

Urszula Morcinek

Pedagogika specjalna

SZCZECIN 2011

Autor

dr Urszula Morcinek

Recenzent

prof. dr hab. Teresa Żółkowska

Projekt okładki

Milena Kozłowska

Redakcja techniczna i korekta

Anna Worach, Justyna Jankowska

© Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część publikacji nie może być reprodukowana ani przekazywana w żadnej postaci – elektronicznej, drogą fotokopii, nagrań ani innej, bez pisemnego zezwolenia właścicieli praw autorskich. Szczecin 2010.

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

Publikacja jest finansowana z projektu *Szansa na przyszłość. Studia Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna* współfinansowanego z Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Poddziałanie 3.3.2.

ISBN 978-83-61082-56-9

Nakład 100 egz.

Wydawca

Szczecińska Szkoła Wyższa Collegium Balticum

ul. Mieszka I 61C

71-011 Szczecin

Druk

volumina.pl Daniel Krzanowski

ul. Ks. Witolda 7-9

71-063 Szczecin

Spis treści

Słowo wstępne..	5
ROZDZIAŁ 1. PEDAGOGIKA SPECJALNA JAKO SUBDYSCYPLINA PEDAGOGIKI OGÓLNEJ.....	9
1.1. Pojęcie, cele i zadania szczegółowe pedagogiki specjalnej jako nauki. Miejsce pedagogiki specjalnej w systemie nauk społecznych.....	9
1.2. Podmiot w pedagogice specjalnej – ustalenia terminologiczne	12
1.3. Tradycyjne i współczesne klasyfikacje osób odchylonych od normy	16
1.4. Działy szczegółowe pedagogiki specjalnej	20
1.5. Zagrożenia cywilizacyjne a problemy profilaktyki niepełnosprawności	22
ROZDZIAŁ 2. ZASADNICZE KIERUNKI DZIAŁALNOŚCI W PEDAGOGICE SPECJALNEJ	25
2.1. Rehabilitacja a rewalidacja ustalenia terminologiczne	25
2.2. Rehabilitacja a rewalidacja ustalenia terminologiczne	28
2.3. Zasady w systemie oddziaływań rewalidacyjnych	30
2.4. Życie człowieka z niepełnosprawnością – stereotypy a oczekiwania społeczne	31
ROZDZIAŁ 3. DZIAŁALNOŚĆ REWALIDACYJNA WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ...	33
3.1. Wybrane zagadnienia rewalidacji osób z niepełnosprawnością intelektualną.....	33
3.1.1. Pojęcie i istota niepełnosprawności intelektualnej	33
3.1.2. Etiologia niepełnosprawności intelektualnej	37
3.1.3. Podział osób z niepełnosprawnością intelektualną	38
3.1.4. Charakterystyka psychologiczna osób niepełnosprawnych intelektualnie	40

3.2. Wybrane problemy z zakresu rewalidacji osób z zaburzeniami słuchu	42
3.2.1. Podmiot oddziaływań rewalidacyjnych w surdopedagogice	42
3.2.2. Etiologia zaburzeń słuchu	43
3.2.3. Wpływ głuchoty na życie jednostek	45
3.2.4. Formy pomocy osobom z wadami słuchu	45
3.3. Wybrane zagadnienia rewalidacji osób z zaburzeniami wzroku	47
3.3.1. Podmiot oddziaływań w tyflopedagogice	47
3.3.2. Etiologia zaburzeń wzroku	49
3.3.3. Działalność rewalidacyjna wobec osób niewidomych	50
3.4. Wybrane problemy rehabilitacji w pedagogice terapeutycznej	51
3.4.1. Podmiot w pedagogice terapeutycznej	51
3.4.2. Etiologia uszkodzeń narządu ruchu	52
3.4.3. Choroba przewlekła i jej skutki	53
3.4.4. Niepełnosprawność złożona i jej konsekwencje	53
3.4.5. Rehabilitacja osób niepełnosprawnych w pedagogice terapeutycznej	54
ROZDZIAŁ 4. INTEGRACJA SPOŁECZNA LUDZI NIEPEŁNOSPRAWNYCH. BARIERY W FUNKCJONOWANIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH WE WSPÓŁCZESNYM ŚWIECIE	
4.1. Pojęcie i cel integracji społecznej	57
4.2. Integracyjny system kształcenia i wychowania	59
4.3. Bariery w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych we współczesnym świecie	61
BIBLIOGRAFIA	63

Słowo wstępne

Przygotowane dla studentów opracowanie składa się z trzech rozdziałów grupujących treści merytorycznie podporządkowane tokowi wykładów z zakresu pedagogiki specjalnej. Każdy z nich zawiera problem do przedyskutowania w trakcie zajęć oraz skłania ucznia do indywidualnej refleksji i poszukiwania odpowiedzi.

Rozdział pierwszy to blok poświęcony ogólnym podstawom teoretycznym pedagogiki specjalnej jako subdyscypliny pedagogiki ogólnej. Autorce skryptu zależało na ukazaniu podstaw dla kształtowania się tej dyscypliny naukowej wśród innych nauk o charakterze społecznym, medycznym i pedagogicznym, ze względu na szczególny charakter jednostki poddanej oddziaływaniom edukacyjnym i terapeutycznym – osoby niepełnosprawnej. Ponadto, istotnym było wskazanie aktualnych zagrożeń cywilizacyjnych, które wpływają na dynamiczny wzrost odsetka niepełnosprawnych na świecie. To jednocześnie ma skłaniać do rozważań o możliwościach profilaktyki i obrony przed chorobą, kalectwem czy innymi zaburzeniami dotyczącymi współczesnego człowieka.

Rozdział drugi to blok poświęcony problematyce możliwych działań wobec człowieka niepełnosprawnego – aby poprawić jego stan zdrowia i funkcjonowanie społeczne – określanych mianem rehabilitacji (rewalidacji). Podstawowe ukiełkowania tych działań i najważniejsze założenia metodyczne mają stanowić punkt wyjścia do rozważań w obszarze wybranych niepełnosprawności w kolejnym rozdziale niniejszej pracy.

W kolejnym bloku tematycznym znajdują się bowiem rozważania poświęcone problemom psychofizycznym i społecznym wybranych grup osób niepełnosprawnych. Szczególnie dużo miejsca poświęcono jednostkom niepełnosprawnym intelektualnie ze względu na duży zakres występowania tych osób w ogólnej populacji uczących się i konieczność podejmowania zabiegów specjalnych przez nauczycieli placówek ogólnodostępnych i integracyjnych.

Kolejna część skryptu dotyczy ludzi z dysfunkcjami narządu słuchu, tj. głuchych i niedosłyszących, którym przejście z tzw. świata ciszy do świata mówiących stwarza szereg problemów i trudności adaptacyjnych. W dalszej części znajdują się rozważania o rewalidacji osób z uszkodzeniami narządu wzroku. Niewidomi, ociemniali czy niedowidzący, to ludzie wymagający szczególnego zainteresowania pedagogicznego a zarazem stanowiący poważne wyzwanie dla nauczycieli, którym przyjdzie zmierzyć się z tą niepełnosprawnością u swoich uczniów.

W ostatniej części tego rozdziału znajdujemy treści poświęcone rehabilitacji ludzi z kalectwem narządu ruchu i z chorobami przewlekłymi, dla których współczesny świat jest pełen barier, zarówno architektonicznych, komunikacyjnych, prawnych, zawodowych, jak i społecznych. Zatem w ostatnim, czwartym rozdziale, niezwykle ważnym wydaje się przeanalizowanie możliwości likwidowania tych barier i stwarzanie osobom niepełnosprawnym optymalnego modelu życia wśród ludzi zdrowych, w świecie przystosowanym dla tzw. normalnego społeczeństwa.

W niniejszym skrypcie celowo pominięto rozważania poświęcone takim subdyscyplinom pedagogiki specjalnej, jak pedagogika resocjalizacyjna czy pedagogika korekcyjna, ze względu na silne tendencje autonomiczne tych nauk i przeniesienie ich treści przedmiotowych do odrębnych opracowań i cykli wykładowych (pedagogika korekcyjna do *Diagnozy i terapii pedagogicznej*, pedagogika resocjalizacyjna do *Pedagogiki niedostosowanych społecznie*).

Autorka przekazuje ten skrypt studentom, aktualnym i przyszłym nauczycielom, z nadzieją, że przybliży im problematykę niepełnosprawności i wyzwoli z lęku przed *uczniem* innym, bo chociaż bardziej wymagającym i trudnym, ale nie pozabawionym człowieczeństwa.

Urszula Morcinek

ROZDZIAŁ 1.

PEDAGOGIKA SPECJALNA JAKO SUBDYSCYPLINA PEDAGOGIKI OGÓLNEJ

1.1. Pojęcie, cele i zadania szczegółowe pedagogiki specjalnej jako nauki. Miejsce pedagogiki specjalnej w systemie nauk społecznych

Pedagogika specjalna wśród nauk pedagogicznych ma ugruntowaną pozycję oraz niekwestionowany dorobek. Najczęściej określa się ją jako wyspecjalizowany dział pedagogiki ogólnej lub szczegółową dyscyplinę pedagogiki, będącą teorią i praktyką wychowania jednostek z odchyleniami od normy. Z racji swojego usytuowania w pedagogice jest częścią nauk społecznych. Władysław Dykcik podaje następującą jej definicję:

pedagogika specjalna *jest nauką szczegółową pedagogiki, a jej przedmiotem jest opieka, terapia, kształcenie i wychowanie osób z odchyleniami od normy, najczęściej jednostek mniej sprawnych lub niepełnosprawnych, bez względu na rodzaj, stopień i złożoność objawów oraz przyczyn zaistniałych anomalii, zaburzeń, trudności lub ograniczeń*¹.

Aktualnie pedagogika specjalna zajmuje się osobami w wieku niemowlęcym, przedszkolnym i w wieku dojrzałym, aż do ostatniego etapu życia człowieka – starości.

¹ W. Dykcik, *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki*, [w:] Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo UAM, Poznań 1997, s. 13.

Problematyka pedagogiki specjalnej obejmuje:

- **etiologię** – przyczyny zaburzeń sprawności psychofizycznej;
- **fenomenologię** – zjawiska (objawy) towarzyszące upośledzeniu fizycznemu lub psychicznemu;
- **profilaktykę** – zapobieganie występowaniu lub pogłębianiu się istniejącego kalectwa czy schorzenia;
- **terapię wychowawczą** – obejmującą działania lecznicze, korygujące, usprawniające itd.

