

ZESZYTY NAUKOWE **1/2014**
P E D A G O G I K A

Wspomaganie rozwoju małego dziecka

pod redakcją Genowefy Pańtak

WSZECHNICA POLSKA
Szkoła Wyższa w Warszawie

Recenzenci
prof. dr hab. Tadeusz Bąk, prof. dr hab. Waldemar Woźniak

Rdakcja naukowa
dr Genowefa Pańtak

Artykuły niniejszego numeru ZESZYTÓW NAUKOWYCH
pochodzą z materiałów konferencji naukowej
Wspomaganie dziecka we wczesnych okresach rozwoju,
zorganizowanej przez Wszechnicę Polską Szkołę Wyższą
w Warszawie, 17 kwietnia 2013 roku.

Redakcja wydawnicza
Bogumił Paszkiewicz

Projekt graficzny i typograficzny
Krystyna Bukowczyk, Agencja KUBA

Skład i łamanie
Agencja KUBA

Copyright © Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie, 2014

ISSN 2300-990X

ISBN 978-83-89077-21-9

WSZECHNICA POLSKA
Szkoła Wyższa w Warszawie

Pałac Kultury i Nauki
00-901 Warszawa, pl. Defilad 1
rekrutacja@wszechnicapolska.edu.pl

www.wszechnicapolska.edu.pl

Spis treści

Genowefa Pańtak	
Wprowadzenie	5
Janusz Szymborski	
Aspekty zdrowotne wspomaganie rozwoju małego dziecka	9
Kazimierz Jacek Zabłocki	
Udział rodziny we wczesnym wspomaganie małego dziecka z zaburzeniami rozwojowymi	21
Wojciech Brejnak	
Rola psychologa we wczesnym wspomaganie rodziny w przypadku narodzin dziecka niepełnosprawnego	31
Danuta Al-Khamisy	
Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w edukacji włączającej w przedszkolu	39
Ewa Słodownik-Rycaj	
Wspomaganie dziecka z zaburzeniami rozwoju językowego	51
Joanna Przybylska	
Wyrównanie szans edukacyjnych na progu szkoły	63
Maria Januszewska-Warych	
Terapeutyczne walory muzyki w pracy z dziećmi	73
Agnieszka Skorodzień	
Pomoce dydaktyczne wspomagające pracę nauczyciela i terapeuty ..	89
Sara Filipiak	
Rozwój kontroli hamowania w okresie dzieciństwa oraz jej znaczenie w przewidywaniu powodzenia szkolnego	95

Contents

Introduction	
by Genowefa Pańtak	5
The health aspects of supporting the young children's development by Janusz Szymborski	9
Family participation in early support of a small child with developmental disorders by Kazimierz Jacek Zabłocki	21
Role of a psychologist in providing early support to a family when a disabled child is born by Wojciech Brejnak	31
Psychological and pedagogical support in nursery inclusive education by Danuta Al-Khamisy	39
Aiding a child with abnormal language development by Ewa Słodownik-Rycaj	51
Equalization of educational opportunities on the threshold of school education by Joanna Przybylska	63
Therapeutic quality of music in working with children by Maria Januszewska-Warych	73
Teaching aids to support the teacher and therapist work by Agnieszka Skorodzień	89
Development of inhibitory control and its importance in school progress prediction by Sara Filipiak	95

Genowefa Pańtak

Wprowadzenie

W niniejszym tomie ZESZYTÓW NAUKOWYCH znajdzie Czytelnik materiały dotyczące wspomagania rozwoju małego dziecka w różnych sferach jego osobowości. Prezentowany zbiór artykułów przygotowano dla potrzeb konferencji naukowej, którą Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie zorganizowała w połowie kwietnia 2013 roku.

Adresatem tej konferencji byli studenci pedagogiki Wszechnicy Polskiej i studenci psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego – potencjalni realizatorzy działań na rzecz wspomagania rozwoju dziecka. W konferencji uczestniczyli także nauczyciele z przedszkoli i szkół podstawowych województwa mazowieckiego – opiekunowie praktyk pedagogicznych odbywanych przez studentów Wszechnicy Polskiej. Tematyka konferencji spotkała się z dużym zainteresowaniem; uczestniczyły w niej 182 osoby, a części zgłoszeń nie przyjęto z uwagi na brak miejsc. Merytorycznego wsparcia udzielili organizatorom pracownicy naukowcy Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Akademii Pedagogiki Specjalnej oraz Instytutu Komeńskiego w Warszawie. Konferencji towarzyszyła połączona z prezentacją wystawa wydawnictw i pomocy naukowych wydawnictwa *Moje Bambino*.

Żywię przekonanie, że krótka prezentacja zamieszczonych w niniejszej publikacji artykułów zachęci Czytelników do ich przeczytania w całości.

Głównym przesłaniem konferencji było wskazanie studentom tych obszarów działalności psychologiczno-pedagogicznej, z którą praktycznie zmierzają się w najbliższej przyszłości. Idea spotkania wokół podjętej problematyki jest szczególnie aktualna ze względu na wydane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej uregulowania formalno-prawne w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Rozporządzenie MEN z dnia 3 lutego 2009, Dz.U. z dnia 12 lutego 2009).

Wymienione rozporządzenie precyzuje rozwiązania niezbędne do realizacji obowiązującej ustawy o systemie oświaty. Rozporządzenie określa warunki wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci, mające na celu pobudzenie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka, od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole oraz kwalifikacje osób prowadzących wczesne wspomaganie i formy współpracy z rodziną. Proponowane rozwiązania odpowiadają organizacji wczesnego wspomaganie stosowane w innych krajach Unii Europejskiej.

W wystąpieniach Autorów znajdziemy zróżnicowany obszar zagadnień poświęconych rozwojowi małego dziecka (umownie przyjęto dla potrzeb konferencji,

iż termin małe dziecko to dziecko od urodzenia do rozpoczęcia nauki szkolnej i towarzyszących temu procesowi trudnościom.

Podstawą wszelkich działań psychologiczno-pedagogicznych jest przede wszystkim określenie stanu zdrowia dziecka.

O tym, jaki jest stan zdrowotności małych dzieci pisze **Janusz Szymborski** w artykule *Aspekty zdrowotne wspomagania rozwoju małego dziecka* Autor, z zawodu lekarz, w sposób wnikliwy przedstawia uwarunkowania zaburzeń rozwojowych u dzieci, chorób przewlekłych, czy niepełnosprawności. Wskazuje też obszary działań na rzecz zdrowia i rozwoju małych dzieci; respektowanie tych działań przez rodziców, lekarzy, nauczycieli i psychologów mogłoby w znacznym stopniu zapobiegać dysfunkcjom i poprawić stan zdrowotności małych dzieci, jak i tych, które dopiero mają się urodzić. Właśnie okres prenatalny w rozwoju dziecka najczęściej decyduje o jego późniejszej kondycji zdrowotnej i możliwościach rozwojowych. Korzyści wynikające ze wsparcia udzielanego matkom oraz ich dzieciom na wczesnych etapach rozwoju odczuwane są w ciągu całego życia.

Wagę tego okresu rozwojowego podkreśla także **Kazimierz Jacek Zabłocki** pisząc, iż prawidłowy rozwój dziecka w okresie prenatalnym jest warunkiem koniecznym, aby mogło ono prawidłowo funkcjonować po urodzeniu, a działanie niekorzystnych czynników na matkę może mieć wielki wpływ na jej dziecko. Autor, w artykule *Udział rodziny we wczesnym wspomaganiu małego dziecka z zaburzeniami rozwojowymi*, wymienia szereg przyczyn dysfunkcji rozwojowych, które w konsekwencji mogą prowadzić do chorób somatycznych, nieprawidłowego rozwoju intelektualnego czy emocjonalno-społecznego. Zwraca też uwagę na pewne mity i stereotypy, z powodu których bagatelizuje się obserwowane u dziecka dysfunkcje i nie przeprowadza na czas diagnozy. Na przykład, istnieje rozpowszechnione przekonanie, że z takiej czy innej dysfunkcji dziecko wyrośnie, a więc zbyteczna jest pomoc, bo problem sam się rozwiąże.

Oczywiście nie jest to prawdą, bo wiele zaburzeń narasta wraz z wiekiem, co znacznie utrudnia terapię oraz edukację dzieci starszych, a przecież we wczesnym okresie życia dziecka można zahamować, a czasem nawet zatrzymać niekorzystne zmiany.

Niekiedy rodzice dzieci rozwijających się nieharmonijnie, z obawy przed negatywną diagnozą, odraczają wizytę u specjalisty, boją się niekorzystnego rozpoznania. Istotnie tak jest, że w przypadku stwierdzonej niepełnosprawności dziecka rodzice przeżywają bardzo silne negatywne emocje, od szoku przez okres rozpacz i depresji do pozornego przystosowania się do sytuacji. O tych problemach pisze **Wojciech Brejnak** w artykule *Rola psychologa we wczesnym wspomaganiu rodziny w przypadku narodzin dziecka niepełnosprawnego*. Bardzo często w przypadku narodzin dziecka niepełnosprawnego opieka i pomoc medyczna i sychologiczna koncentruje się na dziecku, przy pomijaniu pomocy dla rodziców. Natomiast wiele badań wskazuje, że podstawą powodzenia rewalidacji dziecka jest właściwa atmosfera i klimat psychiczny panujący w rodzinie,

zatem wsparcie psychologiczne rodziców, obniżające natężenie stresu ułatwia wypracowanie najlepszej strategii postępowania.

Praktyczne aspekty udzielania pomocy dziecku w wieku przedszkolnym omawia **Danuta Al-Khamisy** w artykule *Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w edukacji włączającej w przedszkolu*. Warto przypomnieć, że edukacja włączająca oznacza edukację dla wszystkich, a na etapie edukacji przedszkolnej objęcie opieką wszystkich dzieci z danego rejonu zamieszkania, czyli w pełni sprawnych i tych, które wymagają specjalnego wsparcia. Autorka szczegółowo omawia model i etapy pracy z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych, od pogłębionej diagnozy po określenie form pomocy psychologiczno-pedagogicznej w zakresie treści, metod i środków działania, by każde dziecko otrzymało adekwatną do swoich potrzeb pomoc. W organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej nowym rozwiązaniem jest praca zespołu wielu specjalistów, przygotowujących ocenę poziomu funkcjonowania dziecka i opracowany dla dziecka indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny.

O indywidualnej pomocy terapeutycznej dla dzieci z opóźnieniem rozwoju mowy pisze **Ewa Słodownik-Rycaj** w artykule *Wspomaganie dziecka z zaburzeniami rozwoju językowego*. Autorka wyjaśnia, kiedy opóźnienie rozwoju mowy dziecka jest wynikiem zaburzeń osobniczych o charakterze pozajęzykowym, a kiedy jest to tzw. późne pojawienie się mowy (języka). Autorka pisze o konsekwencjach opóźnienia rozwoju mowy dla dalszego funkcjonowania dziecka, zarówno w sferze poznawczej, jak i emocjonalno-społecznej. Ważnym fragmentem opracowania są wskazówki, w jaki sposób należy rozwijać aktywność małego dziecka, zmierzającą do rozwoju umiejętności językowych. Znajdujemy tu wskazówki, jak rozmawiać z małym dzieckiem, jaką stosować intonację głosu, jak uczyć słuchania i jakie prowadzić zabawy rozwijające mowę dziecka.

Wyrównanie szans edukacyjnych na progu szkoły to praca **Joanny Przybylskiej**, która podaje przykłady amerykańskich programów wyrównywania szans edukacyjnych dla dzieci z różnych środowisk. Wszystkie programy są tak skonstruowane, że można korzystać także z niektórych tylko fragmentów, stosownie do potrzeb danego środowiska. Opiswane programy wyrównawcze obejmują swoim zakresem dzieci o takich deficytach rozwojowych, jak: zaburzenia emocjonalne, trudności językowe, specyficzne trudności w uczeniu się (dysleksja), autyzm, zaburzenia psychiczne i zaburzenia w zachowaniu, czy upośledzenie umysłowe. Badania po latach osób objętych niegdyś programami wyrównawczymi wskazują, że efektywność tych programów jest bardzo wysoka. Znajduje to swój wyraz nie tylko w lepszym poziomie umiejętności szkolnych i wyższym poziomie wykształcenia, ale także w lepszym przystosowaniu społecznym takich osób, mniejszej przestępczości i ograniczeniu świadczeń pomocy społecznej.

Artykuł **Marii Januszewskiej-Warych** *Terapeutyczne walory muzyki w pracy z dziećmi* jest interesującym przykładem wspomaganie rozwoju dzieci za pomocą terapii pedagogicznej z wykorzystaniem muzyki. Terapia przez sztukę

wykorzystuje wiele metod i środków edukacji z różnych dziedzin działalności artystycznej, a terapeutyczne walory muzyki mają wpływ na lepszą komunikację, ekspresję emocjonalną, koncentrację uwagi i bogatszy rozwój osobowy jednostki. W muzykoterapii chodzi o współdziałanie dzieci w procesie tworzenia zadań muzycznych, takich jak: śpiew, gra na instrumentach, ćwiczenia słuchowe i zabawy muzyczno-ruchowe, ćwiczenia relaksacyjne, muzykodrama i inne. W przekonaniu Autorki – „(...) formy aktywnej terapii muzycznej realizowane w postaci ćwiczeń i zabaw muzyczno-ruchowo-słuchowych wspomagają rozwój dzieci o zróżnicowanym poziomie intelektualnym w zakresie zdolności muzyczno-ruchowych, zdolności ruchowych oraz umiejętności odtwarzania piosenki”. Prawdziwości tej tezy dowiodła Autorka w przeprowadzonym przez siebie eksperymencie pedagogicznym, porównując ze sobą dwie grupy dzieci: w normie intelektualnej i dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim. Pouczającą prezentację wyników eksperymentu pedagogicznego znajdzie Czytelnik w całości autorskiego opracowania.

Jak wiele można powiedzieć o pedagogicznych aspektach zabawy i doborze stosownych do wieku rozwojowego dziecka zabawek dowiadujemy się z artykułu **Agnieszki Skorodzień** *Pomoce dydaktyczne wspomagające pracę nauczyciela i terapeuty*. Autorka przedstawia okres rozwoju dziecka od 0 do 2 roku życia, pokazując, jakie funkcje organizmu dziecka rozwijają się w tym okresie, i jak można je stymulować z wykorzystaniem zabawek i pomocy edukacyjnych.

W rozwoju małego dziecka bardzo wyraźnie obserwuje się, w jaki sposób uczy się ono panować nad emocjami, dostosowując swoje zachowanie do oczekiwań osób dorosłych. Pogłębioną analizę tego zagadnienia znajdujemy w artykule **Sary Filipiak** *Rozwój kontroli hamowania w okresie dzieciństwa oraz jej znaczenie w przewidywaniu powodzenia szkolnego*. Małe dziecko łatwiej jest pobudzić do działania niż zahamować jego spontaniczną reakcję. Autorka dowodzi, iż kształtowanie kontroli hamowania określonych reakcji i zachowań u małych dzieci ma w przyszłości istotny wpływ na powodzenie szkolne dziecka. Badania różnych autorów wskazują na związek między kontrolą hamowania a poziomem przyswajania wiedzy szkolnej przez dziecko i umiejętnością społecznego funkcjonowania. U dzieci, które mają obniżoną kontrolę hamowania swoich reakcji obserwuje się gorszą komunikację z rówieśnikami, reakcje impulsywne czy wręcz agresywne, a nawet ryzyko wykluczenia społecznego.

Genowefa Pańtak

Dr Genowefa Pańtak, wykładowca we Wszechnicy Polskiej Szkole Wyższej w Warszawie.

Janusz Szymborski

Aspekty zdrowotne wspomagania rozwoju małego dziecka

Wprowadzenie

Teoria i praktyka wspomagania dziecka we wczesnych okresach rozwoju powinna uwzględniać podstawowe dane dotyczące stanu zdrowia najmłodszej populacji. Ważnym źródłem informacji na ten temat są *Badania stanu zdrowia ludności* GUS, których podstawę stanowią subiektywne oceny respondentów odnoszone do wielu aspektów zdrowia. Pozwala to wyznaczyć profil zdrowotny danego dziecka lub zbiorowiska dzieci i określić, w jakich wymiarach uzyskane wyniki szczególnie odbiegają od normy lub średniej populacyjnej. W roku 2009 po raz pierwszy przeprowadzono w Polsce Europejskie Ankiety o Zdrowiu (EABZ) zgodnie z wytycznymi Eurostatu (GUS, 2011). W niniejszym opracowaniu wykorzystano dane odnoszące się do samooceny stanu zdrowia, występowania długotrwałych problemów zdrowotnych, chorób przewlekłych, niepełnosprawności i stylu życia dzieci w wieku 0-4 lata. Metodologię badania stanu zdrowia ludności Polski, sposób jego realizacji oraz uzyskane wyniki zawiera publikacja GUS *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* (GUS, 2011). Dane na temat ruchu naturalnego ludności odnoszące się do populacji dzieci i młodzieży pozyskano z publikacji GUS: *Rocznik Demograficzny 2012* (GUS, 2012) oraz z dokumentu przygotowywanego przez Rządową Radę Ludnościową, pt. *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2011-2012* (RRL 2012). W zależności od źródła danych przedziały wiekowe przedstawione są niejednolicie, co wynika z metodologii badań zawartej w podanych wyżej opracowaniach.

Wybrane dane demograficzne

Zasadniczym czynnikiem determinującym liczebność populacji dzieci jest liczba urodzeń. W roku 2011 miał miejsce dalszy spadek liczby urodzeń – 388,4 tys. wobec 413,3 tys. rok wcześniej. 21793 dzieci (5,6% ogółu urodzeń żywych) urodziło się z niską masą urodzeniową – poniżej 2500 gramów, w tym: 14133 dzieci z masą 2499-2000, 4286 dzieci z masą 1999-1500, 1942 dzieci z masą 1499-1000 oraz 1433 dzieci z masą poniżej 1000 gramów. 25119 dzieci (6,5% ogółu urodzeń żywych) urodziło się przedwcześnie – poniżej 37 tygodnia ciąży, w tym: 21370 dzieci pomiędzy 36-32 tyg., 2471dzieci między 31-28 tyg. oraz 1278 dzieci poniżej 28 tygodnia ciąży.

W Tabeli 1 zamieszczono dane o liczebności dzieci i młodzieży w roku 2011 wg dwóch najmłodszych grup edukacyjnych wieku. Do edukacyjnych grup wieku

zalicza się roczniki, które wymagają szczególnej opieki ze strony państwa i społeczeństwa. Liczba dzieci w wieku 0-2 lata określa wielkość specyficznych potrzeb i wynikających stąd zadań dla instytucji ochrony zdrowia i opieki społecznej. Chodzi np. o usługi z zakresu pediatrii, wysiłki zmierzające do obniżenia umieralności niemowląt, o miejsca w żłobkach, a także o urlopy i zasiłki wychowawcze.

Tabela 1. Dzieci wg dwóch najmłodszych grup edukacyjnych wieku w roku 2011. Stan na 31.XII (odsetki odnoszą się do ogółu populacji)

Wiek w latach	0-2		3-6	
	Liczba	%	Liczba	%
Ogółem	1 236,1	3,2	1 590,6	4,1
Miasta	718,3	3,1	909,5	3,9
Wieś	517,8	3,4	681,1	4,5

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych GUS (2012, RRL 2012).

Wybrane wskaźniki stanu zdrowia dzieci w wieku 0-4 lata

Umieralność niemowląt i małych dzieci. W Polsce z roku na rok obserwuje się spadek liczby zgonów niemowląt. W 2011 r. współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 4,73‰ – dla porównania w 1990 r. wynosił 19,3‰, a w 2000 r. – 8,1‰. Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, 1/3 zgonów spowodowana jest wadami rozwojowymi, a pozostałe zgony są skutkiem chorób nabytych w okresie niemowlęcym lub urazów. Przy masie urodzeniowej 1999-1000 gramów odnotowano umieralność na poziomie 46,6‰ (niemal 10-krotnie wyższą niż ogólny współczynnik umieralności niemowląt), przy masie urodzeniowej poniżej 1000 gramów, na 1000 żywo urodzonych noworodków, w pierwszym roku życia umiera aż 388 niemowląt. W Polsce notuje się także spadek umieralności dzieci, najszybszy w grupie wiekowej 1-4 lata (**Tabela 2**). Najczęstszą przyczyną zgonów dzieci w wieku 1-4 lata są urazy i zatrucia.

Tabela 2. Umieralność dzieci w grupach wiekowych na 100 tys. danej populacji

Rok	Wiek w latach (na 100 000 danej populacji)	
	Niemowlęta	1-4
1990	1934	59
2000	811	31
2010	498	21
2011	473	20

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych GUS (2012, RRL 2012).

Samoocena zdrowia, choroby przewlekłe, niepełnosprawność. Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia pokazało, że subiektywna, dokonywana przez rodziców, ocena stanu zdrowia dzieci do lat 4, może być uznana za zadowalającą

– dla 93,7% dzieci uzyskano bardzo dobrą lub dobrą ocenę stanu zdrowia. Dane te nie korespondują jednak z rozpowszechnieniem występowania chorób lub dolegliwości przewlekłych. Aż u 498,5 tys. dzieci do 4 roku życia (22,8%) w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie lekarz stwierdził przewlekłą chorobę, najczęściej różnego rodzaju alergię – 14,1%. (Tabela 3). Kolejne, stosunkowo często występujące schorzenia to choroby oka – 1,9% oraz astma – 1,2%.

Tabela 3. Dzieci w wieku 0-4 lata cierpiące na choroby przewlekłe stwierdzone przez lekarza i występujące w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie. N = 1946,6 tys.

Choroba lub uraz	w tysiącach	w odsetkach
Razem	498,5	22,8
Alergia	274,3	14,1
Astma	22,8	1,2
Choroby oka	36,1	1,9
Choroby kręgosłupa	6,3	0,3
Trwały uraz	6,3	0,3
Inne choroby	152,1	7,8

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych GUS z „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.”

Nowotwory złośliwe są najczęstszą chorobową przyczyną zgonów dzieci. Wg danych Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w 2008 r. 347 dzieci w wieku 0-4 lata zachorowało na nowotwory złośliwe, w tym u 105 dzieci rozpoznano białaczkę limfatyczną, u 41 dzieci wykryto nowotwór złośliwy nerki, u 33 nowotwór złośliwy mózgu i u 33 dzieci nowotwór złośliwy oka.

Deklarowane, w trakcie przeprowadzonego w 2009 r. badania EABZ, przez rodziców lub opiekunów długotrwałe problemy zdrowotne dotyczyły 11,1% dzieci w wieku 0-4 lata i mogły być następstwem choroby przewlekłej lub niepełnosprawności. Badanie dotyczyło ponadto takich kłopotów lub trudności, które ograniczają aktywność dziecka w porównaniu z rówieśnikami i/lub wymagają korzystania z dodatkowego sprzętu (np. okularów, aparatu słuchowego, kuli). Takich dzieci w wieku 0-4 lata było 123,7 tys., co stanowiło 6,4% tej grupy wiekowej. Najczęściej poważne kłopoty lub trudności są związane z funkcjonowaniem narządów zmysłu lub ruchu. Głównie występują problemy ze wzrokiem – 16,5%, ze słuchem – 3,8%, mową – 11,0% i poruszaniem się – 8,5%.

Liczba dzieci niepełnosprawnych w wieku 0-4 lata ogółem wynosi prawie 43,3 tys. (2,2% tej populacji), w tym ponad 9,7 tys. (0,5%) dzieci niepełnosprawnych prawnie i biologicznie, 31,6 tys. (1,6%) tylko z prawnym orzeczeniem oraz 2,0 tys. (0,1%) dzieci niepełnosprawnych tylko biologicznie. Z kolei wg kryterium niepełnosprawności UE w populacji 0-4 lata jest 56,7 tys. (2,9%) dzieci niepełnosprawnych, w tym 11,7 tys. (0,6%) z poważnym, a 45 tys. (2,3%) z niezbyt poważnym ograniczeniem sprawności.

Korzystanie ze świadczeń ochrony zdrowia i leków. W 2009 r. w grupie wiekowej 0-4 lata 96,0% dzieci skorzystało z porad lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry, zaś porad specjalistycznych udzielono 43,2% dzieci (48,0% mieszkających w miastach, 36,5% mieszkających na wsi). 79,2% dzieci w wieku 0-4 lata, których rodzice zadeklarowali występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych skorzystało z konsultacji u lekarza specjalisty w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. W populacji dzieci w wieku 0-4 lata w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie 15,6% dzieci objętych było leczeniem szpitalnym,

Leki w okresie 2 tygodni przed badaniem przyjmowało 66,1% dzieci w wieku 0-4 lata, przy czym 25,0% dzieci zażywało tylko leki nieprzepisane przez lekarza, zarówno przepisane, jak i nieprzepisane – 19,9%, tylko leki przepisane przyjmowało co piąte dziecko w tym wieku.

Wypadki i zachowania ryzykowne. Wyniki badań odnoszące się do występowania wypadków, których skutkiem były niezamierzone lub zamierzone urazy i zatrucia, wskazują, że w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie 2,2% dzieci w wieku 0-4 lata zostało narażonych na urazy wskutek wypadków. Wyniki badań co do narażenia dzieci w ciągu ostatnich 12 miesięcy na przestępstwo, przemoc, akty wandalizmu w domu lub w pobliżu miejsca zamieszkania wskazują, że takie sytuacje miały miejsce w przypadku 2,3% dzieci w wieku 0-4 lata, przy czym ankietowani rodzice przeważnie oceniali stopień narażenia jako umiarkowany (1,9%).

Prawie 20% dzieci w wieku 0-4 lata było narażonych na działanie dymu tytoniowego w domu, częściej chłopcy – 21,6% niż dziewczynki – 16,6%.

Odżywianie i aktywność ruchowa. Z ogólnej liczby badanych dzieci 86% było chociaż przez pewien czas karmione piersią, a najwięcej z nich przez okres 6 miesięcy (14,3%). Nieco mniej dzieci (11%) było karmionych przez 3 miesiące. Warto zwrócić uwagę, że matki blisko 9% dzieci karmiły piersią do 12-tego miesiąca życia. 12,9% dzieci nigdy nie było karmionych piersią.

Spośród dzieci w wieku 7 miesięcy - 4 lata 75,0% piło sok owocowy lub warzywny, 77,2% spożywało warzywa a nieco ponad 80,0% konsumowało owoce co najmniej raz dziennie lub częściej.

Omówienie

Do strategicznych celów polityki państwa należy zaliczyć zapewnienie dzieciom możliwości pełnego realizowania ich potencjału zdrowia i rozwoju, a także zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn, którym można zapobiegać. Korzyści wynikające ze wsparcia udzielonego matkom oraz ich dzieciom na wczesnych etapach rozwoju odczuwane są w ciągu całego życia. Racjonalne inwestowanie w zdrowie i rozwój dzieci wymaga informacji odnoszonych do wielu aspektów zdrowia i jego uwarunkowań począwszy od najwcześniejszych etapów życia. [8]

Problemy zdrowotne w okresie okołoporodowym mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia dziecka w łonie matki, mogą wpłynąć na obniżenie szans rozwojowych w dzieciństwie, a także rzutować na stan zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu.

W 2011 roku prawie 22 tys. dzieci urodziło się z niską masą, natomiast ponad 25 tys. dzieci urodziło się przedwcześnie. [2] Na podkreślenie zasługuje fakt, że wraz z obniżaniem się masy urodzeniowej gwałtownie rośnie umieralność niemowląt. Przy masie urodzeniowej 1999-1000 gramów współczynnik umieralności niemowląt w 2011 roku był niemal 10-krotnie wyższy niż wskaźnik ogólny, a na 1000 żywo urodzonych noworodków o masie poniżej 1000 gramów, pierwszego roku nie przeżyło aż 388 niemowląt. [5] Pewna część uratowanych dzieci wykazuje w okresie poniemowlęcym zaburzenia rozwojowe.

Z podanych wyżej przyczyn, profilaktyka dystrofii wewnątrzmacicznej i wcześniactwa, powinna być jednym z najważniejszych celów systemu opieki nad matką i dzieckiem.[6] Jednak, jak pokazują badania, w wielu rejonach kraju opieka ambulatoryjna podczas ciąży jest prowadzona bez nadzoru, brakuje poradni konsultacyjnych dla kobiet z ciążą powikłaną, co opóźnia dostęp do kwalifikowanej pomocy, występują duże trudności ze skierowaniem do ośrodków referencyjnych przypadków powikłań ciąży, w tym zagrożenia porodem przedwczesnym, zastrzeżenia budzi sposób tworzenia podstaw legislacyjnych służących poprawie opieki okołoporodowej. [1]

Z punktu widzenia zdrowia publicznego istotne jest dostrzeżenie związku pomiędzy jakością narodzin i zdrowiem małych dzieci a problemami zdrowotnymi w wieku dojrzałym. Wg hipotezy płodowego pochodzenia zdrowia i choroby, takie schorzenia, jak choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 2 i nadciśnienie tętnicze wynikają z plastyczności rozwojowej jako reakcji na niedożywienie i niedotlenienie w życiu wewnątrzmacicznym. Płód chroniąc mózgowie przed skutkami niedożywienia i hipoksji ogranicza dowóz energii do innych ważnych narządów, co zakłóca ich wzrastanie i gdy np. dotyczy nerek, prowadzi później do nadciśnienia tętniczego. Wczesna ekspozycja płodu na niedobory żywienia i niedotlenienie doprowadza także do trwałych zmian metabolizmu insuliny i rozmieszczenia tłuszczu w organizmie. [4]

Wyniki badań GUS pokazują, że dokonywana przez rodziców, w zdecydowanej większości pozytywna, ocena stanu zdrowia dzieci do lat 4, nie może być uznana za w pełni wiarygodny wykładnik rzeczywistej sytuacji zdrowotnej, bowiem jednocześnie z deklaracji rodziców wynika, że u więcej niż co piątego dziecka występują choroby przewlekłe (co siódme dziecko ma schorzenia o podłożu alergicznym). [3] Ponadto u co dziesiątego dziecka w tym wieku występowały długotrwałe problemy zdrowotne, zaś niemal 124 tys. małych dzieci miało kłopoty lub trudności ograniczające ich aktywność w porównaniu z rówieśnikami i/lub wymagające korzystania z dodatkowego sprzętu. Dzieci niepełnosprawnych wg kryteriów GUS (prawnie i/lub biologicznie) było ponad 43 tys. a wg kryterium

niepełnosprawności UE (poważne lub niezbyt poważne ograniczenie sprawności) prawie 57 tysięcy. Zastanawiający jest fakt, iż ponad 20% małych dzieci, których rodzice zadeklarowali występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych nie skorzystało z konsultacji u lekarza specjalisty w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Badania pokazują, że dostęp do lekarzy specjalistów jest szczególnie utrudniony dla dzieci mieszkających na wsi. Więcej niż co siódme dziecko w wieku 0-4 lata, w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie, było leczone w szpitalu.

Choroba przewlekła i długotrwałe problemy zdrowotne mogą zaburzać rozwój dziecka. Nie można pominąć faktu, że każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę – odmienny przebieg, skutki, rokowanie i w różny sposób może wpływać na potrzeby rozwojowe małego dziecka. Dzieci te mają bezpośrednie i pośrednie potrzeby medyczne, jak również potrzeby edukacyjne i socjalne. W celu spełnienia tych potrzeb wymagana jest zarówno poprawa diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, jak i poprawa jakości życia dziecka i rodziny. Problemy z wypełnianiem tych potrzeb narastają, gdy dzieci i rodzice żyją w niedostatku, gdy spotykają się ze słabą orientacją lekarza co do choroby, brakiem z jego strony zrozumienia i wsparcia. [6]

W okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie 2,2% małych dzieci doznało urazów wskutek wypadków, a 2,3% było narażonych na przestępstwo, przemoc, akty wandalizmu w domu lub w pobliżu miejsca zamieszkania. Chociaż rodzice przeważnie oceniali stopień narażenia jako umiarkowany, to opinie te nie muszą odzwierciedlać rzeczywistych szkód, doznanych przez dzieci, wzięwszy pod uwagę indywidualny, uwarunkowany genetycznie, próg wrażliwości dziecka. Z punktu widzenia zdrowia publicznego istotnym krokiem w kierunku zwiększenia efektywności zwalczania urazów u dzieci byłoby łączne zajmowanie się urazami zamierzonymi i niezamierzonymi. U podstaw takiego podejścia, zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia, leży podobieństwo uwarunkowań obu rodzajów urazów u dzieci, np. społeczne, ekonomiczne, środowiskowe i podobne czynniki ryzyka (np. alkohol), a także fakt, iż w obu przypadkach szczególnie narażone są te same grupy w populacji. Ponadto zazwyczaj ci sami świadczący w systemie ochrony zdrowia są zaangażowani w opiekę medyczną nad ofiarami urazów zamierzonych i niezamierzonych, np. system ratownictwa, szpitalne ośrodki leczenia urazów oraz zatruc, wsparcie psychologiczne, usługi rehabilitacyjne. W 1996 roku przemoc w domu i społeczności lokalnej została uznana przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia za narastający problem zdrowia publicznego. Jest oczywiste, iż zaniedbanie i przemoc wobec dzieci powoduje następstwa fizyczne, psychiczne oraz nieprawidłowości w zachowaniu, które mogą być nieodwracalne. Kluczową rolę odgrywa prewencja przemocy domowej.

Co piąte dziecko było narażone na działanie dymu tytoniowego w domu. Ekspozycja na dym tytoniowy pociąga za sobą różnorodne szkodliwe następstwa dla zdrowia dzieci, w tym zakażenia dolnych dróg oddechowych, zaostrenie

przebiegu astmy i zapalenie ucha środkowego. Narażenie w tym okresie życia na szkodliwe działanie dymu tytoniowego może także zwiększać późniejszą zapadalność na choroby układu krążenia i problemy neuro-emocjonalne.

Karmienie piersią jest wysoce skuteczną metodą poprawy stanu zdrowia dzieci, jednak wg badań GUS tylko co siódme niemowlę było karmione piersią przez okres 6 miesięcy a prawie 13% nigdy nie było karmionych piersią. Paradoksalnie, najczęściej pokarmu matki pozbawione są te niemowlęta, dla których karmienie piersią byłoby najbardziej korzystne. W Polsce istnieje potrzeba efektywnej promocji karmienia piersią niemowląt i usuwania barier na tej drodze, w tym problemów z finansowaniem poradni laktacyjnych. Po sześciomiesięcznym okresie wyłącznego karmienia piersią niemowlę powinno stopniowo otrzymywać odpowiedni pokarm uzupełniający. Problemem zdrowia publicznego może być niedobór żelaza w pożywieniu, powodujący w następstwie zaburzenie rozwoju mózgu. Prawie co czwarte dziecko w wieku 7 miesięcy - 4 lata nie piło przynajmniej raz dziennie soku owocowego lub warzywnego i nie spożywało warzyw, a co czwarte – owoców. Złe praktyki żywieniowe w tym okresie życia mogą być główną przyczyną niedożywienia a w konsekwencji niskiego wzrostu ciała oraz upośledzenia funkcji poznawczych. Z drugiej strony, niezdrowa, hiperkaloryczna dieta, może powodować nadwagę i otyłość, i prowadzić do utrwalenia na całe życie niezdrowych wzorców odżywiania się. Podstawą racjonalnego żywienia dzieci w wieku poniemowlęcym powinna być żywność bezpieczna pod względem wartości odżywczej i jakości zdrowotnej. Odpowiedni dobór produktów, urozmaicenie diety oraz właściwa organizacja posiłków jest warunkiem prawidłowego żywienia oraz ukształtowania właściwych nawyków żywieniowych. Równie istotne jest docenianie od wczesnego dzieciństwa znaczenia ruchu dla zdrowia i rozwoju dziecka. Tymczasem dzieci w wieku 2-4 lata spędzają przed ekranem telewizora lub monitorem komputera średnio 2 godziny dziennie, przy czym już 2-latki oglądają telewizję przeciętnie przez 1,6 godziny w ciągu dnia.

