

## Pedagogika specjalna

### 1 terminologia pedagogiki specjalnej.

#### a) określenie pedagogiki specjalnej

Pedagogika specjalna jest działem pedagogiki ogólnej.

- ❖ Pedagogika specjalna jest to wiedza teoretyczna i praktyczna o wychowaniu, czyli nauka wychowania i praktyczne oddziaływania wychowawcze odnoszące się do nauk specjalnie wyodrębniających się z ogólnej populacji dzieci, młodzieży i dorosłych

KREJCZYK

#### b) określenie działów szczegółowych pedagogiki specjalnej

##### Działy (specjalności) pedagogiki specjalnej.

- Pedagogika upośledzonych umysłowo- *oligofrenopedagogika* (gr. *oligos*-mały umysł); od 1998 roku termin niepełnosprawni intelektualnie;
- Pedagogika osób z wadami słuchu- *surdopedagogika* (łac. *surdus*- głuchy);
- Pedagogika osób z wadami wzroku- *tyflop pedagogika*; (*typhlo*-ślepy)
- Pedagogika osób niedostosowanych społecznie- *resocjalizacyjna*;
- Pedagogika osób niesprawnych ruchowo- *ped. terapeutyczna lub lecznicza*;
- Pedagogika osób z trudnościami w uczeniu się (z zaburzeniami parcjalnymi);
- Pedagogika osób uzdolnionych i utalentowanych- *ped. wzmożonego rozwoju*.

Zasady wychowania specjalnego określa się jako **zasady rewalidacji**. **Rewalidacja** (*walidus-silny, sprytny; re- powrotne*) oznacza bowiem w aspekcie językowym wszelkie działanie mające na celu przywrócenie pełni zdrowia jednostce upośledzonej. Skoro jednak możliwe jest to w wyjątkowych przypadkach rewalidację więc rozumiemy jako wychowanie zmierzające do najpełniejszego rozwoju jednostki upośledzonej. W związku z tym **rewalidacja ma następujący kierunek:**

#### c) synonimy nazwy pedagogika specjalna

#### d) definicje pojęć

\* **niepełnosprawność**- wszelkie ograniczenia lub brak wynikający z uszkodzenia- możliwości wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka, niepełnosprawność dotyczy odchylenia in minus pod określonym względem,

\* **dziecko niepełnosprawne**- to takie dziecko 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 dzieci

\* **uszkodzenie**- utrata lub wada psychiczna fizjologiczna lub anatomiczna struktury organizmu, ( wada wrodzona lub nabyta, choroby, urazy) utrata strata może być częściowa lub całkowita)

NASTĘPSTWEM USZKODZENIA MOŻE BYĆ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

\***upośledzenie**- jest ono następstwem uszkodzenia i niepełnosprawności a jednocześnie manifestuje się mniej korzystną sytuacją społeczną, gdyż uniemożliwia lub ogranicza wypełnianie ról oraz realizację własnych zadań związanych z wiekiem płcią i tradycjami kulturowymi. Termin upośledzenie oznacza utratę lub ograniczenie możliwości uczestnictwa

w życiu społeczeństwa w tym samym stopniu co inni obywatele. Termin ten należy rozumieć w znaczeniu funkcjonalnym ( pełnienie ról ) stąd podkreślenie w nim aspektów społecznych. Stopień upośledzenia może przyjąć formy:

- a) **utrudnienia**- oznacza ze dana osoba może wykonywać określone czynności zadania, ale przychodzi jej to z przeszkodami ale po mimo trudności jest możliwe do wykonania
- b) **ograniczenie**- oznacza ze dana osoba może wypełniać swoją rolę ale w niepełnym lub częściowym zakresie
- c) **uniemożliwienie**- nie może wykonywać swojej roli sytuacja pozbawienia lub deterwacji

Niepełnosprawność podkreśla wymiar biologiczny

Upośledzenie odczytuje się jako fakt uwarunkowany kulturowo i społecznie

### **CHOROBA URAZ – USZKODZENIE- NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ- UPOŚLEDZENIE**

\***Norma** – (wg. Radlińskiej) to wielkość wystarczająca do tego aby uznać osiągnięty wynik lub nasilenie właściwości za optymalne.

(wg. Dykcika) pojęcie normy ma szeroki zakres znaczeniowy i może być rozpatrywane według bardzo różnych kryteriów np. statystycznych i w ujęciu społeczno kulturowym

Norma bywa niekiedy utożsamiana z pojęciem zdrowia jednak norma ma szersze znaczenie

- a. ) kiedy oznacza powszechność masowość pospolitość, częstość występowania
- b) kiedy oznacza normatywną zgodność z przyjętymi wzorami nastawieniami oczekiwaniami i konsekwencjami, przepisami
- c) kiedy jest synonimem wyrażenia zdrowy psychicznie i dotyczy tych samych obiektów w odniesieniu do których sensowne jest użycie przymiotnika zdrowy.

\***Odchylenie od normy** jest to odchylenie od zjawisk występujących w ilości przeważającej i uznanych za zjawiska normalne: te odchylenia mogą być dwójakiego rodzaju subnorma(poniżej) lub supranorma( powyżej) ogólnie przyjętych norm.

\* **Zdrowie**- stan dobrego samopoczucia fizycznego psychicznego i społecznego,

**H. Sęk niepełnosprawną jest osoba która z powodu urazu choroby czy wady wrodzonej ma poważne trudności albo nie jest zdolna wykonywać czynności które osoba w tym samym wieku jest zdolna wykonać**

**Rewalidacja** - (*walidus- silny, sprytny; re- powrotne*) oznacza bowiem w aspekcie językowym wszelkie działanie mające na celu przywrócenie pełni zdrowia jednostce upośledzonej. Skoro jednak możliwe jest to w wyjątkowych przypadkach rewalidację więc rozumiemy jako wychowanie zmierzające do najpełniejszego rozwoju jednostki upośledzonej.

W związku z tym **rewalidacja ma następujący kierunek:**

- ✓ rozwijanie sił biologicznych zadatków i cech najmniej uszkodzonych- przy parcjalnych uszkodzeniach aktywizowanie zdrowych partii fizycznych lub psychicznych;
- ✓ wzmacnianie, maksymalne usprawnianie- wykorzystywanie uszkodzonych cech sfer psychicznych i fizycznych np. drogą racjonalnych ćwiczeń analogicznych; przy zastosowaniu aparatów słuchowych dziecko niedosłyszające może uzyskać znacznie lepsze warunki rozumienia rzeczywistości;
- ✓ wyrównywanie braków niedorozwoju, np. u dziecka upośledzonego umysłowo wyrównuje się niedostatki w rozwoju umysłowym drogą kształcenia często

niezaburzonych uzdolnień manualnych; działalność tę określa się jako kompensację;

- ✓ zastępowanie braków określane także jako działanie substytucyjne, ma miejsce wtedy, gdy brak lub niedobór zastępuje się inną funkcją, np. u niewidomego brak wzroku- dotykiem.

Pojęcie **rewalidacji** mieści w sobie upośledzenie, działanie wzmacniające, usprawniające, kompensacyjne i substytucyjne są inne, muszą być dostosowane do potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka:

- zorientowanie się w charakterystycznych oddziaływaniach, warunków środowiska na daną jednostkę upośledzoną;
- jak najszerszym uwzględnieniu czynników podnoszących próg tolerancji na frustrację;
- zastosowaniu warunków kształtujących nowe motywacje.

### **Ogólne zasady rewalidacji:**

- 1) zasada akceptacji;
- 2) zasada pomocy;
- 3) zasada indywidualizacji;
- 4) zasada terapii pedagogicznej ( trzy fazy: - przygotowawcza; oddziaływania na środowisko drogą poradnictwa; stosowanie środków terapeutycznych)
- 5) zasada współpracy z rodziną.

\* **Rehabilitacja** - kompleksowe i zespołowe działanie na rzecz osoby niepełnosprawnej fizycznie lub psychicznie, które ma na celu przywrócenie tej osobie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Twórcami współczesnej rehabilitacji są: profesor Howard Rusk a w Polsce profesor Wiktor Dega. Rehabilitacja to proces medyczny i społeczny.

### **Model rehabilitacji: [edytuj]**

#Powszechność - integralna część leczenia, obejmuje główne dyscypliny w leczeniu zamkniętym i otwartym.

#Wczesność (zapoczątkowania) - rehabilitacja zaczyna się już w okresie podstawowego leczenia, co znacznie poprawia wyniki i skraca czas leczenia.

#Kompleksowość - rehabilitacja uwzględnia wszystkie aspekty (lecniczy, zawodowy, społeczny).

#Ciągłość - rehabilitacja jest procesem ciągłym, rozpoczęty proces rehabilitacji jest kontynuowany do końca.

#Trwałość

\***Resocjalizacja** proces modyfikacji osobowości jednostki społecznej w celu przystosowania jej do życia w danej zbiorowości, a w węższym rozumieniu w społeczeństwie polegający na tym, iż poprzez odpowiednie zabiegi kształtuje się jej normy społeczne i wartości, których nie miała ona możliwości przyswoić wcześniej w trakcie socjalizacji jednocześnie powodując, iż

rezygnuje ona z przyswojonych do tej pory reguł działania będących sprzecznymi z systemem aksjonormatywnym tej zbiorowości/społeczeństwa.

W każdym społeczeństwie istnieją odpowiednie instytucje, dzięki którym może odbywać się resocjalizacja. Funkcję osób dokonujących resocjalizacji mogą pełnić zarówno szamani, księża, pedagodzy jak i psychologowie w zależności od typu zbiorowości do której należy jednostka. Sama resocjalizacja może odbywać się na terenie więzienia, w zakładach poprawczych czy w kościelach, lecz także w szkole, rodzinie czy w zakładzie pracy.

\***Ortodydaktyka** - dział dydaktyki ogólnej zajmujący się ustaleniem zasad, celów i przebiegu procesów kształcenia osób upośledzonych umysłowo.

\* **Terapia** - to osiągnięcie pożądanego stanu zdrowia przy pomocy różnych zabiegów: leczenia, psychoterapii, hipnoterapii, bioenergoterapii itp.

\***Diagnoza** w psychologii polega na **opisie** pozytywnych i negatywnych właściwości psychicznych oraz psychologicznych mechanizmów funkcjonowania jednostki, **wyjaśnieniu** problemów w funkcjonowaniu tej jednostki oraz **prognozie** skutków zachowań i zjawisk i możliwości modyfikowania tego co problematyczne w funkcjonowaniu. Można wyróżnić diagnozę kliniczną i psychometryczną. diagnoza to stwierdzenie

\***Profilaktyka zdrowotna** - działania mające na celu zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie.

Wyróżniamy następujące fazy:

-profilaktyka wczesna - utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia

-profilaktyka pierwotna (I fazy) - zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka

-profilaktyka wtórna (II fazy) - zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie (przesiewowe badanie skriningowe)

-profilaktyka III fazy - zahamowanie postępu choroby oraz ograniczenie powikłań

**2. Surdopedagogika** (*łac. surdus- głuchy*) jest działem pedagogiki specjalnej zajmującym się teorią i praktyką kształcenia i wychowania osób z wadą słuchu (niesłyszących i słabo słyszących).

### **CELE SURDOPEDAGIGIKI:**

- a) określa pewne zasady, metody, formy pracy z osobą upośledzona w sposób indywidualny z dostosowaniem do możliwości, potrzeb dziecka niesłyszącego;
- b) poszukuje skutecznych form pracy rewalidacyjnej, które przy zastosowaniu środków i metod mogą w miarę możliwości rozwojowych przybliżyć jednostkę do normalnego funkcjonowania i aktywnego uczestnictwa w życiu;

- c) przywraca sprawność uszkodzonego słuchu przez umożliwienie korzystania z posiadanych resztek słuchowych drogą odpowiednich ćwiczeń;
- d) przywraca sprawność psychiczną przez usprawnienie procesów poznawczych zaburzonych w skutek ograniczenia bodźców słuchowych;
- e) przygotowuje osoby z wadą słuchu do funkcjonowania w warunkach życiowo zmiennych i do możliwie samodzielnego życia.

**Ucho** jest narządem słuchu i równowagi. Ucho ludzkie zdolne jest odbierać dźwięki o częstotliwości od 16 do 22000 Hz (drgań na sekundę) o natężeniu od 0 do 120 dB (decybeli).

**Ucho zewnętrzne** to małżowina uszna i przewód słuchowy kończący się błoną bębenkową. **Ucho środkowe** to trzy kosteczki: strzemiączko, młoteczek i kowadełko działające na zasadzie dźwigu.

**Ucho wewnętrzne** to błędnik nerwu statyczno- słuchowego (nerw czaszkowy). W skład błędnika wchodzi ślimak.

**Na funkcje słyszenia składają się powiązane ze sobą procesy:**

- *przenoszenia drgań akustycznych odbywające się głównie w uchu zewnętrznym i środkowym;*
- *przetwarzanie drgań akustycznych na mikroimpulsy elektryczne (w ślimaku), przewodzenie tych impulsów włóknami nerwu słuchowego do ośrodkowego układu nerwowego i do kory płata skroniowego;*
- *odbywające się w ośrodkowym układzie nerwowym a zwłaszcza w korze mózgu, których efektem jest świadomy odbiór dźwięków, ich kojarzenie, zapamiętywanie.*

Z wiekiem kanały słuchowe ucha wewnętrznego ulegają degradacji, Tracą przez to zdolność przekazywania bodźców akustycznych (zamienionych na elektryczne) do mózgu.

W zależności od miejsca uszkodzenia stwierdzony niedosłuch dzieli się na:

- ❖ *niedosłuch przewodzeniowy- uszkodzenie w uchu zewnętrznym i środkowym;*
- ❖ *niedosłuch odbiorczy, w którym wyróżnia się niedosłuch ślimakowy i nerwowy;*
- ❖ *niedosłuch centralny- uszkodzenie może dotyczyć każdego miejsca drogi słuchowej w mózgu.*

Upośledzenie słuchu wynika z zaburzeń powstających w uchu zewnętrznym i środkowym i pociąga za sobą niedosłuch przewodzeniowy (jedo lub obuuszny), który nigdy nie powoduje głuchoty, a jedynie niedosłuch w mniejszym lub większym stopniu.

