

***Obraz kształcenia ucznia
ze specjalnymi potrzebami
edukacyjnymi***

RADA NAUKOWA

prof. zw. dr hab. Aniela Korzon - Dolnośląska Szkoła Wyższa,
Wrocław, Polska

prof. dr Annette Leonhardt - University of Munich, Niemcy

prof. zw. dr hab. Amadeusz Krause- Uniwersytet Gdański, Polska

prof. dr Victor Lechta - Universitet Trnawski, Słowacja

RADA PROGRAMOWA

dr hab. Grażyna Gunia, prof. UP

dr hab. Piotr Majewicz, prof. UP

dr hab. Adam Mikrut, prof. UP

dr hab. inż. Jolanta Zielińska, prof. UP

REDAKTOR NACZELNY

dr hab. Katarzyna Plutecka, prof. UP

KOLEGIUM RECENZENTÓW

dr hab. Urszula Bartnikowska, prof. UWM- Uniwersytet Warmińsko -
Mazurski w Olsztynie

dr hab. Ewa Domagała-Zyśk, prof. KUL - Katolicki Uniwersytet
Lubelski

dr hab. Anna Jakoniuk-Diallo, prof. UAM- Uniwersytet im. Adama
Mickiewicza w Poznaniu

dr hab. Dorota Podgórska-Jachnik, prof. UKW- Uniwersytet im.
Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

dr hab. Bernadeta Szczupał ,prof. APS- Akademia Pedagogiki
Specjalnej w Warszawie

SEKRETARZ

mgr Karolina Kilar - Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji
Narodowej w Krakowie

PROJEKT OKŁADKI

Marina Szewczyk

ISSN 2300-6463 e-ISSN 2449-8815

Zeszyty Naukowe Pedagogiki Specjalnej

Rocznik Studenckiego Koła Naukowego Pedagogiki Specjalnej

Wydawca: Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie , ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków

DRUK I OPRAWA

Zespół Poligrafii Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji
Narodowej w Krakowie

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	7
-------------------	----------

I. KSZTAŁCENIE UCZNIĄ ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI NA PRZESTRZENI WIEKÓW

Karolina Kilar

HISTORYCZNY OBRAZ KSZTAŁCENIA UCZNIÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ.....	11
---	-----------

Natalia Malik

FORMY KSZTAŁCENIA UCZNIÓW GŁUCHYCH I SŁABOSŁYSZĄCYCH W POLSCE- WADY I ZALETY MODELU EDUKACJI SPECJALNEJ, INTEGRACYJNEJ I WŁĄCZAJĄCEJ.....	18
--	-----------

Agata Cierniak

ZARYS SZKOLNICTWA SPECJALNEGO DLA DZIECI Z USZKODZONYM NARZĄDEM SŁUCHU.....	33
--	-----------

Osełkowska Edyta

INSTYTUCJONALNE FORMY WSPIERANIA ROZWOJU DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ.....	45
---	-----------

Gałuszka Izabella

POSTAWY SPOŁECZNE WOBEC OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ I ICH UWARUNKOWANIA – RYS HISTORYCZNY I STAN AKTUALNY	56
---	-----------

II. KSZTAŁCENIE UCZNIĄ ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI W KONTEKSCIE POTRZEB PODMIOTU

Glac Izabela

**KSZTAŁCENIE UCZNIÓW PRZEWLEKLE CHORYCH
W SZKOŁACH – PROBLEMY I WYZWANIA.....70**

Fiołka Hanna

**WCZESNA I INTENSYWNA TERAPIA SZANSĄ DLA
ROZWOJU I KSZTAŁCENIA DZIECKA ZE SPECTRUM
AUTYZMU.....83**

Anna Michalczyk

**THE ROLE OF MODERN INFORMATION TECHNOLOGY IN
SPEECH THERAPY OF HEARING IMPAIRED
CHILDREN.....98**

Patrycja Jonak- Gołębek

**DOGOTERAPIA JAKO JEDNA Z PROPONOWANYCH FORM
ZAJĘĆ PRZEZNACZONYCH DLA UCZNIÓW ZE
SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI116**

Andrzej Grzegorz Maślany

**POSTAĆ NAUCZYCIELA WSPOMAGAJĄCEGO W ŚWIETLE
POTRZEB DZIECKA ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI
ROZWOJOWYMI.....128**

Agata Kułaga

**METODA DWUCZŁOWIEKA W ROZWIJANIU
SAMOBSŁUGI DZIECI Z GŁĘBSZYMI ZABURZENIAMI
ROZWOJU.....135**

Weronika Szymbara

**ZNACZENIE ZABAWY DLA ROZWOJU I KSZTAŁCENIA
UCZNIÓW ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI
EDUKACYJNYMI.....148**

Wstęp

Tematyka podjęta w kolejnym numerze Zeszytów Naukowych Pedagogiki Specjalnej jest aktualna i wyraźnie związana z intensywnie przebiegający procesem kształcenia ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, szczególnie widocznym nie tylko na gruncie teorii, ale i praktyki pedagogiki specjalnej. Na przestrzeni ostatnich lat w naukach społecznych w sposobie definiowania niepełnosprawności wyraźny akcent położono na doprecyzowaniu pełnego zakresu potrzeb i oczekiwań tej grupy osób. Ważne znaczenie w tym podejściu interdyscyplinarnym i wielokontekstowym ma uwzględnienie indywidualnych ograniczeń i społecznych aspektów utrudniających funkcjonowanie w szeroko rozumianym środowisku społecznym. Pojęcie specjalne potrzeby edukacyjne nie jest terminem nowym w edukacji. Pojawiło się w 1978 r. w Londynie w dokumencie Mary Warnock zwanym The Warnock Report. W niniejszym dokumencie zarysowuje się propozycja rezygnacji z medycznej kategoryzacji uczniów, a także zdiagnozowanych u nich dysfunkcji rozwojowych na rzecz pozytywnego ujęcia, w którym istotę stanowi zrozumienie ich rzeczywistych potrzeb. W kontekście takiej perspektywy specjalne potrzeby edukacyjne są efektem indywidualnego sposobu nabywania wiedzy i kształtowania umiejętności w procesie dydaktycznym, przy czym w dużym stopniu warunkują je procesy tworzące i modyfikujące struktury poznawcze. Dodatkowo diagnoza pozwala na dostosowanie odpowiednich profesjonalnych strategii pomocowych, które służą poprawie jakości funkcjonowania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Bez wątplenia treść artykułów opracowanych przez młodych naukowców w ogólnym zarysie oddaje istotę podjętej problematyki, a także odzwierciedla szeroki kontekst wyzwań związanych z poszukiwaniem optymalnych czy oczekiwanych rodzajów działań pomocniczych wobec ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Podsumowując, składam serdeczne wyrazy wdzięczności Recenzentom i Recenzentowi z Rady Programowej: dr hab. Adamowi Mikrutowi, prof. UP za rzeczowe uwagi i całościową recenzję wydawniczą. Dziękuję Zespołowi Redakcyjnemu za podjęcie trudu opracowania niniejszego numeru naszego czasopisma. Mam nadzieję,

że dociekliwi Czytelnicy kolejnego numeru znajdą pole do refleksji oraz inspirację do dalszych dociekań badawczych.

dr hab. Katarzyna Plutecka, prof. UP

I. KSZTAŁCENIE UCZNIĄ ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI NA PRZESTRZENI WIEKÓW

Karolina Kilar
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

Historyczny obraz kształcenia uczniów z niepełnosprawnością

Wstęp

W obecnych czasach nauka to coś, bez czego nie można się obyć. Tak samo nauczanie dzieci z niepełnosprawnością nie jest czymś obcym. Niezależnie od tego czy dziecko jest pełnosprawne czy niepełnosprawne, społeczeństwo dąży do tego, aby jak najlepiej zatroszczyć się nie tylko o jego wychowanie, ale także o edukację i przygotowanie do dorosłego życia. Jednak nie zawsze tak było. Jak to często bywa, początki to rzecz niebywale trudna. Również po drodze napotkać można wiele przeszkód, jednak dzięki nieustępliwym ludziom, którzy walczyli o dobro drugiego człowieka, dziś można powiedzieć, że osoby niepełnosprawne nie są marginesem społecznym, lecz pełnoprawnymi członkami społeczeństwa, którzy tak samo jak reszta mają prawo do edukacji i rozwoju.

Początki i rozwój szkolnictwa specjalnego na świecie

Pierwsze wzmianki o osobach niepełnosprawnych pojawiają się już w starożytności, jednak nie niosą one pozytywnego przesłania. W tamtych czasach nie uznawano opieki nad słabymi, chorymi czy niepełnosprawnymi. Niepełnosprawne dziecko najczęściej zabijano po urodzeniu, lecz jeśli udawało się mu przeżyć, często człowiek taki ponosił śmierć poprzez pozbawienie jakiegokolwiek pomocy. Zdarzały

się jednak wyjątki, a jednym z nich jest przykład Didymusa Aleksandryjskiego, który to stracił wzrok będąc małym dzieckiem, jednak mimo tego nauczył się pisać i czytać za pomocą drewnianych czcionek (M. Balcerek, 1977).

Z kolei średniowiecze, jak i kolejne wieki, były czasem, gdzie rodzina stwarzała podstawową opiekę nad dzieckiem. Szkoły oraz inne instytucje wychowawcze dla dzieci tworzone były odpowiednio do poszczególnych klas społecznych – często wyręczały rodzinę z pełnienia funkcji opiekuńczych i wychowawczych. Biedniejsze warstwy społeczeństwa wdrażały od najmłodszych lat dzieci do pracy w gospodarstwie, na roli. Jednak ówczesna sytuacja dzieci niepełnosprawnych była bardzo ciężka. W dużej mierze spowodowane było to religią, która piętnowała niepełnosprawnych głosząc przesłanie, że jest to kara boża za grzechy rodziców. Jedynie Koran i Biblia namawiały do litości i opieki nad niepełnosprawnym, jednak tylko w zakresie niezbędnym do ich przeżycia (M. Balcerek, 1977).

Kolejna epoka przyniosła rozwój utworzonych w średniowieczu instytucji, jak również rozbudowę form opieki nad dziećmi. Spowodowane było to podjęciem problematyki poszanowania wolności oraz godności ludzkiej, włączając w to potrzeby dzieci niepełnosprawnych. Również duży wpływ na rozwój instytucji opiekuńczych miały długoletnie wojny, które niosły ogromne straty. Przez nie wciąż wzrastała liczba dorosłych, dzieci i młodzieży, którzy pozbawieni byli jakiegokolwiek opieki. Stąd od wieku XVI notowano wzrost rozbudowy sieci zakładów opiekuńczych – głównie były to przytułki dla dzieci, dorosłych i młodzieży. Zaczęto również tworzyć specjalistyczne zakłady które różniły się nie tylko podziałem wiekowy, ale także przeznaczeniem (sierocińce, zakłady wychowawcze dla młodzieży moralnie zaniedbanej i przestępczej, domy przymusowej pracy). W tym czasie, w Amsterdamie, powstał jeden z bardziej znanych zakładów poprawczych i przymusowej pracy, w którym to przebywali zarówno dorośli, jak i młodzież zaniedbana i sprawiająca problemy wychowawcze. Ogromną zaletą tego zakładu było łączenie wychowania z podstawami nauki elementarnej oraz możliwość przygotowania wychowanka do określonego zawodu. Drugą podobnie działającą instytucją, lecz założoną wiek później, był zakład św. Michała w Rzymie, gdzie przebywała młodzież przestępcza oraz

zaniedbana moralnie. Działalność tego zakładu opierała się na surowej dyscyplinie oraz nauczaniu do rzemiosła (L. Grochowski, 1990).

Wraz z rozrostem instytucji opiekuńczych, które to poszerzały zakres opieki nad dziećmi, w tym również dziećmi z niepełnosprawnościami, zaczęto wprowadzać także wstępne formy nauczania tych dzieci. Zauważono konieczność objęcia dzieci niepełnosprawnych opieką pedagogiczną. Od XVI wieku zaczęto niemal jednocześnie interesować się edukacją głuchych i niewidomych, jednakże w różnym stopniu i w zakresie zaangażowania. Z kolei pierwsze zainteresowania możliwością nauczania dzieci z niepełnosprawnością intelektualną pojawiły się dopiero sto lat później (L. Grochowski, 1990).

Gerolamo Cardano – włoski filozof, lekarz i matematyk – jako jeden z pierwszych podjął problematykę opieki pedagogicznej nad osobami głuchymi. Doszedł do wniosku, że istnieje realna możliwość uczenia głuchych. Z kolei jednym z pierwszych nauczycieli osób głuchych był Pedro Ponce de Leon, który uczył kilkunastu chłopców metodą głosową, przez co uzyskał pozytywne wyniki. Natomiast pierwszą rozprawę o nauczaniu głuchych wydał i opracował Juan Pablo Bonet, gdzie eksponował metodę głoskową. Jan Ludwik Vives domagał się przygotowania tych osób do pracy zawodowej. Jako pierwszy autentycznym i systematycznym nauczaniem osób głuchych w formie szkolnej edukacji zajął się ks. Charles Michel de l’Epee. W swoim nauczaniu zrezygnował z metody głosowej i wprowadzał opracowaną przez siebie metodę migową. Podejmował on również próby uczenia głuchych mowy ustnej. W drugiej połowie XVIII wieku, pedagog niemiecki Samuel Heinicke odegrał ogromną rolę w opracowaniu podstaw teoretycznych metody głosowej, która utrzymywała się wciąż pomimo ogromnej popularności metody migowej (L. Grochowski, 1990).

Pomimo faktu, iż pierwsze zainteresowanie osobami niewidomymi zauważyć można w XVI wieku, to pierwsza szkoła dla niewidomych dzieci powstała dopiero na przełomie XVIII i XIX wieku. Jej założycielem był Valentin Hauy – świadek widowiska groteskowego wykonanego w 1771 roku przez orkiestrę złożoną z niewidomych muzyków. Zaledwie trzy lata później udało mu się założyć szkołę wraz z internatem. Jednocześnie opracował on

i stosował metodę nauczania niewidomych, opartą na systemie wypukłych liter. Jednak z biegiem czasu zaczęto poszukiwać prostszej metody. Z pomocą przyszedł Louis Braille (niewidomy nauczyciel z paryskiego Instytutu dla niewidomych), który opracował system nauczania oparty na piśmie wypukłych znaków punktowych (Grochowski, 1990).

Znacznie wolniej rozwijała się opieka nad dziećmi chorymi i niepełnosprawnymi intelektualnie. Pierwsze zakłady powstały dopiero w XIX wieku. Niezwykle ważną rolę odegrał Philippe Pinel, francuski psychiatra, który był jednym z twórców nowoczesnej psychiatrii. Istotnym faktem jest, że to właśnie Pinel uznał osoby z pierwszym i drugim stopniem niepełnosprawności intelektualnej jako kwalifikujące się do wychowania i uczenia, natomiast osoby z trzecim i czwartym stopniem niepełnosprawności intelektualnej jako te, które można przygotować do życia. Równie ważną rolę w zakresie przemian i rozwoju opieki nad niepełnosprawnymi intelektualnie odegrali: we Włoszech Vincenzo Chiarugi oraz w Anglii William Tuke. Pierwsze próby nauczania dzieci z niepełnosprawnością intelektualną miały miejsce w 1837 roku, dzięki Edouardowi Seguinowi. Stopniowo zaczęto również otwierać pierwsze zakłady opiekuńczo – wychowawcze dla niepełnosprawnych intelektualnie w różnym stopniu. Podejmowano również próby zakładania szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie (L. Grochowski, 1990).

Narodziny pedagogiki specjalnej na ziemiach polskich

W Polsce w okresie od XIV do XVI wieku funkcjonowała sieć niewielkich szpitali. Najbardziej znane były trzy z nich: w Warszawie, Grudziądzu i Drohiczynie. Czwarty znany szpital powstał w Gdańsku, gdzie spełniał swoją działalność opiekuńczą. Dopiero pod koniec XVI w. powołano do życia pierwsze dwie instytucje o profilu wychowawczo – poprawczym (Gdańsk i Kraków). Podobny zakład powołano początkiem XVII w. w Warszawie, jednak początkowo był on przeznaczony głównie dla bezdomnych oraz dzieci i młodzieży pozbawionych opieki (L. Grochowski, 1990).

Pierwsza szkoła, w której mogły uczyć się dzieci głuche, powstała w Polsce w roku 1817, dzięki ks. Jakubowi Franciszkowi Falkowskiemu. Swoją działalność oparł na metodzie migowej, gdyż

doszedł do wniosku, że jest ona łatwiejsza do opanowania przez dzieci głuche. Niezwykle ważną datą jest 23 października 1817 roku, kiedy to Instytut Głuchoniemych rozpoczął swoją działalność w Warszawie, a jego pierwszym rektorem został właśnie ks. Jakub Falkowski (L. Grochowski, 1990).

Z kolei pierwsza szkoła na terenie Polski, która kształcić miała osoby niewidome, powstała 1 października 1842 roku, z inicjatywy ks. Józefata Szczygielskiego, trzeciego rektora Instytutu Głuchoniemych w Warszawie (L. Grochowski, 1990).

Niestety w Polsce opieka nad osobami niepełnosprawnymi intelektualnie nie rozwijała się w szybkim tempie. Istniały głównie szpitale, hospicja i przytułki, które dawały schronienie. Zmiany zaczęły się wraz z założeniem pierwszych dziecięcych szpitali, które to dawały możliwość wprowadzania działań opiekuńczo – wychowawczych. Z kolei pierwsze placówki opiekuńcze powstały na ziemiach polskich dzięki bonifratrom, którzy to wykonywali prace nie tylko lecznicze, ale także opiekuńcze i wychowawcze (L. Grochowski, 1990).

Wraz z rozwojem placówek opiekuńczo – wychowawczym zaczęto zastanawiać się nad kształceniem nauczycieli. Ksiądz Jakub Falkowski oraz ksiądz Józefat Szczygielski uważali, że kształcenie nauczycieli powinno odbywać się w specjalnie stworzonym seminarium. Początkowo jednak nauczyciele przyuczali się do zawodu jako „dozorcy”, którzy dopiero po kilku latach mogli być samodzielnymi wychowawcami. Według Ottona Lipkowskiego, założenie w 1872 roku pierwszego seminarium dla nauczycieli dzieci głuchych przy Instytucie Głuchoniemych i Ociemniałych, wiąże się z początkiem kształcenia pedagogów specjalnych w Polsce. Z kolei pierwsze kursy dla nauczycieli dzieci niepełnosprawnych intelektualnie zorganizowała Michalina Stefanowska (W. Gasik, 1990).

Wśród wielu osób wzrastała świadomość konieczności zastąpienia kursów i seminariów, przez jedną instytucję, która mogłaby przygotowywać nauczycieli do pracy z uczniami z niepełnosprawnościami. W 1921 roku zorganizowano Kurs Seminaryjny Pedagogiki Specjalnej, a następnie Państwowe Seminarium Pedagogiki Specjalnej. Placówka ta, kierowana przez Marię Grzegorzewską, przetrwała tylko rok. W 1922 roku, w wyniku

połączenia Seminarium Pedagogiki Specjalnej oraz Instytutu Fonetycznego, powstał w Warszawie Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej. Kształcąc nauczycieli, treści teoretyczne uzupełniano praktyką. Słuchacze PIPS-u mieli możliwość kształcenia się w jednej z wybranych specjalności. Od roku 1929 osoby, które chciały podjąć pracę w szkołach specjalnych, musiały posiadać dyplom Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej (W. Gasik, 1990).

Ogromną rolę w rozwoju polskiej pedagogiki specjalnej odegrała również Józefa Joteyko, która to poza granicami kraju przygotowywała pierwsze projekty organizacji systemu nauczania i wychowania dzieci niepełnosprawnych, dla przyszłej, niepodległej Polski. Jednocześnie wraz z Marią Grzegorzewską zorganizowały Polską Ligę Nauczania, która to miała na celu gromadzenie materiałów związanych ze szkolnictwem oraz metodyką wychowania i nauczania (M. Balcerek, 1990).

Współcześnie pedagogika specjalna rozwinęła się niemal w każdym możliwym kierunku. Dodatkowo nie zamyka się na inne dziedziny wiedzy, lecz współpracuje z nimi. Patrzy na człowieka jako na całość, nie rozdzielając go do poszczególnych dziedzin. Zaburzenia, które pojawiają się w jednej sferze, mają znaczny wpływ na inne sfery. Specjaliści zdają sobie sprawę, że jedynie interdyscyplinarne podejście może wiele zdziałać (I. Chrzanowska, 2015).

Zakończenie

Podsumowując, stwierdzić można iż pedagogika specjalna, zarówno w Polsce, jak i na świecie, przeszła długą drogę. Nie każdy był jej przychylny, nie każdemu się ona podobała, lecz znaleźli się też tacy, dla których nauka niepełnosprawnych stała się nadrzędnym celem, misją do spełnienia. Niewątpliwie ogrom pracy jaka jest niejednokrotnie wkładana w edukację wychowanka, znajduje swoje odzwierciedlenie w efektach, jakie osiąga uczeń. Dla nauczyciela to największa nagroda – widzieć postępy, o które czasem walczy miesiącami.

Bibliografia:

Balcerek M., *Dzieje opieki nad dzieckiem w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju kształcenia dzieci upośledzonych umysłowo*, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa, 1977.

Balcerek M., *Szkolnictwo specjalne i pedagogika specjalna w pierwszej połowie XX wieku*, Mauersberg S.: *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 1990.

Grzegorzewska M., *Pedagogika specjalna*, PIPS, Warszawa, 1964.

Chrzanowska I., *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*, Impuls, Kraków, 2015.

Grochowski L., *Początki nauczania dzieci upośledzonych i zorganizowanej opieki nad moralnie zaniedbanymi*, Mauersberg S.: *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 1990.

Gasik W., *Kształcenie nauczycieli szkół i zakładów specjalnych do 1939r.*, Mauersberg S., *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 1990.

Natalia Malik

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

Formy kształcenia uczniów głuchych i słabosłyszących w Polsce- wady i zalety modelu edukacji specjalnej, integracyjnej i włączającej

Wprowadzenie

Prawo do edukacji nie tylko jest jednym z najważniejszych praw człowieka, ale szansą na osobisty rozwój- budowania własnego „JA”. A tym samym nabywaniem umiejętności potrzebnych do umiejętnego funkcjonowania w społeczeństwie (E. Czyż i in., 2010, s. 10). Artykuł 26 pkt 1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ nadaje szczególne znaczenie prawu do nauki, stanowiąc, iż „ (...) zasadniczym celem nauczania jest między innymi pełny rozwój osobowości ludzkiej” (E. Czyż i in., 2010, s.10). Proces kształtowania osobowości człowieka ściśle wiąże się z edukacją, gdyż pojęcie „edukacja” oznacza podejmowanie działań uwidacznianych w czynnościach nauczania i uczenia się (M. Muszyński, 2004, s.78-79). Proces uczenia się obejmuje takie elementy, jak: cechy, czynniki, rezultaty, przedmiot, które ujęto w tabeli nr 1.

Tab. 1. Elementy składające się na proces uczenia się

PROCES UCZENIA SIĘ	
Cechy	Planowość (świadomość, celowość, systematyczność), wielostronna aktywność osoby uczącej się, złożoność (wieloczynnościowość), ukierunkowanie na wynik, różnorodność sposobów i form

	uczenia się.
Czynniki	Pozytywna motywacja, bodźce, środowisko, zdolności.
Rezultaty	Przyrost i zakres wiadomości i sprawności modyfikujący zachowanie się jednostki, rozwój uzdolnień i postaw.
Przedmiot	Rzeczywistość społeczna, przyrodnicza, techniczna i kulturowa.

Źródło: B. Polak, Podstawy teorii kształcenia (2013, s. 13 za: F. Bereźnickim, 2007, s.22)

W przypadku procesu nauczania, pierwszoplanową rolę odgrywa nauczyciel, którego zadaniem jest, aby uczeń nabył wiedzę i umiejętności, jak również rozwinął postawy moralne. Można wnioskować, że nauczanie to proces złożony, uwarunkowany wieloma czynnikami, którego przebieg decyduje o kształtowaniu postaw uczniów (E. Czyż i in., 2010, s.11). Co więcej kształcenie definiowane jako nauczanie i uczenie się (M. Muszyński, 2004, s. 79-80, W. Okoń, 1987, s. 56), nabiera większego wymiaru edukacji, gdy weźmie się pod uwagę jego wielostronny charakter: rozwój zdolności, zainteresowań i przygotowanie ucznia do funkcjonowania w przyrodzie, kulturze i społeczeństwie. Efektem kształcenia jest wykształcenie (E. Czyż i in., 2010, s. 15).

W przypadku uczniów głuchych i słabosłyszących wielostronny aspekt kształcenia jest bardziej złożony niż w przypadku uczniów pełnosprawnych. Koncentruje się nie tylko na przekazywaniu treści uczniom głuchym i słabosłyszącym, ale w istocie na komunikacji (metodzie nauczania). Obecnie, w polskim systemie oświaty uczeń głuchy i słabosłyszący ma prawo do kształcenia się we wszystkich typach szkół- specjalnych, integracyjnych i ogólnodostępnych (M. Wójcik, 2010, s.42). Chociaż wydaje się, że uczniowie głusi i słabosłyszący mają prawo do kształcenia na równi z uczniami

pełnosprawnymi, a rodzice mogą decydować o wyborze szkoły, to jednakże nie jest to, jak napisał M. Sak „idealny” okres edukacji (M. Sak, 2011, s.71).

Na kartach historii edukacji uczniów głuchych i słabosłyszących zapisane są szczególne działania: zakładanie placówek kształcenia głuchych, dopuszczenie uczniów głuchych i słabosłyszących do matur oraz wprowadzenie języka migowego do szkół (M. Sak, 2011, s.71). Obecnie kładzie się większy nacisk w Polsce na nabywanie umiejętności przez surdopedagogów w zakresie polskiego języka migowego (PJM).

Faktem jest, że osłabienie słuchu, nie ma związku z inteligencją uczniów (B. Ciupińska, 2016, s.144), dlatego rodzice uczniów głuchych i słabosłyszących decydują się częściej na model edukacji integracyjnej lub włączającej, nie biorąc pod uwagę trudności wynikających z zaburzeń słuchu, o których pisze B. Ciupińska wskazując, że „(...) często dzieci z uszkodzonym słuchem, chociaż rozumieją poszczególne wyrazy, to jednak nie pojmują sensu zdania i stosunków zachodzących między poszczególnymi pojęciami. Mowę słowną rozumieją globalnie. Charakterystyczną cechą ich myślenia jest egocentryzm, który polega na odrzuceniu niezrozumiałych wyrazów (...), nadających zdaniu znaczenie” (B. Ciupińska, 2016, s.144). Wnioskować można, że wybór szkoły przez rodziców uczniów głuchych i słabosłyszących jest bardzo trudnym zadaniem, zależnym od indywidualnych cech dziecka, stopnia ubytku słuchu oraz poziomu osiągnięcia kompetencji w zakresie języka polskiego.

Niniejszy artykuł nie jest próbą wskazania optymalnego modelu edukacji uczniów głuchych i słabosłyszących w Polsce. Celem jest opis wad i zalet modelu edukacji specjalnej, integracyjnej i włączającej. Zwrócenie uwagi na ich aspekty, które powinny ulec poprawie. Zachęcenie zespołu specjalistów w poradni psychologiczno-pedagogicznej, która diagnozuje potrzeby rozwojowe i edukacyjne ucznia głuchego i słabosłyszącego, a następnie wskazuje w orzeczeniu na potrzebę kształcenia specjalnego lub integracyjnego- na spojrzenie możliwości ucznia głuchego i słabosłyszącego z trzech perspektyw modeli edukacji w Polsce i dopiero podjęcia wyboru odpowiedniej formy kształcenia.

Model edukacji specjalnej

Edukacja specjalna w Polsce dla uczniów głuchych i słabosłyszących charakteryzuje się placówkami, które są dedykowane wyłącznie dla nich. Najważniejszymi specyficznymi cechami modelu edukacji specjalnej dla uczniów głuchych i słabosłyszących jest komunikacja manualna i tworzenie więzi:

1. **Komunikacja manualna**- wykorzystywanie różnych metod rozwijających kompetencje komunikacyjne: metoda ustno- słuchowa, system językowo- migowy, polski język migowy (PJM), metoda oralno- manualna;
2. **Tworzenie więzi**- uczniowie tworzą hermetyczną grupę, która ma podobne doświadczenia (wada słuchu). Tworzą własną kulturę i wartości. Nie czują się „inni”, mają swobodę w komunikowaniu się z rówieśnikami we własnym języku (PJM), (M. Sak, 2011, s. 72).

Uczniowie głusi i słabosłyszący w placówkach specjalnych mogą budować własną tożsamość, gdyż są akceptowani nie tylko przez rówieśników, ale również przez nauczycieli, którzy znają specyfikę nauczania osób z wadą słuchu. Jednakże, warto w tym miejscu podkreślić, że wiedza surdopedagoga nie zawsze jest połączona z „dobrymi praktykami”. Można wnioskować, że edukacja specjalna w Polsce dla uczniów głuchych i słabosłyszących nie jest ujednolicona. W jednej placówce specjalnej stosuje się język migowy, a w drugiej nie. Coraz więcej powstaje klas „mieszanych”- łączenie klas uczniów głuchych i słabosłyszących z uczniami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim lub z uczniami z innymi niepełnosprawnościami. Taka sytuacja, jak pisze M. Sak (2011) prowadzi do silnej konkurencji „między szkołami dla głuchych, skoncentrowanymi na walce o ucznia, bez którego byt placówki jest zagrożony. Najbardziej jaskrawym przykładem tego stanu rzeczy jest proces unifikacji oferty kształcenia, przez co oferta placówek, przede wszystkim zawodowych, jest niezwykle podobna” (M. Sak, 2011, s.74). Rozszerzenie oferty zawodowej w placówkach specjalnych jest wskazana, ale wyłącznie możliwa, gdy wprowadzi się do kształcenia uczniów głuchych i słabosłyszących edukację dwujęzyczną (M. Czajkowska- Kisil i in., 2014, s.26). Dwujęzyczność polega na posługiwaniu się więcej niż jednym językiem. W edukacji specjalnej

uczniów głuchych i słabosłyszących, najpierw uczniowie uczą się języka migowego, a następnie języka fonicznego (języka większości). Dla osób głuchych mających rodziców głuchych język migowy jest przyswajany w sposób naturalny i spontaniczny, w przypadku uczniów głuchych mających rodziców słyszących, wprowadzenie dziecka w Świat Ciszy i komunikowanie się w języku migowym, wymaga od kadry pedagogicznej specjalnego przygotowania (M. Czajkowska-Kisil i in., 2014, s. 16-17). Edukacja dwujęzyczna jest istotnym krokiem w połączeniu dwóch światów- słyszącego i niesłyszącego. Dzięki takiemu podejściu, uczeń głuchy i słabosłyszący poczuje się akceptowany w środowisku osób słyszących i niesłyszących. Mając możliwość opanować w pewnym stopniu język polski w mowie i piśmie, ma szansę na skończenie studiów.

Edukacja specjalna straciła na znaczeniu, nie tylko z powodu braku rozporządzeń dotyczących wprowadzenia PJM jako obowiązkowego przedmiotu nauczania, ale też dlatego, że jedną z największych wad tejże edukacji jest oderwanie uczniów głuchych i słabosłyszących od środowiska rodzinnego. Rzadkie kontakty z rodzicami i rodzeństwem z powodu mieszkania w internacie, wpływają na poczucie osamotnienia dziecka głuchego i słabosłyszącego (B. Jackiewicz, 2012 s. 160). Dodatkowo stereotyp szkoły specjalnej jako „słabszej” wpływa na decyzję rodziców o posłanie dzieci głuchych i słabosłyszących do szkoły integracyjnej lub powszechnej, według ich opinii tak zwanej „normalnej”. Niestety brak wiedzy na temat zalet szkoły specjalnej i indywidualnego podejścia rodziców do potrzeb i możliwości dziecka skutkuje przechodzeniem uczniów głuchych i słabosłyszących między poszczególnymi systemami kształcenia (M. Wójcik, 2010, s. 44). Nie rzadko w szkole specjalnej kontynuują naukę uczniowie głusi i słabosłyszący ze szkół integracyjnych lub ogólnodostępnych, których egzamin po klasie 6, zweryfikował ich rzeczywistą wiedzę i umiejętności (B. Jackiewicz, 2012, s. 161). Weryfikacja niskiego poziomu czytania i pisania uczniów głuchych i słabosłyszących nie jest jedynym powodem przejścia do szkoły specjalnej. Różne przyczyny zmiany placówki przez ucznia ujęto w tabeli nr 2.

Tab. 2. Przyczyny i kierunek zmian form kształcenia uczniów głuchych i słabosłyszących

Kierunek zmiany	Przyczyny
Szkoła ogólnodostępna → szkoła specjalna	<ul style="list-style-type: none"> - trudności w nauce - problemy w kontaktach z rówieśnikami - brak opieki specjalistycznej - niechęć nauczycieli
Szkoła ogólnodostępna → szkoła integracyjna	<ul style="list-style-type: none"> - trudności w nauce - brak opieki specjalistycznej - nadzieja na lepsze warunki kształcenia (wykwalifikowana kadra wyposażenie szkoły)
Szkoła integracyjna → szkoła specjalna	<ul style="list-style-type: none"> - brak lub niewielkie postępy w nauce - problemy w porozumiewaniu się - problemy w kontaktach z rówieśnikami - problemy rodziców we wspomaganiu dziecka w nauce
Szkoła specjalna → szkoła ogólnodostępna lub integracyjna	<ul style="list-style-type: none"> - wzrost możliwości komunikacyjnych - wysokie wyniki w nauce - sugestie zmiany formy kształcenia ze strony nauczycieli lub rodziców

Źródło: M. Wójcik, Osoby niesłyszące w systemie edukacji (2010, s. 45)

W przypadku kształcenia ponadgimnazjalnego w placówkach specjalnych uczniowie głusi i słabosłyszący pozostają w nich, poszukując odpowiedniego profilu kształcenia (M. Wójcik, 2010, s.46). Jednakże pewna grupa uczniów głuchych i słabosłyszących decyduje się na tym etapie przejść do szkoły integracyjnej lub ogólnodostępnej z powodu znalezienia innego profilu kształcenia niż oferuje szkoła specjalna. Drugim powodem jest chęć zwiększenia szansy na zdanie matury i podjęcia nauki na studiach (M. Wójcik, 2010, s.46). Warto

w tym miejscu wspomnieć, że w szkołach specjalnych (placówkach szkolno- wychowawczych) uczniowie głusi i słabosłyszący mają możliwość zdania matury i dostania się na studia, gdyż z takim uczniem realizuje się podstawy programowe, takie same jak dla słyszących uczniów (M. Januszewicz i in., 2014, s.6).

Model edukacji integracyjnej

Lata 90 w Polsce stały się początkiem rozpoczęcia nauki dla uczniów głuchych i słabosłyszących w szkołach integracyjnych. Dokładnie ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, gwarantuje kształcenie w dowolnym typie placówki, mających brzmienie w następujących treściach:

1. Dostosowanie metod i organizacji nauczania do możliwości psychofizycznych ucznia oraz możliwość korzystania z specjalnych form pracy dydaktycznej;
2. Możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół przez dzieci, zgodnie z ich indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi oraz predyspozycjami;
3. Umożliwienie realizowania zindywidualizowanego procesu kształcenia i form oraz zajęć rewalidacyjnych (M. Sak, 2014, s.67, B. Szczepankowski, 1999, s.214-215).

Do najważniejszych specyficznych cech modelu edukacji integracyjnej wymienia się:

1. Rzadkie kontakty z innymi niesłyszącymi- poczucie członka społeczności niepełnosprawnej- obraz siebie jako osoby niepełnosprawnej, koncentrowanie się edukacji integracyjnej na włączanie w społeczność ludzi pełnosprawnych;
2. Rozwój komunikacji oralnej- w teorii integracji specjalnej nie ma zapisu, jak również formalnie nie mówi się, że edukacja specjalna skupiona jest na komunikacji oralnej.

Jednakże praktyka pokazuje, że głównym celem tejże edukacji jest komunikacja oralna, która ma wady, jak i zalety. Praktyka ta, jest przede wszystkim związana z przygotowaniem nauczycieli do pracy w placówkach integracyjnych oraz do pracy z uczniem głuchym i słabosłyszącym niż w działaniu systemowym na rzecz komunikacji oralnej (M. Sak, 2011, s. 73).

