

Uniwersytet Śląski w Katowicach
Wydział Pedagogiki i Psychologii

***Dziecko głęboko upośledzone umysłowo w systemie
edukacji – analiza porównawcza zajęć rewalidacyjno-
wychowawczych***

Sylwia Wrona

**Rozprawa doktorska napisana
pod kierunkiem
prof. zw. dr hab. Teresy Borowskiej**

Katowice 2008

Spis treści

Wstęp

1. Pojęcie upośledzenia umysłowego

2. Upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim w świetle literatury przedmiotu- symptomatologia i etiologia

2.1 Charakterystyka dzieci głęboko upośledzonych

2.2 Etiologia i sposoby diagnozowania upośledzenia umysłowego w stopniu głębokim

3. Rewalidacja dzieci głęboko upośledzonych

3.1 Rewalidacja – pojęcie i zasady pracy rewalidacyjnej

3.2 Programowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych – strategia postępowania

3.3 Metody pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym i ich założenia

4. Kształcenie dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną w świetle przepisów prawnych

5. Metodologia badań własnych

5.1 Przedmiot i cel oraz rodzaj badań

5.2 Problem i problematyka badań

5.3 Hipotezy, zmienne i ich wskaźniki

5.3.1 Hipotezy

5.3.2 Wskaźniki i zmienne

5.4 Zastosowane metody oraz narzędzie badawcze

5.5 Charakterystyka badanych osób i organizacja badań

6. Struktura organizacyjno-prawna zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w badanych placówkach a rozwój psychomotoryczny i społeczny osób głęboko upośledzonych umysłowo

6.1 Organizacja zajęć rewalidacyjno-wychowawczych i jej wpływ na osiąganie przez osoby głęboko upośledzone umysłowo różnych rodzajów umiejętności

6.2 Metodyka zajęć rewalidacyjno-wychowawczych a wyniki dotyczące różnych dziedzin funkcjonowania osób z głębokim upośledzeniem umysłowym

6.3 Współpraca ze środowiskiem rodzinnym lub personelem opiekuńczym placówek pobytu stałego

7. Specyficzne warunki rozwoju psychofizycznego i somatycznego uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, wpływające na efektywność prowadzonej edukacji

7.1 Występowanie sprzężonych zaburzeń rozwojowych i zachowań trudnych, a rozwój społeczny i psychomotoryczny uczniów

7.2 Objawy i przebieg chorób somatycznych, a rozwój funkcjonalny badanych osób

7.3 Udział badanych uczniów we wcześniejszych formach usprawniania rewalidacyjnego a ich aktualne umiejętności funkcjonowania

8. Analiza indywidualnych przypadków

9. Uogólnienia i wnioski wynikające z badań. Propozycja zarysu modelu zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Zakończenie

Bibliografia

Aneks

Wstęp

Każde dziecko ma prawo do rozwoju i jego wspomagania. Także dzieci upośledzone, które powinny być otaczane większą troską zarówno przez swoich rodziców jak i nauczycieli, terapeutów, z którymi spotykają się w ciągu swojego życia. Ich rozwój musi być wspomagany przez odpowiedni system edukacji, oddziaływań wczesnej interwencji, poprzez odpowiednie przygotowanie rodziców do specyficznej opieki i pielęgnacji swoich upośledzonych pociech. Tym bardziej osoby z głębokim upośledzeniem umysłowym powinny mieć możliwość rozwoju swoich funkcji poznawczych, emocjonalnych, działaniowych. Wymaga to dostosowania do ich możliwości specjalnych środków i metod pracy. Ich specyficzne potrzeby są wyzwaniem dla poszanowania ich niepowtarzalności i prawa przynależności do grupy, rodziny, szkoły.

W ostatnich latach w Polsce obserwuje się postępującą normalizację warunków życia, integrację społeczną, rehabilitację oraz edukację osób z głębokim upośledzeniem. Działania te mają stać się odpowiedzią na dotychczasową izolację osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną oraz przeobrażeniu ich z kategorii „osób leżących wpatrzonych tylko w biały sufit” w grupę ludzi aktywnych na miarę swoich możliwości.

Pomimo upływu prawie 11 lat od wprowadzenia obowiązku szkolnego dla osób z głębokim upośledzeniem umysłowym, niewiele jest publikacji, które

dotyczyłyby ich bezpośrednio. Nie znalazłam również informacji, które porównywałyby funkcjonowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych odbywających się w różnych ośrodkach, a przede wszystkim pokazujących efektywność podejmowanych w nich działań.

Również ważną rolę w podjętym temacie odegrały względy osobiste. Jako były nauczyciel szkoły specjalnej, prowadzący zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze obserwowałam zmagania innych osób w codziennym usprawnianiu dzieci i młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu głębokim. Dotyczyły one prób pewnej normalizacji warunków zewnętrznych, które sprzyjałyby zdobywaniu nowych doświadczeń i wiedzy o otaczającej rzeczywistości, bardzo odległej i często niezrozumiałej dla omawianej grupy osób. Przykładem może być duża liczba osób w grupie, rozpiętość wiekowa uczniów albo współpraca lub jej brak z personelem opiekuńczym placówki, w którym umieszczone jest dziecko głęboko niepełnosprawne, bądź wspólne działania z rodzicami.

Przedstawione w tym opracowaniu badania są próbą nakreślenia charakterystyki zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży głęboko upośledzonej umysłowo prowadzonych w ośrodkach pozarządowych oraz na terenie domów pomocy społecznej. Jestem przekonana, iż niniejsza praca pozwoli na ukazanie zarówno słabych jak i mocnych stron zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, ale przede wszystkim rozwiązań które mogą stać się inspiracją dla innych osób pracujących z omawianą grupą wychowanków tak, aby najlepiej i najowocniej wpływały one na rozwój psychofizyczny dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną.

Praca składa się z 9 rozdziałów. W części pierwszej, składających się z 4 rozdziałów, prezentuję informacje dotyczące pojęcia upośledzenia umysłowego, a w szczególności charakterystykę funkcjonowania osób z głębokim upośledzeniem umysłowym i sposoby jego diagnozowania. Ponadto omawiam zagadnienia związane z samym procesem rewalidacji z uwzględnieniem jej

definicji, włącznie z podstawowymi zasadami oraz regułami odpowiedzialnymi za prawidłowe programowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. Dokonuję również przeglądu metod stosowanych w edukacji osób głęboko upośledzonych umysłowo.

W rozdziale piątym prezentuję metodologię badań własnych, w tym cele, problemy badawcze, hipotezy, zmienne i wskaźniki, wykorzystane metody oraz organizację i przebieg badań. Rozdział ten zawiera także charakterystykę grupy badanej: uczniów oraz nauczycieli prowadzących zajęcia rewalidacyjne.

W części empirycznej składającej się z 4 rozdziałów prezentuję oraz omawiam rezultaty badań własnych. Pierwszy z nich zawiera informacje dotyczące ogólnych ram organizacyjno-metodycznych zastosowanych w placówkach pozarządowych oraz na terenie domów pomocy społecznej. Dalej rozpatruję związek pomiędzy wyżej wymienioną strukturą a kształtowaniem umiejętności funkcjonalnych uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym. Szczegółowej analizie poddaję przestrzeń edukacyjną, obejmującą takie elementy jak: miejsce, czas, pomoce dydaktyczne, przygotowanie merytoryczne nauczycieli oraz terapeutów i poziom rozwoju funkcjonalnego samych uczniów zajęć rewalidacyjnych.

Nie bez znaczenia dla ogólnego rozwoju każdego dziecka jest jego rodzina generacyjna, która powinna wzmacniać oddziaływania terapeutyczne lub w przypadku osób umieszczonych na stałe w placówkach opiekuńczych personel terapeutyczny i opiekuńczy. Dlatego też stopień współpracy oraz jej rodzaj to kolejne podejmowane zagadnienia.

W następnym rozdziale prezentuję charakterystykę dodatkowych czynników utrudniających proces rewalidacji, a związanych z funkcjonowaniem zdrowotnym uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, takich jak: sprzężenia rozwojowe, występujące choroby somatyczne, zażywane leki. Wszystkie te elementy należą do sytuacji, które w znaczący sposób uzależniają zdobywanie nowych kompetencji w każdej dziedzinie życia. Omawiam również

formy wsparcia, nauki i rehabilitacji, w których uczestniczyli przebadani uczniowie.

Ze względu na to, iż obraz funkcjonowania osoby głęboko upośledzonej umysłowo zwykle jest tak niejednorodny i złożony jako przykłady zostaną zaprezentowane indywidualne przypadki wybranych uczniów. Głównym celem tych prezentacji będzie próba ukazania zarówno różnorodności zaburzeń i poziomów funkcjonowania, jak i szczegółowych form postępowania rewalidacyjnego w trakcie prowadzonej edukacji w stosunku do konkretnych osób.

Ostatnim rozdziałem, a zarazem podsumowaniem będzie próba nakreślenia, na podstawie uzyskanych wyników badań, najbardziej optymalnego modelu zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Ufam, iż informacje zebrane w niniejszej pracy, pozwolą na przynajmniej częściowe uzupełnienie luki teoretycznej dotyczącej funkcjonowania osób głęboko upośledzonych umysłowo, a także ich edukacji. Ponadto mogą stać się inspiracją do zmian organizacyjnych.

Rozdział I

Pojęcie upośledzenia umysłowego

Analizując literaturę przedmiotu można znaleźć wiele określeń i definicji upośledzenia umysłowego. Jednak pomimo tak wielkiej różnorodności możemy, jak podkreśla J. Wyczęsany¹ wyróżnić trzy składniki, które mogą dotyczyć wszystkich aspektów upośledzenia umysłowego, są to:

- składnik organiczny – dotyczący zaburzeń i uszkodzeń w budowie i fizjologii układu nerwowego,
- składnik psychologiczny – obejmujący obniżoną sprawność intelektualną i jej następstw,
- komponent społeczny – mówiący o uwarunkowaniach roli społecznej pełnionej przez osobę upośledzoną.

Wszystkie te aspekty podkreślane są przez różnych naukowców w mniejszym bądź większym zakresie.

Światowa Organizacja Zdrowia² przyjmuje, że upośledzenie (handicap) to niekorzystna dla danej jednostki sytuacja wynikająca z ograniczenia lub niepełnosprawności, która przeszkadza w odgrywaniu roli uznanej dla tej jednostki za normalną, w zależności od jej wieku, płci, czynników społecznych i kulturalnych.

Z. Sękowska³ pisze, że upośledzenie umysłowe jest różnie definiowane, a w głównej mierze zależy to od doboru kryterium, które oceniają ten stan. Wyróżnia trzy podejścia: kliniczno-medyczne, praktyczne oraz psychologiczno-społeczne. I tak przykładem, ujmującym upośledzenie w kryterium praktycznym jest według cytowanej autorki definicja L. Korzeniowskiego, w której czytamy, że są to wrodzone oraz istniejące od wczesnego dzieciństwa obniżone zdolności intelektualne, uniemożliwiające lub opóźniające naukę szkolną.

¹ Wyczęsany W.: Pedagogika osób z lekkim upośledzeniem umysłowym. W: Pedagogika specjalna. Red. W. Dykcik. Poznań 1997, s.119.

² World Health Organization, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Geneva 1992, Brzeziński W.: Wychowanie fizyczne specjalne. Cz. II Rewalidacja dzieci i młodzieży upośledzonej umysłowo. Szczecin 1990, s.26.

³ Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. Warszawa 2001, s.215

Medyczne podejście do terminu upośledzenia włącza je do zaburzeń psychicznych⁴. Głównie opierają się na etiologii i jego patogenecie. „W ramach tej koncepcji (...) takiej osobie, nie można pomóc w sensie efektywnej rehabilitacji, ponieważ ta (...) wiąże się z ingerencją w biologiczne struktury organizmu”⁵.

Definicje opisujące upośledzenie z perspektywy psychologiczno-społecznej różnią się liczbą i rodzajem kryterium. E. Doll⁶ wyróżnia 6 kryteriów:

- niedojrzałość społeczną
- spowodowaną przez niską sprawność umysłową
- o charakterze rozwojowym
- nie przemijającą w miarę dojrzewania
- pochodzenia konstytucjonalnego
- nieodwracalną.

A. Lewicki⁷ stwierdza, że z niedorozwojem inteligencji będą łączyć się jeszcze inne cechy, takie jak: słabsza zdolność przystosowania się społecznego, zaburzenia emocjonalne, charakterologiczne oraz czasami występujące anomalie budowie ciała i w rozwoju fizycznym. Na umiejętność przystosowania się zwraca również uwagę J. Głodkowska, która pisze, iż jest ono „stanem, w którego charakterystyce podstawowe są pojęcia: możliwości (inteligencja, umiejętności przystosowawcze), środowisko i funkcjonowanie”⁸. Podobnie definiuje upośledzenie J. Kostrzewski⁹, który oprócz zaznaczenia istotnie niższego poziomu funkcjonowania intelektualnego i zaburzeniami w zakresie przystosowania podkreśla również zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym.

⁴ tamże, s.215.

⁵ Gajdzica Z.: Edukacyjne konteksty bezradności społecznej osób z lekkim upośledzeniem umysłowym. Katowice 2007, s.43.

⁶ Wyczesany J.: Pedagogika upośledzonych umysłowo. Kraków 2002 r., s.18, A.M. Clarke, A.D.B. Clarke: Upośledzenie umysłowe. Nowe poglądy. Warszawa 1969, s.66.

⁷ Psychologia kliniczna. Red. A. Lewicki. Warszawa 1978, s.282.

⁸ Głodkowska J.: Wizerunek osób z upośledzeniem umysłowym na początku XXI wieku w refleksji pedagoga specjalnego. „Roczniki Pedagogiki Specjalnej” t.12, 2002, s.110.

⁹ Kostrzewski J.: Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym. W: Upośledzenie umysłowe – pedagogika. Red. K. Kirejczyk. Warszawa 1981, s.36.

„Termin „upośledzenie” można pojmować także jako niedostatek w integralności organu lub funkcji, który sprawia trudności w kognicji, sferze sensorycznej, komunikacji, socjalizacji, mobilności oraz samoobsłudze jednostki”¹⁰. S. Vasek i A. Stankowski stwierdzili, że upośledzenie to zjawisko specjalnopedagogiczne, które proponują wyrazić wzorem:

$$U=f(NCp, MK, M)^{11}$$

gdzie:

U- oznacza upośledzenie

f - funkcja

NCp – nieusuwalne czynniki patogenne (wywołujące uszkodzenie organowej lub funkcjonalnej integralności jednostki)

MK – mechanizmy kompensacyjne (dążące do eliminacji albo obniżenia wpływu tych czynników)

M – czynniki motywujące (wewnętrzne i zewnętrzne).

Termin upośledzenie umysłowe jest tożsamy z używanym przez American Association on Mental Retardation - „mental retardation”¹². Przedstawiciele AAMR stwierdzają, że upośledzenie to stan, który charakteryzuje się trzema kryteriami:

A – istotnie niższym od przeciętnego poziomem funkcjonowania intelektualnego;

B – istotnymi ograniczeniami w funkcjonowaniu przystosowawczym, przynajmniej w zakresie dwu spośród takich sprawności jak: komunikowanie się słowne, porozumiewanie się, samoobsługa, obowiązki domowe, sprawności interpersonalne, kierowanie sobą (samostanowienie), zdolności szkolne, praca, spędzanie czasu wolnego, troska o zdrowie;

¹⁰ Vasek S., Stankowski A.: Zarys pedagogiki specjalnej. Katowice 2006, s. 35.

¹¹ Tamże, s.36.

¹² Definition of mental retardation – www.aamr.org/Policies/faq_mental_retardation.stml - marzec 2006, oraz inne opracowania Algozzine B., Ysseldyke J.: Teaching students with mental retardation. California:corwin Press, 2006.

C – powyższe dwa kryteria A i B muszą wystąpić przed osiemnastym rokiem życia¹³. W tak pojętym definiowaniu upośledzenia umysłowego na plan pierwszy wysuwa się ograniczone funkcjonowanie jednostki w życiu codziennym, które powinno stać się głównym celem jej badania¹⁴.

Obecnie w literaturze przedmiotu można odnaleźć zamienne stosowanie terminu upośledzenia umysłowego z niepełnosprawnością intelektualną¹⁵. Niektórzy autorzy twierdzą, iż jest to nadużycie terminologiczne¹⁶. Przykładem mogą być tu słowa J. Pańczyk, mówiące o tym, iż „pedagodzy specjaliści – jako profesjonaliści – nie powinni posługiwać się terminem „niepełnosprawność intelektualna”, który do tej pory nie został naukowo zdefiniowany i bliżej dookreślony oraz nie ma osadzenia w polskim prawie”¹⁷.

Nie brakuje jednak opinii, że używanie pojęcia niepełnosprawności intelektualnej jest mniej stygmatyzujące¹⁸. Stąd w niniejszej rozprawie dopuszczam zamienne stosowanie obu określeń.

W 1980 r. IX rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Urazów i Przyczyn Zgonów dokonała podziału niedorozwojów umysłowych (tabela 1).

¹³ Sękowska S.: Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. Warszawa 1998, s.215-216

¹⁴ Kostrzewski J.: Ewolucja poglądów AAMR dotyczących niedorozwoju umysłowego. Od Ricka Hebera (1959) do Ruth Luckasson i in. (1992). „Roczniki Pedagogiki Specjalnej” 1997, t.8.

¹⁵ Janiszewska-Nieścieruk Z.: Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną, Zielona Góra 2003, Janiszewska-Nieścieruk Z.: Znaczenie samooceny w społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, Zielona Góra 2000, Lovaas O.I.: Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Mój elementarz. Warszawa 1993.

¹⁶ Zob. Forum Pedagogów Specjalnych XXI w. Red. J.Pańczyk. Łódź 2006, t.VII.

¹⁷ Pańczyk J.: Upośledzenie umysłowe, czy niepełnosprawność intelektualna? W: Forum Pedagogów...op.cit., s.73.

¹⁸ Żółkowska T.: Wyrównywanie szans społecznych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Uwarunkowania i obszary. Szczecin 2004, Krause A.: Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych. Kraków 2004, Maciarz A.: Mały leksykon pedagoga specjalnego. Kraków 2005, s.82.

Tabela 1

Klasyfikacja upośledzenia umysłowego¹⁹

Stopień rozwoju umysłowego	Skala	
	Wechslera I.I	Termana-Merill I.I
Rozwój przeciętny	85-110	84-100
Rozwój niższy niż przeciętny	70-84	69-83
Niedorozwój umysłowy lekki	55-69	52-68
Niedorozwój umysłowy umiarkowany	40-54	36-51
Niedorozwój umysłowy znaczny	25-39	20-35
Niedorozwój umysłowy głęboki	0-24	0-19

Niniejsza rozprawa dotyczy funkcjonowania osób z głębokim upośledzeniem dlatego też szczegółową charakterystykę omawianej grupy osób zawierają kolejne rozdziały.

¹⁹ Wyczęsany J.: Pedagogika upośledzonych umysłowo. Cyt. Wyd., s.25.

Rozdział II

Upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim w świetle literatury przedmiotu- symptomatologia i etiologia

Obraz kliniczny dziecka z głębokim upośledzeniem jest często powikłany; towarzyszą mu nierzadko dodatkowe obciążenia chorobowe oraz zaburzenia zachowania i inne sprzężenia organiczne. Również nie bez znaczenia na funkcjonowanie społeczne takiego dziecka ma wpływ postępowanie wychowawcze jego rodziny, personelu opiekuńczego placówek pomocy społecznej (domów pomocy społecznej), terapeutów w ośrodkach pobytu dziennego oraz nauczycieli szkół specjalnych. Praca z dzieckiem z głębokim upośledzeniem to nie tylko mechaniczne wykonywanie poszczególnych metod pracy i technik usprawniania ruchowego, to bardzo dobra znajomość wszelkich odruchów, tików dziecka, to umiejętność wychwycenia uczuć zadowolenia i niezadowolenia, które nie zawsze są przekazywane w sposób bezpośredni.

2.1 Charakterystyka dzieci głęboko upośledzonych umysłowo

Głębsze postacie upośledzenia umysłowego charakteryzują się bardzo różnorodnym i złożonym obrazem klinicznym, również w sferze osobowości. Pierwszymi osobami, które zauważają (czasami intuicyjnie) pewne nieprawidłowości w rozwoju, są rodzice dziecka. W pierwszych miesiącach życia zwracają oni uwagę na niezwykle bierność i apatię dziecka lub odwrotnie na jego niespokojne zachowanie – złe samopoczucie, krzyk, problemy ze snem i jedzeniem¹. Poza tym zauważa się zaburzenia w reakcjach emocjonalnych, np. brak uśmiechu na widok bliskich osób w końcu pierwszego kwartału życia, oraz znaczne opóźnienia w zdobywaniu umiejętności motorycznych, tj. mała ruchliwość, unoszenie i trzymanie głowy, zmiany pozycji ciała z pleców na bok lub brzuch, opóźnione siadanie i wstawanie po pierwszym roku życia. „Objawy niepokojące rodziców i wskazujące na zaburzenia rozwoju psychomotorycznego

¹ Stomma D.: Rozwój psychologiczny dziecka i jego zaburzenia. W: Jak przygotować do życia dziecko upośledzone umysłowo. Red.: Wald I. Warszawa 1972, s.21-22.

należy traktować tym uważniej, im więcej danych mamy na to, że dziecko doznało organicznego uszkodzenia układu nerwowego”².

Jak zauważa J.Pilecka „we współczesnej psychologii bardzo mocno podkreśla się podobieństwo przebiegu psychomotorycznego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej oraz dzieci z normą intelektualną, przyjmując trzy założenia:

- dzieci upośledzone umysłowo przechodzą poszczególne stadia rozwoju w tej samej kolejności co zdrowe, jednak w znacznie wolniejszym tempie i nie zawsze w pełni realizują swój potencjał rozwojowy
- charakteryzują się podobną strukturą inteligencji na określonych poziomach rozwoju reagują w podobny sposób, jak dzieci z normą intelektualną na bodźce środowiskowe”³.

Znakomity psycholog szwajcarski J. Piaget⁴ stworzył teorię, w której opisał rozwój inteligencji dziecka. Zakładał, że istnieją pewne stałe i zmienne funkcje, które są efektem rozwoju sensoryczno-motorycznego i intelektualnego. Powstające w ten sposób struktury umysłowe dają możliwość coraz lepszego przystosowania się do środowiska. J. Piaget w swych pracach dowiódł, że przemiany intelektu są skutkiem procesu rozwoju. Niepodważalna wartość tej „metody” tkwi również w sposobie jej przeprowadzenia. Autor teorii podkreśla, że ta forma diagnozowania wraz z naturalną obserwacją, w minimalny sposób ogranicza spontaniczność reakcji dziecka. Wyróżnił 4 stadia rozwoju poznawczego:

- stadium inteligencji sensomotorycznej (0-2 lat)
- stadium myślenia przedoperacyjnego (2-7 lat)
- stadium operacji konkretnych (7-11 lat)
- stadium operacji formalnych (11-15 lat).

² Tamże, s.22.

³ Pilecka W.: Psychoruchowy rozwój dzieci o obniżonej sprawności ruchowej. W; Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności intelektualnej. Red. W. i J. Pileckich. Kraków 1998. s.9.

⁴ Piaget J.: Narodziny inteligencji dziecka. Warszawa 1966.

Wiek metrykalny dzieci, w którym występują charakterystyczne zachowania reprezentatywne dla określonych stadiów nie jest stały. Wiek podawany przez J. Piageta jest okresem, który oznacza występowanie spodziewanych czynności dziecka, przeciętnie rozwijającego się. W przypadku dzieci upośledzonych, rozwój ten jest opóźniony lub bardzo spowolniony ⁵. Wg M. Kościelskiej⁶ „(...) istnieje wiele szczegółowych koncepcji upośledzenia. Jednakże na wysokim poziomie ogólności można mówić tylko o jednej teorii, mianowicie o teorii stadiów rozwojowych, w świetle której upośledzenie odpowiada wczesnemu stadium rozwoju”.

Jednostki z głębokim upośledzeniem nie przekraczają stadium sensoryczno-motorycznego (dziecko poznaje świat głównie za pomocą bezpośredniego spostrzegania i aktywności motorycznej). W omawianym stadium możemy wymienić następujące okresy rozwoju ⁷:

- I - dziecko ćwiczy tylko swoje odruchy bezwarunkowe, jego zachowanie jest w dużym stopniu nieodróżnicowane, są to automatyczne reakcje na bodźce płynące ze środowiska; dziecko nie odróżnia siebie od innych przedmiotów, reaguje na bliski kontakt fizyczny z dorosłym: ustanie płaczu, przystosowanie pozycji ciała do sposobu trzymania. Przykładowe umiejętności dziecka w tym okresie to ssanie w momencie dotknięcia warg, zaciśnięcie dłoni, którą dotyka przedmiot, wpatrywanie się w zabawkę znajdującą się w zasięgu wzroku. (U dziecka normalnie rozwijającego się, okres ten przypada na pierwszy miesiąc życia)
- II – kształtują się pierwsze nawyki, pierwsze odruchy warunkowe. Dzięki koordynacji czynności narządów zmysłów i rozwojowi ruchów ręki wytwarzają się schematy czynnościowe utrwalone przez powtarzanie (np.

⁵ Wadsworth B.J.: Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka. Warszawa 1998, s.39.

⁶ Kościelska M.: Oblicza upośledzenia. Warszawa 1995, s.99.

⁷ Birch A., Malim T.: Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęcia do dorosłości. Warszawa 1998, s.38-53. Doroszeńska J.: Pedagogika specjalna. Warszawa 1997, Gunzburg H.C.: Problemy nauczania w upośledzeniu umysłowym. W: Clarke A.M, Clarke A.D.B.: Upośledzenie umysłowe. Nowe poglądy. Warszawa 1971, s.323, Zimbardo P.G.: Dzieło Piageta. W: Problemy ontogenetycznego rozwoju człowieka. Red. Nizankowska-Półtorak B., Pietrzak H. Rzeszów 1991. Wadsworth B.J.: Teoria Piageta...op.cit, s.47-71.

koordynacja ruchów ręki i ust), które stają się coraz precyzyjniejsze dzięki ćwiczeniom (chwytywanie inaczej miękkiego pluszaka, inaczej twardą grzechotkę). Przez schemat czynnościowy będziemy rozumieć serie następujących po sobie kolejno różnych czynności, ruchów, skierowanych na jakiś cel. W tym okresie dziecko nabiera świadomości przedmiotów, np. próbuje odszukać wzrokiem przedmioty, które wydają dźwięki pojawia się koordynacja wzroku ze słuchem. W okresie tym pojawiają się pierwsze nabyte uczucia (radość, smutek, przyjemność). Uczucia zadowolenia i niezadowolenia powiązane są z czynnościami. Zachowanie dziecka skierowane jest do wewnątrz, przejawia ono większe zainteresowanie ruchami własnych rąk niż zabawkami, stosuje schematy dla przyjemności samego stosowania ich. Rozpoznaje nie obiektywnie występujące przedmioty, lecz swoje subiektywne stany, zanika ono w działaniu, gdy przedmiot przestaje oddziaływać na zmysły. Podstawowe umiejętności, które możemy zaobserwować w tym okresie to rozpoznawanie znajomych dźwięków, dotyków, osób, rzeczy oraz zabawy własnym ciałem. (Okres ten przypada na wiek dziecka normalnie rozwijającego się od 1 do 4-5 m.ż.)

- III – jest to okres koordynacji wzroku i ruchów chwytania. Następuje tu asymilacja⁸ przedmiotów za pomocą różnych schematów, np. dziecko ssie przedmiot i manipuluje nim. Dziecko odtwarza zadania, które wydały mu się ciekawe. Zaczyna również przewidywać pozycje przemieszczających się przedmiotów, obserwuje się swoiste rozumienie przyczynowości „post factum”. Dziecko zaczyna angażować się w interakcje i zabawy na zasadzie naprzemienności, antycypuje kulminacyjne momenty w zabawie. (Okres ten trwa od 4-5 do 7-8 m.ż.)

⁸ Piaget widoczne starania dziecka do powtórzenia i przedłużenia ciekawej czynności nazwał reakcjami okrężnymi lub asymilacją reprodukcyjną, odtwarzającą.

- IV – schematy czynnościowe łączą się i koordynują, dając początek czynnościom poszukiwania przedmiotu, który zginął z oczu dziecka. Zaczyna odróżniać środki od celów i wykonywać określone czynności po to, aby osiągnąć dany efekt (np. rzuca zabawką aby wywołać dźwięk). Z połączenia schematów czynnościowych i ich wzajemnej koordynacji powstają schematy funkcjonalne. Dziecko jest dociekliwe i nastawione na eksplorację otoczenia. Od tego okresu pojawiają się pierwsze uczucia sukcesu i porażki, obdarza się uczuciami inne osoby. Inicjuje interakcje z dorosłymi: zaczepia, utrzymuje i przedłuża kontakt. W tym swoistym dialogu wykorzystuje gest, ruch, podkreśla żądanie wokalizacją. (Czynności te pojawiają się w okresie od 8-9 do 11-12 m.ż.)
- V – schematy funkcjonalne różnicują się wskutek eksperymentowania i eksploracji otoczenia. Dziecko potrafi odnaleźć ukryty przedmiot posługując się innym. Istnieje świadomość relacji przestrzennych między przedmiotami oraz między przedmiotami i sobą. Rozwiązywanie problemów oraz pokonywanie przeszkód odbywa się metodą prób i błędów. Reaguje na proste polecenia oraz wykonuje je. Dziecko zaczyna używać wokalizacji poprzez kombinację proto-słów i znaków. (Okres trwa od 11-12 do 18 m.ż.)
- VI – występują tu pierwsze przejawy interioryzacji czynności, które przechodzą jak gdyby na płaszczyznę myślenia. Dziecko antycypuje realne działania przez eksperyment myślowy, dzięki czemu dochodzi do ostatecznego wyniku bez próbowania na oślep. Potrafi wyobrazić sobie nieobecne przedmioty i reprezentacje przestrzeni. Uczucia dziecka stają się czynnikami decyzji, o tym co ma zrobić a czego nie zrobić. Powstają uczucia sympatii i niechęci, są to pierwsze relacje interpersonalne, (okres ten przypada między 18 a 24 m.ż.).

Nie wszystkie dzieci z głębokim upośledzeniem przechodzą przez kolejne fazy stadium sensoryczno-motorycznego. Niektóre zatrzymują się na pierwszym

a niektóre czasami osiągają czwarty poziom. Określenie fazy rozwoju jest wskazówką dla pełnej oceny aktualnej i potencjalnej inteligencji a późniejszej do pracy z dzieckiem. Pozwala na przygotowanie odpowiedniego planu rehabilitacji oraz pomocy dydaktycznych. Znajomość charakterystyki poszczególnych etapów pozwala również na właściwą interpretację pewnych „dziwnych zachowań”, które mogą wystąpić u dzieci z głębokim upośledzeniem umysłowym (np. stereotypowe ruchy rąk i całego ciała, potrząsanie przedmiotami). Mogą być one uzasadnione jeżeli jednostka funkcjonuje na poziomie omawianego powyżej stadium inteligencji, a dokładniej na poziomie drugiego lub trzeciego podokresu. Każdy przypadek wymaga indywidualnego podejścia. Często towarzyszą mu liczne dodatkowe obciążenia chorobowe oraz zaburzenia zachowania i inne sprzężenia organiczne. Im głębsze jest upośledzenie, tym większe obserwuje się opóźnienia motoryki. Są mało sprawne ruchowo i manualnie. Przyczyn niesprawności ruchowej T. Gałkowski⁹ dopatruje się między innymi w: dziedziczności, dysfunkcjach umysłowych, opóźnionym dojrzewaniu, braku odpowiedniej stymulacji oraz uszkodzeniach ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego. U dzieci opóźnionych w stopniu głębokim często można zaobserwować liczne zniekształcenia szkieletowe, które dodatkowo utrudniają przyjęcie prawidłowej postawy ciała i mogą prowadzić do uniemożliwienia poruszania się. Występują zaburzenia precyzji ruchów, koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz słuchowo-ruchowej. Spotykamy różnego rodzaju niedowłady, zaburzenia napięcia mięśniowego, porażenia, natręctwa ruchowe oraz ogólną niezdolność ruchową. Zaburzone są również mechanizmy kinestezji i somatostezji. „Przekazywanie bodźców i przekształcanie ich w impulsy nerwowe przebiega pod wieloma względami niewłaściwie, co znajduje odbicie w sferze zmysłowej”¹⁰. „To całkowita lub prawie całkowita degradacja życia psychicznego wskutek zwyrodnienia rozwoju

⁹ Gałkowski T.: Dzieci specjalnej troski. Warszawa 1972, s.88.

¹⁰ Tamże, s.104.

mózgu. Towarzyszą mu różnego rodzaju makro- lub mikrocefalia, asymetryczna czaszka, zahamowanie wzrostu, dysproporcja ciała, anomalie w budowie ciała i rozwoju fizycznym liczne defekty w budowie podniebienia itp.”¹¹.

W obrębie głębokiego upośledzenia można wyróżnić 3 podgrupy: stopień wegetatywny, średni i lżejszy (łagodny)¹².

Stopień wegetatywny charakteryzuje się zachowaniem tylko funkcji wegetatywnych. Nie sygnalizują one potrzeb fizjologicznych. Rozwój z zakresu motoryki dużej charakteryzuje się brakiem utrzymywania równowagi w pozycji stojącej, (dzieci te przeważnie nie chodzą). Zdarza się również brak umiejętności siedzenia i unoszenia głowy. Nie próbują nawiązać jakiegokolwiek kontaktu z otoczeniem. Odbiór wrażeń zmysłowych jest nieprawidłowy (mogą występować hiperstenie).

Kolejny stopień głębokiego upośledzenia w dziedzinie motoryki charakteryzuje się posiadaniem umiejętności chodzenia, ruchy są jednak niezręczne i niecelowe. Obserwuje się różnego rodzaju stereotypie ruchowe (od kiwania się do bicia głową o ścianę). Porozumiewanie z otoczeniem odbywa się za pomocą prostych, pojedynczych nieartykułowanych, bełkotliwych dźwięków.

W najlżejszym stopniu upośledzenia głębokiego można zauważyć u dzieci przejawy uwagi mimowolnej i początki kontaktów społecznych. Przywiązują się do one osób z najbliższego otoczenia. Można wyuczyć ich prostych czynności, tj.: zamiatanie, podawanie. Poprzez systematyczne ćwiczenia bardzo często uzyskuje się pewną samodzielność w spożywaniu posiłków, sygnalizowaniu potrzeb fizjologicznych. Czasami występuje u nich dobry słuch muzyczny, mogą dość dokładnie powtórzyć usłyszaną melodię.

R. Garlicki¹³ dokonał charakterystyki osób upośledzonych według wieku metrykalnego. U dzieci w wieku przedszkolnym z głębokim upośledzeniem

¹¹ Tamże, s.287

¹² Psychologia kliniczna. Red. A.Lewicki. Warszawa 1978, s.287.

¹³ Garlicki R.: Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo w różnych stopniach według wieku metrykalnego. W: Dziedzic J.: Kultura fizyczna w szkołach i zakładach dla upośledzonych umysłowo. Warszawa 1978, s.34.

obserwuje się bardzo ograniczoną zdolność funkcjonowania sfery zmysłowo-ruchowej. W wieku szkolnym (od 6 do 21 lat) istnieje pewien rozwój sfery ruchowej lecz nie udaje się osiągnąć osobistej samodzielności. Wiek dojrzały charakteryzuje się u osób z głębokim upośledzeniem brakiem mowy czynnej, czasami ogranicza się ona do prostych dwuwyrazowych wypowiedzi. Na każdym etapie rozwoju osoby te wymagają stałej opieki i pomocy, choć zdarzają się przypadki minimalnej zaradności społecznej w wieku dojrzałym.

We wszystkich omówionych wyżej stopniach występuje duże upośledzenie procesów orientacyjno-poznawczych oraz niczym nie umotywowane wahania nastrojów. Z jednej strony dzieci nadpobudliwe z drugiej o zachowaniach typu zahamowanego (typy torpidalne i apatyczne). Często wpadają w złość, która przybiera różnego rodzaju formy: krzyk, bicie, drapanie, rzucanie się na ziemię, przewracanie przedmiotów. Wybuchy mogą mieć krótkotrwały charakter lub trwać całymi dniami. W takich sytuacjach czasami bezradni rodzice, opiekunowie stosują farmakologiczne środki uspokajające. Często u źródeł tych ataków leży niemożność zrozumienia otaczającego taką osobę świata i ludzi. Emocje charakteryzują się sztywnością i brakiem zróżnicowania¹⁴. Dziecko głęboko upośledzone zdolne jest do wyrażania jedynie prostych, elementarnych emocji. Jednocześnie występuje u niego brak przejawiania życia uczuciowego¹⁵. G.E. Suchariewa¹⁶ wyróżniła u tych jednostek następujące emocje: zagrożenia, ograniczenia, pozbawienia, zaspokojenia. Poszczególne jednostki różnią się stopniem intensywności manifestowanych emocji. J. Lausch-Żuk¹⁷ twierdzi, że trudno o zadowalającą i wyczerpującą klasyfikację wszystkich zaburzeń zachowania charakterystycznych dla dzieci głęboko upośledzonych.

¹⁴ Clarke A.M., Clarke A.D.B.: Upośledzenie...cyt. wyd., s.174-177.

¹⁵ Marchwicka M.: Charakterystyka niektórych dysfunkcji intelektualnych i sensorycznych. Słupsk 1998, s.25.

¹⁶ Suchariewa G.E.: Psychiatria wieku dziecięcego – klinika oligofrenii. Warszawa 1969.

¹⁷ Lausch-Żuk J.: Dzieci głębiej upośledzone umysłowo. W: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Red. Obuchowska I. Warszawa 1999, s.262.

Innym zachowaniem występującym u osób z głębokim upośledzeniem są zachowania autostymulacyjne, nazywane w skrócie autostymulacją. Może ona przybrać charakter wizualny, słuchowy i dotykowy. Zachowania takie pojawiają się w sytuacji, kiedy dziecko nie otrzymuje odpowiedniej dawki stymulacji. Prawdopodobnie służy to utrzymaniu przy życiu systemu nerwowego, który musi być pobudzany. „Pozbawiony takiej aktywności system nerwowy dziecka mógłby ulec wyniszczeniu i znaleźć się w stanie atrofii”¹⁸.

Charakterystycznym zaburzeniem w sferze ruchowej u dzieci z głębokim upośledzeniem są stereotypie ruchowe, które są wynikiem niedojrzałości OUN. Wg H. Olechnowicz ¹⁹ kiwanie się jest źródłem przyjemności, zmniejsza napięcie wywołane przez niezaspokojoną potrzebę ruchową. Może ono zastępować płacz i ucieczkę w sytuacjach lękotwórczych i frustracyjnych. Czynniki sprzyjającymi i potęgującymi takie zachowania są brak lub zubożenie bodźców zmysłowych tj.: izolacja społeczna, brak ciekawych zabawek i przedmiotów. J. Lausch-Żak pisze: „u głębiej upośledzonych umysłowo, na skutek ogólnej słabości układu nerwowego, istnieje mniejsza (...) odporność na bodźce zewnętrzne. Częstym objawem jest u nich także nadwrażliwość na bodźce słuchowe”²⁰. Wynikiem tej nadwrażliwości może być częsty płacz, niepokój a nawet agresja dziecka.

Ze względu na obniżoną zdolność szybkiego i adekwatnego reagowania na zmieniające się zewnętrzne bodźce dzieci te nie potrafią prawidłowo przystosować się do nowych sytuacji społecznych. Liczne przykłady możemy znaleźć w ich codziennym funkcjonowaniu. Wynika to głównie z specyfiki procesów fizjologicznych²¹ (występują tu liczne anomalie w funkcjonowaniu istoty siateczkowatej, znajdującej się w śródmózgowiu).

¹⁸ Lovaas O.I.: Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Warszawa 1993, s.52.

¹⁹ Olechnowicz H.: Nawykowe kiwanie się u upośledzonych umysłowo. „Materiały informacyjno-Dydaktyczne ZG TPD”, 1969, 8-9.

²⁰ Lausch-Żak J.: Dzieci głębiej upośledzone... cyt.wyd., s.275.

²¹ Gałkowski T.: Dzieci specjalnej... cyt.wyd., s.109.

Przyjmuje się, że maksymalny poziom dojrzałości społecznej osiągany przez osoby upośledzone w stopniu głębokim wynosi 4 lata.

Nie potrafią skoncentrować się na przedmiotach, a jeśli coś ich zainteresuje - jest to przedmiot duży, kolorowy, błyszczący, wydający dźwięk i najczęściej w ruchu. Spostrzegają niewiele elementów. Nie wykazują objawów koncentracji uwagi, bądź jest to bardzo krótki okres skupienia. Aprozekcja (przerzutność) i hiperprozekcja (trwałość) uwagi jest niewielka i bardzo krótka. Są one główną przyczyną problemów, dzieci z głębokim upośledzeniem, z ich podzielnością uwagi. Dzieci takie potrafią zapamiętać i wykonać bardzo proste polecenia oparte na zasadach prostych reakcji ruchowych. Są zdolne do opanowania ok. 2-3 prostych wyrazów²². Ślady pamięciowe w korze mózgowej są płytkie i nietrwałe, ze względu na małą ruchliwość i słabość procesów nerwowych. „Charakterystyczną formą pamięci jest u tych dzieci pamięć ruchowa, obrazowa i słowna (o charakterze mechanicznym) oraz uczuciowa. Pamięć dzieci głębiej upośledzonych cechuje znaczne obniżenie dokładności odtwarzania zjawiska, wydarzenia czy przedmiotu, krótka jej trwałość, wolne tempo zapamiętywania oraz słaba dyspozycyjność”²³.

Osoby z głębokim upośledzeniem bywają całkowicie zależne od innych osób lub instytucji. Cechą charakterystyczną dla omawianej grupy, jest nieumiejętność unikania fizycznych niebezpieczeństw (czasami udaje się osiągnąć ją w wieku dorosłym). Nie zawsze sposób wyrażania swoich potrzeb i uczuć jest właściwie i adekwatnie odbierany przez otoczenie. Również i komunikacja otoczenia, nie we wszystkich sytuacjach, jest zrozumiała dla dziecka, które ma trudności w odbieraniu wrażeń słuchowych, a te z kolei wywierają ogromny wpływ na rozumienie przez niego mowy.

Głębokie upośledzenie nie zwalnia z obowiązku usprawniania dziecka, wręcz odwrotnie poprzez odpowiednie zabiegi rewalidacyjne możemy

²² Marchiwcka M.: Charakterystyka... cyt.wyd. s.20-28.

²³ Tamże, s. 39.

przybliżyć dziecku otaczający go świat, który dla niego jest otoczeniem nie zrozumiałym, pełnym nowości. Osoby opiekujące się dziećmi głęboko upośledzonymi powinny stworzyć takie warunki w najbliższym otoczeniu, które wprowadzą bezpieczeństwo, pozwolą na jego poznanie, przy pełnej akceptacji dysfunkcji fizycznych i psychicznych dziecka. Ma to spowodować zniesienie kategorii dzieci leżących, których najczęstszym widokiem jest biały sufit. Wprowadzenie obowiązku szkolnego w 1997 r., w postaci zajęć rewalidacyjno-wychowawczych stało się punktem wyjścia z omawianej sytuacji.

2.2 Etiologia i sposoby diagnozowania upośledzenia umysłowego w stopniu głębokim

Osoby z głębokim upośledzeniem to najbardziej zróżnicowana grupa pod względem indywidualnym osób, które obejmuje. Każde dziecko upośledzone umysłowo jest obarczone nieprawidłowościami i zaburzeniami funkcji psychicznych oraz fizycznych, w różnych wymiarach i różnym nasileniu, dlatego nie można objąć wszystkich wspólną charakterystyką²⁴. Spowodowane jest to wieloczynnikowym charakterem głębokiego upośledzenia. Rozwój badań i techniki powoduje ciągłe poznawanie nowych czynników, które są odpowiedzialne za różnego rodzaju zaburzenia. W dużym stopniu przyczynia się do tego genetyka, np. przypuszcza się, że upośledzenia głębszego stopnia są powodowane jednym czynnikiem wywołującym określone zmiany organiczne w mózgu²⁵, powodujące poważne uszkodzenie centralnego układu nerwowego²⁶. Wpływ na powstałe zaburzenia mogą mieć odmienne czynniki patogenne i ich inna patogeneza (zmiany morfologiczne, biochemiczne, patofizjologiczne)²⁷ oraz

²⁴ Kubeczko J.: O wychowaniu dzieci upośledzonych umysłowo. Poradnik dla rodziców i nauczycieli. Warszawa 1974, s.8.

²⁵ Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki... cyt.wyd., s.217,

²⁶ Clarke A.M., Clarke A.D.B.: Upośledzenie umysłowe.... cyt.wyd., s.23.

²⁷ Bogdanowicz M.: Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym. Warszawa 1991, s.82.

czynniki środowiskowe. Olechnowicz H.²⁸ analizując portrety dzieci upośledzonych zestawiała wpływy wychowawcze w środowiskach socjokulturalnie uprzywilejowanych i upośledzonych. Zarówno w jednym jak i w drugim środowisku znajdują się pozytywne i negatywne oddziaływania, mające wpływ na funkcjonowanie dziecka upośledzonego i jego rozwój. O znaczeniu zaniedbania społecznego jako środowiskowego czynnika niedorozwoju i jego wpływie na ogólne funkcjonowanie dziecka pisze również A.S. Szewedzińska²⁹.

Jednak jak przyznaje W.Brzeziński³⁰, są i takie przypadki, gdzie nawet jeśli uda się rozpoznać jakiś wyraźny zespół kliniczny, np.: fenyloketonurię czy inne anomalie chromosomalne, które bezpośrednio są związane z upośledzeniem umysłowym, nie zawsze w sposób jasny i dokładny można stwierdzić, na jakiej drodze doprowadziły one do niedorozwoju.

Analizując literaturę przedmiotu³¹ można znaleźć wiele różnych klasyfikacji przyczyn upośledzenia umysłowego. W zależności od przyjętego kryterium etiologia upośledzenia umysłowego zależy od:

- od czasu wystąpienia – przed urodzeniem, w okresie porodowym i poporodowym lub podział na czynniki genetyczne powstałe przed zapłodnieniem (związane z występowaniem szkodliwych genów i aberracji chromosomalnych) oraz czynniki egzogenne pochodzenia chorobowego
- ze względu na czas zadziałania na komórkę rozrodczą, zarodek, płód, dziecko w chwili porodu, dziecko po urodzeniu określonego czynnika patogenego.

²⁸ Olechnowicz H.: Portrety psychologiczne dzieci upośledzonych umysłowo i wskazania do pracy wychowawczo-terapeutycznej. Warszawa 1991, s.155-157.

²⁹ Szewedzińska A.S.: O biomedycznym rozwoju dzieci specjalnej troski. Zielona Góra 1986, s.40-41.

³⁰ Brzeziński W.: Wychowanie fizyczne specjalne. cz.II. Rewalidacja dzieci i młodzieży upośledzonej umysłowo. Szczecin 1990, s.24.

³¹ Wyczesany J.: Pedagogika upośledzonych...cyt.wyd., Sękowska Z. Wprowadzenie...cyt.wyd., Clarke A.M: Upośledzenie...cyt.wyd., Psychologia kliniczna. Red. A.Lewickiego. Warszawa 1978, Lipkowski O.: Pedagogika specjalna. Warszawa 1974.

Ciekawe zestawienie czynników powodujących upośledzenie umysłowe wraz z możliwością zapobiegania podaje J.Wyczęsany ³², stwierdzając równocześnie, że nie jest on wyczerpujący (tabela 2).

Tabela 2

Czynniki powodujące upośledzenie umysłowe

Czynniki	Możliwość zapobiegania
I. Czynniki działające przed poczęciem Genetyczne: a) monogeniczne strukturalne metaboliczne b) wieloczynnikowe c) chromosomalne	poradnictwo genetyczne, diagnostyka prenatalna, wczesne leczenie
II. Czynniki działające w czasie życia płodowego zakażenia bakteryjne, wirusowe i inwazje pasożytnicze wady żywienia czynniki chemiczne czynniki fizyczne czynniki immunologiczne zaburzenia łożyska hipoksja wewnątrzmaciczna	szczepienia ochronne, leczenie matki, właściwe odżywianie, postępowanie środowiskowe, postępowanie odczulające, transfuzja wymienna, właściwa opieka położnicza
III. Czynniki związane z porodem Zamartwica uraz porodowy wcześniactwo	właściwa opieka położnicza i pediatryczna
IV. Czynniki działające po urodzeniu się dziecka zakażenia urazy czynniki chemiczne czynniki żywieniowe czynniki izolacji zmysłowej i kulturalnej	szczepienia ochronne, właściwe leczenie, postępowanie środowiskowe, właściwe odżywianie, właściwa stymulacja

„W Polsce od 1997 roku istnieje obowiązek rejestracji wad rozwojowych, dzięki któremu można objąć rodziny ryzyka poradnictwem genetycznym”³³. Powstały Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych³⁴ warunkuje organizację trójstopniowej profilaktyki, której zadaniem jest obniżenie ich

³² Wyczęsany J.: Pedagogika upośledzonych... cyt.wyd., s.40.

³³ Sadowska L., Pecyna M.B.: Wczesna i późna neurostymulacja dzieci z zespołem Downa według Wrocławskiego Modelu Usprawniania a poziom koncentracji uwagi. W: Fizjoterapia Polska, Nr 1 2001, s.9.

³⁴ Polski Rejestr Wrodzonych Wad rozwojowych obejmuje następujące regiony: bydgoski, gdański, łódzki, poznański, szczeciński, wrocławski i byłe województwo olsztyńskie.

występowania. Pierwszy stopień ma na celu niedopuszczenie do występowania nieprawidłowości w rozwoju zarodka poprzez eliminowanie czynników teratogennych lub podawaniu kwasu foliowego³⁵. Drugi stopień obejmuje diagnostykę prenatalną, która ma być pierwszym krokiem do terapii, np. wodogłowia, wad serca itp., natomiast trzeci stopień to wielokierunkowe działania korekcyjno-rehabilitacyjne prowadzone po urodzeniu dziecka z wadą wrodzoną.

Przedstawione wyżej czynniki uszkodzające mogą „nakładać się” na siebie. Działają wtedy ze skumulowaną siłą; im jest ona większa tym większy stopień upośledzenia obserwujemy później u dziecka. Tak właśnie się dzieje w przypadku dzieci głęboko upośledzonych. Znajomość organicznych uwarunkowań zaburzeń rozwoju przyczynia się do lepszego zrozumienia poszczególnych objawów i dostosowania oddziaływania rodziców, nauczycieli i terapeutów do możliwości dziecka.

M. Kościelska analizując wpływ czynników biologicznych, społecznych i psychologicznych stwierdza, że „wspomaganie rozwoju dziecka biologicznie uszkodzonego i zagrożonego upośledzeniem graniczy ze sztuką, jest bowiem stałym szukaniem najlepszych rozwiązań w aktualnej sytuacji życiowej na każdym etapie rozwoju”³⁶.

Szczegółowy opis objawów zaburzeń występujących u osoby upośledzonej powinna zawierać diagnoza, która ustala jej stopień. Tego typu diagnozę nazywamy diagnozą klasyfikacyjną, typologiczną lub nozologiczną. Jej zadaniem jest np. zakwalifikowanie danej osoby do określonej jednostki chorobowej. Omawiana diagnoza jest stwierdzeniem o istnieniu bądź nie upośledzenia umysłowego na podstawie ilorazu inteligencji. Skalą służącą do badania poziomu inteligencji osób niepełnosprawnych umysłowo jest między innymi skala Weschlera i Stanforda-Bineta. Współczynnik ilorazu inteligencji,

³⁵ Podawanie kwasu foliowego obniża ryzyko występowania wad cewy nerwowej.

³⁶ Koscielska M.: Oblicza... cyt.wyd., s.185.

w przypadku dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim wynosi on od 0 do 19.

Korzystanie tylko z ilorazów inteligencji w pracy z dzieckiem nie daje pełnego obrazu jego funkcjonowania społecznego. Tutaj norma interpretowana jest tylko ze statystycznego punktu rozwoju³⁷. „Poprzez badania testowe nie potrafimy bowiem dotrzeć do tkwiących w dziecku potencjalnych dynamizmów, które nie ujawniają się podczas standardowych badań, mających bardzo często charakter sztuczny i nie motywujących dziecka do współdziałania”³⁸. Potwierdza to również w swojej pracy R. Ossowski, gdzie czytamy: „przy podejściu nozologicznym bądź typologicznym przyjmuje się założenie o prostym i ścisłym związku między cechami osobowości a zachowaniem. Jest to nawiązanie do fatalnego dziedzictwa samatopsychologii, które sugerowało, aby na podstawie cech fizycznych wnioskować o osobowości, a w konsekwencji zachowaniu. Z tego powodu diagnoza nozologiczna typologiczna jest przedmiotem szczególnej krytyki psychologii rehabilitacyjnej, gdyż zbyt łatwo otoczenie społeczne może usprawiedliwiać się z bezczynności wobec osób niepełnosprawnych i za ich położenie życiowe obciążyć ich samych”³⁹.

Często zdarza się tak, że rodzice i wychowawcy nie zgadzają się z postawioną diagnozą, która jest wykonywana w sztucznych warunkach bez wnikliwej obserwacji dziecka w jego naturalnym środowisku. Szczególnie znaczenie ma to w stosunku do dzieci głęboko upośledzonych, które mogą reagować zupełnie nieadekwatnie do podawanych poleceń. Zmiana miejsca, osoby, sytuacji to czynniki utrudniające wykonanie poprawnych badań, dlatego też często oprócz nich psycholodzy stawiając orzeczenie o stopniu upośledzenia opierają się na informacji dostarczonych przez osoby z najbliższego otoczenia dziecka – rodziców, opiekunów prawnych, czy personelu zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej. T.Gałkowski w swojej książce podaje

³⁷ Bogdanowicz M.: Psychologia kliniczna dziecka ... cyt.wyd., s.87.

³⁸ Gałkowski T.: Dzieci specjalnej troski....cyt.wyd., s.14.

³⁹ Ossowski R.: Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji. Bydgoszcz 1999, s.243.

przykład Karty rejestracji rozwoju poszczególnych funkcji, która stanowi pomoc w systematycznym rejestrowaniu zmian zachodzących w funkcjach psychofizycznych dziecka⁴⁰. Wszelkie postępy są zapisywane przez rodziców. Informacje w ten sposób zdobyte mogą być pomocne przy ocenie funkcjonalnej dziecka.

J.Kostrzewski postuluje, aby w diagnozowaniu osób upośledzonych umysłowo stosować wielokrotne badania kontrolne powiązane z obserwacją dynamiki rozwoju intelektualnego, funkcji psychomotorycznych, prowadzić ocenę tempa uczenia się i stopnia wyuczalności (np. za pomocą eksperymentu klinicznego)⁴¹. Uważa, że diagnoza poziomu rozwoju intelektualnego powinna przybrać postać diagnozy klinicznej, w skład której będą wchodzić informacje pochodzące z wywiadu, badań stopnia inteligencji z uwzględnieniem motywacji i zainteresowań dziecka, badań dojrzałości społecznej, które mają na celu poznanie zachowania przystosowawczego oraz badań stopnia wyuczalności. W opracowaniu Lausch- Żuk J⁴². czytamy: „Do niedawna jeszcze powszechne było mniemanie o stałości ilorazu inteligencji w przeciągu życia jednostki. (...) Praktyka rehabilitacyjna wykazała, że prawidłowa stymulacja rozwoju jednostek głębiej upośledzonych umysłowo podnosi ich ogólny poziom intelektualny. Iloraz inteligencji jest więc w pedagogice mało przydatny”.

Inną metodą służącą rejestracji zachowań dziecka i poziomu opanowania poszczególnych czynności społecznych jest Vinelandzka Skala Dojrzałości Społecznej E. Dolla, zwolennika stanowiska, że przy diagnozie upośledzenia umysłowego powinny być brane pod uwagę następujące kryteria: intelektualne, społeczne i biologiczne. Wyniki zebrane tą metodą są podstawą do stworzenia

⁴⁰ Gałkowski T.: Dzieci specjalnej troski... cyt.wyd., s.282-285. Karta obejmuje 5 głównych sfer zachowania dziecka, jej zadaniem jest ułatwienie rejestracji spostrzeżeń rodziców. System oceniania jest dostosowany do dzieci głębiej upośledzonych. Ocenę stopnia sprawności podaje się w pięciostopniowej skali.

⁴¹ Kostrzewski J.: Podstawy współczesnej diagnostyki psychologiczno-klinicznej niedorozwoju umysłowego u dzieci. W: Z Zagadnień psychologii dziecka upośledzonego umysłowo. Red. J. Kostrzewski. Warszawa 1978. Kostrzewski J.: Klasyfikacja upośledzenia umysłowego. W: Upośledzenie umysłowe – pedagogika. Red. Kirejczyk. K. Warszawa 1981.

⁴² Lausch Żuk J.: Dzieci głębiej upośledzone umysłowo. W: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Red. Obuchowska I. Warszawa 1999, s.254.

indywidualnego programu rehabilitacji dziecka. Na uwagę zasługuje tutaj fakt ścisłej współpracy z rodzicami, która pozwala na bieżąco wzbogacać i uzupełniać zebrane informacje.

Programem służącym do rozeznania możliwości dziecka głęboko upośledzonego i ukazującym co w konkretnej sytuacji należy zrobić jest program PPAC Gunzburga⁴³. Obejmuje on pierwsze etapy rozwoju dziecka normalnie rozwijającego się do mniej więcej trzeciego roku życia. Służą one do oceny umiejętności społecznych dziecka głęboko upośledzonego w wieku od lat 13-14, a także starszych.

Wszystkie podane wyżej metody badań dziecka, stwierdzające poziom inteligencji, powinny być źródłem informacji uzupełniającym diagnozę funkcjonowania dziecka w różnorodnych sytuacjach społecznych, tworząc całościowy obraz jego zaburzeń, ale i możliwości. Stają się podstawą do tworzenia indywidualnych programów rewalidacyjnych, wspomagających rozwój dziecka.

⁴³ PPAC – Primary Progress Assessment Chart polską wersję opracował Witkowski T. Witkowski T: Podręcznik do inwentarza prac Gunzburga do oceny postępu w rozwoju społecznym (upośledzonych umysłowo). Warszawa 1988.

Rozdział III

Rewalidacja dzieci głęboko upośledzonych

3.1 Rewalidacja – pojęcie i zasady pracy rewalidacyjnej

Zanim zostanie omówiona forma rewalidacji, jaką są zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, przeznaczone dla dzieci z głębokim upośledzeniem umysłowym, musimy uściślić co będziemy rozumieć pod pojęciem rewalidacja.

Definicja pojęcia rewalidacja pochodzi od łacińskiego słowa *re-* znów i *validus*-mocny, silny i oznacza przywrócenie człowiekowi pełnej sprawności ¹. Termin ten został wprowadzony i rozpowszechniony pod koniec lat pięćdziesiątych przez Janinę i Witolda Doroszewskich, a także przez M. Grzegorzewską². Analizując literaturę przedmiotu można zauważyć, że pojęcie „rewalidacja” często jest używany zamiennie z „rehabilitacją”. J. Zabłocki uważa, że zaproponowane pojęcie Doroszewskiego jest synonimem określenia rehabilitacja i oznacza ono przywrócenie sprawności uszkodzonych organów jednostki lub usprawnianiu jej funkcji, przygotowaniu jej do samodzielnego radzenia sobie w życiu codziennym, do korzystania z różnych form kształcenia, do wykonywania pracy oraz na stwarzaniu warunków dla prawidłowego funkcjonowania tej jednostki”³. Podstawowym zadaniem tak rozumianej rehabilitacji, jest ogólne usprawnianie psychofizyczne osób niepełnosprawnych, w szerokim tego słowa znaczeniu, tzn. przywracania poczucia własnej godności, zapewniania im możliwości odpowiedniego do wieku zdobycia wykształcenia ogólnego i zawodowego.

„Rewalidacja obejmuje wiele wad rozwojowych i różne rodzaje inwalidztwa. Można rozważać problemy rewalidacji osób niewidomych, głuchych, przewlekłe chorych, kalekich – wreszcie upośledzonych umysłowo w różnym stopniu”⁴. Każda z tych grup wymaga odrębnego systemu rewalidacji,

¹ Sowa J.: Pedagogika specjalna w zarysie. Rzeszów 1999, s.123.

² Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki ... cyt.wyd., s.15.

³ Zabłocki J.: Wprowadzenie do rewalidacji. Toruń 2000, s.31, Hulek A.: Teoria i praktyka w rehabilitacji inwalidów, Warszawa 1968, s.41.

⁴ Tkaczyk G.: Rewalidacyjne wartości metody ośrodków pracy. Lublin 1999, s.9.

który będzie uwzględniał: specyficzne cechy osobowościowe, stan organizmu, poziom upośledzenia. Według G. Tkaczyk rewalidacja to „celowe działania różnych instytucji, osób na rzecz niepełnosprawnych, związanych z przygotowaniem ich do życia w społeczeństwie”⁵.

W opracowaniu A. Maciarz czytamy: „rehabilitacja (rewalidacja) to proces kompleksowych i skoordynowanych działań różnych służb i specjalistów zorientowany na jak najlepsze usprawnianie i przygotowanie do samodzielnego życia w społeczeństwie osób niepełnosprawnych, na miarę ich możliwości psychofizycznych. Termin „rehabilitacja” stosowany jest w naukach i praktyce medycznej, a termin „rewalidacja” w pedagogice specjalnej i kształceniu specjalnym”⁶. Wyróżnia się rehabilitację: fizyczną, psychiczną, społeczną i zawodową.

O tym, które pojęcie jest używane „rehabilitacja” czy „rewalidacja” decyduje na ogół charakter i kierunek jaki nadano w przeszłości różnym formom opieki, usługom i systemowi kształcenia osób poszkodowanych na zdrowiu. Termin „rehabilitacja” używany jest w połączeniu z usprawnianiem fizycznym, psychicznym, społecznym i zawodowym osób będących ofiarami wypadków, objętych przewlekłymi chorobami. Najczęściej odnosi się ono w stosunku do osób dorosłych. Ma ono na celu maksymalne usprawnianie organizmu oraz niedopuszczanie do pogłębiania się ogólnych dysfunkcji. Rewalidacja jest używana w sytuacjach, kiedy mamy do czynienia z wychowaniem i kształceniem dzieci i młodzieży niepełnosprawnej⁷.

W ujęciu historycznym pojęcie „rewalidacja” odnoszono do jednostek upośledzonych umysłowo. Za pomocą dostępnego wówczas zasobu metod i środków starano się zapewnić im określony poziom wykształcenia. Obca była dawniej idea włączania osób niepełnosprawnych intelektualnie w aktywne codzienne życie i uzyskiwania przez nich odpowiedniego statusu społecznego,

⁵ Tamże, s.9.

⁶ Maciarz A.: Dziecko niepełnosprawne. Podręczny słownik terminów. Zielona Góra 1996, s.53.

⁷ Grochmal-Bach B.: Wychowanie i terapia w rewalidacji dzieci i młodzieży. Kraków 2001, s.9-12.

życiowej niezależności. Ich osobowość i cechy psychiczne często ujmowano statystycznie, w powiązaniu ze stopniem i rodzajem upośledzenia. Typowe warunki terapeutyczne, to szkolne oddziaływania wychowawcze. Pomijano i nie zwracano uwagi na zewnętrzne czynniki społeczne, które w istotny sposób mogły wpływać na możliwości socjalizacyjne, adaptacyjne osób upośledzonych umysłowo⁸.

Współcześnie rewalidacja rozumiana jest jako proces wychowania specjalnego jednostek upośledzonych umysłowo, zmierzający do optymalnego ich rozwoju i jak najlepszego przystosowania się do życia w normalnym środowisku. „W trakcie tego procesu niepełnosprawni wyposażani są w wiadomości, umiejętności i nawyki, których celem społecznym jest uniezależnienie się od otoczenia w czynnościach życia społecznego”⁹.

Omawiane pojęcie zawiera w sobie dążenie do przywrócenia zdrowia osobom pozbawionym go w jednym lub wielu zakresach. S. Dziedzic¹⁰ w swoich analizach zdaje sobie sprawę, że nigdy nie doprowadzimy dziecka upośledzonego do pełnego „ozdrowienia”. Zaznacza jednak, że poprzez odpowiednią pielęgnację funkcji nie uszkodzonych, działających poprawnie, drogą odpowiedniej korektury i kompensacji osobniczej i społecznej można sprawić, że dana osoba niepełnosprawna intelektualnie osiągnie taką sprawność psychofizyczną, w której, w mniejszym stopniu będzie ona odbiegała od swoich rówieśników. Spowoduje to również łatwiejsze dostosowywanie się do otaczających i zmieniających się warunków życia społecznego. Tak rozumiana rewalidacja osób upośledzonych umysłowo obejmuje ukierunkowaną i zespoloną działalność terapeutyczną, dydaktyczną i wychowawczą. Oznaczać będzie wielostronną stymulację i uaktywnianie szeroko rozumianych procesów

⁸ Pedagogika rewalidacyjna. Red. Hulek A. Warszawa 1988, s.11-18.

⁹ Lindyberg I., Jurkowski J.: Rozważania na temat społecznych uwarunkowań funkcjonowania osób z upośledzeniem umysłowym. W: Dylematy pedagogiczne w rewalidacji osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Red. Loebl W. Gdańsk 1996, s.51.

¹⁰ Dziedzic S.: Rewalidacja upośledzonych umysłowo. Warszawa 1970, s.12-17.

rozwoju poprzez zastosowanie specjalnych metod i form pracy¹¹. Formy jej przeprowadzenia uzależnione będą od: stopnia upośledzenia, dodatkowych schorzeń, wieku i środowiska dziecka oraz od ogólnej polityki oświatowej.

Podobne kierunki działania rewalidacyjnego znajdujemy w rozważaniach J.K. Zabłockiego i M. Grzegorzewskiej¹². Są to:

- maksymalne rozwijanie tych sił biologicznych i cech, które są najmniej uszkodzone – ich aktywizowanie i kształtowanie (stanowią podstawę dla przebiegu działalności rewalidacyjnej),
- wzmacnianie i usprawnianie uszkodzonych sfer psychicznych lub fizycznych – maksymalne wykorzystanie pozostałych możliwości nie całkowicie uszkodzonych organów poznawczych,
- wyrównanie i zastępowanie deficytów biologicznych i rozwojowych – kompensacja jest czynnikiem terapeutyczno-wychowawczym. Przykładem może być tutaj przezwyciężenie barier rozwojowych dziecka poprzez wzmacnianie poczucia jego własnej wartości (np. pozytywne ocenianie); działania te dążą również do tego, aby upośledzenie w określonej dziedzinie nie spowodowało niedorozwoju całej osobowości.

