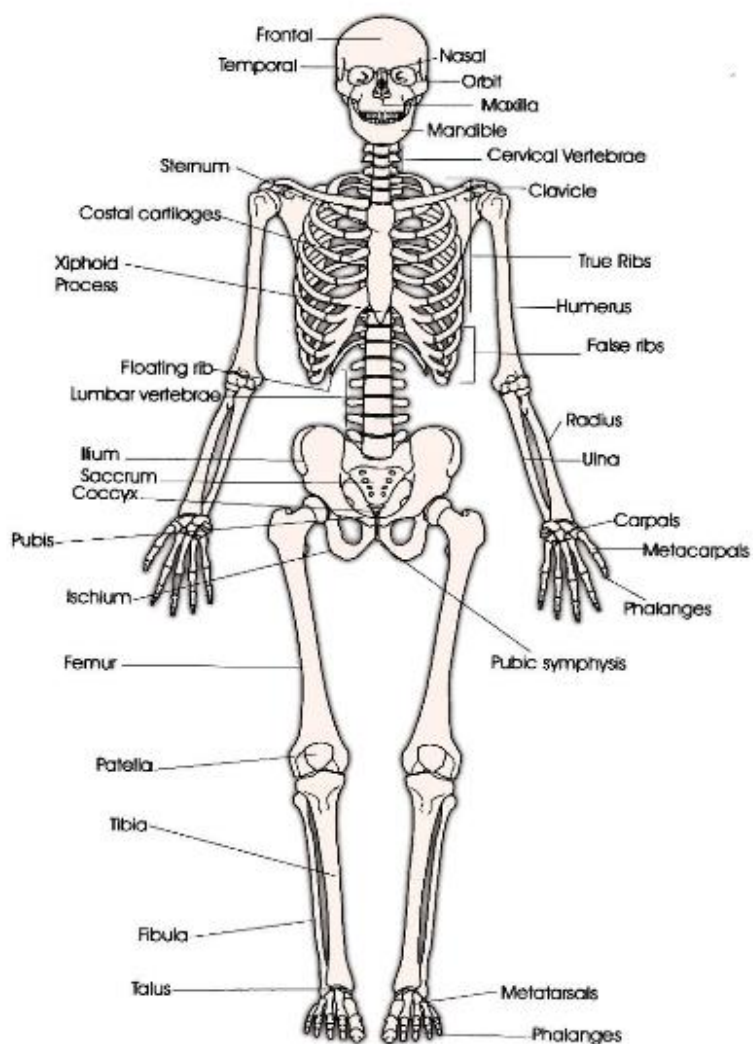
w przestrzeni. Impulsy do działania wydaje mięśniom kora mózgowa, a ich przekaznikami są rdzeń kręgowy i nerwy rdzeniowe. Generowane dzięki współdziałaniu układu kostno-stawowego i nerwowego ruchy mogą być mimowolne, gdy dokonują się poza świadomością, oraz dowolne, jeśli są odpowiedzią na impulsy korowe, docierające do mięśni drogami rdzeniowymi z pól ruchowych kory mózgowej”<sup>22</sup>.



**Rycina 1. System nerwowy człowieka**

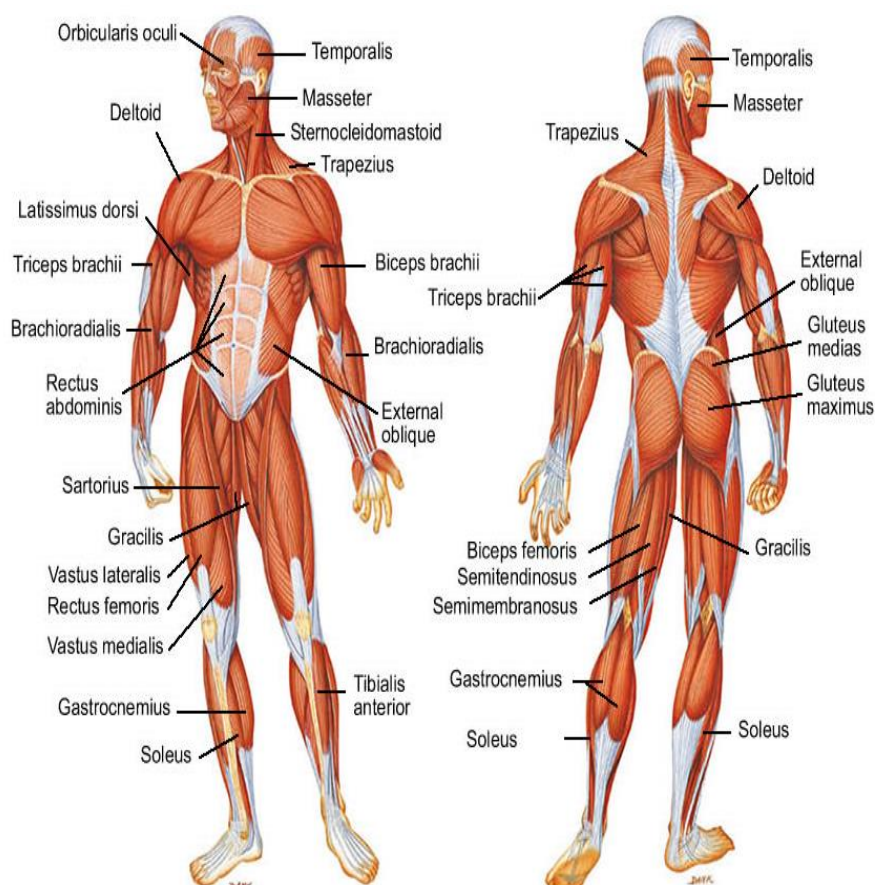
Źródło: <https://www.seekpng.com/ima/u2e6q8y3i1y3a9u2/>

<sup>22</sup> T. Radecki, *Budowa i czynności organizmu ludzkiego* [w:] *Domowy poradnik medyczny*, K. Janicki (red.), PZWL, Warszawa 1991, s. 11.



**Rycina 2. Układ kostny człowieka**

Źródło: <http://anatomysystem.com/printable-human-skeleton/>



**Rycina 3. System mięśniowy człowieka**

Źródło: <http://470399413812082311.weebly.com/muscular-system.html>

Już ten prosty schemat i ryciny pozwalają wyobrazić sobie, jak wiele rozmaitych przyczyn może spowodować okresową bądź trwałą niepełnosprawność ruchową – jak wiele istnieje czynników mogących niekorzystnie wpływać na rozwój i stan poszczególnych elementów składowych narządu ruchu. Należy podkreślić, że istotny wpływ na jego funkcjonowanie mają także inne układy ludzkiego ciała, a w szczególności krwionośny i nerwowy. Ich zaburzenia mogą także zakłócać jego prawidłowe funkcjonowanie.

Określenie „niepełnosprawność ruchowa”, czy „dysfunkcja narządów ruchu” ma charakter ogólny. Obejmuje szeroki wachlarz stanów somatycznych powstających pod wpływem wielu czynników, które oddziałują na ludzki organizm

podczas całego życia – od okresu płodowego po kres. Zróżnicowanie okresu powstania, przyczyn i skutków utrudnia opracowanie uniwersalnej klasyfikacji niepełnosprawności ruchowej, stąd tak duża ich liczba i różnorodność.

Opisywane w literaturze naukowej podziały tworzone są przez specjalistów reprezentujących rozmaite dyscypliny naukowe i zwykle w wybranym aspekcie, np. rehabilitacji medycznej czy rehabilitacji społecznej, podobieństwa klinicznego, etiologii, pochodzenia, usytuowania, stopnia ograniczeń ruchowych, możliwości samodzielnego przemieszczania się.

Klasyfikacja według Wiktora Degi obejmuje:

- choroby i zniekształcenia narządów ruchu jako skutek procesów zapalnych;
- nowotwory i nowotworopodobne zmiany kości i tkanek miękkich;
- porażenia i niedowłady w przebiegu chorób kręgosłupa i rdzenia kręgowego oraz uszkodzenia mózgu;
- choroby reumatoidalne i inne<sup>23</sup>.

Przyjmując za kryterium podziału miejsce dotknięte chorobą, często wskazuje się za przyczynę niepełnosprawności ruchowej:

- schorzenia stawowe,
- schorzenia naczyniowe,
- choroby kości,
- choroby układu nerwowego.

M. Rorat przytacza też klasyfikację zaproponowaną przez Irminę Koiser-Grodecką, a mianowicie:

- dysfunkcje pochodzenia mózgowego, np. dziecięce porażenie mózgowe, spastyczne i wiotkie porażenia i niedowłady kończyn po wylewach krwi do mózgu, zespoły ruchów mimowolnych i zaburzenia koordynacji ruchowej;
- dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego, które są następstwem np. choroby Heinego-Medina, rozszczepu kręgosłupa, urazu kręgosłupa i rdzenia lub postępującego zaniku mięśni czy dystrofii mięśniowej;

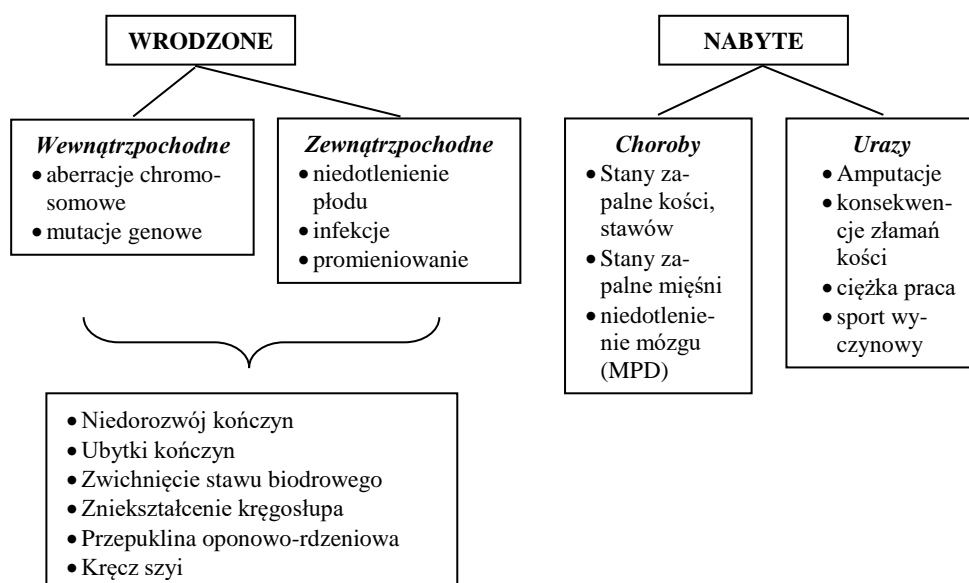
---

<sup>23</sup> W. Dega, *Ortopedia i rehabilitacja*, Warszawa 1984.

- dysfunkcje układu kostno-stawowego, np. zwichnięcie stawu biodrowego, stopa końsko-szpotawa, schorzenia reumatyczne (zwłaszcza gościec przewlekły postępujący i zeszywniające zapalenia stawów kręgosłupa);
- braki kończyn – wrodzone lub stany po amputacji<sup>24</sup>.

## DYSFUNKCJE NARZĄDÓW RUCHU

### według czasu powstawania



### Schemat 2. Dysfunkcje narządów ruchu według czasu powstawania

Źródło: opracowanie własne na podstawie prac: B. Szychowiak, *Rozwój społeczny dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu ruchu*, „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie”, Prace Pedagogiczne, z. 14, A. Maciarz, *Psychologia lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy*, Warszawa 2001; K. Bidziński, *Kontekst znaczeniowy przypisywany pojęciu „niepełnosprawność” przez młodzież niepełnosprawną z dysfunkcją narządu ruchu jako predyktor ich potrzeb rehabilitacyjnych* [w:] *Problem edukacji i rewalidacji dzieci niepełnosprawnych*, J. Pilecki, M.A. Winzer (red.), Kraków 1996.

<sup>24</sup> I. Koiser-Grodecka, *Dysfunkcje narządów ruchu* [w:] *Psychologia defektologiczna*, I. Koiser-Grodecka (red.).

Według Aleksandry Maciarz, dysfunkcje narządu ruchu można sklasyfikować wykorzystując kryterium miejsca występowania patologicznej zmiany, a mianowicie:

- dysfunkcje pochodzenia mózgowego powstałe na skutek chorobowych zmian w ośrodkach ruchu w mózgu, np. mózgowie porażenie dziecięce, płasawica, wylewy i guzy mózgu, gruźlicze zapalenie mózgu, urazy mechaniczne;
- dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego, spowodowane np. uszkodzeniami mechanicznymi rdzenia kręgowego (wstrząśnienia, stłuczenia, zranienia), chorobą Heinego-Medina, przepukliną oponowo-rdzeniową, gruźliczym zapaleniem stawów czy chorobą nowotworową rdzenia kręgowego;
- dysfunkcje pochodzenia obwodowego, spowodowane np. skrzywieniem kręgosłupa, wadami kończyn, zwłóknieniem stawu biodrowego, zmianami chorobowymi narządów ruchu czy amputacjami.

Im wyższy stopień niesprawności ruchowej dziecka, tym większe ma ono ograniczenia poznawcze i społeczne. Dzieci z widocznymi zniekształceniami postawy ciała i narządu ruchu mogą być narażone na negatywne postawy rówieśników i dorosłych, mogą mieć trudności w kształtowaniu właściwej samooceny oraz poczucia własnej wartości. Zagrożenia te należy usuwać w procesie ich rehabilitacji i społecznej integracji<sup>25</sup>.

Jak wskazuje M. Rorat, ograniczona sprawność jako następstwo rozmaitych urazów może być rozpatrywana pod różnymi względami:

- fizyczno-biologicznym (długotrwałe kalectwo, ograniczające wykonywanie normalnych funkcji życiowych);
- psychologicznym (pourazowy zespół zachowań i stresu emocjonalnego);
- zawodowym (stan zmniejszonej możliwości pracy zawodowej);
- socjologicznym („wypadnięcie” z dotychczasowych ról społecznych i adaptacja do sytuacji osoby dotkniętej niepełnosprawnością);
- ekonomicznym (zależność wynikająca z niemożności podjęcia pracy zarobkowej lub uzyskania dochodów na odpowiednim poziomie;

---

<sup>25</sup> A. Maciarz, *Mały leksykon pedagoga specjalnego*, Kraków 2005, s. 35–36.



- prawnym (uprawnienia do pewnych świadczeń określonych odpowiednimi aktami prawnymi);
- pedagogicznym<sup>26</sup>.

Ocena rozmiaru ograniczeń sprawności może być dokonywana ze względu na kryteria:

- medyczne (stopień ograniczenia sprawności określony przez lekarza);
- subiektywne (samoocena osoby o ograniczonej sprawności);
- czynnościowe (opis ograniczeń w spełnianiu poszczególnych czynności życiowych);
- prawne (określenie uprawnień jednostki z ograniczoną sprawnością do otrzymania z tego tytułu przysługujących jej świadczeń);
- opinii bliskich o osobach z niepełnosprawnością ruchową (np. rodziny, współmieszkańców itp.), które z racji systematycznej styczności lub rodzaju więzi z osobą borykającą się z niepełnosprawnością są w stanie dokładnie sprecyzować stopień jej upośledzenia);
- środowiskowe (określenie stopnia ograniczenia sprawności przez innych członków społeczności, do której dana osoba z niepełnosprawnością należy)<sup>27</sup>.

Szczególne znaczenie dla rozwoju refleksji nad środowiskowymi uwarunkowaniami rehabilitacji miało opracowanie międzynarodowej klasyfikacji ICF.

Konstytutywne cechy rzetelnej, wartościowej i praktycznej klasyfikacji, to:

- dokładnie określony przedmiot, którego dotyczy,
- zakres,
- jednostki,
- organizacja i wzajemne związki pomiędzy tymi trzema elementami.

Przedmiotem ICF jest zdrowie człowieka we wszystkich aspektach i wybrane elementy dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego.

---

<sup>26</sup> M. Rorat, *Wartości i poczucie sensu życia młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu*, Rzeszów 2006, s. 48.

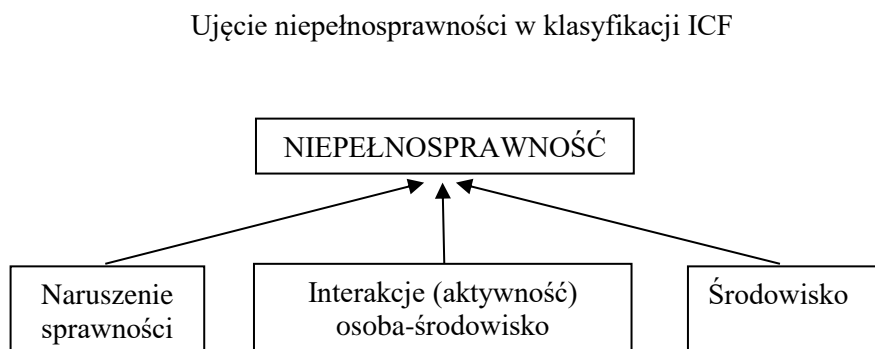
<sup>27</sup> Ibidem, s. 49.

Jednostką klasyfikacji są kategorie, które zawarte zostały w dziedzinach powiązanych ze zdrowiem.

Należy mocno podkreślić, że ICF nie odnosi się, jak często mylnie się interpretuje, jedynie do osób z niepełnosprawnością. ICF jest klasyfikacją uniwersalną i odnosi się do wszystkich ludzi. Dotyczy ich zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem. Ludzie nie są w niej jednostkami klasyfikacji. Skala ta jednoznacznie i zwięźle opisuje sytuację człowieka w zbiorze dziedzin zdrowia oraz ze zdrowiem powiązanych. W opisie uwzględniane są czynniki osobowe oraz środowiskowe.

Klasyfikacja ICF wymusza redefinicję pojęcia niepełnosprawności funkcjonującą w obiegowych opiniach i rozumianą jako pewne naruszenie – ograniczenie – sprawności, funkcjonalności w efekcie choroby, urazu, wrodzonej wady organizmu.

Nowe ujęcie można zilustrować schematycznie:



### **Schemat 3. Ujęcie niepełnosprawności w klasyfikacji ICF**

Zgodnie z nim w opiekę i wsparcie dla osób nią dotkniętych muszą angażować się służby medyczne, socjalne, terapeuci, psycholodzy, pedagodzy, nauczyciele. Zróżnicowane formy tych działań powinny służyć, z jednej strony usprawnianiu funkcjonowania organizmu, a z drugiej dostosowywaniu środowiska zamieszkania, nauki, pracy tak, żeby zapewnić możliwie szeroki, pełny, wszechstronny udział osoby w aktywności społecznej.

Wprowadzenie klasyfikacji ICF spowodowało wyeksponowanie szczególnego aspektu traktowania niepełnosprawności – a mianowicie pojawiających się w życiu osób niepełnosprawnych wielu rozmaitych barier natury społecznej.

W ocenie psychologa rehabilitacji Stanisława Kowalika *rewolucyjność systemu ICF polega przede wszystkim na tym, że zrywa częściowo z rozpatrywaniem niepełnosprawności jako stanu zbliżonego do choroby. Można zauważyć tendencję odwrotną: niepełnosprawność traktowana jest jako stan zbliżony do zdrowia*<sup>28</sup>.

Do zalet omawianej klasyfikacji zalicza się to, że:

- umożliwia pełniejsze porozumienie pomiędzy różnymi specjalistami zaangażowanymi w proces usprawniania;
- pozwala czynić analizy porównawcze kondycji zdrowotnej osób pochodzących z różnorodnych środowisk społecznych (miejsc zamieszkania, pracy);
- uwzględnia kompleksowo istotne problemy życiowe osób niepełnosprawnych;
- używa prostego, zrozumiałego dla większości ludzi języka;
- inspirowanie do planowania kompleksowej, wszechstronnej rehabilitacji;
- ugruntowuje w praktyce holistyczne podejście do człowieka, traktowanego jako istotę społeczną – realizującą się poprzez uczestnictwo w życiu społecznym;
- sugeruje potrzebę autentycznego włączenia się społeczeństw w rozwiązywanie problemu wzrostu liczby osób niepełnosprawnych na świecie;
- wyraża dążenie do ograniczania wąskiego, jednostronnego biomedycznego traktowania potrzeb pacjenta;
- skłania do refleksji nad subtelnością i złożonością różnic w sytuacji życiowej osób z określoną dysfunkcją;
- naprowadza na cele w dążeniach rehabilitantów do doskonalenia jakości życia pacjenta;
- przyczynia się do podmiotowego traktowania osoby rehabilitowanej, ograniczenia rutynowego podejścia jak do jednego z wielu typowych przypadków;

---

<sup>28</sup> S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa 2007, s. 103.

- popularyzuje odchodzenie od mocno ugruntowanego stereotypu stygmatyzowania osób niepełnosprawnych – z określonym medycznym rozpoznaniem;
- stwarza ramy do standaryzacji np. specjalnych potrzeb edukacyjnych.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży, jak zwraca uwagę Liliana Zaręba: „upowszechnianie podejścia opartego na klasyfikacji ICF i ICF-CY może przyczynić się do zunifikowania języka orzeczeń wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz opinii wydawanych przez poradnie. Dokumenty przygotowywane przez specjalistów poradni, mimo że dotyczą dzieci i młodzieży z określonym rodzajem trudności, często w części opisowej nie precyzują zakresu świadczeń i usług przysługujących określonej osobie”<sup>29</sup>.

Zauważa, uzasadniając swój słuszny pogląd, że: „w dzisiejszej szkole nie każde dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi legitymuje się orzeczeniem i diagnozą otrzymaną w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Orzeczenie otrzymują ci uczniowie, którzy w świetle przepisów ustawy o systemie oświaty wymagają stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy. Obowiązującą zasadą jest, że placówki edukacyjne odpowiadają za diagnozowanie środowiska uczniów, rozpoznawanie ich potrzeb edukacyjnych oraz udzielanie im niezbędnego wsparcia. Wsparcie to dotyczy zarówno osób wybitnie uzdolnionych – o wysokim potencjale intelektualnym lub utalentowanych artystycznie czy sportowo – jak też i tych, które przejawiają określone trudności w funkcjonowaniu szkolnym z racji barier językowych, środowiskowych czy ograniczeń wynikających z posiadanych deficytów, dysfunkcji i schorzeń”<sup>30</sup>.

## **Istota i przyczyny powstawania mózgowego porażenia dziecięcego**

W ocenie specjalistów najczęstszą przyczyną niepełnosprawności ruchowej u dzieci i młodzieży jest porażenie mózgowe. Zgodnie z poglądami wielu autorów naukowych, termin mózgowie porażenie dziecięce –

<sup>29</sup> L. Zaręba, *Specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne dzieci i młodzieży. Identyfikowanie SPR i SPE oraz sposoby ich zaspokajania*, ORE, Warszawa 2014, s. 12.

<sup>30</sup> L. Zaręba, op. cit., s. 12.

*paralyscerebralisinfantum* – oznacza grupę niepostępujących, ale ewoluujących w czasie zaburzeń ruchowych, które są skutkiem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w jego wczesnym stadium rozwoju.

Według Romana Michałowicza, przez pojęcie mózgowego porażenia dziecięcego rozumiemy niepostępujące zaburzenie czynności będącego w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza ośrodkowego neuronu ruchowego, powstałe w czasie ciąży, porodu lub w okresie okołoporodowym<sup>31</sup>. Mózgowe porażenie dziecięce nie stanowi określonej, odrębnej jednostki chorobowej, lecz jest różnorodnym etiologicznie i klinicznie zespołem objawów chorobowych, a co się z tym ściśle łączy, także różnym obrazem anatomopatologicznym<sup>32</sup>.

Zdaniem Sophie Levitt<sup>33</sup>, porażenie mózgowe jest powszechnie stosowaną nazwą dotyczącą grupy chorób cechujących się zaburzeniami motorycznymi spowodowanymi niepostępującym uszkodzeniem mózgu we wczesnym okresie życia. Chorobom tym towarzyszą zwykle inne ułomności, jak również problemy emocjonalne i socjalne dotyczące rodzin. Zakres i ciężkość choroby jest bardzo różna, począwszy od całkowitego unieruchomienia i pełnej zależności od innych, do sytuacji, w której pacjent mówi, może sam się obsługiwać, chodzić, biegać i ma inne umiejętności, którym jednak towarzyszy pewna nieporadność ruchów.

Jak informuje Maria Borkowska<sup>34</sup>, jedna z postaci MPD została naukowo opisana ponad 150 lat temu przez angielskiego lekarza Johna Williama Little'a (1810–1894), dlatego przez długie lata była nazywana „chorobą Little'a”. Jak podaje również, w wielu krajach europejskich używa się definicji opracowanej w Lublanie w 1993 roku, która określa MPD jako: „zbiorcze pojęcie obejmujące trwałe, lecz zmieniające się wraz z wiekiem różnorodne zaburzenia ruchu i postawy współistniejące z innymi objawami (padaczka, upośledzenie umysłowe,

---

<sup>31</sup> R. Michałowicz (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*, Wyd. Lekarskie PZL, Warszawa 2001, s. 17.

<sup>32</sup> Ibidem, s. 17.

<sup>33</sup> S. Levitt, *Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu*, Wyd. Lekarskie PZL, Warszawa 2000, 2007, s. 23.

<sup>34</sup> M. Borkowska, *Dziecko z niepełnosprawnościami ruchową*, PZWL, Warszawa 2012, s. 110.

zaburzenia wzroku, słuchu i mowy), uwarunkowane trwałym uszkodzeniem mózgu znajdującego się w stadium niezakończonego rozwoju”.

Grupa amerykańskich specjalistów, w oparciu o obowiązującą obecnie klasyfikację ICF, swoją definicję z 2004 roku rozszerza o ocenę możliwości uczestnictwa osób z MPD w codziennym życiu. Definicja ta brzmi: „Mózgowe porażenie dziecięce oznacza grupę zaburzeń rozwoju ruchu i postawy ograniczających aktywność ruchową, które przypisane są niepostępującym zaburzeniom rozwoju mózgu płodu lub noworodka. Zaburzeniom ruchowym MPD często towarzyszą zaburzenia: zmysłów, poznawcze, komunikacji, percepcji, zachowania lub inne napadowe”. W jej ocenie: określenie to jest nie w pełni dostosowane do obecnych wymagań, gdyż nie określa istoty problemu i nasilenia choroby. Nadal brakuje informacji pozwalających przewidzieć obecne i przyszłe problemy w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentami. Nie ma też danych pozwalających na porównanie grup chorych w różnym wieku i miejscach geograficznych<sup>35</sup>.

W popularnej Wikipedii pod hasłem mózgowe porażenie dziecięce czytamy, że jest to „zespół objawów określających różnorodne zaburzenia ruchu i postawy wynikające z trwałego, niepostępującego uszkodzenia mózgu we wczesnym stadium rozwoju dziecka. Najczęstsze problemy dotyczą koordynacji ruchowej, różnego stopnia sztywności lub wiotkości mięśni, przełykania pokarmów, mówienia. Jako objawy wyróżnić można w niektórych przypadkach obecność drgawek, problemy ze wzrokiem i słuchem (...) U około jednej trzeciej dzieci dochodzi do napadów epileptycznych”. Od roku 2012 – 6 października obchodzony jest Światowy Dzień Mózgowego Porażenia Dziecięcego.

Jak już wspomniano, najczęstszą przyczyną niepełnosprawności ruchowej u dzieci jest porażenie mózgowe, ale jego przyczyn może być znacznie więcej. Czynniki powodujące niepełnosprawność ruchową:

- ✓ wady wrodzone
  - ubytki kończyn
  - braki kończyn
  - artrogrypoza

---

<sup>35</sup> Ibidem.

- przepuklina oponowo-rdzeniowa
- **porażenie mózgowe**
- ✓ choroby
  - układu nerwowego (udar mózgu, Parkinsona, stwardnienie)
  - reumatyczne
  - układu krążenia
  - nowotworowe
  - zespoły bólowe kręgosłupa (zmiany zwyrodnieniowe)
- ✓ wypadki
  - komunikacyjne
  - sportowe
  - w rolnictwie
- ✓ zaniedbania w dziedzinie:
  - higieny pracy
  - higieny nauki
  - odżywiania
  - wypoczynku

Znaczne zróżnicowanie objawów porażenia mózgowego pod względem topografii, charakteru, nasilenia u dzieci sprawiło, że wyodrębniono kilka jego postaci. Aktualnie powszechnie wykorzystuje się tzw. podział według Hagberga, uwzględniający dwa kryteria, a mianowicie objawy kliniczne oraz topografię. Zgodnie z nim wyróżnia się:

- 1) postacię piramidową (spastyczną), które powstają wskutek uszkodzenia kory ruchowej mózgu oraz dróg korowo-rdzeniowych:
  - porażenie połowicze (hemiplegia);
  - porażenie czterokończynowe (tetraplegia) – przewaga zmian w kończynach górnych;
  - porażenie czterokończynowe (diplegia) – przewaga zmian w kończynach dolnych;
- 2) zespoły (postacie) ataktyczne (mózdkowe), będące skutkiem uszkodzenia mózdku;

- 3) postaciach pozapiramidowych (dyskinetyczne), powstające w efekcie uszkodzenia jąder podstawy mózgu.

Nieco inny podział zaproponował Ingram w 1995 roku, a mianowicie:

- 1) obustronne porażenie połowicze – obustronny niedowład połowiczy (łac. *hemiplegia bilateralis*);
- 2) obustronne porażenie kurczowe – dwustronny niedowład kurczowy (*diplegia-spastica*);
- 3) porażenie połowicze – niedowład połowiczy (łac. *hemiplegia*);
- 4) postać mózdkowa – ataktyczna (*atalia*);
- 5) postać pozapiramidowa (*athetosis, dyskinesis*);
- 6) postać mieszana.

Bardziej wszechstronną i dokładniejszą klasyfikację zaproponowali Russ i Soboloff. „Dzieli ona mózgowie porażenie dziecięce, uwzględniając następujące czynniki:

- 1) patofizjologiczne: a – spastyczność, b – atetoz (ze zwiększonym lub obniżonym napięciem mięśniowym albo dystonią), c – sztywność, d – ataksja, e – drżenie, f – atonia, g – postaci mieszane lub h – niesklasyfikowane;
- 2) topograficzne: monoplegia, paraplegia, hemiplegia, triplegia, tetraplegia;
- 3) etiologiczne: związane z okresem przedporodowym, okołoporodowym i poporodowym;
- 4) czynniki dotyczące zakresu czynności (kończyn): bez ograniczenia czynności, z lekkim lub średnim ograniczeniem czynności oraz chorzy niezdolni do wykonania żadnych czynności;
- 5) czynniki lecznicze: pacjenci niewymagający leczenia, chorzy wymagający niedużego stopnia zaopatrzenia i leczenia, pacjenci wymagający nie tylko aparatury „lecz także leczenia i opieki oraz wreszcie chorzy potrzebujący długotrwałej hospitalizacji, a następnie opieki”<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> R. Michałowicz (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, s. 19.



Zgodnie z klasyfikacją opracowaną przez American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine, wyróżnia się<sup>37</sup>:

1. Porażenie połowicze (*hemiplegia*).
2. Porażenie kurczowe obustronne (*diplegia*).
3. Porażenie czterokończynowe (*quadriplegia*), które dotyczy całego ciała.
4. Postać pozapiramidową (*diskinesis*), w której rozróżnia się atetozę: bez zmian w napięciu mięśni, z dystonią oraz spastycznością.
5. Postać ataktyczną, mózdkową (*atalia*).
6. Postać wiotką (*hipotoniczną*).
7. Postaci mieszane.

Zdaniem cytowanej autorki, zbytne koncentrowanie się na topografii zmian bez uwzględniania innych elementów, takich jak: stan funkcjonalny, możliwość uczestnictwa w życiu (zgodnie z klasyfikacją ICF) nie jest słuszne.

Obecnie dzięki możliwości zastosowania w badaniach jądrowego rezonansu magnetycznego i analizy uzyskanych obrazów można rozróżnić rodzaje uszkodzeń mózgu w zależności od stopnia jego dojrzałości, a także stwierdzanych zmian. Na tej podstawie wyróżnia się mpdz, w którym są lub nie ma zmian w obrazach rezonansu magnetycznego.

Najnowsze propozycje klasyfikujące mpdz dotyczą konieczności uwzględnienia stopnia aktywności osób, ich osobowości i oceny możliwości pełnego uczestnictwa w życiu. Zwraca też uwagę na to, że coraz częściej poleca się stosowanie rozróżnienia mpdz w zależności od przewagi objawów klinicznych. Taki podział uwzględnia następujące rodzaje: spastyczną, dyskinetyczną i ataktyczną. Nie poleca się posługiwania terminem „postać mieszana”.

Stopień nasilenia zaburzeń zależy nie tylko od miejsca uszkodzenia mózgu, ale także od jego rozległości i ciężkości. W związku z tym wyróżnia się podział według zaawansowania objawów: lekki, średni i znaczny<sup>38</sup>.

Wprowadzony podział mózgowych porażień dziecięcych przysłania fakt, że mają one wiele cech wspólnych. Najważniejsze jest opóźnienie rozwoju

---

<sup>37</sup> Cyt. za: M. Borkowska (red.), *Dziecko z niepełnosprawnością ruchową*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.

<sup>38</sup> Ibidem, s. 116–117.

motorycznego – upośledzenie najbardziej typowe dla wszystkich postaci. Charakterystyczne objawy, jak ruchy mimowolne czy nadmierne napięcie mięśniowe, dodatkowo rozwój ten utrudniają. Negatywny wpływ na rozwój motoryki ma też upośledzenie lub opóźnienie mechanizmów reakcji równoważnych i napięć posturalnych. Mechanizmy posturalne są nieodłączną składową umiejętności motorycznych. Gdy ich brak są nieprawidłowe – odbija się to na całej motoryce. (...). Te zagadnienia mają ogromne znaczenie przy nakreślaniu planu leczenia.

U dzieci z mózgowym porażeniem wiotkość karku i tułowia widuje się też hipertonię kończyn. Brak panowania nad głową i tułowiem zwykle wiąże się z opóźnieniem rozwoju motorycznego, ale w gruncie rzeczy jest wynikiem opóźnionego rozwoju mechanizmów posturalnej stabilizacji tych części ciała. Wspólną cechą jest także występowanie odruchów patologicznych, których nie można uznać za typowe dla którejkolwiek postaci choroby<sup>39</sup>.

Cytowana autorka podkreśla również, że: „u dzieci z porażeniem mózgowym mamy do czynienia zarówno z opóźnieniem rozwoju ruchowego, jak i niewydolnością ruchową. Oprócz tej jednostki chorobowej opóźnienie motoryki lub opóźnienie i niewydolność ruchową mogą wynikać z innych patologii, które zalicza się czasami do wspólnej grupy opóźnień rozwojowych (Pearson i Williams 1972)»<sup>40</sup>.

Krótki przegląd publikacji naukowych poświęconych dziecięcemu porażeniu mózgowemu pozwala już na wstępie poznać jak wiele postaci może ono przyjmować i jak zróżnicowane i liczne mogą być jego konsekwencje, a tym samym jak różnorodnych specjalistycznych działań leczniczych i rehabilitacyjnych wymagają osoby nim dotknięte.

---

<sup>39</sup> S. Levitt, *Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu*, Wyd. lekarskie PZWL, Warszawa 2000, 2007, s. 37.

<sup>40</sup> Ibidem, s. 39.

### 3. Ból w procesie rehabilitacji medycznej i środowiskowej

Proces usprawniania psychoruchowego dzieci z mózgowym porażeniem jest utrudniony przez szereg czynników, wśród których najczęściej występują:

- trudności w kontaktach emocjonalnych z pacjentem,
- długi okres adaptacji do nowych warunków (sali ćwiczeń),
- ból,
- lęk przed wystąpieniem bólu,
- niechęć do wysiłku i współpracy z terapeutą,
- opór pacjenta,
- agresywność,
- płaczliwość,
- drażliwość,
- kurcze,
- drętwienia,
- napady padaczkowe
- wzmożone napięcie mięśniowe,
- słabość mięśni,
- mały zakres ruchów,
- brak wiary we własne możliwości,
- trudności w koncentracji uwagi,
- zaburzenia pamięci i procesu myślenia.

Dziecko zwykle znajduje się w złym stanie fizycznym i psychicznym. W celu ułatwienia stosowania wielu skutecznych metod rehabilitacyjnych zalecane jest podjęcie równoległe leczenia farmakologicznego. Odpowiednio dobrane leki pozwalają m.in. na:

- obniżenie poziomu lęku,
- złagodzenie niepokoju,
- redukcję bólu,
- rozluźnienie napiętych mięśni prężkowanych.

Podawanie leków musi odbywać się pod ścisłą kontrolą lekarską. Samowolne aplikowanie dziecku środków uspokajających, nasennych, przeciwbólowych może prowadzić do rozmaitych groźnych dla zdrowia i życia skutków – uszkodzenia narządów wewnętrznych, zaburzeń wyższych czynności umysłowych, uzależnienia. Stosowanie nieodpowiednich dawek i bez medycznego uzasadnienia skutkuje często także tolerancją organizmu na leki, przez co stają się one nieskuteczne.

Polska zaliczana jest do krajów, w których skłonności do sięgania po rozmaite leki jest znacznie rozpowszechniona. Zjawisku temu sprzyjają: łatwa dostępność, stosunkowo niskie ceny, atrakcyjne reklamy. W obiegowych opiniach słyszy się o szerzącej się w naszym kraju lekomanii. Jeśli chodzi o spożycie leków, jesteśmy na drugim miejscu za Francją. Rocznie przyjmujemy ponad 2 miliardy produktów leczniczych, a 90% z nich to leki, które nie zostały przepisane przez specjalistę.

Według danych GUS, 40% leków bez recepty podaje się również dzieciom poniżej 14 lat<sup>41</sup> – głównie są to specyfiki przeciwbólowe. Pod względem spożycia leków przeciwbólowych zajmujemy 4. miejsce w Europie, zaraz za Francją, Grecją i Włochami. Rocznie spożywamy ich ponad 100 milionów opakowań, wydając na to około 2 miliardów złotych<sup>42</sup>. (ok. 60% zawiera kwas acetylosalicylowy, 26% paracetamol, 11% ibuprofen, 3% inne substancje czynne<sup>43</sup>).

To niekontrolowane w pełni, a czasami nawet nieuzasadnione względami zdrowotnymi przyjmowanie leków przeciwbólowych można tłumaczyć na różne sposoby, wskazując domniemane przyczyny tego stanu – brak powszechnej wiedzy o mechanizmach działania i skutkach ubocznych, lekkomyślność, uciekanie od poddania się gruntownym, profesjonalnym badaniom pozwalającym rozpoznać przyczynę dolegliwości, chęć zaoszczędzenia czasu na wizytę lekarską, nieufność wobec personelu medycznego, lekceważenie stanu zdrowia, przecenianie własnych kompetencji medycznych, uleganie rozmaitym reklamom, opiniom, radom, utrudniony dostęp do lekarzy, niezadawalająca jakość usług medycznych

---

<sup>41</sup> [www.medonet.pl](http://www.medonet.pl) [dostęp: 20.12.2020].

<sup>42</sup> [www.rynekaptek.pl](http://www.rynekaptek.pl) [dostęp: 19.11.2019].

<sup>43</sup> [www.medonet.pl](http://www.medonet.pl)

w dostępnych placówkach. Ból jest problemem tak aktualnym, powszechnym i istotnym dla każdego człowieka, że w wielu aktach normatywnych od Konstytucji poczynawszy, znajdujemy poświęcone mu specjalne zapisy. Na ten fakt zwrócono m.in. uwagę w raporcie pokontrolnym NIK, gdzie przywołano treści kilku z nich, najważniejszych opatrząc stosownym komentarzem. A mianowicie (cyt. za Raportem – pogrubienia autorów)

#### 1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej

**Łagodzenie wszelkich cierpień jest podstawowym warunkiem poszanowania godności ludzkiej. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.<sup>44</sup>, w preambule odwołuje się do „przyrodzonej godności człowieka”, a art. 30 charakteryzuje ją jako przyrodzone, niezbywalne i nienaruszalne „źródło wolności i praw człowieka i obywatela”.** Godność człowieka jest jedyną konstytucyjną wartością, która nie może być ograniczona, jedną z klauzul generalnych, stanowiących podstawę interpretacyjną całego systemu prawa, w tym prawa medycznego. Trybunał Konstytucyjny zalicza godność człowieka do podstawowych praw podmiotowych jednostki. W Polsce istnieje niekwestionowany obowiązek władzy publicznej, zapewnienia osobom chorym i cierpiącym realnego i równego dostępu, niezależnie od ich sytuacji materialnej, do działań medycznych, leków, wyrobów medycznych poprzez przyjęcie odpowiednich uregulowań prawnych (zobacz: art. 68 ust. 2 Konstytucji).

Leczenie bólu – jak oceniają specjaliści – nie jest zagwarantowane bezpośrednio i zapisane wprost w prawach pacjenta, ale pośrednio wynika z wielu używanych przez ustawodawcę sformułowań. Samymi regulacjami prawnymi nie można tego wielce skomplikowanego i trudnego problemu ostatecznie rozwiązać. To wymaga bowiem, oprócz profesjonalnej wiedzy medycznej, także umiejętności całościowego ujmowania procesu leczenia, holistycznego traktowania pacjenta, empatii, specjalnych kompetencji społecznych.

Jak komentują i oceniają autorzy przywoływanego Raportu:

„Prawo pacjenta do poszanowania godności, w myśl art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, obejmuje prawo do umierania

---

<sup>44</sup> Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

w spokoju i godności. **Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.** Brak natomiast gwarancji ustawowej, która tak jednoznacznie ujmowałaby prawo do łagodzenia bólu zdecydowanie wcześniej niż dopiero w fazie opieki terminalnej. Każdy pacjent ma natomiast prawo do odpowiednich świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)”.

W dalszej części komentarza wyjaśniają, powołując się na autorytet prawniczy: „**że obecny stan prawny nie oznacza, że prawo do działań uśmierzających ból zostało ograniczone tylko do pacjentów w stanie terminalnym,** a w świetle przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta należy przyjąć, że każdy pacjent ma prawo do działań przeciwbólowych, a w przypadku opieki terminalnej dopuszcza się dodatkowe uregulowania prawne związane ze szczególnym okresem w życiu człowieka”<sup>45</sup>.

W innym miejscu – odwołując się do aktualnych zapisów – podkreślają: „Każdy pacjent ma prawo nie tylko do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, ale również do informacji o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć w następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 ust. 1 i ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). **Jako że podmiot leczniczy zobowiązany jest opracować i wdrożyć procedurę leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu** (zobacz: omówienie rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego), **należy przyjąć, że zobowiązany jest on również do informowania pacjentów o możliwościach, sposobach, korzyściach i działaniu niepożądanym uśmierzania bólu**”.

Ten zapis jest szczególnie istotny dla rodziców dzieci opuszczających oddziały szpitalne, którzy często bardzo obawiają się tego, że nie poradzą sobie w domu z uśmierzaniem bólu cierpiącego dziecka. Brak wystarczającej,

---

<sup>45</sup>Za: prof. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska, kierownik Podyplomowego Studium Prawa Medycznego Uniwersytetu Łódzkiego, Fundacja Ekspertki dla Zdrowia (zobacz np.: „Nie kłaniaj się bólowi i nie ból się. Poradnik dla pacjenta i opiekuna”, dostępny pod adresem: [http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/aktualnosci/aktualnosci\\_pliki/poradnik\\_nie\\_klaniaj\\_sie\\_bolowi.pdf](http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/aktualnosci/aktualnosci_pliki/poradnik_nie_klaniaj_sie_bolowi.pdf)

zrozumiałej informacji skłania rodziców do podejmowania nie zawsze skoordynowanych działań i poszukiwań rozwiązania problemu na własną rękę. Należy podkreślić, że skuteczne informowanie rodzica musi uwzględniać jego indywidualne możliwości właściwego zrozumienia przekazu lekarza, fizjoterapeuty, pielęgniarki. Nie można zapominać, że rodzice zwykle nie posiadają wykształcenia medycznego, nie znają specjalistycznego języka, a niejednokrotnie będąc w stresie wywoływanym przez pobyt dziecka w szpitalu, mają też ograniczone możliwości percepcyjne.

Autorzy Raportu wskazują też inny akt normatywny, z którego można dowiedzieć się o istnieniu obowiązku łagodzenia bólu pacjenta, a mianowicie ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych „Pacjent uprawniony do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z chwilą przyjęcia do szpitala lub innego podmiotu leczniczego wykonującego działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, ma prawo do bezpłatnych leków i wyrobów medycznych, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. **Oznacza to, że w trakcie trwania hospitalizacji, do dnia wypisu włącznie, szpital jest zobowiązany zabezpieczyć pacjentowi dostęp do niezbędnych leków i wyrobów medycznych, również w zakresie działania przeciwbólowego.** Zakres realizacji tego prawa musi uwzględniać postanowienia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, jakie są zawierane pomiędzy Narodowym Fundusze Zdrowia a świadczeniodawcą (art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>46</sup>)”.

W dalszej części dokumentu cytowany jest kolejny zapis dotyczący łagodzenia bólu pochodzący z Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego: „**Prawo pacjenta do gwarantowanego szpitalnego działania przeciwbólowego w systemie publicznym**

---

<sup>46</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.

musi być realizowane zgodnie z opracowaną i wdrożoną procedurą leczenia bólu i oceny skuteczności tego leczenia. Taki wymóg został wprowadzony na podstawie § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>47</sup> (dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.<sup>48</sup>)”.

Kolejny przywoływane w Raporcie akt prawny odnoszący się do leczenia bólu pacjentów **Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** reguluje funkcjonowanie specjalistycznych poradni, które rozmieszczone są na terenie całego kraju. Znajdujemy w nim szereg istotnych informacji m.in. o wymogach dotyczących kwalifikacji personelu lekarskiego i obowiązkowych świadczeniach „**W poradni leczenia bólu świadczeń udziela przynajmniej:** 1) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub medycyny paliatywnej, lub neurochirurgii i neurotraumatologii, lub neurochirurgii, albo 2) lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie onkologii klinicznej, albo 3) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale o profilu onkologia kliniczna, albo 4) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie neurologii. W miejscu udzielania świadczeń powinny być wykonywane przynajmniej blokady przeciwbólowe oraz powinien być zapewniony dostęp do: badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych; RTG; USG”.

Wyniki kontroli NIK pokazały, że można jeszcze wiele poprawić w dziedzinie jakości zwalczania bólu w placówkach opieki zdrowotnej. Nie wykazały one ewidentnych zaniedbań, lekceważenia problemu czy niekompetencji

---

<sup>47</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 694 ze zm.

<sup>48</sup> Dz. U. poz. 1441.



personelu, ale nie oznacza to, że sytuacja jest zadowalająca. Oczywiście przyczyn tych niedoskonałości może być wiele. Jedną z istotnych jest zapewne brak wystarczającej liczby lekarzy i pielęgniarek w szpitalach. Przeciążenie obowiązkami, pośpiech, konieczność koncentrowania się w pierwszej kolejności na stanach ciężkich, zagrażających bezpośrednio życiu pacjenta. Jak informują autorzy Raportu: „W większości skontrolowanych szpitali nie opracowano i nie wdrożono zasad postępowania zapewniających leczenie i monitorowanie skuteczności leczenia bólu u wszystkich pacjentów odczuwających ból. Pacjentom nie zapewniono zatem należytego dostępu do leczenia bólu, które byłoby adekwatne do stopnia jego natężenia.

Kontrola wykazała, że:

- w 30 szpitalach (tj. w 94 proc. skontrolowanych), w objętej analizą dokumentacji medycznej pacjentów odczuwających ból, nie odnotowano informacji potwierdzających systematyczne pomiary natężenia bólu oraz regularną ocenę skuteczności leczenia bólu zarówno u wszystkich pacjentów operowanych, jak i u wszystkich pacjentów nieoperowanych;
- w 22 szpitalach (tj. 69 proc. skontrolowanych), nie opracowano i nie wdrożono procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu u wszystkich, operowanych i nieoperowanych, pacjentów odczuwających ból;
- w 19 szpitalach (tj. w 59 proc. skontrolowanych), nie utworzono zespołu ds. leczenia bólu, a w 17 (tj. w 53 proc. skontrolowanych) nie prowadzono kontroli w zakresie stosowania zasad skutecznego leczenia bólu;
- w 11 szpitalach (tj. w 34 proc. skontrolowanych), personel medyczny nie szkolił się w zakresie stosowania zasad i monitorowania skuteczności leczenia bólu, bądź w takich szkoleniach uczestniczyła niewielka część personelu;
- w 22 szpitalach (tj. w 69 proc. skontrolowanych), pacjentom przekazywano jedynie słowną informację o bólu i metodach jego leczenia.

Personel medyczny wszystkich skontrolowanych szpitali podejmował działania w zakresie uśmierzania bólu”.

W zależności od konkretnego przypadku łagodzenie bólu może przyjmować różny przebieg, wymagać interwencji równoległej kilku specjalistów. W procesie leczniczym mogą uczestniczyć – obok lekarzy neurologów – także

fizjoterapeuci, psycholodzy, anestezjolodzy i inni. Ważne jest, by ich współpraca była planowa, wzajemnie uzgadniana i właściwie koordynowana w czasie. W licznych przypadkach istotne jest dokładne przestrzeganie przez pacjentów pór i godzin przyjmowania określonych środków farmakologicznych, częstotliwość i intensywność wykonywania zalecanych ćwiczeń, a także poddawania się właściwym zabiegom leczniczym. Punktualność, regularność, konsekwencja w realizacji planu terapii przeciwbólowej istotnie przyczyniają się do uzyskiwania zadowalających efektów. Wszelkie tego typu zaniedbania nie tylko opóźniają oczekiwane skutki, ale mogą w skrajnych przypadkach wpłynąć na znaczące pogorszenie się kondycji pacjenta. Przedłużający się w czasie ból powoduje ogólne wyczerpanie psychiczne, zmęczenie, pogorszenie nastroju, utratę optymizmu – wiary w możliwość poprawy stanu zdrowia. Prowadzi to do tzw. poddania się losowi, zaniku motywacji do walki o lepszą przyszłość. Niezbędne wówczas staje się intensywne wsparcie psychologiczne, na które nie zawsze wyrażają zgodę zainteresowani i ich rodziny. W procesie terapii należy zwrócić uwagę na to, by pacjent cierpiący na dolegliwości bólowe zrozumiał i pogodził się z tym, że łagodzenie bólu będzie zachodziło stopniowo, że nie da się go pozbyć raz na zawsze w całości, że będą jego nawroty, z którymi można nauczyć się żyć. Które można przewidywać na podstawie rozmaitych symptomów i wcześniej właściwie się do tej sytuacji przygotować. Pacjent powinien nauczyć się możliwie w pełni kontrolować swój ból, znać jego skalę i skuteczność rozmaitych środków bezpiecznie pozwalających na jego uśmierzanie.

