

1) Wymień i omów rodzaje zajęć rewalidacyjnych.

Rodzaje zajęć rewalidacyjnych:

Korekcyjne wady postawy

Zajęcia rehabilitacyjne cel zajęć: korygowanie zaburzeń statyki ciała i przeciwdziałanie utrwalaniu i pogłębianiu ich; wyrównywanie zaburzeń w rozwoju motoryczności; zapobieganie powstawaniu zaburzeń statyki ciała oraz odchyleniom w stanie zdrowia lub rozwoju; niedopuszczenie do powstania wad postawy ciała, gdy zaistnieją warunki sprzyjające ich powstaniu; doprowadzenie sprawności fizycznej ucznia do stanu uznanego za prawidłowy.

Korygujące wady mowy

Zajęcia logopedyczne cel zajęć: usuwanie wad wymowy, nauczanie mowy w przypadku jej braku, usuwanie zaburzeń głosu oraz reedukacja w zakresie czytania i pisanie.

Orientacji przestrzennej i poruszania się

Głównym celem w zakresie orientacji przestrzennej jest uzyskanie przez osobę niewidomą i słabo widzącą pełnej samodzielności w poruszaniu się, radzeniu sobie w czynnościach życia codziennego w szerokim tego słowa znaczeniu oraz umiejętności wykorzystania resztek widzenia.

Nauki języka migowego lub innych alternatywnych metod komunikacji

cel: uaktywnienie mowy werbalnej, wspomaganie znakami języka migowego, poprawa komfortu życia mających problemy z werbalnym komunikowaniem, komunikowanie własnych potrzeb, stymulowanie procesu nabywania kompetencji i sprawności warunkujących przebieg komunikacji językowych. Do najpopularniejszych metod porozumiewania się osób z zaburzoną funkcją mowy należą:

System Komunikacji Symbolicznej BLISS

System - PIKTOGRAMY

System SYMBOLI PCS (Picture Communication Symbols)

Język migowy

Inne, wynikające z programów rewalidacji tj.:

• **Korekcyjno- kompensacyjne**

organizuje się dla uczniów, u których stwierdzono specyficzne trudności w uczeniu się, uniemożliwiające uzyskanie osiągnięć wynikających z podstawy programowej dla danego etapu edukacyjnego; zajęcia prowadzi nauczyciele posiadający przygotowanie w zakresie terapii pedagogicznej; wyrównywanie deficytów, braków

• **Usprawniającą motorykę**

1. Motoryka mała

- rozwijanie i kontrolowanie ruchów palców i rąk
- usprawnianie sprawności manualnej poprzez zabawy paluszkowe i baraszkowanie
- nauka i doskonalenie chwytu przedmiotów z otoczenia, zabawek, dłoni partnera
- stymulowanie umiejętności manipulowania przedmiotami poprzez: dotykanie

przedmiotów o różnej fakturze, gniecie papieru, malowanie dłonią, zabawy z wodą, plasteliną, woreczkami foliowymi itp.

2. Motoryka duża

- poszerzanie świadomości własnego ciała, strojności oraz jego położenia względem drugiej osoby
- pobudzanie aktywności dziecka w pozycji siedzącej
- rozwijanie koordynacji wzrokowo –słuchowo-ruchowej poprzez ćwiczenia rytmizujące przy muzyce
- ukierunkowywanie umiejętności turlania się i pełzania dziecka

- **Socjoterapeutyczne**

Uczniowie z dysfunkcjami i zaburzeniami utrudniającymi funkcjonowanie społeczne

- **Dydaktyczno – wyrównawcze** (przydzielane w szczególnie uzasadnionych przypadkach). cel zajęć: celem przewodnim zajęć ma być usprawnianie mowy dzieci i zapobieganie trudnościom w nauce związanym z czytaniem, pisaniem, liczeniem i wypowiedaniem się.

2) Omów główne założenia metody ośrodków pracy.

Metoda ośrodków pracy wprowadzona w Polsce w latach 20-tych przez prof. Marię Grzegorzewską, wywodzi się z metody ośrodków zainteresowań opracowanych przez belgijskiego lekarza i pedagoga Ovide'a Decroly'ego. U podstaw tej metody i metody ośrodków zainteresowań leżało dość powszechne przekonanie, że podstawowym zadaniem szkoły jest przygotowanie wychowanków do życia w społeczeństwie: przygotowanie do życia przez życie. Oznaczało to nie tylko mocne powiązanie szkoły z życiem, lecz nawet wprowadzenie do niej toczącego się wokół bogatego życia.

Podstawowe założenia metody Decroly'ego to:

zasada wychowania do życia przez życie
uznanie zainteresowania dziecka za podstawowy czynnik doboru materiału do nauczania poszczególnych klas
całościowe ujmowanie materiału nauczania bez rozbijania go na oddzielne przedmioty w czasie opracowywania zjawisk występujących w życiu.

Zmiany w rzeczywistości, postęp wiedzy, nowe potrzeby i możliwości psychofizyczne uczniów wymagały wprowadzenia zmian w metodzie ośrodków zainteresowań. W ten sposób zrodziła się metoda ośrodków pracy, której ogólne założenia pozostają takie same.

Podstawowe założenia metody ośrodków pracy są następujące:

zapewnienie każdemu dziecku dostępnego mu w jego wieku i we współczesnych warunkach optymalnego wszechstronnego rozwoju psychofizycznego (dać im rzetelną wiedzę o otoczeniu, wychowywać moralnie przede wszystkim na uspołecznieniu i zapewnić im taką sprawność organizmu, by nawet w nieprzewidywalnych warunkach mogły sobie radzić)

ukształtowanie aktywnej postawy zmierzającej do ciągłego pokonywania trudności
zapoznanie dzieci ze współczesnym życiem i otoczeniem oraz z najważniejszymi przemianami jakie zachodziły i zachodzą w przyrodzie technice, kulturze i w samym człowieku

zintegrowanie oddziaływania pedagogicznego obejmujące nauczanie, wychowanie ukierunkowujące i interwencyjne oddziaływania na występujące u dzieci dodatnie i ujemne odchylenia rozwojowe oraz nauczanie całościowe.

Wprowadzenie metody ośrodków pracy do szkół specjalnych spowodowało, że rozkład materiału nie jest opracowywany według przedmiotów, lecz tematyki występującej w ośrodkach pracy. Dobór tematyki ośrodków pracy czerpie się z otaczającego dziecko środowiska przyrodniczego, zmieniającego się w różnych porach roku oraz środowiska społecznego. Tematyka ośrodków pracy w zależności od stopnia klasy (I-III) ulega rozszerzeniu.

Podstawowym kryterium ostatecznego doboru tematów zawartych w wymienionym przedmiocie są:

występowanie i spotykanie ich przez dzieci w otaczającym życiu

znaczenie tych tematów dla bieżącego życia i prawidłowego postępowania dziecka

możliwość nauczania dzieci treści, wiadomości i umiejętności zawartych w tych tematach

oraz możliwości kształtowania właściwej postawy dzieci i możliwości skutecznego

oddziaływania na ujemne i dodatnie odchylenia rozwojowe .

W praktyce - ośrodek np. warzywa opracowujemy poprzez dzielenie go na podośrodki,

jak: kapusta, buraki, marchew, i opracowujemy dany temat w ciągu 1-2 dni, a w

przypadku uzasadnionych rozwojem dzieci przedłużamy okres realizacji.

Organizacja codziennych zajęć w metodzie ośrodków pracy jest następująca:

zajęcia wstępne

bezpośrednie spostrzeganie, obserwacja, zbieranie materiału o danym zjawisku

abstrakcyjne myślenie - przeróbka umysłowa zgromadzonego materiału i kojarzenie go z

poprzednio opanowanym materiałem

zastosowanie nowo zdobytych wiadomości i umiejętności w praktyce

zajęcia końcowe .

Metoda ośrodków pracy odpowiada dążeniom rozwojowym dzieci z trudnościami. Stara

się umożliwić dostępny im optymalny rozwój psychofizyczny : dać rzetelną wiedzę o

otoczeniu, wychować ich, przygotować do udziału w życiu kulturalnym i w

przeobrażeniach zachodzących w otoczeniu .

3) Jaką dokumentację powinien prowadzić nauczyciel pracujący z uczniem głęboko i głębiej upośledzonym umysłowo?

Upośledzenie głębsze (umiarkowane i znaczne) nauczyciel powinien opracować:

- I. Wielospecjalistyczną ocenę funkcjonowania dziecka, która zawiera:
 1. Informację z orzeczenia o potrzebie kształtowania specjalnego tzn.:
 - Diagnozę
 - Wyniki badań
 - Mocne strony ucznia i deficyty, nad którymi trzeba pracować
 2. Wyniki pogłębionej diagnozy którą wykonujemy w oparciu o narzędzia diagnostyczne.
 - Procesy poznawcze
 - Komunikowanie się
 - Procesy myślowe
 - Motorykę małą i dużą
 - Pamięć
 - Umiejętności funkcjonalne (czynności samoobsługowe)
 - Uspołecznienie
 - Umiejętności szkolne (badamy innymi narzędziami)
- II. Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET) – opracowujemy go na podstawie wielospecjalistycznej diagnozy, w odniesieniu do sfery najbliższego rozwoju.
- IIa. Program nauczania przysposobienia do pracy – opracowujemy dla uczniów po gimnazjum – dla szkoły ponadgimnazjalnej. Jest to program dla całej klasy.
- III. Ocena opisowa – dla każdego ucznia pod koniec roku szkolnego.
- IV. Arkusz ocen.

Upośledzenie głębokie – nauczyciel powinien opracować:

 - I. Wielospecjalistyczną ocenę funkcjonowania dziecka – przyglądanie się procesom sensorycznym i motorycznym
 - II. Indywidualny program rewalidacyjno-wychowawczy (IPRW) który powinien zawierać technikę pracy oraz zasady pracy
 - III. Informację o realizacji indywidualnego programu rewalidacyjno-wychowawczego - opis postępu rewalidacji, dokonujemy ewaluacji IPRW i konstruujemy go na następny rok.

4) Zdefiniuj pojęcie nadzoru pedagogicznego oraz wyjaśnij praktyczne znaczenie ewaluacji, jako elementu nadzoru.

Nadzór pedagogiczny ma służyć doskonaleniu systemu oświaty i zgodnie z ustawą o systemie oświaty polega na:

- 1) Ocenianiu stanu i warunków działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej szkół, placówek i nauczycieli;
- 2) Analizowaniu i ocenianiu efektów działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej oraz innej działalności statutowej szkół i placówek
- 3) Udzielaniu pomocy szkołom, placówkom i nauczycielom w wykonywaniu ich zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych;
- 4) Inspirowaniu nauczycieli do innowacji pedagogicznych, metodycznych i organizacyjnych;

Ewaluacja działalności edukacyjnej szkół i placówek jest praktycznym badaniem oceniającym, które ma prowadzić do określenia stopnia spełnienia przez szkołę lub placówkę wymagań stawianych przez państwo na podstawie przebiegu procesów a także efektów podejmowanych działań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych oraz warunków działania szkoły lub placówki, jakości zarządzania i jej funkcjonowania w środowisku. Ewaluacja prowadzona przez organ sprawujący nadzór pedagogiczny to ewaluacja zewnętrzna. Ewaluacja prowadzona przez dyrektora szkoły lub placówki to ewaluacja wewnętrzna.

Elementy nadzoru pedagogicznego:

- Ewaluacja – określenie stanu jaki mamy na dziś i ma prowadzić do rozwoju placówki
- Wspomaganie (hospitacje, szkolenia, praca w zespole)
- kontrola

5) Jakie sytuacje związane z działalnością szkolną mogą być przesłanką odpowiedzialności dyscyplinarnej nauczycieli ?

Nauczyciel zobligowany jest rzetelnie i sumiennie wykonywać swoje obowiązki zawodowe. W świetle tej regulacji do nauczycieli należy:

- rzetelna realizacja zadań związanych z powierzonym mu stanowiskiem oraz podstawowymi funkcjami szkoły (dydaktyczną, wychowawczą i opiekuńczą), w tym również zadań związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa uczniom w trakcie zajęć zorganizowanych przez szkołę
- wspierania każdego ucznia w jego rozwoju,
- dążenie do pełni własnego rozwoju osobistego,
- kształcenie i wychowanie młodzieży w umiłowaniu Ojczyzny, poszanowanie Konstytucji RP
- dbałość o kształtowanie u uczniów postaw moralnych i obywatelskich

KARY

Nauczycielowi można wymierzyć następujące kary dyscyplinarne:

- nagana z ostrzeżeniem
- zwolnienie z pracy
- zwolnienie z pracy z zakazem przyjmowania ukaranego do pracy w zawodzie nauczycielskim w okresie 3 lat od ukarania
- wydalenie z zawodu nauczyciela

6) Omów przyczyny upośledzenia umysłowego.

Pojęcie upośledzenia umysłowego jest szerokie, wiele jest przyczyn, które je spowodowały. Do najbardziej oczywistych należą te, które związane są z warunkami wewnętrznymi dziecka, tj. :

- nieprawidłowe geny,
- anatomiczne wady rozwojowe,
- zaburzenia endokrynologiczne,
- choroby zakaźne i układu nerwowego,
- urazy w życiu płodowym i poza nim i inne oraz te przyczyny, które nie tyle powodują upośledzenie umysłowe w ścisłym tego słowa znaczeniu ile, wywołują objawy obniżenia sprawności intelektualnych i dają (mylny) obraz upośledzenia.

Wymienić tu trzeba czynniki takie jak :

- szkodliwy wpływ środowiska społeczno – kulturowego niedowartościowanego fizycznie lub psychicznie (np. sytuacje stresowe, zaniedbanie środowiskowe, wyizolowanie itp.),
- obniżenie sprawności intelektualnych z powodu występujących zaburzeń w analizatorze słuchu czy wzroku oraz narządach ruchu.

Upośledzenie umysłowe spowodowane jest pewnymi organicznymi i funkcjonalnymi zmianami w mózgu, zwłaszcza w korze mózgowej :

1. Pierwotne przyczyny upośledzenia umysłowego wywołane są przez czynniki genetyczne. Rodzice przekazują nieprawidłowe lub uszkodzone geny i chromosomy, powodujące, że embriion i płód nie rozwijają się normalnie – w konsekwencji dziecko rodzi się upośledzone umysłowo. Jest to najczęstsza przyczyna upośledzenia.

a. postaci upośledzenia umysłowego, które są związane z nieprawidłowościami genów to różne tzw. tryby dziedziczenia :

- dominujący, gdy jednostka otrzymuje gen chorobowy tylko od jednego z rodziców,
- recesywny, gdy oboje z rodziców są nosicielami chorobowego genu.

b. do grupy powodującej uszkodzenie komórek rozrodczych (plemników i komórek jajowych) należą różne rodzaje aberracji chromosomów (nie sprzężonych z płcią, tzw. autosomalnych oraz sprzężonych z płcią chromosomów X i Y). Normalny człowiek ma 46 chromosomów autosomalnych (22 takie same u kobiet i mężczyzn) plus 1 parę chromosomów płciowych : kobieta XX, mężczyzna XY. Aberracje mogą polegać na zwiększonej liczbie w poszczególnych parach chromosomów, albo na nietypowym ich kształcie. Do aberracji zwiększonej liczby chromosomów należy np. : znany syndrom Downa tzw. trisomia chromosomu 21 (w którym zamiast 2 występują 3 chromosomy).

c. trzecim rodzajem przyczyn upośledzenia umysłowego są defekty metaboliczne. W anomaliach tego typu zachodzi brak takiego czy innego enzymu, który jest niezbędny do pewnego typu reakcji chemicznej. Są one najczęściej uwarunkowane genetycznie.

Wyróżniamy tu trzy anomalie :

- w zakresie przemiany białkowej (np. fenyloketonuria),
- tłuszczowej (np. choroba gargolizm, mikrocefalia, hydrocefalia),

- cukru i inne wciąż jeszcze wykrywane.

Innymi czynnikami zmian w organizmie, które mogą wpływać na wytworzenie się upośledzenia umysłowego, są anatomiczne zmiany mózgu (zaniki płatowe, dziurawość mózgu, porowatość mózgu itd.) i inne zaburzenia rozwojowe (np. brak jąder komórkowych lub części mózgu).

Wady rozwojowe są wynikiem zatrzymania lub nieprawidłowego kształtowania się struktur mózgu. Jeśli wystąpią wtedy, gdy jest on już uformowany, zmiany te noszą nazwę mózgowego porażenia dziecięcego.

