

Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 5

# **Pedagogika specjalna** (skrypt)

Krystyna Kunicka  
Krystyna Ruska  
Karina Matejek

Sosnowiec 2001

*Składamy gorące podziękowania  
Pani Dyrektor mgr Alfredzie Brodzie  
za cenne wskazówki i rady podczas opracowywania  
niniejszego skryptu.*

# **Spis Treści**

## **Wprowadzenie**

### **Rozdział I – Rewalidacja dzieci niewidomych.**

1. Definicja, rodzaje ślepoty i ich terminologia.
2. Ogólna charakterystyka skutków braku lub zaburzeń w funkcjonowaniu analizatora wzroku.
3. Etiologia ślepoty, etiologia i postaci niedowidzenia.
4. Regulacyjno-kompensacyjne mechanizmy niewidomych.
5. Podstawowe zasady edukacji i rewalidacji.
6. Formy postępowania terapeutyczno - wychowawczego.
7. Zarys podstawowych zasad tyflopedagogicznych.
8. Problemy rewalidacji dzieci szkolnych.

### **Rozdział II – Rewalidacja dzieci niesłyszących**

1. Definicja głuchoty, niedosłyszenia i terminologia.
2. Ogólna charakterystyka przyczyn zaburzeń słuchu.
3. Konsekwencje głuchoty.
4. Rewalidacja małego dziecka głuchego.
5. Nauka szkolna dzieci głuchych.
6. Rewalidacja dzieci niedosłyszących.

### **Rozdział III – Psychospołeczne problemy rodziny dziecka niepełnosprawnego**

### **Rozdział IV – Rodzeństwo osób niepełnosprawnych**

### **Rozdział V – Wczesna interwencja**

## **Rozdział VI – Znaczenie współpracy z rodzicami, praca rodziców z dzieckiem niepełnosprawnym**

## **Rozdział VII – Warsztaty terapii zajęciowej jako forma zawodowego doskonalenia upośledzonych umysłowo**

1. Możliwości rozwojowe upośledzonych umysłowo z uwzględnieniem stopnia upośledzenia.
2. Wybrane problemy autonomii i funkcjonowanie społeczne osób upośledzonych umysłowo.
3. Problemy rehabilitacji zawodowej.
4. Organizacja, cele i założenia Warsztatów Terapii Zajęciowej.
5. Działalność i zadania warsztatów.
6. Warsztaty Terapii Zajęciowej w Krakowie i w Sosnowcu.

## **Zakończenie**

## Wprowadzenie

Pedagogika specjalna to dział pedagogiki ogólnej, której zadaniem jest kształtowanie człowieka. Pedagogika specjalna to naczelne zadanie podejmuje, jednakże zakres jej działania wyznacza swoistość jednostki oddanej jej pod opiekę. Bowiem zostały jej powierzone osoby w taki czy w inny sposób odchylone od normy – jednostki z uszkodzonym wzrokiem czy słuchem, jednostki niesprawne motorycznie, upośledzeni umysłowo, chorzy somatycznie, nerwowo lub psychicznie, niedostosowani społecznie.

Pomimo, że jednostki upośledzone nie zawsze zdołają osiągnąć cele zakreślone jednostkom normalnym, to jednak w rozwoju każdej z nich dąży się do:

- maksymalnego i wszechstronnego ukształtowania całej osobowości,
- najlepszego przystosowania jej do życia w społeczeństwie,
- osiągnięcia jak najpełniejszego usamodzielnienia we wszystkich jego postaciach,
- docenienia ważności i znaczenia poczucia kontroli i samooceny, które są podstawą adekwatnej do rzeczywistości samoakceptacji, samokierowania i samorealizacji.

Wobec upowszechniającego coraz bardziej integracyjnego systemu opieki, pomocy i edukacji dla wszystkich, uznania potrzeby normalizacji życia osób niepełnosprawnych, istnieje pilna potrzeba udostępnienia i rozpowszechniania nowoczesnej wiedzy dotyczącej możliwości wczesnej diagnozy i wielospecjalistycznej interwencji. Odpowiednio wczesna diagnoza i interwencja pozwoli na doprowadzenie każdej osoby niepełnosprawnej do pełnego (w granicach swoich możliwości) uczestnictwa w życiu społecznym. Dość powszechnie potwierdzone są ostatnio osiągnięcia osób niepełnosprawnych w procesie edukacji i rehabilitacji. Widoczna jest zmiana postaw i zachowań społecznych wobec tych jednostek, które wykazały się nieznanymi dotąd możliwościami adaptacyjno – integracyjnymi oraz samorealizacyjno – emancypacyjnymi. Ciągle jeszcze istnieje jednak ogromna potrzeba wsparcia społecznego w przypadku pojawienia się rozmaitych syndromów zaburzeń i ograniczeń rozwojowych.

Edukacja specjalna, która wychodzi poza tradycyjną konwencję dydaktyczną, jest próbą poszukiwania alternatywnych, socjalizacyjnych, a równocześnie terapeutycznych możliwości kreowania osobistych doświadczeń osób o nietypowym rozwoju, na podstawie ich kompetencji osobistych i społecznych, wynikających z realnego obrazu samorealizacji.

Koncepcja ta eksponuje podmiotowość, godność i tożsamość każdej jednostki o specjalnych potrzebach edukacyjnych jako wartościach stanowiących o jej autonomii psychicznej i społecznej.

W organizowaniu pomocy, aktywnego wsparcia ludzi z odchyleniami rozwojowymi, niezbędna jest współpraca i koordynacja działań wielu osób reprezentujących różne instytucje i formy rewalidacji, rehabilitacji oraz resocjalizacji. Efektywne współdziałanie zespołu profesjonalistów różnych dziedzin oraz rodziców i bezpośrednio zainteresowanych powyższymi procesami możliwe jest dopiero wtedy, kiedy następuje pełne uświadomienie zróżnicowanych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych tych kategorii dzieci, młodzieży i dorosłych, które posiadają różne odchylenia od normy w funkcjonowaniu fizycznym, umysłowym, emocjonalnym i społecznym. Staje się ono konkretne i realne wtedy, gdy osoby z odpowiednimi nastawieniami emocjonalno – motywacyjnymi oraz dyspozycjami kompetencyjnymi tworzyć będą wspólnie i odpowiedzialnie optymalne koncepcje indywidualnego i zbiorowego wsparcia. Idea i zasada pomocniczości w rozwiązywaniu problemów życiowych osób niepełnosprawnych powinna być myślą przewodnią wszystkich zainteresowanych tym zagadnieniem.

## **Rozdział I**

# Rewalidacja dzieci niewidomych

## DEFINICJE, RODZAJE ŚLEPOTY I ICH TERMINOLOGIA

Tyflopedagogika, dział pedagogiki specjalnej, jest nauką o kształceniu i rewalidacji niewidomych, ociemniałych i niedowidzących. (Ossowski R. , 1998).

Nauka ta podejmuje również badania dotyczące problemów swoistych wynikających z faktu uszkodzenia narządu wzroku. Tyflopedagogika zajmuje się także nauczaniem i wychowaniem głuchoniewidomych oraz niewidomych upośledzonych umysłowo.

Niewidomym nazywamy każdego człowieka, który jest pozbawiony całkowicie lub częściowo wzroku, a przez to i informacji optycznych płynących ze świata zewnętrznego. Tak więc niewidomi to ludzie, których analizator wzroku nie funkcjonuje zupełnie albo z tak dużymi zaburzeniami, że nie ma praktycznego zastosowania w poznawaniu świata i w orientacji w otoczeniu. Według Światowej Organizacji do Spraw Osób Upośledzonych przy ONZ za ślepotę uznaje się:

1. Zupełny brak wzroku,
2. Ostrość wzroku nie przekraczającą 1/20 normalnej ostrości widzenia w lepszym oku przy zastosowaniu szkieł optycznych wyrównujących wadę wzroku,
3. Ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w 20%. (Doroszevska J. 1989).

Oznacza to, że niewidomym jest człowiek, który z odległości 1 metra widzi to, co normalnie widzący człowiek widzi z odległości 20 metrów. Ślepotą zupełną (tzw. „czarna” albo „medyczna”) występuje wtedy, gdy dotknięty nią osobnik ma przed oczyma jedynie czarność lub szarość, albo poczucie światła jest tak nikłe, że nie jest w stanie rozróżnić przedmiotów. Zachowanie choćby niewielkiego poczucia światła jest bardzo ważne, ponieważ ułatwia ono orientację w przestrzeni. J. Doroszevska podaje, że ok. 30-40% niewidomych uznać można za „medycznie niewidomych” , pozostałych 60-70% to niewidomi z resztkami wzroku. Są to ci, których widzenie jest tak ograniczone, że przy użyciu szkieł widzą z odległości 1 metra to, co widzący widzą z odległości 25 metrów. Praktycznie te resztki wzroku nie mają znaczenia w życiu codziennym, gdyż to szczątkowe widzenie pozwala im zaledwie ogólnikowo orientować się w przestrzeni lub widzieć na jasnym tle zarysy sylwetki człowieka czy przedmiotu. Gdy niewidomy osobnik z wadą wzroku osiągnie taki stopień widzenia, że może już z pomocą szkieł optycznych posługiwać

się wzrokiem przy pisaniu, czytaniu, pracach ręcznych, wtedy mówimy, że człowiek ten jest niedowidzący.

W terminologii dotyczącej ludzi niewidzących lub niedowidzących termin „niewidomy” jest pojęciem nadrzędnym, obejmującym całą grupę ludzi dotkniętych tym kalectwem, a więc takich, którzy kiedyś widzieli i utracili wzrok, jak również takich, którzy nigdy nie widzieli. Spora grupa ludzi niewidzących to osoby „ociemniałe” ,czyli takie, które wzrok utraciły.

J. Doroszevska wyróżnia ślepotę całkowitą i częściową. Ślepotą całkowitą nazywamy stan zupełnego braku działalności analizatora wzrokowego: brak zdolności postrzegania nie tylko kształtów, przedmiotów, ich zarysów, ale i brak możliwości postrzegania światła, tzn. stan, w którym widzenie sprowadzone jest do zera.

Ślepotę częściową dzieli na dwie zasadnicze grupy: niewidomi z resztkami widzenia i niedowidzący. „Niewidomi z resztkami widzenia są to niewidomi, którzy mają jednak pewne nikłe pozostałości widzenia w rozmaitym stopniu (ostrość wzroku: od postrzegania światła aż do 1/20 normalnego wzroku włącznie). (Doroszevska J. 1989 , s.192). Tak ograniczona możliwość widzenia nie wystarcza wprawdzie do czytania czy pisania, jednak ich oko mimo tak silnego ograniczenia może jeszcze zachwycać się barwami i kształtami. Nawet najbardziej nikłe resztki wzroku stanowią cenną wartość w poznawaniu świata, orientowaniu się w przestrzeni i w przenoszeniu się z miejsca na miejsce. Co ta resztką wzroku znaczy dla człowieka, przekonać się można tylko wtedy, gdy się ją straci. Dlatego należy dbać o te resztki ze szczególną troską, a jeśli to możliwe, poprawiać drogą terapii medycznej, specjalnej ochrony pracy wzroku i specjalnych metod pedagogicznych. Niedowidzący to ci, których ostrość wzroku mieści się w granicach od 1/20 do 1/4 ostrości wzroku człowieka widzącego.

Specjalna Komisja Polskiego Związku Inwalidów opracowała projekt definicji ślepoty na praktyczny użytek ustalenia zabezpieczeń rent tych ludzi. Definicja ta jest następująca:

1. Do niewidomych w ścisłym tego słowa znaczeniu zalicza się tych, którzy nie widzą od urodzenia albo od tak wczesnego dzieciństwa, że nie pamiętają, iż kiedykolwiek widzieli.
2. Do ociemniałych zalicza się wszystkich bez względu na wiek, którzy posługiwali się wzrokiem, lecz go całkowicie utracili, nagle lub stopniowo.

3. Do częściowo widzących (niewidomych z resztkami widzenia) zalicza się tych, którzy mają bardzo dużą, lecz niecałkowitą utratę wzroku, tzn. odróżniają tylko światło od ciemności i nie mogą poprawić widzenia; z odległości 1 metra rozpoznają zarys ludzi, drzew, ale nawet przy zastosowaniu szkieł nie mogą posługiwać się wzrokiem przy zabawie, w pracy, nauce itp. Mają bardzo ograniczone pole widzenia, patrzą jakby przez mały otwór. Niewidomi od urodzenia, ociemniali i widzący częściowo mogą i powinni korzystać ze wszystkich uprawnień przysługujących niewidomym.

Z kolei R. Ossowski dokonuje klasyfikacji ze względu na obniżenie ostrości wzroku badanego za pomocą tablic Snellena. Zgodnie z tą klasyfikacją za wzrok normalny uważa się ostrość wzroku powyżej 0,3. Słabowzroczność (czyli niedowidzenie) może być umiarkowana lub znaczna. Do tej grupy zaliczymy osoby, których ostrość wzroku mieści się w granicach od 0,3 do 0,05. Osoby z ostrością wzroku poniżej 0,05 kwalifikowane są do grupy niewidomych. W grupie niewidomych autor wyodrębnia ślepotę umiarkowaną, poczucie światła i ślepotę całkowitą. W procesie analizy uszkodzenia wzroku należy również uwzględnić ubytki pola widzenia, widzenie barw (ślepotę na barwy) , widzenie stereoskopowe (obuoczne) i widzenie nocne (zdolność adaptacji do widzenia w słabych warunkach świetlnych) . Pełne pole widzenia wynosi 200%. Światowa Organizacja Zdrowia uwzględniająca stopień osłabienia ostrości wzroku i zaburzenia pola widzenia zalicza do osób niewidomych także te osoby, których pole widzenia nie jest większe niż 20% (widzenie lunetowe) , mimo że ostrość wzroku jest większa niż 0,05. (Ossowski R. , 1998).

## **OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA SKUTKÓW BRAKU LUB ZABURZEŃ W FUNKCJONOWANIU ANALIZATORA WZROKU.**

Brak wzroku czy zaburzenie funkcjonowania analizatora wzrokowego powoduje – jak we wszystkich upośledzeniach sensorycznych – przede wszystkim zubożenie i trudności w sferze procesów poznawczych z ich poważnymi konsekwencjami psychospołecznymi. Jest to poważny brak, ponieważ dla człowieka najważniejszą drogą poznania świata zewnętrznego jest droga wrażeń optycznych. Większość wiadomości o świecie człowiek uzyskuje za pomocą wzroku, więc brak wzroku lub jego niepełnowartościowość stanowi poważne zachwianie równowagi w adaptacji człowieka do środowiska zewnętrznego przede wszystkim z powodu niepełnych informacji o tym środowisku. Utrudnienia poznawcze połączone ze złym funkcjonowaniem analizatorów wzroku lub jego całkowitej dysfunkcji polegają na pozbawianiu (całkowicie lub częściowo) danej jednostki wizualnych treści świata otaczającego i zmuszają go do uzupełnienia braku tych informacji danymi dostarczonymi mu przez inne, nieuszkodzone zmysły. Nie jest to jednak możliwe w stosunku do takich przedmiotów i zjawisk, które można poznać tylko za pomocą wzroku (np. barwy, perspektywa, przedmioty w ruchu). Poznanie u niewidomych jest nie tylko zubożone w zakresie treści, ale czasem i nieadekwatne z rzeczywistością. Niewidomi bowiem wypełniają sobie luki w wyobrażeniach wyobrażeniami zastępczymi. O niedostępnych do poznania zjawiskach przyrody, stosunkach, sytuacjach i zmianach w przestrzeni i czasie informują niewidomych słowa ludzi widzących. Na ich podstawie niewidomi tworzą sobie pewne wyobrażenia o tych zjawiskach nie do końca adekwatne z rzeczywistością.

Dotkliwa jest również niemożność doznawania przeżyć estetycznych, związanych z pięknem przyrody, niemożność widzenia twarzy bliskiej osoby, ograniczenie orientowania się w cudzych przeżyciach, ponieważ nie widzi się wyrazu ich twarzy.

Oprócz oczywistego zubożenia niewidomego o treści poznawcze bardzo dotkliwie zaznacza się w jego życiu ten brak w zakresie kontaktów społecznych. Brak wzroku od urodzenia uniemożliwia niewidomemu naśladownictwo przyjętych przez ogół zachowań się, to zaś wpływa na niepewność ruchów, nieśmiałość i skłonność do unikania ludzi. (Doroszeńska J. , 1989). Brak możliwości nawiązania kontaktu wzrokowego, uzupełniającego wymowę słów i dającego poczucie bliskości sprawia również, że

niewidomy doznaje uczucia osamotnienia, pewnej izolacji i wyobcowania. Ludzie reprezentowani są w jego świadomości przez doznania i wyobrażenia ich głosów i tego, co mówią. Są to wyobrażenia schematyczne, ograniczające możliwość pełnego kontaktu psychicznego i wszechstronnego porozumienia. Samotność to przeżycie charakterystyczne dla ludzi, którzy nie widzą. Jego charakter traumatyzujący szczególnie dotkliwie wpływa na dzieci i utrudnia z nimi kontakt psychospołeczny, będący podstawowym elementem wychowania. Dziecko niewidome żywo odczuwa potrzeby społeczne uznania i afiliacji, niezależności i samodzielności. Zwłaszcza dwie ostatnie są w dużym stopniu zablokowane przez ślepotę. W konsekwencji trudniej znaleźć niewidomemu uznanie i pożądaną przynależność do grupy, polegającą na odgrywaniu w niej określonej roli, na posiadaniu rangi społecznej.

„Innym zjawiskiem związanym z nagłą utratą wzroku jest wydłużanie się czasu i drogi. Samodzielne chodzenie nowo ociemniałemu sprawia duże trudności. Idąc nawet dobrze znaną drogą, musi skupić całą uwagę, by nie wpaść na przeszkodę, by się nie przewrócić. To męczy. Jego drogi nic nie urozmaica. Nie widzi zdarzeń dziejących się koło niego. Idzie w pustce, krok jego jest powolny i krótki. Tak więc na przejście określonego odcinka drogi nowo ociemniały zużywa dużo więcej energii i czasu niż widzący. Nawet przy najtroskliwszej opiece nieraz długie godziny musi spędzić w beczynnej samotności. Czas mu się dłuży.” (Żemis S. ,1973 , s. 23 – 24).

Trudności w orientacji przestrzennej pociągają za sobą często niesprawność i zaburzenia psychoruchowe spowodowane ograniczeniem ruchowym, związanym często z tym kalectwem. Ograniczenia ruchowe z kolei powodują, iż zdrowie fizyczne i sprawności motoryczne niewidomego są na niższym poziomie niż u widzących. Osoby niewidome często mają różnego rodzaju skrzywienia kręgosłupa lub tzw. koguci chód.

Konsekwencją utraty wzroku, jego braku od urodzenia lub niedowidzenia, jest także zaburzone poczucie własnej wartości. Dla kształtowania korzystnego poczucia własnej wartości kwestią kluczową jest akceptacja braku wzroku. Warunkuje to zbieranie o sobie pozytywnych informacji oraz odbioru komunikatów z otoczenia, umożliwiających funkcjonowanie wspólnotowe, wespół z widzącymi. Akceptacja straty wzroku sprawi, że niewidzący nie będzie odbierał okazania mu pomocy przez widzącego jako miłosierdzia czy komunikowania mu inności, lecz jako zwykły gest międzyludzkiej solidarności.

Analiza biografii życia osób niewidomych charakteryzujących się wysoką jakością życia wskazuje, że źródłem ich życiowej satysfakcji i bliskości z widzącymi była świadomość posiadanych atutów mimo braku wzroku oraz akceptacja nieuniknionych ograniczeń. Dzięki temu osoby te potrafiły kreować sytuacje pożądane i realizować ambitne cele życiowe. W konsekwencji zbierały pozytywne informacje o sobie, rosło ich poczucie własnej wartości, a to sprawiało, że w pełni uczestniczyły w życiu społecznym. (Ossowski R. , 1998).

## **ETIOLOGIA ŚLEPOTY, ETIOLOGIA I POSTACI NIEDOWIDZENIA**

W etiologii ślepoty podobnie jak w etiologii innych upośledzeń wyróżniamy trzy grupy czynników:

- dziedziczne i wrodzone, nabyte w życiu prenatalnym,
- czynniki działające podczas porodu,
- czynniki działające w okresie postnatalnym.

Wrodzone, a więc nabyte w życiu płodowym, uszkodzenia analizatora wzroku są spowodowane:

- nieprawidłowościami w rozwoju genów,
- czynnikami fizycznymi (uszkodzenia genetyczne lub anatomiczne, zniekształcenia deformacje oczodołu, gałki ocznej, soczewki, wpływ czynników jonizujących, termicznych i innych)
- czynnikami chemicznymi związanymi z przemianą materii lub wpływem ustroju matki, np. zatruciem różnymi składnikami chemicznymi (rtęcią, miedzią, tlenkiem węgla, alkoholem, nikotyną), nadużywaniem leków,
- czynnikami hormonalnymi,
- niedoborami w żywieniu matki, zwłaszcza awitaminozą,
- infekcje przebyte przez matkę, zwłaszcza we wczesnym okresie ciąży (grypa, różyczka),
- schorzenia wrodzone (jaskra, zaćma, nowotwory mózgu lub narządu wzroku).

Akt porodu może być przyczyną urazów wywołanych przez zbyt długo trwający okres niedotlenienia w wypadku przedłużającego się porodu albo nagły poród powodujący wytworzenie się zbyt dużej różnicy ciśnień. Również tzw. trudny poród, wymagający interwencji może doprowadzić do niedotlenienia mózgu, wylewu śródczaszkowego,

uszkodzenia czaszki czy nerwu wzrokowego. Ślepotę dziecka mogą spowodować także zakażone chorobami wenerycznymi drogi rodne kobiety. Aby do tego nie doszło wystarczy zaraz po urodzeniu przemyć dziecku oczy roztworem nadmanganianu potasu. Czynnikiem sprzyjającym uszkodzeniu wzroku lub słuchu jest także wcześniactwo. Zbyt długi pobyt dziecka w inkubatorze sprawia, że następuje przedawkowanie czystym tlenem. Ujemny wpływ mają również lampy ogrzewające i oświetlające w inkubatorze ze względu na bardzo mocne światło.

W okresie postnatalnym przyczyną ślepoty mogą być:

- zapalenie opon mózgowych i mózgu we wczesnym dzieciństwie,
- nowotwory oczu i mózgu,
- choroby zakaźne, które przebiegają w sposób nietypowy, z powikłaniami i z bardzo wysoką temperaturą,
- zatrucia grzybami, jadem kiełbasianym, skażonym alkoholem,
- urazy mechaniczne, chemiczne i termiczne. (Doroszevska J. , 1989).

Wady wzroku u niedowidzących są przeważnie związane z wrodzonym uszkodzeniem części receptorycznych oka. Przyczynami rozwojowych niedowidzeń mogą być: zaćma wrodzona, zwyrodnienie siatkówki, małowocze, brak tęczówek, wady refrakcji i inne. Do chorób nabytych należą: zaćma urazowa, zanik nerwu wzrokowego, zmiany rogówkowe i inne.

Najczęściej spotykane postaci niedowidzenia to:

- Duża krótkowzroczność, polegająca na wydłużeniu gałki ocznej, co łatwo zauważyć, ponieważ oko wystaje poza brzegi oczodołu.
- Inne wady refrakcji poza krótkowzrocznością (nadwzroczność oraz nieźborność nadwzroczna i krótkowzroczna).
- Małowocze, polegające na tym, że wszystkie części oka są znacznie mniejsze i zależnie od stopnia tego niedorozwoju występuje odpowiednie obniżenie ostrości wzroku.
- Plamy rogówki i bielmo (Są to blizny, które powstały na skutek przebycia stanów zapalnych, urazów i oparzeń rogówki).
- Jaskra dziecięca. Rozwija się u noworodka lub w pierwszych latach życia. Cała gałka jest powiększona, ciśnienie śródgałkowe podniesione , co prowadzi do zaniku nerwu wzrokowego, a więc do ślepoty.
- Częściowy zanik nerwu wzrokowego. Choroba ta polega na zaniku jego elementów przewodzących, a przyczyną może być zapalenie opon mózgowych, przebyte stany

zapalne nerwu wzrokowego i siatkówki, zatrucie i jaskra dziecięca. Zaburzenia funkcji oka to obniżenie ostrości wzroku aż do ślepoty całkowitej, ścieśnienie pola widzenia, upośledzenie poczucia barw i zaburzenie w przystosowaniu się do ciemności.

- Zwyrodnienie barwnikowe siatkówki. Pierwszym objawem jest ślepota zmierzchowa. Następnie, na skutek zmian w siatkówce, ulega ścieśnieniu pole widzenia, co w cięższych przypadkach upośledza orientację w przestrzeni.

Na podstawie diagnostyki okulistycznej można podzielić osoby niedowidzące na dwie grupy:

- osoby, u których ostrość wzroku ustaliła się i stan ten nie ulegnie pogorszeniu,
- osoby u których może postępować pogorszenie wzroku, doprowadzające nawet do całkowitej ślepoty.

O ile pierwsza grupa wymaga tylko specjalnej troski o to, aby w czasie normalnych zajęć w szkole dostarczyć warunków, które by nie wpływały na pogorszenie wzroku, o tyle druga grupa potrzebuje wyjątkowo specjalistycznej opieki. Z tych względów potrzebna jest dobra orientacja w rodzajach chorób oczu, które najczęściej spotykamy oraz szczególnie umiejętna obserwacja zachowań dziecka. (Doroszevska J. , 1989).

Wśród niewidomych od urodzenia spotyka się ok. 20% dzieci obarczonych kalectwem dziedzicznym. U wielu dzieci trudno jest z całą pewnością stwierdzić przyczynę ślepoty, gdyż niekiedy nie da się ustalić, czy dominującą przyczyną ślepoty było dziedziczenie, czy wada wrodzona spowodowana była chorobą płodu, chorobą matki w okresie ciąży, czy uszkodzeniem okołoporodowym. Istnieją podstawy, aby stwierdzić, że większość niewidomych od urodzenia jest ofiarą wad wrodzonych uwarunkowanych chorobami w życiu płodowym, które doprowadziły do nieprawidłowego ukształtowania się analizatora wzrokowego.