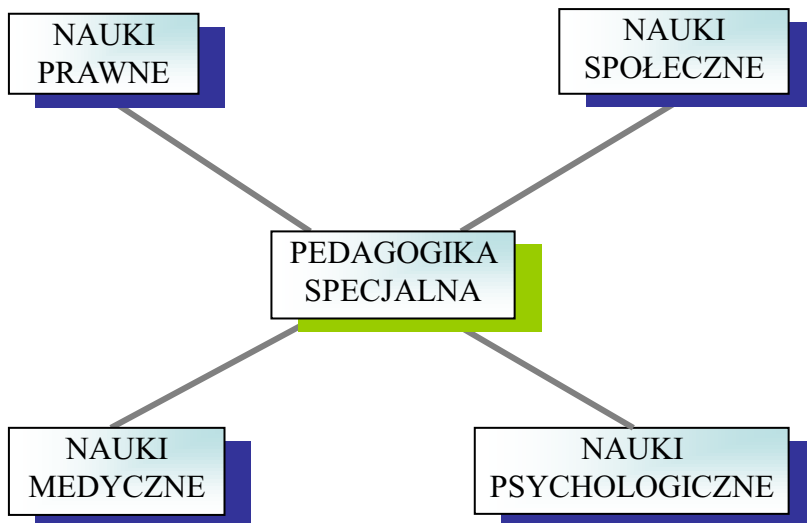
Pedagogikę specjalną charakteryzuje specjalny cel – **rewalidacja społeczna**, tj. wychowanie i nauczanie specjalne osób upośledzonych, chorych, niedostosowanych społecznie lub w inny sposób odchylonych od normy, mające przygotować je do optymalnego uczestnictwa w życiu społecznym. Szczegółowo zaś cele tej nauki można sformułować następująco:

- *cel humanitarny* – osobom niepełnosprawnym należy zapewnić szczególne prawa do pomocy w celu uzyskania optymalnego rozwoju i akceptacji społecznej;
- *cel dydaktyczno–wychowawczy* – jednostki upośledzone należy wszechstronnie kształcić i umożliwić im wszechstronny rozwój, aby mogły wypełniać zadania społeczne;
- *cel utylitarny* – przygotować osoby niepełnosprawne do pracy zawodowej, aby uniezależnić je od pomocy społecznej i dać szansę samodzielnego funkcjonowania.

Pedagogika specjalna ze względu na specyfikę grupy społecznej, którą się zajmuje, jest wyspecjalizowanym działem pedagogiki ogólnej.

Ma ona liczne powiązania z naukami pokrewnymi, głównie psychologicznymi, medycznymi i socjologicznymi.

Schemat 1. POWIĄZANIA PEDAGOGIKI SPECJALNEJ Z INNYMI NAUKAMI



Źródło: J. Sowa, *Pedagogika specjalna w zarysie*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE Rzeszów 1997, s. 25.

Wyróżnione grupy nauk łączą się w kompleksowy program badań nad problematyką upośledzeń, poszukując jego przyczyn, diagnozując objawy, wypracowując metody terapii i praktycznie je weryfikując.

1.2. Podmiot w pedagogice specjalnej – ustalenia terminologiczne

W odniesieniu do niepełnosprawności – zarówno w terminologii naukowej, jak i języku potocznym – stosowano wcześniej wiele różnych określeń, np. *dewiacja*, *kalectwo* bądź *inwalidztwo*, *ograniczenie psychofizyczne*, *zaburzenie rozwojowe* czy *upośledzenie*. Stąd wynikały nie zawsze satysfakcjonujące językowo i społecznie określenia osoby niepełnosprawnej, takie jak: *dewiant*, *kaleka*, *inwalida*, *ograniczony*, *ociężały* czy nawet takie, które urażają godność człowieka (*debil*, *idiota*, *głupek*, *czubek* itp.).

Obecnie coraz powszechniej ugruntowują się takie terminy jak *niepełnosprawność*, *jednostka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi* czy *odchylenie od normy*.

Pojęcie *normy* (normalności) bywa często utożsamiane z pojęciem *zdrowia*, rozumianym jako *stan pełnego funkcjonowania fizycznego, umysłowego i społecznego dobrego samopoczucia* (według statutu Światowej Organizacji Zdrowia).

Normalność ma jednakże o wiele szerszy horyzont i może obejmować taki zakres odniesień, jak:

- **normalny statystycznie** – to stan pojawiający się w danej populacji statystycznie najczęściej; masowy, powszechny;
- **normalny społecznie** – zgodny z przyjętymi wzorami, nastawieniami, oczekiwaniami społecznymi danej grupy czy subkultury;

- **normalny rozwojowo** – zgodny z tzw. normą rozwojową, której wzorzec nakreślony jest psychologicznym obrazem jednostki na danym etapie życia (rozwoju);
- **normalny** – jako synonim człowieka "zdrowego psychicznie".

W tych ujęciach, jednostki będące podmiotem pedagogiki specjalnej to te, które nie spełniają tzw. kryteriów normalności. Pojęcie *normy* zależy jak widać od kryteriów oceny i wartościowania, które są zmienne i zależne od wielu czynników, m.in. społecznych (np. przynależności do określonej grupy społecznej), ekonomicznych, kulturowych, religijnych. W kontekście przynależności jednostki do danej grupy, czy subkultury, zachowanie człowieka oceniane jest przez pryzmat spełnianych wobec tej grupy oczekiwań. Jeśli zaś człowiek takich oczekiwań nie spełnia (jako uczeń, kolega, sąsiad, pracownik, społecznik itd.), mówimy o nim, że jest anormalnym, upośledzonym lub dewiantem, czyli tym, który zboczył z właściwej drogi (łac. *devio* – zbaczać).

W historii cywilizacji to właśnie dewianci pozytywni, a więc ci, którzy zeszli z typowej drogi (myślenia, działania itd.), stanowili zasadniczy czynnik postępu. Zatem *normalność* nie jest to jak widać jedyny stan społecznego zapotrzebowania...

Jaką osobę wobec tego uznajemy za niepełnosprawną?

W literaturze z zakresu pedagogiki specjalnej można spotkać trzy rodzaje definiowania osób niepełnosprawnych.

Pierwsza grupa to *definicje ogólne*.

Przykładem może być reguła upowszechniona w krajach unijnych, która uznaje za osobę niepełnosprawną taką, która *z powodu urazu, choroby lub wady wrodzonej ma poważne trudności albo nie jest w stanie wykonać czynności, które osoba w tym samym wieku zazwyczaj jest w stanie wykonać*.

W tej definicji mamy do czynienia z szerokim aspektem niepełnosprawności, która jako stan ogólny zaburza wszystkie sfery życia, począwszy od okresu dzieciństwa i adolescencji (czas wypełniania obowiązku szkolnego), aż po życie dorosłe (pełnienie roli członka rodziny, roli zawodowej i społecznej).

Z kolei na polskim gruncie proponuje się następującą definicję z grupy ogólnych:

osoba niepełnosprawna to taka, u której uszkodzony i obniżony stan sprawności organizmu spowodował utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i zawodowych oraz wypełniania ról społecznych, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć oraz czynniki środowiskowe, społeczne i kulturowe².

Ta grupa definicji określa osoby niepełnosprawne z punktu widzenia realizacji ich potrzeb i wynikających stąd określonych celów w konkretnych warunkach, np. w szkolnictwie specjalnym, w warunkach pracy chronionej czy z racji przyznawania różnych uprawnień i świadczeń. Na przykład w środowisku szkolnym za jednostkę niepełnosprawną uznaje się taką, która

² J. Sowa, *Pedagogika specjalna w zarysie*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 1997, s. 18.

bez pomocy specjalnej nie może osiągać celów kształcenia prowadzonego metodami i środkami stosowanymi wobec dzieci normalnych, i bez specjalnego wsparcia nie zdołałaby osiągnąć optymalnego rozwoju. Natomiast odwrotnie jest w sytuacji zatrudnienia kiedy określa się, że także osoba z kalectwem zatrudniona w warunkach pracy chronionej nie odbiega od normy, jeśli rodzaj wykonywanej pracy i wymagania stawiane jej przez zakład produkcyjny nie są sprzeczne z możliwościami danej osoby.

Ostatnią z wymienionych grup terminologicznych będą *definicje poszczególnych kategorii jednostek niepełnosprawnych* według takich kryteriów jak:

- rodzaj niepełnosprawności,
- czas wystąpienia zaburzenia,
- stopień niepełnosprawności,
- okres trwania niepełnosprawności itd.

Do dalszych rozważań w obszarze pedagogiki specjalnej przyjmujemy następującą definicję osoby niepełnosprawnej:

niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny lub\i społeczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza albo uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi³.

Upośledzenie jest następstwem uszkodzenia i niepełnosprawności a jednocześnie manifestuje się mniej korzystną sy-

³ A. Kurzynowski, [w:] J. Mikulski, J. Auleytner (red.), *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych. Drogi integracji*, Wydawnictwo WSH TWP, Warszawa 1996, s. 19.

tuacją społeczną, gdyż uniemożliwia lub ogranicza pełnienie ról oraz realizację zadań związanych z wiekiem, płcią i tradycjami kulturowymi. Upośledzenie może występować w formie: utrudnienia, ograniczenia bądź uniemożliwienia;

- **utrudnienie**, występuje wówczas, gdy obserwujemy trudności przejawiające się w wykonywaniu czynności życiowych;
- **ograniczenie**, gdy osoba może wypełniać swoje role, ale w niepełnym lub częściowym charakterze;
- **uniemożliwienie**, następuje wtedy, gdy człowiek nie może wykonywać swojej roli.

1.3. Tradycyjne i współczesne klasyfikacje osób odchylonych od normy

W rozwoju badań nad osobami niepełnosprawnymi istniały zróżnicowane systemy klasyfikacyjne w zależności od stanowisk reprezentujących ich autorów i przyjętego kryterium podziału:

- *etiologiczne* – wyróżniające upośledzenia wrodzone i nabyte w toku życia jednostki,
- *medyczne* – dzielące zaburzenia na określone jednostki, zespoły i syndromy patologiczne według stopnia ciężkości tych stanów,
- *czasu trwania sytuacji dewiacyjnej* – wskazujące na zaburzenia trwałe i okresowe,
- *pedagogiczne* (obecnie zastąpione kryterium *etapowych osiągnięć szkolnych*) – według stopnia możliwych osiągnięć edukacyjnych,

- *społeczne* – uwzględniające potrzeby i rodzaj opieki w życiu codziennym i zawodowym,
- *psychologiczne* – według zasięgu wpływu zaburzenia na osobowość jednostki niepełnosprawnej.

Jedną z pierwszych prób systematyzacji w obrębie pedagogiki specjalnej był uproszczony podział zamieszczony w *Deklaracji Praw Dziecka* (1959), wyróżniający trzy podstawowe kategorie niepełnosprawności:

1. fizyczne,
2. umysłowe,
3. społeczne.

