

Jacek Sikorski

Współczesne trendy w rehabilitacji małego dziecka z niepełnosprawnością

Wprowadzenie

Pojęcie rehabilitacji jest szeroko interpretowane. W literaturze odnajdujemy definicje, które wyrażają działanie, a więc takie, które nazywamy „rehabilitacją”. Definicje te formułują cele rehabilitacji oraz wskazują poszczególne jej aspekty (Zabłocki 2000: 32).

Zatem jak rozumiane jest pojęcie rehabilitacja?

W słowniku pedagogicznym termin rehabilitacja określany jest jako „zespół skoordynowanych działań leczniczych, psychologicznych, pedagogicznych i społeczno-zawodowych, ukierunkowanych na przywrócenie osobie niepełnosprawnej pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, utraconej w wyniku choroby, wypadków losowych itp., a także zdolności do pracy oraz samodzielnego, aktywnego życia w społeczeństwie” (Kupisiewicz, Kupisiewicz 2009: 154).

Jednak najczęściej prezentowaną w literaturze definicją rehabilitacji, jest ta, która została przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i brzmi „rehabilitacja jest zorientowanym na określony cel i ograniczonym w czasie procesem, który powinien umożliwić osobie niepełnosprawnej osiągnięcie optymalnego poziomu funkcjonowania – umysłowego, fizycznego i/albo społecznego – pozwalającego jej na uzyskanie podstaw do zmiany swego życia. Pojęciem tym obejmuje się również środki mające kompensować utratę albo ograniczenie jakiejś funkcji (np. przy użyciu pomocy technicznych) oraz środki ułatwiające przystosowanie lub readaptację społeczną” (za: Kowalska-Kantyka 2013: 14).

WHO wyróżnia także typy oraz rodzaje usług stosowanych w ramach rehabilitacji. Należą do nich:

- „wczesne wykrywanie, diagnoza i interwencja,
- opieka medyczna i leczenie,
- socjalne, psychologiczne oraz inne rodzaje doradztwa i pomocy,

- wyuczenie samoobsługi, łącznie z poruszaniem się, komunikacją i czynnościami życia codziennego, przy użyciu w razie potrzeby specjalnych urządzeń, np. dla osób z upośledzeniem słuchu, wzroku, dla upośledzonych umysłowo,
- zapewnienie środków technicznych ułatwiających poruszanie się oraz innych urządzeń,
- usługi w zakresie kształcenia specjalnego,
- usługi rehabilitacji zawodowej (z poradnictwem zawodowym łącznie), szkolenie zawodowe, zatrudnienie w zakładach otwartych lub pracy chronionej,
- kontynuacja opieki (follow-up)" (za: Kowalska-Kantyka 2013: 14–15).

Obok wspomnianych definicji rehabilitacji warto przytoczyć tę akceptowaną przez środowisko naukowe w Polsce, a która to została zaprezentowana w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – art. 7.1, w której to „rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej”.

Tak więc głównym zadaniem rehabilitacji jest maksymalne usprawnienie osoby niepełnosprawnej, zwłaszcza pod względem umysłowym, psychicznym, fizycznym, a także społecznym. Ważne jest również zapewnienie możliwości uzyskania wykształcenia ogólnego, a także zawodowego (Hulek 1980: 11).

Odwołując się do powyższych definicji można wyróżnić następujące rodzaje rehabilitacji:

- medyczna – związana z procesem leczenia, terapii i usprawniania. Celem jest przywrócenie jednostce niepełnosprawnej naruszonej lub utraconej sprawności psychofizycznej,
- psychologiczna – ten rodzaj rehabilitacji ma pomóc jednostce niepełnosprawnej w akceptacji samej siebie. Celem jest ukazanie nowych perspektyw życiowych oraz takiego systemu wartości, który umożliwi osobie niepełnosprawnej niezależne, godne funkcjonowanie w społeczeństwie,
- pedagogiczna – mająca na celu stworzenie dogodnych warunków umożliwiających rozwój intelektualny jednostki, usprawnianie funkcji niezaburzonych, kompensowanie braków, wyposażanie jednostkę w taką wiedzę i umiejętności, które pozwolą na samodzielne funkcjonowanie. Celem jest również kształtowanie takich cech osobowości i charakteru, które ułatwią udział w życiu społecznym,
- społeczna (zawodowa) – ma na celu przygotowanie jednostki niepełnosprawnej do funkcjonowania w społeczeństwie, w tym do podejmowania pracy zawodowej, pełnienia ról w środowisku rodzinnym, uczestnictwa w kulturze. Celem jest także niwelowanie barier architektonicznych oraz ograniczeń wynikających z mentalności społecznej (Kowalska-Kantyka 2006: 156).