O. Lipkowski¹³ twierdzi, że działania rewalidacyjne a więc tworzenie konkretnego programu, powinno być oparte o dokładne poznanie jednostki, charakteru i stopnia upośledzenia oraz związanych z nim czynników etiologicznych. Ważne są również warunki rozwoju i historia życia. Należy uwzględnić w tworzonej metodzie pracy typ układu nerwowego. Nie bez znaczenia są informacje dotyczące dotychczasowego oddziaływania środowiska na daną osobę i wiadomości o jej, często zahamowanych potrzebach. Musimy poznać próg tolerancji na frustrację oraz warunki dynamizujące i kształtujące nowe motywacje. W tworzeniu programu oddziaływań rewalidacyjnych

¹¹ Tomasik E.: Wybrane zagadnienia pedagogiki specjalnej. Warszawa 1997.

¹² Zabłocki K.J.: Kształcenie specjalne w polskiej myśli pedagogicznej. W: Dziecko niepełnosprawne, jego rodzina i edukacja. Red. K.J.Zabłocki. Warszawa 1999, s. 27-32.

¹³ Lipkowski O.: Pedagogika specjalna... cyt.wyd.

konieczne jest zastosowanie metod kompensacyjnych, korygujących, usprawniających i dynamizujących daną osobę, a jednocześnie dostosowanych do jej możliwości i sił. J. Wyczesany¹⁴ oprócz powyższych zadań dodaje również: przestrzeganie praw podstawowych wyższych czynności nerwowych i unikanie bodźców wpływających na ośrodkowy układ nerwowy oraz kształtowanie warunków korzystnych dla przebiegów emocjonalnych. Proces rewalidacji powinien stanowić zespół zintegrowanych działań, zależnie od sytuacji fizycznej, psychicznej, społecznej i zawodowej jednostki rewalidowanej (działania te powinny być prowadzone przez najbliższe środowisko osoby upośledzonej oraz całe społeczeństwo)¹⁵. Omawiane działania będziemy nazywać rewalidacją psychiczną, fizyczną, społeczną i zawodową. Wszelkie zadania rewalidacji fizycznej są realizowane za pomocą różnych form i przy zastosowaniu różnych środków i metod, np.: oprzyrządowanie, usprawnianie fizyczne ogólne i poszczególnych organów, leczenie.

Do głównych zadań rewalidacji psychicznej będzie należeć zapobieganie psychicznym skutkom upośledzenia, kształtowanie prawidłowego obrazu własnej osoby i obrazu innych ludzi, wspomaganie aktywizowania dziecka poprzez między innymi maksymalne rozwinięcie swoich sprawności oraz przystosowanie i partycypowanie w życiu społecznym.

Rewalidacja społeczna, poprzez swoje działania, kształtuje prawidłowe postawy społeczne, rozwija umiejętność społecznego zachowania. W swym zasięgu obejmuje również działania z zakresu udzielania dzieciom i ich rodzicom pomocy w zaspokojeniu potrzeb socjalno-bytowych.

Udostępnianie najkorzystniejszych form kształcenia ogólnego i zawodowego, udzielanie porad związanych z wyborem zawodu, tworzenie odpowiednich warunków fizycznych i społecznych pracy to główne zadania rewalidacji zawodowej.

¹⁴ Wyczesany J.: Pedagogika upośledzonych... cyt.wyd., s.43.

¹⁵ Brzeziński W.: Wychowanie fizyczne ... cyt.wyd., s.21-23.

Rewalidacja dzieci upośledzonych powinna być oparta na ogólnych zasadach:

- zasada akceptacji – akceptacja dziecka nie jako dziecka specjalnego, ale jako dziecka, które obarczone jest większymi lub mniejszymi trudnościami; osoby takie mają szczególne prawo do wszelkich specjalistycznych form pomocy, opieki od społeczeństwa,
- zasada pomocy – ma ona szczególne znaczenie w całym procesie wychowywania, przejawia się, aktywizacją sił biologicznych jednostki, w celu jak największego jej usamodzielnienia,
- zasada indywidualizacji – należy ją rozpatrywać w dwóch aspektach; pierwszy, dydaktyczny zmierza do dostosowania całego procesu nauczania do indywidualnych właściwości dziecka a drugi związany jest z indywidualnym celem kształcenia (ma on szczególne znaczenie przy dostosowywaniu procesu rewalidacji do osób o różnym stopniu upośledzenia, charakteryzujące się swoistym sposobem funkcjonowania psychospołecznofizycznym,
- zasada terapii pedagogicznej – przypomina o konieczności nawiązania współpracy z innymi specjalistami tj.: lekarz, psycholog i wspierania ich działań terapeutycznych; ma to na celu polepszenie sytuacji dziecka i stworzenie optymalnych warunków rozwoju
- zasada współpracy z rodziną – polega na tworzeniu wspólnych form oddziaływania szkoły i domu rodzinnego; opiekunowie dziecka mają być kontynuatorami programów terapeutycznych w celu zapobiegania regresowi i wtórnej patologizacji rozwoju dziecka.

Zasady rewalidacyjne obowiązujące w szkolnictwie specjalnym omówiła również w swoim opracowaniu G. Tkaczyk¹⁶. Uniwersalność zasad pozwala na ich uwzględnienie i zastosowanie w pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym.

¹⁶ Tkaczyk G.: Rewalidacyjne... cyt.wyd., s.15-21.

Część z nich pokrywa się treściowo z wymienionymi wcześniej zasadami rewalidacji, a część stanowi uogólnienia. Oto one:

1. W procesie rewalidacji istotne jest wczesne, wielospecjalizacyjne i skoordynowane wykrycie odchyleń od przyjętych standartów.
2. Postępowanie rewalidacyjne powinno być ściśle związane z uzyskanymi wynikami badań psychologiczno-lekarsko-środowiskowymi. Punktem wyjścia jest dokładnie postawiona i przeprowadzona diagnoza obejmująca rozwój psychoruchowy, cechy charakterologiczne, stan emocjonalny, elementy życia rodzinnego.
3. Współpraca z rodzicami
4. Objęcie wszystkich dzieci upośledzonych umysłowo edukacją szkolną z wyraźnym podkreśleniem możliwości uczestnictwa w edukacji przedszkolnej.
5. Oddziaływania rewalidacyjne powinny być prowadzone w harmonii ze środowiskiem społeczno-przyrodniczym dziecka.
6. Ważne jest jakościowe ujęcie czynności umysłowych bez bazowania tylko i wyłącznie na ilorazie inteligencji. Należy podjąć specjalistyczne oddziaływania w pracy rewalidacyjnej tj.: kompensację, usprawnianie, dynamizowanie, fortioryzację.
7. Rewalidacja ma być procesem kształcenia u dziecka sprawności niezbędnych do samodzielnego, na różnym poziomie, funkcjonowania w społeczeństwie

Istotne dla całego procesu rewalidacji jest to, aby omówione wyżej zasady występowały łącznie, uzupełniały się i wpływały na siebie. Tylko w takim przypadku możemy mówić o optymalizacji procesu rewalidacji.

R. Ossowski¹⁷ przedstawia kompleksowy schemat postępowania rehabilitacyjnego¹⁸, w skład którego wchodzi:

¹⁷ Ossowski R.: Teoretyczne... cyt.wyd., s.119-121

¹⁸ W swoim opracowaniu Ossowski używa zamiennie pojęcia rewalidacja i rehabilitacja.

- rehabilitacja lecznicza, która oznacza zespół zabiegów leczniczych, np. operacyjnych, pielęgnacyjnych poszerzonych o rozważania wokół sytuacji życiowej osoby,
- leczenie usprawniające, obejmujące podniesienie i w miarę możliwości przywrócenie naruszonej sprawności,
- działania kompensacyjne, które ukierunkowane są na rozwój nowych możliwych sprawności,
- działania przystosowawcze, mające na celu tworzenie ułatwień w prawidłowym funkcjonowaniu osoby z naruszoną sprawnością.

Autor powyższego schematu twierdzi, że kompleksowość w rehabilitacji (rewalidacji) jest nadrzędną cechą. „Wyraża się ona w skoordynowanym działaniu zespołu składającego się z różnych specjalistów a także pacjenta”¹⁹. M. Borowska²⁰ zauważa, że działania rehabilitacyjne powinny uwzględniać nie tylko usprawnianie psychoruchowe dziecka, ale również i dobrą całodzienną opiekę oraz zabawę i nauczanie odpowiednie do wieku i poziomu rozwoju umysłowego każdego dziecka indywidualnie.

Rehabilitacja rozwojowa dzieci i młodzieży powinna być prowadzone od urodzenia, aby móc wykorzystać w okresie niemowlęcym możliwości kompensacyjne rozwijającego się mózgu wynikające z jego plastyczności²¹

Dobrze przygotowany plan rewalidacji uwzględniający omówione zasady powinien stać się podstawą do pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym.

¹⁹ Tamże, s.120.

²⁰ Borowska M.: Współczesne podejście do usprawniania dzieci z zaburzeniami psychoruchowymi wynikającymi z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. W: Współczesne tendencje w rehabilitacji. Red. E.Tomasik, E.Mazanek. Warszawa 1998, s.38.

²¹ Kossut M.: Plastyczność rozwojowa. Zjawiska wzrostu i regresu. W: Mechanizmy plastyczności mózgu. Warszawa 1994.

3.2 Strategie postępowania rewalidacyjno-wychowawczego

Właściwe przygotowanie programu rewalidacyjno-wychowawczego dla ucznia głęboko upośledzonego jest podstawą do jego dalszego rozwoju. Daje szansę zdobywania nowych doświadczeń i umiejętności, poprzez dobór odpowiednich metod i technik pracy. Konsekwentne stosowanie wcześniej przygotowanego planu, może spowodować aby niezrozumiały otaczający go świat, choć w minimalnym stopniu mógł stać się bardziej poukładany, a nowe sytuacje nie powodowałyby zaniku poczucia jego bezpieczeństwa. Wymaga to od terapeuty-nauczyciela dużej wiedzy i intuicji, bo nie ma gotowych programów nauczania przeznaczonych dla dzieci głęboko upośledzonych umysłowo. Jest ich tyle ilu uczniów. Nauczyciel - terapeuta musi sam stworzyć program rewalidacyjny obejmujący możliwie wszystkie aspekty jego funkcjonowania, w oparciu o profil rozwojowy ucznia z uwzględnieniem jego podmiotowości, w całym procesie wychowania i nauczania.

Przy pierwszym kontakcie z uczniem upośledzonym w stopniu głębokim pojawiają się niepewności i pytania dotyczące sytuacji aktualnej ale i przyszłości dziecka. Uwaga nauczyciela powinna skupiać się na możliwościach intelektualnych, emocjach, potrzebach zainteresowaniach. Ważne są również informacje dotyczące domu rodzinnego czy innego najbliższego i codziennego środowiska dziecka (dotyczy to dzieci przebywających w placówkach pomocy społecznej – dps). Te wszystkie gromadzone informacje, są podstawą do nakreślenia w miarę wnikliwego i pełnego obrazu dziecka. Ten z kolei ma stać się podstawą całego procesu rewalidacji. Należy również zwrócić uwagę na sam współudział rodziców lub opiekunów w terapii dziecka upośledzonego umysłowo. Zapewnia on poczucie bezpieczeństwa oraz wspomaga wytworzenie się odpowiedniego klimatu emocjonalnego, który sprzyja rozwojowi dziecka²²

²² Blanche E., Burke J.: *Combining Neurodevelopmental and Sensory Integration Approaches in the Treatment of Neurologically Impaired Child*. Sensory Integration Quarterly, Vol XIX, Nr 2, 1991; Clarke – Stewart A., Friedman S.: *Child development: Infancy through Adolescence*. John Wiley and Sons. New York 1997.

Strategia postępowania rewalidacyjnego powinna składać się z dwóch etapów²³:

- pierwszy – to opis stanu aktualnego funkcjonowania dziecka (diagnoza umiejętności funkcjonalnych)
- drugi – to opis stanu oczekiwanego czyli postawienie pewnych celów do osiągnięcia.

Diagnoza może być ujmowana w dwóch aspektach: negatywnym i pozytywnym²⁴. W pierwszym znajduje się opis defektów, dysfunkcji osoby głęboko upośledzonej. Jednocześnie zmierza on do określenia istoty trudności występujących u dziecka. Podawana jest również jakościowa ocena zdolności poznawczych (I. I. np. w skali Wechslera). Aspekt pozytywny diagnozy powinien dostarczać informacji o sprzyjających rozwojowi dziecka jego właściwościach, mechanizmach osobowości i korzystnych wpływach środowiska. Te mocne strony wg I. Obuchowskiej są czynnikami stymulującymi rozwój dziecka, pozwalają spojrzeć na dziecko przez pryzmat jego możliwości, a nie tego czego nie potrafi. Wykorzystanie w procesie rewalidacji samej diagnozy negatywnej wpływa niekorzystnie na proces usprawniania dziecka, który będzie zawężał się do stymulowania tego, co niesprawne, czy zaburzone. Różnorodne deficyty, występujące u dziecka z głębokim upośledzeniem będą pełnić funkcję hamującą a nie pobudzającą dziecko do rozwoju. Podgląd ten potwierdza również J. Pańczyk²⁵, który dokonał analizy orzeczeń kwalifikująco-diagnostycznych wydawanych przez poradnie wychowawczo-zawodowe.

Nauczyciel - terapeuta rozpoczynający pracę z dzieckiem z głębokim upośledzeniem umysłowym wie o nim niewiele, albo prawie nic. Często dysponuje jedynie orzeczeniem kwalifikująco-diagnostycznym wydanym przez

²³ Obuchowska I.: O procesie wyboru metod rehabilitacji. W: Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej. Przewodnik metodyczny. Red. Dykcik W., Szychowiak B. Poznań 2001, s.50-52.

²⁴ Obuchowska I.: Diagnoza psychologiczna w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego” 1997 nr 2

²⁵ Pańczyk J.: Analiza orzeczeń o upośledzeniu umysłowym wydanych przez poradnie wychowawczo-zawodowe. W: Współczesne problemy pedagogiki specjalnej. Red. Pańczyk J. Warszawa 1990.

poradnię, w którym nie zawsze jest pełna diagnoza umiejętności ucznia. Zawierają one stwierdzenia upośledzenia umysłowego i kilka zdań opisujących funkcjonowanie poznawcze dziecka oraz enigmatyczną prognozę jego rozwoju i ogólnikowe zalecenia terapeutyczne²⁶. Nauczyciel – terapeuta, który zajmuje się edukacją i wychowaniem dziecka z głębokim upośledzeniem umysłowym powinien sobie uświadomić, że dla stworzenia pełnego obrazu funkcjonowania dziecka, oprócz informacji, które zostały mu przekazane w orzeczeniu, musi uzupełnić wiedzę na temat tego co uczeń potrafi, czy i jak się porozumiewa, jak się porusza, jak spędza swój wolny czas, co najbardziej lubi robić. Przypominając sobie obraz i charakterystyczne cechy osoby głęboko niepełnosprawnej zdobycie powyższych informacji staje się jak najbardziej uzasadnione. Warto również wiedzieć, jak funkcjonuje dana osoba w zakresie samoobsługi (np. korzystanie z toalety, spożywanie posiłków, ubieranie i rozbieranie się).

„Terminem, którym można określić zbieranie tych wszystkich informacji jest diagnoza funkcjonalna”²⁷. Termin ten został wprowadzony w latach siedemdziesiątych w USA. Umiejętności funkcjonalne to te, które mają bezpośredni a nie pośredni wpływ na osiąganie większej niezależności, samodzielności a co za tym idzie lepszej jakości życia. Cechą charakterystyczną umiejętności funkcjonalnej jest osiąganie celu podczas codziennych, naturalnych sytuacji.

Diagnoza umiejętności funkcjonalnych powinna zawierać zestawienie takich umiejętności dziecka, które pojawiają się na co dzień i mogą być wykorzystywane do coraz większego uniezależniania się od osób trzecich. W przygotowaniu takiego opisu dziecka głęboko upośledzonego powinni brać udział specjaliści tj.: oligofrenopeda, psycholog, rehabilitant, fizjoterapeuta, logopeda lub inny specjalista w zależności od dodatkowych upośledzeń

²⁶ Ochał J., Szwiec J.: Diagnoza umiejętności funkcjonalnych. W: Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym. Przewodnik dla nauczycieli. Red. Orkisz M., Piszczek J. Warszawa 2000, s.7-16.

²⁷ Tamże, s.8

sprzężonych (np. tyfologopedagog, surdopedagog, lekarz neurolog). Pracą takiego zespołu kieruje wychowawca, czyli osoba bezpośrednio odpowiedzialna za proces kształcenia i wychowania. Opracowanie takiej diagnozy zawsze wymaga czasu. Nie poznamy dziecka podczas jednorazowego kontaktu. Potrzebna jest tutaj wnikliwa obserwacja osoby w różnych sytuacjach i miejscach. Nie ma jednego obowiązującego schematu diagnozy umiejętności funkcjonalnych. Powinna ona jednak zawierać następujące informacje: dane personalne dziecka, zapis rozpoznań specjalistycznych (psychologiczne, neurologiczne, psychiatryczne), informacje o stanie zdrowia (przyjmowanie leków, ewentualna ich zmiana), spis rzeczy lubianych i nieakceptowanych przez dziecko, jego reakcje na pozytywne i negatywne emocje i ich „odbicie” na mimice, postawie ciała, sposobie komunikacji, jak zmienia się zachowanie dziecka w sytuacjach zagrożenia, których ono nie aprobeuje lub w których czuje się zagrożone. Nie jest to pełna i wyczerpująca lista informacji, które muszą znaleźć się w diagnozie. Może ona być modyfikowana w zależności od potrzeb i zachowań dziecka.

Porównania funkcjonowania zespołów specjalistów dokonała M. Piszczyk²⁸. Co prawda informacje te, w głównej mierze dotyczyły wczesnej interwencji ale zaproponowane rozwiązania są jak najbardziej aktualne i możliwe do zastosowania w trakcie tworzenia diagnozy funkcjonalnej przed zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi dla osób z głębokim upośledzeniem umysłowym. Wyróżniła ona trzy modele zespołów:

- zespół multidyscyplinarny – gdzie wszyscy specjaliści pracujący z dzieckiem dokonują własnej wąskiej ze swojej dziedziny diagnozy, tworzą własne programy za które są odpowiedzialni, wymiana informacji pomiędzy nimi ma charakter nieformalny; z tym modelem spotykamy się niestety najczęściej,

²⁸ Piszczyk M.: Ocena funkcjonowania dziecka i zasady prowadzenia zajęć wczesnego wspomagania rozwoju. W: Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Red. T.Serafin. Warszawa 2005, s.14-27.

- zespół interdyscyplinarny – w którym każdy członek zespołu a więc specjalista dokonuje swojej diagnozy, natomiast uzgadniają między sobą opracowane oddzielnie plany, wymiana informacji jest bardzo niesystematyczna,
- zespół transdyscyplinarny – gdzie diagnoza dokonywana jest wspólnie przez wszystkich specjalistów, podobnie zresztą jak plan działania, cechą charakterystyczną takiego zespołu są również regularne spotkania poświęcone wymianie informacji i doskonaleniu merytorycznemu i ćwiczeniu własnych umiejętności.

Ten ostatni jest realizowany w pracy zespołu w większości zachodnich placówek. W Polsce wprowadzany jest w niektórych ośrodkach wczesnej interwencji oraz placówkach zajmujących się wspomaganiem rozwoju dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością sprzężoną.

W całościowym postępowaniu rewalidacyjnym oprócz diagnozy bardzo ważne jest sporządzenie celów ogólnych i szczegółowych, do których będziemy dążyć. Dobrze i wnikliwie sporządzona diagnoza umiejętności funkcjonalnych jest podstawą do zaplanowania rewalidacji ucznia tak, by przebiegała zgodnie z jego potrzebami i możliwościami. Inaczej mówiąc, dopiero po dokonaniu diagnozy nauczyciel może ułożyć plan postępowania rewalidacyjno-terapeutycznego. Ważne jest zwrócenie uwagi przy tworzeniu celów rewalidacji „w jakim stopniu osoba niepełnosprawna ma wykonać daną czynność: na polecenie i z pomocą, na polecenie bez pomocy, samodzielnie w sytuacji rehabilitacji, samodzielnie i spontanicznie w sytuacjach innych”²⁹. Takie stopniowanie trudności pozwala na uniknięcie stagnacji celów rewalidacyjnych, pozwala zawsze na dalszą drogę, czyli wychodzenie poza ramy postępowania rewalidacyjnego. Ustalając plan i kierunki działania poszczególne cele przyporządkowuje się najczęściej do kategorii takich, jak psychomotoryka, percepcja, procesy poznawcze, mowa, emocje, zachowania społeczne. Musi być

²⁹ Obuchowska I.: O procesie wyboru metod ... cyt.wyd., s.51.

on tak opracowany aby uwzględniał kolejne kroki postępowania w odniesieniu do konkretnych dysfunkcji z uwzględnieniem informacji zawartych w diagnozie pozytywnej i negatywnej.

Podsumowując: informacje dotyczące ogólnych założeń tworzenia indywidualnych programów rewalidacyjno-wychowawczych dla dziecka głęboko upośledzonego można stwierdzić, że jego głównym celem jest wielopłaszczyznowa stymulacja rozwoju dziecka oparta o interdyscyplinarną pracę zespołu specjalistów.

Podstawową zasadą rewalidacji osób głęboko upośledzonych jest stworzenie uczniowi stałego porządku dnia. Daje to poczucie bezpieczeństwa oraz możliwość przewidywania zdarzeń, sytuacji. Strukturyzacja otoczenia należy do jednych z podstawowych zadań, jakie stoją przed nauczycielem. W opracowaniu A. i F. Braunerów czytamy: „(...)bardziej jeszcze niż dzieci zdrowe nasi niepełnosprawni potrzebują poczucia bezpieczeństwa płynącego ze stałych struktur, w mniejszym stopniu żeby je zrozumieć, bardziej by móc się na czymś trwale oprzeć, mieć się czego trzymać. W ten sposób udaje się ukierunkować, usytuować rzeczy i osoby”³⁰.

Otoczające środowisko jest podzielone na podstawowe elementy takie jak: miejsce, czas, osoby, porozumiewanie się, zadania³¹. Oto krótka charakterystyka poszczególnych elementów:

- *strukturę miejsca i pozycji* w którym przebywa dziecko – własne wygodne miejsce do pracy (stolik, krzeselko), adekwatne do jego preferencji lub możliwości fizycznych: umożliwia to ukierunkowanie napędu motorycznego i zapobieganie wtórnej patologizacji fizycznej ucznia; jeśli warunki lokalowe na to pozwalają określone zajęcia, powinny odbywać się zawsze w tych samych pomieszczeniach; w przypadku kiedy nauczyciel-terapeuta ma do dyspozycji tylko jedno pomieszczenie, należy

³⁰ Brauner A. I. F.: Postępowanie wychowawcze w upośledzeniu umysłowym. Warszawa 1995, s.17.

³¹ Baraniewicz M.: Strukturyzacja najbliższego środowiska dziecka. W: Edukacja uczniów ...cyt.wyd., s.28-30.

go tak zorganizować aby powstałe „wyspecjalizowane” kąciaki do określonej aktywności dziecka powinny być one odpowiednio oznakowane; stałość miejsca powinna dotyczyć wszystkich czynności dziecka, w szczególności takich jak: przebierania, jedzenia, odpoczynku, ćwiczeń psychofizycznych; wyposażenie sali musi być uporządkowane, nowe elementy należy wprowadzać stopniowo i w obecności dziecka, należy dać czas, aby przyzwyczało się ono do nowej zabawki, sprzętu, itp.,

- *strukturę czasu* wprowadza się w formie schematu, rutynizacji struktury zajęć, które powinny odbywać się według ustalonego harmonogramu; każda sekwencja ćwiczeń może być poprzedzona określoną zapowiedzią np. dźwiękową, zapachową (zależą one w głównej mierze od indywidualnych preferencji ucznia i rodzaju zajęć jakie mają nastąpić); pozwala to na kojarzenie otrzymanego bodźca z czynnościami, które następują,
- *strukturalizacja osób* polega na tym, że zajęcia powinna prowadzić zawsze ta sama osoba, lub grupa osób; należy przygotować dziecko do zmian personalnych w jego otoczeniu (nauczyciele i opiekunowie zmieniają miejsca pracy, rodzina się powiększa o nowych członków itp.) robi to jednak w sposób stopniowy
- *strukturalizacja porozumiewania się z uczniem* – osoby pracujące z dzieckiem powinny w taki sam sposób nawiązywać z nim kontakt; ich język powinien być precyzyjny, bez zbędnych ozdobników; ton wypowiedzi skierowanej do ucznia powinien być oznaczony, nie pozostawiający wątpliwości o co chodzi; ważne jest również wprowadzenie zrutynizowanych form kontaktów społecznych w postaci indywidualnych gestów i tekstów piosenek (np. przywitanie ucznia na początku zajęć i pożegnanie); bardzo ważna jest tutaj współpraca z rodzicami lub opiekunami dziecka, bowiem tylko codzienne utrwalanie

pewnych sposobów porozumiewania się dziecko może komunikować się z otoczeniem i być przez nie rozumiane,

- *strukturalizacja zadania* – jest bardzo ważnym elementem podczas nabywania przez ucznia nowych kompetencji funkcjonalnych, każda czynność, którą dziecko ma wykonać, każda umiejętność, którą ma nabyć, powinna być rozłożona na kolejne kroki i konsekwentnie wykonywana zawsze w ten sam sposób.

Wg S. Kowalik³² w rehabilitacji osób z głębokim upośledzeniem obowiązywać powinny dwie zasady. Pierwsza to maksymalizowanie zróżnicowania jakościowego wpływów wywieranych na organizm jednostki, czyli dostarczanie jak największej ilości bodźców wzrokowych, słuchowych, smakowych i społecznych. Druga zasada mówi o uwzględnianiu w oddziaływaniach rehabilitacyjnych pasywności i bierności zarówno w wymiarze wrażliwości, jak i reaktywności osób głęboko upośledzonych. Każdy nauczyciel – terapeuta ma indywidualnie dopasować bodźce do możliwości percepcyjnych osoby upośledzonej, z którą pracuje, tak by były one w jak najkorzystniejszy sposób wzmacniane.

Ważnym elementem w pracy rewalidacyjnej jest, jak już wspominałam, określenie możliwości fizycznych czyli ruchowych dziecka. Im więcej ma ono ograniczeń ruchowych: zaburzenia napięcia mięśniowego, przykurcze, ataksję itd., tym jego kłopoty z poznawaniem otaczającego go świata są utrudnione. Dziecko głęboko upośledzone poznaje otaczający go świat organoleptycznie, a utrudnienia spowodowane brakiem utrzymania równowagi w pozycji siedzącej i utrzymania kontroli nad swoim ciałem lub brakiem koordynacji ruchów uniemożliwiają manipulowanie dłońmi. Często zajęcia odbywają się w pozycji siedzącej, gdzie uczeń siedzi nie zawsze w wózku dostosowanym do jego

³² Kowalik S.: Metoda „dwuczłowieka” w rehabilitacji osób głęboko upośledzonych umysłowo. W: Nowatorskie i alternatywne metody w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej. Przewodnik metodyczny. Red. W.Dykcik, B.Szychowiak. Poznań 2001

możliwości i potrzeb. To powoduje, że nie mogą być wykonywane wszystkie zaplanowane przez nauczyciela czynności³³. Pomocne mogą być tu wskazówki rehabilitanta, które mogą spowodować stworzenie optymalnych warunków strukturalnych pomieszczeń i dostosować odpowiednie pomoce tj. wózki, krzesła rehabilitacyjne do każdego dziecka indywidualnie. Prawidłowe pozycjonowanie dziecka i odpowiednio dobrany sprzęt (stolik, krzeselko, wózek) jest realizacją jednego z elementów strukturalizacji otoczenia. Odpowiednia pozycja ciała powinna być również dostosowana do typu zajęć i ćwiczeń jakie przeprowadzamy z dzieckiem. Pomocne są wszelkiego rodzaju podpórki, kliny rehabilitacyjne, pasy podtrzymujące dziecko i pozwalające na wykonywanie ćwiczeń przez dziecko³⁴.

Dobór pomocy dydaktycznych jest dostosowany do rodzaju wykonywanych ćwiczeń. Nie sposób wymienić tutaj wszystkich materiałów mogących służyć nauczycielowi zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. Często są one dostosowane do konkretnej metody pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym³⁵. Analizując literaturę przedmiotu³⁶ można zauważyć, że w dużej mierze dobór zależy również od pomysłowości i wyobraźni nauczyciela – terapeuty. To on decyduje co przybliży świat osobie głęboko upośledzonej, co weźmie do ręki, co dotknie, co usłyszy, co będzie miał w zasięgu wzroku. Dobierane są każdorazowo do realizacji konkretnego ćwiczenia lub przeprowadzenia określonej stymulacji. Najważniejszych wskazówek podczas ich selekcji dostarcza sam wychowanek, jego reakcje i nastroje w obcowaniu z nowym przedmiotem, jego zainteresowanie.

³³ Stępień-Błachowiak B.: Pozycjonowanie dziecka podczas zajęć. W: *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych w stopniu głębokim*. Red. Kielin J. Gdańsk 2000, s.119.

³⁴ Ciekawy opis wraz z rycinami znajduje się w pozycji wymienionej powyżej. Autorka dokładnie opisuje sposoby stymulacji ruchowej dziecka z dużą niepełnosprawnością ruchową.

³⁵ Szczegółowa analiza zostanie dokonana podczas charakterystyki poszczególnych metod pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym.

³⁶ Ciekawe pomoce dydaktyczne wraz z propozycją wykorzystania ich podczas zajęć można znaleźć w następujących pozycjach: *Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym*. Red. J.Pilecki. Kraków 1998, *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*. Red. W. i J. Pileckich. Kraków 1996, *Rozwój daje radość...cyt.wyd.*

Dokonując pewnych uogólnień można stwierdzić, że pomoce dydaktyczne przeznaczone dla uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych powinny być:

- bezpieczne i estetyczne o zróżnicowanych i kontrastowych barwach – mając na uwadze niepełnosprawność ruchową omawianej grupy osób ta cecha będzie dotyczyć również przedmiotów codziennego użytku, np.: siedzenia i miejsca do leżenia o różnej miękkości, temperaturze, stabilności i położeniu, wypełnione styropianem, małymi piłkami, ziarnem, również hamaki, huśtawki, łóżka wodne,
- dobierane do wieku życia dziecka – nie powinny infantylizować,
- powinny dostarczać optymalnej ilości różnorodnych bodźców sensorycznych, materiały o różnej fakturze, substancje zapachowe naturalne środki roślinne takie jak: ryż, makaron, ziola, mak, susze, parawany, namioty, parasole – jako ograniczenia przestrzeni, zabawki mobilne, lustra, światła o różnej barwie, przedmioty dźwiękonaśladowcze, instrumenty perkusyjne
- powinny pozwalać na samodzielne ich używanie i zdobywanie doświadczeń (dostosowane do synkinezji dziecka np. wielkość, kształt umożliwiający ćwiczenia chwytu)
- mają przybliżyć świat, w którym żyje uczeń np. przedmioty codziennego użytku
- muszą być dobrane starannie i indywidualnie z uwzględnieniem preferencji i wrażliwości sensorycznej ucznia.

Dokonując podsumowania informacji na temat ogólnego wyglądu zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci z głębokim upośledzeniem umysłowym, można posłużyć się wskazówkami J. Pileckiego i innych współautorów³⁷.

³⁷ Pilecki J., Olszewski S., Żurek T.: Zasady i metody pracy z osobami głębiej upośledzonymi umysłowo. W: Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym... cyt.wyd., s.16-17.

1. Wszechstronne poznanie osoby, łącznie z jej środowiskiem, zaleceniami specjalistów, sposobem codziennego postępowania rodziców lub prawnych opiekunów
2. Utrzymywanie częstych kontaktów z osobami najbliższymi dziecka
3. Uważne obserwowanie zachowań osoby głęboko niepełnosprawnej w celu nawiązania jak najlepszego kanału wspólnej komunikacji oraz zrozumienia zachowań „trudnych”. Pozwoli to na likwidację konkretnych przyczyn, a nie tylko samych objawów.
4. Stosowanie zasady indywidualizacji, poprzez tworzenie indywidualnych programów rozwoju stanowiących podstawę terapii, dostosowanych do tempa, możliwości ich pracy.
5. Unikanie pośpiechu oraz rozkładanie poszczególnych ćwiczeń w czasie, (wskazane jest stosowanie częstych przerw).
6. Dbanie o zrozumiałość i przystępność nadawanych komunikatów. Przekazywanie treści powinny być powiązane z przeżyciami i doświadczeniami podopiecznego.
7. Stosowanie zasady stopniowania trudności. Pracę należy zawsze rozpoczynać od czynności łatwych, do coraz bardziej skomplikowanych. Należy pamiętać o fakcie, że nawet dziecko głęboko upośledzone chce odnieść swój sukces
8. Usuwanie bodźców rozpraszających uwagę dziecka
9. Zastosowanie strukturyzacji otoczenia i aktywności pozwala na wprowadzenie porządku i poczucia bezpieczeństwa u dziecka
10. Należy być konsekwentnym w sposobie postępowania i wymaganiach w stosunku do dziecka głęboko upośledzonego.
11. Nie wolno wyręczać osoby, gdy sama potrafi wykonać daną czynność.
12. Miła, pogodna atmosfera podczas zajęć jest okazją do wspólnego przeżywania radości.

13. Organizowanie jak najwięcej sytuacji w których dziecko, będzie miało kontakt z swoimi pełnosprawnymi rówieśnikami.
14. Stwarzanie sytuacji, w których będzie miał okazję do częstego powtarzania opanowanych umiejętności.
15. Zachęcanie dziecka do podejmowanie różnorodnych form aktywności poprzez odpowiedni system wzmocnień indywidualnie dostosowany do każdego ucznia
16. Kształcenie i ciągle poszukiwanie nowych metod pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym.

Wymienione powyżej wskazówki są również zawarte w założeniach większości metod pracy, stosowanych podczas zajęć z dzieckiem głęboko niepełnosprawnym. Kompleksowość, celowość, oraz stopniowość i zindywidualizowanie oddziaływań terapeutycznych należy zaplanować z zastosowaniem określonych kryteriów³⁸:

- integracji wiedzy na temat aktualnych potrzeb i możliwości dziecka (określonych w diagnozie),

- adekwatności, polegających na dostosowaniu zadań i czasu ich trwania do możliwości wykonania ich przez dziecko do końca, przy jednoczesnym dbaniu o stopniowe wydłużanie czasu koncentracji uwagi oraz powtarzanie i utrwalanie wyuczonych funkcji,

- interkalacji, wprowadzając konieczności ćwiczeń tej samej funkcji za pomocą różnych technik i środków w zmieniających się sytuacjach, w celu uzyskania sprawności niezależnej od materiału i warunków wykonywanej danej czynności,

- strategii działań równoczesnych polegających na stosowaniu powiązanych ze sobą oddziaływań na różne i w niejednolitym stopniu rozwinięte czy też zaburzone funkcje, zgodnie z ich strukturą i typologią,

³⁸ Jastrząb J.: Optymalizacja systemu diagnozy i terapii pedagogicznej wobec dzieci dyslektycznych. Toruń 1986.

-przystępności, przechodzenie od łatwych do coraz bardziej złożonych dla danego dziecka ćwiczeń; układ i dobór zadań musi być skorelowany z aktualnym stanem możliwości i samodzielności dziecka upośledzonego, tempem pracy i poziomem umiejętności dotychczas nabytych,

-podmiotowości i kontaktu emocjonalnego z terapeutą, który ma zapewnić poczucie bezpieczeństwa dziecku; poprzez indywidualne podejście terapeuty dziecko angażuje się emocjonalnie, zaakceptuje jego osobę i będzie z nim współpracować.

Ciekawą propozycją edukacji osób upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim jest Szkoła Wspomagania Rozwoju, zaproponowana przez M. Kwiatowską³⁹. Nadrzędnym celem takiej edukacji wg autorki jest wspomaganie osobistego rozwoju każdego ucznia poprzez stworzenie optymalnych warunków i sytuacji, które pozwolą na zdobywanie nowych doświadczeń a także będą wyzwalać aktywność poznawczą. Szkoła ta, opierała swoje działanie o następujące zasady:

1. szkoła nie stawia uczniowi żadnego warunku uczestnictwa,
2. każde dziecko się rozwija,
3. najważniejsza komunikacja a szczególnie ta poza sferą werbalną,
4. rozwój jest radosny czyli zauważanie choćby minimalnych postępów i traktowanie ich jak wielkiego święta co daje radość nie tylko uczniowi jak i nauczycielowi
5. rozwój jest integralny i całościowy
6. każda twórczość dziecka jest wartością.

Kwiatkowska proponowała również aby zajęcia odbywały się w 4-5 osobowych grupach prowadzonych przez nauczyciela wspomaganego przez opiekuna. Oprócz nich zajęcia powinny być również prowadzone przez innych terapeutów, którzy mają za zadanie wspomagać nie tylko nauczycieli ale i rodziców. Szkoła

³⁹ Kwiatkowska M.: Szkoła wspomagania rozwoju. W: Edukacja dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim. Red. M.Piszczyk. Warszawa 1996, s. 24 – 41.

Wspomagania Rozwoju miała również prawo zatrudniać rehabilitantów. Zostały również zaproponowane przedmioty a raczej treści programowe, należą do nich:

- terapia i rewalidacja grupowa – w wymiarze 5 godzin, których głównym celem jest zaspokojenie potrzeb bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego. Zaleca stosowanie tutaj metody Ruchu Rozwijającego W.Sherborne;
- komunikowanie się – 10 godzin tygodniowo, najważniejszym celem tych zajęć było znalezienie i wypracowanie indywidualnie dla każdego ucznia metod komunikowania się z innymi osobami z najbliższego otoczenia. Zajęcia te z uwzględnieniem poziomu funkcjonowania miałyby być podzielone na 5 etapów od wzbudzania motywacji do komunikacji poprzez poszukiwanie optymalnej drogi komunikowania się, tworzenie indywidualnego słownika i poszerzanie go do pracy z ilustracjami, zabawami tematycznymi;
- samodzielność i wiedza o świecie – 10 godzin tygodniowo, podobnie jak komunikacja tutaj też M. Kwiatkowska proponuje kilka etapów od poznawania własnego ciała, poczucia sprawstwa poprzez zdobywanie wiedzy o najbliższym otoczeniu, które zawiera naukę umiejętności samoobsługowych, przygotowywanie do optymalnego samodzielnego funkcjonowania, aż do wiedzy o świecie;
- zajęcia ekspresyjne – 5 godzin tygodniowo, podstawową zasadą byłoby tu prawo do wyrażania wszystkich uczuć: zadowolenia, smutku, radości i strachu, a celem stworzenie możliwości wyrażania osobowości dziecka
- zajęcia indywidualne – 1 godzina tygodniowo dla każdego dziecka, w trakcie których dokonywana byłaby diagnoza wszystkich zachowań niepokojących przy ścisłej współpracy z rodziną własną dziecka.

Szkoła Wspomagania Rozwoju działała od 1.09.1994r., czyli na 3 lata przed rozpoczęciem obowiązku edukacji dla osób z głębokim upośledzeniem umysłowym, w Łybiskach koło Warszawy na mocy porozumienia między

Kuratorium Oświaty a Stowarzyszeniem Na Rzecz Pomocy Dzieciom Upośledzonym Umysłowo „Delta”⁴⁰.

3.3 Metody pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym umysłowo

Propozycje metod nauczania, wychowania osób głęboko niepełnosprawnych są w ostatnich latach coraz bogatsze. Jest to związane z wprowadzeniem obowiązku edukacji dla osób z głębokim upośledzeniem umysłowym w 1997 r. oraz powstawaniem nowych placówek opieki dziennej pod patronatem różnych stowarzyszeń i fundacji.

W literaturze przedmiotu możemy spotkać różne podziały metod pracy z dzieckiem głęboko niepełnosprawnym. „Z punktu widzenia celu, jakiemu mają służyć, można wyróżnić trzy zasadnicze ich grupy:

- metody nakierowane na ogólne stymulowanie rozwoju dziecka, motywujące do aktywności i twórczości,
- metody terapii zaburzeń rozwoju i zachowania,
- metody usprawniania i nauczania konkretnych umiejętności, nabywania kompetencji w poszczególnych sferach funkcjonowania”⁴¹.

Do dwóch pierwszych zaliczyć można np.: Niedyrektywną Terapię Zabawową V.Axline, metodę F.Affolter, metoda „Dwuczlowieka” S.Kowalika, hipoterapia, muzykoterapia. Są one uzupełnieniem tradycyjnych metod o charakterze behawioralnym, które należą do trzeciej grupy. Te ostatnie wymagają wielu żmudnych powtórzeń opartych na systemie kar i nagród, czyli odpowiedniego wzmacniania i niwelowania niepożądanych zachowań.

Przykładem takiej metody jest warunkowanie instrumentalne opisane w książce J. Carr⁴². Podstawowym celem jest tu likwidacja niepożądanych zachowań poprzez ich modyfikację oraz dzieląc poszczególne czynności na elementarne

⁴⁰ Domarecka-Malinowska E.: Edukacja osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim – próba oceny dokonań pedagogicznych. „Szkoła Specjalna” 2005, t. LXVI, nr 2, s.99.

⁴¹ Lausch Żak J.: Dzieci głębiej... cyt.wyd., s.287.

⁴² Carr J.: Pomoc dziecku upośledzonemu, Warszawa 1984.

etapy. Cel ten osiągamy poprzez stosowanie różnorodnych wzmocnień. „Teoria modyfikacji zachowań opiera się na idei, że to co robimy, jest kształtowane przez to, co dzieje się bezpośrednio potem. Jeżeli po zrobieniu czegoś zdarza się rzecz przyjemna, chętnie uczynimy to znowu, jeżeli nie – nasza chęć wykonywania tego powtórnie będzie mniejsza”⁴³. Stosując omawianą metodę pracy musimy brać pod uwagę analizę zachowania, system stosowanych wzmocnień oraz cel do realizacji. J. Carr wyróżnia wzmocnienia pozytywne, które występują po pewnym elemencie zachowania jako rzecz przyjemna i negatywne, po pojawieniu się danego zachowania usuwamy rzecz nieprzyjemną. W pracy z dziećmi powinniśmy jednak stosować przede wszystkim wzmocnienia pozytywne, które są uzależnione od ich osobistych preferencji. Warunkiem skutecznego stosowania omawianej metody jest precyzja, systematyczność i konsekwencja.

Inną terapią behawioralną mającą zastosowanie w pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym, a zapoczątkowaną w latach 60-tych, jest program oddziaływań poprzez system kar i nagród I. Lovaasa, (w swoich założeniach był skierowany do dzieci autystycznych⁴⁴). Twierdzi on, że „zarówno doznania pozytywne, jak i unikanie negatywnych stanowi nagrodę. Nagrodą jest każde wydarzenie wpływające na występowanie zachowania, które zwiększa częstotliwość jego występowania”⁴⁵. Utrata pozytywów poprzez np. okres izolacji (time out) oraz hiperkorekcja są środkami wymierzania kary zmierzającymi do wyeliminowania lub ograniczenia pojawiania się pewnych zachowań. Zachowania docelowe osiągamy poprzez podpowiedzi, jasne i zwięzłe polecenia osoby stosującej omawianą metodę. Zatem do głównych zadań terapeuty będzie dobór odpowiednich wzmocnień.

⁴³ Tamże, s.12.

⁴⁴ Pisula E.: Terapia i edukacja osób z autyzmem – historia i dzień dzisiejszy. W: Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia. Red. Danielewicz D., Pisula E., Warszawa 2003, s.12.

⁴⁵ Lovaas O.I.: Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Warszawa 1993, s.31.

Innym podziałem metod pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym jest wyodrębnienie metod, które są oparte o kontakt z ciałem. Zaliczamy do nich między innymi: zabawy paluszkowe, baraszkowanie, Programy Aktywności: Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja M.Ch. Knillów, Program dotyk i komunikacja Ch. Knilla, Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne⁴⁶. Zaletą wyżej wymienionych metod jest naturalność.

W oparciu o literaturę przedmiotu zaproponowałam zestawienie metod pracy z dzieckiem upośledzonym w stopniu głębokim (tabela 3). Zastrzec jednak trzeba, że nie jest ono kompletne, gdyż ciągle pojawiają się nowe techniki i sposoby oddziaływania rewalidacyjnego.

Głównymi metodami stosowanymi w pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym są metody oparte na stymulacji polisensorycznej uaktywniającej i pobudzającej wszelkie zmysły. W. Pilecka pisze, że: „istotę edukacji dzieci o obniżonej sprawności umysłowej stanowi właśnie stymulacja ich rozwoju, torująca drogę ujawnieniu ich wszelkich potencjalnych zdolności, umożliwiających następnie skuteczne wypełnianie zadań życiowych”⁴⁷. Stymulacja oznacza zewnętrzne oddziaływania, które mają na celu przyspieszyć i pobudzić rozwój dziecka. Doskonalenie to również polega na stwarzaniu sytuacji i zachęcaniu do działań prowadzących do samorealizacji. Wychowanie i nauczanie dzieci z głęboką niepełnosprawnością odbywa się poprzez dobór odpowiednich metod. Metody te można podzielić na sensomotoryczne i sensoryczne.

Podstawą oddziaływań metod sensoryczno-motorycznych na dziecko upośledzone w stopniu głębokim, jest doświadczanie przez niego ruchu i ciała. Są one oparte o kontakt z ciałem, zarówno samego dziecka jak i partnera.

⁴⁶ Pilecki J., Olszewski S., Żurek T.: Zasady i metody.... cyt.wyd., s.22.

⁴⁷ Pilecka W.: Psychoruchowy rozwój dzieci o obniżonej sprawności umysłowej. W: Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej. Red. W. i J. Pileckich cyt.wyd., s. 11.

Tabela 3

Metody pracy z dzieckiem z głębokim upośledzeniem umysłowym

Rodzaj metody	Przykłady
Metody oparte o kontakt z ciałem	Praca na poziomie odruchów wrodzonych i elementarnych ruchów dowolnych
	Zabawy paluszkowe, baraszkowanie
	Metoda ruchu Rozwijającego W.Sherborne
	Program Aktywności, Świadomości Ciała, Kontakt i Komunikacja M.i CH. Knilów
	Metoda Dwuczłowieka S.Kowalika
	Masaże wspomagające
	Masaż Shantalii
	Terapia neuromotoryczna Castillo Moralesa
Metody oparte na integracji i stymulacji zmysłów	Integracja sensoryczna A.J.Ayres
	Stymulacja polisensoryczna według 4 pór roku – Poranny krąg H.Abel
Metody oparte na terapii pedagogicznej	Arteterapia
	Metoda malowania 10 palcami
	Metoda pomocnych dłoni F.Affortill
	Hipoterapia
	Muzykoterapia

Zaczynając charakterystykę przykładów poszczególnych metod należy sobie przypomnieć, krótką sylwetkę dziecka z głębokim upośledzeniem. Zdaniem M.Piszczyk⁴⁸, dzieci te są zdolne do sygnalizowania i odbioru bodźców z otoczenia. Przed przystąpieniem do wyboru określonego postępowania ważne jest zatem określenie:

- zdolności przystosowania się dziecka do stymulacji zewnętrznej (z uwzględnieniem tolerancji na niewygodę, zdolności do ochrony siebie przed zakłócającymi bodźcami oraz umiejętności wyłączania własnych reakcji na bodźce negatywne),
- zdolności do zmiany źródeł wzmocnienia wewnętrznego i zewnętrznego,
- zdolności do wewnętrznej samoregulacji, dotyczącej kontrolowania własnego stanu pobudzenia,

⁴⁸ Piszczyk M.: Wczesna interwencja i pomoc dzieciom niepełnosprawnym. Warszawa 1995, s.10.

- wzorca przebiegu cyklicznych funkcji biologicznych, np.: jedzenia, spania itp. i jego przewidywalności,
- wrażliwości na rytmy różnych zachowań opiekunów,
- zdolności do skoordynowania behawioralnych cykli oddziaływań i uwagi z cyklami partnera interakcji.

Wśród omawianej grupy są osoby, które nie są w stanie wykonać żadnego kontrolowanego przez siebie ruchu jakkolwiek częścią ciała: ręką, głową, nogą a nawet językiem⁴⁹. Nie oznacza to jednak, że takie osoby są pozbawione jakichkolwiek możliwości. Każdym żywym organizmem kierują odruchy wrodzone, które tworzą złożony, podstawowy system podtrzymujący życie. Wraz z odruchami charakterystycznymi dla wieku niemowlęcego i wczesnodziecięcego, są podstawą pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym⁵⁰. Opierając pracę na odruchach wrodzonych należy pamiętać, aby rytm pracy terapeuty-nauczyciela był dostosowany do rytmu aktywności dziecka. Jest to szczególnie ważne w początkowym etapie pracy, która głównie będzie polegać na podtrzymywaniu i wywoływaniu odruchów bezwarunkowych. J. Kielin na podstawie obserwacji dzieci, u których na skutek słabej stymulacji kiedyś pojawiające się odruchy wygasły, pisze że „na tym poziomie rozwojowym, ćwiczenie odruchów jest bardzo korzystnym elementem terapii”⁵¹. Podaje on liczne wskazówki, praktycznego wykorzystania poszczególnych odruchów, np. ssania i chwytu, poprzez podawanie przedmiotów o różnych kształtach, smakach i strukturze.

Innym ważnym odruchem omawianym przez Kielina jest odruch orientacyjny z podziałem na jego część bierną polegającą na chwilowym zatrzymaniu czynności biologicznych organizmu na bodziec i część aktywną,

⁴⁹ Kielin J.: Praca na poziomie odruchów wrodzonych. W: *Rozwój daje radość...* cyt.wyd., s.49.

⁵⁰ Najbardziej znane odruchy zostały przedstawione w tabeli w książce J.Kielina: *Rozwój daje radość..op.cit.s.50-51*. R.Ossowski wyróżnia 5 podstawowych odruchów bezwarunkowych: orientacyjne, lokacyjne, pokarmowo-trawienne, obronne, płóciowe. Szersza charakterystykę można również znaleźć w pozycjach: Szewczuk W.: *Psychologia w służbie zdrowia*. Warszawa 1982; Walsh K.: *Neuropsychologia kliniczna*. Warszawa 1998.

⁵¹ Kielin J.: *Rozwój daje...* cyt.wyd., s.59.

której cechą charakterystyczną jest natychmiastowe inicjowanie czynności badawczej w odpowiedzi na bodziec. Cześć aktywna pojawia się jednak znacznie później. Odruch orientacyjny świadczy o posiadanej przez dziecko zdolności odbierania wrażeń zmysłowych. Podsumowując „zadaniem nauczyciela pracującego z dzieckiem na tym poziomie rozwojowym jest stymulacja wszystkich zmysłów i podtrzymywanie aktywności ruchowej dziecka. Najważniejszym obszarem stymulacji powinna być twarz dziecka”⁵².

Od niej bowiem rozpoczyna się powolny proces opanowywania własnego ciała.

Drugą grupą dzieci z głębokim upośledzeniem są osoby, które wykonują proste samodzielne, kontrolowane ruchy ciała. Brak u nich, jednak jakiegokolwiek manipulacji i samodzielnego badania otoczenia. Na tym etapie pracy z omawianą grupą bardzo ważna jest znajomość przez nauczyciela – terapeutę kolejność opanowywania przez dziecko ruchów własnego ciała, który musi znać podstawowe prawa ruchu: prawo ruchu następstwa cefalokaudalnego i następstwa ruchu proksymalnego⁵³. Pierwsze z nich mówi, że ruchy dowolne najpierw pojawiają się w obrębie głowy. Później stopniowo obejmują dalsze części ciała w kierunku nóg. Prawo następstwa ruchu proksymalnego mówi, że ruchy pojawiają się najpierw w okolicy osi ciała, a później kolejno obejmują peryferyjne części ciała (najpierw kontrola nad stawem barkowym, potem łokciem a na samym końcu palcami dłoni).

Na etapie odruchów dowolnych bardzo ważne jest stymulowanie twarzy dziecka (szczotkowanie, opłukiwanie, różnego rodzaju masaże). Stymulacja ta przenoszona powinna być kolejno na inne części ciała. Należy pamiętać o pracy z ręką dziecka, z wykorzystaniem odruchu chwytania. Nauczyciel powinien dostosować osobie niepełnosprawnej jak najwięcej różniących się faktur, ciężarem, wydawanym dźwiękiem przedmiotów. Szczególne znaczenie na tym etapie ma budowanie wspólnego pola uwagi dziecka i terapeuty – praca „twarzą

⁵² Tamże, s.60.

⁵³ Zob.: Neurologia dziecięca. Red. Czochońska J., Warszawa 1990; Hurlock E.B.: Rozwój dziecka. Warszawa 1985; Michałkiewicz R., Ślenzak J.: Choroby układu nerwowego u dzieci i młodzieży. Warszawa 1985.

w twarz”. „W zabawach „twarzą w twarz” dobrze jest zachować odległość około 30 cm, czyli mniej więcej taką, jaką wybierają matki bawiące się ze swymi malutkimi dziećmi (...). Ważne jest to, aby do dziecka dużo mówić. Możemy także śpiewać mu piosenki, co dzieci lubią”⁵⁴. To wszystko ma spowodować pozytywne wzmocnienie interakcji i dalszego rozwoju dziecka.

Ciekawy przykład ćwiczeń możliwych do zastosowania u dziecka głęboko upośledzonego zaproponowała A. Smyczek⁵⁵, opierając się na przedstawionej w pierwszym podrozdziale teorii Piageta. Zaproponowała swoistą edukację dzieci głęboko upośledzonych funkcjonujących na różnych stadiach rozwoju.

Stadium I to typ uczenia się przez „podawanie na tacy”. Rewalidacja ma polegać na wprowadzaniu w pole zmysłów odpowiednich bodźców: kolorowych i pachnących przedmiotów, zabawek wydających dźwięki, wkładaniu do dłoni przedmiotów o różnej strukturze materiału. Nauczyciel – terapeuta ma prowadzić dłoń dziecka w stronę źródła dźwięku, zapachu, bodźca wzrokowego. W tym okresie należy zwrócić szczególną uwagę na dominujący zmysł w odbiorze informacji o otaczającym go świecie.

Stadium II to typ uczenia się poprzez prowadzenie dłoni i podpowiedzi fizyczne. Postępowanie rewalidacyjne powinno być nastawione na poszerzanie zainteresowania własnym ciałem z wykorzystaniem metod Knilla, Sherborne, masażu czucia głębokiego (metody te zostaną omówione w następnej kolejności). Ważne jest tworzenie struktury otoczenia poprzez używanie tych samych przedmiotów, wykonywanie czynności w tych samych miejscach oraz demonstrowanie wszystkich używanych, np. łyżkę przy jedzeniu. Wszystkie zabawy powinny odbywać się w dużej bliskości fizycznej.

⁵⁴Kielin J.: Rozwój daje... cyt.wyd., s.66.

⁵⁵ Smyczek A. jest autorką niepublikowanych materiałów dotyczących cech diagnozy umiejętności funkcjonalnych, które są przedstawiane na kursie w Specjalnej Szkole Podstawowej nr 150 w Krakowie

Stadium III to typ uczenia polegający na prowadzeniu dłoni z jednoczesnym ograniczaniem podpowiedzi. Powinny dominować zabawy naprzemienne np. ściąganie chusty, zasłanianie i odsłanianie przedmiotów.

Stadium IV charakteryzuje się uczeniem poprzez podpowiedzi fizyczne, prowadzenie dłoni dziecka, która ma być stopniowo ograniczana. Na tym etapie nauczyciel powinien łączyć aktywność z gestami, dźwiękami, przedmiotami lub symbolami przedmiotów. Dziecko należy stawiać w sytuacji wymagającej samodzielnego rozwiązania problemu, np. jeśli chcesz pić to weź sobie kubek.

W stadium V typ uczenia polega na podpowiedziach fizycznych i słownych nauczyciela oraz na naśladownictwie. Nauczyciel – terapeuta uczy realizacji słownych poleceń, podpowiada możliwości rozwiązywania prostych praktycznych problemów. Powinny być również wprowadzane proste zajęcia porządkowe.

Stadium VI rozwoju dziecka wg teorii Piageta pozwala na zastosowanie technik rewalidacyjnych opartych na naśladownictwie oraz poleceniach słownych. Ważne aby stopniowo budować pojęcia oraz wprowadzać symbole. Dziecko głęboko upośledzone funkcjonujące w tym stadium powinno opanowywać stopniowo podstawowe umiejętności życiowe, poznawać coraz większy obszar otoczenia i funkcje przedmiotów.

Kolejnym przykładem postępowania rewalidacyjno-wychowawczego są zabawy paluszkowe i baraszkowanie⁵⁶. Zabawa jak pisze T. Maszczak „ze względu na swe specyficzne funkcje i właściwości jest również przedmiotem żywych zainteresowań i badań empirycznych wielu pedagogów (...) Dużej troski w zakresie wyrównywania niedorozwoju motorycznego wymagają dzieci upośledzone umysłowo. Zabawy i gry ruchowe w najbardziej naturalny sposób

⁵⁶ Przykłady zabawa można znaleźć w następujących pozycjach: Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym . Red. Pileccy W.J. cyt.wyd., U źródeł rozwoju dziecka. Red. Olechnowicz H. Warszawa 1988.

zaspakajają ich potrzeby ruchowe, rozwijają wszystkie narządy i zmysły oraz dostarczają wiadomości o otoczeniu”⁵⁷.

Poprzez proste schematyczne ruchy połączone z wierszykami (np. srocza kaszę warzyła) dziecko uczy się kontroli nad własnym ciałem. Poznaje je, a nauczyciel – terapeuta jest przewodnikiem dającym poczucie bezpieczeństwa i pewności. Pozwalają na wytwarzanie schematycznych sytuacji, czyli przewidywanie kolejno po sobie następujących czynności. A.M. Clarke, A.D.B. Clarke piszą “polepszenie wyników pracy polegającej na powtarzalnych czynnościach ruchowych, osiągane przez osoby o inteligencji poniżej normy, jest większe, niżby wykazywało z ich ilorazu inteligencji, zależność ta nie jest tak ścisła, aby w trakcie wielu prób nie mogły wystąpić zmiany w kolejności rangowej”⁵⁸.

Baraszkowanie to podrzucanie dziecka, kołysanie się z nim, turlanie. Podczas wykonywania tych prostych czynności ważne jest utrwalanie schematu ciała. Poprzez wspólny kontakt dziecko uczy się również interakcji z innymi ludźmi. Tworzone są pierwsze podwaliny kontaktów społecznych. Zabawy paluszkowe i baraszkowanie stały się podstawą wielu metod opartych na ruchu i kontakcie z ciałem dziecka.

„Ruch wpływa na równowagę biologiczną jednostki, ułatwia socjalizację, stanowi warunek postępu jej rozwoju psychomotorycznego. Ruch przywraca równowagę psychiczną w sytuacjach napięcia emocjonalnego”⁵⁹.

Jedną z metod terapeutycznych możliwych do zastosowania w pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym jest Metoda Ruchu Rozwijającego stworzona przez Weronikę Sherborne. Ideą przewodnią tej metody jest „posługiwanie się ruchem jako narzędziem wspomagania rozwoju psychoruchowego dziecka i terapii zaburzeń jego rozwoju”⁶⁰.

⁵⁷ Maszczak T. S.: Wychowanie fizyczne i sport dzieci specjalnej troski. Warszawa 1985, s.104.

⁵⁸ Clarke A.M., Clarke A.D.B.: Upośledzenie...cyt.wyd., s.1969.

⁵⁹ Brzeziński W.: Wychowanie fizyczne... cyt.wyd., s.70.

⁶⁰ Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnycka M.: Metoda ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. Warszawa 1990, s.37.

Jej celem jest stworzenie dziecku okazji do poznania własnego ciała, usprawniania motoryki, poczucia własnej siły, sprawności i możliwości ruchowych oraz odprężenie i relaksacja. Weronika Sherborne wyprowadziła swój system z naturalnych potrzeb zaspokajanych na bazie kontaktów dorosły – dziecko, na kształt obcowania dziecka z matką, ojcem.

Podstawowe założenia metody w większości autorka Ruchu Rozwijającego oparła na założeniach szkoły swojego nauczyciela R.Labana⁶¹:

- świadomość własnego ciała i usprawniania ruchowego
- świadomość przestrzeni i działania w niej
- dzielenie przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywania z nimi bliskiego kontaktu.

Metoda R.Labana daje możliwość rozwijania w dużym stopniu indywidualności i swobody ruchu dziecka . Ćwiczenia przybierają formę zadań otwartych, co daje możliwość tworzenia ruchu zgodnie z własną inwencją i fantazją. W przebiegu zajęć ważne jest zachowanie takich zasad jak: wszechstronności, naprzemienności wysiłku i rozluźnienia oraz stopniowania trudności. Nie liczy się tutaj efekt końcowy ćwiczenia, lecz sposób wykonywania dla każdego ćwiczącego swoiście ekspresyjny oraz sam proces tworzenia ruchu.

Metoda Weroniki Sherborne wszystkie te zalecenia i główne wyżej wymienione założenia obejmuje w swoistą całość. Poprzez ćwiczenia dziecko zyskuje poczucie bezpieczeństwa i zaufanie do siebie, poznaje przestrzeń, w której się znajduje. W przypadku uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym ćwiczenia podzielono na następujące grupy:

- nauka nawiązywania kontaktu emocjonalnego i koncentracji wzrokowej
- rozwijanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania do dorosłych
- nauka współdziałania i partnerstwa
- poznanie schematu ciała (somatognozja) i orientacji w przestrzeni

⁶¹ Kaja B.: Zarys terapii dziecka. Metody psychologicznej i pedagogicznej pomocy wspomagającej rozwój dziecka. Bydgoszcz 2001, s.95-96.

- nauka opanowania lęku i emocji
- rozwijanie sił i sprawności fizycznych
- nauka rozluźniania się i umiejętności relaksacji
- rozwijanie samodzielności ruchu i organizowanie bezpiecznej zabawy
- rozwijanie wyobraźni i naśladownictwa w zabawach
- komunikowanie siebie, swoich doznań i chęci bawienia się.

Weronika Sherborne podkreśla, że niezmiernie ważna jest umiejętność obserwacji i oceny ruchu dzieci ćwiczących przez prowadzących zajęcia nauczycieli, którzy powinni być „świadomi, które części ciała się ruszają, w jakich kierunkach w przestrzeni i co najbardziej istotne, w jaki sposób porusza się ciało”⁶².

Celem obserwacji jest „przygotowanie do pomagania dzieciom w zdobyciu wszechstronnego, zrównoważonego doświadczenia ruchowego. Chodzi o to, by umiały poruszać się w sposób adekwatny do zróżnicowanych zadań fizycznych, które będą im stwarzane. Dzieciom potrzebne jest doświadczanie dużej rozpiętości cech ruchu oraz różnych form poruszania się”⁶³. Prowadzący zajęcia ocenia zatem te formy ruchu, które przychodzą dziecku najłatwiej oraz „ukryte i nieobecne cechy ruchu”. Terapeuta powinien również zwracać uwagę na zdolność koncentracji na zadaniu, rodzaj i sposób wyrażania emocji, a także na umiejętność nawiązywania kontaktów z innymi osobami, umiejętność zmiany zachowań w zależności od rodzaju zajęć oraz umiejętność uczestniczenia w zabawie. Taka analiza i ocena, dostarcza konkretnych wskazówek, jakie cechy u dziecka należy wzmocnić, a jakie osłabić. Każda sesja ruchowa to wg autorki Ruchu Rozwijającego to swoista podróż przez różne formy ruchu, które normalnie pozostałyby zaniedbane, a których dzieci powinny doświadczyć.

⁶² Sherborne W.: Ruch Rozwijający dla dzieci. Warszawa 1999, s.68.

⁶³ Tamże, s.74.

Jak pisze Weronika Sherborne „zadaniem nauczyciela jest stworzenie podstawy do dobrych kontaktów poprzez swój własny fizyczny udział w ćwiczeniach”⁶⁴.

Drugą metodą bardzo często stosowaną w pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym jest Program Aktywności – Świadomości Ciała, Kontaktu i Komunikacji Marianny i Christophera Knillów⁶⁵. Podstawowym założeniem tego programu jest stwierdzenie, że rozwój człowieka jest uzależniony od jego zdolności do nabywania, organizowania i wykorzystania wiedzy o sobie. Z charakterystyki dziecka głęboko upośledzonego wiemy, że wyżej wymienione zdolności są bardzo zaburzone, brak kontroli nad ruchami, brak poczucia bezpieczeństwa a także różnego rodzaju zaburzenia emocjonalne hamują możliwości rozwojowe dziecka. Knillowie, chcieli aby ich program rozwijał świadomość ciała dziecka. Jak pisze D. Baczała „terapia Knillów jest metodą rewalidacji tych, którzy, zdawałoby się, nie wiedzą, że żyją lub funkcjonują w świecie niedostępnym dla ludzi pełnosprawnych. Dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych, które prezentują zachowania autodestruktywne, krzyczą, szarpiają, biją, ślinią się i kołyszą”⁶⁶. Założeniem programu jest stworzenie takiego środowiska, w którym udaje się skoncentrować uwagę osoby niepełnosprawnej umysłowo, wywołać ją i kierować nią dzięki znaczącej dla niego i motywującej aktywności a także rozwijanie świadomości swojego ciała. Autorzy podkreślają, że dotyk w połączeniu z wymienioną wcześniej świadomością sprzyja nawiązywaniu relacji interpersonalnych a co za tym idzie rozwój komunikacji. Wg Ch.Knilla „podstawowymi dla nas są informacja i stymulacja, którą otrzymujemy dzięki kontaktowi fizycznemu, dlatego dotyk jest dla naszego rozwoju szczególnie ważny”⁶⁷. To, co odróżnia metodę Knillów od metody W.Sherborne to, podkład muzyczny skomponowany w formie akompaniamentu, który podwyższa i stymuluje uwagę. Określonym

⁶⁴ Tamże, s.295.

