

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

Instytut Socjologii



Uniwersytet Komisji
Edukacji Narodowej
w Krakowie

DOMINIKA PAWLIK-PYDA

PERSONALISTYCZNY WYMIAR ETYKI ZAWODOWEJ
LOGOPEDY

Promotor:
dr hab. Kazimierz Mrówka prof. UKEN

KRAKÓW 2024

Spis treści

Wstęp	5
1. Personalizm jako etyczna baza relacji logopeda – pacjent	10
1.1. Definicja personalizmu	10
1.2. Przedstawiciele polskiego personalizmu	18
1.3. Kluczowe idee i założenia polskiego personalizmu	22
2. Etyka zawodowa	29
2.1. Etyka a etyka zawodowa.....	29
2.2. Rozwój moralny człowieka w ujęciu różnych koncepcji naukowych.....	38
3. Specyfika pracy logopedy.....	51
3.1. Interdyscyplinarność logopedii.....	51
3.2. Podmiotowość pacjenta	60
3.3. Zawód logopedy i nauczyciela logopedy w Polsce w świetle obowiązującego prawa	68
4. Kodeks etyczny w pracy logopedy	82
4.1. Kodyfikacja etyki zawodowej. Cele i zasady kodyfikowania etyki zawodowej.....	82
4.2. Kodeks etyczny Amerykańskiej Organizacji Mowy i Słuchu.....	87
4.3. Analiza porównawcza kodeksów etycznych naczelných polskich organizacji zrzeszających logopedów – Polskiego Towarzystwa Logopedycznego i Polskiego Związku Logopedów	88
4.3.1. Informacje ogólne	89
4.3.2. Kwestia odpowiedzialności	90
4.3.2.1. Odpowiedzialność osobista i działalność zawodowa	92
4.3.2.2. Odpowiedzialność logopedy w stosunku do pacjenta	100
4.3.2.3. Logoterapia w praktyce logopedycznej	108
4.3.2.4. Odpowiedzialność logopedy wobec innych logopedów.....	115
4.3.3. Etyczne wskazania dla nauki	125
5. Problemy i dylematy etyczne w pracy logopedy	129
5.1. Pojęcie problemów i dylematów moralnych	129
5.2. Rozwiązywanie dylematów moralnych.....	132

5.3. Dylematy moralne związane z kompetencjami logopedy	139
5.3.1. Kompetencje merytoryczne	140
5.3.2. Kwestie metodyczne	156
5.3.3. Kompetencje personalne	164
5.3.4. Wiedza prawna – znajomość przepisów obowiązujących logopedę	166
5.4. Współpraca z innymi logopedami i specjalistami	167
5.5. Konflikt ról zawodowych i prywatnych	177
5.6. Osobiste problemy i konflikty	179
5.7. Prowadzenie terapii online.....	182
Zakończenie	186
Spis tabel.....	188
Spis rysunków.....	189
Bibliografia	190
Aneks	202

Wstęp

Logopedia obejmuje tematykę związaną z kształtowaniem właściwej mowy w okresie jej rozwoju i doskonaleniem w późniejszym etapie oraz usuwaniem różnego rodzaju wad i zaburzeń mowy, a także ich profilaktyką.

Logopedia jest młodą i dynamicznie rozwijającą się dziedziną. Często to, co było obowiązującym i często jedynym standardem jeszcze kilka lat temu, obecnie bywa podważane i modyfikowane. Poszerza się także zakres samej logopedii oraz rośnie liczba specjalizacji w jej obrębie. Współcześni logopedzi pracują z osobami w każdym przedziale wiekowym, od noworodków aż do pacjentów w wieku podeszłym.

Chodzi tu o pracę z drugim człowiekiem, dlatego napotykanne problemy i trudności należy analizować również z perspektywy etycznej. W swej praktyce zawodowej logopeda bardzo często staje przed dylematami moralnymi. W związku z powyższym koniecznym staje się całościowe opracowanie tego zagadnienia w ramach etyki zawodu logopedy.

Etyka zawodowa obejmuje ogół zasad, wartości i norm moralnych w konkretnym zawodzie i jako taka zaliczana jest do etyki stosowanej. Swym zakresem obejmuje te profesje, w których pojawiają się konflikty i dylematy moralne, a które wymagają refleksji i odpowiedzi normatywnej. Zalicza się do nich z pewnością zawód logopedy. Literatura przedmiotu związana z etyką zawodową w ujęciu ogólnym, a także etyką poszczególnych profesji, jest bardzo bogata. Można wskazać liczne prace na ten temat. Mnogość publikacji obejmuje m.in. etykę zawodową zawodów prawniczych¹, psychologów², nauczycieli i pedagogów³, zawodów medycznych⁴, dziennikarzy⁵,

¹ Por. m.in. *Etyka zawodów prawniczych*, red. H. Izdebski, P. Skuczyński, Wydawnictwo Prawnicze Lewis Nexis, Warszawa 2006; *Etyka prawnika. Etyka nauczyciela zawodu prawniczego*, red. E. Łojko, Wyd. UW, Warszawa 2002; R. Tokarczyk, *Etyka prawnicza*, Wydawnictwo: LexisNexis, Warszawa 2005.

² Por. m. in. J. Brzeziński, B. Chyrowicz, W. Poznaniak, M. Toeplitz-Wiśniewska i in., *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

³ Por. m.in. *Etyka i profesjonalizm w zawodzie nauczyciela*, red. J. M. Michalak, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2010.

⁴ Por. m.in. *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, red. K. Basińska, J. Halasz, wyd. II, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2014; T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, wyd. PZWL, Warszawa 2011; T. Biesaga, *Elementy etyki lekarskiej*, wyd. MP, Kraków 2006; H. P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, tłum. B. Opolska-Kokoszka, M. Namysłowska, wyd. Byblos, Tarnów 1997; R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, wyd. PZWL, Warszawa 1997; *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, PZWL, Warszawa 1985; *Refleksje nad etyką lekarską*, red. K. Osińska, Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1992; S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Unia, Katowice 1994.

funkcjonariuszy policji⁶ i wielu innych. Dokonany przeze mnie przegląd dostępnych źródeł wykazał znikomą ilość publikacji, które podejmują temat etyki zawodowej z perspektywy zawodu logopedy na gruncie polskim⁷. Nie ma też publikacji, która zawiera całościowe opracowanie etyki zawodowej współczesnego logopedy, stąd rodzi się konieczność zredagowania rozprawy, w której zostanie podjęte takie zagadnienie. Można dotrzeć do opracowań obcojęzycznych, związanych z opracowywanym tematem⁸, jednakże specyfika pracy oraz odmienności kulturowe czy aktualny status prawny zawodu logopedy wymagają uwzględnienia uwarunkowań wpisanych w wykonywanie zawodu logopedy w Polsce.

W celu dokładnego opracowania zagadnienia, przeanalizuję literaturę z zakresu etyki ogólnej, etyki zawodowej, a także dostępne kodeksy etyczne (przede wszystkim stworzone przez organizacje działające w Polsce oraz wybrane zagraniczne) i polskie akty prawne związane z podejmowanym tematem, jak również opracowania z dziedziny samej logopedii.

Celem rozprawy jest opracowanie najważniejszych zagadnień związanych z etyką w zawodzie logopedy. Formułuję następujące cele szczegółowe:

1. Cel teoretyczny – refleksja naukowa nad wartościami i normami moralnymi specyficznymi dla etyki logopedii;
2. Cel diagnostyczny – zebranie informacji dotyczących etyki zawodu logopedy w Polsce, w tym obowiązującego prawa i kodeksów etycznych; ponadto,

⁵ Por. m.in. *Dziennikarski etos: z wybranych zagadnień deontologii dziennikarskiej*, red. Z. Kobylińska, R. D. Grabowski, Lux Mundi, Olsztyn 1996; *Między odpowiedzialnością a sensacją: dziennikarstwo i edukacja na przełomie wieków*, red. K. Wolny-Zmorzyński, M. Wrońska, W. Furman, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006; P. Kwiatkowski, *Przedsiębiorstwo Apokalipsa: o etyce dziennikarskiej*, Rebis, Poznań 2003.

⁶ Por. m.in. *Wybrane zagadnienia etyki policji*, red. J. Czerniakiewicz, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Policji, Szczytno 1997; A. Pawłowski, M. Róg, E. Wiszowaty, *Zasady etyki zawodowej policjanta z komentarzem*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Policji, Szczytno 2000; *Dylematy moralno-etyczne w pracy policjanta* (materiały pomocnicze), oprac. C. Purowski, Słupsk 1998.

⁷ Zob. np. K. Błachnio, *Vademecum logopedyczne*, Wydawnictwo naukowe UAM, Poznań 2015; K. Błachnio, *Podstawowe zagadnienia dydaktyki i etyki logopedycznej w optymalnym modelu kształcenia specjalistów*, [w:] *Kształcenie logopedyczne. Cele i formy*, red. E. Łuczyński, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.

⁸ Por. A.W. Kummer, J. Turner, *Ethics in the Practice of Speech-Language Pathology in Health Care Settings*, dostęp online: 28.04.2024:

https://www.researchgate.net/publication/51855131_Ethics_in_the_Practice_of_Speech-Language_Pathology_in_Health_Care_Settings.

D. Irwin, M. Pannbacker, T.W. Powell, G.T. Vekovius, *Ethics for Speech-Language Pathologists and Audiologists: An Illustrative Casebook*, Thomson Delmar Learning Clifton Park, Nowy York 2007; R. Body, L. McAllister, *Ethics in Speech and Language Therapy*, Wiley-Blackwell, 2009.

zdiagnozowanie najważniejszych problemów i dylematów moralnych pojawiających się we współczesnej w praktyce logopedycznej;

3. Cel zawodowy/praktyczny – stworzenie możliwości wykorzystania wyników badań w praktyce zawodowej⁹.

Istnienie wspomnianych wyżej etyk zawodowych dotyczących konkretnych branż nie przeszkadza w sformułowaniu głównego problemu badawczego, który wyrażam w pytaniu: Czy możliwe i zarazem konieczne jest tworzenie odrębnej etyki zawodu logopedy? Chodzi głównie o to, że logopedia ma charakter interdyscyplinarny¹⁰ i w związku z tym może korzystać z dorobku innych dyscyplin, z którymi dzieli część wspólną. Mam na myśli szczególnie etykę zawodów medycznych. W tej rozprawie postaram się wykazać, że współczesna logopedia tworzy dojrzałą, niezależną (choć ściśle powiązaną z innymi naukami) dyscyplinę, co otwiera pole badaniom nad jej etyką zawodową.

Całości pracy przyświeca idea personalistycznego podejścia do pacjenta i jego rodziny. Jest to w moim rozumieniu i przekonaniu kluczowe. Postrzeganie drugiego człowieka przez pryzmat osoby i wpisanej w nią godności stanowi sedno budowania relacji terapeutycznej. Wynosi tę relację na etyczne wyżyny kreując przestrzeń spotkania dwóch równych sobie osób (pacjenta i terapeuty), a które to spotkanie jest okazją do wzajemnego obdarowania – zdrowiem, wdzięcznością. Jednocześnie personalistyczna przestrzeń spotkania chroni uczestniczące w nim osoby przed pokusą redukcjonizmu, czyli z jednej strony traktowania terapeuty wyłącznie jako profesjonalisty, od którego oczekuje się wyłącznie konkretnych efektów pracy, a z drugiej merkantylnego podejście do pacjenta. Personalizm jest jednym z tych kierunków, które dobrze się przyjęły i zakorzeniły w polskiej tradycji filozoficznej; a ponieważ w swych badaniach zawarłam uwzględnienie specyfiki kulturowej, to moje zainteresowanie naturalnie zwróciło się właśnie ku dobrze opracowanej i rozwiniętej w Polsce filozofii osoby.

⁹ Cel 3 formułuję również jako logopeda – praktyk, który dostrzega potrzebę podbudowy teoretycznej w rozwiązywaniu konkretnych problemów moralnych. Wartość tej podbudowy uwidacznia się często w nieuniknionych sytuacjach kryzysowych (np. w relacji pacjent – logopeda), które wykraczają poza samą wiedzę logopedyczną i dotyczą wymiaru moralnego. Jasno sformułowane i przyswojone normy oraz schematy działań pozwalają logopedzie podejmować racjonalne decyzje, które z kolei skutecznie rozwiązują wspomniane sytuacje kryzysowe.

¹⁰ Zob. *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. T.1 – Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 316.

Rozprawa składa się z pięciu rozdziałów. Pierwszy rozdział poświęcony jest opracowaniu tematu personalizmu jako etycznej bazy relacji logopeda – pacjent. W szczególności omówione zostaną zagadnienia związane z postrzeganiem i definiowaniem samego personalizmu, przedstawicielami polskiego personalizmu, a także kluczowymi myślami i założeniami ich idei, które są istotne dla niniejszej rozprawy.

Rozdział drugi zawiera omówienie najważniejszych zagadnień związanych z pojęciem i specyfiką etyki oraz etyki zawodowej. W skład tej części pracy wchodzi również podrozdział związany z rozwojem moralnym człowieka. Przeanalizowane zostaną w nim koncepcje J. Piageta, L. Kohlberga oraz H. Muszyńskiego oraz koncepcja neuroetyki. Celem tego omówienia jest ukazanie dorosłej osoby podejmującej się działalności zawodowej, w tym przypadku w zawodzie logopedy, jako jednostki, która z założenia powinna być wysoce uświadomiona etycznie i rozwiązywać problemy moralne.

Rozdział trzeci poświęcony jest samej logopedii oraz specyfice pracy logopedy. W kolejnych podrozdziałach zawrę rozważania dotyczące takich zagadnień jak: rys historyczny logopedii, ukazujący jej interdyscyplinarność, a dalej, omówienie kwestii związanych z podmiotowością pacjenta oraz szkic najważniejszych problemów dotyczących zawodu logopedy z perspektywy uwarunkowań aktualnie obowiązującego prawa.

Treść rozdziału czwartego wypełni próba wskazania miejsca etyki zawodowej w pracy logopedy. Określę również rolę i znaczenie kodeksu etycznego w profesji logopedy. W tym celu skupię się głównie na przeglądzie kodeksów etycznych największych organizacji zrzeszających logopedów w Polsce, czyli Polskiego Towarzystwa Logopedycznego oraz Polskiego Związku Logopedów i dokonam ich analizy porównawczej.

Rozdział piąty zawiera opracowanie zagadnienia kompetencji logopedy, z podziałem na kompetencje merytoryczne, kompetencje metodyczne oraz kompetencje personalne, a także kwestii wiedzy w zakresie prawa – czyli znajomości przepisów obowiązujących logopedę. Omówię ważne kwestie związane ze współpracą między logopedami oraz innymi specjalistami. Przyjrę się konfliktom ról zawodowych i prywatnych, a także osobistym problemom, które mogą pojawiać się w praktyce logopedycznej. Rozdział zamykać będzie opracowanie istotnych z punktu widzenia niniejszej pracy kwestii związanych z prowadzeniem terapii w formie online.

W tę część pracy zostaną również włączone analizy przypadków związanych z dylematami etycznymi w pracy logopedy. Każdy z zamieszczonych przypadków zostanie pokrótce przeanalizowany pod kątem etycznym ze zwróceniem uwagi na wynikające z niego fakty, wartości, konsekwencje postępowania, a także zasady. Analizy te są autorskim, przykładowym podejściem do omawianej kwestii i nie wyczerpują tematu – mogą jednak stanowić punkt wyjścia do dyskusji i dalszych analiz, a także inspiracje do samodzielnych analiz w przypadku zaistnienia konfliktów lub dylematów moralnych w danej, konkretnej sytuacji spotykającej logopedę. Wykorzystuję tu metodę powszechnie stosowaną w naukach ekonomicznych, tzw. *case studies*, uznając, że do pewnego stopnia może ona być wykorzystana owocnie również w etyce zawodowej logopedy.

Niniejsza praca opiera się na kwerendzie jak największej ilości dostępnego materiału, głównie w języku polskim, ale również w publikacjach anglojęzycznych, co pozwala na uchwycenie najważniejszych problemów związanych z jej tematyką. Dokonany wybór i analiza zebranego materiału badawczego jest propozycją autorską i nie wyczerpuje rozważań nad omawianym zagadnieniem. Otwiera jednak temat i pozwala na jego dalsze rozwijanie oraz dyskusję, biorąc pod uwagę perspektywę uwarunkowań nieustannie zmieniającej się rzeczywistości.

W tym miejscu chciałabym bardzo podziękować mojemu promotorowi Panu dr. hab. Kazimierzowi Mrówce prof. UKEN za okazaną pomoc i wsparcie w trakcie pisania pracy doktorskiej. Dziękuję również Joannie Michalewskiej za cenne wskazówki oraz członkom mojej rodziny, którzy skutecznie motywowali mnie do działania.

1. Personalizm jako etyczna baza relacji logopeda – pacjent

Początki idei personalizmu można zauważyć już w dziełach filozofów antycznych, zarówno greckich jak i rzymskich oraz myślicieli średniowiecznych, którzy zadawali pytania dotyczące istoty człowieka i sensu życia. W bogatej historii tego nurtu pojawiają się wybitni myśliciele tacy jak: Sokrates, Platon, Arystoteles, przedstawiciele stoicyzmu, Augustyn, Tomasz z Akwinu czy Bonawentura. Elementy charakterystyczne dla późniejszego personalizmu pojawiają również m. in. w kartezjanizmie, u G. Berkeleya, S. Kierkegarda, Maine de Birana i Ch. Renouviera¹¹.

Personalizm jako samodzielny kierunek powstał z końcem XIX wieku w USA¹², natomiast w Europie pojawił się w I połowie XX wieku. Nie wskazuje się tu jednak jednej osoby jako twórcy, lecz wymienia ważnych przedstawicieli, wśród których można wyróżnić np. E. Mouniera czy K. Wojtyłę.

1.1. Definicja personalizmu

Personalizm jest odmiennie definiowany przez różnych myślicieli. Niektórzy wskazują również na to, że nie istnieje jeden *personalizm*, lecz *personalizmy*. Termin *personalizm* wywodzi się z języka łacińskiego, w którym *persona*, oznacza „osobę”, co z kolei jest tłumaczeniem greckiego terminu *prosopon* – czyli „twarz”, „oblicze”. Zgodnie z definicją pochodzącą z *Małego Słownika Etycznego*, termin *personalizm* to „zespół koncepcji filozoficznych (wchodzących w zakres antropologii filozoficznej) budowanych na podstawie różnych interpretacji zjawiska osobowości ludzkiej. Wspólnym punktem wyjścia wszystkich kierunków personalistycznych jest metafizyczne pojmowanie osoby jako autonomicznego bytu natury duchowej, obdarzonego wolnością i moralną odpowiedzialnością, świadomością i wolą”¹³.

¹¹ Zob. *Mały Słownik Etyczny*, red. S. Jedynek, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1999, hasło: personalizm.

¹² Tamże.

¹³ Tamże.

E. Mounier stwierdza natomiast, że „najczęściej personalizmem nazywa się każdy nurt filozoficzny, religijny czy społeczny, który uznaje:

- a) osobowy byt człowieka,
- b) materialny i duchowy wymiar jego natury,
- c) rozumność i wrażliwość na wyższe wartości,
- d) nadrzędną wartość osoby ludzkiej wobec świata rzeczy oraz struktur ekonomiczno-społecznych i politycznych”¹⁴.

Sam Mounier uznaje istnienie osoby ludzkiej w relacjach społecznych. Personalizm był postrzegany jako nowa odmiana indywidualizmu, co według francuskiego myśliciela jest dużym błędem. Zaznacza, że „personalizm nie jest nową postacią indywidualizmu. Przeciwnie, dążenie do rozwoju życia osobowego i dążenie indywidualistyczne są zorientowane w przeciwnych kierunkach. Jeśli jest jakaś cecha wspólna wszystkim filozofiom personalistycznym (...) zarówno filozofiom chrześcijańskim, a więc Kierkegarda, Schelera, Marcela czy Bierdiajewa, jak i myśli agnostycznej, na przykład Jaspersa – wspólna jest podstawowa dążność do ujmowania świata osoby ludzkiej nie jako izolowanego «ja» (cogito) ani też troska o to «ja» egocentryczne, ale jako komunikowanie się egzystencji, egzystencja z innymi lub raczej współegzystencja (...). Osoba ludzka nie przeciwstawia się pojęciu «my» – to «my» ją utwierdza i wzbogaca; (...) jest jedyną rzeczywistością zdolną do bezpośredniego komunikowania siebie, jest skierowana ku drugiej osobie, a nawet w niej istnieje, jest skierowana ku światu i w nim istnieje (...)”¹⁵. Nie można więc utożsamiać tych dwóch pojęć.

W. Chudy wskazuje na cechy personalizmu, które ujmuje w następującej tezy:

1. „Personalizm przeciwstawia się indywidualizmowi i kolektywizmowi. Osoba ludzka, będąca przedmiotem zainteresowania personalizmu, nie jest ani tylko autonomiczną jednostką, indywidualium, ani tylko jednostką wyłanianą przez społeczeństwo i będącą ściśle jego częścią.

¹⁴ S. Kowalczyk, *Zarys filozofii człowieka*, Wydawnictwo Diecezjalne, Sandomierz 2002, s. 305.

¹⁵ E. Mounier, *Co to jest personalizm?* tłum. A. Krasieński, Biblioteka Więzi, Kraków 1960, s. 200.

2. Struktura osobowa człowieka wyraża najdoskonalszy typ bytu stworzonego i doczesnego. Wartość tę zgodnie podkreślają wszyscy reprezentanci personalizmu.
3. Struktura osobowa ma charakter syntetyczny odznaczający się kilkoma istotowymi cechami, takimi jak intelektualność, wolność czy podmiotowość wychowania.
4. Osoba w ujęciu personalistycznym związana jest definicyjnie z wymiarem aksjologicznym. Charakterystyczne dla osoby ludzkiej jest to, że żyje ona w świecie wartości – odkrywa te wartości, realizuje, a także tworzy.
5. Wszystkie prawdziwe personalizmy odznaczają się akcentowaniem elementu aktywistycznego osoby. Osoba jest bytem aktywnym, działającym.
6. Osoba jest bytem otwartym na wspólnotę¹⁶.

Z kolei Cz. Bartnik podaje następującą definicję personalizmu: „personalizm jako system jest teorią bytu, czy całej rzeczywistości z punktem wyjścia w fenomenie osoby ludzkiej, danym nam najpierw w bezpośrednim doświadczeniu, a na koniec w pojęciu także samej osoby”¹⁷. Bartnik określa opracowany przez siebie system mianem personalizmu uniwersalistycznego, gdyż „personalizm jako kierunek myśli i sposób widzenia rzeczywistości nie ogranicza się tylko do «fizycznego» zakresu człowieka jako «osoby», a tym bardziej do indywidualizmu subiektywizmu, lecz jest wizją wszelkiej rzeczywistości z punktu osoby jako fenomenu bezpośrednio i każdemu danego i nie pozostawia niczego poza zasięgiem swej uniwersalności”¹⁸.

Bartnik podkreśla, że żadna z nauk, takich jak: psychologia, socjologia, pedagogika, hermeneutyka, historia, filozofia, teologia czy inne, nie ujmują całości i głębi Fenomenu Osoby¹⁹. Proponuje więc uniwersalną naukę o osobie, którą nazywa *personologią* lub *prozopologią*. Czyni również rozróżnienie na dwie kategorie: personologię i personalizm. Jak zaznacza, „personalizm ujmuje się często tylko jako antropologię, czyli wyższą, systematyczną naukę o człowieku jako osobie. Tutaj zaś

¹⁶ W. Chudy. *Pedagogia godności. Elementy etyki pedagogicznej*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2009, 66-67.

¹⁷ Zob. Cz. Bartnik, *Szkice do systemu personalizmu*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, s. 12.

¹⁸ Cz. Bartnik, *Personalizm*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2013, s. 463.

¹⁹ Tamże, s. 30.

trzeba pamiętać o różnicy między personologią a personalizmem. Personologia to nauka o człowieku jako osobie ludzkiej, mogąca wchodzić w zakres każdej dyscypliny naukowej o człowieku i ewentualnie każdego kierunku umysłowego, może z wyjątkiem skrajnego strukturalizmu filozoficznego. Personalizm natomiast oznacza cały nowy system i kierunek, rywalizujący niejako z innymi. Jest to system i kierunek, który traktuje o rzeczywistości przez pryzmat fenomenu osoby ludzkiej, biorąc osobę za punkt oparcia, wyjścia, pewnik i metodę myśli. Chodzi tedy o koncepcję bytu na zasadzie osoby²⁰.

K. Wojtyła stwierdza natomiast, że personalizm „oznacza ujmowanie i rozwiązywanie różnorodnych zagadnień i spraw ludzkich zgodnie z [...] założeniem: człowiek jest osobą – wartością niepowtarzalną i nieprzemijającą”²¹.

Na różnice między *personalizmami* wskazuje K. Guzowski, podkreślając, że rozumienie tego terminu bywa dosyć dowolne. Wyodrębnia on:

- personalizm jako system – w którym punktem wyjścia i kluczem interpretacji rzeczywistości, a także podstawą prakseologii oraz działań zmierzających do przekształcenia świata jest fenomen osoby,
- personalizm antropologiczny – w którym obszar badań zawężony jest do antropologii,
- humanizm personalistyczny – podstawę którego stanowi aksjologia personalistyczna (uznająca osobę jako najwyższą wartość oraz podmiot wartości), główny motyw stanowi obrona niezbywalnej godności osoby ludzkiej oraz prawa przysługujące osobie ludzkiej,
- antropologię personalistyczną – czyli część określonego systemu, w którym człowiek rozpatrywany jest jako osoba²².

Zdaniem Guzowskiego, w ścisłym sensie termin *personalizm* należy stosować na określenie systemu, w odróżnieniu od sytuacji, gdy kategoria osoby stanowi kategorię porządkującą daną dziedzinę, pełni rolę metody oraz klucza interpretacyjnego.

²⁰ Tamże, s. 30.

²¹ K. Wojtyła, *Rozważania o istocie człowieka*, Znak, Kraków 2000, s. 97.

²² Za: K. Guzowski, *Personalizm polski na tle personalizmu europejskiego*, [w:] „Biblioteka Teologii Fundamentalnej”, nr 3, 2008, s. 452.

Proponuje on, by mówić o *personalizmie w*, przykładowo: *personalizmie w socjologii, personalizmie w psychologii, personalizmie w ekonomii, personalizmie w prawie czy personalizmie w teologii*.

W *Powszechnej Encyklopedii Filozofii* wyróżnia się trzy podejścia do personalizmu jako:

- etyki, która najwierniej odtwarza etos chrześcijański i jest oparta na bezwzględnej afirmacji godności osoby (np. Maritain, Granat, Ślipko, Styczeń, Rodziński),
- fundamentalnej ontologii i antropologii osoby (np. Scheler, Wojtyła i Spaemann),
- w szerokim rozumieniu hermeneutycznym nurt etyki mający charakter antypozytywistyczny, teoretyczno-praktyczny, odwołujący się do analizy fenomenologicznej (np. Ricoeur, Taylor czy Tischner lub Węgrzecki)²³.

I. Dec proponuje natomiast, by kierunki personalistyczne podzielić w filozofii na trzy następujące rodzaje:

- personalizmy horyzontalne (antropocentryczne, najczęściej ateistyczne), są to właściwie humanizmy, a nie personalizmy; byt ludzki jest w nich ujmowany jako element materialnego świata przyrody, pomija się w nich całkowicie lub częściowo duchowy wymiar, decydujący o bytowaniu osobowym jako takim;
- personalizmy teistyczne – pozatomistyczne, w których skład wchodzi personalizmy będące obecnymi w teistycznych filozofiach współczesnych o profilu moralno-społecznym (m. in. E. Mounier, G. Madinier, M. Blondel), fenomenologicznym (m. in. M. Scheler, R. Ingarden), egzystencjalistycznym (m. in. K. Jaspers, G. Marcel), filozofii dialogu (M. Buber, J. Tischner) czy ewolucyjno-kosmicznym (np. R. Teilhard de Chardin):
 - personalizm moralno-społeczny – jednym z najbardziej znanych reprezentantów jest E. Mounier, w Polsce po II wojnie światowej myśl Mouniera cieszyła się popularnością zarówno wśród zwolenników marksizmu jak i chrześcijan. W późniejszym czasie zainteresowanie to spadło; Mounier podkreślał transcendencję (stałe dążenie do bardziej

²³ Por. J. Dec, *Personalizm*, [w]: *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, t. 8, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2007, s. 123.

pełnego bytowania, przekraczanie siebie w kierunku wartości), wewnętrzność (zdolność do koncentracji wewnętrznej i skupiania osoby na sobie), antyindywidualizm i wolność jako aspekty na trwałe wpisane w pojęcie osoby; ten sam filozof wskazywał na społeczny charakter osoby; według Madiniera osoba tworzy się poprzez rozumne oraz wolne działanie mające na celu osiągnięcie i doskonalenie tzw. społeczności duchowej, co realizuje się przede wszystkim poprzez postawę miłości konstytuującej zarazem ja indywidualne i ofiarowania indywidualności dla społeczności; dla Blondela osoba tworzy się poprzez działanie w kontekście innych osób;

- personalizm fenomenologiczno-aksjologiczny – Scheler (personalizm epistemologiczno-aksjologiczny) określa osobę jako „centrum aktów” – m. in. doznań, przeżyć, decyzji czy spostrzeżeń, nie zgadzał się z ujmowaniem wymiaru substancjonalnego ludzkiego bytu, jego wizja osoby zmieniała się z czasem – od wyraźnie personalistycznej i teistycznej do zabarwienia scjentyistycznego; Ingarden, zwłaszcza w *Księżeczce o człowieku*, porusza tematykę personalistyczną – m. in. zagadnienia związane z osobowym charakterem „ja” czy odpowiedzialności; dla Ingardena byt ludzki jest całością psychofizyczną, podmiotem i osobą, ma twórczy wymiar duchowej działalności;
- personalizm egzystencjalistyczno-dialogiczny – u Jaspersa punkt wyjścia stanowi istnienie konkretnego „ja”, byt ludzki jest odrębny od świata przedmiotów, jedynie człowiek ujmuje siebie od wewnątrz, istota osoby ujawnia się w wolności; jest nie tylko podmiotem, ale i przedmiotem wyboru poprzez co może się konstituować; dzięki wolności może komunikować się w dowolny sposób z innymi, w komunikacji personalnej właśnie człowiek napotyka granice i zyskuje świadomość swojej skończoności, staje w prawdzie wobec samego siebie – są to tzw. sytuacje graniczne; Marcel ujmuje natomiast człowieka w charakterze dynamicznym – jako *homo viator* – osoba ludzka przekracza siebie i buduje dialog z „ty” – otwiera się na drugą osobę, co stanowi tzw. wymóg ontologiczny bytu ludzkiego; osoba zawsze powinna się rozwijać i sięgać wyżej;

- personalizm ewolucyjno-kosmiczny – dla de Chardina człowiek zajmuje ważną pozycję, jako etap oraz warunek kształtowania się najdoskonalszej świadomości i najdoskonalszej osoby, którą stanowi Chrystus; człowiek podlega procesowi ewolucji – staje się osobą, osoba realizuje się dzięki drodze społecznej, w wyniku tzw. socjalizacji zbieżnej;
- personalizm tomistyczny klasyczny, o orientacji metafizycznej (w wersji francuskiej i polskiej) – nawiązuje do filozofów klasycznych o greckich korzeniach, wiele z tych myśli zostało zaczerpniętych i rozwiniętych przez myślicieli chrześcijańskich; syntezy dokonał Tomasz z Akwinu (w nawiązaniu do definicji Boecjusza) uznając osobę za najwyższą formę bytu, która charakteryzuje się własnym aktem istnienia, rozumnością, wolnością i indywidualnością; fundament tej wersji personalizmu stanowi metafizyka bytu ludzkiego jako osoby;
 - personalizm chrześcijański Jacquesa Maritaina – jego myśl można nazwać personalizmem chrześcijańskim holistycznym; osoba jest pełną, indywidualną substancją natury rozumnej, która rządzi swoimi czynami i zachowuje autonomię; jako istotne cechy Maritain podaje jedność, integralność, samoistność, inteligencję, chcenie, wolność i posiadanie siebie; człowieka należy traktować jako jedność jednostki i osoby;
 - personalizm Lubelskiej Szkoły Filozofii Klasycznej – personalizm wypracowany na gruncie metafizyki; w tym nurcie został wykreowany fundamentalny wizerunek ludzki w kontekście myśli historycznej i metodologicznej poprzez skonstruowanie pojęcia bytu, jego struktury, przyczyn i właściwości transcendentalnych;
 - personalizm Mieczysława Alberta Krąpca – myśl tę można nazwać personalizmem klasycznym, uniwersalistycznym, adekwatnym; myśl bytu osobowego osnuta jest na kanwie antropologii Tomasza z Akwinu; człowiek w swoim przeżyciu poznawczym dotyczącym samego siebie doświadcza z jednej strony tego, co stanowi „ja”, a z drugiej tego, co jest „moje”; doświadcza „ja ” jako podmiotu aktów „moich”; Krąpiec ukazuje w teorii bytu osobowego transcendencję osoby w stosunku do natury – przyrody (poprzez akty poznania intelektualnego,

miłości i wolności – akty decyzji) oraz w stosunku do społeczeństwa (podmiotowość praw, zupełność i godność); człowiek to szczególny byt osobowy, zdolny do poznania intelektualnego, miłości oraz autodeterminacji; elementy te są postrzegane jako naturalne źródło godności, praw i obowiązków osoby;

- personalizm Karola Wojtyły – myśl tę można nazwać personalizmem klasycznym, uniwersalistycznym, adekwatnym; personalizm ten ukształtował się na trzech filarach takich jak: tomizm, fenomenologia oraz mistycyzm²⁴.

W. Chudy wyróżnia natomiast trzy sposoby myślenia o człowieku jako osobie:

- personalizm metafizyczny – osoba jest charakteryzowana jakby z zewnątrz, postrzegana jako byt, który ma szczególny charakter i odznacza się m. in. godnością; człowiek jest osobą;
- personalizm liberalistyczny – podkreśla się w nim m. in. wolność osoby w stosunku do innych określających ją wartości; człowiek staje się osobą;
- personalizm etyczny – określany jako modyfikacja personalizmu metafizycznego poprzez włączanie elementu refleksyjnego lub personalizmu liberalistycznego poprzez wyakcentowanie roli prawdy; moralne znaczenie osoby ludzkiej – osoba ludzka jest kimś danym oraz zadany normatywnie, godność osobowa jest wartością, która stanowi normę moralności i kryterium czynów²⁵.

Personalizm, który jest rozumiany integralnie (co implikuje akceptację szeregu elementów ontologicznych i aksjologicznych), posiada natomiast następujące wyznaczniki o charakterze filozoficzno-ontologicznym: uznanie podmiotowoosobowego charakteru człowieka, jego autoteleologii, rozumności oraz odpowiedzialnej wolności, a także prospołecznej natury. Do elementów aksjologicznych należą natomiast przede wszystkim: wrażliwość na wyższe wartości

²⁴ Zob. I. Dec, *Personalizm czy personalizmy?*, [w:] „Wrocławski Przegląd Teologiczny”, nr 2, (8), 2000, s. 39-47.

²⁵ Za W. Chudy, *Oblicza personalizmu i ich konsekwencje*, [w:] „Kwartalnik Filozoficzny”, nr 3, 1998, s. 63-81.

poznawcze, etyczne, estetyczne, ideowe, religijne itp. oraz podmiotowość w życiu społeczno-politycznym (prawa człowieka)²⁶.

Personalizm stanowi więc koncepcję człowieka jako osoby. To godność wpisana w ludzką naturę stanowi podstawę podmiotowości. Nie jest nią sprawczość człowieka ani przynależność społeczna, lecz właśnie godność osoby ludzkiej. Personalizm jest stanowiskiem, dla którego pojęcie osoby stanowi podstawową kategorię filozoficzną. Głosi on, że człowiek jest osobą, co stanowi źródło jego szczególnej wartości i wyróżnionej pozycji w świecie.

W niniejszej pracy personalizm, a dokładnie personalizm w ujęciu integralnym (człowiek jako integralna całość), w sposób szczególny rozwijany na gruncie polskim, jest postrzegany jako etyczna baza relacji logopeda-pacjent i temu zagadnieniu również poświęcona jest dalsza część tego rozdziału.

1.2. Przedstawiciele polskiego personalizmu

Personalizm wyrósł na gruncie problemu antropologicznego, będąc historycznym i intelektualnym wyzwaniem dla europejskiej myśli stojącej pomiędzy realiami liberalnego indywidualizmu a kolektywizmu marksistowskiego²⁷. Personalizm polski „narodził się dopiero w sytuacji zagrożenia bytu osoby indywidualnej i społecznej (narodu): w czasie, gdy marksistowski materializm dążył – także siłą – do narzucenia jednego obowiązującego sposobu myślenia. W genezie zatem tkwi podstawowa różnica między wspomnianymi nurtami personalizmu – zrodziły go dwie różne epoki. Podobnie jak Mounier jako dziecko kapitalistycznej Francji był szczególnie uwrażliwiony na ideologię liberalną, tak polscy myśliciele – na ideologię marksistowską”²⁸. Biorąc pod uwagę genezę – personalizm europejski i polski są co do niej podobne, odmienne są natomiast co do rezultatu.

Można stwierdzić, że „kształtująca się na przestrzeni wieków myśl personalistyczna czerpała inspiracje i wątki z tradycji myśli greckiej, żydowskiej, chrześcijańskiej; z teologii, filozofii, kultury, sztuki, humanizmu, politycznych trendów.

²⁶ Por. S. Kowalczyk, *Polskim personalizm współczesny*, [w:] „Biblioteka Teologii Fundamentalnej”, nr 3, 2008, s. 315.

²⁷ Por. K. Guzowski, *Aktualność personalizmu*, [w:] W. Granat, *Osoba ludzka. Próba definicji*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, s. 338.

²⁸ K. Guzowski, *Personalizm polski na tle personalizmu europejskiego*, dz. cyt., s. 444.

Personalizm jednak różni się zasadniczo od pozostałych kierunków ideowych tym, że nie można go sprowadzić do filozofii, choć wyrasta z filozofii, która zaopatruje go «na dalszą drogę» w terminologię, metodę oraz systematyzuje pojęcia. W ramach filozofii dokonuje się jego «obróbka» systematyczna i krytyczna. Nawet w obrębie samej filozofii personalizm nie pozostaje akademicką dysputą, ale jest niejako intelektualnym narzędziem oddziaływania na rzeczywistość²⁹. Specyfika personalizmu wiąże się z tym, że personaliści to „raczej słudzy Prawdy, a nie przedstawiciele jakiegoś jednego, «jedynie słusznego» kierunku³⁰. Co ważne, „mamy zatem w personalizmie do czynienia z uczonym, który jest raczej odkrywcą, a nie twórcą. W rzeczy samej, dla personalisty punktem wyjścia i kluczem interpretacyjnym jest fenomen osoby, który mu się objawia. Zasadniczo personalizm jest kierunkiem, który powszechnie się podoba, gdyż niesie w sobie rozważę i pokój, szuka dróg szeroko pojętego porozumienia w sprawie człowieka, a unika ideologicznego zamknięcia”³¹.

Biorąc pod uwagę polskich zwolenników personalizmu, S. Kowalczyk wskazuje na następujące nurty oraz związane z nimi postacie, które określa ogólnie jako polski personalizm współczesny:

- nurt tomistyczno-egzystencjalny (M. A. Krąpiec, M. Gogacz),
- nurt tomistyczno-fenomenologiczny (K. Wojtyła – Jan Paweł II),
- nurt tomistyczno-augustyński (F. Sawicki, W. Granat, S. Kowalczyk),
- nurt fenomenologiczny (R. Ingarden, J. Tischner),
- nurt tomistyczno-aksjologiczny (T. Ślipko, T. Styczeń),
- nurt chrześcijańsko-społeczny (J. Piwowarczyk, kard. S. Wyszyński, C. Strzeszewski, J. Majka)³².

Ważnym przedstawicielem myśli personalistycznej jest Karol Wojtyła. Można stwierdzić, że jest on najbardziej znanym polskim personalistą. Personalizm tego myśliciela jest oparty na związku filozofii z teologią. Jego myśl ma wymiar praktyczny i etyczny; opiera się na klasycznej filozofii bytu oraz fenomenologii. Wojtyła uważnie

²⁹ Tamże.

³⁰ Tamże.

³¹ Tamże, s. 445.

³² S. Kowalczyk, *Personalizm – podstawy, idee, konsekwencje*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2012, s. 181.

czytał dzieła Tomasza z Akwin, a sam tomizm jest obecny w jego rozważaniach. K. Wrońska wskazuje na trzy cechy koncepcji personalizmu w ujęciu tomistyczno-fenomenologicznym:

- osobocentryzm – człowiek jest osobą i przez swoją podmiotowość nie może być nigdy przez nikogo traktowany jako środek do realizacji celu;
- perfekcjonizm – podstawowym celem rozwoju człowieka jest osiągnięcie doskonałości moralnej;
- normatywizm – obecne są normy i powinności, a wartościami bezwzględными są dobro oraz prawda jako zasada bytu³³.

Personalizm Wojtyły ukształtował się pod wpływem szczególnych zjawisk w historii XX wieku. Z jednej strony chodzi o dwa totalitaryzmy i ich ateistyczne ideologie, z drugiej zaś o kierunek odnowy Kościoła Rzymskokatolickiego, nadany przez Sobór Watykański II. Wojtyła twierdził, że Sobór Watykański II, widziany od wewnątrz, był przede wszystkim *Soborem personalistycznym*³⁴. Jeszcze przed wyborem na Stolicę Piotrową, przyszły Papież podkreślał, że personalizm chrześcijański powinien być kluczową myślą Soboru. Co istotne, „personalizm chrześcijański wydaje się niezbędny i stosowny do zarysowania szkicu doktrynalnego. Osobowość ludzka wyraża się przecież szczególnie w relacji osoby ludzkiej do Osobowego Boga – oto sam szczyt wszelkiej religii, zwłaszcza zaś religii opartej na nadprzyrodzonym Objawieniu. Uczestnictwo w Bożej naturze i w życiu wewnętrznym Najświętszej Trójcy przez łaskę, dzięki którym spodziewamy się doskonałego zjednoczenia w wizji błogosławionej – to wszystko można odnaleźć wyłącznie pomiędzy osobami. Personalizm chrześcijański ustanawia również fundament całej doktryny etycznej, której Kościół zawsze naucza, odwołując się do Ewangelii. Osoba ludzka jako podmiot (*suppositum*) działający dobrowolnie i posiłkujący się sumieniem w swych czynach niejako «zamyka» moralność. Tym bardziej, że w czynach osoby należy mieć na uwadze relacje działającego do innych rzeczy lub osób. Dlatego katolicka doktryna moralna wskazuje na pewne reguły używania rzeczy bez ich nadużywania oraz na reguły miłowania osób. Przykazanie miłości zakłada bowiem, a zarazem przewyższa to wszystko, czego

³³ K. Wrońska, *Karola Wojtyły personalistyczna filozofia wychowania*, [w:] *Wychowanie na rozdrożu. Personalistyczna filozofia wychowania*, red. F. Adamski, Wydawnictwo UJ, Kraków 1999, s. 187-193.

³⁴ G. Weigel, *Świadek nadziei*, Znak, Kraków 2005, s. 221.

wymaga wzajemna i społeczna sprawiedliwość. Po rozważeniu tych aspektów właściwe staje się odróżnienie personalizmu chrześcijańskiego od jakiegokolwiek innego, który nosi ślady już to indywidualizmu, już to nawet jakiegoś materialistycznego ekonomizmu. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, iż problem osoby ludzkiej i jej «usytuowania» w świecie jest współcześnie intensywnie badany»³⁵.

Nie sposób nie wspomnieć w kontekście polskiego personalizmu również o Cz. Bartniku, autorze *Personalizmu*, w której to pracy przedstawił własną koncepcję personalizmu jako systemu, jak również o W. Chudym, podejmującym w swoich pracach tematykę filozofii wychowania zgodnie z ujęciem personalistycznym. Ważną postacią jest również T. Styczeń, który zajmował się tematem personalizmu etycznego. Podstawę tego myślenia tworzyła zasada etyczna, która mówi, że *Osobie od osoby należna jest afirmacja*. W osobę człowieka wpisana jest jego godność. Ważna jest tu również kategoria prawdy. Myśl Stycznia przeszła transformację od personalizmu określanego jako dygnitywny (od łac. *dignitas* – godność) i myśli opartej na koncepcji godności osoby będącej odbiorcą działania, do personalizmu werytatywnego (od łac. *veritas* – prawda), opartego na koncepcji prawdy.

K. Guzowski proponuje, by zwracać uwagę nie tylko na ilość publikacji o charakterze personalistycznym danego autora, ale również na ilość opracowań związanych z koncepcją poszczególnych twórców, co może świadczyć o wpływie danej myśli. Przyjmując powyższe kryteria wyróżnił trzech twórców szkół personalistycznych: Karola Wojtyłę, Wincentego Granata i Czesława Stanisława Bartnika oraz grupę myślicieli, którzy mieli wpływ na poszczególne dyscypliny: Kazimierza Popielskiego (psychologia), Wojciecha Chudego (pedagogika), Tadeusza Stycznia i Mieczysława Gogacza (etyka), Mariana Ruseckiego (teologia fundamentalna), Tymona Terleckiego (krytyka literacka), Stanisława Kowalczyka (aksjologia), Czesława Strzeszewskiego i Franciszka Mazurka (katolicka nauka społeczna), Józefa Tischnera (aksjologia i filozofia teatru), Jozafata Nowaka (teologia duchowości). Wymienił również Mieczysława Krąpca, który budował antropologię personalistyczną opartą o tomizm egzystencjalny, Stanisława Grygiela przyjmującego osobę za główną idee własnej antropologii oraz Prymasa Wyszyńskiego, u którego osoba stanowiła

³⁵ R. Skrzypczak, *Karol Wojtyła na Soborze Watykańskim II. Zbiór wystąpień*, Centrum Myśli Jana Pawła II, Warszawa 2011, s. 358-359.

zarówno model filozofii społecznej jak i klucz do oceny, a także wartościowania systemów politycznych i procesów cywilizacyjnych³⁶.

1.3. Kluczowe idee i założenia polskiego personalizmu

W kontekście personalizmu niezmiernie istotne jest zdefiniowanie osoby. To właśnie na tym pojęciu skupia się całokształt myśli omawianego kierunku. Jak pisze B. Gacka: „jako kierunek naukowy, filozoficzny (społeczno-etyczny) i teologiczny personalizm widzi najwyższą rzeczywistość i wartość w osobach Boskich lub ludzkich. Jako doktryna czy szkoła myśli, personalizm podkreśla znaczenie, unikalność i nienaruszalność osoby oraz jej wspólnotowy wymiar. Osoba jest zasadą, przyczyną, celem i sensem wszelkiej rzeczywistości (...) personalizm jest ściśle naukową, filozoficzną i teologiczną perspektywą czy żywym systemem, dla którego osoba jest szczytem bytowania, zaś osobowość stanowi fundamentalną zasadę poznawczą”³⁷. Osoba jest więc kategorią nadrzędną i znaczące jest rozumienie jej podmiotowości. Kluczowe jest również rozumienie pojęcia godności, które wpisane jest w osobę jako taką, zasady odpowiedzialności i troski o drugiego człowieka oraz rozważenie aktualności i perspektywy rozwoju polskiego personalizmu.

Rozważania warto rozpocząć od przedstawienia myśli Cz. Bartnika. Ten ostatni stawia ważne pytanie o esencję człowieka, pyta: „co to jest człowiek? A raczej: kto to jest człowiek? Człowiek jest czymś danym bezpośrednio i zarazem dostępnym tylko pośrednio, czymś znanym i nieznanym, czymś widzialnym i niewidzialnym, czymś ciągle doświadczanym z oczywistością i zarazem wykraczającym poza doświadczenie. Przede wszystkim jest tajemnicą «pozytywną», która przekroczyła granicę nicości. Toteż będzie on i potem sam siebie kontemplował i badał, i doświadczał, i tworzył nauki o sobie, dopóki będzie istniał na Ziemi lub na innych Ciałach Niebieskich”³⁸. Człowiek to istota, która stanowi samego siebie – „człowiek jednak to nie tylko «coś», ale także «ktoś». Kiedy pytamy, «czym» jest człowiek, to mamy na myśli porządek rzeczy. Kiedy zaś pytam, «kim» jest człowiek, to mamy na myśli porządek osobowy. I tak człowiek jawi nam się jako «ktoś», kto stanowi samego siebie. Jest to język

³⁶ K. Guzowski, *Personalizm polski na tle personalizmu europejskiego*, dz. cyt., s. 453.

³⁷ B. Gacka, *Prezentacja personalizmu*, „Personalizm”, nr 1, 2001, s. 35-42.

³⁸ Cz. Bartnik, *Personalizm*, dz. cyt., s. 31.

najwyższy z możliwych. Człowiek powstał jako świat świata, jako mały świat sam w sobie, jako nowy świat nad tym światem i zarazem jako świat najgłębszej tajemnicy bytu. Jest on złożony w przedziwną jedność z ciała i duszy, z ziemi i nieba, z przeszłości i przyszłości, ze światła i ciemności, z daru otrzymanego (...)”³⁹.

Bartnik podkreśla, że człowiek to *ktoś*, jak Bóg, *ktoś* drugi po Bogu. Co ważne, „ponieważ jednak osoba ludzka nie jest Boską, dlatego z przerażeniem odkrywamy w niej ciągle bolesne rozdarcia na wielkość i małość, na dobroć i złość, na niebo i piekło, na świętość i grzech. Wszystko to jest w człowieku lub może mieć dostęp do niego. Dlatego droga ludzka, żeby była ludzka, musi być moralna, dobra, bohaterska. Inaczej człowiek stoczy się do stanu antyludzkiego”⁴⁰. Człowiek jako osoba posiada wpisane w swoją podmiotowość cechy: „rozum, wolę, władzę decydowania, możliwość działania i twórczości. Ma swój świat wewnętrzny, wymiar immanentny, «zwierciadło wklęsłe ku wewnątrz», życie duchowe, swój podmiot odrębny, swoją jaźń. Każdy człowiek jest w istocie taki sam, a jednak każdy jest inną osobą, ma inne życie, inny charakter, inny los, inny wygląd, inną osobowość, inne zadania dziejowe. Nie ma dwóch takich samych dosłownie, choćby byli klonowani. Mimo to wszyscy stanowią ludzkość, społeczność ludzką, jeden wspólny organizm społeczny, który nie jest jakimś stadem, lecz ma swoje wspólne życie, wspólny umysł, wspólne serce i wspólne działanie. Człowiek więc i ludzkość są w świecie materialnym i biologicznym, lecz wyrastają ponad ten świat czysto empiryczny. Człowiek jako osoba posiada wielomożliwość, wymiar moralny, wielowartościowość, a nade wszystko moc autoafirmacji albo autonegacji. Ma w sobie niejako szkic swej przyszłości. Jest «światem powinnościowym». Winien tedy być mądrym gospodarzem życia i świata: rozumnym, wolnym, kochającym, pracującym, szczęśliwym”⁴¹. Osoba jest niepowtarzalną jednostką, pomimo wspólnej wszystkim ludziom natury. I tak właśnie powinna być traktowana – jako ktoś niepowtarzalny.

Człowiek ma swoje powołanie, jest „szlachetnym, radosnym, czyniącym dobro i pokój, poddającym cały świat normom przeszłości (...) Człowiek jako osoba jest powołany do uznania, ale i zarazem zmiany rzeczywistości na lepszą, do ustanowienia w sobie i w innych całkowicie nowego «bardziej realnego», niejako «nadrealnego»,

³⁹ Tamże, s. 32.

⁴⁰ Tamże, s. 33.

⁴¹ Tamże, s. 32.

najbardziej «ludzkiego» i duchowo edenicznego świata»⁴². Jak podkreśla R. Kozłowski, „koncepcja człowieka jako osoby tworzy i stabilizuje dialogiczne relacje między osobą a wspólnotą, zabezpiecza przed zagrożeniami płynącymi ze strony skrajnego indywidualizmu i pochłaniającego jednostkę kolektywizmu. Bycie-dla-siebie i dla-innych nie jest już byciem-w-sobie – martwym, bez znaczenia, bez powagi i bez sensu, trwaniem w iluzorycznych relacjach, zanurzeniem się w otchłań personalnej pustki. Relacje osoba – osoba wyraźnie mówią «nie» niezliczonym funkcjom, do których zredukowany jest nie tylko dziś człowiek, mówią «nie» układom społecznym, w których człowiek, zwłaszcza ten najsłabszy, jest niczym więcej niż środkiem do pomnażania dóbr materialnych»⁴³. Taka redukcja będzie więc stała w opozycji do personalistycznego – podmiotowego, a nie przedmiotowego – ujęcia człowieka jako osoby.

Myśl Jana Pawła II jest natomiast wyrażona w pewnych aksjomatach i zasadach, które stanowią: „prymat ducha nad materią, prymat być nad mieć oraz prymat osoby nad rzeczą. Z tej ostatniej zasady, idąc za tzw. drugim imperatywem Kanta, Autor wywodzi i formułuje tzw. «normę personalistyczną»: «Osoba jest takim bytem, że właściwym dla niej odniesieniem jest miłość. Jesteśmy sprawiedliwi wobec osoby, jeżeli ją miłujemy – tak Boga jak i ludzi. Miłość osoby wyklucza traktowanie jej jako przedmiotu użycia»»⁴⁴. Co istotne, „w czasie Soboru Watykańskiego II (1962-1965) Karol Wojtyła podkreślał, że personalizm chrześcijański (*personalismus christianus*) stanowi klucz zarówno dla doktryny dogmatycznej, moralnej i społecznej Kościoła. Osoba ludzka jest bowiem podmiotem (*suppositum*) w relacji do Boga i bliźnich»⁴⁵. Podkreślał więc jej podmiotowy charakter.

Jan Paweł II, jeszcze jako K. Wojtyła, pisał: „człowiek jest osobą. Stanowi on nie tylko jednostkę w obrębie swego gatunku, ale każda taka jednostka, każde ludzkie indywiduum posiada ten szczególny rys i znamię osobowości (...). Jakkolwiek do tego będziemy podchodzić, zawsze okaże się w końcu, że życie osobowe i sam fakt osoby są bezpośrednio związane z pierwiastkiem duchowym, z duchowością. Osobą może być

⁴² Tamże, s. 33.

⁴³ R. Kozłowski, *Metafizyka osoby ludzkiej w ujęciu Czesława Stanisława Bartnika*, [w:] „SEMINARE”, t. 39, nr 3, 2018, s. 61.

⁴⁴ R. Skrzypczak, *Personalizm Karola Wojtyły na tle współczesnej myśli polskiej*, [w:] „Warszawskie Studia Teologiczne” XXIV/1/2011, s. 68-69, por. *Redemptor hominis*, 16, *Evangelium vitae*, 98; *Christifideles laici*, 37, *Laborem exercens*, 12, 13, *Redemptor hominis*, 16; *Evangelium vitae*, 34, 98; *List do Rodzin* 13, *Przekroczyć próg nadziei*, s. 157-158.

⁴⁵ B. Gacka, *Personalizm chrześcijański św. Jana Pawła II*, [w:] „Studia Theologica Varsaviensia UKSW”, nr 1, 2014, s. 29.

tylko byt duchowy, bo tylko na kanwie duchowości daje się pojąć świadomość, zwłaszcza samoświadomość i wolność. One zaś obie warunkują odpowiedzialność. Wszystkie owe rysy stanowią przejawy życia i bytu osobowego. Dzięki nim człowiek – to nie tylko indywiduum ludzkiego gatunku, ale to przede wszystkim pewna wewnętrzna duchowa treść ściśle niepowtarzalna, właściwa tylko tej jednostce⁴⁶. Wolność człowieka stanowi szczególny znak obrazu Bożego w człowieku i stanowi predyspozycję osoby do pójścia w kierunku dobra w sposób świadomy i odpowiedzialny. Wspomniany autor podkreśla również niepowtarzalność osoby ludzkiej oraz jej duchowy wymiar. Człowiek jest jednością duszy i ciała: „każda osoba ludzka w swej niepowtarzalnej wyjątkowości nie jest złożona tylko z ducha, lecz także z ciała, i dlatego w ciele, i poprzez ciało, dociera się do samej osoby w jej konkretnej rzeczywistości. Szacunek dla godności człowieka pociąga w konsekwencji obronę owej tożsamości człowieka – «*corpore et anima unus* – jedność ciała i duszy»⁴⁷.

Dla Jana Pawła II człowiek jest osobą, która dla samej siebie stanowi wartość w odróżnieniu od rzeczy, których wartość jest dana z zewnątrz i dla siebie obojętna. „relacja osoba-czyn stanowi pierwotne i bezpośrednie *datum* odpowiednio szeroko pojętego doświadczenia. *Datum* ujawnia się nade wszystko w momencie spełniania czynów przez ludzi, w pierwszym zaś rzędzie przeze mnie samego.”⁴⁸. Zależności te są niejasne i uwidocznienie ich oraz ich implikacji stanowi swoiste zadanie do wykonania. Człowieczeństwo przejawia się, zgodnie z myślą Jana Pawła II, w tym, że chodzi o to, „ażeby człowiek stawał się coraz bardziej człowiekiem – o to, ażeby bardziej «był», a nie tylko więcej «miał» – ażeby poprzez wszystko, co «ma», co «posiada», umiał bardziej i pełniej być człowiekiem – to znaczy, ażeby również umiał bardziej «być» nie tylko «z drugimi», ale także i «dla drugich»⁴⁹. Działania człowieka mają zmierzać do rozwoju i urzeczywistniania pełni człowieczeństwa. Osoba ma więc swój wymiar zarówno statyczny jak i dynamiczny. Człowiek zarówno *jest*, jak i *staje się*. Człowiek jest osobą, która posiada sumienie, które to „pojmwane całościowo jest zupełnie swoistym wysiłkiem osoby zmierzającym do ujęcia prawdy w dziedzinie wartości – przede wszystkim wartości moralnych. Jest ono naprzód szukaniem prawdy i jej

⁴⁶ K. Wojtyła, *Rozważania o istocie człowieka*, wyd. 2, WAM, Kraków 2003, s. 95-96.

⁴⁷ Jan Paweł II, *Podstawy deontologii lekarskiej. Przemówienie do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego*, OsPol, 4, nr 10, 1983, s. 22.

⁴⁸ K. Wojtyła, *Osoba i czyn. Refleksyjne funkcjonowanie świadomości i jej emocjonalizacja*, [w:] „*Studia Theologica Varsaviensia*”, nr 6/1, 1968, s. 101.

⁴⁹ Jan Paweł II, *Przemówienie do młodzieży*, Poznań 3.06.1997, [w:] tegoż, *V Pielgrzymka do Ojczyzny*, red. A. Szczotka, Wydawnictwo Wydział Kurii Metropolitalnej, Kraków 1997, s. 114.

dociekaniem, zanim stanie się pewnością i sądem”⁵⁰. Człowiek obdarzony jest wolną wolą – dokonuje wyboru i decyduje o swoim działaniu. Może postępować dobrze lub źle. Wolność jest transcendentna wobec czynu. Wiedza o tym, co jest dobre, dokonuje się przy udziale poznania rozumowego.

Pojęcie godności wpisane jest w osobę jako taką. Personalisci podkreślają jej wagę i znaczenie. Zgodnie z myślą Jana Pawła II, godność człowieka wypływa właśnie z tego, że człowiek został stworzony przez Boga dla niego samego i stanowi byt samoistny. Jest integralną jednością – istotą zarówno duchową jak i cielesną. Każdy ma prawo do szacunku oraz rozwoju. Godność jest wpisana w osobę jako taką i jest niezbywalna. W myśl personalistyczną wpisana jest również zasada odpowiedzialności i troski o drugiego człowieka. Każda osoba jest odpowiedzialna za własne życie. Odpowiedzialność ta jest jednak realizowana w odniesieniu do innej osoby.

Personalizm bywa rozumiany wielowymiarowo. Jak podkreśla Cz. Bartnik, „personalizm, idąc za nieogranicznością i absolutnością osoby ludzkiej oraz biorąc ją sobie za metodę, nie sugeruje nigdy wyczerpania tematu, zamknięcia, spoczynku. Musi pozostać wiecznie otwarty na Rzeczywistość Osoby i «meta-osoby». Personalizm to system, ale również metoda, sposób życia, praktyka. I w tym duchu przyjmuje do siebie wszelkie kompatybilne kierunki, tradycje, opcje, wybory i rozwiązania tymczasowe. Naukowym przeciwbiegunem Niezwykłości i Piękna Osoby jest niezwykłość i estetyka jej ujęcia, właśnie w tym «personalnego». Dlatego personalizm, otwarty na różne treści, metody i techniki, nie eliminuje żadnych twórczych kierunków, skądkolwiek by pochodziły. Raczej jest inspiracją do budowania własnej, prawdziwościowej i agapeteologicznej wizji człowieka i świata oraz do tworzenia własnej «estetyki personalistycznej»⁵¹. Myśl personalistyczna jest więc nie tylko przedmiotem samej refleksji, lecz również podmiotem poznania oraz działania – skupionym wokół osoby i jej godności.

Podjęcie personalistyczne w relacji chory – lekarz oraz w pacjent – logopeda jest niezwykle wartościowe. Poszanowanie godności pacjenta i skoncentrowanie działań wokół danej osoby pozwala na świadome podejmowanie takich decyzji, które tej osobie będą służyć. Podmiotowe postrzeganie drugiego człowieka pozwala również na postrzeganie go poprzez jego człowieczeństwo, a nie dysfunkcję, chorobę czy niepełnosprawność. Uwrażliwienie na drugiego człowieka i jego godność wpisana

⁵⁰ K. Wojtyła, *Osoba i czyn, oraz inne studia antropologiczne*, Wyd. KUL, Lublin 1994, s. 203.

⁵¹ Cz. Bartnik, *Personalizm*, dz. cyt., s. 464.

w człowieczeństwo jako takie oraz poszanowanie tej godności wyznacza pewne granice działania, które obowiązują lekarzy i terapeutów – w tym logopedów i stanowi punkt wyjścia w przypadku dylematów etycznych, które mogą zaistnieć w ich praktyce. Niezwykle ważna jest również współpraca i komunikacja oparta na empatii. W podejściu personalistycznym to człowiek stanowi centrum – jest priorytetem w działaniu lekarzy i terapeutów. Każde działanie powinno być skoncentrowane na najwyższej wartości – dobru pacjenta – człowieka jako takiego. Jak podkreśla W. Gubała, „system wartości oparty na personalistycznej koncepcji człowieka bierze pod uwagę zróżnicowanie wartości i wyodrębnia wartości materialne, duchowe i transcendentalne (w sensie metafizycznym). Szczególne miejsce zajmują wartości duchowe, czyli etyczne. Ich realizowanie prowadzi do rozwoju człowieka jako człowieka, przejawiając się w etycznych kwalifikacjach człowieka, takich jak szlachetność, uczciwość, przyjaźń, miłość i spokój sumienia⁵²”.