Podział ten ze względu na swój uproszczony charakter zrywa jedność biopsychiczną i społeczną jednostki, nie uwzględnia głębokości zaburzenia ani upośledzeń sprzężonych.

Inną systematykę przedstawił Hans Hanselmann⁴, który wyróżnił trzy zasadnicze grupy upośledzeń w zależności od miejsca uszkodzenia, a mianowicie:

1. upośledzenia aparatury percepcji (receptorów wzroku i słuchu),
2. upośledzenia w aparaturze transformacji (upośledzenia umysłowe i zaburzenia charakterologiczne),
3. upośledzenia w aparaturze wyrażania (kalectwa i wady motoryczne oraz zaburzenia mowy).

Powyższy podział niepełnosprawności, choć przyjmowany powszechnie, wymagał pewnych modyfikacji ze względu na

⁴ O. Lipkowski, *Pedagogika specjalna w zarysie*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1981, s. 26.

potrzeby organizacji procesu edukacyjno–terapeutycznego dla jednostek z zaburzeniami rozwojowymi.

Z kolei Zofia Sękowska⁵ dokonała systematyki osób niepełnosprawnych przyjmując za kryterium podziału rodzaj i stopień upośledzenia:

1) niewidomi i niedowidzący:

- a) niewidomi od urodzenia lub przed 5 rokiem życia,
- b) ociemniali,
- c) niewidomi i ociemniali z dodatkowymi kalectwami,
- d) niewidomi i ociemniali z upośledzeniem umysłowym,
- e) niedowidzący,
- f) słabo widzący w wysokim stopniu;

2) głusi i niedosłyszający:

- a) głusi od urodzenia,
- b) ogłuchli mówiący,
- c) głusi z upośledzeniem umysłowym,
- d) głusi z dodatkowymi kalectwami,
- e) głusi z resztkami słuchu,
- f) niedosłyszający;

3) głuchoniewidomi

4) upośledzeni umysłowo:

- a) w stopniu lekkim,
- b) w stopniu umiarkowanym,
- c) w stopniu znacznym,
- d) w stopniu głębokim,

⁵ Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1998, s. 27.

5) przewlekle chorzy:

- a) grupy ze względu na rodzaj schorzenia,
- b) grupy ze względu na formę leczenia (szpitalne, ambulatoryjne);

6) osoby z uszkodzeniem narządu ruchu:

- a) amputacje lub braki, transformacje,
- b) uszkodzenia kręgosłupa i narządu ruchu,
- c) dysfunkcje kończyn,
- d) porażenia;

7) osoby z trudnościami w uczeniu się na skutek dysharmonii rozwoju

8) społecznie niedostosowani wskutek:

- a) zaniedbań i błędów wychowawczych oraz konfliktów z normami społeczno-moralnymi,
- b) zaburzeń wyższych czynności nerwowych,
- c) tła psychopatycznego, charakteropatycznego, nerwicowego prowadzącego do konfliktów z prawem.

Obecnie na gruncie edukacji powszechnej ważną pozycję zajmuje **klasyfikacja dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi**. Termin *specjalne potrzeby edukacyjne* jest traktowany jako szerokie zjawisko trudności w nauce u dużej grupy uczniów objętych systemem kształcenia ogólnodostępnego i wymagających dodatkowego (specjalnego) wsparcia pedagogicznego⁶. Zgodnie z takim pojmowaniem, każdy uczeń, który nie potrafi podołać wymaganiom programu nauczania i ma

⁶ Termin ten został przyjęty za brytyjskim dokumentem *Warnock Raport* i rozpowszechniony w Polsce przez Martę Bogdanowicz w licznych publikacjach z zakresu dysleksji rozwojowej.

większe trudności w uczeniu się niż dzieci w tym samym wieku, jest uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Stąd powiększyły się grupy osób, wobec których zachodzi potrzeba specjalnego oddziaływania w szkołach masowych, np. pomoc logopedyczna, korekcyjna i kompensacyjna, socjoterapeutyczna, wyrównawcza, psychoterapeutyczna i inne.

Do kategorii osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi zalicza się obecnie uczniów:

- wybitnie zdolnych,
- niepełnosprawnych intelektualnie i ze sprawnością intelektualną niższą niż przeciętna,
- dzieci z zaburzeniami receptorów, motoryki i mowy,
- z zaburzeniami neurologicznymi,
- z przewlekłymi chorobami,
- zaburzeniami psychicznymi,
- ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się (z ryzykiem dysleksji i dysleksją rozwojową),
- niedostosowanych społecznie,
- z odmiennych grup etniczno–kulturowych⁷.

1.4. Działy szczegółowe pedagogiki specjalnej

Na podstawie istniejących klasyfikacji osób niepełnosprawnych można wyłonić zasadnicze działy szczegółowe, czyli subdyscypliny pedagogiki specjalnej, których podmiotem jest jednostka z danym rodzajem zaburzenia (niepełnosprawności).

⁷ Klasyfikację przygotowano na podstawie opracowania: *Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Informator, Warszawa 2010.

W większości subdyscyplin badania nad osobami niepełnosprawnymi prowadzone były od początku istnienia pedagogiki specjalnej jako samodzielnej dyscypliny pedagogicznej, ale też powstały zupełnie nowe działy (pedagogika zdolnych i uzdolnionych), a niektóre zyskały wyraźnie autonomiczny charakter ze względu na aktualne zapotrzebowanie w populacji uczących się (pedagogika korekcyjna).

Tabela 1. Działy pedagogiki specjalnej a rodzaj działalności

Rodzaj działalności wychowawczej	Działy pedagogiki specjalnej
kompensacja	Pedagogika osób z upośledzeniem umysłowym Pedagogika osób niesłyszących i słabosłyszących Pedagogika osób niewidomych i słabowidzących Pedagogika osób ze sprzężonymi upośledzeniami
leczenie	Pedagogika osób przewlekle chorych Pedagogika osób niesprawnych ruchowo Pedagogika osób z autyzmem i zespołami psychopodobnymi
korekcja	Pedagogika osób z trudnościami w uczeniu się Pedagogika osób z zaburzeniami mowy – logopedia
resocjalizacja	Pedagogika osób niedostosowanych społecznie
wzmoczony rozwój	Pedagogika zdolnych i uzdolnionych

Źródło: A. Zawislak, *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009.

Na podstawie przedstawionej systematyzacji można wyróżnić następujące subdyscypliny pedagogiki specjalnej:

- oligofrenopedagogika,
- surdopedagogika,
- tyflop pedagogika,

- pedagogika terapeutyczna (lecnicza),
- pedagogika korekcyjna,
- pedagogika resocjalizacyjna,
- pedagogika zdolnych i uzdolnionych.

1.5. Zagrożenia cywilizacyjne a problemy profilaktyki niepełnosprawności

Możemy przypuszczać, że we współczesnym świecie naczynym rozwojem techniki, medycyny, inżynierii genetycznej, farmakologii i wielu innych naukowych dziedzin, człowiek praktycznie nie może być niepełnosprawnym. Liczne choroby, zaburzenia czy odchylenia od normy można obecnie skutecznie leczyć – redukować dolegliwości, wzmacniać odporność, a także zapobiegać ich występowaniu. Dziś można żyć dłużej, być aktywnym do późnej starości, a problemy okresu starczego kompensować lekami, zabiegami medycznymi, sprzętem rehabilitacyjnym itd.

Zastanawia zatem fakt, że odsetek osób niepełnosprawnych (10 %) pozostaje niezmienny od lat, a nawet w ostatnim czasie obserwujemy jego wzrostową tendencję.

W postępie cywilizacyjnym tkwią zarazem wyznaczniki zdrowego życia człowieka, jak też bezwzględne czynniki zagrażające jego zdrowiu i pełnej sprawności.

Problem do dyskusji

Spróbujmy przeanalizować te czynniki i zastanowić się nad możliwościami profilaktycznych działań we wskazanych płaszczyznach współczesnego życia:

1. Rozwój motoryzacji
2. Zanieczyszczenia środowiska naturalnego
3. Choroby cywilizacyjne i zawodowe
4. Żywność
5. Tendencje w powstawaniu uzależnień (alkoholowych, narkotykowych, medialnych)
6. Dynamiczny sposób życia i wymagania społeczne wobec współczesnego człowieka (dziecka, dorosłego)
7. Długowieczność
8. Tendencje poszukiwania nowych wyzwań
9. Inne (jakie?).

ROZDZIAŁ 2.

ZASADNICZE KIERUNKI DZIAŁALNOŚCI W PEDAGOGICE SPECJALNEJ

2.1. Rehabilitacja a rewalidacja ustalenia terminologiczne

W literaturze z zakresu pedagogiki specjalnej pojawiają się często dwa terminy: *rehabilitacja* i *rewalidacja*. To rezultat zmian jakie zaszły w toku badań nad oddziaływaniami praktycznymi wobec jednostek niepełnosprawnych. Badacze różnorodnie definiowali działania terapeutyczne, kierując się m. in. kategorią wiekową osób upośledzonych, rodzajem dysfunkcji, systemem kształcenia itd. Z pewnością też istotnym kierunkiem określającym te przemiany była psychologiczna ewolucja pojęcia osobowości człowieka (od jednostki izolowanej, przeciwstawnej środowisku, do ujmowania jej jako elementu tegoż środowiska, tj. w kontekście społecznym)⁸.

Termin **rewalidacja**, u podstaw którego znajdują się pojęcia *zdrowia*, *mocy*, *siły* (grec. *validus* – zdrowy), ma dłuższą tradycję na gruncie polskim niż termin **rehabilitacja**. Inicjatorem upowszechniania terminu *rewalidacja* była Profesor Maria Grzegorzewska, twórczyni polskiej pedagogiki specjalnej. W tradycyjnym ujęciu autorki, cele rewalidacyjne wiązały się z możliwie dostępnym powrotem do zdrowia poprzez akcję kompensowania, korygowania, usprawniania i dynamizowania

⁸ Z. Cackowski, *Życie ludzkie jako dobro i miara wartości*, „Studia Filozoficzne” 1978 nr 4.

oraz przygotowanie do udziału w życiu społecznym, kształcenie ogólne i zawodowe wychowanków⁹. Pierwotnie termin ten odnosił się do działań pedagogicznych stosowanych wobec dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz tej z zaburzeniami receptorycznymi i intelektualnymi.

Z kolei **rehabilitacja**, u podstaw której znajdują się pojęcia mocy, siły (łac. *habilis* – mocny, silny, sprawny), zgodnie ze stanowiskiem Aleksandra Hulka¹⁰, polega na usprawnianiu fizycznym, psychicznym i społecznym osób niepełnosprawnych. Wcześniej termin ten był głównie odnoszony do zaburzeń o charakterze fizycznym i przewlekłym (np. choroby psychiczne) oraz do ludzi dorosłych. Często i dzisiaj pozostaje w takim zawężonym rozumieniu w społecznej mentalności.