Istotnym dla zdrowia każdego człowieka jest zrozumienie tego, że ból to swoiste ostrzeżenie ze strony organizmu, którego nie należy ignorować. Jeżeli się pojawia, to nie można zbytnio zwlekać z udaniem się na konsultację do specjalisty. W praktyce dochodzi nadal do sytuacji, w których z rozmaitych powodów różne osoby podejmują w dobrej wierze działania mające im lub ich bliskim cierpiącym przynieść doraźną lub trwałą ulgę. Źródłem pomysłów na zwalczanie bólu bywają tradycje ludowe, tzw. „sprawdzone przepisy babć”, strony internetowe, a także ludzie nieuczciwi szukający łatwego zarobku, żerując na naiwności, niewiedzy innych, oferujących na wszystkie bóle placebo.

Z perspektywy wielu gabinetów lekarskich, gabinetów fizjoterapeutów, a także pogotowia ratunkowego łatwo zauważyć jak pilną i ważną potrzebą jest masowa edukacja społeczeństwa w dziedzinie profilaktyki i zwalczania bólów, które nie oszczędzają nikogo. Edukacja ta to także uwrażliwienie na cierpienie innych, w tym także dzieci z niepełnosprawnością, przebywających w szpitalach, specjalnych ośrodkach, rodzinach. Dzieci, które żyją i rozwijają się obok nas, ale o losie których tak mało powszechnie wiadomo.

W cytowanym raporcie pokontrolnym w bardzo zwięzły i zrozumiały sposób – wykorzystując publikacje uznanych autorytetów w dziedzinie medycyny – zaprezentowano też uwarunkowania skutecznego ograniczania bólu. Z racji ogólnopoznawczych walorów fragment tekstu zacytowano w całości, zachowując oryginalne przypisy w stopce.

„Podstawową metodą leczenia bólu jest farmakoterapia. Leki przeciwbólowe powinno się przyjmować niemalże z zegarkiem w rękę. Odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami zależą od czasu działania leku. Siłę działania leków określa drabina analgetyczna, czyli schemat stosowania leków przeciwbólowych, stosowny w celu zmniejszenia doznań bólowych u chorego, w zależności od natężenia bólu<sup>49</sup>.

W uśmierzaniu bólu stosuje się też nefarmakologiczne i komplementarne metody leczenia bólu. Należą do nich: radioterapia, fizykoterapia, techniki psychologiczne, terapia stymulacyjna. W latach dziewięćdziesiątych w Wielkiej Brytanii przeprowadzono szereg badań poświęconych korelacji pomiędzy pacjentami uskarżającymi się na ból, a oceną jego stanu przez personel medyczny. W oparciu o wyniki tych badań oraz bazując na wcześniejszych doświadczeniach Stanów Zjednoczonych w dziedzinie terapii bólu, sformułowano szereg wniosków i zaleceń. Zasadniczym było stwierdzenie, że zachodzi konieczność opracowania

---

<sup>49</sup> Za dr n. med. Michałem Graczykiem, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny paliatywnej województwa kujawsko-pomorskiego („Nie kłaniaj się bólowi i nie ból się”. Poradnik dla pacjenta i opiekuna.).

narzędzi umożliwiających właściwą analizę stanów bólowych, zapewniających należytą komunikację pomiędzy pacjentem a personelem medycznym<sup>50</sup>.

Zastosowanie odpowiednich narzędzi zapewnia pacjentowi możliwość przełożenia subiektywnego odczuwania bólu na obiektywne parametry i przedstawienie go w sposób mierzalny. Ponieważ zjawisko bólu jest trudne do zdefiniowania, głównie ze względu na wpływ czynników psychologicznych, w tym szczególnych cech odczuwania bólu przez daną osobę oraz sposobu, w jaki mózg przetwarza otrzymaną informację o bólu, zaistniała konieczność stworzenia narzędzi do dokonania obiektywnej oceny stanu bólowego pacjenta. Podczas oceny stanu pacjenta, stwierdzenie występowania u niego bólu i jego ocena spoczywa na wszystkich członkach zespołu medycznego zajmującego się pacjentem. Wykorzystanie narzędzi obrazowania bólu pozwala pacjentom na uczynienie relatywnie subiektywnego uczucia obiektywnym. Zwraca się uwagę, że użycie narzędzi obrazowania bólu powinno uwzględniać język, kulturę, pochodzenie społeczne pacjenta, jego wiedzę i stan emocjonalny oraz poznawczy, tak aby były one dla niego zrozumiałe i pozwalały na skuteczne komunikowanie się z personelem medycznym<sup>51</sup>.

W Raporcie zwrócono uwagę na kwestię konieczności współpracy różnych specjalistów: „W leczenie bólu zaangażowani są nie tylko lekarze. Dla przykładu, uśmierzanie bólu pooperacyjnego wymaga dobrej współpracy całego personelu medycznego i dotyczy zarówno chirurgów, anestezjologów, rehabilitantów, jak i pielęgniarek opiekujących się chorymi po zabiegu operacyjnym. Przedstawiciele tych specjalności i zawodów powinni systematycznie podnosić swoje kwalifikacje i wiedzę z zakresu leczenia bólu. Szkolenia mogą się odbywać w formie wykładów, pogadanek czy platformy e-learningowej”.

Podkreślono także, że „Leczenie bólu jest zadaniem interdyscyplinarnym. Eksperti zalecają, aby terapia bólu w szpitalu funkcjonowała w sposób

---

<sup>50</sup> Por. Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska, Mirosława Ogrodniczuk, Sebastian Dąbrowski „Udział pielęgniarki w procesie monitorowania i terapii bólu pooperacyjnego”, część II. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2014; 8: 200–205.

<sup>51</sup> Ibidem.

zorganizowany<sup>52</sup>. W nowoczesne leczenie bólu, poza anestezjologami, są zaangażowani również specjaliści z innych dziedzin – fizjoterapeuci, rehabilitanci, farmaceuci, psychologowie oraz lekarze innych specjalności: ortopedzi, neurologi, neurochirurdzy. Za optymalne rozwiązanie uznaje się utworzenie zespołu leczenia bólu, do którego zadań należy m.in. informowanie chorych o możliwościach terapii przeciwbólowej, szkolenie ustawiczne personelu medycznego, stosowanie zasad analgezji zgodnej z najnowszymi wytycznymi, monitorowanie natężenia bólu kilka razy dziennie, ocena występowania powikłań. Takie zespoły mają też kompetencje do opracowania i uaktualniania procedury leczenia i monitorowania bólu, nadzorowania dostępności leków i sprzętu stosowanych w leczeniu bólu, czy do przeprowadzenia okresowej oceny (sprawdzenia) stosowania procedury leczenia bólu oraz rzetelności prowadzenia dokumentacji w tym zakresie”.

Właściwe leki łagodzą nie tylko dolegliwości narządowe, ale również działają uspokajająco, nasennie, hamują nadmierne pobudzenie psychoruchowe, drażliwość, wybuchowość. Do najczęściej stosowanych u dzieci zalicza się:

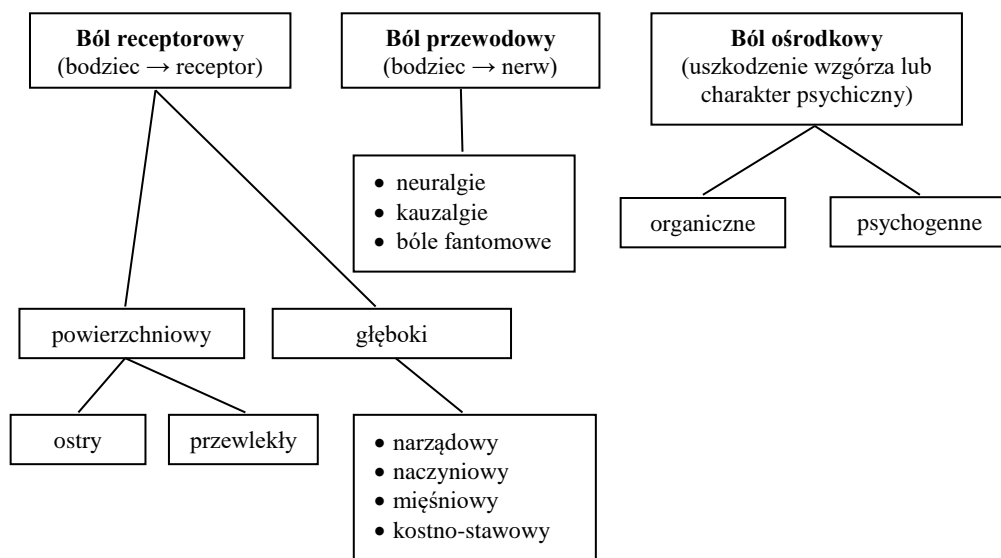
- leki anksjolityczne,
- neuroleptyki,
- leki przeciwdepresyjne,
- leki psychoenergizujące,
- leki poprawiające ukrwienie mózgu,
- steroidowe preparaty anaboliczne,
- leki przeciwdrgawkowe,
- leki obniżające napięcie mięśniowe.

Zdaniem Romana Michałowicza: „stosowanie leków o właściwościach psychoenergizujących, relaksacyjnych, uspokajających, przeciwlękowych, tonizujących, poprawiających ukrwienie, przeciwdrgawkowych oraz ogólnie wzmacniających, w dużym stopniu ułatwia prowadzenie systematycznej diagnostyki, funkcjonalnej psychoterapii, kinezyterapii, ergoterapii, terapii zajęciowej,

---

<sup>52</sup> Por. np.: <http://ptbb.pl/zasoby/pobierz-pliki/category/15-zalecenia-postepowania-w-bolu-pooperacyjnym-ad-2014>

fizykoterapii oraz systematycznej rehabilitacji socjalnej wraz z trudnym procesem preorientacji i przystosowania do zawodu u dzieci starszych”<sup>53</sup>.



#### Schemat 4. Klasyfikacja bólu według Tadeusza M. Domżała

Źródło: opracowanie na podst. S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa 2007, s. 164.

Stanisław Kowalik proponuje, by w aspekcie celów psychologicznych posługiwać się podziałem opartym na koncepcji Johnsona, zgodnie z którym można wyróżnić ból przejściowy, ostry i chroniczny (str. 164).

Ból długotrwały, przewlekły, tzw. chroniczny, stanowi problem nie tylko medyczny, ale i społeczny, dlatego w jego ograniczanie włączają się nie tylko lekarze, rehabilitanci, ale także psychologowie, pedagodzy, pracownicy socjalni, terapeuci specjalizujący się w różnorodnych formach pracy z pacjentami (muzykoterapeuci, animaloterapeuci, fizjoterapeuci, arteterapeuci).

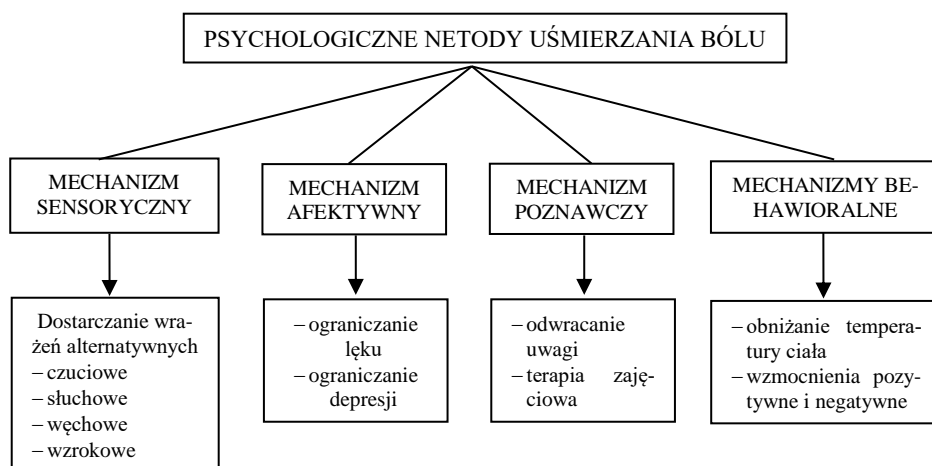
Źródła bólu chronicznego nie są na dzień dzisiejszy wystarczająco rozpoznane, aczkolwiek przyjmuje się, że w jego strukturze można wyróżnić trzy komponenty (składniki) – sensoryczny, emocjonalny, poznawczy. Jak ocenia trafnie

<sup>53</sup> R. Michałowski, *Mózgowe porażenie dziecięce*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, s. 400.

Stanisław Kowalik, powołując się na prace wielu autorów: „bardzo trudno jest jednoznacznie odróżnić ból ostry od bólu chronicznego. Arbitralnie przyjmuje się, że ból chroniczny rozpoznawany jest wówczas, gdy dolegliwości trwają przynajmniej 6 miesięcy, a okres oddzielający poszczególne epizody bólowe nie trwa dłużej niż 3 miesiące (Doleys, 2002). Niekiedy do tych dwóch kryteriów dodaje się trzecie: ból chroniczny powinien być rozpoznawany dopiero po zakończeniu procesu leczenia uszkodzenia organizmu. Chociaż ból ten jest mniej intensywny niż ból ostry, to tak samo trudno go znieść, chociaż z zupełnie innych powodów. Towarzyszą mu trudności ze snem, utrata apetytu, częste stany rozdrażnienia i zanik zainteresowań, pociągający za sobą ogólny spadek aktywności. Nie oznacza to, że człowiek odczuwający tego typu ból koncentruje się tylko na nim. Oczekuje się od niego, że będzie podejmował i realizował w miarę dobrze role rodzinne, zawodowe i towarzyskie. Musi więc przewyżać odczuwane dolegliwości, dążąc do włączenia się w maksymalnym stopniu w normalne życie społeczne. Źródła oraz mechanizmy powstawania bólu chronicznego są ciągle niejasne. Najczęściej jest on konsekwencją trwałego uszkodzenia tkanki. Jego przyczyn neurologicy najczęściej dopatrują się w: a) patologicznych zmianach narządów wewnętrznych, b) uszkodzeniach mięśniowo-szkieletowych, c) uszkodzeniach mechanicznych ciała, d) działaniu niekorzystnych czynników psychologicznych”<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa 2007, s. 167.



### Schemat 5. Psychologiczne sposoby uśmierzenia bólu

Źródło: opracowanie własne na podst. S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa 2007.

Zdaniem cytowanego autora, „ból chroniczny towarzyszy wielu rodzajom niepełnosprawności, dlatego psychologzy rehabilitacji poświęcają mu dużo uwagi. Szacuje się, że współwystępowanie bólu chronicznego z określonym rodzajem dysfunkcji organizmu pogłębia niepełnosprawność trzykrotnie, co wpływa na uzyskiwanie gorszych rezultatów rehabilitacji”<sup>55</sup>.

Każdy, podejmujący wysiłek usprawniania pacjenta musi szanować jego podmiotowość, godność oraz indywidualność, rozumianą jako wyjątkowość cech psychofizycznych (niepowtarzalność).

Fizjoterapeuta pracujący np. z osobą niepełnosprawną ruchowo zobowiązany jest m.in. do tego, by:

- ustawicznie kontrolować czy nie zadaje jej bólu;
- unikać ryzyka wystąpienia mocniejszego bólu w czasie zabiegów i ćwiczeń;
- unikać sytuacji, w których pacjent jest narażony na odczucie nagłego mocnego bólu;
- nie wywierać presji, by pacjent znosił ból w trakcie zabiegu (ćwiczeń) bez uzewnętrzniania swoich odczuć;

<sup>55</sup> Ibidem.



- nie używać argumentów rodzaju „taki ból każdy powinien znieść bez narzekania”;
- nie przekonywać, że do bólu każdy z czasem łatwo się przyzwyczaja;
- każdorazowo, na bieżąco ostrzegać osobę rehabilitowaną, że w trakcie wykonywania procedur leczniczych może w określonym momencie (etapie) pojawić się ból – ostrzegać, przygotowywać na takie doznanie, prosić o natychmiastową informację o nim;
- zezwalać pacjentowi na samodzielne wyznaczanie granic bolesności zabiegów, którym jest poddawany;
- nie krytkować reakcji osoby usprawnianej na ból;
- nie porównywać (nie oceniać, nie komentować) wrażliwości na ból osoby poddawanej zabiegowi z wrażliwością bólową innych pacjentów;
- nie okazywać zniecierpliwienia, zdziwienia, zmęczenia wobec skarżącego się na ból pacjenta;
- dostosowywać intensywność, czas trwania, częstotliwość wykonywanych z pacjentem ćwiczeń usprawniających do jego indywidualnych potrzeb i możliwości;
- nie wywierać presji – nie ponaglać – osób rehabilitowanych do zwiększania intensywności ćwiczeń w celu przyspieszenia zauważalnych efektów usprawniania;
- zachowywać się taktownie, myśleć empatycznie, odnosić się życzliwie, działać profesjonalnie.

W procesie w miarę mało bolesnego usprawniania psychoruchowego warto także rozważyć wykorzystywanie muzykoterapii, która może okazać się w wielu przypadkach cennym uzupełnieniem i uatrakcyjnieniem tego złożonego procesu. By tak się stało, terapeuta powinien gruntownie przemyśleć i bardzo starannie dobrać repertuar utworów instrumentalnych pod względem gatunków muzycznych, tempa, rytmu, dynamiki, harmonii.

„Do głównych zadań muzyki w używanej terapii należy:

- wprowadzenie w stan odprężenia i rozluźnienia;
- stopniowe uspokojenie i wygaszanie emocji;

- dopływ nowej energii;
- przywołanie przyjemnych skojarzeń, myśli, obrazów;
- pobudzenie emocjonalne, duchowe bądź psychiczne;
- wzmocnienie odbioru bodźców zewnętrznych;
- wspomaganie kreatywności”<sup>56</sup>.

Według E. Goźlińskiej [cyt. za M. Borkowską], muzykę uspokajającą i wyciszającą cechuje:

- „krótki czas trwania (3–10 min);
- powolne lub umiarkowane tempo;
- niewielki poziom głośności i brak kontrastów dynamicznych;
- przewaga użycia dźwięków ze środkowego rejestru;
- przejrzysta i lekka faktura;
- płynność melodii i rytmu, przewaga rytmów miarowych „kołyszących”;
- obecność nieznacznych punktów kulminacyjnych, pozwalających słuchaczowi na oscylowanie między stanami napięcia i odprężenia;
- znaczny poziom struktury i regularności przebiegu;
- brak instrumentów o jaskrawej i ostrej barwie;
- unikanie kompozycji wokalnych”<sup>57</sup>.

Aktywizując osoby niepełnosprawne, należy ciągle zwracać uwagę na ich dolegliwości bólowe. W rehabilitacji pacjentów z bólem chronicznym obowiązują następujące zasady:

- „Istnieje pewna rozbieżność pomiędzy dążeniem pacjentów do zachowania spokoju a dążeniem rehabilitantów do włączenia ich w proces usprawniania. Dlatego ważny jest spokój w postępowaniu personelu rehabilitacyjnego.
- Ból odczuwany przez pacjentów uczestniczących w procesie rehabilitacji nie zawsze musi być wyrazem rozwoju choroby. Może być także naturalnym sygnałem zmęczenia, które należy uwzględnić w dalszych działaniach rehabilitacyjnych.

---

<sup>56</sup> M. Borkowska, *Dziecko z niepełnosprawnością ruchową*, PZWL, Warszawa 2015, s. 241.

<sup>57</sup> Ibidem, s. 242.

- Nasilanie się bólu pod wpływem rehabilitacji (przejście od bólu mało intensywnego do bólu ostrego) można traktować jako konsekwencję wprowadzenia zbyt dużych wymagań wobec pacjenta. Ból może być „przewodnikiem” w dobieraniu zajęć o odpowiedniej intensywności.
- Takie rodzaje rehabilitacji, jak usprawnianie ruchowe lub terapia zajęciowa, stanowią doskonałe okazje do podejmowania naturalnych działań, które mogą skutecznie ograniczać dolegliwości bólowe. Wymaga to specjalnego przygotowania sytuacji, w jakich przebiega usprawnianie”<sup>58</sup>.

Ból doświadczany przez osobę niepełnosprawną stanowi wyzwanie nie tylko dla specjalistów rehabilitacji leczniczej – medycznej, ale także dla tych wszystkich, którzy przyczyniają się do jej rehabilitacji środowiskowej. Członków najbliższej rodziny, nauczycieli, terapeutów, rówieśników, sąsiadów, pracowników różnych instytucji, z usług których korzysta osoba pośrednio, bądź bezpośrednio. Każdy wchodzący z nią w rozmaite interakcje powinien mieć świadomość, że wszelka jej aktywność społeczna, okazywane emocje, zachowania mogą różnić się istotnie od ogólnie akceptowanych norm i wzorców z powodu m.in. także bólu, którego na co dzień doświadcza.

Osoby ze środowiska pracy, nauki, zamieszkania nie mogą oceniać osób z niepełnosprawnością w każdej sytuacji według kryteriów przyjmowanych powszechnie dla ludzi sprawnych, cieszących się dobrą kondycją psychofizyczną. Ból ogranicza wiele funkcji fizycznych, ale równocześnie działa wyniszczająco na psychikę. Prowadzi do zmęczenia, utraty motywacji, do podejmowania różnorodnych wyzwań, rozdrażnienia, czasami do reakcji agresywnych wobec innych osób. Może zniechęcać do życia, kontaktów międzyludzkich, postępować poczucie bezradności, krzywdy, braku sensu istnienia, niesprawiedliwości losu, upokorzenia, frustracji, skutecznie ograniczać chęć uczestnictwa w kulturze – pracy, nauki, śledzenia wydarzeń zachodzących w globalnym i lokalnym społeczeństwie.

Ból towarzyszący niepełnosprawności istotnie przyczynia się do marginalizacji społecznej osoby cierpiącej, a nawet jej zupełnego wykluczenia z nurtu życia społecznego. Pod wpływem bólu lub ciągłej obawy o jego pojawienie się wiele

---

<sup>58</sup> S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa 2007, s. 175.

osób wycofuje się świadomie z życia społecznego, ograniczając kontakty z innymi jedynie do niezbędnego minimum. Reasumując dotychczasowe rozważania, można dodać, że nie w każdym środowisku skuteczna rehabilitacja jest w pełni możliwa.

Cechy środowiska sprzyjającego rehabilitacji społecznej to m.in.:

- wiedza o specyfice potrzeb i możliwości osób z niepełnosprawnością;
- umiejętność empatycznego myślenia (zdolność do empatii wobec osób z niepełnosprawnością, cierpiących często także z powodu dolegliwości bólowych, na które nie zawsze się skarżą);
- afirmacja godności i wyjątkowości każdego człowieka;
- uznanie „czwór mianu etycznego” za regulator – normę postępowania wobec innych osób – w kontaktach interpersonalnych:
  - prymatu osoby nad rzeczą,
  - prymatu etyki nad techniką
  - prymatu życzliwości nad skutecznością
  - prymatu znaczenia „być” nad „mieć”
- znajomość i przestrzeganie praw osób niepełnosprawnych;
- znajomość i przestrzeganie podstawowych praw człowieka;
- znajomość i przestrzeganie podstawowych praw dziecka;
- wyrównywanie szans, a nie okazywanie litości – współczucia;
- likwidowanie barier różnej natury, a nie integrowanie;
- traktowanie jako pełnoprawnego, ważnego członka społeczności;
- nieuleganie stereotypom osób niepełnosprawnych.

Podjmując szerokie starania o możliwie pełne włączanie dzieci, młodzieży i osób dorosłych z niepełnosprawnością w nurt życia społecznego, należy mieć na uwadze także – oprócz konieczności uśmierzenia ich dolegliwości bólowych i zwalczania stereotypowych postaw bliższego i dalszego otoczenia – stwarzanie właściwego klimatu społecznego w środowisku zamieszkania, pracy i nauki. Jest to zadanie nie tylko dla powszechnej edukacji, ale również dla wszystkich osób dobrej woli, którym nieobojętny jest los każdego człowieka. Osób wrażliwych, ofiarnych i bezinteresownych. Warto pamiętać i przypominać często

o tym, że jedną z miar wartości i wielkości każdego człowieka jest jego stosunek do innych, a zwłaszcza słabszych, potrzebujących wsparcia, nie w pełni samodzielnych.

#### **4. Refleksje metodologiczne przydatne w diagnozie, terapii i rehabilitacji**

Rozpoczęcie właściwej rehabilitacji poprzedzone być musi każdorazowo postawieniem trafnej, szczegółowej diagnozy. Im wcześniej to nastąpi, tym większe szanse na poprawę kondycji psychofizycznej otrzymuje osoba niepełnosprawna.

Diagnozowanie wymaga nie tylko głębokiej, merytorycznej wiedzy np. medycznej, psychologicznej, społecznej czy pedagogicznej, ale również pewnych umiejętności metodologicznych – wiedzy o metodach i technikach gromadzenia informacji, formułowaniu problemów badawczych oraz hipotez i ich sprawdzaniu. Szczególnie ważne jest także opanowanie takich czynności naukotwórczych jak rozumowanie wyjaśniające. Zalicza się do nich wnioskowanie, dowodzenie, sprawdzanie hipotez.

Wyjaśnianie prowadzi do otrzymania odpowiedzi na pytania rozpoczynające się od „dlaczego?”, formułowane w odniesieniu do zaobserwowanego zjawiska, faktu czy zależności. W literaturze naukowej wyróżniane są dwa główne typy wyjaśnień: dedukcyjne oraz probabilistyczne.

Wyjaśnienie dedukcyjne polega zawsze na wyciąganiu logicznego wniosku z pewnych ogólnych praw. Każde takie prawo pozwala nam na przewidywanie rozwoju sytuacji (np. choroby) na podstawie aktualnie obserwowanych stanów, zdarzeń, parametrów. Przewidywanie takie jest istotą tzw. prognostycznej funkcji nauki.

Wyjaśnienia probabilistyczne nie wykorzystują związków wynikania logicznego pomiędzy zjawiskami, lecz związki natury uprawdopodobniania. Wnioskując probabilistycznie, orzekamy o prawdopodobieństwie zajścia jakiegoś zjawiska (np. A), gdy zachodzi inne określone zjawisko (np. B).

W badaniach naukowych oraz w wielu sytuacjach praktycznych, z jakimi na co dzień spotykają się lekarze, fizjoterapeuci, psychologowie, pedagodzy biorący udział w procesie rehabilitacji zachodzi konieczność formułowania poprawnych wniosków – orzeczeń. Wielce pomocna staje się wówczas znajomość reguł – zasad rozumowania sformułowanych pierwotnie przez angielskiego filozofa Johna Suarta Milla (1806–1873), opisanych w dziele „System logiki” określanych

mianem kanonów indukcji eliminacyjnej lub kanonów Milla. W podręcznikach do metodologii badań naukowych wymienia się ich pięć<sup>59</sup>:

1. **Kanon jednej zgodności** – jeżeli dwa lub więcej przypadków danego zjawiska badanego ma tylko jedną okoliczność wspólną, to okoliczność, co do której wszystkie te przypadki jedynie są zgodne, jest przyczyną (lub skutkiem) danego zjawiska.
2. **Kanon jednej różnicy** – jeżeli przypadek, w którym dane zjawisko zachodzi oraz przypadek, w którym ono nie zachodzi, mają wszelkie okoliczności wspólne, wyjąwszy jedną, i przy tym ta jedna zachodzi tylko w przypadku pierwszym, to okoliczność, co do której te dwa przypadki się różnią, jest skutkiem albo przyczyną, albo nieodzowną częścią przyczyny danego zjawiska.
3. **Połączony kanon zgodności i różnicy** – jeśli dwa lub więcej przypadków, gdzie dane zjawisko zachodzi, ma tylko jedną wspólną okoliczność, podczas gdy dwa lub więcej przypadków, w których ono nie zachodzi nie ma ze sobą nic wspólnego, poza tym, że nie ma w nich tej okoliczności, to wówczas ta okoliczność, co do której jedynie te dwa zespoły przypadków się różnią, jest skutkiem albo przyczyną, albo nieodzowną częścią przyczyny danego zjawiska.
4. **Kanon reszt** – gdy odejmiemy z jakiegoś zjawiska takie jego składniki, jakie, jak wiemy z poprzednich wniosków indukcyjnych, są skutkiem pewnych określonych poprzedników, to reszta tego zjawiska jest skutkiem pozostałych poprzedników.
5. **Kanon zmian towarzyszących** – zjawisko, które zmienia się w jakikolwiek sposób, gdy jakieś inne zjawisko zmienia się w pewien sposób określony, jest albo przyczyną, albo skutkiem tego zjawiska, albo też jest związane z nim jakimś faktem przyczynowości.

Posługiwanie się kanonem jedynej zgodności można zaprezentować na następującym ogólnym przykładzie, a mianowicie:

Mając uzasadnione doświadczeniem podejrzenie, że zjawiska, A, B, C, D, E mogą istotnie wpływać na występowanie się zjawiska „Z”, powinniśmy

---

<sup>59</sup> Z. Ziemiński, *Logika praktyczna*, PWN, Warszawa 2006.

dokładnie zapisać wszystkie warianty ich współwystępowania, po to, by móc przekonać się, które z nich ma rzeczywiście z nim związek. Można to uczynić np. w taki sposób:

1. Zjawisko „Z” występuje razem ze zjawiskami ABCDE;
2. Zjawisko „Z” występuje razem ze zjawiskami BCDE przy braku A;
3. Zjawisko „Z” występuje razem ze zjawiskami ACDE przy braku B;
4. Zjawisko „Z” występuje razem ze zjawiskami ABCD przy braku E;
5. Zjawisko „Z” występuje razem ze zjawiskami ABCE przy braku D;
6. Zjawisko „Z” występuje razem ze zjawiskami CE przy braku ABD;
7. Zjawisko „Z” występuje razem ze zjawiskami ACE przy braku BD;
8. Zjawisko „Z” występuje razem ze zjawiskami BCD przy braku AE.

Na przykładzie tych obserwacji możemy domyślać się, że widocznie okoliczność „C” ma istotny związek z występowaniem zjawiska „Z”, bowiem tylko „C” powtarzało się we wszystkich przypadkach<sup>60</sup>.

## Obserwacje

Wiele diagnoz o charakterze medycznym, psychologicznym, pedagogicznym opiera się na wynikach obserwacji osób dokonywanych przez kompetentnych specjalistów. Można przyjąć z całą pewnością, że obserwacja jest warunkiem koniecznym prawidłowej diagnozy.

Większość procesów leczenia i rehabilitacji społecznej rozpoczyna się i kończy wnikliwą obserwacją pacjenta. Obserwować można osoby – ich zachowania, emocje, postawy, rozwój określonych cech osobowości, sprawności, umiejętności, aktywność życiową, a także rozmaite wytwory działalności ludzkiej – postęp naukowo-techniczny, rozwój kultury i cywilizacji, stosunki społeczne, historię. Rzetelna, wnikliwa, skuteczna obserwacja musi bezwzględnie spełniać szereg wymogów, a mianowicie:

- posiadać dokładnie sprecyzowany cel;
- być szczegółowo zaplanowana i realizowana według planu;

---

<sup>60</sup> Ibidem.



- cechować się dokładnością;
- nie być obciążona istotnie tzw. „błędami subiektywizmu”.

Ustalając cel obserwacji, należy kierować się tym, jakich informacji powinna dostarczyć – czy np. niezbędnych do weryfikacji sformułowanej hipotezy lub potwierdzenia wyników uzyskanych przez inne osoby stosujące odmienne metody badań tego samego zjawiska.

Celem obserwacji można uczynić efekty rehabilitacji, zmiany kondycji psychofizycznej pacjenta, rozwój choroby, skuteczność stosowanej terapii itp. Obserwacje czynione bez z góry określonego celu nie mają walorów naukowo-poznawczych i nie przybliżają obserwatora do rozwiązania określonych problemów.

Planując rzetelną obserwację mającą dostarczyć wiarygodnych, istotnych informacji, należy określić przede wszystkim:

- sposób jej przeprowadzenia (kto lub co będzie ją prowadzić). Czy przeprowadzą ją bezpośrednio np. lekarze, psychologowie, inni obserwatorzy, czy specjalnie przygotowane w tym celu środki techniczne, wykorzystywane przez kompetentny personel;
- czas trwania. W jakich terminach, jak często i jak długo będzie prowadzona? Jaki będzie jej tzw. terminarz;
- miejsce i warunki przeprowadzenia. Czy na oddziale szpitalnym, w domu, podczas pracy zawodowej, czy może w innym miejscu;
- sposób rejestrowania danych. Należy określić czy uzyskiwane informacje będą notowane na bieżąco, czy po zakończeniu procedury oraz jaka będzie forma ich zapisu – słowny opis, wykres, obraz (zdjęcie, film).

Dokładność obserwacji uzależniona jest od merytorycznych i metodologicznych kompetencji badających. Tylko osoby posiadające gruntowną, szczegółową (specjalistyczną) wiedzę o przedmiocie obserwacji potrafią dostrzec wiele subtelnych jego właściwości, które zwykle nie są zauważalne przez tzw. zwyczajnych obserwatorów. By obserwować dokładnie, trzeba posiadać bogate doświadczenie badawcze, umiejętność koncentracji uwagi na wybranych zjawiskach, refleks oraz tzw. intuicję, która często pozwala łączyć ze sobą w spójną logicznie całość odebrane pozornie od siebie spostrzeżenia.

Dokładności sprzyja też selektywność – wybiórczość – czyli umiejętność skupiania uwagi na tym, co rzeczywiście istotne w aspekcie celów diagnozy i jednocześnie ignorowanie tego, co nieistotne, marginalne, niezwiązane bezpośrednio z wyznaczonymi celami obserwacji.

Doświadczenie badawcze sprzyja podnoszeniu jakości obserwacji, ale może w przypadku niezachowania należytej czujności i wrażliwości prowadzić do rozmaitych pomyłek, a nawet popełniania kardynalnych błędów we wnioskowaniu. Mówimy wówczas o zgubnych skutkach rutyny zawodowej, prowadzącej do ograniczenia krytycyzmu, ostrożności, mylenia faktów z domysłami, osobistymi interpretacjami czy wyobrażeniami (136).

Zdaniem Romana Michałowicza, „obserwacja dziecka z mózgowym porażeniem przez dłuższy czas może dostarczyć lekarzowi wiele nowych i ciekawych spostrzeżeń. Istnieje jednak niebezpieczeństwo, że wyniki tych obserwacji przy nieodpowiedniej interpretacji mogą powodować błędną ocenę stanu klinicznego dziecka, jak również wpływać na wyciąganie nieodpowiednich wniosków rokowniczych”<sup>61</sup>. Obserwacje spontanicznych zachowań niemowlęcia stanowią podstawę i inspirują do prowadzenia obserwacji odruchów i reakcji w ramach badań neurologicznych<sup>62</sup>.

## Wywiad

Szczególne znaczenie dla osób zajmujących się rehabilitacją niepełnosprawnych ma wywiad, polegający na stawianiu wybranemu rozmówcy odpowiednio przygotowanych i sformułowanych pytań.

Wartość pozyskiwanych tym sposobem informacji jest uzależniona istotnie od kompetencji ankietera – umiejętności planowania i realizacji tej szczególnej formy rozmowy np. z uczniem czy pacjentem.

---

<sup>61</sup> R. Michałowicz, *Mózgowe porażenie dziecięce*, Wyd. lekarskie PZWL, Warszawa 2001, s. 136.

<sup>62</sup> Ibidem.

Wywiady mogą służyć różnym celom, lecz niezależnie od tego każdy powinien być realizowany według charakterystycznego, ogólnego planu, który prezentuje A.W. Maszke. Plan ten obejmuje kolejne czynności:

1. Poznanie metodologicznych założeń badawczych, w tym przede wszystkim celu, któremu badania mają służyć oraz ustalenie problemów badawczych;
2. Opracowanie planu przeprowadzenia wywiadu oraz określenie rodzaju wywiadu, który będzie stosowany w badaniu (swobodny, standaryzowany, jawny czy ukryty, indywidualny czy zbiorowy);
3. Określenie, jakiego rodzaju informacje będą niezbędne do udzielenia odpowiedzi na postawione problemy badawcze;
4. Określenie, z jakimi respondentami lub grupami będą przeprowadzane wywiady. Badacz musi wiedzieć, czy wywiady będą prowadzone z dziećmi, a jeżeli tak, to z jakimi i w jakim wieku, czy z młodzieżą (z jakich klas) lub czy wywiadami objęci będą nauczyciele, rodzice bądź inne osoby;
5. Ustalenie miejsca i czasu, w którym wywiad będzie przeprowadzony. Badający musi określić, w jakich szkołach i na jakim terenie – miasto, wieś, gmina itp. – będzie przeprowadzony wywiad. Badacz musi podjąć decyzję czy wywiad będzie przeprowadzony w trakcie całego roku szkolnego, a także ustalić, gdzie – w szkole czy w rodzinie;
6. Opracowanie problematyki, wokół której koncentrować się będzie wywiad swobodny lub przygotowanie pytań badawczych oraz ustalenie orientacyjnej ich liczby;
7. Przygotowanie narzędzi badawczych (kwestionariusza) i dokumentacji związanej z pracą ankietera, np. instrukcji dotyczącej sposobu prowadzenia rozmowy (...)<sup>63</sup>.

Nie każdy wywiad musi polegać na zadawaniu z góry ustalonych (zapisanych w kwestionariuszu) pytań. Może przyjąć formę tzw. wywiadu swobodnego,

---

<sup>63</sup> A.W. Maszke, *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Rzeszów 2004, s. 173.

w którym przygotowuje się jedynie temat rozmowy i ukierunkowanie pytań na określone cele.

Popularny wśród lekarzy, pedagogów, socjologów sposób gromadzenia wartościowych informacji cechuje się niezaprzeczalnymi zaletami, do których powszechnie zalicza się:

- możliwość bezpośredniego kontaktu badacza z badaną osobą;
- możliwość obserwowania reakcji osoby badanej na poruszoną przez badacza problematykę;
- możliwość uszczegółowiania i uzupełniania zadawanych pytań w trakcie wywiadu;
- regulowanie czasu wzajemnego kontaktu badacz-osoba (dokonywanie przerw w rozmowie, np. na relaks);
- tworzenie warunków do dłuższego namysłu, refleksji, tak osoby badanej, jak i badacza;
- wielokrotnego powtarzania tych samych pytań w tej samej bądź w zmiennej formie;
- możliwość wyjaśniania intencji badacza;
- możliwość nakłaniania do szczerości, okazania zaufania, rzetelności odpowiedzi;
- obserwowanie „mowy ciała” rozmówcy;
- zmienianie zestawu pytań stosownie do rozwoju sytuacji we wzajemnych relacjach badacza i badanej osoby.

Jednakże nie brak mu też słabych stron, o których nie należy zapominać:

- czasochłonność badań, a w związku z tym także wyższe ich koszty;
- możliwość wystąpienia braku zaufania osoby badanej do przeprowadzającej wywiad (lęku, obaw, skrępowania, zawstydzenia, a nawet agresji wynikającej z uprzedzeń);
- prowokowanie badanego do zachowania tzw. poprawności i wywarcia pozytywnego wrażenia na badającym;

- trudności w znalezieniu wspólnego języka; rozmaite bariery komunikacyjne będące skutkiem np. braków w wykształceniu, demoralizacji, przynależności do subkultur osób badanych;
- możliwość popełniania przez badacza rozmaitych błędów subiektywizmu, wynikających np. z jego:
  - nadmiernego zaangażowania emocjonalnego,
  - osobistych uprzedzeń i stereotypów,
  - braku doświadczenia i umiejętności badawczych, nietrafności pytań;
- trudności w opracowywaniu wyników, zwłaszcza grupowaniu odpowiedzi w celu przeprowadzenia analiz statystycznych<sup>64</sup>.

Rozmaite podręczniki do metodologii badań zawierają wiele cennych, praktycznych wskazówek dotyczących tego, w jakich warunkach należy prowadzić wywiad, jak formułować pytania do respondenta, jak nakłonić rozmówcę do szczerych, wyczerpujących wypowiedzi, jak zdobyć jego zaufanie oraz, jak ma zachowywać się osoba zadająca pytania i jakich błędów powinna unikać chcąc uzyskać wiarygodne informacje od badanej osoby.

Typowe, często zdarzające się prowadzącym wywiad błędy mają charakter natury językowej, psychologicznej i organizacyjnej. Do pierwszej kategorii można zakwalifikować:

- zły dobór słów, niepoprawność gramatyczną, niewłaściwe tempo mówienia (zbyt szybkie), wadliwą wymowę;
- używanie terminów niejednoznacznych, niezrozumiałych, stosowanie tzw. skrótów myślowych.

Do drugiej:

- nieuwzględnienie poziomu intelektualnego respondenta, wieku, wykształcenia, istotnych cech osobowości – wrażliwości);
- ignorowanie emocji, jakie u rozmówcy mogą wzbudzać zadawane pytania (skrępowanie, wstyd, poniżenie, strach, ból, ośmieszenie);
- sugerowanie treści odpowiedzi – wywieranie presji;

---

<sup>64</sup> W. Błażejewski, E. Szal, *Metodyka pisania prac dyplomowych*, Jarosław 2020, s. 89–90.

- lekceważenie wyrażane gestami, postawą ciała, komentarzami.

Błędy organizacyjne, to:

- brak kameralnych pomieszczeń;
- brak intymności, „towarzystwo” osób trzecich, postronnych;
- zakłócające rozmowę hałasy z zewnątrz;
- złe oświetlenie, akustyka, temperatura w pomieszczeniu;
- niewłaściwy termin bądź pora dnia;
- konieczność długiego oczekiwania na wywiad;
- czasochłonność.

Oczywiście wskazane nieprawidłowości mogą pojawiać się w różnych konfiguracjach i nasileniu zależnym m.in. od doświadczenia, kultury osobistej, a także cech osobistych ankietera. Do najważniejszych cech dyspozycyjnych osoby prowadzącej wywiad zalicza się słusznie:

1. Zdolność rozumienia punktu widzenia respondenta połączoną z umiejętnością konsekwentnego prowadzenia wywiadu. Chodzi tu o zdolność rozumienia przekonań respondenta, o zdolność zajęcia neutralnej postawy wobec ich treści oraz zdolność wykorzystywania ujawnienia neutralności własnej postawy dla uzyskania szczerych i pełnych odpowiedzi na zadawane pytania.
2. Zdolność prawidłowej oceny aktualnej sytuacji wywiadu i zdolność zgodnego z tą oceną kierowania wywiadem. Trzeba dla przykładu umieć ocenić, czy w pewnej sytuacji wywiad może być prowadzony nadal, czy też winien być dokończony w innym czasie.
3. Umiejętność posługiwania się pytaniami pomocniczymi w stosunku do pytań kwestionariusza, celem uzyskania odpowiedzi właściwej i pełnej.
4. Zdolność skupiania uwagi na wypowiedzi respondenta oraz wykazywania właściwego zainteresowania wypowiedziami respondenta<sup>65</sup>.

---

<sup>65</sup> A. Nowaczyk, Z. Żołnowski, *Logika i metodologia badań naukowych dla lekarzy*, Wyd. PZWL, Warszawa 1974, s. 147.

## **Eksperyment**

Bez obserwacji nie może obejść się żaden eksperyment, który jest metodą polegającą na obserwowaniu zjawisk wywoływanych celowo przez osobę prowadzącą badania w kontrolowanych przez nią w pełni lub częściowo warunkach.

Według W. Zaczyńskiego, „eksperyment (od łac. *experimentum* – próba, doświadczenie), jest metodą naukowego badania rzeczywistości polegającą na wywołaniu lub tylko zmienianiu przebiegu badanych procesów, poprzez wprowadzenie jakiegoś czynnika i obserwowaniu zmian pod wpływem tego czynnika zachodzących”<sup>66</sup>.

Różnica między eksperymentem a obserwacją polega głównie na tym, że w przypadku pierwszym obserwator wpływa na warunki przebiegu wybranego zjawiska, natomiast w drugim nie – przebiega ono bez jego ingerencji. Metoda eksperymentalna znajduje od lat bardzo szerokie zastosowanie w naukach przyrodniczych i medycznych, będąc znacznie rzadziej stosowaną w naukach społecznych i humanistycznych.

Eksperyment, podobnie jak obserwacja, dostarcza przesłanek umożliwiających sprawdzanie słuszności lub falsyfikację hipotez, czyli przypuszczeń stanowiących odpowiedź na postawione pytanie problemowe.

Przyjmując jako kryterium rodzaj zagadnienia, można rozróżnić następujące typy eksperymentów:

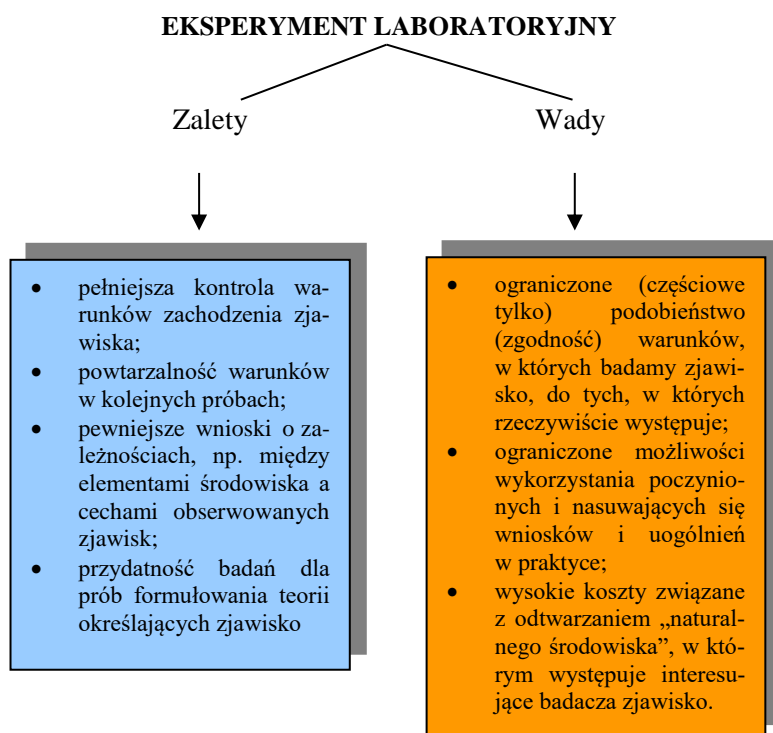
1. Eksperymenty diagnostyczne – podejmowane w celu uzyskania odpowiedzi na pytania o cechy swoiste badanych zjawisk, pozwalające ustalić miejsce badanego zjawiska w systemie jakiejś klasyfikacji.
2. Eksperymenty wyjaśniające – podejmowane w celu ustalenia charakteru zależności między zjawiskami.
3. Eksperymenty rozstrzygające – podejmowane wtedy, gdy chodzi o uzasadnienie tezy, że z dwóch tylko możliwych odpowiedzi na dane zagadnienie pierwsza, a nie druga (lub odwrotnie) jest odpowiedzią właściwą<sup>67</sup>.

---

<sup>66</sup> W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1995, s. 87.

<sup>67</sup> A. Nowaczyk, Z. Żołnowski, *Logika i metodologia badań naukowych dla lekarzy*, Wyd. PZWL, Warszawa 1974, s. 153.

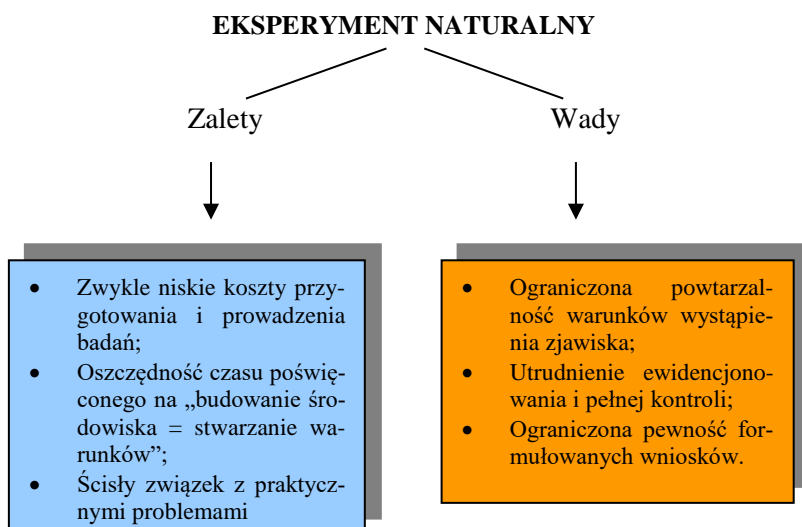
W naukach społecznych, gdzie eksperymentowanie jest mniej popularne z racji bardzo złożonej natury procesów zachodzących w ludzkich zbiorowościach oraz braku rozwiniętych teorii umożliwiających formułowanie poprawnych hipotez, wyróżnia się eksperymenty tzw. naturalne i laboratoryjne.



#### **Schemat 6. Wady i zalety eksperymentu laboratoryjnego**

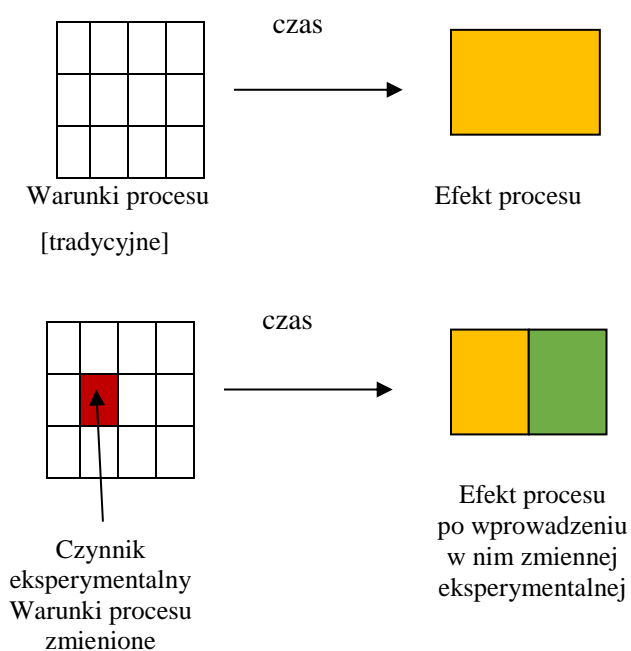
Źródło: W. Błażejewski, S. Drozd, P. Król, *Podstawy metodologii z elementami statystyki*, Rzeszów 2007.





