

Dostosowanie wymagań edukacyjnych dla dzieci z niepełnosprawnością ruchową i afazją w edukacji wczesnoszkolnej

Jolanta Rafał-Łuniewska
WSPE

(materiał wykorzystany podczas szkolenia e-learningowego)

Niepełnosprawność ruchowa

Przez określenie **-niepełnosprawność ruchowa** - rozumie się zmiany i upośledzenia w aparacie ruchowym. Wyróżnia się trzy grupy przyczyn mogących prowadzić do wystąpienia tego stanu:

- Przyczyny pochodzenia mózgowego (np. dziecięce porażenie mózgowe, zaburzenia koordynacji ruchowej);
- Przyczyny pochodzenia rdzeniowego (np. choroba Heinego- - Medina, paraplegia, wrodzone skoliozy, dystrofia mięśni);
- Zniekształcenia wrodzone (np. stopa końsko-szpotawa).

Mózgowe porażenie dziecięce (mpdz)

jest Zespołem wielu objawów chorobowych, spośród których na pierwszy plan wysuwają się różnego stopnia i lokalizacji porażenia oraz niedowłady kończyn, bardzo często połączone ze współruchami, zwiększonym napięciem mięśniowym, patologicznymi odruchami, a także zaburzeniami równowagi (Chmielik, J. i in., 1997), które łącznie stanowią dominujący objaw zaburzenia. Znaczącą cechą tego Zespołu jest jego ewolucyjny charakter (pomimo stabilności strefy uszkodzenia mózgu). Dzieci mogą więc charakteryzować się jedynie niewielkimi trudnościami w zakresie czynności manipulacyjnych, bądź mogą być one znacznie ograniczone, co zmusza dziecko do poruszania się o kulach, w balkoniku lub na wózku inwalidzkim. Jedna z obowiązujących do dziś klasyfikacji Zespołu mpdz, wydziela sześć postaci, a w każdej z nich uwzględnia stopień nasilenia zmian (lekki, umiarkowany i znaczny):

- 1) *obustronny niedowład kurczowy,*
- 2) *niedowład połowiczny,*
- 3) *obustronny niedowład połowiczny,*
- 4) *postać pozapiramidowa,*
- 5) *postać mózdkowa,*
- 6) *postacie mieszane (za: R. Michałowicz, 2001).*

Dzieci z mpdz w edukacji wczesnoszkolnej

Wśród dzieci niepełnosprawnych ruchowo szczególnej uwagi wymagają dzieci z **mózgowym porażeniem dziecięcym**.

Dzieci te cechuje zwiększona wrażliwość na bodźce i w związku z tym duża męczliwość, zmniejszona odporność na hałas.

Inną istotną cechą tych dzieci jest wolniejsze tempo reagowania i wykonywania czynności, również tych już opanowanych. Dla wykonania usłyszanego polecenia niepełnosprawny uczeń potrzebuje znacznie więcej czasu niż jego sprawny rówieśnik. Nauczyciel powinien zapewnić niepełnosprawnemu dziecku pomoc i czas potrzebny do dokończenia podjętej czynności, np. nie ponaglać podczas wykonywania zadania, pozwolić dokończyć rozpoczęty rysunek, nawet jeżeli pozostałe dzieci zajmują się już czymś innym.

Adaptacja do szkoły tych dzieci trwa zwykle dłużej i powinna być uzależniona od tempa osiągnięcia niezależności emocjonalnej od matki i umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach szkolnych, nawiązywania kontaktów z rówieśnikami. Dzieci niepełnosprawne zyskują sobie szybko sympatię rówieśników, być może ich bezradność wywołuje bardzo często u dzieci sprawnych spontaniczną pomoc. Dlatego też wychowawczynie, która przyjmie do klasy dziecko niesprawne ruchowo, szybko znajduje chętnych do pomocy sprawnych uczniów, chcących swojego kolegę ubierać, karmić, pomagających mu w przemieszczaniu się, pamiętających o tym, które miejsce przy stole jest najwygodniejsze.

Dystrofie postępujące mięśni

to genetycznie, mięśniowe, skorelowane z płcią uwarunkowane choroby. Najczęstszą postacią stanowi **dystrofia mięśniowa Duchenne'a** występująca u chłopców, a przenoszona przez kobiety. Jej pierwsze objawy stają się zauważalne w momencie, gdy dziecko zaczyna chodzić. Chód jest nieprawidłowy (kaczkowaty z tendencją do chodzenia na palcach). Bardzo charakterystyczne jest podnoszenie się dziecka z pozycji leżącej (wspinanie się po sobie). Występują u niego duże trudności w wchodzeniu po schodach. Systematycznemu osłabieniu ulegają mięśnie obręczy biodrowej, tułowia i obręczy barkowej. Występują przerosty poszczególnych grup mięśniowych (w tym łydek). Na skutek osłabień tworzą się przykurcze. Dochodzi do skrzywienia kręgosłupa, stopy końsko-szpotawej czy zwichnięcia bioder. Unieruchomienie dziecka następuje około 9 roku życia. Rozwój umysłowy w normie lub ponadprzeciętny.

Inną odmianą **dystrofii postępującej mięśni** jest postać **B e c k e r a**, która charakteryzuje się łagodniejszym przebiegiem i większym rozłożeniem w czasie.