2. Wtórne przyczyny upośledzenia to te, które mają wpływ na korę mózgową :

a. Przed urodzeniem dziecka :

- leki przyjmowane przez matkę w czasie ciąży (środki nasenne, podniecające, odurzające),
- przebyte przez nią choroby wirusowe (w I kwartale ciąży – różyczka, odra, ospa wietrzna, półpasiec, świnka, a w późniejszym zaś okresie kiła wrodzona i inne),
- warunki fizyczne matki (niedożywienie, brak witamin),
- warunki psychoafektywne matki (przeżycia ciężarnej, niechętny stosunek do dziecka w tym okresie, cięższe konflikty małżeńskie – separacje, rozwody),
- alkoholizm i narkomania matki,
- konflikty serologiczne,
- uszkodzenia chemiczne, mechaniczne i radiacyjne,
- niedostateczna działalność biologiczna bardzo młodych matek lub wyczerpanie sił matek starszych.

b. W czasie porodu dziecka :

- urazy związane z porodem (np. zgniecenie kleszczami czaszki noworodka),
- niedotlenienie – przy zbyt długo trwającym porodzie,
- zbyt szybka zmiana ciśnienia – przy zbyt szybkim porodzie.

c. Po urodzeniu dziecka :

- do uszkodzeń infekcyjnych układu nerwowego po urodzeniu należy nagminne zapalenie opon mózgowych lub mózgu, których konsekwencją może być uszkodzenie kory mózgowej powodujące zahamowanie dalszego rozwoju umysłowego dziecka. Kora mózgowa może także ulec uszkodzeniu na wskutek urazów fizycznych.

Do przyczyn upośledzenia, występujących po urodzeniu dziecka należą także ciężkie zaburzenia metabolizmu i niekorzystne warunki psychospołecznego rozwoju dziecka.

Przyczyny upośledzenia umysłowego

Co powoduje upośledzenie umysłowe? Istnieje ogromna różnorodność biologicznych oraz społeczno-psychologicznych czynników, które pojedynczo lub grupowo wywołują upośledzenie umysłowe.

Przyczyny biologiczne

Nie ulega wątpliwości, że czynniki biologiczne powodują U.U. Znanych jest ponad 330 różnorodnych nieprawidłowości - mutacji genów recesywnych, które prowadzą do głębokich zaburzeń intelektualnych (Cavalli - Sforza & Bodmer, 1971). Uszkodzenia chromosomów w każdym okresie rozwoju- a w szczególności w okresie gdy kształtuje się mózg - mogą powodować U.U. Infekcje, zatrucia, niedobory tlenu, uszkodzenia (urazy)

mające miejsce przed porodem, podczas porodu i w okresie poporodowym mogą wywołać U.U. Uraz głowy jest szczególnie niebezpieczny kiedy mózg płodu szybko się rozwija, w okresie po zapłodnieniu oraz podczas pierwszych lat życia dziecka. Jeśli matka zachoruje na różyczkę (jedna spośród chorób wirusowych) podczas pierwszych trzech miesięcy ciąży, to choroba ta spowoduje uszkodzenie układu nerwowego płodu a w konsekwencji upośledzenie umysłowe. Matki jeszcze nie narodzonych dzieci spożywające nawet umiarkowane ilości alkoholu muszą liczyć się z większym prawdopodobieństwem, że urodzone przez nie dzieci będą U.U. U.U. może być także wywołane niedoborem tlenu oraz urazami głowy podczas trudnego porodu. Czynniki negatywne występujące w okresie prenatalnym (przedporodowym) częściej powodują upośledzenie umysłowe głębszego stopnia, a czynniki negatywne występujące w okresie postnatalnym (poporodowym) częściej wywołują U.U. w stopniu lekkim (Moser, 1985). Zaburzenia metaboliczne oraz niedożywienie płodu mogą również przyczynić się do U.U. Złe żywienie płodu znajduje się także w tej kategorii. Do przyczyn U.U. należą także: nadużywanie leków przez ciężarną matkę, co prowadzi do zmniejszenia ilości hormonu tarczycy we krwi, promieniowanie jonizujące, niedobór jodu lub dziedziczenie (Ingalls, 1978).

Przyczyny rodzinno - środowiskowe

Około 80 procent osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim pochodzi ze środowisk o niskim statusie socjo - ekonomicznym, a ich upośledzenie nie jest wywołane czynnikami biologicznymi. Z racji tego, że środowisko społeczne uważa się za bardzo istotny czynnik mający wpływ na opóźnienie rozwojowe dziecka, to ten rodzaj upośledzenia umysłowego nazywa się "rodzinno - środowiskowym" lub "kulturowo - rodzinnym".

Termin ten przypomina o zróżnicowanych warunkach, które idą w parze z biedą, co powoduje obniżenie poziomu intelektualnego dziecka, które jest w nich wychowywane. Zatrucia, złe żywienie, niewłaściwa dbałość o zdrowie np. zaniedbanie problemu tarczycy lub zaburzeń słuchu, znacznie niższy od optymalnego poziom stymulacji rozwojowej, chaos w procesie wychowania oraz zubożone otoczenie językowe stanowią czynniki, które można brać pod uwagę. W połączeniu z zaburzeniami organicznymi czynniki powyżej wymienione mogą wywołać U.U.

Podejście kulturowo - środowiskowe do zagadnienia etiologii U.U. posiada silne wsparcie. Jeśli dzieci z wysokiego ryzyka pojawienia się u nich upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim umieszczone zostaną w środowiskach rodzinnych o optymalnych warunkach wychowawczych, to nie funkcjonują one już jak dzieci U.U. (Garber, 1986, w prasie). Dzieci pochodzące ze zubożonych środowisk, które zostały zaadoptowane przez rodziców charakteryzujących się wysokim statusem socjo - ekonomicznym funkcjonują na znacznie wyższym poziomie intelektualnym w porównaniu do ich naturalnego rodzeństwa, które pozostało w macierzystym domu (Schiff et al., 1982).

Nawet w starszym wieku upośledzenie umysłowe o charakterze rodzinno - środowiskowym wydają się być możliwe do skorygowania.

Pracując w Izraelu Reuven, Feuerstein oraz jego współpracownicy (1980, 1981) skoncentrowali się na osobach upośledzonych umysłowo w wieku od 10 do 18 lat (z I.I. wynoszącym powyżej 40), których deficyty wyływały ze złych warunków socjalno -

bytowych i ograniczały możliwości uczenia się. Program Feuersteina ma na celu nauczenie dzieci w jaki sposób korzystać z umysłu według zasad logiki.

Zadania na rycinie 1, na przykład, uczą dziecko poszukiwania relacji, kontekstów oraz połączeń. Metody i teorie Feuersteina są aktualnie badane na terenie USA. Nie znane są ostateczne wyniki tych badań, ale aktualnie uzyskane są zachęcające.

7) **Omów system kształcenia dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w Polsce.**

Szkoła podstawowa → Gimnazjum → Zasadnicza Szkoła Zawodowa /Technikum/ Liceum → matura (jedynie po szkole zawodowej dodatkowo technikum bądź liceum uzupełniające) → studia magisterskie bądź studia zawodowe (licencjat) potem studia uzupełniające magisterskie.

Do poziomu technikum/liceum mogą być szkoły integracyjne bądź też specjalne. Oddział integracyjny liczy 15-20 uczniów w tym 3/5 uczniów niepełnosprawnych (nauczyciel wspomagający).

Każdy etap edukacyjny może być wydłużany o rok.

W szkołach podstawowych mogą się uczyć niepełnosprawni do 18 roku życia, w gimnazjach do 21 a w szkołach ponadgimnazjalnych do 24.

Liczba uczniów w szkołach specjalnych jest znacznie niższa od liczby uczniów w oddziałach szkół ogólnodostępnych i np. wynosi od 2 do 4 w oddziałach dla uczniów w autyzmie i niepełnosprawnościami sprzężonymi, od 6 do 8 w oddziałach dla uczniów niesłyszących albo słabosłyszących, z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz od 10 do 16 w oddziałach dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim.

W kształceniu uczniów niepełnosprawnych w normie intelektualnej i uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, obowiązuje podstawa programowa kształtowania ogólnego.

Natomiast odrębna podstawa programowa obejmuje uczniów z upośledzeniem w stopniu umiarkowanym lub znacznym i uczniów ze sprzężeniami niepełnosprawności.

Zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim organizuje się na podstawie indywidualnego programu zajęć opracowanych dla każdego dziecka.

Szkoła zobowiązuje się wspierać dzieci i rodziców pomocą specjalistyczną.

Z myślą o dzieciach z głębokim upośledzeniem umysłowym i dzieciach ze sprzężonymi niepełnosprawnościami stworzone zostały podstawy prawne i organizacyjne umożliwiające organizować ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych.

Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy jest to placówka dziennego pobytu dla wymienionej grupy dzieci funkcjonująca od 8 do 10 godzin dziennie. Ośrodek prowadzi działalność przez cały rok szkolny z wyjątkiem sobót i dni wolnych od pracy.

8) **Omów potrzeby jednostek niepełnosprawnych intelektualnie i możliwości ich zaspokojenia.**

Istnieje wiele definicji i klasyfikacji potrzeb, inaczej definiuje je pedagogika, inaczej socjologia, inaczej medycyna, inaczej psychologia. Ale najbardziej rozpowszechniona jest klasyfikacja Abrahama Masłowa.

Postawił on diagnozę, że człowiek w swoim działaniu dąży do zaspokojenia zespołu potrzeb, tj. hierarchii rozpoczynającej się od potrzeb niższego stopnia np. potrzeba pożywienia, snu, odpoczynku do potrzeby wyższego stopnia np. przyjaźń, miłość, awans.

Ta teoria rządzi się dwoma prawami:

- prawo homeostazy
- prawo wzmocnienia

W pierwszym dąży do równowagi potrzeb niższego rzędu i jeśli są niezaspokojone burzą równowagę organizmu a zaspokojone tę równowagę przywracają i napięcie znika.

W prawie wzmocnienia są potrzeby wyższego rzędu, które zaspokojone nie zanikają i wręcz przeciwnie dąży się do ich zaspokojenia. Potrzeby osób upośledzonych są takie same jak u osób z normą intelektualną, różne są tylko sposoby zaspokojenia, różna jest też aktywność i stopień samodzielności pracy w zaspokojeniu samej potrzeby. Dlatego dziecko wymaga od bliskich, opiekunów, rodziców szczególnie głębokiego wczucia się w jego potrzeby. Ważne jest, aby dorośli świadom byli roli jaką odgrywają w zaspokajaniu potrzeb dziecka, muszą pamiętać, że ich postępowanie ma znaczenie i wpływ na jego rozwój. Celem jest ogólny rozwój umysłowy, usprawnienie psychofizyczne i społeczne, poprawa myślenia i przeżywania doznań estetycznych. Według Marii Grzegorzewskiej cele te należy oprzeć na zadaniu:

- poznanie każdej jednostki i jej rozwoju
- zorientowanie się oddziaływań środowiska na daną jednostkę,
- dostosowanie pracy do sił i możliwości
- kształtowanie warunków korzystnych do przebiegu emocjonalnych
- dostosowanie programu i metod pracy
- uwzględnienie właściwości każdej z grup upośledzonych.

Grzegorzewska twierdzi, że stosowanie się do tych zadań w codziennej pracy pedagoga z dzieckiem pozwala na głębsze poznanie tego dziecka i zrozumienie jego świata, pozwala wczuć się w jego potrzeby.

Potrzeby niższego rzędu:

Potrzeba fizjologiczno – biologiczna:

- dbać o wysokość stołu, krzesła, postawy przy stoliku,
- dbać o wentylację pomieszczeń,
- dbać o przestrzeń dla ucznia.

Potrzeba bezpieczeństwa:

- starać się mieć ciepły, spokojny głos,
- mieć gesty pewne, ale życzliwe,
- dotrzymywać danego słowa,
- stwarzać atmosferę pewności,
- być szczerym i otwartym.

Potrzeby wyższego rzędu:

Potrzeba przynależności do grupy:

- starać się mieć czas, nie zbywać go,
- mówić do ucznia po imieniu,
- chwalić i nagradzać dobre zachowanie,
- konsekwentnie karać za złe zachowanie
- stosować zabawy sprzyjające zawieraniu przyjaźni,
- organizować kontakty z rówieśnikami.

Potrzeba uznania i szacunku:

- stwarzać możliwości wykazania się,
- wierzyć w możliwości ucznia,
- zachęcać do samodzielnej pracy,
- nie dawać dziecku przegranej pozycji.

Potrzeba samorealizacji:

- zarażać uczniów pasjami,
- wpajać poczucie stanu zadowolenia z samego faktu działania,
- prowadzić zajęcia pozalekcyjne, różne kółka zainteresowań.

Potrzeby wyższego stopnia mogą pojawiać się tylko, wtedy gdy zaspokojone są potrzeby niższego rzędu.

9) Przedstaw zasady doboru treści poznawczych i środków dydaktycznych do potrzeb i możliwości niepełnosprawnych intelektualnie uczniów na I, II i III etapie edukacyjnym.

	Kształtowanie zintegrowane –I etap edukacyjny (1-3 SP)	Nauczanie kompleksowe – II etap edukacyjny (4-6 SP)	Nauczanie przedmiotowe III – etap edukacyjny (gimnazjum i dalej)
Dobór treści poznawczych	-tematyka dotycząca najbliższego środowiska rodzinnego i szkolnego oraz otaczającej przyrody	-tematyka dotycząca całego kraju	-tematyka dotycząca całego świata
Układ treści	-pełna integracja i koncentracja treści poznawczych -materiał realizowany jest ośrodkami, które stanowią kompleksy twórczo-organizacyjne	-częściowa integracja treści, które grupują się przede wszystkim wokół zjawisk przyrodniczych	-coraz mniejsze możliwości integracji
Sposób poznawania rzeczywistości	-dominuje forma bezpośredniego poznawania otaczającego świata -środkami dydaktycznymi są przede wszystkim naturalne okazy w naturalnych lub sztucznych warunkach	-stopniowe odchodzenie od konkretności -poznawanie zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio -coraz większa rolę pełnią tzw. zastępniki (modele, ilustracja, filmy, obrazy, teksty pisane i drukowane)	-główne źródło wiedzy o rzeczywistości stanowią środki ukazujące ją w sposób pośredni i uogólniony (modele, obrazy, wykresy, diagramy itp.)
Organizacja procesu nauczania – uczenia się	-wszystkie lekcje danego dnia tworzą całość i stanowią jednostkę metodyczną, tzw. ośrodek dnia	-podział na przedmioty, lecz w danym dniu różne lekcje o zbliżonej tematyce mogą być realizowane	-podział na przedmioty -kompleksy treściowo-organizacyjne są zastępowane wyłącznie treściowymi, czyli korelacją między

		wspólnie i stanowić samodzielną jednostkę dydaktyczną, czyli całość treściowo - organizacyjną	różnymi przedmiotami
--	--	--	----------------------

10) Wymień metody najczęściej stosowane w pracy z dziećmi upośledzonymi.

- Metoda ruch rozwijając Weroniki Sherbon - celem jest posługiwanie się ruchem jako narzędzie wspomagania psych - ruchowego, lateraryzacji w schemacie własnego ciała, kształcenie świadomości własnego ciała oraz działanie w przestrzeni.
- Dotyk i komunikacja Ch.Knilla oraz Programy aktywności M. Ch. Knillów głównym celem jest rozwijanie kontaktu społecznego i zabawy, dają poczucie świadomości własnego ciała.
- Alternatywne i wspomagające metody komunikacji mają na celu skompensowanie zaburzonej lub niewytworzonej mowy za pomocą PCS, Piktogramów, Makatona
- Niedyrektywna terapia zabawowa wg V.Axeline celem jest rozwijanie samodzielności dziecka mobilizowanie do samodzielnego podejmowania decyzji
- Metoda dobrego startu celem jest usprawnianie analizatorów słuchowego, wzrokowego, lateraryzacji w schemacie własnego ciała
- Hipoterapia jest to metoda wieloprofilowa działająca na trzy wymiary ruchowy, fizjologiczny i psychiczny
- Dogoterapia jej celem jest oddziaływanie na sferę emocjonalną, eliminowanie agresji i autoagresji
- Relaksacja jest sposobem na rozładowanie napięcia rozluźnienie mięśni zwiększenie świadomości własnego ciała
- Muzykoterapia celem jest usprawnianie i rozładowanie napięcia
- Metoda Domana
- Metoda holding metoda wymuszonego kontaktu przeznaczona dla dzieci z autyzmem
- Program rozwijania percepcji wzrokowej M. Frostig przeznaczona jest dla dzieci z zaburzeniami percepcji wzrokowej u dzieci i młodzieży
- Metoda NDT Bobath usprawnianie ruchowe
- Metoda Wojty usprawnianie ruchowe
- Metoda Paula Denisona

11) Wymień zadania pedagogiki Montessori.

