

Środowisko wychowawcze niepełnosprawnych

1. Definiowanie środowiska wychowawczego

Każdy z nas „pojawia się w pustce”. Także dzieci niepełnosprawne. Wolno rozpoznajemy naszych najbliższych – rodzinę. Następnie poznajemy koleżanki i kolegów ze szkoły, a reszcie podwórka, by w końcu znać większy „krąg” społeczny.

To one nas określają i kształtują, mają decydujący wpływ na naszą osobowość.

Czynnikiem kształtującym jednostkę są także zmienne warunki społeczne i ekonomiczne. Szczególną uwagę zwracam na te środowiska, które bezpośrednio oddziałują na dziecko upośledzone umysłowo. Praktycznie każda z nauk próbowała interpretować środowisko inaczej. Najczęściej postrzegano je jako elementy otaczające nas przyrody, struktury społeczne i kulturalne, działające na jednostkę niepełnosprawną stale lub przez określony czas¹.

Środowisko wychowawcze jest więc częścią środowiska społecznego i kulturalnego, które wywiera wpływ na wytworzenie się trwałych postaw, poglądów, wiedzy i sposobów postępowania².

Podobne stanowisko zajął F. Znaniecki twierdząc, że środowisko wychowawcze jest wytworzone przez grupę dla osobnika mającego zostać jej członkiem³. Zachęcony jest on do przyswajania sobie wartości moralnych i zgodnych z nimi zachowań społecznych odpowiadających ideałom wychowawczym społeczeństwa⁴.

2. Typologia środowisk i instytucji wychowawczych

Przyjmując definicję środowiska jako zespołu warunków, wśród których żyje niepełnosprawna jednostka i czynników kształtujących jej osobowość, dokonać można typologii środowiska.

Wśród tego rozróżnienia wyznaczyć można środowisko naturalne i społeczne. Biorąc pod uwagę zróżnicowanie terytorialne wymienia się środowisko okoliczne, lokalne i domowe.

Środowisko naturalne stanowi otoczenie będące dziełem samej natury, zatem jest to ziemia wraz z jej zasobami i ukształtowaniem powierzchni, klimatem, florą i fauną.

Na środowisko społeczne składają się natomiast ludzie i stosunki społeczne. Na wychowawcze oddziaływania wyżej wymienionego środowiska wpływ mają: rozmieszczenie ludności, gęstość zaludnienia, a co za tym idzie częstotliwość, różnorodność kontaktów społecznych, struktura zawodowa rodziców (dorosłych) świadczy o stopie życia i poziomie kulturalnym, wreszcie wiek oraz wykształcenie ludności. Ten ostatni wyróżnik ma wpływ na środowisko kulturalne będące sumą dorobku historycznego człowieka⁵.

Wszystkie wyróżnione kategorie środowiskowe są ze sobą ściśle sprzężone, środowisko naturalne dziecka upośledzonego stanowi niezbędny warunek życia społecznego, a więc i tworzenia dóbr kultury. Wyznacza kierunek i zasięg aktywności jednostki⁶.

Działalność wychowawcza jest najsilniej sprzężona ze środowiskiem społecznym i kulturowym, które są źródłem przeżyć psychicznych dziecka.

¹ R. Wroczyński, Wstęp do pedagogiki społecznej, Warszawa 1996, s. 66.

² S. Kowalski, Socjologia wychowania w zarysie, Warszawa 1973, s. 128.

³ F. Znaniecki, Socjologia wychowania, Warszawa 1973, s. 87.

⁴ A. Kamiński, Funkcje pedagogiki społecznej, Warszawa 1980, s. 45.

⁵ A. Kamiński, s. 47 – 53.

⁶ R. Wroczyński, s. 82.

Bywają takie środowiska społeczne wydzielone dla określonego oddziaływania wychowawczego (szkoła, dom dziecka, dom kultury) oraz środowiska naturalne, które wysiłkiem swoich członków nastawiają się na realizowanie określonych celów i zadań wychowawczych (rodzina, grupa rówieśnicza, stowarzyszenie).