Przepuklina oponowo - rdzeniowa

to najczęstsza rozwojowa wada wrodzona kręgosłupa i rdzenia polegająca na uwypukleniu się opon rdzeniowych i elementów nerwowych rdzenia przez otwór powstały wskutek niezrośnięcia się łuków kręgowych. Może ona wystąpić w każdym odcinku kręgosłupa. Najłżejszą postać stanowi rozszczep kręgosłupa polegający na niezłączeniu łuków kręgowych. Bardzo często nie daje on żadnych objawów i bywa wykryty przypadkowo. W postaci cięższej dochodzi do utworzenia się przepukliny oponowo - rdzeniowej, w której dochodzi do uwypuklenia się worka przepuklinowego przez niezespoleony łuk (M. Loska, D. Myślińska, 2005). Często towarzyszy jej wodogłowie. Do typowych zaburzeń neurologicznych zaliczyć należy porażenia kończyn dolnych, osłabienie lub całkowite zniesienie czucia powierzchniowego i głębokiego, nietrzymanie moczu/stolca. Możliwości ruchowe dzieci zależą tutaj od wysokości występowania rozszczepu – im wyżej, tym zaburzenia są cięższe. Przy odpowiednim zaopatrzeniu ortopedycznym część dzieci osiąga pionizację i może poruszać się z pomocą. Większość jednak porusza się na wózku inwalidzkim.

Wybór odpowiedniego wózka inwalidzkiego dla dziecka

Aby możliwie jak najbardziej obniżyć stres związany z pierwszym dniem **dziecka na wózku inwalidzkim w szkole**, należy zacząć o tym myśleć dużo wcześniej. W czasie gdy rodzice będą szukać szkoły odpowiadającej ich wymaganiom, należy też zadbać o sprzęt, na którym dziecko będzie się poruszało. Najprawdopodobniej będzie to **wózek inwalidzki**. Na rynku można znaleźć różne modele wózków – od pokojowych, przez wózki dla dzieci ze spastycznością, po wózki typu ACTIV dla osób z trwałą dysfunkcją narządu ruchu.

Wózek należy dobrać odpowiednio do potrzeb dziecka oraz do jego wzrostu.

Dostosowania architektoniczne szkoły

Placówka musi spełniać kilka warunków, dzięki którym **dziecko na wózku inwalidzkim** będzie mogło rozwijać swoją samodzielność:

- pierwszą kwestią są podjazdy i windy, które umożliwią dziecku przemieszczanie się po piętrach,
- framugi wszystkich drzwi, przez które będzie przejeżdżało **dziecko na wózku inwalidzkim** muszą mieć co najmniej 90 cm szerokości,
- przy ubikacji muszą być zamontowane odpowiednie poręcze, dzięki którym malec będzie miał możliwość nauki samodzielnego korzystania z łazienki,
- stolik, przy którym dziecko będzie pracowało, musi mieć odpowiednią wysokość i budowę, tak aby wózek mógł bez problemu do niego podjechać.

Oprócz warunków technicznych, które szkoła musi zapewnić, rodzice powinni dowiedzieć się kilku rzeczy od dyrekcji i pracowników szkoły, np.:

- ile osób jest w klasie; dziecko **na wózku inwalidzkim** potrzebuje dużo więcej uwagi opiekunów, pomocy przy nauce nowych czynności; należy pamiętać, że dziecko w szkole jest jeszcze bardzo zależne od opiekuna, dopiero uczy się samodzielności; gdy grupa będzie zbyt duża, opiekun będzie miał problem z dopilnowaniem wszystkiego,
- placówka może być ogólnodostępna (jeśli spełnia warunki techniczne) lub specjalna (spełnia warunki techniczne oraz posiada wyspecjalizowaną kadrę); jeśli rodzice planują zapisać **dziecko na wózku inwalidzkim** do szkoły publicznej, należy dowiedzieć się, czy kadra nauczycielska posiada odpowiednie kompetencje; trzeba też pamiętać, że w takiej szkole większość dzieci będzie zdrowa, sprawna fizycznie,
- niezbędna będzie wstępna rozmowa o niesprawności dziecka – najlepiej najpierw z dyrekcją, aby ta przekazała informację rodzicom reszty dzieci w klasie, wtedy będą oni mogli porozmawiać ze swoimi dziećmi i odpowiedzieć na ich pytania dotyczące **dziecka na wózku inwalidzkim w szkole**,
- kolejna rozmowa powinna być przeprowadzona już podczas zajęć przez nauczyciela; najbezpieczniej jest omówić ten temat z dziećmi w takich warunkach, aby później oszczędzić dziecku ciągłych pytań, niezręcznych sytuacji.

Jak zminimalizować stres dziecka?

Każde dziecko, niezależnie od tego czy jest zdrowe, czy porusza się na wózku, odczuwa stres związany z pobytem w nowym miejscu. Warto zabrać **dziecko na wózku inwalidzkim** do szkoły jeszcze przed jego pierwszym dniem, pokazać mu sale, w których będą odbywały się zajęcia, ubikacje, plac zabaw. Jeśli wcześniej pozna te miejsca, będzie się czuło pewniej pierwszego dnia.

Dobrym pomysłem jest również zakup wyprawki razem z dzieckiem. Wspólne zakupy plecaka, piórnika czy kredek, zachęca dziecko do samodzielnego spakowania się i szykowania na pierwszy dzień w szkole.

