

ABC doradcy zawodowego

Poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych

Materiały dla szkolnego doradcy zawodowego

Grażyna Sołtysińska



Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej

ABC doradcy zawodowego

Poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych

Materiały dla szkolnego doradcy zawodowego

Grażyna Sołtysińska



Warszawa 2010

ABC doradcy zawodowego
Poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych
Materiały dla szkolnego doradcy zawodowego

Wydawca:

Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej
Ul. Spartańska 1 B
02-637 Warszawa

Autor:

Grażyna Sołtysińska

Recenzja naukowa:

dr Irena Gniazdowska

Opracowanie redakcyjne:

Marta Łuczak

Warszawa 2010

Copyright © Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej

ISBN : 978-83-88780-91-2

Łamanie, druk i oprawa:

PPGK SA Drukarnia Kart
01-252 Warszawa, ul. Przyce 20



DG Edukacja i Kultura
Program „Uczenie się przez całe życie”



Ta publikacja została zrealizowana przy wsparciu finansowym Komisji Europejskiej. Publikacja odzwierciedla jedynie stanowisko jej autora i Komisja Europejska oraz Agencja Wykonawcza ds. Audiowizualnych, Edukacji i Kultury nie ponoszą odpowiedzialności za umieszczoną w niej zawartość merytoryczną.




euro | guidance

Spis treści

	Wstęp	6
1	Niepełnosprawność – identyfikacja problemu oraz inne zagadnienia i pojęcia z nim związane	9
2	Psychologiczne skutki niepełnosprawności u dzieci i młodzieży. Wskazania do pracy z rodziną	21
3	Pozazdrowotne kryteria wyboru zawodu i szkoły przez młodzież z niepełnosprawnością	29
4	Wymagania środowiska pracy w wykonywanych zawodach jako wyznacznik przydatności zawodowej	43
5	Biomedyczne podstawy poradnictwa zawodowego. Dysfunkcje zdrowotne ograniczające swobodny wybór zawodu	51
6	Praca doradcy na terenie szkoły, dotycząca problemów zdrowotnych młodzieży	71

7

Zakres pomocy poradni psychologiczno–pedagogicznej, oferowanej uczniom z ograniczeniami fizycznymi oraz wskazówki, dotyczące jej udzielania 79

 Załącznik Nr 1. Wybrane pozycje rozszerzające wiedzę o kształceniu integracyjnym uczniów niepełnosprawnych 89

 Załącznik Nr 2. Obowiązujące akty normatywne 93

 Bibliografia 99

Jedyną wspólną cechą ludzi jest to, że są różni.

Informacjami i wskazaniem zawartymi w tej publikacji chciałabym pomóc osobom pracującym z uczniem niepełnosprawnym, przedstawiając wieloaspektowość procesu i samego aktu decyzyjnego, związanego z wyborem zawodu i szkoły. Próbuję też wskazać na rolę rodziny, w której wychowuje się i dorasta uczeń niepełnosprawny. Pragnę przedstawić psychologiczne konsekwencje wynikające z długotrwałej, często nieuleczalnej choroby, a w tym kontekście wagę uświadomienia uczniowi jego zdolności i potrzeb.

Wybór zawodu i zaplanowanie optymalnej drogi edukacyjnej, gwarantującej jego zdobycie, jest zawsze sytuacją trudną. W przypadku młodzieży niepełnosprawnej, osoby wspierające dokonywane przez nią wybory (rodzice, nauczyciele, doradcy zawodowi ze szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych, lekarze) stają przed dodatkowymi problemami.

Wszyscy niepełnosprawni mają gwarantowane konstytucyjnie, prawo do nauki, pracy zawodowej, do aktywności społecznej i kulturalnej, do prowadzenia życia zgodnego z osobistymi potrzebami i preferencjami. Wskazują na to artykuły 65, 68 i 69 obowiązującej Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zawarte w Rozdziale „Prawa i obowiązki obywateli” (por. Konstytucja RP 1997 r.).

Ale ta droga do „normalnego życia” w pełnej integracji ze społeczeństwem nie zawsze jest łatwa. Ograniczenie sprawności, np. w przypadku dysfunkcji narządu ruchu, powoduje, że drobne sprawy dla ludzi zdrowych, dla inwalidów urastają do rangi problemu. Napotykan

nadal przeszkody, w postaci barier architektonicznych, komunikacyjnych oraz informacyjnych (wycinkowa wiedza o możliwościach pomocy) i psychologicznych, utrudniają im dojście do samodzielności i życiowy start.

Podjęwane przez tę młodzież decyzje, muszą uwzględniać możliwości własnego organizmu w konfrontacji z wymaganiami zawodów i niejednokrotnie szanse przewyższania konsekwencji natury psychologicznej „bycia niepełnosprawnym”. Planowana przyszłość zawodowa, kierowanie własnym losem w dorosłym życiu, nie może dokonywać się także bez pominięcia wszystkich negatywnych uwarunkowań rynku pracy: bezrobocia i stałej transformacji gospodarki (zanikania jednych i powstawania innych zawodów lub stanowisk pracy, wymagających odmiennych kwalifikacji, wchodzących w zakres wielu specjalności zawodowych). Poza kwalifikacjami zawodowymi coraz większą rolę odgrywają umiejętności i kompetencje społeczne, takie jak: współdziałanie, komunikatywność, własna inicjatywa, samodzielność, adaptacja do określonych warunków. Wymagania te są w wielu wypadkach trudne do spełnienia przez ludzi w pełni zdrowych somatycznie. Osobom niepełnosprawnym jest jeszcze trudniej sprostać tym oczekiwaniom, przygotować się i dostosować do tempa zmian rynku pracy. Pomocy potrzebuje młodzież niepełnosprawna, która powinna wybrać szkołę zawodową, policealną, także wyższą uczelnię lub inną formę przygotowania do pracy.

Coraz częściej podkreśla się, że kształcenie jest kosztowne, a podejmowanie przypadkowych decyzji wydłuża okres przygotowania do podjęcia pracy zawodowej. W sytuacji uczniów niepełnosprawnych, obok wymiernych kosz-

tów finansowych, o wiele większe są koszty natury psychicznej. Uzyskanie kwalifikacji wiąże się często z wysiłkiem fizycznym. Jeżeli nie gwarantują one podjęcia pracy, dochodzi do rozczarowań, stresów, a niekiedy do rezygnacji z zawodowej aktywności.

Wybór właściwego zawodu, zgodnego z aspiracjami, możliwościami zdrowotnymi i intelektualnymi, zdobycie go przez różne formy edukacji lub kształcenia pozaszkolnego może być podstawą do rehabilitacji społecznej i zawodowej, do osiągnięcia zaradności, samowystarczalności, do pełnego wchodzenia w role społeczne i rodzinne.

Wielu teoretyków rehabilitacji – właśnie adekwatnemu wykształceniu i zatrudnieniu przypisuje ogromną rolę w całym procesie rehabilitacji i integracji społecznej. To nie tylko zwiększona niezależność ekonomiczna, lecz także uczestnictwo w życiu społecznym, kontakty nie tylko zawodowe, poczucie przydatności i wspólnoty ze społeczeństwem.

Osoba niepełnosprawna w ciągu swego życia narażona jest na różne zagrożenia. Jedne odnoszą się do ograniczeń związanych z niepełnosprawnością, inne do zaburzonych relacji z otoczeniem społecznym. Można powiedzieć, że osoba niepełnosprawna przechodzi wiele kryzysów, począwszy od braku ufności, zwątpienia, wstydu, izolacji, stagnacji do poczucia niższości. Jednak te negatywne doświadczenia, przy mądrym wsparciu innych, mogą powodować wzrost aktywności i dążenie do ich przezwyciężenia.

Osoba niepełnosprawna może prowadzić aktywne życie, starać się osiągnąć sukces i reali-

zować własne pragnienia. Nie chce być izolowana od społeczeństwa. Chce natomiast żyć zgodnie z jego standardami. Zaburzenia w tych relacjach odczuwa bardzo dotkliwie. Należy przełamywać stereotypy w postrzeganiu niepełnosprawności, zorientowane na rejestrację ograniczeń i słabości, z góry pozbawiając osobę przewlekłe chore szans samorealizacji – na podejście poszukujące dostępnych możliwości, które są w ich zasięgu.

Warto przytoczyć opinię A. Ostrowskiej i B. Szczepankowskiej (por. 1998): *Stopień, w jakim uszkodzenie czy dysfunkcja jakiegoś układu zaczyna ograniczać czynności zawodowe zależy częściowo od przyczyny i rodzaju samego uszkodzenia, częściowo od charakteru pracy, a częściowo, niekiedy przede wszystkim, od znaczenia i wagi, jaką dany człowiek przypisuje swojej pracy w całości kształcie swojego życia. Osoby posiadające relatywnie wysokie wykształcenie i pasjonujący je zawód, traktują zwykle swoją pracę jako jedną z najważniejszych ról i zadań życiowych, a niemożność realizowania się w roli zawodowej jest dla nich wielką krzywdą..*

Problemy z wyborem dalszej nauki mają zwłaszcza ci uczniowie, którzy z różnych powodów nie mogą, bądź nie chcą kontynuować nauki w liceach ogólnokształcących lub profilowanych zawodowo, a jednocześnie nie potrafią znaleźć dla siebie oferty w szkołach typu zawodowego. Uczniowie ci wymagają szczególnej pomocy w zakresie poradnictwa szkolnego i zawodowego. Doradcy zawodowi w szkołach i poradniach psychologiczno-pedagogicznych mają, poprzez kontakty z rodzicami, nauczycielami oraz własny warsztat diagnostyczny (rozmowy, badania specjalistyczne, analizy), okazję rozpoznania potencjalnych możliwości każde-

go wymagającego porady i zgłaszającego się po nią ucznia. Ich rolą jest towarzyszyć uczniom w dokonywaniu wyborów, służyć im radą i informacją, tworzyć mapę możliwości, określić warunki zdawania egzaminów, preferencje w przyjęciu do szkoły ponadgimnazjalnej, ale przede wszystkim ocenić czy zdołają kontynuować naukę w wybieranej szkole i ukończyć ją z pozytywnym wynikiem. Wspólny wybór, zaakceptowany przez ucznia i jego rodziców jest okazją do wytworzenia w uczniu gotowości do kontynuowania nauki.

Ważną cechą doradzającego w tych relacjach jest jego elastyczność, tzn. umiejętność nastawiania się i przestawiania na różnych uczniów oraz sprawdzania różnych rozwiązań ich problemów. Czasami doradca musi znaleźć odwagę na to, aby oględnie, ale wyraźnie określić fakty niesprzyjające dla radzącego się, jeżeli kurczo-wo trzyma się jakiegoś nierealnego marzenia.

W Rozdziałach IV i IV starałam się też zaprezentować informacje o przeciwwskazaniach i wymaganiach zawodowych.

Wykaz schorzeń i wad coraz bardziej powszechnych we współczesnych społeczeństwach, stał się asumptem do określenia wynikających z nich ograniczeń w swobodnym wyborze zawodu.

Z drugiej strony, poprzez prezentację zagrożeń, jakie mogą powodować różne środowiska pracy, próbuję dokonać analizy wskazań i przeciwwskazań do nauki zawodów w nich wykonywanych, a związanych z różnymi rodzajami niepełnosprawności.

Kierowałam się też przesłaniem eksperta Międzynarodowej Organizacji Pracy, doktora T. Majewskiego, osoby wielce zasłużonej dla polskiej rehabilitacji zawodowej (por. 1995):

Każda osoba niepełnosprawna mimo uszkodzeń organizmu zachowuje pewne sprawności fizyczne i psychiczne, a żadna praca nie wymaga od człowieka wszystkich sprawności

Grażyna Sołtysińska

Niepełnosprawność – identyfikacja
problemu oraz inne zagadnienia
i pojęcia z nim związane

Rozdział

1

Zacznijmy rozważania od analizy terminu „zdrowie”, który już sam w sobie jest trudny do zdefiniowania. Potocznie przez zdrowie rozumie się brak choroby. Takie określenie jest jednak błędne. Sugeruje istnienie dwóch stanów przeciwstawnych: zdrowie – choroba.

W rzeczywistości nie można ich zdefiniować rozłącznie. Nie można mówić o zdrowiu, gdyby nie można było wyróżnić choroby. W pełni funkcjonowania organizmu, w danym momencie, można odkryć współistniejące, bezobjawowe stany chorobowe. Również w przypadku nawet ciężkiej choroby możemy mówić o jakimś poziomie zdrowia.

Można powiedzieć, że **zdrowie** to nie tylko brak choroby, niedomagania, niedoświetła, ale także stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. Taką definicję podaje wiele źródeł (m.in. cytowany we Wstępie T. Majewski, 1995). Zdrowie człowieka to proces dynamiczny, proces ciągłego przystosowania się organizmu do działających czynników środowiska zewnętrznego, pozwalający mu na optymalne funkcjonowanie przez maksymalnie długi okres.

Zdrowie, z punktu widzenia medycznego, bez uwzględniania czynników społecznych, to stan ustroju, którego czynność i struktura są prawidłowe, a układy regulujące zapewniają wewnętrzną równowagę. W stanie zdrowia ustrój utrzymuje homeostazę (równowagę), dzięki mechanizmom adaptacyjnym i naprawczym. Osłabienie tych właściwości lub nadmierna siła oddziaływania czynników szkodliwych przełamują zdolności adaptacyjne i kompensacyjne ustroju, przejawiające się w ostateczności oznakami i objawami choroby.

Choroba, jest stanem zmniejszonej zdolności przystosowawczej ustroju, w którym występuje zaburzenie jego czynności. W procesie chorobowym zachodzą zmiany w funkcjach organizmu oraz w strukturze komórek, tkanek i narządów.

Jakie są przyczyny chorób? Czynniki chorobotwórcze, to zwykle bodźce o sile działania przewyższającej próg prawidłowej reakcji obronnej organizmu. Skutek ich oddziaływania zależy z jednej strony od ich siły, a z drugiej – od indywidualnego stanu organizmu. W swojej praktyce zawodowej, lekarze wskazują na następujące czynniki chorobotwórcze (por. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, 1996):

- **Czynniki biologiczne** – to organizmy żywe, głównie drobnoustroje, wywołujące choroby zakaźne i pasożytnicze. Zaliczamy do nich bakterie (np. wywołujące błonicę, płonicę, dur brzuszny, tężec, kiłę rzeżączkę), wirusy (np. wywołujące grypę, ospę, odrę, świnkę), pierwotniaki (np. zakażające toksoplazmozą, małarią), grzyby (np. będące przyczyną promienicy, grzybic) oraz organizmy wyżej zorganizowane, powodujące tzw. choroby inwazyjne (np. owsica, włośnica).
- **Czynniki fizyczne** – a wśród nich: mechaniczne (ostre i tępe narzędzia, maszyny, pojazdy mechaniczne), będące przyczyną złamań, zwichnięć, potłuczeń czy zranień; akustyczne (nadmierny i długotrwały hałas), powodujące osłabienie słuchu, termiczne, działające miejscowo lub na cały organizm (wysoka lub niska temperatura), powodujące oparzenia, odmrożenia lub przegrzania, porażenia cieplne, przeziębienia, zamarznięcia; energia elektryczna (rażeń prądem lub piorunem), promieniowanie jonizujące (choroba popromienna), zmiany ciśnienia atmosferycznego (choroba kesonowa, górską, lotniczą).

- **Czynniki chemiczne** – substancje chemiczne wywołujące w organizmie zmiany chorobowe. Kwasy, zasady lub sole stosowane w przemyśle, rolnictwie, ogrodnictwie, gospodarstwie domowym oraz używki (nikotyna, alkohol, narkotyki) lub nieodpowiednio podawane leki.
- **Czynniki genetyczne** – nieprawidłowości przenoszone z pokolenia na pokolenie (np. hemofilia, daltonizm, jaskra, niektóre postaci cukrzycy).
- **Czynniki społeczne** – bodźce związane z życiem człowieka w społeczeństwie (np. silne bodźce psychiczne, zmartwienia) powodujące stany niedostosowania społecznego, nerwice, fobie itp.
- **Braki i niedobory** – czynników niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu, np. hipowitaminozy lub awitaminozy: ślepoty zmierzchowa (A), gnilec (C), krzywica (D), niedobór pierwiastków: jodu (wole endemiczne), żelaza (niedokrwistość), itp.

W praktyce lekarskiej, specjaliści wykorzystują także różne podziały chorób (tamże):

- **Klasyfikacja etiologiczna:** zakaźne i niezakaźne, przy czym zakaźne mogą być zaraźliwe (grypa, odra) lub nie (np. tężec).
- **Klasyfikacja anatomiczna:** choroby poszczególnych narządów, np. serca, płuc, żołądka lub poszczególnych układów, np. moczowego, oddechowego, krążenia.
- **Klasyfikacja uwzględniająca wiek i płeć:** choroby dziecięce, kobiece, starcze itp.
- **Klasyfikacja genetyczna:** dziedziczne, uwarunkowane genowo lub chromosomalnie (fenyloketonuria, bielactwo, zespół Downa) i molekularnie (np. hemoglobino-patie).

- **Klasyfikacja czynnościowa:** choroby alergiczne, zwyrodnieniowe (zaburzenie czynności).
- **Klasyfikacja z punktu widzenia zmian chorobowych:** choroby organiczne (zmiany anatomiczne) i czynnościowe (zaburzenia funkcji tkanek i narządów).
- **Klasyfikacja z punktu widzenia czasu działania czynnika chorobotwórczego:** choroby wrodzone (pojawiają się w czasie życia płodowego, np. rozszczep podniebienia) i nabyte.

Innym terminem zdecydowanie przeciwstawnym zdrowiu, a uwarunkowanym stanem chorobowym, jest długotrwała lub stała niepełnosprawność.

Niepełnosprawność jest zjawiskiem społecznym coraz częściej spotykanym. W krajach Unii Europejskiej żyje prawie 40 mln (co stanowi ok. 15% populacji w tych krajach), natomiast w Polsce blisko 4,7 mln osób z różnymi trwałymi, ograniczającymi funkcjonowanie schorzeniami. Oznacza to, że co 9 mieszkańców naszego kraju jest osobą niepełnosprawną lub za taką się uważa.

Od wieków niepełnosprawność jest problemem, który dotyczy ogółu ludzkości, gdyż osoby chore stanowią integralną część każdego społeczeństwa. Żyją w środowisku rodzinnym, lokalnym. Stykamy się z nimi na płaszczyźnie medycznej, edukacyjnej, zawodowej, towarzyskiej, religijnej. Mimo różnych reakcji otoczenia, niepełnosprawność, tak jak kolor skóry, nie może być podstawą do dyskryminacji, tak jak określona dysfunkcja nie powinna stanowić kryterium izolacji osoby niepełnosprawnej.

W poradnictwie zawodowym niepełnosprawność winna być postrzegana tylko jako jedna z cech, takich jak zainteresowania czy uzdolnienia, różniące ludzi między sobą.

Zwalczanie dyskryminacji z powodu niepełnosprawności, to główna treść wielu międzynarodowych apeli ważnych gremiów społecznych. Szczególnie istotne są zapisy Deklaracji UNICEF z Salamanki z 1994 roku oraz Deklaracji Madryckiej Rady Europy z 2002 roku.

Delegaci Światowej Konferencji dotyczącej specjalnych potrzeb edukacyjnych, zebrani w Salamance, wyrazili przekonanie, że:

- każde dziecko ma fundamentalne prawo do nauki i należy dać mu szansę osiągnięcia i utrzymania odpowiedniego poziomu,
- każde dziecko ma indywidualne cechy charakterystyczne, zainteresowania, zdolności i potrzeby w zakresie nauczania,
- systemy oświaty powinny być tworzone, a programy edukacyjne wdrażane z uwzględnieniem dużego zróżnicowania tych cech i potrzeb,
- dzieci posiadające szczególne potrzeby edukacyjne muszą mieć dostęp do zwykłych szkół, które powinny przyjąć je, stawiając w centrum zainteresowania i zaspokajając jego potrzeby,
- zwykle szkoły o tak otwartej orientacji są najskuteczniejszym środkiem zwalczania dyskryminacji, tworzeniu przyjaznego, otwartego społeczeństwa oraz wprowadzania w życie edukacji dla wszystkich. Zapewniają one odpowiednie wykształcenie dzieci oraz poprawiają skuteczność i efektywność systemu oświaty.

Natomiast w Deklaracji Madryckiej zawarto postulaty:

- nic o niepełnosprawności bez niepełnosprawnych,
- osoby z niepełnosprawnością chcą nowych szans, a nie litości,
- tworzenie społeczeństwa dla wszystkich,
- tworzenie dostępnego otoczenia,
- pełna równość i uczestnictwo we wszystkich sferach życia,
- niezależne życie,
- szacunek dla różnorodności,
- osoby z niepełnosprawnością jako aktywni obywatele.

Co oznacza termin niepełnosprawność?

Termin ten może być wielorako rozumiany i definiowany, a do grupy niepełnosprawnych zalicza się osoby o bardzo różnych zaburzeniach i stopniu upośledzenia funkcji biospołecznych. Ogólnie, można przyjąć, że „osoba niepełnosprawna”, to osoba, która z powodu urazu, choroby lub wady wrodzonej, ma poważne trudności albo nie jest w stanie wykonywać czynności, które osoba w tym wieku zazwyczaj jest zdolna wykonać.

Ekspertyza Ossolineum Polskiej Akademii Nauk (por. 1984) podaje, że *niepełnosprawni, w najszerszym znaczeniu, to ludzie, którzy nie są w stanie samodzielnie rozwiązywać swoich problemów życiowych, na skutek wad wrodzonych organicznych, urazów i przebytych chorób, a zatem: inwalidzi, kaleki, ułomni i przewlekle chorzy.*

Również A. Hulek (por. 1969), przedstawia bardzo funkcjonalną definicję. Wg niego inwalida, to jednostka, u której istnieje naruszenie sprawności i funkcji w stopniu wyraźnie utrudniającym

(w porównaniu z osobami zdrowymi w danym kręgu kulturowym) pobieranie nauki w szkole normalnej, wykonywanie czynności życia codziennego, wykonywanie pracy zawodowej, udział w życiu społecznym oraz w zajęciach w wolnym czasie.

W literaturze najczęściej uwzględnia się trojaki rodzaj kryteriów uznawania kogoś za osobę niepełnosprawną, rozpatrując istotę niepełnosprawności, w odchyleniu od normalnego poziomu funkcjonowania na tych trzech poziomach. Podaje je też *Konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy* z 1983 roku:

- o **biologiczne** (stan zdrowia), czyli uszkodzenie anatomiczne jak i czynnościowe struktury narządów, powodujące naruszenie lub obniżenie sprawności funkcjonowania tychże narządów oraz całego organizmu, z uwagi na to, że wszystkie jego czynności są wzajemnie uwarunkowane i skoordynowane,
- o **zawodowe** – ocena zdolności do podjęcia i wykonywania zatrudnienia, na podstawie której dokonywana jest diagnoza, czy dana jednostka dysponuje potencjalnymi możliwościami i sprawnościami, niezbędnymi do zaangażowania się w proces pracy,
- o **społeczne** – (zdolność do samodzielnej egzystencji i pełnienia ról społecznych), wskazując na konsekwencje tego uszkodzenia i obniżenie sprawności w różnych sferach życia oraz na relacje danej osoby ze środowiskiem, w którym żyje i działa.

Wymienione grupy czynników stanowią wyznacznik określenia możliwości funkcjonowania człowieka. Wartości takiego podejścia biopsychospołecznego jest dążenie do określenia modelu niepełnosprawności, który nie będzie

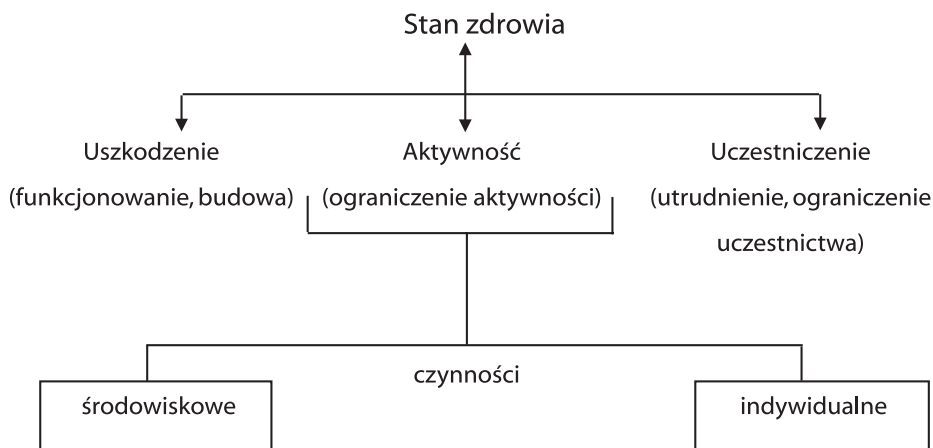
odbiegał od wzoru przyjętego przez ludzi sprawnych. Rządowe programy, wdrażane w poszczególnych krajach, na rzecz niepełnosprawnych i ich integracji ze społeczeństwem, wskazują na potrzebę zapewnienia im podstawowych warunków do samodzielnego i czynnego uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym.

Za najważniejsze zadania w tym zakresie Komisja Europejska uznała ustalenie jasnych celów, którymi są: wspieranie niepełnosprawnych w uzyskiwaniu zatrudnienia oraz tworzenie szans na uzyskiwanie przez nich wykształcenia i możliwości przekwalifikowania, a ich edukacja powinna odbywać się w systemie powszechnym, co daje lepsze przygotowanie do podejmowania zatrudnienia.

Międzynarodowa Klasyfikacja i normy Unii Europejskiej postrzegają niepełnosprawność człowieka jako zjawisko wielowymiarowe. Przedstawia je Rysunek 1 ujmujący interakcyjny model powstawania upośledzenia (cyt. za Üstün, 1998).

Schemat ten obrazuje związek stanu zdrowia ze środowiskiem i czynnikami indywidualnymi życia człowieka. Los człowieka w znacznym stopniu zależy od niego samego, dlatego istotne są jego decyzje i wybory życiowe, a doświadczenia jednostki stanowią materiał dla rozwoju indywidualnego.

Inaczej mówiąc, **osoba niepełnosprawna**, to osoba, u której uszkodzenie i niepełnosprawność organizmu spowodowały utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i zawodowych oraz wypełnianie ról społecznych, biorąc pod uwagę jej płeć, wiek, czynniki środowiskowe.



Rys. 1 Interakcyjny model powstawania upośledzenia

Definicję osoby niepełnosprawnej, zawierającą kryteria zawodowe określiła i przyjęła Międzynarodowa Organizacja Pracy w swojej *Konwencji i Zaleceniu dotyczącym rehabilitacji zawodowej i zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* z 1983 roku. Brzmi ona następująco: *Osobą zawodowo niepełnosprawną jest jednostka, której szanse uzyskania, utrzymania i awansu we właściwym zatrudnieniu są poważnie ograniczone na skutek fizycznej lub psychicznej niepełnosprawności oficjalnie orzeczonej.*

Definicja ta podkreśla takie kryteria, jak trudności i ograniczenia w uzyskaniu pracy odpowiedniej do potrzeb i możliwości i utrzymaniu się w niej osoby niepełnosprawnej w sytuacjach kryzysu na rynku pracy oraz w awansowaniu, z powodu stosunku psychicznego pracodawcy do jej niepełnosprawności.

Rehabilitacja osoby niepełnosprawnej powinna być kompleksowa, obejmując równocześnie rehabilitację leczniczą, psychiczną,

społeczną i zawodową, dążąc do jej integracji ze społeczeństwem. **Rehabilitacja zawodowa** według tego dokumentu jest częścią ogólnego procesu rehabilitacji i polega na zapewnieniu osobie niepełnosprawnej poradnictwa zawodowego, szkolenia i zatrudnienia. Można wyróżnić w tym procesie trzy etapy:

1. Poradnictwo zawodowe oparte na ocenie zdolności do zdobycia wykształcenia, przygotowującego do pracy.
2. Przygotowanie niepełnosprawnego do zatrudnienia.
3. Opieka doradcza w miejscu pracy.

Uświadomienie sobie przez osobę niepełnosprawną ograniczeń, które wynikają z funkcjonowania organizmu jest tak samo ważne, jak skoncentrowanie się na mocnych stronach własnej osobowości i na możliwościach osiągnięcia sukcesów. Jednak akceptacja własnej niepełnosprawności jako czegoś nieodwracalnego jest poważnym problemem dla wielu chorych osób.

W polskiej Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 roku (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.), przyjmuje się dla potrzeb rehabilitacji zawodowej i społecznej następującą definicję: *Niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub okresowego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwałe lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej.*

Ograniczenie możliwości samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu umożliwiającym zaspokojenie, bez pomocy innych osób, podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się, komunikowanie się z innymi.

Ponadto ustawa ustala **trzy stopnie niepełnosprawności**: znaczny, umiarkowany oraz lekki, podając definicje osób dotkniętych tymi stopniami, z uwzględnieniem kryterium zawodowego, a mianowicie:

1. Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z *naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.*

2. Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z *naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.*

3. Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o *naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywanej pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mającą ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.*

Ze względu na trwałość naruszenia sprawności organizmu, dzieli się je na trwałe lub okresowe. Naruszenie sprawności uważa się za trwałe (stałe), gdy według wiedzy medycznej stan zdrowia danej osoby nie rokuje poprawy – lub okresowe, gdy poprawa jej stanu zdrowia może nastąpić.

Możliwości i ograniczenia osób niepełnosprawnych, o różnych rodzajach i stopniach niepełnosprawności warunkują, jakimi mogą być uczniami, a potem pracownikami. Uwarunkowania te zależą od niepełnosprawności, które cytowana wyżej Ustawa dzieli na cztery grupy:

1. Osoby z niepełnosprawnością motoryczną:

- osoby niewidome i słabowidzące,
- osoby niesłyszące i słabosłyszące,
- osoby głuchoniewidome.

2. Osoby z niepełnosprawnością fizyczną:

- osoby z uszkodzonym narządem ruchu,
- osoby z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych.

3. Osoby z niepełnosprawnością psychiczną:

- osoby umysłowo upośledzone z niepełnością intelektualną,
- osoby psychicznie chore z zaburzeniami osobowości i zachowania.

4. Osoby z niesprawnością złożoną, objęte więcej niż jedną niepełnosprawnością. Wystąpić tu mogą połączenia (współwystępowanie) różnych wymienionych wyżej niepełnosprawności, np.: osoba niedowidząca z upośledzeniem umysłowym, osoba z uszkodzonym narządem ruchu i z zaburzeniami słuchu.

W orzekaniu o niepełnosprawności, diagnozowaniu stanu zdrowia, dla zapewnienia jednoznacznego nazewnictwa i kodowania rozpoznanych zaburzeń w stanie zdrowia, duże znaczenie ma wprowadzona przez Międzynarodową Organizację Zdrowia (Rewizja 10 ICD-10). Jest to Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (por. 1996). Dokument ten ujednotacza statystykę w kodowaniu rozpoznanych lekarskich, jest szansą na zachowanie tajemnicy lekarskiej, ułatwia organizację pracy lekarza odpowiedzialnego za leczenie pacjenta oraz orzekającego o jego przydatności zawodowej. Definiuje też dwa podstawowe pojęcia, ważne dla zasad notowania informacji dotyczących rozpoznanych:

1. Choroba zasadnicza – jest to stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny np. za przyjęcie pacjenta do szpitala (lub innej instytucji opieki zdrowotnej). Jeśli istnieje więcej stanów o wyżej wymienionych

cechach, jako chorobę zasadniczą przyjmuje się ten stan, na którego leczenie zużyto najwięcej zasobów (leków, pracy itp.)

2. Choroby współistniejące – są to wszystkie stany, które występują u pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala (lub innej instytucji opieki zdrowotnej), powstały w trakcie leczenia, lub występowały wcześniej i wpływają na proces terapeutyczny.

Ważnym zadaniem dla poradnictwa zawodowego, w odniesieniu do młodzieży niepełnosprawnej, jest ocena przydatności ucznia do konkretnego jednego zawodu, kilku zawodów, formułowanie zaleceń dotyczących wyborów najbardziej mu odpowiadających, biorąc za podstawę tej oceny wyniki badań fizjologicznej wydolności i sprawności tego ucznia. Dane z badania lekarskiego zestawione z wymaganiami, jakie stawia przed ustrojem zawodów, pozwalają w sposób obiektywny określić przydatność zawodową.