Niedosłuch ślimakowy i nerwowy może być jednostronny natomiast centralny jest zawsze obuuszny ze względu na krzyżowanie się dróg słuchowych.

**Nie jest reakcją słuchową** reakcja na np. odkurzacz czy dzwonek do drzwi. Są to reakcje kostne i wcale nie świadczą o tym że dziecko słyszy. Tylko dźwięki nie wydobyte za pomocą przedmiotów powodują reakcje słuchową i pozwalają na sprawdzenie czy dziecko słyszy czy nie.

Etologia wad słuchu obejmuje trzy zasadnicze zespoły powodując:

- **głuchotę dziedziczną-** występuje również u innych członków tej samej rodziny i dzieli się ją na :

- **dominującą**- łączy się z innymi zaburzeniami, nie zawsze ujawnia się po urodzeniu, niekiedy dopiero po kilkunastu latach i jest trudna do stwierdzenia;
- **recesywną**- może pojawić się na każdym etapie życia.
- **głuchotę wrodzoną**- choroby matki w czasie ciąży (choroby wirusowe, zwłaszcza różyczka)
  - czynniki toksyczne (uszkodzenie płodu)
  - zaburzenia hormonalne (konflikt serologiczny)

U około 50% noworodków z uszkodzonym słuchem przyczyna jest niemożliwa do ustalenia. U 25% mogą to być czynniki genetyczne, u pozostałych 25% noworodków utrata słuchu może być związana z innymi znanymi czynnikami ryzyka:

- ❖ *niska masa urodzeniowa*- poniżej 1500g
- ❖ *leki antobiotyczne*- hinina, karamycyna, gentamycyna, neomycyna;
- ❖ *żółtaczką*
- ❖ *bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych*
- ❖ *przerośnięty trzeci migdał* (sytuacja odwracalna).

W Polsce na 10000 noworodków 10-20 na wrodzoną, głęboką wadę słuchu. Defekt ten jest genetycznie uwarunkowany w 60%. Nosicielem tej wady jest 4,2% ludności Polski centralnej.

Pojęcie uszkodzenia słuchu jest pojęciem nadrzędnym i obejmuje wszelkie rodzaje i stopnie utraty słuchu:

- **głuchota**- całkowity brak słuchu;
- **resztki słuchowe**- w różnym stopniu niskiej pozostałości słyszenia- ubytek słuchu przekracza 80dB;
- **niedosłuch**- ograniczenie funkcji słuchowej 40-80 dB.

Międzynarodowe Biuro Audiofonologii klasyfikuje stopnie ubytku słuchowego następująco:

- 1) **normalny słuch**- próg słyszalności 20dB;
- 2) **lekkie upośledzenie słuchu**- próg słyszalności 21-40dB;
- 3) **średnie upośledzenie słuchu**- próg słyszalności 41-70dB;
- 4) **poważne upośledzenie słuchu**- próg słyszalności 71-90dB;
- 5) **głębokie upośledzenie słuchu**- próg słyszalności 91dB i więcej.

Przyjęto, że osoby mające lekki i średni ubytek słuchu określane są jako słabo słyszające, a osoby mające znaczny i głęboki ubytek słuchu jako niesłyszające.

Ze względu na czas występowania wady mówimy o osobach z wadą słuchu, że są osobami z głuchotą:

- ✓ **prelingwalną**- gdy uszkodzenie nastąpiło przed okresem nabycia mowy;
- ✓ **interlingwalną**- gdy dziecko zaczęło uczyć się mowy ale nie opanowało w pełni języka;
- ✓ **postlingwalną**- po opanowaniu mowy.

W ocenie narządu słuchu stosowane są dwa rodzaje metod diagnostycznych;

- a. *metody psychofizyczne* np. audiometria behawioralna, audiometria tonalna, audiometria słowna;

- b. *metody elektrofizjologiczne* zwane *metodami obiektywnymi* (umożliwiają one ocenę wielkości i rodzaju zaburzeń słuchu bez aktywnej współpracy ze strony pacjenta)

Badania obiektywne są badaniami czynnościowymi i nie można za ich pomocą uzyskać informacji dotyczących procesów percepcji i analizy słuchowej.

Dzięki prawidłowo funkcjonującemu narządowi słuchu świat dźwięków staje się bramą do zdobywania informacji o świecie. Z tego punktu widzenia możemy mówić o różnych kategoriach dźwięków spełniających rolę sygnałów. Są to:

- **dźwięki środowiska zewnętrznego**- dźwięki wydawane przez różne zwierzęta, ludzki głos (śmiech, płacz), dźwięki naturalne (szum wiatru, odgłos burzy, kroków), dźwięki różnych urządzeń (samochód, telefon);
- **dźwięki muzyczne**;
- **dźwięki mowy**.

Uważa się, że percepcja dźwięków świata zewnętrznego jest podstawowa.

Procesy percepcji tak zróżnicowanego świata dźwięków mają pewne cechy wspólne, ale także własną specyfikę. To co je łączy to ten sam schemat percepcji. To, co specyficzne ma swoje odbicie w różnej lokalizacji funkcji słuchowej i w różnym charakterze bodźców akustycznych.

Pozwala to również wydzielić podstawowe rodzaje percepcji słuchowej:

- a) **słuch przedmiotowy/ fizyczny**;
- b) **słuch muzyczny**;
- c) **słuch mowy**;

W zakresie percepcji słuchowej dźwięków mowy możemy wyróżnić:

- 1) **repcję dźwięków mowy**- dostrzeżenie działania bodźca lub tego, że bodziec przestał działać. Jest to funkcja podstawowa, określana terminem słyszenie, a odpowiada za nią analizator słuchowy obejmujący niższe piętra mózgu; efektem jest powstanie wrażeń słuchowych;
- 2) **rozróżnianie i wyodrębnianie dźwięków mowy**- funkcja ta określana jest mianem mownego. Wyszczególnić tutaj można:
  - + **słuch fonemowy**- odróżnianie/ utożsamianie dwóch wypowiedzi różnych lub takich samych fonologicznie;
  - + **słuch fonetyczny**- odróżnianie różnych głosek stanowiących tę samą klasę głosek;
  - + **słuch prozodyczny**- różnicowanie elementów prozodycznych wypowiedzi (akcent, melodia, rytm).
- 3) **pamięć słuchowa wypowiedzi**- umożliwia przywoływanie wyobrażeń dźwięków mowy. Istotną rolę pełnią tworzone wzorce słuchowe wyrazów, sylab, głosek;
- 4) **semantyzacja dźwięków mowy**- umiejętność kojarzenia dźwięków mowy i ich znaczenia; łącznie wzorców słuchowych wyrazów z odpowiednimi pojęciami, przypisywanie znaczeń wypowiedziom;
- 5) **kontrola słuchowa wypowiedzi**.

Badania nad asymetrią czynności psychicznych w mózgu wyraźnie potwierdzają związek mowy z lewą półkulą mózgu. Dotyczy to zarówno strony motorycznej procesu mówienia (mowy) jak i percepcyjnej (rozumienia wypowiedzi mówionych).

Półkule mózgowe wiążą się silnie z przeciwległą stroną ciała. Istnieje zatem przewaga percepcji prawousznej dla materiału werbalnego oraz przewaga percepcji lewousznej dla dźwięków niewerbalnych (melodia, dźwięk, prozodia).

Zmysł słuchu w przeciwieństwie do wzroku odbiera wrażenia w sposób ciągły ze wszystkich kierunków i z dużej odległości. Wpływa ludzkie nastroje i zachowania.

## **ETAPY ROZWOJU MOWY**

### **OKRES PRENATALNY**

Istnieje cała seria wskaźników behawioralnych świadczących o słyszeniu przez płód. W wieku 24 tygodni zarejestrowano reakcje ruchowe na bodźce akustyczne, a w 26 tygodniu reakcje ze strony układu krążenia.

24-25 tydzień- odruch powiekowy (utrwała się po 28 tygodniu)

Tak więc płód słyszy w czasie drugiej połowy ciąży i może interpretować i wykorzystywać takie elementy jak jego natężenie, czas trwania i częstotliwość.

Kształtuje się pamięć słuchowa. Głos matki dominuje wśród dźwięków.

W okresie płodowym nie tylko kształtuje się recepcja słuchowa ale także różnicowanie dźwięków i pamięć słuchowa.

### **OKRES MELODII**

Krzyk niemowlęcia jest swego rodzaju pierwszym aktem mowy, która w przyszłości krocząc przez kolejne etapy rozwoju, doprowadzi do swobodnego porozumiewania się.

### **OKRES GŁUŻENIA**

Okolo 2 miesiąca życia pojawiają się bardziej artykułowane, samogłoskowe dźwięki. Dźwięki te są podobne do dźwięków mowy, dlatego są często błędnie traktowane jako początek świadomego procesu mówienia.

Te wokalizacje nazywane głużeniem nie są wypowiedane świadomie przez dziecko i nie mogą być traktowane jako pierwsze przejawy mowy dziecka; są ona odruchem bezwarunkowym.

### **OKRES GAWOŻENIA**

Okolo 6 miesiąca życia głużenie zmienia się w gawożenie, które już świadczy o tym, że dziecko słyszy.

### **OKRES ECHOLANDII**

Od 9 miesiąca okres echolandii- naśladowanie słów wypowiedzianych przez osoby z najbliższego otoczenia.



Dzieci z uszkodzonym narządem słuchu same nie mogą pokonać bariery w odbiorze dźwięków z otoczenia. Nie słysząc swojego bezwarunkowego głużenia nie odkrywają tak jak ich rówieśnicy kodu językowego. Dzieci nie dostrzegają jego realnego istnienia.

Dzieci z głębokim uszkodzeniem słuchu mogą się posługiwać tzw. *dźwiękiem apelem*, który ma bardzo wysoką częstotliwość. Pojawiają się gesty będące bazą języka migowego. Okres melodii nie występuje. Dziecko nie opanowuje rytmu, intonacji, akcentu. Nie tylko problemy artykulacji ale również elementów prozodycznych.

1-2 rok życia to **OKRES WYRAZU** – odkrycie znaczenia słowa; efekt śnieżnej kuli- dziecko codziennie poznaje nowe słowo, wypowiada je i rozumie jego znaczenie; doskonalą język, odkrywa gramatykę.

U dzieci z uszkodzonym narządem słuchu okres wyrazu pojawia się ze znacznym opóźnieniem i jest to uwarunkowane opanowaniem mowy biernej czyli rozumienia. Bez zrozumienia nie ma wypowiedziania!!!

Bez specjalnych metod nie pojawią się pierwsze słowa. Potrzebne jest wychowanie słuchowe i odpowiednie ćwiczenia.

**OKRES SWOISTEJ MOWY DZIECIECEJ** – 3-6 rok życia  
4-5 rok życia- przygotowanie do nauki czytania i pisania.

#### ***Rozwój mowy dziecka niesłyszącego zależy od:***

- ❖ wieku, w którym nastąpiła utrata słuchu;
- ❖ stopnia uszkodzenia słuchu;
- ❖ momentu, w którym została wykryta wada słuchu;
- ❖ czasu, w którym została rozpoczęta efektywna rehabilitacja słuchu i mowy;
- ❖ współwystępowania innych wad;
- ❖ poziomu rozwoju intelektualnego dziecka;
- ❖ poziomu pamięci słuchowej;
- ❖ kultury językowej środowiska wychowawczego;
- ❖ przygotowania rodziców do świadomego kształtowania mowy dziecka, ich umiejętności i chęci współpracy z różnymi specjalistami.

#### ***WYCHOWANIE SŁUCHOWE:***

- I. ETAP- wykrywanie dźwięków;
- II. ETAP- różnicowanie dźwięków;
- III. ETAP- rozpoznawanie/ identyfikacja dźwięków;
- IV. ETAP- rozumienie.

Etologia wad słuchu obejmuje trzy zasadnicze zespoły powodując:

- **gluchotę dziedziczną**- występuje również u innych członków tej samej rodziny i dzieli się ją na :
  - **dominującą**- łączy się z innymi zaburzeniami, nie zawsze ujawnia się po urodzeniu, niekiedy dopiero po kilkunastu latach i jest trudna do stwierdzenia;
  - **recesywną**- może pojawić się na każdym etapie życia.
- **gluchotę wrodzoną**- choroby matki w czasie ciąży (choroby wirusowe, zwłaszcza różyczka)
  - czynniki toksyczne (uszkodzenie płodu)
  - zaburzenia hormonalne (konflikt serologiczny)

U około 50% noworodków z uszkodzonym słuchem przyczyna jest niemożliwa do ustalenia. U 25% mogą to być czynniki genetyczne, u pozostałych 25% noworodków utrata słuchu może być związana z innymi znanymi czynnikami ryzyka:

- ❖ *niska masa urodzeniowa*- poniżej 1500g
- ❖ *leki antobiotyczne*- hinina, karamycyna, gentamycyna, neomycyna;
- ❖ *żółtaczka*
- ❖ *bakteryjne zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych*
- ❖ *przerośnięty trzeci migdał* (sytuacja odwracalna).

W Polsce na 10000 noworodków 10-20 na wrodzoną, głęboką wadę słuchu. Defekt ten jest genetycznie uwarunkowany w 60%. Nosicielem tej wady jest 4,2% ludności Polski centralnej.

Pojęcie uszkodzenia słuchu jest pojęciem nadrzędnym i obejmuje wszelkie rodzaje i stopnie utraty słuchu:

- **gluchota**- całkowity brak słuchu;
- **resztki słuchowe**- w różnym stopniu nikłe pozostałości słyszenia- ubytek słuchu przekracza 80dB;
- **niedosłuch**- ograniczenie funkcji słuchowej 40-80 dB.