Rekomendacje zdrowia publicznego do działań na rzecz zdrowia i rozwoju małych dzieci

W niniejszym opracowaniu podano jedynie wybrane przykłady, kluczowych z punktu widzenia zdrowia publicznego, działań na rzecz zdrowia i rozwoju na wczesnych etapach życia dziecka, nie aspirując do prezentacji całości tematyki opisywanej w literaturze medycznej. [m.in.1,4,7,8]

Okres ciąży i okres okołoporodowy: zdrowy start do życia

Polityka i opieka zdrowotna powinny być nakierowane na osiągnięcie następujących celów:

*** W okresie okołokoncepcyjnym**

- kształtowanie wśród dziewcząt i chłopców – przyszłych rodziców – prozdrowotnych postaw, odpowiedzialności za własne zdrowie;
- przeciwdziałanie wśród młodych ludzi zachowaniom niesprzyjającym zdrowiu prokreacyjnemu: przedwczesnej inicjacji seksualnej, uzależnieniom i chorobom przenoszonym drogą płciową;
- upowszechnianie w całym społeczeństwie postaw i zachowań sprzyjających zdrowiu i realizacji planów prokreacyjnych;
- prewencja niepłodności kobiet i mężczyzn;
- dbałość o stan zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym w celu zmniejszenia częstości schorzeń narządów płciowych oraz zaburzeń płodności i niepowodzeń prokreacji;
- ciążę planowane i chciane;
- właściwe odżywianie, w tym mikroelementy, uzupełnianie pożywienia kwasem foliowym;
- zmniejszanie nadmiernej masy ciała matki przed poczęciem;
- poradnictwo genetyczne;
- okres przedkoncepcyjny wolny od tytoniu, alkoholu i narkotyków;
- pełne wykonawstwo szczepień przeciw tężcowi i różyczce;

*** Podczas ciąży**

- wczesne potwierdzenie ciąży;
- dostęp do wysokokwalifikowanej opieki nad kobietą ciężarną;
- przyjmowanie suplementów żywieniowych, takich jak: kwas foliowy i inne witaminy (w tym witaminy-antyoksydanty), tauryna, kwasy omega-3;
- ciąża wolna od tytoniu, alkoholu i narkotyków;
- ochrona przed ekspozycją na inne substancje szkodliwe;
- wczesne wykrywanie i leczenie powikłań ciąży oraz wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu;
- zapobieganie, wykrywanie i leczenie niedokrwistości;
- ograniczanie nadmiernego przyrostu masy ciała matki w ciąży;
- skuteczne leczenie cukrzycy matczynej w ciąży;
- zapobieganie i leczenie zakażeń, w tym przenoszonych drogą płciową;
- dbałość o zdrowie psychiczne matek i zapobieganie depresji przedporodowej;
- przygotowanie do porodu;

*** W okresie porodu i pierwszego tygodnia życia**

- bezpieczny poród z udziałem wykwalifikowanego personelu;

- przestrzeganie trójstopniowego systemu organizacji opieki okołoporodowej dostosowanej do stopnia i rodzaju ryzyka oraz wdrożenie systemu zarządzania jakością;
- zmniejszenie zagrożeń dla zdrowia prokreacyjnego kobiet i zdrowia dzieci poprzez ograniczanie częstości wykonywania cięć cesarskich;
- wczesne wykrywanie i leczenie powikłań porodowych;
- przygotowanie i wdrożenie modelu bezpiecznego porodu poza szpitalem;
- ocena laboratoryjna stężeń glukozy i insuliny we krwi pępowinowej w chwili porodu celem obliczenia wskaźnika glukozowo-insulinowego oceniającego płodową wrażliwość na insulinę,
- właściwa opieka medyczna nad noworodkiem i w razie potrzeby skuteczna resuscytacja;
- specjalistyczna opieka i leczenie noworodków z niską masą ciała, noworodków urodzonych przed 37 tygodniem ciąży oraz chorych;
- opieka położnicza w przypadku powikłań połogowych;
- wczesny kontakt matka – dziecko i wczesne rozpoczęcie karmienia piersią; usuwanie barier organizacyjnych i finansowych w funkcjonowaniu poradni laktacyjnych;
- promowanie długotrwałej laktacji jako naturalnego sposobu ograniczającego powstawanie otyłości;
- wykonanie badań przesiewowych w kierunku fenyloketonurii, hipotyreozy, mukowiscydozy, zaburzeń słuchu;
- wczesne wykrywanie, zapewnienie opieki i wsparcia dla matek z depresją poporodową;
- zapobieganie transmisji zakażeń od matki do dziecka;

* Podczas czterech pierwszych tygodni życia

- dostęp do wysokokwalifikowanej czynnej opieki profilaktycznej;
- kontynuowanie wyłącznego karmienia piersią;
- stały kontakt dziecka z rodzicami;
- zapobieganie biernemu paleniu;
- szczepienia ochronne;
- diagnostyka i specjalistyczne leczenie chorób u noworodków;
- diagnostyka fenyloketonurii, hipotyreozy i mukowiscydozy u dzieci z dodatnim wynikiem badania przesiewowego oraz objęcie ich opieką specjalistyczną;
- zapobieganie transmisji zakażeń od matki do dziecka;
- zwracanie uwagi na stan zdrowia psychicznego kobiety, kontynuowanie opieki i wsparcia dla matek z depresją poporodową;
- zapewnienie dostosowanej do potrzeb systemowej pomocy medycznej i socjalnej rodzinom w trudnych sytuacjach życiowych.

Pierwszy rok życia: zdrowe wzrastanie i harmonijny rozwój w niebezpiecznym okresie

Polityka i opieka zdrowotna powinny być nakierowane na osiągnięcie następujących celów:

- kontynuowanie karmienia piersią z wprowadzaniem od szóstego miesiąca życia właściwych pokarmów uzupełniających; wczesne wdrażanie zdrowych nawyków żywieniowych;
- stymulacja poprzez zabawę, kontakt słowny i interakcje społeczne;
- dostęp do bezpiecznych zabawek, wyrobów pielęgnacyjnych, produktów żywnościowych i do czystej wody;
- ochrona przed zanieczyszczeniami wewnątrz i na zewnątrz mieszkania;
- dzieciństwo wolne od dymu tytoniowego;
- dostęp do wysokokwalifikowanej, czynnej opieki profilaktycznej;
- ochrona przed wypadkami, przemocą i zaniedbaniem;
- pełne uodpornienie za pomocą szczepień przeciw większości chorób wieku dziecięcego;
- adekwatne do potrzeb zapobieganie, wczesne wykrywanie i leczenie chorób wieku niemowlęcego, w tym chorób zakaźnych i pasożytniczych;
- wykrywanie i leczenie wad rozwojowych, w tym zaburzeń wzroku i słuchu.

Okres poniemowlęcy (2-3 rok życia): doskonalenie rozwoju psychoruchowego

Polityka i opieka zdrowotna powinny być nakierowane na osiągnięcie następujących celów:

- kontynuowanie stymulacji poprzez zabawę, kontakt słowny i interakcje społeczne;
- właściwe karmienie uzupełniające z kontynuacją karmienia piersią do końca drugiego roku życia i z dostarczaniem zróżnicowanego pożywienia wzbogaconego w odpowiednie mikroelementy;
- wczesne wdrażanie zdrowych nawyków żywieniowych;
- dostęp do bezpiecznych produktów żywnościowych i do czystej wody;
- ochrona przed zanieczyszczeniami wewnątrz i na zewnątrz mieszkania;
- dzieciństwo wolne od dymu tytoniowego;
- dostęp do wysokokwalifikowanej, czynnej opieki profilaktycznej, w tym stomatologicznej;
- ochrona przed wypadkami, przemocą i zaniedbaniem;
- pełne uodpornienie za pomocą szczepień przeciw większości chorób wieku dziecięcego;
- adekwatne do potrzeb zapobieganie, wczesne wykrywanie i leczenie chorób wieku dziecięcego, w tym chorób zakaźnych i pasożytniczych;

- wykrywanie i leczenie zaburzeń wzroku i słuchu;
- wykrywanie zakłóceń rozwojowych i wspomaganie rozwoju dziecka.

Wnioski

1. Zdrowie i rozwój małego dziecka uwarunkowane są w znacznej mierze czynnikami wpływającymi na jakość życia płodu w łonie matki i na jakość narodzin, przy czym niska masa urodzeniowa i wcześniactwo są głównymi determinantami stanu zdrowia dziecka w pierwszych latach życia.
2. Miarą wyzwań stojących przed systemami ochrony zdrowia, polityki społecznej i edukacji są liczby małych dzieci wymagających szczególnej opieki ze względu na stan zdrowia i/lub zakłócenia rozwojowe: niemal pół miliona dzieci w wieku 0-4 lata cierpiących na choroby przewlekłe, ponad 200 tys. z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, prawie 124 tys. z kłopotami i trudnościami ograniczającymi aktywność psychoruchową, około 50 tys. dzieci obarczonych niepełnosprawnością.
3. Istotnymi obszarami zainteresowania zdrowia publicznego we wczesnych etapach życia dziecka powinny być takie determinanty zdrowia i rozwoju, jak: racjonalne żywienie z położeniem nacisku na karmienie piersią; kształtowanie aktywności ruchowej; ochrona przed zagrożeniami środowiskowymi, w tym biernym paleniem; zapobieganie urazom niezamierzonym oraz ochrona przed przemocą i zaniedbaniem, a także jakość opieki zdrowotnej.
4. Źródeł dobrego stanu zdrowia małego dziecka poszukiwać należy już w okresie przedkoncepcyjnym, natomiast od momentu poczęcia poprzez okres ciąży i porodu oraz w okresie noworodkowym, niemowlęcym i poniemowlęcym można wiele uczynić w celu uniknięcia lub ograniczenia następstw zdrowotnych i społecznych chorób i nieprawidłowości rozwojowych poprzez zastosowanie znanych procedur zapobiegawczych i terapeutycznych o sprawdzonej efektywności.
5. Inwestowanie w zdrowie i rozwój dzieci w pierwszych latach życia przyniesie dywidendy wynikające z lepszego stanu zdrowia populacji w wieku produkcyjnym oraz zwiększenia szans na zdrową, aktywną starość.

Piśmiennictwo

1. Chazan B., *Poprawa stanu zdrowia matek oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków*, [w:] *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, J. Szymborski – red., Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.
2. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Demograficzny 2012*, GUS, Warszawa 2012.
3. Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS Warszawa 2011.
4. Józwik M., Józwik M., *Płodowe źródła problemów zdrowotnych w wieku dorosłym – jaka prewencja?* [w:] *Prewencja pierwotna nowotworów: ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy*, J. Szymborski, W.A. Zatoński – red., „Zdrowie Publiczne. Monografie”, Tom I/2012, Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie, Warszawa 2012.
5. Rządowa Rada Ludnościowa, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2011-2012*. RRL, Warszawa 2012 – w druku.
6. Szymborski J., *System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Stan i zagrożenia*, Biuletyn nr 53, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2008.

7. Szymborski J., *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Zarys diagnozy i kierunków poprawy*, [w:] *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, J. Szymborski – red., Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012
8. WHO, *Regional Office for Europe: European strategy for child and adolescent health and development*, Fifty Fifth Session, Bucharest 12-15 September 2005.

Janusz Szymborski

Streszczenie

Jak wynika z przedstawionych w artykule danych zdrowie i rozwój małego dziecka uwarunkowane są w znacznej mierze czynnikami wpływającymi na jakość życia płodu w łonie matki i na jakość narodzin, przy czym niska masa urodzeniowa i wcześniactwo są głównymi determinantami stanu zdrowia dziecka w pierwszych latach życia. Miarą wyzwań stojących przed systemami ochrony zdrowia, polityki społecznej i edukacji są liczby małych dzieci wymagających szczególnej opieki ze względu na stan zdrowia i/lub zakłócenia rozwojowe: niemal pół miliona dzieci w wieku 0-4 lata cierpiących na choroby przewlekłe, prawie 124 tys. z kłopotami i trudnościami ograniczającymi aktywność psychoruchową, około 50 tys. dzieci obarczonych niepełnosprawnością. Istotnymi obszarami zainteresowania zdrowia publicznego we wczesnych etapach życia dziecka powinny być takie determinanty zdrowia i rozwoju, jak: racjonalne żywienie z położeniem nacisku na karmienie piersią; kształtowanie aktywności ruchowej; ochrona przed zagrożeniami środowiskowymi, w tym biernym paleniem; zapobieganie urazom niezamierzonym oraz ochrona przed przemocą i zaniedbaniem, a także jakość opieki zdrowotnej. W okresie przedkonceptyjnym, podczas ciąży i porodu oraz w okresie noworodkowym, niemowlęcym i poniemowlęcym można wiele uczynić w celu uniknięcia lub ograniczenia następstw zdrowotnych i społecznych chorób i nieprawidłowości rozwojowych poprzez zastosowanie znanych procedur zapobiegawczych i terapeutycznych o sprawdzonej efektywności. Inwestowanie w zdrowie i rozwój dzieci w pierwszych latach życia przyniesie dywidendy wynikające z lepszego stanu zdrowia populacji w wieku produkcyjnym oraz ze zwiększenia szans na zdrową, aktywną starość.

Słowa kluczowe

zdrowie matki i dziecka, rozwój dziecka, opieka zdrowotna, profilaktyka

Kazimierz Jacek Zabłocki

Udział rodziny we wczesnym wspomaganie małego dziecka z zaburzeniami rozwojowymi

1. Wstęp

Wśród wielu zagadnień dotyczących ludzi niepełnosprawnych obserwuje się zwiększającą liczbę dzieci z różnymi problemami rozwojowymi, które stanowią poważne czynniki ograniczające i utrudniające naukę i wychowanie.

Przyczyn tych trudności upatrujemy już we wczesnym okresie życia, szczególnie współcześnie także już w życiu prenatalnym, dlatego wczesne rozpoznanie przyczyn zaburzeń rozwojowych w zakresie sfery psychoruchowej, emocjonalnej czy też umysłowej pozwala na odpowiedni dobór metod usprawniania samego dziecka jak i wsparcia psychospołecznego jego rodziny.

Pierwsze objawy dysharmonii lub zagrożenia rozwoju dziecka mogą być zauważone przez rodziców już w wieku niemowlęcym i motywują rodziców do zdiagnozowania przyczyn i rodzaju zaburzenia. A więc w obszarze zainteresowania diagnostycznego leży dysharmonia dziecka zauważona przez rodzica, który opisuje niepokojące zjawisko, a ponadto mogą być też one zdiagnozowane w tzw. bilansach zdrowia dziecka.

Jednakże jak wynika z wielu obserwacji i badań wśród rodziców brak prawidłowego zdiagnozowania rozwoju dziecka wiąże oni z następującymi czynnikami:

1. Diagnoza o zagrożonym rozwoju jest stawiana zbyt późno;
2. Lekarze badający dzieci nie zawsze kierują je na dodatkowe specjalistyczne badania;
3. Dostęp do opieki specjalistycznej jest utrudniony – stosunkowo łatwiej można znaleźć specjalistów w dużych miastach, szpitalach oraz centrach medycznych, zaś w małych miejscowościach i na wsi jest ich niewielu;
4. Dalece niewystarczającą jest informacja uzyskiwana w przychodniach, punktach lekarskich, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, ośrodkach pomocy rodzinie, w placówkach świadczących usługi rehabilitacyjne lub usługi edukacyjne funkcjonujące najbliżej miejsca zamieszkania [3].

Z kolei w perspektywie społecznej najbardziej dezorganizujące są te przejawy zaburzeń w zachowaniu dzieci i młodzieży rozciągające się od bierności i wycofywania się, poprzez negację norm i wartości, aż po destrukcyjne działania przeciwko rówieśnikom, rodzinom, nauczycielom, środowisku.

Bywa i tak, że te destrukcyjne zachowania próbuje się usprawiedliwić poprzez tworzenie różnego rodzaju mitów, których zadaniem jest zarówno ograniczenie

własnej odpowiedzialności za brak angażowania w zmianę istniejącej sytuacji, jak i obniżenie lęku płynącego z zagrożenia tych destrukcyjnych zachowań.

Do takich najbardziej rozpowszechnionych mitów należą:

1. Dziecko w okresie dojrzewania wyrośnie z tych dysfunkcji. Tego rodzaju pogląd usprawiedliwia zarówno utrwaleniu się zaburzeń zachowania, jak i bierne oczekiwanie rodziców i wychowawców na ich ustąpienie.
2. Tymczasowość trwania dysfunkcji obniża poziom pomagania i angażowania się w taką pomoc, zaś tymczasowość w ogóle nie występuje w życiu rozwijającego się dziecka. Wszystko, co go spotyka jest dla niego ważne i intensywnie to przeżywa, a to, co przeżywa wpływa na dalszy jego rozwój.
3. Dziecko wkraczające w dalsze etapy życia i rozwoju jest wciąż traktowane jako dziecko z tych pierwszych okresów jego rozwoju. Ten sposób myślenia o swoim dziecku powoduje jego ubezwłasnowolnienie, pozbawia je możliwości kształtowania własnych decyzji i ponoszenia za nie odpowiedzialności, utrudnia mu niezależność w myśleniu i działaniu, a więc zatrzymuje je w rozwoju.

Mity te i inne, są niestety nieobce nie tylko rodzicom, ale także i pedagogom. Pokonywanie między innymi tych mitów jest warunkiem dla zrozumienia problemów dziecka z dysfunkcjami rozwojowymi, a tym samym daje możliwość wczesnej diagnozy i wspomaganie rozwoju [5].

Za jak najwcześniejszym diagnozowaniem i wspomaganie rozwoju dzieci przemawiają następujące argumenty:

1. We wczesnym okresie rozwoju centralny układ nerwowy wykazuje wyjątkowo dużą plastyczność;
2. We wczesnym okresie życia dziecka rozwój wielu zaburzeń o postępującym przebiegu można zahamować, a czasem nawet całkowicie zatrzymać niekorzystne zmiany;
3. Małe dzieci mają większą podatność na oddziaływania rehabilitacyjne i w efekcie uzyskują szybsze postępy;
4. Małe dzieci łatwiej generalizują nabywane umiejętności i doświadczenie;
5. Wiele zaburzeń narasta wraz z wiekiem, co utrudnia terapię oraz edukację dzieci starszych;
6. Rodzice mają wiarę we własne siły i zapał, mają wysokie oczekiwania, mogą zatem chętniej i z większym zaangażowaniem włączyć się w program rehabilitacji dziecka i we współpracę ze specjalistami.

Podstawowym warunkiem uzyskania pozytywnych efektów działań w zakresie wspierania rozwoju małego dziecka, u którego w wyniku diagnozy lekarskiej, psychologicznej czy innej stwierdzono dysfunkcję organizmu, jest podjęcie jak najwcześniejszych, nawet natychmiast po urodzeniu, kompleksowych działań rehabilitacyjno-edukacyjnych – przy znacznym włączaniu w te działania rodziców.

W okresie wczesnego dzieciństwa tj. intensywnego rozwoju dzieci, kompleksowa pomoc daje znaczące rezultaty i w sposób istotny przyczynia się do two-

zenia dobrych warunków w rozwoju psychofizycznym oraz funkcjonowaniu społecznym. U znacznej liczby dzieci ta wczesna diagnoza i wczesna stymulacja rozwoju przyczynia się do całkowitego wyrównania dysharmonii. Zaś dzieci, u których zdiagnozuje się poważniejsze zaburzenia rozwoju, mają szansę na uruchomienie posiadanego potencjału rozwoju, w tym tzw. mocnych stron dziecka i zwiększenie przez to jego szans edukacyjnych.

Dlatego bardzo ważne jest stałe i dokładne obserwowanie rozwoju dziecka, kontrola jego stanu zdrowia oraz wnikliwe obserwowanie postępów w nabywaniu kompetencji społecznych czy sprawnościowych. Taka postawa rodziców, psychologów, pedagogów czy innych specjalistów pozwala w porę zauważyć negatywne zmiany, dokonać potrzebnych uzupełniających badań oraz podjąć działania, które mogą zapobiec utrwalaniu negatywnych skutków dysfunkcjonalności.

Pierwsze lata życia dziecka z zaburzeniami rozwojowymi są najbardziej znaczące dla jego rozwoju osobowego, dojrzałości do nauki i osiągnięcia powodzenia w szkole. Cel ten można osiągnąć poprzez umożliwienie dzieciom dostępu do programów rehabilitacyjnych, dostosowanych do ich poziomu możliwości oraz potrzeb psychofizycznych przy aktywnym włączaniu rodziny dziecka z zaburzeniami rozwojowymi.

Problem zaburzeń rozwojowych jest zjawiskiem, które od 70 lat siedemdziesiątych funkcjonuje jako specyficzne trudności rozwojowe i uczenia w wyniku uszkodzeń mózgu. W literaturze przedmiotu [6] ukierunkowanej na zrozumienie trudności w uczeniu wymienia się następujące grupy tych trudności: zespoły niezgrabności ruchowej, zespoły nadpobudliwości psychoruchowej, w tym nadpobudliwość ruchową, nadpobudliwość emocjonalną i nadpobudliwość poznawczą. Ponadto wyróżnia się swoiste trudności w uczeniu się takie np. jak: dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia. W tym kontekście omówię teraz pokrótce zaburzenia rozwoju małego dziecka, które w sposób istotny rzutują na dalszy jego rozwój, Zacznijmy od okresu płodowego, tak istotnego, a tak rzadko poruszanego w literaturze psychopedagogicznej małego dziecka.

2. Rozwój dziecka a jego dysfunkcje rozwojowe

Znajomość etapów rozwoju płodu uświadamia i pomaga zapobiegać ewentualnym późniejszym zaburzeniom i dysfunkcjom, a znalezienie przyczyn nieprawidłowości podczas diagnozy pozwala na stworzenie odpowiedniego planu rehabilitacji.

2.1. Etapy prawidłowego rozwoju dziecka w okresie prenatalnym

1. Już w trzynastym dniu od poczęcia pojawiają się pierwsze załączki układu nerwowego, który ma wpływ praktycznie na wszystkie sfery życia człowieka.
2. Od 43 dnia można mówić już o pewnego rodzaju świadomości. Wtedy to wg badań J. Still a także H. Hamlin pojawiają się pierwsze fale mózgowe, które są indywidualne dla każdego człowieka [1].

3. Od 13 tygodnia pojawiają się ruchy odpowiedzialne za oddychanie i mówienie.
4. Od 23 tygodnia wykształcone są mięśnie a siła ich skurczów i rozkurczów jest wystarczająca do samodzielnego oddychania po urodzeniu. Prawidłowy rozwój tych sfer jest niezbędny do późniejszego funkcjonowania układu oddechowego. Od tego momentu dziecko ćwiczy ruchy, aby od razu po urodzeniu móc samodzielnie oddychać. Rozwój układu oddechowego, a co za tym idzie również fonacyjnego, zależy od genów, a także od stanu zdrowia matki.
5. Zmysły u dziecka zaczynają funkcjonować w konkretnej kolejności:
 - dotyk (między 6 a 7 tygodniem),
 - równowaga (kształtuje się od pierwszych ruchów dziecka),
 - węch (dziecko rodzi się ze zdolnością do rozróżniania zapachów, jego rozwój jest intersensoryczny, czyli zależny od siebie, zaburzenie jednego z nich może mieć wpływ na działanie innego a także na cały układ nerwowy),
 - smak (rozwija się od 55 dnia życia),
 - słuch (w 3 tygodniu życia płodowego zauważalne są pęcherzyki słuchowe, w 37 dniu jest już sformułowane ucho wewnętrzne, a w 7 tygodniu małżowina uszna ma swój kształt; między 4 a 5 miesiącem dziecko zaczyna reagować na bodźce słuchowe. Dziecko przyzwyczaja się do dźwięków płynących z otoczenia, rozróżnia natężenie oraz melodię, akcent, rytm mowy. Dodatkowo istnieje zjawisko pamięci słuchowej – po urodzeniu maluch rozpoznaje głos matki, dziecko łatwiej uczy się mowy, którą słyszało w okresie prenatalnym,
 - wzrok (zaczątka oka można zauważyć w 3 tygodniu, a w 7 tygodniu soczewka jest już zbudowana, od 16 tygodnia jest zauważalna reakcja na światło słoneczne, w 8 miesiącu soczewka jest całkowicie dojrzała,
 - struny głosowe dziecka są wykształcone w trzecim miesiącu życia płodowego. Kolejny ważny czynnik stanowi prawidłowe wykształcenie się narządów i mięśni artykulacyjnych:
 - szczęka i cały układ artykulacyjny (wargi, jama ustna, nosowa, układ kostny, podniebienie) tworzy się od 4 do 12 tygodnia życia płodowego. W tym czasie mogą powstawać rozszczepy podniebienia, dziąseł, języka czy języczka,
 - do 3 miesiąca powstaje narząd fonacyjny. W tym czasie powstają także struny głosowe i od tego momentu dziecko jest gotowe do reakcji na bodźce płaczem.

Prawidłowy rozwój dziecka w okresie prenatalnym jest warunkiem koniecznym, aby mogło ono prawidłowo funkcjonować po urodzeniu. Działanie niekorzystnych czynników na matkę może mieć wielki wpływ na jej dziecko. Im wcześniej pojawiają się nieprawidłowości, tym poważniejsze i trudniejsze do rehabilitacji będą powstałe uszkodzenia.

W trakcie życia płodowego kształtują się ważne odruchy:

- od 7 tygodnia ciąży dziecko zaczyna reagować na bodźce dotykowe,
- w 10 tygodniu jest już wrażliwa okolica zuchwowa i szczękowa, tydzień później środkowa część twarzy. W 20 tygodniu ciąży odruch wargowy jest już całkowicie wytworzony, czyli po dotknięciu warg następuje ich wysunięcie,

- odruch ssania rozwija się od 16 do 29 tygodnia (wtedy też dziecko ćwiczy mięśnie przez ssanie kciuka) w 33 tygodniu dziecko potrafi już wyciągać język i dotykać nim górnej wargi [4].

2.2. Czynniki mogące wpłynąć na dysfunkcje rozwojowe dziecka w okresie prenatalnym

W każdym momencie życia płodowego na matkę i równocześnie na jej dziecko mogą zadziałać niesprzyjające warunki powodujące w przyszłości różne zaburzenia rozwojowe.

Czynniki te możemy podzielić na **wewnętrzne – endogenne** i **zewnętrzne – środowiskowe**.

Na wiele z nich nikt nie ma wpływu (wirusy, wady genetyczne), ale są i takie, które można ograniczyć lub wyeliminować (np. palenie tytoniu, picie alkoholu, branie leków itp.)

A. Czynniki wewnętrzne

1. **Niedobór kwasu foliowego, czyli witaminy B9** – Kwas foliowy jest potrzebny do regulacji, podziału i dojrzewania komórek, ma znaczenie przy wzroście i rozwoju, z jego udziałem powstaje serotonina i noradrenalina. Jego niedobór powoduje, spowolnienie syntezy pokarmowej, nadpobudliwość, ciężkie zaburzenia rozwojowe płodu (związane ze wzrostem, kształtowaniem się układu nerwowego, mózgu oraz rdzenia kręgowego).
2. **Toksoplazmoza** – pasożyt, powodujący zakażenie łożyska – w ten sposób dostaje się do płodu. Może spowodować wodogłowie bądź małogłowie, zwężenie śródmózgowia (co powoduje opóźnienie rozwoju dziecka), zapalenie siatkówki, hipotrofię (zahamowanie wzrostu płodu), powiększenie wątroby i śledziony, w niektórych przypadkach obumarcie i poronienie. 70% zarażonych płodów nie ma objawów, w związku z tym nie jest leczone, w późniejszym wieku w takich przypadkach mogą wystąpić problemy związane z OUN, upośledzenia słuchu i widzenia. Zarażenie może nastąpić przez: chorego kota, zanieczyszczone pokarmy (m.in. owoce, warzywa), nieświeże mięso (również grillowane, wędzone czy marynowane), uszkodzoną skórę, błonę śluzową odbytu.
3. **Różyczka** – wirus; uodpornienie na całe życie daje jedynie sama choroba, szczepionki działają około 10 lat. Zarażenie matki jest szczególnie niebezpieczne dla płodów w pierwszych ośmiu tygodniach (kształtowanie się narządów dziecka), po 16 tygodniu zarażenie nie jest już tak groźne. We wczesnym życiu płodu może spowodować choroby oczu (jaskra, zaćma), uszu (zaburzenia słuchu), mózgu (wodogłowie oraz upośledzenie), uszkodzenia wątroby, serca, deformacje kostne.
4. **Cytomegalia** – wirus, (ponad 50% do 80% osób jest nosicielami tej choroby, stwierdza się ją u 45% kobiet będących w ciąży) zakażenie przez ślinę, mocz, nasienie, przetaczanie krwi. Najczęściej zarażone są dzieci w wieku przed-

szkolnym i szkolnym. Wirus może spowodować zaburzenia widzenia (ślepotą) i słuchu, upośledzenia umysłowe. Najbardziej zagrożoną grupą matek są bardzo młode osoby, kobiety pracujące z małymi dziećmi, i w handlu.

5. **Cukrzyca** – rozróżniamy kilka rodzajów cukrzycy, m.in. insulinozależna IDDM (typu A) i insulinoniezależna NIDDM (typu B) oraz GDM, czyli taka, która pojawiła się po raz pierwszy w ciąży (po porodzie może rozwinąć się u 50% kobiet w ciągu 10 lat). Najczęstsze wady mogące powstać u dziecka z tej przyczyny to wady serca, nerek, OUN, wodogłowie, niedorozwój tkanki mózgowej, poronienia.
6. **Nadmiar witamin** – może powodować różne następstwa np.
 - nadmiar sodu – nadciśnienie tętnicze;
 - nadmiar fosforu – osłabienie wchłaniania innych związków;
 - witaminy A – wady rozwojowe, cewy nerwowej serca, czaszki, mięśni, układu kostnego, płciowego i pokarmowego, bóle głowy, wymioty, depresję;
 - witaminy D – wady serca.
7. **Niedobór witamin** – ważne jest, aby dieta matki w ciąży była dobrze zbilansowana i nie doszło do anemii. Dobrze jest również przyjmować odpowiednie zestawy witamin, aby zmniejszyć ryzyko zachorowań spowodowanych niedoborami. Np.: witamina C – dobrze wpływa na układ odpornościowy; magnez – zapobiega zaburzeniom koncentracji i nastroju, skurczom, nadciśnieniu; jod – ma wpływ na kształtowanie się układu nerwowego, oraz rozwój umysłowy dziecka; żelazo – zapobiega niedokrwistości; wapń – wpływa na układ kostny i mięśniowy.
8. **Leki** – tylko nieliczna grupa leków jest bezpieczna dla płodu, większość ma wpływ na rozwój dziecka. Podaje się je jedynie wówczas, gdy korzyść z ich zastosowania przewyższa ryzyko powikłań, jakie mogą spowodować.
9. **Palenie papierosów** – zwiększa parokrotnie ryzyko zachorowań na zapalenie oskrzeli i płuc podczas pierwszych lat życia dziecka, czterokrotnie zwiększa możliwość wystąpienia nagłej śmierci łóżeczkowej, może spowodować, że dziecko będzie słabsze i miało niską wagę urodzeniową, ma wpływ na karmienie piersią. Nikotyna to tylko jeden z niewielu trujących składników papierosa, które wchłania osoba paląca czynnie bądź biernie.
10. **Alkohol** – nie ma bezpiecznej dawki alkoholu, niezależnie od momentu ciąży, zawsze szkodzi. Łożysko nie jest żadną barierą ochronną, takie stężenie alkoholu, jakie wypije matka, przedostaje się do organizmu płodu. Alkohol może spowodować: przedwczesny poród bądź poronienie, niską wagę urodzeniową, uszkodzenia mózgu, wady nerek, serca, wzroku, słuchu, opóźnienie wzrostu. Poważnym zagrożeniem jest FAS (Fetal Alcohol Syndrome, czyli płodowy zespół alkoholowy), którego następstwami są dysmorfie (zniekształcenia) twarzy, niski wzrost, wady układu kostnego i mięśniowego, zaburzenia koordynacji i czucia głębokiego, opóźniona zdolność mówienia, słaba pamięć wzrokowa, zaburzenia budowy układów wewnętrznych, problemy z uczeniem się, zaburzenia zachowania, emocjonalne.

11. Promieniowanie jonizujące – najczęściej występuje podczas rtg, dlatego powinno się go unikać i wykonywać tylko w uzasadnionych przypadkach. Płód jest bardzo wrażliwy na promieniowanie jonizujące, które może zakłócić prawidłowe funkcjonowanie i rozwój organizmu oraz doprowadzić do zmian strukturalnych komórek a także ich obumarcia.

B. Czynniki wpływające na zaburzenia rozwoju dziecka podczas porodu

1. **Poród przedwczesny** – między 23 a 37 tygodniem, dzieci urodzone w tym terminie nie są w pełni przygotowane do życia, ważą od 500 do 2500g. W wielu przypadkach dochodzi do zgonu, często dzieci, które przeżyją wykazują różnorodne zaburzenia – słuchu, wzroku, neurologiczne oraz zdolności intelektualnych.
2. **Ciąża przenoszona** – istnieje zagrożenie dla zdrowia matki, a także zagrożenie dla życia i zdrowia dziecka.
3. **Niedotlenienie okołoporodowe** – najczęstszym następstwem jest mózgowe porażenie dziecięce, zaburzenia neurorozwojowe, zaburzenia mowy, deficyty ruchowe, opóźnione funkcje poznawcze.
4. **Zaburzenia napięcia mięśniowego** – zaburzenia w OUN, wzmożone napięcie może prowadzić do przykurczów i nieprawidłowego rozwoju fizycznego dziecka, w obniżonym napięciu obserwuje się słabszą sprawność ruchową. Konieczna jest opieka neurologa i rehabilitacja.
5. **Urazy okołoporodowe** – mogą to być mechaniczne uszkodzenia narządów ruchu, wtedy zazwyczaj po usztywnieniu, rehabilitacji, masażach po kilku, kilkunastu tygodniach dziecko wraca do zdrowia, w przypadkach uszkodzeń poważniejszych tj. urazów nerwów, wylewów, narządów wewnętrznych konieczna jest długa rehabilitacja, opieka specjalistyczna, operacje.
6. **Odpowiednia waga urodzeniowa:** prawidłowa waga dziecka wynosi od 2500 do 4000g, przy czym u bliźniąt dolną granicę ustanowiono na 2200g. Niska waga urodzeniowa u dzieci urodzonych o czasie to dystrofia („hipertroficzny” noworodek, to noworodek z wysoką wagą urodzeniową).

Dzieci dystroficzne mogą mieć obniżoną odporność układu nerwowego, nie-dojrzałość ośrodków mózgowych, co może być przyczyną trudności emocjonalnych, lękości, objawów nerwicowych, zaburzeń psychoruchowych, gorszej adaptacji społecznej, problemów w osiągnięciu dojrzałości szkolnej. W tych przypadkach ogromne znacznie mają rodzice, ponieważ zaobserwowano, że stopień opóźnień rozwojowych zależy od odpowiedniej opieki psychopedagogicznej i pediatrycznej środowiska wychowującego dziecko tak w domu, jak i w szkole, a także sposobu żywienia. W ciągu roku do trzech lat od urodzenia można nadrobić braki spowodowane niską wagą urodzeniową.

Przy hipertrofii (masa urodzeniowa powyżej 4000g) istnieje ryzyko powikłań okołoporodowych urazów, wydłużenia akcji porodowej, jej zatrzymania, niedotlenienia (encefalopatii). W późniejszych latach człowiek z wysoką wagą uro-

dzeniową jest w grupie podwyższonego ryzyka nadwagi, otyłości, nadciśnienia tętniczego, nieprawidłowej tolerancji glukozy.