"Nasza pedagogika żąda od nauczyciela, by przede wszystkim zastanowił się nad sobą i oczyścił się od wszelkich wad tyranii. Przez wieki umacniany kompleks pychy i gniewu trzeba wypławić do korzeni, serce wyzwolić z okowów. Nauczyciel musi się przede wszystkim nauczyć skromności, by odnaleźć miłość. Oto postawa, którą musimy osiąść. Oto podstawa równowagi wewnętrznej, bez której nie da się w żaden sposób pójść dalej. Na tym polega wewnętrzne przygotowanie, nasz punkt wyjścia i zarazem cel"

Maria Montessori: „Texte und Gegenwartsdiskussion”

Maria Montessori urodziła się we Włoszech w 1870r i choć ponad sto lat upłynęło od opracowania przez nią metody pracy z dziećmi, jej założenia, wnioski i postulaty nigdy jeszcze nie były tak aktualne jak w dzisiejszych czasach.
Dlaczego?

Przestrzeń życiowa współczesnego dziecka, aż „po brzegi” wypełniona jest nowoczesnymi technologiami, atakowana napływem ogromnej ilości, często nieuporządkowanych i niejasnych w swym przekazie bodźców. Czas chyba zatem, dla przeciwwagi powrócić do tego, co proste, naturalne, prawdziwe, a co za tym idzie po prostu piękne. Bez wątpienia propozycję taką daje nam Maria Montessori.

Maria Montessori z wykształcenia lekarz - pracując w klinice psychiatrycznej prowadziła obserwacje dzieci upośledzonych umysłowo. Wnioski, które wysunęła dały podstawę do opracowania ponadczasowej metodyki nauczania i wychowania dzieci.

Pierwsze przedszkole pod nazwą Case dei Bambini zostało otwarte w 1907 roku. M.

Montessori spędzała w nim każdą chwilę wolną od pracy na Uniwersytecie Rzymskim i praktyki lekarskiej. Wyposażyła placówkę w meble dostosowane do potrzeb dzieci i stosowane w psychologii eksperymentalnej materiały własnego projektu. Przygotowywała opiekunki do pracy z dziećmi i nowymi pomocami.

Podpatrywała zainteresowania dzieci, ich spontaniczną aktywność, co pomogło jej w opracowaniu oryginalnego materiału rozwojowego, który sprzyjał głębokiej koncentracji dzieci.

Dziecko w koncepcji M. Montessori to istota dążąca do uzyskania niezależności od dorosłych przez aktywność i samodzielne działanie. Podstawą wychowania jest aktywność dziecka (stanowi ona naturalną potrzebę, a równocześnie oznakę i warunek rozwoju).

„Tak jak w sensie biologicznym nikt nie może rosnąć za dziecko, tak od strony psychologicznej, duchowej nikt w tak rozumianym rozwoju nie może wyręczyć dziecka, jest ono niezastąpionym przez nikogo budowniczym, mistrzem i twórcą własnej osobowości”. Dziecko według Marii Montessori rozwija się zgodnie w wewnętrznym planem rozwoju, nie należy zatem tworzyć z góry ustalonego systemu wychowawczo-dydaktycznego dla dziecka, nie licząc się z jego indywidualnym rozwojem. Podstawy systemu wychowawczego Montessori opierają się na koncepcji przygotowanego otoczenia oraz pośredniej roli dorosłego, który jest towarzyszem dziecka w jego rozwoju. Zadaniem

osoby dorosłej jest organizowanie takiego otoczenia w domu, przedszkolu, szkole, by wspierać indywidualny rozwój dziecka. Otoczenie powinno dostarczać bodźców, „impulsów” odpowiadających wrażliwym fazom charakterystycznym dla poszczególnych momentów rozwojowych.

Przygotowane otoczenie to bogate, odpowiednio zorganizowane, dostosowane do właściwości psychicznych dziecka środowisko wychowawcze, w którym może dokonywać się jego rozwój. Zgodnie z tą ideą działają przedszkola w oparciu o koncepcję Marii Montessori stosując wytyczne dotyczące przestrzeni (budynek, sale zajęć), wyposażenia (materiały rozwojowe) oraz nauczyciela (postawa, działanie, obserwacja dziecka).

Zasługi Montessori dla pedagogiki dostrzega wiele współczesnych, wybitnych postaci. Papież Jan Paweł II tak mówił o dokonaniach wybitnej Włoszki:

"[...] tajemnicy jej sukcesu, a w pewnym sensie samych korzeni jej zasług naukowych doszukiwać się należy w jej duszy, czyli w tej szczególnej wrażliwości duchowej i jednocześnie kobiecej, która umożliwiła jej dokonanie przełomowego odkrycia dziecka i pozwoliła zbudować na tej podstawie oryginalny system wychowawczy.

Maria Montessori doskonale reprezentuje liczne kobiety, które wniosły ważny wkład w postęp kultury [...]"

[Jan Paweł II, L'Osservatore Romano Nr 10(17) 1995]

Pedagogika Marii Montessori daje dziecku szansę wszechstronnego rozwoju: fizycznego, duchowego, kulturowego i społecznego; wspiera jego spontaniczną i twórczą aktywność. Pedagogika Montessori pomaga w rozwijaniu indywidualnych cech osobowości, w formowaniu prawidłowego charakteru, zdobywaniu wiedzy, umiejętności szkolnych i współdziałania. Podstawą metody Montessori jest nauczanie wielozmysłowe. Umożliwia to oddziaływanie na wiele zmysłów, co jest warunkiem niezbędnym do powstawania skojarzeń w procesie zdobywania doświadczeń i wiedzy.

To tylko wybrane spośród najistotniejszych faktów dotyczących pedagogiki w koncepcji Marii Montessori. Nie sposób bowiem wyczerpać temat w formie krótkiej prezentacji. Wszystkich, którzy zainteresowani są zdobyciem wiedzy na temat metody stworzonej przez tę wyjątkowo świątłą kobietę, a także nabyciem podstawowych umiejętności do zastosowania tej metody w praktyce zachęcam do udziału w warsztatach organizowanych przez Kolegium Nauczycielskie. Szkoła nasza bowiem posiada pracownię zorganizowaną zgodnie z zasadami metody, wyposażoną w liczne materiały rozwojowe stworzone przez autorkę Marię Montessori.

Kilkakrotnie już na wniosek studentów lub innych zorganizowanych grup (nauczycieli, rad pedagogicznych) odbyły się dwudziestogodzinne warsztaty wprowadzające do metody Marii Montessori.

Serdecznie zapraszamy do udziału w tej formie szkolenia, która bezsprzecznie może wzbogacić nasz warsztat pracy.

Istota pedagogiki Marii Montessori polega na stwierdzeniu, że każde dziecko jest inne i powinno rozwijać się według stworzonych przez siebie indywidualnych planów

rozwojowych. W planach tych zapisane są jego możliwości, kompetencje i umiejętności, umożliwiające mu naukę samodzielną i efektywniejszą.

Maria Montessori była prekursorką nowoczesnej pedagogiki „przenikniętej duchem miłości, humanitaryzmu i tolerancji”, w której najważniejsze miejsce zajmuje dziecko, doświadczające przez cały czas podmiotowości i współpodmiotowości. Podstawową formą jest tu zabawa i indywidualne zdobywanie doświadczeń przez dziecko. Pozwala na zorganizowanie przejścia od zabaw dziecięcych do elementów pracy. Opiera się na tym, co interesuje dziecko, pobudza jego ciekawość, sprzyja jego uniesieniom i sprawia mu satysfakcję, a tym samym prowadzi do sukcesu.

Maria Montessori wysuwała postulat wychowania naturalnego, co znaczy, że w wychowaniu należy uwzględniać naturalne prawa rozwoju, naturalne reakcje i naturalne tendencje występujące w zachowaniu wszelkich istot żywych. Była przekonana, że poznawanie i opanowywanie rzeczywistości otaczającej człowieka dokonuje się nie tylko przez intelekt, ale także przez emocje oraz instynkty. Jeżeli wychowanie będzie dostosowane do naturalnego rozwoju dziecka, wtedy poczuje ono potrzebę zdobywania wiedzy.

Maria Montessori zanalizowała cykl rozwojowy jednostki ludzkiej, wskazując, jakie czynniki i sytuacje mogą zakłócać ten rozwój, a jakie przyczyniają się do wzmocnienia potencjału życiowego człowieka. Zwróciła uwagę na powstawanie „wrażliwych faz”. Są to etapy rozwojowe:

1. faza na język (mówiony i pisany), na ruch, zachowania społeczne i porządek (od narodzin do szóstego roku życia); nazwała ją „absorbującym duchem”;
2. faza na moralność, sprawiedliwość, dobro i zło, uczucia religijne, różne dziedziny nauki (od 7 do 12 roku życia); dziecko zdobywa umiejętność „studiowania całości poprzez badanie detalu”;
3. faza na godność osobistą, odpowiedzialność, wiarę we własne siły (od 13 do 18 roku życia)./1/

Z przedstawionych założeń wyłania się idea, że pedagogika powinna wzmocniać potencjał życiowy i brać pod uwagę potrzeby dziecka.

Maria Montessori to także odkrywca fenomenu „polaryzacji uwagi”. Polaryzacja uwagi jest to proces psychiczny, będący konsekwencją głębokiej i długotrwałej koncentracji uwagi, w wyniku którego dziecko optymalizuje swój rozwój. Jak mówiła M. Montessori - to czas, w którym pogłębieniu i polepszeniu ulegają relacje ze światem rzeczy i ludzi. Budzi się jaźń. Dziecko staje się bardziej niezależne. Polaryzacja jest „fenomenem świadomości”, który skutkuje poprzez związanie kompetencji rozwojowych z przedmiotem, z ruchem lub z procesem psychicznym. Prowadzi do normalizacji, a ta z kolei jest skutkiem przyzwyczajania do skoncentrowanej pracy. Montessori dzieckiem „znormalizowanym” nazywa takie, które jest przyzwyczajone do skoncentrowanej pracy, wpływającej na zdobywanie bogatej wiedzy, samodzielności, odpowiedzialności za własne działania, wytrwałości i zdyscyplinowania./2/

Maria Montessori stworzyła następujące zasady pedagogiczne:

- 1) swobodny wybór – charakterystyczna zasada dla pedagogiki Marii Montessori.

Obejmuje ona regułę wolnego wyboru zajęć, „swobodnej pracy”. W obrębie przygotowanego otoczenia dziecko wybiera sobie przedmiot działań i samo ustala tempo i

czas uczenia się oraz stopień trudności. Również do dziecka należy wybór ewentualnego partnera. Ono zatem w istotnej mierze współdecyduje o przebiegu procesu kształcenia w przygotowanym do tego celu otoczeniu, samo kieruje swoim uczeniem się i działaniem. Stwarza to okazję do rozwijania się umiejętności korzystania z wolności. Nauczyciel i wychowawca musi wykonać ważne zadanie, bowiem jego praca pedagogiczna polega w znacznym

stopniu na umiejętnym przygotowaniu otoczenia, a więc na oddziaływaniu pośrednim. Otoczenie dziecka musi być tak zaaranżowane, aby posiadało ciekawe propozycje poznawcze, odpowiednie dla fazy rozwoju dziecka. Musi zaspokajać potrzeby rozwojowe i poznawcze, a także wszechstronnie rozwijać dziecko.

2) zasada swobodnego wyboru materiału - w sali przedszkolnej wszystkie materiały są zawsze dostępne, ułożone tematycznie na półkach, w zasięgu ręki dziecka. Dziecko samodzielnie podejmuje decyzję, z którym materiałem będzie pracować.

3) zasada swobodnego wyboru miejsca pracy - dziecko pracuje tam, gdzie samo zdecyduje i gdzie pozwalają na to granice rozsądku nauczyciela i możliwości organizacyjnych. Dziecko nie ma obowiązku uczestniczenia w zajęciach grupowych, jeśli jest czymś ważnym zajęte.

4) zasada swobodnego wyboru czasu pracy - w związku z fazami chłonności decyzję o czasie pracy pozostawiamy dziecku.

5) zasada swobodnego wyboru formy pracy - lekcję podstawową przeprowadza się z każdym dzieckiem indywidualnie. Następnie zaczyna ono pracować samodzielnie. Wie, że ma prawo do pracy w ciszy, że nikt nie będzie mu przeszkadzał. Wie także, że nikt nie będzie mu pomagał, jeśli pomoc jest niepotrzebna. Samodzielnie wybrało sobie temat pracy, pracuje wtedy, kiedy zechciało, będzie pracowało tak długo, jak długo praca ta będzie dla niego atrakcyjna i będzie sprawiała mu przyjemność.

6) zasada porządku - każdy przedmiot w klasie ma swoje miejsce - skąd został wzięty, tam zostaje odniesiony. Podobnie - każda osoba także ma swoje miejsce i wie, co do niej należy. To proste - dzieci kochają porządek. Porządek w otoczeniu - porządek w sercu.

7) zasada ograniczenia - pedagogika Montessori nie jest ani metodą partnerską, ani bezstresową. Dzieci nie mogą robić tego co chcą i nie są partnerami nauczyciela. Ograniczeniu, regułom i zasadom postępowania, podlegają wszystkie elementy życia grupy. Metoda Montessori jest metodą bezrepresyjną, dzieci robią to, co je interesuje i co nie przeszkadza innym.

8) zasada izolowania trudności - jeśli dziecko pracuje z różową wieżą po to, aby poznać lub uporządkować znane już sobie pojęcia związane z wielkością (choćby takie jak: duży-mały, mniejszy niż-większy niż, duży-większy-największy, mały-mniejszy-najmniejszy) ma do dyspozycji:

a) nauczyciela, który wie jak i kiedy w tym pomóc,

b) różową wieżę (która jest różowa).

Nie zajmuje się kolorami, bo do tego służy inny materiał - kolorowe tabliczki. Nie zajmuje się długościami, grubościami, temperaturami, wagami, dźwiękami i in., bo do tego służą inne materiały; czerwone belki, brązowe schody, butelki termiczne, tabliczki baryczne, puszki szmerowe i in.

9) zasada transferu – materiał Montessori jest najpełniejszym zestawem pomocy dydaktycznych. Każdy z tych materiałów to “ogniwo”, logicznie powiązane w długi “łańcuch”. Każde “ogniwo” zawiera w sobie cechy materiału poprzednio wprowadzonego plus jedna cecha więcej. Informacje, kompetencje, umiejętności opanowane podczas pracy z materiałem dziecko przenosi na otoczenie. Przenoszenie cech w obrębie materiału i przenoszenie umiejętności na otaczające dziecko środowisko, to właśnie zasada transferu.

10) zasada własnego działania i powtarzania - typowe dla nabywania nowych umiejętności jest intensywne zwrócenie się dziecka ku określonej dziedzinie ludzkich działań, a wraz z tym fenomen powtarzania. Założeniem jest, że dziecko rozwija się zgodnie z programem wyznaczonym własnymi zainteresowaniami, potrzebami, możliwościami intelektualnymi, fizycznymi, itp. Jeżeli ma potrzebę powtarzania czynności - akceptujemy to.

11) zasada samokontroli - materiał montessoriański jest tak skonstruowany, że pozwala dzieciom, samodzielnie stwierdzić, czy daną pracę wykonały dobrze czy źle, w którym miejscu nastąpiła pomyłka i jak ten błąd naprawić./3/

Rolą nauczyciela jest wskazywać dziecku jak korzystać z materiału dydaktycznego, wprowadzać i respektować zasady swobody wyboru, rodzaju, czasu, miejsca i formy pracy, zasady stopniowania i izolowania trudności, porządku, transferu, własnego działania i powtarzania, samokontroli i ograniczenia.