Międzynarodowe Biuro Audiofonologii klasyfikuje stopnie ubytku słuchowego następująco:

- 1) **normalny słuch**- próg słyszalności 20dB;
- 2) **lekko upośledzenie słuchu**- próg słyszalności 21-40dB;
- 3) **średnio upośledzenie słuchu**- próg słyszalności 41-70dB;
- 4) **poważne upośledzenie słuchu**- próg słyszalności 71-90dB;
- 5) **głębokie upośledzenie słuchu**- próg słyszalności 91dB i więcej.

Przyjęto, że osoby mające lekki i średni ubytek słuchu określane są jako słabo słyszające, a osoby mające znaczny i głęboki ubytek słuchu jako niesłyszające.

Ze względu na czas występowania wady mówimy o osobach z wadą słuchu, że są osobami z głuchotą:

- ✓ **prelingwalną**- gdy uszkodzenie nastąpiło przed okresem nabycia mowy;
- ✓ **interlingwalną**- gdy dziecko zaczęło uczyć się mowy ale nie opanowało w pełni języka;
- ✓ **postlingwalną**- po opanowaniu mowy.

W ocenie narządu słuchu stosowane są dwa rodzaje metod diagnostycznych;

- a. *metody psychofizyczne* np. audiometria behawioralna, audiometria tonalna, audiometria słowna;
- b. *metody elektrofizjologiczne* zwane *metodami obiektywnymi* (umożliwiają one ocenę wielkości i rodzaju zaburzeń słuchu bez aktywnej współpracy ze strony pacjenta)

Badania obiektywne są badaniami czynnościowymi i nie można za ich pomocą uzyskać informacji dotyczących procesów percepcji i analizy słuchowej.

Dzięki prawidłowo funkcjonującemu narządowi słuchu świat dźwięków staje się bramą do zdobywania informacji o świecie. Z tego punktu widzenia możemy mówić o różnych kategoriach dźwięków spełniających rolę sygnałów. Są to:

- **dźwięki środowiska zewnętrznego**- dźwięki wydawane przez różne zwierzęta, ludzki głos (śmiech, płacz), dźwięki naturalne (szum wiatru, odgłos burzy, kroków), dźwięki różnych urządzeń (samochód, telefon);
- **dźwięki muzyczne;**
- **dźwięki mowy.**

Uważa się, że percepcja dźwięków świata zewnętrznego jest podstawowa.

Procesy percepcji tak zróżnicowanego świata dźwięków mają pewne cechy wspólne, ale także własną specyfikę. To co je łączy to ten sam schemat percepcji. To, co specyficzne ma swoje odbicie w różnej lokalizacji funkcji słuchowej i w różnym charakterze bodźców akustycznych.

Pozwala to również wydzielić podstawowe rodzaje percepcji słuchowej:

- d) **sluch przedmiotowy/ fizyczny;**
- e) **sluch muzyczny;**
- f) **sluch mowy;**

W zakresie percepcji słuchowej dźwięków mowy możemy wyróżnić:

- 1) **repcję dźwięków mowy**- dostrzeżenie działania bodźca lub tego, że bodziec przestał działać. Jest to funkcja podstawowa, określana terminem słyszenie, a odpowiada za nią analizator słuchowy obejmujący niższe piętra mózgu; efektem jest powstanie wrażeń słuchowych;
- 2) **rozróżnianie i wyodrębnianie dźwięków mowy**- funkcja ta określana jest mianem mownego. Wyszczególnić tutaj można:
  - + **sluch fonemowy**- odróżnianie/ utożsamianie dwóch wypowiedzi różnych lub takich samych fonologicznie;
  - + **sluch fonetyczny**- odróżnianie różnych głosek stanowiących tę samą klasę głosek;
  - + **sluch prozodyczny**- różnicowanie elementów prozodycznych wypowiedzi (akcent, melodia, rytm).
- 3) **pamięć słuchowa wypowiedzi**- umożliwia przywoływanie wyobrażeń dźwięków mowy. Istotną rolę pełnią tworzone wzorce słuchowe wyrazów, sylab, głosek;
- 4) **semantyzacja dźwięków mowy**- umiejętność kojarzenia dźwięków mowy i ich znaczenia; łącznie wzorców słuchowych wyrazów z odpowiednimi pojęciami, przypisywanie znaczeń wypowiedziom;
- 5) **kontrola słuchowa wypowiedzi.**

Badania nad asymetrią czynności psychicznych w mózgu wyraźnie potwierdzają związek mowy z lewą półkulą mózgu. Dotyczy to zarówno strony motorycznej procesu mówienia (mowy) jak i percepcyjnej (rozumienia wypowiedzi mówionych).

Półkule mózgowe wiążą się silnie z przeciwległą stroną ciała. Istnieje zatem przewaga percepcji prawousznej dla materiału werbalnego oraz przewaga percepcji lewousznej dla dźwięków niewerbalnych (melodia, dźwięk, prozodia).

Zmysł słuchu w przeciwieństwie do wzroku odbiera wrażenia w sposób ciągły ze wszystkich kierunków i z dużej odległości. Wpływa ludzkie nastroje i zachowania.

## **ETAPY ROZWOJU MOWY**

### **OKRES PRENATALNY**

Istnieje cała seria wskaźników behawioralnych świadczących o słyszeniu przez płód. W wieku 24 tygodni zarejestrowano reakcje ruchowe na bodźce akustyczne, a w 26 tygodniu reakcje ze strony układu krążenia.

24-25 tydzień- odruch powiekowy (utrwała się po 28 tygodniu)

Tak więc płód słyszy w czasie drugiej połowy ciąży i może interpretować i wykorzystywać takie elementy jak jego natężenie, czas trwania i częstotliwość.

Kształtuje się pamięć słuchowa. Głos matki dominuje wśród dźwięków.

W okresie płodowym nie tylko kształtuje się recepcja słuchowa ale także różnicowanie dźwięków i pamięć słuchowa.

### **OKRES MELODII**

Krzyk niemowlęcia jest swego rodzaju pierwszym aktem mowy, która w przyszłości krocząca przez kolejne etapy rozwoju, doprowadzi do swobodnego porozumiewania się.

### **OKRES GŁUŻENIA**

Około 2 miesiąca życia pojawiają się bardziej artykułowane, samogłoskowe dźwięki. Dźwięki te są podobne do dźwięków mowy, dlatego są często błędnie traktowane jako początek świadomego procesu mówienia.

Te wokalizacje nazywane głużeniem nie są wypowiedzane świadomie przez dziecko i nie mogą być traktowane jako pierwsze przejawy mowy dziecka; są one odruchem bezwarunkowym.

### **OKRES GAWOŻENIA**

Około 6 miesiąca życia głużenie zmienia się w gawożenie, które już świadczy o tym, że dziecko słyszy.

### **OKRES ECHOLANDII**

Od 9 miesiąca okres echolandii- naśladowanie słów wypowiedzianych przez osoby z najbliższego otoczenia.

Dzieci z uszkodzonym narządem słuchu same nie mogą pokonać bariery w odbiorze dźwięków z otoczenia. Nie słysząc swojego bezwarunkowego głużenia nie odkrywają tak jak ich rówieśnicy kodu językowego. Dzieci nie dostrzegają jego realnego istnienia.

Dzieci z głębokim uszkodzeniem słuchu mogą się posługiwać tzw. **dźwiękiem apelem**, który ma bardzo wysoką częstotliwość. Pojawiają się gesty będące bazą języka migowego. Okres melodii nie występuje. Dziecko nie opanowuje rytmu, intonacji, akcentu. Nie tylko problemy artykulacji ale również elementów prozodycznych.

1-2 rok życia to **OKRES WYRAZU** – odkrycie znaczenia słowa; efekt śnieżnej kuli- dziecko codziennie poznaje nowe słowo, wypowiada je i rozumie jego znaczenie; doskonalą język, odkrywa gramatykę.

U dzieci z uszkodzonym narządem słuchu okres wyrazu pojawia się ze znacznym opóźnieniem i jest to uwarunkowane opanowaniem mowy biernej czyli rozumienia. Bez zrozumienia nie ma wypowiedziania!!!

Bez specjalnych metod nie pojawią się pierwsze słowa. Potrzebne jest wychowanie słuchowe i odpowiednie ćwiczenia.

**OKRES SWOISTEJ MOWY DZIECIECEJ** – 3-6 rok życia  
4-5 rok życia- przygotowanie do nauki czytania i pisania.

***Rozwój mowy dziecka niesłyszącego zależy od:***

- ❖ wieku, w którym nastąpiła utrata słuchu;
- ❖ stopnia uszkodzenia słuchu;
- ❖ momentu, w którym została wykryta wada słuchu;
- ❖ czasu, w którym została rozpoczęta efektywna rehabilitacja słuchu i mowy;
- ❖ współwystępowania innych wad;
- ❖ poziomu rozwoju intelektualnego dziecka;
- ❖ poziomu pamięci słuchowej;
- ❖ kultury językowej środowiska wychowawczego;
- ❖ przygotowania rodziców do świadomego kształtowania mowy dziecka, ich umiejętności i chęci współpracy z różnymi specjalistami.

**WYCHOWANIE SŁUCHOWE:**

- I. ETAP- wykrywanie dźwięków;
- II. ETAP- różnicowanie dźwięków;
- III. ETAP- rozpoznawanie/ identyfikacja dźwięków;
- IV. ETAP- rozumienie.

**Aparat słuchowy** - urządzenie służące do wzmacniania głośności dźwięków u osób niedosłyszających. W przeszłości funkcję prymitywnych aparatów słuchowych pełniły specjalne trąbki wkładane do uszu, które dzięki rozszerzeniu u wlotu mogły skupiać fale dźwiękowe i poprawiać nieznacznie komfort słyszenia.

Obecnie nowoczesne aparaty słuchowe mają postać układów elektronicznych. Główne części, z których składa się takie urządzenie to: mikrofon, który zamienia dźwięk (fale akustyczne) w sygnał elektryczny; wzmacniacz - służący do zwiększenia natężenia sygnału i słuchawka (mająca najczęściej kształt cienkiego przewodu doprowadzającego fale akustyczne z miniaturowego głośniczka bezpośrednio do błony bębenkowej) przekształcająca wzmocniony sygnał elektryczny w dźwięk o większej sile niż pierwotnie odebrany przez aparat. Na początku aparaty były stosunkowo duże co zmieniło się wraz z zastosowaniem na szerszą skalę układów  tranzystorowych oraz mniejszych mikrofonów magnetycznych (lata pięćdziesiąte). Dzięki temu możliwe stało się ich umieszczanie na małżowinie usznej albo w uchu zewnętrznym.

### **Rodzaje aparatów słuchowych [edytuj]**

Ze względu na technologię stosowaną w aparacie, urządzenia te można podzielić na:

analogowe ( w tego typu aparatach może dojść do zmiany jakości dźwięku, fala dźwiękowa jest tu zamieniana w **impuls elektryczny**),

analogowe programowalne cyfrowo za pomocą komputera,

hybrydowe,

cyfrowe (w tego typu aparatach nie dochodzi do utraty jakości dźwięku; fale dźwiękowe są tutaj przekształcane na postać matematyczną będącą **ciągami cyfr**, który może być zamieniony na postać akustyczną)

Ponadto wyróżnia się aparaty:

wykorzystujące przewodnictwo powietrzne,

pudełkowe - aparat składa się z dwóch części: wzmacniacza noszonego w kieszeni oraz mikrofonu i słuchawki umocowanych przy uchu i połączonych przewodem z wzmacniaczem,

zauszne (tzw. *BTE*) - wszystkie główne części aparatu są zespolone w jednej obudowie, którą umieszcza się za uchem, od obudowy dźwięk wyprowadza falowód, który transmituje dźwięk za pomocą wkładki dousznej,

wewnątrzuszne (tzw. *ITE*) - wkłada się je w całości do ucha,

wewnątrzkanalowe (tzw. *CIC*) - główne części aparatu (mikrofon, wzmacniacz, słuchawka) są umieszczone wewnątrz przewodu słuchowego, największą zaletą takiego aparatu jest jego niewidoczność,

wykorzystujące przewodnictwo kostne,

**Implant ślimakowy** jest zaawansowanym elektronicznym urządzeniem, które jest wszczepiane podczas operacji chirurgicznej osobom z obustronną głuchotą lub obustronnym głębokim niedosłuchem. Implant ślimakowy pozwala na przywrócenie słuchu osobie głuchej. Nie jest to słuch fizjologiczny, ale do niego zbliżony. Implant ślimakowy składa się z dwóch części: wewnętrznej, która wszczepiana jest pod skórę i lokuje się w łoży kostnej przygotowanej przez chirurga w zagłębieniu kości czaszki, oraz części zewnętrznej, która przetwarza sygnały akustyczne w sygnały elektryczne i dalej przekazuje je do części wewnętrznej. Elektroda części wewnętrznej umieszczona w ślimaku bezpośrednio pobudza nerw słuchowy wywołując wrażenia słuchowe.

W Polsce stosowane są implanty firmy MEDEL, Cochlear oraz Advanced Bionics. Wszystkie rodzaje implantów stosowane są z powodzeniem zarówno u dzieci jak i u osób dorosłych w leczeniu głuchoty i głębokiego niedosłuchu.

Pierwsza w Polsce tego typu operacja wykonana została 16 lipca 1992 r. w Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie przez profesora Henryka Skarżyńskiego.

Obecnie w Polsce głównym ośrodkiem zajmującym się wszczepianiem implantów ślimakowych jest Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy, Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, mające swoją siedzibę w Kajetanach pod Warszawą. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu znalazł się w elitarnej grupie ośrodków na świecie, gdzie wszczepiono ponad 1000 implantów. W roku 2005, również w Instytucie wykonano najwięcej tego typu operacji w świecie.

Inne ośrodki zajmujące się wszczepianiem implantów ślimakowych to Kliniki Akademii Medycznych w Warszawie, Poznaniu, Lublinie i Białymstoku.