Podejście personalistyczne, zarówno w pedagogice, medycynie, jak i w logopedii, należy uznać za bardzo naturalne i owocne. Tam, gdzie mamy do czynienia z relacjami międzyludzkimi, w szczególności takimi, w których, w pewnym wymiarze, ludzie (z jednej strony lekarz, logopeda, z drugiej zaś pacjent) spotykają się

⁵² W. Gubała, *Personalistyczna koncepcja etyki medycznej*, [w:] „Ethos”, 7, nr 1-2 (25-26), 1994, s. 155. Ten sam autor w innym artykule pisze: Jak dalej zauważa W. Gliniecki, mając na uwadze osobowe ujęcie relacji pacjent – personel medyczny: „troska o postrzeganie człowieka jako całej osoby jest podstawowym obowiązkiem, wymagającym stałego wysiłku formacji duchowej. W ten sposób widzimy, że każdy wymiar ludzki, duchowy (wewnętrzny) i cielesny (fizyczny), jest niezbędny, a nawet konstytutywny we właściwym dialogu personelu medycznego z osobą chorą. Nie możemy zatem podkreślać jednego kosztem drugiego, tym samym zaniedbując holistyczne spojrzenie na człowieka. (...) globalne, integralne, a zatem personalistyczne spojrzenie na istotę ludzką pozwala zawsze podkreślać człowieka w każdej decyzji medycznej; co nie zawsze jest takie oczywiste i łatwe. Ponadto ujęcie całościowe człowieka wymaga ze strony personelu medycznego wysiłku intelektualnego i duchowego, który trwa przez całe życie. Niemniej jednak ów wysiłek pozwala nie tylko odkryć bogactwo osoby ludzkiej, ale także nieustannie podkreślać wartość każdego człowieka w działaniu medycznym, a przede wszystkim uczłowieczać relację między personelem medycznym a pacjentem. Personalistyczne ujęcie człowieka pomaga zatem nie tylko zobaczyć obiektywną prawdę o istocie ludzkiej, ale także wykonywać konkretne, typowo ludzkie działania, mające swoje źródło w naturze człowieka⁵²”. I co ważne, „w przestrzeni medycznej dialog zależy od tego wysiłku, jaki wkłada się (zarówno personel medyczny, jak i pacjent), aby zaspokoić potrzeby danej osoby i pomóc jej w obliczu cierpienia. Relacja między personelem medycznym a pacjentem ma zatem charakter naturalny i, właściwie ukształtowana, stanowi podstawę komunikacji. Ponadto wymiar dialogu ukazuje człowieka, który jest z natury «dla drugiego człowieka», szanując jego autonomię. Szczególnie istotny jest fakt, że dając się choremu personel medyczny jednocześnie otrzymuje dar w postaci poczucia sensu swojego powołania. Jest to relacja dar – kontra-dar (...). Zatem dialog z pacjentem jest momentem afirmacji człowieka i miejscem odkrycia integralności bytu ludzkiego. Relacja z osobą chorą zależy więc od tego, jakie wartości reprezentuje personel medyczny, a także od tego, jak sam człowiek jest rozumiany”. Tenże, *Osobowe ujęcie relacji pacjent – personel medyczny. Wpływ wymiaru personalistycznego na jakość relacji interpersonalnych w przestrzeni medycznej i jego znaczenie w procesie leczenia*, [w:] „Studia Pelpińskie”, nr 22, 2021, s. 116.

po dwóch stronach „barykady”, tzn. zdrowia i choroby, tam jednocześnie spotykają się osoby – równe sobie, równe w swej nieredukowalnej godności.

Możliwość komunikacji ma duże znaczenie zarówno dla rozwoju jak i dobrostanu człowieka. Logopeda jest osobą, która pełni niezaprzeczalnie ważną rolę w urzeczywistnianiu tej możliwości. Jego praca jest misją, by drugiemu człowiekowi – pacjentowi, który staje przed logopedą, pomagać w rozwijaniu pełni osobistego potencjału.

2. Etyka zawodowa

2.1. Etyka a etyka zawodowa

Etymologia słowa etyka wywodzi się od greckiego *ethos*, oznaczającego obyczaj, a także stałe miejsce zamieszkania. Pojęcie to stanowi ogół zasad i norm postępowania, które są przyjęte w danej społeczności, w konkretnej epoce. Określana jest również jako nauka o moralności. Tadeusz Styczeń twierdzi, że etykę najogólniej można opisać jako „dyscyplinę filozoficzną, obejmującą zespół zagadnień związanych z określeniem istoty powinności moralnej (dobra lub zła moralnego), z determinacją jej szczegółowej treści (słuszności), ostatecznym wyjaśnieniem faktu powinności moralnej działania (metafizyka moralności) oraz genezą zła (upadku) moralnego i sposobami jego przewycięzania (soteriologia etyczna)”⁵³. Peter Pratley przedmiotu dociekań etyki upatruje natomiast w badaniu „zarówno moralnych, jak i niemoralnych zachowań w celu wyrobienia sobie uzasadnionych sądów oraz wypracowania odpowiednich rekomendacji”⁵⁴. Etyka zajmuje się więc szeroko pojętym badaniem moralności, wskazując na to, co jest dobre, a co złe. Określana jest jako filozofia praktyczna, „jest wiedzą o życiu ludzkim i sztuką życia, dokonywanych wyborach, urzeczywistnianiu pragnień, potrzeb i zamiarów – dobra przy jednoczesnym unikaniu zła. Ale etykę jako filozofię praktyczną, poprzez analogię do definicji filozofii pierwszej Arystotelesa, określić można również jako wiedzę o pierwszych przyczynach i zasadach ludzkiego życia, jego realizacji, formach i celach (celu lub powołaniu)”⁵⁵.

Etyka stanowi dyscyplinę filozofii. Już w starożytności uczeń Platona – Ksenokrates podzielił filozofię na logikę (dialektykę), fizykę i właśnie etykę⁵⁶. Współcześnie etykę – jako dziedzinę naukową – dzieli się na trzy zasadnicze działy:

1. Etykę normatywną
2. Etykę opisową
3. Metaetykę.

⁵³ T. Styczeń, *Wprowadzenie do etyki*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1995, s. 283.

⁵⁴ P. Pratley, *Etyka w biznesie*, tłum. M. Albigowski, Wydawnictwo Gebethner i Ska, Warszawa 1998, s. 12.

⁵⁵ M. Sułek, J. Świniarski, *Etyka jako filozofia dobrego działania zawodowego. Podręcznik akademicki*, Dom Wydawniczy Bellona, Warszawa 2001, s. 26.

⁵⁶ A. Krokiewicz, *Zarys filozofii greckiej*, Aletheia, Warszawa 2000, s. 71.

Etyka normatywna koncentruje się na wskazywaniu norm, wedle których należy postępować, kryteriów postępowania oraz ich uzasadnianiu. Etyka opisowa zajmuje się opisywaniem systemów etycznych. Metaetyka natomiast koncentruje się na logicznej analizie języka i etyki oraz jej metodologii. Podział ten został dookreślony w tabeli poniżej.

Tabela 1. Przedmiot etyki, jej działy i podstawowe pytania

Etyka		
Przedmiot	Działy	Pytania
Język, kategorie i funkcje wypowiedzi etycznych. Cnoty, zalety i wady oraz normy – wartości i zasady	Metaetyka	Dlaczego tak być powinno i dlaczego tak jest?
Obyczaje, zwyczaje i zachowania oraz działania moralne – funkcjonujące normy moralne, faktyczne wartości i zasady; fakty molarne	Deskryptywna (opisowa): <ul style="list-style-type: none"> • historia moralności; • psychologia moralności; • socjologia moralności 	Jak jest lub jak było?
Dobro i zło, dobro najwyższe i dobro wspólne oraz dobro molarne – postulowane wartości, zasady i reguły etyczne	Normatywna (właściwa): <ul style="list-style-type: none"> • ogólna; • szczegółowe (indywidualna, społeczna - moralna) 	Jak być powinno?

Za: M. Sułek, J. Świniarski, *Etyka jako filozofia dobrego działania zawodowego. Podręcznik akademicki*, dz. cyt., s. 23.

P. Pratley zwraca uwagę na podwójny cel etyki⁵⁷. Jeden z nich stanowi ocena praktyk ludzi przy odwoływaniu się do standardów moralnych. Wedle tego celu może

⁵⁷ P. Pratley, *Etyka w biznesie*, dz. cyt., s. 12-13.

ona być również preskryptywnym źródłem rad, które wskazują, jak postępować w sposób moralny w określonych sytuacjach⁵⁸. Drugi cel stanowi natomiast „zapewnienie terapeutycznej porady: sugerowanie rozwiązań i linii postępowania w przypadku aktualnych dylematów i przyszłych niebezpieczeństw na podstawie opinii uzyskanych dzięki odpowiednim informacjom. Wymaga to w szczególności otwartego umysłu w celu określenia istotnych grup interesów oraz dogłębnego zrozumienia żywotnych spraw, o które toczy się gra”⁵⁹.

Zasadne jest również zwrócenie uwagi na różnicowanie pojęć: *etyka* i *moralność*. Potocznie pojęcia te bywają używane zamiennie. W rozprawie naukowej muszą one jednak być rozróżnione. Moralność bowiem „oznacza obszar ludzkiego życia różny od sztuki, nauki, prawa czy religii; jest to ogół moralnych sądów, norm, ideałów, cnót i instytucji”⁶⁰. Moralność się przeżywa⁶¹. J. Hołówka⁶², podkreśla, że można uznać istnienie wielopiętrowej struktury moralności, której podstawą jest etyka indywidualna, opierająca się na autonomii jednostki moralnej (gdzie etyka indywidualna bywa przyjmowana przez najbliższe otoczenie). Kolejne piętro stanowi etyka grupowa, związana ze środowiskiem wybranym przez człowieka. Opiera się ona na zbiorze zasad tejże grupy zawodowej lub wyznaniowej. Podstawy moralne obydwu grup składają się na etykę społeczną. Wartości wspólne dla różnych etyk społecznych tworzą natomiast zbiór ogólnych norm, które stanowią wartości uniwersalne. Wymienione piętra oddziałują na siebie wzajemnie, co, zdaniem Hołówki, jest bardzo korzystne zarówno dla etyki jak i dla życia społecznego, ponieważ „z jednej strony zapewniają, że sumienie jednostki nie będzie podporządkowane woli zbiorowości, z drugiej – daje szansę każdej jednostce i każdej grupie skorygowania tego, co w ich postawie i przekonaniach jest zbyt bezduszne i tendencyjne”⁶³. Cel etyki stanowi natomiast właśnie namysł nad moralnością. Zadanie etyki upatrywane jest nie w głoszeniu moralności, lecz w refleksji nad nią, czyli poszukiwaniu jej uzasadnienia⁶⁴.

J. Hołówka wskazuje na perswazyjną moc etyki, mającą trzy wyraźne źródła, które stanowią: filozofia moralna, grupowy konformizm oraz sankcje moralne⁶⁵. Nie sposób nie dostrzec także istotnej funkcji, jaką jest porządkowanie zarówno życia

⁵⁸ Tamże.

⁵⁹ Tamże.

⁶⁰ F. Ricken, *Etyka ogólna*, tłum. P. Domański, Wydawnictwo ANTYK, Kęty 2001, s. 8.

⁶¹ Tamże, s. 8-9.

⁶² J. Hołówka, *Etyka w działaniu*, wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa 2001, s. 258.

⁶³ Tamże.

⁶⁴ F. Ricken, *Etyka ogólna*, dz. cyt., s. 9.

⁶⁵ J. Hołówka, *Etyka w działaniu*, dz. cyt., s. 27.

jednostki, jak i społeczności⁶⁶ – wskazuje ona drogę postępowania człowieka i wartości, jakimi się kieruje. Zasadnicze pytania stawiane przed etyką to: *Jak powinniśmy postępować? Jak czynić?*, a także: *Jak oceniać własne działania oraz działania innych? Do czego dążyć?*⁶⁷. Etyka podpowiada, „ale w swej doradczej funkcji nie zwalnia człowieka z obowiązku myślowego wysiłku. Każdy z nas kryteria postępowania musi indywidualnie uznać (zinterioryzować) i często również indywidualnie odszukać”⁶⁸. Jednak warto podkreślić, że pomimo wskazówek, to człowiek sam podejmuje decyzje.

Znaczenie etyki można dostrzec w trzech obszarach życia człowieka:

- jednostkowym (etyka czyni jednostkę odpowiedzialną za indywidualny rozwój),
- społecznym (etyka czyni ludzi odpowiedzialnym „za” i „przed” innymi członkami zbiorowości),
- przyrodniczym (etyka przypomina o moralnych zobowiązaniach wobec przyrody)⁶⁹.

Warto w tym miejscu zadać pytanie: *Co skłania człowieka do podejmowania rozważań etycznych?* Otóż, „w wymiarze indywidualnym, człowiek angażuje się w dywagacje etyczne po to, aby znaleźć fundament dla swego człowieczeństwa, głębszą rację dla swej egzystencji”⁷⁰. Jak podkreśla Dorota Probuca, zasadniczym problemem „dywagacji etycznych” powinno być pytanie „jak postępować, aby inni nie cierpieli z naszego powodu – i wzajemnie, abyśmy również nie cierpieli z powodu innych?”⁷¹. Warto więc swe decyzje i działania opierać na tej wiedzy, gdyż, jak podkreśla wspomniana badaczka, „aby człowiek mógł w pełni świadomie podejmować decyzje moralne powinien posiadać możliwie wszechstronną wiedzę o dorobku duchowym ludzkości w tej dziedzinie, wiedzę o dostępnych alternatywach i przemawiających za nimi racjach, wiedzę, dzięki której przekroczy «zasłonę ignorancji»”⁷². Zgłębianie tematyki etycznej niesie więc ze sobą wymierne korzyści. Już samo rozważanie dylematów moralnych może uczyć wrażliwości moralnej i krytycyzmu etycznego.

⁶⁶ D. Probuca, *Po co etyka?*, [w:] *Filozofia – sztuka myślenia i dobro wspólne. Sposoby uczenia się i nauczania filozofii*, red. M. Woźniczka, Zakład Filozofii Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Częstochowie, Częstochowa 1998, s. 39.

⁶⁷ Tamże.

⁶⁸ Tamże.

⁶⁹ Tamże.

⁷⁰ Tamże.

⁷¹ Tamże, s. 41.

⁷² Tamże, s. 45.

Refleksje, które człowiek czyni, mogą mieć wpływ na jego późniejsze działanie praktyczne.

W etykę wpisana jest także jej interdyscyplinarność. Jak zaznacza J. Hołówka, „etyka jest dziedziną o licznych powiązaniach interdyscyplinarnych, więc rozwiązanie trudnych problemów moralnych wymaga uwzględnienia faktów z wielu dziedzin nauki i życia”⁷³. Holistyczne podejście do tematyki etycznej wydaje się więc nieuniknionym w rozważaniach dotyczących etyki zawodowej. Przykładowo, analizując etykę zawodu logopedy, warunkiem koniecznym jest czerpanie z wiedzy nie tylko *stricte* etycznej (zagadnienia z zakresu etyki ogólnej lub zawodowej), ale również logopedycznej, która także jest określana jako dziedzina interdyscyplinarna.

Od swych początków w starożytności aż do czasów współczesnych etyka ulegała różnorodnym wpływom i podlegała szeregom zmian. W XX wieku nastąpił rozwój etyk szczegółowych, do których zalicza się również etyki zawodowe.

Rozważania nad etyką zawodową warto skierować w stronę namysłu nad samym pojęciem zawodu oraz implikacji związanych z podejmowaniem się pracy. Zawód to „wyuczone zajęcie wykonywane w celach zarobkowych”⁷⁴. Będzie nim każda praca, która jest wyspecjalizowana, czyli wymaga odpowiedniej wiedzy i umiejętności do jej wykonywania. Pojęcie pracy wpisane jest w egzystencję prawie każdego człowieka – wyłączając czynniki losowe, zdrowotne czy rodzinne oraz sytuacje, gdy osoba z jakiegoś powodu nie jest w stanie lub nie decyduje się na urzeczywistnianie aktywności zawodowej. Wykonywanie określonej profesji stanowi istotny czynnik w życiu człowieka. Spełnia przede wszystkim trzy funkcje:

- stanowi formę aktywności człowieka,
- wyznacza pozycję zawodową i społeczną danej osoby,
- zapewnia źródło dochodów, które umożliwia realizację oraz rozwój potrzeb⁷⁵.

Z kolei etyka zawodowa to „zespół zasad i norm określających, jak z moralnego punktu widzenia powinni zachowywać się przedstawiciele danego zawodu”⁷⁶. Rozważania na gruncie etycznym związane z wykonywaniem poszczególnych profesji

⁷³ J. Hołówka, *Etyka w działaniu*, dz. cyt., s. 9.

⁷⁴ Słownik Języka Polskiego PWN, hasło: zawód, dostęp online 28.04.2024: <https://sjp.pwn.pl/slowniki/zaw%C3%B3d.html>

⁷⁵ Z. Wołk, *Kultura pracy, etyka i kariera zawodowa*, Instytut Technologii Eksploatacji – PIB, Radom 2009, s. 17.

⁷⁶ *Słownik etyczny*, red. S. Jedynek, Wyd. UMCS, Lublin 1990, s. 71.

(szczególnie tych, gdzie jest relacja człowiek-człowiek) wydają się być niezbędne, gdyż wiedza etyczna pomaga we właściwym etycznie działaniu i podejmowaniu decyzji⁷⁷.

Można wskazać bezpośredni związek między moralnością i etyką zawodową a wykonywaniem pracy. Korelacja ta opiera się na następujących przesłankach:

- „praca jest podstawą i źródłem egzystencji oraz rozwoju gatunku ludzkiego, a także poszczególnych społeczeństw;
- praca stanowi główny sposób samorealizacji jednostek i grup, gdyż jest racjonalną formą wykorzystania energii twórczej;
- praca jest najistotniejszym czynnikiem organizacji stosunków międzyludzkich na wszystkich poziomach i szczeblach. Jest ona miejscem pojawiania się ogólnych zasad etycznych, jak też specyficznych wartości, w tym regulatorów etycznych zachowań ludzi w środowisku pracy. Stanowią one etosy zawodowe poszczególnych grup zawodowych”⁷⁸.

Zależność występuje również na styku etyki zawodowej i moralności powszechnej. Stanisław Galata podkreśla, że etyka zawodowa dopełnia moralność powszechną (a nie ją zastępuje) w następujący sposób:

- konkretyzuje normy moralności powszechnej, dostosowując je do zastanej sytuacji społecznej,
- określa potrzeby, granice oraz cele odstępstwa od norm moralności powszechnej,
- formułuje sposoby i możliwości rozwiązywania konfliktów norm moralności powszechnej i norm, które są związane z wykonywanym zawodem,
- formułuje pewien ideał, koncepcję dobra, do którego określona grupa zawodowa powinna zmierzać⁷⁹.

⁷⁷ Mieczysław Gogacz podaje bardziej rozbudowaną definicję: „etyka zawodowa jest teorią odpowiedzialnej, a więc moralnie dobrze realizowanej pracy, to znaczy wykonywanej dzięki sprawnościom, warunkującym efektywną pracę. Sam zespół tych sprawności kształtuje się proporcjonalnie do tego, jak pojmuje się pracę”, M. Gogacz, *Czym jest etyka zawodowa*, [w:] *Zagadnienie etyki zawodowej*, red. A. Andrzejuk, Oficyna Wydawnicza Navo, Warszawa 1998, s. 11.

⁷⁸ Tamże, s. 86.

⁷⁹ S. Galata, *Strategiczne zarządzanie organizacjami*, Difin, Warszawa 2004, s. 145.

Można powiedzieć, że etyki szczegółowe stanowią niejako przedłużenie etyki ogólnej. Dotyczą poszczególnych dziedzin życia moralnego – „wyodrębnienie to czynione jest ze względu na szczególne znaczenie tych dziedzin z punktu widzenia zarówno *dobra wspólnego (bonnum commuane)* jak i *dobra najwyższego (summum bonnum)*”⁸⁰. Etyki szczegółowe zawsze odnoszą się do *dobra wspólnego*, w odróżnieniu do etyki ogólnej. Wpisana jest więc w nie pewna powinność, zobowiązanie czy nawet służba, co bywa określane jako powołanie danego zawodu, a co za tym idzie wyznaczenie pewnej roli społecznej. Ta swego rodzaju misja związana jest z realizacją *dobra wspólnego*, które może odbywać się poprzez:

- realizację *dobra własnego (summum bonum)* i *wspólnego (bonum comunae)* – zachodzi relacja charakterystyczna dla deontologii umiarkowanych stanowionych przez umiarkowane zobowiązania i powinności na rzecz *dobra innych*,
- realizację przede wszystkim *dobra wspólnego – dobra innych (bonum comunae)* – relacja właściwa dla deontologii rygorystycznych (skrajnych), które są stanowione przez rygorystyczne zobowiązania i powinności przede wszystkim na rzecz *dobra innych*⁸¹.

Etyki szczegółowe opierają się na zasadach etyki ogólnej i nie mogą pozostawać z nią w sprzeczności. Zarówno etyka ogólna, jak i etyki szczegółowe badają moralność, z tym że specyfika etyki zawodowej skupia się na badaniu moralności człowieka wykonującego pracę, reprezentującego najczęściej konkretny zawód. Jak podkreśla I. Lazari-Pawłowska, „tezę o zasadniczej zgodności etyki ogólnej i zawodowej dałoby się obronić przy następującej interpretacji. Zabieganie o cudze dobro traktowane bywa często jako definicyjnie związane z pojęciem normy etycznej: na tej właśnie podstawie można uznać, że wszelka etyka – obojętne czy ogólna, czy zawodowa – stanowi zbiór nakazów stojących na straży pozaosobistego *dobra* działającej jednostki, upatrując w tym czynnik wspólny obu etyk”⁸².

⁸⁰ M. Sułek, J. Świniarski, *Etyka jako filozofia dobrego działania zawodowego. Podręcznik akademicki*, dz. cyt., s. 65.

⁸¹ Tamże, s. 66.

⁸² I. Lazari-Pawłowska, *Etyka – pisma wybrane*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Kraków, Wrocław, Warszawa 1992, s. 85.

Można wskazać jednak także elementy, które odróżniają etykę zawodową od ogólnej. Takie jak:

- konkretyzacja ogólnie uznawanych w danym społeczeństwie wymogów moralnych, która jest właściwą tylko dla danego zawodu,
- pewne modyfikacje w obrębie systemu moralności zawodowej (związane z hierarchią wartości powinności moralnych),
- pewne modyfikacje w obrębie systemu etyki zawodowej, biorąc pod uwagę aprobowane ogólnie wartości i zalecenia moralne,
- swoiste i preferowane przez daną grupę zawodową sposoby rozstrzygnięć konfliktów wartości moralnych⁸³.

Etyka zawodowa nie może wchodzić w konflikt z zasadami etyki ogólnej. Musi ona spełniać co najmniej trzy warunki stawiane przez społeczeństwo:

1. Brak sprzeczności z uniwersalnymi normami i wartościami moralnymi oraz prawnymi;
2. Zgodność, co do określenia i przyjęcia pewnego rodzaju zachowań jako specyficznych dla wszystkich przedstawicieli danej grupy zawodowej, wyróżnianie się grupy w jakiś sposób na tle innych, perfekcjonizm w wykonywaniu zadań jako ważny dla tej społeczności;
3. W związku z dużą fluktuacją kadr w danej grupie, następuje stała zmiana pokoleniowa, co wymaga nieustannego zapoznawania nowych jej członków z podstawowymi wymaganiami moralnymi stawianymi przez społeczeństwo, grupa nie może być hermetyczna, musi być dostępną dla innych, choć dostęp do niej nie jest łatwy ani automatyczny⁸⁴.

Warto w tym miejscu przywołać również ważne pojęcie *pozaosobistego dobra*. Stanowi ono „dobro konkretnych jednostek, z którymi podczas wykonywania czynności zawodowych wchodzi się w interpersonalne kontakty, dobro określonych instytucji

⁸³ Z. Wołk, *Kultura pracy profesjonalisty*, Difin, Warszawa 2017, s. 16.

⁸⁴ S. Konstańczak, *Odkryć sens życia w swojej pracy*, Wydawnictwo Uczelniane Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Słupsku, Słupsk 2000, s. 61.

społecznych lub dobro społeczeństwa jako całości”⁸⁵. Dobro to jednak nie determinuje charakteru konkretnych etyk zawodowych.

Istotne jest również dostrzeżenie tego, że wobec osób pełniących dane zawody są formułowane odmienne wymagania – względem niektórych maksymalistyczne, w stosunku do innych minimalistyczne. Co ważne, w odniesieniu do niektórych zawodów postuluje się, aby brać pod uwagę przede wszystkim cudze dobro, a wobec innych, by mieć na uwadze również cudze dobro⁸⁶. Różnica ta będzie się więc zasadzała na tym, czy dobro to będzie brane pod uwagę „przede wszystkim” czy „również” na uwadze. Jak stwierdzają M. Sułek i J. Świniarski, etyki zawodowe „uwikłane są w relacje między dobrem indywidualnym ludzi podejmujących daną aktywność (*dobrem najwyższym*) a *dobrem wspólnym* – społecznym. Wypadkową tego uwikłania jest *dobro molarne*, czyli *drobinowe*, zwane też *dobrem centralnym*. Pełni ono funkcję *dobra najwyższego* w odniesieniu do danego zawodu i grupy zawodowej”⁸⁷. Jak podkreślają wspomniani badacze, „ze względu na *dobro najwyższe* etyka zawodowa jest powołaniem, podjęciem zobowiązania przez przedstawicieli danego zawodu do starań (działania) na rzecz urzeczywistnienia wartości konstytuującej dany zawód. Zaś ze względu na *dobro wspólne* etyka zawodowa jest służebnością wobec innych, podjęciem starań (działania) o wartość pożądaną (dobro) przez innych – społeczeństwo”⁸⁸.

Aspektem, który warto poruszyć, jest również kwestia dobra wspólnego widzianego z perspektywy samego personalizmu filozoficznego, który może być postrzegany jako szczególnie aktualny i doniosły. P. Tarasiewicz zaznacza trzy powody tej perspektywy: „po pierwsze, dlatego, że jest to dobro o uniwersalnym zakresie – jest ono dobrem wspólnym wszystkich ludzi z uwagi na wspólną wszystkim naturę. Po drugie, dlatego, że jest to dobro o treści obejmującej całość osobowego życia człowieka – jest ono dobrem wspólnym, dla którego właściwym kontekstem rozwoju są odpowiednio ułożone relacje z innymi osobami. Po trzecie dlatego, że jest to dobro, którego warunkiem realizacji jest osobiste zaangażowanie poszczególnych osób w jego poznanie i dobrowolne uznanie za własne. Z tych też powodów dobro wspólne jawi się

⁸⁵ M. Sułek, J. Świniarski, *Etyka jako filozofia dobrego działania zawodowego. Podręcznik akademicki*, dz. cyt., s. 62.

⁸⁶ Tamże.

⁸⁷ Tamże, s. 62.

⁸⁸ Tamże, s. 81.

jako podstawowy czynnik integrujący indywidualne i społeczne wymiary człowieka-osoby”⁸⁹.

Można poczynić założenie, że stosowanie się do standardów wyznaczanych przez etykę zawodową jest wpisane w każdą profesję, jednakże namysł nad dylematami etycznymi i moralnymi niezbędnym wydaje się przede wszystkim w stosunku do tych zawodów, w które wpisane jest bliskie obcowanie z drugim człowiekiem oraz bezpośredni wpływ na jego życie; na przykład na szeroko pojęte funkcjonowanie na dalszych etapach życia, w tym psychikę, życie biologiczne, czy też zdrowie. Zawodem takim z pewnością jest zawód logopedy.

Problemy, które rozpatrywane są w ramach etyk szczegółowych, są niezwykle istotne, gdyż odnoszą się bezpośrednio do konkretnych, życiowych sytuacji. Praktyczny charakter etyki, w tym etyki zawodowej, jest więc wpisany w jej naturę.

2.2. Rozwój moralny człowieka w ujęciu różnych koncepcji naukowych

Dla podkreślenia gotowości osób w określonym wieku do podejmowania świadomych decyzji moralnych, warto również przypomnieć etapy rozwoju moralnego człowieka. Założono, że osoby podejmujące pracę zawodową są już ukształtowanymi w pewnym zakresie moralnie ludźmi, mogącymi podejmować świadome decyzje moralne w kontekście różnych dylematów, które pojawiają się w życiu codziennym oraz w trakcie podejmowania aktywności zawodowej. W związku z powyższym przedstawię kolejno trzy historyczne już koncepcje rozwoju moralnego człowieka: J. Piageta, L. Kolberga oraz H. Muszyńskiego, a także koncepcję neuroetyki.

Koncepcja J. Piageta sięga lat 60. Jego koncepcja wpisuje się w tzw. poznawczo-rozwojową teorię moralności, która opiera się na zainteresowaniu przede wszystkim sądami moralnymi. Według Piageta, nie można mówić o wyraźnych stadiach, czyli sztywnych modelach, lecz o ewolucji w zakresie rozumienia podstawowych pojęć moralnych przez dziecko. Badacz wyróżnia dwa główne stadia:

1. heteronomii

⁸⁹ P. Tarasiewicz, *Dobro wspólne z perspektywy personalizmu filozoficznego*, [w:] „Polityka: od Nicollo Machiavellego do Jana Pawła II”, red. S. Kowolik, Fundacja Krzewienia Katolickiej Nauki Społecznej im. Bł. A. Kolpinga, Tarnowskie Góry 2017, s. 86-87.

2. autonomii moralnej

Pierwsze ze stadiów polega na tym, że normy są traktowane przez jednostkę jako zewnętrzne i tak przestrzegane z uwagi na autorytet dorosłych, a także sankcje. Dziecko wierzy w tzw. immanentną sprawiedliwość, czyli, że gdy zostanie naruszona norma, to w ślad za tym musi nastąpić kara. Niedojrzałość pod kątem intelektualnym uniemożliwia również dziecku oddzielenie tego, co przeżywa, od tego, co jest obiektywne i subiektywne – tzw. realizm moralny. Dziecko ocenia sytuację konkretnie, nie bierze pod uwagę odpowiedzialności sprawców – mamy wtedy do czynienia z tzw. odpowiedzialnością obiektywną. W okolicach siódmego roku życia następuje etap przejściowy. Dziecko powoli zaczyna uwzględniać tendencje sprawców, istnienie reguł oraz ocenianie zgodne z normami przyjętymi przez społeczeństwo.

W okresie adolescencji moralność „przymusu i autorytetu” zostaje przekształcona w „autonomię moralną”. W tym stadium osoba kieruje się już własnymi wartościami oraz zasadami moralnymi. Przestaje traktować reguły moralne jako niezmiennie, zanika egocentryzm, a normy są postrzegane nie jako narzucone z góry, lecz jak wytwór współdziałania ludzi i współtworzenia udogodnień, które mogą uczynić postępowanie ludzi lepszym. Czyny nie są już oceniane wyłącznie, biorąc pod uwagę skutki, ale również biorąc pod uwagę ogólne kategorie życia społecznego biorąc pod uwagę różne konteksty sytuacji moralnej⁹⁰.

Według J. Piageta, konstruowanie wiedzy moralnej oraz rozumowanie dokonuje się poprzez działanie w środowisku. Wiedza z zakresu moralności jest konieczna do rozumowania moralnego, a dalej, rozumowanie moralne jest konieczne do postępowania moralnego. Samo rozumowanie moralne nie implikuje jednak tego, że postępowanie będzie właściwe; sama zdolność do moralnego postępowania nie zapewnia takiego postępowania. Zgodnie z koncepcją J. Piageta, postępowanie moralne polega na stopniu kontroli woli i stabilnej skali wartości. Silna wola jednostki powoduje, że człowiek czuje zobowiązanie do postępowania w zgodzie z wartościami. W tej koncepcji silna wola zwiększa prawdopodobieństwo właściwego postępowania, w zgodzie z rozumowaniem moralnym⁹¹.

⁹⁰ Por. *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 113-114.

⁹¹ B. J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, tłum. M. Babiuch, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998, s. 185.

L. Kohlberg, poszerzył stadia rozwoju moralnego, opracowane przez J. Piageta. Głosił, że rozwój moralny dokonuje się w sposób przewidywalny i wzrasta wraz z wiekiem. Badacz wyróżnił trzy poziomy rozwoju moralnego i do każdego z nich przyporządkował dwa oddzielne stadia.

Według Kohlberga, aby dziecko mogło wejść na kolejne stadia rozwoju moralnego, musi osiągnąć odpowiedni poziom rozwoju intelektualnego. Stadia następują po sobie kolejno, bez względu na doświadczenia jednostkowe, społeczne czy kulturowe. Co ważne, w dzieciństwie i w okresie dojrzewania układają się w sposób strukturalny. Oznacza to, że:

1. Każde stadium obejmuje niepowtarzalne i zróżnicowane rozumowanie moralne – nie jest to natomiast coraz lepsze rozumienie pojęcia moralności, jakie mają dorośli;
2. Stadia zawsze następują po sobie w niezmienionej kolejności (żadne z nich nie jest pominięte i nie ma powrotu do stadiów poprzednich);
3. Dzieci wiedzą, że stadium, na którym obecnie się znajdują, jest poprzedzone wcześniejszymi, rozumieją je i być może, do pewnego stopnia pojmują również jedno stadium powyżej. Jednak nie mogą w pełni zrozumieć wyższych stadiów, nawet jeśli będą do tego zachęcane przez nauczanie i ćwiczenia. Ważne jest to, że dzieci chcą funkcjonować w najwyższym osiągniętym przez siebie stadium moralnym⁹².

Badania prowadzone przez L. Kohlberga, polegały na przedstawianiu dzieciom dylematów moralnych, a następnie przeprowadzaniu wywiadów z badanymi na temat prezentowanych wcześniej kwestii. Na podstawie odpowiedzi zostały zdefiniowane stadia, do których przypisano zebrane kwestie. Co ważne, „znajomość stadium nie umożliwia przewidywania konkretnych zachowań dziecka stojącego przed rzeczywistym dylematem moralnym, natomiast umożliwia przewidywanie rozumowania, którym się posłuży, ustalając kierunek działań”⁹³. Poniższa tabela zawiera poziomy oraz przypisane do nich stadia rozwoju moralnego według Kohlberga.

⁹² M. Łobocki, *W trosce o wychowanie moralne w szkole*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007, s. 245-246.

⁹³ Tamże, s. 247-248.

Tabela 2. Sześć stadiów rozwoju moralnego według Kohlberga

<p>POZIOM I. POZIOM PRZEDMORALNY (dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym)</p>	
<p>1. Stadium kary i posłuszeństwa lub moralności heteronomicznej</p>	<p>Nastawienie na posłuszeństwo i karę (to, czy coś jest dobre, czy złe, zależy od konsekwencji działania)</p>
<p>2. Stadium relatywizmu instrumentalnego lub moralności instrumentalno-hedonistycznej</p>	<p>Naiwny instrumentalny hedonizm (dobre jest to, co służy zaspokajaniu własnych potrzeb)</p>
<p>POZIOM II. MORALNOŚĆ KONWENCJONALNEGO KONFORMIZMU (ok. 13-16 rok życia)</p>	
<p>3. Stadium „dobrego chłopca (dziewczyny)”</p>	<p>Nastawienie na „grzecznego chłopczyka – miłą dziewczynka” (dobre jest to, co aprobują inni)</p>
<p>4. Stadium prawa i porządku, stadium moralności systemu normatywnego</p>	<p>Moralność popierania autorytetów (dobre jest przestrzeganie prawa i porządku, wypełnianie swoich obowiązków)</p>
<p>POZIOM III. MORALNOŚĆ WYNIKAJĄCA Z ZASAD ETYCZNYCH ZAAKCEPTOWANYCH PRZEZ SAMEGO SIEBIE (16 – 20 rok życia)</p>	

5. Stadium umowy społecznej (kontraktu) lub moralnych praw jednostki	Moralność umów społecznych i demokratycznie ustanawianych praw (wartości społeczne i prawa jednostki określają co jest dobre, a co złe)
6. Stadium uniwersalnych zasad etycznych	Moralność indywidualnych zasad etycznych (dobro i zło są kwestią indywidualnej filozofii zgodnej z uniwersalnymi zasadami)

Oprac. własne za: R.R. Hock, *40 prac, które zmieniły oblicze psychologii*, przeł. E Wojtych, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, (rozdział: L. Kohlberg, *Czy jesteś człowiekiem moralnym?*, *Powstawanie orientacji na porządek moralny u dzieci: Sekwencyjność rozwoju rozumowania moralnego*, s. 11-33.), s. 248; M. Łobocki, *W trosce o wychowanie moralne w szkole*, dz. cyt., s. 56-57

L. Kohlberg, podkreślał, że aspekt motywacyjny moralności określały „motywy wspomniane przez badanego w uzasadnieniu moralnego działania”⁹⁴. W związku z tym „wyodrębniono sześć poziomów motywów, każdy z nich jest spójny z jednym z typów rozwojowych. Oto one:

1. Kara wymierzana przez innych;
2. Manipulowanie dobrami lub nagrodami przez innych;
3. Dezaprobata ze strony innych ludzi;
4. Potępienie przez legalną władzę i wywołane nim poczucie winy;
5. Szacunek lub lekceważenie ze strony społeczności;
6. Samopotępienie”⁹⁵.

L. Kohlberg, twierdził, że rozwój moralny nie opiera się tylko na przyswajaniu tego, co zostaje przekazywane dziecku, ale stanowi także konsekwencję pojawiania się poznawczych struktur moralnych, które rozwijają się poprzez interakcje dziecka z środowiskiem kulturowym i społecznym, co podkreśla praktyczny aspekt tworzenia się moralności w umyśle dziecka⁹⁶. Jeżeli weźmiemy pod uwagę osoby dorosłe, to dylematy wynikające z konfliktów interesów prywatnych z interesem społecznym, mogące powstawać w niektórych zawodach, nie powinny stanowić trudności

⁹⁴ Tamże, s. 249.

⁹⁵ Tamże.

⁹⁶ Tamże, s. 250-251.

w rozwiązaniu dla osób, które osiągnęły wysoki, postkonwencjonalny poziom rozwoju moralnego. Potrafią one przyjmować perspektywę drugiej osoby oraz odznaczają się otwartością wobec innych. Posiadają również umiejętność dokonywania uniwersalnych ocen moralnych i urzeczywistniania zgodnie z nimi wyborów moralnych. Warto w tym miejscu podkreślić, że na działania poza stadiami rozwoju moralnego, wpływ będą miały także przekonania oraz postawy osób należących do danej grupy zawodowej.

Koncepcja Kohlberga była przez niego modyfikowana, a także komentowana przez innych badaczy. Stanowiska krytyczne najczęściej opierają się na tym, że „nawet jeżeli poglądy Kohlberga na rozumowanie moralne są słuszne, to nie znaczy, że można je zastosować do zachowań moralnych”⁹⁷, gdyż to, że ktoś ma wiedzę na temat moralności i mówi o tym, co jest moralne, nie zawsze pokrywa się z jego działaniem. Istnieją bowiem zarówno badania, które wskazują na zależność między rozumowaniem moralnym a postępowaniem moralnym, jak i takie, które tę zależność wykluczają, jednak: „to, że okoliczności mogą niekiedy zmienić zachowania moralne, nie oznacza, że rozumowanie moralne nie rozwija się w opisanych przez niego stadiach”⁹⁸. Kolejne głosy dotyczą uniwersalności wyróżnionych przez badacza sześciu stadiów rozumowania moralnego, inne związane są z przekonaniem niektórych badaczy, że etapy rozwoju moralnego nie są takie same dla mężczyzn i kobiet⁹⁹.

Rozwojowi nauki towarzyszy powstawanie nowych dziedzin. Jedną z nich stanowi właśnie neuroetyka wywodząca się z bioetyki, która – jak przyjmuje się – zaczęła funkcjonować jako odrębna dziedzina nauki w 2002 roku¹⁰⁰. Neuroetyka zazwyczaj bywa uznawana za subdyscyplinę etyki lub jako obszar badań interdyscyplinarnych. W. Safire określa ją „jako odrębną dziedzinę bioetyki, której przedmiotem są dobre i złe konsekwencje praktyki medycznej i badań naukowych w obszarze neuronauk”¹⁰¹. A. Roskies definiuje natomiast neuroetykę jako „interdyscyplinarny obszar badań dotyczący etycznych problemów wywołanych coraz lepszą wiedzą na temat mózgu, możliwością jego monitorowania i wpływania na jego

⁹⁷ Tamże, s. 251.

⁹⁸ Tamże.

⁹⁹ Tamże, s. 252.

¹⁰⁰ A. Kot, *Neuroetyka – mózg a moralność*, [w:] „Edukacja biologiczna i środowiskowa”, nr 2, 2018, s. 55.

¹⁰¹ B. Chyrowicz, *Neuroetyka*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, Z. Toeplitz i in., *Etyka zawodu psychologa. Wydanie nowe*, wyd. 2 zm., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2019, s. 151-152; za: W. Safire, *Visio for New field of „neuroethics”*, w: *Defining Wright and wrong in brain science. Essentials Reading in neuroethics*, red. E. N. Glannon, Ney York Washington, DC, Dana Press 2007, s. 7-11.

działanie, jak również etycznych problemów, które są wynikiem coraz lepszego rozumienia biologicznych podstaw działania i podejmowania decyzji”¹⁰².

Na ważnej dla neuroetyki konferencji *Neuroethics: Mapping the Field* zostały wyróżnione cztery charakterystyczne obszary zainteresowań tejże dyscypliny. Są to:

1. „badania nad tożsamością człowieka jako osoby, a w szczególności podmiotu moralnego (zagadnienia dotyczące wolności podejmowania decyzji przez jednostkę, biologicznych źródeł odpowiedzialności moralnej i osobowościowej oraz jej przejawów w zachowaniach społecznych),
2. etyczne kontrowersje dotyczące zastosowania w życiu społecznym osiągnięć neuronauk (zagadnienia obejmujące poszanowanie prywatności, w tym prawa do ochrony poufnych danych dotyczących «brainomu», znaczenie odkryć nauronauk dla następujących dziedzin: prawo ze szczególnym uwzględnieniem prawa karnego, edukacja, marketing oraz wojskowość),
3. kontrowersje dotyczące praktyki medycznej i badań naukowych (zagadnienia obejmujące etyczne standardy w badaniach naukowych nad nowymi terapiami w neurologii, takimi jak farmakoterapia, wykorzystanie komórek macierzystych, terapia genowa, neuroprotezy),
4. społeczne recepcje osiągnięć neuronauki (zagadnienia dotyczące prezentacji oraz interpretacji wyników nauronauk na forum publicznym, szczególnie w środkach masowego przekazu)”¹⁰³.

W ramach neuroetyki wyróżnia się etykę neuronauki, która dotyczy etycznych dylematów powstających w trakcie badań związanych z neuronaukami i neuronauką etyki, która związana jest z weryfikowaniem lub tworzeniem nowych teorii etycznych za pomocą narzędzi wykorzystywanych w neuronaukach.

W obszarze neuroetyki znajduje się również analiza zagadnień wpisanych w etykę, takich jak rozwiązywanie dylematów moralnych, empatia i wolna wola. Co istotne, „neurobiologiczna perspektywa rozpatrywania tych pojęć, zupełnie odmienna od dotychczasowego filozoficzno-antropologicznego ujęcia, skłania do

¹⁰² Tamże, za: W. Roskies, *Neuroethics*, [w:] *Stanford encyclopedia of philosophy*, red. E. N. Zalta, online: <https://plato.stanford.edu/entries/neuroethics>, dostęp online: 28.04.2024.

¹⁰³ A. Kot, *Neuroetyka – mózg a moralność*, dz. cyt., s. 55-56.

ponownego przemyślenia założeń leżących u podstaw rozumienia etycznych zachowań człowieka”¹⁰⁴.

Niezwykle ważnym punktem w rozwoju badań moralności okazały się te prowadzone przez neurofizjologów w Uniwersytecie w Parmie, pod kierunkiem G. Rizolattiego. Doprowadziły one do odkrycia nowych komórek nerwowych, które odpowiadają za empatię oraz rozumienie innych osób. Nazwano je „neuronami lustrzanymi”. Kolejne prowadzone badania podważyły wnioski przywołanych badaczy, wykazując, że mechanizm nie jest tak prosty, jak mogło się początkowo wydawać. Istnieją jednak odpowiednie struktury mózgu, które odpowiadają za poszczególne funkcje. Co ważne, „nie ulega wątpliwości, że funkcjonowanie mózgu wpływa na nasze działanie (...). Naukowcy zgodnie przyznają jednak, że nie istnieje «moralne centrum mózgu». Odpowiedzialność podmiotu za podejmowanie decyzji może być w różnym stopniu ograniczona, ale to nie znaczy, że ludzkie działanie «zamyka się» w łańcuchu przyczyn i skutków uzależnionych od funkcjonowania mózgu, czyli mózgu nie należy utożsamiać z umysłem”¹⁰⁵. Według badań prowadzonych przez neuroetyków, to emocje odgrywają istotną rolę w trakcie dokonywania wyborów¹⁰⁶. Na postępowanie moralne człowieka mają one wpływ, jednak nie determinują jego postępowania. Człowiek samodzielnie podejmuje decyzje.

Najnowsze badania prowadzone za pomocą funkcjonalnego rezonansu magnetycznego oraz wykorzystywanie coraz lepszych zdobyczy techniki w badaniach nad mózgiem i moralnością, otwierają pole do rozwoju neuroetyki.

Neuroetyka podważa wcześniej wymienione koncepcje Piageta i Kohlberga, które ukazują rozwój moralny jako liniowy i uniwersalistyczny. Koncepcja neuroetyczna zakłada natomiast pewną złożoność i zmienność moralności, która jest ściśle powiązana z neurobiologicznymi procesami zachodzącymi w mózgu¹⁰⁷. Przez neuroetyków podkreślane jest również to, że na rozwój moralności ma wpływ wielość zróżnicowanych czynników, które są związane z procesami zachodzącymi w mózgu.

Koncepcję rozwoju moralnego opracował także Heliodor Muszyński. Moralność rozumiana jest przez badacza jako „ogół powszechnie obowiązujących w danym społeczeństwie norm i wzorów zachowania odnoszących się tylko do tych czynów,

¹⁰⁴ Tamże, s. 56-57.

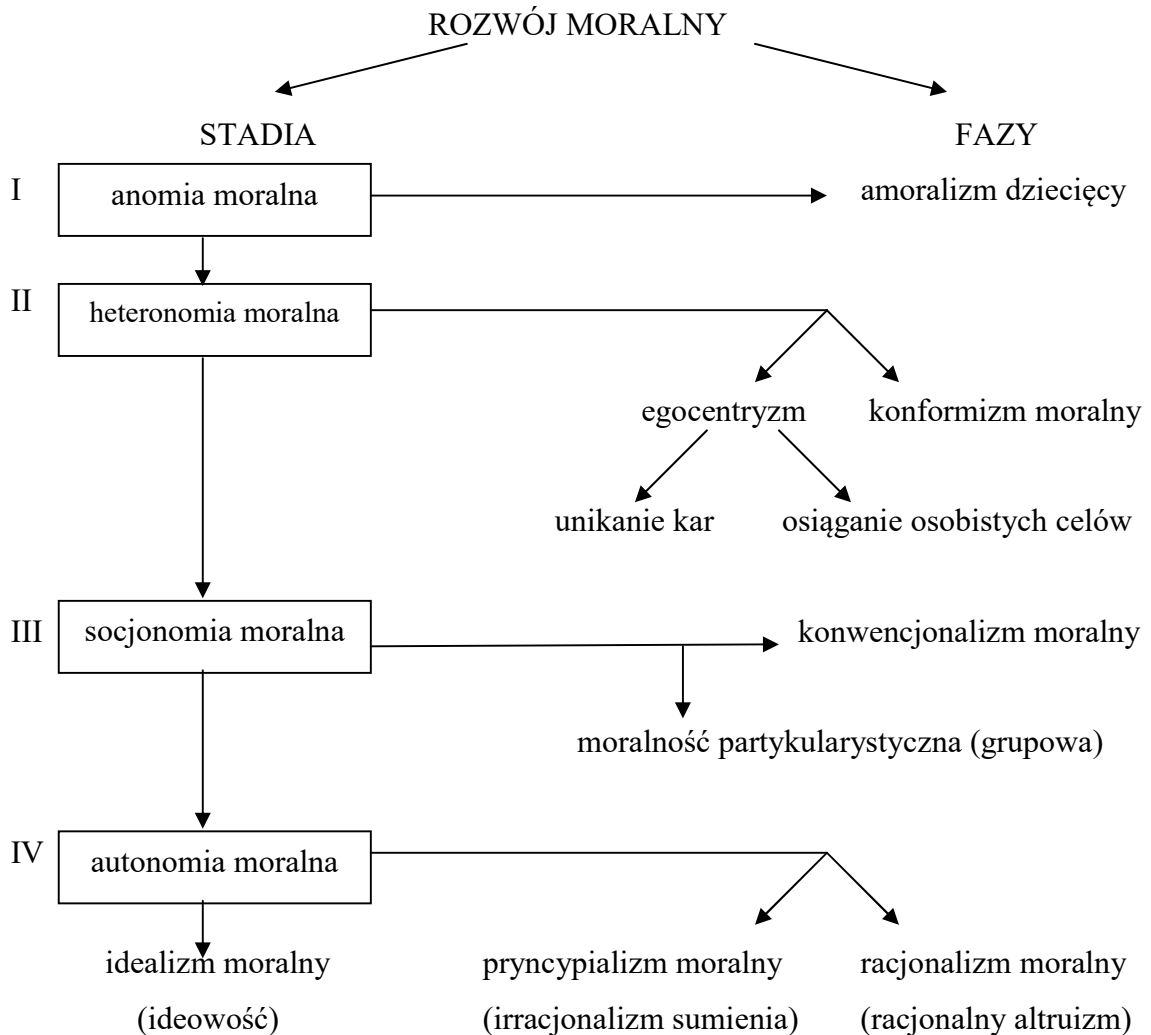
¹⁰⁵ B. Chyrowicz, *Neuroetyka*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, Z. Toeplitz i in., *Etyka zawodu psychologa. Wydanie nowe*, dz. cyt., s. 167.

¹⁰⁶ A. Kot, *Neuroetyka – mózg a moralność*, dz. cyt., s. 57.

¹⁰⁷ Por. N. Levy, *Neuroethics: Moral Cognition*, w: *The Oxford Handbook of Topics in Philosophy*, online: <https://academic.oup.com/edited-volume/42642/chapter/358143322> dostęp online 28.04.2024

które mogą być rozpatrywane jako dobre lub złe”¹⁰⁸. Rozwój moralny natomiast definiowany jako „stopniowe wrastanie jednostki w tę dziedzinę społecznej rzeczywistości, którą nazywamy moralnością”¹⁰⁹. Autor zwraca szczególną uwagę na społeczny aspekt rozwoju moralnego. Poniżej, na rysunku nr 1, zamieszczone zostały poszczególne stadia rozwoju moralnego, opracowane przez H. Muszyńskiego.

Rysunek 1. Kierunek i przebieg rozwoju moralnego



H. Muszyński, *Rozwój moralny*, wyd. 2, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1987, s. 56.

Zgodnie z tą koncepcją rozwój moralny można podzielić na cztery stadia, które następują kolejno po sobie. Jako pierwsze wyróżnione zostało stadium anomii moralnej, które obejmuje brak jakiegokolwiek świadomości moralnej. Jest początkowym punktem

¹⁰⁸ H. Muszyński, *Rozwój moralny*, wyd. 2, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1987, s. 10.

¹⁰⁹ Tamże.

rozwoju moralnego i obejmuje wiek niemowlęcy oraz większość wieku poniemowlęcego. Stanowi fazę: amoralizm dziecięcy.

Stadium drugie, czyli heteronomii moralnej, polega na podporządkowaniu się, czyli uznaniu, że istnieje moralność narzucona. Obejmuje ono końcowy etap wieku poniemowlęcego, wiek przedszkolny i wiek wczesnoszkolny (do 9. roku życia). Składa się z dwóch faz: egocentryzmu (do ok. 5 rok życia) oraz konformizmu (5–9 rok życia). W ramach fazy egocentryzmu można natomiast wyróżnić bardziej szczegółowe fazy: orientacji na unikanie kar oraz orientacji na osiągnięcie osobistych celów.

Trzecie stadium stanowi etap socjononii moralnej, który przypada na końcowe lata wczesnego wieku szkolnego oraz okres dorastania (9–13 rok życia). Jest ono tożsame z fazą konwencjonalizmu moralnego, co według autora świadczyło (w świetle aktualnych wtedy badań) o niewystarczającej wiedzy o tymże stadium¹¹⁰.

Stadium czwarte, czyli autonomii moralnej, dotyczy akceptowania norm obowiązujących w grupie, która przez jednostkę uznawana jest za własną, a także autonomii, czyli uznaniu norm moralnych za własne. Obejmuje wiek dorastania oraz początek okresu młodzieńczego (13–21 rok życia), jednak elementy moralności autonomicznej, zwłaszcza w jej pierwszej fazie, mogą występować również wcześniej. Stadium to zawiera następujące fazy: pryncypializmu (13–15 rok życia), racjonalizmu moralnego (15–17 rok życia) oraz idealizmu moralnego (17–21 rok życia)¹¹¹. Zgodnie z koncepcją H. Muszyńskiego, jednostka na każdym z wyróżnionych etapów może zatrzymać się całkowicie bądź częściowo. Koncepcja Muszyńskiego (mająca swe korzenie w pedagogice marksistowskiej) również znacząco różni się od koncepcji neurotycznej, gdyż ta druga podkreśla zindywidualizowane oraz mniej deterministyczne podejście do rozwoju moralnego.

Poniżej zostało przedstawione zbiorcze ujęcie okresów rozwoju moralnego wraz z ich charakterystyką, ukazane z perspektywy współczesnej psychologii rozwojowej¹¹².

¹¹⁰ Za: tamże, s. 46, 55-57.

¹¹¹ Tamże, s. 55-57.

¹¹² Na podstawie: *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.

Tabela 3. Rozwój moralny człowieka

ROZWÓJ MORALNY	
Okres rozwoju	Charakterystyka osoby w danym okresie
Początek okresu przedszkolnego	<ul style="list-style-type: none"> • odróżnia reguły moralne od konwencji społecznych • kieruje się normami narzuconymi przez dorosłych, aby uniknąć kary
Koniec okresu przedszkolnego	<ul style="list-style-type: none"> • kieruje się zasadą realizmu moralnego, przestrzega norm, by uzyskać nagrodę • opanowuje wiele istotnych reguł moralnych • w ocenach moralnych zmierza do ukarania zachowania niezgodnego z regułą, proponując karę ekspiacyjną
Późne dzieciństwo – faza wczesna (ok. 7-8 lat)	<ul style="list-style-type: none"> • stopniowo odchodzi od obiektywnych, pochodzących tylko od autorytetu kryteriów oceny moralnej • zaczyna dostrzegać zróżnicowanie oczekiwań moralnych w różnych grupach (rówieśnicy, nauczyciele, rodzice) i kontekstach społecznych • łączy moralność z troską o własne dobro; postrzega innych jako realizujących własne potrzeby • uważa, że kłamstwo to mówienie nieprawdy • odchodzi od pojęcia sprawiedliwości jako podporządkowania autorytetowi w kierunku idei równości • podejmując zachowania pomocowe, kieruje się potrzebami drugiej osoby
Późne dzieciństwo – faza późna (ok. 9-11 lat)	<ul style="list-style-type: none"> • uważa, że reguły moralne są możliwymi do zmiany konwencjami społecznymi • w postępowaniu kieruje się zasadą harmonii interpersonalnej i podkreśla znaczenie oczekiwań społecznych oraz braku aprobaty dla zachowań

	<p>niepożądanych</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaczyna odkrywać znaczenie intencji dla oceny czynu, np. dla kłamstwa • uważa, że kara sprawiedliwa powinna być powiązana treściowo z wykroczeniem i prowadzić do przestrzegania zasad • podejmując zachowania pomocowe, kieruje się oczekiwaniami społecznymi, powszechnymi wyobrażeniami o dobrym postępowaniu czy też empatycznym współczuciem i przewidywanym poczuciem winy w sytuacji rezygnacji z pomocy
Wczesna faza dorastania	<ul style="list-style-type: none"> • heteronomia moralna, przedkonwencjonalny poziom rozwoju moralnego • stopniowo odróżnia sądy społeczne (konwencjonalne) od sądów moralnych • wykorzystuje w rozumowaniu głównie sądy prospołeczne, zorientowane na związki interpersonalne, jak i sądy konwencjonalne, stereotypowe, w porównaniu do sądów moralnych • współwystępowanie egoistycznej i prospołecznej motywacji włączonych w sądy moralne
Późna faza dorastania	<ul style="list-style-type: none"> • autonomia moralna • konwencjonalny lub (rzadziej) postkonwencjonalny poziom rozwoju moralnego, wzrost wykorzystywania w rozumowaniu sądów moralnych, nie zaś konwencjonalnych • wzrost znaczenia intencji i motywacji czynu w procesie jego oceny; ocena zarówno zachowań własnych, jak i innych, adekwatnie do samodzielnie definiowanych standardów moralnych • kulturowe (wpływające na charakter motywacji) uwarunkowania rozwoju moralnego dorastających

	dziewcząt i chłopców
I faza wczesnej dorosłości (18-25 lat)	<ul style="list-style-type: none"> • dominuje poziom konwencjonalny • przejściowo obecna jest faza skrajnego relatywizmu
II faza wczesnej dorosłości (25-35 lat)	<ul style="list-style-type: none"> • możliwy jest (i u części młodych obserwowany) rozwój w kierunku postkonwencjonalnego poziomu moralności • rozumowanie z tego poziomu występuje z wiedzą o charakterze mądrości • słabnie związek poziomu rozumowania z wiekiem

Za: *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, dz. cyt. Zebrała D. P-P.

Podsumowując, można poczynić ogólne założenie, że osoby podejmujące się aktywności zawodowej są już jednostkami na tyle rozwiniętymi moralnie, by w przypadku pojawienia się dylematów móc podejmować odpowiedzialne decyzje. Konkretny poziom dojrzałości moralnej danej osoby można jednak ocenić tylko z perspektywy analizy indywidualnej.

3. Specyfika pracy logopedy

3.1. Interdyscyplinarność logopedii

Termin „logopedia” wywodzi się z połączenia greckiego: *logos*, oznaczającego w tym przypadku *słowo, mowę* oraz *paideia*, czyli *wychowanie*. Z terminem tym spotykamy się już u Isokratesa, który postulował właśnie *wychowywanie prawidłowej mowy*. Na przestrzeni lat definicja logopedii ulegała różnorodnym modyfikacjom. Przykładowo, jedna ze współczesnych, sformułowana przez S. Grabiasa, brzmi następująco: logopedia „jest nauką o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych”¹¹³, w związku z tym „musi ona mieć do dyspozycji układ pojęć, procedury i narzędzia badawcze pozwalające:

1. oceniać i objaśniać relacje zachodzące między stanami języka i stanami zachowań językowych a przebiegiem centralnych oraz obwodowych procesów warunkujących język i zachowania językowe”¹¹⁴.

Mając na uwadze to, że logopedia jest nauką stosowaną, powinna jeszcze:

2. „budować teorię i praktykę postępowania prowadzącego do zmiany stanów niepożądanych, ewentualnie do podtrzymywania lub doskonalenia stanów zgodnych z biologiczną normą”¹¹⁵.

Powyższe ujęcie podkreśla dwoistość teorii logopedycznej, która składa się z części diagnostycznej (teoria związana z zaburzoną kompetencją oraz sprawnością językową i komunikacyjną – pozwala na odkrycie możliwości funkcjonowania człowieka w świecie, w którym możliwości te są warunkowane obecnością lub niedostatkami języka w jego umyśle oraz w zachowaniach¹¹⁶) oraz części

¹¹³ S. Grabias, *O ostrości refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania*, [w:] *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk 2012, s. 57.

¹¹⁴ S. Grabias, *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych*, [w:] „Logopedia”, t. 9/10, 2010/2011, s. 17-18.

¹¹⁵ Tamże.

¹¹⁶ Tamże.

prognostycznej (metodyka postępowania logopedycznego – formuje się jako teoria związana z budowaniem kompetencji i sprawności językowej oraz komunikacyjnej; związana jest z tworzeniem programów terapeutycznych, a także organizacją przebiegu tejże terapii).

Logopedia, jako dziedzina naukowa, rozwija się dynamicznie. Warto jednak w tym miejscu wspomnieć krótko jej historyczny rozwój. A. Hamerlińska-Latecka, zaproponowała podział na trzy okresy:

- I. oparty na intuicji – zapoczątkowany w starożytności, związany z rozwojem krasomówstwa i retoryki,
- II. wstępny profesjonalizm – w okresie tym specjaliści (lekarze, psychologowie i pedagodzy) budowali wiedzę na podstawie obserwacji,
- III. związany z dojrzałym profesjonalizmem – obserwowane zaburzenia zostają potwierdzone badaniami, w których wykorzystywany jest specjalistyczny sprzęt; okres ten łączy się również z rozwojem interdyscyplinarności logopedii¹¹⁷.

Można przyjąć, że w Polsce proces instytucjonalizacji zawodu logopedy po raz pierwszy przybrał konkretny wymiar w momencie założenia przez dr. W. Ołtuszewskiego pierwszego strukturalizowanego warsztatu logopedycznego w 1892 roku¹¹⁸. Jest to data, którą L. Kaczmarek i G. Demel¹¹⁹ uznają za początki terapii logopedycznej w Polsce.

Ogólnie przyjmuje się, że w logopedię wpisana jest jej interdyscyplinarność. Przymiotnik „interdyscyplinarny” może być rozumiany na trzy różne sposoby, jako:

1. „dotyczący dwu lub więcej dyscyplin naukowych,
2. korzystający z dorobku kilku nauk,
3. złożony z naukowców reprezentujących różne gałęzie wiedzy”¹²⁰.

¹¹⁷ A. Hamerlińska-Latecka, *Onkologopedia. Logopedia wobec chorób nowotworowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2015, s. 33.

¹¹⁸ D. Dramska, *Profesjonalna tożsamość logopedów w Polsce w świetle prowadzonych badań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2001, s. 15.

¹¹⁹ Tamże.

¹²⁰ Słownik Języka Polskiego PWN, hasło: „interdyscyplinarny”, dostęp online: 28.04.2024: <https://sjp.pwn.pl/szukaj/interdyscyplinarno%C5%9B%C4%87.html>

Logopedia określana jest jako nauka o charakterze interdyscyplinarnym, zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym. Łączy w sobie wiedzę zaczerpniętą z obszarów m. in. z nauk medycznych, językoznawstwa, psychologii i pedagogiki. Posiada jednak swoistą specyfikę, właściwą tylko jej. W swojej istocie wykazuje znaczącą odmienność od dyscyplin pokrewnych – „ma (...) do spełnienia sobie tylko właściwą misję”¹²¹.

Historycznie logopedia sytuowana była przez różnych badaczy w odmiennych kontekstach. E. Fröschels włączał logopedię do nauk medycznych jako dział medycyny, który zajmuje się zaburzeniami mowy. M. E. Chwatew, M. Sovāk i L. Edelsberger, ze względu na aspekt pedagogiczny związany z nauczaniem, sytuowali logopedię w ramach nauk pedagogicznych, włączając ją do pedagogiki specjalnej. Za koncepcją językoznawczą opowiedzieli się natomiast O. von Essen i H. H. Ungler, którzy podkreślali znaczenie fonetyki stosowanej. Z kolei koncepcję medyczno-pedagogiczną postulował M. Seemann. Zgodnie z nią przedmiot logopedii i foniatry jest ten sam (głos), różnica tkwi jedynie w ujęciu samego zagadnienia. W Polsce, T. Rittel sytuowała logopedię w lingwistyce edukacyjnej (w przestrzeni dotyczącej zaburzonej kompetencji), natomiast S. Gucza w językoznawstwie stosowanym. Miejsce logopedii wśród nauk różni się również w zależności od kraju, np. w Rosji stanowi część defektologii¹²².

W 1991 roku, w trakcie dyskusji, jaka odbyła się jesienią na ogólnopolskim seminarium w Kazimierzu nad Wisłą, zorganizowanym przez Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, interdyscyplinarność logopedii zdefiniowano: „jako swoisty układ językoznawstwa stosowanego (które w swojej istocie jest przede wszystkim językoznawstwem ogólnym, teoretycznym, a wtórnie stosuje metody aplikacyjne) z psychologią, pedagogiką, neurologią, ortodontcją i innymi. Jeśli zgodzimy się, że przedmiotem badania jest mowa i język jako system komunikacyjny, podstawową metodą badawczą musi być metoda czy metody językoznawcze,

¹²¹ S. Grabias, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Skłodowskiej-Curie, Lublin 2015, s. 15.