W życiu dzieci i młodzieży niepełnosprawnej rodziny, środowisko lokalne, grupa rówieśnicza, stowarzyszenie odgrywają szczególną rolę. Są one bowiem naturalną wspólnotą, w której uczestnictwo jest trwałe lub obejmuje dłuższy okres życia, opiera się na tak naturalnych czynnikach, jak: urodzenie, zamieszkanie, spontaniczne potrzeby wieku młodzieńczego. Naturalne środowiska wychowawcze podlegają oczywiście, podobnie jak inne zbiorowości, ewolucji. Ich wpływ na osiągnięcia dziecka upośledzonego nie ogranicza się do wczesnych lat życia, ani do zabezpieczenia mu bytu pod względem materialnym a stanowi stały i decydujący często warunek egzystencji jednostki niepełnosprawnej. Ze względu na miejsce zamieszkania dzielimy środowisko na wieś i miasto. Obecnie różnica życia dziecka upośledzonego w tych miejscach stopniowo zaciera się, ale nadal mają one problemy z dojazdem stowarzyszeń, szkół, przedszkoli i miejsc rehabilitacji.

Działalność wszystkich wymienionych środowisk będących zespołem określonych warunków ma służyć pełnej w miarę możliwości samorealizacji dziecka upośledzonego umysłowo.

3. Rodzina i jej funkcje

Rodzina jest podstawowym komponentem środowiska wychowawczego dzieci oligofrenicznych. W zależności od miejsca i czasu przybiera nadal różnorodne formy. Stąd też liczne definicje ją określające. Zachowanie członków rodziny zależy od jej struktury, wewnętrznej organizacji, podziału pracy i pełnionych przez nich ról. Wewnętrznym regulatorem zachowań jest także więź emocjonalna łącząca członków rodziny.

Jest ona instytucją ogólnoludzką spotykaną we wszystkich epokach i kulturach. Wyróżnia się rodziny prokreacji, tzn. związki małżeńskie zakładane przez kobietę i mężczyznę, i rodziny pochodzenia, tzn. urodzenia męża i żony.¹ Do jej uniwersalnych zadań należy: zaspokojenie popędu seksualnego, zaspokojenie elementarnych potrzeb życiowych oraz rodzenie i wychowanie dzieci.

Nieco inną definicję rodziny odnajdujemy w pracy N. Sillomy: „instytucja społeczna oparta na seksualności i skłonnościach matczyńskich (ojcowskich), której forma zmienia się w zależności od kultury”.²

F. Adamski określił rodzinę mianem grupy społecznej złożonej z osób połączonych jednym z dwu typów stosunków społecznych: stosunkiem małżeństwa i stosunkiem rodzicielstwa.³

Rodzina to duchowe zjednoczenie szczupłego grona osób, skupione we wspólnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, oparte na wierze w prawdziwą lub domniemaną łączność biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną. Rodzinę wyróżnia spośród innych grup współwystępowanie następujących cech: wspólne zamieszkanie członków, ciągłość biologiczna oraz wspólne nazwisko, własność i kultura duchowa.⁴

W odniesieniu do dzieci niepełnosprawnych ta definicja jest najtrafniejsza. Nikt i nic nie zastąpi rodziny pełniącej prawidłowo wyżej wymienione funkcje.

¹ Z. Tyszka, Rodzina, w: red. W. Pomykało, Encyklopedia pedagogiczna, Fundacja Innowacja, Warszawa 1993, s. 696.

² N. Sillomy, Słownik psychologii, Katowice 1994, s. 68.

³ F. Adamski, Socjologia małżeństwa i rodziny, Warszawa 1982, s. 14.

⁴ F. Adamski, s. 21.

Rozumienie rodziny jako grupy społecznej uwzględnia cały szereg funkcji przez nią pełnionych. Funkcje rodziny obejmują cele, do których zmierza zaspokajając potrzeby swych członków i oczekiwania całego społeczeństwa.