## **Język migany**

Od kilkudziesięciu lat w wielu krajach świata, w tym także w Polsce, niezależnie od klasycznego języka migowego, znaki migowe wykorzystuje się także jako ilustrację wypowiedzi słownej. Powstaje w ten sposób migana odmiana ojczystego języka mówionego, zwana **językiem miganym**. Znaków migowych używa się w szyku gramatycznym języka ojczystego, dodając za pomocą alfabetu palcowego końcówki fleksyjne. Język migany stosuje się zawsze razem z językiem mówionym. Jest to tzw. system językowo-migowy. Tę sztucznie utworzoną odmianę języka, łączącą w sobie cechy języka migowego i języka narodowego, wykorzystuje się w nauczaniu dzieci niesłyszących, w tłumaczeniach telewizyjnych, a także w porozumiewaniu się z niesłyszącymi dwujęzycznymi, a więc tymi, którzy mają dobrze opanowane struktury gramatyczne języka polskiego, a równoczesne ilustrowanie wypowiedzi słownej znakami języka migowego ułatwia im odczytywanie z ust.

Język migowy stał się w drugiej połowie obecnego stulecia przedmiotem badań naukowych w wielu krajach. Ciekawym eksperymentem była próba nawiązania za pomocą języka migowego komunikacji międzygatunkowej, podjęta w latach sześćdziesiątych w Nevadzie (USA), gdzie para psychologów Allen i Beatrice Gardner podjęła się nauczania amerykańskiego języka migowego szympanscy o imieniu Washoe. Po czterech latach nauki małpa opanowała biegle 132 znaki amerykańskiego języka migowego, przy czym nie tylko je rozumiała, ale umiała się także nimi czynnie posługiwać. Prowadzone dalej eksperymenty

z kolejnymi małpami wykazały, że małpy, które zostały nauczone języka migowego w dzieciństwie, posługują się nim w codziennej komunikacji między sobą i przekazują znajomość tych znaków potomstwu (Prafat-Pyrzewicz I., Bajewska J, 1994). W ostatnich latach podjęto także szereg badań nad polskim językiem migowym. Wspólną cechą wszystkich rozważań i badań naukowych jest potwierdzenie roli i znaczenia języka migowego dla rozwoju poznawczego i społecznego niesłyszących dzieci, w tym także dla rozwoju języka ojczystego jako drugiego języka dziecka.

**Język migowy** to język naturalny, charakteryzujący się użyciem kanału wzrokowego, a nie audytywnego. Języki migowe są to te języki wizualno-przestrzenne, które zostają nabyte drogą naturalnej akwizycji przez głuche dzieci od głuchych rodziców. Do niedawna języki migowe były pozbawione wersji pisanej (SignWriting).

Strukturalnie (przynajmniej na najbardziej abstrakcyjnym poziomie) języki migowe nie różnią się zasadniczo od języków fonicznych. Podobnie jak wszystkie języki naturalne, są one dwuklasowymi systemami znaków ze słownikiem i gramatyką.

Podwójne rozczłonkowanie w językach migowych wygląda nieco inaczej niż w fonicznych - kwestią sporną jest istnienie w językach migowych fonemów lub morfemów. Według niektórych autorów w językach migowych następuje swoista fuzja tych dwu poziomów.

Na komunikat w języku migowym składają się znaki manualne, mimiczne oraz ruchy wykonywane głową czy tułowiem. Charakterystyczną cechą komunikacji w językach migowych jest synchroniczność przekazu - funkcjonalna rozłączność artykulatorów umożliwia zamiganie więcej niż jednego elementu równocześnie, np. dwa różne znaki lewą i prawą ręką. Na ogół takie połączenia są zgramatykalizowane - dopuszczalne są tylko pewne z góry określone zestawienia, które komunikują regularnie te same treści (np. określona mimika, towarzysząca manualnemu nadawaniu czasowników, oznacza zmianę trybu).

Elementem o niejasnym statusie w językach migowych są tak zwane alfabety migowe (znaki daktylograficzne - por. obrazek). W pewnym sensie, są one elementem obcym, "cytowanym" (jak znaki alfabetu chińskiego w tekście polskim), nie należącym do danego języka migowego (nie przyłączają żadnych elementów gramatycznych, są zawsze w zdaniu "wyizolowane"). Z drugiej strony, nie są to znaki pozbawione treści - odsyłają one do liter danego alfabetu!

Wbrew popularnym poglądom nie istnieje jeden ogólnoswiatowy język migowy, ale wiele w pełni wykształconych języków, których zasięgi nie zawsze pokrywają się z zasięgami języków mówionych. Przykładowo brytyjski język migowy (BSL) jest zupełnie różny od amerykańskiego języka migowego (ASL), który jest z kolei używany zarówno w USA jak i w Kanadzie oraz Meksyku.

Odrębną grupę stanowią języki migowe stworzone na użytek określonych grup zawodowych, wojskowy język migowy służy do porozumiewania się w całkowitej ciszy na szczeblu taktycznym pomiędzy poszczególnymi żołnierzami pozostającymi ze sobą w kontakcie wzrokowym. Osoby przebywające w bardzo hałaśliwym otoczeniu uniemożliwiającym lub utrudniającym komunikację fonetyczną np. pracownicy przemysłu budowlanego także korzystają z własnego języka migowego.

**Fonogesty** to ruchy jednej ręki, które towarzyszą głośnemu i wyraźnemu mówieniu. Ruchy ręki i zmiany układów palców towarzyszą ruchom i układom narządów mowy. Są z



nimi ściśle powiązane. Dziecko patrząc uważnie na ruchy ust i na ruchy ręki odróżnia i rozpoznaje wymawiane dźwięki mowy.

Istota mówienia z fonogestami polega na tym, że w czasie wymawiania sylaby dłoń przyjmuje układ dla spółgłoski i pokazuje lokację dla samogłoski. Kolejne sylaby wymagają sprawnej zmiany układów i lokacji.

**Daktylografia** - mowa palcowa. Została wprowadzona do nauczania głuchych przez mnicha hiszpańskiego Pedra de Ponce w XIV wieku. Przejął on prawdopodobnie tę formę porozumiewania się z klasztorów o zaostrzonym rygorze, zakazującym zakonnikom ustnej konwersacji. Daktylografia to forma porozumiewania się oparta na odpowiednich układach palców jednej lub obydwu dłoni. Każdej literze lub liczbie odpowiada określony znak daktylograficzny. Daktylografia przestrzega reguł gramatycznych.

### **Zasady porozumiewania się z osobami niedosłyszącymi**

1. Osoba prowadząca zajęcia powinna zadbać o stałą widoczność swojej twarzy w celu umożliwienia osobom głuchym i niedosłyszącym odczytywania mowy z ust. Nie należy przemieszczać się po sali w trakcie wykładu oraz mówić, będąc odwróconym plecami do sali (np. podczas zapisywania informacji na tablicy).
2. Nie należy przesadnie artykułować dźwięków, gdyż nasz przekaz może zostać silnie zniekształcony. Dobrze jest natomiast, jedynie nieznacznie, zwolnić tempo wypowiedzi w porównaniu z mową naturalną.
3. W komunikacji z osobami głuchymi szczególną rolę odgrywa kontakt wzrokowy, dlatego w rozmowie należy zadbać o jego utrzymanie. Przeniesienie wzroku z twarzy na jakiś punkt w przestrzeni wywołuje naturalną reakcję naszego rozmówcy, czyli podążenie wzrokiem i przerwanie toku rozmowy.
4. W przypadku głuchego odbiorcy nie należy mówić szczególnie głośno, ponieważ nie wpływa to na jakość odbioru komunikatu.
5. Źródło światła (słońce, okno) nie powinno znajdować się za plecami osoby mówiącej, gdyż może oślepić i w ten sposób uniemożliwić odczytywanie wypowiedzi z ust.
6. Aby zwrócić na siebie uwagę studenta, należy dotknąć jego ramienia lub przedramienia. W żadnym wypadku nie należy dotykać głowy, dłoni, nóg ani żadnej części klatki piersiowej.
7. Jeśli odległość nie pozwala na bezpośredni kontakt, można dynamicznie zamachać ręką lub poprosić osobę stojącą bliżej, aby pomogła nam zwrócić uwagę studenta. Za niedopuszczalne uważa się tupanie, krzyczenie, czy też uderzanie ręką w stół.
8. W celu skupienia na sobie uwagi większej grupy osób głuchych praktykowane jest szybkie zapalenie i zgaszenie światła.
9. Osoby głuche i niedosłyszące dosyć dobrze radzą sobie w sytuacji komunikacyjnej „jeden na jeden”, jednak w dużej grupie często nie radzą sobie i nie mogą nadażyć za kolejnymi uczestnikami rozmowy. Należy wtedy streścić dyskusję lub skorzystać z pomocy tłumacza języka migowego, a jeśli to możliwe, ustawić krzesła w okręgu.

10. Ważne informacje najlepiej jest przekazywać bezpośrednio - w formie pisanej, mówionej lub miganej.
11. Aby umożliwić głuchemu lub niedosłyszącemu studentowi pełny odbiór wykładu, można skorzystać z pomocy tłumacza języka migowego lub zezwolić na nagrywanie zajęć w celu sporządzenia ich zapisu przez osobę słyszącą. W większości przypadków najlepszym rozwiązaniem jest przekazanie studentowi streszczenia wykładu, które może sam uzupełniać w trakcie jego trwania.
12. Głusi studenci właściwie nie mają trudności z korzystaniem z podręczników akademickich. Należy jedynie udostępnić im odpowiednio wcześniej listę lektur, gdyż niektórzy mogą potrzebować więcej czasu na ich przeczytanie.

### **3. Tyflopädagogika- dział pedagogiki specjalnej zajmujący się dziećmi z wadami wzroku.**

#### **Warunkiem prawidłowego widzenia jest :**

1. sprawny układ wzrokowy : odbiera oko,, przewodzi nerwy i droga wzrokowa, przetwarza i interpretuje mózg
2. światło
3. obecność obiektów wzrokowych

Umiejętność widzenia nie jest nam dana uczymy się jej przez całe życie najważniejsze jest pierwsze 5,6 lat !!!!

W narządzie wzroku można wyróżnić :

- część fizjologiczną- widzenie
- część psychologiczną – percepcję wzrokową analiza synteza i interpretacja obrazów. W wyniku tych czynności powstają wrażenia wzrokowe i spostrzeżenia przedmiotów i zjawisk z otaczającej nas rzeczywistości, ich dysfunkcja nastąpi przede wszystkim w przypadku uszkodzenia kory mózgowej

Na szeroko rozumiane widzenie składa się:

1. widzenie centralne – mierzone ostrością wzroku dzięki któremu człowiek widzi w sposób wyraźny przedmioty zwłaszcza małe i bardzo małe oraz małe fragmenty większych przedmiotów
2. widzenie obwodowe- dzięki któremu człowiek widzi duże przedmioty oraz przedmioty znajdujące się w ruchu
3. widzenie stereoskopowe (obuoczne) widzimy bryły perspektywę
4. widzenie barw
5. widzenie o zmiernych

**Wada wzroku** (*łac. vitium visus*) - to niezdolność oka do tworzenia prawidłowo zogniskowanego obrazu na plamce żółtej lub centralnej części siatkówki.

Prawidłowe ogniskowanie obrazu nosi nazwę emetropii. Każda wada, która doprowadza do nieprawidłowego ogniskowania obrazu nosi nazwę ametropii. W przypadku ogniskowania obrazu za siatkówką powstaje stan zwany nadwzrocznością (zwaną także dalekowzrocznością). W przypadku powstawania ogniskowanego obrazu przed siatkówką dochodzi do krótkowzroczności.

W przypadku zmian spowodowanych wiekiem, doprowadzających do stwardnienia soczewki, dochodzi do wady nazywanej starczowzrocznością, polegającej na upośledzeniu ogniskowania obrazu w przypadku patrzenia na przedmioty blisko położone przed gałką oczną. astygmatyzm jest wadą wynikająca z występowania nieprawidłowego ogniskowania obrazu wskutek zmian krzywizn rogówki.

W języku potocznym wadą wzroku określa się także szereg zaburzeń, takich jak: tritanopia, deuteranopia, protanopia, monochromatyzm, daltonizm, które w istocie są zaburzeniami widzenia barwnego, a nie wadą wzroku, gdyż ogniskowanie w tych wypadkach jest prawidłowe.

### **Objawy chorobowe** [\[edytuj\]](#)

Rozpoznanie u osoby dorosłej nie następuje zwykle trudności (chory sam zauważa kłopoty w ostrości widzenia). Istnieją jednak osoby nie zwracające uwagi na zaburzenia widzenia i w tych wypadkach najczęstszym objawem są przewlekłe bóle głowy.

### **Objawy u dzieci** [\[edytuj\]](#)

tarcie oczu

pogorszenie się sprawności fizycznej

pogorszenie się wyników w nauce

zakrywanie jednego oka podczas czytania

zez

siedzenie blisko przed obserwowanym przedmiotem (telewizor, komputer)

### **Leczenie** [\[edytuj\]](#)

korekcja nieprawidłowego ogniskowania

okulary korekcyjne

soczewka kontaktowa miękka lub twarda

leczenie chirurgiczne

keratotomia promienista (radialna)

## **Leczenie w fazie badań** [edytuj]

keratoplastyka warstwowa - mikrochirurgiczne usunięcie powierzchniowej warstwy rogówki, celem jej spłaszczenia i tym samym porawy ogniskowania obrazu

fotokeratektomia refrakcyjna -wszczepianie cienkich soczewek kontaktowych na stałe między tęczówkę i soczewkę

### **4.Trudności w uczeniu**

termin trudności w uczeniu się wprowadzony został przez S.A Kirka w 1963. Do grupy tej nie zaliczano: dzieci z uszkodzeniami receptora wzrokowego i słuchowego ani dzieci znacznie ogólnie opóźnionych.

Trudności w uczeniu się są definiowane jako trudności w zakresie opanowywania różnych podstawowych sprawności ( chodzenie, stanie, mówienie) w zakresie uczenia się szkolnego ( czytanie pisanie liczenie) w zakresie funkcjonowania społecznego i rozwoju emocjonalnego ( najczęściej wtórnej) trudności te są rezultatem deficytów w zakresie percepcji i przetwarzania informacji.

