



SPOŁECZEŃSTWO
EDUKACJA
JĘZYK

Tom 14/2/2021, ss. 185-197
ISSN 2353-1266
e-ISSN 2449-7983
DOI: 10.19251/sej/2021.14.2(14)
www.sej.mazowiecka.edu.pl

Dagna Czerwonka
Kolegium Jagiellońskie
Toruńska Szkoła Wyższa w Toruniu

ISTOTA I ZNACZENIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA

THE ESSENCE AND IMPORTANCE OF EARLY SUPPORT
FOR CHILD DEVELOPMENT

Abstrakt

Prezentowany artykuł wyjaśnia kwestie terminologiczne dotyczące wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka. Autorka przedstawia zasady i sposoby organizowania WWR skierowanych do dzieci i ich rodzin. Jednym istotnych zagadnień poruszanych w tekście jest osoba terapeuty (jego kompetencje, pożądane cechy) oraz działalność związana z tworzeniem przestrzeni do pracy z najmłodszymi uczestnikami procesu terapeutycznego. Celem artykułu było ukazanie jak ważna jest efektywna praca specjalistów oraz odpowiednie przygotowanie rodziców podczas procesu wspierania

Abstract

The presented article explains the terminological issues related to early child development support. The author presents the principles and methods of organizing WWR aimed at children and their families. One of the important issues raised in the text is the person of the therapist (his competences, desired features) and activities related to creating a space to work with the youngest participants in the therapeutic process. The aim of the article was to show the importance of effective work of specialists and proper preparation of parents in the process of supporting

dziecka w codziennym pokonywaniu trudności i barier.

the child in overcoming difficulties and barriers every day.

SŁOWA KLUCZOWE

wczesne wspomaganie rozwoju, terapia, terapeuta.

KEYWORDS

early child development support, therapy, therapist.

1. Wprowadzenie

„Gdy dziecko się urodzi, dorośli z lękiem oglądają, czy wszystko jest w porządku. Wielokrotnie liczą dziecięce paluszki i łańki na nóżkach. (...) Kiedy coś budzi niepokój, natychmiast konsultują ze specjalistami. Jest to mądre, bo nie ma wątpliwości, że wczesna interwencja wiele może poprawić. (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 2004, 7)”.

Janusz Korczak, wybitny pedagog, lekarz, wychowawca, opiekun pisał *Kiedy śmieje się dziecko, śmieje się cały świat*. Był prekursorem walki o prawa dziecka. Uważał, że dzieci mają prawo do szacunku, mają prawo do tego, aby nie były lekceważone i mają prawo tego wymagać od dorosłych. Jego zdaniem te najmłodsze istoty powinny zajmować ważne miejsce w rodzinie i w społeczeństwie. Od dorosłych wymagał stworzenie odpowiednich warunków dla dziecka, aby mogło się jak najlepiej rozwijać (Korczak 1983).

Pierwsze lata życia dziecka są szczególnie istotne dla jego wszechstronnego rozwoju. W sytuacji, gdy dziecko jest zagrożone niepełnosprawnością lub jest ona już stwierdzona, należy podjąć wszelkie działania, które pomogą mu pokonać trudności jakie napotyka oraz stworzenie warunków aby mogło aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym (Piaget 2006).

Badania polskie jak i te prowadzone na świecie ukazują, że około 1,8% noworodków stanowi grupę ryzyka okołoporodowego z powodu nieprawidłowego przebiegu ciąży, powikłanego porodu bądź niskiej wagi urodzeniowej (Serafin 2005, s. 3).

Niepełnosprawność stanowi wielopłaszczyznowy problemem społeczny, który istotnie wpływa na funkcjonowanie dotkniętych nią osób zarówno w aspekcie jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym.

Zagrożone niepełnosprawnością stanowią dzieci u których występowały nieprawidłowości w okresie: prenatalnym, okołoporodowym, postnatalnym.

W prawie oświatowym mianem ucznia niepełnosprawnego określa się dziecko, które wymaga specjalnej organizacji nauki i metod pracy. Obwieszczenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 lipca 2020 roku określa warunki organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego:

1. „niepełnosprawnych: niesłyszących, słabosłyszących, niewidomych, słabowidzących, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym, z autyzmem,

w tym z zespołem Aspergera, i z niepełnosprawnościami sprzężonymi, zwanych dalej „uczniami niepełnosprawnymi”,

2. niedostosowanych społecznie, zwanych dalej „uczniami niedostosowanymi społecznie”,
3. zagrożonych niedostosowaniem społecznym, zwanych dalej „uczniami zagrożonymi niedostosowaniem społecznym” – wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy¹”.