Termin ten ma dłuższą tradycję w literaturze światowej, a coraz częściej też stosowany jest przez polskich badaczy. Podobnie jak w podejściu tradycyjnym, chodziło o powiązanie działań usprawniających z kształceniem ogólnym i przygotowaniem zawodowym. Jednocześnie jednak w ujęciu Aleksandra Hulka¹¹, zostały rozszerzone płaszczyzny działań rewalidacyjnych.

Punktem zwrotnym w dotychczasowej pracy pedagogów specjalnych było wyraźne ukierunkowanie działań w stronę otoczenia fizycznego i społecznego jednostki rewalidowanej

⁹ M. Grzegorzewska, *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo PIPS, Warszawa 1964, s. 90.

¹⁰ A. Hulek, *Pedagogika rewalidacyjna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1980, s. 14.

¹¹ Ibidem.

a nie, jak wcześniej, tylko na nią samą. Ma to odzwierciedlenie w poglądach wielu badaczy, którzy podkreślają konieczność rozwijania akcji rewalidacyjnej w kierunku środowiska rodzinnego jednostki upośledzonej¹², równocześnie dążąc do modyfikowania ogółu postaw społecznych, co pozytywnie zmienia jej otoczenie społeczne¹³.

Aktualnie widać dążenie do ujednoczenia stosowania pojęć *rewalidacja* i *rehabilitacja*. Zarówno bowiem etymologicznie, jak i merytorycznie, naczelne zadanie w obu tych akcjach pedagogicznych pozostaje takie samo, a mianowicie:

*w rewalidacji (w rehabilitacji) chodzi o złożone i skoordynowane działania o charakterze leczniczym, psychologicznym, pedagogicznym i społeczno-zawodowym, które zmierzają do rozwinięcia lub przywrócenia u osoby trwale uszkodzonej na zdrowiu sprawności, zdolności i możliwości niezbędnych do jej prawidłowego funkcjonowania*¹⁴.

¹² Poglądy te ujawniają w swoich pracach tacy autorzy, jak np. H. Borzyszkowska, *Dziecko upośledzone w rodzinie*, [w:] Hulek A. (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1980; A. Maciarz, *Rewalidacja społeczna dzieci*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1980; T. Żółkowska, *Rodzina a funkcjonowanie w klasie szkolnej ucznia upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim*, Wydawnictwo US, Szczecin 1994 i inni.

¹³ Wyraźnie akcentowane jest to przez A. Hulka (1980) oraz A. Maciarz (1981, 1984).

¹⁴ A. Hulek, *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1969; A. Hulek, *Pedagogika rewalidacyjna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1980; A. Maciarz, *Wybrane zagadnienia rewalidacji dzieci*, Wydawnictwo WSP, Zielona Góra 1984.

Cel ten jest realizowany poprzez:

- przywrócenie jednostkom niepełnosprawnym maksymalnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej,
- przygotowanie do samodzielnego życia w społeczeństwie,
- tworzenie w środowisku cywilizacyjno–kulturowym odpowiednich warunków do ich prawidłowego funkcjonowania¹⁵.

Taki szeroki zakres oddziaływań, który z jednej strony zmierza do ukształtowania u osób upośledzonych postaw i umiejętności społecznych umożliwiających im samodzielne funkcjonowanie i współżycie z innymi ludźmi, a także, z drugiej strony, do kształtowania środowiska społecznego, w ujęciu Aleksandry Maciarz¹⁶ przyjmuje postać **rewalidacji społecznej**.

Proces tak pojmowany będzie prowadzić do naczelnego efektu działalności rewalidacyjnej, czyli integracji społecznej jednostek niepełnosprawnych ze społeczeństwem.

2.2. Rehabilitacja a rewalidacja ustalenia terminologiczne

Współcześnie w rewalidacji, czy też rehabilitacji, zaznaczamy potrzebę równoczesnego oddziaływania we wszystkich płaszczyznach:

¹⁵ A. Maciarz, *Wybrane zagadnienia rewalidacji dzieci*, Wydawnictwo WSP, Zielona Góra 1984, s. 18.

¹⁶ Ibidem.

1. **fizycznej** – zabiegi lecznicze i usprawnianie fizyczne, zwane rehabilitacją fizyczną,
2. **psychicznej** – zabiegi psychoterapeutyczne,
3. **społecznej** – socjoterapia, jako przygotowanie do społecznego funkcjonowania,
4. **zawodowej** – przygotowanie do pełnienia określonej roli zawodowej.

Wyróżnione płaszczyzny są wzajemnie warunkowane i komplementarne względem siebie, a przewaga działań rewalidacyjnych w jakiegokolwiek z nich jest podyktowana aktualną sytuacją psychiczną i społeczną jednostki niepełnosprawnej w danej fazie rewalidacji¹⁷.

Kierunki działań w pracy rewalidacyjnej

W pracy rewalidacyjnej wyróżniamy następujące kierunki działań:

- **kompensacja** (wyrównanie) i substytucja (zastępowanie) deficytów psychicznych czy fizycznych jednostki,
- **korektura** sfer i funkcji zaburzonych,
- **usprawnianie** funkcji sprawnych lub najmniej zaburzonych,
- **dynamizowanie** jednostki w zakresie pobudzania wtórnych mechanizmów motywacyjnych.

Wobec każdego rodzaju upośledzenia, działania o charakterze kompensującym, korygującym, usprawniającym a przede

¹⁷ A. Maciarz, *Rewalidacja społeczna dzieci*, Wydawnictwo WSP, Zielona Góra, 1984.

wszystkim dynamizującym, muszą być dostosowane do możliwości i potrzeb osoby upośledzonej.

2.3. Zasady w systemie oddziaływań rewalidacyjnych

Działania rewalidacyjne wobec niepełnosprawnych winny opierać się na ogólnych zasadach (normach) postępowania. Do a nich najważniejszych należą:

- *zasada akceptacji*, rozumiana jako przyjęcie człowieka takim jakim jest, czyli obciążonego większymi niż inni trudnościami rozwojowymi,
- *zasada pomocy*, rozumiana jako niezbędne, ale też racjonalne wsparcie, bez nadmiaru troski i litości,
- *zasada indywidualizacji*, oznaczająca prawo jednostki upośledzonej do rozwoju zgodnie z indywidualnymi właściwościami i celem rewalidacji,
- *zasada terapii pedagogicznej*,
- *zasada współpracy z rodziną*, tj. współdziałanie z najbliższym środowiskiem wychowawczym w celu poprawy warunków dla rewalidacji¹⁸.

Wskazany zakres norm postępowania został poszerzony o nowe zasady w systemie rewalidacji, a wśród nich o:

- *zasadę wczesnego wykrywania i usuwania zaburzeń*,
- *zasadę integracji ze środowiskiem społecznym*,
- *zasadę ciągłości oddziaływań w procesie rewalidacji*.

¹⁸ O. Lipkowski, *Pedagogika specjalna w zarysie*, op. cit., s. 43 – 44.

Problem do dyskusji

Jak należy rozumieć stosowanie powyższych zasad we współczesnym systemie działań rewalidacyjnych?

2.4. Życie człowieka z niepełnosprawnością – stereotypy a oczekiwania społeczne

Choroba, kalectwo, niedorozwój komplikują w istotny sposób życie człowieka, ograniczają w zakresie edukacyjnym, zawężają lub nawet uniemożliwiają możliwości pracy zarobkowej, często utrudniają na tyle kontakty interpersonalne, że prowadzi to do społecznej izolacji.

O tym, jak będzie przebiegać życie człowieka niepełnosprawnego, decyduje w wysokim stopniu on sam. Jest to bowiem uzależnione od poziomu samoświadomości własnych ograniczeń i możliwości. Osoba niepełnosprawna, w toku bezpośrednich konfrontacji z otoczeniem oraz osobistych przeżyć, zaczyna analizować własną sytuację i poznawać konsekwencje niepełnosprawności.

Przebieg i efekty rehabilitacji (rewalidacji) zależą w równym stopniu od przyczyn, które określamy jako specyficzne, czyli pierwotnie związane z danym rodzajem niepełnosprawności, jak również przyczyn wtórnych, czyli niespecyficznych, zależnych od wielu czynników, które determinują psychologiczne i społeczne funkcjonowanie człowieka niepełnosprawnego. Można wśród tych czynników wyróżnić:

- ograniczenie lub uniemożliwienie pełnienia ról społecznych,

- frustrację wynikającą z samego upośledzenia, jak i ze zmian w stylu życia,
- negatywne odczucia emocjonalne, w tym: lęk, poniżenie, poczucie krzywdy itd.,
- zmiany w postrzeganiu własnej osoby,
- ograniczenia w sferze aktywności psychicznej i społecznej¹⁹.

Jednakże praktyka życia w społeczeństwie pokazuje, że ludzie niepełnosprawni, nie muszą być skazywani na marginalizację społeczną. Zaistnienie we współczesnych realiach społecznych wymaga spełnienia szeregu oczekiwań kierowanych w stronę w pełni sprawnej części społeczeństwa oraz zmian w szeroko pojętym środowisku cywilizacyjno–kulturowym. Zagadnienia te pogłębijmy w rozdziale ostatnim, w którym będzie poruszana problematyka integracji osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

¹⁹ U. Morcinek, *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Turystyka osób niepełnosprawnych. Podręcznik dla organizatorów turystyki i animatorów czasu wolnego osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo MOSRiR, Szczecin 2003, s. 17.

ROZDZIAŁ 3.

DZIAŁALNOŚĆ REWALIDACYJNA WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

3.1. Wybrane zagadnienia rewalidacji osób z niepełnosprawnością intelektualną

3.1.1. Pojęcie i istota niepełnosprawności intelektualnej

Naukę szczegółową pedagogiki specjalnej, która zajmuje się nauczaniem i wychowaniem jednostek z niepełnosprawnością intelektualną nazywamy **oligofrenopedagogiką** (z grec. *oligos* – pomniejszenie, *phren* – umysł).

W literaturze przedmiotu tej subdyscypliny spotyka się wiele różnych terminów na określenie zaburzeń intelektualnych u człowieka. Wśród nich można wskazać takie terminy jak: *oligofrenia*, *obniżona sprawność intelektualna*, *niedorozwój umysłowy*, *upośledzenie umysłowe*, *niepełnosprawność umysłowa* czy, obecnie stosowany, *niepełnosprawność intelektualna*. Określenia te często stosowane są zamiennie, ale faktycznie synonimami nie są. Zróżnicowanie terminologiczne wpływa z faktu odmiennego ujmowania przez różnych badaczy tego odchylenia od normy i stosowania swoistych kryteriów przy jego diagnozowaniu.