Dzieci z trudnościami w uczeniu się można nazwać dziećmi z pogranicza normy charakteryzuje je:

- wolniejsze wykonywanie niektórych prac i zadań
- nadmierny pośpiech w pewnych sytuacjach
- częstsze pozostawianie prac niedokończonych
- częstsze niszczenie swoich prac
- trudności w skupieniu się i uważnym słuchaniu,
- niemożność zapamiętywania dłuższych i skomplikowanych poleceń

Są to dzieci:

- bardziej wrażliwe
- głębiej przeżywają wszystko co się wokół dzieje
- mniej odporne na stres, na emocje
- z trudem ukrywają emocje
- wycofujące się
- szybko rezygnujące
- mniej aktywne
- które są w tyle nie pełnią ról dominujących raczej obserwują

Dzieci te nieco wolniej, ale przede wszystkim inaczej rozwijają się:

Inność polega na występowaniu częściej w sposób wybiórczy niż uogólniony obniżonej zdolności do radzenia sobie ze zmianami w otaczającej dziecko rzeczywistości społecznej i fizycznej. Dziecko wolniej i z trudnościami uczy się sposobów spełniania niektórych wymagań. Takie dzieci potrzebują pomocy z zewnątrz. Musi to być pomoc wysoce wyspecjalizowana.

Mówiąc o dzieciach z trudnościami w uczeniu się mamy na myśli:

1. dzieci od 3 do 12 roku – obejmują okres w którym nadal trwa dojrzewanie OUN ale pojawiły się już wszystkie istotne elementy strukturalne tego układu
2. o mieszczącym się w granicy normy statystycznej niekiedy nawet o wysokim poziomie intelektualnym
3. zakłócenia w rozwoju dotyczącym funkcji podstawowych wyznaczających poziom wyuczalności
4. objawy w zaburzeniu zachowań
  - a) sfera poznawcza
  - b) sfera ruchowa
  - c) sfera emocjonalno- psychiczna

Częstość występowania tych zaburzeń:

**Polska 5- 10%**

USA 10- 35%

**Nie jest to grupa jednolita:**

1. dzieci o wybiórczo obniżonym poziomie funkcji ok 85%
2. dzieci o ogólnie obniżonym poziomie funkcjonalnym ok 15 %

**Ze względu na dominujący typ objawów wyróżnia się :**

- A. zespół niezgrabności ruchowej
- B. zespół nadpobudliwości psychoruchowej
- C. zespół nadpobudliwości emocjonalnej
- D. ....poznawczej
- E. zespół ogólnej nadruchliwości

**Specyfika trudności w uczeniu się:**

- 1 dysleksja – zaburzenia w uczeniu się czytania
- 2 dysgrafia- .... pisania
3. dyskalkulia- ... matematyki

Najczęściej terminu **dysleksja rozwojowa** używa się dla określenia syndromu specyficznych trudności w uczeniu się czytania i pisania. Określenie dysleksja rozwojowa oznacza, że ma ona charakter wrodzony i towarzyszy dziecku przez cały okres rozwoju.

- 1) Koncepcja genetyczna- przyjmuje że dziecko dziedziczy zmiany w OUN które leżą u podstaw trudności w czytaniu i pisaniu czynnikiem wywołującym dysleksję są recesywne geny przekazywane z pokolenia na pokolenie.
- 2) Koncepcja organiczna
- 3) Koncepcja hormonalna- dysleksje powoduje nadmiar testosteronu w okresie prenatalnym spowalnia on rozwój lewej półkuli.
- 4) Koncepcja opóźnionego dojrzewania OUN w wyniku spowolnionego dojrzewania OUN następuje fragmentyczna dysfunkcja tego układu
- 5) Koncepcja psychodysleksji zaburzenia emocjonalne mogą stać się przyczyną zahamowań dziecka lub jego nadmiernej pobudliwości co wpływa na jego funkcje poznawcze

Wyznaczniki

Genetyczny

Organiczny

Hormonalny

warunki

dydaktyczny

intelektualny

społeczny

**dysleksja rozwojowa**

Rozwojowy  
Psychologiczny

### **Typy dysleksji:**

- 1) Wzrokowy
- 2) Słuchowy ( percepcja słuchowa i pamięć słuchowa zaburzone)
- 3) Integracyjna ( np wzrokowo- słuchowa razem źle pracują)
- 4) Mieszany występują zaburzenia zarówno percepcji słuchowej słowa, pamięci sekwencyjnej i słuchowej ...

### **Objawy ryzyka dysleksji:**

#### **1) Wiek przedszkolny**

- opóźniony rozwój ruchowy
- mała sprawność ruchowa całego ciała
- słaba koordynacja wzrokowo ruchowa
- trudności w zapamiętywaniu

#### **2) Wiek 6,7 lat**

- trudności z wymową
- trudności w zapamiętywaniu wierszyków i piosenek
- trudności w odróżnianiu podobnych głosek
- trudności w wydzielaniu i łączeniu sylab
- trudności w wyróżnianiu elementów z całości
- trudności w orientacji w czasie( pory roku dnia godziny)
- trudności w rysowaniu i odtwarzaniu figur oraz wyrazów
- wadliwa wymowa
- trudności w nauce czytania
- brak lateryzacji

#### **3) Klasy 1 – 3**

- utrzymanie i pogłębianie wcześniejszych trudności
- mała sprawność ruchowa
- trudności z pisownią
- brzydkie pismo
- mylenie liter
- opuszczanie przetwarzanie liter

Jeśli zostanie rozpoznana dysleksja :

- rodzice mają prawo aby dziecko zostało objęte zajęciami korekcyjno-kompensacyjnymi
- dzieci mogą skorzystać ze specjalnych warunków zdawania różnego rodzaju egzaminów
- do 15 października trzeba złożyć zaświadczenie do szkoły
- opinie powinny być aktualne!!!!

## **5. PEDAGOGIKA LECZNICZA TERAPEUTYCZNA**

Pedagogika osób przewlekle chorych z dysfunkcją narządu ruchu przebywających w placówkach leczniczych integracyjnych specjalistycznych ośrodkach rehabilitacji a także opieki paliatywnej

- zajmuje się nauczaniem i wychowaniem dzieci przewlekle chorych niepełnosprawnych ruchowo
- zajmuje się także dziećmi somatycznie odmiennymi np. (chudość otyłość, wzrost)

Na przełomie ostatnich 50 lat dokonały się zmiany

a) w nazwie odejście od nazwy p. specjalna dziecko kalekie itp...

Obecnie używa się nazwy dziecko niepełnosprawne

b) Rozszerzono zainteresowania na problemy całej populacji dzieci ich choroby ich sytuacje w rodzinie i szkole...

c) zmiany w organizacji leczenia i rehabilitacji

- odchodzi się od długotrwałej rehabilitacji w ośrodkach zamkniętych na rzecz ośrodków otwartych

- dążenie do wczesnego wykrywania ( diagnozy) a także obejmowanie dzieci wczesną interwencją medyczną

-organizuje się ośrodki wczesnej diagnostyki i interwencji

-dążenie do jak najpełniejszego włączenia rodziny w proces rehabilitacji dziecka i

wyposażanie rodziców w odpowiednie wiadomości i umiejętności niezbędne w postępowaniu z chorym dzieckiem

-organizowanie otwartych ośrodków rehabilitacyjno wychowawczych w których dziecko przebywa kilka godzin w ciągu dnia i poddawane jest odpowiedniej terapii.

Choroba jako zjawisko przeciwne do zdrowia

**Choroba przewlekła** jest to proces patologiczny trwający ponad 4 tygodnie cechujący się brakiem nasilonych objawów chorobowych. Rozróżniamy choroby o pierwotnie przewlekłym przebiegu np. niektóre choroby gośćcowe oraz wtórne przewlekłe będące zejściem chorób o przebiegu ostrym. W przebiegu chorób przewlekłych mogą wystąpić: zaostrzenia objawów chorobowych, zmniejszenie się ich, nasilenia lub czasowe ustąpienie.

- Choroba rozumiana jest jako zaburzenie lub brak zdrowia a tym samym jako brak dobrego samopoczucia:

CHOROBY PRZEWLEKŁE ŁĄCZA:

1 długi czas trwania łagodniejszy niż w stanie ostrym

2 nieodwracalność zmian patologicznych

3 konieczność leczenia stałego

choroby przewlekłe to np.: astma cukrzyca alergie

Choroba człowieka w każdej sytuacji postaci jest nie tylko zjawiskiem biologicznym ale ma także swój wymiar psychiczny i społeczny. Powoduje nie tylko zaburzenia czynności organizmu ale także narusza różne sfery życia psychicznego człowieka i zmienia jego sytuacje społeczną.

Choroba powoduje zmiany:

1. w rozwoju fizycznym i ruchowym dziecka

- nie osiągnięcie norm ( wagi wzrostu)

-osłabienie rozwoju ruchowego

-osłabienie wydolności wysiłkowej dziecka i jego odporności

-patologiczne zmiany w strukturze i funkcji różnych organów ciała

2. w sferze procesów percepcyjnych i intelektualnych

3. emocjonalnej ( dzieci chore mogą reagować impulsywnie labilność emocjonalna, lęk, nadpobudliwość )

Choroba przewlekła naraża dziecko na wiele czynników i sytuacji lękowych.

- często występuje ból
  - zabiegi bezbolesne też stresują
  - sytuacje stresujące może u dziecka stwarzać sama choroba
  - choroba wymusza na dziecku ciągłą samokontrolę stwarza to lęk i napięcie
  - Przewlekła choroba może także w różnym stopniu zaburzać kształtowanie się u dziecka pojęcia o samym sobie oraz samooceny
  - naraża również dziecko na trudności przystosowawcze i opóźnienia rozwoju społecznego
- Największą część dzieci niepełnosprawnych stanowią dzieci z uszkodzonym narządem ruchu  
7% dzieci z całej populacji.

Niepełnosprawność ruchowa powoduje zaniżenie samooceny.

Rodziny w których funkcjonuje takie dziecko są narażone na wiele obciążeń

- a) zwiększone obciążenie czasowe
- b) zwiększone obciążenie fizyczne(różne zabiegi)
- c) zwiększone obciążenie psychiczne

Istotą podmiotowości rodziców w opiece i wychowaniu dzieci stanowi to, że rodzice podejmują wszelkie decyzje dotyczące dziecka i oni są głównymi realizatorami tych decyzji  
Natomiast w relacjach między państwem a rodziną istnieje zasada wspierania zasada pomocniczości nie wyręczania!

Zasada interwencji dotyczy rodzin dysfunkcyjnych które mimo wsparcia nie radzą sobie z dzieckiem.

Formy kształcenia takich dzieci:

- a) nauczanie indywidualne
- b) nauczanie zintegrowane dostosowanie programu do możliwości dziecka
- c) szkoły specjalne
- d) szkoły zintegrowane

**Mukowiscydoza-**, jest jedną z najczęściej występujących chorób uwarunkowanych genetycznie. Jest dziedziczona w sposób autosomalny recesywny co oznacza że chore dziecko odziedziczyło 2 chore geny jeden od ojca drugi od matki.

W Polsce co 25 osoba jest nosicielem nieprawidłowego genu odpowiedzialnego za wystąpienie choroby i dziedziczy ją 25% dzieci rodziców nosicieli.

Mukowiscydoza występuje u jednego na 2500 noworodków.

W klasycznej (pełnoobjawowej) postaci objawia się skłonnością do zapalenia oskrzeli i płuc, niewydolnością części zewnątrz-wydzielniczej trzustki, niepłodnością mężczyzn oraz podwyższonym stężeniem chlorków w pocie., typowe są także niedrożność jelit przedłużająca się żółtaczka noworodków, przewlekła biegunka czy kłopoty z tolerancją pokarmów.

Bada się krew i pot żeby wykryć chorobę.

## **Objawy ze strony układu oddechowego**

U ponad 90% chorych występują objawy ze strony układu oddechowego, takie jak:



- gęsty i lepki śluz, który zatyka oskrzela może spowodować niedodmę (*atelectasis*) i jest podłożem dla rozwoju bakterii, zwłaszcza dla gronkowca złocistego (*Staphylococcus aureus*) i pałeczki ropy błękitnej (*Pseudomonas aeruginosa*), które mogą tworzyć ropnie płuc (*abscessus pulmonis*)

- występuje suchy i uciążliwy kaszel, niekiedy duszność (pierwsze objawy już w wieku niemowlęcym)

-nawracające zapalenia oskrzeli (*bronchitis et bronchiolitis chronica*) i płuc, trudno poddające się typowemu leczeniu, prowadzą do rozstrzeni oskrzeli (*bronchiectases*) i włóknienia płuc

-przewlekłe zapalenie zatok przynosowych bocznych nosa z polipami (głównie u starszych dzieci)

## **Objawy ze strony przewodu pokarmowego**

Objawy ze strony przewodu pokarmowego występują u około 75% chorych:

- gęsty i lepki śluz blokuje przewody trzustkowe (powodując przewlekłe zapalenie trzustki) i przyjmowane pokarmy nie są odpowiednio trawione (stąd występowanie stolców tłuszczowych - *steatorrhoea*) doprowadzając do niedoborów w odżywianiu (*malnutritio*) i niedoboru witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, co powoduje zahamowanie wzrostu (osoby z mukowiscydozą wymagają przyjmowania 150% dziennego zapotrzebowania pokarmowego)

-występują obfite, nieuformowane, cuchnące, tłuszczowate stolce od wczesnego dzieciństwa

-powiększenie objętości brzucha, niekiedy wypadanie odbytnicy

-niedrożność smólkowa (*meconium ileus*) jelit w okresie noworodkowym, spowodowana czopem gęstej smółki zatykającym jelito grube

- może wystąpić (4-5% przypadków) wtórna marskość żółciowa wątroby z powodu niedrożności kanalików żółciowych

-zaczopowanie przewodów ślinianek gęstą wydzieliną śluzową

## **Inne objawy**

-u kobiet i mężczyzn może powodować niepłodność. U kobiet ze względu na wzrost gęstości śluzu szyjkowego, co implikuje trudności w przechodzeniu plemników w kierunku komórki jajowej; u mężczyzn może być związana z niedrożnością i niedorozwojem nasieniowodów.

