

# Mariola Świdarska

---

## Formy wspierania dzieci i dorosłych upośledzonych intelektualnie

---

Pedagogika Rodziny 3/1, 31-42

---

2013

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](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Mariola Świdarska

Społeczna Akademia Nauk

## **Formy wspierania dzieci i dorosłych upośledzonych intelektualnie**

**The forms of supporting children and adults with mental disability**

### **Wprowadzenie**

Upośledzenie intelektualne jest pojęciem wieloaspektowym, trudnym do zdefiniowania. Aby je zdiagnozować, nie wystarczy jedynie pomiar ilorazu inteligencji oraz stwierdzenie jego niskiej wartości, należy poznać również zachowanie przystosowawcze [Wyczesany 2005]. Badacze przedmiotu są zgodni, iż: „upośledzenie umysłowe nie stanowi żadnej określonej jednostki chorobowej, lecz jest zespołem skutków rozmaitych w swej etiologii stanów chorobowych i uszkodzeń układu nerwowego” [Zabłocki 2003, s. 11].

Termin upośledzenie umysłowe jest często używany zamiennie z terminem niedorozwoju umysłowego lub niepełnosprawności intelektualnej. Jedną z pierwszych prób określenia upośledzenia umysłowego była definicja Krapplina [1915], który terminem oligofrenia nazwał złożoną pod względem etiologii, obrazu klinicznego i zmian morfologicznych grupę anomalii rozwojowych, która posiada wspólną podstawę patogenetyczną, a mianowicie totalne opóźnienie rozwoju psychicznego [Sękowska 1998].

### **Istota upośledzenia intelektualnego**

Obecnie dzięki pomocy badań z wielu dziedzin, np.: biochemii, pediatrii, genetyki czy fizjologii, ustalono patogenezę oraz klasyfikację upośledzenia intelektualnego, które w zależności od ujęcia problemu oraz doboru kryteriów oceniających ten stan, może być różnie definiowane.

Według DSM-IV, klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, termin upośledzenie intelektualne oznacza

istotnie niższy od przeciętnego, ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego (kryterium A), któremu towarzyszą istotne ograniczenia w funkcjonowaniu przystosowawczym, przynajmniej w dwóch spośród licznych, takich jak: komunikowanie się słowne, porozumiewanie się, samoobsługa (troska o siebie), radzenie sobie w obowiązkach domowych, sprawności intelektualne, korzystanie ze środków zabezpieczenia społecznego, kierowanie sobą, zdolności szkolne, praca, sposoby spędzania czasu wolnego, troska o zdrowie (kryterium B).

Niższy poziom funkcjonowania intelektualnego i istotne ograniczenie w zachowaniu przystosowawczym, występujące przed osiemnastym rokiem życia to kryterium C [Wyczesany 2005].

W celu usprawnienia rehabilitacji osób upośledzonych intelektualnie, Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła w 1968 roku czterostopniowy podział, wyróżniający upośledzenie umysłowe: lekkie, umiarkowane, znaczne i głębokie.

Podstawą powyższego podziału są standardowe odchylenia od ustalonej normy 100, wynoszące 15 lub 16 punktów inteligencji, w zależności od stosowanej skali. W Polsce obowiązuje klasyfikacja upośledzenia umysłowego według IX rewizji Międzynarodowej Organizacji Zdrowia, zamieszczona w poniższej tabeli.

**Tab. 1. Klasyfikacja upośledzenia intelektualnego według IX rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów**

Odchylenia standardowe	Stopień rozwoju umysłowego	Ilorazy inteligencji w skalach	
		D. Wechslera	Termana-Merrill
mniejsze i równe - 1	rozwój prawidłowy, przeciętny	85–110	84–100
od - 1 do - 2	rozwój niższy niż przeciętny	70–84	69–83
od - 2 do - 3	niedorozwój umysłowy lekki	55–69	52–68
od - 3 do - 4	niedorozwój umysłowy umiarkowany	40–54	36–51
od - 4 do - 5	niedorozwój umysłowy znaczny	25–39	20–35
większe niż - 5	niedorozwój umysłowy głęboki	0–24	0–19

Źródło: Wyczesany 2005, s. 25.

Osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym charakteryzują się najłagodniejszą postacią niedorozwoju umysłowego. Ich iloraz inteligencji według skali Wechslera mieści się w granicach punktów od 55 do 69. Scharakteryzowanie osób upośledzonych intelektualnie w stopniu lekkim jest trudne, ponieważ deficyty intelektualne mogą być często niezauważalne podczas pierwszego kontaktu. Można jednak ustalić pewne cechy, typowe dla osób z lekkim upośledzeniem. Wśród dzieci upośledzonych w stopniu lekkim można wyróżnić takie, które są zaniedbane społecznie, lecz można je zdiagnozować badając tempo uczenia się dziecka. Kolejna grupa to dzieci z deficytami parcjalnymi, co oznacza, że iloraz inteligencji jest w normie, a upośledzone są tylko, w stopniu lekkim bądź umiarkowanym, niektóre funkcje, np. percepcja wzrokowa, słuchowa czy koordynacja wzrokowo-ruchowa. Możemy również wyróżnić dzieci, u których procesy intelektualnie zachodzą poprawnie, ale bardzo powoli. U dzieci upośledzonych umysłowo, niedorozwojowi ulegają przede wszystkim czynności poznawcze, takie jak: spostrzeganie, wyobraźnia, pamięć, uwaga, myślenie i orientacja społeczna. Ich spostrzeżenia są wolniejsze, mniej dokładne oraz posiadają węższy zakres. Swoje myśli wyrażają one w sposób bardzo rozległy, często mają problem w zrozumieniu wypowiedzi innych, nieraz nie rozumieją słów, zwłaszcza symbolizujących przedmioty oraz opisujących skomplikowane zjawiska. Powoduje to, że dzieci mogą mieć problemy w wydawaniu sądów i wyciąganiu wniosków. Z reguły starają się one naśladować innych, nie podejmują działań z własnej inicjatywy, nie potrafią rozwiązywać swoich problemów oraz korzystać z wcześniej zdobytego doświadczenia. Różne działania podejmują niejednokrotnie pod wpływem aktualnych emocji, nastroju, bez przewidywania skutków tych działań. Są nie zrównoważone emocjonalnie [Wyczesany 2005].

O umiarkowanym upośledzeniu intelektualnym świadczy iloraz inteligencji w granicach od 40 do 54, według skali Wechslera. Osoby z takim typem upośledzenia, spostrzegają rzeczywistość mniej dokładnie niż osoby upośledzone w stopniu lekkim. Powodem tego są zaburzenia w zakresie percepcji wzroku, słuchu i innych zmysłów oraz uszkodzenie kory mózgowej, w której dokonuje się analiza i synteza odebranych wrażeń. Dzieci te mają trudności z dłuższym skoncentrowaniem się na przedmiocie czy czynności, a zakres ich spostrzeżeń jest istotnie węższy i przebiegają wolniej niż u dzieci lekko upośledzonych. Osoby upośledzone intelektualnie w stopniu umiarkowanym mają trudności z zapamiętywaniem, przechowywaniem i odtwarzaniem zapamiętywanych informacji. Upośledzona jest u nich zarówno pamięć świeża, jak i trwała, w tym pamięć mechaniczna oraz szczególnie pamięć logiczna [Zabłocki 2003]. Jednostki upośledzone intelektualnie w stopniu umiarkowanym ujawniają poza potrzebami bezpieczeństwa, przynależności i miłości, również potrzebę