⁶⁵ Knill M.Ch.: Program Aktywności – świadomość ciała, kontakt i komunikacja. Warszawa 1999.

⁶⁶ Baczała D.: Metoda Knillów a teoria osobowości Kurta Goldsteina (studium indywidualnego przypadku). Sosnowiec 2008, s.118.

⁶⁷ Knill Ch.: Dotyk i Komunikacja. Warszawa 1995, s.10.

dźwiękom przypisane są stałe sekwencje ruchowe. Wg autorów ma to stwarzać sytuacje gdzie dziecko czuje się bezpieczne. Zadaniem nauczyciela – terapeuty jest pomoc poprzez swój głos (śpiew lub mowa). Wyraźnie podkreśla każdą pojawiającą się aktywność, która nie powinna być tylko mechanicznym wykonywaniem poszczególnych ruchów. Program zakłada wzrost aktywności osoby upośledzonej i nie uzależnia ją od dorosłego.

Zasada ćwiczeń to maksymalna współpraca z dzieckiem poprzez łączenie elementu zabawy i muzyki. Chociaż jest to metoda grupowa, może okazać się wyjątkowo przydatna do terapii indywidualnej, a w szczególności do dzieci agresywnych, samoagresywnych i wycofanych⁶⁸.

W przypadku osób głęboko upośledzonych najczęściej stosowanymi Programami Aktywności, Świadomości Ciała, Kontaktu i Komunikacji jest program wprowadzający oraz specjalny. Należy jednak pamiętać, iż wybór któregoś z nich powinien być poprzedzony dokładną diagnozą dziecka. Ważne zarówno dla terapeuty, jak i dla dziecka są decyzje dotyczące miejsca, czasu, które powinny być podjęte na zasadzie kompromisów obu dwu stron⁶⁹. To zdaniem twórców metody doprowadzi do satysfakcji terapeuty i rozwoju dziecka.

S. Kowalik w swoich rozważaniach twierdzi, że „właściwa postawa osób prowadzących rehabilitację sprzyja rozwojowi osób głęboko upośledzonych”⁷⁰. Okazywanie miłości, akceptacji, życzliwości powinno towarzyszyć przy wykonywaniu jakiegokolwiek czynności, czy to pielęgnacji, działań opiekuńczych, wychowawczych, czy rehabilitacyjnych. To okazywanie uczuć i odpowiednia postawa osób mających kontakt z dzieckiem głęboko upośledzonym, stały się między innymi podstawą do stworzenia przez S.Kowalika metody „dwuczłowieka”. Jej stosowanie odbywa się według pewnych zasad:

⁶⁸ Kwiatkowska M. Dzieci głęboko niezrozumiane. Warszawa 1997, s.140-141.

⁶⁹ Knill M. i Knill Ch.: Programy Aktywności....cyt.wyd., s.11.

⁷⁰ Kowalik S.: Metoda „dwuczłowieka” w rehabilitacji ... cyt.wyd.

- należy ustawić się za osobą głęboko upośledzoną (jeśli nie jest ona w stanie utrzymać równowagi w pozycji stojącej lub siedzącej, należy położyć się bokiem za nią na materacu),
- należy ściśle „związać się” z nią między stawem skokowym, kolanowym i biodrowym, w pasie, między stawem nadgarstkowym i łokciowym oraz między łokciowym i barkowym,
- następnie należy inicjować proste akty ruchowe (pochylenie się na boki, lekkie uginanie kolan, pochylenie się do przodu, do tyłu, skręty tułowia),
- później nauczyciel może przejść do wprowadzania prostych ruchów lokomocyjnych, a w przypadku osób leżących ruchy wspomagające proces siadania,
- należy kontynuować ruchy zainicjowane przez osobę upośledzoną,
- ważne jest skoncentrowanie się na ćwiczeniach rąk, polegających na wykonywaniu czynności manipulacyjnych, gdzie połączone są wszystkie palce.

S. Kowalik⁷¹ twierdzi, że poprzez odchylenia zmienia się środek ciężkości ciała, a co za tym idzie punkt równowagi. Mięśnie osoby rehabilitowanej zaczynają pracować, czyli napinać się. Następuje zakłócenie stabilności posturalnej, która jest statyczna. Nauczyciel – terapeuta może w ten sposób stwierdzić jakim, potencjałem dysponuje osoba upośledzona w stopniu głębokim. W ten sposób uaktywniamy:

- cały system sensoryczny (wzrok, dotyk)
- system motoryczny (mięśnie, stawy, kości)
- układ nerwowy (z dużym prawdopodobieństwem uaktywnienia CUN).

Systematyczne wykonywanie wyżej wymienionych sekwencji ruchowych, wg autora omawianej metody, powinno prowadzić do doskonalenia kontroli nad postawą własnego ciała osoby upośledzonej oraz orientacji w jego schemacie.

⁷¹ Tamże, s.222-223.

Obniża się poziom negatywnych emocji a dziecko zaczyna posiadać poczucie samoskuteczności, własnej sprawczości.

Inne zadanie w rewalidacji osób z głębokim upośledzeniem mają metody pracy oparte na integracji i stymulacji zmysłów, czyli na stymulacji polisensorycznej.

Wg autorki podstawy programowej obowiązującej podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci upośledzonych w stopniu głębokim M. Kwiatkowskiej „polisensoryczne oddziaływania można podzielić na dwa rodzaje:

- nauka życia przez życie
- celowe kształtowanie bodźców w celu wywołania zaplanowanych wrażeń i uczuć”⁷².

Pierwszy z nich polega na poznawaniu przez patrzenie, słuchanie, dotykanie, wąchanie i smakowanie w celu stworzenia globalnego, wielozmysłowego obrazu danego pojęcia. Cały omawiany proces ma odbywać się w ciągu „normalnych sytuacji życiowych” (podczas sporządzania posiłków, oglądania programów telewizyjnych, na spacerze).

Drugi rodzaj oddziaływania ma na celu takie przekształcanie otaczającej rzeczywistości, aby osoba z głęboką niepełnosprawnością mogła przyzwycząć się do nowych warunków, poznać je i poczuć się w nich bezpieczna. Nauczyciel wpływa na wrażenia, doznania i uczucia dziecka poprzez np. przygaszenie lampki, uciszenie lub pogłośnienie muzyki, z wyraźnym zaakcentowaniem końca jednego zadania, a początkiem drugiego.

Jedną z metod, która stosuje omówione wyżej zasady jest Stymulacja polisensoryczna wg czterech pór roku. W Polsce po raz pierwszy została ona zastosowana przez J. Kielina⁷³. Poranny krąg powstał na bazie niepublikowanego programu autorskiego Hedwig Abel z Anstalt Stetten w

⁷² Kwiatkowska M.: Dzieci głęboko niezrozumiane. Warszawa 1997, s.124.

⁷³ Kufel R., Kufel P., Kielin J.: Poranny krąg, czyli stymulacja polisensoryczna według czterech pór roku. W: Rozwój daje ... cyt.wyd., s.175-182.

Niemczech. „Podstawą tworzenia tego programu jest świat przyrody. (...) Ten świat jest źródłem symboli podstawowych: żywiołów, barw, zapachów, smaków, wrażeń dotykowych i termicznych”⁷⁴. To, co dzieje się w przyrodzie oraz zachodzące zmiany atmosferyczne są podstawą inspiracji nauczyciela-terapeuty do pracy z dzieckiem. Jego zadaniem jest przybliżenie i oswojenie osoby głęboko upośledzonej z tym co widzimy za oknem w poszczególnych porach roku: wiosnie, jesieni, zimie, latem.

Głównym celem tej metody jest komunikacja. Stymulacja to jedynie pobudzanie zmysłów. Tutaj liczy się nastrój, poczucie bezpieczeństwa i klimat wspólnego spotkania z dzieckiem. Podstawowe znaczenie ma tu rytualizacja czynności, która wprowadza porządek, a dziecko po pewnym czasie zna reguły zabawy. Wszystkie elementy następują po sobie w wyznaczonej i ściśle przestrzeganej kolejności⁷⁵:

- zapalanie lampki zapachowej,
- obejście z lampką kręgu dzieci, wymienianie ich imion, zwracanie uwagi na zapach oraz cechy ognia,
- śpiewanie powitalnej piosenki z równoczesnym witaniem się z dzieckiem, przy masażu dłoni oliwką wymieszaną z odpowiednim zapachem,
- krótkie opowiadanie o danej porze roku,
- spotkanie z żywiołem,
- demonstracja instrumentu,
- zakładanie kolorowych chust na głowy, które same lub z pomocą ściągają,
- zaciemnianie sali, wymienianie imion dzieci i ich „szukanie”,
- bodźce smakowe,
- gaszenie lampki zapachowej i zakończenie zajęć.

⁷⁴Tamże, s.176.

⁷⁵ Tamże, s.181-182.

Każda pora roku ma przyporządkowane bodźce sensoryczne. Ich zestawienie zawiera tabela 4⁷⁶.

Tabela 4

Zestaw bodźców sensorycznych w metodzie 4 Pory Roku

	Wiosna	Lato	Jesień	Zima
Żywiol	Ziemia – glina na zasychających dłoniach	Ogień – świeczka	Powietrze – powiew wiatru z wentylatora, suszarki	Woda – ciepła-zimna; woda-lód
Kolor	Zieleń	Czerwony, pomarańcz	Rudy, kolory ochry	Biel, błękit
Zapach	Cytrynowy	Różany	Lawendowy	Miętowy
Smak	Cytryna z cukrem	Konfitura wiśniowa	Krem orzechowy, miód	Miętowe talarki w czekoladzie
Instrument muzyczny	Bęben	Gong	Dzwony rurowe	Trójkąt, dzwoneczki
Sufit	Żółte słońce	Czerwone słońce	Niebieski niebo	Niebieskie niebo z gwiazdami
Wygląd sali	Zielone chusty, wstążki	Czerwone chusty wstążki	Suche liście	Papierowy śnieg

Prowadzenie tej metody odbywa się na poziomie indywidualnym oraz grupowym. Dzieci poprzez czekanie na „swoją kolejkę” uczą się cierpliwości a zarazem poznają i zauważają swoich kolegów.

Inną kompleksową metodą z zakresu stymulacji sensorycznej jest stworzona przez J.Ayres⁷⁷ metoda SI (z ang. SI Sensory Integration). Polega ona na integracji czynności zmysłowych z właściwą reakcją ruchową. Proces ten polega na odbieraniu przez nasz mózg informacji, które rozpoznaje, segreguje i selekcjonuje. Inaczej mówiąc „Integracja sensoryczna to proces neurologiczny organizujący wrażenia płynące z ciała i środowiska w taki sposób, by mogły być użyteczne do celowego działania”⁷⁸. Mózg dokonuje ich interpretacji i odwołuje

⁷⁶ Dokładny opis poszczególnych bodźców ich dobór i znaczenie można przeczytać w książce J. Kielina: Rozwój daje... cyt.wyd., s.176-181.

⁷⁷ J.Ayres swoje odkrycia naukowe i empiryczne doświadczenia opisała w ok. 50 publikacjach, z których większość to artykuły w uznanym periodyku American Journal of Occupational Therapy. Jest autorką pozycji „Sensory Integration and Learning Disorders” oraz „Sensory Integration and the Child” wydanej w 1979.

⁷⁸ Godwin Emmons P., McKendry Anderson L.: Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Zaburzenia rozwojowo-sensoryczne oraz edukacyjne występujące w ramach autyzmu, ADHD, trudności szkolnych oraz zaburzeń dwubiegunowych. Warszawa 2007, s.16.

się do wcześniej zdobytych doświadczeń. Na tej podstawie odpowiada właściwą reakcją na odebrany bodziec.

Metoda SI oparta jest na kilku podstawowych założeniach teoretycznych⁷⁹ :

1. Poprzez kontrolę dopływu bodźców można wywołać reakcje adaptacyjne. Należy pamiętać, aby kontrolować ilość i rodzaj bodźców sensorycznych, gdyż możemy doprowadzić do przeciążenia systemu nerwowego. To z kolei spowoduje, nie pojawienie się odpowiedniej reakcji motorycznej.
2. Reakcje adaptacyjne przyczyniają się do rozwoju integracji sensorycznej. System nerwowy nabywa wiedzy, która jest wykorzystywana podczas pojawiających się w przyszłości aktywności. Prawidłowe odpowiedzi są wzmacniane.
3. Im większa ilość wewnętrznie kierowanej aktywności dziecka, tym większa szansa poprawy organizacji neuronalnej.
4. Zasada stopniowania trudności polegająca na tym, że zachowania bardziej kompleksowe i dojrzałe są budowane z prostszych i bardziej podstawowych reakcji.
5. Organizacja zachowania dziecka jest tym lepsza, im wyższy jest poziom organizacji odpowiedzi adaptacyjnych. Dziecko musi programować swoje działania.
6. „Na wejściu” bodźców sensorycznych konieczna jest pełna ich rejestracja do tworzenia prawidłowych odpowiedzi. Tylko to gwarantuje odpowiednią i oczekiwaną reakcję adaptacyjną.

Trudności sensoryczne często dzielone są na 3 sfery: rejestrowanie, modulację i odpowiedź. W każdej z nich możemy zaobserwować pewne zaburzenia w funkcjonowaniu dziecka. Odwołując się już do wcześniejszej charakterystyki osób głęboko upośledzonych, można zauważyć, że wiele

⁷⁹ Grzybowska E.: Metoda integracji sensorycznej – nowy kierunek w usprawnianiu dzieci z dysfunkcjami mózgu. W : Współczesne tendencje w rehabilitacji. Red. E.Tomasik, E.Mazanek. Warszawa 1998, s.60-61., oraz Przyrowski Z.: Podstawy diagnozy i terapii integracji sensorycznej. W: Podstawy diagnostyki i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Red. Cz. Szmigł. Kraków 2001, s.125-170.

występuje i w znaczący sposób utrudnia codzienne funkcjonowanie. Przykładem trudności związanych z rejestrowaniem mogą być zbyt słabe reakcje na ruch, dotyk, dźwięk lub odwrotnie dziecko może zbyt gwałtownie i nieadekwatnie reagować na te czynniki. Mamy tu do czynienia z nadwrażliwością kiedy mózg dziecka zbyt intensywnie rejestruje bodźce i podwrażliwością, kiedy są odbierane z o wiele mniejszym natężeniem niż zazwyczaj to się dzieje. Zdarzają się również sytuacje kiedy te dwa typy wrażliwości występują łącznie⁸⁰ U osób z zaburzeniami modulacji obserwujemy nadmierną aktywność, rozpraszanie uwagi lub wycofanie i zamknięcie się we własnym świecie. Nie lubią ciągłych codziennych zmian, preferują stałość sytuacji. Ostatnie trudności są związane z odpowiedzią lub integracją. Przykładem tutaj jest niezdarność, słaba świadomość własnego ciała oraz z koordynacją obu stron ciała⁸¹.

Stymulacja dziecka polega na dostarczaniu odpowiednich bodźców poszczególnym zmysłom, najczęściej podczas zabawy lub wykonywania określonego zadania, np.: kręcenie na obrotowym talerzu, zabawy w „topku” itp. Mózg wówczas, jest zaangażowany w organizowanie płynących wrażeń i stopniowo uczy się właściwych reakcji oraz celowego ich wykorzystania.

Szczególną formą stymulacji, a zarazem terapii pedagogicznej są elementy muzykoterapii, ruchu i śpiewu. Wg Piszczyk „sztuka może pomóc w lepszym poznaniu i określeniu siebie i swoich emocji, a także stać się głównym środkiem ekspresji emocjonalnej”⁸². Wszystkie stosowane formy ekspresji muzycznej w pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym wykorzystywane są nie tylko do zaspokajania potrzeb emocjonalnych i estetycznych lecz mają także służyć socjalizacji, uruchomieniu potencjału psychomotorycznego oraz ogólnych dyspozycji umysłowych jak zdolność koncentracji uwagi,

⁸⁰ Kutscher M.L., Glick J.: Zaburzenia integracji sensorycznej. W: Kutscher L.M., Attwood T., Wolff R.R.: Dzieci z zaburzeniami łączonymi. ADHD, trudności w nauce, zespół Aspergera, zespół Tourette, depresja dwubiegunowa i inne zaburzenia. Warszawa 2007, s.166.

⁸¹ Godwin Emmons P., McKendry Anderson L.: Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej... cyt.wyd., s.19.

⁸² Piszczyk M.: Terapia zabawą. Terapia przez sztukę. Warszawa 2002, s.51.

spostrzegania, myślenia, zapamiętywania, umiejętności identyfikacji i różnicowania⁸³. Zanim to jednak będzie możliwe, dziecko powinno:

- ,, osiągnąć odpowiedni poziom dojrzałości neuromięśniowej oraz opanować ruchy i gesty umożliwiające rysowanie i malowanie,
- wykryć związek pomiędzy ruchami pędzla lub kredki a śladami pozostawionymi na papierze,
- dostosować ruchy do technik i narzędzi pracy,
- podporządkować ruchy celowi i powstającym podczas jego realizacji wrażeniom percepcyjnym”⁸⁴.

Muzykoterapia – poprawia ogólną kondycję psychiczną i fizyczną dziecka, pomaga nawiązywać i podtrzymywać kontakty werbalne i niewerbalne z drugą osobą. Zajęcia muzykoterapeutyczne stwarzają warunki do oddziaływań polisensorycznych na słuch, wzrok, dotyk, ruch. Powinny dostarczać dziecku kompensującej satysfakcji i wpływać korygująco. Szczególnie ważne w procesie usprawniania funkcji poznawczych dziecka upośledzonego w stopniu głębokim jest spostrzeganie wzrokowo-słuchowe oraz naśladownictwo czynności spostrzeganych wzrokowo, słuchowo i obydwoma kanałami równocześnie. Obydwie te funkcje na skutek małej ruchliwości procesów korowych u dzieci upośledzonych są powolne i niedokładne⁸⁵. M. Janiszewski podkreśla, że wszystkie zajęcia muzyczne realizowane z dziećmi upośledzonymi w stopniu głębokim powinny być prowadzone z różnymi, celowo powtarzającymi się środkami wyrazu (np. miarowy rytm, wypowiedzi łańcuchowe, gra na instrumentach perkusyjnych). Wynika stąd nawarstwienie się podobnych przeżyć, doświadczeń manualnych, ruchowych, wzrokowych i słuchowych co sprzyja uruchomieniu funkcji intelektualnych⁸⁶. W działaniach

⁸³ Stadnicka J.: Terapia dzieci, muzyką, ruchem i mową. Warszawa 1999, s.14-15.

⁸⁴ Piszczyk M.: Terapia zabawą... cyt.wyd., s.54.

⁸⁵ Janiszewski M: Muzykoterapia aktywna. Warszawa 1993.

⁸⁶ K.Mrugalska prowadziła zajęcia rytmiczno-ruchowe z uczniami znacznie i głęboko upośledzonymi. W swoim artykule podaj liczne wskazówki jak aktywizować uczniów. Przytacza także opis pobudzania osoby głęboko upośledzonej z I.I. poniżej 10. Mrugalska K.: Zajęcia rytmiczno-muzyczne. W: Wychowanie i nauczanie głębiej upośledzonych umysłowo. Red. Olechnowicz H., Warszawa 1979.

muzykoterapeutycznych należy uwzględnić fakt, że u dzieci głęboko upośledzonych proces zapamiętywania jest powolny i mechaniczny. Należy zatem wspomagać się gestami, obrazkami, które będą podkreślać umowne reakcje na sygnały muzyczne.

Metody wspomagające rozwój koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz percepcję to metody manualne oparte o twórczość plastyczną dzieci upośledzonych w stopniu głębokim. Jak pisze H. Olechnowicz: „dziecko upośledzone ma mniejszą siłę przebicia w kierunku działania twórczego. Jego spontaniczne próby działania twórczego bywają często hamowane jako nie kształcące, zaś system oczekiwań wobec niego sugeruje, że jest ono do twórczości w ogóle niezdolne”⁸⁷. Dlatego też do zadań nauczyciela – terapeuty, należy umożliwić dziecku upośledzonemu spontaniczną aktywność twórczą, która jednak powinna być odpowiednio zaplanowana i usystematyzowana. Różnorodność technik plastycznych umożliwia wykorzystanie naturalnej skłonności dziecka do organoleptycznego poznania rzeczywistości. Aby nie zniechęcić osoby niepełnosprawnej można wprowadzić tworzywa bezkształtne⁸⁸: woda, piasek, glina, plastelina, ciasto, ryż, mak, makaron itp. Uwzględniając fakt, że barwa w okresie bazgrot stanowi w stosunku do aktywności kinestetycznej drugorzędne znaczenie, wprowadza się w celu komunikacji silne kontrasty kolorystyczne. Ważne jest, aby dziecko wyraźnie odróżniało tło od znaków stawianych przez siebie.

Wykorzystując w działaniach różne materiały zachęcamy dziecko do poszukiwania nowych wrażeń i uświadomienia ich różnorodności. Tym samym wzbogacamy jego rozwój percepcji wzrokowej i dotykowej. Stymulując jego ekspresję twórczą, można wspomagać się Metodą Malowania Dziesięcioma Palcami autorstwa R. Shaw⁸⁹. Często obok walorów terapeutycznych wymienia

⁸⁷ Olechnowicz H.: Wyzwalanie aktywności dzieci głębiej upośledzonych umysłowo. Warszawa 1994, s.327.

⁸⁸ tamże, s.336-338.

⁸⁹ Cyt za. Kadis A.L.: Finger Painting as a Projective Technique. W: Abt L.E., Bellak L.: Projective Psychology. New York – London 1959.

się również wartości diagnostyczne⁹⁰. Obserwacji poddaje się takie elementy jak: stosunek do tworzywa (postawy zachowania dystansu i postawy zaangażowania), element czasu (czas przerw i pracy), element ruchu (sposób nakładania farby, kierunek ekspresji dośrodkowy i odśrodkowy), zachowanie się wobec kolorów (wybór kolorów oraz kolejność ich użycia, reakcja dziecka na kolor widziany na arkuszu, poprawianie nałożonego koloru). Podkreśla się dodatni wpływ jej stosowania na skupienie uwagi dzieci. Obecnie jest ona krytykowana; uważa się że sprowadza ona działanie i zainteresowanie dziecka tylko do zabawy lepkością farby i jej rozmazywania.

Kolor, zabawa barwą to podstawa kolejnej terapii – chromoterapii, często łączoną z luminoterapią. „Naświetlając ciało określonym kolorem, można uzupełnić niedobory energii, przyspieszyć przemianę materii i regenerację tkanek. Niedobór światła powoduje pewne zaburzenia psychiczne (obniżenie nastroju i osłabienie energii życiowej, smutek i przygnębienie)⁹¹. Zatem stosowanie ich w pracy rewalidacyjno-wychowawczej jest ciekawym uzupełnieniem codziennych zajęć. Poprzez kolory możemy pobudzić do działania dzieci apatyczne i odwrotnie dzieci agresywne i nadpobudliwe wyciszyć. Najczęściej wymienianymi kolorami są⁹²: żółty, który ma działanie antydepresyjne, mobilizujące do działania, wpływający na pracę naszego układu trawiennego, pomarańczowy, który ma podobne działanie jak żółty, a dodatkowo regeneruje układ mięśniowy, poprawia funkcjonowanie nerek, łagodzi objawy astmy i epilepsji. Kolor czerwony pobudza do działania, nie jest wskazany dla osób nerwowych ponieważ może u nich wywołać zachowania agresywne, podwyższa ciśnienie krwi. Barwa zielona w przeciwieństwie do poprzednich działa kojąca, i uspokajająco. Regeneruje nasze siły i usuwa

⁹⁰ Kaja B.: Zarys terapii dziecka. Metody psychologicznej i pedagogicznej pomocy wspomagającej rozwój dziecka. Bydgoszcz 2001, s.80-84.

⁹¹ Miosga L.: Pomóż mi być. Komunikacja i stymulacja zmysłowa osób ze znaczną i głęboką niepełnosprawnością umysłową. Kraków 2005, s.43.

⁹² Zobacz: Matela L.: ABC leczenia kolorami. „Studio Astropsychologii”, Białystok 2003, Winczewski M.: Moc świateł i kolorów na co dzień. „Studio Astropsychologii”, Białystok 2004, Mirski A.: Terapeutyczna wartość światła i koloru „Gestalt 1995, nr 18.

zmęczenie. Podobnie jak kolor niebieski który wzmaga senność ale i koi bóle głowy i gardła.

Zabawa kolorem może urozmaicać codzienne spotkania terapeutyczne nauczyciela i ucznia. Sam wychowawca powinien w sposób przemyślany dobierać pomoce dydaktyczne aby dodatkowo stymulowały, często w sposób nieświadomy osoby głęboko upośledzone.

Następną metodą możliwą do zastosowania w pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym jest metoda Felicji Affortil „Pomocne dłonie”⁹³. Dzięki niej uświadamiamy osobie niepełnosprawnej podstawowe schematy ruchu rąk i całego ciała. Nauczyciel – terapeuta jest przewodnikiem w nauce różnych codziennych schematów ruchów, prowadzi ręce dziecka.

Przedstawione i omówione metody pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym to tylko ich niewielka część. Właściwy dobór poszczególnych sposobów postępowania terapeutycznego z dzieckiem, w dużej mierze jest podyktowany możliwościami psychofizycznymi osoby niepełnosprawnej oraz warunkami zewnętrznymi (wyposażenie sal w odpowiedni sprzęt, wielkość pomieszczeń itp.).

Cechą wspólną wszystkich przedstawionych metod jest to, że zmierzają do jednego celu: maksymalny rozwój i socjalizacja dzieci z głębokim upośledzeniem umysłowym.

⁹³Affolter F.: Spozrzeganie, rzeczywistość, język. Warszawa 1997.

Rozdział IV

Kształcenie dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną w świetle przepisów prawnych

Zgodnie z R M.E.N¹ dzieci i młodzież w wieku od 3 do 25 lat z głęboką niepełnosprawnością umysłową zostały objęte obowiązkiem szkolnym od 1997 r. realizowanym podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, które mogą być organizowane w:

- publicznych przedszkolach, w tym specjalnych,
- publicznych szkołach, w tym specjalnych,
- publicznych placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
- zakładach opieki zdrowotnej,
- domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy,
- ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych,
- domach rodzinnych..

Wyżej wymienione instytucje mają za zadanie zapewnić odpowiednie warunki niezbędne do prowadzenia zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, w tym również dodatkowej opieki, sprawowanej przez osobę, która udziela pomocy nauczycielowi. Opiekę podczas zajęć odbywających się na terenie domu rodzinnego osoby głęboko upośledzonej, zapewniają rodzice (opiekunowie prawni). Zgodnie z art.71 b § 1 i 2 Ustawy o systemie oświaty, zakład opieki zdrowotnej, w tym zakład opiekuńczo-leczniczy i zakład lecznictwa uzdrowiskowego, a także jednostka pomocy społecznej, w których zorganizowana jest szkoła specjalna, zapewniają korzystanie z pomieszczeń dla prowadzenia zajęć edukacyjnych. Warunki korzystania z pomieszczeń oraz ponoszenia kosztów ich utrzymania powinna określać umowa zawarta pomiędzy zakładem a organem prowadzącym szkołę.

Zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze mogą przybrać formę zajęć grupowych lub indywidualnych dla osób przebywających w domu.

¹Rozp. MEN z dnia 30.01.1994 w sprawie zasad organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim. Dz.U. z dnia 18.02.1997

O drogach edukacyjnych osób z głębokim upośledzeniem umysłowym i obawach rodziców, pisze B.Krośniak – Kiszka wskazując generalnie 2 możliwości²:

1. pierwsze lata nauczania indywidualnego (uważane przez przebadanych rodziców jako najbardziej optymalne, przynajmniej na początku edukacji), później umieszczenie dziecka w placówkach rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczych (głównym powodem takiego postępowania jest chęć przedłużenia edukacji do 25 roku życia wypływająca z obawy, iż gmina po skończeniu 18 lat odmówi dalszej edukacji),
2. grupowe zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze w ośrodku rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczym do 25 roku życia.

Z przedstawionych informacji przez K.Krośniak wynika, że rodzice chętniej korzystają z edukacji swoich głęboko upośledzonych dzieci na terenie placówek pozarządowych.

Kwalifikacja odbywa się na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, które wydawane jest na wniosek rodziców, opiekuna prawnego³ lub instytucji pobytu stałego dziecka (dom pomocy społecznej, zakłady opieki zdrowotnej).

Wymiar zajęć wynosi 4 godziny dziennie na zajęcia zespołowe, gdzie liczba uczestników wynosi od 2 do 4 osób, oraz 2 godziny dziennie na zajęcia indywidualne. Zależy od również od możliwości psychofizycznych oraz specyficznych potrzeb uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Zgodnie z rozp. MEN z 18.02.1997, zajęcia obejmują przede wszystkim:

- naukę nawiązywania kontaktów,
- kształtowanie sposobów komunikowania się z otoczeniem,

² Krośniak-Kiszka B.: Drogi edukacyjne uczniów z głębszym i głębokim deficytem intelektualnym – między teorią a praktyką. W: Między wsparciem doraźnym a wspieraniem racjonalnym czyli o uwarunkowaniach socjalizacji społecznej osób niepełnosprawnych. Red. Z.Gajdzica. Problemy edukacji, rehabilitacji i socjalizacji osób niepełnosprawnych, Kraków 2008, t.6, s.42.

³ Rozp.MEN z 12.02.2001 w sprawie orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego.

- usprawnianie ruchowe i psychoruchowe dużej i małej motoryki, wyrabianie orientacji w schemacie własnego ciała i orientacji przestrzennej,
- wdrażanie do osiągania optymalnego poziomu samodzielności w podstawowych sferach życia,
- rozwijanie zainteresowań otoczeniem i jego wielozmysłowe poznanie, naukę rozumienia zachodzących w nim zjawisk oraz kształtowanie umiejętności funkcjonowania w otoczeniu,
- kształtowanie umiejętności współżycia w grupie,
- naukę celowego działania oraz udziału w ekspresyjnej działalności.

Wszystkie wyżej wymienione dziedziny oddziaływania pedagoga, powinny być dostosowane do indywidualnych możliwości psychofizycznych oraz potrzeb osoby głęboko upośledzonej. Uwzględniając te informacje oraz wskazania zawarte w orzeczeniu kwalifikacyjnym nauczyciel zobowiązany jest do stworzenia wspólnie z psychologiem, indywidualnego programu zajęć dla każdego uczestnika⁴.

Pozostała obowiązująca dokumentacja zajęć obejmuje orzeczenie kwalifikujące, dziennik zajęć rewalidacyjno-wychowawczych i zeszyt obserwacji.

Orzeczenie⁵ kwalifikujące daną osobę do uczestnictwa w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych powinno zawierać informację o formie omawianych zajęć: indywidualnej lub zespołowej. Wydawane jest na okres 5 lat. Powinno zawierać opis możliwości rozwojowych dziecka oraz wskazania dotyczące tych elementów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, na które należy położyć większy nacisk w pracy z osobą upośledzoną w stopniu głębokim. Ważne są również informacje o zalecanych metodach i sposobach realizacji zajęć.

⁴ Przykład takiego indywidualnego planu: Komosa B.: Praca z uczniem upośledzonym umysłowo w stopniu głębokim „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2005, nr 4, s.103-111;

⁵ Rozp.MEN z 12.02.2001 w sprawie orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego

Wszystkie warunki które są zawarte w orzeczeniu zapewnia jednostka samorządu terytorialnego właściwa ze względu na miejsce zamieszkania dziecka, do której zadań własnych należy prowadzenie określonej placówki⁶.

Zgodnie z omawianym wyżej rozporządzeniem MEN do zeszytu obserwacji wpisuje się wiadomości dotyczące:

- zmian w zakresie dużej motoryki a w szczególności postawy, lokomocji, koordynacji ruchów,
- zmian w zakresie małej motoryki z uwzględnieniem koordynacji ruchów rąk, koordynacji wzrokowo-ruchowej, manipulacji
- aktywności własnej, niekierowanej
- koncentracji uwagi i czasu jej trwania; ważne żeby obserwować podczas aktywności spontanicznej, w zabawie, w sytuacji zadaniowej,
- współdziałania w różnych sytuacjach z uwzględnieniem czasu wzajemnych interakcji,
- opanowywania nowych umiejętności z zaznaczeniem tempa, trwałości i stopnia trudności,
- dominującego nastroju i emocji,
- gotowości do kontaktów,
- umiejętności w zakresie samoobsługi,
- udziału w czynnościach porządkowych,
- zachowań trudnych; powinny zawierać dokładny opis tych zachowań oraz sytuacji, w których występują, reakcje nauczyciela i obserwowane zmiany w zachowaniu.

Za prawidłową realizację zajęć oraz ich dokumentację odpowiedzialny jest dyrektor szkoły, która organizuje zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze.

⁶Ustawa o systemie oświaty z 20.12.2002, rozdz. 5 Organizacja kształcenia, wychowania i opieki w szkołach i placówkach publicznych, art.71b § 5a.

Rozdział V

Metodologia badań własnych

5.1 Przedmiot i cel oraz rodzaj badań

Głównym przedmiotem badań, który wynika ze sformułowanego tematu rozprawy: *„Dziecko głęboko upośledzone w systemie edukacji. Analiza porównawcza zajęć rewalidacyjno-wychowawczych”* jest edukacja ucznia z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, odbywająca się podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. Sam proces kształcenia przebiega w placówkach szkolnych oraz pozarządowych ośrodkach, co w znaczący sposób wpływa na cele i treści kształcenia, stosowane metody pracy, środki dydaktyczne, a wreszcie i nauczycieli, ich przygotowanie merytoryczne i praktyczne oraz związki zachodzące pomiędzy nimi.

Głównym celem podjętych badań jest poznanie, opisanie i porównanie funkcji założonych i tych faktycznie spełnianych przez edukację w procesie kształcenia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim i ich funkcjonalnym rozwoju, w różnego rodzaju placówkach: publicznych i pozarządowych.

Obowiązek szkolny omawianej grupy osób został wprowadzony dopiero w 1997 r. Niestety, w dostępnych opracowaniach, aczkolwiek bardzo nielicznych, z zakresu edukacji osób głęboko upośledzonych, nie znalazłam żadnych informacji o funkcjonowaniu zajęć rewalidacyjno-wychowawczych na terenie różnych placówek i ich ewentualnych zależnościach w kształtowaniu rozwoju uczniów w każdej dziedzinie tj. psychospołecznej i motorycznej.

W związku z tym, praktycznym celem badawczym jest uzyskanie informacji pozwalających na formułowanie zaleceń użytecznych przy modyfikowaniu ram już funkcjonujących zajęć rewalidacyjnych dla uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim, które w sposób najbardziej optymalny będą wpływać na ich rozwój, a także zbadanie efektywności kształcenia osób z wieloraką, złożoną niepełnosprawnością umysłową. Toteż proces badawczy ukierunkowany jest na sformułowanie dyrektyw służących zmniejszeniu ewentualnej dychotomii funkcji założonych i rzeczywistych edukacji omawianej grupy.

Nawiązując do podziału badań, rozróżniającego je na podstawie kryterium celu, jakiemu mają służyć, można przyjąć za S. Nowakiem¹, podział na badania diagnostyczne i weryfikacyjne. Głównym zadaniem pierwszych badań jest poszukiwanie, odkrywanie, ustalanie i opisywanie własności czy zasad funkcjonowania konkretnego wycinka rzeczywistości. Natomiast celem badań weryfikacyjnych jest sprawdzenie jednego lub całego zespołu twierdzeń ogólnych o związkach pomiędzy pewnymi klasami zjawisk².

Zgodnie z wymienionym wcześniej założeniem, głównym celem omawianych badań jest właśnie ustalenie cech i zasad funkcjonowania pewnego wycinka rzeczywistości, jakim są zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze dla dzieci głęboko upośledzonych umysłowo. Dlatego też badania te możemy zaliczyć do badań o charakterze diagnostycznym. Zdaniem S. Nowaka celem badań diagnostycznych jest stwierdzenie występowania lub określenie częstotliwości zjawiska istotnego dla badacza³. Natomiast diagnozą tego typu badań jest „opisanie stanu rzeczy, które stanowią stwierdzenie dystansu pomiędzy stanem pożądanym a rzeczywistym, pozwalającym na teoretyczną interpretację tego stanu rzeczy, (w przypadku optymalnym również na sformułowanie praktycznych dyrektyw dla zmniejszenia tego dystansu)”⁴. Tym samym również próba zaprojektowania zmian w funkcjonowaniu ram zajęć rewalidacyjnych, prowadzonych w placówkach oświatowych i pozarządowych mieści się w zakresie badań o charakterze diagnostycznym. Dorobek metodologii diagnozy akcentuje nie tylko etap rozpoznania, czyli deskrypcji zebranych danych, ale również wyjaśnienie przyczyn i zależności rozpoznanego stanu rzeczy i możliwości jego zmiany w kierunku pedagogicznie pożądanym⁵. Ostatnim etapem omawianych badań własnych jest próba zaprojektowania pewnych zmian organizacyjnych w strukturze zajęć rewalidacyjnych w celu

¹ Nowak S.: Studia z metodologii badań społecznych. Warszawa 1965, s.191-192.

² Por. Żechowska B.: Wybrane metodologiczne wzory badań empirycznych w pedagogice. Katowice 1985, s.11; Goriszowski W.: Badania pedagogiczne w zarysie. Warszawa 1996, s.13.

³ Nowak S.: Metodologia badań społecznych. Warszawa 1985, s.453-454.

⁴ Tamże, s. 454.

⁵ Mazurkiewicz E.: Teoretyczne podstawy diagnostyki pedagogicznej. W: Lepalczyk I., Badura J. Red. Elementy diagnostyki pedagogicznej. Warszawa 1987, s.34.

osiągnięcia optymalnego poziomu funkcjonalnego uczniów z głęboką niepełnosprawnością intelektualną.

W związku z tym omawiane badania należy określić jako opisowo-projektujące.

5.2 Problemy badawcze

Problem badawczy w stosunku do sformułowanego wcześniej przedmiotu badań stanowi uściślenie i ukierunkowanie dalszego procesu myślowego w pracy.

Problemy badawcze to pytania, na które szukamy odpowiedzi na drodze badań naukowych⁶. Są one punktem wyjścia procesu badawczego. "Czasami pojawiają się w świadomości badacza w sposób bezrefleksyjny – czasem zaś uprzątnia on sobie mniej lub bardziej wyraźnie, dlaczego na te, a nie inne pytania chciałby uzyskać odpowiedź poprzez wyniki swoich badań"⁷.

W niniejszej pracy główne problemy badawcze zawierają się w pytaniach:

1. *Czy, a jeśli tak to jaka zależność istnieje między strukturą organizacyjno-prawną zajęć rewalidacyjno-wychowawczych prowadzonych przez szkoły specjalne na terenie placówek opiekuńczo-wychowawczych (domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych) i ośrodków pozarządowych a rozwojem psychomotoryczno-społecznym ucznia głęboko upośledzonego umysłowo?*
2. *Jaka zależność istnieje między rozwojem umiejętności zdobywanych podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych a stanem fizyczno-somatycznym ucznia głęboko upośledzonego?*

⁶ Łobocki M.: Metodologia badań pedagogicznych. Kraków 1999, s.103.

⁷ Nowak S.: Metodologia badań społecznych. Warszawa 1985, s.26 cyt. za Brzeziński J.: Metodologia badań psychologicznych. Warszawa 2003, s.217.

3. Czy postęp w zakresie funkcjonowania psychospołecznego i motorycznego ucznia głęboko upośledzonego zależy od wcześniejszych form rewalidacyjnych, w których uczestniczył?

W poszukiwaniu odpowiedzi na postawione powyżej problemy badawcze, autorka niniejszej pracy, skonstruowała listę pytań szczegółowych, które będą pomocne w uzyskaniu odpowiedzi na zaprezentowane pytania główne.

Pytanie o strukturę organizacyjno-prawną zajęć rewalidacyjno-wychowawczych zostaje dookreślone poprzez następujące pytania szczegółowe:

- 1.1 Jaka jest zależność zastosowanych form organizacji zajęć rewalidacyjno - wychowawczych prowadzonych na terenie placówek pozarządowych i opiekuńczo – wychowawczych a rozwojem umiejętności psychospołeczno - motorycznych ucznia głęboko upośledzonego?*
- 1.2 Jaka jest zależność stosowanych form metodycznego oddziaływania rewalidacyjno-wychowawczego w poszczególnych ośrodkach (szkolnych i pozarządowych) a rozwojem umiejętności funkcjonalnych ucznia ?*
- 1.3 Które umiejętności z zakresu funkcjonowania psychospołecznego i motorycznego ucznia (dotyczące motoryki dużej, sprawności manualnych, czynności samoobsługowych i funkcjonowania społecznego) są priorytetowe w oddziaływaniach rewalidacyjnych w placówkach szkolnych i pozarządowych?*
- 1.4 Czy istnieje i w jakich obszarach zależność między postępowaniem najbliższego otoczenia ucznia (rodzina, personel opiekuńczy) a umiejętnościami kształtowanymi i utrwalanymi podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w obu typach placówek?*

Kwestia badawcze dotycząca kształtowania umiejętności funkcjonalnych podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych została uszczegółowiona poprzez pytania:

- 2.1 Czy i jaka zależność istnieje między występowaniem dodatkowych sprzężonych zaburzeń rozwojowych oraz tzw. trudnych zachowań a kształtowaniem nowych umiejętności funkcjonalnych z zakresu motoryki małej i dużej, czynności samoobsługowych oraz umiejętności społecznych?
- 2.2 Jak występowanie dodatkowych chorób somatycznych i prowadzenie postępowania medycznego (farmakoterapii, leczenia szpitalnego) warunkuje rozwój umiejętności psychospołecznych i motorycznych ucznia. W którego typu placówkach (szkolnych czy pozarządowych) obserwuje się występowanie mniejszej zależności?

5.3 Hipotezy, zmienne i ich wskaźniki

5.3.1 Hipotezy

Hipotezą nazywamy „zdanie opisujące związki między zjawiskami (zdarzeniami, stanami, cechami itp.), którego wartość logiczną sprawdzamy w empirycznych badaniach naukowych”⁸. Zatem „chodzi tu o przypuszczenie lub domysł wysunięty prowizorycznie dla określenia lub wyjaśnienia czegoś, który (...) wymaga sprawdzenia, czyli weryfikacji poprzez odpowiednie badania stosowane w danej nauce”⁹.

Hipotezy badawcze autorka pracy skonstruowała na podstawie empirycznej wiedzy o rozwoju dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim oraz doświadczeń własnych.

W prezentowaniu hipotez przyjęto kolejność zgodną z kolejnością pytań badawczych, których dotyczą. Pierwsze z nich to hipotezy ogólne:

- 1. Struktura organizacyjno-prawna zajęć rewalidacyjno-wychowawczych prowadzonych w placówkach pozarządowych w większym stopniu przyczynia się do rozwoju umiejętności społecznych ucznia, niż w strukturze funkcjonowania typowych placówek oświatowych. Natomiast**

⁸Hajduk E.: Hipoteza w badaniach pedagogicznych. Zielona Góra 1998, s.52.

⁹Sztumski J.: Wstęp do metod i technik badań społecznych. Katowice 1999, s.52.

funkcjonowanie psychomotoryczne uczniów, w obu typach placówek jest na podobnym poziomie.

- 2. Rozwój psychomotoryczny oraz somatyczny ucznia, w znacznym stopniu utrudnia proces kształtowania jego umiejętności funkcjonalnych. Im jest on bardziej zaburzony, tym większe trudności edukacyjne.*
- 3. U uczniów, którzy uczestniczyli we wcześniejszych formach usprawniania rewalidacyjnego, obserwuje się większy postęp w rozwoju umiejętności psychomotorycznych.*

Kolejna grupa hipotez badawczych to hipotezy szczegółowe:

- 1.1 Organizowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla uczniów z głębokim upośledzeniem przez specjalistów w odpowiednio dobranych małych grupach z użyciem specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego oraz w przystosowanych pomieszczeniach dla określonej aktywności, warunkuje zdobywanie umiejętności psychomotoryczno-społecznych uczniów.*
- 1.2 Stosowane przez specjalistów rozwiązania metodyczne obejmujące właściwy dobór metod i form pracy w trakcie zajęć rewalidacyjnych wpływają na rozwój umiejętności funkcjonalnych ucznia.*
- 1.3 W placówkach szkolnych, których zajęcia prowadzone są na terenie ośrodków pomocy społecznej wśród wyznaczonych przez nauczycieli priorytetów przeważają: umiejętności z zakresu samoobsługi, motoryki małej i dużej. Natomiast w placówkach pozarządowych wszystkie dziedziny funkcjonowania ucznia są traktowane jako priorytety.*
- 1.4 Umiejętności kształtowane podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych nie są „wzmacniane” i utrwalane przez środowisko rodzinne oraz personel opiekuńczy ucznia z głębokim upośledzeniem, umieszczonego na stałe w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. W stosunku do osób przebywających w domach rodzinnych, rodzice*

uczestniczą aktywnie w procesie rewalidacji, co znacząco wpływa na ich umiejętności funkcjonalne.

- 2.1 Występowanie dodatkowych sprzężonych zaburzeń rozwojowych oraz tzw. zachowań trudnych (np.: agresji, autoagresji) u uczniów, przeszkadza w procesie kształtowania nowych umiejętności funkcjonalnych. Występowanie „trudnych zachowań” wpływa na proces zdobywania i utrwalania umiejętności społecznych, natomiast w przypadku uczniów ze sprzężonymi zaburzeniami, utrudnienia pojawiające się w procesie usprawniania psychoruchowego i społecznego są zależne od rodzaju tego zaburzenia.*
- 2.2 Objawy i przebieg chorób somatycznych, które występują u uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, uzależniają efektywność prowadzonej edukacji (duża absencja, wpływ zażywanych leków). Mniejsze znaczenie ma to u uczniów przebywających stale w placówkach pomocy społecznej, gdyż specyfika tych placówek zapewnia większy kontakt nauczyciela z dzieckiem w czasie choroby.*

5.3.2 Wskaźniki i zmienne

Kolejnym etapem procesu badawczego jest wyłonienie zmiennych oraz ustalenie kryteriów ich empirycznej stosowalności poprzez odpowiedni dobór wskaźników. Zmiennymi będziemy określać „podstawowe cechy, symptomy, przejawy charakterystyczne dla badanego faktu, zjawiska czy procesu albo też różnego rodzaju czynniki będące ich przyczyną lub skutkiem. (...) Wyrażone są za pomocą terminu (pojęcia) obserwacyjnego, bądź teoretycznego w zależności od tego, czy związana z nimi treść stanowi dane doświadczenia (najczęściej obserwacji), czy też dane od doświadczenia niezależne”¹⁰. Spośród wielu

¹⁰Łobocki M.: Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Kraków 2001, s.131.

podziałów zmiennych do powszechnie stosowanych należy rozróżnienie na zmienne zależne i niezależne. Zmienna, „której związku z innymi zmiennymi chcemy określić (wyjaśnić) nosi nazwę zmiennej zależnej. Natomiast zmienne, od których ona zależy, które na nią oddziałują noszą nazwę zmiennych niezależnych”¹¹.

Aby opisać zmienne, musimy posłużyć się określonymi wartościami opisowymi - wskaźnikami, które ujawnią właściwości badanych przedmiotów. Zatem wskaźnikiem będzie „pewna cecha, zdarzenie lub zjawisko na podstawie którego wnioskujemy z pewnością, bądź z określonym prawdopodobieństwem, bądź wreszcie z prawdopodobieństwem wyższym od przeciętnego, iż zachodzi zjawisko, które nas interesuje”¹².

W celu przejrzystego ukazania zmiennych zależnych i niezależnych oraz ich wskaźników przedstawiono je poniżej w tabeli 5

¹¹ Brzeziński J.: Metodologia badań psychologicznych. Warszawa 2003, s.189-190.

¹² Nowak S.: Metodologia badań socjologicznych. Warszawa 1970, s.133.

Tabela 5
Zmienne oraz wskaźniki

Zmienna niezależna główna	Zmienna niezależna szczegółowa	Wskaźnik	Narzędzie badawcze
I.Struktura organizacyjno-formalno-prawna zajęć rewalidacyjno-wychowawczych	1.Ramy organizacyjne	-liczba godzin prowadzonych zajęć -liczba dzieci w grupie -ilość osób prowadzących zajęcia w grupie -godziny w których odbywają się zajęcia -wielkość pomieszczeń -rodzaj wyposażenia -rodzaj pomieszczeń w sprzęt rehabilitacyjny -pracujący specjaliści z dzieckiem -procedura kwalifikacji do zajęć -rodzaj i skład dokumentacji -nadzór pedagogiczny -wykształcenie nauczyciela -przedział wiekowy grupy -częstotliwość występowania zajęć indywidualnych -częstotliwość występowania zajęć	-analiza dokumentacji placówki -ankieta dla nauczyciela -obserwacja własna
	2.Formy metodycznego oddziaływania rewalidacyjno-wychowawczego	-dobór metod do psychofizycznych możliwości dziecka -stosowane metody pracy -wprowadzane innowacje	-analiza dokumentacji dziecka -obserwacja zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
	3."Wzmacnianie" postępowania rewalidacyjno-wychowawczego	-rodzaj współpracy z rodziną własną dziecka lub personelem placówek opiekuńczych -zakres współpracy -forma współpracy -ocena współpracy	-ankieta dla nauczycieli
II. Funkcjonowanie somatyczne dziecka	1.Występowanie chorób somatycznych	-rodzaje chorób uczniów głęboko upośledzonych -zażywane leki	-analiza dokumentacji dziecka
	2.Dodatkowe sprzężone zaburzenia	-rodzaje zaburzeń	
	3.Pobyty ucznia w szpitalach	-długość pobytu w szpitalu -przyczyny pobytu	
	4.Występowanie tzw. zachowań trudnych u dzieci	-rodzaje „trudnych zachowań” -sposoby terapii zachowań trudnych	

III. Dotychczasowe formy opiekuńczo-edukacyjno-wspomagające rozwój dziecka		-rodzaj placówki: ośrodki wczesnej interwencji, zajęcia edukacyjno-terapeutyczne, zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, -forma oddziaływań -czas trwania	-analiza dokumentacji, wywiady
Zmienna zależna główna	Zmienne zależne szczegółowe	Wskaźniki	Narzędzia badawcze
<i>Umiejętności psychospołeczne i motoryczne dziecka</i>	1. Umiejętności z zakresu motoryki dużej	-pozytywne i negatywne odpowiedzi oraz poziom trudności pytań zawartych w teście PPAC Gunzburga dotyczących „obsługiwania siebie”	Test PPAC Gunzburga Test Dojrzałości Społecznej Dolla
	2. Sprawność manualna	-pozytywne i negatywne odpowiedzi oraz poziom trudności pytań zawartych w teście PPAC Gunzburga dotyczących „zajęć”	
	3. Czynności samoobsługowe	-pozytywne i negatywne odpowiedzi oraz poziom trudności pytań zawartych w teście PPAC Gunzburga dotyczących „obsługiwania siebie”	
	4. Funkcjonowanie społeczne	-pozytywne i negatywne odpowiedzi oraz poziom trudności pytań zawartych w teście PPAC Gunzburga „dotyczących uspołecznienia i komunikowania się” -ilość punktów uzyskanych z grupy pytań z dziedziny umiejętności zajęcia się zabawą i pracą, porozumiewania się, uspołecznienia z Testu Dojrzałości Społecznej E. Dolla	

5.3.3 Zastosowane metody oraz narzędzia badawcze

Proces badawczy poznania rzeczywistości oświatowej winien opierać się na szczegółowym programie badań określającym, m.in. metody postępowania badawczego¹³. Metodami badawczymi będziemy określać „pewien ogólny

¹³Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych. Warszawa 1995, s.41.

system reguł, dotyczący organizowania określonej działalności badawczej, tj. szereg operacji poznawczych i praktycznych, kolejność ich zastosowania, jak również specjalne środki i działania skierowane z góry na założony cel badawczy”¹⁴.

W literaturze przedmiotu można spotkać wiele propozycji klasyfikacji metod dokonanych w oparciu o dowolnie obrane podstawy¹⁵. T. Pilch wyróżnia następujące metody badawcze:

- eksperyment pedagogiczny,
- monografię pedagogiczną,
- metodę indywidualnych przypadków,
- metodę sondażu diagnostycznego.

Ponieważ tematyka niniejszej pracy została umiejscowiona w pedagogice empirycznej, zasadne wydaje się skorzystanie z klasyfikacji metod, które są charakterystyczne dla tej dziedziny pedagogiki, to jest:

- metody obserwacji (bezpośredniej, pośredniej),
- metody pochodne obserwacji (np.: diagnozy, pomiaru, eksperymentu, sytuacyjne, projekcyjne),
- metody rejestracji zachowań werbalnych i pozawerbalnych (np.: ankiety, wywiady, socjometrii, psychometrii itp.),
- metody badania wytworów (np.: w specjalnie organizowanych sytuacjach oraz sytuacjach naturalnych)
- metody badania dokumentacji (np.: istniejącej lub specjalnie zaprowadzonej)¹⁶.

W procedurze badawczej niniejszej rozprawy wykorzystałam metodę obserwacji, która jest planowym i systematycznym spostrzeganiem ściśle określonych przedmiotów, zjawisk, celem dokonania ich opisu lub charakterystyki¹⁷. Przedmiotem obserwacji autorki niniejszej pracy były zajęcia

¹⁴ Łobocki M.: Metody badań pedagogicznych. Warszawa 1982, s.155.

¹⁵ Sztumski J.: Wstęp do metod i technik badań społecznych. Katowice 1999, s.64.

¹⁶ Gnitecki J.: Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej. Zielona Góra 1993, s.164.

¹⁷ Zaborowski Z.: Wstęp do metodologii badań pedagogicznych. Wrocław 1973, s.175

rewalidacyjno-wychowawcze, stosowane metody pracy przez nauczyciela oraz ogólne funkcjonowanie uczniów z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Aby w sposób pełny i właściwy zarejestrować określone zachowania oraz działania nauczycieli opracowano arkusz obserwacyjny (aneks 1).

Kolejną zastosowaną metodą w badaniach była metoda analizy dokumentacji szkolnej: orzeczeń kwalifikujących ucznia do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, indywidualnych programów rozwoju ucznia na dany rok szkolny, arkuszy obserwacji zmian funkcjonalnych oraz innych dokumentów charakterystycznych dla danej placówki. Najważniejsze informacje zostały zebrane w formie arkusza indywidualnego ucznia (aneks 2) oraz ankiety dla nauczycieli (aneks 3).

Informacje dotyczące aktualnego poziomu funkcjonowania ucznia z głęboką niepełnosprawnością scharakteryzowano za pomocą testów:

- PPAC Gunzburga
- Testu Dojrzałości Społecznej E. Dolla.

„Gunzburg opracował narzędzia, które bezpośrednio odnoszą się do upośledzonych umysłowo, są specjalnie dla nich przeznaczone, obejmują wszystkie stopnie upośledzenia i służą nie tylko diagnozie, podpowiadają, co z wychowaniem należy robić”¹⁸. Test PPAC obejmuje pierwsze etapy rozwoju dziecka normalnie rozwijającego się mniej więcej do trzeciego roku życia, ale może służyć do oceny rozwoju społecznego w czterech głównych dziedzinach:

- I. obsługa siebie, gdzie wyróżnia się: jedzenie, poruszanie się, toaleta i mycie się, ubieranie się
- II. komunikowanie się: od i do
- III. uspołecznianie
- IV. zajęcia, w których obserwuje się sprawność manualną i zręczność.

¹⁸Witkowski T.: Poziom rozwoju społecznego upośledzonych umysłowo. Lublin 1985, s. 27.

Kolejne badane szczegółowe zadania ułożone są wg stopni trudności od „a” (najłatwiejsze formy zachowań występujące we wczesnym dzieciństwie) do „f”.

Gunzburg zaleca, aby „ustalanie aktualnego poziomu umiejętności społecznych było ponawiane co 6 miesięcy”¹⁹, wyniku tego osoba prowadząca proces rewalidacji będzie mogła porównać uzyskane wyniki. Pozwoli to na zaobserwowanie postępu lub regresu w rozwoju dziecka.

Przeprowadzane badania testem PPAC będą miały charakter badań podłużnych, które służą między innymi do „zbadania zmian jakiejś cechy pod wpływem celowo wprowadzonego czynnika do badanego układu lub naturalnego upływu czasu i naturalnych okoliczności”²⁰. Omawiany test przeprowadzałam dwukrotnie. Pierwszy raz informacje były zbierane, w trakcie wywiadów z nauczycielami, w pierwszych miesiącach zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, natomiast powtórne badania po minimum upływie siedmiu miesięcy i uczestniczeniu badanej osoby w omawianych zajęciach.

Kolejnym zastosowanym testem w badaniach była Skala Dojrzałości Społecznej E. Dolla. Umożliwia ona ocenę wieku dojrzałości społecznej osób od urodzenia do 30 lat²¹. Ogólnym wynikiem jest suma punktów, uzyskanych przez badaną osobę i przeliczonych na Wiek Dojrzałości Społecznej (W.D.S.) oraz na Iloraz Dojrzałości Społecznej (I.D.S.). Pozwala na określenie:

- ogólnej zaradności
- zaradności przy jedzeniu
- zaradności przy ubieraniu się
- lokomocji
- umiejętności zajęcia się zabawą i pracą
- umiejętności porozumiewania się
- samodzielności
- uspołecznienia.

¹⁹ Tamże, s.31.

²⁰ Pilch T., Bauman T.: Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Warszawa 2001, s.39.

²¹ Kostrzewski J.: Skala dojrzałości Społecznej E.Dolla. Warszawa 1964, s.3.

Przedstawione powyżej metody były pomocne w ustaleniu zależności pomiędzy zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi a rozwojem psychofizycznym i społecznym osób z głębokim upośledzeniem umysłowym, pozwoliły również określić efektywność prowadzonych zajęć w różnych placówkach.

5.5 Charakterystyka badanych osób i organizacja badań

Badaniami objęto 89 uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym, którzy na podstawie orzeczenia z poradni psychologiczno-pedagogicznej zakwalifikowani zostali do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. Głównymi organizatorami edukacji były ośrodki pozarządowe oraz szkoły specjalne. Zaznaczyć trzeba, że w przypadku szkół zajęcia odbywały się na terenie domów pomocy społecznej. W początkowych założeniach badaniami miały być objęte placówki powiatu cieszyńskiego. Niestety ze względu na zbyt małą ich liczbę i na sytuację, w których opiekunowie prawni nie wyrazili zgody na udostępnienie danych osobowych obszar badawczy uzupełniono o placówki mieszczące się w sąsiadujących powiatach, jastrzębskim, pszczyńskim i żorskim. Zaznaczyć trzeba, iż na terenie powiatu cieszyńskiego mamy tylko 2 placówki pozarządowe i 3 domy pomocy społecznej, w której osoby z głębokim upośledzeniem umysłowym mogą uczestniczyć w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych. Poniżej prezentuję listę placówek, w której przeprowadzono badania:

- Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Cieszynie - Dom Pomocy Społecznej w Strumieniu
- Zespół Szkół Specjalnych w Skoczowie – Powiatowy Dom Pomocy Społecznej „Feniks” oraz Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci w Skoczowie
- Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno- Wychowawczy w Cieszynie
- Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno- Wychowawczy Ustroń - Nierodzim

- Zespół Szkół Specjalnych w Pszczynie – Dom Pomocy Społecznej w Pielgrzymowicach
- Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno- Wychowawczy w Pszczynie
- Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno- Wychowawczy w Żorach.
- Zespół Szkół Specjalnych nr 9 w Jastrzębiu- Zdroju – Zakład Leczniczo-Opiekuńczy dla Dzieci „Betlejem” w Jastrzębiu-Zdroju.

Strukturę przebadanej grupy uczniów oraz przynależność do danego ośrodka przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6

Struktura badanej grupy

89 uczniów ogółem	47 dziewczyn	53,3%
	42 chłopców	46,6%
42 uczniów z ośrodków pozarządowych	21 chłopców	45,23%
	21 dziewczyny	54,76%
47 uczniów z uczących się na terenie domów pomocy społecznej	26 dziewczyn	52,09%
	21 chłopców	47,91%

Ze względu na specyfikę zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, a także ze względu na funkcjonowanie uczniów z głęboką niepełnosprawnością intelektualną autorka pracy nie zastosowała żadnego kryteriów wiekowego w doborze grupy badanej. W zajęciach rewalidacyjno-wychowawczej zgodnie z Rozp. MEN mogą brać udział dzieci i młodzież od 3 do 25 roku życia. Brak jakichkolwiek urzędowych kryteriów wiekowych spowodował, że w przebadanych grupie znaleźli się uczniowie w różnym wieku (tabela 2). Podstawowym kryterium było orzeczenie z poradni psychologiczno-pedagogicznej kwalifikujące osobę do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz wymieniona wcześniej, zgoda rodziców bądź opiekunów prawnych na przeprowadzenie badań i obserwacji.

Tabela 7

Wiek uczniów

Rok ur	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	02	03
Liczba osób	4	3	7	3	4	3	7	3	3	7	3	1	8	4	2	4	9	6	1	3	2	1	1
Wiek ucznia w 2006	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	4	3
dps opz	2 0	2 0	6 1	1 2	2 2	2 1	5 2	2 1	1 2	5 2	0 3	1 0	2 6	1 3	1 1	1 3	6 3	3 3	0 1	1 2	0 2	0 1	0 1

Badania prowadzono w latach 2004-2006, miały one charakter badań podłużnych. Zgodnie z założeniami tego rodzaju zbierania danych wykonywane były one dwukrotnie. Pierwszy etap obserwacji i wywiadów dotyczących funkcjonowania dziecka w różnych dziedzinach następował na początku roku szkolnego w miesiącach wrzesień, październik. Druga część, jak już wcześniej wspominałam, następowała po upływie minimum 7 miesięcy. W ten sposób zbierano informacje potrzebne do analizy PPAC Gunzburga. Należy zaznaczyć, iż specyfika funkcjonowania osób z głębokim upośledzeniem spowodowała, że większość informacji dotycząca ich umiejętności była oparta na opinii i ocenie nauczyciela. Wydaje się być nie możliwa sytuacja w której diagnoza osoby głęboko upośledzonej zostałaby postawiona na podstawie dwukrotnej mojej własnej obserwacji, ponieważ specyfika funkcjonowania osoby głęboko upośledzonej pokazuje, iż istnieje zbyt wiele czynników mogących zakłócać obraz właściwego funkcjonowania dla przypadkowego obserwatora.

W teście PPAC zastosowano 3 stopniową skalę oceny danej umiejętności:

- 3 pkt. kiedy dana umiejętność była opanowana przez dziecko w pełni, wykonywało ją samodzielnie, bez żadnej pomocy i podpowiedzi w różnych sytuacjach,
- 2 pkt. – kiedy dana umiejętność była wykonywana przez ucznia z pomocą nauczyciela lub innej osoby
- 1 pkt. – przyznawano w sytuacji, w której dana umiejętność pojawiła się sporadycznie i wykonywana była jeszcze z bardzo dużą pomocą w

sytuacji, gdzie trudno określić w jakim stopniu uczeń ją opanował, gdyż są to dopiero początki kształtowania umiejętności

- 0 pkt. – brak danej umiejętności.

Pozostałe dane potrzebne do zbadania uczniów testem Dojrzałości Społecznej Dolla oraz indywidualny kwestionariusz ucznia uzupełniane były jednokrotnie. Jak już wspominałam, analizie została również poddana indywidualna dokumentacja, a w szczególności indywidualne plany pracy z dzieckiem, arkusze postępów i dzienniki obserwacji²² oraz dokumentacja grupowa.

Oprócz obserwacji funkcjonowania uczniów oraz analizy ich dokumentacji badaniami zostali również objęci nauczyciele prowadzący zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze. Ze względu na to, iż liczba pedagogów specjalnych w ośrodkach, w których uczniowie zostali poddani badaniom była zbyt mała, ankietami zostali objęci również pracownicy innych szkół specjalnych bądź ośrodków pozarządowych. Zaznaczyć jednak trzeba, że zdecydowanie większa jest liczba nauczycieli zatrudnianych w szkołach specjalnych tabela 8.

Tabela 8

Nauczyciele zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

53 nauczycieli prowadzących zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze	17 (32%) nauczycieli z ośrodków pozarządowych
	36 (68%) nauczycieli uczących na terenie domów pomocy społecznej

²² Szczegółowy opis dokumentacji zostanie zawarty w dalszej części rozprawy.

Rozdział VI

**Struktura organizacyjno-prawna zajęć
rewalidacyjno-wychowawczych w badanych
placówkach a rozwój psychomotoryczny osób
głęboko upośledzonych umysłowo**

Rozdział ten, zawiera informacje dotyczące ogólnych ram organizacyjno-metodycznych stosowanych przez nauczycieli w ośrodkach pozarządowych jak i na terenie domów pomocy społecznej. Rozpatrzę związek zależności pomiędzy strukturą organizacyjną zajęć a rozwojem psychomotoryczno-społecznym uczniów z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Ważnym zaprezentowanym elementem usprawniania omawianej grupy, będzie współpraca z rodziną własną, opiekunami prawnymi bądź personelem placówki opiekuńczej, w której przebywa.

W rozdziale metodologicznym sformułowano cztery hipotezy szczegółowe, mówiące o zależności w pomiędzy poszczególnymi elementami organizacyjnymi a zdobywaniem umiejętności funkcjonalnych. Zostaną one przeanalizowane w kolejnych podrozdziałach.

Pierwsza hipoteza i podrozdział, dotyczy warunków organizacyjnych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, takich jak: miejsce i jego przystosowanie, liczba godzin zajęć zarówno grupowych jak i indywidualnych, stosowane środki dydaktyczne. Omówione zostaną również zagadnienia mówiące o sposobach kwalifikacji uczniów do zajęć. Druga związana jest z odpowiednim doбором metod i form pracy do możliwości psychofizyczno-społecznych ucznia. Innym ważnym elementem są priorytety edukacyjne stosowane w kształtowaniu nowych umiejętności funkcjonalnych. One stanowią podstawę trzeciej hipotezy szczegółowej i analizę dalszej części podrozdziału. Ostatnia część dotyczy współpracy rodziców, opiekunów i personelu placówki opiekuńczej, i ich aktywnego udziału w procesie rewalidacji.