F. Adamski wyróżnił: funkcje instytucjonalne (prokreacyjna, ekonomiczna, opiekuńcza, socjalizacyjna, stratyfikacyjna, integracyjna) i funkcje osobowe (małżeńska, rodzicielska, braterska).¹ Rozróżnił także funkcje ze względu na ich trwałość i zmienność oraz znaczenie dla rodziny na funkcje pierwszorzędne (prokreacyjna, socjalizacyjna, rekreacyjna, religijna, integracyjna).²

Doniosłą rolę funkcji rozumianych jako pierwszoplanowe zadania rodziny podkreśliła M. Ziemska wyróżniając:

- 1) funkcję prokreacyjną (jako zapewniającą społeczeństwu ciągłość biologiczną i zaspokajanie potrzeb seksualnych małżonków),
- 2) funkcję zarobkową (jako decydującą o zaspokojeniu niezbędnych środków utrzymania rodziny),
- 3) funkcję usługowo – opiekuńczą,
- 4) funkcję socjalizującą (przekazywanie dzieciom języka, wzorów kulturowych, norm moralnych, obyczajowych),
- 5) funkcję psychologiczną czyli wymiany emocjonalnej lub ekspresji uczuć, rozumienia i uznania, którego celem jest zapewnienie zdrowia psychicznego członków rodziny.³

J. Szczepański z kolei wyróżnia następujące funkcje rodziny: funkcja utrzymania ciągłości biologiczne społeczeństwa (płodzenie, pielęgnacja, kształcenie, wychowanie dzieci), funkcja utrzymywania ciągłości kulturalnej (przekazywanie potomstwa w procesie socjalizacji dziedzictwa kulturalnego: języka, obyczajów, wzorów zachowań), funkcja zaspokajania potrzeb emocjonalnych jej członków (zapewnienie intymnego współżycia, zwierzenia się, wyzbycia upokorzeń, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, utrzymywanie równowagi emocjonalnej), funkcja nadawania swoim dzieciom pozycji społecznej, funkcja sprawowania kontroli nad postępowaniem swoich członków.⁴ Funkcja zaspokajania potrzeb emocjonalnych przez rodzinę jest dla dziecka niepełnosprawnego jedną z najważniejszych.

Pojęciem rodziny zajmuje się Z. Tyszka. W jego rozumieniu, z punktu widzenia więzi łączących członków rodziny, jest ona zbiorowością ludzi powiązanych ze sobą więzią małżeństwa, pokrewieństwa, powinowactwa, lub adopcji. Małżeństwo jest to społeczny, legalny seksualny związek, rozpoczynający się publicznym obwieszczeniem i zobowiązaniem podejmowanym z myślą o jego trwaniu. „Małżeństwo jest legalnym, względnie trwałym, związkiem kobiety i mężczyzny podejmowanym w celu wspólnego pożycia, współpracy dla dobra rodziny”.⁵

Z. Tyszka podkreślił również istotę funkcji rodziny, określił ją jako: „wyspecjalizowane oraz permanentne działanie i współdziałanie członków rodziny, wynikające z bardziej lub mniej uświadamianych sobie przez nich zadań, podejmowanych w ramach wyznaczonych przez obowiązujące normy i wzory, a prowadzące do określonych efektów głównych i pobocznych”.⁶ Wyróżnił ich cztery kategorie:

- 1) funkcja biopsychiczna
 - prokreacyjna,

¹ F. Adamski, s. 50.

² F. Adamski, s. 51 – 53.

³ M. Ziemska, Rodzina i dziecko, Warszawa 1980, s. 259.

⁴ J. Szczepański, Elementarne pojęcie socjologii, Warszawa 1963, s. 76.

⁵ Z. Tyszka, Socjologia rodziny, Warszawa 1974, s. 77.

⁶ Z. Tyszka, s. 70.