Dlaczego powinniśmy jak najwcześniej stymulować rozwój dzieci? Przemawia za tym wiele faktów, takich jak: (Stefańska-Klar 1997, s.11-13):

1. we wczesnym okresie rozwoju mózg ma wyjątkowo dużą plastyczność, więc ma większą podatność na bodźce prowadzące do zmiany;
2. u dzieci z zaburzeniami o postępującym przebiegu możliwe jest zahamowanie, a czasami nawet całkowite zatrzymanie kolejnych niekorzystnych zmian;
3. małe dzieci są bardziej podatne na przygotowane programy rehabilitacyjne przez zespół specjalistów oraz czynią szybsze postępy;
4. dzieci zdecydowanie łatwiej niż osoby dorosłe generalizują wypracowane przez siebie umiejętności i nawyki;
5. wczesne wspomaganie stanowi szansę na osiągnięcie umiejętności, których dziecko nie osiągnęłoby bez pomocy;
6. rodzice małych dzieci są bardziej zaangażowani we współpracę ze specjalistami, chętniej biorą udział w terapii dziecka niż opiekunowie starszych pociech.

Zdaniem D. Podgórskiej - Jachnik podjęcie wczesnego wspomaganie rozwoju jest dla praktyki edukacyjnej jak i rozwoju pedagogii specjalnej istotne, gdyż:

1. „Wczesna stymulacja na miarę potrzeb dziecka jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju, gdyż skutki deprivacji lub nieadekwatnej stymulacji mogą dać o sobie znać w formie późniejszych dysfunkcji; jeśli chcemy optymalizować skalę wykorzystania indywidualnych zasobów dzieci, konieczne jest przesuwanie uwagi na coraz wcześniejszy wiek rozwojowy.
2. Wczesne oddziaływania kryją w sobie potencjał usprawniający i kompensacyjny, istotny z punktu widzenia profilaktyki zaburzeń rozwojowych (szczególnie wtórnych) w przypadku niepełnosprawności lub zagrożenia niepełnosprawnością” (Podgórska-Jachnik 2009, s. 94).

Im wcześniej zostanie postawiona diagnoza i wdrożone zostaną działania stymulujące oraz wspomagające rozwój dziecka, tym lepsze będą dla niego rokowania a także zwiększa szanse na jego optymalne funkcjonowanie.

¹ Obwieszczenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 lipca 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z dnia 28 lipca 2020 r, poz. 1309).

2. Pojęcie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

Według A. Twardowskiego „wczesne wspomaganie rozwoju jest procesem planowych i systematycznych oddziaływań mających na celu ukształtowanie takich wzorców interakcji między opiekunami a dzieckiem, które najbardziej sprzyjają usprawnianiu jego funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego. Oddziaływania prowadzone są przez zespół specjalistów w ścisłej współpracy z rodziną” (2012, s.131).

Analizując przytoczoną definicję należy zwrócić uwagę na adresatów do których jest skierowane wczesne wspomaganie rozwoju. Pierwszą grupę stanowią dzieci, które urodziły się niepełnosprawne (np.: z wadami genetycznymi, wadami narządów zmysłów itp.). Drugą grupą są dzieci, które urodziły się zdrowe jednak ich rozwój uległ zmianie na skutek urazu lub szkodliwego czynnika. Kolejną grupę stanowią dzieci zagrożone niepełnosprawnością z powodu opóźnień lub zaburzeń rozwoju w jednej lub kilku sferach. Ostatnia wyodrębniona grupa to dzieci zagrożone niepełnosprawnością z powodu nieprawidłowego przebiegu ciąży, komplikacji podczas porodu lub szkodliwych warunków środowiskowych (Twardowski 2012).

Samo słowo wspomagać oznacza być obok, proponować, być wrażliwym i czułym na sygnały jakie wysyła dziecko. To również zdobywać, rozwijać się, kreować, budować otoczenie dziecka (Wiśniewska 2008).

I. Obuchowska (1997) uważa, że wspomaganie to przede wszystkim wzmocnienie tego, co jest korzystne a także stanowi poszukiwanie nowych możliwości i włączanie ich w już istniejące.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka może obejmować działania, które są ukierunkowane na (Rafał-Łuniewska 2011):

1. rozwój motoryczny,
2. rozwój mowy i języka,
3. orientację i poruszanie się w przestrzeni,
4. stymulację polisensoryczną
5. umiejętności samoobsługowe,
6. usprawnianie widzenia i słyszenia
7. komunikację z otoczeniem.