Oprócz ogólnych wymagań, które każda działalność zawodowa stawia przed organizmem człowieka jako całością, każdy konkretny zawód zawsze, lub prawie zawsze, stawia dodatkowe, szczególne wymagania odnośnie obciążenia, sprawności, wydolności poszczególnych narządów, układów itp. **Przydatność do danego zawodu** zależy przede wszystkim od tego, w jakim stopniu stan określonego narządu jest zgodny lub jest niezgodny z wymaganiami, obciążeniami, jakie wynikają z wykonywania zawodu.

W podejmowaniu decyzji, dotyczącej przydatności zawodowej kandydata do danego zawodu, z określonymi zaburzeniami organizmu, kierujemy się dwiema, na pozór przeciwstawnymi

zasadami, które jednak wzajemnie się uzupełniają. Z jednej strony niezbędna jest ochrona chorego organizmu jako całości lub jego części przed negatywnymi wpływami danej pracy – praca zawodowa i związana z nią działalność nie może stwarzać sytuacji uszkadzających lub pogłębiających istniejące zaburzenia stanu zdrowia, sytuacji wymagających nadmiernych wysiłków ze strony uszkodzonego narządu czy układu. Z drugiej jednak strony młody organizm ma duże możliwości kompensacyjne, zwłaszcza przy silnej motywacji do działania.

Przy określaniu przydatności zawodowej, lekarz musi mieć na względzie nie tylko to, czy młody człowiek może rozpocząć naukę danego zawodu (diagnoza), lecz czy będzie on mógł również pracować wtedy, kiedy zostanie poddany wymaganiom, jakie stawia ta praca zawodowa przed dorosłym pracownikiem (prognoza).

W odniesieniu do młodzieży z odchyleniami w stanie zdrowia, w prognozie należy ponadto uwzględnić prawdopodobny kierunek i zakres zmian procesów chorobowych.

Z punktu widzenia osoby orzekającej o przydatności zawodowej, jakość tej oceny zależy od:

- znajomości problemów związanych ze specyfiką rozwoju psychofizycznego w okresie dojrzewania, zwłaszcza ze specyfiką rozwoju morfologiczno-fizjologicznego i procesów patologicznych,
- umiejętności przeprowadzania wszechstronnego i o wysokiej jakości badania diagnostycznego,
- znajomości warunków pracy i możliwych niekorzystnych wpływów czynników pracy na ustrój,

- diagnozy wydolności fizycznej, możliwości pracy w szkodliwych warunkach, np. możliwości wykonywania określonych czynności, pracy w warunkach dużego zawilgocenia, o dużym nasileniu hałasu itp.,
- prognozy charakteru niepełnosprawności (poziomu stabilizacji), możliwości pogłębienia, możliwości poprawy, określenia zabiegów usprawniających lub zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny dla uzyskania korzystnych zmian,
- umiejętności różnicowania obciążeń zawodowych z uwagi na stanowisko pracy w danym zawodzie, uwarunkowanych poziomem wykształcenia.

Jak napisałam wyżej, wymagania zawodu wynikają z fizycznych i psychologicznych warunków pracy. Ich spełnienie decyduje o przydatności zawodowej. Należy je analizować w co najmniej trzech aspektach:

- niezbędny poziom wykształcenia,
- wymagania psychologiczne,
- wymagania somatyczne wynikające ze środowiska pracy i wymagań produkcyjnych zawodu.

Poziom wykształcenia

Rodzaj i charakter wymaganych kwalifikacji i umiejętności praktycznych uzależniony jest od zadań zawodowych, miejsca i stanowiska pracy. To one wyznaczają niezbędny czas i poziom kształcenia zawodowego; od przyuczenia do prac prostych do podyplomowych studiów specjalistycznych. Inne wyznaczniki fachowego przygotowania to: czas, miejsce i organizacja praktyk zawodowych oraz posiadane dodat-

kowe, niezbędne w pracy umiejętności, jak: znajomość języków obcych, obsługa komputera, prawo jazdy.

Wiele współczesnych zawodów i stanowisk pracy wymaga posiadania umiejętności wielu dotychczasowych, wąskoprofilowych specjalności. Śledzenie trendów rozwoju zawodu, zmian zachodzących w procesach techniki i technologii produkcji, ułatwi określenie wymaganych w nim zarówno poziomu jak i rodzaju niezbędnych umiejętności i kwalifikacji, których brak może być przyczyną destabilizacji zawodowej, a nawet konieczności odejścia od zawodu.

Według różnych źródeł, na każde 100 dzieci przypada troje z trwającą przez całe życie niepełnosprawnością. Właściwa i wczesna diagno-

za oraz podjęcie pracy z dzieckiem jest podstawową przesłanką wyboru odpowiedniej formy kształcenia zawodowego.

Podstawowym źródłem problemów osób niepełnosprawnych w życiu dorosłym oraz na rynku pracy w Polsce wydają się być również **bariery edukacyjne i niski poziom wykształcenia**. Niepełnosprawni nadal mają gorszy dostęp do edukacji wyższej, w porównaniu do osób sprawnych i w efekcie słabszy dostęp do rynku pracy. W 2006 roku, według danych GUS (BAEL GUS 2006, <http://www.gus.pl> – ostatnie publikowane dane w tym zakresie) odsetek osób niepełnosprawnych, posiadających wykształcenie ponadpodstawowe (wg dawnego systemu edukacji) i gimnazjalne był znacznie niższy niż w zbiorowości osób sprawnych. Prezentuje je Tabela 1.

Tabela 1 Poziom wykształcenia osób niepełnosprawnych w stosunku do osób zdrowych

Poziom wykształcenia	% osób sprawnych w stosunku do całej sprawnej populacji	% osób niepełnosprawnych w stosunku do całej niesprawnej populacji
Pozostałe	25,5	42,6
Zasadnicze zawodowe	26,0	28,1
Średnie ogólnokształcące	10,3	6,7
Policealne i średnie zawodowe	24,0	17,4
Wyższe	14,3	5,2

Jak widać z tego zestawienia, jedynie w stosunku do szkolnictwa zasadniczego zawodowego, kształcenie w obydwu tych populacjach jest procentowo porównywalne. W odniesieniu do szkolnictwa na poziomie średnim i wyższym, młodzież niepełnosprawna w zdecydowanie mniejszym procencie podejmuje kształcenie. Prawie połowa populacji niepełnosprawnej (42,6 %) albo w ogóle nie ma przygotowania zawodowego, albo są to krótkie formy kształcenia zawodowego, w większości nie dające zawodowych kwalifikacji.

Bariery edukacyjne są jedną z podstawowych przyczyn braku konkurencyjności osób niepełnosprawnych na rynku pracy i niepodejmowania przez nie zatrudnienia.

Wymagania psychologiczne zawodu

Na warunki psychologiczne zawodu składają się: emocjonalny klimat pracy, a więc ludzie, z którymi współpracuje się bezpośrednio, rodzaj kontaktów w samym zakładzie pracy oraz poza instytucjonalnych, korzyści materialne i pozamaterialne satysfakcje (rezultaty pracy, prestiż zawodu), wyrzeczenia, które mogą się wiązać z wykonywaniem pracy (praca w nienormalnym czasie, praca zmianowa itp.).

Określają je przydatne zainteresowania, styl pracy, pełnione role zawodowe, motywacje, wymagane w zawodzie postawy wobec pracy i jej przedmiotu, ludzi i organizacji. Przydatność do zawodu można ocenić z punktu widzenia wymaganych w zawodzie:

- sprawności sensomotorycznych, takich jak: spostrzegawczość, sprawność motoryczna, koordynacja wzrokowo-ruchowa;

- zdolności do: koncentracji i podzielności uwagi, pamięci, logicznego rozumowania, wyobraźni i myślenia twórczego, wyobraźni przestrzennej, percepcji kształtów, percepcji urzędniczej i innych zdolności specjalnych;
- charakteru pracy, intensywności rodzajów kontaktów z ludźmi, umiejętności ich nawiązywania i współpracy;
- ważnych w zawodzie cech charakteru m.in. odpowiedzialności, samokontroli, dokładności, cierpliwości, odwagi, kreatywności, niezależności;
- cech wynikających z temperamentu, a więc szybki refleks, wytrzymałość na wysiłek, łatwość przeczucania się z jednej czynności na drugą, umiejętność pracy w warunkach monotonnych, sprawność ekspresji werbalnej itp.

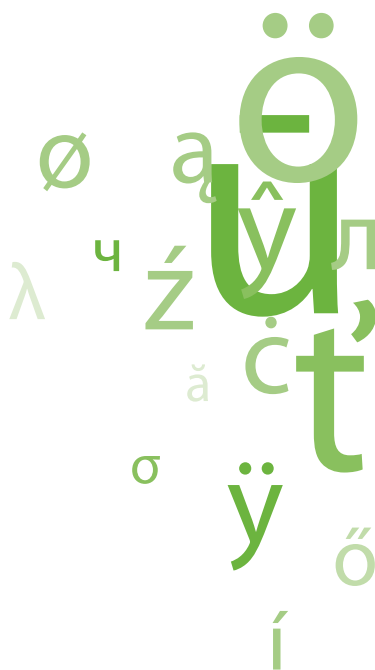
Analiza wymienionych wyżej cech jest ważna również ze względu na organizację i porę pracy, a także z powodu mogących występować nierównomiernych obciążeń zadaniowych, ich cykliczności, a ponadto sytuacji trudnych. Sytuacje te może powodować stała dyspozycyjność, czasowa presja realizacji terminów zadań, duża zmienność zadań i wymagań stawianych pracownikom, przeszkody w pracy (telefony, rozmowy innych), konieczność stałego podnoszenia kwalifikacji, nabywania dodatkowych umiejętności i odświeżania wiedzy zawodowej.

Zaburzenia w stanie zdrowia, będące uzasadnieniem przeciwwskazań do wykonywania zawodu i braku przydatności zawodowej, ograniczają wybór i naukę zawodu oraz powodują konieczność porównania wydolności organizmu z fizycznymi wymaganiami zawodu z następujących powodów:

- stan zdrowia może ulec pogorszeniu przy wykonywaniu danej pracy (warunki pracy mogą stwarzać sytuacje pogłębiające schorzenia lub wręcz uszkadzać organizm),
- gdy w miejscu pracy występuje duża urazowość, złe funkcjonowanie organizmu może stanowić zagrożenie życia,
- złe funkcjonowanie organizmu może stanowić zagrożenie dla otoczenia i innych ludzi.

Zagrożenia te są głównym powodem formułowania przez uprawnionych lekarzy formalnych przeciwwskazań do nauki i wykonywani zawodu. **Przeciwwskazaniem zdrowotnym do zawodu** jest każde znaczące obniżenie poziomu funkcjonowania organizmu, które uniemożliwia właściwe i bezpieczne jego wykonywanie. Mówiąc o **wymaganiach produkcyjnych**, myślimy przede wszystkim o reżimie technologicznym, normach produkcyjnych, przetwarzanych surowcach, obsługiwanych instalacjach, narzędziach, aparatach i innych urządzeniach technicznych.

Wymagania zdrowotne poszczególnych zawodów wynikają głównie z wpływu fizycznego środowiska pracy na funkcjonowanie organizmu człowieka. Posiadane przez daną osobę wady i schorzenia zmniejszające jego wydolność, ograniczają swobodny wybór zawodu i miejsca pracy. Zagadnienia związane z wpływem środowiska pracy na określenie wymagań zdrowotnych i przeciwwskazań do prac wykonywanych w danych warunkach, zostaną przedstawione w Rozdziale IV.



Psychologiczne skutki
niepełnosprawności u dzieci i młodzieży
– wskazania do pracy z rodziną

Rozdział

2

Przed rodzicami, gdy ich dziecko dotknięte jest przewlekłym schorzeniem lub trwałym kalectwem, staje ogromna skala problemów. Jak sprostać potrzebom dziecka, usprawniać je, organizować zabawę i wypoczynek? W jakim zakresie pomagać mu, a w jakim uczyć samodzielności? I wreszcie – jak zapewnić mu przyszłość, zgodnie z jego możliwościami?

Długotrwałość choroby, powtarzające się kryzysy w stanie zdrowia, częste pobyty w szpitalach i sanatoriach, zabiegi operacyjne i rehabilitacyjne, liczne ograniczenia i utrudnienia w pełnym współuczestnictwie w życiu rodzinnym i społecznym – mają swoje konsekwencje i wpływają na specyficzny zespół doświadczeń, który jest udziałem nie tylko osoby niepełnosprawnej (niezależnie od wieku), lecz również pozostałych członków rodziny.

W przypadku dzieci i młodzieży, gdy mamy często do czynienia z niepełną świadomością zagrożeń i brakiem umiejętności realistycznej oceny sytuacji – obraz własnej osoby nie zawsze bywa spójną i adekwatną percepcją rzeczywistości. Również najbliżsi nie potrafią często weryfikować wytworzonego przez dziecko obrazu swojej osoby. Wielu rodziców, szczególnie z ośrodków oddalonych od większych miast, odczuwa niedostatek, czy wręcz brak kontaktów ze specjalistami, właściwego ustawienia i nadzorowania procesu leczenia, systematycznej rehabilitacji usprawniającej, rozwijania od najmłodszych lat (we współpracy z psychologiem i pedagogiem) zainteresowań, zgodnych z możliwościami dzieci, diagnostyki i określenia rokowań na przyszłość. Nie docierają również do stowarzyszeń skupiających rodziców dzieci obciążonych różnymi przewlekłymi chorobami, aby skonfrontować swoje działania

z innymi, dotkniętymi podobnymi problemami. Nie zawsze też bywają klientami Ośrodków Informacji dla Osób Niepełnosprawnych, czy Dzielnicowych lub Powiatowych Punktów Doradczych dla Osób Niepełnosprawnych i Ich Rodzin. Punkty te w szerokim zakresie oferują porady prawne i psychologiczne, pomoc w planowaniu indywidualnego rozwoju i wychodzenia z bierności. Udostępniają informacje dotyczące programów realizowanych przez PFRON oraz pomagają w pisaniu wniosków do takich instytucji, jak ZUS i PFRON. Warto wskazać im te placówki, aby mieli rozeznanie w możliwościach uzyskiwania pomocy od instytucji funkcjonujących w najbliższym otoczeniu rodzin, dotkniętych niepełnosprawnością któregoś z jej członków.

Warto też pamiętać, że choroba w rodzinie często zaburza relacje jej członków. U samych dzieci dochodzić może do **patologicznych reakcji na własną chorobę** i swój wygląd, wzmacnianych przez niewłaściwe interakcje rodzinne. Również środowisko pozarodzinne: rówieśnicy, nauczyciele lub przypadkowe osoby mogą je powodować, poprzez swoje skrupowanie, sztywność lub wręcz manifestowanie niechęci wobec inności w wyglądzie czy możliwościach fizycznych dziecka niepełnosprawnego, unikanie kontaktu z nim. Sposoby reagowania otoczenia kształtują w dziecku postawy wyznaczające zakres i sposoby społecznego funkcjonowania.

Jeszcze trudniejsza jest sytuacja, gdy w wyniku nieszczęśliwego wypadku dotychczasowe pełne zdrowie dziecka zmienia się w trwałą niepełnosprawność. Na ogół, niemal od samego początku dominującym uczuciem bywa bezradność, niepewność, rozpacz z powodu braku możliwości realizowania dotychczasowej aktywności.

Rodzina w pełni akceptująca niepełnosprawność kogoś z jej członków, nie chce dostrzegać, stale jeszcze istniejących w naszym społeczeństwie, uprzedzeń i stereotypów, oznak rywalizacji, nietolerancji, nie podejmowania kontaktów, bądź ich ograniczania w stosunku do osób z różnymi dysfunkcjami. Często też nie czuje się odpowiedzialna za szukanie sposobów przeciwstawiania się funkcjonującym stereotypom, zarówno w swoich relacjach z otoczeniem, jak i w relacjach z nim osoby niepełnosprawnej.

M. Piszczyk podkreśla (por. 1995), że badania wykazują:

- Wczesne dostrzeganie przez dzieci wszystkich istniejących różnic między ludźmi i tworzenie przez nie własnych kategorii, do klasyfikacji i oceniania innych.
- Umiejętność różnicowania i odróżniania siebie od innych jest najważniejszym czynnikiem kształtującym własną tożsamość.
- Dziecko kształtuje własną tożsamość, dzięki doświadczeniom z otoczeniem i doświadczeniom z własnym ciałem.
- Już w wieku przedszkolnym dziecko potrzebuje pomocy dorosłych w selekcjonowaniu często trudnych dla niego doświadczeń, aby kształtująca się tożsamość miała racjonalne podstawy.

Zarówno zła jest nietolerancja, jak i nadmierna troskliwość i pomoc oraz okazywanie zbytniej radości z powodu niewielkiego osiągnięcia chorego dziecka. Obydwie sytuacje skutkują pasywnością i bezradnością u chorych dzieci. Rozwój dzieci niepełnosprawnych dodatkowo kaleczą istniejące w naszym społeczeństwie różne formy segregacji, alienacji i deprecjonowania wartości innych, z uwagi na ich obniżo-

ną sprawność fizyczną lub intelektualną (por. A. Sękowski, 1999). Z tego powodu dzieci niepełnosprawne unikają wielu okazji do nabywania nowych doświadczeń ważnych dla kształtowania się adekwatnego, pozytywnego obrazu siebie. Odpowiedzialność za skuteczną interwencję, zapobieganie tym psychicznym urazom, postawienie tamy obniżaniu społecznej wartości niepełnosprawnych – spoczywa na dorosłych, z którymi spotykają się te dzieci, a zwłaszcza na ich rodzicach i opiekunach. Dorośli nie mogą czuć się oburzeni lub bezradni i zawstydzeni, gdy inni nie potrafią funkcjonować w zetknięciu się z innością ich dzieci. Powinni wpływać zarówno na zdrowe, jak i chore dzieci, aby podczas wzajemnych interakcji nie minimalizowały czy też nie ignorowały różnic między nimi – ale umiały, uwzględniając je, odpowiadać empatycznie i pozytywnie na sytuacje i kontakty społeczne.

Niemniej największy wpływ na to, jak młody człowiek nauczy się **współżyć ze swoją niepełnosprawnością** ma środowisko rodzinne. Reakcja rodziny na jego chorobę zależy w dużej mierze od tego, na ile jest ona spójna, umie adaptować się do zmian, klarownie i jasno potrafi się między sobą komunikować. Ważne są również **powtarzające się wzorce zachowań** członków rodziny wobec niepełnosprawności dziecka. To one decydują o poziomie adaptacji do schorzenia lub wady, zwłaszcza emocjonalnej, a więc o braku depresji, smutku, nudy, o motywacji do przewyżniania ograniczeń, nauki, planowania dalszego życia, odporności na sytuacje trudne, czyli o stanie kształtującej się w chorobie osobowości.

Potrzeby dziecka w tym zakresie wspomaga akceptacja i stosowanie zaleceń, zgodnie

z koncepcją I. M. Brammera (por. 1984). Według niej, **kontakt wspierający** polega na tworzeniu warunków do w miarę wszechstronnego rozwoju. Podstawą tych działań są zachowania osoby wspierającej: jej osobowość, charakter, postawy i wartości ujawniane w codziennym życiu, a zwłaszcza umiejętność okazania zrozumienia i tworzenie warunków wspomagających zmiany sytuacji życiowej osoby wspomagananej. Kontakt wspierający warunkuje według Brammera pięć zmiennych:

1. Empatia, czyli rozumienie wspomaganego i sprawienie, że ma on świadomość tego, że jest rozumiany.
2. Ciepło i opiekuńczość, kształtowanie wzajemnych przyjaznych uczuć oraz okazywanie uwagi i zainteresowania osobie i problemom wspomaganego w sposób niewerbalny.
3. Szczery stosunek do wspomaganego, będący zachętą do otwartego wyrażania myśli i uczuć.
4. Akceptacja i szacunek pomagającego, mający na celu dobro wspomaganego i zapewnienie mu okazji do swobodnego bycia sobą.
5. Konkretność i specyficzność, czyli zapewnienie dokładnej i jasnej komunikacji.

Wspieranie rozwoju dziecka, nie jest niczym innym, jak aktywną pracą z dzieckiem, obejmującą różne sfery jego funkcjonowania.

Przewlekła choroba dziecka, która nie rokuje pełnego wyleczenia, narażająca je na długotrwałe lub nawet istniejące przez całe życie funkcjonowanie ze schorzeniem, powoduje zmiany w życiu całej rodziny. Staje się często przyczyną napięć, konfliktów, a nawet rozpadu rodziny,

emocjonalnego, czy też faktycznego porzucenia dziecka (rozwód i odejście z domu jednego z rodziców, lub oddania go komuś pod opiekę).

Przekrój postaw rodzicielskich wobec choroby dziecka przedstawiła E. Góralczyk (por. 1996). Według niej dla rodziców choroba ta może być:

- ▮ krzywdą,
- ▮ zagrożeniem,
- ▮ wyzwaniem.

Rodzice, którzy uważają się za **skrzywdzonych** przez los, są żądający, wymagający, drażliwi, natrętni, rozczarowani. Mniej lub bardziej wprost odrzucają swoje dziecko, jeżeli jego choroba uniemożliwia im realizację własnych planów życiowych lub planów, jakie wiązali w przyszłości z dzieckiem. Dziecko wzrastające w takiej atmosferze nabywa pesymistycznego nastawienia do życia, braku zaufania do siebie, niskiego poczucia własnej wartości. Jest apatyczne, wycofujące się, boi się konfliktów w domu i w ogóle konfliktów społecznych, jest sceptyczne, nie umie korzystać ze swoich uzdolnień, osiągając niższe wyniki nauczania. Ma tendencję do obwiniania siebie za wszystkie zaistniałe w rodzinie konflikty i niekorzystne wydarzenia.

Głównym celem kontaktu doradcy, z tymi uczniami i ich rodzicami, powinno być zachęcenie do działania przez informowanie, ukierunkowywanie, motywowanie, pokazywanie możliwości, wskazywanie na wszystkie istniejące czynniki ułatwiające ukończenie szkoły i zdobycia zawodu, w tym na pomoc, jaką może zaoferować poradnia psychologiczno-pedagogiczna lub inne instytucje pomocowe.

Uczniowie ci nie mogą trwać w przekonaniu, że choroba uniemożliwia im autokreację, że zamyka drogę do samorealizacji.

W grupie rodziców traktujących chorobę dziecka jako krzywdę, częściej spotykamy tych, którzy chętniej wyrażają zgodę na kształcenie go w specjalnych placówkach dla młodzież niepełnosprawnej, co nie zawsze musi być dla niego najlepszym rozwiązaniem.

Rodzicom, którzy traktują chorobę jako **zagrożenie** dla dziecka, towarzyszy napięcie, atmosfera grozy, niepokój. Nadmiernie ograniczają dziecko, wyręczając je we wszystkich (również dopuszczalnych) działaniach, nawet, gdy stan jego zdrowia ulega poprawie. Są nadopiekunicy. Chcą wynagrodzić dziecku jego cierpienia, dogadzając mu i obsypując prezentami. Często nadmiernie je izolują, ograniczając kontakty z rówieśnikami. Skupieni są na aktualnej sytuacji, boją się przyszłości i nie potrafią adekwatnie jej planować, chroniąc dziecko lub oczekując dla niego nadzwyczajnych, rekompensujących rozwiązań.

Dla dzieci, taka atmosfera, która poza cierpieniem, wzmaga lęk o życie i ogranicza swobodę, bywa przyczyną poczucia bezsilności, braku nadziei i sensu życia. Nadmierna opiekuńczość powodować może także nadwrażliwość, niecierpliwość i dezorganizację funkcjonowania w sytuacjach trudnych. Wysoki poziom lęku utrudnia kontakty z innymi, jest przyczyną agresji jako kompensowania poczucia własnej niższości i braku wiary we własne możliwości oraz bezradności. Dzieci te nie mają okazji do działania, nie potrafią cieszyć się nawet z drobnych osiągnięć, są niesamodzielne, niespontaniczne, niezadowolone. Nie mając możliwości odno-

wienia sukcesów, nie są mobilizowane do satysfakcjonującego stylu życia z chorobą. Z drugiej strony nadopiekuńczość rodziców może powodować mniemanie u dzieci, że wszystko im się należy, rozkapryszenie, postawy żądające.

E. Góralczyk uważa, że długotrwałość choroby, przy takim do niej nastawieniu, może z upływem czasu powodować coraz mniej wyraźną perspektywę normalnej przyszłości. Rodzice sami nie planują i zniechęcają dziecko do robienia według nich mało osiągalnych planów, pozostawiając je w zamkniętej sytuacji chorowania.

W kontaktach z pracownikami poradni psychologiczno-pedagogicznych, rodzice ci występują z pozycji, że sami najlepiej wiedzą, co jest najkorzystniejsze dla ich dziecka. Często prezentują dwie postawy.

1. **Zapobiegliwość i oczekiwanie, że poradnia** musi pomóc w realizacji rozpatrywanej przez dom drogi edukacyjnej dla dziecka. Efektem wizyt w tej placówce powinna być opinia wspierająca, (na ogół do liceum, bo szkoła ta najmniej obciąża fizycznie). Rodzice ci na ogół „wyposażeni” są w stosowne zaświadczenia różnych specjalistów, sugerujących takie właśnie rozwiązania. Wybierając kierunek kształcenia dla swoich dzieci, kierują się prestiżem, jaki ma on w ich opinii i ich środowiska, traktując naukę w danej placówce jako formę rekompensaty za doznane nieszczęście, nie analizując, czy jest on odpowiedni dla córki lub syna.

Taka roszczeniowa postawa utrudnia przyjmowanie racjonalnej argumentacji. Niepomyślna w mniemaniu rodziców decyzja poradni, bo nie realizująca ich oczekiwań, jest powodem dalszych, często bezpodstawnych zabiegów odwoławczych lub wręcz manipulacyjnych.

Zdarza się niestety, że zespoły orzekające ulegają naciskom najbardziej „natrętnych” rodziców, mimo świadomości, że w ostatecznym rozrachunku nie pomagają dziecku, lecz narażają je na niepowodzenia i trudności w wybieranej szkole, z uwagi na braki w wiadomościach lub niedostatki intelektualne.

2. Zniechęcenie i brak akceptacji dla wielu propozycji nauki w szkołach masowych, lub realizowania jej w normalnym trybie. Wielu z rodziców oczekuje propozycji kształcenia w systemie nauczania indywidualnego, często jako kontynuacji dotychczasowej formy, chroniącej dziecko w ich mniemaniu przed nadmiernymi kontaktami z rówieśnikami i dyspozycyjnością, jakiej w szkole masowej wymaga się od ucznia. Przychylają się ewentualnie do propozycji związanych z nauką w ramach klas integracyjnych.

Nie wolno zapominać, że dla wielu uczniów niepełnosprawnych, formy kontynuacji nauki w placówkach integracyjnych mogą być jedynymi propozycjami, w związku z posiadanymi przez nich ograniczeniami, szczególnie przy schorzeniach narządu ruchu. Dla innych takie rozwiązania mogą być jednak obniżeniem poprzeczki w stosunku do możliwości, obniżeniem poziomu aktywności, utrudnieniem powrotu do normalnego życia mimo choroby i do samodzielnego radzenia sobie w przyszłości.

Niepełnosprawność dziecka nie musi być przyczyną życiowej klęski. Może być **wyzwaniem** i źródłem nowych satysfakcji dla rodziny. Nauka, potem praca odwraca uwagę od choroby, rozwija oraz sprawia, że osoba ma obowiązki, musi codziennie przezwyciężać trudności. Nagrodą

za te zmagania może być poprawa ogólnej kondycji i znalezienie celu, bez którego trudno żyć – satysfakcjonującej przyszłości zawodowej. To przesłanie powinno pomóc w kontaktach z uczniami i ich rodzicami.

Jedynie potraktowanie choroby jako **wyzwania**, bez obwiniania losu i siebie, może sprzyjać szukaniu przez rodziców konstruktywnych rozwiązań. Cytowana już E. Góralczyk podkreśla, że życie chorego dziecka nie składa się wyłącznie z przeżywania choroby, cierpienia, leczenia, zabiegów i pobytów w szpitalu. Pozostaje szeroka sfera aktywności dostępnej mimo licznych ograniczeń. Dziecko poznaje, uczy się, bawi, ma swoje zainteresowania, marzenia, dążenia i przyjaźnie. Może i ma prawo się rozwijać.

Rodzice przyjmujący chorobę dziecka, jako wyzwanie rzadko demonstrują, zwłaszcza w obecności dziecka, takie zachowania jak: smutek, przygnębienie, przerażenie, rozpacz, złość, a zwłaszcza odrazę czy obrzydzenie – nie obce tym, którzy chorobę dziecka traktują jako własną krzywdę lub zagrożenie jego życia.

Częściej bywa to ulga, gdy niektóre objawy choroby tracą na sile lub ustępują albo radość, gdy stan zdrowia czy samopoczucie dziecka ulega poprawie. Chętnie współpracują z personelem medycznym, nauczycielami, pracownikami poradni psychologiczno-pedagogicznych.

W planach zawodowych i szkolnych własnych dzieci uwzględniają realia zdrowotne i możliwości intelektualne. Niepełnosprawny uczeń jest tu traktowany podmiotowo. Decyzje o dalszym kształceniu podejmuje wspólnie z rodzicami i doradcą.

Nie znaczy to wcale, że zarówno rodzice, jak i sami uczniowie nie mają obaw związanych z realizacją tych planów, nie dyskutują, nie wracają wielokrotnie do poradni, żeby je rozwiązać.

Niemniej, jak zaznaczyłam wcześniej, prezentują konstruktywne style działania. Swoje wątpliwości skłonni są wyjaśniać z doradcą, lekarzem i na terenie szkół, które mogą być następnym etapem edukacji dziecka. Nie unikają też rozmów z dzieckiem, przedstawiając i wspólnie analizując racjonalne argumenty za i przeciw podejmowanym decyzjom, przygotowując je do dojrzałości zawodowej i życiowej.

Zrozumienie, przez niepełnosprawnego młodego człowieka, wynikających z choroby uwarunkowań (poznanie przeciwwskazań, lecz także możliwych obszarów własnej aktywności) może być ważnym przyczynkiem do mobilizacji własnego organizmu nie tylko do walki z chorobą, lecz również do budowania planów na przyszłość.

Czynienie wysiłków, aby sprostać wymaganiom usamodzielnienia mimo choroby, dostosowania się do ograniczeń występujących w niepełnosprawności, wyłączenie mechanizmów obronnych (unikanie, rezygnacja, represja, agresja), dostosowywanie planów do realnych możliwości określa się mianem **adaptacji behawioralnej** (por. T. Majewski, 1995). Wpływa ona także na adaptację i integrację społeczną oraz na poprawę stosunków z rodziną i innymi osobami. Osoba dobrze przystosowana psychicznie będzie lepiej funkcjonować w życiu osobistym, zawodowym i społecznym.

Pamiętać należy, że dzieci znacznie niepełnosprawne mogą i powinny uczęszczać do

przedszkoli i szkół masowych, jeśli realizowane w nich będzie wychowanie integracyjne. Jeśli nie zapewnimy im tego, znajdą się w sytuacji wyjątkowo niepomysłnej i trudnej, bo mogą być pozbawione nie tylko zaspokojenia potrzeby fizycznego bezpieczeństwa, lecz także bezpieczeństwa psychicznego: akceptacji, przynależności, przyjaźni, samorealizacji.

Patrzenie na system edukacyjny w kategoriach „realizacji potrzeb edukacyjnych” ucznia pokazuje zarówno problem barier i trudności, jakich doświadczają uczniowie niepełnosprawni, jak i problem wykorzystania potencjałów dzieci wybitnie zdolnych. Dlatego można powiedzieć, że najlepsza będzie sytuacja, w której uczeń niepełnosprawny, a jednocześnie w jakiejś dziedzinie wybitnie zdolny, będzie miał szanse wykorzystać swój potencjał.

Szanse niepełnosprawnego dziecka na rozwój i uzyskanie samodzielności życiowej są znacznie większe (a często tylko wówczas możliwe), jeśli w proces terapii i edukacji dziecka zaangażowani są rodzice. Nawet najlepsza szkoła nie rozwiąże problemów dzieci niepełnosprawnych bez tych działań podejmowanych przez rodziców we własnym domu, obejmujących wszystkie sfery rozwojowe dziecka: intelektualną, fizyczną i społeczną.

