

*Teresa Oleńska-Pawlak*

## **Rzeczywiste i postulowane warunki psychopedagogicznego oddziaływania na dzieci i młodzież z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego**

### **Uwagi wstępne**

Na przestrzeni lat, w miarę zdobywania doświadczeń w niesieniu pomocy dzieciom z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego (m.p.dz.) i ich rodzinom, zakres tej pomocy rozszerzył się – powstała koncepcja wieloprofilowego usprawnienia.

Wprowadzona koncepcja ma na celu integrację w jeden proces wielopłaszczyznowych działań usprawniających, obejmujących wszystkie sfery i procesy (neurologiczne, emocjonalne, motoryczne, percepcyjne, intelektualne, społeczne) w rozwoju dziecka z m.p.dz. Wynika z tego konieczność interdyscyplinarnej opieki lekarskiej, rehabilitacyjnej, psychologicznej, logopedycznej, pedagogicznej i socjalnej nad dzieckiem niepełnosprawnym i jego rodziną. O tak rozumianą wieloprofilowość pracy rewalidacyjnej występowali od lat m.in. J. Czochońska, Z. Łosiowski (1985).

Wraz ze wzrostem zainteresowania i realizacją koncepcji integracji dzieci niepełnosprawnych ze środowiskiem placówek oświaty masowej, problemy dzieci z m.p.dz. i ich rodzin stały się przedmiotem coraz liczniejszych publikacji, a przede wszystkim rozwiązań prawnych, m.in. w oświacie (Zarządzenie MEN nr 15, nr 29, nr 30 z 1993 roku).

W literaturze przedmiotu coraz liczniejsze są prace ukazujące obraz kliniczny tego zespołu chorobowego, konsekwencje schorzenia dla rozwoju i funkcjonowania fizycznego oraz psychospołecznego jednostki z m.p.dz., efektywność poszczególnych metod usprawniania psychoruchowego.

Jednak zdecydowanie mało jest publikacji dotyczących poszukiwań i propozycji rozwiązań w praktyce instytucjonalnych placówek koncepcji wieloprofilowego usprawniania dzieci, profesjonalnej współpracy specjalistów między sobą i z rodzinami jednostek z m.p.dz. Lukę tę zaczęło wypełniać czasopismo „Wspólna Troska”, kwartalnik poświęcony problemom dzieci i młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. Niestety mimo dużego zainteresowania pedagogów, studentów i rodziców dzieci niepełnosprawnych periodyk ten przestał być wydawany.

Obserwacja praktyki oświatowej oraz przeprowadzone w latach 1986–1996 badania pozwoliły na stwierdzenie, iż jednostki z m.p.dz. stanowią bardzo trudny i w dalszym ciągu niedostatecznie rozwiązany problem w państwowej oświacie i służbie zdrowia. Brakuje wystarczająco skutecznych, dostosowanych do potrzeb tych jednostek rozwiązań organizacyjno-programowych w placówkach opiekujących się dziećmi z dysfunkcjami narządu ruchu, brakuje rozwiązań, które zapewniłyby dziecku autentycznie wieloprofilowy, systemowo i systematycznie realizowany proces usprawnienia.

Celem opracowania jest ukazanie utrudnień w wieloprofilowym usprawnieniu dzieci z m.p.dz. oraz propozycja modyfikacji funkcji i metodyki opieki psychopedagogicznej.

Przedmiotem badań było 18 placówek, w tym 12 szkół masowych, 2 specjalistyczne ośrodki dziennego pobytu, 4 ośrodki leczniczo-wychowawcze. Badaniami objęto łącznie 69 dzieci z m.p.dz. nie tylko różniących się wiekiem (od 5 r.ż. do 18 r.ż.), ale także postacią m.p.dz. Jedynie dwa elementy mało różnicowały badaną populację – 88,4% (61) dzieci było w normie intelektualnej oraz zdecydowana większość badanych rodzin – 84,0% (58) była zatroskana o losy dziecka i chętna do współpracy.

Podmiotem badań byli również nauczyciele i wychowawcy (41), dyrektorzy, pedagodzy szkolni (20), psychologdy (6) oraz rodzice (36).