Maria Montessori duże znaczenie przypisywała „lekcjom słownym”. Jest to kluczowy moment pracy z pomocami, gdyż nauczyciel staje się tu pośrednikiem, łącznikiem pomiędzy pomocą rozwojową a dzieckiem. Poprzez te lekcje dziecko przyswaja pojęcia i nazwy tkwiące w pomocy. Lekcja taka ma zawsze podobny przebieg, a opiera się na trzech etapach:

- 1) faza nazwania – asocjacji (skojarzenie konkretnego przedmiotu z nazwą),
- 2) faza przyporządkowania – ćwiczeń,
- 3) faza kontroli./4/

Pojęcie przygotowanego otoczenia przejawiać się będzie na trzech płaszczyznach:

1. materialnej - odpowiednio wyposażona sala lekcyjna w sprzęty, pomoce rozwojowe oraz inne pomoce i przedmioty wspierające rozwój dziecka. Meble muszą być niskie, funkcjonalne i lekkie, tak, aby można je było aranżować według potrzeb dzieci. Sala będzie ozdobiona roślinami, akwariami, zbiorami przyrody nieożywionej. Klasa szkolna przypominać będzie raczej warsztat pracy – z miejscami na kąciki zainteresowań (twórczości, gazetki wychowawczej, zdobywania sprawności, regulaminu wyrażającego najważniejsze zasady prowadzenia rozmów w „kręgu dyskusyjnym”, biblioteczki pracy ucznia – zawierające teczki problemowe, albumy, ilustracje, fiszki autokorektywne, plany pracy, pomoce dydaktyczne z elementami samokontroli i samooceny). Wydzielone kąciki będą niewielkie, aby uczniowie mogli pracować zwróceniem twarzą do siebie. Jeżeli zaistnieje taka możliwość, klasa powinna mieć swój komputer i drukarkę. Uczniowie powinni mieć również swobodny dostęp do komputera czy Internetu. Istotnym wyznacznikiem materialnego przygotowania otoczenia będą pomoce rozwojowe, które dzielą się na:

- a) pomoce do praktycznych ćwiczeń,
- b) pomoce zmysłowe,
- c) pomoce do edukacji matematycznej,

- d) pomoce do edukacji językowej,
- e) pomoce do wychowania kosmicznego,
- f) pomoce do wychowania religijnego.

Pomoce te są "kluczem do świata", zawsze prowadzą dziecko od konkretności do abstrakcji, od zagadnień łatwiejszych do trudniejszych, umożliwiają dziecku samokontrolę.

2. strukturalno-dynamicznej – określają ją pedagogiczne zasady, które dotyczą norm budowy materialnego aspektu otoczenia, w tym pomocy rozwojowych Montessori, zasad pracy z nimi oraz zasady porządku i wolności, która wyjaśnia koncepcję przygotowanego otoczenia we wszystkich jego ujęciach. Pedagogiczne zasady to:

- a) zasada izolacji trudności (jeden główny problem do rozwiązania);
- b) zasada kontroli błędów (możliwość łatwego wychwycenia popełnionej pomyłki i dokonania korekty);
- c) zasada stopniowania trudności i kontynuacji;
- d) zasada porządku i wolności(„absorbujący duch” , „wrażliwe fazy” , „polaryzacja uwagi” , „normalizacja”).

3. osobowej - W myśl zasady montessoriańskiej „Pomóż mi zrobić to samemu” nauczyciel jest przewodnikiem i doradcą. Jego zaangażowanie w pracę z danym dzieckiem jest zróżnicowane. Zależy to od potrzeb, aktywności i samodzielności ucznia. Celem pracy nauczyciela jest pomoc w rozwijaniu indywidualnych cech osobowości każdego dziecka, w zgodzie z obiektywnymi normami społecznymi. Robi to pomagając dziecku w osiągnięciu spontanicznej koncentracji, rozwijaniu samodzielności i wiary we własne siły, wypracowaniu zamiłowania do porządku i do pracy, wypracowaniu zamiłowania do ciszy i pracy indywidualnej, wypracowaniu postaw posłuszeństwa opartego na swobodnej decyzji ,a nie na zewnętrznym przymusie, uniezależnianiu się od nagrody, osiąganiu spontanicznej samodyscypliny wynikającej z dziecięcego posłuszeństwa, formowaniu postaw wzajemnej pomocy bez egoistycznej rywalizacji, umiłowania do rzeczywistości i otoczenia. Dziecko nie staje się idealnym, lecz osiąga optimum własnych możliwości rozwojowych./5/

Inny wartościowy element montessoriańskiej pedagogiki stanowią „lekcje ciszy”.

Ćwiczenia ciszy pomagają dziecku odnaleźć spokój. Kontrola ruchu, ruch medytacyjny i twórcza ekspresja ruchowa, powiązane wzajemnie z uspokojeniem są najlepszym sposobem do powstawania refleksji i możliwością uwewnętrzniania się. Lekcje i ćwiczenia ciszy mają duże znaczenie w wychowawczym rozwoju dziecka. Dzieci stają się spokojniejsze, zachowują się ciszej, łatwiej im się uczyć. Lekcja ciszy ułatwia nie tylko lepsze skupienie, bardziej efektywną pracę, ale pozwala dziecku na odkrycie swojego wnętrza. Służą temu między innymi krótkie ćwiczenia, oparte na wykonywaniu różnorodnych czynności bez wypowiedzania słów.

12) Na czym polega interwencja logopedyczna wobec dziecka zagrożonego niepełnosprawnością?

Wczesna interwencja logopedyczna to oddziaływania logopedyczne ukierunkowane na dziecko we wczesnym okresie jego rozwoju (0-3 r.ż.). W tym bowiem okresie intensywnie dojrzewa układ nerwowy. Jest to więc najkorzystniejszy okres do stymulacji i wyrównywania nieprawidłowości w rozwoju mowy. Trudności we wczesnym rozpoznawaniu zaburzeń rozwoju mowy przez rodziców, lekarzy i najbliższe środowisko sprawiają, że dzieci potrzebujące pomocy, zbyt późno trafiają do logopedy. Często zdarzają się przypadki lekceważenia nieprawidłowości rozwoju mowy. Wciąż pokutuje, szeroko rozpowszechnione w środowisku, stwierdzenie „wyrósł z tego”, czy w odniesieniu do chłopców - „chłopcy zaczynają mówić później”. Brak wiedzy na temat czynników warunkujących prawidłowy rozwój mowy oraz ciągle jeszcze powszechny pogląd, iż logopeda pracuje z dzieckiem mówiącym / no bo cóż można zrobić, kiedy dziecko nie mówi? / sprawiają, że logopeda odbierany jest jako terapeuta, który koryguje występujące już nieprawidłowości, a nie ten, kto poprzez odpowiednio wczesne działania interwencyjne polegające na właściwej stymulacji rozwoju języka i stworzeniu odpowiednich warunków dla jego prawidłowego rozwoju, przeciwdziała powstawaniu późniejszych wad.

Rozwój każdej funkcji, w tym także mowy, trwa od poczęcia. Istnieje wiele czynników mogących negatywnie wpłynąć na kształtowanie się mowy. Mogą one działać w okresie prenatalnym, okołoporodowym czy też w pierwszych dniach życia dziecka. Wczesne rozpoznanie następstw działania tych czynników, stwarza możliwość wczesnej interwencji, którą celem jest zapobieganie zaburzeniom mowy.

Szczególną troską winny być otoczone **dzieci** z obciążonym wywiadem prenatalnym, okołoporodowym i wczesnego dzieciństwa: dzieci urodzone w zamartwicy, z punktacją Apgar < 8, z niską wagą urodzeniową (> 2500 g), wcześniaki, dzieci, których matki w okresie ciąży leczyły się na nadciśnienie tętnicze, niedokrwistość, krwawiły zwłaszcza w I trymestrze ciąży, zażywały leki, poddane były leczeniu kardiologicznemu bądź endokrynologicznemu, spożywały alkohol, paliły.

U dzieci tych w pierwszych dniach życia powinna być dokonana ocena stanu anatomicznego aparatu artykulacyjnego, ocena odruchów z głównych punktów twarzy ważnych dla rozwoju mowy (ssania, połykania, otwierania i wysuwania warg, wypychania języka, zwracania głowy) oraz ocena słuchu. Oceny takiej powinien dokonać logopeda (niestety do rzadkości należy widok logopedy na oddziale noworodkowym). Stwierdzenie podczas badania nieprawidłowości nakazuje niejako objęcie badanego dziecka opieką logopedyczną już od pierwszych dni życia, a nie dopiero wtedy, gdy dziecko ma 3 - 4 lata. Straconego czasu nie da się cofnąć, a szkód wyrządzonych przez zaniedbanie naprawić.

Zastosowanie masażu języka, warg i policzków[^] uzmysłowienie znaczenia karmienia piersią, które w naturalny sposób usprawnia język i wargi, zapewnia prawidłowe połykanie i oddychanie, i pionizuje język, przeciwdziała powstawaniu wad zgryzu; uświadomienie niekorzystnego wpływu smoczka - gryzaczka na rozwój funkcji pokarmowych, a co za tym idzie na rozwój mowy (przedłużający się odruch ssania, który

często przenosi się na palec bądź zabawki jest przyczyną dysfunkcji połykowej, pośrednią przyczyną wad zgryzu i zaburzeń artykulacyjnych / to główne zadania w zakresie wczesnej interwencji. Zadania, które ze względu na miejsce oddziaływań - szpital, dom rodzinny dziecka i niską świadomość rodziców w tym temacie podejmowane są bardzo rzadko. Do rzadkości należą przypadki, kiedy do logopedy zgłaszają się rodzice z 2 - 3 letnimi dziećmi. Niemowląt u logopedy się nie widuje. Szkoda, bo choć powszechnie znane jest powiedzenie „profilaktyka lepsza od leczenia”, to niewielu bierze je sobie do serca dziecka.

Przez wczesną interwencję rozumiemy zintegrowany system oddziaływań profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczo-rehabilitacyjnych i terapeutycznych, których podmiotem jest małe dziecko o zaburzonym rozwoju psychoruchowym oraz jego rodzina. Wczesne wspomaganie rozwoju małego dziecka jest to oddziaływanie rewalidacyjno-wychowawcze, pobudzanie psychoruchowego i społeczno-emocjonalnego rozwoju dziecka, od chwili wykrycia pierwszych sygnałów nieprawidłowego funkcjonowania, aż do podjęcia nauki w szkole podstawowej, z uwzględnieniem potrzeb rodziny. O warunkach organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju mówi Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dn. 4 kwietnia 2005r. Wczesna interwencja oraz wspomaganie rozwoju dziecka obejmuje działania pedagogiczne, psychologiczne, logopedyczne i medyczne wynikających bezpośrednio z rozpoznania zaburzeń rozwojowych.

Pomocą dla rodziców może też być ułatwienie im kontaktu z innymi rodzicami mającymi dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi oraz z właściwymi organizacjami. Na terenie poradni organizowana jest grupa wsparcia dla matek dzieci oraz grupa wsparcia dla rodzeństwa dzieci niepełnosprawnych.

W powszechnym przekonaniu logopeda odbierany jest jako terapeuta, zajmujący się mową lub jej zaburzeniami u osób już mówiących. Można by więc zadać sobie pytanie, czy otaczanie opieką logopedyczną noworodka, dziecka 6-miesięcznego, czy dziecka poniżej 3-go roku życia jest konieczne? Na pewno nie w każdym przypadku. Jak najbardziej wskazane jest natomiast w sytuacji wykrycia symptomów, sugerujących że rozwój dziecka jest zagrożony lub może przebiegać nieprawidłowo. Logopeda ze specjalistycznym przygotowaniem z wczesnego wspomaganie rozwoju, obserwując małe dziecko, może zebrać wiele informacji na temat jego aktualnego stanu rozwoju, jak i jego potencjału rozwojowego. Każde dziecko przychodzi na świat wyposażone w złożony aparat odruchowy. Logopedę będą interesowały głównie odruchy ustno-twarzowe, tj. odruch otwierania ust, ssania, połykania, odruch szukania, zwracania, żucia, kłaniania i odruch żuchwowy. Odgrywają one bowiem ważną rolę początkowo w przyjmowaniu pokarmów, a potem w artykulacji. Człowiek nie dysponuje odrębnym narządem dla funkcji mówienia, a jedynie przystosował do tego celu jamę ustną i układ oddechowy. Nie istnieją osobne, dla tej czynności, struktury i nerwy biegnące od kory mózgowej, sterującej mową, na obwód. Z konieczności bodźce dla ruchów artykulacyjnych mogą być przekazywane jedynie za pośrednictwem tych, które są przewidziane dla wcześniejszych czynności, takich jak przyjmowanie pokarmów i połykanie. Tak więc prawidłowy przebieg procesu karmienia dziecka stanowi podstawę rozwoju jego przyszłej mowy. W

przypadku nieprawidłowości tego procesu oddziaływanie logopedy skupia się na następujących czynnikach:

- przyjmowanie odpowiedniej pozycji ciała podczas karmienia-karmienie łyżką
- trening picia i żucia
- trening połykania.

Kształtowanie się mowy dziecka przebiega w pewnych etapach. Do tych najwcześniejszych zalicza się:

1. etap głużenia, pojawiający się około 3 miesiąca życia
2. etap gaworzenia, pojawiający się około 6 miesiąca życia.

Jeżeli któryś z tych etapów ulegnie znacznemu opóźnieniu lub się nie pojawi, to może być to sygnałem opóźnionego rozwoju mowy lub zaburzeń rozwojowych. Rolą logopedy jest więc stymulowanie mowy poprzez różnego rodzaju oddziaływania terapeutyczne (masaże ustno-twarzowe, masaże wibracyjne, masaże języka, żuchwy i warg, prowokowanie dziecka do wydawania dźwięków, zabawy dźwiękonaśladowcze, pobudzanie do mówienia zabawkami, książeczkami itp.). Niekiedy zdarza się, zwłaszcza u dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością, że dziecko nie jest w stanie komunikować się werbalnie lub tę formę komunikacji trzeba wspomóc komunikacją niewerbalną (gesty, mimika, oddech, układ ciała, odgłosy nieartykułowane). Zadaniem logopedy jest wówczas nawiązanie kontaktu z dzieckiem oraz dostosowanie określonych sposobów komunikacji do możliwości rozwojowych dziecka. Zajęcia logopedyczne z wczesnego wspomaganie rozwoju uwzględniają całościowo przebiegający rozwój dziecka. Obejmują wszystkie zaburzone funkcje, a w przede wszystkim te, które mają bezpośredni lub pośredni związek z mową (postrzeganie, różnicowanie i kojarzenie wzorców słuchowych, wzrokowych, kinestetycznych, wrażliwość na rytm, melodię, koordynację ruchową). Tak więc zasady postępowania logopedycznego we wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka wyznaczają prawa naturalnego rozwoju. Należy zaznaczyć, że wczesne wspomaganie rozwoju obejmuje dzieci, które przeważającą część czasu spędzają z rodzicami. Wiele z tych ćwiczeń trzeba wykonywać w warunkach domowych, np. przed snem, jedzeniem czy po kąpielii dziecka. Dlatego ważnym jest dla zapewnienia ciągłości terapii i uzyskania jak najlepszych efektów, aby rodzice brali w niej aktywny udział. Kontynuując pracę logopedy stają się współautorami sukcesów własnego dziecka. Sukces dziecka natomiast, staje się sukcesem zarówno rodziców jak i logopedy.

13) Jakie metody oddziaływania terapeutycznego wspierają rozwój dziecka z niepełnosprawnością?