¹²² Za: T. Rittel, *Lingwistyka, lingwistyka edukacyjna, logopedia – problemy terminologiczne*, [w:] *Polska terminologia logopedyczna*, red. J. Ożdżyński, Wydawnictwo i Drukarnia „Secesja”, Kraków 1994, s. 11-22; D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2019, s. 21; E.M. Minczakiewicz, *Początki i rozwój polskiej logopedii*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 1998, s. 15-16.

a pozostałe będą metodami pomocniczymi”¹²³. Obecnie D. Pluta-Wojciechowska, stwierdza, że ze względu na przedmiot logopedii, mieści się ona między lingwistyką a medycyną¹²⁴. Co ważne, „można wręcz wskazać – przyjmując ujęcie metaforyczne – że logopedia jest pewnym ogniwem pomiędzy lingwistyką a medycyną. Takie usytuowanie logopedii wskazuje z jednej strony na oryginalność przedmiotu jej rozważań, z drugiej zaś na pewne «wypełnienie luki w przestrzeni epistemologicznej», gdzie pomiędzy jedną a drugą domeną odnajdujemy kolejną”¹²⁵. Ponadto, „pełna analiza miejsca logopedii wśród innych nauk wymaga uwzględniania również pedagogiki i psychologii”¹²⁶. Korelacje między logopedią a lingwistyką i medycyną, zgodnie z powyższą koncepcją, zawarte zostały w tabeli poniżej.

Tabela 4. Lingwistyka, logopedia i medycyna – przedmiot badań

Lingwistyka	Logopedia	Medycyna
nauka o języku jako narzędziu porozumiewania się ludzi, jego budowie, funkcjach i rozwoju	nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych rozpoznawanych w toku diagnozy objawowo-przyczynowej wykorzystywanej do programowania i prowadzenia terapii nastawionej na likwidację zaburzeń lub obniżenie ich intensywności	nauka o zdrowiu i chorobach człowieka oraz o sposobach ich leczenia ; także: sztuka leczenia chorych i zapobiegania chorobom

Źródło: D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, dz. cyt., s. 24.

¹²³ H. Mierzejewska, *O potrzebie i możliwościach harmonizowania interdyscyplinarnej wiedzy logopedycznej*, [w:] *Kształcenie logopedyczne. Cele i formy*, red. E. Łuczyński, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000, s. 13.

¹²⁴ D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, dz. cyt., s. 22.

¹²⁵ Tamże.

¹²⁶ Tamże.

Jak podkreśla D. Pluta-Wojciechowska, logopedia korzysta z dorobku lingwistyki i medycyny, a także psychologii i pedagogiki oraz ubogaca je dzięki prowadzonym badaniom. Istotne jest jednak to, że „gromadzi, analizuje i integruje wiedzę na temat mowy i jej zaburzeń, tworząc własną”¹²⁷. W związku z powyższym, logopedia to „nie suma wiedzy lingwistycznej, medycznej i psychologiczno-pedagogicznej, lecz oryginalna gałąź nauki. Tym, co wyróżnia logopedię, jest także programowanie i prowadzenie terapii, budowane na bazie (...) diagnozy o charakterze heurystycznym, często z początku o charakterze wstępnym”¹²⁸. Co więcej, „umiejętność powiązania cech wymowy z przyczynami ich powstawania jest wiedzą gromadzoną, rozwijaną i analizowaną w logopedii i stanowi oryginalną przestrzeń refleksji naukowej i praktycznej w tej dyscyplinie”¹²⁹. Badaczka zaznacza również, że „sama zaś logopedia staje się gigantem w integrowaniu wiedzy płynącej z wymienionych nauk, co ma związek z prowadzonymi badaniami, doskonaleniem własnego aparatu pojęciowego, tworzeniem teorii zaburzeń mowy oraz procedur postępowania”¹³⁰. Powyższe twierdzenia można podsumować słowami S. Grabiasa, który twierdzi, że „proces dochodzenia logopedii do samodzielności zakończył się wraz z utworzeniem w Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie i w Uniwersytecie Gdańskim pełnowymiarowych – licencjackich i magisterskich studiów logopedycznych”¹³¹.

Wracając do samego pojęcia interdyscyplinarności, warto pokrótce rozważyć również zagrożenia wpływające z jej istoty. L. Koczanowicz, poza pozytywnymi aspektami płynącymi z interdyscyplinarnego charakteru, wskazuje na negatywne aspekty interdyscyplinarności, które postrzegane są właśnie jako zagrożenie, a dominują w humanistyce, określane jako „rabunkowa” oraz „butikowa”. Pierwszy typ opiera się na tym, że jedna z dyscyplin bezwzględnie przejmuje metody, pojęcia lub koncepcje z innej dyscypliny, bez uwzględnienia oryginalnego kontekstu, co powoduje, że nazwy nie przystają do nowego pojęcia. Drugi typ natomiast zaznacza się przy okazji szukania kategorii dających okazję do koloryzowania wniosków lub niemiarodajnych wyników

¹²⁷ Tamże, s. 34.

¹²⁸ Tamże, s. 35.

¹²⁹ Tamże, s. 30.

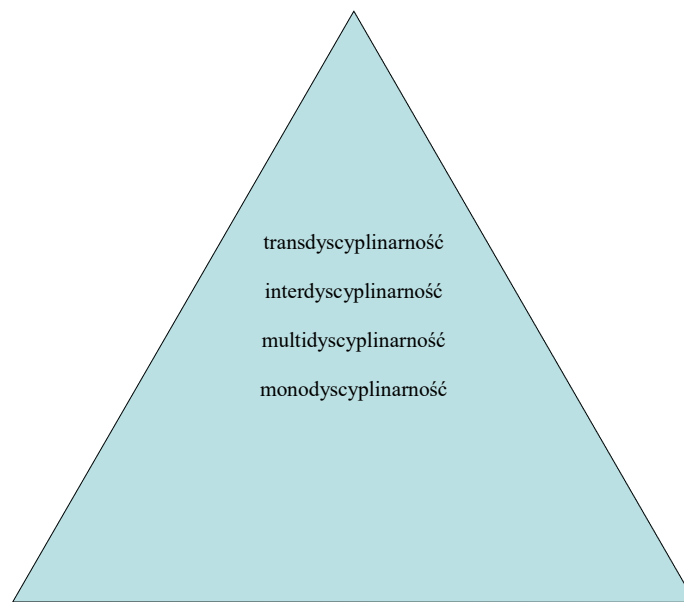
¹³⁰ D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, dz. cyt., s. 293.

¹³¹ S. Grabias, *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych*, dz. cyt., s. 11.

badania poprzez nadawanie pozornych znaczeń banalnym tezom¹³². Jednak po zapoznaniu się z dostępnymi pracami naukowymi można poczynić stwierdzenie, że te dwa zagrożenia nie dotyczą logopedii.

Badacze już od początku istnienia logopedii podkreślali jej interdyscyplinarny charakter. Nieco inaczej aspekt ten ujmuje M. Michalik. Przywołany autor twierdzi, że miejsce logopedii nie tkwi w interdyscyplinarności, a w transdyscyplinarności, która stanowi lekarstwo na niedoskonałości naukowego postulatu interdyscyplinarności¹³³. W świetle przytoczonej koncepcji logopedia jest nauką „przenikniętą wiedzą już ukształtowaną, wielod dziedzinową i – w przeciwieństwie do stanowisk interdyscyplinarnych – homogeniczną, jednorodną metodologicznie”¹³⁴. Reasumując, „transdyscyplinarność jest metodologią *in vivo*, specyficznym projektem, zaczynem tworzącej się dopiero metodologii logopedii służącej epistemologicznym celom poznawczym. Dzięki niej może powstać prawdziwa metalogopedia, czyli epistemologia logopedii”¹³⁵. Schemat gradacji poziomu abstrakcji metodologii został załączony poniżej.

Rysunek 2. Gradacja poziomu abstrakcji metodologii



Źródło: M. Michalik, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, dz. cyt., s. 41.

¹³² Por. L. Koczanowicz, *Interdyscyplinarność – między rabunkiem a dialogiem*, [w:] *Interdyscyplinarność i transdyscyplinarność pedagogiki – wymiar teoretyczny i praktyczny*, red. R. Włodarczyk, W. Żłobicki, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2011, s. 38.

¹³³ M. Michalik, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, [w:] *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia Uniwersalis, Gdańsk 2015, s. 41.

¹³⁴ Tamże, s. 41-42.

¹³⁵ Tamże, s. 45.

Miejsce logopedii, czy to postrzegane jako interdyscyplinarne, czy transdyscyplinarne, bywa usytuowaniem problematycznym i rodzi specyficzne problemy, na przykład terminologiczne i definicyjne. Występują bowiem znaczące różnice w nazewnictwie pomiędzy logopedią a dziedzinami pokrewnymi. Zdarzają się sytuacje, gdy terminologia w logopedii jest inna niż w naukach, z których się wywodzi, bądź te same sformułowania rozumiane są dwojako. Różnice semantyczne pojawiają się także w ramach samej logopedii, w zależności od poszczególnych ośrodków akademickich. D. Pluta-Wojciechowska zwraca uwagę na ważny aspekt w tym obszarze, mianowicie, „jeśli logopedia ma być samodzielną dyscypliną naukową i działalnością praktyczną wynikającą z logopedycznych badań naukowych, powinna systematycznie i konsekwentnie tworzyć własny aparat pojęciowy, same zaś pojęcia powinny mieć jasno określony zakres i wynikać z prowadzonych badań. Warto przy tym podkreślić, że logopedia korzysta z pojęć innych nauk, ale może je także rozwijać i dopełniać”¹³⁶. Ponadto, logopedia jest wciąż w fazie tworzenia własnej terminologii. Co ważne, „należałoby jednak dbać, aby nowe terminy, wynikając z potrzeb naukowych czy praktycznych, były tworzone przez logopedów. Wszak to oni mają ich używać”¹³⁷. M. Osowicka-Kondratowicz wysuwa postulat, aby „w logopedii unikać terminów, definicji i sformułowań, które znacząco odbiegają od opisów medycznych czy fonetycznych. Logopedia musi wypracowywać własny aparat pojęciowy, własną terminologię, własne klasyfikacje. Ze względu na swój aplikatywny charakter powinna tworzyć aparat pojęciowy i klasyfikacje w miarę proste, jednoznaczne i przejrzyste, dające się łatwo zastosować w praktyce i upowszechnić wśród logopedów. Jako nauka interdyscyplinarna powinna opracowywać aparat pojęciowy zgodny z dyscyplinami, z których dorobku korzysta”¹³⁸. W związku z tym, koniecznością staje się komunikacja i wypracowanie jednolitej i klarownej terminologii w ramach samej logopedii oraz podkreślanie różnic tejsze z pojęciami wypracowanymi w innych dziedzinach. Pozwoliłoby to na rzetelny, jasny dialog oraz naukę zarówno logopedów od siebie nawzajem jak i od przedstawicieli innych dyscyplin¹³⁹. Powyższe stanowiska powinny stanowić wskazówki dla dalszego postępowania w zakresie tworzenia aparatu pojęciowego i ujednolicania oraz modyfikowania aktualnego.

¹³⁶ D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, dz. cyt., s. 70.

¹³⁷ Tamże, s. 73.

¹³⁸ M. Osowicka-Kondratowicz, *Interdyscyplinarność a terminologia w kształceniu logopedycznym oraz w logopedii*, [w:] „Prace Językoznawcze” nr 19/1, 2017, s. 133-134.

¹³⁹ Por. tamże.

Praca logopedy bardzo często, a nawet można zaryzykować stwierdzenie, że zawsze w jakimś stopniu, wymaga współpracy z innymi specjalistami bądź samej konsultacji specjalistycznej. W zależności od potrzeb konkretnej osoby, która zwraca się o pomoc i występujących trudności, mogą to być lekarze np.: neurolog, chirurg, laryngolog, foniatra, psychiatra, stomatolog, ortodonta, gastrolog, endokrynolog lub inni specjaliści, tacy jak np. fizjoterapeuta, osteopata, psycholog, pedagog czy dietetyk. Potrzeba współpracy wymaga od logopedy, by potrafił we właściwy sposób pokierować pacjenta i wskazać kierunek potrzebnych konsultacji, co wiąże się z posiadaniem bazowej, holistycznej wiedzy również z zakresu nauk medycznych oraz zawodów pokrewnych.

Aktualne umiejscowienie logopedii oraz brak jasnych wytycznych może implikować trudności związane z nieostrością granic między kompetencjami logopedy, a kompetencjami innych specjalistów. Można spotkać się z różnymi stanowiskami, np. dotyczącymi tego, w jakim wymiarze i w jaki sposób dokonywać zabiegów związanych z korektą wędzidła języka? Kto ma kierować na zabieg? Kto ma wskazywać, w jaki sposób i w jakim zakresie tenże zabieg powinien być wykonywany? Należy więc koniecznie podejmować kolejne próby rozwiązywania tychże niejasności, a także precyzyjniej wyznaczać granice poszczególnych profesji. Dyskusja między przedstawicielami medycyny, logopedii, fizjoterapii czy psychologii jest niezbędna w celu wypracowania klarownej sytuacji, a jej owoce mogą mieć pozytywny wpływ zarówno na proces współpracy pomiędzy specjalistami, a przez to często również na efektywność działań, jak i na sposób postrzegania samych specjalistów przez osoby korzystające z ich usług. W związku z powyższym warto precyzyjnie na tyle, na ile to możliwe uregulować wspomniane kwestie.

Obecnie, co zostało już zaznaczone, logopedia jest w fazie dynamicznego rozwoju. Wpływ na tę sytuację ma również rozwój nauk, z których czerpie, m. in. medycyny oraz lingwistyki. Coraz więcej osób praktykuje w zawodzie logopedy, pojawiają się również nowe opracowania naukowe związane z poszczególnymi zagadnieniami. Co ważne, „osoba poznająca rzeczywistość za pomocą umysłu stale wątpi i poszukuje odpowiedzi na pytania. Oznacza to, że naukowiec także pyta. W logopedii spotykają się dwie ścieżki: budowanie teorii i praktyka. Rozwijająca się logopedia powinna dążyć (i dąży) do spotkania logopedycznych procedur naukowych z praktyką, co oznacza sprawdzanie stosowanych od lat metod, np. usprawniania

realizacji fonemów”¹⁴⁰. Postęp warunkuje więc namysł badawczy oraz wyciąganie konstruktywnych wniosków.

Wraz z postępem logopedii pojawiają się różne obszary specjalności w jej obrębie, takie jak np.:

- neurologopedia – zajmuje się diagnozowaniem i terapią zaburzeń mowy i komunikacji, które są spowodowane uszkodzeniami układu nerwowego;
- surdologopedia – skupia się wokół diagnozowania i terapii zaburzeń mowy u osób z nieprawidłowościami w obrębie narządu słuchu;
- balbutologopedia – zajmuje się diagnozowaniem i terapią zaburzeń płynności mowy, takich jak jąkanie się czy bełkot;
- oligofrenologopedia – zajmuje się diagnozowaniem u i terapią zaburzeń mowy u osób z niepełnosprawnością intelektualną,
- wczesna interwencja logopedyczna – koncentruje się wokół diagnozowania i terapii nieprawidłowości u najmłodszych dzieci, tak aby wykrywać i zapobiegać późniejszym trudnościom;
- onkologopedia – zajmuje się na diagnozowaniu i terapii zaburzeń mowy, które są wynikiem chorób onkologicznych lub procesu leczenia;
- gerontologopedia – skupia się na diagnozowaniu i terapii zaburzeń mowy u osób starszych, które mogą wynikać z naturalnego procesu starzenia się, chorób wieku podeszłego lub chorób neurologicznych;
- logopedia medialna, logopedia artystyczna – dotyczy diagnozowania i terapii zaburzeń mowy, a także doskonaleniu wymowy, dykcji bądź innych elementów u osób, które pracują w mediach lub występują publicznie, takich jak dziennikarze, prezenterzy lub aktorzy;
- psychologopedia – koncentruje się na diagnozowaniu i terapii zaburzeń mowy, które są wynikiem zaburzeń emocjonalnych lub psychologicznych;
- orofacjologopedia¹⁴¹ – skupia się na diagnozowaniu i terapii zaburzeń mowy wynikających z nieprawidłowości anatomicznych lub funkcjonalnych narządów mowy.

¹⁴⁰ D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, dz. cyt., s. 291.

¹⁴¹ Termin zaproponowany przez D. Plutę-Wojciechowską.

K. Szewczyk stawia tezę, że „najpierwszym zadaniem [medycyny¹⁴²] jest zapobieganie wzrostowi bólu i cierpień człowieka ponad konieczną miarę wynikającą z ludzkiej kondycji”¹⁴³. Analogicznie można stwierdzić, że zadaniem logopedii jest zapobieganie oraz korygowanie nieprawidłowości językowych i komunikacyjnych ponad konieczną miarę wynikającą z ludzkiej kondycji. Logopeda powinien patrzeć na pacjenta podmiotowo i holistycznie, uwzględniając w trakcie działań terapeutycznych zarówno możliwości, potrzeby, jak i oczekiwania pacjenta. Postępowanie terapeuty powinno opierać się na uprzednio postawionej diagnozie (która może być modyfikowana w trakcie procesu i powinna być poddawana ewaluacji), biorąc pod uwagę również wyniki badań naukowych związanych z określonym zaburzeniem, zgodnie z EBP – czyli praktyką opartą na dowodach¹⁴⁴.

Specyfika pracy w ramach logopedii może implikować szereg dylematów, które mogą być rozpatrywane również z perspektywy etycznej¹⁴⁵. Trudności tego rodzaju mogą występować również w innych zawodach, np. w medycynie czy psychologii. Specyfika logopedii powoduje jednak, że w swej istocie nie będą się one w pełni pokrywać z żadną inną profesją.

3.2. Podmiotowość pacjenta

Wykonywanie pracy logopedy nieodłącznie związane jest z pracą z drugim człowiekiem – osobą, która stając przed specjalistą, oczekuje pomocy¹⁴⁶. Inny staje naprzeciw terapeuty, odsłaniając to, co często niełatwe i bolesne. Trudności związane z występującymi dysfunkcjami w obrębie sprawności czy kompetencji językowej lub komunikacyjnej, bądź wchodzące w obydwa obszary, są bardzo istotne w kontekście funkcjonowania jednostki i często mają wpływ na jej życie. To bowiem język i komunikacja, wpisane w naturę człowieczeństwa, stanowią istotny element konstytuujący jednostkę jako taką. Człowiek, który staje przed logopedą, może być człowiekiem cierpiącym – świadomym bądź nieświadomym pewnych trudności

¹⁴² Dopisek D.P.-P.

¹⁴³ K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Lódź 2001.

¹⁴⁴ Zagadnienie EBP zostanie rozwinięte w dalszej części rozprawy.

¹⁴⁵ Kwestii tej będzie także poświęcony rozdział 5.

¹⁴⁶ W niniejszej pracy osobę korzystającą z usług logopedy będę nazywała zamiennie „pacjentem”, „klientem”, w szczególnych przypadkach „uczniem”. W pracy będę również używała narracji z perspektywy I. os. l. mn. – mając na uwadze *nas* jako logopedów.

językowych i/lub komunikacyjnych. To spotkanie czyni logopedę odpowiedzialnym¹⁴⁷ za *Innego* i powoduje wytworzenie relacji. Wraz z człowiekiem, który staje przed logopedą, pojawia się często jego rodzina. Wyłaniają się więc kolejne istoty ludzkie, które stają przed logopedą być może wraz ze swoimi zmartwieniami i lękami, często szukając pomocy i wsparcia oraz odpowiedzi na nurtujące ich pytania.

Człowiek staje przed logopedą twarzą w twarz i oczekuje pomocy w jakimś zakresie. Konieczna jest więc odpowiednia diagnostyka, stałe monitorowanie stanu pacjenta oraz właściwe dopasowywanie optymalnej metody do konkretnego przypadku. Nie można stosować jednego i wyłącznego, sztywnego schematu postępowania, jednej metody wobec każdego pacjenta. Każdego człowieka należy traktować indywidualnie i niepowtarzalnie – jako kogoś wyjątkowego. Zgodnie z ujęciem personalistycznym tylko takie podejście jest odpowiednie. Dostosowywanie metody pracy terapeutycznej do wartości, potrzeb i możliwości jednostki jest wyrazem szacunku do drugiego człowieka oraz gotowości do niesienia mu pomocy i jedynie takie postępowanie wydaje się być etycznie dopuszczalne. Postawiona na początku drogi diagnoza nie jest diagnozą ostateczną. Człowiek bowiem jest w gotowości do zmiany i podczas procesu terapeutycznego rozpoznanie wstępne może zostać zmodyfikowane oraz powinno być poddawane ewaluacji.

Logopeda zajmuje się profilaktyką, diagnozuje i prowadzi terapię logopedyczną lub zajęcia o charakterze logopedycznym. Może prowadzić warsztaty lub prelekcje czy szkolenia. Pomaga w usprawnianiu działających nieprawidłowo funkcji, by przybliżyć człowieka ku lepszemu, by nakierować pacjenta na rozwój, w taki sposób, by dana osoba mogła w jak najlepszy sposób funkcjonować w społeczeństwie, w zakresie sprawności i kompetencji językowej oraz komunikacyjnej. Trudności językowe mogą wpływać również na samoocenę danego człowieka oraz jego postrzeganie przez innych; np. trudności w komunikacji z drugim człowiekiem mogą rodzić frustrację, a zaburzenia artykulacyjne mogą mieć wpływ na obniżenie poczucia własnej wartości.

Warto zwrócić uwagę również na to, że podczas spotkania z drugim człowiekiem, także osoba logopedy na niego oddziałuje. Logopeda staje przed pacjentem w swej niepowtarzalności osobowej, wyjątkowości, co również jest istotne w kontekście prowadzonych rozważań. W relacji pacjent-logopeda często pojawiają się jeszcze inne osoby: rodzice, rodzina, czy inni terapeuci, w kontakcie z którymi również winniśmy

¹⁴⁷ Kwestia odpowiedzialności zostanie również podjęta w rozdziale 4.3.2.

pamiętać o postawie dialogicznej, opartej na współpracy, wzajemnym szacunku, zaufaniu i podejściu personalistycznym. Wspólne wartości, które ukierunkowują relację, pozwalają na to, by przebiegała ona ku polepszeniu egzystencji osoby, w której terapię się angażujemy. Warto w tym miejscu przywołać słowa z imperatywu kategorycznego I. Kanta: „Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twej osobie, jako też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka”¹⁴⁸. Jednostka bowiem posiada w swym człowieczeństwie pełnię godności i powinna być zawsze traktowana jako cel sam w sobie, nigdy jako środek do celu – co podkreśla jej podmiotowość.

Warto również zwrócić uwagę na kwestię komunikacji z pacjentem. Odpowiedni sposób prowadzenia dialogu przez logopedę z pacjentem powinien być wpisany w jego profesję. Etyka zawodowa obliguje bowiem do tego, by komunikować się w sposób skuteczny i efektywny, z właściwą empatią i subtelnością oraz poszanowaniem drugiego człowieka i wrażliwością w przekazywaniu komunikatów. W kontakcie z pacjentem logopeda musi więc dbać o właściwy sposób przekazywania komunikatów. Istotne jest, aby dobierał sposób komunikacji do osoby, z którą rozmawia oraz do konkretnej sytuacji, a także dostosowywał do wieku, możliwości psychofizycznych, intelektualnych i stanu emocjonalnego współrozmówcy. Również w tym zakresie konieczne jest więc indywidualne podejście w stosunku do konkretnej osoby.

Ważnym aspektem w komunikacji jest również zwrócenie uwagi na różnice w posiadanej wiedzy specjalistycznej pomiędzy logopedą a pacjentem. Logopeda to profesjonalista. Wiedza pacjenta lub członków jego rodziny jest jednak najczęściej wiedzą powierzchowną – pochodzącą przede wszystkim ze stron internetowych, forów czy rozmów z innymi nieprofesjonalistami. Zakładając taką sytuację, logopeda musi być w gotowości do wyjaśnienia pacjentowi lub jego rodzinie nurtujących zagadnień i w sposób spokojny rzetelnie odnieść się do wiedzy posiadanej przez pacjenta lub członków jego rodziny. Właściwe wytłumaczenie sytuacji, jej zrozumienie bądź podejmowanie prób zrozumienia przez współrozmówcę oraz rozwianie wątpliwości mogą mieć kluczowe znaczenie dla powodzenia współpracy. Warto pamiętać o tym, że osoba przekazująca dane informacje ma wpływ na to, w jaki sposób to robi, jakiego języka używa i czy precyzyjnie odpowiada na pytania i wątpliwości współrozmówcy. Nie ma natomiast do końca wpływu na to, jak druga strona odbierze to, co zostaje mu

¹⁴⁸ I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, tłum. M. Wartenberg, PWN, Warszawa 1971, s. 62.

przekazane. Może jednak skorzystać np. z narzędzia, jakim jest parafraza, by upewnić się, że została dobrze zrozumiana. Przydatnym może również być spisanie wniosków, tak by nie było wątpliwości, co do tego, że zostały przekazane konkretne informacje.

Zdarzają się również sytuacje, w których osoba przychodząca do danego logopedy konsultowała się już z innymi specjalistami, lekarzami czy logopedami. Co zrobić w sytuacji, gdy aktualnie konsultujący logopeda ma odmienne zdanie od innych specjalistów, logopedów czy lekarzy? Najlepiej merytorycznie wytłumaczyć, z czego wynika obrane podejście. Ważne, by w trakcie dyskusji nie dyskredytować innych osób – nie wiadomo w końcu, czym dokładnie było podyktowane ich zdanie i tak naprawdę nie ma się pewności, co dana osoba miała na myśli, prezentując ten czy inny pogląd. W tym momencie istotnym jest również to, że dany komunikat przekazywany jest przez osobę trzecią, która – zazwyczaj jako niespecjalista – mogła w jakiś sposób zniekształcić komunikat, który został jej przekazany. Jeżeli pojawia się potrzeba dialogu, wyjaśnienia danej sytuacji z innym logopedą lub specjalistą czy lekarzem, to warto skontaktować się bezpośrednio z osobą zainteresowaną lub poprosić o informację pisemną i podjąć dyskusję na temat odmienności zdań w danym zakresie.

Istnieją również sytuacje, w których dziecko lub dorosły trafia do specjalisty już po raz wtóry, mając doświadczenia uczestnictwa w wielu terapiach u różnych innych specjalistów. Pacjent i jego najbliżsi mogą być już np. zniechęceni, rozczarowani, zdezorientowani lub zmęczeni brakiem wymiernych rezultatów wcześniejszych terapii. Ważne jest, aby przyjąć ich z całym bogactwem doświadczeń i emocji i podjąć próbę współpracy – jeżeli oczywiście pomoc w danym obszarze jest w granicach kompetencji danego logopedy. Rozmowa z pacjentem lub członkiem jego rodziny, rzetelne, szczerze, oparte na wiedzy i doświadczeniu perspektywy terapeutyczne mogą na nowo rozbudzić chęć do działania i motywację u osób, które od dłuższego czasu podejmują się walki z danymi trudnościami. Warto budować relację na wzajemnym zaufaniu i bezpieczeństwie, co będzie wpływać na jej trwałość.

Niezbędna jest także koncentracja *stricte* na pacjencie – zrozumienie jego lęków, trosk, pytań, dylematów. A także szukanie optymalnego rozwiązania problemu lub problemów, z którymi dany człowiek przychodzi oraz postrzeganie sytuacji w taki sposób, by problem pacjenta stał się problemem wspólnym (biorąc pod uwagę jedynie płaszczyznę logopeda-pacjent). Zrozumienie drugiej osoby, wzięcie pod uwagę jej trosk, jest bardzo ważnym elementem komunikacji w relacji logopeda-pacjent. Wyjaśnienie i zrozumienie sytuacji ponownie jest kluczową kwestią. A w przypadku

osób, których możliwości poznawcze nie pozwalają na rozumienie i zrozumienie sytuacji – ważne jest programowanie terapii i zaleceń tak, aby były dla pacjenta zarówno wartościowe terapeutycznie jak i nie powodowały zniechęcenia i wycofywania się.

Niezbędne jest również odpowiednie dostosowanie gabinetu, aranżacja przestrzeni, która umożliwi rozmowę i prowadzenie działań logopedycznych w sprzyjających warunkach. Nawiązywanie relacji z pacjentem i jego rodziną zaczyna się bowiem już od momentu przekroczenia progu gabinetu i od tej właśnie chwili powinno się zadbać o dobry kontakt z drugą osobą. Warto również zadbać o pewne szczegóły w komunikacji interpersonalnej, takie jak np. dostosowanie odpowiednio wysokości do osoby mówiącej, tak by znajdować się fizycznie na tym samym poziomie. Istotna jest również spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych, a także słuchanie pacjenta – tego, co mówi, w jaki sposób to robi, obserwowanie komunikatów niewerbalnych, emocji, ciała pacjenta, komunikowanie mu tego, co robimy, tak by rozumiał sens i cel naszych działań, a także uszanowanie przestrzeni fizycznej, które jest bardzo ważnym elementem współpracy. Do tego zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa i komfortu psychofizycznego, a także właśnie uważność na jego przeżycia i emocje.

Spotkanie terapeutyczne z pacjentem często odbywa się na obcym dla niego terenie, wyłączając sytuacje, w których realizowane są wizyty domowe. Zdarza się, że dana osoba jest chora bądź jest osobą z niepełnosprawnością, posiada jakąś trudność lub dysfunkcję w pewnym obszarze. Dlatego tym bardziej ważne jest, by okazać wsparcie, życzliwość i empatię. By być otwartym na drugiego człowieka. Niezwykle istotnym jest również dostosowanie tempa pokonywania danych trudności do danej osoby. Zapewnienie komfortu psychicznego i dogodnego – bezpiecznego środowiska pracy rzutuje na efektywność terapii logopedycznej. W końcu sytuacja stresująca może mieć negatywny wpływ na procesy uczenia się i pamięć.

Istotną kwestią będzie również sprawa dystansu w trakcie zajęć logopedycznych. E. Hall, różnicuje dystans w następujący sposób:

- dystans intymny – wchodzi w niego jedynie osoby najbliższe:
 - faza bliższa – kontakt bezpośredni dotykowy, do 14 cm
 - faza dalsza – 14–45 cm
- dystans indywidualny (osobniczy) od 45 do 120 cm. – oznacza sferę prywatną i dopuszczane są w niej osoby, które są dobrze znane, członkowie rodziny:

- faza bliższa – 45–75 cm
- faza dalsza – 75–120 cm
- dystans społeczny od 120 do 360 cm – stanowi dystans dostępny dla ludzi, którzy są obcy oraz znajomi, jest to dystans oficjalny:
 - faza bliższa – 1,2–2,1 m
 - faza dalsza – 2,1–3,6 m
- dystans publiczny - powyżej 3,5 metra – odległość zachowywana wobec ludzi publicznych:
 - faza bliższa 3,6–7,5 m
 - faza dalsza – powyżej 7,5 m¹⁴⁹.

W trakcie zajęć logopedycznych przestrzeń terapeutyczna jest bardzo bliska; logopeda często wkracza przecież w dystans intymny, w związku z czym należy pamiętać o tym, by zachować tu ostrożność. Zwracać uwagę na emocje i odczucia pacjenta – być wrażliwym i empatycznym oraz szanować granice drugiego człowieka. Istotna jest również zgoda na wejście w bliższy dystans, zbliżenie się fizyczne do pacjenta – werbalna lub niewerbalna. Powinno się zawsze o nią pytać. Osoba komunikująca się werbalnie może poprzez słowo czy gest np. skinienia głową tę zgodę wyrazić, natomiast pracując z pacjentem, mającym trudności w komunikacji werbalnej – również pytajmy i bądźmy uważni na to, jakie sygnały komunikacyjne wysyła – czy ciało pacjenta pozwala na kontynuowanie pracy w zamierzony przez logopedę sposób. Jeżeli nie, to warto zmodyfikować sposób pracy lub zmienić tempo, by wkraczanie w przestrzeń intymną pacjenta było jak najbardziej komfortowe. W zależności od danej osoby może być konieczne stopniowe zmniejszanie dystansu fizycznego i osvajanie z bliskim kontaktem z terapeutą.

Niezbędne jest również rozumienie przez pacjenta zjawiska, nad którym w danym momencie jest wykonywana praca – jeżeli rozumienie to umożliwiają możliwości intelektualne i psychofizyczne pacjenta. Warto upewnić się, czy pacjent zna i rozumie cel oraz sens¹⁵⁰ danego działania oraz w razie potrzeby wytłumaczyć to w sposób jasny i klarowny. Należy również urealniać oczekiwania pacjentów i ich rodzin. Człowiek przychodzący do logopedy zazwyczaj ma sprecyzowane swoje oczekiwania lub oczekiwania te mają sprecyzowane jego bliscy. Warto podejmować rozmowę na ten

¹⁴⁹ Por. E. T. Hall, *Ukryty wymiar*, przeł. Teresa Hołówna, PIW, Warszawa 1976, s. 149-186.

¹⁵⁰ Logoterapia w praktyce logopedycznej zostanie omówiona w dalszej części wywodu.

temat i komunikować rozmówcom to, co jest możliwe z perspektywy logopedycznej do spełnienia. Mówić, jak logopeda postrzega daną sytuację, gdzie widzi przestrzeń do działania i wsparcia. Warto komunikować się szczerze, mówić wprost i w zgodzie ze sobą, nie zatajać istotnych informacji, a jednocześnie być pełnym empatii i wrażliwości na drugiego człowieka. Należy opierać się na EBP – Evidence-based practice – czyli praktyce opartej na dowodach, wiedzy i doświadczeniu.

Styl komunikacji musi być nastawiony na pacjenta – korzystne praktyki związane z aktywnym słuchaniem są nieodzownym elementem dobrej, czyli skutecznej i efektywnej komunikacji z rozmówcą. Można wśród nich wyróżnić:

- parafrazowanie – powtarzanie własnymi słowami tego, co zostało powiedziane przez drugą osobę (np. O ile dobrze zrozumiałem to...);
- klaryfikacja – uporządkowanie i uogólnienie najważniejszych elementów wypowiedzi partnera (np. Czy to znaczy, że...);
- precyzowanie – czyli zadawanie szczegółowych pytań po to, aby uzyskać pełniejszy obraz sytuacji;
- podsumowanie – zebranie najważniejszych informacji i ustaleń rozmowy (np. Podsumowując...) – dobrze pod koniec rozmowy ją podsumować, by mieć jasność co do konkluzji;
- zachęta – komunikowanie za pomocą różnych gestów (np. potakiwanie głową), że jesteśmy zainteresowani rozmową.

Bardzo ważne jest również odpowiednie komunikowanie, bez stawiania się wyżej od współrozmówców i tzw. moralizowania. Profesjonalne i zarazem personalistyczne podejście do pacjenta nie może w żaden sposób deprecjonować go podczas komunikacji. Warto zwrócić uwagę na to, aby bez względu na charakter rozmowy traktować drugiego człowieka jako konkretną osobę, zgodnie z personalistycznym ujęciem człowieka jako osoby. Będzie się to przejawiało na przykład w podejściu opartym o szacunek do dziecka, o którym w jego obecności nie powinno się rozmawiać w 3 os. Może to bowiem implikować sytuacje, w których dziecko poczuje się potraktowane przedmiotowo. Ta sama zasada dotyczy wszystkich osób bez wyjątku, nawet tych, które zgodnie z naszą wiedzą i przekonaniem nie są w stanie zdekodować tego, co komunikujemy. Każdy człowiek jest bowiem osobą z wpisaną w człowieczeństwo godnością jako taką i winien być traktowany z przysługującym mu

szacunkiem. Nie wolno też używać nieodpowiednich, infantylnych określeń wobec pacjentów oraz stosować przesadnych zdrobnień – dotyczy to zarówno osób z niepełnosprawnością jak i osób starszych.

Warto również wspomnieć o błędach jatrogennych, czyli tych działaniach, które zamiast polepszyć stan osoby przychodzącej do logopedy, będą miały wpływ na pogorszenie jej stanu. Mogą one pojawiać się na różnych etapach: konsultacji, diagnozy, terapii i być skutkiem różnego rodzaju nieprawidłowych działań: podejmowania złej decyzji, wykonywania nieprawidłowych procedur (np. brak współpracy z innymi specjalistami, nieprawidłowe działania terapeutyczne). Do błędów jatrogennych będą się również zaliczały nieprawidłowe działania komunikacyjne (np. brak przepływu informacji pomiędzy specjalistami, niewłaściwe komunikaty skierowane do pacjenta).

Do logopedy zgłaszają się różni pacjenci, każdy ze swoją indywidualną historią. Mogą znaleźć się również pacjenci pochodzący z różnych kultur. Trzeba być uważnym także w tym zakresie i pracować z pacjentem z odpowiednią wrażliwością oraz zrozumieniem, stosować korzystne praktyki komunikacyjne. Korzystne oraz niekorzystne praktyki w komunikacji z pacjentem zostały zbiorczo przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 5. Komunikacja z pacjentem

Korzystne praktyki w komunikacji z pacjentem	Niekorzystne działania w komunikacji z pacjentem
<ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, • nawiązanie kontaktu z pacjentem już od wejścia przez niego do gabinetu, • dobieranie sposobu komunikacji do pacjenta (zgodnie z wiekiem, możliwościami psychofizycznymi), • otwartość na zrozumienie pacjenta 	<ul style="list-style-type: none"> • pośpiech, • mówienie do pacjenta niezrozumiałym dla niego językiem, • wymądrzanie się, • narzucanie swojego zdania bez uszanowania zdania pacjenta, • rozmawianie przy dziecku w 3. osobie, • infantylizowanie pacjentów

<p>– jego lęków, trosk, punktu widzenia,</p> <ul style="list-style-type: none"> • uczynienie jego problemu wspólnym, • styl komunikacji nastawiony na pacjenta – m. in. aktywne słuchanie, parafrazy, • uszanowanie emocji pacjenta, • słuchanie, obserwacja tego, co komunikuje ciało pacjenta, • komunikowanie pacjentowi, tego co robimy, • tłumaczenie opierające się na schematach, • uszanowanie przestrzeni, • dostosowanie wysokości do mówiącego, • urealnienie oczekiwań, • zapewnienie odpowiedniego miejsca do rozmowy, odpowiednie dostosowanie gabinetu. 	<p>starszych lub osób z niepełnosprawnością,</p> <ul style="list-style-type: none"> • używanie przesadnych zdrobnień.
--	--

Oprac. własne.

3.3. Zawód logopedy i nauczyciela logopedy w Polsce w świetle obowiązującego prawa

W świetle obowiązującego¹⁵¹ Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 11 października 2022 r. w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin artystycznych¹⁵² logopedia nie jest dyscypliną naukową.

¹⁵¹ W podrozdziale 2.3 przedstawiam stan prawny na 28.04.2024.

¹⁵² Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 11 października 2022 r. w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin artystycznych (Dz.U. 2022 poz. 2202 z p. zm.) Dz.U. 2022 poz. 2202: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220002202/O/D20222202.pdf>, dostęp online: 28.04.2024.

Zgodnie z aktualnym stanem prawnym nie istnieje ustawa związana z zasadami wykonywania zawodu logopedy¹⁵³, tak jak na przykład w wypadku lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki i położnej, fizjoterapeuty czy ratownika medycznego, w których istnieją ustawy regulujące wymienione zawody. W roku 2023, w procesie legislacyjnym pojawiła się *Ustawa o niektórych zawodach medycznych*, która obejmowała również regulacje w zakresie zawodu logopedy, logopedzi zostali jednak z niej wykreśleni. Zakłada się, że w przyszłości powstanie *Ustawa o zawodzie logopedy*, w której zawarte będą regulacje związane tylko z tym zawodem. W opinii Z. Tarkowskiego: „łatwiej jest zwalczać ustawę, niż ją tworzyć. Wielce pouczająca jest historia ustawy o zawodzie psychologa. Prace nad nią trwają od 20 lat i końca nie widać. Jedną z kluczowych kwestii spornych jest podział psychologów na nauczycieli psychologów i psychologów. Podobny los może spotkać ustawę o zawodzie logopedy, jeśli prace nad nią zostaną rzeczywiście podjęte. Wówczas ujawnią się z powrotem problemy, które dostrzeżono przy okazji debaty nad *Ustawą o Zawodach Medycznych*. Oto najważniejsze kwestie:

1. Tożsamość zawodowa logopedy

Czy logopeda to zawód medyczny, pedagogiczny, autonomiczny? Czy mamy do czynienia z jednym zawodem czy z dwoma odrębnymi zawodami?

2. Model kształcenia logopedów

Czy mają być to studia jednolite, niejednolite, regulowane (ten sam program) nieregulowane (dowolny program)? Czy ma być egzamin państwowy dla wszystkich absolwentów? Co z dotychczasowymi dyplomami oraz jakie przyjąć kryteria ich uznawalności?

3. Tytuł logopedy

Komu przysługuje tytuł logopedy? absolwentowi studiów logopedycznych, osobie wykonującej zawód w wymiarze pełnym lub niepełnym, jednostce ze stażem zawodowym? Jak ma brzmieć ten tytuł? a może dwa tytuły: logopedy oraz patologa mowy?

¹⁵³ 20.01.2022 roku do konsultacji społecznych trafił projekt Ustawy o niektórych zawodach medycznych, która obejmuje również regulacje w zakresie zawodu logopedy, dostęp online 22.11.2023: <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12355717/12849358/12849359/dokument540421.pdf>. 25.05 2023 logopedzi zostali wykreśleni z projektu tej ustawy.

4. Prawo do wykonywania zawodu

Komu to prawo przysługuje i kiedy się je traci? Jaka jest ciągłość wykonywania zawodu?

5. Ścieżka rozwoju zawodowego

Czy zostaną zachowane dotychczasowe ścieżki rozwoju zawodowego: oświatowa i medyczna? a może wprowadzić nową ścieżkę?

6. Samorząd logopedów

Jaki ma być kształt tego samorządu? Czy przynależność do niego jest dobrowolna czy obowiązkowa? Z jakich środków finansowych ma utrzymywać się samorząd?

7. Rejestr logopedów

Czy powstanie Centralny rejestr Logopedów?

8. Doszkalanie się

Czy logopeda będzie miał prawo, ale i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego, realizowanego w wyznaczonym okresie oraz odpowiednio ocenianego (punkty edukacyjne)?

9. Działalność gospodarcza

Kiedy logopeda nabywa prawo do prywatnej praktyki? Jakie obowiązują standardy dotyczące gabinetów, ich wyposażenia i nazewnictwa?

10. Zakres praktyki

Czy logopeda zajmuje się wszystkimi zaburzeniami mowy niezależnie od wieku pacjenta, czy może czynić to wybiórczo? Jakie mają być specjalizacje w logopedii?

11. Odpowiedzialność i etyka zawodowa logopedów

Czy logopeda wykonuje zawód zaufania publicznego? Czy wolno reklamować usługi logopedyczne? Czy i w jakim zakresie logopeda podlega odpowiedzialności zawodowej za zawinione naruszenie przepisów

związanych z wykonywaniem zawodu?”¹⁵⁴.

Wykonywanie zawodu logopedy wiąże się z posiadaniem odpowiednich kwalifikacji. Należy przede wszystkim zdobyć wymagane wykształcenie kierunkowe. Logopedia jest kierunkiem tworzonym na studiach wyższych I i II stopnia stacjonarnych i niestacjonarnych oraz w ramach studiów podyplomowych, a także w ramach studiów jednolitych magisterskich. Funkcjonuje nie tylko jako samodzielny kierunek, ale również w ramach specjalności, w takich formach jak: filologia polska z logopedią lub pedagogika specjalna z logopedią. System edukacji logopedów w Polsce nie jest ujednoczony. Programy studiów różnią się w zależności od ośrodka kształcenia. Istnieje jednak opracowany w 2019 roku, a następnie zmieniany *Standard kształcenia przygotowujący do zawodu nauczyciela*¹⁵⁵.

W klasyfikacji zawodów i specjalności określone są (i oznaczone numerami) zawody związane z logopedią:

- 2285 Audiofonolodzy i logopedzi
 - 228501 Audiofonolog
 - 228502 Logopeda
 - 228503 Logopeda – neurologopedia
 - 228504 Logopeda – surdologopedia¹⁵⁶.

Kierunek logopedia na poziomie studiów pierwszego stopnia jest aktualnie prowadzony w dziesięciu polskich uczelniach (Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Akademia Nauk Stosowanych w Elblągu, Wyższa Szkoła Administracji i Biznesu im. Eugeniusza Kwiatkowskiego w Gdyni, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Uniwersytet Gdański, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

¹⁵⁴ Z. Tarkowski, *Logopedia opiekuńcza*, „Logopedia” nr 52/1, 2023, s. 338-339.

¹⁵⁵ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r., poz. 453, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20240000453/O/D20240453.pdf> dostęp online 28.04.2024.

¹⁵⁶ Za: https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/kzs/pdf/KZiS_nowa.pdf dostęp online: 28.04.2024

w Warszawie, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy) w zależności od uczelni jako kierunek o profilu ogólnoakademickim lub praktycznym¹⁵⁷.

Logopedia ogólna na poziomie studiów pierwszego stopnia prowadzona jest w formie studiów o profilu ogólnoakademickim na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach¹⁵⁸. Logopedia z audiologią na poziomie pierwszego stopnia prowadzona jest w formie studiów o profilu praktycznym na trzech uniwersytetach (Uniwersytet w Siedlcach, Uniwersytet Łódzki, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie)¹⁵⁹. Logopedia z fonoaudiologią na poziomie pierwszego stopnia prowadzona jest w formie studiów o profilu praktycznym w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku¹⁶⁰. Logopedia z neurodydaktyką na poziomie pierwszego stopnia prowadzona jest w formie studiów o profilu ogólnoakademickim w Uniwersytecie Zielonogórskim.¹⁶¹

Logopedia ogólna i kliniczna na poziomie pierwszego stopnia prowadzona jest w formie studiów o profilu ogólnoakademickim na dwóch uczelniach (Uniwersytet Warszawski, Warszawski Uniwersytet Medyczny)¹⁶². Logopedia z językiem polskim jako obcym na poziomie studiów pierwszego stopnia prowadzona jest w formie studiów o profilu ogólnoakademickim na Uniwersytecie Opolskim¹⁶³. Kierunek logopedia z nauczaniem języka polskiego jako obcego na poziomie studiów pierwszego stopnia

¹⁵⁷ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia, studia pierwszego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁵⁸ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia ogólna i kliniczna, studia pierwszego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia%20og%C3%B3lna&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁵⁹ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia z audiologią, studia pierwszego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia%20z%20fonoaudiologi%C4%85&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁶⁰ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia z fonoaudiologią, studia pierwszego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?pageNumber=1&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC&name=Logopedia%20z%20fonoaudiologi%C4%85&levels=2>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁶¹ Za: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia%20z%20neurodydaktyk%C4%85&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁶² Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia ogólna i kliniczna, studia pierwszego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia%20og%C3%B3lna%20i%20kliniczna&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁶³ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia ogólna i kliniczna, studia pierwszego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia%20z%20j%C4%99zykiem%20polskim%20jako%20obcym&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

prowadzony jest w formie studiów o profilu ogólniakademickim na Uniwersytecie Rzeszowskim¹⁶⁴. Logopedia kliniczna z terapią zajęciową prowadzona jest na poziomie studiów pierwszego stopnia jako studia o profilu ogólniakademickim w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie¹⁶⁵.

Kierunek logopedia na poziomie studiów drugiego stopnia jest natomiast aktualnie¹⁶⁶ prowadzony w jedenastu uczelniach (Uniwersytet Gdański, Uniwersytet Łódzki, Uniwersytet w Siedlcach, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Akademia Nauk Stosowanych w Elblągu, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Uniwersytet Opolski, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie oraz Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie¹⁶⁷) w formie studiów o profilu ogólniakademickim lub praktycznym.

Logopedia ogólna prowadzona jest na poziomie studiów drugiego stopnia w formie studiów o profilu ogólniakademickim w Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach¹⁶⁸. Kierunek logopedia ogólna i kliniczna prowadzony jest na poziomie studiów drugiego stopnia w formie studiów o profilu ogólniakademickim w dwóch uczelniach (Uniwersytet Warszawski, Warszawski Uniwersytet Medyczny)¹⁶⁹. Kierunek logopedia z audiologią prowadzony jest na poziomie studiów drugiego stopnia w formie studiów o profilu praktycznym w Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie¹⁷⁰. Kierunek logopedia z fonaudiologią prowadzony jest na

¹⁶⁴ Za: Strona internetowa RADon, kierunek: logopedia z nauczaniem języka polskiego jako obcego: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia%20z%20nauczaniem%20j%20j%20C4%99zyka%20polskiego%20jako%20obcego&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁶⁵ Za: Strona internetowa RADon, kierunek: logopedia kliniczna z terapią zajęciową: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia%20kliniczna%20z%20terapi%20C4%85%20zaj%20C4%99ciow%20C4%85&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁶⁶ Stan na 28.04.2024.

¹⁶⁷ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia, studia drugiego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=3&pageNumber=1&name=Logopedia&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁶⁸ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia ogólna, studia drugiego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=3&pageNumber=1&name=Logopedia%20og%20C3%B3lna&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁶⁹ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia z fonaudiologią, studia drugiego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=3&pageNumber=1&name=Logopedia%20og%20C3%B3lna%20i%20kliniczna&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁷⁰ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia z audiologią, studia drugiego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=3&pageNumber=1&name=Logopedia%20z%20audiologi%20a&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

poziomie studiów drugiego stopnia w formie studiów o profilu praktycznym w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku¹⁷¹.

Logopedia kliniczna z terapią zajęciową prowadzona jest na poziomie studiów drugiego stopnia w formie studiów o profilu ogólniakademickim w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie¹⁷². Kierunek logopedia i pedagogika szkolna prowadzony jest na poziomie studiów drugiego stopnia w formie studiów o profilu praktycznym w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie¹⁷³.

Logopedia w ramach studiów jednolitych magisterskich prowadzona jest w formie studiów o profilu ogólniakademickim w Uniwersytecie Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie oraz w Uniwersytecie Ignatianum w Krakowie, natomiast w formie studiów o profilu praktycznym w Uniwersytecie Gdańskim^{174 175}.

Wykształcenie z zakresu logopedii można zdobyć, kończąc również studia w formie niestacjonarnej lub na studiach podyplomowych.

Logopedia rozwija się w kierunku specjalizacji. Zatem, gdy już zdobędzie się wykształcenie logopedyczne, można następnie ukończyć studia podyplomowe w ramach różnych specjalności logopedycznych. Obecnie można ukończyć studia podyplomowe, na przykład na kierunkach: neurologopedia, surdologopedia, wczesna interwencja logopedyczna, psychologopedia¹⁷⁶. Pojawiają się również koncepcje kolejnych kierunków, takich jak tyflogopedia czy onkologopedia. Ukończenie

kierunku?levels=3&pageNumber=1&name=Logopedia%20z%20audiologi%C4%85&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC, dostęp online 28.04.2024.

¹⁷¹ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia ogólna i kliniczna, studia drugiego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=3&pageNumber=1&name=Logopedia%20z%20fonoaudiologi%C4%85&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁷² Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia kliniczna z terapią zajęciową, studia drugiego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=3&pageNumber=1&name=Logopedia%20kliniczna%20z%20terapi%C4%85%20zaj%C4%99ciow%C4%85&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁷³ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia i pedagogika szkolna, studia drugiego stopnia: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=3&pageNumber=1&name=Logopedia%20i%20pedagogika%20szkolna&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁷⁴ Za: Strona internetowa RADon, kierunek logopedia jednolite magisterskie: <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=1&pageNumber=1&name=Logopedia&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC>, dostęp online 28.04.2024.

¹⁷⁵ J. Gruba, zwróciła się do rektorów poszczególnych uczelni z prośbą o uzyskanie informacji związanych z prowadzeniem studiów logopedycznych oraz porównała dane pochodzące z systemu z pozyskanymi wiadomościami. Wnioski z tej analizy wykazały, że informacje w systemie Radon są niepełne, za: J. Gruba, *Próba weryfikacji uczelni kształcących logopedów – analiza danych*, [w:] „Przegląd logopedyczno-psychologiczny”, nr 2, 2020, s. 48.

¹⁷⁶ Stan na 28.04.2024.

kierunku neurologopedia na studiach podyplomowych nie daje jednak specjalizacji w ochronie zdrowia – tytuł specjalisty można uzyskać po spełnieniu właściwej procedury oraz zdaniu egzaminu państwowego¹⁷⁷.

Warto również w tym momencie wspomnieć, że przedmioty Etyka dla logopedów czy Etyka w logopedii są realizowane w trakcie studiów. Stanowi to ważny aspekt edukacji przyszłych praktyków, gdyż „sprawność zawodowa w połączeniu z właściwą postawą etyczną jest wiodącą potrzebą codzienności, jest centralnym punktem prakseologii. W odniesieniu do działań logopedycznych ma to znaczenie szczególne. Niejednokrotnie decyduje o efektywności dydaktycznej podjętej terapii, a w konsekwencji o losach indywidualnych i społecznych wielu ludzi”¹⁷⁸. Realizacja wymienionych przedmiotów w ramach kształcenia akademickiego ma więc wpływ na kształtowanie właściwych postaw wśród przyszłych adeptów logopedii, dlatego warto dokładać wszelkich starań, by zajęcia te pozwalały na uzyskanie jak najlepszych efektów i rodziły dobre owoce w późniejszej pracy logopedycznej.

Logopeda może podejmować pracę w przedszkolu, szkole, poradni psychologiczno pedagogicznej, placówce medycznej, gabinecie prywatnym lub w innych placówkach, w których istnieje potrzeba organizowania zajęć logopedycznych.

W zależności od miejsca pracy odmienna będzie forma zatrudnienia. Logopeda w szkole publicznej zatrudniany jest na stanowisku nauczyciela logopedy. Awans w placówkach edukacyjnych odbywa zgodnie z awansem zawodowym nauczycieli zawartym w Karcie Nauczyciela¹⁷⁹. W placówkach niepublicznych oraz placówkach prywatnych warunki zatrudnienia ustalane są przez organ prowadzący.

3 października 2023 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 14 września 2023 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli, którego celem było dostosowanie do nowych standardów kształcenia

¹⁷⁷ Regulacje są zawarte w Ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, Dz.U.2023 poz.506 t.j., <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170000599/U/D20170599Lj.pdf>

¹⁷⁸ K. Błachnio, *Podstawowe zagadnienia dydaktyki i etyki logopedycznej w optymalnym modelu kształcenia specjalistów*, [w:] *Kształcenie logopedyczne. Cele i formy*, dz. cyt., s. 21.

¹⁷⁹ Aktualnie stosuje się następujące stopnie awansu zawodowego nauczycieli:

- nauczyciel początkujący,
- nauczyciel mianowany,
- nauczyciel dyplomowany.

Za: Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2023 r. poz. 984, 1234, 1586, 1672 i 2005) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230000984/U/D20230984Lj.pdf>, dostęp online: 28.04.2024.

nauczycieli. Zgodnie z brzmieniem tego dokumentu: „Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela logopedy w przedszkolach, szkołach i placówkach, o których mowa w § 3 ust. 1, § 4, § 16, § 17 ust. 1, § 18 ust. 1, § 19, § 20 ust. 2 i § 21–23, posiada osoba, która ukończyła:

1) jednolite studia magisterskie prowadzone zgodnie z nowym standardem kształcenia na kierunku:

a) logopedia i posiada przygotowanie pedagogiczne lub

b) na którym jest realizowane wyłącznie kształcenie przygotowujące do wykonywania zawodu nauczyciela w zakresie logopedii i posiada przygotowanie pedagogiczne, lub

c) pedagogika specjalna w zakresie logopedii i posiada przygotowanie pedagogiczne, lub

d) pedagogika specjalna w zakresie innym niż określony w lit. c i posiada przygotowanie pedagogiczne oraz ukończyła studia podyplomowe prowadzone zgodnie z nowym standardem kształcenia w zakresie logopedii, lub

e) na którym jest realizowane wyłącznie kształcenie przygotowujące do wykonywania zawodu nauczyciela, w zakresie pedagogiki resocjalizacyjnej, pedagogiki korekcyjnej (terapii pedagogicznej) lub wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i posiada przygotowanie pedagogiczne oraz ukończyła studia podyplomowe prowadzone zgodnie z nowym standardem kształcenia w zakresie logopedii lub

2) studia pierwszego i drugiego stopnia prowadzone zgodnie z nowym standardem kształcenia na kierunku innym niż pedagogika specjalna, w zakresie:

a) logopedii i posiada przygotowanie pedagogiczne lub

b) pedagogiki resocjalizacyjnej, pedagogiki korekcyjnej (terapii pedagogicznej) lub wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, i posiada przygotowanie pedagogiczne oraz ukończyła studia podyplomowe prowadzone zgodnie z nowym standardem kształcenia w zakresie logopedii, lub

3) studia pierwszego i drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie prowadzone zgodnie z nowym standardem kształcenia na kierunku lub w zakresie innym niż określone w pkt 1 i 2 i posiada przygotowanie pedagogiczne oraz ukończyła studia podyplomowe prowadzone zgodnie z nowym standardem kształcenia w zakresie logopedii, lub

4) studia drugiego stopnia prowadzone zgodnie z nowym standardem kształcenia na kierunku pedagogika specjalna, na podstawie § 39 ust. 2 pkt 2 i ust. 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów, w zakresie logopedii i posiada przygotowanie pedagogiczne, lub

5) studia prowadzone zgodnie z przepisami obowiązującymi przed dniem 3 sierpnia 2019 r. na poziomie wymaganym do zajmowania stanowiska nauczyciela w przedszkolu, danym typie szkoły lub rodzaju placówki określonym w § 3 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 1 lub § 4 pkt 2 i 4 w zakresie logopedii i posiada przygotowanie pedagogiczne, lub

6) studia prowadzone zgodnie z przepisami obowiązującymi przed dniem 3 sierpnia 2019 r. na poziomie wymaganym do zajmowania stanowiska nauczyciela w przedszkolu, danym typie szkoły lub rodzaju placówki określonym w § 3 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 1 lub § 4 pkt 2 i 4 i posiada przygotowanie pedagogiczne oraz ukończyła:

a) studia pierwszego stopnia prowadzone zgodnie z przepisami obowiązującymi przed dniem 3 sierpnia 2019 r. w zakresie logopedii lub

b) studia podyplomowe w zakresie logopedii¹⁸⁰.

Logopedę pracującego w jednostce systemu oświaty działającej zgodnie z przepisami prawa oświatowego aktualnie¹⁸¹ obowiązują obecnie przede wszystkim następujące akty prawne i akty wykonawcze:

- Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2023 r. poz. 984, 1234, 1586, 1672 i 2005),
- Ustawa z 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900, 1672, 1718 i 2005),
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2022 r. poz. 2230 oraz z 2023 r. poz. 1234 i 2005),
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, 1693, 1938 i 2760),

¹⁸⁰ Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 14 września 2023 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli, Dz.U. 2023 poz. 2102, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230002102/O/D20232102.pdf>, dostęp online: 28.04.2024.

¹⁸¹ Stan na 28.04.2024.

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2023 r. poz. 1798),
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka (Dz. U. z dnia 30 sierpnia 2017 roku, poz. 1635),
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, (Dz. U. z 2020 r. poz. 1309).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 14 września 2023 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz.U. 2023 poz. 2102),
- Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 22 lipca 2022 r. w sprawie wykazu zajęć prowadzonych bezpośrednio z uczniami lub wychowankami albo na ich rzecz przez nauczycieli poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz nauczycieli: pedagogów, pedagogów specjalnych, psychologów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i doradców zawodowych (Dz.U. 2022 poz. 1610),
- Rozporządzenie MNiSW z 25 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 453).

W zależności od aktualnej sytuacji (np. epidemiologicznej), wprowadzane mogą być inne, przejściowe przepisy, które obowiązują w danym przedziale czasowym.

Obowiązki logopedy w przedszkolu, szkole i placówce regulują przepisy prawa. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, do zadań logopedy w przedszkolu, szkole i placówce należy przede wszystkim:

1. „diagnozowanie logopedyczne, w tym prowadzenie badań przesiewowych w celu ustalenia stanu mowy oraz poziomu rozwoju językowego uczniów;

2. prowadzenie zajęć logopedycznych dla uczniów oraz porad i konsultacji dla rodziców i nauczycieli w zakresie stymulacji rozwoju mowy uczniów i eliminowania jej zaburzeń;
3. podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powstawaniu zaburzeń komunikacji językowej we współpracy z rodzicami uczniów;
4. wspieranie nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i innych specjalistów w:
 - a. rozpoznawaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów w celu określenia mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i uzdolnień uczniów oraz przyczyn nie-powodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu uczniów, w tym barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola, szkoły i placówki,
 - b. udzielaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej”¹⁸².

Konieczne jest więc monitorowanie zmian obowiązującego stanu prawnego.

Z. Tarkowski zastanawia się: „Czy samodzielny zawód logopedy jeszcze istnieje, skoro pozostali jedynie nauczyciele logopedzi? W 2022 roku MEiN przeprowadziło badania 3302 nauczycieli specjalistów zatrudnionych w szkołach i placówkach na terenie całej Polski. Okazało się, że w 33% tych jednostek nie było logopedy. Na pełnym etacie było zatrudnionych 30%, a niepełnym 36%. Należy podkreślić, że na pełnym („czystym”) etacie są zatrudnieni jedynie nauczyciele logopedzi pracujący w poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz w szkołach specjalnych. Zdecydowana większość nauczycieli logopedów uzupełnia etat nauczycielski dodatkowymi zajęciami logopedycznymi”¹⁸³. Jak wynika z powyższego, w wielu szkołach nauczyciele logopedzi łączą praktykę logopedyczną z pełnieniem innych stanowisk.

Logopedę wykonującego specjalistyczne usługi opiekuńcze obowiązuje m. in.:

¹⁸² Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170001591/O/D20171591.pdf>, dostęp online: 28.04.2024

¹⁸³ Z. Tarkowski, *Logopedia opiekuńcza*, dz. cyt., s. 337.

- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598, z 2006 r. Nr 134, poz. 943 oraz z 2023 r. poz. 395).

Logopedę pracującego w publicznej poradni psychologiczno pedagogicznej obowiązują przede wszystkim następujące rozporządzenia:

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, (Dz. U. z 2023 r. poz. 2061).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych, (Dz. U. z 2023 r. poz. 2499).

Standard kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela pedagoga specjalnego, nauczyciela logopedy i nauczyciela prowadzącego zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka zawiera informację na temat tego, jakie efekty uczenia się powinien posiadać absolwent logopedii.¹⁸⁴ W powyższym dokumencie zawarte są również informacje związane z etyką zawodu logopedy. Biorąc pod uwagę wiedzę – osoba kończąca studia logopedyczne powinna znać zarówno zasady jak i normy etyczne, które obowiązują w zakresie rehabilitacji, edukacji, terapii oraz resocjalizacji. Natomiast w zakresie kompetencji społecznych podkreślona jest gotowość absolwenta wspomnianych studiów do tego, by posługiwał się uniwersalnymi zasadami oraz normami etycznymi w swojej działalności zawodowej oraz kierował się szacunkiem w stosunku do każdego człowieka.

Odmienny sposób rozwoju zawodowego dotyczy logopedów, którzy pracują w placówkach medycznych. Mogą oni uzyskać tytuł specjalisty w dziedzinach, które mają zastosowanie w ochronie zdrowia. Odpowiednie regulacje zawarte są w Ustawie z dnia 24 lutego 2017r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających

¹⁸⁴ Treść dotycząca absolwentów logopedii została zamieszczona w załączniku nr 1 do niniejszej rozprawy.

zastosowanie w ochronie zdrowia¹⁸⁵. Po zakończeniu specjalizacji i zdaniu egzaminu kandydat uzyskuje tytuł specjalisty.

