

Katarzyna Kruś-Kubaszewska

Grażyna Walczak

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Dostosowanie warunków przestrzeni terapeutycznej do indywidualnych potrzeb i psychofizycznych możliwości osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną

„Tylko wtedy poznasz dobrze dziecko, gdy poznasz wszystkie warunki jego życia – jakie są, jak działają. Czy można jakoś na nie wpłynąć, czy można dziecku w czymś tam pomóc?”

M. Grzegorzewska 1996, s. 46

Artykuł porusza problematykę dostosowania przestrzeni terapeutycznej do potrzeb i możliwości dzieci z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną. W oparciu o bioekologiczną teorię systemów Bronfenbrennera omówiona została rola przestrzeni architektonicznej, lokalnej, domowej, w jakiej funkcjonuje dziecko w jego stymulacji rozwojowej. Wyjaśniono terminy aranżacja przestrzeni i projektowanie uniwersalne wraz z zasadami towarzyszącymi kreowaniu bezpiecznej i dostępnej dla osób z niepełnosprawnością przestrzeni. Szczegółnie miejsce poświęcono budowaniu przyjaznego środowiska lokalnego z uwzględnieniem architektury krajobrazu, budynku, wnętrza, ale też społecznego wymiaru funkcjonowania dziecka.

Słowa kluczowe: przestrzeń terapeutyczna, aranżacja przestrzeni, projektowanie uniwersalne, środowisko edukacyjne, środowisko lokalne

Adaptation of the therapeutic space conditions to the individual needs and psycho-physical abilities of people with moderate and severe intellectual disabilities

This article addresses the issue of adapting therapeutic space to the needs and abilities of children with moderate and severe intellectual disabilities. Based on Bronfenbrenner's bio-ecological systems theory, the role of the architectural, home and local space in which the child functions in his/her developmental stimulation is discussed. The term space arrangement and universal design are explained together with the principles accompanying the creation of safe and accessible space for people with disabilities. Special attention is paid to building a friendly local environment ta

king into account the architecture of the surrounding, building, interior, but also the social dimension of the child's functioning.

Keywords: therapeutic space, space arrangement, universal design, educational environment, local environment

Wprowadzenie

Według biopsychospołecznej koncepcji niepełnosprawność jest wynikiem relacji człowieka z otoczeniem (Majewski 1998). Zatem rodzaj i stopień niepełnosprawności w dużej mierze zależy nie tylko od warunków wewnętrznych (dyspozycji indywidualnych danej osoby), ale też warunków zewnętrznych, w których człowiek żyje. Te czynniki zewnętrzne to szeroko pojęte środowisko, przestrzeń, którą definiuje się w różny sposób, od rozległego obszaru trójwymiarowego przez część obszaru objętego granicami po ogół zjawisk np. społecznych, politycznych (Doroszewski 1965). Środowisko to jest więc „czymś więcej niż tylko fizyczną przestrzenią; jest miejscem społecznej realizacji, miejscem spotkań i uczestnictwa” (Rodriguez 2001: 185). Zadaniem przestrzeni w świetle biopsychospołecznego modelu niepełnosprawności jest zapewnienie jednostce możliwości samorealizacji, rozwijania pasji, a także optymalizacja samodzielności, dostępu do kultury, informacji, kontaktów społecznych. Priorytet stanowi człowiek, który ma prawo do godnego życia i aktywności społecznej z poszanowaniem jego różnorodności w wymiarze fizycznym, społecznym, emocjonalnym.

Dziecko z niepełnosprawnością jak każda jednostka społeczna, funkcjonuje w wielu przestrzeniach, systemach. Przestrzeń dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, jej jakość, atrakcyjność, dostępność determinowana jest przez liczne czynniki wykraczające poza znaną mu bezpośrednio rzeczywistość. Jako jednostka społeczna dziecko funkcjonuje w wielu systemach o różnym zakresie działania, a każdy z tych systemów wpływa na jego codzienną przestrzeń. Codzienny proces terapii dotyczy w zbliżonym stopniu dziecka, jego rodziny, środowiska lokalnego – wszystkie trzy elementy tworzą system wzajemnych powiązań, a od ich zaangażowania zależy powodzenie oddziaływań terapeutycznych (Marcinkowska, Wołowicz 2010).

Dziecko z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym ze względu na swoje możliwości „...inaczej niż jego rówieśnicy odbiera, przetwarza, zapamiętuje i odtwarza informacje” (Piszczek 2011: 9). Z tego względu jest ono bardzo wymagającym użytkownikiem przestrzeni, która staje się dla niego przestrzenią terapeutyczną jeśli sprzyja zaspokajaniu jego potrzeb. Przestrzeń terapeutyczna dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym to ogół uwarunkowań środowiskowych w jakich dziecko na co dzień funkcjonuje. Znaczenie terapeutyczne mają nie tylko profe-

sjonalnie zaplanowane działania usprawniające komunikację, uspołecznienie, motorykę i inne zaburzone funkcje, ale także szereg procesów przebiegających spontanicznie i niezależnie w najbliższym dziecku otoczeniu. Przyjazne środowisko zapewnia nie tylko formalny dostęp do rozmaitych form rehabilitacji i terapii, ale samo w sobie stymuluje i zachęca dziecko do rozwoju, zapewniając mu niezbędny zasób bodźców i doświadczeń. Optymalna przestrzeń terapeutyczna powinna obfitować w bodźce, które pomagają w zaspokojeniu potrzeb dziecka na wszystkich szczeblach jego funkcjonowania od łatwej i w miarę możliwości samodzielnej realizacji potrzeb fizjologicznych po rozbudzanie motywacji do samorozwoju (Maslow 2006). Dzieciom trzeba zatem zapewnić otoczenie,