Ograniczenia dziecka poruszającego się na wózku inwalidzkim

- **Dziecko na wózku inwalidzkim w edukacji wczesnoszkolnej** wkłada w pracę nad sobą mnóstwo energii i motywacji. Wózek utrudnia, ale nie uniemożliwia poruszania się. Jeśli otoczenie spełnia warunki techniczne, głównym problemem staje się wypracowanie u dziecka poczucia bezpieczeństwa oraz wyuczenie pewnych czynności.
- Najważniejsze jest utrzymywanie stałego kontaktu z rehabilitantem i fizjoterapeutą. To właśnie od nich rodzice dowiedzą się jak pracować z **dzieckiem na wózku inwalidzkim**, aby było jak najbardziej samodzielne. Dobrą metodą jest zastanowienie się i spisanie czynności, które rodzic pragnie wyuczyć u dziecka. Należy wcześniej skonsultować się z rehabilitantem, aby wspólnie opracować plan działania.
- Na początku pracy powinny to być drobne czynności, które **dziecko na wózku inwalidzkim w szkole** przyswoi sobie bez większych problemów – to poprawi jego motywację i pewność siebie. Może to być samodzielne mycie zębów, częściowe ubieranie się, zbieranie porzucanych zabawek czy pomoc w pracach domowych. Zwykle dziecko jest w stanie wykonać każdą z tych czynności. Warunkiem są dwie rzeczy – należy zachęcać, chwalić, tłumaczyć i demonstrować, natomiast absolutnie nie wolno wyręczać. Jest to najczęściej popełniany przez rodziców i opiekunów błąd. Nawet niesprawne dziecko jest w stanie wykonywać mnóstwo czynności dnia codziennego.
- Problemy, które się pojawiają i zniechęcają, bardzo często nie wynikają z ograniczeń spowodowanych poruszaniem się **dziecka na wózku inwalidzkim**. Każde dziecko wieku wczesnoszkolnym wypracowuje u siebie poczucie samodzielności. Jeżeli przez to czynności trwają o wiele dłużej, rodzic przejmuje kontrolę i wyręcza dziecko. Wtedy można zaobserwować efekt wyuczonej bezradności. Dziecko wie, że nie musi się starać, pracować nad sobą, bo i tak zostanie wyręczone.
- Im wcześniej rodzic zacznie wymagać od dziecka pewnych zachowań, nawyków, czynności, tym więcej będzie potrafiło i tym bardziej będzie samodzielne. Nie ma więc ograniczeń w życiu codziennym, które dzięki pracy z rodzicami i rehabilitantem, byłyby dla przedszkolaka niewykonalne.

Skolioza, czyli skrzywienie boczne kręgosłupa

stanowi Zespół wielu zniekształceń występujących w różnych płaszczyznach kręgosłupa bezpośrednio lub pośrednio związanych z narządem ruchu. Ze względu na przyczynę rozróżnia się:

- **skrzywienia czynnościowe** (skrzywienie na skutek np. skrócenia kończyny dolnej bez zmian w budowie kręgosłupa),
- **skrzywienia strukturalne** (na skutek zmian w budowie kręgów)
- **skrzywienia idiopatyczne**, które stanowią najczęściej występującą i najobszerniejszą grupę skrzywień występujących samoistnie, o nieznanym przyczynie. W miejscu powstania skrzywienia dochodzi do osłabienia mięśni, co powoduje wygięcie kręgosłupa. Powyżej i poniżej tego miejsca dochodzi do skrzywień wtórnych. Połączone jest to ze skręceniem kręgów wzdłuż osi pionowej kręgosłupa, co powoduje przemieszczenie się żeber po stronie wypukłej ku tyłowi, a wklęsłej ku przodowi, co skutkuje powstaniem garbu żebrowego.

Bardziej zaawansowane skrzywienia kręgosłupa mogą być przyczyną wystąpienia niepełnosprawności ruchowej oraz powodować zaburzenia czynności narządów wewnętrznych, takich jak serce i płuca.

Skutki niepełnosprawności ruchowej

Wg badań A. Hulka w grupie wieku od 0 do 14 lat najczęściej zaburzeń układu ruchowego jest wywołanych **dziecięcym mózgowym porażeniem**. Następnymi często występującymi schorzeniami są:

- wrodzone boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza),
- porażenie, urazy kręgosłupa i zaniki mięśniowe o charakterze postępującym.

Skutki niepełnosprawności ruchowej mogą być różnorodne i przejawiać się w:

- a) zmniejszonej odporności jednostki na wysiłek,
- b) obniżeniu siły mięśni spowodowanej zanikami,
- c) ograniczeniu funkcji układu ruchowego, np. przy zeszywnieniu stawów, zmniejszeniu chwytności,
- d) ograniczeniu zasięgu ruchów (przy zeszywnieniu stawów, zmniejszeniu chwytności, przy występujących bezwładach)
- e) zaburzeniach utrzymania równowagi (przy chodzeniu, staniu, a nawet siedzeniu),
- f) trudnościach w komunikowaniu się z otoczeniem (przy uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego).

Wymienionym objawom może towarzyszyć ból i poczucie niewygody.

Reakcja na niepełnosprawność ruchową osób zdrowych

Różnorodność reakcji ludzi na dysfunkcję narządu ruchu jest bardzo duża i zależy od tego, czy zmiany wystąpiły nagle (wypadek), czy też narastały powoli. **Przy nagłym pojawieniu się zmian jednostka zwykle reaguje szokiem, przerażeniem, paniką i dezorientacją.** Gdy zmiany narastają powoli, obserwuje się nasilenie częstotliwości kontaktów jednostki chorej z placówkami służby zdrowia i poszukiwanie skutecznych form leczenia pozwalających na uniknięcie kalectwa lub opóźnienie jego wystąpienia. W przypadku braku oczekiwanych efektów pojawia się bunt, gniew, pesymistyczne nastawienie do życia bądź stany depresji.

Dziecko niesprawne przeżywa wiele sytuacji zagrożenia, niepewności, niepokoju o dalsze swe losy, o wyniki leczenia, o swą przyszłość. Boi się bólu, oddzielenia od rodziny, konieczności długotrwałego leczenia szpitalnego lub sanatoryjnego, stosunku ludzi obcych do niego, utraty roku szkolnego itp. Zwykle spotyka się u tych jednostek kompleks mniejszej wartości. **Dla złagodzenia tych przykrych przeżyć psychicznych potrzebują one znacznie więcej serdeczności, wyrozumiałości, przyjemnego klimatu psychicznego i liczniejszych okazji do podejmowania działań i uzyskiwania osiągnięć, co znacznie poprawia ich samopoczucie i wzmacnia motywację do pokonywania przeszkód.**

Trudności edukacyjne dziecka z niepełnosprawnością ruchową

Trudności edukacyjne dziecka z niepełnosprawnością ruchową zależą od rodzaju uszkodzenia, jego stopnia oraz czasu wystąpienia. Niekiedy upośledzeniu ulega również sprawność intelektualna oraz funkcjonowanie analizatorów zmysłów.