- seksualna,
- 2) funkcja ekonomiczna:
 - materialno – ekonomiczna:
 - opiekuńczo – zabezpieczająca,
- 3) funkcja społeczno – wyznaczająca:
 - stratyfikacyjna,
 - legalizacyjno – kontrolna,
- 4) funkcja socjopsychologiczna:
 - socjalizacyjno – wychowawcza,
 - kulturalna,
 - rekreacyjno – towarzyska,
 - emocjonalno – ekspresyjna”.¹

Rodzina jako naturalne środowisko życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oddziałuje na nie socjalizująco, stwarzając warunki sprzyjające rozwojowi lub hamujące go. Poszczególne funkcje są jednym z najistotniejszych podstaw określania więzi w rodzinie oraz relacji z otoczeniem społecznym.

W związku z tym, że niniejsza praca dotyczy po części dzieci upośledzonych mieszkających na wsiach warto przetoczyć za B. Gałęskim pięć podstawowych funkcji rodziny wiejskiej.

Funkcja biologiczna polega na aprobowanym społecznie trwałym pożyciu seksualnym.

Funkcja ekonomiczna rodziny uzewnętrznia się zabezpieczeniem życia osób do niej należących.

Funkcja społeczna to inaczej przekazywanie dziecku szeroko rozumianego „dziedzictwa”.

Funkcja wychowawcza i funkcja rozrywkowa to między innymi zapewnienie wypoczynku i rozrywki w ramach gospodarstwa lub poza nim.²

Obraz rodziny ulega ciągłym zmianom pod względem strukturalnym – zmniejsza się ilość członków rodziny – oraz pod względem „jakości” i „stopnia” realizacji funkcji, o których pisałam.

Jedynie „zdrowa” rodzina stanowiąc podstawowe środowisko dziecka niepełnosprawnego może realizować najbardziej odpowiedzialne funkcje: wychowawczą, socjalizacyjną oraz zapewniać zaspokojenie potrzeb emocjonalnych.

4. Dzieci niepełnosprawne w rodzinie

Wiadomość o upośledzeniu dziecka w sposób dramatyczny zmienia sytuację rodziny. Dla rodziców jest to przeżycie tak silne. Że mówi się o wstrząsie psychicznym, który jest mocniejszy, im głębsze i poważniejsze jest upośledzenie dziecka. Stan ten określa się nawet szokiem lub kryzysem psychicznym.³

Rodzinę dziecka upośledzonego postrzega się jako przedmiot i podmiot terapii. Rodzice przeżywają kryzys tożsamości w związku z odebraniem im przez dziecko wytwarzanego przez nich obrazu stworzonej rodziny, odczuwają poczucie winy, upokorzenia, wstydu. Miłość wobec dzieci upośledzonych jest bardzo trudna. M. Kościelska wyodrębniła jej kilka typów, między innymi: miłość symbiotyczną, wyróżniającą się ścisłym związkiem Ja matka i Ja dziecka tzn. identyfikowania się matki z dzieckiem, miłość poświęcającą się i

¹ Z. Tyszka, s.71 – 72.

² B. Gałęski, Socjologia wsi. Podstawowe pojęcia, Warszawa 1996, s. 94

³ M. Kościelska, Oblicza upośledzenia, Warszawa 1995, s. 43 – 50.

rekompensującą polegającą na wyrzeczeniu się przez rodziców własnych przyjemności na rzecz pomocy dziecku. Następną jest miłość przebojowa przejawiająca się dużą aktywnością w organizowaniu warunków życia dziecka, często wręcz „na siłę”, z oddali (dziecko w zakładzie), zrjonalizowana, tzn. rodzice tłumaczą sobie racjami wyższymi, pomagają dziecku, gdyż „los tak chciał”. Wyróżniono także miłość nieodwzajemnioną (w przypadku dzieci autystycznych), rozumną i wreszcie miłość uszczęśliwiającą, wskazującą na całkowitą akceptację dziecka upośledzonego. Jest to miłość trudna, ale pozwala na ułożenie życia rodziny w sposób pozbawiony poczucia bólu, winy i klęski z dominującym odczuciem zgody na dziecko upośledzone, z umiejętnością czerpania satysfakcji ze wszystkich wydarzeń dnia codziennego.¹