Integracja w obszarze nauk humanistycznych i społecznych, jak pisze M. Sak (2014) występuje w trzech postaciach jako:

1. Cel - wszyscy są traktowani równo, nikt nie doświadcza dyskryminacji;
2. Stan - dana chwila, która prezentuje sytuacje ludzi niepełnosprawnych;
3. Proces - dążenie do osiągnięcia ideału integracji (M. Sak, 2014, s. 64).

W sytuacji uczniów głuchych i słabosłyszących integracja powinna być jako:

1. Cel - dążenie do osiągnięcia kompetencji komunikacyjnych w zakresie języka polskiego, poczucie przynależności do środowiska osób słyszących i niesłyszących;
2. Stan - realna ocena możliwości, potrzeb i kompetencji komunikacyjnych;
3. Proces - dążenie do rzeczywistego ideału integracji.

Aby model edukacji integracyjnej stał się rzeczywistym systemem kształcenia, należy przyjąć fakt, że placówki specjalne powinny być wyłącznie adresowane do uczniów, którzy w dużym stopniu opanowały mowę werbalną (K. Wereszka, 2017, s.96). Chociaż wczesna rehabilitacja uczniów głuchych i słabosłyszących zwiększa ich szanse na rozwój mowy werbalnej, to przy wyborze placówki integracyjnej specjaliści i rodzice powinni wziąć pod uwagę następujące aspekty:

- stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu;
- gotowość do podjęcia nauki szkolnej na poszczególnych etapach kształcenia;
- dojrzałość intelektualną i emocjonalną;
- środowisko językowe z jakiego uczeń się wywodzi (rodzice słyszący czy głusi);
- korzystanie z technicznych środków wspomagających słyszenie (aparat słuchowy, implant ślimakowy);
- współpraca rodziców dziecka głuchego i słabosłyszącego ze specjalistami (K. Wereszka, 2017, s. 95, K. Bieńkowska- Robak, 2004, s.118).

Nauczyciel w szkole integracyjnej powinien posiadać wiedzę z zakresu surdopedagogiki, najlepiej, żeby w takich formach kształcenia był zatrudniony surdopedagog, który:

- zapozna się z rodzajem wady słuchu i jej konsekwencjami;
- będzie rozwijał pojęcia abstrakcyjne u uczniów głuchych i słabosłyszących;
- wypracuje metody analityczne i syntetyczne;
- rozwinie mowę werbalną za pomocą wprowadzania nowego słownictwa i pojęć;
- dobierze odpowiednie metody i formy nauczania przy współudziale rodziców ucznia;

- będzie głośno omawiać czynności (Przewodnik, Ministerstwo Edukacji Narodowej, <http://www.oke.krakow.pl/inf/filedata/files/Jak%20organizowa%E6%20edukacj%EA.pdf>, 2010, s. 30, data dostępu: 10.10.2018r.).

Wśród zalet modelu edukacji integracyjnej wymienia się większą możliwość i ofertę profilu kształcenia, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu oraz pobieraniu nauki blisko rodzinnego domu bez konieczności wyjazdu i zamieszkania w internacie, co ma miejsce w przypadku placówek specjalnych. Największą wadą edukacji integracyjnej jest ograniczenie uczniowi głuchemu i słabosłyszącemu możliwości budowania relacji z rówieśnikami słyszącymi z powodu bariery językowej, jak pisze M. Czajkowska- Kisil i in. „czasem czegoś nie rozumie, bo nie usłyszy, cała klasa reaguje, a ono nie. To powoduje izolację i poczucie wyobcowania, a także niejednokrotnie konflikty (...) Nawet sami nauczyciele często nie mają cierpliwości albo nie umieją się porozumieć z głuchym uczniem” (M. Czajkowska- Kisil i in., 2014, s. 21). W tym miejscu, jak wspomniano na wstępie artykułu, warto zwrócić uwagę na zespół orzekający, który często wydaje opinię na podstawie diagnozy medycznej, a nie na rzeczywistych potrzebach edukacyjnych oraz możliwościach komunikacyjnych dziecka głuchego i słabosłyszącego. Błędna diagnoza, którą wymaga model edukacji integracyjnej bez rzeczywistej oceny możliwości dziecka może zakłócić jego proces kształcenia.

Model edukacji włączającej

Celem kształcenia inkluzyjnego jest dążenie do wyrównywania szans i zapewnienia dziecku wsparcia w ramach placówek ogólnodostępnych. Jest to nowy, ale również wzbudzający wiele dyskusji system kształcenia. Chociaż zakłada przełamywanie stereotypów do uczniów z niepełnosprawnością, to jednak pedagodzy specjaliści podchodzą z dystansem do tej nowej idei (B. Jackiewicz, 2012, s. 163). Rezerwa pedagogów specjalnych do modelu edukacji włączającej związana jest nie z założeniami tego systemu, ale praktyką, czyli rzeczywistym wymiarem „włączania” uczniów głuchych i słabosłyszących w środowisko osób słyszących. Niejednokrotnie

pedagodzy, badacze zadają sobie pytanie, czy istotą edukacji włączającej jest „połączenie” tych dwóch środowisk, czy dostosowanie głuchych i słabosłyszących do osób słyszących ? (M. Sak, 2014, s.75). Niestety rodzice powierzają własne dzieci systemowi edukacji włączającej ludząc się, że ich dziecko głuche lub słabosłyszące uzyska ogólne wykształcenie. Jak pisze M. Czajkowska- Kisil i in. „tymczasem tylko niektóre dzieci głuche osiągają ten poziom wykształcenia ogólnego, większość nie radzi sobie w edukacji masowej. Rodzice mają nadzieję, że dziecko będzie w pełni uczestniczyć w życiu społecznym szkoły (...). Dzieci głuche są jednak raczej samotne” (M. Czajkowska- Kisil, 2014,s. 23). Podobnie jak w edukacji integracyjnej, system włączający również nie sprzyja uczniowi głuchemu i słabosłyszącemu w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami. Nie tylko jest to związane z barierą komunikacyjną, ale z brakiem czasu na kontakty towarzyskie po szkole. Uczeń głuchy i słabosłyszący w edukacji włączającej musi systematycznie pracować, wkładać dużo pracy nad rozumieniem mowy, szlifowaniem nowego słownictwa i używania go w sposób prawidłowy (G. Dryżałowska i E. Wasińska- Zdżalik, wykład: Relacje i problemy dziecka niedosłyszącego w szkole). Skutkiem braku kontaktów ucznia głuchego i słabosłyszącego z rówieśnikami jest samotność. Na aspekt ten zwróciły uwagę G. Dryżałowska i E. Wasińska- Zdżalik, pisząc, że uczeń głuchy i słabosłyszący „mimo wielu trudnych sytuacji, jakich doświadcza w szkole, zazwyczaj kończy szkołę podstawową z poczuciem sukcesu w zakresie edukacji, ale pozostaje samotny, nie związany z grupą klasowych rówieśników (G. Dryżałowska i E. Wasińska- Zdżalik, wykład: Relacje i problemy dziecka niedosłyszącego w szkole).

W latach 2012-2015, K. Wereszka (2017) przeprowadziła badania sondażowe w pięciu klasach w szkołach podstawowych integracyjnych i ogólnodostępnych do których uczęszczają uczniowie głusi i słabosłyszący. Ocenie podano trzy aspekty:

- przygotowanie placówki integracyjnej i włączającej do przyjęcia ucznia głuchego i słabosłyszącego;

- przygotowanie nauczycieli do pracy z uczniem głuchym i słabosłyszącym;

- poziom akceptacji ucznia głuchego i słabosłyszącego przez rówieśników słyszących (K. Wereszka, 2017, s. 97).

U wszystkich badanych uczniów stwierdzono normę intelektualną oraz wystarczający poziom rozwoju mowy do podjęcia nauki w placówce integracyjnej i ogólnodostępnej.

Przeprowadzone badania przez K. Wereszkę (2017) wskazują, iż nauczyciele i terapeuci pracujący z uczniami głuchymi i słabosłyszącymi zwrócili uwagę na trudności edukacyjne w zakresie:

- słabego tempa czytania;

- niskiego poziomu rozumienia treści tekstu.

Ponadto badani nauczyciele zwrócili uwagę na potrzebę organizowania dodatkowych zajęć kompensacyjno- korekcyjnych, jednakże w praktyce uczniowie otrzymują zajęcia korekcyjno-wyrównawcze, podczas których uzupełniają wiedzę z przedmiotów, które sprawiają im problemy, ale w trakcie tych zajęć nie rozwijają kompetencji językowych. W szkole integracyjnej uczeń głuchy i słabosłyszący może liczyć na wsparcie w formie zajęć logopedycznych, ale w szkole ogólnodostępnej już nie. We wszystkich badanych typach placówek brakuje zajęć rewalidacyjnych z powodu braku wiedzy nauczycieli dotyczącej możliwości i specyfiki potrzeb rozwoju ucznia głuchego i niesłyszącego (K. Wereszka, 2017, s. 98).

Z analizy badań K. Wereszka (2017) wywnioskowała, że zdecydowana większość nauczycieli (80%) w badanych placówkach nie potrafi dostosować metod i form pracy do potrzeb edukacyjnych ucznia głuchego i słabosłyszącego. W polskim nauczaniu wciąż „króluje”, dominuje metoda podająca. W grupie badanych uczniów, analiza danych potwierdziła, że uczniowie w placówkach

integracyjnych (73%) chętnie przyjmują głuchego i niesłyszącego kolegę, którego wada słuchu, nie przeszkadza im do angażowania go jako partnera zabaw (68%).

Na uwagę zasługuje fakt, że uczniowie głusi i niesłyszący w szkołach ogólnodostępnych częściej zajmują niską pozycję społeczną w przeciwieństwie do uczniów głuchych i słabosłyszących uczących się w szkole integracyjnej. Zazwyczaj nie są wskazywani przez słyszących kolegów jako osoby lubiane i przez to nie mają przyjaciół, a w konsekwencji sami się izolują od grupy rówieśników słyszących. W testach socjometrycznych uczniowie głusi i słabosłyszący uczący się w szkole ogólnodostępnej otrzymali niewiele wskazań pozytywnych, jak i negatywnych (13%). Jak wnioskuje K. Wereszka może być to spowodowane obojętnym stosunkiem do kolegi z wadą słuchu (K. Wereszka, 2017, s. 100).

Rodzicom badanych uczniów nie przeszkadza fakt związany z niską pozycją społeczną ich dzieci wśród rówieśników słyszących i wyrażają zadowolenie związane ze wspólnym kształceniem dzieci głuchych i słabosłyszących i słyszących (60%). W ich opiniach (60%) szkoła integracyjna czy ogólnodostępna lepiej przygotowuje ich dzieci do dalszego życia niż szkoła specjalna (K. Wereszka, 2017, s. 100-101).

Podsumowanie

Powyższe rozważania przedstawiają wady i zalety modelu edukacji specjalnej, integracyjnej i włączającej, które rodzą wiele pytań o optymalną formę kształcenia ucznia głuchego i słabosłyszącego. Przedstawione badania K. Wereszki (2017) pokazują rzeczywiste problemy dziecka głuchego i słabosłyszącego w szkole integracyjnej i ogólnodostępnej, a z drugiej strony zadowolenie rodziców z tych form edukacji, którzy nie biorą pod uwagę społeczne potrzeby dziecka, tylko edukacyjne. Brak odpowiedniego przygotowania placówek na przyjęcie dziecka głuchego i słabosłyszącego, jak również niedostateczne przygotowanie nauczycieli do pracy z dzieckiem z wadą słuchu nie może się skończyć dla niego sukcesem edukacyjnym. W dalszym

ciągu w edukacji polskiej istnieje „chaos edukacyjny” związany z walką o ucznia, a nie podejściem indywidualnym, uwzględniającym jego potrzeby i możliwości. Panaceum może okazać się elastyczne podejście do ucznia z perspektywy trzech opcji- specjalnej, integracyjnej i włączającej (B. Jackiewicz, 2012, s. 164). Jak również poczucie modernizacji form kształcenia dla uczniów głuchych i słabosłyszących, a nie likwidacji tradycyjnej formy, czyli szkolnictwa specjalnego.

Abstract

The article presents disadvantages and advantages of three models of education for deaf and hearing-impaired pupils in Poland: special education, integration education and inclusive education. Theoretical considerations are the attempt to improve these forms of education, but not to liquidate them. The main goal of this article is to encourage parents and specialists for making a choice of educational institution, based on capabilities and needs of deaf and hearing-impaired child.

Bibliografia:

- Bereźnicki, F., *Dydaktyka kształcenia ogólnego*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007.
- Bieńkowska- Robak, K., *Kształcenie osób z wadą oraz specjalistyczne placówki udzielające wsparcia tym osobom i ich rodzinom*, [w:] *Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych* (red.) Piekut- Brodzka D. M., Kuczyńska- Kwapisz J. Wydawnictwo APS, Warszawa 2004.
- Ciupińska, B., *Dziecko z wadą słuchu w roli ucznia*, Konteksty Pedagogiczne 2(7) 2016
- Czajkowska- Kisil, M., Siepkowska A., Sak. M., *Edukacja głuchych w Polsce*, [w:] *Sytuacja osób głuchych w Polsce. Raport zespołu ds.g/Głuchych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich* (red.) M. Świdziński, Wydawnictwo Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
- Czyż, E., Ciechanowski J., Chmielewska B., Kołodziej Z., *Prawo do edukacji dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Raport z monitoringu*, Wydawnictwo Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2010.
- Dryżałowska, G., Wasińska- Zdzałik, E., *Relacje i problemy dziecka niedosłyszącego w szkole. Co protetyk słuchu powinien wiedzieć, aby mógł*

skutecznie pomóc rodzicom lub dzieciom uczącym się w udzieleniu podstawowych informacji i rozwianiu pierwszych wątpliwości. Wykład, www.psp.pl, dostęp 12.04. 2018r.

Jackiewicz, B., *Rola kształcenia specjalnego dziecka z wadą słuchu a wizja edukacji włączającej*, Niepełnosprawność nr 7, 2012.

Januszewicz, M., Jura M., Kowal J., *Każdy ma prawo do nauki. Prawo głuchych do dostępu do języka i edukacji* [w:] *Edukacja głuchych. Materiały pokonferencyjne*, Warszawa 2014.

Muszyński, M., *Edukacja i uczenie się- wokół pojęć*, Rocznik Andragogiczny t. 21, 2014.

Okoń, W., *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1987.

Polak, B., *Podstawy teorii kształcenia*, Wydawnictwo Szczecińska Szkoła Wyższa Collegium Balticum, Szczecin 2013.

Sak, M., *Kształcenie głuchych w szkołach masowych i w klasach mieszanych z innymi niepełnosprawnościami* [w:] *Edukacja głuchych. Materiały pokonferencyjne*, Warszawa 2014.

Sak, M., *W poszukiwaniu optymalnego modelu edukacji osób głuchych i słabosłyszących w Polsce* [w:] *Edukacja niesłyszących. Publikacja konferencyjna*, Wydawnictwo Polski Związek Głuchych Oddział Łódzki, Łódź 2011.

Szczepankowski, B., *Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.

Wereszka, K., *Uczeń z wadą słuchu w integracyjnym i włączającym systemie nauczania*, Forum pedagogiczne nr 2, 2017.

Wójcik, M., *Osoby niesłyszące w systemie edukacji*, Niepełnosprawność nr 4, 2010.

Akty prawne:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. z 2017 r., poz. 1578).

Netografia:

Przewodnik, Ministerstwo Edukacji Narodowej,

<http://www.oke.krakow.pl/inf/filedata/files/Jak%20organizowa%EA%20edukacja%EA.pdf>, 2010, s. 30, dostęp 12.04. 2018r.

Agata Cierniak
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

Zarys szkolnictwa specjalnego dla dzieci z uszkodzonym narządem słuchu

„Nie istnieje jeden sposób postępowania, optymalny we wszystkich przypadkach, rozwiązujący wszystkie problemy związane z zagrożeniami rozwojowymi, które mogą być skutkiem ograniczenia percepcji słuchowej”

\Kazimiera Krakowiak\

Wstęp

Kształcenie osób z uszkodzonym narządem słuchu łączy się z wieloma wyzwaniami, które stoją przed surdopedagogiem. Stąd też konieczność ciągłej aktualizacji, a także zapoznania się z wiedzą dotyczącą historii szkolnictwa specjalnego dla dzieci z uszkodzonym narządem słuchu przez przyszłego surdopedagoga. Ma to stanowić ułatwienie w przyszłej pracy zawodowej (B. Hoffmann, 1979). Postęp jaki dokonał się na przestrzeni wielu lat sprawia, iż rola surdopedagoga w życiu niesłyszącego dziecka jest bardzo ważna.

Początki szkolnictwa specjalnego dla dzieci z uszkodzonym narządem słuchu

Historia dotycząca kształcenia osób niesłyszących sięga już blisko 500 lat. Od starożytności do czasów nowożytnych niesłyszący byli często izolowani oraz marginalizowani od społeczeństwa osób słyszących (B. Szczepankowski, 1999). Szczególne znaczenie dla usystematyzowania dostępu do nauki mają metody francuska (migowa) i niemiecka (ustna), które datuje się na wiek XVIII. Wcześniej, w XVI wieku dzięki pracy Girolamo Cardano pt. Paralipomena, po raz pierwszy zostały stworzone teoretyczne podstawy nauczania dzieci z uszkodzonym słuchem. Twórcą tych założeń był włoski filozof, lekarz oraz matematyk, który sądził, iż niesłyszący

opanowując pismo dają sobie szansę na lepszy rozwój umysłowy. Kolejnym przełomem jest opracowanie w XVII wieku przez Juana Pablo Boneta pierwszej pisemnej rozprawy metodycznej dotyczącej kształcenia niesłyszących dzieci. Wszystkie te działania do tej pory jednak opierały się na pracy dydaktycznej z wybranym przypadkiem, a więc nadal pomijane były grupy osób niesłyszących w dostępie do edukacji. Dopiero w roku 1770 powstała pierwsza szkoła dla niesłyszących, a tym samym rozpoczął się w historii kształcenia osób niesłyszących okres zorganizowanego systemu edukacji (B. Szczepankowski, 1999). W XIX wieku ma miejsce spór o wybór metody porozumiewania się osób słyszących z niesłyszącymi. Prowadzi to do wielu kontrowersji oraz przemyśleń, głównie wśród zwolenników metody francuskiej i niemieckiej. Ostatecznie, ze względu między innymi na umacnianie się niemieckiej polityki, metoda ta końcem dziewiętnastego wieku zyskuje przewagę osób popierających tę metodykę kształcenia osób niesłyszących, będącą słuszną i skuteczną (O. Périer, 1992).

Metody nauczania uczniów z uszkodzonym narządem słuchu – przegląd wybranych stanowisk

Poszukiwania skutecznych metod nauczania osób niesłyszących są wyrazem troski wielu surdopedagogów na przestrzeni ostatnich kilkuset lat. Zastosowanie nieodpowiednich metod nauczania względem ucznia niesłyszącego może skutkować poważnymi zaburzeniami w zakresie funkcji poznawczych, emocjonalno-społecznych, czy także rozwoju fizycznego i estetycznego. Te realne zagrożenia zainspirowały wielu naukowców i praktyków na terenie Europy do poszukiwania rozwiązań w obszarze nauczania osób niesłyszących. Ich pierwsze sukcesy torowały ścieżkę do otwierania pierwszych szkół dla niesłyszących (A. Korzon, K. Plutecka, 2010). Niżej zostaną przedstawione oraz omówione poszukiwania pedagogów w zakresie efektywnego nauczania uczniów niesłyszących. Wyszczególnione zostaną przede wszystkim rozwiązania metodyczne, które mogły mieć wpływ na indywidualny rozwój osoby w procesie nauczania, uwzględniając przy tym szczególne potrzeby wynikające z uszkodzenia narządu słuchu (K. Krakowiak, 2012).

Jedną z najważniejszych metod, która zapoczątkowała całe spectrum zmian dotyczące rozwoju metod nauczania była metoda francuska. Początki tej metody sięgają, aż do roku 1770, kiedy to powstaje pierwsza szkoła dla niesłyszących na świecie. Powstaje z inicjatywy księdza Charlesa Michela de l'Épée. Na taki przebieg sytuacji wpłynęło kilka rzeczy. Jedną z nich była Wielka Rewolucja Francuska oraz jej idee dotyczące powszechności dostępu do szkół dla wszystkich dzieci oraz poglądy filozoficzne D.Diderota oraz J.J. Rousseau. De l'Épée ustanowił, że wiodącą metodą nauczania w szkole będzie metoda migana, znana także jako metoda francuska (A. Korzon, K. Plutecka). W takim przekonaniu utwierdziło go to, iż język migowy jest naturalnym sposobem komunikacji oraz rozwoju osób niesłyszących (K. Kirejczyk, 1967). Charles de l'Épée swoją pracę na rzecz niesłyszących rozpoczyna od pisania słowników języka migowego. Jego celem było rozwinięcie znaczenia pojęć abstrakcyjnych i niezrozumiałych dla osób niesłyszących tak, aby w rezultacie głuchy mógł rozwijać myślenie oraz wyrażanie pojęć abstrakcyjnych. W swoim nauczaniu wykorzystywał także alfabet palcowy. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż de l'Épée jako pierwszy zainicjował nauczanie, które było tak samo dostępne dla dzieci z rodzin biednych, jak i bogatych. Jego dorobek, a także idee nauczania dzieci niesłyszących przejmuje i kontynuuje Roch Ambroise Cucurron Sicard. Rozwija jeszcze bardziej język migowy wprowadzając pojęcia abstrakcyjne oraz kategorie gramatyczne. Należy zaznaczyć, że obaj wyżej wspomniani pedagogzy kierowali się zasadą pogładowości w odniesieniu do procesu nauczania, a zatem swoich uczniów zabierali na lekcje w terenie, kształtowali pojęcia w naturalnym środowisku. Ukazywali cały wachlarz otaczającego uczniów świata systematycznie wprowadzając znaki migowe, które opisywały te zjawiska w przyrodzie. Sama metoda francuska odegrała istotną rolę w sposobie nauczania dzieci głuchych oraz stała się podstawą oraz inspiracją do kolejnych zmian systemów kształcenia niesłyszących. Zapoczątkowała powstanie pierwszych szkół dla niesłyszących w Europie, a następnie przedostała się na teren Stanów Zjednoczonych (A. Korzon, K. Plutecka, 2010).

Metodą radykalnie opozycyjną do metody francuskiej była metoda niemiecka. Powstała w szkole dla niesłyszących w Lipsku

w 1778. Jej twórcą był Samuel Heinicke. W przeciwieństwie do Charlesa de l'Epée, obrał zupełnie inną specyfikę nauczania. U podstaw jego przekonań było to, iż głusi niewykazujący zdolności mowy, nie posiadają rozumu. Tym samym mowę uznawał za najważniejszy przymiot człowieka. Opracował cały system metodyczny nauczania niesłyszących w odniesieniu do swojego stanowiska. Nie dopuszczał w swojej metodzie używania języka migowego, a nawet stwierdził, że jest to ułomny sposób porozumiewania się niesłyszących. Zakładał, iż tylko nauczanie poprzez mowę ustną może dać wymierne efekty pracy oraz zapobiec izolacji osób niesłyszących w społeczeństwie osób słyszących. Ze swoimi uczniami pracował nad odpowiednią artykulacją oraz mową. Był bardzo zaangażowany w proces nauczania, ponieważ kierowały nim motywy osobiste. Heinicke miał syna z uszkodzonym narządem słuchu. Uważał, że niesłyszący muszą najpierw nauczyć się mówić, a potem dopiero pisać. Odwrotna kolejność była sprzeczną z naturalnym dla człowieka procesem uczenia się. Starał się przygotować swoich uczniów do życia w szerszych kręgach społecznych, dlatego kładł nacisk na odczytywanie mowy z ust różnych osób. W swojej metodzie dążył do korzystania ze wszystkich zmysłów, aby uczniowie odnosili jak największe powodzenia w procesie nauczania (K. Krakowiak, 2012). Podobnie jak poprzednik, Heinicke skrywał swoje metody oraz podglądy przed środowiskiem. Takich informacji dowiadujemy się z zapisków Stanisława Poniatowskiego, który wówczas postanowił zwiedzić szkołę (E. Nurowski, 1983). Metoda jednak zdobyła spory rozgłos podczas międzynarodowego kongresu surdopedagogicznego który odbywał się w Mediolanie w roku 1880 (B. Hoffmann, 1979).

Kolejną metodą była metoda wiedeńska, która stanowiła przekształcenie dwóch metod w jedną, czyli była połączeniem metody francuskiej oraz niemieckiej. Metodę stworzyli Johann Stork, Józef May oraz Michał Venus. Po raz pierwszy pojawiła się w szkole w Wiedniu. Jej podstawę stanowiła metoda francuska, ale dopuszczała ona także stosowanie nauki mowy ustnej. Twórcy metody twierdzili, iż stosowanie znaków języka migowego sprzyja komunikacji oraz poprawia zrozumienie i opanowanie materiału nauczania. Jeżeli chodzi o naukę mowy ustnej to utrzymywali, że znacznie rozwija myślenie u osób niesłyszących. W przypadku tej metody nauczanie mowy ustnej

nie było jedynym i głównym celem, a stanowiło jeden ze składowych elementów procesu nauczania osób niesłyszących (A. Korzon, K. Plutecka, 2010).

Szlezwicka metoda nauczania, zwana również metodą duńską lub metoda pisaną, wykształciła się w Danii. Stanowiła ona podjęcie próby złączenia w jedną całość metody wiedeńskiej z metodą niemiecką. Metoda zrodziła się w szkole założonej przez Jerzego Pfingstena w roku 1788 w Lubece. Za najkorzystniejszy środek komunikacji osób niesłyszących ze słyszącymi, a także między sobą uznano pismo. Wykorzystywano mowę ustną, ale tylko w takim obszarze, żeby służyła metodzie pisanej. Mowa migowa nie powinna składać się ze sztucznych gestów, lecz bazować na jak najbardziej naturalnych dla człowieka niesłyszącego gestach. Istotne jest także stosowanie przez cały proces nauczania wszelkich prawideł gramatycznych. Metoda ta nie miała większego wpływu na kształtowanie się następnych metod nauczania. Zaznaczyła natomiast ciągle zaangażowanie pedagogów w poszukiwaniu różnorodnych skutecznych sposobów nauczania ucznia z uszkodzonym narządem słuchu (K. Kirejczyk, 1967).

Początki kształcenia specjalnego dla uczniów niesłyszących w Polsce

Pierwsze próby organizacji opieki na osobami niesłyszącymi na ziemiach polskich były już podejmowane w XVII i XVIII wieku, lecz były one zaaranżowane w formie opieki nad osobami biednymi oraz osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Nadal jednak brakowało zakładu, czy też instytucji, która zrzeszała by osoby niesłyszące, a w samej placówce prowadzone byłyby działania dydaktyczne zmierzające do kształcenia oraz edukowania dzieci niesłyszących. Pierwsze podejście mające na celu stworzenie takiej placówki miało miejsce na początku XIX wieku za sprawą Jana Nepomucena Kossakowskiego. Próba stworzenia takiej placówki jednak się nie powiodła, lecz po wielu kolejnych staraniach udało się utworzyć zakład (K. Kirejczyk, 1967). Dzięki trudom i staraniom powstał Instytut Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie, który

funkcjonuje do dzisiaj. Osobą, która przyczyniła się do powstania pierwszej szkoły dla głuchych w Polsce był ksiądz Jakub Falkowski i właśnie to wydarzenie zapoczątkowało kształcenie specjalne dla osób niesłyszących w Polsce w czasach oświecenia (K. Krakowiak, 2012).

Z początku XIX wieku nauczaniem osób niesłyszących na ziemiach polskich zainteresował się przedstawiciel zakonu pijarów, ksiądz Jakub Falkowski. Jego poczynania w tym kierunku rozpoczęły spotkanie z niesłyszącym dzieckiem, Piotrem Gąsowskim. Ich praca rozpoczęła się od poszukiwania wiedzy od osób bardziej doświadczonych. W tym celu udał się między innymi do Berlina i Lipska, aby zapoznać się ze stosowanymi metodami na tychże terenach. Powraca do Warszawy z lepszym przygotowaniem pedagogicznym i rozpoczyna swoją pracę, jednak zdobyte doświadczenie nie zagwarantowało mu od razu sukcesu, lecz przyszło ono z czasem. Pierwsze powodzenia w swojej aktywności pedagogicznej przenoszą Falkowskiemu rozgłos, a tym samym pierwsze poważne propozycje pracy. Dostaje propozycje objęcia stanowiska dyrektora w szkole dla osób niesłyszących. Wszelkie jego działania nie są jego autorstwa, lecz zestawieniem wszystkich sposobów nauczania niesłyszących, które poznał podróżując po całej Europie w ich poszukiwaniu. Za jego szczególny sukces uznaje się pozyskanie sponsorów oraz sojuszników, którzy uwierzą w jego idee oraz poprą jego inicjatywę. Stworzenie takiego ośrodka wiąże się bowiem z ogromnym nakładem finansowym związanym z wybudowaniem takiego zakładu jak również wyposażeniem sal w pomoce dydaktyczne, a pozyskanie takich funduszy w czasach Królestwa Kongresowego było ciężkim celem. W tworzeniu swojej koncepcji, Falkowski nie był odosobniony. Jego współpracownikiem stał się Jan Sierzyński, który rozpoczął swoją pracę w Instytucie Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie od nauczania mowy (K. Krakowiak, 2012). W czasach największej aktywności oraz splendoru nauczyciele oraz pedagodzy pracujący w Instytucie dążyli swoimi staraniami do stworzenia podręczników oraz gotowych materiałów dydaktycznych. W ten sposób grono pedagogiczne Instytutu, stworzyło elementarze dla niesłyszących uczniów oraz poradniki metodyczne dla nauczycieli, jako wskazówki w pracy z uczeniem z wadą słuchu (B. Hoffman, 1979).

Znaczenie wybranych pedagogów dla rozwoju kształcenia ucznia z uszkodzonym narządem słuchu

Niewątpliwie wszystkie wyżej opisane poczynania sprawiły, że w edukacji osób niesłyszących następowały znaczące zmiany z korzyścią dla niesłyszącego ucznia. Jednak za wszystkimi zmianami stoją prekursorzy, którzy swoim zaangażowaniem i poświęceniem dokonywali historycznych zmian, które do dziś są aktualne i cenione w surdopedagogice. Należy więc przybliżyć sylwetkę osób, które miały niebagatelny wpływ na sytuację oraz zapoczątkowały wprowadzenie znaczących zmian w kształceniu osób niesłyszących.

Wspominając o postaciach, które przyczyniły się do rozwoju kształcenia uczniów z uszkodzonym narządem słuchu oraz opisując początki usystematyzowania edukacji dla tej grupy uczniów nie sposób pominąć taką osobistość, jak Jan Sierzyński. Urodzony w Szczebrzeszynie, uczęszczał do szkoły w Zamościu, a następnie rozpoczął studia medyczne w Wiedniu. Studia ukończył w 1813, a później rozpoczął praktykę w szpitalu powszechnym. Jego inspiracją do zainteresowania się nauczaniem osób niesłyszących był ksiądz Jakub Falkowski. To właśnie za jego namową porzucił praktykę medyczną, a tym samym rozpoczął prace przygotowawcze do wykonywania zawodu nauczyciela osób niesłyszących. Zwiedził wiele zakładów, między innymi zakład w Lipsku, co zainspirowało go do pewnych przemyśleń. Wraca do Polski z bagażem doświadczeń oraz wiedzy i wraz z księdzem J. Falkowskim zaczyna swoją przygodę zawodową jako nauczyciel w Instytucie Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie. To tam stawia pierwsze kroki w zawodzie oraz odnosi pierwsze sukcesy. W swojej pracy wykorzystywał metodę ustną. Sam Falkowski nie był zwolennikiem tejże metody, preferował nauczanie uczniów głuchych z wykorzystaniem języka migowego. Z czasem między Sierzyńskim, a Falkowskim narasta konflikt dotyczący sposobu nauczania niesłyszących uczniów, co ostatecznie prowadzi do zamknięcia pracowni, w której pracował Sierzyński. Tym samym zostaje zmuszony do opuszczenia Instytutu i powrócenia do praktyki lekarskiej w charakterze wojskowego lekarza (K. Kirejczyk, 1967). Podczas

swojej praktyki pisał pracę pod tytułem „Teoria i mechanizm mowy z zastosowaniem do nauki czytania dla wszystkich, do nauki wymawiania dla głuchoniemych dzieci z dodanymi oraz uwagami nad sposobem uczenia tychże” , aby ostatecznie ukończyć ją w 1820 roku. Dzieło to nigdy nie zostało opublikowane. Znaczna wiedza medyczna dotycząca osób niesłyszących, jaką posiadał Jan Sierzyński tym bardziej utwierdziła go w przekonaniu o zróżnicowaniu potrzeb oraz możliwości osób z uszkodzonym narządem słuchu (K. Krakowiak, 2012).

Do grona czołowych postaci, którym bliskie były problemy kształcenia uczniów niesłyszących należy także zaliczyć Charlesa Michela de l'Épée. Twórca pierwszej szkoły dla głuchych, która powstała w 1771 roku. Idea nauczania w szkole założonej przez de l'Épée przetrwała do dzisiaj i stanowiła pierwowzór do naśladowania, czego efektem było pojawianie się kolejnych szkół dla niesłyszących na terenach Europy oraz Stanów Zjednoczonych (B. Hoffmann, 1979). Opracował nauczanie oparte na wykorzystywaniu naturalnego sposobu komunikowania się wśród osób niesłyszących, czyli naturalnych gestów, dalej znanych jako język migowy. Język ten zawierał alfabet palcowy, a także całe słowa. To właśnie de l'Épée uważał język migowy za pierwotny sposób komunikacji osób niesłyszących. Przyczynił się także do wzbogacenia tego języka opracowując system znaków metodycznych, pierwowzór aktualnych języków migowych. Cała działalność księdza de l'Épée przyczyniła się do zrewolucjonizowania nauczania osób głuchych oraz wpłynęła na szybki rozwój francuskiej metody nauczania. Stała się punktem wyjścia do opracowania kolejnych metod nauczania, posiadając swoich zwolenników, jak i przeciwników (B. Szczepankowski, 1999).

Kolejną ważną postacią, która na stałe zapisała się na kartach polskiej pedagogiki specjalnej, jest Maria Grzegorzewska. Jako młoda kobieta wyjeżdża na studia do Paryża i tam zbiera pierwsze doświadczenia dotyczące pedagogiki osób niepełnosprawnych. Po zakończeniu studiów wraca do kraju i w roku 1922 otwiera w Warszawie Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej, którego jest wieloletnim dyrektorem (K. Kirejczyk, 1967). Korzystając

z doświadczeń zdobytych podczas studiów oraz praktyki zawodowej przenosi na grunt polski nową metodę kształcenia osób niesłyszących, czego inspiracją do tych działań była metoda belgijska. Zaczyna prowadzić pierwsze eksperymenty nad metodą. Początkowo metoda występowała jako metoda zainteresowań, ostatecznie zwana jako metoda ośrodków pracy, będąc propozycją oddziaływań rewalidacyjnych wobec ucznia niesłyszącego. Grzegorzewska podejmując ideę całościowego podejścia, swoją teorię opierała na fizycznych prawidłowościach uczenia się. Natomiast za główny cel procesu wychowawczego uważała rewalidację społeczną, która może się dokonać tylko i wyłącznie przez całościowy oraz kompleksowy rozwój dziecka. Metoda nie zakładała gotowych schematów, a wręcz stawiała na kreatywność oraz zaangażowanie nauczyciela. Wymaga ona samodzielnego przygotowania pomocy dydaktycznych do poszczególnych ośrodków, ponieważ autorka nie opracowała gotowych przewodników metodycznych będąc ich całkowitą przeciwniczką (B. Hoffmann, 1979). Na szczególną uwagę zasługuje ujęcie metody nauczania jako proces uczenia się w styczności ze środowiskiem, tym przyrodniczym, jak i społecznym. Ten wyjątkowy aspekt integracyjny nabiera aktualnie istotnego znaczenia, szczególnie w świetle zmian reform szkolnictwa oraz osadzeniu kształcenia zintegrowanego na pierwszym etapie edukacyjnym dziecka. Te wszystkie fakty potwierdzają o ponadczasowości oraz istotności w nauczaniu osób niesłyszących (A. Korzon, K. Plutecka, 2010). Szczególnie na aktualności nie straciły podglądy dotyczące osoby nauczyciela, a z biegiem czasu i lat, zyskały nowe znaczenie przez pojawiające się współcześnie zjawiska społeczne i cywilizacyjne (K. Krakowiak, 2012).