Dzieci z zaburzeniami rozwojowymi prezentują bardzo zróżnicowane możliwości funkcjonowania w poszczególnych sferach życia. Każde jest odrębną indywidualnością, posiadającą specyficzne cechy charakteru, osobowości, określony potencjał rozwojowy, mocne oraz słabe strony.

Reasumując wczesne wspomaganie rozwoju stanowi wielospecjalistyczne i kompleksowe oddziaływanie psychopedagogiczne, które ma na celu stymulowanie funkcji odpowiedzialnych za rozwój psychomotoryczny, emocjonalny, społeczny a także usprawnia komunikację małego dziecka. To również wsparcie udzielane rodzinie w nabywaniu umiejętności postępowania z dzieckiem.

Należy podkreślić, że WWR stanowi bezpłatną, kompleksową pomoc skierowaną do najmłodszych dzieci z niepełnosprawnością realizowaną w systemie edukacji.

3. Podstawy organizacji wczesnego wspomaganie i wsparcia rozwoju małego dziecka

Warunki oraz sposoby organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka zostały szczegółowo określone w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci oraz rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określania szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli nie mających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli².

Według powyższych rozporządzeń celem zajęć, o których mowa, jest „*pobudzenie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole*”.

Zajęcia z wczesnego wspomaganie mogą być organizowane w domu rodzinnym dziecka, w przedszkolu i szkole podstawowej, a także placówkach specjalnych oraz publicznej i niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej oraz poradni specjalistycznej pod warunkiem, że dana placówka posiada odpowiednie środki dydaktyczne i specjalistyczny sprzętem.

Bardzo ważne miejsce w procesie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju zajmuje zespół, w skład którego wchodzi specjaliści posiadający odpowiednie kwalifikacje (Abramowska, 2009):

1. pedagog – (w szczególności: oligofrenopedagog, tyflopodagog lub surdopedagog); podczas zajęć z dzieckiem ćwiczy pożądane umiejętności z zakresu motoryki małej, motoryki dużej, komunikacji, koordynacji bądź czynności poznawczych.
2. psycholog – dokonuje oceny rozwoju psychicznego, a także analizuje stan emocjonalny i społeczny dziecka oraz jego możliwości intelektualne. Jest osobą, która oferuje wsparcie rodzinie dziecka, poprzez konsultacje i rozmowy.
3. Lekarz - stanowi źródło wiedzy na temat diagnoz medycznych. Wśród lekarzy najczęściej wyróżnić można: pediatrę, neurologa, psychiatrę dziecięcą, rehabilitacji ruchowej. W zależności od potrzeb dziecka konsultację udzielane są również przez m.in. kardiologa, laryngologa, audiologa, okulistę.
4. logopeda/neurologopeda - dokonuje oceny czynności fizjologicznych (ssanie, polykanie, itp.), aparatu mowy oraz rozwoju komunikacji.
5. Fizjoterapeuta- odpowiedzialny jest za rozwój motoryczny dziecka w szczególności zwraca uwagę na utrwalanie prawidłowych wzorców ruchu. Zadaniem fizjoterapeuty jest również wsparcie rodziny w odpowiedniej pielęgnacji dziecka, zapewniając instruktaż i pomoc przy doborze sprzętu rehabilitacyjnego.

² Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 19 kwietnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określania szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli, Dz. U., poz. 426

6. inni specjaliści - w zależności od potrzeb dziecka i jego rodziny.

Do zadań zespołu w myśl rozporządzenia należy przede wszystkim³:

1. opracowanie na podstawie opinii i możliwości psychofizycznych dziecka harmonogramu jego wspomagania i wsparcia;
2. nawiązanie współpracy z placówkami medycznymi lub ośrodkami pomocowymi, które mogą podjąć rehabilitację, terapię lub inne formy wsparcia dziecka,
3. przygotowanie i realizowanie indywidualnego programu wczesnego wspomagania, z uwzględnieniem działań wspomagających rodzinę dziecka w zakresie realizacji przygotowanego wcześniej programu,
4. analizowanie i ewaluacja skuteczności podjętych działań pomocowych oraz wprowadzanie zmian w indywidualnym programie wczesnego wspomagania adekwatnie do potrzeb dziecka i jego najbliższych,

Zajęcia o charakterze wczesnego wspomagania organizuje się w wymiarze od czterech do ośmiu godzin w miesiącu. Jednak w przypadkach uzasadnionych potrzeb dziecka i jego rodziny, przede wszystkim za zgodą organu prowadzącego, miesięczny wymiar godzin zajęć w ramach wczesnego wspomagania może być wyższy niż określony określa ustawa. Zajęcia mają charakter indywidualny, skierowane są do dziecka i jego rodziny.

