Ludzkość się zmienia. Mniej lub bardziej zauważalnie, ale jest to niezaprzeczalny fakt. Każdy dzień rodzi wiele pytań, na które poszukuje się odpowiedzi. Bywa, że na ulicy spotkamy niewidomego, albo kogoś na wózku inwalidzkim i zastanawiamy się, jak to się stało, że jest inwalidą? Ciekawe, jak długo jeździ na wózku? Rodzi się oczywiście wiele innych pytań. Oględne tylko spojrzenie na dwóch wymienionych wcześniej inwalidów każe nam stwierdzić, że ich kalectwo jest inne i rodzi się wówczas pytanie o to, czy można ich obu nazwać niepełnosprawnymi? Czy są jeszcze jakieś inne rodzaje upośledzeń i czy można je leczyć?

Owa problematyka nie jest niczym nowym, na przełomie wieków jednakże zmieniło się rozumienie niepełnosprawności i podejście w zakresie jej akceptacji i postępowania z chorymi. W starożytności los upośledzonych, czy też kalek był przesądzony, np. w Sparcie słabo rokujące niemowlęta zabijano na cmentarzysku w górach Tajgetu, a w Rzymie porzucano na jednej z wysp Tygru. W średniowieczu uznawano upośledzonych zarówno fizycznie, jak i umysłowo za osoby opętane przez diabła.

Tak jak w poprzednich wiekach temat niepełnosprawności był albo na marginesie albo poza życia społecznego, tak teraz jest niezwykle popularny. Dzieje się to z kilku powodów: zmiana prawa (która w urzędach publicznych nakazuje budowę podjazdów), reklama projektu „Pełnosprawni w pracy” oraz różne programy reporterów poświęcone również tej tematyce, np. „Uwaga”, czy też „Interwencja”.

Dość częsta obecność tematu niepełnosprawności w mediach skłoniła Nas do refleksji, czy tak forsowany obraz ich choroby przez akcje informacyjne oraz dziennikarzy jest tym, czego chorzy oczekują od społeczeństwa. Czy rzeczywiście w przypadku widocznej niepełnosprawności trzeba jeszcze ją podkreślać i uwypuklać cierpieniem? Nasunęły Nam się wątpliwości co do tego, czy droga w jakimś stopniu mająca bazować na współczuciu („bo on cierpi i jest chory”) jest tą właściwą?

Rozdział 1.

Pojęcie i podział niepełnosprawności

W całej historii ludzkości mamy do czynienia z jednostkami wybitnymi, niezwykle uzdolnionymi, ale także z osobami, które można by określić jako niezdolne do pełnego uczestnictwa w społeczeństwie, bądź poprzez ograniczenia fizyczne, bądź poprzez psychiczne, czy inaczej mówiąc – umysłowe. Wielokrotnie zastanawiano się, dlaczego mamy do czynienia z takimi różnicami, skąd one się biorą i kto za nie odpowiada. Zauważamy, że jeśli owe nieprzystosowanie, czy raczej nieuzdolnienie do pełni życia społecznego nazwiemy niepełnosprawnością[[1]](#footnote-1), to ludzkość od zarania dziejów stara się sobie tłumaczyć to zjawisko, próbując najpierw określić jego terminologię, a także istotę.

Budując definicję niepełnosprawności trzeba uwzględnić różnorakość dysfunkcji czy braki dotyczących ludzkiego ciała i umysłu. W zakresie pedagogiki specjalnej wyodrębniono poszczególne działy, które mają
za przedmiot jednostki o określonym rodzaju niepełnosprawności (Zob. Wyczesany 1998, s. 13.).

W tym miejscu należy zaznaczyć, że nie ma jednej definicji niepełnosprawności, którą mogliby się posługiwać wszyscy, niezależnie
od aspektu, w jakim będą się nią zajmować. Nawet w prawodawstwie mamy
do czynienia z wieloma definicjami (aczkolwiek one się nie wykluczają,
ale uzupełniają wzajemnie). Można zatem wysunąć wniosek, że podanie definicji, która z jednej strony będzie wyczerpująca, a z drugiej strony w miarę zwięzła i zrozumiała, wymaga pogodzenia ze sobą wielu stanowisk w tej kwestii, poczynając od instytucji rządowych, a kończąc na tezach naukowców.
Tak sformułowana będzie zapewne pojęciem dość szerokim i wymagać będzie dalszej systematyzacji. Tego samego zdania jest R. Kościelak, który pisze: *Samo pojęcie niepełnosprawności jest mało precyzyjne, nie określa bowiem rodzaju ani wielkości tego ograniczenia (*Kościelak 1996, s. 7.). Dalej zauważa także,
że ogólne pojęcie niepełnosprawności wskazuje na istotę problemu, jaki dotyka jednostkę, a mianowicie, że obniżona sprawność – bądź fizyczna, bądź umysłowa – skutkuje ograniczeniami w zdolności zaspokajaniu życiowych potrzeb[[2]](#footnote-2). Zgodnie z Ekspertyzą Ossolineum PAN, do niepełnosprawnych zaliczają się zarówno inwalidzi, jak i kalecy, ułomni, przewlekle chorzy
bez względu na wiek – od dzieci, poprzez młodzież, a na dorosłych i starcach kończąc (Zob. Kościelak 1996, s. 7 - 8.).

W naszej rzeczywistości mamy do czynienia zarówno z niepełnosprawnością fizyczną, jak i umysłową. Są to dwa rodzaje tego samego ograniczenia zdolności człowieka, które prowadzą do tego, że nie jest w stanie w sposób komplementarny i wystarczający zatroszczyć się o własne potrzeby życiowe.

Przyjęty podział pozwoli wyodrębnić i określić to, co jest dla nas istotne,
a mianowicie czym nie jest i czym jest niepełnosprawność umysłowa.
Krótkie zaprezentowanie niepełnosprawności fizycznej pozwoli wyeliminować wszystkie przypadki, które nie są podmiotem naszych dociekań.

# Definicja niepełnosprawności fizycznej

W obrębie tego zagadnienia zaproponowano wiele definicji, zwracając uwagę na poszczególne kwestie, takie jak: zdolność do pracy, do życia społecznego, czy też samodzielnej egzystencji. A. Hulek zaproponował sformułowanie, określające osobę niepełnosprawną fizycznie jako osobę niezdolną częściowo lub całkowicie do wykonywania zatrudnienia z powodu stałego bądź długotrwałego naruszenia sprawności organizmu (Zob. Hulek 1969, s.16.). Autor wiąże zagadnienie z problemem inwalidztwa i kalectwa oraz robi bardzo wyraźne odniesienia do sytuacji społecznej jaką jest praca. Kościelak R. zaznacza jednak, że taka definicja jest niewystarczająca, ponieważ *opiera się przede wszystkim na pojęciu niezdolności do pracy (*Kościelak 1996, s. 10.).Jakby naprzeciw oczekiwaniom R. Kościelaka wychodzi M. Wójtowicz, która wskazuje, iż *osoba niepełnosprawna to taka, u której uszkodzenie i obniżony stan organizmu spowodował utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonania zadań życiowych i zawodowych oraz wypełnienia ról społecznych, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć oraz czynniki środowiskowe, społeczne i kulturowe. Niepełnosprawność może mieć charakter sensoryczny, fizyczny lub psychiczny* (<http://onet.pl> www1). Dalej autorka pisze, że jako osoby niepełnosprawne fizycznie można sklasyfikować takie, u których doszło do uszkodzenia narządów ruchu oraz jednostki przewlekle chore ze schorzeniami narządów wewnętrznych. Takie określenie proponuje również Z. Sękowska, która umieszcza w omawianej grupie osoby, które z powodu uszkodzenia narządów ruchu lub przewlekłej choroby mają ograniczone zdolności
do podejmowania działań, wyrażania siebie (ekspresja) oraz do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym (Zob. Sękowska 1985, s. 6.). Podobnie podkreśla takie rozumienie omawianego zagadnienia Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), która stawia w opozycji pojęcia *funkcjonowanie* i *niepełnosprawność.* (Zob. http://www.unic.un.org.pl/ www1). Ponadto w tym dokumencie mamy zaznaczony fakt, że niepełnosprawność ma zawsze charakter społeczny, bo jest w sposób jednoznaczny do niego odniesiona. Podobne zdanie jest także zaprezentowane w Ekspertyzie Komitetu Rehabilitacji i Readaptacji Człowieka PAN. Czytamy, że osoby niepełnosprawne charakteryzują się naruszoną sprawnością psychofizyczną, co skutkuje ograniczeniem aktywności życiowej, przejawiającej się przede wszystkim we właściwym spełnianiu swoich funkcji społecznych (Zob. PAN 1978, S. 13-14.).

W każdym przypadku mamy zatem do czynienia z położeniem nacisku na funkcjonowanie, działanie, czy też pracę. Wszystkie próby określenia czym jest niepełnosprawność fizyczna niosą ze sobą co najmniej trzy cechy wspólne:

1. Uszkodzenie narządów ruchu.

2. Przewlekła choroba (narządów wewnętrznych).

3. Niezdolność do swobodnego wypełniania funkcji społecznych (praca).

Za osobę niepełnosprawną fizycznie uważa się jednostkę, która nie ma zdolności do podjęcia w pełni samodzielnego życia społecznego (zaspokajanie swoich i innych potrzeb) w wyniku uszkodzenia narządów ruchu bądź przewlekłej choroby (Zob. Hulek 1969, s. 18.).