- Niepełnosprawność ruchowa może wpływać niekorzystnie na możliwości edukacyjne dzieci, ponieważ każda aktywność szkolna związana jest z poruszaniem się – nawet jeśli stopień ruchu jest minimalny, to jednak stanowi on dla dzieci z dysfunkcją narządu ruchu poważne ograniczenie.
- Rozwój poznawczy dzieci wiąże się nieodłącznie z aktywnością i samodzielным zdobywaniem doświadczeń, których uczniowie z niepełnosprawnością ruchową są w dużej mierze pozbawieni.
- Opóźnione lub w pełni zahamowane staje się opanowanie umiejętności lokomocyjnych i manipulacyjnych na odpowiednim poziomie. Do tego dołączają się często ograniczenia w pamięci ruchowej, nieumiejętność odtworzenia zaprezentowanego ruchu czy nawet całej sekwencji ruchowej.
- Dochodzi do zaburzeń w orientacji w schemacie własnego ciała, a tym samym w schemacie ciała innej osoby, orientacji przestrzennej oraz orientacji na kartce papieru.
- Często ograniczona jest również motoryka aparatu artykulacyjnego.
- Mogą pojawić się zaburzenia spostrzegania na skutek uszkodzenia ruchomości gałek ocznych oraz trudności w przekraczaniu wzrokiem linii środkowej ciała.
- Dzieci z niepełnosprawnością ruchową mogą mieć problemy z przyjęciem prawidłowej pozycji ciała w trakcie siedzenia (zwłaszcza przez dłuższy czas podczas zajęć), co prowadzi do szybkiej i znacznej męczliwości, trudności w utrzymaniu wysokiego poziomu koncentracji uwagi czy dokonywaniu obserwacji doświadczeń prezentowanych na zajęciach.
- Duże problemy może sprawiać wodzenie wzrokiem, co ma ogromny wpływ na opanowanie umiejętności czytania (a w połączeniu z zaburzeniami motoryki małej – również pisanie) czy dokonywania operacji pod kontrolą wzroku.
- Występowanie synkinezji (czyli współruchów) powoduje dodatkowe i niepotrzebne zużycie energii, a także znacząco wydłuża czas wykonywania danej czynności.
- Jeśli niepełnosprawności ruchowej towarzyszą zaburzenia rozwoju intelektualnego czy regulacji emocji należy mieć na uwadze wiążące się z tym trudności.

Dzieci niesprawne ruchowo

Problemy tych dzieci są różne w zależności od stopnia niesprawności ruchowej, posiadania odpowiedniego oprzyrządowania umożliwiającego im poruszanie się i współwystępowania u nich innych zaburzeń. Dla nauczyciela niezwykle istotne jest nawiązanie współpracy z rehabilitantem, aby uzyskać wiarygodne informacje dotyczące możliwości ruchowych dziecka i sposobu postępowania sprzyjającego korygowaniu istniejących zaburzeń. Rolę instruktora może również spełnić rodzic, który w okresie adaptacyjnym może pomóc i nauczycielowi w nawiązaniu kontaktu z niepełnosprawnym dzieckiem i pouczyć, jakiego typu aktywność ruchowa (poruszanie się, sposób siedzenia na podłodze, na krześle, itp.) jest dla dziecka korzystna.

Liczba i charakter problemów w klasie zależy od stopnia samodzielności dziecka.

I tak na przykład dzieci ze zwyrodnieniem stawu biodrowego lub ze szpotawością kończyn potrzebują jedynie pomocy przy zakładaniu odpowiedniego obuwia - te trudności są łatwe do pokonania. Znacznie więcej wsparcia potrzebują dzieci nie chodzące samodzielnie i z małą sprawnością rąk. One potrzebują pomocy przy wykonywaniu większości codziennych czynności (jedzenie, mycie rąk, korzystanie z ubikacji, ubieranie się) i przy przemieszczaniu się. Szczególnie trudny jest okres adaptacji takiego dziecka w szkole – ważna w tym okresie jest pomoc dziecku. Rolę pomocową może pełnić osoba odbywająca praktykę w szkole czy pomoc nauczyciela.

Mocne strony dziecka z niepełnosprawnością ruchową

Wśród cech korzystnych dla rozwoju dziecka z niepełnosprawnością ruchową wymienić można między innymi:

- duży zasób słów,
- posiadanie przez dziecko zainteresowań i hobby,
- dużą liczbę posiadanych doświadczeń własnych,
- wysoki poziom dojrzałości społecznej,
- odważne i badawcze podejście do otoczenia,
- łatwe i częste nawiązywanie kontaktów interpersonalnych,
- dążenie dziecka do samodzielności i podejmowanie działań w tym zakresie,
- wysoką motywację wewnętrzną do uczenia się,
- optymistyczne (a przy tym racjonalne) podejście do życia i spraw codziennych,
- współpracę ze strony rodziny,
- dobre warunki środowiskowe rodziny,
- sieć wsparcia w rodzinie, w środowisku rówieśniczym.

Te cechy będą mogły być wykorzystane przy realizacji Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego jako punkt oparcia oraz siła napędowa funkcjonowania dziecka.