Powyższe kategorie trudności rozwojowych prowadzą do różnego rodzaju zaburzeń w zachowaniu, które można usystematyzować następująco:

1. Neurologiczno-metaboliczno-fizjologiczne – są to zaburzone procesy i funkcje somatyczne, do których można zaliczyć np. nadpobudliwość, ograniczenie funkcji czuciowo-ruchowych, zaburzenie czynności koordynacyjnych itp. (np. mózgowie porażenie dziecięce)
2. Poznawczo-emocjonalne, są to zaburzone procesy związane z rozwojem procesów emocjonalnych, myślenia, wartości (np. autyzm);
3. Behawioralne – są tu zaburzone procesy związane ze słabą umiejętnością porozumiewania się, zaburzonych procesów wykonawczych związanych z działalnością zadaniową (np. dyskalkulia, zaburzenia mowy);
5. Społeczno-kulturowe, tj. naruszenie lub zaburzenie zachowań społecznych związanych z realizacją swoich zachowań obyczajowych, normatywnych czy kulturowych. Problemy bycia w grupie (np. zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi).

3. Rodzina funkcjonalna i dysfunkcjonalna w relacjach do dziecka z zaburzeniami rozwojowymi w ujęciu pedagogicznym

Każda rodzina boryka się z problemami dnia codziennego, ale tam gdzie pojawia się dziecko niepełnosprawne trudności te są zwiększone. Są rodziny, które potrafią sprostać tym obowiązkom. Takie rodziny, które pomyślnie rozwiązują własne problemy, kierując się chęcią utrwalania swojej wspólnoty i realizacji przypisanych im funkcji, nazywamy rodzinami funkcjonalnymi. Są jednak takie, które nie potrafią pomyślnie rozwiązywać swoich sytuacji kryzysowych i realizować swych funkcji. Rodziny, które nie potrafią wypełniać swych funkcji wystarczająco dobrze, nazywamy rodzinami dysfunkcjonalnymi.

W każdej rodzinie dzieci dysfunkcjonalne, szczególnie małe, są bezbronne i wymagają ochrony rodziców we wszystkich sferach swej rzeczywistości: fizycznej, seksualnej, emocjonalnej, intelektualnej i duchowej. Ze względu na swą bezradność dzieci takie muszą polegać na pomocy w zaspokajaniu swych podstawowych potrzeb. Przypomnijmy, że podstawowe potrzeby, zwane potrzebami niedostatku, to: potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku i miłości oraz uczuciowego wsparcia. Zaspokojenie ich pozwala na realizację potrzeby samourzeczywistnienia, realizowanej poprzez twórczość, wiedzę i piękno.

Funkcjonalna rodzina troszczy się o zaspokojenie tych potrzeb, a w miarę jak dziecko rośnie – uczy je, jak ma te potrzeby zaspokajać samodzielnie. W dobrze funkcjonującej rodzinie dzieci są chronione nie w sposób nadopiekuńczy albo niewystarczający, ale są strzeżone przed poniżającym zachowaniem innych, a jednocześnie wspierane w konstruowaniu swoich własnych granic przed obrażaniem przez innych ludzi i przygotowaniem do ochrony siebie. Amerykańska

psychoterapeutka P. Mellody [2] twierdzi, że wszystkie dzieci rodzą się z pięcioma – charakterystycznymi dla istoty ludzkiej – cechami, takimi jak: cennaść, bezradność, niedoskonałość, zależność i niedojrzałość. Funkcjonalni rodzice pomagają swoim dzieciom rozwinąć każdą z tych cech tak, aby dzieci, gdy dorosną, stały się dojrzałe i zadowolone z siebie oraz zdolne do własnej ochrony. A oto jak pięć wrodzonych cech dziecka przekształca się w dysfunkcjonalne cechy samozachowawcze, gdy dziecko żyje i jest wychowywane w dysfunkcjonalnej rodzinie, rodzinie, w której pojawiło się niepełnosprawne dziecko.

1. Drogocенność dziecka w rodzinie dysfunkcjonalnej nie jest mu uświadamiana, natomiast dziecko jest bombardowane komunikatami podkreślającymi jego mniejszą wartość niż innych członków rodziny. Dziecko może nigdy nie odczuwać swojej samoistnej wartości, może czuć się gorsze od innych i nauczyć się oceniać na podstawie zewnętrznych kryteriów. Czasami poczucie swej małej wartości dzieci ujawniają w aroganckim i pretensjonalnym zachowaniu. W efekcie tych działań dysfunkcjonalnych (ignorowanie, wyśmiewanie) wartość dziecka podlega obniżeniu i rodzą się w nim postawy samozachowawcze wyrażające się w tym, że czuje się gorsze od innych, a w życiu dorosłym jednostka ma trudności w doświadczaniu właściwego poczucia własnej wartości.
2. Bezbronność dziecka w dysfunkcjonalnej rodzinie jest nadużywana. Rodzice nie chronią dziecka i nie uczą go, jak unikać wykorzystywania i poniżania przez innych, gdyż sami nie mają odpowiedniego ukształtowanego systemu granic. Dziecko przyjmuje taki dysfunkcjonalny system granic, jakim dysponują jego rodzice. W efekcie dzieci te są nadmiernie bezbronne, narażone na zranienia, poniżenia i wykorzystywania. Jako osoby dorosłe nadal będą czuły się zbyt bezbronne, nie będą czuć się bezpiecznie w stosunku z innymi ludźmi, ani nie będą w stanie powstrzymać się od ataków w stosunku do innych, mogą też stać się niewrażliwymi, jeżeli ich rodzice używali „murów” jako zabezpieczenia przed wykorzystaniem i poniżeniem przez innych.
3. Niedoskonałość dziecka w rodzinie dysfunkcjonalnej nie jest szanowana i uznawana. Dzieci są atakowane za swą niedoskonałość i wierzą, że niedoskonałość jest czymś nienormalnym. Ich reakcją może być staranie o spełnienie żądań swoich rodziców lub też bunt przeciw niemożliwym do zrealizowania oczekiwaniom rodziców. Może być czasem tak, że dzieci będą lekceważone i nigdy się nie dowiedzą, że popełniają błędy. Nikt ich nie uczy, jak zachowywać się poprawnie. Rodzice podchodzący w niewłaściwy sposób do niedoskonałości swych dzieci często nie potrafią również uznać swojej niedoskonałości. Dzieci atakowane przez rodziców za swoje błędy często stają się w wieku dorosłym albo perfekcjonistami, przesadnie wymagającymi wobec siebie i swoich bliskich, albo osobami zbuntowanymi, nie zwracającymi uwagi na własne zachowania i mającymi trudności w doświadczaniu i wyrażaniu swojej niedoskonałości. Nie potrafią spojrzeć na siebie realistycznie, jako na normalne niedoskonałe osoby, nie odczuwając przy tym dojmującego bólu, lęku i gniewu.

4. Do zależności dziecka w rodzinie dysfunkcyjnej rodzice podchodzą inaczej niż w rodzinach funkcjonalnych. Zamiast stopniowo wdrażać dziecko do samodzielności rodzice albo nieustannie troszczą się o wszystko, nie pozwalając dziecku na samodzielność, albo atakują dzieci za posiadanie i wyrażanie swoich pragnień lub też ignorują ich pragnienia. Gdy dzieci z tych rodzin dorosną, mają trudności w rozpoznawaniu i zaspokojeniu swoich potrzeb.
5. Niedojrzałość dziecka w dysfunkcyjnej rodzinie nie jest traktowana wyjątkowo. Rodzice domagają się od dzieci zachowań bardziej dojrzałych albo pozwalają dzieciom zachowywać się mniej dojrzałe niż na ich wiek przystało. Czasami rodzice są ambiwalentni w stawianych dzieciom wymaganiach. Dzieci z tych rodzin w swym życiu dorosłym stają się nadmiernie dojrzałe bądź wечно niedojrzałe. W obu wypadkach będą miały trudność w wyrażaniu swojego postępowania w sposób umiarkowany. Dysfunkcyjny dom rodzinny staje się źródłem przykrości, podłożem napięć i frustracji zarówno dla jej dorosłych członków, jak i dzieci.

Życie dziecka niepełnosprawnego w dysfunkcyjnej rodzinie jest dla niego wielką krzywdą, gdyż rodzice na ogół nie dbają o zaspokojenie jego potrzeb, a sposób traktowania przez rodziców jest źródłem jego cierpienia i często prowadzi do deformacji jego rozwoju, negatywnych skutków emocjonalnych, zaniżonych osiągnięć edukacyjnych, aspiracji, kariery zawodowej i osobistej. W jaki sposób wyjść z takiego zakłętego kręgu, jak pomóc rodzinie dysfunkcyjnej?

Piśmiennictwo:

1. <http://aleksandra88.wordpress.com/okres-prenatalny/>
2. Mellody P., [za:] L. Brammer (i inni), *Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności*. PTP, Warszawa 1993.
3. Serafin T., *Od lokalnych dobrych praktyk do programu rządowego*, [w:] W. Brejnak, J. Zabłocki, *Wczesna diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka z dysfunkcjami*. Warszawa 2009.
4. Stecko E., *Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*. Lublin 2004.
5. Zabłocki J., *Profilaktyka i wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny*, [w:] W. Brejnak, J. Zabłocki, *Wczesna diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka z dysfunkcjami*. Warszawa 2009.
6. Zabłocki K., *Dzieci ze specjalnymi problemami rozwojowymi w procesie ich rozwoju i integracji*, [w:] K. Zabłocki, W. Brejnak, *Wybrane problemy dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi w procesie edukacji*. Warszawa 2004.

Kazimierz Jacek Zabłocki

Kazimierz Jacek Zabłocki, dr hab., profesor Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

Wojciech Brejnak

Rola psychologa we wczesnym wspomaganiu rodziny w przypadku narodzin dziecka niepełnosprawnego

O wczesnym wspomaganiu rozwoju mówi się z zasady wtedy, gdy ten rozwój jest w jakiś sposób zakłócony, gdy rodzi się dziecko niepełnosprawne z określonymi defektami czy dysfunkcjami rozwojowymi, bądź nabywa je w stosunkowo wczesnym okresie swego życia.

Według danych Ministerstwa Edukacji Narodowej: na każde 100 dzieci przypada troje z trwającą przez całe życie niepełnosprawnością. Odsetek dzieci, u których stwierdza się trudności rozwojowe szacuje się na około 7, aczkolwiek nie są one diagnozowane jako niepełnosprawność, mają jednak poważny wpływ na możliwości uczenia się oraz adaptację społeczną. Zakłada się, że odsetek ten jest znacznie większy, choć do dziś w całości nierozpoznany.

Wartość informacyjna danych na temat skali występowania niepełnosprawności jest ograniczona przez fakt, że stosowane ogólne definicje „niepełnosprawności” z natury rzeczy są opisowe i niezbyt precyzyjne. To szerokie pojęcie niepełnosprawności utrudnia dokładniejsze określenie rozmiarów tego zjawiska i z konieczności podaje się wielkości szacunkowe. Według różnych autorów, choroby przewlekłe i niepełnosprawność występują u około 15-25% dzieci (w zależności od przyjętej definicji), a tym samym wymagającej specjalnej opieki zdrowotnej i specjalnej edukacji.

Z praktyki pedagogicznej wiadomo, że rozwój psychofizyczny większości dzieci każdego rocznika mieści się w granicach norm dla wieku i jest w miarę harmonijny. Jest jednak zawsze pewien procent dzieci, które już od urodzenia wykazują odmienne tempo rozwoju. Są wśród nich dzieci o rozwoju globalnie przyspieszonym, globalnie opóźnionym, dzieci z dysharmoniami rozwojowymi, a także dzieci z bardzo poważnymi opóźnieniami i zaburzeniami rozwojowymi. Pominę w tym opracowaniu omawianie problemów dzieci o rozwoju przyspieszonym.

Trudności w rozwoju i uczeniu się mają najczęściej dzieci:

- globalnie opóźnione w rozwoju intelektualnym na tyle, że nie kwalifikują się jeszcze do kształcenia w systemie przedszkola/szkoły specjalnej dla dzieci upośledzonych umysłowo, ale jednocześnie nie nadążają za programem przedszkola/szkoły masowej;
- z zaburzeniami lub opóźnieniami rozwoju mowy;

- z fragmentarycznymi deficytami rozwojowymi w zakresie analizy i/lub syntezy wzrokowej, słuchowej, opóźnionej sprawności manualnej, słabej koordynacji (integracji) funkcji wzrokowych, słuchowych i ruchowych;
- z osłabioną pamięcią wzrokową, słuchową, ruchową;
- z zaburzeniami lateralizacji (czyli stronności) oraz słabą orientacją w schemacie ciała, kierunkach i przestrzeni;
- z zaburzeniami sfery emocjonalno-wolitionalnej (zwłaszcza wyraźnie zahamowane czy nadpobudliwe);
- z zaburzeniami w kontaktach, przede wszystkim z rówieśnikami, ale też z dorosłymi (rodzicami i nauczycielami).

U niektórych dzieci mogą wystąpić tylko opóźnienia w rozwoju, wynikające z naturalnego faktu, że dzieci rozwijają się w różnym tempie. Te dzieci po prostu wolniej dojrzewają, są drobniejszej budowy ciała, później np. zaczynają chodzić, mówić. Im potrzeba więcej czasu dla osiągnięcia określonego poziomu rozwoju. U innych mogą to być zaburzenia w zakresie jednej, a nawet kilku sfer rozwojowych. Te zaburzenia mogą być spowodowane uszkodzeniem struktury i funkcji układu nerwowego lub innych układów czy narządów już w okresie płodowym, w czasie porodu, jak też we wczesnym dzieciństwie.

Współczesne problemy osób niepełnosprawnych są coraz częściej opisywane nie tylko w kategoriach możliwości ich indywidualnego rozwoju psychofizycznego, edukacyjnego czy zawodowego, ale przede wszystkim w teoriach i koncepcjach psychologicznych ukazujących nie tylko bezpośrednie skutki danej dysfunkcji czy uszkodzenia prowadzących do trudności rozwojowych i uczenia się, ale przede wszystkim w kategorii mechanizmów psychologicznego funkcjonowania społecznego, mechanizmów wyjaśniających podmiotowość w pełnieniu określonych ról społecznych. Ta wiedza coraz częściej kwalifikowana jest do bardzo dynamicznie rozwijającej się psychologii rehabilitacji, w której to, w sposób szczególnie podkreśla się wartość osoby niepełnosprawnej jako podmiotu oddziaływań edukacyjno-rehabilitacyjnych i życia społecznego. Można więc stwierdzić, iż poczucie podmiotowości społecznej jest połączeniem dwóch subiektywnie odbieranych przez jednostkę stanów: stopnia zintegrowania z otaczającym światem oraz zdolności do sprawowania kontroli nad rzeczywistością.

Dla stanów przeciwstawnych przypisuje się pojęcie alienacji. I właśnie to niska samoocena, poczucie alienacji społecznej rodziny niepełnosprawnej stanowi istotę dalszych analiz w poszukiwaniu podmiotowości rodziny niepełnosprawnej. We współczesnym rozumieniu pojęcia alienacji, akcentuje się raczej poczucie samotności człowieka, jego bezradność wobec otaczającej go zbiorowości społecznej. Odczucia te mogą być uświadamiane lub nie, zaś dokonywane atrybucje wartościujące i opisujące, czynią swoim obiektem zainteresowania analizę struktury „ja”, bądź struktury rzeczywistości społecznej. Do przyczyn omawianego zjawiska różni autorzy zaliczają m.in.:

- niekorzystne usytuowanie jednostki w strukturze systemu społecznego, np. niska pozycja socjoekonomiczna, brak poczucia stabilizacji, obniżanie się do tymczasowego statusu, dyskryminacja, nikła partycypacja społeczna i in.;
- krytyczną percepcję istniejącej sytuacji, w której funkcjonuje dana jednostka, np. formalizm i centralizacja instytucji, dyrektywność stylu zarządzania, spostrzegany brak możliwości rozwoju w obrębie istniejących struktur;
- także przestanki natury psychologicznej, np. brak satysfakcji z własnej sytuacji życiowej, poczucie deprivacji, poczucie nieadekwatności, nieprzystosowanie psychologiczne i wiele innych.

Zestawiając powyższe z dostępnymi wynikami badań nad ludźmi niepełnosprawnymi, możemy stwierdzić, iż omawiane zjawiska z całą swoją mocą występują w kontekście społecznej sytuacji tej zbiorowości.

Jakie zatem zjawiska z życia rodziny niepełnosprawnej mogą prowadzić do różnych form alienacji społecznej, do naruszenia podmiotowości rodziny? W dużym skrócie można wymienić przede wszystkim problemy życia emocjonalnego. Rodzice, po uzyskaniu informacji, że ich dziecko jest niepełnosprawne, przeżywają bardzo silne negatywne emocje. W rezultacie ulegają zakłóceniu relacje między członkami rodziny, szczególnie zaś między rodzicami oraz między rodzicami a niepełnosprawnym dzieckiem.

Najogólniej, sytuację przeżyć emocjonalnych rodziców można opisać jako stopniowe przechodzenie od pytania: dlaczego właśnie nas i nasze dziecko dotknęło to nieszczęście?, do pytania: co i jak możemy zrobić, aby pomóc naszemu dziecku? Oczywiście między tymi dwoma pytaniami są jeszcze sytuacje pośrednie. Inaczej mówiąc, w przeżyciach rodziców po wykryciu u dziecka niepełnosprawności można wyróżnić kilka okresów. Są to okresy: szoku, kryzysu emocjonalnego, pozornego przystosowania się oraz konstruktywnego przystosowania się do zaistniałej sytuacji.

Okres szoku. Wiadomość o niepełnosprawności dziecka jest dla rodziców ogromnym wstrząsem psychicznym. Rodzice oczekują, że dziecko urodzi się zdrowe i że jego rozwój będzie przebiegał bez zakłóceń. Często, gdy matka jest jeszcze w ciąży – przed nienarodzonym jeszcze dzieckiem roztaczana jest świetlana przyszłość – kim to ono w przyszłości nie będzie. Natomiast po odkryciu niepełnosprawności dziecka, u większości rodziców ich równowaga psychiczna ulega dezorganizacji. Silne emocje negatywnie wpływają na ich ustosunkowanie do siebie i do dziecka. Pojawiają się nieporozumienia, kłótnie, wzajemne obwinianie się, wrogość i agresja. Rodzice mogą zamykać się w kręgu swych przeżyć i nie pomagać sobie. Zazwyczaj rodzice nie wiedzą, jak postępować z takim dzieckiem, a ich zachowania wobec niego są przepojone lękiem i poczuciem winy.

Po okresie szoku, następuje okres kryzysu emocjonalnego, nazywany także okresem rozpaczki lub depresji. Rodzice nie potrafią pogodzić się z myślą, że mają niepełnosprawne dziecko. Spostrzegają swoją sytuację jako beznadziejną, są przygnębieni, zrozpaczeni i bezradni. Mają poczucie zawodu i niespełnionych

nadziei, spowodowane rozbieżnością między wymarzonym a rzeczywistym obrazem dziecka. Często przeżywają poczucie winy, pesymistycznie oceniają przyszłość dziecka. Neurotyczne przeżywanie problemów własnych i rodziny może wywoływać agresję w ich wzajemnych stosunkach oraz bunt i wrogość wobec otaczającego świata. Konflikty i kłótnie między rodzicami pogłębiają dezorganizację w funkcjonowaniu rodziny. W tym okresie może wystąpić zjawisko odsuwania się ojca od rodziny (a w przypadku, gdy dziecko jest już starsze – nawet odsuwania się matek). Przybiera ono różne formy, takie jak: niezajmowanie się sprawami rodziny i dziecka, ucieczka w alkohol lub w pracę zawodową czy społeczną, wreszcie całkowite opuszczenie rodziny. Przyczyny odchodzenia od rodziny są mało poznane.

Obiegowe poglądy na ten temat odchodzenia ojców wskazują na ich egoizm i chęć uniknięcia przez nich licznych obowiązków i wyrzeczeń związanych z wychowywaniem niepełnosprawnego dziecka. W rzeczywistości jednak ojcowie mogą cierpieć z powodu niepełnosprawności dziecka równie silnie, a nawet silniej niż matki. Mogą oni znajdować się w złożonej sytuacji emocjonalnej, ponieważ trudniej odreagować im przeżywane napięcie spowodowane niepełnosprawnością ich dziecka.

Należy również zaznaczyć, że matka obciążona obowiązkami pielęgnacyjnymi i przytłoczona negatywnymi przeżyciami może przejawiać wobec męża postawę pretensji i w konsekwencji – nieświadomie – przyczyniać się do jego odsuwania się od rodziny. Napięcia i konflikty przeżywane przez rodziców zazwyczaj ograniczają ich interakcje z dzieckiem i zakłócają ich przebieg.

Kolejnym okresem w przeżyciach rodziców wychowujących niepełnosprawne dziecko jest okres pozornego przystosowania się do sytuacji. Jego dominującą cechą jest to, że rodzice podejmują nieracjonalne próby przystosowania się do sytuacji, w jakiej się znaleźli. Rodzice, nie mogąc pogodzić się z faktem, że ich dziecko jest niepełnosprawne, stosują różne mechanizmy obronne, np. deformują obraz realnej rzeczywistości, zgodnie ze swymi pragnieniami, wytwarzając sobie nieprawidłowy obraz dziecka, który dominuje nad realną rzeczywistością. Stosowanym mechanizmem obronnym jest też nieuznawanie faktu niepełnosprawności dziecka. Rodzice nie chcą dostrzec niepełnosprawności i dążą do podważenia postawionej diagnozy – bagatelizują ją lub zaprzeczają i poszukują nowej. Wówczas często występuje nieuzasadniona wiara w możliwość wyleczenia dziecka. Rodzice podejmują bardzo żmudne i kosztowne wysiłki polegające w poszukiwaniu coraz to nowych specjalistów i ośrodków leczniczych. Wierzą, że istnieje jakiś cudowny lek, który doprowadzi do wyzdrowienia dziecka. Zwracają się ku metodom paramedycznym, takim jak np.: bioenergoterapia, ziołolecznictwo, akupunktura i poszukują środków zaradczych u osób niefachowych (np. u znachorów czy wróżek). Wymienione czynności mogą być prowadzone przez długi okres i zazwyczaj wiążą się z dużymi nakładami czasu i pieniędzy. Innym mechanizmem obronnym, jaki może wystąpić u rodziców, jest poszukiwa-

nie winnych niepełnosprawności dziecka. Rodzice oskarżają lekarzy, że dziecko jest upośledzone na skutek ich zaniedbań.

Czasami rodzice uważają, że winę za niepełnosprawność dziecka ponoszą siły nadprzyrodzone (los, Bóg) i, że jest to kara za ich uprzednie postępowanie. Zdarza się, że rodzice nawzajem obarczają się winą za niepełnosprawność dziecka, zarzucając sobie np. zaburzenia genetyczne. Mogą również przypisywać sobie odpowiedzialność za upośledzenie dziecka, ponieważ w swoim przekonaniu byli za mało przezorni, albo niedostatecznie opiekowali się nim i ochraniali je.

Jeżeli rodzice wyczerpią wszystkie środki i możliwości, wówczas mogą dojść do przekonania, że nic dla dziecka nie można już zrobić. Pogodzeni w ten sposób ze swym nieszczęściem poddają się apatii, przygnębieniu i pesymizmowi. Nie prowadzą wobec dziecka żadnych oddziaływań rehabilitacyjnych, poza wykonywaniem podstawowych czynności opiekuńczych, ponieważ w ich mniemaniu i tak nic nie da się zrobić. Zawiedzione swoje nadzieje i oczekiwania mogą przenosić na dziecko (lub dzieci) zdrowe. Rodzice idealizują wówczas pełnosprawne rodzeństwo, wierząc w jego ponadprzeciętne możliwości rozwojowe i stawiają mu wygórowane wymagania. Podejmują próby zorganizowania funkcjonowania rodziny niejako z wyłączeniem niepełnosprawnego dziecka, któremu „nie można pomóc”.

Kolejnym okresem w przeżyciach rodziców jest okres konstruktywnego przystosowania się do sytuacji. Jego istotą jest przeżywanie przez rodziców problemu – czy i jak można pomagać dziecku? Zaczynają się oni zastanawiać nad takimi kwestiami, jak:

- jakie są przyczyny niepełnosprawności dziecka?
- jaki jest wpływ niepełnosprawności na rozwój psychiczny dziecka oraz na rodziców i całą rodzinę?
- jak należy postępować z dzieckiem?
- jaka jest jego przyszłość?

Mówiąc ogólnie, rodzice podejmują próbę racjonalnego rozpatrzenia swej sytuacji. Zaczynają stosować różne zabiegi wychowawcze i rehabilitacyjne w stosunku do dziecka i zaczynają współpracować ze sobą. Życie i funkcjonowanie rodziny zaczyna organizować się wokół wspólnego celu – niesienia pomocy dziecku.

Czynniki zaburzające funkcjonowanie rodziny

Ważnym czynnikiem, mającym bardzo silny wpływ na przeżycia rodziców, jest to, w jaki sposób rodzice dowiadują się o niepełnosprawności dziecka. Jeżeli dowiadują się nagle, wówczas szok emocjonalny, jaki przeżywają, jest szczególnie silny i często długotrwały.

W wielu przypadkach bywa jednak tak, że rodzice powoli odkrywają niepełnosprawność dziecka. Mogą oni np. zauważać, że dziecko w odpowiednim czasie

nie siada, nie staje na nóżkach, nie robi pierwszych kroków, nie mówi. Wówczas podejrzeniom, że coś niedobrego dzieje się z dzieckiem, towarzyszy nasilająca się niepewność i lęk.

Kolejnymi czynnikami, wpływającymi na przeżycia rodziców, są: rodzaj i stopień niepełnosprawności. Panuje bowiem obiegowe przekonanie, że niektóre typy niepełnosprawności są szczególnie ciężkie. Dotknięte nimi dzieci oraz ich rodziny są traktowane jako najbardziej nieszczęśliwe i uszkodzone.

Ważnym czynnikiem warunkującym przeżycia rodziców jest również widoczność niepełnosprawności. Rodzice tych dzieci, które swym zachowaniem i wyglądem wyraźnie odróżniają się od dzieci zdrowych, mogą przeżywać ich niepełnosprawność szczególnie silnie. Dzieje się tak, ponieważ spotykają się oni często z odrzucającymi postawami otoczenia, wynikającymi z braku akceptacji ich dziecka, a także ich jako jego rodziców.

Na przeżycia rodziców wpływają również preferowane przez nich wartości i cele życiowe. Współżycie z niepełnosprawnym dzieckiem niewątpliwie przekształca system wartości rodziców. Jak dotąd brak jest badań na temat przekształceń, jakie zachodzą w systemie wartości i celach życiowych rodziców wychowujących dzieci niepełnosprawne. Można przypuszczać, że z czasem rodzice zaczynają preferować wartości humanistyczne, takie jak: miłość, wzajemny szacunek, godność osobistą, a także poczucie bezpieczeństwa i harmonię w życiu rodzinnym.

Z dotychczasowych rozważań wynika, że rodzice dziecka niepełnosprawnego często przeżywają negatywne emocje, że ich przeżycia zmieniają się z upływem czasu i zależą od wielu czynników. Wraz z wiekiem i rozwojem dziecka negatywne przeżycia rodziców mogą się nasilać lub słabnąć. Wyraźne nasilenie problemów emocjonalnych następuje wówczas, gdy na drodze rozwoju dziecka pojawiają się kolejne ważne wydarzenia życiowe. Takimi wydarzeniami są np.: pójście do przedszkola lub szkoły, wybór dalszego kierunku kształcenia i zawodu, podjęcie pracy, pojawienie się następnego dziecka w rodzinie.

Przedstawione tu, z konieczności w dużym skrócie, czynniki prowadzące do naruszenia różnego rodzaju relacji rodzinnych, w konsekwencji prowadzą do zaburzenia rozwoju emocjonalnego i społecznego dziecka wykazującego różnego rodzaju dysfunkcje, niepełnosprawności lub zaburzenia rozwoju.

W przekonaniu wielu osób profesjonalnie związanych z problematyką rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym, rozwiązaniem problemu pomocy i wsparcia rodzin jest zapewnienie pomocy materialnej i psychologicznej.

Z badań nad rodziną dziecka niepełnosprawnego jednoznacznie wynika, że podstawą powodzenia rewalidacji dziecka jest właściwa atmosfera i klimat psychiczny panujący w rodzinie. Niepełnosprawność dziecka stanowi ważną sprawę dla całej rodziny, dlatego całą rodzinę należy objąć opieką psychologiczną, a także udzielić jej instruktażu rehabilitacyjnego oraz wsparcia psychoterapeutycznego. Dobrze i w odpowiednim czasie zorganizowana pomoc może zminima-

lizować, a nawet usunąć skutki negatywnych stanów psychicznych towarzyszących rodzicom dzieci niepełnosprawnych. Dlatego tak ważne jest, aby korzystne dla rozwoju dziecka postawy rodziców kształtować już na oddziałach położniczych, poprzez psychologiczne na nich oddziaływanie.

Bardzo często, w przypadku narodzin dziecka niepełnosprawnego – opieka, pomoc medyczna i psychologiczna koncentruje się na dziecku, jak gdyby zapominając, że szybkiej pomocy psychologicznej wymagają także, a może przede wszystkim, rodzice. Wielu psychologów uważa, że dostępność wsparcia psychologicznego modyfikuje natężenie stresu, jakiego doznają rodziny, w których urodziło się dziecko o zaburzonym rozwoju.

Z obserwacji rodziców dzieci z nieprawidłowościami rozwojowymi wynika, że to przede wszystkim oni wymagają pomocy w odzyskaniu równowagi w stosunkach z najbliższymi i w przystosowaniu się do nowej, trudnej sytuacji. Chodzi o pomoc psychologiczną w nadawaniu znaczenia niepełnosprawności dziecka, która będzie zmniejszała poczucie winy rodziców i wzajemne oskarżanie się, a także ułatwiała wypracowanie najlepszych strategii postępowania.

Ponadto ważnym elementem jest stworzenie rodzicom okazji do zwerbalizowania w rozmowie z psychologiem swoich odczuć.

Postawmy, prawdopodobnie dla wielu, kontrowersyjne pytanie: „ile dziś kosztuje pomoc psychologiczna?” Chodzi o pomoc psychologiczną rodzinom znajdującym się w trudnych życiowo momentach – zwłaszcza takich, gdy rodzi się dziecko niepełnosprawne.

Pomoc udzielana innym jest nieodłącznym elementem ludzkiego życia. Każdy z nas często potrzebuje pomocy lub sam jej udziela. Ważnym jest by rodzice, którym rodzi się dziecko niepełnosprawne otrzymali natychmiastową pomoc psychologiczną. Zapewnienie tym osobom specjalistycznego psychologicznego wsparcia jest niezbędne.

Udzielana pomoc powinna być nie tylko w wymiarze duchowym, ale i materialnym. Na konsultację psychologiczną w publicznej służbie zdrowia czeka się miesiącami. O pomocy psychologicznej bezinteresownej, „nie za pieniądze” – rzadko słyszę. Gdy próbowałem ze studentami psychologii dyskutować problem bezinteresownej pomocy psychologicznej, słyszałem stwierdzenia, że po to studiują, żeby pracować i zarabiać na życie. A zatem bezinteresowna (bezpłatna) pomoc psychologiczna kojarzy się z filantropią i zawiera w sobie zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty.

Dlatego należałoby rozważyć celowość konkretnego wsparcia dla rodzin, którym rodzi się dziecko niepełnosprawne – a tym konkretnym wsparciem niechby był np. talon na 3 do 5 bezpłatnych wizyt w dowolnej placówce psychologicznej niepublicznej. Talon wartości 200-300 zł., za który placówka taka mogłaby otrzymywać refundację w odpowiednim Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia. Talon taki wydawałby lekarz ginekolog-położnik wszystkim rodzicom, którym rodzi się dziecko z tak zwanego ryzyka okołoporodowego (np. poniżej

6 pkt. w skali Apgar) lub z innymi oczywistymi niepełnosprawnościami stwierdzonymi przez dziecięcego pediatrę czy neurologa.

Może, zanim ten sposób rozwiązania pomocy stałoby się ogólnopolską praktyką – można by eksperymentalnie sprawdzić jego słuszność w jednym z województw.

Wojciech Brejnak

Szersze omówienie poruszonej tematyki znajdzie Czytelnik w artykule: Zabłocki K.J., Brejnak W., *Problemy rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym*, [w] „Fides et Ratio”, nr 1(9) 2012, s. 29-43.

Mgr Wojciech Brejnak, psycholog, wieloletni wykładowca na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

Danuta Al-Khamisy

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w edukacji włączającej w przedszkolu

Dla prawidłowego rozwoju dziecka najbardziej znaczące są pierwsze lata jego życia. Równocześnie z rozwojem układu nerwowego następuje rozwój wszystkich funkcji psychofizycznych. W wieku przedszkolnym, aż do rozpoczęcia nauki szkolnej, w procesie rozwoju dziecka postępuje uczenie się społeczne, językowe i poznawcze. U dzieci z zaburzeniami rozwojowymi lub z niepełnosprawnościami, procesy te mogą postępować dysharmonijnie lub ulec zahamowaniu. Dlatego tak istotne jest wczesne rozpoznanie potrzeb rozwojowych i możliwości edukacyjnych dziecka.

Przed nauczycielem edukacji przedszkolnej stoi odpowiedzialne zadanie przeprowadzenia diagnozy dziecka przed rozpoczęciem nauki w szkole. Podstawę prawną diagnozy przedszkolnej wytyczają regulacje prawne, które wyznaczają nauczycielom obowiązek prowadzenia obserwacji pedagogicznych[4] mających na celu poznanie możliwości i potrzeb rozwojowych dzieci oraz dokumentowanie tych obserwacji. Dodatkowo w roku poprzedzającym rozpoczęcie przez dziecko nauki w klasie I szkoły podstawowej należy przeprowadzić analizę gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole (diagnoza przedszkolna). Należy wyraźnie podkreślić, że nie jest to diagnoza specjalistyczna, ta bowiem przeprowadzana jest w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Celem diagnozy przedszkolnej jest zgromadzenie informacji, które mogą pomóc:

- rodzicom w poznaniu stanu gotowości swojego dziecka do podjęcia nauki w szkole podstawowej, aby mogli je w osiągnięciu tej gotowości, odpowiednio do potrzeb, wspomagać;
- nauczycielom przedszkola przy opracowaniu indywidualnego programu wspomaganie i korygowania rozwoju dziecka, który to program będzie realizowany w roku poprzedzającym rozpoczęcie nauki w szkole podstawowej;
- pracownikom poradni psychologiczno-pedagogicznej, do której zostanie skierowane dziecko w razie potrzeby pogłębionej diagnozy związanej ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Diagnoza ma niezwykle ważne znaczenie. Powinna zawsze służyć rozwojowi i być „diagnozą dla rozwoju”[3]. Ujawniać przede wszystkim mocne strony w rozwoju dziecka, czyli to, co może ono zrobić z pomocą badającego. Określana jest wtedy jako diagnoza pozytywna lub też diagnoza ukierunkowująca proces wspomaganie i korygowania rozwoju, a więc diagnoza przyjazna dziecku.[2]

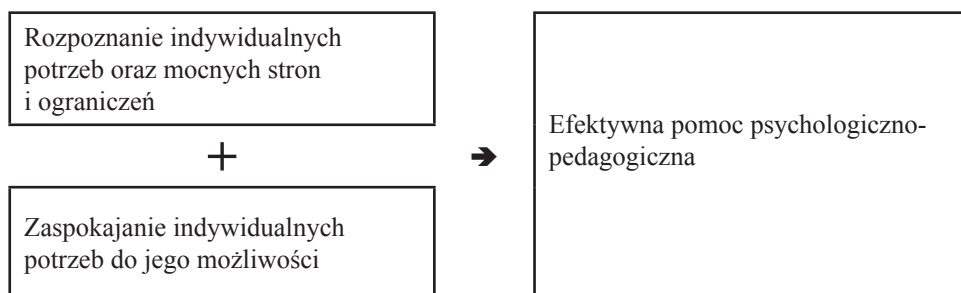
Edukacja włączająca oznacza edukację dla wszystkich. Na etapie edukacji przedszkolnej przedszkola masowe, najbliższe miejsca zamieszkania dziecka,

realizują zgodnie z wytycznymi ideę włączania dzieci sprawnych i tych, które wymagają specjalnego wsparcia. [1]

Strategię włączania reguluje Rozporządzenie MEN z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U z 2010 r. Nr 228, poz. 1487).