Jak stwierdzają lekarze specjaliści zajmujący się m.p.dz., schorzenie to nie stanowi jednorodnego zespołu chorobowego ze względu na etiologię, symptomatologię czy współwystępujące objawy uszkodzenia o.u.n. M.p.dz. definiowane jest jako zaburzenie czynności ruchowych i postawy będące następstwem uszkodzenia mózgu we wczesnym okresie jego rozwoju (J. Czochańska, Z. Łosiowski 1985). W literaturze medycznej wyróżnia się kilka postaci klinicznych m.p.dz., przy czym każda z nich różni się stopniem nasilenia współwystępujących zaburzeń w rozwoju sfery instrumentalnej i sfery emocjonalno-społecznej.

Przyjęcie nazwy zespół m.p.dz. jest dlatego słuszne – zdaniem J. Serejskiego i Z. Łosiowskiego (*Słowo wstępne* 1985) – gdyż łączenie tak różnych zaburzeń wskazuje wspólne problemy terapeutyczne, wychowawczo-opiekuńcze i socjalne dzieci. Te wspólne problemy tworzą także jednolitą podstawę i wspólne elementy w wieloprofilowym usprawnianiu, bez względu na formę opieki instytucjonalnej. Stąd uzyskany z różnych środowisk materiał empiryczny przedstawiony zostanie

w kontekście rzeczywistych i postulowanych oddziaływań odnoszących się do takich zagadnień, jak:

I – forma i zakres diagnozy opisowej dziecka z m.p.dz.,

II – planowanie i ocena efektywności podejmowanych oddziaływań.

Jeśli zważymy, że zaburzenia te występują u dzieci mających swoje specyficzne cechy osobowościowe (temperament, charakter, zainteresowania), ponadto wychowywane są w rozmaitych warunkach socjalno-kulturowych, to wielkiego znaczenia w wieloprofilowym usprawnianiu nabiera forma i zakres opieki psychologiczno-pedagogicznej.

## Wyniki badań i dyskusja

I. Punktem wyjścia i odniesienia w każdej specjalistycznej działalności na rzecz jednostki, zwłaszcza dziecka niepełnosprawnego, jest diagnoza interdyscyplinarna i wieloaspektowa o charakterze idiograficznym. Szczególne znaczenie dla specjalistów terapeutów zajmujących się dzieckiem z m.p.dz. winna mieć diagnoza psychologiczno-pedagogiczna obejmująca sferę emocjonalną i instrumentalną osobowości dziecka niepełnosprawnego. Jej wieloaspektowość winna wynikać z uwzględnienia etapów diagnoz cząstkowych.

Analiza dokumentacji dzieci i dokumentacji badanych placówek w aspekcie formy i zakresu tak rozumianej diagnozy wykazała bardzo niekorzystną sytuację.

- Tylko wobec 4 dzieci, co stanowi 5,8%, na przestrzeni lat ich życia i leczenia, przeprowadzono interdyscyplinarną i wieloaspektową diagnozę, która była także weryfikowana.
- Wszystkie dzieci były badane psychologicznie, przy czym zdecydowana większość 69,5% (48) tylko jeden raz.
- Najczęściej informacje o rozwoju psychicznym dzieci miały formę: „Orzeczenia...”, „Opinii... psychologicznej”, „Wyników... badań psychologicznych”. W całej badanej populacji analizie poddano łącznie 41 tego rodzaju dokumentów. W odniesieniu do 28 dzieci, co stanowiło 40,1% badanej populacji, na wspomniane formy dokumentu nie natrafiono.
- Brak diagnozy opisowej psychologicznej i pedagogicznej u dzieci rozpoczynających leczenie w ośrodku leczniczo-wychowawczym wskazywało 81,9% pedagogów.
- Zawarte w tych dokumentach informacje o dziecku z m.p.dz. (gdyż trudno nazwać je diagnozami w specjalistycznym rozumieniu tego pojęcia) w 90,2% były niezwykle ogólnikowe, fragmentaryczne.