**Schemat 7. Wady i zalety eksperymentu naturalnego**

Źródło: Ibidem.

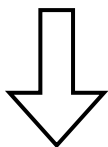


**Rycina 4. Schemat eksperymentu**

Źródło: opracowanie własne.

**Tradycyjna kolejność zabiegów fizjoterapeutycznych**

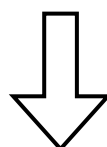
A, B, C, D, E, F  
G, H



Efekt: **BÓL NIE USTĘPUJE**

**Eksperymentalna kolejność zabiegów fizjoterapeutycznych**

A, E, F, C, B  
H, G



Efekt: **BÓL SŁABNIE**

**Rycina 5. Przykładowy schemat eksperymentu terapeutycznego**

Źródło: opracowanie własne.

Prawdopodobną przyczyną (warunkiem poprzedzającym) wystąpienia skutku w postaci zmniejszenia się dolegliwości bólowych u pacjenta był czynnik eksperymentalny. Prawdopodobnym następstwem dokonanej zmiany było osłabienie bólu – wykonanie zadania, przy założeniu, że wszelkie inne czynniki nie uległy istotnym zmianom. Przeprowadzanie eksperymentów, w których czynnik eksperymentalny oddziałuje bezpośrednio na ludzki organizm, wymaga szczególnego przygotowania, namysłu, ostrożności, odpowiedzialności eksperymentatorów, ścisłego przestrzegania zasady *primum non nocere* w każdym przypadku. Na straży życia i zdrowia pacjentów poddawanych nowatorskim zabiegom stoją regulacje prawne. Warto szczegółowo przytoczyć ich zapisy.

Jak podaje Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN istnieje szereg aktów prawnych regulujących zagadnienia eksperymentu medycznego (lecniczego lub badawczego). Zaliczyć do nich należy w szczególności:

- Konstytucję RP;
- Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza;
- Kodeks etyki lekarskiej;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych;

- Konwencję o Ochronie Człowieka i Godności Ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny;
- Konwencję o prawach człowieka i biomedycynie.  
Nakładają one na prowadzącego eksperyment wiele warunków:
- eksperyment leczniczy – wprowadzenie przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych – może być przeprowadzony w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej, jeżeli dotychczas stosowane metody nie są skuteczne lub są niewystarczająco skuteczne;
- eksperyment badawczy – prowadzony w celu rozszerzenia wiedzy medycznej – jego uczestnikami mogą być osoby chore i zdrowe (dopuszczalny, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu);
- wymagana jest zgoda osoby poddanej eksperymentowi – pisemna lub złożona ustnie w obecności dwóch świadków (małoletni – może uczestniczyć za pisemną zgodą przedstawiciela ustawowego, a gdy ukończył 16. r. ż. także za jego zgodą);
- osoba, która ma być poddana eksperymentowi medycznemu, musi być uprzednio poinformowana o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium;
- eksperyment medyczny może być przeprowadzony wyłącznie po zatwierdzeniu jego projektu przez niezależną, powoływaną przez okręgową radę lekarską lub rektora wyższej uczelni, komisję bioetyczną;
- eksperymentem medycznym kieruje lekarz posiadający odpowiednio wysokie kwalifikacje.

© Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN

W ustawie o zawodach lekarza i dentysty znajdujemy następujące prawne uregulowania tej kwestii:

„R. 4 Eksperyment medyczny.

art. 2.1, Eksperyment leczniczy lub badawczy

1. Eksperyment medyczny przeprowadzany na ludziach może być eksperymentem leczniczym lub badawczym.

2. Eksperymentem leczniczym jest wprowadzenie przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej. Może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody medyczne nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca.

3. Eksperyment badawczy ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzany zarówno na osobach chorych, jak i zdrowych. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu.

Art. 22. Cel eksperymentu medycznego

Eksperyment medyczny może być przeprowadzany, jeżeli spodziewana korzyść lecznicza lub poznawcza ma istotne znaczenie, a przewidywane osiągnięcie tej korzyści oraz celowość i sposób przeprowadzania eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodne z zasadami etyki lekarskiej.

Art. 23. Kierowanie eksperymentem medycznym

Eksperymentem medycznym kieruje lekarz posiadający odpowiednio wysokie kwalifikacje.

Art. 23a. Ograniczenia w zakresie przeprowadzania eksperymentu badawczego

Art. 23b. Zakaz stosowania zachęt i gratyfikacji finansowych w eksperymentach medycznych

Art. 23c. Obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Art. 24. Obowiązek poinformowania uczestnika eksperymentu medycznego

1. Osoba, która ma być poddana eksperymentowi medycznemu, jest uprzednio informowana o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymentcie w każdym jego stadium.

2. W przypadku, gdyby natychmiastowe przerwanie eksperymentu mogło spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jego uczestnika, lekarz obowiązany jest go o tym poinformować.

Art. 25. Wymóg uzyskania zgody osoby badanej na eksperyment medyczny

1. Przeprowadzenie eksperymentu medycznego wymaga pisemnej zgody osoby badanej mającej w nim uczestniczyć. W przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch świadków. Zgoda tak złożona powinna być odnotowana w dokumentacji lekarskiej.

2. Udział małoletniego w eksperymencie medycznym jest dopuszczalny tylko za pisemną zgodą jego przedstawiciela ustawowego. Jeżeli małoletni ukończył 16 lat lub nie ukończył 16 lat i jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie, konieczna jest także jego pisemna zgoda.

3. Udział małoletniego w eksperymencie badawczym jest dopuszczalny, jeżeli spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego, a ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów. Eksperyment badawczy z udziałem małoletniego nie jest dopuszczalny, gdy istnieje możliwość przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych.

4. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę na udział tej osoby w eksperymencie leczniczym wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie swojego uczestnictwa w eksperymencie leczniczym, konieczne jest ponadto uzyskanie pisemnej zgody tej osoby.

5. W przypadku osoby, która ma pełną zdolność do czynności prawnych, lecz nie jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinii w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie, zgodę na udział tej osoby w eksperymencie leczniczym wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę podmiotu przeprowadzającego eksperyment.

6. W przypadku, gdy przedstawiciel ustawowy odmawia zgody na udział chorego w eksperymencie leczniczym, można zwrócić się do sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na siedzibę podmiotu przeprowadzającego eksperyment, o wyrażenie zgody.

7. Z wnioskiem o udzielenie zgody na uczestnictwo w eksperymencie medycznym osoby, o której mowa w ust. 2–5, może wystąpić podmiot przeprowadzający eksperyment do sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę tego podmiotu.

8. W przypadkach niecierpiących zwłoki i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia, uzyskanie zgody, o której mowa w ust. 1–6, nie jest konieczne.

Art. 26. Ograniczenia i wyłączenie niektórych kategorii osób z udziału w eksperymencie

1. Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego.

2. Kobiety ciężarne i karmiące mogą uczestniczyć wyłącznie w eksperymentach badawczych pozbawionych ryzyka lub związanych z niewielkim ryzykiem.

3. Dzieci poczęte, osoby ubezwłasnowolnione, żołnierze służby zasadniczej oraz osoby pozbawione wolności nie mogą uczestniczyć w eksperymentach badawczych.

Art. 27. Obowiązek przerwania eksperymentu

1. Osoba lub inny podmiot uprawniony do udzielenia zgody na eksperyment medyczny może ją cofnąć w każdym stadium eksperymentu. Lekarz powinien wówczas eksperyment przerwać.

2. Lekarz prowadzący eksperyment leczniczy ma obowiązek przerwać go, jeżeli w czasie jego trwania wystąpi zagrożenie zdrowia chorego przewyższające spodziewane korzyści dla chorego.

3. Lekarz prowadzący eksperyment badawczy ma obowiązek przerwać go, jeżeli w czasie jego trwania nastąpi nieprzewidziane zagrożenie zdrowia lub życia osoby w nim uczestniczącej.

Art. 28. Wykorzystanie informacji uzyskanych w związku z eksperymentem medycznym

Informacja uzyskana w związku z eksperymentem medycznym może być wykorzystana do celów naukowych, bez zgody osoby poddanej temu eksperymentowi, w sposób uniemożliwiający identyfikację tej osoby.

Art. 29. Opinia komisji bioetycznej o projekcie eksperymentu medycznego

1. Eksperyment medyczny może być przeprowadzony wyłącznie po wyrażeniu pozytywnej opinii o projekcie przez niezależną komisję bioetyczną. Do składu komisji powołuje się osoby posiadające wysoki autorytet moralny i wysokie kwalifikacje specjalistyczne.

2. Komisja bioetyczna wyraża opinię o projekcie eksperymentu medycznego, w drodze uchwały, przy uwzględnieniu kryteriów etycznych oraz celowości i wykonalności projektu.

2a. Komisje bioetyczne i Odwoławcza Komisja Bioetyczna wydają także opinie dotyczące badań klinicznych, jeżeli inne ustawy tak stanowią, w zakresie określonym w tych ustawach.

3. Komisje bioetyczne powołują: 1) okręgowa rada lekarska na obszarze swojego działania, z wyłączeniem podmiotów, o których mowa w pkt 2 i 3;

2) rektor uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu;

3) dyrektor instytutu badawczego nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. W skład komisji bioetycznych, o których mowa w ust. 3 pkt 2 i 3, wchodzi również przedstawiciel właściwej okręgowej rady lekarskiej.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje Odwoławczą Komisję Bioetyczną, rozpatrującą odwołania od uchwał komisji bioetycznych, o których mowa w ust. 2.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady powoływania i finansowania oraz tryb działania komisji bioetycznych”<sup>68</sup>.

Należy nadmienić, że w naukowej metodzie eksperymentalnej wykorzystywanych jest wiele różnych konkretnych sposobów postępowania – tzw. technik

---

<sup>68</sup> Dz. U. 2020.0.514 tj. – Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

badawczych, od których zależy wiarygodność uzyskiwanych wyników i trafność formułowanych na ich podstawie wniosków. W badaniach o charakterze społecznym najczęściej są to: technika jednej grupy, dwóch grup, dwóch grup rotacyjnych, technika Solomona (czterech grup). Ogromne sukcesy nauk przyrodniczych opartych na eksperymencie jednoznacznie wskazują na potrzebę dalszego, szerokiego wykorzystywania tej metody w wielu dziedzinach do rozwiązywania problemów praktycznych oraz doskonalenia wiedzy teoretycznej.

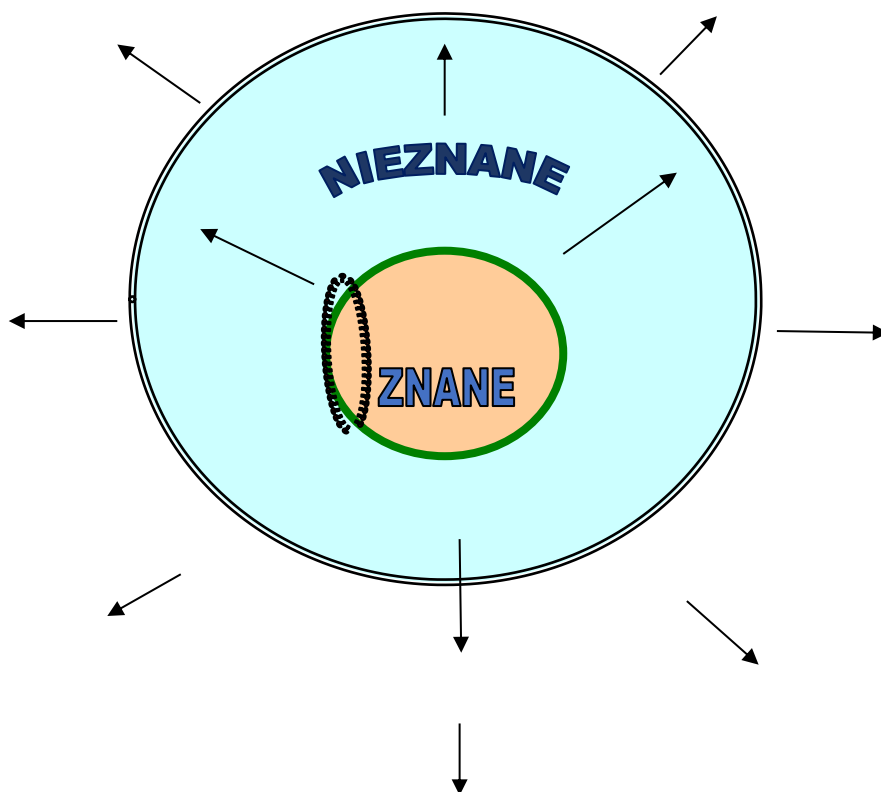
Każdy eksperyment naukowy podejmowany jest z myślą o sprawdzeniu słuszności sformułowanej na podstawie zgromadzonych doświadczeń i znanych teorii hipotezy. Wraz z postępem nauki, rozwojem teorii przybywa wciąż nowych pytań, a tym samym także nowych prawdopodobnych na nie odpowiedzi – hipotez. Píše o tym fakcie m.in. Michał Heller:

„Naukę można porównać do wielkiego koła. Jego wnętrze obrazuje zbiór już dokonanych osiągnięć. To, co jest poza kołem – obszary jeszcze niezbadane. Obwód koła należy więc uznać za miejsce, w którym to, co już wiemy, styka się z tym, czego jeszcze nie wiemy, czyli za zbiór naukowych pytań i nierozwiązanych jeszcze zagadnień. Nauka dokonuje postępu, zbiór dokonań rośnie, czyli koło pęcznieje, rozszerza się. Ale tym samym rośnie jego obwód, przybywa pytań nierozstrzygniętych zagadnień. Jest historyczną prawdą, że każde rozwiązane zagadnienie stawia nowe zagadnienia domagające się rozwiązania”<sup>69</sup>.

---

<sup>69</sup> M. Heller, S. Krajewski, *Czy fizyka i matematyka to nauki humanistyczne?*, Wyd. Copernicus Center Press, Kraków 2014, s. 240–241.





**Rycina 6. Wiedza a pytania naukowe**

Chociaż eksperymentowanie naukowe jest przede wszystkim zadaniem instytutów naukowych i placówek badawczych, to jednak często działania noszące cechy eksperymentu – niespełniające w pełni wszystkich jego kryteriów – daje się obserwować w praktyce zawodowej wielu różnych specjalistów. Określane bywają one mianem prób eksperymentalnych, a czasami innowacji.

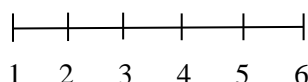
W toku próby eksperymentalnej, doświadczony, kompetentny praktyk wprowadza do badanego układu nowy czynnik, zakładając, że *może on wywołać korzystne zamiany u wybranej osoby*. Badania te mają na celu przekształcanie i ulepszanie istniejącej rzeczywistości. Podejmują je w dozwolonych etyką i prawem granicach kompetentni lekarze, terapeuci, pedagodzy, psycholodzy, nauczyciele, menadżerowie. Z próbami eksperymentalnymi często spotykamy się w dyscyplinach społecznych, gdzie dominują badawcze metody jakościowe. Według E. Zaręby, prowadząc próby eksperymentalne, badacz zobowiązany jest do

przestrzegania dwóch dyrektyw: prakseologicznej – nakazującej eksperymentowanie w warunkach posiadania wysoce prawdopodobnej hipotezy, moralnej – zobowiązującej do ochrony ucznia przed poniesieniem strat wychowawczych i dydaktycznych. Zdaniem cytowanej autorki: „Próby eksperymentalne nie mają prowadzić do szerszej generalizacji czy znaczących odkryć pedagogicznych. Siła ich oddziaływania tkwi w wyznaczaniu pola do twórczej działalności pedagogicznej dla pedagogów i wychowawców, w ożywieniu procesu praktyki pedagogicznej”<sup>70</sup>.

## Skale

W badaniach o charakterze sondażowym, diagnostycznym, dotyczących skuteczności wybranej terapii czy oceny kondycji psychofizycznej osoby często posługujemy się wraz z metodą obserwacji metodą szacowania nazywaną także skalą ocen bądź skalą szacunkową.

Polega ona na formułowaniu ocen wybranych cech obserwowanej osoby – pacjenta, ucznia, pracownika, kandydata do zawodu itp., w kilkustopniowej skali. Ocenie podlega co najmniej jedna jednoznacznie określona cecha, według precyzyjnie określonych kryteriów, czyli poziomów lub tzw. stopni skali. Stopnie skal szacunkowych wyrażane są numerycznie (cyframi 1, 2, 3 ...), graficznie (odcinki proste podzielone na równe części, np. o długości 1 cm). W praktyce skale numeryczne przedstawiane są bardzo często w formie graficznej.



Można posługiwać się w badaniach odcinkiem bez podziału na równe części, w sytuacji, gdy osoby badane – proszone są o określenie natężenia wybranej cechy (np. odczuwalnego bólu) – posiadają pewne doświadczenie w dokonywaniu takich ocen. Cyfry na skali mają bowiem jedynie za zadanie ułatwić wyrażenie –

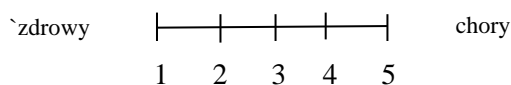
---

<sup>70</sup> E. Zaręba [w:] *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, S. Palka (red.), Kraków 1998.

skonkretyzować subiektywne wrażenie – przełożyć go na znak graficzny – czyli na długość odcinka.

Należy pamiętać, że ponumerowane części skali nie są żadnymi jednostkami miary w fizycznym rozumieniu, dlatego na takich skalach nie można prowadzić żadnych działań algebraicznych – dodawania, odejmowania, mnożenia, dzielenia.

Jako skali szacunkowej używany bywa często tzw. „dyferencjał semantyczny”. Na końcach odcinka podzielonego zwykle na pięć równych części umieszcza się dwa przeciwstawne określenia, np. pełny – pusty, dobry – zły, ładny – brzydki, mądry – głupi, gorący – zimny, wysoki – niski.

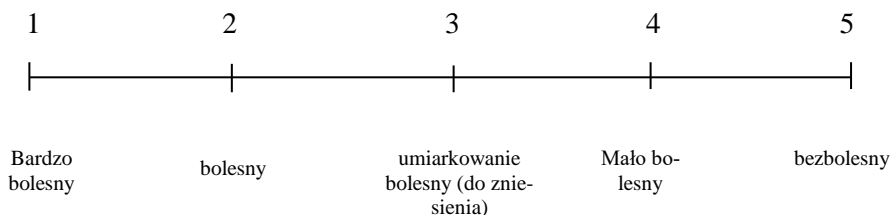


W badaniach społecznych popularne są również skale przymiotnikowe i opisowe, których stopnie określają jakość cechy lub częstotliwość jej występowania, bądź też jej typowość czy prawdopodobieństwo tego, że jest prawdziwa.

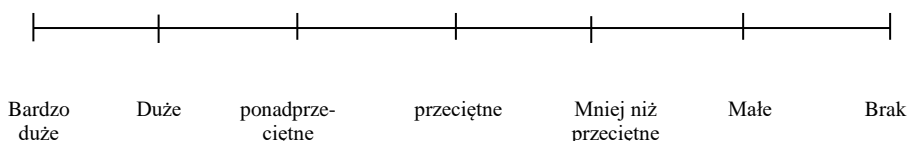
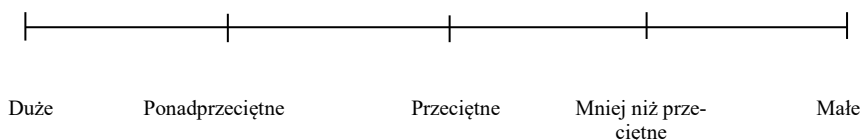
#### Skala uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych



#### Skala bolesności po zabiegu



### Zaangażowanie rehabilitanta



Przykładem skali szacunkowej, powszechnie znanej i stosowanej przez lekarzy do oceny czynności życiowych noworodka, jest opracowana w 1952 roku skala Virginii Apgar – amerykańskiej lekarki, specjalistki w dziedzinie pediatrii i anestezjologii. Akronim, powstały w 1962 roku, określa pięć parametrów, jakie oceniane są u noworodka, a mianowicie: **a**ppearance, **p**ulse, **g**rimach, **a**ctivity, **r**espiration – kolor skóry, puls, reakcja na bodźce, napięcie mięśni i oddychanie. Parametrom tym przypisuje się szacunkowo punkty od zera do dwóch.

Jedna cecha noworodka może przyjmować wartości: 0, 1, 2, gdzie 2 to ocena najwyższa.

**Tabela 3. Ocena wybranych cech noworodka w skali Apgar**

Czas oceny [min]	<b>1</b>	<b>3*</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
Czynność serca				
Oddech				
Napięcie mięśni				
Odruchy				
Zabarwienie skóry				
<b>Razem liczba pkt</b>				

\*Badanie jeśli istnieją wskazania

Wartości 0, 1, 2 nie są jednostkami w sensie fizycznego pomiaru, lecz jedynie symbolami zaobserwowanych, określonych stanów dziecka. Przyjęto, że:

- **dla koloru skóry:** 0 punktów – sinica całego ciała; 1 punkt – sinica części dalszych kończyn, różowy tułów; 2 punkty – ciało zaróżowione w całości.
- **dla pulsu:** 0 punktów – puls niewyczuwalny; 1 punkt – puls wynoszący poniżej 100 uderzeń na minutę; 2 punkty – puls wynoszący powyżej 100 uderzeń na minutę.
- **dla reakcji na bodźce** podlega dwóm badaniom, podczas których lekarz wprowadza cewnik do nosa i drażni podeszwy stóp: 0 punktów – oznacza brak reakcji zarówno na wprowadzenie cewnika, jak i drażnienie stóp; 1 punkt – grymas twarzy w pierwszym przypadku, w drugim nikły ruch stópki; 2 punkty – kichnięcie lub kaszel po wprowadzeniu cewnika, płacz przy drażnieniu podeszew.
- **dla napięcia mięśniowego:** 0 punktów – ciało noworodka jest wiotkie, mięśnie nie wykazują napięcia; 1 punkt – kończyny dziecka są zgięte, napięcie mięśni minimalne; 2 punkty – dziecko wykonuje samodzielne ruchy, a mięśnie są prawidłowo napięte.
- **oddychania:** 0 punktów – dziecko nie oddycha; 1 punkt – oddech jest wolny i nierówny; 2 punkty – noworodek głośno płacze.

8–10 punktów oznacza dobry stan dziecka; 4–7 punktów średni; 3 punkty i mniej oznacza, że noworodek wymaga natychmiastowej interwencji medycznej.

Warto zaznaczyć, że badanie z wykorzystaniem tej skali wykonuje się:

1. dwukrotnie: w pierwszej i piątej minucie życia – u noworodków urodzonych w stanie dobrym (które otrzymały 8–10 pkt).
2. czterokrotnie: w pierwszej, trzeciej, piątej i dziesiątej minucie życia – u noworodków urodzonych w stanie średnim (4–7 pkt) i ciężkim (0–3 pkt)<sup>71</sup>.

Powtórzenie badania ma gwarantować większą jego miarodajność.

Metoda skali Apgar mimo tego, że niedokładna – szacunkowa, subiektywna jest skuteczna, gdyż pozwala w zadowalającym – w zdecydowanej większości przypadków – stopniu określić podstawowe parametry zdrowia dziecka. Skal podobnych do opisaney można spotkać w praktyce wiele.

---

<sup>71</sup> Źródło internetowe.

Znajomość podstawowych reguł metodologicznych okazuje się być wielce pożyteczna nie tylko dla osób parających się badaniami naukowymi, ale również dla praktyków stojących przed koniecznością rozwiązywania różnorodnych problemów, jakie napotykają w swojej pracy zawodowej z pacjentami, uczniami i ich opiekunami.

Umiejętność prowadzenia rozmowy, wywiadu, obserwacji, ankiety, wykorzystywania autorskich, niekonwencjonalnych sposobów postępowania w procesach terapii i rehabilitacji – swoistych prób eksperymentalnych – powinna być cechą każdego specjalisty zajmującego się profesjonalnie osobami z niepełnosprawnością, zarówno dziećmi, jak i dorosłymi. Świadomość mocnych i słabych stron – możliwości i ograniczeń metod i technik wykorzystywanych w diagnozie potrzeb i ewaluacji efektów procesu ich zaspokajania istotnie ogranicza skalę popełnianych rozmaitych błędów związanych z wyborem procedur leczenia i usprawniania pacjentów.

## 5. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie

Jedną z wielu funkcji, jakie ma do spełnienia rodzina, jest zaspokajanie potrzeb potomstwa związanych z jego rozwojem fizycznym, psychicznym, społecznym, kulturalnym.

Zaspokajanie potrzeb fizycznych wymaga wielu różnorodnych działań, do których Albin Kelm zalicza:

- przestrzeganie zasad higieny osobistej oraz higienę otoczenia, zwłaszcza mieszkania;
- prawidłowe odżywianie, w tym higiena przygotowania oraz spożywania posiłków;
- racjonalny tryb życia, czyli właściwe dla wieku proporcje nauki, pracy, zabawy i wypoczynku z uwzględnieniem aktywności ruchowej;
- ochrona przed chorobami, wypadkami i innymi czynnikami zagrożenia zdrowia;
- opieka nad dzieckiem chorym oraz pomoc w przezwyciężaniu skutków chorób lub zaburzeń i funkcjonowaniu organizmu;
- zapobieganie powstaniu nałogów: palenia tytoniu, picia alkoholu.

W staraniach o utrzymanie zdrowia dziecka wspomagają rodzinę instytucje ochrony zdrowia dzieci i młodzieży<sup>72</sup>.

Prawidłowy rozwój psychiczny dziecka związany jest z aktywnością rodziny obejmującą według cytowanego autora:

- organizowanie doświadczeń poznawczych dziecka, sprzyjających doskonaleniu spostrzegania i ćwiczeniu uwagi;
- rozwijanie wyobraźni i pamięci;
- stwarzanie sprzyjających warunków rozwoju mowy i myślenia;
- kształtowanie wrażliwości uczuciowej, umiejętności okazywania i odwzajemniania uczuć;
- ćwiczenie i hartowanie woli w tym sztuki panowania nad sobą i nie ulegania trudnościom;

---

<sup>72</sup> A. Kelm, *Węzłowe problemy pedagogiki opiekuńczej*, Warszawa 2000, s. 138.

- ochrona przed wstrząsami psychicznymi, zakłócającymi przebieg procesów psychicznych;
- stwarzanie klimatu życzliwości i zaufania, wzmacniającego poczucie bezpieczeństwa i więzi uczuciowej z rodziną<sup>73</sup>.

Potrzeby społeczne rodzina zaspokaja głównie przez:

- kształtowanie pozytywnej motywacji i pozytywnego stosunku do pracy, czuwając nad bezpośrednim udziałem w podejmowaniu i rzetelnym wypełnianiu zadań: w rodzinie, w szkole, w organizacji dziecięcej i w innych kręgach środowiskowych;
- zapewnienie dziecku przygotowania zawodowego do pracy zgodnie ze zdolnościami, zainteresowaniami i rzeczywistymi możliwościami;
- rozwijanie umiejętności współdziałania oraz gotowości pomocy innym;
- wdrażanie do społecznej dyscypliny i odpowiedzialności za przestrzeganie obowiązujących w społeczeństwie praw;
- ćwiczenie w dokonywaniu obiektywnej i krytycznej oceny postępowania własnego i postępowania innych;
- zaszczepienie wzorów życia rodzinnego zgodnych z potrzebami współczesnej rodziny, w tym równego udziału dziewcząt i chłopców w pracach domowych<sup>74</sup>.

W rodzinie wychowującej dziecko z niepełnosprawnością procesy zaspokajania jego potrzeb wymagają szczególnej troski, poświęcenia, wielu wyrzeczeń, cierpliwości, siły i wytrwałości rodziców, a także o wiele dłuższego czasu niż ma to miejsce w przypadku posiadania dziecka sprawnego. Rodzina jest bowiem – na co zwraca uwagę wielu autorów – ważnym środowiskiem rehabilitacji. W ramach pracy opiekuńczo-wychowawczej rodzice muszą podejmować wiele szczególnych obowiązków dodatkowo:

- wspierać rehabilitację medyczną przez regularne konsultacje ze specjalistami, czuwanie nad systematycznym przyjmowaniem niezbędnych środków farmakologicznych, obserwowanie reakcji na wdrażane procedury lecznicze, czynione postępy bądź trudności.

---

<sup>73</sup> Ibidem, s. 139.

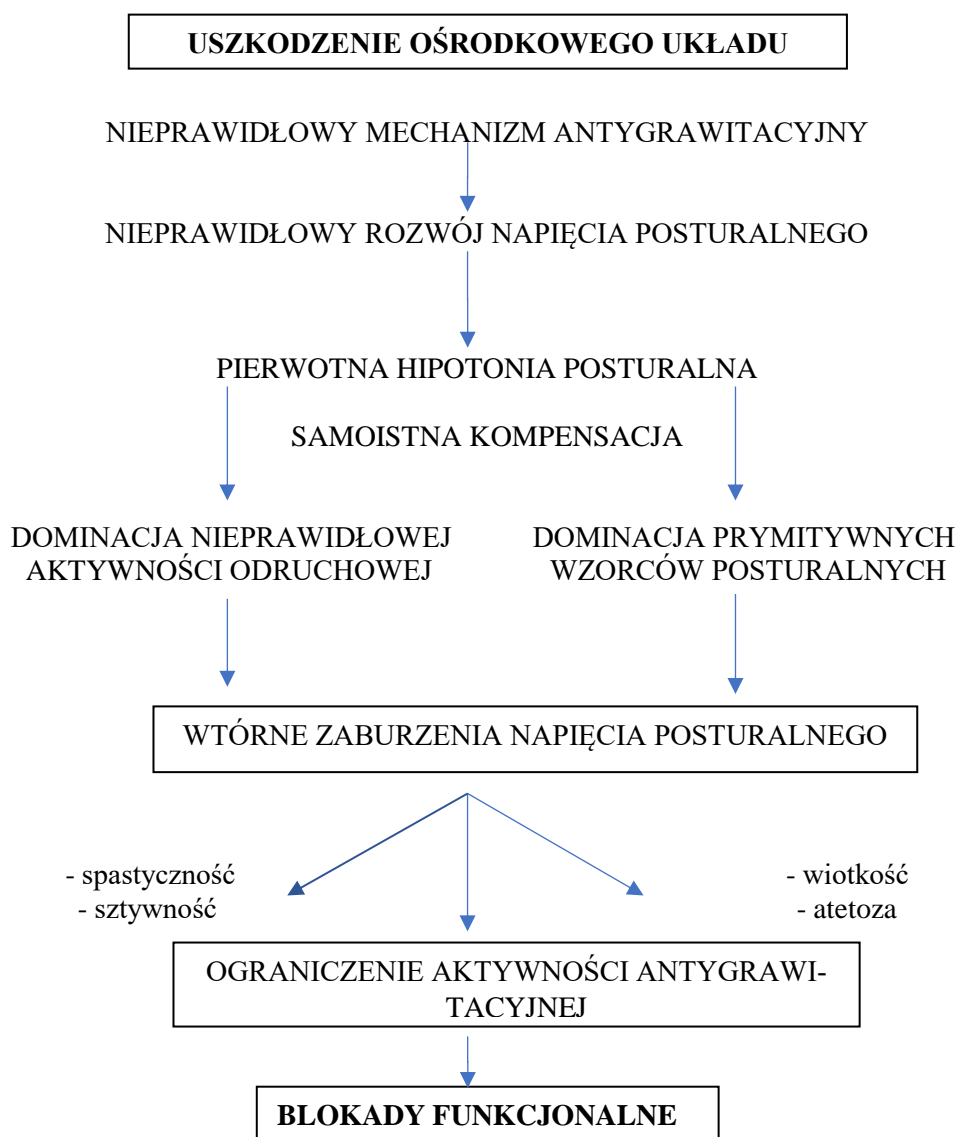
<sup>74</sup> Ibidem.



- Aktywnie włączać się pod ścisłą kontrolą, np. fizjoterapeutów w procedury usprawniające, co wymaga uprzedniego opanowania niezbędnej wiedzy teoretycznej i pewnych umiejętności praktycznych w stopniu gwarantującym uniknięcia błędów prowadzących do dodatkowego bólu lub niezamierzonych kontuzji u dziecka.

(Szerzej na ten temat pisze m.in. Sophie Lewit w swoim dziele pt. „Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu”, Warszawa 2000, 2007):

- nieustannie nadzorować – wspomagać, korygować, ubezpieczać – wszelką spontaniczną i inicjowaną zewnątrznie aktywność motoryczną, która z racji wytworzenia się u dziecka nieprawidłowego mechanizmu antygravitacyjnego może być powodem groźnych kontuzji spowodowanych upadkiem, uderzeniem się, potłuczeniem, skaleczeniem. Kompensacyjny model antygravitacyjny dziecka z porażeniem mózgowym ilustruje schemat 8.



**Schemat 8. Kompensacyjny mechanizm antygravitacyjny<sup>75</sup>**

- korzystać z porad psychologa, by rozwijać i pogłębiać umiejętności komunikowania się z dzieckiem, rozpoznawania jego stanów emocjonalnych, uspokajania, budowania zaufania, poczucia bezpieczeństwa, a także umiejętności radzenia sobie z własnym stresem, przemęczeniem, załamaniem, utratą nadziei czy sensu życia.

<sup>75</sup> M. Matyja, M. Domagalska, *Podstawy usprawniania neurorozwojowego według Berty i Karela Bobathów*, Katowice 2017, s. 59.

W mózgowym porażeniu dziecięcym, oprócz dominujących objawów uszkodzenia ośrodkowego neuronu ruchowego w postaci niedowładów, porażen i ruchów dodatkowych, występować mogą napady padaczkowe, globalne ograniczenia możliwości intelektualnych, nieharmonijny rozwój analizatorów, nadpobudliwość bądź zahamowanie psychoruchowe. Zaburzenia te utrudniają, niekiedy w sposób znaczny, funkcjonowanie dziecka w rodzinie, w szkole, czy też w grupie rówieśniczej. Ograniczenia wynikające z uszkodzenia lub zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego są przyczyną przewlekłego napięcia emocjonalnego związanego z ograniczeniem aktywności, trudności szkolnych, niemożności dorównania rówieśnikom, poczuciem osamotnienia i mniejszej wartości. Dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym częściej niż zdrowe są narażone także na działanie gwałtownych i silnych czynników psychosomatyzujących, związanych chociażby z procesem diagnostycznym i terapeutycznym, czy też negatywnymi reakcjami otoczenia w kontaktach z dziećmi niepełnosprawnymi<sup>76</sup>.

Szereg specjalnych potrzeb dziecka z niepełnosprawnością ruchową o charakterze opiekuńczym i terapeutycznym istotnie zwiększa liczbę zwykłych, codziennych obowiązków rodziców wynikających, np. z konieczności wykorzystania pracy zarobkowej, doskonalenia zawodowego, opiekowania się innymi członkami rodziny – dziećmi, seniorami; dbania o własne zdrowie.

Chęć opiekowania się chorym dzieckiem w domu niejednokrotnie zmusza jednego z rodziców do rezygnacji z kariery zawodowej, aktywności społecznej, czy życia towarzyskiego. Prowadzi też często do pogorszenia się materialnej sytuacji rodziny, co z kolei może wywoływać napięcia w relacjach między jej członkami, powtarzające się konflikty i przedłużające się kryzysy. Niepełnosprawność dziecka może pośrednio wpłynąć na ostateczny rozpad rodzinnej wspólnoty. Brak perspektyw na spełnienie marzeń o szczęśliwym, łatwym, przyjemnym, beztróskim życiu, rozczarowanie, zawód, żal, poczucie niczym niezawinionej krzywdy, zmęczenie codziennymi obowiązkami sprawiają, że słabszy psychicznie rodzic ucieka ze wspólnoty – rodzina ulega rozpadowi.

---

<sup>76</sup> Ł. Ignatowicz, *Mózgowe porażenie dziecięce*, R. Michałowicz (red.), Warszawa 2001, s. 152.

W rodzinach nieposiadających dziecka z niepełnosprawnością proces rozwoju relacji rodzice – dziecko przebiega w sposób umożliwiający wyodrębnienie kolejnych jego etapów, a mianowicie:

- całkowitej zależności w okresie niemowlęcym i po niemowlęcym, a także podczas obłożnej choroby lub przy występowaniu poważnych upośledzeń;
- podporządkowania w okresie przedszkolnym i w młodszym wieku szkolnym;
- częściowej samodzielności i wzrastającego równouprawnienia w starszym wieku szkolnym;
- pełnej niezależności w zaspokajaniu swoich potrzeb po osiągnięciu samodzielności życiowej, w tym przede wszystkim rozpoczęciu pracy zawodowej i zamieszkaniu poza rodziną<sup>77</sup>.

Całkowita bądź „znaczna zależność” dziecka od rodziców może w przypadku jego niepełnosprawności ruchowej rozciągać się w czasie. Porażenie mózgowe powoduje, że wiele procesów rozwojowych jest znacząco opóźnionych, a nawet jak to ma miejsce w cięższych przypadkach – w ogóle się nie rozpoczyna. Na złożoną sytuację panującą w rodzinach posiadających dziecko z MPD zwraca uwagę m.in. Łucja Ignatowicz, pisząc „Pierwszym i podstawowym miejscem rozwoju dziecka jest środowisko rodzinne. Rodzina powinna zapewnić dziecku warunki do jak najlepszego rozwoju poprzez zapewnienie mu zarówno potrzeb fizycznych, jak i podstawowych potrzeb psychicznych, takich jak poczucie miłości, bezpieczeństwa, uznania, więzi czy przynależności. Rodzina jest zorganizowaną całością (systemem), w której wszyscy członkowie – rodzice, dzieci, niekiedy także inni krewni stale i wzajemnie oddziałując na siebie, wywołują zmiany w jej funkcjonowaniu. Choroba dziecka, a szczególnie ciężka i o przewlekłym przebiegu z niewielkimi szansami na pełne wyleczenie staje się zagrożeniem dla funkcjonowania zarówno całej rodziny, jak i jej poszczególnych członków. Jest przyczyną napięć i konfliktów w rodzinie. Zaburzone relacje między członkami rodziny, głównie zaś między rodzicami, a niepełnosprawnym dzieckiem mają negatywny wpływ na dalszy jego rozwój.

---

<sup>77</sup> A. Kelm, *Węzłowe problemy pedagogiki opiekuńczej*, Warszawa 2000, s. 139.

Trudne problemy rodziny związane z ciężką chorobą dziecka sprzyjają tworzeniu się nieprawidłowych postaw rodzicielskich. Dotyczy to zwłaszcza matek, na których najczęściej spoczywa obowiązek opieki i wychowania chorego dziecka. Nieprawidłowe postawy rodzicielskie, takie jak postawa nadmiernej opiekuńczości, która może powstawać z nadmiernego niepokoju o dziecko, albo też być wynikiem odrzucenia, postawa nadmiernych wymagań czy też postawa jawnego odrzucenia, wywierają zaburzający wpływ na dalszy rozwój dziecka. Mogą one być przyczyną ograniczania, samodzielności dziecka, opóźnienia dojrzałości społecznej, zaburzeń emocjonalnych i zachowania, a zaniedbania w procesie rehabilitacyjnym są powodem niewykorzystania rzeczywistych możliwości rozwojowych dziecka”<sup>78</sup>.

Specjaliści, lekarze, fizjoterapeuci, nauczyciele wychowania fizycznego oczekują systematycznej współpracy rodziców dziecka w procesie jego usprawniania. Są również świadomi potrzeby profesjonalnego przygotowania ich do wykonywania ćwiczeń usprawniających (bezpiecznego i skutecznego) w warunkach domowych. Świadczy o tym szereg zasad usprawniania ruchowego dzieci z DPM, opisanych przez Zofię Lubicz-Rudnicką:

- ✓ „Rehabilitację należy rozpoczynać jak najwcześniej. Pierwszym wskazaniem dla lekarza lub specjalisty wychowania fizycznego jest opóźnione dojrzewanie odruchowe, dla matki – nieprawidłowości postaw lub ruchów. „Dzieci ryzyka” (nieprawidłowy przebieg ciąży lub porodu) powinny zaczynać usprawnianie od pierwszego dnia życia, inne w momencie zauważenia nieprawidłowości.

Możliwie najwcześniejsza rehabilitacja daje szansę, aby wcześniej wytwarzane prawidłowe nawyki mogły najwcześniej interferować z rozwojem spontanicznym, który w przypadkach mózgowego porażenia dziecięcego jest nieprawidłowy. Łatwiej jest bowiem kształtować od początku prawidłowe nawyki ruchowe niż „przeuczać” z utrwalonych, błędnych nawyków.

Usprawnianie w okresach jak najwcześniejszych jest również wskazane ze względu na brak wtórnych deformacji anatomicznych, mniej utrwalone

---

<sup>78</sup> Ł. Ignatowicz, *Mózgowe porażenie dziecięce*, op. cit., s. 152–153.

nieprawidłowości napięcia mięśniowego oraz ze względu na mniejsze rozmiary i masę ciała dziecka, co ma znaczenie szczególnie dla mniej sprawnych fizycznie rodziców.

Motywacja rodziców do „ratowania dziecka” wydaje się być silniejsza w młodszym jego wieku (silniejsze instynkty opiekuńcze?).

- ✓ Usprawnianie powinno być całodziennie. Na ogół rozwiązuje się ten problem przez szkolenie rodziców. Jeśli całodziennego usprawniania podejmuje się ośrodek, powinien mieć odpowiednie siły fachowe do całodziennego pielęgnacji połączonej z usprawnianiem i wychowaniem (dziecka nie należy przetrenewywać. Rytm pracy powinien być dostosowany do wydolności dziecka). Szkolenie rodziców nie może być sporadyczne i niepełne, a usprawnianie domowe niekontrolowane. Powierzając rodzicom wykonywanie ćwiczeń, trzeba mieć pewność, że rozumieją problemy związane z porażeniem swego dziecka i opanowali technikę ćwiczeń. Szkolenie powinno być wielokrotne, połączone ze sprawdzianem umiejętności oraz wyjaśnianiem zasad postępowania. W miarę postępu usprawniania istnieje potrzeba powtarzania wizyt szkoleniowych – dla nauki nowych ćwiczeń ewentualnie wspólnego rozwiązywania zaistniałych w międzyczasie problemów.
- ✓ Należy dbać o to, aby normalne zasady pedagogiczne w wychowawczym oddziaływaniu na dzieci były przestrzegane, mimo znacznych nieraz trudności i niedogodności w życiu zarówno dzieci, jak i ich rodziców. Na ten aspekt rehabilitacji należy zwrócić szczególną uwagę w pierwszym etapie instruktarzu rodziców<sup>79</sup>.

O tym, jak znaczącym obciążeniem jest dla rodziców rehabilitacja dziecka w środowisku domowym świadczy m.in. uwaga poczyniona przez autorkę: „pełzanie odruchowe powtarza się 4 razy dziennie przed posiłkami. Jeśli dziecko przebywa już w domu, ćwiczenia wykonuje przeszkolona matka (lub ojciec). Po opanowaniu pierwszego ćwiczenia, pełzania, uczy się rodziców podstawowej wersji obracania odruchowego”<sup>80</sup>.

---

<sup>79</sup> Z. Lubicz-Rudnicka, *Kinezyterapia* [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce*, R. Michałowicz (red.), Warszawa 1993, s. 232.

<sup>80</sup> Ibidem, s. 235.

Wiele rodzin nie jest pod żadnym względem przygotowanych do stawienia czoła trudnym wyzwaniom, jakie stwarza pojawienie się w ich świecie dziecka z niepełnosprawnością. Zaskoczenie tym faktem sprawia, że stają się zwykle bezradni, zagubieni, szukającymi pomocy zwłaszcza początkowo u lekarzy specjalistów. To od ich kompetencji nie tyle medycznych co społecznych – umiejętności rozmowy z rodzicami, taktu, kultury osobistej, budowania wzajemnego zaufania, umiejętności perswazji, wyrozumiałości i empatii w dużym stopniu zależą losy takiej rodziny. Można twierdzić, że to lekarz specjalista informującym o złym stanie zdrowia dziecka – jego niepełnosprawności, potrzebach i szansach na skuteczne wyleczenie stawia się w roli psychoterapeuty stosującego zabiegi działające na ośrodkowy układ nerwowy przez eksteroreceptory, czyli drogą psychologiczną. W opracowaniach naukowych można znaleźć próby wskazywania kolejnych okresów czasowych, jakie występują w procesie adaptowania się rodziny – a zwłaszcza rodziców – do nowej, trudnej i często też niespodziewanej sytuacji. Oczywiście nie jest możliwe przyjęcie jednego, powszechnie występującego modelu rodzicielskich relacji – zachowań i przeżyć. Poszczególne rodziny różnią się bowiem wieloma cechami – liczbą posiadanego potomstwa, stażem małżeńskim, wykształceniem małżonków, charakterem i temperamentem członków, ich doświadczeniem życiowym, religijnością, światopoglądem, środowiskiem zamieszkiwania i pracy. Istotne różnice dotyczą także jakości ich życia psychicznego, kulturalnego, a także warunków materialnych.

W literaturze naukowej często wyróżnia się kilka okresów występujących w procesie adaptacji rodziny do nowej, zaskakującej, trudnej sytuacji, jaką jest pojawienie się w niej nowej osoby z niepełnosprawnością. W układzie chronologicznym można je zaprezentować tabelarycznie:

**Tabela 4. Okresy adaptacji rodziny nowych wyzwań**

OKRES SZOKU	Gwałtowne silne emocje, nieporozumienia, zarzuty, obwinianie wzajemne, agresja
OKRES KRYZYSU	Rozpacz, depresja psychiczna, poczucie krzywdy, klęski, dolegliwości psychosomatyczne, poczucie bezradności, ucieczka w alkohol, pracę
OKRES POZORNEGO PRZYSTOSOWANIA	Nieracjonalne, chaotyczne próby dostosowania się do sytuacji, zaprzeczanie, wypieranie ze świadomości, agresja wobec dziecka, współmałżonka, instytucji służby zdrowia
KONSTRUKTYWNE PRZYSTOSOWANIE SIĘ	Akceptacja dziecka, zrozumienie sytuacji własnej, dojrzałość w radzeniu sobie w trudnościach dnia codziennego, czerpanie radości z drobnych postępów w terapii dziecka, pogłębianie więzi rodzinnych – solidarne, wzajemne wspieranie się <sup>81</sup>

Źródło: opracowanie własne na podstawie Roman Michałowicz, *Dziecięce porażenie mózgowe*, Warszawa 2001, s. 153–154.

Trzy pierwsze okresy, których długość jest zróżnicowana w zależności od cech konkretnej rodziny mogą być bardzo niekorzystne dla dalszych losów dziecka, stąd tak ważnym jest, by właśnie wtedy zapewnić rodzinie konieczne jej wsparcie i opiekę. Rodzina w trudnej sytuacji emocjonalnej nie powinna pozostawać sama ze swoimi problemami. Odpowiednie zabiegi zmierzające do skorygowania zaburzeń zachowania rodziców oferuje tzw. psychoterapia, której rozmaite formy bezpośrednich i pośrednich oddziaływań terapeuty na osoby pomagają korzystnie wpływać na ich postawy wobec życiowych wyzwań i trudności. Prowadzić powinien ją doświadczony psycholog kliniczny, który w ramach przyjętej strategii oferuje osobie psychoterapię indywidualną bądź grupową. Może też łączyć je obie stosownie do potrzeb i postępów czynionych przez pacjentów. O szczególnych walorach psychoterapii grupowej pisze m.in. Andrzej Lewicki:

---

<sup>81</sup> Opracowanie własne na podstawie Roman Michałowicz, *Dziecięce porażenie mózgowe*, Warszawa 2001, s. 153–154.



„Psychoterapia grupowa ma szereg zalet, których nie ma terapia indywidualna:

1. Pacjent znajduje się tu w naturalnej sytuacji społecznej, w której dowiaduje się, że jego problemy i trudności życiowe nie są czymś niezwykłym i wyjątkowym, ma możliwość porównania ich z trudnościami innych;
2. Znajduje się w interakcji z większą grupą, co pozwala mu pozbyć się poczucia izolacji, zwalczyć niepewność siebie, poczuć się włączonym w zespół;
3. Czuje się bardziej samodzielny i mniej zależny od terapeuty; dla niektórych jest to sprawa bardzo istotna;
4. Terapia grupowa daje możliwość treningu społecznego, nie tylko w korzystaniu z pomocy, ale też w udzielaniu pomocy innym, czego nie ma w terapii indywidualnej.

Wielość obowiązków, jakie spadają na rodziców wychowujących potomstwo z niepełnosprawnością prowadzi po dłuższym lub krótszym czasie do wyczerpania zasobów ich sił psychicznych i fizycznych. Długotrwałe, nadmierny stres, ciągła obawa o zdrowie dziecka, nikłe postępy w jego rehabilitacji, ograniczenie snu, brak wypoczynku, a także rozrywek paraliżują z czasem chęć do podejmowania kolejnych wyzwań. Energia życiowa słabnie, wola niepoddawania się losowi gaśnie. U rodziców może pojawić się stan określany jako wypalenie sił psychicznych i fizycznych, który z czasem – zwykle krótkim – prowadzi do rozwoju rozmaitych chorób ograniczających możliwości dalszego zajmowania się dzieckiem. Dziecko jednak potrzebuje rodziny, bo w niej czuje się najlepiej.

W powszechnej opinii rodzina jako środowisko opieki i wychowania jest dla każdego dziecka najważniejsza. W niej zaspokajane są ważne potrzeby nie tylko materialne, ale również psychiczne:

- miłości,
- przynależności,
- poczucia bezpieczeństwa.

Jak słusznie zauważa Łucja Ignatowicz: „Zespół wypalenia sił występować może także u profesjonalistów uczestniczących w procesie rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego. Najczęściej narażeni są profesjonaliści o dużej odpowiedzialności, szczególnie zaangażowani i obciążeni nadmiarem obowiązków.

Aby zapewnić dziecku warunki do jak najlepszego rozwoju, konieczna jest pomoc rodzinie w rozwiązywaniu ich problemów. Rodzice powinni być informowani w sposób właściwy o istocie choroby, jej możliwych przyczynach, realnych możliwościach dotyczących leczenia, rehabilitacji i rokowania. Rodzicom należy pomóc w zrozumieniu zachowań dziecka w różnych sytuacjach wynikających z ograniczeń spowodowanych chorobą i przedstawić możliwości modyfikacji tych zachowań przez właściwy stosunek otoczenia do dziecka. Dlatego też dla dobra dziecka rodzice powinni zająć się własnymi problemami, znaleźć czas na kontakty z innymi ludźmi i na wypoczynek, bez którego szybciej traci się potrzebę do podejmowania nowych zadań. Odnosi się to zarówno do rodziców, jak i innych osób uczestniczących w wychowaniu i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego”<sup>82</sup>.