Rozporządzenie podkreśla wyraźnie znaczenie przedszkola w zakresie udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz to, że wynika ona ze specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci. Tym samym dziecko staje się rzeczywistym, konkretnie opisanym podmiotem działań przedszkola. Osobami uprawnionymi do korzystania z pomocy stają się dzieci, które wymagają wsparcia ze względu na rozpoznane indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne.

Rysunek 1. Organizacja pomocy psychologiczno-pedagogicznej



Zapisy rozporządzenia precyzują celowość udzielonej pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolu, która polega na:

- rozpoznawaniu możliwości psychofizycznych dzieci,
- rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci, wynikających zwłaszcza ze szczególnych uzdolnień, niepełnosprawności, choroby przewlekłej, niedostosowania społecznego, zagrożenia niedostosowaniem społecznym, specyficznych trudności w uczeniu się, zaburzeń komunikacji językowej, sytuacji kryzysowych lub traumatycznych, niepowodzeń edukacyjnych, zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego, kontaktami środowiskowymi, trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym pobytom za granicą oraz innych potrzeb dziecka.

O pomoc dla dziecka w przedszkolu może wystąpić rodzic, nauczyciel, wychowawca grupy wychowawczej lub specjalista prowadzący zajęcia z dzieckiem, czy nawet pomoc nauczyciela. Ciekawą modyfikacją jest stworzenie warunków w zakresie pomocy dziecku z mniejszości narodowych i etnicznych, które pozwalają na zatrudnienie tzw. asystentów lub pomocy nauczyciela. W przedszkolach zatrudniających pomoc nauczyciela, wsparcie psychologiczno-pedagogiczne może być również udzielane z inicjatywy osoby pełniącej rolę asystenta.

W myśl rozporządzenia wszelką pomoc psychologiczno-pedagogiczną dziecko uzyskuje przeważnie na terenie przedszkola. Udzielają jej prowadzący zajęcia nauczyciele, wychowawcy oraz specjaliści, w szczególności psychologzy, pedagodzy, logopedzi, we współpracy z:

- rodzicami uczniów,
- poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi,
- placówkami doskonalenia nauczycieli,
- innymi przedszkolami, szkołami, placówkami,
- organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży.

Rozporządzenie uwzględnia różnorodne formy pomocy w zależności od tego, gdzie jest ona organizowana i udzielana. W przedszkolu pomoc jest udzielana w formie:

- zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, socjoterapeutycznych oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym,
- porad i konsultacji.

Pomoc udzielana jest też rodzicom dzieci i nauczycielom w formie: porad i konsultacji oraz warsztatów i szkoleń. Zgodnie z zasadami planowania i koordynowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej wobec dziecka w przedszkolu pomoc tę organizuje zespół. Każdy z członków zespołu dokonuje rozpoznania potrzeb dziecka w obrębie różnych obszarów, co pozwoli połączyć uzyskane informacje o dziecku w konstruktywną całość. Zespół określa: W czym pomóc? Jak pomóc? Kiedy i przez jaki czas pomagać?

Praca zespołowa na rzecz dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi może przebiegać wg kilku modeli: multidyscyplinarnego, interdyscyplinarnego, transdyscyplinarnego.

Multidyscyplinarny	Interdyscyplinarny	Transdyscyplinarny
Wymiana informacji ma charakter nieformalny, spotkania nie są systematyczne. Każdy członek przygotowuje oddzielną część IPET i PDW i odpowiada za realizację tylko swojej części, prowadzi swoje indywidualne rozpoznanie diagnostyczne. Taki rodzaj pracy jest mniej korzystny dla dziecka.		Spotkania odbywają się regularnie. Wspólnie prowadzone jest rozpoznanie, przygotowujemy IPET i PDW i wspólna jest odpowiedzialność za ich realizację.

Najkorzystniejszy dla holistycznego wspierania rozwoju dziecka jest model transdyscyplinarny.

Etapy pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Etap I

Pierwszy etap to działania pedagogiczne prowadzone przez zespół nauczycieli, wychowawców i specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem, służące rozpoznaniu i poznaniu zarówno uzdolnień, jak i trudności oraz zaplanowaniu sposobów zaspokojenia potrzeb wynikających z indywidualnego profilu dziecka. Na etapie edukacji przedszkolnej szczególnie podkreślono obserwację pedagogiczną prowadzoną przez zespół nauczycieli, zakończoną analizą gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole. Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze, rozwijające uzdolnienia, będą prowadzili nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych i specjaliści.

Etap II

Drugim etapem będzie przekazanie dyrektorowi przedszkola czy placówki informacji o potrzebie objęcia opieką psychologiczno-pedagogiczną dziecka. Rozporządzenie określa, że pomoc psychologiczno-pedagogiczną organizuje dyrektor przedszkola, szkoły lub placówki w konsekwencji działań pedagogicznych podjętych przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów prowadzących zajęcia z dziećmi. Oni też są zobowiązani poinformować dyrektora o rozpoznaniu indywidualnej potrzeby udzielania dziecku pomocy. Rozporządzenie podkreśla zespołową formułę pracy nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów, prowadzących zajęcia z dzieckiem. Kiedy nauczyciel zasygnalizuje konieczność objęcia dziecka pomocą, wszyscy, którzy z nim pracują, spotykają się, by dokonać analizy jego sytuacji i wskazać najbardziej pożądane formy pomocy.

Współdziałanie wszystkich nauczycieli prowadzących zajęcia z dzieckiem pozwoli na opracowanie, przyjęcie i realizację spójnego i konsekwentnego planu oddziaływań edukacyjnych lub terapeutycznych. Proponowana forma współpracy umożliwi także ustalenie działań o znaczeniu priorytetowym wobec dziecka. Pracę zespołu koordynuje osoba (lub osoby) wskazana przez dyrektora przedszkola, szkoły lub placówki.

Zespół tworzy dyrektor przedszkola, dla dziecka:

- posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,
- posiadającego orzeczenie o potrzebie indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego,
- posiadającego orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania,
- posiadającego opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej (niezwłocznie po otrzymaniu informacji).

Praca Zespołu pomocy psychologiczno-pedagogicznej obejmuje:

Poznanie siebie i ucznia

Etap ten stawia przed nauczycielami i specjalistami przedszkola niezbędność rozpoznania specjalnych potrzeb edukacyjnych, a jednocześnie mobilizuje nauczycieli, specjalistów oraz rodziców do refleksji, zadawania sobie pytań typu: co wiem o dziecku, a co należy jeszcze o nim wiedzieć. Wspólna analiza orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, dodatkowe informacje od nauczycieli, rodziców, obserwacja dziecka, to wszystko powinno sprzyjać uznaniu aktualnej odrębności dziecka.

Rozumienie możliwości i potrzeb dziecka

Na tym etapie nauczyciel powinien uzyskać świadomość typu: rozumiem dla kogo przygotowuję wsparcie, dlaczego i w jakim celu. Etap ten wymaga dostrzeżenia i rozpoznawania emocji konkretnego dziecka, jego mocnych stron i ograniczeń wynikających z jego niepełnosprawności oraz tych, które nie są efektem niepełnosprawności, a innych czynników zewnętrznych. Skłania do rozumienia potrzeby przeprowadzenia diagnozy nauczycielskiej i udzielenia dziecku pomocy psychologiczno-pedagogicznej, rozumienia zachowania dziecka z określonym rodzajem niepełnosprawności, uwzględnienia jego indywidualnej linii rozwoju oraz zrozumienia, że każdy przypadek jest indywidualny, jedyny i niepowtarzalny. Etap ten wymaga też zrozumiałej zespołowej formuły pracy nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów jako grupy na rzecz rozwoju dziecka, a także z personelem pomocniczym i rodzicami w celu przygotowania konkretnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Bycie razem – realizowanie wsparcia dla dziecka

Nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych i specjaliści na tym etapie realizują już konkretne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej na terenie przedszkola, szkoły lub placówki, często w postaci indywidualnych oddziaływań wychowawczo-dydaktycznych w zakresie doboru treści, metod, form, środków i tempa pracy. Tworzą prawidłowe warunki edukacyjne w procesie edukacji dziecka z niepełnosprawnością, konstruują zespołowo **indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET)** i monitorują jego efektywność, doceniają motywacyjną funkcję oceny pracy dziecka, ze specjalistami i rodzicami tworzą tzw. koalicję profesjonalistów działających dla dobra dziecka.

Model pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w przedszkolu przebiega dwusieczkowo.

Ścieżka 1 – realizowana dla dzieci posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, zgodnie z którą działania zespołu są złożone i realizowane długofalowo.

Poznanie = Wiedza rzeczywista	
O danym rodzaju niepełnosprawności	O możliwościach i ograniczeniach dziecka / ucznia na podstawie analizy orzeczenia oraz rozpoznania wstępnego



Rozpoznanie wstępne i poszerzone, kompleksowe	
zrozumienie specjalnych potrzeb edukacyjnych dziecka z wiedzy rzeczywistej i diagnozy poszerzonej o wiedzę rodziców i własne obserwacje	Rozpoznanie WOPFU., prowadzenie diagnozy funkcjonalnej



Określenie specjalnych potrzeb edukacyjnych	
Zrozumienie specjalnych potrzeb edukacyjnych dziecka z wiedzy rzeczywistej i diagnozy poszerzonej o wiedzę rodziców i własne obserwacje	Kontynuowanie diagnozy funkcjonalnej przez cały czas pracy z uczniami



Rozpoznanie monitorujące = ocena efektywności podejmowanych działań wobec ucznia i refleksja nad samorozwojem nauczycieli i i innych członków zespołu

W modelu pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, które posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, uwzględniono dwa typy działań diagnostycznych: wstępne i monitorujące.

- Rozpoznanie wstępne przeprowadzane w przedszkolu, ma na celu zdobycie możliwie kompletnej wiedzy o możliwościach psychofizycznych i indywidualnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych dziecka. Informacje zawarte w orzeczeniach czy opiniach wydawanych przez poradnie mają zazwyczaj charakter ogólny i są niewystarczające do zaplanowania konkretnych działań wspierających.
- Rozpoznanie monitorujące, przeprowadzane po określonym czasie, ma na celu pozyskanie informacji pozwalających na dokonanie oceny efektywności podejmowanych działań. Służy planowaniu dalszego wsparcia.

Drugim zadaniem zespołu jest przeprowadzenie **wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania dziecka/ucznia (WOPFU)**. Zgodnie z przepisami prawa zespół dokonuje wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania dziecka w miarę potrzeb, nie rzadziej niż raz w roku szkolnym. W przypadku, gdy dokonuje się ponownej oceny (po przyjętym okresie realizacji indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego), ocena ta musi uwzględniać również ocenę efektywności pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielonej dziecku.

Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia jest podstawą opracowania **indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego**. Natomiast **wyniki ponownej oceny poziomu funkcjonowania** dziecka, zawierające również okresową ocenę efektywności udzielonej pomocy, są podstawą do modyfikowania programu.

WOPFU → IPET

Należy zwrócić uwagę na to, aby:

- Ocena funkcjonowania dziecka była dokonywana w toku zajęć edukacyjnych.
- Ocena funkcjonowania dziecka mogła być dokonana zarówno za pomocą narzędzi standaryzowanych i dostępnych nauczycielom, jak też z wykorzystaniem samodzielnie skonstruowanych narzędzi przez samego nauczyciela bądź członków zespołu.
- Opracowanie wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia zależało od rozpoznanego zaburzenia oraz jego nasilenia, zakresu informacji na temat możliwości rozwojowych i edukacyjnych zawartych w orzeczeniu oraz od posiadanych dodatkowych informacji na temat funkcjonowania dziecka uzyskanych zarówno od rodziców jak i od specjalistów.
- Opracowanie to uwzględniało podział działań członków zespołu, w tym podział działań specjalistów (np. logopedy, psychologa, pedagoga szkolnego i in.), nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych – w celu ustalenia spójnych oddziaływań w procesie pomocy psychologiczno-pedagogicznej.
- Wybór formy dokumentowania WOPFU był zróżnicowany, np.: arkusz, karta, zeszyt – w zależności od potrzeb czy rozległości rozpoznania, jak też wypracowanego wzoru w przedszkolu, szkole lub placówce.

Trzecim zadaniem zespołu jest opracowanie wyników rozpoznania i określenia specjalnych potrzeb edukacyjnych dziecka.

Ścieżka 2 – przeznaczona dla dziecka posiadającego:

- orzeczenie o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego,
- orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania,
- opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej,
- oraz dla dziecka, u którego potrzeba objęcia go pomocą psychologiczno-pedagogiczną rozpoznana została przez nauczyciela.

W toku postępowania zespół rozpoznaje i ustala zakres, w którym dziecko wymaga pomocy psychologiczno-pedagogicznej, określa zalecane formy, sposoby i okres jej udzielania. Omawiane w tym miejscu rozpoznawanie indywidualnych potrzeb może być prowadzone przez członków również w celu przeprowadzenia diagnozy całościowej. Przyjmuje wtedy bardziej rozbudowaną formę.



Pierwsze zadanie zespołu w ścieżce 2: zespół rozpoczyna rozpoznawanie indywidualnych potrzeb ucznia od analizy posiadanej przez niego dokumentacji, będącej podstawą do założenia karty indywidualnych potrzeb dziecka.

Określenie specjalnych potrzeb edukacyjnych następuje po identyfikacji możliwości psychofizycznych i trudności edukacyjnych dziecka, w tym rozpoznaniu przyczyn trudności. Efektem opisanych wyżej działań w ścieżce 2 jest zaplanowanie wsparcia zawartego w **Karcie Indywidualnych Potrzeb Ucznia (KIPU)** zakładanej indywidualnie dla każdego dziecka/ucznia oraz **Planie Działań Wspierających) PDW**, dla każdego indywidualnie lub grupowo.

KIPU → PDW

Po rozpoznaniu trudności rozwojowych/edukacyjnych zespół konstruuje plan działań wspierających, w którym powinny być zawarte ustalone przez członków zespołu formy, sposoby, okres udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin, w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane. Nauczyciele, wychowawcy grupy wychowawczej i specjaliści opracowują i wdrażają plany działań wspierających dla dzieci.

Ocena udzielonej pomocy, wnioski dotyczące dalszej pracy

Zespół dokonuje oceny efektywności pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielonej dziecku, w tym efektywności zrealizowanych zajęć:

- formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej – po zakończeniu jej udzielania,

- pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielonej w roku szkolnym – przed opracowaniem arkusza organizacji przedszkola, na kolejny rok szkolny.

Zespół określa wnioski i zalecenia dotyczące dalszej pracy z dzieckiem, w tym zalecane formy, sposoby i okres udzielania dziecku dalszej pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Ostatecznie to dyrektor przedszkola ustala (na podstawie propozycji zespołu) formy, sposoby i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin.

Bardzo ważnym elementem będzie wsparcie merytoryczne dla członków zespołu ze strony poradni psychologiczno-pedagogicznych (w tym specjalistycznych) oraz placówek doskonalenia nauczycieli. Zespół może także współpracować z innymi przedszkolami oraz podmiotami działającymi na rzecz dzieci oraz ich rodzin. Najważniejszym jednak partnerem są rodzice dziecka.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka

Dla dzieci posiadających opinie o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju nie opracowuje się PDW, lecz **indywidualny program wczesnego wspomagania**. Zasady postępowania w tym przypadku regulują odrębne przepisy.[V] Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka to wczesne oddziaływanie rewalidacyjno-wychowawcze stymulujące rozwój, obejmujące potrzeby wychowawcze dziecka, z uwzględnieniem potrzeb rodziny. Podmiotem obu tych oddziaływań jest małe dziecko (od urodzenia do rozpoczęcia edukacji) o zaburzonym rozwoju psychoruchowym lub ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością oraz jego rodzina.

W przedszkolach i szkołach podstawowych, w tym specjalnych, oraz w ośrodkach, o których mowa w art. 2 pkt 5, a także w publicznych i niepublicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym poradniach specjalistycznych, mogą być tworzone zespoły **wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (WWRD)** w celu pobudzania psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka, od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole; wspomaganie prowadzonego bezpośrednio z dzieckiem i jego rodziną

Rozporządzenie MEN (z 3 lutego 2009 r.) w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju określa warunki wczesnego wspomagania rozwoju dzieci, mającego na celu pobudzenie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole oraz kwalifikacje wymagane od osób prowadzących wczesne wspomaganie, a także formy współpracy z rodziną dziecka. Rozporządzenie to ma na celu dostosowanie przepisów do obowiązującego art. 7b ustawy o systemie oświaty. Wcześniej jedynie publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne, w tym specjalistyczne, miały prawo do tworzenia zespołów wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

Wczesne wspomaganie rozwoju jest jedną z wielu form pomocy dla małego dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny. Nie zastępuje żadnej z form pomocy stosowanych dotychczas w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej czy wychowania przedszkolnego. Zespoły wczesnego wspomagania rozwoju dziecka,

mogą być organizowane w celu pobudzenia psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole, prowadzone bezpośrednio z dzieckiem i jego rodziną: przedszkolach, szkołach podstawowych, w tym specjalnych oraz ośrodkach szkolno-wychowawczych, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym specjalistycznych. a także w domu rodzinnym dziecka (w szczególności z dzieckiem, które nie ukończyło 3 roku życia); miejsce prowadzenia WWRD wskazuje dyrektor jednostki prowadzącej WWRD w porozumieniu z rodzicami (opiekunami prawnymi) dziecka;

Zawarte w rozporządzeniu rozwiązania odpowiadają organizacji wczesnego wspomaganie przyjętej w krajach Unii Europejskiej.

Skład i zadania zespołu wczesnego wspomaganie rozwoju

Skład Zespołu WWRD	<p>osoby posiadające przygotowanie do pracy z małymi dziećmi o zaburzonem rozwoju psychoruchowym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pedagog posiadający kwalifikacje odpowiednie do rodzaju niepełnosprawności dziecka (w szczególności oligofreno-, surdo-, tyflopedagog) • psycholog • logopeda • inny specjalista w zależności od potrzeb dziecka i jego rodziny;
Zadania Zespołu	<ul style="list-style-type: none"> • ustalenie na podstawie opinii kierunku i harmonogramu działań wobec dziecka i wsparcia jego rodziny, • nawiązanie współpracy z ZOZ lub OPS (zapewnienie dziecku rehabilitacji, terapii lub innych form pomocy, stosownie do jego potrzeb), • opracowanie i realizowanie z dzieckiem i jego rodziną indywidualnego programu wczesnego wspomaganie, z uwzględnieniem działań wspierających rodzinę, koordynowania działań specjalistów pracujących z dzieckiem oraz oceniania postępów dziecka, • analizowanie skuteczności pomocy udzielanej dziecku i jego rodzinie, • prowadzenie szczegółowej dokumentacji działań WWRD
Koordinator pracy Zespołu	<ul style="list-style-type: none"> • dyrektor odpowiednio przedszkola, szkoły, ośrodka lub poradni, albo upoważniony przez niego nauczyciel

Współpraca Zespołu z rodziną dziecka polega na

- udzielaniu pomocy w zakresie kształtowania postaw i zachowań pożądanych w kontaktach z dzieckiem:
- wzmacnianiu więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dzieckiem,
- rozpoznawaniu zachowań dziecka i utrwalanie właściwych reakcji na te zachowania,

- udzielaniu instruktażu i porad oraz prowadzeniu konsultacji w zakresie pracy z dzieckiem,
- pomocy w przystosowaniu warunków w środowisku domowym do potrzeb dziecka oraz w pozyskaniu i wykorzystaniu w pracy z dzieckiem odpowiednich środków dydaktycznych i niezbędnego sprzętu.

Ponadto:

- wymiar zajęć WWRD wynosi od 4 do 8 godzin w miesiącu, w zależności od możliwości psychofizycznych i potrzeb dziecka,
- zajęcia prowadzone są indywidualnie z dzieckiem i jego rodziną,
- dzieci, które ukończyły 3 rok życia mogą uczestniczyć w zajęciach prowadzonych w grupach 2-3-osobowych, z udziałem rodzin.

Wczesna interwencja, to zintegrowany system oddziaływań profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczo-rehabilitacyjnych i terapeutycznych. Podmiotem oddziaływań jest małe dziecko o zaburzonym rozwoju psychoruchowym oraz jego rodzina.

Najważniejsze wyznaczniki jakości nowego modelu organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej, wpisane w szczegółowe przepisy wykonawcze Ministra Edukacji zgodne są z następującymi zasadami:

- Zasada indywidualizacji pracy z dzieckiem, realizowana na obowiązkowych i dodatkowych zajęciach edukacyjnych, odpowiednio do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka.
- Zasada „pomocy bliżej dziecka”, czyli wspieranie dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w przedszkolu, do którego uczęszcza, w środowisku jego nauczania i wychowania.
- Zasada „pomocy bliżej rodzica” poprzez wspieranie rodziców/opiekunów prawnych dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, prowadzone w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń przez nauczycieli i specjalistów zatrudnionych w przedszkolu, w środowisku nauczania i wychowania dziecka. Wspieranie rodziców jest ukierunkowane na rozwiązywanie problemów wychowawczych i dydaktycznych, powinno podnosić ich umiejętności wychowawcze, a w konsekwencji zwiększać efektywność pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla dziecka.
- Zasada „pomocy bliżej nauczyciela”, czyli wspieranie nauczycieli pracujących z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w środowisku jego funkcjonowania, przez innych nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów, oraz przez pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym – poradni specjalistycznych, pracowników ośrodków doskonalenia nauczycieli oraz szkoły wyższe. Wspieranie nauczycieli (podobnie jak rodziców) jest ukierunkowane na doskonalenie ich kompetencji, potrzebnych do skutecznej pomocy dzieciom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.
- Zasada elastyczności i adekwatności planowanych i realizowanych działań do potrzeb dziecka.

- Zasada likwidacji dotychczas istniejących barier formalnoprawnych (np. odejście od określania minimalnej liczby dzieci na zajęciach).
- Zasada zaufania do profesjonalizmu nauczycieli i wychowawców – pierwszych diagnostów specjalnych potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych i rozwojowych swoich podopiecznych.
- Zasada zaufania do przedszkola – swoistej instytucji szybkiego reagowania zarówno na specjalne potrzeby dzieci sklasyfikowane w rozporządzeniach, jak i na potrzeby nieokreślone, trudne do skodyfikowania.
- Zasada współdziałania rodziny i środowiska przedszkolnego/szkolnego ze specjalistami.
- Zasada poszanowania dla Inności każdego dziecka.
- Zasada permanentnego poznawania dziecka i jego środowiska oraz samorozwoju nauczycieli.
- Zasada holistycznego widzenia dziecka/ucznia: jego możliwości edukacyjnych, rozwojowych, poziomu aktywności własnej, zainteresowań.

Wnioski

- Nie ma jednej, niezawodnej recepty na wspieranie dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.
- Każde dziecko rozwija się w innym rytmie, ma swoje uzdolnienia i specyficzne trudności.
- Każde dziecko jest Inne i każde w swej inności wymaga koalicyjnego wsparcia.

Bibliografia

1. Al-Khamisy, D., *Edukacja włączająca edukacją dialogu. W poszukiwaniu modelu edukacji dla ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Warszawa 2013, APS.
2. Kulesza, E., *Rozwój poznawczy dzieci z lekkim i umiarkowanym upośledzeniem umysłowym – diagnoza i spomaganie. Studia empiryczne*, APS, Warszawa, 2004, s. 45.
3. Obuchowska, I. *Osoby niepełnosprawne: diagnoza dla rozwoju*, [w:] D. Lotz, K. Walenty, (red.), *Diagnoza dla osób niepełnosprawnych*, Szczecin, 2002.
4. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 stycznia 2008 r. w sprawie rodzajów innych form wychowania przedszkolnego, warunków tworzenia i organizowania tych form oraz sposobu ich działania: § 2.pkt.10.c (prowadzeniem obserwacji pedagogicznych mających na celu poznanie i zabezpieczenie potrzeb rozwojowych dzieci oraz dokumentowaniem tych obserwacji). (Dz. U. Nr 7 poz. 38)
5. Rozporządzenie MEN z dnia 3 lutego 2009 r w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz.U. z dnia 12 lutego 2009 r.)
6. Szemińska, A., (red.), *Poznanie ucznia a oddziaływanie pedagogiczne*, Warszawa, 1957.

Danuta Al-Khamisy

Dr Danuta Al-Khamisy, wykładowca w Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie i wykładowca we Wszechnicy Polskiej Szkole Wyższej w Warszawie.

Ewa Słodownik–Rycaj

Wspomaganie dzieci z zaburzeniami rozwoju językowego

Opóźnienie rozwoju mowy – zaburzenie czy normalna odmiana rozwoju

Każda osoba pracująca z małymi dziećmi prędzej czy później styka się ze zjawiskiem opóźnienia rozwoju mowy. Musi wówczas pojawić się pytanie, czy jest to sytuacja niepokojąca, czy też mamy do czynienia z naturalnym zjawiskiem zróżnicowania tempa rozwoju dziecka, w tym przypadku rozwoju mowy.

Jest rzeczą bezsporną, że we wczesnym okresie życia rozwój dziecka, w tym także rozwój mowy, jest sprawą indywidualną i w związku z tym obserwujemy duże zróżnicowanie w zakresie tempa przyswajania języka. Na to zróżnicowanie wskazywano w literaturze polskiej już w latach 60. Szuman pokazał, że zakres zróżnicowania indywidualnego dla dwulatków w zakresie posługiwania się rzeczownikami to 47 do 380 słów, zaś w przypadku czasowników to 10-240 słów (Szuman, 1968). Zróżnicowanie w zakresie stosowania przymiotników natomiast to 2-53 (Przetacznikowa, 1968). Z nowszych badań warto za Grażyną Krasowicz-Kupis (2012) przytoczyć wyniki badań prowadzonych przez Elisabeth Bates, Philipa Dale'a i Donny Thal, którzy określili średnią liczbę wypowiedzianych słów przez dziecko 16-miesięczne na poziomie 64, przy zróżnicowaniu indywidualnym od 0 do 180 słów. Zróżnicowanie to wzrasta wraz z wiekiem, by w wieku 24 miesięcy przyjąć wartość od 89 do 534 słów. Widzimy więc, że trudno jest ustalić normy właściwe dla określonego wieku, jako że, jak zauważa Magdalena Smoczyńska (1987), w nabywaniu języka każde dziecko przebywa inną drogę.

Z uwagi na powyższe trudno jest więc orzekać, czy sytuacja, z którą spotykamy się jest przejawem takiego właśnie indywidualnego tempa rozwoju charakterystycznego dla wczesnego etapu, czy też mamy do czynienia z zaburzeniami rozwoju językowego. Analiza literatury logopedycznej nie ułatwia nam tego zadania, bowiem brak jest w niej jednoznacznego stanowiska w kwestii opóźnienia rozwoju mowy. Stosunkowo niedawno dopiero pojawiło się w świadomości polskich specjalistów przekonanie, że jeżeli u pewnych dzieci mowa nie pojawia się w pierwszych 3 latach życia, to mogą to być dzieci z tak zwanymi specyficznymi zaburzeniami rozwoju językowego i że grupa ta wymaga specjalnej uwagi. Właściwie dopiero praca L. B. Leonarda, na którą stopniowo zaczęli powoływać się polscy naukowcy i jej tłumaczenie z 2006 r. rozpowszechniło świadomość

tego problemu i przyczyniło się do rozpowszechnienia terminu SLI (specyficzne zaburzenia rozwoju językowego).

Postrzegając więc problem dzieci późno mówiących przez pryzmat dzisiejszej wiedzy, warto zwrócić uwagę na fakt istnienia kilku grup pacjentów, a co za tym idzie kilka grup problemów.

Pierwsza grupa to dzieci, u których brak lub opóźnienie w pojawianiu się mowy jest wynikiem występowania wyraźnych czynników o charakterze pozajęzykowym. Mogą to być:

- uszkodzenie centralnego układu nerwowego,
- uszkodzenie obwodowego narządu mowy,
- upośledzenie umysłowe,
- zaburzenia psychiczne i emocjonalne,
- uszkodzenie narządu słuchu.

Ten rodzaj opóźnienia określa się jako niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy (Jastrzębowska, 2003). Jest ono wynikiem zaburzeń rozwoju. Charakterystyczne dla problemu jest to, że mowa rozwija się na patologicznym podłożu, tzn. zaznacza się brak warunków anatomicznych czy psychoneurologicznych dla jej rozwoju. Mowa w końcowej fazie rozwojowej zazwyczaj nie osiąga normalnego poziomu a zaburzeniom mowy najczęściej towarzyszą dodatkowe problemy (Jastrzębowska, 2003, s. 48).

Do drugiej grupy należą dzieci, w stosunku do których nie mówimy o zaburzeniach rozwoju językowego, a jedynie o opóźnieniu. W tym przypadku rokowanie jest pomyślne. Zjawisko ma charakter przejściowy, samoistnie ustępujący i nie ma żadnych konsekwencji dla dalszego rozwoju. Dzieci dość szybko doganiają swoich rówieśników we wszystkich aspektach rozwoju językowego. Ten rodzaj opóźnienia – samoistne opóźnienie rozwoju mowy – to wynik zakłócenia procesu rozwojowego, a więc jest normalną odmianą rozwoju. Mowa rozwija się na prawidłowej podstawie. Początkowo zaznacza się brak rozwoju mowy, a następnie opóźnienie (najczęściej) ekspresji językowej (Jastrzębowska, 2003, s.48). Ta postać opóźnienia jest przejawem dysharmonii rozwoju, trudności wieku dziecięcego, wolniejszego tempa dojrzewania układu nerwowego bądź niekorzystnego wpływu środowiska (Jastrzębowska, 2003, s. 53). Krasowicz-Kupis zaznacza, że tak rozumiane opóźnienie mowy nie jest jednostką nozologiczną, lecz przejawem różnic indywidualnych w nabywaniu języka. W literaturze przedmiotu dzieci te określa się takimi terminami jak: *late bloomers* (późno rozkwitające), *late talkers* (późno mówiące), a samo zjawisko określane bywa jako *late language emergence* LLE (późne pojawienie się języka) (Krasowicz-Kupis, 2012, s. 59).

W przypadku dzieci z LLE (dzieci, u których obserwujemy późne pojawienie się języka) i w stosunku do których mówimy o opóźnieniu, a nie o zaburzeniu rozwoju mowy, oczekujemy, że to wczesne opóźnienie (do końca 3. roku życia), nawet jeśli było znaczne, wyrównuje się i dzieci te doganiają swoich rówieśni-

ków. Jeśli natomiast objawy opóźnienia będą zauważalne po tym okresie, można mówić o specyficznym zaburzeniu języka (SLI – *Specific Language Impairment*). I to jest właśnie trzecia grupa osób, u których opóźnienie rozwoju mowy obserwowane do 3. roku życia było zwiastunem zaburzenia rozwoju językowego, a nie, jak w przypadku grupy poprzedniej – normalną odmianą rozwoju języka.

W praktyce oznacza to, że obie grupy dzieci, w stosunku do których rokowanie jest tak odmienne ze względu na odmiennosc problemu, w pierwszych 3 latach są bardzo trudne lub wręcz niemożliwe do odróżnienia. W jednej i drugiej grupie obserwujemy opóźnienie rozwoju mowy, ale nie jesteśmy w stanie przewidzieć, czy w przypadku tego konkretnego dziecka będziemy mieć do czynienia ze specyficznym zaburzeniem rozwoju językowego, co zawsze daje poważne konsekwencje dla całego procesu rozwojowego, czy też jest to naturalna odmiana rozwoju języka, pozostająca bez wpływu na dalsze funkcjonowanie dziecka.

Tak więc zawsze gdy mamy do czynienia z LLE powinniśmy wykazać szczególną ostrożność, jako że nie mamy pewności, z którą grupą pacjentów mamy do czynienia. Część z nich z pewnością wyrówna tempo przyswajania języka i, jak zaznaczono to wcześniej, dogoni swoich rówieśników. Obserwacje tego typu sytuacji często niestety prowadzą do mylnego wniosku, że takie wczesne opóźnienia zawsze są sprawą naturalną i nie mają żadnych negatywnych następstw. Taka generalizacja prowadzi do bagatelizowania problemu i częstego zaniechania pomocy, nawet w przypadkach, gdy jest ona niezbędna. O ile wraz z rozwojem świadomości logopedycznej rodziców i opiekunów małych dzieci oraz coraz lepszą diagnostyką rzadsze są sytuacje zaniechania wczesnej interwencji i oczekiwanie na samoistne pojawienie się mowy w przypadku pierwszej grupy dzieci, czyli tych, u których opóźnienie jest wynikiem zaburzeń rozwojowych (niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy), to problem niedostrzegania potrzeb dzieci ze specyficznym zaburzeniem języka jest sprawą nagminną. Jeśli u dziecka stwierdza się opóźnienie rozwoju mowy i brak jest wyraźnych istotnych klinicznie zaburzeń, zakłada się, że obserwowana sytuacja jest normalną odmianą rozwoju wynikającą ze zróżnicowanego tempa przyswajania języka i w odpowiednim czasie dziecko zacznie mówić i pokona trudności. Pomija się problem SLI. Brak jest bowiem często świadomości, że dzieci ze specyficznym zaburzeniem języka to osoby wymagające wsparcia. W efekcie ta grupa dzieci przez lata pozostaje bez specjalistycznej pomocy i dopiero gdy trudności stają się znacznie nasilone dostrzega się problem. Tymczasem wszystkie dzieci z LLE stanowią grupę poważnego ryzyka SLI, więc ich rozwój językowy powinien być obserwowany i wspomagany (Krasowicz-Kupis, 2012, s. 59). Zawsze istnieje obawa, że LLE przekształci się w SLI. Jako grupa dzieci te są znacznie bardziej zagrożone SLI niż dzieci, u których rozwój mowy przebiega o czasie. Większość badań dowodzi, że od 25% do 50% dzieci, które w wieku 2 lat uznaje się za późno mówiące jest zagrożonych SLI w wieku około 6 lat (Leonard, 2006, s. 248). Tak naprawdę rozróżnienie pomiędzy LLE a SLI jest możliwe dopiero *ex post* czyli po upływie

kilku lat. Jak pisze Leonard „nawet jeśli aż połowa późno mówiących dwulatków ma w wieku szkolnym znaczne problemy z językiem, to fakt, że druga połowa nie ma takich problemów, sprawia, że diagnozowanie SLI przed ukończeniem przez dziecko trzech lat nie wydaje się obecnie wykonalne. Dopóki nie dowiemy się o dzieciach późno mówiących czegoś więcej, można o nich powiedzieć tylko tyle, że są zagrożone zaburzeniem rozwoju językowego” (Leonard, 2006, s. 249-250). Dlatego ważne jest, by te pierwsze lata, tak istotne dla rozwoju języka i komunikacji, nie zostały zaprzepaszczone, lecz by stały się okazją do stopniowego pokonywania trudności dziecka przy wsparciu ze strony otoczenia. Podejmując odpowiednie działania można przyspieszyć rozwój językowy i jednocześnie zapobiegać długofalowym psychologicznym, edukacyjnym i społecznym skutkom problemów z komunikacją.

Co to jest SLI i jakie są jego konsekwencje dla funkcjonowania dziecka

Dzieci z SLI są to osoby, które pod względem językowym funkcjonują gorzej od swoich rówieśników. Późno zaczynają mówić, a w okresie przedszkolnym nadal nie nadążają za rówieśnikami, w pierwszych klasach mogą mieć problemy z nauką czytania i pisania, w klasach starszych gorzej się uczą, mimo że nie wykazują deficytów intelektualnych. Są to dzieci, które gorzej mówią, a niekiedy też mają problemy z rozumieniem. Trudności odbijają się negatywnie nie tylko na rozwoju poznawczym, ale także na rozwoju emocjonalnym i społecznym. Zaburzenie rzutuje na całe ich życie (M. Smoczyńska, 2006, s. 6) i z pewnością także na życie ich rodzin. Smoczyńska przytacza, że SLI stwierdza się u około 7% populacji.