W dokumentacji zatytułowanej „Opinia...” czy też „Wyniki badań...” uderzał chaos w opisywanych procesach i funkcjach osobowości dziecka, a także mało przejrzysta szata graficzna.

W przypadku większości dzieci informacje zawarte w analizowanych dokumentach psychologicznych odnosiły się głównie – 60,9% (25) bądź wyłącznie – 39,0% (16) – do procesów intelektualnych.

Zwraca uwagę fragmentaryczność informacji o poziomie funkcjonowania procesów intelektualnych, sprowadzona najczęściej do podania psychometrycznego poziomu rozwoju umysłowego (I.I), w określeniu przymiotnikowym, bez uwzględniania poziomu skali werbalnej i niewerbalnej, tak niezwykle istotnej w określaniu kierunku i intensyfikacji oraz zakresu pracy rewalidacyjnej wobec jednostki z m.p.dz.

W dokumentacji 73,2% dzieci brakowało także podstawowych informacji o poziomie funkcjonowania takich wskaźników procesu intelektualnego, jak: pamięć, uwaga, koncentracja.

Poziom rozwoju funkcji percepcyjnych był określony jedynie u 31,7% badanych (13) dzieci.

Informacje o funkcjonowaniu sfery emocjonalnej dziecka z m.p.dz. zamieszczono tylko w 4 (9,7%) analizowanych dokumentach psychologicznych.

- Znacznie gorzej przedstawia się forma i zakres diagnozy pedagogicznej, której właściwie nie było, gdyż informacje o cyfrowych ocenach szkolnych, przekazywanych przez pedagogów, czy nieliczne „charakterystyki ucznia” (w ośmiu przypadkach) trudno nazwać diagnozą pedagogiczną.
- „Orzeczenie...” jako bardzo istotny dokument, kwalifikujący dziecko z m.p.dz. do danej formy edukacji, ma w swoim założeniu równocześnie merytoryczną wartość dla specjalistów, którzy winni zająć się usprawnianiem i edukacją ucznia. Podkreśla ten fakt układ haseł wskazujących na interdyscyplinarność diagnozy poziomu rozwoju dziecka.

W analizowanych dokumentach „Orzeczeń...” diagnoza medyczna ograniczała się do rodzaju schorzenia napisanego po łacinie; diagnoza psychologiczna stwierdzała głównie poziom rozwoju intelektualnego, rzadziej poziom poszczególnych procesów percepcyjno-motorycznych. Diagnozy pedagogicznej w „Orzeczeniu...” w zdecydowanej większości przypadków nie było.

- Tak istotne dla procesu rewalidacji wnioski i wskazania do pracy z dzieckiem miały ogólnikowy charakter, a nawet w 40,2% analizowanej dokumentacji w ogóle ich nie było.
- Spośród badanych pedagogów (61) zdecydowana większość – 93,4% (57) wyraziła swoje niezadowolenie z treści informacji o dziecku zawartych w dokumentacji psychologicznej. W dużej mierze zgłaszali oni małą przydatność tych opinii i wskazówek do pracy z dzieckiem.

Odnotować należy także wypowiedzi 52,4% (32) pedagogów stwierdzające nieadekwatność opinii psychologicznej o dziecku w powiązaniu z jego możliwościami, obserwowanymi przez nauczycieli i wychowawców.

W odniesieniu do 21 uczniów szkół masowych<sup>1</sup> leczonych ambulatoryjnie (była to osobna grupa w referowanych badaniach) wszyscy badani nauczyciele dysponowali bardzo skąpyimi informacjami o poziomie rozwoju i pożądanym kierunku oddziaływań na dziecko.