W niektórych przypadkach w wychowaniu dzieci bardzo dużą rolę odgrywają babcie i dziadkowie lub inne osoby z rodziny (nianie, gosposie), rekompensujące brak miłości ze strony rodziców. Ci członkowie rodziny zastępują rolę rodziców lub im pomagają w wychowaniu dziecka z upośledzeniem umysłowym. Konieczna jest taka pomoc w przypadku samotnej matki lub samotnego ojca, kiedy to praktycznie ich możliwości opiekuńcze są znacznie ograniczone. Wyróżnia się trzy wzorce wsparcia udzielanego przez rodzinę rodzicom. W pierwszym przypadku zauważa się dominację najstarszego, zwykle wtedy babcia staje się osobą decydującą o funkcjonowaniu rodziny i to ona przyjmuje ciężar odpowiedzialności za upośledzenie dziecka. Drugi typ wsparcia rodzinnego ma charakter usługowy i polega na udzielaniu pomocy wtedy, gdy rodzice dziecka jej potrzebują i określony jest mianem czasowej dominacji.²

We wczesnym okresie tzn. z chwilą, gdy dziecko upośledzone przychodzi na świat – rodzicom potrzebna jest akceptacja środowiska dla ich dziecka, właściwa informacja o stanie zdrowia dziecka, specjalistyczna pomoc, a czasami informacja o zakładach opiekuńczych i rewalidacyjnych.³

T. Gałkowski wyróżnił pięć faz w kształtowaniu się postaw rodziców wobec faktu choroby dziecka: „1) uświadomienie wagi problemu, 2) zaznajomienie się z istotą upośledzenia umysłowego 3) próby wykrycia przyczyny, 4) szukanie pomocy, 5) akceptacja całego układu warunków”.⁴ Pierwsza faza charakteryzuje się najbardziej drastycznymi przeżyciami rodziców. Dowiedziawszy się o swym nieszczęściu, usiłują bowiem uzyskać nadzieję, że rozpoznanie jest mylne. W następnej rodzice uświadamiają sobie, że ich pragnienia i plany, związane z przyszłością dziecka, muszą się radykalnie zmienić. Faza trwa nieraz bardzo długo i jest niezwykle przykłą. Rodzice wychodzą od pytania: „Dlaczego nast. właśnie spotkał ten los?”, by zstąpić je pytaniem: „Co jeszcze możemy zrobić, aby pomóc naszemu dziecku?”. Trzecia faza to próby wykrycia przyczyny kalectwa dziecka, czasami po to by uchronić się od poczucia winy przez rodziców. Odnalezienie przyczyn łączy się z chęcią znalezienia skutecznych środków leczniczych i ośrodków pomocy np. stowarzyszeń. W ostatniej fazie, rodzice godzą się z kalectwem swego dziecka i wszystkimi jego konsekwencjami.

Widoczne jest więc, że rodzice oscylują między nastawieniem katastroficznym a optymistycznym. Chwiejność stanów emocjonalnych powoduje niestabilne więzi.

Dzieci upośledzone umysłowo mają nasiloną potrzebę uzyskiwania społecznej akceptacji. Dziecko żądne akceptacji, która jednak nie jest wsparta pozytywnym uczuciem, będzie poszukiwało akceptacji choćby opartej o emocje negatywne, np. poprzez agresję, zachowanie błaznujące i inne formy zwracania na siebie uwagi. Więzi emocjonalne dziecka

¹ M. Kościelska, s. 57 – 65.

² M. Kościelska, s. 86.

³ M. Kościelska, s. 94.