Co oczywiste, obowiązkiem logopedy pracującego w placówce danego typu, jest znajomość i stosowanie się do aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

¹⁸⁵ Ustawa z dnia 24 lutego 2017r.o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia Dz. U. z 2021 r. poz. 1297, 2705. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210001297/U/D20211297Lj.pdf>, dostęp online: 28.14.2024.

4. Kodeks etyczny w pracy logopedy

4.1. Kodyfikacja etyki zawodowej. Cele i zasady kodyfikowania etyki zawodowej

Kodeks (łac. *codex* = księga, spis) stanowi „niesprzeczny układ, system norm regulujący sferę moralną i wyznaczający stosunek jednostki do innych osób, do grupy, do samej siebie oraz w przypadku k. religijno-etycznego (np. dekalog), przede wszystkim do Boga, może występować w formie spisanej lub w formie przekazu ustnego”¹⁸⁶. Idea spisanego kodeksu etycznego sięga czasów Hipokratesa, który sformułował zasady etyki lekarskiej.

Kodeksy etyczne danej grupy zawodowej stworzone są w celu wyznaczenia standardów etycznych w danej dziedzinie. W przypadku wątpliwości natury moralnej pozwalają członkom danej grupy zawodowej na wyznaczenie pewnych standardów etycznych. Ich zasadniczą cechą winna być przejrzystość i jawność¹⁸⁷. Kodeks skonstruowany jest hierarchicznie. Struktura ta ma umożliwiać łatwiejsze rozwiązywanie konfliktów moralnych.

Kodeksy zawodowe mają ustrukturyzowaną budowę. Jak podkreśla Grzegorz Sołtysiak, współczesny kodeks etyczny grup zawodowych powinien mieć następujące elementy:

- wstęp – uzasadnia potrzebę opracowania kodeksu, zawiera informacje o specyfice danej grupy zawodowej; w tej części wskazuje się również najczęściej na cechy danego zawodu, które wiążą się ze szczególną odpowiedzialnością czy zaufaniem społecznym,
- zasady ogólne – zawierają sformułowania odnoszące się do uniwersalnych zasad moralnych,
- część szczegółowa – dotyczy specyfiki danego zawodu lub grupy zawodowej,
- rozstrzygnięcie sporów – związana jest przede wszystkim z trybem powoływania oraz działania instancji, która ma za zadanie kontrolę przestrzegania zasad

¹⁸⁶ *Mały słownik etyczny*, red. S. Jedynek, dz. cyt., hasło: kodeks etyczny.

¹⁸⁷ Por. *Kodeksy etyczne w Polsce*, wybór i wstęp G. Sołtysiak, Wyd. Almam, Warszawa 2006, s. 10.

zawartych w kodeksie oraz odpowiada za rozstrzygnięcie sporów i wymierzanie kar za łamanie kodeksu,

- sankcje – czyli dopełnienie zagadnień związanych z powołaniem komisji arbitralnej¹⁸⁸.

Istnienie kodeksów etycznych może rodzić zarówno pozytywne jak i negatywne konsekwencje; co za tym idzie, mają one swoich zwolenników oraz przeciwników. Co więc korzystnego dają kodeksy? Jak już wspomniałam powyżej, mogą one wskazywać drogę postępowania w danej sytuacji, a także:

- ułatwiać życie i wybory¹⁸⁹,
- zagwarantować w maksymalnym stopniu bezpieczeństwo moralne¹⁹⁰,
- uwalniać od ryzyka, od dwuznaczności wyborów, a w ślad za tym nawet od wyrzutów sumienia¹⁹¹,
- dawać jednostce schronienie przed sądem opinii publicznej (stwarzać możliwość powołania się na racje wyższe «różnie rozumiane» niż one same)¹⁹²,
- uświadamiać wszystkim pracownikom istnienie pewnych wartości etycznych, których nie należy łamać¹⁹³,
- poprawiać wizerunek firmy, zwiększać zaufanie klientów, kontrahentów i partnerów¹⁹⁴,
- w dużym stopniu przyczyniać się do poprawy atmosfery wśród pracowników (dzięki zdefiniowaniu obszarów konfliktowych i pokazaniu dróg wyjścia z takich sytuacji)¹⁹⁵,
- zmniejszać ryzyko korupcji, wykorzystywania majątku firmy do własnych interesów, nepotyzmu i innych uchybień¹⁹⁶.

¹⁸⁸ Tamże, s. 9.

¹⁸⁹ Za: K. Toeplitz, *O niedoskonałości kodeksów (wybrane zagadnienia)*, [w:] *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, red. K. Basińska, J. Halasz, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013, s. 150-151.

¹⁹⁰ Tamże.

¹⁹¹ Tamże.

¹⁹² Tamże.

¹⁹³ Za: *Kodeksy etyczne w Polsce*, dz. cyt., s. 11.

¹⁹⁴ Tamże.

¹⁹⁵ Tamże.

¹⁹⁶ Tamże.

Z drugiej strony, wybrzmiewają również głosy jednoznacznie wskazujące na negatywne konsekwencje istnienia kodeksów. D. Bednarek twierdzi, iż „pewnym problemem związanym z zasadami etycznymi różnych zawodów jest fakt, że z reguły nie odwołują się one wprost do systemów wartości sformułowanych jako filozofia moralna czy teologia moralności. Wymieniają tylko niektóre wartości i nie ujawniają sposobów rozumowania ukrytego za listą zasad. Udostępniają natomiast rejestry reguł postępowania w formie kodeksów”¹⁹⁷. Negatywne opinie wyrażają się również w stanowisku, że kodeksy stanowią wyłącznie formę reklamy danej firmy i są zazwyczaj martwe¹⁹⁸. Jak jednak podkreśla K. Toeplitz, „pozornie kodeksy stanowią martwy zbiór liter i słów. Pozornie. Jeżeli pojedyncza jednostka przyswoi sobie poszczególne elementy kodeksu i/albo ich modyfikacje uzna za swoje, będzie się starała postępować zgodnie z nimi – to kodeks ten przestanie być martwym zbiorem, ożyje w człowieku, w jego praktyce, stanie się czymś żywym!”¹⁹⁹. Dylematy moralne i ich rozwiązywanie odnoszą się jednak zarówno do sumienia, wiedzy, jak i doświadczenia. Nie jest więc możliwe wskazanie „złotej zasady” moralnego postępowania człowieka w każdej sytuacji, która może zaistnieć.

Jako negatywne strony istnienia kodeksu można również wskazać niejasne i niejednoznaczne sformułowanie norm oraz pozorność zobowiązań. Kwestię niedoskonałości kodeksów podnosi L. Kołakowski. Wskazuje on trzy właściwości dobrego kodeksu, które „jak, podejrzewamy, usprawiedliwiają naszą ślepotę na pewne osobliwości życia moralnego, skądinąd wiadome i zgoła nie wymagające odkrywczych badań”²⁰⁰:

- utajone przeświadczenie o zasadniczej symetrii roszczeń i obowiązków,
- wiara w homogeniczny charakter wartości,
- przypuszczenie o zasadniczej zgodności między oceną a normą²⁰¹.

L. Kołakowski podkreśla takie cechy kodeksu jak hierarchizacja i zmierzanie do zupełności. Co więcej, „kodeks mówi nam, które nakazy są bezwarunkowe, a które

¹⁹⁷ D. Bednarek, *Zawód psycholog. Regulacje prawne i etyka zawodowa*, wyd.2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020, s. 78.

¹⁹⁸ *Kodeksy etyczne w Polsce*, dz. cyt., s. 11.

¹⁹⁹ K. Toeplitz, *O niedoskonałości kodeksów (wybrane zagadnienia)*, [w:] *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, dz. cyt., s. 157.

²⁰⁰ L. Kołakowski, *Etyka bez kodeksu*, [w:] tegoż, *Kultura i fetysze. Eseje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 158.

²⁰¹ Tamże.

ograniczone okolicznościami, mówi nam także o tym, jakie wartości należy przedkładać nad inne; żaden kodeks nie jest naprawdę ostatecznie wyczerpujący, jednakże idea kodeksu zawiera w sobie dążność stałą do uzyskania ideału kompletności, a więc do takiego zbioru reguł, które dają się zastosować do dowolnej sytuacji moralnej i zawsze ją przesądzają jednoznacznie”²⁰².

Kołąkowski zwraca też uwagę na kwestię idealności kodeksu, który ma stanowić doskonale rozstrzygalny system, z którego w połączeniu z opisem danej sytuacji, da się wywnioskować dowolny sąd wartościujący bądź też jego negację. Co istotne, „kodeks ma przeobrazić świat wartości w kryształowy pejzaż, gdzie dowolna wartość daje się zawsze zlokalizować i zidentyfikować bez wątpliwości. Otóż idea główna, której chcemy bronić daje się tak oto sformułować: dążenie do kompletnego kodeksu pochodzi z pragnienia doskonałego bezpieczeństwa moralnego, a pragnienie to z kolei jest antagonistyczne względem pewnych fenomenów świadomości, które są niezbędne w celu przeciwdziałania społecznej i moralnej degradacji”²⁰³. Człowiek chce posiadać kodeks moralny, by czuć się bezpiecznie i nie musieć podejmować decyzji. I dalej, „w idealnej swej postaci kodeks ma być zbiorem decyzji abstrakcyjnych, zastępujących dowolną decyzję konkretną; ma być warunkiem wystarczającym każdego rozstrzygnięcia, ma automatycznie zlokalizować każdą sytuację w świecie wartości, zredukować elementy do punktów jednorodnej skali uniwersalnej, unicestwić pole wahań i stworzyć warunki pewności, gdzie zadowolenie z dobrego urzeczywistnienia nakazów daje się, równie dobrze przewidzieć z góry, jak poczucie winy w obliczu dokonanego wykroczenia”²⁰⁴. Jak już powyżej zaznaczono, nie jest możliwe stworzenie takiego idealnego kodeksu moralnego, który dawałby odpowiedzi na wszystkie potencjalne pytania. Mnogość i różnorodność sytuacji, które mogą się wydarzyć, sprawia, że nie da się odpowiednio skodyfikować wszystkich zdarzeń. Postawa moralna osoby, która bezkrytycznie stosuje kodeksy, „zaślepią ludzi w obliczu rzeczywistych własności świata ludzkiego i uspokaja bezmyślną nadziejną integralną świętość w nieświętych warunkach życia, rodzi fanatyzm, nietolerancję, nieodpowiedzialność”²⁰⁵.

I. Lazari-Pawłowska proponuje, by podjąć namysł nad tym, czy i w jakim celu w ogóle formułować zasady moralne (z pominięciem samego słowa „kodeks”). Autorka

²⁰² Tamże, s. 152-153.

²⁰³ Tamże.

²⁰⁴ Tamże, s. 156-157.

²⁰⁵ Tamże, s. 170.

uważa, „że w odniesieniu do ludzi, których działalność zawodowa wiąże się z ryzykiem wyrządzenia komuś dotkliwej szkody, czynić to warto i czynić należy. Cenna jest autonomia jednostki, suwerenne wyważanie racji w sytuacjach konfliktowych, samodzielne podejmowanie decyzji, w działalności zawodowej jednak autonomia ta powinna być moim zdaniem ograniczona”²⁰⁶.

Co ważne, „formułowanie zbioru zasad obowiązujących daną grupę zawodową nie byłoby – rzecz jasna – potrzebne, gdyby można było polegać na dyspozycjach psychicznych ludzi poszczególnych zawodów, na ich moralnej wrażliwości, na niezawodnie dobrej woli. Byłby to jednak nadmierny optymizm. Trzeba też liczyć się z tym, że ludzie najlepszej woli przy uważnym wniknięciu w specyfikę sytuacji mogą ewentualnie w odmienny sposób rozstrzygnąć niektóre konflikty wartości, a przecież uzgodnienia i ujednolicenia bywają niezbędne również tam, gdzie za jedną i drugą wartością przemawiają mocne racje”²⁰⁷.

W kształtowaniu moralnego charakteru jednostki duże znaczenie ma uczenie się od osoby, która reprezentuje wysoki poziom moralny, a nie sam fakt istnienia kodeksu i możliwość korzystania z niego. Jak podkreśla I. Lazari-Pawłowska, „dawniej młodzi adepci danego zawodu mieli szansę, że w relacji z «Mistrzem» – o ile «Mistrz» reprezentował wysoki poziom moralny – ukształtuje się na odpowiednim poziomie ich etos zawodowy. Dziś przygotowanie do zawodu pozbawione jest z reguły bliższych więzi osobowych. Sądzę, że byłoby dobrze, gdyby młody człowiek, który stoi przed wyborem zawodu, miał okazję zapoznać się nie tylko z tym, jakich dany zawód będzie wymagał od niego umiejętności, ale także, jakie są z tym z zawodem związane oczekiwania moralne”²⁰⁸.

Zasadnicze pytanie, które warto w tym miejscu postawić, brzmi: po co logopedzie kodeks etyczny? W rzeczywistości nie wszystkie zawody mają i powinny mieć kodeks etyczny. Potrzeba ich tworzenia zachodzi, gdy w danej profesji brane są pod uwagę najważniejsze wartości moralne (np. życie, zdrowie, bezpieczeństwo czy sprawiedliwość) oraz gdy samodzielna praca ma bezpośredni wpływ na drugiego człowieka. Zawód logopedy spełnia te warunki. Wykonywanie go winno wiązać się z wysokim poziomem etycznym oraz zawodowym. Ilu logopedów zdaje sobie sprawę z tego, że istnieje kodeks etyczny? Ilu logopedów zaznajomiło się z jego treścią? Ile osób

²⁰⁶ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa bez kodeksu*, [w:] „Etyka”, nr 27, 1994, s. 177.

²⁰⁷ Tamże.

²⁰⁸ Tamże, s. 179.

zrobiło to w ramach zajęć na studiach logopedycznych (by być może następnie zapomnieć o jego istnieniu)? Dla ilu osób kodeks jest pomocny w rozwiązywaniu problemów i dylematów moralnych?

W jaki sposób logopeda może korzystać z kodeksu etycznego? Z całą pewnością nie chodzi o bezrefleksyjne przestrzeganie ujętych w nim norm. Dokument wskazuje drogę, kierunek, zaś namysł nad jego treścią pozwala na doskonalenie moralne. To odpowiednio ukształtowany charakter moralny pozwala na podejmowanie odpowiednich decyzji, kodeks zaś stanowić może jedynie wskazówkę w postępowaniu. Pragnę podkreślić w tym miejscu, że ideałem jest postawa, gdy chęć doskonalenia moralnego wypływa z wewnętrznego pragnienia jednostki.

4.2. Kodeks etyczny Amerykańskiej Organizacji Mowy i Słuchu

Kodeksy etyczne zostały opracowane przez różne organizacje zrzeszające logopedów na świecie. Jedną z takich organizacji jest Amerykańska Organizacja Mowy i Słuchu (The American Speech-Language-Hearing Association w skrócie: ASHA²⁰⁹). Pierwszy Kodeks Etyki Stowarzyszenia został sformalizowany w 1952r. i od tego czasu był wielokrotnie modyfikowany i dostosowywany do aktualnych problemów i dylematów dotyczących praktyki zawodów, które wchodzi w skład organizacji.

Kodeks Etyczny ASHA opiera się na zasadach związanych z obowiązkami, odpowiedzialnością i uczciwością. Ma na celu zapewnienie dobra osób korzystających z usług osób zrzeszonych w ASHA oraz dbanie o dobre imię organizacji. Odzwierciedla wartości i oczekiwania zarówno w zakresie naukowym jak i praktycznym. Jego celem jest wsparcie profesjonalistów w zakresie codziennych dylematów związanych z etyką zawodową. Stanowi pomoc dotyczącą zasad etycznych i standardów, jakich oczekuje się od audiologów, logopedów, językoznawców i naukowców zajmujących się słuchem.

Kodeks Etyki opracowany przez ASHA ma zastosowanie w przypadku następujących osób:

- członków ASHA posiadających Certyfikat Kompetencji Klinicznych,
- członków ASHA nieposiadających Certyfikatu Kompetencji Klinicznych,

²⁰⁹ Informacje zamieszczone w tym podrozdziale za: <https://www.asha.org/siteassets/publications/code-of-ethics-2023.pdf>, dostęp online: 28.04.2024; Code of Ethics The American Speech-Language-Hearing Association <https://www.asha.org/Code-of-Ethics/>, dostęp online: 28.04.2024, tłum. D. P.-P.

- osób niebędących członkiem ASHA posiadających Certyfikat Kompetencji Klinicznych,
- osób ubiegających się o certyfikat ASHA lub o członkostwo i certyfikat ASHA.

Członkowie ASHA, którzy świadczą usługi kliniczne, mają obowiązek posiadania Certyfikatu Kompetencji Klinicznych, a także muszą przestrzegać Kodeksu Etyki. Osoby posiadając certyfikat ASHA i/lub członkostwo lub składając wniosek, podlegają jurysdykcji Zarządu ASHA. Podstawy etycznego postępowania określają Cztery Zasady Etyki, które stanowią filozoficzną podstawę Kodeksu Etyki i znajdują odzwierciedlenie w następujących obszarach:

1. odpowiedzialność wobec osób, którym świadczy się usługi i za uczestników badań;
2. odpowiedzialność za swoje kompetencje zawodowe;
3. odpowiedzialność wobec opinii publicznej;
4. odpowiedzialność za relacje zawodowe.

Kodeks etyczny ma na celu zapewnienie wskazówek członkom, certyfikowanym osobom i aplikantom podczas podejmowania decyzji. Nie stanowi jednak oczywiście narzędzia, które odnosi się do konkretnych sytuacji i nie obejmuje wszystkich możliwych dylematów etycznych. Przestrzeganie wyżej wymienionego Kodeksu Etycznego oraz jego egzekwowanie skutkuje wzrostem prestiżu zawodowego dla wspomnianych zawodów, a także przynosi korzyści dla osób korzystających z pracy audiologów, logopedów, językoznawców i naukowców zajmujących się słuchem²¹⁰.

4.3. Analiza porównawcza kodeksów etycznych naczelných polskich organizacji zrzeszających logopedów – Polskiego Towarzystwa Logopedycznego i Polskiego Związku Logopedów

Podejmowany temat implikuje konieczność głębszego zastanowienia się nad samymi informacjami zawartymi w kodeksach logopedów. Punktem wyjścia rozważań

²¹⁰ <https://www.asha.org/siteassets/publications/code-of-ethics-2023.pdf>, dostęp online: 28.04.2024.

będą więc ich teksty. Analizie porównawczej zostaną poddane kodeksy opracowane przez Polskie Towarzystwo Logopedyczne i Polskie Związki Logopedów²¹¹. Wymienione organizacje zrzeszają logopedów w Polsce. Obydwa kodeksy zostały stworzone na podstawie Kodeksu Etycznego Działalności Zawodowej Logopedów ustalonego przez stowarzyszenia zrzeszone w CPLOL/LCSTL (Komitet Stałej Łączności Ortofonistów, Terapeutów Mowy i Logopedów Unii Europejskiej)²¹². W związku z powyższym są one do siebie bardzo podobne, obserwuje się jednak pewne różnice, co zostanie podkreślone w dalszej części rozważań. Omówione zostaną także najważniejsze pojęcia, istotne z punktu widzenia prezentowanego zagadnienia. Kodeksy te stanowią aktualnie²¹³ jedyne nieformalne regulacje etyczne zawodu logopedy.

4.3.1. Informacje ogólne

Kodeks Etyczny Logopedy, opracowany przez Polskie Towarzystwo Logopedyczne, zawiera zasady etyczne związane z wykonywaniem zawodu logopedy w Polsce. W myśl tego dokumentu, „podstawowym zadaniem logopedy jest profesjonalne prowadzenie profilaktyki, diagnozy i terapii logopedycznej, systematyczne pogłębianie wiedzy oraz szerzenie wiedzy logopedycznej w społeczeństwie. Logopeda prezentuje wysoki poziom etyczny i zawodowy, tak pod kątem dobra pacjenta, jak i reputacji zawodowej. W postępowaniu wykazuje się taktem, delikatnością i kulturą osobistą”²¹⁴.

Kodeks składa się z zasad skupionych wokół pięciu punktów:

1. Wskazania ogólne.
2. Działalność Zawodowa.
3. Odpowiedzialność w stosunku do pacjenta.
4. Odpowiedzialność w stosunku do innych logopedów.

²¹¹ W aneksie do rozprawy zostały załączone zarówno Kodeks Etyczny Logopedów opracowany przez Polskie Towarzystwo Logopedyczne jak i kodeks etyczny logopedy Polskiego Związku Logopedów.

²¹² Kodeks Etyczny i działalność zawodowa logopedów, ustalone przez stowarzyszenia zrzeszone w CPLOL/LCSTL <http://www.jakanie-terapia.pl/aktualnosci/50-kodeks-etyczny-i-dzialalnosc-zawodowa-logopedow>, dostęp online: 28.04.2024.

²¹³ Stan na 28.04.2024.

²¹⁴ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

5. Etyczne wskazania dla nauki.

Natomiast (analogicznie) zgodnie z Kodeksem Etycznym Logopedy PZL: „podstawowym zadaniem logopedy jest profesjonalne prowadzenie profilaktyki, diagnozy i terapii logopedycznej oraz systematyczne pogłębianie wiedzy. Logopeda prezentuje wysoki poziom etyczny i zawodowy, tak pod kątem dobra pacjenta, jak i reputacji zawodowej. Kodeks przedstawia wytyczne do wykonywania zawodu logopedy w Polsce”²¹⁵.

Kodeks składa się z sześciu następujących punktów:

1. Odpowiedzialność osobista.
2. Działalność zawodowa.
3. Odpowiedzialność w stosunku do pacjenta.
4. Odpowiedzialność w stosunku do innych logopedów.
5. Odpowiedzialność w stosunku do Polskiego Związku Logopedów.
6. Etyczne wskazania dla nauki.

Powyższe struktury kodeksów różni jedynie nazewnictwo punktu pierwszego, gdzie w pierwszym został określony jako „wskazania ogólne”, w drugim zaś jako „odpowiedzialność osobista”. Punkt drugi różni jedynie duża litera użyta w wyrazie „zawodowa” w odniesieniu do odpowiedzialności w kodeksie opracowanym przez PTL. W kodeksie etycznym logopedy PZL znajduje się również dodatkowy punkt związany z odpowiedzialnością wobec Polskiego Związku Logopedów.

Analizując wspomniane kodeksy pod kątem obowiązków/zobowiązań logopedy, można dostrzec głównie różnice w powinnościach, zaleceniach i obowiązkach.

4.3.2 Kwestia odpowiedzialności

Odpowiedzialność jest gotowością ponoszenia konsekwencji swoich zachowań, wyborów i decyzji²¹⁶. M. Nowicka-Kozioł wskazuje na odmienne rozumienie tego terminu. Podkreśla, że „poczucie odpowiedzialności zawiera także inne, równie ważne warstwy znaczeniowe – odczucie powinności, czy nawet konieczności podjęcia

²¹⁵ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2023.

²¹⁶ Kwestia odpowiedzialność karnej, cywilnej czy dyscyplinarnej nie stanowi przedmiotu niniejszego namysłu.

określonego wyboru, czy działania w określony sposób. Poczuciem odpowiedzialności będzie zatem odczucie powinności, że podmiot powinien zachowywać się w ten, a nie inny sposób, w kontekście określonej sytuacji, np. dotrzymać danego słowa, pomóc osobie napadniętej, przeprowadzić przez jezdnię staruszkę itp. Ponadto w zakresie poczucia odpowiedzialności wchodzi także inna kategoria, która jest konsekwencją poprzedniej, mianowicie – poczucia winy. Przypisywanie sobie lub innym winy w sytuacji niepodjęcia określonych działań lub podjęcia działań ocenionych przez podmiot negatywnie – to konsekwencja odczucia powinności i zarazem komplementarny element poczucia odpowiedzialności²¹⁷. Badaczka podkreśla trzy warstwy znaczeniowe poczucia odpowiedzialności, mianowicie:

- gotowość ponoszenia konsekwencji,
- odczucie powinności,
- przypisywanie winy.

Odpowiedzialność „wynika z poczucia nieskrępowania w działaniu oraz domniemania, że wartość moralna, spełniana w czynie staje się składową moralnej treści osobowości sprawcy”²¹⁸.

M. Gogacz twierdzi, że sprawności moralne stanowią element odpowiedzialności: „nie można bowiem oderwać odpowiedzialności od sprawiedliwości jako umiejętności sensownego obliczenia sił, celów, czyli planu i możliwości wykonania dzieła. Odpowiedzialność bowiem jest wzięciem na siebie skutków tego, co czynimy. Tymi skutkami są zarówno wykonane dzieła zewnętrzne (kultura), jak i wewnętrzne dzieła (udoskonalenie)”²¹⁹.

Roman Ingarden wskazuje natomiast na cztery rodzaje sytuacji, w których człowiek styka się z odpowiedzialnością, mianowicie:

1. Ktoś ponosi odpowiedzialność za coś lub jest za coś odpowiedzialny.
2. Ktoś podejmuje odpowiedzialność za coś.
3. Ktoś jest za coś pociągnięty do odpowiedzialności.

²¹⁷ M. Nowicka-Kozioł, *Wprowadzenie. Poczucie odpowiedzialności moralnej*, [w:] *Poczucie odpowiedzialności moralnej jako aspekt podmiotowy*, red. M. Nowicka-Kozioł, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2000, s. 8.

²¹⁸ *Mały słownik etyczny*, red. S. Jedynek, wyd. dz. cyt., hasło: odpowiedzialność.

²¹⁹ M. Gogacz, *Czym jest etyka zawodowa?*, [w:] *Zagadnienie etyki zawodowej*, dz. cyt., s. 13.

4. Ktoś działa odpowiedzialnie²²⁰.

Co ważne, każdy człowiek odpowiada za swoje czyny i jest pociągany do odpowiedzialności moralnej, nawet jeśli stara się jej uniknąć.

4.3.2.1. Odpowiedzialność osobista i działalność zawodowa

Kodeks Etyczny Logopedów rozpoczyna się punktem, który zawiera następujące wskazania ogólne:

- 1.1. „Logopeda zobowiązuje się do używania poprawnej polszczyzny w mowie i w piśmie.
- 1.2. Logopeda powinien podnosić swoje kwalifikacje i doskonalić się zawodowo tak, aby móc oferować pacjentom usługi logopedyczne na najwyższym poziomie.
- 1.3. Logopeda powinien rzetelnie informować pacjentów o skuteczności stosowanych metod diagnozy i terapii.
- 1.4. Logopeda winien stosować wyłącznie metody diagnozy i terapii naukowo uzasadnione²²¹.

Kodeks etyczny logopedy PZL zawiera pierwszy punkt w następującej formie:

1. „Odpowiedzialność osobista

- 1.1. Logopeda czynny zawodowo powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje, których jakość może być potwierdzona certyfikatem wydawanym przez Polski Związek Logopedów.
- 1.2. Logopeda zobowiązuje się dobrze znać język polski zarówno w mowie, jak i w piśmie. Absolwenci zagranicznych uczelni logopedycznych i obcokrajowcy, którzy ukończyli polskie uczelnie, zobowiązani są do zdania państwowego egzaminu z języka polskiego.

²²⁰ R. Ingarden, *O odpowiedzialności i jej podstawach ontycznych*, [w:] tegoż, *Księżeczka o człowieku*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2017, s. 75-76.

²²¹ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

- 1.3. Logopeda ma stale podnosić swoje kwalifikacje i doskonalić się zawodowo tak, aby móc oferować pacjentom usługi logopedyczne na najwyższym poziomie.
- 1.4. Logopeda zobowiązuje się do respektowania obowiązujących norm społecznych.
- 1.5. Logopeda ma w sposób rzetelny informować pacjentów o skuteczności stosowanych metod diagnozy czy terapii²²².

W pierwszym punkcie podkreślona jest wartość kompetencji merytorycznych. W obu kodeksach wybrzmiewa dosadnie stwierdzenie, że logopeda powinien dobrze posługiwać się językiem polskim w mowie i w piśmie. Zgodnie z Kodeksem Etycznym Logopedy „zobowiązuje się do używania poprawnej polszczyzny w mowie i w piśmie”²²³, natomiast wedle kodeksu etycznego logopedy PZL „zobowiązuje się dobrze znać język polski zarówno w mowie, jak i w piśmie”²²⁴. Pytanie brzmi, co to znaczy dobrze? Pojęcie to może być rozumiane jako wystarczająco dobrze, by móc w pełnym zakresie świadczyć usługi logopedyczne, by działanie logopedy było jak najbardziej efektywne. Logopeda ma obowiązek posiadać zarówno kompetencje, jak i sprawność językową na takim poziomie, który zagwarantuje jak najlepszą pomoc osobom, które zgłaszają się do niego. Jest to kwestia bezdyskusyjna, że pracując z innymi nad sprawnością i kompetencją językową oraz komunikacyjną konieczne jest posiadanie przez samych logopedów odpowiedniego ich poziomu.

W tym samym punkcie podkreślona jest również waga powinności samodoskonalenia logopedów. Zgodnie z kodeksem PTL logopeda „powinien”, a wedle kodeksu PZL „ma stale podnosić swoje kwalifikacje i doskonalić się zawodowo tak, aby móc oferować pacjentom usługi logopedyczne na najwyższym poziomie”²²⁵. Zawód logopedy wiąże się z nieustannym samodoskonaleniem²²⁶. Rozwój nauki, odkrywanie nowych metod i powstawanie teorii wymagają doskonalenia się w ramach dziedziny oraz rozeznania w naukach pokrewnych. Szczególne znaczenie ma to w przypadku rozwijającej się pręźnie logopedii. Wymaga to więc od logopedów

²²² Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

²²³ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

²²⁴ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

²²⁵ Tamże.

²²⁶ W przypadku wejścia w życie Ustawy regulującej zawód logopedy doskonalenie zawodowe będzie warunkowane również prawnie.

aktualizacji wiedzy i umiejętności, czyli poszerzanie wachlarza swoich kompetencji. Logopeda dzięki samodoskonaleniu się powinien wiedzieć, gdzie daną osobę pokierować. Jeżeli zauważy niepokojący objaw, występujące nieprawidłowości lub dysfunkcje, powinien wiedzieć, który specjalista będzie mógł rozwiązać wątpliwości i podjąć się ewentualnej pracy w danym zakresie. W związku z powyższym niezbędna jest znajomość przynajmniej podstawowych norm z zakresu m. in. psychologii, fizjoterapii, ortodoncji, neurologii czy laryngologii.

Według Kodeksu Etycznego Logopedy, logopeda „powinien rzetelnie informować pacjentów o skuteczności stosowanych metod diagnozy czy terapii”²²⁷, natomiast według kodeksu etycznego logopedy PZL, „ma w sposób rzetelny informować pacjentów o skuteczności stosowanych metod diagnozy czy terapii”²²⁸. Jednoznaczny obowiązek wiąże się z koniecznością przestrzegania tejże normy. Zgodnie z kodeksem PTL logopeda „winien stosować wyłącznie metody diagnozy i terapii naukowo uzasadnione”²²⁹. Zasadnicze pytanie wiążące się w powyższą powinnością brzmi następująco: Czy logopeda powinien stosować wyłącznie te metody diagnozy i terapii, które są naukowo udowodnione? Fundamentalnym problemem wydaje się być wciąż niewielka ilość badań, na których może się oprzeć logopeda. Nauka wciąż się rozwija, lecz badań w tej materii jest nadal stosunkowo niewiele. Istnieją jednak założenia EBP²³⁰, zgodnie z którymi powinno się postępować. W myśl kodeksów logopeda winien również informować o skuteczności metod stosowanych w diagnozie i terapii. Warto by jak najwięcej logopedów zaangażowało się w proces tworzenia logopedii jako nauki i podejmowało działania badawcze. Zapewni to rozwój nauki jako takiej i niewątpliwie może mieć wpływ na prestiż zawodu.

Kodeks Etyczny Logopedy PZL zawiera ponadto dodatkowe zobowiązania: „logopeda czynny zawodowo powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje, których jakość może być potwierdzona certyfikatem wydawanym przez Polski Związek Logopedów”²³¹. Absolwenci zagranicznych uczelni logopedycznych i obcokrajowcy, którzy ukończyli polskie uczelnie zobowiązani są do zdania państwowego egzaminu z języka polskiego”²³². W tym samym kodeksie podkreślona została również powinność

²²⁷ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

²²⁸ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

²²⁹ Tamże.

²³⁰ Zostaną one omówione w dalszej części rozprawy.

²³¹ Certyfikat logopedy PZL zostanie omówiony w dalszej części rozprawy.

²³² Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

związana z przestrzeganiem zasad ogólnych, mianowicie: „logopeda zobowiązuje się do respektowania obowiązujących norm społecznych”²³³ – co wydaje się być oczywistym zobowiązaniem dotyczącym każdej osoby żyjącej w społeczeństwie.

Drugi punkt Kodeksu skupia się na działalności zawodowej logopedy. W Kodeksie Etycznym Logopedy posiada on następujące brzmienie:

2. „Działalność zawodowa

- 2.1. Logopeda dba o autorytet zawodu i respektuje standardy jego wykonywania.
- 2.2. Logopeda może oferować swoje usługi i zabiegać o pacjentów stosownie do posiadanych kwalifikacji i umiejętności. Ma pamiętać o tym, że jego postawa zawodowa winna być godna naśladowania. Wszystkie ogłoszenia w informatorach lub ulotkach powinny być wyważone w swojej formie. Powinny zawierać imię i nazwisko, tytuł zawodowy, dni i godziny przyjmowania pacjentów, numer telefonu, adres e-mail a także zakres oferowanych usług.
- 2.3. Logopeda nie powinien uzależniać prowadzenia terapii od możliwości uzyskania awansu zawodowego lub korzyści finansowych.
- 2.4. Logopeda nie powinien, z zamiarem uzyskania korzyści osobistych, kierować pacjentów do gabinetów prywatnych, jak też do innych specjalistów.
- 2.5. Logopeda zaangażowany w promocję i opracowywanie pomocy logopedycznych, książek i innych materiałów do diagnozy i terapii zaburzeń komunikacji językowej zobowiązany jest do ich obiektywnej prezentacji i poinformowania o konflikcie interesów.
- 2.6. Logopeda pracujący w państwowych lub prywatnych instytucjach nie powinien akceptować zasad lub wytycznych, które kolidują z jego zawodową niezależnością lub ją ograniczają; powinien wspierać kolegów w obronie ich zawodowej niezależności.
- 2.7. Wykwalifikowany logopeda powinien wspierać w miarę możliwości kształcenie i praktykę zawodową studentów logopedii.

²³³ Tamże.

- 2.8. Logopedzie nie wolno współpracować z osobami prowadzącymi terapię nielegalnie lub w sposób sprzeczny z wiedzą udowodnioną naukowo.”²³⁴

Kodeks Etyczny Logopedy PZL zawiera natomiast punkt w następującym brzmieniu:

2. „Działalność zawodowa

- 2.1. Logopeda dba o autorytet zawodu i respektuje standardy jego wykonywania.
- 2.2. Logopeda może się reklamować i zabiegać o pacjentów stosownie do posiadanych kwalifikacji i umiejętności. Ma pamiętać o tym, że jego postawa zawodowa winna być godna naśladowania. Wszystkie ogłoszenia w informatorach lub ulotkach powinny być wyważone i skromne w swojej formie. Powinny zawierać imię i nazwisko, tytuł zawodowy, dni i godziny przyjmowania pacjentów, numer telefonu, a także zakres oferowanych usług.
- 2.3. Logopeda nie powinien uzależniać prowadzenia terapii od możliwości uzyskania awansu zawodowego lub korzyści finansowych.
- 2.4. Logopeda nie powinien kierować pacjentów z placówek państwowych do gabinetów prywatnych, jak też nie powinien kierować pacjentów do innych specjalistów z zamiarem uzyskania korzyści osobistych.
- 2.5. Logopeda zaangażowany w promocję i opracowywanie pomocy logopedycznych, książek i innych materiałów do diagnozy i terapii zaburzeń komunikacji językowej zobowiązany jest do ich obiektywnej prezentacji.
- 2.6. Logopeda pracujący w państwowych lub prywatnych instytucjach nie powinien akceptować zasad lub wytycznych, które kolidują z jego zawodową niezależnością lub ją ograniczają; powinien wspierać kolegów w obronie ich zawodowej niezależności.
- 2.7. Wykwalifikowany logopeda jest odpowiedzialny za kształcenie i praktykę zawodową studentów logopedii.

²³⁴ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

2.8. Logopedzie nie wolno współpracować z osobami uprawiającymi zawód logopedy nielegalnie lub w sposób nierzetelny²³⁵.

Zgodnie z zasadami zawartymi w obydwóch kodeksach logopeda „dba o autorytet zawodu i respektuje standardy jego wykonywania”. Autorytet to „prestż lub społeczne znaczenie przypisywane pewnej osobie, grupie osób lub instytucji ze względu na szczególnie ceniony w danym społeczeństwie system wartości. Specyficzną cechą każdego autorytetu jest zdolność do wzbudzania podziwu, respektu i najczęściej gotowości do jego naśladowania²³⁶. W związku powyższym logopeda ma obowiązek dbania o prestiż zawodu i o dobre imię tegoż. Jego zachowanie powinno być godnym naśladowania.

Zgodnie z Kodeksem Etycznym PTL logopeda „może oferować swoje usługi i zabiegać o pacjentów stosownie do posiadanych kwalifikacji i umiejętności. Ma pamiętać o tym, że jego postawa zawodowa winna być godna naśladowania. Wszystkie ogłoszenia w informatorach lub ulotkach powinny być wyważone w swojej formie. Powinny zawierać imię i nazwisko, tytuł zawodowy, dni i godziny przyjmowania pacjentów, numer telefonu, adres e-mail a także zakres oferowanych usług²³⁷. Natomiast zgodnie z Kodeksem PZL logopeda „może się reklamować i zabiegać o pacjentów stosownie do posiadanych kwalifikacji i umiejętności. Ma pamiętać o tym, że jego postawa zawodowa winna być godna naśladowania. Wszystkie ogłoszenia w informatorach lub ulotkach powinny być wyważone i skromne w swojej formie. Powinny zawierać imię i nazwisko, tytuł zawodowy, dni i godziny przyjmowania pacjentów, numer telefonu, a także zakres oferowanych usług²³⁸. Podkreślone jest więc posiadanie przez logopedę odpowiednich kwalifikacji, a także dobrowolność reklamowania swoich usług oraz informacje, które w tejże reklamie powinny zostać zawarte.

Zgodnie z zasadami zawartymi w obydwóch kodeksach logopeda „nie powinien uzależniać prowadzenia terapii od możliwości uzyskania awansu zawodowego lub korzyści finansowych”. Wedle Kodeksu PTL „logopeda nie powinien, z zamiarem uzyskania korzyści osobistych, kierować pacjentów do gabinetów prywatnych, jak też

²³⁵ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

²³⁶ *Mały słownik etyczny*, red. S. Jedynak, dz. cyt., hasło: autorytet.

²³⁷ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

²³⁸ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73 dostęp online: 28.04.2024.

do innych specjalistów”²³⁹. Natomiast zgodnie z Kodeksem PZL „logopeda nie powinien kierować pacjentów z placówek państwowych do gabinetów prywatnych, jak też nie powinien kierować pacjentów do innych specjalistów z zamiarem uzyskania korzyści osobistych”²⁴⁰. Nie powinien wobec tego czerpać dodatkowych korzyści (poza ustaloną wcześniej ewentualną opłatą) z wykonywanych czynności zawodowych.

Zarówno Kodeks Etyczny Logopedy PTL, jak i Kodeks Etyczny Logopedy PZL zawierają zapis: „Logopeda zaangażowany w promocję i opracowywanie pomocy logopedycznych, książek i innych materiałów do diagnozy i terapii zaburzeń komunikacji językowej zobowiązany jest do ich obiektywnej prezentacji”²⁴¹, z tym, że kodeks PZL dodatkowo zawiera obowiązek do poinformowania o konflikcie interesów. Kluczem będzie tutaj słowo *obiektywnie*, czyli w pełni merytorycznie, szczerze i zgodnie z wiedzą i opinią osoby ją wydającej – w sposób wolny od nacisków i uprzedzeń. Wszelkich ocen oraz zachęcania ludzi do zakupu danych pomocy należy dokonywać w sposób transparentny – jawnie przedstawiając daną sytuację.

Obydwa kodeksy zawierają punkt „Logopeda pracujący w państwowych lub prywatnych instytucjach nie powinien akceptować zasad lub wytycznych, które kolidują z jego zawodową niezależnością lub ją ograniczają; powinien wspierać kolegów w obronie ich zawodowej niezależności”²⁴². W tym punkcie jest podkreślone ostrzeżenie przed konformizmem związanym z zawodową niezależnością. Logopedów obowiązuje również solidarność wobec swojego środowiska zawodowego.

Główna różnica między kolejnymi podpunktami w omawianych kodeksach zasadza się na innej kwalifikacji powinności logopedy, co do odpowiedzialności we wspieraniu kształcenia i praktyki zawodowej przyszłych logopedów. Wedle Kodeksu Etyki Logopedy wykwalifikowany logopeda „powinien wspierać w miarę możliwości kształcenie i praktykę zawodową studentów logopedii”²⁴³, natomiast zgodnie z Kodeksem PZL „wykwalifikowany logopeda jest odpowiedzialny za kształcenie i praktykę zawodową studentów logopedii”²⁴⁴. Każdy student ma obowiązek, aby w trakcie cyklu kształcenia zrealizować praktykę zawodową. Przywołane punkty

²³⁹ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

²⁴⁰ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

²⁴¹ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-Kodeks-Etyczny-Logopedy> https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

²⁴² Tamże.

²⁴³ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

²⁴⁴ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

kodeksów etycznych przypominają o wspieraniu ich w tym działaniu. Ważne, by wspomagać i umożliwiać nabywanie doświadczenia osobom, które uczą się zawodu przy jednoczesnym zadbaniu i pamiętaniu, że to osoba pacjenta i jego dobro jest najważniejsze.

Punkt ostatni omawianych kodeksów dotyczy współpracy z innymi. Zgodnie z Kodeksem Etyki Logopedów, „Logopedzie nie wolno współpracować z osobami prowadzącymi terapię nielegalnie lub w sposób sprzeczny z wiedzą udowodnioną naukowo”²⁴⁵, natomiast zgodnie z Kodeksem Etyki Logopedy PZL „Logopedzie nie wolno współpracować z osobami uprawiającymi zawód logopedy nielegalnie lub w sposób nierzetelny”²⁴⁶. Zapis w Kodeksie opracowanym przez PTL podkreśla wagę współpracy jedynie z osobami, które prowadzą terapię legalnie oraz korzystają z wiedzy udowodnionej naukowo, natomiast Kodeks PZL zaznacza powinność współpracy jedynie z logopedami, którzy praktykują legalnie oraz rzetelnie.

Warto w tym momencie przytoczyć łacińską sentencję: „*Amicus Plato, sed magis amica veritas*”. Istotnym jest, aby nie przyjmować bezkrytycznie tego, co mówią nawet największe autorytety, lecz myśleć krytycznie i wyciągać własne wnioski. Doskonalić się, dociekać i poszukiwać. Nauka, w tym również logopedia, ciągle się rozwija. Konieczne jest więc stałe monitorowanie aktualnych badań naukowych i zapoznawanie się z najnowszą literaturą naukową. Cennym jest również na pewno udział w szkoleniach, kursach, warsztatach i konferencjach, które pozwalają (w zależności od wybranej formy doskonalenia zawodowego) zarówno na zapoznawanie się z nowymi wiadomościami i nabywanie nowych umiejętności, jak i utwierdzanie się w ugruntowanej wiedzy oraz dyskusję z innymi logopedami czy innymi specjalistami lub lekarzami.

Mnogość informacji i niekiedy ich sprzeczność może rodzić poczucie zagubienia. *Gdzie tkwi prawda? Jak powinienem postępować? Czy iść za głosem przyzwyczajenia i praktyki, czy próbować nowych metod, które opisywane są jako remedium na dany problem?* Takie pytania mogą pojawiać się zarówno u praktyków jak i teoretyków zajmujących się logopedią. Logopeda, jak każdy człowiek, ma prawo do dokonywania wyboru, który rozważany może być także pod kątem moralnym. Gdy jednak poczuje się osamotniony w trakcie podejmowania danej decyzji moralnej, wtedy może posiłkować

²⁴⁵ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp: 28.04.2024.

²⁴⁶ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp: 28.04.2024.

się regułami kodeksowymi lub też zasięgnąć opinii innych logopedów, innych osób. Logopeda pracujący m. in. w szkole może wesprzeć się zdaniem pozostałych członków rady pedagogicznej. Może poszukiwać wyznaczników dalszej drogi w literaturze lub Internecie (na blogach, forach lub stronach poświęconych tematyce logopedycznej), opierać się na badaniach, konsultować się z zespołem, ale ostateczna decyzja i odpowiedzialność za dokonany wybór ostatecznie należy do osoby, która ją podejmuje. Warsztat logopedy tworzą również wybory moralne przez niego dokonywane.

4.3.2.2. Odpowiedzialność logopedy w stosunku do pacjenta

Najważniejszą wartością w zawodzie logopedy jest dobro pacjenta/klienta/ucznia – bez względu na to, w który z wymienionych sposobów dookreślimy człowieka, korzystającego z usług logopedycznych – to właśnie jego dobro jako osoby samej w sobie będzie się znajdowało w centrum. Odwołując się do personalizmu – według którego człowiek jest centralną i najważniejszą wartością w świecie, można wskazać, że wartością najwyższą dla logopedy jest rozwój kompetencji i sprawności językowej oraz komunikacyjnej pacjenta. Jako podstawę moralną zawodów medycznych i związanych z medycyną (w tym również logopedii), można wskazać zasadę niesienia pomocy innym ludziom. Warto w tym momencie przytoczyć zasadę wpisaną w medycynę: *primum non nocere* – zasada ta obowiązuje również w logopedii. Terapeuta wykonując swoje zadania winien zawsze mieć na uwadze dobro pacjenta i umyślnie nie dopuszczać do sytuacji, w wyniku której stan pacjenta mógłby ulec pogorszeniu. Logopeda jest odpowiedzialny za swoje działania wobec pacjenta – zarówno świadome jak i nieumyślne. Warto zaznaczyć, że umyślna szkoda wykonana przez terapeutę, również ta, która wynika ze świadomego zaniechania wykonywania koniecznych czynności, jest czynem zdecydowanie niedopuszczalnym i nieetycznym.

Kwestie odpowiedzialności w stosunku do pacjenta regulują w obydwóch kodeksach punkty nr 3. W Kodeksie Etycznym Logopedy posiada on następujące brzmienie:

3. „Odpowiedzialność w stosunku do pacjenta.

- 3.1. Podstawowym zadaniem logopedy w stosunku do pacjentów jest profesjonalna diagnoza oraz prowadzenie terapii adekwatnej do danego zaburzenia.
- 3.2. Logopedzie nie wolno dyskryminować w swoich placówkach pacjentów ze względu na ich status społeczny, rasę, religię, płeć i inne.
- 3.3. Logopeda dba o nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentami podczas trwania terapii.
- 3.4. Logopeda dokonuje analizy efektywności prowadzonej terapii i powinien zdawać sobie sprawę z ewentualnego braku postępów terapii u pacjenta.
- 3.5. Ewentualne opłaty za usługi logopedyczne powinny być uzgodnione z pacjentem przed rozpoczęciem terapii.
- 3.6. Logopeda zobowiązany jest do zachowywania tajemnicy zawodowej zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.
- 3.7. Jeżeli logopeda dzieli się informacjami o pacjencie z innymi specjalistami, powinien upewnić się, iż te informacje są przekazane w ścisłym zaufaniu.
- 3.8. Współpracując z innymi specjalistami lub korzystając z ich konsultacji logopeda udostępnia informacje o pacjencie tylko w takim stopniu w jakim jest to potrzebne.
- 3.9. Wnikanie w intymne i osobiste sprawy pacjenta dopuszczalne jest jedynie w takim zakresie jaki wynika z celów pomocy logopedycznej²⁴⁷.

Natomiast Kodeks Etyczny Logopedy PZL w następujący sposób reguluje wspomniane kwestie:

3. „Odpowiedzialność w stosunku do pacjenta.

- 3.1. Podstawowym zadaniem logopedy w stosunku do pacjentów jest profesjonalna diagnoza oraz prowadzenie terapii adekwatnej do danego zaburzenia.

²⁴⁷ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

- 3.2. Logopedzie nie wolno dyskryminować w swoich placówkach pacjentów ze względu na ich status społeczny, rasę, religię, płeć i inne.
- 3.3. Logopeda dba o nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentami podczas trwania terapii.
- 3.4. Logopeda dokonuje analizy efektywności prowadzonej terapii i powinien zdawać sobie sprawę z ewentualnego braku postępów terapii u pacjenta.
- 3.5. Opłaty za usługi logopedyczne powinny być uzgodnione z pacjentem przed rozpoczęciem terapii.
- 3.6. Logopeda zobowiązany jest do zachowywania tajemnicy zawodowej zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.
- 3.7. O ile logopeda dzieli się informacjami o pacjencie z innymi specjalistami, powinien upewnić się, iż te informacje są przekazane w ścisłym zaufaniu”²⁴⁸.

Zapisy w kodeksie są jednostronnym zobowiązaniem logopedy wobec pacjenta. Relacja pacjent-logopeda, logopeda-pacjent jest jednak relacją obustronną. Powinna być oparta na dialogu i próbie zrozumienia interlokutora. Człowiek, który staje przed logopedą, zawsze powinien być postrzegany przez pryzmat swego człowieczeństwa, jest osobą z wpisaną w swoje człowieczeństwo godnością, która musi zostać uszanowana przez terapeutę. Godność ta stanowi nieredukowalną, niestopniowaną oraz zasługującą na szacunek własny i innych ludzi właściwość, która przysługuje każdemu bez wyjątku człowiekowi z racji bycia człowiekiem, stanowi wartość człowieka jako takiego i jest utożsamiana z samym człowieczeństwem²⁴⁹. Godność jest wpisana w człowieka jako takiego. Szacunek dla tej niezbywalnej wartości jest zapisany także w przepisach prawa – nakazuje to Preambuła w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Mianowicie „Wszystkich, którzy dla dobra Trzeciej Rzeczypospolitej tę Konstytucję będą stosowali, wzywamy, aby czynili to, dbając o zachowanie przyrodzonej godności człowieka, jego prawa do wolności i obowiązku solidarności z innymi, a poszanowanie tych zasad mieli za niewzruszoną podstawę Rzeczypospolitej Polskiej”²⁵⁰.

²⁴⁸ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

²⁴⁹ Za: *Mały słownik etyczny*, dz. cyt., hasło: godność.

²⁵⁰ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997r.

Ważne jest również podkreślenie wagi samego spotkania logopedy z osobą, która do niego przychodzi. Spotkanie to stanowi tzw. „sytuację esencjalną”: „W każdym zawodzie istnieją sytuacje esencjalne, które odsłaniają jego istotę. W medycynie jest to spotkanie dwóch ludzi. Chorego z lekarzem (...) Zmieniają się ludzie, zmienia sceneria – z pogotowia, poprzez przychodnię, gabinet lekarski po salę szpitalną – ale sytuacja pozostaje ta sama. Spotkanie dwóch ludzi: chorego z lekarzem²⁵¹”. Analogiczne sytuacje będą miały miejsce podczas spotkania logopedy z pacjentem. Również w tym wypadku sytuacja spotkania logopedy z drugim człowiekiem, z którym będzie pracował, jest „sytuacją esencjalną”. Pacjent, który staje przed terapeutą zarówno jako jednostka, jak i osoba wymaga podejścia indywidualistycznego i holistycznego.

Zgodnie z obydwoma kodeksami, „podstawowym zadaniem logopedy w stosunku do pacjentów jest profesjonalna diagnoza oraz prowadzenie terapii adekwatnej do danego zaburzenia”²⁵². Zobowiązanie to związane jest z posiadanymi kompetencjami metodycznymi i merytorycznymi, których odpowiedni poziom powinien umożliwiać prowadzenie skutecznej profilaktyki, dokonywanie rzetelnej diagnozy oraz prowadzenie adekwatnej terapii. Należy również pamiętać o nadrzędnej zasadzie dostosowywania metody terapii do danej osoby, nigdy odwrotnie – zgodnie z podmiotowym traktowaniem pacjenta. Kuszącym może niektórym wydawać się działanie zgodne z danym, przyjętym uprzednio schematem, bezkrytyczne trzymanie się go i próba *dopasowania* pacjenta do przyjętej procedury czy schematu działania – bez brania pod uwagę indywidualnych uwarunkowań i całościowego postrzegania pacjenta. O ile prostsze byłoby wtedy postępowanie, jeżeli działanie byłoby zapisane w niezmiennych standardach. Pracy z drugim człowiekiem i całości procedur nie da się jednak zawrzeć w sztywnych i nienaruszalnych ramach działania – koniecznością jest podejście do każdej osoby indywidualnie i holistycznie.

Wspólne obydwu kodeksom są również kolejne zapisy, mianowicie: „logopedzie nie wolno dyskryminować w swoich placówkach pacjentów ze względu na ich status społeczny, rasę, religię, płeć i inne, Logopeda dba o nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentami podczas trwania terapii, Logopeda dokonuje analizy efektywności prowadzonej terapii i powinien zdawać sobie sprawę z ewentualnego braku postępów

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/U/D19970483Lj.pdf>, dostęp online: 28.04.2024.

²⁵¹ A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008, s. 12.

²⁵² Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-Kodeks-Etyczny-Logopedy> https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

terapii u pacjenta”²⁵³. Zobowiązania te logopeda powinien rzetelnie realizować. Traktowanie każdego człowieka bez uprzedzeń, odejście od stereotypowego myślenia i etykietowania może sprawiać niektórym trudności. Profesjonalne podejście wymaga jednak wyzbycia się jakichkolwiek awersji i potraktowanie pacjenta jako do osoby – bez oceniania.

Kolejnym punktem jest podkreślenie odpowiedzialności za nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentem spoczywającej na logopedzie. To właśnie specjalista powinien dołożyć wszelkich starań i zapewnić poczucie bezpieczeństwa oraz, w ramach posiadanych możliwości i kompetencji, odpowiedzieć na potrzeby osoby, która do logopedy przychodzi. Należy tu jeszcze wspomnieć o obowiązku dokonywania analizy efektywności oraz o założeniu ewentualnego braku postępów u pacjenta. Diagnoza i proces terapeutyczny powinny być poddawane obserwacji i analizie, a w razie potrzeby powinny być modyfikowane tak, by odpowiadać na aktualne potrzeby pacjenta. Diagnoza logopedyczna nie jest dana raz na zawsze, należy mieć świadomość jej ewaluacji. Idąc dalej, logopeda powinien zdawać sobie sprawę z ewentualnego braku postępów terapii u pacjenta. Zdawać sobie sprawę i co dalej? Sama świadomość takiej ewentualnej możliwości pociąga za sobą obowiązek dalszego działania – postawienia odpowiednich pytań i próby odpowiedzi. Co robić w przypadku ewentualnego braku postępów u pacjenta? Na pewno warto zastanowić się, z czego wynika ta ewentualność. Czy może akurat w tym przypadku celem nie będzie stabilizacja efektów lub brak regresu? Może warto skonsultować przypadek tej osoby z innym logopedą? Może skierować do innego specjalisty? Zestaw pytań i próby odpowiedzi będą zależne od sytuacji danego, konkretnego pacjenta i każdorazowo należy rozpatrywać te kwestie indywidualnie.

Zgodnie z Kodeksem Etycznym Logopedy PZL: „ewentualne opłaty za usługi logopedyczne powinny być uzgodnione z pacjentem przed rozpoczęciem terapii”²⁵⁴, natomiast w Kodeksie Etycznym Logopedy PTL: „opłaty za usługi logopedyczne powinny być uzgodnione z pacjentem przed rozpoczęciem terapii”²⁵⁵ – o czym zawsze należy pamiętać. Informacja o opłatach powinna być jawna i przekazana przed spotkaniem pacjentowi. Cennik powinien być przejrzysty, a informacje na temat opłat, zarówno podstawowych jak i dodatkowych, znane pacjentowi przed rozpoczęciem

²⁵³ Tamże.

²⁵⁴ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

²⁵⁵ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

zajęć; również o ewentualnych podwyżkach czy zmianach w cenniku należy poinformować uprzednio pacjenta.

Zgodnie z obydwoma kodeksami, „logopeda zobowiązany jest do zachowywania tajemnicy zawodowej zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych”²⁵⁶. Wymagana jest więc znajomość aktualnie obowiązujących zasad prawnych. Od 25 maja 2018 roku obowiązuje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie ich swobodnego przepływu. Logopedzi są również zobowiązani do znajomości i przestrzegania tegoż prawa, czyli właściwego gromadzenia, przetwarzania i przechowywania danych osobowych. W przypadku zmiany aktualnego prawa są obowiązani, by do tych zmian dostosować swoją pracę.

Zgodnie z Kodeksem Etycznym Logopedów, „jeżeli logopeda dzieli się informacjami o pacjencie z innymi specjalistami, powinien upewnić się, iż te informacje są przekazane w ścisłym zaufaniu”²⁵⁷, natomiast zgodnie z Kodeksem Etycznym Logopedy PZL „o ile logopeda dzieli się informacjami o pacjencie z innymi specjalistami, powinien upewnić się, iż te informacje są przekazane w ścisłym zaufaniu”²⁵⁸. Możliwe jest więc przekazywanie informacji o danym pacjencie. Najczęściej dotyczy to pacjentów, którzy są prowadzeni wspólnie z innymi specjalistami, w celu efektywnego realizowania diagnostyki lub terapii, z poszanowaniem zasady poufności. Oznacza to nieprzekazywanie żadnych informacji osobom nieupoważnionym, a osobom upoważnionym przekazywanie tylko tych informacji, które są istotne z punktu widzenia dobra pacjenta. Przekazywanie informacji na temat pacjentów może również następować w przypadku korzystania logopedy z superwizji bądź konsultacji z innymi specjalistami, pamiętając o powyższych zasadach.

Kodeks Etyczny Logopedy PZL zawiera dodatkowo następujące zapisy: „współpracując z innymi specjalistami lub korzystając z ich konsultacji, logopeda udostępnia informacje o pacjencie tylko w takim stopniu, w jakim jest to potrzebne”²⁵⁹ oraz „wnikanie w intymne i osobiste sprawy pacjenta dopuszczalne jest jedynie w takim zakresie jaki wynika z celów pomocy logopedycznej”²⁶⁰. Konsultowanie przypadków

²⁵⁶ Tamże.

²⁵⁷ Tamże.

²⁵⁸ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

²⁵⁹ Tamże.

²⁶⁰ Tamże.

z innymi logopedami lub specjalistami powinno być również dokonywane w ścisłym zaufaniu, z poszanowaniem dyskrekcji. Należy też unikać nadmiernej wnikliwości tylko w celu zaspokojenia własnej ciekawości.

Zgodnie z artykułami zawartymi w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej:

„Art. 47.

Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym.

Art. 48.

1. Rodzice mają prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniem. Wychowanie to powinno uwzględniać stopień dojrzałości dziecka, a także wolność jego sumienia i wyznania oraz jego przekonania.

2. Ograniczenie lub pozbawienie praw rodzicielskich może nastąpić tylko w przypadkach określonych w ustawie i tylko na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu²⁶¹.

Istotne w kontekście prezentowanego tematu są również dwa kolejne artykuły:

„Art. 49.

Zapewnia się wolność i ochronę tajemnicy komunikowania się. Ich ograniczenie może nastąpić jedynie w przypadkach określonych w ustawie i w sposób w niej określony.²⁶²”

oraz

„Art. 51.

Nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawniania informacji dotyczących jego osoby²⁶³”.

²⁶¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r., s. 8-9 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/U/D19970483Lj.pdf>, dostęp online: 28.04.2024.

²⁶² Tamże.

²⁶³ Tamże.

Logopedzi powinni więc pamiętać o powyższych kwestiach oraz poszanowaniu autonomii pacjentów i ich rodzin. Profesjonalna pomoc powinna zasadzać się na umiejętności rozpoznania granicy niezbędnych pytań i wnikania w osobistą sytuację rodzinną. Logopeda powinien wykazywać się również odpowiednią delikatnością i wrażliwością, gdy poruszenie pewnych kwestii jest istotne dla powodzenia terapii lub niezbędne z perspektywy terapeutycznej, etycznej lub prawnej.

Kwestią związaną z odpowiedzialnością w stosunku do pacjentów jest również problem nieuczciwej konkurencji, o którym nie sposób nie wspomnieć. Warto w tym momencie przywołać artykuł 16. Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji związany właśnie bezpośrednio z tematem nieuczciwej konkurencji w zakresie reklamy. Zgodnie z jego treścią:

1. „Czynem nieuczciwej konkurencji w zakresie reklamy jest w szczególności:
 - 1) reklama sprzeczna z przepisami prawa, dobrymi obyczajami lub uchybiająca godności człowieka;
 - 2) reklama wprowadzająca klienta w błąd i mogąca przez to wpłynąć na jego decyzję co do nabycia towaru lub usługi;
 - 3) reklama odwołująca się do uczuć klientów przez wywoływanie lęku, wykorzystywanie przesądów lub łatwowierności dzieci;
 - 4) wypowiedź, która, zachęcając do nabywania towarów lub usług, sprawia wrażenie neutralnej informacji;
 - 5) reklama, która stanowi istotną ingerencję w sferę prywatności, w szczególności przez uciążliwe dla klientów nagabywanie w miejscach publicznych, przesyłanie na koszt klienta niezamówionych towarów lub nadużywanie technicznych środków przekazu informacji.
2. Przy ocenie reklamy wprowadzającej w błąd należy uwzględnić wszystkie jej elementy, zwłaszcza dotyczące ilości, jakości, składników, sposobu wykonania, przydatności, możliwości zastosowania, naprawy lub konserwacji reklamowanych towarów lub usług, a także zachowania się klienta”²⁶⁴.

²⁶⁴ Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Dz.U. z 2022 r. poz. 1233, dostęp online, 28.04.2024:
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19930470211/U/D19930211Lj.pdf>

Wspomniany cytat wskazuje, jaki sposób promowania się jest niedopuszczalny, zarówno prawnie jak i etycznie.

Istotną kwestią jest również to, aby osoba, która jest pacjentem oraz jej bliscy znali sens terapii logopedycznej. W tym momencie warto odwołać się do koncepcji logoterapii i jej znaczenia w praktyce logopedycznej.

4.3.2.3. Logoterapia w praktyce logopedycznej²⁶⁵

Holistyczne oddziaływanie na pacjenta, a przede wszystkim wsparcie drugiej osoby poprzez ukazanie sensu podejmowanych działań, może wpłynąć pozytywnie na efekty terapii. Człowiek jest bowiem całością i tylko w aspekcie kompleksowego spojrzenia na daną jednostkę można rozpatrywać kwestie związane z odpowiednio zorientowaną diagnostyką, a następnie terapią. Wszechstronne podejście nie oznacza tutaj oczywiście wchodzenia w kompetencje innych specjalistów, lecz podmiotowe podejście do człowieka, który jest całością. W tym aspekcie należy zawsze mieć na uwadze jak najlepsze wypełnianie zadań związanych z wykonywaniem rzetelnej diagnostyki i prowadzeniem terapii. Konieczne jest również pilnowanie tego, by nie wykraczać poza te zadania, które leżą w kompetencjach danego specjalisty i w razie potrzeby współpracować z innymi, których wsparcie będzie stanowić dopełnienie kompleksowej pomocy pacjentowi.

Logoteoria reprezentuje trzecią wiedeńską szkołę psychoterapii. Opiera się na myśli V. Frankla, a jej kontynuatorem jest głównie ks. prof. K. Popielski. Sama logoteoria jest określana przez twórcę jako kierunek badawczy z zakresu antropologii, logoterapia stanowi natomiast praktyczne zastosowanie analizy egzystencjalnej, czyli metodę leczenia.

Logoterapia koncentruje się na sensie ludzkiej egzystencji oraz jego poszukiwaniu przez człowieka. Frankl jako główne zadanie logoterapii wskazuje pomoc pacjentowi w odnalezieniu sensu życia. Proces ten polega na analizie, dzięki której uświadamiany jest „ukryty logos egzystencji”.