Cechy powodujące trudności w uczeniu się dzieci z niepełnosprawnością ruchową

Wśród cech niekorzystnych dla rozwoju dziecka z niepełnosprawnością ruchową wymienić można między innymi:

- niewielki zasób słownictwa,
- małą ilość doświadczeń własnych,
- ubóstwo zainteresowań,
- znacznie obniżoną dojrzałość społeczną,
- zaburzoną integrację procesów wzrokowo-ruchowych,
- wzmożoną męczliwość centralnego układu nerwowego,
- nadwrażliwość i labilność emocjonalną, podwyższony poziom lęku społecznego (w szczególności wobec nowych osób i sytuacji),
- trudności w kontaktach interpersonalnych (w tym wymuszony kontakt słowny),
- postawę roszczeniową wobec otoczenia i niecierpliwość,
- zachowania świadczące o wyuczonej bezradności,
- niską motywację do uczenia się,
- stale obniżony nastrój,
- nieumiejętność kontrolowania i wyrażania emocji w sposób akceptowany społecznie,
- spostrzeganie siebie przez pryzmat swojej niepełnosprawności i ograniczeń,
- brak współpracy ze strony rodziny,
- trudne warunki środowiskowe rodziny i brak wsparcia w rodzinie.

Dziecko z niepełnosprawnością ruchową wymaga wsparcia w zakresie:

- dostosowania otoczenia w taki sposób, aby mogło się w miarę samodzielnie poruszać;
- dostosowania i zmodyfikowania pomocy przedszkolnych tak, by mogło z nich w pełni korzystać;
- dostosowania miejsca pracy, tak aby mogło przyjąć prawidłową pozycję siedzącą, zwłaszcza przez dłuższy czas, bez zmęczenia;
- dostosowania środków dydaktycznych, by dziecko mające trudności z podzielnością uwagi tzn. kontrolowaniem wykonywanych czynności oraz prowadzeniem obserwacji mogło dać sobie (w miarę samodzielnie) radę;
- dostosowania celów edukacyjno-terapeutycznych tak, by odpowiadały indywidualnym potrzebom i możliwościom dziecka;
- stosowania aktywizujących metod i form pracy dydaktycznej i terapeutycznej;
- zapewnienia odpowiedniej rehabilitacji ruchowej;
- umożliwienia dziecku pełnej komunikacji (zwłaszcza, gdy dziecko jest niemówiące, lub jego mowa jest znacznie zniekształcona);
- większego niż standardowe użycia w edukacji środków informatycznych;
- rozwijania zainteresowań dziecka i zdobywania przez niego doświadczeń;
- zachęcania dziecka do podejmowania częstych interakcji społecznych i zawierania przyjaźni;
- rozbudzania chęci eksperymentowania w otoczeniu zewnętrznym;
- dawania okazji do wykazywania się samodzielnością;
- zwiększania (a niekiedy zmianie) motywacji do nauki i terapii;
- uczenia umiejętności właściwej regulacji emocjonalnej;
- zapewnienia dziecku dostępu do szerokiej sieci wsparcia społecznego w przedszkolu, środowisku domowym i rówieśniczym.

Zajęcia dodatkowe dla dziecka z niepełnosprawnością ruchową

W kwestii uczestnictwa dzieci z niepełnosprawnością ruchową w zajęciach szkolnych nauczyciel musi mieć świadomość, że czas oraz organizacja zajęć powinny zostać odpowiednio dostosowane do możliwości i potrzeb uczniów z tym rodzajem niepełnosprawności (np. wydłużenie czasu poświęconego na daną zabawę lub ćwiczenie czy wykonanie zadania). Należy również brać pod uwagę, że dzieci te mogą mieć obniżone tempo wykonywania czynności oraz większą męczliwość. **Dzieci z niepełnosprawnością ruchową powinny być również objęte w szkole opieką rehabilitacyjną oraz mieć możliwość korzystania z dodatkowych zajęć ruchowych.**

W przypadku dzieci, których niepełnosprawność jest widoczna i znacznie utrudnia lub uniemożliwia im poruszanie się, pojawia się jeszcze jeden problem związany w **wyjaśnieniem dzieciom, dlaczego ich kolega nie może wykonywać czynności, które im nie sprawiają trudności.** Zwykle wystarcza krótka informacja, że z powodu choroby nogi i ręce tego dziecka są mniej sprawne i dlatego musi ono wykonywać bardzo dużo ćwiczeń podobnych do tych wykonywanych na gimnastyce. Chętne dzieci można zaprosić na wspólne zajęcia rehabilitacyjne. Obecność zdrowego rówieśnika sprawia, że nużące ćwiczenia stają się atrakcyjną zabawą ruchową. Dla dzieci niepełnosprawnych ruchowo, które nie miały wcześniej kontaktu z grupą dzieci sprawnych, pierwszy okres pobytu w przedszkolu może być bardzo trudny również z innego powodu zauważają - swoją odmienność i ograniczenia. Ten trudny czas może złagodzić życzliwość i wyrozumiałość otoczenia oraz pomoc dorosłych w znalezieniu miejsca wśród rówieśników.

Podstawowe zasady usprawniania psychoruchowego:

1. Dobre rozpoznanie i zrozumienie potrzeb dziecka, organizowanie optymalnych warunków jego nauki.
2. Jednoczesne obejmowanie usprawnianiem wszystkich opóźnionych funkcji, co jest koniecznym warunkiem pełnego rozwoju dziecka. Realizacja tej zasady odbywa się w szkole przy ścisłej współpracy nauczycieli, rehabilitanta, psychologa, logopedy.
3. Stopniowanie trudności tak, aby nie stawiać przed dzieckiem zadań przekraczających jego możliwości oraz wychodzić od zadań prostych, sukcesywnie zwiększając ich stopień trudności.
4. Systematyczność w pracy z dzieckiem pozwalająca na utrwalenie nabywanych umiejętności i wyrabiania nawyku ćwiczenia.
5. Pozytywne motywowanie ucznia – podkreślanie jego dokonań i okazywanie radości nawet z niewielkich osiągnięć.
6. W pracy z dzieckiem nie należy zapominać o ich sferze emocjonalnej. Mogą w niej wystąpić zaburzenia o różnej etiologii np. związane z uszkodzeniem układu nerwowego, czy przebytymi przykrymi doświadczeniami i przeżyciami. Na przykład, już we wczesnym dzieciństwie, konieczność często wielokrotnych hospitalizacji i rozstania się z rodziną, zaburza poczucie bezpieczeństwa i sprzyja kształtowaniu się postawy lękowej wobec otoczenia. Zmniejsza to tolerancję na stres.