- wspieranie naturalnej aktywności dziecka poprzez zabawę, podążanie za dzieckiem, ćwiczenia, odpowiednie postępowanie wychowawcze;
- terapia ruchem w celu optymalizacji rozwoju poznawczego poprzez urozmaicenie doświadczeń dziecka, kształtowanie rozwoju psychoruchowego oraz poczucia własnej wartości poprzez podnoszenie sprawności ruchowej (terapeuta uczy rodziców pobudzania, wzmacnianie siły mięśni dziecka, przyspieszania przechodzenia od ruchów prostych do bardziej skomplikowanych, wplatania technik usprawniania w wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, pokazuje prawidłowe dla dziecka pozycje ciała podczas zabawy, karmienia, tak aby utrwalali oni efekty terapii oraz zapobiegali wadom postawy, rozwijanie zdolności manualnych poprzez manipulowanie przedmiotami codziennego użytku oraz poprzez wykonywanie czynności samoobsługowych, zabawy w piasku, ugniatanie ciasta, malowanie palcami, itp.),
- terapia metodą Sensorycznej Integracji (wszelkie formy zabawy i aktywności ruchowej dziecka sprzyjają kształtowaniu się jego integracji zmysłowej, rozwija się percepcja i współpraca między zmysłami, wzrasta sprawność motoryki małej i dużej, poprawia się koncentracja uwagi, percepcja wzrokowo-przestrzenna, a nawet samoocena poprzez wzrost kompetencji: "już potrafię to zrobić!", kołysanie oddziałuje na zmysł równowagi i dotyku, ale także działa kojąco, daje poczucie bezpieczeństwa, stymuluje emocje, wszelki kontakt fizyczny z dzieckiem oraz dotykanie samego siebie wpływa na kształtowanie się schematu własnego ciała, poczucia odrębności, sprawczości i samoświadomości fizycznej dziecka),
- wczesne kształtowanie mowy pod kierunkiem logopedy-początkowo instruktaż dla rodziców (uczenie ich jak za pomocą dotyku oraz stymulacji czucia głębokiego, mogą oni umożliwić dziecku kontrolę mimiki, prawidłowego ssania, żucia, połykania, domykania jamy ustnej i cofania języka, a w konsekwencji także odpowiednią artykulację dźwięków, czasem konieczna jest mechaniczna ingerencja np. masowanie języka lub dziąseł czy dokładne zawiązywanie pod brodą czapeczki; wskazywanie rodzicom jak rozwijać percepcję słuchową, jakich wrażeń mu dostarczać, żeby podnosić jego rozumienie i komunikację z otoczeniem; najważniejszy jest dobry kontakt dziecka z najbliższymi osobami, najpierw niewerbalny, potem werbalna komunikacja, umożliwia on także dziecku naśladowanie ważnych osób w uśmiechu, ruchach twarzy, narządów artykulacyjnych, i wreszcie w mówieniu), następnie ćwiczenia bezpośrednio z dzieckiem;
- terapia psychologiczna (początkowo oparte na zaleceniach psychologa oddziaływanie środowiska rodzinnego, następnie w miarę możliwości prowadzenie terapii indywidualnej, a dalej grupowej) ma na celu dalszą stymulację mocnych stron funkcjonowania dziecka, jak również wyrównywanie deficytów w jego rozwoju, główna zasada zakłada, że proponowana dziecku aktywność powinna również być źródłem pozytywnych emocji, szczególnie tych związanych z rodzeniem się samodzielności, niezależności i pewności siebie; zajęcia prowadzone w obecności rodziców umożliwia im częściowe korzystanie ze specjalistycznych technik oraz modelowych sytuacji;
- metody terapii dzieci niepełnosprawnych: NDT-Bobath, Sensoryczna Integracja, Metoda Petó, Metoda Domana, Knilla, Shafandera, ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, Metoda Wojty, Wideotrening Komunikacji, Dogoterapia, Hipoterapia, Hydroterapia, wstrzykiwanie jadu kielbasianego, itp.;
- poprzez rzetelną informację i poradnictwo, poprzez trening umiejętności (np. wideotrening komunikacji), poprzez tworzenie grup wsparcia, psychoterapię grupową oraz współpracę z instytucjami zajmującymi się udzielaniem pomocy psychologicznej, wspieranie rodziny dziecka niepełnosprawnego oraz relacji rodzic-dziecko, która od początku może być utrudniona, gdyż nie wystarcza naturalny, zwyczajny sposób troski; rodzice nie potrafią prawidłowo ocenić możliwości swojego dziecka, ponieważ

odbiegają one od ich dotychczasowych doświadczeń, po narodzinach zderzeniu ulegają oczekiwania rodziców z rzeczywistym obrazem własnego dziecka, doznają oni negatywnych emocji, szoku, który w skrajnych przypadkach prowadzi do poczucia beznadziejności i depresji; zakłócenia adaptacji dotyczą zarówno dziecka, jak i jego rodziny, sygnały dziecka mogą być niezrozumiałe dla opiekunów, niedostosowane do wieku.

Dziecko i jego rodzina są nierozdzielalną, strukturalną całością, dlatego specjalistyczna pomoc powinna obejmować każdego członka rodziny. Nawet wszechstronnie terapeutyzowane przez fachowców dziecko nie będzie prawidłowo się rozwijać, jeżeli w jego domu panować będzie chłód emocjonalny, beznadziejność, niezrozumienie i niechęć u najbliższych mu osób.

14) Jakie ćwiczenia stosuje się w ramach usprawniania narządów mownych u dzieci z niepełnosprawnością?

U dzieci z upośledzeniem umysłowym często występuje opóźniony rozwój mowy, który nasila wady wymowy. Opóźnienia w rozwoju mowy zależą od stopnia upośledzenia umysłowego, przyczyn, wieku dziecka i warunków środowiskowych.

Dzieci z upośledzeniem umysłowym przejawiają najczęściej zaburzenia mowy wynikające z:

- naśladownictwa złego wzoru mowy (wadliwa wymowa jednej, wielu lub wszystkich głosek, opuszczanie dźwięków, zastępowanie głosek innymi)
- opóźnienia rozwoju słowno - pojęciowego (ubogi zasób słownictwa, budowanie niepełnych i niegramatycznych z*dań, brak rozumienia pojęć)
- niedosłuchu (brak głosek i zniekształcanie artykulacji głosek już wywołanych)
- wadliwa budowa i funkcjonowanie obwodowych narządów mowy (zaburzenia rozumienia, fonacji i artykulacji głosek, zaburzenia napięcia mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych); np. dzieci z Zespołem Downa)

Praca logopedyczna z dzieckiem upośledzonym umysłowo powinna polegać na:

- stosowaniu zabaw usprawniających narządy mowy (niemożliwe jest funkcjonowanie mowy bez sprawności języka, warg, podniebienia miękkiego, żuchwy),
- podnoszeniu sprawności rozumienia mowy przez słuchanie i wprowadzanie nowych wyrazów poprzez desygnaty - przedmioty i obrazki.

Środkiem uzupełniającym w terapii logopedycznej są ćwiczenia uzupełniające, prowadzone w formie zabawy: np. ćwiczenia manualne, ćwiczenia spostrzegawczości, ćwiczenia rytmiczne i ćwiczenia słuchowe.

Najlepszą formą terapii logopedycznej jest praca indywidualna, przeplatana zajęciami grupowymi. Ważne jest, by ćwiczenia wymowy odbywały się systematycznie, przed lustrem.

Terapia obejmuje:

- masaż (masaż dłoni, masaż szyi, masaż żuchwy, masaż czoła, masaż policzków, masaż warg, masaż dziąseł, masaż podniebienia, masaż języka)
- ćwiczenia oddechowe usprawniające aparat oddechowy: wdech nosem, wydech ustami, wdech jedną dziurką, wydech drugą dziurką, różnicowanie faz oddechowych, pogłębianie oddechu i wzmacnianie wydechu, wydłużanie wydechu ,np. dmuchanie na kłębuszki z waty, piłeczki, papierki, świeczkę, bańki mydlane, nadmuchiwanie baloników
- ćwiczenia fonacyjne - usprawniające mięśnie gardła: modulowanie siły głosu i wysokości głosu np.: naśladowanie mruczenia (mmmmm), wyśpiewywanie samogłosek (a, o, u, i, y, e), powtarzanie sylab (ma, me, mo, mu, my ...itp.)
- usprawnianie motoryki narządów mowy: ćwiczenia żuchwy, ćwiczenia wargi i policzków, ćwiczenia języka, ćwiczenia podniebienia miękkiego, np. otwieranie i zamykanie ust, wysuwanie i chowanie języka, oblizywanie warg, opuszczanie i unoszenie żuchwy, wysuwanie warg, parskanie, ziewanie, przełykanie śliny, wdech przez nos i wydech ustami
- ćwiczenia słuchowe słuchu fonematycznego, prozodycznego analizy i syntezy słuchowej: np. różnicowanie dźwięków (bębenek, gwizdek), wysłuchiwanie i różnicowanie odmiennych od siebie odgłosów (chrapanie i dzwonięcie pęku kluczy, zamykanie okna i kaszel itp.), rozpoznawanie różnych rzeczy zamkniętych w pudełku (groch, kamyki, piasek), toczenie piłki i kamyka po podłodze i wysłuchiwanie jaki przedmiot wydał dźwięk, szukanie ukrytego, dzwoniącego budzika

- ćwiczenia artykulacyjne polegające na wywoływaniu głosek, których dziecko nie posiada, bądź na korekcji głosek czyli wyuczeniu prawidłowych ruchów artykulacyjnych właściwych danym głoskom
- doskonaleniu artykulacji- ustawienie narządów mowy dla uzyskania prawidłowego brzmienia głosek
- ćwiczenia usprawniające wymowę wyćwiczonych głosek w izolacji, w sylabie, w wyrazie, w zdaniu i w mowie potocznej,
- wypracowanie sposobu komunikowania poprzez proste zdania
- ciągłe wzbogacaniu słownictwa - swobodne rozmowy z dzieckiem, opowiadanie i czytanie wierszyków i bajek, opowiadanie treści obrazków, kontakt z przyrodą.
- rozwijaniu umiejętności czytania i pisania (jeśli to możliwe).

Ćwiczenia usprawniające narządy mowne artykulacyjne mają na celu wypracowanie celowych ruchów języka, warg, podniebienia miękkiego.

Dziecko ćwiczy umiejętność wyczuwania określonego ruchu i położenia narządów mownych podczas artykulacji danej głoski. Dzieci upośledzone umysłowo charakteryzuje obniżona sprawność ruchowa narządów mownych, której symptomem jest niedbały sposób mówienia. Bywa, że sama gimnastyka narządów artykulacyjnych wystarczy do usunięcia prostych zniekształceń wypowiedzi.

ZESTAW ĆWICZEŃ:

1. Ćwiczenia usprawniające język
 - wysuwanie języka do przodu, unoszenie go na górną wargę, opuszczanie do brody,
 - kierowanie języka w kąci ust (w kierunku lewego i prawego ucha),
 - oblizywanie podniebienia od górnych zębów do podniebienia miękkiego, oblizywanie warg ruchem okrężnym,
 - dotykanie czubkiem języka górnych zębów i górnej wargi oraz dolnych zębów i wargi,
 - skrobanie grzbietu języka poprzez przesuwanie go przez zbliżone szczęki, zwijanie języka,
 - wysuwanie języka jak najdalej z ust i chowanie go jak najdalej
 - mlaskanie czubkiem języka, mlaskanie środkiem języka, przyssanie języka do podniebienia przy szeroko otwartych ustach (ssania cukierka).
2. Ćwiczenia warg
 - wysuwanie warg, jak przy „u” rozchylenie warg, jak przy „e”. Ruchy wysuwania i rozchylenia warg należy wykonywać naprzemiennie^ rozciąganie warg, jak przy „i”
 - układanie dolnej wargi na górną i górnej na dolną,
 - wysunąć wargi do przodu, ściągnąć je i przesunąć w kąci ust
 - dmuchanie przez złączone wargi lekko wysunięte do przodu
 - gwizdanie, parskanie, cmokanie
 - podnoszenie wargami ołówka lub innego przedmiotu
 - nabieranie powietrza pod górną, później pod dolną wargę
 - ssanie górnej i dolnej wargi
 - podtrzymywanie wargami kartki papieru
 - wymawianie spółgłosek: i-u, a następnie a, e, u, i, o, y (należy zachować tę kolejność).

Powyższe ćwiczenia języka i warg można prowadzić w formie zabawowej, np. oblizujemy się, jak kotek po wypiciu mleka, lub miś po zjedzeniu miodu, itp.

Rodzaj stosowanych zabaw zależy od inwencji nauczyciela.

Zabawa „Zjadacz makaronu”, ma na celu poprawienie muskulatury warg. Polega ona na stopniowym wciąganiu do ust nitki makaronu (stopniowo/coraz dłuższej). W przypadku zawodów zwycięża to dziecko, które pierwsze wciągnie do buzi nitkę makaronu.

3. Ćwiczenia szczęki dolnej

- opuszczanie i unoszenie szczęki (naśladowanie ziewania)
- przesuwanie dolnej szczęki w lewą a następnie w prawą stronę
- przy rozchylonych wargach wysuwanie dolnej szczęki do przodu oraz cofanie wykonywanie ruchów żucia,
- chwytanie dolnymi zębami górnej wargi.

4. Ćwiczenia podniebienia miękkiego

- głębokie oddychanie - wdech nosem, wydech ustami
- oddychanie tylko przez nos lub tylko ustami
- energiczna wymowa połączeń głoskowych: ku, gu, ko, go, oko, ogo, uchu, ugu, np. naśladowanie głosów ptaków,
- chrapanie, naśladowanie kaszlu.

Powyzsze ćwiczenia należy prowadzić w formie zabawowej.

15) Jakie są negatywne czynniki wpływające na pracę głosem?

Do negatywnych czynników wpływających na pracę głosem należą:

- wady wymowy i wady zgryzu
- złe oddychanie, chrapanie
- czynniki chorobowe
- zła dieta, brak witaminy E i A
- suche powietrze
- klimatyzacja
- palenie papierosów oraz spożywanie nadmiernej ilości alkoholu
- pył w powietrzu; brudne wykładziny; roztocza
- stres i zmęczenie
- terapia szokowa dla gardła tzn. picie bardzo zimnych napojów
- pikantne potrawy
- czekolada, kwaśne soki, napoje gazowane
- szept
- refluks

16) Co wpływa pozytywnie na pracę głosem?

Do czynników pozytywnie wpływających na pracę głosem należą:

- przebywanie w pomieszczeniach o dużej wilgotności i nawilżeniu
- prawidłowa budowa układu oddechowego
- prawidłowy oddech; oddech przeponowy
- zdrowy styl życia oraz prawidłowa dieta
- trening głosu
- wietrzenie Sali
- śpiewanie
- wyjazd np. nad morze
- spożywanie następujących pokarmów: jajka, woda mineralna, tran, makrela, oliwa z oliwek, tłuszcze, siemię lniane.

17) Scharakteryzuj determinanty wpływające na kompetencje nauczyciela.

Determinanty to inaczej czynniki warunkujące, wyznaczniki.

Są różne definicje kompetencji, jest to wiedza, umiejętność, doświadczenie, poglądy, postawy.

Kompetencje nie są cechami stałymi, zmieniają się wraz z doświadczeniem, rozwojem zawodowy. W pracy nauczyciela najważniejsze kompetencje to:

1. Kompetencje specjalistyczne – czyli wiedza i umiejętności z zakresu nauczanego przedmiotu.
2. Kompetencje dydaktyczne - umiejętności związane z prowadzeniem zajęć dydaktycznych, jak np.:
 - umiejętność właściwego projektowania i planowania zajęć,
 - respektowanie logiki i specyfiki rozwojowej dzieci,
 - uwzględnienie cyklu uczenia się,
 - przyswojenie technik motywowania i zachęcania dzieci do podejmowania aktywności.
 - umiejętność diagnozowania dziecka, uchwycenia bieżącego poziomu jego rozwoju.
3. Kompetencje psychologiczne – cechy osobowe ułatwiające kontakt z wychowankiem, np.:
 - pozytywne nastawienie do dzieci, ich rodziców, nauczycieli etc.,
 - asertywność,
 - umiejętność nawiązywania bliskiego kontaktu z dziećmi,
 - umiejętność radzenia sobie ze stresem.

Im wyższy poziom kompetencji nauczyciela tym, większe prawdopodobieństwo, iż osiągnie on sukces zawodowy.

Literatura podaje również inną klasyfikację kompetencji:

- opanowanie wiedzy z danego zakresu („wiem co”),
- umiejętności (wiedza proceduralna „wiem jak i potrafię”), kompetencje związane z umiejętnościami – interpersonalne, komunikacyjne, organizacyjne, czyli istotne jest to czy umiemy współpracować w grupie, z innymi nauczycielami, zapewnić uczniom doświadczenia, w których będą mogli odnieść sukces,
- postawy („chcę i jestem gotów wykorzystać swą wiedzę”) zależne od kompetencji osobistych takich jak: otwartość na zmiany, organizacja własnej pracy, podejmowanie decyzji, radzenia sobie ze stresem, zarządzanie czasem, zdolność do empatii, akceptacja niepełnosprawności...

18) Jakimi wartościami kieruje się współczesna edukacja?

Ogromną część osobistego systemu wartości dziecko zdobywa w trakcie procesu wychowawczego w rodzinie (poprzez rozmowę ze światem ludzi dorosłych). Boghdan Suchodolski twierdzi „że tylko edukacja ujmowana w kategoriach wartości i celów staje się nadzieją, na naprawienie zagrożonej cywilizacji. Nie da się edukacji sensownie traktować, poza systemem wartości, gdyż edukacja odwołuje się do wartości ogólnoludzkich, uniwersalnych, humanistycznych. Edukacja służy wielostronnemu rozwojowi ucznia, gdyż staje się procesem integracji, jego wokół wartości. Wykształcenie staje się „podstawową i stałą wartością zgodnie z zasadą uczyć się aby być”.