W ratowaniu spójności i solidarności rodziny, w jej konsolidacji wobec trudnych wyzwań, wpajaniu wiary, nadziei, rozbudzeniu optymizmu przekonaniu do głębokiego sensu podejmowanego wysiłku i wyrzeczenia istotną rolę mają do odegrania różne osoby – osoby cieszące się zaufaniem, autorytetem, poważaniem, szacunkiem – lekarz, duszpasterz, psycholog, psychoterapeuta. Ich zaangażowanie w pomoc i wsparcie dotkniętej przez los rodziny jest szczególnie ważna w pierwszym okresie, czyli niebawem po poznaniu diagnozy stanu zdrowia dziecka.

Oprócz pomocy w oswojeniu się z trudną sytuacją, częściowym pogodzeniem się z nią konieczne staje się zaktywizowanie całej rodziny do współpracy z terapeutami dziecka, np.: fizjoterapeutą, logopedą, neurologiem, psychiatrą. Rehabilitacja w środowisku rodzinnym – neutralnym, najbardziej przyjaznym dziecku nie może ograniczać się jedynie do regularnych wizyt czy ćwiczeń realizowanych przez specjalistów, ale musi angażować do ustawicznej pracy usprawniającej także stosownie poinstruowanych – przeszkolonych – rodziców pacjenta. Zadaniem terapeutów jest więc nie tylko prowadzenie specjalistycznych zajęć z dzieckiem, ale również praca z rodzicami – przekazywanie im niezbędnej wiedzy, rozwijanie potrzebnych umiejętności, a przede wszystkim motywowanie do

---

<sup>82</sup> Ł. Ignatowicz, *Wybrane problemy psychiatryczne u dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym*, R. Michałowicz (red.), Warszawa 2001, s. 154–155.

ściślejszej współpracy dla dobra pacjenta. Terapeuta dziecka powinien oprócz kompetencji merytorycznych posiadać także kompetencje społeczne, psychologiczne, pedagogiczne. Szereg wskazówek dotyczących edukowania osób dorosłych można znaleźć w publikacjach z dziedziny andragogiki – stosunkowo młodej subdyscypliny pedagogiki. Interesujące refleksje i uwagi na temat możliwości włączania się terapeutów w pomoc rodzicom rehabilitowanego dziecka prezentuje obszernie wspomniana wcześniej, doświadczona terapeutka Sophie Levitt:

„Terapeuta nie tylko daje rodzicom wskazówki praktyczne, ale musi mieć czas na wysłuchanie ich zmartwień i zwykle ten czas jest dzielony między rodziców a dziecko. Słuchanie i obserwacja wyrazu twarzy dziecka oraz jego „języka ciała” mówi terapeutce nie tylko o odpowiednim tempie pracy z dzieckiem, ale i o jego potrzebach emocjonalnych. Słuchając obaw rodziców lub dziecka, trzeba je natychmiast rozpraszać. To właśnie umiejętność współczującego i uważnego słuchania służy najlepiej. Zawsze trzeba okazać, że wszystko co powiedzieli, zostało zrozumiane i dopiero po tym wyjaśnić, w jaki sposób można pomóc.

Terapeuta wczuwa się w różnorakie niepokoje poszczególnych rodziców. Mogą oni doznawać złożonej mieszanki uczuć, jak przygnębienie, złość, rozczarowanie, frustracja czy poczucie winy. Nie tylko tym różnią się rodzice między sobą, ale zmiana uczuć występuje także u poszczególnych osób, zależnie od różnych okresów życia z dzieckiem (...). Dla rodziców jest to ciężki okres, w którym muszą zaakceptować tak różniące się od innych dziecko, żywią istotę mogącą wymagać od innych wiele wysiłku fizycznego i emocjonalnego”<sup>83</sup>.

Dla autorki uczestnictwo rodziców w procesie kierowanym i realizowanym przez terapeutów jest sprawą oczywistą. By rzeczywiście tak było, specjaliści poza swoją merytoryczną wiedzą powinni cechować się rozwiniętymi kompetencjami społecznymi umożliwiającymi partnerską współpracę z rodzicami pacjentów, właściwe reagowanie na ich zmienne stany emocjonalne, pośrednie pomaganie dziecku przez udzielanie wsparcia emocjonalnego rodzinom.

---

<sup>83</sup> S. Lewitt, *Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu*, Warszawa 2007, s. 112.

Terapeuci stają wobec trudnej sytuacji, w której ofiarowana przez nich pomoc może uczynić rodziców mniej bezradnymi. Może się jednak zdarzyć, że niektórzy z rodziców mogą przez to bardziej uzależniać się od terapeuty i obciążać go nadmiernymi wymaganiami. Inni rodzice, widząc tę zależność, odczuwają jednocześnie złość, że potrzebują aż pomocy specjalisty, który im wskaże, jak mają opiekować się własnym dzieckiem. Ta złość bywa czasem wyładowywana na tych, którzy starają się jak najlepiej pomóc. W każdym razie dojrzały terapeuta potrafi sprawić, żeby rodzice stali się bardziej cierpliwi niż cierpiący. W tym celu dobrze jest skorzystać z pomocy grupy wsparcia, do której mogą należeć rodzice, lub subtelnej pomocy innych członków zespołu. Wsparcie to także niezbędne jest terapeutom do zachowania energii, zrozumienia i motywacji<sup>84</sup>.

Cytowane uwagi należy ocenić jako ważne m.in. z tego względu, że uwzględniają potrzebę wychodzenia poza wąsko specjalistyczne traktowanie obowiązków zawodowych oraz całościowe ujmowanie osoby pacjenta. Pacjent to nie tylko określona jednostka chorobowa, ale przede wszystkim dziecko swoich rodziców, członek rodziny, osoba żyjąca w określonym środowisku społecznym. Analizy kondycji psychofizycznej dziecka można prowadzić z perspektywy rozmaitych dyscyplin naukowych w aspekcie psychologicznym, fizjologicznym, neurologicznym, lecz nie zmienia to faktu, że dotyczą one jednej i tej samej osoby, tego samego człowieka, którego naturalnym środowiskiem rozwoju jest rodzina zaspokajająca jego najważniejsze potrzeby – rodzina kochająca, odpowiedzialna, stabilna, zdrowa w znaczeniu fizycznym i psychicznym oraz moralnym. Fizjoterapeuta ma wiedzę, dzięki której może doradzać rodzicom, jakich sposobów odpoczynku powinni się nauczyć, jak zapobiegać bólom kręgosłupa i jak dbać o ogólne zdrowie. Ci, którzy sobie tego życzą, powinni otrzymać także informacje o działających grupach wsparcia i specjalnych organizacjach dających możliwość oderwania się na jakiś czas od stałej opieki nad dzieckiem. Niektórym rodzicom należy poradzić, w jaki sposób mogą uzyskać pomoc finansową, a w momentach różnego rodzaju kryzysów – pomoc pracowników socjalnych i zespołu. Dopóki potrzeby rodziców i rodzin nie zostaną spełnione, trudno będzie im skupić uwagę

---

<sup>84</sup> Ibidem, s. 112–113.

na fizjoterapii i programach terapii zajęciowej. Problemu i troski rodziców muszą być zawsze brane pod uwagę i respektowane, inaczej nie będą oni w pełni wykonywać sugestii terapeutów<sup>85</sup>.

Jeżeli rodzice są szczególnie zestresowani i wymagają od terapeuty poświęcenia zbyt dużej ilości czasu i wysiłku, sprawę należy omówić w zespole lub z doświadczonym psychoterapeutą, terapeutą rodzinnym albo innym tego rodzaju specjalistą. Rehabilitant otrzyma wówczas wskazówki, jak najlepiej postępować w takich przypadkach oraz poradę, czy i kiedy powinno się skierować rodziców do poradni zdrowia psychicznego.

Rozwinięta współpraca z rodzinami zmienia w równorzędne partnerstwo sytuację, w której specjalista wyłącznie pomaga bezradnym rodzicom. Pomoc terapeuty przestaje być odrzucana, co ze zrozumiałych względów mogło być przyczyną jego zniechęcenia i czasem budziło sprzeczności. Rodzice uczą się zwracać o pomoc, zamiast jedynie ją otrzymywać, a tacy, dla których jej przyjmowanie czasem bywało trudne, gdy relacje z terapeutą są bardziej partnerskie – łatwiej ją akceptują.

Środowisko rodzinne może stać się szansą lub barierą rozwoju dziecka z niepełnosprawnością ruchową. Wszelkie działania rehabilitacyjne mogą w nim znajdować skuteczne, ustawiczne wsparcie bądź odwrotnie – być osłabione przez zaniedbania, brak stosownej wiedzy, czasu, woli, wiary w powodzenie. Dążąc do pomocy dziecku, należy oprócz precyzyjnej diagnozy jego potrzeb i możliwości poznać szczegółowo warunki rodzinne, w których przebywa. Efekty rehabilitacji warunkowane są wieloma czynnikami, wśród których bardzo ważnym jest – a czasami najważniejszym – rodzina. Wiele jej cech determinuje – jakość życia dzieci ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi. Wśród nich można wymienić takie jak:

- sytuacja materialna, warunki mieszkaniowe, wysokość dochodów i ich stabilność, możliwość zabezpieczenia na bieżąco niezbędnych dziecku leków, sprzętu, usług, pomocy;

---

<sup>85</sup> Ibidem, s. 115.

- struktura (model), liczba rodzeństwa, stan zdrowia rodzeństwa, rodzina jedno bądź wielopokoleniowa, pełna, niepełna, zastępcza;
- status społeczny rodziców i wykształcenie, zawód, zajmowane stanowiska i pełnione funkcje, np. społeczne, zainteresowania;
- cechy psychiczne i fizyczne rodziców: wytrwali, konsekwentni, stanowczy, samodzielni, silni, odporni bądź słabi, wrażliwi, skłonni do załamania, oczekujący zewsząd wsparcia i pomocy;
- środowisko zamieszkania: duże miasto, wieś.

Warunki materialne odgrywają istotną rolę w procesie opieki i rehabilitacji, ponieważ koszty utrzymania dziecka z niepełnosprawnością są znacznie wyższe niż dziecka zdrowego. W zależności od miejsca godzina rehabilitacji kosztuje (jak się szacuje) od około 80 do 150 zł, a więc gdyby była prowadzona codziennie jej koszt wyniósłby do 4500 zł miesięcznie. Do tego trzeba doliczyć wydatki na leki i okresowe wizyty u lekarzy specjalistów. Wydatki te przekraczają wysokość jednego średniego wynagrodzenia, co rodzinę, w której pracuje jeden rodzic może prowadzić do ubóstwa. Państwo wspiera takie rodziny świadczeniami, zasiłkami pielęgnacyjnymi, które nie przekraczają łącznie 1500 zł miesięcznie. Wielu autorów zwraca uwagę, że dzieci z niepełnosprawnością ruchową częstokroć potrzebują wózków inwalidzkich, które wraz z wiekiem muszą być wymieniane. Taki dobrej jakości sprzęt to jednorazowy wydatek rzędu kilkunastu tysięcy złotych. Każda rodzina ponosić musi także koszty utrzymania innych domowników, lokalu, zużywanej energii, wody, utrzymania samochodu, który dzisiaj stał się niezbędny każdemu dorosłemu człowiekowi.

Analizując rolę rodziny w życiu nie tylko dziecka z niepełnosprawnością, ale każdego człowieka, nie sposób pominąć krótkiej refleksji nad aktualnymi trudnościami w jednoznacznym precyzyjnym zdefiniowaniu istoty i uzgodnieniem pełnej jej klasyfikacji. Rodziny bowiem różnią się między sobą znacząco, co powoduje, że używając określenia „warunki rodzinne dziecka”, każdorazowo powinniśmy dokładnie je scharakteryzować. Jak zauważa Katarzyna Wałęcka-Matyja, trudności dotyczące zdefiniowania oraz klasyfikacji poszczególnych rodzajów rodzin wiążą się najczęściej z występowaniem zróżnicowania w zakresie wieku poszczególnych członków grupy rodzinnej, zmianami w liczebności

członków rodziny, liczby pokoleń w rodzinie, odmiennością stanu cywilnego rodziców i wynikającej z niego sytuacji prawnej dziecka oraz z różnego poziomu zależności członków rodziny od siebie.

Ponadto problemy z klasyfikacją omawianych rodzajów rodzin dotyczą także prób uwzględnienia kontekstu całego cyklu życia rodziny i określenia długości samotnego funkcjonowania i/lub wychowywania dzieci. Rzeczywistą konsekwencją istnienia wielości typów strukturalnych rodzin w Polsce jest także mnogość i złożoność problemów psychospołecznych, wynikających z funkcjonowania w zmieniających się warunkach życia rodzinnego<sup>86</sup>.

Współcześnie problematyką rodziny interesuje się wiele dziedzin nauki. Etyka i teologia moralna omawiają prawa i obowiązki moralne wynikające ze specyficznej konstytucji rodziny na gruncie teorii powołania osoby w rodzinie, jak też powołania rodziny w kontekście planu Bożego. Polityka ujmuje rodzinę jako podmiot praw i zarazem przedmiot postanowień legislacyjnych, regulujących stosunek rodziny do instytucji państwowych. Ekonomia rozpatruje rodzinę pod kątem jej funkcji i podmiotowości w procesach ekonomicznych, np. pracy, produkcji<sup>87</sup>.

Według Z. Tyszki rodzinę ujmuje się jako: ustrukturalizowany i funkcjonalnie powiązany zbiór jednostek i specyficznych substruktur oraz mikroelementów społecznych tworzących mikrogrupę i zarazem instytucję społeczną, powiązaną wewnątrznie więzią małżeństwa, pokrewieństwa, powinowactwa lub adopcji oraz wypełniających jednocześnie wiele istotnych, zintegrowanych ze sobą funkcji wobec jednostek i społeczeństwa, opierający się na regulatorach występujących w kulturze behawioralnej<sup>88</sup>.

---

<sup>86</sup> K. Wałęcka-Matyja, *Polimorficzny obraz struktury rodziny w świetle współczesnej literatury psychologicznej*, Acta Universitatis Lodzensis, Polia Psychologica 13, 2009, 38.

<sup>87</sup> A. Kwak, *Uniwersalność instytucji rodziny i kierunku jej przemian* [w:] *Studia socjologiczne oraz interdyscyplinarne*, Z. Tyszka (red.), „Roczniki Socjologii Rodziny”, 2002, XIV, s. 9–24.

<sup>88</sup> Z. Tyszka, *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia rodzinnego*, UAM, Poznań 2001.

Według B. Tobiasz-Adamczyk strukturę rodziny tworzą:

- formy instytucjonalne tworzące małżeństwo i rządzące nim (wybór partnera, wiek uprawniający do zawarcia związku małżeńskiego, instytucjonalne formy zawarcia małżeństwa i rozwiązania go);
- wiek, pozycję społeczną, zawód rodziców;
- liczbę rodzeństwa, wiek, płeć;
- liczbę pokoleń w rodzinie;
- wzory regulujące współżycie wewnątrz rodziny;
- zasady wyznaczające hierarchię władzy i autorytetu;
- układ wzajemnie powiązanych ról, struktury dziedziczenia majątku, władzy, nazwiska;
- cykle życia rodzinnego<sup>89</sup>.

W teoretycznych analizach spotykanych w naukowych opracowaniach wyróżnia trzy układy jej elementów: układ przestrzenny i skład osobowy rodziny, układ ról i pozycji społecznych oraz układ wewnątrzrodzinnych więzi i sieci komunikacji społecznej<sup>90</sup>. Proponowane są także propozycje klasyfikacji typów rodzin według kategorii „kompletności jej struktury: typy rodzin: **rodzina pełna**, **rodzina niepełna** (matka niezamężna z dzieckiem), **rodzina zdekompletowana** (wskutek śmierci matki lub ojca), **rodzina rozbita** (opuszczona przez matkę lub ojca) oraz **rodzina zrekonstruowana** (w skład której wchodzi ojczym lub macocha albo też adoptowane dziecko)<sup>91</sup>.

Przyjmując za kryterium klasyfikacji przyczynę braku jednego z rodziców, wyróżniono:

- **rodziny osierocone na skutek śmierci jednego z rodziców;**
- **rodziny rozbite na skutek rozwodu lub porzucenia rodziny;**
- **rodziny samotnych, niezamężnych matek z dzieckiem;**

---

<sup>89</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, UJ, Kraków 2002.

<sup>90</sup> Z. Tyszka, *System metodologiczny...*, op. cit.

<sup>91</sup> N. Han-Ilgiewicz, *Pisma, szkice, artykuły, rozprawy*, WSPS, Warszawa 1995.



- **rodziny niepełne czasowo** (określone ze względu na: charakter pracy rodzica, pobyt w zakładzie karnym, dłuższe leczenie w szpitalu oraz dłuższy pobyt za granicą)<sup>92</sup>.

Jak trafnie zauważa K. Wałęcka-Matyja, współcześnie można zaobserwować tendencję do stosowania określeń rodziny niepełnej, niemających negatywnych konotacji czy wyraźnego aspektu moralnego, a jedynie będących porządkującym kryterium społecznym omawianego zjawiska, np. rodziny z jednym rodzicem. Chodzi o wywołanie zmiany w społecznym myśleniu, które typ rodziny niepełnej często utożsamia z odchyleniem od normy, zaburzeniem. Wskazanie na fakt, iż wraz ze zmianami w makrostrukturze społeczeństwa zachodzą zmiany w jego mikrostrukturze, powoduje różnorodne konsekwencje, np. w postaci nowych form stylu życia rodzinnego, może przeciwdziałać stygmatyzacji rodzin niepełnych i poprawiać ich społeczne funkcjonowanie<sup>93</sup>. We współczesnej Polsce tradycyjny model rodziny nie jest już traktowany jako jedyny, prawidłowy, wartościowy i optymalny dla wszystkich członków. Tradycyjna rodzina to rodzina wielopokoleniowa, wielodzietna, w której wybrane trwałe wartości przekazywane są z pokolenia na pokolenie, a dorobek kolejnych pokoleń jest kumulowany i pomnażany. Role dziadków, rodziców, krewnych, dzieci nie ulegają istotniejszym zmianom. Istnieje w niej przywiązanie do miejsca zamieszkania, etosu zawodu ojca, stylu uczestnictwa w kulturze, rodzinnych pamiątek, historii, wartości narodowych i patriotycznych, religii. Członków łączy silna więź emocjonalna, wzajemny szacunek, poczucie odpowiedzialności za wspólny los oraz wzajemne zaufanie.

Dla dziecka z niepełnosprawnością ruchową najważniejszym niezależnie od typu rodziny pozostaje zawsze postawa domowników wobec jego potrzeb, możliwości, osoby. Okazywane mu uczucia, zainteresowanie, czynne wspieranie rehabilitacji, podnoszenie kompetencji opiekuńczych i wychowawczych, wola podejmowania wszechstronnych wysiłków na rzecz poprawy jakości jego życia.

---

<sup>92</sup> E. Kozdrowicz, T.T. Pilch, *Rodzina wielkomiejska matki samotnej jako środowisko wychowawcze* [w:] *Rodzina a struktura społeczna*, Z. Tyszka (red.), BTN, Bydgoszcz 1984, s. 163–171.

<sup>93</sup> K. Wałęcka-Matyja, *Polimorficzny obraz struktury rodziny w świetle współczesnej literatury psychologicznej*, *Acta Universitatis Lodzensis, Polia Psychologica* 13, 2009, s. 34.

Dla każdego dziecka bez względu na jego kondycję psychofizyczną najważniejszą osobą utożsamianą przez nie z całą rodziną jest matka. Każde dziecko posiada rodzinę, gdy ma matkę kochającą, rozumiejącą, pomagającą, ochraniającą, wspierającą. Dzieci chore, z niepełnosprawnościami potrzebują obecności matki szczególnie mocno przez długie lata, niejednokrotnie przez całe swoje trudne życie, w którym nie mogą funkcjonować samodzielnie. Jest to osoba niezbędna im w procesie ich leczenia i wszechstronnej rehabilitacji. Ma istotny wpływ na czynione postępy, łagodzenie wszelkich stresów, bólów. W rodzinach niepełnych, w których brakuje matek, ktoś z domowników staje przed wyzwaniem wypełnienia tej pustki dziecku. Wielokrotnie udaje się to ojcom, dziadkom, czasami dalszym krewnym. Wymaga to jednak od nich wielkiego zaangażowania, poświęcenia, ustawicznego wysiłku, wrażliwości i dobroci. Istnieją liczne przykłady osób, którym udało się zastąpić osieroconym bądź niechcianym przez rodziców dzieciom matkę, ale jednocześnie wiele jest także takich, gdzie matki odrzuciły swoje niepełnosprawne, a nawet zupełnie zdrowe dzieci.

## **6. Dziecko z niepełnosprawnością ruchową w szkole i przedszkolu**

Szkola to szczególne środowisko życia, w którym przez długie lata dzieci i młodzież spędzają wiele godzin dziennie, by pod okiem specjalistów móc harmonijnie rozwijać swój potencjał intelektualny, zainteresowania, postawy; poznawać wartości życiowe, ćwiczyć charakter; uczyć się odpowiedzialności za własne postępowanie, środowisko społeczne i przyrodnicze; rozwijać cechy kierunkowe i instrumentalne; przygotowywać się do samodzielnego funkcjonowania jako osoba dorosła w społeczeństwie – pełnić w nim role rodzinne, zawodowe, społeczne, polityczne.

Współczesna szkoła oferuje każdemu uczniowi ogrom wiedzy, umiejętności, kompetencji, wartości, dzięki którym będzie mógł z czasem coraz pełniej uczestniczyć w kulturze, rozumieć ją, chronić i pomnażać. Nauczyciele nie poprzestają jedynie na pracy dydaktycznej, ale podejmują równoległe pracę wychowawczą, realizując programy wychowania m.in. patriotycznego, zdrowotnego, moralnego, estetycznego, fizycznego. W momencie, gdy w zespole uczniów pojawi się osoba z niepełnosprawnością, nauczyciele stają przed wyzwaniem włączenia się w proces szeroko pojmowanej jej rehabilitacji.

W obszerny, kompleksowy program „przywracania” społeczeństwu osób z niepełnosprawnością włączone zostały przed laty placówki systemu szkolnego. Ich funkcjonowanie w tej dziedzinie uregulowane jest aktualnie Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 09.08.2017 r. (Dz. U. z 2020 r., poz. 1309), które określa szczegółowo, m.in.:

- warunki organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego:
  - niepełnosprawnych: niesłyszących, słabo słyszących, niewidomych, słabo widzących, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym, z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, i z niepełnosprawnościami sprzężonymi, zwanymi dalej „uczniami niepełnosprawnymi”.

W § 2. Rozporządzenia wymienione są wszystkie placówki mogące prowadzić pracę dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńczą z uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych:

- Kształcenie, wychowanie i opiekę dla uczniów niepełnosprawnych organizuje się w:
  - 1) przedszkolach:
    - a) ogólnodostępnych,
    - b) ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi,
    - c) integracyjnych,
    - d) ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi,
    - e) specjalnych;
  - 2) oddziałach przedszkolnych w szkołach podstawowych,
  - 3) innych formach wychowania przedszkolnego,
  - 4) szkołach:
    - a) ogólnodostępnych,
    - b) ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi,
    - c) integracyjnych,
    - d) ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi,
    - e) specjalnych, w tym szkołach specjalnych przysposabiających do pracy;
  - 5) młodzieżowych ośrodkach wychowawczych,
  - 6) młodzieżowych ośrodkach socjoterapii,
  - 7) specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych,
  - 8) specjalnych ośrodkach wychowawczych,
  - 9) ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych.

Placówki, których dotyczy rozporządzenie, mają zapewnić realizację szeregu zaleceń i potrzeb swoich podopiecznych, a mianowicie:

- Przedszkola, oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych, inne formy wychowania przedszkolnego, szkoły, oddziały i ośrodki, zapewniają:
  - 1) realizację zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego;

- 2) warunki do nauki, sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne uczniów;
- 3) zajęcia specjalistyczne;
- 4) inne zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne uczniów, w szczególności zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne i socjoterapeutyczne;
- 5) integrację uczniów ze środowiskiem rówieśniczym, w tym z uczniami pełnosprawnymi;
- 6) przygotowanie uczniów do samodzielności w życiu dorosłym.

W tym celu muszą uprzednio opracować tzw. indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne, określające szczegółowo:

- 1) zakres i sposób dostosowania odpowiednio programu wychowania przedszkolnego oraz wymagań edukacyjnych (...) do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia, w szczególności przez zastosowanie odpowiednich metod i form pracy z uczniem;
- 2) zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem (...) wzmacnianie jego uczestnictwa w życiu przedszkolnym i szkolnym;
- 3) formy i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej (...);
- 4) działania wspierające rodziców ucznia oraz – w zależności od potrzeb – zakres współdziałania z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami pozarządowymi, innymi instytucjami oraz podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży (...);
- 5) zajęcia rewalidacyjne (...) i socjoterapeutyczne oraz inne zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia, a także:

- a) w przypadku ucznia klasy VII i VIII szkoły podstawowej, branżowej szkoły I stopnia, liceum ogólnokształcącego i technikum – zajęcia z zakresu doradztwa zawodowego;
- b) zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu realizowane w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej (...);
- 6) zakres współpracy nauczycieli i specjalistów (...) z rodzicami ucznia w realizacji przez przedszkole, oddział przedszkolny w szkole podstawowej, inną formę wychowania przedszkolnego, szkołę lub ośrodek zadań (...);
- 7) w przypadku uczniów niepełnosprawnych – w zależności od potrzeb – rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności ucznia, w tym w zakresie wykorzystywania technologii wspomagających to kształcenie;
- 8) w zależności od indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia wskazanych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego lub wynikających z wielospecjalistycznych ocen (...) – wybrane zajęcia wychowania przedszkolnego lub zajęcia edukacyjne, które SA realizowane indywidualnie z uczniem lub w grupie liczącej do 5 uczniów.

W Rozporządzeniu uwzględniono także wskazania dotyczące autorów programów edukacyjno-terapeutycznych:

- program opracowuje zespół, który tworzą nauczyciele i specjaliści, prowadzący zajęcia z uczniem (...);
- zespół opracowuje program po dokonaniu wieloaspektowej oceny poziomu funkcjonowania ucznia, uwzględniając diagnozę i wnioski sformułowane na jej podstawie oraz zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, we współpracy, w zależności od potrzeb, z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, w tym poradnią specjalistyczną;
- program opracowuje się na okres, na jaki zostało wydane orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, nie dłuższy jednak niż etap edukacyjny (...).

Jolanta Szempruch zwraca uwagę na to, że: „integralną część indywidualnego programu edukacyjnego każdego ucznia mającego orzeczenie poradni

psychologiczno-pedagogicznej stanowią zajęcia rewalidacyjne. Rewalidacja to specyficzny proces interakcyjny oparty na dialogu uczniów i nauczyciela. Jego istotą jest stymulowanie rozwoju uczniów, prowadzące do ujawniania ich potencjalnych zdolności, umożliwiających następnie skuteczne wypełnianie zadań życiowych. Nauczyciel prowadzący rewalidację staje się przewodnikiem rozwoju dziecka. Specjalistyczna pomoc obejmuje zajęcia terapii sensorycznej, terapię usprawniającą motorykę ręki, reedukację i rehabilitację. Duże znaczenie ma również dostosowanie przestrzeni do prowadzenia zajęć grupowych i zespołowych, w które włączane są osoby niepełnosprawne<sup>94</sup>.

Cytowana autorka zauważa trafnie, że: „w integracji edukacyjnej ważne jest poprawne odczytanie przez nauczyciela wyników diagnozy możliwości i ograniczeń rozwojowych dziecka niepełnosprawnego opracowanej w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Powinna ona być uzupełniona diagnozą kliniczną. Nauczyciel, kompetentnie odczytując wyniki tych diagnoz, zwraca szczególną uwagę na wpływ jednostki chorobowej i rodzaju niepełnosprawności na proces uczenia się dziecka. To stanowi podstawę opracowania dobrego programu terapeutycznego. Diagnoza powinna również obejmować środowisko rodzinne ucznia, z uwzględnieniem tych cech życia rodziny, które mają istotne znaczenie wychowawcze, między innymi warunków materialno-bytowych, struktury rodziny, atmosfery wychowawczej i postaw rodziców wobec niepełnosprawności dziecka<sup>95</sup>.

Przykład szczegółowo opracowanego programu terapeutycznego dla dziecka z niepełnosprawnością ruchową uczęszczającego do przedszkola z grupami integracyjnymi zamieszczono za zgodą dyrektora Publicznego Przedszkola nr 9 im. Jana Brzechwy w Jarosławiu pani doktor Agaty Kolasy-Skiby.

---

<sup>94</sup> J. Szempruch, *Pedeutologia. Studium teoretyczno-pragmatyczne*, Kraków 2013, s. 327.

<sup>95</sup> Ibidem, s. 325.

## **PROGRAM TERAPEUTYCZNY**

### **Niepelnosprawność ruchowa: dziecko z zespołem Pradera-Williego**

#### **Wprowadzenie**

Praca z dzieckiem z zespołem Pradera-Williego wymaga bardzo indywidualnego podejścia do przebiegu działań wychowawczo-dydaktycznych. Symptomy choroby, takie jak hyperfagia, czyli ciągły głód i uporczywe myśli o jedzeniu, należą do spektrum zaburzeń odżywiania. Typowe dla tego zespołu są także problemy behawioralne, łącznie z natręctwem drapania oraz deficyty poznawcze: opóźnienie rozwoju umysłowego, upośledzenie pamięci krótkotrwałej, brak stosowania zdobytej wiedzy w nowych sytuacjach.

Dziecko dotknięte tym zespołem często jest charakteryzowane jako uparte i egoistyczne, manipulujące ludźmi, skłonne do napadów złości i podatne na zmienne nastroje. Szczególnym problemem jest też nieumiejętność dokonywania przez dziecko oceny swojego zachowania oraz poszukiwanie i podkradanie jedzenia.

W przypadku pracy z takimi dziećmi zazwyczaj istnieje potrzeba kontaktu nauczycieli przedszkola z psychologiem klinicznym, fizjoterapeutą innymi specjalistami.

Oczekiwania w stosunku do psychologa klinicznego:

- wsparcie nauczycieli w radzeniu sobie z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi: z obsesją gromadzenia rzeczy, natręctwem drapania się i rozdrapywania do krwi, napadami czystości, patologicznymi kradzieżami, trudnością z kończeniem zadań, obsesyjnym koncentrowaniem się na szczegółach, sztywnym trzymaniem się własnego schematu działań, brakiem zgody na pomoc;
- wsparcie rodziny w problemach z odżywianiem, opracowanie skutecznych form pomocy dziecku:



- przeprowadzenie wywiadu, w jakich sytuacjach zdarzają się napady głodu u dziecka, zapoznanie się z planem dnia dziecka, w celu stworzenia propozycji atrakcyjnych form spędzania wolnego czasu, wysłuchanie, z jakimi problemami spotyka się rodzic w sytuacjach domowych;
- zorganizowanie spotkań indywidualnych w celu omówienia postępów terapii;
- zaproponowanie grupy wsparcia dla rodziców, zachęcenie do zapisania się do Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Zespołem Pradera-Williego;
- udział w pracach zespołu – pomoc w ujednoliceniu oddziaływań terapeutyczno-wychowawczych stosowanych w domu rodzinnym dziecka i w przedszkolu.

W procesie organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej zespół opiera się w ogromnym zakresie na poznaniu dziecka. Wywiad z rodzicem stanowi podstawę i punkt wyjścia do opracowywania terapii oraz przyjęcia metod postępowania z dzieckiem. Przeprowadzenie diagnozy oraz obserwacji często wzbogaca wiedzę na temat możliwości i potencjału rozwojowego dziecka. Zmiany wprowadzone podczas pracy z dzieckiem w środowisku przedszkolnym wymagają kontynuacji w domu rodzinnym.

Rolą przedszkola jako organu wspierającego rodziców dziecka, jest uświadomienie znaczenia ujednolicenia oddziaływań terapeutyczno-wychowawczych w odniesieniu do dziecka. Rozwinięciu umiejętności postępowania z dzieckiem służą szkolenia i warsztaty umiejętności rodzicielskich. Z kolei uczestniczenie w spotkaniach grupy wsparcia stanowi bardzo dobrą okazję, by posłuchać, jak radzą sobie inni rodzice w podobnych sytuacjach. Pomaga rozbudzić motywację rodziców do działania i zaangażować się w proces terapii dziecka. Przedszkole może jedynie zaproponować różne formy wsparcia, wiele zależy od gotowości rodzica do podjęcia decyzji dotyczącej uczestnictwa we wskazanych aktywnościach.

.....  
(pieczęćka przedszkola)

## **Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny**

Podstawa prawna:

*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 i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 228, poz. 1490).*

Data opracowania programu: .....

### **I. Informacja o dziecku**

#### **1. Metryczka**

Imię i nazwisko dziecka: .....

Wiek dziecka: .....

Nazwa przedszkola: .....

Grupa: terapeutyczna dla dzieci z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego, mieszana wiekowo

#### **2. Rodzaj niepełnosprawności**

Niepełnosprawność dziecka od urodzenia.

Przyczyna niepełnosprawności: diagnoza lekarska – zespół Pradera-Williego.

Dziecko leczone hormonem wzrostu, co spowodowało nabycie zniekształceń tułowia i kończyn.

**3. Nazwa i adres poradni psychologiczno-pedagogicznej lub innej, pod której opieką znajduje się aktualnie dziecko**

.....  
.....

**4. Informacja dotycząca orzeczenia lub opinii**

Orzeczenie nr ..... o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane z uwagi na niepełnosprawność ruchową.

Data wydania orzeczenia .....

**5. Zalecenia poradni psychologiczno-pedagogicznej lub innej, pod której opieką znajduje się aktualnie dziecko**

Kształcenie specjalne w integracyjnej grupie „0” w szkole lub przedszkolu.

Formy stymulacji dziewczynki:

- rehabilitacja ruchowa;
- indywidualna terapia logopedyczna: usprawnianie aparatu artykulacyjnego, zabawy i ćwiczenia słuchowe, zabawy dźwiękonaśladowcze ze śpiewem, ćwiczenia zwiększające zasób słowno-pojęciowy, rozwijające mowę czynną i bierną;
- stymulacja ogólnorozwojowa, wzbogacanie zasobu słownika, praca nad płynnością słowną;
- ćwiczenia graficzne – ustawienie chwytu ołówka;
- usamodzielnianie w czynnościach życia codziennego;
- częste pochwały, akceptacja, wsparcie, budowanie poczucia własnej wartości.

**6. Diagnoza psychologiczno-pedagogiczna** (aktualny poziom umiejętności, zainteresowania i uzdolnienia, możliwości rozwojowe, potrzeby, funkcjonowanie emocjonalne, motywacja)

Dziewczynka z zespołem Pradera-Williego. Leczona hormonem wzrostu – nabyte zniekształcenie tułowia i kończyn.

Dość dobry kontakt werbalny i rzeczowy z dziewczynką. Dziecko ma pogodny nastrój, wyrównany, dziewczynka jest śmiała, pewna siebie. Podczas badania zainteresowana zabawą, wykazuje ciekawość badaniem. Szybka, rozproszona, niewytrwała. Słabo podporządkowana. Łatwo zniechęca się trudnościami, ma duże problemy z koncentracją uwagi. Wymaga ciągłych wzmocnień, zachęty.

Wypowiada się chętnie – spontanicznie. Posługuje się ograniczoną liczbą słów. Wymowa jest niewyraźna, ze względu na obniżone napięcie mięśniowe (wiotkie mięśnie twarzy). Buduje proste zdania, równoważniki zdań. Używa licznych onomatopei. Dobre rozumienie mowy.

Opóźniony rozwój poznawczy o około 2 lata. Rozumienie, zapamiętywanie, sprawność manualna i graficzna na poziomie ok. 40. miesiąca życia.

## **7. Charakterystyka dziecka**

Dziewczynka nie uczęszczała do innych przedszkoli, nie ma jeszcze doświadczeń typowych dla dziecka 6-letniego. Przejawia ogromną potrzebę zabawy i zapomina w niej o całym świecie. Odtwarza czynności wykonywane przez dorosłych, czasem szuka partnera do zabawy, starając się narzucić swój sposób działania.

Dziewczynka ma ubogą wiedzę i mały zasób słownictwa. Podaje własne imię, rozpoznaje kilka warzyw, owoców, zwierząt. Nie nazywa podstawowych kolorów ani figur geometrycznych. Nie potrafi wyodrębnić przedmiotu na podstawie cech wielkościowych, koloru, kształtu, jedynie na podstawie przeznaczenia. Nie dobiera par jednakowych obrazków. Nie przelicza, nie porównuje liczebności przedmiotów. Nie układa prostych budowli z klocków. Składa obrazki na wzorze.

Ma trudności z różnicowaniem i nazywaniem dźwięków z najbliższego otoczenia, nie odtwarza prostego układu rytmicznego. Rozumie proste polecenia słowne w znanych i powtarzalnych sytuacjach. Mowa dziecka jest często niezrozumiała. Pomaga sobie gestami, wskazywaniem przedmiotów.

Chętnie koloruje – bardzo starannie, ale z ogromnym napięciem całego ciała. Posługuje się lewą ręką. Bardzo precyzyjnie wycina nożyczkami. Nieopanowane rysowanie linii falującej, łamanej. Rysunek dowolny na poziomie pierwszych motywów, postać człowieka na etapie głowonogów.

Dziewczynka ma ogromny apetyt, je posiłki w sposób nieestetyczny i bardzo szybko. Potrafi zabierać jedzenie z talerza innym dzieciom. Jest to typowe zachowanie dla dzieci z zespołem Pradera-Williego. Spośród innych trudności należy wymienić: upór i sztywne trzymanie się jednego schematu działania, manipulowanie innymi, impulsywność oraz skłonność do irytacji, łącznie z napadami złości w chwilach frustracji.

Typowe dla pacjentów z zespołem i występujące także u Eweliny są: niezdolność do samokontroli, gromadzenie rzeczy oraz trudności z dokonywaniem oceny zachowania, a także duża konfliktowość. Często pojawiają się problemy behawioralne związane z natręctwem drapania; dziewczynka uspokaja się, gdy popłynie krew i rana zostanie zaklejona plastrem. Ma problemy z myśleniem przyczynowo – skutkowym i powiązaniem nagrody lub kary z poprzedzającym je zachowaniem. Porusza się wolno. Ruchy ciała nieskoordynowane, problemy z równowagą. Uluźnione zajęcia dziecka to: rysowanie, zabawy lalką i akcesoriami lekarskimi, zabawy na świeżym powietrzu.

## **8. Sytuacja rodzinna**

Opiekę nad dziewczynką oraz jej dwiema siostrami pełni matka, przy wsparciu swoich rodziców. Ojciec jest nieobecny w życiu rodziny. Jako zalety dziecka mama wymienia pogodny nastrój, samodzielność i radzenie sobie w różnych sytuacjach. Jako największe problemy sprawiane przez Ewelinę podaje nadmierny apetyt i podkradanie jedzenia. Oczekiwania stawiane przedszkolu: pomoc w nadrobieniu poziomu umysłowego dziecka.

Dziewczynka jest najmłodszym dzieckiem w rodzinie. Często jest wyręczana przez starszych, z powodu powolności ruchów. Postrzegana jest jako chora, pod ciągłą opieką lekarzy i specjalistów. Mama pracuje bardzo długo, jest jedyną osobą, której dziecko słucha. Dziecko znajduje się często pod opieką dziadków, których autorytet nie jest wzmacniany.

Cała rodzina rozumie mowę Eweliny lub domyśla się, co dziecko chce powiedzieć. Brak stymulacji do komunikowania się oraz upraszczanie mowy potocznej sprawia, że dziewczynka zachowuje się jak małe dziecko. Brak konsekwencji wychowawczych i ustępowanie we wszystkim nie zachęca Eweliny do rozwoju, nie motywuje do działania. Dziewczynka ma ogromną potrzebę uwagi osób dorosłych. Swoje potrzeby kontaktów emocjonalnych zaspokaja jedzeniem.

## **9. Mocne strony dziecka**

Potencjał, na którym można oprzeć pomoc psychologiczno-pedagogiczną:

- dziecko ma dużą potrzebę uwagi osób dorosłych; Ewelina lubi być traktowana jak duża i niezależna dziewczynka;
- potrafi być opiekuńcza w stosunku do młodszych dzieci (chciałaby być mamą) – można wykorzystać tę potrzebę do kształtowania zachowań empatycznych, wskazywania sposobów okazywania uczuć, dzielenia się z innymi;
- chętna do pomocy, podejmuje obowiązki dyżurnej, zgłasza swoje potrzeby;
- wykonuje prawidłowo czynności higieniczne;
- doskonale szacuje ilość;
- bardzo śmiała, lubi być w centrum uwagi, szczególnie osób dorosłych;
- mocne strony dziecka to duża staranność w pracach i dobra percepcja wzrokowa.

## **II. Osoby uczestniczące w procesie wspomagania rozwoju**

W procesie wspomagania rozwoju dziecka uczestniczą:

- nauczyciele: pedagodzy terapeuci,

- specjaliści: psycholog, logopeda, fizjoterapeuta.

### **III. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna**

#### **1. Identyfikacja problemów**

Dostrzegane problemy:

- mała umiejętność planowania działań przez dziecko;
- niezdolność do rozpoznawania łańcuchów przyczynowo – skutkowych;
- nadmierny apetyt;
- obniżona sprawność ruchowa, manualna i grafomotoryczna;
- opóźniony rozwój poznawczy;
- niezrozumiała mowa dziecka, ograniczona sprawność narządów artykulacyjnych;
- słabe rozumienie mowy;
- niskie podporządkowanie się zasadom obowiązującym w grupie;
- brak poszanowania granic innych osób;
- trudności z koncentracją uwagi;
- problemy z pamięcią, szczególnie krótkotrwałą.

#### **2. Cele do osiągnięcia oraz sposoby ich osiągania w zakresie, w jakim dziecko wymaga pomocy psychologiczno-pedagogicznej**

##### **1) Komunikacja**

Cele do osiągnięcia: wyraźniejsza wymowa, rozbudzenie potrzeby dzielenia się swoimi wrażeniami za pomocą mowy, poprawa pamięci słuchowej, wzbogacony zasób słownikowy dziecka.

Sposoby realizacji:

- zadawanie dziecku pytań otwartych;
- proszenie o powtórzenie sylabami, gdy mówi niewyraźnie;

- ćwiczenie pamięci słuchowej: uczenie prostych wierszyków, tekstów piosenek;
- rozpoznawanie i zapamiętywanie dźwięków z otoczenia ilustrowanych obrazkami;
- zabawy rytmami, odtwarzanie wystukanego rytmu i kontynuowanie, zapisywanie za pomocą umownych symboli;
- zabawy rytmiczne – klaskanie w rytm muzyki;
- nazywanie dziecku otaczającego świata, obrazków, ilustracji, wspólne oglądanie książeczek;
- słuchanie bajek (systematyczne kontynuowanie opowieści), rozmowa kierowana dotycząca tematu;
- wydłużanie czasu koncentracji uwagi.

## 2) Umiejętności prospołeczne

Cele do osiągnięcia: wykonywanie poleceń, podporządkowanie się nakazom i zakazom, dzielenie się zabawkami, szanowanie granic innych dzieci, włączanie się do zabaw z dziećmi na partnerskim poziomie.

Sposoby realizacji:

- zdecydowana postawa nauczyciela i konsekwentne egzekwowanie poleceń;
- wzmacnianie zachowań pozytywnych niskokalorycznymi chrupkami;
- doskonalenie procesów hamowania: reagowanie na sygnały umowne podczas zabaw orientacyjno-porządkowych;
- zabawy z wykorzystaniem propozycji Weroniki Sherborne, Marty Bogdanowicz;
- zabawy z odmawianiem, aby dziecko nauczyło się szanować cudze „nie” oraz granice;
- zabawy typu „Osobista przestrzeń”, aby dziecko dostrzegało granice innych.



### 3) Postawa moralna

Cele do osiągnięcia: szanowanie cudzej własności, ocena zachowania własnego i innych.

Sposoby realizacji:

- słuchanie bajek, wierszyków przekazujących normy moralne, dokonywanie oceny zachowań bohaterów;
- nazywanie przywłaszczania cudzej własności kradzieżą, modelowanie zachowań akceptowanych, typu proszenie, dołączanie się do zabawy.

### 4) Poczucie własnej wartości, motywacja do podejmowania zadań

Cele do osiągnięcia: wzmacnianie wiary we własne możliwości, rozwój samoakceptacji

Sposoby realizacji:

- stawianie dziecku zadań zgodnie z zasadą stopniowania trudności;
- stwarzanie okazji do osiągnięcia sukcesu przez dziewczynkę, uświadamianie dziecku ukończenia kolejnego etapu przez wzmocnienia pozytywne: pochwały, nagrody, słoneczka;
- wydłużanie czasu koncentracji na zadanej pracy;
- nagradzanie podejmowania własnych aktywności umysłowych;
- wykształcenie zdolności skutecznego działania poprzez uczestnictwo w różnego rodzaju zajęciach zorganizowanych, pracę indywidualną;
- stwarzanie sytuacji wychowawczej, w której kontakty z rówieśnikami mają wartość gratyfikacyjną, podtrzymywanie prób zabawy, podsuvanie pomysłów, łagodzenie konfliktów;
- zachęcanie do zabaw z rówieśnikami, wspieranie w relacjach, doskonalenie prawidłowego komunikowania się;
- mobilizowanie do wykonywania poleceń w sytuacjach niezadaniowych i wzmacnianie zachowań pozytywnych;

- kształtowanie odporności na sytuacje trudne – uczenie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, werbalizacja stanów emocjonalnych.

## 5) Samodzielność

Cele do osiągnięcia: poprawa precyzji ruchów oraz ogólnej koordynacji wzrokowo-ruchowej podczas ubierania się, zapamiętywanie czynności, ruchów, doskonalenie myślenia przyczynowo – skutkowego: co najpierw, a co potem.

Sposoby realizacji:

- zabawy rozwijające, estetyczne spożywanie posiłków, kulturalne zachowanie się przy stole, pozwolenie dziecku na doświadczenie i zrozumienie konsekwencji własnego postępowania, planowanie działań;
- ćwiczenie samoobsługi i pozwolenie dziecku na doświadczenie i zrozumienie konsekwencji własnego postępowania, planowanie działań;
- wdrażanie do samodzielności w ubieraniu się;
- rozpoznawanie przebiegu zdarzeń przedstawionych na obrazkach: porządkowanie historyjek obrazkowych, dobieranie obrazków do podanego opisu, opowiadanie historyjki przedstawionej na obrazku.

## 6) Sprawność fizyczna, motoryka duża i mała

Cele do osiągnięcia: poprawa koordynacji całego ciała, doskonalenie rozluźniania i napinania napięcia mięśniowego.

Sposoby realizacji:

- podnoszenie ogólnej sprawności ciała – ćwiczenia w marszu, ćwiczenia naśladowcze, zabawy skoczne;
- poprawa koordynacji ciała: krążenie ramionami w bok, obroty ramion z przodu, pływanie „na sucho”, mocne zaciskanie dłoni, przeciwstawność palca wskazującego i środkowego względem kciuka, „spacer palcami po

stole”, przypinanie i zdejmowanie klipsów (bieliźnianych), „przeprowadzanie” koralików po labiryncie z drutu;

- „Edukacja przez ruch” według propozycji Doroty Dziamskiej;
- kojarzenie doznań ruchowych z obrazami graficznymi; kreślenie dużych, płynnych linii: chorągiewką w powietrzu, pędzlem, flamastrem na arkuszu papieru, zamalowywanie dużych powierzchni, zamalowywanie dużych figur na arkuszach papieru;
- przyzwyczajanie do kontroli wykonywanego ruchu graficznego, obrysowywanie szablonów figur, kopiowanie przez kalkę, malowanie w obrębie konturu, rysowanie po śladzie, labirynty, łączenie wyznaczonych punktów.

## 7) Funkcjonowanie poznawcze

Cele do osiągnięcia: rozbudzanie zainteresowania światem, pobudzanie ciekawości poznawczej, poprawa myślenia logicznego, rozpoznawanie kształtów geometrycznych, porównywanie i grupowanie obiektów, przeliczanie elementów, rozbudzenie zainteresowania literami.

Sposoby realizacji:

- stwarzanie okazji do poznawania otaczającego świata, zabawy z lupą, wyszukiwanie ilustracji, obserwacja zjawisk przyrodniczych, eksperymentowanie z mokrym i suchym piachem oraz gliną, suszenie kwiatów i liści, porównywanie świeżych z wysuszonymi, obserwacja wzrostu roślin typu fasola czy owies;
- zabawy figurami geometrycznymi, dostrzeganie ich w otaczającym świecie, łączenie teorii z praktyką;
- wyodrębnianie zbiorów zabawek, segregowanie ich według podanej cechy, przeliczanie elementów, szacowanie – dużo/moło, porównywanie wielkości i liczebności, wykorzystywanie różnych sytuacji codziennych do przeliczania: rozdawanie przyborów, sztuków;
- zabawy doskonalące myślenie logiczne z wykorzystaniem propozycji Joanny Baran: „Terapia zabawą”, np.: „Niedorzeczności”, „Co tu nie pasuje?”;

- zabawy literkami z klocków Lego, układanie swojego imienia, tworzenie zbiorów, stempelkowanie literkami prostych wyrazów, oznaczających zjawiska i przedmioty bliskie dziecku.