SLI należy do kategorii zaburzeń specyficznych, co oznacza, że stwierdzony poziom rozwoju języka jest poniżej poziomu inteligencji niewerbalnej. Czyli że deficytom języka nie towarzyszy deficyt intelektualny (Krasowicz-Kupis, 2012, s. 77). Większość definicji SLI ma charakter wyłączający, co oznacza że przy istnieniu problemów w rozwoju języka nie stwierdza się deficytów rozwojowych takich jak: ograniczenia intelektualne, problemy ze słuchem, problemy neurologiczne, społeczno-emocjonalne czy motoryczne.

Najczęściej wymieniane objawy SLI to:

- w zakresie ekspresji mowy:
 - a) błędy w artykulacji głosek,
 - b) błędy fleksyjne,
 - c) ograniczony słownik,
 - d) trudności z uczeniem się nowych słów,
 - e) trudności z przypominaniem słów,
 - f) trudności z budowaniem zdań na odpowiednim rozwojowo poziomie złożoności,

- w zakresie percepcji mowy:
 - a) trudności ze zrozumieniem słów,
 - b) trudności ze zrozumieniem zdań, zwłaszcza złożonych,
- w zakresie wszystkich składników systemu językowego (fonologicznego, morfologiczno-składniowego, leksykalnego, semantycznego, pragmatycznego (Krasowicz-Kupis, 2012, s. 81)).

Dynamika objawów zmienia się z wiekiem dziecka wraz z naturalnym rozwojem. Obserwowane do 3 lat przejawy deficytów zanikają, zmniejszają się lub zmieniają swój charakter. W wieku 3 lat większość dzieci nadrabia opóźnienia leksykalne, ale można zaobserwować utrzymywanie się deficytów w obrębie innych systemów języka. Najczęściej dotyczą fonologii, morfologii, składni oraz umiejętności narracyjnych. Około 7. roku życia większość dzieci wykazuje znaczny postęp w sprawnościach językowych, lecz pojawiają się trudności w opanowaniu czytania. Także wyniki specjalistycznych testów językowych mogą pozostawać obniżone. Deficyty językowe często utrzymują się jeszcze w dorosłości (Leonard, 2006).

Termin SLI obejmuje różne podgrupy odznaczające się nieco odmiennymi objawami:

- dzieci, które mówią wyraźnie pojedyncze słowa, ale gdy je łączą mowa staje się zupełnie niezrozumiała;
- dzieci, które w większości rozumieją kierowane do nich wypowiedzi, ale mają ograniczoną zdolność ich budowania;
- dzieci, które nie rozumieją języka oraz tworzą wypowiedzi skąpe i niezrozumiałe;
- dzieci, które mówią dużo, używają rozwiniętych dobrze wymawianych zwrotów, ale nie reagują prawidłowo na próby nawiązania dialogu werbalnego (Parrise i Maillart, cyt. za: Krasowicz-Kupis, 2012, s. 79).

Krasowicz-Kupis przytaczając różnorodne wyniki badań podaje, że należy uznać, że prognoza dla dzieci, których wczesne osłabienie języka zostało pokonane przed pójściem do szkoły jest dość dobra. Najwyższe ryzyko dotyczy podwyższonego prawdopodobieństwa późnego ujawnienia się trudności w czytaniu. Z kolei prognozy dla dzieci, u których deficyty językowe utrzymują się do okresu szkolnego są relatywnie gorsze i to niezależnie od poziomu IQ (Krasowicz-Kupis, 2012, s. 84).

Problemy z językiem wywierają niekorzystny wpływ także na sytuację społeczną dziecka. Badania wykazały, że w przypadku osób z SLI występuje ryzyko niskiego statusu społecznego w grupie rówieśników. Już na poziomie przedszkola w badaniach socjometrycznych dzieci rozwijające się normalnie były wskazywane częściej niż te z SLI, jako preferowani towarzysze zabaw, ponadto w przypadku badanych z SLI stwierdzono mniej wskazań odwzajemnionych. Na poziomie szkoły stwierdzono, że dzieci z SLI rzadziej wchodziły w relacje spo-

łeczne z kolegami w porównaniu z grupą rówieśników. Oceniane były jako słabsze pod względem zdolności społecznych nie tylko przez rówieśników, ale także i nauczycieli. Były także oceniane niżej pod względem dojrzałości społecznej, zdolności przywódczych i popularności. Znamienne jest także, że poziom zadowolenia z relacji społecznych, deklarowany przez osoby z SLI w wieku szkolnym, był znacząco niższy od deklarowanego przez rówieśników z grupy kontrolnej (Leonard, 2006, s. 30-31). Jako ciekawostkę Krasowicz-Kupis przytacza wyniki badań wskazujące na ograniczenia w pisemnym tekstowym komunikowaniu się za pomocą telefonów komórkowych młodzieży z SLI. Przy typowym wykorzystaniu technologii powiązanych z telefonem komórkowym badani siedemnastolatki z SLI wymieniali wiadomości tekstowe nie tak często, jak rówieśnicy, co można interpretować jako wynik ich problemów społecznych i mniejszego angażowania się w relacje (Krasowicz-Kupis, 2012, s. 151).

Na czym polega wspomaganie dziecka z opóźnionym rozwojem mowy

Zaprezentowane powyżej rozróżnianie trzech grup dzieci z opóźnieniem rozwoju mowy wydaje się zasadne, zwraca bowiem uwagę na złożoność problemu. Służy także uświadomieniu, że czasami, mimo tych samych objawów, mamy do czynienia z różnymi problemami, a więc nadmierna generalizacja będzie wręcz szkodliwa. Zaniechanie jakichkolwiek działań uzasadniane tym, że problem zniknie wraz z wiekiem i pomoc logopedyczna nie jest konieczna, o ile da się jeszcze jakoś uzasadnić wobec dzieci z dysharmonią rozwojową, jest całkowicie błędne w przypadku dwóch pozostałych grup. Wydaje się jednak, że także i w stosunku do tej grupy dzieci interwencja jest wskazana, gdyż pozwala na zapobieganie prawdopodobnym negatywnym skutkom zablokowania naturalnej potrzeby komunikowania się. Dlatego też, zawsze gdy mamy do czynienia z dziećmi, które nie zaczynają mówić o czasie, należy wykazać się dużą ostrożnością. Nawet jeśli mowa pojawi się w okresie późniejszym, warto pamiętać, że dzieci te do tego czasu pozbawione są możliwości najbardziej naturalnego dla człowieka porozumiewania się językowego. Deprywacja potrzeby komunikowania się zawsze wywiera wpływ na ogólne funkcjonowanie (poznawcze, emocjonalne i społeczne). Stąd też tak ważne wydaje się tworzenie sytuacji, które będą naturalnym wsparciem dla dziecka.

Można by tutaj odwołać się choćby do tych strategii, które dorośli stosują całkiem nieświadomie, by ułatwić komunikację z małym dzieckiem. Ich świadome zastosowanie także w przypadku starszych dzieci z trudnościami w opanowaniu języka z pewnością okaże się przydatne i stymulujące. Będą to więc te zachowania, które mają na celu ściąganie i utrzymywanie uwagi dziecka przy jednoczesnym wyrażaniu uczuć, upraszczanie poprzez dobieranie takiej wypowiedzi (takiego sposobu mówienia), by mieć pewność, że dziecko zrozumie oraz ułatwienia, które mają zapewnić komunikację (Webster, McConnell, 1987).

1. Pierwsza grupa zachowań to przede wszystkim używanie „dziecięcego” tonu głosu, mocno zróżnicowanego, wskazującego na to, że dziecko jest adresem, a nie inny dorosły. Dorośli często szepczą lub mówią do ucha dziecka, jak gdyby chcąc podkreślić, że oczekują od niego słuchania. To także używanie nadmiernej intonacji z bardzo wyraźnym akcentowaniem. Dla zwrócenia uwagi dziecka wypowiedź często jest zaczynana od imienia dziecka: Aniu, zobacz jaki ładny kotek. Czasami stosowane są wykrzykniki: Och! Jaki dobry soczek. Ojej! Co my tu mamy? Specjalne słownictwo: mniam-mniam, picu-piciu także może być wskazówką, że wypowiedź kierowana jest do dziecka. Pojawiają się także zachowania wskazujące na zainteresowanie, takie jak: przytulanie, gdy mówimy, przyklękanie, by być na jego poziomie, gestykulowanie i wskazywanie.
2. Upraszczenie wypowiedzi polega na używaniu znacznie krótszych (3-4 wyrazowych) zdań, stosowaniu znacznie prostszych struktur składniowych, unikaniu zdań złożonych. Czasami stosuje się odpowiednio zmienione słowa: O, jaka to pychotka lub onomatopeje: O, zobacz hau-hau. Pojawiają się także ułatwienia dokonywane poprzez dobór słów: np.: gołąb, wróbel, sikorka, to po prostu ptaszek. Im mniej rozwinięta jest mowa i język dziecka, tym większe uproszczenia i skrócenia.
3. Ułatwianie, które ma zapewnić komunikację to mówienie wyraźnie i powoli przy zachowaniu przerw między zdaniami. To także komentowanie sytuacji „tu i teraz”, czyli prowadzenie „rozmów” podczas zabawy, w trakcie której dorośli nazywają przedmioty, wyjaśniają, wskazują na relacje. Rodzice mówią o przedmiocie, gdy dziecko na niego patrzy. Interakcja zachodzi w znanym miejscu, znanej sytuacji i dotyczy znanych przedmiotów – a zatem dziecko dobrze wie, o czym mowa. W zdaniach stosowany jest przede wszystkim czas teraźniejszy, co podkreśla, że dotyczą one otoczenia dziecka. Zdania i wyrażenia są powtarzane, by zwrócić uwagę na pewne słowa kluczowe: O, jest twój miś. Weź misia. Zobacz miś jest wesoły. Krótkie powtarzające się frazy są lepiej rozumiane i lepiej zapamiętywane. W tych sytuacjach znaczenie jest odczytywane w takim samym stopniu z kontekstu: gestów, mimiki, podkreśleń głosowych, jak z informacji językowych.

Poprzez połączenie powyższych strategii dzieci i dorośli uczestniczą we wspólnych epizodach komunikacyjnych, skupionych wokół tych samych zagadnień. Dorośli pozyskują i podtrzymują zainteresowanie dziecka, upraszczają swoją wypowiedź, łączą słowa i zdania ze znanymi przedmiotami i sytuacjami oraz zapewniają rozumienie poprzez kilkakrotne powtórzenia w zrozumiałym kontekście.

Przyjmując założenie Leonarda, że wiele technik stosowanych przez rodziców i innych dorosłych wobec dzieci, których rozwój językowy przebiega normalnie, to procedury uczenia się języka, które można przenieść na grunt praktyki klinicznej (Leonard, 2006, s. 261), warto odwołać się do nich i przyjąć je jako pomocne także w komunikowaniu się z dziećmi starszymi o stwierdzonych zaburzeniach językowych. Procedury te modyfikuje się zazwyczaj w taki sposób, że zwią-

sza się częstość prezentowania dzieciom tych elementów językowych, na które zorientowane jest uczenie, a zarazem dba się o to, by elementy te występowały w kontekstach jednoznacznych pod względem językowym (Leonard, 2006, s. 261).

Dorośli spontanicznie mogą wchodzić w relacje z dziećmi w sposób efektywne. Ważne jest tu jednak okazywanie zainteresowania dziecięcą zabawą i aktywnością, pomaganie w prowadzeniu rozmowy poprzez wkład osobisty polegający na stosowaniu strategii zaczynania z miejsca, w którym jest dziecko, dzielenia dziecięcego znaczenia/rozumienia, wspomaganie i rozwijanie tego, co ono zaprezentowało. Kiedy dziecko, początkowo jeszcze bardzo nieporadnie, inicjuje rozmowę na temat, który je dotyczy, nauczyciel stara się wysłuchać i chce się dowiedzieć jak najwięcej. W przypadku problemów ze zrozumieniem, nie narzuca swojego rozumienia, ale tak zadaje pytania, by wydobyć nowe informacje, które interpretuje, przebudowuje i rozszerza, prosząc każdorazowo o potwierdzenie, czy jego rozumienie jest zgodne z intencją dziecka. Za każdym razem zwraca się doń i czeka na odpowiedź. Oboje są równorzędnymi partnerami rozmowy – bez starań nauczyciela, by poprawić językowe błędy, by domagać się poprawnej odpowiedzi. Koncentruje się na przekazywanym znaczeniu, a nie na stronie językowej wypowiedzi. Obydwoje ogniskują swoje zainteresowania na tym, co dziecko wymyśliło, poprzez poszukiwanie i rozszerzanie swego rozumienia. I to jest celem tej wymiany. Jeśli natomiast punkt ciężkości przesuwają się z komunikacji na formy językowe, jest to sposób mało zachęcający do podtrzymywania rozmowy i nieskuteczny.

Jakość relacji z dziećmi przejawiającymi trudności językowe powinna być wyższa, udoskonalona poprzez stosowanie bardziej przemyślanych strategii rozmowy, zabawy, czy też wspólnego uczenia się. Można więc sformułować następujące warunki, których spełnienie będzie istotne z punktu widzenia efektywności działań stymulujących rozwój mowy i języka:

- Konieczność zadbania, by dziecko czuło się bezpiecznie, gdy rozstaje się z rodzicami;
- Zapewnienie bezpiecznego i akceptowanego przez nie środowiska, ze znanymi, rutynowymi czynnościami i dialogami;
- Włączanie do zabaw z rówieśnikiem lub dorosłym;
- Stwarzanie sytuacji i zadań wymagających zamiany ról z inną osobą;
- Podczas zwracania się do dziecka, utrzymywanie z nim kontaktu wzrokowego; gdy jest taka potrzeba uklęknięcie lub pochylenie się, by być z nim na tym samym poziomie;
- Komentowanie swoich czynności;
- Konsekwentne stosowanie znanych dziecku nazw, bez zastępowania ich synonimami;
- Łączenie zdarzeń i działań dziecka z obrazkami, opowiadanie – pomocne mogą być także etykiety;

- Wciąganie dziecka do słuchania opowiadań poprzez pokazywanie ilustracji głównych postaci, odgrywanie historii za pomocą pacynek, dostarczanie efektów dźwiękowych;
- Oglądanie i czytanie wraz z dzieckiem książeczek, zachęcanie do odgadywania, przewidywania, komentowania;
- Dobieranie tekstów i materiałów w taki sposób, by odpowiadały zainteresowaniom dziecka, jego doświadczeniom i umiejętnościom;
- Zachęcanie do uczestnictwa w grupowych recytacjach prostych rymowanek, śpiewania i ilustrowania gestem prostych piosenek, wyklaskiwania rytmów;
- Niezakładanie, że dziecko zawsze rozumie, lecz stwarzanie okazji do potwierdzenia i sprawdzenia zrozumienia;
- Wzbogacanie niektórych wypowiedzi mimiką i gestem, by pomóc w zrozumieniu;
- Zachęcanie dziecka do tego, by prosiło o pomoc, gdy nie rozumie wypowiedzi;
- Zachęcanie do przestrzegania zasad skutecznej komunikacji. Prowokowanie do stosowania odpowiednich form i zachowań komunikacyjnych, jak np.: odpowiedni sposób zwracania na siebie uwagi dorosłego, właściwa postawa i odległość podczas powitania, dziękowania, prośby o pomoc;
- Stwarzanie okazji do wymiany ról podczas pracy nad językiem: Ja pytam ciebie, ty pytasz mnie;
- Pozostawianie czasu na namysł i odpowiedź. Niezadawanie dodatkowych pytań, by przyspieszyć odpowiedź;
- Odpowiadanie na wypowiedzi dziecka w taki sposób, by rozszerzać i wyjaśniać znaczenie, włączanie słów, których ono użyło. Prośby o potwierdzenie interpretacji np.: Aha, chciałabyś mieć takiego misia. Czy tak? Mówisz, że jest on mięciutki?;
- Unikanie poprawiania niepoprawnych zdań. Stosowanie parafrazy, by dostarczyć prawidłowego wzoru językowego;
- Stwarzanie pozytywnej atmosfery, w której błędy będą popełniane bez strachu, ośmieszania i krytykowania;
- Stwarzanie okazji dla podkreślania językowej skuteczności dziecka, by mogło odczuć satysfakcję ze swojej wypowiedzi: Jaś przypomniał mi, że zapomnieliśmy podlać kwiatki w naszym kąciuku. Jaś poprosił, byśmy dzisiaj do ogródka zabrali nasze wiatraczki.;
- Wykorzystywanie nadarzających się okazji, zwłaszcza tych związanych z aktywnością i doświadczeniami do rozszerzania jego wiedzy i świadomości językowej: Przeskoczyłeś przez kałużę, to gdzie jest teraz woda, przed czy za twoimi stopami?;
- Dostarczanie okazji, by rozszerzało umiejętności językowe nie tylko w sytuacjach „tu i teraz”, lecz także poprzez działania wyobrazeniowe i kreatywne;
- Prowokowanie do używania języka dla opisu doświadczeń, zadawania pytań, wyrażania uczuć, formułowania sądów i przewidywań;

- Dbanie o to, by oczekiwania i wymagania stopniowo wzrastały, ale by zawsze były dostosowane do możliwości dziecka.

Oczywiście stosowanie powyższych zaleceń nie rozwiąże problemu, ale z pewnością okaże się pomocne w usprawnianiu procesu komunikowania się i nawiązywania relacji z innymi. Pytanie jak wspomagać rozwój języka, zwłaszcza w przypadku specyficznego zaburzenia jego rozwoju, nadal jednak pozostaje otwarte. Specjaliści uważają, że w stosunku do wszystkich dzieci, które wykazują opóźnienie w przyswajaniu systemu językowego, mimo że nie ukończyły jeszcze 3. roku życia, należy podjąć postępowanie interwencyjne (Jastrzębowska, 2005). Ma ono charakter stymulacji rozwoju mowy, czyli rozwijania wszystkich jej składników poprzez zwiększanie sprawności językowych. Można zaproponować różne sposoby stymulacji – od indywidualnej terapii logopedycznej, poprzez połączenia terapii ze stymulacją rozwoju językowego, po oddziaływania odpowiednio przeszkolonych rodziców w naturalnym środowisku dziecka (Słodownik-Rycaj, 2007a, 2007b). Dla nauczycieli ważna może okazać się znajomość metod i technik doskonalenia sprawności językowych, zwłaszcza metod torujących nabywanie gramatyki (naśladowanie, modelowanie, stymulacja zogniskowana i metoda przekształceń) (Słodownik-Rycaj, 2006, 2007a, 2007b, Krasowicz-Kupis, 2012). Mniejsze znaczenie będzie tu natomiast miała mowa akustycznie modyfikowana oraz metody metajęzykowe (Krasowicz-Kupis, 2012). Te pierwsze wymagają specjalnych warunków i oprzyrządowania, zaś drugie okazały się bardziej skuteczne w przypadku dzieci starszych, jako że wykorzystuje się w nich wypowiedzi pisemne, a także i dlatego, że posługiwanie się metajęzykiem wymaga myślenia na poziomie operacyjnym.

Zasady terapii dzieci z SLI są to te same zasady, które stosuje się w terapii pedagogicznej. Są to: zasada wczesnej interwencji, indywidualizacji, wykorzystywania potencjału dziecka, kompleksowego oddziaływania, aktywnego udziału, systematyczności, stopniowania trudności oraz współpracy z najbliższym otoczeniem (Jastrzębowska, 2005). W przypadku rozwijania funkcji językowych najistotniejszą rzeczą jest konieczność dostosowania poziomu ćwiczeń do możliwości dziecka, a nie do jego wieku, natomiast treści ćwiczeń do wieku i zainteresowań. Podstawowym założeniem jest respektowanie sekwencji rozwojowych przyswajania języka, co oznacza wyjście od struktur większych i podążanie ku mniejszym, od znaczenia do formy językowej, od słów popularnych, do tych rzadziej używanych, a także rozpoczynanie terapii od kształtowania rozumienia, a dopiero potem przechodzenie do ekspresji językowej. Ważne jest osadzenie zadań terapeutycznych w praktycznym świecie dziecka i traktowanie sprawności komunikacyjnych w sposób priorytetowy, jako tych, które wyznaczają prawidłowe funkcjonowanie społeczno-emocjonalne (Krasowicz-Kupis, 2012).

Terapia prowadzona jest przez specjalistów, ale koniecznie przy udziale otoczenia, więc zaangażowanie nauczycieli jest tu niezbędne. Zaangażowanie wy-

nikające ze zrozumienia trudności i potrzeb dziecka oraz roli, jaką mogą oni odegrać w procesie wspierania rozwoju.

Na zakończenie chciałabym jeszcze podpowiedzieć kilka przykładowych rodzajów aktywności, które stosowane w trakcie codziennych zabaw z dzieckiem staną się podstawą budzenia zainteresowania słowem i naturalnego dążenia do komunikowania się oraz czerpania radości z tego procesu. Raz jeszcze chcę jednak mocno podkreślić, że te naturalne zabawy uzupełniają, lecz nie zastępują opisanych wyżej działań.

Zabawy słowem

1. Zabawy z dźwiękiem jako poprzedzające zabawy ze słowem:
lokalizacja źródła dźwięku,
rozpoznawanie cech dźwięków,
odtworzenie rytmów, itp.;
2. Zabawy paluszkowe;
3. Masażyki w połączeniu ze słowem (podpowiedź można znaleźć w książce opracowanej przez M. Bogdanowicz: *Przytulanki, czyli wierszyki na dziecięce masażyki*);
4. Rysowane wierszyki;
5. Wyliczanki;
6. Rymowanki i proste wierszyki połączone z ruchem (np.: *Siała baba mak, Tańcowały dwa Michały, Budujemy mosty*);
7. Wierszyki zawierające powtarzający się motyw (np.: *Pomidor, Na straganie*);
8. Rymowanki wymagające dopełnienia
Lata osa koło.....(nosa)
Lata mucha koło.....(ucha)
Lata pszczoła koło.....(czoła)
Włazł kotek na(płotek);
9. Piosenki
 - ilustrowane gestem (np.: *Jestem muzykantem, Stary Donald farmę miał*)
 - zawierające wyrażenia dźwiękonaśladowcze (np.: *W chlewiku mieszka Świnka*)
 - z powtarzającym się motywem (*Pieski małe dwa, Na zielonej łące*);
10. Ruchowe zabawy w przestrzeni w rodzaju: *Raz, dwa, trzy – Baba Jaga patrzy, Mamo, mamo ile kroków do domu, Gąski, gąski do domu*;
11. Czytanie lub recytacja wierszyków w sposób angażujący dziecko, np.: łaskotanie lub przytulanie dziecka przy pewnych słowach (np.: *Idzie rak...*), dziecko dopowiada brakujące słowa lub wyrażenia;
12. Wspólne czytanie książeczek ze specjalnie dobranym tekstem (zwłaszcza polecane są książeczki z serii „Słoneczna biblioteka”).

Bibliografia:

1. Jastrzębowska G. (2003), *Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red), *Logopedia – pytania i odpowiedzi*, t. 2, *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, wyd. II, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
2. Krasowicz-Kupis G. (2012), *SLI i inne zaburzenia językowe*, GWP, Sopot
3. Leonard B.L. (2006), *SLI – Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, GWP, Gdańsk.
4. Przetacznikowa M. (1968), *Rozwój i funkcje przymiotników w mowie dzieci do lat sześciu*, [w:] S. Szuman (red), *O rozwoju języka i myślenia dziecka*, Warszawa PWN.
5. Słodownik-Rycaj E. (2006), *Jak pomagać dziecku z trudnościami w opanowaniu języka*, Edukacja w przedszkolu, RAABE, Warszawa.
6. Słodownik-Rycaj E. (2007), *Dziecko i dorosły w terapii logopedycznej – różne perspektywy jej ujmowania*, [w:] M. Karwowska-Struczyk, E. Słodownik-Rycaj (red), *Pedagogika małego dziecka. Wybrane zagadnienia*, IBE, Warszawa.
7. Słodownik-Rycaj E. (2007), *System opieki logopedycznej w Polsce i Anglii*, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa
8. Smoczyńska M. (1987), *Metodologiczne problemy analizy błędów językowych dzieci*, [w:] I. Kurcz, G. Wales-Shugar, B. Bokus (red), *Wiedza a język*, t. 2: *Język dziecka*, Wrocław, Ossolineum.
9. Smoczyńska M. (2006), *Przedmowa do wydania polskiego*, [w:] Leonard B.L. (2006), *SLI – Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, GWP, Gdańsk.
10. Szuman S. (1968), *Rozwój treści słownika dzieci. Zagadnienia i niektóre wyniki badań*, [w:] S. Szuman (red), *O rozwoju języka i myślenia dziecka*, Warszawa PWN.
11. Webster A., McConnell Ch., (1987), *Children with Speech and Language Difficulties*, London.

Ewa Słodownik-Rycaj

Dr Ewa Słodownik-Rycaj jest wykładowcą we Wszechnicy Polskiej Szkole Wyższej w Warszawie.

Joanna Przybylska

Wyrównywanie szans edukacyjnych na progu szkoły

Wiek XX niezaprzeczalnie był czasem dynamicznych przemian i rozwoju światowej cywilizacji. Szczególnie druga połowa wieku przyniosła nowe technologie prawie w każdej z dziedzin nauki. Do szczególnych osiągnięć można m.in. zaliczyć poznanie budowy atomu, odkrycie kodu genetycznego, rozwój inżynierii genetycznej oraz rozwój technik komunikacji.[2] Łatwo zauważyć związek między tempem rozwoju nowych technologii oraz zmian kulturowo-politycznych, a rozwojem i upowszechnieniem edukacji na wszystkich szczeblach. Obserwując rozwój państw wysoce uprzemysłowionych zauważamy tendencje, które w świetle podejścia strategicznego Haleya można nazwać przyczynowo cyrkulacyjnymi. **Schemat nr 1** pokazuje jak przebiega proces rozwoju takich państw:

Schemat nr 1



Mimo rosnącego we współczesności znaczenia szkoły, które, podobnie jak inne zmiany społeczne, charakteryzuje się niespotykaną dotąd dynamiką przemian, szkolnictwo na całym świecie boryka się z wieloma problemami społecznymi. Można podzielić te problemy na dwie grupy: problemy typowe dla danego społeczeństwa, ściśle związane z daną kulturą, historią, oraz problemy o wymiarze ponadczasowym i ponadprzestrzennym. Do tej drugiej grupy problemów należą próby podnoszenia jakości uczenia oraz otwierania szerokiej drogi edukacyjnej dla wszystkich dzieci, niezależnie od środowisk z jakich pochodzą, miejsca zamieszkania, czy problemów z jakimi się borykają.

Postulat wyrównywania szans edukacyjnych oraz powszechnego dostępu do zinstytucjonalizowanego nauczania i wychowania jest stale obecny w dyskursie społecznym wszystkich państw wysoko uprzemysłowionych, także w Polsce. Ostatnia reforma szkolnictwa na szczeblu podstawowym wprowadza obowiązek szkolny dla sześciolatków. Czy można powiedzieć, że obniżenie wieku obowiązku szkolnego do 6. roku życia służy lepszemu wdrażaniu dzieci do edukacji? Istnieje wiele argumentów przemawiających za tą tezą, ale trudno nie zgodzić się, iż *conditio sine qua non* tego zagadnienia leży w jakości zinstytucjonalizowanej edukacji i jej celach oraz w uświadomieniu sobie przez rząd, ale i także nauczycieli, z jakimi problemami borykają się dzieci i ich rodzice na progu edukacji szkolnej, a także jakie warunki muszą być spełnione, by edukacja dzieci przebiegała w sposób prawidłowy.

Kilka lat temu zaczęły masowo powstawać oddziały przedszkolne przy szkołach podstawowych by zapewnić możliwość uczęszczania do nich zarówno pięcio- jak i sześciolatkom. Wyposażano sale w zabawki, pomoce dydaktyczne, książki odpowiednie dla małych dzieci, budowano place zabaw. Wszystko, by stworzyć warunki do wszechstronnego rozwoju i łagodnego przejścia od edukacji przedszkolnej do szkolnej. Czy brano pod uwagę właściwości psychofizyczne wieku dzieci i ich potrzeby? Czy skupiono uwagę na problemach znamienych dla naszych czasów? Myślę, że typowe problemy z jakimi borykają się szkoły XXI wieku to przede wszystkim niedożywienie i zły poziom żywienia, nieadekwatny do stanu zdrowia i wieku dzieci, brak czasu na pracę z dziećmi w domu, wzrost przemocy w szkole, zagrożenie narkotykami i kradzieżami. Powszechnie wiadomo, że osiągnięcia edukacyjne nie są związane tylko z poziomem nauczania, rodzajem ćwiczeń, czy ich ilością.

Korelatami osiągnięć dzieci w wieku młodszym są przede wszystkim: dobra opieka pediatryczna i psychologiczna, odpowiedni sposób żywienia, właściwy rytm pracy i odpoczynku, życzliwa atmosfera w środowisku rodzinnym i szkolnym, organizacja czasu wolnego. Naukowcy biją na alarm, bo coraz większy odsetek dzieci cierpi na otyłość i choroby z nią związane. Zmienia się także obraz niedożywienia dzieci. Jest to niedożywienie niejednokrotnie związane ze złą jakością, nieodpowiednimi proporcjami składników oraz z brakiem regularności posiłków, a nie z przyjmowaniem zbyt małej ilości pokarmu.

W momencie przekroczenia przez dzieci progu szkoły państwo przestaje interesować się ich żywieniem. W przedszkolu dziecko otrzymywało trzy zbilansowane posiłki, w szkole bez względu na to, czy ma lat pięć, sześć czy dziesięć, co najwyżej może zjeść obiad, taki sam zarówno dla pięcio- jak i piętnastolatków, o śniadanie muszą zadbać rodzice. Podobnie rzecz ma się z czasem wolnym. O ile przedszkola organizują opiekę w dni wolne od zajęć szkolnych, ferie i wakacje, małe dzieci uczęszczające do szkoły takiej wykwalifikowanej opieki są pozbawione.

Jak już pisałam, problemy edukacji na progu szkoły są związane ze sferą biologiczno-socjalną, ale także z psychospołeczną. Należy otwarcie powiedzieć, że wyrównywanie szans edukacyjnych to nie tylko próba upowszechniania dostępu do edukacji, podnoszenie poziomu kluczowych umiejętności szkolnych takich jak czytanie czy liczenie, ale to pomoc we wszechstronnym rozwoju, budowaniu światopoglądu, samoświadomości i poczucia własnej wartości przez dziecko. Programy wyrównujące szanse dzieci powinny działać także w obszarze czasu wolnego (zajęcia pozalekcyjne, wakacyjne i weekendowe), wpływać na poprawę bezpieczeństwa oraz zajmować się profilaktyką.

Obecnie w Polsce nie ma rozwiązań systemowych sygnalizowanych problemów. Państwem przodującym we wdrażaniu programów wyrównujących są Stany Zjednoczone. Istnieje tam cały system programów i funduszy wspierających zarówno dzieci jak i młodzież. Także kraje Unii Europejskiej od dziesięcioleci prowadzą politykę wyrównywania szans edukacyjnych. Jest ona skuteczna, gdy opiera się na systemie zinstytucjonalizowanej pomocy, oraz gdy proces wspierania edukacji rozpoczyna się możliwie szybko. Z każdym rokiem pobytu dziecka w szkole różnice się pogłębiają i ujawniają się kolejne problemy. Warto spojrzeć na przykłady funkcjonowania projektów wspierających w krajach, gdzie obok pomocy socjalnej w postaci dożywiania czy zakupu podręczników funkcjonują edukacyjne programy wychowawcze oraz całe systemy funduszy, przeznaczone dla poprawy jakości edukacji. Programy te i fundusze są w swoich założeniach programami wspierającymi edukację dzieci z obszarów biedy i mogą być dobrym wzorem do naśladowania w rozwiązywaniu problemów wynikających także z innych przyczyn.

Jednym z najbardziej popularnych programów pomocowych w Europie jest amerykański projekt *High/Scope Preschool*, obecnie funkcjonujący w wielu przedszkolach na całym świecie. Jest on w założeniach przeznaczony dla dzieci ze środowisk o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, jako program pomocy w wyrównywaniu szans na samym progu edukacji. Pokazuje dzieciom jak uczyć się aktywnie, jak planować, realizować plan i sprawdzać skuteczność swojego działania. Program wyposaża dzieci w różne doświadczenia, pomocne w podejmowaniu decyzji, rozwiązywaniu problemów, ale także wpływające korzystnie na rozwój intelektualny i społeczny uczniów, a co za tym idzie na dalszą karierę szkolną. Myślę, że jest to świetny program do wdrażania w polskich oddziałach przedszkolnych przy szkołach podstawowych (klasy „0”)

High/scope nie jest programem o ściśle wyznaczonych ramach, sztywnej strukturze i dlatego może być stosowany w wielu różnych środowiskach. Przez określenie kluczowych dla danej grupy doświadczeń, strategii nauczania i wychowywania oraz materiałów, na których warto skupić uwagę, program pozwala na utworzenie odpowiedniego dla danej grupy szkieletu zajęć. Na takiej wypracowanej wspólnie ze specjalistą podstawie nauczyciel projektuje program dla swojej grupy – dostosowany do jej potrzeb, związany z zainteresowaniami dzieci. *High/Scope* pozwala na ocenę wytrzymałości i umiejętności dziecka na samym początku edukacji i stara się odpowiednio je stymulować.

Bardzo ważne jest postrzeganie różnic w zachowaniu dzieci upośledzonych i ich zdrowych rówieśników, jako różnic rozwojowych, a nie deficytów. Budując zadania w zgodzie z taką teorią nauczyciel inicjuje doświadczenia dla swojej klasy, które pozwolą na wyznaczanie celów długoterminowych, często osiągniętych po kilku latach. Zadania te mają rozwijać umiejętność używania różnorodnych form ekspresji, także twórczej oraz sprawność tworzenia wypowiedzi (pisemnych i ustnych), dawać wiedzę o rzeczach i obiektach, która będzie stanowiła podstawę edukacji, uczyć (wyrażania) komunikowania o swoich przeżyciach i doświadczeniach rówieśnikom i dorosłym, a także przyzwyczajając do pracy w grupie i podejmowania decyzji. Podczas zajęć dzieci uczą się planować, uwzględniając nakład czasu i energii, rozwijają umiejętność wykorzystywania nowo nabytych zdolności do podnoszenia swojego statusu. Dzieci są stawiane codziennie w sytuacjach problemowych, a rolą nauczyciela jest wspieranie ich w podejmowaniu decyzji i wykonywaniu zadań. Jednym słowem nauczyciel ma stymulować i wspierać aktywne uczenie się. Przebieg dnia można przedstawić jako łańcuch: *plan-do-review sequence* (planowanie-wykonywanie zadań-ocena). Planowanie na jeden dzień i ocenianie przebiegu zajęć zaraz po ich zakończeniu pozwala na wyciąganie wniosków i natychmiastową ocenę. Dzieci z deficytami tak samo uczestniczą w zajęciach jak harmonijnie rozwijający się koledzy, korzystając ze swoich sprawności na własnym poziomie.

W tym specyficznym środowisku dzieci są w sposób naturalny wprowadzane w kluczowe doświadczenia – takie aktywności, które wspierają rozwój ważnych zdolności i umiejętności. *High/scope* wyróżnia 58 doświadczeń kluczowych w rozwoju dziecka w okresie przedszkolnym, podzielonych na 10 kategorii: przedstawienia twórcze, język i literatura, inicjatywa i relacje społeczne, ruch, muzyka, klasyfikowanie, szeregowanie, liczenie, przestrzeń i czas. Zarówno przestrzeń jak i materiały użyte podczas pracy z programem są bardzo starannie dobierane, tak by wspierały uczenie się aktywne. Główna przestrzeń jest podzielona na „kąciki tematyczne” ze względu na rodzaj aktywności. Mogą to być dla przykładu oddzielone miejsca dla aktywności plastycznej, kącik klocków, komputerowy, czytelniczy, zabawy w dom, małych zabawek, oraz kącik zabaw piaskiem i wodą. Inne materiały i pomoce są dostępne dla dzieci tak, by mogły z nich łatwo korzystać samodzielnie. Program nie zaleca jakiś szczególnych ma-

teriałów i wyposażenia, ale tylko selekcjonowanie dostępnych środków według określonych kategorii. Warto jeszcze raz podkreślić rolę wychowawcy w tym programie: dorośli są partnerami dzieci w działaniu, a nie sprawującymi władzę wszystkim wiedzącymi opiekunami. *H/S* podkreśla strategię pozytywnych interakcji nauczyciel-uczeń: podział kontroli nad tym co się dzieje, między nauczyciela a dzieci; skupianie się na indywidualnych cechach dziecka; tworzenie prawdziwej przyjaźni z dziećmi; wspieranie pomysłów dzieci; podejmowanie prób rozwiązywania konfliktów.