Omawiając zagadnienie rehabilitacji, należy wspomnieć o wypracowanym w Polsce modelu rehabilitacji. Model ten charakteryzują następujące cechy:

- powszechność – rehabilitacja jest bezpłatna, dostępna dla każdego,
- wczesne zapoczątkowanie – rehabilitacja rozpoczyna się w momencie podjęcia leczenia, zatem poprawia wyniki leczenia oraz skraca jego czas,
- zespołowość (kompleksowość) – w procesie rehabilitacji uczestniczy wielospecjalistyczny zespół rehabilitacyjny,
- ciągłość – rehabilitacja jeśli ma osiągnąć cel, musi być nieprzerwana, ciągła (Dega 1983: 14).

Spośród wszystkich wyżej wymienionych cech rehabilitacji najważniejsze jest jej wczesne zapoczątkowanie. Jak podaje M. Kowalska-Kantyka (2006: 157), ważne jest, aby do procesu leczenia i rehabilitacji przystąpić jak najszybciej. Niezależnie od tego czy dana wada ma charakter wrodzony, czy nabyty. Ważny jest termin rozpoczęcia usprawnienia. W dużej mierze to on decyduje o późniejszym potencjale jednostki niepełnosprawnej. Zdaniem autorki wczesne zapoczątkowanie uzależnione jest od takich czynników, jak:

- wczesna, szybka i trafnie postawiona diagnoza,
- holistyczne podejście rehabilitacyjne, które wiąże się z opracowaniem programu leczniczego i terapeutycznego, indywidualnie dostosowanego do jednostki niepełnosprawnej oraz udzieleniem pomocy rodzinie osoby niepełnosprawnej,
- przygotowanie odpowiedniej bazy umożliwiającej rozpoczęcie działań w kierunku diagnozy, rehabilitacji, a także pomocy udzielanej jednostkom niepełnosprawnym.

Tak więc istotą procesu rehabilitacji jest stworzenie osobie niepełnosprawnej optymalnych warunków w trakcie procesu rehabilitacji, a także później, w domu, w szkole, w miejscu zatrudnienia. Istotne staje się przystosowanie otoczenia do potrzeb jednostek niepełnosprawnych – zniesienie barier architektonicznych, barier usytuowanych w środkach komunikacji, co umożliwiałoby osobom niepełnosprawnym uczestnictwo w życiu kulturalnym, a także społecznym. Ostatecznym celem, do którego zmierza rehabilitacja to maksymalna integracja jednostek niepełnosprawnych ze społeczeństwem ludzi zdrowych (Hulek 1980: 11–12).

Rehabilitacja małego dziecka z niepełnosprawnością – trendy współczesne

Pedagogika specjalna jako nauka w zakresie nowych tendencji wyznacza wiele celów, zasad, w tym m.in.: przyjęcie orientacji mieszczących się w opcjach humanistycznych, które wiążą się z poszukiwaniem wszelkich alternatywnych szans rozwoju i autonomii osób niepełnosprawnych, zmierzających w stronę sukcesu i samorealizacji. Szansę dla rozwoju jednostki niepełnosprawnej upatruje m.in. we wczesnej diagnozie i interwencji, wczesnym wspomaganie rozwoju, normalizacji życia osób niepełnosprawnych, wiążącą się z tworzeniem optymalnych warunków dla rozwoju jednostki (Dykcik 2003: 63, 75).

Odnosząc się do wyżej wskazanych trendów należy wyjaśnić, co kryje się pod pojęciem wczesna interwencja i wczesne wspomaganie rozwoju? „Przez wczesną interwencję rozumie się postępowanie medyczne mające na celu działania profilaktyczne, diagnostyczne, leczniczo-rehabilitacyjne i terapeutyczne. Dlatego celem

wczesnej interwencji powinno być zapewnienie oddziaływań dostosowanych do indywidualnych potrzeb zdrowotnych dziecka od momentu ujawnienia się zagrożenia niepełnosprawnością lub niepełnosprawności i prowadzenia go nieprzerwanie do rozpoczęcia nauki w szkole” (Serafin 2012: 57).