Pozazdrowotne kryteria
wyboru zawodu i szkoły przez młodzież
z niepełnosprawnością

Większość zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju uczniów ujawnia się przed okresem dojrzewania i przed okresem podejmowania decyzji o wyborze zawodu. Dotyczy to szczególnie dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych, stanowiących ok. 10% rówieśniczej populacji. Według Instytutu Matki i Dziecka (por. „Kwalifikacja zdrowotna...” 1993), im wcześniej dokonana zostanie diagnoza stanu zdrowia dziecka, tym łatwiej będzie uczulić rodziców na konieczność wczesnego poszukiwania i stymulowania zainteresowań i uzdolnień dziecka, zgodnie z jego możliwościami i aspiracjami. Szczególna rola przypada tu lekarzowi sprawującemu opiekę nad dzieckiem przewlekle chorym i niepełnosprawnym. Wielu z tych uczniów prawidłowo ukierunkowanych zawodowo, kończąc szkoły znajduje pracę, która nie zwiększa ryzyka dla ich zdrowia oraz zagrożeń dla innych osób.

Niektóre z zaburzeń istniejących w okresie dojrzewania (np. martwice aseptyczne, opóźnienia dojrzewania, niskorosłość, niektóre postaci astmy oskrzelowej), z wiekiem wyrównują się lub ustępują. Ostatecznej kwalifikacji do nauki zawodu dokonują uprawnieni lekarze, specjaliści z zakresu medycyny pracy, medycyny przemysłowej, medycyny morskiej i tropikalnej, medycyny kolejowej lub higieny pracy (por. Dz. U. Nr 62 z 1992 r. poz. 313 z późn. zm. oraz z 1997 r. Dz. U. Nr 120, poz. 767 i z 1998 r. Nr 58, poz.374).

Stan zdrowia jest bardzo ważnym kryterium, określającym przydatność lub jej brak do nauki i wykonywania zawodu. Na ucznia niepełnosprawnego, wybierającego zawód należy spojrzeć jak na potencjalnego kandydata do pracy,

po ukończeniu kształcenia zawodowego, które powinno być zgodne z jego możliwościami. Nie można też zapominać o innym problemie. Przy ograniczonym wyborze kierunków kształcenia, z uwagi na przeciwwskazania zdrowotne, może nastąpić tzw. **dysymulacja osoby niepełnosprawnej**, czyli usiłowanie ukrycia przez ucznia lub jego rodziców zmian w stanie zdrowia, które w ich odczuciu mogą zmniejszyć dostęp do nauki i pracy. Niekiedy takie działania bywają nieświadome, rodzice, a zwłaszcza sama młodzież nie zdają sobie sprawy z występowania ograniczeń w kształceniu zawodowym, szczególnie wtedy, gdy ich stan zdrowia nie przeszkadza zbytnio w funkcjonowaniu w codziennym życiu (np. przy skorygowanych okularami wadach wzroku). Problem ten może się nasilać przy schorzeniach i wadach nie wymagających systematycznych zabiegów leczniczych i specjalistycznej kontroli medycznej. Ponadto wiele szkół masowych nie posiada obsady lekarsko-pielęgniarskiej, a lekarze rodzinni nie zawsze mają nawyki uczulania młodych pacjentów i ich rodziców na konieczność konsultowania wyborów zawodowych i szkolnych, w odpowiednim czasie, ze specjalistami, z uwzględnieniem oceny aktualnej i prognozowania sytuacji zdrowotnej.

W następnych rozdziałach przedstawię wymagania zdrowotne dla kandydatów do kształcenia i wykonywania zawodu wynikające ze środowiska i warunków pracy oraz przeciwwskazania do zawodów, jakie powodują konkretne schorzenia i wady w funkcjonowaniu narządów i układów somatycznych.

Jakimi kryteriami powinni kierować się niepełnosprawni uczniowie, ich rodzice i doradcy wyboru zawodu i szkoły?

Lokalne możliwości wyboru kierunku i formy szkolenia zawodowego. Dostępność szkół

Każda miejscowość ma inną sieć szkół, w których różna jest reprezentacja zawodów, specjalności i poziomów kształcenia. To, z czego można wybierać jest często wyznacznikiem sugestii dawanych uczniom, a także informacji o zawodach, do których te szkoły przygotowują. Ważna jest również znajomość programu nauki, miejsce i charakter praktyk zawodowych, zakres wymagań, co do wiedzy i umiejętności, bądź też dotycząca obciążeń fizycznych i organizacyjnych, związanych z praktyczną nauką zawodu i z przyszłą pracą. W tym kontekście (co podkreślają T. Majewski i B. Szczepankowska, por. 1998) pomoc doradcy zawodowego powinna polegać, przede wszystkim, na przekazywaniu uczniowi i rodzicom informacji ułatwiających podjęcie optymalnej decyzji, uwzględniającej:

- możliwość szkolenia i kształcenia zawodowego z uwzględnieniem rodzaju i stopnia uszkodzenia sprawności organizmu,
- przedstawienie różnych zawodów i specjalności, stawianych przez nie wymagań biologicznych, fizycznych i psychicznych oraz wskazań i przeciwwskazań do ich wykonywania, również w aspekcie organizacji zajęć związanych z praktyczną nauką danego zawodu.

Nie mniej ważnym problemem, który musi być uwzględniony przy wyborze samej szkoły, jest zapewnienie niektórym uczniom koniecznej opieki medycznej w trakcie nauki. To wyznacza często realizację kształcenia w szkole najbliższej miejsca zamieszkania lub w specjalnych ośrodkach kształcących młodzież niepełnosprawną.

Wybór szkoły masowej lub specjalnej szkoły zawodowej

Zależy to przede wszystkim od stopnia niepełnosprawności. Dla lepszej rewalidacji społecznej najbardziej optymalna jest nauka w szkołach masowych. Niemniej jednak w przypadku młodzieży niewidomej i niedowidzącej, głuchej i niedosłyszącej lub dla uczniów z niepełnosprawnością narządu ruchu, zwłaszcza z powodu uszkodzenia rdzenia kręgowego, nauka zawodu w szkolnictwie masowym bywa wręcz niemożliwa. Dlatego też istnieje w Polsce wiele placówek kształcących uczniów z tymi wadami. Są to szkoły, które dostosowują treści i metody pracy do potrzeb edukacyjnych i możliwości rozwojowych uczniów. Poza dokumentacją medyczną zakwalifikowanie do tej formy kształcenia wymaga orzeczenia publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej.

W przypadku szkolnictwa specjalnego, ważna wydaje się znajomość Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 stycznia 2005 roku w *sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach* (Dz. U. Nr 19, poz. 166).

Rozporządzenie określa warunki organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie, wymagających stosowa-

nia specjalnej organizacji nauki i metod pracy, między innymi w:

- szkołach specjalnych wszystkich typów, w tym szkołach przysposabiających do pracy, oraz oddziałach specjalnych w szkołach ogólnodostępnych;
- specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych;
- specjalnych ośrodkach wychowawczych;
- ośrodkach umożliwiających dzieciom i młodzieży upośledzonym umysłowo w stopniu głębokim, a także dzieciom i młodzieży upośledzonym umysłowo ze sprzężonymi niepełnosprawnościami, realizację obowiązku szkolnego.

Szkoły specjalne oraz oddziały specjalne w szkołach ogólnodostępnych organizuje się dla dzieci i młodzieży:

- niesłyszących,
- słabosłyszących,
- niewidomych,
- słabowidzących,
- z niepełnosprawnością ruchową,
- z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim,
- z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym,
- z autyzmem,
- ze sprzężonymi niepełnosprawnościami,
- z chorobami przewlekłymi,
- z zaburzeniami psychicznymi,
- niedostosowanych społecznie,
- zagrożonych niedostosowaniem społecznym,
- zagrożonych uzależnieniem,
- z zaburzeniami zachowania.

Charakterystykę tych grup młodzieży i opisy metod pracy z nimi prezentuje Ministerstwo

Edukacji Narodowej (por. „*Jak organizować edukację...*” 2010). Pod pojęciem uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, rozumie się w tym opracowaniu, *zarówno dzieci, które posiadają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, jak i te, które mają trudności w realizacji standardów wymagań programowych, wynikające ze specyfiki ich funkcjonowania poznawczo – percepcyjnego.* W opisach poszczególnych grup wyróżnia się też ważne dla kształcenia, a występujące często symptomy, świadczące o możliwościach i postawach uczniów.

- **Uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim**, to najliczniejsza grupa wróg niepełnosprawnych. W tej grupie są również uczniowie, gdzie to upośledzenie jest jednym z symptomów niepełnosprawności ruchowej (np. przy mózgowym porażeniu dziecięcym lub autyzmu). Zaburzenia rozwojowe u tych uczniów mają globalny charakter, obejmując percepcję, pamięć, spostrzeganie, uwagę, myślenie, mowę, sprawności motoryczne i manualne, ale także sferę motywacyjną: chęć uczenia się, kontrola emocjonalna, krytycyzm, potrzeba osiągnięć. Ich graniczne możliwości intelektualne są porównywalne do jedenasto lub dwunastoletnich dzieci prawidłowo rozwiniętych. Może to wpływać na trudności w nauce wszystkich przedmiotów.
- **Uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym**, których możliwości edukacyjne są obniżone na skutek dużych nieprawidłowości rozwoju psychofizycznego, występujące jeszcze ostrzej, niż w grupie opisanej wyżej. Edukacja ich polega głównie na uczeniu całościowym, sytuacyjnym, zadaniowym, przygotowującym do w miarę samodzielnego dorosłego życia.

- **Uczniowie niewidomi** to grupa, do której zalicza się zarówno tych, którzy zupełnie nie widzą, lub gdy ich ostrość wzroku nie przekracza 1/20 normalnej ostrości widzenia po zastosowaniu szkieł, albo gdy ich pole widzenia ogranicza się do przestrzeni zwartej w 20%.
- **Uczniowie słabowidzący**, to tacy, których ostrość widzenia po korekcie szklami dochodzi do 0,3 pełnej ostrości. Mogą mieć: uszkodzone widzenie obwodowe (widzenie lunetowe), trudności z poruszaniem się w przestrzeni, synchronizacja i koordynacja ruchów, mroczki (ciemne plamki przed oczami), oczopląs, zaburzenia w adaptacji oka do zmiennego oświetlenia, światłowstręt, daltonizm, zaburzenia akomodacyjne. Praca z uczniem niewidomym i słabowidzącym wymaga od nauczycieli wyczulenia na występowanie również takich zaburzeń, jak drażliwość, krótki czas koncentracji uwagi, męczliwość, zmniejszona ruchliwość, trudności w poruszaniu się w przestrzeni i wykonywaniu codziennych czynności.
- **Uczniowie niesłyszący i słabosłyszący.** Istotny wpływ na funkcjonowanie ucznia z wadą słuchu, ma rodzaj uszkodzenia słuchu, moment wyposażenia go w aparat słuchowy lub wszczęcia implantu ślimakowego. Wczesne usprawnienie słuchu znacznie wpływa pozytywnie na umiejętność różnicowania bodźców słuchowych, rozwój mowy, komunikację społeczną. W tej dziedzinie ważne są preferencje do porozumiewania się z użyciem mowy (co znacznie rozszerza możliwości kontaktów interpersonalnych) czy też korzystanie z języka gestowo – mimicznego.
- **Uczniowie z autyzmem.** Cechami wspólnymi zaburzeń autystycznych są poważne i rozległe deficyty w zachowaniach społecz-

nych, opóźnienia i deficyty w kształtowaniu się i używaniu mowy, ograniczone, sztywne i powtarzające się zachowania. Ponadto u osób z autyzmem często odnotowuje się zachowania agresywne, autoagresyjne i destrukcyjne, padaczkę i obniżone możliwości intelektualne. Uczniowie ci nie przejawiają na ogół żadnej inicjatywy, a pozostawieni sami sobie stereotypowo powtarzają te same czynności, nie potrafią też przenieść umiejętności nabytych uprzednio do funkcjonowania w innych sytuacjach. Wymagają stałej rehabilitacji i stymulacji dotykowo – słuchowej.

- **Uczniowie z niepełnosprawnością ruchową**, wyróżnia ich duża różnorodność zarówno schorzeń i zdarzeń powodujących ograniczenia, sam rodzaj uszkodzenia, również dotyczący układu nerwowego, okresu w jakim doszło do niepełnosprawności oraz samego jej stopnia (lekka, umiarkowana, znaczna), postępu (bądź nie) działań rehabilitacyjno – usprawniających. Szczególnie trudne są przypadki uczniów ze stwardnieniem rozsianym i mózgowym porażeniem dziecięcym. Niepełnosprawność ruchowa wpływa na funkcjonowanie szkolne (aktywność szkolna i nabywanie doświadczeń wiążących się z ruchem), rozwój i zaburzenia mowy, kształtowanie się lokomocji, manipulacji, rozumienia stosunków przestrzennych, zdolności obserwacyjne z uwagi na uszkodzenie ruchomości gałek ocznych. Występująca dodatkowo synkinetja (dodatkowe niekontrolowane ruchy) jeszcze bardziej pogłębia czas wykonywanych czynności i funkcjonowanie szkolne ucznia. Często towarzysząca mózgowemu porażeniu dziecięcemu padaczka, i przyjmowane leki przeciwpadaczkowe wpływają niekorzystnie na procesy

poznawczo – intelektualne. W stosunku do tych uczniów, w przebiegu edukacji, ważne jest przygotowywanie ich do funkcjonowania w życiu społecznym, wśród rówieśników a nie tylko w ramach najczęściej orzeczanego nauczania indywidualnego.

- **Uczniowie z chorobami przewlekłymi**, to na ogół uczniowie, których stan zdrowia umożliwia naukę w szkołach ogólnodostępnych, w tych integracyjnych, przy czym powinni korzystać w nich z różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Choroba przewlekła, to zaburzenie, które ma charakter trwały, lub utrzymuje się latami, spowodowane nieodwracalnymi zmianami patologicznymi. Należy pamiętać o tym, że uczeń przewlekłe chory, z uwagi na rodzaj choroby, przyjmowane leki, może mieć problemy z aktywnością na lekcjach, koncentracją uwagi, pamięcią, symptomy słabszego samopoczucia lub nagłego pogorszenia się stanu zdrowia, utrudnienia związane z wolniejszym funkcjonowaniem na lekcjach, lub z eliminacją braków, wynikających z absencji. Trudności mogą też wynikać ze słabszej wydolności fizycznej, braku integracji z klasą, czy znacznie ograniczonym uczestnictwem w imprezach szkolnych. Do grupy chorób przewlekłych z pewnością zaliczymy większość schorzeń, które omawiam w Rozdziale poświęconym biomedycyjnemu podstawom poradnictwa zawodowego. Szczególną uwagę należy tu poświęcić takim jednostkom chorobowym, jak: choroby układu nerwowego, nowotwory, zaburzenia psychiczne, wady genetyczne, zaburzenia systemu wydzielania wewnętrznego, choroby układu krążenia, oddechowego, moczowego i nerek.

- **Uczniowie niedostosowania społecznie, zagrożeni niedostosowaniem społecznym.** Wszelkie zaburzenia zachowania i dewiacje, spowodowane czynnikami biopsychicznymi lub środowiskowymi, wpływają na kontakty społeczne, brak asymilacji, niedostosowanie społeczne, nie realizowanie obowiązku szkolnego. Jeżeli zaburzeniom tym, nie towarzyszą nieprawidłowości somatyczne, funkcje szkoły – poza dydaktyką, sprowadzają się głównie do realizacji programów psycho - edukacyjnych, w zakresie psychoterapii i profilaktyki niedostosowania społecznego i uzależnień.

Kształcenie dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz niedostosowanej społecznie w szkołach specjalnych i oddziałach specjalnych w szkołach ogólnodostępnych jest prowadzone nie dłużej niż do ukończenia przez ucznia:

- 1) 18. roku życia – w przypadku szkoły podstawowej;
- 2) 21. roku życia – w przypadku gimnazjum;
- 3) 24. roku życia – w przypadku szkoły ponadgimnazjalnej.

Oddziały specjalne w przedszkolach ogólnodostępnych, szkoły specjalne, w tym szkoły specjalne działające w ośrodkach oraz oddziały specjalne w szkołach ogólnodostępnych powinny zapewnić:

- realizację zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego;
- odpowiednie warunki do nauki, sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne;
- realizację programu wychowania przedszkolnego, programu nauczania, programu wychowawczego i programu profilaktyki, odpowiednich dla danego rodzaju niepełnosprawności i stopnia upośledzenia umysłowego.

- wego, z wykorzystaniem odpowiednich form i metod pracy dydaktycznej i wychowawczej;
- wielospecjalistyczną ocenę poziomu funkcjonowania ucznia dokonywaną na danym etapie edukacyjnym, nie rzadziej niż raz w roku, przez nauczycieli i specjalistów pracujących z uczniem, będącą podstawą opracowania i modyfikowania indywidualnego programu edukacyjnego określającego zakres oraz rodzaj zajęć rewalidacyjnych, zgodnie z jego indywidualnymi potrzebami edukacyjnymi i możliwościami psychofizycznymi;
 - udzielanie pomocy rodzicom (prawnym opiekunom) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie, w zakresie doskonalenia umiejętności niezbędnych we wspieraniu ich rozwoju;
 - integrację ze środowiskiem rówieśniczym;
 - przygotowanie do samodzielności w życiu dorosłym.

Istotne jest również to, że warunki i formę egzaminu przeprowadzanego w ostatnim roku nauki w gimnazjum, egzaminu maturalnego, a także egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe oraz egzaminu z przygotowania zawodowego i egzaminu z nauki zawodu, dostosowuje się do indywidualnych potrzeb edukacyjnych i możliwości psychofizycznych ucznia lub absolwenta niepełnosprawnego lub niedostosowanego społecznie, na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Uczniowi posiadającemu takie orzeczenie, przewodniczący szkolnego zespołu egzaminacyjnego, w porozumieniu z okręgową komisją egzaminacyjną, powinien zapewnić warunki i formę przeprowadzenia sprawdzianu lub egzaminu odpowiednio do indywidualnych potrzeb edukacyjnych i możliwości psychofizycznych

uczniów lub absolwentów, z uwzględnieniem rodzaju ich niepełnosprawności, w szczególności przez:

- zminimalizowanie ograniczeń wynikających z niepełnosprawności, wykorzystanie odpowiedniego sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych;
- odpowiednie przedłużenie czasu przewidzianego na przeprowadzenie sprawdzianu lub egzaminu.

Dotyczy to szczególnie uczniów niesłyszących, słabosłyszących, niewidomych, słabowidzących, z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, przystępujących do sprawdzianu lub egzaminu. Dla nich przygotowuje się zestawy zadań dostosowane do rodzaju ich niepełnosprawności. Dla absolwentów niesłyszących, posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, przystępujących do egzaminu maturalnego z języka polskiego, historii, wiedzy o społeczeństwie i języka obcego nowożytnego, przygotowuje się arkusze egzaminacyjne dostosowane do rodzaju ich niepełnosprawności. W czasie przeprowadzania sprawdzianu lub egzaminów, należy zapewnić obecność specjalisty z zakresu danej niepełnosprawności, w szczególności: oligofrenopedagoga, tyflopedagoga, surdopedagoga oraz tłumacza języka migowego, jeżeli jest to niezbędne dla uzyskania właściwego kontaktu z uczniem lub absolwentem niepełnosprawnym.

Dyrektor Centralnej Komisji Egzaminacyjnej opracowuje szczegółową informację o sposobie dostosowania warunków i formy przeprowadzania sprawdzianu, egzaminu gimnazjalnego, egzaminu maturalnego i egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe do potrzeb uczniów i absolwentów niepełnosprawnych

oraz niedostosowanych społecznie i podaje ją do publicznej wiadomości na stronie internetowej Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, nie później niż na 12 miesięcy przed terminem sprawdzianu lub egzaminu.

Przepisy określają też liczebności uczniów w poszczególnych rodzajach szkół. I tak np.:

- w szkołach dla niewidomych i słabowidzących od 8 do 10 uczniów,
- w szkołach dla niesłyszących i słabosłyszących od 6 do 8 uczniów,
- w szkołach dla przewlekle chorych od 10 do 16 uczniów, w tym w szkołach dla dzieci z zaburzeniami psychicznymi od 6 do 8 uczniów,
- w szkołach dla niepełnosprawnych ruchowo od 8 do 12 uczniów.

W sposób szczegółowy skala objęcia kształceniem młodzieży w placówkach nie ogólnodostępnych została przedstawiona w Informacji Rządu RP z 2 czerwca 2007 roku, dotyczącej działań podejmowanych na rzecz realizacji postanowień Uchwały Sejmu RP z dnia 1 sierpnia – „Karta praw osób niepełnosprawnych” (Sejm RP, Druk Nr 1999 z 25 czerwca 2007 r.). Z przedstawionych tam danych wynika, że w roku 2006 funkcjonowało w Polsce 2453 szkół specjalnych. W 3475 oddziałach w gimnazjach specjalnych było 43602 uczniów, w których kształciło się 56763 uczniów, a w 3058 oddziałach w specjalnych szkołach ponadgimnazjalnych – 30941 uczniów, natomiast w oddziałach integracyjnych i ogólnodostępnych kształciło się 65071 uczniów. W oddziałach przysposabiających do pracy, po szkole podstawowej, naukę kontynuowało w tym czasie 7018 uczniów. W roku akademickim 2006/2007 we wszystkich typach uczelni wyższych studiowały 19923 osoby niepełnosprawne.

Dla rozstrzygnięcia dylematu, jaka szkoła będzie dla uczniów niepełnosprawnych najbardziej wskazana, istotne sugestie podaje S. Kotowski (por. 1998). Według tego autora dla uczniów niewidomych i słabowidzących szkoła specjalna, dla młodzieży z tymi schorzeniami, może zapewnić lepsze warunki pobierania nauki, ze względu na środki dydaktyczne dostosowane do potrzeb nauczania oraz realizacją przedmiotów rehabilitacyjnych jak orientacja przestrzenna, pismo punktowe, samoobsługa itd. oraz pomoc tyflopedagogów.

Podobne korzystniejsze warunki nauki zawodu i dostosowanie metod i oprzyrządowania do niepełnosprawności występują w szkołach specjalnych, kształcących młodzież z innymi uszkodzeniami organizmu.

Niemniej, aby uczeń mógł uczyć się w takiej szkole, najczęściej musi zamieszkać poza domem, co może powodować: rozluźnienie więzi rodzinnych, funkcjonowanie w swoistej kulturze internatowej, ograniczenie kontaktów ze zdrowymi rówieśnikami, przyzwyczajenie do odmiennych warunków życia itp.

Z drugiej strony nauka w szkołach masowych, dostępnych dla ogółu uczniów, może z kolei narazić młodego człowieka na obniżenie poziomu wymagań stawianych przez współuczniowskich nauczycieli (i w stosunku do samego siebie), konieczność unikania niektórych zajęć itp. Może także prowadzić do kształtowania negatywnych cech osobowości, jak np. nadmierne oczekiwanie pomocy od kolegów lub postawy roszczeniowe.

S. Kotowski proponuje, aby wykształcenie ogólnokształcące młodzież z dysfunkcją wzro-

ku zdobywała w szkołach masowych, mając naturalne kontakty z młodzieżą pełnosprawną i lepsze przygotowanie do studiów wyższych. Zawód natomiast korzystniej jest zdobywać w specjalnych szkołach zawodowych, gdzie stosowane są w procesie nauczania specjalne metody i techniki.

Inną propozycją kształcenia są **klasy integracyjne**. Należy pamiętać, że klasy integracyjne, to grupy uczniów o różnych możliwościach rozwojowych. Uczą się tam uczniowie zdrowi i niepełnosprawni z różnymi zaburzeniami i deficytami zdrowotnymi. Powstają one na wyraźne zapotrzebowanie środowiska, za zgodą i akcep-

cją rodziców, władz oświatowych i samorządowych. W rozdziale VII przedstawione zostaną zasady kierowania uczniów niepełnosprawnych do tych placówek. Ubolewać jedynie należy nad faktem, że mimo iż ta forma kształcenia znalazła swoją pełną akceptację na poziomie przedszkoli, szkół podstawowych i gimnazjów, to w szkołach na wyższych poziomach kształcenia jest jeszcze w tzw. powijakach. Świadczy o tym poniższe zestawienie, uzyskane z ankiet odesłanych przez same placówki w roku szkolnym 2009/2010, zbieranych przez Pracownię Wspomagania Rozwoju i Integracji w Centrum Metodycznym Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Tabela 2 Placówki prowadzące kształcenie integracyjne w Polsce

Województwo	Przedszkola	Szkoły podstawowe	Gimnazja	Szkoły ponadgimnazjalne	Razem
Dolnośląskie	12	31	19	7	69
Kujawsko-Pomorskie	23	34	23	5	85
Lubelskie	23	37	21	9	90
Lubuskie	9	22	11	2	44
Łódzkie	19	42	18	2	81
Małopolskie	37	65	50	9	161
Mazowieckie	55	102	53	15	225
Opolskie	16	17	11	0	44
Podkarpackie	2	19	5	4	30
Podlaskie	9	24	21	4	58
Pomorskie	8	76	35	4	123
Śląskie	53	77	54	8	192
Świętokrzyskie	7	14	12	3	36
Warmińsko-Mazurskie	9	27	19	3	58
Wielkopolskie	42	59	40	10	151
Zachodniopomorskie	21	44	17	7	89
Razem	345	690	409	92	1536

Wprowadzie powyższe dane mogą być traktowane jedynie orientacyjne (nie wszystkie placówki odpowiedziały na ankietę), to wynika z nich zarówno duże zróżnicowanie ilości placówek w poszczególnych województwach, jak też mała liczba tych placówek w formach kształcenia ponadgimnazjalnego na terenie całego kraju.

Uwzględniając w propozycjach dla uczniów, kształcenie w oddziałach integracyjnych, warto pamiętać, że wiek ucznia może tam wynosić:

- do 14 r. ż. w szkole podstawowej,
- do 21 r. ż. w gimnazjum,
- do 24 r. ż. w szkole ponadgimnazjalnej.

W oddziałach tych liczba uczniów powinna wynosić od 15 do 20, w tym od 3 do 5 uczniów niepełnosprawnych.

Przy analizowaniu kształcenia zawodowego, dla ucznia z różnymi dysfunkcjami zdrowotnymi, celem poradnictwa zawodowego jest udzielenie pomocy w wyborze właściwego zawodu, odpowiadającemu jego sprawnościom psychofizycznym, intelektualnym i potencjalnym możliwościom zawodowym. Osobą ostatecznie decydującą o wyborze konkretnej placówki kształcącej, jak już wielokrotnie podkreślałam, jest sam uczeń, a nie pozostałe osoby współuczestniczące w tym procesie (rodzice, doradcy zawodowi). To on będzie uczęszczał do szkoły, to on będzie wykonywał w przyszłości dany zawód.

Doradca zawodowy jednak, szczególnie przy ocenie możliwości i przy podejmowaniu przez ucznia (i przy wsparciu jego rodziców) decyzji o kształceniu w szkole masowej lub integracyjnej, powinien uwzględnić następujące elementy (por. J. Grabowski, 2003):

- Dobrą znajomość wymagań różnych zawodów, specjalności zawodowych itp.
- Wyniki kompleksowej oceny, przez lekarza uprawnionego, zdolności do nauki zawodu – im głębszy stopień niepełnosprawności, tym ocena ta musi być bardziej dokładna i wszechstronna, ujawniająca wszystkie ograniczenia danego ucznia i określająca możliwości zawodowe. Do szkół masowych kwalifikuje się młodzież z lżejszymi niepełnosprawnościami, która może korzystać z metod nauczania stosowanych dla uczniów zdrowych, z lżejszymi uszkodzeniami np. narządu ruchu, słabiej widzącymi lub słabiej słyszącymi.
- Warunki kształcenia uczniów w wybieranej placówce: zaopatrzenie uczniów niepełnosprawnych w dobry sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny (aparaty ortopedyczne, kule, szkła powiększające, aparaty słuchowe itp.), zaopatrzenie ich w specjalne pomoce dydaktyczne (np. powiększalniki druku), zapewnienie dostępności do wszystkich pomieszczeń i miejsc, w których odbywają się zajęcia (np. likwidacja barier architektonicznych dla uczniów z uszkodzonym narządem ruchu).
- Posiadanie przez nauczycieli minimum wiedzy z zakresu pedagogiki specjalnej, czyli znajomości i potrzeb uczniów niepełnosprawnych oraz ocena ich postawy wobec kształcenia się w ich szkole uczniów z dysfunkcjami (brak oporów).
- Postawa uczniów pełnosprawnych wobec uczniów niepełnosprawnych. Akceptacja i współdziałanie z kolegami, czy odrzucenie i izolacja.
- Ocena motywacji ucznia niepełnosprawnego do dalszej nauki.

Czynniki te są również istotne w sytuacji podejmowania kształcenia w szkołach policealnych i wyższych. Młodzież niepełnosprawna może z powodzeniem podejmować kształcenie w wielu kierunkach, o ile zostaną im stworzone odpowiednie warunki do nauki i studiów. Największą szansę na podjęcie i kontynuację nauki na poziomie ponadlicealnym mają osoby z uszkodzonym narządem ruchu, osoby z uszkodzeniami narządów wewnętrznych, niewidomi i słabowidzący oraz słabosłyszący. Mogą one korzystać z wielu nowoczesnych urządzeń technicznych i rehabilitacyjnych. Niestety te możliwości nie są przez nich w pełni wykorzystywane, a odsetek niepełnosprawnych studentów w stosunku do całej populacji niepełnosprawnej młodzieży jest nadal niezadowolający. To ogromne wyzwanie dla doradców pracujących z tą młodzieżą, zwłaszcza że podejmując studia młodzież ta nie korzysta z preferencji rekrutacyjnych.

Czasem spotykamy się z sytuacjami świadczącymi o niezrozumieniu niektórych potrzeb studentów niepełnosprawnych przez nauczycieli akademickich oraz pracowników administracji w uczelniach. Wniosek jest prosty – studenci niepełnosprawni powinni otwarcie mówić o swoich szczególnych potrzebach, zwłaszcza wykładowcom i opiekunowi roku, zgłaszając potencjalne problemy podczas studiowania. Wśród osób, które powinny służyć radą i pomocą wskazują też dyrektorów instytutów, prodziekanów ds. studenckich, a szczególnie Pełnomocnika Rektora ds. Studentów Niepełnosprawnych. Dużą pomocą dla studentów niepełnosprawnych jest uczestnictwo uczelni w takich programach realizowanych wspólnie z PFRON, jak STUDENT, STUDENT II, KOMPUTER dla HOMERA, PEGAZ 2003 czy PITAGORAS 2007.

Np. adresatami programu *STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych*, są studenci z orzeczoną znacznym lub umiarkowanym stopniem inwalidztwa lub orzeczeniem równoważnym. Uzyskiwali oni pomoc finansową w formie:

- dofinansowania kosztów nauki,
- stypendium specjalnego za szczególne osiągnięcia w nauce.

Inne szczególne formy dofinansowania, jak związane z:

- zakwaterowaniem – w przypadku nauki poza miejscem stałego zamieszkania, lub zwrot za koszty dojazdów,
- dostępem do Internetu (instalacja, abonament),
- uczestnictwem w zajęciach mających na celu podniesienie sprawności fizycznej lub psychicznej,
- zakupem przedmiotów ułatwiających lub umożliwiających naukę, w tym programów komputerowych, pamięci przenośnej USB, dysków optycznych oraz dyskietek.

Celem strategicznym, wymienionych wyżej programów, jest wyrównanie szans w zdobyciu wykształcenia przez osoby niepełnosprawne oraz przygotowania ich przez podwyższanie kwalifikacji do rywalizacji o zatrudnienie na otwartym rynku pracy. Wiedza o nich powinna powszechna wśród niepełnosprawnych uczniów szkół średnich.

Sytuacja na rynku pracy

Jest to czynnik niezmiernie ważny w okresie stałej restrukturyzacji naszej gospodarki. Poziom bezrobocia w danym regionie narzuca stopień uwzględniania możliwości zdobycia pracy i eliminacji z planów zawodowych tych

specjalności, które ono objęło. Istnienie szans lub brak zatrudnienia po ukończeniu kształcenia, na terenie miejsca zamieszkania, jest szczególnie ważne w mniejszych miejscowościach lub, gdy kalectwo ogranicza możliwości samodzielnego poruszania się i dojazdów do pracy. Często też niepełnosprawny kandydat do pracy przegrywa w rywalizacji ze swym zdrowym konkurentem.

Porada zawodowa, ukierunkowująca wybór kształcenia zawodowego powinna uwzględnić jeszcze jeden ważny aspekt - możliwość adaptacji dostępnych na rynku pracy stanowisk, poprzez ich dodatkowe oprzyrządowanie, dostosowane do specyficznych potrzeb różnych grup osób niepełnosprawnych.