Największym funduszem rządu amerykańskiego jest *No Child Left Behind Act*, w ramach którego działa kilkanaście programów zajmujących się konkretnymi problemami społecznymi szkoły.

W ramach tego projektu działa m.in. program *Title I*. Poprawianie osiągnięć akademickich dla osób społecznie upośledzonych (*Improving the academic achievement of the disadvantaged*). Jest to duży federalny fundusz edukacyjny dla szkół podstawowych i średnich, który zapewnia środki finansowe niezbędne dla właściwego udziału rządu, okręgów szkolnych i samych szkół w polepszaniu osiągnięć szkolnych wszystkich uczniów. Środki pozyskiwane w ramach tego funduszu mają spowodować taką zmianę pracy szkoły, by mogła ona zapewniać edukację na najwyższym poziomie.[4] Jest to bardzo elastyczny program, który może być wykorzystywany w wielu różnych wariantach i dotyczyć wybranych obszarów. Pozwala to na dostosowanie programu do indywidualnych potrzeb każdej ze szkół, a co za tym idzie na lepsze wykorzystanie funduszy tam, gdzie rzeczywiście są one potrzebne. C.G. Brown [1] opisując *Title I* część A proponuje, by szkoły korzystające z tego funduszu zwróciły szczególną uwagę na takie zagadnienia jak:

1. Zatrudnienie dodatkowych odpowiednio przeszkolonych pracowników.
2. Wprowadzenie intensywnego, profesjonalnego programu rozwoju.
3. Wypracowanie metody jak nauczyć i docierać do uczniów z problemami w nauce.
4. Przedłużenie pracy szkoły na zajęcia pozalekcyjne, weekendowe i wakacyjne.
5. Wprowadzanie specjalnych programów w przedszkolach.
6. Przeszkolenie nauczycieli w zakresie wiedzy, jak zaangażować rodziców w uczenie się dzieci.
7. Wspólna odpowiedzialność szkoły i rodziców za poprawę osiągnięć uczniów.
8. Znaczące zaangażowanie rodziców oraz lokalnej społeczności w planowanie, wyposażenie i rozwijanie szkolnej działalności na rzecz rozwoju.
9. Prowadzenie stałej ewaluacji programów szkolnych.
10. Wypracowanie systemu rekrutacji wysoko wyspecjalizowanych nauczycieli (przy użyciu zróżnicowania płac, nagród i premii).
11. Szkolenie nauczycieli w zakresie wykorzystywania profesjonalnych narzędzi (kwestionariusze, obserwacje) i ocen do zwiększania efektywności zajęć w klasie oraz uczenia się dzieci.

12. Uczenie się nauczycieli od bardziej doświadczonych kolegów.
13. Zróżnicowanie płac ze względu na doświadczenie i wykształcenie nauczycieli, a przede wszystkim ze względu na osiągnięcia w pracy z dziećmi.
14. Wspieranie rozwoju i awansu zawodowego nauczycieli przez warsztaty, wykłady *etc.*

Kolejnym zasługującym na uwagę funduszem jest *IDEA (Individuals with Disabilities Education Act part B)*. Celem programu *IDEA* jest upowszechnianie i podnoszenie poziomu edukacji dla wszystkich dzieci, nie tylko zdrowych, ale też upośledzonych fizycznie lub psychicznie oraz ze specyficznymi problemami w nauce (dysleksja, dysgrafia itp.). Około 8% funduszy na edukację specjalną w Ameryce pochodzi z tego programu. Podobnie jak w ramach funduszu *Title I, IDEA* pozwala na dość swobodne dysponowanie pozyskanymi z programu środkami. Podane są jedynie wskazówki – pieniądze mają być przeznaczone na polepszanie funkcjonowania w szkole uczniów z dysfunkcjami, zmianę programu i sposobu nauczania (dostosowanie go do potrzeb i umiejętności ucznia). Podobnie jak w Polsce, uczniowie z problemami w uczeniu się są umieszczani w zależności od stopnia nasilenia problemów w zwykłych klasach, klasach integracyjnych albo specjalnych w normalnych szkołach lub w szkołach specjalnych. Szkoły korzystające z tego funduszu mają obowiązek pracowania według Indywidualnego Programu Nauczania (*Individual Education Program – IEP*) dla uczniów z trudnościami szkolnymi. Szkoły powinny stworzyć plan kariery szkolnej dla każdego z uczniów, biorąc pod uwagę jego ułomność, płeć, wiek, możliwości i talenty. Chodzi o to, by zaplanować jak najlepszy rezultat przy możliwościach dziecka. U.S. Departament of Education wymienia 13 kategorii upośledzeń, które wymagają specjalnej edukacji (edukacja dzieci z takimi problemami jest dotowana przez *IDEA*). Są to: zaburzenia emocjonalne, upośledzenia w stopniu znacznym narządu słuchu i wzroku, zaburzenia mowy, trudności językowe, ogólnie opóźniony rozwój, specyficzne zaburzenia jak dysleksja, dyskalkulia, autyzm, upośledzenia narządów ruchu, zaburzenia psychiczne i zachowania, choroby przewlekłe (np. cukrzyca, astma), sprzężone zaburzenia (np. wzroku i słuchu). Badania [5] przeprowadzone w roku szkolnym 1999-2000 wykazały, że do najczęstszych problemów wśród uczniów objętych indywidualnym tokiem nauczania zalicza się dysleksja (50,5% wszystkich uczniów z *IEP*), zaburzenia mowy (19,2%), zaburzenia umysłowe (10,8%) i emocjonalne (8,3%), podczas gdy tylko 4,5% uczniów ma problemy zdrowotne (takie jak astma, cukrzyca *etc.*).

Reformatorzy amerykańscy doszli do wniosku, że żaden program edukacyjny nie pozwala tak dobrze wyrównywać szans i nie ma tak dobrego wpływu na poprawę osiągnięć edukacyjnych dzieci jak wykształcony, dobrze przygotowany, doświadczony i uważny na potrzeby dzieci nauczyciel. Powstał więc program doskonalenia nauczycieli *Title II, Part A of NCLB-Act – Teacher and Principal Training and Recruiting Fund* (działa od roku szkolnego 2003-2004). Program

doskonalenia nauczycieli jest dopełnieniem programu *Title I*. W założeniach fundusz ten ma umożliwić tworzenie niewielkich klas i zapewnienie uczniom pracy z dobrze wykwalifikowanymi nauczycielami. Szkoły korzystają jednorazowo z tego funduszu i powinny przekazać pieniądze na szkolenia nauczycieli dotyczące: planowania pracy z uczniem „trudnym”, korzystania z badań i obserwacji uczniów do celów edukacyjnych, technik aktywizowania uczniów, nowatorskich form i metod nauczania.

Programy wakacyjne to jedna z najstarszych form wspierania uczniów w Stanach Zjednoczonych. Jest to swego rodzaju przeciwstawienie się drugoroczności – uczniowie, którzy mają słabe wyniki w nauce, mogą je poprawić, uczęszczając na zajęcia podczas wakacji. Z pomocy takiej korzystają także uczniowie, którzy chcą nadrobić zaległości lub poszerzyć swoją wiedzę. Fundusz *Het Carl D. Perkis Vocational and Applied Technology Education Act* jest przeznaczony dla uczniów szkół średnich i wyższych. Sądzę, że takie dawanie szansy wyrównania poziomu czy nadrobienia zaległości jest dużo lepszym sposobem na edukowanie dzieci z problemami w nauce niż pozostawianie ich na drugi rok w tej samej klasie. Ma to szczególne znaczenie w edukacji początkowej, gdzie rozwój dziecka następuje często skokowo i jego problemy, obserwowane przed końcem roku szkolnego mogą być już nieaktualne po upływie dwóch czy trzech miesięcy.

Badania przeprowadzane w Stanach Zjednoczonych pod koniec XX wieku zdecydowanie wskazywały na konieczność wprowadzenia reformy szkolnictwa. I tak w roku 1998 Kongres wprowadza fundusz *Title I Part F NCLB Act – the Comprehensive School Reform Program* pomagający zmienić się amerykańskim szkołom. Jak pisze C.G. Brown w swoim „przewodniku dla społeczności lokalnych” – szkoły, które uzyskują fundusz na poprawę swojego funkcjonowania powinny między innymi:

1. Wprowadzić nowoczesne metody i strategie pracy oparte na badaniach naukowych.
2. Tworzyć indywidualne kompleksowe projekty pracy w oparciu o różnorodne metody i elementy programów.
3. Organizować warsztaty i planowo doskonalić nauczycieli na wysokim poziomie.
4. Wyznaczać wymierne cele i kryteria oceny osiągnięć uczniów.
5. Udzielać wewnętrznego wsparcia dla nauczycieli i wszystkich pracowników szkoły.
6. Pracownicy szkoły i nauczyciele powinni wspierać szkołę w jej działaniach.
7. Dążyć do tego, by szkoła była znaczącym miejscem w życiu społeczności lokalnej.
8. Korzystać ze wsparcia zewnętrznych ekspertów z doświadczeniem we wprowadzaniu reformy szkoły.
9. Planować coroczną ewaluację strategii rozwoju samej szkoły i polepszania wyników nauczania.

Korzystając z tych funduszy szkoły mogą budować cały system wsparcia dla swoich uczniów i środowiska w jakim działają. W ramach każdego z funduszy szkoły korzystają z konkretnych programów pomocowych lub wydatkują pieniądze na stworzenie swoich własnych projektów poprawy funkcjonowania uczniów.

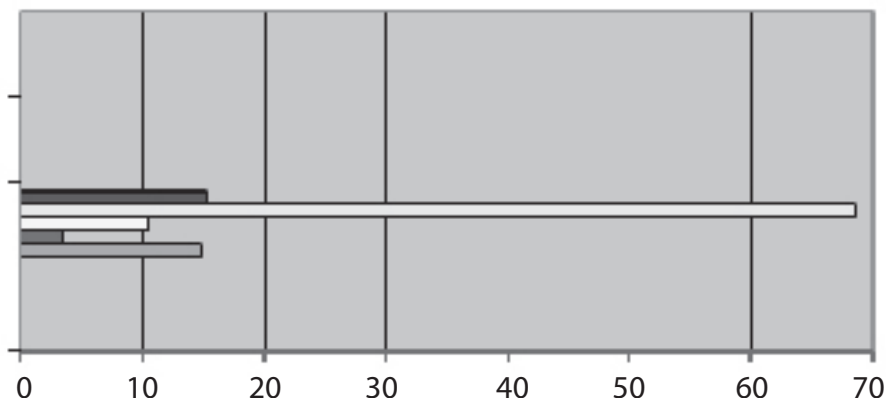
Lawrence J. Schweinhart podczas spotkania Towarzystwa na Rzecz Badań nad Rozwojem Dzieci, 26 kwietnia 2003 roku w Tampie na Florydzie, przedstawiła wyniki badań nad korzyściami i kosztami, jakie ponosi państwo, wynikającymi z *High/Scope Perry Preschool Program*. [3] Dane były gromadzone co roku przez pierwszych 11 lat trwania badań, potem gdy respondenci mieli 14, 15, 19 i 27 lat. Po każdej turze badań spisywano raport i przedstawiano ich wyniki. Tak przeprowadzone badania pozwalały na stwierdzenie jak długoterminowe są efekty pracy z programem. Podczas ostatniej tury badań, gdy respondenci mieli 27 lat, sprawdzano jaki status społeczno ekonomiczny udało się im osiągnąć. Pytano o poziom wykształcenia, wysokość zarobków, czy posiadają własny dom, drugi samochód, a także, jaki procent uczestników eksperymentu korzysta z opieki społecznej i jaki jest wśród nich poziom przestępczości.

Okazało się, iż osoby z grupy objętej programem osiągnęły wyższy poziom wykształcenia niż grupa kontrolna. 71% osób z grupy pierwszej i tylko 54% z drugiej ukończyło szkołę wyższą lub otrzymało *General Education Development Certification* (świadectwo wykształcenia ogólnego). Porównując wyniki kobiet z obu grup różnica jest jeszcze bardziej widoczna na korzyść grupy pierwszej (84% vs. 35%). Można zatem było się spodziewać, iż w poprzednich badaniach, gdy przeprowadzano testy umiejętności szkolnych, grupa pierwsza znacznie przewyższała drugą. Rzeczywiście tak było mimo, że dzieci pracujące według programu *High/Scope* poświęcają na naukę typowych umiejętności szkolnych (takich jak czytanie, pisanie czy liczenie) zaledwie połowę czasu, który zajmują tego typu zajęcia dzieciom pracującym zwykłym torem. Jak deklarują respondenci, z pomocy społecznej korzysta mniej niż 59% badanych z grupy pierwszej i aż 80% osób z grupy drugiej. Jeżeli chodzi o aresztowania, to więcej niż 5 razy było aresztowanych 7% osób z grupy objętej programem i 35% osób spoza programu. Takie efekty programu *H/S* są ważne nie tylko dla jednostek, ale także dla państwa. Inwestując w program może się przyszość „zaoszczędzić”, nie ponosząc kosztów aresztowań, procesów sądowych i pobyków w areszcie i/lub w więzieniu i opieki nad ofiarami przestępstw oraz udzielając znacznie mniejszej pomocy społecznej. Nie mały jest też wkład w skarb państwa lepiej wykształconych i więcej zarabiających podatników. **Wykres nr 1** przedstawia bilans kosztów i potencjalnych oszczędności ze strony państwa w związku z wprowadzaniem programu *High/Scope*

Wykres nr 1

Bilans kosztów i potencjalnych oszczędności (w USD) wynikających z wprowadzenia w US.A programu *High/Scope* w przeliczeniu na jednego uczestnika

- oszczędności na wymiarze sprawiedliwości
- oszczędności przy wypłacie odszkodowań ofiarom przestępstw
- zwiększony podatek
- oszczędności na opiece społecznej
- koszt programu



Jak wynika z przeprowadzonych badań wprowadzanie we wczesnym okresie edukacji programów pomocowych, ukierunkowanych na stymulowanie rozwoju społecznego daje wymierne i długoterminowe efekty. Program *High/Scope* nie tylko powoduje wzrost umiejętności szkolnych, takich jak czytanie czy liczenie, czy zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia specyficznych trudności w nauce, ale motywuje do pracy i dążenia do zmiany swojej sytuacji, rozwija indywidualne zdolności, pozwala odnaleźć się w społeczeństwie i uwierzyć w swoje możliwości, co skutkuje zdobywaniem wyższego wykształcenia i lepszą efektywnością w szukaniu pracy. Jednocześnie chroni młodzież z trudnych środowisk przed przestępczością, pokazuje szerokie możliwości jakie daje wyższe wykształcenie.

W ostatnim czasie pod wpływem badań rozgorzała wielka debata społeczna na temat nierówności na początku edukacji szkolnej i segregacji uczniów. Pod jej wpływem niektórzy dyrektorzy szkół zadeklarowali, że u nich w szkołach segregacji nie będzie. Myślę, iż nie jest możliwe uniknięcie segregacji uczniów ze względu na status społeczno-ekonomiczny chociażby dlatego, że osoby ze środowisk, nazwijmy je „trudnymi”, same się alienują, często wolą się nie ujawniać, wstydzą swojego statusu.

Fakt, że szkolnictwo w Polsce jest bezpłatne jest z pewnością dużą zaletą, jednak brak programów pomocowych dla dzieci z rodzin o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, przewlekle chorych, czy z deficytami znacznie obniża ich osiągnięcia na drodze edukacyjnej, co prowadzi do ogólnego obniżenia poziomu wykształcenia społeczeństwa i daje początek kolejnym problemom społecznym takim jak „dziedziczenie biedy”, wzrost bezrobocia i nasilenie przestępczości. Oczywiście, stworzenie rozbudowanego systemu pomocy edukacyjnej wymaga wielu lat doświadczeń i ogromnych nakładów, także finansowych. Początkiem takich działań musi być jednak *ex definitione* zmiana sposobu myślenia o społeczności jako całości i o dzieciach jako o tych, w których ręce składa się przyszłość kraju. Wydaje mi się, że wprowadzanie w Polsce na wszystkich poziomach edukacji programów pomocowych, związanych z bezpieczeństwem, rozwojem społecznym, intelektualnym, kulturalnym, czy sportowym, ze szczególnym uwzględnieniem wczesnych etapów edukacji dzieci – jest niezbędne dla umożliwienia dobrego startu i kontynuowania na dobrym poziomie kariery szkolnej.

Bibliografia:

1. Brown C.G., *Potential Federal Education Resources for High Poverty Community Schools. A Guide for Communities*, Working Draft for Annie E. Casey Foundation, November 2003, s..12.
2. Fukujama F, *Koniec człowieka* Znak, Kraków 2003.
3. E.Putkiewicz E., M.Żytko M., [w:] *Znaczenie edukacji przedszkolnej na podstawie badań i doświadczeń międzynarodowych* [w:] *Edukacja Przedszkolna w Polsce – Szanse i zagrożenia*, (red.) M. Zahorska, ISP, Warszawa 2003.
4. U.S. Department of Education, *No child left behind: A desktop reference*, [na:] www.ed.gov
5. U.S. Department of Education *To Assure the Free Appropriate Public Education of All Children with Disabilities* [w:] *23th Annual Report to Congress on the Implementation of Individuals with Disabilities*, Part II, 2001, s. 22.

Joanna Przybylska

Mgr Joanna Przybylska, nauczyciel w szkole podstawowej, wykładowca we Wszechnicy Polskiej Szkole Wyższej w Warszawie.

Maria Januszewska-Warych

Terapeutyczne walory muzyki w pracy z dziećmi (Zarys projektu według teorii Tadeusza Natansona)

Pierwsze lata pobytu dziecka w szkole są okresem szczególnie ważnym dla jego rozwoju, decydują o jego starcie szkolnym, często też o dalszej karierze szkolnej, a być może i życiowej.

Wczesne podjęcie czynności zmierzających do wykrycia zaburzeń rozwojowych i rozpoczęcie szeroko rozumianej pracy korekcyjno-kompensacyjnej jest niezwykle istotne dla przebiegu procesu dojrzewania jednostki, daje bowiem możliwość zareagowania na występujące zakłócenia, zaburzenia czy dysfunkcje. Określenie źródeł zaburzeń wykracza poza zakres artykułu, natomiast poszukiwanie skutecznych form terapii dysfunkcji rozwojowych budzi nadzieję, że będzie możliwe ich zminimalizowanie, co tym samym stworzy szansę na optymalne funkcjonowanie człowieka. Dlatego wspomaganie rozwoju uczniów przez terapię pedagogiczną, pozostającą w związku z arteterapią jest ważnym kierunkiem działań wychowawczych.

Arteterapia ma już za sobą kilkudziesięcioletnią historię. Wyrosła na gruncie powojennej Europy, stojącej przed koniecznością rehabilitacji fizycznej i psychicznej setek tysięcy ludzi dotkniętych wojną, a w następnych okresach została tak rozwinięta, że obecnie stanowi kierunek kształcenia w dziesiątkach uczelni, współpracujących ze sobą w ramach Europejskiego Konsorcjum Edukacji Arteterapeutów.

W nurcie arteterapii występuje wiele form i metod, odwołujących się do różnych postaci sztuki. W jej zakres wchodzi muzykoterapia, dramatoterapia, wizualna arteterapia oraz choreoterapia, które niekiedy stosowane są we wzajemnym powiązaniu.

W Polsce głównym twórcą muzykoterapii był Tadeusz Natanson, który w Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu i w filii Uniwersytetu Śląskiego w Cieszynie organizował placówki naukowe i kierunki studiów. Profesor Natanson podkreślał znaczenie obecności muzyki w różnych dziedzinach ludzkiej aktywności, stwierdzając, iż *dostęp do poznania fenomenu muzyki widzieć można tak na gruncie estetyki, psychologii, muzykologii, akustyki, matematyki czy cybernetyki, jak i socjologii czy nauk biologicznych* [10] (s. 12).

Autorka, po studiach magisterskich odbyła dwuletnie studia stacjonarne w Studium Muzykoterapii w Akademii Muzycznej we Wrocławiu. Studiowanie muzykoterapii pod kierunkiem T. Natansona stworzyło podstawę do pracy terapeutycznej i w dużym stopniu określiło przebieg kolejnych okresów naukowego rozwoju autorki niniejszego.

Przedstawiony dalej projekt jest już sprawdzoną szczegółową propozycją terapeutyczną, poprzedzoną refleksją uzasadniającą jego konstrukcję w odniesieniu do potrzeb i szans, jakie daje odwołanie się w pracy w szkole do muzykoterapii, realizowanej jako składnik terapii pedagogicznej.

Rozwój terapii przez sztukę polega na rozbudowie jej metod i środków poprzez sięganie do wielu dziedzin działalności artystycznej. Zofia Konaszkiwicz [6] (s. 203), podkreślając powiązanie terapii poprzez sztukę z rozwojem psychoterapii odnotowała, że w pierwszej fazie stosowania tego rodzaju terapii ograniczano się do metod werbalnych, dopiero później wzbogacona ona została o środki ekspresji artystycznej, dzięki czemu techniki psychoterapii zostały znacznie rozbudowane.

Walory terapeutyczne muzyki określa definicja tej techniki terapeutycznej, sformułowana przez Światową Federację Muzykoterapii: *Muzykoterapia jest wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki tak, by mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia* [14] (s. 16-17).

Muzykoterapię ze względu na jej typy, założenia i formy rozpatruje się w dwóch nurtach oddziaływania. Pierwszy obejmuje lecznicze i rehabilitacyjne działania medyczne, drugi natomiast działania pedagogiczne, to jest te, które dotyczą nauczania i wychowania.

Jak twierdzi Kinga Lewandowska, muzyka jako element terapii może być realizowana w formie receptywnej lub aktywnej [7] (s. 53-54).

Elżbieta Galińska uważa, iż muzykoterapia receptywna polega na słuchaniu muzyki, jej wewnętrznym przeżywaniu i przekazywaniu odczuć muzycznych na zewnątrz [2] (s. 22).

W muzykoterapii aktywnej chodzi o współdziałanie dzieci w procesie tworzenia zadań muzycznych. Może ono przybierać postać śpiewu, muzykowania z elementami dźwiękonaśladowczymi, gry na instrumentach perkusyjnych, ćwiczeń słuchowych, ćwiczeń i zabaw muzyczno-ruchowych, ćwiczeń wyrabiających poczucie rytmu i tempa czy też ćwiczeń relaksacyjnych z tłem muzycznym, albo przez zastosowanie elementów pedagogiki zabawy. Stosowane bywają także formy wymagające ambitniejszego zaangażowania dzieci: tworzenie muzyki, muzykodrama, interpretacje słowno-plastyczne utworów muzycznych, gry muzyczne [4] (s. 12-13).

Właśnie w aspekcie pracy twórczej dzieci ujawniać się winna postawa nauczyciela polegająca na – jak sugeruje Irena Wojnar – akceptacji [...] *wewnętrznego nurtu życia osobowego, który będąc wyrazem podstawowego zaufania do świata, staje się jednocześnie czynnikiem chroniącym przed jednostronnością*

życia doświadczanego jako nieustanny brak, ciągła konieczność nowych osiągnięć, zawsze niewystarczających. W trosce o formowanie pełniejszego życia osobowego konieczne jest – odwołajmy się tu do sugestii Ireny Wojnar [...] kierowanie pracy wychowawczej raczej ku budzeniu zainteresowań i zamiłowań, wprowadzanie w stan intelektualnego zdziwienia, stwarzanie sposobności do przeżyć zupełnie nowych, inspirowanie nowych dla wychowanka form ekspresji i odczuwania, rozszerzanie horyzontów kontaktu ze światem i ludźmi [16] (s. 75).

Muzykoterapia ze swej istoty jest powołana do realizacji w procesie wychowywania tak właśnie zarysowanych, ambitnych zadań.

Działania te, podejmowane w procesie wychowania i kształcenia dzieci o zróżnicowanym poziomie intelektualnym, zakładają głównie profilaktykę oraz terapię w sytuacjach, które terapii wymagają. Ma ona prowadzić do usunięcia napięć psychicznych, do korygowania zaburzonych funkcji, do przeżywania pozytywnych emocji i dostarczania korzystnych doświadczeń społecznych, do stymulowania rozwoju dzieci.

Zatem wyrażam pogląd, iż **formy aktywnej terapii muzycznej, realizowane w postaci ćwiczeń i zabaw muzyczno-ruchowo-słownych, wspomagają rozwój dzieci o zróżnicowanym poziomie intelektualnym w zakresie zdolności muzyczno-ruchowych, zdolności ruchowych oraz umiejętności odtwarzania piosenki.**

Formy aktywnej terapii muzycznej stały się podstawą do określenia treści kształcenia tak, aby tworzyły koherentną całość z programem nauczania. Terapia ta objęła cztery bloki ćwiczeń:

- a) percepcji, pamięci słuchowej oraz koordynacji słuchowo-ruchowej;
- b) rozwijające i usprawniające percepcję i pamięć wzrokową oraz koordynację wzrokowo-ruchową;
- c) rozwijające mowę, myślenie, wzbogacające również słownictwo;
- d) rozwijające sprawność ruchową oraz orientację przestrzenną i kierunkową.

W oparciu o wskazane założenia opracowany został model zajęć muzyczno-ruchowo-słownych (muzykoterapeutycznych), które w myśl projektu miały wspomagać rozwój dziecka o zróżnicowanych możliwościach intelektualnych. Organizację zajęć oparto na koncepcji łączenia w nich trzech elementów:

- nauczyciel organizuje wielokierunkową aktywność muzyczną dzieci;
- dobiera odpowiednie ćwiczenia i zabawy muzyczno-ruchowo-słowne, korygujące określone zaburzenia rozwojowe, zapobiegające zaburzeniom i wspomagające rozwój dzieci;
- dzieci aktywnie podejmują zadania muzyczne i realizują je w sposób twórczy lub odtwórczy (model 1) [3] (s. 82-83).

W modelu zawarto te formy zajęć, które wychowując, bawiąc, wyrównując zaburzenia rozwojowe jednocześnie niosą ze sobą terapeutyczne przesłanie.

Wyboru zadań, ćwiczeń i zabaw muzyczno-ruchowo-słownych dokonano, opierając się na publikacjach Marii Przychodzińskiej i Ewy Lipskiej [8], Doroty

Malko [9], Beaty Podolskiej [12], Janiny Stadnickiej [13], Jadwigi Uchyła-Zroski [15] i innych.

Jeden z rodzajów kontaktu z muzyką, oparty na śpiewie i ćwiczeniach mowy, realizuje się w takich działaniach, jak piosenka i piosenka inscenizowana, zabawa ze śpiewem i zabawa taneczna ze śpiewem, śpiew z akompaniamentem, śpiew bez tekstu, tworzenie piosenki, rytmizacja różnych tekstów – rymowanek, zagadek, przysłów, wierszyków, fragmentów prozy, wreszcie umuzyczenie fragmentów wierszy, baśni, bajek, opowiadań.

Inny rodzaj tego kontaktu opiera się na muzyce, ruchu i ich związku, a jest urzeczywistniany poprzez zabawy rytmiczne przy muzyce, dalej przez zabawy, które uwrażliwiają na różne elementy muzyki, takie jak tempo i jego zmiany, czas wybrzmiewania dźwięków i trwania pauzy, rytm, dynamika i metrum, wysokość i barwa dźwięków, artykulacja, formalna budowa utworu oraz zabawy z techniki ruchu (zabawy porządkowe, zabawy orientujące w przestrzeni, zabawy wzmacniające różne grupy mięśni ciała), wreszcie opowieści ruchowe i elementy tańców.

Trzecią formą kontaktu jest gra na instrumentach – jednogłosowa, połączona z ruchem, tworzenie muzyki na instrumentach.

Wreszcie w ramach słuchania muzyki występują takie ćwiczenia, jak odzwierciedlenie ruchem treści muzycznych i pozamuzycznych, malowanie muzyki poprzez plastyczną ilustrację słów piosenki, plastyczne wyrażanie programowej treści instrumentalnych miniatur, plastyczne przedstawienie nastroju powstającego podczas słuchania muzycznego utworu, a także plastyczne przedstawienie muzycznych elementów utworu; w ramach słuchania muzyki stosowane bywają takie formy, jak układanie opowiadań do wysłuchanej muzyki, układanie słowno-muzycznych treści, inspirowanych wysłuchanym utworem, tworzenie muzyki do wysłuchanego fragmentu utworu muzycznego, udział w umuzykalniających spektaklach, słuchanie różnych zjawisk akustycznych.

Zaprezentowany zestaw ćwiczeń muzyczno-ruchowo-słownych oddziałuje na wszechstronny rozwój dziecka, a niektóre z nich mogą wydatnie wpływać na podniesienie poziomu zdolności muzyczno-ruchowych, zdolności ruchowych i umiejętności odtwarzania piosenki.

Prawdziwość tezy przedstawionej przez autorkę sprawdzona została podczas przeprowadzonego przez nią eksperymentu pedagogicznego, zrealizowanego w ramach prowadzonych badań i warunkującego programowanie kolejnych ich faz.

Badania objęły dwie grupy dzieci – jedna to dzieci w normie intelektualnej, a druga to dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim. Uzyskano dzięki temu możliwość przeprowadzenia analizy porównawczej wyników eksperymentu w odniesieniu do obydwu kategorii dzieci. Zgodnie z założeniami eksperymentu, wyłoniono po dwie grupy eksperymentalne i kontrolne.

Zebrany materiał faktograficzny poddano procedurom klasyfikacyjnym; ustalony został zbiór wielkości, które przeanalizowano statystycznie, następnie

przyjęto zakresy dla tych zmiennych. Obliczono podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych. Niemal zawsze były podawane wartości średnie jako podstawowa miara położenia i odchylenie standardowe (SD) jako miara rozrzutu. Wyniki zilustrowano wykresami.

Posłużono się szeregiem testów statystycznych pozwalających na decyzję statystyczną o wpływie i wzajemnej zależności rozpatrywanych badanych cech. Zastosowano test U Manna-Whitneya dla zmiennych niezależnych, a dla zmiennych zależnych test znaków [1].

Stawiano hipotezę stanowiącą, że zjawisko występuje z częstością nieprzekraczającą 5 i odrzucano na poziomie istotności $p = 0,05$.

Analiza danych uzyskanych z eksperymentu odnosiła się do wyników badań w następujących zakresach:

- a) muzyczno-ruchowych zdolności dzieci umysłowo upośledzonych w stopniu lekkim oraz dzieci pozostających w normie intelektualnej (zastosowano test koordynacji słuchowo-ruchowej autorstwa Elżbiety Kilińskiej-Ewertowskiej);
- b) zdolności ruchowych analogicznych grup dzieci (według skali metrycznej N. Oziereckiego do badań zdolności ruchowych dzieci i młodzieży);
- c) umiejętności odtwarzania piosenki przez te grupy dzieci w oparciu o skalę opracowaną przez autorkę artykułu.

Pojęcie zdolności muzyczno-ruchowych według Elżbiety Kilińskiej-Ewertowskiej [5] (s. 25-27) stanowi synonim słuchowo-ruchowej koordynacji i oznacza zespół wrodzonych predyspozycji do wykonywania ruchu zgodnie z muzyką. Na zdolności te składają się specyficzne zdolności muzyczne, które wywołują reakcje motoryczne (to jest poczucie rytmu, tempa, dynamiki) oraz zdolności ruchowe rozumiane jako zdolności do wykonywania ruchów elementarnych (chód, bieg, podskoki i podobne).

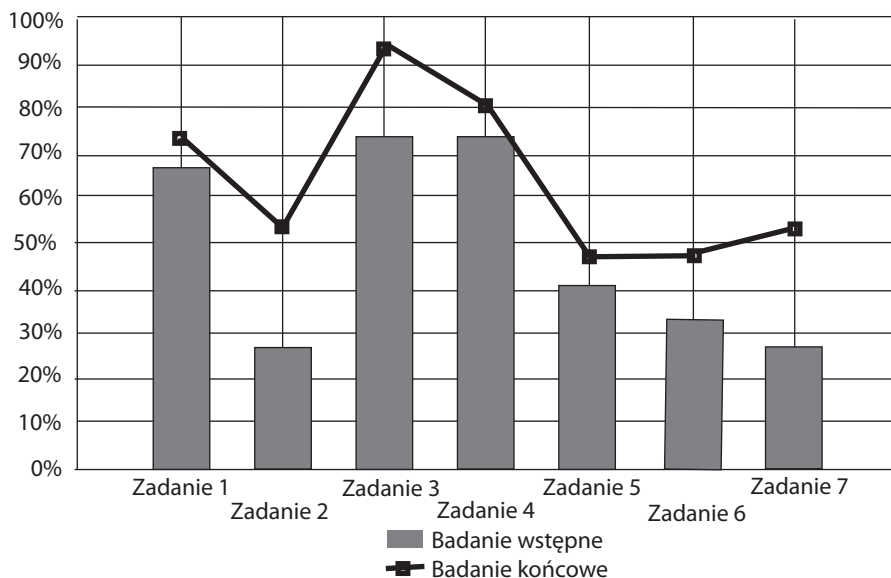
W eksperymencie do określenia zdolności muzyczno-ruchowych zastosowano test autorstwa Elżbiety Kilińskiej-Ewertowskiej. Obejmuje on siedem zadań, za pomocą których możliwe jest badanie umiejętności spontanicznego wykonywania elementarnych ruchów przy akompaniamencie bębna przez objęte eksperymentem dzieci. Realizują one takie zadania, jak 1) chód przy akompaniamencie w tempie stałym, umiarkowanym, dalej 2) chód przy akompaniamencie w tempie zmiennym, uwzględniającym przyspieszanie i zwalnianie tempa, następnie (3) chód przy akompaniamencie w tempie umiarkowanym z jednoczesnym klaskaniem, kolejno (4) bieg przy akompaniamencie w tempie stałym, szybkim, nadto (5) bieg przy akompaniamencie, uwzględniającym przyspieszanie i zwalnianie tempa, wreszcie (6) podskoki obunóż przy akompaniamencie w tempie umiarkowanym i (7) podskoki zmienne przy akompaniamencie w tempie umiarkowanym.

Badania przeprowadzono indywidualnie. Poszczególne zadania, wykonywane w kolejności od pierwszego do siódmego, poprzedzono wyjaśnieniem dotyczącym rodzaju ruchu związanego z określonym akompaniamentem. Objaśnienie łączono z pokazem poprawnie wykonanego ruchu oraz z odegraniem fragmen-

tu akompaniamentu, przy jakim dziecko miało wykonywać właściwe zadanie. W trakcie realizacji zadania nie udzielano dziecku dodatkowych informacji i instrukcji.

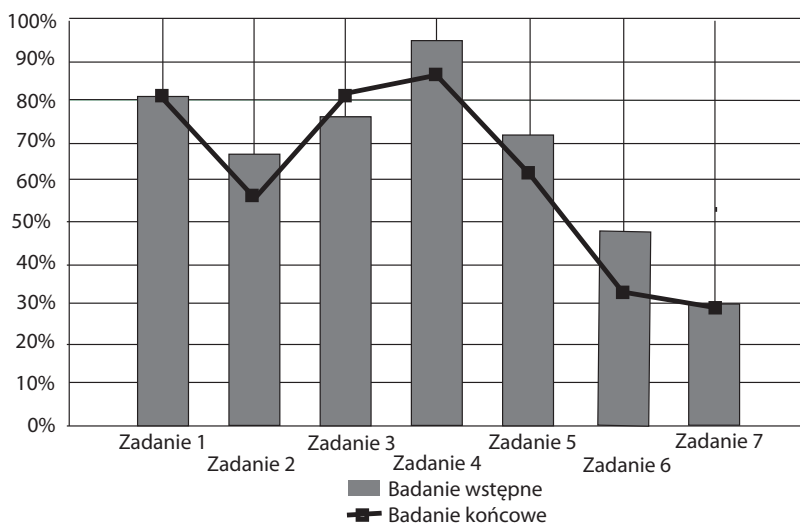
Oceniano wykonanie zadań systemem punktowym, przyznając punkt za wykonanie poprawne i pozostawiając bez punktu wykonanie niepoprawne, ale badane dziecko miało możliwość jednokrotnego powtórzenia zadania.