Kształcenie specjalne czy kształcenie integracyjne

Od przełomowych zdarzeń musiało minąć wiele lat, aby społeczeństwo oraz osoby rządzące krajem uznały, iż uczeń niesłyszący ma niezaprzeczone prawo do edukacji oraz korzystania z tego prawa, uwzględniając przy tym jego specjalne potrzeby edukacyjne. Takie prawo posiadają także osoby z innymi niepełnosprawnościami, zgodnie z zapisem w Ustawie o systemie oświaty z 7 września 1991. Uczeń niesłyszący może realizować obowiązek szkolny w specjalnych

ośrodkach oraz szkołach, gdzie pracuje wykwalifikowana kadra w zakresie nauczania osób z wadą słuchu. Aktualnie można zauważyć tendencje zmierzające do osadzenia tychże uczniów w szkołach ogólnodostępnych, tym samym odchodząc od idei szkolnictwa specjalnego panującego dotychczas. Obecnie uczeń niesłyszący może realizować obowiązek szkolny także w szkole ogólnodostępnej, ucząc się wśród osób nieposiadających wady słuchu. Taka decyzja niesie za sobą wiele możliwości dla dzieci niesłyszących, ale także wiele wyzwań dla nauczycieli. Konieczne jest uświadomienie sobie, że sytuacja dzieci niesłyszących jest nieco inna niż dzieci słyszących, co jest konsekwencją uszkodzenia słuchu. Idea integracji jest bardzo chwalebny celem, lecz niesie za sobą wiele zagrożeń. Jednym z istotniejszych zagrożeń jest brak ponoszenia odpowiedzialności za podejmowane decyzje dotyczące procesu kształcenia dzieci niesłyszących. W ten sposób niekiedy dochodzi do sytuacji, iż dziecko realizuje swój obowiązek szkolny nadal w szkole ogólnodostępnej, mimo nieobecności postępów w nauce. Wszystko odbywa się w nadziei, że w końcu dziecko zacznie robić postępy. Takie posunięcie niesie za sobą ryzyko, iż dziecko może w ogóle nie wejść na ścieżkę powodzeń edukacyjnych. W konsekwencji dziecko może ukończyć pierwszy etap edukacyjny nie posiadając umiejętności czytania i pisania, a taki problem może być nie do nadrobienia przez kolejne lata nauki. Kolejne rozważania koncentrują się wokół braku języka migowego w szkole ogólnodostępnej. Bowiem w szkole ogólnodostępnej dochodzi do wymuszania komunikacji werbalnej, co w efekcie nie sprzyja integracji lecz powoduje dyskomfort i wychowanie wśród dzieci niesłyszących względem pozostałej grupy klasowej. Warto także podkreślić, iż w szkołach ogólnodostępnych przeważają pedagodzy ogólni. Skutkuje to tym, iż nauczyciel nie jest odpowiednio przygotowany oraz wykwalifikowany do pracy z dziećmi niesłyszącymi. Osoba taka nie posiada całego spectrum wiedzy dotyczącej ograniczeń oraz potrzeb wynikających z niepełnosprawności słuchowej. Inaczej ma się sytuacja w szkołach specjalnych dla niesłyszących, gdzie pracują głównie surdopedagodzy. W świetle wyżej wymienionych argumentów warto więc podjąć głębszą refleksję, a także rozważania, czy aby na pewno włączenie uczniów niesłyszących do szkół ogólnodostępnych przyczyni się do

zwiększenia efektywności procesu kształcenia, czy też go pogorszy (M. Sak, 2014).

Zakończenie

Zagadnienie „Kształcenie ucznia z uszkodzonym narządem słuchu w szkolnictwie specjalnym” rodzi wiele niepokoju, czego dowodem są wieloletnie rozważania podejmowane na terenach Europy czy też Polski. Na przestrzeni lat były podejmowane różne sposoby nauczania dzieci niesłyszących. Obecnie, dzięki wcześniejszym staraniom wybitnych osób związanych z suropedagogiką, posiadamy dorobek naukowy w postaci dojrzałych i wypróbowanych metod do wykorzystania w procesie edukacyjnym. Jednakże problem doboru metod w czasie tego procesu jest bardzo ważny, a przy tym charakteryzuje się ogromną złożonością, co nadal prowadzi do wielu namysłów oraz rozważań przez osoby uczone. Dokonania na przestrzeni dziejów dały przyszłym pokoleniom surdopedagogów bazę do ciągłych refleksji. Stworzono w ten sposób spore pole manewru dla nauczycieli oraz działaczy akademickich, do nieustannego prowadzenia badań empirycznych i analiz na rzecz podnoszenia poziomu procesu nauczania osób niesłyszących, które będą badać złożoność tego procesu popierając to dowodami opartymi na doświadczeniu.

Bibliografia:

- Hoffmann B. (1979), *Rewalidacja niesłyszących*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Kirejczyk K. (1967), *Ewolucja systemów kształcenia dzieci głuchych*, Nasza Księgarnia, Warszawa.
- Korzon A., Plutecka K. (2010), *Kształcenie zintegrowane uczniów niesłyszących w teorii i praktyce edukacyjnej*, Impuls, Kraków.
- Krakowiak K. (2012), *Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu słuchu*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Nurowski E. (1983), *Surdopedagogika polska. Zarys historyczny*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Périer O. (1992), *Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.

Sak M. (2014), *Kształcenie głuchych w szkołach masowych i w klasach mieszanych z innymi niepełnosprawnościami*, [w:] *Edukacja głuchych*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.

Szczepankowski B. (1999), *Niesłyszący-Głusi-Głuchoniemi. Wyrównywanie szans*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.

Instytucjonalne formy wspierania rozwoju dzieci z niepełnosprawnością

Wprowadzenie

W e współczesnym świecie problem niepełnosprawności człowieka jest bardzo ważny. Powszechnie uznaje się za szczególnie ważny i doniosły problem społeczny. Warto dodać, iż człowiek odgrywa w swoim życiu określone role społeczne. Gdy w wyniku nagłej utraty sprawności lub choroby nie może pełnić swojej roli życiowej, pomoc ludzi, instytucji umożliwia mu odnalezienie się w nowej roli (S. Kowalik, 1999). Dlatego też niezbędna, a nawet konieczna jest pomoc i wsparcie ze strony różnych instytucji, które umożliwiają zarówno wsparcie finansowe jak i przygotowują osobę niepełnosprawną do funkcjonowania w życiu społecznym. Wsparcie instytucjonalne wspomaga zarówno rodzinę w wypełnianiu jej funkcji, a także stwarza profesjonalną pomoc, która jest ukierunkowana na rozwój osoby niepełnosprawnej. Istotny wydaje się fakt, że w zakresie wsparcia społecznego szczególna rola przypada właśnie – oprócz rodziny – publicznym i pozarządowym podmiotom działającym w lokalnym systemie wsparcia społecznego, w najbliższym otoczeniu osoby niepełnosprawnej (B. Szluz, 2017).

Wsparcie - ujęcie definicyjne i klasyfikacyjne

Pojęcie wsparcia społecznego w ostatnim czasie zyskało na znaczeniu. Ostatnimi czasy zarówno w Polsce, jak i w innych krajach można dostrzec wzrost zainteresowania kwestią organizacji pomocy osobom niepełnosprawnym. Obciążenia, z jakimi spotykają się rodziny wychowujące dzieci niepełnosprawne, sprawiają, że potrzebują pomocy w przezwycięzeniu własnych problemów związanych

z przyjściem na świat, a potem wychowaniem niepełnosprawnego dziecka (K. Ćwirynkało, A. Żywanowska, 2004, s. 75). Takie rodziny mogą liczyć przede wszystkim na wsparcie społeczne, czyli zaangażowanie w problem bliskich im osób. Są także instytucje, które udzielają tego typu wsparcia:

- pomocy praktycznej,
- porady,
- niezbędnych informacji.

Porady i udzielanie informacji to rodzaj pomocy. Oznacza to, że pomoc finansowa nie jest sprawą najważniejszą. Jest istotna i korzystać z niej mogą, a nawet powinni potrzebujący rodzice dzieci niepełnosprawnych. Jednak czasem ten inny rodzaj wsparcia wydaje się być bardziej potrzebny. Nie ma przecież reguły stanowiącej o tym, że dzieci niepełnosprawne przychodzą na świat jedynie w rodzinach, których sytuacja materialna nie jest na właściwym poziomie. Dla rodzin, których status materialny jest zadowalający, pojawienie się takiego problemu może być jeszcze większym szokiem ze względu na ich przyzwyczajenie do luksusowego, często bezproblemowego stylu życia.

Wśród instytucji, do których rodziny mogą zgłosić się po pomoc warto wskazać:

- Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie (m.in. wspierają kulturę i sport dla osób niepełnosprawnych),
- Powiatowe Społeczne Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych (oceniają realizację programów),
- Samorządy województw (współpracują z wieloma organizacjami pomagającymi rodzinom dzieci niepełnosprawnych).
- Pełnomocnik ds. osób niepełnosprawnych.

Na szczególną uwagę zasługują Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, ponieważ ich zadania realizowane są przez jednostki szczebla wojewódzkiego. Misją PCPR-u jest przede wszystkim pomoc rodzinom i osobom samotnym, tak aby nie były uzależnione od świadczeń pomocy społecznej oraz wsparcie rodzin w sytuacjach kryzysowych. Do najważniejszych zadań PCPR-u w zakresie rehabilitacji należą:

- stworzenie odpowiednich możliwości uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,

- możliwość uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych,
- podejmowanie działań, które zmierzają do minimalizowania skutków niepełnosprawności i likwidacji barier, z jakimi spotykają się niepełnosprawni,
- zadania o orzekaniu stopniu niepełnosprawności (U.Gruca Miąsik, T. Pop, M. Rorat, 2001, s. 215-219).Warsztaty terapii zajęciowej, są wielką szansą dla tych osób, które są niezdolne do pracy zawodowej. Taka terapia ma na celu usprawnienie oraz rozwój umiejętności z zakresu życia codziennego, opanowanie czynności przysposabiających, rozwijanie na samym początku podstawowych, następnie bardziej skomplikowanych czynności, które umożliwią podjęcie pracy. Spotkania w warsztatach odbywają się w ciągu dnia. Celem warsztatów jest poprawienie sprawności oraz samodzielnego i aktywnego życia w społeczeństwie. Dlatego warto zauważyć, że każdy człowiek od najmłodszych lat potrzebuje wielostronnej pomocy w wychowaniu jak i edukacji (K. Braun, 2013, s.226-229). Jeżeli chodzi o turnusy rehabilitacyjne to, są one aktywną formą rehabilitacji, która jest połączona z wypoczynkiem, mając na celu przede wszystkim poprawę sprawności, a także pobudzenie i rozwijanie zainteresowań osób niepełnosprawnych. Likwidacja barier urbanistyczno – architektonicznych ułatwi osobom niepełnosprawnym poruszanie się w miejscach pracy. Niektórzy autorzy sygnalizują, że trudno wymagać aktywności zawodowej bądź też społecznej od osoby z niepełnosprawną intelektualną, jeżeli napotyka ona trudności już nawet w momencie dotarcia do mieszkania(U.Gruca Miąsik, T. Pop, M. Rorat, 2001, s.219-220).

Za organizacje pomagające dzieciom niepełnosprawnym i ich rodzinom trzeba również uznać szkoły specjalne. W Polsce nie wszystkie są gotowe na wyzwanie jakim jest opieka i odpowiedzialność za młodego człowieka, u którego stwierdzono szeroko rozumianą niepełnosprawność. W krajach Europy zachodniej sprawa wygląda inaczej. Za dobry przykład posłużyć może Ashley School w mieście Lowestoft. Jest to szkoła dla dzieci z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w wieku 7 do 16 lat (A. Zawislak, 2005, s. 81). Uczniowie szkoły pochodzą z Lowestoft i okolic, a ich sytuacja materialna i ogólne warunki domowe nie są zadowalające.

Praca prowadzona jest tam w oparciu o indywidualny program nauczania. Szkoła osiąga dobre wyniki i spełnia swój cel, czego dowodzą statystyki. Aż 76 procent uczniów jest później gotowych do podjęcia nauki w szkoła ogólnodostępnych (A. Zawiślak, 2005, s. 81). Przytoczenie przykładu szkoły, która dzięki odpowiedniej organizacji osiąga tak dobre rezultaty służy tutaj porównaniu z warunkami polskimi. Nie wolno jednak zapominać, iż choć działające na niższym poziomie szkoły polskie są również niezłe. Wielu rodziców nie mogłoby sobie pozwolić na wysłanie dziecka do szkoły, gdyby takie nie funkcjonowały. Nawet nie tak sprawnie, jakby się tego chciało. Dużym problemem szkół specjalnych jest również stereotypowe ich postrzeganie i pejoratywne skojarzenia, które nasuwają się, kiedy słyszymy takie właśnie określenie.

Zadania instytucji wobec osób z niepełnosprawnością

Przechodząc do kolejnego etapu charakterystyki instytucji służących pomocą rodzinom dzieci niepełnosprawnych, opiszę konkretne cele i działania poszczególnych jednostek.

Problematyka wsparcia społecznego osadzona jest na pograniczu wielu dyscyplin nauk społecznych (G. Kwaśniewska, 2009, s. 94). Celem działań edukacyjnych i wychowawczych jest przygotowanie dzieci do podjęcia aktywności własnej, czyli samokształcenia i samowychowania (K. Braun, 2013, s.220). Jest to również obowiązek rodziców, ale także i szkół, do których uczęszcza dziecko z orzeczeniem niepełnosprawności. Na nauczyciela spoczywa szczególny obowiązek przygotowania dziecka do właściwego przyszłego życia. Szkoła nie tylko kształci dziecko w sensie ogólnym, ale i pomaga w pracy nad przezwyciężeniem niepełnosprawności. Do dyspozycji uczniów są logopedzi, psychologowie, nauczyciele i wychowawcy. Jest to placówka kształtująca uzdolnienia twórcze i intelektualne dziecka. Nauczyciele przy współpracy z rodzicami wspierają dalszy rozwój dziecka, często ponadprogramowo, jeżeli dostrzeżony zostanie szczególny talent. Szkoły towarzyszą dziecku na każdym stopniu kształcenia, dlatego ich pomoc, przejawiająca się poprzez współwychowanie jest tak istotna. Sposób udzielanej pomocy, powinien być każdorazowo podyktowany indywidualną sytuacją dziecka – udzielająca pomocy instytucja musi brać pod uwagę takie

czynniki jak sytuacja rodzinna podopiecznego, czy jego stan zdrowia. Działania pomocowe powinny być realizowane przy wykorzystaniu:

- pracy zespołów do spraw wczesnego wspomagania rozwoju dziecka,
- obserwacji pedagogicznej,
- obserwacji prowadzonej przez specjalistów,
- doradztwa edukacyjno-zawodowego (K. Braun, 2013, s.224-225).

Jak wspomniano powyżej za pomoc dziecku w pierwszej kolejności odpowiedzialni są rodzice. Ich oddziaływania są zauważalne w codziennych sytuacjach życiowych. Dzięki spontanicznym kontaktom dziecko poznaje najbliższe otoczenie, uczy się także znaczenia bodźców, umiejętności porozumiewania się oraz realizacji własnych zamierzeń. Już od najmłodszych lat dziecka działalność edukacyjno – wychowawcza rodziców wspomagana jest przez instytucje. Pierwszą taką instytucją jest przedszkole. Przedszkole zapewnia dzieciom opiekę, ale również ukierunkowuje ich rozwój zgodnie z wrodzonym potencjałem oraz możliwościami, wspiera wychowanie rodzinne poprzez dążenie do wielostronnego rozwoju dziecka. Dzięki zabawie dziecko doznaje przyjemności, uczy się i realizuje swoje potrzeby, a także zainteresowania. Przedszkole spełnia funkcję kompensacyjną (w zakresie wyrównywania braków rozwojowych), socjalizacyjną (uczy zasad nawiązywania poprawnych relacji z rówieśnikami), uczy także współdziałania, współpracy oraz współodpowiedzialności. Następnymi placówkami, które wiążą się ze sferą wychowania i edukacji są szkoły na wszystkich poziomach kształcenia. Ich zadaniem jest nauczanie, kształcenie umiejętności oraz wychowanie. Głównymi formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej, które zapewniają pomoc uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi są: klasy terapeutyczne, zajęcia korekcyjno – kompensacyjne, zajęcia logopedyczne, socjoterapeutyczne, a także inne zajęcia o charakterze terapeutycznym. Szkoła to również miejsce kształtowania uzdolnień intelektualnych oraz twórczych dziecka. Innymi instytucjami udzielającymi pomocy edukacyjnej są również placówki wsparcia dziennego tzn. świetlice środowiskowe, świetlice socjoterapeutyczne, warsztaty zajęciowe. Świetlice zazwyczaj udzielają pomocy dzieciom, które pochodzą z rodzin dysfunkcyjnych. To do nich dzieci uczęszczają po zajęciach szkolnych. Do głównych zadań świetlic należą: udzielanie pomocy w kryzysach szkolnych, prowadzenie zajęć

socjoterapeutycznych, a także organizowanie zajęć korekcyjno – kompensacyjnych.

To niektóre z rodzajów pomocy udzielanej przez wybrane polskie instytucje. Odrębną kwestią jest pomoc Unii Europejskiej w zakresie niepełnosprawnych dzieci, młodzieży oraz dorosłych. Komisja Europejska bierze udział w akcjach międzynarodowych, których celem jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym korzystania z pełni podstawowych praw (W. Rabczuk, 2005, s. 14). Komisja finansuje także liczne kampanie społeczne oraz akcje propagujące równość w traktowaniu dzieci niepełnosprawnych. Do działań w sprawie osób niepełnosprawnych powinny włączyć się także samorządy wojewódzkie. Zgodnie z obowiązującym przepisami do ich zadań należą przede wszystkim:

- opracowanie odpowiednich planów, które dotyczą polepszenia warunków życia społecznego osób niepełnosprawnych,
- wojewódzki program pomocy w realizacji zadań dotyczących zatrudnienia osób niepełnosprawnych,
- współpraca z organizacjami pozarządowymi i fundacjami (B. Szluz, 2006, s. 149).

Władze lokalne powinny zapewnić skuteczną pomoc medyczną, usługi rehabilitacyjne dzieciom i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagwarantować pełen zakres służb wspierających (B. Szluz, 2006, s. 154). Zarówno dzieci jak i młodzież niepełnosprawna powinna mieć możliwość uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych, a także możliwość uprawiania sportu i rekreacji. Stworzenie takich warunków ma być realizowane przez: pomoc w aktywnym udziale w tych dziedzinach życia, promowanie twórczości artystycznej, a także aktywnego stylu życia. Dlatego też władze lokalne powinny dostrzec problemy w dostępności osób niepełnosprawnych i wyrównać szanse we wszystkich sferach życia społecznego. Należy w tym zakresie podjąć się likwidacji barier architektonicznych w obiektach, w których przebywają osoby niepełnosprawne w celu dostosowania potrzeb do tej grupy osób (B. Szluz, 2006, s. 154- 171). Tymczasem problemów dotyczących integracji osób niepełnosprawnych jest nadal bardzo dużo:

- nadal wiele dzieci niepełnosprawnych nie jest włączonych w ogólnodostępny system szkolny,

- wiele budynków publicznych jest niedostępnych lub nieprzystosowanych (W. Rabczuk, 2005, s. 13).

Wiele spraw jest nadal nierozwiązanych i zapewne długo jeszcze nie będzie. Dzieci niepełnosprawnych jest wiele i przystosowanie warunków w państwie do pomocy chociażby większości jest trudnym zadaniem. Pomimo to, uczestnictwo w życiu społecznym osób z niepełnosprawnością wygląda w Polsce o wiele korzystniej niż kilka lat wcześniej (T. Żółkowska, 2010, s. 27). Szkoła powinna zapewnić dziecku odpowiednią przestrzeń w salach lekcyjnych, aby dziecko mogło swobodnie poruszać się i czuć bezpieczne w czasie, zabawy, nauki, a także przerw między zajęciami. Dyrektorzy szkół powinni dobierać kompetentną kadre pedagogiczną w taki sposób aby mogła zapewnić poprzez swoją wiedzę i umiejętności odpowiednie warunki do funkcjonowania dziecka w szkole. Pomieszczenia szkolne powinny być tak przystosowane architektonicznie, aby dzieci niepełnosprawne np. ruchowo mogły swobodnie przemieszczać się między poszczególnymi klasami. Rodzice dzieci niepełnosprawnych mają nadzieję, że ich córka/ syn zostaną odpowiednio przygotowane w pewnym stopniu do samodzielności i uzyskają wiedzę, która została dla nich przygotowana w programach nauczania.

Inne stosowane formy pomocy

Jedną z pierwszych instytucji, która udziela dziecku pomocy jest przedszkole ogólnodostępne, integracyjne lub specjalne (K. Braun, 2013, s. 226). Przedszkole zapewnia dziecku opiekę, a także wpływa na ukierunkowania zainteresowań i gustu. To właśnie w przedszkolu dziecko ma zapewniony wszechstronny rozwój: od zabawy, przez poszerzanie umiejętności, wreszcie po naukę współżycia z ludźmi. Dzieci niepełnosprawne mają zdecydowanie trudniej ze względu na ryzyko, jakim jest brak akceptacji ze strony rówieśników. Jednak zatrudnieni przez placówkę zawodowi pedagodzy na bieżąco takie sytuacje wyłapują.

Funkcjonują również specjalistyczne świetlice środowiskowe, gdzie udzielana pomoc przejawia się np. w nadrabianiu zaległości szkolnych, zwłaszcza, kiedy rodzice nie są w stanie udzielić takiej pomocy. Pomoc wychowawczą dzieciom wykazującym zaburzenia zachowania świadczą między innymi świetlice socjoterapeutyczne

(K. Braun, 2013, 227). W XXI wieku coraz więcej dzieci sięga po alkohol, papierosy czy nawet narkotyki. Ułatwia to bezpośredni dostęp do tych używek – ich zdobycie nie jest trudne. Również niełatwa sytuacja rodzinna wspomaga takie działania – zwłaszcza w przypadkach patologicznych. Aby przyczynić się do zmniejszenia tego problemu, świetlice socjoterapeutyczne podejmują działania wychowawcze i korekcyjne. Pomagają one także w organizacji czasu wolnego dzieci. Świetlice udzielają pomocy poprzez socjoterapię i realizują trzy podstawowe cele:

- edukacyjny,
- terapeutyczny,
- rozwojowy (K. Braun, 2013, s. 227-228).

Podobnie jak w innych krajach, również w Polsce rozwijają działalność społeczne organizacje skupiające rodziców dzieci z niepełnosprawnością (A. Twardowski, 1991, s. 559). Są to ugrupowania rodziców działające przy terenowych oddziałach Towarzystwa Przyjaciół Dzieci Polskiego Związku Niewidomych, Polskiego Związku Głuchych i Towarzystwa Walki z Kalectwem. Do towarzystw tych należeć mogą nie tylko rodzice, lecz każdy kto w jakiś sposób styka się z niepełnosprawnością na co dzień. Towarzystwa podejmują konkretne działania w imieniu dzieci niepełnosprawnych, reprezentują ich dobro i interes wobec poszczególnych instytucji i organizacji.

Bardzo istotne jest działanie omówionych placówek. Ich istnienie i prawidłowe funkcjonowanie oferuje pomoc nieraz bardziej znaczącą niż materialna – placówki te i zatrudnieni w nich specjaliści biorą czynny udział w wychowaniu dziecka i przygotowaniu go do samodzielnego życia. Ogromne znaczenie dla dzieci z niepełnosprawnością mają organizacje, które promują zachowania twórcze bez, których trudno mówić o skutecznych rozwiązaniach dla tej grupy dzieci. Jednym z przejawów jest np. uprawianie sztuki. Ta inicjatywa ma poparcie przede wszystkim przez twórcę niepełnosprawnego Artura Ericha Stegmana, Światowy Związek Artystów Malujących Nogami i Ustami. Uważne przyjrzenie się różnym dziełom sztuki podczas licznych wystaw uświadamia nam, że pomimo przeszkód fizycznych bądź też psychicznych dzieci niepełnosprawne są w stanie stworzyć wspaniałe rzeczy. Wile osób niepełnosprawnych, aby radzić sobie ze swoim problemem dąży ze

wszystkich sił i zdolności do uprawiania sztuki. Takie zajęcia są realizowane konsekwentnie, utrzymują napięcie przez długi okres, jest pobudzającym procesem, ponieważ uczy:

- samodzielnego działania,
- odwagi ukazania swojej odrębności innym – rozpoznanie własnych sił,
- odwaga bycia twórczym i oryginalnym (A. Hryniewicka, 1999, s. 214-221).

Jeżeli spojrzymy na sztukę jak na rodzaj komunikacji realizowanej za pośrednictwem znaków, w którym człowiek jest w stanie pokazać to co znajduje się w nim, najbardziej spontaniczne, stłumione, ukryte, ale nie pozbawione mocy, w tym znaczeniu można uznać, że sztuka jest pewnym rodzajem terapii (A. Hryniewicka, 1999, s. 221) . Dlatego warto odnaleźć w sobie tło ludzkiej egzystencji, ponieważ każdy nosi w sobie rodzaj marzenia i przeczucia, które mogą być pomocne nie tylko w radzeniu sobie z sytuacjami krytycznym, ale również rozwojowymi (A. Hryniewicka, 1999, s. 225).

Zakończenie

Podsumowując należy zauważyć, że wspieranie rozwoju dzieci z niepełnosprawnością w biegu życia odgrywa ważną rolę w ich funkcjonowaniu. Pomoc rodziny, jak i przedszkoli, szkół, świetlic czy też innych organizacji pozwala na rozwijanie ich zainteresowań, a także przygotowuje ich do życia w społeczeństwie oraz w miarę możliwości samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym. Warto dodać, że potrzeby rozwojowe dzieci z wybraną niepełnosprawnością są różne i dlatego wymagana opieka i pomoc ze strony państwa tak jest trudnym zadaniem.

Institutional forms of supporting children with disabilities in development

In conclusion, it should be noted that supporting children with disabilities in their development plays an important role in their future functioning. The help of families, kindergartens, schools, day care centers or other organizations allows them to develop their interests and prepares them to live in society and, as far as possible, to function independently in everyday life. It is worth noting that there are many disabled children and adapting the conditions in the country to help even most of them is a difficult task.

Bibliografia:

Braun K., *Edukacyjno – wychowawczy wymiar pomocy dziecku*. W: *Dziecko w przestrzeni życia społecznego*, red. Daszykowska J., Łuczyński A., wyd. Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie, Stalowa Wola 2013.

Ćwirynkało K., Żywanowska A., *Wieloaspektowość wsparcia społecznego rodzin wychowujących dziecko niepełnosprawne*. W: *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, red. Kwaśniewska G., Wojnarowska A., wyd. UMCS, Lublin 2004.

Gruca Miąsik U., Pop T., Rorat M., *Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie jako nowa forma administracyjna wspierająca osoby niepełnosprawne*. W: *Człowiek niepełnosprawny w rodzinie i środowisku lokalnym*, red. Maciarz A., Janiszewska – Nieścioruk Z., Ochonczenko H., wyd. Lubelskie Towarzystwo Naukowe, Zielona Góra 2001.

Hryniewicka A., *Rola aktywności twórczej w procesie radzenia sobie z własną niepełnosprawnością*. W: *Dziecko niepełnosprawne. Jego rodzina i edukacja*, red. Zabłocki K.J., Wyd. Żak, Warszawa 1999.

Kowalik S., *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 1999.

Kwaśniewska G., *Jakość pomocy udzielanej rodzinie dziecka niepełnosprawnego w procesie informacyjno – terapeutycznym*. W: *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, red. Kwaśniewska G., Wojnarowska A., wyd. UMCS, Lublin 2004.

Mazur B., *Wsparcie społeczne młodzieży z uszkodzonym wzrokiem, a odczuwanie trudności związanych z niepełnosprawnością*. W: *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, red. Kwaśniewska G., Wojnarowska A., wyd. UMCS, Lublin 2004.

Rabczuk W., *Polityka Unii europejskiej wobec osób niepełnosprawnych i starszych*. W: *Edukacja i wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością w wybranych krajach europejskich*, red. Wyczesany J., Gajdzica Z., Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005.

Szluz B., *Pomoc dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym intelektualnie*. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006.

Szluz B., *Wsparcie społeczne rodziny osoby niepełnosprawnej, roczniki teologiczne, tom LIV, zeszyt 10*, 2017.

Twardowski A., *Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych*. W: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. Obuchowska, wyd. WSiP, Warszawa 1991.

T. Żółkowska, *Od medyczo – przedmiotowych do humanistyczno – podmiotowych koncepcji niepełnosprawności*. W: *Uczeń o specjalnych potrzebach*, red. Janiszewska Nieścioruk Z., Oficyna Wydawnicza UZ, Zielona Góra 2010.

Zawiślak A., *Ashley school w Lowestoft, jako przykład brytyjskiej szkoły specjalnej dla dzieci z upośledzeniem umysłowym*. W: *Edukacja i wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością w wybranych krajach europejskich*, red. Wyczesany J., Gajdzica Z., Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005.

Postawy społeczne wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich uwarunkowania - rys historyczny i stan aktualny

Wprowadzenie

Problematykę postaw jako obszaru zainteresowań nauk takich jak psychologia, socjologia, pedagogika i filozofia można odnaleźć już pod koniec lat dwudziestych ubiegłego stulecia. Natomiast lata 1931 i 1948 to daty wydania prekursorskich badań nad postawami wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną (za: Kazanowski 2011). Jak wskazuje Z Kazanowski (2011) pomimo licznych badań prowadzonych do chwili obecnej na ten temat problem postaw wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną nie został poznany dostatecznie.

Celem zatem niniejszego artykułu jest przedstawienie postaw społecznych, jakie widoczne były w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną, jak również ich rodzin na przestrzeni dziejów. Rys historyczny jest zaś tłem dla krótkiego omówienia aktualnego stanu prezentującego podejście do osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz uwarunkowań przejawianych postaw.

Przeobrażenia w podejściu do osób z niepełnosprawnością intelektualną

Już w czasach starożytnych dostrzegane było znaczenie rodziny dla jednostki i społeczeństwa. Arystoteles traktując rodzinę jako dobro pierwotne, zwracał uwagę na jej szczególną rolę w życiu społecznym i indywidualnym. Twierdził on, że „rodzina jest wspólnotą stworzoną przez naturę dla powszechnego bytowania człowieka” (Arystoteles, 1 Bk 1252b, za: Apanel 2011). Jako najbardziej naturalna społeczność – rodzina stała się fundamentem człowieczeństwa, kultury

i państwowości. Od początku istnienia ludzkości człowiek był identyfikowany i określany w odniesieniu do rodziny, a jej specyficzne właściwości warunkowały nie tylko indywidualny rozwój osoby, ale i miejsce rodziny i jednostki w układzie społecznych stosunków. Można uznać, śledząc materiały źródłowe, że w szczególnie trudnej sytuacji społecznej znajdowała się i nadal znajduje się rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością. Wiemy, że punktem wyjścia dla właściwego jej funkcjonowania jest szeroko pojęta akceptacja (Apanel 2011).

Na przestrzeni wieków ewoluowało od pełnej wrogości, do względnej akceptacji podejście do osób niepełnosprawnych ruchowo i intelektualnie. Sytuacja niepełnosprawnych zależała od ogólnej kultury i poziomu życia danego społeczeństwa. Wraz ze zmianami społecznymi sytuacja rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością zaczęła zmieniać się dzięki idei integracji, która ewoluowała na kolejny etap sposobu odnoszenia się osób zdrowych do z niepełnosprawnością intelektualną (Kułak, Krajewska-Kułak 2008).

Jak pisze w swoim opracowaniu D. Apanel (2011), sytuacja rodzinna dziecka zawsze była wynikiem powiązanych ze sobą złożonych warunków materialnego i kulturalnego funkcjonowania społeczeństwa w połączeniu z warunkami, wynikającymi z indywidualnych właściwości dziecka, z warunków funkcjonowania jego rodziny, a także ze zdarzeń losowych. W każdej historycznej epoce były dzieci pozostające bez opieki rodziny i w każdej z er społeczeństwo nie było obojętne wobec osób z niepełnosprawnością. Zajmowano się osobami z dysfunkcjami, bo tak nakazywały przyjęte zasady życia społecznego i obyczaje lub „pozbywano się ich”. Zatem, społeczna sytuacja rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnością, jak również ich styl wychowania oraz wzajemny stosunek członków rodziny do siebie, zależały od poziomu rozwoju społeczeństwa, jego kultury, sytuacji politycznej, ekonomicznej, poziomu rozwoju nauki i techniki, przyjętych zwyczajów, a także wierzeń religijnych. Istnieją teorie na temat stosunku społeczeństwa do osób niepełnosprawnych intelektualnie i ich rodzin. Według I. Walda (1972) można wyróżnić trzy okresy przejawiające się różnym podejściem do rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym:

a) okres demonologiczny – w tym okresie niepełnosprawność intelektualną uważano za przejaw działania sił nadprzyrodzonych, niekiedy jako karę za przewinienia rodziców. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną spychano na ubocze społeczeństwa, uważano za nawiedzone przez demony, a także kierowano pretensje do rodziców o wydanie ich na świat;

b) okres nozologiczny – obejmuje koniec XIX i początek XX wieku, w którym sprecyzowano dokładnie cechy charakteryzujące osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Spośród chorób psychicznych wyróżniono niedorozwój umysłowy oraz rozpoczęto tworzyć sieci placówek dla osób z niepełnosprawnością intelektualną;

c) okres dyferencjacji – to czas, w którym rozwój badań naukowych doprowadził do wyróżnienia pojęć upośledzenia umysłowego i integracji społecznej osób z niepełnosprawnością intelektualną. Stwierdzono, że upośledzenie umysłowe nie stanowi jednej jednostki chorobowej, dzięki czemu wskazano istnienie wielu przyczyn prowadzących do zahamowania lub upośledzenia rozwoju umysłowego (za: Balcerek 1981).

Analizując opracowania dotyczące stosunku do osób z niepełnosprawnością i ich rodzin w okresie starożytności można odnaleźć wiele informacji na ten temat. Obowiązujące wówczas zapisy greckiego prawa podejmowały zagadnienia dotyczące odpowiedzialności społeczeństwa za osoby z niepełnosprawnością (Apanel 2011).

W Sparcie, dzieci z niepełnosprawnością nie miały prawa do życia aż do IV wieku naszej ery (Szeregowa 1924; Grzegorzewska 1937; Wawrzynowski 1931).

W Grecji uważano, że państwo powinno czuwać nad utrzymaniem zdrowego społeczeństwa. Podejmowano tam problem eugeniki dzieci z niepełnosprawnością oraz określano wiek mężczyzn (30-50 lat) i kobiet (20-40 lat), którzy mogli zostać rodzicami (Platon 1957).

W okresie starożytnym rzymska rodzina pozostawała podstawową komórką społeczną, pełniącą funkcję opiekuńczo-wychowawczą wobec swoich dzieci. Do tradycji należało dobre traktowanie dzieci z niepełnosprawnością, szczególnie z psychicznymi zaburzeniami (Bilikiewicz, Gallus 1962).

W średniowieczu funkcjonował pogląd, że choroba psychiczna jest wolą Boga. Występowanie wszelkich chorób tłumaczono, jako kara za grzechy lub jako działanie sił nieczystych, objawiające się oddziaływania na człowieka złego ducha. W związku z tym nakazywano opiekę i pomoc osobom z niepełnosprawnością intelektualną, jako wyraz litości i obowiązek dobrego chrześcijanina. Sytuacja osób chorych i niepełnosprawnych zmieniła się w tym okresie, zamiast likwidować niepełnosprawne osoby, zaczęto wyznaczać im miejsca, gdzie mogli żyć i których nie mogli opuszczać. Pierwsze przytułki dla chorych, upośledzonych i bezdomnych mieściły się przy zakonach i szpitalach (Zamskij 1974 za: Kułak, Krajewska-Kułak 2008;).