- W grupie tej tylko 42,8% dzieci zostało zdiagnozowanych przez psychologa i pedagoga przed 6 r.ż., przy czym 85,7% chorowało od okresu niemowlęcego.
- Ponad 38% dzieci zdiagnozowano pod koniec II, a nawet III klasy, a inicjatorami byli nauczyciele obserwujący narastające trudności dydaktyczne, jakie doznawało dziecko.
- Nauczyciele prowadzący nauczanie indywidualne, czy realizujący godziny przeznaczone na rewalidację indywidualną dziecka z m.p.dz. (każde z nich miało zapewnioną tę formę pomocy) nie dość, że nie mieli elementarnego przygotowania z pedagogiki specjalnej, to również nie otrzymali żadnych (wobec 61,9% dzieci), bądź dostatecznie wyczerpujących informacji (wobec 31% dzieci) o postępowaniu rewalidacyjnym.
- Badania socjometryczne, przeprowadzone w klasach, w których uczyły się dzieci z m.p.dz. wykazały, że 90,4% z nich zajmuje niskie i bardzo niskie pozycje socjometryczne. Liczba wyborów pozytywnych w przypadku dzieci z m.p.dz. wynosiła 0 do 2,1%. Należy zaznaczyć, że o ile wśród dzieci młodszych, szczególnie z kl. II-IV, wystąpiła zdecydowanie bardziej pozytywna postawa wobec niepełnosprawnych kolegów (inspirowana przez nauczycieli), to młodzież licealna wykazywała postawę obojętną, a nawet wrogą.

Stwierdzony stan rzeczy należy uznać za bardzo niekorzystny i groźny w konsekwencjach dla dzieci z m.p.dz. – uczniów szkół masowych. Stąd tak cennym rozwiązaniem są coraz liczniej powstające klasy integracyjne w szkołach masowych.

W przypadku dzieci leczonych w ośrodkach specjalistycznych systemem turnusowym nauczyciele i wychowawcy stwierdzili:

- zdecydowany brak współpracy z psychologami i wspólnie wypracowywanych opinii o dziecku – 85,2% (52) wypowiedzi pedagogów;
- brak przydatnych, ukierunkowujących pracę pedagogiczną wiadomości o rozwoju i możliwościach dziecka w ocenie psychologa – 65,6% (40) wypowiedzi;
- opracowanie opinii psychologicznych tylko wobec nielicznych dzieci sprawiających swoim zachowaniem kłopoty dydaktyczno-wychowawcze – 80,3% (49) wypowiedzi;
- otrzymywanie opinii psychologicznej o dziecku pod koniec jego pobytu – 63,9% (39) wypowiedzi pedagogów.

Uogólniając przedstawione informacje i odnosząc je do postulowanych typów diagnoz cząstkowych, czy współcześnie postulowanej diagnozy funkcjonalnej,

---

<sup>1</sup> W badanej populacji nie było uczniów z klas integracyjnych.

pozytywnej (I. Obuchowska 1981, S. Kowalik, J. Brzeziński 1998) można stwierdzić, iż zakres informacji o dziecku z m.p.dz. sprowadzał się wyłącznie do diagnozy typologicznej, rzadziej diagnozy fazy. Diagnozę genetyczną (kazualną) stwierdzono u czworga dzieci, co stanowiło 5,8% badanej populacji.

Diagnozy mającej charakter funkcjonalny oraz pozytywny nie stwierdzono w ani jednym analizowanym przypadku. Taki stan rzeczy stwierdziłam odnośnie do weryfikacji oceny rozwoju dziecka i efektywności podejmowanych działań rewalidacyjnych.

Syntetyzując można przyjąć, że **w badanych środowiskach wobec dzieci z m.p.dz. postulowana przez badaczy diagnoza interdyscyplinarna, wieloaspektowa o funkcjonalnym i pozytywnym charakterze nie istnieje. Nie przeprowadza się także jej weryfikacji i oceny skuteczności.**

Zdaniem nauczycieli nie mogli oni liczyć na pomoc specjalistów w podjęciu specjalistycznych oddziaływań, bez względu na rodzaj placówki, w których prowadzono badania.

II. Trud wychowania i nauczania dzieci z m.p.dz. zdecydowanie się zwielokrotnia w momentach, kiedy rozpoczynają one naukę w szkole.

Cele i zadania kształcenia dzieci z m.p.dz. w normie intelektualnej są w zasadzie takie same jak te, które obowiązują wobec dzieci zdrowych. Różnica polega jedynie na specyfice postępowania wobec nich wynikającej ze swoistych konsekwencji schorzenia dla rozwoju fizycznego i psychospołecznego. Różnorodność postaci m.p.dz., współwystępujące zaburzenia w funkcjach motoryki małej i dużej oraz procesach percepcyjnych, a także stopień tych zaburzeń wskazuje na konieczność systemowego, bezwzględnego stosowania zasady indywidualizacji, elastyczności programowej i metodycznej, a w konsekwencji elastyczności organizacyjnej.