szacunku oraz inne, które w rozwoju osobniczym człowieka pojawiają się później. Osoby te żywo ujawniają przywiązanie, sympatię, odczuwają potrzebę kontaktów społecznych. U nich częściej niż u osób z lekkim upośledzeniem występują zaburzenia zachowania takie jak: zachowania gwałtowne i destruktywne, antyspołeczne, zamykanie się w sobie, niewłaściwe formy zachowania się, buntownicze zaburzenia o charakterze psychologicznym i inne. Potrafią one natomiast radzić sobie w różnych sytuacjach życiowych, takich jak: ubieranie się, rozbieranie, ścielenie łóżka, samodzielne mycie się i dbanie o czystość osobistą, robienie drobnych zakupów, czytanie i pisanie krótkich tekstów, samodzielne poruszanie się po mieście oraz powrót do domu. Mogą wykonywać proste czynności zawodowe w domu lub w zakładzie pracy chronionej pod kontrolą opiekuna.

O znacznym upośledzeniu świadczy iloraz inteligencji wahający się w granicach od 25 do 39 punktów według skali Wechslera. U osób o znacznym upośledzeniu intelektualnym, częściej niż u osób o prawidłowym rozwoju umysłowym, występują wady wzroku, słuchu, niedowłady, porażenia oraz różne schorzenia somatyczne, jednak większość z nich jest fizycznie zdrowa. Osoby ze znacznym upośledzeniem umysłowym spostrzegają mniejszą liczbę przedmiotów, o wiele mniejszą niż jednostki umiarkowanie upośledzone intelektualnie. Ponadto koncentrują swoją uwagę mimowolną na przedmiotach i czynnościach, budzących żywe zainteresowanie. Brak u nich uwagi dowolnej. Jednostki upośledzone umysłowo w stopniu znacznym potrafią po jednorazowym usłyszeniu powtórzyć zdanie złożone z dwunastu sylab, jak również cztery cyfry. Porozumiewają się z otoczeniem cztero, pięcio i sześciowyrzowymi zdaniami. Ich zasób słów jest ubogi oraz często występują dysleksje. Osoby ze znacznym stopniem upośledzenia intelektualnego potrafią porównywać ze sobą dwa przedmioty, jak również porównywać przedmioty pod względem estetycznym. Potrafią opanować elementarne pojęcia liczbowe. Pod nadzorem dokonują czynności samoobsługowych, mogą opanować również proste czynności porządkowe oraz łatwe do wykonania prace. U osób ze znacznym upośledzeniem często występują zaburzenia zachowania, takie jak: zachowania gwałtowne i destruktywne, zamykanie się w sobie, buntowniczność, nadmierna pobudliwość. Często zaburzenia te są skutkiem niewłaściwego oddziaływania pedagogicznego rodziców i wychowawców, którzy nie potrafią dostosować metod wychowawczych do stopnia upośledzenia [Zabłocki 2003]. Osoby te mogą czasem wykonywać najprostsze czynności zawodowe, jeżeli Komisja Inwalidztwa i Zatrudnienia wyda stosowne orzeczenie.

O głębokim upośledzeniu świadczy iloraz inteligencji między 0 a 24 punktów w skali Wechslera. Jednostki głęboko upośledzone, jako dorosłe, na ogół nie przekraczają ogólnego poziomu sprawności intelektualnych (tj. wieku in-