W charakterystykach i opisach wielu zawodów zawarte są informacje o tym, że w zasadzie dopuszcza się zatrudnienie osób z niepełnosprawnością np. narządu ruchu, ale ze względu na usytuowanie techniczne stanowiska pracy i warunki lokalowe jest to na ogół niemożliwe (kasy, laboratoria, biura projektowe itp.). Dużym ułatwieniem dla analizy możliwości pracy osób z różnymi niepełnosprawnościami w danym zawodzie, również w aspekcie dostosowania stanowiska pracy jest *Podręcznik oceny zawodów z punktu widzenia różnych rodzajów niepełnosprawności* (por. W. Kreft i in., 2000).

Analizując możliwości zatrudnienia warto uwzględnić również takie propozycje kształcenia zawodowego, które umożliwią wykonywanie zawodu poprzez samozatrudnienie lub we własnym domu. Informacje tego typu można też znaleźć w *Przewodniku po zawodach* (2003). Współpraca doradcy z urzędem pracy i centrum informacji i planowania kariery zawodowej,

rozeznanie szans na lokalnym rynku pracy, znajomość zawodów i specjalności o pozytywnym trendzie rozwojowym, znacznie ułatwia pomoc uczniowi niepełnosprawnemu, w podejmowaniu przez niego decyzji edukacyjnych.

Inne czynniki zewnętrzne decydujące o wyborze zawodu i szkoły

Koszty kształcenia. Należy je rozpatrywać przynajmniej w trzech wymiarach: koszty dojazdu do szkoły, związane z odpłatnością za internat oraz związane z opłatą czesnego w szkołach społecznych lub prywatnych. Szkoły, w których nauka wiąże się z koniecznością pokrywania tych wydatków, wymagają pisemnej deklaracji rodziców lub prawnych opiekunów ucznia, związanej z obietnicą wnoszenia terminowych opłat.

Ważne jest zatem rozeznanie, na ile stan materialny rodziców pozwala na kontynuowanie nauki przez ich dzieci w konkretnych placówkach. Zdarza się też i tak, że z różnych powodów, mimo istniejących wad lub przewlekłych stanów chorobowych, występuje konieczność szybkiego usamodzielnienia się ucznia lub wręcz opuszczenia domu rodzinnego lub placówki opiekuńczej. Ten aspekt też musi być uwzględniany przez doradców.

Możliwość uzyskania dalszych kwalifikacji po ukończeniu wybieranej szkoły i możliwości awansu w wybranym zawodzie.

Analizując wybór i zdobycie zawodu, w którym dana niepełnosprawność nie musi być utrudnieniem, należy mieć na uwadze fakt, że im wyższe kwalifikacje tym większa atrakcyjność

własnej oferty pracy składanej przyszłym pracodawcom.

Spółeczny prestiż zawodu. Dla osób niepełnosprawnych, fakt wykonywania zawodu mającego wysoką pozycję w hierarchii społecznej, może być ważnym czynnikiem dalszego procesu rewalidacyjnego.

Płace. Zróżnicowanie wynagrodzenia uzyskiwanego w różnych zawodach o podobnym charakterze pracy nie jest bez znaczenia, zwłaszcza dla osób z trwałą niepełnosprawnością. Bardzo często ponoszą one dodatkowe koszty, związane z utrzymaniem tzw. „zdrowia uwarunkowanego”, wspomaganego systematycznym zażywaniem leków, poddawaniem się zabiegom rehabilitacyjnym, oprotezowaniem, lub też stosowaniem specjalnych, często kosztownych diet.

Wewnętrzne i środowiskowe kryteria wyboru zawodu

W rozdziale II omówiona została waga pozycji niepełnosprawnego ucznia w rodzinie. Ważne są też aspiracje rodziny, wynikające niejednokrotnie z zawodowych pozycji samych rodziców lub innych jej członków. Niezmiernie istotne są także ograniczenia w wyborze zawodu uwarunkowane rodzajem niepełnosprawności, którym będą poświęcone dalsze rozdziały opracowania.

Analiza innych czynników wyboru kierunku kształcenia zawodowego i szkoły, w przypadku młodzieży z obniżoną sprawnością fizyczną, powinna dotyczyć:

- możliwości intelektualnych ucznia;
- wyuczalności, wyćwiczalności, wytrwałości i wytrzymałości na zmęczenie;

- stopnia motywacji do nauki;
- braków w wiadomościach szkolnych, zwłaszcza wynikających z chorobowej absencji;
- adekwatności oceny możliwości dziecka przez rodziców;
- uzdolnień ogólnych i specjalnych;
- sprawności manualnych;
- cech osobowości, jej słabych i mocnych stron dotyczących zdolności, temperamentu i charakteru – w kontekście wybieranego zawodu;
- zainteresowania danym kierunkiem kształcenia;
- motywacji, celów życiowych i systemu wartości, które może zaspokoić wykonywanie zawodu.

Uwarunkowania te powinny znaleźć swe odbicie w decyzji szkolnej i zawodowej. Doradcy zawodowi w szkołach i w poradniach psychologiczno-pedagogicznych dysponują warształem diagnostycznym, ułatwiającym analizę możliwości intelektualnych ucznia, uzdolnień specjalnych, preferencji zawodowych i zainteresowań, cech osobowości.

Podsumowując te rozważania stwierdzam, że pomoc młodzieży niepełnosprawnej w wyborze zawodu powinna uwzględniać:

- opinie ucznia dotyczące przystosowania się do życia zawodowego;
- ustalenie dostępnych dla niego zawodów;
- pomoc uczniowi w uzyskaniu informacji o zdolnościach i potrzebach, przez umożliwienie realistycznego wglądu w słabe i mocne strony organizmu oraz wynikających z jego umiejętności i cech osobowości;

- samodzielne podjęcie przez niego decyzji, wobec możliwości i ograniczeń, świadomości potrzeb, motywów, odczuć i reakcji na sytuację w jakiej się znajduje.

Karierę edukacyjną i zawodową uczniów niepełnosprawnych, podobnie jak uczniów zdrowych, współkształtują określone cechy umysłu, takie jak poziom inteligencji, rodzaj zdolności, które posiada jednostka, cechy osobowości, w tym obraz własnej osoby. Kształtuje ją także cel długofalowy, jaki młody człowiek stawia sobie do realizacji, chcąc osiągnąć zaplanowany przez siebie status społeczny. Współkształtują ją ponadto czynniki środowiskowe związane z rodziną: status społeczny rodziny, sposób wychowania dziecka, postawy rodzicielskie i atmosfera w domu. Ważny jest wpływ środowiska szkolnego: poziom i przebieg nauki szkolnej, kształtowanie się planów edukacyjnych i ich realizacja, poziom kompetencji nauczycieli, ich zaangażowanie i wpływ na motywację ucznia.

Coraz powszechniej podkreśla się fakt, że rozwój zawodowy to wybór i zajęcie określonego miejsca w strukturze społeczno – zawodowej, a przebieg kształcenia warunkuje kariery zawodowe. Natomiast na efektywność nauki w szkole wpływ ma środowisko społeczno – kulturowe, w którym zakotwiczona jest rodzina i szkoła. Istnieją zależności między statusem ekonomicznym rodziny, poziomem wykształcenia jej członków, wartościami uznawanymi przez rodzinę, a aspiracjami edukacyjnymi dzieci. Bez względu na stan zdrowia uczniowie niepełnosprawni chcą co najmniej dorównać pozostałym członkom rodziny.

K. Kotlarski (por. 2006) przytacza natomiast wpływ zmiennych, które decydują o funkcjonowaniu dziecka w szkole: warunki techniczne nauki, metody nauczania stosowane przez nauczycieli, relacje uczniów z nauczycielami, relacje rówieśnicze, klimat dyscyplinarny w szkole, wpływ szkoły na motywację osiągnięć uczniów itd.

Wszystkie przedstawione wyżej zmienne w sposób zasadniczy warunkują kariery, plany zawodowe, wybory edukacyjne, także uczniów niepełnosprawnych.



Wymagania środowiska pracy
w wykonywanych zawodach
jako wyznacznik przydatności zawodowej

Rozdział

4

Inspiracją do zaproponowania treści w tym Rozdziale, były m.in. pozycje: Z. Byczkowskiej i in. (por. 1995), T. Majewskiego (por. 1995), Z. Ratajczak (por. 1977) oraz L. Markiewicz i in. (por. 1982).

Wymagania produkcyjne zawodu, a zwłaszcza warunki wykonywanej pracy, czyli jej środowisko, mogą powodować zagrożenia. Najczęściej są to:

Prace związane z nadmiernym wysiłkiem fizycznym, transportem ciężarów oraz wymuszoną pozycją

Jeżeli prace te występują w trakcie wykonywania zawodu, szczególnie obciążają układ kostno-mięśniowy, krążenia, oddychania. Przeciwwskazane są także przy cukrzycy, przepuklinach, wysokiej krótkowzroczności.

Duży wpływ na organizm ma pozycja, w jakiej wykonywane są zadania zawodowe. Układ kostno-stawowy najbardziej obciąża pozycja statyczna, angażująca tylko niektóre mięśnie, uniemożliwiająca zachowanie prostego (pionowego) ułożenia tułowia z nieznacznym odchyleniem głowy, natomiast wymagająca określonego, wymuszonego i niewygodnego układu ciała (w pochyleniu, w przysiadzie, w pozycji leżącej), zwłaszcza w ograniczonej strukturze przestrzennej lub, gdy niektóre mięśnie należy przez dłuższy czas utrzymać w określonym napięciu lub bezruchu, gdy nie występuje równomierne jednakowe obciążenie lewej i prawej strony ciała, gdy niemożliwe jest symetryczne położenie prawej i lewej połowy ciała, a w przypadku asymetrii częste zmiany pozycji. Męcząca dla układu mięśniowego jest także duża liczba jednorodnych ruchów oraz ciągle wykorzysty-

wanie przycisków i pedałów, używanie ciężkich narzędzi.

Podobnie wielokrotne skręty tułowia, pochylenie się, pchanie, podnoszenie lub przenoszenie dużych ciężarów naraz mają wpływ na schorzenia układu ruchu, na wady serca oraz bardzo szybko pogłębiają już istniejące schorzenia tego typu.

Ucisk na narządy znajdujące się w jamie brzusznej i klatce piersiowej wykluczony jest w zaburzeniach funkcjonowania układów: krążenia, oddechowego, trawiennego.

Nadmierny wysiłek energetyczny przeciwwskazany jest ponadto przy nadciśnieniu tętniczym, jaskrze, chorobach ograniczających wydolność oddechową (choroby płuc, astma oskrzelowa), nadczynności tarczycy oraz przy ogólnie słabej wydolności fizycznej.

Prace w obciążonym mikroklimacie środowiska pracy

Na mikroklimat składa się: temperatura, wilgotność, ruch powietrza, które zmieniają się zależnie od warunków atmosferycznych, sposobów ogrzewania i wentylacji pomieszczeń, procesów produkcyjnych itd. Ma to duże znaczenie w przypadku osób z zaburzonym funkcjonowaniem układu krążenia, oddychania, schorzeniami przewodu pokarmowego. Szczególnym zagrożeniem zwłaszcza przy schorzeniach tkanki łącznej może być mikroklimat zmienny (nagłe zmiany temperatury i wilgotności).

Zbyt wysoka temperatura powietrza, wysoka wilgotność połączona nawet z niezacznym ruchem powietrza i wysiłkiem fizycznym wpły-

wa na zaburzenie procesów termoregulacyjnych, stres cieplny, udar cieplny, zmniejszenie odporności na zatrucia przemysłowe i obniżenie wydolności fizycznej. Zbyt niska temperatura powietrza, zwiększona wilgotność i ruch powietrza utrwalają objawy przewlekłych schorzeń układu oddechowego (nieżyty oskrzeli i górnych dróg oddechowych, astma) oraz tkaniki łącznej (reumatyzm).

Równie niekorzystny jest mikroklimat zmienny, w środowisku o dużych wahaniami jego parametrów, np. temperatury.

Nadmierne promieniowanie ciepłe, powstające np. w odlewnictwie, hutnictwie oraz w zawodach, gdzie przetwarzanie odbywa się drogą termiczną – przeciwwskazane jest przy stanach zapalnych aparatu ochronnego oka (zapalenie spojówek), chorobach układu krążenia, oddechowego, zaburzeniach czucia, zaburzeniach zmysłu równowagi.

Na mikroklimat, uszkadzający aparat ochronny oka, skórę, przewód pokarmowy, układ oddechowy, wydzielanie śluzu wyścielającego górne drogi oddechowe, składają się: zapylenia, toksyczne gazy i wyziewy, pary, substancje chemiczne, biologiczne i chemiczne środki ochrony roślin, środki farmaceutyczne i inne alergen.

Przy narażeniu na pyły pochodzenia roślinnego, zwierzęcego, pyły zwłókniające (zawierające krzemionkę), włókna mineralne i tworzywa sztuczne, przeciwwskazania dotyczą: częstego zapalenia oskrzeli i astmy oskrzelowej, gruźlicy (przy zetknięciu ze środkami przetwórstwa spożywczego), kataru siennego, alergicznego zapalenia spojówek, trwałego upośledzenia

drożności nosa, zniekształceń klatki piersiowej, utrudniających wentylację.

Stykanie się z chemicznymi środkami toksycznymi, występującymi między innymi w zakładach agrotechnicznych, chemicznych, farmaceutycznych – jest niedopuszczalne dla osób, u których stwierdzono ponadto choroby ośrodkowego układu nerwowego (padaczka), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby nerek, wątroby, krwi i układu krwiotwórczego, cukrzycy.

Otwarte źródła bądź narażenie na promieniowanie jonizujące, laserowe, nadfioletowe i podczerwone oraz na pole elektromagnetyczne i elektrostatyczne stanowią dodatkowe przeciwwskazania dotyczące zaćmy, hemofilii, skazy krwotocznej i schorzeń mięszu wątroby.

Prace przy nieodpowiednim oświetleniu

Sprawność fizjologicznych funkcji organizmu, takich jak: zdolność rozróżniania małych elementów, szczegółów, kształtów, barw, szybkość dostrzegania tych elementów, zdolność adaptacji do zmiennego natężenia światła, w dużej mierze zależy właśnie od oświetlenia. Wszystkie jego mankamenty niekorzystnie wpływają na stan wzroku, znacznie pogłębiając wady już istniejące, szczególnie zdolności adaptacyjne siatkówki.

Czynnikami szczególnie niekorzystnie wpływającymi na funkcjonowanie narządu wzroku są: niedostateczne natężenie światła, zwłaszcza dla danej wielkości szczegółu pracy wzrokowej, brak różnic w wielkości, kształcie i kontraście (lub nadmierny kontrast) między przedmiotami

pracy a bezpośrednim otoczeniem, nadmierna luminescencja (oślnienia) na stanowisku pracy. Nie bez wpływu na stan narządu wzroku jest również wielogodzinna obsługa monitorów ekranowych, sprzężonych z komputerem.

Prace w hałasie i drganiach

Hałas jako zjawisko akustyczne jest zawsze niepożądany i powoduje dyskomfort. Szkodliwe skutki hałasu zależą od jego natężenia, zmienności, czasu trwania, wysokości tonu i od naszej indywidualnej wrażliwości. Dźwięki o wysokiej częstotliwości, tony wysokie są dla organizmu bardziej szkodliwe i niebezpieczne, nawet przy niższej głośności, niż tony niskie. Również hałas o zmiennym natężeniu jest bardziej szkodliwy od hałasu o natężeniu stałym.

Nadmierny hałas, urazy ultradźwiękowe i akustyczne mogą doprowadzić do mechanicznego uszkodzenia ucha, osłabienia i ubytku słuchu, a nawet głuchoty. Hałas oddziałuje na centralny układ nerwowy. Może to powodować także inne skutki: zmęczenie, pogorszenie uwagi, spowolnienie reakcji, nerwice o dużym nasileniu, nadczynność tarczycy, bóle i zawroty głowy, zmiany rytmu oddychania, ciśnienia krwi, temperatury skóry, drażliwość, bóle serca, itp.

Towarzysząca hałasowi **wibracja** jeszcze bardziej pogłębia niekorzystne zmiany w organizmie, zaburzając pracę mięśni, ścięgien i równowagę. Szkodliwość wibracji zależna jest od amplitudy i częstotliwości drgań. Połączona z hałasem, o nawet małym natężeniu, może prowadzić do niekorzystnych zmian w organizmie. Drgania mechaniczne przenoszą się przez rękę lub stopę na stawy większe. Poprzez rękę na staw barkowy i kręgosłup. Poprzez stopę na

staw kolanowy, biodrowy, a następnie przenoszą się na dolny odcinek kręgosłupa. Szczególnie szkodliwe są drgania przenoszone na ciało z podłoża. Reakcją organizmu na nadmierne wstrząsy wibracyjne są: bóle kręgosłupa, zmiany i pogorszenie w funkcjonowaniu układu ruchu, układu kostnego i mięśniowego (zwłaszcza czynności ścięgien), układu krążenia, równowagi, zmiany w nerwach obwodowych kończyn, ośrodkowego układu nerwowego, zaburzenia gospodarki wapniowo – fosforowej, przewlekłe choroby nerek, bóle głowy, zaburzenia równowagi, osłabienie ostrości widzenia, zmiany degeneracyjne w kościach i stawach oraz zaburzenia ukrwienia kończyn.

Dodatkowym efektem jest szybsze występowanie zmęczenia.

Prace pod ziemią i na wysokości

Prace te szczególnie są niewskazane przy wadach serca i schorzeniach układu krążenia, układu oddechowego, układu kostno-stawowego, wadach wzroku, słuchu, zaburzeniach równowagi i świadomości oraz w cukrzycy.

Praca pod ziemią może się wiązać z nadmiernym ciśnieniem, zapyleniem, hałasem, promieniowaniem jonizującym, zaburzoną wentylacją, niekorzystnym mikroklimatem i oświetleniem. Wówczas przeciwwskazania będą podobne jak w wyżej opisanych środowiskach pracy. Mogą one pogłębiać objawy klaustrofobii.

Prace wykonywane na wysokości, mimo że zawsze wymagają pełnego zabezpieczenia przed upadkiem, nie są wskazane przy lęku wysokości, wadach serca, cukrzycy, zaburzeniach równowagi, nagłych zaburzeniach świadomości,

omdleniach, braku widzenia stereoskopowego. Bardzo pomocnym dokumentem dla rozeznania wpływu środowiska pracy na organizm są *Załączniki Nr 1 i Nr 2 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2004 roku w sprawie wykazu prac wzbronionych młodocianym i warunków ich zatrudniania przy niektórych z tych prac* (Dz. U. Nr 200, poz. 2047, z 2005 r. Nr 136, poz. 94 oraz z 2006 r. Nr 107, poz. 724 – tekst jednolity). Przepisy Rozporządzenia wdrażają postanowienia *Dyrektywy Rady UE nr 93/33/WE z dnia 24 czerwca 1994 r. w sprawie ochrony pracy osób młodych*. Zawiera on wykaz prac wzbronionych młodocianym oraz prac dozwolonych w celu odbycia szkolenia zawodowego. Omówienie wcześniejszej wersji tego dokumentu (z dnia 1 grudnia 1990 r. – Dz. U. Nr 85, poz. 500), znajduje się w *Poradniku dla lekarzy*, opracowanym przez Instytut Medycyny Pracy (por. 1995).

Przytoczone zapisy aktów normatywnych, mogą stać się źródłem dodatkowych informacji dla szkolnych doradców zawodowych, gdyż:

- stanowią dokument spójny z Europejską Kartą Społeczną,
- określają precyzyjnie rodzaje prac wzbronionych, a więc mogących zdecydowanie pogorszyć istniejące zaburzenia w stanie zdrowia, z danego obszaru funkcjonowania organizmu,
- informują o parametrach czynników uciążliwych, wręcz szkodliwych lub niebezpiecznych dla młodego organizmu, organizatorów szczególnie zabronionych, gdy w danym układzie funkcjonuje on nieprawidłowo,
- uzasadniają przedstawienie organizatorom nauki specjalistycznej opinii lekarskiej o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań zawodowych,

- zmuszają organizatorów praktycznej nauki zawodu, do sporządzenia wykazu stanowisk pracy i prac wzbronionych młodocianym, a także dozwolonych dla osób, które przygotowują się do wykonywania zawodu,
- wymuszają respektowanie przepisów przy organizacji przysposobienia do pracy zawodowej,
- pozwalają ocenić, na ile organizowane przez instytucje szkolące praktyki zawodowe, są przygotowywane prawidłowo, pod względem zgodności z ogólnymi wytycznymi.

Wskazują też na ewentualną niewłaściwą organizacją przygotowania zawodowego przez placówki współpracujące ze szkołą, np. w trakcie kształcenia w rzemiośle, ponieważ:

- dają przykłady konkretnych zagrożeń wypadkami, np. porażenia prądem, co może uruchomić wyobraźnię i zanalizować pod tym względem inne sytuacje, występujące w trakcie przygotowania zawodowego i potem przy wykonywaniu zawodu,
- stanowią wykaz prac, zawartych w Załączniku Nr 2 do Rozporządzenia, które mogą być wykonywane wyłącznie przez osoby zdrowe,
- uświadamiają potrzebę częstszego kontrolowania stanu zdrowia osoby podejmującej naukę zawodu, szczególnie w przypadku pojawienia się zmian chorobowych, mogących mieć związek z wykonywanymi zadaniami,
- wymuszają na osobach odpowiedzialnych za przygotowanie zawodowe młodzieży, obowiązek dbania o zabezpieczenia i ochronę jej zdrowia.

Wykazy prac, objętych Rozporządzeniem dotyczą przykładowych szkodliwości i uciążliwości zawodowych, związanych z pracami w niektó-

rych tradycyjnych zawodach, w których dotąd nie wyeliminowano narażeń. Mają one związek z konkretnymi ograniczeniami, wynikającymi z chorowaniem lub zapadalnością na pewne choroby. Stanowi to podstawę do określenia zakresu badań, jakim powinien być poddany kandydat do nauki danego zawodu, w celu wykluczenia lub potwierdzenia ewentualnych przeciwwskazań do nauki i wykonywania zawodu.

Zatrudnienie młodocianych, również w celu praktycznej nauki zawodu, reguluje ponadto **Kodeks Pracy**, Dział IX. (Dz. U. z 1998 roku Nr 21, poz.94 z późn. zm.) Warto przytoczyć najważniejsze zapisy chroniące młodocianego przed zagrożeniami:

Rozdział III a. Art. 200

- §2. Praca lekka nie może powodować zagrożenia dla życia, zdrowia i rozwoju psychofizycznego młodocianego, a także nie może utrudniać młodocianemu wypełniania obowiązku szkolnego.
- §3. Wykaz lekkich prac określa pracodawca po uzyskaniu zgody lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy. Wykaz ten wymaga zatwierdzenia przez właściwego inspektora pracy. Wykaz lekkich prac nie może zawierać prac wzbronionych młodocianym, określonych w przepisach.
- §4. Wykaz lekkich prac ustala pracodawca w regulaminie pracy. Pracodawca, który nie ma obowiązku wydania regulaminu, ustala wykaz prac lekkich w osobnym akcie.
- §5. Pracodawca jest obowiązany zapoznać małoletniego z wykazem lekkich prac przed rozpoczęciem przez niego pracy.

Rozdział IV. Art. 201

- §1. Młodociany podlega wstępnym badaniom lekarskim przed przyjęciem do pracy oraz badaniom okresowymi kontrolnym w czasie zatrudnienia.
- §2. Jeżeli lekarz orzeknie, że dana praca zagraża zdrowiu młodocianego, pracodawca jest zobowiązany zmienić rodzaj pracy, a gdy nie ma takiej możliwości niezwłocznie rozwiązać umowę o pracę i wypłacić odszkodowanie w wysokości wynagrodzenia za okres wypowiedzenia.
- §3. Pracodawca jest obowiązany przekazać informacje o ryzyku zawodowym, które wiąże się z pracą wykonywaną przez młodocianego oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniem, również przedstawicielowi ustawowemu młodocianego.

Przepisy zawarte w obydwu dokumentach powinny być znane nie tylko organizatorom praktycznej nauki zawodu, lecz także doradcom zawodowym i rodzicom, o ile rozpatrywana jest propozycja kształcenia zawodowego poza warsztatami będącymi pod bezpośrednią kontrolą szkoły.

Innymi materiałami bardzo przydatnymi przy analizie wymagań zawodów z uwagi na zakres zadań zawodowych, środowisko pracy oraz wymagania stawiane kandydatom, są:

1. *Informator o zawodach*. Wydanie III poszerzone i uzupełnione. Warszawa, Wyd. Perspektywy, 2005.
2. Lelińska K., Sołtysińska G., Gruza M. *Zawody szkolnictwa zawodowego. Vademecum informacyjne doradcy zawodowego*. Warszawa, MEN 2005.

Biomedyczne podstawy
poradnictwa zawodowego.
Dysfunkcje zdrowotne ograniczające
swobodny wybór zawodu

Podstawowymi źródłami informacji zawartych w tym rozdziale, są opracowania – głównie Z. Byczkowskiej i in. (1995), S. Chodurskiego (1984), T. Majewskiego (1995), S. B. Radiukiewicza (1987), G. Sołtyśińskiej i W. Westricha (1978), informacje z *Rodzinnej encyklopedii zdrowia* (2001) oraz doświadczenia zawodowe, które były moim udziałem w trakcie rocznego stażu w Centrum Zdrowia Dziecka w Międzylesiu, współpracy ze szkołami dla uczniów niedosłyszących i niedowidzących, konsultacji z lekarzami medycyny szkolnej i medycyny przemysłowej, ponad dwudziestoletnim uczestnictwie w pracach komisji opiniujących o możliwościach nauki i pracy uczniów z odchyleniami w stanie zdrowia, działających na terenie poradni psychologiczno-pedagogicznych (dawniej poradni wychowawczo-zawodowych).

Wykrycie utrwalonych zmian w stanie zdrowia uczniów ma duże znaczenie dla planowania kształcenia zawodowego. Szczególnie wnikliwego podejścia wymagają przypadki współistnienia różnych zmian w stanie zdrowia. Ogólną zasadą przy wyborze zawodu jest dostosowanie rodzaju pracy do stanu psychofizycznego kandydata. Należy pamiętać, że ostateczna decyzja dotycząca planowania przyszłości przez osobę, u której występują przeciwwskazania do nauki i wykonywania zawodu, czyli **orzekanie o przydatności zdrowotnej, należy do lekarza medycyny pracy lub innego specjalisty uprawnionego do orzekania w tym zakresie.** (patrz *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 13 września 1997 roku w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół lub studentów i uczestników studiów doktoranc-*

kich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. Nr 120, poz. 767 oraz z 1998 r. Nr 58, poz.374).

W przypadku wątpliwości, co do stanu zdrowia ucznia, warto zasięgnąć opinii lekarza lub doradcy zawodowego z poradni psychologiczno – pedagogicznej.

Poradnictwo zawodowe, uwzględniające problematykę medyczną, jest też zadaniem trudnym z uwagi na dużą dynamikę zmian w stanie zdrowia w wieku młodzieńczym. Powoduje to potrzebę nie tylko rzetelnych badań i wnikliwej diagnostyki, ale i umiejętności prognozowania, szczególnie, co do różnicowania zmian utrwalonych, przemijających lub mogących się nasilić. **Diagnoza** (ocena aktualnego stanu zdrowia) i **prognoza** (przewidywanie ewentualnych pozytywnych lub negatywnych zmian w funkcjonowaniu organizmu) decydują o przydatności zdrowotnej do zawodu.

Problemy zdrowotne, jak ocenia Instytut Matki i Dziecka (por. „*Kwalifikacja zdrowotna...*”, 1993), dotyczą ok. 30% młodzieży, 1/3 tej grupy wymaga bezwzględnej konsultacji i pomocy. Warto poznać i zrozumieć powiązania pomiędzy konkretnym schorzeniem a przeciwwskazaniami do nauki zawodu i pracy, jakie ono powoduje. Ułatwia to elementarna znajomość anatomii i fizjologii człowieka. Poniżej przedstawione są najczęściej występujące nieprawidłowości funkcjonowania poszczególnych układów organizmu i związane z nimi ograniczenia przydatności zawodowej.

Układ ruchu

Strukturę anatomiczną narządu ruchu tworzy: kręgosłup, kończyny górne oraz kończyny dolne. Układ ruchu stanowi bazę dla wszystkich czynności. Są to głównie czynności manipulacyjne (wykonywane przy pomocy palców, dłoni, przedramienia, ramienia, całej ręki) oraz czynności lokomocyjne (wykonywane przy pomocy kończyn dolnych, których sprawność uzależniona jest ponadto od stanu funkcjonowania kręgosłupa).

Uszkodzenia funkcji narządu ruchu mogą wynikać z braków kości i mięśni kończyn, które są skutkiem urazów i amputacji, zaburzeń czynności motorycznych (niedowład, porażenia, przykurcze), deformacje (nieprawidłowości i wady anatomiczne), czynników genetycznych lub wrodzonych oraz działających na embrión i płód, niektórych chorób (Heinego - Medina, Parkinsona, stwardnienie rozsiane, reumatyzm).

Najczęstsze problemy, to **wady postawy, skrzywienia kręgosłupa i płaskostopie**. Należy mieć świadomość faktu, że o ile wada postawy może być zniwelowana wtedy, gdy uczeń objęty jest gimnastyką korekcyjną i pamięta, aby zachować prawidłową postawę, to skrzywienie kręgosłupa jest chorobą. Skrzywienia kręgosłupa i płaskostopia są oceniane przez lekarzy ortopedów w stopniach. Skrzywienie czy płaskostopie I° jest niewielkim defektem (wynika ze zmian mięśniowo – więzadłowych bez zniekształceń kostnych; kąt skrzywienia nie przekracza 30°) i stanowi przeciwwskazanie do niewielu zawodów. Problemem są skrzywienia i płaskostopia II°, które powodują poważne przeciwwskazanie do prac stojących, chodzących i połączonych z dźwiganiem (skrzywienie

II° jest związane ze zmianami w kręgach, którym towarzyszy rotacja z garbem żebrowym lub wałem lędźwiowym, widocznym w czasie skłonu ku przodowi; kąt skrzywienia (30° – 60°). III° i IV° skrzywienia kręgosłupa, powyżej 60° (garb), w praktyce jest kalectwem, podlega leczeniu szpitalnemu i sanatoryjnemu i jest przeciwwskazaniem do każdej pracy fizycznej. III° płaskostopia jest całkowitym przeciwwskazaniem do ciężkiej pracy fizycznej, lub z elementami stania oraz chodzenia.

Inne schorzenia narządu ruchu, to choroba Heinego – Medina (praktycznie już nie występuje dzięki szczepieniom), efekty urazów mechanicznych, wypadków itp. Wszystkie te przypadki wymagają indywidualnego prowadzenia i konsultacji z lekarzem ortopedą i doradcą z poradni psychologiczno – pedagogicznej, pamiętając jednakże, że przy zaburzeniach tych przeciwwskazane są prace wymagające nienaturalnej pozycji ciała (patrz Rozdz. IV).

Podobnie indywidualnego potraktowania wymagają wszelkie ograniczenia możliwości manipulacyjnych, związanych z uszkodzeniami palców i dłoni oraz ruchomości stawów.

Znaczne **ograniczenie sprawności kończyn górnych** ponadto utrudnia lub wręcz uniemożliwia sterowanie ręczne, naprawy, montaż i pomiary.

Znaczne **ograniczenie sprawności kończyn dolnych** jest przeciwwskazaniem do prac związanych z przemieszczaniem się zarówno w terenie, jak i w polu ograniczonym, (np. sterowanie niektórymi zespołami maszyn, kontrola międzyoperacyjna), naprawą i montażem dużych obiektów.

Dystrofia (zanik) mięśni, to choroba o podłożu dziedzicznym. Dochodzi w niej do stopniowego narastania niedowładów i pogarszania sprawności chorego. Najwyraźniej zanikają mięśnie tułowia i mięśnie kończyn. Kilkunastoletni chorzy mogą się poruszać jedynie na wózkach inwalidzkich. W wieku lat 20, chorzy zazwyczaj umierają z powodu niewydolności oddechowej i zapalenia płuc, jako skutek osłabienia mięśni oddechowych.

Ogólnie biorąc, mimo że przy zaburzeniach narządu ruchu przeciwwskazane są prace ciężkie fizycznie, to nie ma przeciwwskazań do pracy lekkiej. Najbardziej odpowiednimi pracami, dla osób z uszkodzonym narządem ruchu, są zajęcia nie wymagające chodzenia i stania, dużego wysiłku fizycznego, wykonywane w temperaturze pokojowej, wewnątrz pomieszczenia, bez pyłu i wilgoci.