- „w którym jest dużo miejsca na swobodne działanie;
- w którym są materiały i przedmioty pozwalające na bardzo różne sposoby wykorzystania ich, co pobudza dziecięcą wyobraźnię i twórczość;
- które jest jednocześnie ciekawe i nie „zamknięte”, to znaczy można je zmieniać i dostosowywać do własnych potrzeb;
- w którym są zabawki i pomoce mogące służyć wszystkim dzieciom, a jednocześnie wymagające, aby przy ich użyciu potrzebna była pomoc drugiego dziecka” (Kaczan 2009: 179).

Spełniając te warunki podnosimy jakość danego środowiska, czynimy go bardziej przyjaznym dziecku. Środowisko o wysokiej jakości (high quality) to „środowisko zapewniające wiele dostosowanych do wieku i poziomu rozwojowego dziecka zajęć, cechujące się atmosferą życzliwości, ciepła emocjonalnego i wrażliwości oraz stwarzające wiele możliwości rozwoju poznawczego dziecka” (Gindrich 2009: 25) i przede wszystkim dające poczucie bezpieczeństwa (Głodkowska 2011). Powstaje tu zasadnicze pytanie: co należy zrobić, jeśli przestrzeń, w której funkcjonuje dziecko z niepełnosprawnością nie sprzyja realizacji jego potrzeb?

Z analizy literatury przedmiotu wynika, że poszukując odpowiedzi na to pytanie można wyodrębnić dwa rodzaje działań podejmowanych w tym zakresie, a mianowicie:

- Aranżacja przestrzeni terapeutycznej (Walczak 2016).
- Projektowanie uniwersalne (Błaszczak, Przybylski 2010; Domagała-Zyśk 2018; Cichocka-Segiet, Mostowski, Rutkowski 2019).

Podstawą do podejmowania tych działań powinno być poznanie dziecka, rozpoznanie jego możliwości, trudności, ale też potencjału i szczególnych zainteresowań oraz ocena jego środowiska. Bowiem „im głębiej sięgniesz w podłoże, z którego dziecko wyrasta, tym ciekawszy o nim materiał zdobędziesz. Im szerzej oczy otworzysz na otaczające szkołę życie, tym lepiej zrozumiesz. Im lepiej potrafisz nawiązać i rozwinąć współpracę z rodzicami, tym żywszą i ciekawszą będzie Twoja praca. Im życzliwiej i przyjaźniej nawiądziesz to współdziałanie z otoczeniem, tym bardziej pogodna, twórcza i owocna będzie Twoja praca. Szkoła Twoja

zwiąże się wtedy z całym życiem otoczenia i stanie powoli w pewnej, chociaż mierze kierownikiem i regulatorem wpływów na dziecka. I każdy nauczyciel, z dobrą wolą i rzetelnym stosunkiem do pracy, w rozmaitym naturalnie stopniu tak ją zdoła poprowadzić” (Grzegorzewska 1996: 46).

Aranżacja przestrzeni terapeutycznej

Pojęcia „aranżacja” w zależności od dziedziny, w której jest stosowane i różnie definiowane np.: Aranżacja (arch.) to wypełnienie jakiejś przestrzeni elementami architektonicznymi lub dekoracyjnymi Aranżacja (muz.) to opracowanie utworu muzycznego w nowym stylu bez zasadniczych zmian linii melodycznej. Z analizy powyższych określeń wynika, że istotą aranżacji jest nadawanie określonym obiektom, utworom nowego wymiaru, wyrazu (Żmigrodzki (red.) 2018)). Przestrzeń jest natomiast pojęciem definiowanym niejednoznacznie, rozumianym na ogół jako „zbiór dowolnych obiektów, między którymi zostały ustalone relacje natury geometrycznej, algebraicznej lub abstrakcyjnej” lub w wymiarze społecznym jako „miejsca zajęte lub puste, wnętrza przestrzenne lub ciasne” (Nalaskowski 2002: 9–10).

