

8. Fundacje pomagające osobom niepełnosprawnym

Fundacja Avalon

Adres: Domaniewska 50A, 02-672 Warszawa

Telefon: 22 266 82 36

<https://www.fundacjaavalon.pl/>



Fundacja Słoneczko

Adres: Stawnica 33A, 77-400 Telefon: 67 263 25

96 <https://www.fundacja-sloneczko.pl/>



Fundacja Krok po kroku

3 Maja 14, 55-200 Olawa

Telefon: +48 501 127 401

<https://fundacjakrokpokroku.org.pl/>



Fundacja Dzieciom „Zdażyć z Pomocą”

Adres do osobistych wizyt:

ul. Pańska 98 lok. 201*

00- 837 Warszawa

Adres do korespondencji:

Łomiańska 5, 01-685 Warszawa

Telefon: tel. 22 486 96 99

<https://dzieciom.pl/>



Fundacja Daj mi skrzydła

Adres: ul. Łukasiewicza 11A,

05-200 Wołomin

Telefon: 501 042 365

<https://dajmiskrzydla.pl/>



Fundacja Pomocy Osobom z Zaburzeniami ze Spektrum Autyzmu oraz ich Rodzinom SILENTIO



Adres: ul. Jagielska 57 B,

02-886 Warszawa

Telefon: 609 777 969

<http://silentio.org.pl/>

W jaki sposób fundacje na rzecz niepełnosprawnych pomagają?

- dają możliwości tworzenia subkont dla nowych beneficjentów 1%,
- tworzą aukcje internetowe,
- prowadzą zbiórki pieniężne,
- organizują wydarzenia kulturalne, wycieczki, spotkania integracyjne dla osób niepełnosprawnych,
- prowadzą bezpłatne zajęcia z zakresu: rehabilitacji, rewalidacji, wczesnego wspomaganie rozwoju, mikropolaryzacja, tlenoterapia hiperbaryczna
- tworzą świetlice terapeutyczne, Sale Doświadczenia Świata,
- wydają książki specjalistyczne,
- ułatwiają kontakt z lekarzami, specjalistami,
- prowadzą różne projekty, np. fundacja Avalon szerzy projekty:

active to projekt aktywnej rehabilitacji dofinansowanej ze środków Fundacji

sekson to projekt, którego celem jest obalanie mitów związanych z seksualnością i rodzicielstwem Osób z Niepełnosprawnością

extreme to projekt promujący sporty ekstremalne osób z niepełnosprawnościami

- wspomagają leczenie, terapię i rehabilitację osób z różnymi zaburzeniami,
- finansują turnusy rehabilitacyjne, sprzęt rehabilitacyjny,
- finansują specjalistyczną dietę,
- finansują pomoc w opiece nad osobami autystycznymi w ich środowisku domowym przeciwdziałając wykluczeniu społecznemu osoby autystycznej,
- prowadzą szkolenia dla wolontariuszy i specjalistów wspierających dzieci z zaburzeniami

Drodzy Rodzice, Opiekunowie, nie bójcie się prosić o pomoc! Wachlarz możliwości wsparcia Was w wychowaniu, edukacji i terapii dzieci jest ogromny. Korzystajcie więc z niego, bo nie jesteście w tym sami. Udostępniliśmy dane kontaktowe do fundacji, które z pewnością obdarzą Was fachową pomocą.

9. Pojęcia zaburzeń

Najważniejsze podręczniki diagnostyczne, w których można znaleźć informacje na temat rodzaju zaburzenia i z których korzystają specjaliści to:

„Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych DSM-4/ DSM-5”

„Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10”
oraz

Amerykańskie Towarzystwo ds. Niepełnosprawności Intelktualnej i Rozwojowej (AAIDD). Jest ono organizacją non-profit zajmującą się niepełnosprawnością intelektualną i pokrewnymi niepełnosprawnościami rozwojowymi. AAIDD ma członków w Stanach Zjednoczonych i ponad 50 innych krajach.

Niepełnosprawność intelektualna

Jest zaburzeniem rozpoczynającym się w okresie rozwoju i obejmuje deficyty zarówno w zakresie funkcjonowania intelektualnego, jak i adaptacyjnego w obszarach dotyczących rozumienia pojęć, funkcjonowania społecznego oraz w dziedzinach praktycznych. A więc dotyczy różnych sfer funkcjonowania osoby.

Niepełnosprawność intelektualna jest to stan ujawniający się przed 18 rokiem życia, charakteryzujący się:

funkcjonowaniem intelektualnym znacznie poniżej przeciętnej
istotnym ograniczeniem niektórych osobistych umiejętności i sprawności w zakresie jednej lub większej liczby wymienionych poniżej zdolności:
umiejętność porozumiewania się,
sprawność w zakresie samoobsługi,
radzenie sobie z czynnościami dnia codziennego
sprawności interpersonalne
umiejętności podejmowania decyzji (kierowanie sobą)
dbanie o własne zdrowie i bezpieczeństwo
radzenie sobie w szkole

organizowanie czasu wolnego
radzenie sobie w pracy.

Obniżenie poziomu rozwoju intelektualnego w DSM-IV

•Pograniczne funkcjonowania intelektualnego,

Poniżej 70 punktów IQ Wechslera:

•**69 – 55 IQ Wechslera – niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim:** poziom intelektualny charakterystyczny dla 10 – 12. roku życia. Ta forma deficytu intelektualnego stanowi najwięcej, około 85% rozpoznań. Osoby takie są samodzielne i zaradne społecznie, nie powinny jednak wykonywać zawodów wymagających podejmowania decyzji, ponieważ nie osiągnęły etapu myślenia abstrakcyjnego w rozwoju poznawczym. Życie rodzinne przebiega bez trudności. W społeczeństwie mogą mieć problemy z radzeniem sobie w różnych sytuacjach, ze względu na atmosferę otoczenia i stosunek innych. Obecnie istnieje tendencja do wprowadzania zajęć korekcyjnych, przy intensywniejszym treningu w dłuższym czasie osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim osiągają podobne wyniki co osoby z przeciętnym IQ.

•**54 – 35 IQ Wechslera – niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym:** funkcjonowanie intelektualne na poziomie 6-9. roku życia. Częstotliwość występowania – około 10% z wszystkich 4 typów niepełnosprawności. W okresie przedszkolnym istnieją trudności z nabywaniem reguł społecznych (lojalność, współdziałanie), a także niezręczność fizyczna. Osoby takie mogą nabywać umiejętności samoobsługowe, nie gubią się w dobrze znanym terenie, mogą pracować w zakładach pracy chronionej. Istnieją większe problemy z komunikacją, z układaniem zdań i rozumieniem bardziej skomplikowanych komunikatów. Nie przekraczają wieku umysłowego osoby w normie intelektualnej dziewięcioletniej.

•**34 – 20 IQ Wechslera – niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym:** poziom rozwoju 3-6-latka. Około 4-5. roku życia zauważalne spóźnienie rozwoju psychofizycznego. Osoby te mogą opanować samoobsługę, przy stałej opiece mogą wyuczyć się czynności domowych, ale nie są zdolne do wyuczenia zawodu. Nie przekraczają wieku umysłowego osoby w normie intelektualnej sześcioletniej. Istotnie obniżony także rozwój fizyczny oraz komunikacja (zazwyczaj jej brak).

•poniżej 20 IQ Wechslera – **niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim**: poziom funkcjonowania odpowiadający maks. 3. rokowi życia. Możliwe jest opanowanie tylko najprostszej samoobsługi. Występują ciężkie wady neurologiczne i fizyczne. Przez całe życie wymagają opieki instytucjonalnej. Nie przekraczają wieku umysłowego osoby w normie intelektualnej trzyletniej. Zaburzenia także wszystkich sfer rozwoju.

Zaburzenia rozwojowe związane z niepełnosprawnością intelektualną

Nie sposób przedstawić wszystkich zaburzeń rozwoju związanych z niepełnosprawnością intelektualną. Warto jednak zwrócić uwagę na podstawowe ich grupy oraz kilka przykładowych i najczęściej spotykanych jednostek

1. Zaburzenia warunkowane genetycznie:

Zespół Downa

Zespół wad wrodzonych spowodowany obecnością dodatkowego chromosomu 21.

Osoby z zespołem Downa mają mniejsze zdolności poznawcze niż średnia w populacji zdrowej. Wahają się one od lekkiego do średniego opóźnienia umysłowego. Zaburzenia rozwojowe manifestują się głównie jako skłonność do zawężonego myślenia. Niewiele osób wykazuje ciężkie lub głębokie opóźnienie umysłowe. Częstość występowania zespołu Downa szacuje się na 1 przypadek na 800–1000 żywych urodzeń.

Wiele objawów przedmiotowych zespołu Downa jest niecharakterystycznych i spotyka się je także u osób z prawidłowym kariotypem. U osób z zespołem Downa istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia: wad wrodzonych serca, refluksu żołądkowo-przełykowego, nawracających infekcji ucha, zespołu bezdechu śródsewnego i chorób gruczołu tarczowego.

Waga i wzrost są przeciętne przy urodzeniu, w okresie dojrzewania może wystąpić nadwaga. Ostateczny wzrost jest niższy niż średnia w populacji.

Ostateczny stopień rozwoju i komfort życia dziecka z zespołem Downa mogą poprawić działania rozpoczęte już we wczesnym dzieciństwie tj. prawidłowa opieka lekarska, akceptacja i zaangażowanie rodziny oraz edukacja i szkolenie zawodowe. Istnieją jednak pewne fizjologiczne i genetyczne ograniczenia, których nie można pokonać.

Cechy dysmorficzne i wady wrodzone

Nie ma wady wrodzonej występującej ze 100% częstością u osób z trisomią 21. Najczęstsze z nich to:

krótkogłowie, umiarkowane małowłowie, spłaszczona potylica
płaski profil twarzy

mongoloidalne ustawienie skośnych, wąskich szpar powiekowych (przyśrodkowe kąty oka poniżej poziomu kątów bocznych)

hipoplazja lub aplazja zatok czołowych

krótkie podniebienie twarde

zmarszczka nakątna w obrębie kątów nosa

nisko osadzone, skośne, szeroko rozstawione oczy

jasne plamki na tęczówce

zaburzenia refrakcji, najczęściej krótkowzroczność (70%)

oczopląs (35%)

zez (45%)

zaćma wrodzona (3%)

mały, krótki nos z płaską nasadą i szerokim grzbietem

wystający język, co spowodowane jest mikrognacją i małą objętością jamy ustnej

nisko osadzone, małe małżowiny uszne, często mały lub nieobecny płatek

zaburzenia słuchu (66%)

niedorozwój umysłowy

księżycowate, nieprawidłowo rozstawione zęby

pojedyncza bruzda dłoni, nazwana też bruzdą małpią (45%)

dysplastyczny środkowy paliczek palca V (60%)

zwiększony odstęp między paluchem a drugim palcem stopy

pojedyncza zmarszczka na piątym palcu ręki

marmurkowata skóra

krótka szyja, rzadziej płetwistość szyi

miękkie, delikatne i rzadkie włosy skóry głowy

wrodzone wady serca

wady przewodu pokarmowego (12%)

wady kośćca

niezrośnięcie łuków kręgow łędźwiowych (37%)

11 par żeber

odstające kości policzkowe

wady układu moczowo-płciowego
stosunkowo małe prącie
hipoplazja genitaliów
zmniejszona objętość jąder.

2. Całościowe zaburzenia rozwoju:

Autyzm

Należy do tak zwanych całościowych zaburzeń rozwojowych. Oznacza to, że ma wpływ na funkcjonowanie i rozwój dziecka we wszystkich obszarach. Autyzm powoduje trudności w kontaktach z innymi ludźmi, porozumiewaniu się z innymi, brak elastyczności w myśleniu i zachowaniu. Przy czym objawy mogą być nasilone bardzo mocno lub być bardzo subtelne. To właśnie dlatego aktualnie używamy częściej określenia spektrum zaburzeń autystycznych niż autyzm.