Wzrok

Grupa zaburzeń funkcjonowania narządu wzroku jest stosunkowo duża, dotyczy też znacznej populacji (ok. 30%). Rekrutują się do niej dzieci i młodzież z wadami refrakcji, zaburzeniami widzenia obuocznego, widzenia barwnego, ze schorzeniami oka i jego aparatu ochronnego. Wszystkie przypadki wad wzroku wymagają indywidualnego prowadzenia i konsultacji z lekarzem okulistą i doradcą z poradni psychologiczno-pedagogicznej. Najliczniejsze są **wady refrakcji** – krótkowzroczności, dalekowzroczności i nieźorności. Istotne znaczenie dla poradnictwa zawodowego ma zarówno rodzaj wady, jak i na ile możliwa jest jej korekcja szklami. Dla wielu zawodów samo noszenie szkieł stanowi przeciwwskazanie zwłaszcza, gdy praca wiąże się z przebywaniem w pomieszcze-

niach wilgotnych, w wysokiej temperaturze, na rusztowaniach, w dużym zapyleniu.

Światowa Organizacja Zdrowia (za T. Majewskim, 1995), uwzględniając różne skomplikowane kryteria oceny uszkodzeń podstawowych czynności wzrokowych, a więc osłabienia ostrości wzroku, zaburzenia pola widzenia, wyróżnia osoby niewidome i niedowidzące. Różnica między nimi jest dość płynna. Zachowanie najmniejszej sprawności wzroku stwarza możliwości wykorzystywania go w różnych sytuacjach życiowych i zawodowych.

Osobami niewidomymi są osoby całkowicie niewidome, ze ślepotą umiarkowaną lub ze słabowzrocznością głęboką oraz polem widzenia nie większym niż 20°. Będą to osoby, które w pracy zawodowej bazują głównie na pozostałych zmysłach lub, gdy zachowana sprawność wzroku jest tak niska, że nie pełni on funkcji orientacyjnej na stanowisku i w miejscu pracy oraz kontrolującej w trakcie wykonywanej pracy. W wykonywaniu czynności zawodowych – wzrok rekompensowany jest głównie drogą słuchową lub dotykową. Wielu niewidomych dobrze sobie radzi przy pracach montażowych. U. Niesiołowska (por. 1990) uważa za najbardziej dostępne dla osób niewidomych i słabowidzących m.in. takie zawody: masażysta, muzyk, prawnik, instruktor rehabilitacji, szcztokarz, tkacz.

Rozwój techniki, zwłaszcza elektroniki, znacznie rozszerza wykonywanie przez niewidomych prac umysłowych.

Osobami niedowidzącymi (słabowidzącymi) będą osoby z dużym zaburzeniem funkcji narządu wzroku, u których niemożliwa jest pełna korekcja widzenia szklami optycznymi

i z polem widzenia ograniczonym do 20°. Mimo różnego stopnia upośledzenia widzenia, wykorzystują wzrok dla orientacji, kierowania i kontrolowania przebiegiem pracy. W ich przypadku ważną będzie diagnoza, na ile ich wada jest ustabilizowana i nie będzie podlegała progresji. W przypadku dzieci i młodzieży niedowidzącej powinno się dokonać oceny zachowanej funkcji widzenia w kształceniu zawodowym. Poniżej przedstawione są różne typy upośledzenia funkcji narządu wzroku.

Krótkowzroczność to: nieostre widzenie przedmiotów dalej położonych, korygowane szklami minusowymi. Przyjmuje się, że krótkowzroczność mała to 1 – 3 D (dioptrii), średnia to 3 – 6 D, a duża – powyżej 6 D. Na powstanie krótkowzroczności oprócz czynników dziedzicznych, mają niektóre choroby zakaźne, niedobory witaminowe (A, D), złe oświetlenie itd.

W zawodach, w których wymaga się precyzyjnego rozróżniania szczegółów (np. monter urządzeń elektronicznych) przeciwwskazane są nawet małe krótkowzroczności. Średnie krótkowzroczności dopuszczalne są np. w zawodach: chemika, elektromechanika, krawca. Przy dużych krótkowzrocznościach (powyżej -8 D) przeciwwskazany jest znaczny wysiłek fizyczny, z uwagi na niebezpieczeństwo odwarstwienia i odklejenia się siatkówki, prace na wysokości, rusztowaniach i wzniesieniach.

Nadwzroczność to nieostre widzenie przedmiotów z bliska, korygowane szklami plusowymi. Przyjmuje się, że mała nadwzroczność to +1 – +2 D, średnia to +2 – +4 D, a duża – powyżej +4 D. Przy długotrwałej pracy, angażującej wzrok, mogą jej towarzyszyć bóle głowy. Nie ma tu natomiast niebezpieczeństwa odklejenia

siatkówki. Przeciwwskazane są prace precyzyjne, z uwagi na słabe widzenia z bliska.

Astygmatyzm, inaczej niezborność widzenia, jest to nierównomierna krzywizna rogówki, przez co obraz jest zniekształcony i nieostry w części pola widzenia. Często bywa niewykryta, gdy nie towarzyszy jej krótkowzroczność lub nadwzroczność. Wadę tę koryguje się za pomocą tzw. szkieł cylindrycznych.

Astygmatyzm jest na ogół przeciwwskazaniem do wykonywania wszelkich prac, w których niezbędna jest precyzja, prawidłowa ocena odległości oraz zawodów wymagających pracy na wysokości, obsługi maszyn w ruchu.

Jednoocze faktyczne, czyli ślepota jednego oka, lub praktyczne (niedowidzenie jednooczne, gdy ostrość widzenia jednego oka jest prawidłowa, a drugiego zaburzona, duża różnowzroczność, zez, brak widzenia obuocznego), powstające również na skutek nie używania w procesie widzenia mniej sprawnego oka.

Stanowi ograniczenie do wszystkich zawodów i prac wymagających widzenia stereoskopowego (przestrzennego): na wysokości, przy obsłudze maszyn w ruchu, w zawodzie kierowcy, suwnicowego, itp. Ważna jest też konieczność ochrony jedyne widzącego oka przed narażeniem go na urazy mechaniczne, termiczne i chemiczne, promieniowanie, przeciążenia czynnościowe.

Zez są to nieskojarzone ruchy gałek ocznych i w związku z tym, w jednym momencie każde oko odbiera inny obraz. Oprócz nieprawidłowego widzenia obuocznego może prowadzić do niedowidzenia oka zezującego.



Przeciwwskazania przy utrzymującym się zezowaniu są podobne jak w przypadku braku widzenia obuocznego.

Zaburzenia pola widzenia, przejawia się w ograniczeniach i ubytkach pola widzenia. Jedną z przyczyn może być retinopatia cukrzycowa, powodująca wysepkowe ubytki pola widzenia (tzw. mroczki), ćwiartkowe lub połowiczne wypadnięcie pola widzenia lub widzenie lunetowe (jakby przez dziurkę od klucza). Ograniczenia i ubytki pola widzenia powodują trudności w spostrzeganiu nawet dużych przedmiotów i przestrzeni wraz z wypełniającymi ją przedmiotami, osobami i zjawiskami.

Utrudniają ujmowanie wzajemnych relacji między elementami przestrzeni oraz orientację przestrzenną, niezbędną w samodzielnym poruszaniu się, wykonywanie prac na wysokości, rusztowaniach i wzniesieniach.

Oczopląs jest to niemożność utrzymania gałek ocznych nieruchomo. Oczy wykonują rytmiczne ruchy w obie strony, zwykle w płaszczyźnie poziomej. Oczopląs może być objawem chorób neurologicznych lub występować z innymi wadami.

Jest przeciwwskazaniem do wszystkich zawodów przemysłowych, wymagających pełnego pola widzenia, precyzji, prac na wysokości i pod ziemią, przy niedostatecznym oświetleniu, wszystkich zawodów przemysłowych.

Zaburzenia widzenia barw. Występują różne rodzaje zaburzeń rozróżniania barw, błędnie określane wspólną nazwą daltonizm, która dotyczy wyłącznie nie rozróżniania barwy czerwonej i zielonej. Inne typy zaburzeń widzenia

barwnego, to protanopia – nie rozróżnianie barwy czerwonej, deuteranopia – zielonej, tritanopia – niebieskiej. Przyczyną tej wady jest brak jednego z barwników wzrokowych w czopkach siatkówki oka. Zależnie od rodzaju i poziomu zaburzenia zmieniają się przeciwwskazania do wykonywania zawodów. Badanie sprawności rozróżniania kolorów i odcieni barwnych wykrywane są za pomocą Tablic Ishihary. Badaniem diagnostycznym dla wielu zawodów jest rozpoznawanie barw na tzw. Lampie Wilczka – określa się wtedy zdolność do rozpoznawania 4 podstawowych barw: czerwonej, zielonej, niebieskiej i żółtej, co jest wystarczające np. dla zawodu kierowcy czy maszynisty.

Problemy z rozpoznawaniem odcieni barw stanowią przeciwwskazanie, jako utrudnienie, przy wykonywaniu zawodów takich, jak: fryzjer, krawiec, kucharz, elektronik itp., czyli wszystkich tych, w których barwy i odcienie odgrywają znaczącą rolę.

Zaćma (katarakta) jest to zmętnienie soczewki oka, ograniczające dopływ światła do siatkówki i upośledzające widzenie. Może występować jako wada wrodzona lub pojawiać się na skutek urazów czy chorób oka, lub w wieku starszym (zaćma starcza). Towarzyszy jej uczucie zmęczenia oczu, dwojenie się liter, itp. Schorzenie to jest nieodwracalne, ale z powodzeniem przeprowadzane są zabiegi usunięcia zmętniałej soczewki i zastąpienia jej sztuczną, co przywraca dobre widzenie.

Przy zaćmie przeciwwskazane są prace precyzyjne, wymagające percepcji kształtów, cyfr, liter, wymagające widzenia obuocznego, związane z promieniowaniem cieplnym i jonizującym, gdy niewskazane jest noszenie okularów.

Jaskra jest to wzrost ciśnienia wewnątrz gałki ocznej. Nieleczona prowadzi do uszkodzenia siatkówki i nerwu wzrokowego, a co za tym idzie – do upośledzenia widzenia i ślepoty. Objawami są bóle głowy, łzawienie oczu, światłowstręt, powiększenie gałki ocznej. Jest często uwarunkowana genetycznie.

Przeciwwskazane są prace ciężkie fizyczne, pod ziemią, na wysokości i w ruchu, w warunkach intensywnego promieniowania, przy wyczerpaniu pracy oczu z bliskiej odległości, w złym i zmiennym oświetleniu, jak również zawody precyzyjne, wymagające pełnego pola widzenia.

Zapalenie spojówek i inne zaburzenia aparatu ochronnego oka, często ma tło alergiczne, podobnie jak zapalenie brzegów powiek. Przeciwwskazane są wszystkie zawody, gdzie występować mogą czynniki uczulające, a mianowicie: praca w pyłe, parach, dymach i gazach drażniących, w zmiennych warunkach termicznych, przy obsłudze pojazdów i innych maszyn w ruchu.

Układ słuchu, równowagi i inne schorzenia laryngologiczne

Do tej grupy, która dotyczy ponad 5% młodzieży, zalicza się upośledzenia słuchu i mowy, choroby jamy nosowo – gardłowej, uszu oraz zaburzenia zmysłu równowagi. Problem wśród dzieci i młodzieży dotyczy ok. 2% populacji. Przypadki wad słuchu i równowagi prowadzi i konsultuje lekarz laryngolog.

Wymagają one indywidualnego prowadzenia przez specjalistę, doradcę z poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Do schorzeń, objętych opieką laryngologiczną zaliczają się również zapalenia uszu, zaburzenia funkcji nosa, w tym zaburzenia smaku i węchu.

Wady słuchu to wrodzone lub nabyte upośledzenie słuchu, które wpływa hamująco również na rozwój mowy. Przyczyną wad nabytych mogą być urazy akustyczne (np. hałas), dziecięce choroby zakaźne (grypa, płońica, odra, świnka, zapalenie opon mózgowych), zapalenie ucha środkowego, skutki działania leków, niezgodność serologiczna matki i płodu itp. U osób dorosłych oprócz wyżej wymienionych przyczyn, upośledzenie słuchu może być efektem przewlekłego narażenia na hałas.

Słuch odgrywa ogromną rolę w odbiorze dźwięków, charakterystycznych dla przedmiotów, procesów, zjawisk i czynności występujących w pracy i życiu człowieka. Jest warunkiem prawidłowych funkcji orientacyjnych, kierujących i kontrolnych w trakcie wykonywania zadań zawodowych, informując człowieka o tym, co się dzieje poza jego percepcją wzrokową, również ostrzegając go przed ewentualnymi niebezpiecznymi zjawiskami. Słuch ma też podstawowe znaczenie dla odbioru mowy ludzkiej, a co za tym idzie dla rozwoju mowy własnej.

W zależności od stopnia uszkodzenia słuchu możemy mówić o głuchocie i niedosłuchu.

Głuchota występuje wtedy, gdy jest całkowity zanik możliwości słyszenia lub upośledzenie jest tak głębokie, że mimo aparatów słuchowych utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia orientację w otoczeniu i porozumiewanie się z osobami słyszącymi. Na ogół osoby głuche dotknięte są obuusznym całkowitym, znacznym lub głębokim uszkodzeniem słuchu. Przeciw-



wskazane są dla nich prace wymagające: ustnego porozumiewania się, słuchu przy obsłudze i kontroli maszyn o sygnalizacji dźwiękowej, prace na wysokościach, w ruchu ulicznym, prace wykonywane w pyłe, słabym oświetleniu i otoczeniu narażającym organ wzroku, który w przypadku wad słuchu pełni funkcję podstawowego zmysłu orientacyjnego człowieka.

Niedosłuch definiowany jest jako uszkodzenie słuchu, które można skorygować aparatem wzmacniającym i wówczas nie powoduje on trudności w orientacji w otoczeniu, ani w porozumiewaniu się. Osoby słabosłyszące zachowują wrażliwość na bodźce akustyczne, lecz poniżej normalnego poziomu. Już przy umiarkowanym niedosłuchu (powyżej 40 dB [decybeli]) pojawiają się znaczne utrudnienia, w tym w odbiorze i rozumieniu mowy.

Upośledzenie słuchu jest przeciwwskazaniem do zawodów, gdzie występują stałe kontakty z innymi ludźmi, usługowych i do pracy w hałasie (niebezpieczeństwo pogłębienia się istniejącego defektu), np. w przemyśle maszynowym, metalurgicznym, włókienniczym, w pracach na wysokości, rusztowaniach i wzniesieniach.

Zaburzenia równowagi na ogół są objawem towarzyszącym zaburzeniom w uchu wewnętrznym i środkowym, różnym jednostkom chorobowym i w związku z nimi powinny być rozpatrywane. Mogą to być urazy, infekcje bakteryjne lub wirusowe, cukrzyca, niektóre choroby układu nerwowego (paraliż dziecięcy, epilepsja, stwardnienie rozsiane), krążenia, przewlekłe ropne zapalenie ucha, skutki stosowania niektórych leków i inne przyczyny. Wyrazem zaburzeń, oprócz subiektywnego odczucia, mogą być zawroty głowy, niepewność chodu, chwiania

się, trudności w orientacji przestrzennej i oczopląs. Zaburzenia równowagi niezależnie od przyczyny i częstotliwości występowania mogą być przyczyną upadków, urazów i wypadków w życiu codziennym i zawodowym.

Są przeciwwskazaniem do zawodów przemysłowych i niebezpiecznych, wymagających obsługi maszyn w ruchu, ostrych narzędzi, stałego przemieszczania się, zadań realizowanych w odosobnieniu, wykonywanych na wysokości, w trudnych warunkach terenowych, na otwartej przestrzeni, na nierównym podłożu.

Wady wymowy, uniemożliwiające swobodny wybór zawodu, to głównie bełkotanie (dyslalia), czyli nieprawidłowe wymawianie dźwięków lub zastępowanie jednych dźwięków drugimi, mowa nosowa, niewyraźna oraz jąkanie.

Jąkanie może mieć podłoże dziedziczne, mogą to być też objawy nerwicowe, wyzwalane przez stany przestraszenia i urazy psychiczne. Może mieć również podłoże organiczne, czyli niewykształcenie się możliwości narządu mowy w stosunku do chęci wystąpienia się (w tym przypadku jest nieuleczalne).

Wady wymowy są przeciwwskazaniem do wszystkich zawodów, w których występują kontakty zawodowe z innymi ludźmi, zwłaszcza wymagających publicznych ekspozycji na różnych forach zawodowych.

Przewlekłe nieżytowe i ropne zapalenie ucha środkowego stanowi przeciwwskazanie do zawodów wymagających wysiłku fizycznego, których wykonywanie wiąże się z częstymi zmianami ciśnienia atmosferycznego, w złych warunkach atmosferycznych, przy zmianach

temperatur, w pomieszczeniach zanieczyszczonych fizycznie i chemicznie, w hałasie.

Zaburzenia funkcji nosa, to przewlekłe, nawracające stany zapalne ograniczające drożność nosa, zmiany przerostowe (polipy), zniekształcenia przegrody nosowej, zmniejszające jego drożność. Zmiany nawracające mogą mieć charakter alergiczny i prowadzić do astmy. Podobne też dają przeciwwskazania, przy zdecydowanym wykluczeniu lub ograniczeniu narażenia na czynniki, które mogą nasilić objawy chorobowe.

Innym schorzeniem są **zaburzenia smaku i węchu**. Szacuje się, że ok. 80% osób, które uważają, że straciły zmysł smaku, faktycznie straciły powonienie.

Przeciwwskazaniem, przy **zaburzeniu węchu**, jest praca, gdzie węchem ocenia się zagrożenie środowiska chemicznego dla otoczenia, (możliwość zatrucia, wybuchu itp.), gdy zachodzi ocena niektórych stanów chorobowych pacjentów (w zawodach medycznych), jakości składników i potraw gotowych w zakładach przetwórstwa spożywczego, garmażerii, gastronomii itd., w kosmetologii, przemyśle drogerijnym, perfumeryjnym itp.

Zaburzenia smaku, którego receptory znajdują się na języku, jest przeciwwskazaniem do pracy w zawodach związanych z gastronomią, piekarstwem, cukiernictwem i innymi zawodami związanymi z przetwórstwem spożywczym.

Układ nerwowy

Okolo 15% młodzieży w Polsce wykazuje zmiany tego typu. Do problemów zdrowotnych tej grupy zaliczamy zarówno te, wynikające z zaburzeń anatomiczno-fizjologicznych jak i emocjonalnych; związanych ponadto i ściśle zależnych od układu hormonalnego. Mogą być także skutkiem zapalenia opon rdzeniowo-mózgowych, chorób zakaźnych o szczególnie ciężkim przebiegu (odra, grypa, świnka) urazów głowy z utratą przytomności i krwawieniem śródczaszkowym. W przypadku młodzieży, należy także mieć na uwadze niedojrzałość układu nerwowego. Pełną dojrzałość układ ten osiąga po 20 roku życia. Dojrzewający układ nerwowy charakteryzuje duża chwiejność i pobudliwość.

Do schorzeń z tej grupy zaliczamy: nerwice, psychozy i inne zaburzenia czynnościowe, padaczki, porażenia, stany pourazowe, oligofrenie. W stosunku do uczniów, z chorobami układu nerwowego, przy wyborze zawodu, ważne jest kryterium zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu pracy im samym, jak i otoczeniu.

Zaburzenia czynnościowe układu nerwowego (nerwice, choroby psychiczne) należy zawsze traktować indywidualnie.

Nerwice są najczęstszym problemem młodzieży, uwarunkowanym zaburzeniami układu nerwowego, występującym w wieku szkolnym. Wywołują je konflikty rodzinne, urazy psychiczne, zbyt silne bodźce emocjonalne, konflikty rówieśnicze, atmosfera w szkole lub zbyt wysokie wymagania osiągnięć szkolnych, przewyższające możliwości ucznia. Objawiają się m. in. trudnościami w zachowaniu i nauce, histerią, nerwowością, niepokojem ruchowym, zabu-

rzeniami snu, lękami nocnymi, moczeniem nocnym, nawykami takimi, jak obgryzanie paznokci, wahania nastroju, trudności w skupieniu uwagi, jąkanie się. Mogą im towarzyszyć takie objawy somatyczne, jak bóle głowy, duszność, bicie serca, bóle brzucha itp. Do najważniejszych objawów zaburzeń i schorzeń psychicznych, zaliczamy: nieprawidłowości w zakresie procesów poznawczych (halucynacje, urojenia, konfabulacje, amnezja), emocjonalnych (zaburzenia nastroju, stany lękowe, fobie), w zakresie działania (negatywizm, zaburzenie aktywności, nieadekwatne reakcje i zachowania), w zakresie osobowości (depersonalizacja, autyzm, wycofanie się z kontaktów społecznych) oraz świadomości (zawężenie lub wyłączenie świadomości). Wszystkie przypadki zaburzeń czynnościowych wymagają indywidualnego prowadzenia i konsultacji z lekarzem psychiatrą i doradcą z poradni psychologiczno–pedagogicznej.

Przeciwwskazania dotyczą: unikania narażenia na czynniki neurotoksyczne, fizyczne (pola elektromagnetyczne, promieniowanie, ultradźwięki, hałas), prac związanych z napięciem emocjonalnym, dużą koncentracją uwagi, szybkim tempem i stresem, wymagających stałego komunikowania się i kontaktu z innymi ludźmi. Osoby z zaburzeniami czynnościowymi nie powinny prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać skomplikowanej aparatury, montować skomplikowanych elementów w systemie akordowym, pracować na wysokości. Przeciwwskazane są ponadto prace wymagające wzmoczonej koncentracji, kierowania zespołami ludzkimi, stałego współdziałania z innymi.

Epilepsja (padaczka) jest chorobą, której objawem są napady drgawek o różnym nasileniu. Powstają one na skutek nieprawidłowych

wyładowań elektrycznych w płatach skroniowych mózgu. Dużemu atakowi padaczkowemu (*grand mal*) towarzyszy częściowa lub całkowita utrata przytomności. Podczas ataku chory może doznać poważnych urazów. Po ataku na ogół występuje niepamięć wsteczna (chory nie pamięta ataku) i stan osłabienia. Ataki małe (*petit mal*) polegające np. na krótkotrwałym bezobjawowym wyłączeniu się świadomości, są trudne do obserwacji. Padaczki występują u ok. 0,5% dzieci i młodzieży. Często, na skutek ujemnego wpływu choroby na ośrodkowy układ nerwowy, dochodzi do upośledzenia czynności korowych (otępienia padaczkowego) i zmian charakterologicznych. Systematyczne podawanie leków zmniejsza natężenie i częstotliwość ataków, a także im zapobiega.

W każdym przypadku ważna jest ścisła współpraca z neurologiem. Przeciwwskazane są zawody przemysłowe, związane z kierowaniem pojazdami mechanicznymi, pracy na wysokości, przy obsłudze zbiorników wody, przy maszynach w ruchu, przy niebezpieczeństwie rażenia prądem, w pobliżu otwartego ognia i przy nagłych zmianach temperatury, w styczności z czynnikami neurotoksycznymi, promieniowaniem, ultradźwiękami, hałasem, wibracją (uzasadnione koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa choremu i jego otoczeniu), prace na wysokości, rusztowaniach i wzniesieniach, wykonywane w szybkim tempie. Wszystkie przypadki kwalifikacji do zawodu, uczniów z padaczką, należy traktować indywidualnie. Wymagają konsultacji z lekarzem neurologiem i doradcą z poradni psychologiczno–pedagogicznej.

Encefalopatia wrodzona lub wcześniej nabyta może dawać następstwa w postaci widoczne-

go upośledzenia umysłowego lub kalectwa fizycznego znacznego stopnia. Przeciwwskazania są w tym przypadku są takie same jak przy padaczce.

Mózgowe porażenie dziecięce jest to na ogół choroba związana z kształtowaniem się organizmu w okresie prenatalnym. Charakteryzuje się niedowładami lub wzmożonym napięciem mięśniowym, niezdolnością i niesprawnością ruchową, zaburzeniami równowagi, czucia głębokiego, wadami wzroku, słuchu i mowy, ruchami mimowolnymi, napadami padaczkowymi i często upośledzeniem umysłowym. Łżejsze postaci porażenia, kiedy uczeń jest w stanie sprostać wymaganiom szkoły gimnazjalnej czy ponadgimnazjalnej, muszą być traktowane indywidualnie, ze względu na różne nietypowe objawy, np. niedowłady i przykurcze różnych mięśni.

Należy wówczas zastosować przeciwwskazania takie, jak przy chorobach narządu ruchu i innych schorzeniach współtowarzyszących mózgowemu porażeniu dziecięcemu. Wymagają ścisłej współpracy z neurologiem i doradcą zawodowym z poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych może dać m. in. konsekwencję w postaci napadów padaczkowych. Wówczas przeciwwskazania będą podobne jak w przypadku padaczki.

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą, powoli postępującą chorobą ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu której dochodzi do odcinkowego zniszczenia osłonki otaczającej włókna nerwowe. W miejscu tym powstają blizny (stwardnienia). Proces dotyczy osłonek rdzenia kręgowego mózgu. Z czasem zmiany

te powodują zaburzenia przewodzenia impulsów nerwowych, prowadząc do: drętwienia i drżenia kończyn, niedowładów, zaburzeń koordynacji, chodu, niekontrolowanego oddawania moczu i stolca, pogorszenia wzroku, słuchu, mowy, zaburzeń pamięci. W przebiegu choroby występują i remisje, i systematyczne pogorszenia stanu zdrowia oraz zachodzi konieczność korzystania z zaopatrzenia ortopedycznego. Przyczyna choroby nie jest do końca znana, chociaż niektórzy wskazują na czynniki genetyczne.

Przeciwwskazania jak przy mózgowym porażeniu dziecięcym. Na ogół uczniowie z tym schorzeniem korzystają z indywidualnego nauczania i są pod stałą opieką poradni psychologiczno-pedagogicznej i lekarza neurologa.

Stany pourazowe ośrodkowego układu nerwowego, to urazy głowy ze wstrząsem mózgu. Powodują na ogół okresowe, utrzymujące się do jednego roku ograniczenia życiowe. Silne urazy głowy, połączone z encefalopatią pourazową, są przeciwwskazaniem do podejmowania nauki i pracy w zawodach wymagających stałej koncentracji i podzielności uwagi, podejmowania ryzyka, odpowiedzialności.

Układ oddechowy

Należy zwrócić uwagę na nawracające infekcje górnych dróg oddechowych, które mogą mieć niezdiagnozowane podłoże alergiczne. Infekcje takie mówią albo o alergii, albo o obniżonej odporności organizmu. Lekarzami konsultantami w tych schorzeniach są alergolog i pulmonolog. Wszystkie przypadki wymagają też konsultacji z doradcą poradni psychologiczno-pedagogicznej.



W chorobach tych należy mieć na uwadze przeciwwskazania do zawodów w zmiennym i niekorzystnym mikroklimacie, zapyleniu, w kontakcie z odczynnikami lub zapachowymi związkami chemicznymi, przy obróbce tworzyw sztucznych, narażeniu na czynniki chemiczne, itp.

Przewlekłe zapalenia oskrzeli. Jego przyczyną mogą być zakażenia dróg oddechowych. Zaburzenia w życiu płodowym i w niemowlęctwie oraz mukowiscydoza mogą prowadzić do rozstrzeni oskrzeli.

Główne zadanie dla poradnictwa zawodowego, to wybór zawodu nie narażającego na zanieczyszczenia atmosferyczne, gazy drażniące (np. tlenek azotu, dwutlenek siarki) oraz wszelkiego rodzaju pyły.

Astma oskrzelowa jest chorobą o podłożu alergicznym; charakteryzującą się napadami duszności, spowodowanymi zwężeniem oskrzeli na skutek działania alergenu. W drogach oddechowych rozwija się stan zapalny i dochodzi do ich zatkania przez gęsty śluz. W trakcie ataku może dojść do ciężkiej duszności, niedotlenienia, omdlenia.

Ciężkie postacie astmy (częste ataki duszności) prowadzą do zmniejszenia wydolności oddechowej na skutek rozedmy płuc, a co za tym idzie – do zmniejszenia wydolności fizycznej pacjenta i związanym z tym brakiem możliwości wykonywania ciężkiej pracy fizycznej. Ryzyko ataków zwiększają alergeny, na które nie zawsze zwracamy uwagę, np. kurz domowy, sierść zwierząt domowych, wydaliny ptaków, gadów i psów, pokarm dla ryb akwariowych, zanieczyszczone powietrze, dym papie-

rosowy, chemikalia, itp. Inne czynniki wywołujące ataki astmy, to intensywne ćwiczenia fizyczne, stres, zdenerwowanie.

Testy, zlecane przez leczącego alergologa, określające na co dana osoba jest uczulona, dają obraz choroby z pewnym prawdopodobieństwem i rzadko oddają pełną gamę alergenów.

Przeciwwskazane są prace ciężkie fizycznie, prace w trudnych warunkach klimatycznych oraz w narażeniu na działanie alergenów, czynniki chemiczne, zapylenia. Zawody, które należy zdecydowanie odrzucić to futrzarstwo, zootechnika i pokrewne, piekarnictwo, ciastkarstwo, niektóre zawody włókiennicze, większość zawodów chemicznych.

Gruźlica płuc jest chorobą zakaźną. Zakażeniem prątkami gruźlicy dochodzi drogą kropelkową. Ogniska zapalne prowadzą do wyłączenia funkcji zaatakowanej chorobowo części płuc, a co za tym idzie do zmniejszenia powierzchni oddechowej i w efekcie obniżenia wydolności fizycznej organizmu. Po kilku tygodniach od zakażenia mogą już wystąpić typowe objawy: spadek masy ciała, męczliwość, przewlekła gorączka, nocne poty, przewlekły kaszel, krwiotłucie. Rzadziej może dojść do zajęcia nerek, serca, wątroby, kręgosłupa, innych narządów wewnętrznych oraz kości. Diagnostyka, leczenie i prognoza należy do lekarza ftызjatrzy.

Przeciwwskazane są ciężkie prace fizyczne, prace w trudnych warunkach klimatycznych, prace w zapyleniu, narażeniu na czynniki chemiczne, opary itp. Przeciwwskazana jest także praca wymagająca stałych kontaktów z innymi ludźmi, przy produkcji żywności i leków.

Zmianami w tym układzie o charakterze przewlekłym i nawracającym są także stany zapalne, ograniczające drożność nosa, zmiany przerostowe o charakterze polipowatości, zniekształcenia przegrody nosowej. Niektóre z nich z powodzeniem można leczyć operacyjnie. Niemniej w każdym przypadku przewlekłych chorób górnych dróg oddechowych, należy rozważając kształcenie zawodowe, uwzględnić rodzaj narażenia na czynniki, które mogą nasilić objawy chorobowe.

Układ krążenia i układ krwiotwórczy

Wprawdzie częstość wad rozwojowych serca i naczyń u dzieci szkolnych ocenia się tylko na ok. 3%, zaburzenia tego typu zawsze budzą niepokój. Z reguły dzieci te są pod opieką kardiologów. Są to na ogół wady wrodzone, lub skutki choroby reumatycznej. Dolegliwości wiążące się z nimi to: zaburzenia rytmu serca (bicie serca), bóle w okolicy serca, uczucie duszności po wysiłku fizycznym, który tolerowany jest przez zdrowych rówieśników, nadmierna męczliwość.

Wady serca, to wady wrodzone i nabyte. Wśród **wad wrodzonych** są takie, które ulegają samostnej „naprawie” do ok. trzeciego roku życia, np. tzw. niezarośnięty przewód Botala czy przegroda międzyprzedsionkowa. Te wyrównane wady na ogół nie dają później żadnych objawów chorobowych. Jeśli jednak nie ustępują samoistnie – wymagają interwencji chirurgicznej i mogą być w pełni skorygowane operacyjnie. Leczenie chirurgiczne dotyczy właściwie większości wad serca i podejmowane jest coraz wcześniej – zaraz po urodzeniu dziecka albo w pierwszych miesiącach jego życia, aby umożli-

wić mu optymalny rozwój fizyczny. Dziecko po operacji serca przez kilka lat powinno być pod szczególną ochroną. Jeśli jego stan zdrowia jest po kilku latach dobry, to może być traktowane jak zdrowe. Zdecydowanie poważniejsze ograniczenia dają wszelkie wady siniczne (objawiające się bledością i zsiniałymi wargami, np. przełożenie wielkich pni tętniczych) i wady, które nie dają wskazań do zabiegów operacyjnych (operacja może być bezpośrednim zagrożeniem życia). Typowe objawy dla wad serca, to na ogół: kołatanie serca, zmęczenie, skrócenie oddechu, zaburzenie rytmu serca, częstoskurcze, bóle w klatce piersiowej, zawroty głowy, skłonności do omdleń.