Aranżacja przestrzeni terapeutycznej dziecka obejmuje jednak nie tylko wymiar materialny, ale i społeczny. Analizując najbliższą przestrzeń funkcjonowania dziecka z niepełnosprawnością intelektualną należy zwracać uwagę na bariery architektoniczne, aranżację wnętrza, dostępność niezbędnych pomocy i zaopatrzenia, ale też na komponent ludzki – merytoryczne i emocjonalne przygotowanie do pracy z dzieckiem niepełnosprawnym, życzliwość osób z lokalnego otoczenia, zaangażowanie najbliższych w kontynuację procesów terapeutycznych, postawę otwartości i zrozumienia wobec trudności rozwojowych dziecka. W najbliższej przestrzeni na jej dostosowanie składają się trzy główne czynniki: materialny, formalny i osobowy. W czynniku materialnym rozpatrywana jest m.in. lokalizacja placówki edukacyjnej dziecka, lokalizacja domu rodzinnego, występujące bariery architektoniczne, wyposażenie w pomoce terapeutyczne miejsc, w których regularnie funkcjonuje dziecko, zasoby finansowe pozwalające na zapewnienie specjalistycznego sprzętu, oprzyrządowania, środków terapeutycznych. Czynnikiem formalnym dotyczy obranych form pracy z dzieckiem, wybranych metod, na których oparty jest program terapeutyczny, adekwatności stosowanych narzędzi, pomocy i treści indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego do realnych potrzeb i możliwości dziecka. Na czynnikiem osobowym składają się zarówno kompetencje zawodowe, wychowawcze, jak i wewnętrzna gotowość do współdziałania z dzieckiem z niepełnosprawnością, responsywność na jego sygnały, zapewnienie przyjaznej, bezpiecznej atmosfery do rozwoju.

W czynniku osobowym wymienia się również zakres wzajemnego wsparcia pomiędzy środowiskiem edukacyjnym i rodzinnym dziecka, wymianę doświadczeń, sugestii, wspólne poszukiwanie optymalnych rozwiązań (Kopeć 2013).

Właściwa aranżacja rozumiana zarówno w wymiarze materialnym, jak i mentalnym warunkuje pozytywną atmosferę podczas wspólnego czasu z dzieckiem, umożliwia nawiązywanie kontaktów społecznych, ułatwia adaptację dziecka do nowych zadań terapeutycznych i rozumienie otaczających go zjawisk, zachęca do aktywności własnej. W realiach edukacyjnych prawidłowa aranżacja gwarantuje zrównoważone połączenie trzech typów przestrzeni: publicznej, prywatnej i intymnej. Przestrzeń publiczna jest dla ucznia obszarem wspólnym z resztą grupy, uczy dostosowywania się do norm społecznych, ustalonych zasad, czekania na swoją kolej i współdziałania. Jest to przestrzeń powszechna i dostępna dla wszystkich uczniów. Pod względem architektonicznym przestrzeń publiczną stanowi cały budynek, wspólna klasa, korytarze, ławki, krzesła, pod względem dydaktycznym jest to wspólny dla wszystkich przebieg lekcji, regulamin pracy, stosowane wobec wszystkich uczniów metody. Przestrzeń prywatna dotyczy relacji ucznia z nauczycielem, dzięki pozytywnym relacjom nauczyciel jest w stanie przekuć powszechnie przydzielone grupie zadania na obszar indywidualnych zainteresowań ucznia, tym samym wzmacniając jego motywację do nauki. Przestrzeń intymna jest natomiast miejscem, które na pewien czas lub na stałe przynależy wyłącznie do jednostki, podkreśla ona indywidualizm ucznia, pozwala mu na odpoczynek, na zachowanie tego, co dla niego cenne, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa. Do przestrzeni intymnej może należeć parawan, za którym dziecko samodzielnie pobawi się interesującym dla niego przedmiotem, materac, na który dziecko może się udać w chwili zmęczenia, podpisana imieniem szafka, czy stałe miejsce w szatni (Nalaskowski 2002). Przestrzeń łączy więc wyjątkowość i indywidualizm ucznia z potrzebą jego prawidłowego funkcjonowania w wymiarze społecznym.

Przestrzeń terapeutyczna dziecka w środowisku domowym.

Efektywna terapia i rehabilitacja dziecka z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną opiera się na zasadach kompleksowości, powszechności, wczesności i ciągłości. Realizacja powyższych zasad jest zależna od przepisów prawnych na rzecz osób z niepełnosprawnością, przygotowania personelu medycznego, terapeutów, placówek edukacyjnych, ale też od środowiska rodzinnego (przestrzeni domowej), w jakim dziecko dorasta (Turowska 1998). Wszystkie elementy efektywnego procesu terapeutycznego opierają się na aktywnej roli rodzica:

Wczesność – jak najszybsze rozpoczęcie postępowania usprawniającego (Kamusińska 2008). To rodzic często intuicyjnie staje się pierwszym terapeutą dziecka. W codziennym procesie opieki i pielęgnacji rodzic mówi do dziecka, pozwala doświadczać rozmaitych dźwięków otoczenia, zaszczebia obecny schemat rytmu okołodobowego, baraszkuje z dzieckiem. Wszystkie te czynności doświadczane przez dziecko regularnie w najbliższym dla niego środowisku, a wynikające z naturalnej relacji rodzic – dziecko, mają wymiar terapeutyczny. To również rodzic często jako pierwszy zauważa nieprawidłowości w rozwoju dziecka i od niego zależy dynamiczna reakcja na niepokojące sygnały, a co za tym idzie możliwie najwcześniejsze podjęcie profesjonalnej terapii. Można zauważyć, że wnikliwa obserwacja dziecka w środowisku domowym determinuje czas rozpoczęcia działań usprawniających. Czynniki osobowe w przestrzeni domowej, jaki stanowią rodzice, stanowi nieocenione źródło wiedzy o zachowaniach, trudnościach i możliwościach dziecka.