Wymiernym wzorem tych zasad w praktyce winien być „Indywidualny Plan Rewalidacji” projektowany na podstawie:

- interdyscyplinarnej, wieloaspektowej diagnozy,
- specyficznych obciążeń dziecka wynikających z leczenia i programu rehabilitacji fizycznej,
- modyfikacji programu nauczania do aktualnych potrzeb, możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych dziecka oraz jego najbliższego środowiska.

Oczywiste jest, że plan ten wynikać winien również z ogólnego planu placówki, która aktualnie sprawuje opiekę nad dzieckiem z m.p.dz.

Tak rozumianego **planu indywidualnej rewalidacji, czy też planu indywidualnej terapii nie miało żadne z badanych dzieci** – ani w trakcie prowadzonych badań, ani w przeszłości.

Stwierdzony stan rzeczy można uznać za bardzo niekorzystny, szczególnie w odniesieniu do dzieci rewalidowanych w placówkach specjalistycznych, gdzie winien pracować personel profesjonalnie przygotowany do pracy z dzieckiem

o specjalnych potrzebach edukacyjnych – a takim jest bez wątpienia dziecko z m.p.dz.

Odnośnie do planów ogólnych (rocznych i innych wynikających z organizacji danej placówki specjalistycznej) można nadmienić, iż w 88,8% (16) badanych placówkach oświatowych (tak specjalistycznych, jak i masowych) w planach ogólnych nie projektowano ani konkretnych czynności wskazujących na diagnozowanie jednostek niepełnosprawnych i ich środowiska, ani form opracowania czy też doskonalenia dokumentacji w tym zakresie.

To samo stwierdzenie odnieść należy do planów indywidualnych oraz wypracowywania oceny efektywności podjętej rewalidacji wobec dziecka z m.p.dz. Trudno więc mówić, na przykładzie prezentowanych wyników badań, o podmiotowym i celowym procesie postępowania rewalidacyjnego pedagogów wobec jednostek przewlekle chorych i z dysfunkcjami narządu ruchu.

Przeciwdziałanie tej niekorzystnej sytuacji upatruję w **modyfikacji treści funkcji i metodyki opieki psychopedagogicznej** wobec dzieci niepełnosprawnych.

Działanie rewalidacyjne pedagogów mających specjalistyczne przygotowanie do pracy z dziećmi niepełnosprawnymi winno przyjąć formułę psychopedagogicznej opieki, w której etapowość oddziaływań wyznaczałyby funkcje:

- diagnostyczna,
- doradcza,
- terapeutyczno-korekcyjna,
- dydaktyczno-wychowawcza,
- orzecznicza.

Taka właśnie kolejność i, co oczywiste, wzajemne ich przenikanie się stworzą realne podstawy do systemowego i systematycznego stosowania metody case study i case work<sup>2</sup>, szczególnie w pracy ośrodków leczniczo-wychowawczych.

Charakterystyczną cechą tej metody, zwanej także w literaturze przedmiotu pracą z indywidualnym przypadkiem, jest to, że przedmiotem oddziaływań jest nie tylko jednostka (dziecko), ale również środowisko rodzinne i szkolne. Istota zaś tej metody polega na świadomym stosowaniu dwu rodzajów czynności: diagnostycznych i terapeutyczno-korekcyjnych.

Według M. Grzegorzewskiej (1964) nacisk w tej metodzie kładzie się na:

- wszechstronne, dogłębne poznanie osobowości jednostki i jej możliwości,
- ocenę aktualnego poziomu rozwoju jednostki i środowiska, w którym przebywa,
- zaprogramowanie i podjęcie odpowiednich efektywnych oddziaływań.