### **3. Zakres dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu wychowania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka**

- 1) Dostosowanie czasu, miejsca i przestrzeni do potrzeb dziecka:
  - stworzenie atmosfery zaufania i poczucia bezpieczeństwa przez powtarzalność i regularność działań, stały plan dnia dziecka;
  - stałe miejsce wykonywania poszczególnych zadań, uporządkowana przestrzeń;
  - wywietrzenie sali przed zajęciami;
  - zajęcia o charakterze dydaktycznym realizowane w momencie najlepszego przyswajania i koncentracji;
  - zaspokojenie potrzeb fizjologicznych (głodu, pragnienia, wyjście do toalety) przed rozpoczęciem działań;
  - wyeliminowanie czynników zakłócających proces dydaktyczny (wcześniejsze przygotowanie materiałów, zgromadzenie wszystkich pomocy w zasięgu ręki);
  - zaangażowanie wielu zmysłów w proces dydaktyczny;
  - przeplatanie działań ruchowych z czynnościami wymagającymi koncentracji i precyzji;
  - uwzględnienie krótkiego czasu koncentracji dziewczynki, różnorodność działań.
- 2) Dostosowanie oddziaływań edukacyjnych do dysfunkcji komunikacyjnych i poznawczych dziecka:
  - wiązanie teorii z praktyką, przekazywanie wiedzy praktycznej, która umożliwia zapamiętanie kolejności działań w typowych dla dziecka

sytuacjach, modelowanie zachowań akceptowanych, wykorzystywanie wiedzy w nowych sytuacjach;

- zasada pogłębłości: posługiwanie się materiałami dodatkowymi, umożliwiającymi zrozumienie komunikatów słownych;
- zasada stopniowania trudności: rozpoczynanie od działań znanych i opanowanych umiejętności, aby dziecko osiągnęło sukces, a następnie proponowanie ćwiczenia trudniejszego przy pełnym wsparciu dziecka; z czasem stopniowe ograniczanie podpowiedzi;
- zasada systematyczności: regularne podejmowanie działań stymulujących o charakterze wychowawczo-dydaktycznym, codzienne oddziaływanie według planu terapii;
- zasada akceptacji: zrozumienie, jakie zachowania dziecka są wynikiem błędów wychowawczych, a jakie są objawem chorobowym.

3) Dostosowanie oddziaływań edukacyjnych do potrzeb emocjonalno-społecznych dziecka:

- rozbudzanie zaufania do nauczycieli, konsekwentne reagowanie bez tłumaczenia dziecku i wchodzenia w dyskusje – w związku z zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi i uporem dziecka skuteczniejsze będzie wyegzekwowanie wykonania polecenia, a dopiero następnie wyjaśnienie dziecku lub przypomnienie zasad, jakie obowiązują w grupie, przy użyciu prostych komunikatów;
- radzenie sobie z emocjami: poznawanie sposobów odreagowania złości, okazywania zadowolenia; kształtowanie umiejętności rozpoznawania stanów emocjonalnych u innych osób; rozbudzanie empatii;
- uwzględnienie w planie pracy dziecka zajęć ruchowych, integrujących z dziećmi;
- stwarzanie sytuacji współdziałania w parach na zasadzie partnerstwa;
- terapia behawioralna – wzmocnienia pozytywne zachowań, takich jak: podejmowanie działań, podporządkowanie się zasadom; nagradzanie samodzielności, konsekwentne egzekwowanie poleceń; w sytuacjach

trudnych zawsze zwracanie uwagi dziecka na możliwość zdobycia nagrody dzięki podporządkowaniu się zasadom lub wykonaniu polecenia.

Jako wzmocnienia najskuteczniejsze będą:

- społeczne – stwarzanie sytuacji, w której kontakty z rówieśnikami mają wartość gratyfikacyjną, np.: pomaganie innemu dziecku, rozdawanie przyborów kolegom;
- sytuacyjne – możliwość wybrania sobie sposobu spędzenia wolnego czasu (np. na ulubionej zabawie);
- materialne – balony, bańki mydlane, uśmiechnięte buźki;
- żywieniowe – drobne przekąski (owoce, chrupki niskokaloryczne itp.).

#### **4. Formy i metody pomocy psychologiczno-pedagogicznej**

Metody pracy z dzieckiem:

- terapia bajką – ocena zachowań bohaterów, wzorowanie pozytywnych reakcji, rozbudzanie empatii, modelowanie akceptowanych zachowań, wydłużanie czasu koncentracji uwagi;
- origami płaskie z koła, kwadratu (według Doroty Dziamskiej) – stwarzanie okazji do odniesienia sukcesu, budowanie wiary dziecka we własne możliwości;
- wielozmysłowe poznanie – „Edukacja przez ruch” Doroty Dziamskiej, aktywizacja zmysłów oraz ich integrowanie;
- metoda „Malowania Dziesięcioma Palcami” – rozluźnianie napięcia mięśniowego;
- zabawy materiałami i masami plastycznymi: glina, masa solna, masa o konsystencji kisielu;
- terapia behawioralna – wzmacnianie zachowań, modelowanie estetyki jedzenia i kultury zachowania się przy stole;
- terapia zabawą z wykorzystaniem propozycji Joanny Baran – doskonalenie myślenia logicznego;

- program „Wzory i obrazy” Marianne Frostig i Davida Horne’a rozwijający percepcję wzrokową;
- arteterapia – uświadamianie sobie przez dziecko własnych stanów emocjonalnych i ich ekspresja artystyczna (muzykoterapia, plastykoterapia);
- elementy „Metody Ruchu Rozwijającego” Weroniki Sherborne;
- „Ruch i zabawa dla najmłodszych”, „Masażyki” według Marty Bogdanowicz;
- „Edukacja matematyczna” według Edyty Gruszczyk-Kolczyńskiej i Ewy Zielińskiej.

Formy pracy z dzieckiem:

- indywidualna z nauczycielem – zaspokajanie potrzeby uwagi osób dorosłych, modelowanie zachowań akceptowanych, stymulacja myślenia logicznego, motywowanie do nauki;
- indywidualna – nauka planowania zadań, ustalanie kolejności zdarzeń, praca samodzielna;
- zespołowa – z drugim dzieckiem, na zasadzie wymiany: raz ja – raz ty, ćwiczenie umiejętności czekania na swoją kolej, współdziałanie z innymi;
- zespołowa na zasadzie współzawodnictwa, np. gry planszowe;
- grupowa ze wszystkimi dziećmi, reagowanie na polecenia skierowane do wszystkich, zabawy naśladowcze, tworzenie wspólnie jednej pracy, stworzenie okazji do pocucia się przez dziecko częścią grupy.

**5. Rodzaj i zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem** (np. niepełnosprawnym – zakres działań o charakterze rewalidacyjnym)

Rodzaj pomocy	Zakres udzielanej pomocy	Osoba odpowiedzialna za realizację	Dni tygodnia i godziny realizacji form pomocy	Liczba godzin w tygodniu
Terapia pedagogiczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>– doskonalenie percepcji wzrokowej i koordynacji wzrokowo-ruchowej</li> <li>– stymulowanie percepcji słuchowej i pamięci słuchowej</li> <li>– rozwijanie myślenia logicznego, szczególnie przyczynowo-skutkowego, doświadczanie konsekwencji własnych działań</li> <li>– doskonalenie mowy, wzbogacanie zasobu słownika</li> <li>– ćwiczenie motoryki dużej i małej</li> </ul>		5 dni w tygodniu	
Zajęcia logopedyczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ćwiczenia usprawniające narządy mowy</li> <li>– zwolnienie tempa mowy, ćwiczenia poprawiające wyrazistość mowy</li> <li>– wywołanie oraz utrwalanie prawidłowej artykulacji poszczególnych głosek w sylabach, słowach oraz prostych zdaniach</li> <li>– ćwiczenia rozumienia mowy (wykonywanie poleceń, pokazywanie na obrazkach przedmiotów, których nazwy zostały wypowiedziane)</li> </ul>		<p>środa 30 min.</p> <p>piątek 30 min.</p>	1 godz.
Zajęcia integracji sensorycznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>– normalizacja wrażeń czuciowych; stymulacja układu dotykowego, domino czuciowe, zabawa przedmiotami o</li> </ul>		czwartek 1 godz.	1 godz.



	<p>odmiennej fakturze (np. dobieranie w pary ze względu na fakturę)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stymulacja czuciowa i proprioceptywna</li> <li>– stymulacja zmysłów wzroku, słuchu, węchu i smaku</li> <li>– nauka jazdy na rowerze</li> <li>– rozwój schematu ciała i planowania motorycznego</li> </ul>			
Inne (zalecane)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dogoterapia w przedszkolu</li> <li>– rytmika w przedszkolu</li> <li>– hipoterapia</li> <li>– basen</li> <li>– kontynuacja rehabilitacji w Centrum Zdrowia Dziecka</li> <li>– kontynuacja ćwiczeń zleconych przez rehabilitanta</li> <li>– kontynuacja współpracy z poradniami: metaboliczną, endokrynologiczną, neurologiczną, genetyczną, logopedyczną</li> </ul>		<p>piątek wtorek czwartek</p>	<p>1 godz. 40 min.</p>

## 6. Działania wspierające rodziców dziecka:

Wsparcie rodziców dziecka:

- modelowanie zachowania dziecka przez postawę terapeuty oraz matki;
- pokazanie sposobów wzmacniania pozytywnych zachowań dziecka;
- zachęcanie do zabaw ogólnorozwojowych oraz ich zademonstrowanie;
- prace domowe do wykonania wspólnie z dzieckiem;
- ćwiczenia logopedyczne do wykonania w domu z dzieckiem;
- omawianie na bieżąco postępów dziecka;
- wzmacnianie konsekwentnych oddziaływań;
- zachęcenie do kupna psa, aby dziewczynka miała się o kogo troszczyć.

Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami dziecka w realizacji zadań:

- codziennie: krótkie rozmowy dotyczące osiągnięć i sukcesów dziecka;
- raz na dwa miesiące: spotkania omawiające postępy terapeutyczne z pedagogami;
- w razie potrzeby rozmowy indywidualne z psychologiem;
- dwa razy w semestrze spotkania z logopedą;
- w razie potrzeby spotkanie z całym zespołem nauczycieli i specjalistów.

## 7. Uwagi

Zespołu:

.....  
.....

Rodziców dziecka:

.....  
.....

Opracowano dnia .....

Zespół:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Akceptacja dyrektora

Zatwierdzam wszystkie rekomendowane przez zespół działania

– z wyjątkiem

.....

– wymiar godzin .....

*(data i podpis dyrektora.....*

*(podpisy rodziców/prawnych opiekunów).....*

Każdy program wymaga stosownej ewaluacji – oceny jakości uzyskanych efektów terapeutycznych oraz opisu trudności, jakie występowały podczas jego realizacji, a także sformułowania wskazówek dotyczących podejmowania kolejnych, przyszłych działań usprawniających dziecko. Przykład takich refleksji i sugestii zespołu terapeutycznego w odniesieniu do zaprezentowanego przypadku zamieszczono poniżej.

**Okresowa wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania dziecka, uwzględniająca ocenę efektywności udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wnioski do dalszej pracy**

Data spotkania zespołu .....

***1. Które z realizowanych form i sposobów pomocy były skuteczne? W jakim zakresie?***

W obszarze:

- percepcji wzrokowej – skuteczny jest program „Wzory i obrazki” Frostig i Horne’a w zakresie koordynacji wzrokowo-ruchowej;
- terapii behawioralnej – wzmacnianie zachowań chrupkami dietetycznymi motywowało dziewczynkę do podejmowania działań i kończenia zadań;
- mowy i komunikacji – analiza sylabowa ułatwiała dziecku wyraźniejszą wymowę;

- motoryki dużej – skuteczna jest metoda Weroniki Sherborne oraz propozycje Marty Bogdanowicz;
- działań wychowawczych – regularność i powtarzalność działań poprawiły zachowanie, mobilizująco na dziewczynką działało także oczekiwanie na nagrodę.

## ***2. Które z realizowanych form i sposobów pomocy były nieskuteczne? Dlaczego?***

*W obszarze terapii behawioralnej nieskuteczne okazało się doświadczanie konsekwencji swoich działań; jednak nadal należy tak reagować, ponieważ dziewczynka powinna odczuć, że postąpiła źle, nawet jeśli nie będzie wiązała tego działania ze swoim zachowaniem; może zapamięta ocenę takiego zachowania jako niepożądanego.*

## ***3. Których form lub sposobów pomocy nie realizowano? Jaka była przyczyna zaniechania?***

*Hipoterapia – brak funduszy.*

## ***4. Jakie metody pracy z dzieckiem zespół ocenia jako najskuteczniejsze?***

*Wielozmysłowe poznanie – „Edukacja przez ruch” Doroty Dziamskiej, origami.*

## ***5. W jakim zakresie nastąpił progres w rozwoju dziecka?***

*We wszystkich sferach widać widoczne postępy.*

W zakresie umiejętności społecznych i odporności emocjonalnej:

- dziewczynka łatwiej nawiązuje relacje;
- jest bardzo wytrwała w dążeniu do celu;
- szanuje prace swoje i swoich kolegów;
- chętnie uczestniczy w zajęciach proponowanych przez nauczyciela;

- zgłasza swoje potrzeby;
- podejmuje zabawy tematyczne z podziałem na role;
- próbuje radzić sobie samodzielnie w trudnych sytuacjach;
- spodziewa się konsekwencji, gdy zachowa się w sposób nieakceptowany;
- potrafi przeprosić, gdy postąpi niewłaściwie;
- rozumie zasadę naprzemienności w grze i zabawie;
- czeka na swoją kolej podczas zabaw z dziećmi.

W zakresie umiejętności matematycznych i gotowości do nauki czytania i pisania:

- duża staranność pracy;
- dobra percepcja wzrokowa;
- dostrzega związki przyczynowo-skutkowe na obrazkach;
- bardzo dobrze grupuje przedmioty i obrazki według koloru, wielkości;
- rozdziela przedmioty ze względu na przeznaczenie.

W zakresie sprawności motorycznej i koordynacji wzrokowo-ruchowej:

- powtarza gesty, naśladuje postawę;
- odtwarza wzory, rysuje po śladzie proste wzory i szlaczki;
- bardzo sprawnie manipulacyjnie: toczy kulki z bibuły, wałeczki z plasteliny;
- doskonale wycina nożyczkami obrazki konturowe.

W zakresie samodzielności, w tym umiejętności wykonywania czynności samoobsługowych:

- zna zastosowanie przedmiotów codziennego użytku;
- wykonuje prawidłowo podstawowe czynności higieniczne;
- samodzielnie korzysta z toalety;
- pamięta o umyciu rąk po skorzystaniu z toalety;
- potrafi zwrócić się o pomoc;
- zna kolejność ubierania się;
- sprząta zabawki, odkłada na miejsce.

**6. W jakim zakresie nastąpił regres? Dlaczego? Co zespół rekomenduje na dalszy etap pracy z dzieckiem?**

*W żadnym zakresie nie nastąpił regres, ale osiągnięcia nie są adekwatne do włożonej pracy. Dziecko wymaga intensywniejszej pracy logopedycznej. Na podstawie podjętych działań widoczne są rezultaty, osiągnięte bez kontynuacji pracy ze strony rodziny dziewczynki. Zespół zaleca codzienne zabawy z dzieckiem o charakterze stymulacji mowy.*

Zespół

.....  
.....  
.....  
.....

*(podpisy członków zespołu)*

Akceptacja dyrektora placówki:

.....

Podpis dyrektora

Każde dziecko uczęszczające do przedszkola z oddziałami integracyjnymi otaczane jest troskliwą opieką, a jego postępy w dziedzinie rozwoju psychofizycznego są na bieżąco wnikliwie obserwowane i oceniane, a pod koniec roku szkolnego zapisywane w specjalnie do tego celu opracowanych arkuszach. Wzory takich arkuszy zamieszczono za zgodą dyrektora Miejskiego Przedszkola nr 9 im. Jana Brzechwy w Jarosławiu w aneksach nr 2–6.

Wielość i złożoność zadań, jakie placówka, do której uczęszczają dzieci z niepełnosprawnościami musi realizować, skłoniła władze oświatowe do szczegółowego uregulowania również kwestii liczebności i kwalifikacji zatrudnianej w niej kadry pedagogicznej, a mianowicie:

- 1) w przedszkolach ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi, przedszkolach integracyjnych, szkołach ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi

i szkołach integracyjnych zatrudnia się dodatkowo nauczyciela posiadającego kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej w celu współorganizowania kształcenia integracyjnego, z uwzględnieniem realizacji zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego;

2) w przedszkolach ogólnodostępnych, innych form wychowania przedszkolnego i szkołach ogólnodostępnych, w których kształceniem specjalnym są objęci uczniowie posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na autyzm, w tym zespół Aspergera, lub niepełnosprawności sprzężone, zatrudnia się dodatkowo:

- nauczycieli posiadających kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej w celu współorganizowania kształcenia uczniów niepełnosprawnych lub specjalistów, lub pomoc nauczyciela – z uwzględnieniem realizacji zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego.

Dokładny opis wymaganej od nauczycieli posiadających kwalifikacje w zakresie pedagogiki specjalnej wiedzy znajdujemy w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 roku, w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela.

Chcąc pracować m.in. z dziećmi z niepełnosprawnością ruchową, absolwent kierunku pedagogika specjalna powinien osiąść kompetencje merytoryczne, dydaktyczno-wychowawcze, społeczne w specjalności pedagogika leczniczo-terapeutyczna, których konstruktywnymi elementami są wiedza i umiejętności oraz postawy wobec obowiązków zawodowych.

„W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:

- ✓ medyczne podstawy pedagogiki leczniczo-terapeutycznej; biologiczne podstawy rozwoju; anatomię i fizjologię układu nerwowego; podstawy neurologii, psychiatrii (choroby wieku dziecięcego, choroby przewlekłe, ich typologię i podział, z uwzględnieniem chorób somatycznych, psychosomatycznych i psychicznych); etiopatogenezę zaburzeń i nieprawidłowości rozwojowych;
- ✓ psychologiczno-pedagogiczne aspekty pedagogiki leczniczo-terapeutycznej; psychologiczne i socjologiczne koncepcje choroby somatycznej i niepełnosprawności ruchowej; skutki przewlekłych chorób w rozwoju dzieci; zagadnienie spostrzegania choroby przez dzieci i młodzież z zaburzeniami

sensomotorycznymi; społeczne problemy dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową; problemy psychologiczne i psychopatologiczne w ciężkich uszkodzeniach narządu ruchu; problemy emocjonalne, opiekuńczo-wychowawcze, edukacyjne i socjalne dzieci, rodziców i opiekunów dzieci chorych i z niepełnosprawnością ruchową; rolę lęku w przewlekłych chorobach psychosomatycznych u dzieci i młodzieży; zagadnienie obrazu siebie u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością sensomotoryczną;

- ✓ istotę, przyczyny i postępowanie w wybranych chorobach dzieci i młodzieży (cukrzyca, epilepsja, niewydolności nerek, alergii, astmie oskrzelowej, chorobie nowotworowej, w tym białaczce, otyłości, anoreksji i bulimii, karłowatości i innych odmienności somatycznych, mózgowym porażeniu dziecięcym) w aspektach biomedycznym i psychospołecznym; psychosomatyczne i somatopsychiczne zależności w przebiegu choroby i rozwoju dziecka; specyfikę zachowania dziecka w sytuacji choroby przewlekłej oraz jego emocjonalne i społeczne przystosowanie się;
- ✓ zasady wczesnej interwencji wobec dzieci z przewlekłą chorobą somatyczną i niepełnosprawnością ruchową oraz hospitalizacji w życiu dziecka z chorobą somatyczną; zagadnienie choroby szpitalnej u małego dziecka;
- ✓ zagadnienie wrażliwości empatycznej dzieci z dysfunkcją narządu ruchu w kontekście ich środowiska rodzinnego; formy edukacji i rehabilitacji dzieci chorych i z niepełnosprawnością ruchową; znaczenie jakości i sensu życia w chorobach przewlekłych osób dorosłych; zagadnienia zaburzeń i chorób psychicznych;
- ✓ rolę poradnictwa rehabilitacyjnego w procesie kreowania kariery osoby z chorobą somatyczną, psychiczną albo niepełnosprawnością ruchową; problemy opieki paliatywnej i hospicyjnej; metody wspierania rodziny dziecka chorego; rolę nauczyciela wychowawcy w zakładzie leczniczym; utrudnienia w pracy nauczycieli.

W zakresie umiejętności absolwent potrafi:

- ✓ analizować medyczne podstawy pedagogiki leczniczo-terapeutycznej, biologiczne podstawy rozwoju, anatomię i fizjologię układu nerwowego, podstawy neurologii, psychiatrii i pediatrii; opisać choroby wieku dziecięcego, choroby



przewlekłe, ich typologię i podział, z uwzględnieniem chorób somatycznych, psychosomatycznych i psychicznych; określać etiopatogenezę zaburzeń i nieprawidłowości rozwojowych;

- ✓ analizować psychologiczno-pedagogiczne aspekty pedagogiki leczniczo-terapeutycznej; analizować i interpretować psychologiczne i socjologiczne koncepcje choroby somatycznej i niepełnosprawności ruchowej; określać skutki przewlekłych chorób w rozwoju dzieci; opisać spostrzeganie choroby przez dzieci i młodzież z zaburzeniami sensomotorycznymi; określać społeczne problemy dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową; analizować i interpretować problemy psychologiczne i psychopatologiczne w ciężkich uszkodzeniach narządu ruchu; analizować problemy emocjonalne, opiekuńczo-wychowawcze, edukacyjne i socjalne dzieci, rodziców i opiekunów dzieci chorych i z niepełnosprawnością ruchową; określać rolę lęku w przewlekłych chorobach psychosomatycznych u dzieci i młodzieży; kształtować obraz siebie u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością sensomotoryczną;
- ✓ analizować istotę, przyczyny i postępowanie w wybranych chorobach dzieci i młodzieży (cukrzycy, epilepsji, niewydolności nerek. Alergii, astmie oskrzelowej, chorobie nowotworowej, w tym białaczce, otyłości, anoreksji i bulimii, karłowatości i innych odmienności somatycznych, mózgowym porażeniu dziecięcym) w aspektach biomedycznym i psychospołecznym; określać i analizować psychosomatyczne i somatopsychiczne zależności w przebiegu choroby i rozwoju dziecka; analizować specyfikę zachowania dziecka w sytuacji choroby przewlekłej oraz jego emocjonalne i społeczne przystosowanie się;
- ✓ analizować wczesną interwencję wobec dzieci z przewlekłą chorobą somatyczną i niepełnosprawnością ruchową oraz hospitalizacji w życiu dziecka z chorobą somatyczną; zagadnienie choroby szpitalnej u małego dziecka;
- ✓ określać wrażliwość empatyczną dzieci z dysfunkcją narządu ruchu w kontekście ich środowiska rodzinnego; planować formy edukacji i rehabilitacji dzieci chorych i z niepełnosprawnością ruchową; analizować jakość życia w chorobach przewlekłych osób dorosłych; opisywać zaburzenia i choroby psychiczne;

- ✓ analizować rolę poradnictwa rehabilitacyjnego w procesie kreowania kariery osoby z chorobą somatyczną, psychiczną albo niepełnosprawnością ruchową; analizować problemy opieki paliatywnej i hospicyjnej; planować metody wspierania rodziny dziecka chorego; rolę nauczyciela wychowawcy w zakładzie leczniczym; analizować utrudnienia w pracy nauczycieli.

W zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:

- autorefleksji nad rozwojem zawodowym;
- wykorzystania zdobytej wiedzy do analizy zdarzeń pedagogicznych”<sup>96</sup>.

W przygotowaniu zawodowym nauczycieli-pedagogów specjalnych duży nacisk został położony na wiedzę biomedyczną, której nie posiadają w tak szerokim stopniu zwykli nauczyciele przedmiotów ogólnokształcących czy zawodowych. Jest ona niezbędna do tego, by rozumieć i wspierać ustawicznie proces wszechstronnej rehabilitacji ucznia chorego, niepełnosprawnego.

„Warunkiem niezbędnym do pracy w charakterze nauczyciela wspomagającego są obok kompetencji pragmatycznych, współdziałania, interpretacyjno-komunikacyjnych, kreatywności i informatyczno-medialnych, także kompetencje osobowościowe. Przez wzgląd na dobro osoby niepełnosprawnej nauczyciel wspomagający, podobnie jak nauczyciel prowadzący, powinien cechować się empatią, pozytywnym nastawieniem do dziecka, umiejętnością motywowania go do nauki, dużą wnikliwością poznawczą, umiejętnością kontrolowania stresu i przychylnością dla osób niepełnosprawnych. Powinien także rozumieć problemy każdego ucznia i wszystkich otoczyć troską. Zasadnicze znaczenie dla rozwijania wiedzy psychologicznej i kompetencji osobowościowych nauczyciela pracującego z dziećmi niepełnosprawnymi ma podejście do dziecka jako istoty autonomicznej, aktywnej i twórczej oraz przyjęcie, iż rozwój osób z niepełnosprawnością obejmuje te same stadia i podlega tym samym prawom, które wyznaczają kierunek zmian rozwojowych ludzi pełnosprawnych, a jedynie jego tempo, rytm i harmonia podlegają mniejszym bądź większym zmianom”<sup>97</sup>.

---

<sup>96</sup> Fragmenty Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 roku, w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela (Dz. U. z 2019, poz. 1450).

<sup>97</sup> W. Pilecka, *Jak kształcić pedagoga specjalnego w zakresie psychologii* [w:] *System kształcenia pedagogów specjalnych*, J. Wyczęsany, H. Kosętko (red.), Kraków 1996 – cyt.

Należy podkreślić, że uczniowie z niepełnosprawnością ruchową, będącą skutkiem dziecięcego porażenia mózgowego często dotknięci są także innymi zaburzeniami (afazja, padaczka, upośledzenie intelektualne), dlatego dodatkowa pomoc dla ich nauczyciela jest niezbędna.

„W przedszkolach specjalnych, przedszkolach ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi oraz w klasach I–IV szkół podstawowych specjalnych i szkół podstawowych ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi, dla uczniów:

- 1) z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym;
- 2) z niepełnosprawnością ruchową, a tym z afazją;
- 3) z autyzmem, a tym z zespołem Aspergera;
- 4) z niepełnosprawnościami sprzężonymi zatrudnia się dodatkowo pomoc nauczyciela.

W przedszkolach i szkołach: specjalnych, integracyjnych, ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi lub integracyjnymi oraz w przypadkach innych niepełnosprawności (...) dla uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, za zgodą organu prowadzącego, można zatrudnić dodatkowo pomoc nauczyciela”<sup>98</sup>.

Te dodatkowo zatrudnione osoby, zgodnie z Rozporządzeniem:

- prowadzą wspólnie z innymi nauczycielami zajęcia edukacyjne oraz wspólnie z innymi nauczycielami, specjalistami i wychowawcami grup wychowawczych realizują zintegrowane działania i zajęcia określone w programie;
- prowadzą wspólnie z innymi nauczycielami, specjalistami i wychowawcami grup wychowawczych pracę wychowawczą z uczniami niepełnosprawnymi, niedostosowanymi społecznie oraz zagrożonymi niedostosowaniem społecznym;

---

za: J. Szempruch, *Pedeutologia. Studium teoretyczno-pragmatyczne*, Kraków 2013, s. 325–326.

<sup>98</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r., w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. z 2020 r., poz. 1309 – ogłoszono dnia 28.07.2020 r., obowiązuje od dnia 01.09.2017).

- uczestniczą, w miarę potrzeb, w zajęciach edukacyjnych prowadzonych przez innych nauczycieli oraz w zintegrowanych działaniach i zajęciach, określonych w programie, realizowanych przez nauczycieli specjalistów i wychowawców grup wychowawczych;
- udzielają pomocy nauczycielom prowadzącym zajęcia edukacyjne oraz nauczycielom, specjalistom i wychowawcom grup wychowawczych realizującym zintegrowane działania i zajęcia, określone w programie, w doborze form i metod pracy z uczniami niepełnosprawnymi, niedostosowanymi społecznie oraz zagrożonymi niedostosowaniem społecznym.

Na bardzo istotną kwestię zwraca uwagę J. Szempruch:

„Obecność dwóch nauczycieli w klasie – prowadzącego i wspomagającego – wymaga od nich pełnej gotowości do współpracy, poszanowania własnych postaw i poglądów oraz przyjęcia wspólnej odpowiedzialności za program, metody i formy pracy. Postawy otwartości i dialogu, kompetencja komunikacyjna, a także autonomia i kreatywność dają szansę na stworzenie współpracy opartej na partnerstwie i akceptacji drugiego nauczyciela jako osoby współtworzącej edukację zintegrowaną. Również gotowość do podjęcia pracy z grupą uczniów o zróżnicowanym rozwoju i potrzebach edukacyjnych jest ważnym czynnikiem udanej integracji, ponieważ to nauczyciele mają inicjować nowatorskie formy i metody pracy”<sup>99</sup>.

Warto także zaznaczyć, że Rozporządzenie odnosi się także do kwestii ewaluacji indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych, która jest niezbędna w ustawicznym podnoszeniu ich jakości. Przez jakość należy rozumieć zarówno warunki realizacji, jak również efektywność i skuteczność podejmowanych przez nauczycieli i zespół specjalistów działań.

- „Zespół co najmniej dwa razy w roku szkolnym dokonuje okresowej wieloaspektowej oceny poziomu funkcjonowania ucznia, uwzględniając ocenę efektywności programu (...) oraz w miarę potrzeb, dokonuje modyfikacji programu. Okresowej wieloaspektowej oceny poziomu funkcjonowania ucznia i modyfikacji programu dokonuje się, w zależności od potrzeb, we

---

<sup>99</sup> J. Szempruch, *Pedeutologia. Studium teoretyczno-pragmatyczne*, Kraków 2013, s. 325.

współpracy z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, w tym poradnią specjalistyczną, a także – za zgodą rodziców ucznia – z innymi podmiotami.

- Wielospecjalistyczne oceny (...) uwzględniają w szczególności:
  - indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne, mocne strony, predyspozycje, zainteresowania i uzdolnienia ucznia;
  - w zależności od potrzeb, zakres i charakter wsparcia ze strony nauczycieli, specjalistów lub pomocy nauczyciela (...);
  - przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu ucznia, w tym bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu przedszkolnym lub szkolnym, a także napotykanne trudności w zakresie włączenia ucznia w zajęcia realizowane wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym, a w przypadku innej formy wychowania przedszkolnego – wspólnie z grupą oraz efekty działań podejmowanych w celu ich przezwyciężenia.
- Rodzice ucznia albo pełnoletni uczeń mają prawo uczestniczyć w spotkaniach zespołu, a także w opracowaniu i modyfikacji programu oraz dokonywaniu wieloaspektowych ocen (...). Dyrektor przedszkola, szkoły lub ośrodka (...) w przypadku innej formy wychowania przedszkolnego prowadzonej przez osobę prawną niebędącą jednostką samorządu terytorialnego lub osobę fizyczną – osoba kierująca inną formą wychowania przedszkolnego zawiadamia pisemnie, w sposób przyjęty w danym przedszkolu, inne o formie wychowania przedszkolnego, szkole lub ośrodku, rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia o terminie każdego spotkania zespołu i możliwości uczestniczenia w tym spotkaniu.
- Rodzice ucznia albo pełnoletni uczeń otrzymują kopię wielospecjalistycznych ocen (...), programu.
- Osoby biorące udział w spotkaniu zespołu są obowiązane do nieujawniania spraw poruszanych na spotkaniu, które mogą naruszać dobra osobiste ucznia, jego rodziców, nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub

specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, a także innych osób uczestniczących w spotkaniu zespołu (...)”<sup>100</sup>.

Rozważania nad kompleksową rehabilitacją dzieci z niepełnosprawnością ruchową prowadzą do refleksji, jak ważną rolę odgrywa w niej najbliższa rodzina – rodzice dziecka, wspierający wysiłki lekarzy, terapeutów, psychologów, nauczycieli i pedagogów. W rozprawach naukowych, w aktach prawnych poświęconych włączaniu w życie społeczne uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, związanymi z określonymi dysfunkcjami organizmu, rodzice traktowani są jako niezastąpieni partnerzy każdego specjalisty. Świadczy to o powszechnej świadomości faktu pozytywnego wpływu silnego związku emocjonalnego „rodzic-dziecko” na efekty każdej terapii. Rodzic będący dla dziecka niekwestionowanym autorytetem w każdej dziedzinie może skutecznie wesprzeć wysiłki lekarza, fizjoterapeuty, nauczyciela, pedagoga.

Wszyscy zaangażowani w proces rehabilitacji profesjonaliści powinni dokładać starań o to, by więzi emocjonalne rodziców z niepełnosprawnym dzieckiem nie uległy z czasem osłabieniu, lecz były mocne i trwałe. Współpraca z rodzicami wymaga nie tylko szczególnych umiejętności pedagogicznych, ale również posiadania obszernej wiedzy na temat możliwości rozwojowych dziecka i sposobów pełnego ich wykorzystywania w procesie rehabilitacji. W ocenie J. Szempruch: „nauczyciel pracujący z dzieckiem niepełnosprawnym powinien zadbać o rozwijanie konstruktywnych postaw rodziców, którzy uczą się indywidualnych metod pracy i poszukują informacji o tym, jak pomóc swojemu dziecku. Współpraca nauczyciela z rodziną może obejmować między innymi:

- przekazywanie rodzicom wiedzy na temat rozwoju i wychowania dzieci niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych tym niedostosowaniem, wyjaśnianie im trudności rozwojowych i przystosowawczych dziecka oraz jego swoistych ograniczeń rozwojowych;

---

<sup>100</sup> Por.: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r., w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. z 2020 r., poz.1309 – ogłoszono dnia 28.07.2020 r., obowiązuje od dnia 01.09.2017).

- ukazywanie możliwości rozwojowych dziecka, jego potrzeb wspólnych z potrzebami innych dzieci i swoistych, związanych z niepełnosprawnością, a także sposobów ich zaspokajania;
- modyfikowanie postaw rodziców wobec dzieci niepełnosprawnych i wzmacnianie więzi emocjonalnej między rodzicami a dziećmi”<sup>101</sup>.

Edukacja dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w grupach i klasach integracyjnych, czyli w zespołach osób sprawnych jest dla nich szansą na możliwie pełne zaspokojenie wielu potrzeb, ale może też wywoływać frustracje i zaburzenia emocjonalne blokujące harmonijny rozwój osobowości. Wszystko to zależy m.in. od tego:

- jak przebiegał i zakończył się proces adaptacji do nowego środowiska, np. przedszkolnego czy szkolnego;
- jakie są postawy rówieśników z grupy wobec niepełnosprawnego kolegi;
- jaka jest jego pozycja socjometryczna w zespole klasowym;
- jakie są jego relacje z wychowawcą i nauczycielami, a także innymi pracownikami placówki.

Pierwsze godziny i dni pobytu w przedszkolu stanowią dla większości zdrowych dzieci nowe, trudne doświadczenie. Brak znajomych twarzy rodziców, wiele słabo rozumianych komunikatów werbalnych, pojawienie się dużej grupy rówieśników, poczucie osamotnienia i zagubienia mogą potęgować lęk dziecka i tęsknotę do szybkiego powrotu do znanych mu warunków codziennego życia i osób. Nie dotyczy to wszystkich dzieci, ale zwykle większości. Każde jednak dziecko adaptuje się do warunków życia przedszkolnego w indywidualnym tempie.

Zwykle proces ten przebiega łatwiej, gdy dziecko wychowywało się z rodzeństwem i miało częste kontakty z rówieśnikami, np. podczas spacerów, pobytów na placach zabaw, spotkań rodzinnych, rozmaitych imprez organizowanych specjalnie dla dzieci przez wyspecjalizowane w takiej działalności podmioty.

Poziom rozwoju społecznego dzieci przychodzących do przedszkola po raz pierwszy w życiu jest mocno zróżnicowany. Jedne są bardzo aktywne,

---

<sup>101</sup> J. Szempruch, op. cit.

ciekawe nowych wrażeń, śmiałe, ufne, pewne siebie. Inne przeciwnie – wystraszone, smutne, bezradne, zagubione, niechętne do kontaktów i zabaw z innymi, tęskniące i dopominające się o powrót rodziców, którzy zabiorą je natychmiast do domu. One to pod wpływem traumatycznych doświadczeń doznają często zaburzeń łaknienia, snu, nie panują nad potrzebami fizjologicznymi.

Jedną z istotnych przyczyn niskiego poziomu umiejętności społecznych dziecka jest jego niepełnosprawność, częste choroby, ogólnie słaba kondycja psychofizyczna. Dziecko słabe, chorowite, dotknięte dysfunkcją organizmu nie ma zwykle wielu okazji do kontaktów z osobami innymi niż rodzice, a najczęściej mama. Wymagają one w warunkach przedszkolnych szczególnej troskliwości, delikatności, cierpliwości i wyrozumiałości ze strony nauczycieli i personelu pomocniczego. Ich adaptacja do nowych warunków musi zachodzić stopniowo, dlatego zaleca się, by czas pobytu w przedszkolu był wydłużany stopniowo, z dnia na dzień w miarę „oswajania się” dziecka z nowym otoczeniem i warunkami życia.

Adaptacja i integracja dziecka z niepełnosprawnością ruchową zależy w istotnej mierze od:

- kompetencji pedagogicznych nauczycieli przedszkola;
- warunków materialnych i organizacyjnych placówki;
- jakości realizowanych programów wychowawczych;
- intensywności współpracy kadry pedagogicznej z rodzicami dziecka.

Polskie wychowanie przedszkolne cieszy się dobrą opinią w społeczeństwie, o czym świadczą wypełnione do ostatniego wolnego miejsca wszystkie placówki, oraz fakt, że przypadki trzylatków, które „nie przyjmują” się do przedszkola, zależą do rzadkości – zdarzają się sporadycznie.

Szczególnie wysoko oceniane są przez rodziców przedszkola funkcjonujące według koncepcji wychowawczej Marii Montessori (1870–1952), włoskiej lekarki i pedagoga, preferującej:

- spójność oddziaływań wychowawczych rodziców i nauczycieli;
- systematyczne monitorowanie rozwoju fizycznego i psychicznego każdego dziecka przedszkolnego;



- precyzyjne planowanie i realizowanie wszelkich ćwiczeń dziecięcych, zmierzających do rozwoju umysłowego i fizycznego;
- szczególną dbałość o dostosowanie urządzeń, mebli, narzędzi do wzrostu, siły i możliwości dziecka.

W jej koncepcji pracy z dzieckiem pojawiło się pojęcie tzw. „wrażliwych faz”, które oznaczało etapy rozwojowe:

1. faza na język (mówiony i pisany), na ruch, zachowania społeczne i porządek (od narodzin do szóstego roku życia); nazwała ją „absorbującym duchem”;
2. faza na moralność, sprawiedliwość, dobro i zło, uczucia religijne, różne dziedziny nauki (od 7. do 12. roku życia); dziecko zdobywa umiejętność „studiowania całości poprzez badanie detalu”;
3. faza na godność osobistą, odpowiedzialność, wiarę we własne siły (od 13. do 18. roku życia)<sup>102</sup>.

Maria Montessori zwróciła uwagę na szczególny proces, jaki zachodzi w umyśle dziecka, który określiła jako „polaryzacja uwagi”. Polaryzacja uwagi jest to proces psychiczny, będący konsekwencją głębokiej i długotrwałej koncentracji uwagi, w wyniku którego dziecko optymalizuje swój rozwój (...) to czas, w którym pogłębieniu i polepszeniu ulegają relacje ze światem rzeczy i ludzi. Budzi się jaźń. Dziecko staje się bardziej niezależne. Polaryzacja jest „fenomenem świadomości”, który skutkuje poprzez związanie kompetencji rozwojowych z przedmiotem, z ruchem lub z procesem psychicznym. Prowadzi do normalizacji, a ta z kolei jest skutkiem przyzwyczajenia do skoncentrowanej pracy. Montessori dzieckiem „znormalizowanym” nazywa takie, które jest przyzwyczajone do skoncentrowanej pracy, wpływającej na zdobywanie bogatej wiedzy, samodzielności, odpowiedzialności za własne działania, wytrwałości i zdyscyplinowania<sup>103</sup>. Sformułowane przez nią zasady pedagogiczne to:

1. zasada swobodnego wyboru – obejmuje ona regułę wolnego wyboru zajęć, „swobodnej pracy”. W obrębie przygotowanego otoczenia dziecko wybiera

<sup>102</sup> M. Miksza, *Zrozumieć Montessori*, Kraków 2020, s. 30.

<sup>103</sup> B. Stein, *Teoria i praktyka pedagogiki Marii Montessori w szkole podstawowej*, Kielce 2003, s. 71–73.

sobie przedmiot działań i samo ustala tempo i czas uczenia się oraz stopień trudności. Również do dziecka należy wybór ewentualnego partnera. Ono zatem w istotnej mierze współdecyduje o przebiegu procesu kształcenia w przygotowanym do tego celu otoczeniu, samo kieruje swoim uczeniem się i działaniem. Stwarza to okazję do rozwijania się umiejętności korzystania z wolności. Nauczyciel i wychowawca muszą wykonać ważne zadanie, bowiem jego praca pedagogiczna polega w znacznym stopniu na umiejętnym przygotowaniu otoczenia, a więc na oddziaływaniu pośrednim. Otoczenie dziecka musi być tak zaaranżowane, aby posiadało ciekawe propozycje poznawcze, odpowiednie dla fazy rozwoju dziecka. Musi zaspokajać potrzeby rozwojowe i poznawcze, a także wszechstronnie rozwijać dziecko.

2. Zasada swobodnego wyboru materiału – w sali przedszkolnej wszystkie materiały są zawsze dostępne, ułożone tematycznie na półkach, w zasięgu ręki dziecka. Dziecko samodzielnie podejmuje decyzję, z którym materiałem będzie pracować.
3. Zasada swobodnego wyboru miejsca pracy – dziecko pracuje tam, gdzie samo zdecyduje i gdzie pozwalają na to granice rozsądku nauczyciela i możliwości organizacyjnych. Dziecko nie ma obowiązku uczestniczenia w zajęciach grupowych, jeśli jest czymś ważnym zajęte.
4. Zasada swobodnego wyboru czasu pracy – w związku z fazami chłonności decyzję o czasie pracy pozostawiamy dziecku.
5. Zasada swobodnego wyboru formy pracy – lekcję podstawową przeprowadza się z każdym dzieckiem indywidualnie. Następnie zaczyna ono pracować samodzielnie. Wie, że ma prawo do pracy w ciszy, że nikt nie będzie mu przeszkadzał. Wie także, że nikt nie będzie mu pomagał, jeśli pomoc jest niepotrzebna. Samodzielnie wybrało sobie temat pracy, pracuje wtedy, kiedy zechciało, będzie pracowało tak długo, jak długo praca ta będzie dla niego atrakcyjna i będzie sprawiała mu przyjemność.
6. Zasada porządku – każdy przedmiot w klasie ma swoje miejsce – skąd został wzięty, tam zostaje odniesiony. Podobnie – każda osoba także ma swoje miejsce i wie, co do niej należy. To proste – dzieci kochają porządek. Porządek w otoczeniu – porządek w sercu.

7. Zasada ograniczenia – pedagogika Montessori nie jest ani metodą partnerską, ani bezstresową. Dzieci nie mogą robić tego co chcą i nie są partnerami nauczyciela. Ograniczeniu, regułom i zasadom postępowania podlegają wszystkie elementy życia grupy. Metoda Montessori jest metodą bezrepresyjną, dzieci robią to, co je interesuje i co nie przeszkadza innym.
8. Zasada izolowania trudności – jeśli dziecko pracuje z różową wieżą po to, aby poznać lub uporządkować znane już sobie pojęcia związane z wielkością (choćby takie jak: duży-mały, mniejszy niż-wiekszy niż, duży-wiekszy-naj-wiekszy, mały-mniejszy-najmniejszy) ma do dyspozycji:
  - a. nauczyciela, który wie jak i kiedy w tym pomóc;
  - b. różową wieżę (która jest różowa). Nie zajmuje się kolorami, bo do tego służy inny materiał – kolorowe tabliczki. Nie zajmuje się długościami, grubościami, temperaturami, wagami, dźwiękami i in., bo do tego służą inne materiały; czerwone belki, brązowe schody, butelki termiczne, tabliczki baryczne, puszki szmerowe i in.
9. Zasada transferu – materiał Montessori jest najpełniejszym zestawem pomocy dydaktycznych. Każdy z tych materiałów to „ogniwo”, logicznie powiązane w długi „łańcuch”. Każde „ogniwo” zawiera w sobie cechy materiału poprzednio wprowadzonego plus jedna cecha więcej. Informacje, kompetencje, umiejętności opanowane podczas pracy z materiałem dziecko przenosi na otoczenie. Przenoszenie cech w obrębie materiału i przenoszenie umiejętności na otaczające dziecko środowisko, to właśnie zasada transferu
10. zasada własnego działania i powtarzania – typowe dla nabywania nowych umiejętności jest intensywne zwrócenie się dziecka ku określonej dziedzinie ludzkich działań, a wraz z tym fenomen powtarzania. Założeniem jest, że dziecko rozwija się zgodnie z programem wyznaczonym własnymi zainteresowaniami, potrzebami, możliwościami intelektualnymi, fizycznymi itp. Jeżeli ma potrzebę powtarzania czynności – akceptujemy to.

11. zasada samokontroli – materiał montessoriański jest tak skonstruowany, że pozwala dzieciom samodzielnie stwierdzić, czy daną pracę wykonali dobrze czy źle, w którym miejscu nastąpiła pomyłka i jak ten błąd naprawić<sup>104</sup>.

Rolą nauczyciela jest wskazywać dziecku jak korzystać z materiału dydaktycznego, wprowadzać i respektować zasady swobody wyboru, rodzaju, czasu, miejsca i formy pracy, zasady stopniowania i izolowania trudności, porządku, transferu, własnego działania i powtarzania, samokontroli i ograniczenia. Maria Montessori duże znaczenie przypisywała „lekcjom słownym”. Jest to kluczowy moment pracy z pomocami, gdyż nauczyciel staje się tu pośrednikiem, łącznikiem pomiędzy pomocą rozwojową a dzieckiem. Poprzez te lekcje dziecko przyswaja pojęcia i nazwy tkwiące w pomocy. Lekcja taka ma zawsze podobny przebieg, a opiera się na trzech etapach:

- 1) faza nazwania – asocjacji (skojarzenie konkretnego z nazwą),
- 2) faza przyporządkowania – ćwiczeń,
- 3) faza kontroli<sup>105</sup>.

Pojęcie przygotowanego otoczenia przejawiać się będzie na trzech płaszczyznach:

1. materialnej – odpowiednio wyposażona sala lekcyjna w sprzęty, pomoce rozwojowe oraz inne pomoce i przedmioty wspierające rozwój dziecka. Meble muszą być niskie, funkcjonalne i lekkie, tak aby można je było aranżować według potrzeb dzieci. Sala będzie ozdobiona roślinami, akwariami, zbiorami przyrody nieożywionej. Klasa szkolna przypominać będzie raczej warsztat pracy – z miejscami na kącki zainteresowań (twórczości, gazetki wychowawczej, zdobywania sprawności, regulaminu wyrażającego najważniejsze zasady prowadzenia rozmów w „kręgu dyskusyjnym”, biblioteczki pracy ucznia – zawierające teczki problemowe, albumy, ilustracje, fiszki autokorektywne, plany pracy, pomoce dydaktyczne z elementami samokontroli i samooceny). Wydzielone kącki będą niewielkie, aby uczniowie mogli pracować zwróciwszy twarzami do siebie. Jeżeli zaistnieje taka możliwość, klasa powinna mieć swój komputer i drukarkę. Uczniowie powinni mieć również swobodny dostęp do

---

<sup>104</sup> M. Miksza, *Zrozumieć...*, op. cit., s. 55–56.

<sup>105</sup> Ibidem, s. 58.

komputera czy Internetu. Istotnym wyznacznikiem materialnego przygotowania otoczenia będą pomoce rozwojowe, które dzielą się na:

- a) pomoce do praktycznych ćwiczeń,
- b) pomoce zmysłowe,
- c) pomoce do edukacji matematycznej,
- d) pomoce do edukacji językowej,
- e) pomoce do wychowania kosmicznego,
- f) pomoce do wychowania religijnego.

Pomoce te są „kluczem do świata”, zawsze prowadzą dziecko od konkretnego do abstrakcji, od zagadnień łatwiejszych do trudniejszych, umożliwiają dziecku samokontrolę.

2. Strukturalno-dynamicznej – określają ją pedagogiczne zasady, które dotyczą norm budowy materialnego aspektu otoczenia, w tym pomocy rozwojowych Montessori, zasad pracy z nimi oraz zasady porządku i wolności, która wyjaśnia koncepcję przygotowanego otoczenia we wszystkich jego ujęciach. Pedagogiczne zasady to:

- a) zasada izolacji trudności (jeden główny problem do rozwiązania);
- b) zasada kontroli błędów (możliwość łatwego wychwycenia popełnionej pomyłki i dokonania korekty);
- c) zasada stopniowania trudności i kontynuacji;
- d) zasada porządku i wolności („absorbujący duch”, „wrażliwe fazy”, „polaryzacja uwagi”, „normalizacja”).

3. Osobowej – w myśl zasady montessoriańskiej „Pomóż mi zrobić to samemu” nauczyciel jest przewodnikiem i doradcą. Jego zaangażowanie w pracę z danym dzieckiem jest zróżnicowane. Zależy to od potrzeb, aktywności i samodzielności ucznia. Celem pracy nauczyciela jest pomoc w rozwijaniu indywidualnych cech osobowości każdego dziecka, w zgodzie z obiektywnymi normami społecznymi. Robi to pomagając dziecku w osiągnięciu spontanicznej koncentracji, rozwijaniu samodzielności i wiary we własne siły, wypracowaniu zamiłowania do porządku i do pracy, wypracowaniu zamiłowania do ciszy i pracy indywidualnej, wypracowaniu postaw posłuszeństwa opartego na swobodnej decyzji, a nie na zewnętrznym przymusie, uniezależnianiu

się od nagrody, osiągnięciu spontanicznej samodyscypliny wynikającej z dziecięcego posłuszeństwa, formowaniu postaw wzajemnej pomocy bez egoistycznej rywalizacji, umiłowania do rzeczywistości i otoczenia. Dziecko nie staje się idealnym, lecz osiąga optimum własnych możliwości rozwojowych<sup>106</sup>.

---

<sup>106</sup> B. Stein, *Teoria i praktyka pedagogiki Marii Montessori w szkole podstawowej*, Kielce 2003, s. 75–81.



**Fotografia 1. Zestaw przyrządów do ćwiczeń w grupie integracyjnej**

Źródło: Przedszkole nr 9 im. Jana Brzechwy w Jarosławiu.



**Fotografia 2. Ćwiczenia sprawności fizycznej**

Źródło: przedszkole z grupami integracyjnymi im. Jana Brzechwy w Jarosławiu.