Na przełomie XIV/XV wieku M. Luter i J. Kalwin opowiadali się za unicestwianiem niepełnosprawnych lub wtrącaniem do więzień. Nazywali osoby niepełnosprawne „dziećmi szatana” i uważali, że należy „pozbawiać je ciała”, czyli skazywać na śmierć (Lipkowski 1974).

W kolejnych historycznych okresach rozwoju ludzkości, rodziny z niepełnosprawnymi dziećmi były wspierane szczególnie przez zgromadzenia zakonne (np. Joannitów, Bonifratrów, Sióstr Miłosierdzia). W coraz większym stopniu, zakony te rozwijały sieć zakładów opiekuńczych dla niepełnosprawnych osób. Społeczeństwo nadal przejawiało dwa sprzeczne ze sobą stanowiska dotyczące osób niepełnosprawnych. Z jednej strony litowało się w imię „miłosierdzia bożego” nad nieszczęśnikami udzielając im wsparcia i opieki, z drugiej strony prześladowało ich i pogardało nimi (Apanel 2011).

Rozwój nauk, szczególnie medycznych, pozwolił na dogłębsze poznanie problemów osób z niepełnosprawnością oraz możliwości pomagania im. Zmieniło się również stereotypowe postrzeganie rodziny wychowującej osobę z niepełnosprawnością. Od okresu odrodzenia pojawiali się filozofowie, lekarze czy pedagodzy,

głoszący potrzebę opieki i wychowania osób odstających od normy (Apanel 2011).

Dostępność kształcenia dla każdego głosił Jan Amos Komeński. W swoich poglądach uwzględniał również osoby z niepełnosprawnością, w tym również dla osób niepełnosprawnych. Opracowany przez niego program nauczania: „Nie z każdego drzewa da się rzeźbić Merkury, ale z każdego człowieka może być człowiek” dawał pożyteczną wiedzę o świecie (Komeński 1956).

W XVIII wieku Wielka Rewolucja Francuska i jej hasła: równość, wolność i braterstwo zwróciły uwagę społeczeństwa na problemy wszystkich ludzi, w tym chorych i niepełnosprawnych. Wpłynęło to na sytuację społeczną osób z niepełnosprawnością intelektualną, jak również na funkcjonowanie rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością. Od tego czasu opiekę nad potrzebującymi, wspieranie rodzin ubogich, rodzin z chorymi i cierpiącymi uznano za obowiązek państwa i całego społeczeństwa (Szczepaniak 1987). Pod koniec XVIII wieku we Francji powstały stowarzyszenia wspierające rodziny w obowiązkach opiekuńczo-wychowawczych (Balcerek 1981). Głosiły one potrzebę zajmowania się środowiskiem społecznym. Wskazywały na taką organizację tego środowiska, aby stanowiło ono czynnik skutecznej wspierania i pomocy wszystkich jego członków, a zwłaszcza członków rodzin (Apanel 2011).

W kolejnym, XIX wieku pod wpływem rozwoju kapitalizmu i naukowo technicznej rewolucji sytuacja rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym uległa znacznemu pogorszeniu (Apanel 2011).

W sytuacji niepokoju wywołanego powikłaniami chorobowymi będącymi wynikiem ciężkiej pracy zarobkowej matek i dzieci, podjęto próby rozwiązywania problemów rodzin dzieci niepełnosprawnych poprzez rozwijanie opieki społecznej. Początkowo w wymiarze dobroczynnym, później społecznym. (Balcerek 1981).

Do początków XX wieku, przez wiele stuleci niepełnosprawnych traktowano jak istoty przeklęte, opętane i otaczano je powszechną pogardą dlatego rodziny posiadające dzieci niepełnosprawne, były naznaczane (Apanel 2011).

Wiek XIX i połowa XX w społeczeństwie w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną były czasem dominacji postawy segregacji. Postawa ta ukształtowała się na skutek takich czynników jak: wyodrębnienia typów niepełnosprawności, określenia specyfiki trudnień rozwojowych dzieci z różnymi typami niepełnosprawności oraz zauważenia potrzeby społecznej organizowania dla nich dogodnych warunków wychowania i nauczania. Osobom z niepełnosprawnością przyznano prawo do nauki, pracy i rozwoju. Konieczna rehabilitacja, powinna być prowadzona w specjalnych instytucjach, gdzie można było zapewnić odpowiednią kadrę, metody i środki oddziaływań wychowawczych oraz dydaktycznych . (Kułak, Krajewska-Kułak 2008).

Historia opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną w Polsce sięga również najdawniejszych czasów. Jak wskazuje D. Apanel (2011), istniejące źródłowe materiały pozwalają stwierdzić, iż aż po nowożytny czas osoby z niepełnosprawnością intelektualną w Polsce zajmowały się głównie zakony, organizacje filantropijne oraz stowarzyszenia religijne, później rady miejskie i gminy wiejskie. Działalność ta wynikała przede wszystkim z zasad miłosierdzia przyjętych przez osoby wierzące.

W XVIII wieku prawna sytuacja dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny, działalność opiekuńcza oraz oświatowa wobec nich była ściśle określona przez prawodawstwo poszczególnych zaborców (Apanel 2011).

W końcu XIX wieku dotarła do Polski z Zachodniej Europy idea niesienia pomocy i obejmowania opieką dzieci z niepełnosprawnością, bezdomnych, porzuconych, jak również ich rodzin (Apanel 2011).

W okresie pierwszej wojny światowej działalność Rady Głównej Opiekuńczej w zakresie opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością i jego rodziną była bardzo znacząca. Profesor Uniwersytetu Warszawskiego Władysław Szenajch wzywał społeczeństwo do uznania wychowania rodzinnego jako najefektywniejszego i korzystnego dla dobra „chorego dziecka”. Głosił on również postulaty udzielania pomocy w wychowaniu własnych dzieci a nieodbierania ich matce; umieszczania, tylko dzieci

pozbawionych opieki rodziny, w zakładach opiekuńczych lub specjalnych; organizowania opieki przez władze państwowe oraz wprowadzenia opiekunów społecznych, bezpośrednio kontaktujących się i wspierających dziecko z niepełnosprawnością i jego rodzinę. Wiele wybitnych osób tamtych lat działało na rzecz osób niepełnosprawnych i ich rodzin . Byli to między innymi: Józefa Joteyko, Maria Grzegorzewska, Michalina Stefanowska, Jan Hellman (Apanel 2011).

Jak wskazuje M. Balcerk (1981) świat wkroczył z wielkimi nadziejami w XX wiek. Tempo rozwoju ekonomicznego państw reformy socjalne i oświatowe oraz wzrost stopy życiowej dały nadzieję na poprawę sytuacji społecznej osób niepełnosprawnych i ich rodzin.

Na terenie Polski działalność Jana Hellmana miała zasadnicze znaczenie dla zainteresowania społeczeństwa rozwojem opieki nad dziećmi z niepełnosprawnością. Wydana przez niego praca „Szkoły i zakłady dla dzieci anormalnych jako kwestia społeczna oraz projekt sieci szkół specjalnych na terenach Rzeczypospolitej w związku z materiałami statystycznymi” (1921 r.) stała się w Polsce drogowskazem dla działalności oświatowej i opiekuńczej w zakresie opieki nad dziećmi z niepełnosprawnością. Niestety w związku z nieukazaniem się zapowiadanej w konstytucji szczegółowej ustawy o opiece nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą, której projekt został wcześniej opracowany sprawy dzieci z niepełnosprawnością i ich rodzin nadal rozwiązywane były dzięki dobrej woli i działalności społeczników. Działo się tak z powodu złej sytuacji ekonomicznej, braku stabilizacji politycznej oraz nieprzychylnego podejścia kół rządzących do podstawowych zagadnień socjalnych. Według danych zawartych w opracowaniu M. Balcerka (1981) „Rozwój wychowania i kształcenia dzieci upośledzonych umysłowo”, ponad 3 miliony dzieci i młodzieży oraz ich rodzin w tym czasie wymagało natychmiastowej pomocy i opieki. W Polsce w latach 1918-1939 nie było sprzyjających warunków dla rozwoju opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością. Jak wskazuje M. Balcerk w tamtym czasie w sprawie opieki nad dziećmi z niepełnosprawnością i ich rodzinami nie wydano żadnych istotnych aktów normatywnych.

Dopiero „Deklaracja Genewska” z 1959 roku, po zakończeniu II wojny światowej, nadała znaczenia opiece nad dzieckiem

z niepełnosprawnością. Współpraca międzynarodowa w dziedzinie ochrony zdrowia, pracy, oświaty i wychowania stwarzała osobom z niepełnosprawnością lepsze warunki życia w rodzinie i w społeczeństwie. (Balcerek 1981).

Od końca XX wieku obserwuje się zachodzące w świadomości społecznej pozytywne zmiany dotyczące roli oraz miejsca w społeczeństwie osoby z niepełnosprawnością. W Polsce podejmowane są działania zmierzające do stworzenia dzieciom, młodzieży i dorosłym niepełnosprawnym warunków związanych z ich własnym rozwojem, przezwyciężania nieprzychylnych dla nich postawi, opinii oraz uczestnictwa na równi z innymi w życiu społecznym. Powstają również instytucje świadczące szeroko pojętą pomoc rodzinom z dzieckiem z niepełnosprawnością (Balcerek 1981). Tym nie mniej, nadal zdarzają się takie sytuacje, które można rozpoznać jako wyraźną izolację społeczną rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością. Często zrywane są kontakty sąsiedzkie, a nawet rodzinne (Kułak, Krajewska-Kułak 2008). Istnieje zatem potrzeba, aby dla celów poznawczych – naukowych oraz praktycznych związanych z podejmowaniem działań wspierających funkcjonowanie rodziny i jej dziecka z niepełnosprawnością, odwoływać się do paradygmatów i koncepcji, które najlepiej będą służyć tym celom. Warto więc zwrócić uwagę na aktualne poglądy i dane empiryczne w tym względzie.

Postawy i ich uwarunkowania – stan aktualny

Określenie postaw wobec osób z niepełnosprawnością nastręcza badaczom wiele trudności. Granofsky (1955, za: Zasepa, Czabała, Starzomska 2005) wskazuje trzy kryteria konieczne do badania omawianych postaw. Są to skierowane do osób z niepełnosprawnością:

- uczucia,
- poznawcze nastawienia i
- społeczne zachowania.

Dwa rodzaje postaw, jakie można określić na podstawie tych kryteriów to

- postawa pozytywna: charakteryzująca się realną oceną ograniczeń i możliwości osoby

z niepełnosprawnością, chęcią poznania i akceptacją;
oraz

- postawa negatywna. Ta wiąże się z lękiem, litością, zwracaniem uwagi na braki oraz niedocenieniem możliwości, jakie posiadają osoby z niepełnosprawnością (Zasępa, Czabała, Starzomska 2005; por. Gazdulska 2008).

Jak twierdzą współcześni autorzy (Sękowski 1994; Kazanowski 2011) w kontekście historycznym postawy społeczne w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną zmieniły się na korzyść tych osób pod wpływem postępu cywilizacyjnego i rozwoju społecznego.

Na podstawie analizy materiałów źródłowych wykazano, że zmiany te począwszy od dyskryminacji w starożytności przez izolację, opiekę oraz segregację do współczesnej idei integracji wskazują na coraz pozytywniejsze podejście do osób z niepełnosprawnością intelektualną. Socjologiczne badania (Derczyński 2000; Wciórka, Wciórka 2000 za: Zasępa, Czabała, Starzomska 2005) wskazują na zwiększającą się świadomość wobec osób z niepełnosprawnością. Rośnie procent osób pełnosprawnych nawiązujących kontakty z osobami z niepełnosprawnością czy chcących pracować z niepełnosprawnymi (Zasępa, Czabała, Starzomska 2005).

Nadal jednak nastawienia społeczne i postawy wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną (i nie tylko) są jak pisze Gazdulska (2008) silnie zróżnicowane. J. Kozielecki (2004) wskazuje na braki w zakresie rozwiązań legislacyjnych oraz planowania programów społecznych mających na celu poprawę sytuacji i większą kontrolę (za: Kazanowski 2011).

Jak wskazują w swoich opracowaniach A. Sękowski i B. Witkowska (2002) wyniki badań nad postawami wobec osób z niepełnosprawnością wciąż nie są zadawalające. Analiza danych empirycznych w tym kierunku wskazuje, że stopień akceptacji w stosunku do osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności pozostaje bez zmian od lat siedemdziesiątych. Autorzy wymieniają brak przychylności, akceptacji, zrozumienia, życzliwej pomocy i pozytywnej oceny w stosunku do osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie.

Niektórzy z badaczy (Gorczycka 1986; Ostrowska, Sikorska 1996; Zasepa 1998 za: Zasepa, Czabała, Starzomska 2005) ukazują w swoich opracowaniach prezentowaną przez osoby pełnosprawne ciągłą obawę w kontaktach z niepełnosprawnymi. Pomimo ogólnego poparcia dla idei integracji osoby z niepełnosprawnością wciąż nie są uważane za pełnoprawnych partnerów dla osób pełnosprawnych. Już w latach osiemdziesiątych H. Larkowa (1980) zauważyła, że najczęściej wskazywany pozytywny stosunek do osób z niepełnosprawnością w niezwerbalizowanym badaniu okazywał się jednak postawą negatywną.

Przytaczane przez E. Zasepę, Cz. Czabałę i M. Starzomską (2005) wyniki badań nad niepełnosprawnością i postawami wobec osób z niepełnosprawnością również potwierdzają tę tezę. Jak piszą autorki pozytywne postawy ujawniane są raczej na poziomie deklarowanym natomiast zachowania wskazują na odrzucenie i dyskryminację (por. Kazanowski 2012).

M. Chodkowska i B. Szabała (2012), które badały postrzeganie wybranych problemów dotyczących osób z niepełnosprawnością intelektualną przez różne grupy zależnie od ich wieku wykazały, że stereotypowe postawy wobec osób niepełnosprawnych to głównie brak akceptacji oraz charakterystyczne dla uprzedzeń lęk, awersja, unikanie i niechęć. Wprawdzie stopniowo zmieniają się postawy, a stereotypy zastępowane są przez doświadczenia w kontaktach osobistych i wiedzę jednak z analiz rezultatów badań auterek wynika, iż stosunek do osób z niepełnosprawnością nie jest zadowalający. Dodatkowo stwierdzają one, że postawy wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną spośród innych niepełnosprawności są najmniej korzystne.

Również A. Ostrowska (1994) wskazuje na zmiany, jakie zachodzą w podejściu do osób z niepełnosprawnością. Nadal w wynikach badań spotkać się można z dwojakim rodzajem postaw: pozytywnym i negatywnym, które mają charakterystyczne dla siebie uwarunkowania. Niekorzystne stereotypy wskazywane w badaniach (por. Chodkowska, Szabała 2012) są przyczyną społecznych barier. Wymieniane czynniki silnie wpływające na tę sytuację to głównie: brak kontaktów z osobami z niepełnosprawnością intelektualną, izolacja, wskazanie segregacyjnego systemu edukacji jako lepszego rozwiązania dla dzieci z niepełnosprawnością, raczej negatywny w opiniach

badanych stosunek społeczeństwa do niepełnosprawnych. Również ujawniony niski poziom świadomości i powierzchowna wiedza dotycząca potrzeb oraz problemów w istotny sposób wyznaczają miejsce osób z niepełnosprawnością intelektualną w społeczeństwie.

Najczęściej akcentowane w badaniach empirycznych są osobowościowe i środowiskowe uwarunkowania postaw wobec osób z niepełnosprawnością (por. Klimasiński 1976; Sękowski 1991; Sękowski, Witkowska 2002).

Analizy dotyczące osobowościowych uwarunkowań dowiodły, że wysoki poziom inteligencji ogólnej, zdolność do twórczego myślenia, zdolności twórcze, refleksyjność i niezależność od pola percepcyjnego, preferowanie wartości społecznych i moralnych oraz wysoka samoocena mają wyraźny wpływ na występowanie postaw pozytywnych wobec osób z niepełnosprawnością. Natomiast niski poziom wymienionych cech koreluje z negatywnym stosunkiem do tej grupy społecznej. Jak stwierdzają badacze sfery: poznawcza i emocjonalno-motywacyjna dotyczą wymiarów osobowości i są ważne dla rodzaju postaw w stosunku do osób z niepełnosprawnością (Sękowski, Witkowska 2002).

W kolejnych badaniach o podobnej tematyce E. Zasępa, Cz. Czabała i M. Starzomska (2005) do najważniejszych czynników społecznych zaliczają przede wszystkim wykształcenie wiążące się z opieką, leczeniem i usprawnianiem osób z niepełnosprawnością oraz kontakty z tymi osobami. Badaczki przekonują, że dojrzała postawa, otwartość, moralność oraz inteligencja osób pełnosprawnych świadczą o pozytywnym podejściu do osób z niepełnosprawnością. Wymiar istnienia duchowy jest ważniejszym elementem funkcjonowania niż materialne/fizyczne postrzeganie osoby i jej niepełnosprawności. Ludzie tacy cechują się dużą otwartością na świat wartości oraz dużą potrzebą sensu życia.

Przyczyny negatywnych postaw wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną jak wskazuje A. Ostrowska (1997) mogą być wynikiem lęków. Autorka wymienia lęk: przed odmiennością, brakiem samodzielności, przed kontaktem, brakiem kompetencji społecznych (za: Chodkowska, Szabała 2012).

Z badań prowadzonych w trzech grupach wiekowych (uczniach, studentach i nauczycielach) ogólnie przyjmując wyniki wskazują na zmniejszanie się wraz z wiekiem odsetka osób z pozytywną postawą wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną (Chodkowska, Szabała 2012).

Można powiedzieć, że badacze (Ostrowska, Sikorska, Gąciarz 2002; za: Kazanowski 2012) zajmujący się problemem postaw wobec niepełnosprawnych optymistycznie twierdzą, że proces otwierania się na osoby z niepełnosprawnością postępuje, niemniej jednak nie jest jeszcze na wystarczającym do rozwoju społecznego poziomie.

Podsumowanie

Zaprezentowane niniejszym tekście rozważania dotyczące postaw wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną pokazują przemiany, jakie zaszły w tej kwestii na przestrzeni wieków oraz różnorodność charakteru podjętego tematu. Postawy od całkowitego odrzucenia i potępienia wyrażanego w aktach przemocy, uwięzienia i odseparowania, poprzez pomoc okazywaną jako element pokuty wynikający z przekonań religijnych, aż do wsparcia i jak się okazuje nie pełnej jeszcze akceptacji.

Czynnikami determinującymi zmiany w postawach na przestrzeni czasu są m.in.: przekonania, normy społeczne, warunki ekonomiczne, polityka socjalna, poziom kultury. Jak wskazują przytoczone opracowania, sposób patrzenia społeczeństwa na osoby z niepełnosprawnością często wynikał z wierzeń, ideologii zwyczajów czy polityki (Gazdulska 2008). Podobnie jest dzisiaj choć głównym czynnikiem są utrzymujące się w przekonaniach społeczeństwa stereotypy (por. Chodkowska, Szabała 2012).

Z. Kazanowski (2011) stwierdza, iż pomimo postępu jaki ma obecnie miejsce w zakresie praktyki i teorii odnoszącej się do osób z niepełnosprawnością intelektualną brak jest widocznych zmian związanych z miejscem, jakie zajmują te osoby w stosunkach międzygrupowych. Spodziewane i oczekiwane zmiany ze względu na postęp i rozwój świadomości społeczeństwa nadal są odległą kwestią, na którą jak pisze autor niepełnosprawni intelektualnie „będą musieli jeszcze cierpliwie poczekać” (Kazanowski 2011, s. 47).

Dlatego, jak wskazują w swoich badaniach E. Zasępa, Cz. Czabała i M. Starzomska (2005) opracowania związane z charakterystyką społecznych postaw wobec osób z niepełnosprawnością, jak również opracowywane rehabilitacyjne programy, stanowią uzasadnienie do podejmowania działań wskazujących determinanty psychospołeczne postaw pozytywnych w stosunku do osób z niepełnosprawnością intelektualną

SOCIAL ATTITUDES TO PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITY AND THEIR CONDITIONS - HISTORICAL DRAWING AND CURRENT STATE

Abstract

The purpose of the article is to present social attitudes that were visible in relation to people with intellectual disabilities as well as their families throughout history. Historical background is a base used for a brief discussion of the current state presenting the approach to people with intellectual disabilities and the determinants of these attitudes.

BIBLIOGRAFIA

Apanel D.: *Przemiany opiekuńczo-wychowawczego środowiska rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym – przeszłość i teraźniejszość*, [w:] Walasek S., Winczura B. (red.), *Wychowanie w rodzinie*, Tom IV, Rodzina o specjalnych potrzebach, Wydawnictwo Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze, Jelenia Góra, 2011.

Balcerek M.: *Rozwój wychowania i kształcenia dzieci upośledzonych umysłowo. Zarys historyczny*, WSiP, Warszawa, 1981.

Bilikiewicz T., Gallus J.: *Psychiatria polska na tle dziejowym*, PZWL, Warszawa, s. 9-10, 1962.

Chodkowska M., Szabała B.: *Osoby z upośledzeniem umysłowym w stereotypowym postrzeganiu społecznym*, Wydawnictwo UMCS, 2012.

Gazdulska M.: *Postawy społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnościami w ujęciu historycznym i współczesnym*, [w:] *Seminare*, nr 25, 2008, s. 281-288, <file:///C:/Users/HP/Downloads/tom25-21-gazdulska.pdf> [dostęp 24.11.2018].

- Grzegorzewska M.: *Szkolnictwo specjalne*, [w:] *Encyklopedia wychowania*, T. III, Warszawa, s. 168- -170, 1937.
- Kazanowski Z.: *Przemiany pokoleniowe postaw wobec osób z niepełnosprawnych umysłowo*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2011.
- Komeński J.A.: *Wielka dydaktyka*, Ossolineum, Wrocław, 1956.
- Kułak W., Krajewska-Kułak E.: *Co zmieniło się w postrzeganiu niepełnosprawności*, [w:] Krajewskiej-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.), *W drodze do brzegu życia*, Tom V, Wydawnictwo MK Druk, Drukarnia S.C., Białystok, 2008.
- Lipkowski O.: *Pedagogika specjalna. (Zarys) Skrypt*, PWN, Warszawa, 1974.
- Ostrowska A.: *Niepełnosprawni w społeczeństwie*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, 1994.
- Platon: *Państwo*, Ks. 5, paragraf 9 i 10, Warszawa, 1957.
- Sękowski A.: *wybrane koncepcje teoretyczne wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] Chodkowska M. (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Problemy autorealizacji i społecznego funkcjonowania*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 97-110, 1994.
- Sękowski A., Witkowska B.: *W kierunku typologii uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] *Roczniki Psychologiczne*, T 5, s. 129-144, 2002, <https://www.ceeol.com/search/viewpdf?id=114321> [dostęp 24.11.2018].
- Szczepaniak M.: *Prawa i obowiązki w Polsce i na świecie*, (red.), Warszawa, s. 33, 1978.
- Szeregowa A.: *O prawa dziecka*, [w:] „Robotnik”, nr 201, s. 4, 1924.
- Wald I., Stomma D., Garlicka K., Garlicki R.: *Jak przygotować do życia dziecko umysłowo upośledzone*, (red.) Warszawa, s. 6-9, 1972.
- Wawrzynowski M.: *Opieka wychowawcza nad dziećmi upośledzonymi umysłowo*, Warszawa, 10-11, 1931.
- Zasępa E., Czabała Cz., Starzomska M.: *Postawy wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych*, [w:] *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, nr 1, 2005.

II. KSZTAŁCENIE UCZNIĄ ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI W KONTEKSCIE POTRZEB PODMIOTU

Izabela Glac
Uniwersytet Jagielloński

Kształcenie uczniów przewlekle chorych w szkołach - problemy i wyzwania

*“Troska o dziecko jest pierwszym i podstawowym
sprawdzianem stosunku człowieka do człowieka”.*
Św. Jan Paweł II (Nowy Jork, 2 października 1979)

Wstęp

Choroby przewlekle są zjawiskiem powszechnym i towarzyszyły człowiekowi na przestrzeni dziejów. Stanowią dla ludzkości źródło ogromnego cierpienia zarówno fizycznego jak i psychicznego. Poprzez liczne dolegliwości i obciążenia różnorodne choroby ograniczają możliwość sprawnego funkcjonowania człowieka w życiu i społeczeństwie. Każda choroba stanowi przykre doświadczenie, z którym bardzo trudno się pogodzić, zwłaszcza gdy dotyczy dziecka, zmieniając lub redukując możliwość jego rozwoju oraz edukacji. Schorzenia somatyczne są współcześnie traktowane jako ogromny stresor zaburzający sposób funkcjonowania chorego i jego rodziny (B. Ziółkowska, 2010). W skrajnych przypadkach przewlekła niepełnosprawność somatyczna staje się powodem zmiany planów życiowych oraz marzeń. Rodzice przewlekle chorych dzieci zmagają się z wieloma trudnościami, począwszy od diagnostyki chorobowej, poprzez kosztowne zabiegi, leczenie, rehabilitację, a w kolejnych latach życia dziecka także z wymaganiami edukacyjnymi. Dzieci cierpiące z powodu chorób przewlekłych podobnie jak zdrowi uczniowie chcą się rozwijać, uczyć, sprawdzać swoje możliwości oraz poznawać świat i nawiązywać nowe przyjaźnie w gronie rówieśniczym. Taką właśnie szansę daje młodemu człowiekowi pobyt w placówkach edukacyjnych,

w tym szczególnie w szkole. Staje się ona źródłem wielu pozytywnych zmian w życiu dziecka, jest miejscem nawiązywania nowych, ciekawych kontaktów przyjacielskich, rozwijania pasji oraz realizacji zainteresowań. Należy jednak pamiętać, że podjęcie kształcenia może także tworzyć w systemie rodzinnym przewlekłe chorego dziecka wiele obaw. Dlatego, to właśnie po stronie rodziców oraz pedagogów jest przygotowanie odpowiednich warunków dla dziecka i zapewnienie mu możliwości optymalnego kształcenia. Współpraca w obrębie środowiska szkolnego i rodzinnego dziecka jest gwarancją pozytywnego procesu kształcenia przewlekłe chorego dziecka.

Uczeń przewlekłe chory w szkole - uwarunkowania normatywne i organizacyjne

Problematyka zaburzeń zdrowia w tym szczególnie chorób przewlekłych wśród dzieci w szkołach staje się coraz bardziej popularnym problemem. Na podstawie badań przeprowadzonych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, a także zgodnie z danymi podanymi przez Główny Urząd Statystyczny należy stwierdzić, że coraz więcej dzieci i młodzieży zmagają się z różnego typu długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Za cierpiącą na chorobę przewlekłą określa się osobę, u której obserwuje się trudności zdrowotne o przedłużonym czasie trwania, które mogą być nieuleczalne, nawracające lub powodujące przedwczesny zgon (Z. Bokszański i in., 1998 za: B. Ziółkowska, 2010). Choroby te przyjmują różną postać, przebieg oraz mają odmienne rokowanie. Zgodnie z danymi statystycznymi, najczęściej występującymi wśród dzieci chorobami przewlekłymi są alergie, astma alergiczna oraz choroby oka (www.stat.gov.pl, dostęp: 29.03.2018). Do listy dolegliwości należy dodać także niezwykle popularne, a także poważne choroby kręgosłupa, stany lękowe, depresje, choroby serca i układu krążenia, choroby nerek i układu moczowego, oraz padaczkę, cukrzycę i wiele innych. Choroby przewlekłe zmieniają warunki funkcjonowania psychicznego dziecka i wpływają na jego stan emocjonalny (B. Ziółkowska, 2010). Ma to szczególne znaczenie dla szkolnictwa, ponieważ dzieci przychodzące na świat, które od urodzenia lub w toku życia nabywają choroby przewlekłe, w pewnym, dogodnym dla nich czasie realizując obowiązek szkolny będą musiały podjąć edukację. W takim momencie, to placówka staje przed wyzwaniem, które

dotyczy zorganizowanie odpowiedniego kształcenia dla owego dziecka ze specyficznymi problemami zdrowotnymi, ale co ważne zapewnienie mu godnych, dostosowanych warunków. Dostosowania te będą wynikały z wielu uwarunkowań, zwłaszcza diagnozy choroby, ponieważ każda z tych chorób przewlekłych ma swoją specyfikę oraz cechy charakterystyczny, a także procedurę postępowania i pomocy zmagającym się z dolegliwościami.

Dziecko przewlekle chore, które dorasta do wieku, w którym powinno rozpocząć edukację znajduje się w bardzo ważnym i trudnym dla niego momencie. Stają przed nim i jego rodzicami nowe wyzwania, ale także ważne pytania i wątpliwości, które można ująć w formie pytania „jak pogodzić chorobę i sposób jej leczenia z pobytem dziecka poza domem i możliwością nauki w szkole?”. W tym momencie rozpoczyna się trudny proces podejmowania decyzji o wyborze dalszej edukacji dziecka.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2017 r., poz. 1643), warto przypomnieć do uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi zaliczają się uczniowie z trudnościami zdrowotnymi o charakterze somatycznym. Każdy rodzic ma prawo zdecydować o rodzaju placówki, do której będzie uczęszczało jego dziecko (K. Kutek- Sładek, 2015). Powołując się na aktualne akty normatywne, które określają formę kształcenia uczniów przewlekle chorych, warto wskazać, że uczniowie ci mają w obowiązku realizację rocznego przygotowania przedszkolnego, a następnie uczęszczanie do wybranej szkoły i obowiązek nauki. Uczniowie dotknięci schorzeniami somatycznymi realizują podstawę programową kształcenia ogólnego (P. Plichta, i in, 2017). Dodatkowo, kształcenie uczniów przewlekle chorych może odbywać się w różnych formach w tym: w szkołach ogólnodostępnych, integracyjnych, specjalnych/ przyszpitalnych lub też w poprzez nauczanie indywidualne.

Pierwszą, wymienioną powyżej możliwością jest kształcenie dziecka przewlekle chorego w szkołach ogólnodostępnych. Odbywa się ono w myśl aktualnie wprowadzanej w Polsce idei edukacji włączającej, w ramach której każde dziecko, bez względu na rodzaj

niepełnosprawności ma prawo uczęszczać do placówki najbliższej swojemu miejscu zamieszkania, a tym samym uczestnictwa w życiu najbliższego środowiska (K. Kutek- Sładek, 2015). Aby dziecko przewlekle chore mogło zostać przyjęte do danej placówki ogólnodostępnej konieczne jest, by zostały spełnione określne wymogi, a to musi być wyrażona zgoda dyrektora szkoły oraz możliwość zapewnienia właściwych warunków edukacyjnych (<http://www.archiwum.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/zdrowie-ucznia/uczen-przewlekle-chory-w-szkole/>, dostęp, 9.02.2018). Warunki te muszą przede wszystkim uwzględniać specyfikę choroby dziecka oraz konieczne wyposażenie placówki i pomoce. W zależności od schorzenia, w szkole ogólnodostępnej, do której ma zostać przyjęte dziecko z trudnościami zdrowotnymi powinny zostać przygotowane odpowiednie środki zabezpieczenia w postaci odpowiedniej opieki medycznej. Dodatkowo szkoła powinna zapewnić choremu dziecku dostosowanie metod, form i środków przekazu do jego możliwości oraz udostępnić korzystanie z różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej (K. Kutek- Sładek, 2015). Konieczne jest także posiadanie odpowiednich kwalifikacji przez zespół pracujący z dzieckiem, a szczególnie specjalizacja z pedagogiki terapeutycznej/leczniczej. W przypadku, gdy dziecko ze względu na swoje schorzenie wymaga podawania leków lub konieczne jest określone postępowanie medyczne konieczne jest poinformowanie o tym dyrektora oraz nauczycieli i ścisła współpraca tych osób z rodzicami (K. Kutek- Sładek, 2015). Współpraca ta jest możliwa już przed rozpoczęciem przez dziecko nauki, może odbywać się w postaci konsultacji z rodzicami, lekarzami oraz poinformowanie i upoważnienie pracowników placówki do określonych działań pomocowych. W tym wypadku to na lekarzu prowadzącym dziecko spoczywa odpowiedzialność za leczenie, w związku z tym konieczne jest ustalenie z nim przez rodziców ważnych zasad postępowania medycznego i rehabilitacyjnego, a następnie, gdy dziecko zaczyna uczęszczać do szkoły także przekazanie owych zasad nauczycielom. W przypadku, gdy uczeń z chorobą przewlekłą ze względu na obecne objawy zobowiązany jest do stałego przyjmowania leków w szkole, rodzice dziecka zobligowani są do określenia nazwy leków, specyfiki dawkowania oraz działania danych medykamentów (K. Kutek- Sładek, 2015). Konieczne w takiej sytuacji jest przekazanie dyspozycji

lekarskiej pielęgniarce szkolnej oraz pisemnej zgody do podawania dziecku leku w warunkach szkolnych. W przypadku nieobecności pielęgniarki w placówce, czynności tych mogą podejmować się wyłącznie osoby, które zostały upoważnione oraz co najważniejsze, odpowiednio ku temu przeszkolone.

Inną możliwością realizowania obowiązku szkolnego przez dzieci przewlekle chore jest nauczanie w szkołach integracyjnych. Taka forma nauczania jest o tyle korzystną możliwością kształcenia, że dziecko z problemami zdrowotnymi podobnie jak w szkołach ogólnodostępnych ma szansę przebywania z rówieśnikami, integrowania się, nawiązywania i podtrzymywania relacji przyjacielskich, ale także może korzystać z pomocy wspierającego w czasie lekcji (E. Jundził, B. Pawłowska, 2010). Chore przewlekle dziecko, które uczęszcza do szkoły integracyjnej jest w mniejszym stopniu dotknięte samotnością wywołaną przykrymi dolegliwościami. Ponadto grupa rówieśnicza jest swoistym buforem bezpieczeństwa psychicznego i udziela wsparcia w chwilach pogorszenia się stanu zdrowia czy hospitalizacji. Zdaniem B. Ziółkowskiej (2010), główne atuty szkół integracyjnych dla dzieci z różnego typu schorzeniami odnoszą się do faktu, że w takiej placówce nauczyciele nieustannie poszukują najskuteczniejszych form nauczania dla danego dziecka oraz w codziennej pracy koncentrują się nie na deficytach wynikających z choroby, a na zasobach i możliwościach. Ponadto kadra nauczycielska skrupulatnie angażuje się w tworzenie indywidualnych programów służącym efektywniejszemu nauczaniu.

Nie zawsze jednak jest możliwe, by dziecko poważnie chore uczęszczało do szkoły w trybie stacjonarnym. Zdarza się, że ze względu na częste infekcje, konieczne leczenie czy częste pobyty w szpitalu wymagane jest wprowadzenie nauczania indywidualnego. Pod terminem „nauczanie indywidualne” należy rozumieć taką formę kształcenia specjalnego, która ma na celu zapewnienie uczniom z zaburzeniami rozwoju lub chorym możliwości wypełnienia obowiązku szkolnego w dogodnych warunkach (B. Jachimczak, 2011). Nauczanie w formie indywidualnej jest często przyznawane uczniom z powodu specyfiki choroby lub też ze względu na brak odpowiednich, dostosowanych do potrzeb dzieci przewlekle chorych warunków

w placówkach edukacyjnych (B. Jachimczak, 2011). Jak podaje K. Kutek- Sładek (2015), powołując się na Ustawę o systemie oświaty i przywołując treść obowiązujących przepisów uczeń cierpiący z powodu dolegliwości somatycznych może skorzystać z nauczania indywidualnego tylko i wyłącznie w przypadku, gdy jego stan uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do placówki. Możliwość ta przysługuje niepełnosprawnym somatycznie dzieciom wyłącznie na podstawie orzeczenia z poradni psychologiczno-pedagogicznej na wniosek rodzica, który został poparty odpowiednim zaświadczeniem od lekarza prowadzącego dziecko, potwierdzającym stan chorobowy (K. Kutek- Sładek, 2015).

Dla rodziców oraz samego dziecka jest to z pewnością trudna sytuacja oraz decyzja, ponieważ poprzez nauczanie indywidualne znacząco ograniczone zostają kontakty rówieśnicze oraz możliwość wchodzenia w głębokie relacje przyjacielskie.