Współpraca zespołu terapeutycznego z rodziną jest istotnym elementem całego procesu wczesnego wspomagania. Zespół współpracuje z rodziną dziecka poprzez:

1. udzielanie pomocy w zakresie kształtowania postaw i zachowań pożądanых w kontaktach z dzieckiem;
2. kształtowanie prawidłowej więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dzieckiem,
3. udzielanie wskazówek/instruktażu, porad oraz prowadzenie konsultacji w zakresie pracy z dzieckiem;
4. pomoc w przystosowaniu warunków w środowisku domowym do potrzeb i możliwości dziecka.

Terapeuci podczas organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dziecka wykorzystują wiele współczesnych metod. (Skłabania, Lewandowska-Kidoń 2019).

Do najczęściej stosowanych można wymienić:

1. metoda NDT Bobach – jest to metoda usprawniania ruchowego, której celem jest osiągnięcie przez pacjenta jak największej niezależności. Opracowana koncepcja Bobath stosowana jest u niemowląt, dzieci oraz dorosłych. Autorami tej metody są Czesi: neurolog Karel Bobath i fizjoterapeutka Berta Bobath (Gasińska, Gazurek 2001).
2. metoda M.CH. Knillów - wykorzystywana jest przede wszystkim do pracy z jednostkami, które niezależnie od wieku i przyczyn zaburzeń mają trudności z nawiązywaniem kontaktu z najbliższym otoczeniem. Praca tą metodą polega na poznawaniu i doświadczaniu przez dziecko różnych rodzajów aktywności np.: kołysanie, wymachiwanie rękoma, pocieranie dłoni, zaciskanie i otwieranie dło-

³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci, Dz.U. 2017 poz. 1635

ni i dostosowanie tych ruchów do akompaniamentu z taśmy magnetofonowej (Knill 1995).

3. metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne – głównym założeniem tej metody, jest rozwijanie przez ruch świadomości własnego ciała, przestrzeni i działania w niej a także nawiązywania bliskiego kontaktu z innymi ludźmi. Metoda Ruchu Rozwijającego została stworzona przez angielską nauczycielkę tańca i ruchu Weronikę Sherborne. (Bogdanowicz, Kisiel 1994, s. 36-38).
4. metoda Integracji Sensorycznej - twórcą teorii Integracji Sensorycznej jest psycholog i terapeutka zajęciowa A. Jean. Terapia SI stanowi stymulację zmysłu równowagi podczas stosowania różnorodnych zabaw prowadzonych na sprzęcie podwieszanym np.: huśtawki, platformy, trapezy, drabinki, walce (Bogdanowicz 1997).
5. metoda Dobrego Startu została opracowana przez Martę Bogdanowicz. Skierowana jest do dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym oraz dla dzieci starszych, których rozwój psychoruchowy przebiega wolniej lub nieharmonijnie. Metoda ma na celu rozwijanie funkcji wzrokowych, słuchowych, językowych, dotykowo-kinestetycznych i motorycznych (Bogdanowicz 2004).
6. arteterapia- definiowana jest jako: „*układ poglądów i czynności ukierunkowanych na utrzymanie i /lub podnoszenie poziomu jakości życia ludzi przy pomocy szeroko rozumianych dzieł sztuki i uprawiania sztuki* (Kulczycki 1990)”. Podczas zajęć z arteterapii można posługiwać się formami: plastycznymi, muzycznymi, literackimi, teatralnymi.
7. animalterapia - czyli terapia z wykorzystaniem zwierząt ma charakter terapii kontaktowej. Najczęściej wykorzystywane w tym celu są konie (hipoterapia), psy (dogoterapia lub kynoterapia), koty (felinoterapia) i delfiny (delfinoterapia).

4. Z praktyki codziennej, czyli gabinet terapeuty

Właściwe zaaranżowanie przestrzeni wokół dziecka stanowi klucz do jego rozwoju, nauki i zdobywania nowych umiejętności. Wnętrze gabinetu powinno być przyjazne dziecku, ale większość pomocy terapeutycznych dobrze jest umieścić w szafie, aby nie rozpraszały uwagi dziecka.