Według Deloresa edukacja powinna się opierać na 4 filarach:

- uczyć się aby żyć wspólnie
- uczyć się aby wiedzieć
- uczyć się aby być
- uczyć się aby być

Rola wartości w życiu młodzieży stawia przed systemem edukacji oświaty konieczność objęcia jej edukacją aksjologiczną, która stanowi dziś w epoce kryzysu wartości priorytetowy część teologicznej formacji współczesnych ludzi. Dla edukacji i nauk o niej podstawowe znaczenia mają wartości poznawcze takie jak: odkrywczność, prawdziwość, twórczość, podmiotowość uczestnika edukacji, wolność, odpowiedzialność, dialog, zaangażowanie i wola. Wychowanie do prawdy stanowi jedno z podstawowych zadań edukacji i nauk o niej, gdyż prawda sama w sobie stanowi cel i istotę poznania.

Rozwój ma na celu pełen rozkwit człowieka, w całym jego bogactwie osobowości i różnorodnych formach ekspresji i zaangażowania jako jednostki, członka rodziny, społeczeństwa, obywatela.

19) Wymień wskaźniki do indywidualnej pracy rewalidacyjnej.

Zajęcia indywidualne są prowadzone najczęściej w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w ośrodkach szkolno-wychowawczych dla dzieci dyslektycznych, w przedszkolach, oraz innych placówkach. Na zajęcia indywidualne kieruje się dzieci z głębokimi, sprzężonymi zaburzeniami rozwoju oraz z poważnymi wadami wymowy.

O zajęciach rewalidacyjnych dla danego ucznia po wcześniejszej diagnozie decydują: lekarz, psycholog, wychowawca klasy oraz nauczyciel rewalidacji.

Standardowe procedury dydaktyczne w procesie rewalidacji

Proces rewalidacji wg. M. Grzegorzewskiej powinien być oparty na:

- dokładnym poznaniu jednostki,
- uwzględnieniu w metodzie pracy typu preferencji psychodydaktycznych,
- zorientowanie się w charakterze oddziaływania środowiska na daną jednostkę,
- uwzględnienie czynników podnoszących próg tolerancji na frustrację,
- tworzenie warunków kształtujących motywację,
- dostosowanie pracy do sił i możliwości jednostki.

Szczegółowe metody i formy rewalidacji zależą od typu wady jaką dziecko posiada i dlatego wszelkie uogólnienia pod tym względem należy ostrożnie formułować. Inne np.: zadania i środki do ich realizacji trzeba podejmować w przypadku dzieci upośledzonych umysłowo, a inne do dzieci wykonujących jedynie uszkodzenia narządu ruchu. Do jednych i do drugich warto w pierwszych latach stosować zasadę wzbogaconej symulacji wielozmysłowej, aby zapobiec wtórnym opóźnieniom i brakom wynikającym z ograniczenia doświadczeń życiowych.

Aby odpowiednio zaprogramować działania rewalidacyjne należy kierować się diagnozą. Powinna ona zawierać:

1. Stopień upośledzenia.
2. Poziom rozwoju percepcji wzrokowej (analiza, synteza, spostrzeganie)
3. Poziom rozwoju percepcji słuchowej (słuch fonematyczny, słuch fonetyczny, analizę i syntezę słuchową, wrażliwość słuchową i słuch muzyczny)
4. Poziom koordynacji:
 - wzrokowo – słuchowej
 - wzrokowo – ruchowej
 - wzrokowo - słuchowo - ruchowej
5. Uwaga(trwałość uwagi, zdolność koncentracji uwagi, stopień rozwoju uwagi dowolnej)
6. Poziom rozwoju wyobraźni przestrzennej i orientacji przestrzennej.
7. Pamięć (poziom rozwoju pamięci świeżej i trwałej, mechanicznej, logicznej, pamięci słów, zadań, tekstów, pamięci wzrokowej, słuchowej, wzrokowo - słuchowo -ruchowej)
8. Mowa - poziom rozwoju:
 - rozwój fonologiczny (artykulacja)
 - rozwój synaktyczny (gramatyka)
 - rozwój semantyczny (rozumienie)
9. Rozwój myślenia: ujmowanie różnic i podobieństw, analiza i synteza myślowa, umiejętność klasyfikowania, przyporządkowywania, wnioskowania, myślenie przyczynowo - skutkowe, abstrakcyjne, matematyczne, definiowanie pojęć.
10. Poziom rozwoju motorycznego: koordynacja statyczna, ruchów jednoczesnych, precyzja ruchów, stan napięcia mięśniowego.
11. Stan dojrzałości społecznej i emocjonalnej.
12. Stan zdrowia dziecka.

W zajęciach rewalidacyjnych wyróżniamy:

1. zajęcia dydaktyczno- wyrównawcze

2. zajęcia korekcyjne:

- korekcyjno – kompensacyjne
- gimnastyka korekcyjna
- zajęcia logopedyczne

W szkole specjalnej na zajęcia rewalidacyjne przeznaczone jest 10 godzin tygodniowo, rozdzielonych na poszczególne zajęcia wg potrzeb szkoły.

Ilość uczniów na poszczególnych zajęciach wynosi:

- zajęcia dydaktyczno - wyrównawcze: 3-5 uczniów

- zajęcia korekcyjno - kompensacyjne: 3-5 uczniów

gimnastyka korekcyjna dc 15 uczniów

20) Wymień zadania rewalidacji indywidualnej w szkole.

Kompensacja – proces zmierzający do wyrównania braków, zastąpienia czynności uszkodzonych narządów poprzez intensywne wykorzystanie innych funkcji

Korekcja – działania lecznicze, rehabilitacyjne, pedagogiczne skierowane na niesprawnie działające narządy

Usprawnienie – działania ukierunkowane na najsprawniej działające funkcje jednostki upośledzonej, mogą one stanowić główną podstawę do przebiegu działalności rewalidacyjnej

Zadania pracy rewalidacyjnej obejmują:

Przywracanie zdrowia

Umożliwienie rozwoju fizycznego

Kompensowanie braków i uszkodzeń

Korygowanie i usprawnianie

Wykształcenie ogólne i zawodowe

Rewalidację psychologiczną

Uspołecznienie

Zadania rewalidacji indywidualnej w szkole:

- Przeciwdziałanie zaburzeniom nerwowym i emocjonalnym powstałym na tle wad i trudności;
- Przeciwdziałanie wadom i trudnościami wywołującym zaburzenia nerwowe i emocjonalne;
- Wzmacnianie u uczniów przekonania o tym, że mogą przewyższać napotkane trudności i dorównać do poziomu zespołu dzieci danej klasy;
- Maksymalne usprawnianie, rozwijanie tych wszystkich funkcji psychicznych i fizycznych, które są najsilniejsze i najmniej uszkodzone;
- Dynamizowanie rozwoju, czyli stymulowanie.

21) Podaj pojęcie i definicje niepełnosprawności intelektualnej.

Niepełnosprawność intelektualna (obniżenie poziomu rozwoju intelektualnego) – zaburzenie rozwojowe polegające na znacznym obniżeniu ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszy deficyt w zakresie zachowań adaptacyjnych (w szczególności niezależności i odpowiedzialności).

Pojęcie niepełnosprawności intelektualnej jest bardzo szerokie zarówno ze względu na zróżnicowane stopnie upośledzenia umysłowego, które obejmuje, jak i ze względu na zaburzenie sprawności motorycznej, zaburzenia zachowania, motywacji, emocjonalności i dysfunkcje, jakie mu towarzyszą. Jak więc widzimy niepełnosprawność intelektualna odnosi się nie tylko do sfery poznawczej człowieka, ale obejmuje całą jego osobowość. Najogólniejsze określenie terminu „niepełnosprawności intelektualnej” to stan niedostatecznej sprawności intelektualnej wskutek niedorozwoju lub uszkodzenia we wczesnym dzieciństwie tkanki mózgowej.

Niepełnosprawność intelektualna jest niejednorodną grupą zaburzeń wywołanych przez różne czynniki przyczynowe o różnym mechanizmie patogennym, o niejednakowym obrazie morfologicznym, klinicznym oraz przebiegu. Nie jest więc sprawą prostą zdefiniowanie, opisanie, zakwalifikowanie poszczególnych zaburzeń objętych wspólną nazwą niepełnosprawności intelektualnej. Obecnie dzięki wszechstronnym badaniom nauk pomocniczych, takich jak: pediatria, biochemia, fizjologia czy genetyka, ustalono etiologię, patogenezę i klasyfikacja niedorozwoju.

22) Jaka jest rola środowiska rodzinnego i kierunek zmian w podejściu do rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie.

Obraz świata, obraz własnej osoby, motywacje tj. system podstawowych potrzeb i wartości, postawy kształtują się w trakcie społecznych interakcji, w których decydującą rolę odgrywa rodzina. Obecność w rodzinie dziecka upośledzonego umysłowo stawia przed nią zadania zmiany w obrębie postaw, działań opiekuńczo - wychowawczych, konieczności współdziałania rewalidacyjnego.

Moment zaakceptowania dziecka upośledzonego umysłowo, przejęcie na siebie pełnej odpowiedzialności za wychowanie takiego dziecka nie jest proste. K. Mrugalska wyróżnia 4 fazy „wychodzenia z kryzysu” rozumianego jako „proces zdobywania umiejętności psychicznego i życiowego radzenia sobie z problemem.(...).

I faza nosi nazwę szoku i określana jest jako paraliż zdolności działania i nierealistyczne emocje.(...)

Faza II - „reakcji” charakteryzuje się uruchomieniem różnorodnych mechanizmów obrony psychicznej przed rozpaczą, zawodem, lękiem, irracjonalnym poczuciem winy.

Faza III - przystosowanie, prowadzi do stopniowego odzyskiwania zdolności działania dla dobra dziecka w kierunku bardziej racjonalnym.

Faza IV - zwana fazą orientacji. Polega na odzyskiwaniu umiejętności korzystania z doświadczeń własnych i cudzych, zdolności do patrzenia na swoją sytuacją z pewnego dystansu”. (Mrugalska K., 1988, s. 14).

Niestety nie wszyscy rodzice są w stanie osiągnąć tę najkorzystniejszą dla dziecka i dla nich samych fazę - stanu równowagi. Wynika to z występowania u rodziców negatywnych odczuć emocjonalnych. Pierwszymi takimi odczuciami są lęk i niepokój o rozwój i przyszłość dziecka, dalej uczucie niepewności i zagubienia, spowodowane niedostatkami informacji, brakiem wypracowanych schematów postępowania w nowych sytuacjach, stale wątpliwości, co do metody rehabilitacji, postępowania wychowawczego i innych.

Wielu rodziców skarży się na uczucie osamotnienia spowodowane brakiem wsparcia duchowego, izolacją, brakiem pomocy. Trzeba tu dodać, iż rodzice skarżący na osamotnienie nie zdają sobie sprawy, że to oni unikają ludzi, chcąc oszczędzić sobie przykrości.

W wychowaniu znaczenie i rola, jaką odgrywa rodzina oraz jej wpływ na całościowy rozwój dziecka, są ważne nie tylko w odniesieniu do dzieci zdrowych, normalnie rozwijających się. Można chyba stwierdzić, że „w wychowaniu dziecka upośledzonego rola i znaczenie rodziny wzrastają”. (Borzyszkowska H., 1988, s. 365).

Szczególnie ważne jest zaspakajanie podstawowych potrzeb psychicznych dziecka, przy czym w odniesieniu do dziecka upośledzonego należy uwzględnić dodatkowo następujące potrzeby:

- 1) potrzeba świadomości, że rodzice są z niego zadowoleni;
- 2) potrzeba przyjaźni i akceptacji;
- 3) potrzeba zabawy;
- 4) Potrzeba opieki, kontroli i dyscypliny;
- 5) Potrzeba niezależności;
- 6) Potrzeba pogodzenia się z upośledzeniem;
- 7) Potrzeba rozmowy z dzieckiem o jego upośledzenie”. (Borzyszkowska H., 1988, s. 370).

W procesie wychowania dziecka niepełnosprawnego w rodzinie należy się kierować ogólnymi zasadami, które obowiązują rodziców w wychowaniu dzieci w ogóle. Jednak wychowanie dziecka niepełnosprawnego jest problemem specyficznym. Rodzina taka znajduje się w wyjątkowej sytuacji.

W wychowaniu dziecka niepełnosprawnego najważniejszą rzeczą jest realistyczne podejście rodziców do jego możliwości, naturalnie z zachowaniem usprawiedliwionej dawki

optymizmu. Wymagania ponad siły dziecka mogą wywołać u niego poczucie niższości. Natomiast zadania do jego możliwości psychofizycznych, zapewniające mu osiągnięcie sukcesu, mobilizują do dalszego działania, gdyż stają się miernikiem jego wartości. Taka sytuacja jest pozytywnym czynnikiem warunkującym dziecku dobrą pozycję w rodzinie. Równie realistyczne podejście wiąże się z oceną przez rodziców jego osiągnięć. Wymaga ono od rodziców docenienia nawet nikłych osiągnięć, jak również tego, by go nie przeceniali. Rodzice wobec swego dziecka przejawiają różne postawy. Mogą one być właściwe, tzn. akceptujące dziecko i niewłaściwe, czyli odrzucające dziecko.

Sytuacja dziecka upośledzonego umysłowo w rodzinie jest bardzo różna, a mianowicie:

- a) może być taka sama jak u dziecka pełnosprawnego;
- b) uprzywilejowana z niekorzyścią dla rozwoju dziecka pełnosprawnego;
- c) marginesowa;
- d) trudna, wręcz przykra.

Podstawową zasadą ukierunkowującą rewalidację dziecka upośledzonego umysłowo w rodzinie powinna być postawa akceptacji.

„Dla dobra dziecka, niezależnie od rodzaju i stopnia jego upośledzenia, a troszcąc o jego rozwój rodzice powinni pomóc mu pogodzić z brakiem pełnej sprawności. (...) Pogodzenie się z upośledzeniem jest ważnym elementem w procesie wychowania dziecka niepełnosprawnego, gdyż ułatwia to powodzenie z nim pracy usprawniającej”.

(Borzyszkowska H., 1984, s. 24).

Duże znaczenie dla wszechstronnego i prawidłowego rozwoju każdego dziecka, a tym bardziej niepełnosprawnego, ma niewątpliwie klimat psychiczny rodziny, w którym się ono wychowuje. W atmosferze życzliwości, serdeczności, a nawet wesołości, zaufania i rozsądku dziecko rozwija się najkorzystniej. Poczucie bezpieczeństwa, wiara we własne siły i poczucie własnej wartości leżą u podstaw procesu usprawniania każdego dziecka odchylonego od normy.

Lęk, obawa i brak życzliwości są czynnikami, które ujemnie wpływają na jego rozwój.

23) Jaką fazę rozwoju myślenia (wg teorii Piageta) osiągają osoby lekko upośledzone umysłowo?

Posługując się terminologią Piageta, można stwierdzić, że osoby lekko upośledzone umysłowo osiągają proces operacji konkretnych (osiąganych przez dzieci w normie od 7-11 roku życia).

Nie osiągają one najwyższego poziomu - stadium operacji formalnych osiąganym powyżej 11 roku życia przez dzieci w normie intelektualnej. Skutkiem tego jest ograniczenie wyuczalności upośledzonych umysłowo, którzy z trudem przyswajają pojęcia i reguły, zwłaszcza matematyczne czy gramatyczne, ale także społeczne, moralne, estetyczne. Z trudem wnioskują, a więc nie umieją rozwiązywać zadań, szczególnie nowych i o treści teoretycznej.

24) Przedstaw instytucje orzekające o niepełnosprawności –omów procedury orzekania, zasady i tryb odwoławczy.

O niepełnosprawności orzekają:

- jako pierwsza instancja - powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności
- jako druga instancja - wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności

Powiatowe zespoły i wojewódzkie zespoły wydają odpowiednio orzeczenia o:

- 1) niepełnosprawności osób, które nie ukończyły 16 roku życia;
- 2) stopniu niepełnosprawności osób, które ukończyły 16 rok życia
- 3) wskazaniach do ulg i uprawnień osób posiadających orzeczenia

Przy orzekaniu o niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 lat, bierze się pod uwagę:

- zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia wystawione przez lekarza, pod opieką którego znajduje się dziecko
- ocenę stanu zdrowia wystawioną przez lekarza - przewodniczącego składu orzekającego
- możliwość poprawy zaburzonej funkcji organizmu poprzez zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze lub inne działania.

Przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności osoby, która ukończyła 16 lat, bierze się pod uwagę:

- zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia wystawione przez lekarza, pod opieką którego znajduje się dziecko
- ocenę stanu zdrowia wystawioną przez lekarza - przewodniczącego składu orzekającego
- wiek, płeć, wykształcenie, zawód i posiadane kwalifikacje
- ograniczenia występujące w samodzielnej egzystencji i życiu społecznym
- możliwość całkowitego lub częściowego przywrócenia zdolności i poprawy funkcjonowania w samodzielnej egzystencji oraz w pełnieniu ról społecznych poprzez leczenie, rehabilitację, poprzez zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze lub inne działania.

Osoba zainteresowana lub jej przedstawiciel ustawowy, w terminie 14 dni od doręczenia orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, może wnieść odwołanie do wojewódzkiego zespołu, za pośrednictwem powiatowego zespołu który wydał orzeczenie.

25) **Jakie są uprawnienia osób niepełnosprawnych (czas pracy, organizacja stanowisk pracy, przerwy w pracy i urlop).**

Uprawnienia pracownicze osób niepełnosprawnych zostały uregulowane w rozdziale 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych¹⁹, a także w rozporządzeniach wykonawczych do tej ustawy.

Czas pracy

Zgodnie z obowiązującymi przepisami czas pracy osoby niepełnosprawnej (bez względu na stopień jej niepełnosprawności) nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo.

Natomiast osoby niepełnosprawne zaliczone do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności mogą pracować jedynie do 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. Osoba niepełnosprawna nie może być również zatrudniona w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych. Ustalony zgodnie z powyższymi zasadami wymiar czasu pracy obowiązuje od dnia następującego po dniu przedstawienia pracodawcy orzeczenia o niepełnosprawności.

Krótszy wymiar czasu pracy osoby zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie powoduje obniżenia przysługującego wynagrodzenia. Osobie, która otrzymywała wynagrodzenie w stałej miesięcznej stawce i przedstawiła orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności przysługuje wynagrodzenie w dotychczasowej wysokości. Natomiast pracownikowi, którego wysokość wynagrodzenia jest określona w stawce godzinowej, przechodzącemu na skrócony wymiar czasu pracy – należy stawkę wynagrodzenia zasadniczego odpowiednio podwyższyć (w stosunku, w jakim pozostaje dotychczasowy wymiar jego czasu pracy do czasu skróconego).

Wymienionych wyżej ograniczeń czasu pracy osób niepełnosprawnych nie stosuje się: q do osób zatrudnionych przy pilnowaniu oraz q gdy, na wniosek osoby zatrudnionej, lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników lub, w razie jego braku, lekarz sprawujący opiekę nad tą osobą wyrazi na to zgodę

Przerwy w pracy

Na podstawie art. 134 Kodeksu pracy wszystkim pracownikom, których dobowy wymiar czasu pracy wynosi co najmniej 6 godzin, przysługuje prawo do przerwy w pracy, trwającej co najmniej 15 minut. Osobie niepełnosprawnej – bez względu na dobowy wymiar czasu pracy – przysługuje ponadto prawo do dodatkowej przerwy w pracy w wymiarze 15 minut na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek. Czas obu wymienionych wyżej przerw jest wliczany do czasu pracy. 19 Dz.U. z 2008 r. nr 14, poz. 92 z późn. zm.²⁵

Prawo do dodatkowego urlopu

Osobie zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym.

Prawo do pierwszego urlopu dodatkowego osoba ta nabywa po przepracowaniu jednego roku następującego po dniu zaliczenia jej do jednego z tych stopni niepełnosprawności.

Urlop dodatkowy nie przysługuje natomiast osobie uprawnionej do urlopu wypoczynkowego w wymiarze przekraczającym 26 dni roboczych lub do urlopu

dodatkowego – w wymiarze 10 dni – na podstawie odrębnych przepisów. Jeżeli osoba niepełnosprawna jest uprawniona, na podstawie odrębnych przepisów, do urlopu dodatkowego w wymiarze niższym niż 10 dni roboczych – zamiast tego urlopu przysługuje jej urlop dodatkowy z tytułu niepełnosprawności w wymiarze 10 dni.

Turnus rehabilitacyjny

Osoba zaliczona do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności ma także prawo do zwolnienia od pracy w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym, nie częściej niż raz w roku.

Pracownik ubiegający się o udział w turnusie rehabilitacyjnym powinien uzyskać od lekarza sprawującego nad nim opiekę wniosek o skierowanie na taki turnus. We wspomnianym wniosku lekarz określa rodzaj turnusu oraz czas jego trwania. Skierowanie na turnus rehabilitacyjny pracownik powinien przedstawić pracodawcy w takim terminie, który umożliwi mu zapewnienie normalnego toku pracy w zakładzie pracy.

Podstawą wypłaty wynagrodzenia za czas zwolnienia od pracy w związku z pobytem na turnusie rehabilitacyjnym jest przedłożony pracodawcy dokument potwierdzający pobyt na turnusie (najczęściej jest to faktura), wystawiony przez jego organizatora. Za czas omawianego zwolnienia od pracy pracownikom niepełnosprawnym przysługuje prawo do wynagrodzenia obliczonego tak jak ekwiwalent pieniężny za urlop wypoczynkowy. Zgodnie z obowiązującymi przepisami nie może dojść do kumulacji nieobecności w pracy z powodu korzystania z dodatkowego urlopu oraz zwolnienia od pracy w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym. W myśl wskazanej na wstępie ustawy łączny wymiar urlopu dodatkowego i zwolnienia od pracy w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym nie może przekroczyć 21 dni roboczych w roku kalendarzowym

Dodatkowe uprawnienia

Pracownikowi niepełnosprawnemu legitymującemu się orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności przysługuje ponadto zwolnienie od pracy w celu wykonania badań specjalistycznych, poddania się zabiegom leczniczym lub usprawniającym, a także w celu uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy. Za czas zwolnienia od pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia

Utrata zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku

Osobie zatrudnionej, która w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej utraciła zdolność do pracy na dotychczasowym stanowisku, pracodawca jest obowiązany wydzielić lub zorganizować odpowiednie stanowisko pracy z podstawowym zapleczem socjalnym, nie później niż w okresie trzech miesięcy od daty zgłoszenia przez tę osobę gotowości przystąpienia do pracy. Zgłoszenie gotowości przystąpienia do pracy powinno nastąpić w ciągu miesiąca od dnia uznania osoby za niepełnosprawną. Jeżeli wyłączną przyczyną wypadku przy pracy było naruszenie przepisów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przez pracownika z jego winy lub w wyniku jego stanu nietrzeźwości – pracodawca jest zwolniony ze wskazanych wyżej obowiązków.

Opracowanie:

Departament Spraw Pracowniczych Centrali ZUS

26) Jaka jest funkcja i rola pracy w życiu osób niepełnosprawnych.

„Praca jest wartością, która umożliwia jednostce pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Zapewnia jej materialne warunki egzystencji, określa rolę i status w ramach organizacji społecznej. Należy podkreślić, że praca oprócz funkcji ekonomicznej, spełnia też wiele innych - jest warunkiem, okazją lub sposobem realizacji wielu potrzeb poza ekonomicznymi. Coraz częściej w przypadku choroby i niepełnosprawności dostrzega się znaczenie pracy jako elementu rehabilitacji społecznej”

prof. R. Ossowski

Praca ludzka jest to celowe i zorganizowane działanie, w wyniku którego przekształca się rzeczywistość (przedmioty, materiały, informacje) oraz tworzy się określone dobra materialne i niematerialne (intelektualne, kulturalne) dla zaspokojenia potrzeb ludzi.

Praca odgrywa zasadniczą rolę w życiu każdego człowieka i stanowi podstawę funkcjonowania społecznego.

Człowiek w pracy widzi:

- zapewnienie środków materialnych potrzebnych do życia
- naturalną potrzebę tworzenia, wytwarzania i działania
- obowiązek społeczny
- możliwość własnego rozwoju –samorealizację, awans zawodowy i społeczny

Praca - może, ale nie musi wiązać się z wynagrodzeniem i nie jest regulowana kodeksem pracy.

Zatrudnienie - wiąże się ściśle z umową o pracę, wynagrodzeniem, opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne.

Osoby bez pracy są na samym dole drabiny społecznej. Strata pracy lub niemożność jej podjęcia wskutek problemów zdrowotnych stoją wysoko w hierarchii sytuacji wywołujących stres, ponieważ traci się stabilność finansową i spada prestiż społeczny.

Praca zawodowa dla osoby niepełnosprawnej ma szczególne znaczenie:

Stanowi źródło środków na utrzymanie, daje poczucie niezależności ekonomicznej

- Daje poczucie wartości i pożyteczności społecznej poprzez włączenia się osoby niepełnosprawnej w tworzenie i pomnażanie dóbr potrzebnych dla społeczeństwa, którego jest członkiem
- Stwarza warunki do samorealizacji, czyli osiągnięcia swoich celów życiowych i aspiracji zawodowych, a dzięki temu odpowiedniego statusu zawodowego i społecznego
- Wzmacnia pozytywne cechy osobowości, uczy samodzielności w radzeniu sobie z problemami
- Stanowi wypełnienie czasu wolnego, którego zwykle jest zbyt dużo w przypadku pozostawania bez pracy, a którego nie potrafi racjonalnie zagospodarować
- Daje możliwość założenia własnej rodziny

Reasumując - praca stanowi ważny składnik rehabilitacji osób dotkniętych różnego rodzaju kalectwem i inwalidztwem.

Ocenia się, iż aktywność zawodowa może w pewnym zakresie kompensować osobie niepełnosprawnej ograniczenia wynikające z niepełnosprawności, a tym samym poprawić jakość życia. Aktywność zawodowa poza poczuciem, że jest się potrzebnym innym, daje możliwość samorealizacji. Osoba niepełnosprawna, pracująca, ma znacznie więcej kontaktów społecznych, ma bardziej uregulowany tryb życia oraz posiada większe aspiracje i perspektywy awansu i rozwoju osobistego. Daje też poczucie niezależności materialnej i osobistej i w dużej mierze zabezpiecza przed marginalizacją społeczną (Maj,2007). Praca niewątpliwie daje niezależność, a ta koreluje z poczuciem jakości życia.

Coraz częściej pojawia się też termin ergoterapia, pojmowana jako terapia pracą. Można przez to rozumieć poprawę jakości życia, poczucie niezależności i samorealizację.

Pojęcie poczucia jakości życia ma charakter temporalny i podlega zmianom czasowym. W odniesieniu do osób niepełnosprawnych rozumienie temporalności odnosi się zarówno do percepcji własnej niepełnosprawności, jak i postaw społecznych wobec niej, w konsekwencji kształtuje ona także ich aktualną ocenę sytuacji życiowej. Dlatego dokonywanie pomiaru jakości życia i uzyskane wyniki mogą stanowić wartościowe dane dla polityki społecznej, edukacji, spraw zatrudnienia osób niepełnosprawnych, a także szeroko pojętej integracji. Pomiar poczucia jakości życia dokonany po realizacji zaprojektowanych działań integracyjnych może stanowić miernik ich skuteczności, a zarazem zachodzących zmian w osobie niepełnosprawnej na różnych płaszczyznach jej funkcjonowania. (Parchomiuk, Byra 2006).

Na uwagę zasługują zależności pomiędzy jakością życia a relacjami społecznymi, wsparciem społecznym i możliwościami korzystania z dóbr dostępnych ogółowi społeczeństwa. Można też zauważyć, iż wiele wymiarów ma swoją specyfikę, gdy odnosimy je do osób niepełnosprawnych, czego przykładem jest zatrudnienie. Analiza każdego z wcześniej wymienionych czynników wskazuje na to, iż uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych są specyficzne, a często zależą od relacji społecznych, związanych z postawami społecznymi, w tym osób najbliższych, wobec osób niepełnosprawnych. Odczuwanie odrzucenia i braku akceptacji ze strony otoczenia nasila tendencję do zaniżonej samooceny. Źródłem satysfakcji z życia jest fakt bycia potrzebnym, a nie tylko tolerowanym (Sękowski 2006).

Praca w życiu człowieka, w tym niepełnosprawnego, zajmuje szczególne miejsce. Między innymi pełni funkcję instrumentalną, dzięki której osoba uzyskuje środki do zapewnienia egzystencji własnej i rodzinie. Zajmowana przez nią pozycja zawodowa wyznacza jej pozycję ekonomiczną. Wysokość otrzymywanego wynagrodzenia jest ważnym elementem mającym wpływ na podejmowane decyzje o założeniu rodziny i prokreację. Wyznacza również poziom jednostkowej niezależności, a także miejsce w hierarchii prestiżu społecznego i uznania. Wykonywanie pracy zawodowej pozwala również czuć się osobą niezależną i użyteczną społecznie oraz określa jej pozycję w hierarchii społecznej. Ponadto zaspakaja szeroko rozumiane potrzeby określone przez kulturę i strukturę grupy do której należy. Poprzez pracę człowiek porządkuje otaczający go świat zgodnie z własną wizją, a także może być to sposób na wyrażenie swego „ja”. (Poliwczak 2007).

Praca umożliwia rozwijanie umiejętności, doświadczanie osiągnięć, oraz potwierdzenie własnych zdolności sprostania oczekiwaniom zewnętrznym, co w konsekwencji doprowadza do wzrostu samooceny i pewności siebie oraz wpływa na poczucie jakości życia. Można więc stwierdzić, iż jakość życia niewątpliwie ma związek z pracą i zatrudnieniem. Jej brak wyraźnie obniża poczucie jakości życia, z uwagi na to we wszystkich koncepcjach jakości życia praca zawodowa stanowi ważny jej wyznacznik. To właśnie dzięki zatrudnieniu człowiek wzmacnia poczucie własnej wartości co jest bardzo ważne w przypadku osób niepełnosprawnych, które często mają zaniżoną samoocenę, oraz zaspakaja swoje potrzeby związane z kontaktem z innymi ludźmi. Pracę zalicza się do czynników, które bardzo przyspieszają powrót do pełnej lub częściowej sprawności, ponieważ poprawia ogólną sprawność ruchową, wzmacnia obraz swojej osoby. Rehabilitacja może być bardziej efektywna gdy osoba jest czynna zawodowo. Przeciwdziała też izolacji społecznej, daje możliwość kontaktu z innymi ludźmi.

Rola jaką odgrywa praca w życiu nie jest jednakowa, zależy bowiem od cech charakteru danej osoby oraz kultury i społeczeństwa w jakim żyje. Postawy wobec pracy zależą również od poziomu wykształcenia, posiadanych kwalifikacji, rodzaju wykonywanej pracy, miejsca, jakie zajmuje praca w systemie wartości danej osoby lub grupy społecznej do której przynależy, osiągnięcia w pracy zawodowej, poziomu satysfakcji czerpanej z jej wykonywania. Należy jednak brać pod uwagę fakt, iż w początkowym okresie

adaptacyjnym, po podjęciu zatrudnienia, ocena jakości życia i samopoczucia psychicznego może być nawet gorsze niżeli osób nie pracujących. Podjęcie pracy stawia przed osobą niepełnosprawną nowe wymagania, trudności, czasami lęki (np. lek przed utratą nowo otrzymanej pracy. Po okresie adaptacyjnym wzrasta zainteresowanie otoczeniem, polepsza się samopoczucie psychiczne oraz lepiej oceniane jest własne życie. Nowe kontakty zawodowe są w takich sytuacjach szansą dla osób niepełnosprawnych na wykorzystanie własnych umiejętności i realizację celów (Kurkus-Rozowska, Najmiec 2000)..

Wykonywana praca powinna być źródłem satysfakcji. Badania wskazują jednak, że wiele osób niepełnosprawnych nie jest w pełni zadowolonych ze swego zatrudnienia. Nie wynika to z niechęci do pracy zarobkowej, ale raczej z właściwości oferowanej im pracy, ponieważ nie zawsze proponuje im się pracę dostosowaną do ich potrzeb, możliwości, ambicji i aspiracji zawodowych.

Brak możliwości spełniania się jako osoba pracująca powoduje zaburzenia w postrzeganiu siebie, która może osiągnąć sukces, z wysokim poczuciem własnej wartości oraz zdeterminowanej i gotowej do podejmowania wszelkich wyzwań.

Utrata pracy jest bardzo krytycznym wydarzeniem życiowym człowieka. Burzy nie tylko system wartości, lecz także życie rodzinne. Generuje powstawanie zachowań patologicznych, jest czynnikiem konfliktogennym w rodzinie, powoduje obniżenie pozycji społecznej, wywiera negatywny wpływ na jej styl życia i samopoczucie, szczególnie wraz z przedłużaniem się stanu bezrobocia (Szczupał 2006).