Sprawą ważną jest ustalenie, czy przyczyna, która spowodowała utratę wzroku, nie uszkodziła równocześnie kory mózgowej. Szczególnie aktualny jest ten problem w odniesieniu do niewidomych od urodzenia, gdyż u nich mamy niekiedy do czynienia z upośledzeniem sprzężonym, jakim jest ślepota idąca w parze z oligofrenią. Nie jest to jednak regułą, jakkolwiek częstotliwość sprzężonego upośledzenia jest większa u niewidomych od urodzenia, niż u ociemniałych. Oligofrenia nie jest uwarunkowana brakiem

wzroku, ale uszkodzeniem systemu nerwowego dziecka przez tę samą przyczynę, która uszkodziła jego analizator wzrokowy.

Okres życia, w którym nastąpiła utrata wzroku nie jest również obojętny dla rozwoju dziecka. Im dłużej dziecko widziało, tym pomyślniejsza jest jego sytuacja rozwojowa. Przedmioty, które dla dziecka niewidomego od urodzenia są niewyobrażalne, dziecko ociemniałe zna z własnego wizualnego doświadczenia. Dlatego bardziej adekwatnie rozumie słowa symbolizujące pojęcia i wyobrażenia. Posiada bogactwo wzrokowych wrażeń, przez długi czas przechowuje je w pamięci i przez analogię z doznanymi doświadczeniami poznaje nowe zjawiska już bez udziału wzroku.

Jednakże należy wziąć pod uwagę to, że dziecko, które kiedyś widziało, a następnie wzrok utraciło, przeżyło wielkie cierpienia i głęboki wstrząs psychiczny. Im jest starsze, tym pełniej przeżywa świadomość utraty wzroku i ograniczeń, którą ona niesie. Przewyciężenie depresji z tym związanej, akceptacja siebie i życia pomimo kalectwa występuje u dziecka ociemniałego zwykle wcześniej i przeżywana jest dotkliwiej niż u niewidomego. Dziecko niewidome niezupełnie uświadamia sobie wartość wzroku, którego nie posiadało nigdy, a swą inność zaczyna odczuwać zwykle dopiero w wieku młodzieńczym. (Sękowska Z. , 1977).

## **REGULACYJNO-KOMPENSACYJNE MECHANIZMY NIEWIDOMYCH**

Kompensacja zmysłów nie odbywa się drogą bezpośredniego obniżania fizjologicznej wrażliwości peryferycznych odcinków analizatora wzroku, ale jest to zjawisko udoskonalania warunków korowych w zakresie odbioru nie uszkodzonymi analizatorami. Jest to wypracowywanie, przetorowywanie dokonanych uprzednio – a dotąd mało wyraźnych – powiązań międzykorowych na tle emocjonalnych skojarzeń tych zespołów pobudzeń, których utrwalona całość daje schematy poznawcze, ważne adaptacyjnie. Stąd wniosek, że dla kompensacji zmysłów najważniejsze jest ćwiczenie całych zespołów poznawczo-emocjonalnych.

Stwarzanie swoich własnych schematów poznawczych, utrwalanie i bogacenie całych struktur musi być oparte przede wszystkim na usprawnianiu odbioru bodźców nie tkniętych przez kalectwo, jak dotyk, słuch, wibracje, smak, węch itd.

U ludzi pozbawionych wzroku wrażenia dotykowe i kinestetyczne nabierają wielkiego znaczenia. Dostarczają one niewidomym tych wskazówek poznawczych, jakich widzącym

zasadniczo dostarcza wzrok. Jednak pozostaje zawsze luka. Struktury poznawcze niewidomych nie mają barwy i perspektywy, nie mają horyzontu, gdyż słuch i węch tych właściwości nie ujmują. Tu jednak przychodzi niewidomemu z pomocą dotyk, zmysł kontaktowy w zwykłych wypadkach, gdy chodzi o bezpośrednie zetknięcie z przedmiotami stałymi, zmysł, który staje się dalekonośny za pośrednictwem środowiska powietrznego. Wiatr przynoszący ochłodę, działający to silniej, to słabiej, przynoszący szum pól lub kołyszących się drzew, zapach kwiatów i zmian atmosferycznych w przestworzach jest zwiastunem zjawisk niezmiernie dalekich i ważnych. Bez trudu wyobrazić sobie można, jak ważna jest jego rola w życiu niewidomych. Przynosi im jednocześnie bodźce ucisku, węchu i słuchu. Udoskonalenie dotyku u niewidomych jest wynikiem wprawy. Zrozumiałe, że do takiej wprawy nie mogą dojść osobnicy posługujący się wzrokiem. W przeciwieństwie do widzących uwaga niewidomych skierowana na dane dotykowe umożliwia im odczucie jakości dotykowych o wiele subtelniejszych i bardziej złożonych, a jednocześnie jaśniej zarysowujących się w świadomości, te zaś czucia dotykowe, które przechodzą niepostrzeżenie u widzących, często nabierają wyrazistości dla niewidomych.

Co do kojarzeń, to występują one w całej pełni przy wiązaniu rozmaitych treści świadomości ze światem poznawanym przez dotyk. Ręka niewidomych znajduje się w ciągłym ruchu, dotyka bez przerwy, opanowana jest głodem dotykania. Niewidomy zbiera materiały dostarczone mu przez dotyk i zmysł kinestetyczny.

Wyższa sprawność dotykowo-ruchowa niewidomych polega na tym, że rozwijają się, kształcą i doskonalą nie mechanizmy odbioru wrażeń, lecz całokształty dotykowych dynamicznych układów strukturalnych. Oczywiście dzieje się tak u tych tylko niewidomych, którzy szukają w dotyku wskazówek poznawczych. Nie jest to wyższość wrodzona, ale nabyta. W dotyku przy ruchach chodzenia odgrywa rolę przede wszystkim prawidłowa zmiana w napięciu, rytmika czuć ruchowych i wrażenia dźwiękowe, powstałe przy zetknięciu nóg z ziemią. Niewidomy określa długość i szerokość danej przestrzeni liczbą kroków potrzebną do jej przebycia. Gdy zapozna się dokładnie z długością własnych kroków, będzie mógł odległości mierzone w ten sposób odnieść do jednostki miary. Obok czasu (trwania ruchu), który może być mierzony liczbą kroków, wchodzi tu jeszcze w grę charakterystyczne wrażenia dotykowe nóg, np. chodzenie po pokoju dostarcza innych wrażeń dotykowych niż chodzenie po drodze kamienistej lub po brukowanej ulicy. Dołączają się tu jeszcze charakterystyczne wrażenia słuchowe. Wszystkie te wrażenia

składają się na wyobrażenie przebytej drogi. W większości jednak wypadków wchodzi tu w grę także specyficzne wyobrażenia zastępcze, które są świadectwem niezdolności niewidomego do wytworzenia sobie wiernych wyobrażeń o stosunkach przestrzennych.

Dotyk i zmysł kinestetyczny służą w dużej niewidomym do rozróżniania przedmiotów i używania różnych narzędzi. Ręka niewidomego jest w ciągłym kontakcie ze światem zewnętrznym, poznaje, ocenia, rozróżnia i dlatego lepiej funkcjonuje niż ręka widzącego. Za pomocą dotyku i zmysłu mięśniowego niewidomy poznaje kształt, powierzchnię przedmiotu, poznaje związki i stosunki między różnymi właściwościami powierzchni przedmiotów. Dotykiem rozpoznaje różne tkaniny, poznaje i ocenia rzeźbę.

Tak więc wskutek braku możliwości odbioru bodźców wzrokowych, podczas pracy w całej pełni zaangażowany jest dotyk, zmysł mięśniowy i słuch. Naturalnie, na wykonanie pracy niewidomy musi zużytkować daleko więcej czasu i wysiłku niż widzący. Początkowo ruchy jego są niezdarne, nieskoordynowane. Stopniowo, po pewnym czasie ruchy te automatyzują się.

Jest rzeczą jasną, że wszystkie dążenia niewidomego biegną w kierunku poznania świata widzących. Wszystkie przystosowania kompensacyjne mają na celu zastąpienie elementów optycznych przez inne. Niezmiernie duża liczba i różnorodność bodźców środowiska zewnętrznego ma wielkie znaczenie dla niewidomego, służą mu one jako czynniki rozpoznawcze w orientacji przestrzennej.

Dzięki częstym ćwiczeniom zapamiętują również różnorodne dźwięki. Tą drogą, dzięki doświadczeniu, kształtują oni sobie jakby obrazy słuchowe jakiegoś zjawiska, sytuacji czy rzeczy, tworzą np. obraz wsi z odgłosów ludzi, zwierząt domowych i prac różnych narzędzi rolniczych. Jakież określone wrażenia słuchowe odbijają właściwość danego obiektywnego zjawiska, sytuacji istniejącej obiektywnie, która ma dla niewidomego zróżnicowane znaczenie. Niewidomy kształtuje swoisty wyobrazeniowy obraz dźwiękowy jakiejś rzeczywistości, odbijający się w swoisty sposób w świadomości niewidomego pod wpływem działających bodźców słuchowych i łączących się z nimi bodźców niesłuchowych.

Widzący omijają przedmioty dzięki percepcji wzrokowej, u niewidomych natomiast pod wpływem potrzeby samoobrony wytworzył się tzw. zmysł przeszkód. Polega on na tym, że niewidomy odczuwa przedmioty (zwłaszcza duże przeszkody) na odległość dzięki temu, że fale tych bodźców fizycznych, które mu zastępują bodźce wzrokowe, są odbite przez przedmioty i w drodze powrotnej uderzają o receptory niewidomego (jeśli zbliża się on do

przeszkody), powodując czucie dotyku, wywołane odbitymi falami powietrza, i czucie słuchu, wywołane odbitymi falami dźwiękowymi. Mamy tu więc do czynienia z mechanizmem zastępczym, kształtującym się jako jedno z przystosowań do warunków życia niewidomego. Oczywiście ta kompensacja, pomimo całej swej niezwykłości, nigdy nie może w pełni zastąpić brakującego wzroku.

Wspominałam już o tym, jak ważną rolę w życiu niewidomego pełni słuch. Oprócz dostarczania bezpośrednich informacji o świecie, słuch ma jeszcze olbrzymie znaczenie dla niewidomego jako zmysł dostarczający pośrednich wiadomości o otaczającym świecie i o sytuacjach społecznych pośrednio – przez słowo ludzkie. Słowo, oprócz zwykłej swej funkcji komunikowania się z otoczeniem, ma wielkie znaczenie uzupełniania niepełnych informacji. Niewidomy wciąż pyta: Co to jest? Jak to jest?, i w ten sposób uzupełnia sobie bezpośrednio doświadczenie, zdobyte za pomocą normalnie działających zmysłów.

Nie jest to jednak uzupełnienie całkowite, ponieważ język ludzki nie potrafi opisać takich zjawisk jak np. barwy, perspektywa, nieboskłon, chmury, rysy twarzy itp. Niemniej jednak słowo informuje niewidomego o niedostępnych dla niego do poznania zjawiskach przyrody, stosunkach, sytuacjach i zmianach zachodzących w przestrzeni i czasie. Mowa jest jego przewodnikiem w orientacji przestrzennej i we wszystkich procesach poznawczych, w komunikowaniu się z ludźmi i zachowaniu się wśród ludzi w różnych sytuacjach (brak wzroku uniemożliwia naśladownictwo). Słowo kompensuje więc nieuchwytnie dla niewidomego postrzeżenia wzrokowe w zdobywaniu wiedzy teoretycznej, pracy fizycznej i przygotowaniu zawodowym, w wejściu w świat kultury i w życiu osobistym.

Kolejnym mechanizmem kompensacyjnym u niewidomych są wyobrażenia zastępcze (surogatowe). Są to pewne substytuty psychiczne tych treści poznawczych, które ludziom niewidomym są niedostępne, a odgrywają ważną rolę w kształtowaniu się ich świata wyobrażeń i pojęć. Mamy tu do czynienia ze specjalnego rodzaju strukturami psychicznymi powstającymi u niewidomych na skutek właściwych im warunków życia i jako wynik przystosowania do świata widzących, a więc na skutek dążności do zdobycia jak najwięcej danych o świecie widzących. Niekiedy konstrukcje te bywają fantastyczne, co jednak niewidomi nie zawsze mogą skontrolować. Wyobrażenia zastępcze są zawsze obecne w świadomości każdego niewidomego. O rzeczach niedostępnych lub tylko częściowo dostępnych wytwarzają sobie pojęcie prawdziwe lub fałszywe. Dziecko niewidome wskutek

braku kontroli wzrokowej zmuszone jest do ciągłego wysnuwania wniosków na podstawie dochodzących doń bodźców i dawniej zdobytych doświadczeń. Pod wpływem odruchu orientacyjnego trwa ciągle jego praca myślowa polegająca na odtwarzaniu otaczającej rzeczywistości czy kształtowaniu sądów o różnych zjawiskach. Taki stały stan mniej lub więcej intensywnych procesów myślowych w rozwiązywaniu niepokojących zagadnień bez kontroli wzroku wyczerpuje korę mózgową, doprowadza do rozmaicie objawiających się stanów zmęczenia, z czego winni dobrze zdawać sobie sprawę nauczyciele-wychowawcy dzieci niewidomych, którzy organizują ich pracę i stosują odpowiednie metody.

W pedagogice niewidomych za mało dotychczas zwracano uwagi na wyobrażenia surogatowe, a są to struktury, w których tworzeniu rola widzących jest niezmiernie doniosła. Same te struktury są świadectwem dążności niewidomych do przystosowania się do świata widzących. Powstawanie ich i rozwój muszą być przeto otoczone szczególną opieką jako podlegające kształceniu. Kształcenie ich powinno podlegać czynnikom racjonalnym, gdy chodzi o struktury surogatowe poznawcze, oraz czynnikom etycznym i estetycznym, gdy mamy do czynienia ze strukturami innego rodzaju.

W wyniku tych rozważań poświęconych poznawczym strukturom surogatowym nie możemy pominąć wielkiej doniosłości kształcenia pogładowego w nauczaniu niewidomych. Jego ważność jest stokroć większa niż w przypadku widzących. Należy więc mnożyć sposobności ku temu, zwracając specjalną uwagę na udział wrażeń skojarzonych nierozdzielnie od ich właściwego podłoża. W ten sposób tworzą się w psychice niewidomego odpowiednie struktury. Jeżeli będziemy o to dbać, luki wynikłe z braku elementów wzrokowych będą mniejsze i wyobrażenia surogatowe bliższe prawdy.(Doroszewska J. , 1989).

## PODSTAWOWE ZASADY EDUKACJI I REWALIDACJI

Zanim przejdziemy do zasad, należałoby wyjaśnić pojęcia edukacji i rewalidacji.

Edukacja – rozumiana jest jako ogół przebytych doświadczeń, znaczących dla kształtowania się kompetencji i tożsamości człowieka lub też ogół jego interakcji ze światem życia, znaczącym dla optymalnego rozwoju osobowości. „Edukację można określić jako ogół wpływów na jednostki i grupy ludzkie, sprzyjające takiemu rozwojowi, aby w najwyższym stopniu stały się one świadomymi i twórczymi członkami wspólnoty społecznej, kulturowej i narodowej oraz były zdolne do aktywnej samorealizacji własnej tożsamości i rozwijania własnego Ja poprzez podejmowanie zadań ponadosobistych, poprzez utrzymywanie ciągłości siebie w toku spełniania zadań dalekich. Edukacja to prowadzenie drugiego człowieka ku wyższym stanom rozwojowym i jego własna aktywność w osiąganiu pełnych i swoistych dlań możliwości. To ogół czynności i procesów sprzyjających rozwojowi oraz stan ich efektów, czyli osiągnięty poziom kompetencji, tożsamości i podmiotowości”(Kwieciński Z. , 1989, s.47).

Rewalidacja – to termin używany często zamiennie z pojęciem rehabilitacja, określa długotrwałą działalność terapeutyczno- wychowawczą, a więc wielostronną stymulację, opiekę, nauczanie i wychowanie jednostek o zaburzonej percepcji rzeczywistości, czyli osób upośledzonych umysłowo, niewidomych i niesłyszących.(p. red. Dykcik W. , 1998).

Bez względu na to, jakie jednostki są przedmiotem rewalidacji, cel jest zawsze ten sam: dążenie do przywrócenia im maksymalnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, przygotowanie –w miarę możliwości- do normalnego życia, włączenia do społeczności.

Zadania procesu rewalidacyjnego mają charakter wszechstronny. Polegają one na:

- Zapobieganiu pogłębiania się istniejącego już niedorozwoju lub powstawaniu innych dodatkowych upośledzeń.
- Leczeniu i usprawnianiu narządów chorych lub zaburzonych oraz umacnianiu osłabionych.
- Stymulowaniu i dynamizowaniu ogólnego rozwoju przy wykorzystaniu sił organizmu oraz korzystnych czynników środowiskowych.
- Wychowaniu i nauczaniu specjalnym dostosowanym do wieku, sprawności fizycznej i umysłowej rewalidowanego oraz zapotrzebowania społecznego.(Dziedzic S. , 1970)

Pedagogika specjalna wypracowała pewne ogólne zasady współżycia i współdziałania niezbędne do przetrwania człowieka w zmieniającym się otoczeniu i świecie. Obowiązują one w pracy z wszystkimi osobami niepełnosprawnymi. Zasady są następujące:

1. Zasada personalizacji, która uznaje, że osoba niepełnosprawna, bez względu na rozległość i głębokość dysfunkcji, pozostaje zawsze osobą, podmiotem, a zasady etyczne nakazują przestrzegania godności i tożsamości osobowej niepełnosprawnych, decydują one bowiem o sytuowaniu ich w środowisku, stają się motywem realizowania sensu życia.
2. Zasada wczesnej diagnozy i normalizacji życia, czyli tworzenia optymalnych warunków rozwoju, w jak największym stopniu zbliżonych do standardów istniejących w środowisku, w społeczności, do której osoba niepełnosprawna należy. Osiągnięcie normalności życia jest równocześnie nabywaniem autonomii.
3. Zasada odpowiedzialności, odnosząca się do sfery prywatnej i publicznej losu człowieka niepełnosprawnego. Nic nie może usprawiedliwiać lekceważenia realiów bezpiecznego współistnienia ludzi odmiennych w ich normalnej bytowej wspólnotowości.
4. Zasada pomocniczości, polegająca na wzmocnieniu uczuciowej i umysłowej wrażliwości współczesnych pokoleń wobec podmiotowego rozumienia potrzeb osób niepełnosprawnych.
5. Zasada poszerzania autonomii osób wychowywanych, czyli kierowanie się ich własnym interesem życiowym w osiągnięciu samodzielności w zakresie rozwiązywania ważnych problemów poznawczych i praktycznych.
6. Zasada indywidualizacji, czyli dostosowywania pozytywnych postaw i działań terapeutyczno - wychowawczych do kategorii upośledzeń i charakteru osób wychowywanych. Należy ona do podstawowych zasad, określających optymalne warunki rozwoju i powodzenia czynności profilaktycznych, usprawniających, korekcyjnych i wyrównawczych. Odwołuje się do potrzeby i zasady aktywności wychowanka z uwzględnieniem jego indywidualnych właściwości. Indywidualne programy stymulacyjne powinny uwzględniać nie tylko ograniczenia, zainteresowania, ale także potencjalne możliwości i sposoby ich rozwijania w różnych sytuacjach. Dzięki indywidualnemu podejściu podejmowane działania i

współdziałania pomocowe będą mogły być nie tylko skuteczne, ale i jednocześnie realizowane bez przymusu wewnętrznego i zewnętrznego.

7. Zasada wielospecjalistycznego podejścia i współpracy z rodziną. Bez tej zasady działanie edukacyjno-rewalidacyjne staje się postępowaniem nieracjonalnym, po omacku, w próżni społecznej, trudno w nim ustalić sensowne cele i zadania oraz osiągać wielowymiarowe rezultaty. Sposoby rodzicielskiego myślenia i działania terapeutyczno - wychowawczego stosowane wobec niepełnosprawnego dziecka są pochodną bliskiego i systematycznego współdziałania rodziców z kompetentnymi lekarzami i pedagogami w różnych okresach życia jednostki.

Dla praktyki pedagogicznej istotne są następujące zasady pracy rewalidacyjnej:

- Zasada sukcesu jako różnicowanie wymagań programowych poprzez uwzględnianie aktualnych potrzeb i możliwości dziecka.
- Zasada ścisłej integracji doświadczeń percepcyjnych, ruchowych, i językowych w treningu różnych funkcji praktycznych.
- Zasada aktywnego, wielostronnego mobilizowania dziecka do wykonywania zadań poprzez stosowanie różnorodnych form ćwiczeń.
- Zasada doboru odpowiednich metod, technik i środków specjalistycznej terapii zajęciowej.
- Zasada wyzwalania otwartości, bezpośredniości i spontaniczności w komunikowaniu się z najbliższym otoczeniem.
- Zasada pełnej akceptacji i tolerancji.
- Zasada przyjmowania różnych zakresów wolności i autonomii osób niepełnosprawnych, tzn. możliwości wyboru i dobrowolności podjęcia oferty współpracy z opiekunem.
- Zasada stopniowego, ewolucyjnego i regularnego osiągania zamierzonych celów pracy rehabilitacyjnej oraz jej kontynuacji w całościowej perspektywie edukacyjnej
- Zasada uczenia się dla życia w środowisku, poprzez uczestnictwo, działanie i przeżywanie oraz dopasowywanie wymagań do poziomu rozwoju.
- Zasada całościowego, komplementarnego, wszechstronnego, zintegrowanego podejścia do człowieka niepełnosprawnego jako całości fizycznej, psychicznej i społecznej, żyjącego w konkretnym, lokalnym środowisku.(p.red. Dykcik W. , 1998).

## **FORMY POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNO-WYCHOWAWCZEGO**

W wielostronnej działalności opiekuńczej, edukacyjnej i terapeutyczno - rehabilitacyjnej wyróżnia się następujące formy oddziaływań:

### **1. Wczesna, rozwinięta diagnoza i interwencja.**

Rozwój dziecka nie rozpoczyna się w momencie narodzin, lecz w okresie prenatalnym. Płód odbiera różnego rodzaju stymulację i reaguje na nią określonym zachowaniem, przeżywa też różnorodne stany emocjonalne, a wśród nich strach w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia. Niepomyślne zdarzenia, czynniki dziedziczne i różnorakie przyczyny (opisane w poprzednich rozdziałach) mają wpływ na funkcjonowanie noworodka, a w przypadku biologicznego uszkodzenia dziecka przed lub po urodzeniu się, czynniki te mogą pogłębić patologię jego funkcjonowania. Dlatego tak ważne jest jak najwcześniejsze wykrywanie i diagnozowanie dziecka zagrożonego dysfunkcjami. Wczesna, wszechstronna diagnoza umożliwia zastosowanie wczesnej interwencji, która ma olbrzymie znaczenie dla jego dalszego rozwoju.

### **2. Wielostronna stymulacja i uaktywnianie.**

Kiedy kompetencje jednostki niepełnosprawnej utrudniają proces uczenia się, niezbędne są wówczas odpowiednie działania inicjujące stymulujące dynamizujące procesy adaptacyjne. Niepełnosprawność lub upośledzenie mogą powodować trwałą bądź okresową niezdolność, niedyspozycję do podjęcia określonej formy uczestnictwa społecznego w danym układzie rodzinnym, rówieśniczym, szkolnym. Rodzice, nauczyciele-wychowawcy mogą stymulująco działać tak, aby tego typu zagrożenia, zahamowania lub opóźnienia rozwojowe nie wystąpiły, a wręcz przeciwnie, ujawniały wszelkie potencjalne możliwości i zdolności autokreacyjne. Stymulowanie oznacza zewnętrzne oddziaływania, które polegają na przyspieszaniu, doskonaleniu rozwoju oraz zachęcaniu do autorewalidacji i samorealizacji.

### **3. Usprawnianie.**

Usprawnienie to postępowanie maksymalnie rozwijające zadatki i siły biologiczne organizmu, które są najmniej uszkodzone, jego celem jest poprawa lub utrzymanie na zadowalającym poziomie przede wszystkim sprawności fizycznej, a szczególnie wydolności i tolerancji wysiłku. Usprawnianie polega przede wszystkim na stosowaniu różnego rodzaju ćwiczeń dynamicznych, obejmujących różne grupy mięśniowe i jest doprowadzaniem do

wyższego poziomu czynności nieuszkodzonych lub też najmniej uszkodzonych po chorobie, wypadku, urazie, np. ćwiczenie orientacji niewidomych w przestrzeni. Charakter i natężenie ćwiczeń usprawniających powinny być dobrane odpowiednio do rodzaju upośledzeń, uszkodzeń organów i zmysłów. Im mniej są one uszkodzone, tym bardziej stają się punktem wyjścia dla usprawniania innych, co może zapewnić jednostce niepełnosprawnej poczucie większej wartości i niezależności oraz społecznej użyteczności.

#### 4. Korektura (korekcja, korygowanie).

Korygowanie odnosi się do jakiegoś niesprawnego, nieprawidłowego działania określonych narządów, układów, zmysłów, np. narządów artykulacyjnych, postawy ciała, zaburzeń w pisaniu itd. Korekcja jest wszechobecna w działaniach terapeutyczno - edukacyjnych.

#### 5 .Kompensacja.

Kompensacja to złożony proces uzupełniania, wyrównywania braków oraz zastępowania deficytów rozwojowych narządów i przystosowywania się na innej możliwej drodze. Polega on na odtwarzaniu czynności całego narządu ruchu, zmysłu lub poszczególnych jego części za pomocą środków zastępczych organizmu ludzkiego. Mechanizm kompensacji polega na tworzeniu się nowych połączeń, dających możliwość bardziej efektywnego wykorzystania struktur, które nie są uszkodzone. Kompensacja polega też na rozwijaniu mocnych stron osobowości dziecka lub jego środowiska. Kompensacja u niewidomych ma na celu zastąpić możliwie w najwyższej mierze zamknięte, uszkodzone, a więc utrudnione drogi kontaktu ze światem zewnętrznym, przyrodniczym i społecznym, z poznawaniem go, przeżywaniem i przystosowywaniem się do życia w jego warunkach. Kompensacja może być bezpośrednia i pośrednia (poprzez realizację innych wartości, celów i zadań życiowych). Wymaga ona stałej pomocy i ukierunkowania ze względu na możliwość wytworzenia się nieprawidłowych stereotypów dynamicznych. Możliwości kompensacyjne zależą od wielu czynników: wieku, ogólnego stanu zdrowia, rozległości uszkodzenia i jego przyczyn, jednak główne jej rezultaty wynikają z właściwych metod leczenia, systematycznego usprawniania i jakości mechanizmów wyrównawczych. W literaturze wyróżnia się kompensację percepcyjną, poznawczą, sensoryczną, werbalną i emocjonalną.