Gabinet/klasa do zajęć z dzieckiem powinien być przestrzenią stałą i znaną dzieciom, w której będą czuły się jak gospodarze a nie goście. Poczucie bezpiecznego miejsca pozwoli na efektywną pracę (Adrjanek, Bogdanowicz 2004, s.194-195).

„Miejsce jest zawsze nacechowane emocjonalnie, a jego aranżacja nie tylko buduje atmosferę, ale też pozwala na zaspokojenie potrzeb dziecka -estetycznych, bezpieczeństwa, przynależności czy działania” (Skałbani, Lewandowska-Kidoń 2019, s. 105).

Autorka artykułu pracując na co dzień z dziećmi niepełnosprawnymi wie jak ważne jest miejsce w którym prowadzimy różnego rodzaju terapie. Tworząc przyjazną dzieciom przestrzeń, jako terapeuta uważam, że powinniśmy pamiętać aby:

1. Lokalizacja klasy/gabinetu powinna być z dala od niepotrzebnych bodźców, przede wszystkim z dala od ruchliwych ulic, skrzyżowań. Hałas, który dociera do sali w której prowadzona jest terapia często może stanowić dużym problemem.
2. Okno powinno być odpowiednio dostosowane. Nie może być duże, rozpraszające, wpuszczające dużą ilość światła,
3. Ponieważ dzieci są bardzo często przestymulowane wzrokowo nie należy stosować zbyt dużej ilości kolorów. Dlatego najlepsze są pastelowe kolory ścian i mebli,
4. Dobrze jeśli podłogi są dostosowane do rodzaju zajęć i prowadzonych w nich terapii. Warto odpowiedzieć na pytania: Kto będzie korzystał z pokoju/sali/gabinetu? czy dzieci będą na podłodze leżały, skakały, biegały, czy tylko po niej chodziły czy na niej siedziały?
5. Mebelki i dodatki oraz inne elementy wystroju powinny być proste, bez zbędnych szczegółów oraz bezpieczne dla dziecka,
6. Można zapewnić dziecku dodatkową stymulację, np. zabawki dźwiękowe, lampki pobudzające zmysły, jednak należy pamiętać o kontrolowaniu dawki dostarczanych bodźców),
7. W sali warto zaaranżować kącik sensoryczny, może to być nawet pudełko z różnymi dotykowymi bibelotami – gąbkami, piórkami, szczotkami, masażerkami, gniotkami, glutkami,
8. Żeby stymulować układ równowagi dzieci można w gabinecie umieścić worki do bujania, hamaczki lub bocianie gniazda.

Gabinet, który stanowi przestrzeń dla rozwoju dziecka powinien być wyposażony również w odpowiednie pomoce terapeutyczne, które nie tylko stymulują zmysły, ale również umożliwiają dzieciom naukę podstawowych czynności i samoobsługi.

Sala do integracji sensorycznej powinna być wyposażona w podstawowy sprzęt taki jak: deskorolka terapeutyczna „Pełzak”, huśtawka terapeutyczna „Gniazdo”, huśtawka wałek, hamak terapeutyczny, piłki sensoryczne, platforma podwieszana, kołyski, deska rotacyjna, maglownica, zjeżdżalnia, podest wielofunkcyjny „schody”, różnego rodzaju piłki do ćwiczeń, drabinka gimnastyczna, ławki, taśmy rehabilitacyjne, pufy, produkty , obciążeniowe, ciężkie piłki, ciężarki, rozciągliwe worki do zabaw ruchowych (Ayres 1991).

Aby skutecznie rozwijać zmysły dzieci warto stworzyć salę doświadczania świata czyli specjalnie wyodrębnione pomieszczenie, wyposażone w urządzenia stymulujące rozwój zmysłów. Powinno być to miejsce bezpieczne a podstawowe zmysły są pobudzane muzyką, efektami świetlnymi i łagodnymi wibracjami (Bera 2020).

Dla dzieci z trudnościami wyrażania emocji warto przygotować np.: kącik emocji, który ułatwiać zarówno wyrażanie własnych uczuć jak ich rozpoznawanie. Poduszki, maty, piłki, gniotki, plastikowa osłona z bąbelkami powietrza, gazeta, buźki z emocjami, maskotki stanowią nieodzowny element kącika emocji.