Szczególnie niebezpieczne jest zjawisko tak zwanego długotrwałego bezrobocia, które może prowadzić do powstania wielu negatywnych tendencji:

- obniżenie sprawności intelektualnej oraz zanik kwalifikacji i umiejętności nabytych w procesie kształcenia,
- zmniejszenie gotowości do podjęcia obowiązków zawodowych,
- obniżenie progu ambicji życiowych i zawodowych,
- przesunięcie odpowiedzialności za własne losy na instytucje lub rodzinę.

(Szczupał 2006).

Jak wynika z wypowiedzi studentów niepełnosprawnych, zdobycie wyższego wykształcenia ma ogromne znaczenie dla życia osobistego, społecznego i zawodowego. Pozwala ono na spełnienie zawodowe, niezależność zawodową, stałe zarobki oraz możliwość godnego życia. Wyższe wykształcenie według osób niepełnosprawnych daje satysfakcję oraz poczucie sensu życia i wyższej wartości. Umożliwia ono również rozwój zainteresowań i samodzielności oraz kontakt z ludźmi. Konfrontując powyższe wypowiedzi osób niepełnosprawnych z definicją jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia – Postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście systemów wartości i kultury, w której żyje oraz w odniesieniu do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań – możemy stwierdzić, iż edukacja jest niewątpliwie wyznacznikiem jakości życia zwłaszcza dla osób dotkniętych kalectwem (Bilewicz 2006).

Negatywne następstwa dla jakości życia mogą mieć również przemiany kulturowe.

Przemiany te ważne są również w aspekcie subiektywnego postrzegania jakości własnego życia. Kreowane przez media standardy normalności i życia w dobrobycie, skłaniają do porównań i negatywnych ocen własnej sytuacji (A.Krause 2006).

Wiele osób nie zdaje sobie sprawy z tego jak ważna dla osób niepełnosprawnych jest praca. Rola pracy jest nieoceniona w życiu osób z jakimkolwiek stopniem niepełnosprawności.

Wiadomo przy tym oczywiście, że nie wszystkie osoby niepełnosprawne są w stanie podjąć się pracy na określonym stanowisku. Dlatego też istotne jest, aby praca, która jest przeznaczona dla osób niepełnosprawnych była zgodna z ich kwalifikacjami i umiejętnościami. Dodatkowo należy podkreślić, że praca osób niepełnosprawnych często

stanowi jeden z elementów terapii. Jej głównym celem jest wdrożenie osoby niepełnosprawnej do społeczeństwa a także wzbudzenie w niej poczucia przynależności a przede wszystkim poczucia bycia potrzebnym i użytecznym innym ludziom. Tak więc praca dla osób niepełnosprawnych jest niezwykle istotna. przy tym nie pełni ona dokładnie tych samych funkcji co w przypadku osoby pełnosprawnej. W przypadku osoby niepełnosprawnej pełni ona znacznie więcej funkcji, które dla tych osób są niezwykle ważne.

27) Omów ogólny zarys problematyki: Pedagogika specjalna- jej terminologia i miejsce oraz związek z innymi dyscyplinami naukowymi.

Pedagogika specjalna jest nauką specjalną 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 i skutków zaistniałych anomalii, zaburzeń, trudności lub ograniczeń.

Pedagogika specjalna wyodrębniona jest z pedagogiki ogólnej i jest jej działem.

Nauki pomocnicze współpracujące z pedagogiką specjalną:

- Medycyna, genetyka,
- Filozofia, antropologia,
- Psychologia (ogólna, rozwojowa, kliniczna, defektologia, wychowawcza, społeczna,
- Socjologia,
- Technika
- Politologia (polityka zdrowotna, edukacyjna, społeczna)

Podstawowe terminy związane z pedagogiką specjalną:

- Choroba, uraz, uszkodzenie, niepełnosprawność, upośledzenie
- Norma, odchylenie, dewiacja,
- Zaburzenie, opóźnienie, zahamowanie, obniżenie, przyśpieszenie rozwoju
- Rewalidacja, rehabilitacja, resocjalizacja, interwencja, terapia, naprawa (pojęcie praktyczne)
- Kompensacja, korektura, usprawnianie, dynamizowanie (dot. rewalidacji), kompensacja (zastąpienie)

28) W szerokim zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych intelektualnie wyróżniamy cztery działy. Wymień je.

Wyróżniamy rehabilitację medyczną, społeczną, zawodową i pedagogiczną.

Rehabilitacji lecznicza (medyczna)

Jest to proces leczniczy, który ma na celu poprawę stanu zdrowia, maksymalne zniwelowanie strat zdrowotnych i psychicznych oraz przyspieszenie powrotu do życia rodzinnego, zawodowego i społecznego. Dotyczy pacjentów leczonych z powodu choroby lub urazu, który doprowadził do częściowej lub pełnej niepełnosprawności.

Rehabilitacja społeczna

Choroba może wyłączyć nas z życia społecznego. Rehabilitacja ma na celu przywrócenie osobie niepełnosprawnej funkcji społecznych. Pierwszym punktem jest przywrócenie samodzielności, której brak rzutuje na sferę psychologiczną, a dalej także na skuteczność leczenia.

Proces rehabilitacji społecznej jest wieloetapowy – obejmuje najpierw chorego, potem jego rodzinę, a następnie również całe społeczeństwo. Posługuje się głównie programami edukacyjnymi i wsparciem psychologów.

Pierwszym krokiem w rehabilitacji społecznej jest integracja osoby niepełnosprawnej z resztą społeczeństwa. Dotyczy to sfery psychicznej (akceptacja, zrozumienie) oraz urbanistycznej (przystosowywanie budynków).

Osoby niepełnosprawne wśród form rehabilitacji społecznej mają do wyboru: terapie zajęciowe, turnusy rehabilitacyjne (zajęcia edukacyjne, psychologiczne i usprawniające ruchowo) oraz ćwiczenia fizyczne.

Rehabilitacja zawodowa

Potrzeba powrotu do aktywności zawodowej jest bardzo silna u osób niepełnosprawnych. Możliwość ponownego realizowania się w pracy zawodowej wspomaga rehabilitację leczniczą i psychologiczną, przywraca wiarę we własne siły oraz szansę na pełne i satysfakcjonujące życie.

Rehabilitacja zawodowa zajmuje się nauką zawodów, które może wykonywać chory przy swoim poziomie niepełnosprawności. Może ona dotyczyć osób już wykształconych, które muszą jedynie zmodyfikować wcześniejsze swoje kwalifikacje względem obecnego upośledzenia. Obejmuje ona także szkolenia u osób młodych, które jeszcze nie uzyskały odpowiedniego wykształcenia. Rodzajem rehabilitacji zawodowej jest rehabilitacja pedagogiczna.

Rehabilitacja pedagogiczna

Wraz z rozwojem rehabilitacji zasięg działań został poszerzony o kwestie edukacyjne. Problem ten dotyczy przede wszystkim chorych, którzy stali się niepełnosprawni przed uzyskaniem wykształcenia umożliwiającego samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie. W tym celu zostały stworzone liczne szkoły specjalne i integracyjne dla dzieci niepełnosprawnych.

Rehabilitacja pedagogiczna oferuje pomoc w nadrobieniu tych zaległości, otrzymaniu maksymalnego wykształcenia w stosunku do możliwości intelektualnych chorego i otrzymaniu pracy umożliwiającej wykorzystanie swoich kwalifikacji i nie kolidującej z poziomem niepełnosprawności.

29) Jakie koncepcje oddziaływań rehabilitacyjnych na osoby niepełnosprawne intelektualnie powstały w XX wieku. Wymień je.

Naukowe koncepcje oddziaływań tworzą podwaliny pedagogiki specjalnej. Wyróżnia się w nich trzy idee, które powstały w różnym czasie.

Zalicza się do nich:

- Koncepcję oddziaływań na upośledzonych umysłowo poprzez dostarczanie im odpowiedniej wiedzy
- Koncepcję oddziaływań na upośledzonych umysłowo poprzez modyfikowanie ich zachowania
- Koncepcję oddziaływań na upośledzonych umysłowo widzianych jako proces normalizacji

I. Koncepcja oddziaływań rehabilitacyjnych na osoby upośledzone umysłowo poprzez dostarczanie odpowiedniej wiedzy.

System ten wywodzi się z praktyki pedagogicznej. Proces kształcenia powinien być maksymalnie skuteczny, dlatego warunkiem podstawowym jest:

- zmniejszenie wymagań i ułatwienie programu nauczania,
- wydłużenie czasu przyswajania wiedzy.

Ważna jest wczesna stymulacja, ponieważ w dzieciństwie zachodzą procesy rozwojowe, które trzeba wzmacniać dzięki specjalnym oddziaływaniom (nauczaniu). Późniejsze oddziaływania na osobę dorosłą są nieskuteczne.

II. Koncepcja oddziaływań rehabilitacyjnych na osoby upośledzone umysłowo poprzez modyfikowanie zachowania

Ta koncepcja rehabilitacji ma źródło w teoriach terapii behawioralnych. Teorie te głoszą, że zachowanie zmienia się pod wpływem efektów, jakie wywołuje dana działalność osoby w środowisku, czyli istnieje ścisły związek między zachowaniem a efektami. Efekty mogą być korzystne lub niekorzystne dla jednostki.

III. Koncepcja oddziaływań rehabilitacyjnych na osobę upośledzoną umysłowo widziana jako proces normalizacji

Założeniem tej koncepcji jest, że osoby niepełnosprawne powinny żyć w warunkach, które w maksymalnym stopniu przypominają warunki życiowe ludzi zdrowych. W procesie rehabilitacji musi być więc dokonana asymilacja instytucji rehabilitujących do ogólnospołecznej kultury (dotyczy to między innymi stosunku personelu do osób niepełnosprawnych).

Proces przekształcania środowiska rehabilitacyjnego, w kierunku upodobnienia go środowiska normalnego nazywa się normalizacją.

Charakterystyka działań rehabilitacyjnych – porównanie (wg S. Kowalika)

CHARAKTERYSTYKA DZIAŁAŃ REHABILITACYJNYCH	PODEJŚCIE PSYCHODYDAKTYCZNE	PODEJŚCIE BEHAWIORALNE	PODEJŚCIE NORMALIZACYJNE
Osoby prowadzące rehabilitację	Nauczyciele	Specjaliści - psychologodzy	Wszyscy członkowie społeczeństwa

Treść rehabilitacji	Przekazywanie wiedzy	Modyfikowanie zachowania	Likwidowanie barier społecznych segregujące osoby upośledzone
Powody podjęcia rehabilitacji	Wyposażenie osób upośledzonych w stopniu max w wiedzę i umiejętności społeczne	Wytworzenie zachowań pożądanych społecznie i eliminowanie zachowań niepożądanych	Asymilacja kulturowa upośledzonych umysłowo
Adresaci rehabilitacji	Głównie osoby lekko upośledzone	Głównie osoby głębiej upośledzone	Wszyscy upośledzeni
Miejsce rehabilitacji	Szkoła / przedszkole specjalne	Specjalistyczne instytucje	Całe środowisko otaczające upośledzonych
Zakres działań rehabilitacyjnych	Dość wąski (dostosowanie materiału dydaktycznego do możliwości upośledzonych)	Wąski (dotyczy warunkowania, naśladownictwa)	Szeroki (nieokreślony)

30) Podaj trzy modele niepełnosprawności. Który z nich jest najkorzystniejszy dla osoby niepełnosprawnej?

Osobą niepełnosprawną – inaczej trwale poszkodowaną na zdrowiu – określa się jako jednostkę, która ma naruszoną sprawność i funkcje w stopniu wyraźnie utrudniającym w porównaniu z osobami zdrowymi różne elementy życia.

Zalicza się do nich:

- uczenie się w szkole masowej
- samodzielnie wykonywanie codziennych czynności
- samodzielną pracę zarobkową
- uczestniczenie w życiu społecznym
- organizowanie sobie czasu wolnego od pracy.

Oblicza niepełnosprawności:

- Niepełnosprawność fizyczna:
 - ✓ ruchowa (uszkodzenia OUN, obwodowego układu nerwowego, anomalie w budowie aparatu ruchowego, stany pourazowe, postępujące choroby autoimmunologiczne, dysfunkcje krążeniowo – oddechowe, nowotwory)
 - ✓ sensoryczna (uszkodzenia lub niedorozwój narządów zmysłów: wzroku i słuchu, czucia, narządu równowagi, zaburzenia sensoryczne cięższego stopnia)
- Niepełnosprawność psychiczna:
 - ✓ upośledzenie umysłowe
 - ✓ zaburzenia psychiczne (choroby psychiczne uniemożliwiające funkcjonowanie w społeczeństwie)
 - ✓ choroby związane ze starością (demencja starcza)
- Niepełnosprawność wieloraka:
 - ✓ złożona niepełnosprawność - zaburzenia ruchowe, sensoryczne, psychiczne. Często niepełnosprawność wieloraka jest najcięższą postacią inwalidztwa.

Każdy rodzaj niepełnosprawności może mieć różne nasilenie i intensywność – od lekkiej do głębokiej.

Modele niepełnosprawności powstałe według Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Aktywności i Uczestnictwa ICDH-2

- Model indywidualny
- Model społeczny
- Model uniwersalny

Model indywidualny niepełnosprawności – podejście do problemu:

- problem jednostkowy (tragedia osobista)
- opieka medyczna (wymaga leczenia)
- pomoc profesjonalna (lekarz, rehabilitant, psycholog, pedagog)
- indywidualne przystosowanie jednostki do społeczeństwa
- polityka zdrowotna

Model indywidualny - osoba niepełnosprawna to jednostka w pełni swych praw, znajdująca się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier stawianych przez społeczeństwo, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężyć w taki sposób jak inni ludzie („rezolucja Brukselska”, 1994)

Założeniem tego modelu jest zmniejszanie dysfunkcji organizmu oraz przygotowanie jednostki do radzenia sobie z przyszłymi sytuacjami problemowymi - rozwijanie nowych umiejętności.

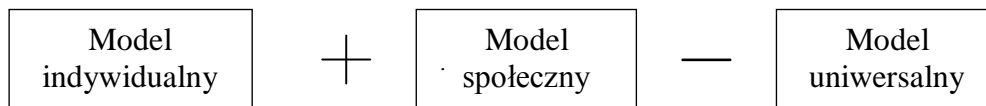
Model społeczny niepełnosprawności – podejście do problemu:

- problem społeczny (całego społeczeństwa)

- działania społeczne (uznawanie potrzeb niepełnosprawnych)
- zbiorowa odpowiedzialność
- zmiany w środowisku (zmniejszanie barier, umożliwiające korzystanie z dóbr publicznych)
- polityka społeczna

Założenie modelu społecznego – zamiast inwestować czas i zasoby na korygowanie zaburzeń rozwojowych (pozbywania się niepełnosprawności), należy usuwać bariery w społeczeństwie (segregacyjne szkolnictwo, zamknięte środowiska, negatywne stereotypy, uprzedzenia), które generują złożone problemy osób niepełnosprawnych – źródło ich życiowej tragedii.

Model uniwersalny to połączenie obydwu przeciwstawnych oddziaływań:



Model uniwersalny niepełnosprawności – podejście do problemu:

- Zdrowie jest podstawowym prawem człowieka
- Nikt nie powinien być dyskryminowany z powodu swego stanu zdrowia i poziomu funkcjonowania
- Większość ludzi ma taką czy inną niepełnosprawność
- Niepełnosprawność jest częścią życia
- Funkcjonowanie może ulec zmianie na poziomie: organizmu – jednostki – społecznym, dlatego trzeba znaleźć rozwiązanie na każdym z tych poziomów

Źródło: Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Aktywności i Uczestnictwa ICDH-2

Model uniwersalny jest najlepszym podejściem do rozwiązywania problemu niepełnosprawności, ponieważ warunkuje on człowiekowi niepełnosprawnemu dostęp do świadczeń zdrowotnych, ale równocześnie widzi go jako pełnoprawnego członka społeczeństwa, nie spychanego na margines życia społecznego. Nie generuje on również wzrostu poziomu niepełnosprawności psychicznej i społecznej wskutek dyskryminacji. Należy pamiętać, że warunkiem odnalezienia pełni własnego miejsca w przestrzeni życiowej u osoby niepełnosprawnej jest osiągnięcie niezbędnego poziomu akceptacji, adaptacji i socjalizacji.