#### 6. Indywidualizacja.

„Indywidualizacja jest to najogólniej biorąc uwzględnianie w procesach rozwojowo- edukacyjnych jednostkowych właściwości człowieka, wynikających z fizycznych i

psychicznych dyspozycji oraz sytuacji społeczno-wychowawczych w każdej fazie jego osobowej egzystencji”(p. red. Dykcik W. , 1998. , s.79).

Pedagogika specjalna jest w gruncie rzeczy pedagogiką różnic indywidualnych, rozpatrywanych w kategoriach podmiotowych jak i społecznych, związanych z potrzebą poznawania i rozwoju osobowości ludzi o różnych możliwościach samorealizacyjnych. Potrzeba specyficznej indywidualizacji odnosi się do każdego dziecka, niezależnie od jego funkcjonalnej sprawności bądź niesprawności, niezależnie od jego usytuowania w rodzinie, szkole, środowisku. Indywidualizacja w szerszym pedagogicznym znaczeniu polega na takiej pomocy edukacyjnej dzieciom niepełnosprawnym, aby mogły one adekwatnie do swoich możliwości realizować standardowy obowiązek szkolny według specyficznych (wspólnych i swoistych zarazem) założeń organizacyjnych i programowo-metodycznych.

#### 7. Profilaktyka i prewencja.

Profilaktyka jest działaniem dążącym do stworzenia odpowiednich warunków rozwojowych i edukacyjnych, szczególnie dla dzieci i młodzieży, oraz zapobiegania różnym zjawiskom, chorobom i urazom, które mogą prowadzić w konsekwencji do niepełnej sprawności organizmu lub dysfunkcji jego narządów.

Prewencja obejmuje różnego rodzaju działania prozdrowotne (szczepienia, badania okresowe, przesiewowe, przekrojowe) opiekuńcze (prenatalne i postnatalne) oraz edukacyjne (dotyczące żywienia, bhp, zanieczyszczenia, zatrucia środowiska). Prewencja podstawowa nastawiona jest na zapobieganie uszkodzeniom fizycznym, dysfunkcjom intelektualnym, psychicznym i narządów zmysłów. Prewencja wtórna obejmuje działania zapobiegające trwałym uszkodzeniom funkcjonalnym lub trwałej niepełnosprawności.

#### 8. Wspieranie i wspomaganie.

Ta forma postępowania akcentuje sposób realizacji zadań wychowawczych jako złożonych interakcji międzyludzkich, zmierzających do dwupodmiotowego, partnerskiego i wielosytuacyjnego współdziałania wychowawcy i wychowanka. Wspieranie odnosi się przede wszystkim do warunków i okoliczności, w jakich następuje rozwój człowieka. Wspomaganie obejmuje dynamizowanie, wzmacnianie czynników sprzyjających lub utrwalanie korzystnych sił, mechanizmów i tendencji.(p. red. Dykcik W. ,1998).

## ZARYS PODSTAWOWYCH ZASAD TYFLOPEDAGOGICZNYCH

Wszystkie zasady i formy postępowania terapeutycznego omówione wyżej odnoszą się również do dzieci z uszkodzonym wzrokiem. W dalszej części pracy przejdziemy do omówienia szczegółowych problemów rewalidacji dzieci niewidomych i niedowidzących.

Zacznijmy od tego, że dziecko niewidome ma takie same potrzeby jak dziecko widzące, a niezaspokojenie tych potrzeb może doprowadzić do wytworzenia się negatywnych postaw i zachowań jeszcze szybciej niż u dziecka widzącego, ponieważ jego struktura psychiczna jest bardziej podatna na stany nerwicowe, gdyż brak wzroku zaburza ją często powodując przede wszystkim wzmoczoną wrażliwość i większą męczliwość.

Drugim podstawowym założeniem rewalidacyjnym w stosunku do niewidomych jest konieczność stworzenia im warunków możliwie wszechstronnego rozwoju fizycznego i psychicznego oraz możliwość zastosowania zdobytych wiadomości i umiejętności w skomplikowanych warunkach życia społecznego. Szczególny nacisk położyć trzeba na:

- Usprawnianie funkcjonowania pozostałych zmysłów, a więc na wyrabianie precyzyjnej umiejętności obserwacji dostępnych dla niewidomego elementów otaczającego świata i wiązanie ich w zespoły poznawczo-przyczynowe i logiczne, zwalczanie werbalizmu.
- Uczynnianie jednostek biernych i rozbudzanie w nich motywacji poznawczo-emocjonalnych.
- Wyrabianie orientacji przestrzennej i sprawności ruchowej, zaradności i samodzielności.

Niezmiernie ważne jest otaczanie troskliwą opieką warunków dobrego odbioru bodźców przez pozostałe zmysły. Odnosi się to przede wszystkim do słuchu, którego stan trzeba okresowo badać, nie czekając na objawy zaburzeń, oraz do dotyku, o który trzeba stale dbać, nie dopuszczając do stwardnienia końców palców.

Kolejną ważną zasadą jest rewalidacja dziecka niewidomego od okresu niemowlęstwa, najwcześniejszego dzieciństwa. Im szybciej podejmiemy pracę z dzieckiem, tym większe będą efekty.

Nauczyciel rewalidator powinien nie tylko odpowiadać za racjonalny, możliwie jak najbogatszy rozwój poznawczo-emocjonalny, ale musi także dać rzetelne podstawy do przyszłego życia w społeczeństwie jako szczęśliwego członka rodziny, odpowiedzialnego pożytecznie obywatela. Najważniejszym zadaniem jest likwidacja lęku ruchu, lęku

przestrzeni, obawy przed kontaktem z otoczeniem. Należy uodpornić niewidomego na trudne sytuacje, pomóc mu znaleźć jego mocne strony, która pozwolą na realizację wyrażenia siebie, swych wartości i przydatności społecznej. Nadto rewalidator musi swych wychowanków uspołecznic przez właściwe kontakty z innymi niewidomymi i ludźmi widzącymi. Kontakty z widzącymi winny być poparte na równości i pomocy we wzajemnych potrzebach oraz odpowiednim stosunku do uświadamiania widzących o niewidomych. Rewalidator musi w niewidomym wyrobić równowagę emocjonalną i likwidować ukryte kompleksy, możliwie najbardziej zniwelować skrytość i izolację, u osób biernych wyćwiczyć postawę aktywną i zdynamizowaną, stworzyć warunki do rozumnej i pogodnej akceptacji swego kalectwa. W odniesieniu do osób ociemniałych szczególnie trudnym problemem jest akceptacja utraty wzroku i rozwój motywacji do wysiłków na rzecz gotowości do uczenia się sztuki życia z pomocą nienaruszonych zmysłów i sprawności. Ociemniali najczęściej nie chcą zaakceptować straty i uznać braku wzroku jako faktu dokonanego.

Kolejnym celem rewalidacji jest nauka czynności życia codziennego. Struktura czynności widzących jest zdeterminowana w znacznym stopniu szansą kontroli wzrokowej. Niewidomi tej szansy nie posiadają. Nie znaczy to, że nie mogą przejawiać aktywności ukierunkowanej na cel. Problem polega na opracowaniu struktury czynności na podstawie dotyku, słuchu, węchu itd. Dobrze opanowanie sztuki życia codziennego jest nie tylko drogą do samodzielności, ale i stanowi podstawową przesłankę budowania poczucia własnej wartości.

Zadaniem wychowawcy niewidomych w zakresie wychowania moralnego i usprawniającego do podjęcia normalnego we własnym poczuciu życia jest doprowadzić ich do akceptacji swego kalectwa. Poznając i wewnętrznie przyjmując jako nieuniknione warunki życia w ułomności, winni dojść do tworzenia planów i projektów, a następnie do realizowania ich w dziedzinach, w których będą się czuli mocni i wewnętrznie bogaci. Tu bardziej może niż gdzie indziej ważna jest podstawowa zasada, że wychowawca musi umieć znaleźć mocne strony osobowości swego niewidomego wychowanka i umieć mu je uświadomić i pomóc rozwinąć jak najpełniej.

Poza wyuczeniem odpowiedniego zachowania w zakresie czynności życia codziennego należy także wypracować umiejętność dostosowania się do przyjętych form zachowania się wśród ludzi widzących. Niewidomy, niepewny tego, czy właściwie się zachowuje (nie mając

możliwości naśladowania zachowania się otaczających go ludzi), czuje się szczególnie źle i ma wzmożone poczucie izolacji.

Ciągle otwartym zagadnieniem pozostaje pytanie: Gdzie powinno kształcić się i wychowywać dziecko niewidome? W szkole specjalnej dla niewidomych z dala od domu rodzinnego, czy np. w klasach integracyjnych szkoły masowej? Sądzę, że tę decyzję należy podejmować indywidualnie w stosunku do każdego dziecka.

Jest rzeczą oczywistą, że najbardziej pożądaną opieką wychowawczą dla każdego dziecka jest opieka kochającej go rodziny. W stosunku do niewidomego te zalety rodzinnego dobrego wpływu są o tyle ważniejsze, że szczególnie mocno potrzebuje on ukształtowania trwałych, pewnych fundamentów dla przyszłego życia z rąk ludzi bliskich mu uczuciowo, a więc rozumiejących jego trudności i potrzeby i dla których jego nieszczęście jest wspólnym nieszczęściem, które razem się przeżywa. Taki wcześniej zbudowany fundament pozytywny emocjonalnie może niwelować nawet wiele braków wynikających z pewnej nieudolności domu w zakresie racjonalnej rewalidacji niewidomego. Byleby ta nieumiejętność nie była zbyt duża (jak np. niebezpieczeństwo nadmiernej opieki), wywołująca tendencję do inercji, a nawet niedołęstwa i spaczeń charakteru. Zdarza się i tak, że rodzina zrozpaczona z powodu kalectwa dziecka, zawiedziona w swych nadziejach, a nawet wstydząca się dziecka, spychająca je na ubocze życia rodzinnego, nie dopuszczająca do wspólnych czynności domowych, nie tylko nie spełnia swych zadań wobec dziecka, ale podkopuje jego możliwości późniejszego wejścia w życie społeczne jako człowieka, który potrafi się do niego przystosować, człowieka bez kompleksów, bez poczucia niższości lub buntu czy wzdargy, człowieka wrażliwie otwartego na najmniejsze przeżycia frustracyjne, posiadającego skrzywiony obraz siebie, niechętnego do wszelkiego wysiłku, w którego celowość nie wierzy.

Jeśli dziecko pozostaje w domu rodzinnym, bardzo ważna jest stała i efektywna współpraca rodziców z wychowawcami, specjalistami i rewalidatorami dziecka. Akcja rewalidacyjna powinna również obejmować pracę rodziców z dzieckiem, wykonywaną w domu według wskazówek rewalidatora. Jeśli natomiast dziecko ze względu na konieczność intensywnej rewalidacji powinno przebywać w szkole specjalnej z internatem, należy zadbać o jak najczęstszy kontakt z domem rodzinnym, jeśli tylko najbliżsi kochają dziecko i akceptują je takim jakie jest.

Wielokrotnie mówiliśmy o tym, że rewalidację należy rozpocząć od najwcześniejszego dzieciństwa. Już niemowlęciu trzeba mówić o otaczającym go świecie podawać mu różne bodźce do manipulowania. Widzące dziecko paromiesięczne wysunie ręce po grzechotkę czy inny interesujący je przedmiot, gdyż widzi, niewidomemu zaś trzeba ciągle podsuwać różne przedmioty dla obudzenia w nim chęci ćwiczenia ruchów chwytnych, manipulowania rączkami, a również dla poznania tych przedmiotów przez dotykanie, a następnie za pomocą słuchu kojarzenia tego przedmiotu z jego nazwą. Bardzo ważny jest ten moment, kiedy malutkie niewidome dziecko chce już siadać, stawać, chodzić i nie okazuje lęku przy tych ruchach. Raczej niech potknie się, uderzy niegroźnie, niżby miało nie ćwiczyć ruchów na skutek nadmiernej lęklivosti. Ćwiczenia takie bardzo łatwo zorganizować jako stały repertuar różnorodnych zabaw.

Dla niewidomego dziecka niezbędne jest uczęszczanie do przedszkola, ponieważ tam właśnie powinno zdobyć najogólniejsze zarysy poznawanego świata, najbardziej zasadnicze formy zachowania wraz z podstawowymi czynnościami w zakresie samoobsługi i w małym gronie –najlepiej w oddziale integracyjnym- wejść w skomplikowane dla niego życie społeczne, które potem w szkole będzie się bogaciło. W okresie przedszkolnym należy zwrócić szczególną uwagę na dostarczanie dziecku warunków najbardziej sprzyjających zabawie i jak najbogatszego materiału do niej. Chodzi o podsuwanie dziecku niewidomemu pomysłów do zabaw, które sprawiając mu przyjemność, pomagają w rozwoju fizycznym, umysłowym i uczuciowym. Należy jednocześnie stwarzać sytuacje, które kształciłyby naśladownictwo, jego brak bowiem tak bardzo utrudnia rozwój niewidomego. Dziecko powinno mieć dużo zabawek, które spełniają wielką rolę poznawczą ucząc posługiwania się słuchem, dotykiem itd. Dla dzieci niewidomych zabawki mają wielkie znaczenie emocjonalne. Przybliżają dziecku świat, zabawkę można nie tylko dotknąć, ale i czule objąć, jeśli się ją lubi. W okresie przedszkolnym należy dostarczać interesującego, konkretnego materiału poznawczego, uporządkowanego w zasadnicze schematy poznawcze, materiału wziętego z najbliższego otoczenia. Podczas przekazywania informacji funkcjonować musi stałe powiązanie nie tylko przyczynowo-skutkowe, co dzieci w tym wieku bardzo interesuje, ale i powiązanie informacja-czynność, zastosowanie w czynności, co również w tym okresie rozwojowym jest dla dzieci pasjonujące, a więc co trzeba wyzyskać, zwłaszcza w sytuacji rewalidacji dziecka niewidomego. Należy stymulować i wykorzystywać naturalną w tym

wieku ciekawość świata, ładunek emocjonalny i żywą uczuciowość, które są charakterystyczne dla tego okresu. Ustalać racjonalne przychylnie stosunki interpersonalne.

Również właśnie w tym czasie najlepiej przygotować dziecko niewidome do jego kalectwa, ponieważ dopiero teraz zaczyna się ono orientować w swej odmienności. Jest to najlepszy moment do pogodzenia się dziecka z jego kalectwem i przyjęcia tego kalectwa jako stały warunek jego życia, z którym musi się liczyć, jak inne dzieci muszą się pogodzić np. ze słabym zdrowiem czy niemożnością biegania. Okres przedszkolny to okres, kiedy rewalidator musi nauczyć dziecko z ciekawością posługiwać się dotykiem i już musi zacząć uczyć niewidomego wychowanka racjonalnego sposobu eksploracji dotykowej.

Okres przedszkolny musi być wykorzystany do ukształtowania w dzieciach tych wszystkich dyspozycji psychicznych i fizycznych, które są niezbędne do opanowania orientacji przestrzennej, ćwiczenia w nich swobodnych ruchów oraz naturalnej w tym okresie dążności do samoobsługi i samodzielności. Ćwiczenie i uczenie właściwego zachowania zgodnego z przyjętymi zwyczajami i nakazami moralno-społecznych form kontaktów jest w tym okresie rozwojowym nie tylko konieczne, ale łatwe w związku z żywym dla dziecka w tym wieku zamiłowaniem do reguł i naturalnego posłuszeństwa.(Doroszewska J. , 1989).

## PROBLEMY REWALIDACJI DZIECI SZKOLNYCH

Rozpatrując całokształt wpływów szkoły na rozwój osobowości dziecka niewidomego, nie sposób ograniczyć się tylko do nauczania. Nie bez znaczenia jest tu także stosunek nauczyciela do swych niewidomych wychowanków i do własnej pracy. Ślepotą nie stanowi przeszkody w ukształtowaniu dziecka uspołecznionego i dlatego nauczyciel nie powinien traktować go jako osoby o mniejszej wartości psychospołecznej. Zajęcia nauczyciela z dziećmi niewidomymi określa bowiem nie jedynie ich ślepotą, ale także ich charakter, jako istot ludzkich. Musi on poznać godność i wartość każdego niewidomego dziecka. Jest to jedyna droga, którą można doprowadzić ucznia do rozwinięcia jego osobowości, do ukształtowania jednostki wolnej i zrównoważonej, mimo inwalidztwa. Aby móc wypełnić wszystkie te zadania wychowawcze, aby móc oddziaływać na uczniów, ukierunkowywać ich rozwój, należy gruntownie ich poznać, a poznanie to winno sprzyjać właściwej realizacji funkcji adaptacyjnej, jak i terapeutycznej w złożonym procesie wychowawczym. Brak lub upośledzenie wzroku pociąga za sobą niewątpliwie istotne ograniczenia możliwości percepcji i uczenia się. Dziecko pozbawione kontroli wzrokowej znajduje się w specyficznych warunkach życia i rozwoju. Dzieci niewidome w związku z ograniczonymi możliwościami samodzielnego poruszania się i przebywania na powietrzu gorzej rozwijają się fizycznie – są bardziej wątłe, blade, aparat mięśniowo-szkieletowy mają słabszy i dlatego często spotyka się u nich wady postawy.

Wiemy jak ogromną rolę w poznawaniu odgrywa wzrok, dlatego też skutek całkowitego zniszczenia lub częściowego uszkodzenia analizatora wzrokowego ma dziecko niewidome pewne ograniczenia i nieprawidłowości w poznawaniu otaczającego świata. Dokładność, a także trwałość poznania zmysłowego zależy od liczby analizatorów uczestniczących w tym procesie. Udział możliwie największej liczby narządów zmysłowych w spostrzeganiu zwiększa zmysłową aktywność ucznia, wzbogaca jego wyższą czynność nerwową, pozwala poznawać materiał wielostronnie, a więc zapewnia pełniejsze, konkretniejsze i dokładniejsze spostrzeganie i zapamiętanie. Aby spostrzeżenia niewidomego były pełnowartościowe, należy mu właściwie zorganizować proces spostrzegania. Rozwój spostrzegania w młodszym wieku szkolnym polega głównie na tym, że uczeń nabiera umiejętności skupienia się na przedmiocie spostrzeganym lub obserwowanym. Niewidomi mogą obserwować tylko te przedmioty, do których mają dostęp

poprzez pozostałe im analizatory.(p. red. Hulek A. , 1977). Obowiązkiem rewalidatora jest tworzenie całych struktur poznawczych (dotykowo – słuchowo – wibracyjno - węchowych) poprzez dostarczanie odpowiednich warunków do tego wielokanałowego odbioru informacji. Oprócz stwarzania warunków do tego wielokanałowego powiązanego w logiczne struktury odbioru informacji przyczynowo-skutkowych rewalidator musi te zespoły wzbogacać, porządkować i stwarzać przez wielokrotne powtarzanie warunków, które sprzyjają ich zapamiętaniu.

W szkole podstawowej dzieci niewidome zaczynają przeżywać swój dramat inności, zaczynają bowiem wtedy rozumieć, że nie widzą i że nigdy nie będą widzieć. Jak to u poszczególnych dzieci przebiega, często trudno stwierdzić, gdyż już wtedy przejawiają one skrytość. Pojawiają się pierwsze objawy frustracji: upór, niewytłumaczalne dla nas wybuchy żalu, gniewu, zwłaszcza w , gdy im ktoś coś zmieni lub popłucze w już ustalonych przez nich schematach przestrzennych. Najlepszym „antidotum” na te stany frustracyjne jest rozpoczęta w porę dobrze postawiona nauka szkolna, z nauczycielami o szczególnie wysokich kwalifikacjach, pozwalającym im podjąć tak trudne obowiązki oraz wnikliwie wypatrzone przez rewalidatora mocne strony każdego dziecka i dostarczanie mu warunków do pogłębiania procesu powrotu ich do normy.

W szkole podstawowej niewidomi realizują program szkoły normalnej. W pewnym tylko stopniu jest on dostosowany do warunków percepcyjnych niewidomych. Stosowane metody w związku z rozwojem intelektualno – emocjonalnym niewidomych powinny charakteryzować przede wszystkim bardzo racjonalnie ujmowany konkretyzm, dostosowany do poziomów rozwojowych. Stąd w klasach I – III metoda ośrodków pracy, stosowana w nauczaniu niewidomych, jest szczególnie cenna ze względu na jej podstawowe założenie, jakim jest bezpośredni stały kontakt dziecka z otaczającą przyrodą i zjawiskami społecznymi, dokładne doświadczenie własne i jednocześnie werbalizowane w poznawaniu konkretnych, wykonywaniu zajęć zaplanowanych przez nie wspólnie z nauczycielem oraz ze względu na bardzo ważny dla dziecka niewidomego czynnik stałego włączania pracy fizycznej do zajęć szkolnych. Metoda ta realizuje podstawowy obowiązek szkoły dla niewidomych, jakim jest uczenie poznawania autentycznego świata i umiejętności życia w zespole. Tendencję do zamykania się w sobie i niewystarczające kontakty społeczne trzeba przewyższać za pomocą odpowiednich metod nauczania, wśród których metoda problemowa i pewna odmiana metody projektów powinny być stosowane jako formy

nauczania wymagające pracy myśli osobistej, a nie biernego przejmowania treści przekazywanych przez nauczyciela. Stąd tak mocny nacisk kładzie się na to, aby dziecko niewidome poznawało rzeczywistość w jej jak najbardziej autentycznych, konkretnych zjawiskach i we wszelkich metodach nauczania tych dzieci i młodzieży trzeba to uznać za podstawową zasadę.

Nie można jednak przeoczyć wagi modeli różnych przedmiotów wykonanych jako pomoce naukowe. Są one potrzebne dla różnych celów. Przypominają i uszeregowują poznawane modele, udostępniają możliwość szczegółowego manipulowania dotyczącego przedmiotów poznanych uprzednio w ich konkretnych przejawach. Umożliwiają poznanie całości przedmiotu, który w konkretnej postaci może być poznany przez dotyk tylko we fragmentach (np. modele drzew), lub nie można go poznać w konkretnie rzeczywistym (np. samolot, okręt itp.).

Różnego rodzaju modele jako pomoce szkolne powinny mieć następujące właściwości:

- Odpowiedni rozmiar dostępny do eksploracji dotykowej
- Rzetelność w stosunku do przedstawianego obiektu
- Celowe uproszczenie
- Powierzchnię ułatwiającą percepcję dotykową
- Pożądana jest odpowiednia liczba egzemplarzy tych pomocy, aby były jednocześnie dostępne dla każdego ucznia w klasie
- Ważne, aby materiał, z którego wykonany jest model, był przyjemny w dotyku

Obowiązkiem szkoły specjalnej dla niewidomych jest zaopatrzenie każdego dziecka w zestawy najnowszych pomocy szkolnych i umożliwienie łatwego dostępu każdemu z nich do wspólnych urządzeń.

Na koniec jeszcze kilka uwag dotyczących rewalidacji dzieci niedowidzących. Punktem wyjścia ustalenia odpowiedniego postępowania w wychowaniu niedowidzących jest stwierdzenie lekarskie, czy wada wzroku jest u danego dziecka ustabilizowana, czy też istnieje tendencja do regresji. W pierwszym wypadku dziecko powinno się uczyć wykorzystując swój wzrok, wzmocniony przez aparaty optyczne. Rewalidator stara się wówczas wyuczyć dziecko umiejętności jak najlepszego wykorzystania wzroku.

W przypadku dzieci u których może nastąpić pogorszenie wzroku, wzrok ten należy otoczyć szczególną opieką, a dziecko powinno być pod stałą kontrolą lekarza okulisty.

Podstawą nauki dziecka zagrożonego ślepotą powinno być pismo dotykowe – brajl, którym posługują się niewidomi. (Doroszewska J. , 1989).

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Doroszevska J. : Pedagogika specjalna. Warszawa 1989.
2. Dykcik W. (red.): Pedagogika specjalna. Poznań 1998.
3. Dziedzic S. : Rewalidacja upośledzonych umysłowo. Warszawa 1970.
4. Grzegorzewska M. : Psychologia niewidomych. Warszawa 1929.
5. Sękowska Z. : Rewalidacja niewidomych. , w : Hulek A. (red.): Pedagogika rewalidacyjna. Warszawa1977.
6. Żemis S. : Człowiek niewidomy. Warszawa 1973.
7. Hulek A. (red.): Pedagogika rewalidacyjna. Warszawa 1977.
8. Kwieciński Z. : Składniki i aspekty edukacji. Potrzeba całościowego ujęcia.  
w: Muszyński H. (red.): Socjalizacja – osobowość – wychowanie. Poznań 1989.

## **Rozdział II**

# Rewalidacja dzieci niesłyszących

### **DEFINICJA GŁUCHOTY, NIEDOSŁYSZENIA I TERMINOLOGIA**

Surdopedagogika jest działem pedagogiki specjalnej, zajmującym się teorią i praktyką kształcenia osób niesłyszących (głuchych) i słabo słyszących. Od strony teoretycznej określa ona współzależność między różnymi elementami rzeczywistości społecznej, mającymi wpływ na osoby z wadą słuchu. Opracowuje teoretyczne podstawy postępowania rewalidacyjnego w stosunku do tych osób, poszukuje skutecznych form opieki, metod i technik pracy rewalidacyjnej. Zadaniem naczelnym jest przygotowanie osób z wadą słuchu do funkcjonowania w warunkach życiowo zmienionych wskutek istniejącej wady i do możliwie samodzielnego życia wśród ludzi słyszących. (p.red. Dykcik W. , 1998).

Narząd słuchu spełnia w życiu człowieka bardzo ważną rolę. Służy do odbioru wrażeń dźwiękowych, stanowi podstawę do opanowania mowy, ułatwia ogólną orientację jednostki w otoczeniu i utrzymanie ciała w równowadze.