⁴ T. Gałkowski, Dzieci specjalnej troski, Warszawa 1979, s. 220.

niepełnosprawnego w rodzinie zakłócone są przez konflikty wynikające z zaburzonej komunikacji między jej członkami powodującej tłumienie a nie rozwiązywanie konfliktów.¹

Konsekwencją upośledzenia umysłowego dziecka dla funkcjonowania rodziny jest obciążenie powodujące ograniczenie funkcji opiekuńczo – zabezpieczającej w stosunku do innych członków rodziny, jak też zmiany w sprawowaniu innych funkcji przez członków rodziny, np. rezygnacja z pracy zawodowej matki, wycofanie się z życia towarzyskiego, a także koszty psychiczne i zdrowotne ponoszone przez pozostałych członków rodziny. Pojawienie się dziecka upośledzonego umysłowo prowadzić może także do daleko idących przekształceń w wewnętrznej dynamice rodziny – w układzie ról, aktywności zawodowej, w interakcjach między poszczególnymi członkami rodziny, w sposobach komunikowania się. Czasami takie sytuacje wiodą nawet do rozpadu rodziny. Wpływ więc „choroby” na rodzinę jest dynamiczny. Tak trudne stany chorobowe powodują konsekwencje w sferze zdrowia i samopoczucia, bezsenność, brak czasu by się wyspać, ograniczenie wypoczynku, sięganie po środki uspokajające. W dużym stopniu zmiany dotyczą więc także funkcji materialno – ekonomicznej. Ograniczeniu podlega również funkcja prokreacyjna i seksualna (niechęć, lęk przed kolejnym chorym potomkiem) oraz następuje zaburzenie funkcji emocjonalnej między rodzicami dziecka. Inna staje się także funkcja rekreacyjno – towarzyska (rodzina z upośledzonym dzieckiem zamyka się).

Zauważa się także dążenie do ukrywania dzieci upośledzonych, ponieważ otoczenie lokalne lub rodzice łączy chorobę z karą za grzechy, z winą. Tak wiele w ostatnich czasach mówi się o integracji dzieci w środowisko, ale wiele osób uważa, że takie dzieci są piętnem, przed którym należy się bronić. Rodzi to konflikty między rodzicami, powoduje stałe poczucie lęku i zagrożenia u dziecka, rozluźnienie więzi rodzinnych, odrzucenie emocjonalne dziecka przez matkę, złe przygotowanie się do pełnienia ról dorosłego, bądź niechęć wobec tych ról.

Nie ulega wątpliwości, że pojawienie się w rodzinie dziecka upośledzonego wpływa na jej funkcjonowanie w sposób decydujący.

5. Znaczenie rodziny w rehabilitacji dziecka upośledzonego umysłowo

Istnieje grupa potrzeb, których zaspokajanie jest niezbędne dla rozwoju osobowości i prawidłowego funkcjonowania dziecka niepełnosprawnego. Są to między innymi właściwy klimat psychiczny, układ kontaktów z ludźmi z bliższego i dalszego otoczenia, dostępny mu zakres ukierunkowanej aktywności, świadomość własnego rozwoju, zaakceptowany cel działań. Dzieci niepełnosprawne odczuwają specyficzne potrzeby związane ze swoim stanem i żądają akceptacji ze strony rodziców, innych dzieci. Pragną opieki, pomocy i jednocześnie zapewnienia samodzielności i uznania „normalności” dziecka.²

Kluczowy termin w procesie rehabilitacji dziecka upośledzonego – akceptacja – wywodzi się od łacińskiego słowa „acceptare” i znaczy „przyjmować”. Określa stosunek lub postawę innych wobec jednostki. Wyróżnia się dwa aspekty znaczenia terminu akceptacja. Pierwszy ma charakter oceniający. Opisują go takie pojęcia, jak: aprobata, uznanie, szacunek. Drugi – emocjonalny – wyrażają takie słowa, jak: życzliwość, oddanie, przyjaźń, miłość.³

Jeżeli rodzice akceptują niepełnosprawne dziecko, wówczas preferują symetryczny styl komunikacji. Traktują dziecko jak równoprawnego partnera, aczkolwiek mniej

¹ I. Obuchowska, Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, zarys problemów, w: Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie, red. R. Ossowskiego, Bydgoszcz 1993, s. 11 – 25.

² Z. Sękowka, Znaczenie rodziny w rewalidacji dziecka niepełnosprawnego, w: Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie, red. R. Ossowskiego, Bydgoszcz 1993, s. 29.