Kolejną propozycją jest stworzenie gabinetu terapeutycznym w którym można m.in. usprawniać percepcję wzrokową oraz koordynację wzrokowo-ruchową. Do naj-

częstszych pomocy dydaktycznych wykorzystywanych przez terapeutów należą: obrazki i ich cienie, puzzle z pocztówek, memory, figury wycięte z kolorowego papieru (do układania tangramów i mozaiki), domina obrazkowe, zabawki do ćwiczeń orientacji przestrzennej, zabawy w przerysowywanie prostych obrazków i wiele innych.

Oczywiście gabinet to nie tylko meble, zabawki, sprzęt, pomoce dydaktyczne ale przede wszystkim osoby dla których jest stworzony oraz terapeutów, specjalistów udzielających wsparcia dla dzieci i ich rodzin.

Każdy terapeuta powinien zdawać sobie sprawę jak wielkie są oczekiwania rodziców względem jego pracy. Tak naprawdę każda rodzina jest inna, wynika to z jej struktury, statusu społecznego, a także w warunkach w jakich żyje, dlatego specjalista od wczesnego wspomaganie rozwoju małego dziecka nie może rodziny traktować schematycznie.

Terapeuta powinien być kompetentny w wielu dziedzinach takich jak: psychologia, pedagogika, socjologia.

Zadaniem W. Strykowskiego lista kompetencji współczesnego nauczyciela wciąż jest otwarta, natomiast sam autor wskazuje poniższą listę, która również może dotyczyć terapeutów, pedagogów (Strykowski 2003, s. 23):

1. Kompetencje merytoryczne – charakteryzują nauczyciela, który obszernie opowiadał oraz zrozumiał treści nauczania w ramach swojej specjalności. Potrafi również aktualizować swoją wiedzę poprzez samodoskonalenie.
2. Kompetencje psychologiczno-pedagogiczne – zdaniem autora nauczyciel powinien posiadać obszerną wiedzę z zakresu psychologii i pedagogiki dzięki zdobytej wiedzy prawidłowo organizuje proces nauczania i wychowania.
3. Kompetencje diagnostyczne – aby nauczyciel mógł wspomagać swoich uczniów powinien wcześniej możliwie dobrze ich poznać a także ich środowisko społeczno-wychowawcze w którym przebywa.
4. Kompetencje w dziedzinie planowania i projektowania – są to umiejętności które pozwalają nauczycielowi tworzenie scenariuszy lekcji, programów wychowawczych, programów nauczania, testów i innych narzędzi do mierzenia osiągnięć uczniów.
5. Kompetencje dydaktyczno-metodyczne – związane z metodami realizacji procesu kształcenia.
6. Kompetencje komunikacyjne - to wiedza na temat procesu komunikowania,
7. Kompetencje medialne i techniczne – umiejętność obsługi urządzeń medialnych
8. Kompetencje związane z kontrolą i oceną osiągnięć oraz jakościowym pomiarem pracy szkoły.
9. Kompetencje dotyczące projektowania i oceny programów oraz podręczników szkolnych.
10. Kompetencje autoedukacyjne - związane z rozwojem zawodowym.

W. Strykowski podkreśla, że lista wymienionych kompetencji nie jest jedyna ani wyczerpująca, może być i powinna być modyfikowana i ciągle ulepszana.

Osoba pracująca z rodziną umie organizować sobie pracę oraz dokonuje wnikliwych i trafnych diagnoz a także wykazuje się systematyczną ewaluacją swojej pracy.

Również nie wolno zapominać o mowie ciała terapeuty, która jest narzędziem umożliwiającym nawiązanie pozytywnego kontaktu z dzieckiem i niezbędnym warunkiem efektywnej pracy. Sama fachowa wiedza, umiejętności metodyczne nie wystarczy aby osiągać imponujące i efekty terapeutyczne (Kielin, 2004).

Terapeuta powinien pracować z rodzicami bez względu na to jaką postawę przyjmują i powinien umieć wybrać takie sposoby pracy, które są odpowiednie dla określonego typu postaw rodziców (Babiuch, 2002).

Kontakt z rodzicami powinien być jak najbardziej naturalny lecz warsztat pracy terapeuty oparty na wiedzy fachowej, której najczęściej rodzicom brakuje z przyczyn oczywistych, powinien znajdować się poza sferą obserwacji rodziców.