Nadrzędny termin głuchy lub upośledzenie słuchowe obejmuje całą grupę ludzi obarczonych w większym lub mniejszym stopniu uszkodzeniem normalnego funkcjonowania analizatora słuchu. Istnieje wiele klasyfikacji osób z wadą słuchu w zależności od przyjętego kryterium.

Najczęściej spotykana klasyfikacja wg. K. Kirejczyka to podział ze względu na stopień uszkodzenia słuchu. I tak:

- Głuchotą całkowitą nazywamy stan zupełnego braku uczynnienia analizatora słuchowego, a więc całkowity brak percepcji dźwięków, tzn. stan, w którym słyszenie sprowadza się do zera. Taki człowiek jest całkowicie głuchy, jednak nauczanie się czytania z ust drogą wzrokową i nauka mowy artykułowanej (metodą wzrokowo – dotykowo – wibracyjną) jest dla tych jednostek zasadniczo dostępna.
- Głuchota częściowa, gdy słyszenie jest w różnym stopniu ograniczone. Występują tutaj dwie kategorie ludzi: głusi z resztkami słuchu i niedosłyszący. Głusi z resztkami słuchu są to głusi, którzy mają bardzo nikłe pozostałości słuchu – ubytek słuchu przekracza 80 dB, bardzo głośne dźwięki mogą być odebrane, ale bez możliwości ich odróżniania. W prawodawstwie ten stan słuchu określa się jako głuchota społeczna lub praktyczna i traktuje się ją jako głuchotę całkowitą, ponieważ istniejące resztki słuchu są niedostateczne do wykorzystania ich w czynnościach życia codziennego i pracy.

U jednostek niedosłyszących maksymalną utratę słuchu określa się na 60 dB. Niedosłyszący mogą nauczyć się mowy ustnej w sposób naturalny i korzystać ze słuchu w życiu codziennym, nauce i pracy.

Ze względu na miejsce uszkodzenia określa się tę część analizatora słuchowego, która uległa uszkodzeniu lub zniszczeniu. Rozróżnia się wówczas zaburzenia słuchu obwodowe i centralne, a wśród obwodowych – przewodzeniowe, odbiorcze i mieszane. Cechą głuchoty typu przewodzeniowego jest niedosłuch, rzadziej głębsza głuchota. Upośledzeniu ulegają zwykle niskie tony, wysokie natomiast zachowują normalną słyszalność. Zdarzają się jednak przypadki, w których upośledzenie dotyczy w równym stopniu tonów niskich i wysokich. Przy tym typie głuchoty słyszenie i rozumienie mowy jest z reguły zachowane i rozwój mowy nie zaburzony, zwłaszcza przy zastosowaniu właściwych aparatów.

Głuchotę odbiorczą (percepcyjną) medycyna określa jako chorobę, uraz, uszkodzenie lub niedorozwój ucha wewnętrznego albo nerwu słuchowego, a więc organów, które przetwarzają drgania dźwiękowe na impulsy nerwowe. Jednocześnie z utratą słuchu głuchota tego typu nieraz wywołuje zaburzenia równowagi, stąd tego rodzaju głusi mają nieraz trudności w zachowaniu równowagi w chodzeniu. Dziecko z odbiorczym upośledzeniem słuchu ma szczególne trudności w odbiorze tonów wysokich, co wpływa na gorszą słyszalność dźwięków spółgłoskowych, a więc na większą trudność w rozumieniu mowy. Nauczenie mowy dziecka z niedosłuchem odbiorczym umiarkowanego i średniego stopnia wymaga szczególnie wyjątkowej pracy surdopedagoga. Dziecko z głębokim uszkodzeniem słuchu bez tej pomocy może zostać głuchonieme.

Głuchota ośrodkowa (centralna) spowodowana jest uszkodzeniem słuchowych dróg nerwowych w rdzeniu przedłużonym oraz pól słuchowych kory mózgowej. Od miejsca uszkodzenia zależy, czy głuchota jest obustronna czy jednostronna. W zaburzeniach odpowiednich słuchowych pól korowych trzeba zaznaczyć, że w sąsiedztwie pola słuchowego, które reaguje na pojedyncze wrażenia akustyczne, znajduje się pole tzw. wyższych ośrodków kojarzeniowych słuchu. Ich funkcją jest kojarzenie doznań słuchowych z innymi analizatorami. Od tych powiązań zależy rozumienie znaczenia postrzeżeń słuchowych. Przy ich zniszczeniu występuje tzw. afazja sensoryczna, inaczej czuciowa (człowiek słyszy dźwięki mowy, ale ich nie rozumie).

Istnieje jeszcze podział ze względu na czas wystąpienia wady. Mówimy wtedy o osobach z wadą słuchu:

- prelingwalną, gdy uszkodzenie wystąpiło przed okresem nabycia mowy ustnej,
- interlingwalną, gdy dziecko zaczęło uczyć się mowy, ale nie opanowało jeszcze całego systemu symboli słownych i związków międzywyrazowych, tworzących strukturę gramatyczną języka,
- postlingwalną, gdy uszkodzenie słuchu nastąpiło po opanowaniu mowy.

Ze względu na czas występowania przyczyny powodującej wadę słuchu rozróżniamy wadę wrodzoną i nabytą.

Najbardziej przydatna wydaje się być klasyfikacja Van Udena, który dokonuje podziału wg. stopnia utraty słuchu w decybelach. Oto ten podział:

1. Lekki niedosłuch - utrata słuchu wynosi mniej niż 30 dB, a osoby z takim uszkodzeniem mają trudności w słyszeniu mowy szeptanej.
2. Umiarkowany niedosłuch – utrata słuchu wynosi pomiędzy 30, a 60 dB.
3. Ciężkie upośledzenie słuchu – utrata słuchu wynosi pomiędzy 60, a 90 dB.
4. Głuchota – więcej niż 90 dB. Mowa potoczna nie jest wówczas rozumiana nawet przy pomocy aparatury. (p.red. Hulek A. , 1977).

W procesie rewalidacji równorzędne znaczenie ma rozpoznanie typu głuchoty i ustalenie stopnia zachowanych możliwości percepcji wrażeń dźwiękowych. Możliwości wykorzystania resztek funkcji słuchowych są tym większe, im dziecko lepiej mowę dźwiękową rozumie i praktycznie się nią posługuje.

## OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA PRZYCZYN ZABURZEŃ SŁUCHU

Głuchota może być wynikiem wielu czynników, których większość jest już dostatecznie zbadana i znana. Podobnie jak w przypadku ślepoty przyczyny głuchoty mogą być:

- wrodzone (związane z czynnikami, które zadziałały przed urodzeniem),
- związane z aktem porodu i okresem okołoporodowym,
- występujące w okresie życia pozapłodowego.

W głuchocie wrodzonej wyróżniamy:

1. Głuchotę dziedziczną dominującą lub recesywną. Recesywna może wystąpić raz na parę pokoleń. Głuchota dziedziczna jest trudno wykrywalna z wyjątkiem wypadków, gdy rodzice są głusi lub gdy wyraźnie stwierdzono występowanie głuchoty u krewnych. Nie jest ona zbyt częsta lecz stwierdzenie głuchoty uwarunkowanej genetycznie wymaga uświadomienia rodziców, a potem ich dzieci co do możliwości dalszego przekazywania tego kalectwa. Głuchota dziedziczna może nie wystąpić zaraz po urodzeniu, ale później, nawet między 15 a 30 rokiem życia i wtedy bywa mylnie zaliczana do głuchot o charakterze nabytym. Poszczególne postaci głuchoty dziedzicznej są często związane z niedorozwojem umysłowym lub innymi wadami rozwojowymi.
2. Głuchotę nabytą w okresie płodowym. Do najczęstszych przyczyn głuchoty nabytej w okresie życia płodowego należą:
  - Czynniki związane z wpływem organizmu matki, jej różne choroby (szczególnie wirusowe, np. różyczka ) przebyte w pierwszych miesiącach ciąży. Zły wpływ mają też: kiła, gruźlica matki, nieodpowiednie odżywianie, stresy psychiczne, zatrucia, nadużywanie alkoholu i środków farmaceutycznych. Wszystko to może spowodować uszkodzenie słuchu dziecka. Również konflikt serologiczny między grupami krwi płodu i matki może być przyczyną głuchoty.
  - Uszkodzenia lub niedorozwój narządu słuchu lub inne wady rozwojowe, związane ze słuchem, które powstały na skutek zmian genetycznych, nieprawidłowości w chemizmie organizmu matki (np. zaburzenia hormonalne), czynniki toksyczne uszkadzające płód lub powstałe w budowie anatomicznej.

Podczas porodu i w okresie okołoporodowym również może dojść do uszkodzenia słuchu. Zbyt szybki lub zbyt powolny poród, a w konsekwencji niedotlenienie lub

zamartwica dziecka powoduje głuchotę. Również nieudana interwencja lekarza powodująca krwaki podoponowe, wylewy podpajęczynowe, ogniska krwiotoczne powoduje uszkodzenie słuchu.

W okresie postnatalnym, zwłaszcza w dwóch pierwszych latach życia dziecka, do najgroźniejszych chorób, które uszkadzają słuch należą: zapalenie mózgu i opon mózgowych oraz ostre choroby zakaźne (błonica, płonica, dur brzuszny, koklusz). Właściwie każda choroba zakaźna, bakteryjna czy wirusowa może przez swe powikłania być przyczyną głuchoty. Długotrwałe choroby ucha, np. nieleczone ropne zapalenie ucha środkowego lub wewnętrznego także może spowodować głuchotę.

Przyczyną głuchoty nabytej w ciągu życia mogą również być wszelkiego rodzaju urazy zewnętrzne, uderzenia, skaleczenia, wielkie urazy akustyczne. (Doroszewska J. , 1989).

## **KONSEKWENCJE GŁUCHOTY**

Dość często spotykamy się z tendencjami przypisywania danym kalectwom określonych i specyficznych cech osobowości. Według tych poglądów, kalectwo determinuje kształtowanie się odrębnych cech osobowości, a więc można by sądzić, że z chwilą jego wystąpienia pojawia się niejako automatycznie odpowiednia dla niego osobowość. Z takim stanowiskiem nie można się zgodzić, gdyż osobowość kształtuje się w ciągu całego życia jednostki pod wpływem oddziaływania bardzo wielu różnorodnych czynników, wśród których znajduje się także stan organizmu. W ten sposób dochodzimy do wyjaśnienia wpływu głuchoty na rozwój osobowości jednostki. Badania wykazały, że nie tyle sama głuchota, ile towarzyszące jej symptomy działają opóźniająco lub wypaczająco na rozwój ogólny i przystosowanie się jednostki do życia w środowisku ludzi słyszających. Symptomy te mogą być różne, bezpośrednio lub pośrednio związane z głuchotą.

Często przyczyna powodująca głuchotę obejmuje nie tylko narząd słuchu, ale i inne jeszcze ośrodki w centralnym układzie nerwowym, od których zależy prawidłowy rozwój i funkcjonowanie jednostki. Są to ośrodki słuchowe w korze mózgowej. Dziecko głuche jest dzieckiem normalnym pod względem intelektualnym o ile przyczyna, która je pozbawiła słuchu, nie zadziałała destrukcyjnie na procesy wyższych czynności nerwowych.

Kalectwo głuchoty izoluje jednak głuchego w społeczeństwie, odbiera mu bowiem jeden z głównych sposobów poznawania świata, porozumiewania się z ludźmi i myślą ludzką.

Osoby głuche od wczesnego dzieciństwa stają wobec jednego z najtrudniejszych zadań, jakie można sobie wyobrazić – wobec konieczności przyswojenia sobie kultury społeczeństwa, w którym żyją, nie mając możliwości słyszenia języka i tych wszystkich pozajęzykowych sygnałów dźwiękowych, którymi społeczeństwo powiadamia swoich członków o swoich nakazach, zakazach i oczekiwaniach, a mimo to musie się nauczyć utrzymywania adekwatnego kontaktu emocjonalnego ze swym środowiskiem społecznym i równowagi między swymi potrzebami a warunkami życia.

Destrukcyjny wpływ głuchoty nie ogranicza się do rozwoju sfery intelektualnej i społecznej, ale dotyczy całej osobowości. Wielu autorów dostrzega u głuchych również zmiany i zaburzenia w rozwoju fizycznym. Zwraca się np. uwagę na zaburzenia chodu u głuchych przy uszkodzenia narządu równowagi. Przykładem bezpośredniej zależności zaburzeń słuchu i zaburzeń ruchowych od czynnika etiologicznego jest zaburzenie równowagi u dzieci głuchych po zapaleniu opon mózgowych, w wyniku którego uszkodzona została słuchowa część labiryntu i kanały półkoliste, w których zlokalizowany jest narząd równowagi. Kolejnym przykładem jest może być szuranie stopami przy chodzeniu u osób z głęboką głuchotą.

Sprawność dzieci głuchych w zakresie motoryki ogólnej także jest gorsza niż ich słyszących rówieśników. Różnice w zakresie rozwoju motorycznego między dziećmi głuchymi a słyszącymi sięgają około półtora roku na niekorzyść głuchych. Największe odchylenia zaznaczają się w zakresie koordynacji statycznej i szybkości ruchów. Stwierdzono także, że u dzieci głuchych dwukrotnie częściej niż u słyszących występuje zjawisko leworęczności.

Największy wpływ głuchoty zaznacza się jednak w zakresie rozwoju umysłowego. Badania wykazują, że istnieje zależność między funkcjonowaniem umysłu a zaburzeniami czynności narządów zmysłowych, i że na tej podstawie można mówić o kształtowaniu się specyficznej osobowości, np. u głuchych. Wszelkie odchylenia w rozwoju psychicznym u głuchych należy rozpatrywać na tle postępu w zakresie rozwoju mowy, gdyż im bardziej rozwinięta jest ich mowa, tym mniejsze wykazują odchylenia. Utrudnione obcowanie słowne odbija się niekorzystnie na funkcjonowaniu psychiki głuchego. Działalność psychiczne przebiega wówczas w postaci uproszczonej, reakcje na bodźce są prostsze i mniej wszechstronne. Wielu badaczy podkreśla znaczenie doświadczenia zmysłowego dla rozwoju intelektualnego. Wrażenia zmysłowe i symbolika łąna są podstawowym

czynnikiem w rozwoju intelektualnym człowieka. W doświadczeniu zmysłowym dziecko głuche w porównaniu ze słyszającym jest uboższe o wrażenia słuchowe. Jeśli do tego dodać trudności w zakresie werbalnych form porozumiewania się z innymi ludźmi, dochodzimy do przekonania, że struktura procesów psychicznych u głuchych jest inna, i że kształtuje się ona na nieco odmiennych podstawach. Rozwój intelektualny głuchych ulega zahamowaniu, przede wszystkim ze względu na trudności w opanowywaniu mowy.

Główne przyczyny trudności w opanowywaniu mowy przez głuchych to:

- uszkodzenie słuchu we wczesnych okresach życia, jeszcze przed opanowaniem mowy
- niemożność percepcji i opanowania mowy drogą słuchową
- wcześniejsze opanowanie innych sposobów porozumiewania się z otoczeniem (gesty, mowa migowa)
- zbyt późne rozpoczynanie specjalnej pracy pedagogicznej z dzieckiem głuchym

Brak języka lub poważniejsze jego niedostatki wpływają na kształtowanie się u głuchych specyficznych sposobów myślenia. Głusi bez języka nie dochodzą w swoim rozwoju umysłowym do myślenia abstrakcyjnego.

W zakresie procesów poznawczych wpływ głuchoty jest widoczny nie tylko w zakresie rozwoju mowy i myślenia, ale i pozostałych procesów takich jak: wrażenia, spostrzeżenia, wyobrażenia, pamięć. Dziecko głuche jest pozbawione całkowicie lub częściowo pewnej kategorii wrażeń i form reakcji na nie. Braki te dotyczą wrażeń i spostrzeżeń słuchowych. Dziecko głuche doznając wrażeń i spostrzeżeń pozasłuchowych nie łączy ich z nazwami, gdyż tych nazw nie zna.

Wśród zmysłów na plan pierwszy u głuchych wysuwa się kompensacyjna funkcja wzroku. Ważne znaczenia w poznawaniu świata i nauce mowy u głuchych posiada nie tylko narząd wzroku, ale także wibracji i dotyku. Cechą charakterystyczną spostrzeżeń u głuchych jest to, że dłużej zachowują one charakter synkretyczny. Głusi zwracają uwagę na to, co silniej rzuca się im w oczy np. jaśniejsze plamy, kontrast, wystające części przedmiotu itp. Często są to cechy drugorzędne, nieistotne.

Od jakości wrażeń i spostrzeżeń zależy jakość ich wyobrażeń. Brak lub niedokładność wrażeń i spostrzeżeń powoduje brak i niedokładność wyobrażeń, gdyż wyobrażenia kształtują się na ich podstawie.

W życiu dziecka głuchego ważną rolę odgrywa pamięć, a szczególnie pamięć wzrokowa. Wielu autorów, głównie praktyków, sądzi, że głusi osiągają znacznie lepsze rezultaty w zapamiętywaniu materiału poglądowego niż ich rówieśnicy słyszący. Gorzej natomiast rozwija się pamięć słowno – logiczna. Lepsze wyniki osiągają w takich funkcjach pamięci, jak zdolność obserwacji, reprodukcji schematów ruchów.

Na skutek braku mowy, a więc używania symboli słownych, dziecko głuche gorzej zapamiętuje zarówno materiał werbalny, jak też konkretny (poglądowy). Czynniki werbalny ułatwia zrozumienie materiału. U dzieci głuchych najczęściej spotykamy się z mechanicznym i bezmyślnym zapamiętywaniem. W większości przypadków jest to jednak rezultat niewłaściwego sposobu zapamiętywania w postaci dosłownego opanowywania materiału. Dzieje się tak, gdy nauczyciel operuje materiałem werbalnym nie do końca zrozumiałym dla dziecka głuchego. Przy mechanicznym zapamiętywaniu nie może być mowy o tym, aby przyswajany materiał był operatywny.

Najbardziej złożonym procesem poznawczym jest myślenie, które jest ściśle związane z rozwojem i funkcjonowaniem języka dźwiękowego. U głuchych, którzy nie posługują się językiem dźwiękowym obserwuje się odchylenia w rozwoju myślenia. Konkretny, obrazowy i sytuacyjny charakter myślenia długo utrzymuje się u głuchych. Dotyczy to tych jednostek, które posługują się mową migową. Myślenie ich uzależnione jest wtedy tylko od spostrzeżeń. Nie dochodzą oni w rozwoju swego myślenia do fazy abstrakcyjnej. Mowa migowa utrudnia opanowanie języka dźwiękowego i zrozumienie sensu zdań wypowiedzianych werbalnie. Mowę słowną ujmują globalnie, co wyraża się w tłumaczeniu sensu zdania na podstawie tylko niektórych i znanych im słów oraz mniej lub gorzej trafnego domysłu. Nie wnikają oni w znaczenie każdego wyrazu w zdaniu. Stąd też rozumienie zdań mowy dźwiękowej jest przez nich często fałszywe, nieadekwatne do treści.

Z trudem tworzą się u głuchych pojęcia ogólne. Głuchota i brak mowy izolują jednostkę w środowisku ludzi słyszących i mówiących. Utrudniają zdobywanie informacji o tym, co się zmienia i dzieje w otoczeniu. Dłużej trwająca izolacja może wywołać zaburzenia równowagi emocjonalnej i spowodować stan frustracji.

Osobowość dziecka głuchego kształtuje się głównie na podstawie trudności jakie napotyka w obcowaniu z ludźmi słyszącymi. Trudności te odbijają się najbardziej na charakterze głuchych i społecznym przystosowaniu. Przystosowanie społeczne zależy od stopnia dojrzałości emocjonalnej i społecznej. Rozwój uczuć wyższych jest uwarunkowany

rozwojem mowy i myślenia. Człowiek, który nie mówi, ograniczony w rozwoju myślenia, nie może się prawidłowo rozwijać pod względem emocjonalnym i społecznym. Zaburzenia w sferze życia emocjonalnego objawiają się u niego częstymi wybuchami gniewu i złego humoru. Dziecko głuche z racji swego kalectwa posiada znacznie mniej potrzeb, wiele z nich wykazuje nieco odmienny charakter niż u dzieci słyszących.

Stopień przystosowania społecznego zależy w ogromnej mierze od układu stosunków społecznych w rodzinie, jako podstawowego źródła czerpania wzorców postępowania. Jednak dla prawidłowego przebiegu procesu uspołecznienia się nie wystarczają kontakty ograniczone do grona osób najbliższych, konieczne są także pozytywne kontakty z innymi ludźmi dorosłymi i rówieśnikami. Dziecko głuche ze względu na swoje kalectwo rzadko znajduje uznanie w gronie rówieśników. W takiej sytuacji rezygnuje ono z podejmowania prób kontaktowania się z dziećmi słyszącymi, staje się niedostosowane.

Wielki wpływ na stopień niedostosowania społecznego ma również stosunek dziecka do własnej ułomności. Niekorzystną postawę otoczenia przenosi dziecko głuche na własną osobę, uważając się za jednostkę o ograniczonych możliwościach i pokrzywdzoną przez los. Większość dzieci głuchych przejawia swoje niedostosowanie formami zachowania zahamowanego cechującego się: brakiem zaufania, niepokojem i niepewnością, tendencjami do depresji i przygnębienia, wycofywania się z rzeczywistości.

Trzeba zaznaczyć, że wpływ głuchoty należy rozpatrywać oddzielnie w stosunku do dzieci, młodzieży i dorosłych. W przypadku inwalidztwa wrodzonego, lub nabytego we wczesnym dzieciństwie, jednostka nie musi pokonywać trudności związanych ze zmianą pojęcia o sobie. Inwalidztwo dla dziecka jest łatwiejsze do zniesienia niż dla człowieka dorosłego. Jednakże dziecko, które nigdy nie słyszało ma poważne trudności w przyswajaniu sobie języka i mowy zrozumiałej dla otoczenia. Trudności takich nie ma osoba, która ogłuchła w późniejszym okresie życia, po opanowaniu mowy i zdobyciu odpowiedniego wykształcenia. (p.red. Hulek A. , 1977).

Pamiętajmy jednak, że wczesne, odpowiednio prowadzone postępowanie rewalidacyjne może wiele z wymienionych wyżej konsekwencji głuchoty skutecznie niwelować

## REWALIDACJA MAŁEGO DZIECKA GŁUCHEGO

Wymienione w pierwszym rozdziale ogólne zasady rewalidacji i formy postępowania terapeutyczno – wychowawczego obowiązują również w pracy z dziećmi głuchymi.

Surdopedagogika określa główne cele działań rewalidacyjnych, m.in.:

- Przywracanie sprawności uszkodzonego zmysłu słuchu przez umożliwienie korzystania z posiadanych resztek słuchowych drogą odpowiednich ćwiczeń bądź pobudzanie nerwu słuchowego i centralnego układu nerwowego przez zastosowanie wszczepu ślimakowego i rewalidację.
- Przywracanie sprawności psychicznej przez usprawnianie procesów poznawczych, zaburzonych wskutek ograniczenia percepcji bodźców słuchowych, w tym mowy dźwiękowej.

Wielokrotnie podkreślaliśmy, że wczesna diagnoza i interwencja ma ogromne znaczenie dla rozwoju niepełnosprawnego dziecka. Prekursorką i gorącą propagatorką wczesnej diagnozy i rewalidacji w Polsce była audiolog Maria Góral. Ona pierwsza zwróciła uwagę na rolę rodziców i domu rodzicielskiego w pracy nad usprawnianiem małego dziecka.

Coraz częściej potwierdza się opinia, że stopień zaburzenia słuchu nie jest najważniejszym wyznacznikiem ograniczeń i możliwości rozwojowych dziecka. Duże znaczenie rewalidacyjne ma wczesne usprawnianie zaburzonego odbioru słuchowego. Coraz liczniejsze badania medyczne i psychopedagogiczne wskazują, że należy wykorzystać pierwsze miesiące i lata życia dziecka, gdyż w tym okresie intensywnie rozwija się układ nerwowy, który jest fizjologicznym podłożem życia psychicznego. Powstają wówczas najbardziej trwałe odruchy warunkowe i rozwijają się podstawowe funkcje psychiczne człowieka. Specyficzne bodźce środowiska odnoszą największy skutek wtedy, gdy ich działanie przypada w określonym okresie rozwoju. Oddziaływanie po tym okresie jest już znacznie słabsze. Dla uwrażliwiania słuchu i rozwoju mowy okresem krytycznym są pierwsze trzy lata życia. Wczesna diagnoza i interwencja powinna nastąpić w okresie od pół do pierwszego roku życia. Wykorzystuje się wtedy elastyczność układu nerwowego i podatność małego dziecka na ćwiczenia, w których jeszcze nie przeszkadzają utrwalone negatywne stereotypy postępowania. (p.red. Dykcik W. , 1998).

Wiedza audiologiczna o możliwościach małego dziecka, wysiłek rodziny w zakresie stałego włączania dziecka w krąg życia codziennego przez stałe posługiwanie się w

kontaktach z nim mówią, a wreszcie postęp techniczny, który pozwala już w niemowlęctwie stosować rozmaitego typu indywidualnie dobrane elektroakustyczne protezy, to trzy bezcenne osiągnięcia współczesnej surdologii, które muszą być umiejętnie wykorzystane do maksymalnego zmniejszenia skutków upośledzenia słuchu.

Obecnie najbardziej ułatwiło surdopedagogom pracę z dziećmi niesłyszącymi przesunięcie nauki mowy (wraz z właściwym zaprotezowaniem) do momentu spostrzeżenia u dziecka głuchoty, a więc w wypadku głuchoty wrodzonej do najwcześniejszych nie tylko miesięcy, ale tygodni życia niemowlęcia.

Ważną dla nauczania mowy dziecka głuchego sprawą jest trening słuchu. Stwierdzono bez żadnej wątpliwości, że trening taki wywołuje u dzieci z większymi resztkami słuchu znaczne polepszenie rozumienia mowy, dzieci zaś z wielkimi nawet ubytkami słuchu chroni przed smutnym losem głuchoniemego.