Nieobecność oraz różne trudne sytuacje szkolne bywają dla chorych dzieci niezwykle stresujące. Z powodu licznych absencji dziecko jest odrzucane, nie integruje się z rówieśnikami i nie jest w stanie stworzyć silnych więzi z nauczycielem i innymi uczniami. W takim wypadku, gdy leczenie przewlekłe chorego dziecka staje się długotrwałe lub często powtarzające możliwe jest zorganizowanie oraz realizowanie nauczania w szkołach, które są zorganizowane przy zakładach opieki zdrowotnej. Takie szkoły specjalne w zakładach opieki zdrowotnej zapewniają uczniom przewlekłe chorym wymagającym ciągłego leczenia realizację obowiązku szkolnego oraz wypełnienie obowiązku nauki podczas pobytu na leczeniu. Wyjątkiem tu pozostają uczniowie, którzy przebywają w placówce leczniczej krócej niż dziewięć dni, w takim wypadku możliwe jest można odstępianie od organizowania zajęć edukacyjnych. Tu zaś wyjątkiem są dzieci, których leczenie wymaga częstych, nawrotowych pobytów w placówce leczniczej, w takim wypadku kształcenie jest organizowane jest w placówkach przyszpitalnych. (<http://czerniejewo.org/pdf/organizacja%20kształcenia%20uczniow%20przewlekłe%20chorych.pdf>, dostęp, 29.03.2018). Takie przyszpitalne ośrodki edukacyjne stanowią swego rodzaju substytut właściwej szkoły dziecka, który daje możliwość rozwoju poznawczego, ale także emocjonalnego i społecznego, ze względu na podejmowane nowe

kontakty koleżeńskie czy przyjacielskie. Jak podaje B. Ziółkowska (2010), nauczanie w szkołach przyszpitalnych powinno być dostosowane do ograniczonych możliwości fizycznych oraz psychicznych i poznawczych ucznia. Dodatkowo tempo nauczania oraz stopień trudności zadań są zwykle zmniejszane. Ze względu na specyfikę ośrodków leczniczych w których jest realizowane nauczanie materiał programowy obejmujący danego ucznia jest zwykle uboższy i wykonywany wolniej (B. Ziółkowska, 2010).

Wybór placówki do której będzie uczęszczało przewlekle chore dziecko zależy od zaleceń poradni oraz pragnienia rodziców i stanu fizycznego dziecka. Każda z wyżej wymienionych możliwości z pewnością ma wiele pozytywnych aspektów i przyczynia się do efektywnego nauczania dziecka i wspierania jego wielokierunkowego rozwoju.

Problematyka funkcjonowania uczniów przewlekle chorych w szkole

Problematyka funkcjonowania dziecka z chorobą przewlekłą w szkole jest tematem niezwykle ciekawym o bardzo szerokim zakresie. Zagadnienie to można analizować z różnych perspektyw: ucznia zmagającego się osobiście z problemami zdrowymi oraz jego rodziców, a także szkoły oraz jej pracowników, który towarzyszą uczniowi w jego procesie edukacji.

Ważną kwestią, na którą warto zwrócić szczególną uwagę jest fakt samego nauczania i możliwości psychofizycznych dzieci z chorobami przewlekłymi. Uczniowie mogą doświadczać licznych problemów natury poznawczej, które będą w znaczący sposób utrudniały im sprawną naukę. W okresie szkoły podstawowej, gimnazjum i szkoły ponadgimnazjalnej u dzieci z trudnościami natury somatycznej mogą zaostrić się lub wykształcić się na skutek specyficznych doświadczeń objawy takie jak słaba koncentracja uwagi, dysharmonia rozwoju, nadpobudliwość, szybka męczliwość oraz bierność (http://static.scholaris.pl/main-file/102/533/podniesienie_efektywnosci_66011.pdf, dostęp, 9.02.2018). Dodatkowo, objawy te mogą powodować różnego typu zachowania, które z perspektywy dziecka są formą poradzenia sobie z trudną sytuacją, jakiej doświadcza. W tym okresie obserwowane

mogą być działania o agresywnym i buntowniczym charakterze, w konsekwencji osamotnienie, wyobcowanie. Choroby przewlekłe, zdaniem B. Ziółkowskiej (2010), mogą przyczynić się do różnorodnych trudności natury psychologicznej, takich jak unikanie kontaktu z innymi czy zachwianie równowagi emocjonalnej. W odniesieniu do chorych dzieci należy także zwrócić szczególną uwagę na specyficzne trudności, które mogą nasilać się w okresie przystąpienia do edukacji, w odpowiedzi na nowe wymagania, sytuacje społeczne oraz obce osoby wokół (P. Plichta i in. 2017). Często występujące w przypadku dzieci z trudnościami zdrowia somatycznego są problemy w relacjach społecznych, zaburzenia komunikacyjne, obniżenie nastroju czy występowanie lęków o własne zdrowie i przyszłość. Ponadto, ważną kwestią, która silnie wpływa na funkcjonowanie dzieci przewlekłe chorych w szkole są przyjmowane leki, ból oraz specyficzne zabiegi, wykonywane w czasie roku szkolnego. Wszystkie te czynności medyczne oraz farmakoterapia w znaczący sposób mogą wpływać zarówno na pozycję w grupie dziecka, ale także na jego możliwości umysłowe (B. Ziółkowska, 2010). Dodatkowo, poza wymienionymi trudnościami, warto poruszyć temat radzenia sobie dziecka z jego chorobą oraz jej postrzeganie. Postawy wobec choroby także odgrywają znaczącą rolę w funkcjonowaniu dziecka w szkole. Jeżeli uczeń traktuje swoją niepełnosprawność jako zagrażającą i dewastującą życie, to będzie mu trudno oderwać się od myśli o śmierci na rzecz ćwiczeń edukacyjnych. Co więcej, myśl o chorobie będzie tak silnym bodźcem, który będzie deprecjonował wszelkie aspekty życia a tym także rozwój oraz kształcenie. Jeśli zaś dziecko będzie postrzegało swoją przewlekłą chorobę jako wyzwanie i będzie miało zapewnione odpowiednie wsparcie ze strony środowiska rodzinnego oraz lokalnego to z pewnością jego wizja świata będzie pozytywna. Owe postrzeganie rzeczywistości będzie dotyczyło także edukacji i szkoły, w której uczeń będzie odnajdywał miejsce wsparcia społecznego i realizowania swoich ambicji, zainteresowań czy pasji.

Inną kwestią jest organizowanie kształcenia dziecka z trudnościami zdrowotnymi z perspektywy szkoły oraz grona pedagogicznego. Na to zagadnienie składa się szereg kwestii, na przykład takich jak organizacja kształcenia, wymagania edukacyjne, a także adaptacja do grupy rówieśniczej. Ważnym elementem jest także przygotowanie warunków środowiskowych, które ułatwią uczniom

przewlekle chorym odnalezienie się i przebywanie w warunkach szkolnych. Szkoła przed przyjęciem ucznia z problemami zdrowotnymi powinna odpowiednio przegotować środowisko oraz kadrę nauczycieli. Należy szczególnie poznać historię choroby dziecka oraz specjalne potrzeby i procedury medyczne wymagające wykonania w trakcie pobytu dziecka w szkole. Ważne pozostają także specjalne potrzeby dietetyczne oraz specyfika funkcjonowania związana z transportem wewnątrz szkoły jak i na zewnątrz.

Dzieci z chorobą przewlekłą uczęszczające do szkół wymagają szczególnej uwagi ze strony nauczyciela, psychologa i innych specjalistów pracujących z dzieckiem (E. Góralczyk, 2009). Jednak dobrze zorganizowany proces dydaktyczny może zaowocować nie tylko satysfakcją ze strony grona nauczycieli ale także spełnionymi i szczęśliwymi uczniami. Dlatego wdrożyć inwestować w rozwój przyszłych i obecnych pedagogów, w taki sposób by byli w stanie zorganizować efektywny proces nauczania i wychowania dzieci z chorobami przewlekłymi.

Wyzwania oraz perspektywy dla kształcenia uczniów przewlekle chorych.

Wyzwania oraz możliwości w polskich szkołach są tematem szeroko omawianym. Dyrekcja oraz pracownicy szkoły, do której uczęszczają uczniowie z poważnymi problemami zdrowotnymi powinni zatem być świadomi wyzwań, ale także perspektyw jakie przed nimi stawia sytuacja chorego dziecka. Ważnym wyzwaniem dla specjalistów pracujących z dziećmi przewlekle chorymi w placówkach edukacyjnych jest coraz większa ilość chorób, a więc większa ilość dzieci z różnego typu schorzeniami. Zdaniem A. Małkowskiej-Szkutnik i J. Mazur (2011), jest to związane z wieloma czynnikami, między innymi z postępowaniem w naukach medycznych, który umożliwia: utrzymanie przy życiu noworodków z małą masą urodzeniową; diagnozowanie i leczenie wad rozwojowych już u płodu; wczesne wykrywanie chorób genetycznych (np. mukowiscydozy). W ostatnich latach zwiększyła się także ilość skutecznych terapii leczenia różnych chorób oraz możliwość sprawnego funkcjonowania z chorobą. W związku z tym, coraz więcej dzieci może uczęszczać do placówek i korzystać z edukacji w modelu stacjonarnym, a nie z edukacji domowej czy warunkach szpitalnych. Problem obecności dziecka ze

zdiagnozowaną chorobą przewlekłą w szkole jest bardziej złożony niż u dorosłych, ponieważ dolegliwości chorobowe nakładają się na bardzo ważny proces rozwoju psychofizycznego dziecka, edukację przedszkolną i szkolną, a w końcowym efekcie na wybór dalszego kształcenia zawodowego, zainteresowań (R. Łukasik, W. Pollok-Waksmańska, H. Woś, 2013). Wraz z dostrzeżeniem tego problemu ostatnich latach w Polskich szkołach, zaczęto podejmować próby poprawy funkcjonowania w szkołach uczniów z chorobą przewlekłą (Małkowskiej-Szkutnik i Mazur 2011). Są to między innymi działania skierowane na poszerzanie wiedzy wychowawców, nauczycieli, pedagogów oraz psychologów pracujących w szkołach, do których uczęszczają dzieci z chorobami przewlekłymi.

W związku ze świadomością oraz edukacją pracowników szkół ważnym wyzwaniem jest takie organizowanie procesu kształcenia, który będzie jak najbardziej efektywny, ale jednocześnie w niewielkim stopniu obciążający i tak już osłabiony organizm ucznia. Najlepsze efekty są możliwe do osiągnięcia poprzez dobrą współpracę pomiędzy nauczycielami a rodzicami, a także innymi specjalistami, którzy mają kontakt z dzieckiem, na przykład lekarzami, psychologami z poradni psychologiczno- pedagogicznymi (K. Kutek- Sładek, 2015).

Z drugiej strony, ogromną perspektywą pozostaje fakt, że szkoła może mieć pozytywny wpływ na funkcjonowanie oraz leczenie chorego przewlekłe dziecka. Szkoła jest źródłem nowych, przyjaznych bodźców i inspiracji a także miejscem, w którym dziecko może się oderwać od przykrych spraw i przeżyć (E. Góralczyk, 2009). Ma to odzwierciedlenie także z powyżej wspomnianym modelu edukacji włączającej, zgodnie z którym niezależnie od niepełnosprawności dziecko oraz rodzice mogą dokonać wyboru szkoły przyjaznej i bliskiej. Obecność serdecznych i pomocnych nauczycieli oraz rówieśników jest bardzo ważna dla prawidłowego rozwoju emocjonalnego i społecznego chorego dziecka. Realizując zajęcia edukacyjne, a przede wszystkim wychowawcze, pedagog powinien pamiętać w procesie nauczania o komponencie emocjonalnym, który w przypadku chorego dziecka może mieć ogromne znaczenie i odzwierciedlenie w postępkach edukacyjnych (P. Plichta i in. 2017). Co ważne, w tym miejscu rolą nauczyciela jest szeroko rozumiana pomoc choremu przewlekłe dziecku w odnalezieniu się w nowym

miejscu oraz w zaaklimatyzowaniu w grupie i adaptacji do szkolnych warunków, zwyczajów i wymagań (E. Góralczyk, 2009).

Zdaniem Góralczyk (2009), szkoła może mieć aktywny wpływ na życie dzieci przewlekle chorych między innymi poprzez:

- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego oraz zaufania do grupy i nauczyciela.
- Pomoc w pokonywaniu trudności, uczenie samodzielności oraz nowych umiejętności. Tworzenie dobrego klimatu i przyjaznych relacji w zespole klasowym, zapobieganie konfliktom.
- Rozwijanie integracji społecznej poprzez przygotowanie dzieci zdrowych na spotkanie chorego kolegi, pomoc w akceptacji ewentualnych odmienności. Uwrażliwienie dzieci zdrowych na potrzeby i przeżycia dziecka chorego. Uwrażliwienie dziecka chorego na potrzeby i przeżycia innych dzieci.
- Wzmacnianie poczucia własnej wartości. Przydzielanie dziecku choremu odpowiednich do jego możliwości zadań i ról społecznych w zabawach i organizowanych zajęciach
- Rozwijanie zainteresowań, talentów oraz samodzielności chorego dziecka.

Dzięki powyżej wymienionym aspektom tworzą się liczne perspektywy pozytywnego oddziaływania na uczniów z chorobami przewlekłymi. Jednak spełnienie tych wymagań może być wyzwaniem dla wielu placówek, a przyjęcie i edukacja dziecka z problemami zdrowotnymi szczególnie trudna. Mimo to, ważne jest poszerzanie wiedzy pedagogów na temat chorób przewlekłych i funkcjonowania cierpiących na nie dzieci. Warto także zwrócić uwagę by nauczyciele nie obawiali się dzieci cierpiących ze względu na niepełnosprawność somatyczną. Nauczanie tych uczniów jest równie satysfakcjonujące i przyjemne jak praca z pełnosprawnymi uczniami.

Podsumowanie

W niniejszym opracowaniu poruszona została tematyka kształcenia uczniów przewlekle chorych. Wydaje się być oczywistym, że perspektywa ta stanowi niezwykle ważny obszar z zakresu pedagogiki specjalnej, psychologii oraz szeroko rozumianego wsparcia osób niepełnosprawnych i chorych. W związku z pojawianiem się w szkołach różnego typu coraz większej ilości uczniów z trudnościami zdrowotnymi o charakterze choroby przewlekłej, niezwykle istotnym pozostaje propagowanie i szerokie omawianie tego zagadnienia. Przedstawione w niniejszym tekście elementy dotyczące funkcjonowania oraz kształcenia dzieci przewlekle chorych w szkołach dają nadzieję, na poprawne aktualnego stanu rzeczy.

Abstrakt

Chronic diseases are common and they are present in human life for many centuries. They are the cause of physical and mental suffering for humanity. Through the pain of disease, they reduce the ability of a person to function efficiently in life and in society. An important thing is to discuss forms of education for chronically ill children. This article is about the possibilities of educating ill children and forms of education. Challenges and perspectives for the education of these children were discussed.

Bibliografia:

- Góralczyk E.: One są wśród nas. Dziecko przewlekle chore. Psychologiczne aspekty funkcjonowania dziecka w szkole i przedszkolu. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa, 2009
- Jachimczak B.: Dydaktyczne i pozadydaktyczne uwarunkowania efektów nauczania indywidualnego dzieci przewlekle chorych, Oficyna Wydawnicza 'Impuls', Kraków, 2011
- Jundził E., Pawłowska, R.: *Pedagog wobec osoby chorego*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010
- Kutek- Składek, K., *System wsparcia dziecka chorującego przewlekle w rodzinie i szkole – terapia i praktyka na przykładzie dziecka z cukrzycą typu 1* [w:] Karbowniczek, J., Błasiak, A., Dybowska, E., (red). *Dziecko, rodzina, wychowanie. Wybrane konteksty*, Wydawnictwo WAM,, Kraków, 2015

Łukasik R., Pollok-Waksmańska W., Woś H.: *Problematyka funkcjonowania dziecka z chorobą przewlekłą w szkole*, [w:] PROBLEMY PIELĘGNIARSTWA, tom 21, zeszyt nr 3, 2013

Małkowska-Szkutnik A., Mazur J.: *Funkcjonowanie w szkole uczniów z chorobą przewlekłą*, [w:] Kwartalnik Problemy Higieny i Epidemiologii, 92(2), 2011, (s. 232-240)

Plichta P., Jagoszewska I., Gładyszewska- Cylulko J., Szczupał B., Drzazga A., Cytowska B.: *Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnościami*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2017

Ziółkowska B.: *Dziecko chore w domu, w szkole i lekarza*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2010vv

Akty prawne:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2017 r., poz. 1643)

Netografia:

<http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/zdrowie-ucznia/uczen-przewlekle-chory-w-szkole/>, data dostępu: 9.02.2018

http://static.scholaris.pl/main-file/102/533/podniesienie_efektywnosci_66011.pdf, data dostępu: 9.02.2018

www.stat.gov.pl, data dostępu: 28.03.2018)

<http://czerniejewo.org/pdf/organizacja%20kształcenia%20uczniow%20przewlekle%20chorych.pdf>, data dostępu: 29.03.2018

Hanna Fiołka
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

Wczesna i intensywna terapia szansą dla rozwoju i kształcenia dziecka ze spektrum autyzmu

Wprowadzenie

W ostatnich latach zdecydowanie wzrosła nasza wiedza na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu. Dzisiaj, postawiona diagnoza, nie jest już wyrokiem skazującym na życie w samotności, w całkowitym uzależnieniu od opiekunów. Chociaż ciągle uznaje się, że jest to zaburzenie nieuleczalne, to jednak szanse na poprawę funkcjonowania dziecka dotkniętego tą dolegliwością są dużo większe. Naukowcy zajmujący się tym zagadnieniem wskazują na różne przyczyny i metody leczenia oraz często promując jedną, negują założenia pozostałych. Wszyscy natomiast zgadzają się, że terapię należy rozpocząć możliwie jak najszybciej i przy jak największym zaangażowaniu rodziny. Na ten aspekt zagadnienia chcę w artykule zwrócić szczególną uwagę. Są to dwa czynniki zdecydowanie determinujące powodzenie i zwiększające szanse maksymalizacji efektów.

Krótką charakterystyka zaburzeń ze spektrum autyzmu

Zaburzenie ze spektrum autyzmu definiuje się, jako złożone zaburzenie rozwoju i funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzujące się zakłóceniami zdolności komunikowania uczuć i budowania relacji interpersonalnych, zubożeniem i stereotypowością zachowań oraz trudnościami z integracją wrażeń zmysłowych. Według klasyfikacji ICD-10 Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1993 roku zaburzenia ze spektrum autyzmu (ang. autism spectrum disorder -ASD) obejmują autyzm dziecięcy (childhood autism), autyzm atypowy oraz syndrom Aspergera. W klasyfikacji DSM-IV jest podobnie, natomiast

w DSM-V przyjęto znacznie szerszą kategorię diagnostyczną obejmującą, oprócz zaburzeń autystycznych i zespołu Aspergera, dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zespół Retta i inne całościowe zaburzenia rozwojowe. Wyodrębnienia grupy dzieci autystycznych, jako osobnej kategorii, dokonał pediatra Leo Kanner. W 1943 roku opisał że, na podstawie prowadzonych przez pięć lat obserwacji, kryteria wyodrębnionego przez niego autyzmu wczesnodziecięcego (L. Bobkowicz-Lewartowska, 2017, s.15). Najbardziej charakterystycznymi objawami zaburzenia są te z zakresu rozwoju społecznego, z tym że funkcjonowanie w tym obszarze może być bardzo zróżnicowane. Nieprawidłowe są kontakty zarówno z dorosłymi, jak i rówieśnikami. Dziecko takie nie wykazuje oznak emocjonalnego przywiązania i nie różnicuje swoich zachowań w odniesieniu do rodziców i obcych osób. Unika kontaktu wzrokowego i fizycznego, nie uśmiecha się na widok rodziców, nie wyciąga rąk do mamy, jak również nie wykazuje oznak niezadowolenia, kiedy rodzice się oddalają. Te objawy można zaobserwować już u niemowlęcia. Czasem jednak takie zachowanie pojawia się dopiero w okresie późniejszym. Izolacja jest szczególnie widoczna między trzecim a piątym rokiem życia. U dzieci prawidłowo funkcjonujących zabawa rozwija się od prostych form, aż do symbolicznych, prowadzonych w grupie. Osoby autystyczne bawią się w samotności prezentując nieprawidłowy wzorzec zabawy. Postukują przedmiotami, nie wykorzystują lalek i pluszowych misiów wybierając obiekty mechaniczne. Kontakty z rówieśnikami są ograniczone, ze względu na małe zdolności w naśladowaniu. W zakresie rozwoju mowy możemy stwierdzić opóźnienie, regres, zahamowanie, a nawet jej niewykształcenie. Część dzieci pozostaje mutystyczna do końca życia. W późnej postaci zaburzeń ze spektrum autyzmu przechodzą one prawidłowo przez fizjologiczne fazy rozwoju mowy, budują proste wyrażenia słowne, po czym nagle występuje szybki regres, pojawia się echolalia odwleczone jak i bezpośrednia. Stwierdza się duże różnice w zakresie gestykulacji dzieci autystycznych w porównaniu z prawidłowo rozwijającymi się oraz dziećmi z zespołem Downa. Używają znacznie mniej gestów i zazwyczaj są one proste, instrumentalne, służące zakończeniu lub uniknięciu interakcji. Ich zachowaniu często towarzyszą niekontrolowane ruchy głowy i ramion, poruszanie szczękami a także jęczenie, zgrzytanie zębów i wycie.

Występuje u nich biologicznie uwarunkowany specyficzny deficyt, który trwale upośledza procesy poznawcze. Dzieci te nie są zdolne do myślenia lub wyobrażenia sobie stanu umysłu innej osoby. Tym tłumaczy się wszystkie trzy współistniejące cechy zaburzenia ze spektrum autyzmu – upośledzenie porozumiewania się, wyobraźni i kontaktów z ludźmi (L. Bobkowicz-Lewartowska, 2017). Potwierdzeniem hipotezy, o występującym deficycie w zakresie teorii umysłu, jest powszechnie znane badanie nazwane próbą „Sally-Ann”. Jego wyniki, wskazują na to, że 80% dzieci autystycznych było pozbawionych umiejętności tworzenia konstrukcji myślowych typu: „X zrobił coś ponieważ pomyślał, że Y pomyślał”, będącej podstawą rozumienia znaczenia intencji, kłamstwa i przenośni. Jagoda Cieszyńska, twórczyni Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauki Czytania, uważa, że również takie dzieci posiadają teorię umysłu, ale nie potrafią jej wykorzystywać w takim stopniu, jak osoby znające reguły kultury, w której żyją. Twierdzi, że podłożem obserwowanych jakościowych zaburzeń w kontaktach społecznych, komunikacji i wyobraźni jest deficyt systemu językowego, który mógł też mieć istotny wpływ na wynik próby „Sally-Ann” (J. Cieszyńska, 2010, s.46).

W opinii publicznej, w dalszym ciągu, dominuje pogląd, że zaburzenie ze spektrum autyzmu ma podłoże genetyczne, któremu nie da się zapobiec i którego nie można wyleczyć. Takie podejście do zagadnienia zdecydowanie kwestionuje Robert Melillo, twórca programu Brain Balance. Słusznie zwraca uwagę, na fakt, że przeczy temu epidemiologiczny charakter zaburzenia, którego nie da się wytłumaczyć tylko i wyłącznie jego większą wykrywalnością. Gdyby jedyną przyczyną były wadliwe geny, to w ujęciu globalnym nie powinno ono stanowić problemu, tym bardziej, że większość osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie ma dzieci. Uważa on, że dominujące znaczenie mają czynniki środowiskowe, uruchamiające reakcje chemiczne wzmacniające lub osłabiające geny, a także włączające je jak i wyłączające. Możemy więc raczej mówić o genetycznej skłonności, a nie determinacji genowej. Efektem nałożenia się czynników środowiskowych na genetyczne może być zjawisko rozłączenia czynnościowego. Prawidłowa praca mózgu jest możliwa tylko wtedy, gdy jest pełna synchronizacja pomiędzy obiema półkulami. Mózg małego dziecka ze spektrum autyzmu wygląda

normalnie, a jednak funkcjonuje w sposób ewidentnie nieprawidłowy. Charakteryzuje je nadmierny rozwój lewej półkuli przy jednocześnie słabym rozwoju prawej. Takie dysproporcje często cechują osoby dobrze wykształcone, wyróżniające się w naukach ścisłych. Jeśli u obu rodziców dominuje lewa półkula, prawdopodobieństwo, że dziecko będzie cierpiało na zaburzenia ze spektrum autyzmu, zdecydowanie wzrasta. Potwierdzeniem tej tezy jest wyjątkowo liczna populacja osób z Zespołem Aspergera w Dolinie Krzemowej, rejonie o największym skupisku firm wytwarzających nowe technologie. Według Melillo stan braku równowagi mózgu jest zjawiskiem odwracalnym. Jest to bardzo optymistyczne podejście do problemu, które nie tylko daje rodzicom nadzieję wyleczenia dziecka, ale stwarza też podwaliny pod profilaktykę (R. Melillo, 2017).

Metody terapii zaburzeń ze spektrum autyzmu

W Polsce dostępnych jest kilkanaście metod terapii z ponad pięćdziesięciu uznanych i stosowanych na świecie. Niektóre z nich są specyficzne dla terapii tego zaburzenia, inne są jedynie metodami wspomagającymi, pomocnymi pod kątem rozwoju jednej umiejętności.

Do pierwszej grupy zaliczamy:

- Metodę behawioralną,
- TECCH,
- Metodę ESDM,
- RDI,
- Metodę Opcji,
- Model DIR/Floortime,

Metodami wspierającymi terapię wykorzystywanymi w Polsce są:

- Metoda Weroniki Sherborne,
- MDS – Metoda Dobrego Startu,
- Metoda Thomatisa,
- Dogoterapia,
- Hipoterapia,
- Metoda Aktywności Knillów,
- Biofeedback,
- Muzykoterapia,
- Logorytmika,
- Integracja Sensoryczna,
- Handle,
- Gimnastyka Mózgu P. Dennisona,
- Komunikacja Alternatywna AAC,
- Metoda Affolter,
- Metoda symultaniczno – sekwencyjna,

- Terapia więzi i dialogu prof. Olechowicz,
- Arteterapia,
- Metoda VIT.

W ostatnim czasie dużo uwagi poświęca się leczeniu biomedycznemu. Odpowiednia dieta łagodzi dolegliwości związane z układem pokarmowym. Dla części populacji dzieci autystycznych, w wyniku stosowania diety, obserwujemy szybką poprawę zachowania (Leczenie autyzmu - metody terapii, <https://polskiautyzm.pl/autyzm-leczenie>).

Poszczególne metody terapii skupiają się na rozwoju odrębnych rodzajów umiejętności. W celu zobrazowania, jak są one różne, już nawet na etapie przyjęcia założeń, co do przyczyn zaburzeń, a w konsekwencji również sposobów leczenia, warto porównać ze sobą metodę behawioralną i Metodę Opcji. Pierwsza jest terapią powszechnie w Polsce stosowaną, zaś druga zdecydowanie mniej u nas znana, czyni rodziców podstawowymi i już z samego założenia najlepszymi terapeutami swojego dziecka.

Głównymi celem terapii behawioralnej jest:

- zwiększenie ilości zachowań , które są deficytowe,
- redukcowanie zachowań niepożądanych,
- generalizowanie i utrzymywanie efektów terapii (L. Bobkowicz - Lewartowska, 2017, s.111).

Zaburzenia ze spektrum autyzmu są tu postrzegane, jako niewłaściwe zwyczajowo zachowania, które należy eliminować. Uważa się, że dziecko musi się nauczyć podążać za wytyczonym planem i słuchać poleceń. W praktyce mamy obecnie do czynienia z dużą ilością wariantów tej terapii odbiegającej w sposób istotny od

pierwowzoru, czyli tej opracowanej przez Ivaara Lovaasa, która przez wielu była postrzegana jako niehumanitarna i szkoląca robotów, a nie przywracająca chorego społeczeństwu. Nowoczesne metody behawioralne nie są oparte na „tresurze” i ludzko przypominają wychowywanie dziecka neurotypowego. Obecnie, również w tej metodzie, kluczowymi terapeutami dziecka stają się rodzice. Rolą specjalisty jest ich przeszkolenie i nadzorowanie procesu leczenia. Dla efektywności i społecznej akceptowalności programu konieczne jest uwzględnienie kilku czynników, takich jak: indywidualne opracowanie celów i metod terapeutycznych, ciągłość i kompleksowość oddziaływań, dostosowanie środowiska do potrzeb osoby z ASD, planowane przygotowanie dziecka do uczenia się w przedszkolu i szkole oraz włączenie do terapii rodziny. Pół wieku wymiany doświadczeń sprawiło, że podstawowe cele zostały zachowane, ale zdecydowanie zmienił się jej charakter. Głównym założeniem programu jest wypracowanie u dziecka takich umiejętności jak: koncentracja uwagi, naśladowanie, rozumienie mowy i komunikowanie się, zabawy oraz umiejętności społecznych i aktywności (M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, 2016). Jednocześnie terapia polega na redukowaniu takich zachowań jak: agresja, autoagresja czy też napady złości oraz zachowania autostymulacyjne. Przyjmuje się, że najważniejszym i zarazem najtrudniejszym etapem, jest generalizowanie i utrzymanie efektów terapii. Chodzi o to, aby dane wypracowane zachowanie zostało uogólnione i przeniesione w czasie do innych środowisk. Dlatego, również w tej metodzie, duży nacisk kładzie się na rozwijanie umiejętności komunikacyjnych. Nie zależy nam tylko o to, aby dziecko podawało na powitanie rękę terapeutce, który go tej umiejętności nauczył, ale o to, by robił to zawsze, kiedy występują stosowne okoliczności (L. Bobkowicz - Lewartowska, 2017). Celem terapii jest redukcja nadmiarów zachowań powtarzających się i zrytualizowanych tzw. izmów oraz zmniejszenie deficytów i opóźnień. Interwencja behawioralna przynosi korzyści niezależnie od wieku osoby leczonej, ale najbardziej skuteczna jest w przypadku małego dziecka. Opóźnienia w rozwoju nie są jeszcze wtedy tak znaczne, zaś zachowania niepożądane, aż tak mocno zakodowane. Potrzebują więc mniej czasu, by nauczyć się umiejętności pozwalających na wyrównanie zaległości. Dziecko zdrowe, poprzez zaspokajanie ciekawości, zabawę

z rówieśnikami, modelowanie, rozmawianie i wiele innych czynności, uczy się cały czas. Inaczej jest w przypadku osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, która ma w tym zakresie mniejsze lub większe ograniczenia i chodzi o to, by stworzyć jej takie warunki środowiskowe, które pozwolą na maksymalne ograniczenie tych dysproporcji. Te wszystkie założenia uwzględnia „Projekt wczesnego leczenia autyzmu” (YAP), opracowany na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles (UCLA). Do tego programu przyjmuje się dzieci poniżej czwartego roku życia. Z chwilą zapisania na terapię, ma ono już za sobą znaczny bagaż negatywnych doświadczeń i w pierwszym roku terapii uwaga skupia się na przezwycięzeniu problemu frustracji i innych złych zachowań. Temu służy trening oddzielnych prób (DTT). Główne jego cechy to:

- indywidualna interakcja z terapeutą,
- krótkie i jasne polecenia terapeuty,
 - starannie zaplanowane procedury pomagania dzieciom i stopniowe wygaszanie wskazówek,
- natychmiastowe wzmocnienie za każdą prawidłową odpowiedź.

W miarę osiąganych postępów terapeuci stopniowo redukują uczenie w tej formie, na rzecz nauczania naturalistycznego, prowadzonego w środowisku grupowym (O.I. Lovaas, T. Smit, 2006).

Metoda Opcji, czyli inaczej program Son-Rise, została opracowana przez rodziców dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Raun K. Kaufman urodził się w 1973 roku i został zdiagnozowany przez specjalistów, jako dziecko z głębokim autyzmem i ilorazem inteligencji poniżej 30. Prognoza była druzgocąca i nie dawała żadnych nadziei na bycie „normalnym”. Tylko dzięki wielkiej determinacji rodziców, którzy wbrew wszystkim i wszystkiemu postanowili się nie poddawać, jest dzisiaj osobą bez

widocznych objawów zaburzeń, bardzo zaangażowaną w terapię innych. Jest autorem książki „Autyzm - przełom w podejściu”.

Twórcy tej metody uważają, że mamy tu do czynienia z zaburzeniem relacji społecznych, a nie zaburzeń zachowań, jak się powszechnie przyjmuje, między innymi w opisanej powyżej metodzie behawioralnej. Odmienne zachowanie, które ewidentnie występuje, to już objawy, a nie przyczyny.

Podstawowym problemem jest trudność w nawiązywaniu relacji z innymi ludźmi, dlatego w pierwszej kolejności, zależy nam na stworzeniu więzi z własnym dzieckiem, a dopiero dalej na stopniowej zmianie jego zachowań. Z pełnym przekonaniem i zaangażowaniem musimy dołączyć do jego świata, robiąc dokładnie to samo, co nasze dziecko, oczywiście za wyjątkiem działań niebezpiecznych i ewidentnie złych. Przeciwnicy tej metody zarzucają jej akceptowanie w ten sposób negatywnych zachowań, co może prowadzić do ich utrwalania, zaś jej twórcy twierdzą, że w praktyce mamy do czynienia właśnie ze zjawiskiem zupełnie odwrotnym. Bardzo ważne w tej metodzie jest maksymalne wykorzystanie zainteresowań dziecka. Nie chodzi tu o poszerzanie jego wiedzy na dany temat, lecz o to, by w momencie, gdy uda nam się nawiązać z nim dłuższy kontakt wzrokowy, zaproponować mu wspólną zabawę taką, która będzie dla niego na tyle ciekawa, by zechciało w niej uczestniczyć. Metoda ta przedkłada osiągnięcia społeczne nad te z zakresu zdobywania wiedzy. Wychodzi się tu z założenia, że zrealizowanie celu pierwszego jest niezbędne dla osiągnięcia postępów w nauce i wykorzystania nabytych umiejętności w praktyce. Twórcy tego programu są zwolennikami łączenia go z równolegle stosowanymi metodami biomedycznymi oraz biologicznymi. Niewłaściwa dieta może prowadzić, poprzez zachodzące w organizmie reakcje chemiczne, do zakłóceń pracy rozwijającego się mózgu. Wiele dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu cierpi na nadwrażliwość pokarmową. Często całkowite wyeliminowanie produktów zawierających kazeinę i gluten oraz maksymalne ograniczenie tych zawierających cukier przynosi bardzo wymierne efekty. W programie Son- Rise niezwykle ważne jest przyjazne nastawienie, pozbawione pierwiastka osądu, determinujące to, czy dziecko czuje się

wystarczająco bezpiecznie i spokojnie, aby nawiązać relacje i się uczyć. Dlatego głównymi terapeutami z założenia są rodzice, ponieważ ich miłość, oddanie i doświadczenie jest tu bardzo istotne (R.K. Kaufman, 2016, s.395).

Maksymalne zaangażowanie rodziców warunkiem koniecznym wczesnej i intensywnej terapii

Naukowcy zajmujący się problemem zaburzeń ze spektrum autyzmu, w dalszym ciągu, nie uzgodnili jednolitego stanowiska, co do jego przyczyn, a co za tym idzie również sposobów terapii. Natomiast nie ma już dzisiaj żadnych wątpliwości, że dla uzyskania korzystnych rezultatów leczenia, niezwykle istotne jest wczesne rozpoznanie i pełne zaangażowanie rodziców. Problem tkwi w tym, że zazwyczaj to właśnie oni w pierwszej kolejności wymagają odpowiedniego podejścia ze strony terapeuty. Diagnoza, że ich dziecko prawdopodobnie cierpi na zaburzenia ze spektrum autyzmu, jest dla nich wielkim szokiem. Często z ust specjalisty słyszą wyrok dożywotniego borykania się z tym problemem. Pierwsze, co w takiej sytuacji robią rodzice, to za chorobę dziecka winią siebie, a dodatkowo w literaturze ciągle mogą się jeszcze natknąć na błędne wywody, będące konsekwencją teorii Leo Kanner, wskazujące na oziębłość i przeintelektualizowanie rodziców, a szczególnie matki, jako przyczynę tego zaburzenia. Pogląd ten, choć jak twierdził sam Kanner, wynikał ze złego zrozumienia jego teorii, bardzo się rozpowszechnił i miał ogromnie destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie rodziny. Wzajemne obwiniania się często prowadziły do jej rozpadu, a dziecko pozostające zazwyczaj z matką, która siebie uznawała za sprawczynię jego nieszczęścia, nie miało szans na skuteczną terapię. Przełomem okazała się opracowana w 1966 roku przez Schoplera i Reichlera, a wdrożona w roku 1972 i bardzo dzisiaj ceniona, nie tylko w USA, ale również w takich krajach jak Belgia, Francja, Dania, Holandia, Wielka Brytania, Japonia i Australia, metoda TEACCH. To właśnie w tej metodzie, po raz pierwszy, dostrzeżono ogromny potencjał rodziców i został on wykorzystany w rehabilitacji ich dzieci (L. Bobkowicz-Lewartowska, 2017, s.116).

