

Mariusz Grabowski

Znaczenie środowiska rodzinnego w funkcjonowaniu i rewalidacji dziecka niepełnosprawnego

Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce : kwartalnik dla nauczycieli nr 1,
84-94

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



mgr Mariusz Grabowski
Akademia im. J. Długosza w Częstochowie
Instytut Edukacji Przedszkolnej i Szkolnej

ZNACZENIE ŚRODOWISKA RODZINNEGO W FUNKCJONOWANIU I REWALIDACJI DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO

*„Człowieka należy oceniać z racji tego kim jest,
a nie z racji tego, co posiada lub jak się porusza”.*
Jan Paweł II

Rodzina to najstarsza, a zarazem społeczna instytucja. Jest to wspólnota, która tworzy swój własny świat. Jako najmniejsza struktura społeczna (grupa społeczna) stanowi pierwsze, a zarazem najważniejsze środowisko, w którym dokonuje się rozwój biopsychospołeczny dziecka.

Z powyższym terminem spotykamy się nie tylko w języku potocznym, ale także w różnych dyscyplinach naukowych. Jest wiele interpretacji tego pojęcia.

Według L. Dyczewskiego o tym, że „rodzina jest podstawową grupą dla swoich członków decyduje przede wszystkim to, że istnieją w niej bezpośrednie i nasycone przeżyciem emocjonalnym kontakty, które obejmują człowieka i kształtują jego predyspozycje, poglądy, reakcje i postawy życiowe”¹. W ujęciu F. Adamskiego stanowi ona „duchowe zjednoczenie szczupłego grona osób, skupionych we wspólnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, opartymi na wierze w prawdziwą lub domniemaną łączność biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną”².

Cechą wspólną przedstawionych definicji jest to, że rodzina zapewnia właściwą ciągłość biologiczną społeczeństwa oraz przekazuje dziedzictwo kulturalne innym pokoleniom.

Wiodącym zadaniem dla każdej rodziny jest poznanie potrzeb dziecka, a także rozwijanie ich. M. Ziemska uważa, że ma ona wręcz obowiązek zapewnić dziecku takie potrzeby psychospołeczne jak:

- życzliwość,
- troskę i miłość,
- współdziałanie,
- szacunek.

Są one dość istotne, ponieważ gwarantują pełny i harmonijny rozwój dziecka. Do zagadnienia potrzeb w trakcie swojego wystąpienia nawiązywała także M. Królicza.

¹ D. Gębuś, *Rodzina tak, ale jaka?*, Warszawa 2006, s. 25.

² F. Adamski, *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002, s. 29.



Zazwyczaj w literaturze autorzy zakładają, że każda rodzina ma spełniać następujące funkcje:

- biologiczno-opiekuńczą,
- kulturalno-towarzyską,
- ekonomiczną,
- wychowawczą.

Stanowi ona podstawowe środowisko życia dziecka. Kreuje świat, w którym wzrasta najmniejsza jednostka. W środowisku rodzinnym zdobywa wiedzę o sobie i ludziach, ale także o świecie, pierwsze doświadczenia oraz poznaje określone wartości. W rodzinie dziecko doznaje takich pierwszych uczuć jak: miłość, opieka i zaufanie. W tym kręgu czuje się najlepiej – bezpiecznie. Poza tym traktowane jest przez rodziców jako pełnowartościowa osoba w pełnym tego słowa znaczeniu.

Narodziny dziecka to:

- radość,
- olbrzymie emocje,
- obowiązek pełnienia nowych ról przez partnerów życiowych (czyli bycie ojcem i matką),
- zmiana w relacjach między dwojgiem młodych ludzi. To znaczy, że w dotychczasowym układzie nie są już dwie osoby lecz trzy (powstaje tzw. triada).

Czy niepełnosprawny to znaczy inny? Otóż osoba niepełnosprawna jest to jednostka, u której uszkodzenie i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powoduje utrudnienie, ograniczenie oraz uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i pełnienie ról społecznych. Powyższa interpretacja tego pojęcia świadczy o tym, że dysfunkcja występuje w wyniku wad genetycznych i anatomicznych, a także zaburzeń funkcjonalnych odnoszących się do defektów w procesach psychicznych, poznawczych. Ponadto niepełnosprawność uwarunkowana jest takimi czynnikami jak: rodzaj i stopień uszkodzenia oraz idące za tym konsekwencje, sposób radzenia sobie z trudnościami dnia codziennego, samoocena, relacje społeczne w środowisku rodzinnym.