Należy dokonać podziału w obrębie grupy osób, które spełniają podane warunki. Wcześniej wypunktowane cechy narzucają podział na dwie kategorie, ze względu na przyczynę: choroba bądź wady/urazy. Od strony przyczynowej należy jeszcze dokonać rozróżnienia w aspekcie czasowym,
a mianowicie: niepełnosprawność wrodzona bądź nabyta. (Zob. Hulek 1969, s. 20.)

***Niepełnosprawność fizyczna***

wrodzona nabyta

choroba wada choroba uraz

Powyższy układ wskazuje, iż niepełnosprawność dotyka wszystkie grupy wiekowe. Skutki niepełnosprawności będą się inaczej objawiały u dzieci, niż u młodzieży i dorosłych. Jest to związane przede wszystkim ze stopniem uczestnictwa w życiu społecznym.

Ostatnią kwestią, na którą warto jeszcze zwrócić uwagę, to sprawa przeciwieństwa niepełnosprawności fizycznej. Nie jest do końca prawidłowe używanie terminu *pełnosprawność*, ponieważ wśród ludzi zdrowych jest zbyt wielkie rozróżnienie w aspekcie posiadanych uzdolnień i ich stopnia,
aby móc zastosować to określenie. Zbyt dominuje tutaj charakter względny tego pojęcia. Bardziej charakterystyczne dla tej grupy ludzi będzie to, że nie są dotknięci jakimiś ograniczeniami w normalnym funkcjonowaniu psychofizycznym i społecznym. W tym aspekcie można mówić po prostu
o *sprawnych* (Zob. Kościelak 1996, s. 7 - 8.).

# Rozumienie istoty niepełnosprawności umysłowej

Niepełnosprawność umysłowa jest drugim rodzajem, który spotykamy
w literaturze przedmiotu. Obecny stan badań pozwala na coraz dokładniejsze określenie, czym jest upośledzenie. R. Kościelak dokonując rozróżnienia
na poszczególne kategorie niepełnosprawnych, zaznacza, aby do grupy niepełnosprawnych umysłowo nie włączać przewlekle chorych somatycznie, nerwowo i psychicznie, ani głuchych, niewidomych i z zaburzeniami mowy
oraz niedostosowanych społecznie (Zob. Kościelak 1996, s. 13.). Rysuje
się zatem wyraźna granica pomiędzy chorobą psychiczną, która może mieć decydujący wpływ na zdolność osoby do integracji ze społeczeństwem,
a niepełnosprawnością umysłową, która choć jest opisywana kategoriami medycznymi, to nie jest chorobą. Jest brakiem lub ograniczeniem zdolności poznawczych człowieka, które umożliwiają mu rozwój, czynny udział w życiu społecznym, czy realizację zachowań typowych dla każdego człowieka (Zob. <http://www.unic.un.org.pl/> www1). Inaczej niepełnosprawność umysłową pojmuje M. Wójtowicz, która proponuje włączenie do tej grupy osoby psychicznie chore z zaburzeniami osobowości i zachowania oraz osoby z zaburzeniami świadomości, przy czym wprowadza jeszcze jedną kategorię, a mianowicie: niepełnosprawni intelektualnie (Zob. Wójtowicz M. 1998, s.184). Wiele informacji na ten temat znajduje się w podręczniku akademickim J. Wyczesany „Oligofrenopedagogika”. Omówienie zagadnienia warto rozpocząć
od A. Lewickiego i napisanej pod jego redakcją *Psychologii klinicznej.* Zauważa on, że *Oligofrenia jest to zahamowanie lub upośledzenie rozwoju psychicznego, wrodzone albo bardzo wcześnie nabyte, prowadzące często do zaburzeń
w przystosowaniu społecznym. Dominującym objawem oligofrenii jest znaczne obniżenie sprawności i wydolności intelektualnej dziecka, tym większe,
im głębszy jest jej stopień (* Lewicki 1969, s. 281*.*)*.* Podobne stanowisko zajmuje autorka wspomnianego wcześniej podręcznika akademickiego, J. Wyczesany, która pisze: *Oligofrenią, czyli niedorozwojem umysłowym nazywamy wrodzone lub istniejące od wczesnego dzieciństwa obniżenie zdolności rozwoju intelektualnego* (Wyczesany 1998, s. 20.). Dalej jednak zauważa,
że przez to, że współistnieje ze sobą wiele definicji niepełnosprawności intelektualnej, bardzo różnoraka jest terminologia. Stanowisko J. Wyczesany jest wynikiem przyjęcia pewnych kryteriów, w oparciu o które orzeka
się o niepełnosprawności, a które to zaproponował Edgar Doll. Warto je w tym miejscu przytoczyć:

1. Niedojrzałość społeczna (niezdolność do utrzymania siebie bez pomocy innych):

- spowodowana niską sprawnością umysłową,

- o charakterze rozwojowym (ograniczenie sprawności intelektu jest trwałe),

- nie przemijającą w miarę dojrzewania (niezmienne pomimo rozwoju fizycznego),

- pochodzenia konstytucjonalnego (ujawnia dziedziny zahamowania rozwoju),

- nieodwracalną .

E. Doll dodaje ponadto, że owe kryteria są nierozłączne przy orzekaniu
o niepełnosprawności umysłowej.

Bardzo ważne jest przyjęcie określonej nomenklatury. Ze względów praktycznych, najbardziej korzystne jest nazewnictwo zaproponowane przez J. Kostrzewskiego, dla którego *upośledzenie umysłowe* i *niedorozwój umysłowy* są dwoma różnymi terminami i niosą ze sobą inne znaczenie. Mianowicie:

- *upośledzenie umysłowe­* to istotnie niższy od przeciętnego stopień funkcjonowania jednostki, związany ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym,

- *niedorozwój umysłowy­* (inaczej oligofrenia) to te przypadki *upośledzenia umysłowego*, które zaistniały w pewnym etapie rozwoju.

J. Kostrzewski wyszczególnia również pojęcie *otępienie* (demencja)
i określa je jako regres intelektualny w wyniku choroby bądź urazu. (Zob. Wyczesany 1998, s. 21 - 22.)

## 1.2.1 Podział niepełnosprawności umysłowych

W literaturze przedmiotu znajdziemy wiele prób podziału
w zależności od założeń, aspektów, czy też konkretnych kryteriów, którym poddano niepełnosprawność umysłową. Kryterium pedagogiczne bierze przede wszystkim pod uwagę możliwości wychowania i nauczania niepełnosprawnych umysłowo (Zob. Sękowska 1982, s. 54.). W oparciu o to, dzielimy takie osoby na:

- dzieci niewychowalne,

- dzieci prawie niewychowalne,

- dzieci wychowalne, ale niewyuczalne,

- dzieci wyuczalne (Zob. Sękowska 1982, s. 54.).

Klasyfikacja tradycyjna po wielu zmianach i udoskonaleniach znalazła swoje miejsce we współczesnym orzecznictwie i zgodnie z X rewizją Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD-10)[[3]](#footnote-3) wygląda następująco:

**Tab. nr 1**: Stopnie rozwoju umysłowego (za: J. Wyczesany 1999, s.27).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stopień rozwoju umysłowego** | **IQ wg skali Wechslera** | **IQ wg skali****Termana-Merrill** |
| Rozwój przeciętnyOdchylenie =<1 | 85-110 | 84-100 |
| Rozwój niższy niż przeciętnyOdchylenie od -1 do -2 | 70-84 | 69-83 |
| Niedorozwój umysłowy lekkiOdchylenie od -2 do -3 | 55-69 | 52-68 |
| Niedorozwój umysłowy umiarkowanyOdchylenie od -3 do -4 | 40-54 | 36-51 |
| Niedorozwój umysłowy znacznyOdchylenie od -4 do -5 | 25-39 | 20-35 |
| Niedorozwój umysłowy głęboki | 0-24 | 0-19 |

Ostatnimi czasy coraz popularniejsza staje się klasyfikacja zaproponowana i zatwierdzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, nazwana DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual
of Mental Disorders, IV rewizja z 1994 r.) Podział na poszczególne grupy znajduje się w n/w zestawieniu[[4]](#footnote-4):

**Tab. nr 2**: Stopnie upośledzenia umysłowego DSM IV (za: R. Piotrowicz 2008, s.108).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stopień upośledzenia** | **IQ** | **Wiek rozwojowy możliwy do osiągnięcia wg Inhelberg** |
| Lekki | 50-55 do ok.70 | 11-12 |
| Umiarkowany | 35-40 do 50-55 | 7-8 |
| Znaczny | 20-25 do 35-40 | 5-6 |
| Głęboki | Poniżej 20 lub 25 | 3-4 |
| Nieokreślony |  |  |

W powyższych zestawieniach można dostrzec podobieństwa i różnice. Cały problem polega na metodzie, którą się stosuje, aby zbadać stopień niepełnosprawności umysłowej. DSM IV zostało dostosowane
i zsynchronizowane z ICD-10, czego efektem jest jednolity zapis jednostek chorobowych. W zakresie upośledzenia rozróżniamy ujednoliconą terminologię (na podstawie: <http://www.psychnetuk.com> www1 oraz <http://www.portalmed.pl> www1):

317.00 – upośledzenie umysłowe lekkie – F70[[5]](#footnote-5)

318.00 – upośledzenie umysłowe umiarkowane – F71

318.10 – upośledzenie umysłowe znaczne – F72

318.20 – upośledzenie umysłowe głębokie – F73

319.00 – upośledzenie umysłowe nieokreślone – F79.