Dzisiaj, już praktycznie każda metoda terapii zaburzeń ze spektrum autyzmu, zakłada udział rodziców i osób najbliższych w procesie leczenia. We wspomnianym wcześniej programie UCLA YAP rodzice, po odbyciu wstępnej rozmowy z dyrektorem pozwalającej mu na lepsze poznanie środowiska, w którym przebywa dziecko i ustaleniu ramowych założeń leczenia, przez pierwsze 3-4 miesiące, wspólnie z terapeutą na przemian prowadzą terapię indywidualną i udzielają sobie informacji zwrotnych. Rodzice nabywają w ten sposób niezbędnych umiejętności do podejmowania właściwych interwencji, a jednocześnie dzielą się z terapeutą własnymi spostrzeżeniami. W późniejszym okresie, ich rolą, jest zachęcanie dziecka do wykorzystywania nabytych w czasie terapii umiejętności komunikacyjnych w środowisku naturalnym. Po ukończeniu treningu oddzielnych prób, to rodzice przejmują rolę terapeuty. W sytuacjach trudnych zawsze mogą zwrócić się o pomoc do superwizora przypadku, czyli terapeuty z wyjątkowo dużym zasobem wiedzy i doświadczenia zawodowego (O.I. Lovaas, T. Smit, 2006). W programie opracowanym w roku 1989 przez Koegela i współpracowników, znanym jako Model Uniwersytetu Kalifornijskiego w Santa Barbara, terapię dziecka dopasowuje się wręcz do możliwości, umiejętności i motywacji rodziców. Uwzględnia się ich cele, wartości i tożsamość kulturową. Jest on skoncentrowany na rodzinie, jako systemie bardziej, niż na samym dziecku. Spotkania terapeuty z rodzicami odbywają się w domu, gdzie się wychowuje podopieczny. Rodzic od samego początku jest jedynym jego terapeutą, a rola profesjonalisty sprowadza się do wspierania go w osiągnięciu celu i przekazywania niezbędnych wskazówek i rad (M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, 2016). Podobnie jest we wspomnianym programie TEACCH i Metodzie Opcji. Niestety, w dalszym ciągu, żadna ze znanych nam metod nie gwarantuje sukcesu terapeutycznego. Każdy przypadek zaburzenia ze spektrum autyzmu jest inny i wymaga indywidualnego doboru i dopasowania terapii. To stwarza duże problemy, ponieważ po postawionej diagnozie, dziecko zazwyczaj jest kierowane do najbliższego terapeuty specjalizującego się w konkretnej metodzie, która akurat dla tego przypadku zaburzeń, może się okazać mało skuteczna. Opracowany i zastosowany przez Barry Neil Kaufman i Samahria Lyte Kaufman program Son-Rise doprowadził praktycznie do całkowitego wyleczenia ich syna, mimo że prognozy specjalistów

były jednoznaczne – nigdy nie będzie mówił, ani komunikował się w sensowny sposób (R. K. Kaufman, 2016). Wykładająca na Colorado State University i bardzo ceniona doktor zootechniki Temple Grandin, głównie dzięki rodzinie, jest dzisiaj osobą z autyzmem wysokofunkcjonującym, pozwalającym na prowadzenie wyjątkowo aktywnego życia. Również jej, specjaliści, nie dawali szans na normalne funkcjonowanie. Zainteresowanym tematem, polecam film biograficzny „Temple Grandin”, nakręcony na podstawie napisanej przez nią książki zatytułowanej „Byłam dzieckiem autystycznym” oraz wywiad z główną bohaterką (Templa Grandin: Świata potrzeba umysłów różnego rodzaju, [https://www.ted.com/talks/temple_grandin_the_world_needs_all_kinds_of_minds?](https://www.ted.com/talks/temple_grandin_the_world_needs_all_kinds_of_minds?dostęp:25.02.2018) dostęp:25.02.2018). Już chociażby na podstawie tych dwóch przypadków widzimy, jak ważna jest determinacja rodziców w poszukiwaniu dla swojego dziecka najlepszej metody terapii. Można założyć, że gdyby nie oni, życie zarówno Temple Grandin jak i Raun K. Kaufmana, potoczyłoby się zdecydowanie inaczej. Prawdopodobnie byłiby dzisiaj osobami wymagającymi stałej opieki. Niestety, większość rodziców w podobnych okolicznościach nie znajduje w sobie dość siły do walki o lepszą przyszłość własnego dziecka. Pierwszym, podstawowym zadaniem specjalisty jest przekonanie ich do podjęcia, jak najszybszej intensywnej współpracy. W praktyce jednak często jest wręcz odwrotnie i ciągle jeszcze sami mają opory przed stawianiem wczesnej diagnozy. W przypadku niepokojących zachowań małego dziecka, rodzice zadają pytania. Zazwyczaj otrzymują odpowiedź typu: „dziecko jest jeszcze zbyt małe, by dokonać oceny, proszę być dobrej myśli, jest szansa, że z tego wyrośnie.” Nieprawidłowe zachowania utrwalają się i tym samym pogłębia się przepaść, pomiędzy prezentowanymi umiejętnościami, a możliwościami jego rówieśników. Zaniechanie wczesnej terapii powoduje stopniowe nasilenie się objawów ze spektrum autyzmu. Najczęściej diagnoza stawiana jest między piątym a siódmym rokiem życia, kiedy w przedszkolu dziecko nie integruje się z grupą rówieśniczą, mimo że najczęściej objawy sugerujące ten rodzaj zaburzeń, pojawiły się znacznie wcześniej, ale były albo niezauważone, albo lekceważone. J. Cieszyńska proponuje wprowadzenie terminu „zagrożenia autyzmem”, które będzie podstawą rozpoczęcia terapii

i pozwoli uniknąć tragedii związanych z późną diagnozą, choć jak sama zauważa, w ostatnich latach sytuacja nieco się zmieniła i coraz więcej ośrodków i gabinetów diagnozuje spektrum zaburzeń autystycznych, nawet przed ukończeniem drugiego roku życia (J. Cieszyńska, 2011). Podjęcie wczesnej terapii, nawet w sytuacji, kiedy ostatecznie w późniejszym okresie okaże się, że dziecko rozwija się prawidłowo, z całą pewnością mu nie zaszkodzi, a może istotnie pomóc w przypadku, kiedy wcześniejsze podejrzenia zostaną potwierdzone.

Wnioski końcowe

Epidemiologiczny charakter zaburzeń ze spektrum autyzmu jest dla współczesnego świata wielkim wyzwaniem. Mimo, że przez ponad pół wieku badań klinicznych, wypracowano pokaźny zasób oddziaływań terapeutycznych, to ciągle brak jest jednoznacznych odpowiedzi na wiele podstawowych pytań, zarówno związanych z etiologią jak i sposobami leczenia. Nie ma natomiast już dzisiaj żadnych wątpliwości, że terapię należy rozpocząć możliwie jak najwcześniej i przy maksymalnym zaangażowaniu rodziców. Wczesna terapia nie wiąże się z podawaniem leków i jest dla dziecka zawsze korzystna, nawet w sytuacji, kiedy zagrożenie spektrum autyzmu nie zostanie ostatecznie potwierdzone. Z każdym upływającym miesiącem nawarstwiają się negatywne zachowania i zwiększa się dystans pomiędzy dzieckiem a jego rówieśnikami. Oczywiście, należy sobie zdawać sprawę z faktu, że terapia jest procesem długotrwałym i wymaga dużego zaangażowania wszystkich stron: dziecka, specjalistów, ale także, a może nawet głównie, jego rodziców. Dlatego tak ważne jest, by znaleźli należyte wsparcie i otrzymali pomoc w wyzbyciu się poczucia beznadziejności. Terapeuta musi wzbudzić w nich motywację do codziennych, często bardzo monottonnych ćwiczeń, jak również zaszczepić wiarę w ostateczny sukces, bez której łatwo o szybkie wypalenie się, szczególnie na początku drogi, kiedy po pierwszych znacznych sukcesach, często następuje stagnacja, a nawet utrata nabytych już umiejętności. Brak porozumienia pomiędzy terapeutą, dzieckiem i rodzicami powinno skutkować zmianą tego pierwszego. Absolutnie nie musi to świadczyć o jego braku kwalifikacji. Przyczyną może być chociażby dobór niewłaściwej dla

konkretnego przypadku metody terapii. Ten sam specjalista może osiągnąć znakomite rezultaty w pracy z innym dzieckiem, dla którego właśnie stosowana przez niego metoda okazała się skuteczna.

Early and intensive therapy as a chance for the development and education of the child with the autism spectrum

In the recent years our knowledge concerning the disorders from the autism spectrum has increased significantly. Nowadays a diagnosis is not the conviction which sentences a person to lead a life in solitude, being completely dependent on his/her guardians. Although autism is still considered an incurable disorder, the chances to improve the functioning of the child suffering from this ailment have increased considerably. The scientists who deal with the issue being described indicate various causes and methods of treatment. It often happens that while propagating one method, they negate the assumptions made by other ones. However, everybody agrees that therapy should begin as soon and with as much family's involvement as possible. These are two factors which definitely determine the success and increase the chance of the maximization of the results. It is of importance never to deprive the parents of hope, because as long as they have it, there is a possibility of achieving positive results. The therapist's role is to make the child's family aware of the fact that assuming an attitude which protects the child excessively, which most loving parents tend to do, is a mistake and influences the child's development negatively. The family is the first social group which, in safe and loving environment, but simultaneously with absolute consistency, is supposed to teach the child to understand basic orders and prohibitions and help him/her to consolidate the acquired skills. Without the family's maximal dedication, therapy conducted even by the most experienced specialist, is doomed to failure.

Bibliografia:

- Bobkiewicz-Lewartowska L.: *Autyzm dziecięcy zagadnienia diagnozy I terapii*, Impuls, Kraków, 2017.
- Cieszyńska J., *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych*, Wydawnictwo Centrum Metody Krakowskiej, Kraków, 2010.
- Kaufman R.K.: *Autyzm, przełom w podejściu*, Wydawnictwo Vivante, Białystok, 2016.
- Lovaas O.I., Smit T.: *Wczesna intensywna interwencja behawioralna w autyzmie* (w:) Kazdin A.E., Weisz J.R. (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2006.
- Popiel A., Pragłowska E.: *Psychoterapia poznawczo-behawioralna*, PARADYGMAT, Warszawa, 2008.
- Pużyński S., Rybakowski J.: Wciórka J.: *Psychiatria, Tom II: Psychiatria kliniczna*, Wydanie II, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010.
- Melillo R.: *Autyzm Zapobieganie zaburzeniom ze spektrum autyzmu, ich diagnozowanie i terapia oraz zalecenia dla rodziców*, Harmonia Universalis, Gdańsk, 2017.
- Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P.: *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot, 2016.

Netografia:

- [Leczenie autyzmu - metody terapii, https://polskiautyzm.pl/autyzm-leczenie](https://polskiautyzm.pl/autyzm-leczenie), data dostępu: 23.02.2018.
- Temple Grandin: Światu potrzeba umysłów różnego rodzaju, https://www.ted.com/talks/temple_grandin_the_world_needs_all_kinds_of_minds?, data dostępu: 25.02.2018.

Anna Michalczyk

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

The role of modern information technology in speech therapy of hearing-impaired children

Abstract

Communication skills are an integral part of human functioning in society. It makes it possible to organize a broadly defined social life – i.e. to establish and maintain relationships, transfer knowledge, information, skills, and eventually, pursue common goals. Any form of cooperation, creating structure or system is based on the ability to communicate in society. Speech, however, is not an inborn ability and the acquisition thereof is a process which accompanies human beings for the rest of their lives. As mentioned before, communication skills are based on interpersonal relationships and their quality. It is crucial to fully comprehend the surrounding world, to express feelings, desires, reflections or emotions. Thus, it can be concluded that proper formation of children's speech affects the development of their personality and social-emotional competences.

Stages of speech formation in children

Psycholinguistics assumes two opposite trends in the process of acquiring a language system by a child: the first is biologism (nativism), which focuses on inborn language learning mechanisms, while the other one includes concepts which assume a significant influence of environmental and social factors. Therefore it is believed that the condition required for mastering the language (and thus, the ability to communicate) is to contact the speaking environment and to possess adequate biological conditions (B. Kamińska, B. Siebert, 2012). In Poland, the language periodization presented by Leon Kaczmarek is

thought to be the most representative. It suggests the following division:

- A preparatory period (prenatal)
- A period of melody (from birth to 1 year old)
- A period of words (1-2 years of life)
- A period of sentence (2-3 years of life)
- A period of specific children speech (3-7 years of life) (L. Kaczmarek, 1953).

In the foetal period, not only do the organs of speech become formed and prepared for future functions. The basics of child's communication with the mother are also developed on the basis of interactive actions considering the influence of the child on the mother and the influence of the mother's condition on the child's well-being. Communication with a child during this period is based on the parent's general behaviour, aiming at building a common relationship and attachment. They focus mainly on listening to music with the child, singing or playing the instrument, imagining it in a physical way - after birth, talking to the child, thinking positively about their child and their role as parents, or swinging the child with motion or breath (K. Koronkiewicz, 2014). In contrast, as far as purely biological aspect is concerned, the prenatal period serves to shape central and peripheral speech organs. Tongue movements made by children during this period – sucking, licking or swallowing amniotic fluid belong to the first articulation exercises and are extremely important in its later context. Also, speech perception begins already in the prenatal age. In the third trimester of pregnancy, a foetus is able to respond to mother's voice intonation and speech sounds (A. Obrębowski, 2010).

During the period of melody, the earliest signals used by children in order to communicate with the environment are shouting and crying. A new-born has the ability to distinguish the mother's voice from the voice of other women. This is connected with the perception of prosodic speech elements - accent, intonation, vowel length, and beyond prosodic speech elements such as pace and rhythm. The signals included in the speech of adults directed to children are also

characteristic. More varied voice intonation, slower speech pace, longer syllables or single speech sounds, as well as modifications of the voice modulation. At the age of about 2-3 months old, a baby begins to coo, i.e. to utter accidental sounds with a different place of articulation - usually speech sounds are produced at the back of the tongue, which is associated with a lying position adopted most commonly by children. The ability to coo is also characteristic for children deaf from birth (G. Gunia, 2006). Between the age of 5 and 6 months, another skill called *babbling* appears. In contrast to the previous stage, it is characteristic only for children without hearing loss. Deaf children do not babble because it requires the child to possess hearing control and involves uttering sounds intentionally. The second half of the first year is an important moment in the development, as the so-called *phonemic hearing*, responsible for distinguishing speech sounds, takes place. This is a key ability to master the sound. A baby begins to create and pronounce open syllables such as - *ba, pa, ma*, etc. The perception of speech sounds takes place much earlier than the ability to perform them, but over time (between 9 and 12 months), as a result of reduplication of syllables, a child starts to create first simple words such as e.g. *mummy, granny, daddy* etc. A one-year old child says about 3-5 words intentionally, but their passive dictionary includes many more (B. Kamińska, B. Siebert, 2012).

The period of words is a moment in child's development, in which the ability to understand and express words develops particularly intensively. Despite increased effort and attempts, the child's passive dictionary still prevails over the active dictionary. The child's dictionary is dominated by nouns (especially names of close relatives, such as mum, grandma, dad), body parts (eye, nose) and onomatopoeia (mooo! Woof woof! Meow meow! Eek eek! etc.). At the end of the second year of life, a child should utter vowels and consonants: p, b, t, d, k, g, ch, w, f, ś, m, j, ó, n, l. The remaining ones are substituted with equivalents pronounced more easily. In addition, numerous simplified expressions or consonant groups, such as „yeg” (leg) lub „ban” (van) or „sip” (ship) are characteristic as well. There are about 300 words in the dictionary in a two-year old child (A. Obrębowski, 2010). Naturally, it should be noted that this data is conventional, and every child develops in harmony with their own rhythm. Similarly, the pace of assimilating

new words may vary and amounts to about three words per week (M. Kielar-Turska, 2012).

The period of sentence falling between the age of 18/24 - 36 months is time in which the foundations of the phonological, morphological, syntactic, and verbal communication systems are formed. Additional elements of the language system at the level of articulation, syntax, and morphology are acquired. The child's speech becomes more and more understandable for the immediate surrounding and family. Children should utter all oral and nasal speech sounds, but their articulation organs are still not completely functional, so there are still substitutions of more difficult sounds. This period might be referred to as ground-breaking in the speech development because a child acquires the specificity of the mother tongue used by their immediate relatives. In the next years, these skills and articulation will be improved, and their active dictionary will be expanded. The phonemic hearing is so efficient that a child can point a mispronounced speech sound, even though the child itself is not able to utter it correctly (G. Demelowa, 1979).

In turn, the period of specific children speech (3-7 years old) coincides with the stage of pre-school and early school education. It is related to a period full of fun and charming conversations related to creating by children the so-called neologisms, i.e. linguistic constructs. As the grammatical rules and correctness of forming statements in various tenses were partially previously assimilated, this period contains often funny mistakes such as a dog woofs" (a dog barks), „a sewlady" (a sewer/dressmaker), clangernackys (dressing-gowns), a moon dash (moustache), the fourth head (forehead), a hockle bockle (hot water bottle) ect. In connection with the language skills development and the increased need to explore the environment, a child is very inquisitive and raises an increasing number of questions. At the age of approximately 6-7 years old, a child is able to speak almost as well as an adult, but their linguistic and communicative skills will be subject to further development throughout their whole life (L. Clark, C. Ireland, 1998).

Characteristics of speech development of a child with a hearing impairment

Taking the described stages of child speech development into account, it should be mentioned that in the event of hearing impairment, the speech development varies, depending on the degree of hearing loss. People with mild hearing loss (within the range of 21-40 dB) are characterized with slightly poorer vocabulary, problems with proper distinction between voiced and unvoiced speech sounds (e.g. opposites t -d, k -g, etc.) as well as with producing certain speech sounds, mainly a series of sibilant and silent sounds. Usually correct intonation and speech rhythm are maintained, but children lose the ability to selectively hear sounds in unfavourable conditions (noise), are more tired, because they must be constantly concentrated in order to participate in conversations at home, school or among their peers. For this reason, they are often wrongly accused of inattention and lack of concentration, because when the effort to listen to the voice of a person speaking is temporarily switched off, valuable information and the sense of speech might be lost. Moderate hearing loss (41-70 dB) is characterized with the ability to receive colloquial speech at a distance of about 1.5 meters. In situations where a child does not have a hearing aid, the ability to perceive loud speech may remain, but usually only if the vocabulary range is not poor. It is often helpful to be backed by the ability to read lips. In case of this hearing loss, it is necessary to use special equipment. The speech of children with moderate hearing loss is often characterized by nasal and less vocal timbre, but usually slower linguistic development and difficulties in verbal communication with the environment are noticeable. In the case of hearing impairment to a significant (severe) degree, oscillating within the range of 71-90 dB, the ability to master sound speech depends on introducing revalidation as early as possible and selecting proper hearing aids. If hearing loss occurs during the period of acquiring speech (perilization), the acquired skills will begin to decline, and if the speech has already been acquired, the timbre will be distorted. Profound hearing loss – above 91 dB, makes it impossible to hear more subtle and silent speech sounds, even if specialized instruments are applied. If hearing loss exceeds 90 dB, one distinguishes three additional degrees of hearing impairment:

- **The first degree-** (90-100 dB). It is possible to hear speech using appropriate instruments. Rhythm and intonation are quite well received, while almost half of consonants and vowels is audible without the need to read lips.

- **The second degree-**(100-110 dB). With hearing aids, sound perception increases to about 50% (vowels) and 25% (consonants). If not backed by the ability to read lips, audibility of phonemes and individual words in the conversation amounts to approximately 25%.

- **The third degree** –(above 110 dB). With the use of hearing aids, it is possible to receive about 20% of vowels and 5% of consonants. However, there is no possibility to "divide" sentences into individual words and capture them. In case of hearing loss exceeding 120 dB, it is usually possible to react only to vibrations (H. Skarżyński, M. Mueller-Malesińska, 1997).

Apart from the aforementioned classification of hearing loss, an important factor determining the success of therapy is the time when the defect has been revealed. With regard to this dependency, the following distinction is presented:

- prelingual deafness: deafness occurs before acquiring speaking skills. It may have an inborn form (present at the time of birth), or acquired (formed during the perinatal period or during the first year of child's life),

- perilingual deafness: formed during acquiring speaking skills (2-7 years old),

- post-lingual deafness: formed when the acquisition process has been completed - at the age of about 7 years old and above;

Due to the specificity of the above-mentioned periods of hearing loss, children with post-lingual deafness have the greatest chance for success in speech therapy because they have already acquired some basic language and communication skills (H. Skarżyński, M. Mueller-

Malesińska, 1997). Referring to the aforementioned stages of child's speech development, in the event of hearing loss, they occur in a slightly different manner. For a proper development of child's speech, the earliest hearing experiences are required as they program the developing brain and familiarize it with the specifics of the mother tongue. During the period of melody, natural behaviours such as screaming and cooing also occur among hearing-impaired children, although some experts say that at this stage some subtle differences might be observed in those vocalizations. The period of babbling is very short or does not take place at all. This is related to absence of ability to hear sounds produced by children and respond to them (willingness to repeat sounds). At a later age, a strong need to communicate with the immediate environment may lead to attempts to communicate with gestures because the sight works properly and a hearing-impaired baby can control it. The period of words in the event of deeper hearing impairments is considerably delayed in relation to peers with no hearing impairment. The mechanism of this phenomenon is based on the inability to hear sounds and thus, to repeat them. If a correct method of revalidation is chosen and thus, the sound is appropriately reinforced with properly selected apparatus, the slow enrichment of the active and passive dictionary gradually builds the grammar system. Children acquire words separately, and then they generalize them into categories. As a result of these actions and generalizations, systematic errors in irregular forms appear. The period of specific children speech usually takes place in children with hearing impairment throughout the entire school period. They are trying to make up for any shortages of linguistic experience and knowledge with the language rules they are already familiar with. However, these replacements are often irrelevant and incorrect, e.g. `I went with my dad for a walk and she bought me cookies` (R. Kołodziejczyk, 2015).

Taking the above into consideration, the speech therapy of hearing-impaired children seems to be an integral part of their comprehensive revalidation. Depending on the degree and type of hearing loss, the child's needs will differ, but most often the speech therapy will focus on triggering absent speech sounds, distinguishing words with similar sounds, improving phonemic hearing (also listening to grammatical endings carefully), distinguishing and correct

articulation of voiced and unvoiced speech sounds, as well as distinguishing and correct pronunciation of a series of rustling sibilant, sibilant, and silent speech sounds. The exercises should be based on articulation, breathing and speech exercises.

Modern multimedia aids in speech therapy for children with hearing impairment.

At present it would be hard to imagine a world without computers and associated facilities. The application thereof has become an integral part of our everyday life, not only on the professional but also private level. However, it appears that the use of computers can also present therapeutic characteristics and be an interesting variation in a traditional speech therapy. Stuffed toys, pictures, jigsaw puzzles, colouring books and books are no longer the only tools used in the speech therapy of the youngest patients. Researchers investigating memory proved that a human being memorizes information using completely different codes for a visual and verbal material. The effectiveness of memorization can be lower if the information reaches a person using only one sensory channel. Children who have a relatively low level of linguistic function should receive information mainly in the form of pictures (K. Litwic-Kamińska, 2011). Modern technologies emphasize not only the provision of entertainment but also educational and therapeutic values. Creativity and ingenuity of manufacturers results in the fact that more and more teaching materials in the form of interesting computer games, quizzes or riddles are introduced to the market.

In the case of hearing-impaired children, speech therapy should focus on articulation, speech, phonatory and vocabulary exercises. One of the most developed proposals is a set of computer programs, with each focusing on correcting separate speech defects, adjusted to specific age ranges. The set includes the Logopedic Application, which is a sort of a personal diary of the therapist. The student's achievements and skills which require further work and attention are registered therein. The application also makes it possible to diagnose child's problems accurately. The appropriate graphic design

was prepared taking pupils at a pre-school and school age into account. The package includes 14 separate programs:

1. A series of sibilant speech sounds–basic module
2. A series of rustling sibilant speech sounds - basic module
3. A series of silent speech sounds - basic module
4. A series of sibilant speech sounds - professional module
5. A series of rustling sibilant speech sounds- professional module
6. A series of silent speech sounds–professional module
7. Series differentiation
8. Speech sound: r - basic module
9. Speech sounds: r, l - professional module
10. Unvoiced speech
11. Sfonem
12. Echokorektor
13. Logopedic exercise
14. Speech sounds produced at the back of the tongue k, g, h

The application is equipped with the so-called *audio interface*, which provides for exercises with the use of a microphone so that a

child can repeat and fix the sounds. In addition to the above mentioned applications, the program is also equipped with useful documents: diagnostic card, logopedic assessment or referral to a specialist. It also makes it possible to build a patient database, manage it, register work effects for each of them, and record the articulated voices to verify their correctness subsequently. The package offers a very wide range of work opportunities almost at every stage and advancement level that can be chosen before the classes. Articulation, respiratory and phonatory exercises are provided. In the case of the youngest children, the elementary level foresees learning from scratch in the form of attractive, interactive illustrations with sound imitating words.



source: www.3kropki.pl

Before commencing the exercise, a student chooses one character, who will guide him/her through the tasks that need to be completed. It is worth noting that upon the occasion of each exercise, it is possible to signal to the pupil that the exercise was performed properly using a discrete sound and a simple animation.



source: www.3kropki.pl

Prof. Anna Walencik-Topiłko – speech therapist, lecturer, philologist and author of many publications and aids of logopedic and logorhythmic nature, was the merits-related consultant of the entire series of games, books and methodological guides (Logopedia 2.0 pakiet GOLD, Young Digital Planet 2005).

Another interactive logopedic aid is a multimedia package of speech therapy games, built from seven integrated programs aimed at working on distinct speech defects - three series of dentalized speech sounds "j", "l", "r", unvoiced speech, series differentiation, and improvement of phonemic hearing. It regards as well the principle of grading difficulties, and the colour variation of opposite speech sounds favours their distinction and correct consolidation. The graphic layout is clear and friendly, and an additional asset thereof is the child-voice over who guides a student step-by-step through the exercises. The tasks included in the game are integrated with the workbook included in the set and are also suitable for children who do not read. The system provides a wide range of verbal praises and sound responses for improper task execution. "Logopedyczne zabawy" received a positive review from eight professors reviewing the program (Logopedyczne zabawy – pakiet, KOMILOGO 2012).



source:www.eduksiegarnia.pl

Another suggestion for a comprehensive multimedia program for speech therapy is a basic or extended diagnostic and therapeutic package supporting specialists in diagnosing speech defects and planning the therapeutic process. As in previous programs, the application makes it possible to conduct a "diary" where recent exercises can be recorded and their effectiveness might be evaluated. The diagnosis in the program provides for articulation of selected speech sounds, spontaneous speech as well as efficiency and structure of speech organs. An interesting solution implemented by the authors is the possibility to record and save the crucial expressions uttered by the child. This can be a remarkable reward and summary of work with the student by comparing the recordings before and after the therapy. The application is very extensive and offers 879 interactive exercises and 690 work cards. The kit consists of headphones with a microphone, a set of labiograms, cards to practice phonemic hearing, situational charts and memory games.

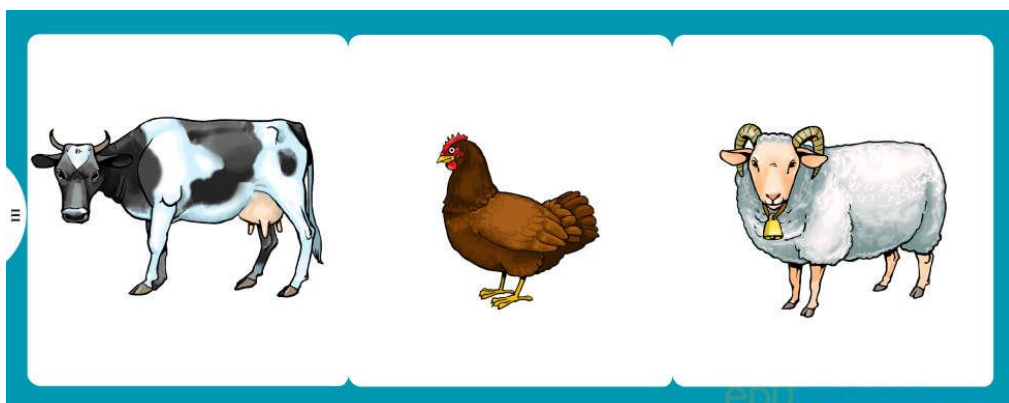
It should be mentioned as well that this program was considered as a medical device meeting the requirements of the Council Directive 93/42/EEC concerning medical devices and the corresponding Polish

standard PN-EN ISO 13485:2012. (Eduterapia Logopedia - wersja podstawowa i rozszerzona (basic and extended version), PWN 2013).



source: www.logopedia.pl

Apart from complex exercises and multimedia games, individual, thematic logopedic games oriented on differentiating similar sounds or recognizing them and naming them in a proper manner are worth mentioning as well. These games include i.a. sets to practice hearing perception and develop concentration.



source: www.eduksiegarnia.pl

As part of the exercise, work with sounds from twenty thematic categories (including i.a. everyday life sounds, vehicles, rural animals,

etc.) was foreseen, which involves proper identification of the sounds and matching them with a correct illustration. According to the principle of grading difficulties, it is also possible to sequentially memorize three sounds and identify them correctly. It should be noted that this multimedia aid was adjusted to the needs of children with reduced intellectual capabilities and hearing skills, whose development is disharmonious, and who require support in reading and writing (I. Michalak-Widera, K. Węsierska, 2010). Another idea includes assisting children with hearing attention impairments (differentiating and identifying visual and auditory stimuli, problems with focusing attention on sound signals, comparing and imitating them, memory support and auditory and visual sensitivity). This educational program contains riddles, interesting exercises, songs and colouring pages.



source: www.eduksiegarnia.pl

The topics of the game oscillate around animals and their sounds. It is an interesting variation of the classic speech therapy due to the subject matter and an interesting graphic design which children can relate to easily (Zwierzaki. Zabawy z obrazem i dźwiękiem, Seventh Sea 2016). Another suggestion for playing and practicing sounds is the word and figurative material in the multimedia form which consists of sound stories, pictures to arrange and single sounds. According to the authors, the set of exercises is especially suitable for children at

different school age with disabilities and speech disorders. The proposed games are supposed to develop the active and passive dictionary, memory and auditory attention, ability to identify and differentiate acoustic and visual stimuli, and to support the development of children's imagination.



source: www.eduksiegarnia.pl

A teacher encourages children in an accessible and friendly way to exercise together and allows them time to think and answer. The teacher does not assess but just encourages to continue working (Co to? Kto to? Ćwiczenia i zabawy z dźwiękiem, Seventh Sea 2016).

The latest proposal for multimedia speech therapy for children with hearing impairment is an online logopedic website offering online games. The games are divided into thematic sections regarding specific speech defects (lisp, burbling, etc.). These exercises are accompanied by cards in the form of PDF files that can be printed and treated as rewards for joint exercises. Correctness of particular exercises can be easily controlled using the camera. Then, a baby's face appears in the designated place on the screen - for example, in a virtual mirror or behind the shop window of confectionery.



source:www.mimowa.pl

The graphic design is approachable and together with the sound belong to one of many advantages of this multimedia aid. It is also possible to work with a microphone and record the child's voice in the case of individual exercises related to articulation correctness. The Internet access is required (www.mimowa.pl).

Conclusion

Modern possibilities in the field of information technology provide specialists with almost unlimited possibilities of creative work with their pupils. The development of modern technologies makes it possible to modernize and enhance the attractiveness of classes. In the case of speech therapy with a child with hearing impairment, the additional value of multimedia teaching aids is related to the possibility to visualize phenomena, processes and concepts. This possibility, however, also applies to speech sounds, syllables, or words that need to be corrected. Hearing-impaired children from the very young age often participate in monotonous and tedious activities regarding individual revalidation. The possibility to make things more interesting, visualize difficult concepts, hear one's own voice and correct it, or to receive praises from a virtual character can determine the level of the child's motivation to do more exercises. The

specificity of speech therapy is related to the fact that the effects of joint work are not visible immediately and it usually takes much time until a visible improvement in articulation is visible. It is worth monitoring these developments in a friendly atmosphere and with the use of interesting and inspiring didactic aids.

Abstrakt

Zdolności komunikacyjne nabywane w trakcie życia i rozwoju człowieka, są podstawowym i integralnym elementem jego społecznego funkcjonowania. To dzięki komunikacji możliwe jest przekazywanie informacji, emocji, wymiana poglądów czy spostrzeżeń. Dzięki umiejętności porozumiewania się możliwe jest tworzenie nowych znajomości i relacji. Pomimo tej znaczącej roli komunikacji w życiu każdego człowieka, proces jej nabywania nie zawsze przebiega

w sposób jednakowo płynny i harmonijny dla każdego. W przypadku dzieci z niepełnosprawnością słuchową, nabywanie zdolności komunikacyjnych wiązać się będzie z potrzebą specjalistycznego wsparcia rozwoju mowy. Wychodząc naprzeciw ich potrzebom, warto zwrócić uwagę na nowoczesne technologie i specjalistyczne programy multimedialne, które sprawią, że długotrwały i nierzadko monotony proces terapii stanie o wiele bardziej atrakcyjny i przełoży się w bezpośredni sposób na jej efektywność.

Bibliografia:

- Clark L., Ireland C., *Uczymy się mówić, mówimy by się uczyć*, Wydawnictwo Rebis, Poznań 1998, str. 45, 57.
- Demelowa G., *Elementy Logopedii*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1979, str. 23.
- Gunia G. *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*, Kraków 2006, str. 104.
- Kaczmarek L., *Kształtowanie się mowy dziecka*, Poznań 1953, str. 5.
- Kamińska B., Siebert B., *Podstawy rozwoju mowy u dzieci*, Forum Medycyny Rodzinnej, Gdańsk 2012, nr 5 (6), str. 237, 239.

Kielar-Turska M., *Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych*. W: Czaplewska E., Milewski S. (red.). *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Gdańskie Wydawnictwo Logopedyczne, Sopot 2012, str. 17.

Kołodziejczyk R. *Trudności gramatyczne u dzieci i młodzieży z uszkodzeniami słuchu*, [w]: *Surdologopedia, teoria i praktyka*, Muzyka-Furtak E. (red.), Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2015, str. 157-160.

Koronkiewicz K., *Kształtowanie tożsamości matki u kobiet doświadczających nieplanowanego macierzyństwa*, In: „Kultura – społeczeństwo – edukacja” nr 1 (5), Poznań 2014, str. 95-96.

Litwic-Kamińska K., *Kultura obrazkowa w dydaktyce – szanse i zagrożenia*, [w]: *Forum Dydaktyczne 7-8*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2011, str. 178.

Obrębowski A., *Podstawowe wiadomości z filo i ontogenezy oraz anatomii narządu słuchu*, [w]: Pruszewicz A., Obrębowski A. (red.). *Audiologia kliniczna. Zarys.*, Poznań 2010, str. 46.

Skarżyński H., Mueller-Malesińska M., Wojnarowska W., *Klasyfikacje zaburzeń słuchu*, *Audiofonologia*, nr 10, Wydawnictwo Instytut Narządów Zmysłów, Warszawa 1997, str. 50-51, 55-57.

Netografia:

www.3kropki.pl (data dostępu: 15.10.2018r.)

www.eduksiegarnia.pl (data dostępu: 15.10.2018r.)

www.logopedia.pl (data dostępu: 15.10.2018r.)

www.eduksiegarnia.pl (data dostępu: 15.10.2018r.)

www.mimowa.pl (data dostępu: 15.10.2018r.)