A. Kępiński zasygnalizował, że istnieje „w człowieku dziwna skłonność do wyłączenia tych, którzy są inni. Wystarczy inny kształt nosa, inny odcień skóry, inne formy towarzyskie, inny krój munduru itp., aby znaleźć się poza kręgiem heraklitowego wspólnego świata – koinos kosmos”³. W ujęciu autora tendencja o takim charakterze istnieje również w świecie zwierzęcym. Powyższa myśl autora zapewne oświeci pewne ludzkie umysły w kierunku tolerancji. Nie należy dopuścić do tego, aby dokonana się dehumanizacja człowieczeństwa.

Niejednokrotnie porównuje się osoby niepełnosprawne, używając następujących wyrażeń w zależności od występującej dysfunkcji: niesprawny, nienormalny i nie-

³ R. Ossowski, *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, Bydgoszcz 1999, s. 211.



typowy. Wymienione określenia odzwierciedlają sposób, w jaki postrzega się „innych”.

„Ludzie z niepełnosprawnościami są bardzo wyczuleni na słowa i sformułowania. Język ewoluuje, odzwierciedlając zmieniające się koncepcje i poglądy. To, co jest społecznie akceptowalne w danym momencie historycznym, może być uznane za śmieszne lub obraźliwe w innym”⁴.

We współczesnym podejściu do osób niepełnosprawnych odchodzi się od zasadniczego medycznego modelu ujmowania niepełnosprawności. Aktualnie przyjmuje się raczej tzw. model personalistyczny, który akcentuje:

- wczesne rozpoznanie uszkodzeń i odchyłeń w aspekcie psychofizycznym,
- nacisk na profilaktykę w przeciwieństwie do niwelowania istniejących już uszkodzeń („lepiej zapobiegać niż leczyć”),
- uznanie osoby niepełnosprawnej jako samodzielnej w podejmowaniu decyzji,
- pobudzanie autonomii i autorewalidacji, czyli rozbudzania i dawania wsparcia osobom niepełnosprawnym oraz pomoc w projektowaniu życia i adaptacji do jego warunków,
- rozumienie osoby niepełnosprawnej z uwzględnieniem jej celów, aspiracji i systemu wartości,
- dostrzeżenie problemów odnoszących się do życia seksualnego, religijnego i duchowego.

Według Światowej Organizacji Zdrowia „dziecko niepełnosprawne to takie, które bez specjalnych ulg i bez specjalnej pomocy z zewnątrz jest długotrwale, całkowicie lub w znacznym stopniu niezdolne do uczestnictwa w grupie normalnie rozwiniętych i zdrowych rówieśników”⁵.

Zdaniem J. Karbowniczek „każdy okres życia ludzkiego ma w sobie swój specyficzny urok i przynosi masę niezbędnych do dalszego funkcjonowania doświadczeń”⁶. W ujęciu autorki są to różne okresy, które zasadniczo prowadzą człowieka do zmierzenia się z nowymi zadaniami i trudnościami. Odnosi się to także do przysłowiowego wypłynięcia na głębie.

Rodzice po otrzymaniu informacji o niepełnosprawności dziecka odczuwają bardzo silne i negatywne emocje. Przechodzą oni przez tzw. fazy: szoku emocjonalnego (okres krytyczny), pozornego przystosowania się do sytuacji (czyli stosowanie przez rodziców mechanizmów obronnych: wytwarzanie nieprawidłowego obrazu dziecka nad realną rzeczywistością, a także poszukiwanie winnych niepełnosprawności dziecka).

⁴ *Pedagogika specjalna*, t. 1, red. D. Deutsch-Smith, Warszawa 2008, s. 58.

⁵ J. Serejski, *Wybrane zagadnienia opieki nad dzieckiem przewlekle chorym i niepełnosprawnym ruchowo*, [w:] *Pedagogika specjalna w Polsce: wybrane zagadnienia, z przeszłości i współczesności oraz tendencje rozwoju*, red. U. Eckert, K. Poznański, Warszawa 1992, s. 157.