Rehabilitacja

to wielokierunkowe działania podejmowane w celu przywrócenia choremu możliwie w największym stopniu zdolności do samodzielnego życia w społeczeństwie, do nauki i pracy lub jeśli jest to możliwe wyrobienia zastępczych sprawności wyrównujących ubytki funkcjonalne. **W sytuacji małych dzieci z różnego rodzaju niepełnosprawnościami ruchowymi rola czynników środowiskowych jest bardzo ważna.** Środowisko nie tylko powinno stwarzać dogodne warunki rozwoju, tak jak u dzieci sprawnych, ale również wspomagać i kompensować te czynniki, które utrudniają lub uniemożliwiają ich rozwój. Brak doświadczeń i oddziaływań ze strony środowiska może doprowadzić do obniżenia rozwoju psychoruchowego dziecka. Duże możliwości kompensacyjne rozwijającego się mózgu stwarzają szczególnie dogodną sytuację do poprawy stanu psychofizycznego niepełnosprawnego dziecka pod wpływem kompleksowego usprawniania. **Wczesne oddziaływanie na dzieci z zaburzeniami ruchowymi zapobiegają powstawaniu wadliwych wzorców ruchowych, przeciwdziałają zniekształceniom i przykurczom kostno-stawowym.** Przy wyborze metod usprawniania, zarówno ruchowego jak i stymulacji psychopedagogicznej należy zwrócić uwagę na to, aby nie ograniczały potrzeb psychicznych dziecka oraz nie zakłócały normalnego trybu życia, nie tylko dziecka ale całej rodziny. **Usprawnianie rozpoczęte odpowiednio wcześnie, połączone z dobrą współpracą rodziców to początek drogi w kierunku odkrywania możliwości niepełnosprawnego dziecka.**

W rehabilitacji dzieci stosuje się wiele różnych metod, zmierzających do tego aby dziecko osiągnęło możliwie jak największą samodzielność w dziedzinie życia codziennego. Jedną z metod jest **metoda Andreea Petö**, którą przedszkole może aktywnie wdrażać. Jest to metoda, która łączy w całość usprawnianie lecznicze, usprawnianie pedagogiczne i różne formy adaptacji społecznej. Usprawnianie dokonuje się w systemie tzw. „dyrygowanego nauczania” i jest to forma ćwiczeń grupowych. Podstawową rolę pełni tutaj osoba prowadząca czyli „dyrygent”. Zadaniem dyrygenta jest realizowanie wyznaczonego programu, łączącego elementy pedagogiki i terapii. W metodzie tej zwraca się szczególną uwagę na to by „dyrygent” podczas zajęć zwiększał motywację dziecka, podkreślając choćby najmniejszy jego sukces, unikając zniecierpliwienia i napomnień. Podstawową formą pracy „dyrygenta” są ćwiczenia „rytmicznej stabilizacji”. Polegają one na głośnym, chóralnym i wspólnym opisie słownym wykonywanych ruchów, w celu utrzymania uzyskanej pozycji.

Zasady pedagogiki terapeutycznej

Przy tworzeniu IPET-u dla dziecka z niepełnosprawnością ruchową warto wziąć pod uwagę **zasady pedagogiki terapeutycznej**.

Zasady podnoszenia efektywności procesu dydaktycznego, które eksponuje pedagogika terapeutyczna, dla dziecka z niepełnosprawnością ruchową formułowane są następująco:

1. **zasada podmiotowości i indywidualizacji,**
2. **zasada oszczędzania zbytecznego wysiłku i aktywizacji terapeutycznej,**
3. **zasada wyzwiania ekspresji i wzmagania procesu samodzielności,**
4. **zasada reintegracji funkcjonalnej i rewaloryzacji społecznej,**
5. **zasada plastyczności i kompleksowości działania,**
6. **zasada waloryzacji środowiska rodzinnego.**

Ad.1 Zasada podmiotowości i indywidualizacji

W przypadku dziecka z niepełnosprawnością ruchową **zasada podmiotowości i indywidualizacji** oznacza takie dopasowanie procedur (metody, formy, środki), aby odpowiadały one indywidualnym potrzebom dziecka na danym etapie edukacyjnym. **Nauczyciel musi dowiedzieć się, czy realizowane przez niego działania rozwijają i właściwie modyfikują właściwości psychofizyczne, dyspozycje oraz umiejętności danego dziecka i odpowiadają jego potrzebom i możliwościom.** To nic innego, jak tworzenie „zadań na miarę”, czyli takich, które z jednej strony są na tyle łatwe, by dziecko mogło je wykonać przy posiadanym stanie wiedzy, ale również na tyle trudne, aby ów stan wiedzy rozszerzyć o doświadczenia wyciągnięte z rozwiązania tegoż zadania. Indywidualizacja to również rozwój i wzmocnienie najbardziej pozytywnych i wartościowych cech osobowości dziecka poprzez stałe podkreślanie jego osiągnięć. To, w jakim stopniu nauczycielowi uda się zrealizować tę zasadę, uzależnione jest nie tyle od samego przedszkola/szkoły, treści programowych i metod nauczania, ile od indywidualnych potrzeb ucznia oraz otrzymywanego przez niego wsparcia w domu rodzinnym i otoczeniu społecznym.