Dogoterapia jako jedna z proponowanych form zajęć przeznaczonych dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w przestrzeni szkolnej

W ciągu ostatnich 15 lat można zaobserwować pojawiające się coraz częściej pojęcie *ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Jednak na początku należy zadać sobie pytania, co tak naprawdę to określenie oznacza w praktyce?

Zgodnie z definicją słownikową zawartą w książce „Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w systemie edukacji w świetle nowych przepisów prawa oświatowego” *specjalne potrzeby edukacyjne* – obejmują potrzeby uczniów, którzy na podstawie opinii, orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej lub rozpoznania przedszkola, szkoły lub placówki wymagają objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną. Dostosowanie warunków edukacyjnych, wymagań edukacyjnych i organizacji procesu kształcenia może być wdrażane jednocześnie lub w zakresie odpowiadającym bieżącym potrzebom ucznia (R. Cybulska, H. Derewlana, A. Kacprzak, K. Pęczek, 2017, s. 112).

Joanna Głodkowska zauważa, że wśród uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi jest bardzo duże zróżnicowanie wymagające równie różnorodnej pomocy ze strony nauczycieli, wychowawców, terapeutów i rodziców przy równoczesnym zachowaniu jednolitego systemu edukacji (J. Głodkowska, 2010) Stanowi to tym samym ogromne wyzwanie dla współczesnych placówek oświatowych i pracujących w nich pedagogów. Ucznia ze specjalnymi potrzebami

edukacyjnymi możemy spotkać w każdej szkole bez względu na jej charakter, może być to szkoła ogólnodostępna, ogólnodostępna z oddziałem integracyjnym, integracyjna lub specjalna. Oczywiście wydaje się obecność takich uczniów w szkołach specjalnych gdzie każde dziecko ze względu na swoją niepełnosprawność wymaga kształcenia specjalnego i dostosowania materiałów dydaktycznych do indywidualnych możliwości. Podobnie jest w szkołach integracyjnych oraz szkołach ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi, których z roku na rok w Polsce przybywa (Szumski G., 2006). W szkołach i klasach integracyjnych określona liczba dzieci posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub/i opinię z poradni psychologiczno-pedagogicznej stwierdzającą konieczność dostosowania przez nauczyciela materiałów edukacyjnych dla ucznia. Zgodnie z nowymi zmianami wprowadzonymi przez Ministerstwo Edukacji Narodowej w 2017 roku klasy terapeutyczne mogą liczyć maksymalnie 15 uczniów. Ponadto uczniom z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego szkoła ma obowiązek zapewnić indywidualne lub zespołowe zajęcia rewalidacyjne prowadzone najczęściej przez pedagoga specjalnego.

W szkołach ogólnodostępnych oraz szkołach ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi najczęściej spotykamy uczniów z opiniami z poradni psychologiczno-pedagogicznej, takim dzieciom szkoła powinna zapewnić pozalekcyjne indywidualne lub prowadzone w małych grupach zajęcia korekcyjno-kompensacyjne prowadzone przez pedagoga lub psychologa szkolnego. Ponadto szkoły ogólnodostępne powinny oferować swoim podopiecznym zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze, dzieci uczestniczące w takich zajęciach nie muszą posiadać opinii z poradni psychologiczno-pedagogicznej. Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze organizowane są przez nauczycieli prowadzących dany przedmiot np. matematyków i dedykowane są uczniom, którzy mają problem z tym przedmiotem. Są one organizowane w małych grupach liczących maksymalnie 10 uczestników (R. Cybulska, H. Derewlana, A. Kacprzak, K. Pęczek, 2017) i są nieobowiązkowe, tylko od decyzji ucznia i jego opiekunów zależy czy będzie on w nich uczestniczył czy nie.

Warto również zaznaczyć, że uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi to nie tylko, dzieci mające problemy

z nauką, ale to również osoby uzdolnione, wykazujące ponadprzeciętne umiejętności z danego przedmiotu np. z matematyki, j. polskiego, chemii, geografii, biologii itd. im również szkoła powinna zapewnić możliwość rozwijania swoich umiejętności z danego przedmiotu. Często możemy się spotkać z sytuacjami gdzie w szkole proponuje się uczniom zdolnym udział w zajęciach pozalekcyjnych z konkretnego przedmiotu, na których omawia się materiał wychodzący poza podstawę programową. Są to najczęściej dzieci, które biorą udział w różnego rodzaju konkursach i olimpiadach organizowanych przez kuratorium oświaty.

Międzynarodowa terminologia zajęć z udziałem psa

W Polsce zajęcia z udziałem psa nazywane są powszechnie dogoterapią. Jest to bardzo ogólna nazwa gdyż zajęcia, na które wprowadza się psa zgodnie z nomenklaturą międzynarodową opracowaną przez Delta Society¹ (<https://www.deltasociety.com.au/>) oraz Europejskie Stowarzyszenie ADEu (<http://assistancedogseurope.org/>) jest bardziej zróżnicowana i wygląda następująco:

- AAA - Animal Assisted Activities (aktywne spotkanie z udziałem zwierząt) – są to zajęcia ogólnorozwojowe prowadzone w żłobkach, przedszkolach, szkołach, na różnego rodzaju piknikach rodzinnych itd. Zajęcia takie opierają się na zabawie dzieci z psem, ich celem jest zachęcenie uczestników do aktywności ruchowej, pomoc w nawiązywaniu i pogłębianiu kontaktów społecznych w swojej grupie rówieśniczej a także nauka dotycząca opieki nad zwierzęciem. Są to zajęcia o charakterze rekreacyjno-edukacyjno-rozrywkowym przeznaczone dla dzieci pełnosprawnych zarówno fizycznie jak i psychicznie (Ch. Scholl, 2015) AAA prowadzone są najczęściej przez pedagogów przedszkolnych i wczesnoszkolnych oraz przez osoby mające uprawnienia

¹ Najstarsza światowa organizacja zajmująca się propagowaniem różnych formy animaloterapii

pedagogiczne. Zajęcia prowadzone są w grupach liczących około 15 osób;

- AAT - Animal Assisted Therapy (terapia z udziałem zwierząt) – jest to terapia z udziałem psa prowadzona przez wykwalifikowanych specjalistów z zakresu medycyny, psychologii, pedagogiki, logopedii, fizjoterapii itd. Pies podczas takich sesji pełni funkcję motywatora, poprzez jego obecność często terapeuta łatwiej nawiązuje kontakt z pacjentem, ponadto obecność zwierzęcia działa wyciszająco i uspakajająco. Terapia z udziałem psa przeznaczona jest dla osób niepełnosprawnych zarówno fizycznie jak i psychicznie, dla pacjentów wykazujących problemy emocjonalne i społeczne, dla osób z zaburzeniami zachowania, dla ludzi po wypadkach a także dla osób po przeżytych traumach, ponadto terapia z udziałem psa świetnie sprawdza się w przypadku osób cierpiących na depresję. AAT musi być przygotowana zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta, z uwzględnieniem wytycznych znajdujących się w jego diagnozie, musi zawierać cele, jakie terapeuta chce osiągnąć ze swoim podopiecznym a także formy i sposoby ich realizacji (I. Roger-Lakenbrink, 2006). W trakcie takiej terapii osoba prowadząca jest zobowiązana do dokumentowania przebiegu zajęć a po określonej liczbie spotkań powinna przeprowadzić ewaluację, dzięki której możliwe będzie sprawdzenie efektów pracy i w razie konieczności kontynuowanie terapii z uwzględnieniem nowych celów terapeutycznych. Terapia z udziałem psa jest najczęściej prowadzona indywidualnie lub w małych grupach i odbywa się w szpitalach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, gabinetach terapeutycznych, centrach terapii a także w szkołach specjalnych;

- AAE - Animal Assisted Education (edukacja z udziałem zwierząt) – są to zajęcia edukacyjne nastawione na poprawę funkcji poznawczych uczestnika. Zajęcia prowadzone są najczęściej przez pedagogów ogólnych, pedagogów przedmiotowców, a także terapeutów pedagogicznych. Zajęcia edukacyjne z udziałem psa kierowane są przede wszystkim do uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych, uczniów ze specyficznymi problemami w uczeniu się, uczniów

zagrożonych dysleksją, dysortografią, dysgrafią, dyskalkulią. Podczas takich spotkań pies pełni funkcję motywującą i zachęcającą uczestnika do podejmowania prób wykonywania ćwiczeń i zadań sprawiających mu problem. Ten rodzaj zajęć jest również przeznaczony dla osób posiadających orzeczenia o niepełnosprawności (zazwyczaj w stopniu lekkim). Tak jak w przypadku AAT podczas AAE pedagog prowadzący zajęcia jest zobowiązany do stworzenia planu pracy z uczniem, w którym będą zawarte cele, metody i formy realizacji programu na przestrzeni roku szkolnego. Zajęcia o charakterze edukacyjnym prowadzone są indywidualnie lub w małych grupach między innymi w przedszkolach, szkołach, szkołach integracyjnych, szkołach ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi, w szkołach specjalnych, centrach terapii a także gabinetach terapeutycznych.

- AAI – Animal Assisted Intervention – interwencja z udziałem zwierząt. Jest to najmłodsza odmiana zajęć z udziałem psa. To połączenie AAT z AAE, zajęcia prowadzone są przez/lub w obecności lekarzy i terapeutów. Polegają na poprawie zarówno fizycznego jak i psychicznego stanu zdrowia pacjenta, ponadto służą poprawie i rozwojowi relacji społecznych, mają pozytywnie oddziaływać na emocje oraz wpływać na rozwój funkcji poznawczych. Na tego typu zajęcia kierowane są osoby z zaburzeniami zachowania, z problemami związanymi z adaptacją w społeczeństwie, grupie rówieśniczej, ale także ludzie po poważnych urazach psychicznych, traumach. Ta forma zajęć jest również wskazana dla seniorów (K. Spiowicz, E. Najbert, T. Pietras, 2016). Zajęcia AAI odbywają się najczęściej w szpitalach, ośrodkach psychiatrycznych, zakładach poprawczych, ośrodkach interwencji kryzysowej, pogotowiach opiekuńczo-wychowawczych, domach spokojnej starości, domach seniora, poradniach pedagogiczno-psychologicznych, ośrodkach terapeutycznych.

Zasadnicza różnica pomiędzy terapią z udziałem psa a zajęciami edukacyjnymi polega na tym, że w przypadku AAE prowadzący skupia się tylko na rozwoju intelektualnym i osiągnięciach edukacyjnych uczestnika oraz na usprawnianiu jego funkcji poznawczych, natomiast

w przypadku sesji AAT terapeuta w zależności od swoich uprawnień oraz potrzeb i możliwości pacjenta powinien skoncentrować się na poprawie rozwoju: fizycznego, intelektualnego oraz emocjonalno-społecznego.

Dogoterapia a specjalne potrzeby edukacyjne

W 2017 roku Ośrodek Rozwoju Edukacji wraz z Ministerstwem Edukacji Narodowej opracowali wraz ze specjalistami publikację pt.: *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w systemie edukacji w świetle nowych przepisów prawa oświatowego*. W książce autorzy starają się wskazać nauczycielom możliwości pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W każdej placówce oświatowej znajdziemy dzieci i młodzież wymagającą dostosowań i pomocy ze strony nauczycieli, pedagogów i rodziców. Ważne, żeby szukać rozwiązań, które pomogą młodym ludziom w lepszym przyswajaniu wiedzy i nabywaniu nowych umiejętności. Taki stan rzeczy wiąże się z koniecznością poszukiwania nowych form i technik pracy, jednakże z drugiej strony trzeba pamiętać, żeby nie przytłoczyć ucznia zbyt dużą ilością zajęć a jedynie wybrać tą metodę, która przynosi najlepsze efekty i która sprawia uczestnikowi przyjemność. W przypadku dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych bardzo ważne jest przyjęcie zasady edukacja poprzez zabawę, co do starszych dzieci i młodzieży warto pamiętać, że nauka musi im sprawiać radość a nie być przykrym obowiązkiem, dlatego formy zajęć korekcyjno-kompensacyjnych powinny mieć zupełnie innych charakter niż lekcje, na które dzieci uczęszczają.

Edukacyjne zajęcia z udziałem psa (AAE), terapia z udziałem psa (AAT) lub interwencja z udziałem psa (AAI) w przypadku dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi może okazać się świetnym rozwiązaniem. Zajęcia takie mogą być prowadzone indywidualnie lub w małych grupach składających się z dzieci w podobnym wieku i ze zbliżonymi problemami edukacyjnymi. Jedynym przeciwwskazaniem do udziału dziecka w takich zajęciach jest alergia na psią sierść. Warto również pamiętać, że na takie zajęcia powinny uczęszczać dzieci, które darzą zwierzęta dużą sympatią, wtedy taka forma zajęć edukacyjno-

wyrównawczych będzie dla nich ogromną przyjemnością. Z obserwacji autorki artykułu wynika, że pies w trakcie zajęć może spełniać różne funkcje m.in.:

- Motywacyjną – obecność zwierzęcia służy zachęceniu ucznia do wykonania określonego zadania w zamian za nagrodę, jaką jest np. zabawa z psem;
- Wyciszającą – obecność psa powoduje, że uczestnik uspokaja się i rozluźnia, dzięki czemu łatwiej mu się skupić na wykonywanych zadaniach;
- Emocjonalną – dzięki więzi, jaka wytwarza się pomiędzy dzieckiem a psem, uczestnikowi zaczyna zależeć na spotkaniach, na które przychodzi z przyjemnością i do których zaczyna się coraz bardziej przykładać tak żeby zadowolić psa, siebie oraz terapeutę. Ponadto uczestnik uczy się odpowiedzialności za drugą istotę, cierpliwości, delikatności w stosunku do innych, wrażliwości i samokontroli;
- Edukacyjną – dzięki obecności psa w trakcie zajęć, dziecko poszerza zakres swojej wiedzy tym samym rozwijając swoje możliwości z zakresu edukacji.
- Terapeutyczną – dzięki regularnym spotkaniom z psem (w zależności od problemu, z jakim dziecko zostało skierowane na zajęcia) uczeń zaczyna wyrównywać braki edukacyjne, poprawia się jego stan psychiczny lub/i fizyczny, ma lepsze samopoczucie, podnosi się jego samoocena, zaczyna lepiej funkcjonować w społeczeństwie a także w grupie rówieśniczej, zmniejsza się poziom agresji, ponadto *„...głaskanie i dotykanie psa ma walor terapeutyczny, wzmacniający ruchy i wpływający na teorię umysłu.”* (K. Spiowicz, E. Najbert, T. Pietras, 2016, s.80).

Rycina 1. Funkcje spełniane przez psa w trakcie zajęć



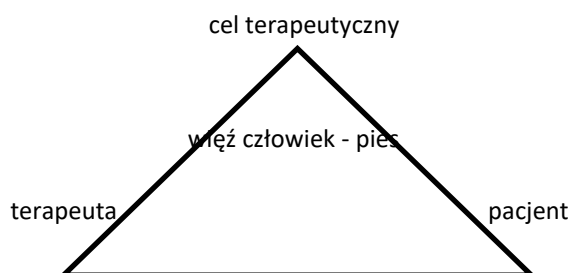
Opracowanie własne

Zgodnie z informacjami zawartymi w publikacji ORE *Celem udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest:*

- *Wspieranie potencjału rozwojowego ucznia;*
- *Stwarzanie warunków do aktywnego i pełnego uczestnictwa ucznia w życiu przedszkola, szkoły i placówki;*
- *Stwarzanie warunków do aktywnego i pełnego uczestnictwa ucznia w środowisku społecznym;* (R. Cybulska, H. Derewlana, A. Kacprzak, K. Pęczek, 2017, s. 10).

Zgodnie z powyższymi wytycznymi dobrze prowadzone zajęcia z udziałem psa mogą spełnić wszystkie wyżej wymienione punkty. Trzeba jednak pamiętać, że zatrudniając osobę pracującą z psem należy dokładnie sprawdzić jej wykształcenie. W Polsce dokumenty dogoterapeuty może otrzymać praktycznie każda pełnoletnia osoba bez względu na to czy posiada przygotowanie pedagogiczne, psychologiczne, medyczne czy nie. Na kursy przyjmowane są osoby z wykształceniem minimum średnim, które po jego ukończeniu otrzymują certyfikat i dokumenty potwierdzające przygotowanie psa do

pracy. Osoby bez odpowiedniego wykształcenia mogą prowadzić zajęcia, ale tylko w obecności drugiego specjalisty, który posiada odpowiednie przygotowanie do pracy. W przypadku, kiedy dyrektor placówki zakłada, że zatrudniona osoba ma prowadzić zajęcia samodzielnie musi ona bezwzględnie posiadać wykształcenie pozwalające na pracę z uczniami z określonymi problemami i/lub dysfunkcjami. Należy pamiętać, że pies podczas zajęć odgrywa kluczową rolę, ale to zadaniem osoby prowadzącej jest przygotowanie całego planu pracy z uczniem i to zwłaszcza od niego zależy, jakie efekty przyniosą te spotkania. W książce *Dogoterapia* pies został przedstawiony, jako zmienna pośrednicząca w procesie terapeutycznym (Spiowicz K., Najbert E., Pietras T. 2016).



Rycina 2. Pies jako zmienna pośrednicząca w procesie dogoterapii
Źródło: Spiowicz K., Najbert E., Pietras T. I., *Dogoterapia*, Warszawa 2016, s.55

Jak widać z powyższej ryciny więź, jaka nawiązuje się pomiędzy człowiekiem a psem jest, zasadniczym elementem, jeżeli chodzi o osiągnięcie celu terapeutycznego. W tym miejscu warto również wspomnieć o programie R.E.A.D. (Reading Education Assistance Dogs), którego twórcą jest Sandi Martin. W 2001 roku w czasopiśmie *Interactions* (S. Martin, 2001) opublikował On artykuł, w którym udowodnił, że obecność psa pozytywnie wpływa na naukę czytania wśród dzieci w młodszym wieku szkolnym. Eksperyment trwał 15 miesięcy w tym czasie wśród uczestników badacz zaobserwował:

1. Poprawę umiejętności czytania;
2. Podwyższenie samooceny;

3. Rozwój umiejętności społecznych;
4. Zmniejszoną liczbę nieusprawiedliwionych nieobecności (Bartkiewicz W., Zawada M., 2008).

Na świecie prowadzi się wiele badań, które potwierdzają, że kontakt ze zwierzęciem ma pozytywny wpływ zarówno na rozwój fizyczny jak i psychiczny. Warto tutaj wspomnieć choćby o takich nazwiskach jak Melson (1990), Kidd (1994), Bergsen (1989), Redefer (1989), Vidowic (1999). Świadome wprowadzanie psa na zajęcia może przynieść bardzo dużo korzyści. Trzeba jasno zaznaczyć, że nie jest to bezcelowy zabieg marketingowy mające jedynie uatrakcyjnić prowadzone zajęcia, ale świadome działanie poprzedzone długotrwałym przygotowaniem do pracy zarówno psa jak i człowieka. Gabinet terapeutyczny nie jest naturalnym środowiskiem, w którym przebywa pies, dlatego tak ważne jest dbanie o jego komfort psychiczny. Obowiązkiem osoby, której w wykonywanej pracy towarzyszy pies jest zapewnienie mu jak najlepszych warunków i odpowiedniej ilości wypoczynku. Ważne, żeby człowiek był partnerem i przyjacielem czworonoga, ponieważ najlepsze zespoły tworzą ludzie i psy, między, którymi wytwarza się wyjątkowa więź. Jeżeli taka więź powstanie również pomiędzy dzieckiem przychodzącym na zajęcia a psem wtedy można być pewnym, że spotkania te przyniosą oczekiwany efekt. Uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi należy stworzyć takie warunki, aby jak najlepiej wykorzystać ich potencjał i pomóc w przyswajaniu wiedzy, zwracając szczególną uwagę na to żeby proponowane formy zajęć zachęcały ich do dalszej nauki oraz do kontynuowania pracy nad sobą.

Abstract

The article has been divided into three parts. The first part contains information about a child with special educational needs. It presents the vocabulary definition of a child with special educational needs and describes the types of schools to which such pupils can attend. In addition, the types and model of classes that individual centers should provide to pupils who require help are characterized, depending on the opinions and predicate they have or in the absence thereof. The second part explains the international terminology regarding activities with the participation of a dog and presents the differences between the various forms of this activities. The third part

deals with the possibilities offered by dog therapy when working with a child with special educational needs. Presented and described functions that can be realized by a dog during the educational activities. Attention was also paid to the requirements to be met by the animal and its carer during therapy.

Bibliografia:

Bartkiewicz W., Zawada M. (2008), *Pies terapeuta i przyjaciel rodziny*, Grafis Wydawnictwo i Poligrafia, Warszawa

Bergsen F.J. (1989), *The effects of pet facilitated therapy on the self-esteem and socialisation of primary school children*, University of the Witwatersrand, Johannesburg

Cybulska R., Derewlana H., Kacprzak A., Pęczek K. (2017), *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w systemie edukacji w świetle nowych przepisów prawa oświatowego*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa

Głodkowska J. (2010), *Dydaktyka specjalna w poszukiwaniu wzorców – współczesne tendencje w edukacji źródłem uogólniających inspiracji*. [w:] J. Głodkowska (red.), *Dydaktyka specjalna w przygotowaniu do kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Wydawnictwo APS, Warszawa

Kidd A.H., Kidd R.M. (1994), *Benefits and liabilities of pets for the homeless*, "Psychological Reports", nr 74, s. 715-722

Martin S. (2001), *R.E.A.D. is a pawssitive program for kids of all ages*, "Interactions" nr 19 (3)

Melson G.F. (1990), *Studying children's attachment to their pets: A conceptual and methodological review*, "Anthrozoös" nr 4, s. 91-99

Redefer L.A., Goodman J.F. (1989), *Pet-facilitated therapy with autistic children*, "Journal of Autism and Developmental Disorders" nr 19(3), s.461-467

Röger-Lakenbrink I. (2018), *Das Therapiehundeteam - Ein praktischer Wegweiser*, "Kynos Verlag", Mürlenbach/Eifel

Schöll Ch. (2015), *Tiergestützte Pädagogik und Therapie: Betrachtung unter bindungstheoretischen Gesichtspunkten*, "Diplomica Verlag GmbH", Hamburg

Spiowicz K., Najbert E., Pietras T. (2016), *Dogoterapia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

Szumski G. (2006). *Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

Vidović V.V., Štetić V.V., Bratko D. (1999), *Pet ownership, type of pet and socio-emotional development of school children*, "Anthrozoös" nr 12 (4), s. 211-217

Netografia:

Oficjalna strona internetowa Assistance Dogs Europe
<http://assistancedogseurope.org/> [01.07.2018]
Oficjalna strona internetowa Delta Society
<https://www.deltasociety.com.au/> [01.07.2018]

Andrzej Grzegorz Maślany

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

Postać nauczyciela wspomagającego w świetle potrzeb dziecka ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi

Wstęp

Powszechnie widoczne przemiany w zakresie podejścia instytucjonalnego do opieki, wychowania i edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, mają swe źródła w ewolucji myślenia. Postulaty integracji, a także inkluzji, wypełniły szeroko rozumianą działalność rehabilitacyjną i rewalidacyjną, przenosząc jej oddziaływania na obszar kształcenia ogólnodostępnego. Przebudowa, o której mowa, wyraża się w postępie w zakresie aktualizacji treści, form, metod nauczania, dodając przy tym wartość, którą reprezentuje nauczyciel wspomagający. Artykuł, z którym mają Państwo okazję się zapoznać, prezentuje podejście pogłębionej refleksji, nad funkcją i zadaniami nauczyciela wspomagającego, w przedszkolu ogólnodostępnym. Jako osoba odpowiedzialna za proces adaptowania pedagogiki specjalnej na grunt placówki ogólnodostępnej, chciałbym podzielić się refleksjami, które nasunęły mi się w trakcie pracy z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym ze spektrum autyzmu.

Nauczyciel wspomagający w wyobrażeniach – między prawdą a oczekiwaniami

Przeglądając ogłoszenia o pracę adresowane do pedagogów, zauważyć można, że współcześnie pracodawcy zwiększyli swe zainteresowanie specjalistami z zakresu pedagogiki specjalnej. Ma to bezpośrednie konsekwencje w sposobie organizacji kształcenia specjalnego na terenie placówek ogólnodostępnych. Osoba nauczyciela wspomagającego, którego zatrudnienie od przeszło dwóch lat

w pewnych warunkach jest obowiązkowe, niesie ze sobą ładunek emocjonalny. Widoczne jest to szczególnie w przypadku placówek, w których taki nauczyciel zatrudniany jest po raz pierwszy. Oczywiście istnieją akty prawne definiujące postać nauczyciela wspomagającego, ale nie mają one jeszcze wiarygodnego przełożenia na postawy nauczycieli wychowania przedszkolnego. Wciąż istnieją obawy o kompetencje specjalisty, szczegółowy zakres jego obowiązków i charakter współpracy z innymi nauczycielami. Z moich doświadczeń wynika, że poza świadomością, że nauczyciel wspomagający będzie pracował z dzieckiem z tzw. orzeczeniem, nie wiele wiadomo o nim samym. Nie pragnę skupiać się na przypadkach incydentalnych, lecz z moich obserwacji wynika, że nauczyciela wspomagającego postrzega się czasem jako pomocnika, nauczyciela drugiej kategorii a także kogoś, kto powinien zajmować się wyłącznie dziećmi z orzeczeniem, nie wnikając w kształtowanie relacji między dziećmi na poziomie grupy. Obawy przed wiedzą tajemną pedagoga specjalnego mogą budzić lęk, który wyrażany bywa czasem w sposób nieprofesjonalny. Osoby otwarte na nowe doświadczenia przekonują się jednak, że drugi nauczyciel może być przydatny, ułatwić pracę dziecka jak i całej grupy. Do zmiany stereotypów konieczne jest aktywne działanie samego nauczyciela wspomagającego. Jego rola powinna polegać na niwelowaniu niekorzystnego wpływu wyobrażeń na swój temat poprzez stałe i profesjonalne informowanie o swoich działaniach współpracowników, wyjaśnianie nieścisłości i rzetelne wykonywanie powierzonych mu obowiązków.

Wspomaganie rozwoju dziecka ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi w przedszkolu

Wspomaganie rozwoju dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi należy do najważniejszych zadań i obowiązków pedagoga specjalnego pracującego w przedszkolu. Jako „advokat” dziecka z niepełnosprawnością musi poczynić wszelkie możliwe kroki, by dostosować – w miarę możliwości – środowisko przedszkolne do dziecka, mając na uwadze jednak, że finalnym efektem winno być dostosowanie się dziecka do tegoż środowiska. By osiągnąć zamierzone cele nauczyciel wspomagający, dostosowuje m.in. ćwiczenia i środki dydaktyczne do możliwości psychofizycznych dziecka. Innymi słowy, osoba zatrudniona jako nauczyciel

wspomagający, konsultując się także z nauczycielem wychowania przedszkolnego, tworzy adaptację wybranych ćwiczeń lub na przykład jednostek lekcyjnych. Poza dostosowaniem, o którym wyżej była mowa nauczyciel wspomagający powinien niejednokrotnie wcielić się w rolę tzw. „cienia”, to znaczy być obecnym w polu widzenia dziecka, reagować – wedle własnego sumienia – w sytuacjach, w których dziecko potrzebuje pomocy. Dzięki temu możliwe jest wdrażanie pozytywnych wzorców zachowania, tłumaczenie zależności międzyludzkich, a także zwykłe, aczkolwiek bardzo ważne, towarzyszenie dziecku w trakcie dnia. Nie należy zapominać, że szczególnie podczas pierwszych dni pedagog specjalny jest jedyną osobą, w której dziecko może znaleźć punkt oparcia. Świadczy o tym, chociażby mój osobisty przykład, gdy chłopiec w sytuacji dla niego trudnej z płaczem kierował się w moją stronę, po to, by się wyciszyć. Kończąc rozważania dotyczące wsparcia dziecka w przedszkolu samorządowym, moim zdaniem, najważniejsze jest, by zawsze kierować się dobrem podopiecznego. Wyłącznie takie podejście, połączone z pogłębioną analizą przypadku oraz konsultacjami z innymi specjalistami, przysłuży się w terapii.

Problematyka relacji między dzieckiem z SPE a rówieśnikami

Na temat charakterystyki sposobu funkcjonowania dzieci ze spektrum autyzmu powstało wiele interesujących publikacji naukowych i poradników. Nie będę zatem poświęcał jej dodatkowego miejsca w niniejszym artykule. Moim zdaniem, ciekawy dla Państwa będzie fragmentaryczny opis przypadku dziecka, z którym pracowałem, z uwzględnieniem aspektu zabawy i czasu wolnego. Chciałbym zwrócić Państwa uwagę na zmienność typową dla każdego dnia w przedszkolu, pomimo z góry ustalonego planu dnia, który często wyznaczany jest przez pory posiłków, zajęcia edukacyjne i zajęcia dodatkowe. Głównym napędem przemian są same dzieci. Widać to szczególnie w sposobie zabawy, który zmienia się wraz z nadchodzącymi nowymi pomysłami. Dziecko z autyzmem, jak powszechnie przyjęto, przejawia problemy adaptacyjne, nie dziwi więc, że w powyższych sytuacjach, dochodzić może do występowania zachowań trudnych. Moją rolą jako specjalisty było czuwanie nad przebiegiem zabawy, w taki sposób, by dziecko mogło się w niej

odnaleźć. Do moich powinności należało m.in. organizowanie zabaw, ze względnie stałą liczbą uczestników, z kanonem reguł możliwym do przyswojenia dla dziecka i sposobem zabawy, który byłby rozwojowy, nie zaś stereotypowy. Dobrym pomysłem wydaje się zabieranie ograniczonej liczby uczestników na zajęcia z rewalidacji indywidualnej, podczas których dziecko w spokoju, przy osobach, przy których czuje się pewnie, może uczestniczyć w treningu społecznym, wykorzystującym zabawę jako źródło wsparcia. Podejście takie zapewnia możliwość przyswojenia zasad, zrozumienie reakcji innych uczestników gry, przeżywanie wygranej, jak i porażki.

Ważne dla dalszych rozważań jest także postrzeganie przez pełnosprawnych rówieśników niepełnosprawności dziecka. Z moich obserwacji, popartych rozmowami z doświadczonymi nauczycielami wychowania przedszkolnego, wysnuć należy wniosek, że poza niepełnosprawnością fizyczną, percepcja innych niepełnosprawności nie jest brana przez pełnosprawne dzieci pod ocenę. Innymi słowy, dzieci w wieku 3 – 5 rż. w większości przypadków nie zauważają niepełnosprawności rówieśnika, chyba, że towarzyszy jej poważne zaburzenie w zachowaniu. W tym przypadku często dzieje się tak, że rówieśnicy oddalają się od dziecka, nie wchodząc z nim w relacje, w tym w zabawę. Sytuacja ulega zmianie między 5 a 6 rokiem życia. Niepełnosprawność staje się widoczna dla rówieśników przez co zdarzają się sytuacje, w których pełnosprawni rówieśnicy naśmiewają się, szturchają dziecko i inicjują sytuacje, w których dochodzi do zachowań trudnych. Szczególnie mojej obserwacji nie umknęła zmiana jakościowa w zachowaniu do dziecka w okresie granicznym, o którym wspominałem. Moje działania musiały zostać skierowane na eliminację zachowań trudnych, radzenie sobie z napięciem w sposób społecznie akceptowalny, organizację zabaw, w których relacje między dzieckiem a rówieśnikami mogą ulec poprawie, oraz sama praca z dziećmi pełnosprawnymi. W kontakcie z pełnosprawnymi dziećmi w wieku przedszkolnym kluczowa jest rozmowa na temat zachowania, którego są świadkami, a także stałe podkreślanie mocnych stron dziecka z niepełnosprawnością.

Pozytywna relacja między rówieśnikami a dzieckiem z niepełnosprawnością, moim zdaniem, decyduje o sukcesie w terapii. Wiek przedszkolny to czas, gdy rówieśnicy uczą się od siebie

zachowań społecznych, kształtują swój charakter. Nieprawidłowe relacje powodują wycofanie dziecka z niepełnosprawnością, a przez to oddalają go od dobrych wzorców, kierując przy tym na zachowania trudne, niepożądane społecznie.

Problematyka relacji między nauczycielem wspomagającym a nauczycielem wychowania przedszkolnego

Zadaniem nauczyciela wspomagającego jest takie współorganizowanie procesu nauczania, wychowania i opieki, aby doszło do optymalizacji rozwoju dziecka ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi. Jest to cel nadrzędny, ponieważ rolą integracji, w tym inkluzji jest prawidłowe funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym, w tym rówieśniczym oraz przygotowanie do roli ucznia. Dziecko, które przejawia problemy rozwojowe, w tym adaptacyjne, prowadzone jest przez nauczyciela wychowania przedszkolnego i wspomagającego, zatem jakość współpracy między specjalistami, determinuje jego dalsze postępy. Dlatego też o problematyce relacji między nauczycielami warto mówić. Dla obu nauczycieli sytuacja przed którą stają wydaje się problematyczna. Nauczyciel wychowania przedszkolnego wprowadza drugiego specjalistę na obszar swojej pracy, oddając mu część inicjatywy. Nauczyciel wspomagający musi określić ramy, w których funkcjonuje, nie wchodząc przy tym w zakres kompetencji współpracownika. Zarówno dla jednej jak i drugiej osoby jest to wydarzenie kłopotliwe, chociażby z tego względu, że często żadna z nich nie jest dobrze zapoznana z warszatem pracy współpracownika. Wyniknąć z tego mogą nieporozumienia prowadzące do konfliktów. Niezwykle istotna jest rozmowa, jeszcze przed podjęciem pracy o sposobie wspólnego działania. Sytuacją niewskazaną, a z którą można się spotkać, jest wycofanie się nauczyciela wychowania przedszkolnego z aktywnego poszukiwania skutecznych metod optymalizujących pracę z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi. Moim zdaniem wynika to, z przekonania o braku wystarczających kwalifikacji. Nie byłoby w tym nic złego, gdyby osoby te korzystały ze wsparcia nauczyciela wspomagającego. Przecież, warto nadmienić, nauczyciel wspomagający również dla celów terapii pracuje z dziećmi pełnosprawnymi. Nie może zatem być podziału na dzieci nauczyciela wspomagającego i dzieci nauczyciela wychowania

przedszkolnego. To, co może być problematyczne dla nauczyciela wspomagającego to samo podejście do wykonywanej przez niego pracy. Postawa szacunku i zrozumienia dla metod jego działania powinna stanowić cechę relacji między pracownikami. Poszanowanie wytycznych, które nauczyciel wspomagający rekomenduje do pracy z dzieckiem, gwarantuje dalsze postępy. Gdy jedna ze stron dba o samodzielność podczas spożywania pokarmów, druga winna przestrzegać wytycznych, których realizacja wzmacnia samodzielność i adaptację dziecka. W innym wypadku nauczyciel wspomagający nie może wziąć pełnej odpowiedzialności za efekty terapii, co działa na niekorzyść dziecka. Konsekwencja, o której mowa, często decyduje o sukcesie w pracy, szczególnie gdy dziecko z niepełnosprawnością przebywa w licznej grupie rówieśników i podlega częstym zmianom w planie dnia, wynikającym z charakteru funkcjonowania grupy przedszkolnej.

Współpraca między specjalistami pełna może też być pozytywnych i budujących momentów. Jako nauczyciel wspomagający doświadczyłem wzorcowych relacji z nauczycielem wychowania przedszkolnego. Częste dyskusje na temat pracy i postępów dziecka, pozwoliły na zauważenie błędów obu stron oraz wykluczenie ich w dalszej działalności edukacyjnej i terapeutycznej. To właśnie częste i merytoryczne polemiki między specjalistami stanowią o wielkiej sile duetu, który tworzą pedagodzy. Nieoceniona rola nauczyciela wychowania przedszkolnego przejawia się przede wszystkim w możliwości budowania odpowiedniego środowiska do wzrastania dziecka. Pedagog pracujący na co dzień z grupą dzieci potrafi przekazać cenne spostrzeżenia na temat funkcjonowania rówieśników chłopca, a co za tym idzie, dostarcza wiedzy nauczycielowi wspomagającemu, w jaki sposób organizować sytuacje edukacyjne, czas wolny. Dzięki temu dziecko może osiągnąć sukces w kontakcie z rówieśnikami.

Podsumowanie, które nie kończy rozważań. Czy inkluzja rodzi możliwości czy ich pozbawia?