Najbardziej charakterystyczne dla autyzmu nieprawidłowości dotyczą trzech sfer: relacji społecznych, komunikacji i wzorca zachowań, cechującego się pewnym schematyzmem.

1. Jakościowe upośledzenie interakcji społecznych

osłabienie posługiwania się wielorakimi zachowaniami niewerbalnymi, taki jak kontakt wzrokowy, mimika, pozycja ciała i gesty w celu regulowania interakcji społecznych
brak kształtowania się związków z rówieśnikami, odpowiednich do etapu rozwoju
brak odwzajemniania społecznego lub emocjonalnego
brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi radości, zainteresowań i dzielenia się osiągnięciami

Jakościowe zaburzenia w porozumiewaniu się

opóźnienie lub całkowity brak rozwoju języka mówionego u osób ze zdolnością mówienia
stereotypowe i powtarzające się posługiwanie językiem lub język specyficzny
wyraźne osłabienie zdolnością nawiązywania lub podtrzymywania rozmowy z innymi u osób ze zdolnością mówienia
brak zróżnicowanych, spontanicznych zabaw symbolicznych („na niby”), lub społecznych zabaw naśladowczych właściwych dla danego poziomu rozwoju

Ograniczone, sztywne, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności

stereotypie i powtarzające się manieryzmy ruchowe (np. Machanie rękami, złożone ruchy całego ciała)

-uporczywe zafascynowanie częściami przedmiotów

wyraźne kompulsywne przywiązanie do specyficznych, нефunkcjonalnych rutynowych czynności lub rytuałów

pochłonięcie jednym lub większą liczbą stereotypowych i ograniczonych zainteresowań, nieprawidłowe zarówno pod względem intensywności, jak i stopnia koncentracji

Pomimo setek tysięcy przeprowadzonych badań nie wiemy jak jest przyczyna autyzmu. Aktualnie uważa się, że jest to neurobiologiczne zaburzenie rozwoju dziecka o podłożu genetycznym. Ale nie ma jednego genu, czy nawet grupy genów, które są odpowiedzialne za autyzm. Nie ma też badań genetycznych, ani innych badań laboratoryjnych, które pozwalają go diagnozować. Jedyną sprawdzoną na świecie metoda diagnozowania zaburzeń autystycznego spektrum jest przeprowadzenie z rodzicami bardzo szczegółowego wywiadu o dotychczasowym rozwoju dziecka oraz jego uważna obserwacja. Przy czym zarówno wywiad, jak i obserwacja dziecka powinny być przeprowadzone przez doświadczony zespół specjalistów.

Zespół Retta

Neurologiczne zaburzenie rozwoju, uwarunkowane genetycznie, o dziedziczeniu sprzężonym z płcią. Na obraz kliniczny tego zespołu składa się szereg zaburzeń neurorozwojowych, które w większości wypadków prowadzą do znacznej i głębokiej niepełnosprawności ruchowej oraz znacząco ograniczają możliwość komunikacji z otoczeniem. Charakterystyczna dla zespołu Retta jest nasilona dyspraksja (w wielu wypadkach apraksja) połączona ze specyficznymi ruchami stereotypowymi w obrębie kończyn górnych.

Zespół Retta często jest mylnie rozpoznawany jako autyzm, porażenie mózgowe czy ogólne zaburzenia rozwoju intelektualnego. Typowe objawy:

normalny rozwój od urodzenia do 6-18 miesiąca życia

utrata sprawności manualnej i zdolności mówienia

ataksja

niski wzrost, małe ręce i głowa

stereotypowe ruchy rąk (klaskanie, stukanie, wkładanie do ust), zgrzytanie zębami

problemy z kontaktami społecznymi, ataki paniki, unikanie kontaktu wzrokowego

napady padaczkowe

problemy żołądkowo-jelitowe i oddechowe

boczne skrzywienie kręgosłupa

przykurcze mięśniowe.

Zaburzenia neurologiczne

1. Padaczka (epilepsja)

Grupa przewlekłych zaburzeń neurologicznych charakteryzujących się napadami padaczkowymi. Napad padaczkowy jest wyrazem przejściowych zaburzeń czynności mózgu, polegających na nadmiernych i gwałtownych, samorzutnych wyładowaniach bioelektrycznych w komórkach nerwowych. Napady są epizodami o różnym nasileniu, od krótkich i prawie niezauważalnych, po długie, silne wstrząsy. Napady powtarzają się i nie mają bezpośredniej przyczyny, natomiast napady pojawiające się na skutek konkretnej przyczyny nie muszą wiązać się z tą chorobą.

W większości przypadków przyczyna choroby jest nieznana. Napady padaczkowe są wynikiem nadmiernej, nieprawidłowej aktywności komórek nerwowych kory mózgowej. Diagnoza zwykle opiera się na wyeliminowaniu innych chorób mogących dawać podobne objawy (np. omdlenie) oraz sprawdzeniu, czy istnieją bezpośrednie przyczyny tych objawów. Diagnozę padaczki zwykle potwierdza się elektroencefalogramem (EEG).

Padaczka jest nieuleczalna, jednak w niemal 70% przypadków jej napady można kontrolować lekami. W przypadkach braku reakcji na leki można rozważyć leczenie operacyjne, neurostymulację, lub wprowadzić zmiany w diecie. Padaczka nie zawsze jest chorobą dożywotnią i u wielu osób następuje poprawa do tego stopnia, że przyjmowanie leków staje się niepotrzebne.

Mózgowe porażenie dziecięce

Zespół objawów określający różnorodne zaburzenia ruchu i postawy, wynikające z trwałego, niepostępującego uszkodzenia mózgu we wczesnym stadium rozwoju dziecka. Najczęstsze problemy dotyczą koordynacji ruchowej, różnego stopnia sztywności lub wiotkości mięśni, przełykaniem pokarmów, mówieniem. Jako objawy wyróżnić można jeszcze w niektórych przypadkach obecność drgawek, problemy ze wzrokiem i słuchem. Często dzieci z MPD nabywają zdolności do obracania się, siadania, pełzania i chodzenia w późniejszym wieku niż ich zdrowi rówieśnicy. U około jednej trzeciej dzieci dochodzi do napadów epileptycznych. Symptomy choroby mogą stać się bardziej widoczne w miarę starzenia się organizmu, nie oznacza to jednak, że choroba postępuje.

Mózgowe porażenie dziecięce jest spowodowane nieprawidłowościami w rozwoju mózgu lub uszkodzeniem tych jego części, które są odpowiedzialne za koordynację wzrokowo-ruchową, równowagę i postawę. Najczęściej pierwsze sygnały występują już w fazie prenatalnej, aczkolwiek mogą mieć miejsce w fazie perinatalnej i postnatalnej. Przyczyna problemów często jest nieznana. Czynniki ryzyka to przedterminowy poród, ciąża wielopłodowa, niektóre infekcje przebyte podczas ciąży, takie jak toksoplazmoza, różyczka, ekspozycja na metylortęć, oraz uraz głowy przebyty w czasie pierwszych kilku lat życia i inne.

Dziecięce porażenie mózgowe dzieli się na cztery postaci, w zależności od objawów chorego. Nadmierne napięcie mięśniowe to rodzaj spastyczny mózgowego porażenia dziecięcego (postać piramidowa), problemy z koordynacją ruchową, niezdolność – ataksję (postać móżdżkowa), natomiast jeśli dziecko wykazuje mimowolne, nieskoordynowane ruchy kończyn górnych niezależne od jego woli, wtedy należy mówić o atetozie. Diagnoza medyczna jest stawiana na podstawie poszczególnych etapów rozwoju dziecka. Badania krwi oraz diagnostyka obrazowa mogą być wykorzystywane, by wykluczyć inne przyczyny. Około 2% przypadków z czterokończynowego porażenia mózgowego ma przyczynę w uwarunkowaniach genetycznych.

Dziecięcemu porażeniu mózgowemu można częściowo zapobiec poprzez immunizację matki oraz dzięki ostrożności, by zapobiec urazom głowy dziecka. Choroba jest nieuleczalna, aczkolwiek w wielu przypadkach pomoc może korzystać z rehabilitacji polegającej na fizjoterapii i terapii logopedycznej, a także przyjmowanie leków, takich jak diazepam, baklofen, botulina (znana również jako jad kiełbasiany) – których właściwości mogą obniżyć nadmierne napięte mięśnie. Pomoc mogą również zabiegi operacyjne, w których wydłuża się mięśnie lub skraca się nerwy nadmiernie wzmożone; stosowane są

również ortezy i inne technologie asystujące. Dzieci, które mają zapewnioną odpowiednią rehabilitację mogą w przyszłości prowadzić dorosłe życie podobnie jak zdrowi ludzie. Czasami jest stosowana medycyna naturalna – nie ma jednak naukowych dowodów, że jest ona skuteczna.

Inne

Fetal Alcohol Syndrome - FAS (alkoholowy zespół płodowy)

Zespół chorobowy, który jest skutkiem działania alkoholu na płód w okresie prenatalnym. Alkoholowy zespół płodowy jest chorobą nieuleczalną, której można uniknąć, zachowując abstynencję w czasie trwania ciąży. Do dziś nie określono dawki alkoholu, która byłaby bezpieczna dla płodu. Każda ilość niesie ryzyko wystąpienia zaburzeń w rozwoju dziecka.

Alkoholowy zespół płodowy jest najcięższą formą wad wrodzonych, somatycznych i neurologicznych, wywołanych na skutek ekspozycji płodu na alkohol. Można wyróżnić trzy kategorie charakteryzujące pełnoobjawowy FAS:

Specyficzne anomalie w budowie twarzy tj. krótkie szpary powiekowe, opadające powieki, szeroko rozstawione oczy, krótki zadarty nos, wygładzona rynienka nosowa, wąska górna warga, brak czerwieni wargowej, wolniejszy rozwój środkowej części twarzy, mała i słabo rozwinięta żuchwa, nisko osadzone uszy, krótka szyja, niedorozwój płytki paznokciowej, anormalność stawów i kości.

Spowolniony rozwój fizyczny przed i po urodzeniu. Opóźnienia wzrostu, niska waga urodzeniowa, mała głowa, niski wzrost i waga w stosunku do wieku, opóźnienia rozwojowe.

Objawy wynikające z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN): zaburzenia małej i dużej motoryki, problemy z utrzymaniem równowagi, koordynacji wzrokowo-ruchowej. Zaburzenia sensoryczne w odbieraniu bodźców, w tym głodu, pragnienia, bólu. Trudności z poczuciem własnego ciała w przestrzeni, zrozumieniem kierunków, nieprawidłowe odczucia wzrokowe, dotykowe, słuchowe, smakowe, węchowe. Zaburzenia uwagi, słaba kontrola impulsów, problemy z pamięcią operacyjną, słabe zdolności adaptacyjne. Trudności z uczeniem się, gromadzeniem i wykorzystywaniem informacji, tworzeniem

skojarzeń, przypominaniem informacji, zapominanie. Zaburzenia funkcji pamięci bezpośredniej, integracji zdobytych wiadomości, nieprawidłowa percepcja wzrokowa. Trudności w zrozumieniu pojęć abstrakcyjnych m.in.: matematycznych, czasu, pieniądza, odległości. Kłopoty z planowaniem, organizacją, rozwiązywaniem problemów, przewidywaniem, uczeniem się na błędach, oceną sytuacji. Trudności komunikacyjne, opóźniony rozwój mowy, problemy z używaniem języka w bardziej skomplikowanych kontekstach, dosłowne rozumienie pojęć, brak zrozumienia żartów, niezrozumienie intonacji językowej i emocjonalnej (smutek, radość, złość, twierdzenie, pytanie, rozkaz).