Tak zaprezentowane podziały upośledzeń umysłowych wskazywałyby, że mamy do czynienia wyłącznie z jednostką chorobową, dlatego też w roku 1980 Międzynarodowa Liga Stowarzyszeń na Rzecz Osób
z Upośledzeniem Umysłowym (ILMSH) wydała pracę „Istotne różnice miedzy upośledzeniem a chorobą umysłową”, w której to wykazano, że na upośledzenie składają się dwa zasadnicze fakty, które są nierozłączne:

- funkcje intelektualne poniżej przeciętnej, które trwają od wczesnych lat,

- znaczne osłabienie zdolności przystosowawczych w obrębie wymagań kultury danej społeczności (Zob. Wyczesany 1998, s. 28.).

Jak pisze J. Wyczesany (1998, s.29), *prezentowane wyżej systemy klasyfikacji upośledzenia umysłowego są nadal doskonalone, uzupełniane i modyfikowane (…)*

Mówiąc o upośledzeniu umysłowym, warto z racji na przeprowadzone podziały w oparciu o określone kryteria przytoczyć jeszcze rozróżnienie dokonane przez J. Kostrzewskiego:

**Tab. nr 3**: Dysfunkcje intelektualne wg J. Kostrzewskiego (1981a, s.67).

|  |
| --- |
| **DYSFUNKCJE INTELEKTUALNE** |
| **GLOBALNE** | Upośledzenie umysłowe | Niedorozwój umysłowy (oligofrenia) | **PARCJALNE** | Upośledzenie określonej funkcji |
| Ogólne otępienie (demencja) |
| Zahamowanie rozwoju intelektualnego | Zahamowanie rozwoju określonej funkcji |
| Obniżenie poziomu rozwoju intelektualnego | Obniżenie poziomu rozwoju określonej funkcji |
| Opóźnienie rozwoju intelektualnego | Opóźnienie rozwoju określonej funkcji |

Przytoczony podział pozwala ujrzeć umiejscowienie upośledzenia umysłowego na tle innych schorzeń, czy ograniczeń związanych
z intelektem i jego funkcjami. Pozwoli to zrozumieć obowiązujący
w Polsce podział, w którym dostrzegamy jeszcze co najmniej jedna grupę
w porównaniu z DCM IV, a mianowicie *pogranicze upośledzenia* (IQ: 70-90), dawniej nazywane *ociężałością umysłową.*

Podział DCM IV jest wyczerpujący i uzasadnia, że jest on niejako kompatybilny z ICD-10. Warto zaprezentować poszczególne klasy upośledzeń, przyjmując jako definicję wyjściową tę zaproponowaną przez Amerykańskie Towarzystwo ds. Upośledzenia Umysłowego oraz DSM, która mówi, że *upośledzenie umysłowe* charakteryzuje się *istotnie niższym niż przeciętny funkcjonowaniem intelektualnym, współwystępującym z istotnym ograniczeniem w zakresie dwóch albo więcej spośród następujących zdolności przystosowawczych:*

*- porozumienia się,*

*- samoobsługi trybu życia domowego,*

*- kontaktów społecznych,,*

*- korzystania z dóbr społeczno – kulturowych*

*- kierowania sobą,*

*- troski o zdrowie i bezpieczeństwo,*

*- sposobu organizowania wolnego czasu i pracy (*Wyczesany 1998, s. 29.).

Rozdział 2.

Rewalidacja osób niepełnosprawnych

# 2.1 Historyczny zarys rewalidacji w Polsce

Termin rewalidacja pochodzi z języka łacińskiego i tłumaczony jest jako: *re* – z powrotem, znowu, *validus* – silny, mocny. *Wszelkie działania terapeutyczne, psychologiczne, dydaktyczne itp., które mają na celu przystosowanie do normalnego życia w społeczeństwie osoby niepełnosprawnej* . Stefan Dziedzic w artykule „Rewalidacja upośledzonych umysłowo” tłumaczy termin rewalidację *jako długotrwałą działalność terapeutyczno-pedagogiczną, której zadaniem jest:*

*- zapobieganie pogłębianiu się istniejącego już niedorozwoju
lub powstawanie innych dodatkowych upośledzeń;*

*- leczenie i usprawnianie elementów chorych lub zaburzonych oraz wzmocnienie osłabionych;*

*- stymulowanie i dynamizowanie ogólnego rozwoju przy wykorzystaniu własnych sił organizmu oraz korzystnych czynników środowiskowych;*

*- wychowanie i nauczanie specjalne ( ogólne i zawodowe), dostosowanie
do wieku, sprawności fizycznych i umysłowych rewalidowanego
oraz zapotrzebowania społecznego;*

*- kompensowanie istniejących braków i trwałych uszkodzeń organicznych w celu podniesienia ogólnej sprawności tych osób* (S. Dziedzic 1988, s.179).

Po raz pierwszy pojęcie rewalidacja zostało użyte przez Marię Grzegorzewską twórczynię polskiej pedagogiki specjalnej. Przedmiotem pedagogiki specjalnej jest rewalidacja jednostek upośledzonych, opieka, kształcenie, przystosowanie ich do zadań społecznych i zawodowych. A. Hulek wylansował pojęcie pedagogiki rewalidacyjnej jako *pomoc w usprawnianiu procesów rozwoju, kształcenia, wychowania niepełnosprawnych, których właściwości powodują, że stosowane standardowe metody i formy pracy nie są odpowiednio usprawniane fizycznie, psychicznie, społecznie
i zawodowo. Stanowią one system oddziaływań rehabilitacyjnych*
(Hulek, 1984, s. 58).

Kossakowski w książce „Społeczne przystosowanie dziecka lekko upośledzonego umysłowo” zauważa, że termin rewalidacja często zamiennie stosowany jest z terminem rehabilitacja. Określa długotrwałą działalność terapeutyczno-wychowawczą, a więc wielostronną stymulację, opiekę, nauczanie i wychowanie jednostek o zaburzonej percepcji i rzeczywistości, czyli osób upośledzonych umysłowo. W rewalidacji dziecka akcentuje się wyrównywanie braków wrodzonych i nabytych oraz rewalidację społeczną w granicach indywidualnych możliwości (Zob. Kossakowski 1980, s. 8.).

# 2.2 Rewalidacja osób niepełnosprawnych umysłowo

Według danych UNICEF-u z roku 1980 spośród 140 milionów dzieci niepełnosprawnych (do 15 roku życia) około 80% nie miała zapewnionych usług w zakresie rewalidacji. Bardzo ważną sprawą w problematyce rewalidacji jest szczególne rozeznanie potrzeb istniejących w tej dziedzinie. *Nie można lekceważyć lub nie dostrzegać zaburzeń rozwojowych u małych dzieci. Praktyka kliniczna i pedagogiczna wykazuje, że jeśli zdołano zapewnić możliwie wcześnie postępowanie lekarsko-rewalidacyjne, to udawało się zapobiec dalszym ujemnym konsekwencją upośledzenia* (Hulek, 1989, s. 65).

Szczegółowe metody i formy rewalidacji zależą od typu wad jakie dziecko posiada. Inne zadania i środki należy podejmować w przypadku dzieci upośledzonych umysłowo, a inne do dzieci posiadających uszkodzenia narządu ruchu. W pierwszym, jak i drugim przypadku należy stosować zasadę bogatej symulacji wielo zmysłowej, aby zapobiec wtórnym opóźnieniom, a także uaktywnić rodziców w programie rewalidacji.

Pojęcie upośledzenia umysłowego jest bardzo szerokie ze względu
na zróżnicowane stopnie upośledzenia umysłowego, które obejmują
m.in. zaburzenia sprawności motorycznej, zaburzenia zachowania, motywacji, emocjonalności. Upośledzenie umysłowe obejmuje całą osobowość człowieka. Inne terminy określające „upośledzenie umysłowe” to „niedorozwój umysłowy”, „osłabienie sprawności psychicznej”, „opóźnienie rozwoju umysłowego”
czy „oligofrenia” (gr. *oligos* – mało, *phren* – myśl, umysł). Upośledzenie umysłowe jest więc różnie definiowane. W zależności od ujęcia problemu
i doboru kryteriów oceniających ten stan. Możemy wyróżnić trzy podejścia: kliniczno-medyczne, praktyczne i psychologiczno-społeczne (Zob. Sękowska 1985, s. 214-215.)

Vinelandzka Skala Dojrzałości Społecznej E. A. Dolla z 1935 roku uzupełniła badania rozwoju umysłowego i społecznego. Zaproponowała,
aby przy definiowaniu niedorozwoju umysłowego uwzględniono kryteria:

*- brak sprawności społecznej,*

*- brak sprawności umysłowej,*

*- upośledzenie lub defekty rozwoju,*

*- etiologię konstytucjonalną,*

*- utrzymywanie się tego stanu do okresu dojrzałości,*

*- niepodatność na leczenie, choć następstwa tego stanu mogą być nieco złagodzone za pomocą odpowiedniego postępowania
(*Dziedzic 1988, s. 182).

W 1959 roku Amerykańskie Towarzystwo do Badań nad Upośledzeniem Umysłowym zaproponowało definicję, która została przyjęta prawie na całym świecie. *Upośledzenie umysłowe to ogólne funkcjonowanie intelektu na poziomie niższym od przeciętnego, który to stan bierze początek w okresie rozwoju i jest związany z upośledzeniem jednej (lub więcej) z następujących dziedzin:*

1. *dojrzewanie,*
2. *uczenie się,*
3. *przystosowanie społeczne* (Dziedzic 1988, s.182).

U osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim nie zawsze dostrzeżemy upośledzenia fizyczne. Najpoważniejsze odchylenia
od normy występują na poziomie myślenia, pamięci, spostrzegania, orientacji.
U osób upośledzonych umysłowo na pewno zauważymy zwolnione tempo spostrzegania, analizy, a także niedokładność i chaotyczność. Od dawna są prowadzone liczne i szczegółowe badania nad rehabilitacją osób upośledzonych umysłowo. Niemal każde z badań naukowych podkreśla nieocenioną role profilaktyki. Naukowcy niemal jednogłośnie twierdzą, że dla zdrowia dziecka ważne jest zdrowie psychiczne i fizyczne rodziców. Życie dziecka zaczyna się w łonie matki, dlatego profilaktyka obejmuje próby poradnictwa genetycznego, które mają na celu wykrywanie nosicieli genów chorobowych, będących przyczyną groźnych zaburzeń organizmu dziecka. Walka z chorobami zakaźnymi i zatruciami matki w okresie ciąży, z alkoholizmem wpływa decydująco na zmniejszenie niedorozwoju umysłowego. Wcześniactwo i uszkodzenia okołoporodowe powodują coraz częściej oligofrenię. Wśród całej populacji na oligofrenię cierpi około 3% dzieci w wieku szkolnym. W Polsce stanowi to 2, 4% ogólnej liczby dzieci w wieku szkolnym. Przez długi czas można było zaobserwować całkowite lekceważenie problemu upośledzenia umysłowego.

Zainteresowanie dzieckiem zapoczątkował Darwin teorią ewolucji w XIX wieku (Zob. Sękowska 1985, s.218-219.). Początkowe zainteresowanie rozwojem dzieci upośledzonych doprowadziło do twierdzeń, że jednostki takie można wyleczyć. Podstawowym celem działalności rewalidacyjnej była terapie przez „leczenie moralne”, zabawę, umieszczanie w zakładach położonych 900 metrów nad morzem, pracę. W okresie międzywojennym główną działalnością rewalidacyjną było przygotowanie do pracy zarobkowej, uodparnianie psychiczne na demoralizację. Dzieci głęboko upośledzone umysłowo
( o IQ mniejszym niż 50) uznawano za niewyleczalne. Zamykano
je w zakładach opiekuńczych i nie prowadzono z nimi nauczania
ani usprawniania. Dopiero po 1939 roku zaczynano wprowadzać nauczanie ogólne i zawodowe (Zob.Dziedzic 1988, s. 186.).

Wspomniana wcześniej pedagogika specjalna zmierza do podwyższenia pułapu rozwoju upośledzonych umysłowo dzięki stosowaniu zabiegów terapeutycznych, wychowawczych, a także zmierza do zapobiegania zjawiskom pozornego niedorozwoju, opóźnienie rozwoju, dysfunkcji intelektualnych (Zob. Sękowska 1985, s. 223.). Proces rehabilitacji osób upośledzonych (nawet w głębokim stopniu) obejmuje:

- *nawiązanie kontaktu emocjonalnego z dzieckiem,*

*- znalezienie dróg i form komunikowania się z dzieckiem oraz dziecka
z otoczeniem,*

*- doprowadzenie do bezpośredniego udziału dziecka w życiu najbliższego otoczenia,*

*- naukę form samoobsługi,*

*- naukę czynności społecznie użytecznych,*

*-wdrożenie w technikę społecznego bytowania* (Sękowska 1985, s. 218-219.).

Pełna działalność rewalidacyjna obejmuje leczenie, rozwijanie, usprawnianie, a także zapobieganie pogłębianiu się istniejących już upośledzeń oraz powstawanie dodatkowych anomalii psychicznych, fizycznych, społecznych. Pogłębianie się istniejących już upośledzeń może zostać spowodowane przez osłabienie, niedożywienie, zatrucie, zaburzenie wzroku, słuchu, motoryki, izolowanie dziecka od przyjemności, obciążanie ponad siły, zaniedbywanie pedagogiczne i inne. Powstawanie dodatkowych upośledzeń wypływa z małej orientacji osobników upośledzonych umysłowo w bardziej złożonej sytuacji życiowej , z braku zdolności przewidywania następstw czynu itp. Działalność profilaktyczna powinna być prowadzona przez całe społeczeństwo, powinna chronić przed popełnieniem błędów pedagogicznych
i dydaktycznych. Bardzo istotna jest akceptacja dziecka takim, jakie ono jest
oraz aktywne włączenie go w życie codzienne bez specjalnych wyróżnień.

Jednostka upośledzona umysłowo posiada uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, które powodują nie tylko ogólne zaburzenie myślowe, mowy i uczuć, ale również osłabienie sfery wolicjalno-dążeniowej oraz obniżenie
w pewnym zakresie sprawności motorycznej. Zarówno u dzieci z lekkim stopniem niedorozwoju, jak i z głębokim zaczyna się zwykle od poprawienia funkcji najmniej zaburzonych, które w krótkim czasie można przywrócić
do normy i pokazać dziecku, że jego wysiłek przynosi rezultaty.
Przy organizowaniu działalności korekcyjnej bierze się pod uwagę indywidualne właściwości psychofizyczne dziecka. Zakres działalności organizuje się wokół poprawienia motoryki, mowy, samoobsługi i zachowania w środowisku społecznym. Miejscem działalności jest przede wszystkim dom rodzinny, ośrodek usprawniania, przedszkole specjalne, zakład pracy chronioną. Metodą – ukierunkowana zabawa, gimnastyka korekcyjna, rytmika, ćwiczenia
w mówieniu, samoobsłudze. Po dokonaniu korekty nie można zapominać
o wzmocnieniu i usprawnianiu. Po wywołaniu u dziecka zaburzonej funkcji fizycznej zachętą do powtarzania tej czynności może być pochwała, udział
w zabawie wymagającej np. umiejętności chwytania przedmiotów w locie. Ważne jest systematyczne prowadzenie ćwiczeń i zabaw, w których często będzie występowała świeżo zdobyta umiejętność (Zob.Dziedzic 1988, s. 192-194.). S. Dziedzic podkreśla, że program rewalidacji powinien uwzględniać te właściwości charakterologiczne i tak organizować proces usprawniania społecznego, aby już od dzieciństwa wdrażać człowieka upośledzonego
do wypełniania określonych obowiązków i korzystania z przysługujących
mu uprawnień. Prawidłowa realizacja tych zadań wymaga, aby przestrzegane były następujące zasady:

*- gruntowne poznanie jednostki upośledzonej umysłowo, która ma wejść w nowe środowisko społeczne,*

*- poznanie tego środowiska,*

*- przygotowanie środowiska do właściwego przyjęcia jednostki upośledzonej umysłowo,*

*- ustalenie dla niej dobrze przemyślanego regulaminu całodziennych zajęć
oraz środków stymulujących proces jej adaptacji społecznej,*

*- stopniowanie wymagań w zakresie spełniania różnych obowiązków na rzecz adaptującego środowiska,*

*- systematyczne kontrolowanie jakości wykonania powierzonych zadań
i odpowiednie nagradzanie za dobre ich wypełnianie,*

*- pomaganie rewalidowanemu przy pokonywaniu trudności, jeżeli powierzone zadania przewyższają jego aktualne uzdolnienia,*

*- okazywanie widocznego zainteresowania pracą i osiągnięciami nowego członka zespołu.*

*W przypadkach głębszego niedorozwoju umysłowego –
lub dodatkowych upośledzeń – wskazania te będą musiały być odpowiednio modyfikowane (…) Częściej trzeba zasięgać porad lekarzy specjalistów oraz w szerszym zakresie korzystać z pomocy władz terenowych i rodziny upośledzonego* (Dziedzic 1988, s. 197).

# 2.3 Sposoby rewalidacji osób niepełnosprawnych fizycznie

Niepełnosprawność fizyczna dotyczy największej grupy wszystkich niepełnosprawnych. Związana może być z brakiem wzroku, słuchu, władaniem kończyn dolnych i górnych. Z niepełnosprawnością fizyczną wiąże się tak zwana niepełnosprawność społeczna, co uniemożliwia pełne funkcjonowanie
w społeczeństwie. Narkomani, alkoholicy czy więźniowie również nie mogą samodzielnie funkcjonować w społeczeństwie. Bardzo utrudnioną samodzielność
i funkcjonowanie w społeczeństwie mają dzieci ze zmianami
w narządzie ruchu. Istotne jest to, czy ruch jest zniekształcony, czy całkowicie wykluczony. Dziecko, które jest unieruchomione prawie nigdy nie ma możliwości porozumiewania się z osobą w „cztery oczy”. Przymusowe leżenie
i unieruchomienie uniemożliwia zabawy ruchowe, przygody, osobiste zbieranie doświadczeń i zdobywanie praktycznej orientacji w życiu codziennym. Cierpnie fizyczne, tęsknota, brak perspektyw na przyszłość, zależność od otoczenia, brak wrażeń, monotonia potęguje u osoby niepełnosprawnej nerwowość. Najczęściej objawia się ona poczuciem mniejszej wartości, skłonnością do smutku, a także nadmierną pobudliwością oraz zwyżkową temperaturą ciała (Zob. Sękowska 1985, s. 280-281.)

Dla przebiegu rehabilitacji duże znaczenie ma życzliwość, spokój, cierpliwość, sposób bycia personelu szpitala. Badania powinny być prowadzone konkretnie i rzeczowo, a pacjent nie powinien być izolowany. Doświadczenia
i przeżycia związane z chorobą i pobytem w szpitalu są źródłem silnych
 negatywnych bodźców, które wpływają na procesy chorobowe. Aby dziecko nie zostało pozbawione poczucia bezpieczeństwa powinno mieć zawsze stworzoną atmosferę życzliwości i ciepła (Zob. Sękowska 1985, s. 280-281.).