Dotychczasowe obserwacje i doniesienia (T. Oleńska-Pawlak 1995, 1997) oraz wyniki późniejszych badań wskazują, iż w rewalidacji dzieci niepełnosprawnych ruchowo nie przestrzega się zasady stałości i jednolitości. Należy

---

<sup>2</sup> W literaturze przedmiotu opisuje ją M. Grzegorzewska (1964) i R. Janeczko (1973).

przez to rozumieć brak określenia osoby wiodącej, koordynującej, scalającej program wieloprofilowego usprawniania dziecka niepełnosprawnego.

W kontekście proponowanych funkcji opieki psychopedagogicznej należy w metodyce pracy rewalidacyjnej wyróżnić kilka następujących kolejno działań.

1. **Dążenie i pozyskiwanie przez osobę wiodącą (kierującą) diagnoz wszystkich specjalistów.**
2. **Analiza i aktualizacja diagnozy**, w tym prawidłowości oraz nieprawidłowości procesów regulacyjnych osobowości. **Przed wszystkim sfery emocjonalno-wolicjonalnej i całej sfery instrumentalnej** celem doradzenia, projektowania kierunku i zakresu oddziaływań rewalidacyjnych wobec dziecka.
3. **Opis i ocena dotychczas podejmowanych działań** wobec dziecka, uwzględniając działania rehabilitacyjne, pedagogiczne, psychologiczne i socjalne. Tym winna zająć się wspomniana osoba wiodąca (pedagog specjalny, psycholog).
4. **Opracowanie „Indywidualnego planu programu działań rewalidacyjnych dziecka z m.p.dz.”** Plan (program) taki winien zawierać wyszczególnienie kierunku i obszarów wzmocnienia oraz usprawniania rozwoju dziecka, przy czym sformułowana treść ma mieć charakter konkretnych, wzajemnie powiązanych zadań przyporządkowanych konkretnym osobom biorącym udział w rewalidacji dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem partnerskiej i doradczej roli rodzica.
5. **Bieżąca analiza procesów regulacyjnych osobowości dziecka**, w tym jego potrzeb, motywów, mechanizmów obronnych, percepcji przez dziecko niepełnosprawne swej osoby i środowiska społecznego.
6. W części programującej i prognostycznej, w pracy metodą indywidualnych przypadków, bardzo ważne jest uwzględnienie **uczestnictwa rodzica** jako nie tylko partnera i źródła informacji o dziecku, ale **włączenie go w ocenę weryfikującą i prognozującą opiekę rewalidacyjną.**

Istotne i zgodne z nowoczesną koncepcją edukacji humanistycznej jest umożliwienie dziecku i jego rodzicom wyrażenia oczekiwań, uwag, sugestii, oceny efektywności pomocy specjalistycznej i na tej podstawie wspólnego wyboru, właściwego dla danego dziecka niepełnosprawnego, programu rewalidacji.

Z tak szerokiego zakresu działań może wywiązać się tylko osoba odpowiednio merytorycznie przygotowana, najlepiej pedagog specjalny lub psycholog kliniczny.

Z tak rozumianej pracy z dzieckiem niepełnosprawnym wynika również, iż w czynnościach zawodowych wymienionych specjalistów winna znaleźć się nie tylko umiejętność kompensowania, korygowania, nauczania, ale równolegle, a nawet przede wszystkim:

- **umiejętność i obowiązek pełnej – wieloaspektowej diagnozy,**
- **umiejętność formalnego jej opracowywania, w tym weryfikacji,**
- **umiejętność profesjonalnej współpracy między specjalistami.**



Przy okazji wyłania się ciągle nie rozstrzygnięte pytanie o zakres czynności diagnostycznych pedagoga. Nie jest możliwe w niniejszym opracowaniu na nie odpowiedzieć, jakkolwiek próbę taką podjęto (T. Oleńska-Pawlak, 1995). Warto przytoczyć stanowisko J. Doroszewskiej sprzed wielu lat (1981, s. 228) stwierdzającej: „Pedagog specjalny przystępując do konkretnej pracy naprawczej **musi sam** [podkr. moje] – na podstawie dostarczonych mu wieloaspektowych opracowań specjalistów stworzyć własny, manipulowany obraz danej jednostki i dopiero na tej pedagogicznej diagnozie (...) może oprzeć swoją pracę”.