Kompleksowość – dotyczy zastosowania wszystkich potrzebnych typów postępowania rehabilitacyjnego, tj. leczniczego, psychologicznego, społecznego i zawodowego (Kiwerski 2005). Dziecko z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym wymaga nie tylko wsparcia o charakterze dydaktycznym, ale i w innych obszarach życia: umiejętnościach samoobsługowych, komunikacyjnych, rozumieniu i przestrzeganiu norm społecznych, polisensorycznym poznawaniu otaczającego świata. Kompleksowość zapewnia dziecku koncentrację w terapii nie tylko na zawężonym zakresie jego dominujących trudności, ale na rzeczywistych problemach obejmujących różne sfery rozwoju. Rozumienie jego trudności i działanie terapeutyczne powinno mieć holistyczny charakter. Przestrzeń domowa, w której dziecko uczy się eksplorowania otaczającej rzeczywistości, konsekwencji swoich działań, rozwija umiejętności społeczne i motoryczne, bawiąc się oraz wypełniając powierzone mu zadania, zapewnia kompleksowość terapii. Dziecko w poczuciu bezpieczeństwa i akceptacji staje się spontanicznym kreatorem własnego rozwoju.

Powszechność – oznacza łatwą dostępność dla osób z niepełnosprawnością zarówno różnych form terapii, rozwiązań medycznych, jak i możliwych form aktywności, spędzania czasu w przestrzeni publicznej. Powszechność dotyczy także braku dyskryminacji ze względu na stan zdrowia, czyli zapewnienia takich rozwiązań systemowych, regulacji norm życia społecznego oraz warunków środowiskowych, aby każdy miał szansę równego uczestnictwa (Rutkowska 2007). Zasada powszechności odnosi się do aranżacji przestrzeni publicznej gwarantującej osobie z niepełnosprawnością możliwie najwyższy poziom samodzielności, do architektury budynków, ale też zmiany w poglądzie na temat otwartości społecznej na funkcjonowanie tej grupy we wspólnej codziennej przestrzeni. Przestrzeń lokalna, w tym środowisko rodzinne, ma w dążeniu do realizacji zasady po-

wszechności szczególne znaczenie – jest pierwszym i najbliższym środowiskiem, w którym dziecko powinno się czuć równoprawną częścią systemu. Nasuwa się pytanie: jak postępować wedle zasady powszechności? W materialnym wymiarze przestrzeni domowej powszechność to optymalna aranżacja wnętrza: miejsce przeznaczone na swobodną aktywność dziecka, kącik, który należy tylko do niego, dający poczucie indywidualizacji i prywatności, zabawki, którymi dziecko ma możliwość manipulacyjną i poznawczą bawić się, dostępność przedmiotów codziennego użytku w stałych przeznaczonych do tego i znanych dziecku miejscach, tak by w sytuacji potrzeby samodzielnie mogło po nie sięgnąć. Jest to również wyposażenie przestrzeni w pomoce rehabilitacyjne, terapeutyczne, technologiczne, które wspomagają dziecko w codziennej aktywności, na przykład jeśli dziecko korzysta z komunikacji alternatywnej w szkole, warto, aby przestrzeń domowa również zapewniała zasób symboli potrzebnych w komunikacji, jeśli porusza się w placówce na wózku aktywnym, bądź o kulach warto, aby również przestrzeń domowa dysponowała środkami umożliwiającymi samodzielną komunikację, przemieszczanie się.

W wymiarze mentalnym powszechność wiąże się z otwartością rodziny i środowiska lokalnego na problemy wynikające z niepełnosprawności intelektualnej. Zapewnimy ją dziecku aranżując wspólne zabawy z rodzeństwem, rówieśnikami, wychodząc w różne miejsca publiczne, w ten sposób pracując nad inkluzją w najbliższym środowisku. Obcowanie środowiska lokalnego z dzieckiem z niepełnosprawnością w wielu codziennych sytuacjach, jak zakupy w supermarkecie, wizyta u fryzjera, spacer w parku, wizyta w urzędzie, jak również sytuacje problemowe, które mogą zdarzyć się w przestrzeni publicznej wzbogacają świadomość na temat niepełnosprawności, są krokiem do lepszego zrozumienia potrzeb tej grupy, wykształcenia postawy życzliwości i pomocniczości, patrzenia na dziecko niepełnosprawne w przestrzeni lokalnej z perspektywy „swój”, a nie „obcy”. Powszechność to też równe uczestnictwo dziecka w życiu rodzinnym, od powierzania mu codziennych dostosowanych do możliwości obowiązków po wspólne uroczystości i wakacje.

Ciągłość – środowisko domowe pełni rolę kontynuatora procesów terapeutycznych. Podkreśla się tu rolę rodziców jako „nieprofesjonalistów”, którzy dysponują zasobem kompetencji i wiedzy o dziecku niezbędnym w jego efektywnym procesie uczenia się (Kosewska 2018; Giza 2010). Dzięki spójności pomiędzy oddziaływaniami w szkole i w domu dziecko utrwała pozyskane umiejętności, przyswaja je szybciej, ma poczucie, że świat, w którym funkcjonuje jest harmonijny, przewidywalny, bezpieczny. Ciągłość daje poczucie uporządkowania w przestrzeni terapeutycznej, sprawia, że dziecko otrzymuje jasne i spójne komunikaty, wie, czego się od niego oczekuje. Dzięki kontynuacji kluczowych elementów w terapii dziecka w realiach domowych dziecku łatwiej opanować tre-