Innym przykładem niepełnosprawności fizycznej jest mózgowe porażenie dziecięce. Jest to zespół zaburzeń czynnościowych mózgu. Spowodowany niedojrzałością układu nerwowego w okresie niemowlęcym. Najczęściej przejawia się zaburzeniem czynności ruchowych. Charakterystyczne objawy
to ruchy mimowolne, powolne ruchy kończyn, gwałtowne skurcze mięśni, nierytmiczne szybkie ruchy obejmujące grupy mięśniowe lub pojedyncze mięśnie. Dodatkowe zaburzenia to: zaburzenia mowy, wzroku, słuchu, upośledzenie umysłowe, zaburzenia emocjonalne, padaczka. Dzieci
z mózgowym porażeniem dziecięcym wymagają specjalnej troski, między innymi pomocy w zdobywaniu sprawności życiowej, w nawiązywaniu kontaktu z rówieśnikami. Obniżona sprawność ruchowa i zaburzenia mowy utrudniają proces uczenia się, zdobywania wiedzy (Zob. Sękowska 1985, s. 284-286.).

Dziecko niepełnosprawne należy traktować „normalnie”, nie należy rozpieszczać ani wyręczać. Należy pomagać w osiągnięciu maksymalnego rozwoju fizycznego i psychicznego lub wskazywać właściwą rolę w życiu. Niewłaściwa troska wynika często z niedocenienia możliwości chorego. W taki sposób bariery fizyczne dublują się z barierami społecznymi. (Zob. Z. Sękowska 1985, s. 293.)

Doroszewska rozróżnia dwie formy terapii wychowawczej: *terapię spoczynkową (odciążeniową) i czynnościową (uczynniającą). Zadaniem terapii odciążeniowej (spoczynkowej) jest dostarczenie choremu warunków do jak najmniejszego wydatkowania wysiłku związanego ze środowiskiem zewnętrznym w celu gromadzenia energii ustroju do walki z przyczyną chorobotwórczą. W skład tej terapii wchodzą następujące elementy:*

*- zapewnienie warunków dobrego i spokojnego snu (…),*

*- obecność pielęgniarki przy chorym po zabiegu,*

*- terapia słowna,*

*- zapewnienie warunków zewnętrznych wpływających kojącą
na system nerwowy,*

*- kontakt z rodziną jako czynnik odciążający (odwiedziny na oddziale).*

*Terapia czynnościowa opiera się na organizowaniu wszelkich form aktywności mającej na celu zdynamizowanie, usprawnienie wyższej czynności nerwowej i procesów kinestetycznych. Terapia ta ma różne formy, które zasadniczo wyróżniamy według skali wysiłkowej (liczba elementów obciążeniowych) i według swoistości samych czynności. Zależnie od zdolności wysiłkowej pacjenta stosuje się:*

*- terapię ruchową,*

*- terapię rozrywkową (zabawową),*

*- terapię zajęciową,*

*- terapię pracy* (J. Doroszewska 1981, s.586, Por. Sękowska 1985, s. 294‑295).

W procesie rewalidacji dziecka niepełnosprawnego fizycznie niezwykle ważna jest dobra znajomość dziecka przez wychowawcę oraz jego możliwości fizyczne. Należy pamiętać, aby zajęcia nie były zbyt łatwe ani zbyt trudne. Osobę niepełnosprawną fizycznie koniecznie należy nauczyć samoobsługi na wózku inwalidzkim lub w łóżku. Rehabilitację należy rozpocząć stosunkowo szybko i zaczynać od najprostszych zadań. Każdym ćwiczeniom należy nadać charakter zabawowy. Potrzeba zabawy i radosnego ruchu jest naturalną potrzebą dziecka. Obok gier stolikowych, świetlicowych dużą role odgrywają zawody zespołowe, które przeradzają się w sport uprawiany grupowo lub indywidualnie (Zob. Sękowska 1985, s. 297-298.). Sport jest ważnym czynnikiem terapeutycznym; pomaga przezwyciężać bariery psychiczne, zwiększa aktywność ruchową i pomaga zapomnieć o kalectwie poprzez integrację. Obecnie niepełnosprawni trenują między innymi grę w piłkę koszykową, balet konny, czy taniec towarzyski. Odpowiednio dobrane formy i ćwiczenia sportowe ułatwiają rehabilitację i pomagają „wrócić do społeczeństwa”.

Rozdział 3.

Miejsce rodziny w procesie rewalidacji osób niepełnosprawnych

# 3.1 Współczesne rozumienie rodziny

Rodzina to podstawowa komórka społeczna, to para małżeńska posiadająca dzieci. Istotny jest fakt, że trwałość i byt rodziny uzależniony jest
od relacji między jej członkami, a także od spójności emocjonalnej, duchowej, psychicznej oraz moralno-etycznej. Wincenty Okoń definiuje rodzinę jako *małą grupę społeczną, składającą się z rodziców i ich dzieci i krewnych; rodziców łączy więź małżeńska, rodziców z dziećmi więź rodzicielska, stanowiąca podstawę wychowania rodzinnego, jak również więź formalna określająca obowiązki rodziców i dzieci względem siebie* (Okoń 2001, s. 337). Zdaniem
A. Kamińskiego rodzina to *podstawowy zespół wspólnoty życia, wspólnota głownie emocjonalna, w której podczas lat życia następuje wzajemne wyrównywanie poglądów i ocen (…) Dzieci formułują swe postawy, kształtują sposób bycia* (Kamiński 1982, s. 101). Warunkiem skutecznego wychowania dzieci w rodzinie jest jej prawidłowa struktura, w tym jakość i spójność związku małżeńskiego. *Rodzina jest pierwszym i podstawowym środowiskiem rozwoju dziecka. Oddziaływanie rodziny na rozwój dziecka dokonuje się między innymi przez dostarczenie mu wzorców i standardów wykonywania czynności
i zachowania się, stwarzanie warunków wyzwalających różne formy jego aktywności, zaspokajanie potrzeb dziecka, stymulowanie jego rozwoju poznawczego oraz przekazywanie mu wzorców opracowywanych i interpretacji nabywanych doświadczeń* (Tyszkowa 1985, s. 5-6.).

We współczesnych warunkach społeczno-ekonomicznych rodzina podlega daleko idącym przekształceniom. Zmieniają się jej podstawy ekonomiczne
i społeczne, struktura i funkcje, zmienia się treść życia rodzinnego.
Na funkcjonowanie rodziny i życie jej członków silny wpływ mają zjawiska gospodarczo-społeczne, techniczne, kulturowe, informatyczne, świadomościowe, upowszechnienie wykształcenia, liberalizacja życia ludzkiego. Różne przeobrażenia mentalności ludzkiej przyczyniły się do powstania zupełnie odmiennych modeli rodziny, czy typów relacji małżeńskiej, które różnią
się od tradycyjnego. Przyczyniły się do tych przemian uwarunkowania wewnątrzrodzinne, takie jak: wzrost wykształcenia rodziców, zmiany ról wewnątrzrodzinnych (Zob. Tyszka 2001, s. 3).

Z. Tyszka wyróżnił trzy typy rodzin biorąc pod uwagę stadium rozwoju społecznego. Pierwszy to rodzina w epoce preindustrialnej – wielopokoleniowa, wielodzietna rodzina z tradycyjny, patriarchalnym układem zależności między członkami. Mąż- ojciec był głową rodziny, on podejmował decyzje i jemu musiała podporządkowywać się żona i dzieci. Indywidualne potrzeby jednostek schodziły na dalszy plan wobec interesu rodziny. Drugi typ to rodzina w epoce industrialnej – rodzina mała, dwupokoleniowa. Role członków rodziny nie są sztywno wyznaczone przez normy społeczeństwa, ale ustalane przez małżonków-rodziców i dzieci. Rodzice wymieniają się obowiązkami, a starsze dzieci są traktowane jako partnerzy. Ważne jest zaspokajanie potrzeb emocjonalnych
i dbanie o indywidualny rozwój swoich członków. Ten typ postrzegany jest jako rodzina współczesna. Ostatni typ to rodzina w epoce postindustrialnej – mała, składająca się z rodziców i dzieci. Charakteryzuje się zmniejszeniem liczby dzieci w rodzinie, dążenie kobiet do samorealizacji w sferze zawodowej, życie
w stanie nieformalnym, związku wolnym (Zob. Tyszka 2003, s. 15-16.).

Najbardziej optymalny typ relacji to małżeństwo partnerskie. Kobieta,
jak i mężczyzna ponoszą tę samą odpowiedzialność za wszystkie dziedziny życia rodzinnego. Demokracja w małżeństwie polega na równości praw i obowiązków małżonków, pełne równouprawnienie matki i ojca. Współczesny ojciec przejmuje obowiązki żony, towarzyszy jej przy porodzie, wykonuje codzienne matczyne obowiązki. Identyfikuje się bardziej z żoną, a co ważniejsze takie podejście zacieśnia relacje między małżonkami. *Istotą partnerstwa w małżeństwie jest zasada równości kobiety i mężczyzny, opierająca się na trwałej więzi między nimi, na miłości rozumianej też jako wzajemny szacunek, na odpowiedzialności za siebie i współpartnera oraz wierności* (Dąbrowska 2005, s. 5.). Przeobrażenia życia rodzinnego są ściśle związane ze zmianami jakie zachodzą w układach społecznych. Nawet układ ról i relacji małżeńskich oraz rodzicielskich jest odzwierciedleniem stosunków panujących w społeczeństwie. Przemiany gospodarcze, kulturowe i polityczne wpływają na obraz i funkcjonowanie rodziny (Zob. Gębuś 2010, s. 57.).