teligencji) trzyletniego dziecka, a ich przystosowanie społeczne nie przekracza poziomu czteroletniego dziecka o prawidłowym rozwoju intelektualnym i społecznym [Wyczesany 2005]. Posługując się terminologią Piageta [1966] należy stwierdzić, iż jednostki głęboko upośledzone intelektualnie na ogół nie są w stanie przekroczyć okresu inteligencji zmysłowo-ruchowej (manipulacyjnej). U osób tych zakłócone mogą być wrażenia informacyjne o zmianach położenia ciała i jego części, tzw. wrażenia równowagi, ruchu i bólu; wrażenia informacyjne o zmianach na powierzchni ciała, tzw. wrażenia termiczne, smakowe i bólowe; wrażenia informujące o zmianach zaistniałych w pewnych odległościach od ciała, tzw. wrażenia węchowe, wzrokowe, słuchowe. Myślenie dziecka upośledzonego intelektualnie w stopniu głębokim, charakteryzuje się konkretnością i przebiega od poziomu sensoryczno-motorycznego do konkretno-wyobrażeniowego. Niezmiernie ważnym etapem jest tworzenie wyobrażeń w oparciu o konkretne działania i udział w różnych sytuacjach życiowych. Myślenie konkretno-wyobrażeniowe dostępne jest dla dzieci, które są zdolne do opanowania mowy. Dzieci upośledzone w stopniu głębokim mają ogromne trudności z działaniami konkretnymi, wymagającymi zmiany dotychczasowego sposobu działania. Duże kłopoty mają także z przewidywaniem czynności następnych [Wyczesany 2005]. Zaburzenia dynamiki procesów nerwowych i rozwoju ruchowego powodują, że dzieci te mają liczne trudności w lokomocji, w wykonywaniu czynności manualnych, samoobsługowych, które znacznie obniżają ich zaradność życiową. Jakkolwiek większość dzieci głębiej upośledzonych umysłowo jest niezdolna do rozumienia i odczuwania emocji wyższych, niekiedy można spotkać takie jednostki, które odczuwają współczucie, opiekunczość, przywiązanie oraz wdzięczność.

### **Wspieranie dzieci i dorosłych upośledzonych intelektualnie**

Obecnie funkcjonuje wiele instytucji, placówek i organizacji, działających na rzecz osób upośledzonych intelektualnie oraz wspierających ich rozwój. Można zaliczyć do nich: ośrodki wczesnej interwencji, ośrodki rehabilitacyjno-wychowawcze, szkoły i przedszkola integracyjne, szkoły i przedszkola specjalne, szkoły zawodowe specjalne, warsztaty terapii zajęciowej, „szkoły życia”, zakłady pracy chronionej, domy pomocy społecznej, mieszkania chronione.

**Ośrodki Wczesnej Interwencji** mają spełniać warunki wieloprofilowego usprawniania, również w kategoriach rozwoju społecznego, emocjonalnego i intelektualnego, zatem dotyczy to w szczególności dzieci i młodzieży. Fakt podejmowania pracy z jak najmłodszymi osobami, przy jednoczesnym uruchomieniu potencjału środowiska rodzinnego i wiedzy specjalistycznej, daje gwarancję wykorzystania jak największej możliwości szans rozwojowych. W celu uzyskania jak najszybszych i najlepszych efektów wczesnej interwencji (tera-

pii), ważne są rozmowy z rodzicami. Przekazana im podczas rozmowy wiedza na temat objawów choroby dziecka, jej następstw, rodzaju trudności, z jakimi mogą się spotkać, jak również możliwości leczenia i rehabilitacji, powinna służyć ustaleniu organizacji życia dziecka i takiej z nim pracy od najwcześniejszych chwil, by maksymalnie przezwyciężyć skutki ograniczeń. Rozmowy te mają również za zadanie rozładowanie emocji u rodziców, np. niepokoju, wstydu, poczucia winy czy bezradności. Wówczas dobrze, aby rodzice skorzystali z grupowych spotkań z innymi rodzicami, którzy mają podobne problemy, ponieważ łatwiej im będzie zrozumieć zaistniałą sytuację. Z takich spotkań powinny również skorzystać osoby z najbliższego otoczenia dziecka (babcia, dziadek, rodzeństwo), ponieważ wśród nich dziecko będzie dorastać, w związku z czym jego prawidłowy rozwój będzie zależeć również od nich [Wyczesany 2005]. Ważne jest podejście pedagogów oraz psychologów względem rodziców, dlatego specjaliści powinni kierować się kilkoma zasadami:

- specjalista powinien wiedzieć, że diagnoza niepełnosprawności u dziecka wywołuje szybkie reakcje emocjonalne u rodziców i jest dla nich źródłem ogromnego stresu;
- specjalista powinien zadbać o to, aby miejsce, w którym są przekazywane informacje, było miejscem odosobnionym, gdzie nikt nie będzie przeszkadzał;
- informacje o stanie zdrowia dziecka powinny być przekazywane jednocześnie obojgu rodzicom;
- informacje powinny być przekazywane w prosty, przystępny sposób i pozbawione fachowej terminologii;
- nie należy sugerować, że niepełnosprawność dziecka jest winą rodziców;
- przed przekazaniem diagnozy, specjaliści powinni ustalić, jakie diagnozy zostały postawione wcześniej;
- sposób przekazania informacji o stanie zdrowia dziecka powinien skłonić rodziców do możliwości swobodnego zadawania pytań;
- ponieważ bezpośrednio po usłyszeniu diagnozy rodzice nie są w stanie przyswajać dalszych informacji, należy dać im czas;
- pomocna bywa notatka podsumowująca diagnozę, która może zapobiec całkowitemu wyparciu lub nieświadomemu wyparciu;
- należy zapewnić rodziców, że przeżywane przez nich emocje są zupełnie prawidłowe, a proces radzenia sobie z nimi może potrwać jakiś czas;
- należy pomóc rodzicom w zdobyciu informacji o tym jak opiekować się dzieckiem; jak również ułatwić kontakt z innymi rodzicami dzieci niepełnosprawnych;



- 
- należy poinformować rodziców o możliwości skorzystania z profesjonalnego wsparcia, np. psychologów.

**Ośrodki rehabilitacyjno-wychowawcze** mają na celu rehabilitację i usprawnianie wychowanków oraz zapewnienie im opieki w godzinach pracy rodziców. Do zadań ośrodka należy w szczególności:

- zapewnienie podstawowej opieki,
- prowadzenie obserwacji osób korzystających z usług ośrodka z punktu widzenia ich potrzeb społecznych i lekarsko-rewalidacyjnych,
- zaspokojenie tych potrzeb poprzez działalność obejmującą przede wszystkim elementy nauki samoobsługi i samodzielność życia w zbiorowości, poznanie środowiska poza ośrodkiem i kontaktów z tym środowiskiem, poznanie warsztatów terapii zajęciowej wraz z przygotowaniem do pracy w warunkach chronionych,
- współpraca z rodzicami podopiecznych ośrodka, poradnictwo, pomoc w rozwiązywaniu problemów życiowych.

Personel ośrodka rehabilitacyjno-wychowawczego realizuje wyżej wymienione zadania, opracowując ramowy program działalności wychowawczo-rehabilitacyjnej, który obejmuje między innymi zajęcia z samoobsługi, zajęcia mające na celu uspołecznienie wychowanków, zajęcia specjalistyczne prowadzone przez instruktorów (logopedia, zajęcia plastyczne, hipoterapia, gimnastyka lecznicza) [Zabłocki 2003].

**Przedszkole specjalne**, zgodnie ze statutem, jest placówką opiekuńczo-wychowawczą dla dzieci z zaburzeniami rozwoju, stosującą specjalne formy i metody postępowania wychowawczego. Mogą do niego uczęszczać dzieci w wieku od ukończonego trzeciego do siódmego roku życia. Jeśli zaistnieją uzasadnione okoliczności, dotyczące zwłaszcza dzieci upośledzonych intelektualnie w stopniu umiarkowanym i znacznym oraz dzieci z zaburzeniami złożonymi, mogą one przebywać w przedszkolu do dziesiątego roku życia. W regulaminie przedszkola specjalnego znajduje się zapis o możliwości zatrudnienia osoby pomagającej nauczycielowi, która spełnia czynności opiekuńcze oraz pomaga w przeprowadzaniu wielu zajęć z dziećmi, takich jak: gry i zabawy, spacer i inne. Przedszkole specjalne to pierwszy szczebel kształcenia specjalnego, którego zadaniem jest wykształcenie w dziecku form współżycia z grupą oraz wyrobienie najprostszych umiejętności samoobsługi. Program wychowania w przedszkolu specjalnym wymienia trzy grupy zadań: w zakresie wychowania, sprawności i poznania, zaś jego ogólne cele to:

- dążenie do wszechstronnego rozwoju i rewalidacji społecznej dziecka, przy zastosowaniu dostępnych środków dla rozwoju fizycznego, intelektualnego i społecznego w miarę możliwości dziecka upośledzonego,



---

– uzyskiwanie przez każde dziecko przystosowania do warunków i wymagań w przedszkolu, co stanowi krok wstępny do późniejszego przystosowania do warunków i wymagań w odpowiedniej dla niego szkole lub innej placówce wychowawczej [Wyczesany 2005, s. 121].

Praca w przedszkolu specjalnym opiera się na tym, iż:

- każde dziecko posiada uzdolnienia i braki,
- sprawność ruchowa, dojrzałość społeczna ulegają poprawie w wyniku oddziaływań stymulacyjnych, korektywnych, uwarunkowanych czynnikami indywidualnymi i społecznymi,
- nawet niewielkie postępy ucznia są wzmacniane pozytywnie, a brak postępów nie podlega wartościowaniu negatywnemu,
- wczesne rozpoczęcie działań rehabilitacyjnych daje szansę na szybsze i lepsze rezultaty w rozwoju dziecka,
- warunkiem powodzenia edukacji jest nawiązanie współpracy z rodziną, która powinna brać czynny udział w tworzeniu planu rehabilitacyjnego, oraz realizowaniu pewnych jego części na terenie domu,
- za nauczanie i wychowanie odpowiedzialni są również wychowawcy świetlic i internatów,
- potrzebne jest nawiązanie kontaktu emocjonalnego wychowawcy z dzieckiem,
- poszczególni uczniowie rozwijają się we właściwym dla siebie tempie – do tego tempa należy dostosować zakres oddziaływań pedagogicznych; oznacza to, że lata nauki nie mają wpływu na zakres podejmowanych działań.

Celem wychowania i nauczania w **podstawowej szkole specjalnej** jest przygotowanie uczniów do uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym oraz do pracy zgodnie z ich możliwościami. Przygotowanie dziecka do życia społecznego obejmuje naukę prawidłowej organizacji życia rodzinnego, gospodarowania budżetem rodziny, dobierania form wypoczynku dla siebie oraz rodziny oraz udziału w życiu najbliższego otoczenia. W szkole takiej dąży się do doprowadzenia rozwoju każdego ucznia do maksymalnego poziomu w granicach jego indywidualnych możliwości [Zabłocki 2003]. Podstawę organizowania szkół specjalnych stanowi statut specjalnej szkoły podstawowej i specjalnego zakładu wychowawczego oraz specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego. Poza zadaniami określonymi ustawą, celem szkoły jest w szczególności przygotowanie uczniów do życia w integracji ze społeczeństwem.

**Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ)** mogą być traktowane jako nowa forma kształcenia inwalidów, w odniesieniu do osób, które skończyły już 16 rok życia, a ze względu na stan zdrowia i brak wykształcenia nie są zdolne do