ning czystości, samodzielne ubieranie się, spożywanie posiłków, dostosować się do panujących norm społecznych. Istotna jest nie tylko spójność oddziaływań terapeutycznych rodziców i nauczycieli, ale też zapewnienie zbliżonej przestrzeni na aktywność własną i ujednolicenie wymagań wobec dziecka. Pozwoli to uniknąć sytuacji, w których dziecko np. w szkole potrafi samodzielnie założyć buty, a w domu oczekuje na wyręczenie. W wymiarze materialnym ciągłość przejawia się w wyposażeniu przestrzeni domowej w niezbędne w terapii środki i ich aktywnym stosowaniu. W wymiarze mentalnym jest to gotowość bliskich do współpracy ze środowiskiem szkolnym, czerpania ze wskazówek specjalistów w realiach domowych (Przybyszewska 2011).

Lokalna przestrzeń terapeutyczna – wymiar materialny

Wymiar materialny najbliższej przestrzeni dziecka obejmuje dostępność obiektów sprzyjających rozwojowi dziecka, łatwość przemieszczania się po okolicy ze względu na przyjazną architekturę krajobrazu, likwidację barier architektonicznych, szeroki zakres punktów usługowych i terapeutycznych. W warunkach domowych, stanowiących najbliższy dziecku element przestrzeni lokalnej, w aspekcie materialnym pod uwagę bierze się umeblowanie, wyposażenie w potrzebne dziecku pomoce technologiczne, ortopedyczne, rehabilitacyjne, materiały dydaktyczne i stymulujące komunikację. Istotny jest także rozsądny dobór zabawek, odpowiadających możliwościom i zainteresowaniom dziecka. W przypadku dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym ważne jest uporządkowanie przestrzeni, zaaranżowanie dla najbardziej potrzebnych dziecku obiektów stałego miejsca. Ważne jest też bezpieczeństwo, co oznacza ograniczenie ekspozycji przedmiotów tak, by dziecko mogło ich używać wyłącznie przy wsparciu lub pod obserwacją opiekuna, nigdy bez kontroli. Dokonując oceny lokalnej przestrzeni terapeutycznej należy poszukać odpowiedzi na pytania związane z kluczowymi elementami, które ją tworzą (por tabela 1).

Architektura budynków jest szczególnie istotna w sytuacji, gdy niepełnosprawność intelektualna dziecka jest sprzężona z niepełnosprawnością sensoryczną: zaburzeniami w obrębie motoryki, wzroku, słuchu. Z kolei aranżacja przestrzeni domowej rozgraniczająca przestrzeń wspólną i indywidualną, intymną dziecka jest korzystna z perspektywy podtrzymywania bliskiej relacji w diadzie małżeńskiej, jak również w okresie dojrzewania i pobudzenia seksualnego dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, aby mogło rozgraniczać czynności zarezerwowane dla przestrzeni intymnej od tych, które występują w przestrzeni wspólnej (Kijak 2009).

Tabela 1. Pytania służące ocenie przestrzeni terapeutycznej

Architektura krajobrazu:
<ul style="list-style-type: none"> – czy w pobliżu znajdują się bezpieczne place zabaw, miejsca odpoczynku i zabawy dla dziecka z niepełnosprawnością intelektualną? – czy dostępne miejsca rekreacji w zadowalającym stopniu uwzględniają obecność dziecka z trudnościami rozwojowymi? – jaka jest dostępność instytucji świadczących różne formy wsparcia rodziny i dziecka? – czy lokalna komunikacja pozwala na częste, szybkie i bezpośrednie przemieszczanie się po okolicy i jest dostosowana dla osób z niepełnosprawnością? – czy natężenie bodźców sensorycznych w okolicy odpowiada potrzebom dziecka, np. czy okolica nie jest zbyt hałaśliwa, nie ogranicza możliwości obcowania z naturą itp.? – czy okolica jest wyposażona w bezpieczne przejścia, pozwalające na próby samodzielnego przemieszczania się osoby z niepełnosprawnością intelektualną na krótkim dystansie np. mieszkanie – okoliczny sklep? – czy architektura krajobrazu uwzględnia podjazdy, oznakowania dla osób z uszkodzeniem wzroku, sygnalizację dla osób niewidomych? Czy ważne informacje obecne w przestrzeni publicznej są wyraźnie eksponowane i napisane w sposób jasny?
Architektura budynków:
<ul style="list-style-type: none"> – czy w okolicznych budynkach użyteczności publicznej znajdują się podjazdy, windy, szerokie wejścia, automatyczne drzwi? – czy bodźce sensoryczne występujące w danych budynkach są zrównoważone, np. nie występuje zbyt intensywne oświetlenie, dźwięki domofonu, dzwonka nie są zbyt głośne? – czy budynek jest skonstruowany w sposób maksymalizujący samodzielność przemieszczania się osoby z niepełnosprawnością?
Architektura wnętrza:
<ul style="list-style-type: none"> – czy aranżacja przestrzeni daje możliwość samodzielnego przemieszczania się i bezpiecznego użytkowania przedmiotów domowych? – czy dziecko posiada własną przestrzeń, meble, miejsce zabawy? – czy przestrzeń jest wyposażona w elementy niezbędne do kontynuacji założeń terapeutycznych w domu? – czy występują w niej sprzęty ułatwiające codziennie funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością i osób zaangażowanych w procesy wychowawcze i terapeutyczne? Do takich sprzętów mogą należeć specjalnie dostosowane sztuce, duże przyciski typu switch do użytkowania artykułów gospodarstwa domowego, podnośniki, lupy. Zakres dostosowań jest zależny od towarzyszących uszkodzeń sensorycznych i będzie inny w przypadku dziecka z uszkodzeniem wzroku, słuchu, zaburzeniami integracji sensorycznej, motoryki. – czy przestrzeń w zaspokaja w równym stopniu potrzebę aktywności i odpoczynku, daje możliwość aktywności wspólnej, jak i zapewnia intymność? – czy przestrzeń stymuluje polisensoryczny rozwój dziecka?