⁶ J. Karbowniczek, *Zmiany w edukacji wczesnoszkolnej po wprowadzeniu reformy systemu oświaty*, Częstochowa 2008, s. 13.



W kilku prostych słowach można stwierdzić, że przyjście na świat małej i niewinnej istotki w takiej postaci jest dla rodziców:

- bolesnym ciosem,
- zmartwieniem,
- buntem i protestem,
- kryzysem.

A. Kozubka za K. Mrugałką twierdzi, że „kryzys ten jest niepowtarzalnym aktem przeżywania i specyficznym sposobem radzenia sobie z tą nową trudną sytuacją”⁷.

Rodzice po otrzymaniu informacji, że będą mieli dziecko niepełnosprawne muszą zmierzyć się z nowo powstałą sytuacją życiową. Mają dokonać modyfikacji swoich planów życiowych. Wtedy zaczynają wylaniać się różnorakie problemy. Będą one towarzyszyć rodzinie przez pewien czas. Odnoszą się do: zakłóceń między rodzicami, trudności z ustaleniem diagnozy, poszukiwań odpowiednich dróg rehabilitacji, problemu natury finansowej, przeorganizowania życia rodzinnego i zawodowego, dostosowania domu dla potrzeb dziecka niepełnosprawnego, zadbania o właściwy sprzęt rehabilitacyjny, pojawienia się problemów natury emocjonalnej u zdrowego rodzeństwa, zrzucania obowiązków domowych na zdrowe rodzeństwo, niedostatku rodziców, regresu w rozwoju dzieci, samotności rodzeństwa w rodzinie, zanikania relacji z rówieśnikami (ze względu na to, że rodzeństwo pomaga dzieciom niepełnosprawnym), rezygnacji z rozrywek i przyjemności (zarówno ze strony rodziców jak i dzieci), obawy ze strony rodziców (co się stanie z moim dzieckiem po ich śmierci?), drogi edukacyjnej dziecka niepełnosprawnego (właściwy wybór przedszkola i w przyszłości szkoły), problemów polegających na kontaktach z otoczeniem, barierami: architektonicznymi, komunikacyjnymi oraz psychologicznymi, problemów w kontaktach z innymi instytucjami specjalistycznymi.

W przeżyciach rodziców po pewnym czasie zaczynają jednak dominować uczucia pozytywne. Kontakty z dzieckiem i czynności wykonywane wokół jego osoby zaczynają przynosić satysfakcję. Do tej pory nie dostrzegano, że wychowanie dziecka niepełnosprawnego może być źródłem pozytywnych przeżyć. Obraz rodzin z tego kręgu był przedstawiany jako pesymistyczny, a także ujmowany w kontekście patologicznym. Na tak ukształtowany obraz wpłynął przede wszystkim model odnoszący się do relacji rodzice – dziecko, w którym niepełnosprawne jest uważane za pasywną stronę tej relacji, a rodzice są stroną aktywnie uczestniczącą w tych kontaktach. Jest to niestety postrzeżenie błędne.

Obecnie przyjmowany przez badaczy tzw. model interakcyjny zakłada, że relacje pomiędzy rodzicami, a dzieckiem muszą być rozpatrywane w obu kierunkach. Z jednej strony rodzice powinni obdarzać dziecko miłością i zas-

⁷ A. Kozubka, *Wybrane aspekty sytuacji rodzin wychowujących dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy osobowości rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, t. 1, red. Z. Janiszewska-Nieścioruk, Kraków 2003, s. 121.



pokajać jego wszelkie potrzeby. Natomiast ono ma obdarzać rodziców miłością, radością i być im w pełni przyporządkowane.

Cele wychowania odnoszą się do sfery: intelektualnej, moralnej i społecznej. Ten element został wcześniej poruszony również w wystąpieniu J. Karbowniczek.

Powinny one zmierzać przede wszystkim do:

- zapewnienia dzieciom niepełnosprawnym optymalnego rozwoju intelektualnego (opanowania wiedzy ogólnej),
- ukształtowania poglądu na świat,
- ukształtowania wychowania moralnego,
- przygotowania do pracy zawodowej,
- wychowania kulturalno-estetycznego (czyli możliwość uczestnictwa w życiu kulturalnym),
- wychowania fizycznego zapewniającego zdrowie.