### **Fotografia 3. Ćwiczenia na przyrządach**

Źródło: przedszkole z grupami integracyjnymi nr 9 im. Jana Brzechwy w Jarosławiu.

Znany, powszechnie wykorzystywany w pracy dydaktyczno-wychowawczej, element montessoriańskiej pedagogiki to „lekcje ciszy”, podczas których dziecko odnajduje utracony z różnych powodów spokój. Dzięki specjalnym zajęciom ruchowym i medytacji dzieci stają się z czasem spokojniejsze, wyciszone, co ułatwia im koncentrację na nauce. Lekcja ciszy ułatwia nie tylko lepszą koncentrację na wykonywanej pracy, ale pozwala dziecku odkrywać własne wnętrze. Służą temu między innymi krótkie ćwiczenia, polegające na wykonywaniu różnorodnych czynności bez wypowiadania słów – w ciszy.

Współczesne przedszkole to integralne ogniwo systemu szkolnego (nie w każdym państwie), spełniające powszechnie uznawane przez społeczeństwo funkcje, takie jak:

- kompensacja wszelkich braków i opóźnień rozwojowych przed rozpoczęciem edukacji szkolnej;
- opieka nad dzieckiem w czasie, gdy rodzice nie mogą jej sprawować;
- wychowanie rozumiane jako przekazywanie wartości, kształtowanie postaw wobec obowiązków, poznawanie zasad życia społecznego.



Dziecko kończące wychowanie przedszkolne powinno posiadać szereg umiejętności, określony zasób wiadomości oraz poziom rozwoju określonych cech fizycznych, psychicznych, społecznych, które umożliwią mu podjęcie edukacji w szkole – osiągnąć tzw. „gotowość szkolną”.

Nauczyciele przedszkolni wyniki obserwacji dziecka, które powinno od nowego roku szkolnego rozpocząć edukację w pierwszej klasie szkoły podstawowej ujmują w formie tabelarycznej. Przykład takiej tabeli wykorzystywanej w przedszkolu z grupami integracyjnymi w Jarosławiu prezentujemy za zgodą jego dyrektora pani dr Agaty Kolasy-Skiby. Podobne tabele sporządzane są tam także dla dzieci młodszych – będących w wieku 3, 4, 5 lat. Ich wzory zamieszczono w aneksach nr 2, 3 oraz 4.

Analizując układ i zawartość tabeli wyników obserwacji, można zauważyć, że wiele uwagi poświęca się na poznanie poziomu rozwoju fizyczno-motorycznego dziecka.

### **Diagnozowanie gotowości szkolnej dziecka sześciolatniego**

**Imię i nazwisko dziecka:** .....

**Data urodzenia:** .....

**Rok szkolny:** .....

**Daty obserwacji:**

- I. Obserwacja początkowa (październik–listopad) .....
- II. Obserwacja końcowa (maj–czerwiec) .....

#### ***Sposób wypełniania arkusza obserwacyjnego***

*Nauczyciel wstawia znak „X” w wybranej rubryce. Do wyboru ma opcję „tak”, gdy dana umiejętność jest opanowana przez dziecko, „nie”, gdy dana umiejętność nie została jeszcze opanowana przez dziecko oraz „czasami”, gdy dziecko jest na etapie kształtowania danej umiejętności i potrzebuje jeszcze trochę czasu na jej opanowanie.*

*Po przeprowadzonej obserwacji nauczyciel ustala kierunki pracy z dzieckiem. Kierunkiem pracy z dzieckiem będzie ten obszar rozwoju, w którym dziecko otrzymało najwięcej „X” w rubryce*

„czasami” oraz „nie”. Obserwacja końcowa, przeprowadzona pół roku po obserwacji początkowej, ma służyć weryfikacji skuteczności pracy z dzieckiem.

Wskaźniki obserwacji	Obserwacja początkowa			Obserwacja końcowa		
	Tak	Czasami	Nie	Tak	Czasami	Nie
<b>Samoobsługa</b>						
samodzielnie i sprawnie ubiera się i rozbiera						
samodzielnie wykonuje podstawowe czynności higieniczne						
wiąże sznurowadła						
przygotowuje i porządkuje swoje miejsce pracy						
nakrywa do stołu i sprząta po posiłkach						
spożywa posiłki z poprawnym użyciem sztućców						
<b>Rozwój fizyczny, motoryczny</b>						
biega na palcach						
sprawnie biega i chodzi utrzymując prawidłową postawę ciała						
celnie rzuca						
wykonuje ruchy naprzemiennie						
sprawnie łapie i odrzuca piłkę						
wykonuje czynności precyzyjne						
lepi figurki z plasteliny						
inicjuje różnorodne zabawy konstrukcyjne						
rysunek postaci ludzkiej bogaty w szczegóły						
wydziera z papieru różne kształty						

wycina dokładnie obrazki						
używa chwytu pisarskiego podczas rysowania, kreślenia, prób pisania						
rysuje szlaczki						
kreśli wybrane litery i cyfry						
<b>Rozwój poznawczy</b>						
Mowa i myślenie						
chętnie się wypowiada						
posługuje się zdaniami rozwiniętymi						
opowiadając o obrazku, wymienia nazwy czynności i stanów						
dostrzega związki między postaciami						
zadaje poprawne pytania związane z opowiadaniem						
potrafi opowiedzieć i ułożyć historyjkę obrazkową						
rozumie treść opowiadania – formułuje główną myśl						
potrafi przewidzieć dalszą część opowiadania						
mówi poprawnie pod względem gramatycznym, stylistycznym, fleksyjnym						
dzieli zdanie na wyrazy						
dzieli wyraz na sylaby i łączy sylaby w wyraz						
wyodrębnia głoski w prostych wyrazach w wygłosie, nagłosie wyrazu						
dzieli wyraz na głoski i łączy głoski w wyraz						
rozpoznaje symbole i znaki z otoczenia oraz wyjaśnia ich znaczenie						

Percepcja wzrokowa						
odnajduje szczegóły różniące dwa obrazy						
odnajduje podobieństwa między dwoma obrazkami						
składa trudny obrazek bez wzoru						
wskazuje różnice pomiędzy podobnymi literami, cyframi						
odnajduje wśród innych dwie takie same cyfry, litery						
rozpoznaje litery						
odczytuje krótkie wyrazy (litery drukowane)						
rozpoznaje modele monet i banknotów o niskich nominałach						
Pamięć						
śpiewa i mówi wiersz z pamięci						
aktywnie słucha muzyki						
wykonuje zadania według podanej instrukcji						
potrafi skupić się do końca na danym zadaniu						
Rozumowanie matematyczne						
nazywa i odwzorowuje figury geometryczne						
dorysowuje brakujące elementy						
poprawnie dodaje						
poprawnie odejmuje						
zna i stosuje liczebniki porządkowe						

zna i poprawnie stosuje znak mniejszości, większości, równości						
prawidłowo rozpoznaje cyfry oznaczające liczby od 0 do 10						
eksperymentuje z tworzeniem kolejnych liczb						
klasyfikuje obiekty według minimum dwóch cech						
wskazuje kierunki na kartce papieru i w przestrzeni, np. góra, dół, lewo, prawo						
rozumie pojęcia związane z przestrzenią, np. nad, pod, za, obok						
poprawnie układa wzór według podanego rytmu						
sprawnie i szybko wykonuje złożone polecenia						
<b>Rozwój emocjonalno-społeczny</b>						
rozpoznaje i nazywa podstawowe emocje						
reaguje w sposób adekwatny do danej sytuacji						
bawi się zgodnie, bez zbędnych konfliktów						
przestrzega ustalonych w grupie zasad i norm						
używa zwrotów grzecznościowych adekwatnie do sytuacji						
zawiera przyjaźnie						
stosuje się do poleceń skierowanych do grupy						
wczuwa się w emocje i uczucia innych osób						

wyraża szacunek i troskę w stosunku do innych osób i zwierząt						
dzieli się zabawkami, pożycza niezbędne przedmioty						
doprowadza zadanie do końca, nawet gdy napotyka trudności						
odróżnia zachowanie dobre od złego (ocenia innych)						
ocenia własne zachowanie i innych						
potrafi przyznać się do winy						
jest śmiały w kontaktach z innymi						
próbuje przewidywać skutki swoich zachowań						
<b>Język nowożytny</b>						
używa prostych słów i zwrotów w języku obcym						
reaguje na polecenia w języku obcym						
śpiewa piosenki, mówi krótkie wierszyki w języku obcym						
<b>Wiedza ogólna</b>						
zna swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania						
wie, jak nazywa się kraj, w którym mieszka						
wymienia wszystkie symbole narodowe i opisuje je						
zna pory roku w prawidłowej kolejności						
zna dni tygodnia w prawidłowej kolejności						

zna i wymienia nazwy miesięcy w prawidłowej kolejności						
zna nazwy zawodów i potrafi wyjaśnić, czym zajmuje się dana osoba						
wie, jak zachować bezpieczeństwo w różnych sytuacjach						
posługuje się pojęciami dotyczącymi zjawisk przyrodniczych						
zna pojęcia dotyczące następstw czasu (dziś, jutro, wczoraj)						

#### **Lateralizacja:**

- |                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| • pracuje ręką           | P | L |
| • wchodzi na stołek nogą | P | L |
| • kopie piłkę nogą       | P | L |
| • podgląda okiem         | P | L |
| • nasłuchuje uchem       | P | L |

Mocne strony dziecka i jego zainteresowania:

.....

.....

Wymaga pomocy i ćwiczeń w zakresie:

.....

.....

Wsparcie specjalistów:

.....

.....

Kierunek pracy:

.....

.....

.....

(podpis nauczyciela)

Ustawiczna, wnikliwa obserwacja rozwoju dziecka jest koniecznością ze względu nie tylko na ocenę efektywności pracy opiekuńczo-dydaktyczno-wychowawczej w placówce, ale możliwość szczegółowego poznania indywidualnych jego potrzeb i możliwości – opracowania stosownych programów edukacyjnych i terapeutycznych. Jej wyniki pozwalają też w porę zauważyć niepokojące objawy wymagające specjalistycznych konsultacji i podjęcia różnorodnych działań zaradczych. Umiejętność prowadzenia obserwacji jest zatem szczególnie potrzebna tym wszystkim, którzy nie są obojętni na aktualne i przyszłe losy powierzonych ich opiece wychowanków.



## **7. Społeczność lokalna wobec dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową oraz ich rodzin**

Interdyscyplinarny charakter procesu rehabilitacji sprawia, że refleksja nad nim prowadzona jest w wielu aspektach – medycznym, psychologicznym, pedagogicznym, socjologicznym. W całościowym obrazie potrzeb osoby z niepełnosprawnością ruchową istotne miejsce zajmuje chęć przynależności do grupy, np. rówieśniczej, rodzinnej i środowiska lokalnego. Człowiek – jak zauważono to już w Starożytności (Arystoteles) – jest z natury istotą społeczną – homo socjale i zwykle źle znosi samotność, odosobnienie, izolację od innych ludzi. Ograniczenie bądź pozbawienie go możliwości realizacji potrzeby afiliacji stanowi dla większości znaczny dyskomfort psychiczny. Najcięższe orzekane wobec przestępców kary polegają od zarania dziejów właśnie na przymusowej, wieloletniej izolacji ich od społeczeństwa, osób bliskich, rodziny. Choroba, starość, niepełnosprawność zwykle przyczyniają się do istotnego ograniczania kontaktów społecznych osoby nią dotkniętej. Brak wystarczających sił fizycznych, zła kondycja psychiczna, a także obojętna postawa osób z bliższego i dalszego otoczenia powodują, że z czasem zepchnięta zostaje na margines, z dala od głównego nurtu społecznych wydarzeń, by w końcu zostać zupełnie wykluczona z życia społecznego. Marginalizacja i wykluczenie społeczne to zjawisko nadal występujące w naszym życiu społecznym. Dotyka z reguły jednostki słabsze, często niesamodzielne, uzależnione w jakimś stopniu od wsparcia i pomocy innych. Należą do nich często osoby z niepełnosprawnościami. Żyjemy w czasach, w których panuje powszechna moda na utrzymywanie atrakcyjnego wyglądu, smukłej sylwetki, jędrnej, gładkiej skóry, idealnych wymiarów i proporcji części ciała, wysokiej sprawności motorycznej i bardzo dobrej ogólnej kondycji zdrowotnej. Naprzeciw potrzebie posiadania pięknego ciała wychodzi coraz więcej ofert rozmaitych specjalistów m.in. od żywienia, treningu sportowego, gimnastyki, chirurgii plastycznej. Reklamuje się cudowne diety, suplementy, kosmetyki, zestawy ćwiczeń fizycznych, rozmaite przyrządy i urządzenia do regularnych treningów. Pięknu ludzkiego ciała podporządkowany jest dziś na całym świecie ogromny przemysł,

reklama medialna, badania naukowe, strategie marketingowe. Można odnieść wrażenie, że świat stał się otwarty głównie na ludzi młodych, zdrowych, spełniających kryteria idealnego wyglądu zewnętrznego. Powszechnie uznawaną wartością jest w nim nienaganny wygląd, a wyzwaniem jego poprawa za wszelką cenę, bez względu na wiek – tuszowanie naturalnych zmarszczek, siwizny, łysiny, przeszczepianie, implantowanie, korygowanie, wstrzykiwanie, retuszowanie, tatuowanie. Niepełnosprawność stanowi realną, istotną przeszkodę w sprostaniu chociażby tylko częściowym powszechnie akceptowanym kanonom atrakcyjnego wyglądu.

Panująca moda – dominująca orientacja życiowa – na nienaganny wygląd, pozycję społeczną, władzę, posiadanie nie tworzy sprzyjającego klimatu do realizowania osobistych ambicji i marzeń, przez osoby niepełnosprawne z widocznymi oznakami upośledzenia funkcji organizmu. Mimo tych oczywistych utrudnień w ostatnich kilkunastu latach udało się dzięki konsekwentnej polityce społecznej i powszechnej medialnej akcji sporo osiągnąć w dziedzinie rzeczywistej poprawy jakości życia osób z niepełnosprawnościami. Nie oznacza to, że proces inkluzji ich do społeczeństwa został zakończony, że nic już nie pozostaje do zrobienia, że uzyskane efekty można uznać za zadowalające wszystkich. Przeciwnie, pozostało jeszcze wiele trudności do pokonania, wiele wyzwań, wiele problemów do rozwiązania. Oprócz niewątpliwego sukcesu, jakim jest pobudzenie zainteresowania coraz szerszych kręgów społeczeństwa losami osób przez długie lata marginalizowanych i zaniedbywanych nadal istnieje potrzeba powszechnej edukacji osób w różnym wieku, ale głównie dzieci i młodzieży obejmującej m.in. rozwijanie postaw życzliwości, szacunku, zrozumienia, odpowiedzialności i ludzkiej solidarności wobec jednostek pokrzywdzonych przez los. W mentalności każdego określenie „niepełnosprawny” nie powinno już nigdy być kojarzone z niepełnowartościowy, gorszy, mniej znaczący, nieprzydatny itp. Potrafimy przecież przytaczać na dowód liczne przykłady wielkich osiągnięć w dziedzinie nauki, sztuki, techniki, sportu osób, które były niepełnosprawne. Znaczącą poprawę sytuacji społecznej osób z niepełnosprawnościami udało się osiągnąć m.in. dzięki ich aktywności. Aktualnie aktywność tą można zaobserwować na różnorodnych stronach internetowych, w organizacjach społecznych i politycznych,

w instytucjach kultury i sztuki, a nawet w sporcie. Szczególnie sport, który był przez wieki domeną ludzi zdrowych, silnych, wyjątkowo sprawnych dzisiaj stał się dostępny również dla osób z różnymi dysfunkcjami – mogą go uprawiać osoby niewidome, upośledzone intelektualnie, a także z niepełnosprawnościami ruchowymi. Uczestnictwo w kulturze fizycznej niepełnosprawnych jest dzisiaj faktem. Sportowcy niepełnosprawni są znani na całym świecie, organizuje się dla nich wiele międzynarodowych imprez sportowych, na których ustanawiają rekordy w swoich kategoriach, popularyzując nowe dyscypliny. Mimo widocznego postępu, jaki ciągle dokonuje się w zwalczaniu społecznych stereotypów niepełnosprawności, ich problemy życiowe są mało lub w ogóle nieznane większości osób.

Na przyspieszenie rozpoczęcia korzystnych zmian w sytuacji osób z niepełnosprawnością szczególnie wpływ wywarły dwa wydarzenia. Pierwsze z nich to ustanowienie przez Radę Unii Europejskiej roku 2003 Europejskim Rokiem Osób Niepełnosprawnych. Drugie to wejście w życie 24.04.2004 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

Zgodnie z informacjami pochodzącymi z tego okresu w Polsce funkcjonowało 55.244 organizacje pozarządowych, w tym 4160 organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką osób chorych przewlekle i niepełnosprawnych (7,5%), z tego 882 posiadało status organizacji pożytku publicznego (21,2%). Najwięcej organizacji pozarządowych (tab. 5) adresowało swoją działalność do chroników i osób z ograniczoną sprawnością (46,5%). Rzadziej pracowało na rzecz chorych terminalnie i z zaburzeniami psychicznymi w województwie mazowieckim (20,7%), a najmniej w województwie świętokrzyskim (2,3%). Ich celem jest uzupełnianie sektora publicznego w usługach, ochronie zdrowia i rehabilitacji, edukacji, pomocy społecznej, szkoleniach i zatrudnianiu<sup>107</sup>.

---

<sup>107</sup> P. Łaszewicz, I. Ruś, Z. Woźniak, *Sytuacja społeczna osób z ograniczoną sprawnością w Polsce – dane statystyczne* [w:] A. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj (red.), op. cit., s. 125.

**Tabela 5. Organizacje pozarządowe zajmujące się w Polsce problematyką osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych – dane z roku 2005<sup>108</sup>**

Lp.	Województwo	Adresat działalności					Razem	% ogółu organizacji
		chorzy i niepełnosprawni	osoby chore psychicznie	osoby przewlekle chore somatycznie	wyłącznie osoby niepełnosprawne	chorzy terminalnie i nieterminalnie		
1.	mazowieckie	316	90	205	178	71	860	20,7
2.	dolnośląskie	288	35	78	58	13	472	11,3
3.	kujawsko-pomorskie	21	36	76	49	19	201	4,8
4.	lubelskie	31	52	69	47	18	217	5,2
5.	lubuskie	38	14	46	32	8	138	3,3
6.	łódzkie	37	30	98	44	16	225	5,4
7.	małopolskie	33	66	93	53	28	273	6,6
8.	opolskie	11	7	38	44	4	104	2,5
9.	podkarpackie	20	33	61	45	18	177	4,2
10.	podlaskie	13	16	46	32	10	117	2,8
11.	pomorskie	33	31	57	55	18	194	4,7
12.	śląskie	57	59	103	98	42	359	8,6
13.	świętokrzyskie	15	20	36	20	6	97	2,3
14.	warmińsko-mazurskie	36	38	69	46	15	204	4,9
15.	wielkopolskie	39	34	138	81	20	312	7,5
16.	zachodniopomorskie	33	16	118	33	10	210	5,0
Razem		1021 (24,5%)	577 (13,9%)	1331 (32,0%)	915 (22,0%)	316 (7,6%)	4160	100,0

Stosunkowo małe zainteresowanie społeczeństwa problemami osób niepełnosprawnych i ogólnie niski poziom wiedzy na ten temat starano się niekiedy przypisywać niewystarczającemu zaangażowaniu środków masowego przekazu. Zdaniem I. Ruś, „z analizy polskich mediów można wywnioskować, że nasi dziennikarze wzorują się raczej na amerykańskim stylu CNN, popularnej dzięki szybkości i zwięzłości przekazu, niż na brytyjskiej BBC, cenionej za rzetelne

<sup>108</sup> Ibidem, s. 126.

dziennikarstwo. Charakteryzuje ich bowiem mechaniczne przekazywanie krótkich informacji, nacechowanych emocjonalnym brzmieniem, bez ponoszenia trudu wnikania w opisywany świat i zgłębiania jego wielowymiarowości oraz zadumy nad przeszłością i przyszłością. W pogoni za atrakcyjną informacją nie ma bowiem miejsca na pogłębioną refleksję, gdyż liczy się tylko pierwsze wrażenie, wywołane szokującymi zdjęciami czy też spektakularnym tytułem lub nagłówkiem. Aby jak najbardziej rozwścieczyć, zaskoczyć lub rozśmieszyć widza i czytelnika<sup>109</sup>. Szkodę w skutecznej integracji osób z ograniczoną sprawnością wywołują również thrillery, science fiction i horrory, w których niepełnosprawność bohatera ma za zadanie wzmocnić atmosferę grozy, zła, tajemniczości i opuszczenia lub wyrzucić na widza szczególne wrażenie”<sup>110</sup>.

Po kilkunastu latach liczba organizacji pozarządowych wzrosła – jak wynika z Raportu dotyczącego kondycji organizacji pozarządowych w 2018 r. do 143 tysięcy, z czego jak się szacuje – 25% zajmuje się problemami osób chorych i niepełnosprawnych.

Wielu Polaków nie ma bezpośrednich kontaktów z dziećmi i dorosłymi niepełnosprawnymi. Osoby o ograniczonej mobilności, uzależnione od stałego wsparcia innych nie pojawiają się często w uczęszczanych miejscach – obiektach, np.: sportowych, instytucjach kultury, środkach masowej komunikacji. Brak kontaktu z nimi przekłada się na brak wiedzy o nich, brak umiejętności nawiązywania interpersonalnych relacji. Niedostatek wiedzy sprzyja przyjmowaniu funkcjonujących od lat w przestrzeni społecznej stereotypów. Pewnych uproszczonych, zabarwionych emocjonalnie, zwykle krzywdzących poglądów na temat drugiej osoby lub kategorii osób różniących się od nas określonymi cechami. Sporadyczność wzajemnych kontaktów może prowadzić do tego, że w trakcie spotkania osoba sprawna odczuwa dyskomfort, zaskoczenie, zażenowanie, napięcie emocjonalne, bezradność – nie potrafi zachwycić się w sposób naturalny i pewny, umiejętnie pomóc, nawiązać rozmowę, okazać życzliwość. Zwykle staje przed dylematem czy współczuć, czy udawać, że niczego nie zauważa, czy wyręczać w wykonywaniu zadania, czy wspierać i w jaki sposób. Można twierdzić, że im

---

<sup>109</sup> Ibidem, s. 135.

<sup>110</sup> Ibidem, s. 145.

dana osoba sprawna jest wrażliwsza i życzliwsza, tym trudniej jest jej początkowo wybrać stosowną strategię postępowania, np.: z dzieckiem na wózku inwalidzkim. Podobne dylematy zdarzają się nie tylko w bezpośrednich spotkaniach z osobami niepełnosprawnymi, ale również z ich bliskimi – rodzicami, opiekunami. Czy okazywać szczególne zainteresowanie trapiącymi ich problemami, czy przeciwnie, taktownie je przemilczać, unikać tematu. Nikt nie chce bowiem być pośądżany o wścibstwo, brak delikatności, ale także obojętność, bezduszość, niewrażliwość na los innych. Wiele osób, nie tylko specjalistów zajmujących się problemami niepełnosprawnych twierdzi, że pomaganie tej grupie społecznej wymaga specyficznych wyuczonych kompetencji oraz stosownych wrodzonych predyspozycji osobowościowych – empatii, wysokiej kultury osobistej, delikatności, cierpliwości, wyrozumiałości, wrażliwości, życzliwości, inteligencji. Należy podkreślić, że w ocenie wielu osób z niepełnosprawnością nie zawsze ważna jest sama pomoc innych, ale nieutrudnianie, nieprzeszkadzanie im w dążeniu do wybranych celów – usuwanie barier nie tylko fizycznych, lecz przede wszystkim tkwiących w mentalności otaczających ich ludzi. Włączenie środowiska społecznego w proces szeroko pojmowanej rehabilitacji wymaga nie tylko rozwiązań prawnych, powoływania specjalistycznych instytucji, nakładów finansowych, ale przede wszystkim społecznej, powszechnej – obejmującej szerokie kręgi osób w różnym wieku – edukacji. Treścią jej powinna być wiedza o specyfice potrzeb różnych grup osób z niepełnosprawnościami, rozwój umiejętności wspólnej z nimi pracy, nauki, spędzania czasu wolnego, rozrywki, wypoczynku, a także kształtowania postawy gotowości do niezbędnego udzielania im, stwarzania warunków do możliwie pełnej samodzielności w realizacji osobistych dążeń. Wyzwaniem dla edukacji społeczeństwa jest przekonanie większości ludzi do tego, że niepełnosprawność jest zjawiskiem naturalnym, znanym od zarania dziejów i będącym występować w przyszłości – nikt nie jest pozbawiony raz na zawsze wad fizycznych czy psychicznych, nikt nie jest człowiekiem doskonałym. Każda istota ludzka ma prawo do rozwoju, realizacji życiowych celów, przynależności do solidarnej wspólnoty o zasięgu lokalnym i globalnym. Ludzka solidarność wymaga czasami ofiarności, poświęcenia, rezygnacji z niektórych osobistych celów na rzecz innych – umiejętności dzielenia się także swoim czasem z osobami, które tego bardzo

potrzebują. W warunkach ciągłego, powszechnego pośpiechu, ustawicznej pogoni za wszelkimi dobrami czas staje się szczególną wartością, którą wiele osób nie potrafi się dzielić z innymi.

Rodzice nie mają czasu dla dzieci, dzieci (dorosłe) nie mają czasu dla starszych rodziców, nauczyciele dla uczniów, lekarze dla pacjentów, kierowcy, by jechać wolniej. Niepełnosprawni często potrzebują naszego czasu po to, by:

- spędzić go w towarzystwie;
- poczuć się wartościowym partnerem w wymianie myśli;
- zwierzyć się ze swoich trosk, obaw, kłopotów;
- skonsultować rozmaite decyzje;
- otrzymać niezbędną informację czy radę;
- wspólnie przeżywać różne wydarzenia (polityczne, kulturalne, sportowe, artystyczne, religijne, społeczne);
- podzielić się osiągnięciami i sukcesami;
- nabrać otuchy, odwagi w trudnych sytuacjach;
- móc także dzielić się swoim czasem z innymi;
- poznawać życie i świat także z innej perspektywy niż inwalidzki wózek.

Wspólne spędzanie czasu to doskonała okazja do wzajemnego poznania siebie. Poznanie umożliwia pełniejsze zrozumienie, a ono z kolei ułatwia utrzymywanie prawidłowych relacji rodzinnych, sąsiedzkich, w grupach rówieśniczych. Relacji, które nie opierają się na powielanych i przekazywanych z pokolenia na pokolenie stereotypach. Wzajemne poznawanie się ułatwia budowanie tak dzisiaj potrzebnego nowego ładu w życiu społeczeństw na całym świecie. Porządku, w którym nie będzie uprzywilejowanych w dostępie do uczestnictwa w kulturze, nie będzie segregacji, uprzedzeń, dyskryminacji, marginalizacji i wykluczenia z przyczyn niezawinionych, w którym to nie osoby o specjalnych potrzebach życiowych będą przygotowane do wymogów funkcjonowania w środowisku społecznym, ale środowisko ich życia zostanie odpowiednio dostosowane do ich potrzeb i możliwości. Wychowanie przyjaznej osobom niepełnosprawnym społeczności lokalnej i globalnej to wielkie wyzwanie dla przede wszystkim pedagogów specjalnych, ale także psychologów, socjologów, pracowników socjalnych,

lekarzy posiadających niezmiennie od lat ogromny autorytet i prestiż zawodowy oraz nauczycieli. Przyjazne środowisko stworzyć mogą ludzie wolni od wszelkich uprzedzeń, poczuwający się do odpowiedzialności za losy osób od siebie zależnych, posiadających kompleks cech składających się na tzw. społeczne kompetencje członków (uczestników) społeczeństwa otwartego. Na pilną potrzebę budowania społeczeństwa przyjaznego każdemu człowiekowi bez względu na jego rasę, majątek, kondycję psychofizyczną wielokrotnie zwracał uwagę przy różnych okazjach niekwestionowany przez większość Polaków autorytet moralny – św. Jan Paweł II. Jego zdaniem w rozprzestrzeniającej się w świecie tzw. „cywilizacji śmierci” nie ma miejsca dla osób słabych, chorych, starych, niepełnosprawnych, dlatego nakazem chwili jest budowa, odnowa, umacnianie „cywilizacji miłości”. Warunkiem koniecznym do tego, by pokochać drugiego człowieka jest uprzednie jego poznanie i zrozumienie. Św. Jan Paweł II wielokrotnie pokazywał publicznie, w jaki sposób należy traktować osoby cierpiące – chore, niepełnosprawne, opuszczone, ciężko doświadczane przez los. Środowisko sprzyjające rehabilitacji społecznej każdej niepełnosprawnej osoby, a w szczególności dziecka z niepełnosprawnością ruchową tworzą ludzie, którzy:

- posiadają wiedzę na temat przyczyn i skutków różnych uszkodzeń i chorób organizmu;
- panują nad negatywnymi emocjami wobec osób różniących się pod niektórymi względami od siebie;
- poczuwają się do odpowiedzialności za los osób słabszych, uzależnionych od wsparcia innych;
- rozumieją istotę solidarności międzyludzkiej;
- szanują godność każdego człowieka bez względu na jego kondycję psychofizyczną oraz pozycję społeczną;
- są wrażliwi na ból i cierpienie innych osób;
- gotowi do altruizmu;
- akceptują pogląd, że o wartości człowieka świadczy m.in. to, ile może dobrego uczynić dla innych ludzi;
- czerpią satysfakcję życiową z efektów swojej pracy na rzecz potrzebujących opieki, pomocy, życzliwego zainteresowania;



- są refleksyjni, wolni od wpływów stereotypowych poglądów, uprzedzeń, dominujących orientacji życiowych, lansowanych antywartości.

Obserwacje realiów aktualnego życia społecznego pozwalają zauważyć, że mimo tego, że nadal osoby z niepełnosprawnością napotykać na wiele przeszkód w realizacji swoich potrzeb, możliwości i aspiracji, ich sytuacja ulega ustawicznie korzystnym zmianom. Mimo że ich tempo nie dla wszystkich jest zadowalające, to jednak efekty różnorodnych inicjatyw na rzecz ograniczania barier są coraz częściej zauważalne.

Wspaniałym, budującym przykładem likwidowania barier i udostępniania osobom z niepełnosprawnością ruchową miejsc od lat dla nich niedostępnych są polsko-słowackie doświadczenia w dziedzinie przystosowania Tatrzańskiego Parku Narodowego tak, by po górskich, malowniczych szlakach mogli także oni wędrować. W ramach projektu „Tatry bez barier” od 2007 roku w Tatrach Wysokich oraz w Pieninach przygotowano specjalnie oznaczone szlaki turystyczne o łącznej długości ponad 30 km, po których mogły poruszać się osoby na wózkach inwalidzkich i o kulach.



**Fotografia 4. Miejsca widokowe w Tatrach przystosowane do możliwości osób z niepełnosprawnością**

Źródło: strony internetowe.

Z roku na rok na malowniczych tatrzańskich ścieżkach przybywa osób niepełnosprawnych ruchowo w różnym wieku. Udogodnienia dla tej grupy turystów proponuje coraz więcej regionów w Polsce i na całym świecie, gdzie oprócz dostosowania szlaków i dróg do potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych

zadbano o profesjonalne przygotowanie komfortowej bazy hotelowej z siecią specjalistycznych usług rekreacyjnych i terapeutycznych, w tym także dla rodzin tych osób.



**Fotografia 5. Trasy spacerowe w Tatrach dostosowane do możliwości osób poruszających się na wózkach inwalidzkich i o kulach**

Źródło: strony internetowe.



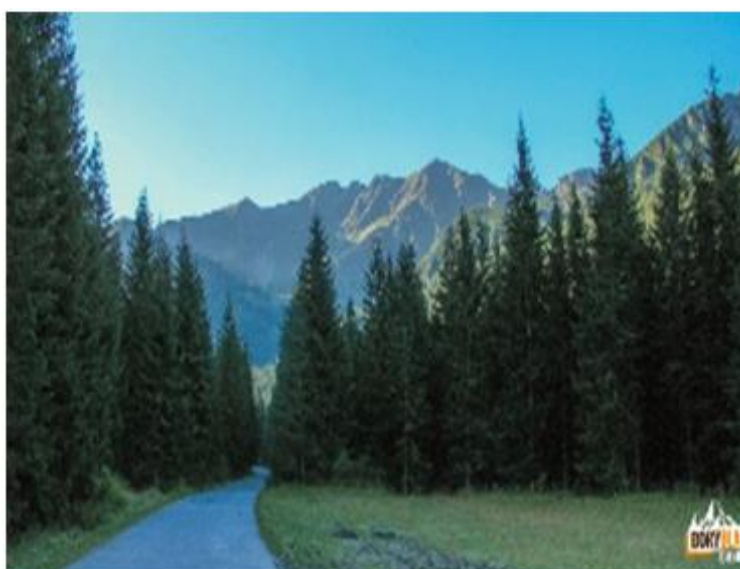
**Fotografia 6. Tatrzańskie szlaki dostępne dla osób z niepełnosprawnością ruchową**

Źródło: strony internetowe.



**Fotografia 7. Miejsca turystyczne dostosowane dla osób z niepełnosprawnością ruchową**

Źródło: strony internetowe.



**Fotografia 8. Szlak dostosowany do możliwości osób z niepełnosprawnością**

Źródło: strony internetowe.

Współcześnie już nie tylko dostępność turystyki dla osób z niepełnosprawnością staje się coraz powszechniejsza, ale również jak już wcześniej wspomniano – sport rekreacyjny i zawodowy. Jest to szczególnie ważne dla młodszej

części społeczeństwa, u której aktywność fizyczna jest sprawą naturalną, a przez to szczególnie istotną dla utrzymywania dobrej kondycji psychofizycznej. Z myślą o niepełnosprawnej młodzieży posiadającej ambicje sportowe utworzona został specjalna klasyfikacja dyscyplin uwzględniająca wiele rodzajów dysfunkcji. Zamieszczono ją w aneksie nr 1.

Organizowanie uczestnictwa w kulturze fizycznej osobom niepełnosprawnym jest jednakże kosztowne i brak funduszy jest główną barierą skutecznie utrudniającą rozpowszechnianie go na szerszą skalę wśród dorosłych. Dzieci i młodzież mogą jednak liczyć na ofertę przygotowaną z myślą o ich specjalnych potrzebach przez szkoły i przedszkola. Jej trafność i atrakcyjność zależą istotnie głównie od kompetencji kadry pedagogicznej – wiedzy, pomysłowości, zaangażowania w proces rehabilitacji społecznej, doświadczenia oraz umiejętności owocnej współpracy z rodzicami i wieloma podmiotami działającymi w lokalnym środowisku, mogący udzielać wielorakiego wsparcia.

Może ona mieć charakter nie tylko finansowy, ale organizacyjny, logistyczny, rzeczowy, działań wolontariackich. Szkoła aktywnie włączająca się w proces rehabilitacji jednocześnie staje się lokalnym, wpływowym ośrodkiem szerokiej promocji potrzeb dzieci i młodzieży w środowisku, przyczynia się do poznania przez lokalną społeczność nie tylko problemów, ale również możliwości – mocnych stron – osób mało znanych i zwykle marginalizowanych. Od współczesnej szkoły oczekuje się nie tylko, by zgodnie z tradycją prowadziła edukację dzieci i młodzieży, ale również osób dorosłych poprzez angażowanie ich w rozmaite działania o charakterze kulturalno-oświatowym.

Partnerskie relacje szkoły ze środowiskiem lokalnym umożliwiają realizację wielu inicjatyw podejmowanych przez nauczycieli na rzecz podnoszenia jakości życia uczniów z niepełnosprawnościami. Warto je budować, utrzymywać i urozmaicać. Nowoczesna szkoła musi dla dobra swoich wychowanków być instytucją mocno związaną i współpracującą z lokalną społecznością, stanowić jej integralną część. Dzięki szkole, każdy uczeń, niezależnie od swojej kondycji psychofizycznej, posiadanych dysfunkcji organizmu, powinien czuć się pełnowartościowym i pełnoprawnym członkiem społeczności klasowej, szkolnej, lokalnego miejsca zamieszkania, a z czasem narodowej i światowej.

Edukacja powinna przyczyniać się do tego, by już od dzieciństwa każdy mógł oswoić się z faktem, że niepełnosprawność jest zjawiskiem normalnym, powszechnym, wymagającym poznania i zrozumienia, a osoby nią dotknięte mają te same prawa co w pełni sprawne – prawo do szacunku, godnego życia, realizacji osobistych celów, jak najpełniejszego uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym, dostępu do osiągnięć techniki, edukacji i pracy.

Żadnego z nich nie wolno ograniczać z racji utrudnień, jakie w korzystaniu z nich niesie niepełnosprawność. Przeciwnie, społeczeństwo powinno dokładać wszelkich starań, by wszędzie, gdzie to konieczne i możliwe dostosowywać środowisko do możliwości funkcjonowania w nim osób z różnymi dysfunkcjami.

Wyrównywanie szans życiowych należy rozumieć jako nie tylko umożliwianie równego dostępu do usług, dóbr, instytucji, ale ustawiczną dbałość o wyrównywanie poziomu osiągnięć w nauce, pracy zawodowej i działalności społecznej osób w różnej kondycji psychofizycznej. Istnieją liczne dowody na to, że niepełnosprawność nie przekreśla definitywnie możliwości kariery naukowej, artystycznej, politycznej. Nie każdy jej rodzaj i stopień pozbawia szans na realizację ambitnych planów w wielu dziedzinach życia. W sprzyjających warunkach społecznych, w atmosferze życzliwości i zrozumienia, wolnej od nieufności, obojętności, stereotypów, dyskryminacji, nie stanowi ona bariery nie do pokonania.

Doświadczenia dnia codziennego, obserwacja realiów naszego życia społecznego pozwalają twierdzić, że postawy wobec dzieci i dorosłych z widocznymi oznakami uszkodzenia organizmu są bardzo zróżnicowane. Obok wielu pozytywnych, budujących uzasadnioną nadzieję na powszechną integrację przykładów, nadal możemy być świadkami zachowań świadczących o braku zrozumienia i odpowiedzialności za los osób borykających się z różnymi ograniczeniami, nie w pełni samodzielnych, wymagających wsparcia, bezduszności, obojętności.

Prawdopodobną przyczyną tego zróżnicowania są zaniedbania w dziedzinie powszechnej edukacji – nieuwzględnianie w jej wychowawczych programach problematyki społecznych stereotypów i profilaktyki marginalizacji różnych grup społecznych. Znaczący wpływ ma zapewne także lansowanie poglądów o zróżnicowanej wartości życia ludzkiego, zależnej np. od wieku czy stanu zdrowia osoby.

Nie bez istotnego wpływu jest również szerzący się, zwłaszcza wśród młodszej generacji, tzw. „somatocentryzm” oraz dominacja stylu życia podporządkowanemu gromadzeniu dóbr materialnych, wartościom hedonistycznym, dążeniu do kariery i władzy, wpływów.

W takim świecie osoby z niepełnosprawnością mogą stanowić pewną przeszkodę w realizacji osobistych celów członków społeczności podporządkowanych panującym modom i trendom, godzącym się na relatywizm życiowych wartości.

W celu dokładniejszego określenia edukacyjnych potrzeb społeczeństwa wybranej grupy dzieci z niepełnosprawnością oraz ich rodzin, przygotowano ankietę sondażową obejmującą 30 prostych pytań, którą wykorzystano początkowo we wstępnych badaniach wśród młodzieży studenckiej. Narzędzie to zaprezentowano w całości.

Kraków-Jarosław, grudzień 2019 r.

Krakowska Akademia  
im. A. Frycza-Modrzewskiego  
Państwowa Wyższa Szkoła  
Techniczno-Ekonomiczna  
im. B. Markiewicza w Jarosławiu

## **ANKIETA**

### ***Postawy społeczeństwa wobec osób z dziecięcym porażeniem mózgowym***

*Szanowni Państwo*

*Problematyka niepełnosprawności dzieci jest ciągle aktualna, społecznie istotna i stanowi przedmiot zainteresowań m.in. pedagogów, psychologów, lekarzy, socjologów, nauczycieli. Dążąc do pozyskania rzetelnej wiedzy w dziedzinie interesujących nas zagadnień, prosimy o szczere, dokładne i kompletne udzielenie odpowiedzi na pytania ankietowe. Badanie jest w pełni anonimowe, a jego wyniki będą wykorzystane jedynie do celów naukowych. Za rzetelne wypełnienie kwestionariusza z góry serdecznie dziękujemy.*

*Autorzy*

***Uwaga: wybrane odpowiedzi prosimy zaznaczyć krzyżykiem w kratkach.***

## **I. METRYCZKA**

### **A. Dane osobowe respondenta**

1. Płeć: a) kobieta ☐ b) mężczyzna ☐

2. Miejsce zamieszkania: a) miasto ☐ b) wieś ☐

**3. Wykształcenie:**

- a) wyższe ☐    b) średnie ☐    c) zasadnicze zawodowe ☐    d) podstawowe ☐

- 4. Wiek:**        a) do 35 lat ☐        b) powyżej 35 lat ☐

**II. PYTANIA WŁAŚCIWE**

**1. Proszę ocenić poziom własnej wiedzy na temat istoty, przyczyn i skutków DPM:**

- bardzo wysoki ☐
- wystarczający ☐
- przeciętny ☐
- niski ☐
- brak ☐
- nie potrafię ocenić ☐

**2. Czy zgodnie z Pani/Pana wiedzą DPM:**

- ma zawsze charakterystyczne, typowe, powtarzalne u każdej osoby nim dotkniętej cechy i objawy ☐
- przyjmuje wiele postaci, ma wiele odmian i powiązań z innymi chorobami ☐
- nie potrafię ocenić ☐

**3. Czy Pani/Pana zdaniem DPM to:**

- ciężka, ale uleczalna choroba ☐
- ciężka, śmiertelna choroba ☐
- ciężka choroba psychiczna wymagająca ciągłej hospitalizacji ☐
- choroba, która dotyczy jedynie osób dorosłych ☐
- choroba, która dotyczy jedynie dzieci – ustępująca z wiekiem ☐



- wielopłaszczyznowe, złożone zaburzenie, które należy rozważać kompleksowo w aspekcie genetycznym, neuroanatomicznym, neurofunkcyjnym i behawioralnym ☐

4. *Czy Pani/Pana zdaniem osoba z DPM wymaga:*

- długotrwałej, wieloletniej, wszechstronnej ciągłej terapii i specjalnej opieki ☐
- powtarzalnych okresowo zabiegów usprawniających funkcjonowanie ☐
- tylko doraźnych interwencji specjalistów w razie potrzeby ☐
- jednorazowego, skutecznego leczenia aż do całkowitego ustąpienia objawów ☐
- żadnych specjalistycznych oddziaływań – jedynie czasu i wyrozumiałości ze strony najbliższego otoczenia (rodziny, rówieśników, sąsiadów) ☐

5. *Proszę zaznaczyć cechy charakteryzujące dziecko z DPM:*

- nieumiejętność naśladownictwa zachowań ☐
- zaburzenia w rozwoju mowy ekspresyjnej ☐
- słaba potrzeba budowania relacji z innymi osobami ☐
- silny lęk przed jakimikolwiek zmianami ☐
- uboga zdolność do ekspresji uczuć i żywej mimiki ☐
- dysfunkcje ruchów gałek ocznych ☐
- cechy dymorficzne twarzy ☐
- zaburzenia zdolności przenoszenia uwagi ☐
- wybiórcze reagowanie na dźwięki ☐
- stereotypia ruchowa ☐
- „dziwactwa” pokarmowe ☐
- ignorowanie prób bliskości emocjonalnej z opiekunami ☐
- inne (proszę wpisać jakie?): .....

6. *Proszę ocenić poziom własnej wiedzy na temat specjalnych potrzeb w dziedzinie edukacji, opieki, terapii osób z DPM (dzieci, młodzieży, dorosłych):*

- wysoki ☐
- zadowalający, wystarczający ☐
- niewystarczający ☐
- bardzo niski ☐
- brak wiedzy na ten temat ☐
- nie potrafię ocenić ☐

7. *Czy zna pani/Pan działania podejmowane przez władze państwowe i samorządowe na rzecz osób z DPM:*

- tak; dokładnie, szczegółowo ☐
- tak; częściowo, pobieżnie ☐
- bardzo słabo ☐
- nie znam zupełnie ☐

8. *Proszę (jeżeli są Pani/Panu znane) ocenić inicjatywy państwa i samorządów lokalnych na rzecz poprawy jakości życia osób z DPM.*

PAŃSTWO:

- wystarczająco skuteczne ☐
- częściowo skuteczne ☐
- niewystarczające ☐
- brak stosownych działań ☐
- nie potrafię ocenić ☐

SAMORZĄD LOKALNY:

- wystarczająco skuteczne ☐
- częściowo skuteczne ☐
- niewystarczające ☐
- brak stosownych działań ☐
- nie potrafię ocenić ☐

**9. Czy znana jest Pani/Panu skala zjawiska występowania DPM:**

- we własnym miejscu zamieszkania:

TAK ☐

NIE ☐

- w Polsce:

TAK ☐

NIE ☐

- w państwach Unii Europejskiej:

TAK ☐

NIE ☐

- na świecie:

TAK ☐

NIE ☐

**10. Czy interesuje się Pan/Pani wynikami badań naukowych nad DPM (przyczynami, profilaktyką, terapią:**

TAK ☐

NIE ☐

**11. Skąd czerpie Pani/Pan wiedzę na temat DPM:**

- media ☐
- znajomi ☐
- nauczyciele ☐
- samodzielne studia literatury popularnej i naukowej ☐
- nie interesuję się tym i nie poszukuję informacji na ten temat ☐

**12. Proszę wskazać na jakie trudności w procesie edukacji napotykają dzieci i młodzież z DPM:**

- brak akceptacji w środowisku rówieśniczym ☐
- trudności w koncentracji uwagi na treściach nauczania ☐
- niezrozumienie ich zachowań przez nauczycieli ☐
- strach w nowych, zmieniających się sytuacjach ☐
- trudności w komunikowaniu się z innymi osobami ☐
- inne (proszę krótko opisać jakie?): .....

**13.** *Czy według ostatnich badań naukowych przyczyną DPM są:*

- uszkodzenia mózgu w trakcie życia płodowego ☐
- zła dieta dziecka w okresie 1 do 3 lat ☐
- stres u dziecka związany z jego adaptacją do warunków życia przedszkolnego ☐
- skażenie środowiska w miejscu zamieszkania ☐
- inne (proszę krótko opisać jakie?): .....

**14.** *Czy osoby z DPM mogą odnosić znaczące sukcesy np. w:*

- |             |                              |                              |                                   |
|-------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| • sporcie:  | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | NIE WIEM <input type="checkbox"/> |
| • nauce:    | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | NIE WIEM <input type="checkbox"/> |
| • sztuce:   | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | NIE WIEM <input type="checkbox"/> |
| • technice: | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | NIE WIEM <input type="checkbox"/> |

**15.** *Jakie emocje wywołują u Pani/Pana koncepcje integrowania dzieci i młodzieży z różnymi dysfunkcjami ze społeczeństwem poprzez edukację, uczestnictwo w kulturze:*

- pozytywne ☐
- negatywne ☐
- zróżnicowane ☐
- obojętność ☐
- nie potrafię ocenić ☐

**16.** *Czy sytuacja życiowa osób o specjalnych potrzebach, w tym także z DPM, wywołuje u Pani/Pana:*

- współczucie ☐
- niechęć ☐
- zrozumienie ☐
- obawy ☐
- życzliwość ☐
- złość ☐
- zainteresowanie ☐

- obojętność ☐
- podziw ☐
- zdziwienie ☐
- zdenerwowanie ☐
- ciekawość ☐
- napięcie ☐
- stres ☐
- smutek ☐
- mobilizację do pomocy, działanie ☐
- rozgoryczenie ☐
- zniechęcenie ☐
- inne emocje (proszę opisać, jakie?): .....

**17.** *Czy rodziny osób dzieci i młodzieży z DPM zasługują Pani/Pana zdaniem na:*

- |                |                              |                              |                                   |
|----------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| • współczucie: | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | NIE WIEM <input type="checkbox"/> |
| • zrozumienie: | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | NIE WIEM <input type="checkbox"/> |
| • wsparcie     | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | NIE WIEM <input type="checkbox"/> |

**18.** *Jakie emocje wywołują u Pani/Pana ustanowienie roku 2016 „rokiem osób z autyzmem”?:*

- radość ☐
- zdziwienie ☐
- obojętność ☐
- sceptycyzm ☐
- inne (proszę opisać, jakie?): .....

**19.** *Czy w bezpośrednim kontakcie z osobami (dziećmi, młodzieżą) z DPM odczuwa Pani/Pan:*

- zdenerwowanie ☐
- zniecierpliwienie ☐

- współczucie ☐
- smutek ☐
- życzliwość ☐
- wyrozumiałość ☐
- podziw ☐
- inne (proszę opisać, jakie?):.....
- nie potrafię ocenić ☐

**20.** *Jakie emocje wzbudzają u Pani/Pana osoby poświęcające się pracy z dziećmi i młodzieżą z DPM:*

- podziw ☐
- szacunek ☐
- entuzjazm ☐
- serdeczność ☐
- zaufanie ☐
- niedowierzanie ☐
- sceptycyzm ☐
- inne (proszę opisać jakie?): .....