Źródło: opracowanie własne.

Lokalna przestrzeń terapeutyczna – wymiar społeczny

Wymiar społeczny przestrzeni dziecka zależy od osób towarzyszących mu w życiu codziennym. Są to rodzice, rodzeństwo, dziadkowie i dalsza rodzina oraz rówieśnicy i osoby z sąsiedztwa. Zwraca się uwagę na całokształt i atmosferę relacji,

postawy otaczających dziecko osób, jak i potencjał do rozwoju pożądaných zachowań, kompetencji społecznych i komunikacyjnych dziecka. Wymiar terapeutyczny ma umiejętną organizację życia codziennego oraz zakres możliwości, jakie oferuje dla rozwoju dziecka lokalna przestrzeń. W ocenie najbliższej przestrzeni społecznej dziecka pomocne są następujące pytania: (por. tabela 2).

Tabela 2. Pytania służące ocenie przestrzeni społecznej

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - czy rodzice poświęcają dziecku czas, jakiego potrzebuje? - czy rodzina jest zaangażowana w kontynuację procesów terapeutycznych w domu? - czy w domu panuje spokojna i miła atmosfera? - czy rodzice dają dziecku możliwość podejmowania prostych wyborów? - czy powierza się dziecku stałe i możliwe dla niego do wykonania obowiązki? - czy dziecko uczestniczy w rodzinnym czasie wolnym poza domem? - czy członkowie rodziny uczestniczą z dzieckiem z życia publicznym, towarzyskim np. wyjściu do kina, na basen, koncert? - czy osoby z najbliższego otoczenia nawiązują pozytywny kontakt z dzieckiem? - czy rodzina może liczyć na wsparcie w lokalnej społeczności? - czy rodzeństwo akceptuje trudności rozwojowe brata/siostry, wspiera, aranżuje wspólny czas? - czy dziecko ma okazję do regularnego kontaktu z rówieśnikami? |
|---|

Źródło: Opracowanie własne.

Problemy w optymalnej aranżacji przestrzeni lokalnej

Szereg czynników może zakłócać proces optymalizacji przestrzeni lokalnej dziecka. W wymiarze przestrzeni domowej bywa, że wyposażenie wnętrza w specjalistyczne pomoce jest poza ekonomicznym zasięgiem rodziny, a zebranie określonych sum wymaga czasu działającego ze stratą dla terapii dziecka. Nie bez znaczenia pozostaje metraż przestrzeni bytowej rodziny, która również może determinować zakres wyposażenia wnętrza, ograniczać mobilność i samodzielność dziecka w warunkach domowych. W szerszym wymiarze lokalnym bywa, że narodziny dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, jak i innymi rodzajami niepełnosprawności następują już po wyborze stałego miejsca zamieszkania, rodzina może więc zamieszkiwać ruchliwą, niebezpieczną okolicę, w której zarówno w budynku mieszkalnym, jak i w aranżacji krajobrazu będą występować różne niezależne od nich bariery.

Rozwój dziecka, także z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym, jest procesem dynamicznym, takiej samej dynamiki i możliwości zmienności wymaga się od optymalnej przestrzeni (Przetacznikowa 1982). Tempo, rytm rozwoju dziecka o nieharmonijnym rozwoju, jak i oddziaływania terapeutyczne są zróżnicowane. Oznacza to, że wraz z procesami uczenia się,

stosowaniem nowych form terapii, nabytymi umiejętnościami dziecka, ale też występującymi w niepełnosprawności sytuacjami zatracania umiejętności, jego przestrzeń musi być elastyczna i gotowa do zmian. Zdarza się, że niedawno potrzebne kosztowne sprzęty nie znajdują w niedługim czasie dalszego zastosowania.