Większość z nich to cele dydaktyczne. Odnoszą się one przede wszystkim do: wzbogacenia zasobu wiedzy dziecka, uformowania jego sfery poznawczej oraz przygotowania zawodowego.

Niestety realizacja ich dokonuje się dopiero w instytucjach zajmujących się dziećmi niepełnosprawnymi.

Wychowanie zmierza do ukształtowania osobowości dziecka, czyli do:

- uczynienia go zdolnym do rozwoju osobistego,
- umożliwienia mu działania na rzecz innych i przyczynienia się do szczęścia oraz pożytku ogólnego.

Przy wylanianiu powyższych celów wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych kierowano się potrzebą stanowienia celów wspólnych obejmujących wychowanie wszystkich dzieci z różnymi zaburzeniami.

Szczególnie istotne jest kształtowanie u dziecka takich cech jak:

1. samodzielność,
2. odporność emocjonalna,
3. optymizm,
4. samoakceptacja,
5. komunikatywność,
6. umiejętność współdziałania.

Samodzielność to:

- a) kształtowanie czynności samoobsługowych w zakresie: toalety, ubierania się, jedzenia.
- b) wykonywania prostych czynności dnia codziennego np.: sprząatanie,
- c) poruszanie się bez kontroli drugiej osoby np.: korzystanie z przejazdu tramwajem, autobusem,
- d) odrabianie zadań szkolnych,
- e) nawiązywanie kontaktów społecznych,
- f) wykorzystywanie czasu wolnego,



g) gospodarowanie pieniędzmi.

Oporność emocjonalna prowadzi do:

- a) rozwijania i podtrzymywania motywacji do podejmowania działań mających na celu przezwyciężenie przeszkód (trudności),
 - b) wyrabiania umiejętności znoszenia negatywnych stanów emocjonalnych,
 - c) kształtowania skłonności do przeżywania satysfakcji z pokonania trudności.
- Natomiast w odniesieniu do cechy jaką jest **optymizm** – nie odnaleziono konkretnego źródła prowadzącego do uzyskania go.

Samoakceptacja to:

- a) umiejętność spostrzegania swoich zalet i wad,
- b) ocena własnych możliwości odnoszących się do pokonania niepełnosprawności,
- c) rozwinięcie własnego systemu wartości.

Komunikatywność prowadzi do:

- a) rozwoju zdolności spostrzegania,
- b) doskonalenia umiejętności rozumienia i interpretowania różnego rodzaju informacji,
- c) umiejętności nadawania informacji,
- d) dążenia do nawiązywania kontaktów społecznych.

Umiejętność współdziałania to:

- a) komunikatywność, która jest niezwykle istotna,
- b) współpraca z innymi osobami,
- c) tolerancja wobec innych poglądów.

W 2005 roku odbyło się czwarte sympozjum naukowe w Łodzi. Dotyczyło ono tematyki: Dziecko Łódzkie. Problemy Dzieci Niepełnosprawnych. Po sympozjum zostało sporządzone i opublikowane sprawozdanie statystyczne. Jak wynika z ostatnich badań dzieci niepełnosprawne stanowią w Łodzi około 3% ogółu w wieku 0–15 lat. W całym województwie łódzkim jest ich prawie 2,5%. Osoby z niepełnosprawnością ruchową stanowią 20% badanych, a z innymi dysfunkcjami jak: niedowidzenie, głuchota, upośledzenie umysłowe, choroby nowotworowe zajmują aż 80%.

Rodzice dzieci są przygnębieni i pogrążeni w smutku, apatyczni i zrezygnowani. Rola w wychowaniu dziecka ogranicza się do zabiegów pielęgnacyjnych i opiekuńczych, które prowadzą do uzależnienia od siebie przez całe życie. Po pewnym czasie rodzice stają się wyczerpani zarówno fizycznie jak i psychicznie. Spotykamy także takich, którzy nie podejmują żadnych zabiegów mających na celu kształtowanie oraz rozwijanie nowych umiejętności u swojego dziecka. Uważają, że nie mają już na to siły ani czasu. Takie postawy najczęściej zdarzają się u rodziców mających dzieci autystyczne, z mózgowym porażeniem dziecięcym albo głęboko i znacznie upośledzone umysłowo. Takie przypadki losowe w pełni dezorganizują funkcjonowanie rodziny.