²⁶⁵ Podrozdział „Logoterapia w praktyce logopedycznej” został również wykorzystany w artykule D. Pawlik-Pydy, *Egzystencjalny wymiar logoterapii w kontekście poglądów V. Frankla*, opublikowanym w czasopiśmie „Studia Filologiczne UJK. Philological Studies”, t. 35, 2022, s. 97-109.

W tym miejscu warto zastanowić się nad kluczowym pytaniem związanym z logoteorią: kiedy realizujemy sens swojego życia? Otóż, zdaniem badacza, „spełniamy sens bytu ludzkiego, wypełniamy nasz byt ludzki sensem zawsze dzięki temu, że urzeczywistniamy wartości”²⁶⁶. W życiu realizujemy różnego rodzaju wartości: twórcze, przeżyciowe, doznaniowe, aż po wartości postawy. Zgodnie z założeniami logoterapii, istnieją trzy sposoby na odkrycie sensu życia. Po pierwsze człowiek może zrobić to poprzez twórczą pracę lub działanie. Kolejny sposób stanowi doświadczanie czegoś, czy też kontakt z drugim człowiekiem. Wreszcie, trzecim rozwiązaniem jest to, w jaki sposób człowiek znosi nieuniknione cierpienie²⁶⁷, gdyż jedno z podstawowych założeń omawianej teorii głosi, że główny cel człowieka stanowi nie dążenie do przyjemności i unikanie bólu, ale właśnie poszukiwanie sensu w swoim życiu.

Ważnym aspektem związanym z ideą logoterapii jest również sposób ujęcia samego cierpienia, które jest nieodłącznie wpisane w ludzką egzystencję. Jego pojawienie się jest więc nieuchronne. Jak podkreśla Popielski, „logoteoria usiłuje podejmować problemy ludzi naszych czasów, ich niepokoje i nadzieje. Chce towarzyszyć człowiekowi w drodze poznawania samego siebie i przeżywania własnej egzystencji. Jako koncepcja rozwoju człowieka zdrowego, stara się pomóc człowiekowi w jego zmaganiach o realizację pozytywnych jakości jego bycia. Wskazuje na możliwości i zdolności do realizowania siebie w każdych okolicznościach, a więc i w sytuacji cierpienia. Wskazuje na osobowo-twórcze znaczenie cierpienia”²⁶⁸.

Logoterapia zakłada również „ujmowanie człowieka jako podmiotu otwartego, ukierunkowanego intencjonalnie, realizującego się poprzez spełnianie wartości (Ch. Bühler, V. E. Frankl, A. Maslow) oraz odpowiedzialnie zaspokajającego podmiotowe i społeczne dążenia, cele i wartości, otwiera przed jednostką wprost nieograniczone możliwości rozwojowe (...). Jest to więc ujęcie koncentrujące uwagę na człowieku kreatywnym, reflektującym siebie, pytającym się, interpretującym swoje życie i świat po to, aby być w pełni sobą”²⁶⁹. Wgląd w siebie stanowi więc bardzo ważny element egzystencji człowieka.

²⁶⁶ Frankl V., *Homo patiens*, Instytut Wydawniczy P.A.X., Warszawa 1976, s. 64.

²⁶⁷ V. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, tłum. A. Wolnicka, Wydawnictwo Czarna Owca, wyd. I, zmienione, Warszawa 2018.

²⁶⁸ K. Popielski., *Logoteoria i logoterapia w kontekście psychologii współczesnej*, [w:] *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, red. K. Popielski, Redakcja Wydawnictwa KUL, Lublin 1987, s. 31.

²⁶⁹ Tamże, s. 50.

Człowiek tworzy siebie przez swoje własne, wolne decyzje, a także poprzez wybór danego stylu życia oraz systemu wartości: „Człowiek jest zdolny do interpretacji swojego życia i świata oraz do rozstrzygnięcia, przez realizację jakich wartości życia może być sobą. Tylko on umie dostrzec znaczenie, potrafi znaleźć sens”²⁷⁰. Człowiek nieustannie zmuszany jest do dokonywania w swoim życiu wyborów. Podejmuje decyzje, co jest dobre, a co złe. Konsekwencje tych wyborów nie pozostają bez wpływu na ludzką egzystencję. Warunkują ją i oddziałują na jej przebieg.

Według Frankla „sens życia tkwi w samym życiu”. Samo pojęcie życia ujmowane jest przez badacza w sposób dwoisty: jednym razem jako „byt ludzki dany”²⁷¹, w drugim aspekcie jako „byt ludzki zadany, tzn. ten, którego spełnianie jest naszą powinnością i za którego kształt jesteśmy odpowiedzialni”²⁷². Logoteoria zakłada, że sens samego życia polega na twórczym sposobie ustosunkowania się do swojego bytowania oraz na ujmowaniu własnego losu w swoje ręce. Na braniu odpowiedzialności za koleje swojego życia oraz ukierunkowaniu egzystencji ku wartościom obiektywnym. Jak podkreśla Frankl: „Człowieka bowiem satysfakcjonuje nie tylko opanowywanie świata rzeczy i ich posiadanie, ale czymś głębszym jest dla niego rozwijanie relacji osobowych i osobowe bycie”²⁷³.

Twórca logoteorii zwraca również uwagę na pojmowanie szczęścia i sukcesu. Jak radzi: „nie gońcie za sukcesem – im bardziej ku niemu dążycie, czyniąc z niego swój jedyny cel, tym częściej on was omija. Do sukcesu bowiem, tak jak do szczęścia, nie można dążyć; musi on z czegoś wynikać i występuje jedynie jako niezamierzony rezultat naszego zaangażowania w dzieło większe i ważniejsze od nas samych lub efekt uboczny całkowitego oddania się drugiemu człowiekowi. Szczęście po prostu musi samo do nas przyjść i to samo dotyczy sukcesu: sukces «przydarza się» nam, kiedy o niego nie zabiegamy. Trzeba słuchać, co nam podpowiada sumienie, a następnie realizować jego nakazy zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą. Dopiero wtedy przekonacie się, że na dłuższą metę – powtarzam: na dłuższą metę! – sukces przychodzi właśnie do tych, którzy o nim nie myśleli”²⁷⁴. Ważne więc, by w praktyce logoterapeutycznej mieć na uwadze powyższe zalecenia badacza. Frankl podkreśla również znaczenie tego, że ludzie ciągle szukają drogi szczęścia. Jego zdaniem motyw ten można odnaleźć na

²⁷⁰ Tamże, s. 52.

²⁷¹ K. Popielski, „Sens” i „wartość” życia jako kategorie antropologiczno-psychologiczne, [w:] *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, dz. cyt., s. 108.

²⁷² Tamże.

²⁷³ Tamże.

²⁷⁴ Tamże, s. 17.

przykład poprzez urzeczywistnianie sensu, który tkwi w każdej sytuacji, nawet gdy wydaje się ona być pozbawiona jakiegokolwiek znaczenia. Niektórzy ludzie bowiem wykazują brak poczucia sensu spowodowany frustracją wynikającą z ich potrzeb egzystencjalnych. Sytuacja ta często tyczy się uprzemysłowionych społeczeństw. Współczesny człowiek często, pomimo środków, które pozwalają mu na przeżycie, nie odnajduje sensu życia. Warto więc podejmować takie działania, które mu to umożliwią.

Należy również podkreślić odmiennosć omawianej teorii od psychoanalizy. Logoterapia ukazuje bowiem człowieka jako istotę, której motywacja zasadza się na dążeniu do wypełnienia sensu życia, a nie tylko do osiągnięcia zadowolenia oraz zaspokajania swoich popędów i impulsów, pogodzenia sprzecznych roszczeń id, ego i superego, czy też adaptowania oraz przystosowania się do wymogów społeczeństwa, a także środowiska²⁷⁵. Zgodnie z zasadami logoterapii, to właśnie owo dążenie do odnalezienia sensu w życiu człowieka stanowi największą siłę motywującą.

Logoterapia to poszukiwanie sensu, które stanowi odpowiedź na potrzeby duchowe współczesnego człowieka. Przedmiotem zainteresowań logopedii jest natomiast kształtowanie mowy i języka, rozwijanie kompetencji językowej i komunikacyjnej oraz doskonalenie sprawności językowej i komunikacyjnej pacjenta. Interdyscyplinarność logopedii pozwala, czy też wręcz wymusza czerpanie z innych dziedzin wiedzy, również z nurtów psychoterapeutycznych. Charakter logopedii jako nauki sprawia, że terapeuta powinien ujmować pacjenta holistycznie, troszczyć się nie tylko o jego ciało i właściwe jego działanie, ale i o ducha. Wzmacniać go i kierować na ścieżkę rozwoju oraz ciągłego doskonalenia. Brak pojmowania człowieka całościowo uniemożliwia skuteczne działanie terapeutyczne.

Logoterapia jest wpisana na stałe w systemowe ujęcie jednej z metod stosowanych na gruncie logopedii. Stanowi bowiem jeden z elementów Metody Krakowskiej. Kwestię logoterapii w logopedii podejmowała już wielokrotnie prof. J. Cieszyńska-Rożek²⁷⁶. Jak zaznacza Cieszyńska-Rożek, „Logoterapia w rozumieniu logopedycznym jest oddziaływaniem słowem na innych i samego siebie oraz budowaniem systemu językowego osoby z zaburzoną komunikacją językową, ale

²⁷⁵ Frankl V., *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, dz. cyt.

²⁷⁶ Por. J. Cieszyńska-Rożek, *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii językoznawstwa*, Wydawnictwo Metody Krakowskiej, Kraków 2013, s. 427; J. Cieszyńska, *Logopedia i logoterapia?*, [w:] „Konspekt” nr 20, 2004; J. Cieszyńska, *Logoterapia w przypadkach głębokich zaburzeń komunikacji językowej*, [w:] „Annales Academiae Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica” I, Kraków 2006.

także własnego języka terapeuty (nabywanie wiedzy i uczenie się języków obcych)²⁷⁷. Ta sama autorka podkreśla, że: „procedura logopedyczna, jeśli chce przeciwstawić się biologicznemu i redukcjonistycznemu traktowaniu człowieka, musi zawierać w sobie postępowanie logoterapeutyczne. Taki ogłód problemu wpisuje się w widzenie logopedii jako dyscypliny integrującej wiedzę wielu dyscyplin naukowych, zajmujących się człowiekiem i jego działaniem w świecie. Otwiera szerszą perspektywę oddziaływań logopedycznych, ujmując także w zakres swych działań rodzinę osób z zaburzoną komunikacją²⁷⁸. Cieszyńska-Rożek akcentuje również nieocenioną rolę logoterapii w prowadzeniu terapii logopedycznej w sytuacjach głębokich, nieodwracalnych zaburzeń komunikacji językowej²⁷⁹.

Warto w tym miejscu przytoczyć kilka punktów z *Dziesięciu tez na temat osoby*. Tezy te stanowią podstawowe założenia teoretyczne logoterapii. Zostały opracowane przez Viktora Frankla. W relacji terapeutycznej szczególnie istotne jest stosowanie się do tezy nr 3, która wskazuje, że „każda poszczególna osoba to absolutne *novum*”²⁸⁰. Każdego pacjenta musimy bowiem postrzegać w sposób wyjątkowy i niepowtarzalny. Konieczna jest indywidualna diagnostyka zorientowana na daną jednostkę, a następnie dobranie adekwatnego, jednostkowego programu terapii, jego realizacja i właściwa modyfikacja ukierunkowana na zmieniające się potrzeby pacjenta. Tylko takie podejście pozwala na właściwe wychwycenie trudności i powodzenie terapeutyczne.

Człowiek jest samodzielną i niepodzielną całością, i tylko w takim ujęciu należy go również traktować terapeutycznie. W przypadku wykrycia jakiejś nieprawidłowości należy skierować pacjenta do odpowiedniego specjalisty i podjąć zespołową pomoc danej jednostce. Proces terapeutyczny ma bowiem prowadzić do jak najlepszego funkcjonowania osoby oraz wpływa na inne jednostki znajdujące się w jej otoczeniu. Priorytety terapeutyczne należy ustalić w taki sposób, aby jego skutki odpowiednio służyły pacjentowi. Aby poprawiały również komfort i jakość życia człowieka.

Teza nr 4 powinna bezwzględnie przyświecać praktyce logopedycznej. Mianowicie, „osoba ma naturę duchową. Jako taka jest heurystycznym i fakultatywnym przeciwieństwem organu psychofizycznego. Organizm to całość narządów, to znaczy narzędzi. Organizm ma dwie funkcje – dwa zadania, które wypełnia dla noszącej go

²⁷⁷ J. Cieszyńska-Rożek, *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii językoznawstwa*, dz. cyt., s. 427.

²⁷⁸ J. Cieszyńska, *Logopedia i logoterapia?*, dz. cyt., s. 74.

²⁷⁹ J. Cieszyńska, *Logoterapia w przypadkach głębokich zaburzeń komunikacji językowej*, dz. cyt.

²⁸⁰ V. Frankl, *Lekarz i dusza. Wprowadzenie do logoterapii i analizy egzystencjalnej*, tłum. R. Skrzypczak, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2017, s. 260.

(i niesionej przez niego) osoby. Po pierwsze, zadanie instrumentalne, a ponadto zadanie ekspresji: osoba potrzebuje organizmu, by działać i mieć możliwość ekspresji. Jako narzędzie, którym organizm jest w tym znaczeniu, jest pewnym środkiem niezbędnym do osiągnięcia celu i w tym sensie posiada wartość użytkową. Pojęciem stojącym do opozycji wartości użytkowej jest godność. Godność przysługuje jednak tylko i wyłącznie osobie, przysługuje jej zasadniczo niezależnie od wszelkiej życiowej czy społecznej użyteczności. (...) Kto jednak jest świadom bezwarunkowej godności każdej poszczególniej osoby, żywi wobec niej również bezwarunkowy, głęboki szacunek – również wobec osoby chorej, chorej nieuleczalnie, także wobec osoby nieuleczalnie chorej psychicznie²⁸¹. Każdej osobie przysługuje bowiem niezbywalna godność osoby ludzkiej bez względu na jakiegokolwiek uwarunkowania i tylko takie podejście do pacjenta jest dopuszczalne w praktyce terapeutycznej.

W procesie terapeutycznym bardzo ważna jest relacja z pacjentem, która zawsze jest spotkaniem z innym człowiekiem. Zaburzona relacja z pacjentem utrudnia, a czasami wręcz uniemożliwia prowadzenie skutecznej terapii. Sama obecność jest niezastąpiona – obecność zarówno samej osoby poddawanej terapii, jak i w zależności od potrzeb i danego zaburzenia również rodziców, czy nawet środowiska rodzinnego lub szkolnego. W celu osiągnięcia jak najlepszych efektów terapeutycznych ważne jest wsparcie bliskich, a w niektórych przypadkach wręcz obligatoryjne. Wszystkie osoby zaangażowane w pomoc danej jednostce muszą odnajdywać sens podejmowanych działań. Tylko to warunkuje powodzenie i odpowiedni stopień oddania. Zadaniem terapeuty jest więc włączanie oddziaływań logoterapeutycznych w proces terapii. Nadawanie sensu, wspólny cel oraz dążenie do niego wszystkich osób włączonych w proces terapeutyczny tworzy więzi oparte na zaufaniu i dążeniu do wspólnego celu, co powoduje, że łatwiej jest pokonywać przeszkody oraz trudne sytuacje i uzyskiwać możliwie jak najlepsze efekty terapeutyczne. Sens każdej terapii musi być uzasadniony. Jak pokazuje obserwacja z praktyki logopedycznej, rodzice, którzy znają sens podejmowanych działań, chętniej i rzetelniej wykonują ćwiczenia w domu. Znajomość celów podejmowanych aktywności wpływa również na nastawienie rodziny oraz samego pacjenta do bardziej ochoczego uczestniczenia w procesie terapeutycznym, który – nieraz żmudny i trudny – nie zawsze przynosi zakładane rezultaty.

²⁸¹ Tamże.

Uzupełnieniem analizowanych wyżej kodeksów jest punkt o konieczności udzielenia pacjentowi wsparcia logoterapią. Element ten powinien być na stałe wpisany w założenia pracy logopedy, bez względu na obraną metodę i kierunek terapeutyczny.

Już sam Frankl podkreśla, że oprócz wykonywania obowiązków związanych z danym zawodem, można również wspierać pacjenta logoterapią. Jak zaznacza, „jednak gdy poza mniej więcej ustalonymi obowiązkami pielęgniarka robi coś osobistego, na przykład znajdzie chwilę na osobistą rozmowę z ciężko chorym pacjentem – wtedy pojawia się szansa, aby poprzez wykonywany zawód nadać życiu sens. Taką szansę daje każdy zawód, o ile tylko podchodzimy rzetelnie do obowiązków. W każdym przypadku to człowiek decyduje, czy będzie niezbędny, niezastąpiony, unikalny i wyjątkowy. Wynika to z tego, kto pracuje i jak pracuje, a nie z tego na czym polega wykonywanie danego zawodu”²⁸². I takie właśnie spełnianie się i nadawanie sensu zarówno swojemu życiu, jak i pacjentów, jest istotnym dopełnieniem każdego działania zawodowego. „Człowiek nie tyle nadaje sens swojemu życiu, co go odszukuje i przyjmuje”²⁸³. Również w procesie terapeutycznym konieczne jest odnalezienie sensu. Zadaniem terapeuty jest często również pomoc w znalezieniu i ukazaniu sensu samej terapii.

Człowiek od zawsze pragnie być dla czegoś i dla kogoś. Tak samo jest w relacji terapeutycznej, w której pacjent i terapeuta powinni być dla siebie. Osobisty wkład w proces terapeutyczny jest nieunikniony, w końcu każdy jest tylko człowiekiem i nie sposób jest wykonywać pracę wyzbywając się samej natury ludzkiej.

Psycholog Bogdan Wojciszke, w jednej ze swych książek poświęconych psychologii miłości, pisze: „Otrzymywanie wsparcia przynosi ulgę i jest przyjemne (...), ale tylko dawanie wsparcia nadaje życiu sens. Otrzymując wsparcie, jesteśmy na biernej pozycji pacjenta, dając wsparcie, znajdujemy się na aktywnej pozycji lekarza, ten zaś nigdy nie musi wątpić w sens tego, co robi”²⁸⁴. Słowa te są zasadne również w kontekście logoterapii w logopedii. Jak w każdej relacji, w każdej terapii, w każdej pracy z drugim człowiekiem niezwykle ważne jest podmiotowe podejście do osoby czy też pacjenta oraz udzielanie wsparcia. Tylko postrzegając drugiego przez pryzmat jego człowieczeństwa, możemy odpowiednio się do niego ustosunkować i godnie mu

²⁸² V. Frankl, *Lekarz i dusza. Wprowadzenie do logoterapii i analizy egzystencjalnej*, dz. cyt., s. 133.

²⁸³ K. Popielski, M. Wolicki, *Antropologiczno-filozoficzne podstawy analizy egzystencjalnej i niektóre jej aplikacje do teorii osobowości*, [w:] *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, dz. cyt., s. 103.

²⁸⁴ B. Wojciszke, *Psychologia miłości*, wyd. V poszerz., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2018, s. 105.

pomagać. Warto pamiętać, że spoglądając z perspektywy wieczności, potrafimy żyć tylko wtedy, gdy umiemy patrzeć w przyszłość.

Dobrym podsumowaniem powyższych rozważań wydają się być słowa A. Bochniarza: „człowiek to bardzo skomplikowana i wielopoziomowa struktura. Dla pozytywnych efektów nie wystarczy koncentrowanie się tylko na objawie i na procedurach. Trzeba wejść dalej, szerzej i głębiej, by z pozycji możliwości pacjenta – z pozycji jego predyspozycji oraz możliwości terapeuty i warunków terapii, przyjść mu z taką pomocą, która przyniesie korzystne owoce na różnych obszarach jego funkcjonowania, pozwoli uwolnić go od destrukcyjnych emocji i pielęgnować te prowadzące do wartości wyższych”²⁸⁵.

4.3.2.4. Odpowiedzialność logopedy wobec innych logopedów

Na świecie istnieje wiele organizacji zrzeszających logopedów, terapeutów mowy. Można tutaj wskazać m. in. takie zrzeszenia jak Amerykańska Organizacja Mowy i Słuchu (The American Speech-Language-Hearing Association w skrócie: ASHA), International Associations of Logopedics and Phoniatrics (IALP – Międzynarodowe Stowarzyszenie Logopedów i Foniatorów czy Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l’Union Européenne (CPLOL – Komitet Stałej Łączności Ortofonistów/Logopedów Unii Europejskiej – aktualnie European Speech and Language Therapy Association (w skrócie: ESLA). W dalszej części zostaną one pokrótce omówione.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) jest organizacją zawodową, która zrzesza patologów mowy, audiologów i naukowców zajmujących się mową, językiem i słuchem. Od momentu powstania w 1925r. zobowiązała się do tworzenia ram wspólnych zasad i standardów praktyki. Zapewnienie to zostało zrealizowane w 1952r. ASHA zajmuje się wspieraniem logopedów, audiologów i badaczy. Angażuje się również w zapewnianie pozytywnego środowiska dla swoich członków oraz wspiera równowagę między życiem zawodowym a prywatnym osób

²⁸⁵ A. Bochniarz, *Aspekty duchowości w praktyce logopedycznej (z doświadczeń praktyka)*, [w:] „Forum logopedyczne”, nr 26, 2018, s. 214.

stowarzyszonych i stara się pomagać w tworzeniu kultury kreatywności, a także pracy zespołowej²⁸⁶.

Kolejną z organizacji zrzeszających logopedów jest Międzynarodowe Stowarzyszenie Logopedów i Foniatorów (International Associations of Logopedics and Phoniatrics, w skrócie: IALP). Zostało ono założone w 1924r. przez Emila Froeschelsa, aby wspierać współpracę specjalistów zainteresowanych zaburzeniami mowy i głosu na całym świecie²⁸⁷.

Komitet Stałej Łączności Ortofonistów-Logopedów Unii Europejskiej (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne w skrócie: CPLOL) to kolejna z organizacji, która zrzesza logopedów. Została założona w marcu 1988r. poprzez 9 stowarzyszeń założycielskich. CPLOL zostało przekształcone 5 marca 2021r., podpisano bowiem akt założycielski European Speech and Language Therapy Association (w skrócie: ESLA) przez 30 stowarzyszeń założycielskich. Powyższa organizacja zrzesza stowarzyszenia logopedyczne w całej Europie. Obecnie składa się z 35 stowarzyszeń członkowskich, w 32 krajach, reprezentujących ponad 40 000 specjalistów²⁸⁸. Działalność ESLA ma na celu popularyzację terapii mowy w Europie i poza nią poprzez aktywne promowanie zawodu oraz ochronę standardów zawodowych i edukacyjnych.

W Polsce logopedzi również zrzeszają się w organizacjach. Najważniejsze z nich to Polskie Towarzystwo Logopedyczne i Polski Związek Logopedów. Istnieje również Polskie Towarzystwo Neurologopedów. Jednym ze stowarzyszeń, którego członkami mogą być także logopedzi, jest powstałe w 2022 r. Polskie Towarzystwo Terapii Miofunkcjonalnej.

Pierwszą z omawianych organizacji stanowi Polskie Towarzystwo Logopedyczne. Korzeni jego powstania można upatrywać w utworzeniu Komisji Logopedycznej przy Wydziale Pedagogicznym Zarządu Okręgu ZNP w Lublinie 19 czerwca 1959r., kiedy to prof. Leon Kaczmarek zebrał wokół siebie ludzi zainteresowanych rozwojem logopedii. Co ważne: „zasadniczym celem Komisji było zaznajomienie nauczycieli z problemami zwalczania wad wymowy dziecka w wieku szkolnym i przedszkolnym oraz ich teoretyczne i praktyczne przygotowanie do prowadzenia ćwiczeń rehabilitacyjnych dla tych dzieci. Przygotowanie teoretyczne prowadzono, organizując zebrania naukowe.

²⁸⁶ Za: <https://www.asha.org/practice/ethics/code-of-ethics-2016-revision-summary/>, dostęp online: 28.04.2024; <https://www.asha.org/about/history/>, dostęp online: 28.04.2024.

²⁸⁷ <https://ialp-org.com/>, dostęp online: 28.04.2024.

²⁸⁸ www.cplol.eu, dostęp online: 28.04.2024.

Bardzo różnorodna tematyka szkoleń wskazuje na fakt, że logopedia już wtedy wykorzystywała wyniki badań wszystkich dyscyplin, które w mniejszym lub większym stopniu zajmują się mową. Działania Komisji odgrywały tutaj rolę integrującą²⁸⁹. Początkowo działania Komisji obejmowały tylko województwo lubelskie, by następnie rozszerzyć swoje działanie również na inne – planowano utworzyć komisje okręgowe, jednak próba objęcia zasięgiem całego kraju się nie powiodła. W 1960 roku został wydany pierwszy numer czasopisma „Logopedia – Zagadnienia Kultury Żywego Słowa”. 14 stycznia 1963 r. powołano natomiast Polskie Towarzystwo Logopedyczne, którego celem było:

- „spopularyzowanie wyników badań z zakresu embriologii i patologii mowy oraz teorii językoznawczej;
- udzielanie pomocy w wykorzystywaniu tych wyników w praktyce do kształcenia mowy u dzieci, nauczania mowy głuchych, usuwania wad mowy, pielęgnowania kultury słowa mówionego i śpiewanego²⁹⁰.

Siedzibą Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego stał się Lublin. Obecnie PTL wydaje dwa czasopisma „Logopedię” i „Biuletyn logopedyczny”. Celem Towarzystwa jest rozwijanie logopedii jako nauki (dyscypliny naukowej) i zawodu²⁹¹.

Polski Związek Logopedów (PZL) został natomiast zarejestrowany 19 października 1999 r. w Lublinie. Stanowi ogólnopolski związek zawodowy zrzeszający logopedów pracujących zarówno w publicznych jak i niepublicznych placówkach oświatowych, kulturalnych, służbie zdrowia i w gabinetach prywatnych. „Idea powołania związku zawodowego logopedów wyłoniła się z dyskusji logopedów zatrudnionych w różnych miejscach pracy. Dostrzegli oni potrzebę uzupełnienia naukowej i oświatowej działalności Polskiego Towarzystwa Logopedycznego o działania organizacji zajmującej się przede wszystkim problemami rynku pracy logopedów²⁹². PZL funkcjonuje w oparciu o ustawę o związkach zawodowych, a także na zasadzie wolontariatu. W większości województw zostały utworzone Oddziały

²⁸⁹ <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/historia-ptl/>, dostęp online: 28.04.2024.

²⁹⁰ Tamże.

²⁹¹ <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/statut-ptl/>, dostęp online: 28.04.2024.

²⁹² https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=22, dostęp online: 28.04.2024.

Wojewódzkie, których pracę koordynuje Zarząd Główny PZL. Organ ten podejmuje również inicjatywy oraz działania określone w Statucie²⁹³.

Cele działań PZL są następujące:

- „poprawa statusu zawodowego logopedy,
- zintegrowanie środowiska logopedycznego w całej Polsce,
- dostosowanie standardów zawodowych do wymogów Unii Europejskiej,
- propagowanie wiedzy logopedycznej i wiedzy o zawodzie logopedy”²⁹⁴.

PZL nawiązał współpracę z Komitetem Łącznikowym Logopedów Unii Europejskiej (CPLOL) i 12 maja 2007 r. wstąpił w jego struktury²⁹⁵.

Logopedzi – neurologopedzi mogą zrzeszać się również w Polskim Towarzystwie Neurologopedów (PTNL), które zostało zarejestrowane 29 grudnia 2006 r. Jego powstanie związane było z utworzeniem w 2003 roku w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej studiów podyplomowych z zakresu neurologopedii pod kierunkiem dr Elżbiety Stecko. W 2005 r. została zaproponowana kontynuacja spotkań absolwentów pierwszej edycji studiów w ramach koła naukowego. W tym samym roku powołano komitet założycielski, następnie utworzono statut i dopełniono wszelkich formalności oraz zarejestrowano towarzystwo. Początkowo działania towarzystwa skupiały się głównie na szkoleniach wewnętrznych, by następnie nawiązywać współpracę z innymi organizacjami o podobnych celach – czyli takich jak zapewnienie profesjonalnej opieki nad osobami, które wymagają specjalistycznej terapii oraz zadbanie o godne warunki pracy specjalistów. Do grona członków mogą aktualnie dołączać również absolwenci innych niż SWPS uczelni w Polsce.

Polskie Towarzystwo Terapii Miofunkcjonalnej działa jako stowarzyszenie naukowe non-profit na obszarze całej Rzeczypospolitej, jest również otwarte na współpracy zagraniczne. Jego celem nadrzędnym jest „upowszechnianie najnowszych informacji w zakresie profilaktyki, stymulacji, diagnozy i terapii miofunkcjonalnej. Celem naszego stowarzyszenia jest podnoszenie poziomu leczenia w zakresie terapii miofunkcjonalnej, ortodoncji czynnościowej i kolejnych sekwencji prowadzących do zdrowia pacjenta. Podążamy w kierunku jak najpełniejszej integracji środowisk:

²⁹³ Tamże.

²⁹⁴ Tamże.

²⁹⁵ Tamże.

ortodontycznego, neurologopedycznego, fizjoterapeutycznego, osteopatycznego, psychoterapeutycznego. Tylko współpraca i konsolidacja działań tych gremiów mogą być podstawą prawidłowego i pełnego ujednoczenia standardów dotyczących leczenia i opieki terapeutycznej pacjentów z zaburzeniami miofunkcjonalnymi²⁹⁶. PTTM zajmuje się organizacją konferencji, kursów, zjazdów, rozpowszechnianiem informacji naukowych oraz działalnością wydawniczą.

Wracając do analizy kodeksów logopedycznych, kwestię odpowiedzialności w stosunku do innych logopedów regulują punkty nr 4 w obydwóch kodeksach. W Kodeksie Etycznym Logopedów znajduje się następująca treść:

4. „Odpowiedzialność w stosunku do innych logopedów.

4.1. Relacje między logopedami opierają się na wzajemnym szacunku i koleżeństwie wynikającym ze wspólnoty wartości i celów, świadomości rangi społecznej wykonywanego zawodu oraz przyjętej na siebie odpowiedzialności zawodowej.

4.2. Logopeda nie dyskredytuje innych logopedów. Nie szkodzi osobiście im i ich zawodowej pozycji.

4.3. Logopeda nie jest obojętny na odstępstwa od etyki zawodowej ze strony innych logopedów. Stwierdzając nieetyczne postępowanie kolegi w sprawach zawodowych lub dowiadując się o takim zachowaniu, logopeda stara się przekonać go o niewłaściwości jego czynów, korzystając, gdy trzeba z pomocy innych kolegów. Jeśli taka interwencja okazuje się nieskuteczna logopeda zgłasza sprawę do Zarządu Głównego PTL lub PZL, który określa dalszy sposób jej załatwienia.

4.4. Pacjent może być przeniesiony na terapię do innego logopedy po konsultacji obydwu logopedów i za zgodą samego pacjenta. W przypadku, gdy terapia prowadzona jest przez więcej niż jednego logopedę, sprawa powinna być wyjaśniona przez samych zainteresowanych.

4.5. Logopeda dąży stale do wzrostu wiedzy w zakresie swojej specjalności i dzieli się wynikami swoich naukowych dociekań.²⁹⁷

²⁹⁶ Strona PTTM <http://pttm.pl/o-stowarzyszeniu>, dostęp online: 28.04.2024

²⁹⁷ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

Kodeks etyczny logopedy PZL zawiera natomiast następujący zapis:

4. „Odpowiedzialność w stosunku do innych logopedów.

4.1. Logopeda nie dyskredytuje innych logopedów. Nie szkodzi osobiście im i ich zawodowej pozycji.

4.2. Pacjent może być przeniesiony na terapię do innego logopedy po konsultacji obydwu logopedów i za zgodą samego pacjenta. W przypadku, gdy terapia prowadzona jest przez więcej niż jednego logopedę, sprawa powinna być wyjaśniona przez samych zainteresowanych.

4.3. Logopeda dąży stale do wzrostu wiedzy w zakresie swojej specjalności i dzieli się wynikami swoich naukowych dociekań”²⁹⁸.

Zgodnie z Kodeksem Etycznym Logopedów, „relacje między logopedami opierają się na wzajemnym szacunku i koleżeństwie wynikającym ze wspólnoty wartości i celów, świadomości rangi społecznej wykonywanego zawodu oraz przyjętej na siebie odpowiedzialności zawodowej”²⁹⁹. Warto więc pamiętać o tej zasadzie w przypadku zaistnienia konfliktów lub dylematów: logopedzi mają wspólne wartości oraz cele, jakimi się kierują i mają na uwadze powyższe należy ewentualne trudności rozwiązywać.

Zarówno w Kodeksie Etycznym Logopedów, jak i w kodeksie etycznym logopedy PZL, znajduje się zapis: „Logopeda nie dyskredytuje innych logopedów. Nie szkodzi osobiście im i ich zawodowej pozycji”³⁰⁰. Oczywistym jest, że powinno się z szacunkiem odnosić do drugiego człowieka, szacunek ten przejawia się również w niedyskredytowaniu innych. Warto tutaj wskazać, że dotyczy to wszystkich płaszczyzn komunikacyjnych – zarówno rozmów w tzw. świecie realnym, jak i przestrzeni wirtualnej, która w dzisiejszym świecie coraz częściej stanowi centrum wymiany informacji między ludźmi. Rozwiązując ewentualne konflikty na tym polu, czy wyjaśniając nieścisłości, należy zadbać o dobro drugiego człowieka, a także

²⁹⁸ Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73 dostęp online: 28.04.2024.

²⁹⁹ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

³⁰⁰ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-Kodeks-Etyczny-Logopedy> https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

również o prestiż zawodu i jego postrzeganie przez innych. Niedopuszczalnym jest wydawanie opinii i osądów na podstawie szczątkowych informacji czy plotek lub zasłyszanych od osób trzecich wiadomości. Odpowiedzialność za słowa ponosi osoba, która je artykułuje – warto więc najpierw poddać się chwili zastanowienia i rzeczowej ocenie sytuacji, gdy napotyka się sytuację, która budzi wątpliwości etyczne. Posiadanie szczątkowych informacji również może powodować błędny osąd sytuacji i warto być tego świadomym.

Zgodnie z zapisem w Kodeksie Etycznym Logopedów, „Logopeda nie jest obojętny na odstępstwa od etyki zawodowej ze strony innych logopedów. Stwierdzając nieetyczne postępowanie kolegi w sprawach zawodowych lub dowiadując się o takim zachowaniu, logopeda stara się przekonać go o niewłaściwości jego czynów, korzystając, gdy trzeba, z pomocy innych kolegów. Jeśli taka interwencja okazuje się nieskuteczna logopeda zgłasza sprawę do Zarządu Głównego PTL lub PZL, który określa dalszy sposób jej załatwienia”³⁰¹. Brak działania w takiej sytuacji prowadzi do odpowiedzialności za zaniechanie i późniejsze ewentualne skutki. Obowiązkiem jest więc zareagować w przypadku obserwacji nieetycznego postępowania u innego logopedy. Powinno się wspierać innych logopedów, pomagać im i w przypadku zauważenia ich niewłaściwego postępowania – w sposób adekwatny, odpowiedzialny i empatyczny reagować. To właśnie sami logopedzi w końcu samostanowią środowisko logopedyczne i mogą być postrzegani również przez jego pryzmat jako całości. Warto więc również dbać o pozytywne postrzeganie środowiska logopedycznego przez społeczeństwo i nienarażanie na utratę zaufania przez innych.

Obydwa kodeksy zawierają następujący punkt: „Pacjent może być przeniesiony na terapię do innego logopedy po konsultacji obydwu logopedów i za zgodą samego pacjenta. W przypadku, gdy terapia prowadzona jest przez więcej niż jednego logopedę, sprawa powinna być wyjaśniona przez samych zainteresowanych”³⁰². Współpraca powinna opierać się na zasadzie poszanowania drugiego człowieka i być ukierunkowana na jego dobro.

Zgodnie z zapisami w obu „kodeksach logopeda dąży stale do wzrostu wiedzy w zakresie swojej specjalności i dzieli się wynikami swoich naukowych dociekań”³⁰³.

³⁰¹ Tamże.

³⁰² Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024; Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

³⁰³ Tamże.

Zapis ten nakłada więc na logopedów powinność samodoskonalenia w zakresie swojej specjalności. Wiąże się to z koniecznością doksztalcania się. Nie ma aktualnie narzuconych ram, w jakim zakresie powinno się to odbywać, więc to na samym logopedzie spoczywa powinność rzetelnego wypełnienia tych zaleceń. Istotnym jest również zwrócenie uwagi na dzielenie się wynikami naukowych dociekań – w zakresie logopedii można postawić wniosek, że jest ich wciąż za mało, gdyż zbyt mało osób podejmuje się prowadzenia naukowych badań i opracowań. A przecież to właśnie te działania zapewniają postęp logopedii jako nauki.

Kodeks etyczny logopedy PZL zawiera również punkt związany z odpowiedzialnością w stosunku do Polskiego Związku Logopedów. Brzmi on następująco:

5. „Odpowiedzialność w stosunku do Polskiego Związku Logopedów.

5.1. Logopeda – członek Polskiego Związku Logopedów zobowiązany jest do przestrzegania statutu PZL i dyscypliny związkowej.

5.2. Polski Związek Logopedów i jego członkowie dążą do upowszechniania wiedzy logopedycznej w społeczeństwie.

5.3. Logopeda dba o rzetelność publikowanych w mediach informacji dotyczących zaburzeń mowy”³⁰⁴.

Wytyczne zawarte w punkcie piątym Kodeksu etycznego Polskiego Związku Logopedów obligują logopedę, będącego członkiem tej organizacji, do przestrzegania zarówno statutu PZL jak i dyscypliny związkowej. O ile statut jest opracowany i zamieszczony na stronie internetowej Związku, o tyle pytanie: „Czym jest owa dyscyplina związkowa?” wymagałoby doprecyzowania. Zadaniem logopedy, należącego do PTL, jest również upowszechnianie wiedzy logopedycznej w społeczeństwie – jest to bardzo ważne, ponieważ wprowadzenie profilaktyki logopedycznej, a także uwrażliwienie na niepokojące sygnały związane ze sprawnością i kompetencją językową oraz komunikacyjną mogą pozwolić na uniknięcie nieprawidłowości, których skutkiem jest konieczność głębszej interwencji logopedycznej. Warto działać zgodnie z założeniem: „Lepiej zapobiegać niż leczyć”. W następstwie rozwoju mediów coraz ważniejsze jest rzetelne szerzenie wiedzy

³⁰⁴ Tamże.

logopedycznej. Rodzice pacjentów, początkujący logopedzi, a także osoby zainteresowane tematyką logopedyczną, informacje na dany temat czerpią z wyszukiwarek internetowych lub na różnego rodzaju forach. Niezwykle ważnym jest więc to, aby dbać o rzetelne i rozważne dzielenie się wiedzą oraz doświadczeniem w przestrzeni internetowej.

Istotnym jest również pytanie o sankcje związane z nieprzestrzeganiem kodeksu. Zgodnie z zapisem w Kodeksie Etycznym Logopedów Towarzystwa Logopedycznego, „Logopeda nie jest obojętny na odstępstwa od etyki zawodowej ze strony innych logopedów. Stwierdzając nieetyczne postępowanie kolegi w sprawach zawodowych lub dowiadując się o takim zachowaniu, logopeda stara się przekonać go o niewłaściwości jego czynów, korzystając, gdy trzeba z pomocy innych kolegów. Jeśli taka interwencja okazuje się nieskuteczna, logopeda zgłasza sprawę do Zarządu Głównego PTL lub PZL, który określa dalszy sposób jej załatwienia”³⁰⁵. Przy PZL istnieje Komisja PZL ds. Kształcenia, Statusu i Etyki Zawodowej³⁰⁶.

Ważnym pojęciem jest tu również solidarność, czyli „poczucie wspólnoty i współodpowiedzialności wynikające ze zgodności poglądów oraz dążeń”³⁰⁷; jest to „odpowiedzialność zbiorowa i indywidualna określonej grupy osób za całość wspólnego zobowiązania”³⁰⁸. Warto zdawać sobie sprawę z tego, że każdy logopeda stanowi część środowiska logopedycznego jako takiego i powinien również dbać o prestiż i postrzeganie tegoż. Środowisko logopedyczne jest w pewien sposób podzielone i to nie ulega wątpliwości, podziały te są dokonane głównie ze względu na charakter i miejsca pracy. Jednak jako całość środowiska, logopedzi zawsze powinni kierować się w swoich celach i działaniach dobrem molarnym – dobrem pacjenta. W przypadku kwestii spornych między logopedami warto podejmować dyskusje w gronie przedstawicieli różnych stanowisk, słuchać się wzajemnie i starać się zrozumieć postępowanie współrozmówców, a decyzje podejmować zgodnie z etyką zawodową.

Kwestię solidarności w środowisku logopedycznym podejmuje również Z. Tarkowski w jednym ze swoich artykułów, w którym zawiera następujące konkluzje: „Czasem można odnieść wrażenie, że wzajemna nagonka jest cechą tej profesji

³⁰⁵ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

³⁰⁶ https://logopeda.org.pl/kontakt_c.php?id=91, dostęp online: 28.04.2024.

³⁰⁷ *Słownik Języka Polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/solidarno%C5%9B%C4%87%20.html>, dostęp online: 28.04.2024

³⁰⁸ Tamże.

wiecznie podzielonej na frakcje i podgrupy. Świadczą o tym takie zachowania, jak – używając określeń sportowych – podstawianie sobie nogi, kopanie do własnej bramki, strzelanie samobójczych goli, nagonki na niepokorne lub kontrowersyjne osoby. Proces ten zaczyna się na górze i schodzi na dół. Oczywiście zdrowa krytyka, dyskusja i konstruktywne spory są potrzebne, ale prowadzone na poziomie, w odpowiednich miejscach. Generalnie należy atakować problemy, a nie ludzi. Należy ponadto poważnie traktować kodeksy etyczne stworzone przez różne organizacje zrzeszające logopedów oraz karać tych, którzy zachowują się niesolidarnie. Pamiętajmy, że zasady są dla silnych, a niesolidarność jest na rękę konkurencji”³⁰⁹. Warto zapamiętać te słowa i nie dopuszczać do sytuacji niezgodnych z etyką zawodową i podejściem personalistycznym do drugiej osoby, a zajmować się kwestiami problemowymi i podejmować odpowiedzialne decyzje, będąc świadomym potencjalnych konsekwencji swoich działań. Solidarność zawodowa wpływa znacząco zarówno na prestiż samego zawodu jak i na postrzeganie go przez inne osoby, dlatego należy dbać o nią również w obrębie grupy zawodowej logopedów.

Mając na uwadze zagadnienie zrzeszania się logopedów w różnego rodzaju organizacjach, uważam, że korzyści dołączenia do któregoś z nich są jednoznacznie pozytywne, dla samego logopedy, pacjentów i całego środowiska logopedycznego. Warto więc, by każdy z logopedów rozważył członkostwo w którejś z organizacji zrzeszających osoby wykonujące ten sam zawód, co może skłonić do zaangażowania się w rozwój polskiej logopedii. Niezwykle istotnym jest bowiem czynne włączanie się w działania badawcze. Im więcej osób będzie angażowało się w rozwój polskiej logopedii, tym bardziej będzie rozwijała się jako nauka; co w konsekwencji jest korzystne zarówno dla logopedów – np. zwiększenie zadowolenia z wykonywanej pracy, która staje się bardziej efektywna, czy samych pacjentów – np. podniesienie efektywności działań profilaktycznych, diagnostycznych czy terapeutycznych, skrócenie czasu terapii.

Istotną kwestią jest również usystematyzowanie nazewnictwa w obrębie logopedii, co wpłynęłoby pozytywnie także na rozwój omawianej nauki. Jednorodność terminologii ma wpływ na wzrost prestiżu zawodowego. Konieczne jest więc podążanie przez logopedów wspólną ścieżką, bo choć różni ludzie mogą stosować odmienne metody i mieć zróżnicowane podejście do tematyki profilaktyki, diagnozy i terapii

³⁰⁹ Z. Tarkowski, *Wizerunek i samoocena logopedy*, dz. cyt., s. 404.

logopedycznej, to jednak wszystkich łączy wspólny cel: jak najlepsza profesjonalna pomoc pacjentowi, bo właśnie pacjent jest w centrum.

4.3.3. Etyczne wskazania dla nauki

Ostatni element w obydwóch kodeksach stanowią punkty poświęcone etycznym wskazaniom dla nauki. W Kodeksie Etycznym Logopedów posiadają następujące brzmienie:

5. „Etyczne wskazania dla nauki.

- 5.1. Pacjent lub jego opiekun musi wyrazić zgodę na badania naukowe i wykorzystanie ich wyników.
- 5.2. Badania nie mogą naruszać godności pacjenta.
- 5.3. Logopeda dba o rzetelność publikowanych informacji dotyczących zaburzeń mowy.
- 5.4. W edukacji logopedów należy odwoływać się tylko do wiedzy udowodnionej naukowo³¹⁰.

Kodeks etyczny logopedy PZL reguluje te kwestę w następujący sposób:

6. „Etyczne wskazania dla nauki.

- 6.1. Pacjent lub jego opiekun musi wyrazić pisemną zgodę na badania naukowe i wykorzystanie ich wyników.
- 6.2. Badania nie mogą naruszać godności pacjenta.
- 6.3. Logopeda stosuje wyłącznie metody diagnozy i terapii naukowo uzasadnione³¹¹.

Zarówno według Kodeksu Etycznego Logopedów, jak i kodeksu logopedów PZL „pacjent lub jego opiekun musi wyrazić zgodę na badania naukowe i wykorzystanie ich

³¹⁰ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

³¹¹ Kodeks Etyczny Logopedy PZL https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73, dostęp online: 28.04.2024.

wyników”³¹² z tym zastrzeżeniem, że w przypadku kodeksu PZL podkreślona jest forma wyrażenia tejże zgody – musi być ona wyrażona na piśmie. Zatem wyrażenie zgody na badania naukowe i wykorzystywanie ich wyników jest warunkiem *sine qua non*. Pisemna zgoda wydaje się być rozsądnym rozwiązaniem, gdyż jest jednoznaczna i w przypadku późniejszych wątpliwości, czy na pewno została udzielona – bezsporna. Wedle obydwóch kodeksów „badania nie mogą naruszać godności pacjenta”³¹³. Wpis ten jest przejrzysty i wskazuje na wartość najwyższą – poszanowanie godności drugiego człowieka. Naruszenie jej mogłoby dotyczyć m. in. przedmiotowego traktowania osoby np. w celu osiągnięcia danych rezultatów oraz praktyk, które w jakikolwiek sposób urażałyby godności człowieka. Ocena ta znowu w związku z niedoprecyzowaniem pozostaje w gestii samego logopedy. Spoczywa na nim również nakaz pamiętania o obowiązku etycznego działania na każdej płaszczyźnie.

Zgodnie z kodeksem PTL, „logopeda dba o rzetelność publikowanych informacji dotyczących zaburzeń mowy”³¹⁴ oraz „w edukacji logopedów należy odwoływać się tylko do wiedzy udowodnionej naukowo”³¹⁵. „Należy” – rodzi się jednak pytanie, co w przypadku trudności ze znalezieniem odpowiedniej liczby badań, które pozwoliłyby na uznanie danej metody za wartościową. Zgodnie z zapisem w kodeksie PZL, logopeda „stosuje wyłącznie” metody diagnozy i terapii naukowo uzasadnione (w Kodeksie Etycznym Logopedy PTL informacja ta została zawarta w punkcie 1.4. zawierającym wskazania ogólne); z czego wynika, że logopedzie nie wolno opierać się na niesprawdzonych metodach.

Logopedia jest nauką, która wciąż się rozwija, co było już wielokrotnie podkreślane. Obserwuje się wzrost liczby publikacji naukowych i przeprowadzonych badań, lecz jest to wciąż za mało. Pozostaje mieć nadzieję, że szybki rozwój logopedii pozwoli w niedługim czasie na poparcie badaniami metod, które są praktykowane przez logopedów, a wciąż niedostatecznie zbadane. Trudności w zakresie prowadzenia badań w dziedzinie logopedii polegają m. in. na niemożności przeprowadzenia randomizowanych badań klinicznych w jej obszarze. Nieetyczne byłoby również wykorzystanie metody podwójnej ślepej próby w logopedii. Trzeba więc poszukiwać

³¹² Kodeks Etyczny Logopedy https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73 dostęp online: 28.04.2024; Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

³¹³ Tamże.

³¹⁴ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>, dostęp online: 28.04.2024.

³¹⁵ Tamże.

takich rozwiązań badawczych, które, zapewniając najwyższe standardy etyczne, będą również rzetelne.

W logopedii, tak jak w medycynie, będzie dominowało wnioskowanie indukcyjne. Myślenie przez analogię, czyli proces wnioskowania poprzez porównywanie podobieństw między dwoma sytuacjami lub przypadkami, może być bowiem zawodne zarówno w medycynie jak i w logopedii z kilku powodów. Dziedziny, o których wspomniałam, są dziedzinami o wysokim poziomie złożoności i każdy przypadek jest inny. Porównywanie przypadków może wobec tego prowadzić do błędnych wniosków. Każdy przypadek wymaga indywidualnego, całościowego podejścia. Analogie mogą również prowadzić do błędnych wniosków, gdy nie są oparte na faktach naukowych, a tylko na subiektywnych interpretacjach czy opiniach. Nauki medyczne wymagają precyzyjnego zrozumienia zarówno anatomii, fizjologii, jak i patologii – te same warunki będą dotyczyły również logopedii. Myślenie przez analogię, które tych czynników nie uwzględni również najpewniej będzie prowadziło do błędnych wniosków. W związku z powyższym myślenie przez analogię może być zawodne, trzeba więc być uważnym i stosować je tylko wtedy, gdy jest udowodnione przez solidne podstawy naukowe.

Dobłą praktyką w pracy logopedy jest na pewno równoczesne podejmowanie badań nad efektywnością działań tak, by daną metodę w przyszłości można było uznać za udowodnioną naukowo. Im więcej osób będzie podejmowało się badań, tym większy będzie można obserwować rozwój logopedii jako nauki, co będzie mieć przełożenie na praktykę i dobro pacjentów. Należy tutaj podkreślić, by badania te były wykonywane zgodnie z zachowaniem zasad naukowości. Rzetelność w publikacji informacji związanych z zaburzeniami mowy jest natomiast związana z przestrzeganiem zasad dotyczących wykonywania badań naukowych i wymaga rzeczowego przedstawiania stanu faktycznego.

Na obecnym etapie rozwoju logopedii wciąż brakuje jednolitych standardów postępowania w konkretnym zaburzeniu³¹⁶, które obowiązywałyby logopedów i wyznaczały granice postępowania. Mnogość metod (nierzadko opartych na wątpliwych fundamentach naukowych) czy niejednomysłność środowiska logopedycznego stanowią nieraz podstawy dylematów stojących przed praktykującymi logopedami. Problem braku standaryzowanych narzędzi dotyczy również pomocy

³¹⁶ Takie standardy zostały zaproponowane w: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, T. Woźniak, J. Panasiuk, dz. cyt. Nie są one jednak kompletne oraz wiążące.

diagnostycznych³¹⁷. Trudności w podejmowaniu danego rodzaju postępowania wiążą się również z dylematami powiązаныmi z granicami kompetencji logopedów i innych specjalistów. Brak klarowności w tym wymiarze również wymaga doprecyzowania.

Jako zakończenie tego rozdziału warto przytoczyć słowa D. Pluty-Wojciechowskiej: „Powinniśmy też pamiętać, że to, co dziś wydaje się prawdą, jutro może być uznane za wiedzę niepełną lub nawet fałsz. Ma to związek z ciągłym postępem nauki. Można powiedzieć, że prawo jest po to, aby cywilizować nasze zachowania, a nauka – aby porządkować nasze działania praktyczne. Maria Skłodowska-Curie miała ponoć w taki sposób ukazać rolę nauki: chodzi o «przesuwanie granic poznania»»³¹⁸.

³¹⁷ Jako wystandaryzowane narzędzie można wskazać np. U. Mirecka, K. Gustaw, *Skala dyszartrii. Wersja dla dzieci*, Wrocław 2006.

³¹⁸ D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, dz. cyt., s. 292.

5. Problemy i dylematy etyczne w pracy logopedy

5.1. Pojęcie problemów i dylematów moralnych

Problemy i dylematy o charakterze etycznym wpisane są również w profesję logopedy. W budowaniu świadomości etycznej oraz kształtowaniu umiejętności podejmowania świadomych, dojrzałych i odpowiedzialnych decyzji, w przypadku zaistnienia konfliktu moralnego wskazówką może być rozumienie samej natury trudności o wspomnianym charakterze. Jednak nie wszystkie niepokoje, związane z podejmowaniem decyzji, będą wchodziły w zakres sfery moralnej. Konieczne jest więc wprowadzenie w tym temacie związane z rozumieniem samych pojęć problemu i dylematu moralnego, ich charakteru oraz kwestii ich rozwiązywania. Omówione więc zostaną pojęcia oraz obszary istotne z punktu widzenia prezentowanego tematu.

Można zróżnicować pojecie problemu i dylematu. Problem to coś, co stanowi trudność w rozwiązaniu. Dylemat natomiast to trudność w rozwiązaniu jakiegoś problemu w sytuacji, w której wahamy się między wyborem spośród co najmniej dwóch racji, tak samo ważnych. Między pojęciem problemu i dylematu natury etycznej będą więc zasadnicze różnice. Problem będzie bowiem wymagał *jakiegoś* rozwiązania, dylemat natomiast wyboru między co najmniej dwoma rozwiązaniami.

Konflikt moralny (łac. *conflictus* = zderzenie) definiowany jest jako „sytuacja polegająca na konieczności podjęcia działania, którego realizację wyznaczają postulatory i wartości wykluczające się”³¹⁹. Co ważne, „sytuacje konfliktowe mogą być konsekwencją funkcjonowania w doktrynie moralnej norm sprzecznych, najczęściej jednak są wynikiem zinternalizowania przez jednostkę różnych wartości pochodzących z różnych systemów moralnych czy ideologii, bądź wynikają z jednoczesnej przynależności człowieka do grup społecznych akceptujących odmienne hierarchie wartości. Konflikt moralny, jako niemożność równoczesnego zrealizowania antagonistycznych postulatów moralnych, wiąże się z poświęceniem jednej wartości na rzecz drugiej. Fakt ten może być głęboko przeżywany, powodując stany rozterki, a nawet (w przypadkach konfliktów często powtarzających się) może prowadzić do

³¹⁹ *Mały słownik etyczny*, red. S. Jedynek, dz. cyt., hasło: konflikt moralny.

anomalii”³²⁰. Dylemat zachodzi więc wtedy, gdy w konflikt wchodzi wartości moralne, a wybranie jednej możliwości powoduje złamanie innej wartości.

Warto również podjąć rozważania na temat sytuacji granicznych w życiu człowieka, mając na myśli kwestię choroby, niepełnosprawności dziecka, czy niepełnosprawności własnej jako sytuacji granicznej. W odniesieniu do kwestii granicznych, „Sytuacje czy wydarzenia konfliktowe pojawiają się z chwilą, kiedy:

1. podmiot wie, co powinien uczynić i jest przekonany o swoich racjach, a zarazem jego decyzja jest sprzeczna z wolą innych (konflikt zewnętrzny);
2. podmiot nie jest w stanie opowiedzieć się za żadną z dwóch najważniejszych wartości, a sytuacja obliuguje go do dokonania takiego wyboru (tragizm konfliktu wewnętrznego);
3. świat jego wartości jest zagrożony i musi wybierać między klęską a kompromisem.

Z tego uproszczonego opisu wynika, że na polu etyki konflikty mogą być rozważane pod trzema kątami:

1. istnienia obiektywnej (ewentualnie subiektywnej) hierarchii wartości i natury związków, jakie zachodzą między wartościami sensem życia ludzkiego ujętego jako całość;
2. egzystencji pojętej jako realizacja fundamentalnego projektu życia w konfrontacji z dramatycznym losem jednostki;
3. jako aksjologiczny wymiar troski o siebie, swoją duszę, sumienie i wewnętrzną harmonię”³²¹.

Istnieją różne rodzaje dylematów. Można je pogrupować według następujących podziałów:

- I. ze względu na rodzaj powinności:

³²⁰ Tamże.

³²¹ E. Podrez, *Kompromis i pojednanie jako przykład sytuacji krańcowych oraz granicznych*, [w:] *Etyka wobec sytuacji granicznych*, red. D. Probuca, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007, s. 48.

- a. dylematy roztropnościowe – które wypływają z posiadanej wiedzy i kompetencji, aby odpowiednio ocenić sytuację,
- b. dylematy moralno-prawne – pojawiają się, gdy trzeba rozstrzygnąć, czy większą moc obowiązywania ma racja prawna czy etyczna,
- c. dylematy moralno-religijne – gdy podmiot musi wybierać między przesłanką religijną a etyczną;

II. ze względu na zakres powinności:

- a. dylematy ideałów – polega na konflikcie w sytuacji, gdy ma się do wyboru dwa akty superrogacyjne, których nie jest się w stanie jednocześnie zrealizować,
- b. dylematy „lepszego wyboru” – dylematy pomiędzy działaniami moralnie dopuszczalnymi,
- c. dylematy ideału i wymagania – dylemat ten pojawia się, gdy działania superrogacyjne uznane mogą być za działania moralnie powinne, które kolidują z powinnością niesioną przez wymagania moralne;

III. ze względu na źródło obowiązków, zobowiązań i praw:

- a. dylematy zobowiązań i praw – dylematy pomiędzy zobowiązaniami, które wypływają z uprzednio złożonych deklaracji a respektowaniem prawa moralnego, które obowiązuje niezależnie od jakichkolwiek deklaracji i funkcji podmiotu,
- b. dylematy obowiązków i praw – dylematy pomiędzy obowiązkami, które są związane ze szczególnym statusem lub stanowiskiem danej osoby a respektowaniem prawa moralnego, które obowiązuje niezależnie od jakichkolwiek deklaracji i funkcji podmiotu,
- c. dylematy zobowiązań i obowiązków – wybory pomiędzy zobowiązaniami, które wypływają z uprzednio złożonych deklaracji a obowiązkami, które są związane ze szczególnym statusem lub stanowiskiem danej osoby,
- d. dylematy obowiązków – pojawiają się, gdy podmiot będzie pełnił dwie różne, niemożliwe do pogodzenia funkcje,

- e. dylematy zobowiązań – zazwyczaj są związane z jedną zasadą moralną, co do słuszności której nie ma się wątpliwości, istnieje jednak trudność z jednoczesnym respektowaniem jej wobec różnych osób;
- IV. ze względu na skutki dokonanego wyboru:
- a. dylematy moralnego rezyduum – sytuacja, w trakcie której podmiot nie jest w stanie uniknąć spełnienia czegoś, co uzasadnia (czyli stanowi rację) pojawienie się moralnego rezyduum,
 - b. dylematy moralnego zła – sytuacje, w których podmiot nie jest w stanie uniknąć spełnienia działania moralnie złego;
- V. ze względu na status ontyczny alternatywnych opcji:
- a. dylematy epistemiczne – dylematy, których pojawienie się jest spowodowane błędnym odczytaniem przez podmiot moralnej powinności,
 - b. dylematy ontologiczne – istnienie dwóch wzajemnie wykluczających się norm, sytuacje, w których podmiot ma przekonanie, że powinien zachować się jednocześnie w dwojaki sposób i odwołuje się do teorii etycznej, w ramach której próbuje rozstrzygnąć dylemat, a racje przemawiają zarówno za jedną jak i za drugą stroną³²².

5.2. Rozwiązywanie dylematów moralnych

W tym miejscu warto postawić sobie następujące pytania: w jaki sposób rozwiązywać dylematy moralne? Otóż, w przypadku zaistnienia konfliktu moralnego człowiek podejmuje decyzję. Czym jest sama decyzja? Otóż decyzja stanowi „wybór jednej możliwości działania spośród co najmniej dwóch opcji. Samo dokonanie wyboru nie oznacza jeszcze podjęcia działania, ponieważ do tego potrzebna jest skuteczna motywacja oraz obiektywne możliwości realizacji decyzji”³²³. Warto również przywołać myśl A. Andrzejuka, że „ludzka decyzja mieści się w sferze możliwości

³²² Por. Chyrowicz B., *O sytuacjach bez wyjścia w etyce*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008, s. 73-169.

³²³ E. Nęcka, J. Orzechowski, B. Szymura, *Psychologia poznawcza*, ACADEMICA Wydawnictwo SWPS, Warszawa 2013, s. 549.

i w zawartych w tej sferze władzach. Najważniejsze z nich – intelekt i wola – odpowiadają za «jakość» ludzkich decyzji. Zatem problem decydowania odnosi się do tego, co czyni człowieka bytem osobowym. Nie dotyczy zatem ani istnienia, ani formy bytu ludzkiego. Dlatego strukturę człowieka trzeba poznać, aby dobrze podejmować decyzje, a przede wszystkim, aby te decyzje w ogóle podejmować. I aby nie mylić decyzji z marzeniem, nierealnym postulatem, fikcją³²⁴. Poznawanie człowieka, rozwój moralny niosą ze sobą konieczność doskonalenia się w tym zakresie. Człowiek jako istota rozumna obiera cel, a następnie dąży do niego. Z założenia powinien chcieć i chce dobra, a odrzuca to, co uważa za złe.

Człowiek może zająć różne stanowisko wobec konfliktu moralnego. Czym jest owo zajmowanie stanowiska? Otóż możemy je określić jako „dostrzeżenie problemu w świetle własnych intuicji moralnych, w świetle intuicji społeczności, do której należymy, oraz w sposób, który uznalibyśmy za poprawny, gdybyśmy byli w stanie dostrzec wszystkie błędy tych dwu punktów widzenia”³²⁵.

Człowiek, stając przed wyborem w sytuacji konfliktu moralnego, zawsze ma *jakiś* wybór. Również coś, co może się wydawać brakiem reakcji, brakiem zajęcia stanowiska moralnego, także jest podjęciem jakiejś decyzji. Nie można nie zająć żadnego stanowiska w sytuacji konfliktu moralnego – zawsze podejmuje się jakąś decyzję. Sposób reakcji w danej sytuacji uwarunkowany jest wieloma czynnikami, m. in. kulturowymi, społecznymi i osobowościowymi. Wartości, które w danym momencie przeważają, decydują o wyniku działania. Świadomość samego faktu podejmowania decyzji i struktury działania uwarunkowanego moralnie może również wpłynąć na umyślnie podejmowaną decyzję.

W procesie decyzyjnym, mimo wielu zmiennych, odpowiedzialność za decyzję spoczywa na podejmującym. To dana osoba podejmuje decyzje, co pociąga za sobą odpowiedzialność. Człowiek podejmujący daną decyzję, rozwiązujący dany dylemat etyczny jest odpowiedzialny za podjętą decyzję. Warto zaznaczyć, że w niniejszych rozważaniach nie zajmuję się procesami podejmowania decyzji moralnych w sytuacjach, gdy wobec danej osoby stosowana jest jakakolwiek forma wywierania nacisku. Skupiam się na okolicznościach, w trakcie których jednostka samodecyduje o swych wyborach na podstawie tego, co wie, rozumie lub przypuszcza.

³²⁴ A. Andrzejuk, *Człowiek i decyzja*, wyd. III zm., Oficyna Wydawnicza *Navo*, Warszawa 2007, s. 17.

³²⁵ J. Hołówka, *Etyka w działaniu*, dz. cyt., s. 33.