10. Przeżycia emocjonalne rodziców po informacji o diagnozie dziecka.

Rodzice, po uzyskaniu informacji, że ich dziecko jest niepełnosprawne, przeżywają bardzo silne negatywne emocje. W rezultacie ulegają zakłóceniu (czasami bardzo poważnemu) relacje między członkami rodziny, szczególnie zaś między rodzicami oraz między rodzicami a niepełnosprawnym dzieckiem. Poniższe rozważania dotyczą przeżyć, które występują w rodzinach bez względu na to, jaki rodzaj niepełnosprawności występuje u dziecka. Pragniemy je przybliżyć w naszym poradniku, aby mieli Państwo świadomość, że pewne Wasze stany emocjonalne, które być może są o zabarwieniu negatywnym, na pewnym etapie są czymś normalnym. Poniższa publikacja dowodzi, że nie jesteście w tym sami i istnieje realna pomoc w tym trudnym czasie.

W dotychczasowej literaturze spotkać można liczne opisy reakcji emocjonalnych rodziców na wiadomość, że ich dziecko jest niepełnosprawne. Rzadziej natomiast ukazuje się, jak z upływem czasu przeżycia te zmieniają się i jak tym samym zmienia się ich wpływ na związki między członkami rodziny. Najogólniej ewolucję przeżyć emocjonalnych rodziców można opisać jako stopniowe przechodzenie od pytania "dlaczego właśnie nas i nasze dziecko dotknęło to nieszczęście?" do pytania "co i jak możemy zrobić, aby pomóc naszemu dziecku?". Oczywiście między tymi dwoma pytaniami są jeszcze etapy pośrednie. Inaczej mówiąc, w przeżyciach rodziców po wykryciu u dziecka niepełnosprawności można wyróżnić kilka okresów.

Są to okresy: szoku, kryzysu emocjonalnego, pozornego przystosowania się oraz konstruktywnego przystosowania się do sytuacji. Scharakteryzujemy je pokrótce.

Okres szoku - często nazywany także okresem krytycznym lub okresem wstrząsu emocjonalnego, następuje bezpośrednio po tym, kiedy rodzice dowiadują się, że ich dziecko jest niepełnosprawne i że nie będzie się rozwijać prawidłowo. Wiadomość o niepełnosprawności dziecka jest dla rodziców ogromnym wstrząsem psychicznym. Rodzice oczekują, że dziecko urodzi się zdrowe i że jego rozwój będzie przebiegał bez zakłóceń. Po odkryciu niepełnosprawności dziecka większość rodziców załamuje się - ich równowaga psychiczna ulega dezorganizacji. W ich przeżyciach dominują: rozpacz, żal, lęk, poczucie krzywdy, beznadziejności i bezradności. Rodzice wspominają ten okres jako pasmo bezgranicznego bólu i cierpienia oraz poczucia, że "świat się zawalił", a sytuacja, w jakiej się

znaleźli, jest bez wyjścia. Częstymi objawami występującymi w tym okresie u rodziców są: obniżony nastrój, niekontrolowane reakcje emocjonalne (płacz, krzyk, agresja słowna) oraz reakcje i stany nerwicowe (zaburzenia snu, łaknienia, stany lękowe). Silne emocje przeżywane przez rodziców zazwyczaj negatywnie wpływają na ich ustosunkowanie do siebie i do dziecka. Pojawiają się nieporozumienia, kłótnie, wzajemna wrogość i agresja. Rodzice mogą zamykać się w kręgu swych przeżyć i nie pomagać sobie. Zazwyczaj rodzice nie wiedzą, jak postępować z dzieckiem, a ich zachowania wobec niego są przepojone lękiem lub poczuciem winy. Z całą pewnością w tym okresie rodzice potrzebują fachowej pomocy z zewnątrz.

Okres kryzysu emocjonalnego - nazywany także często okresem rozpaczki lub depresji. Rodzice nie potrafią pogodzić się z myślą, że mają niepełnosprawne dziecko. Spostrzegają swoją sytuację jako beznadziejną, są przygnębieni, zrozpaczeni i bezradni. Mają poczucie

zawodu i niespełnionych nadziei spowodowane rozbieżnością między wymarzoną a rzeczywistym obrazem dziecka. W przeżyciach rodziców dominują: poczucie klęski życiowej, poczucie osamotnienia, skrzywdzenia przez los i beznadziejności. Często rodzice przeżywają poczucie winy. Może ono wynikać z przekonania, że to z ich powodu dziecko jest niepełnosprawne, że gdyby dziecko rozwijało się prawidłowo, to ich stosunek do niego byłby inny, że nic dla dziecka nie mogą zrobić. W tym okresie rodzice zazwyczaj bardzo pesymistycznie oceniają przyszłość dziecka. Neurotyczne przeżywanie problemów własnych i rodziny może wywoływać agresję w ich wzajemnych stosunkach oraz bunt i wrogość wobec otaczającego świata. Konflikty i kłótnie między rodzicami pogłębiają dezorganizację w funkcjonowaniu rodziny. Zakłócenia w relacjach między rodzicami oraz ich negatywne przeżycia w istotny sposób wpływają na psychikę niepełnosprawnego dziecka. Napięcia i konflikty przeżywane przez rodziców zazwyczaj ograniczają ich interakcje z dzieckiem i zakłócają ich przebieg. W konsekwencji u dziecka może wystąpić niezaspokojenie potrzeby kontaktu emocjonalnego i potrzeby bezpieczeństwa. Bardzo często rodzice w swych relacjach z dzieckiem ograniczają się jedynie do wykonywania czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

Okres pozornego przystosowania się do sytuacji - jego dominującą cechą jest to, że rodzice podejmują nieracjonalne próby przystosowania się do sytuacji, w jakiej się znaleźli po stwierdzeniu u dziecka niepełnosprawności. Rodzice, nie mogąc pogodzić się z faktem, że ich dziecko jest niepełnosprawne, stosują różne mechanizmy obronne - tzn. deformują obraz

realnej rzeczywistości zgodnie ze swymi pragnieniami. W konsekwencji wytwarzają sobie nieprawidłowy obraz dziecka, który dominuje nad realną rzeczywistością. Często stosowanym mechanizmem obronnym jest nieuznawanie faktu niepełnosprawności dziecka. Na przykład jest wielu rodziców, którzy nie przyjmują do wiadomości, że ich dziecko jest niepełnosprawne intelektualnie. Uważają natomiast, że jest ono raczej leniwe; nieuważne, uparte lub złośliwe. Rodzice nie chcą dostrzec niepełnosprawności swego dziecka i dążą do podważenia postawionej diagnozy - bagatelizują ją lub jej zaprzeczają i poszukują nowej. Mogą oni kolejno udawać się do wielu różnych specjalistów lub placówek, nawet jeśli za każdym razem orzeczenie o stanie dziecka jest takie samo. Ciągłe jednak kieruje nimi przeświadczenie, że diagnoza jest mylna, a przynajmniej nie ostateczna. Wielu rodziców przyjmuje do wiadomości fakt, że dziecko jest niepełnosprawne. Wówczas często stosowanym mechanizmem obronnym jest nieuzasadniona wiara w możliwość wyleczenia dziecka. Rodzice podejmują bardzo żmudne i kosztowne wysiłki polegające na poszukiwaniu coraz to nowych specjalistów i ośrodków leczniczych. Wierzą, że istnieje jakiś cudowny lek, który doprowadzi do wyzdrowienia dziecka. Zwracają się ku metodom paramedycznym, takim jak: bioenergoterapia, ziołolecznictwo, akupunktura i poszukują środków zaradczych u osób niefachowych (np. znachorów). Wymienione czynności mogą być prowadzone przez długi czas i zazwyczaj wiążą się z dużymi nakładami czasu i pieniędzy. Innym mechanizmem obronnym, jaki może wystąpić u rodziców, jest poszukiwanie winnych niepełnosprawności dziecka. Rodzice oskarżają lekarzy, że dziecko jest niepełnosprawne na skutek ich zaniedbań na przykład nieprawidłowo wykonanej operacji, mylnie postawionej diagnozy i w związku z tym źle prowadzonego leczenia. Wielu rodziców jest głęboko przekonanych, że niepełnosprawność ich dziecka została spowodowana błędem lub zaniedbaniem popełnionym przez lekarzy w czasie ciąży, porodu, szczepienia, leczenia itp. pomimo że obiektywnie nie ma żadnych podstaw, aby tak przypuszczać. Czasami rodzice uważają, że winę za niepełnosprawność dziecka ponoszą siły nadprzyrodzone (los, Bóg) i że jest to kara za ich uprzednie postępowanie. Zdarza się, że rodzice nawzajem obarczają się winą za niepełnosprawność dziecka zarzucając sobie np. zaburzenia genetyczne. Mogą również przypisywać sobie odpowiedzialność za upośledzenie dziecka, ponieważ w swoim przekonaniu byli mało przezorni albo niedostatecznie opiekowali się nim i ochraniali je. Okres pozornego przystosowania się może trwać bardzo długo. Jeżeli rodzice wyczerpią wszystkie środki i możliwości, wówczas mogą dojść do przekonania, że nic dla dziecka nie można już zrobić. Pogodzeni w ten sposób ze swym nieszczęściem poddają się apatii, przygnębieniu i pesymizmowi. Nie prowadzą wobec dziecka żadnych oddziaływań

rehabilitacyjnych poza wykonywaniem podstawowych czynności opiekuńczych, ponieważ w ich mniemaniu i tak nic nie da się zrobić. Swoje zawiedzione w związku z niepełnosprawnością nadzieje i oczekiwania mogą przenosić na dziecko (lub dzieci) zdrowe. Rodzice idealizują wówczas pełnosprawne rodzeństwo wierząc w jego ponadprzeciętne możliwości rozwojowe i stawiają mu wygórowane wymagania. Podejmują próby zorganizowania funkcjonowania rodziny niejako z wyłączeniem niepełnosprawnego dziecka, któremu "nie można pomóc".

Okres konstruktywnego przystosowania się do sytuacji - jego istotą jest przeżywanie przez rodziców problemu, czy i jak można pomagać dziecku. Zaczynają się oni zastanawiać nad takimi kwestiami, jak:

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

Mówiąc ogólnie, rodzice podejmują próbę racjonalnego rozpatrzenia swej sytuacji. Oczywiście mogą oni nadal przeżywać stresy i problemy emocjonalne, ale nie są one już związane z pytaniem "dlaczego my i nasze dziecko?", lecz z pytaniem "jak pomóc dziecku i jak zorganizować dalsze życie własne i rodziny?". Rodzice zaczynają stosować różne zabiegi wychowawcze i rehabilitacyjne w stosunku do dziecka i zaczynają współpracować ze sobą. Życie i funkcjonowanie rodziny zaczyna organizować się wokół wspólnego celu - niesienia pomocy dziecku. W przeżyciach rodziców zaczynają dominować uczucia pozytywne. Kontakty z dzieckiem i czynności wykonywane wokół niego zaczynają przynosić im satysfakcję. Rodzice zaczynają dostrzegać postępy dziecka i przeżywają z tego powodu radość. Do tej pory niewielką wagę przywiązywano do faktu, że wychowanie niepełnosprawnego dziecka może być dla rodziców źródłem pozytywnych przeżyć. Przyjmowany obecnie model interakcyjny zakłada, że relacje rodzice - dziecko należy rozpatrywać w obu kierunkach. Z jednej strony rodzice obdarzają dziecko i zaspokajają jego różne potrzeby - opiekują się nim, karmią, pieczą, dają prezenty, bawią się z nim i uczą je. Natomiast z drugiej strony dziecko obdarza rodziców - choć niekiedy w sposób mniej uchwytne: swym przywiązaniem, dobrym samopoczuciem, radością okazywaną na ich widok, gdy wyróżnia ich spośród wszystkich innych osób, gdy chętnie się im podporządkowuje, stara się zrobić im przyjemność, przejawia wdzięczność w sposób dla nich czytelny i wreszcie, gdy spełnia obowiązki stawiane przed nim

w domu i w szkole. Wszystkie te zachowania są dla rodziców źródłem radości i satysfakcji, mobilizują ich do bardziej wytrwałej pracy z dzieckiem. Pragniemy zaznaczyć, że przedstawione wyżej okresy w przeżyciach rodziców są ujęciem modelowym. W przypadku konkretnych rodzin mogą one trwać dłużej lub krócej i mogą być mniej lub bardziej intensywne. Często bywa również tak, że rodzice nie dochodzą w swych przeżyciach do okresu konstruktywnego przystosowania się. Mogą oni trwać w rozpacz i poczuciu beznadziejności lub też mogą u nich dominować mechanizmy obronne, które z czasem ustępują miejsca przekonaniu, że nic już nie da się zrobić. Jedynie ci rodzice, którzy osiągną ostatni z opisanych wyżej okresów, potrafią wyjść z kręgu przeżyć paraliżujących ich funkcjonowanie i naprawdę pomóc swemu dziecku.