Do etapów wczesnej interwencji możemy zaliczyć:

- stwierdzenie przez lekarza zagrożenia nieprawidłowym rozwojem, upośledzeniem bądź niepełnosprawnością,
- pogłębiające i uzupełniające badania dodatkowe, wstępna diagnoza,
- ustalenie diagnozy, skierowanie dziecka na terapię realizowaną w zakresie wczesnej interwencji medycznej (Serafin 2012: 57).

Jak podkreśla E. Jasiak-Pałczyńska (2013: 36), powodzenie leczenia i rehabilitacji dziecka we wczesnym okresie zależy od:

- stworzenia takiego systemu, który ułatwi sprawny przepływ informacji w instytucjach służby zdrowia, tzn. każde zarejestrowane przez lekarza dziecko urodzone z zagrożeniem nieprawidłowości w rozwoju winno być skierowane do placówki specjalistycznej,
- zatrudnienia lekarzy takich specjalności, jak: neonatologia, pediatria oraz neurologia, okulistyka i laryngologia, a także specjalistów z zakresu: psychologii, pedagogiki, logopedii oraz fizjoterapii,
- planu koordynacyjnego, zapewniającego dziecku optymalną opiekę, która obejmuje: wspomniane już badanie dziecka, diagnozę jego stanu zdrowia, ustalenie zarówno potrzeb dziecka oraz jego środowiska rodzinnego – ocena zaradności, program wielokierunkowej opieki, a także możliwe udogodnienia instytucjonalne.

Zdaniem T. Serafin (2012: 58) istotne staje się dostosowanie działań medycznych do indywidualnych potrzeb zdrowotnych dziecka od momentu ich stwierdzenia do momentu nauki w szkole. Ważne jest, aby realizacja tych działań miała charakter ciągły, nieprzerywany. Znaczące jest również wskazanie rodzicom możliwości pozyskania opinii z poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, które prowadzone jest w ramach systemu oświaty.

Prezentując idee wczesnej interwencji, jako współczesnej tendencji realizowanej w rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnością, warto zaprezentować główne założenia modelu wczesnej interwencji, zwanym Wrocławskim Modelem Usprawniania (WMU).

Wrocławski Model Usprawniania (WMU) małych dzieci opracowany został na podstawie doświadczeń uzyskanych podczas diagnozy niemowląt z zaburzeniami rozwoju psychomotorycznego. Istotą WMU jest wiedza z zakresu rozpoznawania zaburzonych etapów rozwoju postawy i lokomocji dziecka (Sadowska, Dziewulski 2012: 143).

Do podstawowych celów kompleksowej stymulacji rozwoju dziecka w proponowanym modelu możemy zaliczyć:

- „pomoc w organizacji neurodynamicznych funkcji organizmu dziecka z uszkodzeniami mózgu,

- tworzenie nowych dynamicznych engramów pamięci i ich połączeń w celu osiągnięcia lepszego rozwoju dziecka,
- redukcję patologicznych postaw ciała i odruchów, które prowadzą do zaników mięśni i deformacji kości,
- wzmocnienie poczucia odpowiedzialności rodziców za dziecko, aby zostało ono lepiej zaakceptowane w rodzinie,
- zapoznanie rodziców lub opiekunów z techniką właściwej opieki i pielęgnacji oraz reedukacji motorycznej, aby nie wywołać niepożądanych odruchów w motoryce spontanicznej dziecka" (Sadowska, Dziewulski 2012: 144).

Cele Wrocławskiego Modelu Usprawniania realizowane są zgodnie z indywidualnym planem, który uwzględnia bliższe oraz dalsze cele możliwe do osiągnięcia. Cele te realizowane są za pomocą zastosowania różnych technik neurostymulacji, które wzmacniane są bodźcami sensorycznymi. W koncepcji tej uwzględniono również elementy antropologiczne – filozofię chrześcijańską podkreślającą wartość każdego człowieka od chwili poczęcia (Sadowska, Dziewulski 2012: 144–145).

Jak podaje Ludwika Sadowska i Michał Dziewulski (2012: 145), Wrocławski Model Usprawniania realizowany jest w warunkach domowych, pod nadzorem lekarza specjalisty – pediatry, a także innych specjalistów: rehabilitanta medycznego, psychologa i pedagoga. Dziecko, u którego stwierdzono nieprawidłowości w rozwoju, powinno być skierowane do specjalistycznej poradni w celu określenia jego stanu klinicznego, a także sytuacji rodzinnej.