Samo życie wskazuje, że przede wszystkim matka powinna się zająć treningiem słuchowym i pierwszą nauką odczytywania z ust jest to związane nie tylko z tym, że jest ona osobą, z którą małe dziecko ma stały kontakt, ale także z tym, że kontakt ten jest w sposób naturalny oparty na emocjonalnej wymianie dodatnich uczuć ugruntowujących poczucie bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia, co jest niezbędnym warunkiem efektywności wszelkiej nauki dziecka.

Trening słuchu musi polegać przede wszystkim na tym, aby już maleńkie dziecko głuche zrozumiało, że istnieje porozumienie ustne i żeby zaczęło próbować korzystać z tej formy porozumienia. Stawia to przed otoczeniem (głównie przed matką) obowiązek stałego mówienia we wszystkich kontaktach z jak najmniejszym już dzieckiem i doprowadzaniem go do poczucia potrzeby odczytywania z ust. Matka powinna nieustannie rozmawiać ze swoim dzieckiem, tak jak matka małego słyszącego dziecka mówi do niego wiele rzeczy, których ono jeszcze nie rozumie. Trening słuchowy prowadzić należy pod kierunkiem specjalistów. Holenderski surdopedagog Van Uden poleca rodzicom stosowanie tzw. metody macierzyńskiej. Jeśli stosować ją będziemy konsekwentnie, nauczymy dziecko używania mowy w kontaktach ze wszystkimi ludźmi, których spotyka.

Celem specjalistycznego poradnictwa jest również dopomożenie rodzicom w zaakceptowaniu dziecka takim, jakim ono jest. Im wcześniej rozpocznie się poradnictwo rodziców, tym szybciej dojdzie do wytworzenia dobrych stosunków między rodzicami a

dzieckiem. Wówczas rozwinię się obustronne zrozumienie, zaufanie, co ułatwi słowne porozumiewanie się z dzieckiem.

W atmosferze bezpieczeństwa i przyjaznego komunikowania się rodzice winni dostarczać dziecku maksymalną ilość bodźców poznawczo – emocjonalnych, a także uczyć samodzielności i przygotowywać do współżycia z dalszym otoczeniem.

Kolejnym ważnym etapem w życiu dziecka jest okres przedszkolny. Maria Góral pisze: „Wychowanie przedszkolne potrzebne jest dziecku źle słyszącemu lub niesłyszącemu w jeszcze większym stopniu niż dziecku słyszącemu. Dostarcza ono dziecku tak potrzebnych mu różnorodnych zajęć rozwojowych, stwarza liczne okazje sprzyjające samodzielności społecznej, a także liczne sytuacje wymagające posługiwania się mową. Ta ostatnia okoliczność sprzyja wykorzystywaniu przez dziecko wszystkich posiadanych możliwości i umiejętności w zakresie rozumienia mowy oraz mówienia”. (Góralówna M. , Domańska A. , 1966. , s. 113).

Te sytuacje stwarzają niezwykle silny doping obok wymienionych wartości, jakie daje przedszkole. Dziecko musi się bowiem przekonać o konieczności posługiwania się mową ustną, a to przekonanie jest istotnym motywem do nauki mowy. Toteż mimo wszystkich rzeczywistych trudności umieszczenie dziecka głucheego wśród dzieci zdrowych w przedszkolu (najlepiej integracyjnym) jest bardzo pożądane.

W przedszkolu dziecko głuche prócz rozszerzania słownictwa powinno zacząć naukę początkowego pisania i czytania na zasadzie odwzorowywania całych słów i zdań połączonych z poznawanymi przedmiotami (etykietowanie), wykonywanymi zleceniami dla lepszego przygotowania do wejścia do szkoły. Również podstawy matematyczne trzeba już zapoczątkować wprowadzając je w formie zabawy.

W okresie przedszkolnym należy kształtować następujące umiejętności:

- sprawność ruchową,
- uwagę i spostrzegawczość,
- samodzielność i wytrwałość,
- umiejętność naśladownictwa,
- pamięć i wyobraźnię,
- rozumowanie i wnioskowanie,
- nabywanie wiadomości i umiejętności, a także postaw moralno społecznych.

(Góralówna M. , Domańska A. , 1966).

Rzecz oczywista, że cechy te są w dalszym ciągu rozwijane w wieku szkolnym.

Maria Góral zestawia w punktach zasady nauczania mowy dziecka z głębokim uszkodzeniem słuchu w wieku przedszkolnym:

1. Okres gotowości do przyswajania mowy na drodze słuchania trwa od urodzenia do trzeciego roku życia, co jest bardzo istotne w pracy z dzieckiem źle słyszącym.
2. Posiadany przez dziecko słuch, niezależnie od stopnia utraty, powinien być stale wykorzystywany dzięki używaniu obuuszných aparatów słuchowych.
3. Sposób i stopień wzmocnienia należy dobrać tak, aby dziecko mogło uzyskać optymalne rezultaty.
4. Dla pełnego wykorzystania wzmocnionych dźwięków niezbędny jest trening słuchowy.
5. Okres ćwiczenia funkcji słuchowej musi być dostatecznie długi dla uzyskania optymalnych rezultatów.
6. Dziecko najpierw powinno zdobyć ogólną orientację słuchową, a dopiero potem ćwiczyć się w szczegółowym rozróżnianiu dźwięków.
7. Poznawanie szczegółów dźwięków mowy powinno być poprzedzone zaznajomieniem się z naturalną szybkością, rytmem i modulacją mowy.
8. Stałe przebywanie w otoczeniu mówiących ma zasadnicze znaczenie dla przyswajania mowy.
9. U dzieci w wieku poniżej trzech lat stosowanie aparatów słuchowych i przyswajanie mowy na drodze słuchowej daje dużo lepsze wyniki niż u dzieci starszych.

Pracę nad rozwojem mowy należy więc rozpocząć jak najwcześniej, gdy tylko zaistnieje podejrzenie trwałego uszkodzenia słuchu, zanim jeszcze zostanie ono potwierdzone szczegółowymi badaniami. Zwlekanie z rozpoczęciem pracy nad rozwojem mowy do czasu uzyskania miarodajnego wyniku audiogramu powoduje stratę cennego czasu wówczas, kiedy dziecko jest w okresie fizjologicznej gotowości do przyswajania sobie mowy i do mówienia. Przystępując do pracy rehabilitacyjnej nad dzieckiem dotkniętym trwałym i ciężkim uszkodzeniem słuchu, należy brać pod uwagę kilka aspektów:

- aktualny rozwój mowy biernej i mowy czynnej,
- możliwość wykorzystania w pracy nad mową posiadanych przez dziecko resztek słuchu z uwzględnieniem urządzeń wzmacniających dźwięki,

- dobór metod w zależności od potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka.”(Góralówna M. , 1970. , s. 59 – 60).

Widzimy więc, że zarówno w życiu maleńkiego dziecka, jak i dziecka przedszkolnego centralnym zagadnieniem jest nawiązanie z nim kontaktu przez słowne porozumiewanie się. Konkretnie sprowadza się to do stałego – coraz bardziej dokładnego – uczenia go czytania z ust i jednocześnie z tym nauki mówienia, a więc artykułowania. Zasadniczym elementem ułatwiającym czytanie z ust jest sytuacja, która wzbudza zainteresowanie dziecka. Jednym słowem nauka czytania z ust musi być jak najściślej związana z konkretnym, codziennym życiem danego dziecka, jego osobowością i opierać się musi na stałym kontakcie z osobą uczącą. Żeby czytać z ust, trzeba znać wyrazy, które mają być przeczytane. Stąd musimy wrócić do problemu konieczności jak najściślej łączenia nauki mowy z dobrym przyswajaniem sobie przez dziecko desygnatu poznawanego słowa, desygnatu włączonego w całokształt jego warunków życiowych, potrzeb, zainteresowań itd. Ważne jest podkreślenie konieczności łączenia tej nauki z wykorzystywaniem różnego typu aparatów słuchowych, które choćby nawet przy ciężkiej głuchocie nie dawały pomocy w rozróżnianiu dźwięków, dają jednak podkład dźwiękowy.

W związku z zagadnieniem uczenia mowy artykułowanej musimy zatrzymać się na ważnym zagadnieniu języka migów. Cała historia nauczania głuchych toczy się pod znakiem dyskusji między zwolennikami uczenia dzieci głuchych tylko mowy dźwiękowej a zwolennikami rozpowszechniania migów. Obecnie jest coraz więcej zwolenników nauczania głuchych na podstawie języka artykułowanego. Opierają się oni na coraz lepiej uzasadnionych pracach psychologicznych związanych z neurofizjologicznymi prawami dotyczącymi znaczenia języka dla całokształtu rozwoju poznawczego, socjologowie mają coraz więcej dowodów na to, jak bardzo szkodliwe jest tworzenie w społeczeństwie gett ludzi, w tym wypadku oddzielonych od innych murem niemożności swobodnego, słownego komunikowania się z nimi. Używanie języka migowego zuboża głuchego pod względem treściowym. Migi utrudniają tworzenie się prawidłowego mechanizmu procesów myślowych, a szyfr migowy dostępny tylko dla głuchych izoluje ich jeszcze bardziej od świata słyszących. Jeśli głuchy może bez większego wysiłku porozumieć się migami z innymi niesłyszącymi, i w związku z tym zaspokaja potrzebę porozumiewania się, traci motywację do żmudnej i wymagającej dużego wysiłku nauki mowy artykułowanej.

Sprawę posługiwania się przez głuchych językiem migowym należy jednak rozpatrywać jeszcze z innych stron. Nie wszyscy ludzie dorośli nie słyszący i nie mówiący potrafią nauczyć się mowy artykułowanej czy czytania z ust, jeśli tego nie nauczyli się w dzieciństwie, stąd zrozumiałe jest, że posługują się językiem migowym. Jeśli ktoś ze słyszących lub głuchych ma stałe do czynienia z głuchymi, którzy znają tylko migi, musi nauczyć się języka migowego, aby można było porozumieć się z nimi. Istnieją również wypadki znane specjalistom, kiedy głuchy nie jest w stanie nauczyć się czytania z ust ani sztucznego wyuczenia mowy. Są to zresztą jeszcze nie dość znane przyczyny zaburzeń wewnątrzpochodnych – zazwyczaj ośrodkowych – tych głuchych. Tych również należy nauczyć języka migowego. Jednak w zdecydowanej większości przypadków najbardziej wskazane jest uczenie dziecka mowy dźwiękowej od jak najwcześniejszego okresu, bowiem podstawową zasadą w rewalidacji głuchego jest oparcie jego rozwoju na mowie artykułowanej, której musi się nauczyć za pomocą czytania z ust i sztucznie wyuczonego mówienia. (Doroszevska J. , 1989).

## **NAUKA SZKOLNA DZIECI GŁUCHYCH**

Problemem otwartym pozostaje ciągle podjęcie decyzji, w jakich szkołach powinny uczyć się dzieci niesłyszące. Dyskutanci dzielą się na trzy kategorie. Pierwsi uważają, że integracja wszelkiego typu dzieci upośledzonych powinna być całkowita z dziećmi normalnymi i stosowana od początku nauki szkolnej w szkole masowej, niezależnie od tego, jak dziecko do tej szkoły jest przygotowane, a więc – jeśli chodzi o dziecko głuche – nawet zupełnie nie mogące się porozumieć ustnie z otoczeniem. Drudzy sądzą, że dzieci upośledzone (a więc i głuche) powinny uczyć się w wydzielonych klasach specjalnych w szkołach normalnych. Pozostali twierdzą, że dziecko ze znacznie większymi, wrodzonymi sensorycznymi uszkodzeniami (a więc głuche i niewidome) powinno w klasach młodszych uczyć się w oddzielnej szkole specjalnej (jak najściślej zresztą stale kontaktującej uczniów w różnych sytuacjach szkolnych i pozaszkolnych z dziećmi sprawnymi), w szkole posiadającej odrębną, ściśle dostosowaną do potrzeb danych dzieci organizację, która dokładnie odpowiada różnorodnym potrzebom poznawczo – uczuciowo – społecznym tych dzieci. Dokonuje ona tego pracując specjalną metodą dydaktyczno – wychowawczą, która

daje nadto możliwość wykorzystania szeroko uwzględnionej aparatury elektroakustycznej, wzmacniającej dźwięk.

Oddanie dziecka do szkoły normalnej niewątpliwie przyspieszy naukę mowy. Ale jeśli rewalidator postawi sobie za cel nie tylko naukę mowy w sensie sprawności komunikowania się, ale przede wszystkim rozwój poznawczo – emocjonalny i osobowościowy dziecka jako podstawę do prawdziwie efektywnej nauki mowy – wtedy nie sposób jest oddawać dziecko niesłyszące jeszcze nie przygotowane odpowiednio do szkoły normalnej, gdzie będzie musiało od razu stanąć na poziomie dzieci słyszących, które nie tylko mówią, ale znają całe bogactwo znaczeń mowy dla dziecka głuchego niedostępne.

Za umieszczeniem dziecka w szkole normalnej przemawiają następujące argumenty:

- oderwanie dziecka od domu rodzinnego odbija się niekorzystnie na rozwoju emocjonalnym
- warunki nauczania w szkole normalnej poprawiły się, zarówno pod względem wykształcenia kadry pedagogicznej, jak i pomocy dydaktycznych, tak że szkoła może w większym niż dotąd zakresie podjąć nauczanie dzieci dotkniętych różnego rodzaju kalectwami. W tym celu w szkołach masowych tworzy się klasy integracyjne.

Badania wykazały, że dobrze przygotowane dzieci dają sobie radę w klasie integracyjnej, mając zapewnioną stałą, dodatkową pomoc specjalistów. Z punktu widzenia jak najpełniejszej integracji takie rozwiązanie jest w pełni uzasadnione. Jeśli jednak rozwój mowy dziecka w chwili osiągnięcia wieku szkolnego jest tak opóźniony, że niemożliwe byłoby pobieranie nauki w szkole zwykłej, to dziecko powinno być skierowane do szkoły specjalnej dla niesłyszących.

W szkołach dla dzieci niesłyszących obowiązuje specjalny program nauczania, pracują w nich nauczyciele przygotowani do pracy rewalidacyjnej z dzieckiem (surdopedagodzy), którzy ściśle współpracują z wychowawcami internatu, rodzicami, psychologiem, logopedą, otolaryngologiem i konserwatorem aparatury korekcyjnej.

Do obowiązków szkoły normalnej przyjmującej dziecko niesłyszące należy odpowiednie przygotowanie nauczycieli z zakresu zadań rewalidacyjnych. Wychowawca musi posiadać dobrą, świadomą wolę przyjęcia do swego zespołu klasowego takiego dziecka, a dzieci słyszące muszą być odpowiednio przygotowane na właściwe przyjęcie go w zespole. Dziecko głuche w szkole normalnej musi posiadać specjalne, dodatkowe warunki, musi mieć zapewnione miejsce w klasie dobrze oświetlonej, niedaleko tablicy, nauczyciel

powinien stale o tym pamiętać, że musi tak mówić do dzieci, aby dziecko głuche mogło odczytywać z jego ust wypowiedane słowa.(Doroszewska J. , 1989).

W kształceniu dzieci z uszkodzonym słuchem obowiązują podobne zasady nauczania i wychowania jak w przypadku dzieci zdrowych, czyli:

- systematyczności,
- pogładowości,
- samodzielności,
- związku teorii z praktyką,
- efektywności,
- stopniowania trudności,
- indywidualizacji z socjalizacją.

Do kształcenia pogładowego w nauczaniu głuchych doskonale nadaje się metoda ośrodków pracy stosowana w naszych szkołach specjalnych. Umożliwia ona organizację metodycznego wykorzystywania różnorodnych bodźców środowiska zewnętrznego biologiczno – społecznego do celów poznawczych drogą umiejętnie zorganizowanej zbiorowej aktywności samych uczniów. Tylko tą drogą może każda szkoła dawać swym uczniom to, co jest jej najważniejszym zadaniem: doświadczenia. Dla dzieci głuchych metoda ta ma nadto dodatkowe ważne walory przez wprowadzenie zbiorowo przeżywanym dodatnich emocjonalnie sytuacji poznawczych, zwykle organizowanych w bezpośrednim zetknięciu się z poznawanym konkretnym autentycznym obiektem, a to wyzwała potrzebę słownego dzielenia się spostrzeżeniami, nazywania, formułowania sądów, wymieniania ich, zadawania pytań – jednym słowem nieustannej werbalizacji, której wywołanie jest tak ważne dla celów rewalidacyjnych.

W procesie praktycznej rewalidacji surdopedagogika uwzględnia następujące metody i zasady:

- profilaktykę, czyli zapobieganie występowaniu i pogłębianiu się wady słuchu i jej skutków, szczególnie w zakresie zaburzeń osobowościowych,
- kompensację, czyli rozwijanie i wykorzystywanie innych zmysłów, np. wzroku, dotyku dla poznawania otaczającej rzeczywistości,
- korekturę, czyli wykorzystywanie różnych urządzeń technicznych, ułatwiających odbiór świata dźwięków, w tym dźwięków mowy,

- usprawnianie (wychowanie i trening słuchowy), czyli uwrażliwianie istniejących resztek słuchu i wykorzystywanie ich dla pełnego rozwoju dziecka,
- dynamizowanie wewnętrzne jednostki, czyli psychiczne aktywizowanie jednostki, bodzenie wiary we własne siły i możliwości.(p.red. Dykcik W. , 1998).

## **REWALIDACJA DZIECI NIEDOSŁYSZĄCYCH**

Przypomnijmy, że niedosłyszający to człowiek z częściowym ubytkiem słuchu, który może słyszeć i rozumieć mowę ustną z pomocą protezy słuchowej lub bez niej. W przeciwieństwie do głuchego niedosłyszający nauczy się mowy dźwiękowej drogą naturalną, tzn. słuchową.

Stąd tak wielką wagę ma teza, że szkolnictwo dla głuchych – uczonych mowy drogą sztuczną – musi być oddzielone od szkolnictwa dla dzieci niedosłyszających, które - powtarzamy – choćby w minimalnym stopniu mają jednak możliwość osiąść naukę mowy i doskonalenia jej naturalną drogą słuchową (wspartą oczywiście odpowiednią aparaturą). Oczywiście jest także, że dzieci z lekkim niedosłuchem powinny znaleźć się w szkole normalnej. Szkoła ta musi szczególnie zatroszczyć się o udostępnianie tym uczniom warunków sprzyjających ich swoistym potrzebom i o umożliwienie korzystania z pomocy logopedy.

Rewalidacja dzieci niedosłyszających tym się różni od rewalidacji dzieci z głębokim upośledzeniem słychu, że punkt ciężkości pracy surdopedagoga musi się tu przesunąć na nieustanne rozwijanie i bogacenie naturalnej mowy dziecka z położeniem – jak zawsze – nacisku na ogólny rozwój, odpowiedni do okresu rozwojowego dziecka, ale koniecznie drogą kontaktów ustnych. I znów bardzo ważne jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie treningu słuchowego i ustnego komunikowania się z dzieckiem, a także wczesnego i odpowiedniego zaprotezowania go i o ile to jest możliwe uczenia go w szkole normalnej. Wyklucza się uczenie dzieci niedosłyszających razem z głuchymi, gdyż nauka tych ostatnich musi być oparta na odbiorze wzrokowym. Niedosłyszający wprawdzie też korzystają nieraz ze wzrokowego odczytywania z ust, ale musi to być traktowane jako indywidualnie stosowana pomoc w trudniejszych warunkach, a nie regułą.

Tak więc podstawowym zadaniem środowiska tych dzieci jest stałe udostępnianie im odbioru słuchowych wrażeń w ciągu każdego momentu ich życia codziennego. Poprzez ciągłe stymulowanie słuchu dokonuje się w nich coraz większego uczulenia na zjawiska słuchowe, co w sposób oczywisty poprawia ich wymowę.

Ważnym zadaniem otoczenia jest dostarczanie dzieciom odpowiednich aparatów wzmacniających dźwięki i przyzwyczajanie ich do korzystania z nich w ciągu całego dnia. Dla dzieci niedosłyszących ważne są dwa rodzaje aparatów – indywidualne aparaty słuchowe o stosunkowo ograniczonym wzmocnieniu, ale małe i dające się łatwo przenosić, a więc mogące stanowić stale wykorzystywaną protezę słuchową (dla jednego lub obojga uszu), oraz aparaty stacyjne o szerszym paśmie przewodzenia i większych możliwościach wzmacniania. Aparatura stacyjna jest zainstalowana w klasach szkolnych i wykorzystywana szeroko do ćwiczeń w słuchaniu i mówieniu oraz w dydaktyce. Trzeba jednakże pamiętać, że każdy wzmacniacz dźwięków – zwłaszcza zminiaturyzowany – ma określony zakres liniowej dynamiki wzmocnienia, tzn. dźwięk zbyt słaby leży poniżej poziomu szumów własnych wzmacniacza, dźwięk natomiast zbyt silny ulega zniekształceniu i może spowodować ból, którego nawet jednorazowe odczucie może zniechęcić dziecko do aparatu.

Szkoła dla niesłyszących realizuje w zasadzie program szkoły normalnej. Dodatkowym zadaniem jest nauczanie poprawnej, wyraźnej wymowy. Szczególnie ważne są tu ćwiczenia oddechowe, rytmiczne, ustawianie i ożywianie głosu, ćwiczenia artykulacyjne, korygowanie wad wymowy, nauczanie odczytywania mowy z ust. Dzieci, które szybciej zostaną zrewalidowane, będą mogły przechodzić do szkoły normalnej.(Doroszewska J. , 1989).

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Doroszevska J. : Pedagogika specjalna. Warszawa 1989.
2. Dykcik W. (red.): Pedagogika specjalna. Poznań 1998.
3. Dziedzic S. : Rewalidacja upośledzonych umysłowo. Warszawa 1970.
4. Góralówna M. :Dziecko z trwałym kalectwem słuchu. Zagadnienia diagnostyki postępowania leczniczo – rehabilitacyjnego. Warszawa 1970.
5. Góralówna M. : Potrzeby wychowawcze małego dziecka głuchego. Poradnik dla rodziców. Warszawa 1986.
6. Góralówna M. , Domańska A. : Dziecko niesłyszące w rodzinie. Warszawa 1966.
7. Hulek A. (red.): Pedagogika rewalidacyjna. Warszawa 1977.

## **Rozdział III**

# Psychospołeczne Problemy Rodziny Dziecka Niepełnosprawnego

Narodziny dziecka dla każdej rodziny są głębokim i szczęśliwym przeżyciem, przy narodzinach dziecka niepełnosprawnego krótka chwila szczęścia przeradza się w dramat, często tragedię rodziców. Zadają sobie pytania: Dlaczego mnie to spotkało? Dlaczego to mój syn czy moja córka jest chora? Kto jest winien – ja czy mąż? Może zawinili lekarze? Pytania te są naturalnym odruchem szukania przyczyny narodzin dziecka niepełnosprawnego. Dla rodziców i otoczenia jest to sytuacja nowa i trudna. W rezultacie ulegają zakłóceniu relacje między członkami rodziny.

Najpierw następuje okres szoku (krytyczny lub wstrząsu emocjonalnego), bezpośrednio po tym, jak rodzice dowiadują się, że ich dziecko jest niepełnosprawne. Psychika rodziców ulega dezorganizacji, w ich przeżyciach dominuje: żal, rozpacz, lęk, poczucie krzywdy. W rodzinie pojawiają się kłótnie, wzajemna wrogość. W tym czasie bardzo ważnym jest łagodzenie zdrażeń. Sposób rozwiązywania problemów zależy od indywidualnych cech osobowości rodziców. Dla niektórych wystarczy kilka godzin spokoju i ciszy, niektórym potrzeba długiej rozmowy z przyjaciółmi lub innymi rodzicami dzieci niepełnosprawnych. Są i tacy, którym potrzebna jest pomoc psychologa lub wizyta w poradni rodzinnej.

Następny okres to kryzys emocjonalny. Rośnie rozpacz rodziców, pogłębia się depresja. Nie mogą oni pogodzić się z myślą, że ich dziecko jest niepełnosprawne. Mają poczucie zawodu. Konflikty i kłótnie pogłębiają się. Następuje dezorganizacja funkcji rodzinnych. Przybiera to różne formy: nie zajmowanie się sprawami rodziny i dziecka, ucieczka w alkohol lub pracę zawodową, może nastąpić także całkowite opuszczenie rodziny. Z czasem rodzice podejmują próbę racjonalnego rozpatrzenia swej sytuacji. Oczywiście nadal mogą przeżywać stresy i problemy emocjonalne, ale nie są one już związane z pytaniem: Dlaczego my i nasze dziecko?, lecz z pytaniem: Jak pomóc dziecku i jak zorganizować życie własne i rodziny? Życie i funkcjonowanie rodziny zaczyna organizować się wokół wspólnego celu – niesienia pomocy dziecku.

W przeżyciach rodziców zaczynają dominować uczucia pozytywne, gdyż kontakty z dzieckiem i czynności wykonawcze wokół niego zaczynają przynosić im satysfakcję. Jednak zdarza się, że niektórzy rodzice nigdy nie mogą pogodzić się z zaistniałą sytuacją i mogą trwać w rozpaczach i poczuciu beznadziejności lub mogą u nich dominować mechanizmy obronne, które z czasem ustępują przekonaniu, że nic się nie da zrobić. W konsekwencji rodzice ujawniają zaburzenia nerwicowe, przyjmują postawę rezygnacji i apatii. Lęki

egzystencjalne dotyczą życia ludzkiego jako takiego, towarzyszy im poczucie beznadziejności, bezsensowności i pustki. (K. Obuchowski, 1965).

Rodzice dzieci niepełnosprawnych w trudnym procesie pokonywania problemów egzystencjalnych i emocjonalnych, zazwyczaj oscylują pomiędzy nastawieniem katastroficznym (symptom Kasandry) i optymistycznym (symptom Pollyanny). Oscylacja taka może się nakładać na wszystkie kolejne fazy przystosowania się do sytuacji bycia rodzicami dziecka niepełnosprawnego. (I, Obuchowska, 1999).

Wraz z rozwojem dziecka następuje przemiana przeżyć emocjonalnych rodziców. Negatywne emocje wraz z wiekiem i rozwojem dziecka mogą się nasilać lub słabnąć. Wyraźne nasilenie problemów emocjonalnych następuje wówczas, gdy pojawiają się w rozwoju dziecka ważne wydarzenia życiowe np. uczęszczanie do przedszkola. Rodzice boją się jak zostaną przyjęte ich dzieci (np. w przedszkolu masowym) przez rówieśników i nauczycieli, czy sprostają wymaganiom programowym. Boją się rozstania z dzieckiem w przypadku dzieci niewidomych lub głuchoniemych. Wielką rozterkę powoduje u nich obawa, że dzieci mogą mieć niedostateczną opiekę.