W przeżywaniu trudnych emocji rodzice powinni udać się do specjalistów: psychologa, psychiatry. Celem otrzymania fachowej pomocy, metodami terapeutycznymi. Jest to normalna sytuacja i nie należy się jej wstydzić. A im szybsza pomoc, tym lepsza przyszłość rodziny.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w przedszkolach, szkołach i innych placówkach

Wsparcie, które jest udzielane dzieciom i młodzieży na podstawie dokumentów z poradni psychologiczno-pedagogicznej można podzielić na 3 sfery: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka, wsparcie w ramach kształcenia specjalnego oraz pomoc psychologiczno-pedagogiczną.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka.

Pierwszy obszar, a więc wczesne wspomaganie rozwoju nie jest tożsamy z pomocą psychologiczno-pedagogiczną. Jest to rodzaj wsparcia udzielany niepełnosprawnemu dziecku od momentu wykrycia jego niepełnosprawności aż do rozpoczęcia nauki w szkole. Jak już wcześniej wspomnieliśmy jest to rodzaj wsparcia udzielany na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka wydanej przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną. Warunkiem wydania przez poradnię takiej opinii jest niepełnosprawność dziecka i potrzeba pobudzania jego psychoruchowego i społecznego rozwoju.

Ważne! Zajęcia w ramach WWR nie muszą być realizowane w placówce, do której uczęszcza dziecko.

Decyzja dotycząca placówki, której dziecko będzie realizowało wczesne wspomaganie należy tylko i wyłącznie do rodziców dziecka, którzy w wybranej jednostce, organizującej WWR, zgłaszają taką potrzebę. Zajęcia w ramach WWR mogą się odbywać w dowolnej jednostce wybranej przez rodziców.

Zajęcia w ramach wczesnego wspomagania mogą być organizowane publicznych i niepublicznych: przedszkolach, szkołach podstawowych, w tym specjalnych, innych formach wychowania przedszkolnego, specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodkach wychowawczych, ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych oraz publicznych i niepublicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym poradniach specjalistycznych. Aby WWR mogły być organizowane w danej placówce muszą one spełniać określone warunki. Przede wszystkim muszą mieć zespół powołany do prowadzenia tych zajęć, składający się z wykwalifikowanej kadry. Muszą mieć także warunki do realizacji zaleceń zawartych w opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, a więc przede wszystkim muszą posiadać środki dydaktyczne i sprzęt,

konieczny do prowadzenia wczesnego wspomagania, a także muszą dysponować odpowiednimi pomieszczeniami dostosowanymi do psychofizycznych potrzeb dzieci.

W skład zespołu powołanego do prowadzenia zajęć w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka powinny wchodzić osoby posiadające przygotowanie do pracy z małymi, zaburzonymi psychoruchowo dziećmi. W zespole wczesnego wspomagania rozwoju powinni się znaleźć przede wszystkim:

pedagog, który posiada kwalifikacje właściwe dla niepełnosprawności danego dziecka,

psycholog,

logopeda

inni specjaliści wspierający zaspokajanie potrzeb dziecka i jego rodziny

Zadaniem zespołu prowadzącego WWR jest w pierwszej kolejności ustalenie planu oddziaływań podejmowanych względem dziecka i jego rodziny, w oparciu o diagnozę poziomu funkcjonowania dziecka, która jest zawarta w opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Opracowany plan powinien uwzględniać poszerzenie repertuaru aktywności dziecka i rozwijanie jego uczestnictwa w życiu społecznym. Plan zajęć powinien także uwzględniać dążenia do eliminowania barier i ograniczeń środowiskowych, które utrudniają funkcjonowanie dziecka. Zadaniem zespołu jest także nawiązanie współpracy z przedszkolem, inną formą wychowania przedszkolnego, oddziałem przedszkolnym w szkole podstawowej, do którego uczęszcza dziecko, lub innymi podmiotami, w których dziecko jest objęte oddziaływaniami terapeutycznymi, aby zapewnić spójność wszystkich oddziaływań mających na celu wspomaganie rozwoju dziecka. Zespół WWR powinien współpracować także z ośrodkami leczniczymi w celu zapewnienia dziecku wsparcia medyczno-rehabilitacyjnego, realizacji zaleceń medycznych oraz udzielania porad i konsultacji dotyczących rozwoju dziecka. Zaleca się także współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej aby dziecko i jego rodzina mieli zapewnioną realizację wszystkich podstawowych potrzeb. Bardzo ważnym zadaniem zespołu WWR jest opracowanie i realizacja **indywidualnego programu wczesnego wspomagania**, który powinien zakładać także wspieranie rodziny dziecka w realizacji programu także w środowisku domowym oraz synchronizowanie działań wszystkich osób prowadzących zajęcia z dzieckiem. Realizacja programu przez zespół powinna być systematycznie oceniana w zakresie osiągniętych postępów oraz występujących trudności w funkcjonowaniu dziecka. Skuteczność opracowanego programu powinna być poddawana analizie w celu stosowania zmian w programie, adekwatnych do potrzeb dziecka i jego rodziny.

Pracę całego zespołu nadzoruje i koordynuje dyrektor placówki lub osoba upoważniona przez dyrektora.

Wszelkie działania podejmowane w ramach realizacji programu muszą być dokumentowane, a także prowadzić należy arkusze obserwacji dziecka, które mają służyć ocenie sprawności dziecka w różnych sferach, a także ocenie postępów oraz trudności w funkcjonowaniu dziecka. Arkusz obserwacji zawiera także informacje o poszczególnych zajęciach realizowanych w ramach WWR.

Zajęcia w ramach wczesnego wspomaganie są organizowane w wymiarze od 4 do 8 godzin w miesiącu. Wymiar miesięczny ustala dyrektor, uwzględniając potrzeby i możliwości psychofizyczne dziecka. W szczególnych przypadkach miesięczny wymiar godzin zajęć w ramach wczesnego wspomaganie może być wyższy jednakże potrzebna jest na to zgoda organu prowadzącego. Prowadzi się je indywidualnie z dzieckiem i jego rodziną. Aby skutecznie rozwijać kompetencje społeczne i komunikacyjne dziecka, zajęcia mogą być prowadzone grupowo, jednakże liczba uczestników w grupie nie może przekraczać 3.

Dla dzieci przed 3. rokiem życia, lub w innych szczególnych przypadkach zajęcia mogą być prowadzone w domu dziecka. Jest to jednak kwestia pozostająca do decyzji rodziców, uzgodnionej i skonsultowanej z ustaleniami dyrektora jednostki organizującej realizację zajęć w ramach WWR.

Kształcenie specjalne

Drugą sferą wsparcia dla dzieci z niepełnosprawnością jest organizacja kształcenia specjalnego. Publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne wydają różne rodzaje orzeczeń. Są to: orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania, orzeczenia o potrzebie indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego, orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. Oddziaływania podejmowane przez przedszkole/ szkołę/ placówkę zależą od rodzaju wydanego przez poradnię orzeczenia.

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego zobowiązuje placówkę do podejmowania określonych działań. Placówka realizująca kształcenie specjalne jest zobowiązana na podstawie otrzymanego orzeczenia oraz własnych obserwacji opracować i realizować

Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny (IPET), ponadto dwa razy w roku musi przeprowadzić wielospecjalistyczną ocenę poziomu funkcjonowania ucznia. Placówka realizuje IPET w ramach, określonych w orzeczeniu, zajęć. Poradnia może wskazać w orzeczeniu realizację takich zajęć jak: zajęcia rewalidacyjne dla ucznia niepełnosprawnego, zajęcia socjoterapeutyczne dla ucznia zagrożonego niedostosowaniem społecznym, zajęcia resocjalizacyjne dla ucznia niedostosowanego społecznie. Ponadto poradnia może zalecić realizację zajęć „dobrowolnych” w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Przy ustalaniu jaki rodzaj zajęć rewalidacyjnych będzie najbardziej odpowiedni dla danego ucznia należy uwzględnić przede wszystkim diagnozę oraz zalecenia zawarte w orzeczeniu poradni psychologiczno-pedagogicznej, a także potrzeby dziecka zaobserwowane podczas dokonywania diagnozy przez nauczycieli i specjalistów przedszkola/ szkoły/ placówki.

Zajęcia rewalidacyjne mogą odbywać się indywidualnie lub grupowo – w zależności od wykrytych potrzeb dziecka i specyfiki jego funkcjonowania. Zalecenie co do formy prowadzenia tego typu zajęć powinno być umieszczone w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego. Jeżeli w szkole ogólnodostępnej/ przedszkolu ogólnodostępnym znajduje się tylko jeden uczeń, który musi realizować zajęcia rewalidacyjne, koniecznym jest zorganizowanie tych zajęć w formie indywidualnej. Jeśli orzeczenie zawiera zalecenia co do konieczności rozwijania kompetencji społecznych dopuszcza się możliwość zapewnienia mu udziału w innych zajęciach organizowanych w szkole/przedszkolu/placówce, podczas których możliwa będzie realizacja tego zalecenia.

Program zajęć rewalidacyjnych powinien przede wszystkim uwzględniać:

dla uczniów niewidomych - naukę orientacji w przestrzeni i poruszania się oraz naukę systemu Braille’a lub innych alternatywnych metod komunikacji –

dla uczniów niesłyszących lub z afazją - naukę języka migowego lub innych alternatywnych metod komunikacji

dla uczniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera - zajęcia rozwijające umiejętności społeczne, w tym umiejętności komunikacyjne.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna

Trzeci obszar wsparcia udzielanego dzieciom i młodzieży jest pomoc psychologiczno – pedagogiczna. Przepisy prawa szczegółowo określają przyczyny na podstawie których dany uczeń może zostać objęty pomocą psychologiczno- pedagogiczną. Należą do nich:

- niepełnosprawność;
- niedostosowanie społeczne;
- zagrożenie niedostosowaniem społecznym;
- zaburzenia zachowania lub emocji;
- szczególne uzdolnienia;
- specyficzne trudności w uczeniu się;
- deficyty kompetencji i zaburzenia sprawności językowych;
- choroba przewlekła;
- sytuacje kryzysowe lub traumatyczne;
- niepowodzenia edukacyjne;
- zaniedbania środowiskowe związane z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi;
- trudności adaptacyjne związane z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą

W przedszkolach, szkołach i placówkach za udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom odpowiedzialni są nauczyciele i wychowawcy, a także specjaliści wykonujący w przedszkolu, szkole i placówce zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności psychologowie, pedagodzy, logopedzi, doradcy zawodowi i terapeuci pedagogiczni.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna powinna być udzielana we współpracy z rodzicami uczniów, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli innymi przedszkolami, szkołami i placówkami; organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami i podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży. Zakres i warunki tej współpracy ustala dyrektor placówki.

Udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej odbywa się w trzech formach: w trakcie bieżącej pracy z uczniem, poprzez wspólne działania nauczycieli i specjalistów oraz w formie zajęć.

W przedszkolu zajęcia z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej mogą odbywać się w formie: zajęć rozwijających uzdolnienia oraz zajęć specjalistycznych, do których zalicza się zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, logopedyczne, rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne oraz inne zajęcia o charakterze terapeutycznym. Przedszkolna pomoc psychologiczno-pedagogiczna może mieć także formę zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, a także porad i konsultacji.

W placówkach szkolnych podobnie jak w przedszkolach pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana jest w trakcie bieżącej pracy z uczniem, w formie zajęć oraz poprzez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów. Zajęcia z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkole to: zajęcia rozwijające uzdolnienia; zajęcia rozwijające umiejętność uczenia się; zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze, a także zajęcia specjalistyczne, do których zalicza się zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, logopedyczne, rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne oraz inne zajęcia o charakterze terapeutycznym. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w szkole to także zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu (jest to forma pomocy kierowana głównie do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych). Pomoc psychologiczno-pedagogiczna może być także realizowana poprzez zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia, warsztaty, porady i konsultacje.

Ze szkolnej pomocy psychologiczno-pedagogicznej mogą korzystać także rodzice uczniów oraz nauczyciele. Pomoc kierowana do rodziców ma formę porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń.

Ważne! Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana w szkole/przedszkolu/placówce jest dobrowolna – rodzic w każdej chwili może zrezygnować z oferowanej dziecku pomocy; pomoc jest także nieodpłatna – za objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną dziecko nie może ponosić żadnych kosztów.

Dla kogo organizuje się poszczególne zajęcia?

Zajęcia rozwijające uzdolnienia – są organizowane dla szczególnie uzdolnionych uczniów. Liczba uczestników podczas tych zajęć nie może przekraczać 8.

Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne – ich uczestnikami są uczniowie z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi oraz specyficznymi trudnościami w uczeniu się. W tego typu zajęciach może uczestniczyć maksymalnie 5 uczniów.

- **Zajęcia logopedyczne** – kierowane są do uczniów posiadających deficyty i zaburzenia w zakresie kompetencji językowych. W zajęciach logopedycznych może uczestniczyć jednocześnie tylko 4 uczniów.

Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne – adresatami tych zajęć są uczniowie z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym. Może w nich uczestniczyć maksymalnie 10 uczestników. W szczególnych przypadkach, uzasadnionych specjalnymi potrzebami uczniów, ta liczba może być większa.

Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym – ich uczestnikami mogą być uczniowie przejawiający zaburzenia i odchylenia rozwojowe, dla których funkcjonowanie w szkole, przedszkolu lub placówce stanowi trudność. Tego typu zajęcia mają na celu wspieranie uczniów w aktywnym i pełnym uczestnictwie w życiu przedszkola, szkoły lub placówki. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 10.

Klasa terapeutyczna – jest to szczególna forma wsparcia, którą organizuje się dla uczniów, którzy ze względu na trudności w funkcjonowaniu, zaburzenia rozwojowe, lub ze względu na stan zdrowia, wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania oraz długotrwałej pomocy specjalistycznej. Aby objąć danego ucznia tą formą pomocy konieczna jest opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej. W klasach terapeutycznych nauczanie prowadzone jest przez nauczycieli odpowiednich ze względu na rodzaj zajęć edukacyjnych. Uczniowie w tego typu klasach realizują takie same programy nauczania jak pozostałe klasy, ale metody i formy pracy dostosowane są potrzeb i możliwości psychofizycznych uczniów. W klasie terapeutycznej może być maksymalnie 15 uczniów. Uczniowie realizują program w takiej klasie do momentu gdy ich trudności nie zostaną wyeliminowane lub złagodzone.

Zajęcia rozwijające umiejętność uczenia się – mają na celu podnoszenie efektywności uczenia się uczniów.

Zajęcia dydaktyczno–wyrównawcze – organizowane są dla uczniów, którym nauka sprawia trudność, którzy mają problem w realizacji wymagań edukacyjnych związanych z podstawą programową na danym etapie edukacyjnym. W zajęciach dydaktyczno-wyrównawczych może uczestniczyć maksymalnie 8 uczniów.

Wszystkie z wymienionych typów zajęć trwają 45 minut, ale dopuszczalne jest wydłużanie lub skracanie czasu prowadzenia zajęć przy jednoczesnym zachowaniu ustalonego tygodniowego czasu trwania tych zajęć. Zmiany w czasie trwania zajęć powinny być odpowiedzią na potrzeby i możliwości uczniów.

W zakresie udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej, nauczyciele, wychowawcy i specjaliści mają obowiązek rozpoznać indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne, a także możliwości psychofizyczne uczniów, z uwzględnieniem ich uzdolnień i zainteresowań.

Nauczyciele prowadzą obserwację pedagogiczną w trakcie bieżącej pracy, celem rozpoznania trudności edukacyjnych dziecka, a także szczególnych uzdolnień.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana niezwłocznie po rozpoznaniu specjalnych potrzeb i możliwości uczniów. W trakcie bieżącej pracy, w zintegrowany sposób, udzielają jej wszyscy nauczyciele i specjaliści pracujący z dzieckiem.

Przedszkole, szkoła, placówka mają obowiązek poinformowania rodziców ucznia o rozpoznanych potrzebach i możliwościach dziecka i wynikającej z nich potrzebie objęcia ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną. Rodzice muszą być także poinformowani o formalnych ustaleniach dotyczących wymiaru godzin, formy i okresu udzielania pomocy. Jest to obowiązek dyrektora przedszkola, szkoły lub placówki aby w formie pisemnej poinformować rodziców ucznia o wszelkich ustaleniach dotyczących organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla ucznia.

12. Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia.

Są to formy pomocy organizowane dla tych uczniów, którzy z powodu swojego stanu zdrowia i wynikających z niego różnego rodzaju trudności w funkcjonowaniu, nie są w stanie realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym. Wówczas należy dostosować wymagania i formy organizacji pracy do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

Dzieci objęte tą formą pomocy mogą uczęszczać do szkoły, przedszkola, placówki, ale ze względu na ograniczenia spowodowane swoim stanem zdrowia, nie mogą w pełni realizować wymagań programowych i aktywnie uczestniczyć w życiu szkoły i przedszkola.

Zindywidualizowana ścieżka dotyczy wszystkie zajęcia przedszkolne lub szkolne, które realizowane są w grupie lub indywidualnie.

Aby dany uczeń mógł zostać objęty zindywidualizowaną ścieżką kształcenia, konieczna jest opinia publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, z której wynika konieczność udzielenia dziecku tej formy pomocy.

Zindywidualizowana ścieżka kształcenia nie przysługuje dzieciom i młodzieży, które są objęte kształceniem specjalnym oraz dzieciom realizującym indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne albo indywidualne nauczanie.

13. Moje dziecko w placówce edukacyjnej - prawa i obowiązki dziecka i rodzica w pigułce.

Do jakich placówek mogę zapisać swoje dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności?

Art. 1. System oświaty zapewnia w szczególności:

dostosowanie treści, metod i organizacji nauczania do możliwości psychofizycznych uczniów, a także możliwość korzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej i specjalnych form pracy dydaktycznej;

możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół przez dzieci i młodzież

-niepełnosprawną,

-niedostosowaną społecznie

-zagrożoną niedostosowaniem społecznym,

zgodnie z indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi oraz predyspozycjami;

opiekę nad uczniami niepełnosprawnymi przez umożliwianie realizowania zindywidualizowanego procesu kształcenia, form i programów nauczania oraz zajęć rewalidacyjnych;

Art.2. 2. System oświaty obejmuje:

poradnie psychologiczno-pedagogiczne, w tym poradnie specjalistyczne udzielające dzieciom, młodzieży, rodzicom i nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a także pomocy uczniom w wyborze kierunku kształcenia i zawodu;

Jakie dzieci obejmuje kształcenie specjalne?

Art. 127.

1. Kształceniem specjalnym obejmuje się dzieci i młodzież

niepełnosprawne,

niedostosowane społecznie

zagrożone niedostosowaniem społecznym, wymagające stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy.

Kształcenie to może być prowadzone w formie nauki odpowiednio w:

- przedszkolach i szkołach ogólnodostępnych,
- przedszkolach, oddziałach przedszkolnych
- w szkołach podstawowych i szkołach lub oddziałach integracyjnych, -
przedszkolach i szkołach lub oddziałach specjalnych,
- innych formach wychowania przedszkolnego i ośrodkach, o których mowa w art. 2 pkt 7.

Co muszę wiedzieć o przebiegu edukacji w przedszkolach i szkołach?

Art. 31.

Wychowanie przedszkolne obejmuje dzieci od początku roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 3 lata, do końca roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 7 lat. Wychowanie przedszkolne jest realizowane w przedszkolach, oddziałach przedszkolnych w szkołach podstawowych oraz w innych formach wychowania przedszkolnego.

W przypadku dzieci posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wychowaniem przedszkolnym może być objęte dziecko w wieku powyżej 7 lat, nie dłużej jednak niż do końca roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 9 lat. Obowiązek szkolny tych dzieci odracza się zgodnie z art. 38

Jaki jest schemat odroczenia?

Podstawę odroczenia stanowi fachowa **diagnoza dokonana w poradni psychologiczno-pedagogicznej** dotycząca dojrzałości szkolnej sześciolatka. Należy więc uzyskać opinię specjalisty – lekarza pediatry lub psychologa, także pedagoga zajmującego się dotychczas dzieckiem w przedszkolu. Opinia poradni wydawana jest po przeprowadzeniu badania gotowości szkolnej. Test trwa około dwóch godzin. Dotyczy czterech głównych aspektów rozwoju dziecka (społecznego, emocjonalnego, fizycznego i poznawczego). Warto pamiętać, że nie można go powtarzać częściej niż raz na pół roku. Jest to uzasadnione dobrem dziecka oraz chęcią uzyskania wiarygodnych wyników. Opinia może mieć również dalsze konsekwencje, np. zobowiązanie do systematycznej dodatkowej pracy z dzieckiem, kolejne badania w przyszłości, konieczność uczęszczania na zajęcia specjalistyczne, wyrównawcze,

korekcyjno-kompensacyjne. Status poradni (prywatnej lub publicznej) nie ma żadnego znaczenia.

Po otrzymaniu opinii z poradni, należy **wypełnić wniosek** i złożyć dokumenty u dyrektora placówki, **nie później niż do dnia 31 sierpnia**. Dyrektor podejmuje decyzję o odroczeniu obowiązku.

Dziecko, któremu odroczone rozpoczęcie spełniania obowiązku szkolnego zgodnie z ust. 2, kontynuuje przygotowanie przedszkolne w przedszkolu, oddziale przedszkolnym w szkole podstawowej lub w innej formie wychowania przedszkolnego, a dziecko posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawności sprzężone, z których jedną z niepełnosprawności jest niepełnosprawność intelektualna, także w ośrodku rewalidacyjno-wychowawczym. Przepisy art. 32 ust. 3 i 6 stosuje się odpowiednio.

W jakim celu dokonuje się odroczenia?

Gdy rodzic bądź nauczyciele przedszkola na podstawie obserwacji i diagnozy gotowości szkolnej dostrzegają istotne przesłanki za tym, że dziecko nie będzie w stanie wypełniać obowiązków szkolnych, jego rozwój, wiedza, umiejętności ulegają opóźnieniu lub braku, wówczas wydłuża się czas na uzupełnienie braków, czyli odracza.