**21.** *Czy jest Pani/Pan skłonna do szczegółowego zapoznania się z sytuacją życiową i potrzebami osób z DPM, będących w różnym wieku:*

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- raczej nie ☐
- nie ☐
- nie potrafię ocenić (nie wiem) ☐

**22.** *Czy zaangażował(a) by się Pani/Pan w prace na rzecz wspierania osób z DPM w różnym wieku:*

- tak ☐
- raczej tak ☐

- raczej nie ☐
- nie ☐
- nie wiem ☐

**23.** *Jaki charakter miałyby Pani/Pana prace na rzecz osób z DPM:*

- wsparcie finansowe osób i organizacji działających na rzecz osób autystycznych ☐
- wsparcie psychologiczne rodzin z osobami autystycznymi ☐
- wolontariat przy okazji rozmaitych zajęć i imprez ☐
- promowanie idei integracji społecznej osób autystycznych ☐

**24.** *Czy współpracował(a) i wspierał(a) by Pani/Pan osoby z DPM w miejscu wspólnej pracy:*

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- raczej nie ☐
- zdecydowanie nie ☐
- nie potrafię ocenić ☐

**25.** *Czy wspólne zamieszkiwanie, prowadzenie gospodarstwa z osobą z DPM uważa Pani/Pan dla siebie za:*

- możliwe, bez względu na stopień zaawansowania choroby ☐
- możliwe, ale tylko w przypadku bardzo lekkich zaburzeń ☐
- wykluczone w każdym przypadku ☐
- nie potrafię ocenić ☐

**26.** *Czy byłaby Pani/Pan skłonna(y) do nawiązywania i utrzymywania kontaktów towarzyskich z osobami z DPM w różnym wieku:*

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- raczej nie ☐

- zdecydowanie nie ☐
- nie potrafię ocenić ☐

**27. Jak ocenia Pani/Pan postawy społeczeństwa wobec osób z DPM:**

- pozytywne ☐
- zróżnicowane, ale częściej pozytywne ☐
- zróżnicowane, ale częściej negatywne ☐
- negatywne ☐
- nie potrafię ocenić ☐

**28. Jak ocenia Pani/Pan politykę społeczną państwa wobec osób z DPM:**

- bardzo dobrze ☐
- dobrze ☐
- jest mało skuteczna ☐
- wymaga gruntownych zmian ☐
- nie potrafię ocenić ☐

Wiele osób po pobieżnym zapoznaniu się z przedmiotem badań rezygnowało z odpowiedzi, tłumacząc swoją decyzję brakiem znajomości zagadnienia. „Coś słyszałem”, „nie jestem pewna”, „nie miałem z tym kontaktu”, „nie wiem”, „nie znam się”, „nie jestem specjalistą”, to najczęściej powtarzane wyjaśnienia odmowy wypełnienia kwestionariusza. Zaledwie kilka procent młodych, dorosłych osób podjęło się udzielenia odpowiedzi, co oczywiście nie dawało podstawy do wyciągania jakichkolwiek zasadniczych wniosków i formułowania uogólnień. To, co warto podkreślić, to generalnie deklarowana przychylność i życzliwość wobec osób dotkniętych niepełnosprawnością, która być może wynikała ze znajomości wymaganej poprawności poglądów – postaw.

W ramach przystosowywania warunków panujących w środowiskach lokalnych do możliwości i potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową podjęto też szereg działań mających na celu poprawę dostępności i jakości usług medycznych oraz fizjoterapeutycznych w lokalnych ośrodkach zdrowia, do których bardzo



często zgłaszają się one z różnymi dolegliwościami. Wychodząc naprzeciw zgłaszanym często postulatom zorganizowano odpowiednie parkingi, zmodernizowano trasy poruszania się wewnątrz budynków i gabinety zabiegowe, wydłużono czas pracy specjalistów oraz ich liczbę, co pozwoliło skrócić czas oczekiwania pacjentów na zabiegi usprawniające i porady. Personel nie tylko medyczny, ale i pomocniczy zatrudniony w placówkach służby zdrowia został uwrażliwiony na potrzebę otoczenia tej grupy pacjentów szczególną troską i opieką. Wymagają oni bardzo często nie tylko jedynie specjalistycznej pomocy, ale zdecydowanego wsparcia psychologicznego, motywacji do podejmowania systematycznych, zwykle męczących początkowo ćwiczeń terapeutycznych. Oczekują zachęt do wysiłku, informacji o możliwościach poprawy stanu zdrowia, wskazówek do samodzielnego wykonywania zabiegów terapeutycznych, a także, jakie środki farmakologiczne powinni stosować. Praca z tymi osobami wymaga zatem nie tylko kompetencji merytorycznych – medycznych, ale również wiedzy psychologicznej i pedagogicznych umiejętności. Proces ustawicznego podnoszenia jakości usług medycznych oferowanych osobom niepełnosprawnym ruchowo w różnym wieku wymaga stałego kontrolowania poziomu zadowolenia pacjentów z uzyskiwanych porad, konsultacji, zabiegów leczniczych. Często do pozyskania potrzebnych informacji oprócz tradycyjnie prowadzonej z pacjentem rozmowy wykorzystuje się także standaryzowane narzędzia w postaci różnorodnych kwestionariuszy ankietowych. Przykład jednego z nich zamieszczono w aneksie nr 7.

Reasumując rozważania nad możliwościami całościowej rehabilitacji w środowiskach lokalnych, należy podkreślić, że proces coraz szerszego, czynnego włączania się rozmaitych instytucji w działania na rzecz jej upowszechniania i doskonalenia staje się od szeregu lat coraz bardziej widoczny i skuteczny. Pozwala to mieć uzasadnioną nadzieję na to, że w przyszłości żadna niepełnosprawność nie będzie stanowiła takiej bariery, która istotnie ograniczy bądź zupełnie uniemożliwi uczestnictwo w pełni życia społecznego.

## Zakończenie

Według danych z Elektronicznego Krajowego Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, na koniec 2019 roku liczba osób z niepełnosprawnością wynosiła w Polsce ponad 4 miliony osób. Dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności było blisko 300 tysięcy<sup>111</sup>.

W dniu 15 lutego 2021 r. rząd polski ogłosił dokument *Strategia na rzecz osób z niepełnosprawnościami na lata 2021–2030*. Główny cel, jaki przyświeca tej inicjatywie, to istotne zwiększenie poziomu uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym i zawodowym. W ramach opracowanej strategii założono realizację aż 113 działań tworzących system kompleksowego, całościowego wspierania tej licznej grupy społecznej. Uwzględniają one m.in.:

- zreformowanie systemu orzecznictwa;
- przygotowanie wzorcowego modelu rehabilitacji kompleksowej (medycznej, społecznej, zawodowej);
- ustawowe rozwiązania zasad wyrównywania szans;
- przygotowanie oferty „opieki wytchnieniowej” dla opiekunów osób niepełnosprawnych – oraz tzw. usługi asystencji osobistej;
- reformę systemu wsparcia finansowego osób niepełnosprawnych;
- reformę systemu świadczeń dla opiekunów osób niepełnosprawnych.

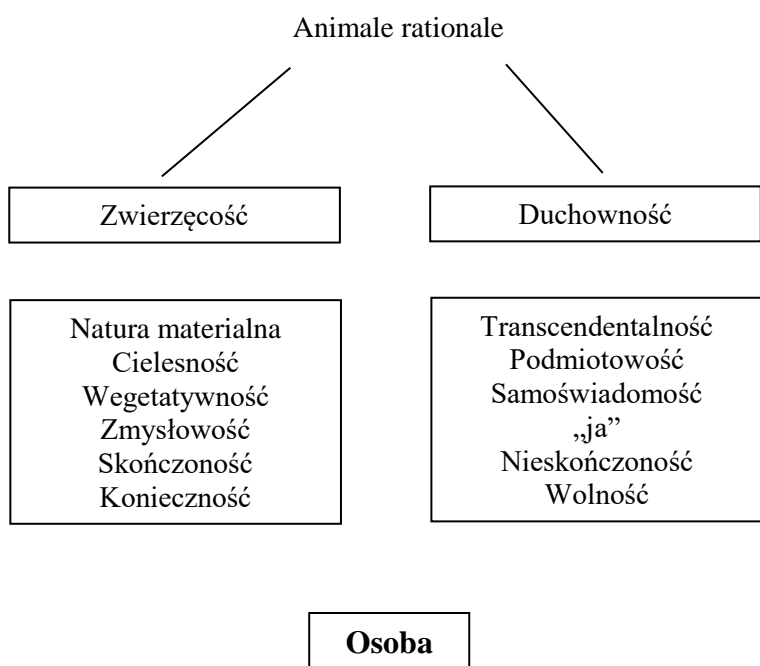
Założono, że dzięki kompleksowym działaniom współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym wzrośnie do roku 2030 z obecnych 28,8% do 45%.

Optymizmem napawa fakt, że potrzeba całościowego traktowania procesu rehabilitacji została dostrzeżona i bardzo poważnie potraktowana na szczęblu najwyższych władz państwowych. Jest ona konsekwencją całościowego – holistycznego, podmiotowego, personalistycznego traktowania każdego człowieka – respektowania jego indywidualnej godności, wartości i wyjątkowości. Nie sposób leczyć – usprawniać tylko jego ciało – biologiczny organizm, zaniedbując potrzeby psychiczne i duchowe. Każdy człowiek jest jednością, bytem

---

<sup>111</sup> <http://forsal.pl/gospodarka/artykuły>

wyjątkowym, który będąc częścią przyrody (z prochu powstałeś), jest zdolny do transcendencji – umysłowego pokonywania wszelkich granic – tworzenia kultury, stawiania pytań o „sens tego wszystkiego”.



Cechy osobowe wg A. Anzenbachera (1987, s. 241)<sup>112</sup>

Bogactwo poświęconych problematyce osób z niepełnosprawnością publikacji naukowych i popularnonaukowych pozwala mieć uzasadnioną nadzieję na ustawiczną poprawę jakości ich życia we wszystkich sferach aktywności. W ślad za refleksją naukową widzimy, że z wolna postępują również działania praktyczne. Nadal jednak sporo pozostaje do zrobienia w dziedzinie zmian postaw społecznych wobec osób potrzebujących stałej pomocy i wsparcia w różnych formach oraz akceptacji jako pełnosprawni, pełnowartościowi członkowie społeczności rodzinnych, lokalnych i globalnych.

<sup>112</sup> Cyt. za: W. Furmanek, *Człowiek, człowieczeństwo, wychowanie*, Rzeszów 1995, s. 27.

Spółeczeństwu potrzebna jest permanentna edukacja, obejmująca wiedzę o potrzebach i możliwościach ich zaspokajania u osób z niepełnosprawnością, a także głęboką refleksję nad moralnymi obowiązkami ludzkich wspólnot wobec osób nie w pełni samodzielnych.

Nikt z nas nie jest istotą doskonałą pod żadnym względem, ani fizycznym, ani psychicznym. Z czasem jego ogólna sprawność ulega pogorszeniu, aktywność życiowa maleje, pojawiają się kłopoty w sprawnym i samodzielnym wypełnianiu różnorodnych funkcji społecznych. Konieczną staje się pomoc, opieka, wsparcie, dłuższe leczenie.

Postępujący z wiekiem proces ograniczania sprawności jest powszechnie znany, nie budzi zdziwienia, nie powoduje zaskoczenia, traktowany jest zwykle jako zjawisko naturalne, które można starać się opóźniać, łagodzić, by w końcu zaakceptować. Pomaga w tym istotnie współczesna nauka, stąd wzięło się popularne stwierdzenie, że współczesna medycyna „czyni cuda”. To, co w przypadku osób starzejących się uznawane jest za naturalne i zrozumiałe, w odniesieniu do dzieci budzi często zaskoczenie, zdziwienie, skłonność do stereotypizacji – przypisywania winy rodzicom.

Porażenie mózgowe będące najczęstszą przyczyną niepełnosprawności ruchowej u dzieci, to termin, który nie jest znany większości społeczeństwa. Dzieci nim dotknięte uznawane są często za upośledzone umysłowo, m.in. dlatego, że ich niepełnosprawności ruchowej towarzyszą też inne zaburzenia kojarzące się z nim.

*Uszkodzenie mózgu w okresie płodowym powstaje najczęściej między 26 a 34 tygodniem ciąży. Z danych podanych przez Z. Kułakowską (1997)<sup>113</sup> wynika, że wśród dzieci z MPD 33,7% ma ciężkie zaburzenia mowy, wymagające długotrwałej terapii, 31,7% ma średnie zaburzenia (mowa tych osób wymaga okresowej terapii), 23,3% ma łagodne zaburzenia mowy, objawiające się trudnościami związanymi z połykaniem (dysfagia) i przełykaniem śliny, u ¼ występują zaburzenia*

---

<sup>113</sup> Z. Kułakowska, *Zaburzenia w rozwoju mowy w mózgowym porażeniu dziecięcym* [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*, H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova (red.), Warszawa 1997, cyt. za: G. Gunia, V. Lechta, *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków 2011, s. 113.

*sluchu. W wyniku MPD powstaje mowa dyzartryczna, którą charakteryzuje niewyraźna artykulacja, wypowiedzi są powolne (bradylalia), skandowanie o nosowym brzmieniu, co sprawia wrażenie mowy bełkotliwej*<sup>114</sup>.

Brak wystarczającej wiedzy i funkcjonujące nadal w naszym społeczeństwie stereotypy, stanowią wciąż trudne do przełamania bariery w traktowaniu dzieci z niepełnosprawnościami. Podjęcie rehabilitacji możliwie jak najwcześniej daje spore szanse na przywrócenie osoby z niepełnosprawnością społeczeństwu i zapewnienie jej możliwie samodzielnego i aktywnego życia – naukę, pracę zawodową, założenie rodziny.

Współczesna rehabilitacja wymaga wczesnej, trafnej diagnozy, a następnie opracowania indywidualnego programu działań usprawniających, uwzględniających współpracę wielu specjalistów – lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów specjalnych z rodzicami bądź opiekunami dziecka. Współcześnie świadomość tego, że rehabilitacja musi być traktowana całościowo – w aspekcie medycznym i społecznym oraz realizowana nie tylko w placówkach służby zdrowia, ale również w domu rodzinnym, przedszkolu, szkole, miejscu pracy i wypoczynku, staje się coraz powszechniejsza.

Dzieci, młodzież i osoby dorosłe z niepełnosprawnością ruchową budzą pozytywne zainteresowanie wielu instytucji jako potencjalni klienci, konsumenci rozmaitych towarów i usług. Otwierają się przed nimi obiekty sportowe, trasy turystyczne, hotele, instytucje kultury i nauki. Trend ten wart jest utrzymania.

Z czasem niepełnosprawność ruchowa osób w tzw. wieku produkcyjnym nie powinna nikomu kojarzyć się z obniżoną wartością dotkniętej nią osoby, brakiem posiadania przez nią aspiracji życiowych, pragnień, marzeń. Już dzisiaj istnieją ku temu spore szanse, gdyż ten rodzaj niepełnosprawności nie zmniejsza istotnie szans na włączenie osoby we własne życie osobiste, np. przez wspólną z nią pracę<sup>115</sup>.

Psychologowie zwracają uwagę na fakt, że szanse osoby z niepełnosprawnością na tzw. normalne życie w społeczeństwie są tym mniejsze, im bardziej widoczne jest uszkodzenie organizmu. Widoczne deformacje uruchamiają procesy

---

<sup>114</sup> G. Gunia, V. Lechta, op. cit., s. 113.

<sup>115</sup> Por. S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa 2007, s. 67.

stygmatyzacji, stereotypizacji, a w konsekwencji praktyki dyskryminacyjne. Nie zawsze bywają one w pełni sobie uświadamiane, unikanie towarzystwa, „omijanie” osób nieco odmiennych pod pewnymi względami od nas powszechnie uznawane jest za uzasadnione, dozwolone i nienaruszające niczych praw.

W rozmaitych badaniach sondażowych, dotyczących postaw wobec np. dzieci z DPM, respondenci deklarują m.in. pozytywne emocje, gotowość do wszelakiego wsparcia, zrozumienie potrzeb, akceptację odmienności, lecz w praktyce życia codziennego postępują tak, by nie wchodzić w interakcje z nimi oraz ich rodzinami. Postawy swoje tłumaczą brakiem specjalistycznej wiedzy, doświadczenia, rozmaitymi obawami w rodzaju „mogę zaszkodzić, sprawić ból”, zmęczeniem, brakiem czasu, nadmiarem obowiązków, brakiem odporności psychicznej na cudze cierpienie, istnieniem wielu instytucji, które powinny się nimi zajmować.

Trafność i wiarygodność wyników w badaniach o charakterze deklaratywnym zwykle jest wysoka. Większość respondentów wie, jak powinna się zachowywać wobec osób z niepełnosprawnością ruchową i zgodnie z poprawnością etyczną udzieli badającemu zadowalającej odpowiedzi. Czy zachowa się tak w rzeczywistości, w konkretnej sytuacji życiowej – tego niestety nie jesteśmy w stanie jednoznacznie przewidzieć.

Idea integrowania dzieci niepełnosprawnych z rówieśnikami sprawnymi – w przedszkolach i szkołach – chociaż teoretycznie uzasadniona i znajdująca potwierdzenie w praktyce, budzi u wielu osób kontrowersje, gdyż, jak twierdzą, nie zawsze grupa osób sprawnych jest w stanie w pełni zaakceptować – uznać za „swojego” kogoś o odmiennym wyglądzie, zachowaniu, możliwościach i potrzebach. Dziecko z niepełnosprawnością jest traktowane pobłaźliwie, ale omijane, unikane i pozostaje samotne w grupie. Życie ze świadomością ciągłej izolacji od innych, bez szans na bliższą przyjaźń, koleżeństwo prowadzi szybko do zamykania się w sobie, uciekania od innych, nieśmiałości, wstydu, utraty motywacji do nauki i pracy.

Nie każdy nauczyciel posiadający formalne kwalifikacje do pracy z zespołami integracyjnymi jest w stanie poradzić sobie skutecznie z problemem izolacji dziecka z niepełnosprawnością wśród sprawnych rówieśników. Stąd też

pojawia się postulat, by dzieci te trafiały do grup, w których nie będą się niczym szczególnym wyróżniać, a więc do specjalnie dla nich powoływanych placówek – ośrodków specjalnych.

Popularność idei integrowania sprawnych uczniów z niepełnosprawnymi wydaje się być duża, jednak nie można zapominać, że nie jest rozwiązaniem idealnym – wolnym od rozmaitych niedoskonałości i potencjalnych zagrożeń dobrostanu psychicznego obu grup. Każdy wychowanek to wyjątkowa, niepowtarzalna indywidualność, dlatego uniformizacja edukacji, leczenia, rehabilitacji może powodować nieskuteczność podejmowanych w dobrej wierze działań.

Zgodnie z zasadą metodologiczną, wyników badań pojedynczego przypadku nie wolno uogólniać, formułować na ich podstawie wniosków dotyczących większej liczby osób. Dlatego profesjonalny program rehabilitacji należy sporządzać w aspekcie indywidualnych specjalnych potrzeb i możliwości dziecka – pacjenta, ucznia, wychowanka.

W ramach refleksji nad losem dzieci z niepełnosprawnością ruchową powodowaną najczęściej (w ujęciu statystycznym) przez DPM, nie można pominąć problemu różnic w poglądach na koncepcję integracji w przedszkolach i szkołach rodziców dzieci sprawnych. Nie wszyscy bowiem są entuzjastami tej idei. Niektórzy uważają, że pojawienie się dziecka np. na wózku inwalidzkim w klasie, to mocny czynnik stresujący dla pozostałych uczniów, których psychika nie jest gotowa na codzienne obcowanie (kontakt) z kalectwem, nieszczęściem, bólem, cierpieniem. Podkreślają, że dziecko ma niezbywalne prawo do beztróskiego życia, wolnego od patrzenia na ludzkie tragedie. Są przekonani, że kontakt z niepełnosprawnymi, to źródło silnego stresu, lęków, obaw, wielu przykrych wrażeń wywierających negatywny wpływ na bardzo wrażliwą, kształtującą się (rozwijającą) psychikę dziecka.

Postawy takie nie należą do rzadkości i dobitnie świadczą o tym, jak wiele pozostaje do zrobienia w dziedzinie ograniczania praktyk dyskryminacyjnych. Istnieje kilka koncepcji przyczyn niechęci społecznej do osób z niepełnosprawnością, ale żadna nie wyjaśnia ich w pełni. Jest to bowiem zjawisko złożone, zróżnicowane, silnie uzależnione od warunków społecznych, w których występuje.

Zrozumienie przyczyn niechęci mogłoby zapewne znacznie przyczynić się do skuteczniejszego przełamywania barier, jakie mimo zauważalnych, bardzo pozytywnych zmian nadal istnieją i znacznie utrudniają życie osobom z dysfunkcjami organizmu i ich bliskimi. W proces stopniowej zmiany postaw szerokich kręgów społecznych wobec niepełnosprawności powinny angażować się instytucje służby zdrowia, instytucje oświatowe – szkoły, uczelnie wyższe, instytucje samorządowe i państwowe, środki masowego przekazu i instytucje promujące kulturę, osoby uznawane powszechnie za autorytety moralne czy naukowe.

Zbiorowy wysiłek, połączone, skoordynowane systematycznie działania na wielu płaszczyznach mogą doprowadzić w przyszłości do trwałych, pozytywnych zmian. Z nadzieją można patrzeć na inicjatywy podejmowane przez same osoby niepełnosprawne, które poprzez swoje sukcesy odnoszone w sporcie, nauce, działalności artystycznej skutecznie wpływają na zmianę stosunku społeczeństwa do tej grupy osób.



## Bibliografia

1. Antczak R., Grabowska I., Polańska Z., *Podstawy i źródła danych statystyki osób niepełnosprawnych*, „Wiadomości Statystyczne”, Rok LXIII 2(681), 2018, s. 21–43. odczyt: 05.03.21.
2. Anzenbacher A., *Wprowadzenie do filozofii*, Kraków 1987.
3. Bidziński K., *Kontekst znaczeniowy przypisywany pojęciu „niepełnosprawność” przez młodzież niepełnosprawną z dysfunkcją narządu ruchu jako predyktor ich potrzeb rehabilitacyjnych* [w:] *Problem edukacji i rewalidacji dzieci niepełnosprawnych*, J. Pilecki, M.A. Winzer (red.), Kraków 1996.
4. Błażejowski W., Szal E., *Metodyka pisania prac dyplomowych*, Jarosław 2020.
5. Błażejowski W., Drozd S., Król P., *Podstawy metodologii z elementami statystyki*, Rzeszów 2007.
6. Borkowska M., *Dziecko z niepełnosprawnością ruchową*, Warszawa 2012, 2015.
7. Dega W., *Ortopedia i rehabilitacja*, Warszawa 1984.
8. Dittfurth H., *Dzieci wszechświata*, Warszawa 1995.
9. Dziedzic J., *Kultura fizyczna osób niepełnosprawnych. Psychopedagogiczne i medyczne studium terminologiczne*, Poznań 1996.
10. Ferfecki W., *W Polsce rośnie liczba legalnych aborcji*, [www.tvp.info/informacje/polska/w-polsce-rosnie-liczba-legalnych-aborcji/5596612](http://www.tvp.info/informacje/polska/w-polsce-rosnie-liczba-legalnych-aborcji/5596612) dostęp na dzień: 09.02.2013 r.
11. Furmanek W., *Człowiek, człowieczeństwo, wychowanie*, Rzeszów 1995.
12. Giezek I., Kokot R., *Granice ludzkiego życia, a jego prawna ochrona* [w:] *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, B. Banaszak, A. Preissner (red.), Warszawa 2002.
13. Grabowski R., *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Rzeszów 2006.
14. Grabowski R., *Spory wokół modelu ochrony życia*, „Przegląd Prawa i Administracji”, 2005, nr LXVIII.

15. Graczyk M., *Nie klaniaj się bólowi i nie ból się*. Poradnik dla pacjenta i opiekuna.
16. Grzywo-Dąbrowski W., *Podręcznik medycyny sądowej*, Warszawa 1958.
17. Gunia G., Lechta V., *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków 2011.
18. GUS (2012). *Aktywność ekonomiczna ludności Polski IV kwartał 2011 r.* Warszawa: GUS; GUS (2013a). *Aktywność ekonomiczna ludności Polski II kwartał 2016 r.* Warszawa: GUS.
19. GUS (2012). *Aktywność ekonomiczna ludności Polski IV kwartał 2011 r.* Warszawa: GUS; GUS (2013a). *Aktywność ekonomiczna ludności Polski II kwartał 2016 r.* Warszawa: GUS.
20. GUS (2016a). *Budżety gospodarstw domowych w 2015 r.* Warszawa: GUS; GUS (2016b). *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* Warszawa: GUS.
21. GUS (2016a). *Budżety gospodarstw domowych w 2015 r.* Warszawa: GUS; GUS (2016b). *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* Warszawa: GUS.
22. GUS (2015a). *Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EUSILC 2014)*. Warszawa: GUS.
23. GUS (2013b). *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część I. Ludność*. Warszawa: GUS.
24. GUS (2013c). *Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*. Warszawa: GUS.
25. Han-Ilgiewicz N., *Pisma, szkice, artykuły, rozprawy*, WSPS, Warszawa 1995.
26. Heller M., Krajewski S., *Czy fizyka i matematyka to nauki humanistyczne?* Wyd. Copernicus Center Press, Kraków 2014, s. 240–241.
27. Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN.
28. Ignatowicz Ł., *Mózgowe porażenie dziecięce*, R. Michałowicz (red.), Warszawa 2001.
29. Karkowska D., *Nie klaniaj się bólowi i nie bój się*. Poradnik dla pacjenta i opiekuna, dostępny pod adresem:

- [http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/aktualnosci/aktualnosci\\_pliki/poradnik\\_nie\\_klaniaj\\_sie\\_bolowi.pdf](http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/aktualnosci/aktualnosci_pliki/poradnik_nie_klaniaj_sie_bolowi.pdf)
30. Kelm A., *Węzłowe problemy pedagogiki opiekuńczej*, Warszawa 2000.
  31. Kiwerski J., Ostrowska A. (red.), *Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób o poszczególnych rodzajach niepełnosprawności*, Warszawa 1994.
  32. Koiser-Grodecka I., *Dysfunkcje narządów ruchu* [w:] *Psychologia defektologiczna*, I. Koiser-Grodecka (red.).
  33. Kowalik S., *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa 2007.
  34. Kozdrowicz E., Pilch T.T., *Rodzina wielkomięjska matki samotnej jako środowisko wychowawcze* [w:] *Rodzina a struktura społeczna*, Z. Tyska (red.), BTN, Bydgoszcz 1984, 163–171.
  35. Kułakowska Z., *Zaburzenia w rozwoju mowy w mózgowym porażeniu dziecięcym* [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*, H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova (red.), Warszawa 1997.
  36. Kuczma P., *Prawna ochrona życia*. [http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/52912/PDF/01\\_Pawel\\_Kuczma.pdf](http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/52912/PDF/01_Pawel_Kuczma.pdf) (odczyt 05.03.21).
  37. Kwak A., *Uniwersalność instytucji rodziny i kierunku jej przemian* [w:] *Studia socjologiczne oraz interdyscyplinarne*, Z. Tyska (red.), „Roczniki Socjologii Rodziny”, 2002, XIV.
  38. Levitt S., *Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu*, Wyd. lekarskie PZL, Warszawa 2000, 2007.
  39. Lubicz-Rudnicka Z., *Kinezyterapia* [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce*, R. Michałowicz (red.), Warszawa 1993.
  40. Łaszewicz P., Ruś I., Woźniak Z., *Sytuacja społeczna osób z ograniczoną sprawnością w Polsce – dane statystyczne* [w:] A. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj (red.), op. cit., s. 125.
  41. Maciarz A., *Mały leksykon pedagoga specjalnego*, Kraków 2005.
  42. Maciarz A., *Psychologia lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy*, Warszawa 2001.
  43. Maszke A.W., *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Rzeszów 2004.

44. Matyja M., Domagalska M., *Podstawy usprawniania neurorozwojowego według Berty i Karela Bobathów*, Katowice 2017.
45. Mędrzycka-Dąbrowska W., Ogrodniczuk M., Dąbrowski S., *Udział pielęgniarki w procesie monitorowania i terapii bólu pooperacyjnego*, Część II, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2014.
46. Michalska A., *Prawo do życia w traktatach międzynarodowych*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1984.
47. Michałowicz R. (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*, Wyd. Lekarskie PZL, Warszawa 2001.
48. Miksza M., *Zrozumieć Montessori*, Kraków 2020.
49. Nowaczyk A., Żołnowski Z., *Logika i metodologia badań naukowych dla lekarzy*, Wyd. PZWL, Warszawa 1974, s. 147.
50. Orzeczenie Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 30.9.1936, C. 3092/35, *Orzecznictwo Sądów Polskich*, Warszawa 1937, s. 124–125.
51. Pilecka W., *Jak kształcić pedagoga specjalnego w zakresie psychologii* [w:] *System kształcenia pedagogów specjalnych*, J. Wyczęsany, H. Kośętka (red.), Kraków 1996 – cyt. za: J. Szempruch, *Pedeutologia. Studium teoretyczno-pragmatyczne*, Kraków 2013, s. 325–326.
52. Preisner A., *Prawo do ochrony życia i do zachowania naturalnej integralności psychofizycznej człowieka* [w:] *Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, L. Wiśniewski (red.), Warszawa 2006.
53. Radecki T., *Budowa i czynności organizmu ludzkiego* [w:] *Domowy poradnik medyczny*, K. Janicki (red.), PZWL, Warszawa 1991.
54. Rorat M., *Wartości i poczucie sensu życia młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu*, Rzeszów 2006.
55. Slany K., *Osoby niepełnosprawne w świetle Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 r. – wybrane aspekty*, Niepełnosprawność-zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr II/2014(11).
56. Stein B., *Teoria i praktyka pedagogiki Marii Montessori w szkole podstawowej*, Kielce 2003.
57. Szempruch J., *Pedeutologia. Studium teoretyczno-pragmatyczne*, Kraków 2013, s. 327.

58. Szychowiak B., *Rozwój społeczny dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu ruchu*, „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie”, Prace Pedagogiczne, z. 14.
59. Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, UJ, Kraków 2002.
60. Tyszka Z., *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia rodzinnego*, UAM, Poznań 2001.
61. Wałęcka-Matyja K., *Polimorficzny obraz struktury rodziny w świetle współczesnej literatury psychologicznej*, Acta Universitatis Lodzensis, Polia Psychologica 13, 2009.
62. Zaczynski W., *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1995.
63. Zaręba E. [w:] *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, S. Palka (red.), Kraków 1998.
64. Zaręba L., *Specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne dzieci i młodzieży. Identyfikowanie SPR i SPE oraz sposoby ich zaspakajania*, ORE, Warszawa 2014.
65. Ziemiński Z., *Logika praktyczna*, PWN, Warszawa 2006.

## **Źródła internetowe**

1. <http://ptbb.pl/zasoby/pobierz-pliki/category/15-zalecenia-postepowania-w-bolu-pooperacyjnym-ad-2014>
2. <https://www.seekpng.com/ima/u2e6q8y3i1y3a9u2/>
3. <http://anatomysystem.com/printable-human-skeleton/>
4. <http://470399413812082311.weebly.com/muscular-system.html>
5. [www.medonet.pl](http://www.medonet.pl) 20.12.2020.
6. [www.rynekapteku.pl](http://www.rynekapteku.pl) 19.11.2019.
7. [www.medonet.pl](http://www.medonet.pl)

## **Dzienniki Ustaw**

1. Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.
2. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.
3. Dz. U. z 2016 r., poz. 694, ze zm.
4. Dz. U. poz. 1441.
5. Dz. U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284.
6. Dz. U. 2020.0.514 tj. – Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

## **Rozporządzenia**

1. Rozporządzenia Ministra nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 roku, w *sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela* (Dz. U. z 2019, poz. 1450).
2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r., w sprawie *warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym* (Dz. U. z 2020 r., poz. 1309 – ogłoszono dnia 28.07.2020 r., obowiązuje od dnia 01.09.2017).

## Aneksy

### A. 1.

#### Sport osób z niepełnosprawnością

Specjalnie dla inwalidów stworzona została klasyfikacja umożliwiająca im udział w zawodach sportowych. Wyróżniono sześć grup, które stanowią:

- grupa I – niewidomi (B),
- grupa II – głusi,
- grupa III – amputowani (A),
- grupa IV – inwalidzi z porażeniem kończyn (P),
- grupa V – inwalidzi z innymi dysfunkcjami ruchu (L),
- **grupa VI – inwalidzi z porażeniem mózgowym (CP).**

W poszczególnych grupach wyróżnia się ponadto odpowiednie → klasy startowe, które różnicują zawodników pod względem stopnia sprawności i lokalizacji uszkodzenia<sup>116</sup>.

- „B” (ang. *blind* – niewidomy), międzynarodowe oznaczenie I → grupy sportowej inwalidów, tj. inwalidów narządu wzroku. Zawodnicy z tej grupy startują w trzech → klasach startowych: B1, B2, B3. W klasie B1 startują zawodnicy całkowicie niewidomi i ewentualnie z poczuciem światła, ale bez rozpoznawania przedmiotów lub ich zarysów. W klasie B2 startują zawodnicy ze zdolnością rozpoznawania przedmiotów lub ich zarysów, o ostrości wzroku 2/60 według tablic Snellena i/lub z ograniczeniem pola widzenia w zakresie 5 stopni. W klasie B3 występują zawodnicy ze wzrokiem o ostrości powyżej 2/60 do 6/60 i/lub z ograniczeniem pola widzenia od 5 do 20 stopni<sup>117</sup>.
- „A” (fr. *amputte* – amputacja), międzynarodowe oznaczenie III grupy sportowej inwalidów z amputacjami kończyn. Poszczególne rodzaje amputacji określa się następującymi symbolami: AK – amputacja powyżej stawu

---

<sup>116</sup> J. Dziedzic, *Kultura fizyczna osób niepełnosprawnych. Psychopedagogiczne i medyczne studium terminologiczne*, Poznań 1996, s. 36.

<sup>117</sup> Ibidem, s. 19.

kolanowego, BK – amputacja poniżej stawu kolanowego, AE – amputacja powyżej stawu łokciowego, BE – amputacja poniżej stawu łokciowego. Minimalną amputację kwalifikującą zawodników do udziału w zawodach dla niepełnosprawnych jest: w obrębie kończyny górnej amputacja na wysokości stawu nadgarstkowego, w obrębie kończyny dolnej amputacja na wysokości stawu skokowego. Sportowcy III grupy startują w klasach podanych w tabeli 6 i rycinie 7<sup>118</sup>.

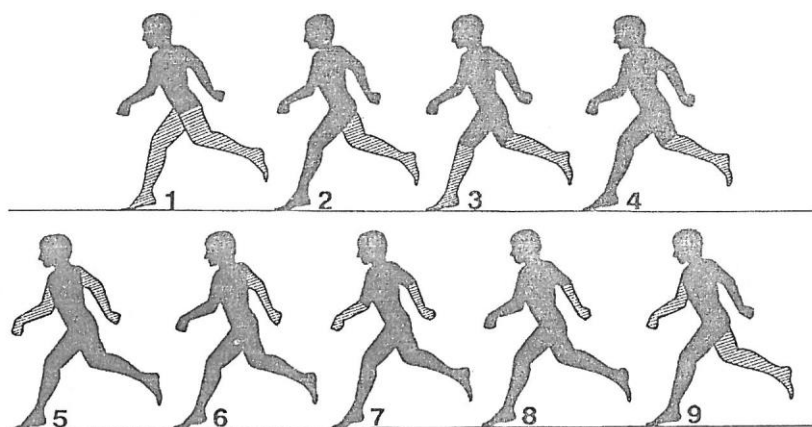
**Tabela 6. Klasa startowa a rodzaj i miejsce amputacji**<sup>119</sup>

Klasa startowa	Rodzaj amputacji	Miejsce
A1	Obustronna amputacja kończyn dolnych	Powyżej stawu kolanowego – AK
A2	Jednostronna amputacja kończyny dolnej	Powyżej stawu kolanowego – AK
A3	Obustronna amputacja podudzi	Poniżej stawu kolanowego – BK
A4	Jednostronna amputacja podudzia	Poniżej stawu kolanowego – BK
A5	Obustronna amputacja kończyn górnych	Powyżej stawu łokciowego – AE
A6	Jednostronna amputacja kończyny górnej	Powyżej stawu łokciowego – AE
A7	Obustronna amputacja przedramion	Poniżej stawu łokciowego – BE
A8	Jednostronna amputacja przedramienia	Poniżej stawu łokciowego – BE
A9	Amputacje kombinowane w obrębie kończyny górnej i dolnej na różnych wysokościach	

<sup>118</sup> Ibidem, s. 10.

<sup>119</sup> Ibidem, s. 10.



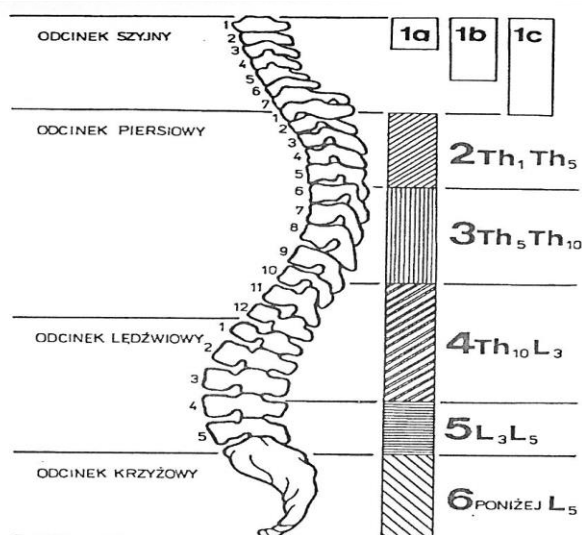


**Rycina 7. Grupa sportowa III amputowani „A” – klasy sportowe<sup>120</sup>**

- „P” (paraplegica), międzynarodowe oznaczenie IV grupy sportowej inwalidów, w której startują paraplegicy, tetraplegicy oraz inwalidzi po polio. W zależności od poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego wyróżnia się następujące klasy sportowe inwalidów: klasa 1A – znaczne zmniejszenie siły mięśni trójgłowych ramienia ( $0^{\circ}$  –  $3^{\circ}$  w skali testu Lovetta); klasa 1B – zmniejszona lub prawidłowa siła mięśni trójgłowych, zginaczy i prostowników nadgarstka, natomiast znaczne zmniejszenie siły mięśni zginaczy i prostowników palców ręki; klasa 1C – zmniejszona siła mięśni trójgłowych ramienia oraz zginaczy i prostowników nadgarstka i palców, znacznie zmniejszona siła mięśni międzykostnych lub glistowatych rąk; klasa 2 – brak możliwości utrzymania równowagi w siadzie; klasa 3 – możliwość utrzymania równowagi w siadzie pomimo znacznie zmniejszonej siły dolnej mięśni brzucha; klasa 4 – znaczne zmniejszenie siły mięśni czworogłowych ud ( $1^{\circ}$  –  $2^{\circ}$ ); klasa 5 – zmniejszona siła mięśni czworogłowych ud ( $3^{\circ}$  i powyżej); klasa 6 – porażenie mięśni podudzia, upośledzenie funkcji głowy prostej mięśnia czworogłowego uda (ryc. 8)<sup>121</sup>.

<sup>120</sup> Ibidem.

<sup>121</sup> Ibidem, s. 68.



**Rycina 8. Grupa sportowa IV paraplegicy „P” – klasy startowe w zależności od poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego<sup>122</sup>**

- „L” (fr.*lesautres* – inne dysfunkcje narządu ruchu), międzynarodowe oznaczenie V grupy sportowej inwalidów, w której startują inwalidzi nie objęci grupą sportową „CP” i „P”. W tej grupie wyróżnia się następujące klasy startowe: klasa L1 – porażenie lub usztywnienie kończyny górnej (np. usztywnienie stawu łokciowego lub nadgarstkowego); klasa L2 – niedowład kończyn dolnych (np. usztywnienie stawu kolanowego lub skokowego, stopy końskoszpotawe); klasa L3 – uszkodzenie jednej kończyny dolnej (np. usztywnienie stawu biodrowego, laksacja stawu biodrowego); klasa L4 – uszkodzenie kończyny górnej i dolnej; klasa L5 – skrócenie jednostronne kończyny dolnej powyżej 5 cm<sup>123</sup>.
- „CP” (*cerebralpalsy*), międzynarodowe oznaczenie VI grupy sportowej inwalidów, tj. osób z porażeniem mózgowym. Według podziału ustalonego w roku 1982 na posiedzeniu Prezydium Międzynarodowego Stowarzyszenia Sportu i Rekreacji Osób z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym – CP ISRA

<sup>122</sup> Ibidem.

<sup>123</sup> Ibidem, s. 48.

(Cerebral Palsy International Sport and Recreation Association) wyróżnia się w tej grupie sportowej klasy startowe przedstawione w tabeli 7<sup>124</sup>.

**Tabela 7. Inwalidzi z porażeniem mózgowym (wg ISRA – Międzynarodowej Organizacji Sportu i Rekreacji Osób z Porażeniem Mózgowym) – grupa sportowa VI „CP”<sup>125</sup>**

Klasy startowe	Rodzaj uszkodzenia	Sposób poruszania się
C1	Quadriplegia (porażenie czterech kończyn)	Korzysta z pomocy wózka inwalidzkiego poruszanego elektrycznie
C2	Quadriplegia	Korzysta z pomocy wózka napędzanego pedałami (ręcznie lub nożnie)
C3	Quadriplegia i tetraplegia (porażenie trzech kończyn)	Porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego przy wykorzystaniu jednej kończyny górnej
C4	Paraplegia (porażenie kończyn dolnych)	Zdolność do pokonywania małych odległości przy użyciu urządzeń pomocniczych, natomiast w wykonywaniu czynności życia codziennego konieczny jest wózek
C5	Diplegia i hemiplegia (porażenie poprzeczne znaczne do umiarkowanego, porażenie połowicze i umiarkowane porażenie obustronne)	Chodzenie możliwe z/lub bez urządzeń pomocniczych, lecz przy wykonywaniu czynności życia codziennego na ogół korzystanie z wózka inwalidzkiego
C6	Spastyczność czterech kończyn z możliwością samodzielnego poruszania się	Możliwe chodzenie z/lub bez urządzeń pomocniczych; stanie bez pomocy
C7	Quadriplegia i hemiplegia umiarkowana do słabej (niewydolność kończyn dolnych)	Poruszanie się bez pomocy urządzeń pomocniczych, dobra wydolność kończyn górnych
C8	Minimalna niewydolność funkcjonalna kończyn dolnych	

<sup>124</sup> Ibidem, s. 23.

<sup>125</sup> Ibidem, s. 24.

**Tabela 8. Lekkoatletyczne konkurencje<sup>126</sup>**

0	Rodzaj inwalidztwa	Klasy startowe	Konkurencje
1	2	3	4
I	Inwalidzi narządu wzroku „B”	B1  B2  B3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bieg na 100 m (K+M)</li> <li>- bieg na 400 m (K+M)</li> <li>- bieg na 800 m (K+M)</li> <li>- bieg na 1500 m (K+M)</li> <li>- bieg na 3000 m (K)</li> <li>- bieg na 5000 m (M)</li> <li>- maraton (M)</li> <li>- sztafeta 4x400 (M)</li> <li>- skok w dal (K+M)</li> <li>- trójskok w rozbiegu (M)</li> <li>- trójskok z miejsca B1 (M)</li> <li>- skok wzwyż (K+M)</li> <li>- rzut oszczepem (K+M)</li> <li>- pchnięcie kulą (K+M)</li> <li>- pięciobój (M): 100 m, skok w dal, dysk, oszczep, 1500 m</li> <li>- pięciobój (K): 100 m, skok w dal, dysk, kula, 800 m</li> </ul>
II	Inwalidzi narządu słuchu	Zawodnicy tej grupy uprawiają takie same dyscypliny sportu jak osoby pełnosprawne. Jedyne różnice dotyczą sędziowania. Zamiast sygnałów akustycznych stosuje się sygnały wizualne.	
III	Amputacje kończyn górnych i dolnych „A”	A1  A2       A3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pchnięcie kulą (K+M)</li> <li>- rzut dyskiem (K+M)</li> <li>- rzut oszczepem (K+M)</li> <li>- wyścigi na wózkach: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 60 m (K)</li> <li>b) 100 m (M)</li> <li>c) 200 m (K)</li> <li>d) 400 m (K+M)</li> <li>e) 800 m (M)</li> </ul> </li> <li>- pchnięcie kulą (K+M)</li> <li>- rzut oszczepem (K+M)</li> <li>- rzut dyskiem (K+M)</li> <li>- wyścigi na wózkach: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 60 m (K)</li> <li>b) 100 m (M)</li> <li>c) 200 m (K)</li> <li>d) 400 m (K+M)</li> <li>e) 800 m (M)</li> </ul> </li> <li>- skok w dal (K+M)</li> <li>- skok wzwyż (K+M)</li> </ul>

<sup>126</sup> Ibidem, s. 49–52.

		<p>A4</p> <p>A5, A7</p> <p>A6, A8</p> <p>A9</p>	<p>Uwaga: w skoku w dal i wzwyż zawodnicy mogą skakać z miejsca lub z rozbiegu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pchnięcie kulą (K+M)</li> <li>- rzut dyskiem (K+M)</li> <li>- rzut oszczepem (K+M)</li> <li>- wyścigi na wózkach: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 60 m (K)</li> <li>b) 100 m (M)</li> <li>c) 200 m (K)</li> <li>d) 400 m (K+M)</li> <li>e) 800 m (M)</li> </ul> </li> <li>- bieg na 100 m (K+M)</li> <li>- bieg na 400 m (K+M)</li> <li>- rzut dyskiem (K+M)</li> <li>- rzut oszczepem (K+M)</li> <li>- pchnięcie kulą (K+M)</li> <li>- skok w dal (K+M)</li> <li>- skok wzwyż (K+M)</li> </ul> <p>Uwaga: skok w dal i skok wzwyż zawodnicy mogą wykonywać z miejsca lub z rozbiegu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bieg na 100 m (K+M)</li> <li>- bieg na 400 m (K+M)</li> <li>- bieg na 800 m (K)</li> <li>- bieg na 1500 m (M)</li> <li>- bieg na 5000 m (M)</li> <li>- skok w dal (K+M)</li> <li>- trójskok (M)</li> <li>- bieg na 100 m (K+M)</li> <li>- bieg na 400 m (K+M)</li> <li>- bieg na 800 m (K)</li> <li>- bieg na 1500 m (M)</li> <li>- bieg na 5000 m (M)</li> <li>- rzut dyskiem (K+M)</li> <li>- rzut oszczepem (K+M)</li> <li>- pchnięcie kulą (K+M)</li> <li>- skok w dal (K+M)</li> <li>- skok wzwyż (K+M)</li> <li>- trójskok (M)</li> <li>- bieg na 100 m (K+M)</li> <li>- rzut dyskiem (K+M)</li> <li>- rzut oszczepem (K+M)</li> <li>- pchnięcie kulą (K+M)</li> </ul>
IV	Paraplegia „P”	1A, 1B	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wyścigi na wózkach: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 100 m (K+M)</li> <li>b) 200 m (K+M)</li> <li>c) 400 m (K+M)</li> </ul> </li> <li>- pchnięcie kulą (K+M)</li> <li>- rzut dyskiem (K+M)</li> <li>- rzut oszczepem (K+M)</li> </ul>



		C4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rzut maczugą</li> <li>- rzut dyskiem</li> <li>- rzut oszczepem</li> <li>- bieg na 100 m (K+M)</li> <li>- pchnięcie kulą</li> <li>- rzut maczugą</li> <li>- rzut dyskiem</li> <li>- rzut oszczepem</li> <li>- bieg na 60 m (K+M)</li> <li>- bieg na 200 m (K)</li> <li>- bieg na 400 m (M)</li> <li>- pchnięcie kulą</li> <li>- rzut dyskiem</li> <li>- rzut oszczepem</li> <li>- skok w dal</li> <li>- bieg na 100 m (K+M)</li> <li>- bieg na 200 m (K+M)</li> <li>- bieg na 400 m (K+M)</li> </ul>
		C5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sztafeta 4 x 100 m</li> <li>- pchnięcie kulą</li> <li>- rzut dyskiem</li> <li>- rzut oszczepem</li> <li>- skok w dal</li> <li>- bieg na 100, 200, 400 m (K)</li> <li>- bieg na 800 m (M)</li> <li>- sztafeta 4 x 100 m</li> </ul>
		C6	
		C7	
		C8	

## A. 2.

### Arkusz obserwacyjny rozwoju dziecka trzyletniego

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia: .....

Rok szkolny: .....

Daty obserwacji:

I. Obserwacja początkowa (październik–listopad) .....

II. Obserwacja końcowa (maj–czerwiec) .....

#### Sposób wypełniania arkusza obserwacyjnego

Nauczyciel wstawia znak „X” w wybranej rubryce. Do wyboru ma opcję „tak”, gdy dana umiejętność jest opanowana przez dziecko, „nie”, gdy dana umiejętność nie została jeszcze opanowana przez dziecko oraz „czasami”, gdy dziecko jest na etapie kształtowania danej umiejętności i potrzebuje jeszcze trochę czasu na jej opanowanie.

Po przeprowadzonej obserwacji nauczyciel ustala kierunki pracy z dzieckiem. Kierunkiem pracy z dzieckiem będzie ten obszar rozwoju, w którym dziecko otrzymało najwięcej „X” w rubryce „czasami” oraz „nie”. Obserwacja końcowa, przeprowadzona pół roku po obserwacji początkowej, ma służyć weryfikacji skuteczności pracy z dzieckiem.