Warto w tym miejscu przytoczyć trafną myśl Tadeusza Ślipki: „podstawowego instrumentarium metody rozwiązywania problemów etycznych należy szukać w głębinowej warstwie struktury człowieka, nie zaś w powierzchniowo niejako pokrywie. Niemniej, jest to dopiero pierwszy krok na drodze do wyznaczonego celu. Problemy etyczne formułują się bowiem na styku moralności z praktyką człowieka, a twórczą ich siłą jest konieczność dokonania moralnej oceny zamierzonego konkretnego aktu. Przedmiotem tego rodzaju są oczywiście przede wszystkim akty rozumne, dobrowolne, czyli akty, w których człowiek jest świadom tego, co czyni, a równocześnie jest zdolny do podjęcia wolnej decyzji, nienarzucanej przez czynniki zewnętrzne (np. w sytuacji przymusu) ani nieskrępowanej od wewnątrz (np. przez strach), gdyż tylko za te akty jest on w pełni odpowiedzialny. A zatem w konkretnym działaniu któryś z wymienionych składników dobrowolności aktu, np. strona poznawcza lub wolność decyzji, zostanie całkowicie wyeliminowany lub poważnie nadwyrężony, wówczas także moralny osąd tego aktu staje pod znakiem zapytania: bądź nie wchodzi w grę, bądź przybiera postać częściowej tylko odpowiedzialności”³²⁶.

W związku z tym, że zgłębiamy problematykę etyczną, rozwiązywanie danego dylematu czy problemu związanego z zawodem logopedy zarówno w teorii jak i w praktyce będzie wymagało tego, by odnosić się do konkretnej, zaistniałej sytuacji. W kolejnych podrozdziałach podejmę rozważania, które uznałam za aktualnie najbardziej istotne z perspektywy etycznej. Zostaną one nakreślone w taki sposób, by pozostawiać przestrzeń do dalszych rozważań i refleksji. Uzupełnieniem rozważań teoretycznych będą opisy przypadków. Będą one nakreślały sytuacje, w których mogą zaistnieć konflikty etyczne – studia te są oparte na kompilacji myśli związanych z własnym doświadczeniem oraz przemyśleń na podstawie obserwacji. Sytuacje te opisane są ogólnikowo i wszelkie podobieństwo występujących w nich osób oraz okoliczności do tych prawdziwych jest przypadkowe.

Podejmowanie decyzji moralnych i stosowanie się do norm etyki zawodowej dokonuje się poprzez zaangażowanie sumienia, rozumu, a także woli danej osoby. W przypadku dylematu zawodowego logopedy, należy poddać ocenie daną sytuację i wybrać to, co jest najlepsze z perspektywy dobra pacjenta. Problemy i dylematy etyczne powinny być oparte – i ich rozwiązywanie warto zasadzić – na personalistycznej koncepcji człowieka. To człowiek z wpisaną w pojęcie

³²⁶ T. Ślipko, *Spacerem po etyce*, wyd. II, Wydawnictwo PETRUS, Kraków 2021, s. 20.

człowieczeństwa godnością, człowiek jako taki będzie podstawą formułowania rozwiązań i podejmowania decyzji etycznych. Chodzi o osobę, która w swej godności ukazuje swoje człowieczeństwo. Podejmując decyzję należy mieć na uwadze dobro najwyższe – pryncypium, którym jest dobro pacjenta i jego suwerenność oraz możliwość samodecydowania o swoim losie.

Regulacje tego typu podkreśla T. Ślipko w odniesieniu do etyki lekarskiej, która rozstrzyga konflikt na rzecz uszanowania woli pacjenta. Co ważne: „tak zwana etyka ogólna zawiera postulat ofiarnej pomocy oraz postulat poszanowania autonomii jednostki, nie sugeruje jednak i – moim zdaniem – nie powinna sugerować generalnie, któremu z nich w przypadku kolizji należy się pierwszeństwo. Odnośnie wskazanej sytuacji problem ten rozwiązuje etyka lekarska, ustalając hierarchię norm. Etyka innego zawodu może problem ten rozwiązać odmiennie; może też pozostawić go otwartym. Żadna etyka uwzględniająca pluralizm wartości nie jest systemem zupełnie niesprzecznym, w każdej jest miejsce także na indywidualne wybory. Etyka zawodowa traktuje jednak niektóre rozwiązania jako w swoich ramach obowiązujące – i sądzę, że tak jest słusznie”³²⁷. Nie sposób nie zgodzić się z tą myślą. Etyka zawodowa logopedy będzie więc miała własną gradację norm i powinności. Dylematy będą rozwiązywane w oparciu o dobro molarne.

Dylematy etyczne mogą pojawiać się na różnych etapach współpracy z pacjentem. W przypadku zaistnienia konfliktu moralnego związanego z przyjęciem pacjenta na terapię, pomocną może być lista kontrolna poddająca ocenie możliwość podjęcia się usługi logopedycznej³²⁸:

- Sprawdziłem/am, czy w relacji z klientem nie pojawia się konflikt interesów i oceniłem/am, że go nie ma lub jest na tyle nieznaczny, że nie niesie ryzyka szkody.
- Sprawdziłem/am, czy w relacji z klientem nie występuje złożoność ról i oceniłem/am, że jej nie ma lub jest na tyle nieznaczna, że nie niesie ryzyka szkody.
- Upewniłem/am się, że klient rozumie wszystkie zasady związane z usługą logopedyczną.

³²⁷ Tamże.

³²⁸ Stworzona została analogicznie do listy kontrolnej związanej z podjęciem się usługi psychologicznej, opracowanej przez D. Bednarek. Por. D. Bednarek, *Zawód psycholog. Regulacje prawne i etyka zawodowa*, dz. cyt., s. 242.

- Posiadam kompetencje do realizacji ustalonej usługi.
- Moja osobista sytuacja nie uniemożliwia profesjonalnej realizacji usługi.
- Posiadam warunki materialne do profesjonalnej i etycznej realizacji usługi.
- Posiadam bezpieczne warunki przechowywania dokumentacji.

Odpowiedzi na powyższe pytania mogą umożliwić rzetelną ocenę zaistniałej sytuacji i pozwolić na rozwiązanie danego dylematu. Posiadanie przez logopedę odpowiednich kompetencji do pełnienia tego zawodu łączy się z etycznym profesjonalizmem. Nie można spełniać odpowiednich standardów etycznych bez posiadania kompetencji i odwrotnie, nie spełniając standardów etycznych nie posiada się również odpowiednich kompetencji do zajmowania stanowiska logopedy.

Przydatnym może również okazać się propozycja schematu postępowania w przypadku zaistnienia dylematu etycznego i kolejnych kroków postępowania. W kwestii podejmowania decyzji w przypadku zaistnienia dylematu etycznego, można skorzystać z poniższego modelu, który został stworzony przez D. Bednarek³²⁹ na potrzeby etyki zawodu psychologa. W pewnym stopniu zmodyfikowany³³⁰ schemat podejmowania decyzji w przypadku zaistnienia dylematu etycznego w zawodzie logopedy może mieć następujące brzmienie:

1. Identyfikacja problemu jako dylematu etycznego:

- Czy jest to konflikt różnych wartości etycznych zawodu logopedy?
- Czy jest to konflikt wartości etycznych i regulacji prawnych?
- Czy moje osobiste wartości są zagrożone? Czy naruszona jest moja strefa komfortu?
- Kto jest klientem? Czyje dobro jest zagrożone? Kto najbardziej może ucierpieć?
- Jaka jest moralna intensywność problemu?

2. Oszacowanie własnych kompetencji:

- Czy potrzebuję konsultacji innego logopedy, superwizji, porady prawnej?

³²⁹ Model ten został stworzony przez D. Bednarek w oparciu o podejście W. Paluchowskiego (W. Paluchowski, *Problemy etyczne związane z diagnozowaniem*, <https://www.mala-psychologia.eu/problemy-etyczne-zwiazane-z-diagnozowaniem/>) oraz sugestie K. S. Pope i M. J. Vasqueza (K. S. Pope, M. J. T. Vasques, *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*, wyd. 4, John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey 2011.), a także W. J. Zerby i in. (W. J. Zerby, C. E. J. Härtel, N. M. Ashkanasy (red.), *Ethics and Decision – Making*, Series: Research on Emotion in Organizations, v. 4., Emerald Group Publishing Limited, Bradford 2008).

³³⁰ Schemat został przeze mnie zmodyfikowany – D. P.-P.

- Czy potrzebuję kontaktu z przedstawicielami organizacji zawodowej (stowarzyszenie, związek zawodowy, nieformalna grupa)?
- Kto, jaka organizacja może mi udzielić pomocy w tej sytuacji?
- Czy potrafię postawić dobro klienta ponad własnymi potrzebami?
- Czy w tej trudnej sytuacji pamiętam, aby traktować klienta podmiotowo?
- Jakie jest moje praktyczne doświadczenie w tego typu sprawie?

3. Sformułowanie dostępnych rozwiązań problemowej sytuacji:

- Czy można znaleźć standard etyczny regulujący tę sytuację?
- Czy można znaleźć standard prawny regulujący tę sytuację?
- Czy wiedza merytoryczna pozwala przewidzieć i ocenić konsekwencje poszczególnych alternatyw dla klienta?
- Ile różnych wariantów rozwiązań udaje mi się sformułować? Czy nie zamykam się na alternatywne rozwiązania?

4. Ocena sformułowanych rozwiązań:

- Które rozwiązanie minimalizuje szkodę klienta? Bilans szkód i korzyści?
- Jak oceniam własne ryzyko związane z możliwymi rozwiązaniami?
- Jakie uczucia budzą we mnie poszczególne rozwiązania?

5. Realizacja wybranego rozwiązania:

- Czy realizując rozwiązanie, mam świadomość możliwych szkód?
- Czy realizując rozwiązanie, monitoruję jego wpływ na klienta?
- Czy jestem gotowa/gotowy na zmianę rozwiązania w razie zaistnienia widocznych szkód dla klienta?

6. Dokumentacja procesu decyzyjnego i wdrożenie rozwiązania:

- Jakim wartościom w danej sytuacji daję priorytet nad jakimi innymi wartościami?
- Jakie konkretne kroki podejmuję, realizując wybrane wartości?
- W jaki sposób monitoruję dobrostan klienta?

7. Ocena skutków zrealizowanego rozwiązania. Koncentracja na perspektywie klienta:

- Jaką informację zwrotną daje klient słownie, z własnej inicjatywy lub zapytany (jeśli jest to uzasadnione)?

- Jak oceniam skutki przyjętego rozwiązania?

8. Ocena możliwych działań w sferze publicznej:

- Czy na podstawie doświadczenia tego dylematu, przeprowadzonego procesu decyzyjnego i oceny zaobserwowanych skutków mogę np. opublikować artykuł, przygotować wystąpienie na konferencję? Gdzie? Z kim należy się skontaktować?

- Czy uzasadnione byłoby uściślenie kodeksów etyki zawodu ułatwiające w przyszłości podejmowanie decyzji w tego typu sytuacjach? Z kim należy się skontaktować?

- Czy uzasadniona byłaby inicjatywa ustawodawcza regulująca tego typu sytuacje? Z kim należy się skontaktować?

9. Ponowna ocena własnych kompetencji:

- Co we mnie przeszkadzało mi w podjęciu lub zrealizowaniu właściwego rozwiązania (brak jasnej oceny etycznej, problemy z regulacją emocjonalną, brak stanowczości, nadmierna sztywność, obawa, poczucie winy, niepewność, poczucie braku przygotowania itp.)?

- W jaki sposób mogę podnieść swoje kompetencje w obszarach, które okazały się ważne w danej sytuacji?

- Sformułowanie planu konkretnych działań podnoszących kompetencje³³¹.

Schemat ten może pomóc wskazać drogę postępowania w sytuacji, w której pojawiają się wątpliwości odnośnie sposobu rozwiązania danej sytuacji o charakterze moralnym. Warto jednak podkreślić, że chodzi tu o propozycję wyboru drogi działania, a nie sztywne wytyczne.

Co jednak w przypadku, gdy zasady etyczne wejdą w konflikt z przepisami prawa? Otóż można tutaj wskazać racje, które zostały przedstawione przez D. Bednarek, w odniesieniu do etyki zawodu psychologa. Jak zaznacza badaczka, „możliwość zaistnienia konfliktu standardów etycznych z innymi regulacjami powinna skłaniać psychologów do zbiorowego wysiłku w celu podniesienia prestiżu

³³¹ Por. D. Bednarek, *Zawód psycholog. Regulacje prawne i etyka zawodowa*, dz. cyt., s. 91-94.

zawodowego swojego zawodu, tak aby organy stanowiące prawo miały świadomość szczególnej roli zawodowej psychologa³³². Analogicznie można stwierdzić, że możliwość zaistnienia konfliktu standardów etycznych z innymi regulacjami powinna skłaniać logopedów do zbiorowego wysiłku w celu podniesienia prestiżu zawodu, tak aby organy stanowiące prawo miały świadomość szczególnej roli zawodowej logopedy.

5.3. Dylematy moralne związane z kompetencjami logopedy

Rozważając temat dylematów moralnych związanych z kompetencjami logopedy, poczyniono założenie, że logopeda jest osobą w pełni zdolną do podejmowania decyzji o charakterze etycznym. Czym więc są owe kompetencje? Otóż zgodnie z definicją, kompetencja to „zakres czyjejś wiedzy, umiejętności i doświadczenia”³³³. Jakie kompetencje powinien posiadać logopeda? W jaki sposób kompetencje te powinny być urzeczywistniane? Uogólniając, logopeda winien posiadać kompetencje, które pozwolą w rzetelny i odpowiedzialny sposób świadczyć powierzone mu zadania. Powinien posiadać odpowiednie kompetencje merytoryczne, metodyczne oraz personalne do pełnienia swojej roli zawodowej. Odpowiednie kompetencje logopedy powinny być więc realizowane poprzez zapewnienie rzetelnej i fachowej pomocy pacjentowi, zindywidualizowanej, także dostosowanej do określonego zaburzenia; z poszanowaniem jego godności i personalistycznym podejściem do drugiego człowieka.

Nie ulega wątpliwości, że również posługiwanie się językiem polskim w mowie i w piśmie nie powinno budzić żadnych zastrzeżeń w jakimkolwiek obszarze. Jeśli bowiem chcemy pracować nad czyjąś kompetencją lub sprawnością językową w obrębie języka polskiego, to należy posługiwać się nim biegle. O tym warunku kodeksy etyczne (zarówno PTL jak i PZL) przypominają już na samym początku.

Warto również wspomnieć o obowiązującym Standardzie kształcenia logopedów, który omówiłam we wcześniejszej części pracy. Zawiera on zapisy związane z kompetencjami w trzech obszarach: przygotowanie merytoryczne, przygotowanie

³³² Tamże, s. 87.

³³³ *Słownik Języka Polskiego PWN*, hasło: kompetencja; <https://sjp.pwn.pl/szukaj/kompetencja.html>, dostęp online 28.04.2024.

dydaktyczno-metodyczne oraz praktyki zawodowe. Każdy z punktów podzielony jest na trzy zakresy: wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych.

5.3.1. Kompetencje merytoryczne

Pytania zasadnicze brzmi następująco: *Czym są kompetencje merytoryczne logopedy? Na jakiej wiedzy opierać się w pracy logopedycznej?* Kompetencje merytoryczne są związane z posiadaną przez logopedę wiedzą. Urzeczywistnianie tego rodzaju kompetencji jest kwestią bezdyskusyjną. Osoba kończąca studia logopedyczne z założenia powinna już posiadać odpowiednie – można je nazwać bazowymi, czyli takimi, które stanowią podstawę dalszego doskonalenia zawodowego, takimi, które umożliwią odpowiedzialne rozpoczęcie pracy w zawodzie – kompetencje (również merytoryczne) do praktykowania tego zawodu w sposób rzetelny. Z racji miejsca logopedii jako nauki, w pracy logopedycznej konieczne jest właściwie ukierunkowane, kompletne przygotowanie z dziedziny samej logopedii oraz nauk pokrewnych. Potrzebna wiedza powinna tworzyć kanon, który będzie przekazywany studentom w ramach studiów logopedycznych.

W Polsce kształcenie logopedów odbywa się na różnych poziomach i w różnych ośrodkach kształcenia. W związku z tym plany studiów mogą być odmienne. Na ośrodkach akademickich spoczywa jednak odpowiedzialność, by absolwenci studiów logopedycznych opanowali wiedzę odpowiednią do rzetelnego i odpowiedzialnego pełnienia funkcji logopedy.

Logopeda nie może poprzestać na samej wiedzy wyniesionej ze studiów. W związku z tym, że logopedia jest stosunkowo młodą dyscypliną i ciągle się rozwija, osoba pracująca w tym zawodzie powinna się nieustannie kształcić. Powinna być na bieżąco z badaniami i korzystać z możliwości rozwijającej się dyscypliny również poprzez osobisty wkład badawczy w jej dorobek. Posiadanie wiedzy wyłącznie z zakresu stricte samej logopedii nie jest wystarczające, by w sposób kompetentny zajmować się tą profesją, warto więc doskonalić się również w zakresie dziedzin pokrewnych i znać podstawy m. in. audiologii i foniatry, ortodoncji, psychopatologii i psychiatry, neurologii, neonatologii i fizjoterapii w logopedii, co zostało podkreślone również w *Standardzie kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela pedagoga specjalnego, nauczyciela logopedy i nauczyciela prowadzącego*

zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka³³⁴ obowiązującym logopedów. Jak już wyżej wspomniałam, doskonalenie warsztatu logopedy warunkuje również postęp nauki i rozwój logopedii jako dyscypliny.

Sama wiedza logopedyczna powinna opierać się na nauce opartej na dowodach. Czym jest owa nauka oparta na dowodach, czyli *Evidence Based Practice*? Otóż praktyka oparta na dowodach (EBP) stanowi integrację:

- ekspertyzy klinicznej/opinii eksperta, czyli wyników diagnozy – wiedzy, osądu i krytycznego rozumowania zdobytego podczas szkolenia i doświadczenia zawodowego,
- dowodów (zewnętrznych i wewnętrznych), czyli wyników badań naukowych, które odnoszą się do metod terapii określonego zaburzenia – najlepszych dostępnych informacji zebranych z literatury naukowej (dowody zewnętrzne) oraz z danych i obserwacji zebranych na temat indywidualnego klienta (dowody wewnętrzne),
- perspektywy klienta/pacjenta/opiekuna – jego wartości, potrzeby oraz oczekiwania – unikalny zestaw osobistych i kulturowych okoliczności, wartości, priorytetów i oczekiwań określonych przez klienta i jego opiekunów³³⁵.

Trójkąt praktyki opartej na dowodach wygląda następująco (rys. 3):

³³⁴ Standard kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001450/O/D20191450.pdf>, dostęp online 28.04.2024: <https://www.mala-psychologia.eu/problemy-etyczne-zwiazane-z-diagnozowaniem>.

³³⁵ Za: strona internetowa ASHA: <https://www.asha.org/research/ebp/>, dostęp online 28.04.2024.

Rysunek 3. Trójkąt praktyki opartej na dowodach



Źródło: Strona internetowa ASHA, online 28.04.2024: <https://www.asha.org/research/ebp/>

Powyższe trzy komponenty tworzą tzw. „trójkąt praktyki opartej na dowodach”. Uwzględniając te elementy składowe, logopedzi mogą podejmować świadome, oparte na dowodach decyzje i świadczyć wysokiej jakości usługi. Terapeuta, wybierając daną formę i metodę działania, powinien uwzględniać powyższe komponenty. Podejmowanie trafnej decyzji podczas wyboru odpowiedniej, zindywidualizowanej i nieraz eklektycznej metody pracy z pacjentem, wymaga zintegrowania wiedzy merytorycznej i metodycznej terapeuty z zakresu samej logopedii oraz nauk pokrewnych. W podejmowaniu tychże decyzji bardzo ważne jest krytyczne podejście logopedy i namysł nad dalszym postępowaniem.

P. Krzeszewska, w artykule, który jest poświęcony praktyce opartej na dowodach w postępowaniu logopedycznym, zwraca uwagę na fakt, że wdrażanie i doskonalenie praktyki opartej na dowodach na gruncie polskiej logopedii jest procesem, dla przebiegu którego koniecznym są działania w obszarze samego kształcenia oraz prowadzenia badań w logopedii. Jako zasadne dla kształcenia logopedów wymienia:

- „uwzględnianie tematyki o EBP w programie nauczania studiów logopedycznych,

- opracowanie szkoleń dotyczących praktyki opartej na dowodach w logopedii dla klinicystów będących już w zawodzie,
- uczenie wyszukiwania rzetelnych źródeł dowodów naukowych,
- uczenie nie tylko obowiązujących standardów, ale również umiejętności krytycznej oceny najnowszych publikacji czy treści szkoleń,
- doskonalenie umiejętności wdrażania implikacji z badań do praktyki logopedycznej,
- kształcenie w zakresie sposobów dokonywania oceny efektywności podejmowanych działań logopedycznych³³⁶.

Cytowana autorka w swoich wnioskach wymienia również implikacje w stosunku do przyszłych badań w logopedii, które to dotyczą:

- tworzenia systematycznych przeglądów i metaanaliz w języku polskim,
- publikowania opisów indywidualnych oraz serii przypadków jako dodatkowego źródła wiedzy,
- prowadzenia naukowych badań logopedycznych według kryteriów EBP przez polskich badaczy,
- prowadzenia badań porównawczych względem zagranicznych³³⁷

Konsekwencją podejmowania powyższych działań będzie rozwój logopedii jako nauki oraz przede wszystkim niewątpliwe korzyści dla samego pacjenta – m.in. poprzez wzrost skuteczności działań logopedy.

Z. Tarkowski, w jednym z artykułów, dzieli się następującą opinią: „uważam, że rośnie rozstęp między logopedią teoretyczną a praktyczną. Generalnie jej poziom obniża się, ponieważ zmierza w kierunku logopedii opiekuńczej (LO), mającej mało wspólnego z pierwowzorem. Dzieje się tak z wielu powodów. Naukowcy są mało zainteresowani badaniem realnego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, a postulat, aby praktyka logopedyczna była oparta na podstawach naukowych, jest często powtarzaniem frazesem. Tego rodzaju badania są skomplikowane, ryzykowne, generalnie niedofinansowane i wobec tego bardzo rzadko podejmowane. Praktyka

³³⁶ P. Krzeszewska, *Praktyka oparta na dowodach w postępowaniu logopedycznym*, [w:] „Logopedia” nr 49/2, 2020, s. 246.

³³⁷ Tamże.

logopedyczna bazuje nadal bardziej na sztuce niż nauce”³³⁸. Tym bardziej warto i należy dążyć do usprawnienia systemu i poprawy sytuacji poprzez podejmowanie działań badawczych i popularyzatorskich.

Istotną kwestią jest również konieczność weryfikacji dotychczasowych metod terapii, co w swych publikacjach podkreśla m.in. D. Pluta-Wojciechowska³³⁹. Badaczka wskazuje na rolę logopedy w projektowaniu i prowadzeniu terapii. Jak zaznacza: „znaczenie logopedy – jego wiedzy, umiejętności, zdolności myślenia przyczynowo-skutkowego, twórczego wykorzystywania metod terapii znanych i sprawdzonych w badaniach – jest kluczowe dla uzyskania efektywnej terapii. Stąd konieczność znajomości wyników badań naukowych, ale też potrzeba weryfikacji znanych, choć niesprawdzonych podczas badań sposobów pomocy”³⁴⁰. Działania te są niezbędne i warunkują postęp nauki.

Niejasne sytuacje i związane z nimi trudności mogą być również powodowane przez różnice terminologiczne między logopedią a innymi dziedzinami oraz w obrębie samej logopedii. Logopeda musi więc posiadać wiedzę o tym, w jakim znaczeniu można użyć danego terminu, mieć rozeznanie na temat tego, jak dany termin zastępowany bądź interpretowany jest w innych naukach oraz – czytając artykuły w obcych językach – posiadać umiejętność właściwego przekładu na język polski. Pociąga to za sobą konieczność ustawicznego kształcenia i monitorowania kierunku, w którym podąża logopedia jako nauka i nauki pokrewne oraz aktualizacji swojej wiedzy i bycia otwartym na zmiany.

Przyczyn różnego rodzaju trudności, które na etapie diagnozy i jej ewaluacji mogą rodzić dylematy o charakterze etycznym można również w jakimś stopniu upatrywać w aktualnym stanie narzędzi diagnostycznych.

W psychologii normą jest standaryzacja testów psychologicznych. Istnieje cała baza testów, które ją posiadają i są dostępne wyłącznie lub także dla psychologów. Standaryzowany test to taki, którego sposób używania został ujednoczony. Ważny jest przy tym układ samego testu, który, żeby zostać uznanym za dobrze skonstruowany, powinien posiadać następujące cechy:

³³⁸ Z. Tarkowski, *Logopedia opiekuńcza*, dz. cyt., s. 332.

³³⁹ D. Pluta-Wojciechowska podnosi tę kwestię głównie w odniesieniu do dyslalii. Myślę jednak, że rozwój logopedii związany jest z weryfikacją i koniecznością podejmowania badań i weryfikacji skuteczności metod pracy także z osobami o innego typu zaburzeniach i dysfunkcjach.

³⁴⁰ D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, dz. cyt., s. 135.

- trafność – im większa trafność, tym poprawniejsze są badania i pomiary, trafność określa się za pomocą badań walidacyjnych,
- rzetelność – dobrze skonstruowany test powinien wykazywać pomiar, który jest powtarzalny; oznacza to, że nawet jeżeli kilkakrotnie przeprowadzone zostanie dane badanie tych samych osób, to ich wyniki będą takie same, bądź zbliżone,
- standaryzacja – dobrze skonstruowany test powinien podawać sposób posługiwania się nim, który jest ujednolicony,
- normalizacja – odniesienie wyników, które będą uzyskane podczas badania danym narzędziem do średnich wyników w danej populacji lub próby istotnej z punktu widzenia danego badania,
- adaptacja – test powinien być dostosowany do danej populacji, cecha ta jest istotna w przypadku testów, które zostały przetłumaczone z innych języków lub w przypadku użytkowania go w stosunku do innej populacji, niż ta, dla której był uprzednio skonstruowany.

Test, który jest dobrze ustandaryzowany, ma następujące cechy:

- posiada zasady ogólne przeprowadzania testu oraz procedury badania
- posiada instrukcję, która jest w sposób ścisły określona przez autora testu i podawana przez osobę badającą w określonym brzmieniu,
- ma określony zakres oraz warunki, w których badanemu udzielana jest pomoc przez osobę prowadzącą test,
- zawiera ewentualne pomoce do testu,
- wymaga określonych warunków badania (czy jest to test prowadzony indywidualnie czy grupowo),
- zawiera klucz, czyli określone zasady, według których ocenia się odpowiedzi na poszczególne pozycje testu i interpretuje się wyniki³⁴¹.

M. Stasiak przygotowała wykaz standaryzowanych narzędzi diagnostycznych stosowanych w diagnozie logopedycznej, a które zostały zamieszczone w tabeli poniżej.

³⁴¹ Tamże, s. 27.

Tabela 6. Wykaz standaryzowanych narzędzi diagnostycznych

l.p.	autor	tytuł/nazwa	wydawnictwo
1.	Zbigniew Tarkowski	Test Sprawności Językowej (TSJ)	Wydawnictwo Fundacji Orator, Lublin 2001
2.	Zbigniew Tarkowski	Przesiewowy Test Logopedyczny (PTL)	Wydawnictwo Fundacji Orator, Lublin 2002
3.	Zbigniew Tarkowski	Test Słownika Dziecka (TSD)	Wydawnictwo Fundacji Orator, Lublin 2002
4.	Stanisław Grabias, Zdzisław M. Kurkowski, Tomasz Woźniak	Logopedyczny Test Przesiewowy (LTP)	Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej 2007
5.	Anna Majewska-Tworek	Dialogowy Test Artykulacji (DTA)	Wydawnictwo Fundacji Orator, Lublin 2000
6.	Ewa Krajna	100-wyrazowy Test Artykulacyjny	Wydawnictwo Komlogo, Gliwice 2008
7.	Ewa Haman, Krzysztof Fronczyk	Obrazkowy Test Słownikowy - Rozumienie (OTSR)	Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, Gdańsk 2012
8.	Magdalena Smoczyńska, Ewa Haman, Agnieszka Maryniak, Ewa Czaplewska, Grzegorz	Test Rozwoju Językowego (TRJ)	Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2015

	Krajewski, Natalia Banasik, Magdalena Kochańska, Magdalena Łuniewska		
9.	Joanna Gruba	Karty Oceny Logopedycznej Dziecka (KOLD)	Wydawnictwo Komlogo, Gliwice 2017
10.	Katarzyna Węsierska, Barbara Jeziorczak	Diagnoza jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym	Katowice 2016
11.	Iwona Michalak- Widera, Katarzyna Węsierska	Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym	Katowice 2012
12.	McArthur-Bates (polska adaptacja Magdalena Smoczyńska)	Inwentarze Rozwoju Mowy i Komunikacji (IRMIK). Słowa i gesty. Słowa i zdania.	Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa
13.	Barbara Zakrzewska	Skala umiejętności fonologicznych, w: Skala umiejętności fonologicznych (Skala F): adaptacja i opracowanie psychometryczne "Prób percepcji słuchowej wyrazów" Barbary Zakrzewskiej: podręcznik / Elżbieta Koźniewska, Andrzej Matuszewski.	Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno- Pedagogicznej, Warszawa 2003
14.	Joanna Gruba	Karty Oceny Słuchu Fonemowego (KOSF)	Wydawnictwo Komlogo, Gliwice 2016

Za: <https://logopeda.org.pl/publikacja.php?id=75> dostęp online: 28.04.2024 Za: M. Stasiak,
„Wielkopolski Przegląd Logopedyczny” nr 1/17/2020.

W 2023 roku ukazał się również, nakładem wydawnictwa Komlogo, „Test Logopedyczny przesiew – LP”, którego autorką jest Joanna Gruba.

Brak standaryzacji narzędzi logopedycznych może stwarzać trudności w procesie diagnostycznym pacjentów. W związku z tym pojawia się problem posiadania odpowiednich kompetencji w zakresie dokonywania diagnozy, na podstawie której programuje się terapię. Dobrą praktyką byłoby dalsze tworzenie nowych standaryzowanych testów, które – podobnie jak część narzędzi w psychologii, byłyby przeznaczone tylko dla określonej grupy, w tym wypadku logopedów, którzy mogliby je zakupić i posługiwać się nimi jedynie po ukończeniu certyfikowanego szkolenia.

Z. Tarkowski dzieli się następującymi spostrzeżeniami związanymi z omawianym problemem: „L³⁴² są przeważnie bierni diagnostycznie, a od nauczycieli logopedów nie oczekuje się diagnozy. Tylko 17% L stosuje znormalizowane i wystandaryzowane testy i należą do nich głównie L pracujący w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Z danych MEiN wynika, że ponad 72% nauczycieli logopedów nie jest wyposażonych w narzędzia do przeprowadzenia badań diagnostycznych dzieci i młodzieży. Tylko na niektórych studiach logopedycznych diagnostyka logopedyczna jest samodzielnym przedmiotem, podczas gdy na studiach psychologicznych diagnostyka psychologiczna jest przedmiotem obowiązkowym. Nadal panuje błędne przekonanie, że L uczą się diagnozy w trakcie omawiania poszczególnych zaburzeń mowy. W rezultacie takiego podejścia L są słabo przygotowani do procesu diagnozowania i w roli diagnosty czują się niepewnie”³⁴³.

Trudności w pracy logopedy mogą pojawić się również wtedy, gdy logopeda lub logopedzi mają odmienne zdanie odnośnie dalszego postępowania niż np. lekarze bądź inni specjaliści. Aktualnie obserwuje się to np. w kwestii oceny wędzidła języka i związanego z tym zabiegu. Jak twierdzi D. Pluta-Wojciechowska, „lekarze nierzadko wyrażają opinię o tym, że nie trzeba przecinać wędzidełka, mimo że nie mają kompetencji do oceny ruchomości języka w kontekście potrzeb artykulacyjnych polskich głosek w takim zakresie, jak logopeda”³⁴⁴. Dlatego też warto podejmować dyskusje na temat ostrości granic i kompetencji pomiędzy logopedami i przedstawicielami nauk pokrewnych oraz specjalistami, z którymi logopedzi

³⁴² W artykule Z. Tarkowskiego jako „L” nazwani są logopedzi (przyp. D. P.-P.).

³⁴³ Z. Tarkowski, *Logopedia opiekuńcza*, dz. cyt., s. 336.

³⁴⁴ D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, dz. cyt., s. 216.

współpracują. Tylko dzięki merytorycznej dyskusji i chęci porozumienia wpływającej z każdej strony oraz zainteresowaniu rozmówców tematem będzie możliwe uzyskanie satysfakcjonującego konsensusu.

B. Ostapiuk pisze: „Wiele spornych kwestii należy uznać za zwyczajne «nieporozumienia» (wynikające między innymi z niedopowiedzeń, skłonności do jednostronności, nieuwzględniania nieznanymi «innymi» specjalistycznych punktów widzenia, nieświadomości ich znaczenia w interpretacji stanów rzeczy, tendencji do wykraczania poza swoje kompetencje), które – jeśli nie są wyjaśniane – prowadzą do potęgowania merytorycznych zawilości i bezowocnych kłótni, w których emocje górują nad racjami. Piszę o nich, pozostając w przekonaniu, że bez wyłaniania, opisywania, nazywania i wyjaśniania spornych kwestii, ustalanie «holistycznego konsensusu», w sprawie krótkiego wędzidelka języka, o którym, choć wiemy coraz więcej, ciągle nie wiemy wszystkiego, nie jest możliwe”³⁴⁵. Głosy te dotyczą tematu wędzidła języka, jednak dialog konieczny jest w przypadku wszystkich sytuacji spornych.

Podsumowując, niezwykle istotną kwestią jest poszanowanie zakresu postępowania i metod postępowania specjalistów z różnych dyscyplin. Ważnym jest, aby podejmować dyskusje i stawiać coraz bardziej wyraźne granice kompetencji oraz działania danego specjalisty, gdyż granice samej logopedii wciąż są nieostre i bywają tematem sporów zarówno pomiędzy logopedami i innymi specjalistami, jak i wśród samych logopedów.

W trakcie wykonywania pracy logopeda napotyka różne problemy, także takie, w których jego aktualnie posiadana wiedza może okazać się niewystarczająca. Obowiązkiem logopedy jest przyznać się, jeżeli czegoś nie wie i dołożyć wszelkich starań, aby uzupełnić wiedzę. A jeśli braki w wiedzy uniemożliwiają udzielenie świadczeń, powinien on jednoznacznie zakomunikować to pacjentowi i przekierować do innego logopedy lub specjalisty, który będzie mógł w sposób rzetelny i odpowiedzialny udzielić odpowiedniej pomocy.

Warto również wspomnieć o tym, że logopeda może mieć dylematy związane z podjęciem się danego działania. Co zrobić w przypadku, gdy logopeda nie jest bądź nie czuje się odpowiednio przygotowany do podjęcia terapii? Gdy nie czuje się pewny swojej wiedzy lub gdy nie wie, w jaki sposób poprowadzić daną terapię? Co zrobić, gdy przychodzi pacjent, który kwalifikuje się do terapii, w której logopeda nie czuje się

³⁴⁵ B. Ostapiuk, *O wielogłosie w sprawie krótkiego wędzidelka języka*, [w:] „Logopedia” nr 52/1, 2023, s. 93.

kompetentny? Odpowiedzi na te pytania będą uzależnione od konkretnych przypadków (co zostało już wcześniej zasygnalizowane), z których każdy powinien być rozpatrywany indywidualnie. Najważniejsze, aby pacjent nie pozostał bez należytej opieki. Należy zapewnić mu jak najlepszą, kompleksową, dostosowaną do indywidualnego przypadku, profesjonalną pomoc. Jeżeli dany logopeda nie potrafi jej zapewnić, to należy pamiętać, że istnieje konieczność przekierowania pacjenta do innej osoby, której specjalizacją jest praca z osobami mającym tę trudność. Rozwiązaniem może być również dokończenie się lub poszukiwanie pomocy i wskazówek u innych logopedów. Krótko mówiąc, każde podejmowane działanie powinno służyć dobru pacjenta.

Logopeda pracujący w placówce oświatowej lub w jakimkolwiek innym miejscu, w którym jest jedyną osobą na tym stanowisku i nie ma możliwości konsultacji z innymi logopedami, powinien tym bardziej doskonalić swoją wiedzę i umiejętności biorąc udział w różnego rodzaju szkoleniach, kursach, konferencjach, obecnie również webinarach. Wiedzę należy także czerpać z fachowych czasopism naukowych. Można korzystać ze spotkań mentoringowych lub superwizyjnych, które są oferowane przez innych logopedów lub zrzeszać się w grupach wsparcia i wymiany doświadczeń. Należy jednak pamiętać, aby propagować rzetelną naukę i EBP, a także krytycznie myśleć, wnioskować, zauważać, dociekać i pytać. Warto pamiętać również o możliwościach nabywania wiedzy i doświadczenia przez uczestnictwo w stażach, praktykach lub wolontariatach, podczas których można rozwijać swoją wiedzę i umiejętności pod nadzorem innego wykwalifikowanego specjalisty. Działaniem wysoce wątpliwym etycznie jest wykorzystywanie metody prób i błędów, w tych przypadkach, w których logopeda nie posiada odpowiedniej wiedzy lub umiejętności, by pomóc pacjentowi. Tego typu „hazard” może bowiem negatywnie rzutować na efekty terapii.

Należy jeszcze pochylić się nad ideą wspomnianej już wyżej superwizji. Zgodnie z definicją B. Mańkowskiej, superwizja „własnej pracy zawodowej stanowi formę profesjonalnego wsparcia i rozwoju w miejscu pracy, doskonalącą kompetencje pracowników poprzez systematyczny proces konsultacyjny. Celami tak pojmowanej superwizji są pomoc w pełniejszym rozumieniu siebie i innych, poznanie źródeł osobistych trudności oraz znajdowanie optymalnych rozwiązań dla problemów

rodzących się i rozwijających w środowisku pracy”³⁴⁶. Co ważne, „profesjonalne wsparcie oraz wspomaganie rozwoju zawodowego w formie superwizji nakłada na tę praktykę szczególne wymogi stanowiące gwarancję powodzenia oraz trwałości osiągniętych efektów. Superwizja stanowić powinna długofalowy, systematyczny i pogłębiony proces psychoedukacyjny, służąc głębszej refleksji uczestników oraz trwałości osiągniętych przez nich celów. Superwizorem powinien być wykwalifikowany i doświadczony specjalista łączący kompetencje psychologiczne z orientacją w dziedzinie stanowiącej kontekst zawodowy pracownika, co zdaje się stwarzać gwarancje spójnego rozumienia natury oraz ich ram prawno-organizacyjnych”³⁴⁷. Kim powinni być uczestnicy superwizji? Otóż, „uczestnikami superwizji z kolei powinny być osoby, które, chcąc zachować wysokie standardy etyczno-moralne oraz obiektywizm, rozumieją potrzebę systematycznego konsultowania swych działań zawodowych oraz poddawania ich analizie superwizyjnej”³⁴⁸. I w konkluzji: „jedną z najistotniejszych wartości, jaką stanowi praktyka superwizyjna, jest jej siła ochronna wobec wypalenia zawodowego osób pracujących, a więc zapobieganie wyczerpaniu psychofizycznemu, utracie zaangażowania w relacje z ludźmi, spadkowi skuteczności zawodowej oraz rozczarowaniu pracą”³⁴⁹.

Superwizję można podzielić na:

- indywidualną – polega na dialogu prowadzonym w trakcie indywidualnego spotkania superwizora z superwizantem,
- grupową – uczestnicy superwizji spotykają się z superwizorem w grupie – mogą odtwarzać obrazy danych sytuacji trudnych przy udziale innych osób biorących udział w spotkaniu, obierając za narzędzie np. inscenizację czy odgrywanie ról)³⁵⁰.

Grupową superwizję można natomiast podzielić na:

³⁴⁶ B. Mańkowska, *Superwizja. Jak uchronić się przed wypaleniem zawodowym i utratą zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2020, s. 13.

³⁴⁷ Tamże, s. 13.

³⁴⁸ Tamże.

³⁴⁹ Tamże, s. 14.

³⁵⁰ Por. tamże, s.41-42.

- superwizje w zespołach – chodzi o spotkania w grupach pracowników, którzy realizują wspólne zadania w jednym miejscu pracy lub współpracują ze sobą w trakcie pracy nad określonym programem lub projektem, a który jest realizowany przez kilka placówek; cel takiego rodzaju superwizji stanowi pomoc we wspólnym wypracowaniu pomysłu na rozwiązanie sytuacji trudnej,
- superwizje koleżeńskie – odbywają się w grupach homogenicznych, których uczestnicy pracują w tej samej placówce lub w różnych, lecz realizują podobne zadania mieszczące się we wspólnych obszarach problemowych³⁵¹.

Wybór danej formy superwizji zależy od potrzeb danej grupy. B. Mańkowska wskazuje, czym należy się kierować biorąc pod uwagę formę superwizji:

- „poziomem bezpieczeństwa w zespole (niski poziom może zaburzać tok sesji grupowych),
- zaufaniem wobec współpracowników oraz przełożonego (nieufność nie będzie sprzyjać zabieraniu głosu na forum grupy),
- potrzebą poprawy relacji i więzi w zespole (preferowana forma grupowa),
- zapotrzebowaniem poszczególnych uczestników na częstość analizy własnej (potrzebę częstego superwizowania zaspokoi lepiej forma indywidualna niż grupowa),
- względami ekonomicznymi:
 - koszt grupowej superwizji jest niższy w stosunku do indywidualnej,
 - osoby niesuperwizujące bezpośrednio swojej pracy w danej chwili również wnoszą korzyści, słuchając oraz udzielając informacji innym, w przeciwieństwie do superwizji indywidualnej niedopuszczającej osób trzecich,
 - liczba uczestników superwizji grupowej nie powinna przekraczać 12 osób, najlepiej pracuje się w grupie 9-10 osobowej³⁵².

Czynniki niesprzyjające powodzeniu superwizji to: nieufność uczestników superwizji, niechęć pracowników do rozwoju i doskonalenia zawodowego, przymus uczestnictwa w superwizji, chaos organizacyjny w firmie, niedostatki mogące tkwić

³⁵¹ Por. tamże, s.43-44.

³⁵² Tamże s. 157.

w osobie superwizora, incydentalność superwizji³⁵³. Z kolei czynniki sprzyjające powodzeniu superwizji to: zapewnienie poczucia bezpieczeństwa uczestnikom superwizji, budowanie zaufania pomiędzy superwizantem a superwizorem, przestrzegane zasady dyskrecji, czyli wzajemna lojalność stron, dojrzałość pracownika i chęć rozwoju osobistego, dobrowolność uczestnictwa w superwizji³⁵⁴.

Ważnym elementem superwizji jest również wybór superwizora. Zdaniem B. Mańkowskiej następujące priorytety powinny zaważyć na wyborze superwizora:

- „posiadanie stopnia magistra psychologii jako podstaw gruntownego wykształcenia zapewniającego rozumienie mechanizmów funkcjonowania człowieka oraz bezpiecznego budowania relacji z innymi ludźmi,
- co najmniej kilkuletnie doświadczenie psychoterapeutyczne w pracy indywidualnej oraz w pracy z grupą gwarantujące rozumienie zjawisk i procesów przebiegających w relacjach, a także umiejętność ich przepracowywania w toku pogłębionej pracy psychoedukacyjnej, ustawiczny rozwój zawodowy poprzez doskonalenie warsztatu zawodowego w formie udokumentowanych szkoleń specjalizacyjnych, kursów doskonalących lub studiów podyplomowych,
- regularne poddawanie własnej pracy zawodowej superwizji,
- nienaganna postawa etyczna,
- posiadanie pozytywnych opinii ze strony dotychczasowych pracodawców,
- dobra orientacja w zakresie formalno-organizacyjnych oraz prawnych podstaw funkcjonowania instytucji, w ramach której prowadzona będzie superwizja (a więc dobra znajomość kontekstu pracy),
- relacje wiążące superwizora z przełożonymi instytucji oraz potencjalnymi superwizantami (wymagana jest neutralność i brak zaangażowania w relacje pozazawodowe),
- stopień zależności superwizora od przełożonego (preferowany superwizor zewnętrzny, a więc ekspert zatrudniony wyłącznie dla celów prowadzenia superwizji, a nie pracownik wewnętrzny instytucji, np. etatowy psycholog delegowany do dodatkowej funkcji superwizora),

³⁵³ Tamże s. 102-112.

³⁵⁴ Tamże s. 113-117.

- wymagania finansowe³⁵⁵.

O superwizji dla logopedów pisze również m. in. A. Jastrzębowska-Jasińska. Zauważa ona, że superwizja jest mało popularna wśród logopedów. Pojawiają się jednak propozycje superwizji, np. wysuwane przez dr M. Grycman w zakresie AAC. W praktyce logopedycznej pojawiają się głównie superwizje, które nie mają charakteru formalnego (w formie doraźnych porad lub konsultacji koleżeńskich w miejscu pracy), to znaczy nie spełniają kryterium pomocy profesjonalnej. W 2015 roku A. Jastrzębowska-Jasińska przeprowadziła wśród grupy 95 logopedów badanie ankietowe, które miało na celu analizę dostępności metod superwizji logopedycznej w Polsce. Z przeprowadzonej analizy wynika, że niewielu logopedów korzysta z tej formy, jednak grono specjalistów dostrzega potrzebę odbywania tego rodzaju spotkań w formie indywidualnej lub grupowej³⁵⁶.

Aktualnie obserwuje się wzrost zainteresowania logopedów superwizją, np. w przestrzeni internetowej. Pojawiają się propozycje superwizji np. dla rozpoczynających dopiero pracę w zawodzie. Ważnym jest, by osoby, które podejmują się bycia superwizorem – nawet nieformalnym – były osobami kompetentnymi i pamiętały o odpowiedzialności za pacjentów, która na nich spoczywa. Dobrą praktyką jest również zrzeczanie się i spotykanie w grupach samodoskonalenia logopedów oraz wymiana informacji w przestrzeni wirtualnej, np. na różnego rodzaju forach.

Warto wspomnieć również o Certyfikacie logopedy. Polski Związek Logopedów zaproponował stworzenie narzędzia mającego na celu poświadczenie odpowiednich kwalifikacji logopedy, jakim jest właśnie Certyfikat logopedy. Mogą go otrzymać „logopedzi spełniający kryteria opracowane przez Komisję do spraw Kształcenia Logopedów, Statusu Zawodowego i Certyfikatów działającą przy Zarządzie Głównym PZL w porozumieniu z Kolegium Logopedycznym zrzeszającym kierowników większości placówek kształcących logopedów”³⁵⁷. Pojawienie się tego certyfikatu jest następstwem krytyki wychodzącej z samego środowiska logopedycznego, które podnosiło problem niejednorodnego, nieujednoliconego kształceniem logopedów. Po roku 1989 powstały ośrodki kształcenia logopedów (państwowe, jak i prywatne), dzięki

³⁵⁵ Tamże s. 158-159.

³⁵⁶ A. Jastrzębowska-Jasińska, *Superwizja w zawodzie logopedy*, [w:] *Teoria i praktyka logopedyczna. Wybrane zagadnienia*, red. E. Gacka, M. Kaźmierczak, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2018, s. 119-130.

³⁵⁷ Strona internetowa Polskiego Związku Logopedów: <https://logopeda.org.pl/certyfikat.php>, dostęp online: 28.04.2024.

którym kwalifikacje logopedy otrzymywały osoby o całkowicie różnych doświadczeniach edukacyjnych wynikających również z różnego czasu trwania studiów, co nie gwarantowało odpowiedniego przygotowania wszystkich logopedów do pełnionej funkcji. Regulamin przyznawania Certyfikatu Zawodowego Logopedy oraz dokumentacja potrzebna do wystąpienia o nadanie Certyfikatu lub przedłużenie jego ważności zostały opracowane przez Komisję do spraw Kształcenia Logopedów, Statusu Zawodowego i Certyfikatów³⁵⁸. Certyfikat ten mogą uzyskać tylko czynni zawodowo logopedzi, którzy spełniają warunki Regulaminu.

W celu ukazania konkretnych sytuacji, które mogą zaistnieć w praktyce logopedy, w dalszą część rozprawy włączyłam studia przypadków. Każdy z nich składa się z opisu oraz analizy faktów wynikających z zaistniałej sytuacji, wartości, konsekwencji danego działania oraz zasad, którymi należy się kierować.

Przypadek 1

Agnieszka od zawsze trzymała się standardów naukowych metod, które stosuje. Każdorazowo korzystała ze sprawdzonych schematów działania, wiedzy, którą nabyła podczas studiów, a następnie szkoleń, warsztatów czy udziału w konferencjach i dotychczas działanie to się sprawdzało. Kiedy jednak do jej gabinetu trafił pięcioletni Józef, okazało się, że wszystkie dotychczas poznane wzorce działań zawiodły – nie niosły za sobą pożądanых skutków. Agnieszka doszła do wniosku, że mogłaby spróbować kompilacji metod i wprowadzenia nowatorskiej i autorskiej koncepcji. Spróbowała i okazało się, że metoda ta okazała się skuteczna.

Fakty: prowadzenie terapii w dotychczasowy sposób nie przynosi powodzenia, w związku z tym potrzebne jest poszukiwanie takiego działania, które pomoże uczniowi – będzie ono niosło ze sobą wyjście logopedy ze swojej strefy komfortu.

Wartości: strefa komfortu logopedy (pośrednio dobro logopedy), powodzenie terapii ucznia (dobro pacjenta).

Konsekwencje: brak założonych postępów terapeutycznych, ryzyko błędu, postępy terapeutyczne.

Zasady: w logopedii konieczna jest indywidualizacja; w związku z tym, że każdy człowiek jest jednostką wyjątkową samą w sobie i niepowtarzalną, nie sposób

³⁵⁸ Za: tamże.

zastosować do wszystkich osób takich samych zasad postępowania – konieczna jest zindywidualizowana diagnoza i oparta o nią terapia. Logopeda nie zawsze jest w stanie opierać się o metody zweryfikowane naukowo, opierając się jednak o dotychczasową wiedzę logopedyczną, medyczną, biologiczną, zgodnie z zasadami EBP, posiadając odpowiednie kompetencje merytoryczne i metodyczne jest w stanie opracowywać własne schematy postępowania.

5.3.2. Kwestie metodyczne

Każdy logopeda powinien posiadać kompetencje nie tylko merytoryczne, ale i metodyczne. W tym temacie niezwykle ważne będą kwestie doboru właściwej metody terapii, indywidualizacji oraz zasady dostosowania metody do pacjenta. Najważniejsze bowiem jest dobro pacjenta.

Pacjent przychodzi na spotkanie z logopedą, w trakcie którego to logopeda podejmuje decyzję o dalszym kierunku działania. Oczywiście obrana metoda może być później zmieniana i poddawana ewaluacji, w zależności od potrzeb i możliwości danego pacjenta. Możliwe jest również korzystanie z kompilacji kilku metod pracy, które wzajemnie się dopełniają i ze sobą nie kolidują. To logopeda podejmuje decyzję o wyborze takiej, a nie innej metody terapii. Decyzja ta podyktowana może być różnymi czynnikami, począwszy od ośrodka, w którym dany logopeda podejmował kształcenie, poprzez prywatne preferencje czy dostępność wiedzy i szkoleń na temat danej metody. Na pytanie, czy można prowadzić terapię w momencie, gdy nie posiada się do tego odpowiednich kompetencji, odpowiedź jest oczywista – nie. Praktyka i pewność sprawności w zakresie prowadzenia zgodnie z daną metodą wydają się być kwestią bezdyskusyjną.

W programie studiów kierunkowych obowiązkowe jest zaliczenie praktyk. Często jednak same praktyki nie pozwalają na zdobycie satysfakcjonującego poziomu zarówno wiedzy jak i umiejętności. Dobrą praktyką dla osób rozpoczynających pracę, czy nawet jeszcze kształcących się w zawodzie logopedy, bądź już pracujących, jest podjęcie się wolontariatu lub stażu. Zajęcia prowadzone w taki sposób pozwalają na zdobycie pierwszych doświadczeń zawodowych (zazwyczaj pod okiem lub nadzorem doświadczonego terapeuty) bądź na doskonalenie już zdobytych kompetencji. Branie udziału w wolontariacie lub stażu może również dawać poczucie satysfakcji oraz,

w przypadku osoby dopiero rozpoczynającej pracę w zawodzie, może pokazać potencjalnemu pracodawcy, że osoba starająca się o dane stanowisko posiada już (poza samymi praktykami studenckimi) cenne doświadczenie oraz potrafiła pracować na zasadach wolontariatu. Wybierając ofertę praktyk lub wolontariatu czy stażu warto zasięgnąć wcześniej opinii na temat danej placówki, osób z którymi będzie się współpracowało oraz zapoznać się z zasadami, które będą obowiązywały w trakcie trwania tychże działań.

Kwestie metodyczne będą związane z doбором właściwej metody pracy. Na samym początku rodzi się więc pytanie, jaka metoda terapii będzie odpowiednia dla danego pacjenta? Jak podkreśla D. Pluta-Wojciechowska: „integracja wiedzy naukowej na temat mowy i jej zaburzeń wraz z diagnozą pacjenta obejmującą także jego preferencje i wartości stają się źródłem wyboru skutecznych metod terapii dopasowanych do pacjenta”³⁵⁹. Badaczka odnosi te słowa do dyslalii, ale stwierdzenie jest aktualne również w stosunku do innych zaburzeń. Konieczna jest indywidualizacja i dopasowanie metody pracy do pacjenta, nigdy odwrotnie, oraz wzięcie pod uwagę indywidualnych potrzeb i wartości. Dalej, D. Pluta-Wojciechowska podkreśla: „przyjęcie bezwzględnych reguł metodycznych, których nie można przekraczać, powoduje, że każdy pacjent jest poddany terapii w taki sam sposób. Stoi to w sprzeczności z zasadą indywidualizacji, która zakłada konieczność dopasowania metody pracy do pacjenta. Gdyby każdy pacjent miał być poddany terapii według tych samych sposobów, to – zwróćmy uwagę – zakłada się, że wszystkie osoby z danym typem dysfunkcji mowy są identyczne, a tak przecież nie jest”³⁶⁰. Kluczem będzie więc wspomniana indywidualizacja i dopasowanie własnej metody do pacjenta. W podejściu do każdej osoby jako indywiduum i niewtłaczanie jej w utarte schematy działania przejawia się również szacunek do pacjenta jako osoby. Co ważne, „logopeda staje się ogniwem pośrednim pomiędzy wynikami badań, wiedzą wykrytą w badaniach naukowych a pacjentem z zaburzeniami mowy, dla którego starannie dobiera sposoby pracy”³⁶¹. Integracja tych komponentów może umożliwić rzetelne podejście do diagnozy i terapii logopedycznej danego pacjenta. Niezwykle ważna jest również praca na mocnych stronach, na zasobach i potencjale, które posiada dana osoba. Skupienie się na tym, co można doskonalić, pokazanie pacjentowi tego, co mu się udaje, może mieć

³⁵⁹ D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, dz. cyt., s. 291.

³⁶⁰ Tamże, s. 95.

³⁶¹ Tamże, s. 134.

znaczący wpływ dla jego motywacji do pracy i uzyskiwania bardziej satysfakcjonujących efektów terapeutycznych.

Ważną kwestią związaną z podejmowaniem tematyki kompetencji metodycznych logopedy są również pomoce logopedyczne. W tym miejscu warto postawić następujące pytania: Jakie pomoce powinno się stosować w terapii logopedycznej? Jedyne certyfikowane? Czy może wykonywane samodzielnie przez logopedę? A może brać pod uwagę czynniki ekonomiczne i zdecydować się na najtańsze pomoce? Nie ma jednolitych obowiązujących bezwzględnie wszystkich wskazań, a decyzja leży często w gestii konkretnego logopedy. Regulacje mogą wynikać jednak z ustaleń wewnętrznych, które obowiązują w danych placówkach, np. medycznych³⁶² lub szkolnych.

Przywołam w tym miejscu fundamentalną sentencję Kanta: „Postępuj tylko według takiej maksymy, dzięki której możesz zarazem chcieć, żeby stała się powszechnym prawem”³⁶³. Dopelnieniem etyki Kanta jest zasada „traktuj drugiego człowieka zawsze jako cel sam w sobie, nigdy jako środek do celu”. Mając etyczne wątpliwości³⁶⁴ co do wykorzystania danego narzędzia w swojej pracy, warto wziąć pod uwagę to, czy chciałabym, aby narzędzie to było powszechnie stosowane w praktyce? Czy chciałabym, aby używano go na mnie, moich bliskich, dzieciach?

PZL wydało dokument, w którym zawarte są zalecenia dotyczące wyposażenia gabinetu logopedycznego. Chodzi mianowicie o „Standard gabinetu logopedycznego”, w których zawarte są informacje o warunkach przestrzennych i wyposażeniu. Kluczowe są tu wskaźniki występujące w czterech wymiarach:

- Wymiar 1: Warunki przestrzenne gabinetu są dostosowane do specyfiki pomocy logopedycznej³⁶⁵,

³⁶² W przypadku pracy w obszarze służby zdrowia stosuje się aktualnie obowiązujące przepisy związane z wykorzystywaniem wyrobów medycznych.

³⁶³ I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, przeł. M. Wartenberg, Wyd. Marek Derewiecki. Kęty 2009, s. 36.

³⁶⁴ Nie są brane tutaj pod uwagę wątpliwości natury prawnej związane np. z odpowiednimi certyfikatami bezpieczeństwa. Zakłada się, że wykorzystywane produkty spełniają wymogi prawa. [przypis autora D.P.-P.]

³⁶⁵ „Wskaźniki: gabinet jest usytuowany w spokojnej części budynku; pomieszczenie jest jasne i w miarę obszerne – posiadające stanowiska do pracy: indywidualnej (terapeuta, uczestnik terapii, 2 rodziców/opiekunów); i/lub grupowej (terapeuta, do 4 uczestników terapii, osoba hospitująca lub praktykant); zapewniona jest wolna przestrzeń na ćwiczenia ruchowe i materac do ćwiczeń oddechowych; dostępna jest poczekalnia i toalety dla uczestników terapii/rodziców; pomieszczenie jest dostępne dla osób niepełnosprawnych;” Za: „Standard wyposażenia gabinetu PZL”, dostęp online

- Wymiar 2: Wyposażenie pomieszczenia w środki trwałe umożliwia profesjonalny przebieg procesu udzielania pomocy logopedycznej³⁶⁶,
- Wymiar 3: Wyposażenie gabinetu w środki nietrwałe umożliwia sprawną realizację bieżących zadań w odniesieniu do potrzeb osób korzystających z pomocy³⁶⁷,
- Wymiar 4: Wyposażenie gabinetu w odpowiedni sprzęt, narzędzia diagnostyczne oraz pomoce umożliwia optymalną jakość udzielanej pomocy³⁶⁸.

Zalecenia te nie mają mocy prawnej. Warto jednak posiłkować się powyższą listą i w zależności od charakteru i miejsca pracy oraz specyfiki pacjentów odpowiednio dostosować wyposażenie gabinetu do potrzeb: „Niniejszy standard w założeniu

25.11.2023:

https://logopeda.org.pl/resources/pliki/770_20190722_pzl_standard_gabinetu_logopedycznego.pdf
 Artykuł *Standard gabinetu logopedycznego* jest zmienioną wersją tekstu przekazanego do druku, [w:]
 red. Stasiak M. Czarczyńska-Orchowska A., „Wielkopolski Przegląd” Logopedyczny” 1/2019.

³⁶⁶ „Wskaźniki: W pomieszczeniu znajdują się: okna z roletami/żaluzjami; drzwi z izolacją akustyczną, zabezpieczającą przed dystraktorami zewnętrznymi; umywalka/bieżąca woda (ciepła i zimna); normatywne oświetlenie sztuczne (wskazane ciepłe barwy) ogólne i punktowe przy stanowiskach ćwiczeń; odpowiednio zabezpieczone gniazda elektryczne wtykowe; urządzenia multimedialne: komputer/mikrofon/głośniki/dyktafon; lustro: zapewniające odbicie twarzy terapeuty i uczestnika/uczestników terapii z możliwością zasłonięcia (żaluzja/roleta); małe lustro z uchwytem lub lustro tryptykowe; wskazane: lustro weneckie (umożliwiające obserwację terapii bez jej zakłócania); lustro ukazujące całą sylwetkę”. Za: „Standard wyposażenia gabinetu PZL”, dostęp online 25.11.2023:
https://logopeda.org.pl/resources/pliki/770_20190722_pzl_standard_gabinetu_logopedycznego.pdf
 Artykuł *Standard gabinetu logopedycznego* jest zmienioną wersją tekstu przekazanego do druku, [w:]
 red. Stasiak M. Czarczyńska-Orchowska A., „Wielkopolski Przegląd” Logopedyczny” 1/2019.

³⁶⁷ „Wskaźniki: W gabinecie dostępne są, zapewnione przez pracodawcę: środki dezynfekcyjne posiadające atesty; jednorazowe rękawiczki, szpatułki, ręczniki papierowe, chusteczki higieniczne; komplet jednorazowych prześcieradeł; woda mineralna lub czajnik elektryczny; kubki jednorazowe; słomki lub rurki; piórka”. Za: „Standard wyposażenia gabinetu PZL”, dostęp online 25.11.2023:
https://logopeda.org.pl/resources/pliki/770_20190722_pzl_standard_gabinetu_logopedycznego.pdf
 Artykuł *Standard gabinetu logopedycznego* jest zmienioną wersją tekstu przekazanego do druku, [w:]
 red. Stasiak M. Czarczyńska-Orchowska A., „Wielkopolski Przegląd” Logopedyczny” 1/2019.

³⁶⁸ „Wskaźniki: W gabinecie znajdują się: poduszki do siedzenia na podłodze; materac do ćwiczeń oddechowych; stoliki do ćwiczeń – znormalizowane dla dzieci w wieku; przedszkolnym/szkolnym/dorosłych; kilka krzeseł o rozmiarach dla uczestników terapii i dorosłych; krzesło obrotowe – z funkcją regulowania wysokości; krzesło dla niepełnosprawnych z dostosowanym blatem; stanowisko komputerowe; szafy, w tym zamykana szafa na dokumentację zapewniająca ochronę danych osobowych; półki; zamykane plastikowe pojemniki na zabawki; tablice, np.: magnetyczna z kompletem liter, cyfr i magnesów; tablica do rysowania; tablica do eksponowania materiałów poglądowych/prac uczestników terapii; zamykany kosz na śmieci; standaryzowane narzędzia diagnostyczne; pomoce i środki dydaktyczne dostosowane do rodzaju świadczonej pomocy logopedycznej, do wieku uczestników terapii; do rodzajów dysfunkcji i zaburzeń”. Za: „Standard wyposażenia gabinetu PZL”, dostęp online 25.11.2023:
https://logopeda.org.pl/resources/pliki/770_20190722_pzl_standard_gabinetu_logopedycznego.pdf
 Artykuł *Standard gabinetu logopedycznego* jest zmienioną wersją tekstu przekazanego do druku, [w:]
 red. Stasiak M. Czarczyńska-Orchowska A., „Wielkopolski Przegląd” Logopedyczny” 1/2019.

powinien być docelowy, natomiast spełnienie 80% wskaźników można uznać za warunki umożliwiające świadczenie pomocy logopedycznej o oczekiwanej jakości”³⁶⁹.