6.1 Organizacja zajęć rewalidacyjno-wychowawczych i jej wpływ na osiąganie przez osoby głęboko upośledzone różnych rodzajów umiejętności

Odpowiednia organizacja zewnętrznych warunków pracy rewalidacyjno-wychowawczej to jedno z podstawowych uwarunkowań efektywnego procesu

edukacji osób z głębokim upośledzeniem umysłowym. O miejscu i przestrzeni edukacyjnej czytamy w wielu publikacjach pedagogicznych¹. Dotyczą one jednak w większości oddziaływań w stosunku do dzieci o nie zburzonym rozwoju. Próbę opisanie przestrzeni edukacyjnej osób z głębokim upośledzeniem umysłowym podjęła się D.Kopeć², która zauważa odwołując się do koncepcji H.Bacha, iż w polskim systemie edukacji istnieją ograniczone możliwości kształcenia omawianej grupy spowodowane brakiem instytucji edukacyjnych lub ich niską jakością, na organizację przestrzeni edukacyjnej, przejawiające się po pierwsze w sytuacji gdy zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze realizowane są w formie nauczania prowadzonego w szkole ogólnodostępnej przez nauczyciela bez odpowiednich kwalifikacji, po drugie gdy są realizowane na terenie domów pomocy społecznej przez osoby nie posiadających odpowiednich kompetencji i wreszcie po trzecie gdy osoba kończy 25 lat i zostaje wyłączona z systemu edukacji.

Inną z nielicznych pozycji, dotyczących osób z głębszą i głęboką niepełnosprawnością intelektualną, jest niejednokrotnie wymieniana przeze mnie strukturalizacja otoczenia, która staje się punktem wyjścia w podejmowaniu jakichkolwiek oddziaływań terapeutycznych przez nauczyciela³.

Analizie poddano kilka grup czynników, które są jednocześnie elementami strukturalizacji oraz stanowią podstawę organizacyjno-metodyczną zajęć rewalidacyjno-wychowawczych:

-1- dotyczące miejsca i czasu odbywania zajęć – ilość godzin zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, przedział dobowy, ilość indywidualnych godzin poświęcona uczniowi, dostosowanie pomieszczeń do specyfiki zajęć

¹ Dymara B.: Przestrzeń szkoły i przestrzeń życia, czyli trzy światy dziecka. W: Dziecko w świecie szkoły. Red. B.Dymara, Kraków 1998, Kwiatkowska H.: Czas, miejsce, przestrzeń – zaniedbane kategorie pedagogiczne. W: Pedagogika u progu trzeciego tysiąclecia. Red. A. Nalaskowski, R.Rubacha, Toruń 2001, Nalaskowski A.: Przestrzeń i miejsca szkoły. Kraków 2002.

² Kopeć D.: Osoba z głęboką niepełnosprawnością intelektualną w systemie edukacji. W: Problemy edukacji integracyjnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną. Red. Z.Janiszwaska-Nieścioruk, Kraków 2007, s.139.

³ Baraniewicz M.: Strukturalizacja najbliższego środowiska dziecka. W: Edukacja uczniów...cyt.wyd., s. 28.

rewalidacyjno-wychowawczych, dostępność specjalistycznych sal do zróżnicowanej aktywności, np. jadalnia do spożywania posiłków, sala doświadczenia świata do stymulacji polisensorycznej;

-2- dotyczące środków dydaktycznych – dostosowanie pomocy dydaktycznych do specyficznej niepełnosprawności osób z głębokim upośledzeniem umysłowym, posiadanie dodatkowego sprzętu rehabilitacyjno-ortopedycznego usprawniającego proces edukacji, np. chodziki, pionizatory, krzesła i stoliki;

-3- dotyczące kwalifikacji uczniów do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych – liczba osób w grupie, przedział wiekowy uczniów, procedury kwalifikacji do grupy, sposoby doboru uczniów do grupy;

-4- dodatkowe oddziaływania terapeutyczne – udział innych specjalistów oraz przygotowanie merytoryczne pedagogów prowadzących zajęcia;

-5- nadzór pedagogiczny – skład i rodzaj prowadzonej dokumentacji.

Chociaż rozporządzenie MEN ⁴ określa ilość przeznaczonych na rewalidację godzin w trakcie badań uzyskano informacje, iż w zależności od rodzaju placówki (a także wewnętrznych zarządzeń i przepisów) zajęcia te mają różnorodny czas trwania. Mniejsze zróżnicowanie można zaobserwować u tych, które organizowane są przez szkołę specjalną na terenie domów pomocy społecznej. W omawianym przypadku pojawiały się tylko dwie odpowiedzi. Podstawowym kryterium była tu, nie liczba godzin lub lekcji ale jednostka czasu w postaci: godziny zegarowej – 60 minut, bądź godziny lekcyjnej – 45 minut. Dokładne dane przedstawia tabela 9

⁴ Rozp. MEN z dnia 30.01.1994 w sprawie zasad organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim. Dz.U. z dnia 18.02.1997

Tabela 9

Liczba godzin zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Liczba godzin prowadzonych zajęć	Liczba wskazań w ośrodkach pozarządowych	Liczba wskazań w domach pomocy społecznej
6 godzin zegarowych	11	0
5 godziny zegarowe	1	0
4 godziny zegarowe	1	6
4 godziny lekcyjne	3	19
Inne – najczęściej zajęcia indywidualne	0	10
Brak danych	1	1

Przedstawione dane wskazują, iż uczniowie uczęszczający do ośrodków pozarządowych mają zdecydowanie więcej zajęć z zakresu rewalidacji niż uczniowie przebywający na stałe w domach pomocy społecznej. Z informacji zebranych w ankietach wynika również, że czas przebywania ucznia na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych to nie tylko spotkania z nauczycielem wychowawcą, czyli pedagogiem specjalnym ale również z innymi specjalistami. Głównie zajęcia odbywają się w godzinach porannych od godziny 8.00 do 14.00 dla ośrodków pozarządowych, a w domach pomocy społecznej od 8.00 do 12.00. Tylko w dwóch przypadkach (po jednym na rodzaj omawianych placówek) zajęcia kończą się o godzinie 18.00 (opz) lub o 16.00 (dps). Patrząc na charakterystykę osób z głęboką niepełnosprawnością umysłową należy podkreślić, że tego typu sytuacje należą do wyjątków. Zdecydowanie lepsze funkcjonowanie obserwujemy w godzinach dopołudniowych.

Różnorodność obserwowanych zaburzeń u uczniów jest głównym powodem bardzo zindywidualizowanego podejścia do ich edukacji. Zatem ważne są również i te momenty ich usprawniania kiedy nauczyciele, terapeuci mają możliwość indywidualnych spotkań z podopiecznym. Dokonując analizy danych zebranych w indywidualnych kwestionariuszach, porównałam liczbę

godzin indywidualnych i grupowych przeznaczonych na rewalidację w danym ośrodku. Godziny grupowe w przypadku uczniów z ośrodków pozarządowych wynosiły 5 lub 6 godzin dziennie. W przypadku domów pomocy społecznej 3 godziny 30 minut lub 4 godziny. W ramach tego czasu nauczyciele uczący przebadane dzieci i młodzież wyodrębnili w niektórych przypadkach dodatkowe zajęcia indywidualne.

Wszyscy uczniowie z ośrodków pozarządowych mają codziennie godziny indywidualne, natomiast ci którzy na stałe przebywają w ośrodkach pomocy społecznej stanowią tylko w 38% tej grupy. Na takie wyniki wpływają spotkania ze specjalistami takimi jak: logopedzi, psycholodzy, rehabilitanci i inni⁵ oraz inne warunki organizacyjne. W trakcie wywiadów z nauczycielami domów pomocy społecznej uzyskano informacje, że zajęcia indywidualne z uczniem zależą w głównej mierze od wzajemnych relacji pomiędzy personelem tej placówki a nimi. Zdarzają się takie sytuacje w których nauczyciel zostaje niejako zobligowany do zabrania z oddziału całej swojej grupy, w takim przypadku nie ma możliwości indywidualnego spotkania z uczniem. Podkreślają jednak, że starają się tak zorganizować zajęcia aby dawały one możliwość zindywidualizowanego podejścia do członków grupy rewalidacyjnej. Szczegółowe informacje na temat indywidualnych i grupowych godzin przedstawiono w tabeli 10 oraz wykresie 1

⁵ W dalszej części rozprawy zostanie dokonana dokładna analiza dotycząca oferty ośrodków co do rodzaju częstotliwości spotkań dodatkowych zajęć terapeutycznych.

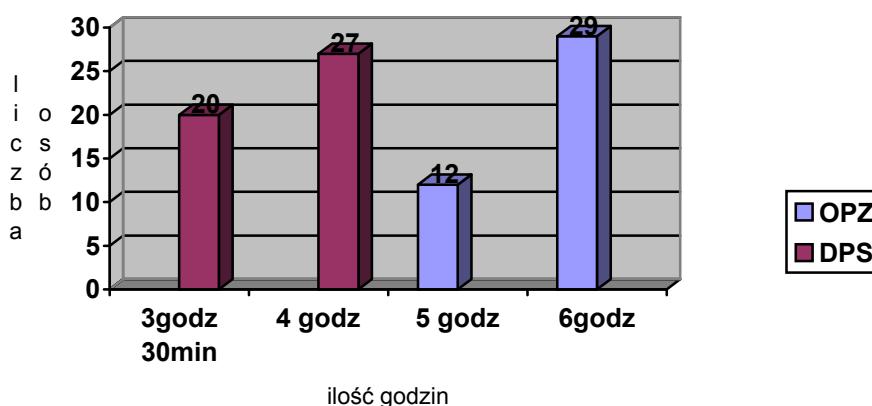
Tabela 10

Godziny indywidualne zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, w których uczestniczą uczniowie z domów pomocy społecznej i ośrodków pozarządowych

	Godziny indywidualne w ramach godzin grupowych		
	Od 30 min do 1h 45min	Od 2 h do 2h 45 min	Powyżej 3 h
	Liczba osób		
Ośrodki pozarządowe	12	25	5
Domy pomocy społecznej	17	1	0

Wykres 1

Godziny grupowe zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, w których uczestniczą uczniowie z domów pomocy społecznej i ośrodków pozarządowych



Sumując i porównując dane zawarte w tabeli 10 i wykresie 1 można zauważyć, iż liczba godzin zajęć grupowych jest różna nawet w obrębie tego samego rodzaju placówki. W zespołach pozarządowych najczęściej uczniowie mają od 5 do 6 godzin zajęć rewalidacyjnych choć jak wskazują dane z tabeli 9

spotykamy również typowo indywidualne nauczanie. Inaczej przedstawia się sytuacja w zajęciach organizowanych przez szkoły specjalne na terenie placówek opiekuńczych. Te zgodnie z cytowanym już wielokrotnie Rozp. MEN⁶ & 9 pkt.1 powinny wynosić „w zależności od możliwości psychofizycznych oraz specyficznych potrzeb rewalidacyjnych uczestników zajęć, 4 godziny dziennie na zajęcia zespołowe”. Próbując znaleźć odpowiedź wyjaśniającą tą rozbieżność uzyskałam informacje, że w większości przypadków zależy to od własnej interpretacji dyrektora szkoły specjalnej, ponieważ nie ma dokładnego wskazania czy chodzi o godzinę zegarową czy lekcyjną. Zatem dla części uczniów czas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych jest krótszy o 30 minut.

Chcę uzyskać informacje czy istnieje zależność pomiędzy zajęciami grupowymi bądź indywidualnymi a kształtowaniem umiejętności funkcjonalnych została obliczona korelacja pomiędzy tymi zmiennymi. Dokładne wyniki przedstawiają tabele 11 i 12

Uzyskane wyniki wskazują jednoznacznie, że w przypadku godzin grupowych i zdobywaniem umiejętności funkcjonalnych zachodzi ujemna korelacja zatem możemy stwierdzić, iż wraz ze wzrostem liczby godzin grupowych maleją punkty uzyskane w poszczególnych dziedzinach zawartych w teście PPAC Gunzburga. W trzech przypadkach zaznacza się istotność statystyczna, w czynnościach związanych z toaletą, komunikacją OD oraz sprawnością manualną.

⁶ Rozp. MEN z dnia 30.01.1994 w sprawie zasad organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim. Dz.U. z dnia 18.02.1997

Tabela 11

Zależność pomiędzy godzinami grupowymi zajęć rewalidacyjno-wychowawczych a umiejętnościami funkcjonalnymi osiągniętymi przez badanych uczniów

Dziedziny funkcjonalne Gunzburga	Liczba osób	Wartość korelacji ⁷	Wartość statystyczna	Istotność statystyczna ⁸
I JEDZENIE	89	-0.032	0.293	NZ
I PORUSZANIE	89	-0.067	0.620	NZ
I TOALETA	89	-0.201	1.892	p<0.05
I UBIERANIE	89	-0.135	1.256	NZ
II OD	89	-0.196	1.838	p<0.05
II DO	89	-0.058	0.537	NZ
III USPOLECZNIE	89	-0.133	1.243	NZ
SPRAWNOŚĆ MANUALNA	89	-0.181	1.694	P<0.05
IV ZREZNCZNOŚĆ	89	-0.092	0.854	NZ
OBSŁUGA SIEBIE	89	-0.113	1.048	NZ
KOMUNIKACJA	89	-0.134	1.252	NZ
USPOLECZNIE	89	-0.133	1.243	NZ
ZAJĘCIA	89	-0.139	1.294	NZ
CAŁOŚĆ	89	-0.142	1.327	NZ

Inaczej przedstawiają się wyniki dotyczące związku pomiędzy godzinami indywidualnymi a umiejętnościami funkcjonalnymi. Dane zawarto w tabeli 12

⁷ Za ocenę bezwzględnej wartości korelacji przyjęto za J.P.Guilfordem następujące przedziały:

poniżej 0,20 prawie nic nie znacząca

<0,20 – 0,40 wyraźna, lecz mała

<0,40 – 0,70 istotna

<0,70 – 0,90 znacząca

< 0,90 – 1,00 bardzo pewna

1,00 związek deterministyczny

Guilford J.P.: Podstawowe metody statystyczne w psychologii i pedagogice. Warszawa 1960 r. Za: Mikrut A.: Wybrane metody statystyki opisowej dla pedagogów. Kraków 1999 r., s. 101.

⁸ Jako poziom istotności w niniejszej rozprawie przyjęto, na ogół stosowaną w naukach społecznych, wartość 0,05. Zob. Zaczynski W.P.: Statystyka w pracy badawczej nauczyciela. Warszawa 1997, s. 39.

Tabela 12

Zależność pomiędzy godzinami indywidualnymi zajęć rewalidacyjno-wychowawczych a ich umiejętnościami funkcjonalnymi

Dziedziny funkcjonalne Gunzburga	Liczba osób	Wartość korelacji	Wartość statystyczna	Istotność statystyczna
I_JEDZENIE	89	0.049	0.452	NZ
I_PORUSZANIE	89	-0.097	0.898	NZ
I_TOALETA	89	0.037	0.343	NZ
I_UBIERANIE SIĘ	89	-0.039	0.359	NZ
II_OD	89	0.034	0.319	NZ
II_DO	89	-0.001	0.010	NZ
III_USPOŁECZNIE	89	0.105	0.974	NZ
IV_SPRAWNOŚĆ MANUALNA	89	0.020	0.188	NZ
IV_ZRĘCZNOŚĆ	89	-0.027	0.250	NZ
OBSLUGA	89	-0.015	0.140	NZ
KOMUNIKACJA	89	0.018	0.163	NZ
USPOŁECZNIE	89	0.105	0.974	NZ
ZAJĘCIA	89	-0.004	0.039	NZ
CAŁOŚĆ	89	0.019	0.172	NZ

Analizując przedłożone wartości w tabeli, można zauważyć iż korelacja ujemna występuje tutaj tylko w niektórych dziedzinach funkcjonalnych. Ostateczny wynik w postaci sumy uzyskanych punktów i liczby godzin indywidualnych wskazuje na korelację dodatnią. W żadnym przypadku nie zaznaczyła się istotność statystyczna.

Ważnym elementem edukacji osób z głębokim upośledzeniem umysłowym jest dostosowanie miejsca, w którym odbywają się zajęcia główne oraz inne czynności opiekuńczo-wychowawczo-terapeutyczne. Niestety uzyskane odpowiedzi od nauczycieli wskazują, że posiadanie sali, w której odbywają się tylko zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze nie zawsze występuje. W domach pomocy społecznej tylko 57% nauczycieli odpowiedziało twierdząco na pytanie: czy mają do swojej dyspozycji salę przeznaczoną tylko na własne zajęcia. W przypadku ośrodków pozarządowych sytuacja taka miała miejsce w 71%. Osoby prowadzące zajęcia, wskazują na fakt, iż sala którą dysponują spełnia jeszcze dodatkowe zadania. Najczęściej wymieniana była funkcja: sali

pobytu dziennego, jadalni i wózkowni. W pojedynczych przypadkach wśród nauczycieli uczących na terenie domów pomocy społecznej, sala do przeprowadzania zajęć była sypialnią uczniów. W każdym wymienionym przypadku sprawia to trudności organizacyjne.

Poza własną salą zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze odbywają się w różnych często specjalistycznych miejscach. Nauczyciele w odpowiedziach zawartych w ankietach wskazywali najczęściej na salę doświadczania świata do wielozmysłowej stymulacji polisensorycznej oraz gabinety terapeutyczne, np. logopedyczny. W większości przypadków nauczyciele, pracujący w ośrodkach pozarządowych wymieniają zdecydowanie więcej możliwości co do miejsca gdzie odbywa się rewalidacja osób głęboko upośledzonych (tabela 13).

Tabela 13

Rodzaje sal, w których odbywają się zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze

Rodzaj sal w których odbywają się zajęcia rewalidacyjne lub nauczyciele mają do dyspozycji	Liczba wskazań nauczycieli z ośrodków pozarządowych	Liczba wskazań nauczycieli pracujących w domach pomocy społecznej
Sala doświadczania świata	12	5
Specjalistyczne gabinety terapeutyczne	11	0
Sala gimnastyczna, rehabilitacyjna	10	3
Sala terapii zajęciowej	4	0
Inne	3	10

Mała liczba wskazań nauczycieli pracujących w domach pomocy społecznej może być podyktowana tym, iż są oni pracownikami oddelegowanymi do placówki i nie mogą w pełni korzystać z jej wyposażenia. Ponadto muszą dostosować się do planu pracy danej sali lub pracowni. To może nieść za sobą utrudnienia natury organizacyjnej. Należy bowiem pamiętać, że czas pracy nauczyciela w grupie rewalidacyjno-wychowawczej w szkole specjalnej waha się od 3,5 godzin do 4. Jeśli zatem założymy, że każda placówka opiekuńcza prowadzi terapię dla swoich pozostałych podopiecznych trudno będzie dostosować się do grafiku zajęć prowadzonych w danym

pomieszczeniu, np. w sali doświadczania świata czy sali rehabilitacyjnej, w tak krótkim czasie pracy nauczyciela. Ponadto placówki te, mają własnych specjalistów. Oczywiście wszyscy terapeuci, opiekunowie mają jeden cel polegający na usprawnianiu swoich podopiecznych, niezależnie od miejsca zatrudnienia. Fakt ten, wskazuje na konieczność współpracy i uzupełniania swoich działań. Niestety wyniki badań, które zostaną zaprezentowane w dalszej części rozdziału nie zawsze wskazują na to, iż taka sytuacja ma miejsce. Poproszono również nauczycieli o ocenę pomieszczenia, w którym odbywają się zajęcia. Wyodrębniono kilka kategorii:

- pomieszczenia są duże i przestronne,
- pomieszczenia są małe ale funkcjonalne,
- pomieszczenia są małe i niedostosowane do wieku dzieci,
- brakuje jednego konkretnego pomieszczenia.

Oprócz wyżej wymienionych, nauczyciele dodatkowo wymieniali jeszcze: *niefunkcjonalność, zbyt małe okna i ciemne pomieszczenia oraz inne* nie określone dokładnie cechy. Dokładną charakterystykę uzyskanych odpowiedzi przedstawia tabela 14

Tabela 14

Dostosowanie pomieszczenia do potrzeb zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Liczba uzyskanych odpowiedzi Ocena pomieszczenia	Nauczyciele z ośrodków pozarządowych	Nauczyciele pracujący na terenie domów pomocy społecznej
Pomieszczenia są duże, przestronne	6	5
Pomieszczenia są małe ale funkcjonalne	10	10
Pomieszczenia są małe i niedostosowane do wieku dzieci	1	7
Brakuje jednego konkretnego pomieszczenia	0	6
Inne	0	7

Z powyższych danych wynika, że zdecydowanie gorsza sytuacja jest na terenie domów pomocy społecznej. 20% nauczycieli szkół specjalnych, nie jest zadowolonych z pomieszczenia, w którym odbywają się zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze uważając je za zbyt małe i niedostosowane do wieku swoich uczniów. 17% odpowiedzi wskazuje, że brakuje sali, w której odbywają się tylko i wyłącznie zajęcia rewalidacyjne. Powoduje to bardzo duże trudności organizacyjne o których wspominałam już wcześniej.

Dwie pierwsze oceny pomieszczeń, choć dotyczą różnej wielkości satysfakcjonują osoby, które prowadzą w nich zajęcia. Zdecydowanie lepszą sytuację obserwujemy w ośrodkach pozarządowych, gdzie aż 94% ankietowanych jest zadowolonych z zajmowanej sali. W przypadku domów pomocy społecznej stanowią oni tylko 43%. Potwierdzeniem uzyskanych danych znajdujemy również w kwestii wyposażenia sali, dotyczących między innymi: stolików, krzeseł, materacy. Na postawione pytanie: *kto decyduje o wyposażeniu sali?* aż 70% nauczycieli zatrudnionych w ośrodkach pozarządowych wskazało na siebie jako osobę mającą wpływ na wygląd pomieszczenia, w którym odbywają się zajęcia rewalidacyjne. W przypadku nauczycieli pracujących na terenie domów pomocy społecznej taką opinię wyraziło tylko 37%, drugie tyle stanowią decyzje pracowników placówki opiekuńczo-wychowawczej, w której odbywają się zajęcia. Pozostałe odpowiedzi, w obu przypadkach placówek wymieniają inne osoby, w tym dyrektorów ośrodków pozarządowych lub szkół specjalnych.

Edukacja osób z głębokim upośledzeniem umysłowym, wymusza na nauczycielach odpowiednie dostosowanie pomocy dydaktycznych. Muszą bowiem pamiętać o tym, iż nie tylko powinny być one dostosowane do specyficznej niepełnosprawności wychowanków, ale również do wieku aby zbytnio ich nie infantylizować. Często również, są one ułatwieniem w kształtowaniu kompetencji funkcjonalnych, a także nieodzownym elementem ich codziennego funkcjonowania – takie zadanie spełnia oprzyrządowanie

ucznia w sprzęt rehabilitacyjno-ortopedyczny. K.Kirejczyk⁹ za środki dydaktyczne uważa „wszelkiego rodzaju przedmioty, zjawiska i sytuacje dostarczane uczniom z odchyleniami od normy w rozwoju, które przy występujących odchyleniach umożliwiają im rozwój, poznanie rzeczywistości i przygotowanie do życia”. W szerokiej gamie propozycji firm zajmujących się sprzedażą różnorodnych pomocy dydaktycznych każdy nauczyciel powinien znaleźć dla swoich uczniów te, które w najbardziej optymalny sposób będą stymulowały zaburzone funkcje. Kłopot jednak w tym, że różnorodność i wielorakość deficytów, które obserwujemy u osób z głębokim upośledzeniem, a także często ich wiek obejmujący zarówno młodzież jak i dorosłych sprawia, że pojawiają się trudności w ich dostosowaniu. Należy pamiętać, iż mają one „dostarczyć uczniom bodźców sensorycznych, oddziałujących na niezaburzone, bądź częściowo zaburzone zmysły, ułatwiających bezpośrednie bądź pośrednie poznanie rzeczywistości oraz usprawnić, kompensować i korygować zaburzone procesy psychiczne i fizyczne”¹⁰. 94% ankietowanych nauczycieli z ośrodków pozarządowych, na postawione pytanie dotyczące, dostosowania pomocy dydaktycznych, odpowiedziało *TAK*, natomiast pozytywne odpowiedzi pracowników szkół specjalnych pracujących na terenie domów pomocy społecznej, stanowiły 46%. 54% z nich nie potrafiło wypowiedzieć się jednoznacznie na zadane pytanie zaznaczając, że głównym tego powodem jest zbyt mała ilość posiadanych pomocy dydaktycznych. W przypadku obu placówek znalazły się jednostkowe odpowiedzi wskazujące na zupełne niedostosowanie pomocy do zajęć.

Różne jest też ich źródło finansowania. W ośrodkach pozarządowych prowadzący zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze wskazywało na:

- dyrektorów ośrodków – 5 osób,
- sponsorów – 8 osób

⁹ Kirejczyk K.: Środki oddziaływania pedagogicznego w pracy z upośledzonymi umysłowo. W: Upośledzenie umysłowe. Red. K.Kirejczyk, Warszawa 1981, s.265.

¹⁰ Stawowy – Wojnarowska I.: Podstawy kształcenia specjalnego. Warszawa 1989, s.134.

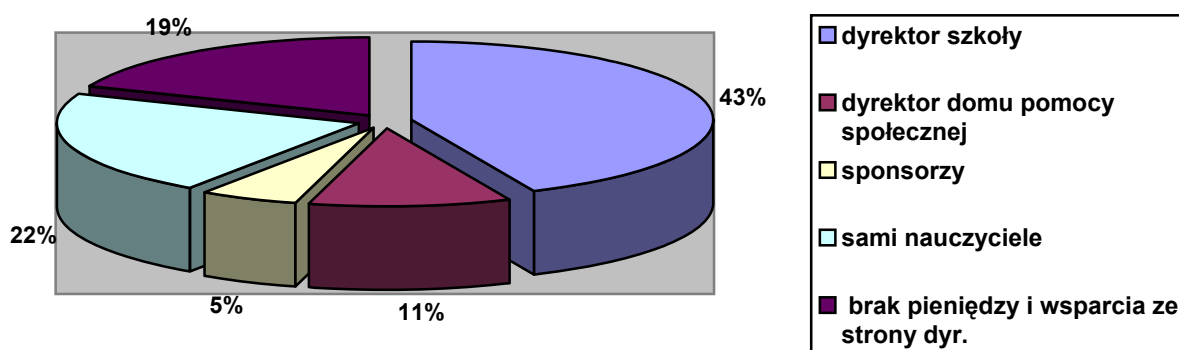
- środki unijne – 2 osoby.

Znalazły się również 2 (12%) odpowiedzi wskazujące na brak pomocy dydaktycznych z powodu braku funduszy.

Natomiast w przypadku nauczycieli uczących w domach pomocy społecznej odpowiedzi obejmowały swym zakresem wiele osób. Szczegółowe informacje przedstawia wykres 2

Wykres 2

Finansowanie pomocy dydaktycznych w domach pomocy społecznej



Z zaprezentowanych danych wynika, że 54% zakupionych pomocy pochodzi ze środków placówek jaką jest szkoła i dom pomocy społecznej. Niepokojące jednak jest zjawisko, w którym sami nauczyciele finansują zakup pomocy dydaktycznych (8 osób) lub wskazują na fakt braku wsparcia (3 osoby) ze strony dyrektorów szkoły i pieniędzy (4 osoby) na zakup nowych sprzętów potrzebnych do uaktywniania osób z głębokim upośledzeniem umysłowym. Wydaje mi się, z własnych doświadczeń oraz rozmów z nauczycielami, że z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku zakupu środków naturalnych takich jak np.: kasza, ryż, zioła, wata, piórka itp., które w większości służą stymulacji polisensorycznej oraz drobnych zabawek.

Warto zauważyć, iż w przypadku ośrodków pozarządowych nie mamy do czynienia z sytuacją, w której prowadzący zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze

stają się równocześnie sponsorami i źródłem finansowania pomocy dydaktycznych.

Nauczyciele powinni mieć możliwość decydowania o rodzaju i przeznaczeniu kupowanych pomocy dydaktycznych. To oni znają najlepiej potrzeby swoich podopiecznych. Niestety nie zawsze osoby zarządzające daną placówką liczą się z ich opinią. Uzyskane odpowiedzi zostały zaprezentowane w tabeli 15

Tabela 15

Współdecydowanie nauczycieli o zakupie nowych pomocy dydaktycznych

Odpowiedzi	Ośrodki pozarządowe	Domy pomocy społecznej
Tak	13	11
Czasami	4	15
Trudno powiedzieć	0	3
Nie	0	7

Zdecydowanie większą zależność pomiędzy zakupem nowych pomocy dydaktycznych a opinią nauczyciela obserwujemy w ośrodkach pozarządowych – 76% uzyskanych odpowiedzi, podczas gdy w przypadku domów pomocy społecznej wynoszą one tylko 31%. Ważne wydaje się również zauważenie faktu, iż tylko w przypadku tej drugiej placówki występują odpowiedzi negatywne – 20%.

Do specyficznych pomocy dydaktycznych, należy również całe oprzyrządowanie rehabilitacyjne, które często w sposób znaczący podnosi komfort codziennego funkcjonowania osoby głęboko upośledzonej umysłowo, a zarazem pozwala przyjąć odpowiednią i najbardziej optymalną pozycję do odbioru bodźców płynących ze świata zewnętrznego. Zatem można stwierdzić, że wyposażenie ucznia z wieloraką, złożoną niepełnosprawnością, w tego typu pomoce jest jednym z podstawowych warunków prowadzonej edukacji. 15

nauczycieli (88%) pracujących w ośrodkach pozarządowych na zadane pytanie dotyczące odpowiedniego oprzyrządowania ich uczniów odpowiedziało twierdząco, w domach pomocy społecznej odpowiedzi te stanowiły 31%. Szczegółowe dane dotyczące wyposażenia w sprzęt, a także jego rodzaj zawiera tabela 16

Tabela 16

Wyposażenie uczniów w sprzęt rehabilitacyjny oraz jego rodzaj

Odpowiedzi	Ośrodki pozarządowe	Domy pomocy społecznej
Tak	15	11
Tak ale tylko w niektóre oprzyrządowanie	2	23
Nie	0	2
Rodzaj sprzętu		
Chodziki	11	8
Wózki	11	25
Materace	3	13
Inne	12	7

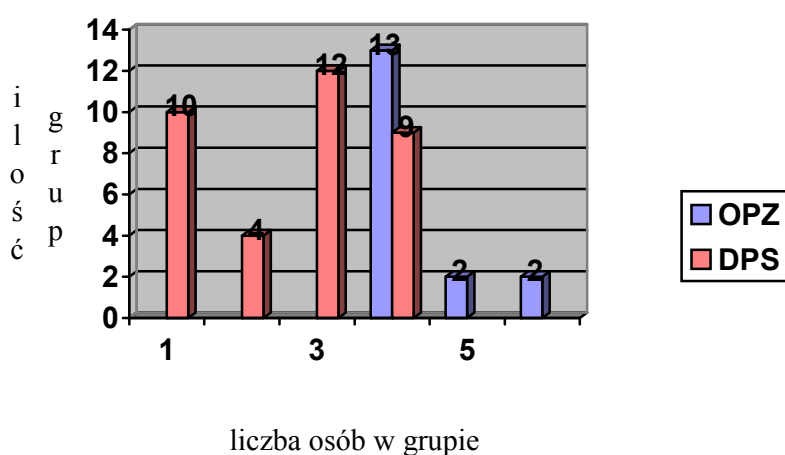
Odwołując się do danych zawartych w tabeli, trudno jednoznacznie stwierdzić, gdzie uczniowie są lepiej wyposażeni w sprzęt rehabilitacyjny. Liczne odpowiedzi typu: *tak ale tylko w niektóre*, u nauczycieli pracujących na terenie domów pomocy społecznej mogą wskazywać na to, iż widzieliby oni konieczność wyposażenia ucznia jeszcze w jakiś dodatkową pomoc. Możemy jednak stwierdzić, że zarówno uczniowie ośrodków pozarządowych jak i mieszkający na stałe w placówkach opiekuńczo-wychowawczych posiadają podstawowe oprzyrządowanie rehabilitacyjne. Wskazywać mogą również na to najczęściej wymieniane rodzaje, tj.: chodziki, wózki, materace oraz pionizatory, buty ortopedyczne, stoliki, krzeselka, które ujęłam w jednej kategorii – inne.

Efektywność zajęć również uzależniona jest od liczebności grupy rewalidacyjno-wychowawczej. Niestety nie zawsze liczba uczniów w grupie jest zgodna z roz. MEN, w którym czytamy, iż powinna ona składać się od 2 do 4

osób. Im więcej osób z głębokim upośledzeniem umysłowym w jednej grupie tym trudniejsza efektywna edukacja. Główną przesłanką do takiego stwierdzenia jest różnorodność zaburzeń jakie obserwujemy u uczniów zaczynając od poziomu intelektualnego, poprzez często źle działające zmysły i mocno zaburzony układ ruchowy, a kończąc na licznych zaburzeniach somatycznych. Dokładna analiza składu grup została przedstawiona na wykresie 3

Wykres 3

Liczba osób w grupie



Analiza danych wykazała, że aż 24% grup tworzonych w ośrodkach pozarządowych przekracza ustawową liczbę uczniów w grupie. Taka sytuacja nie ma miejsca w zajęciach organizowanych przez szkołę specjalną na terenie domów pomocy społecznej. W ośrodkach w których prowadzono badania, aż 29% to zajęcia indywidualne. 45% grup stanowią zespoły dwu – trzy osobowe.

Po dokładnym przeanalizowaniu danych dotyczących wieku uczniów tworzących poszczególne grupy zauważono jednostkowe przypadki, gdzie istniały bardzo duże różnice wiekowe. Sytuacja taka jest niewątpliwie wielkim utrudnieniem dla samych nauczycieli, gdyż powinni oni dostosowywać chociażby pomoce dydaktyczne do wieku swoich wychowanków.

Zdecydowanie inaczej będzie wyglądało postępowanie rewalidacyjne w przypadku 3 latka, a zupełnie inaczej w stosunku do osoby dorosłej – np.: 20-latka. Najbardziej rozbieżne grupy są tworzone przez osoby w wieku:

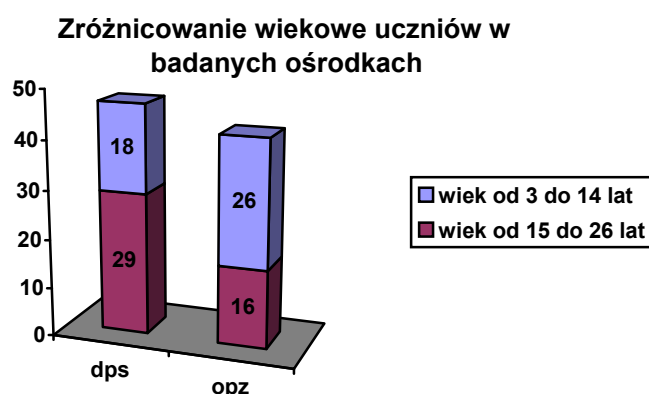
- 9 i 19 lat - dps,
- 15, 20, 23 lat - dps,
- 7, 10, 18, 25 lat - opz,
- 4, 6, 10, 22 lat- opz,
- 3, 9, 10, 11 lat- opz.

Ponieważ sytuacja taka ma miejsce w analizowanych grupach tzn. w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych na terenie domów pomocy społecznej jak i w ośrodkach pozarządowych, wydaje się, że miejsce nie ma tu żadnego znaczenia.

Jak już wcześniej wspominałam zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze przeznaczone są dla osób od 3 do 25 roku życia. Brak jakichkolwiek urzędowych kryteriów wiekowych spowodowało, że w przebadanych grupach znaleźli się uczniowie w różnym wieku, co zostało już opisane powyżej.

Analizując wiek uczniów (wykres 7), w poszczególnych typach placówek można zauważyć, że zdecydowanie więcej młodzieży – przedział wiekowy 15-26 lat występuje w szkołach specjalnych, których zajęcia odbywają się na terenie domów pomocy społecznej niż w ośrodkach pozarządowych. Stanowią oni aż 61,7% uczniów z należących do danej placówki, podczas gdy w ośrodkach pozarządowych osoby w omawianej grupie wiekowej stanowią zaledwie 38%. W czterech przypadkach wiek ucznia wyniósł 26 lat, jednak w dniu badań nie przekraczał 25 lat. Wiek podopiecznych jest jedną z wielu zmiennych, które wpływają na ogólny kształt oraz metodykę prowadzonych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Wykres 4



Chcąc uzyskać odpowiedź czy wiek jest zmienną, która uzależnia zdobywanie i kształtowanie umiejętności funkcjonalne, została policzona korelacja, a wyniki przedstawia tabela 17

Tabela 17

Wiek uczniów a zdobywane przez nich umiejętności funkcjonalne

Zależności	Liczebność	Wartość korelacji	Wartość statystyczna	Istotność statystyczna
WIEK - I_JEDZENIE	89	0.396	3.884	p<0.001
WIEK - I_PORUSZANIE	89	0.407	4.011	p<0.001
WIEK - I_TOALETA	89	0.480	4.848	p<0.001
WIEK - I_UBIERANIE	89	0.393	3.848	p<0.001
WIEK - II_OD	89	0.166	1.556	NZ
WIEK - II_DO	89	0.314	3.010	p<0.01
WIEK - III_USPOŁECZNIE	89	0.214	2.015	p<0.05
WIEK - IV_SPRAWNOŚĆ MANUALNA	89	0.328	3.155	p<0.001
WIEK - IV_ZRĘCZNOŚĆ	89	0.323	3.108	p<0.001
WIEK - OBSŁUGA	89	0.476	4.799	p<0.001
WIEK - KOMUNIKACJA	89	0.256	2.433	p<0.01
WIEK - USPOŁECZNIE	89	0.214	2.015	p<0.05
WIEK - ZAJĘCIA	89	0.335	3.229	p<0.001
WIEK - CAŁOŚĆ	89	0.383	3.748	p<0.001

Z powyższych danych wynika, że wiek wyraźnie koreluje się z nabywaniem nowych umiejętności funkcjonalnych. Większość uzyskanych wskaźników jest istotna statystycznie p<0,001, to zresztą wpłynęło na wynik

całościowy. Tylko w jednej dziedzinie dotyczącej *komunikacji OD* nie zachodzi korelacja.

Przeanalizowałam również odpowiedzi zawarte w ankietach, a dotyczące kryteriów doboru uczniów do grupy rewalidacyjno-wychowawczej oraz osób, które biorą w tym procesie udział. Uzyskane odpowiedzi, w przypadku nauczycieli pracujących na terenie domów pomocy społecznej są zdecydowanie inne niż te pracujących w ośrodkach pozarządowych. W drugim przypadku mamy do czynienia tylko z dwoma możliwościami:

- dyrektor ośrodka – 4 osoby (24%),
- zespół pracujących nauczycieli w danej placówce – 12 osób (76%).

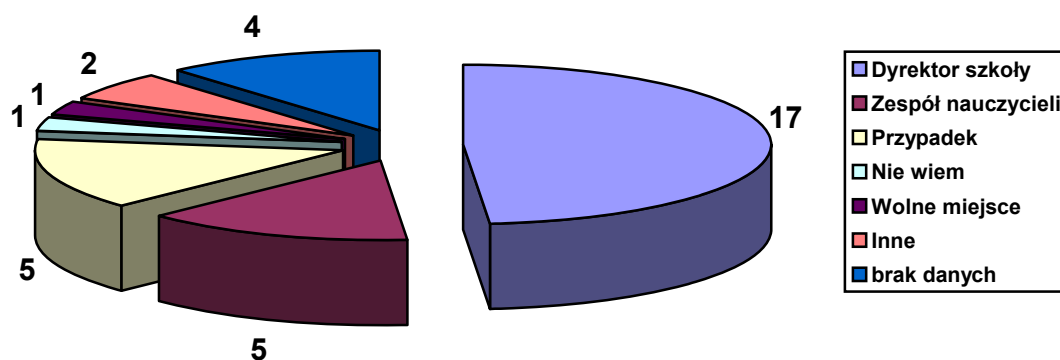
Świadczy to o dużym zaangażowaniu nauczycieli przez dyrektora, w pracę organizacyjną placówki, w końcu to oni będą tworzyli indywidualne programy rewalidacyjne i to oni znają pozostałych uczniów z grupy ich mocne i słabe strony, a także rodzaje zaburzeń. Powołując się jeszcze na fakt, iż w tego typu placówkach mamy do czynienia z innymi specjalistami, można przypuszczać, że przed kwalifikacją osoby głęboko upośledzonej umysłowo jest ona oceniana pod kątem umiejętności funkcjonalnych nie tylko przez pedagoga specjalnego.

Zdecydowanie inaczej przedstawiają się odpowiedzi nauczycieli pracujących na terenie domów pomocy społecznej. Dla porównania tylko 14% z nich wskazało, że decyzję o doborze ucznia do konkretnej grupy podejmował zespół nauczycieli. Większość z nich wskazywała na decyzje jednoosobowe – dyrektora szkoły - 49% odpowiedzi. Przyczynę takiego stanu rzeczy można poszukiwać w odległości i rzadkim kontakcie poszczególnych nauczycieli z dyrektorem szkoły. Podobną sytuację opisywałam już przy okazji pomocy dydaktycznych. Warto w tym miejscu jeszcze zaznaczyć, iż w tamtym przypadku nauczyciele wskazywali na brak zrozumienia i wsparcia ze strony dyrekcji. Należy pamiętać, że zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, prowadzone przez szkoły specjalne na terenie domów pomocy społecznej są jedną z wielu form edukacji dla osób upośledzonych, jaka jest w ich ofercie. I naturalne

wyduje się, iż te formy edukacji, które odbywają się na terenie szkoły, będą bardziej znane przez dyrektorów pod kątem specyfiki i pojawiających się problemów. Szczegółowe informacje i rodzaje uzyskanych odpowiedzi przedstawia wykres 5. Należy wziąć jednak pod uwagę to, że niektóre z nich dotyczą już kryteriów przydziału do grupy rewalidacyjnej, a nie informacji dotyczących, kto podejmuje decyzję o takim, a nie innym doborze uczniów do grupy.

Wykres 5

Decyzje o doborze uczniów do grup rewalidacyjno-wychowawczych na terenie domów pomocy społecznej



Podobnie sytuacja przedstawia się w przypadku obieranego kryterium doboru uczniów do konkretnej grupy rewalidacyjno-wychowawczej. Odpowiedzi uzyskane przez nauczycieli uczących w ośrodkach pozarządowych są zdecydowanie bardziej jednolite, niż te uzyskane przez drugą grupę uczącą na terenie domów pomocy społecznej. Szczegółowe informacje przedstawia tabela 18.

Tabela 18

Kryteria doboru uczniów do grup rewalidacyjno-wychowawczych w świetle przeprowadzonej ankiety wśród nauczycieli

Kryteria doboru	Ośrodki pozarządowe	Domy pomocy społecznej
Wiek	7	2
Rodzaj zaburzeń	7	3
Brak kryteriów - przypadek	0	11
Wolne miejsce w grupie	1	7
Trudno powiedzieć – nie wiem	1	2
Inne	1	5
Brak danych	0	6

Analizując dane zawarte w powyższym zestawieniu, należy zauważyć, iż w przypadku ośrodków pozarządowych 82% odpowiedzi wskazuje na konkretne kryteria: wiek oraz rodzaj zaburzeń. Natomiast w przypadku zajęć, które odbywają się na terenie domów pomocy społecznej, informacje te dotyczą tylko 14% danych. Pozostałe wskazują na brak wyraźnych kryteriów oraz przypadek. Świadczy to o braku myślenia perspektywicznego pod kątem prowadzenia zajęć i ich programowania. Odpowiedni dobór dzieci i młodzieży głęboko niepełnosprawnej do grupy, z uwzględnieniem ich wieku, zaburzeń sensorycznych, fizycznych, a także ich poziom ogólnego funkcjonowania, może zdecydowanie ułatwić proces ich rewalidacji.

Przy omawianiu ram organizacyjnych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych nie wolno pominąć postaci nauczyciela prowadzącego zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, jego przygotowania merytorycznego, doświadczeń zawodowych oraz własnych motywów podjęcia pracy wymagającej określonych cech charakteru¹¹. K. Plutecka¹² zaproponowała sześć paradygmatów, które powinny charakteryzować osobowość nauczyciela:

¹¹ W literaturze przedmiotu jest wiele pozycji opisujących ogólne przygotowanie i kompetencje merytoryczne oraz osobowościowe pedagogów specjalnych między innymi: Borzyszkowa H.: Osobowość pedagoga specjalnego. „Szkoła Specjalna” nr 1 1981, Zob. Grzegorzewska M.: Listy do Młodego Nauczyciela, cykl I-III,

- paradygmat człowieczeństwa – przejawiający się w byciu dobrym, życzliwym, kochającym człowiekiem, w pobudzaniu w wychowankach wszystkich tkwiących w nich sił pozytywnych,
- paradygmat autorytetu wyzwającego – bycie autorytetem intelektualnym i moralnym, wiarygodnym, autentycznym pełnym empatii i akceptacji, opierającym swoje działania na posiadanej wiedzy,
- paradygmat samokształcenia – ciągle dokształcanie zawodowe i doskonalenie etyczne, przejawiające się w twórczej i refleksyjnej postawie oraz w wprowadzanych innowacjach dydaktycznych,
- paradygmat poczucia odpowiedzialności za proces kształcenia ucznia niepełnosprawnego według uniwersalnych zasad rehabilitacji,
- paradygmat pomocy pomagającemu,
- paradygmat samoaktualizacji – polegający a podejmowaniu działań innowacyjnych, kreatywnych, krytycyzm wobec posiadanej wiedzy, modyfikowanie własnych sprawności oraz wzmacnianie własnych kompetencji praktyczno moralnych i technicznych.

Kompetencje nauczyciela powinny obejmować¹³ kompetencje: społeczne- pozwalające na właściwe diagnozowanie potrzeb i oczekiwań uczniów, metodyczne, które pozwolą na dobór odpowiednich metod oddziaływań. Nie wolno również zapomnieć o kompetencjach komunikacyjnych oraz osobistych – określających umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami, które są warunkiem tworzenia sprzyjającej atmosfery wokół procesu rewalidacji i rehabilitacji.

Warszawa 1988, Kosakowski Cz.: Pedagog specjalny – między tradycją a dniem dzisiejszym. „Szkoła Specjalna” nr 4, 2001, s. 195-202, Pańczyk J.: Rola kompetencji (dyspozycji instrumentalnych i osobowościowych) pedagogów specjalnych we wsparciu osób rehabilitowanych i resocjalizowanych. W: Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji. Red. Z.Palak, A.Bujnowska. Lublin 2004,

¹² Plutecka K.: Obraz pedagoga specjalnego w aspekcie nowoczesnych paradygmatów pedeutologicznych. „Szkoła Specjalna” nr 1, 2005, s.113-119.

¹³ Czajkowska M.: Przygotowanie zawodowe pedagogów specjalnych do uczestnictwa w procesie edukacji i rehabilitacji. W: Kompetencje pedagoga specjalnego. Red. Z.Palak, A.Bujnowska. Lublin 2008, s.25.

W dalszej części tego rozdziału przedstawię sylwetki przebadanych nauczycieli, a przede wszystkich ich merytoryczne przygotowanie do prowadzenia zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Informacje zawarte w ankietach potwierdzają, iż pomimo tego, że w niektórych przypadkach praca ta wymaga nawet posiadania określonej siły fizycznej (np. przy podnoszeniu dorastających uczniów) głównie wykonują ją kobiety - 50 osób tj. 94%, mężczyźni stanowią tylko 6% - 3 osoby. W tabeli 19 i 20 przedstawiono ogólny staż pracy oraz lata pracy z osobami głęboko upośledzonymi umysłowo.

Tabela 19

Ogólny staż pracy nauczycieli

Przedziały lat pracy	Nauczyciele ośrodków pozarządowych N= 17		Nauczyciele pracujący na terenie domów pomocy społecznej N=36		Ogółem N=53	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
0-5	8	47%	14	39%	22	41%
6-10	2	12%	9	25%	11	20%
11-15	2	12%	0	0	2	4%
16-20	4	24%	3	8%	7	13%
21-25	1	6%	7	20%	8	15%
26-więcej	0	0	3	8%	3	6%

Z informacji zawartych w tabeli 19 wynika, iż zdecydowana większość nauczycieli należy do pedagogów z krótkim stażem pracy. Stanowią oni 41%. Należy zauważyć, że wraz z upływem lat pracy zmniejsza się liczba nauczycieli pracujących w ośrodkach pozarządowych i w przedziale stażu pracy od 21 znalazł się tylko jedna osoba. W przypadku nauczycieli zatrudnionych w szkole specjalnych, a pracujących na terenie domów pomocy społecznej grupa ta

stanowi 10 osób tj. 28%. Inaczej przedstawia się liczba przepracowanych lat z osobami głęboko upośledzonymi umysłowo (tabela 20).

Tabela 20

Staż pracy nauczycieli z osobami głęboko upośledzonymi umysłowo

Przedziały lat pracy	Nauczyciele ośrodków pozarządowych N= 17		Nauczyciele pracujący na terenie domów pomocy społecznej N=36		Ogółem N=53	
	Liczba	%	liczba	%	liczba	%
0-5	12	71%	20	56%	32	60%
6-10	4	23%	11	31%	15	28%
11-15	1	6%	2	5%	3	6%
16-powyżej	0	0	3	8%	3	6%

Edukacja szkolna osób z głęboką niepełnosprawnością rozpoczęła się od 1997 roku, natomiast w informacjach zebranych od nauczycieli uzyskano dane wskazujące na zdecydowanie większy staż pracy z omawianą grupą podopiecznych. Wynika to z faktu, iż do tej liczby przepracowanych lat, ankietowani zaliczali również wcześniejszą pracę wykonywaną np.: na terenie domów pomocy społecznej lub w innych ośrodkach. Podobnie jednak jak w przypadku ogólnego stażu pracy przeważają osoby z małą liczbą przepracowanych lat, stanowią one 60%.

Aby prawidłowo zaplanować zajęcia oprócz doświadczeń potrzebna jest również odpowiednia wiedza merytoryczna zdobyta w trakcie kształcenia. Nie dla wszystkich nauczycieli pedagogika specjalna jest podstawowym wykształceniem – tabela 21

Tabela 21

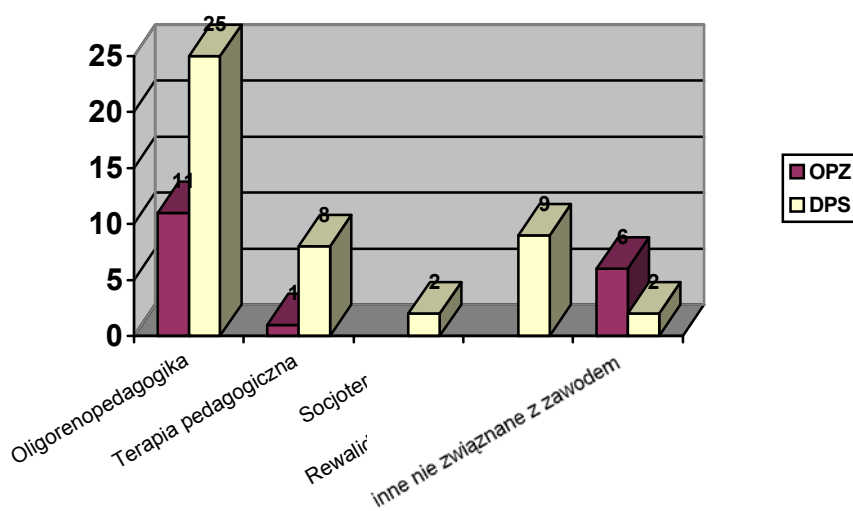
Podstawowe wykształcenie nauczycieli

Podstawowe wykształcenie nauczycieli	Nauczyciele ośrodków pozarządowych N= 17		Nauczyciele pracujący na terenie domów pomocy społecznej N=36		Ogółem N=53	
	liczba	%	liczba	%	Liczba	%
Pedagogika specjalna	5	29%	10	28%	15	28%
Edukacja wczesnoszkolna	2	12%	8	22%	10	19%
Pedagogika pracy opiekuńczo-socjalnej	2	12%	2	6%	4	8%
Resocjalizacja	2	12%	4	11%	6	11%
Pedagogika ogólna	3	17%	5	14%	8	15%
Psychologia	2	12%	0	0	2	4%
Fizjoterapia	0	0	2	6%	2	4%
Inne	1	6%	4	11%	5	9%

Ponieważ nauczyciele posiadający wykształcenie z zakresu pedagogiki specjalnej stanowią tylko 28%, niejako zmuszeni zostali oni do uzupełnienia swoich kwalifikacji w trakcie studiów podyplomowych lub kursów kwalifikacyjnych z zakresu oligofrenopedagogiki. Na wykresie 6 zostały również pokazane informacje dotyczące kształcenia w innych działach pedagogiki i nie tylko.

Wykres 6

Dodatkowe wykształcenie nauczycieli



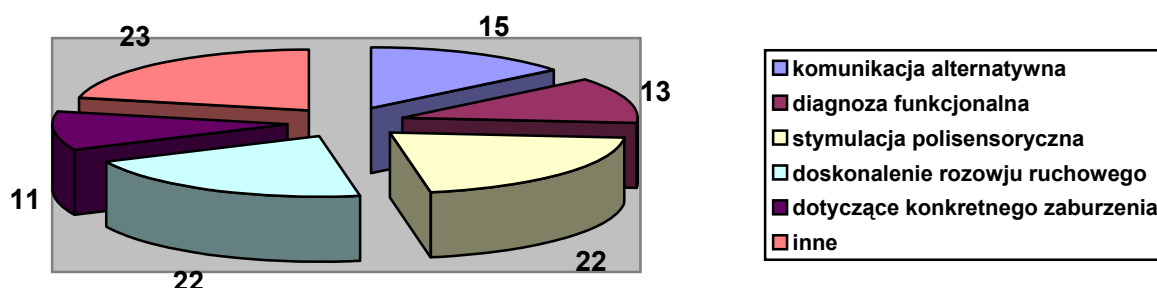
Z danych zaprezentowanych na powyższym wykresie wynika, że nauczyciele zatrudnieni w szkole specjalnej a oddelegowani na teren domu pomocy społecznej, gdzie odbywają się zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze są zdecydowanie bardziej aktywni w podnoszeniu i uzupełnianiu swojej wiedzy nie tylko z zakresu oligofrenopedagogiki ale i dziedzin pokrewnych. Wyniki wskazują również, że wśród nich są osoby, które dodatkowo ukończyły kilka różnych kierunków studiów podyplomowych lub kursów kwalifikacyjnych. Szukając wytłumaczenia tak dużej aktywności uzyskałam liczne odpowiedzi nauczycieli, których głównym powodem było rozpoczęcie procedur związanych z awansem zawodowym.

W przypadku krótkich form kształcenia jak warsztaty lub kursy, analizując uzyskane odpowiedzi nie zauważyłam już takich rozbieżności pomiędzy zdobytymi nowymi kwalifikacjami nauczycieli pracujących w ośrodkach pozarządowych czy na terenie domów pomocy społecznej. W obu przypadkach mamy do czynienia z sytuacjami kiedy poszczególne osoby ukończyły kilka różnych form (wykres 7). Ze względu na szczegółową różnorodność tematyki tej formy edukacji, wyodrębniłam kilka ich grup, a przede wszystkim związane z:

- alternatywną komunikacją – 28%,
- diagnozą funkcjonalną – 24%,
- stymulacją polisensoryczną – 41%,
- doskonalące rozwój ruchowy – 41%,
- konkretnym zaburzeniem (np. autyzm) – 21%,
- inne nie związane z zawodem – 43%.

Wykres 7

Krótkie formy kształcenia nauczycieli



Takie duże zainteresowanie wyżej wymienionymi formami edukacji nauczycieli jest często powodowane konkretnymi, a przede wszystkim praktycznymi wskazówkami co do pracy z osobami z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim. Nie bez znaczenia ma również czas trwania tego typu kursów lub warsztatów.

Inną ważną kwestią są motywy jakie skłoniły nauczycieli do podjęcia się pracy z osobami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. W ankietach wyodrębniłam kilka motywów, którym należało przyporządkować odpowiednie miejsce w hierarchii wyboru (od 1 do 3, gdzie 1 to najważniejszy motyw):

- zdobycie ciekawej i interesującej pracy,
- zawód i praca jest zgodna z moim przygotowaniem merytorycznym,
- wybór pod presją aktualnej sytuacji zawodowej (np. ryzyko utraty pracy),
- marzenia,
- osobiste zdolności,
- inne.

Nauczyciele pracujący na terenie domów pomocy społecznej jako najważniejszy motyw podjęcia się pracy rewalidacyjno-wychowawczej wskazywali zgodność z ich przygotowaniem merytorycznym (39%), podczas gdy u osób pracujących na terenie ośrodków pozarządowych na pierwszym miejscu była chęć posiadania

interesującej i ciekawej pracy (35%). Niepokojące jest to, że aż u 19% osób pracujących w domach pomocy społecznej głównym motywem podjęcia się edukacji dzieci i młodzieży głęboko upośledzonej była presja aktualnej sytuacji zawodowej. Dane dotyczące tego zagadnienia zawarte zostały w tabeli 22

Tabela 22

Motywy podjęcia pracy rewalidacyjno-wychowawczej przez nauczycieli

Motywy	1 miejsce		2 miejsce		3 miejsce	
	Liczba wskazań w opz	Liczba wskazań w dps	Liczba wskazań w opz	Liczba wskazań w dps	Liczba wskazań w opz	Liczba wskazań w dps
Zdobycie ciekawej i interesującej pracy	6	5	5	4	1	7
Wybór pod presją aktualnej sytuacji zawodowej	0	7	1	3	2	4
Zawód i praca zgodna z moim przygotowaniem merytorycznym	5	14	6	5	3	7
Marzenie	1	3	0	3	7	3
Osobiste zdolności	3	4	3	14	0	4
Inne	3	3	0	3	0	1

Podsumowując wszystkie przedstawione informacje dotyczące nauczycieli prowadzących zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, należy stwierdzić, iż należą oni do grupy dobrze przygotowanych fachowców pod względem teoretycznym¹⁴, którzy uzupełniają swoją wiedzę nie tylko w trakcie studiów podyplomowych czy kursów kwalifikacyjnych, ale również w krótkich formach warsztatowych. Potwierdzenie powyższych stwierdzeń odnajdujemy również w ocenie własnej pracy nauczycieli, gdzie 21% kwalifikuje swoją pracę do oceny bardzo dobrej, a 70% do dobrej. Nikt z ankietowanych nie wystawił sobie złej oceny. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 23.

¹⁴ Analizy umiejętności praktycznych, dotyczących np. odpowiedniego doboru metod pracy do rodzaju zaburzenia, a także indywidualnych cech uczniów dokonam w późniejszych rozdziałach.

Ze względu na fakt, iż ankietowani nauczyciele pochodzą z innych ośrodków niż przebadani uczniowie, nie została oszacowana korelacja pomiędzy ich przygotowaniem teoretycznym i praktycznym a kształtowaniem umiejętności funkcjonalnych u uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Tabela 23

Ocena własnej pracy nauczycieli

Kategoria oceny	Nauczyciele pracujący na terenie ośrodków pozarządowych N=17		Nauczyciele pracujący na terenie domów pomocy społecznej N=36		Wszyscy nauczyciele razem N=53	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Bardzo dobrze	4	23%	7	19%	11	20%
Dobrze	11	65%	26	72%	37	70%
Może być	2	12%	1	3%	3	6%
Źle	0	0	0	0	0	0
Inne	0	0	2	6%	2	4%

Stymulacja rozwoju prowadzona w trakcie edukacji dziecka z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, polega na różnego rodzaju zajęciach prowadzonych najczęściej w formie zabawy. Wliczamy w te formy usprawniania najczęściej występujące: terapie psychologiczne, logopedyczne, rehabilitacje ruchową oraz muzykoterapie. Wszystkie wyżej wymienione oddziaływania mają zapewnić wielostronny rozwój, aktywne włączanie na miarę ich możliwości w życie społeczne i zapewnienie autonomii.

Częstotliwość spotkań i dodatkowe zajęcia proponowane uczniom zajęć rewalidacyjno-wychowawczych przedstawiono w tabeli 24

Tabela 24

Rodzaj i częstotliwość spotkań z dodatkowymi specjalistami

Specjalista	Ośrodki pozarządowe		Zajęcia na terenie domów pomocy społecznej	
	Liczba osób / % udział osób pobierających edukację na terenie ośrodków	Średnia ilość tygodniowych spotkań	Liczba osób / % udział osób pobierających edukację na terenie dps	Średnia ilość tygodniowych spotkań
Rehabilitant	42 (100%)	4	22 (47%)	3
Logopeda	31 (74%)	2	0	0
Psycholog	29 (69%)	2	0	0
Muzykoterapeuta	19 (45%)	1	0	0
Inni	21 (50%)	Brak danych	6 (13%)	Brak danych

Na podstawie zebranych informacji można stwierdzić, że ogółem 72% przebadanych dzieci ma zapewnioną rehabilitację ruchową, w tym 100% uczniów (42 osoby) uczęszczających na zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze do ośrodków pozarządowych i tylko 47% (22 osoby) mieszkających na stałe w domach pomocy społecznej. Tygodniowa częstotliwość spotkań z rehabilitantem jest również wyższa w ośrodkach. Wynika to z faktu możliwości zatrudniania przez w/w ośrodki specjalistów rehabilitacji ruchowej, natomiast odbywająca się rehabilitacja na terenie domów pomocy społecznej nie jest zawarta w zadaniach statutowych szkoły. Pracownicy ci nie są zatrudnieni w szkole tylko w placówce pobytu stałego jakim jest dom pomocy społecznej.

Podobnie jest z innymi specjalistami np.: z logopedą, psychologiem czy muzykoterapeutą i choć większości są oni pracownikami szkoły specjalnej to odległość domów pomocy społecznej i obowiązki na terenie macierzystej placówki nie pozwalają im na systematyczne prowadzenie dodatkowych zajęć z uczniami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Potwierdzają to zebrane dane w tabeli 24.

W celu rozpatrzenia znaczenia spotkań ucznia z innymi specjalistami oraz ich wpływu na kształtowanie umiejętności funkcjonalnych, dokonałam analizy zdobytych punktów przez uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wobec których, podjęte były działania z zakresu rehabilitacji ruchowej – tabela 25.

Tabela 25

Kształtowanie umiejętności funkcjonalnych u osób mających rehabilitację ruchową

Główne dziedziny funkcjonowania w teście Gunzburga	Suma pkt. uzyskanych w I badaniu u osób bez oddziaływań rehabilitacyjnych N=25	różnica pkt. uzyskanych w II badaniu u osób bez oddziaływań rehabilitacyjnych	Suma pkt. uzyskanych w I badaniu u osób z oddziaływaniami rehabilitacyjnymi N=64	różnica pkt. uzyskanych w II badaniu u osób z oddziaływaniami rehabilitacyjnymi
OBSŁUGA	54,7±36,2	0,4±7,5	54,9±33,2	0,5±3,6
KOMUNIKACJA	35,4±30,1	2,0±8,5	33,0±20,2	0,9±3,8
USPOŁECZNIE	23,6±18,1	-0,2±5,2	22,3±16,9	0,8±5,3
ZAJĘCIA	33,9±25,8	-1,3±5,4	28,9±20,3	1,1±4,5
CAŁOŚĆ	147,6±98,6	0,8±16,1	139,0±81,7	3,3±11,3

Prawie w każdej dziedzinie funkcjonowania uczniów w stosunku, do których podjęte zostały działania rehabilitacyjne uzyskały w II badaniu większą sumę punktów w teście Gunzburga. Wyjątek stanowią tylko umiejętności związane z komunikacją.

Podobnie kształtują się wyniki zdobyte przez uczniów w stosunku do których prowadzono wyżej wymienione oddziaływania terapeutyczne, jednakże wydaje się, że dokonywanie tak szczegółowej analizy przekracza ramy tej pracy.

Nadzór pedagogiczny nad omawianymi zajęciami sprawuje kurator oświaty, natomiast za prawidłową realizację zajęć oraz ich dokumentację odpowiedzialny jest dyrektor placówki. Wg cytowanego już wcześniej rozp. MEN z 30.01.1997 r. obowiązkowa dokumentacja powinna obejmować orzeczenie kwalifikacyjne poradni, dziennik zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz zeszyt obserwacji. W przeprowadzonych rozmowach oraz w ankietach skierowanych do nauczycieli, zebrałam informację, iż te wymienione w ustawie są tylko częścią dokumentów prowadzonych przez nauczycieli. W trakcie rozmów często spotykałam się z zarzutem, że są oni obarczani przez dyrektorów dodatkowymi testami lub arkuszami. Porównując zebrane dane (tabela 26), można zauważyć, iż ci którzy pracują na terenie

domów pomocy społecznej piszą plany pracy grupowej. Tego typu dokumentacja nie występuje w ośrodkach pozarządowych.

Dane zawarte w tabeli 26. wskazują, że ośrodki pozarządowe prowadząc dokumentację w 100% są zgodne z cytowanym wcześniej rozp. MEN, dotyczy to zarówno zeszytów obserwacji jak i dzienników zajęć, ponadto każdy uczeń wyposażony jest w indywidualny plan pracy. Wydaje się to być bardziej zasadne od grupowych planów pracy. Musimy pamiętać, iż prowadząc zajęcia grupowe są one wysoce zindywidualizowane ponieważ narzuca to niejako różnorodne funkcjonowanie osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną.