Współczesna rodzina w Polsce jest nuklearna i składa się
z małżonków / rodziców oraz dzieci. Relacje między członkami oparte są
na układzie partnerskim, a zakres obowiązków przybiera charakter indywidualny. Role żony, męża nie są wyznaczone normami i zasadami społecznymi. We współczesnej rodzinie trudno zauważyć sztywno określone role ojca/męża czy matki/żony. Najczęściej obydwoje dążą do utrzymania rodziny, wspólnego prowadzenia gospodarstwa domowego i troski o dzieci. Warto zaznaczyć, że zmianie uległ wzór tradycyjnej roli męskiej. Wcześniej ojciec był odpowiedzialny za zabezpieczenie bytu rodzinie i utrzymanie jej w karności. Obecnie ojciec wraz z matką podejmują trud wychowania, zapewniają dziecku bezpieczeństwo i wsparcie. Od niedawna ojcowie uczestniczą w porodach, korzystają z urlopów macierzyńskich czy wychowawczych (Zob. Gębuś 2010, s. 59-61.). Na koniec warto wspomnieć, że obecnie rodzina przybiera różne postaci. Upowszechniły się inne formy życia małżeńsko-rodzinnego. Rodzinę tworzą osoby, które są w związku małżeńskim lub nieformalnym, osoby rozwiedzione, samotnie wychowujące dzieci, a także osoby tej samej płci.

Każda rodzina tworzy własną historię, buduje tradycje, zwyczaje
i tworzy niepowtarzalna atmosferę. Od atmosfery panującej w rodzinie zależy rozwój fizyczny i psychiczny dzieci. Niestety nie w każdej rodzinie rodzą
się dzieci zdrowe i prawidłowo się rozwijające.

3.2 Rodzina z dzieckiem dotkniętym niepełnosprawnością

Dziecko niepełnosprawne wprowadza zmiany w życiu rodziny. Zmiany dotyczą relacji i podziału obowiązków między małżonkami, postaw rodziców wobec dziecka niepełnosprawnego, podejścia matki, ojca dziecka do niepełnosprawności, a także postaw rodzeństwa dziecka z niepełnosprawnością oraz zmian w życiu zawodowym rodziców i towarzyskim rodziny (Zob. Smykowska 2010, s. 190-191.). Pierwszymi osobami, z którymi dziecko tuż po urodzeniu ma kontakt są rodzice. Gdy rodzi się zdrowe i radosne szybko zaskarbia sobie miłość i cierpliwość rodziców, jak i pozostałych członków rodziny. Z mniejszą radością witany jest na świecie noworodek
z oznakami niepełnosprawności. Pojawienie się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego jest dla rodziców wyzwaniem. To od nich zależy zarówno psychiczny, jak i fizyczny rozwój dziecka. Nie da się zaprzeczyć, że większej cierpliwości i zrozumienia ze strony rodziców wymaga dziecko o obniżonej sprawności intelektualnej. Środowisko rodzinne nie zawsze jest odpowiednio przygotowane na przyjęcie dziecka niepełnosprawnego.

A. Twardowski w artykule „Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych” opisuje cztery okresy przeżyć emocjonalnych, jakie towarzyszą rodzicom dziecka ze specyficznymi potrzebami rozwojowymi. Wymienia okres: szoku, kryzysu emocjonalnego, pozornego przystosowania się i konstruktywnego przystosowania się do sytuacji (Zob. Twardowski 1995, s. 34).

Nawet w przypadku najbardziej kochającego się małżeństwa stwierdzenie niedorozwoju umysłowego u dziecka to straszliwy cios dla rodziców. Zauważenie objawów upośledzenia u dziecka jest źródłem rozczarowania i cierpienia dla rodziców. Po uzyskaniu informacji o upośledzenia dziecka rodzice załamują się, przeżywają rozpacz, żal, lęk i poczucie krzywy. Jest to tzw. pierwszy okres, zwany „okresem szoku, „okresem krytycznym”, „okresem wstrząsu emocjonalnego”. Taka sytuacja oznacza dla rodziców przyjęcie na siebie wielu obowiązków w wychowaniu, pielęgnacji rewalidacji czy rehabilitacji. Bardzo ważna jest umiejętność zdystansowania się i zaakceptowanie dziecka niepełnosprawnego. Gdy dziecko nie zostanie zaakceptowane i pokochane przez rodziców, zostanie ograniczone, zamknięte w sobie i uboższe o doświadczenia interpersonalne (Zob. Cudak 2007, s. 16.).

Po okresie szoku następuję tzw. faza kryzysu emocjonalnego. Rodzice nadal przeżywają negatywne emocje, czują się osamotnieni, jednak już nie tak burzliwie, jak to miało miejsce w pierwszym okresie. W tym czasie może nastąpić odsunięcie się jednego z rodzica od rodziny.

Okres pozornego przystosowania się do sytuacji to okres, w którym rodzice podejmują nierzeczywiste próby przystosowania się do sytuacji. Poszukują oni mechanizmów obronnych, takich jak, między innymi: szukanie winnych upośledzenia dziecka, poszukiwanie coraz to nowych specjalistów i środków leczenia. W momencie kiedy opiekunowie zrozumieją, że dla ich dziecka nie da się nic zrobić, są pesymistycznie pogodzeni z sytuacją.

Ostatnim wyróżnionym okresem w ewolucji przeżyć rodziców jest okres konstruktywnego przystosowania się do sytuacji. W tym czasie rodzice podejmują próbę racjonalnego przystosowania się do sytuacji. Zaczynają stosować różne zabiegi rehabilitacyjne, opiekuńcze, wychowawcze.
W przeżyciach najbliższych zaczyna dominować pozytywne uczucie. Im większa jest zdolność rodziny do adaptacji, tym większa jest siła regeneracyjna (Zob. Cudak 2007, s. 16-18.).

Smykowska w swoim artykule „Rodzina wychowująca dziecko
z niepełnosprawnością” wymienia wiele czynników, które warunkują przeżycia emocjonalne rodziców dziecka niepełnosprawnego:

1. Konkretyzacja obrazu dziecka, które ma się narodzić;
2. Okres życia dziecka, w którym pojawiła się niepełnosprawność;
3. Wiedza rodziców na temat rozwoju niepełnosprawności i jej przyczyn;
4. Sposób w jaki rodzice dowiadują się o niepełnosprawności dziecka;
5. Rodzaj i stopień niepełnosprawności dziecka;
6. Widoczność niepełnosprawności;
7. Informowanie rodziców o niepełnosprawności dziecka;
8. Odniesienie niepełnosprawności dziecka do „ja”;
9. Miejsce przypisane dziecku w całokształcie planów życiowych rodziców.

Autorka jednocześnie stwierdza, że szybkie pogodzenie się z niepełnosprawności dziecka oraz pozbycie się mrzonek o cudownych sposobach leczenie i takich samych specjalistach sprawi, że rodzice zorganizują sobie życie tak, aby nie uległo rozpadowi (Zob. Smykowska 2010, s. 185-187.). Rodzice, którzy wykazują niezadowolenie, nie są szczęśliwi nie są zdolni dać dziecku oparcia, ani podjąć odpowiedniej troski. Naturalną reakcją rodziców na niepełnosprawność jest poszukiwanie przyczyn, a także informacji na temat poprawy stanu leczenia, terapii, edukacji. Rodzina powinna skorzystać z pomocy odpowiednich poradni i instytucji i skorzystać z tzw. programów wczesnej interwencji. Celem programów jest jak najszybsze wykrycie i skorygowanie zaburzeń występujących u dziecka, a także profilaktyka. Rodzinie należy zapewnić wsparcie psychoemocjonalne, informacyjne, profilaktyczno-wychowawcze i kompensacyjne. Wsparcie powinno być udzielane głównie w celu mobilizowania sił i wzmocnienia potencjału, aby rodzina była w stanie pokonać problemy i trudności wynikające z wychowania dziecka niepełnosprawnego. Rodzice wychowujący dziecko z zaburzeniami rozwoju przechodzą trudną drogę, od szoku do konstruktywnego przystosowania się do niepełnosprawności. Warto, aby pamiętali, że nie mogą wpadać w panikę i rozpacz, aby nie doszukiwali się czyjejś winy, aby kontaktowali się ze specjalistami i nawiązywali współpracę z organizacjami i stowarzyszeniami skupiającymi rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością (Zob. Smykowska 2010, s. 192-194.).

Wychowanie dziecka niepełnosprawnego nie powinno kojarzyć
się z cierpieniem, wstydem czy upokorzeniem. Dziecko niepełnosprawne, które jest od początku dobrze prowadzone może rozwijać się stosownie do swoich możliwości i potrzeb.