Zdaniem autorów, program postępowania terapeutycznego dostosowany jest indywidualnie do każdego dziecka i obejmuje:

- ocenę środowiska rodzinnego dziecka pod względem więzi rodzinnych, postaw rodzicielskich, ich osobowości, terapię rodziny,
- wczesną diagnozę oraz terapię psychomotoryczną (zaburzeń wad rozwojowych, zaburzeń rozwoju postaw oraz lokomocji, dysfunkcję zmysłów),
- właściwą terapię farmakologiczną,
- fizykoterapię,
- określenie dojrzałości społecznej dziecka, dążenie w kierunku jego uspołecznienia, osiągnięcia samodzielności,
- integrację dzieci z niepełnosprawnością oraz ich rodziców, a także wsparcie duchowe (Sadowska, Dziewulski 2012: 145–146).

Jeśli chodzi o wspomaganie rozwoju, termin ten należy rozumieć, jako „proces intencjonalny prowadzący do umożliwienia osobie wspomaganej samodzielnego rozwiązywania zadań i problemów życiowych. Jego istotę stanowi specjalny rodzaj interakcji międzyludzkich ukierunkowanych na człowieka działającego w swoim życiu i poszukującego w nim sensu, także poprzez kształtowanie sprawności i umiejętności. Stanowi dopełnienie naturalnie przebiegających procesów wychowania i socjalizacji” (Kaja, 2010: 323).

Jak twierdzi Marta Wiśniewska (2008: 12) wspomaganie „dotyczy czynników, które nie odnoszą się do dysfunkcji czy zaburzeń, ale do wartościowych pozytywnie

właściwości psychicznych, mechanizmów osobowości i wpływów środowiska. Oznacza to, że wspomaganie odnosi się do utrwalania, wzmacniania tego, co dobre, korzystne w rozwoju”.

Natomiast wczesne wspomaganie rozwoju to „system wzajemnie dopełniających się oddziaływań psychologiczno-pedagogicznych stymulujących rozwój dziecka, które prowadzone są od momentu wykrycia dysfunkcji lub niepełnosprawności rozwojowej do rozpoczęcia nauki w szkole. Szczegółowe zadania wczesnego wspomagania rozwoju mogą dotyczyć rozwoju motorycznego i stymulacji polisensorycznej, rozwoju mowy i języka oraz wczesnej rehabilitacji logopedycznej, orientacji i poruszania się w przestrzeni, usprawniania funkcji widzenia, słyszenia, umiejętności samoobsługi, nabywania kompetencji społecznych i funkcjonowania w środowisku” (Serafin 2012: 58).

System wczesnego wspomagania rozwoju w Polsce reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 roku. Dz. U. z 2013 r., poz. 1257.

Zdaniem R. Piotrowicza wczesne wspomaganie rozwoju dziecka powinno pełnić następujące funkcje:

- informacyjną – dotyczącą przebiegu rozwoju dziecka, ukazującą możliwości wspierania jego rozwoju oraz formy i system pomocy rodzinie,
- diagnostyczną – ukazującą rozpoznanie kliniczne oraz poziom funkcjonowania dziecka,
- stymulującą (terapeutyczną) – wiążącą się z prowadzeniem wieloprofilowego usprawniania dziecka z utrudnieniami w rozwoju,
- wspierającą – ukazującą mocne strony dziecka, jego osiągnięcia rozwojowe oraz sens prowadzonych działań terapeutycznych (<https://www.ore.edu.pl/index.php> dostęp: 12.05.2015).

Natomiast do głównych zasad wczesnego wspomagania rozwoju możemy zaliczyć:

- proces usprawnienia, który należy rozpocząć jak najwcześniej,
- należy włączyć rodziców w proces rehabilitacji dziecka,
- proces terapeutyczny trzeba realizować w naturalnym środowisku dziecka,
- należy indywidualnie podchodzić do dziecka, jak i jego środowiska rodzinnego (<https://www.ore.edu.pl/index.php> dostęp: 12.05.2015).

Celem zajęć z wczesnego wspomagania rozwoju jest przygotowanie dziecka z niepełnosprawnością (w miarę możliwości) do maksymalnej samodzielności, a także korzystanie z zajęć edukacyjnych realizowanych w przedszkolu i osiągnięcia sukcesu w szkole. Program zajęć wspomagających rozwój powinien być dostosowany do indywidualnych możliwości psychofizycznych dziecka, musi obejmować jednocześnie rehabilitację, terapię a także opiekę (Serafin 2012: 58).