Odroczenie obowiązku szkolnego to szansa na podniesienie szkolnych kompetencji do czasu spełniania obowiązku szkolnego. Dlaczego to jest tak ważne? Pierwszy kontakt dziecka ze szkołą buduje jego wizję edukacji szkolnej i nastawienie, które pojawia się już na początku, towarzyszy dziecku przez wszystkie kolejne lata. Jeśli wyobrazimy sobie, że dziecko obowiązkowo spędzi w szkole kolejne 11 lat, zrozumiemy, że to naprawdę ważne, by te pierwsze doświadczenia obfitowały w sukces.

Jakie trudności świadczą o potrzebie odroczenia spełniania obowiązku szkolnego przez dziecko?

Przykładami takich trudności są:

trudności poznawcze: opóźnione tempo uczenia się - dziecko wymaga bardzo wielu powtórzeń, pomimo treningu nie opanowuje nowych umiejętności, z trudem zapamiętuje nowe informacje; znacząco obniżona pamięć i koncentracja,

sygnały trudności w zakresie nauki czytania - opóźniony rozwój słuchu fonematycznego, zaburzenia słuchu fonemowego, brak umiejętności zapamiętywania liter,

trudności w zakresie rozumowania matematycznego - brak umiejętności przeliczania, szacowania, trudności w zapamiętywaniu cyfr, trudności w ustalaniu relacji w przestrzeni,

trudności emocjonalno-społeczne: labilność emocjonalna, lęk adaptacyjny, lęk społeczny

trudności w obszarze rozwoju fizycznego: brak koordynacji wzrokowo-ruchowej, poziom rozwoju małej motoryki uniemożliwiający podjęcie nauki pisania.

Odroczenie nie jest rzadkością. Dedykowane jest dzieciom z niepełnosprawnością. Ale to szansa także dla dzieci z grupy ryzyka niepowodzeń szkolnych, czy dzieci, które wykazują ryzyko dysleksji w przyszłości. Jest też szansą na rozwinięcie inteligencji emocjonalnej i społecznej dla dzieci bardzo nieśmiałych oraz tych, które bardzo źle znoszą rozstanie z rodzicem.

Art. 35.

Nauka jest obowiązkowa do ukończenia 18. roku życia.

Obowiązek szkolny dziecka rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 7 lat, oraz trwa do ukończenia szkoły podstawowej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18. roku życia.

Jak odbywa się rekrutacja dzieci do placówek edukacyjnych?

Art. 131.

Do publicznego przedszkola, oddziału przedszkolnego w publicznej szkole podstawowej lub publicznej innej formy wychowania przedszkolnego przyjmuje się kandydatów zamieszkałych na obszarze danej gminy.

W przypadku większej liczby kandydatów spełniających warunek, o którym mowa w ust.

1, niż liczba wolnych miejsc w publicznym przedszkolu, oddziale przedszkolnym w publicznej szkole podstawowej lub publicznej innej formie wychowania przedszkolnego, na pierwszym etapie postępowania rekrutacyjnego są brane pod uwagę łącznie następujące kryteria:

- wielodzietność rodziny kandydata;
- niepełnosprawność kandydata;
- niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata;
- niepełnosprawność obojga rodziców kandydata;
- niepełnosprawność rodzeństwa kandydata;
- samotne wychowywanie kandydata w rodzinie;
- objęcie kandydata pieczęcią zastępczą.

Nauczanie domowe

Art. 37.

Na wniosek rodziców dyrektor odpowiednio publicznego lub niepublicznego przedszkola, szkoły podstawowej i szkoły ponadpodstawowej, do której dziecko zostało przyjęte, może zezwolić, w drodze decyzji, na spełnianie przez dziecko odpowiednio obowiązku, o którym mowa w art. 31 ust. 4, poza przedszkolem, oddziałem przedszkolnym w szkole podstawowej lub inną formą wychowania przedszkolnego i obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą.

Zezwolenie, o którym mowa w ust. 1, może być wydane przed rozpoczęciem roku szkolnego albo w trakcie roku szkolnego, jeżeli:

- a) przedszkole, szkoła podstawowa lub szkoła ponadpodstawowa, do której dziecko zostało przyjęte, znajduje się na terenie województwa, w którym zamieszkuje dziecko;

b) do wniosku o wydanie zezwolenia dołączono:
opinię publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej,
oświadczenie rodziców o zapewnieniu dziecku warunków umożliwiających realizację
podstawy programowej obowiązującej na danym etapie edukacyjnym,
zobowiązanie rodziców do przystępowania w każdym roku szkolnym przez dziecko
spełniające obowiązek szkolny lub obowiązek nauki do rocznych egzaminów
klasyfikacyjnych, o których mowa w ust. 4

Prawa i obowiązki rodzica

Art. 33.

Rodzice dziecka podlegającego obowiązkowi, o którym mowa w art. 31 ust. 4, są
obowiązani do:

1) dopełnienia czynności związanych ze zgłoszeniem dziecka do przedszkola, oddziału
przedszkolnego w szkole podstawowej lub innej formy wychowania przedszkolnego;
zapewnienia regularnego uczęszczania dziecka na zajęcia;
informowania, w terminie do dnia 30 września każdego roku, dyrektora szkoły podstawowej,
w obwodzie której dziecko mieszka, o realizacji tego obowiązku spełnianego w sposób
określony w **art. 36** ust. 10;
zapewnienia dziecku warunków nauki określonych w zezwoleniu, o którym mowa
w **art. 37** ust. 1 – w przypadku dziecka realizującego obowiązek poza przedszkolem,
oddziałem przedszkolnym w szkole podstawowej lub inną formą wychowania
przedszkolnego

Prawa i obowiązki rodziców w Europie (Europejska Karta Praw i Obowiązków Rodziców)

Rodzice mają prawo do wychowywania swoich dzieci w duchu tolerancji i zrozumienia dla
innych, bez dyskryminacji wynikającej z koloru skóry, rasy, narodowości, wyznania, płci
oraz pozycji ekonomicznej. Rodzice mają obowiązek wychowywać swoje dzieci w duchu
odpowiedzialności za siebie i za cały ludzki świat.

Rodzice mają prawo do uznania ich prymatu jako "pierwszych nauczycieli" swoich dzieci.
Rodzice mają obowiązek wychowywać swoje dzieci w sposób odpowiedzialny i nie
zaniedbywać ich.

Rodzice mają prawo do pełnego dostępu do formalnego systemu edukacji dla swoich dzieci z uwzględnieniem ich potrzeb, możliwości i osiągnięć. Rodzice mają obowiązek zaangażowania się jako partnerzy w nauczaniu ich dzieci w szkole.

Rodzice mają prawo dostępu do wszelkich informacji o instytucjach oświatowych, które mogą dotyczyć ich dzieci. Rodzice mają obowiązek przekazywania wszelkich informacji szkołom, do których uczęszczają ich dzieci, informacji dotyczących możliwości osiągnięcia wspólnych, (tj. domu i szkoły) celów edukacyjnych.

Rodzice mają prawo wyboru takiej drogi edukacji dla swoich dzieci, która jest najbliższa ich przekonaniom i wartościom uznawanym za najważniejsze dla rozwoju ich dzieci. Rodzice mają obowiązek dokonania świadomego wyboru drogi edukacyjnej, jaką ich dzieci powinny zmierzać.

Rodzice mają prawo domagania się od formalnego systemu edukacji tego, aby ich dzieci osiągnęły wiedzę duchową i kulturową. Rodzice mają obowiązek wychowywać swoje dzieci w poszanowaniu i akceptowaniu innych ludzi i ich przekonań.

Rodzice mają prawo wpływać na politykę oświatową realizowaną w szkołach ich dzieci. Rodzice mają obowiązek osobiście włączać się w życie szkół ich dzieci i stanowić istotną część społeczności lokalnej

Rodzice i ich stowarzyszenia mają prawo wydawania opinii i przeprowadzania konsultacji z władzami odpowiedzialnymi za edukację na wszystkich poziomach ich struktur. Rodzice mają obowiązek tworzyć demokratyczne, reprezentatywne organizacje na wszystkich poziomach. Organizacje te będą reprezentowały rodziców i ich interesy.

Rodzice mają prawo do pomocy materialnej ze strony władz publicznych, eliminującej wszelkie bariery finansowe, które mogłyby utrudnić dostęp ich dzieci do edukacji. Rodzice mają obowiązek poświęcać swój czas i uwagę swoim dzieciom i ich szkołom, tak aby wzmocnić ich wysiłki skierowane na osiągnięcie określonych celów nauczania.

Rodzice mają prawo żądać od odpowiedzialnych władz publicznych wysokiej jakości usługi edukacyjnej. Rodzice mają obowiązek poznać siebie nawzajem, współpracować ze sobą i doskonalić swoje umiejętności "pierwszych nauczycieli" i partnerów w kontakcie: szkoła-dom.

Czy mojemu dziecku przysługuje darmowy transport do placówki?

Obowiązkiem gminy jest:

1) zapewnienie uczniom niepełnosprawnym, których kształcenie i wychowanie odbywa się na podstawie **art. 127.** bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu do najbliższej szkoły podstawowej, a uczniom z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym – także do najbliższej szkoły ponadpodstawowej, do końca roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym uczeń kończy 21. rok życia;

zapewnienie dzieciom i młodzieży, o których mowa w **art. 36** ust. 17, a także dzieciom i młodzieży z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z których jedną z niepełnosprawności jest niepełnosprawność intelektualna, bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu do ośrodka rewalidacyjno- -wychowawczego, do końca roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym kończą:

a) 24. rok życia – w przypadku uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z których jedną z niepełnosprawności jest niepełnosprawność intelektualna,

b) 25. rok życia – w przypadku uczestników zajęć rewalidacyjno- -wychowawczych.

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe

Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi (SUO)

Komu przysługuje pomoc?

Pomoc w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi może być przyznana osobom, które wymagają wsparcia innych osób, a rodzina nie może go zapewnić. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi świadczone są w miejscu zamieszkania osoby na terenie GMINY, na podstawie pisemnej decyzji administracyjnej, poprzedzonej złożeniem kompletnego wniosku i przeprowadzeniem przez pracownika socjalnego wywiadu środowiskowego.

Specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi są szczególnym rodzajem usług specjalistycznych dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu m.in. pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedę, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty.

Podstawa prawna realizowania zadania:

1.art. 8 i 9 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878);

2.art. 18 ust. 1 pkt 3, art. 50 ust. 1 i 2 oraz ust. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.);

3.rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598, z późn. zm.)

Specjalistyczne usługi opiekuńcze przeznaczone są dla:

osób dorosłych, wykazujących zaburzenia wymienione w art. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego:

chorych psychicznie (wykazujących zaburzenia psychiatryczne);

upośledzonych umysłowo;

osób wykazujących inne poważne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga takiej formy pomocy i opieki niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym,

w wyjątkowych przypadkach dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, pozbawionych dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, jeśli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć świadczonych przez inne zobowiązane podmioty.

Przyznając specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi, należy mieć na względzie zasadę pomocniczości, wynikającą z ustawy o pomocy społecznej, która definiuje pomoc społeczną jako *instytucję polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości* (art. 2 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej).

Świadczenia, które ustawowo zapewniane są w ramach innych systemów (oświata, ochrona zdrowia), nie mogą być zastępowane świadczeniami z pomocy społecznej.

Z uwagi na jasno określone kryteria otrzymywania świadczenia w formie specjalistycznych usług opiekuńczych (rodzaj schorzenia, niewystarczające zaspokojenie potrzeb lub ich niezaspokojenie w ramach innych systemów) ośrodek pomocy społecznej samodzielnie podejmuje decyzję o ich przyznaniu, a zgodnie z § 4 ust 6 rozporządzenia określa również liczbę godzin świadczenia.

Do Wydziału Polityki Społecznej można zgłosić prośbę o akceptację rozpoczęcia SUO w nowym środowisku tylko w przypadkach niejednoznacznych, które wymagają dodatkowej opinii.