Przy wadach serca przeciwwskazana jest praca ciężka fizycznie, narażająca na kontakt z prądem elektrycznym, praca w trudnych warunkach klimatycznych, wykonywana w wysokiej temperaturze lub na wysokości oraz w warunkach stresujących.

Wady nabyte to często, jak wykazano wyżej, efekt choroby reumatycznej, zatem i przeciwwskazania dotyczą również współwystępującego schorzenia.

Zaburzenia rytmu serca to seria nieprawidłowych uderzeń mięśnia sercowego lub nieregularna czynność serca, których skutkiem są na ogół omdlenia. Przyczyną może być uszkodzenie mięśnia sercowego lub węzła zatokowego (naturalnego rozrusznika serca), wrodzona wada serca, zawał, zniszczenie zastawek lub bakteryjne zapalenie wsierdzia. Innymi przyczynami mogą być niektóre leki antyalergiczne lub tabletki odchudzające.

Przeciwwskazania będą podobne, jak przy wadach serca.



Nadciśnienie tętnicze. Za nadciśnienie uznaje się ciśnienie 140 mmHg lub powyżej. Nadciśnienie rzadko występuje u młodzieży jako samoistne schorzenie – częściej towarzyszy chorobom nerek czy serca. Warto pamiętać, że jednorazowy pomiar nie jest diagnostyczny – chwiejność emocjonalna młodzieży i wrażliwość może powodować zwyżki ciśnienia. Jeśli nadciśnienie utrzymuje się przez czas dłuższy, uczeń wymaga konsultacji kardiologicznej. Towarzyszą mu omdlenia i zawroty głowy. Niewłaściwie kontrolowane może prowadzić do zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu lub niewydolności nerek. Wywołuje również uszkodzenie wzroku i innych narządów.

Przeciwwskazane są prace wymagające wysiłku fizycznego i w niebezpieczeństwie rażenia prądem, na wysokości i pod ziemią.

Szmery – takie określenie występuje często w zaświadczeniach lekarskich. Szmery wysłuchiwane są przez lekarza kardiologa przy badaniu pacjenta i towarzyszą wadom serca. Mogą też występować jako szmery niewinne, które nie są związane z jakimikolwiek dolegliwościami, uważane są za wzrostowe i z wiekiem ustępują. Nie ma wtedy przeciwwskazań do wyboru zawodu. Szmery skurczowe mogą jednak świadczyć o poważnych dolegliwościach, np. towarzyszyć nadczynności tarczycy, czy też sugerować zespół wypadania zastawki trójdzielnej. W każdym przypadku ważna jest pełna diagnostyka kardiologiczna, wskazująca na możliwości organizmu, związane z wyborem, nauką i podjęciem pracy w zawodzie.

Hemofilia (wrodzona skaza krwotoczna) jest chorobą dziedziczną, w której krew nie krzepnie prawidłowo. Charakteryzuje się samoist-

nymi wylewami, dużymi krwawieniami po niewielkich urazach i krwawieniami z nosa. Bardzo często dochodzi do wylewów stawowych, zwłaszcza stawu kolanowego i łokciowego. Okolice tych stawów są wówczas obrzęknięte i bolesne. Chorym na hemofilię brakuje czynnika krzepnięcia, szczególnego rodzaju białka, które działa u osób zdrowych wtedy, gdy nastąpi uszkodzenie ściany naczynia. Przeciwwskazane są wszelkie prace narażające na urazy i prace ciężkie fizycznie.

Żyłaki kończyn dolnych związane są z zaburzeniami krążeniowymi. Przyczyną jest skłonność dziedziczna, nadwaga, uszkodzenie zastawek żylnych, co umożliwia cofanie się krwi żyłnej. Mogą prowadzić do owrzodzeń oraz zapalenia żył. Objawy tych zaburzeń, to bóle, skurcze i obrzęki łydek i stóp.

Żyłaki stanowią przeciwwskazania do zawodów, wykonywanych długotrwale w pozycji stojącej lub siedzącej bez możliwości zmiany, wymagających chodzenia, zwłaszcza po nierównej powierzchni i schodach oraz z dodatkowym obciążeniem (dźwiganie ciężarów).

Układ moczowy

Do podstawowej grupy schorzeń układu moczowego zaliczamy: przewlekłe zakażenia tego układu, kamicę nerkową, zespół nerczycowy, przewlekłą niewydolność nerek. W okresie poprzedzającym zdiagnozowanie tych schorzeń, objawami niepokojącymi powinny być: obrzęki nóg, obrzęki powiek, bóle głowy wraz z potrzebą oddawania moczu, nadciśnienie tętnicze.

Przewlekłe nawracające stany zapalne nerek i pęcherza moczowego. To najczęściej spoty-

kane schorzenie tej grupy w populacji dziecięcej (ok. 5%) Dobra diagnoza i właściwe leczenie przez lekarza urologa są bardzo skuteczne w przypadku stanów zapalnych pęcherza (na ogół na tle bakteryjnym), ale sprawa nie jest taka prosta, jeśli chodzi o nerki. Leczenie często jest długie i mało skuteczne, wymaga systematycznego przyjmowania leków i badań kontrolnych. Przeciwwskazana praca ciężka fizycznie i połączona z dźwiganiem, praca wyłącznie stojąca, w zmiennym mikroklimacie, na wolnym powietrzu, w styczności z chemikaliami.

Odpyływ wsteczny pęcherzowo – moczowy (refluks) to wsteczny odpyływ moczu do moczowodów, spowodowany nieprawidłowym działaniem mechanizmu zastawkowego, umiejscowionego w ujściu moczowodu do pęcherza. Zalegający w pęcherzu mocz zwiększa ryzyko zakażenia i zapalenia. U dzieci jest zwykle skutkiem wrodzonych nieprawidłowości strukturalnych lub następstwem utrudnienia odpływu moczu z pęcherza, albo zakażenia układu moczowego. Przeciwwskazania jak wyżej.

Kamica nerkowa. Zdarza się, że nerki produkują kamienie (złogi kryształów kwasu moczowego, szczawianu lub fosforanu wapnia), które podczas przemieszczania się powodują ataki ostrego bólu (kolka nerkowa). Niebezpieczeństwo polega na zatkaniu moczowodu przez kamień. Zastój moczu prowadzi szybko do stanu zapalnego i zmian w układzie kielichowo – miedniczkowym nerki, upośledzając jej pracę. Istotna jest szybka interwencja, polegająca na podaniu środków rozkurczowych, przeciwbólowych i przeciwzapalnych. Jeśli nie daje efektów leczenie zachowawcze, konieczna jest interwencja chirurgiczna. Przeciwwskazania jak wyżej.

Zespół nerczykowy (nerczyca, nefroza) jest chorobą polegającą na uszkodzeniu nefronów, którego skutkiem jest m.in. białkomocz (utrata białka organicznego, wydalanego z moczem), obrzęki, podwyższony poziom cholesterolu. Występuje jako schorzenie samoistne lub towarzyszące odkłębkwemu zapaleniu nerek, cukrzycy, reumatyzmowi, zatruciom. Przeciwwskazania jak wyżej.

Niewydolność nerek to stan, w którym narządy te nie są w stanie usuwać z moczem toksycznych produktów przemiany materii. Objawy dzielimy na ostre i przewlekłe.

Ostra niewydolność nerek, występuje nagle i objawia się gwałtownym zmniejszeniem wydalanego moczu z uogólnionym obrzękiem, mdłościami, oddechem o zapachu moczu, znacznym osłabieniem. Bez natychmiastowej interwencji lekarskiej grozi śmiercią. Często powodują ją zabiegi chirurgiczne, zakażenia nerek, odwodnienie, udar cieplny, zatrucia, rozległe oparzenia, niewydolność innych narządów.

Przewlekła niewydolność nerek jest zwykle efektem innych schorzeń i uszkodzenia nerek. Zaliczamy do nich zapalenie kłębuszkowe nerek, torbielowatość nerek, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze. Ciężkie postaci niewydolności wymagają dializowania pacjenta. Mimo postępu techniki i medycyny nadal są to zabiegi długotrwałe (kilka godzin co 1 – 3 dni) i uciążliwe.

W niektórych przypadkach możliwe jest przeszczepienie organu.

Przeciwwskazane prace fizyczne i jak przy innych schorzeniach nerek i dróg moczowych.



Choroby tkanki łącznej

Choroba reumatyczna. Jest to ostra choroba z kręgu schorzeń tkanki łącznej, poprzedzona zakażeniem paciorkowcowym, anginami, nieżyłtami górnych dróg oddechowych, zapaleniem migdałków, gardła, zatok, którym przypisuje się rolę czynnika etiologicznego. Symptodem są bóle i obrzęki stawów, często uszkodzenie mięśnia sercowego lub zmiany układu nerwowego (płaszawica, objawiająca się mimowolnymi ruchami głowy, szyi, barków i rąk). Typowe są nawroty (tzw. rzuty reumatyczne). W stanie ostrym występuje wysoka gorączka oraz upośledzenie funkcji narządu ruchu.

Młodzieńcze reumatoidalne zapalenie stawów rozpoczyna się przed 16 rokiem życia i przybiera jedną z trzech postaci:

- ✓ **Kilkustawowe** (postać najłagodniejsza) – obejmuje tylko kilka stawów szczególnie dużych, jak kolanowe, skokowe i łokciowe. Mogą to być różne stawy po obu stronach ciała.
- ✓ **Wielostawowe** (postać cięższa) – dotyka z reguły pięciu lub więcej stawów, często palców i dłoni, ale również dużych, takich jak biodrowe, kolanowe, skokowe. Są to te same stawy po obu stronach ciała.
- ✓ **Układowe** (postać najcięższa) – atakuje liczne stawy, na ogół duże i inne narządy (często serce i oczy).

Objawy tego schorzenia, to: sztywność stawów, uczucie dyskomfortu przy rannym wstawaniu, wysoka gorączka, zwłaszcza wieczorem, wysypka na klatce piersiowej i udach, obrzęknięcie węzłów chłonnych. Choroba może się cofać, ale niekiedy nawroty występują przez całe życie.

Wszystkie przypadki wymagają indywidualnego prowadzenia i konsultacji z lekarzem reumatologiem i doradcą z poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Przeciwwskazana ciężka praca fizyczna, w zmiennym mikroklimacie, na wolnym powietrzu, prace na wysokości, rusztowaniach i wzniesieniach, pod ziemią, precyzyjna, w styczności z chemikaliami.

Układ dokrewny, inaczej endokrynologiczny

Zaburzenia tego układu wiążą się z rozwojem całego organizmu, uwarunkowanego rozwojem dokrewnym. Objawem są: niedobór wzrostu, nadmierny wzrost, niedobór wagi, nadmiar wagi, zaburzenia wydzielania tarczycy, zaburzenia dojrzewania płciowego, zaburzenia mieszczkowania, cukrzyca.

Niedobory wzrostowe mogą być uwarunkowane genetycznie, przez czynniki bytowe, oraz przez stany chorobowe: zaburzenia wydzielania dokrewnego (przysadki mózgowej, tarczycy, gruczołów płciowych i nadnerczy). Duży wpływ na niskorosłość mają również wady serca (nie-dotlenienie), zaburzenia przemiany materii, schorzenia układu kostno – stawowego. Przeciwwskazany jest duży wysiłek fizyczny.

Nadmierny wzrost łączy się z innymi cechami: jak np. nieproporcjonalna budowa. Powodem intensywnego wzrastania są najczęściej zaburzenia przysadkowe oraz zmiany czynnościowe lub organiczne w podwzgórzu. Jeżeli jest to tylko tzw. skok wzrostowy w okresie dojrzewania, czyli stan przejściowy, nie powoduje żadnych przeciwwskazań. Prawdziwy gigantyzm wymaga leczenia specjalistycznego.

Stanowi przeciwwskazanie do zawodów wykonywanych na rusztowaniach, wymagających obsługi urządzeń i maszyn o znormalizowanych gabarytach.

Niedobory wagi u dzieci wynikają na ogół z wahań z zakresu łaknienia oraz nadmiernej ruchliwości. Niemniej zdarzają się poza przypadkami zwykłego niedożywienia, tzw. stany cherłactwa, towarzyszące np. gruźlicy lub wadom serca. Na uwagę zasługuje **anoreksja** (pojawiająca się u dziewcząt w okresie dojrzewania i późniejszym), którą powodują kompleksy „nadwagi”. Nieleczona anoreksja prowadzi do śmierci.

Przeciwwskazane są prace wymagające dużej odporności i wydolności fizycznej, wykonywane w trudnych warunkach klimatycznych. Jeżeli niedobory wagi są objawem choroby – przeciwwskazania wynikają z choroby podstawowej.

Nadwaga dzieci i młodzieży staje się chorobą naszych czasów. Stany otyłości są najczęściej spowodowane błędami dietetycznymi (potrawy wysokokaloryczne, tłuste, słodkie, płyny energetyzujące) i brakiem ruchu. Inne przyczyny, to czynniki dziedziczne, zaburzenia funkcji gruczołów dokrewnych (tarczycy) lub ośrodkowego układu nerwowego, przysadki i kory nadnerczy. Skrajną postacią jest nadmierna żarłoczność (bulimia). Za anoreksję jak i bulimię, poza czynnikami psychologicznymi mogą też odpowiadać zaburzenia hormonalne oraz biochemiczne w obrębie mózgu.

Nadwaga jest przyczyną obniżonej wydolności fizycznej ogólnej sprawności i zaburzeń układu ruchu, wad serca.

Przeciwwskazane są prace na wysokości, rusztowaniach i wzniesieniach, wymagające szybkiego tempa i precyzji ruchów, ułatwiające dostęp do produktów spożywczych: przetwórstwo spożywcze, piekarstwo, cukiernictwo, ciastkarstwo, przetwórstwo mięsna, itd.

Cukrzyca. Istnieją dwa typy cukrzycy. Typ I (cukrzyca insulinozależna) jest to choroba przemiany materii spowodowana niedoborem lub brakiem insuliny. Ujawnia się głównie u dzieci i osób młodych. Wymaga leczenia cało życiowego, stałego, regularnego podawania insuliny, stałej kontroli poziomu cukru (liczne stany braku wyrównania glikemicznego), regularnego przyjmowania leków wspomagających, przeciwdziałających powikłaniom i spożywania posiłków o stałych godzinach i określonych proporcjach kalorycznych. Niewłaściwa dieta może być powodem powikłań chorobowych. Niedostateczne, małokaloryczne posiłki przy jednoczesnym zbyt dużym wysiłku fizycznym mogą powodować wstrząs hipoglikemiczny, niedotlenienie mózgu, a nawet zejście śmiertelne. Przeciwnie – brak reżimu dietetycznego skutkuje hiperglikemią, która jest przyczyną powikłań cukrzycowych. W przebiegu cukrzycy możliwe są następujące powikłania: uszkodzenia mięśnia sercowego i naczyń krwionośnych siatkówki oka, nerek, skóry, nerwów czuciowych. Wszystkie przypadki cukrzycy wymagają konsultacji lekarza diabetologa i doradcy z poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Przeciwwskazana praca ciężka fizycznie, na wysokości, rusztowaniach i wzniesieniach, pod ziemią, prace w trudnych warunkach klimatycznych, przy zagrożeniu wypadkami oraz w warunkach stresujących.



Typ II dotyczy raczej osób dorosłych, otyłych. Chorobami towarzyszącymi są zwykle nadciśnienie tętnicze i miażdżyca. Nie stosuje się na ogół insuliny.

Przeciwwskazania jak wyżej.

Choroby tarczycy. Czynność tarczycy reguluje przysadka mózgowa, gruczoł odpowiedzialny za gospodarkę jodową w organizmie. W okresie pokwitania powiększenie gruczołu tarczycowego jest dość powszechne i bez objawów towarzyszących nadczynności lub niedoczynności, z uwagi na możliwość wyleczenia choroby.

Schorzenie to, pod postacią wola prostego, nie ogranicza wyboru zawodu.

Choroby skóry

Mają poważne znaczenie dla określania możliwości podejmowania nauki i pracy wielu zawodów. Wynika to z wpływu ich środowiska pracy, a więc czynników fizycznych, chemicznych, biologicznych, które wpływają na stan skóry. Zatrucie całego organizmu może być też skutkiem wchłaniania się poprzez skórę substancji toksycznych. Zmiany skórne, trwałe blizny, mogą być następstwem nieleczzonego trądziku młodzieńczego. Zmiany te mogą mieć charakter obrzękowy, rumienia, wyprysku. Są szczególnie odporne na leczenie, gdy ich tło jest atopowe.

Podobnie jak inne szpeczące blizny ograniczają, ze względów estetycznych, swobodny wybór zawodu: do pracy wymagającej kontaktów społecznych (obsługa pielęgnacyjna, leczenie, edukacja, wszelkiego typu kontakty służbowe z klientami). W poradnictwie zawodowym ważna jest diagnoza dermatologiczna.

Dla osób z chorobami skóry przeciwwskazane są prace w styczności z drażniącymi czynnikami chemicznymi, biologicznymi i fizycznymi w styczności z olejami, smarami i innymi substancjami toksycznymi.

Choroby o podłożu alergicznym

Alergia jest nadmierną reakcją układu immunologicznego organizmu na tzw. alergeny, czyli substancje, które dla innych osób są nieszkodliwe. Uczuć może wszystko. Jednak najczęstszymi alergenami są: pleśń, dym papierosowy, niektóre pokarmy i dodatki spożywcze, jady owadów, środki chemiczne, sierść zwierząt, pyłki roślin, detergenty, składniki kosmetyków itd. W zależności od alergenu objawy, to: kichanie, katar, świąd, rumień skóry, łzawienie, bóle głowy, biegunki aż do zagrażającej życiu niewydolności wielu narządów (zwłaszcza płuc, przełyku, przewodu pokarmowego), a także spadek ciśnienia tętniczego, utrata świadomości w przebiegu tzw. wstrząsu anafilaktycznego.

Przy alergii nie ma przeciwwskazań do pracy fizycznej, natomiast należy mieć na uwadze powyższe przeciwwskazania, które wynikają z występowania i kontaktów w miejscu pracy z alergenami.

Grzybice skóry i paznokci – do czasu wyleczenia przeciwwskazane prace przy produkcji żywności i w styczności z produktami spożywczymi.

Zaburzenia zmysłu dotyku – może być m.in. następstwem cukrzycy.

Przeciwwskazane są prace montażowe, manipulacyjne, przy obsłudze urządzeń sterowa-

nych, montażu drobnych elementów, wszędzie tam, gdzie dotyk jest nośnikiem informacji o przetwarzanym materiale.

Nadmierna potliwość rąk stanowi przeciwwskazanie do prac w styczności z prądem elektrycznym, przy obsłudze ręcznej urządzeń, montażu drobnych elementów, w bezpośrednim kontakcie z innymi ludźmi (zabiegi pielęgnacyjne, kosmetyczne, masaże itp.).

Nadmierna suchość skóry występuje wtedy, gdy skóra traci swoją naturalną miękkość i elastyczność. Jest szorstka, swędząca, świecąca i łuskowata. Jedną z przyczyn może być stan po zapaleniu skóry.

Daje przeciwwskazania do montażu drobnych elementów i do prac wykonywanych w bezpośrednim kontakcie z innymi ludźmi.

Przewlekłe choroby układu pokarmowego

Uszkodzenie mięszu wątroby to szczególnie wirusowe zapalenie wątroby typu A, B, C i D. Przyczyną tego stanu może być przebyta żółtaczka, gdy nie są zachowane nawyki higieniczne lub, gdy zakażenie jest przenoszone po kontakcie bezpośrednim przez płyny ustrojowe (krew, ślina, nasienie) z osobą zakażoną. Żółtaczka może rozwinąć się w przebiegu mononukleozy, zapalenia trzustki, chorób pęcherzyka żółciowego, zakażeń bakteryjnych i pasożytniczych. Jedynie wirusowe zapalenie wątroby typu A gwarantuje wyleczenie choroby. Pozostałe rodzaje zakażenia prowadzą do przewlekłych chorób wątroby, a nawet do raka wątroby.

Przeciwwskazany jest duży wysiłek fizyczny, kontakt z czynnikami chemicznymi, drażniący-

mi, np. wszelkiego typu rozpuszczalniki, związki chromu, fenolu, fosforu, siarki, z czynnikami biologicznymi, np. narażenie na zakażenie wirusami żółtaczki typu B i C (w zawodach medycznych).

Choroba wrzodowa żołądka polega na ubytku, lub otwartej nadżerze śluzówki żołądka lub jelita cienkiego. Dolegliwości mogą nasilać błędy dietetyczne, niektóre leki, sytuacje stresujące. Objawy chorobowe są różne. Niektórzy skarżą się na pieczenie w żołądku, inni na ssanie i ciągły głód, wzdęcia, mdłości po jedzeniu, krwotoki w postaci wymiotów, krwawe stolce, spadek ciśnienia krwi, szybkie bicie serca, zimną, wilgotną skórę. Perforacja wrzodu może stanowić nawet zagrożenie dla życia.

Przypadki choroby wrzodowej wymagają konsultacji z lekarzem gastrologiem i doradcą z poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Przeciwwskazanie stanowi ciężka praca fizyczna, narażająca na działanie chemikaliów i innych czynników toksycznych, stresująca, związana z przetwórstwem spożywczym, gastronomią.

Pomocą w określaniu przeciwwskazań, związanych z różnymi chorobami oraz w ustalaniu przydatności zawodowej, może być wydany w 2000 roku *Podręcznik oceny zawodów z punktu widzenia różnych rodzajów niepełnosprawności. Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego*. Nr 14. Gdańsk – Warszawa. PPHU Demon KUP 2000.

Możliwości fizyczne i zdrowotne są bardzo istotną sferą przy ustalaniu potencjalnych dziedzin pracy. Ważne jest to zwłaszcza przy udzielaniu porady uczniowi niepełnosprawnemu.

Praca doradcy zawodowego
na terenie szkoły, dotycząca problemów
zdrowotnych młodzieży

Rozdział

6

Dla szkolnego doradcy zawodowego, pomoc uczniom z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, jest dużym wyzwaniem. Zakres tej pomocy stanowi kwintesencję działań poradnictwa indywidualnego – zarówno uczniowie jak i ich rodzice oczekują propozycji dalszej nauki, zgodnej z predyspozycjami, intelektem i możliwościami fizycznymi organizmu młodego człowieka.

Na ogół, problemy, jakie są zgłaszane do doradcy, można sprowadzić do trzech kategorii:

- ▼ Uczeń i rodzice mają jakiś wspólny pomysł i w kontakcie z doradcą chcą potwierdzić słuszność planowanego wyboru.
- ▼ Pomysły ucznia i jego rodziców są rozbieżne, lub sprzeczne z sugestiami nauczycieli i każda ze stron oczekuje od doradcy, że potwierdzi i zaakceptuje jej wybór.
- ▼ Zarówno uczeń jak i jego rodzice są zdezorientowani, co do możliwości kształcenia zawodowego i doradca, według nich, powinien być głównym decydem w zgłaszanej sprawie.

Szkolny doradca zawodowy musi pamiętać o tym, że jest osobą podlegającą (nie koniecznie ulegającą) wielu naciskom. Zdarza się, że rodzice właśnie od niego rozpoczynają swoje starania, oczekując poparcia w kontaktach z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, dotyczącego otrzymania przez dziecko tzw. opinii wspierającej. Czasem licząc nawet na jego brak wiedzy, na ile choroba dziecka stanowi (bądź nie) przeciwskazania do nauki zawodów.

Można powiedzieć, że podobne oczekiwania ucznia niepełnosprawnego i jego rodziny zawsze były udziałem doradców z poradni psychologiczno-pedagogicznych. Służąc od

wielu lat pomocą w tych sprawach, poradnie opracowały sobie cały system działań formalnych i pomocy bezpośredniej, których efektem może być sugestia, zalecenie, konsultacja, opinia wydawana uczniowi do kształcenia ponadgimnazjalnego. Wieloletnie doświadczenia i praca w zespołach opiniujących, nauczyły też pracowników poradni rozróżniania, które przypadki i jakim podlegają formom pomocy – z uwagi na istniejące schorzenie i stopień jego zaawansowania.

Rozwiązaniem najsluszniejszym, byłoby wskazanie uczniowi i jego rodzicom konieczności konsultacji ze specjalistami, wskazując na różnorodność ograniczeń – bez udzielania konkretnych propozycji. Ogólnej orientacji, o tych ograniczeniach, służyły informacje Rozdziału V.

Bardzo istotnym elementem w pracy doradcy, na rzecz tej grupy młodzieży, są **spotkania** organizowane **dla uczniów oraz dla rodziców**, na których lekarze lub specjaliści z poradni psychologiczno-pedagogicznych przedstawiają związek pomiędzy przydatnością zawodową, a chorowaniem lub zapadalnością na niektóre schorzenia. Spotkania takie, to forum, na którym przedstawia się nie tylko informacje o ograniczeniach, wynikających z różnych chorób, ale prezentuje się prawa dziecka i jego rodziców, zakres pomocy doradczej poradni, procedury i formy pomocy, wynikające z obowiązujących aktów prawnych. Ich efektem może być większa świadomość rodziny w uwzględnianiu czynnika zdrowotnego w decyzjach zawodowych dzieci. **Środowisko szkolne jest, dla doradcy w nim pracującego, znakomitym źródłem informacji o funkcjonowaniu młodego niepełnosprawnego człowieka w roli ucznia.** Świadczą o tym relacje z kolegami, wyniki w nauce, pre-



zentowane zainteresowania, zaangażowanie w naukę itp. informacje, jakie może on uzyskać od wychowawcy i nauczycieli „przedmiotowców”. Informacje te są ważne zarówno w sytuacjach, gdy szkolny doradca zawodowy podejmuje się indywidualnej pracy z uczniem (jeżeli w ocenie lekarza prowadzącego zarówno stan zdrowia ucznia, jak i skutki przebytej choroby nie stanowią bezwzględnych przeciwwskazań do wyboru zawodu), jak i wtedy, gdy powinien przekazać przypadek konkretnego ucznia do prowadzenia przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną. **Szkolny doradca musi dokonać oceny posiadanych informacji, podjąć decyzję, czy porada jest w jego kompetencji, czy wymaga konsultacji z doradcą z poradni psychologiczno-pedagogicznej, propozycji wizyty u specjalisty, czy wręcz przekazania sprawy poradni.** Zarówno wtedy, gdy sam podejmuje się pomocy, jak i wtedy, gdy sprawa przewyższa jego kompetencje, musi dokonać analizy.

W jakich sferach funkcjonowania ucznia w szkole powinna być dokonana taka analiza?

1. Orientacja w sprawie wpływu stanu zdrowia ucznia na jego pełne funkcjonowanie w zajęciach szkolnych i znajomość wszystkich jego ograniczeń (zwolnienie z lekcji WF lub części zajęć, brak udziału w imprezach i wycieczkach szkolnych, zielonej szkole itp.). Mogą one przekładać się również na ograniczenia w wyborze zawodu.
2. We współpracy z rodzicami poznać ich plany dotyczące dalszej nauki i poziom akceptacji dziecka w tej sprawie.
3. We współpracy ze szkolnymi służbami medycznymi i zgodnie z uzyskaną wiedzą na temat zdrowia ucznia, powinien uczulić rodziców na konieczność uwzględniania stanu zdrowia w planach edukacyjnych

dziecka. Jest to ważne również w sytuacjach, gdy planowaną przez dom szkołą ponadgimnazjalną jest liceum. Zdarza się bowiem, że oceny szkolne i wyniki sprawdzianów uczniów niepełnosprawnych nie kwalifikują ich, na podstawie uzyskanej ilości punktów, do kontynuowania nauki w szkole tego rodzaju.

4. We współpracy z wychowawcą i poprzez konsultacje z nauczycielami przedmiotów, doradca zawodowy powinien rozpoznać mocne i słabe strony ucznia, wpływające na powodzenie w dalszej nauce i funkcjonowanie szkolne i zawodowe.

Źródłami informacji o stanie zdrowia ucznia

są zazwyczaj dla szkolnego doradcy zawodowego: karta zdrowia ucznia, badania bilansowe, zaświadczenia i opinie lekarskie, opinie lekarzy medycyny pracy, informacje od pielęgniarki szkolnej, absencja w szkole, samoocena stanu zdrowia ucznia, wywiad zdrowotny z uczniem, wywiad zdrowotny z rodzicami, akceptacja, bądź nie, informacji zwrotnych przekazywanych przez lekarzy uczniom i rodzicom.

Na podstawie uzyskanej wiedzy i po konsultacjach z rodzicami powinna powstać **lista uczniów, którym jest niezbędna indywidualna, specjalistyczna pomoc** w planowaniu dalszej nauki. Wykazy takie zalecam przekazać poradniom psychologiczno-pedagogicznym, nie później niż w II semestrze klasy II (zarówno w gimnazjach jak i liceach ogólnokształcących, liceach profilowanych zawodowo – technikach, zasadniczych szkołach zawodowych i szkołach policealnych, gdy konieczna jest re kwalifikacja kierunku kształcenia, z uwagi na stan zdrowia). Jest bardzo wskazane, aby w stosunku do każdego ucznia z tej listy, poza uwagami o stanie

zdrowia, została przygotowana **opinia szkolnego doradcy**, zawierająca:

- ▼ sugerowany poziom kształcenia,
- ▼ mocne strony ucznia,
- ▼ preferowane przez ucznia sposoby pracy,
- ▼ preferowane kanały percepcji (słuchowy, wzrokowy, ruchowy),
- ▼ ocenę przebiegu nauki szkolnej, ze wskazaniem osiągniętych sukcesów i ewentualnych zaległości szkolnych,
- ▼ prezentowane zainteresowania z przykładami sytuacji, w których można je zidentyfikować,
- ▼ słabe strony ucznia, utrudniające osiągnięcie pozytywnych wyników w szkole, np. stan zdrowia, brak pracowitości i systematyczności w nauce, utrzymujące się i nie niwelowane zaległości, zaburzona komunikacja z innymi rówieśnikami, konflikty z rówieśnikami i nauczycielami itd.

Opinie o stanie zdrowia oraz dokumenty potwierdzające rozpoznanie i diagnozę medyczną powinien doradca poradni przekazać osobiście rodzic lub prawny opiekun ucznia o ile wyrazi na to zgodę).

W każdej sytuacji, gdy analizujemy możliwości zawodowe ucznia niepełnosprawnego, musimy pamiętać, że:

1. Ważne jest znaczenie kondycji psychofizycznej przy podejmowaniu decyzji edukacyjnych i zawodowych oraz znajdowanie rozwiązań alternatywnych, gdy propozycja ucznia może budzić wątpliwości.
2. Postęp technologiczny i zawody przyszłości – mogą zmieniać istniejące przeciwwskazania do wykonywania zawodów. Dlatego ważna jest aktualna znajomość zadań zawodowych i warunków ich realizowania.

Wskazania do pracy z uczniami

W pracy z uczniami proponuję wykorzystać poniższą ankietę (por. *Przygotowanie uczniów gimnazjum do wyboru zawodu*, 2003).

MÓJ STAN ZDROWIA

(ankieta dla ucznia)

1. Czy przejawiasz skłonności do chorób? Jeśli tak, to do jakich?
2. Czy lekarz zalecił Ci noszenie okularów, stosowanie wkładek ortopedycznych, noszenie aparatu słuchowego, wykonywanie ćwiczeń wyrównujących wady postawy?
3. Czy chorowałeś na jakąś ciężką chorobę? Jeśli tak, to na jaką?
4. Czy przebywałeś w szpitalach lub sanatoriach? Z jakiego powodu?
5. Czy jesteś pod stałą opieką lekarską?
6. Czy miałeś i czy masz nadal jakieś ograniczenia życiowe związane z przebyciem choroby? Czego Ci nie wolno?
7. Jaki rodzaj zajęć w szkole, lub poza szkołą, szczególnie Cię męczy?
8. Czy są takie czynności, które wykonujesz niechętnie, z powodu mniejszej sprawności od innych kolegów? Jeśli tak, to jakie?
9. Jakie czynności lub zajęcia w szkole albo w domu sprawiają Ci szczególną przyjemność i są dla Ciebie źródłem satysfakcji?
10. Czy z powodu stanu zdrowia korzystałeś lub korzystasz ze specjalnych form kształcenia, np. z indywidualnego nauczania, zwolnienia z części zajęć (np. z wychowania fizycznego)?
11. Czy fakt aktualnej lub przebytej choroby, operacji, posiadania jakichś wad był już przyczyną odradzenia Ci przez kogoś (rodziców, nauczycieli, lekarzy) nauki w jakimś zawodzie?