Dobry terapeuta to także przewodnik, który potrafi oddzielić swoje problemy, negatywne odczucia i nie przenosić ich na relacje z rodzicami i dzieckiem. Powinien również legitymować się taktem pedagogicznym, o którym pisze B. Śliwierski: „takt jest przejawem troski, wrażliwości, wnikliwości, dyskrecji, rozumienia innego, roztropności, rozsądku, rozwagi, sprzeczości, dobroci, skłonności do obdarowywania łaskawością innych, liczenia się z innymi, ostrożności, uważności czy troskliwości wobec nich. Takt pedagogiczny jest nie tylko spoglądaniem w biografię dziecka, otwarciem się na jego doświadczenia, indywidualność, ale i delikatnym wpływem, który jest sytuacyjną ufnością i zaimprovizowanym wizerunkiem. Poprzez takt pedagog ochrania przestrzeń dziecka, chroni to, co jest zagrożone, zapobiega bólowi, scala to, co podzielone, umacnia dobre, uwydatnia unikatowe, wzmacnia rozwój osobowy i zdolność dziecka do uczenia się. Takt może być pośredniczony przez mowę, ale i poprzez ciszę, poprzez oczy, gest, klimat w klasie szkolnej i każdego spotkania, poprzez przykład osobisty. Jest zatem podstawowym składnikiem i warunkiem kultury pedagogicznej” (Śliwierski 2010, s. 25-26).

Podsumowując dotychczasowe rozważania śmiało można stwierdzić, że stworzenie optymalnych warunków wszechstronnego rozwoju małego dziecka nie należy do najłatwiejszych rzeczy. Wymaga dużego zaangażowania ze strony zarówno rodziców jak i zespołu specjalistów. Współpraca pomiędzy dzieckiem-terapeutą i rodzicami stanowi klucz do sukcesu. W przypadku kiedy terapia realizowana jest z dala od środowiska rodzinnego, należy zwrócić szczególną uwagę na organizację przestrzeni w gabinecie/sali terapeutycznej, która powinna być przyjazna dziecku.

Podsumowanie:

Wczesne wspomaganie rozwoju jest interdyscyplinarnym podejściem, które pozwala na objęcie specjalistyczną opieką zarówno dziecka, jak i jego rodziny już od momentu wykrycia pierwszych niepokojących objawów.

To właśnie wczesna terapia jakichkolwiek zaburzeń stwarza szanse na lepszy rozwój dziecka, tym samym umożliwia osiągnięcie określonych rodzajów dojrzałości: fizycznych, poznawczych, emocjonalnych.

Im wcześniej dziecko poddamy stymulacji tym większa szansa na osiągnięcie przez nie większej samodzielności oraz poprawy jakości życia w późniejszym okresie. (Głuźniewicz, Strzelczyk 2006, s. 6).

Wczesne Wspomaganie Rozwoju Dziecka to przede wszystkim pomoc i wsparcie udzielane rodzinom z dzieckiem niepełnosprawnym w zakresie realizacji opracowanego przez specjalistów programu terapeutycznego.

Wsparcie rodziny i dziecka jest niezwykle ważne, ponieważ dzięki działaniom zespołu terapeutycznego:

1. zmniejsza się ryzyko wystąpienia opóźnień rozwojowych dziecka;
2. zapobiega pogłębianiu wad;
3. zmniejsza skutki uboczne dysfunkcji dziecka;
4. dostarcza informacji z zakresu diagnozy,
5. umożliwia całej rodzinie przystosowanie się do nowej sytuacji związanej z obecnością i postępowaniem wobec dziecka z niepełnosprawnością.

Im wcześniej podjęte są działania stymulacyjne i terapeutyczne, tym lepsze można uzyskać efekty. Brak wsparcia w rozwoju dziecka, szczególnie kiedy obserwujemy zachowania, które mogą niepokoić, może istotnie wpływać na jego dalsze funkcjonowanie.

Dzięki powszechnemu dostępowi do środków masowego przekazu świadomość rodziców jest coraz większa. Dlatego tak ważne jest aby rodzice zwracali szczególną uwagę na wszelkie pojawiające się nieprawidłowości w rozwoju ich pociechy.

Na zakończenie warto pamiętać, że rodzice muszą mieć szanse na wspieranie rozwoju swego dziecka, w zakresie stymulowania, korygowania i usprawniania. Im szybciej, tym lepiej. Opiekunowie powinni być informowani w szpitalach, poradniach, gdzie mogą szukać pomocy, jakie placówki zajmują się wczesną identyfikacją zaburzeń rozwojowych.