Dawniej upośledzenie umysłowe (niepełnosprawność intelektualną) uważano za zaburzenie statyczne, tzn. stan trwały, nieulegający zmianom w toku rozwoju indywidualnego jednostki.

Obecnie ten rodzaj niepełnosprawności traktuje się w kategoriach dynamicznych, co stwarza optymistyczne perspektywy rozwojowe dla procesu rewalidacji dla osób z zaburzeniami intelektualnymi.

W powszechnym ujęciu przyjęto, że niepełnosprawność intelektualna to stan obniżonej sprawności umysłowej w stosunku do poziomu normalnego, współwystępujący z zaburzeniami w zachowaniu przystosowawczym, powstały w okresie rozwojowym i występujący do 18 roku życia. Z kolei *zachowanie przystosowawcze* jest określone stopniem realizacji przez jednostkę wymogów niezależności osobistej i odpowiedzialności społecznej, właściwej dla wieku i środowiska, w którym funkcjonuje²⁰. W upośledzeniu umysłowym dają się wyróżnić trzy komponenty, a mianowicie:

- **organiczny**, związany z zaburzeniami i uszkodzeniami w budowie i funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego,
- **psychologiczny**, dotyczący obniżonej sprawności intelektualnej i wynikających stąd konsekwencji dla psychicznego funkcjonowania jednostki,
- **społeczny**, związany z uwarunkowaniami szczególnej roli społecznej osoby upośledzonej²¹.

²⁰ J. Kostrzewski, *Ewolucja poglądów AAMR dotyczących niedorozwoju umysłowego od Ricka Hebera (1959) do Ruth Luckasson i in. (1992)*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej”, t. 8, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1997.

²¹ J. Wyczesany, *Pedagogika osób z lekkim upośledzeniem umysłowym* [w:] Dykcik W. (red.): *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo UAM, Poznań 1997, s. 117.

Należy podkreślić, że każdy z tych komponentów dotyczy innego aspektu upośledzenia umysłowego i nie u każdej jednostki są one jednakowo wyraźnie obserwowalne.

Szczególną rolę w ewolucji definicji upośledzenia umysłowego odegrały poglądy badaczy anglo – amerykańskich, m. in. E. A. Dolla, H. J. Grossmanna, R. Hebera, J. Tizarda, A. F. Tredgolda.

Definicje tych autorów mają charakter behawioralny, czyli podkreślają funkcjonalny związek pomiędzy obniżoną sprawnością intelektualną i upośledzeniem zdolności przystosowania się. Jako przykład można wskazać podejście definicyjne Edgara Dolla²², który wyróżnił sześć powiązanych ze sobą *kryteriów niedojrzałości*, gdy orzeka się o niedorozwoju umysłowym, tj.:

1. społeczną,
2. spowodowaną przez niską sprawność umysłową,
3. o charakterze rozwojowym,
4. nie przemijającą w miarę dojrzewania,
5. pochodzenia konstytucjonalnego,
6. nieodwracalną.

W definicjach polskich autorów bardzo często podkreślano dynamiczny charakter niepełnosprawności intelektualnej, z jednoczesnym wskazaniem szerokiego tła etiologicznego. Jako przykład można przedstawić definicję Kazimierza Kirejczyka²³, zgodnie z którą **upośledzenie umysłowe** to:

²² A. M. Clarcke, A. D. B. Clarcke (red.): *Upośledzenie umysłowe*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1969, s. 66.

²³ K. Kirejczyk, *Oligofrenopedagogika*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1978, s. 45.

istotnie niższy od przeciętnego w danym środowisku (co najmniej o dwa odchylenia standardowe) globalny rozwój jednostki z nasilonymi równocześnie trudnościami w zakresie uczenia się i przystosowania, spowodowany we wczesnym okresie rozwojowym przez czynniki dziedziczne, wrodzone i nabyte po urodzeniu (w tym w sporadycznych przypadkach przez czynniki socjalno–kulturowe) wywołujące trwałe (względnie) zmiany w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego.

Istniejące podejścia definicyjne w problematyce niepełnosprawności intelektualnej są nadal modyfikowane. Najnowsza definicja podana przez Amerykańskie Towarzystwo ds. Upośledzenia Umysłowego (1992) oraz Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM – IV, 1994) definiuje niedorozwój umysłowy w następujący sposób:

***niedorozwój umysłowy** charakteryzuje się istotnie niższym niż przeciętne funkcjonowaniem intelektualnym, z jednocześnie współwystępującym ograniczeniem w zakresie dwóch lub więcej spośród następujących umiejętności przystosowawczych: porozumienia się, samoobsługi, trybu życia domowego, uspołecznienia, korzystania z dóbr społeczno – kulturalnych, samodzielności, troski o zdrowie i bezpieczeństwo, umiejętności szkolnych, organizowania czasu wolnego i pracy. Niedorozwój umysłowy ujawnia się przed 18 rokiem życia²⁴.*

²⁴ R. Luckasson i in. 1992, [w:] J. Kostrzewski, *Ewolucja poglądów AAMR dotyczących niedorozwoju umysłowego od Ricka Hebera (1959) do Ruth Luckasson i in. (1992)*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej”, t. 8, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1997.

Zaprezentowana definicja ma charakter funkcjonalny. Uwzględnia bowiem zarówno wpływ środowiska na funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej, jak też wymaganą pomoc społeczną ze względu na indywidualny charakter tej osoby (tj. szczegółową diagnozę jednostkowego przypadku indywidualnego).

3.1.2. Etiologia niepełnosprawności intelektualnej

Otton Lipkowski²⁵ uważa przyczyny upośledzenia umysłowego za różnorodne i stwierdza, że zależą one od okresu występowania. Dzieli je na powstałe przed urodzeniem (prenatalne), w okresie porodowym (perinatalne) i po urodzeniu (postnatalne).

Do **przyczyn prenatalnych** zalicza:

1. Wiek matki – niedostateczna dojrzałość biologiczna bardzo młodych matek lub wyczerpanie generatywnych sił starczych (u starszych matek: liczne upośledzenia, np. zespół Downa);
2. Ekromesomopatie, czyli zaburzenia chromosomalne, które prawie zawsze powodują swoiste postacie niepełnosprawności (np. zespół Langdon – Downa, zespół Klinefeltera);
3. Niedotlenienie – może to być krwawienie przy wczesnym okresie ciąży, napadach epileptycznych lub niektórych schorzeniach matki (niezwykle ważne są 3 pierwsze miesiące ciąży);

²⁵ O. Lipkowski, *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1981, s. 98.

4. Uszkodzenia chemiczne, mechaniczne i radiacyjne (występujące na skutek używania i nadużywania leków, wstrząsów np. w czasie jazdy motocyklem, niefachowych i zbyt częstych naświetlań promieniami Roentgena);
5. Choroby infekcyjne matki (np. różyczka, świnka, grypa wirusowa) w pierwszym okresie ciąży;
6. Zaburzenia metabolizmu, które mogą przejawiać w zaburzeniach przemiany białka, tłuszczu i węglowodanów.

Do **przyczyn perinatalnych** zalicza się przede wszystkim:

1. uszkodzenia mechaniczne w trakcie porodu i związane z tym niedotlenienie mózgu;
2. wcześniactwo;
3. inne.

Do **przyczyn postnatalnych** natomiast:

1. urazy fizyczne;
2. choroby mózgu (np. zapalenie opon mózgowych, ropienie i guzy mózgu);
3. ciężkie zaburzenia metabolizmu w pierwszym okresie życia.

3.1.3. Podział osób z niepełnosprawnością intelektualną

Osoby niepełnosprawne intelektualnie stanowią grupę niejednorodną, zróżnicowaną stopniem odchylenia od normy, co wyznacza swoiste możliwości tych osób w spełnianiu poziomu oczekiwań zgodnych z ich wiekiem i przynależnością kulturową (w dziedzinach: umiejętności społeczne i odpowiedzial-

ność, komunikowanie się, wypełnianie czynności „dnia codziennego”, samodzielność czy samoobsługa).

Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła w 1968 r. cztero-stopniową klasyfikację upośledzenia umysłowego, opartą na ilorazie inteligencji (I.I.). Jej podstawę stanowi skala o średniej 100 i odchyleniu standardowym 16. Według tej klasyfikacji wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie można wyróżnić:

- a) osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym (I.I. od 52 do 67),
- b) osoby z umiarkowanym upośledzeniem umysłowym (I.I. od 36 do 51),
- c) osoby ze znacznym upośledzeniem umysłowym (I.I. od 20 do 35),
- d) osoby z głębokim upośledzeniem umysłowym (I.I. 0 do 19).

Poszczególne stopnie upośledzenia umysłowego implikują różne ograniczenia w rozwoju i funkcjonowaniu dotkniętych nim osób.

3.1.4. Charakterystyka psychologiczna osób niepełnosprawnych intelektualnie²⁶

Osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną

Lekki stopień niepełnosprawności intelektualnej to najłagodniejsza forma niedorozwoju. U takich osób diagnozowany jest globalny charakter zaburzeń, który obejmuje wszystkie sfery osobowości człowieka, głównie myślenie, mowę, motorykę oraz zachowanie. Irena Obuchowska²⁷ mówi o tzw. *trzy m.* Jednostki te spostrzegają wolniej, mniej dokładnie i w węższym zakresie. Spostrzeżenia mają charakter przypadkowy, chaotyczny. Jednak za najbardziej zaburzoną uznaje się funkcję myślenia abstrakcyjnego, procesy analizy i syntezy oraz uogólniania. Zaznacza się tu silny schematyzm i bezwład w myśleniu, polegający na odwoływaniu się do sytuacji mieszczącej się wyłącznie w obszarze konkretności. Z kolei w podejściu do zadania teoretycznego osoby te nie szukają skutecznych rozwiązań, tylko powtarzają te same, stereotypowe działania na zasadzie „wie jak wiedzieć”. W momencie zetknięcia z nowym zadaniem ludzie tacy pozostają bezradni.

²⁶ Podrozdział 3.1.4. przygotowano na podstawie wcześniejszych publikacji autorki skryptu, zob.: U. Morcinek, *Postępy w czytaniu uczniów objętych rewalidacją indywidualną*, Wydawnictwo US, Szczecin 2003, s. 24 – 36 oraz U. Morcinek, *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Turystyka osób niepełnosprawnych. Podręcznik dla organizatorów turystyki i animatorów czasu wolnego osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo MOSRiR, Szczecin 2003, s. 40 – 42.

²⁷ I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1991, s. 219.

Osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną (umiarkowaną i znaczną)

Osoby z tej kategorii niepełnosprawnych intelektualnie charakteryzują się dużo poważniejszym globalnym zaburzeniem sfer i funkcji rozwojowych w odniesieniu do grupy charakteryzowanej wcześniej. Za typowe oznaki **umiarkowanego stopnia niedorozwoju intelektualnego** przyjmuje się: niedokładne i wolne spostrzeganie, pamięć nietrwałą (dominuje pamięć mechaniczna), procesy myślowe na poziomie konkretno – obrazowym (co w przypadku normalnego rozwoju odpowiada stadium typowemu dla dzieci od 7 do ok.12 lat), także trudności w tworzeniu pojęć, uogólnianiu itd.

Osoby z tej grupy mają widoczną potrzebę nawiązywania kontaktów społecznych, rozumieją proste sytuacje społeczne i zazwyczaj potrafią wyrażać swoje potrzeby, porozumiewać się z innymi ludźmi i współpracować z nimi. Na ogół są samodzielne w samoobsłudze i mogą również z powodzeniem wykonywać proste czynności domowe oraz zarobkowe. Jednak słabo panują nad sferą popędową, a pojawiające się u tej grupy osób uczucia moralne mają raczej charakter intuicyjny niż motywacyjny.

W toku nauki szkolnej, realizowanej w „szkołach życia” opanowują one podstawowe umiejętności, jak czytanie, pisanie i rachowanie, ale tylko w zakresie dwóch lat szkoły podstawowej specjalnej dla niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim.

Z kolei **osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej** odznaczają się tak obniżonym poziomem rozwoju poznawczego, że nauka czytania, pisania czy rachowania jest praktycznie niemożliwa. U tych osób spostrzeganie ma jeszcze bardziej wolniejsze tempo i jest bardzo niedokładne, a proces ten wyznacza uwaga mimowolna (tj. koncentrująca się odruchowo wskutek pobudzenia zmysłowego silnym bodźcem). Ludzie tacy wypowiadają się prostymi, zazwyczaj dwuwyrazowymi zdaniami. W rozwoju intelektualnym pozostają na etapie inteligencji sensoryczno–motorycznej, co odpowiada stadium w normalnym rozwoju dziecka do około 2 roku życia. Wiele z tych osób samodzielnie realizuje swoje potrzeby fizjologiczne i porusza się w najbliższym otoczeniu.

Są w stanie opanować proste czynności manipulacyjne, a w wielu przypadkach są także zdolne do wypełniania prostych czynności domowych i zarobkowych (np. w warsztatach terapii zajęciowej kleją koperty, zbijają proste przedmioty z gotowych elementów, kopiują, wykonują prace artystyczne itd.).

3.2. Wybrane problemy z zakresu rewalidacji osób z zaburzeniami słuchu

3.2.1. Podmiot oddziaływań rewalidacyjnych w surdopedagogice

Surdopedagogika (*łac. surdus – głuchy*) jest to dział szczególony pedagogiki specjalnej zajmujący się nauczaniem i wychowaniem jednostek z wadami słuchu i zaburzeniami mowy wynikającymi z wad słuchu.

Klasyfikacja osób z wadą słuchu w zależności od przyjętego kryterium²⁸:

A. Ze względu na uszkodzenia słuchu:

- a) **lekki niedosłuch** (mniej niż 40 db)
 - trudności w słyszeniu mowy szeptanej;
- b) **umiarkowany niedosłuch** (40-70 db)
 - trudności w słyszeniu mowy potocznej, która może być jednak odebrana bez aparatu głównie drogą słuchową;
- c) **znaczny niedosłuch** (70-90 db)
 - po odpowiednim treningu mowa jest rozumiana głównie drogą słuchową;
- d) **głuchota** (więcej niż 90 db)
 - mowa potoczna nie jest rozumiana nawet przy pomocy aparatury i po treningu słuchu.

B. Ze względu na dodatkowe uszkodzenia:

- a) głuchoniewidomi,
- b) osoby z wadą słuchu i upośledzeniem umysłowym,
- c) osoby z wadą słuchu i kalectwem narządu ruchu.

C. Ze względu na miejsce uszkodzenia:

- a) zaburzenia słuchu obwodowe,
- b) zaburzenia słuchu centralne.

3.2.2. Etiologia zaburzeń słuchu

Istnieją trzy zasadnicze zespoły czynników powodując: głuchotę dziedziczną, wrodzoną i nabytą²⁹.

²⁸ O. Lipkowski, *Pedagogika specjalna*, op. cit., s. 122 - 123.

²⁹ Ibidem, s. 123 - 124.

Głuchota dziedziczna – występuje także u innych członków tej samej rodziny.

Dzielimy ją na: dominującą i recesywną.

Głuchota dziedziczna dominująca łączy się często z innymi zaburzeniami. Nie zawsze ujawnia się od urodzenia – nieraz dopiero po kilkunastu latach – i może być wtedy mylnie oceniana jako głuchota na tle innych czynników etiologicznych, występujących już w trakcie życia dojrzałego. *Głuchota dziedziczna recesywna* może pojawić się w każdym pokoleniu.

Głuchota wrodzona – jej przyczyny mogą być różne, np. choroby matki w czasie ciąży, a w tym:

- choroby wirusowe,
- czynniki toksyczne uszkadzające płód i działające szkodliwie na narząd słuchu,
- zaburzenia hormonalne,
- konflikt serologiczny.

Głuchota nabyta – spowodowana jest przyczynami działającymi w okresie porodu i w czasie dalszego rozwoju jednostki:

- uraz wskutek krwotoku i niedotlenienia w trakcie porodu,
- przyczyny powodujące głuchotę w pierwszych 2–3 latach i w dalszych latach życia (zapalenie opon mózgowych, choroby zakaźne wieku dziecięcego jak odra, gruźlica, urazy akustyczne, psychiczne i inne).

3.2.3. Wpływ głuchoty na życie jednostek

Głuchota wpływa na **rozwój psychiczny** człowieka – utrudnia przyswajanie języka oraz kontakt z otoczeniem. Nawet ze znacznym ubytkiem słuchu jednostka może osiągnąć dobry poziom szkolny i dobre przygotowanie do pracy zawodowej, a przez to korzystne warunki przystosowania społecznego.

Ze względu na niedosłyszenie, **mowa osoby jest inna**, głos jest mniej dźwięczny, bezbarwny, pozbawiony rytmu, nieprawidłowo modelowany. Dla osoby głuchej, **mowa głosowa jest mową trudną**, więc często i łatwo posługuje się ona innymi formami porozumiewania, takimi jak: **mimika, gesty, migi, mowa palcowa**. Jest to również **mowa uboga w treści**, która uniemożliwia uogólnianie i myślenie abstrakcyjne, dlatego ucząc osoby głuche preferuje się mowę ustną, głosową.

Rozwój mowy ustnej ma zasadniczy wpływ na **rozwój intelektualny**. Dziecko należy jak najwcześniej objąć specjalną opieką pedagogiczną. Im jest ono młodsze, tym większe szanse ukształtowania kompensacyjnych mechanizmów recepcyjnych w zakresie odbioru wrażeń komunikatywnych, jak również posługiwania się mową ustną i formami językowymi.

3.2.4. Formy pomocy osobom z wadami słuchu

Stosowanie aparatów słuchowych – umożliwia słyszenie własnego głosu, melodii, artykulacji, rytmu oraz szybkości wypowiedzianych słów. Osoba z aparatem łatwiej może poprawić

wadliwą wymowę, prowadzić autorehabilitację pod okiem logopedy, surdopedagoga, a przede wszystkim rodziców.

Pomoc logopedyczna – u osób z wadą słuchu utrudnione jest nabywanie poprawnej wymowy z uwagi na ograniczenia percepcji słuchowej. Zaburzona artykulacja wymaga ćwiczeń logopedycznych. Ważne jest by o takich ćwiczeniach zdecydował surdologopeda, który oceni czy odstępstwa od normy artykulacyjnej są typowe dla procesu kształcenia się mowy, czy też stanowią wadę wymowy.

Wychowanie słuchowe – jest postępowaniem rewalidacyjnym dotyczącym osób, u których wtórne negatywne następstwa uszkodzenia słuchu wystąpiły przed naturalnym momentem rozpoczęcia nauki mowy. Wychowanie słuchowe ma na celu zmniejszenie wtórnych następstw uszkodzenia słuchu. Przyczynia się do ukształtowania mowy, rozwijania i udoskonalania zdolności do akustycznego odbierania i różnicowania dźwięków mowy.

Trening słuchowy – dotyczy takich uszkodzeń słuchu, które wystąpiły po okresie przyswajania mowy u dzieci, które po ukończeniu 3 lub 4 roku życia stały się niedosłyszające lub głuche, względnie u dorosłych. Trening bazuje więc na akustycznych wspomnieniach przez odpowiednie ćwiczenia, zapobiega cofaniu się procesu mówienia. Służy rozbudowaniu już opanowanej mowy.

Problem do dyskusji

W jaki sposób można ułatwić pracę szkolną uczniom niedo-
słyszącym w klasie ogólnodostępnej?

3.3. Wybrane zagadnienia rewalidacji osób z zaburzeniami wzroku

3.3.1. Podmiot oddziaływań w tyflopedagogice

Tyflopedagogika (*grec. typhlos – ślepy*) jest to dział szczegól-
gółowy pedagogiki specjalnej (rewalidacyjnej) zajmujący się
nauczaniem i wychowaniem osób z zaburzeniami wzroku,
w tym niewidomych, ociemniałych i słabowidzących.

Problem do dyskusji

Omów funkcjonowanie narząd wzroku i jego znaczenie dla
poznania przez człowieka otaczającej rzeczywistości.

Klasyfikacje osób z zaburzeniami wzroku

Istnieją różne definicje i podziały osób niewidomych i sła-
bowidzących ze względu na zróżnicowane kryteria podziału.

W definicjach i klasyfikacjach o charakterze medycznym,
kryterium podziału stanowi **osłabienie ostrości wzroku
i zaburzenia pola widzenia**.

Na przykład Światowa Organizacja Zdrowia uznaje za **oso-
by niewidome**:

- a. osoby całkowicie niewidome – ostrość wzroku 0,00;

- b. osoby z ostrością wzroku nie większą niż 0,005, a więc osoby ze ślepotą umiarkowaną lub słabowzrocznością głęboką;
- c. osoby z ograniczonym polem widzenia nie większym niż 20 stopni, niezależnie od ostrości wzroku³⁰.