- w wyniku zmian płucnych i zwiększonego oporu krążenia płucnego może dojść do powstania serca płucnego (*cor pulmonale*).

Podstawą leczenia jest usuwanie tego co zalega w płucach. Oprócz leków stosuje się w tym celu metody fizjologiczne klatki piersiowej min. Różne techniki drenażu, inhalacje, oklepywania, specjalne techniki wydechu.

Celem leczenia jest wydłużenie i poprawienie jakości życia.

W Polsce średni wiek rozpoznania choroby to 3,5 rok życia

55% chorych ma szansę dożyć 30 roku życia. W Polsce średnio żyją 21 lat

**Fenyloketonuria (PKU z ang. PhenylKetonUria)** – genetycznie uwarunkowane schorzenie polegające na uszkodzeniu genu kodującego enzym hydroksylazę fenyloalaninową (PAH), biorący udział w metabolizmie fenyloalaniny. Na skutek nadmiaru fenyloalaniny i niedoboru tyrozyny, może dojść do uszkodzenia mózgu, konsekwencją czego jest upośledzenie umysłowe, hipotonia mięśniowa, drgawki. Do obrazu chorobowego dołącza charakterystyczny "mysi" zapach, jasna karnacja skóry, niebieskie zabarwienie tęczówek oraz częste występowanie wysypek. Takie objawy występują TYLKO przy NIELECZONEJ fenyloketonurii. Powszechne wykonanie w trzecim dniu po urodzeniu testu Guthrie wyklucza albo potwierdza wystąpienie u dziecka PKU. Choremu dziecku w ciągu 2 tygodni od urodzenia wprowadza się dietę niskofenyloalaninową (niskobiałkową z dużą ilością tyrozyny), która powoduje wyeliminowanie szkodliwego wpływu fenyloalaniny na mózg. Gdy jest przestrzegana, dziecko nie będzie się niczym różniło od swoich rówieśników.

Objawami nieleczonej choroby są: znacznego stopnia upośledzenie rozwoju umysłowego i motorycznego. Niedobór melaniny jest przyczyną bardzo jasnej skóry, włosów i tęczówek (bielactwo wrodzone). Poza tym mogą występować drgawki (padaczka), zaburzenia chodu, postawy, ruchy atetotyczne, zeszywnienie stawów.

Postęp choroby można zatrzymać ograniczając zawartość fenyloalaniny w pokarmach i zastępując ją tyrozyną (hydrolizaty kazeiny).

### **ADHD- Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji ruchowej.**

Cechy:

- nadruchliwość
- impulsywność
- zaburzenia koncentracji uwagi

ADHD występuje częściej u chłopców niż u dziewczynek. Znaczną rolę odgrywają czynniki genetyczne działające w okresie porodu i poporodowe oraz uwarunkowania środowiskowe.

Nadpobudliwość może się przejawiać w sferach:

**1.ruchowej** – wzmożona ekspansja ruchowa oraz niepokój ruchowy (biegają, skaczą, krzyczą, wyrrywają się do odpowiedzi, machają rękoma, są pełne emocji i nie mogą usiedzieć w miejscu, zaczepiają inne dzieci często mają tiki)

**2. Poznawczej** występuje u dziecka wzmożony odruch orientacyjny na działające bodźce. Dziecko nie może skupić się na jednej rzeczy ciągle je coś rozprasza, powodując nadmierne pobudzenie w OUN. Przeszkadza rozmawia z kolegami zwraca uwagę na każdy szmer występuje wzmożona wyobraźnia.

**3. Emocjonalnej** – zwiększona wrażliwość na działające bodźce, labilność emocjonalna, niepokój, konfliktowość, lęk, strach przed różnymi sytuacjami.

Kryteria żeby rozpoznać ADHD :

- 1.zaburzenia koncentracji uwagi  
(gubi rzeczy częściej niż inne dzieci, brak koncentracji, zapomina)

2. Nadruchliwość( biega , wstaje z miejsca, chodzi, gadatliwe)
3. Impulsywność( przerywa , wtrąca się)

W leczeniu możemy wyróżnić:

- zmianę metod wychowawczych
- dostosowanie metod do dziecka
- Farmakoterapia( stosowanie leków pod kontrolą lekarza)

**Epilepsja(padaczka)** – przez padaczkę rozumiemy zespół chorobowy którego istotą są napady padaczkowe z towarzyszącymi im zmianami czynności bioelektrycznymi mózgu. Napadem padaczkowym jest napad pochodzenia mózgowego i objawia się nagłymi i przejściowymi nieprawidłowościami zjawiskami natury ruchowej czuciowej: Są to nagłe wyładowania w mózgu, podłożem napadu są wyładowania komórek nerwowych co zaburza czynności mózgu od 5 do 8 % ludzi w ciągu życia ma napad padaczkowy.

U 20% napady pojawiają się w wieku przedszkolnym  
34% w wieku 7-15 lat  
13% w okresie szkoły średniej  
16% w okresie wczesnej dorosłości  
Łącznie 70% pojawia się przed 18 rokiem życia

Padaczka występuje równie często u obu płci.

## Zespół Downa

**Zespół Downa** (dawniej nazywany **mongolizmem**) - najbardziej rozpowszechniona wada genotypu człowieka, która spowodowana jest trisomią (obecnością dodatkowego trzeciego chromosomu) chromosomu 21. Przyczyną tej aberracji chromosomowej jest nondysjunkcja, czyli niepoprawne rozdzielenie się chromosomów podczas podziału mejotycznego. W 95% przypadków dodatkowy chromosom występuje we wszystkich komórkach organizmu (tzw. trisomia prosta), w 4% dodatkowy chromosom 21 lub jego fragment zostaje przesunięty do innej części genotypu (tzw. trisomia translokacyjna). Najrzadziej (1 % przypadków) mamy do czynienia z trisomią mozaikową czyli sytuacją kiedy dodatkowy chromosom pojawia się tylko w niektórych komórkach. Chociaż zespół Downa towarzyszył rozwojowi człowieka od zarania jego dziejów to po raz pierwszy opisany został przez brytyjskiego lekarza Johna Langdon-Downa dopiero w roku 1866. Natomiast związek zespołu Downa z wadą 21 pary chromosomów odkrył w 1959 roku doktor Jerome Lejeune. Stało się to po konferencji naukowej odbywającej się w Kopenhadze, w której uczestniczył, a na której szwedzki genetyk Albert Levan przedstawił swoje odkrycie dotyczące liczby chromosomów w ludzkim kariotypie. To nasunęło Lejeune'owi pomysł o zbadaniu jednego ze swoich pacjentów z zespołem Downa. Po wykonaniu biopsji skóry, Lejeune zbadał bioptat pożyczonym sprzętem odkrywając, że osoby z zespołem Downa posiadają dodatkową kopię chromosomu 21.

U osób dotkniętych zespołem Downa występuje zespół określonych cech pozwalających na rozpoznanie choroby już w czasie przyjścia na świat.

## Najczęstsze cechy charakterystyczne

spłaszczona potylicy lub małogłowie, spłaszczona nasada nosa, drobne, skośnie, szeroko rozstawione szpary powiekowe (hiperteloryzm oczny), zmarszczka nakątna, nisko osadzone, małe małżowiny uszne, mikrognacja i związana z nią rzekoma makroglosja (język nie mieści się w jamie ustnej), bruzdy na języku tzw. język mosznowy, wąskie usta, krótka szyja.

U noworodków z zespołem Downa występuje również wiotkość mięśni spowodowana słabym ich napięciem. Waga i wzrost przeciętna przy urodzeniu, jednak potem następuje spowolnienie rozwoju fizycznego (wady serca, wzroku i zaburzenia słuchu). W starszym wieku osoby z zespołem Downa są bardziej podatne na chorobę Alzheimera. Osoby z zespołem Downa mogą dożyć nawet 60 lat.

W prawie 100% przypadków choroba powoduje bezpłodność u mężczyzn. Występuje u nich małe prącie. Wśród kobiet z zespołem Downa są osoby płodne.

**Hospicjum** - instytucja opieki paliatywnej funkcjonująca w ramach systemu opieki zdrowotnej.

## **Historia**

Pojęcie hospicjum zostało ukształtowane w historycznej Europie, jako nazwa miejsca przyjmującego i otaczającego opieką podróżnych. Wywodzi się od łacińskiego słowa „hospes” oznaczającego gościa. Pierwsze instytucjonalne regulacje dotyczące przytułków dla ubogich znajdują się wśród uchwał soboru nicejskiego z 325 roku. Postanawiał on, że każde miasto powinno stworzyć pozostające pod nadzorem diakona, położone poza granicami miasta miejsce, w którym znajdowałoby schronienie wszyscy ludzie znajdujący się w potrzebie. Od tego czasu rozpoczyna się powstawanie przytułków, zakładanych zarówno przez świeckich jak i duchownych. Dużą rolę odgrywały zwłaszcza te tworzone przez zgromadzenia duchowne, których charyzmat obejmował służbę ludziom chorym i potrzebującym. Zjawisko to rozwinęło się szczególnie w XI i XII wieku, w związku z silną migracją ludzi ze wsi do miast oraz z rozkwitem ruchu pielgrzymkowego. Słynna sieć hospicjów powstała wzdłuż tras, którymi pielgrzymowali chrześcijanie do Ziemi Świętej.

## **Narodziny współczesnej koncepcji opieki hospicyjnej**

Hospicja jako miejsca opieki nad ludźmi chorymi i samotnymi powstają także obecnie. Współczesny model opieki hospicyjnej stworzyła Cicely Saunders – angielska, która w 1967 roku otworzyła w Londynie specjalistyczny ośrodek opieki nad chorymi umierającymi – Hospicjum Świętego Krzysztofa. Urodzona w 1918 roku Cicely pragnęła zostać pielęgniarką, jednak sprzeciw rodziców sprawił, że udało się jej zrealizować to marzenie dopiero w 1944 roku. Pracując jako pielęgniarka w londyńskim szpitalu Świętego Łazarza opiekowała się nieuleczalnie chorym polskim lotnikiem - Dawidem Taśmą. Z rozmów, jakie z nim przeprowadziła, zrodziła się idea miejsca przeznaczonego dla ludzi umierających. Miejsca, w którym będą mogli, otoczeni opieką, wolni od bólu, uporządkować swoje sprawy oraz przygotować się do odejścia. Realizacja tej idei trwała 19 lat, w trakcie których Cicely

Saunders ukończyła studia medyczne oraz odbyła praktykę lekarską w szpitalu Świętego Józefa, którego specjalizacją była opieka nad chorymi umierającymi.

Hospicjum Świętego Krzysztofa stało się modelem tego typu instytucji, znanym na całym świecie, obecnie prowadzącym także szeroką działalność edukacyjną.

Dr. Cicely Saunders odwiedziła kilka razy Polskę, a jej wizyta w 1978 roku przyczyniła się do powstania 3 lata później pierwszego w Polsce Hospicjum Świętego Łazarza w Krakowie prowadzonego przez stowarzyszenie Towarzystwo Przyjaciół Chorych.

### ***Idea opieki hospicyjnej***

Idea opieki hospicyjnej związana jest ze społecznym zjawiskiem przeżywania śmierci i procesu umierania. Przez wiele stuleci umieranie w obecności rodziny i bliskich było normą, ważnym elementem życia. Cmentarze mieściły się w centrach miast, w pobliżu kościołów, a świadomość i obecność śmierci była powszechna. Wiązało się to również z wielopokoleniowym modelem rodziny, w którym młodzi ludzie dorastali w obecności starszych, przeżywając wspólnie radosne i smutne chwile. Uwarunkowania ekonomiczne i społeczne spowodowały zaniknięcie wielu z tych elementów w nowoczesnych społeczeństwach zachodnich. Konsekwencją tego stał się między innymi strach przed śmiercią i uciekanie przed jej obecnością. Przyczyniało się do tego także usuwanie cmentarzy poza obręb miast czy instytucjonalizowanie obrzędów związanych ze śmiercią. Postęp medycyny zachęcał równocześnie do oddawania bliskich pod opiekę lekarzy. Ci z kolei niejednokrotnie traktują śmierć jako swoją porażkę, starając się ratować pacjenta za wszelką cenę. Dzieje się tak nawet w sytuacji, gdy dla chorego staje się jasne, że zbliża się do śmierci. Tak zwana uporczywa terapia ma miejsce szczególnie często w przypadku nieuleczalnie chorych dzieci. Równocześnie działania lekarzy odsuwają chorego, w tak ważnym momencie, od kontaktu z bliskimi. Współczesna medycyna w dużej mierze radzi sobie z problemem uśmierzenia przewlekłego bólu, występującego w końcowych stadiach chorób nowotworowych oraz z innymi dolegliwościami stowarzyszonymi. Nie jest natomiast w stanie poradzić sobie z poczuciem osamotnienia czy smutkiem, potrzebą ułożenia relacji z tymi, których się opuszcza. Często to właśnie jest przyczyną największego bólu odczuwanego przez pacjenta.

Opieka hospicyjna, określana również mianem **paliatywnej** (od łacińskiego słowa „paliu” oznaczającego płaszcz), oznacza aktywną i wszechstronną opiekę nad osobami cierpiącymi na postępujące, przewlekłe choroby o niekorzystnym rokowaniu. Pojęcie opieki paliatywnej i jej rozwój mają stosunkowo krótką historię. Według powstałego w 1990 roku raportu Światowej Organizacji Zdrowia (**WHO**) opieka hospicyjna jest to „aktywna, dotycząca wszystkich sfer życia opieka nad pacjentem cierpiącym na schorzenie niepoddające się leczeniu przyczynowemu”. Definicja ta wskazywać może również na pomoc chorym nieznajdującym się w stanie terminalnym, z potencjalną możliwością wyleczenia. W późniejszym czasie opieka paliatywna została przez WHO określona jako „podejście poprawiające jakość życia pacjentów w obliczu śmiertelnych chorób oraz ich rodzin”. Współczesna idea opieki hospicyjnej nie wyrasta z niedostatków medycyny czy systemu opieki zdrowotnej, ale współpracuje z nimi i korzysta z ich osiągnięć. Jej zadaniem nie jest przyspieszenie czy opóźnienie śmierci chorego. Jest ona nakierowana na utrzymanie najwyższej możliwej jakości życia pacjenta aż do końca.