Celem niniejszego artykułu było przedstawienie Czytelnikowi osobistych refleksji nad pracą nauczyciela wspomagającego w przedszkolu ogólnodostępnym. Proces edukacji, wychowania i opieki dziecka ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi, jak zauważyć można

było, stanowi składową wielu współoddziałujących czynników. Poza ustawodawstwem, rozwojem paradygmatów pedagogiki specjalnej, czynnikiem determinującym są ludzie, ponieważ to od nich, od współpracy między specjalistami, zależą dalsze postępy dziecka. Zamysł integracji czy też inkluzji w swym ideologicznym wydźwięku nie pozostawia po sobie złych wrażeń. Jednak by praktyka niosła ze sobą zakładane efekty, konieczne są przede wszystkim zmiany osobowościowe w pedagogach. By osiągnąć sukces, należy porzucić lęk przed nowym oraz wspólnie realizować cele. W innym wypadku przedszkole, jeden z najwspanialszych okresów dzieciństwa, stanie się obszarem bratobójczej walki między nauczycielami posługującymi się w niej niedopowiedzeniami, niezrozumieniem i urazą. Moim życzeniem jest by dyskusja o tym, co dobre i co złe w pracy nauczyciela wspomagającego, sposobie prowadzenia integracji i inkluzji, a także o relacjach między pedagogami trwała, z korzyściami dla wszystkich osób zainteresowanych.

The aspect of a supporting teacher in the education of a child with special educational needs in a public kindergarten

The article was made on the basis of a deep reflection of a supporting teacher working with children with special educational needs in a local public kindergarten.

Metoda dwuczłowieka w rozwijaniu samoobsługi dzieci z głębszymi zaburzeniami rozwoju

Wprowadzenie

Istnieje wiele metod, które stosuje się w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim. Jedną z metod jest metoda dwuczłowieka, która zostanie omówiona w niniejszym artykule. Na temat tej metody jest niewiele literatury, wydaje się więc być ona mało popularna lub mało znana. W pracy z uczennicą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim sprawdzono, czy dzięki tej metodzie jesteśmy w stanie osiągnąć zamierzony efekt. Dodatkowo artykuł ma na celu pokazanie metody większej ilości odbiorców.

Funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim według skali Wechslera znajdują się w przedziale 0-24 punktów IQ. Poziom funkcjonowania tych osób może osiągnąć maksymalnie 3 rok życia. W zależności czy osoba jest bliżej dolnej granicy przedziału IQ dotyczącej głębokiej niepełnosprawności intelektualnej, czy górnej, od tego zależy indywidualnie dla każdej osoby możliwości opanowania czynności samoobsługowych. W głębokiej niepełnosprawności intelektualnej występują poważne ograniczenia w zakresie komunikacji, poruszania się, pamięci, spostrzegania, mowy, kontrolowania otoczenia, samoobsługi. Ograniczenia w każdej niepełnosprawności intelektualnej są trwałe, w rewalidacji chodzi o usprawnienie każdej sfery do najlepszego funkcjonowania, jakie może osiągnąć konkretna osoba (J. Kostrzewski, 1981).

U dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim często występują zachowania autostymulacyjne.

Autostymulacje mogą mieć charakter wzrokowy, słuchowy lub dotykowy. Mogą być skutkiem braku odpowiedniej stymulacji dziecka. Autostymulacje także pobudzają system nerwowy, który bez nich mógłby przejść w stan atrofii. Nie należy więc dążyć do całkowitego wyeliminowania autostymulacji, lecz do zastąpienia niebezpiecznych autostymulacji innymi, bezpiecznymi dla dziecka i otoczenia. Wtedy dopiero można dążyć do zastąpienia autostymulacji różnymi czynnościami, które nie są autostymulacjami (O.I. Lovaas, 1993).

Kolejną charakterystyczną rzeczą dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim są stereotypie ruchowe. Są one skutkiem niedojrzałości ośrodkowego układu nerwowego. Hanna Olechnowicz twierdzi, że dają one przyjemność i zaspokajają potrzebę ruchu. Stereotypie ruchowe mogą być także reakcją zamiast płaczu lub być ucieczką w sytuacjach lękowych. Popychać do stereotypii ruchowych może także brak ciekawych zabawek i przedmiotów, brak bodźców, izolacja społeczna (H. Olechnowicz, 1969).

Metoda dwuczłowieka w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim

Stan fizyczny organizmu oddziałuje bezpośrednio na psychikę człowieka i odwrotnie. Ćwiczenia ruchowe powinny uczestniczyć i mieć wpływ na psychikę i może się to odbywać w trojaki sposób. Pierwszy sposób to aktywne doprowadzenie do jednoczesnych zmian w fizjologii oraz psychice człowieka. Drugi sposób to wywoływanie zmian w biologicznym funkcjonowaniu organizmu. Osoba z niepełnosprawnością zauważy te zmiany, co poprawi również jej funkcjonowanie psychiczne lub reakcję psychiczną. Trzeci sposób to efekt placebo. Jest to niespecyficzny efekt psychologiczny i prowadzi do poprawy samopoczucia osoby. Dokładny związek jednak między aktywnością ruchową a psychiką nie jest do końca zbadany. Stanisław Kowalik twierdzi, że związek ten na pewno istnieje. W przypadku metody dwuczłowieka ważnym elementem jest zwrócenie uwagi osoby niepełnosprawnej na doświadczanie kontroli nad swoim ciałem, co z kolei tworzy poczucie kontroli nad

zdarzeniami. Ważnym aspektem w pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim jest aktywizacja. Funkcje i oddziaływania psychofizjologiczne nie są do końca zbadane u osób z tym stopniem niepełnosprawności, można uznać, że istnieją pewne blokady hamujące aktywność fizyczną, które dzięki metodzie dwuczłowieka mogą zmaleć (S. Kowalik, 2007).

Metoda dwuczłowieka wydają się być obecnie znaczącą innowacją dla pedagogów specjalnych oraz rodziców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim. Metoda ta jednak została opisana przez Stanisława Kowalika w roku 2001. Polega na przywiązywaniu dziecka do siebie i wykonywaniu określonych czynności, w zależności od tego, co sobie obierzemy na cel. Efekty, które można wybrać sobie na cel, to między innymi: zwiększenie poczucia własnego ciała, obniżenie napięcia mięśni, kontrola własnego ciała, wyciszanie autostymulacji, zwiększenie poczucia jestestwa, nadanie intencjonalności określonym zachowaniom, nawiązywanie relacji z terapeutą, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa. W zależności od celu, należy związać się z dzieckiem w określony sposób – w pasie; między stawem skokowym i kolanowym; kolanowym i biodrowym; nadgarstkowym i łokciowym; łokciowym i barkowym. Związanie powinno być ściśle, lecz nie za ciasne. Należy pamiętać, że każde dziecko funkcjonuje inaczej i trzeba elastycznie dostosować się do tego konkretnego dziecka (S. Kowalik, 2001).

Cel i metoda badań

Celem niniejszych badań jest analiza możliwości zastosowania metody dwuczłowieka w pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim w celu usprawnienia codziennych czynności. Przedmiotem badań jest nauka samodzielnego jedzenia.

W badaniach wykorzystano metodę indywidualnego przypadku, obserwację uczestniczącą oraz praktycznego działania.

Sformułowano następujący główny problem badawczy:

W jakim zakresie uczennica z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim jest w stanie opanować – z wykorzystaniem metody dwuczłowieka - czynność samodzielnego jedzenia?

Pytania szczegółowe dotyczyły następujących obszarów:

- Jaka powinna być częstotliwość podejmowanych działań?
- Jakie trudności pojawiają się w pracy metodą dwuczłowieka?

Badana osoba i procedura badań własnych

W pracy z uczennicą, która ma obecnie 13 lat za cel postawiono naukę samodzielnego jedzenia. Dziewczynka jest niepełnosprawna intelektualnie w stopniu głębokim oraz funkcjonuje w środowisku jako osoba niewidoma (uszkodzenie kory mózgowej). Na skutek bakteryjnego zapalenia opon mózgowych, gdy dziewczynka miała 4 miesiące życia, doszło do mózgowego porażenia dziecięcego, zostały uszkodzone trzy płaty mózgowe. Występuje spastyczność mięśni w nogach, jedna strona dziewczynki jest słabsza, lecz napięcie mięśniowe w rękach jest prawidłowe. W przeszłości zawsze była karmiona, a jeśli dostała jedzenie do ręki, nigdy nie wkładała go do buzi, tylko zaczynała bawić się jedzeniem paluszkami (napięcie mięśniowe w rękach jest prawidłowe). Metodą dwuczłowieka pracowano z uczennicą od listopada 2016 roku. Na początku wiązano się z dziewczynką w pasie oraz w nadgarstkach i sadzano dziewczynkę na kolanach. Do związkiwania się wybrano bandaż elastyczny – dzięki niemu można ściśle związać się z dzieckiem i zarazem jest bezpiecznie.



Zdjęcie 1: Związanie przed jedzeniem

Źródło: archiwum prywatne²

² Autorka artykułu uzyskała zgodę rodziców dziecka na publikację wszystkich fotografii w niniejszym nr czasopisma.



Zdjęcie 2: Związanie przed jedzeniem

Źródło: archiwum prywatne

Dłoni terapeuty prowadzono dłoń dziecka. Najpierw za pomocą palców terapeuty łapano jej paluszkami łyżkę i kierowano ją do buzi dziewczynki. Druga ręka była kierowana na obrzeże miseczki, aby dziecko wiedziało, gdzie ona się znajduje. Związanie się w pasie miało na celu zapobiegnięcia zsunięcia się dziewczynki z kolan. Było to dla niej coś nowego, występowały złość i sprzeciw okazywany za pomocą krzyku i licznych autostymulacji, jak próby wyrywania sobie włosów, wkładanie rąk do buzi oraz gryzienie się. Na początku trzeba było dozować nowe doznanie, przyzwyczaić dziecko do związania się, zaczynając od 5 minut dziennie i wydłużając ten czas z każdym kolejnym razem, aż do momentu, kiedy zjedzenie kaszki z małej miseczki trwało 15-20 minut. Dzięki temu pamięć mięśniowa dziewczynki nauczyła się odszukać łyżkę, pokierować ją do buzi, a następnie odłożyć ją znów do miski. Ważne jest, aby na początku nie

zwracać uwagi na ułożenie łyżki, ponieważ czy zostanie poprawnie włożona, lub wygięciem do góry, jedzenie i tak na łyżce będzie – jest to szczególnie ważne u dzieci z uszkodzeniami wzroku, aby nie zraziły się już na samym początku. Substancja powinna być w formie kaszki lub serka i tego typu podobnych pokarmów, aby właśnie zawsze w zetknięciu z łyżką na niej pozostała niezależnie od tego, czy łyżka będzie włożona górną, czy dolną, ważne tylko aby rękojeść była w dłoni, a nie odwrotnie. Z czasem autostymulacje podczas jedzenia wyciszyły się na tyle, że dziewczynka zjadała kaszkę w 7 minut.



Zdjęcie 3: W trakcie jedzenia

Źródło: archiwum prywatne



Zdjęcie 4: W trakcie jedzenia

Źródło: archiwum prywatne

Jeśli chodzi o miseczkę, warto, aby była ona na przykład z przyssawką, dzięki czemu nie będzie się zsuwała ze stołu.



Zdjęcie 5: Miska z przyssawką

Źródło: archiwum prywatne

Kolejną ważną rzeczą jest komunikat podczas jedzenia. Wszystkie dzieci najpierw przyswajają rzeczowniki i bezokoliczniki, a dopiero później czasowniki i przymiotniki. U dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim jest ważne, aby ten komunikat był zawsze taki sam, krótki i jednoznaczny. Dodatkowo podczas pracy nie powinno być w otoczeniu zbędnego hałasu zakłócającego skupienie dziecka. Podczas jedzenia wysyłano jeden krótki komunikat: „jeść”. Z czasem, kiedy dziewczynka poczyniła postępy dodano komunikat „szukaj łyżki”. Można też używać samego słowa „łyżka”.

Praca tą metodą wymaga konsekwencji oraz systematyczności. Poza pracą z terapeutą rodzice powinni być włączeni do terapii i kontynuować zajęcia w domu. Kiedy pamięć mięśniowa jest

wystarczająco pobudzona, to kolejnym elementem w terapii jest, aby to przyzwyczajenie stało się intencjonalne. Jeśli dziecko nie chce jeść, powinno się odczekać dłuższą chwilę zanim poda się coś innego do jedzenia, aby wiedziało, że to co robi, jest w celu zaspokojenia potrzeby głodu.

Etapem, który nastąpił po procesie przywiązywania się jest zaprzestanie tego proceduru i pozwolenie dziecku na samodzielne próby. Nadal sadzano dziewczynkę na kolanach terapeuty, lecz już bez związywania monitorowano tylko to, jak ona jadła. Jeśli występują dystraktory podczas jedzenia, należy zabrać miskę i odczekać dłuższą chwilę, po czym ponowić próbę. W pracy z dziewczynką poza samą metodą dwuczłowieka musiano wykluczyć zabawę i naukę z masami, które strukturą przypominały jedzenie. Dzięki temu dziecko zaczęło różnicować zabawę od jedzenia i rzadziej wkładało rękę do miski. Ważne jest, aby zapobiegać właśnie wkładaniu rąk bezpośrednio do jedzenia (warto poszukać przyczyny w ogólnym funkcjonowaniu dziecka, tak właśnie w tym przypadku było wycofanie z terapii mas przypominających jedzenie), panować nad autostymulacjami dziecka, jeśli jeszcze się pojawiają. Bardzo pozytywną dodatkową rzeczą podczas terapii okazało się wyciszenie autostymulacji w trakcie jedzenia po etapie związywania się. Jeszcze jednym dodatkowym aspektem podczas całego procesu nauki jedzenia była bliskość fizyczna dziecka z terapeutą, jest to coś, co w całościowej pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością głęboką jest bardzo ważne. Zwiększa poczucie bezpieczeństwa u dziecka, pomaga nawiązać relacje z terapeutą oraz dziecko zyskuje nowe doświadczenie w poczuciu własnego ciała.



Zdjęcie 6: Dziecko je samodzielnie

Źródło: archiwum prywatne

Wyniki badań

W chwili obecnej podczas jedzenia dziewczynka jest sadzana sama przy stoliku i tylko jest z boku monitorowana przez terapeutę, czy je poprawnie. Nadal trwa praca nad zrozumieniem intencjonalności całego proceduru przez dziecko. Efekt metody jest bardzo duży, dzięki pracy terapeuty i rodziców dziewczynki. Dziecko, które nigdy nie zjadło nic samodzielnie, w przyszłości prawdopodobnie będzie mogło samo zjadać proste potrawy.

Praca tą metodą wymaga codziennych powtórzeń. Pierwsze efekty można było zaobserwować po kilku pierwszych dniach – było to przyzwyczajanie się dziewczynki do związania z terapeutą bandażem elastycznym i wyciszanie autostymulacji podczas pracy. Kolejnym dużym postępowaniem było zaprzestanie związywania się z dzieckiem po około 3 miesiącach w nadgarstkach i okazało się, że dziewczynka sama szuka łyżki i wkłada ją do buzi. Obecnie cały proces trwa już 18 miesięcy, więc 15 miesięcy dziewczynka je samodzielnie kontrolowana przez terapeutę lub przez rodzica podczas jedzenia w domu. Zdecydowana większość prób z niewielką pomocą kończy się samodzielnym zjedzeniem całej miski kaszki przez dziecko. Obecnie podczas jedzenia autostymulacje wcale nie występują lub występują rzadko.

Dalsze możliwości zastosowania metody

Metodę dwuczłowieka można wykorzystywać do nauki innych czynności samoobsługowych i nie tylko, jak na przykład zapinanie zamka, zapinanie guzików, zamykanie drzwi, chodzenie. Wszystko zależy od możliwości dziecka. W przypadku dziewczynki z tego studium przypadku metoda jest jeszcze wykorzystywana podczas pracy na zajęciach, na przykład lepienie z masy solnej, wyszukiwanie przedmiotów, potrząsanie przedmiotami dźwiękowymi przy uszach, poszukiwanie przedmiotów w zasięgu swojego ciała.

Podsumowanie

Główny problem badawczy postawiony w tych badaniach brzmiał: w jakim zakresie uczennica z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim jest w stanie opanować – z wykorzystaniem metody dwuczłowieka - czynność samodzielnego

jedzenia? Uczennica obecnie je samodzielnie kaszkę, lecz z ciągłym wsparciem i pod obserwacją terapeuty lub rodzica. Trzeba pilnować, żeby nie wkładała ręki do miseczki oraz żeby trafiała łyżką do miski. W odpowiedzi na pytania szczegółowe: praca z dzieckiem metodą dwuczłowieka powinna być praktykowana przynajmniej raz dziennie, jeśli chcemy osiągnąć dany efekt. Trudnościami, które pojawiały się podczas pracy były szczególnie na początku liczne autostymulacje i autoagresja. Kolejną ważną trudnością było brak rozróżnienia przez dziewczynkę kaszki jako jedzenia od czegoś do zabawy. Dzięki pracy metodą dwuczłowieka osiągnięto duży postęp i zmianę w życiu dziewczynki, co zwiększa także poczucie autonomii.

Bibliografia:

Kowalik Stanisław, Metoda „dwuczłowieka” w rehabilitacji osób głęboko upośledzonych umysłowo [w]; pod red. W. Dykcik, B. Szychowiak, Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej, Przewodnik Metodyczny WAM 2001.

Kowalik Stanisław, Metoda „dwuczłowieka” jako szczególna forma wykorzystania ruchu w rehabilitacji osób z głęboką niepełnosprawnością umysłową, Barbara Kaja, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2007.

Lovaas Ole Ivar, Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo, Wydawnictwo WSIP, Warszawa, 1993.

Olechnowicz Hanna, Nawykowe kiwanie się u upośledzonych umysłowo. „Materiały informacyjno-Dydaktyczne, ZG TPD, 1969.

Kostrzewski Janusz, Wald Ignacy, Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym. W: Upośledzenie umysłowe – pedagogika. (red.) K. Kirejczyk, 1981.

Weronika Szymbara
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

Znaczenie zabawy dla rozwoju uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

**"Dziecko, które się bawi nie traci czasu, ale buduje i tworzy siebie
poprzez różne formy działalności zabawowej."**

A.Sawicka

Wstęp

Zabawa jako typowa aktywność wieku dziecięcego i młodszego wieku szkolnego, jest wpisana w naturalne potrzeby każdego dziecka. Odpowiednio nakierowana i poprowadzona staje się dla malca nie tylko przyjemnością i środkiem do zaspokojenia potrzeby ruchu i działania, ale także stwarza sposobność do rozwijania wyobraźni, pamięci, spostrzegawczości, wrażliwości, oraz nabywania umiejętności praktycznych (G.Tkaczyk, 1997, s.45). Cechy zabawy to bez wątpienia: przyjemność, bezinteresowność (bezcelowość, wolność), dobrowolność (swoboda, spontaniczność), nastawienie na bezpośrednią terażniejszość, czy własna motywacja. Dziecko bawiąc rozwija się zarówno umysłowo jak i fizycznie, nawiązuje kontakty społeczne i uczy się współpracować w zbiorowości (M. Kwaśniewska, 2016). Zdaniem W. Okonia zabawa to : „działalność wykonywana dla przyjemności , którą sama sprawia[...], której celem jest zmiana otaczającej rzeczywistości, i uczenia się, mającego na celu zmianę podmiotu[...] jest główną formą aktywności dzieci[...]”(W.Okoń ,1995, s.328).Z kolei D. B. Elkonin podaje ,iż „dziecko przez aktywność zabawową poznaje świat społecznych stosunków bardziej złożonych niż te, które są mu dostępne w jego działalności niezabawowej” (D.B. Elkonin 1984). To samo przesłanie doskonale ujęła w słowach G. Tkaczyk „w toku zabawy podobnie jak w procesie uczenia i nauczania, dziecko zdobywa

rozmaite wiadomości i umiejętności(G.Tkaczyk, 1997). Zabawa nie jest jednak dla dziecka obowiązkiem jak nauka, lecz zaspokojeniem potrzeby działania”. Bezcenna wartość zabawy wiąże się także z jej wpływem na rozwój uczuć intelektualnych takich jak: ciekawość, zainteresowanie, przyjemność, zadowolenie. Zabawa stanowi dla dziecka źródło wiedzy, a czerpanie jej wiąże się nie jeden raz z przekraczaniem własnych granic. „Podczas zabawy dzieci nie zdają sobie sprawy, że się uczą” (K. Miłek, 2016, s. 261). Aby osiągnąć zamierzony cel, należy tak ukierunkować działania dziecka, aby odpowiednio do swojego wieku mogło uczyć się myśleć, pracować i pokonywać trudności. Trzeba także dbać, by wybrana zabawa nie powodowała znużenia i zmęczenia u dziecka, lecz aby inspirowała go do podejmowania kolejnych działań. Uważne wysłuchanie instrukcji, a także koncentracja na wydawanych przez nauczyciela poleceniach, bez świadomości dziecka, doskonałą jego umiejętności skupiania się na tym co dzieje się w danej chwili. Ważny jest również udział samego wychowawcy w zabawie, gdyż dzięki jego zaangażowaniu uczniowie mogą szybciej zrozumieć obowiązujące w niej zasady. Dodatkowo taka postawa nauczyciela sprzyja nawiązaniu lepszemu kontaktowi z ćwiczącymi, co przyczynia się do wytworzenia dobrego nastroju podczas zabawy. Wychowawca obserwując wtedy uczniów, może dowiedzieć się o nich faktów niewidocznych na pierwszy rzut oka. W takich momentach łatwo dostrzec jakie są potrzeby dziecka, dzięki czemu nauczyciel wie, jak ukierunkować zabawę, by dziecko mogło się spełniać i osiągnąć upragnioną satysfakcję. To właśnie obserwacja pozwala rozróżnić czy dziecko domaga się ruchu, możliwości bycia twórczym, czy rywalizowania. Wyżej wymienione kryteria pozwalają na dokonanie klasyfikacji zabaw pomocnych przy organizacji pracy wychowawczej. Nie istnieje jednolity podział zabaw- tej samej aktywności różne osoby nadają rozmaite nazwy. Podziałem, którym najczęściej posługują się polscy autorzy jest rozróżnienie na zabawy:

- manipulacyjne
- konstrukcyjne
- tematyczne
- dydaktyczne
- ruchowe
- z elementami twórczości artystycznej .

Każdy z wymienionych rodzajów zabaw znajduje zastosowanie w szkolnictwie specjalnym. Trzeba jednak pamiętać, że niektóre z nich wymagają modyfikacji lub uproszczeń, ponieważ ich poziom musi być dostosowane do możliwości wykonujących je uczniów (G.Tkaczyk, 1997).

Charakterystyka i przykłady zabaw

1. Zabawy manipulacyjne

Zabawy manipulacyjne, nazywane też funkcjonalnymi lub czynnościowymi, stanowią podstawę rozwoju innych, wyższych jakościowo zabaw. Uczą panowania nad własnym ciałem, a także koncentracji wzroku na wykonywanych czynnościach „W zabawie manipulacyjnej dziecku sprawia przyjemność oddziaływanie na przedmioty, przekształcanie ich za pomocą ruchu(...) Są one bowiem źródłem zbierania różnorodnych doświadczeń, dotyczących własności przedmiotów: ich kształtu, przeznaczenia, ciężaru itp” (G.Tkaczyk,1997,s.43). Przykładami takich zabaw, wykorzystywanych w szkolnictwie specjalnym, mogą być: dopasowywanie klocków do odpowiednich otworów; nakładanie krążków na podłużny stojak według wielkości (od największego do najmniejszego); nawlekanie guzików lub koralików na nitkę; układanie prostej mozaiki, według wzoru, składającego się z niewielu elementów.

2. Zabawy konstrukcyjne

Kolejnym rodzajem zabaw mających swe zastosowanie w pracy z uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych, są zabawy konstrukcyjne. Ich głównym celem jest rozbudzenie kreatywności dziecka, poprzez pobudzenie wyobraźni, czego efektem jest sporządzenie jakiegoś wytworu. Dziecko świadomie podejmuje pewne działania, a później obserwuje efekty swojej pracy. Zabawy konstrukcyjne doskonają także zdolność współdziałania. Dzieci wymieniają się nawzajem spostrzeżeniami, a później łączą pomysły, tworząc coś wyjątkowego. Materiały konstrukcyjne to klocki(patyczaki, klocki lego), karton, piasek, materiał przyrodniczy.

Przykładem wykorzystania tych materiałów może być tworzenie budowli dwuwymiarowych(wieże), lub trójwymiarowych (domy, garaże), czy sporządzenie masy solnej, z której później dziecko może formować różnorakie kształty.

3. Zabawy tematyczne

Zabawy tematyczne, będące kolejnym typem zabaw, nazywane są również zabawami naśladowczymi, lub odgrywaniem ról. Dziecko wciela się w „kogoś”, odgrywa konkretną sytuację, którą wcześniej mogło zaobserwować w domu, szkole, w środowisku rówieśniczym itd. Do tego typu aktywności nie potrzebuje zabawek. Liczy się tylko to, co otwiera przed nim wyobraźnia. Zabawy te są bardzo dobrą okazją do doskonalenia komunikacji słownej, a jednocześnie w ich trakcie dziecko ma możliwość uwolnienia tłumionych emocji. To dobry czas, by dziecko lepiej poznało samego siebie. Podczas obserwacji można zauważyć w jakie role się wciela, co lubi, z czego się cieszy a co wywołuje w nim negatywne emocje. Jeżeli taką aktywność podejmuje grupa dzieci, a nie jedno indywidualnie, należy określić jakiej tematyki będzie dotyczyła zabawa, a także dokonać podziału ról(na przykład zabawa w dom- mama, tata, rodzeństwo, babcia). Zabawy te są wykorzystywane w mniejszym stopniu niż pozostałe.

4. Zabawy dydaktyczne

Wielką wartość w kształceniu uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi mają zabawy dydaktyczne, w których dziecko nie ma już takiej swobody działania, jak w zabawach wyżej wymienionych. Są to „zajęcia, których celem jest uaktywnienie umysłu dziecka, a które w tym okresie kierowane są w pełni przez osobę prowadzącą pracę z dziećmi” (H.Trawińska,1981,s.73). Zabawy dydaktyczne wpływają także na rozwój procesów poznawczych takich jak: pamięć, spostrzeganie, wyobraźnię, uwaga, mowa, myślenie. Przykładem takiej zabawy jest zadanie polegające na zgromadzeniu pewnych przedmiotów (np. książeczka, klocek, długopis)

i odrysowanie na papierze ich kontur, a następnie poproszenie dziecka o wskazanie kształtów odpowiednich przedmiotów. Kolejna zabawa polega na rozłożeniu przed dzieckiem różnych przedmiotów (klej, nożyczki, gumka do włosów, latarka itp.) i poproszenie, aby uważnie się im przyglądnęło. Następnie dziecko wychodzi z sali, lub odwraca się plecami do stolika a nauczyciel w tym czasie zabiera jeden z przedmiotów. Zadaniem ucznia jest udzielenie odpowiedzi na pytanie: który przedmiot został zabrany?

5. Zabawy ruchowe

Zabawy ruchowe kształtują sprawności w zakresie małej i dużej motoryki. Przeważnie odbywają się w formie zajęć zespołowych, a ich wartość jest nieoceniona dla rozwoju fizycznego dziecka. Troska o stan fizyczny ucznia ze specjalnymi potrzebami jest jednym z ważniejszych zadań zarówno nauczyciela, jak i jego rodziców. Zaniedbania w tym aspekcie mogą powodować dodatkowe utrudnienia w procesie rozwojowym dziecka. „Tak jak zabawy dydaktyczne kształcą i rozwijają umysł dziecka oraz porządkują tok jego myślenia, tak zabawy ruchowe kształcą ciało, koordynują i porządkują ruchy dziecka” (G.Tkaczyk,1997,s.45). Przykładem zabaw ruchowych są ćwiczenia zręcznościowe, które mogą polegać na: rzucaniu woreczków do celu, pokonaniu na czas slalomu (można dodać element podrzucania piłki, lub kopania, turlania jej po ziemi) i przełożeniu przez ciało szarfy znajdującej się na końcu ścieżki, lub dla ułatwienia tylko jej dotknięcie. Następnie zadaniem uczestników jest powrót biegiem do grupy, wzdłuż ustawionych słupków. Ciekawą propozycją jest również zabawa, która przebiega w następujący sposób: prowadzący pokazuje dzieciom rozproszonym po sali kolejno dwie tabliczki z różnymi obrazkami. Na jednej z nich może widnieć słońce a na drugiej chmura i deszcz. Odpowiednio do ustalonych reguł, dzieci widząc jeden z obrazków spokojnie spacerują po sali, a po zmianie tabliczki rozbiegają się po pomieszczeniu lub gromadzą jak najbliżej siebie.

6. Zabawy z elementami twórczości artystycznej

Ostatnim rodzajem zabaw są zabawy z elementami twórczości artystycznej a w ich skład wchodzi zabawy umuzykalniające i plastyczne. Podobnie jak w zabawach konstrukcyjnych, ważniejszy jest tu sam proces tworzenia, zaangażowanie dziecka, pobudzanie wyobraźni, niż ostateczny wytwór. Dziecko rozwija w ten sposób sprawności manualne, a także staje się bardziej wrażliwe.

Popularne są również zabawy będące połączeniem aktywności pochodzących z różnych kategorii. Często wykorzystywanymi w edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami są zabawy ruchowo-muzyczne. Metodą polecaną i często stosowaną przez pedagogów jest metoda Carla Orffa.

Metoda Carla Orffa

Carl Orff był niemieckim muzykiem, a podstawą stworzonej przez niego metody jest połączenie muzyki z ruchem. Metoda ta bazuje na trzech elementach: słowie, muzyce i ruchu, które przenikają się wzajemnie i tworzą spójną całość. Zabawa rozpoczyna się od podzielenia wybranego przez dziecko słowa na sylaby i ułożeniu go w prosty rytm. Kolejnym etapem jest próba dołączenia do rytmu ruchów ciała (tupanie, skakanie, wyklaskiwanie), lub poruszanie się zgodnie z nim na przestrzeni sali, a następnie zastąpienie ruchów ciała dźwiękami instrumentów. Po pewnym czasie słowa stają się piosenką, ubogaconą brzmieniem tamburyn, grzechotek, marakasów itd. (J. Czykwin – Strękowska, www.edukacja.edux.pl).

Metoda Orffa, będąca rodzajem edukacji rytmiczno-ruchowej poprawia i usprawnia u dzieci koordynację słuchowo-ruchową a także stanowi podstawę wszystkich działań muzyczno-ruchowych. Wiedza teoretyczna z zakresu muzyki ma być przekazywana uczniom w czasie późniejszej edukacji, a wykonywane ćwiczenia mają być ku temu środkiem. Nadrzędną rolę w opisanej metodzie stanowi muzyka, a ruch powinien być jej następstwem (M. Górecka – Jaros, www.przedszkole47.warszawa.pl).

Metoda Rudolfa Labana

Kolejną metodą dającą dziecku możliwość doskonalenia sprawności ruchowej jest metoda gimnastyki twórczej R. Labana, zwana również metodą improwizacji ruchowej. Rola nauczyciela, który sam staje się uczestnikiem zabawy, polega na wydawaniu dzieciom poleceń, jakie zadanie ruchowe mają przedstawić. Sposób ich realizacji jest zupełnie dowolny, charakterystyczny dla każdego indywidualnie i zależy tylko od wyobraźni, fantazji i upodobań uczniów (ćwiczenia mogą być wykonywane za równo w pozycji leżącej, siedzącej, klęczącej, jak i stojącej). „W metodzie tej posługujemy się różnymi formami ruchu, takimi jak odkrywanie, naśladowanie, inscenizacja, pantomima, gimnastyka wykorzystująca ruch naturalny, ćwiczenia muzyczno/ruchowe, taniec, opowieść ruchowa, sceny dramatyczne itp” (M. Gródecka- Jaros). Zajęcia mogą być urozmaicone przez włączenie podkładu muzycznego. W trakcie wykorzystywania metody Labana należy pamiętać o stosowaniu zasad takich jak: wszechstronność, stopniowanie trudności w zależności od indywidualnych możliwości dziecka, a także o naprzemiennym wprowadzaniu wysiłku i rozluźnienia.

Do głównych założeń metody należy:

-wycucie własnego ciała-poznanie możliwości własnego ciała, manipulacja rękami, nogami, palcami

-wycucie ciężaru(siły, energii)- poznanie kontrastowych ruchów ciała: łagodnych i mocnych

-wycucie przestrzeni- wykonywanie ćwiczeń ograniczonych, w obrębie własnego ciała, a także szerokich, na większym obszarze

-wycucie płynności ruchów- wykonywanie ruchów lokomocyjnych(np. klaskanie, uderzanie w instrument)

-kształtowanie umiejętności współdziałania z partnerem, z grupą- w pewien sposób ograniczają swobodę działania dziecka, gdyż musi ono podjąć współpracę (obserwować, naśladować). Takie starania przyczyniają się do rozwijania u dziecka cech, niezbędnych do funkcjonowania w życiu społecznym (A. Łubek, www.profesor.pl).

Podsumowanie

Wpływ zabaw na rozwój dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi ma większe znaczenie niż w przypadku dzieci zdrowych. Ich nieoceniona rola odnosi się do sposobów zdobywania poprzez zabawę wiedzy i umiejętności, których uzyskanie innymi sposobami, dostępnymi dzieciom rozwijającym się prawidłowo, jest przez nich niemożliwe do osiągnięcia. Nawet najprostsza zabawa, ale także ta która przysparza nieco więcej trudności może stać się źródłem radości i satysfakcji. Już sam udział w niej jest dla dziecka pewnego rodzaju nagrodą. Dziecko bawiąc się kształtuje swoją osobowość, a także nabywa nowe umiejętności, które później może wykorzystać w codziennym życiu. Ważną cechą zabawy jest także to, iż podczas niej nadzorujący wychowawca, może zauważyć rysy charakteru uczestnika nie dostrzegalne w innych warunkach. Dzięki temu wie jak poprowadzić jego go dalszą drogą, by osiągnął upragnione, możliwe przez niego do zdobycia efekty pedagogiczne. Zabawa pobudza w dziecku ducha twórczej aktywności, a odpowiednio poprowadzona przez nauczyciela dodaje dziecku siłę i chęci do działania, rozpala i ożywia. Natomiast adekwatnie stopniowana trudność przynosi duże korzyści pedagogiczne. Małymi krokami dziecko dąży do osiągnięcia większych celów. Każdą zabawę należy prowadzić z umiarem i wycuciem, aby u dzieci w niej uczestniczących nie nastąpiło znużenie lub zmęczenie. Objawy znużenia powinny stanowić dla nauczyciela sygnał do jej przerwania lub zmienienia. Wartość wychowawcza zabawy tkwi w tym, że dziecko uczy się opanowywać pewne przepisy, a także buduje w sobie wewnętrzną obowiązkowość, rzetelności i sprawiedliwości. Zachęcając dziecko do zabawy nie wymaga się od niego stworzenia, wykonania, prezentowania czegoś, co będzie później oceniane. Ważne jest samo zaangażowanie w działanie oraz sposobność do dostrzeżenia

powiększających się możliwości dziecka. Można oczekiwać, że w warunkach „dobrej zabawy”, wzbogaconej motywacją wewnętrzną, efekty pracy dydaktyczno-wychowawczej w szkole specjalnej będą lepsze i trwalsze” (E.Tkaczuk, 1997, s.48).

Bibliografia:

Krawczykowski F., Skierczyński M., *Zabawy i gry ruchowe*, Instytut Wydawniczy Nasza Księgarnia, Warszawa 1947.

Kwaśniewska M., Lendzion J.(red.) , *Sześciolatek w roli ucznia*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce, 2016.

Magda-Adamowicz M., Kobyłecka E. (red. naukowa) , *Dziedziny wychowania w klasach początkowych*, Adam Marszałek, Toruń 2016.

Tkaczyk G.(red.), *Wybrane zagadnienia z metodyki nauczania i wychowania upośledzonych umysłowo*, Agencja Wydawniczo-Handlowa AD, Lublin , 1997.

Netografia:

<http://www.edukacja.edux.pl/p-11118-metoda-carla-orffa.php> (data dostępu: 15.09.2018r.)

http://przedszkole47.warszawa.pl/wp-content/uploads/2015/11/Metoda_Carla_Orffa.pdf (data dostępu: 15.09.2018r.)