Nie należy także zapominać o tych rodzicach, którzy stawiają dziecku wymagania właściwe do jego możliwości. To właśnie ten typ rodziców podejmuje największy trud w kierunku rewalidacji swojego dziecka. Proces ten jest możliwy, gdy istnieją silne więzi emocjonalne pomiędzy dzieckiem a rodzicami. Ich działania mają w takiej postawie charakter wzmacniający i ukierunkowujący aktywność dziecka.

Niektóre zachowania dziecka niestety prowadzą także do modyfikacji postaw rodzicielskich, a tym samym mogą stanowić przyczynę specyficznego modelu wychowania. Są to:

- nadpobudliwość – prowokująca metody wychowawcze ograniczające z dużą ilością nakazów,
- mała aktywność umysłowa oraz sensoryczna – powodująca wycofywanie się rodziców z aktywności stymulującej rozwój jednostki,
- większe zainteresowanie dziecka ruchem oraz działaniami niż kontaktami interpersonalnymi – prowadzi do zaniechania wzmocnień o charakterze społecznym na rzecz kar.

Aspekt dotyczący podmiotowości rodziny w odniesieniu do wychowania i rewalidacji dziecka niepełnosprawnego niejednokrotnie zaznaczali: A. Hulek, G. Kwaśniewska, A. Maciarz, J. Sowa i F. Wojciechowski. J. Karbowniczek w swoim exposé podkreślała, że wychowanie należy do rodziny. Zdaniem autorki jest to zasadniczy i istotny element w kreowaniu jednostki na progu XXI wieku.

Rodzina wychowująca dziecko niepełnosprawne na swojej drodze najczęściej spotyka trudności, które odnoszą się do:

- zakłóceń wynikających z braku kompetencji rodzicielskich czyli przeżywa dylematy dotyczące skutków podejmowanych decyzji, braku czasu i niepewnej przyszłości dziecka,
- zagrożeń powiązanych z odczuwaniem niepokoju o rozwój i przyszłość dziecka,
- przeciążeń w wyniku stresu,
- izolacji społecznej.

Funkcjonowanie środowiska rodzinnego sprowadza się przede wszystkim do:

- ciągłego sprawowania opieki nad dzieckiem,
- utrzymywania komunikacji werbalnej i niewerbalnej,
- usprawniania psychofizycznego,
- wizyt u lekarza,
- zabiegów rehabilitacyjnych.



Badania przeprowadzone w ciągu ostatnich osiemdziesięciu lat jednoznacznie wskazują na to, że narodziny dziecka niepełnosprawnego prowadzą do ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym rodziny. Staje ona w obliczu dramatu, który wywołuje w dużej mierze stres i lęk przed przyszłością. Należy zaznaczyć, że niepełnosprawność bezpośrednio wpływa na funkcjonowanie rodziny bez względu na jej rodzaj. Według M. Sekulowicz stres wywołany obecnością dziecka niepełnosprawnego powoduje konieczność nauczenia się radzenia sobie z trudną sytuacją. W ujęciu J. Schneidera rozpacz i żal obejmuje fizyczny, poznawczy, behawioralny, emocjonalny i duchowy wymiar funkcjonowania rodzicielskiego.

M. J. Friehe, A. Bloedow i S. Hesse w swoim artykule „Counseling Families of Children with Communication Disorders” przedstawili czynniki, które wskazują na to, jak poważnym utrudnieniem życiowym staje się obecność dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie. Są one rozpatrywane na poziomach:

a) fizycznym:

- zakłócenia snu,
- zakłócanie w spożywaniu posiłków,
- niestrawność,
- bóle głowy,
- ucisk w klatce piersiowej,
- ucisk w żołądku,
- obniżenie odporności organizmu,

b) mentalnym:

- krótkotrwałe utraty pamięci (luki pamięciowe)
- trudności w koncentracji uwagi,
- poczucie dezorientacji,
- zaabsorbowanie diagnozą,
- potrzeba znalezienia właściwej diagnozy,
- rutynowe wykonywanie czynności,
- trudności w podejmowaniu decyzji,

c) emocjonalnym:

- przytłoczenie wieloma pojawiającymi się emocjami,
- poczucie, że emocje znajdują się poza kontrolą,
- gwałtowne zmiany w reakcjach emocjonalnych,
- krótkie napady złości,

d) duchowym:

- pytanie do Boga o przyczynę zaburzenia u dziecka,
- poczucie złości do Boga,



- zmiany w przekonaniach i systemie wyznawanych wartości,
- utrata lub wzmocnienie wiary.