Maksymalnie można więc było otrzymać siedem punktów. Niżej przedstawione zostaną dane wyprowadzone z analizy statystycznej efektów badań. Zilustrowane one zostały wykresami, które oddają skalę zmian w wymiarach osiągniętych przez dzieci objęte eksperymentem. Jak wynika z pierwszego wykresu, dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim w znacznym stopniu poprawiły wyniki w stosunku do badań wstępnych w zadaniach oznaczonych numerami 2, 3, 6, 7 (**Rysunek 1**).



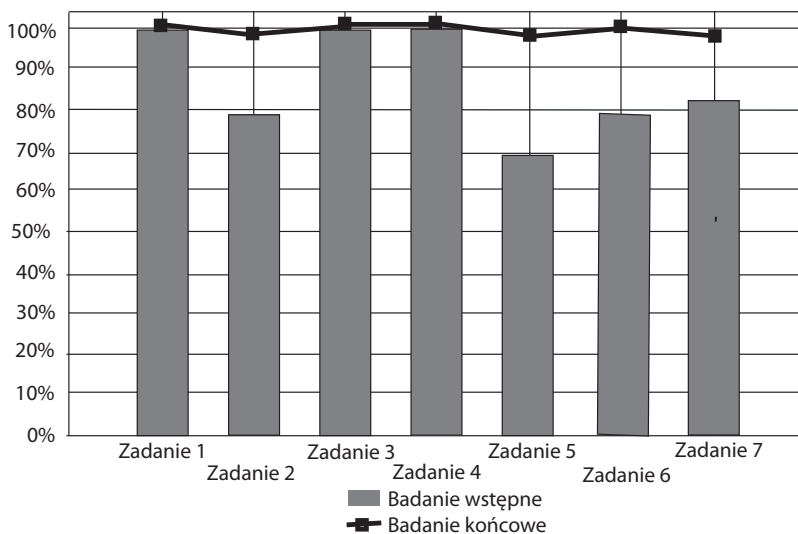
Rysunek 1. Wyniki badań wstępnych i końcowych w zadaniach dotyczących zdolności muzyczno-ruchowych w grupie eksperymentalnej dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim

Większe zmiany pod względem poprawy zdolności muzyczno-ruchowych nastąpiły – w porównaniu z grupą kontrolną – u dzieci z grupy eksperymentalnej (**Rysunek 2**).



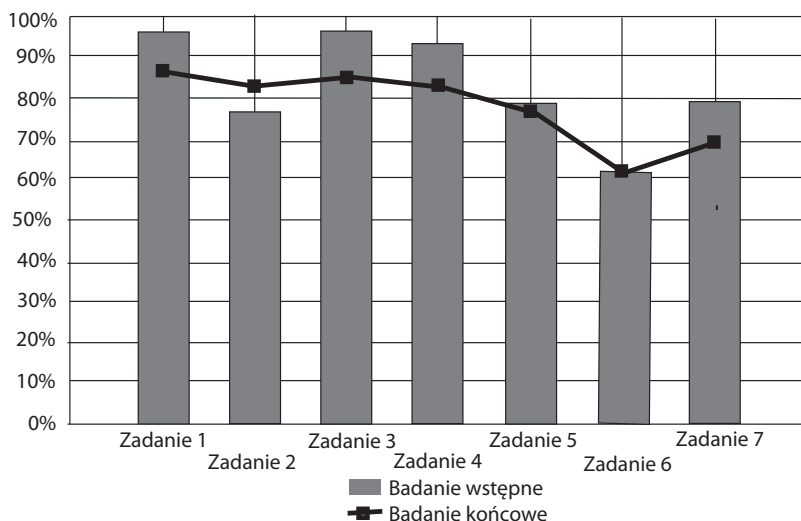
Rysunek 2. Wyniki badań wstępnych i końcowych w zadaniach dotyczących zdolności muzyczno-ruchowych w grupie kontrolnej dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim

Dzieci w grupie eksperymentalnej charakteryzujące się normą intelektualną wyraźnie poprawiły wyniki w stosunku do badań wstępnych w zadaniach oznaczonych numerami 2, 5, 6, 7, zbliżając się do poziomu oceny maksymalnej (Rysunek 3).



Rysunek 3. Wyniki badań wstępnych i końcowych w zadaniach testu badającego zdolności muzyczno-ruchowe w grupie eksperymentalnej dzieci w normie intelektualnej

Jednocześnie nie stwierdzono poprawy w grupie kontrolnej, obejmującej dzieci charakteryzujące się normą intelektualną (**Rysunek 4**).



Rysunek 4. Wyniki badań wstępnych i końcowych w zadaniach testu badającego zdolności muzyczno-ruchowe w grupie kontrolnej dzieci w normie intelektualnej

Z porównania grup eksperymentalnych z grupami kontrolnymi wynika, iż dzieci w normie intelektualnej za wykonanie zadań uzyskały wyższe oceny niż dzieci w stopniu lekkim upośledzone umysłowo, natomiast te ostatnie osiągnęły większy postęp. Różnice ilustruje **Tabela A**.

Zdolności muzyczno-ruchowe (procentowe porównanie wyników)*

	Grupy eksperymentalne		Grupy kontrolne	
	DZU**	DZN***	DZU	DZN
Badania wstępne	0,48	0,87	0,66	0,83
Badania końcowe	0,63	0,98	0,61	0,77
Różnica	0,15	0,11	-0,05	-0,06

* – 1,00 pkt = 100

** – DZU – dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim

*** – DZN – dzieci w normie intelektualnej

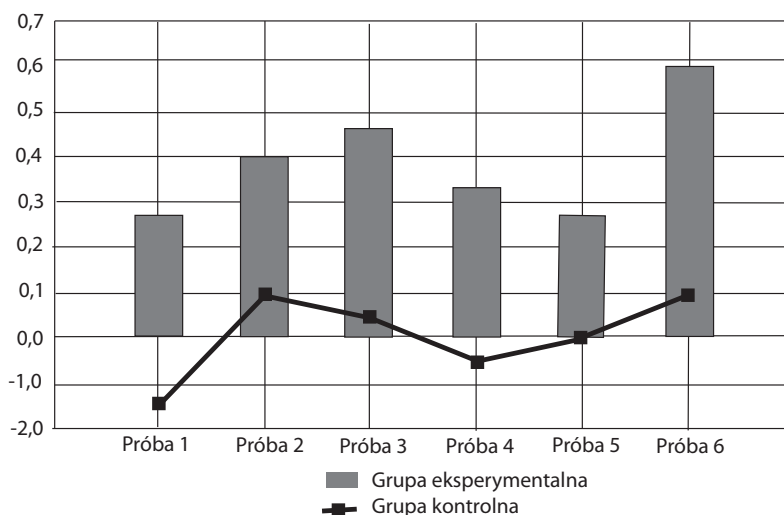
Na **Rysunkach 1-4** i w **Tabeli A** ujęto wyniki badań zdolności muzyczno-ruchowych grup dzieci, które objęto wymienionymi wyżej sprawdzianami. Zastosowanie testu Ozierckiego, który pozwala badać sprawność motoryczną, w połączeniu z uzyskanymi wynikami daje obraz koordynacji słuchowo-ruchowej i pozwala na ustalenie przyczyn powodujących zaburzenia w postaci braku percepcji tempa i rytmu i dyskoordynację słuchowo-ruchową u dzieci [11].

Motoryczność, czyli *zdolność i tendencje organizmu do wykonywania wszelkich aktów ruchowych, których podłożem jest rozwój aparatu ruchu, a także uformowane nawyki ruchowe oraz ich wyobrażenia i motywacja* [17] (s. 226) najczęściej badana jest przy pomocy testu Oziereckiego, pochodzącego jeszcze z 1930 roku. Jak dotąd jest to jedyny test, który pozwala na badanie poziomu zdolności ruchowych dzieci i młodzieży, niezależnie od ich sprawności umysłowej.

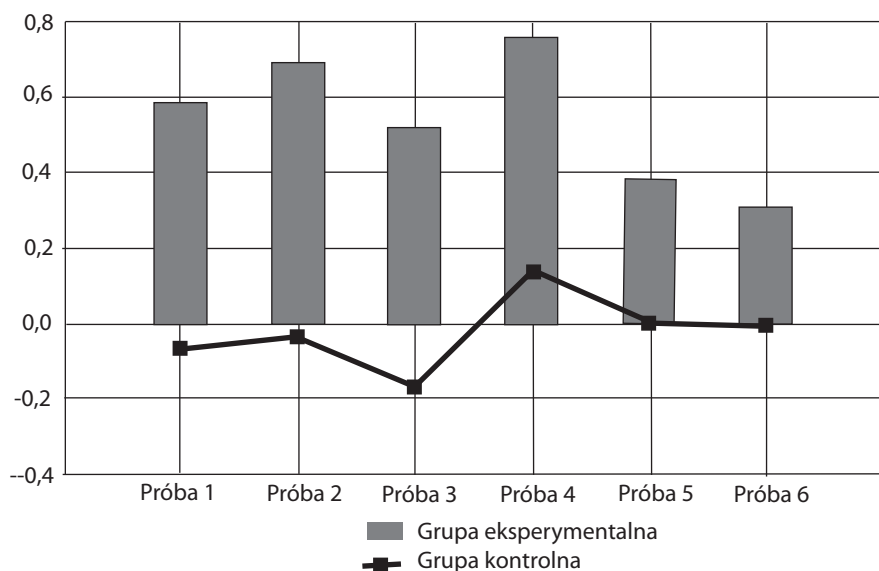
Za pomocą tego testu możliwe było badanie kilku aspektów motoryczności, a więc trzech rodzajów koordynacji – statycznej, dynamicznej rąk i dynamicznej rąk i nóg, nadto szybkości ruchów, ruchów równoczesnych, wreszcie precyzji wykonywania ruchów.

W toku przygotowania badań opracowano dla kilku grup wiekowych (8-9 lat, 10 lat oraz 11-12 lat – zgodnie z klasyfikacją N. Oziereckiego) testy pozwalające oceniać poszczególne składniki ruchu [14] (s. 16-26).

W sumie test obejmował sześć zadań ułożonych według skali wzrastających trudności. Poszczególni uczestnicy badań mogli uzyskać maksymalnie sumę 12 punktów. W przeprowadzonym badaniu nie chodziło o ustalenie poziomu zdolności ruchowych dzieci, lecz o ocenę umiejętności realizowania przez nie prób dostosowanych do poszczególnych grup wiekowych. Dzięki realizacji tego założenia zdołano osiągnąć wstępną ocenę parametrów wyszczególnionych wyżej zdolności ruchowych dzieci uczestniczących w badaniach. Ustalono, że zarówno dzieci upośledzone umysłowo, jak i pozostające w normie intelektualnej osiągnęły w końcowych badaniach wyższy poziom zdolności ruchowych. Wyniki przedstawione są na rysunkach 5 i 6.



Rysunek 5. Różnice wyników badań wstępnych i końcowych zdolności ruchowych w grupach eksperymentalnej i kontrolnej dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim



Rysunek 6. Różnice wyników badań wstępnych i końcowych zdolności ruchowych dzieci w normie intelektualnej w grupach eksperymentalnej i kontrolnej

Różnice między dziećmi z grup eksperymentalnych a dziećmi z grup kontrolnych w zakresie zdolności ruchowych świadczą o tym, iż w grupach eksperymentalnych zarówno dzieci w normie intelektualnej, jak i dzieci upośledzone umysłowo wykazały większą podatność na rozwój tych zdolności niż dzieci z grup kontrolnych. Ilustruje to **Tabela B**.

Tabela B

Zdolności ruchowe (wyniki średnie prób – w punktach)

	Grupy eksperymentalne		Grupy kontrolne	
	0,00	0,00	DZU*	DZN**
Badania wstępne	0,70	1,16	0,76	1,15
Badania końcowe	1,09	1,70	0,77	1,13
Różnice	0,39	0,54	0,01	-0,02

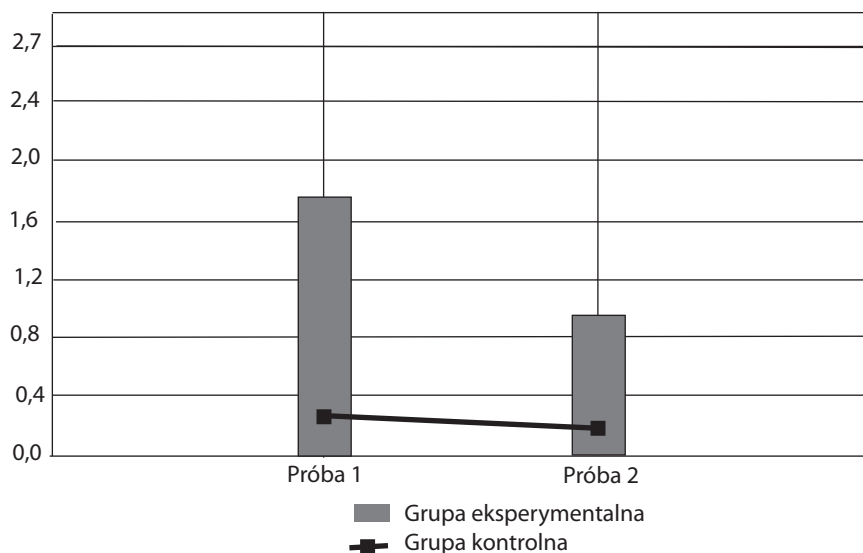
* – DZU – dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim

** – DZN – dzieci w normie intelektualnej

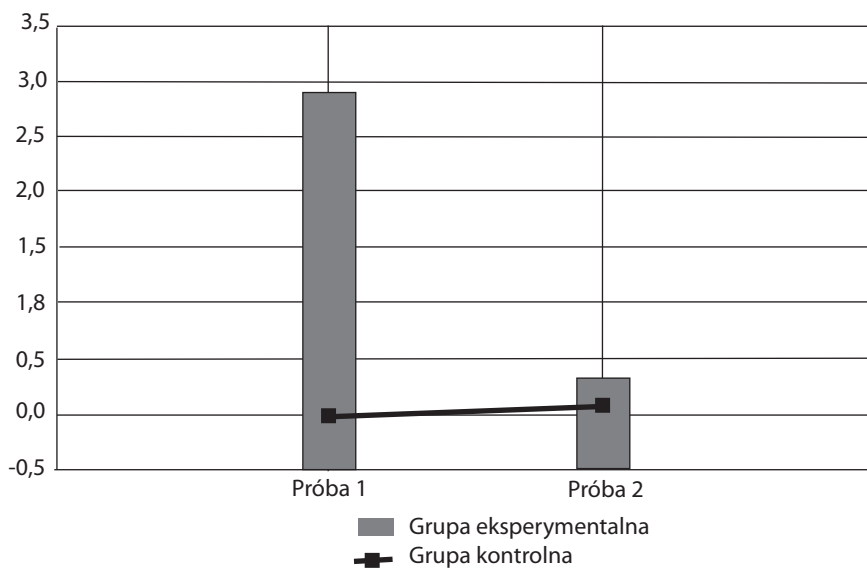
Kolejne badanie dotyczyło umiejętności odtwarzania piosenki. Miało ono dwojaki cel: sprawdzenie poprawności intonacyjnej oraz sprawdzenie poprawności wypowiedzianych słów.

Intonacyjna poprawność oceniana była na podstawie analizy śpiewu zarejestrowanego na dyktafonie. Okazało się, iż w każdej kolejnej próbie badającej umiejętności, dzieci objęte eksperymentem w końcowym badaniu osiągały

poziom wyższy od wyjściowego, a więc pod tym względem zaznaczył się rozwój. Ilustrują to Rysunki 7 i 8.



Rysunek 7. Różnice wyników badań wstępnych i końcowych umiejętności odtwarzania piosenki w grupach eksperymentalnej i kontrolnej dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim



Rys. 8. Różnice wyników badań wstępnych i końcowych umiejętności odtwarzania piosenki w grupach eksperymentalnej i kontrolnej dzieci w normie intelektualnej

Stwierdzono, że podobnie jak w przypadku innych wcześniej przedstawionych umiejętności, dzieci uczestniczące w eksperymencie, zarówno te w normie intelektualnej, jak i te z umysłowym upośledzeniem, okazały większą podatność na rozwój umiejętności poprawnego odtwarzania piosenki (Tabela C).

Tabela C

Umiejętność odtwarzania piosenki (wyniki średnie – w punktach)*

	Grupy eksperymentalne		Grupy kontrolne	
	DZU*	DZN**	DZU	DZN
Badania wstępne	5,00	11,50	5,02	10,40
Badania końcowe	6,33	13,15	5,24	10,45
Różnice	1,33	1,65	0,22	0,05

* – 1,00 pkt = 100

** – DZU – dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim

*** – DZN – dzieci w normie intelektualnej

Zestawione w syntezie rezultaty badań, ilustrowane wykresami i tabelami, wskazują, że przeprowadzony eksperyment jest efektywny jako wskaźnik, co potwierdza pogląd, iż muzykę cechują terapeutyczne walory, które można skutecznie wykorzystywać w procesach wspomagania rozwoju dzieci o zróżnicowanym poziomie intelektualnym.

Przeprowadzenie prezentowanego eksperymentu stanowiło fragment autorskiego programu edukacyjnego, którego założenia ujęte są w dążeniu do osiągnięcia dwóch celów – teoretycznego i praktycznego. Ten pierwszy odzwierciedlił się w opracowaniu własnej, autorskiej koncepcji edukacyjnego programu i ustaleniu własnej metodyki zajęć muzyczno-ruchowo-słownych, wspomagających rozwój dzieci o zróżnicowanych możliwościach intelektualnych. Drugi cel, praktyczny, wyraził się we wdrożeniu modelu teoretycznego, co miało być potwierdzone (i potwierdzone zostało) poprzez statystyczne określenie wielkości przyrostu poziomu zdolności muzyczno-ruchowych, zdolności ruchowych i umiejętności odtwarzania piosenki przez dzieci objęte eksperymentem.

W ramy edukacyjnego programu wpisany został model zajęć muzyczno-ruchowo-słownych, który stał się podstawą scenariuszy omawianych zajęć realizowanych w cyklu eksperymentalnym.

Scenariusze te opracowano w ten sposób, aby – po pierwsze – przejrzystość przedstawiały edukacyjne założenia oraz – po drugie – aby szczegółowo konkretyzowały środki osiągnięcia przyjętych założeń.

Pierwsze zadanie wykonano poprzez określenie celu edukacji, prezentację grupy dzieci wytypowanych do udziału w zajęciach, dalej przez określenie tematyki, terminu realizacji, rodzaju ćwiczeń i zajęć oraz zabaw muzyczno-ruchowo-słownych w danym tematycznym kręgu.

Cele dydaktyczne określono dwójako: w kategorii wiedzy (dziecko wie) oraz umiejętności (dziecko potrafi). Cele wychowawcze ujęto w trzech kategoriach – poznawczej, emocjonalnej i motywacyjno-działaniowej.

Drugie zadanie wymagało precyzyjnej konkretyzacji środków, tak, aby umożliwiły realizację bez zakłóceń trzech etapów przebiegu zajęć – wstępnego, podstawowego i końcowego, co łączyło się z doбором odpowiednich dla każdego etapu właściwych piosenek, tekstów, rodzajów ćwiczeń i zabaw wspomagających rozwój dzieci, korygujących lub zapobiegających zaburzeniom.

Na gruncie tak ujętych założeń i środków ich osiągnięcia opracowano siedemnaście tygodniowych tematów kompleksowych (43 spotkania, trwające 90 minut każde), w oparciu o które przeprowadzono zajęcia muzyczno-ruchowo-słowne, jakie powinny wspomagać rozwój dzieci o zróżnicowanym poziomie intelektualnym w trzech dziedzinach: wspierania zdolności muzyczno-ruchowych, zdolności ruchowych i umiejętności odtwarzania piosenki. Wykorzystywano w tych zajęciach akompaniament pianina oraz dziecięce instrumenty perkusyjne. Ćwiczenia ze względu na trudności w ich właściwym wykonaniu natrafiały niekiedy na swego rodzaju niechęć ze strony dzieci, co wymagało dodatkowego oddziaływania na rzecz przełamania takich oporów. Mogło to mieć pewien wpływ na końcowy efekt edukacyjny. Bardziej utrudniał osiągnięcie pożądaných rezultatów zbyt krótki czas wyznaczony na przeprowadzenie eksperymentu, co było niezależne od jego autorki.

Dążąc do znalezienia takich dróg aktywizacji, które prowadziłyby do optymalizacji ogólnego rozwoju dzieci o zróżnicowanych możliwościach intelektualnych, jak i – zwłaszcza – ich rozwoju w zakresie zdolności muzycznych, autorka badań podejmowała wiele dodatkowych działań, które mogły w jej przekonaniu wzbogacić edukacyjny program i jego wykonanie.

Na działania takie złożyły się konsultacje z nauczycielami prowadzącymi zajęcia w różnych szkołach, zarówno w klasach integracyjnych szkół podstawowych, jak i w szkołach specjalnych. Badano doświadczenia rosyjskich pedagogów. Konfrontowano różne polskie i rosyjskie programy nauczania w zakresie muzycznych terapeutycznych ćwiczeń i zabaw muzyczno-ruchowo-słownych. Wykorzystano własne doświadczenia wyniesione z kilkuletniej pracy z dziećmi tak w normie intelektualnej, jak i tymi, które charakteryzowało lekkie upośledzenie umysłowe.

* * *

Wnioski wyprowadzone z charakteryzowanych badań można ująć zarówno szczegółowo, poprzez odniesienie ich do konkretnych efektów przeprowadzonego eksperymentu, jak i bardziej ogólnie – jako hipotezy wymagające jeszcze weryfikacji w toku kolejnych badań, w tym badań porównawczych.

Konkretne efekty eksperymentu ukazane zostały szczegółowo w postaci danych z tabel i wykresów. Satysfakcjonują one autorkę, a nade wszystko są

satysfakcjonujące dla dzieci – uczestników eksperymentu, chociaż one niekoniecznie to sobie uświadamiają.

Można więc przyjąć, iż pozytywny efekt eksperymentu oznacza, że właściwy okazał się dobór metod, form, środków jego przeprowadzenia, zatem w analogicznych bądź zbliżonych sytuacjach metoda ta i narzędzia realizacji eksperymentu winny przynosić zbliżone pozytywne efekty. Nasuwa się wniosek, iż model, który zastosowano w eksperymencie może być wykorzystany przez instruktorów rytmiki, szczególnie tych, którzy mają wykształcenie muzyczne, ale nie są metodycznie przygotowani do prowadzenia tego typu zajęć, zwłaszcza z dziećmi o zróżnicowanym poziomie intelektualnym.

Wnioski ogólne można sprowadzić do kilku obserwacji, opartych na analizie przebiegu eksperymentu i jego skutków. Przede wszystkim uzyskana korekta w rozwoju dzieci wskazuje, iż jest szansa i potrzeba realizacji w szerokiej skali podobnych zajęć muzyczno-ruchowo-słownych w imię redukcji zaburzeń rozwojowych wśród dzieci o zróżnicowanym poziomie intelektualnym i to nade wszystko w fazie edukacji wczesnoszkolnej. Jest to pilnie potrzebne, ponieważ niewyrównane we właściwym czasie deficyty prowadzą u dzieci zaburzonych w rozwoju do zaburzeń wtórnych, takich jak obniżenie motywacji do nauki czy występowanie pogłębionego opóźnienia umysłowego.

Wniosek ten koresponduje ze zmodyfikowanym przez resort edukacji programem kształcenia na poziomie wczesnoszkolnym, w którym to programie w standardach przewidziano także edukację muzyczną. Chodzi jednak także o to, aby edukacja ta wpisywała się w program nie tylko pobudzania rozwoju, lecz i eliminowania ograniczeń rozwojowych w samych dzieciach. Powstanie projektu wspomagania rozwoju dzieci o zróżnicowanym poziomie intelektualnym to pewien krok ku realizacji bardziej optymistycznej perspektywy kształcenia, w tym kształcenia w zakresie edukacji muzycznej rozbudowanej o elementy aktywnej terapii muzycznej. Trzeba żywić nadzieję, iż przedstawienie tego programu stanie się impulsem do jego wdrożenia w szkolną praktykę i stanie się on powszechnie realizowaną rzeczywistością.

Muzykoterapia w ogóle, także w odniesieniu do dzieci, a do nich może w wyższym stopniu niż w stosunku do ukształtowanych osobowo ludzi dorosłych, oddziałuje wyzwalająco na postawy i zachowania twórcze, stanowiąc tym samym zaprzeczenie kulturowej dyfuzji. Muzykoterapia ujawnia niewyczerpane możliwości twórczego pluralizmu i otwiera szanse współdziałania z szeroko ujmowanymi zadaniami socjalizacji, wyposażając objęte nią osoby w takie sposoby istnienia w społeczeństwie, które pozwalają im na uświadomienie sobie własnej wartości. Dziecięca ogólna wrażliwość, zespolona z udziałem w życiu artystycznym i z artystyczną twórczością, pozwala uczniom objętym muzykoterapią na optymistyczne odkrywanie wartości własnej osobowości, z pożytkiem dla siebie i dla świata w którym żyją.

Przedstawione w artykule wyniki badań szerzej opisano w publikacji pt. **Wspomagająca rola muzyki w procesie edukacji dzieci o zróżnicowanym poziomie intelektualnym** [3].

Bibliografia

1. Altman D.G., *Practical Statistics for medical Research*, Florida 2001.
2. Galińska E., *Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja*, „Psychoterapia” z. XXII, 1977.
3. Januszewska-Warych M., *Wspomagająca rola muzyki w procesie edukacji dzieci o zróżnicowanym poziomie intelektualnym*, Słupsk 2006.
4. Kataryńczuk-Mania L., *Wybrane zagadnienia z terapii muzycznej*, [w:] *Terapia pedagogiczna. Zagadnienia praktyczne i propozycje zajęć*, t. II, red. E. M. Skorek, Kraków 2005.
5. Kilińska-Ewertowska E., *Badania nad zastosowaniem ćwiczeń muzyczno-ruchowych w rehabilitacji dzieci z zaburzeniami mowy*, „Prace Specjalne” nr 24, Gdańsk 1981.
6. Konaszewicz Z., *Szkice z pedagogiki muzycznej*, Warszawa 2001.
7. Lewandowska K., *Muzykoterapia dziecięca. Zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*, Gdańsk 2007.
8. Lipska E., Przychodzińska M., *Muzyka w nauczaniu początkowym. Metodyka*, Warszawa 1991.
9. Malko D., *Metodyka wychowania muzycznego w przedszkolu*, Warszawa 1988.
10. Natanson T., *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1979.
11. Oziercki N., *Skala metryczna do badań zdolności ruchowych dzieci i młodzieży*, Lwów 1931.
12. Podolska B., *Z muzyką w przedszkolu*, Warszawa 1987.
13. Stadnicka J., *Terapia dzieci muzyką, ruchem, mową*, Warszawa 1998.
14. Szulc W., *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*, Lublin 2005.
15. Uchyła-Zroski J., *Zabawa w muzyce, pieśni i tańcu*, [w:] *Dziecko w świecie zabawy. Zabawa i radość w literaturze, muzyce i życiu codziennym*, red. B. Dymara, Kraków 2009.
16. Wojnar L., *Edukacyjna kultura przyszłości. Prace studyjne Zespołu Edukacji i Kultury Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” przy prezydium PAN*, Warszawa 2006.
17. Wolański N., *Rozwój biologiczny człowieka*, Warszawa 1975.

Maria Januszewska-Warych

Maria Januszewska-Warych, dr hab. nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, wykładowca we Wszechnicy Polskiej Szkole Wyższej w Warszawie.

Agnieszka Skorodzień

Pomoce dydaktyczne wspomagające pracę nauczyciela i terapeuty

Okres wczesnego dzieciństwa jest najważniejszym ze wszystkich okresów życia dziecka. Już w pierwszych miesiącach życia dziecko przygotowuje się do aktywnego uczenia się komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Prawidłowa stymulacja dziecka w tym okresie stanowi fundament jego dalszego rozwoju i wpływa na dalsze, dorosłe już życie.

W dniu narodzin każdy z nas posiada mózg o możliwościach o wiele potężniejszych niż największe na świecie komputery. Zdrowe dziecko rodzi się z około 100 miliardami aktywnych komórek nerwowych, neuronów. Każda z nich ma możliwość wytworzenia do 20 tysięcy różnych połączeń. Dziecko rodzi się z taką liczbą komórek nerwowych, które umożliwiają mu osiągnięcie sukcesu. Jednak to nie liczba komórek nerwowych decyduje o inteligencji, a liczba połączeń stworzonych pomiędzy tymi komórkami.

Każda spośród 100 miliardów komórek mózgowych dziecka początkowo ma niewielką liczbę połączeń. Ponieważ dziecko doświadcza różnorodnych, stymulujących wrażeń, każda komórka może wytworzyć do 20 tys. połączeń wykorzystywanych do przechowywania nowych informacji. W ten sposób „rośnie” mózg dziecka.

Połączenia te są tworzone poprzez doświadczenia i myśli, którymi najpierw rodzice, a później nauczyciele pobudzają dziecko, tworząc we wczesnym okresie rozwoju bogate i stymulujące środowisko. Trzeba jednak zachować zdrowy rozsądek, jest bowiem wielka różnica między bogatym i stymulującym środowiskiem a środowiskiem wymagającym i pełnym presji, tworzonym przez rodziców /opiekunów z nadmiernymi ambicjami.

Rola zabawy i zabawki w życiu dziecka

Zabawa jest podstawową formą aktywności małego dziecka. Jej podstawowe funkcje to:

- rozbudzanie aktywność intelektualnej i zainteresowań,
- pobudzanie rozwoju mowy,
- kształtowanie rozwoju emocjonalnego,
- rozwijanie wyobraźni i poczucia estetyki,
- wyrabianie samodzielności i wytrwałość w pokonywaniu trudności,
- rozwijanie koordynacji wzrokowo-ruchowej,

- kształtowanie umiejętności i pobudzanie twórczej aktywności poznawczej,
- wspomaganie rozwoju społecznego i emocjonalnego dziecka.

Zabawy i zabawki spełniają swoją rolę wtedy, gdy są włączane do edukacji dziecka w odpowiednim momencie, nie za wcześnie i nie za późno. Każdy wiek ma swoje możliwości poznawcze, nie można ich przeskoczyć, kupując dziecku „mądrzejszą” zabawkę, bowiem nie będzie ona w sposób właściwy wykorzystana. Zabawkę należy widzieć przed wszystkim jako przedmiot do zabawy, dający możliwość zdobywania wiedzy i doświadczenia, produkt edukacyjny, który wspomaga wszechstronny rozwój dziecka.

Dobierając zabawki musimy pamiętać, że oczekiwania dziecka zmieniają się na każdym etapie jego rozwoju, dlatego też na każdym etapie dziecko potrzebuje innej zabawki i nowych sposobności do zabawy, stymulujących rozwój mózgu. Zabawki zatem powinny być dostosowane do wieku i rozwoju dziecka.

Należy unikać nadmiaru zabawek. Wśród wielu zabawek dziecko czuje się zagubione. Zabawka powinna stwarzać możliwość różnych manipulacji, powinna dać się wykorzystać na wiele sposobów, np. z klocków powinno dać się zbudować wiele różnych rzeczy, a nie jedną czy dwie. Proste materiały jak patyki, drewnianka, kasztany, kora, glina, szmatki są wspaniałym materiałem konstrukcyjnym.

Z dzieckiem należy się bawić, a nie zabawiać go. Bawmy się z dzieckiem od momentu jego narodzenia. Dziecko jest naturalnym uczniem i ma nienasycone pragnienie, aby dowiedzieć się wszystkiego. Trzeba mu tylko stworzyć odpowiednie warunki i pozwolić odkrywać świat.

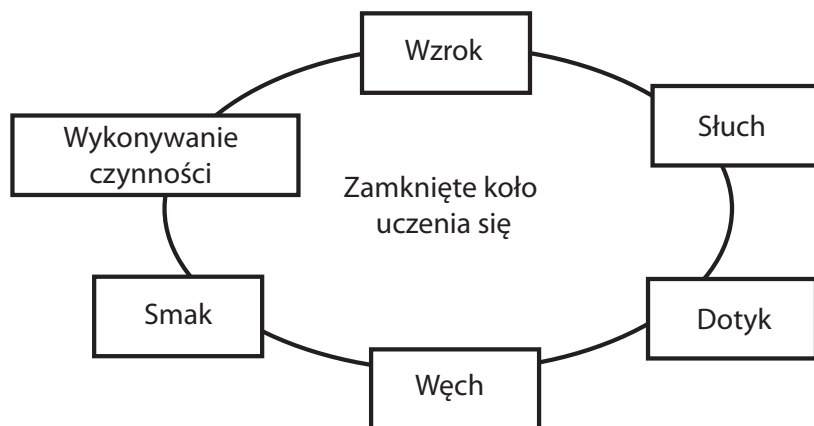
Małe dziecko chociaż ma ograniczone środki komunikowania się ze światem zewnętrznym, przyswaja dużo więcej niż nam się wydaje. To, co poznaje, w przyszłości przeradza się w możliwości i umiejętności. Im bardziej ciekawe i bogatsze środowisko, tym bardziej rozwija się dziecko.

Uczenie przez wszystkie zmysły

Prawdziwa wiedza, to własna wiedza, pochodząca z własnych odkryć i badań wszystkimi zmysłami. Dlatego sprawą niezmiernie wagi jest otoczenie, które pobudza dziecko do działania, ale przede wszystkim kształtuje aktywną postawę wobec świata. Dziecko ma nieograniczony pęd do odkrywania świata. Im więcej będzie mogło zobaczyć, usłyszeć, poczuć, posmakować i powąchać, tym łatwiej i efektywniej będzie uczyło się w przyszłości.

Od pierwszych dni życia rozwijają się w mózgu ośrodki odpowiedzialne za: wzrok, słuch, dotyk, smak, węch. Ich zachowanie można porównać do radaru, który wyłapuje wszystko co jest możliwe do zobaczenia, usłyszenia, dotknięcia, posmakowania, czy powąchania. Niemowlęta szukają bodźców pobudzających ich zmysły. Dlatego konieczna jest taka stymulacja, by pobudzić dziecko do działania, bowiem działanie jest motorem rozwoju dziecka.

Dziecko uczy się przez swoje zmysły.



Rozwój dziecka w pierwszym roku życia

Stymulacja wzroku



Dla noworodka i niemowlęcia informacje wzrokowe są niezwykle ważnym elementem rozwoju funkcji poznawczych. Badania neurobiologiczne potwierdzają, że u noworodków obserwuje się tendencję do częstego patrzenia na obiekty tworzące jakiś wzór. Na tym etapie dziecko potrzebuje silnych kontrastów. Krawędzie dostarczają mu informacji o granicach przedmiotów, co w przyszłości ułatwi dziecku chwytanie zabawek, a później raczkowanie i chodzenie. Od 6. tygodnia możemy używać obrazków do stymulacji wzroku np. z mniejszymi kołami, liniami, kwadratami. Dziecko widzi bardziej szczegółowe kontrasty.

Stymulacja słuchu

Gdy dziecko osiągnie wiek 2 miesięcy należy wprowadzić stymulację systemu słuchowego.

- Pierwsze 3 miesiące życia dziecka – klaszczemy głośno z odległości metra lub dwu od uszu dziecka,
- 3-9 miesięcy – dziecko powinno obracać głowę w kierunku, z którego dochodzi rozmowa,

- 9-5 miesięcy – dziecko powinno zacząć naśladować proste słowa i dźwięki.

Szeptanie do ucha jest dla dziecka bardzo interesujące, uspakajające i zachęca do słuchania.