##  3.2.1 Rodzina a zagadnienie rewalidacji osób niepełnosprawnych

Sytuacja dziecka niepełnosprawnego w rodzinie jest inna niż dziecka pełnosprawnego. Wymaga mądrych i przemyślanych decyzji rewalidacyjnych. Rewalidacja daje poczucie wartości, umiejętność radzenia sobie ze sobą, z sytuacjami codziennymi, z reakcjami społeczeństwa. Im głębsze i cięższe upośledzenie, tym trudniejsze efekty wychowawcze. Szczegółowe metody i formy rewalidacji zależą od typu wady jaką dziecko posiada. Inne zadania i środki należy podejmować w przypadku dzieci upośledzonych umysłowo, inne w przypadku dzieci, u których stwierdzono uszkodzenie narządu ruchu. W przypadku jednych, jak i drugich duże uznanie zyskuje zasada aktywnego uczestnictwa rodziców w procesie rewalidacji. E Muszyńska stwierdza, że cele wychowania dzieci z odchyleniami od normy powinny zmierzać do:

1. *zapewnienia tym osobom optymalnego rozwoju intelektualnego, opanowania przez nich możliwości najwyższej, dostępnej im, rzetelnej wiedzy ogólnej;*
2. *ukształtowania u nich opartego na tej wiedzy, zróżnicowanej według odchyleń rozwojowych, naukowego poglądu na świat;*
3. *wychowania moralnego;*
4. *przygotowania do wykonywania dostępnej im, użytecznej pracy zawodowej;*
5. *wychowania kulturalno-estetycznego, pozwalającego tym osobom na dostępny im udział w życiu kulturalnym społeczeństwa;*
6. *wychowania fizycznego gwarantującego zdrowie, sprawność i siły potrzebne do realizacji powyższych zadań (*Muszyńska 1995, s. 5.).

Do realizacji tych celów rodzice muszą wziąć pod uwagę wiek dziecka i jego poziom niepełnosprawności.

Rewalidacja dziecka w rodzinie opiera się o kształtowanie osobowości dziecka. Podstawowym warunkiem właściwego przebiegu procesu rewalidacji jest akceptacja dziecka takim, jakie ono jest. Ważne jest, aby rodzina dostrzegała w dziecku to, co pozytywne. Wszelkie zabiegi rewalidacyjne powinny być prowadzone w sposób szczery, swobodny. Powinny zmierzać do kształtowania samodzielności, niezależności, stwarzać poczucie własnej wartości. Prawidłowa opieka rehabilitacyjna wymaga dokładnego poznania potrzeb i oczekiwań osób niepełnosprawnych. Nie należy zapominać o wspieraniu dziecka i nagradzaniu uśmiechem, pochwałą. Duże znaczenie ma również współpraca rodziców dziecka upośledzonego ze szkołą, do której uczęszcza dziecko. Wychowawcy, pedagodzy, logopedzi bez współpracy z rodziną dziecka nie osiągną założonych celów rewalidacyjnych.

Funkcja wychowawcza związana jest z funkcją terapeutyczną
i służy do optymalnego wspierania rozwoju dziecka. Celem tej funkcji jest usamodzielnienie dziecka niepełnosprawnego, rozwijanie zainteresowań, pozytywnych cech. W obszarze funkcji emocjonalnej dużą rolę odgrywają więzi uczuciowe między członkami rodziny, atmosfera życia rodzinnego, zaspokojenie potrzeb bezpieczeństwa i przynależność do wspólnoty rodziny. Niezmiernie ważnym elementem funkcji emocjonalnej jest uczucie miłości w rodzinie. *Miłość rodzicielska do dziecka niepełnosprawnego jest ważnym zadaniem i obowiązkiem rodziców. Ona nadaje kierunek w czynnościach opiekuńczych, wychowawczych, rehabilitacyjnych czy rewalidacyjnych, jednocześnie kształtuje stosunek do dziecka, rozwija więzi emocjonalne oraz przyczynia się do pełnej akceptacji dziecka z jego wadami, ułomnościami i niepełnosprawnością* (Cudak 2007, s. 30.). Każda postawa rodzicielska ma wpływ na sytuację życiową dziecka, na jego osobowość. Prawidłowe postawy rodziców warunkują pozytywne więzi emocjonalne dziecka z rodziną. Zakłócenia występujące w tych czynnikach nie wpływają pozytywnie na rozwój i osobowość dziecka (Zob. Cudak 2007, s. 32.). Zdaniem H. Borzyszkowskiej stosunek rodziców do dziecka może być:

- właściwy – rodzice zdają sobie sprawę z niepełnosprawności dziecka i stawiają mu wymagania dostosowane do jego możliwości, starają się go usamodzielnić i pomóc w przezwyciężaniu trudności;

- łagodny – rodzice uważają niepełnosprawność za wielka krzywdę, chcąc tę krzywdę wynagrodzić dziecku otaczają go zbyt troskliwą opieką, nie stawiając mu żadnych wymagań;

- surowy – rodzice nie chcą uznać, że dziecko jest niepełnosprawne, stawiają wymagania ponad jego siły;

- obojętny – rodzice są przekonani o upośledzeniu dziecka i nie interesują się jego rozwojem (Zob. Borzyszkowska, 1998). M. Ziemska wyróżnia dwie grupy postaw:

*1. Typy nieprawidłowych postaw:*

*- postawa odtrącająca,*

*- postawa unikająca,*

*- postawa zbyt wymagająca,*

*- postawa nadmiernie chroniąca;*

*2. Typy postaw prawidłowych:*

*- postawa akceptująca,*

*- postawa współdziałania,*

*- postawa uznawania praw dziecka,*

*- postawa rozumnej swobody* (Ziemska 1986, s. 36).

Wymienione postawy maja wpływ na rozwój dziecka niepełnosprawnego. Negatywne postawy rodziców (brak akceptacji, odrzucenie, faworyzowanie, chronienie przed wysiłkiem, stawianie zbyt wysokich wymagań, wrogie nastawienie) mogą rozwój zaburzyć. Opiekunowie, rodzice powinni dostosować wymagania do możliwości dziecka, zaakceptować go takim, jakie jest i pomóc w przezwyciężaniu trudności.

3.3 Pojęcie i rodzaje patologii

Zachowania patologiczne towarzyszą od zarania dziejów. W czasach starożytnych medycyna ściśle związana była z filozofią. Źródeł patologii nie trudno się nie doszukać w dziełach uczonych starożytnych. Hipokrates był pierwszym, który objaśniał mechanizm choroby i jej przyczyny. Lekarz starożytnej Grecji twierdził, że choroba powstaje w wyniku nieprawidłowego mieszania się czterech płynów ustrojowych: krwi, czarnej i żółtej żółci oraz śluzu. Właściwe mieszanie się tych płynów zapewnia zdrowie, a niewłaściwe –chorobę. Patologię jego nazwano humoralną. Odmienną teorię głosił Demokryt. Przyjmował koncepcję życia jako przejaw ruchu atomów, uważał, że choroba jest zakłóceniem tego ruchu. Teoria zakłada jedność świata organicznego
i nieorganicznego, złożonego z atomów, będących w ciągłym ruchu. Jego poglądy na istotę choroby nazwano patologią solidarną (Zob. Wróblewski, Miechowiecka 1993, s. 11-12.). Od zarania ludzie zabijali, okradali, spożywali alkohol, zażywali środki odurzające. Patologia z języka greckiego *pathos* – cierpienie i *logia* – przyrostek tworzący rzeczowniki oznaczające gałęzie nauki. Patologia to nauka skupiająca ogół chorób organizmów żywych, badająca ich przyczyny, mechanizmy i skutki (Zob. http:/wikipedia.org www3).

*Podstawowymi zadaniami patologii są: badania istoty choroby, przyczyn i warunków ich rozwoju oraz zejścia. (…) Rozwój patologii, zwłaszcza w XIX wieku, sprawił, że wyodrębniły się w niej dwa podstawowe działy: patofizjologia, czyli fizjologia patologiczna i anatomia patologiczna, zwana też patomorfologią* (Wróblewski, Miechnowiecka, 1993, s. 9).

Zjawisko patologiczne to odchylenie od normalności. W ostatnim czasie nastąpiły ogromne zmiany w ustroju i gospodarce państwa. Szybkość zmian odbija się w zachowaniu społeczeństwa. Zmienia się także system wartości społeczeństwa. Coraz rzadziej dziwią dysfunkcje rodziny (rozwody, przemoc, obniżenie aspiracji życiowych, upośledzenie zdrowotne, dewiacje seksualne), żebractwo, korupcja, handel dziećmi, kobietami; alkoholizm, narkomania, prostytucja (Zob. Podgórecki 1988, s. 94.).

W miarę rozwoju badań nad patologią powstały następujące działy:

*-* [histopatologia](http://pl.wikipedia.org/wiki/Histopatologia) *-* [immunopatologia](http://pl.wikipedia.org/wiki/Immunopatologia) *-* [logopatologia](http://pl.wikipedia.org/wiki/Logopatologia) *-* [neuropatologia](http://pl.wikipedia.org/wiki/Neuropatologia) *-* [osteopatologia](http://pl.wikipedia.org/wiki/Osteopatologia) *-* [psychopatologia](http://pl.wikipedia.org/wiki/Psychopatologia) *-* [patologia seksualna](http://pl.wikipedia.org/wiki/Zaburzenia_seksualne) *-* [patologia społeczna](http://pl.wikipedia.org/wiki/Dewiacja_spo%C5%82eczna) *-* [patofizjologia](http://pl.wikipedia.org/wiki/Fizjologia_patologiczna) *-* [patomorfologia](http://pl.wikipedia.org/wiki/Patomorfologia) *-* [patologia zwierząt](http://pl.wikipedia.org/wiki/Patologia_zwierz%C4%85t)

* + [anatomia patologiczna zwierząt](http://pl.wikipedia.org/wiki/Anatomia_patologiczna_zwierz%C4%85t)
	+ [histopatologia zwierząt](http://pl.wikipedia.org/wiki/Histopatologia_zwierz%C4%85t)
	+ [patofizjologia zwierząt](http://pl.wikipedia.org/wiki/Patofizjologia_zwierz%C4%85t)
	+ [patomorfologia zwierząt](http://pl.wikipedia.org/wiki/Patomorfologia_zwierz%C4%85t)(<http://wikipedia.org>, www4)