³ A. Twardowski, Problem akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez rodzinę w: Sytuacja dziecka niepełnosprawnego w rodzinie, red. R. Ossowski, Bydgoszcz 1993, s. 40.

kompetentnego. Komunikacja ma charakter dwustronny, członkowie rodziny są nastawieni nie tyle na przekazywanie określonych informacji, ale również na odbiór informacji płynących od dziecka. Rodzice często rozmawiają z dzieckiem, cierpliwie odpowiadają na jego pytania. Traktują je jak kogoś z gruntu dobrego, łagodnego, mądrego, sprawnego. Daje to w rezultacie pozytywny obraz siebie, czyli samoakceptację przez dziecko. Prowadzi to w efekcie do ustosunkowania się przez dziecko do własnej niepełnosprawności. Postawa akceptacji wykształca się u rodziców w miarę obcowania z dzieckiem, ma ono w tym procesie znaczący udział. Dziecko pobudza a niekiedy nawet, wyzwala akceptację i miłość rodziców poprzez reakcje przywiązania.¹

Ważnym problemem w procesie rewalidacji dziecka już w rodzinie jest lekceważona, ograniczona lub zniekształcona autonomia dziecka niepełnosprawnego. Używając pojęcia wychowanie mamy na ogół na myśli oddziaływanie na osobowościowe dyspozycje dziecka. Z kolei dyspozycje osobowościowe rozwijają się lub zmieniają jedynie poprzez własną aktywność konkretnej jednostki. Autonomia dziecka jest więc warunkiem wychowania. Poziom autonomii dziecka zależy w dużej mierze od skutecznej rehabilitacji. Ważnym elementem autonomii jest także stworzenie odpowiednich warunków, by dziecko nauczyło się szacunku do samego siebie, aby umiało przeżywać własną niepełnosprawność.

Opiekuńcza funkcja rodziny w stosunku do osób niepełnosprawnych ma ogromną wagę. Wachlarz jednak możliwych zachowań członków rodziny może przybierać różne formy od nadmiernej opiekuńczości do zupełnego pozbawienia pomocy. Między tymi opcjami znajduje się zachowanie racjonalne, a więc zapewniające pomoc. Ważny jest więc posiadany rodzinny potencjał wspomagający, tj. wewnętrzna spójność rodziny, jej adaptacyjność oraz wzory komunikowania się między członkami rodziny i zasobność gospodarstw domowych.²

Zadania rodziny w rehabilitacji dzieci upośledzonych są pierwszoplanowe i decydujące. Niezbędna jest systematyczna i stała obserwacja dziecka oraz systematyczność działań. Przerwy w usprawnianiu powodują szkody, często nieproporcjonalne do czasu trwania terapii.

Dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wymagają stałej opieki i wieloletniego usprawnienia. Rodzice muszą więc przyjąć obowiązki związane z codziennym wykonywaniem ćwiczeń leczniczych, zabiegów pielęgnacyjnych po uprzednim instruktazu poradni. Często w tym celu matka z dzieckiem na krótki czas przyjmowane są do ośrodków specjalistycznych, gdzie udziela się szczegółowych porad.

Wychowanie dziecka szczególnej troski powinno odbywać się na podobnych zasadach, co w przypadku dziecka zdrowego. Nadmierna troskliwość matki ogranicza rozwijanie u dziecka czynnej samodzielności i niezależności. Dziecku trzeba stawiać wymagania proporcjonalne do jego możliwości.