Ad. 2 i 3 Zasady pedagogiki terapeutycznej

Zasada oszczędzania zbytecznego wysiłku i aktywizacji terapeutycznej to taki wpływ działań nauczyciela na zachowanie dziecka, aby z jednej strony nie zostało ono przeciążone przez liczbę zadań do wykonania w procesie edukacyjnym, a z drugiej na tyle częste i silne oddziaływania, by wzmagaly ogólną energię dziecka do radzenia sobie z negatywnymi skutkami niepełnosprawności. By móc sprostać tej zasadzie nauczyciel, konstruując proces edukacyjny, powinien zawsze brać pod uwagę aktualny stan samopoczucia dziecka, poziom jego równowagi psychicznej oraz umieć rozpoznać objawy zmęczenia i zniechęcenia u dziecka.

Zasada wyzwalaania ekspresji i wzmagania procesu samodzielności polega na uzewnętrznieniu procesów psychicznych zachodzących u dziecka po to, by umożliwić mu odreagowanie napięć i poradzenie sobie z trudnościami. Samodzielność to proces doskonalenia osobowości, stąd skutecznie mogą sprawdzić się techniki terapeutyczne takie jak: ekspresja przez muzykę, sztuki plastyczne, gry i zabawy, drama czy bajko terapia. Dzięki przeżyciom wyniesionym z teatrzyków kukiełkowych czy książeczek dziecko uzyskuje coraz większą samodzielność i podejmowanie coraz to nowszych zadań.

Ad. 4 Zasada reintegracji funkcjonalnej i rewaloryzacji społecznej

traktuje o ograniczaniu skutków, jakie niepełnosprawność ruchowa wyrządza we współżyciu społecznym dziecka i jego komunikacji z otoczeniem. Niepełnosprawność ruchowa bardzo często zaburza prawidłowe działanie układu nerwowego dziecka poprzez naruszenie równowagi procesów pobudzania i hamowania. Z tego punktu widzenia proces reintegracji funkcjonalnej wydaje się być istotnym czynnikiem terapii.

By zasada ta mogła być zrealizowana, nauczyciel powinien:

- umieć rozładować u dziecka napięcie psychoruchowe (np. poprzez ćwiczenia rozluźniające);
- dostosować tempo pracy dziecka do aktualnej dynamiki procesów nerwowych z uwzględnieniem mechanizmów powstawania zmęczenia i jego faz;
- wprowadzać ćwiczenia wzmacniające koordynację psychoruchową;
- prezentować zjawiska wieloaspektowo tak, by uruchomić jak najwięcej analizatorów zmysłowych;
- kompensować braki dziecka w zakresie emocjonalno-poznawczym i kinestetyczno-ruchowym;
- unikać gwałtownych zmian w aktywnościach dziecka;
- zapobiegać dekompensacji wszystkich wyćwiczonych już umiejętności.

Stosując tę zasadę staramy się przywrócić u dziecka równowagę i harmonię czynnościową, a tym samym mobilizujemy go do aktywnej walki z negatywnymi skutkami niepełnosprawności. Ponadto rewaloryzujemy jego wartość w roli społecznej.

Ad. 5 i 6 Zasady pedagogiki terapeutycznej

Zasada plastyczności i kompleksowości działania, która wynika z przekonania, że rewalidacja jest procesem wielostronnym. Jest to więc ciągle dostosowywanie się do zmieniającej się wydolności psychofizycznej dziecka, prowadzące do częstej zmiany metod i form oddziaływania. Zasada ta wymaga również od całego Zespołu terapeutycznego zgodnego współdziałania.

Zasada waloryzacji środowiska rodzinnego opiera się na konieczności takiego wsparcia rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi, aby czuły się zrozumiane i otoczone opieką. Potrzebne jest zaopatrzenie rodzin w dodatkowy system pomocy i wsparcia osobowego oraz informacyjnego.

Efektywność procesu edukacyjno-terapeutycznego

Aby proces edukacyjno-terapeutyczny dziecka z niepełnosprawnością ruchową przebiegał pomyślnie, w zespole powinni współdziałać nie tylko nauczyciel i wychowawca, ale również rehabilitant i psycholog. System kształcenia i wychowania w placówkach służby zdrowia, ale również w szkołach powinien uwzględniać stan zdrowia dziecka i jego indywidualne potrzeby edukacyjne.

Nauczyciel musi więc brać pod uwagę:

- rodzaj niepełnosprawności dziecka,
- stosowane metody leczenia,
- stopień samodzielnego funkcjonowania,
- wiek dziecka i możliwości rozwojowe,
- osobowość i temperament.

Prowadząc zajęcia edukacyjne, nauczyciel realizuje różne cele (dydaktyczne, wychowawcze, terapeutyczne, rewalidacyjne oraz profilaktyczne), których hierarchia zależna jest od stanu zdrowia dziecka, rodzaju i nasilenia zaburzeń ruchowych, ale także wskazań medycznych i potrzeb oraz możliwości kompensacyjnych.

Podstawą, na której nauczyciel musi bazować, są głównie aspekty motywacyjne pracy z dzieckiem, gdyż bez właściwego ukierunkowania jego chęci i działań efekty edukacyjne bardzo często nie mogą być osiągnięte. Dlatego też w programie dziecka z niepełnosprawnością ruchową należy uwzględnić:

- właściwy do jego potrzeb sposób wzmocnienia zachowań pożądanых oraz osiągania sukcesów szkolnych;
- umiejętności dziecka w zakresie radzenia sobie z porażką (nie tylko w zakresie osiągnięć szkolnych, ale również w odniesieniu do relacji z rówieśnikami, rodzicami i nauczycielami);
- poziom wsparcia w najbliższym środowisku ucznia, który w wielu sytuacjach determinuje postawy dziecka wobec szkoły, nauczycieli, a także wpływa na ocenę własnych możliwości edukacyjnych.