Mimo upływu lat, rosnących kwalifikacji zawodowych kadry pracującej z dziećmi niepełnosprawnymi, zagadnienie diagnozowania, weryfikacji, oceny i planowania podejmowanych czynności jest w dalszym ciągu w sferze postulowania. To co można i należy zmienić, bez specjalnych nakładów finansowych, dotyczy zmian w świadomości ludzi odpowiedzialnych za kształcenie, dokształcanie i kierowanie pracą pedagogów i psychologów. Postulować można, aby:

1. Systematycznie dokonywać zmian w planach i programach studiów nauczycielskich, kierując się światowymi trendami w edukacji, np. holistyczną koncepcją promocji zdrowia, czy kumulacją wiedzy i treści w blokach edukacyjnych (edukacja aksjologiczna, edukacja kreatywna, edukacja integralna, edukacja ekologiczna).

2. Uwzględnić w przygotowaniu do zawodu pedagoga specjalnego czy psychologa, włącznie ze studiami podyplomowymi, dwie specjalności – co wynika z koncepcji edukacji integracyjnej i z zapotrzebowania na pedagogów o wielorakich funkcjach.

3. Wprowadzać do planu studiów zajęcia warsztatowe kształcące umiejętności:

- pracy metodą studium przypadku,
- projektowania oddziaływań rewalidacji indywidualnej, w tym planowania oraz oceny skuteczności pracy,
- współdziałania i współpracy w zespole specjalistycznym – tzw. teamie.

4. Przestrzegać zaleceń wynikających z podnoszenia kwalifikacji i doskonalenia kadry pedagogicznej, uwzględniając fakt odpowiednich, specjalistycznych kwalifikacji pedagogów i psychologów do placówek szkolnictwa specjalnego, przy czym kwalifikacje te, co dotyczy osób już zatrudnionych, winny być zdobywane drogą studiów podyplomowych, a nie kursów kwalifikacyjnych, jak to często ma miejsce w przypadku nauczycieli przedmiotów ze szkół masowych (klasy integracyjne) i ośrodków specjalistycznych (w tym głównie w szkolnictwie szpitalnym).

## BIBLIOGRAFIA

- Czochańska J., Łosiowski Z., *Mózgowe porażenie dziecięce – przyczyny, zapadalność, objawy*, [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce*, red. Z. Łosiowski, J. Serejski, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Warszawa 1985.
- Doroszewska J., *Pedagogika specjalna*, PWN, Warszawa 1981.
- Grzegorzewska M., *Pedagogika specjalna. Skrypt wykładów*, Warszawa 1964.

- Janeczko R., *Niektóre problemy diagnostyki pedagogicznej w metodzie indywidualnych przypadków*, [w:] *Metodologia pedagogiki społecznej*, red. R. Wroczyński, T. Pilch, Ossolineum, Wrocław 1974.
- Kowalik S., Brzeziński J., *Spoleczne uwarunkowania diagnozy klinicznej*, [w:] *Spoleczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, wyd. 3. PWN, Warszawa 1998.
- Łosiowski Z., Serejski J. (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*, OBR, Warszawa 1985.
- Obuchowska J., *Dynamika nerwic*, PWN, Warszawa 1981.
- Oleńska-Pawlak T., *Znaczenie diagnozy pedagogicznej w pracy z dziećmi przewlekle chorymi i kalekimi*, [w:] *Dziecko chore na astmę. Integracja działań pedagogicznych, medycznych i psychologicznych*, red. R. Kurzawa, J. Wyczęsany, Universitas, Kraków 1995.
- Oleńska-Pawlak T., *Nieprzystosowanie i niedostosowanie społeczne dzieci w ośrodkach leczniczo-wychowawczych*, [w:] *Stan badań nad kształceniem specjalnym*, red. A. Rakowska, Wydaw. Nauk. WSP, Kraków 1997.
- Zarządzenie MEN nr 15, nr 29, nr 30 z 1993 roku.
- Ziemski S., *Problemy dobrej diagnozy*, WP, Warszawa 1973.