Trudności w prowadzeniu właściwej terapii logopedycznej mogą być również powodowane ograniczeniami systemowymi. Przykładowo można wskazać maksymalny limit osób biorących udział w zajęciach logopedycznych w szkole. Aktualnie³⁷⁰ mogą to być maksymalnie cztery osoby – tak precyzuje rozporządzenie. W praktyce często występują trudności z tym, by prowadzić efektywne zajęcia dla czwórki dzieci – niejednokrotnie każda z osób biorących udział w zajęciach wymaga pracy nad inną trudnością natury logopedycznej. Nawet w przypadku tej samej lub zbliżonej diagnozy, każde zaburzenie powinno być rozpatrywane z perspektywy danej jednostki i najczęściej wymaga odmiennego postępowania terapeutycznego. Jak w takim razie pogodzić to z przepisami prawa, które niekiedy bywają interpretowane w ten sposób, że właśnie z czwórką uczniów jednocześnie powinno się prowadzić te zajęcia i często tak to wygląda w placówkach szkolnych? Wniosek nasuwa się jeden, działać zgodnie z przepisami prawa dla dobra ucznia i dążyć do zmian systemowych, umocowanych prawnie, tak by móc zapewnić zindywidualizowaną pomoc dla każdego ucznia. Założenie to może wydawać się utopijne, lecz mając na uwadze dobro drugiego człowieka, wydaje się być jedynym właściwym. W momencie, w którym logopeda uznałby, że zajęcia z innym uczniem lub zajęcia grupowe będą korzystniejsze dla osób biorących w nich udział, mógłby zdecydować, by takie zajęcia zorganizować. Dobrze jednak, by punktem wyjścia stała się zasada prowadzenia zajęć w formie indywidualnej.

Zdarzają się również sytuacje (np. generowane przez system pracy logopedów zatrudnionych w placówkach służby zdrowia), w których odgórnie narzucone ramy czasowe prowadzonych zajęć okazują się niewystarczające. Warto podejmować działania w tym kierunku, by w przyszłości udawało się optymalnie dostosowywać długość i intensywność zajęć do potrzeb konkretnego pacjenta. Zmiany te z pewnością wpłynęłyby pozytywnie na efektywność działań.

Przypadek 2

Maria jest doświadczonym logopedą, przeszkoloną bardzo dokładnie w jednej metodzie. Deklaruje pracę w oparciu o tylko jedną metodę i tylko z tej jednej metody korzysta. Nie szkoli się i nie poszukuje odpowiedzi w innych nurtach, tylko polega na

³⁶⁹ Tamże.

³⁷⁰ Stan na 28.04.2024.

jedynym „słusznym” sposobie działania. Od wielu lat publikuje artykuły i formułuje te same tezy propagujące jej zawodową działalność. Czasami powątpiewa w słuszność swego wyboru i zastanawia się, czy dalej być wiernym metodzie i dopasowywaniu pacjenta do tej metody, czy skupić się na dobru pacjenta i indywidualizacji, polegającej na poszukiwaniu również poza obranym kierunkiem. Ostatecznie jednak niczego nie zmienia. Po wielu latach negowania innych form pomocy i trwania przy jednej właściwej trudno jest przyznać, że być może powinna była dopuścić do siebie również informacje płynące z innych źródeł.

Fakty: Maria zastanawia się, co powinna postawić wyżej w hierarchii: interes własny, komfort dotychczasowej pracy, przyzwyczajenie czy dobro pacjenta i powodzenie terapii.

Wartości: interes własny, dobro pacjentów.

Zasady: interes własny i korzyści, które czerpie się z dotychczasowego postępowania wobec pacjentów nie mogą przeważać nad dobrem każdego z nich. W momencie, w którym obrany kierunek przynosi zadowalające efekty i jest zgodny z aktualnym stanem wiedzy oraz etyką zawodową, nie powinien budzić wątpliwości, natomiast w chwili, w której zaczynają się pojawiać wątpliwości, warto podjąć się namysłu i być może zrewidować swoje dalsze postępowanie.

Konsekwencje: brak elastyczności może spowodować, że terapia nie będzie dostosowana do indywidualnych potrzeb danego pacjenta, tylko ograniczy się do zastosowania jednej metody wobec wszystkich pacjentów; gdy nie zauważa się postępów w terapii, należy poszukiwać odpowiednich metod, które pozwolą na jego uzyskanie. Zamykanie się tylko na korzystanie z jednej metody ogranicza możliwości terapeuty i zawęża je tylko do jednej opcji. W momencie, w którym logopeda rozwija się, zna wiele metod i potrafi je stosować, może w odpowiedni sposób dopasowywać pracę do konkretnego przypadku. Posiadanie odpowiedniego, szerokiego zaplecza metodycznego daje terapeutę wybór, czego nie ma w przypadku zawężenia perspektywy do tylko jednego schematu postępowania.

Przypadek 3

Dla Luizy praca jako logopeda jest zarówno źródłem zarobku, jak i wielką pasją. Każdą wolną chwilę poświęca ona na doksztalcanie się, stale uczestniczy w różnego rodzaju formach doskonalenia zawodowego, chce wiedzieć jak najwięcej i umieć jak

najwięcej. Wciąż poznaje nowe metody pracy, również wchodzące w pewien sposób w zakres dziedzin pokrewnych, które włącza w swoją pracę. Ostatnio postanowiła korzystać z narzędzi, które dedykowane są lekarzom – chce wykorzystywać m. in. otoskop. Spotyka się jednak ze sprzecznymi komentarzami: z jednej strony, że jest to postępowanie właściwe i logopeda może z nich korzystać, a z drugiej, że nie leży to w jego kompetencjach. Luiza od pewnego czasu zastanawia się czy to, co robi, nie wykracza poza jej kompetencje zawodowe.

Fakty: logopeda korzysta z narzędzi, które pierwotnie przeznaczone były dla lekarzy.

Wartości: dobro pacjenta, zwiększenie możliwości obszaru działania logopedy.

Zasady: nie istnieje sztywny podział, który wyznacza, gdzie dokładnie kończą się kompetencje zawodowe logopedy.

Konsekwencje: nieumiejętne korzystanie z narzędzi może spowodować negatywne konsekwencje dla pacjenta, co będzie postępowaniem również niezgodnym z etyką zawodową; narzędzie może też okazać się pożyteczne i odpowiednio używane, wpłynie na rozwój warsztatu logopedy oraz lepszą pomoc pacjentom. Należy więc precyzyjnie ocenić kompetencje i sprawności do posługiwania się danym narzędziem. W przypadku nieprecyzyjnych uregulowań prawnych, należy dokładnie przeanalizować zaistniałą sytuację i podejmować odpowiedzialne decyzje.

Przypadek 4

Michał jest logopedą, który pracuje w szkole podstawowej. Niedawno zrodził się w nim pomysł, aby przeprowadzić badania we wszystkich klasach IV, których wyniki mogłyby pozwolić mu zarówno na rozwój osobisty, jak i wnieść wkład w rozwój logopedii jako nauki. Na początku próbował uzyskać zgodę rodziców na badanie, jednakże po kilku rozmowach zorientował się, że nie są oni zainteresowani tego rodzaju współpracą. Finalnie rodzice nie wyrazili zgody na badania. W związku z powyższym waha się, czy powinien zrealizować swój plan.

Fakty: Michał chce przeprowadzić badania wśród uczniów, niestety rodzice nie chcą wyrazić zgody na te działania.

Wartości: rozwój zawodowy Michała, wkład w logopedię jako naukę, decyzyjność rodziców.

Zasady: prowadzenie badań bez stosownej zgody jest zachowaniem nieetycznym, wskazuje na to również kodeks etyczny logopedy (zarówno PZL jak i PTL).

Konsekwencje: nieetyczne postępowanie nie usprawiedliwia chęci rozwoju osobistego oraz rozwoju logopedii jako nauki, w tym przypadku warto było dołożyć wszelkich starań, aby przekonać rodziców do zgody – podjąć merytoryczną dyskusję.

Przypadek 5

Zofia jest logopedą z niewielkim stażem. Skończyła studia, otworzyła własny gabinet i aktywnie poszukuje innych, nowych rozwiązań, które pomogą jej ulepszyć warsztat pracy. Uczestniczy w wielu różnego rodzaju kursach – nie zgłębia jednak wiedzy i nie ugruntowuje wiedzy i umiejętności, co powoduje, że w odniesieniu do niektórych szkoleń posiada jedynie certyfikaty. Jej kompetencje i sprawności w zakresie, w którym się szkoli, są jedynie powierzchowne. Kończy jak najwięcej szkoleń i kursów, nie kładąc również nacisku na ich jakość. Chętnie dzieli się w Internecie informacjami odnośnie tego, jakie szkolenia ostatnio ukończyła i od razu poszerza ofertę o nowe zajęcia z nimi związane. Zastanawia się jednak, czy na pewno postępuje dobrze.

Fakty: Zofia stosuje metody, które nie są przez nią dogłębnie poznane – nie posiada dostatecznej wiedzy i umiejętności, aby w pełnym zakresie udzielać odpowiedzialnej pomocy.

Wartości: dobro pacjenta, chęć zarobku, polepszenia wizerunku w Internecie, rozwój własnej marki osobistej.

Zasady: jeżeli poznajemy nową metodę i wprowadzamy ją do praktyki własnej, niewątpliwym obowiązaniem jest jej dokładne poznanie teoretyczne i uzyskanie odpowiednich umiejętności praktycznych, które pozwolą na jej odpowiedzialne praktykowanie.

Konsekwencje: stosowanie metod, które nie są w pełni zrozumiane i poznane przez terapeutę, może nieść ze sobą szkody dla pacjenta. Działanie Zofii jest zdecydowanie nieetyczne – działanie powinno być zawsze nastawione na dobro pacjenta. Błędy, jakie mogą zostać popełnione, mogą również rzutować na postrzeganie środowiska logopedycznego jako takiego – jej motywacja nie usprawiedliwia takiego działania.

5.3.3. Kompetencje personalne

Poza kompetencjami merytorycznymi wynikającymi z posiadanej wiedzy oraz kompetencjami metodycznymi, należy wspomnieć o kompetencjach, bez posiadania których nie sposób wyobrazić sobie pracę jako logopeda. Nie ulega wątpliwości, że logopeda, jako osoba pracująca z innymi i wykonująca zawód pomocowy, powinien posiadać odpowiednie kompetencje personalne, umożliwiające mu owocną pracę z innymi ludźmi. Cechy i kompetencje personalne będą – w zależności od specyfiki pracy danego logopedy i grupy odbiorców usługi – odgrywały mniejszą lub większą rolę w powodzeniu działań diagnostycznych, terapeutycznych i profilaktycznych.

W tym obszarze niezwykle istotne jest dostosowywanie języka do pacjenta, empatia, wsparcie rodziny, szacunek do drugiego człowieka oraz oczywiście podmiotowe traktowanie pacjenta. Niezbędne jest również posiadanie odpowiednich cech osobowości, które umożliwią właściwy kontakt z pacjentem. Logopeda musi być osobą komunikatywną, empatyczną, zaangażowaną, potrafiącą słuchać. Uważam, że istotną kwestią jest również elastyczność – rozumiana jako nietrzymanie się jednego stałego wzorca; a dalej chęć ustawicznego rozwoju, ambicja, ciekawość poznawcza oraz kreatywność. Ważne jest również, by logopeda nie oczekiwał wdzięczności od pacjentów; by potrafił oddzielić prywatne odczucia i ewentualne rozczarowania od świadomej i właściwej pomocy; by potrafił rozgraniczyć, na ile jest w stanie wpłynąć na poprawę u pacjenta, a gdzie kończą się jego możliwości.

M. Sochoń, E. Krajewska-Kułak, J. Śmigielska-Kuzia podjęły badania nad oczekiwaniami rodziców dzieci w wieku przedszkolnym w stosunku do logopedy. Rodzice zostali zapytani o cechy, które powinien posiadać logopeda. Mogli oni wybrać maksymalnie pięć najważniejszych. Wyniki badań były następujące: „zarówno w przedszkolach samorządowych nieintegracyjnych, jak i integracyjnych rodzice wykazali się podobnymi preferencjami co do cech osobowości logopedy, wybierając komunikatywność, doskonałe umiejętności zawodowe, chęć niesienia pomocy innym oraz łatwość wypowiedzania się w mowie i piśmie, empatię, twórcze myślenie i szacunek do innych”³⁷¹. Nie sposób nie zgodzić się z wynikami analizy, gdyż zestaw tych cech jest pożądany na stanowisku logopedy.

³⁷¹ M. Sochoń, E. Krajewska-Kułak, J. Śmigielska-Kuzia, *Oczekiwania rodziców dzieci w wieku przedszkolnym wobec logopedy*, [w:] „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, nr 6, 2, 2016, s. 105-117.

Uwzględniając specyfikę pracy i konieczne kompetencje oraz sprawności można podjąć próbę stworzenia sylwetki modelowego logopedy. Logopeda powinien spełniać specyficzne dla jego zawodu wymogi: mieć dobry słuch, głos oraz niebudzącą zastrzeżeń artykulację; a jeszcze odpowiednie warunki fizyczne, które umożliwiają pokazywanie innym ćwiczeń. Niektóre uczelnie już na etapie rekrutacji zastrzegają, że przyszły logopeda musi spełniać pewne wymogi, inne opierają się na opiniach logopedów zewnętrznych i np. badaniach słuchu poprzez audiometrię tonalną. Jak podkreśla Zbigniew Tarkowski, wpływ na wizerunek logopedy w wymiarze osobistym ma „jego wygląd i ubiór, posiadanie i urządzenie gabinetu, warsztat pracy, umiejętności autoprezentacji, przestrzeganie kodeksu etycznego”³⁷². Zarówno więc sama prezencja, organizacja pracy, warsztat oraz przestrzeganie zasad etyki zawodowej są nieodłącznymi elementami profesjonalnego wizerunku logopedy. Zadaniem samej logopedii jest doskonalenie kompetencji sprawności językowej i komunikacyjnej w ramach koniecznej miary wynikającej z ludzkiej kondycji. Logopeda powinien posiadać kompetencje i sprawności, które te działania umożliwiają.

Przypadek 6.

Alina od zawsze marzyła o studiach logopedycznych. Udało się jej na nie dostać i je ukończyć, chociaż kosztowało ją to wiele wysiłku. Kobieta bardzo się stara, jednak nie posiada kompetencji językowej w takim stopniu, która umożliwiłaby jej samodzielną pracę z pacjentem, a udało jej się zamaskować tę niekompetencję podczas kształcenia. Popelnia błędy językowe, ortograficzne i interpunkcyjne. Alina otrzymała niedawno propozycję pracy w szkole podstawowej, zastanawia się, co zrobić w tej sytuacji, gdyż ma obawy odnośnie poziomu swych kompetencji.

Fakty: logopeda nie posiada dostatecznych kompetencji, by rzetelnie pracować z pacjentem.

Wartości: spełnienie marzeń logopedy, osobiste ambicje, kompetentna praca z pacjentem.

Zasady: logopeda ma obowiązek używania poprawnej polszczyzny w mowie i w piśmie, pomoc w rozwijaniu kompetencji i sprawności językowej oraz komunikacyjnej wymaga określonych kompetencji od terapeuty.

³⁷² Z. Tarkowski, *Wizerunek i samoocena logopedy*, [w:] „Logopedia” nr 47, 2018, s. 406.

Konsekwencje: konsekwencją braków w kompetencjach logopedy mogą być błędy diagnostyczne i terapeutyczne, które mogą rzutować na powodzenie terapii u pacjenta; kolejną konsekwencją może być spadek prestiżu zawodu logopedy i jego postrzegania przez osoby spoza środowiska; w tym momencie warto byłoby się zastanowić, czy podejmując praktykę w zawodzie, opisywana kobieta będzie potrafiła w odpowiedni sposób pomóc pacjentowi, czy podejmując pracę, będzie potrafiła zadbać w odpowiedni sposób o dobro pacjenta, postępowanie ze szkodą dla pacjentów jest bezsprzecznie nieetyczne.

5.3.4. Wiedza prawna – znajomość przepisów obowiązujących logopedę

Logopeda obowiązany jest znać przepisy prawa ogólnego oraz te, które regulują funkcjonowanie placówki, gabinetu, bądź ośrodka, w którym pracuje. Logopedzi podejmując pracę w placówkach różnego rodzaju i w zależności od miejsca pracy mogą obowiązywać ich pewne przepisy, które zobowiązani są znać i stosować. Przykładowo pracując w placówkach medycznych, należy działać zgodnie z uregulowaniami właściwymi temu miejscu. W placówkach oświatowych natomiast będą obowiązywały akty prawne i wykonawcze z zakresu prawa oświatowego³⁷³. Należy również nadmienić, że są również regulacje, które dotyczą wszystkich, np. te związane z ochroną danych osobowych takie jak RODO.

Znajomość aktualnych przepisów jest ważna z wielu względów. Zawarte są w nich procedury np. awansu zawodowego czy uregulowania związane z koniecznością posiadania danego rodzaju wykształcenia. Działanie zgodne z prawem ma wpływ

³⁷³ Por. np. Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2023 r. poz. 984, 1234, 1586, 1672 i 2005); Ustawa z 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900, 1672, 1718 i 2005); Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2022 r. poz. 2230 oraz z 2023 r. poz. 1234 i 2005); Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, 1693, 1938 i 2760).; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2023 r. poz. 1798); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, (Dz. U. z dnia 30 sierpnia 2017 roku, poz. 1635); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, (Dz. U. z 2020 r. poz. 1309); Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 14 września 2023 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz.U. 2023 poz. 2102); Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 22 lipca 2022 r. w sprawie wykazu zajęć prowadzonych bezpośrednio z uczniami lub wychowankami albo na ich rzecz przez nauczycieli poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz nauczycieli: pedagogów, pedagogów specjalnych, psychologów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i doradców zawodowych (Dz.U. 2022 poz. 1610).

również na zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta – np. przepisy związane z bezpieczeństwem i higieną pracy czy przechowywaniem dokumentacji medycznej.

Ważnym jest, aby znać i być na bieżąco z aktualnymi przepisami prawa, co umożliwi działania zgodne z ich zapisami.

Warto w tym miejscu przywołać dwie łacińskie sentencje: *Ignorantia iuris nocet* – „nieznajomość prawa szkodzi” oraz *Ignorantia legis non excusat* – „nieznajomość prawa nie zwalnia z obowiązku, aby go przestrzegać”. Kwestia dylematów, w trakcie których zasady etyczne wchodzą w konflikt z przepisami prawa, została już w tejże pracy wyjaśniona.

5.4. Współpraca z innymi logopedami i specjalistami

Specyfika zawodu logopedy – jej interdyscyplinarność oraz holistyczne postrzeganie pacjenta sprawiają, że logopeda najczęściej powinien współpracować z innymi specjalistami. Efektywność jego pracy wielokrotnie będzie zależała właśnie od skuteczności współpracy z innymi profesjonalistami, tak by w sposób całościowy pracować z pacjentem. To, w jakim zakresie i w jaki sposób będzie przebiegać współdziałanie, jest uzależnione od konkretnych sytuacji. Logopeda może współpracować zarówno z innymi logopedami (jeżeli np. osoba korzysta z usług więcej niż jednego logopedy lub pojawia się konieczność dodatkowej konsultacji innym logopedą), jak i z innymi specjalistami, najczęściej takimi jak lekarze (np. neurologi, laryngolodzy, foniatry, ortodonci, psychiatry, stomatolodzy, gastrologi, pediatry), psychologowie, dietetycy czy certyfikowani doradcy laktacyjni, fizjoterapeuci lub osteopaci.

Współpraca pomiędzy samymi logopedami powinna opierać się na zasadzie solidarności, która stanowi wspólnotę działania podyktowana wspólnymi interesami. Solidarność zawodowa logopedów jest wpisana również w przyjęte regulacje etyczne, zawarte w kodeksach stworzonych przez różne organizacje. Współpraca ta będzie zaznaczała się na różnych płaszczyznach. Zdarzają się sytuacje, w których pacjent ma zajęcia z więcej niż jednym logopedą. Odpowiednie ustalenie zasad już na samym początku współpracy jest w takiej sytuacji niezmiernie ważne. Warto określić również, który ze specjalistów będzie tym wiodącym. W przypadku wystąpienia dylematu

etycznego między solidarnością zawodową a dobrem pacjenta, winno się kierować dobrem pacjenta.

Ważne jest, by dbać o wizerunek i szacunek do zawodu logopedy. Opinia o zawodzie logopedy związana jest z wieloma zmiennymi. W kontekście prezentowanego tematu należy podjąć temat niedyskredytowania innych logopedów, nawet w momencie, w którym widzimy, że coś wykonywane jest wbrew nauce lub zdrowemu rozsądkowi. Jak zachować się, gdy słyszymy, że inny logopeda zalecił coś, co jest niezgodne z posiadaną przez nas wiedzą? Na pewno dobrą praktyką byłby kontakt z tamtym logopedą i wyjaśnienie spornych kwestii. W przypadku, gdy inny logopeda w dalszym ciągu będzie postępował nierzetelnie, warto skontaktować się odpowiednimi strukturami PTL lub PZL. Należy również wykazać się dużą delikatnością i wrażliwością w kontakcie z rodzicem, opiekunem bądź pacjentem, tak by nie dyskredytować innego logopedy, lecz by wyjaśnić, co my chcieliśmy danym działaniem uzyskać. Nie ma bowiem pewności, co przyświecało innemu specjalście w momencie podejmowania konkretnej decyzji, zleceniu danego ćwiczenia, podjęciu danej drogi terapeutycznej, obraniu danej metody, czy też kierunku terapeutycznego.

Warto również zwrócić uwagę na zjawisko zaniżania stawek na rynku, które niekiedy bywa obserwowane i wśród logopedów, czyli tzw. „dumping”. Praktyka ta może być sposobem dla młodych stażem logopedów na znalezienie pierwszych klientów, z drugiej jednak strony prowadzenie zajęć za kwoty, które nie odzwierciedlają poniesionych kosztów, prędzej czy później poniesie za sobą określone skutki, m.in. w postaci osobistej frustracji terapeuty, który zdaje sobie sprawę z tego, że stawka jest niewspółmierna do wykonywanej pracy. Może on również tracić zapał i chęć do pracy, czy nawet obniżać standardy prowadzonej terapii.

Domaganie się adekwatnej do usługi stawki może wpływać na jakość świadczonych usług. Odpowiednie regulacje zawarte są w *Ustawie z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji* z późniejszymi zmianami. Jak można przeczytać w art. 15. 1.: „Czynem nieuczciwej konkurencji jest utrudnianie innym przedsiębiorcom dostępu do rynku, w szczególności przez:

1. sprzedaż towarów lub usług poniżej kosztów ich wytworzenia lub świadczenia albo ich odprzedaż poniżej kosztów zakupu w celu eliminacji innych przedsiębiorców;

2. nakłanianie osób trzecich do odmowy sprzedaży innym przedsiębiorcom albo niedokonywania zakupu towarów lub usług od innych przedsiębiorców;
3. rzeczowo nieuzasadnione, zróżnicowane traktowanie niektórych klientów;
4. pobieranie innych niż marża handlowa opłat za przyjęcie towaru do sprzedaży;
5. działanie mające na celu wymuszenie na klientach wyboru jako kontrahenta określonego przedsiębiorcy lub stwarzanie warunków umożliwiających podmiotom trzecim wymuszanie zakupu towaru lub usługi u określonego przedsiębiorcy”³⁷⁴.

W art. 18. wspomnianej Ustawy można natomiast przeczytać, iż:

„1. W razie dokonania czynu nieuczciwej konkurencji, przedsiębiorca, którego interes został zagrożony lub naruszony, może żądać:

1. zaniechania niedozwolonych działań;
2. usunięcia skutków niedozwolonych działań;
3. złożenia jednokrotnego lub wielokrotnego oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie;
4. naprawienia wyrządzonej szkody, na zasadach ogólnych;
5. wydania bezpodstawnie uzyskanych korzyści, na zasadach ogólnych;
6. zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na określony cel społeczny związany ze wspieraniem kultury polskiej lub ochroną dziedzictwa narodowego – jeżeli czyn nieuczciwej konkurencji był zawiniony”³⁷⁵.

Przepisy te obowiązują oczywiście również w praktyce logopedycznej. Należy więc zapoznać się z aktualnym stanem stawek rynkowych i ustalić adekwatną cenę usług, a gdy np. występuje obawa o pozyskanie klientów, zacząć od praktyki w innym gabinecie.

Warto w tym miejscu wspomnieć również o etycznym prowadzeniu szkoleń, warsztatów, konferencji i kursów dla logopedów. Rynek szkoleniowy – w związku ze specyfiką zawodu logopedy oraz coraz większą liczbą osób, które praktykują logopedię

³⁷⁴ Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Dz.U. z 2022 r. poz. 1233, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19930470211/U/D19930211Lj.pdf>, dostęp online, 28.04.2024.

³⁷⁵ Tamże.

i wielością różnych, nowych metod działania, także powstawaniem nowych pomocy logopedycznych – jest nasycony różnego rodzaju formami doskonalenia zawodowego. Logopedzi chętnie korzystają z dostępnych możliwości i szkolą się zarówno w formie spotkań stacjonarnych, jak i online.

Biorąc pod uwagę etykę zawodu logopedy należy działać etycznie zarówno będąc osobą, która szkoli, jak i uczestnikiem szkolenia. Z perspektywy osoby szkolącej należy pamiętać m. in. o przestrzeganiu zasad takich jak: rzetelne przedstawianie danej metody, działanie zgodne z EBP, uczciwe przedstawianie faktów naukowych oraz pamiętanie, aby zawsze korzystając z własności intelektualnej innej osoby podać źródło, a także odpowiedzialnie oceniać swoje kompetencje jako osoby szkolącej, mając na uwadze dobro pacjentów, którzy później trafić będą do przeszkolonych logopedów. Z perspektywy uczestnika różnych form doskonalenia zawodowego należy w sposób uważny z nich korzystać, zarówno na etapie decydowania się na dane szkolenie, jak i podczas uczestnictwa. W razie jakichkolwiek wątpliwości warto pytać i dociekać odpowiedzi. Jeżeli coś jest w jakiś sposób niezgodne z dotychczasowym stanem wiedzy, należy to zweryfikować. Powinno się również pamiętać o poszanowaniu własności intelektualnej osoby szkolącej – nie wolno udostępniać otrzymanych materiałów bez zgody osoby prowadzącej.

Przypadek 7

Hanna jest logopedą z długoletnim stażem. Pracowała w wielu miejscach – począwszy od szkoły podstawowej, przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną, aż po gabinet ortodontyczny, w którym współpracuje w zespole terapeutycznym z ortodontą, chirurgiem szczękowym oraz fizjoterapeutą. Niedawno jedna z osób, z którą współpracuje, poprosiła Hannę, aby przygotowała i poprowadziła szkolenie na temat postępowania chirurgicznego w przypadku jednego z zaburzeń. Logopeda czuje się kompetentna w tej sprawie i uważa, że posiada odpowiednią wiedzę zarówno na temat postępowania przedzabiegowego, samego zabiegu, jak i postępowania pozabiegowego, jednakże z oczywistych względów nigdy nie była operatorem w trakcie tegoż zabiegu. Prowadzi za to zajęcia terapeutyczne, w trakcie których z perspektywy logopedycznej przygotowuje do zabiegu oraz prowadzi działania pozabiegowe. W związku z powyższym zastanawia się, czy powinna podjąć się prowadzenia szkolenia, za które zaoferowano jej dużą sumę pieniędzy.

Fakty: logopeda ma prowadzić szkolenie, które wchodzi w kompetencje innych specjalistów.

Wartości: dobro pacjentów, korzyść finansowa.

Zasady: prowadząc jakąkolwiek formę doskonalenia zawodowego należy zweryfikować, czy jest się osobą w pełni kompetentną do pełnienia tegoż zadania, należy pamiętać o tym, by pomimo nieostrości granic logopedii, potrafić rozgraniczyć, w którym momencie wchodzi się w kompetencje innych specjalistów.

Konsekwencje: prowadząc szkolenie, które wchodzi w zakres kompetencji innych specjalistów wykracza poza kompetencje logopedy; otrzymując propozycję prowadzenia szkolenia należy przed samą zgodą rozważyć, czy treść szkolenia leży w kompetencjach logopedy oraz czy samemu jest się w pełni kompetentnym by to szkolenie prowadzić; korzyść finansowa nigdy nie powinna przeważać nad dobrem pacjentów.

Przypadek 8

Krzysztof jest logopedą, posiada kilkuletnią praktykę w pracy w szkole oraz w gabinecie prywatnym. Postanowił rozpocząć działalność szkoleniową – sam brał już udział w wielu formach doskonalenia zawodowego i zgromadził bardzo dużo materiałów z różnych szkoleń, warsztatów i konferencji. Korzystając z dostępnej literatury oraz wspomnianych materiałów, przygotował program i treść szkolenia. W trakcie tworzenia tych treści inspirował się również programami szkoleniowymi innych prowadzących. W planie szkolenia nie założył powołania się na osoby, które stworzyły materiały będące dla niego podstawą przygotowywania swoich materiałów. Krzysztof zastanawia się teraz, czy jego inspiracja nie poszła za daleko.

Fakty: logopeda, prowadząc własne szkolenie, korzysta z materiałów opracowanych przez innego logopedę bez podawania autora.

Wartości: ochrona własności intelektualnej, korzyść finansowa.

Zasady: korzystając z czyjegoś dorobku należy podać źródło; nie podając źródła, tworzy się wrażenie, że to osoba prezentująca jest autorem danych treści. Takie działanie stanowi oczywiste złamanie ochrony własności intelektualnej.

Konsekwencje: korzystanie z czyjegoś dorobku bez podania źródła jest bezsprzecznie działaniem niezgodnym zarówno z prawem jak i z etyką zawodową; należy pilnować tego, by zawsze rzetelnie podawać twórców danych treści i metod, tak by nie było wątpliwości co do etycznego postępowania osoby prezentującej dane treści.

W związku z pojawiającymi się dylematami i problemami etycznymi ważne jest, by organ, który został powołany w celu ochrony standardów etycznych, rozstrzygał wątpliwości i pomagał w rozwiązywaniu problemów i dylematów. Jednym z organów Polskiego Towarzystwa Logopedycznego jest Komisja ds. Etyki. Ta ostatnia jest powoływana przez Zarząd Główny na okres jego kadencji bądź doraźnie. W jej skład wchodzi co najmniej trzech członków, którzy są wybierani przez Zarząd Główny. O szczegółowych zadaniach Komisji mówi paragraf 47 Statutu Polskiego Towarzystwa Logopedycznego:

„§ 47

1. Komisja ds. Etyki odpowiada za realizację Kodeksu Etyki Logopedy.
2. Przewodniczącym Komisji ds. Etyki jest jeden z wiceprzewodniczących Zarządu Głównego wskazany przez Zarząd Główny.
3. Do Komisji ds. Etyki wybierane mogą być osoby, których staż członkowski w Towarzystwie wynosi co najmniej 5 lat.
4. Do Komisji ds. Etyki nie mogą kandydować członkowie, wobec których toczy się postępowanie przed Komisją ds. Etyki.
5. W sytuacjach szczególnych, decyzją Zarządu Głównego, Komisja ds. Etyki pełni rolę Sądu Koleżeńskiego.
6. Do zadań szczegółowych Komisji należy:
 - 6.1. opiniowanie w sprawach etyki zawodu logopedy;
 - 6.2. ewaluowanie Kodeksu Etycznego Logopedy;
 - 6.3. orzekanie o zgodności postępowania członków Polskiego Towarzystwa Logopedycznego z Kodeksem Etycznego Logopedy i Statutem Towarzystwa;
 - 6.4. rozstrzyganie – wynikłych w obrębie Towarzystwa – sporów między członkami;
 - 6.5. rozpatrywanie skarg członków Towarzystwa dotyczących działania organów statutowych Towarzystwa;

6.6. wydawanie w imieniu Towarzystwa ekspertyz³⁷⁶.

Z kolei w Polskim Związku Logopedów została powołana Komisja PZL ds. Kształcenia, Statusu i Etyki Zawodowej, której celem jest zajmowanie się zagadnieniami związanymi z wykonywaniem zawodu logopedy. W ramach działań Komisji wchodzi następujące działania:

- rozpatrywanie spraw dotyczących zachowań logopedów, które wpłynęły do komisji,
- odpowiadanie na indywidualne zapytania (zarówno w sprawie kształcenia, statusu logopedów pracujących w Polsce i na terenie Unii Europejskiej) osób chcących podjąć studia logopedyczne/neurologopedyczne,
- odpowiadanie na indywidualne zapytania dotyczące kwalifikacji logopedów, funkcjonowania zawodowego logopedów w resorcie oświaty i ochrony zdrowia, zadań logopedów w ramach pensum i poza pensum,
- analizowanie projektów aktów prawnych pod kątem warunków udzielania pomocy logopedycznej,
- współpraca z przewodniczącą PZL, kancelarią prawną, przewodniczącymi oddziałów,
- udzielanie odpowiedzi rodzicom na pytania odnośnie zasad korzystania z terapii logopedycznej w placówkach publicznych.

Komisja współpracuje również z innymi Komisjami PZL³⁷⁷. Działanie tych Komisji jest jednak umowne – tworzą organy PTL lub PZL, lecz ich decyzje nie są wiążące. Stan ten będzie się utrzymywał, dopóki wspomniane kwestie nie zostaną uregulowane prawnie poprzez powstanie Ustawy o zawodzie logopedy.

Jak już zostało podkreślone we wcześniejszych rozważaniach, praktykowanie zawodu logopedy wiąże się najczęściej z koniecznością współpracy z innymi specjalistami (m. in. fizjoterapeutami, psychologami, laryngologami, chirurgami szczękowymi, ortodontami itd.) W zależności od indywidualnych potrzeb danego pacjenta mogą to być różni specjaliści. Niezwykle ważnym aspektem efektywnej

³⁷⁶ Statut Polskiego Towarzystwa Logopedycznego

<https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/statut-ptl/>, dostęp online: 28.04.2024.

³⁷⁷ Dotyczy lat 2016-2021, Za: Sprawozdanie z pracy Komisji ZG PZL ds. Kształcenia, Statusu i Etyki Zawodowej za okres kadencji: 2016-2021,

https://logopeda.org.pl/resources/pliki/955_20210903_sprawozdanie_kom_ds_ksztalcenia_statusu_i_etyki_i_zawodowej_za_okres_kadencji_2016__2020.pdf, dostęp online: 28.04.2024.

współpracy jest posiadanie przez logopedę odpowiedniej wiedzy z zakresu nauk pokrewnych, która umożliwi odpowiednie pokierowanie pacjenta do danego specjalisty. Często logopeda szkolny lub logopeda w poradni jest pierwszą osobą, która zauważa trudności danej osoby, informuje i podejmuje działanie, by tej osobie pomóc. Powinien więc wiedzieć, jak wyznaczać dalszy kierunek postępowania. Istotne jest również, by wiedział, gdzie kończą się kompetencje logopedy, a zaczynają innego specjalisty.

Praca w zespołach terapeutycznych wydaje się być najbardziej efektywnym, bo holistycznym działaniem. Jak podkreśla Agnieszka Borowiec, w odniesieniu do terapii osób mających zaburzenia układu stomatognatycznego, „powoływanie zespołów terapeutycznych, w których współpracują: lekarz ortodonta, logopeda i fizjoterapeuta, pozwala na uzyskanie kompleksowych i stabilnych zmian w przypadku zaburzeń układu stomatognatycznego. Logopedzie przypada w tym wypadku rola terapeuty czynnościowego wywołującego prawidłowe funkcje i stabilizującego efekty tej pracy na normatywnych zwarcjach artykulacyjnych. Prezentowane podejście tworzy podstawy metodycznego narzędzia do wczesnej oceny rozwoju rejonu orofacjalnego i umożliwia diagnozowanie oraz eliminowanie przyczyn zaburzeń, a nie efektów”³⁷⁸. Taka systemowa terapia, oparta na zasadach wzajemnego zrozumienia i dialogu oraz poszanowaniu posiadanych kompetencji, pozwala na jak najlepsze zapewnienie pomocy pacjentowi. Warto współpracować w zespołach terapeutycznych – wspólne, specjalistyczne, ukierunkowane działanie pozwala na zapewnienie jak najlepszej holistycznej pomocy pacjentowi.

Przypadek 9

Julia pracuje w szkole jako logopeda oraz prowadzi własny gabinet logopedyczny. W momencie, w którym podejmuje się pracy z nowym uczniem lub pacjentem, za każdym razem zasięga informacji, czy pracuje z nim już inny logopeda. Jeżeli taka sytuacja ma miejsce, to podejmuje próbę kontaktu z innym specjalistą bądź prosi rodziców o informację na temat równoległych terapii. Ostatnio jednak pojawił się uczeń, z którym pracuje aż trzech logopedów poza szkołą. Julia postanowiła więc skontaktować się z nimi i omówić swój plan na zajęcia, które będzie prowadzić.

³⁷⁸ A. Borowiec, *Sprzężone zaburzenia w układzie ustno-twarzowym. Zasady współpracy w zespole terapeutycznym: ortodonta – logopeda – fizjoterapeuta*, [w:] *Metody terapii logopedycznej*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2018, s. 1060.

Z rozmowy wynikało jednak, że metody innych logopedów wykluczają pewne elementy terapii, które ona stosuje. Julia zastanawia się, w jaki sposób powinna postępować.

Fakty: prowadzenie terapii przez kilku logopedów, metodami wzajemnie się wykluczającymi.

Wartości: dobro pacjenta, interes własny logopedy.

Zasady: prowadzenie pacjenta przez kilku logopedów bywa uzasadnione, warunkiem jest jednak wzajemna współpraca, świadomość działania innego specjalisty i działanie w jednym kierunku.

Konsekwencje: prowadzenie pacjenta przez kilku logopedów, których metody wzajemnie się wykluczają może spowodować szkody dla pacjenta, poza tym negowanie się wzajemnie przez różnych logopedów może wprowadzać niepokój w rodzicach i w samych pacjentach, może również spowodować spadek zaufania i pogorszenie postrzegania zawodu logopedy, a co za tym idzie spadek prestiżu zawodu logopedy; warto więc wypracowywać jednorodną strategię postępowania metodami, które wzajemnie się dopełniają. Dlatego też tak ważne są wzajemny szacunek, chęć podejmowania dialogu i zrozumienie również wśród samych terapeutów.

Przypadek 10

Maciej jest logopedą w jednym z dużych miast. Spotkał się ostatnio z Andrzejem – kolegą, z którym studiował logopedię. W czasie prywatnej rozmowy Andrzej podzielił się z Maciejem informacją na temat tego, w jaki sposób postępuje w gabinecie prywatnym. Praktyki te wydają się być wysoce nieetyczne. Andrzej zareagował na słowa Macieja i zwrócił mu uwagę, że jego postępowanie jest niewłaściwe. Maciej jednak stwierdził, że nie zamierza swojego postępowania zmieniać, gdyż dzięki temu, co robi, zarabia zdecydowanie więcej.

Fakty: logopeda posiada informację, że jego kolega (również logopeda) pracuje nagminnie łamiąc zasady etyki zawodowej.

Wartości: dobro pacjentów, solidarność zawodowa logopedów, prestiż środowiska logopedycznego.

Zasady: logopeda ma obowiązek dbać o dobro pacjentów oraz o prestiż zawodu logopedy i dobre postrzeganie środowiska logopedycznego, a także o zapewnienie wysokich standardów etycznych w tym środowisku; wiedząc o nieetycznych praktykach

innych logopedów i nie podejmując działań w kierunku spowodowania ich zaniechania, również może być pośrednio odpowiedzialny za konsekwencję działań. Logopeda, który wie o nieetycznym postępowaniu powinien podjąć odpowiednie kroki – może najpierw spróbować samemu podjąć interwencję i rozmowę z drugą osobą, następnie – w przypadku braku reakcji – powiadomić PTL lub PZL.

Konsekwencje: nadrzędną zasadą jest dobro pacjenta, co w przypadku nieetycznych praktyk w gabinecie jest naruszane. Nieetyczne postępowanie stoi w oczywistej sprzeczności z personalistycznym podejściem do pacjenta; nieetyczne działanie wpływa też negatywnie na prestiż środowiska logopedycznego, w zależności od postępowania może również wpływać na dobro pacjenta. W analizowanym przypadku nie zostały zawarte szczegóły postępowania, jednakże wiemy, że jest ono nieetyczne; w związku z tym możemy założyć, że dalsze postępowanie w taki sposób i niezaprzestanie tychże praktyk będzie rzutowało również na dobro pacjenta.

Przypadek 11

Judyta jest logopedą i pracuje w szkole podstawowej. Córka jej przyjaciółki rozpoczęła właśnie podyplomowe studia logopedyczne i aby je ukończyć, musi zaliczyć praktykę zawodową. Zgłosiła się więc do Judyty i poprosiła ją o przyjęcie na praktykę. Nie byłoby w tym nic niewłaściwego, gdyby nie to, że po rozpoczęciu praktyki studentka oznajmiła, że nie ma czasu **ani** na hospitację, **ani** na prowadzenie zajęć. Deklaruje jednak, iż na pewno wszystkie braki nadrobi już po podpisaniu dokumentów zaliczających praktykę.

Fakty: studentka logopedii przyjęta na praktyki nie będzie ich faktycznie realizowała.

Wartości: dobro pacjentów, solidarność wobec środowiska logopedycznego, chęć pomocy córce przyjaciółki.

Zasady: należy pamiętać, że relacje między logopedami powinny opierać się na wzajemnym szacunku oraz na wspólnych wartościach i celach, mając na uwadze świadomość odpowiedzialności, która na nich ciąży.

Konsekwencje: potwierdzenie umiejętności innej osoby, których ona nie posiada, jest zachowaniem niezgodnym z etyką zawodową i stanowi oczywiste poświadczanie nieprawdy, gdyż wpisy w dokumentacji nie będą zgodne z rzeczywistością; może to spowodować, że dana osoba z potwierdzonymi kompetencjami otrzyma pracę, w której

nie będzie potrafiła poradzić sobie z postawionymi przed nią zadaniami, co może w konsekwencji narazić dobro biorców usług logopedycznych oraz mieć negatywny wpływ na prestiż zawodu logopedy.

5.5. Konflikt ról zawodowych i prywatnych

Zgodnie z koncepcją Arystotelesa człowiek jest istotą społeczną. W związku z tym posiada trwałą, wrodzoną dyspozycję do życia oraz uczestnictwa w życiu społecznym i politycznym. Człowiek nie jest osobą samowystarczalną, dlatego musi żyć w społeczeństwie, które będzie zaspokajać jego potrzeby (są to nie tylko potrzeby materialne i biologiczne, ale również posiadające wymiar moralny i psychologiczny). Człowiek może pełnić i pełni w życiu różne role. Rola zawodowa wiąże się z zarówno z oczekiwaniami stawianymi wobec osób wykonujących daną profesję, jak i z przywilejami w nią wpisanymi. Rola prywatna wiąże się natomiast z celami i wartościami, które są stawiane przez ludzi w życiu prywatnym. Pełnione przez człowieka role prywatne i zawodowe często się przenikają. Przeplatanie się tych ról może wywoływać konflikt wartości. Otóż, „role społeczne, w jakie wikłany jest człowiek w toku swojego życia są konfliktogenne. Człowiek przecież w realizacji swego życia podejmuje różne role i bytuje w wielu grupach społecznych, wobec których ma niekiedy kolizyjne zobowiązania. Kolizje te etycy sprowadzają do konfliktów norm – norm etycznych, moralnych i społecznych oraz innych”³⁷⁹. Ideałem jest, aby nie dopuścić do konfliktu różnych ról. Wiadomo jednak, że życie pełne jest sytuacji nieidealnych. I. Lazari-Pawowska podkreśla jednak, że „konflikt ról można sprowadzić do konfliktu norm. Rola, wzór zachowania, stanowi bowiem zespół norm odnoszących się do jednostki ze względu na zajmowaną przez nią pozycję społeczną. Zespół norm, o jakim tu mowa, może być wewnątrzkonfliktowy, ponadto norma, która jest składnikiem jednej roli, może wchodzić w konflikt z normą, która jest składnikiem innej roli. Ogólnie można przyjąć, że jakieś dwie normy są konfliktowe, jeśli zdarzają się sytuacje, gdy zrealizowanie wymagań jednej normy jest postąpieniem wbrew temu, co nakazuje druga z nich”³⁸⁰.

³⁷⁹ M. Sułek, J. Świniarski, *Etyka jako filozofia dobrego działania zawodowego. Podręcznik akademicki*, dz. cyt., s. 77.

³⁸⁰ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka – pisma wybrane*, dz. cyt., s. 85-86.

W związku z konfliktem ról należy postawić szereg pytań. Czy logopeda powinien/może prowadzić terapię własnego dziecka? Czy logopeda może/powinien prowadzić terapię lub diagnozować dzieci z rodziny lub dzieci znajomych albo po prostu osoby, z którymi pozostaje w bliskiej relacji czy też osoby, z których najbliższymi pozostaje w bliskiej relacji? Odpowiedź w tym zakresie będzie zawarta w tym, w jaki sposób relacja ta wpływa na pracę z pacjentem. Czy w związku z zaistniałą relacją terapeuta staje się mniej obiektywny? Czy terapeuta będzie miał trudności z precyzyjnym szczerym oglądem sytuacji? Czy jego prywatne zaangażowanie będzie rzutowało na proces terapeutyczny? Każdy człowiek w danym momencie może pełnić kilka ról. Warto jednak, by wypełniając rolę zawodową, potrafić skupić się na niej i, mając na uwadze dobro pacjenta, zachować profesjonalizm. Terapeuta ma więc wypełniać swoją rolę i kierować się dobrem pacjenta. Zatem najważniejszym pytaniem, takim mianownikiem dla powyższych pytań jest to, czy dany człowiek potrafi oddzielić pełnione role po to, by w sposób profesjonalny świadczyć pomoc logopedyczną? Jeśli pojawia się konflikt ról, w trakcie którego zachodzi domniemanie, że pełnienie danej roli społecznej będzie miało negatywny wpływ na terapię danego pacjenta, wtedy dobrym rozwiązaniem będzie przekazanie go innemu terapeutcie, który spojrzy na niego obiektywnie, w wyniku czego będzie możliwe stworzenie warunków do owocnej pracy samego logopedy nad rozwiązaniem zaistniałego konfliktu, a w rezultacie optymalna pomoc zapewniona pacjentowi.

Przypadek 12

Anna jest logopedą, pracuje w szkole podstawowej i w poradni publicznej. Jej siostra ma dwójkę dzieci: Henryka i Zosię. Anna już od kilku lat próbuje namówić swoją siostrę, by udała się na konsultację logopedyczną z Zosią. Siostra Anny bardzo długo nie decydowała się na umówienie wizyty, jednakże ostatnio oznajmiła, że chciałaby, aby to Anna podjęła się konsultacji, diagnostyki i późniejszej ewentualnej terapii Zosi. Siostra Anny stanowczo nie zgadza się, aby inny logopeda pracował z jej dzieckiem.

Fakty: osoba z rodziny logopedy potrzebuje konsultacji, rodzic dziecka nie zgadza się, aby diagnostykę i ewentualne późniejsze zajęcia prowadziła inna osoba niż ten wskazany logopeda (członek rodziny).

Wartości: dobro dziecka, obawy rodzica, być może wyjście rodzica z pewnego rodzaju strefy komfortu.

Zasady: w sytuacji, która zaistniała, zawsze trzeba zadać sobie pytanie, czy i kiedy możemy prowadzić diagnozę/terapię/konsultować osoby znajome lub osoby z rodziny.

Konsekwencje: prowadzenie zajęć z osobami z rodziny może powodować pewne komplikacje – możemy (często nieświadomie) nie dostrzegać pewnych nieprawidłowości, również współpraca z rodzicem lub dzieckiem może nie być profesjonalna, dlatego też każdą sytuację warto rozpatrywać indywidualnie i ocenić, na ile postępowanie takie będzie właściwe.

5.6. Osobiste problemy i konflikty

Osobiste problemy i konflikty mogą mieć wpływ na przebieg pomocy logopedycznej i jej efektywność. Rolą terapeuty jest nie dopuszczać do tego, by takie sytuacje miały miejsce; są one również niewłaściwe w świetle etyki zawodowej logopedy.

Dylematy w pracy logopedy mogą pojawić się w sytuacjach, w których logopedzi – jako terapeuci – wiedzą, jak powinno się postąpić, jednak rodzic ma odmienne zdanie. Jak zachować się w takiej sytuacji? Czy usilnie nakłaniać do zmiany zdania, czy wpływać na rodziców tak, by postąpili zgodnie ze zdaniem logopedy? Co w przypadku, jeżeli rodzic chce jakiegoś działania, a logopeda jest przekonany, że powinno się postępować w odmienny sposób? W takich sytuacjach powinno się przedstawić swoje stanowisko, poprzeć je rzetelną wiedzą naukową i czekać na decyzję pacjenta lub osób, które podejmują decyzje w imieniu pacjenta. Logopeda powinien rzetelnie i precyzyjnie opisać daną sytuację. Nie może jednak nikogo zmusić, aby postępował zgodnie z jego wytycznymi. Pacjent i/lub osoby, które w jego imieniu podejmują decyzje, mają prawo podejmować je samodzielnie.

Niedopuszczalne jest także stosowanie nacisku w samym postępowaniu diagnostycznym bądź terapeutycznym. Powinno się zadbać, by pacjent z własnej woli chciał wykonywać ćwiczenia bądź podejmować się zabawy terapeutycznej oraz jeżeli pozwalają na to jego możliwości percepcyjne, widział sens w terapii lub po prostu

potrafił czerpać radość z zajęć, które są mu oferowane. Pomocna może okazać się logoterapia, która pozwoli na odnalezienie sensu w zaistniałej sytuacji.

Warto również wspomnieć o zachowaniach, które są nieetyczne i nie powinny mieć miejsca w praktyce logopedy. Niedopuszczalnym zabiegiem komunikacyjnym jest wywyższanie się: „mędrkowanie”, krytykowanie, podważanie kompetencji pacjentów lub opiekunów. Logopeda powinien pamiętać o odpowiedzialności za słowa, które wypowiada oraz o tym, jak wielką moc ma to, co się powie i że nie da się cofnąć wypowiedzianego słowa. Spokój, ogłada i merytoryczna, rzetelna komunikacja są absolutną koniecznością. Należy pamiętać o fundamencie w terapii logopedycznej: dobru pacjenta, podmiotowym traktowaniu zarówno jego jak i jego bliskich. O personalistycznym podejściu do drugiego człowieka. O tym, że relacja człowiek – człowiek jest ważniejsza niż usilne udowadnianie swoich racji i że postępy terapeutyczne zależą również od budowania relacji opartej na szacunku i wzajemnym zaufaniu. Delikatność i szczerłość wobec pacjenta oraz jego rodziny są również nieodzownym składnikiem komunikacji. Empatia i właściwy, dostosowany do danej sytuacji język jakiego używa logopeda ważą na efektywności współpracy. Wrażliwość na drugiego człowieka i poszanowanie godności będzie przejawiało się również w sposobie komunikowania się. Warto trzymać się również zasady: „brak białych kłamstw”. Należy komunikować się tak, by pacjenci i ich bliscy w jasny, lecz pełen wrażliwości i empatii oraz poszanowania dla emocji współ rozmówców sposób, otrzymali pełną informację i być stale w gotowości do odpowiedzi na nurtujące ich pytania.

Realny wpływ na pacjenta mogą też mieć czynniki związane z samą kondycją terapeuty w danym w dniu czy stanem zdrowia logopedy. Odpowiednia dyspozycja logopedy do czynienia pomocy jest nieodzownym składnikiem terapii. Należy więc zadbać o swoje zdrowie psychiczne i fizyczne, o odpowiednie zaspokojenie swoich potrzeb, tak by móc jak najefektywniej świadczyć pracę. Równowaga między pracą i życiem prywatnym, czas na relaks i odpoczynek będą jednymi z aspektów, które mogą mieć wpływ na zapobieganie wypaleniu zawodowemu, na które narażeni są logopedzi, jako osoby pełniące zawód pomocowy. Kolejnym z czynników, które mają wpływ na świadczenie pracy przez logopedę są nadmierne bądź nierealistyczne wymagania w stosunku do siebie i innych lub perfekcjonizm. Jeszcze inne czynniki związane są ze stresorami w miejscu pracy, dlatego warto dokładać wszelkich starań, by środowisko, w którym świadczy się pracę, sprzyjało jej efektywnemu świadczeniu. Zapewnienie

atmosfery wsparcia i dialogu wśród współpracowników będzie sprzyjało dobremu świadczeniu usług.

Osobiste problemy i konflikty nie powinny w żaden sposób wpływać na przebieg relacji terapeutycznej. Niekiedy jednak człowiekowi trudno odciąć się od tego, co go trapi i skupić na pomocy innym. Jednak osobiste problemy nie powinny mieć wpływu na praktykę logopedyczną. W przypadku podejrzenia zaistnienia takiej sytuacji należy zatrzymać się na chwilę i zastanowić, czy czynniki te nie powodują, że dobro naszego pacjenta schodzi na dalszy plan. Trzeba wtedy podjąć starania, aby znaleźć rozwiązanie problemu.

Może również zaistnieć sytuacja, w której dylemat etyczny będzie dotyczył wyboru między zarobkiem a dobrem pacjenta. Odpowiedź wydaje się być jednoznaczna – chęć zysku nigdy nie powinna przeważać nad dobrem człowieka, za którego terapię ponosimy odpowiedzialność, którego terapii się podejmujemy, nad dobrem drugiego człowieka, który potrzebuje pomocy. To człowiek – drugi – Inny jest w tym momencie najważniejszy i indywidualna chęć zarobku nie może nad nim przeważać.

Przypadek 11

Weronika pracuje jako logopeda w szkole podstawowej. Ostatnio zgłosiła się do niej koleżanka z liceum, z którą jej relacja nie była najlepsza. Między kobietami wybuchł konflikt, który nie został wtedy rozwiązany. Koleżanka Weroniki chciałaby, aby to ona zdiagnozowała jej syna i w razie konieczności podjęła się jego terapii. Weronika obawia się, że jej osobista antypatia do matki chłopca będzie rzutowała na sytuację terapeutyczną. Zgodziła się jednak na pierwszą konsultację.

Fakty: obawa o przeniesienie swoich osobistych konfliktów na sytuację terapeutyczną.

Wartości: dobro pacjenta, osobista korzyść.

Zasady: osobiste problemy i konflikty nie powinny mieć wpływu na sytuację terapeutyczną, w której najważniejszą wartością jest dobro pacjenta; w zaistniałej sytuacji konieczne jest zakończenie konfliktu i rozwiązanie sprawy (jeżeli jest to możliwe); w przypadku, gdy osobiste problemy lub konflikty uniemożliwiają prowadzenie obiektywnej terapii i wpływają na terapię, konieczna może okazać się zmiana logopedy.

Konsekwencje: prowadzenie zajęć, w trakcie których terapeuta przenosi osobiste konflikty na sytuację terapeutyczną, może powodować, że terapia nie będzie w pełni korzystna dla pacjenta; logopeda może też nieświadomie przejawiać pewne negatywne zachowania, które będą rzutowały na efekty terapeutyczne.

5.7. Prowadzenie terapii online

Przestrzeń wirtualna może generować zarówno możliwości jak i zagrożenia skorelowane z wykorzystywaniem medium Internetu.

Internet stanowi stosunkowo nowy wymiar, w którym prowadzona może być (i jest) również działalność logopedów. W medium tym możemy spotkać się zarówno z komunikacją jednostronną (w której bierze czynny udział tylko jedna strona), jak i interaktywną, gdy czynny udział może brać więcej niż jedna osoba. Może ona polegać np. na prowadzeniu poradnictwa, diagnoz i terapii w tej formie. Prowadzenie terapii logopedycznej online można zdefiniować jako terapię logopedyczną prowadzoną najczęściej w czasie rzeczywistym, jednak nie poprzez bezpośredni kontakt z pacjentem, lecz zdalnie, głównie za pomocą Internetu. Trudno jest bowiem wyobrazić sobie terapię poprzez inne dostępne środki, np. telefon. Poleganie wyłącznie na analizatorze słuchowym bez możliwości kontaktu wzrokowego uniemożliwia jakąkolwiek formę diagnostyki. Telefonicznie jednak mogą być świadczone porady logopedyczne, w przypadku problemów, w których można poczynić założenie, że zostaną one w taki sposób rozwiązane.

W przestrzeni wirtualnej logopedzi mogą również się reklamować, udostępniać swoje usługi, dzięki prowadzeniu np. blogów, stron na portalach typu Facebook, Instagram czy TikTok. Wciąż pojawiają się nowe platformy, które mogą być wykorzystywane w tym zakresie. Można również poszerzać swoją wiedzę logopedyczną poprzez czytanie artykułów online lub dzięki kontaktom na różnego rodzaju forach internetowych. Pozwalają one na prowadzenie rozmów przez logopedów na tematy zawodowe, dzięki czemu mogą konsultować się między sobą w przypadku zaistnienia jakichś trudności lub po prostu dzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem.

Niegdyś prowadzenie zajęć online było tematem dyskusyjnym. Taka forma wydawała się dla wielu trudna, dla niektórych wręcz niemożliwa, a z założenia dużo mniej skuteczna od formy bezpośredniej. Kontrowersje związane z udzielaniem

pomocy online dotyczyły przede wszystkim ograniczeń wynikających z użytkowania tego narzędzia. Warto jednak nadmienić, że terapia w formie online już od dłuższego czasu jest wykorzystywana przez logopedów na całym świecie. W prowadzeniu terapii online upatruje się nowych możliwości, które otwierają się przez logopedami. Podobnie jak w przypadku prowadzenia pomocy psychologicznej online, terapia logopedyczna online może być dopełnieniem tej tradycyjnej lub jej zastąpieniem, ale tylko w wybranych sytuacjach³⁸¹.

Sytuacja epidemiczna związana z pandemią COVID-19 wymusiła na terapeutach działalność w nowej rzeczywistości, uruchomienie działań w formie online i prowadzenie zajęć, diagnostyki czy terapii. Niezwykle popularne stały się również propozycje kursów i szkoleń online. Pomimo tego, że po okresie lockdownu nastąpił powrót do pracy w warunkach stacjonarnych, możliwość prowadzenia zarówno zajęć jak i różnych form doskonalenia zawodowego w formie online zostanie już prawdopodobnie na zawsze. Obawy związane z prowadzeniem terapii w taki sposób zostały zweryfikowane przez praktykę. Prowadzenie spotkań online jest niewątpliwie korzystne dla osób, które mają utrudniony dostęp do usług logopedycznych w formie stacjonarnej.

Każda działalność logopedy, także ta prowadzona online, powinna być realizowana zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Spełnianie standardów etycznych jest więc obowiązujące w każdej sytuacji terapeutycznej bez względu na formę świadczenia pracy.

Korzystanie z formy online może nieść ze sobą zarówno korzyści, jak i zagrożenia. Terapeuta, mając je na uwadze, powinien podejmować korzystne dla pacjenta decyzje. Jako korzyści³⁸² z prowadzenia zajęć terapeutycznych/konsultacji w formie online można wskazać:

- możliwość kontaktu ze specjalistami znajdującymi się w rzeczywistości dużej odległości od pacjenta,
- możliwość konsultacji pacjentów, którzy znajdują się w miejscu, w którym nie mają dostępu do profesjonalnej pomocy,

³⁸¹ M. Arytmiak, *Etyczne aspekty psychologicznej pomocy online*, [w:] *Etyka. Psychologia. Psychoterapia*, red. A. Magragiński, D. Probuca, Aureus, Kraków 2004, s. 220.

³⁸² Jako jedną z korzyści można również wskazać redukcję kosztów, którą niesie ze sobą praca w systemie zdalnym. Jednak mając na uwadze dobro pacjenta, wskazanie takiej „korzyści” nie jest zasadne, chyba że służy dobru pacjenta.

- możliwość prowadzenia terapii przez jednego terapeutę z osobami, które często zmieniają miejsce zamieszkania.

Jako zagrożenia płynące z wyboru drogi online można wskazać:

- brak bezpośredniego fizycznego kontaktu z pacjentem, który w niektórych przypadkach może utrudniać lub wręcz uniemożliwiać dokonanie właściwej diagnozy i dostrzeżenie tego, co w bezpośrednim kontakcie byłoby możliwe,
- utrudnione możliwości holistycznego spojrzenia na pacjenta – fragmentaryczny widok pacjenta może spowodować, że nie dostrzeżemy czegoś, co w bezpośrednim kontakcie byłoby dostrzegalne.

Tematyka bezpieczeństwa danych w sieci jest tematem, o którym warto chociażby krótko wspomnieć. Trzeba mieć na uwadze to, że „brak jasno określonych środków bezpieczeństwa stwarza zagrożenie dla danych osobowych pacjentów i może spowodować więcej problemów niż korzyści”³⁸³. Obowiązują nas więc zasady, które wymagają odpowiedniego zabezpieczenia danych, z których korzystamy.

Przypadek 13

Robert w okresie pandemii rozpoczął prowadzenie zajęć w formie online. W momencie, w którym była już możliwość prowadzenia ich w formie stacjonarnej, część zajęć prowadził w formie zdalnej, część w formie stacjonarnej – w zależności od potrzeb danej osoby. Niedawno jednak zgłosiła się do niego matka, w celu zdiagnozowania syna. Diagnoza wstępna została wykonana w formie online. Kobieta ma możliwość dojazdu do gabinetu, jednakże wymaga, aby zajęcia terapeutyczne były prowadzone w trybie online. Robert chciałby spotkać się z dzieckiem stacjonarnie, gdyż widzi konieczność uszczegółowienia i dopełnienia diagnozy postawionej online, co wydaje się być możliwe w tej sytuacji jedynie w formie stacjonarnego spotkania w gabinecie.

³⁸³ A. Madej, D. Sendler, M. Makara-Studzińska, *Psychoterapia on-line: wyzwanie dla etyki*, [w:] „Psychoterapia” 3 (178), 2016, s. 35.

Fakty: dziecko powinno być skonsultowane, jednakże konsultacja w formie online, w opinii logopedy nie pozwoli na uzyskanie pełnych i rzetelnych wniosków.

Wartości: dobro dziecka, obawy/wygoda rodzica.

Zasady: każdorazowo w sytuacji, w której prowadzi się zajęcia online, trzeba zastanowić się, czy taka forma jest dopuszczalna, czy konieczne jest jednak spotkanie twarzą w twarz, trzeba pamiętać, że efekt terapeutyczny może być zależny również od kanału komunikacyjnego.

Konsekwencje: podejmując się zajęć w formie online trzeba mieć na uwadze jej ograniczenia i poddać analizie, co będzie korzystne dla danej osoby; w momencie, w którym podejmie się diagnostyki/terapii/konsultacji online z osobą, dla której nie będzie to odpowiednie medium, błędne wnioski mogą nieść ze sobą błędy w dalszym działaniu; w tym przypadku warto przekonać rodzica do przyjazdu do gabinetu i spotkania w formie stacjonarnej.

Zakończenie

Logopeda pracuje z drugim człowiekiem i ma realny wpływ na jakość oraz komfort życia innej osoby, a niekiedy również na jej sukcesy zawodowe. Nieustająco zmieniająca się rzeczywistość oraz pojawiające się problemy i dylematy o charakterze etycznym wymagają od osób trudniących się tą profesją wysokich standardów etycznych oraz odpowiedzialnego ich respektowania.

W niniejszej pracy poddałam analizie literaturę naukową zarówno z obszaru etyki ogólnej, jak i etyki zawodowej. W tym drugim wypadku chodziło o profesje zbliżone zakresem działania do logopedii. Postarałam się dotrzeć do jak największej liczby publikacji polskojęzycznych oraz istotnych pozycji anglojęzycznych. Zwróciłam szczególną uwagę na zapisy w polskich kodeksach etycznych, w których zostały zawarte dobre praktyki logopedyczne. Omówiłam również aktualny stan prawny związany z zawodem logopedy. Ponadto, w pracy zamieściłam studia przypadków, z których każdy zawiera wyróżniony problem z zakresu etyki zawodowej logopedy i pokazałam możliwe rozwiązania tych problemów. Najwyższym dobrem jest dobro pacjenta i tylko z tej perspektywy można rozstrzygać dylematy etyczne w pracy logopedy, której personalistyczny wymiar jest podstawą niniejszej rozprawy.