W definicjach o charakterze *funkcjonalnym*, np. w **definicjach zawodowych**:

- *osobami niewidomymi są osoby, które w pracy zawodowej bazują głównie na pozostałych zmysłach, a więc – całkowicie niewidomi. Natomiast w odniesieniu do pozostałych osób z uszkodzonym wzrokiem oznacza to, że zachowana sprawność wzroku jest zbyt niska do wypełniania funkcji orientacyjnej na stanowisku i w miejscu pracy oraz funkcji kierującej i kontrolującej w trakcie wykonywania pracy. Są to osoby zawodowo niewidome;*
- *osoby słabowidzące są to osoby, które pomimo znacznego uszkodzenia czynności wzrokowych wykorzystują je dla orientacji, kierowania i kontrolowania przebiegu pracy*³¹.

Z kolei w **definicjach pedagogicznych** kryterium podziału stanowi możliwość wykorzystania zachowanej sprawności widzenia w realizacji programu szkolnego i bazuje głównie na korzystaniu z materiałów pisanych (drukowanych).

³⁰ J. Sowa, *Pedagogika specjalna w zarysie*, op. cit., s. 159.

³¹ Ibidem, s. 159 – 160.

W związku z powyższym rozumieniem: **za dziecko niedowidzące (słabowidzące)** uważa się takie, które zachowało zdolność widzenia i traktuje ją jako główne źródło uczenia się, a zatem może korzystać z tekstów czarnodrukowanych (płaskie pismo, w odróżnieniu od pisma wypukłego – brajla), specjalnie powiększających pomocy optycznych czy elektronicznych, albo jednego i drugiego³².

Definicja osoby słabo widzącej:

jest to osoba, która pomimo okularów korekcyjnych ma trudności z wykonywaniem czynności wzrokowych, ale która może poprawić swoją zdolność wykonywania tych czynności poprzez wykorzystanie metod kompensacyjnych, pomocy ułatwiających widzenie i innych pomocy rehabilitacyjnych przez dostosowanie środowiska fizycznego.

3.3.2. Etiologia zaburzeń wzroku

Zaburzenia wzroku:

- wadliwa budowa oka lub też jego wadliwe funkcjonowanie wskutek choroby centralnego układu nerwowego,
- czynniki genetyczne (dziedziczone: zaćma, wysoka krótkowzroczność, zanik nerwu wzrokowego),
- czynniki wrodzone, powstałe w okresie płodowym na skutek chorób ciężarnej matki (odra, kiła, różyczka),
- choroby oczu, jak: jaskra, zaćma, jaglica, nowotwory oka i inne,

³² G. Jurewicz – Tuz, K. Klimasiński, *Wybrane zagadnienia tyflopedagogiki*, Wydawnictwo MiiW, Warszawa 1979, s. 14.

- choroby ogólne prowadzące do uszkodzenia wzroku, a w tym: cukrzyca, zapalenie opon mózgowych, choroby weneryczne itd.,
- niewłaściwa dieta, pozbawiona witaminy A (efekt tzw. *kurzej ślepoty*),
- urazy i wypadki.

3.3.3. Działalność rewalidacyjna wobec osób niewidomych

W pracy z dzieckiem niewidomym ważne znaczenie przypisywane jest działaniom kompensacyjnym, szczególnie ćwiczeniom pozostałych zmysłów: słuchu, smaku i powonienia oraz prowadzeniu tych ćwiczeń w formie zabawowej. Niezwykle ważne jest także wzbogacanie mowy dziecka, bowiem mowa jest dla niego czynnikiem informującym, instruującym i wyjaśniającym oraz czynnikiem wychowania i komunikacji z innymi³³.

Celem rehabilitacji leczniczej jest natomiast troska o zachowanie resztek wzroku i dbałość o aktualny rozwój psychomotoryczny dziecka niewidomego.

Problem do dyskusji

W jaki sposób nauczyciel może wspomóc dziecko słabowidzące w pracy szkolnej?

³³ Z. Sękowska, *Pedagogika specjalna – zarys*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1985, s. 70

3.4. Wybrane problemy rehabilitacji w pedagogice terapeutycznej

3.4.1. Podmiot w pedagogice terapeutycznej

Pedagogika terapeutyczna, inaczej **lecnicza** (*grec. *therapeia* – leczenie*) jest działem szczegółowym pedagogiki specjalnej, który zajmuje się nauczaniem i wychowaniem osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych ruchowo.

Zgodnie ze Światową Organizacją Zdrowia można podać następujący podział szczegółowych uszkodzeń poszczególnych części narządu ruchu i jego czynności:

- uszkodzenia i braki w anatomicznej strukturze narządu ruchu (np. amputacje spowodowane urazami bądź operacjami),
- zaburzenia czynności motorycznych przy nienaruszeniu anatomicznej struktury narządu ruchu (m. in. porażenia, niedowłady (spastyczne) wskutek uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego czy obwodowego układu nerwowego (wiotkie porażenie czy niedowład),
- deformacje narządu ruchu powodujące równocześnie zaburzenia czynności motorycznych (zniekształcenia narządu ruchu lub jego części na skutek wad wrodzonych, urazów, chorób, np. zeszywnienie stawów, zanik mięśni, przykurcze).

W pedagogice terapeutycznej rozróżniamy jednostki przewlekle chore i kalekie.

Za **jednostkę przewlekle chorą i kaleką** uznaje się taką, która *nie jest zdolna do szkolenia w warunkach normalnych i wymaga specjalnej pomocy pedagogicznej*.

Termin **kalectwo** stosowany jest w dwojakim znaczeniu:

- *szerszym*, obejmującym wszelkie kalectwo łącznie z kalectwem organów zmysłowych,
- *węższym*, obejmującym zasadnicze kalectwa narządów ruchu i kalectwa postawy (schorzeń kręgosłupa)³⁴.

3.4.2. Etiologia uszkodzeń narządu ruchu

Przyczyny tych uszkodzeń są różnorodne, podobnie jak też ich konsekwencje w postaci niepełnosprawności ruchowej. Najczęściej wymienia się tutaj:

- czynniki genetyczne, jako patologiczne geny przekazane przez rodziców,
- czynniki wrodzone działające na zarodek i płód w okresie prenatalnym (choroby matki i związki toksyczne, np. alkohol, leki, inne),
- choroby (dziecięce porażenie mózgowie, choroba Heinego – Medina, gruźlica kości, stwardnienie rozsiane),
- choroba Parkinsona, reumatoidalne zapalenie stawów, zanik mięśni,
- urazy (wypadki motoryzacyjne, mechaniczne, operacje).

³⁴ J. Sowa, *Pedagogika specjalna w zarysie*, op. cit., s. 202.

3.4.3. Choroba przewlekła i jej skutki

Choroba powoduje w organizmie człowieka konsekwencje natury biologicznej, które w różnym stopniu oddziałują ujemnie na jego psychikę.

Można to sprowadzić do takich zmian jak:

- ograniczenie czynności życiowych,
- obniżenie ogólnej wydolności organizmu,
- powstanie dolegliwości (np. ból, kaszel, spadek łaknienia),
- nadmierna pobudliwość ruchowa i emocjonalna,
- niezadowolenie, uprzedzenie wobec otoczenia.

3.4.4. Niepełnosprawność złożona i jej konsekwencje

Wśród jednostek niepełnosprawnych można spotkać przypadki, u których uszkodzeniu uległy także inne narządy. Mówimy wtedy o **niepełnosprawności złożonej** lub **sprzężonej**.

Na przykład:

- osoby głuchoniewidome,
- osoby niewidome z upośledzeniem umysłowym (z reguły wskutek jednej przyczyny),
- osoby ociemniałe wskutek cukrzycy (w tych przypadkach brak wzroku jest dodatkową niepełnosprawnością),
- osoby ociemniałe z uszkodzonym narządem ruchu,
- osoby głuche z upośledzeniem umysłowym (zazwyczaj o podłożu organicznym),
- osoby głuchonieme z przewlekłymi schorzeniami ukła-

du oddechowego na skutek głuchoty powodującej niemotę,

- osoby z uszkodzonym narządem ruchu i zaburzeniami psychicznymi (upośledzenie umysłowe, charakteropatia),
- osoby z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych, w wyniku których obniżeniu ulega sprawność kilku narządów, np. układu krążenia, oddechowego, trawiennego³⁵.

3.4.5. Rehabilitacja osób niepełnosprawnych w pedagogice terapeutycznej

Pod wpływem tych problemów ludzie łatwo się załamują, dlatego potrzeby osób niepełnosprawnych należy zaspakajać przez **rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną** oraz poprzez **rekreację**³⁶.

Stosowana w procesie rehabilitacji terapia pedagogiczna może być prowadzona poprzez:

1. terapię odciążającą (spoczynkową),
2. terapię uczynniającą (lub czynnościową).

W przypadku **terapii odciążającej** zmierza się do zorganizowania choremu warunków do jak najmniejszego wydatkowania wysiłku związanego ze środowiskiem zewnętrznym tak, aby pacjent mógł mobilizować siły organizmu do walki z przyczyną choroby.

³⁵ J. Sowa, *Pedagogika specjalna w zarysie*, op. cit., s. 198 – 200.

³⁶ Ibidem.

Z kolei w **terapii uczynniającej** zmierza się do organizowania wszelkich form aktywności, które mają jednostkę zdynamizować i usprawnić wyższą czynność nerwową oraz procesy psychomotoryczne (np. w formie zabawowej, ruchowej, zajęciowej czy terapii pracą)³⁷.

Problem do dyskusji

Zastanówmy się nad sposobami kompensacji technicznej u osób z uszkodzeniami narządu ruchu.

³⁷ Z. Sękowska, *Pedagogika specjalna – zarys*, op. cit., s. 271.

ROZDZIAŁ 4.

INTEGRACJA SPOŁECZNA LUDZI NIEPEŁNOSPRAWNYCH.

BARIERY W FUNKCJONOWANIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH WE WSPÓŁCZESNYM ŚWIECIE

4.1. Pojęcie i cel integracji społecznej

Integracja to kolejny krok w ewolucji ustosunkowania się ludzi zdrowych do osób upośledzonych i charakteru świadczonych im usług.

Celem integracji, zdaniem Aleksandra Hulka³⁸, jest umożliwienie poszkodowanym na zdrowiu jednostkom prowadzenia normalnego życia, możliwie na tych samych warunkach jak innym członkom określonych grup społecznych. System integracyjny zakłada, że dzieci i młodzież z niepełnosprawnością mogą korzystać ze wszystkich szczebli szkolnictwa, zdobywszy kulturowych i form czynnego wypoczynku, z których korzystają ich zdrowi rówieśnicy.