Początek nauki szkolnej to kolejny moment wyzwalaający liczne problemy u rodziców. Orzeczenie, że dziecko powinno uczęszczać do szkoły specjalnej jest dla wielu rodziców silnym przeżyciem. Rodzice często wstydzą się, że ich dziecko jest uczniem szkoły specjalnej. Kiedy natomiast dziecko uczęszcza do szkoły masowej, to obawiają się, że może być odrzucone przez rówieśników lub nauczycieli, albo że mając trudności w nauce, zostaną przesunięte do szkoły specjalnej.

Kolejnym okresem, w którym przeżycia rodziców ulegają nasileniu jest wiek dorastania. Ich przeżycia koncentrują się wokół pytań: Co dalej? Czy możliwe jest dalsze kształcenie i zdobycie jakiegoś zawodu? Czy i gdzie znaleźć można odpowiednią szkołę? W tym okresie również przeżywane przez młodego człowieka frustracje mogą być przyczyną agresji kierowanej ku rodzicom i stanowić przyczyny konfliktów.

Silne problemy emocjonalne przeżywają rodzice dzieci niepełnosprawnych także wówczas, gdy pełnosprawni rówieśnicy ich dzieci rozpoczynają pracę zawodową. Jeżeli dziecko niepełnosprawne nie podejmie pracy, to na rodziców spada obowiązek dalszego opiekowania się nim. Prowadzi to do przemęczenia rodziców oraz wywołuje poczucie beznadziejności, ponieważ nie widzą oni perspektyw na przyszłość.

Bardzo istotną rolę odgrywa sytuacja bytowa rodziny. Niepełnosprawność dziecka najczęściej pogarsza sytuację ekonomiczną rodziny. Często zaczynają się problemy finansowe. Większość matek musi przerwać pracę zawodową, aby zająć się wychowaniem dziecka niepełnosprawnego. Obniża to zdecydowanie standard materialny życia rodziny. Równocześnie wzrastają wydatki, ponieważ niepełnosprawne dziecko wymaga leczenia, troskliwej opieki i specjalnych zabiegów wychowawczych. Często sytuacja ekonomiczna większości rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne jest trudna, a nawet czasami kryzysowa. Trudne warunki materialne, zmuszające do licznych wyrzeczeń i ograniczeń powodują wzrost napięć i konfliktów między małżonkami. Mogą one również wpływać na wzrost agresywnych i karzących zachowań wobec dziecka. Tak więc problemy materialne nakładają się na już występujące problemy emocjonalne. Sytuacja poprawia się, gdy dziecko zaczyna uczęszczać do przedszkola lub szkoły i matka wraca do pracy. Także wtedy, gdy dziecko niepełnosprawne podejmuje pracę i swymi zarobkami wspomaga budżet rodzinny, ale gdy tak nie jest matka musi ponownie przerwać pracę, aby się nim zaopiekować.

Bardzo istotny, dla rodziców jest fakt posiadania mieszkania odpowiednio przystosowanego do niepełnosprawności dziecka, aby mogło z niego korzystać w miarę samodzielnie. Brak miejsca lub odpowiednich urządzeń w mieszkaniu bardzo komplikuje rodzicom opiekę nad dzieckiem.

Wychowywanie niepełnosprawnego dziecka modyfikuje dotychczasowe życie zawodowe rodziców. Matka najczęściej, jak już wspomniałam, zmuszona jest przerwać pracę zawodową. Ojciec natomiast szuka nowych źródeł dochodu, chcąc zapewnić byt rodzinie. Przekształceniu ulega również życie towarzyskie rodziców. Zazwyczaj ograniczają oni zakres i częstotliwość dotychczasowych kontaktów towarzyskich. Przystają się spotykać z przyjaciółmi, przyczyny tego mają charakter obiektywny (brak czasu), lub subiektywny (poczucie wstydu). Rodzice ograniczają także swe uczestnictwo w życiu kulturalnym. Rzadko chodzą do kina, teatru lub na koncerty. Spowodowane jest to głównie brakiem czasu ale również i sytuacją materialną.

Bardzo istotne znaczenie w procesie integracji społecznej mają różnego typu bariery np. architektoniczne i komunikacyjne. Zwykle utrudniają one (lub uniemożliwiają) włączenie dziecka w życie otoczenia społecznego, często z tego właśnie powodu musi pozostać w mieszkaniu. Ważną rolę odgrywa tutaj postawa rodziców – izolacyjna czy też integracyjna.

W całym procesie dochodzenia do równowagi nie można zapomnieć o najbliższej rodzinie, znajomych, otoczeniu sąsiedzkim. Oni wszyscy mają wpływ na unormowanie sytuacji w rodzinie, w której pojawiło się dziecko niepełnosprawne. (E. Mazanek, 1998). Rodzice dzieci niepełnosprawnych są zagrożeni negatywnymi przeżyciami, ale nie są na nie skazani bezwarunkowo. Najbardziej narażeni są rodzice dzieci autystycznych i głębiej upośledzonych umysłowo. Istotne znaczenie ma odporność emocjonalna rodziców i ich sposoby reagowania na stres. W korzystnej sytuacji są rodzice, którzy aktywnie reagują na stres i dążą do konstruktywnego rozwiązywania problemów.

Rodzina wychowująca dziecko niepełnosprawne, aby prawidłowo realizować swe podstawowe zadania, a także aby zachować równowagę i trwałość, musi dokonać istotnych przekształceń w swoim dotychczasowym funkcjonowaniu. Posiadanie dziecka specjalnej troski przysparza bowiem rodzinie wielu problemów natury wychowawczej, emocjonalnej i społecznej.

Duże znaczenie dla rodziców ma czynnik społeczny. Panuje coraz większe zrozumienie dla problemów rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym, rośnie świadomość, iż tylko poprzez pomoc rodzinie możliwa jest pomoc w rozwoju dziecka. Chodzi również o możliwość zmniejszenia stopnia cierpienia dziecka i poprawę funkcjonowania wszystkich członków rodziny.

Nie ma chyba uczuć, których nie przeżywaliby rodzice dzieci niepełnosprawnych, bo choć wiele miejsca w ich życiu zajmuje ból, smutek i rozpacz, to jest tam także miejsce na radość i nadzieję, dumę i szczęście. Myślę więc, że życie takiej rodziny powinno przebiegać normalnie pomimo niesprawności jednego z jej członków.

## **Bibliografia**

1. Kościelska M. : Oblicza upośledzenia. Warszawa, 1995.
2. Mazanek E. : Dziecko niesprawne ruchowo. Warszawa, 1998.
3. Obuchowska I. (red): Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Warszawa, 1999.

## **Rozdział IV**

# Rodzeństwo osób niepełnosprawnych

W każdej rodzinie, posiadanie przez dziecko rodzeństwa wpływa pozytywnie na proces jego socjalizacji, rozwija szereg umiejętności społecznych, uczy zasad współżycia w grupie i motywacji do działań prospołecznych, współpracy i respektowania praw innych. Stosunki między rodzeństwem mogą oddziaływać na osobowość dziecka równie silnie, jak stosunki między dzieckiem i rodzicami. Między dziećmi w rodzinie wytwarza się często specyficzna szczerość i intymność kontaktu oraz silne przywiązanie. Posiadanie rodzeństwa zwiększa samodzielność, wspomaga dojrzewanie emocjonalne, zmniejsza zależność od rodziców, gwarantuje zwykle dodatkowe wsparcie psychiczne.

Najczęściej relacje między dziećmi mają charakter ambiwalentny – współistnieją w nich wzajemna niechęć, konflikty, rywalizacja, zazdrość z życzliwością, ofiarnością i współpracą. Oprócz tych stosunków mogą występować między rodzeństwem stosunki wrogie lub przyjacielskie. Zachowania wrogie to: złośliwe drażnienie się, dokuczanie, przezywanie, a nawet znęcanie się i bójki jako wyraz agresji. Między dziećmi występuje wówczas nieufność, ścisły rozdział własności i ostra rywalizacja o względy rodziców. Unikają kontaktów ze sobą, nie mają wspólnych zainteresowań. Stosunki przyjacielskie między rodzeństwem cechuje okazywanie silnych uczuć pozytywnych, zaufania, solidarności, wsparcia, lojalności, troski o dobro brata lub siostry, zrozumienia. Przywiązanie i chęć współpracy między rodzeństwem sprzyja indywidualnemu rozwojowi dzieci oraz przyczynia się do tworzenia dobrej atmosfery domowej.

Stosunki panujące wśród dzieci w rodzinie zależą od wielu czynników. Należą do nich: cechy struktury rodzeństwa (liczba dzieci, kolejność urodzenia, różnice wieku, płeć), postawy rodzicielskie i jakość relacji matka – ojciec, ogólny klimat i styl wychowania w rodzinie, wpływ osób postronnych, cechy indywidualne dzieci. Wszelkie wyróżnianie przez rodziców któregoś z dzieci prowadzi zwykle u jego rodzeństwa do zazdrości, gniewu, poczucia zaniedbania. Dziecko pierwotne, któremu urodził się brat lub siostra często odczuwa zmniejszoną troskliwość rodziców wobec siebie i może demonstrować w zachowaniu złość, zazdrość, agresję jawną lub ukrytą wobec młodszego rodzeństwa. Natomiast okazywanie wszystkim dzieciom w rodzinie zainteresowania i opieki przez rodziców wpływa na złagodzenie rywalizacji i sprawia, że stosunki między dziećmi są bardzo przyjacielskie.

Czynnikiem, który w istotny sposób może wpływać na relacje między rodzeństwem, a należy do cech indywidualnych jednego z dzieci, jest jego niepełnosprawność. Obecność

dziecka niepełnosprawnego w rodzinie zmienia warunki rozwoju jego pełnosprawnego rodzeństwa. Dziecko pełnosprawne, widząc, że rodzice wiele czasu i uwagi poświęcają jego ułomnemu bratu lub siostrze, może czuć się zaniedbywane i ograniczane w swych prawach i przywilejach, zwłaszcza jeśli z każdym rokiem ta porcja czasu i uwagi nie zmniejsza się, lecz rośnie. Może ono współczuć upośledzonemu rodzeństwu i rozumieć, dlaczego potrzebuje tak intensywnej opieki, ale jednocześnie towarzyszy temu poczucie krzywdy i żalu, szczególnie gdy dziecko porównuje sytuację swoją i swoich rówieśników. Zdarza się, że postrzega wtedy niepełnosprawne rodzeństwo jako źródło swoich niepowodzeń, zwłaszcza w kontaktach z otoczeniem.

Dziecko zdrowe przeżywa szereg ambiwalentnych uczuć wobec niepełnosprawnego rodzeństwa. Czasem odczuwa gniew z powodu skupienia rodziców na opiece nad niepełnosprawnym. Może czuć się odsunięte od rodziców i mniej kochane. Wobec upośledzonego rodzeństwa może odczuwać zazdrość, wrogość, lecz będąc świadomym oczekiwań rodziców nie ujawnia tych uczuć, może czuć się też winne z powodu przeżywania tychże uczuć. Zwykle dziecko nie radzi sobie z pomieszaniem uczuciowym, jakiego doświadcza. Skutkiem tego może dojść do zaburzenia obrazu samego siebie. Często dziecko zdrowe wykazuje niepokój związany z upośledzeniem brata lub siostry i ma podwyższony poziom napięcia emocjonalnego. Może to wywołać bunt przeciw nadmiernym, dodatkowym obowiązkom zwłaszcza, że niepełnosprawny wymaga więcej czasu i troski niż młodsze rodzeństwo, a przy tym nie zawsze może odwzajemnić się, być takim samym towarzyszem zabaw i pracy jak zdrowe dzieci.

Posiadanie niepełnosprawnego rodzeństwa może być dla dziecka zdrowego źródłem wstydu wobec rówieśników, na których postawy jest ono szczególnie uwrażliwione. Stosunek dziecka pełnosprawnego do upośledzonego może kształtować się pod wpływem pozytywnych lub negatywnych postaw grupy rówieśniczej wobec ułomności brata lub siostry.

Jednak największy wpływ na stosunki między rodzeństwem mają zwykle rodzice. Ich nadmierna koncentracja na niepełnosprawnym dziecku antagonizuje dzieci w rodzinie, u zdrowych wywołuje zazdrość, poczucie odrzucenia przez rodziców i agresję wobec chorego rodzeństwa. Jeśli rodzice akceptują niepełnosprawne dziecko bez faworyzowania go, wówczas rodzeństwo jest bardziej skłonne do okazywania mu sympatii i pomocy.

Pozytywne relacje między rodzeństwem mają ogromne znaczenie dla rozwoju i terapii upośledzonego dziecka. Jest ono w naturalny sposób włączane przez braci i siostry do wspólnych gier i zabaw. Rodzeństwo organizuje mu czas wolny, likwiduje poczucie samotności i nudy. Wsparcie psychiczne otrzymywane od rodzeństwa ma duże znaczenie dla poprawy sytuacji psychologicznej dziecka niepełnosprawnego. Współzycie z upośledzonym dzieckiem jest dla zdrowego rodzeństwa okazją do rozwijania postaw prospołecznych, motywacji pozaosobistej, altruizmu, tolerancji dla inności. Dzieci te zwykle szybciej niż ich rówieśnicy osiągają dojrzałość psychiczną i są bardziej odpowiedzialne.

Na podstawie prowadzonych badań dotyczących przebiegu i uwarunkowań relacji między rodzeństwem w rodzinach, gdzie jedno z dzieci cierpiało na mózgowe porażenie dziecięce (MPD), wysunięto wnioski, iż relacje między dzieckiem zdrowym i dzieckiem z MPD były najczęściej ambiwalentne lub wrogie. Wrogim stosunkom sprzyjała duża różnica wieku między dziećmi i fakt, że dziecko zdrowe było pierworodne. Urodzenie się młodszego dziecka z MPD spowodowało silne skupienie uwagi rodziców na nim i znaczne osłabienie ich zainteresowania zdrowym dzieckiem. Utrata długo zajmowanej pozycji jedynaka i wieloletnie doświadczanie sytuacji, w której matka jest całkowicie zajęta rehabilitacją młodszego brata lub siostry, powodowały poczucie odsunięcia od rodziców, zachwianie poczucia bezpieczeństwa, a w konsekwencji wrogość wobec dziecka z MPD.

W nieco lepszej sytuacji psychicznej były w rodzinie dzieci zdrowe, młodsze od dzieci z MPD. Wchodząc do rodziny zastawały w niej określony podział ról. Skupienie rodziców na opiece nad starszym rodzeństwem nie wywoływało w nich tak silnego poczucia utraty miłości matki, jak u zdrowych dzieci pierworodnych. Przy dużej różnicy wieku między rodzeństwem, wrogość i niechęć były otwarcie wyrażane wobec dziecka z MPD, przy małej były silnie tłumione.

Postawy większości dzieci z MPD wobec zdrowego rodzeństwa cechowały się często oczekiwaniem, że będzie ono pełniło wobec nich podobną jak rodzice, opiekuńczą i pomocniczą rolę. Jeśli dziecko z MPD znajdowało się w pozycji uprzywilejowanej w rodzinie to starało się dominować nad zdrowym rodzeństwem, ograniczać jego swobodne dysponowanie własnym czasem. Dzieci z MPD były też silniej przywiązane do rodzeństwa niż dzieci zdrowe. W tych rodzinach, gdzie rodzice starali się okazywać obydwójgu dzieciom akceptację i stawiać im podobne wymagania, istniała najsilniejsza więź między dzieckiem zdrowym i dzieckiem z MPD oraz występowało najmniej objawów zazdrości.

Stosunki między rodzeństwem zdrowym i niepełnosprawnym są złożone, mogą pojawić się w nich liczne trudności. Dla kształtowania więzi i przyjacielskich relacji między rodzeństwem, ważne jest poświęcanie dużej ilości czasu dzieciom zdrowym, włączanie ich w usprawnianie upośledzonego rodzeństwa, ale nie przeciążania zadaniami opiekuńczymi. Konieczne jest też otwarte, szczerze i rzeczowe informowanie dzieci o stanie i przyczynach niepełnosprawności brata lub siostry. Pozwala to przewyciężyć im poczucie wstydu i skrępowania wobec otoczenia z powodu ułomności członka rodziny. Pomocą w utrzymaniu przez zdrowe dziecko otwartych kontaktów z otoczeniem i rówieśnikami, jest przeciwdziałanie przez rodziców próbom ukrywania lub przemilczania faktu posiadania ułomnego rodzeństwa.

Najskuteczniejszym sposobem wyrabiania pozytywnych postaw dzieci zdrowych w rodzinie wobec niepełnosprawnego dziecka, jest naturalne odnoszenie się do niego rodziców oraz poszanowanie praw i obowiązków wszystkich członków rodziny, bez nadmiernego obciążania ich opieką i bez dużych ustępstw na rzecz dziecka ułomnego.

## **Bibliografia**

M. Kruk: Relacje między rodzeństwem zdrowym i niepełnosprawnym w rodzinie.

## **Rozdział V**

# Wczesna interwencja

Wczesna interwencja może być osiągnięta m.in. przez rozmowy z rodzicami przekazujące im ogólną wiedzę na temat objawów choroby dziecka, konsekwencji, rodzaju trudności z jakimi mogą się spotkać, ale również możliwości leczenia i rehabilitacji. Przekazana wiedza powinna służyć im pomocą w takiej organizacji życia dziecka i takiej pracy z nim od najwcześniejszych chwil, by maksymalnie przezwyciężyć skutki ograniczeń.

Rozmowy te mają również na celu rozładowanie negatywnych emocji u rodziców np. niepokoju, poczucia winy, wstydu. Szczególnie przydatne mogą być w tym wypadku grupowe spotkania rodziców mających podobne problemy, a którym udało się je w jakiś sposób rozwiązać. Powinny być również przeprowadzone rozmowy z najbliższym otoczeniem, np. z babcią, rodzeństwem. Wśród nich dziecko będzie wzrastać i od ich postaw zależy rozwój jego możliwości. Główny akcent musi być jednak położony na pracę z matką, by potrafiła rozładować przeżywane napięcia.

Dziecko upośledzone umysłowo dlatego, że jest dzieckiem ze słabym układem nerwowym, ma szczególne prawo by być blisko matki, słuchać bicia jej serca i brzmienia głosu, co daje mu poczucie bezpieczeństwa. Niezaspokojone potrzeby we wczesnym okresie życia niosą dalekie, negatywne następstwa w psychice dziecka. Inną potrzebą o biologicznym wręcz podłożu jest potrzeba przywierania, przytulania się. Optymalne jej zaspokojenie możliwe jest przez karmienie naturalne, które zapewnia kontakt dziecka z matką.

Program wczesnej interwencji powinien również obejmować elementy tzw. oferowania kochającej opieki. Są nimi: kołysanie, pieszczoty, uśmiechanie się do dziecka, przemawianie do niego. Reakcją rodziców dziecka upośledzonego jest nierzadko wycofywanie tych form, minimalizowanie ich znaczenia m. in. z powodu lęku przed kontaktem. Tymczasem one są jeszcze bardziej potrzebne dziecku upośledzonemu niż innemu. Kołysanie, dając poczucie ciągłości doświadczeń wyniesionych z okresu prenatalnego, uspokaja i rozluźnia. Aktywizuje również kinestetykę dziecka, dostarcza bodźców skojarzonych z przyjemnością dla układu mięśniowego, doskonali zmysł równowagi, zaspokaja potrzeby poznawcze i emocjonalne. Pieszczoty stanowią wielozmysłową stymulację dziecka, a uśmiech i mówienie do dziecka tworzą już w pierwszych dniach i tygodniach życia bazę dla jego rozwoju jako istoty społecznej, nastawionej pozytywnie do świata i ludzi. Te przejawy miłości rodzicielskiej są bodźcem rozwojowym, którego znaczenia nie da się przecenić. Dopiero na ich podstawie

można wysuwać program wczesnej stymulacji dziecka. Jego wykonywanie jest okazją do wspólnych zabaw, okolicznością umożliwiającą bycie z dzieckiem i współprzeżywanie z nim.

Następnym zagadnieniem związanym z pomocą psychopedagogiczną rodzicom dziecka upośledzonego, jest pierwsza informacja. Ciągłe jeszcze lekarzom brak doświadczenia, jak podać wiadomość, by była ona jak najmniej dramatyczna dla rodziców, a jednocześnie obiektywna i rzeczowa. D. Kornas – Biela proponuje następujące wskazania:

1. Informowanie powinno objąć oboje rodziców jednocześnie. Pomaga to w obiektywizacji odbioru przekazu, jak też konsoliduje ich oboje wokół rozwiązania powstałych problemów. Nie należy wyłączać ojca od odpowiedzialności za wychowywanie dziecka i narażać go na uzyskiwanie informacji z drugiej ręki.
2. Sposób informowania należy dostosować do poziomu intelektualnego rodziców oraz modyfikować zależnie od ich reakcji.
3. Specjalista musi być ostrożny, by w rozmowie nie używać niezrozumiałych określeń, fachowych terminów, słów zbyt uproszczonych lub pejoratywnych. Wywołuje to negatywne uczucia u rodziców, ich dezorientację i uprzedzenia we wzajemnych kontaktach z personelem.
4. Trzeba zwrócić uwagę na pantomimikę i sposób wyrażania się, pełni niepokoju rodzice obserwują bacznie całość zachowania diagnosty i starają się odczytać prawdziwą opinię o stanie dziecka nie tylko z treści słów, ale i sposobu ich wypowiedzania, z gestów, wyrazu twarzy itp.
5. Specjalista (lekarz, psycholog, pedagog) odpowiadając na pytania rodziców powinien zawsze zaznaczyć, kiedy jego wiedza jest pewna, co jest tylko prawdopodobne, a czego nie wie. Rodzice dzieci upośledzonych szczególnie mocno akcentują konieczność uczciwości ze strony specjalistów i jasnego precyzowania granic swoich kompetencji oraz umiejętności zawodowych.
6. Pierwsza informacja powinna być ogólna, z akcentem na to, co nie czyni sytuacji beznadziejną, a roztaczane nadzieje powinny być obiektywnie osiągalne.
7. Informacja powinna być tak przekazana, by zachęcała rodziców do swobodnego formułowania pytań, do osobistych wypowiedzi na temat swoich aktualnych odczuć, by na bieżąco, bez skrępowania mogli rozwiązać pojawiające się wątpliwości. Należą się im spokojne, rzeczowe wyjaśnienia. Atmosfera życzliwości, rozumienia i szacunku dla nich stwarza klimat dogodny do następnych spotkań. Specjalista

powinien być nie tylko kompetentnym autorytetem, ale przede wszystkim wrażliwym, pełnym sympatii dla rodziców, których podtrzymuje, naprowadza, przez co zapewnia im poczucie bezpieczeństwa i oparcia w drugim człowieku oraz motywuje ich do dalszego kontaktu.

Należy przy tym zwrócić uwagę, że w zdecydowanej większości przypadków, czas dzielący pierwszy symptom zaburzonego rozwoju dziecka i ostateczną diagnozę o jego upośledzeniu jest stosunkowo długi. . Dla rodziców jest to bardzo trudny czas. Czas bezsilności i poczucia winy z powodu nieumiejętności zaradzenia narastającemu opóźnieniu. Czas depresji i ukrywanych łez w odpowiedzi na każdy objaw zaburzeń. Czas „huśtawki emocjonalnej” od rozpaczki do entuzjazmu, zależnie od zauważalnych zmian w zachowaniu dziecka. Czas lęku przed ujawnieniem się jego niedomogów wobec szerszego otoczenia, lęków przed ciekawością ludzką i odrzuceniem. Czas zawodu dla rodzicielskich aspiracji i marzeń. Czas niepokoju o przyszłość dziecka w razie potwierdzenia rodzających się obaw. Dlatego od samego początku należy prowadzić z rodzicami rozmowy, po to by ułatwić im przetrwanie tego trudnego okresu, a następnie razem z nimi przystąpić do zaprojektowania spójnych działań pomocowych na rzecz dziecka.

## **Bibliografia**

J. Wyczesany: Pedagogika upośledzonych umysłowo. Kraków, 1994.

## **Rozdział VI**

Znaczenie współpracy z rodzicami, praca rodziców z dzieckiem niepełnosprawnym

Małe dziecko, tuż po przyjściu na świat, nie jest jeszcze istotą społeczną. Nie ma jeszcze bowiem orientacji w stosunku do innych osób, nie ma świadomości istnienia matki, nie jest w stanie odróżnić jednej osoby od drugiej. Jednak około pierwszego roku życia wiele ulega zmianom. Przede wszystkim dziecko przez ten rok ustanawia swój pierwszy związek uczuciowy, który jest podstawą poczucia bezpieczeństwa i dalszego rozwoju osobowości. Jest to związek dziecka z rodzicami, a szczególnie z matką.

Najważniejszym warunkiem w osiąganiu rezultatów w pracy z dzieckiem niepełnosprawnym jest właściwa postawa rodziców oraz odpowiednia atmosfera emocjonalna w rodzinie. Z badań T. Gałkowskiego wynika, że rezultaty stymulacji dzieci niepełnosprawnych najwyżej korelują z postawami rodziców. Autor podkreśla, że zaburzenia emocjonalne dzieci, spowodowane niewłaściwymi postawami rodziców, bardzo zaburzają ich procesy intelektualne, przyczyniają się do złej koncentracji uwagi i zaburzeń neurodynamiki. (T. Gałkowski, 1972).

Dla każdego niepełnosprawnego dziecka najkorzystniejsze byłoby jak najwcześniejsze, wieloprofilowe usprawnianie, ponieważ faktem jest, że rozwój dziecka nie przebiega harmonijnie, najintensywniejszy jest w pierwszych latach życia. W związku z tym stymulacja w tym okresie jest szczególnie istotna, ponieważ przynosi większe efekty niż w latach późniejszych. U dzieci niepełnosprawnych ten wczesny okres – tak istotny dla rozwoju wielu funkcji – jest na ogół za mało lub nie jest wcale wykorzystywany na działanie usprawniające i dotyczy to zarówno rehabilitacji fizycznej jak i psychopedagogicznej. Spowodowane jest to m. in. oczekiwaniem rodziców, że dziecko samo zacznie osiągać pewne funkcje i sprawności.