Tabela 26

Rodzaj prowadzonej przez nauczycieli dokumentacji indywidualnej i grupowej na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych

Rodzaj prowadzonej dokumentacji	Ośrodki pozarządowe	Domy pomocy społecznej
Zeszyt obserwacji	17	31
Indywidualny program rozwoju	17	31
Arkusze postępów ucznia	9	19
Diagnoza pedagogiczna	14	20
Kontrakt z rodzicami	0	1
Inne dokumenty indywidualne	11	13
Program pracy z grupą	0	16
Dziennik zajęć	17	22
Inne dokumenty grupowe	0	3

Ciekawym faktem jest liczba wskazań, wśród nauczycieli pracujących na terenie domów pomocy społecznej, dzienników zajęć jako jednej z obowiązkowych rodzajów dokumentacji – 22. Uważam, że główną przyczyną może być tu nierzetelność ankietowanych nauczycieli, ponieważ doświadczenia własne oraz liczne informacje uzyskane w toku kontaktów zawodowych, wskazują na sytuację, w której dziennik jest podstawową dokumentacją zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Dokonując podsumowania wszystkich danych należy odnieść się do postawionej w rozdziale metodologicznym szczegółowej hipotezie, mówiącej że, *organizowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla uczniów z głębokim upośledzeniem przez specjalistów w odpowiednio dobranych małych grupach z użyciem specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego oraz przystosowanych pomieszczeniach dla określonej aktywności, wpływa na zdobywanie umiejętności psychomotoryczno-społecznych uczniów.*

Z pewnością oferta edukacyjna ośrodków pozarządowych jest zdecydowanie bardziej bogata obejmująca zarówno oddziaływania innych specjalistów takich jak: logopedzi, psychologzy, rehabilitanci, muzykoterapeuci. Większość z aktywności odbywa się w dostosowanych do nich salach, które są dostosowane do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. Natomiast w domach pomocy społecznej nauczyciele często nie mają do dyspozycji własnej sali, a te wykorzystywane codziennie, w opinii nauczycieli, są w większości niedostosowane i niefunkcjonalne. Liczebność grup jest bardzo zróżnicowana. Na terenie placówek opiekuńczych tworzone grupy są zdecydowanie mniejsze i ich wielkość nie przekracza ustawowych zaleceń – 4 osób. W przypadku ośrodków pozarządowych mamy do czynienia nawet z grupami 6 osobowymi. Różny jest też czas samych zajęć waha się od 3 godz. i 30 minut do 6 godzin. w zależności od placówki. Zatem jeśli nawet grupy rewalidacyjne w ośrodkach pozarządowych są większe to liczba poświęconych indywidualnych godzin pracy pedagoga i innych specjalistów niewątpliwie kompensuje tę niedogodność. Dodatkowym atutem organizacyjnym są jasno postawione kryteria doboru dzieci do grupy oraz duże zaawansowanie nauczycieli w proces tworzenia odpowiednich zespołów. Czy zatem te ramy organizacyjne zajęć rewalidacyjno-wychowawczych zaproponowane przez ośrodki pozarządowe i szkoły specjalne tworzące je na terenie placówek opiekuńczych uzależniają

zdobywane umiejętności funkcjonalne? Odpowiedzią na te pytanie mogą stać się dane zabrane w tabeli 27.

Wyniki uzyskane przez uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w II badaniu, a odbywające się na terenie ośrodków pozarządowych są zdecydowanie wyższe, co świadczy o większej efektywności oddziaływań terapeutycznych. Dzieci i młodzież mieszkająca w domach pomocy społecznej osiąga wyższe rezultaty w umiejętnościach związanych z komunikacją i samoobsługą. Największy regres obserwuje się w sytuacjach zadaniowych związanych z zajęciami czyli czynnościami manualnymi. Wyższy wynik I turze badań u uczniów, którzy uczestniczą na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych na terenie domów pomocy społecznej, może być zależny od wieku podopiecznych. Tak jak wcześniej pisałam średnia wieku jest zdecydowanie wyższa w tych placówkach, należy również pamiętać o wynikach dotyczących korelacji wieku z umiejętnościami funkcjonalnymi.

Tabela 27

Wyniki uzyskane w badaniach PPAC Gunzburga u uczniów w ośrodkach pozarządowych i domach pomocy społecznej

Dziedziny funkcjonowania	Suma punktów uzyskana przez uczniów w ośrodkach pozarządowych w I badaniu N=42	Różnica punktów uzyskane przez uczniów w ośrodkach pozarządowych w II badaniu	Suma punktów uzyskane przez uczniów w domach pomocy społecznej I badaniu N=47	Różnica punktów uzyskana przez uczniów w domach pomocy społecznej w II badaniu
SAMOOBSŁUGA	51,3±34,2	0,2±4,4	58,0±33,6	0,6±5,5
KOMUNIKACJA	31,3±20,5	0,8±4,5	35,7±25,5	1,5±6,3
USPOŁECZNIE NIE	22,0±16,8	0,9±6,5	23,3±17,7	0,1±3,9
ZAJĘCIA	27,2±21,6	1,5±5,5	33,0±22,2	-0,4±4,1
CAŁOŚĆ	131,8±84,0	3,4±13,8	150,0±88,3	1,8±11,9

Podsumowując wszystkie przedstawione powyżej informacje należy stwierdzić, że potwierdziła się hipoteza mówiąca o ramach organizacyjnych zajęć

rewalidacyjno-wychowawczych dotyczących liczebności grup, wieku uczniów, specjalistów oraz sprzętu rehabilitacyjnego.

6.2 Metodyka zajęć rewalidacyjno-wychowawczych a wyniki dotyczące różnych dziedzin funkcjonowania osób z głębokim upośledzeniem umysłowym

Każda edukacja, nawet ta dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim, ma przynosić efekty. Z charakterystyki osób z wieloraką złożoną niepełnosprawnością wynika, iż często są one uzależniona od wielu czynników (te dotyczące samej organizacji zostały omówione w poprzednim rozdziale). Jednym z nich, jest odpowiednio dobrana metoda oddziaływań. Jak stwierdza M.Piszczyk: „efektywna realizacja (...) wymaga nie tylko wiedzy teoretycznej i predyspozycji osobowościowych ale przede wszystkim wielu umiejętności praktycznych, które podpatrzeć można tylko w dobrze funkcjonujących placówkach”¹⁵. Aby zatem osiągnąć ten cel, konieczne jest zastosowanie przez specjalistów rozwiązań metodycznych, obejmujących swym zasięgiem właściwy dobór metod i form postępowania w trakcie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, w taki sposób aby wzrastały umiejętności funkcjonalne uczniów. Z.Sękowska¹⁶ podkreśla, że działania rewalidacyjne powinny być oparte na wcześniej rozpoznanych zainteresowaniach i uzdolnieniach ucznia, a przede wszystkim do podstawowych zadań pedagoga ma być stwarzanie takich sytuacji, w których wychowankowie będą mogli cieszyć się sukcesami. Takie stwierdzenie stało się podstawą sformułowania hipotezy szczegółowej w rozdziale metodologicznym. W rozdziale tym zostaną zaprezentowane wyniki dotyczące stosowanych metod pracy oraz kryteriów ich doboru do właściwości psychofizycznych dziecka. Ponadto zostaną przedstawione innowacje

¹⁵ Piszczyk M.: Jak można uczyć dziecko z głębokim upośledzeniem umysłowym nowych umiejętności. W: Edukacja uczniów....cyt.wyd. s.104.

¹⁶ Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki....cyt.wyd.

pedagogiczne oraz priorytety z zakresu funkcjonowania psycho-społeczno-motorycznego.

Podstawowym i pierwszym dokumentem, który otrzymuje nauczyciel zajęć rewalidacyjno-wychowawczych jest orzeczenie z poradni psychologiczno-pedagogicznej¹⁷ o potrzebie kształcenia w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych. Tam też, oprócz diagnozy, zawarte są pierwsze wskazówki co do ewentualnych metod czy form postępowania. Niestety większość zawartych informacji, w przeanalizowanych orzeczeniach jest uboga ograniczająca się do trzech, czterech a czasami nawet braku konkretnych wskazań psychologów. Generalnie można wyróżnić kilka ich grup, np. dotyczące konkretnych metod:

- Dotyk i Komunikacja M.Ch.Knillów,
- Ruch Rozwijający W.Sherborne,
- Muzykoterapia,

lub usprawniania z zakresu:

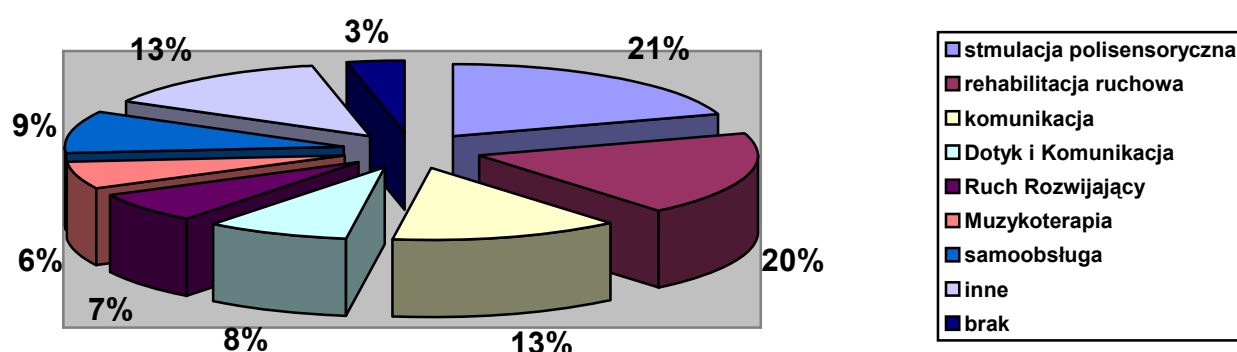
- stymulacji polisensorycznej,
- rehabilitacji ruchowej,
- komunikacji,
- samoobsługi.

Dokładne dane zawiera wykres 8

¹⁷ Wzór takiego orzeczenia stanowi załącznik do Roz. MENiS z dn. 29.01.2003 r. Zmieniające rozporządzenie w sprawie orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży oraz szczegółowych zasad kierowania do kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania.

Wykres 8

Wskazania psychologów na orzeczeniach



Z przedstawionych informacji wynika że 3% (10 osób) nie posiada żadnych wskazań dotyczących rewalidacji. Większość z nich dotyczy stymulacji polisensorycznej – 58 osób oraz rehabilitacji ruchowej – 54 osoby. Nauczyciele w trakcie rozmów często wydawali opinię, która stwierdzała, iż orzeczenie jest dla nich dokumentem tylko i wyłącznie formalnym. Zawarte w nim informacje nic nie wnoszą do ich pracy. Są zbyt ogólnikowe i niedokładne. W większości przypadków dotyczą one wszystkich osób z głębokim upośledzeniem umysłowym. Czasami wręcz pokazywali na identyczne wskazania jednej poradni w stosunku do dwóch osób o bardzo różnym funkcjonowaniu. Zatem w programowaniu zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w większości przypadków muszą opierać się tylko na swojej wiedzy i ewentualnym doświadczeniu. Jednak jak podkreślają nauczyciele obu badanych placówek zawsze punktem wyjścia jest diagnoza funkcjonalna i obserwacja ucznia. Potwierdzenie znajdujemy również w odpowiedziach pedagogów co do kryteriów doboru metod pracy z dzieckiem z głębokim upośledzeniem umysłowym. Na pierwszym miejscu obie grupy, wskazywały na poziom rozwoju ucznia ze szczególnym określeniem funkcjonowania w sferze społecznej oraz czynnościach manipulacyjno-ruchowych – 90% wszystkich odpowiedzi. Ani razu nauczyciele pracujący na terenie ośrodków

pozarządowych nie wymienili stanu somatycznego ucznia natomiast, ci pracujący na terenie domów pomocy społecznej najmniejszą uwagę w dobre metod pracy przywiązują do atrakcyjności i dostępności metody. Główne grupy kryteriów przedstawiono w tabeli 28.

Tabela 28

Kryteria doboru metod

Kryteria doboru metod	Nauczyciele z opz N=17		Nauczyciele z dps N= 36		Ogółem N=53	
	liczba	%	liczba	%	Liczba	%
Poziom rozwoju funkcjonalnego (funkcjonowanie społeczne, manipulacyjno-ruchowe)	15	88%	33	92%	48	90%
Sprzężenia, inteligencja (IQ)	13	76%	24	67%	37	70%
Warunki lokalowe, miejsce odbywania zajęć	1	6%	15	42%	16	30%
Stan somatyczny ucznia (dodatkowe choroby)	0	0	7	19%	7	13%
Zainteresowania i preferencje ucznia	5	29%	7	19%	12	23%
Atrakcyjność, dostępność metody	2	12%	1	3%	3	6%
Inne	5	29%	4	11%	9	17%

Porównując dane zawarte w tabeli 28 należy zwrócić uwagę na fakt, iż u nauczycieli, którzy uczą na terenie domów pomocy społecznej kryterium wymienianym na trzecim miejscu są warunki lokalowe i miejsce odbywania zajęć. Związane jest to z sytuacją, która została przeanalizowana w wcześniejszym rozdziale dotyczącej nie zawsze posiadanej i dostosowanej sali do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. W przypadku ośrodków pozarządowych problem ten należy do marginalnych (odpowiedź 1 osoby).

Poniżej przedstawiam zestaw najczęściej wymienianych i stosowanych metod na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych przez nauczycieli – tabela 29

Tabela 29

Metody stosowane na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych w świetle przeprowadzonej ankiety wśród nauczycieli

Metody	Ośrodki pozarządowe N=17		Domy pomocy społecznej N=36		Ogółem N= 53	
	Liczba	%	liczba	%	liczba	%
Praca na poziomie odruchów wrodzonych	0	0	4	11%	4	7%
Zabawy paluszkowe, baraszkowanie	4	23%	7	19%	11	21%
Ruch Rozwijający	17	100%	33	92%	50	94%
Dotyk i Komunikacja M.Ch.Knill	17	100%	32	89%	49	92%
Metoda Dwuczłowieka	0	0	3	8%	3	6%
Masaż Shantalii	2	12%	12	33%	14	26%
Castillio Moralesa	2	12%	6	17%	8	15%
Integracja Sensoryczna (SI)	12	71%	24	67%	36	68%
Poranny krąg wg 4 pór roku	9	53%	25	69%	34	64%
„Sala doświadczania świata”	4	23%	3	8%	7	13%
Malowanie 10 palcami	5	29%	8	22%	13	24%
Pomocne dłonie	6	35%	10	28%	16	30%
Hipoterapia	0	0	1	3%	1	2%
Muzykoterapia	3	18%	7	19%	10	19%
Aromaterapia	2	12%	4	11%	6	11%
Luminoterapia	0	0	2	6%	2	4%
Chromoterapia	2	12%	2	6%	4	8%
Piktogramy	0	0	2	6%	2	4%
PCS	0	0	8	22%	8	15%
Gesty	0	0	7	19%	7	13%
Metody behawioralne	6	35%	12	33%	18	34%
Inne	0	0	21	58%	21	40%

Analiza danych przedstawionych w powyższej tabeli wskazuje, iż najczęściej stosowaną metodą na zajęciach jest metoda M.Ch.Knillów Dotyk i Komunikacja¹⁸ oraz Ruch Rozwijający W.Sherborne¹⁹ – wskazało ją ponad 90% ankietowanych nauczycieli niezależnie od miejsca pracy. Świadczy to o bardzo dużej popularności tych metod w pracy rewalidacyjno-wychowawczej, a także o

¹⁸ Opis przypadku zastosowania metody M.Ch. Knillów w indywidualnej rewalidacji chłopca autystycznego ze głębszą niepełnosprawnością w oparciu o teorię osobowości Kurta Goldsteina odnajdujemy w artykule D.Baczała: Metoda Knillów a teoria osobowości Kurta Goldsteina (studium przypadku). W: Wspólne i swoiste zagadnienia edukacji i rehabilitacji osób z upośledzeniem umysłowym. Red. Z.Gajdzica, Sosnowiec 2008, s.115-123.

¹⁹ Ciekawe wyniki badań zastosowania metody Ruchu Rozwijającego w pracy z dziećmi z głębszą i głęboką niepełnosprawnością intelektualną zawarto w książce Bogdanowicz M., Kasica A.: Ruch Rozwijający dla wszystkich. Efektywność metody Weroniki Sherborne. Gdańsk 2003, s. 61-77.

możliwości dostosowania ich do aktualnego poziomu funkcjonowania uczniów głęboko upośledzonych umysłowo. Można znaleźć również opinie o tym, iż stosowanie tych metod, szczególnie w pracy z dzieckiem z głębokim upośledzeniem umysłowym, może wzajemnie się uzupełniać, a nawet jedna poprzedzać drugą²⁰.

Pedagodzy pracujący w ośrodkach pozarządowych ani razu nie wymienili żadnej metody komunikacji alternatywnej (piktogramów, znaków Bllisa, PCS czy gestów), podczas gdy pojedyncze wskazania pojawiały się u nauczycieli pracujących na terenie domów pomocy społecznej. Wy tłumaczeniem takiej sytuacji, może być zatrudnienie przez ich macierzyste placówki innych specjalistów, w tym logopedów, do których w głównej mierze należy wprowadzanie alternatywnych sposobów komunikacji (oczywiście jeśli zachodzi taka potrzeba albo dziecko jest w stanie opanować porozumiewanie się za pomocą symboli). W takiej sytuacji osoba prowadząca zajęcia rewalidacyjne ma tylko utrwalać określoną formę komunikacji tak aby nastąpiła pełna automatyzacja umiejętności. Potwierdzeniem może stać się fakt, iż w indywidualnych kartach ucznia, w charakterystyce zajęć grupowych prowadzonych przez pedagoga specjalnego znajdujemy odpowiedzi dotyczące rozwoju komunikacji z uczniem – 27 osób (30% wszystkich przebadanych uczniów), w tym 14 osób z ośrodków pozarządowych i 13 mieszkających na terenie domów pomocy społecznej. Poniżej zostały zaprezentowane wyniki uzyskane w teście PPAC Gunzburga u osób, w stosunku do których na zajęciach grupowych nauczyciel stosował utrwalanie alternatywnych sposobów komunikowania się – tabela 30.

²⁰ Tamże, s. 60.

Tabela 30

Wyniki uzyskane w teście PPAC przez uczniów wobec, których stosowano komunikacją alternatywną

Dziedziny funkcjonowania w teście Gunzburga	Osoby u których nie zastosowano N= 62 Badanie I	Osoby u których zastosowano N= 27 Badanie I	Istotność statystyczna Badania I	Osoby u których nie zastosowano N= 62 Badanie II	Osoby u których zastosowano N= 27 Badanie II	Istotność statystyczna Badania II
I_JEDZENIE	18,3±10,8	23,0±11,6	P<0,05	0,4±2,2	0,4±2,3	NZ
I_PORUSZANIE	20,8±12,1	22,3±12,8	NZ	-0,4±3,5	0,6±2,8	NZ
I_TOALETA	5,1±8,2	11,1±10,5	P<0,01	0,2±2,1	0,0±1,6	NZ
I_UBIERANIE	6,5±5,5	7,9±6,2	NZ	0,0±1,1	-0,1±1,9	NZ
II_OD	11,1±8,8	19,9±16,5	P<0,01	0,5±1,7	-0,5±2,8	P<0,05
II_DO	17,2±10,7	25,9±14,4	P<0,01	0,7±4,2	1,6±6,0	NZ
III_USPOŁECZNIE	18,8±15,7	31,7±17,3	P<0,001	1,0±3,8	-0,6±7,7	NZ
IV_SPRAWNOŚĆ MANUALNA	14,3±9,8	19,3±12,6	P<0,05	0,5±3,3	0,2±2,4	NZ
IV_ZRĘCZNOŚĆ	12,6±10,0	18,7±14,1	P<0,05	-0,2±3,1	0,4±1,8	NZ
OBSŁUGA	50,7±31,5	64,3±37,5	NZ	0,3±5,0	0,9±5,0	NZ
KOMUNIKACJA	28,4±17,9	45,8±29,2	P<0,01	1,2±4,5	1,1±7,3	NZ
USPOŁECZNIE	18,8±15,7	31,7±17,3	P<0,001	1,0±3,8	-0,6±7,7	NZ
ZAJĘCIA	26,9±19,1	38,0±16,2	P,0,05	0,4±5,5	0,6±3,1	NZ
CAŁOŚĆ	124,8±4,6	179,8±99,7	P<0,01	2,9±12,0	1,9±14,7	NZ

Większość uzyskanych wyników w pierwszym badaniu okazała się istotna statystycznie. Osoby, w stosunku do których zastosowano jakkolwiek rodzaj komunikacji alternatywnej (piktogramy, pcs, gesty) uzyskały zdecydowanie większą liczbę punktów. Natomiast w drugiej turze choć nastąpił przyrost w postaci opanowania lub pojawienia się nowych umiejętności, to uzyskany wynik jest niższy niż u osób u których nie zastosowano żadnych metod z zakresu wyżej wymienionych metod. Należy jednak wziąć pod uwagę, że przewaga punktowa w pierwszym badaniu była bardzo wyraźna i nawet po dodaniu mniejszej ilości punktów z drugiej obserwacji uzyskujemy obraz, w którym omawiane osoby w repertuarze swoich zachowań mają zdecydowanie więcej umiejętności.

Pomimo, że tylko w 27 przypadkach odnajdujemy zastosowanie typowej komunikacji alternatywnej to analizując indywidualne plany rozwoju dziecka,

aż w 58 przypadkach znajdują się tam zapisy mówiący o wprowadzaniu sytuacji, w których osoby głęboko upośledzone mają nauczyć się właściwie reagować na proste polecenia, w celu rozumienia przez dziecko, przynajmniej częściowo, wypowiedzianych do niego słów²¹. Inne cele związane z komunikacją zawarte w indywidualnych planach rozwoju to:

- reagowanie na własne imię – 42 osoby,
- pobudzanie do wydawania dźwięków – 49 osób
- reagowanie na zakaz – 48 osób.

Zaznaczyć trzeba, iż w rozmowach z nauczycielami uzyskałam informację, że wymienione cele rewalidacyjne w indywidualnych planach rozwoju są realizowane w trakcie danego roku szkolnego. Pomimo ich wielkiej precyzji²² w formułowaniu, zdarzają się przypadki braku zadowalających efektów, wówczas są one kontynuowane w kolejnych latach pracy.

Szczegółowe informacje przedstawiające zależności pomiędzy zastosowaniem wyżej wymienionych celami dotyczącymi komunikacji a kształtowaniem umiejętności funkcjonalnych przedstawia tabela 31. Ze względu na zbyt obszerne dane przedstawię wyniki z głównych dziedzin testu PPAC Gunzburga.

Porównując zdobyte punkty w teście PPAC w I badaniu $170,0 \pm 95,0$ można zauważyć, iż tylko w jednym przypadku (dotyczącym reagowania na własne imię) istnieje bardzo duża różnica w zdobytych punktach na korzyść tych uczniów, u których w indywidualnym planie pracy brak zapisu co do realizacji tego celu pracy rewalidacyjnej. Być może ogólny poziom rozwoju tych osób uniemożliwiał niejako wyodrębnienie z siebie z tła, z przestrzeni i przyporządkowanie sobie konkretnego imienia. W pozostałych dwóch przypadkach osoby, u których odnajdujemy cele związane z komunikacją uzyskują wyższe oceny punktowe. Większość uzyskanych wyników jest istotna statystycznie.

²¹ Lovaas .O.I.: Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Mój elementarz. Warszawa 1993, s.106.

²² Owa precyzja polega na szczegółowym formułowaniu celu dotyczącej danej umiejętności, często również z zawartą obok procedurą jego osiągania.

Tabela 31

Elementy komunikacji a poziom kształtowania umiejętności funkcjonalnych u badanych uczniów

Dziedziny funkcjonalne	Liczba punktów uzyskanych w I badaniu, u których brak celu dotyczącego komunikacji	Liczba punktów uzyskanych w I badaniu, u których w planie pracy występuje cel dotyczący komunikacji	Istotność statystyczna w I badaniu	Liczba punktów uzyskanych w II badaniu, u których brak celu dotyczącego komunikacji	Liczba punktów uzyskanych w II badaniu, u których w planie pracy występuje cel dotyczący komunikacji	Istotność statystyczna w II badaniu
CEL: REAGOWANIE NA WŁASNE IMIĘ						
	N=47	N=42		N=47	N=42	
OBSŁUGA	63,9±35,4	44,6±29,2	P<0,01	0,2±4,0	0,7±5,9	NZ
KOMUNIKACJA	41,1±26,8	25,3±14,8	P<0,01	1,0±5,8	1,4±5,2	NZ
USPOŁECZNIE	29,2±18,5	15,4±12,1	P<0,001	0,3±6,1	0,7±4,2	NZ
ZAJĘCIA	35,7±24,3	24,2±17,4	P<0,05	0,7±4,6	0,2±5,2	NZ
CAŁOŚĆ	170,0±95,0	109,5±62,2	P<0,01	2,2±13,2	3,0±12,5	NZ
CEL: REAGOWANIE NA ZAKAZ						
	N=41	N=48		N=40	N=49	
OBSŁUGA	48,8±33,8	60,0±33,4	NZ	0,2±5,5	0,6±4,5	NZ
KOMUNIKACJA	31,4±24,8	35,5±21,9	NZ	0,2±5,4	2,0±5,5	NZ
USPOŁECZNIE	21,9±16,1	23,4±18,2	NZ	0,7±3,2	0,3±6,5	NZ
ZAJĘCIA	26,4±21,9	33,6±21,7	NZ	-0,4±4,1	1,2±5,4	P<0,05
CAŁOŚĆ	128,6±84,2	152,5±87,4	NZ	0,7±11,6	4,2±13,6	NZ
CEL: POBUDZANIE DO WYDAWANIA DŹWIĘKÓW						
	N=40	N=49		N=40	N=49	
OBSŁUGA	41,3±33,2	65,9±30,4	P<0,001	-0,1±4,6	0,9±5,3	NZ
KOMUNIKACJA	30,5±25,4	36,2±21,3	P<0,05	1,4±5,4	1,0±5,7	NZ
USPOŁECZNIE	19,8±16,7	25,1±17,4	NZ	0,8±4,1	0,2±6,0	NZ
ZAJĘCIA	24,1±22,4	35,3±20,5	P<0,01	-0,1±4,2	0,9±5,3	NZ
CAŁOŚĆ	115,7±88,4	162,4±79,3	P<0,001	2,1±12,5	3,0±13,1	NZ

Wszystkie wyniki uzyskane w II turze badań są korzystniejsze u osób w stosunku do których w toku oddziaływań rewalidacyjnych realizowano cele związane z szeroko pojętym komunikowaniem się. Istotność statystyczna zaznaczyła się tylko w celu związanym z reagowaniem na zakaz w przypadku umiejętności związanych z dziedziną „Zajęcia”.

Należy sobie zdawać sprawę, że dla niektórych osób głęboko upośledzonych opanowanie chociażby kilku słów czy rozumienie kilku poleceń jest zadaniem do którego będzie dochodzić się latami. W takim przypadku często jedynym

sposobem komunikacji jest naśladownictwo i gesty. To tłumaczy tak dużą liczbę osób, u których w celach pracy na dany rok szkolny brakuje konkretnych zapisów dotyczących komunikacji.

Reasumując można stwierdzić, iż brak wyeksponowania konkretnej metody w ankiecie dla nauczycieli nie jest jednoznaczny, z jej nie stosowaniem w codziennej pracy rewalidacyjnej.

W indywidualnych planach pracy, oprócz celów które dotyczyły szeroko rozumianej komunikacji można było odnaleźć inne dotyczące usprawniania każdej dziedziny funkcjonowania ucznia z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. W większości przypadków poszczególne zadania realizowane w danym roku szkolnym pokrywały się. Zdecydowane różnice w wyznaczaniu priorytetów występowały w celach dotyczących kształtowania:

- orientacji w najbliższym otoczeniu,
- poczucia bezpieczeństwa,
- strukturalizacji otoczenia,
- niwelacji zachowań trudnych.

Szczegółowe informacje dotyczące planu pracy na dany rok szkolny zawarte w indywidualnych planach rozwoju, z uwzględnieniem podziału na ośrodki pozarządowe i zajęcia rewalidacyjne odbywające się na terenie domów pomocy społecznej, przedstawia tabela 32.

Tabela 32

Cele zawarte w indywidualnych planach pracy

Cele pracy	Wskazania w Indywidualnych planach pracy w ośrodkach pozarządowych N=42		Wskazania w indywidualnych planach pracy na terenie domów pomocy społecznej N=47		Ogółem N=89	
	liczba	%	liczba	%	Liczba	%
Rozwijanie i stymulowanie zmysłów	37	88%	37	79%	74	83%
Ćwiczenia precyzyjności ruchów	32	76%	29	62%	61	68%
Usprawnianie spożywania posiłków	33	78%	28	60%	61	68%
Kształtowanie orientacji w schemacie własnego ciała	25	59%	33	70%	58	65%
Wyrabianie różnych rodzajów chwytów	28	67%	22	47%	50	56%
Usprawnianie ubierania się	19	45%	26	55%	45	51%
Usprawnianie rozbierania się	22	52%	21	45%	43	48%
Rozwijanie spontanicznej aktywności dziecka	21	50%	19	40%	40	45%
Kształtowanie samodzielnego poruszania się	15	36%	23	49%	38	43%
Niwelacja zachowań trudnych	10	24%	23	49%	33	37%
Kształtowanie orientacji w najbliższym otoczeniu	6	14%	17	36%	23	26%
Wprowadzenie strukturalizacji otoczenia	3	7%	12	25%	15	17%
Kształtowanie poczucia bezpieczeństwa	2	5%	11	23%	13	15%
Inne	32	76%	35	74%	67	75%

Analizując powyższe dane należy stwierdzić, że podstawowym celem zajęć rewalidacyjno-wychowawczych jest stymulowanie zmysłów. Przypominając sobie charakterystykę funkcjonowania osób z głębokim upośledzeniem umysłowym takie cele edukacji są logiczną konsekwencją postępowania rewalidacyjnego. Jak pisze A.Frohlich: „stymulacja od podstaw zaleca metody intensywnej, całościowej stymulacji w odniesieniu do osób głęboko wielorako niepełnosprawnych. (...) Pomaga się osobie niepełnosprawnej odkryć własne ciało i samą siebie poprzez proste ćwiczenia sensoryczne – bez żadnych warunków wstępnych”²³.

Najrzadziej wymienianym celem jest kształtowanie poczucia bezpieczeństwa, która mówiąc innymi słowy ma zaspokoić potrzebę

²³ Frohlich A.: Stymulacja od podstaw. Jak stymulować rozwój osób głęboko wielorako niepełnosprawnych. Warszawa 1998, s.173.

bezpieczeństwa²⁴ omawianej grupy. Przyjmując koncepcję T.Kocowskiego²⁵ mówiącą o tym, że potrzeby stanowią warunki sprzyjające lub konieczne do realizacji różnie pojmowanych celów, stwierdzam iż bezpieczeństwo i związane z nim cele stanowią podstawę rewalidacji i jej zadań względem uczniów głęboko upośledzonych umysłowo. Do jej zaspokojenia niezbędne jest:

- zapewnienie warunków do realizacji podstawowych potrzeb biologicznych dziecka,
- zadbanie o nadaniu otaczającej przestrzeni dziecka cech przewidywalności (elementy strukturalizacji otoczenia),
- stworzenia sytuacji do przejawu własnej samodzielności (z uwzględnieniem jest możliwości psychofizycznych)²⁶.

Odwołując się do danych zawartych w tabeli 32 osoby, u których wyszczególniono w celach pracy na dany rok szkolny kształtowanie poczucia bezpieczeństwa stanowiły 15% całej grupy. Większość z nich to mieszkańcy domów pomocy społecznej – 11 osób. Odwołując się do samej organizacji przestrzeni edukacyjnej na terenie domów pomocy społecznej wydaje się zasadne, iż cel pracy mający kształtować poczucie bezpieczeństwa obejmuje swoim zasięgiem zdecydowanie większą grupę z ośrodków opiekuńczo-leczniczych. W przypadku 9 osób okres edukacji nie przekraczał 3 lat. U wszystkich uczniów z omawianej grupy, występowały tzw. „zachowania trudne”, które w znacznej mierze utrudniają cały proces rewalidacji. Mając na uwadze te wszystkie wymienione czynniki oraz warunki które umożliwiają realizację potrzeby bezpieczeństwa, omawiany cel zawarty w indywidualnych planach pracy wydaje się być logiczną konsekwencją postępowania rewalidacyjnego mającego przynieść określone efekty, w postaci wzrostu

²⁴ Szerzej na temat psychicznych potrzeb osób głębiej upośledzonych pisze Olechnowicz H.: U źródeł rozwoju dziecka. Warszawa 1988.

²⁵ Kocowski T.: Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa. Wrocław –Warszawa – Kraków – Gdańsk – Łódź 1982, s.64.

²⁶ Pilecki J., Olszewski S., Żurek T.: Zasady i metody pracy z osobami głębiej upośledzonymi umysłowo. W: Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym. Red. J.Pilecki. Kraków 2002, s.13.

umiejętności funkcjonalnych. Potwierdzeniem powyższego stwierdzenia, jest liczba punktów uzyskanych przez osoby, w stosunku do których kształtowanie poczucia bezpieczeństwa było celem pracy w danym roku szkolnym, w pierwszym i drugim badaniu – tabela 33.

Tabela 33

Wyniki testu Gunzburga osób wobec których, głównym celem rewalidacyjnym było kształtowanie poczucia bezpieczeństwa

Dziedziny funkcjonalne	Liczba punktów uzyskanych w I badaniu, u których brak celu dotyczącego poczucia bezpieczeństwa N=76	Liczba punktów uzyskanych w I badaniu, u których w planie pracy występuje cel dotyczący poczucia bezpieczeństwa N=13	Liczba punktów uzyskanych w II badaniu, u których brak celu dotyczącego poczucia bezpieczeństwa N=76	Liczba punktów uzyskanych w II badaniu, u których w planie pracy występuje cel dotyczący poczucia bezpieczeństwa N=13
OBSŁUGA	52,8±33,2	66,5±36,4	0,3±4,7	1,5±6,4
KOMUNIKACJA	33,1±22,7	36,8±27,0	1,1±5,7	2,0±4,2
USPOŁECZNIENIE	23,0±17,0	20,7±18,5	0,4±5,6	1,1±2,5
ZAJĘCIA	29,4±21,6	35,6±24,2	0,3±5,1	1,6±2,8
CAŁOŚĆ	138,3±84,6	159,6±97,2	2,0±13,4	6,2±8,2

W przypadku umiejętności tworzących dziedzinę „zajęcia” uzyskany wynik jest istotny statystycznie na poziomie $p < 0,05$.

Konkludując informacje dotyczące stosowanych rozwiązań metodycznych oraz celów pracy zawartych w indywidualnych planach rozwoju dziecka należy potwierdzić hipotezę mówiącą *o właściwym dobrze metod i form pracy w trakcie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, które uzależnia zdobywanie nowych umiejętności funkcjonalnych.*

W wyznaczaniu celów oraz doborze odpowiednich metod oprócz indywidualnych możliwości ucznia i bazy lokalowej i sprzętu, nie bez znaczenia są wyznaczane przez nauczycieli priorytety funkcjonalne. One będą również uzależniały wybór odpowiedniego postępowania rewalidacyjnego, a konsekwencją tego, będzie wybór metod, które usprawniają daną dziedzinę funkcjonalną. W części metodologicznej sformułowano hipotezę, w której

założono, w nauczyciele uczący na terenie domów pomocy społecznej w wyznaczaniu priorytetów z zakresu funkcjonowania psychospołecznego i motorycznego bardziej zwracają uwagę na kształcenie umiejętności z zakresu samoobsługi oraz motoryki dużej i małej, a w ośrodkach pozarządowych, brak wyraźnych wyznaczników, gdyż wszystkie są traktowane na równi.

W ankiecie skierowanej do nauczycieli, poproszono o ich przyporządkowanie dziedziną takim jak:

- motoryka duża,
- motoryka mała (sprawności manualne),
- samoobsługa,
- funkcjonowanie społeczne,

ocen w skali od 1 do 4, gdzie 1 oznacza sferę umiejętności zdaniem nauczyciela najważniejszą. Wyniki przedstawia tabela 34.

Tabela 34

Priorytety funkcjonalne dotyczące funkcjonowania psychospołecznego i motorycznego uczniów wyznaczone przez badanych nauczycieli

Umiejętności	1 miejsce		2 miejsce		3 miejsce		4 miejsce	
	OPZ	DPS	OPZ	DPS	OPZ	DPS	OPZ	DPS
Motoryka duża	2	4	2	6	8	14	5	12
Sprawności manualne	0	3	1	10	7	12	9	11
Samoobsługa	8	16	5	10	2	8	2	2
Funkcjonowanie społeczne	7	13	9	10	0	2	1	10

Analizując przedłożone dane na temat priorytetów funkcjonalnych i ich stopnia ważności należy zauważyć, iż ani jeden nauczyciel pracujący w ośrodkach pozarządowych nie wskazał na pierwszym miejscu umiejętności związanych z sprawnościami manualnymi (motoryka mała). W przypadku pedagogów pracujących na terenie domów pomocy społecznej, również funkcjonowanie ucznia i doskonalenie tego zakresu jako najważniejsze, oceniła

najmniejsza liczba – 3 osoby. Podobna sytuacja dotyczy umiejętności związanych z motoryką dużą. W tych dwóch zakresach, nauczyciele pracujący zarówno w ośrodkach pozarządowych jak i na terenie domów pomocy społecznej oceniali tak samo. Samoobsługa należała do tych umiejętności, którą wskazywano jako tą najważniejszą w kształceniu osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Samodzielne funkcjonowanie uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych jest w dużej mierze utrudnione, gdyż ich umiejętności z zakresu wykonywania najprostszych czynności życia codziennego są bardzo utrudnione. Przyjmując za R.J.Piotrowiczem²⁷ podział intensywności wsparcia osób na: sporadyczne, wsparcie „czasami” oraz „zawsze”, możemy stwierdzić, iż uczniowie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych należą do ostatniej grupy, wymagającej stałego wsparcia. Cechą charakterystyczną osób wymagających takiej intensywności wsparcia jest między innymi nie podejmowanie inicjatywy w działaniu, nie radzenie sobie z elementarnymi umiejętnościami, wycofywanie się, unikanie. Wymagają one stałej kontroli i pomocy, a większość zadań jest za trudna do samodzielnego wykonania. Zatem jeśli choć w małym stopniu, w trakcie zajęć, pedagog specjalny udoskonala choć niektóre z nich, pozwala tym samym na minimalne usamodzielnienie osoby. Mówiąc o usamodzielnieniu mam na myśli proste czynności, np.: umiejętność trzymania samodzielnie butelki, wkładania małych kawałków pokarmu do ust itp. Oczywiście patrząc na te przykłady nie sposób zauważyć, że wykonywanie tych czynności wymusza też, ćwiczenia z zakresu innych dziedzin funkcjonalnych takich jak motoryka duża i sprawności manualne. Zasadnicza różnica będzie jednak polegała na doborze odpowiednich metod i sytuacji, w których będziemy mieć do czynienia z nabywaniem nowych

²⁷ R.Piotrowicz przedstawił podział intensywności wsparcia dotyczący osób z głębszym upośledzeniem umysłowym, jednakże charakterystyka poszczególnych dziedzin pozwoliła na zakwalifikowanie osób z głęboką niepełnosprawnością do grupy, która potrzebuje zawsze i w prawie każdej sytuacji wsparcia. Piotrowicz R.J.: Proces wspierania osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie ku dorosłości. W: Młodzież niepełnosprawna – szanse i zagrożenia w aktualnej rzeczywistości społecznej. Red. B.Szczupał. Kraków 2005, s. 98.

kompetencji funkcjonalnych, np.: nauczyciel zwracający bardzo dużą uwagę na ćwiczenia z zakresu samoobsługi będzie czynnie uczestniczył w posiłkach, które będą dla niego świetną okazją na udoskonalanie danej umiejętności. Natomiast pedagog, który największą uwagę przypisuje sprawnością manualnym, w większości przypadków może niejako tworzyć takie sytuacje.

Porównując uzyskane punkty w teście PPAC Gunzburga przez uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w różnych rodzajach placówek można zauważyć, iż zdecydowanie wyższe wyniki z dziedziny *Obsługa siebie* uzyskują uczniowie mieszkający w placówkach opiekuńczych, w I badaniu $58,0 \pm 33,6$, niż ci pobierający edukację w ośrodkach pozarządowych – $51,3 \pm 34,2$. Z podobną sytuacją mamy do czynienia w II badaniu:

- $0,6 \pm 5,5$ – dla uczniów zajęć rewalidacyjnych na terenie domów pomocy społecznej

- $0,2 \pm 4,4$ – dla uczniów z ośrodków pozarządowych.

Dziedzina testu PPAC *Obsługa siebie*, składa się z kilku szczegółowych poddziedzin, których wyniki uzależniły końcową ilość zdobytych punktów przez poszczególnych uczniów. Szczegółowe dane przedstawia tabela 35.

Tabela 35

Punkty uzyskane przez uczniów poszczególnych ośrodków dotyczące dziedziny *Obsługi siebie*

	Punkty uzyskane przez uczniów z ośrodków pozarządowych w I badaniu N=42	Punkty uzyskane przez uczniów z domów pomocy społecznej w I badaniu N=47	Punkty uzyskane przez uczniów z ośrodków pozarządowych w II badaniu N=42	Punkty uzyskane przez uczniów z domów pomocy społecznej w II badaniu N=47
Dziedziny zawarte w Obsłudze siebie				
I JEDZENIE	$19,6 \pm 12,0$	$19,9 \pm 10,5$	$0,3 \pm 2,0$	$0,6 \pm 2,5$
I PORUSZANIE	$19,4 \pm 12,4$	$22,8 \pm 11,9$	$0,2 \pm 3,7$	$-0,3 \pm 3,0$
I TOALETA	$6,0 \pm 9,1$	$7,7 \pm 9,5$	$-0,1 \pm 1,8$	$0,3 \pm 2,0$
I UBIERANIE	$6,2 \pm 5,1$	$7,6 \pm 6,2$	$-0,2 \pm 1,0$	$0,1 \pm 1,6$

Należy tutaj zaznaczyć, iż *poruszanie się* jako poddziedzina *Obsługi siebie* główny nacisk kładzie na umiejętności związane z motoryką dużą, która

jako priorytet funkcjonalny uplasowała się na dalszych miejscach. Zawiera ona te umiejętności, w których uczniowie z ośrodków pozarządowych uzyskali w II badaniu zdecydowanie większą liczbę punktów – $0,2 \pm 3,7$, podczas gdy u uczniów zamieszkujących na stałe w domach pomocy społecznej zaobserwowano regres. Analizując wcześniej cele pracy rewalidacyjne zawarte w indywidualnych planach pracy każdego ucznia (tabela 32), można zauważyć, iż liczba osób objętych takim postępowaniem jest wyższa w ośrodkach pozarządowych i wynosi 49%, podczas gdy na terenie domów pomocy społecznej uczniowie ci stanowią 36%. Pamiętać należy, również o tym iż dostęp do rehabilitacji ruchowej jest różny w omawianych placówkach.

Drugim najczęściej wymienianym priorytetem było funkcjonowanie społeczne. Jednym z elementów potwierdzającym rozwój kompetencji społecznych jest udział w zajęciach dający możliwość z jednej strony udziału w imprezach z udziałem innych dzieci, nie tylko niepełnosprawnych ale również zaistnienia w jako twórcy i odbiorcy szeroko pojętej kultury i w końcu uczestniczenia w różnych imprezach okolicznościowych takich jak: urodziny, Mikołajki, bale karnawałowe. Na pytanie dotyczące udziału uczniów w dodatkowych zajęciach, których głównym celem było by kształtowanie funkcji społecznych, odpowiedzi nauczycieli pracujących w ośrodkach pozarządowych w 100% należały do pozytywnych. Największa liczba wskazań dotyczyła zajęć integracyjnych – 10 osób. Należy jednak pamiętać o „trudnościach istniejących na drodze do osiągnięcia tego celu. Wynikającej nie ze złej woli czy braku doświadczenia opiekunów, lecz właśnie wielorakiej niepełnosprawności osób”²⁸. Drugim ważnym aspektem, który powinien mieć nauczyciel na uwadze to, to że nie zawsze takie zajęcia przynoszą oczekiwane efekty. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest nie dostosowanie zajęć do poziomu osoby głęboko upośledzonej umysłowo. Być może te aspekty stały się głównymi przyczynami, że w przypadku pedagogów pracujących na terenie domów

²⁸ Frohlich A.: Stymulacja od...cyt.wyd. s.252.

pomocy społecznej odpowiedzi dotyczące udziału uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym w zajęciach uspołeczniających dotyczyło 56% grupy. Brakuje zajęć integracyjnych. Ciekawym przykładem tego typu oddziaływań były organizowane wystawy prac plastycznych. W jednym z domów pomocy społecznej takie działania przybrały formę corocznych wystaw. Zapytani nauczyciele o cel takiej aktywności, zarówno ich własnej jak i uczniów, podkreślali o potrzebie pokazania, iż nawet osoby o tak małych umiejętnościach potrafią tworzyć piękne obrazy, a poprzez stymulację polisensoryczną stają się twórcami, artystami podziwianymi przez innych ludzi. Po drugie jest to również możliwość zwrócenia uwagi na same zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze – zapraszani promineneci z nadzorujących edukację urzędów mają możliwość zrozumienia na czym właśnie, taka edukacja polega.

Jest również spora grupa nauczycieli – 36% którzy twierdzą, że ich uczniowie nie uczestniczą w tego typu zajęciach. Wśród uzasadnień tego typu odpowiedzi znalazły się najczęściej dwa powody:

- ponieważ nie ma takiej możliwości – 8 osób,
- dps nie widzi takiej potrzeby – 3 osoby.

Kontrowersyjny wydaje się drugi powód, przerzucający całą odpowiedzialność na pracowników domów pomocy społecznej, a przecież jak pokazują wcześniej wymienione przykłady istnieją takie możliwości – nawet na terenie domów pomocy społecznej. Można zatem zastanowić się czy głównym powodem braku tego typu zajęć nie jest sama postawa nauczycieli. Organizowanie imprez okolicznościowych, wystaw czy nawiązanie współpracy z innymi placówkami oświatowymi takimi jak szkoły, przedszkola, wymaga zaangażowania, a czasami wręcz poświęcania swojego cennego czasu wolnego na przygotowanie takich sytuacji. Z drugiej strony, należy pamiętać o utrudnieniach spotykanych zdecydowanie częściej na terenie placówek opiekuńczych. Jednym z przykładów jest chociażby informacja, iż tylko 57% nauczycieli na terenie

domów pomocy społecznej ma do swojej dyspozycji salę, w której odbywają się tylko zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze. Z pewnością nie jest to usprawiedliwienie, ale należy to traktować jako czynniki utrudniające, a przede wszystkim zniechęcające do podejmowania dodatkowych oddziaływań.

Porównując dwie drogi kształcenia osób głęboko upośledzonych umysłowo: ośrodki pozarządowe i zajęcia organizowane przez szkoły specjalne, a odbywające się na terenie domów pomocy społecznej, pod kątem uspołecznienia i kształtowania funkcji społecznych zauważamy zdecydowanie lepszą organizację w ośrodkach.

Wymienione wcześniej priorytety funkcjonalne mogą uzależniać oddziaływania w trakcie codziennych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, a tym samym kształtować ich charakter i cel. Chcąc potwierdzić ich kwalifikację w przyporządkowanych przez nauczycieli poziomach i ocenę w działaniach praktycznych, przeanalizowano odpowiedzi nauczycieli dotyczące codziennych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych pod kątem ich charakteru w stosunku do przebadanych uczniów.

Najczęściej pojawiające się odpowiedzi, dotyczące przeprowadzanych grupowych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, a więc tych podstawowych (bez spotkań z innymi specjalistami) zebrano w 10 kategoriach. Zaznaczyć trzeba iż, nauczyciele wymieniali najczęściej więcej niż jedną kategorię w odniesieniu do indywidualnych potrzeb każdego ucznia. Wyniki przedstawia tabela 36.

Tabela 36

Indywidualne cele realizowane w trakcie zajęć grupowych w poszczególnych ośrodkach

Rodzaje celów	Zajęcia w ośrodkach pozarządowych N= 42		Zajęcia na terenie domów pomocy społecznej N=47		Suma N=89	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Nawiązanie współpracy w grupie	12	29%	10	21%	32	36%
Stymulacja polisensoryczna	32	76%	33	70%	65	73%
Samoobsługa	26	62%	26	55%	52	58%
Orientacja w schemacie ciała	18	43%	23	49%	41	46%
Orientacja przestrzenna	1	2%	7	15%	8	9%
Rozwój społeczny	27	64%	17	36%	44	49%
Komunikacja alternatywna	13	31%	14	30%	27	30%
Terapia zachowań trudnych	8	19%	18	38%	26	29%
Elementy muzykoterapii	0	0	5	11%	5	6%
Ćwiczenia poznawcze	11	26%	6	13%	17	19%

Porównując przedstawione powyżej dane i odnosząc je do wcześniejszych ustaleń dotyczących priorytetów funkcjonalnych można zauważyć, w niektórych celach bardzo duże różnice. Największa i istotna w stosunku do uzyskanych wcześniejszych informacji, dotyczy celu, związanego z rozwojem społecznym. W ośrodkach pozarządowych wymieniany był w przypadku 64% osób natomiast u uczniów przebywających na stałe w domach pomocy społecznej występuje on tylko w 36%. Zatem można stwierdzić, iż priorytety funkcjonalne wymieniane i klasyfikowane przez nauczycieli nie zawsze przekładają się na konkretne działania. Zdecydowanie więcej zauważamy ich na terenie ośrodków pozarządowych. Potwierdzenie tego odnajdujemy zarówno w indywidualnych celach zajęć rewalidacyjno-wychowawczych jak i w dodatkowych zajęciach uspołeczniających. Oczywiście inne cele, które wymieniali nauczyciele często zawierają się w ogólnym funkcjonowaniu społecznym, np.: nawiązanie i współpraca w grupie, czy szeroko pojęta komunikacja.

W przypadku samoobsługi, priorytetu funkcjonalnego wymienianym na pierwszym miejscu w obu grupach, różnica punktowa nie jest aż tak duża, 62% dla uczniów z ośrodków pozarządowych i 55% dla tych mieszkających na stałe w domach pomocy społecznej. W obu ośrodkach, cel ten uplasował się na trzecim miejscu, najczęściej stawianym do osiągnięcia u uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim. Potwierdza to, iż w codziennych zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych, obejmuje on swym zasięgiem te czynności, na które nauczyciele zwracają szczególną uwagę. Potwierdza to również ilość zdobytych punktów w teście PPAC Gunzburga zarówno w przypadku samoobsługi jak i w przypadku rozwoju umiejętności społecznych. Obu przypadkach osoby, w stosunku do których zastosowano omawiane cele, uzyskały zdecydowanie większą liczbę punktów w I badaniu, jak również postęp w innych dziedzinach był nieco większy od grupy pozostałych uczniów. Wyniki przedstawia tabela 37 i tabela 38

Tabela 37

Realizacja przez nauczycieli indywidualnych celów dotyczące samoobsługi a rozwinięte u uczniów umiejętności funkcjonalne

Dziedziny funkcjonalne	Liczba punktów uzyskanych w I badaniu, u których brak celu dotyczącego samoobsługi N=37	Liczba punktów uzyskanych w I badaniu, u których w planie pracy występuje cel dotyczący samoobsługi N= 52	Istotność statystyczna w I badaniu	Liczba punktów uzyskanych w II badaniu, u których brak celu dotyczącego samoobsługi N=37	Liczba punktów uzyskanych w II badaniu, u których w planie pracy występuje cel dotyczący samoobsługi N=42	Istotność statystyczna w II badaniu
OBSŁUGA	44,9±32,2	61,9±33,5	p<0,01	0,6±2,4	0,3±6,2	NZ
KOMUNIKACJA	31,7±22,8	35,1±23,6	NZ	0,7±2,0	1,5±7,0	NZ
USPOŁECZNIE NIE	20,6±17,9	24,2±16,6	NZ	0,9±2,3	0,2±6,6	NZ
ZAJĘCIA	23,6±20,2	35,0±22,1	p<0,01	0,0±2,2	0,8±6,1	NZ
CAŁOŚĆ	120,8±84,4	156,2±85,3	p<0,05	2,2±5,5	2,8±16,1	NZ

Tabela 38

Realizacja przez nauczycieli indywidualnych celów dotyczących funkcjonowania społecznego uczniów a umiejętności funkcjonalne

Dziedziny funkcjonalne	Liczba punktów uzyskanych w I badaniu, u których brak celu dotyczącego rozwoju społecznego N=45	Liczba punktów uzyskanych w I badaniu, u których w planie pracy występuje cel dotyczący rozwoju społecznego N= 44	Istotność statystyczna w I badaniu	Liczba punktów uzyskanych w II badaniu, u których brak celu dotyczącego rozwoju społecznego N=45	Liczba punktów uzyskanych w II badaniu, u których w planie pracy występuje cel dotyczący rozwoju społecznego N=44	Istotność statystyczna w II badaniu
OBSŁUGA	42,4±28,2	67,5±34,7	p<0,001	0,6±4,7	0,3±5,3	NZ
KOMUNIKACJA	23,1±14,0	44,4±25,9	p<0,001	1,1±4,4	1,3±6,5	NZ
USPOŁECZNIE	15,0±14,3	30,6±16,4	p<0,001	0,7±4,0	0,3±6,3	NZ
ZAJĘCIA	23,8±17,1	36,9±24,5	p<0,01	-0,7±3,9	1,6±5,5	NZ
CAŁOŚĆ	104,3±64,6	179,4±89,7	p<0,001	1,7±11,3	3,5±14,2	NZ

Istotność statystyczna, zarówno w przypadku samoobsługi jak i funkcjonowania społecznego, nie zaznaczyła się w żadnej dziedzinie w II badaniu. W przypadku pierwszej tury badań istotność statystyczna dotycząca całłościowych wyników, w przypadku samoobsługi wyniosła $p<0,05$, natomiast w funkcjonowaniu społecznym $p<0,001$.

Należałoby również, w tym miejscu przypomnieć wyniki (tabela 27) uzyskanych w PPAC Gunzburga w dziedzinie *Uspołecznienie* biorąc pod uwagę ośrodki, w którym odbywają się zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze. W pierwszym badaniu ilość zdobytych punktów przez uczniów w domach pomocy społecznej była nie co wyższa i wynosiła $23,3\pm17,7$, a w ośrodkach pozarządowych $22,0\pm16,8$. Natomiast już w II badaniu obserwujemy zdecydowaną przewagę ośrodków – $0,9\pm6,5$, podczas gdy placówkach opiekuńczych wynik uzyskany przez uczniów wyniósł $0,1\pm3,9$. Zaznaczyć trzeba, iż istotność statystyczna II badania, uplasowała się na poziomie $p<0,05$.

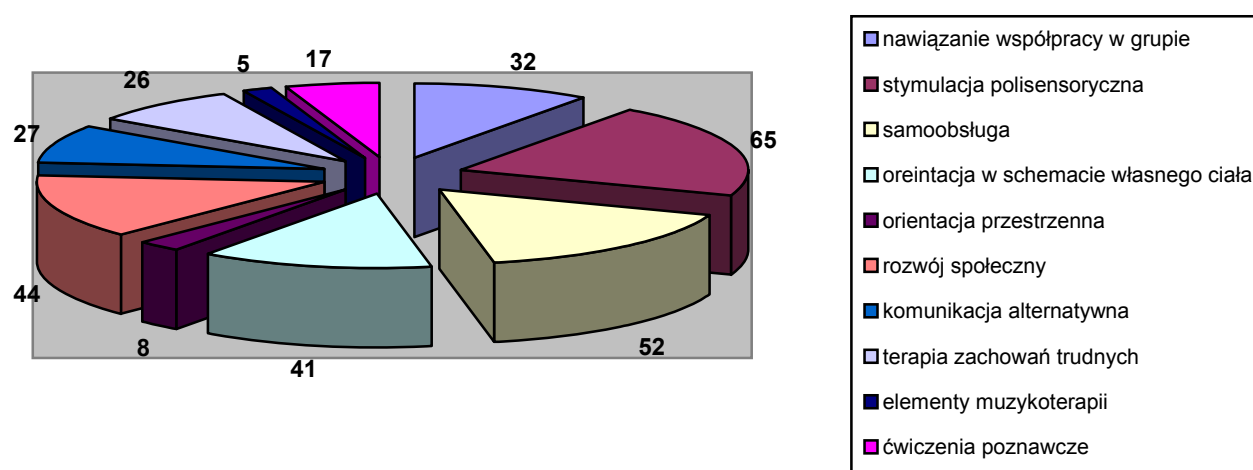
Wracając do analizy wszystkich celów indywidualnych realizowanych w trakcie zajęć grupowych, należy przypomnieć, iż stymulacja polisensoryczna, znajdująca się na pierwszym miejscu, jest jednym z najważniejszych elementów

stosowanych na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych. Wynika to z ogólnego poziomu funkcjonowania osób z głębokim upośledzeniem umysłowym i jest uzasadnieniem takich wskazań nauczycieli.

Poniżej przedstawiam wykres, ukazujący indywidualne cele dla każdego ucznia, których realizacja następuje w trakcie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Wykres 9

Indywidualne cele realizowane w trakcie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych



Innym potwierdzeniem funkcjonowania zarówno społecznego jak i z zakresu samoobsługi, są uzyskane w Teście Dojrzałość Społecznej E.Dolla ilorazy dojrzałości społecznej oraz wyniki cząstkowe uzyskane w teście PPAC Gunzburga, określające poziom umiejętności uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w ośrodkach pozarządowych i na terenie domów pomocy społecznej. Chcąc uzyskać informacje dotyczące zależności pomiędzy uzyskanymi wynikami w teście PPAC Gunzburga a Ilorazami Dojrzałości Społecznej policzona została korelacja pomiędzy tymi zmiennymi- tabela 39.

Tabela 39

Zależności pomiędzy wynikami uzyskanymi w Skali Społecznej Dolla a wynikami testu PPAC Gunzburga

Dziedziny funkcjonalne Gunzburga	Liczba osób	Wartość korelacji	Wartość statystyczna	Istotność statystyczna
Doll - I_JEDZENIE	89	0.567	5.957	P<0.001
Doll - I_PORUSZ	89	0.548	5.712	P<0.001
Doll - I_TOALETA	89	0.470	4.731	P<0.001
Doll - I_UBIERA	89	0.556	5.821	P<0.001
Doll - II_OD	89	0.533	5.505	P<0.001
Doll - II_DO	89	0.565	5.943	P<0.001
Doll - III_USPOLE	89	0.595	6.357	P<0.001
Doll - IV_SPR_MAN	89	0.695	7.947	P<0.001
Doll - IV_ZRECN	89	0.699	8.033	P<0.001
Doll - OBSLUG	89	0.608	6.544	P<0.001
Doll - KOMUNIK	89	0.585	6.215	P<0.001
Doll - USPOLECZ	89	0.595	6.357	P<0.001
Doll - ZAJECIA	89	0.717	8.366	P<0.001
Doll - CALOSC	89	0.697	7.990	P<0.001

Przedstawione dane świadczą o wysokim współczynniku korelacji, a to z kolei pozwala na sformułowanie tezy o prawidłowym doborze narzędzi badawczych, ponieważ zaprezentowane dane uzyskane przy pomocy różnych testów pokazują zbieżny poziom rozwoju badanych osób.

Porównując średni iloraz dojrzałości społecznej uczniów uczących się w omawianych typach placówek, można zauważyć małą różnicę. Dla osób z głębokim upośledzeniem z ośrodków pozarządowych wyniósł on 7,8, a w przypadku tych zamieszkujących w ośrodkach pomocy społecznej 8,9. Można więc stwierdzić, iż grupy te funkcjonują pod względem społecznym na zbliżonym poziomie. Zaskakujące są sytuacje, w których porównano 3 największe i najmniejsze IDS. I tak najwyższe to:

- 32,5; 32; 25 – dla domów pomocy społecznej,
- 28,8; 20,6; 15,6 – dla organizacji pozarządowych.

W przypadku pierwszej placówki przedstawione IDS są zdecydowanie większe. Żaden uczeń z ośrodków pozarządowych nie funkcjonował na poziomie IDS=30. W przypadku dwóch uczniów z domów pomocy społecznej, tak wysoki

IDS, może być uwarunkowany tym, iż uczęszczali oni wcześniej na zajęcia edukacyjno-terapeutyczne. Tym samym program i umiejętności kształcone w nazywanych potocznie „szkołach życia” mógł wpłynąć na zdecydowanie lepszy poziom funkcjonalny. Należy zaznaczyć, iż nie są to odosobnione przypadki. Szczegółowe informacje dotyczące wcześniejszej edukacji bądź wspomagania osób z głębokim upośledzeniem zostaną przedstawione w dalszej części pracy. Natomiast trzecia osoba, niejako rozpoczyna swoją edukację, która trwa dopiero 3 lata. W trakcie wywiadu z wychowawcą tego ucznia, zebrano informacje o tym, iż ma zostać poddany powtórny badaniom psychologicznym i będą czynione starania o kwalifikację go do zespołów edukacyjno-terapeutycznych. Uczniowie którzy uzyskali najwyższe IDS w organizacjach pozarządowych, w dwóch przypadkach uczestniczyli w różnych formach wcześniejszego wspomagania lub edukacji. Jeden z nich, IDS - 28,8, uczęszczał przez rok na zajęcia edukacyjno- terapeutyczne, natomiast drugi był objęty wczesną interwencją – IDS -18,6. Trzecia osoba, która uzyskała IDS równy 20,6 rozpoczynała dopiero edukację.

Najmniejsze wyniki uzyskane w dwóch typach ośrodków są bardzo zbliżone do siebie i tak wynoszą one dla:

- ośrodków pozarządowych: 0,4; 0,8; 0,6,
- domów pomocy społecznej: 0,2; 0,3; 0,9.

Podsumowując przedstawione informacje, można przypuszczać, iż na trochę wyższy IDS wpływ miały indywidualne, wysokie wyniki uzyskane przez uczniów mieszkających w domu pomocy społecznej.

Ostatnim priorytetem funkcjonalnym są umiejętności związane z motoryką małą, a więc ze sprawnością manualną, dotyczą one umiejętności z testu PPAC zawartych w *Zajęciach*. Poniżej przedstawiam wyniki, które uzyskali uczniowie z podziałem na ośrodki, w których odbywają się zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze – tabela 40.

Tabela 40

Liczba punktów dotyczące sprawności manualnej uczniów w poszczególnych ośrodkach

DZIEDZINY	Ilość punktów zdobyta przez uczniów ośrodków pozarządowych w I badaniu N=42	Ilość punktów zdobyta przez uczniów na terenie domów pomocy społecznej w I badaniu N=47	Ilość punktów zdobyta przez uczniów ośrodków pozarządowych w II badaniu N=42	Ilość punktów zdobyta przez uczniów na terenie domów pomocy społecznej w II badaniu N=47
IV SPRAWNOŚĆ MANUALNA	14,3±10,9	17,2±10,9	1,2±3,7	-0,2±2,2
IV ZRĘCZNOŚĆ	12,9±11,5	15,9±11,8	0,3±2,5	-0,3±3,3
ZAJĘCIA – OGÓŁEM	27,2±21,6	33,0±22,2	1,5±5,5	-0,4±4,1

Jak pokazują przedstawione wyniki, choć w pierwszym badaniu uzyskane punkty przez uczniów w ośrodkach pozarządowych były niższe, to już w drugim badaniu obserwujemy postęp i zdecydowanie lepszy wynik w stosunku do uczniów z domów pomocy społecznej. Żadne z przedstawionych danych nie są istotne statystycznie. Porównując te dane z wynikami zawartymi w tabeli 36, dotyczącej indywidualnych celów rewalidacji każdego ucznia, można zauważyć, iż w stosunku do tych z ośrodków pozarządowych, wyniki dotyczące celów z zakresu rozwoju sprawności manualnej są zdecydowanie wyższe. I tak dla porównania „precyzyjność ruchów” w przypadku domów pomocy społecznej występowała w 62% indywidualnych planów, podczas gdy w ośrodkach pozarządowych w 76%. Podobnie sytuacja przedstawia się w stosunku do celu zakładającego ćwiczenie różnych rodzajów chwytów: 47% dla placówek opiekuńczych pobytu stałego i 67% dla ośrodków.

Reasumując wszystkie przedstawione informacje dotyczące wyznaczania priorytetów funkcjonalnych w kształceniu osób z głęboką niepełnosprawnością należy stwierdzić, iż hipoteza mówiąca o tym, że *w placówkach szkolnych, prowadzonych na terenie domów pomocy społecznej nauczyciele w wyznaczaniu priorytetów z zakresu funkcjonowania psychospołecznego i motorycznego bardziej zwracają uwagę na kształtowanie umiejętności z*

zakresu samoobsługi, motoryki małej i dużej, a w placówkach pozarządowych wszystkie dziedziny funkcjonowania są priorytetowe nie potwierdziła się. Przedstawiona analiza danych wyraźnie wskazała, iż nie zależnie od placówki umiejętności związane z funkcjonowaniem społecznym i samoobsługą należą do tych najważniejszych. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku placówek pozarządowych ich realizacja jest dodatkowo wzmacniana poprzez udział w różnego rodzaju dodatkowych zajęciach uspołeczniających oraz w indywidualnych celach realizowanych w trakcie zajęć grupowych.

6.3 Współpraca ze środowiskiem rodzinnym lub personelem opiekuńczym placówek pobytu stałego

W celu dokonania bliższej charakterystyki uczniów, poddano analizie ich środowisko rodzinne. Struktura rodziny, jej skład, stan liczebny, stosunki społeczno-prawne pomiędzy członkami rodziny, stanowią ważne elementy warunkujące prawidłowe jej funkcjonowanie²⁹. Może ona, również wpływać na rozwój psychospołeczny osoby niepełnosprawnej poprzez aktywne uczestnictwo w kształtowaniu procesu rewalidacji własnego dziecka oraz kontynuację zaleceń edukacyjnych w domu. Również nie bez znaczenia jest kontakt z rodziną, dzieci i młodzieży, która z różnych powodów przebywa w domach pomocy społecznej. Odwiedziny oraz pobyty w domach rodzinnych choć tylko tymczasowe wpływają, zarówno na rozwój społeczny jak i psychomotoryczny, a przede wszystkim są wspaniałą okazją do tworzenia się więzi emocjonalnych pomiędzy rodzicami a ich niepełnosprawnym dzieckiem. Podobne znaczenie ma również środowisko zastępcze, w tym przypadku instytucjonalne, obejmujące

²⁹ Dokładniejszy opis funkcjonowania rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym możemy znaleźć w następujących publikacjach: Kielin J.: Jak pracować z rodzicami dziecka upośledzonego? Gdańsk 2003; Kowalska Kantyka M.: Sytuacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w okresie transformacji systemowej. Katowice 2000; Lausch-Żuk J.: Specyficzne problemy sytuacji i rewalidacji dzieci głębiej upośledzonych umysłowo. W: Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie. Red. R.Ossowski, Bydgoszcz 1993; Obuchowska I.: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Warszawa 1999; Pisula E.: Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami w rozwoju. Warszawa 1988;

pracowników domów pomocy społecznej lub zakładów opiekuńczo-leczniczych. Określając ich poziom zaangażowania w proces wychowania, rehabilitacji i edukacji osób z głęboką niepełnosprawnością można określić czy istnieje zależność pomiędzy wspomaganiem, przez nich, procesu prowadzonej rewalidacji a kształtowaniem umiejętności funkcjonalnych.