Zasadność przyznawania oraz wymiar świadczenia będą szczegółowo analizowane w trakcie kontroli przeprowadzanych przez Wydział Polityki Społecznej.

Cel i zakres specjalistycznych usług opiekuńczych:

Celem specjalistycznych usług opiekuńczych jest poprawa jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez:

- zapewnienie wysokiej jakości specjalistycznej pomocy osobom samotnym z zaburzeniami psychicznymi, w przypadkach gdy są jej pozbawione, oraz osobom, które wymagają takiej pomocy, a rodzina nie może jej zapewnić;

pomoc dostosowaną do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi oraz celów postawionych w planach postępowania terapeutyczno-wspierającego, świadczoną przez osoby z odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem.

Zakres specjalistycznych usług opiekuńczych obejmuje:

1. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym:

- kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania,

interwencję i pomoc w życiu w rodzinie,

pomoc w załatwianiu spraw urzędowych,

wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia,

pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi;

pielęgnację jako wspieranie procesu leczenia;

w wyjątkowych przypadkach rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

pomoc mieszkaniową, w tym:

w uzyskaniu mieszkania,

załatwianiu spraw mieszkaniowych,

kształtowaniu właściwych relacji z sąsiadami i gospodarzem domu;

w wyjątkowych przypadkach, po dokonaniu weryfikacji zasobów lokalnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych jeśli nie mają ich zapewnionych poprzez inne służby.

Dokumentacja dotycząca realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych

Dokumentacja dotycząca realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych powinna zawierać:

Dokumentację indywidualną klienta:

Gromadzoną przy przyjęciu:

wniosek klienta o udzielenie pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych lub zgodę klienta w przypadku, kiedy wniosek składa pracownik socjalny,

zaświadczenie lekarza specjalisty kwalifikujące do korzystania ze specjalistycznych usług opiekuńczych, określające rodzaj usług i zalecaną liczbę godzin usług,

W przypadku dzieci, u których stwierdzono schorzenia sprzężone, choroby neurologiczne, immunologiczne lub genetyczne, zasadność przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych

dla osób z zaburzeniami psychicznymi może być niejednoznaczna. Pomocna w tej sytuacji może być opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju lub orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. W obydwu tych dokumentach jest odniesienie do stopnia rozwoju psychicznego badanego dziecka. Czasami rozstrzygającym dokumentem jest orzeczenie o niepełnosprawności.

wywiad środowiskowy wraz z dokumentacją potwierdzającą sytuację materialną klienta, decyzję administracyjną w sprawie przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych.

Tworzoną w trakcie realizacji usług:

indywidualny program terapeutyczny (indywidualny plan pomocy),

karta czasu pracy osoby świadczącej usługi,

dzienne notatki z realizacji usług,

indywidualna karta podopiecznego (która zawiera m.in. informacje dot. oceny funkcjonowania społecznego i realizacji działań terapeutycznych, okresową ocenę efektów świadczonych usług),

notatki z wizyt środowiskowych w domu klienta prowadzone przez realizatorów usług,

- ankietę wypełnianą przez klienta lub jego opiekuna, oceniającą jakość i rzetelność świadczonych usług oraz badającą adekwatność prowadzonych działań do jego potrzeb i oczekiwań.

Ile zapłacimy za specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi?

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, przyznając specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala ich zakres, wymiar, okres i wysokość odpłatności za świadczone usługi – w drodze decyzji administracyjnej.

Wysokość ponoszonych opłat za specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi zależy od dochodu osoby samotnej lub osoby w rodzinie, od tego czy i o ile przekroczone zostanie kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej kwoty **701,00 zł**, od którego jest obliczana wysokość odpłatności. Osoby, których dochód nie przekracza tego kryterium mają świadczone usługi nieodpłatnie, natomiast osoby z wyższym dochodem ponoszą częściową lub całkowitą odpłatność zgodnie z wskaźnikiem odpłatności zawartym w RMPS z dnia 22 września 2005 r.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach osoba zainteresowana może być, na jej wniosek lub na wniosek pracownika socjalnego, częściowo lub całkowicie zwolniona z ponoszenia odpłatności na czas określony (§ 6 rozporządzenie w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych), zwłaszcza ze względu na:

konieczność korzystania co najmniej z dwóch rodzajów specjalistycznych usług;

konieczność ponoszenia opłat za pobyt członka rodziny w domu pomocy społecznej lub ośrodka wsparcia i za pobyt członka rodziny w placówce opiekuńczo-wychowawczej, leczniczo-rehabilitacyjnej, opiekuńczo-leczniczej lub pielęgnacyjno-opiekuńczej;

- konieczność korzystania przez więcej niż jedną osobę w rodzinie z pomocy w formie specjalistycznych usług lub usług opiekuńczych, w tym co najmniej jedną przewlekle chorą;

- zdarzenie losowe.

14. RATUNKU!

Czyli... praktyczne rozwiązania problemów, z jakimi mierzą się opiekunowie dzieci z niepełnosprawnościami

Problem:

Placówka nie chce przyjąć mojego dziecka, posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

Rozwiązanie:

Obowiązek placówki w tej kwestii jest zapisany wprost w ustawie o systemie oświaty.

„System oświaty zapewnia w szczególności możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół przez dzieci i młodzież niepełnosprawną, niedostosowaną społecznie i zagrożoną niedostosowaniem społecznym, zgodnie z indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi oraz predyspozycjami;” Podstawa prawna: art. 127 ust. 14 ustawy z dn. 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. 2017 poz. 59)

Dodatkowo w 2014 r. podkreślono pierwszeństwo dzieci niepełnosprawnych w rekrutacji do przedszkoli ogólnodostępnych. Do przedszkola w pierwszej kolejności przyjmuje się mieszkające na terenie danej gminy dzieci niepełnosprawne, mające niepełnosprawnego rodzica lub rodzeństwo, pochodzące z rodzin wielodzietnych z minimum trójką dzieci, objęte pieczęcią zastępczą oraz wychowywane przez samotnych rodziców. Należy jednak pamiętać, że podstawowym kryterium w rekrutacji jest zamieszkanie w gminie, która prowadzi konkretną placówkę. Gmina musi zapewnić miejsce dla dziecka z orzeczeniem. Jeżeli dziecko nie dostanie się do przedszkola w pierwszym etapie rekrutacji, rodzice powinni złożyć odwołanie. Jeżeli odwołanie nie przyniesie skutku, należy złożyć skargę na wynik postępowania rekrutacyjnego do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. W tym samym czasie należy wnioskować do gminy o zapewnienie dziecku odpowiedniej formy kształcenia.

Jeżeli zaś rodzic chce posłać dziecko do przedszkola w gminie, w której nie mieszka, to pomimo niepełnosprawności, jego podanie będzie rozpatrywane na samym końcu, jeżeli zostaną miejsca.

Problem:

Placówka chce wypisać moje dziecko

Rozwiązanie:

SZKOŁA:

Uczeń szkoły publicznej objęty obowiązkiem szkolnym nie może zostać skreślony z listy uczniów. (art. 39 ust. 2a UoSO)

W uzasadnionych przypadkach dyrektor szkoły może wnioskować, aby został on przeniesiony do innej szkoły. Decyzję o przeniesieniu podejmuje kurator oświaty. Obowiązek szkolny dziecka rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w tym roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 7 lat oraz trwa do ukończenia gimnazjum, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18 roku życia.

Przypadki, w których dyrektor może dokonać skreślenia ucznia z listy lub wnioskować o jego przeniesienie określa statut szkoły. W statucie każdej szkoły muszą bowiem znaleźć się przepisy określające prawa i obowiązki uczniów oraz przypadki, w których uczeń może zostać skreślony z listy uczniów szkoły.

Powodami skreślenia ucznia lub przeniesienia go do innej szkoły mogą być w szczególności:

- posiadanie lub rozprowadzanie narkotyków
- stosowanie przemocy wobec nauczycieli i innych uczniów;
- picie alkoholu, uczestniczenie w zajęciach szkolnych i zajęciach organizowanych przez szkołę w stanie po spożyciu alkoholu.

W świetle przepisu art. 15 ust. 2 ustawy o systemie oświaty, z chwilą uzyskania pełnoletności uczeń przestaje podlegać obowiązkowi szkolnemu. W takim przypadku jest możliwe skreślenie go z listy uczniów, po spełnieniu następujących warunków:

popelniony przez ucznia czyn jest określony w statucie szkoły jako przypadek, upoważniający dyrektora do skreślenia ucznia z listy uczniów (art. 39 ust. 2 i art. 60 ust. 1 pkt 7 UoSO),

przeprowadzone postępowanie potwierdza popelnienie przez ucznia danego czynu, rada pedagogiczna podjęła uchwałę w sprawie skreślenia ucznia z listy uczniów (art. 39 ust. 2 oraz art. 41 ust. 1 pkt 5 UoSO),

samorząd uczniowski wyraził opinię w sprawie skreślenia ucznia z listy uczniów (art. 39 ust. 2 oraz art. 55 ust. 5 UoSO),

dyrektor podjął decyzję o skreśleniu ucznia z listy uczniów na podstawie uchwały rady pedagogicznej, po zasięgnięciu opinii samorządu i sformułował ją zgodnie z wymogami kodeksu postępowania administracyjnego (art. 107 Kpa),
dyrektor dostarczył decyzję uczniowi lub jego rodzicom (jeżeli uczeń nie jest pełnoletni),
dyrektor wykonał decyzję dopiero po upływie czasu przewidzianego na odwołanie lub natychmiast jeżeli decyzji nadano rygor natychmiastowej wykonalności (art. 108 Kpa),
w przypadku wniesienia odwołania wstrzymał wykonanie decyzji do czasu rozpatrzenia odwołania przez instancję odwoławczą.

Decyzja o skreśleniu ucznia z listy jest **decyzją administracyjną**.

Zgodnie z kodeksem postępowania administracyjnego, odwołanie wnosi się do właściwego organu odwoławczego za pośrednictwem organu, który wydał decyzję. Odwołanie zatem należy złożyć do dyrektora szkoły. Termin to 14 dni od doręczenia decyzji stronie. Jeżeli decyzję ogłoszono ustnie, termin liczy się od dnia jej ogłoszenia stronie. Dyrektor szkoły w terminie siedmiu dni odpowie na decyzję bądź przekaże ją do kuratora. Jeżeli kurator utrzyma decyzję, należy zwrócić się do sądu administracyjnego.

PRZEDSZKOLE:

Warto już w tym miejscu zaznaczyć, iż dyrektor przedszkola ma obowiązek zapewnienia wsparcia w realizacji zadań opiekuńczo-wychowawczych, ponieważ – jak wskazuje przytoczony wcześniej akt prawny – to właśnie dyrektor, a nie nauczyciel przedszkola – jest odpowiedzialny za poziom wychowawczy i zapewnienie bezpieczeństwa wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkola. Tym samym pojawiające się problemy wychowawcze z przedszkolakiem, nauczyciel jest obowiązany zgłosić nie tylko jego rodzicom, ale przede wszystkim swojemu dyrektorowi. Ten z kolei musi znaleźć rozwiązanie zaistniałego problemu – w praktyce jest to rozmowa z rodzicami lub opiekunami dziecka, skierowanie malucha na badania psychologiczne do specjalnego ośrodka psychologiczno – pedagogicznego. Pomoc taka jest dobrowolna i nieodpłatna, nie można jednak jej przeprowadzić, jeśli rodzice czy opiekunowie dziecka nie wyrażą na nią zgody. W takiej sytuacji, w braku innych rozwiązań i powtarzających się negatywnych zachowań malucha, dyrektor placówki może w ostateczności usunąć dziecko z przedszkola – stanowi ono

bowiem zagrożenie nie tylko dla siebie, ale i dla innych dzieci, dezorganizuje także pracę danego nauczyciela. Podstawą do tego typu czynności nie jest jednak ustawa o systemie oświaty, lecz statut przedszkola. Jeżeli znajdują się w nim zapisy pozwalające na usunięcie dziecka z przedszkola, to tego typu czynność podjęta przez dyrektora będzie jak najbardziej zgodna z prawem. Pamiętajmy przy tym, że nie może to być ogólne postanowienie pozwalające na tego typu działania, musi ono bowiem pozostawać w związku z określonymi okolicznościami uzasadniającymi podjęte kroki.