W krajach skandynawskich wprowadzono termin **normalizacja**, rozumiany jako zabezpieczenie osobom upośledzonym, włączonym już w zwykłe życie, takich warunków jak osobom zdrowym, aby mogły żyć, rozwijać się i mieć te same osiągnię-

³⁸ A. Hulek, *Integracyjny system kształcenia i wychowania*, [w:] Hulek A. (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1980, s. 493.

cia co pełnosprawni³⁹.

Podstawą idei integracji są twierdzenia specjalistów zajmujących się rewalidacją niepełnosprawnych, że jednostka mimo niepełnosprawności jest jednostką normalną oraz że, pomiędzy osobami odchylonymi od normy a zdrowymi istnieje więcej podobieństw niż różnic.

W opinii głównego propagatora integracji w naszym kraju, Aleksandra Hulka⁴⁰:

integracja – *wyraża się w takim wzajemnym stosunku pełno- i niepełnosprawnych, w którym respektowane są te same prawa (...), i w których stwarzane są dla obu grup identyczne warunki maksymalnego, wszechstronnego rozwoju. Integracja pozwala więc osobie niepełnosprawnej być sobą wśród innych. Integracja w takim znaczeniu może mieć zastosowanie do wszystkich sfer życia jednostki niepełnosprawnej – życia rodzinnego, kształcenia ogólnego i zawodowego, pracy, czasu wolnego, aktywności społecznej i politycznej itp.*

W toku rozwoju społeczeństw na przestrzeni dziejów świata i ludzkości następowały systematyczne zmiany w podejściu (postawach społecznych) do osób chorych, niepełnosprawnych, o zaburzonym rozwoju. Zmiany te warunkowane są głównie:

- czynnikami podmiotowymi tkwiącymi w rozwoju i funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,
- postępem nauki i techniki, odkrywającym nieznaną dotąd możliwości oraz potrzeby leczenia i edukacji osób,

³⁹ A. Hulek, *Integracyjny system kształcenia i wychowania*, op. cit., s. 493.

⁴⁰ A. Hulek (red.), *Świat ludziom niepełnosprawnym*, Wydawnictwo PTWzK, Warszawa 1992, s. 13.

- czynnikami tkwiącymi w wymaganiach społeczno-kulturowych i nastawieniach społecznych, które określone są nowymi uprawnieniami socjalnymi, edukacyjnymi i zawodowymi niepełnosprawnych⁴¹.

4.2. Integracyjny system kształcenia i wychowania

W ujęciu Aleksandra Hulka, integracyjny system kształcenia i wychowania, polega na maksymalnym włączeniu dzieci i młodzieży z odchyleniami od normy do zwykłych szkół i innych placówek oświatowych, umożliwiając im – w miarę możliwości – wzrastanie w grupie zdrowych rówieśników. W przypadku zaś jednostek przebywających w placówkach opiekuńczych – skupia się na trosce o zapewnienie jak najczęstszych kontaktów z zewnętrznym środowiskiem społecznym.

Jak podaje Władysław Dykcik⁴², w powstałej w naszym kraju sytuacji prawnej i ekonomicznej (po 1989 roku), ukształtowały się następujące formy edukacji integracyjnej:

- a) **w grupach przedszkolnych i w klasach szkoły podstawowej:**
 - integracja funkcjonalna, która polega na włączeniu dzieci niepełnosprawnych do warunków optymalnie sprzyjających ich rzeczywistemu funkcjonowaniu w grupie;
 - integracja lokacyjna, polegająca na włączaniu dzieci bez specjalnej pomocy wspierającej ich funkcjonowanie;

⁴¹ W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, op. cit., s. 329.

⁴² Ibidem.

- b) **integracja społeczna** – polega na organizowaniu odpowiednich klas lub oddziałów specjalnych w szkole masowej;
- c) **integracja sąsiedzka** – polega na organizowaniu współdziałania szkół specjalnych i masowych na różnych płaszczyznach wewnątrzszkolnych oraz pozaszkolnych;
- d) **integracja specjalnych szkół i ośrodków szkolno-wychowawczych ze środowiskiem społecznym oraz rodziną** w dni wolne od obowiązkowych zajęć;
- e) **integracja w nauczaniu indywidualnym** poprzez kontakty nauczycieli i rówieśników obu typów szkół.

W przedstawionym wielopłaszczyznowym systemie integracyjnym możliwe jest regulowanie jakości, intensywności i zakresu wzajemnych kontaktów: ze zdrowymi rówieśnikami, rodzicami, rodzeństwem i nauczycielami.

Dziecko o odmiennym rozwoju może stać się pełnoprawnym członkiem grupy przedszkolnej czy klasy w nauczaniu zintegrowanym, jeżeli będą eksponowane korzyści emocjonalnego i społecznego kontaktu wynikające z integracji rówieśniczej oraz wtedy, gdy otrzyma niezbędne środki dydaktyczne oraz wsparcie pedagogiczne. Nauczyciele pracujący z dziećmi o odmiennym rozwoju w grupach integracyjnych powinni być do tego przygotowani pod względem:

- *kompetencyjnym* (wiedza o dziecku z nietypowym rozwojem, o niepowodzeniach szkolnych),
- *konceptyjnym* (znajomość różnych form, metod i technik postępowania psychologicznego i pedagogicznego),

- *kondycyjnym* (optymizm, otwarcie na ludzi z odmiennym rozwojem, pozytywne nastawienie na wzajemną komunikację i integrację)⁴³.

Jednakże, jak wynika z opinii W. Bachmanna⁴⁴, kontakt z niepełnosprawnymi nie zawsze prowadzi do kształtowania się postaw pozytywnych wobec niepełnosprawnych rówieśników.

4.3. Bariery w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych we współczesnym świecie

We współczesnych realiach gospodarczych, ekonomicznych i kulturowych naszego kraju rozwiązywanie problemów życiowych (edukacyjnych, zawodowych, społecznych i in.) ludzi niepełnosprawnych napotyka nowe przeszkody i bariery. Z jednej strony rosną oczekiwania wobec niepełnosprawnych, aby byli niezależni od innych, samodzielni w wyborach życiowych, aktywni zawodowo i społecznie. Z drugiej natomiast strony zaznacza się niepokojący nurt niechęci społecznej wobec niepełnosprawności (odmienności rozwojowej) i traktowania osób niepełnosprawnych jako ludzi o wyuczzonej bezradności i postawach roszczeniowych wobec systemu pomocy społecznej, świadczeń rentowych, ulg itp. Ponadto nasze otoczenie fizyczne i środowisko społeczne – z udogodnieniami architektonicznymi, najnowszymi technologiami, systemem prawa, szkolnictwa i rynkiem pracy, wymianą społeczną, komunikacją czy mediacją – to otoczenie jak najbardziej przyjazne, ale wobec

⁴³ W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, op. cit., s. 334.

⁴⁴ W. Bachmann, *Integracja osób niepełnosprawnych – możliwości i granice*, „Szkoła Specjalna” 1995 nr 2, s. 77.

człowieka sprawnego.

O samopoczuciu każdego z nas, mniej czy bardziej pełnosprawnego, decyduje szereg czynników wewnętrznych (osobowościowych) i zewnętrznych (m. in. architektonicznych, prawnych, informacyjnych, edukacyjnych, transportowych, zawodowych, społecznych).

Osoba niepełnosprawna nadal napotyka w wielu zakresach osobistego funkcjonowania na przeszkody, które utrudniają, a nawet całkowicie jej uniemożliwiają wypełnianie ról społecznych i niezależne funkcjonowanie.

Problemy do dyskusji

1. Wskaż istniejące bariery w funkcjonowaniu codziennym człowieka z niepełnosprawnością.
2. Jakie udogodnienia dla osób niepełnosprawnych spotykamy w naszym otoczeniu?

BIBLIOGRAFIA

1. W. Bachmann, *Integracja osób niepełnosprawnych – możliwości i granice*, „Szkoła Specjalna” 1995 nr 2.
2. H. Borzyszkowska, *Dziecko upośledzone w rodzinie*, [w:] Hulek A. (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1980.
3. Z. Cackowski, *Życie ludzkie jako dobro i miara wartości*, „Studia Filozoficzne” 1978 nr 4.
4. A. M. Clarcke, A. D. B. Clarcke (red.), *Upośledzenie umysłowe*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1969.
5. Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo UAM, Poznań 1997.
6. W. Dykcik, *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki*, [w:] Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo. UAM, Poznań 1997.
7. A. Hulek, *Integracyjny system kształcenia i wychowania*, [w:] Hulek A. (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1980.
8. A. Hulek (red.), *Świat ludziom niepełnosprawnym*, Wydawnictwo PTWzK, Warszawa 1992.
9. A. Hulek, *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1969.
10. A. Hulek (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1980.
11. G. Jurewicz-Tuz, K. Klimasiński, *Wybrane zagadnienia ty-*

flopedagogiki, Wyd. MOiW, PZN, Warszawa 1979.

12. M. Grzegorzewska, *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo PIPS, Warszawa 1964.
13. K. Kirejczyk, *Oligofrenopedagogika*, Wyd. WSPS, Warszawa 1978.
14. J. Kostrzewski, *Ewolucja poglądów AAMR dotyczących niedorozwoju umysłowego od Ricka Hebera (1959) do Ruth Luckasson i in. (1992)*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej”, t. 8, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1997.
15. A. Kurzynowski, [w:] Mikulski J., Auleytner J. (red.), *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych. Drogi integracji*, Wydawnictwo WSH TWP, Warszawa 1996.
16. A. Maciarz, *Rewalidacja społeczna dzieci*, Wydawnictwo WSP, Zielona Góra, 1984.
17. A. Maciarz, *Rewalidacja społeczna dzieci*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1981,
18. U. Morcinek (red.), *Korekta i kompensacja osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Wydawnictwo Print Group, Szczecin 2007.
19. U. Morcinek, *Postępy w czytaniu uczniów objętych rewalidacją indywidualną*, Wydawnictwo US, Szczecin 2003.
20. U. Morcinek, *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Turystyka osób niepełnosprawnych. Podręcznik dla organizatorów turystyki i animatorów czasu wolnego osób niepełnosprawnych. Praca zbiorowa*, Wyd. MOSRiR, Szczecin 2003.

21. I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1991.
22. O. Lipkowski, *Pedagogika specjalna. Zarys*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1981.
23. Z. Sękowska, *Pedagogika specjalna – zarys*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1985.
24. Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1998.
25. J. Sowa, *Pedagogika specjalna w zarysie*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 1997.
26. J. Wyczesany, *Pedagogika osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*, [w:] Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo UAM, Poznań 1997.
27. A. Zawiślak, *Wybrane problemy pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009.
28. T. Żółkowska, *Rodzina a funkcjonowanie w klasie szkolnej ucznia upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim*, Wydawnictwo US, Szczecin 1994.

Tekst nie był wcześniej publikowany
Urszula Morcinek