żadnej pracy. Nie ma przy tym żadnych ograniczeń co do stopnia, rodzaju kalectwa, czy przyczyn jego powstania. Nie ma różnicowania na inwalidów w związku z wypadkiem przy pracy i innych. Jedynym kryterium są dobre chęci samego zainteresowanego i jego rodziny. Główny nacisk w terapii położony jest na zajęcia praktyczne prowadzone w różnych pracowniach. Programy dostosowane są do psychofizycznych możliwości uczestników i przeplatane zajęciami z rehabilitacji leczniczej i społecznej. Organizowane są również zajęcia dodatkowe z zakresu sportu, kultury, turystyki i wypoczynku. Uczestnicy warsztatów terapii zajęciowej nie ponoszą żadnych kosztów. Mają zapewnioną opiekę specjalistyczną i rehabilitacyjną oraz bezpłatny przejazd i kieszonkowe. Wprowadza to dodatkowy element samodzielności finansowej, służy do przeprowadzania treningu ekonomicznego, jest również motywacją do pracy. Wiele osób niepełnosprawnych po raz pierwszy otrzymuje własne pieniądze, traktując je jako samodzielnie zarobione. Na uwagę zasługuje sposób powoływania warsztatów terapii zajęciowej. Ustawa stworzyła szansę nie nakładając jednak żadnego obowiązku na instytucje państwowe czy organizacje. Spowodowało to, że warsztaty były tworzone w takich miejscach w Polsce, gdzie aktywni działacze społeczni potrafili szybko porozumiewać się z miejscowymi władzami. Podstawową bowiem sprawą jest lokal, udostępniony na minimum 10 lat, dający się stosunkowo łatwo przystosować do potrzeb osób niepełnosprawnych i wymogów terapii zajęciowej. Całkowity koszt utworzenia warsztatów terapii zajęciowej pokrywany jest praktycznie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, który również utrzymuje warsztaty.

Na mocy Ustawy Sejmowej z dnia 9 maja 1991 roku o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, w dniu 8 września 1992 roku zostało wydane Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej, w sprawie zasad tworzenia, działania i finansowania WTZ. Bardzo istotnym aktem prawnym w tej kwestii okazało się Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 września 2002 roku, dotyczące warsztatów terapii zajęciowej, w którym określony jest cel funkcjonowania warsztatów. Realizacja celów WTZ odbywa się poprzez:

1. „ogólne usprawnianie;
2. rozwijanie umiejętności, w tym wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej, przy zastosowaniu różnych technik terapii zajęciowej;
3. przygotowanie do życia w środowisku społecznym, w szczególności poprzez rozwój umiejętności planowania i komunikowania się dokonywania wyborów, decydowania o swoich sprawach oraz rozwój innych umiejętności

niezbędnych w niezależnym życiu, a także poprawę kondycji psychicznej i fizycznej;

4. rozwijanie psychofizycznych sprawności niezbędnych w pracy;
5. rozwijanie podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających podjęcie pracy w zakładzie aktywności zawodowej lub innej pracy zarobkowej, albo szkolenia zawodowego” [Dz. U. Nr 167, poz. 1376].

Piotr Janaszek (1947–1998) – prezes Zarządu Głównego Towarzystwa Walki z Kalectwem – na II Ogólnopolskim Sympozjum pt. „Warsztaty Terapii Zajęciowej szansą dla osób niepełnosprawnych” w Koninie stwierdził, że: „Warsztaty Terapii Zajęciowej są testem na demokratyczne zmiany zachodzące w naszym kraju. Test ten wypadł pomyślnie dzięki ogromnemu zaangażowaniu ludzi ze społeczną pasją” [Janaszek 1994, s. 8]. Warsztaty terapii zajęciowej dają osobom niepełnosprawnym szansę na godne życie, a dla ich rodzin stanowią bardzo konkretną pomoc.

**Domy Pomocy Społecznej** są zazwyczaj dużymi placówkami zapewniającymi możliwość całodobowej opieki nad osobami pozbawionymi środowiska rodzinnego, w tym przede wszystkim osobami upośledzonymi umysłowo. Domy, w zależności od ich przeznaczenia, dzielimy na domy dla:

- osób w podeszłym wieku;
- osób przewlekle somatycznie bądź psychicznie chorych;
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie;
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- osób niepełnosprawnych fizycznie.

Istnieje również możliwość prowadzenia domu łącznie dla np. osób w podeszłym wieku i osób przewlekle chorych somatycznie bądź dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Warunkami przyjęcia do domów dla dzieci i młodzieży upośledzonych intelektualnie są:

- upośledzenie umysłowe w stopniu znacznym i głębokim;
- upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym, jeśli towarzyszy temu przewlekła choroba somatyczna, a dziecko nie wymaga leczenia szpitalnego [Wyczesany 2005].