Nieodzownym w procesie rewalidacji jest udział psychologa, szczególnie w okresie dojrzewania dziecka, kiedy jeszcze wyraźniej dostrzega własne ograniczenia. Cenna jest również wymiana doświadczeń przez rodziny posiadające dzieci niepełnosprawne. To właśnie z inicjatywy rodziców powstają liczne stowarzyszenia rodzicielskie. Celem ich działalności jest niesienie pomocy osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom. Inicjują pomoc doradczo – pomocniczą poprzez organizowanie sesji i turnusów szkoleniowych dla rodziców i opiekunów. Powołują między innymi ośrodki wczesnej interwencji dla rodzin z małymi dziećmi, dzienne ośrodki rehabilitacyjno – wychowawcze i ośrodki dziennego pobytu.³

Stowarzyszenia przez bliski kontakt z rodzinami przyczyniają się do wydobycia na światło dzienne wielu podstawowych problemów upośledzenia umysłowego. W związku z tym należy zapewnić im wszelką pomoc.

¹ Ibidem, s. 42 – 50.

² A. Ostrowska, J. Sikorska, Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariera integracji, Warszawa 1996, s. 84.

³ E. Tomasiak, Wybrane zagadnienia z pedagogiki socjalnej, Warszawa 1997, s. 78.

Ich działalność jest tym cenniejsza, iż dziecko nie może mieć ograniczonych kontaktów ze środowiskiem, nie może żyć w swoistej izolacji społecznej, gdyż w rezultacie zrodzi to nieprawidłowy rozwój społeczny jednostki. Rola rodziców polega na inicjowaniu i organizowaniu sytuacji społecznych oraz umiejętnym kierowaniu ich przebiegiem.

Rodzina powinna dążyć do ukształtowania odporności emocjonalnej przez zapewnienie dziecku pozytywnych doświadczeń w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi, np. pokonywanie przeszkody, znoszenie negatywnych stanów emocjonalnych.

Rehabilitacja musi odbywać się w odpowiednich warunkach, tzn. klimacie wzajemnej miłości, zrozumienia, życzliwości, tolerancji, postawy optymizmu, odporności emocjonalnej rodziców oraz umiejętności rozładowywania napięć i konfliktów. Niezbędna jest również silna motywacja szeroko rozumianej rehabilitacji oraz to, aby rodzice uczyli się wspomagać starania dziecka wtedy, gdy ono samo rozstrzyga o realizacji często uciążliwych i bolesnych ćwiczeń. Dziecko powinno móc samo określać intensywność i rodzaj własnej aktywności. Rodzic pełni więc w rodzinie funkcje wychowawcy i terapeuty. Działania zaplanowane, dobrze przygotowane i kompetentnie przeprowadzone sprawiają, że wysiłek rodziców włożony w wspomaganie rozwoju ich dziecka nie będzie daremny. Aby tak się stało ważne jest społeczne zintegrowanie rodzin ze środowiskiem. Ono umożliwia niesienie rodzinie pomocy, będzie wspomagać, w jak to określiła A. Maciarz, w czterech zakresach:

- ⇒ psychoemocjonalnym,
- ⇒ socjalno – usługowym,
- ⇒ opiekuńczo – wychowawczym,
- ⇒ rehabilitacyjnym.¹

Wspomaganie psychoemocjonalne służy przekształcaniu negatywnych stanów emocjonalnych w kierunku pozytywnym, łagodzeniu napięć i wreszcie konsolidacji rodziny.

Wspomaganie opiekuńczo – wychowawcze służy udzielaniu realnej, wieloaspektowej pomocy rodzicom (światlice, przedszkola, opiniowanie opiekunów, porady).

Wspomaganie socjalno – usługowe obejmuje różne formy pomocy materialnej przez instytucje i stowarzyszenia.

Wspomaganie rehabilitacje obejmuje pomoc w zorganizowaniu właściwego leczenia i usprawnienia dziecka, zaopatrzenia w odpowiedni sprzęt i pomoc. Wszystkie te działania przywrócą rodzinie podmiotową rolę w opiece, wychowaniu i socjalizacji dzieci, a wreszcie ułatwią rehabilitację korzystną i skuteczną dla dziecka.

¹ A. Maciarz, Wspomaganie rodziny w wypełnianiu podejmowanej roli w wychowaniu i rehabilitacji dzieci w: Podmiotowa rola rodziców w rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych, red. R. Kosteckiego i A. Maciarz, Zielona Góra 1999, s. 25.