Literatura:

- Abramowska, Barbara E. 2009. *Twoje dziecko jest inne ...: informacje i porady praktyczne dla rodziców dzieci zagrożonych niepełnosprawnością bądź dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w wieku 0-7 lat*. Wydawnictwo: Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym.
- Ayres, Jean. 1991. *Sensory integration and Child, Western Psychological Services*. Los Angeles.
- Babiuch, Małgorzata. 2002. *Jak współpracować z rodzicami trudnych uczniów*. Warszawa: WSiP.

- Bera, Alicja. 2020. Baśniowa przestrzeń Sali Doświadczenia Świata jako miejsce recepcji uniwersalnych wartości międzyludzkich. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. I (34), 38-55.
- Bogdanowicz, Marta i Anna Adryjanek. 2004. *Uczeń z dysleksją w szkole*. Gdynia: Optron.
- Bogdanowicz Marta i Bożena Kisiel i Maria Przasnyska. 1994. *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*. Warszawa: WSiP.
- Bogdanowicz, Marta. 1997. *Integracja percepcyjno-motoryczna: teoria-diagnoza-terapia*. Warszawa: CMPP-P.
- Bogdanowicz, Marta. 2004. *Metoda Dobrego Startu*, Warszawa: Wydawnictwo Harmonia.
- Cytowska, Beata i Barbara Winczura. 2006. *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Warszawa: Impuls.
- Gasińska, Monika i Dorota Gazurek. 2001. *Usprawnianie ruchowe według koncepcji NDT-Bobath*. W: *Podstawy diagnostyki i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. t 2, red. Czesław Szmigiel, Wojciech Kiebzak, Kraków: Wydawnictwo AWF.
- Głuźniewicz, Jagoda i U. Strzelczyk. 2006. Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka niepełnosprawnego, *Kwartalnik Nauczycielski*, nr 21–22.
- Gruszczyk – Kolczyńska, Edyta i Ewa Zielińska. 2000. *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się*. Warszawa: WSiP.
- Kielin, Jacek. 2003. *Jak Pracować z rodzicami dziecka upośledzonego*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Korczak, Janusz. 1983. Trzeba to zrozumieć. W: *Janusz Korczak w getcie. Nowe źródła*, red. Aleksander Lewin, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Latona.
- Knill, Christopher. 1995. *Dotyk i Komunikacja*, Warszawa; Wydawnictwo: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Kulczycki, Marian. 1990. Arteterapia i psychologia kliniczna, *Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu*, 57, 7 - 9.
- Lewandowska-Kidoń Teresa i Barbara Skałbiana B. 2019. *Terapia pedagogiczna w teorii i działaniu*. Warszawa: Impuls.
- Obuchowska, Irena. 1997. Wspomaganie rozwoju emocjonalnego: refleksje i propozycje, W: *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja, psychokorekcja*, red. Barbara Kaja, Bydgoszcz: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Stefańska – Klar, Renata. 1997. Wczesna interwencja terapeutyczna – nadzieja i szansa na lepsze jutro. *Światło i Cienie*, 3, 11-13.
- Piaget, Jean. 2006. *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: PWN.
- Piaget Jean. 1966. *Narodziny inteligencji dziecka*. Warszawa: PWN.
- Podgórska-Jachnik, Dorota. 2009. Uzasadnienie potrzeby wczesnych oddziaływań wspomagających rozwój dziecka jako jednego z głównych kierunków rozwoju współczesnej pedagogiki specjalnej. *Niepełnosprawność*, 1, 91-102.

-
- Rafał-Łuniewska, Joanna. 2011. Materiały ORE: *Wczesne Wspomaganie Rozwoju Dziecka w polskim prawie oświatowym*. Dostęp: 11.08.2020, <http://www.ore.edu.pl>
- Serafin, Teresa. 2005. *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do rozpoczęcia nauki w szkole*. Warszawa; MENiS.
- Strykowski, Wacław. 2003. *Szkoła współczesna i zachodzące w niej procesy*. Poznań: eMPi2.
- Śliwerski, Bogusław. 2010. *Mysleć jak pedagog*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Twardowski, Andrzej. 2012. *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Wiśniewska, Marta. 2008. *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. Poradnik dla rodziców i terapeutów*. Kraków: Impuls.

Informacje o autorze:

dr Dagna Czerwonka, zainteresowania naukowe: arteterapia, oligofrenopedagogika, wczesne wspomaganie rozwoju.

Kontakt

e-mail: d.czerwonka@kj.edu.pl; dagnal@wp.pl