##

##  3.3.1 Rewalidacja osób z rodzin patologicznych

Przejawy patologii powodują najczęściej dysfunkcję rodziny. Dysfunkcja może obejmować kalectwo, choroby fizyczne, psychiczne, alkoholizm, dewiacje seksualne, prostytucję, narkomanię, bezrobocie, dojrzałość emocjonalna rodziców. zniechęcenie. W takich rodzinach rodzice rzadko dbają zaspokojenie potrzeb dziecka i dlatego dzieci z rodzin patologicznych ponoszą porażki na tle edukacyjnym , a także wykazują trudności wychowawcze. Z takich rodzin pochodzą przyszli uczestnicy sądowych postępowań opiekuńczych. Powstaje często trudny do zlikwidowania bądź nieodwracalny deficyt rozwojowy. Najważniejszym aspektem w życiu dziecka upośledzonego umysłowo jest zaspokojenie potrzeb fizycznych i psychicznych; jest to warunek jakiegokolwiek rozwoju. Osoby upośledzone potrzebują poczucia bezpieczeństwa oraz dużej stabilności w kontaktach uczuciowych. Z uczucia rodziców nabierają wiary we własne siły. Niekiedy bywa, że rodzina nie potrafi stworzyć dziecku optymalnych warunków rozwoju, a rodzice nie radzą sobie
z sytuacją. Rodziny patologiczne wychowujące dziecko niepełnosprawne potrzebują wsparcia w zakresie pomocy medycznej psychologiczno – pedagogicznej i socjalnej. Warto zaznaczyć, że rozeznanie rodziców
co do potrzeb dziecka niepełnosprawnego i możliwości rozwiązania problemów jest bardzo małe. W zakresie pomocy medycznej NFZ umożliwia objęcie dziecka niepełnosprawnego „pomocą wszechstronną” w skład której wchodzić może: pomoc lekarska, logopedyczna, rehabilitacyjna i psychologiczna. Oprócz tego rodziny patologiczne mogą liczyć na dofinansowanie przez NFZ do wysokospecjalistycznych usług (między innymi tzw. kąpiele perełkowe dla dzieci z porażeniem mózgowym). Specjalistyczną pomoc zapewniają również poradnie psychologiczno – pedagogiczne. Rodziny mogą liczyć na dostępność do szerokiej pomocy psychologa, pedagoga i logopedy. Na koniec należy dodać, że rodzinom patologicznym najczęściej zabierane są dzieci niepełnosprawne, gdyż nie maja one żadnych szans rozwoju. Dziecko trafia do zakładu opieki społecznej gdzie ma zapewniona podstawową opiekę pielęgnacyjną i minimum rehabilitacyjne (Zob. Kościelska 1995 s.12-20).

Zakończenie

Po lekturze naszej pracy jest się bogatszym o pewien zakres wiedzy. W sposób systematyczny przedstawiłyśmy zarys samego pojęcia oraz zjawiska niepełnosprawności. Zaczęłyśmy od próby zdefiniowania, czym ona w ogóle jest i kogo dotyczy. Pierwszym, na co się natknęłyśmy, była mnogość definicji i podziałów. Postanowiłyśmy bardziej szczegółowo przedstawić te najbardziej rozpowszechnione i uznane. Mały rys historyczny, który przedstawiłyśmy uzmysłowił również, że oprócz samego pojęcia niepełnosprawności, czy upośledzenia również dzieje badań i traktowania jego jako choroby są stosunkowo krótkie. Ukazanie zarysu rewalidacji niepełnosprawności umysłowej w Polsce miało głównie na celu przybliżenie mechanizmów i rozwiązań oraz ich rozwoju na przełomie lat. Rozdział trzeci mówi o tym , iż naturalnym miejscem wychowania dziecka jest rodzina. Tym bardziej dziecka upośledzonego. Zagadnieniu rodziny poświęciłyśmy część pracy. Był to zabieg celowy, który miał na celu ukazanie specyfiki najmniejszej komórki społecznej oraz naświetlenie założeń dotyczących rewalidacji dzieci niepełnosprawnych umysłowo zarówno w rodzinach pozytywnych, jak i negatywnych (patologicznych). Dzięki temu wiadomo, na jakie zagrożenia narażone jest dziecko przebywające w rodzinie patologicznej oraz jakie działania mogą być podjęte przez rodzinę „pozytywną”.

Bibliografia

1. Borzyszkowska (1998): *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa.
2. Cudak S. (2001): *Socjologia i wychowanie we współczesnych rodzinach polskich*, Piotrków Trybunalski.
3. Cudak S. (2007): *Wychowanie i emocjonalne funkcjonowanie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym*, Łódź.
4. Dąbrowska Z. (2005): *Czym się charakteryzują współczesne małżeństwa w Polsce?,* „Małżeństwo i rodzina”, Nr 4.
5. Doroszewska J. (1981): Pedagogika specjalna, Wrocław.
6. Dz.U. z 2003 r. Nr 6, poz. 65: *Ustawa z dnia 20 grudnia 2002 r. o zmianie ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu oraz ustawy o systemie oświaty*
7. Dziedzic S. (1988): *Rewalidacja upośledzonych umysłowo* [w:] Hulek A. [red.], *Pedagogika rewalidacyjna,* Warszawa.
8. Gębuś D. (2010): *Mama, tata, dziecko? Przemiana ról małżeńskich i rodzicielskich we współczesnych rodzinach*, [w:] Janicka I. [red.], *Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych*, Kraków.
9. Hulek A. (1969): *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*, Warszawa.
10. Hulek A. (1984): *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa.
11. Hulek A. (1989): *Rewalidacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w rodzinie*, Warszawa.
12. Kamiński A. (1982*): Funkcje pedagogiki społecznej*, Warszawa.
13. Kościelak R. (1996): *Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo*, Warszawa.
14. Kossakowski Cz. (1980): *Społeczne przystosowanie dziecka lekko upośledzonego umysłowo,* Toruń.
15. Lewicki A. (1969): *Psychologia kliniczna*, Warszawa.
16. MEN (2002): *O kształceniu uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi,* Materiały MEN, Warszawa.
17. Muszyńska E. (1995): *Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych,* [w:] Obuchowska I., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa.
18. Okoń W. (2001): *Słownik pedagogiczny*, Warszawa.
19. Piotrowicz R.J. (2008): *Opóźnienie rozwoju psychoruchowego – niedorozwój umysłowy – upośledzenie umysłowe – norma? Problemy diagnozy i wspomagania rozwoju dziecka*, [w:] Gorajewska D. [red.], *Wsparcie dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie i szkole*, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa.
20. Podgórecki A. (1988): *Patologia procesów społecznych* [w:] Hulek A., *Pedagogika rewalidacyjna,* Warszawa.
21. Sękowska Z. (1982): Pedagogika specjalna: zarys. PWN, Warszawa.
22. Sękowska Z. (1985): *Pedagogika niewidomych*, Warszawa.
23. Smykowska D. (2010): *Rodzina wychowująca dziecko z niepełno-sprawnością* [w:] Janicka I. [red.], *Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych*, Kraków.
24. Twardowski A. (1995): *Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych* [w:] Obuchowska I., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa.
25. .Tyszkowa M. (1985): *Rozwój dziecka w rodzinie i poza rodziną*, Poznań.
26. Wójtowicz E. (1998): *Jak pomóc dzieciom, którym trudno się uczyć?*, „Życie Szkoły”, Nr 3.
27. Wróblewski T., Miechowiecka N. ( 1993): *Patologia,* Warszawa.
28. Wyczesany J. (1998): *Oligofrenopedagogika*, Warszawa.
29. Wyczesany J. (1999): *Pedagogika upośledzonych umysłowo,*  Warszawa.
30. Ziemska M. (1986): *Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka,* [w:] Ziemska M., *Rodzina i dziecko*, Warszawa.

# Źródła internetowe:

1. <http://onet.pl> (www1): [http://portalwiedzy.onet.pl/4869,4291,1211606,1,czasopisma.html](http://portalwiedzy.onet.pl/4869%2C4291%2C1211606%2C1%2Cczasopisma.html)

.

1. http://www.unic.un.org.pl ( www1): <http://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnosc/definicja.php>

<http://www.portalmed.pl> (www1): http://[stary1.portalmed.pl/finn2/klasyfikacje/index.stm?klas=icd10](http://stary1.portalmed.pl/finn2/klasyfikacje/index.stm?klas=icd10)

<http://www.psychnetuk.com> (www1): <http://www.psychnetuk.com/dsm_iv/_misc/complete_tables.htm>,

<http://wikipedia.org> (www2): <http://pl.wikipedia.org/wiki/%C5%9Awiatowa_Organizacja_Zdrowia>

1. http:/wikipedia.org (www3) :

http://pl.wikipedia. org/wiki/Patologia

1. <http://wikipedia.org> (www4):

<http://pl.wikipedia.org/wiki/Patologia>

1. http://[www.psych.org](http://www.psych.org) (www1):

<http://www.psych.org>

25.07.2011, godz. 15:16.

1. Termin *niepełnosprawność* pojawił się dopiero w XVIII w. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. Obowiązującą od 1 stycznia 2000 r. [↑](#footnote-ref-3)
4. Opracowane na podstawie danych DSM IV [źródło: Internet; Wikipedia
oraz Strona domowa DSM: http://www.psych.org/] [↑](#footnote-ref-4)
5. Pierwszy zapis dotyczy klasyfikacji DSM IV, ostatni natomiast ICD-10. [↑](#footnote-ref-5)