Z doświadczeń i obserwacji wynika, że szanse dzieci nie objętych rewalidacją psychopedagogiczną najpóźniej w wieku przedszkolnym na osiągnięcie zadowalających wyników lub utrzymanie się w szkole masowej są znacznie mniejsze niż dzieci usprawnianych. Dlatego działania rewalidacyjno – korekcyjne wyrównujące zaburzone funkcje konieczne są u nich przed rozpoczęciem nauki szkolnej (J. Bogucka i E. Mazanek, 1984). Najbardziej pozytywną uznaje się sytuację, kiedy usprawnianie małych pacjentów do 4 roku życia przebiega w środowisku rodzinnym pod ambulatoryjną opieką specjalistów. Potrzeba miłości i poczucia bezpieczeństwa, przynależności do kogoś, szczególnie wzrasta przy ograniczeniach ruchowych i innych trudnościach dziecka. W wielu publikacjach omawiane są zaburzenia zachowania oraz opóźnienia rozwoju psychoruchowego dziecka w

wyniku rozłąki z matką i osierocenia uczuciowego. Badania wykazały, że pozbawienie dziecka miłości w pierwszych trzech latach życia jest bardzo niebezpieczne dla jego rozwoju psychoruchowego.(J. Bowlby, 1973). U dziecka niepełnosprawnego skutki osierocenia uczuciowego w wyniku np. hospitalizacji są jeszcze większe, pogłębia się bierność, a brak odpowiednich bodźców emocjonalnych może potęgować już występujące zaburzenia. Każda dłuższa rozłąka z rodzicami niesie niebezpieczeństwo utraty kontaktu.

Rozwój dziecka niepełnosprawnego zostaje jeszcze bardziej zahamowany, jeżeli umieści się je w zakładzie, dlatego jeżeli jest brak wyraźnych zaleceń do hospitalizacji, to rehabilitacja małego dziecka powinna przebiegać ambulatoryjnie lub w warunkach domowych, jak np. w amerykańskim systemie wczesnej interwencji w modelu Portage. (M. Borkowska, 1997).

Rodzice wychowujący niepełnosprawne dziecko zapominają często jak ważnym aspektem usprawniania jest samodzielne myślenie, możliwość decydowania i dokonywania wyborów. Najczęściej rodzice organizują codzienne życie niepełnosprawnego dziecka, zapewniając mu rozmaite zajęcia terapeutyczne i rehabilitacyjne, wyręczając je w zwykłych, codziennych sytuacjach. Efektem tej perfekcyjnej organizacji, przy braku współpracy ze strony dziecka, jest jego bierność i rezygnacja z podejmowania wysiłku. Dlatego też rodzice nie powinni wyręczać dziecka niepełnosprawnego, lecz przeciwnie, aktywizować i mobilizować do wysiłku. Traktować podobnie jak rówieśnika, dając mu jednocześnie więcej czasu na wykonanie tych samych czynności. Tylko świadomy udział dziecka we wszystkich czynnościach związanych z jego osobą może zaprocentować w przyszłości niezależnością myślenia, a więc niezależnością funkcjonowania, dojrzałością i postępami w nauce adekwatnymi do jego możliwości intelektualnych.

Po urodzeniu się dziecka niepełnosprawnego rodzice czują się bezradni z powodu braku wiedzy na temat prawidłowej pielęgnacji, a później rehabilitacji i terapii. Potrzebne, wręcz konieczne jest współdziałanie i współpraca ze służbami medycznymi. Rodzice bardzo szybko muszą się stać znakomitymi obserwatorami rozwoju swego niepełnosprawnego dziecka. Muszą być bardzo poprawnymi wykonawcami zaleceń lekarzy, rehabilitantów, psychologów, terapeutów. Do chwili urodzenia się dziecka nie posiadali wiedzy na ten temat. Dlatego oczekuje się od lekarzy, aby uświadomili rodzicom sytuację ich dziecka, wsparli własną wiedzą i doświadczeniem, a także skierowali odpowiednio szybko do specjalistów. Dotyczy to również skontaktowania rodziców z psychologiem, który pomoże

jak najszybciej zaakceptować dziecko i rozpocząć współpracę i współdziałanie z nim. (E. Mazanek, 1998).

Oczekiwania rodziców dzieci niepełnosprawnych dotyczą również odpowiedniego ich traktowania jako głównych współpartnerów leczenia i rehabilitacji dziecka. Rodzice są znakomitymi obserwatorami, są w kontakcie z dzieckiem przez całą dobę, wykonują zalecane ćwiczenia, podają leki, oddziałują na dzieci przez swoją postawę, zaangażowanie, czułość i miłość, a więc z nimi przede wszystkim lekarze winni rozmawiać jak z osobami najbardziej zorientowanymi i zainteresowanymi postępami w leczeniu, rehabilitacji i rozwoju emocjonalnym ich dziecka. To, że rodzice nie zawsze znają się na medycynie nie daje prawa służbom medycznym traktowania ich wyłącznie jako odbiorców lakonicznych zaleceń i poleceń dotyczących dbałości o dziecko. Rodzice muszą wiedzieć, dlaczego tak, a nie inaczej postępować, dlaczego wybrano dla ich dziecka taką właśnie metodę rehabilitacji.

Inną sprawą jest przekazywanie rodzicom przez służby socjalne wszystkich informacji o przysługujących im prawach z tytułu wychowywania niepełnosprawnego dziecka. Również w poradni dla dzieci winny znajdować się informacje o Dziennych Ośrodkach Rehabilitacyjnych, przedszkolach integracyjnych i specjalistycznych, organizacjach społecznych działających na rzecz dzieci niepełnosprawnych.

Organizacje społeczne pełnią funkcję informatora rodzin o przysługujących im prawach, zasiłkach ale i obowiązkach dotyczących prawidłowej opieki i wychowania dzieci niepełnosprawnych. Organizacje takie jak: Komitet Krajowy Pomocy Dzieciom i Młodzieży Niepełnosprawnej Ruchowo przy Zarządzie Głównym Towarzystwa Przyjaciół Dzieci, Fundacja na Rzecz Młodzieży Niepełnosprawnej i inne organizują kursy, szkolenia, turnusy rehabilitacyjne – zachęcają rodziców do poszerzania wiedzy dotyczącej niesprawności ich dzieci.

## **Bibliografia**

1. Bogucka J. Mazanek E. : Rewalidacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w rodzinie. Warszawa, 1984.
2. Borkowska M. : Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Warszawa, 1997.
3. Gałkowski T. : Dzieci specjalnej troski. Warszawa, 1972.
4. Hulek A. : Rodzina istotnym ogniwem rewalidacji. Warszawa, 1984.
5. Mazanek E. : Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Warszawa, 1998.

## **Rozdział VII**

# **Warsztaty terapii zajęciowej jako forma zawodowego doskonalenia upośledzonych umysłowo**

## **MOŻLIWOŚCI ROZWOJOWE UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO Z UWZGLĘDNIENIEM STOPNIA UPOŚLEDZENIA**

Najliczniejszą z epidemiologicznego punktu widzenia przyczyną niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży jest upośledzenie umysłowe. Dotyczy ono 60% - 70% ogółu niepełnosprawnych osób w Polsce.

Zagadnienie klasyfikacji upośledzeń umysłowych jest problemem złożonym. Istnieją różne kryteria, które wpływają na różnorodność klasyfikacji. Kryterium pedagogiczne bierze pod uwagę możliwość wychowania i nauczania dzieci upośledzonych umysłowo. Najbardziej znana jest klasyfikacja psychologiczna, która uwzględnia pomiar stopnia rozwoju intelektualnego. Iloraz inteligencji według kryterium psychologicznego stanowi znaczący wskaźnik upośledzenia umysłowego. Nie może on jednak przesądzać o możliwościach dziecka, a powinien być traktowany jako czynnik orientacyjny.

Obecnie funkcjonuje czterostopniowa klasyfikacja upośledzenia umysłowego (iloraz inteligencji podany w skali Termana - Merrill):

- upośledzenie umysłowe lekkie,                    67 – 52
- upośledzenie umysłowe umiarkowane, 51 – 36
- upośledzenie umysłowe znaczne,                35 – 20
- upośledzenie umysłowe głębokie,            poniżej 20 (Wyczesany J. , 1999).

Dzieci upośledzone umysłowo różnią się pod względem możliwości w zakresie rozwoju procesów poznawczych, percepcyjnych i emocjonalnych. Znacznie częściej występują u nich wady wzroku i słuchu, upośledzenie narządu ruchu, zaburzenia mowy oraz niektóre choroby. Ograniczenia w myśleniu abstrakcyjnym, obniżenie ciekawości, dociekliwości i zdolności koncentrowania uwagi na jednym przedmiocie przez dłuższy czas utrudniają realizację dłuższych czasowo zadań i osiąganie sukcesów. Myślenie dziecka upośledzonego umysłowo zawsze związane jest z konkretnymi sytuacjami, dostępnymi we własnym doświadczeniu.

Trudności w uczeniu się dzieci upośledzonych umysłowo spowodowane są także różnorodnymi fragmentarycznymi deficytami rozwojowymi i dodatkowymi zaburzeniami procesów psychicznych. W czynności zapamiętywania dzieci te wymagają więcej powtórzeń

z urozmaiconym materiałem poglądowym. Potrzebują częstego wzmacniania poprzez zachętę, pochwałę oraz odpowiedniego rozłożenia materiału w czasie.

Osoby upośledzone umysłowo w stopniu lekkim charakteryzuje niedorozwój uczuć wyższych, mniejsza wrażliwość i powinność moralna. Częściej także daje się zaobserwować w ich reakcjach niestałość emocjonalną, impulsywność, agresywność, niepokój, niedomogi w zakresie samokontroli. Na upośledzenie składają się dwa zasadnicze komponenty:

- funkcjonowanie intelektualne, które jest znacznie niższe od przeciętnego i trwa od wczesnych lat życia,
- znaczne osłabienie zdolności przystosowania się do wymagań kulturowych społeczeństwa.

Podstawowe kryteria diagnostyczne dla upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim są następujące:

- Znaczne obniżenie ogólnego funkcjonowania intelektualnego, iloraz inteligencji wynosi mniej niż 70.
- Współwystępowanie deficytów lub zmniejszenie się zdolności przystosowania społecznego, tzn. obniżona jest skuteczność osoby w spełnianiu poziomu oczekiwań zgodnych z jej wiekiem i przynależnością kulturową, takich jak umiejętności społeczne i odpowiedzialność, komunikowanie się, wypełnianie czynności dnia codziennego, samodzielność, samoobsługa. (p. red. Dykcik W. , 1998).

Dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim charakteryzuje przede wszystkim upośledzona zdolność myślenia abstrakcyjnego oraz nieudolność syntetycznego ujmowania zdobytych wiadomości i wiązania ich w logiczne całości, a stąd wypływa ubóstwo wnioskowania i sądów. Brak im samodzielności w myśleniu. Same mogą wykonywać proste prace i w różnym stopniu przystosować się do warunków życia. Z wielką trudnością tworzą pojęcia, toteż ich czynność umysłowa redukuje się raczej do odtwarzania wyobrażeń. Wyobraźnia twórcza tych dzieci jest uboga, zdolności kombinacyjne nikłe, sądy i wnioskowanie nieudolne, myślenie mało ruchliwe. Często spotykamy duże zubożenie życia uczuciowego, zależne od tego, czy jest to typ apatyczny czy eretyczny. Zaburzenia zachowania u dzieci eretycznych przejawiają się niestabilnością, niezrównoważeniem, przewagą pobudzenia. Są to dzieci nadmiernie ruchliwe, skłonne do afektowanych wybuchów, z równoczesnymi trudnościami w koncentracji uwagi i oznakami nadmiernego zmęczenia. Dzieci apatyczne charakteryzuje przewaga hamowania, ze zwolnionym tempem

reakcji, biernością, nieśmiałością i płacziwością. Czasami występuje typ trzeci, zmienny, gdzie nadmierna pobudliwość przechodzi w stan apatii i bierności.

Ograniczona zdolność myślenia pojęciowego wpływa niekorzystnie na poziom ich percepcji. Spostrzeżenie przebiega wolniej i ma węższy zakres w stosunku do osiągnięć dzieci normalnych. Również procesy pamięciowe ujawniają zaburzenia.

Dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim cechuje zwolnione tempo pracy, brak samodzielności, pomysłowości i przemyślanego planu działania. Oprócz kontroli wymagają specjalnego bodźca do pracy w postaci pochwały, zachęty, nagrody. W większości przypadków dzieci te są wrażliwe na pochwałę i ta cecha ich charakteru pozwala na uczuciowy stosunek do pracy przez nich wykonywanej.

Rozpoznanie upośledzenia umysłowego lekkiego stopnia stwarza często poważne trudności. Wynikają one między innymi z podobnych objawów zachowania się dziecka zaniedbanego i upośledzonego umysłowo, ponieważ często warunki środowiskowe, z których dziecko pochodzi, mogą wpłynąć niekorzystnie na jego rozwój ogólny. W populacji upośledzonych umysłowo najliczniejszą grupę stanowią upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim. U tej kategorii dzieci przejście przez kolejne stadia rozwoju operacyjności rozumowania jest wolniejsze w porównaniu z dziećmi normalnymi. Najlepiej radzą sobie one z wnioskowaniem w codziennych, prostych sytuacjach życiowych a dobre wyniki uzyskują w rozumowaniu na materiale konkretnym.

Funkcjonowanie społeczne tych osób wiąże się z przygotowaniem ich do życia w środowisku społecznym. Brak prawidłowej relacji między jednostką a środowiskiem może wywoływać niekorzystne dla niej skutki w sferze osobowości. Niechęć do osób upośledzonych potęguje się wówczas, gdy ujawniają one zachowania nie akceptowane społecznie, w wyniku których środowisko przejawia wobec nich postawy charakteryzujące się unikaniem i odtrącaniem. Oznacza to, że im większa częstotliwość zachowań społecznie oczekiwanych, tym większe prawdopodobieństwo adaptacji społecznej. Ukazanie wzorów zachowania stwarza im okazję uczenia się dzięki mechanizmowi naśladownictwa i identyfikacji zachowań społecznie wartościowych. (Giryński A. , 1989).

Upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym odznaczają się poważnymi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego. Mowa ich jest agramatyczną, często bełkotliwą i niewyraźną, słownictwo ubogie. Charakterystyczna sugestywność cechuje ich zachowanie. W myśleniu występują wielkie utrudnienia w przyswajaniu pojęć

abstrakcyjnych, a także w rozumieniu stosunków logicznych. Upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym w rozwoju poznawczym pozostają na poziomie przedoperacyjnym. Spostrzegają wolniej, mniej dostrzegają elementów i błędnie ujmują powiązania i stosunki między przedmiotami. Spowolnienie, wąski zakres, trudności różnicowania dotyczą nie tylko wzroku, lecz również innych zmysłów, w tym szczególnie słuchu i kinestezji. Wpływa to na obniżenie rozwoju wyższych procesów psychicznych. Wyraźnie zróżnicowany jest poziom potrzeb poznawczych tych dzieci. Zakres pamięci jest wąski a trwałość i wierność znikoma.

Rozwój dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym przebiega z dużym opóźnieniem. Na wiek 4 – 5 lat przypadają początki samodzielnego chodzenia oraz wypowiedzania pierwszych słów. Dzieci te nie przejawiają inicjatywy i samodzielności. Z trudem przyswajają sobie podstawowe czynności (ubieranie się, nawyki zachowania higieny osobistej). Istotną sprawą dla ich adaptacji społecznej jest wdrażanie do wykonywania prostych prac porządkowych oraz przygotowanie do kontaktu z otoczeniem przez poszerzanie ich zasobu słownego. Są to zasadnicze, podstawowe umiejętności, z jakimi mogą wejść do środowiska osób o prawidłowym rozwoju ogólnym.

Jednakże odczuwają one potrzebę bezpieczeństwa, miłości i potrafią w sposób żywy ujawniać sympatię i potrzebę kontaktów społecznych. Cechy te sprzyjają procesowi ich kształcenia. Można je nauczyć wielu czynności i wykonywania prostych prac zarobkowych. W wyniku właściwego intensywnego wychowania są w stanie opanować przyjęte powszechnie formy postępowania w typowych sytuacjach życiowych. Można uzyskać pozytywne rezultaty rewalidacyjne jeżeli:

- obdarza się dziecko uwagą, poświęca mu się dużo czasu,
- zapewnia się możliwość rozwoju różnych sfer stosownie do potrzeb,
- ułatwia się kontakty z innymi dziećmi,
- nie ogranicza się jego samodzielności,
- zaspokaja potrzeby bycia akceptowanym, bezpiecznym, zdolnym do zrobienia czegoś dobrego. (Mrugalska K. , 1992).

Rozwój poszczególnych funkcji tej kategorii dzieci może być bardzo nierównomierny i ma to podstawowe znaczenie w terapii. Praca polega na ciągłym szukaniu nowych pomysłów pozwalających na posunięcie rozwoju dziecka do przodu.

Na podstawie art. 7, ust. 3 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego i Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej dzieci i młodzież upośledzona umysłowo w stopniu głębokim została objęta obowiązkiem szkolnym. Oznacza to, że wszystkie dzieci, bez względu na to jak bardzo obniżony jest ich poziom intelektualny podlegają edukacji specjalnej. (Wyczesany J. , 1999).

## **WYBRANE PROBLEMY AUTONOMII I FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE OSÓB UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO**

O samopoczuciu każdego człowieka, bardziej lub mniej sprawnego, decyduje szereg czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Nie bez znaczenia jest wzrost potrzeby autonomii w odczuciu samych osób upośledzonych: czy jest ona autentyczna, czy należy ją wywoływać, na ile one same chcą, mogą i potrafią być niezależne od krępujących więzi z innymi w życiowych sprawach, wyborach i decyzjach na poziomie świadomościowym, emocjonalnym i behawioralnym. Są to pytania wciąż otwarte. Fundamentalną ideą nowej strategii staje się nadzieja na integrację osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem, postulat wartościowego ich uczestnictwa w życiu rodzinnym, sąsiedzkim, lokalnej społeczności. Poziom kompetencji społecznych każdego człowieka uwarunkowany jest zdolnością gromadzenia i organizowania życiowego doświadczenia oraz współdziałania z innymi w podejmowaniu i rozwiązywaniu różnych zadań. Ich poziom uzależniony jest od posiadanych sprawności percepcyjnych, poznawczych i działaniowych. Nie każda dysfunkcjonalność umysłowa może stanowić istotną barierę usamodzielnienia i niezależności w swobodnym podejmowaniu decyzji skierowanych na określone cele życiowe.

Autonomia oznacza przede wszystkim niezależność od kogoś lub czegoś, a więc zakłada się, że ludzkie „ja” osiąga się w procesie indywidualizacji oraz z udziałem innych osób. Dojrzewanie psychiczne człowieka można rozpatrywać jako przechodzenie od stanu społecznej zależności do stanu niezależności lub współzależności, od racji otoczenia do racji własnego działania w zakresie formowania celów i zadań życiowych.

Podstawowym zadaniem rodziców i nauczycieli jest organizowanie warunków sprzyjających realizacji przez dzieci potrzeby autonomii i jej rozwoju. Często jednak

najbliższe otoczenie osób upośledzonych nie pozostawia im możliwości, prawa, przywileju samorealizacji własnych wyborów, przez co tym bardziej zwiększa ich uzależnienie, pozornie pokonuje bezradność nie dając konkretnej odpowiedzi na pytania: jak żyć z samym sobą i jak żyć z innymi.

W odbiorze opinii społecznej zasadniczym miernikiem autentycznego samorealizowania się osób upośledzonych jest nabywanie przez nie autonomii społecznej – poza sobą, poza domem, w lokalnym środowisku życia. Autonomia psychiczna nabyta przez dziecko w rodzinie sprzyja oczywiście osiągnięciu pełniejszej jego samodzielności działania – zadaniowej poza domem rodzinnym. W społecznych ramach tradycji kulturowej ciągle widoczna jest stereotypowa nadopiekuńcza odpowiedzialność w trosce o bezpieczeństwo dziecka wymagającego specjalnej troski. Powoduje ona, że tak istotna potrzeba psychospołeczna pozostawania bez zniewalającej opieki lub kontroli innej osoby jest niedoceniana i ograniczana zarówno przez rodziców, jak i nauczycieli.

Adaptacja osoby z dysfunkcjami intelektualnymi do środowiska życia wymaga większego wysiłku, jest dłuższa, gdyż poznanie i przyswojenie określonych wzorców zachowań, systemów wartości, norm i umiejętności jest utrudnione lub ograniczone ze względów osobowościowych, sytuacyjnych i środowiskowych. Podstawą dobrego przystosowania jednostek upośledzonych w środowisku ich życia jest akceptacja ze strony rodziny, rodzeństwa, rówieśników, sąsiadów itd. Podejmowane przez te osoby próby pełnienia ról społecznych wymagają pozytywnych wzmocnień motywacyjnych do ujawnienia się potrzeby autonomii jako wartości sprzyjającej rozwojowi poczucia sensu życia, samostanowienia, jako możliwości opanowywania umiejętności podejmowania prostych decyzji dotyczących samego siebie oraz uzyskiwania choćby minimalnego zadowolenia z dokonanych wyborów. (Dykciak W. ,1998).

Celem edukacji osób upośledzonych umysłowo jest ich wszechstronny rozwój na miarę indywidualnych możliwości, oraz przygotowanie do codziennego życia, by umiały sterować własnym zachowaniem. Konieczne jest stworzenie takich programów oddziaływań na osoby upośledzone, które umożliwiłyby im funkcjonowanie zgodne z regułami współżycia społecznego. W postępowaniu diagnostyczno – integracyjno – prognostycznym coraz częściej uwzględnia się i analizuje zachowanie społeczne osób upośledzonych.

Zadaniem terapeutów, rodziców i opiekunów osób upośledzonych jest pomóc im stawać się dorosłymi, dając im prawo decydowania o sposobie spędzania wolnego czasu,

rozwijania zainteresowań, podtrzymywania kontaktów towarzyskich, jak również bycia aktywnym.

Stopień upośledzenia decyduje o przyszłej sytuacji życiowej osoby dorosłej, o warunkach w jakich jej przyjdzie żyć i pracować. Racjonalne spędzanie wolnego czasu jest istotnym elementem dorosłości osób upośledzonych i ich czynnej adaptacji społecznej. Wiele osób upośledzonych umysłowo poświęca wolny czas na rozwijanie zainteresowań artystycznych. Przejawiają one oryginalną i spontaniczną wrażliwość na sztukę. Posiadają potrzebę tworzenia i działania sprawczego. Sztuka daje im możliwość ekspresji swoich przeżyć, odczuć, myśli nawiązywania kontaktów z otoczeniem oraz „bycia wysłuchanym”. Możliwości rozwoju własnych zainteresowań i uzdolnień artystycznych znajdują w klubach aktywności, świetlicach terapeutycznych, dziennych ośrodkach adaptacyjnych oraz w pracowniach artystycznych. Szczególne efekty uzyskują w zakresie działalności plastycznej. Biorą też aktywny udział w ruchu Olimpiad Specjalnych, uczestniczą w zawodach sportowych, spartakiadach czy turniejach. Poprzez aktywny wypoczynek i uprawianie sportu dłużej zachowują sprawność fizyczną. Wszystkie formy aktywności sprzyjają lepszej integracji z otaczającym je środowiskiem.

W całym systemie funkcjonowania osób upośledzonych umysłowo ważna jest normalizacja, która oznacza:

- gwarancję odpowiedniego standardu życiowego (posiadanie własnego pokoju właściwie wyposażonego),
- życie w małej grupie koedukacyjnej,
- możliwość podejmowania pracy zarobkowej i otrzymywania za nią wynagrodzenia,
- możliwość planowania rozkładu dnia,
- posiadanie prawa do podmiotowego traktowania,
- respektowanie ich życzeń, uwag oraz potrzeb.

Bardzo ważne jest podejmowanie pracy przez osoby upośledzone i otrzymywanie za nią wynagrodzenia. Praca pozwala na zbliżenie się do normalności życia i funkcjonowanie w społeczeństwie. Dzięki podejmowaniu aktywności zawodowej, mogą osiągnąć duży stopień niezależności, samodzielności w podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów obecnych w ich życiu. Praca budzi i podtrzymuje w osobie niepełnosprawnej poczucie własnej godności, szacunek i wartości osobiste. (Kościelak R. , 1996).

## PROBLEMY REHABILITACJI ZAWODOWEJ

W całokształcie przygotowania zawodowego dzieci i młodzieży upośledzonej umysłowo wyróżnić można następujące okresy:

- preorientacja zawodowa prowadzona w klasach początkowych szkoły podstawowej,
- orientacja zawodowa prowadzona w klasach starszych szkół podstawowych,
- nauka zawodów w szkołach zawodowych specjalnych i w klasach specjalnych przy szkołach zawodowych

W strukturze społecznych uwarunkowań rozwoju zawodowego młodzieży można wyróżnić cały szereg wyznaczników o różnym zakresie oddziaływań, takich jak:

- środowisko rodzinne,
- środowisko szkolne i jego infrastruktura edukacyjna,
- społeczność lokalna i okoliczna,

Wybór zawodu można rozpatrywać od strony zainteresowań, upodobań i możliwości jednostki lub od strony potrzeb środowiskowo-społecznych. Ta zależność występuje dlatego, że wpływ upośledzenia dotyczy nie tylko sfery psychofizycznej człowieka, lecz również warunków społeczno-ekonomicznych, w jakich on żyje. Rola czynników socjopsychicznych w rewalidacji osób upośledzonych umysłowo jest obecnie przedmiotem badań w wielu krajach ze względu na ich decydujące znaczenie w życiowym ukierunkowaniu. We współczesnej cywilizacji technicznej wzrost wymagań w pracy zawodowej stwarza dodatkowe utrudnienia dla ludzi upośledzonych umysłowo. Stąd potrzeba maksymalnej inwencji i pomocy w tym zakresie.