Omawiając powyższą problematykę nie sposób pominąć środowiska rodzinnego dziecka z niepełnosprawnością. Aktualnie podkreśla się ideę pomocy ukierunkowaną na rodzinę. Kluczowa staje się konieczność zwrócenia uwagi na fakt, iż rodzina

i dzieci znajdują się w dynamicznym procesie zmiany, rozwoju. Zatem należy unikać stereotypowego ich zaszkladkowania jako tych, którzy sztywno przechodzą przez etapy tzw. szoku, zaprzeczenia, stanowiąc odpowiedź na niepełnosprawność własnego dziecka. Toteż efektywność specjalistów wzrośnie w momencie, gdy przestaną spostrzegać rodziny z punktu widzenia klinicznego, jako przypadek, a zaczną zauważać w nich rodziców. Podejście skoncentrowane na środowisku rodzinnym powinno dostarczyć takiego wsparcia, które umożliwiłoby rodzicom uczestniczenie w rehabilitacji niepełnosprawnego dziecka, w sposób dla niego pożądany i zmieniający się w czasie (Richey 2004: 33).

Wsparcie, współpraca zespołu terapeutycznego z rodziną, dokonuje się poprzez:

- informowanie o wszelkich trudnościach oraz możliwościach dziecka, sposobach uzyskania pomocy,
- podnoszenie wiedzy rodziców dzięki możliwości uczestnictwa w seminariach, warsztatach, itp.,
- rozwijanie pożądanych postaw oraz zachowań niezbędnych w kontaktach z dzieckiem,
- prowadzenie poradnictwa w zakresie pracy z dzieckiem,
- tworzenie grup wsparcia oraz ułatwienie kontaktu z rodzicami, którzy znajdują się w podobnej sytuacji,
- pomoc w dostosowaniu warunków domowych do indywidualnych potrzeb dziecka,
- pomoc w uzyskiwaniu sprzętu niezbędnego do realizacji zajęć terapeutycznych (Kuszek 2011: 33).

Podsumowując, należy zgodzić się z Józefem Sową i Franciszkiem Wojciechowskim (2001: 306), którzy powołując się na R. Ossowskiego (1999), podkreślają, iż wczesne rozpoczęcie rehabilitacji oznacza:

a) „przesunięcie rehabilitacji już do fazy leczenia,

b) rozpoczęcie rehabilitacji od najwcześniejszej fazy życia (gdy uszkodzenie ma charakter wrodzony, tzn. jeśli jest pochodzenia genetycznego lub nabyte w okresie płodowym). Ponadto, jej wczesne rozpoczęcie, to także tworzenie morfologicznych i funkcjonalnie korzystniejszych warunków do dalszego usprawniania, co zarazem ułatwia uniknięcie lub zmniejszenie skutków wtórnych dysfunkcji”.

Oddziaływania z zakresu wczesnej interwencji oraz wczesnego wspomagania rozwoju wiążą się z przygotowaniem specjalistów w tym zakresie. Dlatego też wiele uniwersytetów w Polsce, w tym Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie – Instytut Pedagogiki Specjalnej, w ramach kierunku pedagogika specjalna realizuje specjalność nauczycielską z zakresu Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka.

Powyższe studia przewidziane są dla absolwentów studiów pedagogicznych I stopnia realizowanych w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej. Jak wynika z planu studiów absolwenci tej specjalności przygotowani są „do pracy w charakterze

pedagoga specjalnego – terapeutę w placówkach organizujących działania w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (przedszkole, szkoła podstawowa, publiczna i niepubliczna, poradnia psychologiczno-pedagogiczna). Absolwenci uzyskują kompetencje w zakresie profilaktyki, diagnozy i rehabilitacji oraz wspomagania rozwoju dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub z zaburzeniami rozwojowymi. Posiadają umiejętność diagnozowania potrzeb i możliwości dziecka oraz jego środowiska rodzinnego. Są przygotowani do konstruowania programów terapeutycznych i podejmowania celowych oddziaływań wspomagających rozwój małego dziecka”.

Warto dodać, iż wspomnianą specjalność, Instytut Pedagogiki Specjalnej realizuje także w ramach studiów podyplomowych. .