Wskazówki do analizy odpowiedzi uczniów

Czy rzeczywiście przebyte choroby ograniczają swobodny wybór zawodu? Odpowiedzi na to pytanie możemy znaleźć w rozdziale poprzednim. Ankieta „Mój stan zdrowia” da doradcy wstępną orientację, czy uczeń ma świadomość własnych ograniczeń i czy zna swój stan zdrowia. Każda odpowiedź pozytywna ucznia, na którekolwiek z pytań, poza pytaniem Nr 9, zwiększającym poczucie własnej akceptacji, powinna wzmocnić czujność doradcy i stanowić przyczynek do pogłębionej rozmowy z nim i jego rodzicami. Są jednak schorzenia, których uczniowie bywają nieświadomi i nie są informowani przez rodziców ani o samych chorobach, ani o ich konsekwencjach. Tak bywa przy epilepsji, przy niektórych chorobach nowotworowych, np. białaczkach limfatycznych itp. Wówczas głównymi informatorami o stanie zdrowia ucznia będą jego rodzice lub prawni opiekunowie. Warto jednak pamiętać o tym, że każdemu uczniowi nawet o słabym zdrowiu, z różnymi dolegliwościami, można dobrać odpowiedni dla niego zawód.

Przy ustalaniu preferencji edukacyjnych, warto też zwrócić uwagę na to, czy uczeń ma świadomość swojego stanu zdrowia, czy potrafi wskazać własne atuty, czy raczej ma tendencje do deprecjonowania własnej osoby, czy potrafi się zdystansować do swoich, czasem nierealnych wyobrażeń o celach zawodowych i swojej zawodowej przyszłości i zrozumieć powody odradzania mu dotychczasowych pomysłów.

Wskazania do pracy z rodzicami

Przygotowanie informacji dla poradni psychologiczno-pedagogicznej o stanie zdro-

wia uczniów powinno poprzedzić spotkanie z rodzicami, wyjaśniające potrzebę konsultacji w tej instytucji decyzji zawodowych i edukacyjnych uczniów z dysfunkcjami zdrowotnymi. Kolejnym etapem powinno być **zebranie informacji szczegółowych od rodziców**. Głównym źródłem informacji, przed wywiadem szczegółowym, są karty szpitalne, sanatoryjne lub z innych ośrodków, w których uczeń był dotychczas leczony. Jest to obiektywna informacja o przebytych chorobach, urazach, operacjach, ich leczeniu, przebiegu rozwoju psychofizycznego, potrzebie dalszych ukierunkowanych badań specjalistycznych. Warto też wspólnie z pielęgniarką szkolną, zaproponować rodzicom dalszy kontakt z lekarzem, wskazując na potrzebę badań uzupełniających, informujących o aktualnym stanie zdrowia, w tym o istniejących zmianach chorobowych. **Dokładny wywiad i wyniki tzw. badań przedmiotowych** ułatwiają doradcy współpracującemu z lekarzem, określenie możliwych dla danego stanu zdrowia, obszarów kształcenia zawodowego i zatrudnienia. Zakres wskazanych możliwości, bądź ograniczeń ułatwi uczniowi podjęcie właściwej decyzji zawodowej i edukacyjnej.

W wywiadzie z rodzicami, warto ustalić:

- ▼ Jakie jest u dziecka obecne poczucie zdrowia lub choroby?
- ▼ Czy używa okularów, wkładek ortopedycznych aparatu słuchowego itp.?
- ▼ Czy ma zaburzenia widzenia, czy przebył jakieś choroby narządu wzroku?
- ▼ Czy dziecko ma zaburzenia słuchu, przechodziło choroby uszu, ma wycieki z uszu, doznało urazu głowy w okolicy ucha? Czy była lub jest nadal wada wymowy?

- ▼ Czy jest sprawne fizycznie (ocena układu ruchu)? Czy stwierdzono skrzywienie kręgosłupa, zniekształcenia klatki piersiowej, zaburzenia rozwoju układu mięśniowego, płaskostopie? Czy uczęszcza na zajęcia korekcyjne?
- ▼ Czy występują bóle w stawach, obrzęki, ograniczenia ruchomości stawów?
- ▼ Czy jest uczulone i na co? Jakie ma objawy alergiczne?
- ▼ Czy lekarz stwierdził zmiany osłuchowe serca lub płuc?
- ▼ Czy często odczuwa dolegliwości układu moczowego (częste, bolesne oddawanie moczu), nerek?
- ▼ Czy stwierdzono zmiany czynności wątroby, przebyte żółtaczkę?
- ▼ Czy występują napady duszności, długotrwały kaszel, częsty, długotrwały katar?
- ▼ Czy zaobserwowano problemy emocjonalne, drgawki, omdlenia, bóle, zawroty głowy, zaburzenia równowagi, jękanie, zaburzenia snu, moczenie nocne?
- ▼ Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej i z jakiego powodu?
- ▼ Jaka jest sprawność fizyczna dziecka, jego wzrost, waga,?
- ▼ Czy skarży się na różne dolegliwości układu pokarmowego (brak lub nadmierny apetyt)? Co je i pije?
- ▼ Czy przebywało w szpitalach sanatoriach? Z jakiego powodu?
- ▼ Jak przebiegała dotychczasowa kariera szkolna?
- ▼ Czy jest jeszcze coś ważnego, czego nie poruszono w rozmowie do tej pory?

Powyższe pytania mogą pomóc doradcy w ustaleniu istnienia przeciwwskazań do swobodnego wyboru kształcenia zawodowego, ukierunkować tok rozmowy.

W ocenie przeciwwskazań, które określa dany zawód, mówi się też, że nie jest najważniejsze to, na co chorował lub choruje klient, lecz to, jakie mechanizmy psychofizyczne nie funkcjonują prawidłowo, uniemożliwiając tym samym sprostanie niektórym wymaganiom, stawianym przez zawód (por. Kreft, 2003).

Innym kryterium analizy powinny być: **informacje, związane z przyszłym kształceniem** program kształcenia, zakres i miejsca praktyk zawodowych, zakres zadań w kształceniu rzemieślniczym, gdzie jest zawierana umowa o pracę w celu nauki zawodu, jakie są warunki realizacji tej nauki, jakie będą obciążenia dla organizmu związane z nauką zawodu i przyszłą pracą (obowiązki, funkcje, zadania, czynności). Zasadą ogólną przy doborze zawodu jest dostosowanie rodzaju pracy do stanu psychofizycznego kandydata. Najlepiej byłoby, aby wybierany zawód (zajęcie, rodzaj pracy) zgodny był z jego zainteresowaniami i możliwościami intelektualnymi. Ogólnie biorąc – im niższy poziom wykształcenia, tym większe przeciwwskazania zdrowotne i odwrotnie – im wyższy poziom, tym mniejsze przeciwwskazania.

Po raz kolejny przypominam, że ostateczna decyzja dotycząca planowania przyszłości należy do ucznia i jego rodziców. Ponadto, jeśli chodzi o sprawy medyczne i sprawy przeciwwskazań do nauki i wykonywania zawodu, to kompetentni w orzekaniu są wyłącznie tzw. lekarze przemysłowi. Doradcy z poradni psychologiczno-pedagogicznych współpracując z lekarzami konsultantami poradni, mogą jedynie dokonać dla zgłoszonego po poradę ucznia, wstępnej oceny przydatności do nauki w wybieranej szkole lub zawodzie.



Doradca, jak sama nazwa wskazuje, pełni rolę doradczą i nie narzuca klientowi własnego zdania. Pełnienie roli doradcy jest łatwiejsze i bardziej efektywne, jeśli ma on wiedzę dotyczącą schorzeń i nieprawidłowości pracy organizmu oraz przeciwwskazań zawodowych. W przypadku najmniejszych jednak wątpliwości, co do stanu zdrowia ucznia i na jakie przeciwwskazania się on przekłada, warto zasięgnąć opinii lekarza lub doradcy zawodowego z poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Warto też, po raz kolejny podkreślić, że to lekarz powinien przedstawić klientowi (uczniowi i jego rodzicom) przeciwwskazania do nauki czy wykonywania zawodu. Doradca nie musi przekazywać „złych” informacji – łatwiejsze też są one do przyjęcia, gdy są poparte autorytetem lekarskim.

W praktyce wady i schorzenia wykrywane są we wczesnym dzieciństwie; dlatego analiza kart zdrowia uczniów I klasy gimnazjum daje obraz pracy czekającej szkolnego doradcę zawodowego, w tym zakresie jego działań.

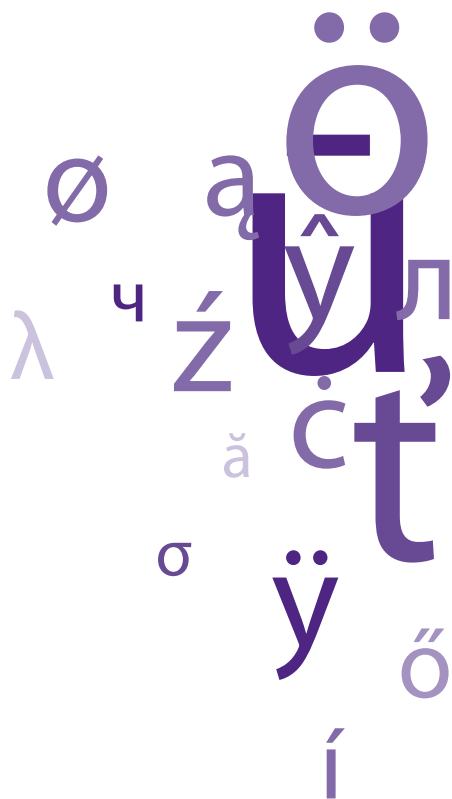
Warto też zasygnalizować propozycję zmian w pracy z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych, które MEN zamierza wprowadzić do działań szkoły, organizując pracę z tymi uczniami (por. *Uczniowie ze specjalnymi...*, 2010).

Szkoła gimnazjalna i ponadgimnazjalna, widziana jako miejsce przygotowujące do wyboru drogi edukacyjnej, musi zapewnić swym wychowankom dostęp do informacji, doradztwa i poradnictwa zawodowego.

Projektowane zmiany zakładają powstanie w każdej szkole **zespołu do spraw specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów**, który co najmniej raz w roku, przy udziale rodziców ucznia przedstawiciela organu prowadzącego szkołę, poradni psychologiczno-pedagogicznej, dokona przeglądu i oceny skuteczności pomocy świadczonej uczniowi oraz zatwierdzi zmiany w indywidualnych programach edukacyjnych. W skład tych zespołów wejdą nauczyciele prowadzący zajęcia edukacyjne w danej klasie oraz zatrudnieni w szkole specjaliści. Oni też powinni opracować indywidualne programy edukacyjno – terapeutyczne, które powinny zawierać: konkretne umiejętności, w jakie zamierza się wyposażać ucznia, treści nauczania, procedury osiągania celów, rodzaje pomocy i wsparcia, przewidywane osiągnięcia i ich ocenę oraz ewaluację programu.

Dla każdego dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi MEN planuje także wprowadzenie **Karty Potrzeb i Świadczeń**, dokumentu, który posiadałaby każda osoba do 21 roku życia, a osoba z głębokim upośledzeniem umysłowym do 24/25 roku życia. Wypełniałby ją na bieżąco członek zespołu do spraw specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów. Karta zawierałaby m.in. diagnozę poradni psychologiczno-pedagogicznej, diagnozę medyczną, rozpoznanie dokonane przez nauczycieli i specjalistów, obszary funkcjonowania, w których uczeń potrzebuje wsparcia, możliwości i umiejętności, które należy rozwijać, zalecane świadczenia, formy pomocy i miejsce ich realizacji, oraz okresowe oceny efektywności podejmowanych działań.

Wydaje się, że objęcie uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, wspomnianymi wyżej formami opieki nie tylko ułatwi im realizację obowiązku szkolnego, ale też dzięki pełnej diagnozie ich możliwości wpłynie na właściwe działania w zakresie poradnictwa zawodowego i edukacyjnego.



Zakres pomocy poradni
psychologiczno–pedagogicznej oferowanej
uczniom z ograniczeniami fizycznymi
oraz wskazówki dotyczące jej udzielania

Rozdział

7

Uczniów z niepełnosprawnościami fizycznymi, można w systemie pomocy psychologiczno-pedagogicznej, traktować jako uzyskujących pomoc, przewidzianą dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Dwa podstawowe dokumenty, jakie wydają dla nich poradnie, to opinie i orzeczenia.

Doradca zawodowy z poradni psychologiczno-pedagogicznej, spełniając oczekiwania ucznia z różnymi ograniczeniami zdrowotnymi, **dokonuje** z nim **wyboru drogi edukacyjnej** i kierunku rozwoju zawodowego, rozmawia z nim, bada, analizuje, uświadamia mocne strony i słabości, nakreśla obraz aktualnej sytuacji badanego, wskazuje na możliwy rozwój zawodowy w przyszłości. Kolejnym ważnym jego zadaniem jest **motywowanie uczniów** i wyzwianie w nich chęci do dalszej pracy. Często silna motywacja staje się napędem do pokonywania własnych fizycznych słabości, umożliwiając osiągnięcie sukcesu. Jest tym większa, im silniejsze jest przekonanie, że sukcesy są możliwe. Sukcesem mogą być konkretne osiągnięcia: zdany egzamin wstępny, końcowy, uzyskanie dyplomu, certyfikatu, zdobycie określonych uprawnień, umiejętności zawodowych, uzyskanie miejsca pracy, a tam awans zawodowy.

Propozycja dalszego kształcenia dla ucznia, przekazywana przez doradców, może być akceptacją jego pomysłu lub pomysłu jego rodziców. Może też sugerować konieczność odradzenia albo zawodu albo wybranej drogi kształcenia. W takim przypadku należy dokładnie uzasadnić uczniowi swoje stanowisko i podjąć działania argumentujące nowe propozycje. Trzeba wyjaśnić, dlaczego proponuje się wziąć pod uwagę taką właśnie grupę zawodów, konkretny zawód czy wręcz stanowisko pracy.

W odpowiedzialny sposób należy wskazać dostępne i najbardziej optymalne dla ucznia szkoły lub inne formy kształcenia zawodowego. Można określić pewien **kierunek kariery zawodowej osoby niepełnosprawnej**: poznanie i zrozumienie siebie, świadomość rozwoju zawodowego, dokonanie wyboru obszaru zawodowego, ustalenie możliwości edukacyjnych, opracowanie mapy potencjalnych miejsc pracy.

Zdarza się, że wielu uczniów z trwałymi niepełnosprawnościami, o ile uczęszczają do szkół w rejonie miejsca zamieszkania, znani są pracownikom poradni i mają w niej swoją dokumentację psychologiczną i pedagogiczną. Dotyczy to szczególnie sytuacji, gdy zaistniała potrzeba kompleksowej rehabilitacji i opieki, w ramach tzw. wczesnej interwencji, realizowanej we współpracy z rodzicami, lekarzami, pedagogami, specjalistami z zakresu terapii pedagogicznej, logopedami itd. **Wczesne wspomaganie**, to jak najwcześniejsze zapobieganie zaburzeniom rozwoju, w tym trwałym deficytom fizycznym (motorycznym i narządów zmysłów), intelektualnym, psychicznym, lub/i minimalizowanie skutków tych deficytów u dzieci. Jego celem jest dążenie specjalistów do zapewnienia tym dzieciom optymalnego rozwoju oraz przygotowania ich do samodzielnego, dorosłego życia. W takich przypadkach, uczniów zgłaszających się po poradę zawodową, staje się już na wejściu pozbawionym anonimowości klientem. Zarówno jemu, jego rodzicom, jak i pracownikowi poradni łatwiej jest rozeznaczyć przyczyny aktualnych ograniczeń i zrozumieć ich związek oraz wpływ na decyzje zawodowe. Przy utrzymujących się poważnych ograniczeniach **publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne wydają opinie wspierające**, które

dla przyszłej szkoły mają charakter informacyjny, są rodzajem postulatu, a decyzję podejmuje dyrektor szkoły, co oznacza, że opinia poradni w danej sprawie, może być brana pod uwagę przez szkołę lub nie. Na podstawie *Rozporządzenia Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych* (Dz. U. z 2003 r. Nr 5, poz. 46, §4) – poradnie opiniują m. in. w sprawach:

- ▲ objęcia nauką w klasie terapeutycznej,
- ▲ dostosowania wymagań edukacyjnych, wynikających z programu nauczania, do indywidualnych potrzeb psychofizycznych i edukacyjnych ucznia, u którego stwierdzono zaburzenia i odchylenia rozwojowe lub specyficzne trudności w uczeniu się, uniemożliwiające sprostanie tym wymaganiom,
- ▲ zwolnienia ucznia z wadą słuchu lub z głęboką dysleksją rozwojową z nauki drugiego języka obcego,
- ▲ udzielenia zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki,
- ▲ przyjęcia ucznia gimnazjum do oddziału przysposabiającego do pracy,
- ▲ przyjęcia do klasy pierwszej szkoły ponadgimnazjalnej: zasadniczej szkoły zawodowej, liceum ogólnokształcącego, liceum profilowanego i technikum, a także klasy pierwszej szkoły średniej na podbudowie programowej szkoły zasadniczej, szkoły policealnej i szkoły pomaturalnej kandydata z problemami zdrowotnymi, ograniczającymi możliwości wyboru kierunku kształcenia, z uwagi na stan zdrowia,

- ▲ przystąpienia ucznia i absolwenta z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi lub ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, odpowiednio do sprawdzianu przeprowadzanego w ostatnim roku nauki w szkole podstawowej, egzaminu przeprowadzanego w ostatnim roku nauki w gimnazjum, egzaminu maturalnego lub egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe, w warunkach i w formie dostosowanych do indywidualnych potrzeb psychofizycznych ucznia lub absolwenta.

Opinie, które wydają poradnie w powyższych sprawach, obok innych formalnych informacji, muszą zawierać stanowisko poradni w sprawie, której dotyczy opinia, szczegółowe uzasadnienie oraz wskazanie odpowiedniej uzasadnionej formy pomocy w dalszym przebiegu nauki.

Innym rodzajem pomocy, wspomagającym możliwości kształcenia, są **orzeczenia** wydawane przez publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Zespoły orzekające poradni, działające ściśle według określonych zasad, wydają:

- ▲ orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz niedostosowanej społecznie, wymagającej stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy,
- ▲ orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub oddziału przedszkolnego zorganizowanego w szkole podstawowej albo do szkoły,



- ▲ opinie o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole.

Orzeczenia te i opinie oraz druki, które zawiera dokumentacja zespołów orzekających, sporządzane są ściśle według wzorów stanowiących załączniki do *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych* (Dz. U. Nr 173, poz. 1072).

Zmiana *Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty* (Dz. U. z 1996 r. Nr 67 oraz Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572) oraz *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 18 stycznia 2005 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach* (Dz. U. Nr 19, poz. 166) określa dwie kategorie uczniów wymagających, w procesie kształcenia stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy dydaktycznej: niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie. Zgodnie z wyżej wymienionym rozporządzeniem, kształcenie specjalne dla uczniów niepełnosprawnych organizowane jest dla uczniów: niesłyszących, słabosłyszących, niewidomych, słabowidzących, z niepełnosprawnością ruchową, z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym, z autyzmem. Placówki organizujące te formy kształcenia, wymagają orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, wydanego przez publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne. W przypadku, gdy orze-

czenie takie wskaże występowanie u ucznia co najmniej dwóch z tych niepełnosprawności, np. dziecko głuche i niewidome, mówimy o niepełnosprawności sprzężonej. Wówczas orzeczenie poradni obliguje szkołę do stosowania w procesie kształcenia takiego dziecka, specjalnych metod pracy, dostosowanych do każdej ze wskazanych niepełnosprawności.

Warto pamiętać, że przepisy prawa oświatowego nie przewidują organizowania kształcenia specjalnego dzieciom przewlekle chorym. Również przewlekła choroba ucznia uczęszczającego do szkoły ogólnodostępnej lub integracyjnej nie zobowiązuje nauczycieli do stosowania innych metod dydaktycznych, niż wobec pozostałych uczniów. Należy to uwzględnić, gdy analizujemy możliwość takiej formy kształcenia dla konkretnego ucznia.

Przypominając te zasady, Departament Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Ministerstwa Edukacji Narodowej, w piśmie z dnia 24 września 2007 roku (L. dz. DKZU-030-49/07/AU), jednocześnie stwierdza, że dzieciom z chorobami przewlekłymi i z zaburzeniami psychicznymi, którym stan zdrowia utrudnia lub uniemożliwia uczęszczanie do szkoły, system oświaty zapewnia możliwość realizowania obowiązku szkolnego w szkołach specjalnych, organizowanych w zakładach opieki zdrowotnej, a także w formie indywidualnego nauczania.

Nie każdy przypadek orzekania przez poradnię potrzeby **indywidualnego nauczania** jest wskazaniem, że uczeń ma ograniczony wybór szkoły i zawodu, z uwagi na stan zdrowia. Poza sytuacjami, w których choroba przewlekła stale ogranicza uczestnictwo w zajęciach szkolnych, nauczanie indywidualne jest orzekane



na podstawie wniosku rodziców, lub prawnych opiekunów ucznia, składanym wraz z zaświadczeniem lekarskim (zawierającym rozpoznanie i wpływ choroby wskazujący na uniemożliwienie lub utrudnienie uczęszczania do szkoły), na okoliczność okresowej sytuacji zdrowotnej, np.: złamanie nogi, zabieg operacyjny itp. Ale czasowa niezdolność do uczęszczania do szkoły może też wskazywać na istnienie poważnej, przewlekłej choroby (np. leczenie onkologiczne – chemioterapia). Warto wówczas zapoznać się z istniejącą w poradni dokumentacją. Czas, na jaki jest zalecane indywidualne nauczanie, określa zawsze lekarz wnioskujący. W razie wątpliwości, współpracuje z nim lekarz konsultant, członek zespołu orzekającego powołany przez dyrektora poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Drugim rodzajem spraw, w których orzekają poradnie jest **kształcenie specjalne w szkole integracyjnej lub oddziale integracyjnym** dziecka niepełnosprawnego. Niektóre zespoły ułatwiają sobie pracę, orzekając głównie na podstawie dokumentacji medycznej i wniosku rodziców. Najkorzystniej jest, gdy zespół orzekający, przed wystawieniem wniosku, dokona pełnej diagnozy psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej itd. – co jest zgodne zresztą z cytowanymi wyżej rozporządzeniami. Poradnie nie mogą też zapominać o tym, że prawem rodziców jest uczestnictwo w posiedzeniu zespołu orzekającego, na którym mogą przedstawić swoje stanowisko. Rodzice mają też inne prawa:

▲ Mają prawo nie zgodzić się na umieszczenie dziecka niepełnosprawnego w szkole specjalnej, jak również nie godzić się na prowadzenie w stosunku do niego nauczania indywidualnego. Oznacza to, że gmina

(dzielnica) ma obowiązek, jeżeli pragną tego rodzice zapewnić dziecku odpowiednią formę kształcenia: klasy integracyjne lub klasy specjalne w szkole masowej.

▲ Mają prawo domagać się re kwalifikacji dziecka ze szkoły specjalnej do masowej, jeżeli są przekonani do słuszności takiej decyzji.

Orzeczenia, wystawiane przez poradnie, muszą być, zgodnie z prawem oświatowym, respektowane przez placówki, do których są kierowane. Jak wspomniałam, dla szkół mniej obowiązkowe są wystawiane przez te placówki **opinie wspierające**. Poradnie opiniują na podstawie wyników przeprowadzonych badań diagnostycznych psychologicznych i pedagogicznych, konsultacji przedstawionej dokumentacji z lekarzami zatrudnionymi w poradni. Na ogół są to pediatrzy, choć zdarza się, że konsultantem bywa lekarz medycyny pracy.

Ponieważ poradnia nie jest placówką służby zdrowia, zarówno psycholog, jak i zatrudniony tam lekarz nie mogą kierować ucznia do diagnostyki medycznej. Z tego powodu, rodzice uczniów, którzy chcą skorzystać z pomocy poradni, proszeni są o **konsultacje z lekarzem prowadzącym** (zgodnie z chorobą dziecka) i aktywowani, aby wydał on aktualne zaświadczenie, zawierające zarówno diagnozę jak i prognozę. Znacznym ułatwieniem dla zespołu opiniującego, jest informacja od lekarza prowadzącego przypadek dziecka o tym, na ile choroba, bądź wada ucznia może (lub nie) ograniczać funkcjonowanie w życiu i wpływać na ograniczenie wyborów zawodowych. Na ogół opinie takie wydają ortopedzi, okuliści, laryngolodzy, kardiolodzy, alergolodzy, otolaryngolodzy, pulmonolodzy, urolodzy i diabetolodzy. Procedurę kończy wystawienie opinii, podpisanej przez

dyrektora poradni, na druku opracowanym, zgodnie z wytycznymi MEN, wynikającymi z wyżej przytaczanego rozporządzenia MEN z 2008 roku (Dz. U. Nr 173, poz. 1072).

O wystawienie **opinii wspierającej**, występują do poradni uczniowie wraz z rodzicami. Opinie te przedstawiają potencjał intelektualny dziecka, cechy osobowości, będące czynnikami przemawiającymi za propozycją lub mogącymi utrudniać funkcjonowanie dziecka w szkole, zalecane formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej w nowej placówce i inne wskazówki do pracy z uczniem. **Opinie są kierowane do rodzajów szkół**, najbardziej wskazanych z uwagi na wyżej wymienione czynniki oraz występujące przeciwwskazania zdrowotne, więc do szkół policealnych, liceów ogólnokształcących, liceów profilowanych zawodowo, techników, szkół zasadniczych zawodowych, **bez wskazywania adresów** tych szkół. Specjalista poradni typując określony rodzaj szkoły, musi mieć pełną świadomość, że potencjał poznawczy ucznia usprawiedliwia taki poziom kształcenia. Podpisując się także pod opinią, stwierdza niejako, że uczeń jest w stanie opanować materiał kształcenia w takiej szkole. **Poradnia** może wystawić opinie do rodzaju szkoły, **nie ma** jednak **podstaw proceduralnych do określania i wskazywania określonych zawodów**. Jest to w gestii jedynie uprawnionego lekarza.. Doradca z poradni może natomiast w indywidualnym kontakcie z uczniem i rodzicami, po analizie dokumentów lekarskich, zwłaszcza zaświadczenia wydanego przez lekarza medycyny pracy (wskazującego na możliwe przeciwwskazania), określić konkretne zawody, z uwagi na realizowane zadania i środowisko pracy. Może dopracować się wspólnego wytypowania grup zawodów, możliwych do wykonywania i jed-

nocześnie akceptowanych przez ucznia i jego rodziców.

Przedstawiona powyżej przeze mnie propozycja pracy, zawiera jedynie ogólną procedurę. Każda poradnia psychologiczno-pedagogiczna może w tym celu wypracować sobie własne standardy postępowania z uczniem niepełnosprawnym.

Ponadto do poradni zgłaszają się uczniowie, którzy realizując już naukę w szkołach ponadgimnazjalnych, muszą z różnych względów, zmienić poziom lub kierunek kształcenia. **Reorientacja zawodowa**, dotyczy głównie uczniów, którzy:

- ▲ podjęli naukę w szkole, której poziom kształcenia przewyższa ich możliwości intelektualne,
- ▲ zostali niewłaściwie zdiagnozowani medycznie przed rozpoczęciem nauki,
- ▲ ulegli wypadkom lub doznali urazów, uniemożliwiających kontynuowanie realizowanej dotychczas nauki zawodu.

Z danych, uzyskanych z Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, wynika, że w roku szkolnym 2008/2009 poradnie wydały dla uczniów, na terenie całego kraju, następujące liczby orzeczeń, a szczególnie:

- ▲ 3855 o potrzebie kształcenia specjalnego dla uczniów niesłyszących i słabosłyszących,
- ▲ 2445 o potrzebie kształcenia specjalnego dla uczniów niewidomych i słabowidzących,
- ▲ 2934 o potrzebie kształcenia specjalnego dla uczniów niepełnosprawnych ruchowo,
- ▲ 18452 o potrzebie kształcenia specjalnego dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim,
- ▲ 30381 o potrzebie indywidualnego nauczania.

Jak wynika z tego zestawienia, wielu uczniów, z różnymi poważnymi problemami zdrowotnymi, otrzymało konkretną pomoc, obligującą placówki do których byli kierowani, do pełnego respektowania zaleceń zawartych w wydawanych orzeczeniach.

Również liczby wydawanych opinii wskazują na duże zaangażowanie poradni w pomoc oferowaną uczniom. Ogółem wydano 472508 opinii. Najczęściej były to opinie w sprawie:

- ▲ Dostosowania wymagań edukacyjnych, wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb edukacyjnych ucznia – 125638,
- ▲ Objęcia dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole lub placówce – 99707,
- ▲ Dostosowania warunków i form egzaminu gimnazjalnego do indywidualnych potrzeb ucznia – 41132,
- ▲ Dostosowania warunków i form sprawdzianu przeprowadzonego w ostatnim roku nauki szkole podstawowej do indywidualnych potrzeb ucznia – 36817,
- ▲ Dostosowania warunków i form egzaminu maturalnego lub egzaminu dojrzałości do indywidualnych potrzeb ucznia – 23216.

Niestety to sprawozdanie nie obejmuje wielu interesujących nas danych. Warto zaznaczyć, że w roku szkolnym 2006/2007 poradnie wystawiły ponadto 132234 opinii w sprawie dostosowania wymagań, wynikających z programów nauczania do indywidualnych potrzeb psychofizycznych i edukacyjnych uczniów oraz 2910 opinii, dających preferencje w przyjęciu do szkół ponadgimnazjalnych, dla uczniów z problemami zdrowotnymi.

Jak wspomniałam wyżej, opinia poradni nie jest kwalifikacją do nauki zawodu.

Kwalifikacji zdrowotnej do nauki zawodu może dokonać jedynie lekarz medycyny przemysłowej lub medycyny pracy. Wypowiada się w tej kwestii, **odpowiadając na skierowanie szkoły, do której kandydat składa dokumenty** i w której będzie odbywał praktyczną naukę zawodu. Na ogół zaświadczenie w tej sprawie jest zgodą (brak przeciwwskazań) lub określeniem przeciwwskazań do nauki wybranego zawodu, bez wskazania dopuszczalnych zawodów i kierunków kształcenia. Przy dyskwalifikacji zdrowotnej ucznia do nauki konkretnego zawodu, jego rodzice mogą odwołać się do Wojewódzkiej Poradni Medycyny Pracy, oczekując wskazania dopuszczalnych kierunków kształcenia zawodowego.

Jakie trudności napotyka doradca z poradni w pracy z rodzicami dziecka z problemami zdrowotnymi?

1. Mając świadomość, że opinia wspierająca poradni daje dziecku pewne preferencje w przyjęciu do szkoły i zapewnia pierwszeństwo przy uzyskaniu określonej, przez daną szkołę, liczby punktów, rodzice chętnie zgłaszają się po takie poparcie. Często stan zdrowia nie uzasadnia, otrzymania przez dziecko dodatkowego wsparcia, gdy np. są to częste infekcje, tzw. chorowitość, bez istotnej jednostki chorobowej, potwierdzonej przez specjalistów. Rodzicom nie można odmówić uzyskania opinii, ale zalecałabym, aby taka opinia miała nazwę **Opinia – Informacja o wynikach badań**, co powoduje rozróżnienie między taką opinią, a opiniami wspierającymi.



2. Rodzice, którzy widzą dla swojego dziecka, faktycznie posiadającego ograniczenia w wyborze zawodu, jedyną, akceptowaną szkołę – liceum ogólnokształcące. Czasami również poradnia popiera taki wybór. Zdarza się jednak, że niskie wyniki badań intelektualnych, niskie oceny szkolne oraz stwierdzone przez szkołę zaległości w opanowaniu materiału nie rokują powodzenia w liceum. Ustępliwość zespołu opiniującego poradni, może obrócić się przeciwko dziecku. Obciążone chorobą, z trudnością wchodzące w nowy materiał szkolny, narażone jest na stałe niepowodzenia szkolne, stresy, zmiany szkół itp. problemy życiowo – emocjonalne. Warto o tym pamiętać.
3. Inna grupę stanowią rodzice świadomi chorób swoich dzieci, ale nie łączących tego z wynikającymi z tych chorób ograniczeniami. Nie znają i często nie chcą dopuszczać do siebie wiedzy o istniejących przeciwwskazaniach zdrowotnych, a co za tym idzie ograniczeniach w wyborach zawodowych. Jedyną propozycją jest, w pracy z nimi, skłonienie do wczesnego kontaktu ze szkołą przygotowującą do wykonywania zawodu oraz uzyskanie zaświadczenia, od uprawnionego lekarza, kwalifikującego (lub nie) do jego nauki.