Poza tym L. Powers i G. Singer ustalili, że ponad 70% członków rodzin doświadczających umiarkowanych lub poważnych zaburzeń sfery emocjonalnej jako konsekwencji niepełnosprawności dziecka.

Rewalidacja (z łac. przedrostek *re* oznacza znów, *validus* – mocny) jest to oddziaływanie zmierzające do przywrócenia zdrowia osobom pozbawionym go w jednym lub w wielu zakresach. Jeszcze inaczej powyższy termin definiuje Wł. Dykcik. W ujęciu autora jest to działalność terapeutyczno-wychowawcza zapewniająca stymulację, opiekę, nauczanie i wychowanie jednostek o zaburzonej percepcji rzeczywistości. Rewalidacja przedstawiona w takim świetle charakteryzuje się „otwartością i elastycznością”⁸.

We Wspólnocie Europejskiej używa się wyłącznie terminu rehabilitacja. Jest on tam stosowany przez pedagogów specjalnych oraz innych specjalistów. W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej w 2004 roku powoli odrzuca się na tor boczny pojęcie, jakim jest rewalidacja. Wcześniej używano tych terminów zamiennie (rehabilitacja i rewalidacja jako wyrazy bliskoznaczne). Coraz częściej słyszy się jednak, że zastępowane jest one terminem rehabilitacja.

Pojęcie rewalidacja po raz pierwszy zostało wdrożone i rozpowszechnione przez: J. i W. Doroszewskich i M. Grzegorzewską, a następnie było propagowane przez A. Hulka, K. Kirejczyka i Z. Sękowską. W jednym z wydań „Roczników Pedagogiki Specjalnej” J. Pańczyk zaapelował, aby stosować umiar, co do wykorzystywania tego pojęcia w codziennej praktyce. Zgodnie z obowiązującymi trendami w postmodernistycznej rzeczywistości wdraża się już częściej pojęcie rehabilitacja. Na dodatek odchodzi się od prowadzenia kierunku studiów o charakterze rewalidacyjnym (pedagogika rewalidacyjna).

Zastępuje się go innym kierunkiem na bazie edukacji specjalnej. Niepokojący jest fakt, że pojęcie funkcjonujące od połowy lat pięćdziesiątych ma teraz zostać zapomniane i wrzucone do archiwum.

A. Hulek większość swojego życia poświęcił tej tematyce. Ponadto opracował adekwatne podręczniki do zrozumienia istoty tej subdyscypliny. Zanim coś przekreślimy, zastanówmy się czy postępujemy właściwie. V. Frankl napisał: „Nie zawsze jesteśmy odpowiedzialni za sytuacje, w jakich się znajdujemy. Odpowiadamy jednak za sposób reagowania na te sytuacje”⁹.

⁸ J. Karbowniczek, *Ocena opisowa w interpretacji rodziców uczniów klas I–III (wnioski z badań)*, „Nauczanie Początkowe – Kształcenie Zintegrowane” 2002/2003, nr 4, Kielce.

⁹ R. Ossowski, *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, Bydgoszcz 1999, s. 21.



Niech refleksja i myśl autora towarzyszy nam w chwilach, kiedy to od nas będą zależeć losy pewnych idei i przyszłych pokoleń.

Zdaniem K. J. Zabłockiego rewalidacja powinna być oparta na:

- a) poznaniu każdej jednostki i warunków jej rozwoju, historii życia, charakteru i stopnia niepełnosprawności,
- b) uwzględnieniu w metodzie pracy typu układu nerwowego,
- c) zorientowaniu się w potrzebach jednostki niepełnosprawnej,
- d) zorientowaniu się w charakterze oddziaływania środowiska na osobę niepełnosprawną,
- e) zastosowaniu warunków kształtujących nowe motywacje, dostosowaniu pracy do sił i możliwości osoby niepełnosprawnej.