## **Zespół opieki hospicyjnej**

Opieką nad pacjentem – w myśl zasad wypracowanych przez Cicely Saunders – powinien zajmować się interdyscyplinarny zespół, składający się z lekarza, pielęgniarki, fizykoterapeuty, psychologa, pracownika socjalnego, duchownego oraz wolontariuszy bez wykształcenia medycznego. Elementami opieki hospicyjnej mogą też być terapia zajęciowa, akupunktura, muzykoterapia, masaże i inne.

Z perspektywy medycznej opieka nad chorym zajmuje się wyłącznie leczeniem objawowym, którego celem jest leczenie niedogodności stanu, w jakim znajduje się pacjent, a nie przyczyn choroby. Podstawowym działaniem jest dążenie do zlikwidowania lub zmniejszenia odczuwanego przez pacjenta bólu. Bardzo istotna jest również eliminacja innych dolegliwości fizycznych - u chorych w stanie terminalnym mogą to być ogólne osłabienie, wymioty, duszności, zaparcia, odleżyny, itp.

Obecność psychologa, kapelana oraz wolontariuszy związana jest z przeżywaniem sytuacji, w jakiej znajduje się chory, przez niego samego oraz jego otoczenie. Wolontariusz niemedyczny odgrywa niejednokrotnie bardzo istotną rolę w opiece hospicyjnej. Nie tylko pomaga samemu pacjentowi, towarzysząc mu w chorobie, ale także rodzinie. Okazjonalnie wyręcza ją w opiece nad chorym, stara się włączyć wszystkich jej członków do pomocy, przekazuje swoje doświadczenia związane z opieką i duchowym przeżywaniem czasu choroby, odchodzenia bliskiej osoby. Jest to odpowiedź na często pojawiające się wśród rodziny przeświadczenie o niemożności poradzenia sobie z sytuacją i zapewnienia umierającemu odpowiedniej jakości opieki.

## **Modele opieki hospicyjnej**

Pojęcie hospicjum oznacza przede wszystkim powyższy model opieki i związaną z nim filozofię postępowania z osobą w terminalnym okresie choroby. Oznacza również instytucję zajmującą się opieką paliatywną.

Istnieją dwa zasadnicze rodzaje działania hospicjum jako instytucji:

Pierwszy z nich, najbardziej typowy, to **hospicjum domowe**, czyli opieka hospicyjna prowadzona w domu chorego. Zespół hospicyjny współpracując z rodziną roztacza opiekę nad chorym w jego domu, zwykle w sytuacji, gdy jest on już wypisany ze szpitala, po ostatnich zabiegach zwalczających chorobę, jakie można było przeprowadzić z medycznego punktu widzenia. Hospicja takie zajmują się również wypożyczaniem specjalistycznego sprzętu, szkoleniem rodziny w pielęgnacji i postępowaniu z chorym.

Drugi model opieki hospicyjnej odnosi się do prowadzenia opieki w szpitalu, w którym przebywa pacjent bądź w **hospicjum stacjonarnym**, czyli osobnym budynku, przeznaczonym tylko do tego typu opieki. Hospicjum stacjonarne jest przeznaczone głównie dla pacjentów, którzy wymagają - ze względu na ciężki przebieg nowotworu - stałej specjalistycznej opieki medycznej (dotyczy to głównie pacjentów z tzw. nowotworami płynnymi, jak białaczka, choć nie wyłącznie). Ten rodzaj opieki może być stosowany również wobec osób samotnych, nieposiadających bliskich.

### **6. oligofrenopedagogika ( grec.oligos- pomniejszenie phren- umysł)**

dział pedagogiki specjalnej zajmujący się teorią i praktyką wychowania i nauczania osób upośledzonych umysłowo.

Termin upośledzenie umysłowe jest różnie definiowany w literaturze przedmiotu. Często zastępowany terminem niepełnosprawność intelektualna.

### **UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE:**

1. Kraepelin- upośledzenie umysłowe to totalnie obniżony poziom rozwoju psychicznego.
2. Herber- upośledzenie umysłowe to obniżony poziom funkcjonowania intelektualnego (jedno odchylenie standardowe) , któremu towarzyszą zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym.
3. prof. Grzegorzewska- trzeba oddzielić niedorozwój umysłowy od demencji, niedorozwój umysłowy to stan, który powstaje w okresie rozwojowym, demencja występuje, gdy człowiek rozwija się prawidłowo – zadziałał czynnik i człowiek zaczął działać na poziomie jakiegoś upośledzenia.
4. prof. Kostrzewski - upośledzenie umysłowe to ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego o co najmniej dwa odchylenia standardowe (większa tolerancja dla normy), towarzyszy temu obniżony poziom funkcjonowania społecznego, a także wolne tempo uczenia się i powstaje to w okresie rozwojowym. Wg niego zaburzenie funkcjonowania intelektualnego-może być zaburzone w różnoraki sposób: a) globalne zaburzenie intelektualne – zalicza tu: upośledzenie umysłowe, a jest to niedorozwój umysłowy i demencja, b) parcjalne zaburzenie intelektualne – dotyczą fragmentarycznych zaburzeń w funkcjonowaniu w normie ( zaburzenie percepcji słuchowej, wzrokowej...) I.I.= Norma

Aby określić upośledzenie umysłowe potrzebne są: a) badania psychologiczne b) badanie poziomu dojrzałości społecznej

### **NIEDOROZWÓJ UMYSŁOWY:**

Stan, w którym poziom funkcjonowania intelektualnego jest obniżony co najmniej o dwa odchylenia standardowe któremu towarzyszą zaburzenia w sferze przystosowania społecznego i te zaburzenia muszą występować w co najmniej dwóch z wymienionych obszarów (komunikowanie się, samoobsługa, kontakty społeczne, korzystanie z dóbr społeczno-kulturowych, kierowanie sobą, troska o zdrowie i bezpieczeństwo, zdolności szkolne, organizowanie sobie czasu wolnego, praca, tryb życia domowego) i wieku, w którym został rozpoznany (do 18 lat)

Od 1994 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM IV)

Niepełnosprawność intelektualna – inna nazwa upośledzenia umysłowego. Jest to stan – nie choroba.

### **KLASYFIKACJA UPOŚLEDZENIA UMYSŁOWEGO**

I Pedagogiczne podejście (początek XX w.) cztery stopnie (grupy) 1) dzieci wyuczalne 2) dzieci niewyuczalne, ale wychowalne 3) dzieci prawie wychowalne 4) dzieci niewychowalne  
II Trzystopniowa klasyfikacja 1) debilizm (najłagodniejszy stopień) 2) imbecylizm 3) idiotyzm  
III Od 1964 roku – czterostopniowa klasyfikacja 1) lekki stopień upośledzenia umysłowego pogranicze u.u. 2) umiarkowany stopień upośledzenia umysłowego pogranicze normy 3) znaczny stopień upośledzenia umysłowego 4) głęboki stopień upośledzenia umysłowego  
IV Od 1980 roku cztery stopnie upośledzenia umysłowego 1) lekki stopień upośledzenia umysłowego 2) umiarkowany stopień upośledzenia umysłowego głębiej u.u. 3) znaczny stopień upośledzenia umysłowego 4) głęboki stopień upośledzenia umysłowego

System orzeczenia i kwalifikacji do kształcenia: Orzeczenia może wydać: 1. Poradnia psychologiczno-pedagogiczna państwowa 2. Inna poradnia specjalistyczna o mocy orzekania  
poradnia Wnioskodawcami są: - rodzice (mogą być obecni przy orzekaniu, - opiekunowie  
Nauczanie indywidualne – nie musi mieć charakteru domowego. Dziecko może otrzymać orzeczenia do kształcenia: - ogólnodostępnego, - integracyjnego, - specjalnego, - lub do kształcenia specjalnego w ogólnodostępnym.

### **Charakterystyka upośledzeń umysłowych:**

Osoby z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (skala Stanforda Bineta) Od 0 do 9 – (raczej od 7-9) – uwaga mimowolna, skupiona w przypadku bardzo silnych bodźców, skupiana na krótko; mowa: powtarza poszczególne wyrazy (mama, tata), reaguje na poszczególne polecenia na zasadzie rozpoznawania intonacji głosu (np.: nie wolno); potrzeby fizjologiczne: pokazują zachowaniem, nie są w stanie ich same zaspakajać. Od 10 do 19 – nadal mimowolna uwaga, potrafią mówić (zdania 2-3 wyrazowenp.: daj), są w stanie same sygnalizować i czasem załatwiać swoje potrzeby fizjologiczne (zazwyczaj z osobą dorosłą); samoobsługa (ubieranie, jedzenie) czasem z osobą dorosłą, osoby te poruszają się, jednak może to następować później, mają potrzebę miłości i przynależności, potrafią liczyć np.: 4-5, nie mają pojęcia liczby.

### **Osoby z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym:**

Od 20 do 35 - (nie przekraczają skali Piageta 5-6 lat) – uwaga mimowolna, skupiana na dłuższy czas (zajęcia naładowane intensywnymi bodźcami 10-15 min), mowa (jeśli występuje) (afazja: nie mówi), powtarza 12 sylabowe zdanie, mówi 3-5 wyrazów, zdania pojedyncze; liczy i ma pojęcie liczby do 5, potrafi odczytywać proste słowa (czyta globalnie), potrafi napisać drukowanymi literami proste słowa lub złożyć je z alfabetu ruchomego; samodzielność (ubieranie, rozbieranie się) jest samodzielne (mała pomoc przy zapinaniu, rozpinaniu guzików), może wykonać proste czynności pomocy w domu np.: wycieranie stołu, nie jest w stanie zapamiętać wielu poleceń naraz; jest w stanie porównać dwa przedmioty (większy, mniejszy); porusza się po najbliższym terenie (dom, ośrodek); zaburzenie w osobowościach np.: apatyczność lub pobudzenie; definiują przez użytek np.: krzesło to coś do siedzenia; wymyślają różne historie; mają wycucie motoralno-intuicyjne, które opiera się na bodźcach wyniesionych z domu; początki poczucia humoru.

### **Osoby z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym:**



Od 36 do 51 (dochodzą do 8 lat w skali Piageta) – uwaga dowolna, zdecydowana przewaga uwagi mimowolnej; mowa poprawna, dominują zdania proste, zdania złożone u osób ze słowotokiem (ubarwienia z wtrętami); liczenie w zakresie 20 i dodawanie, klasyfikowanie; potrafią czytać- wyuczenie bez zrozumienia, piszą proste zdania, definiują na podstawie cech charakterystycznych dla przedmiotów (nie zawsze istotnych; pojęcia są konkretne; nie potrafią definiować pojęć abstrakcyjnych (np.: bohater, naród); zaradność życiowa; zajmują się gospodarstwem np.: przygotowanie potraw; samoobsługa; samodzielni (dobór kolorów może być nieprawidłowy); mają swoje zasady np.: poczucie estetyki; mają wycucie moralne wynikające z wiedzy; mają potrzebę miłości, przynależności, szacunku.

### **Osoby z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim:**

Od 52 do 62 (nie przekraczają 12 r.ż. w skali Piageta) – praca na konkretach, uwaga dowolna, trudności w jej skupianiu, pamięć mechaniczna (potrafią wykuć „coś na blachę”), szczątkowe myślenie logiczne, trudności we wnioskowaniu, zachowania są dość schematyczne; operacje umysłowe; klasyfikowanie, przyporządkowanie, dodawanie, mnożenie, różnicowanie; definiują pojęcia, porównują je, przy definiowaniu pojęć dodają cechę nadrzędną, np.: taboret – rodzaj krzesła; mowa poprawna, zdania proste i złożone, mowa może być schematyczna, bardziej rozwinięta mowa bierna niż czynna, czytanie płynne( zależnie od stopnia i I.I. ), gorzej jest ze zrozumieniem tekstu, pomaga czytanie głośne, teksty proste; pisanie; nie jest spontaniczne (bez wypracowań); życie codzienne; są w stanie sobie poradzić samodzielnie. (wynikiem upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim może być zaniedbanie wychowawcze)

**Różnice między osobą upośledzoną w stopniu lekkim, a 12 latkiem:** - rozwój fizyczny, - doświadczenie życiowe, - możliwości rozwojowe, - potrzeby (np.: seksu), współruchy (np.: nadmierna ekspresja lub sztywność zachowań)

- **Maria Grzegorzewska** (ur. 18 kwietnia 1888 w wsi Wołuczka koło Rawy Mazowieckiej – zm. 7 maja 1967 w Warszawie) – polska pedagog, twórczyni pedagogiki specjalnej w Polsce.

Rodzice dzierzawili majątek i dawali przykład pracowitości i odpowiedzialności za najbliższych.

Jako dziecko bała się przeraźliwie niepełnosprawnych. Oddano ją na pensję do Warszawy, ale przeniosła się z powodu nieodpowiedniego towarzystwa „panienek” do prywatnej szkoły pani Pauliny Helwek. Klasę V przerobiła sama w wakacje i zdała do VI. Była wybitnie zdolna i pracowita. Szkołę pani Hawelke skończyła w 1907. Po kursie przygotowawczym wstąpiła na studia (praca w tajnych kompletach), właściwe studia rozpoczęła w 1909 r. na wydziale przyrodniczym UJ. Zarabiała na utrzymanie udzielając korepetycji i nauk w prywatnych domach. Z powodu choroby przerwała studia i wyjechała do Zakopanego, potem do Włoch. Wstąpiła na Międzynarodowy Fakultet Pedagogiczny w Brukseli (1913), zaprzyjaźniła się z Józefą Joteyko, Edwardem Claparedem i Owidiusem Decrolym. Wpłynęło to na jej poglądy

pedagogiczne. W 1914 r. była w Warszawie – wybuch I wojny uniemożliwił jej wyjazd do Brukseli, przedostała się jednak do Londynu i tam kontynuowała studia.