Jednostkami, które kwalifikują dzieci do domów pomocy społecznej są wyłącznie: poradnie zdrowia psychicznego, kliniki neurologiczne i psychiatryczne, sanatoria neuropsychiatrii dziecięcej, oddziały dziecięce psychiatryczne, neurologiczne lub neuropsychiatryczne szpitali psychiatrycznych i ogólnych. W domach obowiązuje program wychowawczo-opiekuńczy, który obejmuje:

- nawiązanie kontaktu emocjonalnego z dzieckiem, ocenę sprawności psychofizycznych, znalezienie możliwości komunikowania się z dzieckiem i dziecka z otoczeniem przy wykorzystaniu jego możliwości psychofizycznych;

- usprawnianie psychofizyczne;
- naukę form obsługi;
- naukę czynności społecznie użytecznych;
- technikę stałego bytowania;
- przechodzenie do coraz wyższych form nauczania.

Jednym z głównych problemów domów pomocy społecznej w Polsce jest ich lokalizacja w budynkach o pierwotnie innym przeznaczeniu, np. dawne dwory, koszary, zamki. Budynki te nie są odpowiednio przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, przez co powstaje zagęszczenie pomieszczeń oraz zostaje odebrana prywatność i godność pensjonariuszy [Tarkowska 1997]. Potrzeby bytowe i zdrowotne powinny być zaspokajane przez zabiegi rehabilitacyjne (kinezyterapię, fizjoterapię) oraz terapię zajęciową, tymczasem często brak jest sprzętów rehabilitacyjnych oraz wykwalifikowanego personelu. Zarówno dzieci, młodzież i dorośli żyją w stłoczeniu, czasem nie posiadając własnych podstawowych przyborów toaletowych, części garderoby czy ulubionych drobiazgów. Domy opieki powinny kierować się zasadą, iż człowiek jest najwyższą wartością i mając to na uwadze, powinny zapewnić godność, intymność, poczucie bezpieczeństwa oraz rozwój osobowości.

Działania na rzecz osób niepełnosprawnych należą do katalogu zadań publicznych, których realizacja została powierzona samorządowi gminnemu, powiatowemu i województwa. Istnieje potrzeba ciągłych starań o coraz pełniejszą integrację osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem.

## Streszczenie

Obecnie w Polsce funkcjonuje wiele instytucji, placówek i organizacji, które działają na rzecz osób upośledzonych intelektualnie w celu wspierania ich rozwoju. Są to: ośrodki wczesnej interwencji, ośrodki rehabilitacyjno – wychowawcze, szkoły i przedszkola integracyjne, szkoły i przedszkola specjalne, szkoły zawodowe specjalne, warsztaty terapii zajęciowej, „szkoły życia”, zakłady pracy chronionej, domy pomocy społecznej, mieszkania chronione.

**Słowa kluczowe:** upośledzenie intelektualne, formy wsparcia.

## Summary

There are a number of institutions and organizations currently in Poland that work for people with intellectual disabilities in order to promote their development. These are: early intervention centers, rehabilitation and education centers, integrative schools and kindergartens, special schools and kindergartens, special vocational schools, occupational therapy workshops, “school of life” supported employment enterprises, nursing homes, supported housing.

**Key-words:** intellectual impairment, a form of support.

**Bibliografia**

- Janaszek P. (1994), *Warsztaty Terapii Zajęciowej*, „Kwartalnik informacyjno-szkoleniowy”, Nr 1.
- Sękowska Z. (1998), *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa.
- Tarkowska E. (1997), *Ludzie w instytucji totalnej. Przypadek domów pomocy społecznej w Polsce* [w:] A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Warszawa.
- Wyczesany J. (2005), *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Impuls, Kraków.
- Zabłocki K. J. (2003), *Upośledzenie umysłowe – wybrane zagadnienia edukacji i terapii*, Płock.
- Załużka M., Boczoń J. (1998), *Organizacje pozarządowe w społeczeństwie obywatelskim*, Katowice.