Ponadto proces rewalidacji musi opierać się na ściśle określonych zasadach¹⁰.

Są to:

- **Zasada akceptacji** – zgodnie z którą dziecko niepełnosprawne ma prawo do szczególnej opieki i pomocy.
- **Zasada pomocy** – każda jednostka ma prawo do pomocy w procesie rozwoju.
- **Zasada indywidualizacji** – jest rozpatrywana w dwóch aspektach. Po pierwsze jako dydaktyczną, zmierzającą do dostosowania procesu nauczania do indywidualnych właściwości dziecka. Po drugie ma ona uwidocznić indywidualny cel kształcenia.
- **Zasada terapii pedagogicznej** – przypomina o konieczności uwzględnienia problemu leczenia przy rewalidacji dziecka niepełnosprawnego. Może być realizowana w trzech formach: przygotowawczej (ustalenia trudności wychowawczych), oddziaływania na środowisko wychowawcze (przez poradnictwo), stosowania środków terapeutycznych (organizacja pracy w grupie wychowawczej).
- **Zasada współpracy** – dotyczy współdziałania rodziny z pedagogami, lekarzami i psychologami.

Rewalidacja w środowisku rodzinnym jest „długotrwałym i skomplikowanym procesem, na którego przebieg wpływa wiele czynników wzajemnie warunkujących się, działających w różnorodnych powiązaniach i współzależnościach”¹¹. Środowisko rodzinne i najbliższa rodzina powinny aktywnie włączać się w rewalidację dziecka „Innego”.

¹⁰ A. Makowski, *Ortopedagogika dzieci i młodzieży*, Warszawa 1992, s. 105.

¹¹ J. Karbowiczek, *Trudności w nauce, a programy edukacji wczesnoszkolnej*, Kielce 2004, s. 9.



Głównym punktem wyjścia procesu rewalidacji w rodzinie jest zaakceptowanie przez nią jednostki niepełnosprawnej. Dziecko niepełnosprawne chce być tak traktowane jak inni – osoby pełnosprawne. Niezwykle ważne jest to, aby rodzina zaspokajała wszystkie niezbędne jego potrzeby (na poziomie biologicznym, psychicznym i społecznym).

Potrzeby dziecka niepełnosprawnego nie różnią się zasadniczo od potrzeb dziecka pełnosprawnego. Niepełnosprawne potrzebuje pomocy ze strony rodziców w rozwiązywaniu problemów w związku z istniejącą dysfunkcją. Do rodziców należy jego wprowadzenie w życie społeczne. Oczekuje ono od rodziców pewnych zadań, które będzie mogło realizować zgodnie ze swoimi możliwościami.

Mariusz Grabowski

Bibliografia:

- Adamski F., *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002.
- Gębuś D., *Rodzina tak, ale jaka?*, Warszawa 2006.
- Karbowniczek J., *Trudności w nauce, a programy edukacji wczesnoszkolnej*, Kielce 2004.
- Karbowniczek J., *Ocena opisowa w interpretacji rodziców uczniów klas I–III (wnioski z badań)*, „Nauczanie Początkowe – Kształcenie Zintegrowane” 2002/2003, nr 4, Kielce.
- Karbowniczek J., *Zmiany w edukacji wczesnoszkolnej po wprowadzeniu reformy systemu oświaty*, Częstochowa 2008.
- Kozubska A., *Wybrane aspekty sytuacji rodzin wychowujących dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy osobowości rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, t. 1, red. Z. Janiszewska-Nieścioruk, Kraków 2003.
- Makowski A., *Ortopedagogika dzieci i młodzieży*, Warszawa 1992.
- Ossowski R., *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, Bydgoszcz 1999.
- Pedagogika specjalna*, t. 1, red. D. Deutsch-Smith, Warszawa 2008.
- Serejski J., *Wybrane zagadnienia opieki nad dzieckiem przewlekle chorym i niepełnosprawnym ruchowo*, [w:] *Pedagogika specjalna w Polsce: wybrane zagadnienia z przeszłości i współczesności oraz tendencje rozwoju*, red. U. Eckert, K. Poznański, Warszawa 1992.