Wskaźniki obserwacji	Obserwacja początkowa			Obserwacja końcowa		
	Tak	Czasami	Nie	Tak	Czasami	Nie
<b>Samoobsługa</b>						
zgłasza potrzeby fizjologiczne						
stara się samodzielnie korzystać z toalety						
samodzielnie wykonuje podstawowe czynności higieniczne (mycie rąk, mycie zębów, wycieranie nosa)						
samodzielnie spożywa posiłki						
samodzielnie zakłada niektóre części garderoby						
sprząta po sobie zabawki						
<b>Rozwój fizyczny, motoryczny</b>						
prawidłowo trzyma kredkę						
staje na jednej nodze						
biega po obwodzie koła i zatrzymuje się na umówiony sygnał						
kopie piłkę do drugiej osoby						



rzuca piłkę do drugiej osoby						
zachowuje równowagę podczas chodzenia, biegania, skakania						
schodzi po schodach krokiem naprzemiennym						
poprawnie wykonuje czworakowanie (całe dłonie i stopy oparte na podłodze)						
na sygnał ustawia się w parach, rzędzie, siada w kole						
manipuluje różnorodnym materiałem plastycznym						
<b>Rozwój poznawczy</b>						
Percepcja słuchowa						
powtarza proste rytmy (np. poprzez wystukiwanie, wykłaskiwanie)						
rozpoznaje i nazywa proste dźwięki (np. odgłosy zwierząt, pogody)						
Mowa i myślenie						
mówi zrozumiale dla otoczenia						
rozumie proste pytania i polecenia						
opowiada, co zrobiło/widziało lub co robi						
zadaje pytania						
poprawnie nazywa osoby i rzeczy ze swojego najbliższego otoczenia						
rozpoznaje i nazywa podstawowe kolory						
opowiadając o obrazku, wymienia nazwy przedmiotów						
potrafi połączyć przyczynę ze skutkiem						
Percepcja wzrokowa						
składa obrazek z dwóch–trzech części						
wyszukuje takie same obrazki wśród innych						
wykonuje proste zadania według instrukcji nauczyciela						

Pamięć						
potrafi zapamiętać proste wierszyki						
chętnie śpiewa piosenki						
skupia uwagę na wykonywanym zadaniu						
odtwarza ruchy, gesty innych						
Rozumowanie matematyczne						
nazywa i wskazuje części twarzy i ciała						
porównuje liczebność zbioru „na oko” i stosuje określenia: dużo, mało, tyle samo						
wskazuje przedmioty w kształcie koła						
poprawnie przelicza (przynajmniej do 3)						
określa położenie przedmiotów w przestrzeni (na, za, pod, przed, obok)						
porządkuje przedmioty według wielkości						
łączy obrazki w pary						
tworzy kompozycje z figur geometrycznych						
zauważa, co się powtarza w szeregu danych przedmiotów						
Rozwój emocjonalno-społeczny						
potrafi pokonać reakcje lękowe i impulsywne spowodowane rozłąką z opiekunami						
chętnie przebywa w przedszkolu						
jest ufnie w stosunku do nauczycieli						
zna imiona kolegów i koleżanek z grupy						
akceptuje nowe sytuacje (m.in. zmianę sali, nauczyciela, rozkładu dnia)						
potrafi bawić się samodzielnie dłuższy czas						

chętnie i z własnej inicjatywy bawi się z rówieśnikami						
przestrzega norm przyjętych w grupie						
aktywnie uczestniczy w zajęciach przedszkolnych						
stara się skończyć rozpoczętą pracę						
używa zwrotów grzecznościowych: proszę, przepraszam, dziękuję						
nie zabiera cudzych rzeczy						
<b>Język nowożytny</b>						
bierze udział w zabawach prowadzonych w języku obcym						
reaguje na proste polecenia w języku obcym						
<b>Wiedza ogólna</b>						
potrafi podać swoje imię i nazwisko						
wymienia imiona rodziców i rodzeństwa						
zna nazwę miejscowości, w której mieszka						
dostrzega zmiany zachodzące w przyrodzie związane z porami roku						
nazywa podstawowe zwierzęta i rośliny						
rozpoznaje niektóre środki lokomocji						

#### **Lateralizacja:**

- |                        |   |   |
|------------------------|---|---|
| • pracuje ręką         | P | L |
| • wchodzi na stół nogą | P | L |
| • kopie piłkę nogą     | P | L |
| • podgląda okiem       | P | L |
| • nasłuchuje uchem     | P | L |

Mocne strony dziecka i jego zainteresowania:

.....  
.....  
.....

Wymaga pomocy i ćwiczeń w zakresie:

.....  
.....  
.....

Wsparcie specjalistów:

.....  
.....  
.....

Kierunek pracy:

.....  
.....  
.....

.....  
(podpis nauczyciela)

### A. 3.

## Arkusz obserwacyjny rozwoju dziecka czteroletniego

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia: .....

Rok szkolny: .....

Daty obserwacji:

I. Obserwacja początkowa (wrzesień–październik) .....

II. Obserwacja półroczna (styczeń–luty) .....

III. Obserwacja końcowa (maj–czerwiec) .....

### Sposób wypełniania arkusza obserwacyjnego

Nauczyciel wstawia znak „+” w rubryce „tak”, gdy dana umiejętność jest opanowana przez dziecko, znak „-” w rubryce „nie”, gdy dana umiejętność nie została jeszcze opanowana przez dziecko, znak „+” w rubryce „czasami”, gdy dziecko jest na etapie kształtowania danej umiejętności i potrzebuje jeszcze trochę czasu na jej opanowanie.

Po przeprowadzonej obserwacji nauczyciel ustala kierunki pracy z dzieckiem. Kierunkiem będzie ten obszar rozwoju, w którym dziecko uzyskało podczas obserwacji najwięcej znaków „-”. Druga i trzecia obserwacja, przeprowadzone w odstępach czasowych, służą weryfikacji skuteczności pracy z dzieckiem.

Wskaźniki obserwacji	Obserwacja początkowa			Obserwacja półroczna			Obserwacja końcowa		
	Tak	Czasami	Nie	Tak	Czasami	Nie	Tak	Czasami	Nie
<b>Rozwój fizyczny i motoryczny</b>									
Dziecko:									
schodzi ze schodów, stawiając nogi naprzemiennie									
sprawnie biega									
podskakuje na jednej nodze									
chwytą odbitą piłkę									
przeskakuje z nogi na nogę									
samodzielnie zdejmuje ubranie									
rozpina i zapina guziki									
poprawnie nakłada i zdejmuje buty									
samodzielnie i poprawnie korzysta z toalety									
poprawnie myje i wyciera ręce									
potrafi umyć zęby									

próbuję wytrzeć sobie nos									
poprawnie trzyma łyżkę									
prawidłowo trzyma kredki i pędzel									
rysuje prosty dom									
rysuje człowieka – faza głowotułowia									
podjmuje próby wydzierania z papieru prostych kształtów									
prawidłowo trzyma nożyczki, tnąc papier na części									
nawleka na sznurek trzy-cztery korale									
<b>Rozwój procesów poznawczych i intelektualnych (mowa, myślenie, pamięć, spostrzeżenia, uwaga)</b>									
Dziecko:									
inicjuje dialog z rówieśnikami i dorosłymi									
potrafi słuchać wypowiedzi innych									
chętnie się wypowiada									
posługuje się zdaniami prostymi									
posługuje się zdaniami rozwiniętymi									
dzieli wyraz na sylaby									
łączy obrazki, których nazwy się rymują									
opowiadając o obrazku, wymienia nazwy czynności i stanów									
chętnie buduje z klocków									
rozpoznaje i nazywa podstawowe barwy									
rozumie złożone polecenia									
rozumie treść opowiadania – odpowiada na podstawie pytania									
skupia uwagę na wykonywanym zadaniu									
odnajduje szczegóły różniące dwa obrazki									

składa obrazek z trzech-czterech części									
układa proste puzzle									
dąży do ukończenia zadania									
odwzorowuje proste znaki graficzne									
odtwarza rytm składający się z trzech-czterech elementów									
rytmicznie wskazuje przedmioty podczas liczenia									
potrafi wskazać trzy proste figury geometryczne									
orientuje się w schemacie własnego ciała									
określa położenie przedmiotów w przestrzeni									
posługuje się liczebnikami głównymi w zakresie jeden-cztery									
klasyfikuje przedmioty według jednej wskazanej kategorii									
łączy obrazki w pary									
łączy kropki we wzory									
<b>Rozwój emocjonalno-społeczny</b>									
Dziecko:									
współdziała z dziećmi w zabawie									
stosuje się do poleceń nauczyciela									
odkłada zabawki i przybory na miejsce									
szanuje swoją pracę i wytwory swoich kolegów									
zawiera przyjaźnie									
potrafi dzielić się swoimi rzeczami z innymi									
nazywa pozytywne i negatywne emocje									
odróżnia zachowanie dobre od złego									
pociesza płaczące lub smutne dziecko									

ocenia własne zachowanie, potrafi przyznać się do winy									
koryguje własne zachowanie									

### Inne informacje o dziecku

Stan zdrowia, wady:

.....

.....

.....

### Lateralizacja:

- |                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| • pracuje ręką           | P | L |
| • wchodzi na stołek nogą | P | L |
| • kopie piłkę nogą       | P | L |
| • podgląda okiem         | P | L |
| • nasłuchuje uchem       | P | L |

Mocne strony dziecka:

.....

.....

.....

Wymaga pomocy i ćwiczeń w zakresie:

.....

.....

.....

Kierunek pracy:

.....

.....

.....

.....  
(podpis nauczyciela)



## A. 4.

### Arkusz obserwacyjny rozwoju dziecka pięcioletniego

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia: .....

Rok szkolny: .....

Daty obserwacji:

- I. Obserwacja początkowa (październik–listopad) .....  
 II. Obserwacja końcowa (maj–czerwiec) .....

#### *Sposób wypełniania arkusza obserwacyjnego*

*Nauczyciel wstawia znak „X” w wybranej rubryce. Do wyboru ma opcję „tak”, gdy dana umiejętność jest opanowana przez dziecko, „nie”, gdy dana umiejętność nie została jeszcze opanowana przez dziecko oraz „czasami”, gdy dziecko jest na etapie kształtowania danej umiejętności i potrzebuje jeszcze trochę czasu na jej opanowanie.*

*Po przeprowadzonej obserwacji nauczyciel ustala kierunki pracy z dzieckiem. Kierunkiem pracy z dzieckiem będzie ten obszar rozwoju, w którym dziecko otrzymało najwięcej „X” w rubryce „czasami” oraz „nie”. Obserwacja końcowa, przeprowadzona pół roku po obserwacji początkowej, ma służyć weryfikacji skuteczności pracy z dzieckiem.*

Wskaźniki obserwacji	Obserwacja początkowa			Obserwacja końcowa		
	Tak	Czasami	Nie	Tak	Czasami	Nie
<b>Samoobsługa</b>						
samodzielnie rozbiera się i ubiera						
samodzielnie wykonuje wszelkie czynności higieniczne						
organizuje sobie zabawy swobodne (indywidualne i grupowe)						
dba o porządek w swoim miejscu pracy						
<b>Rozwój fizyczny, motoryczny</b>						
chętnie bierze udział w zajęciach i zabawach ruchowych						
wykonuje podskoki rozkroczno-zwarte (pajacyk)						
dowolnie rzuca i chwyta przedmioty						
chodzi po zwężonym i podwyższonym torze						

przyjmuje prawidłową postawę ciała podczas siedzenia, stania, chodzenia						
potrafi ustawić się w kole, w parach, w rzędzie						
prawidłowo trzyma ołówek, pisak, kredkę						
koloruje bez wyjeżdżania poza kontury obrazka						
odwzorowuje figury geometryczne						
wycina wzdłuż linii formy geometryczne						
wydziera z papieru proste kształty						
dorysowuje brakujące elementy do obrazka						
rysuje szlaczki						
rysunek postaci ludzkiej ma podstawowe części						
<b>Rozwój poznawczy</b>						
Percepcja słuchowa						
chętnie się wypowiada						
opowiada o różnych wydarzeniach						
opowiadając o obrazku, wymienia nazwy czynności i stanów						
dzieli wyrazy na głoski						
dzieli wyrazy na sylaby						
powtarza rytmy						
reaguje na zmiany tempa w muzyce						
Mowa i myślenie						
rozumie i wykonuje złożone polecenia						
mówi poprawnie pod względem gramatycznym						
opisuje dany przedmiot/zwierzę						
dostrzega związki przyczynowo-skutkowe w historyjce						

odpowiada na pytania po wysłuchanym opowiadaniu						
Pamięć						
skupia uwagę na wykonywanym zadaniu						
zapamiętuje wiersze i piosenki						
zapamiętuje przedmioty na obrazku po krótkiej ekspozycji						
skupia się na zadaniu i doprowadza je do końca						
potrafi wymienić kolejność zdarzeń w opowiadaniu						
powtarza wcześniej pokazane sekwencje ruchowe						
Rozumowanie matematyczne						
rozdziela podstawowe figury geometryczne						
patrząc na wzór, rysuje figury złożone						
składa obrazek z pięciu-sześciu części						
układa puzzle						
klasyfikuje przedmioty według podanego kryterium						
prawidłowo przelicza na konkretnych						
porównuje liczebność zbiorów						
zna pojęcia: dziś, jutro, wczoraj						
rozumie pojęcia: przód, tył, prawo, lewo						
rozumie pojęcia związane z przestrzenią, np. na, pod, za						
Rozwój emocjonalno-społeczny						
bawi się zgodnie, bez zbędnych konfliktów						
potrafi nawiązać pozytywny kontakt z rówieśnikami						
potrafi nawiązać pozytywny kontakt z dorosłymi						

pociesza płaczące lub smutne dziecko						
przestrzega norm i zasad grupowych						
dzieli się z innymi						
odnajduje się w nowych sytuacjach						
próbuję pokonywać trudności						
potrafi pogodzić się z porażką						
pozostawione w placówce jest spokojne						
ocenia własne zachowanie, potrafi przyznać się do winy						
koryguje własne zachowanie						
próbuję przewidywać skutki swoich zachowań						
<b>Język nowożytny</b>						
śpiewa piosenki i powtarza wierszyki podane w języku obcym						
odpowiednio reaguje na proste polecenia w języku obcym						
<b>Wiedza ogólna</b>						
wie, jak się nazywa						
wie, ile ma lat						
wie, jak nazywa się miejscowość, w której mieszka						
wie, czym zajmuje się lekarz, strażak, policjant						
wie, jak wyglądają symbole narodowe (flaga, herb)						
wie, co jest potrzebne dla prawidłowego rozwoju roślin i zwierząt						
zdaje sobie sprawę z następstwa pór roku						
zna podstawowe zasady bezpieczeństwa						

**Lateralizacja:**

• pracuje ręką	P	L
• wchodzi na stołek nogą	P	L
• kopie piłkę nogą	P	L
• podgląda okiem	P	L
• nasłuchuje uchem	P	L

Mocne strony dziecka i jego zainteresowania:

.....

.....

.....

Wymaga pomocy i ćwiczeń w zakresie:

.....

.....

.....

Wsparcie specjalistów:

.....

.....

.....

Kierunek pracy:

.....

.....

.....

.....

(podpis nauczyciela)

## A. 5.

### Arkusz wstępnej diagnozy gotowości szkolnej

Lp.	Zadanie	0	1	2	3
	<i>Przykład: Wycina proste figury geometryczne</i>			✓	
	<i>Przykład: Podaje swoje imię i nazwisko oraz adres</i>	✓			
	<i>Przykład: Przelicza poprawnie w zakresie 10</i>			✓	
	<i>Przykład – suma:</i>	1 x = 0		2 x 2 = 4	
	<b>Fizyczny obszar rozwoju dziecka</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1.	Zgłasza potrzeby fizjologiczne, samodzielnie korzysta z łazienki, pamiętając o myciu rąk; korzysta w razie potrzeby z chusteczek higienicznych				
2.	Samodzielnie zakłada wszystkie elementy garderoby (ocenie nie podlega zapinanie guzików, zamków i wiązanie butów)				
3.	Zapina guziki i zamki błyskawiczne				
4.	Wiąże buty				
5.	Spożywa posiłki z użyciem sztućców				
6.	Nakrywa do stołu i sprząta po posiłku				
7.	Uczestniczy w zabawach ruchowych: muzycznych, rytmicznych, naśladowczych itp.				
8.	Wykonuje różne formy ruchu: czworakuje, rzuca do celu, biega bez potrąceń, skacze obunóż i na jednej nodze				
9.	Komunikuje swoje potrzeby, prosi o pomoc, gdy jej potrzebuje				
10.	Samodzielnie wznosi budowle z klocków i innych dostępnych				

	materiałów w czasie wolnym i w toku zajęć kierowanych				
11.	Majsterkuje w czasie wolnym i w toku zajęć kierowanych, korzystając z prostych narzędzi				
12.	Sprząta zabawki po zakończonej zabawie				
13.	Sprawnie chwytą i pakują przedmioty; potrafi chwycić przedmioty jedną ręką i oburącz				
14.	Prawidłowo trzyma narzędzie piśmiennicze podczas rysowania, pierwszych prób pisania				
15.	Łapie rzuconą w jego kierunku piłkę				
16.	Rysuje po śladzie (Karta nr 1, Polecenie 1)				
17.	Rysuje według wzoru (Karta nr 1, Polecenie 2)				
18.	Przyjmuje właściwą pozycję podczas zajęć przy stoliku: opiera obie stopy o podłogę, ustawia krzesło równoległe do stołu, siedzi wyprostowane				
	<b>Suma:</b>				
	<b>Emocjonalny obszar rozwoju dziecka</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
19.	Rozpoznaje i nazywa podstawowe emocje, próbuje radzić sobie z ich przeżywaniem (Karta nr 2, Punkty 1a, 2a, 3a, 4a, 2c, 3c, 4c)				
20.	Klasyfikuje emocje na przyjemne i nieprzyjemne (Karta nr 2, Punkty 2b, 3b, 4b)				
21.	Wykazuje empatię w codziennych sytuacjach – pomaga, współczuje, gratuluje sukcesów, nie naśmiewa się z porażek innych				
22.	Kontroluje lęk adaptacyjny i strach przed zmianą otoczenia – np. przy zmianie sali, miejsca zabawy, przy udaniu się do grupy zbiorczej, przy obecności innego nauczyciela w zastępstwie				

23.	Kontroluje emocje towarzyszące rozstaniu z rodzicem				
24.	W naturalnych sytuacjach w czytelny sposób wyraża swoje emocje (radość, smutek, złość, strach)				
25.	Zapytane, potrafi powiedzieć, jak się czuje, jakie emocje mu towarzyszą				
26.	Cierpliwie czeka na swoją kolej				
27.	Czerpie radość ze spacerów, wycieczek, z kontaktu z naturą i jej walorów estetycznych				
28.	Wymienia, jak należy dbać o zwierzęta i uzasadnia swoją wypowiedź				
	<b>Suma:</b>				
	<b>Spółeczny obszar rozwoju dziecka</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
29.	Przejawia poczucie własnej wartości – odważnie podejmuje się nowych wyzwań, potrafi wymienić swoje mocne strony				
30.	Nawiązuje relacje z rówieśnikami, podejmuje się wspólnych zabaw				
31.	Bawi się zgodnie, w razie drobnych konfliktów potrafi dojść do kompromisu				
32.	Wymienia członków swojej rodziny, potrafi nazwać swoje role w rodzinie, np. syn, wnuk, kuzyn				
33.	Podaje swoje pełne dane: imię, nazwisko i adres zamieszkania				
34.	Używa zwrotów grzecznościowych podczas powitania i pożegnania				
35.	Używa zwrotów grzecznościowych w sytuacji wymagającej przeprosin, przyjęcia konsekwencji swojego zachowania				
36.	Wie, jakie zasady panują w jego grupie i przestrzega ich, współtworzy zasady w zabawach grupowych				
37.	Potrafi ocenić swoje działanie, odnosząc się do przyjętych zasad				
38.	Aktywnie współpracuje w trakcie zadań zespołowych				



39.	W trakcie odpoczynku dba o to, by nie przeszkadzać innym				
40.	Zwraca się do osób dorosłych, zachowując odpowiednią formę				
41.	Dostrzega potrzebę pomocy innym dzieciom i dorosłym, pomaga z własnej inicjatywy				
42.	Wie, czym jest szacunek i w jaki sposób można okazać go drugiej osobie				
43.	Wie, jak zachować się wobec hymnu narodowego i symboli narodowych				
44.	Obdarza uwagą dzieci i dorosłych, słucha tego, co do niego mówią, nawiązuje rozmowy				
45.	Komunikuje się z dziećmi oraz dorosłymi werbalnie i pozawerbalnie, potrafi wyrażać swoje oczekiwania				
46.	Wywiązuje się z wyznaczonych zadań, dyżurów				
	<b>Suma:</b>				
	<b>Poznawczy obszar rozwoju dziecka</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
47.	Tańczy i wykonuje improwizacje taneczne, odzwierciedla ruchem swoje rozumienie świata, zjawisk i rzeczy znajdujących się w jego otoczeniu				
48.	Wykonuje prace plastyczne na zadany temat				
49.	Podejmuje się zabaw parateatralnych, potrafi wyrazić mimiką, gestem i grą ciała określone emocje, rzeczy, zjawiska, sytuacje				
50.	Wykorzystuje zdobytą wiedzę do wykonania modelu lub konstrukcji				
51.	Mówi w sposób zrozumiały dla innych osób				
52.	Wypowiada się rytmicznie, płynnie, wyraźnie, odpowiednio głośno, poprawnie pod względem artykulatoryjnym				

53.	Wyróżnia głoski w nagłosie (Karta nr 3, Polecenie 1)				
54.	Wyróżnia głoski w wygłosie (Karta nr 3, Polecenie 2)				
55.	Rozróżnia elementy świata realnego od fikcyjnego (Karta nr 5)				
56.	Rozpoznaje litery drukowane (Karta nr 3, Polecenie 3a)				
57.	Odczytuje proste wyrazy (Karta nr 3, Polecenie 3b)				
58.	Rozwiązuje zagadki (Karta nr 4)				
59.	Układa historyjki obrazkowe				
60.	Wykonuje własne eksperymenty językowe i tworzy żarty językowe i sytuacyjne				
61.	Aktywnie uczestniczy w zajęciach umuzykalniających – śpiewa, słucha w skupieniu muzyki, dostrzega zmiany charakteru muzyki – dynamiki, tempa, wysokości dźwięków				
62.	Instrumentalizuje utwory, improwizuje muzycznie z wykorzystaniem dostępnych instrumentów, rozpoznaje poznane utwory – okazjonalne piosenki, hymn narodowy, hymn przedszkola				
63.	Odtwarza usłyszany rytm				
64.	Rysuje, maluje, podejmuje się eksperymentów graficznych z farbą, mazakiem, kredkami itp., potrafi nazwać to, co narysowało				
65.	Podpisuje prace swoim imieniem				
66.	Kreśli znaki na kartce papieru na podstawie gestu nauczyciela wykonanego w powietrzu – koło, prostokąt, trójkąt				
67.	Kreśli znaki graficzne i wybrane litery w liniaturze (Karta nr 6)				
68.	Określa kierunki na kartce papieru (Karta nr 6, Polecenie 2)				
69.	Odczytuje informacje przekazane w sposób symboliczny (Karta nr 6, Polecenie 3)				

70.	Wymienia nazwę swojego kraju, stolicy i miasta, w którym mieszka				
71.	Opisuje wygląd flagi i godła swojego kraju				
72.	Rozpoznaje hymn Polski				
73.	Rozpoznaje flagę Unii Europejskiej i wie, że Polska jest jej częścią (Karta nr 7)				
74.	Nazywa figury geometryczne (Karta nr 8, Polecenie 1)				
75.	Określa kierunki: nad, pod, obok, po lewej, po prawej (Karta nr 8, Polecenie 2)				
76.	Przelicza elementy i porównuje liczebność dwóch zbiorów (Karta nr 8, Polecenie 4)				
77.	Zna cyfry odpowiadające liczbom od 0 do 10 (Karta nr 8, Polecenie 3)				
78.	Kontynuuje dostrzeżone rytmy (Karta nr 9, Polecenie 1)				
79.	Zna liczebniki porządkowe (Karta nr 9, Polecenie 2)				
80.	Dokonuje pomiaru długości dwóch sznurków (odcinków) w dowolny sposób bez podpowiedzi nauczyciela (np. wykorzystując dłoń, stopę, but)				
81.	Wymienia nazwy dni tygodnia				
82.	Wie, jaki jest teraz miesiąc				
83.	Rozumie określenia czasu, tj. dzisiaj, wczoraj, jutro itp. – poprawnie odpowiada na pytania typu: Co było wczoraj na śniadanie? Jaki będzie jutro dzień tygodnia? Jakie zajęcia były dzisiaj rano?				
84.	Wymienia pory roku, rozpoczynając od bieżącej				
85.	Rozpoznaje modele monet i banknotów o niskich nominałach i porządkuje je na podstawie wartości				
86.	Posługuje się pojęciami dotyczącymi zjawisk przyrodniczych (Karta nr 9, Polecenie 3)				

87.	Podejmuje samodzielną aktywność poznawczą – konstruuje, eksperymentuje, poszukuje interesujących informacji w książkach				
88.	Wie, czym zajmują się jego rodzice				
89.	Wie, czym zajmują się osoby z jego otoczenia: lekarz, policjant, fryzjer, strażak, itp.				
90.	Wykonuje proste polecenia w języku obcym nowożytnym, np.: <i>stand up, sit down, turn around, jump, clap your hands, stamp your feet</i>				
91.	Jeśli dotyczy: reaguje na proste polecenia w języku mniejszości narodowej lub etnicznej				
92.	Jeśli dotyczy: reaguje na proste polecenia w języku regionalnym – kaszubskim				
	<b>Suma:</b>				

Dodatkowe spostrzeżenia dotyczące dziecka:

.....

.....

.....

Zajęcia dodatkowe, terapia specjalistyczna, którą objęte jest dziecko:

.....

.....

.....

### Jak korzystać z arkusza diagnostycznego?

Przygotowana diagnoza opiera się na obserwacji pedagogicznej poczynionej w toku codziennej aktywności podejmowanej przez dziecko w przedszkolu – zarówno podczas zajęć kierowanych, zabaw dowolnych na świeżym powietrzu, jak i w sali przedszkolnej. Obserwacja powinna być prowadzona ciągle, na początku roku szkolnego, a proponowane dziecku zadania rozłożone w czasie, tak aby dziecko podchodziło do nich chętnie, z własnej woli, z dobrym samopoczuciem.

Zadania wymagają różnorodnej aktywności dziecka – część odbywa się na drodze obserwacji bez jego bezpośredniego udziału, część dostarcza informacji na podstawie rozmowy z dzieckiem, pozostałe opierają się na działaniu dziecka polegającym m.in. na rozwiązywaniu kart pracy, wykonywaniu ćwiczeń ruchowych lub prac konstrukcyjnych i plastycznych.

Wiele obserwacji może i powinno być poczynionych w toku naturalnego rytmu dnia w przedszkolu – np. diagnoza obszaru fizycznego może odbywać się podczas porannych ćwiczeń gimnastycznych, a korzystanie ze sztućców i umiejętność nakrywania do stołu w trakcie jednego z posiłków.

## Przyjęta skala

Wykonywane przez dziecko zadanie należy oceniać zgodnie z przyjętą skalą:

0 – zadanie nie zostało wykonane; funkcja nie została jeszcze opanowana; opisywane zjawisko nie występuje;

1 – zadanie zostało wykonane na niskim poziomie, z licznymi błędami; funkcja jest we wczesnym etapie rozwoju – dziecko podejmuje pierwsze próby; opisywane zjawisko występuje rzadko;

2 – zadanie zostało wykonane z błędem lub wymagało kilku prób; funkcja jest jeszcze rozwijana i wymaga doskonalenia; opisywane zjawisko przeważnie występuje;

3 – zadanie zostało wykonane bezbłędnie; funkcja została w pełni opanowana; opisywane zjawisko występuje zawsze lub prawie zawsze.

Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania przez dziecko wynosi 276. Wynik określa się jako niski, przeciętny, dobry i bardzo dobry w zależności od punktów uzyskanych przez dziecko:

Wynik niski: 0–30 proc. (0–83 pkt)

Wynik przeciętny: 30–60 proc. (84–166 pkt)

Wynik dobry: 60–90 proc. (167–248 pkt)

Wynik bardzo dobry: 90–100 proc. (249–276 pkt)

## Jaki jest cel wykonywanej diagnozy?

Analiza wstępnej diagnozy gotowości szkolnej pozwala określić mocne i słabe strony dziecka i wyznaczyć kierunki pracy z dzieckiem – zarówno w celu rozwijania uzdolnień, jak i kompensowania braków, w toku pracy z dzieckiem w przedszkolu i działalności edukacyjnej rodziców. Uzyskane wyniki zestawione z diagnozą końcową roczną pozwalają również określić tempo rozwoju dziecka.

Stawiane dziecku wymagania określa podstawa programowa wychowania przedszkolnego, stanowiąca załącznik do *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej* (Dz. U. z 2017 r. poz. 356).

## Na co zwrócić uwagę podczas analizy wyników?

Cenną informację we wstępnej diagnozie stanowi nie tylko ogólny wynik, ale i rozkład punktów. Duże rozbieżności wskazują na elementy lub obszary, które powinny być objęte wsparciem ze strony nauczyciela lub specjalisty. Warto zwrócić uwagę również na mocne strony dziecka i zachęcić je do rozwijania swojego potencjału.

## Załączniki:

Karty nr 1–9

## A. 6.

### Arkusz końcowej diagnozy gotowości szkolnej

Lp.	Zadanie	0	1	2	3
	<i>Przykład: Wycina proste figury geometryczne</i>			✓	
	<i>Przykład: Podaje swoje imię i nazwisko oraz adres</i>	✓			
	<i>Przykład: Przelicza poprawnie w zakresie 10</i>			✓	
	<i>Przykład – suma:</i>	$(1 \times 0 =) 0$		$(2 \times 2 =) 4$	
	<b>Fizyczny obszar rozwoju dziecka</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1.	Zgłasza potrzeby fizjologiczne, samodzielnie korzysta z łazienki, pamiętając o myciu rąk; korzysta w razie potrzeby z chusteczek higienicznych				
2.	Samodzielnie zakłada wszystkie elementy garderoby (ocenie nie podlegają zapinanie guzików, zamków i wiązanie butów)				
3.	Zapina guziki i zamki błyskawiczne				
4.	Wiąże buty				
5.	Spożywa posiłki z użyciem sztućców				
6.	Nakrywa do stołu i sprząta po posiłku				
7.	Uczestniczy w zabawach ruchowych: muzycznych, rytmicznych, naśladowczych itp.				
8.	Wykonuje różne formy ruchu: czworakuje, rzuca do celu, biega bez potrąceń, skacze obunóż i na jednej nodze				
9.	Komunikuje swoje potrzeby, prosi o pomoc, gdy jej potrzebuje				
10.	Samodzielnie wznosi budowle z klocków i innych dostępnych materiałów w czasie wolnym i w toku zajęć kierowanych				
11.	Majsterkuje w czasie wolnym i w toku zajęć kierowanych, korzystając z prostych narzędzi				
12.	Sprząta zabawki po zakończonej zabawie				
13.	Sprawnie chwytą i pakują przedmioty; potrafi chwycić przedmioty jedną ręką i oburącz				
14.	Prawidłowo trzyma narzędzie piśmiennicze podczas rysowania, pierwszych prób pisania				
15.	Łapie rzuconą w jego kierunku piłkę				
16.	Rysuje po śladzie (Karta nr 1, Polecenie 1)				
17.	Rysuje wg wzoru (Karta nr 1, Polecenie 2)				
18.	Przyjmuje właściwą pozycję podczas zajęć przy stoliku: opiera obie stopy o podłoże, ustawia krzesło równolegle do stołu, siedzi wyprostowane				
	<b>Suma:</b>				
	<b>Emocjonalny obszar rozwoju dziecka</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
19.	Rozpoznaje i nazywa podstawowe emocje, próbuje radzić sobie z ich przeżywaniem (Karta nr 2, Pkt 1a, 2a, 3a, 4a, 2c, 3c, 4c)				

20.	Klasyfikuje emocje na przyjemne i nieprzyjemne (Karta nr 2, Pkt 2b, 3b, 4b)				
21.	Wykazuje empatię w codziennych sytuacjach – pomaga, współczuje, gratuluje sukcesów, nie naśmiewa się z porażek innych				
22.	Kontroluje lęk adaptacyjny i strach przed zmianą otoczenia – np. przy zmianie sali, miejsca zabawy, przy udaniu się do grupy zbiorczej, przy obecności innego nauczyciela w zastępstwie				
23.	Kontroluje emocje towarzyszące rozstaniu z rodzicem				
24.	W naturalnych sytuacjach w czytelny sposób wyraża swoje emocje (radość, smutek, złość, strach)				
25.	Zapytane, potrafi powiedzieć, jak się czuje, jakie emocje mu towarzyszą				
26.	Cierpliwie czeka na swoją kolej				
27.	Czerpie radość ze spacerów, wycieczek, z kontaktu z przyrodą i jej walorów estetycznych				
28.	Wymienia, jak należy dbać o zwierzęta i uzasadnia swoją wypowiedź				
	<b>Suma:</b>				
	<b>Spółeczny obszar rozwoju dziecka</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
29.	Przejawia poczucie własnej wartości – odważnie podejmuje się nowych wyzwań, potrafi wymienić swoje mocne strony				
30.	Nawiązuje relacje z rówieśnikami, podejmuje się wspólnych zabaw				
31.	Bawi się zgodnie, w razie drobnych konfliktów potrafi dojść do kompromisu				
32.	Wymienia członków swojej rodziny, potrafi nazwać swoje role w rodzinie, np. syn, wnuk, kuzyn				
33.	Podaje swoje pełne dane: imię, nazwisko i adres zamieszkania				
34.	Używa zwrotów grzecznościowych podczas powitania i pożegnania				
35.	Używa zwrotów grzecznościowych w sytuacji wymagającej przeprosin, przyjęcia konsekwencji swojego zachowania				
36.	Wie, jakie zasady panują w jego grupie i przestrzega ich, współtworzy zasady w zabawach grupowych				
37.	Potrafi ocenić swoje działanie, odnosząc się do przyjętych zasad				
38.	Aktywnie współpracuje w trakcie zadań zespołowych				
39.	W trakcie odpoczynku dba o to, by nie przeszkadzać innym				
40.	Zwraca się do osób dorosłych, zachowując odpowiednią formę				
41.	Dostrzega potrzebę pomocy innym dzieciom i dorosłym, pomaga z własnej inicjatywy				
42.	Wie, czym jest szacunek i w jaki sposób można okazać go drugiej osobie				

43.	Wie, jak zachować się wobec hymnu narodowego i symboli narodowych				
44.	Obdarza uwagę dzieci i dorosłych, słucha tego, co do niego mówią, nawiązuje rozmowy				
45.	Komunikuje się z dziećmi oraz dorosłymi werbalnie i pozawerbalnie, potrafi wyrażać swoje oczekiwania				
46.	Wywiązuje się z wyznaczonych zadań, dyżurów				
	<b>Suma:</b>				
	<b>Poznawczy obszar rozwoju dziecka</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
47.	Tańczy i wykonuje improwizacje tanecznie, odzwierciedla ruchem swoje rozumienie świata, zjawisk i rzeczy znajdujących się w jego otoczeniu				
48.	Wykonuje prace plastyczne na zadany temat				
49.	Podejmuje się zabaw parateatralnych, potrafi wyrazić mimiką, gestem i grą ciała określone emocje, rzeczy, zjawiska, sytuacje				
50.	Wykorzystuje zdobytą wiedzę do wykonania modelu lub konstrukcji				
51.	Mówi w sposób zrozumiały dla innych osób				
52.	Wypowiada się rytmicznie, płynnie, wyraźnie, odpowiednio głośno, poprawnie pod względem artykulacyjnym				
53.	Wyróżnia głoski w nagłosie (Karta nr 3, Polecenie 1)				
54.	Wyróżnia głoski w wygłosie (Karta nr 3, Polecenie 2)				
55.	Wyciąga logiczne wnioski (Karta nr 5)				
56.	Rozpoznaje litery drukowane (Karta 3, Polecenie 3a)				
57.	Odczytuje proste wyrazy (Karta nr 3, Polecenie 3b)				
58.	Rozwiązuje zagadki (Karta nr 4)				
59.	Układa historyjki obrazkowe				
60.	Wykonuje własne eksperymenty językowe i tworzy żarty językowe i sytuacyjne				
61.	Aktywnie uczestniczy w zajęciach umuzykalniających – śpiewa, słucha w skupieniu muzyki, dostrzega zmiany charakteru muzyki – dynamiki, tempa, wysokości dźwięków				
62.	Instrumentalizuje utwory, improwizuje muzycznie z wykorzystaniem dostępnych instrumentów, rozpoznaje poznane utwory – okazjonalne piosenki, hymn narodowy, hymn przedszkola				
63.	Odtwarza usłyszany rytm				
64.	Rysuje, maluje, podejmuje się eksperymentów graficznych z farbą, mazakiem, kredkami itp., potrafi nazwać to, co narysowało				
65.	Podpisuje prace swoim imieniem				
66.	Kreśli znaki na kartce papieru na podstawie gestu nauczyciela wykonanego w powietrzu – koło, prostokąt, trójkąt				



67.	Kreśli znaki graficzne i wybrane litery w linaturze (Karta nr 6)				
68.	Określa kierunki na kartce papieru (Karta nr 6, Polecenie 2)				
69.	Odczytuje informacje przekazane w sposób symboliczny (Karta nr 6, Polecenie 3)				
70.	Wymienia nazwę swojego kraju, stolicy i miasta, w którym mieszka				
71.	Opisuje wygląd flagi i godła swojego kraju				
72.	Rozpoznaje hymn Polski				
73.	Rozpoznaje flagę Unii Europejskiej i wie, że Polska jest jej częścią (Karta nr 7)				
74.	Nazywa figury geometryczne (Karta nr 8, Polecenie 1)				
75.	Określa kierunki: nad, pod, obok, po lewej, po prawej (Karta nr 8, Polecenie 2)				
76.	Przelicza elementy i porównuje liczebność dwóch zbiorów (Karta nr 8, Polecenie 4)				
77.	Zna cyfry odpowiadające liczbom od 0 do 10 (Karta nr 8, Polecenie 3)				
78.	Kontynuuje dostrzeżone rytmy (Karta nr 9, Polecenie 1)				
79.	Zna liczebniki porządkowe (Karta nr 9, Polecenie 2)				
80.	Dokonuje pomiaru długości dwóch sznurków (odcinków) w dowolny sposób bez podpowiedzi nauczyciela (np. wykorzystując dłoń, stopę, but itp.)				
81.	Wymienia nazwy dni tygodnia				
82.	Wie, jaki jest teraz miesiąc				
83.	Rozumie określenia czasu, tj. dzisiaj, wczoraj, jutro itp. – poprawnie odpowiada na pytania typu: Co było wczoraj na śniadanie? Jaki będzie jutro dzień tygodnia? Jakie zajęcia były dzisiaj rano?				
84.	Wymienia pory roku, rozpoczynając od bieżącej				
85.	Rozpoznaje modele monet i banknotów o niskich nominałach i porządkuje je na podstawie wartości				
86.	Posługuje się pojęciami dotyczącymi zjawisk przyrodniczych (Karta nr 9, Polecenie 3)				
87.	Podjmuje samodzielną aktywność poznawczą – konstruuje, eksperymentuje, poszukuje interesujących informacji w książkach				
88.	Wie, czym zajmują się jego rodzice				
89.	Wie, czym zajmują się osoby z jego otoczenia: lekarz, policjant, fryzjer, strażak itp.				
90.	Wykonuje proste polecenia w języku obcym nowożytnym, np.: <i>stand up, sit down, turn around, jump, clap your hands, stamp your feet</i>				
91.	Jeśli dotyczy: reaguje na proste polecenia w języku mniejszości narodowej lub etnicznej				
92.	Jeśli dotyczy: reaguje na proste polecenia w języku regionalnym – kaszubskim				
<b>Suma:</b>					

Dodatkowe spostrzeżenia dotyczące dziecka:

.....  
.....  
.....

Zajęcia dodatkowe, terapia specjalistyczna, którą objęte jest dziecko:

.....  
.....  
.....

### **Jak korzystać z arkusza diagnostycznego?**

Przygotowana diagnoza opiera się na obserwacji pedagogicznej poczynionej w toku codziennej aktywności podejmowanej przez dziecko w przedszkolu – zarówno podczas zajęć kierowanych, zabaw dowolnych na świeżym powietrzu, jak i w sali przedszkolnej. Obserwacja powinna być prowadzona ciągle, na przestrzeni całego roku szkolnego, a proponowane dziecku zadania rozłożone w czasie, tak by dziecko podchodziło do nich chętnie, z własnej woli, z dobrym samopoczuciem.

Zadania wymagają różnorodnej aktywności dziecka – część odbywa się na drodze obserwacji bez jego bezpośredniego udziału, część dostarcza informacji na drodze rozmowy z dzieckiem, pozostałe opierają się na działaniu dziecka polegającym m.in. na rozwiązywaniu kart pracy, wykonywaniu ćwiczeń ruchowych lub prac konstrukcyjnych i plastycznych.

Wiele obserwacji może i powinno być poczynionych w toku naturalnego rytmu dnia w przedszkolu – np. diagnoza obszaru fizycznego może odbywać się podczas porannych ćwiczeń gimnastycznych, a korzystanie ze sztuców i umiejętność nakrywania do stołu w trakcie jednego z posiłków.

### **Przyjęta skala**

Wykonywane przez dziecko zadanie należy oceniać zgodnie z przyjętą skalą:

- 0 – zadanie nie zostało wykonane; funkcja nie została jeszcze opanowana; opisywane zjawisko nie występuje;
- 1 – zadanie zostało wykonane na niskim poziomie, z licznymi błędami; funkcja jest we wczesnym etapie rozwoju – dziecko podejmuje pierwsze próby; opisywane zjawisko występuje rzadko;
- 2 – zadanie zostało wykonane z błędem lub wymagało kilku prób; funkcja jest jeszcze rozwijana i wymaga doskonalenia; opisywane zjawisko przeważnie występuje;
- 3 – zadanie wykonane bezbłędnie; funkcja została w pełni opanowana; opisywane zjawisko występuje zawsze lub prawie zawsze.

Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania przez dziecko wynosi 27. Wynik określa się jako niski, przeciętny, dobry i bardzo dobry w zależności od punktów uzyskanych przez dziecko:

- wynik niski: 0–30 proc. (0–83 pkt),
- wynik przeciętny: 30–60 proc. (84–166 pkt),
- wynik dobry: 60–90 proc. (167–248 pkt),
- wynik bardzo dobry: 90–100 proc. (249–276 pkt).

### **Jaki jest cel wykonywanej diagnozy?**

Analiza końcowej diagnozy gotowości szkolnej pozwala określić mocne i słabe strony dziecka i wyznaczyć kierunki pracy z nim – zarówno w celu rozwijania uzdolnień, jak i kompensowania braków, w toku końcoworocznej pracy z dzieckiem w przedszkolu i działalności edukacyjnej rodziców przed rozpoczęciem szkoły. Uzyskane wyniki zestawione z diagnozą wstępną pozwalają również określić tempo rozwoju dziecka.

Stawiane dziecku wymagania określa Podstawa Programowa Wychowania Przedszkolnego, stanowiąca załącznik do *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej* (Dz. U. z 2017 r. poz. 356).

### **Na co zwrócić uwagę podczas analizy wyników?**

Cenną informację w końcowej diagnozie stanowi nie tylko ogólny wynik, ale i rozkład punktów. Duże rozbieżności wskazują na elementy lub obszary, które powinny być objęte wsparciem ze strony nauczyciela lub specjalisty.

Warto zwrócić uwagę również na mocne strony dziecka i zachęcić je do rozwijania swojego potencjału.

Załączniki:

Karty nr 1–9

## A. 7.

### Centrum Usług Medycznych

#### ANKIETA

#### ***Ocena poziomu spełnienia oczekiwań Pacjentów***

*Szanowni Państwo*

*Świadomość faktu, że każdy nasz Pacjent przychodzi do gabinetów specjalistycznych z określonymi oczekiwaniami i nadziejami na skuteczną pomoc oraz chęć do ustawicznego podnoszenia jakości naszej oferty i poziomu usług medycznych poprzez trafną diagnozę, efektywną terapię, sprawną organizację administracji, wysoką kulturę – etyczność personelu, skłaniają nas do podejmowania skrupulatnych badań sondażowo-diagnostycznych, których istotnym elementem jest poznanie Państwa opinii na temat funkcjonowania m.in. zespołu gabinetów fizjoterapii. Niniejsza ankieta jest w całości anonimowa, a jej wyniki posłużą wyłącznie do celów wewnętrznych Centrum. Z racji doniosłej rangi Państwa opinii, uprzejmie prosimy o rzetelne, kompletne udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania, za co z góry serdecznie dziękujemy.*

*dr Grzegorz Błażejewski*

Uwaga: wybrane odpowiedzi proszę zaznaczać x w kratkach z lewej strony tekstu lub wpisywać w wykropkowane miejsca

#### **METRYCZKA**

##### **1. Płeć:**

- ☐ - kobieta
- ☐ - mężczyzna

##### **2. Wiek:**

- ☐ - do lat 18
- ☐ - od 19–35 lat
- ☐ - od 36–60 lat
- ☐ - powyżej 60 lat

##### **3. Częstotliwość korzystania z usług gabinetów fizjoterapii:**

- ☐ - regularnie – kilka razy w miesiącu
- ☐ - regularnie – kilka razy na kwartał
- ☐ - regularnie – kilka razy w roku
- ☐ - nieregularnie (sporadycznie)

##### **4. Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności:**

- ☐ - 1 stopnia      ☐ - 2 stopnia      ☐ - 3 stopnia
- ☐ - nie posiada orzeczenia

#### **PYTANIA WŁAŚCIWE**

**Proszę ocenić w jakim stopniu spełnia Pani/Pana oczekiwania:**

<p>1. <i>Funkcjonowanie rejestracji pacjentów na konsultacje i zabiegi fizjoterapeutyczne</i></p> <p><input type="checkbox"/> w pełni zadowolającym</p> <p><input type="checkbox"/> do przyjęcia, ale mogło by być lepiej</p> <p><input type="checkbox"/> częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....</p> <p><input type="checkbox"/> nie potrafię ocenić</p>
<p>2. <i>Poziom i rzetelność informacji udzielanej Pacjentom przez personel administracyjny i medyczny</i></p> <p><input type="checkbox"/> w pełni zadowolającym</p> <p><input type="checkbox"/> do przyjęcia, ale mogło by być lepiej</p> <p><input type="checkbox"/> częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....</p> <p><input type="checkbox"/> nie potrafię ocenić</p>
<p>3. <i>Lokalizacja gabinetów (m.in. komunikacja między nimi) w budynku</i></p> <p><input type="checkbox"/> w pełni zadowolającym</p> <p><input type="checkbox"/> do przyjęcia, ale mogło by być lepiej</p> <p><input type="checkbox"/> częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....</p> <p><input type="checkbox"/> nie potrafię ocenić</p>
<p>4. <i>Punktualność – czas oczekiwania na rozpoczęcie zabiegów (w uzgodnionym terminie)</i></p> <p><input type="checkbox"/> w pełni zadowolającym</p> <p><input type="checkbox"/> do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej</p> <p><input type="checkbox"/> częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....</p> <p><input type="checkbox"/> nie potrafię ocenić</p>
<p>5. <i>Czas pomiędzy zgłoszeniem się do rejestracji a otrzymanym terminem rozpoczęcia zabiegów terapeutycznych</i></p> <p><input type="checkbox"/> w pełni zadowolającym</p> <p><input type="checkbox"/> do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej</p> <p><input type="checkbox"/> częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....</p> <p><input type="checkbox"/> nie potrafię ocenić</p>
<p>6. <i>Wyposażenie gabinetów zabiegowych – ich funkcjonalność</i></p> <p><input type="checkbox"/> w pełni zadowolającym</p> <p><input type="checkbox"/> do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej</p>

- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

7. *Ochrony prywatności i intymności Pacjenta podczas zabiegów i konsultacji*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

8. *Wypożyczenie i estetyka pomieszczeń sanitarnych*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

9. *Wypożyczenie i estetyka pomieszczeń poczekalni i szatni dla Pacjentów*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

10. *Informacja na tablicach podświetlanych i drzwiach gabinetów*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

11. *Udogodnienia dla osób z niepełnosprawnością ruchową (seniorów, inwalidów)*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

12. *Udogodnienia dla osób z małymi dziećmi*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej

- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

*13. Kompetencje i profesjonalizm fizjoterapeutów*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

*14. Kulturę osobistą fizjoterapeutów w kontaktach z Pacjentami*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

*15. Życzliwość i cierpliwość fizjoterapeutów, wyrozumiałość dla pacjentów*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

*16. Stosowania najnowszych osiągnięć nauk medycznych (leków, metod, sprzętu) w terapii*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

*17. Skuteczność wykonywanych zabiegów*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

*18. Skuteczność udzielanych porad i wskazówek*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej

- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

*19. Gotowość fizjoterapeutów do wsłuchiwania się i reagowania na uwagi i postulaty Pacjentów*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

*20. Jakość wsparcia psychicznego otrzymywanego od fizjoterapeutów w trakcie terapii i konsultacji*

- ☐ w pełni zadowolającym
- ☐ do przyjęcia, ale mogłoby być lepiej
- ☐ częściowym – konieczne są niezbędne zmiany (proszę krótko opisać, co należy zmienić, poprawić): .....
- ☐ nie potrafię ocenić

*Dziękujemy za poświęcony czas i rzetelne wypełnienie kwestionariusza ankiety*



**dr hab. Krzysztof Rejman, prof. nadzw. Politechniki Rzeszowskiej**



Socjolog, autor i współautor licznych publikacji naukowych w wydawnictwach krajowych i zagranicznych. Redaktor i współredaktor naukowy wielu wydawnictw z zakresu nauk społecznych, między innymi: „Charity, Philanthropy and Social Work”, *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny* czy „Edukacja. Terapia. Opieka”. Uczestnik wielu zagranicznych staży naukowych oraz projektów badawczych. Czynnie uczestniczył w licznych seminariach i konferencjach naukowych – krajowych i zagranicznych. Tematyka naukowa, jaką się zajmuje, w dużej mierze dotyczy

sytuacji osób niepełnosprawnych we współczesnym społeczeństwie, polityki senioralnej oraz organizacji i zarządzania instytucjami pomocowymi.

Za działalność na rzecz środowiska lokalnego, zaangażowanie w wychowanie młodzieży oraz pracę naukowo-dydaktyczną i organizacyjną został w 2017 roku uhonorowany Nagrodą Burmistrza Miasta Jarosławia „Jarosław 2017”. Został również odznaczony Medalem Komisji Edukacji Narodowej.

**dr Grzegorz Błażejewski**



Doktor nauk o kulturze fizycznej, fizjoterapeuta z wieloletnim doświadczeniem. Od 2016 roku pracuje na stanowisku adiunkta w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego oraz na stanowisku fizjoterapeuty w Gminnym Centrum Medycznym w Lisiej Górze. Absolwent Akademii Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach. Ukończył studia podyplomowe na Wydziale Pedagogiczno-Artystycznym Uniwersytetu Rzeszowskiego – przygotowujące do wykonywania zawodu nauczyciela przedmiotów zawodowych oraz studia podyplomowe z zakresu zarządzania w służbie

zdrowia. Jest członkiem Stowarzyszenia naukowego Idokan Polska/Idokan Poland Association zajmującego się praktyką i teorią sztuk walki oraz sportów walki. Uczestnik konferencji naukowych o zasięgu międzynarodowym oraz ogólnopolskim.

Działalność naukowo-badawczą prowadzi w dziedzinie jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo oraz ich uczestnictwa w kulturze fizycznej – poprzez rehabilitację, rekreację, sport i turystykę. Interesuje się zagadnieniami edukacji zdrowotnej, fizjoterapii i promowania zdrowia, kultury fizycznej w różnych środowiskach społecznych w aspekcie uszkodzeń narządu ruchu. Autor publikacji naukowych z tej dziedziny.