W prezentowanych badaniach wyróżniłam następujące struktury rodzin:

- pełna,
- niepełna ze względu na separację, rozwód, śmierć jednego z rodziców,
- rodzinę pozostającą w związku nieformalnym (konkubinat).

Uwzględniając specyfikę środowiska dzieci umieszczonych w placówkach pobytu stałego jakimi są domy pomocy społecznej oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze dodano jeszcze jedną kategorię mówiącą o pozbawieniu praw rodzicielskich naturalnych rodziców przebadanego ucznia. Informacja ta wydaje się być pomocna w ustalaniu faktycznego funkcjonowania rodziny oraz jest uzupełnieniem w przypadku, braku danych dotyczących jej struktury. Struktura rodzin została zaprezentowana w tabeli nr 41.

Tabela 41

Struktura rodzin uczniów objętych edukacją w badanych ośrodkach

Struktura rodziny	pełna	Niepełna		Konkubinat	Rodzice pozbawieni praw	Brak danych
		Rozwód separacja	śmierć			
Ośrodek pozarządowy	29	2	3	0	0	8
Domy pomocy społecznej	17	5	3	3	2	17
Ogółem N=89	46 – 52%	7 – 8%	6 – 7%	3 – 3%	2 – 2%	25 – 28%

Jak wynika z danych umieszczonych w tabeli 41 ponad połowa przebadanych uczniów pochodzi z pełnych rodzin. Stanowią oni 52% badanych. Analiza wykazuje zdecydowanie lepszą sytuację formalną rodzin uczniów pobierających naukę w ośrodkach pozarządowych – 69%, niż w rodzinach

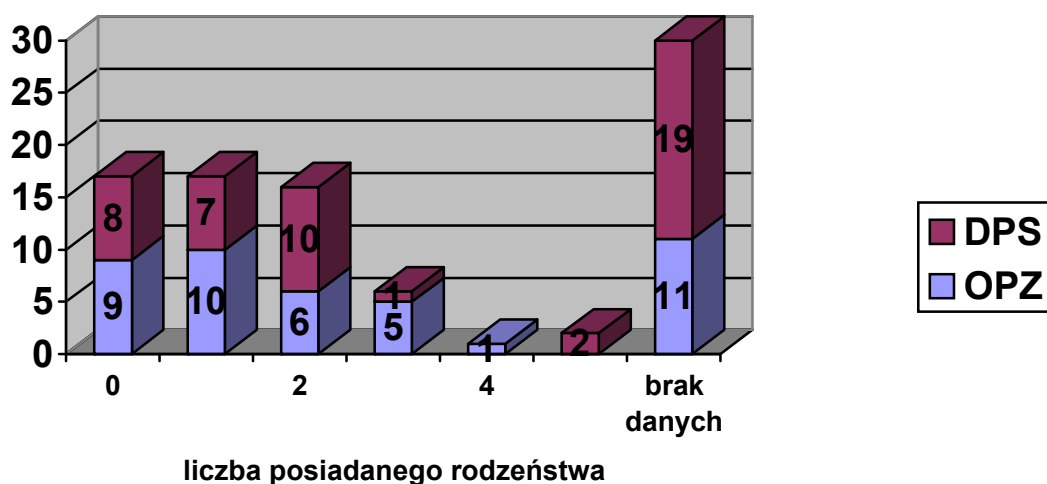
uczniów mieszkających w placówkach pobytu stałego – 36,2%. Zaskakujące jest, że aż w 17 przypadkach (co stanowi aż 36%) nauczyciele nie posiadają żadnych danych dotyczących rodziny własnej ucznia. W ośrodkach pozarządowych brak takich informacji, zaobserwowano tylko w 8 przypadkach – 19%. Tak duża liczba braku informacji świadczyć może o tym, iż nauczyciele pracujący na terenie domów pomocy społecznej nie szukają wsparcia rodziny ucznia. Wynika to pewnie z faktu, umieszczenia przez nich bądź przez nakaz sądowy, dziecka w placówce pobytu stałego.

Sytuacja dziecka w domu rodzinnym uwarunkowana jest często ilością posiadanego rodzeństwa. Często są oni nieświadomym źródłem rozwoju społecznego swojego niepełnosprawnego rodzeństwa, którzy przez obserwację, a niekiedy przez naśladownictwo tworzą struktury zadaniowe wykorzystywane w różnych dziedzinach życia dotyczących, np.: samodzielności i komunikacji. Niekorzystna jest również sytuacja w której następuje ograniczenie kontaktów rówieśniczych, które są często udziałem jedynaków. Należy jednak zauważyć, że wielu autorów podkreśla również fakt, że rodziny wielodzietne nie zawsze w sposób optymalny mogą wpływać na rozwój swoich członków, tym bardziej jeśli jedno z nich jest osobą niepełnosprawną i wymaga specjalnej opieki, rehabilitacji, a niejednokrotnie odpowiednich zabiegów medycznych.

Informacje dotyczące liczby posiadanego rodzeństwa przez uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz ich wiek zostały przedstawione na wykresie 10 i 11.

Wykres 10

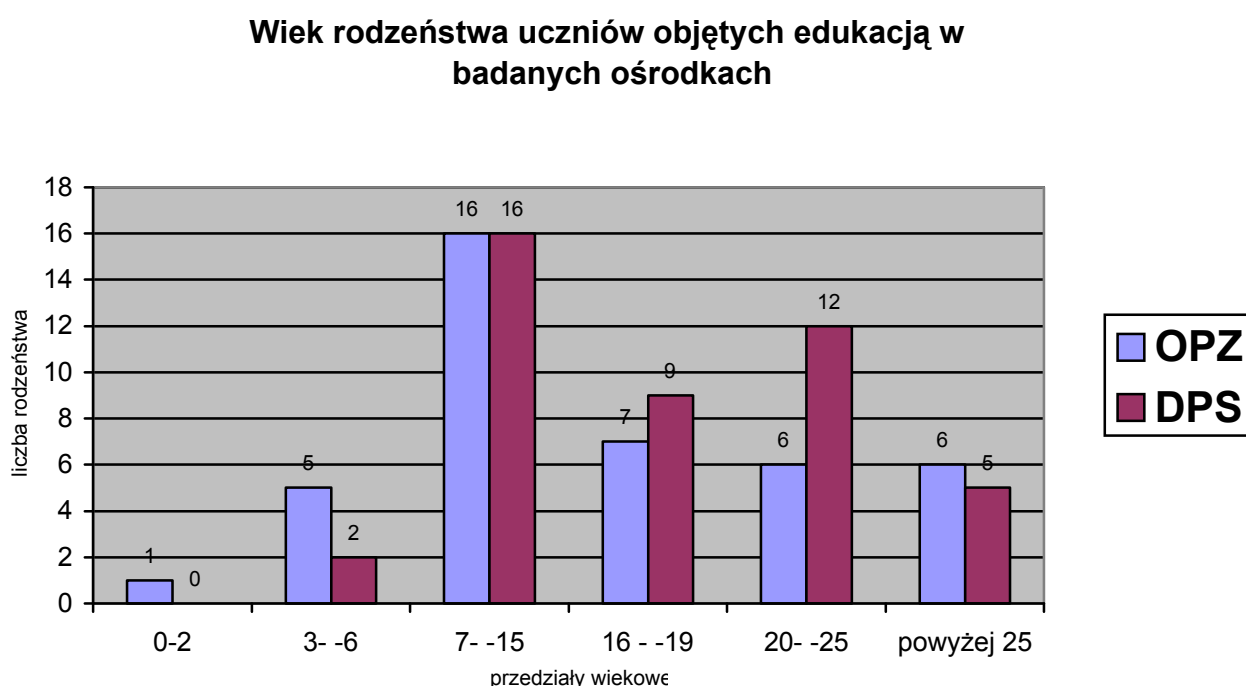
Liczba rodzeństwa u uczniów objętych edukacją w badanych ośrodkach



Z analizy danych przedstawionych na powyższym wykresie wynika, że uczniowie pobierających edukację w ośrodkach pozarządowych mają zdecydowanie więcej rodzeństwa niż uczniowie mieszkający na terenie domów pomocy społecznej. Niestety podobnie jak w przypadku informacji na temat struktury rodziny (tabela nr 41) tak i tu wiadomości dotyczące składu rodziny własnej nie zawsze są kompletne. U uczniów szkoły specjalnej pobierających edukację na terenie placówek opiekuńczych aż 40% nauczyciele nie posiadają wiedzy na temat rodzeństwa swoich wychowanków. Natomiast w ośrodkach pozarządowych brak informacji stanowi 26% zebranych danych. Najliczniej reprezentowane są rodziny które posiadają dwoje lub troje dzieci łącznie z dzieckiem niepełnosprawnym, co stanowi 37%. W 17 przypadkach (18%) uczniowie z głębokim upośledzeniem umysłowym byli jedynakami. Tylko 2% stanowiły rodziny, w których oprócz dziecka niepełnosprawnego było jeszcze czworo rodzeństwa.

Nie bez znaczenia dla funkcjonowania uczniów głęboko upośledzonych ma również wiek rodzeństwa, które zależnie od posiadanych lat mogą stać się osobami przejmującymi część obowiązków dotyczących opieki nad niepełnosprawnym rodzeństwem lub stają się wzorem do naśladowania pewnych zachowań – wykres 11

Wykres 11



Większość rodzeństwa uczniów niepełnosprawnych sytuowała się wiekowo między 7.a 15. rokiem życia. Z danych przedstawionych na wykresie wynika, iż zdecydowana większość starszego rodzeństwa należy do uczniów zamieszkałych w domach pomocy społecznej.

Niewielką grupę stanowiło rodzeństwo mieszczące się w przedziale wiekowym od 0 do 6 lat. Zatem można przypuszczać, że w większości przypadków starsze rodzeństwo może stać się pomocne w opiece nad swoim niepełnosprawnym bratem lub siostrą. Patrząc na liczebność grupy wiekowej

mieszczącej się w dwóch ostatnich przedziałach tj. : 20-25 i powyżej 25 lat zauważyć trzeba, że wiek może wskazywać na to, iż w większości przypadkach osoby te mogą być już samodzielne, a nawet posiadać własne rodziny prokreacyjne lub ewentualnie kontynuować naukę. Ten fakt z pewnością będzie czynnikiem utrudniającym pomoc rodzicom w opiece i wychowaniu ich niepełnosprawnego dziecka. W przypadku uczniów zamieszkałych na terenie domów pomocy społecznej również może to sugerować, że ich starsze rodzeństwo nie ma warunków na zapewnienie należytej opieki swojemu niepełnosprawnemu rodzeństwu lub nie czuje się za nie odpowiedzialne.

Sytuacja dziecka niepełnosprawnego w dużej mierze zależy również od położenia socjalnego rodziny, który uwzględnia zarówno czynniki mieszkaniowe jak i materialne. W dużym stopniu warunkują one również zaspokajanie potrzeb oraz możliwość stworzenia jak najlepszych warunków rozwoju osoby głęboko upośledzonej umysłowo, związane chociażby z dostosowaniem mieszkania dla swojego niepełnosprawnego dziecka, zakupem specjalistycznego sprzętu, a niejednokrotnie lekarstw.

Zebrane informacje dotyczące sytuacji socjalnej pochodziły z przeprowadzonych wywiadów z nauczycielami. Jako główne kryteria brano pod uwagę posiadanie stałej pracy oraz możliwość zaspokajania potrzeb.

Wyróżniono cztery kategorie warunków socjalno-bytowych rodzin:

1. bardzo dobra – rodzina posiada stałe wysokie dochody pozwalające na zaspokojenie jej wszystkich potrzeb,
2. dobre – rodzina posiada stałe średnie dochody, pozwalające na zaspokojenie jej wszystkich potrzeb,
3. przeciętne – rodzina posiada niskie ale stałe dochody, pozwalające na zaspokojenie podstawowych potrzeb,
4. zła – rodzina nie posiada stałych dochodów na zaspokojenie podstawowych potrzeb.

Analiza zebranych danych wykazała, iż tylko w 7% sytuacja jest oceniana przez nauczycieli jako bardzo dobra, a w 13% mamy do czynienia z bardzo złą sytuacją materialną rodzin. 36% odpowiedzi dotyczy sytuacji w których brakuje danych.

Szczegółowe informacje zawarto w tabeli 42.

Tabela 42

Sytuacja socjalna rodzin uczniów głęboko upośledzonych umysłowo objętych edukacją w badanych ośrodkach

Sytuacja socjalna rodzin	Uczniowie z OPZ N=42		Uczniowie z dps N=47		Ogółem N=89	
	Liczba	%	liczba	%	Liczba	%
Bardzo dobra	5	12%	1	2%	6	7%
Dobra	10	24%	7	15%	17	19%
Przeciętna	13	31%	9	19%	22	25%
Zła	1	2%	11	24%	12	13%
Brak danych	13	31%	19	40%	32	36%

Zestawienie danych dotyczących sytuacji socjalnej rodzin uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych pobierających edukację na terenie domów pomocy społecznej i ośrodków pozarządowych wskazuje jednoznacznie, iż zdecydowanie gorsze warunki obserwujemy u tych osób, które na stałe są umieszczone w placówkach opiekuńczych – 24%, podczas gdy w ośrodkach pozarządowych z taką sytuacją spotykamy się tylko w 2 przypadkach, co stanowi 2%.

Po raz kolejny natomiast potwierdziła się bardzo mała wiedza nauczycieli na temat rodziny własnej uczniów i jej funkcjonowania, dotyczy to aż 36% osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. O ile w przypadku osób zamieszkałych na stałe w placówkach opieki społecznej jest to w jakimś sensie wytłumaczalne (kontakt z personelem opiekuńczym, który przejmuje rolę opiekunów) to w przypadku uczniów zamieszkałych w domach rodzinnych już

nie. Taki stan rzeczy jest podstawą do wysunięcia wniosku, iż współpraca z rodzicami będzie bardzo ograniczona. Trudno mówić o wielopłaszczyznowej rewalidacji obejmującej swym zasięgiem dom rodzinny i osoby go tworzące, jeśli nie zdajemy sobie sprawę z tego, czy w tej rodzinie istnieją podstawowe warunki do jej realizacji.

Potwierdzenie wysuniętego wniosku znajdujemy również w kolejnych informacjach zebranych od nauczycieli, a dotyczących dostosowania mieszkania do potrzeb osoby głęboko upośledzonej umysłowo. „Wielofunkcyjność mieszkania powoduje, że służy ono zaspokajaniu wielu potrzeb egzystencjalnych (...), społecznych, psychicznych. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe uniemożliwiają normalny rozwój człowieka, wpływają na stan zdrowia, uniemożliwiają rozwijanie aspiracji kulturalnych, regenerację sił, wypoczynek”³⁰. W przypadku dziecka z głęboką, wieloraką niepełnosprawnością informacje te, nabierają jeszcze większego znaczenia w kontekście podstawy umożliwienia im dalszego rozwoju. Ze względu na fakt, iż u uczniów zamieszkujących w placówkach pomocy społecznej, to ona ma stworzyć takie warunki pominęto tę grupę osób w dalszej analizie. W przypadku osób pobierających edukację w ośrodkach pozarządowych tylko w 13 (31%) przypadkach nauczyciele odpowiedzieli jednoznacznie czy mieszkanie jest dostosowane do ich potrzeb:

-11 uczniów (26%) posiada takie warunki,

-2 (5%) uczniów nie posiada.

W stosunku do 29 osób brakuje danych. Grupa ta stanowi aż 69% wszystkich przebadanych uczniów pobierających edukację w ośrodkach pozarządowych.

Na sytuację materialną wpływa zatrudnienie oraz wykształcenie rodziców, które uzależnia status materialny i społeczny. Poziom wykształcenia rodziców jest bardzo zróżnicowany. Zdecydowanie niższe wykształcenie można

³⁰ Piekut-Brodzka D.: Warunki bytu osób niepełnosprawnych. „Praca i zabezpieczenia społeczne” 1995, nr 12, s.33

zaobserwować u tych, których dzieci są na stałe umieszczone w placówce opiekuńczej - stanowią oni 17%. Natomiast wyższe wykształcenie posiada tylko 3%. U rodziców, których potomstwo pobiera edukację w ośrodkach pozarządowych podstawowe wykształcenie ma tylko 5% osób. Najliczniejszą grupę stanowią rodzice z wykształceniem zawodowym – 30%. Niestety znowu u prawie połowy rodziców brakuje danych - 48%. Szczegółowe informacje zawiera tabela 43.

Tabela 43

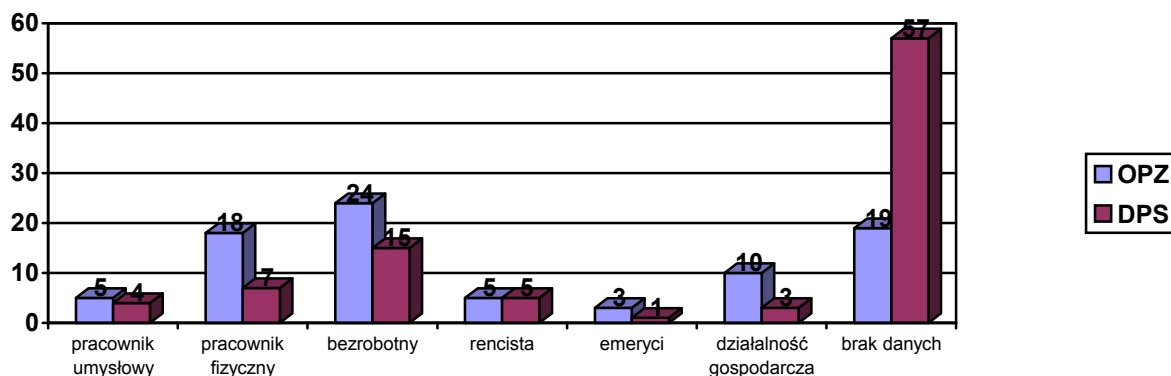
Wykształcenie rodziców uczniów przebywających w badanych ośrodkach

Poziom wykształcenia	Rodzice dzieci z OPZ		Rodzice dzieci z dps		Ogółem	
	liczba	%	liczba	%	Liczba	%
Podstawowe	4	5%	16	17%	20	11%
Zawodowe	25	30%	17	18%	42	24%
Średnie	17	20%	6	6%	23	13%
Wyższe	5	6%	3	3%	8	4%
Brak danych	33	39%	52	56%	85	48%

Podobnie sytuacja przedstawia się z pracą zawodową rodziców uczniów głęboko upośledzonych. Jest ona naturalną konsekwencją posiadanego wykształcenia przez rodziców. Nauczyciele pracujący w ośrodkach pozarządowych mają jednak w tym zakresie zdecydowanie większą wiedzę na temat zatrudnienia opiekunów prawnych swoich uczniów. Brak danych obserwujemy w tym przypadku 23%. Informacje przedstawia wykres 12.

Wykres 12

Rodzaj wykonywanej pracy przez rodziców uczniów przebywających w badanych ośrodkach



Jak dowodzą przedstawione dane najliczniejszą grupą stanowią osoby bezrobotne – 22%. Aż 21% z tej grupy to matki, które w większości przypadków zajęły się wychowywaniem niepełnosprawnych dzieci. Wyniki te są zgodne z ustaleniami M. Kowalskiej-Kantyki, która stwierdza³¹, iż większości rodzin posiadających dziecko niepełnosprawne obowiązek utrzymania spada na ojca.

Zebrane informacje pokazują, że zdecydowanie większa liczba osób bezrobotnych jest po stronie rodziców dzieci pobierających edukację w ośrodkach pozarządowych. Wydaje się, że fakt ten jest podyktowany zbyt małą ilością danych zebranych na omawiany temat od nauczycieli pracujących na terenie domów pomocy społecznej. W trakcie przeprowadzania wywiadów często podkreślali, iż nie mają pewności co do rodzaju wykonywanej pracy jak i wykształcenia rodziców, ponieważ kontakt z rodziną własną uczniów jest zbyt mały, a posiadane informacje są często zebrane podczas przypadkowych rozmów z personelem opiekuńczym placówki.

³¹ Kowalska-Kantyka M.: Sytuacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w okresie transformacji systemowej. Katowice 2000, s.26-29.

Istotną zmienną, dotyczącą uczniów mieszkających na stałe w domach pomocy społecznej, która będzie również warunkowała zarówno wiedzę na temat rodziny własnej dziecka jak i ewentualną współpracę z nauczycielami jest liczba lat spędzonych w placówce opiekuńczej. Wprowadziłam 4 kategorie, w przedziałach:

1. 0-5 – 12 osób (25%),
2. 6-10 – 14 osób (30%),
3. 11-15 – 13 osób (28%),
4. powyżej 16 – 8 osób (17%).

W przedziale wiekowym powyżej 16 lat aż 6 osób spędziło w domu pomocy społecznej 20 lat, czyli prawie całe swoje życie. Głównymi powodami umieszczenia dziecka w placówkach opiekuńczych był wniosek rodziców – 24 osoby (51%), następnie odebranie praw rodzicielskich rodzicom – 12 osób (25%). Najmniejszą grupę stanowiły te rodziny, które ze względu na różne sytuacje nie były w stanie wychowywać swoich niepełnosprawne dzieci, określane mianem nie wydolnych wychowawczo – 9 osób (19%). Przedstawione informacje dają nam również dodatkowy obraz rodzin, tych uczniów, którzy na stałe przebywają w placówkach opiekuńczych. Chcąc uzyskać informację czy przebywanie w domach pomocy społecznej pozostaje w związku z kształtowaniem umiejętności funkcjonalnych obliczono korelację, a wyniki przedstawiono w tabeli 44.

W większości przypadków korelacja pomiędzy latami spędzonymi w placówkach opiekuńczych a umiejętnościami funkcjonalnymi jest prawie nic nie znacząca. Tylko w przypadku działu Obsługi i poddziałów , które ją tworzą uzyskane wyniki wskazują na wyraźną, lecz małą korelację Podobnie jak w przypadku istotności statystycznej.

Tabela 44

Okres pobytu uczniów w placówkach opiekuńczych a rodzaj i poziom kształtowanych umiejętności funkcjonalnych

Rodzaj umiejętności funkcjonalnych	Liczba osób	Wartość korelacji	Wartość statystyczna	Istotność statystyczna
lata_w - I_JEDZENIE	47	0.355	2.463	p<0.01
lata_w - I_PORUSZANIE	47	0.297	2.028	p<0.05
lata_w - I_TOALETA	47	0.353	2.449	p<0.01
lata_w - I_UBIERANIE	47	0.264	1.795	p<0.05
lata_w - II_OD	47	-0.059	0.392	NZ
lata_w - II_DO	47	0.220	1.487	NZ
lata_w - III_USPOLECZNIE	47	0.178	1.193	NZ
lata_w - IV_SPRAWNOŚCI MANUALNE	47	0.146	0.973	NZ
lata_w - IV_ZRĘCZNOŚĆ	47	0.118	0.787	NZ
lata_w - OBSŁUGA	47	0.366	2.542	p<0.01
lata_w - KOMUNIKACJA	47	0.081	0.540	NZ
lata_w - USPOLECZNIE	47	0.178	1.193	NZ
lata_w - ZAJĘCIA	47	0.135	0.898	NZ
lata_w - CAŁOŚĆ	47	0.232	1.566	NZ

Znając już bardzo krótką charakterystykę funkcjonowania rodzin, w kategoriach socjalno-bytowych, uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych należy zastanowić się jak wygląda współpraca i udział w procesie edukacji ich niepełnosprawnego dziecka. F.Wojciechowski³² próbując odpowiedzieć na pytanie: jakie czynniki warunkują udział rodziców w procesie rehabilitacji, zwraca uwagę na dostępność różnych form pomocy specjalistycznej i towarzyszące temu bezpieczeństwo, pozwalające w ten sposób lepiej przystosować się do zadań, obowiązków i specjalnych potrzeb rozwojowych dziecka. Zwraca uwagę, że tylko uznanie ich jako podmiotu, z ich wiedzą na temat funkcjonowania dziecka i jego potrzeb, pozwoli na pełną wartościową i komplementarną współpracę.

Zebrane informacje pochodzą z ankiet dla nauczycieli oraz indywidualnych kart każdego ucznia, ocena zatem współpracy z rodziną miała charakter indywidualny i globalny. W przypadku dzieci i młodzieży

³² Wojciechowski F.: Niepełnosprawność, rodzina, dorastanie. Warszawa 2007, s. 91.

mieszkającej w domach pomocy społecznej przeanalizowano również współpracę ze środowiskiem opiekuńczym, gdyż ci stają się bezpośrednimi opiekunami osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną.

Oceniając współpracę brano pod uwagę zaangażowanie rodziców w proces rewalidacji, a szczególnie w realizację celów rozwoju zawartych w indywidualnych planach ucznia. Dodatkowym kryterium było uczestnictwo we wszystkich formach spotkań organizowanych na terenie placówki oraz pomoc przy organizacji ewentualnych imprezach.

Wyróżniono cztery kategorie indywidualnej oceny współpracy z rodzicami ucznia:

- bardzo dobra- współpracują ze szkołą lub ośrodkiem, angażują się w realizację celów rewalidacyjnych, czynnie uczestniczą we wszystkich spotkaniach dla rodziców, często oferują swoją pomoc,
- dobra - interesują się przebiegiem edukacji ich dziecka, szczególnie postępami rozwojowymi, starają się uczestniczyć we wszystkich formach spotkań rodzicami,
- sporadyczna – czasami wykazują zainteresowanie postępami dziecka, od czasu do czasu przychodzą na spotkania organizowane w placówkach
- zła bądź jej brak- przejawiają bardzo małe lub zupełny brak zainteresowania rozwojem dziecka, bardzo rzadko lub w ogóle nie przychodzą na spotkania, przejawiają bierną postawę.

Informacje dotyczące oceny współpracy zawarto w tabeli 45.

Dokonując analizy oceny współpracy rodziców z nauczycielami można stwierdzić, iż w ośrodkach pozarządowych sytuacja wzajemnego wspierania się w realizacji procesu wielostronnego usprawniania dziecka głęboko upośledzonego umysłowo jest zdecydowanie wyższa. Nauczyciele dokonując indywidualnie oceny, w większości przypadków wskazywali na dobrą i bardzo dobrą współpracę. W sumie stanowiły 86% wszystkich odpowiedzi, zebranych w tej grupie dzieci. Potwierdzeniem tych wniosków są również dane zawarte w

ankietach skierowanych do nauczycieli, aż 82% (14 osób, w tym 3 osoby wystawiły bardzo dobrą ocenę a 11 osób dobrą) wskazują na taki sam poziom współpracy z rodzicami. W uzasadnieniu odpowiedzi najczęściej wymieniane opinie dotyczyły aktywnego udziału rodziców w życiu placówki, dużego zainteresowania rozwojem swojego dziecka oraz zaangażowania w tworzenie indywidualnych programów rozwoju. Ponad połowa ankietowanych nauczycieli (59% - 10 osób) pracujących w ośrodkach pozarządowych potwierdziła, iż kontakt z rodzicami należy do systematycznych. Pozostałe odpowiedzi zawierają informacje o tym, że wzajemna współpraca jest sporadyczna i często ogranicza się tylko do wizyt w ośrodku.

Tabela 45

Indywidualna ocena nauczycieli dotycząca współpracy rodziców z uczniem

Kryteria oceny	Rodzice dzieci z OPZ		Rodzice dzieci z dps		Ogółem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Bardzo dobra	12	29%	0	0%	12	14%
Dobra	24	57%	7	15%	31	35%
Sporadyczna	6	14%	4	8%	10	11%
Zła, bądź jej brak	0	0%	36	77%	36	40%

Z informacji przedstawionych w tabeli 45 wynika, iż w indywidualnej ocenie współpracy z rodzicami dzieci zamieszkałych na stałe w domach pomocy społecznej ani w jednym przypadku nie postawiono oceny bardzo dobrej. W większości wypadków stwierdzono, że wzajemne relacje należy zaklasyfikować do grupy określanej jako złe lub ich całkowity brak. W placówkach, w których dokonywano szczegółowej analizy zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, w rozmowach prowadzonych z nauczycielami pojawiały się opinie stwierdzające, iż w większości przypadków rodzina własna ich ucznia jest im nieznana. Ewentualna znajomość ogranicza się do przypadkowych spotkań a nie zaplanowanych wizyt, których celem byłoby chociażby zdobycie informacji na

temat funkcjonowania i postępów ich dziecka. Porównując wyżej przedstawione informacje z danymi uzyskanymi w ankietach dla nauczycieli można zauważyć, że przedstawiona sytuacja nie w każdym domu pomocy społecznej jest taka sama. W 13 przypadkach, co stanowiło 36% zebranych odpowiedzi, nauczyciele ocenili kontakt z rodziną własną dziecka jako dobry i bardzo dobry. Osoby te również potwierdzają, że ich kontakt jest systematyczny. Prawdopodobnie związane jest to również z pracą socjalną samego domu pomocy społecznej. Przykładem takich oddziaływań mogą być organizowane spotkania dla swoich podopiecznych z rodziną własną np. przy okazji uroczystości świątecznych czy innych formach. W uzasadnieniach wystawionej oceny najczęściej pojawiają się opinie dotyczące zainteresowaniem postępami dziecka.

Aż 47% stwierdzeń dotyczyło informacji stwierdzającej o trudnościach w prawidłowej ocenie współpracy gdyż nie mają oni kontaktu z rodzicami swoich uczniów.

Dokonując podsumowania współpracy z rodziną własną ucznia przeprowadziłam analizę zależności pomiędzy kształtowaniem umiejętności funkcjonalnych a udziałem rodziców w procesie rewalidacji. Uzyskane wyniki przedstawiłam w tabeli 46.

Analiza danych uzyskanych przez uczniów zajęć rewalidacyjnych wykazała, iż pomimo bardzo dobrej i dobrej współpracy rodziców z nauczycielami, nie uzyskali oni zdecydowanie korzystniejszych wyników zarówno w pierwszej jak i w drugiej turze badań testem Gunzburga. W przypadku uczniów, u których współpraca z rodzicami oceniona była jako bardzo dobra w dziedzinach: „komunikacja” i „uspołecznienie” zaobserwowano nawet regres. Trudno zatem jednoznacznie stwierdzić, iż hipoteza mówiąca o tym, że aktywne uczestnictwo rodziców w procesie rewalidacji osób z głębokim upośledzeniem znacząco wpływa na rozwój ich umiejętności funkcjonalnych. Wydaje się zasadnym podkreślenie faktu, że taka postawa rodziców jest jedną z

wielu zmiennych wpływających na efektywność prowadzonej edukacji. Należy również wziąć pod uwagę inne zmienne, np.: sprzężenia, dodatkowe choroby somatyczne czy zaburzenia w zachowaniu, które nakładając się na siebie tworzą różnego rodzaju dodatkowe bariery w rozwoju ucznia z głęboką niepełnosprawnością intelektualną.

Tabela 46

Zależność między kształtowaniem umiejętności uczniów występujących w teście Gunzburga a współpracą rodziny z nauczycielami w badanych placówkach

	BARDZO DOBRA WSPÓŁPRACA N=12		DOBRA WSPÓŁPRACA N=31		SPORADYCZNA WSPÓŁPRACA N=10		ZŁA LUB BRAK WSPÓŁPRACY N=36	
	Suma pkt. uzyskanych w I badaniu	Różnica pkt. uzyskanych w II badaniu	Suma pkt. uzyskanych w I badaniu	Różnica pkt. uzyskanych w II badaniu	Suma pkt. uzyskanych w I badaniu	Różnica pkt. uzyskanych w II badaniu	Suma pkt. uzyskanych w I badaniu	Różnica pkt. uzyskanych w II badaniu
GLÓWNE DZIEDZINY FUNKCJONOWANIA								
OBSŁUGA	51,5±40,4	0,3±4,4	51,8±28,9	0,4±4,4	39,6±40,7	0,8±1,2	62,8±32,8	0,5±6,2
KOMUNIKACJA	34,7±21,0	-0,4±5,2	28,6±16,8	1,6±4,1	29,2±22,5	0,3±1,3	38,9±28,1	1,6±7,1
USPOLECZNIE NIE	25,7±17,8	-1,3±11,2	17,2±12,2	1,5±2,7	20,7±22,1	2,0±2,9	27,0±18,4	0,1±4,3
ZAJECIA	27,7±25,5	2,1±6,1	24,0±15,1	1,5±5,3	26,4±28,9	0,3±0,5	37,6±22,4	-0,9±4,5
CAŁOŚĆ	139,5±98,1	0,6±19,5	121,6±58,8	4,9±10,8	115,9±110,9	3,4±3,7	166,3±91,6	1,0±13,4

W przypadku uczniów zamieszkałych w domach pomocy społecznej bardzo ważna jest współpraca pomiędzy nauczycielami a personelem opiekuńczym i terapeutycznym placówki. To on na stałe przejął opiekę i wychowanie nad niepełnosprawnym dzieckiem. Do jego zadań nie tylko należą czynności opiekuńcze ale również proces usprawniania w każdej dziedzinie funkcjonowania, poczynając od rehabilitacji ruchowej poprzez rozwój psychospołeczny kończąc na samoobsłudze. Aby prowadzona rewalidacja ucznia głęboko upośledzonego umysłowo była pełna zarówno personel placówek opiekuńczych jak i nauczyciele muszą ze sobą współpracować.

Zgodnie z założeniami diagnozy funkcjonalnej i stworzonym na tej podstawie indywidualnym planie rozwoju należy do procesu rewalidacji włączyć wszystkie osoby z najbliższego otoczenia osoby upośledzonej umysłowo, tak aby ich działania wzajemnie się dopełniały i uzupełniały. W przypadku uczniów mieszkających na stałe w placówkach opiekuńczych są nimi oprócz nauczycieli terapeuci, rehabilitanci i personel opiekuńczy.

Ankietowani nauczyciele tylko w 17% ocenili współpracę z personelem placówek jako dobrą i bardzo dobrą, wskazując, że nadrzędnym celem jest dobro dziecka. 36% odpowiedzi wskazywało, że trudno ocenić ich wzajemne relacje dotyczące rewalidacji, gdyż mają oni zupełnie inny zakres obowiązków. W takim przypadku nie tylko nie byli dla siebie wzajemnym wsparciem w procesie usprawniania ucznia z głęboką niepełnosprawnością intelektualną ale również ich działania nie uzupełniały się. Wśród uzyskanych odpowiedzi, 11% dotyczyło opinii mówiącej o złej ocenie, wskazując jednocześnie na fakt nie rozumienia działań nauczyciela i ich celowości. Podobne stwierdzenia uzyskano w kwestii tworzenia wspólnego planu rozwoju ucznia i podopiecznego placówki. Najwięcej ankietowanych nauczycieli – 28%, udzieliło odpowiedzi negatywnej, co do współpracy w tym zakresie. Liczną grupę stanowili również Ci, którzy zwracali uwagę na fakt, iż to pracownicy placówki opiekuńczej nie widzą takie potrzeby - 17%. Część nauczycieli stwierdziła, że współpraca w tworzeniu indywidualnego programu rewalidacji jest zbyteczna – 8%.

Nie wszystkie dane należały do grupy odpowiedzi negatywnych. 11% ankietowanych potwierdziło fakt współudziału pracowników domów pomocy społecznej w ustalaniu celów zawartych w indywidualnym programie ucznia. Taka sytuacja świadczy o tym, iż w niektórych przypadkach oprócz dobrej współpracy istnieje jeszcze dobra znajomość podstawowych zasad rewalidacji zarówno po stronie nauczycieli jak i pracowników placówki pobytu stałego.

Zakres współpracy pomiędzy wychowawcami a personelem placówki opiekuńczej ograniczała się w głównej mierze do:

- przygotowania ucznia do zajęć (wykonane zabiegi pielęgnacyjne: umycie, ubranie) – 36%,
- wymiany uwag dotyczących funkcjonowania psychofizycznego i zdrowia ucznia (np. zmiana leczenia, poinformowanie o chorobie, wystąpieniu zachowania trudnego itp.) – 33%,
- pomocy przy problemach zdrowotnych (np. przy ataku padaczki w trakcie zajęć rewalidacyjnych) – 22 %.

Reasumując przedstawione informacje należy stwierdzić, że hipoteza mówiąca o tym, *iż umiejętności, które są kształtowane podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych nie są „wzmacniane” i utrwalane przez środowisko rodzinne oraz personel opiekuńczy u ucznia przebywającego na stałe w placówkach opiekuńczo-wychowawczych* potwierdziła się, chociaż zdarzają się pojedyncze przypadki wzajemnej ścisłej współpracy.

Rozdział VII

**Specyficzne warunki rozwoju psychofizycznego i
somatycznego uczniów zajęć rewalidacyjno-
wychowawczych, wpływające na efektywność
prowadzonej edukacji**

W rozdziale tym została zaprezentuję charakterystykę dodatkowych czynników utrudniających proces edukacji uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, między innymi takich jak: sprzężenia rozwojowe, przewlekłe choroby somatyczne, zażywanie leków. Określenie zależności pomiędzy wyżej wymienionymi czynnikami a kształtowaniem umiejętności funkcjonalnych u uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym, stanowić będzie podstawę oceny prowadzonej edukacji w ośrodkach pozarządowych i na terenie domów pomocy społecznej pod kątem jej efektywności.

W części metodologicznej sformułowano dwie hipotezy dotyczące czynników mogących utrudniać proces edukacji. W pierwszej przyjęto, że im bardziej zaburzony jest rozwój psychofizyczny oraz somatyczny ucznia, tym częściej pojawiają się większe trudności edukacyjne. Druga hipoteza zakładała, iż formy wcześniejszej edukacji są czynnikiem, który przyczynia się do większego postępu w kształtowaniu umiejętności psychomotorycznych.

Analizę materiału empirycznego prowadzono z myślą o weryfikacji przedstawionych hipotez. Głównym kryterium stwierdzającym postęp lub regres w rozwoju funkcjonalnym ucznia były punkty uzyskane w teście PPAC Gunzburga. Dokonywano analizy porównawczej wyników zdobytych przez osoby pobierające edukację w ośrodkach pozarządowych i na terenie domów pomocy społecznej.

Prezentację uzyskanych wyników przedstawiono w trzech podrozdziałach. Pierwszy omawia dodatkowe sprzężenia rozwojowe występujące u uczniów z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Zawiera charakterystykę dwóch najczęściej występujących zaburzeń u przebadanych osób, jakimi są: mózgowie porażenie dziecięce oraz autyzm. Ponadto zawarto informacje dotyczące tzw. „zachowań trudnych”, których występowanie powoduje duże utrudnienia w zdobywaniu nowych kompetencji funkcjonalnych. Przedstawiono również formy pracy edukacyjnej, najczęściej stosowanej w pojawieniu się określonych zaburzeń.

Druga część tego rozdziału zawiera opis występujących u uczniów chorób przewlekłych oraz inne wynikające z tego faktu konsekwencje mogące uzależniać efektywność procesu kształcenia np.: zażywane leki, pobyty w szpitalach oraz frekwencja na zajęciach. Następnie scharakteryzowano dotychczasowe formy kształcenia i ich zależność w zdobywaniu nowych umiejętności funkcjonalnych.

7.1 Występowanie sprzężonych zaburzeń rozwojowych i zachowań trudnych a rozwój społeczny i psychomotoryczny uczniów

Upośledzenie umysłowe, a szczególnie to głębokiego stopnia, niesie za sobą bardzo różnorodny obraz kliniczny. Towarzyszą mu często dodatkowe obciążenia chorobowe i inne zaburzenia organiczne. Niejednokrotnie pojawienie się jednych niejako warunkuje występowanie innych jednostek chorobowych, np. w Zespole Downa spotykamy bardzo często wady serca¹, a w MPD np.: wady wzroku i padaczkę. Występowanie określonych zaburzeń uzależnia dobór odpowiedniego postępowania rehabilitacyjnego poprzez właściwe zastosowanie metod pedagogicznych, które wpływają na postęp w rozwoju psychospołeczno-fizycznym. Prowadzone leczenie farmakologiczne często dodatkowo utrudnia postęp edukacyjny. Dlatego dokonałam analizy informacji dotyczących stanu zdrowia, występujących zaburzeń i leczenia farmakologicznego u uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. Następnie zbadałam zależność pomiędzy stanem somatyczno-fizycznym a zdobytą oceną umiejętności funkcjonalnych.

Najczęściej występujące u przebadanych osób zaburzenia zostały zebrane w tabeli 47.

¹ Pellar J., Dołyk B. Masłowska E., Wójcik E., Nitsch A.: Występowanie wrodzonych wad serca u dzieci z zespołem Downa. W: Współczesna diagnostyka i rehabilitacja dziecka z Zespołem Downa. Red. J. Patkiewicz, Wrocław 1996

Tabela 47**Zaburzenia organiczne, metaboliczne, genetyczne występujące u uczniów badanych placówek**

Najczęściej występujące zaburzenia	Liczba osób ogółem	
	OPZ	DPS
Zespół Downa	9	
	1	8
Małogłowie	6	
	2	4
Wodogłowie	7	
	3	4
Mózgowe Porażenie Dziecięce	41	
	21	20
Zespół Wad Wrodzonych	5	
	2	3
Mukopolisacharydoza	2	
	2	0
Autyzm	33	
	16	17

- wyniki nie sumują się, ponieważ zdarzają się przypadki osób u których wymienione zaburzenia łączą się.

Ze względu na to, iż mózgowe porażenie dziecięce -MPD oraz inne zaburzenia w tym autyzm występowały najczęściej autorka pracy postanowiła dokonać szczegółowej analizy wyników uzyskanych przez uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych przed i po zakończeniu badań własnych.

U zdecydowanej większości uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych spotykamy Mózgowe Porażenie Dziecięce (MPD). Wg Z. Łosiowskiego jest to „parasol obejmujący różnorodne zmieniające się wraz z wiekiem zaburzenia ruchu i postawy”². Do najczęściej występujących należą różnorodne porażenia, niedowłady, ruchy mimowolne, zaburzenia napięcia mięśniowego i równowagi. Inne obserwowane współistniejące objawy uszkodzenia mózgu to: padaczka, zaburzenia mowy, wzroku i słuchu. L.Sadowska³ wskazuje na to, że

² Czochańska J., Łosiowski Z.: Mózgowe porażenie dziecięce. W: Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne. cz.1. Red.Z.Łosiowskiego. Warszawa 1997, s.11.

³ Sadowska L., Józefowski P.: Problemy rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym usprawnianych w systemie ambulatoryjnym. W: Problemy barier rozwoju dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Red. J.Patkiewicza. Wrocław 1998, s.71.

odpowiednie „leczenie i rehabilitacja pozwala na wydobyć z dziecka jego potencjału rozwojowego” oraz zapobiega wytwarzaniu się nieprawidłowych zastępczych wzorców motoryki spontanicznej. Każda metoda, każde postępowanie terapeutyczne jest pomocne w przypadku jeżeli jest dostosowane do możliwości i potrzeb dziecka. Zawsze jednak należy pamiętać o tym, iż efekt terapeutyczny jest warunkowany rodzajem i stopniem uszkodzenia mózgu, a także występowanie bądź ich brak dodatkowych sprzężeń. Nie bez znaczenia jest także wiek osób z mózgowym porażeniem dziecięcym. Dlatego też autorka pracy dokonała analizy uzyskanych wyników w następujących kategoriach:

1. wszyscy przebadani uczniowie bez diagnozy mózgowego porażenia dziecięcego (n=48)
2. wszyscy przebadani uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym (n=41)

Uzyskane wyniki nie zawsze są istotne statystycznie. Przyczynę takiego stanu rzeczy można upatrywać w ilości godzin rehabilitacji, systematyczności ćwiczeń oraz zbyt krótkim czasie pomiędzy początkowym a końcowym okresie badań. Ogólna suma punktów uzyskanych przez uczniów z mózgowym porażeniem jest nieco niższa niż u osób bez w/w zaburzenia i wynosi $134,7 \pm 78,7$ pkt., podczas gdy druga grupa uzyskała $147,2 \pm 92,7$ pkt. w pierwszym badaniu. Najslabszymi umiejętnościami są te, które zawierają się z dziedzinach: obsługa i zajęcia. Są one związane z czynnościami manualnymi. Tylko w obrębie jednej grupy – obsługa siebie, pojawiała się istotność statystyczna, między występowaniem mózgowego porażenia dziecięcego a kształtowaniem umiejętności zawartych w/w grupie, w trakcie pierwszego badania, i wynosi $p < 0,05$.

Duża różnica punktowa wynika z ogólnej charakterystyki zaburzenia jakim jest mózgowie porażenie dziecięce i z trudnościami jakimi niesie za sobą (przede wszystkim ogromne trudności ruchowe z zakresu motoryki dużej i małej). Należy pamiętać, że oceniane były głównie umiejętności związane z

jedzeniem, poruszaniem się, toaletą oraz ubieraniem. Dokonując analizy drugich wyników uzyskanych przez uczniów po upływie ok. 7-8 miesięcy i uczestniczeniu w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych prawie wszystkie zdobyte przez dzieci i młodzież z mózgowym porażeniem dziecięcym są wyższe od wyników osób bez tego zaburzenia. Tylko w zakresie umiejętności zawartych w „zajęciach” tzn.: sprawności manualnej i zręczności uczniowie z mózgowym porażeniem uzyskali niższe wartości punktowe, ich istotność statystyczna wyniosła $p < 0,05$. Podsumowując, ogólna suma punktów uzyskanych w drugiej turze badań równa się: $2,2 \pm 13,9$ dla uczniów bez mózgowego porażenia i $3,0 \pm 11,5$ dla uczniów z omawianym zaburzeniem. Próbuąc odpowiedzieć sobie na pytanie co mogło wpłynąć na taki wynik, autorka pracy przeanalizowała dodatkowe zajęcia w których uczestniczyli uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym. Informacje te zostały zebrane w tabeli 48.

Tabela 48

Rodzaje zajęć specjalistycznych organizowanych dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

Typy zajęć	Liczba osób objęta spotkaniami		Średnia ilość spotkań tygodniowo $\bar{X}$
Rehabilitacja	29	21 OPZ	3,6 dla OPZ
		8 DPS	2,75 dla DPS
Zajęcia logopedyczne	18		2,6
Muzykoterapia	10		1
Spotkania z psychologiem	12		1,5

Na podstawie zebranych informacji można stwierdzić, że ogółem 70% przebadanych dzieci z diagnozą mózgowego porażenia (41 osób) ma zapewnioną rehabilitację ruchową, w tym 100% uczniów (21 osób) uczęszczających na zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze do ośrodków

pozarządowych i tylko 40% (8 osób) mieszkających na stałe w domach pomocy społecznej. Tygodniowa częstotliwość spotkań z rehabilitantem jest również wyższa w ośrodkach. Wynika to z faktu możliwości zatrudniania przez w/w ośrodki specjalistów rehabilitacji ruchowej, natomiast odbywająca się rehabilitacja na terenie domów pomocy społecznej nie jest zawarta w zadaniach statutowych szkoły. Pracownicy ci nie są zatrudnieni w szkole tylko w placówce pobytu stałego, jakim jest dom pomocy społecznej.

Podobnie jest z innymi specjalistami np.: z logopedą, psychologiem czy muzykoterapeutą i choć większości są oni pracownikami szkoły specjalnej to odległość domów pomocy społecznej i obowiązki na terenie macierzystej placówki nie pozwalają im na systematyczne prowadzenie dodatkowych zajęć z uczniami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną.

Pomimo tych dużych różnic i możliwości kadrowych ogólna ocena umiejętności funkcjonalnych u uczniów z mózgowym porażeniem dziecięcym, wskazuje, że program stosowany na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych jest dostosowany do ich potrzeb niezależnie od miejsca ich odbywania.

Należy również zwrócić uwagę na dużą liczbę dzieci z zaburzeniami autystycznymi. Autyzm to zaburzenie które podobnie jak mózgowie porażenie dziecięce narzuca odpowiedni tryb postępowania edukacyjnego. Oczywiście wiele założeń jest wspólnych zarówno dla dzieci z głębokim upośledzeniem jak i dzieci autystycznych bez dodatkowego obciążenia związanego z upośledzeniem. Określając stan początkowy funkcjonowania psychospołeczno-fizycznego, uczniowie autystyczni uzyskali zdecydowanie wyższe wyniki niż pozostała grupa, w każdej dziedzinie funkcjonowania. Wyniki przedstawiono w tabeli 49.

Tabela 49

**Wyniki punktowe dotyczące głównych dziedzin funkcjonowania ucznia
głęboko upośledzonego umysłowo z autyzmem w teście Gunzburga**

Główne dziedziny funkcjonowania w teście Gunzburga	Suma pkt. uzyskanych w I badaniu u osób bez autyzmu N=56	Suma pkt. uzyskanych w I badaniu u osób z autyzmem N=33	Istotność statystyczna	różnica pkt. uzyskanych w II badaniu u osób bez autyzmu N=56	różnica pkt. uzyskanych w II badaniu u osób z autyzmem N=33	Istotność statystyczna
Obsługa	43,9±29,2	73,3±33,6	P<0,001	0,7±5,0	-0,0±5,0	NZ
Komunikacja	29,5±20,0	40,6±26,7	P<0,05	0,8±4,3	1,9±7,1	NZ
Uspolecznienie	19,7±15,3	27,8±19,1	P<0,05	0,3±5,6	0,9±4,6	NZ
Zajęcia	24,5±19,1	40,1±23,2	P<0,001	0,1±3,8	1,1±6,3	NZ
Całość	117,7±72,0	181,8±94,2	P<0,001	1,8±11,2	3,9±15,3	NZ

Jak widać wszystkie uzyskane wyniki w pierwszym badaniu są istotne statystycznie. Prawie w każdej dziedzinie funkcjonowania dzieci autystyczne uzyskały większą sumę punktów w teście Gunzburga. Wyniki z drugiej tury badań wskazują na brak zależności statystycznej. Zaznaczyć trzeba jednak, że tylko w przypadku umiejętności związanych z obsługą uczniowie autystyczni uzyskali mniejszą liczbę punktów. W pozostałych dziedzinach wyniki są zdecydowanie wyższe u autystów. Wśród różnych form aktywności proponowanych w trakcie edukacji należy wymienić spotkania z:

- logopedą – 14 osób
- psychologiem – 13 osób
- rehabilitantem – 21 osób
- muzykoterapeutą – 9 osób.

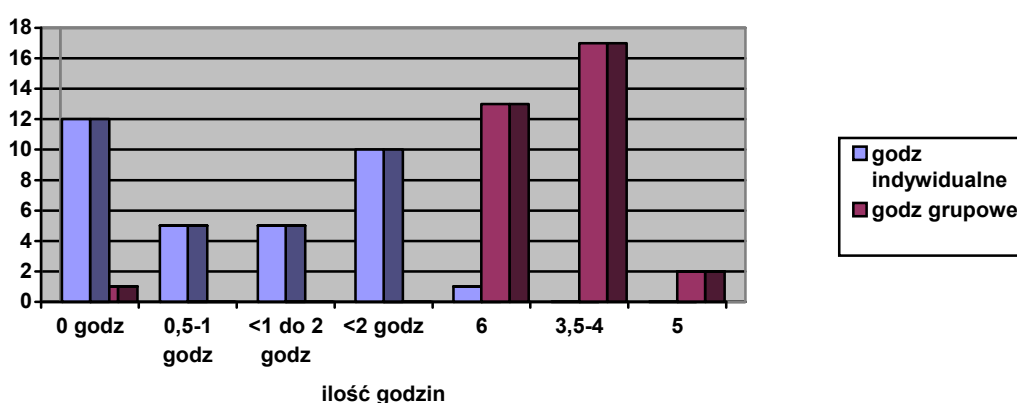
Wszystkie wyżej wymienione zajęcia proponowane są w większości uczniom pobierającym edukację na terenie ośrodków pozarządowych. Tylko 5 osób ma dodatkowe spotkania z rehabilitantem na terenie domów pomocy społecznej. Taki stan rzeczy autorka pracy wyjaśniała wyżej analizując funkcjonowanie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Nie bez znaczenia jest także uczestnictwo w zajęciach indywidualnych oraz grupowych.

Analiza wyników przedstawionych na wykresie 13 wskazuje, iż tylko 36% uczniów z zaburzeniami autystycznymi nie ma kontaktów indywidualnych ze specjalistami tzn.: oligofrenopedagogiem, logopedą, psychologiem czy rehabilitantem. Średnia liczba indywidualnych godzin przypadająca na ucznia autystycznego wynosi prawie 2 godziny. W ośrodkach pozarządowych liczba ta jest zdecydowanie większa (2 godz. 18 min.) od godz. indywidualnych które proponują swoim podopiecznym domy pomocy społecznej (42 min.). Obejmuje również swoim zasięgiem znacznie większą liczbę osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, 16 w OPZ, a tylko 5 osób w domach pomocy społecznej. Zatem oferta edukacyjna proponowana uczniom autystycznym przez ośrodki pozarządowe jest zdecydowanie bogadsza.

Wykres 13

Godziny indywidualne oraz grupowe przypadające na zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze dla uczniów ze stwierdzonym autyzmem



Zajęcia grupowe w głównej mierze oparte są na kształtowaniu umiejętności zakresu samoobsługi – 24 osoby. Analizując zdobyte wyniki w trakcie badań testem Gunzburga taki dobór treści jest ich naturalną konsekwencją, ponieważ dziedzina związana z „obsługą siebie” należała do

tych, w których dzieci autystyczne uzyskały najmniejszą ilość punktów. Na drugim miejscu pod względem liczby osób, w stosunku do których zastosowano ćwiczenia, były umiejętności z zakresu rozwoju społecznego – 19 osób co stanowiło 57% przebadanych autystów. Odwołując się do funkcjonowania i ich symptomów⁴ zastosowanie tego typu ćwiczeń pozwala na niwelowanie tzw. „zachowań dziwnych”, które często nie są akceptowane społecznie i wiążą się z następną grupą oddziaływań rewalidacyjnych związanych z niwelacją zachowań trudnych. Te ostatnie zostały zastosowane w przypadku 16 osób co stanowi prawie 49% autystów. Najmniej uwagi nauczyciele poświęcili w swojej pracy na zastosowanie elementów muzykoterapii – tylko 2 osoby, oraz ćwiczeń z zakresu orientacji przestrzennej – 3 osoby i orientacji w schemacie własnego ciała – 6 osób.

Podsumowując uzyskane wyniki, zdobyte przez uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych z diagnozą autyzmu odwołam się do stwierdzenia, że praca w grupie takich uczniów, „nie jest odpowiednia dla osób niecierpliwych i oczekujących szybkich efektów. Na najdrobniejszy rezultat czeka się kilka miesięcy, a często i lat”⁵. Należy również pamiętać, iż test PPAC Gunzburga jest tak skonstruowany, iż bada on ogólne umiejętności, a nie ich składowe. Dlatego ewentualne postępy choć zauważalne przez nauczycieli nie mogły być ocenione, ponieważ nie mieszczą się w użytym teście diagnostycznym. Wydaje się również istotne zastosowanie odpowiednich treści w stosunku do uczniów głęboko upośledzonych umysłowo z dodatkowym zaburzeniem jakim jest autyzm. Najważniejsze obszary oddziaływań edukacyjnych są ściśle związane z zaburzeniami jakie niesie za sobą autyzm,

⁴ Istnieje bardzo bogata literatura dotycząca charakterystyki, symptomatologii i funkcjonowania osób z autyzmem, dlatego autorka pracy ograniczyła się do podania tylko kilku pozycji. Dalacato C.H.: Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko. Warszawa 1995, Gałkowski T.: Dziecko autystyczne i jego rodzice. Warszawa 1984, Jaklewicz H.: Autyzm wczesnodziecięcy. Gdańsk 1993, Pisula E.: Autyzm: fakty, wątpliwości, opinie. Warszawa 1993.

⁵ Bartnicka A.: Młodzi dorośli z cechami autyzmu i upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim – praca w grupie rewalidacyjnej. W: Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia. Red.D.Danielewicz, E.Pisula, Warszawa 2003, s.149.

czyli funkcjonowanie społeczne i samoobsługa. Świadczy to również o dobrej znajomości, przez uczących nauczycieli wiedzy na temat symptomatologii omawianego zaburzenia.

Analiza literatury przedmiotu, praktyka oraz powyższe przykłady wskazują na to iż, praca z osobami z głębokim upośledzeniem umysłowym, które posiadają chociażby tylko jedno zaburzenie jest trudna i wymagająca wiele systematyczności oraz doskonałej wiedzy na temat ich funkcjonowania. Jeszcze trudnej jest w przypadku kiedy zaburzenia nakładają się na siebie i łączą. W takich przypadkach potrzebna jest umiejętność łączenia z sobą wielu metod postępowania, gdyż one sprzyjają zdobywanie nowych umiejętności funkcjonalnych.

Początkowo dokonałam analizy zdobytych punktów w teście Gunzburga przed podjęciem badań i po upływie edukacji dla każdego zaburzenia z osobna. Taka szczegółowa analiza byłaby bardzo obszerna i mało przejrzysta. Uzyskane wyniki nie zawsze były istotne statystycznie, dlatego też połączono wszystkie zaburzenia i przeanalizowano wyniki uzyskane przez osoby głęboko upośledzone umysłowo.

Oprócz dodatkowych sprzężeń rozwojowych bardzo dużym utrudnieniem są zachowania określane mianem „zachowań trudnych”. Do tych, które są największym utrudnieniem w pracy rewalidacyjno-wychowawczej należą przede wszystkim zachowania agresywne, autoagresywne. Kolejnymi przykładami są stereotypie i sensoryzmy.

Analizując wypowiedzi nauczycieli oraz obserwując liczne zajęcia, autorka pracy zbadała zależność pomiędzy kształtowaniem umiejętności o występowaniem agresji i autoagresji wśród uczniów z głębokim upośledzeniem. Jak pisze J.Kielin⁶ zachowania te wymagają dość wysokiego poziomu energii. Są to zaburzenia relacji dziecka z jego otoczeniem społecznym. W bardzo

⁶ Kielin J.: Trudności terapeutyczne. W: Rozwój daje radość. Red. Kielin J. Gdańsk 2000, s.106.

dużym uogólnieniu przyczyną takich zachowań mogą być albo źle działające sensoryzmy albo samo otoczenie dziecka.

W postępowaniu terapeutycznym bardzo ważna jest odpowiednia diagnoza, wyjaśniająca pojawienie się takich zachowań. Wiedza ta będzie pomocna w zapobieganiu pojawiania się nowych traumatycznych sytuacji. Oczywiście nie zawsze nauczyciel może wpłynąć na niewłaściwe postępowanie otoczenia wobec dziecka, ale chwile które spędza z uczniem choć w minimalnym stopniu mogą niwelować napięcie emocjonalne i obniżyć poziom jego pobudzenia.

W grupie badanej aż 33 osoby w swoim indywidualnym programie miały zawarte treści związane z redukowaniem zachowań trudnych. Stanowią oni 37% przebadanych osób. Więcej tego typu zaburzeń obserwuje się u uczniów, którzy na stałe przebywają w placówkach opieki społecznej – 23 osoby. W ośrodkach pozarządowych tylko 10 osób jest objętych edukacją zmierzającą do niwelacji zachowań trudnych. Poniżej w tabeli 50, przeanalizowano zdobyte punkty w teście Gunzburga wyżej wymienionych osób.

Z zebranych informacji wynika, że więcej punktów w teście Gunzburga uzyskują, w pierwszej turze badań osoby, u których w indywidualnym planie zawarto cele dotyczące niwelacji zachowań trudnych. Większość z nich jest także istotna statystycznie, tylko wyniki związane umiejętnościami takimi jak komunikacja i zachowania społeczne nie wykazują istotności statystycznej. Niestety różnica punktowa uzyskana w II turze badań wskazuje często na regres. Jest on zauważalny dziedzinach: w obsłudze siebie oraz w zachowaniach społecznych. To wszystko spowodowało że ogólny wynik jest niższy w stosunku do wyniku zdobytego przez uczniów u których nie trzeba było zastosować zajęć z zakresu niwelacji zachowań trudnych.

Tabela 50

Wyniki testu Gunzburga uzyskane przez osoby, u których w indywidualnym planie pracy zastosowano terapię zachowań trudnych

Dziedziny funkcjonowania w teście Gunzburga	Osoby u których nie zastosowano N= 56 Badanie I	Osoby u których zastosowano N= 33 Badanie I	Istotność statystyczna Badania I	Osoby u których nie zastosowano N= 56 Badanie II	Osoby u których nie zastosowano N= 33 Badanie II	Istotność statystyczna Badania II
I_JEDZENIE	17,5±10,6	23,5±11,3	p<0,05	0,4±1,6	0,5±3,1	NZ
I_PORUSZANIE	17,6±12,1	27,4±9,8	p<0,001	0,0±2,4	-0,2±4,6	NZ
I_TOALETA	4,9±8,1	10,3±10,3	p<0,01	0,3±1,8	-0,2±2,1	NZ
I_UBIERANIE SIĘ	5,6±4,8	9,2±6,5	p<0,01	0,2±0,8	-0,3±1,9	NZ
II_OD	12,7±10,9	15,7±14,2	NZ	0,2±2,3	0,1±1,8	NZ
II_DO	18,1±11,1	22,8±14,4	NZ	0,5±3,8	1,9±6,1	NZ
III_USPOLECZNIE	21,5±15,9	24,8±19,2	NZ	0,8±3,4	-0,1±7,5	NZ
IV_SPRAWNOŚCI MANUALNE	13,0±10,0	20,6±10,9	p<0,001	0,4±2,0	0,6±4,3	NZ
IV_ZRĘCZNOŚĆ	11,1±10,0	20,1±12,2	p<0,001	-0,1±2,2	0,1±3,6	NZ
OBSŁUGA	45,7±31,4	70,3±32,6	p<0,001	0,8±4,2	-0,2±6,0	NZ
KOMUNIKACJA	30,8±20,5	38,5±26,9	NZ	0,7±4,7	2,0±6,6	NZ
USPOLECZNIE	21,5±15,9	24,8±19,2	NZ	0,8±3,4	-0,1±7,5	NZ
ZAJĘCIA	24,1±19,3	40,8±22,5	p<0,001	0,3±3,7	0,7±6,5	NZ
CAŁOŚĆ	122,1±78,0	174,3±90,8	p<0,01	2,7±10,5	2,5±16,1	NZ

Nie tylko w indywidualnych planach pracy rewalidacyjno-wychowawczej zawarte są informacje dotyczące niwelacji zachowań trudnych. Analizując dokumentację grup i ich plany, a także zbierając informacje na temat głównych oddziaływań oligofrenopedagogów spotykamy cele i działania, które mają zapobiegać powtarzaniu się omawianych zachowań. Łącznie objętych takim działaniem grupowym jest 26 osób z tego 8 z ośrodków pozarządowych i 18 z domów pomocy społecznej. Uczniowie w stosunku do których zastosowano omawiane działania uzyskali w teście Gunzburga w pierwszym badaniu łącznie $179,3 \pm 96,6$ podczas gdy wynik pozostałych osób wyniósł $125,8 \pm 77,2$. Istotność statystyczna związku pomiędzy ćwiczeniami niwelacji zachowań trudnych a kształceniem umiejętności funkcjonalnych wyniosła $p < 0,01$. Natomiast w przypadku wyników uzyskanych w trakcie drugiego badania osoby uczestniczące w terapii zachowań trudnych niestety uzyskały zdecydowanie

niższą punktację. W dziedzinach związanych z obsługą i uspołecznieniem nastąpił regres. W przypadku pierwszego obszaru średnia różnica punktów wyniosła $-1,2 \pm 5,6$ dla uczniów, u których występują zachowania trudne, a w przypadku pozostałych $1,1 \pm 4,6$ (istotność statystyczna się $p < 0,01$). Widoczna poprawa jest tylko w dziedzinie związanej z komunikacją. Wynik nie jest istotny statystycznie. Analizując dokumentację uczniów z ośrodków pozarządowych znaleziono również zalecenia psychologów co do zasad postępowania w przypadku pojawienia się agresji lub autoagresji. Są one wskazówką dla innych specjalistów i osób zajmujących się uczniami zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, a także często dla samych rodziców. Pomaga to w ustaleniu jednego sposobu postępowania, który w dużej mierze decyduje również o efekcie oddziaływań edukacyjnych. W pokonywaniu trudności pomagają również indywidualne zajęcia prowadzone z psychologiem - 2 osoby.

Niestety w trakcie zbierania danych i analizie dokumentacji indywidualnej i grupowej uczniów i ich zajęciach, które odbywają się na terenie domów pomocy społecznej, nie znaleziono informacji - wskazówek dla personelu placówki dotyczących sposobu reagowania w sytuacji pojawienia się zachowania agresywnego bądź autoagresywnego. Z wywiadów przeprowadzonych z pracującymi tam nauczycielami wiadomo, że wszelkie informacje tego typu są przekazywane ustnie i mają tylko na celu poinformowanie o pojawieniu się takiego zachowania. Brakuje dogłębnej analizy przyczyn. Należy pamiętać, iż uczniowie Ci stanowią ok. 70% grupy osób u których potrzebne są te oddziaływania terapeutyczne, które zmierzają do zniwelowania tzw. zachowań trudnych. Brak współpracy pomiędzy personelem opiekuńczym a nauczycielami pogłębia nieprawidłowe relacje dziecka z otoczeniem, a to z kolei ma odzwierciedlenie w nabywaniu nowych kompetencji społecznych.

Potwierdzeniem powyższych stwierdzeń, są uzyskane wyniki z II tury badań zawarte w tabeli 50, gdzie wyraźnie widać regres w omawianej dziedzinie.

Występowanie zachowań trudnych nie ma wpływu na kształcenie umiejętności związanych z sprawnością manualną oraz zręcznością. W obu tych dziedzinach uczniowie ci, uzyskali wyższe wyniki niż ich koledzy u których nie zaobserwowano omawianych zachowań.

Potwierdziła się zatem hipoteza, że *występowanie „trudnych zachowań” wpływa na proces zdobywania i utrwalania umiejętności społecznych, jak również to, iż w przypadku uczniów z sprzężonymi zaburzeniami, utrudnienia pojawiające się w procesie usprawniania psychoruchowego i społecznego są zależne od rodzaju tego zaburzenia*. Należy jednak dodać, że działania edukacyjne ośrodków pozarządowych są zdecydowanie bardziej zorganizowane i proponują zdecydowanie szersze oddziaływanie terapeutyczne.