W niniejszej pracy podjęłam się opracowania najważniejszych zagadnień związanych z etyką w zawodzie logopedy. Zgodnie z założonymi trzema celami:

1. Cel teoretyczny – na podstawie analizy dostępnej literatury naukowej opracowałam zespół wartości i norm ważnych dla etyki zawodowej logopedy;
2. Cel diagnostyczny – zebrałam informacje dotyczące etyki zawodu logopedy w Polsce, określiłam ramy prawa, w których realizowana jest praktyka logopedyczna, omówiłam dwa kodeksy etyczne, a wreszcie sformułowałam najważniejsze problemy moralne, które rodzą się w praktyce logopedycznej.
3. Cel praktyczny – pokazałam, jak w praktyce korzystać z owoców refleksji teoretycznej.

W ramach rozprawy podjęłam działania zmierzające do rozwiązania następujących problemów szczegółowych:

1. W jaki sposób logopeda może korzystać z kodeksu etycznego?

Kodeks etyczny może być wykorzystywany przez logopedów jako wskazówka w zakresie ich etycznego postępowania. Jest jednym z cennych narzędzi, które istnieją by wspierać osoby, do których są skierowane w podejmowaniu decyzji moralnych. Wyznacza on pewne standardy postępowania.

2. Jakie działanie jest zgodne z zasadami etycznymi w zawodzie logopedy?

Działaniem zgodnym z zasadami etycznymi w zawodzie logopedy będzie to, które ma na celu dobro moralne – rozwój mowy i języka pacjenta. Postępowanie powinno uwzględniać poszanowanie godności drugiego człowieka, empatyczne podejście oraz profesjonalne działanie – posiadanie odpowiednich kompetencji metodycznych, merytorycznych i personalnych, zasadę poufności, szczerości oraz eliminowanie konfliktów interesów. Personalistyczne postrzeganie człowieka jako osoby z wpisaną w człowieczeństwo godnością jest niezwykle cennym wskaźnikiem etycznego postępowania.

3. W jaki sposób spełnianie standardów etycznych wpływa na praktyczne działanie logopedy?

Spełnianie standardów etycznych w zawodzie logopedy powinno być wpisane w praktykę logopedii. Działanie zgodne z etyką zawodową wpływa na wiele obszarów, od budowania relacji opartej na zaufaniu w pracy z pacjentem, poprzez zapewnienie profesjonalnej i jakościowej opieki, aż po dbałość o profesjonalizm i dobre postrzeganie samego zawodu logopedy.

Podsumowując, w niniejszej rozprawie wykazałam, że tworzenie etyki zawodu logopedy jest możliwe i potrzebne; a ponadto, że praca logopedy ma związek z wieloma wyzwaniem etycznymi, które mogą bezpośrednio rzutować na jakość świadczonych usług oraz na postrzeganie środowiska zawodowego.

Personalistyczny wymiar etyki zawodu logopedy wiąże się z postrzeganiem człowieka przez pryzmat jego wartości i godności. Każde działanie osób zajmujących się praktyką logopedyczną powinno uwzględniać dobro pacjenta – zawsze osobę, która staje przed logopedą jako jednostka niepowtarzalna z niezbywalną godnością.

Spis tabel

Tabela 1. Przedmiot etyki, jej działy i podstawowe pytania	30
Tabela 2. Sześć stadiów rozwoju moralnego według Kohlberga	41
Tabela 3. Rozwój moralny człowieka.....	48
Tabela 4. Lingwistyka, logopedia i medycyna – przedmiot badań	54
Tabela 5. Komunikacja z pacjentem.....	67
Tabela 6. Wykaz standaryzowanych narzędzi diagnostycznych.....	146

Spis rysunków

Rysunek 1. Kierunek i przebieg rozwoju moralnego	46
Rysunek 2. Gradacja poziomu abstrakcji metodologii	56
Rysunek 3. Trójkąt praktyki opartej na dowodach	142

Bibliografia

- 1) Andrzejuk A., *Człowiek i decyzja*, wyd. III zm., Oficyna Wydawnicza Navo, Warszawa 2007.
- 2) Arytmiak M., *Etyczne aspekty psychologicznej pomocy online*, [w:] *Etyka. Psychologia. Psychoterapia.*, red. A. Magragiński, D. Probuca, Aureus, Kraków 2004.
- 3) Bartnik Cz., *Personalizm*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2013.
- 4) Bartnik Cz., *Szkice do systemu personalizmu*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- 5) Biesaga T., *Elementy etyki lekarskiej*, wyd. MP, 2006.
- 6) Bednarek D., *Zawód psycholog. Regulacje prawne i etyka zawodowa*, wyd. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.
- 7) Błachnio K., *Podstawowe zagadnienia dydaktyki i etyki logopedycznej w optymalnym modelu kształcenia specjalistów*, [w:] *Kształcenie logopedyczne. Cele i formy*, red. E. Łuczyński, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
- 8) Błachnio K., *Vademecum logopedyczne*, Wydawnictwo naukowe UAM, Poznań 2015.
- 9) Bochniarz A., *Aspekty duchowości w praktyce logopedycznej (z doświadczeń praktyka)*, [w:] „Forum logopedyczne”, nr 26, 2018.
- 10) Body R., McAllister L., *Ethics in Speech and Language Therapy*, Wiley-Blackwell, 2009.
- 11) Borowiec A., *Sprzężone zaburzenia w układzie ustno-twarzowym. Zasady współpracy w zespole terapeutycznym: ortodonta – logopeda – fizjoterapeuta*, w: *Metody terapii logopedycznej*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2018.
- 12) Brzeziński T., *Etyka lekarska*, wyd. PZWL 2011.
- 13) Brzeziński J., Chyrowicz B., Poznaniak W., Toeplitz-Wiśniewska M. A. i in., *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- 14) Cieszyńska J., *Logopedia i logoterapia?*, [w:] „Konspekt” nr 20, 2004.
- 15) Cieszyńska J., *Logoterapia w przypadkach głębokich zaburzeń komunikacji językowej*, [w:] „Annales Academiae Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica”, I, Kraków 2006.

- 16) Cieszyńska-Rożek J., *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii językoznawstwa*, Wydawnictwo Metody Krakowskiej, Kraków 2013.
- 17) Chudy W., *Oblicza personalizmu i ich konsekwencje*, „Kwartalnik Filozoficzny”, nr 3, 1998.
- 18) Chudy W., *Pedagogia godności. Elementy etyki pedagogicznej*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2009.
- 19) Chyrowicz B., *Neuroetyka*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, Z. Toeplitz i in., *Etyka zawodu psychologa. Wydanie nowe*, wyd. 2 zmienione, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2019, s. 151-152.
- 20) Chyrowicz B., *O sytuacjach bez wyjścia w etyce*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008.
- 21) Dec J., *Personalizm*, [w:] *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, t. 8, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2007.
- 22) Dec I., *Personalizm czy personalizmy?*, w: „Wrocławski Przegląd Teologiczny”, nr 2, (8), 2000.
- 23) Dramska D., *Profesjonalna tożsamość logopedów w Polsce w świetle prowadzonych badań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2001.
- 24) Dunn H. P., *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, tłum. B. Opolska-Kokoszka, M. Namysłowska, wyd. Byblos, Tarnów 1997.
- 25) *Dylematy moralno-etyczne w pracy policjanta* (materiały pomocnicze), oprac. C. Purowski, Słupsk 1998.
- 26) *Dziennikarski etos: z wybranych zagadnień deontologii dziennikarskiej*, red. Z. Kobylińska, R. D. Grabowski, Lux Mundi, Olsztyn 1996.
- 27) *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, PZWL, Warszawa 1985.
- 28) *Etyka i profesjonalizm w zawodzie nauczyciela*, red. J. M. Michalak, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2010.
- 29) *Etyka prawnika. Etyka nauczyciela zawodu prawniczego*, red. E. Łojko, Wyd. UW, Warszawa 2002.
- 30) *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, red. K. Basińska, J. Halasz, wyd. II, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2014.
- 31) *Etyka zawodów prawniczych*, red. H. Izdebski, P. Skuczyński, Wydawnictwo Prawnicze Lewis Nexis, Warszawa 2006.

- 32) Frankl V., *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, tłum. A. Wolnicka, Wydawnictwo Czarna Owca, wyd. I, zmienione, Warszawa 2018.
- 33) Frankl V., *Homo patiens*, Instytut Wydawniczy P.A.X., Warszawa 1976.
- 34) Frankl V., *Lekarz i dusza. Wprowadzenie do logoterapii i analizy egzystencjalnej*, tłum. R. Skrzypczak, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2017.
- 35) Gacka B., *Personalizm chrześcijański św. Jana Pawła II*, [w:] „Studia Theologica Varsaviensia UKSW”, nr 1, 2014.
- 36) Gacka B., *Prezentacja personalizmu*, „Personalizm”, nr 1, 2001.
- 37) Galata S., *Strategiczne zarządzanie organizacjami*, Difin, Warszawa 2004.
- 38) Gillon R., *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, wyd. PZWL 1997.
- 39) Gliniecki W., *Osobowe ujęcie relacji pacjent – personel medyczny. Wpływ wymiaru personalistycznego na jakość relacji interpersonalnych w przestrzeni medycznej i jego znaczenie w procesie leczenia*, [w:] „Studia Pelpińskie”, nr 22, 2021.
- 40) Gogacz M., *Czym jest etyka zawodowa*, [w:] *Zagadnienie etyki zawodowej*, red. A. Andrzejuk, Oficyna Wydawnicza Navo, Warszawa 1998.
- 41) Grabias S., *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych*, [w:] „Logopedia”, t. 9/10, 2010/2011.
- 42) Grabias S., *O ostrości refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania*, [w:] *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk 2012.
- 43) Grabias S., *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Skłodowskiej-Curie, Lublin 2015.
- 44) Gruba J., *Próba weryfikacji uczelni kształcących logopedów – analiza danych*, [w:] „Przegląd logopedyczno-psychologiczny”, nr 2/2020, s. 48.
- 45) Gubała W., *Osobowe ujęcie relacji pacjent – personel medyczny. Wpływ wymiaru personalistycznego na jakość relacji interpersonalnych w przestrzeni medycznej i jego znaczenie w procesie leczenia*, [w:] „Studia Pelpińskie”, nr 22, 2021.
- 46) Gubała W., *Personalistyczna koncepcja etyki medycznej*, [w:] „Ethos” 7 1994, nr 1-2 (25-26).

- 47) Guzowski K., *Aktualność personalizmu*, [w:] W. Granat, *Osoba ludzka. Próba definicji*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- 48) Guzowski K., *Personalizm polski na tle personalizmu europejskiego*, [w:] „Biblioteka Teologii Fundamentalnej”, nr 3, 2008.
- 49) Hall E. T., *Ukryty wymiar*, przeł. Teresa Hołówka, PIW, Warszawa 1976.
- 50) Hamerlińska-Latecka A., *Onkologopedia. Logopedia wobec chorób nowotworowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2015.
- 51) Hołówka J., *Etyka w działaniu*, wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa 2001.
- 52) Hornowska E., *Testy psychologiczne: teoria i praktyka*, Scholar, Warszawa 2007.
- 53) Ingarden R., *O odpowiedzialności i jej podstawach ontycznych*, [w:] tegoż, *Książeczka o człowieku*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2017.
- 54) Irwin D., Pannbacker M., Powell T. W., Vekovius G.T., *Ethics for Speech-Language Pathologists and Audiologists: An Illustrative Casebook*, Thomson Delmar Learning Clifton Park, Nowy York 2007.
- 55) Jan Paweł II, *Podstawy deontologii lekarskiej. Przemówienie do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego*, OsPol, 4, nr 10, 1983.
- 56) Jan Paweł II, *Przemówienie do młodzieży*, Poznań 3.06.1997, [w:] tegoż, V *Pielgrzymka do Ojczyzny*, red. A. Szczotka, Kraków 1997.
- 57) Jastrzębowska-Jasińska, A., *Superwizja w zawodzie logopedy*, [w:] *Teoria i praktyka logopedyczna. Wybrane zagadnienia*, red. E. Gacka, M. Kaźmierczak, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2018.
- 58) Kant I., *Uzasadnienie metafizyki moralności*, przeł. M. Wartenberg, Wyd. Marek Derewiecki. Kęty 2009.
- 59) Kant I., *Uzasadnienie metafizyki moralności*, tłum. M. Wartenberg, Warszawa 1971.
- 60) Kohlberg L., *Czy jesteś człowiekiem moralnym?, Powstawanie orientacji na porządek moralny u dzieci: Sekwencyjność rozwoju rozumowania moralnego*, w: Hock R. R., *40 prac, które zmieniły oblicze psychologii*, przeł. E. Wojtych, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- 61) Konstańczak S., *Odkryć sens życia w swojej pracy*, Wydawnictwo Uczelniane Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Słupsku, Słupsk 2000.

- 62) Koczanowicz L., *Interdyscyplinarność – między rabunkiem a dialogiem*, w: *Interdyscyplinarność i transdyscyplinarność pedagogiki – wymiar teoretyczny i praktyczny*, red. R. Włodarczyk, W. Żłobicki, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2011.
- 63) *Kodeksy etyczne w Polsce*, wybór i wstęp G. Sołtysiak, wyd. Almamater, Warszawa 2006.
- 64) Kołakowski L., *Etyka bez kodeksu*, w: tegoż, *Kultura i fetysze. Eseje* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- 65) Kot A., *Neuroetyka – mózg a moralność*, [w:] „Edukacja biologiczna i środowiskowa”, 2/2018.
- 66) Kowalczyk S., *Personalizm – podstawy, idee, konsekwencje*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2012.
- 67) Kowalczyk S., *Polskim personalizm współczesny*, [w:] „Biblioteka Teologii Fundamentalnej”, nr 3, 2008.
- 68) Kowalczyk S., *Zarys filozofii człowieka*, Wydawnictwo Diecezjalne, Sandomierz 2002.
- 69) R. Kozłowski, *Metafizyka osoby ludzkiej w ujęciu Czesława Stanisława Bartnika*, w: „SEMINARE”, t. 39, nr 3, 2018.
- 70) Krokiewicz A., *Zarys filozofii greckiej*, Aletheia, Warszawa 2000.
- 71) Krzeszewska P., *Praktyka oparta na dowodach w postępowaniu logopedycznym*, [w:] „Logopedia” nr 49/2, 2020.
- 72) Kwiatkowski P., *Przedsiębiorstwo Apokalipsa: o etyce dziennikarskiej*, Rebis, Poznań 2003.
- 73) Lazari-Pawłowska I., *Etyka – pisma wybrane*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Kraków, Wrocław, Warszawa 1992.
- 74) Lazari-Pawłowska I., *Etyka zawodowa bez kodeksu*, [w:] „Etyka”, nr 27/1994.
- 75) *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. T.1 – Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole 2003.
- 76) Łobocki M., *W trosce o wychowanie moralne w szkole*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
- 77) Łobocki M., *Wychowanie moralne w zarysie*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.

- 78) Madej A., Sendler D., Makara-Studzińska M., *Psychoterapia on-line: wyzwanie dla etyki*, w: „Psychoterapia” 3 (178), 2016, s. 31-36.
- 79) *Mały słownik etyczny*, red. S. Jedynek, wyd. II uzup. popr., Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1999.
- 80) Mańkowska B., *Superwizja. Jak uchronić się przed wypaleniem zawodowym i utratą zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2020.
- 81) Michalik M., *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, [w:] *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia Uniwersalis, Gdańsk 2015.
- 82) Mierzejewska H., *O potrzebie i możliwościach harmonizowania interdyscyplinarnej wiedzy logopedycznej*, [w:] *Kształcenie logopedyczne. Cele i formy*, red. E. Łuczyński, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
- 83) Minczakiewicz E. M., *Początki i rozwój polskiej logopedii*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 1998.
- 84) Mirecka U., Gustaw K., *Skala dyszartrii. Wersja dla dzieci*, Wrocław 2006.
- 85) *Między odpowiedzialnością a sensacją: dziennikarstwo i edukacja na przełomie wieków*, red. K. Wolny-Zmorzyński, M. Wrońska, W. Furman, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006.
- 86) Mounier E., *Co to jest personalizm?* tłum. A. Krasieński, Biblioteka Więzi, Kraków 1960.
- 87) Muszyński H., *Rozwój moralny*, wyd. 2, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1987.
- 88) Nęcka E., Orzechowski J., Szymura B., *Psychologia poznawcza*, ACADEMICA Wydawnictwo SWPS, Warszawa 2013.
- 89) Nowicka-Kozioł M., *Wprowadzenie. Poczucie odpowiedzialności moralnej*, w: *Poczucie odpowiedzialności moralnej jako aspekt podmiotowy*, red. M. Nowicka-Kozioł, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2000.
- 90) Olejnik S., *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Unia, Katowice 1994.
- 91) Osowicka-Kondratowicz M., *Interdyscyplinarność a terminologia w kształceniu logopedycznym oraz w logopedii*, [w:] „Prace Językoznawcze” nr 19/1, 2017.
- 92) Ostapiuk, B., *O wielogłosie w sprawie krótkiego wędzidełka języka*, [w:] „Logopedia” nr 52/1, 2023.

- 93) Pawlik-Pyda D., *Egzystencjalny wymiar logoterapii w kontekście poglądów V. Frankla*, [w:] „Studia Filologiczne UJK. Philological Studies”, t. 35, 2022.
- 94) Pawłowski A., Róg M., Wiszowaty E., *Zasady etyki zawodowej policjanta z komentarzem*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Policji, Szczytno 2000.
- 95) Pluta-Wojciechowska D., *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2019.
- 96) Podrez E., *Kompromis i pojednanie jako przykład sytuacji krańcowych oraz granicznych*, [w:] *Etyka wobec sytuacji granicznych*, red. D. Probučka, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
- 97) Popielski K., *Logoteoria i logoterapia w kontekście psychologii współczesnej*, w: *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, red. K. Popielski, Redakcja Wydawnictwa KUL, Lublin 1987.
- 98) Popielski K., „Sens” i „wartość” życia jako kategorie antropologiczno-psychologiczne, w: *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, red. K. Popielski, Redakcja Wydawnictwa KUL, Lublin 1987.
- 99) Popielski K., Wolicki M., *Antropologiczno-filozoficzne podstawy analizy egzystencjalnej i niektóre jej aplikacje do teorii osobowości*, [w:] *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, red. K. Popielski, Redakcja Wydawnictwa KUL, Lublin 1987.
- 100) Prately P., *Etyka w biznesie*, tłum. M. Albigowski, Wydawnictwo Gebethner i Ska, Warszawa 1998.
- 101) Probučka D., *Po co etyka?*, [w:] *Filozofia – sztuka myślenia i dobro wspólne. Sposoby uczenia się i nauczania filozofii*, red. M. Woźniczka, Zakład Filozofii Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Częstochowie, Częstochowa 1998.
- 102) *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- 103) *Refleksje nad etyką lekarską*, red. K. Osińska Warszawa 1992.
- 104) Ricken F., *Etyka ogólna*, tłum. P. Domański, Wydawnictwo ANTYK, Kęty 2001.
- 105) Rittel T., *Lingwistyka, lingwistyka edukacyjna, logopedia – problemy terminologiczne*, [w:] *Polska terminologia logopedyczna*, red. J. Ożdżyński, Wydawnictwo i Drukarnia „Secesja”, Kraków 1994.

- 106) Skrzypczak R., *Karol Wojtyła na Soborze Watykańskim II. Zbiór wystąpień*, Centrum Myśli Jana Pawła II, Warszawa 2011.
- 107) Skrzypczak R., *Personalizm Karola Wojtyły na tle współczesnej myśli polskiej*, [w:] „Warszawskie Studia Teologiczne” XXIV/1/2011, s. 68-69,
- 108) *Słownik etyczny*, red. S. Jedynak, wyd. UMCS, Lublin 1990.
- 109) Sochoń M., Krajewska-Kułak E., Śmigielska-Kuzia J., *Oczekiwania rodziców dzieci w wieku przedszkolnym wobec logopedy*, [w:] „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” nr 6, 2, 2016.
- 110) *Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, T. Woźniak, J. Panasiuk, wyd. UMCS. Lublin 2015.
- 111) Styczeń T., *Wprowadzenie do etyki*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1995.
- 112) Sulek M., Świniarski J., *Etyka jako filozofia dobrego działania zawodowego. Podręcznik akademicki*, Dom Wydawniczy Bellona, Warszawa 2001.
- 113) Szczeklik A., *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008.
- 114) Szewczyk K., *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Łódź 2001.
- 115) Ślipko T., *Spacerem po etyce*, Wydawnictwo PETRUS, wyd. II, Kraków 2021.
- 116) Tarasiewicz P., *Dobro wspólne z perspektywy personalizmu filozoficznego*, w: „Polityka: od Nicollo Machiavellego do Jana Pawła II”, red. S. Kowolik, Fundacja Krzewienia Katolickiej Nauki Społecznej im. Bł. A. Kolpinga, Tarnowskie Góry 2017.
- 117) Tarkowski Z., *Logopedia opiekuńcza*, [w:] „Logopedia” nr 52/1, 2023.
- 118) Tarkowski Z., *Wizerunek i samoocena logopedy*, w: „Logopedia” nr 47/2018.
- 119) Toeplitz K., *O niedoskonałości kodeksów (wybrane zagadnienia)*, [w:] *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, red. K. Basińska, J. Halasz, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013.
- 120) Tokarczyk R., *Etyka prawnicza*, Wydawnictwo Nexis Lexis, Warszawa 2005.

- 121) Wadsworth B. J., *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, tłum. M. Babiuch, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna, Warszawa 1998.
- 122) Weigel G., *Świadek nadziei*, Znak, Kraków 2005.
- 123) Wojciszke B., *Psychologia miłości*, wyd. V poszerz., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2018.
- 124) Wojtyła K., *Osoba i czyn. Refleksyjne funkcjonowanie świadomości i jej emocjonalizacja*, w: „*Studia Theologica Varsaviensia*” nr 6/1, 1968.
- 125) Wojtyła K., *Rozważania o istocie człowieka*, Znak, Kraków 2000.
- 126) Wojtyła K., *Osoba i czyn, oraz inne studia antropologiczne*, Lublin 1994.
- 127) Wojtyła K., *Rozważania o istocie człowieka*, wyd. 2, WAM, Kraków 2003.
- 128) Wołk Z., *Kultura pracy, etyka i kariera zawodowa*, Instytut Technologii Eksploatacji – PIB, Radom 2009.
- 129) Wołk Z., *Kultura pracy profesjonalisty*, Difin, Warszawa 2017.
- 130) Wrońska K., *Karola Wojtyły personalistyczna filozofia wychowania*, [w:] *Wychowanie na rozdrożu. Personalistyczna filozofia wychowania* red. F. Adamski, Kraków 1999.
- 131) *Wybrane zagadnienia etyki policji*, red. J. Czerniakiewicz, Wydawnictwo Szkoły Policji, Szczytno 1997.

Źródła internetowe:

- 1) Roskies W., *Neuroethics*, w: *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E. N. Zalta, <https://plato.stanford.edu/entries/neuroethics>.
- 2) Kodeks Etyczny i działalność zawodowa logopedów, ustalone przez stowarzyszenia zrzeszone w CPLOL/LCSTL <http://www.jakanie-terapia.pl/aktualnosci/50-kodeks-etyczny-i-dzialalnosc-zawodowa-logopedow>.
- 3) Kodeks Etyczny Logopedy
<https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/>
- 4) Kodeks Etyczny Logopedy
<https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy>.

- 5) Kummer A. W., Turner J., *Ethics in the Practice of Speech-Language Pathology in Health Care Settings*:
https://www.researchgate.net/publication/51855131_Ethics_in_the_Practice_of_Speech-Language_Pathology_in_Health_Care_Settings.
- 6) <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12355717/12849358/12849359/dokument540421.pdf>
- 7) Levy N., *Neuroethics: Moral Cognition*, w: *The Oxford Handbook of Topics in Philosophy*, online: <https://academic.oup.com/edited-volume/42642/chapter/358143322>
- 8) Roskies W., *Neuroethics*, w: *Stanford encyclopedia of philosophy*, red. E. N. Zalta, online: <https://plato.stanford.edu/entries/neuroethics>.
- 9) Słownik Języka Polskiego PWN: <https://sjp.pwn.pl>
- 10) Sprawozdanie z pracy Komisji ZG PZL ds. Kształcenia, Statusu i Etyki Zawodowej za okres kadencji: 2016-2021,
https://logopeda.org.pl/resources/pliki/955_20210903_sprawozdanie_kom_ds_ksztalcenia_statusu_i_etyki_zawodowej_za_okres_kadencji_2016__2020.pdf
- 11) Standard gabinetu logopedycznego:
https://logopeda.org.pl/resources/pliki/770_20190722_pzl_standard_gabinetu_logopedycznego.pdf
- 12) Stasiak M., „Wielkopolski Przegląd Logopedyczny” nr 1/17/2020.
<https://logopeda.org.pl/publikacja.php?id=75>
- 13) Strona internetowa ASHA: <https://www.asha.org/practice/ethics/code-of-ethics-2016-revision-summary/>; Code of Ethics The American Speech-Language-Hearing Association <https://www.asha.org/Code-of-Ethics/>
- 14) Strona internetowa CPLOL: www.cplol.eu.
- 15) Strona internetowa IALP: <https://ialp-org.com/>.
- 16) Strona internetowa PTL:
<https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/historia-ptl/>
- 17) Strona internetowa PZL: https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=22
- 18) Strona internetowa PTNL: http://ptnl.pl/?page_id=49
- 19) Strona PTT: <http://pttm.pl/O%20Stowarzyszeniu>
- 20) Strona internetowa Radon: <https://radon.nauka.gov.pl>

Akty prawne:

- 1) Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997r.
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/U/D19970483Lj.pdf>
- 2) Projekt Ustawy o niektórych zawodach medycznych:
<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12355717/12849358/12849359/dokument540421.pdf>.
- 3) Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 11 października 2022 r. w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin artystycznych (Dz.U. 2022 poz. 2202) dostęp online Dz.U. 2022 poz. 2202:
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220002202/O/D20222202.pdf>
- 4) Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 14 września 2023 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli, Dz.U. 2023 poz. 2102,
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230002102/O/D20232102.pdf>
- 5) Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170001591/O/D20171591.pdf>
- 6) Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r., poz. 453.
- 7) Ujednolicony tekst załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. (Dz. U. Nr 82, poz.537), zmienionego rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 listopada 2012r. (Dz. U. poz. 1268) - z wyróżnionymi zmianami
https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/kzs/pdf/KZiS_nowa.pdf

- 8) Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762 oraz z 2022 r. poz. 935, 1116, 1700 i 1730)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19820030019/U/D19820019Lj.pdf>
- 9) Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, Dz.U.2023.506 t.j.
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170000599/U/D20170599Lj.pdf>
- 10) Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. 1993 Nr 47 poz. 211 z p. zm.),
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19930470211/U/D19930211Lj.pdf>.

Aneks

Załącznik 1.

*Standard kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela pedagoga specjalnego, nauczyciela logopedy i nauczyciela prowadzącego zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka*³⁸⁴.

III. EFEKTY UCZENIA SIĘ

1. OGÓLNE EFEKTY UCZENIA SIĘ

1.1. W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:

- 1) podstawy filozofii wychowania i aksjologii pedagogicznej, specyfikę głównych środowisk wychowawczych i procesów w nich zachodzących;
- 2) klasyczne i współczesne teorie rozwoju człowieka, wychowania, uczenia się i nauczania lub kształcenia, socjalizacji oraz różnorodne uwarunkowania tych procesów;
- 3) źródła i miejsce pedagogiki specjalnej w nauce oraz jej przedmiotowe i metodologiczne powiązania z dziedzinami nauk społecznych, humanistycznych oraz medycznych i nauk o zdrowiu;
- 4) zakresy pedagogiki specjalnej;
- 5) koncepcje rehabilitacji, edukacji, resocjalizacji i terapii uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz różnorodne uwarunkowania tych procesów;
- 6) metodologię badań naukowych stosowanych w dziedzinach nauk humanistycznych i nauk społecznych, w szczególności zasady projektowania i prowadzenia badań naukowych w zakresie pedagogiki specjalnej, oraz postulat wieloparadygmatyczności;
- 7) metodologiczne założenia i zasady oraz etyczne normy projektowania i realizacji badań naukowych w zakresie pedagogiki specjalnej;
- 8) zasady i normy etyczne obowiązujące w zakresie rehabilitacji, edukacji, terapii i resocjalizacji;

³⁸⁴ *Standard kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela pedagoga specjalnego, nauczyciela logopedy i nauczyciela prowadzącego zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka*
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001450/O/D20191450.pdf>, dostęp online: 28.04.2024.

- 9) współczesne podejście do problemów uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i wynikające z niego nowe formy edukacji, w tym integracyjna i włączająca;
- 10) system kształcenia specjalnego w kontekście systemu kształcenia powszechnego;
- 11) organizację i metodyki kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w systemie integracyjnym i włączającym, w szczególności modele współpracy pedagogów specjalnych z nauczycielami, specjalistami, rodzicami lub opiekunami, oraz modele indywidualizacji lekcji, efektywne strategie nauczania i uniwersalnego projektowania zajęć;
- 12) merytoryczne i metodyczne podstawy prowadzenia zajęć – zgodnie z wybranym zakresem pedagogiki specjalnej;
- 13) podstawy funkcjonowania i patologie aparatu mowy oraz zasady efektywnego posługiwania się narządem mowy;
- 14) procesy komunikowania interpersonalnego i społecznego oraz ich prawidłowości i zakłócenia;
- 15) zasady udzielania pierwszej pomocy;
- 16) zasady ochrony własności intelektualnej.

1.2. W zakresie umiejętności absolwent potrafi:

- 1) wykorzystywać i integrować wiedzę z zakresu pedagogiki specjalnej oraz powiązanych z nią dyscyplin naukowych w celu analizy problemów rehabilitacyjnych, edukacyjnych, terapeutycznych i resocjalizacyjnych;
- 2) rozpoznawać i interpretować zjawiska społeczne, ukazując ich powiązania z różnymi zakresami pedagogiki specjalnej, dziedzinami nauk społecznych, humanistycznych oraz medycznych i nauk o zdrowiu;
- 3) rozróżniać orientacje metodologiczne w badaniach naukowych w zakresie pedagogiki, formułować cele i problemy badawcze, stosować dobór adekwatnych metod i technik, konstruować narzędzia badawcze, opracowywać, prezentować i interpretować wyniki badań, wyciągać wnioski, wskazywać kierunki dalszych badań w obrębie wybranego zakresu pedagogiki specjalnej;
- 4) diagnozować złożone sytuacje rehabilitacyjne, edukacyjne, terapeutyczne i resocjalizacyjne, projektować i prowadzić zajęcia z uwzględnieniem specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów;

- 5) wykorzystywać aktualne koncepcje psychologiczne i pedagogiczne w planowaniu, realizacji, monitorowaniu i ewaluacji procesu wychowania i nauczania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi;
- 6) wykorzystywać na podstawowym poziomie wiedzę psychologiczną i na poziomie rozszerzonym wiedzę pedagogiczną oraz pozyskiwać dane do analizowania zachowań, procesów i zjawisk w obszarze rehabilitacji, edukacji, terapii i resocjalizacji;
- 7) prowadzić zajęcia w grupie zróżnicowanej, indywidualizować zadania, dostosowywać metody i treści do potrzeb i możliwości uczniów, w tym uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, oraz wykorzystywać zasady i metody indywidualnego projektowania zajęć;
- 8) wdrażać efektywne programy zwiększające umiejętności poznawcze i kompetencje społeczne uczniów oraz programy poprawiające integrację rówieśniczą uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi;
- 9) pracować w zespole, pełniąc w nim różne role, podejmować i wyznaczać zadania, współpracować z nauczycielami, specjalistami, rodzicami i opiekunami uczniów;
- 10) analizować własne działania pedagogiczne, dydaktyczne, wychowawcze, opiekuńcze i rehabilitacyjne, wskazywać obszary wymagające modyfikacji, eksperymentowania i wdrażania działań innowacyjnych;
- 11) projektować i prowadzić zajęcia oraz dokonywać ich ewaluacji – zgodnie z wybranym zakresem pedagogiki specjalnej;
- 12) poprawnie posługiwać się językiem polskim oraz poprawnie i adekwatnie do wieku uczniów posługiwać się specjalistyczną terminologią;
- 13) posługiwać się aparatem mowy zgodnie z zasadami emisji głosu;
- 14) udzielać pierwszej pomocy;
- 15) współpracować z członkami zespołów badawczych na każdym etapie projektowania i realizacji badań naukowych;
- 16) samodzielnie rozwijać wiedzę oraz umiejętności pedagogiczne z wykorzystaniem różnych źródeł, w tym obcojęzycznych, i technologii;
- 17) twórczo korzystać z teorii dotyczących rozwoju człowieka, socjalizacji, wychowania, nauczania-uczenia się oraz krytycznie je oceniać.

1.3. W zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:

- 1) posługiwania się uniwersalnymi zasadami i normami etycznymi w działalności zawodowej, kierując się szacunkiem dla każdego człowieka;

- 2) budowania relacji opartej na wzajemnym zaufaniu między wszystkimi podmiotami procesu wychowania i kształcenia, w tym rodzicami lub opiekunami uczniów, oraz włączania ich w działania sprzyjające efektywności edukacyjnej;
- 3) komunikowania się i współpracy z otoczeniem oraz aktywnego uczestnictwa w grupach i organizacjach realizujących działania edukacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne i resocjalizacyjne;
- 4) porozumiewania się z osobami pochodzącymi z różnych środowisk i o różnej kondycji emocjonalnej, dialogowego rozwiązywania konfliktów oraz tworzenia dobrej atmosfery dla komunikacji w klasie szkolnej i poza nią;
- 5) rozpoznawania specyfiki środowiska lokalnego i regionalnego oraz ich wpływu na funkcjonowanie uczniów, a także podejmowania współpracy na rzecz dobra uczniów i tych środowisk;
- 6) działania na rzecz poprawy jakości działania przedszkola, szkoły lub placówki systemu oświaty;
- 7) pracy w zespole, pełnienia w nim różnych ról oraz współpracy z nauczycielami, pedagogami, specjalistami, rodzicami lub opiekunami uczniów i innymi członkami społeczności szkolnej i lokalnej;
- 8) doceniania tradycji i dorobku badań naukowych w zakresie pedagogiki specjalnej oraz ich kontynuacji i poszerzania o nowe obszary i procedury badawcze

E.L. Logopedia

E.1L. Przygotowanie merytoryczne

W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:

E.1L.W1. medyczne podstawy logopedii; biologiczne podstawy mowy i myślenia; anatomię i fizjologię układu nerwowego; podstawy audiologii i foniatrii; zaburzenia głosu; zaburzenia genetyczne i niepełnosprawności sprzężone; podstawy ortodoncji, psychopatologii i psychiatrii, neurologii, neonatologii i fizjoterapii w logopedii;

E.1L.W2. językoznawcze podstawy logopedii; fonetykę i fonologię współczesnego języka polskiego; teoretyczne podstawy wiedzy o języku, podstawowe zagadnienia z zakresu słowotwórstwa języka polskiego, składni i fleksji języka polskiego; podstawowe pojęcia i główne teorie socjolingwistyki; fonetykę akustyczną i wizualną;

E.1L.W3. psychologiczno-pedagogiczne podstawy logopedii i działań profilaktyczno-wspomagających; podstawy neuropsychologii; rozwój i kształtowanie mowy dziecka; psycholingwistykę rozwojową; psychologiczne uwarunkowania rozwoju języka i myślenia dziecka; rolę integracji sensorycznej w rozwoju mowy i przyswajaniu języka; zagadnienie dwujęzyczności i jej rodzaje oraz konsekwencje dwujęzyczności dla rozwoju dziecka; profilaktykę logopedyczną; podstawy audiofonologii pedagogicznej; zagadnienia czynności czytania i jej składników w ujęciu psycholingwistycznym i glottodydaktycznym, czytania i pisanie w komunikacji językowej; ryzyko dysleksji i zasady diagnozy i terapii dysleksji; zagadnienie logopedii międzykulturowej; metody pedagogiczne w terapii logopedycznej; metody komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC); metodę fonogestowej wizualizacji mowy (*Cued Speech*) podstawy języka migowego, logorytmiki, logopedii artystycznej; rolę komputera, mediów i nowych technologii w terapii logopedycznej; zasady organizacji pomocy logopedycznej; rolę warsztatu pracy logopedy.

W zakresie umiejętności absolwent potrafi:

E.1L.U1. analizować medyczne podstawy logopedii; analizować i określać biologiczne podstawy mowy i myślenia; wyjaśniać anatomię i fizjologię układu nerwowego; analizować i stosować podstawy audiologii i foniatrii, ortodoneji, psychopatologii i psychiatrii, neurologii, neonatologii i fizjoterapii w logopedii; analizować zaburzenia głosu, zaburzenia genetyczne i niepełnosprawności sprzężone;

E.1L.U2. analizować językoznawcze podstawy logopedii; analizować i stosować fonetykę i fonologię współczesnego języka polskiego; analizować teoretyczne podstawy wiedzy o języku; prezentować podstawowe zagadnienia z zakresu słowotwórstwa języka polskiego, składni i fleksji języka polskiego; prezentować podstawowe pojęcia i główne teorie socjolingwistyki; analizować i interpretować fonetykę akustyczną i wizualną;

E.1L.U3. analizować psychologiczno-pedagogiczne podstawy logopedii i działań profilaktyczno-wspomagających; wykorzystywać podstawy neuropsychologii; analizować i oceniać rozwój i kształtowanie mowy dziecka oraz psycholingwistykę rozwojową; charakteryzować i oceniać psychologiczne uwarunkowania rozwoju języka i myślenia dziecka; określać rolę integracji sensorycznej w rozwoju mowy i przyswajaniu języka; definiować dwujęzyczność i jej rodzaje; określać konsekwencje

dwujęzyczności dla rozwoju dziecka; stosować profilaktykę logopedyczną; wykorzystywać podstawy audiofonologii pedagogicznej; analizować czynność czytania i jej składniki w ujęciu psycholingwistycznym i glottodydaktycznym oraz prezentować rolę czytania i pisania w komunikacji językowej; określać ryzyko dysleksji oraz dysleksję, w tym przeprowadzać jej diagnozę i terapię; wykorzystywać logopedię międzykulturową; analizować i stosować metody pedagogiczne, metody komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC) oraz podstawy języka migowego w terapii logopedycznej; stosować logorytmikę i logopedię artystyczną.

W zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:

E.1L.K1. autorefleksji nad rozwojem zawodowym;

E.1L.K2. wykorzystania zdobytej wiedzy do analizy zdarzeń pedagogicznych.

E.2L. Przygotowanie dydaktyczno-metodyczne

W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:

E.2L.W1. zasady diagnostyki logopedycznej czynności prymarnych i odruchów orofacjalnych oraz postępowania rehabilitacyjnego w zaburzeniach połykania; zagadnienia wczesnej interwencji logopedycznej, opóźnionego rozwoju mowy w diagnozie i terapii, niedokształcenia mowy pochodzenia korowego, rodzajów zaburzeń wymowy (dyslalii), zaburzeń płynności mówienia – jąkania i giełkotu, mutyzmu wybiórczego, afazji, dyzartrii; zasady diagnozy i terapii logopedycznej, w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną, osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz osób z dyzartrią; metodykę postępowania logopedycznego i zasady konstruowania programów terapii logopedycznej; zagadnienia tyflogopedii, surdologopedii, gerontologopedii i onkologopedii, z podstawami rehabilitacji głosu po laryngektomii; metody wychowania słuchowego i językowego oraz rewalidacji indywidualnej.

W zakresie umiejętności absolwent potrafi:

E.2L.U1. analizować i stosować diagnostykę logopedyczną czynności prymarnych i odruchów orofacjalnych; planować i realizować postępowanie rehabilitacyjne

w zaburzeniach połykania; planować i realizować wczesną interwencję logopedyczną; określać opóźniony rozwój mowy w diagnozie i terapii, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego, zaburzenia wymowy (dyslalie); planować i realizować diagnozę i terapię osób z niepełnosprawnością intelektualną; określać zaburzenia płynności mówienia – jąkania i gielkotu; stosować tyflogopedię i surdologopedię oraz metody wychowania słuchowego i językowego; diagnozować i analizować mutyzm wybiórczy; planować i realizować diagnozę i terapię logopedyczną osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu; diagnozować afazję i prowadzić jej terapię; planować i realizować pracę logopedyczną z pacjentem z dyzartrią; planować i realizować metodykę rewalidacji indywidualnej; stosować gerontologopedię i onkologopedię z podstawami rehabilitacji głosu po laryngektomii; przeprowadzać diagnozę i konstruować programy terapii logopedycznej, z metodyką postępowania logopedycznego.

W zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:

- E.2L.K1. okazywania empatii dzieciom i uczniom potrzebującym wsparcia i pomocy;
- E.2L.K2. profesjonalnego rozwiązywania konfliktów w klasie szkolnej i grupie wychowawczej;
- E.2L.K3. samodzielnego pogłębiania wiedzy pedagogicznej;
- E.2L.K4. współpracy z nauczycielami i specjalistami w celu doskonalenia swojego warsztatu pracy.

E.3L. Praktyki zawodowe

W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:

- E.3L.W1. zadania charakterystyczne dla przedszkola, szkoły lub placówki systemu oświaty oraz środowisko, w jakim one działają;
- E.3L.W2. organizację, statut i plan pracy przedszkola, szkoły lub placówki systemu oświaty oraz program wychowawczo-profilaktyczny;
- E.3L.W3. zasady zapewniania bezpieczeństwa dzieciom w przedszkolu i uczniom w szkole lub placówce systemu oświaty i poza nimi. W zakresie umiejętności absolwent potrafi:

E.3L.U1. wyciągać wnioski z obserwacji pracy nauczycieli, ich interakcji z dziećmi i uczniami oraz sposobu, w jaki planują i przeprowadzają zajęcia dydaktyczne, wychowawcze, opiekuńcze i terapeutyczne;

E.3L.U2. wyciągać wnioski z obserwacji sposobu integracji działań opiekuńczo-wychowawczych, dydaktycznych i terapeutycznych przez nauczycieli lub terapeutów;

E.3L.U3. wyciągać wnioski z bezpośredniej obserwacji zajęć terapeutycznych;

E.3L.U4. zaplanować i przeprowadzić zajęcia pod nadzorem opiekuna praktyk zawodowych;

E.3L.U5. analizować, przy pomocy opiekuna praktyk zawodowych oraz nauczycieli akademickich prowadzących zajęcia w zakresie przygotowania psychologiczno-pedagogicznego, sytuacje i zdarzenia pedagogiczne zaobserwowane lub doświadczone w czasie praktyk.

W zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:

E.3L.K1. skutecznego współdziałania z opiekunem praktyk zawodowych oraz z nauczycielami w celu poszerzania swojej wiedzy.

Załącznik 2.

KODEKS ETYCZNY I DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWA LOGOPEDÓW USTALONE PRZEZ STOWARZYSZENIA ZRZESZONE W CPLOL/LCSTL³⁸⁵

(Komitet Stałej Łączności Ortofonistów, Terapeutów Mowy i Logopedów Unii Europejskiej)

Wprowadzenie

Podstawowym obowiązkiem logopedów jest rzetelne prowadzenie terapii logopedycznej i systematyczne pogłębianie wiedzy fachowej. Logopedzi powinni prezentować wysoki poziom etyczny i zawodowy, tak pod kątem dobra pacjenta (klienta) jak i reputacji zawodowej. Przejściowo interpretacja zawodowych kompetencji logopedów może być różna w poszczególnych krajach, zależnie od indywidualnych przypadków. Kodeks prezentuje wytyczne wykonywania zawodu logopedy. Zmierzają one do tego, aby działalność logopedów przynosiła pożądane, trwałe efekty u pacjentów.

1.Odpowiedzialność osobista

1.1. Logopedzi, w praktyce klinicznej, powinni posiadać odpowiednie kwalifikacje, określone przez status zawodowy.

1.2. Logopedzi powinni znać język mówiony i pisany na właściwym poziomie, adekwatnym do języka, w którym prowadzą praktykę.

1.3. Logopedzi powinni posiadać i udoskonalać wiedzę teoretyczną i praktyczną poprzez podnoszenie kwalifikacji i doskonalenie zawodowe tak, aby móc oferować pacjentom usługi logopedyczne na najwyższym poziomie.

1.4. Logopedzi powinni ograniczyć albo zawiesić swoją zawodową działalność, o ile przynosi ona niewłaściwe efekty (konsekwencje) dla pacjenta lub dla zawodu.

1.5. Logopedzi powinni respektować społeczne, moralne i oficjalne normy społeczeństwa, w którym pracują. Powinni pamiętać, że odstępstwa od tych norm mogą osłabiać zaufanie do nich jako osób i do zawodu. Dlatego też należy unikać jakichkolwiek działań, które mogłyby ich dyskredytować jako ludzi wykonujących zawód logopedy.

³⁸⁵ KODEKS ETYCZNY I DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWA LOGOPEDÓW USTALONE PRZEZ STOWARZYSZENIA ZRZESZONE W CPLOL/LCSTL <http://www.jakanie-terapia.pl/aktualnosci/50-kodeks-etyczny-i-dzialalnosc-zawodowa-logopedow> dostęp online: 28.04.2024

1.6. Logopedzi powinni oferować swoje usługi na możliwie najwyższym poziomie. Powinni unikać wykonywania czynności zawodowych leżących w kompetencji innych, pokrewnych zawodów.

1.7. Logopedzi nie powinni gwarantować pacjentom skuteczności zastosowania odpowiednich metod terapii czy diagnozy.

2. Działalność zawodowa

2.1. Logopedzi powinni wspierać autorytet zawodu i dostosować się do narzucających się standardów.

2.2. Logopedzi nie powinni się reklamować i zabiegać o pacjentów. Muszą pamiętać o tym, że ich postawa zawodowa powinna być godna naśladowania.

2.3. Logopedzi nie powinni uzależniać prowadzenia terapii od możliwości uzyskania awansu zawodowego lub korzyści finansowych. Nie powinni akceptować przyjmowania upominków, zapraszania na przyjęcia czy też korzyści finansowych, które mogły by wpływać na ich zawodową reputację.

2.4. Nie jest do zaakceptowania otrzymywanie prowizji, zaniżanie honorariów za terapię lub przyjmowanie jakichkolwiek form płatności za kierowanie pacjentów do innych specjalistów.

2.5. Logopedzi włączeni w promocję i opracowanie pomocy logopedycznych, książek itp. do diagnozy i terapii zaburzeń komunikacji powinni prezentować je w odpowiedni fachowy i obiektywny sposób; nie mogą otrzymywać z tego tytułu wynagrodzenia oprócz zawodowej satysfakcji.

2.6. Logopedzi pracujący w państwowych lub prywatnych instytucjach nie powinni akceptować zasad lub wytycznych, które kolidują albo ograniczają ich zawodową niezależność; powinni wspierać kolegów w obronie ich zawodowej niezależności.

2.7. Wykwalifikowani logopedzi powinni czuć się odpowiedzialni za kształcenie i praktykę zawodową studentów logopedii.

2.8. Logopedzi nie powinni współpracować z osobami uprawiającymi zawód logopedy nielegalnie lub w sposób wadliwy. Kwalifikowani logopedzi nie powinni dawać (pożyczać, sprzedawać) materiałów do diagnozy i terapii osobom niewykwalifikowanym; mogą natomiast wspomagać tymi materiałami kolegów po fachu.

2.9. Logopedzi nie powinni kierować pacjentów z placówek państwowych do gabinetów prywatnych z zamiarem uzyskania korzyści finansowych.

2.10. Logopedzi powinni unikać pośredniej lub bezpośredniej reklamy. Reputacja logopedów wynika z ich kompetencji. Wszystkie ogłoszenia w informatorach lub ulotkach powinny być wyważone i skromne w swojej formie. Powinny zawierać imię i nazwisko, tytuł zawodowy, dni i godziny przyjmowania pacjentów oraz numer telefonu.

3. Odpowiedzialność w stosunku do pacjenta

3.1. Podstawowym zadaniem logopedów w stosunku do pacjentów jest rzetelne prowadzenie długoterminowej terapii, adekwatnej do danego zaburzenia.

3.2. Logopedzi nie mogą dyskryminować w swoich placówkach pacjentów na tle ich statusu społecznego, rasy religii, płci itp.

3.3. Logopedzi nie powinni przerywać swoich osobistych związków z pacjentami w czasie trwania ich terapii.

3.4. Logopedzi powinni dokonywać analizy efektywności terapii i powinni zdawać sobie sprawę z ewentualnego braku postępów terapii u pacjenta.

3.5. Opłaty za usługi logopedyczne są ustalone przez prawne unormowania zawodowe, które chronią interes pacjenta i logopedy oraz powinny być uzgodnione z pacjentem przed rozpoczęciem terapii.

3.6. Logopedzi nie powinni zachęcać studentów do odbywania u nich praktyki logopedycznej nie zapewniając im odpowiedniej superwizji.

3.7. Poufność: Logopedzi powinni stosować zasadę tajemnicy zawodowej, obejmującą informacje w zakresie administracji, z wyjątkiem następujących:

pisemnej zgody pacjenta, upoważnionego krewnego lub prawnika,

udzielenia informacji bliskiemu krewnemu na korzyść pacjenta, w jego najlepszym interesie,

o nadużyciach w stosunku do niepełnoletnich.

3.8 Logopedzi powinni dokonywać rejestru placówek, które podejmowały działania w stosunku do pacjenta; rejestr w kartotece powinien być poufny.

3.9. O ile logopeda dzieli się informacjami o pacjencie z kolegami po fachu, powinien upewnić się, iż te informacje są przekazane w ścisłym zawodowym zaufaniu.

4. Odpowiedzialność w stosunku do kolegów logopedów

4.1. Logopedzi nie powinni dyskredytować kolegów logopedów w żaden sposób. Nie powinni szkodzić osobiście im i ich zawodowej pozycji.

4.2. Pacjent może być przeniesiony do innego logopedy na terapię po konsultacji obu logopedów i za zgodą samego pacjenta.

4.3. W przypadku zaistnienia konkurencyjnej terapii, sprawa powinna zostać wyjaśniona przez samych zainteresowanych logopedów.

4.4. Logopedzi powinni dążyć do wzrostu wiedzy w zakresie ich specjalności i dzielić się wynikami swoich naukowych dociekań.

5. Odpowiedzialność w stosunku do stowarzyszenia (związku)

5.1. Zawodowe Stowarzyszenie Logopedów i jego indywidualni członkowie muszą dążyć do upowszechniania wiedzy logopedycznej w społeczeństwie w zakresie komunikacji i jej zaburzeń.

5.2. Logopedzi powinni upewnić się, że wszystkie informacje, dotyczące zaburzeń mowy, przekazywane do publicznej wiadomości, są prawdziwe.

5.3. Logopedzi nie powinni promować ani akceptować metod diagnozy i terapii niedostatecznie naukowo uzasadnionych.

5.4. Zawodowe stowarzyszenia i indywidualni członkowie powinni dążyć do tworzenia i poszerzania sieci placówek logopedycznych.

6. Etyczne wskazania dla nauki

6.1. W zakresie badań naukowych muszą być utrzymywane odpowiednie etyczne standardy, a tematy badań nie mogą być sprzeczne z normami logopedycznymi. Pacjent lub jego opiekun musi wyrazić zgodę na badanie na piśmie.

6.2. Powinna być zachowana odpowiednia ostrożność, a temat badania nie może naruszać prawa do poufności.

6.3. Temat badania może być wycofany niezależnie od jego zaawansowania.

6.4. W przypadku rejestracji pacjenta na kasetach wideo lub magnetofonowych, powinna być wcześniej wyrażona na to zgoda na piśmie przez kierownika placówki i przez pacjenta.

Tłumaczenie

Mieczysław Chęciek

Kodeks etyczny CPLOL-LCSTL publikujemy w „Logopedii” po to, aby polscy logopedzi mogli zapoznać się z europejskimi standardami w tym zakresie. Opracowywany przez ZG PTL kodeks etyczny logopedów PTL nie będzie się w zasadzie różnił od przytoczonego dokumentu, gdyż P i L przygotowuje się do wstawienia w poczet członków CPLOL-LCSTL. Uważamy, że logopedzi polscy w swojej działalności zawodowej powinni już teraz kierować się wytycznymi kodeksu (M. Ch.).

Załącznik 3.

Kodeks Etyczny Logopedy³⁸⁶

Podstawowym zadaniem logopedy jest profesjonalne prowadzenie profilaktyki, diagnozy i terapii logopedycznej oraz systematyczne pogłębianie wiedzy.

Logopeda prezentuje wysoki poziom etyczny i zawodowy, tak pod kątem dobra pacjenta, jak i reputacji zawodowej.

Kodeks przedstawia wytyczne do wykonywania zawodu logopedy w Polsce.

1. Odpowiedzialność osobista

1.1. Logopeda czynny zawodowo powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje, których jakość może być potwierdzona certyfikatem wydawanym przez Polski Związek Logopedów

1.2. Logopeda zobowiązuje się dobrze znać język polski zarówno w mowie, jak i w piśmie. Absolwenci zagranicznych uczelni logopedycznych i obcokrajowcy, którzy ukończyli polskie uczelnie zobowiązani są do zdania państwowego egzaminu z języka polskiego.

1.3. Logopeda ma stale podnosić swoje kwalifikacje i doskonalić się zawodowo tak, aby móc oferować pacjentom usługi logopedyczne na najwyższym poziomie.

1.4. Logopeda zobowiązuje się do respektowania obowiązujących norm społecznych.

1.5. Logopeda ma w sposób rzetelny informować pacjentów o skuteczności stosowanych metod diagnozy czy terapii.

2. Działalność zawodowa

2.1. Logopeda dba o autorytet zawodu i respektuje standardy jego wykonywania.

2.2. Logopeda może się reklamować i zabiegać o pacjentów stosownie do posiadanych kwalifikacji i umiejętności. Ma pamiętać o tym, że jego postawa zawodowa winna być godna naśladowania. Wszystkie ogłoszenia w informatorach lub ulotkach powinny być wyważone i skromne w swojej formie. Powinny zawierać imię i nazwisko, tytuł

³⁸⁶ Kodeks etyczny logopedy PZL https://logopeda.org.pl/onas_c.php?id=73 dostęp online: 28.04.2024

zawodowy, dni i godziny przyjmowania pacjentów, numer telefonu, a także zakres oferowanych usług.

2.3. Logopeda nie powinien uzależniać prowadzenia terapii od możliwości uzyskania awansu zawodowego lub korzyści finansowych.

2.4. Logopeda nie powinien kierować pacjentów z placówek państwowych do gabinetów prywatnych, jak też nie powinien kierować pacjentów do innych specjalistów z zamiarem uzyskania korzyści osobistych.

2.5. Logopeda zaangażowany w promocję i opracowywanie pomocy logopedycznych, książek i innych materiałów do diagnozy i terapii zaburzeń komunikacji językowej zobowiązany jest do ich obiektywnej prezentacji.

2.6. Logopeda pracujący w państwowych lub prywatnych instytucjach nie powinien akceptować zasad lub wytycznych, które kolidują z jego zawodową niezależnością lub ją ograniczają; powinien wspierać kolegów w obronie ich zawodowej niezależności.

2.7. Wykwalifikowany logopeda jest odpowiedzialny za kształcenie i praktykę zawodową studentów logopedii.

2.8. Logopedzie nie wolno współpracować z osobami uprawiającymi zawód logopedy nielegalnie lub w sposób nierzetelny.

3. Odpowiedzialność w stosunku do pacjenta.

3.1. Podstawowym zadaniem logopedy w stosunku do pacjentów jest profesjonalna diagnoza oraz prowadzenie terapii adekwatnej do danego zaburzenia.

3.2. Logopedzie nie wolno dyskryminować w swoich placówkach pacjentów ze względu na ich status społeczny, rasę, religię, płeć i inne.

3.3. Logopeda dba o nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentami podczas trwania terapii.

3.4. Logopeda dokonuje analizy efektywności prowadzonej terapii i powinien zdawać sobie sprawę z ewentualnego braku postępów terapii u pacjenta.

3.5. Opłaty za usługi logopedyczne powinny być uzgodnione z pacjentem przed rozpoczęciem terapii.

3.6. Logopeda zobowiązany jest do zachowywania tajemnicy zawodowej zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

3.7. O ile logopeda dzieli się informacjami o pacjencie z innymi specjalistami, powinien upewnić się, iż te informacje są przekazane w ścisłym zaufaniu.

4. Odpowiedzialność w stosunku do innych logopedów.

4.1. Logopeda nie dyskredytuje innych logopedów. Nie szkodzi osobiście im i ich zawodowej pozycji.

4.2. Pacjent może być przeniesiony na terapię do innego logopedy po konsultacji obydwu logopedów i za zgodą samego pacjenta. W przypadku, gdy terapia prowadzona jest przez więcej niż jednego logopedę, sprawa powinna być wyjaśniona przez samych zainteresowanych.

4.3. Logopeda dąży stale do wzrostu wiedzy w zakresie swojej specjalności i dzieli się wynikami swoich naukowych dociekań.

5. Odpowiedzialność w stosunku do Polskiego Związku Logopedów.

5.1. Logopeda - członek Polskiego Związku Logopedów zobowiązany jest do przestrzegania statutu PZL i dyscypliny związkowej.

5.2. Polski Związek Logopedów i jego członkowie dążą do upowszechniania wiedzy logopedycznej w społeczeństwie.

5.3. Logopeda dba o rzetelność publikowanych w mediach informacji dotyczących zaburzeń mowy.

6. Etyczne wskazania dla nauki.

6.1. Pacjent lub jego opiekun musi wyrazić pisemną zgodę na badania naukowe i wykorzystanie ich wyników.

6.2. Badania nie mogą naruszać godności pacjenta.

6.3. Logopeda stosuje wyłącznie metody diagnozy i terapii naukowo uzasadnione.

Zatwierdzono uchwałą Zarządu Głównego PZL w dniu 1 marca 2013 r.

Załącznik 4.

Kodeks Etyczny Logopedy³⁸⁷

Polskie Towarzystwo Logopedyczne

Kodeks przedstawia zasady etyczne wykonywania zawodu logopedy w Polsce.

Podstawowym zadaniem logopedy jest profesjonalne prowadzenie profilaktyki, diagnozy i terapii logopedycznej, systematyczne pogłębianie wiedzy oraz szerzenie wiedzy logopedycznej w społeczeństwie.

Logopeda prezentuje wysoki poziom etyczny i zawodowy, tak pod kątem dobra pacjenta, jak i reputacji zawodowej.

W postępowaniu wykazuje się taktem, delikatnością i kulturą osobistą.

1. Wskazania ogólne.

1.1. Logopeda zobowiązuje się do używania poprawnej polszczyzny w mowie i w piśmie.

1.2. Logopeda powinien podnosić swoje kwalifikacje i doskonalić się zawodowo tak, aby móc oferować pacjentom usługi logopedyczne na najwyższym poziomie.

1.3. Logopeda powinien rzetelnie informować pacjentów o skuteczności stosowanych metod diagnozy i terapii.

1.4. Logopeda winien stosować wyłącznie metody diagnozy i terapii naukowo uzasadnione.

2. Działalność zawodowa

2.1. Logopeda dba o autorytet zawodu i respektuje standardy jego wykonywania.

2.2. Logopeda może oferować swoje usługi i zabiegać o pacjentów stosownie do posiadanych kwalifikacji i umiejętności. Ma pamiętać o tym, że jego postawa zawodowa winna być godna naśladowania. Wszystkie ogłoszenia w informatorach lub ulotkach powinny być wyważone w swojej formie. Powinny zawierać imię i nazwisko,

³⁸⁷ Kodeks Etyczny Logopedy <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/kodeks-etyczny-logopedy/> dostęp online: 28.04.2024

tytuł zawodowy, dni i godziny przyjmowania pacjentów, numer telefonu, adres e-mail a także zakres oferowanych usług.

2.3. Logopeda nie powinien uzależniać prowadzenia terapii od możliwości uzyskania awansu

zawodowego lub korzyści finansowych.

2.4. Logopeda nie powinien, z zamiarem uzyskania korzyści osobistych, kierować pacjentów do gabinetów prywatnych, jak też do innych specjalistów.

2.5. Logopeda zaangażowany w promocję i opracowywanie pomocy logopedycznych, książek i innych materiałów do diagnozy i terapii zaburzeń komunikacji językowej zobowiązany jest do ich obiektywnej prezentacji i poinformowania o konflikcie interesów.

2.6. Logopeda pracujący w państwowych lub prywatnych instytucjach nie powinien akceptować zasad lub wytycznych, które kolidują z jego zawodową niezależnością lub ją ograniczają; powinien wspierać kolegów w obronie ich zawodowej niezależności.

2.7. Wykwalifikowany logopeda powinien wspierać w miarę możliwości kształcenie i praktykę zawodową studentów logopedii.

2.8. Logopedzie nie wolno współpracować z osobami prowadzącymi terapię nielegalnie lub w sposób sprzeczny z wiedzą udowodnioną naukowo.

3. Odpowiedzialność w stosunku do pacjenta.

3.1. Podstawowym zadaniem logopedy w stosunku do pacjentów jest profesjonalna diagnoza oraz prowadzenie terapii adekwatnej do danego zaburzenia.

3.2. Logopedzie nie wolno dyskryminować w swoich placówkach pacjentów ze względu na ich status społeczny, rasę, religię, płeć i inne.

3.3. Logopeda dba o nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentami podczas trwania terapii.

3.4. Logopeda dokonuje analizy efektywności prowadzonej terapii i powinien zdawać sobie sprawę z ewentualnego braku postępów terapii u pacjenta.

3.5. Ewentualne opłaty za usługi logopedyczne powinny być uzgodnione z pacjentem przed rozpoczęciem terapii.

3.6. Logopeda zobowiązany jest do zachowywania tajemnicy zawodowej zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

3.7. Jeżeli logopeda dzieli się informacjami o pacjencie z innymi specjalistami, powinien upewnić się, iż te informacje są przekazane w ścisłym zaufaniu.

3.8. Współpracując z innymi specjalistami lub korzystając z ich konsultacji logopeda udostępnia informacje o pacjencie tylko w takim stopniu w jakim jest to potrzebne.

3.9. Wnikanie w intymne i osobiste sprawy pacjenta dopuszczalne jest jedynie w takim zakresie jaki wynika z celów pomocy logopedycznej.

4. Odpowiedzialność w stosunku do innych logopedów.

4.1. Relacje między logopedami opierają się na wzajemnym szacunku i koleżeństwie wynikającym ze wspólnoty wartości i celów, świadomości rangi społecznej wykonywanego zawodu oraz przyjętej na siebie odpowiedzialności zawodowej.

4.2. Logopeda nie dyskredytuje innych logopedów. Nie szkodzi osobiście im i ich zawodowej pozycji.

4.3. Logopeda nie jest obojętny na odstępstwa od etyki zawodowej ze strony innych logopedów. Stwierdzając nieetyczne postępowanie kolegi w sprawach zawodowych lub dowiadując się o takim zachowaniu, logopeda stara się przekonać go o niewłaściwości jego czynów, korzystając, gdy trzeba, z pomocy innych kolegów. Jeśli taka interwencja okazuje się nieskuteczna logopeda zgłasza sprawę do Zarządu Głównego PTL lub PZL, który określa dalszy sposób jej załatwienia.

4.4. Pacjent może być przeniesiony na terapię do innego logopedy po konsultacji obydwu logopedów i za zgodą samego pacjenta. W przypadku, gdy terapia prowadzona jest przez więcej niż jednego logopedę, sprawa powinna być wyjaśniona przez samych zainteresowanych.

4.3. Logopeda dąży stale do wzrostu wiedzy w zakresie swojej specjalności i dzieli się wynikami swoich naukowych dociekań.

5. Etyczne wskazania dla nauki.

5.1. Pacjent lub jego opiekun musi wyrazić zgodę na badania naukowe i wykorzystanie ich wyników.

5.2. Badania nie mogą naruszać godności pacjenta.

5.2. Logopeda dba o rzetelność publikowanych informacji dotyczących zaburzeń mowy.

5.4. W edukacji logopedów należy odwoływać się tylko do wiedzy udowodnionej naukowo.