Literatura

- Dega W. (1983), *Ortopedia i rehabilitacja we współczesnym ujęciu*, [w:] *Ortopedia i rehabilitacja*, t. I, W. Dega (red.), Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Dykcik W. (2003), *Podstawowe zasady edukacji i rewalidacji osób niepełnosprawnych w systemowym układzie ich potrzeb życiowych i społecznego wsparcia*, [w:] *Pedagogika specjalna*, W. Dykcik (red.), Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Dykcik W. (2003), *Stare i nowe orientacje programowo – badawcze pedagogiki specjalnej wynikające z jej społecznego zaangażowania*, [w:] *Pedagogika specjalna*, W. Dykcik (red.), Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Hulek A. (1980), *Wstęp*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, A. Hulek (red.), PWN, Warszawa.
- Jasiak-Pałczyńska E., (2013), *Postępowanie interwencyjne i wczesna terapia na oddziałach noworodkowych i niemowlęcych*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, B. Cytowska, B. Winczura, (red.) Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Kaja B.M. (2010), *Psychologia wspomagania rozwoju: zrozumieć świat życia człowieka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne sp. z o. o., Sopot.
- Kowalska-Kantyka M., (2006), *Rehabilitacja*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, tom V, T. Pilch (red.), Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Kowalska-Kantyka M. (2013), *Rehabilitacja dziecka z zaburzeniami w rozwoju*, Wydawnictwo Instytut Śląski sp. z o.o., Opole.
- Kupisiewicz Cz., Kupisiewicz M. (2009), *Słownik pedagogiczny*, PWN, Warszawa.
- Kuszał K. (2011), *Wczesne wspomaganie jako szansa optymalizacji funkcjonowania dzieci z trudnościami w rozwoju* [w:] *Wybrane problemy psychospołecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży z trudnościami w rozwoju. Nowe perspektywy – nowe wyzwania*, H. Krauze-Sikorska, K. Kuszał (red.), Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji im. Mieszka I, Poznań.
- Richey D.D. (2004), *Wczesna interwencja u niemowląt i małych dzieci niepełnosprawnych oraz ich rodzin. Skuteczność działań i kierunki rozwoju (na przykładzie Stanów Zjednoczonych)* [w:] *Wczesna diagnoza i terapia dzieci z trudnościami w rozwoju. Interdyscyplinarne problemy*, J. Kruk-Lasocka, M. Sekułowicz (red.), Dolnośląska Szkoła Wyższa Edukacji Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Wrocław.

- Sadowska L., Dziewulski M. (2012), *Neurofizjologiczne podstawy diagnostyki i terapii dzieci z zaburzeniami rozwojowymi*, Wydawnictwo Wyższa Szkoła Mazowiecka, Warszawa.
- Serafin T. (2012), *Wybrane aspekty dotyczące możliwości prowadzenia działań wspierających rozwój małych dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub niepełnosprawnych oraz ich rodziny (na podstawie założeń i efektów wdrażania pilotażu programu rządowego 2005–2007)*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Sowa J., Wojciechowski F. (2001), *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów.
- Wiśniewska M., (2008), *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną: poradnik dla rodziców i terapeutów*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Zabłocki J. (2000), *Wprowadzenie do rewalidacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Poznań.

Akty prawne

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci, Dz. U. 2013, poz. 1257.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, art. 7.1. Dz.U. 1997, nr 123 poz. 776.

Netografia

- R. Piotrowicz, (<https://www.ore.edu.pl/index.php?>)

Materiały nieopublikowane

- Program studiów wyższych, kierunek pedagogika specjalna, specjalność: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka – studia stacjonarne, realizowany w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego i KEN w Krakowie.

Modern Trends in Young Child with Disability Rehabilitation

Abstract

This article focuses on the characteristics of current trends used in the rehabilitation of young children with disabilities. Its first part describes the term rehabilitation, and distinguishes the basic kinds of rehabilitation: medical, psychological, pedagogical and social. It also presents the rehabilitation model used in Poland. The second part, in turn, points out the modern trends used in the rehabilitation of a young child with disabilities. Focus was mainly put on explaining the issues connected with early intervention, as well as early support for the child's development.

Keywords: small child with disabilities, rehabilitation, early intervention, early development support

Jacek Sikorski

pedagog specjalny, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie. Zainteresowanie badawcze: edukacja uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w systemie kształcenia specjalnego i integracyjnego, wiedza pojęciowa uczniów z niepełnosprawnością intelektualną, zainteresowania zawodowe uczniów pełnosprawnych i niepełnosprawnych.