Można powiedzieć, że w każdej z wyżej przedstawionych sytuacji, doradcy i członkowie zespołów opiniujących i orzekających są poddawani manipulacjom ze strony rodziców. **Manipulację** często utożsamia się z kierowaniem, przekonywaniem, namawianiem, wywieraniem wpływu. Zachowania te mają jeden wspólny element - realizacja własnych celów, przy pomocy innych osób, choć one nie mają

na to ochoty. Przykłady takiej manipulacji zasygnalizowałam wyżej.

Czy manipulować może sam doradca?

W poradnictwie zawodowym nie są częste sytuacje, kiedy doradca w świadomy sposób manipuluje radzącym się i działa na jego niekorzyść, realizując własne cele. Niekiedy to osoby radzące się prowadzą gry psychologiczne i chcą w ten sposób zmanipulować doradcą.

Jak może jednak manipulować doradca?

Na proces doradczy wpływają uczucia, postawy doradcy, uprzednie doświadczenia zawodowe istniejące niezależnie od świadomych i zaakceptowanych poglądów, postaw, przekonań i planów działania. Te składniki osobowości kształtują się przez całe życie i mogą rzutować na nasze zachowanie. Człowiek ma potrzebę wiary, że jest dobry i postępuje moralnie, pomógł innym podobnymi poradami, a więc tym silniej będzie uruchamiał mechanizmy obronne, aby nie przyznawać się przez samą siebie, jakie są motywy jego działań. Jedną z lekarek współpracujących z zespołem konsultującym i opiniującym w poradni, którego byłam członkiem, mawiała o tak reagujących koleżankach, to takie „ciocie żalowe”.

Poradnictwo zawodowe może być także subtelnym **instrumentem sprawowania władzy**. Niektórzy czerpią satysfakcję z faktu dominacji nad osobą radzącą się. Gdy osobie radzącej się daje się gotowe rozwiązania, kiedy doradca zakłada, że potrafi określić i zdiagnozować i dopasować cechy radzącego się, a zwłaszcza stan jego zdrowia do wymagań proponowa-

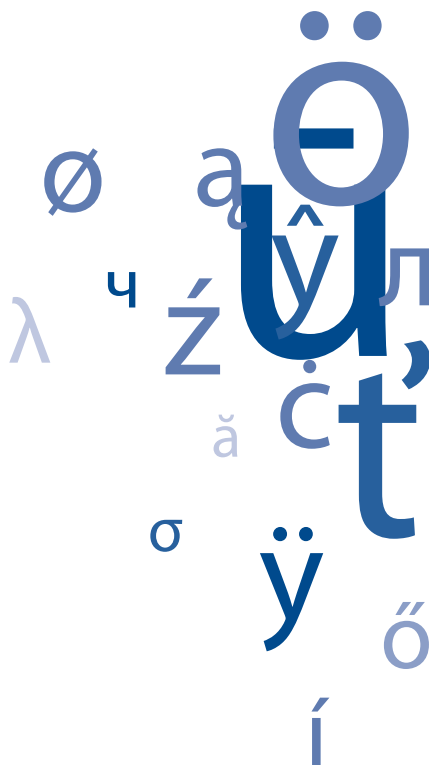
nego zawodu, wtedy może narzucać porady zawodowe. Może mieć własną wizję życia klienta i nakłaniać go „dla jego dobra” do podjęcia „słusznej decyzji”. Gdy robi to nieświadomie, wtedy nie wie, że jego działania są niebezpieczne i że manipuluje innymi. Przestrzegam, przed takim dyrektywnym poradnictwem, uzasadnionym tylko w bardzo niewielu sytuacjach.

Kolejnym wyzwaniem dla doradców jest **umiejętność stosowania i interpretacji wyników testów**. Badania testowe mają często charakter mechaniczny, wytwarzają dystans między doradcą, a klientem. Również zadawanie pytań, określanie problemu osoby radzącej się, interpretowanie wypowiedzi, negocjacje – mogą być też narzędziami wpływu na klienta.

Manipulacja prezentowana zarówno przez klienta (ucznia, rodzica) jak i doradcę, wywodzi się z braku szacunku wobec innych i lekceważenia ich praw. Dlatego warto stosować główny mechanizm obrony przed manipulacjami, tzn. asertywność, oraz w kontakcie z rodzicami i uczniami powoływać się na posiadane (lub nie) uprawnienia oraz fakt, że decyzja zespołów opiniujących i orzekających, jest decyzją wspólną, a nie indywidualną decyzją doradcy.

Realizowanie poradnictwa zawodowego dla uczniów niepełnosprawnych, to bardzo duże wyzwanie. Wymaga od doradcy wielospecjalistycznego przygotowania, wykraczającego znacznie poza wiedzę pedagogiczną i psycho-

logiczną. Analizując różne propozycje kształcenia zawodowego dla tej grupy uczniów, powinien dysponować znajomością rzeczy z zakresu zawodoznawstwa, medycyny i prawa oświatowego. Nie bez znaczenia jest także rozeznanie w możliwościach kształcenia w dostępnych dla ucznia szkoł programowo wyższych. Warto też pamiętać o tym, że dla rodziców i uczniów poza kompetencjami zawodowymi, ważne są również takie cechy, jak umiejętność nawiązywania kontaktów, empatia, cierpliwość, zaangażowanie i konstruktywny dialog.



Wybrane pozycje rozszerzające wiedzę
o kształceniu integracyjnym
uczniów niepełnosprawnych

Załącznik

1

Wydawnictwa zwarte

1. Bąbka J., *Edukacja integracyjna dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych: założenia i rzeczywistość*. Poznań, Wyd. Fundacji „Humaniora”, Poznań 2001
2. Buryn U., Hulbój T., Kowalska M., Podziemska T., Rychlicka B., *Uczeń z wadą słuchu chce zrozumieć świat. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*. Warszawa, MENiS 2005
3. Cohen J. *Praktyczny poradnik savoir - vivre wobec osób niepełnosprawnych*. Warszawa, MPiPS 2009
4. Dryżałowska G., *Dziecko z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna: model kształcenia integracyjnego*. Warszawa, Wyd. UW 1997
5. *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i szkole*. (Red. E. Minczakiewicz), Kraków, Wyd. Impuls 2002
6. Frankowska A., *Dziecko niepełnosprawne w szkole ogólnodostępnej*. Radom, ODN 2002
7. Hryniewicz H., Kowalczyk G., Kozłowska E., *Standardy postępowania diagnostyczno – rehabilitacyjnego wobec dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników poradni psychologiczno – pedagogicznych oraz nauczycieli szkół*. Warszawa, MENiS 2005
8. *Integracja dzieci o specjalnych potrzebach; wybrane zagadnienia etyczne*. (Red. G. Fairbarin). Warszawa, CMPPP 2000
9. *Integracja dzieci niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*. (Red. Z. Kazanowski). Lublin, UMCS 2003
10. Kossewska J., *Uwarunkowania postaw; nauczyciele i inne grupy zawodowe wobec integracji szkolnej dzieci niepełnosprawnych*. Kraków, Wyd. Naukowe AP 2000
11. *Kształcenie integracyjne?; dylematy rodziców dzieci niewidomych i słabowidzących*. Warszawa, ZG PZN 2001
12. Maciarz A., *Integracja społeczna dzieci niepełnosprawnych*. Warszawa, WSiP 1987
13. Maciarz A., *Uczniowie niepełnosprawni w szkole powszechnej*. Warszawa, WSiP 1992
14. Maciarz A., *Z teorii badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Kraków, Wyd. Impuls 1999
15. Majewski T., *Poradnik metodyczny dla nauczycieli pracujących z dziećmi uszkodzonym wzrokiem w systemie integracyjnym*. Warszawa, MEN 1997
16. Müller R.J., *Słyszę – ale nie wszystko: dziewczęta i chłopcy uszkodzonym słuchem w szkołach masowych*. Warszawa, WSiP 1997
17. *One są wśród nas*. Seria. Warszawa, CMPPP 2009:
 - Góralczyk E., *Dziecko przewlekle chore*.
 - Józwiak S., *Dziecko z padaczką w szkole i przedszkolu*
 - Klukowska A., *Dziecko z hemofilią w przedszkolu i szkole*.
 - Kulus M., *Dziecko z astmą w szkole i przedszkolu*.
 - Witkowski D., Pietrusińska J., Szewczyk A., Wójcik B., *Dziecko z cukrzycą w szkole i przedszkolu*
18. Palak Z., *Uczniowie niewidomi i słabowidzący w szkołach masowych*. Lublin UMCS 2000
19. *Uczeń niewidomy i słabowidzący w ogólnodostępnej szkole średniej*. (Red. S. Jakubowski) Warszawa, MENiS 2005
20. *Uczeń niepełnosprawny w szkole masowej*. (Red. A. Hulek). Kraków, Wyd. Nauk. WSP 1992
21. *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla*

- nauczycieli szkół ogólnodostępnych. (Red. M. Loska, G. Myśliwska) Warszawa, MENiS 2005
22. *Uczeń z przewlekłą chorobą i uczeń z zaburzeniami psychicznymi w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych.* (Red. T. Kott) Warszawa, MENiS 2005
 23. Zabłocki K.J., *Integracja szansa wychowania nowego pokolenia. Podstawy pedagogiki rewalidacyjnej.* Płock, Wyd. „Novum” 2002

Artykuły

1. Aouil B., Rozwój twórczej osobowości dzieci niepełnosprawnych w warunkach nauczania integracyjnego. (w:) *Zeszyty Naukowe WSHE.* T 8, Włocławek, 2000
2. Baranowicz K.. Postawy matek dzieci niepełnosprawnych kształconych wspólnie z dziećmi pełnosprawnymi. (w:) *Roczniki Pedagogiki Specjalnej.* T.10, 1999
3. Bąbka J., Spostrzeganie dzieci niepełnosprawnych przez nauczycieli i specjalistów realizujących założenia edukacji integracyjnej. (w:) *Szkoła Specjalna* Nr 4, 2001
4. Błaziak M., Kałkus A., Warunki optymalnego funkcjonowania ucznia z dysfunkcją wzroku w klasie integracyjnej. (w:) *Szkoła Specjalna* Nr 5, 2002
5. Bogunka J., Żyro D., Potrzeby dzieci niepełnosprawnych a zmiany w szkołach, (Z doświadczeń szkół integracyjnych). (w:) *Problemy poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego.* Nr 1. Warszawa, CMPPP MEN, 2003
6. Fidelus A., Dylematy edukacyjne rodziców dzieci niepełnosprawnych. (w:) *Studia Pedagogiczne.* T. 8, 2001
7. Klaczak M., Praca z uczniem niesłyszącym w szkole ogólnodostępnej. (w:) *Nowa Szkoła* Nr 4, 2003
8. Krawczyk B., Uczeń niepełnosprawny w szkole masowej. (w:) *Nowa Szkoła* Nr 1, 2002
9. Kwapisz J. Kształcenie integracyjne uczniów niepełnosprawnych. (w:) *Nowa Szkoła* Nr 1, 2002
10. Macierz A., Integracja edukacyjna w świetle oczekiwań i doświadczeń dzieci niepełnosprawnych. (w:) *Szkoła Specjalna* Nr 4, 2003
11. Narewska J., Woźniak E, Integracja czy izolacja? (w:) *Życie Szkoły* Nr 6, 2003
12. Oleńska-Pawlak T., Wspomaganie uczniów przewlekle chorych w szkołach ogólnodostępnych. (w:) *Nowa Szkoła* Nr 1, 2002
13. Rożyńska R., dzieci z porażeniem mózgowym w szkole masowej. (w:) *Nowa Szkoła* Nr 1, 2002
14. Szumski G., Perspektywy integracyjnego kształcenia niepełnosprawnych w Polsce; analiza systemowo – porównawcza. (w:) *Ruch Pedagogiczny* Nr3/4, 2002
15. Więckowska A., Klasa integracyjna w szkole zawodowej. (w:) *Problemy Opiekuńczo – Wychowawcze* Nr 9, 2001
16. Zasępa E., Akceptacja społeczna dzieci niepełnosprawnych przez ich pełnosprawnych rówieśników. (w:) *Roczniki Pedagogiki Specjalnej,* T. 11, 2000
17. Zeidler W., Integracja czy odrzucenie, postawy wobec osób niepełnosprawnych, nowe problemy, nowe wątpliwości. (w:) *Studia Pedagogiczne* Nr 3, 2002

Obowiązujące akty normatywne

Załącznik

2

Regulacje Organizacji Narodów Zjednoczonych oraz UNICEF i Międzynarodowej Organizacji Pracy

1. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego z 1975 roku, przyjmująca *Deklarację praw osób niepełnosprawnych*. Określa prawa osób niepełnosprawnych, w tym prawo do edukacji, poradnictwa zawodowego, szkolenia, różnych form przygotowania do pracy, pomocy w uzyskaniu odpowiedniego zatrudnienia oraz do zabezpieczenia ekonomicznego.
2. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego z 1987 roku, przyjmująca *Światowy program działania na rzecz osób niepełnosprawnych*.
3. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego z 1993 roku, w sprawie *Standardowych zasad wyrównania szans osób niepełnosprawnych*. Wskazuje na konieczność dostosowania wszelkich systemów stworzonych dla osób pełnosprawnych w taki sposób, aby mogły z nich również korzystać osoby niepełnosprawne.
4. Zalecenie Nr 99 z 1955 roku Międzynarodowej Organizacji Pracy, *dotyczące rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych*.
5. Zalecenie Nr 168 z 1983 roku Międzynarodowej Organizacji Pracy, *dotyczące rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych*. Rehabilitacja zawodowa jest częścią ogólnego procesu rehabilitacji i polega m.in. na poradnictwie, szkoleniu zawodowym i zatrudnieniu w celu umożliwienia osobie niepełnosprawnej uzyskania, utrzymania i awansu w odpowiedniej pracy oraz integracji w życiu społecznym.
6. *Deklaracja UNICEF z Salamanki Dostęp i jakość* z 1994 roku zawierająca wytyczne dla działań rządów w zakresie specjalnych potrzeb edukacyjnych.

Regulacje zalecane i przyjęte przez kraje Unii Europejskiej

1. *Zalecenie Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej z 1986 roku, dotyczące zatrudniania osób niepełnosprawnych*.
2. *Europejska Karta Społeczna* z 15 maja 1988 roku, ratyfikowana przez Polskę w 1991 roku. W artykule 9 tej Karty podkreśla się, że *układające się strony zobowiązują się do zapewnienia lub popierania w miarę potrzeby służby, która będzie pomagać wszystkim osobom (włączając osoby niepełnosprawne) w rozwiązywaniu problemów dotyczących wyboru zawodu i awansu zawodowego, uwzględniając cechy osób zainteresowanych i ich związek z możliwościami zawodowymi. Pomoc ta będzie dostępna zarówno dla młodzieży, w tym dzieci w wieku szkolnym, jak i dla dorosłych*.
3. *Zalecenie Rady Europy, z 1993 roku, w sprawie spójnej polityki wobec ludzi z niepełnosprawnościami*, określające ich prawa do szkolenia zawodowego, rehabilitacji oraz readaptacji zawodowej i społecznej.
4. *Dyrektywa Rady Europy z 24 czerwca 1994 roku, w sprawie ochrony pracy osób młodych*.
5. *Traktat Amsterdamski z 1997 roku o Unii Europejskiej*, wprowadzający zapis pozwalający podejmowanie działań, mających na celu m.in. zwalczanie dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność.
6. *Rezolucja Rady Europy z 1999 roku w sprawie równych szans w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*, wzywająca kraje członkowskie do rozwoju, oceny i zrewidowania programów wspomagających integrację

osób niepełnosprawnych w różnych dziedzinach, szczególnie w zatrudnieniu.

7. *Dyrektywa Unii Europejskiej z 2000 roku, w sprawie ustanowienia ogólnych ram dla równego traktowania przy zatrudnianiu i wykonywaniu zawodu.* Zgodnie z nią wszelka dyskryminacja w zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu jest zabroniona i nielegalna.
8. *Deklaracja Madrycka z 2002 roku, w której zawarto postulaty: pełnej równości i uczestnictwa niepełnosprawnych we wszystkich sferach życia.*

Obowiązujące w Polsce akty normatywne, regulujące pomoc osobom niepełnosprawnym

Pomoc młodzieży niepełnosprawnej w wyborze zawodu jest nie tylko obowiązkiem moralnym lekarzy i doradców zawodowych. Wynika on z obowiązujących w Polsce aktów normatywnych:

Uchwały Sejmu RP

Karta Praw Osób Niepełnosprawnych – Uchwała Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 roku (Monitor Polski z 1997 roku, Nr 50, poz.475).

Akty normatywne ponadresortowe

1. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku.* Ustawa zasadnicza nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym (art. 68) a także obowiązek pomocy tym osobom w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobienia do pracy oraz komunikacji społecznej (art. 69), oraz prawo do nauki i poradnictwa zawodowego (art. 65). (Dz. U. Nr 78, poz. 483).
2. *Ustawa z dnia 7 września 1991 roku. o systemie oświaty* (Dz. U. z 2004, Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.).
3. *Ustawa z 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. Nr 123 poz. 776). Obejmuje ona swoimi rozwiązaniami osoby, które po ustaleniu stopnia niepełnosprawności korzystają ze szkoleń specjalistycznych, form rehabilitacji oraz systemu społecznej pomocy. Definiuje oddziaływania, mające na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskanie i utrzymanie odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego.
4. *Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej* (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm).
5. *Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. Nr 99, poz.1001).
6. *Rozporządzenie Rady Ministrów z 18 lipca 2006 roku w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się, stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny oraz wysokości świadczeń rodzinnych.* (Dz. U. Nr 130. poz.903). Regulacja ta zwiększa przysługujące prawo dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego oraz zasiłku pielęgnacyjnego.

Regulacje prawne resortu edukacji

1. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 roku w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół.* (Dz. U. Nr 61, poz. 624, z 2002 r. Nr 10, poz. 96, z 2003 r. Nr 146, poz. 1416, z 2005 r. Nr 10, poz. 75 oraz z 2007 r. poz. 222).
2. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2001 roku w sprawie warunków i trybu przyjmowania uczniów do publicznych przedszkoli i szkół oraz przechodzenia z jednych typów szkół do innych* (Dz. U. Nr 97, poz. 1054, z 2002 r. Nr 14, poz. 131, z 2003 r. Nr 2 poz. 21 oraz z 2004 Nr 26, poz. 232).
3. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 19 grudnia 2001 roku w sprawie warunków i trybu udzielania zezwoleń na indywidualny program lub tok nauki oraz organizacji indywidualnego programu lub toku nauki.* (Dz. U. z 2002 r. Nr 3, poz. 28).
4. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 lutego 2002 roku w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych* (Dz. U. Nr 15, poz. 142 oraz z 2003 r. Nr 39, poz. 337 i Nr 116, poz. 1093).
5. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 roku w sprawie ramowego statutu publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej* (Dz. U. Nr 223, poz. 1869).
6. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych* (Dz. U. z 2003 r. Nr 5, poz. 46).
7. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* (Dz. U. Nr 11, poz. 114).
8. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 29 stycznia 2003 roku w sprawie orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży oraz wydawania opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, a także z szczegółowych zasad kierowania do kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania* (Dz. U. Nr 23, poz. 192).
9. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 27 lutego 2003 roku w sprawie organizacji kształcenia oraz warunków i form realizowania specjalnych działań opiekuńczo-wychowawczych w szkołach specjalnych zorganizowanych w zakładach opieki zdrowotnej i jednostkach pomocy społecznej* (Dz. U. Nr 51, poz. 446).
10. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 13 czerwca 2003 roku w sprawie rodzajów organizacji oraz sposobu działania publicznych placówek kształcenia ustawicznego i publicznych placówek kształcenia praktycznego, w tym publicznych ośrodków dokształcania i doskonalenia zawodowego* (Dz. U. Nr 132, poz. 1225).
11. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 14 stycznia 2005 roku w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowania*

wanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnokształcących lub integracyjnych (Dz. U. Nr 19, poz. 167).

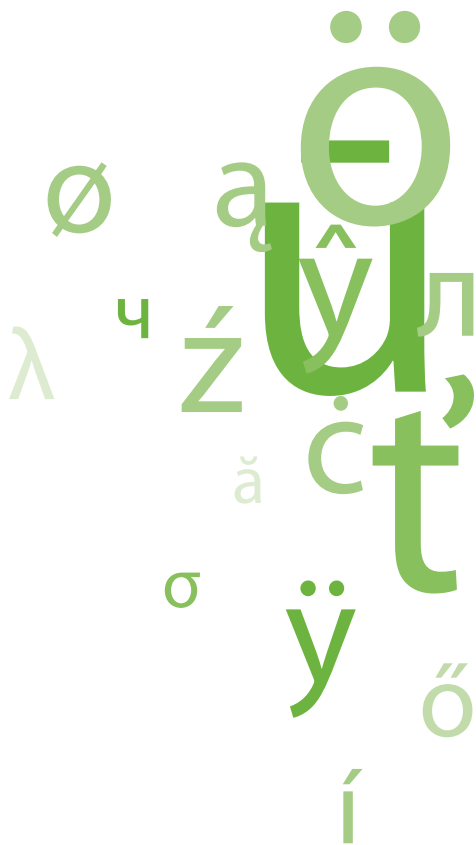
12. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 stycznia 2005 roku w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i placówkach* (Dz. U. Nr 19, poz. 166).
13. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 marca 2005 roku w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach* (Dz. U. Nr 52, poz. 467 i Nr 212, poz. 1767).
14. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 roku w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych*. (Dz. U. Nr 83, poz. 563, zm. z 2007 r. Nr 130, poz. 906).
15. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych* (Dz. U. Nr 173, poz. 1072).
16. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 lutego 2009 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dziecka* (Dz. U. z dnia 12 lutego 2009 r.).

Regulacje prawne resortu zdrowia i opieki społecznej

1. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 5 listopada 1992 roku w sprawie zakresu organizacji opieki zdrowotnej nad uczniami przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 87, poz. 441).
2. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 13 września 1997 roku w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół lub studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz sposobu dokumentowania tych badań* (Dz. U. Nr 120, poz. 767 oraz z 1998 r. Nr 58, poz. 374). Badania, o których mowa w rozporządzeniu, wykonywane są na podstawie skierowania ze szkoły lub uczelni przez lekarzy spełniających wymagania wynikające z Art. 229 Kodeksu Pracy. Mają na celu ocenę możliwości podjęcia i kontynuowania kształcenia. Kończy je orzeczenie lekarskie stwierdzające istnienie lub brak przeciwwskazań zdrowotnych kandydatów do nauki zawodu.
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2004 roku w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych i stopni niepełnosprawności* (Dz. U. Nr 275, poz. 2731).
4. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą* (Dz. U. Nr 282, poz. 2814).

Regulacje prawne resortu pracy i pomocy społecznej

1. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 roku w sprawie jakości oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. Nr 17, poz. 162).*
2. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 5 grudnia 2002 roku w sprawie przypadków, w których wyjątkowo jest dopuszczalne zatrudnianie młodocianych, którzy nie ukończyli gimnazjum, oraz osób nie mających 16 lat, które ukończyły gimnazjum, oraz osób nie mających 16 lat, które nie ukończyły gimnazjum (Dz. U. Nr 214, poz. 1808).*



Bibliografia

1. Brammer I. M., *Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności*. Warszawa, Polskie Towarzystwo Psychologiczne 1984
2. Byczkowska Z., Dawydzik L., Kołacińska B., Polakowska B., Sułkowski W., *Profilaktyczne badania kandydatów do nauki zawodu i młodocianych. Poradnik dla lekarzy*. Łódź, Instytut Medycyny Pracy 1995
3. Chodurski S., *Wskazania i przeciwwskazania lekarskie do nauki i pracy w zawodach rolniczych*. Warszawa, COMPWZ 1984
4. *Deklaracja Madrycka* Rady Europy z 2002 roku
5. *Deklaracja UNICEF z Salamanki Dostęp i jakość z 1994 roku*
6. *Ekspertyza: Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL*. Wrocław, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wyd. PAN 1984
7. Góralczyk E., *Choroba dziecka w twoim domu. O dzieciach ciężko i przewlekle chorych i ich rodzicach*. Warszawa, CMPPP MEN 1996
8. Grabowski J., *Rola doradcy zawodowego w procesie orzekania niepełnosprawności*. (w:) *Poradnictwo zawodowe dla niepełnosprawnych. Materiały konferencyjne*. Warszawa, BKKK 2003
9. Hulek A., *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa, 1969
10. Informacja Rządu RP z 2 czerwca 2007 roku, dotycząca działań podejmowanych na rzecz realizacji postanowień Uchwały Sejmu RP z dnia 1 sierpnia – „Karta praw osób niepełnosprawnych” (Sejm RP, Druk Nr 1999 z 25 czerwca)
11. *Informator o zawodach*. Wydanie III poszerzone i uzupełnione. Warszawa, Wyd. Perspektywy 2005
12. *Jak organizować edukację uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi?* Warszawa. MEN 2010
13. *Kodeks Pracy* (Dz. U. z 1998 roku Nr 21, poz.94 z późn. zm.)
14. *Konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy w sprawie rehabilitacji zawodowej i zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*. Genewa 1983 (w:) *Problemy rehabilitacji społecznej i zawodowej*. Nr 1-3. Warszawa 1992
15. Kotlarski K., *Wybrane podmiotowe i środowiskowe korelaty karier edukacyjnych*. Toruń, Wyd. UMK 2006
16. Kotowski S., *Osoby niewidome i słabowidzące*. (w:) *Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego*. Nr 10. Warszawa, KUP 1998
17. Kreft W., *Rola informacji zawodowej w planowaniu kariery osób niepełnosprawnych* (w:) *Poradnictwo zawodowe dla niepełnosprawnych. Materiały konferencyjne*. Warszawa, BKKK 2003
18. Kreft W., Sołtyśńska G., Łukaszewicz A., Dankowska R., *Podręcznik oceny zawodów z punktu widzenia różnych niepełnosprawności*. Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego. Nr 14. Gdańsk - Warszawa. PPHU Demon KUP 2000
19. *Kwalifikacja zdrowotna młodzieży do nauki zawodu*. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka. CMPPP MEN 1993
20. Lelińska K., Sołtyśńska G., Gruza M., *Zawody szkolnictwa zawodowego. Vademecum informacyjne doradcy zawodowego*. Warszawa, MEN 2005
21. Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. Warszawa, Centrum Badawczo-Rozwojowe Osób Niepełnosprawnych 1995
22. Majewski T., *Systemy zatrudnienia osób niepełnosprawnych w państwach członkowskich Unii Europejskiej*. (w:) *Zakłady Pracy Chronionej*. Zeszyt Nr 18. Warszawa, Wyd. Krajowa Izba Gospodarczo – Rehabilitacyjna 2001
23. Majewski T., Szczepankowska B., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. (w:) *Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego*. Nr 10. Warszawa, KUP 1998

24. Markiewicz L., Waławska-Paprocka M., Zdunkiewicz L., *Problemy zdrowotne młodzieży podejmującej naukę zawodu.*, Warszawa, WSiP 1982
25. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta ICD – 10.* Kraków, Wyd. Medyczne „Versalius” 1996
26. Niesiołowska U., *Charakterystyka zawodów najbardziej dostępnych dla niewidomych*, (w:) *Przegląd Tyfologiczny 1- 2.* Warszawa, PZN 1990
27. Ostrowska A., Szczepankowska B., *Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych. Stan i perspektywy.* (w:) *Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego.* Nr 10. Warszawa, KUP 1998
28. *Pismo Departamentu Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego MEN do Kuratorów Oświaty z dnia 24 września 2007 roku, w związku z pytaniami w sprawie założeń do wykazywania uczniów i wychowanków z niepełnosprawnością sprzężoną w systemie informacji oświatowej* (L. Dz. DKZU-030-49/07/AU).
29. Piszczek M., *Wychowanie bez uprzedzeń.* (w:) *Problemy poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego.* Nr 1(2). Warszawa, CMPPP MEN 1995
30. Potocka A., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych.* Warszawa, KUP 1997
31. *Przewodnik po zawodach* wydanie II, Warszawa, MGPIPS 2003
32. Radiukiewicz S. B., *Medycyna szkolna.* Warszawa, PZWL 1987
33. *Ramowe wytyczne dotyczące kwalifikacji kandydatów do nauki zawodu.* Warszawa, COM-PWZ 1980
34. Ratajczak Z., *Człowiek i praca. Psychologiczna analiza pracy.* Katowice, Wyd. U.Ś. 1977
35. *Rodzinna encyklopedia zdrowia,* Warszawa, Wyd. Reader's Digest Przegląd 2001
36. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych* (Dz. U. Nr 173, poz. 1072)
37. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych* (Dz. U. z 2003 r. Nr 5, poz. 46)
38. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej Ministra Sportu z dnia 18 stycznia 2005 roku w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach Ministra placówkach* (Dz. U. Nr 19, poz. 166)
39. Sękowski A., *Postawy wobec osób niepełnosprawnych.* (w:) *Psychologia Wychowawcza* Nr 3, Warszawa 1999
40. Sołtysińska G., *Chore i niepełnosprawne dzieci też wybierają zawód.* (w:) *Wychowanie Techniczne w Szkole* Nr 2. Warszawa 1994
41. Sołtysińska G., Westrich W., *Przeciwwskazania bezwzględne, dopuszczalne wady i schorzenia oraz konieczne badania specjalistyczne przy kwalifikacji młodzieży do szkół policealnych.*(w:) *Materiały pomocnicze z zakresu poradnictwa wychowawczo-zawodowego.* Warszawa, WPWZ 1978
42. Sołtysińska G., Woroniecka J., *Przygotowanie uczniów gimnazjum do wyboru zawodu.* Wyd. II Warszawa, KOWEZ 2003
43. Sowa J., *Młodzież niepełnosprawna a wybór zawodu i jego determinanty* Rzeszów, Wyd. WSP 1987
44. *Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Założenia projektowanych zmian.* Warszawa, MEN 2010

45. *Ustawa o pomocy społecznej* z dnia 12 marca 2004 roku (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.).
46. *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* z dnia 27 sierpnia 1997 roku (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
47. Üstün T. B., *Międzynarodowa klasyfikacja uszkodzeń, aktywności i uczestnictwa ICDH- 2*. Warszawa 1998
48. *Załączniki Nr 1 i Nr 2 do Rozporządzenie Rady Ministrów* z dnia z dnia 24 sierpnia 2004 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu prac wzbronionych młodocianym. i warunków ich zatrudniania przy niektórych z tych prac (Dz. U. Nr 200, poz. 2047, z 2005 roku Dz. U. Nr 136, poz. 94 oraz z 2006 roku, Dz. U. 107, poz. 724 – tekst jednolity)

Strony internetowe:

<http://www.ciop.p>

strona Centralnego Instytutu Ochrony Pracy

<http://www.gus.pl>

strona Głównego Urzędu Statystycznego

<http://www.cmppp.edu.pl>

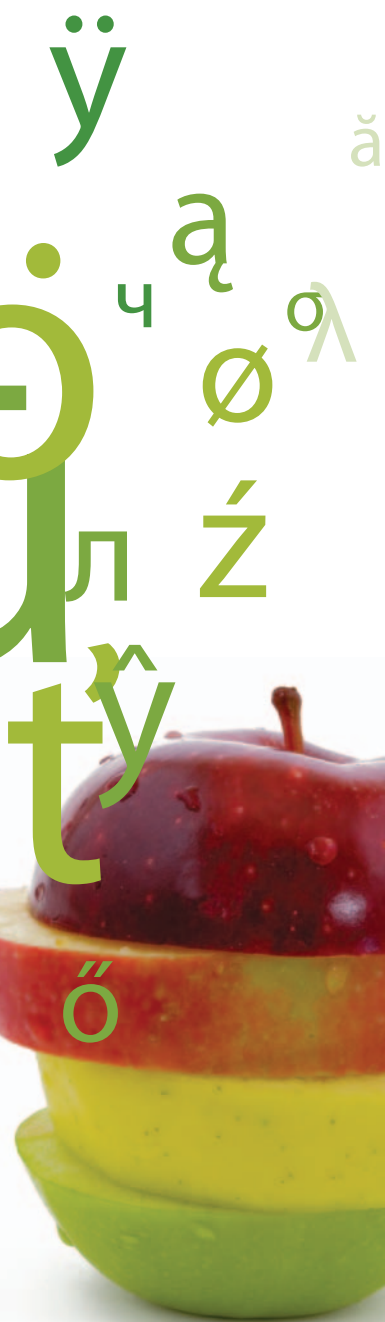
strona Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

<http://www.idn.org.pl>

Internet dla Niepełnosprawnych

NOTATKI

NOTATKI



www.euroguidance.net
www.euroguidance.pl
www.koweziu.edu.pl