Niekiedy korzystne może okazać się wprowadzenie do programu edukacyjnego treningu umiejętności społecznych czy relaksacji.

Należy liczyć się z tym, że konieczne może okazać się wsparcie ze strony psychologa lub terapeuty.

Wskazówki do pracy z dziećmi z dysfunkcją ruchu w edukacji wczesnoszkolnej

Nauczycielu na pewno warto:

- Poznać specyfikę choroby ucznia, jej objawy, sposób leczenia, informacje o przyjmowanych lekach .
- Przeprowadzić wywiad z rodzicami, przeczytaj odpowiednią literaturę.
- Uważnie obserwować dziecko, wyciągać wnioski.
- Stosować szeroko rozumianą indywidualizację metod i form pracy.
- Bezwzględnie uwzględniać ograniczone możliwości motoryczne i wolniejsze tempo pracy.
- Stale mobilizować dziecko do wysiłku, ale nie obciążać go nadmiernie pracą.
- Jak najczęściej dostrzegać wysiłek i trud dziecka wkładany w przygotowanie zajęć, doceniać postępy w jego umiejętnościach.
- Aktywizować dziecko podczas zajęć.
- Unikać nadmiernego napięcia emocjonalnego.
- Pobudzać inicjatywę i wykorzystywać naturalne zainteresowania dziecka.
- Tworzyć sytuacje do pełnienia roli w grupie rówieśniczej.
- Umożliwiać zdobywanie nowych doświadczeń społecznych.
- Zdecydowanie zapobiegać krzywdzącym, uszczypliwym uwagom rówieśników wobec niepełnosprawnego kolegi (jeśli takie się pojawiają).
- Unikać nadopiekuńczości, dodawać uczniowi odwagi.
- Nie pozbawiać pomocy, ale stopniowo ją ograniczać.
- Uprzedzać o trudnościach, które dziecko może napotkać w swojej pracy; nie będą one czynnikiem wprowadzającym niepotrzebne frustracje. Dobierać łatwiejsze zadania, kiedy dziecko jest w gorszej formie, a zwiększać stopień trudności zawsze wtedy, kiedy jest szansa, że może je pokonać.
- Dbać o to, żeby każdy etap pracy lub zabawy zakończony był choćby drobnym sukcesem.
- Zawsze pamiętać o współpracy z rodzicami dziecka.
- Jeżeli masz możliwość porozmawiać ze specjalistami opiekującymi się dzieckiem (szczególnie rehabilitantem ruchowym), rozmawiać o wątpliwościach i prosić o porady.

Afazja

Afazja jest zaburzeniem mowy spowodowanym uszkodzeniem ośrodków mowy w dominującej półkuli mózgu. Zaburzenia te mają charakter pierwotny, tzn. nie wynikają z innych dysfunkcji pracy mózgu lub innych zaburzeń takich, jak m.in. głuchota, dysglosja (zniekształcenie dźwięków mowy lub niemożność ich wytwarzania na skutek nieprawidłowej budowy narządów mowy, w tym nieprawidłowości zgryzu, rozszczepy podniebienia), zaburzenia psychiczne. Charakterystyczna dla afazji jest całkowita lub częściowa utrata umiejętności mowy, rozumienia jej.

Polska terminologia logopedyczna dotycząca afazji (głównie afazji dziecięcej) jest wysoce zróżnicowana i obejmuje wiele pojęć o niejednokrotnie różnym zakresie semantycznym. Najczęściej stosowanymi są: ***afazja dziecięca, dysfazja, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego (NMPK), niedokształcenie mowy o typie afazji, afazja rozwojowa, alalia.***

Objawy afazji

Mowa czynna:

- całkowita utrata umiejętności mowy czynnej;
- błędy artykulacji;
- pomijanie, zastępowanie głosek;
- odwracanie par i zbitek głoskowych;
- nieumiejętność stosowania zasad gramatyki (całkowicie lub w poszczególnych aspektach);
- zaburzenia rytmu i melodii mowy.

Mowa bierna:

- całkowity lub częściowy brak rozumienia mowy;
- trudności w przypomnieniu sobie nazwy konkretnych desygnatów;
- wyraźne i znaczące wspomaganie się niewerbalnymi czynnikami komunikacji (mimika, gestykulacja).

Dodatkowo afazji towarzyszyć może szereg innych zaburzeń, wynikających z nieprawidłowej pracy mózgu. Są to m.in. amnezja, apraksja, demencja, zaburzenia emocjonalne, problemy w orientacji przestrzennej, określaniu schematu ciała, zaburzenia lateralizacji, spowolnienie procesów myślenia, zaburzenia uwagi, zaburzenia zachowania.

Wskazania do pracy z dzieckiem z afazją:

- motywować dziecko do wypowiedzania się;
- jak najczęściej pozwolić dziecku wypowiadać się (w możliwy dla niego sposób);
- docenić (nagradzać w umówiony sposób) każdą próbę komunikowania się;
- nie pospieszać dziecka w czasie wypowiedzi;
- nie zmuszać dziecka do wypowiedzania się;
- umożliwić dziecku udział w dyskusjach z innymi dziećmi w grupie;
- nie poprawiać wypowiedzi dziecka (nie wymagać odpowiedzi pełnym zdaniem);
- zwracać uwagę, czy dziecko rozumie wypowiedź nauczyciela (poprzez zadawanie pytań dotyczących wypowiedzi; samo zapytanie dziecka czy *rozumie*, nie jest miarodajne, ponieważ dziecko zazwyczaj odruchowo potwierdzi);
- zadawać dziecku krótkie, niezłożone pytania;
- podczas zadawania pytania zwracać się bezpośrednio do dziecka, zachowując właściwy ton i tempo wypowiedzi (niezbyt szybkie, lecz też niezbyt wolne);
- nagrywać dziecku zadania do utrwalania czy wykonania w domu.