Stymulacja ruchu

W wieku 5-6 miesięcy, kiedy dziecko opanuje mięśnie szyi i potrafi już unieść samodzielnie główkę, do zabaw włączamy turlanie – ta forma ćwiczenia mięśni i koordynacji, wspomaga rozwój psychofizyczny: ćwiczy mięśnie, wspomaga rozwój motoryczny i manualny.

W wieku 7-8 miesięcy większość dzieci zaczyna raczkować – dziecko wykonuje ruchy naprzemienne, które mają duże znaczenie dla dalszej edukacji. Ruch krzyżowy wzmacnia połączenia między dwiema półkulami mózgu, wspomaga integrację sensoryczną. Dzieci, które w okresie wczesnego dzieciństwa nie raczkowały, często mają w szkole problemy z czytaniem i z pisanie.

W okresie raczkowania dziecko zaczyna odkrywać kształty, formy, struktury, a także uczy się, że po pewnych jego działaniach następuje reakcja. Dziecko odkrywa regułę, że coś jest przyczyną i skutkiem jego działania.

Jeśli przyjąć, że raczkowanie jest pierwszym etapem w procesie poznawania świata, to wspinięcie jest drugim – najczęściej obserwowanym w wieku 11-12 miesięcy.

Mniej więcej w tym samym czasie dziecko zaczyna też stawiać pierwsze kroki. Najpierw nauczy się wstawać, potem chodzić dookoła, trzymając się różnych przedmiotów. W tym okresie możemy dostarczyć dziecku zabawki do popychania.

Stymulowanie rozwoju mowy

Zanim dziecko nauczy się mówić – doskonale rozumie, co do niego mówimy. Dzieje się tak, ponieważ połączenia nerwowe w mózgu, odpowiadające za słyszenie są już na tym etapie doskonale wykształcone, a za mówienie jeszcze nie. A zatem od 12. miesiąca życia zachęcamy dzieci do rozpoznawania przedmiotów, zaczynamy też wzbogacać słownictwo, przez zadawanie pytań, np. Gdzie jest piłka?! Ważne, by zabawka była w zasięgu wzroku dziecka. Opowiadamy o tym, co dzieje się w danej chwili i bawimy się piłką.

W tym okresie do zabawy włączamy duże klocki, proste puzzle, przedmioty codziennego użytku, pudełka różnej wielkości, a następnie proste instrumenty muzyczne i materiały o różnych fakturach.

Rozwój dziecka w drugim roku życia

Od około 14. miesiąca życia wskazane są zabawy, które wyrabiają sprawność dłoni i palców, oraz koordynację ruchów i pomagają dziecku poznać różne cechy przedmiotów – wielkość, ciężar, kształt, rodzaj powierzchni itd. Wprowadzamy duże arkusze papieru, grube kredki, zabawki do wyjmowania i wkładania.

W wieku około 19 miesięcy urozmaicamy zabawę dziecka przez wprowadza-

nie przedmiotów do segregowania, proste układanki i gry, a także masy plastyczne, farby, kredki. W tym czasie ważne jest także dalsze stymulowanie rozwoju ruchowego dziecka, a więc rozwój tzw. dużej motoryki przez dobór zabawek, na których można się bujać, jeździć, wykonywać inne ćwiczenia.

Dzieci od około drugiego roku życia mogą doskonalić swój rozwój ruchowy przy wykorzystaniu trudniejszych urządzeń i zabawek, takich jak: zjeżdżalnie, niskie drabinki czy duże poduchy wypełnione granulatem. Drugi rok życia to także ćwiczenia ruchów rąk i paluszków, czyli doskonalenie tzw. motoryki małej przez wykorzystanie w zabawkach takich przedmiotów, jak: korale do nawlekania, kostki do manipulacji, nożyczki, gazety i papiery do darcia. Do ćwiczeń manualnych należy wykorzystać: pisaki, kredki, krede, plastelinę, proste narzędzia.

W zabawie dzieci wypowiadają się najpełniej, spontanicznie i naturalnie, ona daje im radość i cenne przeżycia. Dzieci gromadzą doświadczenia i poznają otoczenie. Zabawa jest jednocześnie uczeniem się (W. Hemmerling, *Zabawy w nauczaniu początkowym*, WSiP, Warszawa 1985).

Zabawa jest potęgą, ponieważ zawiera w sobie szczególną siłę oddziaływania na rozwój człowieka. Charakteryzuje się siłą, zdecydowaniem, mocą rozwojową. Wypełnia życie dziecka bez reszty nie dlatego, że nie potrafi się ono jeszcze uczyć, lecz dlatego, że daje mu wszystko, co potrzebne do rozwoju zrównoważonego, zharmonizowanego i dynamicznego; nie dlatego, że dotyczy dzieci, lecz dlatego, że daje poczucie bezpieczeństwa, radość z uczenia się (D. Waloszek, *Zabawa w dzieciństwie* (w: *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku* (red.) T. Pilch, Wyd. Akadem. „Żak” t. VII, s. 648).

Agnieszka Skorodzeń

Sara Filipiak

Rozwój kontroli hamowania w okresie dzieciństwa oraz jej znaczenie w przewidywaniu powodzenia szkolnego

Wstęp

Kontrola hamowania (*inhibitory control*; w skrócie: *IC*) jest jednym z procesów wchodzących w skład funkcji wykonawczych (*z ang. executive functions*, w skrócie *EF*). Funkcje wykonawcze rozumiane są jako grupa zdolności poznawczych wyższego rzędu (Garon, Bryson, Smith, 2008; Jodzio, 2008; Putko, 2008). Odnoszą się do psychologicznych procesów zaangażowanych w świadomą kontrolę myśli oraz działań (Carlson, 2005; Zelazo, Muller, 2002; za: Putko, 2008). Obrazowo można powiedzieć, że funkcje wykonawcze lokują się między intelektem a działaniem. Od ich sprawności zależy przebieg takich procesów, jak: myślenie, koncentracja uwagi, a także przebieg związanych z nimi czynności ruchowych (Jankowski, 2012). Dlatego też, jak zauważa Kielar-Turska (2011) funkcje wykonawcze stanowią wstępny warunek inteligentnego działania. Umożliwiają radzenie sobie w sytuacjach problemowych dnia codziennego, zwłaszcza takich, które mają charakter nowy i/lub nieprzewidywalny. Struktura funkcji wykonawczych jest zróżnicowana. Analizy czynnikowe pozwoliły wyodrębnić podstawowe ich procesy: kontrolę hamowania, pamięć operacyjną, zdolność do przełączania się (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, Howerter, 2000; Garon i in., 2008; Putko, 2008; Willoughby, Blair, Wirth, Greenberg, 2010; Monette, Bigras, Guay, 2011).

Początki funkcji wykonawczych sięgają okresu niemowlęcego od momentu, w którym dziecko zaczyna podejmować celową aktywność związaną na przykład z poszukiwaniem ukrytych przedmiotów (Bernstein, Waber, 2007). W świetle dostępnych badań rozwojowych wydaje się, że u dzieci najwcześniej (jeszcze w okresie niemowlęcym) pojawia się kontrola hamowania, kolejno zaś pamięć operacyjna i zdolność do przełączania się (Garon i in., 2008; Pritchard, Woodward, 2011). Jak pisze Jankowski (2012), w okresie przedszkolnym rozwój funkcji wykonawczych polega głównie na scalaniu częściowo odmiennie dotąd przebiegających procesów w jeden strumień, czego konsekwencją są lepiej przemyślane i zaplanowane działania.

W rozwoju funkcji wykonawczych istotną rolę odgrywają zarówno uwarunkowania genetyczno-biologiczne, rozpoczęcie formalnej edukacji przedszkolnej, a także kontekst społeczno-kulturowy, w jakim wzrasta dziecko (Kaczmarek,

1986, 1995; Bernstein, Waber, 2007; Anderson, Jacobs, Anderson, 2008; Greene, Braet, Johnson, Bellgrove, 2008; Dawson, Guare, 2010; Brzezińska, Nowotnik, 2012; Jankowski, 2012). W zakresie uwarunkowań genetyczno-biologicznych, w regulacji świadomego i celowego działania podkreśla się rolę płatów czołowych (Kaczmarek, 1995, 2003; Greene i in., 2008). Obszary te odpowiadają za kontrolę i sterowanie zachowaniami celowymi. Stanowią one system, który można określić jako kontrolno-wykonawczy, kierujący zachowaniami adaptacyjnymi oraz umotywowanymi (Markiewicz, 2007). Wspomniane obszary mózgu dojrzewają powoli na przestrzeni okresu dzieciństwa, adolescencji, osiągając dojrzałość dopiero w okresie dorosłości (Anderson, 2002; Anderson i in., 2008). Najbardziej intensywne zmiany rozwojowe tych okolic zachodzą w okresie od urodzenia do drugiego roku życia, następnie zaś pomiędzy czwartym a siódmym rokiem życia (Anderson, 2002; Zelazo, 2008; za: Bjorklund, 2012). Dlatego też intensywny rozwój funkcji wykonawczych przypada na 4-6 rok życia (Huges i in., 2010; za: Brzezińska, Nowotnik, 2012), przy czym dotyczy to zwłaszcza zmian rozwojowych w zakresie kontroli hamowania (Kielar-Turska, 2011).

Wskazuje się, iż poziom rozwoju funkcji wykonawczych w wieku przedszkolnym stanowi znacznie silniejszy predyktor osiągnięć szkolnych niż poziom inteligencji czy też wyjściowy poziom umiejętności czytania i liczenia (Blair, 2003). Znaczenie, jakie funkcje wykonawcze (w tym kontrola hamowania) odgrywają dla nabywania istotnych umiejętności poznawczych w szkole podstawowej powoduje, iż że w ostatnich latach zainteresowanie psychologów tą problematyką znacząco wzrosło (Monette i in., 2011). Celem artykułu jest scharakteryzowanie specyfiki rozwoju kontroli hamowania w okresie wczesnego (0-3 roku życia) i średniego dzieciństwa (4-6 roku życia), a także zaprezentowanie empirycznych doniesień wskazujących na prognostyczną użyteczność diagnozy kontroli hamowania w okresie przedszkolnym dla przewidywania osiągnięć szkolnych dzieci.

Rozwój kontroli hamowania we wczesnym i średnim dzieciństwie

Kontrola hamowania według Barkleya (1997) odnosi się do trzech powiązanych ze sobą procesów: 1) hamowania początkowej, dominującej reakcji na dany bodziec; 2) zatrzymywania trwającej aktualnie reakcji; 3) kontroli interferencji czyli ochrony czasu opóźniania reakcji przed zakłóceniami ze strony konkurencyjnych reakcji. Poszczególne zadania używane do pomiaru kontroli hamowania badają różne jej procesy. Jak zauważa Kaczmarek (1995), małe dziecko łatwiej jest pobudzić, niż zahamować. Najmłodsze dzieci mają problem z hamowaniem we wszystkich trzech aspektach, co zdaniem Łurii (za: Kaczmarek, 1993; Garon i in., 2008) wynika między innymi z niedostatecznego rozwoju mowy, która pełni funkcję regulacyjną w stosunku do zachowania.

Pierwsze przejawy kontroli hamowania zaobserwować można w niemowlęctwie (Kochanska, Murray, Harlan, 2000; Garon i in., 2008; Dawson, Guare, 2010) i ujawniają się one w sytuacjach, w których niemowlę zaczyna reagować

na polecenia dorosłych powstrzymując się od wykonania jakiejś atrakcyjnej lub narzucającej się czynności. W wieku niemowlęcym kontrola hamowania ograniczona jest jednak do sytuacji i bodźców, które dziecko bezpośrednio widzi i których doświadcza (dziecko nie upuszcza łyżeczki, nie sięga po ulubiony przedmiot na wyraźne polecenie dorosłego). Odkrycie przez dziecko pojęcia stałości przedmiotu (mniej więcej 8-12 miesiąc) powoduje, iż staje się ono zdolne do myślenia o niewidocznych przedmiotach i tworzenia ich umysłowych reprezentacji (Wadsworth, 1998). Dzięki temu dzieci zaczynają być zdolne do wyobrażania sobie możliwych konsekwencji podejmowanych działań. Opanowywanie mowy w tym okresie z kolei pomaga dziecku regulować własne stosunki z otoczeniem na drodze samoinstruowania się i systematyzowanie swoich działań (Bodrova, Leong, Akhutina, 2011). Początkowo dzieci uczą się wykonywać różne zadania według wskazówek dorosłych, następnie w obliczu sytuacji problemowej same podają sobie instrukcje działania, obmyślają strategie i wybierają te, które ich zdaniem są w danej sytuacji najlepsze. Polecenia wypowiediane są początkowo przez dzieci głośno, później zaś przybiegają formę mówienia wewnętrznego (Kaczmarek, 1995). Dzięki temu dziecko potrafi powstrzymać swoje reakcje nie tylko na wyraźne polecenie opiekuna, ale czyni to w oparciu o wewnętrzną reprezentację. O ile Piaget (1992) uważał, iż głośne samoinstruowanie się jest przejawem egocentryzmu dziecka, Vygotsky (1989; za: Kaczmarek, 1995) twierdził na odwrót i postulował, że dzięki temu dziecko uczy się wykorzystywać system językowy do efektywnego planowania własnego działania.

Metody badania kontroli hamowania

Jednym z aspektów kontroli hamowania jest hamowanie początkowej, dominującej reakcji na dany bodziec. Typowe zadania, które mierzą ten proces, oparte są na paradygmacie umiejętności odraczania gratyfikacji (powstrzymania się od wykonywania określonej czynności w stosunku do określonego bodźca w określonym odcinku czasu). Ciekawych wniosków dotyczących rozwoju umiejętności odraczania gratyfikacji w czasie dostarczają badania Kochanskiej (1998, za: Garon i in., 2008). Autorka badała umiejętność powstrzymania się przez dzieci od wykonywania jakiejś atrakcyjnej dla dziecka czynności (np. zjedzenia cukierka) na wyraźne polecenie opiekuna. 8-miesięczne niemowlęta potrafiły powstrzymać się od zjedzenia cukierka (przed usłyszeniem sygnału: dzwonka) jedynie w 40% zaaranżowanych specjalnie sytuacji, z kolei dzieci w wieku 22 miesięcy – już w 78% takich sytuacji, zaś dzieci 33-miesięczne – w 90% sytuacji. Do podobnych wniosków doszła Carlson (2005). Do pomiaru aspektu hamowania autorka użyła podobnych zadań polegających na umiejętności odraczania gratyfikacji. W badaniach wzięły udział dzieci w przedziale 24 miesiące – 4 lata. Połowa badanych 24-miesięcznych dzieci była w stanie powstrzymać się od zjedzenia nagrody przez 20 sekund, 3-latki były w stanie powstrzymać chęć sięgnięcia po nagrodę

przez minutę, zaś większość dzieci 4-letnich potrafiła odroczyć gratyfikację do 5 minut.

Mischel i in. (1973,1974; za: Garon i in., 2008) pokazywali dzieciom przedszkolnym dwa atrakcyjne przedmioty. Dzieci dowiadywały się, że jeśli zaczeka ją określony czas, to po upływie tego czasu otrzymają oba przedmioty. Mogły jednak w każdym momencie przed upływem przewidzianego czasu nacisnąć na dzwonek i wówczas otrzymać tylko jeden z nich. Najmłodsze dzieci dużo częściej wybierały drugie rozwiązanie. Inne badania (Kochanska i in., 2000) także potwierdziły wzrost umiejętności opierania się pokusie wraz z wiekiem. Dzieci w wieku 22 i 33 miesięcy widziały, jak eksperymentator przynosił prezent wraz z akcesoriami do jego zapakowania. Dziecka zadaniem było niepodglądanie w czasie pakowania prezentu (60 sekund), następnie eksperymentator kładł opakowany prezent na stole i informował, że musi wyjść po wstążkę, przy czym prosił dziecko, aby nie dotykało ani rozpakowywało prezentu (dziecko zostawiało samo przez 180 sekund). Umiejętność odraczania gratyfikacji polepszała się wraz z wiekiem (najmłodsze dzieci nie potrafiły oprzeć się pokusie odwrócenia głowy w trakcie pakowania prezentu, bądź dotknięcia go podczas nieobecności eksperymentatora). Umiejętność powstrzymania się od narzucającej się reakcji (mierzona czasem, w którym dziecko było w stanie powstrzymać się od sięgnięcia po prezent) sukcesywnie wzrastała wraz z wiekiem. W pracy Carlson (2005) można znaleźć opis nieco trudniejszego zadania badającego hamowanie początkowej reakcji na bodziec (a tym samym umiejętność oparcia się pokusie). Dziecku prezentuje się dwa przezroczyste opakowania ze słodyczami. W jednym z opakowań słodyczy jest więcej, w drugim zaś – mniej. W zadaniu bierze udział również kukielka, która ma ochotę na zjedzenie słodyczy. Dziecka zadaniem jest wskazywanie pudełka, które ma dostać „rywal”, zaś drugie przypadnie w udziale dziecku. Z punktu widzenia własnych korzyści dziecko powinno wskazać pudełko, w którym znajduje się mniej słodyczy po to, aby samo mogło dostać ich więcej. Tendencja do wskazywania pudełka, w którym znajduje się więcej słodyczy okazuje się jednak silniejsza dla dzieci 3-letnich (Carlson, 2005: za Garon i in., 2008).

Kolejnym zadaniem używanym do pomiaru aspektu hamowania początkowej reakcji na bodziec u dzieci przedszkolnych jest zadanie „Szeptanie” (Kochanska, 2000; Carlson, 2005). Dziecku prezentuje się 10 obrazków przedstawiających bohaterów kreskówek i bajek (6 postaci jest dzieciom zwykle znana, 4 z nich zazwyczaj są nieznane dla większości przedszkolaków). Dziecka zadaniem jest szeptanie ich imion. Najmłodsze dzieci zwykle mają problem z cichym wypowiedzeniem imion bohaterów (zwykle reagują żywiołowo w przypadku postaci znanych i głośno wykrzykują ich imiona).

Kolejnym aspektem kontroli hamowania jest umiejętność zatrzymania trwającej aktualnie reakcji na bodziec i zastąpienia jej inną. Przykładowe zadania badające ten aspekt kontroli hamowania oparte są na paradygmacie *Go/No Go*.

Dziecko w pierwszym etapie poddawane jest procedurze wyuczania reakcji motorycznej (na przykład wyszukiwania cukierków). We właściwym etapie badania ma zastąpić wyuczoną uprzednio reakcję inną konkurencyjną (na przykład wyszukiwania bananów). Powstrzymanie się od wykonywania wyuczonych, automatycznych reakcji i zastąpienie ich konkurencyjnymi jest dla dzieci poniżej czwartego roku życia bardzo trudne. Typowe jest uruchamianie reakcji, która jest w danym momencie dominująca.

Zadania „Dzień/Noc” czy „Trawa/Śnieg” z kolei mierzą trzeci aspekt kontroli hamowania – kontrolę interferencji (czyli zdolność do powstrzymania automatycznej, dominującej reakcji i zastąpienia jej inną w warunkach konfliktu bodźców). Dziecko ma mówić „noc”, gdy widzi obrazek przedstawiający „dzień” (i na odwrót), zaś w przypadku drugiego zadania: „śnieg” gdy widzi obrazek przedstawiający „trawę”. Jak podają Monette i in. (2011) obydwie zadania są czułe na zmienną wieku. Powyżej 4 roku życia znacząco polepsza się poziom ich wykonywania, przy czym dzieci 6-letnie wykonują te zadania bezbłędnie. Warto zauważyć, że Gerstadt, Hong i Diamond (1994) stosując uproszczoną wersję zadania „Dzień/Noc” uzyskali wyniki świadczące o tym, że zastosowana przez nich modyfikacja ułatwia wykonywanie zadania wśród 4-latków. W wersji wspomnianych autorów dziecko widząc obrazek dnia miało odpowiadać słowem „pies”, zaś widząc obrazek nocy odpowiadając słowem „świnka”. Autorzy zauważają, że zabieg ten zmniejszył konflikt pomiędzy obserwowaną treścią obrazka a narzucającą się odpowiedzią (w przypadku obrazka przedstawiającego dzień, silnie aktywizuje się odpowiedź semantycznie z nim związana czyli „noc” i *vice versa*). Jeszcze trudniejsze okazują się dla dzieci zadania oparte na paradygmacie Stroopa. Zmodyfikowaną wersję testu Stroopa dostosowaną do badań dzieci opracowali Jansen i in. (1999 za: Zoelch, Seitz, Schumann-Hengsteler, 2009, s.47-49). Dziecku w pierwszej serii pokazuje się owoce lub warzywa w kolorach rzeczywistych (np. żółtą cytrynę). Dziecko ma na głos wypowiedzieć ich kolor. W drugiej serii są one namalowane na biało lub czarno, zaś zadaniem dziecka jest podanie ich koloru rzeczywistego. Ostatnia, właściwa seria przedstawia owoce lub warzywa namalowane w kolorach nierzeczywistych (np. czerwona cytryna), zaś zadaniem dziecka jest nazwanie ich rzeczywistego koloru. Jak podają Zoelch i in. (2009) dzieci pięcioletnie potrzebują na wykonanie zadania zdecydowanie więcej czasu (blisko 120 sekund) w porównaniu z dziesięcioletkami (blisko 40 sekund).

Na przestrzeni wieku przedszkolnego sukcesywnie wzrasta umiejętność wykonywania zadań wymagających respektowania bardziej złożonych reguł. Do tego typu zadań należą: „Miś i smok” oraz „Simon mówi” (Carlson, 2005). W zadaniu „Miś i smok” dziecko ma wykonywać polecenia misia, a ignorować polecenia smoka. W zadaniu „Simon mówi” dziecku podane są dwie zasady: należy wykonywać proste reakcje motoryczne (np. pokazywanie nosa), gdy prosi o to Simon i powstrzymać się od reakcji motorycznych, gdy prosi o to eksperymentator. Gerstadt i in. (1994) oraz Zelazo i Frye (1998; za: Garon i in., 2008) tłu-

maczą wzrost poziomu wykonania tym zadań w wieku przedszkolnym faktem, iż w znacznym stopniu angażują one również zasoby pamięci operacyjnej. Do podobnych wniosków doszli Roberts i Pennington, (1996) oraz Wilson i Kipp (1998). Według tych autorów zwłaszcza nadrzędny system pamięci roboczej – centralny ośrodek wykonawczy – jest zaangażowany w proces wykonywania zadań złożonych, mierzących umiejętność powstrzymania się od wykonania narzucającej się w danej chwili reakcji i zastąpienia jej inną konkurencyjną. Centralny ośrodek wykonawczy wyróżniony w modelu pamięci operacyjnej przez Baddeleya i Hitcha (1974) rozdziela zasoby uwagi na potrzeby wykonywania zadań wymagających utrzymywania w umyśle więcej niż jednej reguły działania (np. zahamuj A., uaktywnij B.) (Henry, 2012).

Związek kontroli hamowania z powodzeniem szkolnym

Wskazuje się na związek między kontrolą hamowania a umiejętnościami matematycznymi i świadomością fonologiczną u dzieci przedszkolnych. Badania podłużne na dzieciach w okresie od 3 do 5 roku życia wykazały, iż kontrola hamowania najsilniej korelowała z umiejętnościami matematycznymi (Blair i Razza, 2007). Bull, Espy i Wiebe (2008) przeprowadzili badania podłużne na grupie 124 dzieci w wieku 4-7 lat. Dzieci badane były trzykrotnie. O ile wskaźniki pamięci operacyjnej okazały się silnym predyktorem osiągnięć matematycznych, poziom kontroli hamowania wiązał się raczej z ogólnym poziomem przyswajania wiedzy szkolnej w wieku 7 lat (i nie dotyczył konkretnych umiejętności). Z kolei badania podłużne Monette i in. (2011) na dzieciach pięcio- i sześciolatkach (I etap) oraz ponownie siedmiolatkach (II etap) wykazały, iż wskaźniki kontroli hamowania (oraz pamięci operacyjnej) zanotowane w I etapie badań, stanowiły czynnik predykcyjny osiągnięć matematycznych, a także tych związanych z czytaniem i pisanem pod koniec 1 klasy.

Dostępne wyniki badań wskazują, że kontrola hamowania jest czynnikiem warunkującym przystosowanie osobowościowe. W środowisku przedszkolnym oraz szkoły dziecko uczy się nawiązywać relacje z rówieśnikami oraz osobami starszymi, przyswaja zasady współżycia społecznego i uczy się ich przestrzegać (Brzezińska, Nowotnik, 2012). Wyniki badań wskazują na wyraźny związek pomiędzy kontrolą hamowania a kompetencjami społecznymi (Brock i in., 2009; Rhoades i in., za: Bryce, Szücs, Soltész, Whitebread, 2011), a także komunikacyjnymi u dzieci przedszkolnych. Huges, Adlam, Happe, Jackson, Taylor i Caspi (2000) wykazali że dzieci w wieku trzech lat i sześciu miesięcy oraz czterech lat i sześciu miesięcy, które były oceniane jako prezentujące zachowania aspołeczne i charakteryzujące się ubogimi zdolnościami komunikacyjnymi, prezentowały niskie osiągnięcia w zadaniach badających pamięć operacyjną i kontrolę hamowania. Umiejętność hamowania niepożądanych reakcji stanowi podstawę adekwatnego reagowania w sytuacjach o zmiennych wymaganiach (Jabłoński, Kaczmarek, Kaliszewska-Czeremska, Brzezińska, 2012). W badaniach wska-

zywano także na związek pomiędzy kontrolą hamowania a impulsywnością u dzieci szkolnych (Gonzales, Fuentes, Carraza, Estevez, 2001). Jak piszą Monette i in. (2011) kontrola hamowania odpowiadać może także za regulację emocji, takich jak złość i agresja. W przypadku doświadczenia frustracji podczas rozwiązywania problemów poznawczych lub w obszarze kontaktów z rówieśnikami, dziecko o obniżonej kontroli hamowania będzie skłonne reagować impulsywnie lub wręcz agresywnie (Monette i in., 2011). U dzieci z obniżoną kontrolą hamowania obserwuje się takie objawy, jak: impulsywność, podwyższony poziom agresji czy też ryzyko wykluczenia społecznego (Campbell, 1995; za: Brzezińska i Nowotnik, 2012). W szczególności objawy te mogą pojawiać się w sytuacjach konfliktowych, w których dziecko pragnie obronić swoje stanowisko oraz w przypadku doświadczania niepowodzeń edukacyjnych.

Wnioski końcowe

Zdolność do regulowania swoich stosunków z otoczeniem stanowi postawę kształtowania się osobowości, odgrywa zasadnicze znaczenie dla kształtowania się poczucia fizycznej samodzielności, poczucia skuteczności oraz autonomii dziecka (Brzezińska, Nowotnik, 2012). Coraz częściej zwraca się uwagę na potrzebę diagnozy poziomu rozwoju kontroli hamowania w wieku przedszkolnym celem przewidywania przyszłych osiągnięć edukacyjnych oraz jakości relacji dziecka z innymi ludźmi. Sukcesywnie wzrasta liczba doniesień naukowych, które zachęcają do podejmowania tej problematyki. Niestety, pomimo iż wskazuje się na powiązania pomiędzy kontrolą hamowania a różnymi ważnymi obszarami funkcjonowania dziecka, brakuje w Polsce wystandaryzowanych metod jej pomiaru. Większość zadań (o charakterze prób eksperymentalnych) powstaje na potrzeby konkretnych projektów badawczych i wzorowana jest na zadaniach opisywanych w zagranicznej literaturze. Rozwój kontroli hamowania na przestrzeni wczesnego i średniego dzieciństwa jest wypadkową zarówno uwarunkowań biologicznych (w tym dojrzewania centralnego układu nerwowego), jak również oddziaływań środowiskowo-wychowawczych (Brzezińska, Nowotnik, 2012; Dawson, Guare, 2010). Istotną rolę w procesie rozwoju kontroli hamowania odgrywa kontakt z opiekunem, który początkowo udziela dziecku informacji na temat zasad działania (tego, co powinno, a czego nie powinno dziecko robić). Następnie owe zasady zostają zinterioryzowane i dziecko na drodze samoregulacji uczy się formować swoje relacje ze światem zewnętrznym. W miarę rozwoju samodzielności dziecka szczególnego znaczenia nabierają oddziaływania związane z porządkowaniem i systematyzowaniem dziecięcych działań oraz „tworzenie rusztowania” dla podejmowanych przez dziecko prób celowej aktywności. Rusztowanie to może obejmować pomoc nad: identyfikacją celu, do jakiego dziecko dąży, sposobów za pomocą których pragnie go osiągnąć czy też naświetlaniem możliwych trudności, jakie może napotkać w trakcie rozwiązywania sytuacji problemowej (Anderson i in., 2008). Stabilne i przewidywalne środowisko

wychowawcze wywiera istotny wpływ na rozwój kontroli hamowania w okresie dzieciństwa. Niejasne komunikaty, sprzeczne wymagania, nieprzewidywalność zachowania opiekunów w stosunku do dziecka, powodować mogą trudności w zakresie kontroli hamowania reakcji (Anderson i in., 2008).

Wykaz literatury cytowanej:

1. Anderson, P. (2002). *Assesment and development of executive function (EF) during childhood*. Child Neuropsychology, 8, 71-82.
2. Anderson, V., Jacobs, R., Anderson, P.J. (2008). *Executive functions and the frontal lobes. A lifespan perspective*. New York: Taylor and Francis Group.
3. Baddeley, A.D., Hitch, G. (1974). *Working memory*. W: (red.), Bower G.H. *Recent advances in learning and motivation* (47-87). Vol. 8. New York: Academic Press.
4. Barkley, R. A. (1997). *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD*. Psychological Bulletin, 121, 1, 65-94.
5. Bernstein, J.H., Waber, D.P. (2007). *Executive capacities from developmental perspective*. W: L. Meltzer (red.), *Executive function in education. From theory to practice* (39-54). New York: The Guilford Press.
6. Bjorklund, D.F. (2012). *Children's thinking. Cognitive Development and Individual Differences*. International edition: Wadsworth Cengage Learning.
7. Blair, C., Razza, R.P. (2007). *Relating effortful control, executive function, and false belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten*. Child Development, 78, 647-663.
8. Bodrova, E., Leong, D.J. i Akhutiina, T.V. (2011). When everything new is well-forgotten old: Vygotsky/Luria insights in the development of executive function. *Thriving in childhood and adolescence: the role of self-regulation processes. New Directions for Child and Adolescent Development*, 133, 11-28.
9. Bryce, D., Szücs, D., Soltész, F., Whitebread, D. (2011). *The development of inhibitory control: An averaged and single-trial Laterized Readiness Potential Study*. Neuroimage, 57, 671-685.
10. Brzezińska, A.I, Nowotnik, A. (2012). *Funkcje wykonawcze a funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym i szkolnym*. Edukacja, 1,117, 61-73.
11. Bull, R., Espy, K.A., Wiebe, S.A. (2008). *Short-term memory, working memory, and executive functioning in preschoolers: Longitudinal predictors of mathematical achievement at age 7 years*. Developmental Neuropsychology, 33, 205-228.
12. Carlson, S.M. (2005). *Developmentally sensitive measures of executive function in preschool children*. Developmental Neuropsychology, 28, 2, 595-616.
13. Dawson, P., Guare, R. (2010). *Executive skills in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
14. Diamond, A., Kirkham, N., Amso, D. (2002). *Conditions under which young children can hold two rules in mind and inhibit a prepotent response*. Developmental Psychology, 38, 3, 352-362.
15. Garon, N., Bryson, S. E., Smith, I. M. (2008). *Executive function in preschoolers: A review using an integrative framework*. Psychological Bulletin, 134, 1, 31-60.
16. Gerstadt, Ch.L., Hong, Y.J., Diamond, A. (1994). *The relationship between cognition and action: performance of children 3 – 7 years old on a Stroop-like day-night test*. Cognition, 53, 2, 129-153.
17. Gonzales, C., Fuentes, L.J., Carranza, J.A., Estevez, A.F. (2001). *Temperament and attention in the self-regulation of 7-year-old children*. Personality and Individual Differences, 30, 931-946.
18. Greene, C. M., Braet, W., Johnson, K. A., Bellgrove, M. A. (2008). *Imaging the genetics of executive function*. Biological Psychology, 79, 30-42.
19. Henry, L. (2012). *The development of working memory in children*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage Publications.
20. Hughes, C., Adlam, A., Happe, F., Jackson, J., Taylor, A., Caspi, A. (2000). *Good test-retest reliability for standard and advanced false-belief tasks across a wide range of abilities*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41, 483-490.

21. Jabłoński, S. (2007). *Mechanizmy zmian rozwojowych na początku wieku przedszkolnego a proces edukacji dzieci*. Edukacja, 1, 102-119.
22. Jabłoński, S., Kaczmarek, I., Kaliszewska-Czeremska K., Brzezińska, A.I. (2012). *Pomiar kontroli hamowania testem sortowania kart dla dzieci*. Edukacja, 1, 117, 44-60.
23. Jankowski, P. (2012). *Funkcje wykonawcze a osiągnięcia dzieci w wieku wczesnoszkolnym*. Edukacja, 1, 75-86.
24. Jodzio, K. (2008). *Neuropsychologia intencjonalnego działania. Koncepcje funkcji wykonawczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
25. Kaczmarek, B.L. (1986). *Platy czołowe a język i zachowanie człowieka*. Wrocław: Ossolineum.
26. Kaczmarek, B.L. (1995). *Mózg, język, zachowanie*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
27. Kaczmarek, B.L. (2003). *Platy czołowe a regulacja zachowania* W: A. Herzyk, B. Daniluk, M. Pąchalska, B.D. MacQueen (red.), *Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy. Jakość życia pacjentów (25-34)*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
28. Kielar-Turska, (2011). *Średnie dzieciństwo – wiek przedszkolny* W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka (202-233)*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
29. Kochanska, G., Murray, K.T., Harlan, E.T. (2000). *Effortful Control in Early Childhood. Continuity and Change, Antecedents, and Implications for Social Development*. *Developmental Psychology*, 36, 2, 220-232.
30. Markiewicz, K. (2007). *Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
31. Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter A., Wagner T.D. (2000). *The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex „frontal lobe” tasks: A latent variables analysis*. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.
32. Monette, S., Bigras, S. i Guay, M. C. (2011). *The role of the executive function in school achievement at the end of grade 1*. *Journal of Experimental Child Psychology*, 109, 158-173.
33. Piaget, J. (1992). *Mowa i myślenie u dziecka*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwa Naukowe.
34. Pritchard, V.E., Woodward, L.J. (2011). *Preschool executive control on the shape school task: Measurement considerations and utility*. *Psychological Assessment*, 23, 1, 31-43.
35. Putko, A. (2008). *Dziecięca teoria umysłu w fazie jawnej i utajonej a funkcje wykonawcze*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe im. Adama Mickiewicza.
36. Roberts, R.J., Pennington, B.F. (1996). *An interactive framework for examining prefrontal cognitive processes*. *Developmental Neuropsychology*, 12, 105-126.
37. Wadsworth, B. J. (1998). *Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*. Warszawa: WSiP.
38. Wilson, S.P., Kipp, K. (1998). *The development of efficient inhibition: evidence from directed-forgetting tasks*. *Developmental Review*, 18, 86-123.
39. Willoughby, M.T., Blair, C.B., Wirth, R.J., Greenberg, M. (2010). *The measurement of executive function at age 3 years: Psychometric properties and criterion validity of a new battery of tasks*. *Psychological Assessment*, 22, 2, 306-317.
40. Woźniak-Prus, M., Gambin, M. (2011). *Metody badania funkcji wykonawczych u dzieci i młodzieży – omówienie wybranych technik* W: M. Świącicka (red.), *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny (97-112)*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
41. Zoelch, Ch., Seitz, K., Schumann-Hengsteler, R. (2005). *From Rag(Bag) to Riches: Measuring the developing central executive* W: W. Schneider, R. Schumann-Hengsteler, B. Sodian (red.), *Young children's cognitive development. Interrelationships among executive functioning, working memory, verbal ability and theory of mind (39-69)*. New York, London: Psychology Press.

Sara Filipiak

Sara Filipiak, doktorantka w Zakładzie Psychologii Rozwoju Człowieka i Psychologii

Przemysłowej UMCS w Lublinie.