Rehabilitacja zawodowa jest częścią ogólnego procesu rehabilitacji i polega na udzieleniu osobie niepełnosprawnej takich usług, jak: poradnictwo zawodowe, szkolenie zawodowe i zatrudnienie, aby umożliwić jej uzyskanie, utrzymanie i awans w odpowiedniej pracy, a przez to umożliwić jej integrację w normalne życie społeczne.

Rehabilitacja zawodowa przebiega w kilku etapach. Rozpoczyna się od oceny zdolności do pracy osoby niepełnosprawnej. Jej wyniki stanowią podstawę do udzielenia

odpowiedniej pracy zawodowej. Udzielenie właściwej pracy zawodowej osobie niepełnosprawnej – poradnictwo zawodowe – stanowi bardzo istotny etap, gdyż od niego zależy powodzenie całego procesu rehabilitacji zawodowej. Następnym etapem jest przygotowanie do pracy polegające na opanowaniu niezbędnej wiedzy teoretycznej, umiejętności praktycznych oraz form funkcjonowania i zachowania się w sytuacjach pracy. Kierunek szkolenia czy kształcenia zawodowego ustalany jest na podstawie wyników badań zdolności do pracy i diagnozy zawodowej, która powinna zawierać także wskazania w tym zakresie. Po pomyślnym ukończeniu przygotowania do pracy następuje zatrudnienie na odpowiednio dobranym stanowisku pracy, odpowiadającym psychofizycznym sprawnościom i uzyskanym kwalifikacjom zawodowym. Umieszczenie osoby niepełnosprawnej w odpowiednim miejscu pracy stanowi ukoronowanie całego procesu rehabilitacji zawodowej, lecz jeszcze go nie kończy.

Ostatni etap stanowi opieka nad zatrudnioną osobą niepełnosprawną, zwłaszcza w początkowym okresie, mająca na celu udzielenie jej pomocy w adaptacji do nowego środowiska pracy.

Zdecydowana większość upośledzonych umysłowo to osoby upośledzone w stopniu lekkim. Posiadają one wiele zdolności i sprawności, które stwarzają możliwości opanowania wiedzy i umiejętności zawodowych oraz form funkcjonowania i zachowania się w sytuacjach pracy.

Przygotowanie do pracy to drugi etap rehabilitacji zawodowej poprzedzony kompleksową oceną zdolności do pracy i diagnozą zawodową. Może ono obejmować różny zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych potrzebnych do wykonywania określonego zawodu lub pracy, który decyduje o poziomie kwalifikacji zawodowych. W związku z tym wyróżnia się szkolenie zawodowe i kształcenie zawodowe. Szkolenie zawodowe to przygotowanie ucznia do konkretnej nieskomplikowanej pracy, składającej się z określonej liczby zadań zawodowych. Natomiast kształcenie zawodowe obejmuje wszechstronny program nauczania w danym zawodzie, dający pełne kwalifikacje. Przygotowanie do pracy może odbywać się w następujących formach:

- W zwykłych placówkach kształcenia zawodowego, według programów przewidzianych dla uczniów pełnosprawnych.
- W specjalnych placówkach kształcenia zawodowego, według programów uwzględniających potrzeby uczniów niepełnosprawnych.

Podstawowym warunkiem korzystania ze zwykłych programów szkolenia i kształcenia zawodowego jest spełnienie przez kandydatów wymogów, jakie te programy stawiają, zwłaszcza dotyczących sprawności psychofizycznych, ogólnych umiejętności funkcjonowania i przystosowania się do życia. Wiele osób niepełnosprawnych te wymogi spełnia i może szkolić się lub kształcić zawodowo razem z uczniami i studentami pełnosprawnymi. Przez specjalne szkolenie i kształcenie zawodowe rozumie się programy przygotowania zawodowego realizowane w:

- Specjalnych szkołach zawodowych, których głównym celem jest przygotowanie do pracy młodzieży niepełnosprawnej na przykład specjalna szkoła zawodowa dla upośledzonych umysłowo.
- W zakładach rehabilitacji zawodowej, których jednym z istotnych celów jest zapewnienie kwalifikacji zawodowych.
- W specjalnych zakładach pracy dla osób niepełnosprawnych, np. w zakładach pracy, w spółdzielniach inwalidów.

Zwykle placówki te obok zapewnienia osobom niepełnosprawnym zatrudnienia stawiają sobie za cel przygotowanie do pracy. Jest to jednak na ogół tylko szkolenie wewnątrzzakładowe na potrzeby danej placówki.

Po pomyślnym zakończeniu szkolenia lub kształcenia zawodowego osoba niepełnosprawna powinna być zatrudniona zgodnie ze swoimi kwalifikacjami i psychofizycznymi możliwościami. Obecnie widoczna jest wyraźna tendencja do zatrudniania osób niepełnosprawnych w zwykłych warunkach pracy, razem z pracownikami pełnosprawnymi. Jest to konsekwentne dążenie do realizacji w praktyce zasad integracji zawodowej i społecznej tych osób. Jednakże wielu pracodawców wykazuje niechęć w zatrudnianiu niepełnosprawnych. Mając do wyboru kandydata do pracy pełnosprawnego i niepełnosprawnego, odrzucają oni zwykle tego drugiego, nawet jeśli posiada lepsze kwalifikacje zawodowe.

Zatrudnienie w specjalnych warunkach pracy, zwane także zatrudnieniem chronionym, jest to zatrudnienie osoby niepełnosprawnej w warunkach dostosowanych do jej psychofizycznych możliwości i ograniczonej zdolności do pracy. Przeznaczone jest ono głównie dla tych osób, które nie mogą otrzymać pracy na otwartym rynku z uwagi na mniejszą wydajność pracy. Podstawową formą zatrudnienia chronionego są zakłady pracy

chronionej. Stwarzają one odpowiednie warunki pracy osobom niepełnosprawnym. Różne są formy organizacji zakładów pracy chronionej. Wybór tej czy innej formy zależy od lokalnych warunków, w których taki zakład ma być organizowany. Organizacja zakładów pracy chronionej zależy głównie od charakteru, rodzaju i stopnia odchylenia od normy zatrudnionych inwalidów oraz od rodzaju pracy produkcyjnej. (Dykciak W. , 1998).

Nowa ustawa o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych z dnia 9.05.1991 (Dz. U. nr 46 poz. 201) daje nowe możliwości tworzenia miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych. Tworzy ona Państwowy Fundusz Rehabilitacji. Środki funduszu są przeznaczone na finansowanie rehabilitacji zawodowej, leczniczej i społecznej osób upośledzonych, a także na tworzenie i działalność warsztatów terapii zajęciowej.

### **ORGANIZACJA, CELE I ZAŁOŻENIA WARSZTATÓW TERAPII ZAJĘCIOWEJ**

W zmieniającej się obecnie sytuacji politycznej, rehabilitacja staje się gałęzią gospodarki. Nakłady na rehabilitację zmniejszają wielokrotnie wydatki z budżetu państwa na pomoc społeczną. Tak więc myślenie społeczne, które w skrócie można by nazwać ochroną podatników, polega na zwiększeniu wydatków na rehabilitację. Im lepiej zrehabilitowany pacjent, tym mniej potrzeba środków na jego opiekę.

Z tych założeń wychodzi m.in. koncepcja Warsztatu Terapii Zajęciowej. Osoby z I i II grupą inwalidzką do niedawna nie miały szansy na egzystencję społeczną. Warsztat Terapii Zajęciowej przyjmuje wszystkie osoby, które ukończyły 16 rok życia. Nie ma przy tym żadnych ograniczeń co do stopnia, rodzaju kalectwa czy przyczyny jego powstania. Jedynym kryterium są dobre chęci samego zainteresowanego i jego rodziny. Osoby upośledzone umysłowo przyjmowane są na warsztaty na podstawie zgłoszenia przez opiekunów, służbę zdrowia oraz placówki zajmujące się osobami niepełnosprawnymi. Rehabilitacją objęci są upośledzeni umysłowo powyżej 15 roku życia, a nie korzystający z żadnej placówki kształcenia specjalnego czy ośrodka.

Na uwagę zasługuje sposób powoływania Warsztatu Terapii Zajęciowej(WTZ). Ustawa z dnia 9 maja 1991 roku stworzyła szansę, nie nakładając jednak żadnego obowiązku na instytucje państwowe czy organizacje. Powoduje to, że WTZ tworzone są w tych miejscach w Polsce, gdzie aktywni działacze społeczni potrafili szybko porozumieć się z miejscowymi władzami. Podstawową sprawą przy organizacji WTZ jest bowiem lokal, udostępniony

minimum na 10 lat, dający się stosunkowo łatwo przystosować do potrzeb osób niepełnosprawnych i wymogów terapii zajęciowej. Całkowity koszt utworzenia WTZ pokrywany jest praktycznie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, który również utrzymuje warsztaty. Warsztaty Terapii Zajęciowej powstają przy organizacjach społecznych, przy zakładach opiekuńczych, samorządach lokalnych, fundacjach czy placówkach służby zdrowia.

W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 8 września dotyczącym WTZ określony jest cel działania warsztatów. Jest nim rehabilitacja zmierzająca do rozwoju ogólnego każdego uczestnika, sprawności psychofizycznej oraz przystosowania i funkcjonowania społecznego. Realizacja celu odbywa się poprzez:

- ogólne usprawnianie,
- rozwój umiejętności wykonywania czynności życia codziennego,
- przygotowanie do życia w środowisku społecznym,
- opanowanie czynności przysposabiających do pracy,
- rozwijanie podstawowych oraz specjalistycznych umiejętności zawodowych umożliwiających podjęcie pracy zarobkowej bądź szkolenia zawodowego,
- inne, wskazane działania.

WTZ może więc być traktowany jako nowa forma kształcenia inwalidów, w odniesieniu do osób, które skończyły już 16 lat i ze względu na stan zdrowia i brak wykształcenia niezdolne są do żadnej pracy. W oparciu o powyższe rozporządzenie istnieje praktyczna możliwość kształcenia inwalidów w dowolnych zawodach, dostosowanych do ich stanu psychofizycznego. Możliwe jest też uzupełnianie edukacji w zakresie szkoły podstawowej. Wyższość warsztatów nad innymi formami kształcenia inwalidów polega na tym, że w warsztatach istnieje możliwość przygotowania praktycznego do każdego zawodu. Przy dobrej współpracy WTZ z zakładami pracy chronionej i Wojewódzkimi Ośrodkami d.s. Zatrudnienia i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, możliwe jest lokalne organizowanie szkoleń w wybranych zawodach. W tym celu profil WTZ powinien być dostosowany do lokalnych potrzeb na rynku pracy. Kształcenie w ramach warsztatów jest szczególnie przydatne w małych ośrodkach, w odniesieniu do osób z ciężkimi kalectwami.

Uczestnicy WTZ nie ponoszą żadnych kosztów. Mają zapewnioną bezpłatną opiekę specjalistyczną i rehabilitację. Każdy z nich ma zagwarantowany bezpłatny przejazd, jeden posiłek i kieszonkowe, wynoszące średnio 50 zł. Wprowadza to dodatkowy element samodzielności finansowej. Wielu młodych ludzi po raz pierwszy otrzymuje własne pieniądze, traktując je jako samodzielnie zarobione. Warsztat Terapii Zajęciowej nie ogranicza w żaden sposób czasu trwania terapii. Systematyczna ocena uczestników i prowadzone raz na kwartał weryfikacje, umożliwiają zmiany w indywidualnym toku terapii. Uczestnicy, którzy zdobyli nowe kwalifikacje lub poprawili swój stan zdrowia, mogą podjąć pracę w specjalnie stworzonych warunkach. ([www.fon.org.pl/FUNDACJE/mielnica/wtz.htm](http://www.fon.org.pl/FUNDACJE/mielnica/wtz.htm)).

## **DZIAŁALNOŚĆ I ZADANIA WARSZTATÓW TERAPII ZAJĘCIOWEJ**

Działalnością warsztatu jest rewalidacja zmierzająca do usprawnienia następujących funkcji:

- fizycznych, w szczególności rozwijania sprawności ruchowej i manualnej,
- psychicznych, czyli zaradności w zakresie samoobsługi, wdrażania umiejętności i sprawności życia codziennego oraz umiejętności nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, współżycie w grupie,
- społecznych, kształcenie w dostępnym zakresie wiadomości o otaczającym środowisku społecznym, przyrodniczym, kulturalnym, wdrażanie do przestrzegania zasad bezpieczeństwa w różnych sytuacjach życiowych oraz korzystania z prostych narzędzi i urządzeń technicznych.

Zespół specjalistów warsztatu dokonuje kwalifikacji indywidualnej w celu ustalenia programu postępowania z każdym dzieckiem oraz przydzielenia go do odpowiedniej grupy terapii zajęciowej, biorąc pod uwagę jego zainteresowania i możliwości.

Terapia prowadzona jest przy zastosowaniu odpowiednich metod pracy, form zajęć i sposobów ich realizacji zgodnych z głównymi zasadami pracy z osobami upośledzonymi umysłowo.

Plan Warsztatów Terapii Zajęciowej uwzględnia następujące etapy rehabilitacji:

1. Etap diagnostyczno – przygotowawczy.

Umożliwia on adaptację uczestników do nowych warunków społecznych, pozwala poznać ich możliwości, postawy i zachowania w różnych sytuacjach. Na tym etapie preferuje się zajęcia grupowe integrujące uczestników oraz zajęcia manualne i ruchowe, wpływające na ogólną poprawę sprawności fizycznej. Wskazane jest również stosowanie muzykoterapii, socjoterapii i technik relaksacyjnych.

## 2. Terapia zajęciowa.

Podczas jej trwania uczestnicy wdrażani są do wykonywania określonych zadań, opanowują konkretne techniki pracy, poznają odpowiednie materiały i narzędzia oraz utrwalają nawyki związane z samoobsługą.

## 3. Rehabilitacja zawodowa i społeczna.

Etap ten osiągają najsprawniejsi uczestnicy warsztatów. W trakcie jego trwania wykonują oni pracę, do której zostali przygotowani podczas wcześniejszych etapów oraz zdobywają możliwie maksymalną samodzielność i zaradność życiową.

Terapia zajęciowa włącza jednostki w takie działania, które mają aspekt ruchu, zabawy, treningu i pracy. Zadania realizowane są również poprzez rozwijanie zainteresowań indywidualnych i uzdolnień plastyczno – technicznych.

W toku zajęć szczególną uwagę zwraca się na doskonalenie takich czynności jak:

- umiejętności samoobsługowe w zakresie higieny osobistej,
- prace porządkowe,
- przygotowywanie posiłków,
- dokonywanie zakupów,
- pełnienie dyżurów,
- kształtowanie akceptowanych społecznie cech osobowości,
- wyrabianie dyscypliny,
- przestrzeganie regulaminu pracy.

Wśród zajęć realizowanych na warsztatach wyróżnia się:

1. Zajęcia przystosowujące do pracy w poszczególnych pracowniach, takich jak: gospodarstwa domowego, tkacko – krawieckiej, stolarskiej, wikliniarskiej, introligatorskiej, ceramicznej, ogrodniczej i innych.
2. Zajęcia rozwijające ekspresję twórczą o charakterze muzyczno – ruchowym, teatralnym, plastycznym.
3. Zajęcia ogólnie – rozwojowe.

4. Zajęcia rehabilitacji ruchowej, logopedycznej, dostosowane do różnego rodzaju zaburzeń i schorzeń.

Ze względu na działania lecznicze w obrębie terapii można wyróżnić takie formy jak:

- terapia zajęciowa ogólna, czyli ogólne usprawnianie ośrodkowego układu nerwowego wraz ze stymulowaniem procesów emocjonalnych,
- terapia zajęciowa specjalna to oddziaływanie tylko na pewne elementy składowe ustroju, szczególnie na te, które tego najbardziej potrzebują i wymagają dodatkowej stymulacji.

Programy terapii dostosowane są do psychofizycznych możliwości uczestników i przeplatane zajęciami z rehabilitacji leczniczej i społecznej.

W celu rozwijania integracji społecznej uczestnicy warsztatów nawiązują kontakty ze środowiskiem lokalnym, innymi ośrodkami pracy, a także mieszkańcami danej miejscowości czy osiedla. Organizowane są również zajęcia dodatkowe z zakresu sportu, kultury, turystyki i wypoczynku.

Wojewódzki ośrodek do spraw zatrudnienia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, na wniosek kierownika warsztatu, ściśle współpracuje z biurami pracy właściwymi dla miejsca zamieszkania uczestników warsztatu, w celu uzyskania dla nich odpowiedniej pracy. Zakłady pracy chronionej powinny zapewnić miejsca pracy dla tych, którzy ukończą warsztaty. (Wyczesany J. , 1999).

Warsztaty Terapii Zajęciowej funkcjonują już w wielu miastach, między innymi we Wrocławiu, w Lublinie, Sosnowcu, Chrzanowie, Lubiążu, Toruniu, Trzebini, Chełmku, a także w Krakowie.

## **WARSZTATY TERAPII ZAJĘCIOWEJ W KRAKOWIE I W SOSNOWCU**

Od 1987 r. funkcjonuje w Krakowie Fundacja im. Brata Alberta, której celem jest niesienie pomocy osobom niepełnosprawnym. Cel ten Fundacja realizuje poprzez organizowanie i prowadzenie:

- Domów Stałego Pobytu (Schronisk),
- Domów Dziennego Pobytu i ośrodków adaptacyjnych,
- Obozów rehabilitacyjnych,
- Warsztatów Terapii Zajęciowej.

Historia krakowskich Warsztatów Terapii Zajęciowej miała swój początek 14 października 1992 r., kiedy to pani Maria Mazurek przekazała w darowiźnie swój rodzinny dom z ogrodem przy ul. Partyzantów 7 w Krakowie, z przeznaczeniem na warsztaty dla osób niepełnosprawnych. Niestety sprzeciw mieszkańców osiedla spowodował, iż pomimo poparcia ze strony władz miasta warsztaty te nie powstały, a budynek trzeba było rok później sprzedać. Wówczas zaczęły się żmudne poszukiwania innego lokum, w którym mogłyby mieć swoją siedzibę warsztaty.

1 lipca 1995 r. dzięki ogromnej pomocy i pośrednictwu ks. Kardynała Franciszka Macharskiego i dyrektora Caritas ks. Prałata Jakuba Gila, parafia pw. Św. Brata Alberta w Krakowie przekazała w bezpłatne użytkowanie dawną kaplicę na osiedlu Dywizjonu 303. Remonty związane z dostosowaniem budynku do potrzeb osób niepełnosprawnych zostały sfinansowane przez Bank Współpracy Regionalnej w Krakowie, który na ten cel przekazał stosowną darowiźnie.

Uroczyste otwarcie Warsztatów Terapii Zajęciowej odbyło się 17 czerwca 1996 r. Pierwsze zajęcia terapeutyczne dla trzydziestu osób niepełnosprawnych, głównie mieszkańców osiedli Nowej Huty rozpoczęły się 1 marca 1997 r.

Terapia dostosowana jest do indywidualnych możliwości i umiejętności uczestników. Maja oni do dyspozycji następujące pracownie: gospodarstwa domowego, tkacko - krawiecką, plastyczną, podtrzymywania umiejętności edukacyjnych, stolarską i rzemiosł różnych. Oprócz zajęć w poszczególnych pracowniach, odbywają się także indywidualne zajęcia rehabilitacyjne w których biorą udział wszyscy uczestnicy warsztatów. Zajęcia rehabilitacyjne odbywają się raz lub kilka razy w tygodniu w zależności od sprawności fizycznej (współwystępujących schorzeń) osoby niepełnosprawnej.

W celu wszechstronnego rozwoju, osiągnięcia lepszych wyników rewalidacyjno – rehabilitacyjnych i uatrakcyjnienia terapii prowadzone są także zajęcia muzykoterapeutyczne (muzykoterapia bierna i czynna) oraz raz w miesiącu zajęcia w tzw. grupach wychowawczych.

Zajęcia wychowawcze odbywają się w zespołach pięcioosobowych kierowanych przez jednego wychowawcę – instruktora. Ich celem jest pełniejsze poznanie i lepsze skoncentrowanie się na indywidualnych potrzebach każdego z uczestników. Grupy wychowawcze dają także możliwość częstszego wdrażania uczestników do korzystania z dorobku kulturowego naszego narodu. W ramach omawianych zajęć uczestnicy zwiedzają

różnego rodzaju muzea, chodzą do kina, praktycznie uczą się podróżować po Krakowie różnymi środkami transportu, zwiedzają zabytki, odwiedzają restauracje i kawiarnie. Ponadto każda grupa opiekuje się i uprawia własną działkę, a także prowadzi kronikę, gdzie relacjonuje poszczególne wydarzenia i spotkania.

Ważne miejsce w warsztatach zajmuje pomieszczenie wyciszające zwane zielonym pokojem. Miejsce to znajduje się w gabinecie lekarskim, wyłożone jest miękkim materacem i poduszkami, a całość utrzymana jest w uspokajającej zielonej tonacji. Z tego pomieszczenia korzystają osoby chwilowo pobudzone psychoruchowo, agresywne, zmęczone lub senne, potrzebujące chwili samotności czy np. osłabione po przebytych ataku epilepsji.

Stałym punktem dnia pracy krakowskich warsztatów jest przerwa przeznaczona na odpoczynek i relaks. Czas ten urozmaicony jest m.in. spacerem po najbliższej okolicy, zabawami sportowo – rekreacyjnymi na świeżym powietrzu, zajęciami muzycznymi, czytaniem fragmentów ciekawych książek czy czasopism.

Celem uwrażliwienia uczestników warsztatów na przyrodę i zwrócenia uwagi na ekologię środowiska, w którym żyją założono również akwarium, nad którym opiekę sprawują wszyscy uczestnicy warsztatów.

Kierownictwo warsztatów współpracuje z poszczególnymi spółdzielniami inwalidzkimi na terenie miasta Krakowa w celu pozyskania materiału do pracy, a także w celu przygotowania stanowisk w przyszłym zatrudnieniu odpowiednich kandydatów. ([www.fon.org.pl](http://www.fon.org.pl)).

Na podobnych zasadach, od kwietnia 1993 r., Warsztaty Terapii Zajęciowej funkcjonują w Sosnowcu. Wydatki związane z funkcjonowaniem warsztatów pokrywa Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Na zajęcia uczęszcza 26 osób upośledzonych umysłowo. Podobnie jak w Krakowie, terapia i rehabilitacja dostosowane są do potrzeb poszczególnych uczestników. W sosnowieckich warsztatach znajdują się następujące pracownie: plastyczna, podtrzymywania umiejętności edukacyjnych, wikliniarstwa, majsterkowania, krawiecko – dziewiarska i gospodarstwa domowego. Dodatkowo odbywają się również zajęcia rehabilitacji ruchowo – leczniczej.

W ramach zajęć wychowawczych dla uczestników warsztatów organizowane są różnego rodzaju wycieczki: krajoznawcze, np. w góry, po najbliższej okolicy – zwiedzanie muzeów, zabytków, ciekawych miejsc w Sosnowcu. Odbywają się również wyjścia do kina czy do

teatru. Oprócz wychowawców i pedagogów ośrodek zatrudnia pielęgniarkę, rehabilitanta, psychologa i terapeutę, którzy przyczyniają się do osiągnięcia lepszych wyników rewalidacyjno – rehabilitacyjnych.

## Bibliografia

1. Dykcik W.(red.) :Pedagogika specjalna. Poznań 1998.
2. Giryński A. :Zachowania prospołeczne młodzieży lekko upośledzonej umysłowo. Warszawa 1989.
3. Kościelak R. :Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo. Warszawa 1996.
4. Mrugalska K. :Upośledzenie umysłowe. Wskazówki dla rodziców. Warszawa 1992.
5. Pilecki J.(red.) :Usprawnienie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym. Kraków 2000.
- Wyczęsany J. :Pedagogika upośledzonych umysłowo. Kraków 1999.
7. [www.fon.org.pl/FUNDACJE/](http://www.fon.org.pl/FUNDACJE/)

## Zakończenie

Życie ludzkie we współczesnym świecie, mimo licznych cywilizacyjnych udogodnień, nie jest łatwe, gdyż istnieje w nim wiele różnorodnych subiektywnych i obiektywnych czynników, które utrudniają człowiekowi pełną samorealizację. Inwalidom i osobom niepełnosprawnym życie stawia daleko większe wymagania niż sprawnym. Wymaga od nich olbrzymiego wysiłku, wydatkowania daleko więcej energii dla wykonania czynności nie będących dla sprawnych żadną trudnością. Niepełnosprawni wnoszą do kultury społeczeństw elementy zrodzone z walki z cierpieniem, refleksji nad losem, wnoszą elementy odporności psychicznej, cichego bohaterstwa, moralnej wielkości wyrażanej życiem, a nie mówieniem. Nie są osobami zasługującymi na współczucie, ale na podziw i uznanie, a przede wszystkim na społeczne wsparcie.

W aktualnej polskiej rzeczywistości społecznej, demokratycznej, ale uwarunkowanej regułami gospodarki rynkowej, rozwiązywanie problemów życiowych osób niepełnosprawnych napotyka nowe progi i bariery dotkliwie odczuwane w osobistych doświadczeniach. O możliwościach samorealizacji osób niepełnosprawnych decydować będą solidarnościowe postawy społeczno – moralne najbliższego otoczenia, nastawienia i przyzwolenia społeczne, dające poczucie przynależności i bezpieczeństwa we wspólnocie ludzkiej.

W sytuacji nowych zagrożeń zamiast poczucia wyuczonych społecznej bezradności i oczekiwania na świadczenia rentowe, ulgi i przywileje pojawiają się coraz częściej aktywne formy walki samych osób niepełnosprawnych o swoje prawa. Pełniejsza ich autonomia jest podstawą normalizacji życia, partnerskiego współżycia i integracji społecznej na zasadach równouprawnienia i sprawiedliwości.

Niepokojące zjawisko wzrostu liczby bezrobotnych wśród niepełnosprawnych uwidacznia, że rehabilitacja zawodowa inwalidów staje się problematyczna. Daje o sobie znać wadliwość i mała skuteczność dotychczasowych systemów rehabilitacyjnych niepełnosprawnych, w których występuje orientacja wyłącznie na przywrócenie zdolności do pracy – przy braku miejsc pracy i bezlitosnej konkurencji.

Edukacja niepełnosprawnych powinna przyczynić się do ich poczucia samorozwoju w społecznościach, w których żyją, a także pomóc w osiągnięciu niezależności ekonomicznej.