7.2 Objawy i przebieg chorób somatycznych a rozwój funkcjonalny badanych osób

Dokładnie postawiona diagnoza funkcjonalna obejmuje również stan psychofizyczny ucznia. To nie tylko wyżej wymienione zaburzenia organiczne ale i choroby somatyczne warunkują odpowiednie podejście dydaktyczne. Duża absencja ucznia to konieczność nie tylko częstych powtórzeń ale i próby utrzymania funkcjonowania psychospołeczno-fizycznego osoby upośledzonej umysłowo w stopniu głębokim na takim samym poziomie. W takich przypadkach brak regresu w rozwoju jest pewnego rodzaju sukcesem nauczyciela bądź terapeuty. Należy tu również uwzględnić terapię farmakologiczną, która często wpływa na ogólne samopoczucie osoby oraz pobyty w szpitalach.

Tabela 51

Rodzaje chorób występujące u uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Choroby	Padaczka	Wady serca	Choroby układu moczowego	Choroby układu oddechowego	Inne
Liczba osób	44	21	8	12	24
%	48,8%	23,3%	8,8%	13,3%	26,6%

(wyniki nie sumują się ponieważ u jednej osoby może pojawić się więcej niż jedna choroba)

„Wpływ konkretnej choroby na postępowanie dziecka nie jest jednoznacznie określony przez bezpośrednie cierpienia. To, czy dana choroba jest przyjmowana jako coś bardzo przykrego, czy też mniej przykrego, zależy w dużym stopniu od aktualnej sytuacji życiowej”⁷. Ta sytuacja uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dodatkowo jest jeszcze utrudniona przez ich upośledzenie umysłowe, które zaburza funkcjonowanie psychospołeczne. Chcąc potwierdzić lub zaprzeczyć tezie o zależności kształtowania umiejętności a występującymi chorobami somatycznymi, autorka pracy dokonała szczegółowej analizy uzyskanych punktów w teście Gunzburga z danym zaburzeniem somatycznym i bez. Ogólne wyniki uzyskane w pierwszej turze badań tylko w jednym przypadku były wyższe. Dotyczyły one uczniów chorych na padaczkę i wynosiły $149,3 \pm 91,6$, podczas gdy u osób bez wyżej wymienionej choroby równały się $133,7 \pm 81,0$. Niestety po zajęciach edukacyjnych wyniki ponownego badania, są zdecydowanie niższe i w pierwszym przypadku wyniosły $1,7 \pm 13,7$ a w drugim $3,5 \pm 11,9$.

W przypadku wszystkich innych chorób wymienionych w tabeli 51 uzyskana punktacja we wszystkich szczegółowych dziedzinach oraz w ogólnej punktacji jest niższa od uczniów, u których brak danej choroby. Większości przypadkach w II turze badań widoczny jest regres rozwoju (dotyczy szczególnie chorób związanych z układem moczowym oraz innych pojedynczych w

⁷ Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. Warszawa 2001, s.278.

stosunku do których nie dokonano szczegółowej analizy), który niewątpliwie jest wynikiem dodatkowego leczenia farmakologicznego i szpitalnego, a często i ograniczenia możliwości uczestnictwa na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych. Uzyskane wyniki nie wykazują istotności statystycznej.

Jak już wspominałam w stosunku do uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych stosowane jest leczenie farmakologiczne. Wszystkie leki zażywane w omawianej grupie badawczej, podzielono na 4 grupy:

- uspokajające,
- antyepadaczkowe,
- nasercowe,
- inne, indywidualnie związane z doraźnymi chorobami, witaminy.

Na potrzeby niniejszej pracy dokonałam szczegółowej analizy leków uspokajających i antyepadaczkowych, gdyż obejmują swym zasięgiem prawie 50% przebadanej grupy.

Szczegółową analizę zawiera tabela 52

Tabela 52

Rodzaj zażywanych leków z podziałem na ośrodki

	Leki uspokajające		Leki antyepadaczkowe		Leki nasercowe		Inne	
	OPZ	DPS	OPZ	DPS	OPZ	DPS	OPZ	DPS
Liczba osób	9	31	25	15	3	7	3	10
%	22,5%	77,5%	62,5%	37,5%	30%	70%	23%	77%
Liczba osób ogółem	40		40		10		13	

Analizując wyniki zawarte w powyższej tabeli wskazują, że uczniowie mieszkający na stałe w placówkach pobytu stałego jakimi są domy pomocy społecznej zażywają zdecydowanie więcej leków, najczęściej uspokajających. Potwierdzenie tego faktu znajdujemy również w literaturze przedmiotu. J. Kielin stwierdza, że leki uspokajające były nagminnie używane w domach

pomocy społecznej, w celu hamowania agresji⁸. Jak te leki wpływają na zdobywanie umiejętności funkcjonalnych?

Osoby zażywające leki działające uspokajająco w pierwszej turze badań uzyskały zdecydowanie wyższe wyniki i wyniosły w skali ogólnej $166,3 \pm 87,1$, natomiast osoby, które nie są leczone farmakologicznie wyżej wymienionymi lekami, otrzymały w teście Gunzburga $128,0 \pm 80,9$ ($p < 0,05$). Druga tura badań wskazała na bardzo duży regres pierwszej grupy badanych, prawie we wszystkich dziedzinach. Wyjątkiem jest zakres umiejętności związanych z komunikacją i chociaż uzyskany wynik $0,9 \pm 5,8$ jest niższy niż wynik uzyskany przez osoby, które nie zażywają leków uspokajających $1,5 \pm 5,5$ to świadczy o minimalnym postępie w zakresie szeroko pojętej komunikacji. Większość wyników nie jest istotna statystycznie.

Przyczynę takiego stanu rzeczy należy upatrywać w wpływie jaki wywierają one na rozwój psychofizyczny uczniów zajęć rewalidacyjno - wychowawczych. Z przeprowadzonych wywiadów z nauczycielami pracującymi na terenie domów pomocy społecznej, wynika iż często po zażyciu przepisanej dawki leków uczniowie nie byli zdolni do aktywnego uczestnictwa w zajęciach. Główną przeszkodą jest ich senność. Ewentualne prośby nauczycieli i rozmowy z personelem opiekuńczym i medycznym nie zawsze przynosiły określony skutek. Często spotykały się z niezrozumieniem, a ich wynikiem był całkowity brak reakcji.

Inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku leczenia farmakologicznego związanego z padaczką. Zażywanie leków antypadaczkowych jest niejako sprzymierzeńcem ucznia w zdobywaniu nowych kompetencji społecznych, komunikacyjnych i manualnych. Zarówno w pierwszej jak i w drugiej turze badań wyniki uzyskane przez osoby chore na padaczkę są wyższe od uczniów, u których nie stwierdzono wyżej wymienionej choroby, choć nieistotne statystycznie.

⁸Kielin J.: Trudności i problemy...cyt.wyd. s.107

Posiadanie omówionych, dodatkowych chorób somatycznych wiąże się często z dużą absencją w zajęciach szkolnych, która staje się kolejnym wyznacznikiem wpływającym na kształtowanie umiejętności funkcjonalnych. W trakcie analizy dokumentów oraz wywiadów z nauczycielami zostały zebrane dane dotyczące frekwencji uczniów na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych, które zostały pogrupowane w trzy kategorie:

- 100% obecność na zajęciach,
- sporadyczne nieobecność,
- częste i bardzo częste opuszczanie zajęć.

Analiza danych ujawniła, że uczniowie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, które odbywają się na terenie domów pomocy społecznej, zdecydowanie rzadziej opuszczają zajęcia. Aż 47% uczniów zamieszkałych na terenie placówek opiekuńczych ma 100% frekwencję, podczas gdy u uczniów z ośrodków pozarządowych wynosi ona tylko 29%. Największe różnice, związane z obecnością na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych, zauważamy w dwóch kategoriach:

- 100% obecność,
- częsta i bardzo częsta nieobecność ucznia.

Szczegółowe dane przedstawia tabela 53.

Tabela 53

Frekwencja uczniów na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych

Kategorie frekwencji	DPS n=47			Ośrodki pozarządowe n=42			Ogółem n=89	
	Liczba osób	%udział	% udział w całej przebadanej populacji n=89	Liczba osób	%udział	% udział w całej przebadanej populacji n=89	Liczba osób	% udział w całej przebadanej populacji
100% obecność	22	47%	25%	12	29%	13%	43	38%
Sporadyczna nieobecność	20	42%	22%	21	50%	24%	41	46%
Częste i bardzo częste nieobecności	5	11%	6%	9	21%	10%	14	16%

Dane zawarte w tabeli świadczą o tym, iż uczniowie przebywający w palcówce pobytu stałego ze względu na specyfikę tych instytucji mają zapewniony większy kontakt nauczyciela z uczniem, gdyż niejako edukacja odbywa się na terenie ich „domu”. Potwierdzają to również nauczyciele, którzy twierdzą, że często osoby głęboko upośledzone uczestniczące w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych są przeziębione lub w trakcie leczenia „codziennych” chorób. Taki stan rzeczy nie jest jednak regułą zależy to od indywidualnych ustaleń między nauczycielami a personelem opiekuńczo-medycznym placówki.

W ośrodkach pozarządowych pojawienie się u dziecka choroby skutkuje jego nieobecnością. Potwierdzeniem tego stwierdzenia, są uzyskane wyniki związane z częstym i bardzo częstym opuszczaniem zajęć edukacyjnych, które wynoszą aż 21% wśród wszystkich uczniów uczęszczających do omawianych ośrodków pozarządowych.

Przeprowadziłam również analizę porównawczą związku pomiędzy udziałem w zajęciach a zdobytymi umiejętnościami funkcjonalnymi zawartymi w teście Gunzburga. Najwięcej punktów w pierwszej turze badań uzyskały osoby z 100% frekwencją - $184,1 \pm 85,4$, a najmniej osoby często i bardzo często opuszczające zajęcia – $101,2 \pm 90,7$. Wynik osób sporadycznie nieobecnych wyniósł $119,0 \pm 70,6$. Uzyskane dane liczbowe wykazują najwyższą istotność statystyczną $p < 0,001$ w zakresie doskonalenia umiejętności funkcjonalnych a frekwencją na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych. Podobnie kształtowały się wyniki w szczegółowych dziedzinach funkcjonowania poza umiejętnościami związanymi z komunikacją.

Druga tura badań nie ujawniła różnic statystycznie istotnych, chociaż ogólne wyniki układają się w podobnej kolejności. Największy regres obserwuje się w umiejętnościach komunikacyjnych u uczniów, którzy bardzo często opuszczali zajęcia szkolne- $-1,1 \pm 5,4$. Warto zaznaczyć iż pomimo dużej absencji omawiana grupa uczniów uzyskała największą liczbę punktów w zajęciach

związanymi ze sprawnością manualną oraz zręcznością – $1,7 \pm 4,1$, a w pozostałych dziedzinach też odnotowano mały postęp. Świadczy to o dużym zaangażowaniu nauczycieli w edukację swoich uczniów i dostosowaniu form aktywności do ich możliwości psychofizycznych.

Przyczyny nieobecności uczniów głęboko upośledzonych umysłowo mogą być również związane z ich pobytem w szpitalu. Powody separacji dzieci i młodzieży od ich najbliższego środowiska (rodzina, często personel opiekuńczy) mogą być bardzo różne.

Analizując indywidualną dokumentację uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, wyodrębniono dwie przyczyny pobytów szpitalnych. Pierwsza związana jest z prowadzoną rehabilitacją ruchową, w której uczestniczyły tylko 2 osoby, druga dotyczy chorób przewlekłych i ostrych stanów chorobowych takich jak np.: angina, zapalenie dróg moczowych, niewydolność oddechowa – 12 osób. Ogólnie tylko 29 (33%) uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych było objętych leczeniem szpitalnym, w tym 12 osób z ośrodków pozarządowych i 17 z domów pomocy społecznej. Częstotliwość pobytów podzielono na trzy kategorie:

- bardzo często – 17 osób,
- sporadycznie – 12 osób,
- nie zaistniała potrzeba leczenia szpitalnego – 49 osób.

W przypadku 10 uczniów nauczyciele nie posiadali informacji.

Naturalną konsekwencją pobytów w szpitalu będzie obniżenie ogólnego funkcjonowania ucznia. Co zostało potwierdzone w tabeli 54.

W podjętej analizie dążono do poznania, zależności pomiędzy doskonaleniem funkcjonalnym uczniów a leczeniem szpitalnym. W pierwszej turze badań uzyskane wyniki i ich natężenie było zgodne z oczekiwaniami autorki pracy, tzn. największą ilość punktów zdobyli uczniowie, którzy nie musieli być poddawani leczeniu szpitalnemu natomiast najmniejszą liczbę

uzyskały te osoby, które bardzo często przebywały w szpitalu. Tylko w jednej dziedzinie związanej z obsługą siebie wyniki były istotne statystycznie $p < 0,05$.

Tabela 54

Wyniki testu Gunzburga uzyskane przez osoby poddawane leczeniu szpitalnemu

Dziedziny funkcjonalne	Wyniki uzyskane przez osoby bardzo często przebywające w szpitalu N=17		Wyniki uzyskane przez osoby sporadycznie przebywające w szpitalu N=12		Wyniki uzyskane przez osoby, które nie były leczone szpitalnie N=49	
	I badanie	II badanie	I badanie	II badanie	I badanie	II badanie
OBSŁUGA	40,2±34,3	1,6±4,7	48,8±27,9	0,9±5,2	66,1±32,8	-0,4±5,4
	p<0,05 dla wyników I badania					
KOMUNIKACJA	27,6±20,6	0,3±4,7	33,0±25,9	-0,8±3,4	38,5±24,4	1,6±5,7
USPOLECZNIENIE	19,6±15,1	-0,1±2,0	23,0±19,3	-2,8±10,7	26,2±17,6	1,1±4,0
ZAJECIA	24,0±19,6	0,4±1,6	34,7±23,0	-0,3±5,5	34,6±22,7	0,7±6,0
CAŁOŚĆ	111,5±81,6	2,3±9,2	139,4±85,8	-3,0±15,2	165,4±86,5	2,9±13,5

Zaskakujące są wyniki uzyskane w II turze badań i choć nie są istotne statystycznie dokonano szczegółowej analizy porównawczej indywidualnego programu osób, które bardzo często i sporadycznie, były leczone szpitalnie, w celu ich wyjaśnienia.

Uczniowie bardzo często przebywający w szpitalu uzyskali wyższy wynik ogólny (2,3±9,2) niż uczniowie sporadycznie poddawani leczeniu szpitalnemu. W drugiej sytuacji mamy do czynienia z regresem (-3,0±15,2). Analizując główne cele rewalidacji zawarte w grupowych planach zaważono, że zarówno w pierwszej i w drugiej grupie najwięcej uwagi oligofrenopedagodzy poświęcali szeroko rozumianej stymulacji polisensorycznej (w sumie 24 osoby, co stanowi aż 83% uczniów którzy kiedykolwiek byli leczeni w szpitalu). Kolejnym najczęściej wymienianym założeniem była orientacja w schemacie ciała oraz kształtowanie umiejętności zawartych w samoobsłudze. Najmniej uwagi

poświęcano na treści związane z ćwiczeniami poznawczymi, współpracy w grupie oraz muzykoterapii – w sumie tylko 3 osoby.

Zatem można stwierdzić, iż realizacja grupowych planów rewalidacyjno-wychowawczych, nie miała żadnego wpływu na uzyskany ogólny wynik w teście PPAC Gunzburga przez osoby bardzo często i sporadycznie przebywając w szpitalu.

W przypadku indywidualnych planów zaobserwowano małe różnice, ale nie wydaje się aby w istotny sposób uzależniały zdobycie omawianych wyników. Jako najważniejsze cele w grupie osób bardzo często przebywających w szpitalu można wyróżnić:

- rozwijanie zmysłów,
- kształtowanie orientacji w schemacie ciała,
- usprawnianie jedzenia.

Natomiast w grupie uczniów, którzy sporadycznie poddawani byli leczeniu szpitalnemu najważniejsze cele dotyczyły:

- rozwijaniu zmysłów, precyzyjności ruchów, usprawnianiu jedzenia
- ćwiczeniach w rozbieraniu się,
- orientacji w schemacie ciała, reagowaniu na zakaz, oraz ćwiczeniach w ubieraniu się.

Zarówno w pierwszej jak i w drugiej grupie najmniej uwagi przeznaczano na strukturalizację otoczenia oraz kształtowanie poczucia bezpieczeństwa.

Kolejnym czynnikiem, który mógł mieć wpływ na uzyskany wynik, jest uczestnictwo w zajęciach indywidualnych i spotkaniach z innymi specjalistami (logopedą, psychologiem, rehabilitantem, muzykoterapeutą). W przypadku uczniów bardzo często hospitalizowanych średnia liczba godzin wyniosła 0,45 minut na tydzień. Osoby sporadycznie przebywające w szpitalu na zajęciach indywidualnych przebywały ok. 35 minut. Również i tutaj należy zanegować, iż ta forma pracy uzależniała w jakimś stopniu uzyskane w II turze badań wyniki.

Przeanalizowano również wiek uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, który średnio wyniósł odpowiednio:

- 11 lat w grupie osób bardzo często hospitalizowanych,
- 7 lat wśród dzieci sporadycznie przebywających w szpitalu.

Podsumowując, trudno jednoznacznie stwierdzić co uzależniało uzyskanie wymienionych wcześniej wyników ogólnych w teście PPAC Gunzburga. Świadczyć to może, że w niektórych przypadkach proces kształtowania nowych umiejętności funkcjonalnych jest trudny do przewidzenia. Konsekwencją tego faktu będzie, pojawianie się trudności w podawaniu konkretnej przyczyny regresu bądź postępu w rozwoju ucznia zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Potwierdza się hipoteza mówiąca o tym, iż objawy i przebieg chorób somatycznych, które występują u uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, a głównie zażywane leki oraz absencja, uzależniają efektywność prowadzonej edukacji. Trudno natomiast jednoznacznie stwierdzić, że mniejsze znaczenie ma to u uczniów przebywających stale w placówkach opiekuńczych, ponieważ zależy to od złożoności zaburzeń oraz prowadzonych w stosunku do omawianej grupy szeroko pojętych oddziaływań edukacyjnych i terapeutycznych.

7.3 Udział badanych uczniów we wcześniejszych formach usprawniania rewalidacyjnego a ich aktualne umiejętności funkcjonowania

Prześledziłam formy wsparcia, nauki i wychowania nad uczniami zajęć rewalidacyjno-wychowawczych przed rozpoczęciem edukacji w placówkach, w których przeprowadzono badania ich umiejętności funkcjonalnych (tabela 55).

Tabela 55

Wcześniejsze formy edukacji, rehabilitacji i wspomagania rozwoju uczniów uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

L.p.	Formy edukacji, rehabilitacji i wspomagania rozwoju (przed podjęciem edukacji w obecnym ośrodku)	Grupy					
		Rewalidacyjno-wychowawcze w opz		Rewalidacyjno-wychowawcze w		Ogółem	
		Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
1	Wczesna interwencja	10	11	0	0	10	11
2	Zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze	7	8	11	12	18	20
3	Zespoły edukacyjno-wychowawcze	8	9	14	16	22	25
Razem		25	28	25	28	50	56

Z danych zawartych w tabeli 55 wynika, że tylko 56% badanych, było objętych wcześniejszymi specjalistycznymi oddziaływaniami. W grupie uczniów pobierających naukę na terenie domu pomocy społecznej ani jedna osoba nie uczestniczyła w zajęciach z zakresu wczesnej interwencji, której celem jest zapobieganie zaburzeniom, wynikającym z braku odpowiedniego reagowania rodziców na sygnalizowane przez dziecko potrzeby⁹. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że większość osób zamieszkałych w placówce pobytu stałego, została tam umieszczona ze względu na złą sytuację rodzinną, finansową, społeczną, całkowity brak zainteresowania rozwojem i potrzebami niepełnosprawnego dziecka (często przyczyną były różnorodne patologie, które omówione zostały we wcześniejszych rozdziałach).

Aż 25% osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną było uczestnikiem zajęć edukacyjno-terapeutycznych. Świadczy to o regresie w ich rozwoju, gdyż może w nich uczestniczyć osoba z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym. W ośrodkach pozarządowych osoby te stanowią tylko 9 %, podczas gdy domach pomocy społecznej 16%. W trakcie wywiadów z nauczycielami zebrano opinie, związane z uczniami, którzy

⁹ Maurer A.: Wczesna interwencja w system rodzinny: założenia teoretyczne i przegląd badań. W: Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych. Red. Pilecki J., Olszewski S. Kraków 1999, s. 300.

zmieniali formę edukacji z zajęć edukacyjno-terapeutycznych na zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze. Wychowawcy najczęściej zwracali uwagę na czas zakończenia procesu kształcenia w zależności od stopnia upośledzenia –23 lata dla osób z umiarkowanym i znacznym upośledzeniem i 25 lat dla osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Twierdzili, że często pracownicy domów pomocy społecznej nawiązują współpracę z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi w celu ponownych badań i jeżeli jest to możliwe orzekają one o potrzebie kształcenia na poziomie zajęć rewalidacyjnych. Fakt ten tłumaczony jest przedłużeniem procesu wychowania i nauczania o kolejne dwa lata. Druga opinia, z którą spotkała się autorka pracy, związana jest warunkami, spełnianymi, a raczej nie spełnianymi przez szkołę. Chodzi tu np.: o możliwość kształcenia osób zapampersowanych. Twierdzono, że warunki które można stworzyć na terenie domów pomocy społecznej są zdecydowanie lepsze i dostosowane do ich możliwości fizycznych (np.: dostępność do prysznicy).

W ośrodkach pozarządowych, nauczyciele tłumaczyli przesunięcie uczniów do kształcenia w grupie rewalidacyjno- wychowawczej dużym regresem w ich rozwoju.

Chcąc opisać zależność funkcjonowania przebadanych osób zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dokonano szczegółowej analizy wyników uzyskanych przez osoby uczestniczące w wyżej wymienionych formach wczesnego wspomagania, edukacji, rehabilitacji, w teście PPAC Gunzburga. Wyniki zawarto w tabeli 56.

Tabela 56

Wyniki oceny umiejętności funkcjonalnych uzyskane przez dzieci uczestniczące we wcześniejszych formach edukacji, rehabilitacji i wspomagania rozwoju.

GLÓWNE DZIEDZINY FUNKCJONOWANIA	UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH EDUKACYJNO- TERAPEUTYCZNYCH N=22	UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH REWALIDACYJNO- WYCHOWAWCZYCH N=18	UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH WCZESNEJ INTERWENCJI N=10
OBSŁUGA SIEBIE	81,1±34,9	45,3±26,2	52,3±29,0
	p<0,01		
KOMUNIKACJA	51,8±27,8	28,6±15,0	29,6±14,0
	p<0,01		
USPOŁECZNIE NIE	31,6±20,8	17,8±12,3	23,4±12,7
ZAJĘCIA	46,2±25,5	27,3±13,1	30,4±23,0
CAŁOŚĆ	210,7±98,6	119,1±53,1	135,7±71,7
	p<0,01		

Na podstawie zebranych informacji można stwierdzić, iż osoby uczestniczące wcześniej w zajęciach edukacyjno-terapeutycznych uzyskały zdecydowanie lepszy wynik niż pozostała grupa uczniów, w każdej dziedzinie szczegółowej oraz w ogólnym podsumowaniu. Tylko punkty, opisujące funkcjonowanie w dwóch przedziałach: uspołecznienie i zajęcia, nie są istotne statystycznie.

Wynik końcowy, prawdopodobnie jest uzależniony od różnic programowych oraz ilości godzin dydaktycznych, proponowanych uczniom na zajęciach w tzw. "klasach życia", a zatem od głębokości i złożoności niepełnosprawności.

W celu zbadania zależności wcześniejszych form edukacyjnych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych na funkcjonowanie uczniów z głęboką niepełnosprawnością w poszczególnych szczegółowych dziedzinach zawartych w teście PPAC Gunzburga sprawdzono wartość korelacji (tabela57).

Dane zawarte w tabeli 57 świadczą o tym, iż istnieje wyraźny związek pomiędzy wcześniejszymi formami edukacji, a zdobywaniem umiejętności funkcjonalnych (wartość korelacji zawarta w przedziale 0,20-0,40). Tylko w jednym przypadku – „uspołecznienia” nie można mówić o wyżej opisanej zależności.

Tabela 57

Zależność funkcjonowania uczniów w różnych zakresach (test Gunzburga) od ich wcześniejszej edukacji

Dziedziny funkcjonalne	Liczba uczniów *	Wartość korelacji	Wartość statystyczna	Istotność statystyczna
OBSŁUGA	85	0.347	3.277	p<0.001
KOMUNIKACJA	85	0.306	2.862	p<0.01
USPOŁECZNIE	85	0.199	1.826	p<0.05
ZAJĘCIA	85	0.325	3.057	p<0.01
CALOŚĆ	85	0.341	3.217	p<0.001

* liczba uczniów pomniejszona o 4 osoby w stosunku do których brakowało danych potwierdzających lub zaprzeczających o wcześniejszych formach edukacji, rehabilitacji i wsparciu.

Podsumowując wszystkie informacje i wyniki przedstawione w niniejszym rozdziale można stwierdzić, że wcześniejsze formy edukacji wpływają korzystnie na zdobywanie nowych kompetencji psychomotorycznych przez uczniów z głęboką niepełnosprawnością. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż osoby trafiające do domów pomocy społecznej nie uczestniczyły w zajęciach zakresu wczesnej interwencji. Główną przyczyną były tu dysfunkcyjne rodziny. Niepokojące są również sygnały dobiegające od nauczycieli, dotyczące re kwalifikacji uczniów z zajęć edukacyjno-terapeutycznych do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych gdzie jedynym powodem jest chęć przedłużenia edukacji szkolnej podczas gdy to właśnie placówki pobytu stałego powinny zapewnić dalszy rozwój tych osób poprzez odpowiednie zajęcia terapeutyczne, np. uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej.

Zatem przyjęta przeze mnie hipoteza dotycząca *większych postępów w rozwoju umiejętności psychomotorycznych uczniów, którzy uczestniczyli we wcześniejszych formach usprawniania rewalidacyjnego*, potwierdziła się.

Rozdział VIII

Analiza indywidualnych przypadków

Agata M. (ur. 30.12.1999) – mieszkanka domu pomocy społecznej

Dziewczynka głęboko upośledzona z wodogłowiem z wszczepioną zastawką komorowo-otrzewną, niewidoma, chora na padaczkę, wada serca.

Pochodzi z pełnej rodziny bez problemów wychowawczych. Zarówno matka jak i ojciec posiadają wyższe wykształcenie. Jest drugim dzieckiem, starsza siostra urodziła się zdrowa bez żadnych obciążeń genetycznych lub wad wrodzonych.

Od 01.07.1996 przebywała w Domu Pomocy Społecznej w Ustroniu, umieszczona tam na prośbę rodziców. W wyniku likwidacji placówki od 30.12.1999 do dnia dzisiejszego przebywa w Powiatowym Domu Pomocy Społecznej w Skoczowie.

Z przeprowadzonego wywiadu z nauczycielem i personelem opiekuńczym placówki wynika że rodzice bardzo często odwiedzają Agatę oraz zabierają do domu rodzinnego na święta i część wakacji. Interesują się jej stanem zdrowia. W 2005 r. dziewczynka przechodziła operację wymiany zastawki, przez cały okres pobytu w szpitalu matka towarzyszyła jej i sprawowała opiekę nad swoją niepełnosprawną córką.

Agata jest pod stałą kontrolą lekarza neurologa i psychiatry. Ze względu na bardzo częste ataki padaczki typu grand-mal zażywa leki przeciw padaczkowe. Obserwuje się powracające infekcje układu moczowego oraz liczne przeziębienia. Nauczyciel jest w ciągłym kontakcie z lekarzami. Informacje o zmieniającym się stanie zdrowia oraz ewentualnej zmianie procesu leczenia ucznia (głównie chodzi o farmakoterapię) przekazywane są na bieżąco przez oddziałową.

Wraz z wprowadzeniem obowiązku szkolnego dla dzieci głęboko upośledzonych tj. od 1997 r. podjęła edukację w Zespole Szkół Specjalnych w Skoczowie. Proces rewalidacyjno-wychowawczy cały czas odbywał i odbywa się na terenie domów pomocy społecznej. Zajęcia prowadzone przez

nauczyciela - oligofrenopedagoga odbywają się 5 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych. Mają one charakter zajęć grupowych z bardzo dużą indywidualizacją. Grupa liczy 4 uczniów głęboko upośledzonych umysłowo, jednak o bardzo zróżnicowanym poziomie funkcjonowania. Dodatkowo Agata uczestniczy w rehabilitacji ruchowej prowadzonej przez pracowników domu pomocy społecznej trzy razy w tygodniu.

Często zdarza się aby dziewczynka uczestniczyła w zajęciach nawet w trakcie choroby (przeziębienie), jeśli nie ma gorączki.

Poza wyżej wymienionymi oddziaływaniami brak jakiejkolwiek innej terapii i rewalidacji ze strony placówki opiekuńczej.

W zakresie rozwoju fizycznego obserwuje się dużą hipotonię (wiotkość mięśni), dziecko wkłada dużo wysiłku aby utrzymać głowę w pozycji horyzontalnej, ze względu na jej wielkość i ciężar. Większość czasu spędza w wózku rehabilitacyjnym. Często ssie i obgryza własną dłoń wydając przy tym dźwięki przypominające pomrukiwanie. Nie potrafi zapanować nad ślinotokiem. Występuje odruch chwytny, który uniemożliwia niezależne ruchy kciuka i pozostałych palców. Potrafi unieść rękę na wysokość twarzy, ruch ten nie jest jednak płynny, obserwuje się skokowość w ruchach. Potrafi rozluźnić chwyt i wypuścić przedmiot. W zależności od wydanego dźwięku upadającej zabawki, można zauważyć zmiany w mimice Agaty (uśmiech, zdziwienie). Antycypuje pojawienie się pożywienia – zaczyna wykonywać ruchy ssania na chwilę przed bezpośrednim kontaktem ze smoczkiem, otwiera usta do karmienia.

Reaguje na głos opiekunów i inne dźwięki. Potrafi zlokalizować ich źródło. Wyjątkowe ożywienie obserwuje się w kontakcie z rodzicami, a w szczególności gdy zaczyna do niej mówić tata. Objawia się to głośnym śmiechem.

Wydawane przez siebie dźwięki służą do sygnalizowania pewnych form niezadowolenia lub ogólnego stanu dyskomfortu.

Przeważa pogodny nastrój, nie obserwuje się żadnych zachowań agresywnych i autoagresywnych.

Główne założenia indywidualnego programu pracy rewalidacyjno-wychowawczego

Najczęściej stosowane metody pracy z Agatą przez nauczyciela to: „Dotyk i Komunikacja” M.Ch Knillów, Ruch Rozwijający W. Scherborne, praca na poziomie odruchów ssania, chwytneho i orientacyjnego oraz szeroko pojęta stymulacja polisensoryczna.

W roku szkolnym 2004/2005 główne założenia pracy rewalidacyjno-wychowawczej opierały się na dostarczeniu różnorodnych wrażeń zmysłowych: przedsionkowych, dotykowych, słuchowych, smakowych i węchowych. Odbywało się to w trakcie codziennych zajęć takich jak: spożywanie posiłków, podczas zabiegów higienicznych, spacerów. Ponadto organizowane były zajęcia aromaterapii, hydroterapii.

Kolejnym celem rewalidacyjnym w edukacji Agaty było zmniejszenie nadwrażliwości dotykowej. Głównie odbywało się to poprzez zastosowanie terapii ustno-twarzowej wg Castillo-Moralesa, masażu Shantalii oraz zabaw i ćwiczeń w zakresie czucia głębokiego i powierzchniowego.

Ze względu na utrzymujący się odruch chwytny wprowadzono liczne ćwiczenia kształtujące chwytanie przedmiotów w ręce. Polegały one na układaniu dłoni i palców uczennicy na przygotowanym przedmiocie oraz masażu dłoni.

Zastosowano liczne rytuały społeczne mające na celu podtrzymywanie bliskiego kontaktu Agaty z nauczycielem, np.: witanie i żegnanie się zawsze w ten sam sposób z wymieniem imienia i podaniem ręki, a także wprowadzono elementy bliskiego kontaktu fizycznego polegającego na przytulaniu, głaskaniu Agatki przez nauczyciela.

Dużym utrudnieniem w pracy rewalidacyjno-wychowawczej są bardzo częste ataki padaczki po których Agata w wyniku zażytych leków zasypia.

Analiza Postępu w Rozwoju Społecznym PPAC Gunzburga

Po przeprowadzonej rozmowie z nauczycielem i poczynionych obserwacji we wrześniu 2004 r. zaliczono następujące umiejętności zawarte w teście PPAC Gunzburga (graficzny obraz przedstawia tabela 58).

Kategoria Obsługiwanie Siebie:

1. Jedzenie

pyt.1 – dobrze ssie pokarm – „a”¹ (poziom trudności)

pyt.2 – wykazuje rozpoznanie pokarmu – „a”

pyt.18 – składa usta na przyjęcie pokarmu – „b”

2. Poruszanie się

pyt. 3 – utrzymuje głowę w równowadze – „a”

Z zakresu toalety, mycia się i ubierania nie zaznaczono żadnej czynności, którą Agata umiałaby samodzielnie lub z pomocą wykonać.

1. Komunikowanie się

I. Od

pyt.5 – hałasuje , krzyczy – „a”

II. Do

pyt. 7 –reaguje na muzykę – „a”

pyt. 9 – odwraca głowę w kierunku dźwięku – „a”

2. Uspołecznienie

pyt. 11 – uśmiecha się reaguje głosem – „a”

3. Zajęcia

I. Sprawność manualna

¹ Skala poziom trudności danej umiejętności wynosi od „a” do „f”, gdzie „a” należy do najłatwiejszych a „f” do najtrudniejszych

pyt. 14 – ręce są zdolne do trzymania przedmiotów przez krótką chwilę – „a”.

Po upływie 6 miesięcy i intensywnej pracy rewalidacyjno-wychowawczej przeprowadzono powtórna obserwację i rozmowę z nauczycielem, w wyniku której zauważono pojawienie się 5 nowych w pełni opanowanych umiejętności (por. tabela 59):

1. Komunikowanie się

- „Od”

6 pyt. – głuzy – „a”

1. Uspołecznienie

pyt.10 – wyraża skupienie uwagę – „a”

2. Zajęcia

- Zręczność

pyt. 36 – rzuca przedmioty na podłogę – „b”.

Tabela 58

Wyniki uzyskane przez Agatę M. – I badanie

OBSŁUGA SIEBIE										KOMUNIKOWANIE SIĘ										USPOŁECZNNIENIE					ZAJĘCIA									
Jedzenie			Poruszanie się		Toaleta i mycie się				Ubieranie się		Od						Do									Sprawność manualna			Zręczność					
106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129				130							
76	77	78	79	80		81		82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105			
56	57	58	59	60	61		62		63		64			65			66		67		68	69	70	71	72	73	74		75					
37	38	39	40	41				42		43			44			45		46		47	48	49	50	51	52	53	54		55					
18	19	20	21	22						23		24		25		26	27	28	29	30		31		32	33	34	35		36					
1	2	3	4						5			6			7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		17								

Tabela 59

Wyniki uzyskane przez Agatę M. – II badanie

OBSŁUGA SIEBIE										KOMUNIKOWANIE SIĘ										USPOŁECZNIENIE					ZAJĘCIA						
Jedzenie		Poruszanie się		Toaleta i mycie się				Ubieranie się		Od						Do									Sprawność manualna			Zręczność			
106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130							
76	77	78	79	80		81		82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105
56	57	58	59	60	61	62	63			64			65			66	67	68	69	70	71	72	73	74			75				
37	38	39	40	41				42			43			44			45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			55		
18	19	20	21	22							23	24		25		26	27	28	29	30	31		32	33	34	35		36			
1	2	3	4							5			6			7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		17				

LEGENDAStan początkowy - Umiejętność pozostająca na tym samym poziomie opanowania - Nowa umiejętność opanowana w pełni - 

Uzyskane wyniki pozwalają na stwierdzenie, że Agata jest dzieckiem które rozwojowo nie przekracza 1 miesiąca życia (czyli zbliżonym do poziomu noworodka). Wskaźnikami postępu funkcjonowania ucznia na tym poziomie jest²:

- rozpoznawanie czegoś z czym zetknął się przed chwilą,
- powtarzanie ruchów i czynności, których wykonanie przed chwilą przyniosło jakiś pożądany efekt (np. zaspokojenie potrzeby pokarmowej).

Analizując indywidualny program rewalidacyjno-wychowawczy oraz wyniki uzyskane w Profilu Rozwoju Społecznym PPAC Gunzburga można stwierdzić że proces aktywizacji Agaty przebiega prawidłowo. Dowodem są nowe umiejętności, które pojawiły się w poszczególnych kategoriach funkcjonowania pomimo wątlęgo zdrowia i zażywanych leków, a także braku dodatkowych zajęć terapeutycznych i rewalidacyjnych.

²Piszczyk M.: Dziecko, którego rozwój emocjonalno-poznawczy nie przekracza pierwszego roku życia. Diagnostyka, zasady terapii i ocena efektów zajęć. Warszawa 2006, s.89

Tomasz Ch. (ur. 01.08.1996) – uczeń ośrodka pozarządowego

Chłopak głęboko upośledzony umysłowo z małą głowiem.

Mieszka wraz z rodzicami i rodzeństwem (dwoma braćmi i siostrą) na wsi w domku jednorodzinnym. Niestety pomieszczenia nie są dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Sytuacja materialna rodziny jest bardzo zła. Żyją z zasiłku stałego i okresowego, który otrzymują z pomocy społecznej. Rodzice posiadają zawodowe wykształcenie.

Poród Tomka był „o czasie”, przebiegał bez żadnych powikłań siłami natury, w skali Apgar otrzymał 10 punktów. Z przeprowadzonego wywiadu i analizy dokumentów wynika że nie ma poważniejszych problemów zdrowotnych.

Chłopak cały czas przebywał w domu rodzinnym, gdzie opiekę nad nim sprawowali rodzice. Dopiero od 2001 r. uczestniczy w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych prowadzonych na terenie pozarządowego ośrodka edukacyjno-rehabilitacyjnego 5 razy w tygodniu. Podstawowe zajęcia grupowe prowadzone są przez nauczyciela- wychowawcę (oligofrenopedagoga). Grupa liczy 6 osób upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim. Ponadto Tomasz ma indywidualny kontakt z innymi specjalistami:

- *logopedę* – jeden raz w tygodniu; polegają one na usprawnianiu narządów artykulacyjnych, wprowadzaniu gestów i symboli; organizowane są również sytuacje pobudzające do wydawania dźwięków;
- *rehabilitantem* – trzy razy w tygodniu; głównie polegają na wspomaganiu procesu chodzenia z przenoszeniem ciężaru.

Każdy z wyżej wymienionych specjalistów oraz psycholog udzielają na dany rok szkolny wskazówek do pracy z Tomkiem. Realizowane są one przez oligofrenopedagoga i inne osoby z obsługi (np. pomoc) oraz rodziców.

Główne zalecenia pedagoga specjalnego dotyczą wyciszania Tomka poprzez eliminację przedmiotów wywołujących hałas, odpowiedniego pozycjonowania,

samodzielnego jedzenia oraz treningu czystości polegającym na nauce korzystania z nocnika.

Logopeda zwracał szczególną uwagę na to aby do Tomka zwracać się po imieniu. Zalecał również masaż logopedyczny przed każdym posiłkiem oraz wprowadzenie piktogramu „jedzenie”.

Wskazówki psychologa związane były z organizacją zadań polegających na ćwiczeniu uwagi dowolnej, np.: poprzez prowokowanie do śledzenia wzrokiem przedmiotu, który upadł.

Poza edukacją w ośrodku Tomek nie uczestniczy w żadnych innych formach, które wspomagałyby i stymulowałyby jego rozwój.

Tomek komunikuje się z otoczeniem poprzez gesty, mimikę i wokalizację. Wypowiada pojedyncze sylaby. Lubi słuchać muzyki. Przedmiotami manipuluje używając chwytu nożycowego. Przemieszcza się raczkując. Potrafi sam zdjąć buty, a przy rozbieraniu współdziała z osobą pomagającą mu, sporadycznie zdarzają się takie sytuacje przy ubieraniu się. W codziennym funkcjonowaniu Tomka przeważają pogodne nastroje chociaż zdarzają się momenty autoagresji. Prawdopodobnie są one wywołane obniżoną wrażliwością dotykową. Obserwuje się występowanie sensoryzmów, których główną przyczyną jest obniżona możliwość wzrokowa (macha rączkami przed oczami).

Główne założenia programu pracy rewalidacyjno-wychowawczego

Głównie stosowane metody pracy to Poranny Krąg, Dotyk i Komunikacja M.Ch. Knillów, Ruch rozwijający W.Scherborne, ćwiczenia z zakresu udoskonalania samoobsługi, stymulacja polisensoryczna, hydroterapia.

W roku szkolnym 2004/2005 szczególną uwagę zwrócono na:

1. funkcje poznawcze
2. sprawność motoryczną

3. zachowania społeczne
3. komunikację
4. obsługę siebie.

Z zakresu funkcji poznawczych wprowadzano szereg ćwiczeń wspomagających rozwój spostrzegania a w szczególności kształtowania orientacji w najbliższym otoczeniu poprzez wielozmysłowe poznanie. Wodzeniem wzrokiem za poruszającymi się przedmiotami rozwijało ukierunkowaną spostrzegawczość wzrokową. Ponadto zwracano uwagę na normalizację napięcia mięśniowego, która miała pozwolić na lepszą orientację w schemacie własnego ciała. Głównym celem z zakresu rozwoju percepcji smakowej było nabycie umiejętności rozróżniania smaków oraz gromadzenie doświadczeń węchowych.

Poprzez różnego rodzaju masaże, hydroterapię i ćwiczenia fizyczne doprowadzano do wyczuwania przez Tomka poszczególnych części ciała.

Stwarzanie jak największej ilości sytuacji społecznych, gdzie uczeń miałby okazję do nawiązywania kontaktu z rówieśnikami to szczegółowy cel zachowań społecznych, a ponadto kształtowanie umiejętności pracy w parach i umiejętności wyróżniania siebie z otoczenia.

Z zakresu komunikacji zwracano szczególną uwagę na poszerzanie możliwości komunikacyjnych Tomka poprzez: naukę rozumienia prostych poleceń, reagowanie na zakaz (nie wolno), systematyczne używanie gestów oraz stwarzanie sytuacji pobudzających go do wydawania dźwięków (naśladownictwo zwierząt, pojazdów).

Główne cele samoobsługi dotyczyły kojarzenia ubikacji z czynnością fizjologiczną i nabycie umiejętności kierowania rąk w stronę strumienia wody. Ćwiczano również prawidłowe posługiwanie się łyżką w trakcie spożywania posiłków.

Wszystkie cele realizowane w trakcie zajęć są zgodne ze wskazaniem psychologa zawartym w orzeczeniu kwalifikującym Tomka do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Analiza Postępu w Rozwoju Społecznym PPAC Gunzburga

Z przeprowadzonego wywiadu i prowadzonych obserwacji najmocniejszą stroną Tomka w niezależnym funkcjonowaniu są umiejętności zawarte w I kategorii Obsługa siebie i II Komunikowanie się. Najslabiej opanowane są umiejętności z zakresu Uspołecznienia. Graficzny obraz stanu początkowego funkcjonowania Tomka przedstawia tabela 60.

Wszystkie zadania zawarte w poziomie trudności oznaczonym „a” (pyt. 1,2,3,4) oraz „b” (pyt. 18, 19, 20, 21) i „c” (pyt. 37, 38, 39, 40) z podkategorii jedzenie i poruszanie się Tomek potrafi wykonać samodzielnie bez pomocy. Wie do czego służy łyżka i wkłada ją do buzi, oblizuje ją (pyt 38). Przemieszcza się raczkując (pyt. 40). Z poziomu trudności oznaczonego przez „d” Tomek ma opanowane następujące umiejętności :

1. Jedzenie

pyt. 56 – potrafi żuć biszkopty i lekkie ciasta

pyt. 57 – potrafi rozwinąć lub obrać jakiś stały pokarm jeśli tego wymaga; nie próbuje go jeść bez przygotowania (np.: obranie banana, rozwinięcie cukierka)

2. Poruszanie się

pyt.59 – potrafi zdobyć przedmioty, które pragnie mieć

pyt. 60 – chodzi z pomocą – ze względu na to że dana umiejętność nie jest opanowana całkowicie nauczyciel zasugerował aby zaliczyć ją połowicznie, pomoc innej osoby jest bardzo duża.

Z pozostałych podkategorii tj.: toaleta i mycie się oraz ubieranie u Tomka pojawiają się bardzo sporadycznie umiejętności jak:

- pyt.22 – używa nocnika lub krzeselka, gdy jest w nim umieszczone
- pyt. 42- współpracuje biernie, gdy jest ubierane
- pyt. 63 – wyciąga ramiona lub nogi, kiedy jest ubierane.

Umiejętności komunikowania się w pierwszej podkategorii „Od” opanowane są na poziomie „b”, chłopak wypowiada dwie sylaby, gaworzy (pyt. 24). W drugiej tj. „Do” z omawianego poziomu trudności Tomek zaliczył tylko dwa zadania:

- śledzi wzrokiem poruszające się przedmioty – pyt. 26
- rozgląda się – pyt. 27.

Sprawności zawarte w Uspołecznianiu funkcjonują u Tomka na bardzo niskim poziomie. Tylko jedna umiejętność polegająca na rozpoznawaniu osób bliskich (pyt. 13) została zaliczona. Pozostałe zadania z tego samego poziomu trudności tj. „a” funkcjonują połowicznie czyli zdarzają się czasami (pyt. 10, 11, 12). Podobnie jak pyt. 31 dotyczące odpowiedzi Tomka na ekspresje twarzy innych osób, np. uśmiechem.

Górna granica poziomu trudności w następnej kategorii Zajęcia to poziom „b”. Zaznaczyć trzeba że większość zadań jest wykonywana z bardzo dużą pomocą drugiej osoby (pyt. 32, 33, 34, 35). Dotyczą one przekładania przedmiotu z ręki do ręki, brania i obracania go w palcach, używania ich w celu zapoznania się z nim oraz zdobywania interesującej go zabawki pochylając się do przodu w pozycji siedzącej. Samodzielnie i rozmyślnie potrafi rzucić przedmiot na podłogę (pyt. 36).

Po upływie 6 miesięcy i pracy rewalidacyjnej zgodnej z indywidualnym planem pracy w danym roku szkolnym zaobserwowano nieliczne postępy w następujących umiejętnościach (tabela 4):

- coraz częściej używa nocnika, zaczyna kojarzyć go z wykonywaną czynnością fizjologiczną. Niestety nie można jeszcze zaliczyć tego zadania jako w pełni opanowanego - pyt.22

- próbuje naśladować zasłyszane dźwięki – pyt. 28 (opanowanie tego zadania zostało ocenione przez nauczyciela podobnie jak pyt. 22).

Pojawiły się nowe umiejętności, występują jednak bardzo sporadycznie:

- bazgranie ołówkiem lub kredkami – pyt. 52,
- wkładanie ręki do naczynia i chwytanie znajdujących się w nim przedmiotów – pyt. 53.

Tabela 60

Wyniki uzyskane przez Tomasza Ch. – I badanie

OBSŁUGA SIEBIE										KOMUNIKOWANIE SIĘ										USPOLECZNIE						ZAJĘCIA											
Jedzenie				Poruszanie się		Toaleta i mycie się				Ubieranie się		Od						Do										Sprawność manualna			Zręczność						
106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125			126			127	128	129			130							
76	77	78	79	80			81		82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105					
56	57	58	59	60	61			62		63		64			65			66		67		68	69	70	71	72	73	74			75						
37	38	39	40	41				42		43			44			45		46		47	48	49	50	51	52	53	54			55							
18	19	20	21	22						23		24		25		26	27	28	29	30			31			32	33	34	35			36					
1	2	3	4						5			6			7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			17										

Tabela 61

Wyniki uzyskane przez Tomasza Ch. – II badanie

OBSŁUGA SIEBIE											KOMUNIKOWANIE SIĘ											USPOLECZNIE						ZAJĘCIA															
Jedzenie				Poruszanie się				Toaleta i mycie się				Ubieranie się				Od						Do												Sprawność manualna				Zręczność					
106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	1119	120	121	122	123	124	125			126			127	128	129			130													
76	77	78	79	80				81				82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105								
56	57	58	59	60	61				62				63				64				65				66		67		68	69	70	71	72	73		74			75				
37	38	39	40	41				42				43				44				45		46		47	48	49	50	51	52	53	54			55									
18	19	20	21	22								23		24		25		26	27	28	29	30			31			32	33	34	35			36									
1	2	3	4								5			6			7	8	9	10	11	12	13	14	15		16			17													

LEGENDA

Stan początkowy umiejętności opanowanej w pełni - 

Stan początkowy umiejętności wykonywanej z pomocą – 

Stan początkowy umiejętności pojawiającej się bardzo sporadycznie i wykonywanej z bardzo dużą pomocą - 

Umiejętność pozostająca na tym samym poziomie opanowania - 

Nowa umiejętność opanowana w pełni - 

Nowa umiejętność wykonywana z pomocą - 

Nowa umiejętność pojawiająca się sporadycznie i wykonywana z bardzo dużą pomocą - 

Całkowity regres wcześniej opanowanej umiejętności - 

Pojawienie się nowych umiejętności oraz zwiększona częstotliwość w/w występujących już wcześniej aktywności wskazuje na to, że nauczyciel odpowiednio dobrał główne i szczegółowe cele pracy rewalidacyjno-wychowawczej.

Beata D. (ur. 28.07.1986) – mieszkanka domu pomocy społecznej

Dziewczynka głęboko upośledzona umysłowo, zespół Downa, występuje niedowidzenie obuoczne znacznego stopnia, chora padaczkę.

Z analizy dokumentacji wynika, że dziewczynka pochodzi z pełnej rodziny, która funkcjonuje w środowisku „w miarę prawidłowo”³. Oboje rodzice nie pracują utrzymują się z zasiłków z pomocy społecznej. Na utrzymaniu mają jeszcze trójkę dzieci.

Od 7 roku życia tj. od 1993 r przebywała w ośrodku leczniczo-rehabilitacyjnym dla dzieci niewidomych i niedowidzących. Orzeczenie psychologiczne z maja tego samego roku stwierdza głębokie upośledzenie umysłowe Beaty, natomiast kolejne z listopada 1996 kwalifikuje ją do kształcenia na poziomie szkoły podstawowej specjalnej dla dzieci niewidomych upośledzonych w stopniu znacznym i umiarkowanym, gdzie przebywała do 2000 r.

Niestety brak dokumentacji szkolnej spowodował, że autorka pracy nie potrafi wyjaśnić tak bardzo odbiegające od siebie orzeczenia co do formy kształcenia oraz stopnia upośledzenia.

Od 2002 umieszczona w domu pomocy społecznej na prośbę rodziców. Wzajemny kontakt Beaty z rodziną, a w szczególności z matką, należy do bardzo sporadycznych – raz do roku. Ojciec po przywiezieniu jej do placówki nie był ani razu. Z obserwacji własnych nauczyciela te bardzo rzadkie wizyty w miarę upływu czasu ograniczały się do „bycia razem w jednym pomieszczeniu”. Na terenie domu pomocy społecznej uczestniczy w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych zgodnie z orzeczeniem psychologicznym z 2002r.

Zajęcia prowadzi pedagog specjalny, mają one charakter zajęć grupowych. Odbywają się one od poniedziałku do piątku po 4 godziny lekcyjne.

³ Jest to określone zaczerpnięte z wywiadu środowiskowego pracownika socjalnego. Brak jednak szerszego wyjaśnienia tego pojęcia.

Poza wymienioną wyżej formą stymulacji rozwoju Beata uczestniczy zajęciach rehabilitacji ruchowej trzy razy w tygodniu. Polegają głównie na usprawnianiu poruszania się w pozycji pionowej.

Brak dodatkowej terapii na terenie domu pomocy społecznej.

Beata potrafi utrzymać równowagę w pozycji stojącej z podtrzymaniem. Prowadzona pod pachę chodzi. Wykonuje to jednak bardzo niechętnie i niepewnie ze względu na znaczny ubytek wzroku. Jej ruchy globalne są źle synchronizowane (ostre, szarpane). Ulubioną pozycją dziewczynki jest pozycja siedząca z nogami podkurczonymi i skierowanymi ku górze, bądź pozycja leżąca. Czasami siedząc na podłodze obraca się wokół własnej osi. Sama potrafi przemieszczać się, przesuwając się na pośladkach do ulubionego fotela gdzie spędza większość czasu. Wydaje się, że przyczyną tych znacznych ograniczeń ruchowych są zaburzenia sensoryczne (wzroku) a także brak odpowiedniej stymulacji pobudzającej i zachęcającej ją do działania. Ulubioną aktywnością dziecka jest wkładanie i ślinienie naciągniętego rękawa na dłoń do ust

Z obserwacji Beaty i wywiadu z nauczycielem zauważono bardzo dużą nadwrażliwość dotykową, nie lubi być dotykana przez inne dzieci. Staje się wtedy agresywna i bardzo niespokojna. Te negatywne emocje objawiają się również pojawieniem się płaczu i krzyku oraz wzmożoną aktywnością ruchową. Wykonywane ruchy mają służyć obronie przed innymi osobami, przedmiotami. Potrafi chwycić przedmiot i rzucić nim, nie wykazuje jednak zainteresowania zabawkami, wszystkie wyrzuca i odsuwa od siebie. Jedynymi przedmiotami które toleruje są pluszowe przytulanki.

Lubi przysłuchiwać się spokojnej muzyce, unika głośnej i szybkiej. Krzykiem sygnalizuje swoje niezadowolenie lub stan ogólnego dyskomfortu.

Współdziała przy ubieraniu i rozbieraniu poprzez wyciąganie rąk lub nóg. Jest karmiona łyżką. Nie potrafi gryźć pokarmu stałego, połyka małe kawałki w całości.

W obecności obcych osób czuje się bardzo niepewnie, pojawia się uczucie niepokoju. Nie uczestniczy czynnie w życiu kulturalno-oświatowym domu pomocy społecznej. Rzadko wychodzi również na spacerzy poza teren ośrodka.

Główne założenia programu pracy rewalidacyjno-wychowawczego

Głównie stosowane metody pracy w trakcie zajęć to: Dotyk i Komunikacja M.Ch. Knillów, Ruch Rozwijający W.Scherborne, masaże ciała, stymulacja polisensoryczna, Metoda Pomocnych Dłoni, Metoda Dwuczłowieka. Program pracy indywidualnej w roku szkolnym 2004/2005 wraz z celami i sposobem realizacji przedstawia tabela 62.

Tabela 62

Indywidualny program nauczania Beaty D.

Cele szczegółowe	Sposób realizacji
I. Integrowanie wrażeń zmysłowych -a- smak+węch+dotyk -b- węch+dotyk -c- słuch+ruch – 1. kojarzy dźwięk z określoną sekwencją ruchową metody M.Ch. Knill; 2. przemieszcza się w kierunku atrakcyjnego przedmiotu wydającego dźwięk; 3. Poznaje najbliższe otoczenie (oddział) poprzez dotyk i słych. II. Dotyka przedmioty o różnej fakturze	Ad.I. Podczas posiłków, zajęć z zakresu stymulacji dotykowo – smakowo – węchowej (masaże), podczas zajęć prowadzonych metodą M.Ch.Knill: - nauczyciel pokazuje przedmiot wydający dźwięk, wzbudza zainteresowanie ucznia i stopniowo oddala się (zwiększa dystans) - spaceruje po oddziale z uwzględnieniem dotykowego poznania pomieszczeń (przesuwanie ręki po ścianie i przedmiotach znajdujących się w danym pomieszczeniu), nasłuchiwanie charakterystycznych odgłosów łazienki i kuchni Ad.II. Nauczyciel prezentuje przedmiot o różnej fakturze, podtrzymuje dłoń ucznia na przedmiocie, dąży do wydłużenia czasu zainteresowania przedmiotem

Sprawność motoryczna

Cele szczegółowe	Sposób realizacji
1. Potrafi chwycić mały przedmiot używając chwytu pęsetkowego 2. Trzyma przedmiot oburącz	Ad. I Nauczyciel demonstruje małe przedmioty: - związane z porą roku, np.: kasztany, żołędzie - łupiny orzechów, kolorowe korale. Wzbudza zainteresowanie dźwiękiem, kieruje dłoń ucznia do pudełka z przedmiotami i zachęca do chwycenia poszczególnych elementów Ad. II Podobnie jak wyżej z tą różnicą, że demonstrowane są duże przedmioty. Nauczyciel bierze dłonie ucznia i demonstruje podniesienie danej zabawki
Cele szczegółowe	Sposób realizacji
1. Samodzielnie wstaje z podparciem 2. Wydłuża się czas poruszania się w pozycji stojącej podczas spacerów w znanym pomieszczeniu	Ad. I Nauczyciel podtrzymuje ucznia pod pachą i na polecenie „Wstawaj” podciąga ucznia aż uzyska pozycję stojącą. W marę upływu czasu zmniejsza się pomoc ze strony nauczyciela (zmniejsza się siła) Ad.II Nauczyciel spaceruje po korytarzu z uczniem, trzymając go pod rękę, stara się aby uczeń miał punkt odniesienia jakim jest ściana

Funkcjonowanie społeczne

Cele szczegółowe	Sposób realizacji
Reaguje na swoje imię Akceptuje bliską obecność innych ludzi	Ad. I Zawsze kiedy zwracamy się do ucznia (nauczyciel i inny personel) wymawiamy jego imię Ad.II Podczas zajęć nauczyciel zwraca uwagę na to aby inni uczniowie z grupy byli blisko Beaty. Celebrowane będą wspólne przywitania i pożegnania podczas których uczniowie będą podawać sobie dłonie;

Komunikowanie się

Cele szczegółowe	Sposób realizacji
I. Rozróżnia poszczególne zajęcia w ciągu dnia za pomocą konkretnych przedmiotów	Ad.I. Wprowadzenie konkretnych przedmiotów przed wykonywaniem określonej czynności w ciągu dnia: - łyżka – posiłek - kaseta – ćwiczenia metodą Knillów - piłeczka – przerwa, koniec ćwiczeń

Analiza postępu w rozwoju społecznym PPAC Gunzburga

Po przeprowadzonym wywiadzie oraz obserwacji własnych Beaty stwierdzono bardzo duże dysproporcje w posiadanych umiejętnościach (patrz tabela 6). Nie potrafi ssać ani pić z kubka. Pokarm jest jakby wlewany małymi porcjami do ust dziewczynki (pyt 1).

Podkategoria zadań Poruszanie się należy do mocnych stron badanej. Potrafi przemieszczać się w pozycji stojącej z pomocą drugiej osoby (pyt. 60) oraz wchodzić po schodach stawiając obydwie nogi na każdym stopniu (pyt. 78). Obie czynności wykonywane są jednak bardzo niechętnie. Należy podkreślić, że w/w zadania należą do trudniejszych poziomów tj. „d” – pyt 60 i „e” pyt 78.

Z zakresu komunikacji Beata funkcjonuje na poziomie „a” zarówno w kategorii Od i Do. Tylko pyt. 23 mówiące o wydawaniu zwielokrotnionych dźwięków należy do wyższego stopnia trudności „b” oraz pyt. 29 dotyczące reagowania na zakaz „nie”.

Najsłabszą kategorią funkcjonowania dziewczynki jest Uspołecznienie, gdzie zaliczono tylko jedno zadanie dotyczące skupienia i uwagi – pyt. 10.

Górna granica poziomu trudności w kolejnych zadaniach związanych z Sprawnością manualną i Zręcznością to poziom „b”

Po upływie 6 miesięcy powtórnie przeprowadzono obserwację oraz wywiad z nauczycielem. Zauważono następujące zmiany w zakresach (porównaj tabela 7):

- nowych umiejętności w pełni opanowanych, wykonywanych bez pomocy-
Dorota wie co zaliczyć do pokarmu a co nie (pyt.2)
- nowych umiejętności wykonywanych z pomocą lub pojawiających się
jako zadania nie wypełni opanowane:

- potrafi zdobyć przedmiot, który pragnie mieć poprzez przesunięcie się do niego (pyt. 59),

- schodzi ze schodów stawiając obie nogi na każdym stopniu (pyt. 79),

- wyciąga ramiona lub nogi kiedy jest ubierana (pyt. 63),
- współdziała podczas ubierania (pyt. 82),
- sylabizuje (pyt. 24),
- kręci się i wierci dostrzegając, wyczuwając nową osobę (pyt. 12),
- bierze małe przedmioty i obraca jej w palcach (pyt.33),
- zwraca na siebie uwagę robiąc hałas (pyt. 48),
- działania, u których zaobserwowano regres i muszą być wykonywane z pomocą - wchodzi po schodach – chód dostawczy (pyt. 78),
- całkowitego regresu:
 - żuje biszkopty i lekkie ciasta (pyt. 56),
 - siada bez pomocy na sedesie (pyt. 111),
 - wie jak zareagować na polecenie „nie” (pyt. 29),
 - nie słucha rytmicznych uderzeń i nie jest zainteresowana powtarzającymi się dźwiękami (pyt. 67),
 - nie stara się sięgać samodzielnie po przedmioty (pyt.16),
 - brak manipulacji (pyt. 17),
 - nie zdobywa przedmiotów poprzez pochylanie się ku nim (pyt. 35).

Tabela 63

Wyniki uzyskane przez Beatę D. – I badanie

OBSŁUGA SIEBIE										KOMUNIKOWANIE SIĘ										USPOŁECZNNIENIE						ZAJĘCIA									
Jedzenie		Poruszanie się		Toaleta i mycie się				Ubieranie się		Od						Do										Sprawność manualna			Zręczność						
106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125			126			127	128	129			130					
76	77	78	79	80		81		82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105				
56	57	58	59	60	61	62	63		64			65			66	67	68	69	70	71	72	73		74			75								
37	38	39	40	41				42		43			44			45		46	47	48	49	50	51	52	53		54			55					
18	19	20	21	22						23		24		25		26	27	28	29	30			31			32	33	34	35			36			
1	2	3	4							5			6			7	8	9	10	11	12	13	14	15		16			17						

Tabela 64

Wyniki uzyskane przez Beatę D. – II badanie

OBSŁUGA SIEBIE									KOMUNIKOWANIE SIĘ												USPOŁECZNNIENIE						ZAJĘCIA								
Jedzenie		Poruszanie się		Toaleta i mycie się				Ubieranie się		Od						Do												Sprawność manualna			Zręczność				
106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	1119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130											
76	77	78	79	80		81		82	83	84	85	86	87	88		89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105			
56	57	58	59	60	61	62		63		64			65			66	67	68	69	70	71	72	73			74				75					
37	38	39	40		41			42		43			44			45	46	47	48	49	50	51	52	53		54				55					
18	19	20	21	22						23		24		25		26	27	28	29	30		31	32	33	34		35				36				
1	2	3	4							5			6		7	8	9	10	11	12	13	14	15			16				17					

LEGENDA

Stan początkowy umiejętności opanowanej w pełni - Stan początkowy umiejętności wykonywanej z pomocą – Stan początkowy umiejętności pojawiającej się bardzo sporadycznie i wykonywanej z bardzo dużą pomocą - Umiejętność pozostająca na tym samym poziomie opanowania - Nowa umiejętność opanowana w pełni - Nowa umiejętność wykonywana z pomocą - Całkowity regres wcześniej opanowanej umiejętności - 

Analizując otrzymane wyniki należy zwrócić uwagę że największy regres zaobserwowano w podkategorii „Zręczność”. Te działania winny stać się priorytetowe w dalszych oddziaływaniach rewalidacyjno-wychowawczych. Być może ich przyczyna jest bardzo duża nadwrażliwość dotykowa. Słabe wyniki dotyczące uspołeczniania sugerują o konieczności organizowania jak największej ilości sytuacji społecznych, gdzie dziewczynka będzie miała kontakt z innymi osobami oraz wprowadzenie zachowań społecznych tj.: np. machanie ręką na pożegnanie czy podawanie ręki na przywitanie.

Sabina T. (ur. 29.10.1982) – mieszkanka domu pomocy społecznej

Dziewczyna głęboko upośledzona umysłowo, mikrocefalia, encefalopatia, epilepsja.

Matka zrzekła się opieki nad upośledzoną Sabina zaraz po porodzie. Dziewczynka trafiła do ośrodków opiekuńczych: domu małego dziecka a stamtąd do domu pomocy społecznej wieku 5 lat, gdzie przebywa obecnie.

Sabina jest pod stałą kontrolą lekarza neurologa i psychiatry oraz lekarza rodzinnego. Ze względu na padaczkę i występujące ataki typu grand mal zażywa leki antypadaczkowe oraz uspokajające. Opinia psychologa z 1998 r. wskazuje na górną granicę głębokiego upośledzenia.

Od 1999 r. systematycznie uczestniczy w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych, prowadzonych przez pedagoga specjalnego. Wcześniej stymulacja jej rozwoju odbywała się w trakcie zajęć terapeutycznych prowadzonych przez pracowników domu pomocy społecznej. Zajęcia były prowadzone bardzo sporadyczne.

Pięć razy w tygodniu uczestniczy w zajęciach szkolnych, które trwają 4 godziny lekcyjne. Mają one charakter zajęć grupowych – 4 osoby. Grupa jest jednorodna pod względem wiekowym.

Dodatkowo na terenie ośrodka uczestniczy w rehabilitacji ruchowej oraz terapii. Częstotliwość spotkań jest jednak bardzo mała (raz na tydzień)

Porusza się samodzielnie, obserwuje się dobrą synchronizację ruchów całego ciała, pokonuje przeszkody. Rzadko zdarzają się zachwiania równowagi, które są skutkiem ubocznym epilepsji i branych leków.

Potrafi samodzielnie spożywać posiłki. Poprawnie używa łyżki, pije z nieprzystosowanego kubka.

Z pomocą nauczyciela potrafi założyć i zdjąć byty, bez wiązania i zapinania rzepów. Współpracuje przy ubieraniu i rozbieraniu odzieży. Potrafi samodzielnie włożyć rękę do rękawa, nogę do nogawki. Nie potrafi jednak zapinać guzików.

Obserwuje się bardzo dobrą manipulację przedmiotami, które obraca, potrząsa w dłoni. Bazgrze kredką.

Regularnie załatwia swoje potrzeby fizjologiczne, kojarzy miejsce z wykonywanym zadaniem. Dotyczy to również innych czynności dnia codziennego (np. jedzenia, nauki, mycia się).