Problem:

Moje dziecko jest uzależnione od telefonu

Rozwiązanie:

Problem nadużywania telefonów jest niezwykle powszechny w XXI wieku i ma miano fonoholizmu. Skala uzależnienia od elektroniki stale rośnie, zarówno wśród osób dorosłych, nastolatków, jak i u dzieci. Rozwiązanie tego jest trudniejsze, gdy bardzo związane ze swoim smartfonem jest dziecko z niepełnosprawnością intelektualną czy autyzmem. W zależności od stopnia zaburzenia, trudno może być nam wytłumaczyć dziecku dlaczego musi ograniczyć korzystanie z telefonu (nie rozumie problemu). Zdarza się, że dziecko autystyczne traktuje go jako rodzaj stymulacji. Próbuje więc go zabrać na siłę. Co wtedy? Dziecko krzyczy, płacze, staje się agresywne wobec otoczenia lub pojawia się autoagresja. Reakcje mogą być różne. Jedno jest pewne, należy możliwie szybko coś z tym zrobić.

Opiekunie/rodzicu spróbuj najpierw ograniczyć czas korzystania z telefonu- stopniowo go skracaj. W tym czasie jednak musisz zapewnić dziecku atrakcyjne zajęcie. Najlepiej wspólną zabawę w relacji z drugą osobą (tobą, rodzeństwem, rówieśnikami). Tak, aby dziecku spróbowało na chwilę o nim zapomnieć. Kluczowe jest przeniesienie uwagi dziecka na inny równie interesujący bodziec. Stopniowo wydłużaj dziecku czas bez elektroniki. Postaraj się znaleźć coś, co będzie absorbujące i do czego dziecko poczuje zainteresowanie- wykorzystuj to!

Co jednak w drugim ww. przypadku? - Dziecko korzysta z telefonu w celach stymulacyjnych.

Rozwiązanie jakie znalazłyśmy to zamiana bodźca na inny. Po dokładnych obserwacjach pedagogicznych dziecka dowiedziałyśmy się, że chłopiec potrzebuje dźwięków, przy

których się wycisza i uspokaja. Kluczowa się okazała stymulacja słuchowa, a nie jak na początku mogłoby się wydawać samo korzystanie ze smartfonu. Dlatego też na czas pobytu dziecka w przedszkolu w tle leci cicha muzyka. Chłopiec jest spokojny, bo dźwięki pozostawiają go wciąż częściowo w świecie, w którym czuje się bezpieczny. Praktycznie jest obecny w naszej rzeczywistości, uczestniczy w zajęciach, skupia uwagę na proponowanych aktywnościach i na naszych osobach.

Rodzicu/opiekunie spróbuj ponownie zamienić telefon na inny bodziec np. muzykę w głośniku, radiu (lepiej by nie były to słuchawki, bo mogą powodować fiksację i zamykanie się na świat rzeczywisty). Poświęć swój czas, zorganizuj zajęcia w relacji, integracji, interesujące dużo bardziej niż smartfon! Szczególnie ciekawe dla dzieci z zaburzeniami są zabawy nieoczywiste i nowości (sensoplastyka- zabawy z kisielom, makaronem, piaskiem księżycowym, czy ćwiczenia z elementami metody Weroniki Sherborne- przejażdżki dziecka na kocu, bujanie na hamaku itp.)

Problem:

Moje dziecko wciąż nosi smoczek, choć już nie powinno

Rozwiązanie:

Korzystanie ze smoczka przez dzieci z niepełnosprawnościami jest częste przez opóźnienie rozwoju. Dzieci o niższej inteligencji pozostają we wcześniejszym stadium rozwoju, niezgodnym z poziomem wieku metrykalnego. Poza tym jak powszechnie wiadomo, smoczek to znany wszystkim uspokajacz. Dzieci o zaburzonym procesie samoregulacji emocjonalnej, potrzebują poczucia bezpieczeństwa, harmonii i wyciszenia, a smoczek może im ten stan przybliżyć. Dodatkowo dzieci te na pewnym etapie potrzebują stymulacji oralnej. Jednak ważne jest by ten smoczek nie był wykorzystywany przez dziecko przez większą część dnia. Zatrzymuje to bowiem przede wszystkim rozwój mowy! A więc, aby twoje dziecko miało większe szanse na rozwój umiejętności komunikacyjnych, musi zminimalizować czas ze smoczkiem. Całkowite odstawienie przy głębszych zaburzeniach może być niemożliwe. Pamiętajmy, że w momentach silnego pobudzenia psychoruchowego, sytuacjach trudnych dla dziecka i otoczenia, w tym w sytuacjach agresji- jeśli smoczek pomaga się wyciszyć, korzystajmy z niego.

Jak zatem skrócić czas korzystania ze smoczka? Należy bazować na zainteresowaniach dziecka. Jeśli skupi się ono na zabawce, czynności, którą lubi, wtedy można łatwiej przekierować uwagę ze smoczka i spróbować go wyjąć. Kolejnym pomysłem jest wykorzystanie zabaw w oparciu o funkcjonowanie aparatu artykulacyjnego np. dmuchanie baniek, piórek, balonów. Dziecko jeśli chce wziąć udział w aktywności, musi smoczek wyjąć- często w takiej sytuacji robi to samodzielnie. Po odnalezieniu najlepszego sposobu dla naszego dziecka na przekierowywanie uwagi, podtrzymujmy go. Kierujmy trening odstawiania jednak z uważnością, pamiętając, że pracujemy z dzieckiem o nieharmonijnym rozwoju.

Problem:

Moje dziecko jest agresywne

Rozwiązanie:

Agresja dzieci z niepełnosprawnością ma różne podłoża. Aby móc ją zniwelować, najpierw musimy odpowiedzieć na pytanie- skąd się bierze?

Czy jest to:

- brak umiejętności rozładowania napięcia emocjonalnego- co jest częste u dzieci z nierozwiniętymi kompetencjami emocjonalno-społecznymi,

reakcja obronna na wyczuwane zagrożenie,

konsekwencja negatywnych przeżyć lub sytuacje patologiczne, obfite w agresję psychiczną lub fizyczną w domu, często naśladowaną przez dziecko,

próba zwrócenia na siebie uwagi,

odpowiedź na nowe, stresujące sytuacje, z którymi dziecko nie potrafi sobie poradzić i nie ma wsparcia,

wynik choroby, złego samopoczucia, bólu fizycznego,

konsekwencja niespełnionej potrzeby samodzielności i sprawstwa,

reakcja niechęci do wykonania polecenia,

podłoże neurologiczne,

akt poczucia niezrozumienia przez drugą osobę (szczególnie przy zaburzeniach mowy),

- wynik poczucia zachwianej sfery bezpieczeństwa (najczęstszy problem u dzieci z autyzmem, w momencie wyjścia ze strefy komfortu np. po odseparowaniu od bodźca stymulacyjnego)

Przeanalizujcie także skalę problemu, będzie wam łatwiej poznać źródło, gdy dostrzeżecie w jakich sytuacjach najczęściej się agresja pojawia, wobec kogo/czego jest kierowana i jaki jest jej typ. Gdy już zlokalizujecie najbardziej prawdopodobny powód zachowania trudnego waszego dziecka, chcecie oczywiście je wyciszyć. Wasza reakcja musi być dostosowana do rodzaju agresji i jej stopnia nasilenia. Ważne jest by odpowiedzieć sobie na kluczowe pytania:

-czy ja jestem bezpieczny?

-czy dziecko jest bezpieczne?

-czy dziecko stanowi zagrożenie dla siebie, otoczenia lub czy otoczenie jest zagrażające dla dziecka?

Najpierw spróbujcie dziecko uspokoić werbalnie, mówiąc do niego spokojnym tonem. Dajcie poczucie, że jesteście po to, aby ulżyć i pomóc w tej trudnej dla niego sytuacji. Spróbujcie nawiązać kontakt wzrokowy. Jeśli spotka się to z niezadowoleniem ze strony dziecka, nie powtarzajcie próby, bo można je bardziej zdenerwować.

Wskażcie sposób na rozładowanie agresji np. uderzanie rączkami w poduszkę.

Zadbajcie o to, aby otoczenie było możliwie sprzyjające do tego typu sytuacji (jest to szczególnie istotne przy autoagresji). Warto przynieść poduszki, koce. Odsunąć dziecko od ściany, szklanych drzwi, luster itp. by nie zrobiło sobie krzywdy. Odseparuj inne osoby od dziecka.

Jeśli dziecko krzywdzi ciebie, nie pozwól sobie na to. Musisz je powstrzymać i chronić także siebie. Pamiętaj!

BEZPIECZNY TY -----> BEZPIECZNE DZIECKO

Wykorzystaj: chwyt za rączki, posadzenie i przytrzymanie na swoich kolanach w uścisku.

Daj czas na wyciszenie. Bądź w relacji z dzieckiem do czasu zaprzestania agresji.

Problem:

Moje dziecko często krzyczy

Rozwiązanie:

Krzyki dziecka mogą mieć różne podłoże. Może być to efekt buntu, niezrozumienia, niezaspokojenia potrzeb, problemów psychicznych lub bólu. W zależności od tego jak bardzo zaburzone jest dziecko i jak funkcjonuje- inaczej musimy reagować.

Jeśli dziecko jest werbalne- spróbujmy poznać powód krzyku. Tylko tak będziemy mogli dopasować nasze działanie, które ma dziecku pomóc.

Jeśli dziecko nie jest werbalne, to musimy podejść do tego problemu trochę inaczej.

Określ jaki rodzaj krzyku to jest, w jakich sytuacjach się objawia, czy towarzyszy temu jakieś zachowanie, które może nas na coś ukierunkować np. czy dziecko przy krzyku także płacze. Zrób dokładną obserwację dziecka. Sprawdź czy coś je boli. Dotknij po kolei całego ciała dziecka. Określ, co jest dla dziecka ważne. W jakich sytuacjach jest spokojny, a jakie wywołują uczucia strachu, niepewności. Po dogłębnej analizie powinno udać Ci się poznać przyczynę krzyku. Jeśli jednak tak się nie stało- porozmawiaj ze specjalistą, na przykład pedagogiem, psychologiem współpracującym z dzieckiem w przedszkolu/szkole.

Gdy podłoże krzyku jest znane, postaraj się uspokoić dziecko w sposób jakiś skuteczny i sprawdzony sposób.

Jeśli przyczyną krzyku jest ból- leczymy dziecko, dbamy o lepsze samopoczucie.

Jeśli przyczyną może się okazać niezrozumienie dziecka- skonsultuj sytuację z logopedą dziecka w celu ułatwienia sposobu komunikacji.

Jeśli przyczyną jest bunt- musisz pomyśleć nad rozwiązaniem pod kątem wychowania. Czyż nie jest to krzyk, który ma wywołać u Ciebie konkretną reakcję np. kupno czegoś, podanie jakiegoś przedmiotu? Na ile jest to dobre dla dziecka? Specjaliści zalecają w takich sytuacjach, by nie ulegać krzykom, lecz spróbować skutecznej komunikacji. Ustalić z dzieckiem konkretne zasady, które będą zrozumiałe i zaniechają potrzebie krzyku. Gdy dziecko będzie miało świadomość, że wybrana przez niego forma wywarcia na Ciebie wpływu nie działa, zaprzestanie jej.