W wymiarze społecznym optymalna przestrzeń wymaga prezentowania pozytywnych postaw rodzicielskich – akceptacji, autonomii, poszanowania praw dziecka, współdziałania (Ziemska 2009). Nie każdy rodzic, jak i rodzeństwo, doświadczający diagnozy niepełnosprawności intelektualnej dziecka jest emocjonalnie gotowy do prezentowania postaw w pełni akceptujących dziecko takie, jakim jest. Traci na tym przestrzeń społeczna dziecka w środowisku domowym, rodzice i rodzeństwo mogą mieć trudność z nawiązywaniem relacji z dzieckiem, mieć poczucie niekompetencji i bezsilności w procesach terapeutycznych, problemy ze spontaniczną zabawą, komunikacją. Z tego powodu ważne jest wsparcie specjalistów, które pomoże rodzinie konstruktywnie przystosować się do niepełnosprawności dziecka, a więc umiejętnie zbilansować czas domowej terapii i czas wspólnego odpoczynku, spontanicznej zabawy, doznawania przyjemności bycia razem. Przestrzeń społeczna zbudowana jest również na oczekiwaniach rodzica względem dziecka. Jeśli są one wygórowane dziecko nie będzie czuć się w tej przestrzeni komfortowo, deprecjacji ulegnie potrzeba akceptacji i bezpieczeństwa, jeśli zaś są zbyt niskie, przestrzeń traci na potencjale rozwojowym i nie odpowiada maksymalizacji umiejętności dziecka, zaniedbując potrzebę dążenia do samorealizacji (Maslow 2006).

Projektowanie uniwersalne

Dużą szansą na poprawę jakości przestrzeni osób z niepełnosprawnością jest wdrażanie idei projektowania uniwersalnego. Zgodnie z koncepcją projektowania uniwersalnego podejmowane są rozwiązania o charakterze architektonicznym, jak i edukacyjnym, które pozwolą jednostce na pełne korzystanie z przestrzeni na równi z innymi bez konieczności specjalnej zindywidualizowanej adaptacji (Kuryłowicz 2015). Uniwersalne projektowanie w przestrzeni architektonicznej oznacza uwzględnianie w budowaniu przestrzeni publicznej takich elementów jak poręcze, podjazdy, windy, podnośniki, wibracyjna i dźwiękowa sygnalizacja świetlna itp. W przestrzeni edukacyjnej oznacza natomiast taki dobór metod pracy i materiałów dydaktycznych, by mogły być użytkowane zarówno przez neurotypowych uczniów, jak i tych doświadczających różnych trudności rozwojowych (Wdówik 2010).

Przestrzeń projektowana uniwersalnie jest otwarta dla wszystkich i wyrównuje szanse rozwoju społecznego, edukacyjnego osób z różnymi rodzajami nie-

pełnosprawności, maksymalizując ich samodzielność. Jest ona przeznaczona dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym ze względu na kluczowe zasady uniwersalnego projektowania (Mace 1985; Trociuk 2011):

- użyteczności – obiekty mają być przydatne osobom bez względu na ich poziom sprawności;
- elastyczności użycia – uwzględnia się indywidualne preferencje oraz możliwości użytkowników;
- prostoty i intuicyjności obsługi – obsługa jest bardzo prosta w zrozumieniu, nie wymaga rozwiniętych umiejętności motorycznych, komunikacyjnych, analitycznych;
- tolerancji błędów – w razie pomyłki w użyciu ryzyko niebezpieczeństwa jest zminimalizowane;
- wyraźnej dla każdego informacji – informacja jest przekazywana takimi drogami, by była odczytana bez względu na trudności sensoryczne użytkownika;
- niskiego wysiłku – komfort użytkowania wymaga jedynie nieznacznej aktywności, np. delikatnego wciśnięcia jednego dużego przycisku;
- dostosowania wymiaru i przestrzeni – obiekty uwzględniają różne warunki fizyczne i motoryczne użytkowników, zapewniają niezbędną każdemu przestrzeń i dostępność (ibidem).

Istota kreowania zrównoważonej przestrzeni, dostosowanej do potrzeb osób z niepełnosprawnością jest podkreślona w Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne mają prawo do pełnego uczestnictwa w integracji społecznej, równych szans i dostępności, mają prawo do życia w przestrzeni, która umożliwi im realizację regulacji zawartych w konwencji. W treści znajdują się postanowienia związane z przestrzenią osób z niepełnosprawnością: „Państwa Strony podejmą odpowiednie środki w celu zapewnienia im [przyp. osobom niepełnosprawnym], na zasadzie równości z innymi osobami, dostępu do środowiska fizycznego (...) Środki te, obejmujące rozpoznanie i eliminację przeszkód i barier w zakresie dostępności, stosują się między innymi do: a) budynków, dróg, transportu oraz innych urządzeń wewnętrznych i zewnętrznych zapewniających opiekę medyczną i miejsc pracy, b) informacji, komunikacji i innych usług, w tym usług elektronicznych i służb ratowniczych” (Rezolucja ONZ nr 61/06 2013).

Podsumowanie

Zaprezentowane możliwości poprawy jakości przestrzeni nie wykluczają się i mogą być, w zależności od potrzeb podejmowane równolegle w różnym czasie i w różnych obszarach funkcjonowania. Umiejętność aranżacji przestrzeni terapeutycz-

nej dziecka z niepełnosprawnością intelektualną powinna być elementem warsztatu metodycznego pedagogów specjalnych i terapeutów, gdyż stanowi drogę do zrozumienia dziecka z niepełnosprawnością, daje szansę obserwacji jego potrzeby aktywności i odpoczynku, niewerbalnych sygnałów komunikacyjnych, oraz mocnych stron i trudności. Dostosowane pomoce, interesujące dla dziecka, stają się we wspólnej zabawie kluczem do nawiązania relacji terapeutycznej.

Bibliografia

- Błaszczak M., Przybylski Ł. (2010), *Rzeczy są dla ludzi*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Domagała-Zyśk E. (2018), *Racjonalne dostosowania i modyfikacje w edukacji uczniów mających specyficzne potrzeby edukacyjne* [w:] *Kompetencje przyszłości*, red. S.M. Kwiatkowski, Wydawnictwo FRSE, Warszawa.
- Doroszewski W. (1965), *Słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa.
- Cichocka-Segiet K., Mostowski P., Rutkowski P. (2019), *Uniwersalne projektowanie zajęć jako droga do zaspokajania zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych* [w:] *Edukacja włączająca w przedszkolu i szkole*, red. I. Chrzanowska, G. Szumski, Wydawnictwo Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Seria Naukowa, t. 7, Warszawa.
- Gindrich P. (2009), *Wspomaganie wczesnej edukacji w kontekście efektywności instytucji przedszkola, czyli jak mierzyć jakość Skalą Oceny Jakości Środowiska Dziecka w Wiekui Przeszkolnym (ECERS-R)*, Meritum Mazowiecki Kwartalnik Edukacyjny.
- Głodkowska J. (2011), *Kilka myśli o poczuciu bezpieczeństwa dziecka z niepełnosprawnością źródłem metodycznych inspiracji* [w:] *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole ogólnodostępnej*, red. J. Głodkowska, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Giza A. (2010), *Edukacja małych dzieci. Standardy, bariery, szanse. Raport*, Fundacja Rozwoju Dzieci im. Amosa Komeńskiego, Warszawa.
- Grzegorzewska M. (1996), *Listy do młodego nauczyciela*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa.
- Kaczan R. (2009), *Wspomaganie rozwoju dziecka z ograniczoną sprawnością w wieku szkolnym* [w:] *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności*, red. A.I. Brzezińska, M. Ohme, A. Resler-Maj, R. Kaczan, M. Wiliński, GWP, Gdańsk.
- Kamusińska E. (2008), *Znaczenie kompleksowej rehabilitacji w integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. Studia medyczne*, TORMEDIA Wydawnictwo Medyczne, Poznań, 83–86.
- Kijak R. (2009), *Seks i niepełnosprawność*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Kiwski J. (2005), *Współczesne poglądy na rehabilitację* [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. J. Kiperski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Kopec D. (2013), *Rzeczywistość (nie)edukacyjna dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną*, UAM, Poznań.
- Kosewska B. (2018), *Domowe laboratorium małego dziecka – o rodzicielskim wspomaganii rozwoju małego dziecka w środowisku domowym* [w:] *Małe dziecko – poznanie w zabawie*, red. R. Piotrowicz, Wydawnictwo APS, Warszawa.

- Kuryłowicz E. (2015), *Uniwersalność rozwiązań architektonicznych w kontekście otwierania środowiska wybudowanego dla wszystkich, jako wyraz i efekt postawy innowacyjnej – normalność w architekturze*, Studia BAS, 2/42: 204.
- Mace R. (1985), *Universal Design. Barrier-Free Environments for Everyone*, Designers West, 33, 1: 149.
- Majewski T. (1998), *Biopsychospołeczna koncepcja niepełnosprawności*, Szkoła Specjalna, 3: 131–134.
- Marcinkowska, B., Wołowicz, A. (2010), *Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania i konstruowanie indywidualnych programów osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, APS, Warszawa.
- Maslow A. (2006), *Motywacja i osobowość*, PWN, Warszawa.
- Nalaskowski A. (2002), *Przestrzenie i miejsca w szkole*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 74.
- Piszczek M. (2011), *Diagnoza wielospecjalistyczna*, Kompendium, Warszawa.
- Przetacznikowa M. (1982), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa.
- Przybyszewska J. (2011), *Rodzic w roli terapeuty?*, Forum Oświatowe nr 44, Wrocław, 153–157.
- Rezolucja ONZ nr 61/06 z dnia 13 grudnia 2006 r. – Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych, A/RES/61/106
- Rodriguez T.F. (2001), *Kształcenie nauczycieli a zadania nauczania*, Szkoła Specjalna, 3: 185.
- Rutkowska E. (2007), *Kompleksowość działań rehabilitacyjnych [w:] Psychospołeczne problemy zatrudnienia osób niepełnosprawnych*, red. J. Śliwak, Norbertinum, Lublin.
- Trociuk S. (red.) (2011), *Dostępność infrastruktury publicznej dla osób z niepełnosprawnością. Analiza i zalecenia*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Turowska A. (1998), *Rehabilitacja osób niepełnosprawnych a integracja społeczna*, Studia Włocławskie 1, Teologiczne Towarzystwo Naukowe, Włocławek, 194–204.
- Walczak G. (2016), *Środowisko naturalne we wspomaganiu rozwoju dziecka. Aranżacja przestrzeni terapeutycznej [w:] Małe dziecko, dużo pomysłów*, red. R. Piotrowicz, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Wdówik P. (red.) (2010), *Uniwersalne projektowanie zajęć dydaktycznych*, Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Ziemska M. (2009), *Postawy rodzicielskie*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Żmigrodzki P., Bańko M., Batko-Tokarz B., Bobrowski J., Czelakowska A., Grochowski M., Przybylska R., Waniakowa J., Węgrzynek K. (2018), *Wielki słownik języka polskiego PAN*, Instytut Języka Polskiego PAN, Kraków.