Domaga się stałego, bliskiego kontaktu nauczyciela tylko dla niej. Preferuje zajęcia indywidualne. Okazuje zazdrość o inne dzieci z grupy. Objawia się to niechęcią do wykonania zadanych poleceń. Czasami pojawiają się symulacje ataku padaczki lub zachowania autoagresywne polegające na uderzaniu głową w ścianę lub agresywne w stosunku do osób przebywających w najbliższym otoczeniu, np.: rzucanie butami, krzesłami w kierunku innych ludzi.

Oczekuje aprobaty i pochwały za wykonane zadanie. Lubi pochwały (słowne, cielesne- głaskanie, przytulanie, społeczne, polegające na wspólnym pici herbaty) które motywują ją do dalszego działania.

Komunikuje się z otoczeniem poprzez nieartykułowane dźwięki. Rozumie proste polecenia jednak nie zawsze chce się do nich dostosować. Zależy to głównie od jej nastroju.

Lubi słuchać żywej, rytmicznej muzyki, uwielbia poruszać się w jej takt, dobrze lokalizuje jej źródło. Pozostałe zmysły tj. wzrok, smak funkcjonują poprawnie.

Chętnie uczestniczy w uroczystościach i imprezach organizowanych z udziałem gości lub osób spoza jej ośrodka.

Obserwuje się zmienny nastrój, okresami występuje wzmożona nadpobudliwość psychoruchowa, niepokój i bierność oraz stereotypie ruchowe.

Główne założenia indywidualnego programu pracy rewalidacyjno-wychowawczej

Ponieważ test PPAC Gunzburga jest podstawowym narzędziem stosowanym przez nauczyciela Beatę, główne cele pracy rewalidacyjnej oparte są na kategoriach i podkategoriach wyżej wymienionego testu.

W zakresie spożywania posiłków w roku szkolnym 2004/2005 największą uwagę zwracano na usprawnianie techniki samodzielnego jedzenia z użyciem łyżki oraz wyuczenie picia z kubka bez ustnika. Motywacją do tego typu działania miały być zajęcia kulinarne i aktywny udział Sabiny wyrażający się również w zachowaniach tj. podawanie, podtrzymywanie, przesuwanie itp.

Ze względu na bardzo słabą komunikację w omawianym roku szkolnym starano się stwarzać jak największą liczbę sytuacji sprzyjających naśladowaniu dźwięków. Rozpoczęto prace nad wprowadzaniem gestów: daj, potakiwanie, zaprzeczania ruchem głowy, nie chcę. Szczególną uwagę zwracano na stymulację percepcji wzrokowej i wydłużanie czasu wodzenia wzrokiem za przedmiotem w pionie, poziomie oraz wykonywanie ruchów okrężnych gałką oczną.

Z zakresu uspołeczniania kontynuowano wyrażanie aprobaty i chwalenie uczennicy jako środka motywującego do pracy. Głównym celem było również zachęcanie do współdziałania z innymi dziećmi w grupie i wygaszania postaw egoistycznych.

Kolejnym celem rewalidacyjnym było udoskonalanie sprawności manipulacyjnej poprzez:

- ćwiczenia w puszczaniu, trzymaniu, podawaniu przedmiotów o różnej wielkości, ciężarze i fakturze z użyciem jednej lub obu dłoni
- wyjmowanie, przesypywanie, przelewanie
- malowanie palcami.

Analiza postępu w rozwoju społecznym PPAC Gunzburga

Po analizie danych uzyskanych od nauczyciela i obserwacji można stwierdzić, że najmocniejszą stroną funkcjonowania Sabiny, są umiejętności zawarte w kategoriach Obsługa siebie i Uspołecznienie. Najslabiej funkcjonuje w zakresie Komunikowania się, a w szczególności w podkategorii Od. Wszystkie wyniki zaznaczone są w tabeli 65.

Większość zadań zawartych w podkategorii Jedzenie, uczennica wykonuje z pomocą drugiej osoby (pyt. 19,18,37,56,57,58). Pytanie 38 dotyczące umiejętności wykładania łyżki do ust wykonuje bez ingerencji opiekuna. Należy jednak zauważyć, że wyżej wymienione czynności należą do poziomu „d” pod względem trudności.

W podkategorii Poruszanie się Sabina wykonuje z pomocą tylko:

- pyt.21 mówiące o schylaniu się w dół i podnoszeniu w górę,
- pyt. 108 dotyczące biegania
- pyt. 109 polegające na umiejętności pchania lub ciągnięcia innych przedmiotów.

Wszystkie inne zadania od poziomu trudności „a” do „e” potrafi zrobić samodzielnie.

Sprawności dotyczące toalety i mycia się wykonywane są większości z pomocą drugiej osoby. Tylko samodzielne korzystanie z sedesu (pyt. 111) należy do w pełni opanowanych, a pyt. 62 mówiące o sygnalizowaniu gdy jest brudne lub mokre wykonuje bardzo sporadycznie. Potrafi kontrolować oddawanie moczu (pyt. 80) przy zachowaniu stałej sytuacji oraz miejsca, np. na terenie domu pomocy społecznej. W przypadku zmiany pobytu np. w trakcie wyjazdu, należy kontrolować i przypominać o potrzebach fizjologicznych.

Podobnie sytuacja przedstawia się w podkategorii Ubieranie się, zalicza wszystkie zadania, o różnym poziomie trudności, oprócz pyt. 115 dotyczącego zapinania guzików.

Najsłabszą zakresem umiejętności jest jak już wspominałam Komunikacja, która w podkategorii Od mieści się na poziomie „b”, z którego tylko jedno zadania polegające na wydawaniu zwielokrotnionych dźwięków (pyt. 23) zalicza w całości. Pozostałe dwie umiejętności pojawiają się ale nie są jeszcze w pełni opanowane przez Sabinę (pyt. 24, 25 – sylabizowanie, wymawianie dwóch sylab). Trochę lepiej sytuacja przedstawia się w Komunikowaniu się Do. Ze względu na dobrze funkcjonujące zmysły zadania z poziomu trudności „a” i „b” dziewczynka wykonuje bez większych problemów. Umiejętności zaliczone do poziomu trudności „c” i „d” tj. pyt. 45, 46, 66 dotyczące prostych poleceń: podaj przedmiot który trzymasz w ręce, chodź tutaj, gdzie jest twoje ubranie, uznawane są za te, które potrafi wykonać z pomocą drugiej osoby. Podobnie jest z pyt. 89 i 90 - poziom trudności „e”. Jedyne pyt 67 mówiące o zainteresowaniu się powtarzającymi dźwiękami i wsłuchiwaniu się w nie, Sabina wykonuje poprawnie z dużym zainteresowaniem i chęcią. Zdarzały się przypadki, kiedy popranie wykonywała polecenia zawierające układy słów: na, w , do, pod itp. Trudno jednak po przeprowadzonych obserwacjach własnych i nauczyciela, na dzień badań stwierdzić czy to przypadek czy faktycznie rozumie znaczenie wyżej wymienionych słów.

Mocną stroną funkcjonowania Sabiny jest Uspołecznienie. W tej dziedzinie wszystkie zadania z poziomu trudności „a”, „b”, „c”, i połowę z „d” wykonuje samodzielnie i bez zaangażowania osób trzecich. Wszystkie dotyczą one reakcji społecznych między innymi takich jak:

- uśmiechanie się, reagowanie głosem (pyt. 11),
- rozpoznawania najbliższych osób (pyt. 13),
- odpowiadanie na ekspresje twarzy (pyt. 31),
- zwracanie uwagi na siebie (pyt. 48),
- oczekiwanie aprobaty (pyt. 49),
- przyglądanie się swojemu odbiciu w lustrze (pyt. 68),
- machanie ręką na pożegnanie (pyt.71).

Zadania dotyczące współdziałania z innymi (pyt. 93), liczenia się z ich uczuciami i pragnieniami (pyt. 94) potrafi wykonać z pomocą nauczyciela, która polega na przypomnieniu właściwego zachowania. Potrafi wziąć i przynieść dany przedmiot na żądanie (pyt.95). Lubi oglądać obrazki w książce (pyt. 96). Zaznaczyć trzeba, że wykonanie zadań określonych pyt. 95 jak i 96 jest uzależnione od nastroju Sabiny dlatego też są zaliczone połowicznie. Podobnie jak pyt. 126 dotyczące pomocy przy wykonywaniu zajęć domowych.

Bardzo sporadycznie zdarzały się sytuacje, w których dziewczyna liczyła się z uczuciami innych osób (pyt. 94).

Potrafi trzymać i brać przedmioty oraz przekładać je z ręki do ręki z przekroczeniem linii środka ciała (pyt. 14, 15, 32). W poznawaniu przedmiotów posługuje się zmysłem dotyku – pyt. 34. Nie potrafi jednak obracać przedmiotów w palcach sposobem pęsetkowym (pyt. 33). Spontanicznie bazgrze (pyt. 52), natomiast tylko od czasu do czasu maże kredkami. Z niewielką pomocą potrafi włożyć rękę do naczynia czy innego pudełka w celu wyciągnięcia przedmiotów umieszczonych w nich (pyt. 53). Bardzo sporadycznie zdarzają się sytuacje w których Sabinie uda się ułożyć jedno pudełko na drugie.

W zakresie zręczności manipulacja przedmiotami wykonywana jest tylko z pomocą drugiej osoby (pyt. 17), dotyczy to również zdobywania zabawki poprzez pochylanie się oraz rozmyślnego rzucania przedmiotów (pyt. 35, 36). Samodzielnie siada przy stole (pyt. 104).

Zaobserwowano sporadyczne sytuacje, w których wodzi wzrokiem za toczącym się przedmiotem (pyt. 54) oraz kopnięcie piłki bez utraty równowagi (pyt. 74).

Po upływie 6 miesięcy powtórzono powtórnie obserwację (tabela 66). Niestety nie zauważono zmian, które w istotny sposób wpłynęły na funkcjonowanie uczennicy. Jedynym elementem był postęp związany z umiejętnością zaczekania na swoją kolejkę i włączanie się do zabawy na prośbę nauczyciela.

Tabela 65

Wyniki uzyskane przez Sabinę T. – I badanie

OBSŁUGA SIEBIE										KOMUNIKOWANIE SIĘ										USPOŁECZNIENIE					ZAJĘCIA								
Jedzenie		Poruszanie się		Toaleta i mycie się				Ubieranie się		Od						Do									Sprawność manualna			Zręczność					
106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	1119	120	121	122	123	124	125	126				127	128	129			130				
76	77	78	79	80		81		82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105		
56	57	58	59	60	61	62			63	64			65			66		67		68	69	70	71		72	73		74			75		
37	38	39	40	41				42		43			44			45		46		47	48	49	50	51	52	53	54			55			
18	19	20	21	22					23		24			25		26	27	28	29	30			31			32	33	34	35			36	
1	2	3	4						5					6			7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			17				

Tabela 66

Wyniki uzyskane przez Sabinę T. – II badanie

OBSŁUGA SIEBIE										KOMUNIKOWANIE SIĘ										USPOŁECZNIENIE						ZAJĘCIA														
Jedzenie		Poruszanie się		Toaleta i mycie się				Ubieranie się			Od						Do										Sprawność manualna			Zręczność										
106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	
76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	
56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	

LEGENDA

Stan początkowy umiejętności opanowanej w pełni - Stan początkowy umiejętności wykonywanej z pomocą – Stan początkowy umiejętności pojawiającej się bardzo sporadycznie i wykonywanej z bardzo dużą pomocą - Umiejętność pozostająca na tym samym poziomie opanowania - Nowa umiejętność opanowana w pełni - 

Po analizie otrzymanych danych należy zastanowić się nad bardzo małym postępem w rozwoju uczennicy i dalszymi jego kierunkami rozwoju.

Najważniejszym punktem przyszłego indywidualnego programu nauczania, zdaniem autorki pracy, jest usprawnianie komunikacji Od. Należałoby się zastanowić nad wprowadzeniem systemu komunikacji alternatywnej (piktogramy lub PSC), które w znaczący sposób poprawiłyby stosunki z otoczeniem zarówno z koleżankami jak i nauczycielem. Ponadto ułatwiłyby funkcjonowanie społeczne Sabiny wśród ludzi spoza domu pomocy społecznej.

Krzysztof G. (ur.05.07.1990) – uczeń ośrodka pozarządowego

Chłopak z upośledzeniem sprzężonym:

- głębokie upośledzenie umysłowe
- autyzm
- umiarkowany ubytek słuchu.

Dodatkowo chory na epilepsję.

Pochodzi z pełnej rodziny. Matka Krzysztofa zajmuje się prowadzeniem domu i wychowaniem dziecka. Ojciec jako jedyny żywiciel rodziny prowadzi własny zakład mechaniczny. Krzysztof ma trójkę starszego rodzeństwa. Ich rozwój przebiega prawidłowo bez żadnych poważniejszych zakłóceń, są w normie intelektualnej i zdrowi. Z przeprowadzonej analizy dokumentów i wywiadu z nauczycielem wynika, że ich sytuację materialną należałoby zaklasyfikować jako przeciętną. Zamieszkują w domku jednorodzinnym. Nie wiadomo czy jest on dostosowany do potrzeb niepełnosprawnego syna.

Krzysztof pochodzi z czwartej i ostatniej ciąży. Poród „o czasie”, przebiegał bez żadnych powikłań siłami natury, w skali Apgar otrzymał 10 punktów. Z przeprowadzonego wywiadu i analizy dokumentów wynika, że nie było poważniejszych problemów zdrowotnych. Waga urodzeniowa 3700 g.

W latach 1992 do 1997 uczestniczył w zajęciach z zakresu wczesnej interwencji. W 1997 r. na podstawie orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej stwierdzającej znaczne upośledzenie został zaklasyfikowany do zespołów edukacyjno-terapeutycznych, gdzie kontynuował naukę do 2005 roku. Pierwsze wzmianki o obniżeniu tempa rozwoju odnajdujemy w opinii psychologicznej z 1999 r. Dopiero powtórne badanie w poradni psychologiczno-pedagogicznej w 2006 r., określa duży regres w rozwoju Krzysztofa, a co z tym związane upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim. I tym samym skierowanie go do zespołów rewalidacyjno-wychowawczych. Sam dokument

orzekający jest dość ubogi co do charakterystyki jego funkcjonowania i wskazań. Wymienia tylko dwa:

- rozwój motoryki małej
- rozwój społeczny

W trakcie grupowych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, prowadzonych przez pedagoga specjalnego w wymiarze 6 godzin dziennie, Krzysztof ma dodatkowo spotkania z innymi specjalistami. I tak z:

- *logopedą* - 1 raz w tygodniu, głównym celem tych zajęć jest wprowadzanie, rozpoznawanie i utrwalanie piktogramów oraz ćwiczenia narządów artykulacyjnych i pobudzanie do wydawania określonych dźwięków
- *psychologiem* – 1 raz w tygodniu, kształtowanie kompetencji społecznych oraz niwelacja zachowań trudnych
- *rehabilitantem* – 4 razy w tygodniu, polegają na ćwiczeniach ogólnousprawniających, a w szczególności ćwiczenia z oporem. Ponadto wykonywane są zabiegi hydroterapeutyczne oraz inhalacje i ćwiczenia oddechowe.
- *muzykoterapeutą* – 1 raz w tygodniu,
- *terapeutą zajęciowym* – 4 razy w tygodniu.

Zajęcia te odbywają się indywidualnie w ramach godzin grupowych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Krzysztof pomimo ubytku słuchu potrafi wypowiedzieć zgodnie z przeznaczeniem pojedyncze słowa, rozumie również proste polecenia. Dobrze lokalizuje źródło dźwięku. W zakresie samoobsługi umiejętności związane z samodzielnym spożywaniem nie sprawiają mu trudności – sam je, pije z kubka. Potrafi również, z małą pomocą, ubrać się i rozebrać. Sprawny fizycznie – schodzi i wchodzi po schodach, biega, ciągnie i pcha przedmioty. Ze względu na zaburzenia autystyczne trudno mu się skoncentrować podczas zajęć grupowych, preferuje indywidualne spotkania z terapeutami. Łatwo się rozprasza, obserwuje

się dużą nadwrażliwość dotykową, która czasami jest przyczyną zachowań autoagresywnych. Jego rysunki na etapie bazgrot. Sygnalizuje potrzeby fizjologiczne.

Iloraz Dojrzałości Społecznej Doll wynosi 15,6.

Główne założenia programu pracy rewalidacyjno-wychowawczego

Główne założenia programowe dotyczyły umiejętności, które Krzysztofowi sprawiały trudności. Większość z nich dotyczyła samoobsługi:

- usprawnianie samodzielnego mycia się po posiłkach (kształtowanie nawyku),
- ćwiczenia w rozbieraniu i ubieraniu się z zapinaniem i odpinaniem guzików i zamków,
- doskonalenie z samodzielnego korzystania z toalety.

Kolejna grupa celów dotyczyła w większości szeroko pojętego uspołecznienia i komunikacji, jako tych obszarów najbardziej zaburzonych:

- współpraca w grupie,
- wydłużanie czasu koncentracji,
- rozumienie poleceń oraz korzystanie w codziennych sytuacjach z piktogramów,
- niwelacja zachowań trudnych.

Ponadto w indywidualnym planie pracy znalazły się również informacje o ćwiczeniach przysposabiających do nauki czytania i pisania. Tego typu zapis wydaje się być zaskakujący w sytuacji, kiedy mamy do czynienia z osobą wypowiadającą pojedyncze wyrazy, komunikującą się za pomocą metod alternatywnych jaką są piktogramy. Co do ćwiczeń przygotowujących do pisania, można je potraktować jako rozwój koordynacji wzrokowo-ruchowej i ruchów precyzyjnych ręki, palców.

Myślę, że zapis ten jest pozostałością po wcześniejszych planach realizowanych w trakcie zajęć edukacyjno-terapeutycznych.

W indywidualnym planie brakuje określenia procedur osiągania poszczególnych celów.

Analiza Postępu w Rozwoju Społecznym PPAC Gunzburga

Po przeprowadzonym wywiadzie i pierwszej obserwacji Krzysztofa, stwierdzić można, iż poziom jego funkcjonowania, jest zdecydowanie wyższy, od przeciętnego poziomu innych przebadanych osób z głębokim upośledzeniem umysłowym – tabela 67. W Zakresie Obsługi Siebie tylko niektóre czynności wykonuje z pomocą innej osoby:

- pyt.77 – je bez pomocy
- pyt.106 – używa widelca bez trudności
- pyt. 80 – kontrola oddawania moczu w ciągu dnia (należy mu o tym przypominać)
- pyt. 82 – pomaga przy ubieraniu.

Potrafi wykonać wszystkie zadania z dziedziny poruszania się. Najslabiej, choć i tak na tle innych osób z głębokim upośledzeniem bardzo dobrze, funkcjonuje w zakresie toalety, mycia i ubierania. Wszystkie czynności zaliczane do najwyższego poziomu f, nie są opanowane.

Zadania z zakresu Komunikacji zarówno Do jak i Od w pełni opanowane są do poziomu c. Tylko pyt. 65 mówiące o używaniu dwudziestu słów określone zostało jako te, które pojawia się bardzo sporadycznie. Z pomocą polegającą na małych podpowiedziach albo zwracaniu uwagi Krzysztof wykonuje zadania dotyczące wykonywania poleceń i słuchania opowiadań. Rzadko rozumie układy słów zawierające „na”, „w”, „do” itp.

Ze względu na zaburzenia autystyczne uspołecznienie należy do tych dziedzin funkcjonalnych, gdzie istnieją bardzo duże rozbieżności w ramach

poszczególnych poziomów trudności. I tak, zadania z pierwszych dwóch tzn. a i b Krzysztof ma opanowane i ich wykonanie nie sprawia mu żadnych trudności. W poziomie c pyt. 48 i pyt. 50 oraz pyt. 71 z poziomu d zaliczone zostały do tych, które musi wykonywać z pomocą innych osób (zwracanie na siebie uwagi i rozśmieszanie innych, machanie ręką na pożegnanie lub przywitanie). Potrafi bawić się z innymi, ale brak współdziałania (pyt. 93).

Potrafi mazać kredkami oraz kopać i rzucać piłkę z niewielką pomocą. Sam siada do stołu.

Po upływie siedmiu miesięcy zajęć rewalidacyjno wychowawczych zaobserwowano zarówno postęp jak i regres niektórych umiejętności funkcjonalnych.

W przypadku zadania dotyczącego wypowiadania dwudziestu wyrazów i zadowolenia podczas oglądania obrazków w książeczce nastąpił całkowity regres, natomiast pojawiły się sytuacje w których Krzysztof zwracał uwagę na siebie hałasem pyt. 43 oraz z pomocą nauczyciela potrafi ustawić w pewnym porządku co najmniej dwa klocki – pyt 55. Wyniki zawiera tabela 68.

Analizując indywidualny program rewalidacyjno-wychowawczy oraz wyniki uzyskane w Profilu Rozwoju Społecznym PPAC Gunzburga można stwierdzić, że proces aktywizacji Krzysztofa przebiega prawidłowo. Należy pamiętać, że w przypadku osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną utrzymywanie się pewnego stałego poziomu umiejętności funkcjonalnych jest „postępem” w jego rozwoju. W tym przypadku nakładają się jeszcze zaburzenia autystyczne, niosące za sobą zachowania trudne w postaci autoagresji.

Tabela 67

Wyniki uzyskane przez Krzysztofa w pierwszym badaniu

OBSŁUGA SIEBIE										KOMUNIKOWANIE SIĘ										USPOŁECZNIENIE					ZAJĘCIA									
Jedzenie		Poruszanie się		Toaleta i mycie się				Ubieranie się		Od						Do									Sprawność manualna			Zręczność						
106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130										
76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105					
56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85					
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66					
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					

Tabela 68

Wyniki uzyskane przez Krzysztofa w drugim badaniu

OBSŁUGA SIEBIE										KOMUNIKOWANIE SIĘ												USPOŁECZNIENIE				ZAJĘCIA														
Jedzenie		Poruszanie się		Toaleta i mycie się				Ubieranie się		Od						Do										Sprawność manualna		Zręczność												
106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	
76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	
56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	

LEGENDA

Stan początkowy umiejętności opanowanej w pełni - Stan początkowy umiejętności wykonywanej z pomocą - Stan początkowy umiejętności pojawiającej się bardzo sporadycznie i wykonywanej z bardzo dużą pomocą - Umiejętność pozostająca na tym samym poziomie opanowania - Nowa umiejętność opanowana w pełni - Nowa umiejętność wykonywana z pomocą - Regres - 

Rozdział IX

Wnioski i uogólnienia wynikające z badań.

**Zarys modelu zajęć rewalidacyjno-
wychowawczych**

W niniejszej pracy przedstawiłam dwie drogi edukacyjne osób z głębokim upośledzeniem umysłowym. Pierwsza z nich dotyczy tych, które korzystają z oferty edukacyjnej proponowanej przez ośrodki pozarządowe. Druga, to zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, organizowane przez szkołę, z miejscem realizacji na terenie domów pomocy społecznej.

Zanim przejdę do ostatecznego podsumowania plusów i minusów prowadzonych form rewalidacyjnych odwołam się do opinii nauczycieli o trudnościach, jakie spotykają w swojej pracy, a także do pewnych wysuniętych przez nich propozycji organizacyjnych. Połączenie informacji pochodzących od samych pedagogów z uzyskanymi wynikami badań własnych, pozwolą na zaprezentowanie propozycji ewentualnych zmian organizacyjnych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Sytuacje utrudniające postęp w zdobywaniu nowych kwalifikacji funkcjonalnych u uczniów z głębokim upośledzeniem podzieliłam na dwie grupy. Pierwsza z nich dotyczy samego ucznia, jego stanu somatycznego, zaburzeń sprzężonych i ogólnego funkcjonowania. Druga związana jest z przestrzenią edukacyjną, a szczególnie z miejscem, czasem i przygotowaniem merytorycznym nauczycieli.

Nauczyciele zostali poproszeni o podkreślenie 5 najważniejszych, wg ich opinii, utrudnień. Uzyskane wyniki prezentuje tabela 69. Analizując dane w niej zawarte, można zauważyć zbieżności, co do odpowiedzi związanych z bezpośrednim funkcjonowaniem samych uczniów. Zarówno u jednej jak i drugiej grupy nauczycieli sprzężenia rozwojowe oraz zaburzenia somatyczne i związane z tym zażywanie leków stanowią największe utrudnienia. Przypominając sobie charakterystykę osób z głębokim upośledzeniem, informacje te wydają się naturalną konsekwencją ich funkcjonowania.

Tabela 69

Utrudniania w pracy nauczycieli zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w świetle zastosowanej ankiety

Utrudnienia	Wskazania nauczycieli ośrodków pozarządowych N=17		Wskazania nauczycieli na terenie domów pomocy społecznej N=36		Ogółem N=53	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Sprzężenia rozwojowe	15	88%	34	94%	49	92%
Choroby somatyczne	13	76%	21	58%	34	64%
Zażywane leki	11	65%	23	64%	34	64%
Zachowania agresywne	7	41%	14	39%	21	40%
Autoagresja ucznia	10	59%	11	31%	22	41%
Autostymulacja	6	35%	5	14%	11	21%
Zachowania stereotypowe	12	71%	12	33%	24	45%
Brak pomocy dydaktycznych	0	0	20	56%	20	38%
Źle dostosowane sale	0	0	8	22%	8	15%
Brak współpracy z innymi specjalistami	1	6%	16	44%	17	32%
Mala ilość godzin pracy z uczniem	1	6%	4	11%	5	9%
Brak wiedzy praktycznej	0	0	2	6%	2	4%
Brak wiedzy teoretycznej	0	0	0	0	0	0
Nic nie utrudnia	0	0	0	0	0	0
Inne	2	12%	2	6%	4	8%

Inaczej przedstawia się sytuacja z drugą grupą czynników utrudniających, związanych z przestrzenią edukacyjną. Niestety, częściej wymieniane one były przez nauczycieli pracujących na terenie domów pomocy społecznej. Dotyczyły one zarówno pomocy dydaktycznych, pomieszczeń oraz współpracy z innymi specjalistami, które wskazało aż 44% nauczycieli. Można przypuszczać, że nauczyciele zadają sobie sprawę z faktu, iż inni specjaliści stali się uzupełnieniem prowadzonego, niejako samotnie, procesu rewalidacji. Odwołując się do wyników zawartych we wcześniejszych rozdziałach niniejszej rozprawy, jeszcze raz zostały potwierdzone informacje mówiące o niezbyt dobrym przygotowaniu pod względem organizacyjnym zajęć rewalidacyjno-wychowawczych odbywających się na terenie domów pomocy społecznej.

Celem kolejnego pytania skierowanego do nauczycieli było uzyskanie propozycji zmian w strukturze organizacyjno-prawnej zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, które wg ich opinii udoskonaliłyby proces edukacji osób z głęboką niepełnosprawnością umysłową. Najczęściej występujące odpowiedzi zostały zebrane w tabeli 70.

Warto zawrócić uwagę na małą liczbę odpowiedzi. Może wskazywać to na fakt, że kwestie prawne i organizacyjne pozostają na marginesie zainteresowań respondentów.

Tabela 70

Propozycje zmian w strukturze organizacyjno-prawnej zajęć rewalidacyjno-wychowawczych podawane przez ankietowanych nauczycieli

Propozycje zmian	Nauczyciele ośrodków pozarządowych N=17		Nauczyciele pracujący na terenie domów pomocy społecznej N=36		Ogółem N=53	
	Liczba	%	liczba	%	liczba	%
Kontynuacja działań w domu rodzinnym i placówkach opiekuńczych	5	29%	14	39%	19	36%
Odpowiednio dostosowane sale do różnych typów aktywności i ich wyposażenie	5	29%	14	39%	19	36%
Dodatkowy nauczyciel i współpraca z innymi specjalistami; tworzenie zespołu specjalistów	2	12%	18	50%	20	38%
Wprowadzenie zajęć indywidualnych	6	35%	8	22%	14	26%
Jasno określone zasady doboru uczniów do grupy	0	0	4	11%	4	7%
Określone zasady współpracy z personelem placówek opiekuńczych	0	0	3	8%	3	6%
Większe wsparcie finansowe dla nauczyciela (dodatek specjalny i za uciążliwe warunki pracy)	0	0	6	17%	6	11%
Zmniejszona liczba godzin pracy	1	6%	0	0	1	2%
Nic bym nie zmieniła	3	18%	7	19%	10	19%
Inne	8	47%	7	19%	15	28%

Zaprezentowane dane po raz kolejny potwierdziły słabe strony zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, prowadzonych na terenie domów pomocy społecznej. Najwięcej propozycji tej grupy nauczycieli oscylowało wokół wspomaganie samego nauczyciela w procesie edukacji uczniów głęboko

upośledzonych umysłowo przez dodatkowego pedagoga, innych specjalistów bądź cały ich zespół. Jeżeli do tej propozycji dołączymy kolejne najczęściej wymieniane, a przede wszystkim te dotyczące kontynuacji działań w domach rodzinnych lub na terenie placówek opiekuńczych to wydawać mogłoby się, że pracujący tam nauczyciele czują się osamotnieni w całym procesie edukacji bez wsparcia innych osób, które w zależności od swojej profesji różnicują oddziaływania rewalidacyjno-terapeutyczne. Jak ważna jest praca zespołowa podkreśla również A. Frohlich: „pracownicy zajmujący się stymulacją osób głęboko wielorako niepełnosprawnych potrzebują dobrego, profesjonalnego wsparcia, a zwłaszcza pełnej integracji z całym zespołem pracującym w danej placówce. Dowiedziono, że jeżeli osoby głęboko wielorako niepełnosprawne i ludzie zajmujący się nimi prowadzą przez dłuższy czas życie „na marginesie” całej placówki, to pojawiają się poważne symptomy izolacji, wzrasta frustracja zawodowa, a zachorowalność i przemęczenie powodują podwyższoną absencję personelu”¹.

Zaznaczyć jednak trzeba, że pomimo tych utrudnień u uczniów mieszkających na stałe w domach pomocy społecznej, obserwuje się również pozytywne zmiany funkcjonalne, przy gorszych warunkach dotyczących samej przestrzeni edukacyjnej. Może to świadczyć o bardzo dużym zaangażowaniu nauczycieli w sam proces edukacji. Na uwagę zasługuje również fakt, iż tylko nauczyciele pracujący na terenie domów pomocy społecznej postulowali o lepsze warunki finansowe za wykonywaną pracę (17%). Być może wynika to właśnie z sytuacji zbyt dużego i samotnego obciążenia procesem rewalidacji osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, a także z małego dowartościowania ich pracy przez innych nauczycieli i dyrektorów.

Podsumowaniem wszystkich informacji, zawartych szczególnie w tym rozdziale jak również w tych wcześniejszych jest stworzenie zarysu modelu zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, którego realizacja w optymalny sposób

¹ Frohlich A.: Stymulacja od podstaw...cyt.wyd., s.274.

będzie oddziaływała na uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym. W literaturze najczęściej wymieniana jest definicja modelu A. Kamińskiego, która mówi o tym, że model to: „(...) pojęcie ogólne, utworzone przez wyselekcjonowanie i wyabstrahowanie z określonej rzeczywistości pewnych jej istotnych elementów i zbudowanie z nich syntetycznej struktury...”². T.Pszczółowski³ zauważa, że spotykamy się różnymi modelami: prakseologicznymi i semantycznymi. W niniejszej pracy, rozpatrywany będzie zarys modelu prakseologicznego, który może odnosić się zarówno do organizacji jak i przedmiotów technicznych. W takim układzie, zaprezentowany model, a raczej jego zarys, można również „ujmować jako metodę upośrednionego poznania za pomocą sztucznych lub naturalnych układów zdolnych w określonych warunkach do reprezentowania badanego obiektu i przekazania o nim nowej wiedzy”⁴. Przedstawiony przeze mnie zarys modelu oparty jest na strukturze istniejących już placówek, które ze względu ujemne strony działalności należałby zmodyfikować lub uzupełnić o nowe elementy. W większości przedstawione postulaty będą dotyczyły szkół specjalnych, a w szczególności tych zajęć odbywających się na terenie placówek opiekuńczych, jakimi są domy pomocy społecznej.

Według mnie do najważniejszych postulatów przy tworzeniu modelu zajęć rewalidacyjno-wychowawczych należą:

1. **element miejsca**: zajęcia powinny odbywać się poza miejscem zamieszkania (chodzi tu przede wszystkim o domy pomocy społecznej) czyli na terenie ośrodków pozarządowych lub szkół specjalnych⁵). Stworzy to możliwość większego oddziaływania społecznego na omawianą grupę, a poprzez odpowiednio dostosowane sale do różnych aktywności (nie tylko poznawczych

² Kamiński A.: Analiza teoretyczna związków młodzieży do połowy XX wieku. Warszawa 1971, s.104.

³ Pszczółowski T.: Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji. Wrocław 1978.

⁴ Tamże, s...

⁵ Przeobrażenia które obserwujemy w szkolnictwie specjalnym prowadzą do całkowitego włączenia osób z lekkim upośledzeniem w szkolnictwo masowe. Zatem powstaje luka dająca możliwość tej placówce dostosowania się do specyficznej edukacji osób z głębokim upośledzeniem, wymagająca zdecydowanie innych warunków organizacyjnych.

ale i higienicznych) zaś odpowiednie ich wyposażenie, zwiększy rozwój umiejętności funkcjonalnych. Należy również pamiętać o tym, iż w skład pomocy dydaktycznych zaliczamy również oprzyrządowanie rehabilitacyjne, takie jak np.: chodziki, pionizatory, czy odpowiednie stoliki i krzesła. Innym argumentem przemawiającym za tym postulatem będzie zdecydowanie większy dostęp do specjalistów zatrudnianych na terenie szkół (tak jak w przypadku ośrodków pozarządowych);

2. **element czasu**: chodzi tu o jasno określone kryteria, co do godzin zajęć grupowych ale również i indywidualnych. Nie wskazana jest całkowita zamiana zajęć grupowych na indywidualne, gdyż hamować będą one rozwój społeczny i kontakty. Natomiast powinna istnieć możliwość spotkań sam na sam ucznia i nauczyciela czy też innymi specjalistami, ponieważ są oni w stanie dostosować oddziaływania do konkretnych potrzeb danego ucznia;

3. **element osób**: uwzględnia udział specjalistów w aktywnym procesie rewalidacji osób głęboko upośledzonych umysłowo niezależnie od miejsca edukacji – Chodzi tu wręcz o tworzenie zespołów specjalistów. Należy zastanowić się nad możliwością zatrudniania przez szkoły specjalne rehabilitantów oraz w pełnym wymiarze pielęgniarek szkolnych. Wymaga tego specyficzne somatyczne i fizyczne funkcjonowanie uczniów z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Rodzice oraz personel opiekuńczy ma stać się pełnoprawnym członkiem wymienionego wcześniej zespołu specjalistów. Wiąże się to z przygotowaniem nauczycieli do pracy „z” a nie „obok” opiekunów prawnych i innych osób z najbliższego otoczenia. Szczególne znaczenie ma to w przypadku uczniów mieszkających w placówkach opiekuńczych, gdzie taka współpraca powinna zaczynać się na szczeblu terapeutycznym a kończyć na szczeblu kierowniczym.

4. **element procesu** : nauczyciele w toku kształcenia swoich uczniów z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, powinni mieć świadomość, że wszystkie ich oddziaływania: wychowawcze, edukacyjne (związane z

nabywaniem nowych kompetencji), a także rewalidacyjne to **jeden proces**. W nim, wyposażamy ucznia w wiadomości, umiejętności i postawy, kompensujemy, korygujemy i usprawniamy zaburzone procesy psychiczne i fizyczne⁶. Trudno sobie wyobrazić, iż któraś z wyżej wymienionych części składowych mogłaby w przypadku uczniów ze złożoną, głęboką niepełnosprawnością intelektualną być wprowadzona w oderwaniu od pozostałych. Zatem proces edukacji musi być oparty na wszechstronnych, różnorodnych oddziaływaniach, których celem jest dobro ucznia. Przykładem będą tu interdyscyplinarne zespoły specjalistów, którzy **wspólnie** będą umieli uzupełniać swoje działania, wzajemnie ze sobą powiązane „pajęczyny działań”. Oczywiście warunkiem koniecznym aby takie podejście do procesu edukacji osób z głębokim upośledzeniem, mogło być zastosowane w praktyce, jest wzajemnie połączenie i przenikanie omówionych już elementów, ze szczególnym uwzględnieniem elementu osób.

5. element metod: uwzględnia właściwy dobór metod pracy do psychofizycznych możliwości ucznia. Wydaje się, iż ten element jako jedyny funkcjonuje prawidłowo. Nauczyciele właściwie potrafią zdiagnozować potrzeby funkcjonalne swoich uczniów i z uwzględnieniem ich indywidualności zastosować odpowiednie postępowanie ze znanego im wachlarza metod. Twierdzenie, iż nie ma jednej właściwej metody pracy z dzieckiem głęboko upośledzonym umysłowo, że jest ich tyle ile dzieci, jest dobrze znane w codziennej praktyce rewalidacyjnej nauczycielom.

⁶ Stawowy-Wojnarowska I.: Podstawy kształcenia specjalnego. Warszawa 1989 r., 13.

Zakończenie

Krąg zagadnień prezentowany w tej pracy związany był z edukacją osób głęboko upośledzonych umysłowo, a w szczególności z grupowymi zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi, prowadzonymi na terenie placówek opiekuńczych jakimi są domy pomocy społecznej i ośrodki pozarządowe. Głównym celem pracy było opisanie i porównanie funkcji założonych i tych faktycznie spełnianych w toku edukacji. Wyznacznikiem prowadzonej rewalidacji, były zdobywane umiejętności funkcjonalne przez uczniów, pozwalające również na ocenienie efektywności prowadzonych zajęć w poszczególnych placówkach.

Porównując elementy organizacyjne omawianych zajęć, można zauważyć bardzo duże różnice w ich codziennym funkcjonowaniu, a także w „koszyku usług” oferującym swoim potencjalnym klientom, jakimi są uczniowie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. Dziwić może fakt, iż szkoła specjalna jako instytucja stworzona specjalnie do rozwijania szeroko pojętych kompetencji uczniów z upośledzeniem umysłowym, posiada zdecydowanie gorszą bazę lokalową oraz zdecydowanie mniej pomocy dydaktycznych. I choć w niniejszej pracy analizowałam zajęcia organizowane na terenie domów pomocy społecznej, nie zwalnia to z obowiązku, aby zadbać o stałe i dostosowane do potrzeb uczniów miejsce odbywania zajęć. To właśnie dobra współpraca na poziomie kierowniczym obu placówek, mogłaby zaowocować wspólnymi działaniami nauczycieli i pracowników opiekuńczych i terapeutycznych domów pomocy społecznej, na rzecz swoich podopiecznych, np. w postaci indywidualnych planów usprawniania czy kontynuacji działań terapeutycznych. Sytuacja, w której nauczyciele nie mają swojego konkretnego pomieszczenia lub ich sala ma jeszcze inne przeznaczenie, np. spełnia funkcję sypialni lub wózkowni, nigdy nie miałyby miejsca. Brak wsparcia ze strony specjalistów, tak często podkreślany w licznych wypowiedziach przebadanych nauczycieli,

może wskazywać na brak zrozumienia istoty oddziaływań rewalidacyjnych w stosunku do osób głęboko upośledzonych umysłowo. Mam tu na myśli tworzenie diagnozy funkcjonalnej, czy postępowanie rewalidacyjne oparte na strukturalizacji otoczenia. Nawet odległość od macierzystej placówki nie powinna zwalniać psychologów, logopedów czy innych specjalistów od poznania i dodatkowych działań edukacyjnych. Przecież osoby głęboko upośledzone umysłowo to także uczniowie szkoły!

Warto jednak podkreślić, że praca wykonywana przez nauczycieli pracujących na terenie domów pomocy społecznej pomimo tak trudnych warunków przynosi pożądane efekty w postaci zdobywaniu przez uczniów nowych kompetencji funkcjonalnych. Nie bez znaczenia ma tu z pewnością ich dobre przygotowanie teoretyczne i metodyczne.

Ośrodki pozarządowe są placówkami zdecydowanie lepiej przystosowanymi do edukacji osób z złożoną, głęboką, wieloraką niepełnosprawnością choć tak jak, inne placówki borykają się z różnymi problemami. Jednym z nich jest z pewnością zbyt mała współpraca z rodzicami, polegająca na kontynuowaniu pewnych oddziaływań w domu rodzinnym.

Zebrane w toku badania informacje, pozwoliły na ustalenie i opisanie badanego fragmentu rzeczywistości edukacyjnej uczniów głęboko upośledzonych umysłowo. Należy jednak być świadomym, że odpowiedzi na sformułowane pytania – z jednej strony zmniejszyły obszar niewiedzy, z drugiej zaś odsłoniły nowe pokłady warte eksploracji. Poniżej postaram się zwrócić uwagę na kilka z nich, sygnalizując problemy i jednocześnie rysując dalsze koncepcje możliwych i koniecznych badań nad procesem kształcenia, wychowania i rehabilitacji rozpatrywanej grupy wychowanków.

Zagadnienia podejmowane w niniejszej rozprawie oscylują wokół zajęć grupowych. Niemniej jednak sądzę, że należałoby także podjąć próbę szerokiej diagnozy funkcjonowania zajęć indywidualnych zastanowić się jak funkcjonują zajęcia indywidualne prowadzone a terenie domów rodzinnych?

Warto także postawić konkretne pytania dotyczące problemów z jakimi borykają się nauczyciele prowadzący tą formę rewalidacji i wreszcie jaką rolę pełnią w tym procesie rodzice.

Należałoby również zbadać jak wygląda przestrzeń edukacyjna w szkołach specjalnych, które zadały sobie trud zorganizowania zajęć rewalidacyjnych na swoim terenie. Po rozpatrzeniu tych problemów uzyskamy pełniejszy obraz edukacji osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną.

Sądzę, że poznanie i opisanie – zakreślonego celami opracowania – wycinka rzeczywistości edukacyjnej, jest krokiem pozwalającym nie tylko na wygenerowanie wskazanych wyżej płaszczyzn eksploracji badawczej, ale umożliwia także sformułowanie wielu dyrektyw (uwydatnionych w opisanym modelu) przydatnych w praktyce edukacyjnej. Żywię nadzieję, że staną się one inspiracją w nieustannym procesie reformowania pozostających ciągle w stanie tworzenia form edukacji uczniów głęboko upośledzonych umysłowo.

Spis tabel

1. Klasyfikacja upośledzenia umysłowego
2. Czynniki powodujące upośledzenie umysłowe
3. Metody pracy z dzieckiem z głębokim upośledzeniem umysłowym
4. Zestaw bodźców sensorycznych w metodzie 4 Pory Roku
5. Zmienne oraz wskaźniki
6. Struktura badanej grupy
7. Wiek uczniów
8. Nauczyciele zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
9. Liczba godzin zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
10. Godziny indywidualne
11. Zależność pomiędzy godzinami grupowymi a umiejętnościami funkcjonalnymi
12. Zależność pomiędzy godzinami indywidualnymi a umiejętnościami funkcjonalnymi
13. Rodzaje sal, w których odbywają się zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze
14. Dostosowanie pomieszczenia do potrzeb zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
15. Współdecydowanie nauczycieli o zakupie nowych pomocy dydaktycznych
16. Wyposażenie uczniów w sprzęt rehabilitacyjny oraz jego rodzaj
17. Zależność wieku uczniów a zdobywanie umiejętności funkcjonalnych
18. Kryteria doboru uczniów do grup rewalidacyjno-wychowawczych
19. Ogólny staż pracy nauczycieli
20. Staż pracy nauczycieli z osobami głęboko upośledzonymi umysłowo
21. Podstawowe wykształcenie nauczycieli
22. Motywy podjęcia pracy rewalidacyjno-wychowawczej przez nauczycieli

23. Ocena własnej pracy nauczycieli
24. Rodzaj i częstotliwość spotkań z dodatkowymi specjalistami
25. Kształtowanie umiejętności funkcjonalnych u osób mających rehabilitację ruchową
26. Rodzaj prowadzonej dokumentacji indywidualnej i grupowej na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych
27. Wyniki uzyskane w badaniach PPAC Gunzburga u uczniów w ośrodkach pozarządowych i domach pomocy społecznej
28. Kryteria doboru metod
29. Metody stosowane na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych
30. Wyniki uzyskane z komunikacją alternatywną
31. Elementy komunikacji a kształtowanie umiejętności funkcjonalnych
32. Cele zawarte w indywidualnych planach pracy
33. Wyniki testu Gunzburga u osób z celem pracy: kształtowanie poczucia bezpieczeństwa
34. Priorytety funkcjonalne
35. Szczegółowe dziedziny *Obsługi siebie* a ośrodek
36. Indywidualne cele realizowane w trakcie zajęć grupowych z podziałem na ośrodki
37. Indywidualne cele dotyczące samoobsługi a umiejętności funkcjonalne
38. Indywidualne cele dotyczące funkcjonowania społecznego a umiejętności funkcjonalne
39. Zależności pomiędzy wynikami uzyskanymi w Skali Społecznej Dolla a wynikami testu PPAC Gunzburga
40. Sprawność manualna a wyniki uzyskane przez uczniów w poszczególnych ośrodkach
41. Struktura rodziny
42. Sytuacja socjalna rodzin uczniów głęboko upośledzonych umysłowo
43. Wychowanie rodziców

44. Lata w placówkach opiekuńczych a kształtowanie umiejętności funkcjonalnych
45. Indywidualna ocena współpracy rodziców z uczniem
46. Wyniki testu Gunzburga a współpraca rodziny z nauczycielami (ocena indywidualna)
47. Zaburzenia organiczne, metaboliczne, genetyczne
48. Zajęcia z innymi specjalistami dla dzieci z MPD
49. Zestawienie punktowe ceny funkcjonowania uczniów autystycznych
50. Wyniki testu Gunzburga uzyskane przez osoby, u których w indywidualnym planie pracy zastosowano niwelację zachowań trudnych
51. Choroby uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
52. Rodzaj zażywanych leków z podziałem na ośrodki
53. Frekwencja uczniów na zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych
54. Wyniki testu Gunzburga uzyskane przez osoby poddawane leczeniu szpitalnemu
55. Dotychczasowe formy edukacji, rehabilitacji i wspomagania rozwoju uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych przed rozpoczęciem nauki w obecnym ośrodku
56. Wyniki oceny umiejętności funkcjonalnych uzyskane przez dzieci uczestniczące we wcześniejszych formach edukacji, rehabilitacji i wspomagania rozwoju.
57. Zależność wcześniejszej edukacji w kształtowaniu umiejętności związanymi ze szczegółowymi dziedzinami testu PPAC Gunzburga
58. Wyniki uzyskane przez Agatę M. – I badanie
59. Wyniki uzyskane przez Agatę M. – II badanie
60. Wyniki uzyskane przez Tomasza Ch. – I badanie
61. Wyniki uzyskane przez Tomasza Ch. – II badanie
62. Indywidualny program nauczania Beaty D.
63. Wyniki uzyskane przez Beatę D. – I badanie

- 64. Wyniki uzyskane przez Beatę D. – II badanie
- 65. Wyniki uzyskane przez Sabinę T. – I badanie
- 66. Wyniki uzyskane przez Sabinę T. – II badanie
- 67. Utrudniania w pracy nauczycieli zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- 68. Propozycje zmian w strukturze organizacyjno-prawnej zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

1. Godziny grupowe
2. Finansowanie pomocy dydaktycznych w domach pomocy społecznej
3. Liczba osób w grupie
4. Zróżnicowanie wiekowe w ośrodkach
5. Decyzje o doborze uczniów do grup rewalidacyjno-wychowawczych na terenie domów pomocy społecznej
6. Dodatkowe wykształcenie nauczycieli
7. Krótkie formy kształcenia nauczycieli
8. Wskazania psychologów na orzeczeniach
9. Indywidualne cele realizowane w trakcie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
10. Liczba rodzeństwa
11. Wiek rodzeństwa
12. Rodzaj wykonywanej pracy przez rodziców
13. Godziny indywidualne oraz grupowe dla uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych ze stwierdzonym autyzmem

ANEKS

Aneks 1

Arkusz obserwacyjny

Data obserwacji.....

Ośrodek

Ilość osób uczestniczących w zajęciach

Ilość osób wspomagających pracę nauczyciela/ terapeuty.....

Miejsce odbywania zajęć

Tematyka zajęć

.....
.....

Zaobserwowane metody pracy

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

Zastosowane pomoce dydaktyczne

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

Schemat przebiegu zajęć

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Pojawiające się zachowania trudne na zajęciach i sposób reagowania nauczyciela

1.....

2.....

3.....

4.....

Aneks 2

Indywidualny arkusz ucznia

Dane osobowe

Inicjały imienia i nazwiska.....
Data urodzenia.....
Ośrodek.....
Pozarządowy ☐ Szkolny ☐
Miejsce zamieszkania wieś ☐ miasto ☐

Dane o rodzinie

1. Wiek matki.....
Stan cywilny mężatka ☐ panna ☐ rozwódka ☐ wdowa ☐
Wykształcenie matki.....
Zawód wyuczony.....Zawód wykonywany.....
Schorzenia neurologiczne w rodzinie.....

2. Wiek ojca.....
Wykształcenie ojca.....
Zawód wyuczony.....Zawód wykonywany.....
Schorzenia neurologiczne w rodzinie.....

3. Struktura rodziny
pełna ☐ niepełna ☐ separacja ☐ rozwód ☐ konkubinat ☐

4. Rodzeństwo:

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1.wiek | 2.wiek |
| 3.wiek | 4.wiek |
| 5.wiek | 6.wiek |
| 7.wiek | 8.wiek |
| 9.wiek | 10.wiek |

Ciąża i poród

5. Która ciąża

6. Który poród

8. Choroby przebyte w czasie ciąży przez matkę:

cukrzyca	epilepsja	astma	choroby wątroby
choroby nerek	grypa	świnka	nadciśnienie
różyczka	ospa	zabiegi chirurgiczne	krwawienia
zatrucie ciążowe	inne.....		

9a. Poród:

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| a. o czasie.....tyg. | b. przedwczesnytyg. |
| c. po czasietyg. | |

9b. Charakter porodu:

- | | | |
|----------------------|---------------------|--------------------------|
| a. siłami natury | b. Cesarskie cięcie | c. normalny bez powikłań |
| d. przedłużający się | e. Pośladowy | f. kleszczowy |

10. Skala Apgar:

- | | | | | |
|------|------|------|------|-------|
| a. 1 | b. 2 | c. 3 | d. 4 | e. 5 |
| f. 6 | g. 7 | h. 8 | i. 9 | j. 10 |

11. Waga.....

12. Wzrost.....

13. Umieszczenie dziecka w inkubatorze:

- | | | |
|--------|--------|-----------------------------|
| a. tak | b. Nie | c. nie wiadomo, brak danych |
|--------|--------|-----------------------------|

14. Występowanie zasinienia, zamartwicy

- | | | |
|--------|--------|-----------------------------|
| a. tak | b. Nie | c. nie wiadomo, brak danych |
|--------|--------|-----------------------------|

15. Zażywane przez dziecko leki w pierwszym miesiącu życia :

- | |
|--------------------|
| a. tak, jakie..... |
| b. nie |

16. Choroby główne.....

17. Choroby współistniejące.....

18. Pobyty w szpitalach:

Od.....	do.....	powód.....
Od.....	do.....	powód.....
Od.....	do.....	powód.....
Od.....	do.....	powód.....

19. Historia umieszczenia dziecka w placówkach leczniczych, opiekuńczych, itp.:

Od.....	do.....	powód.....	placówka.....
Od.....	do.....	powód.....	placówka.....
Od.....	do.....	powód.....	placówka.....
Od.....	do.....	powód.....	placówka.....

20. Aktualnie zażywane leki

21. Dotychczasowe opinie psychologa (data i wskazania):

- | | |
|----|-------|
| a. | |
| | |
| | |
| b. | |
| | |
| | |
| c. | |
| | |
| | |
| d. | |
| | |
| | |

Warunki mieszkaniowe rodziny

22. Sytuacja socjalna:
- | | | |
|-----------------|----------|---------------|
| a. bardzo dobra | b. dobra | c. przeciętna |
| d. bardzo zła | | |
23. Rodzina mieszka w:
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| a. w domku jednorodzinnym | b. mieszkaniu własnościowym |
| c. mieszkaniu spółdzielczym | d. mieszkaniu komunalnym |
| e. mieszkaniu socjalnym | f. wynajmuje mieszkanie |
| g. brak danych | |
24. Mieszkanie jest dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej:
- | | | |
|--------|--------|----------------|
| a. tak | b. nie | c. nie wiadomo |
|--------|--------|----------------|
25. Rodzina zamieszkuje:
- | |
|---------------------------|
| a. sama |
| b. z dziadkami |
| c. ciotki, wujkowie |
| d. inne osoby, jakie..... |

Edukacja

26. Historia edukacji i wczesnej interwencji

Od..... do..... ośrodek.....
Od..... do..... ośrodek.....
Od..... do..... ośrodek.....
Od..... do..... ośrodek.....

27. Orzeczenie kwalifikujące dziecko do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych z dnia.....

Wskazania psychologa:

-
-
-
-
-
-

28. Inne poza szkolne formy wspomagania rozwoju dziecka

.....
.....

29. Szkoła Macierzysta

30. Który rok nauki:

a. 1	b. 2	c. 3	d. 4	e. 5
f. 6	g. 7			

31. Kontakt z innymi specjalistami:

a. pedagog specjalny	ile razy w tyg.
b. logopeda	ile razy w tyg.
c. psycholog	ile razy w tyg.
d. rehabilitant	ile razy w tyg.
e. hydroterapeuta	ile razy w tyg.

- f. muzykoterapeuta ile razy w tyg.
- g. inni.....

32. Ilość godzin dziennie w zajęciach grupowych.....

33. Ilość godzin dziennie w zajęciach indywidualnych.....

34. Rodzaj zajęć indywidualnych

- a. spotkania z pedagogiem specjalnym, na czym polegają.....
- b. spotkania z psychologiem, na czym polegają.....
- c. spotkania z logopedą, na czym polegają.....
- d. spotkania z muzykoterapeutą, na czym polegają.....
- e. inne.....

35. Rodzaj zajęć grupowych prowadzonych przez:

- a. pedagoga specjalnego, ich charakter.....
- b. psychologa, ich charakter.....
- c. rehabilitanta, ich charakter.....
- d. muzykoterapeute, ich charakter.....

36. Wskazówki pracy na rok szkolny

- a. Zalecenia pedagoga.....
.....
.....
- b. Zalecenia logopedy.....
.....
.....
- c. Zalecenia rehabilitanta.....
.....
.....
- d. Zalecenia psychologa.....
.....
.....
- e. Zalecenia innych specjalistów.....
.....
.....

37. Wyniki badań:

Gunzberg: Doll.....

39. Frekwencja

Wrzesień	
Październik	
Listopad	
Grudzień	
Styczeń	
Luty	
Marzec	
Kwiecień	
Maj	
Czerwiec	

ANEKS 3

Ankieta dla nauczycieli zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Szanowni Państwo,

Celem niniejszej ankiety jest uzyskanie informacji na temat prowadzonych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci głęboko upośledzonych.

Badania sa anonimowe.

Dziękuję za udzielone odpowiedzi

Metryczka

1. Płeć	K	M
---------	---	---

2. Staż pracy ogółem (proszę podkreślić właściwy przedział)

0-5 6-10 11-15 16-20 21-25 26-30

3. Staż pracy z osobami głęboko upośledzonymi (proszę podać liczbę).....

4. Wykształcenie

podstawowe.....

5. Dodatkowe kwalifikacje

a. studia podyplomowe

.....

b. kursy kwalifikujące

.....

c. krótkie formy doskonalące

.....

6. Od kiedy zaczęła Pani/Pan pracować z dziećmi głęboko upośledzonymi? (proszę podać rok)

7. Proszę o wybranie trzech motywów, od najbardziej do najmniej ważnych z zaznaczeniem ich kolejności, które decydowały o wyborze aktualnego miejsca pracy

a. zdobycie ciekawej interesującej pracy

b. wybór pod presją (np. utraty pracy) aktualnej sytuacji zawodowej

c. jest to zawód i praca zgodna z moim przygotowaniem merytorycznym

d. praca z osobami głęboko upośledzonymi zawsze była moim marzeniem

e. osobiste zdolności do pracy z osobami upośledzonymi w stopniu głębokim

f. inne, proszę wymienić

jakie.....

8. Proszę o zaznaczenie aktualnego miejsca pracy

a) szkoła specjalna, gdzie odbywają się zajęcia (podkreśl właściwe)

szkole

domu pomocy społecznej

zakład leczniczo-opiekuńczym

inne

b) ośrodek pozarządowy

9. Czy zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze odbywają się w specjalnie wyodrębnionej sali
- tak
 - nie
 - sala łączy w sobie jeszcze inne funkcje, jeżeli tak to proszę podać jakie.....
 - zajęcia odbywają się w różnych salach, które są dostosowane do określonej aktywności (np. sala doświadczeń świata, sala do komunikacji itp.), proszę wymienić jakie rodzaje sal są w Pańskim zakładzie pracy
.....
.....
.....
 - inne.....
10. Czy pomieszczenie to jest dostosowane do potrzeb zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- pomieszczenia są duże, przestronne
 - pomieszczenia są małe, ale funkcjonalne
 - pomieszczenia są małe i niedostosowane do wieku dzieci
 - brakuje jednego konkretnego pomieszczenia
 - inne.....
11. Kto decyduje o wyposażeniu sali
- sami nauczyciele
 - pracownicy danej placówki, w której są organizowane zajęcia (dps, zło)
 - inni, proszę wymienić kto.....
12. Czy używane pomoce dydaktyczne są dostosowane do potrzeb dziecka głęboko upośledzonego
- tak
 - nie
 - trudno powiedzieć, jest ich tak mało
13. Kto finansuje zakup pomocy dydaktycznych
- dyrektor szkoły
 - dyrektor ośrodka pozarządowego
 - dyrektor placówki w której odbywają się zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze
 - inni, proszę podać kto.....
 - brakuje nowych pomocy dydaktycznych (proszę podać przyczynę).....
14. Czy Pani jako prowadząca zajęcia dydaktyczne decyduje o rodzaju zakupionych pomocy dydaktycznych
- a. tak b. nie c. czasami d. trudno powiedzieć
15. Czy uczniowie są wyposażeni w odpowiedni sprzęt rehabilitacyjny (np. wózki, krzeselka, chodziki)
- a. tak b. nie c. tak, ale tylko niektóre
- Proszę wymienić w jaki
-
-
-
16. Ile osób liczy Pani/Pana grupa (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)
- a. 2 b. 3 c. 4 d. 5 e. 6
- f. inne (proszę podać ile).....

17. Proszę wymienić wiek swoich uczniów

.....

18. Kto decydował o doborze uczniów do konkretnej grupy rewalidacyjno-wychowawczej

- a. dyrektor szkoły lub placówki pozarządowej
- b. zespół nauczycieli pracujących w danej placówce
- c. inne.....

19. Jakie są kryteria przydziału do danej grupy

- a. wiek uczniów
- b. rodzaj dodatkowych zaburzeń, np. takie same zaburzenia sensoryczne
- c. nie ma wyraźnych kryteriów
- d. wolne miejsce w grupie rewalidacyjno-wychowawczej
- e. inne.....

20. Ile godzin dziennie trwają zajęcia

- a. 4 godziny zegarowe
- b. 4 godziny lekcyjne
- c. 5 godzin zegarowych
- d. 6 godzin zegarowych
- e. inne, proszę podać ile.....

21. W jakich godzinach odbywają się zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze? (od – do)

.....

22. Czy oprócz Pani/Pana w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych uczestniczą inne osoby (np. pomoc, pielęgniarz)

- a. tak, proszę podać kto.....
- b. nie
- c. czasami, proszę podać kto.....

23. Jaki jest zakres obowiązków dodatkowej osoby uczestniczącej na zajęciach

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

24. Jak ocenia Pani/Pan współpracę z osobą przebywającą dodatkowo na zajęciach

- a. bardzo dobrze
- b. dobrze
- c. trudno powiedzieć
- d. źle
- e. moim zdaniem obecność dodatkowej osoby na zajęciach jest zbędna
- f. inne.....

25. Czy oprócz Pani/Pana pracują z dzieckiem inni specjaliści (np. logopedzi, rehabilitanci, terapeuci zajęciowi)

- a. tak, proszę wymienić.....
- b. nie
- c. nie wiem

26. Jaka jest częstotliwość zajęć z dodatkowymi specjalistami?

- a. 1 raz w tygodniu
- b. 2 razy w tygodniu
- c. 3-4 razy w tygodniu

- d. codziennie
- e. brak zajęć z dodatkowymi specjalistami

27. Proszę wymienić co wchodzi w skład dokumentacji indywidualnej ucznia

.....

.....

28. Proszę wymienić co wchodzi w skład dokumentacji grupowej

.....

.....

29. Proszę wymienić metody najczęściej stosowane w pracy z uczniami głęboko upośledzonymi z uwzględnieniem sposobów terapii zachowań trudnych

.....

.....

.....

30. Proszę podać najważniejsze wg Pan/Pana kryteria doboru metod pracy z uczniem głęboko upośledzonym umysłowo (min. 3)

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

31. Czy stara się Pani/Pan wprowadzać innowacje pedagogiczne

a. tak, jakie

.....

.....

.....

b. nie, proszę podać przyczynę

.....

.....

.....

32. Pani/Pana zajęcia mają charakter

- a. zajęć indywidualnych
- b. zajęć grupowych
- c. zajęć grupowych z bardzo dużą indywidualizacją
- d. inne, jakie.....

33. Czy w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych oprócz Pani/Pana uczestniczą dodatkowo inne osoby wspomagające (np. terapeuci, inni nauczyciele)

a. tak, jakie

.....

b. nie

34. Jaki jest zakres współpracy

.....

.....

Pytania 35, 36, 37 dotyczą nauczycieli pracujących w domach pomocy społecznej lub zakładach leczniczo-opiekuńczych

35. Jak ocenia Pani/Pan współpracę z personelem opiekuńczo-terapeutycznym placówki w której odbywają się zajęcia

- a. bardzo dobrze, mamy ten sam cel: dobro dziecka
- b. dobrze,
- c. trudno powiedzieć, mamy zupełnie inny zakres obowiązków
- d. źle, nie rozumiemy naszych działań
- e. inne.....

36. Jaki jest zakres tej współpracy

.....

.....

.....

37. Czy wspólnie z pracownikami danej placówki ustalacie Państwo indywidualny program rozwoju i wsparcia dla danego ucznia:

- a. tak
 - b. nie
 - c. nie widzę takiej potrzeby
 - d. pracownicy placówki opiekuńczej nie widzą takiej potrzeby
 - e. nie ma takiej możliwości, ponieważ. (proszę uzasadnić)
-
-

38. Czy ma Pani/Pan kontakt z rodziną własną dziecka?

- a. tak, systematyczny
- b. kontakt sporadyczny ograniczający się wizyt rodziców w ośrodku
- c. nie, rodzice nie przyjeżdżają do ośrodka lub nie odwiedzają go w ośrodku
- d. inne.....

39. Jak ocenia Pani/Pan kontakt z rodzicami?

- a. bardzo dobrze
- b. dobrze
- c. źle
- d. bardzo źle
- e. trudno powiedzieć

Proszę o uzasadnienie swojej odpowiedzi.....

.....

40. Czy uczniowie z Pani/Pana grupy uczestniczą w dodatkowych zajęciach kształtujących umiejętności społeczne?

- a. tak, w jakich
-
-
- b. nie, ponieważ
-
-
- c. nie ma możliwości, ponieważ
-
-

41. Proszę o ustalenie stopnia ważności wg Pani/Pana kształtowanych umiejętności funkcjonalnych ucznia podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych od 1 do 5, gdzie 1 oznacza najważniejszą umiejętność

- a. motoryka duża
- b. sprawność manualna
- c. czynności samoobsługowe
- d. funkcjonowanie społeczne
- e. wszystkie są jednakowo ważne

42. Czy zauważa Pani/Pan postęp w umiejętnościach funkcjonowaniu swoich podopiecznych

- a. tak, postęp jest zauważalny bardzo szybko
- b. tak, postęp jest zauważalny ale po upływie przynajmniej roku
- c. tak ale nie umiem określić kiedy nastąpił
- d. nie zauważam
- e. nie, bo ich stan fizyczno-somatyczny uległ pogorszeniu
- f. nie, bo nie ma kontynuacji działań w domu rodzinnym lub placówce pobytu stałego
- g. inne

43. Co wg Pani/Pana utrudnia postęp w zdobywaniu i kształtowaniu nowych umiejętności funkcjonalnych ucznia z głębokim upośledzeniem umysłowym (proszę podkreślić 5 najważniejszych)

- a. nic nie utrudnia
- b. sprzężenia rozwojowe
- c. choroby somatyczne
- d. zażywane leki
- e. agresja ucznia
- f. autoagresja ucznia
- g. autostymulacja
- h. zachowania stereotypowe
- i. brak pomocy dydaktycznych
- j. źle dostosowane sale
- k. brak odpowiedniej wiedzy praktycznej
- l. brak odpowiedniej wiedzy teoretycznej
- m. brak współpracy z innymi specjalistami
- n. mała ilość godzin pracy z uczniem
- o. inne.....

44. Jak ocenia Pani/Pan swoją pracę

- a. bardzo dobrze
- b. dobrze
- c. może być
- d. źle
- e. inne.....

44. Gdyby miała Pani/Pan możliwość dokonania zmian w strukturze organizacyjno - prawnej zajęć rewalidacyjno-wychowawczych to czego one by dotyczyły (proszę podać 5 od najważniejszych)

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

Bardzo dziękuję za wypełnienie ankiety

Spis wykresów

1. Godziny grupowe
2. Finansowanie pomocy dydaktycznych w domach pomocy społecznej
3. Liczba osób w grupie
4. Zróżnicowanie wiekowe w ośrodkach
5. Decyzje o doborze uczniów do grup rewalidacyjno-wychowawczych na terenie domów pomocy społecznej
6. Dodatkowe wykształcenie nauczycieli
7. Krótkie formy kształcenia nauczycieli
8. Wskazania psychologów na orzeczeniach
9. Indywidualne cele realizowane w trakcie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
10. Liczba rodzeństwa
11. Wiek rodzeństwa
12. Rodzaj wykonywanej pracy przez rodziców
13. Godziny indywidualne oraz grupowe dla uczniów zajęć rewalidacyjno-wychowawczych ze stwierdzonym autyzmem