Potem studiowała psychologię na Sorbonie, gdzie w 1916 r. uzyskała tytuł doktora filozofii za rozprawę: "*Studium na temat rozwoju uczuć estetycznych - badania z zakresu estetyki eksperymentalnej przeprowadzone wśród uczniów szkół brukselskich*". Po doktoracie zdecydowała się na pracę z upośledzonymi i została nauczycielką w jednej z paryskich szkół dzieci opóźnionych w rozwoju. Mimo powodzenia postanowiła wrócić do Polski. W maju 1919 r. znalazła się w Warszawie, a wkrótce potem wróciła J. Joteyko. Od 1919 r. pracowała w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego zajmując się sprawami szkolnictwa specjalnego, popularyzowała ten rodzaj szkół. Zakładała takie szkoły, powołała kurs seminaryjny dla nauczycieli tych szkół. W roku 1922 przekształciła kurs w Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej i została jego dyrektorką. Funkcję tę pełniła do końca życia, trzymając się hasła Instytutu: "Nie ma kaleki – jest człowiek". Opracowała metodę rewalidacyjną i spopularyzowała ją. Nauczyciele studiujący w Instytucie mieli już za sobą pracę w zawodzie nauczyciela, a do pracy magisterskiej badali dane problemy (łączenie teorii z praktyką).

W 1930 r. otworzyła Państwowy Instytut Nauczycielski i prowadziła go wraz z Wł. Radwanem do 1935 r. Warunkiem przyjęcia do Instytutu była praca nauczycielska, wyższy kurs nauczycielski i twórczy stosunek do pracy. Warunkiem przyjęcia był opis własnych doświadczeń. Studia trwały 3 lata. W ciągu 5 lat Instytut wykształcił 178 nauczycieli. Program zawierał:

-przedmioty dające podstawę naukową pracy pedagogicznej (filozofia, pedagogika, psychologia, socjologia, ekonomia, prawo, higiena, higiena społeczna)

-przedmioty związane z praktyką (głównie seminaria)

-przedmioty o kulturze i estetyce plus lektorat języka obcego (francuski, angielski lub niemiecki).

W kadrze nauczycielskiej znalazł się m.in. Janusz Korczak.

W 1935 roku Grzegorzewska została odwołana ze stanowiska dyrektorki Instytutu, a wtedy wraz z nią z PIN odeszli tacy pedagogicy jak: Janusz Korczak, Elzenberg, Suchodolski, Zawieyski.

W okresie wojny i okupacji Maria Grzegorzewska pracowała w szkole specjalnej nr. 177 w Warszawie jako nauczycielka. Chorowała na serce, mimo to brała udział w tajnej działalności oświatowej Delegatury Rządu Londyńskiego, pracując nad kształceniem nauczycieli. Prowadziła roczne studium kształcące nauczycieli, działała w konspiracji (kolportaż broni), udzielała pomocy Żydom, brała udział w Powstaniu Warszawskim w służbie sanitarnej. W czasie powstania spłonął jej dom i prace wielu jej uczniów, spaliły się jej prace: „Psychologia niewidomych” (1930) i „Osobowość nauczyciela” – nie udało się ich odtworzyć.

Po wojnie wróciła do problemu edukacji nauczycielskiej w 3 cyklach "Listów do młodego nauczyciela" (cele zawodu nauczyciela i społeczne znaczenie jego pracy). Zawarła w nich charakterystykę nauczycielskiej osobowości, nawiązując do Dawida i Szumana. Położyła nacisk na stosunek nauczyciel–uczeń, opisując

-stosunek wyzwalający: wzajemne zbliżenie

-stosunek hamujący: zamknięcie się w sobie i oddalanie się. Powinna być chęć pomocy, sympatia

Po wojnie kierowała Instytutem Pedagogiki Specjalnej. W latach 1958-1960 była profesorem w Katedrze Pedagogiki Specjalnej UW, pierwszej uniwersyteckiej katedrze pedagogiki specjalnej w Polsce. W 1960 choroba serca zmusiła ją do oddania kierownictwa zastępczyni Janinie Doroszewskiej, a wcześniej utworzono dla niej Katedrę Pedagogiki Specjalnej na UW, gdzie stworzyła warunki otrzymania magistra. Studia obejmowały zakres neurologii i psychopatologii plus obserwację w klinice Psychiatrycznej w Pruszkowie. Wyodrębniła 3 grupy:

-upośledzeni umysłowo

-przewlekłe choroby somatyczne, nerwowe i psychiczne

-niedostosowanie społeczne na tle środowiskowym

-Z czasem powstał też oddział głuchych.

-Zmarła 7 maja 1967 r. na atak serca.

### Metoda ośrodków pracy:

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

Podstawowe założenia metody Decroly'ego to:

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

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

Podstawowe założenia metody ośrodków pracy są następujące :

- zapewnienie każdemu dziecku dostępnego mu w jego wieku i we współczesnych warunkach optymalnego wszechstronnego rozwoju psychofizycznego (dać im rzetelną wiedzę o otoczeniu , wychowywać moralnie przede wszystkim na uspołecznieniu i zapewnić im taką sprawność organizmu , by nawet w nieprzewidywalnych warunkach mogły sobie radzić )
- ukształtowanie aktywnej postawy zmierzającej do ciągłego pokonywania trudności zapoznanie dzieci ze współczesnym życiem i otoczeniem oraz z najważniejszymi przemianami jakie zachodziły i zachodzą w przyrodzie technice, kulturze i w samym człowieku
- zintegrowanie oddziaływania pedagogicznego obejmujące nauczanie, wychowanie ukierunkowujące i interwencyjne oddziaływania na występujące u dzieci dodatnie i ujemne odchylenia rozwojowe oraz nauczanie całościowe.

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

Podstawowym kryterium ostatecznego doboru tematów zawartych w wymienionym przedmiocie są:

- występowanie i spotkanie ich przez dzieci w otaczającym życiu
- znaczenie tych tematów dla bieżącego życia i prawidłowego postępowania dziecka
- możliwość nauczenia dzieci treści, wiadomości i umiejętności zawartych w tych tematach oraz możliwości kształtowania właściwej postawy dzieci i możliwości skutecznego oddziaływania na ujemne i dodatnie odchylenia rozwojowe .

W praktyce - ośrodek np. warzywa opracowujemy poprzez dzielenie go nad podośrodki, jak: kapusta, buraki, marchew, i opracowujemy dany temat w ciągu 1-2 dni, a w przypadku uzasadnionych rozwojem dzieci przedłużamy okres realizacji. Organizacja codziennych zajęć w metodzie ośrodków pracy jest następująca:

- zajęcia wstępne
- bezpośrednie spostrzeganie, obserwacja, zbieranie materiału o danym zjawisku
- abstrakcyjne myślenie - przeróbka umysłowa zgromadzonego materiału i kojarzenie go z poprzednio opanowanym materiałem
- zastosowanie nowo zdobytych wiadomości i umiejętności w praktyce
- zajęcia końcowe .

Metoda ośrodków pracy odpowiada dążeniom rozwojowym dzieci z trudnościami. Stara się umożliwić dostępny im optymalny rozwój psychofizyczny : dać rzetelną wiedzę o otoczeniu, wychować ich, przygotować do udziału w życiu kulturalnym i w przeobrażeniach zachodzących w otoczeniu .

*na podstawie:*

*Upośledzenie umysłowe - Pedagogika. K. Kirejczyk (red.)  
Anna Kosińska, Anna Polak, Uczę metodą ośrodków pracy.*

- **Józefa Franciszka Joteyko** (ur. 29 stycznia 1866 w Poczujkach, okolice Kijowa, zm. 24 kwietnia 1928), psycholog, pedagog, fizjolog, organizatorka kształcenia specjalnego dzieci niepełnosprawnych intelektualnie.

W roku 1884, Joteyko skończyła szkołę średnią - chcąc kontynuować naukę, zdecydowała się na wyjazd do Genewy - w tamtym okresie, uniwersytety na terenie późniejszej Polski były zamknięte dla kobiet. W 1886 roku rozpoczęła studia tamże, by w 1888 roku uzyskać bakalaureat z zakresu nauk fizycznych i przyrodniczych. Kolejnym miejscem edukacji była Bruksela (od września 1889 roku), a następnie Paryż, gdzie w 1896 roku obroniła pracę doktorską na wydziale medycznym.

W 1898, Joteyko zdecydowała się na powrót do Brukseli, by pracować tam nad problemami fizjologii (w Instytucie Fizjologicznym w Solvaya). W latach 1898–1903 jest pracownikiem laboratorium psychofizycznego na uniwersytecie brukselskim, gdzie prowadzi zajęcia z psychologii eksperymentalnej. Od roku 1906 do 1914 Joteyko jest wykładowcą psychologii pedagogicznej w seminarium nauczycielskim w Mons oraz Charleroi.

Po wybuchu I wojny światowej, Joteyko przenosi się do Francji, gdzie początkowo skupia się głównie na pracy nad zebranymi materiałami, przy pomocy swej uczennicy Marii Grzegorzewskiej. W 1916, Joteyko została wykładowcą pedologii i psychologii eksperymentalnej na Sorbonie, oraz przyjęto ją w poczet wykładowców paryskiego College de France (była tam pierwszą kobietą). Dwa lata później, wraz z Grzegorzewską, zapoczątkowała Polską Ligę Nauczania; w tym samym roku jednak została także wykładowcą pedologii i psychologii eksperymentalnej na uniwersytecie w Lyonie. Rok 1919 był związany z powrotem do Polski, gdzie przyznano Joteyko funkcję kierownika Katedry Psychologii Ogólnej i Pedagogicznej w Państwowym Instytucie Pedagogicznym w Warszawie. Założyła pierwszy polski periodyk psychologiczny *Polskie Archiwum Psychologii*.

- **Decroly Ovide** (1871-1932, belgijski psychiatra, psycholog i pedagog.

W 1901 założył Instytut Nauczania Specjalnego w Brukseli, przeznaczony dla dzieci odbiegających od normy. W 1907 roku otworzył szkołę nauczania początkowego własnej koncepcji, w której stosowano metodę tzw. "**ośrodków zainteresowań**".

Według tych założeń odrzucano podział materiału na przedmioty i lekcje, a podejmowano zagadnienia odpowiadające naturalnym zainteresowaniom dzieci, wyzwalając aktywność w zdobywaniu wiedzy.

Główne prace:

- *Vers L'Ecole Renovee* (1921),
- *Introduction á la pédagogie quantitative* (1929).

- Metoda ośrodków zainteresowań

Jego metoda ośrodków zainteresowań polegała na tym, że nauka zorganizowana była według ośrodków tematycznych dostosowanych do faz rozwojowych, do rozwijających się potrzeb czynności umysłowych i ruchowych dziecka. Tak, więc nie było podziału na odrębne przedmioty nauczania. Dzieci zdobywały określone wiadomości i umiejętności w środowisku naturalnym, jakim był ogród i izba szkolna oraz w środowisku społecznym, jakim było życie rodzinne i szkolne.

Poznawanie rzeczy polegało na obserwowaniu, kojarzeniu oraz wyrażaniu poprzez opowiadanie, pisanie i działalność plastyczno - techniczną. Liczba uczniów w klasie była niewielka, po kilkanaście osób w różnym wieku. Podstawowym zadaniem szkoły było, aby dziecko rozumiało to, co wykonuje i umożliwienie mu kierowania samym sobą w czasie własnej aktywności

Podstawowymi założeniami teoretycznymi metody ośrodków zainteresowań były:

- zasada wychowania do życia przez życie.
- uznanie zainteresowań dzieci za podstawowy czynnik doboru materiału nauczania dla poszczególnych klas.
- całościowe ujmowanie materiału nauczania bez rozbijania go na oddzielne przedmioty w czasie opracowywania zjawisk występujących w życiu.
- uznanie prawa rekapitulacji za naturalną drogę rozwoju człowieka.

1)metoda ośrodków zainteresowań Owidiusza Decroly'ego – podstawą były naturalne potrzeby i zainteresowania dzieci, nie było podziału na przedmioty, nauka zależna od faz rozwojowych, nauka wg ośrodków tematycznych, ogród i pracownia to środowisko naturalne, rodzina i szkoła – środowisko społeczne. Nauka dzieci odbywała się poprzez:

**- obserwację przedmiotów i zjawisk**

**- kojarzenie**

**- wyrażanie: - przez postać rzeczową (lepienie, modelowanie, wycinanie)**

**- postać oderwaną (opowiadanie, wypracowanie)**

Decroly wychodził od zainteresowań dzieci do aktywności, eksponował wrodzone,

genetyczne właściwości dziecka. szkolne. Ośrodki zainteresowań, które stworzył Owidiusz Decroly wspierały aktywność i rozwijały sprawność myślową dzieci. Sprowadził sposób poznawania w szkole do obserwowania przedmiotów, zjawisk, kojarzenia /nawiązywania do uprzednio zdobytych wiadomości i umiejętności/, kształtowania pojęć oraz ekspresji – wyrażania poprzez działanie /lepienie, malowanie

. Współczesna teoria pedagogiczna postulująca integrację wiedzy poprzez łączenie treści kształcenia nawiązuje do tzw. nauki całościowej. Jedną z koncepcji w ramach Nowego Wychowania była idea Owidiusza Decroly'ego. Jego metoda ośrodków zainteresowań polegała na tym, że nauka zorganizowana była według ośrodków tematycznych dostosowanych do faz rozwojowych, do rozwijających się potrzeb czynności umysłowych i ruchowych dziecka. Tak, więc nie było podziału na odrębne przedmioty nauczania. Dzieci zdobywały określone wiadomości i umiejętności w środowisku naturalnym, jakim był ogród i izba szkolna oraz w środowisku społecznym, jakim było życie rodzinne i Koncepcje dotyczące nauki całościowej: