**Izabela Krempińska**[1,2]

[1] Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Carpe Diem" w Szczecinie,

[2] Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. Kazimiery Milanowskiej, Wydział Zamiejscowy w Szczecinie

# Rola fizjoterapeuty we wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka

## The role of the physiotherapist in early supporting of child development

Słowa kluczowe: wczesne wspomaganie rozwoju dziecka, rehabilitacja, niepełnosprawność, terapia

Key words: early support of child development, rehabilitation, disability, therapy

### Streszczenie

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka (WWRD) to dla niepełnosprawnych dzieci możliwość pokonania niepełnosprawności, bądź ograniczenia jego wpływu na codzienne życie dziecka i jego rodziny. Na podstawie opinii o WWRD wydaną przez publiczną, bądź niepubliczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną, na terenie placówki opiekuńczo-wychowawczej zawiązuje się zespół wspierający rozwój dziecka. Z informacji płynących do autorki artykułu od rodziców dzieci z opinią o WWRD, największą trudnością w zakresie kompletowania zespołu na terenie placówek oświatowo-wychowawczych jest znalezienie fizjoterapeuty pracującego z dzieckiem. Autorka przeprowadziła badania ankietowe włączając w nie studentów kierunku fizjoterapia. Pytania dotyczyły wyboru i motywów wyboru grupy pacjentów, z którymi student chce pracować po zakończeniu studiów. Do badania zostało włączonych 58 studentów ostatniego roku studiów licencjackich, na kierunku fizjoterapia. Analiza zebranych danych wskazała, że tylko czworo studentów wskazuje dzieci jako grupę docelową do pracy po studiach. 26 studentów wskazało jednak, że doświadczenia i wiedza zebrane w trakcie studiów wpłynęły realnie na określenie grupy docelowej pacjentów, z którymi chcą pracować po studiach. Po przeanalizowaniu danych autorka stawia tezę: zwiększenie zakresu przekazywanej wiedzy teoretycznej i praktycznej z zakresu szeroko rozumianego rozwoju dziecka, może się przyczynić do zwiększenia liczby absolwentów uczelni kształcących fizjoterapeutów, którzy w dzieciach upatrywaliby swoich potencjalnych pacjentów po zakończeniu edukacji.

### Abstract

The author conducted a survey including students of physiotherapy. Questions concerned the choice of themes and the selection of patients with whom the student wants to

work after graduation. The study has enrolled 58 students in their final year of undergraduate studies, majoring in physical therapy. Analysis of the collected data indicated that only four students show children as a target group to work with after graduation. 26 students indicated, however, that the experience and knowledge gained during the studies actually influenced the determination of the target group of patients with whom they want to work after their graduation. After analyzing the data the author argues: increasing the scope of theoretical and practical knowledge in the field of broadly understood child development, can contribute to increase the number of college graduates educating physiotherapists who could see children as their potential patients after completion their studies.

## Definicja, regulacje prawne, procedura opiniowania w sprawie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka (WWRD) dziecka to zespół czynności mających na celu wspomaganie rozwoju dziecka, u jakiego zdiagnozowano niepełnosprawność, względem którego poradnia psychologiczno-pedagogiczna (publiczna, bądź niepubliczna) wydały opinię o potrzebie wczesnego wspomagania. Kwestie dotyczące WWRD reguluje rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 roku, które weszło w życie 30 października tegoż roku [1]. Niepełnosprawność w artykule jest interpretowana za definicją wprowadzoną przez WHO (Światową Organizację Zdrowia), która wskazuje, iż niepełnosprawność ( z ang. *impairment*) to każda utrata sprawności bądź nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem fizycznym, psychofizycznym, bądź anatomicznym; niepełnosprawność (z ang. *disability*) zaś, to każde ograniczenie, bądź niemożność (wynikająca z niepełnosprawności) prowadzenia aktywnego stylu życia w sposób uznany za charakterystyczny dla człowieka. WWRD może być organizowane w: przedszkolu, szkole podstawowej, w tym specjalnej; w ośrodkach, o których mowa w art. 2 pkt 5 Ustawy o Systemie Oświaty [2]; oraz w publicznej i niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym specjalistycznej, jeżeli ma ona możliwość realizacji wskazań zawartych w opinii o potrzebie WWRD, a także w domu rodzinnym dziecka (w szczególności z dzieckiem, które nie ukończyło 3. roku życia) - miejsce prowadzenia WWRD wskazuje dyrektor odpowiednio wyżej wymienionych jednostek prowadzących WWRD w porozumieniu z rodzicami (opiekunami prawnymi) dziecka. Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka na terenie placówki realizuje zespół wczesnego wspomagania rozwoju dziecka powołany przez dyrektora placówki. Zespół pracuje z dzieckiem według wskazówek zawartych w opinii z poradni, wsparciem obdarzeni są również rodzice dziecka. Osoby wchodzące w skład zespołu pracującego z dzieckiem na terenie placówki

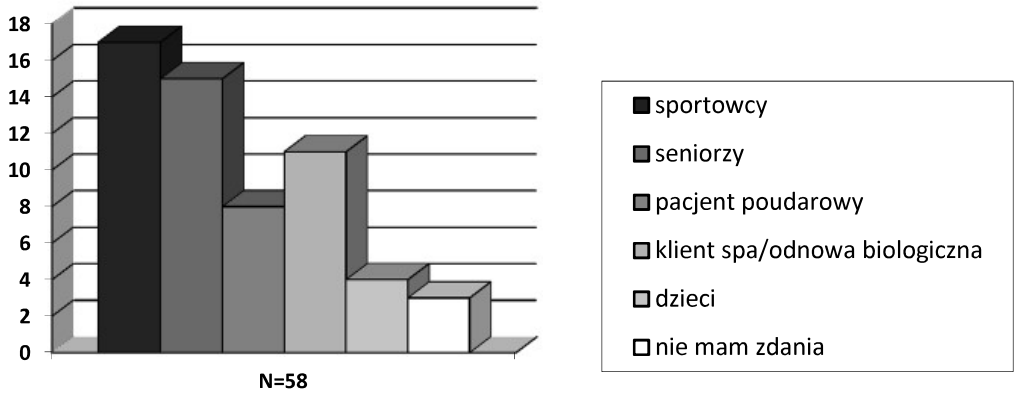
to przede wszystkim pedagog, posiadający kwalifikacje do pracy z dzieckiem z określoną w opinii niepełnosprawnością, najczęściej jest to oligofrenopedagog, surdopedagog lub tyflopedagog. Ponadto: psycholog, logopeda i inni specjaliści, których zaangażowanie jest niezbędne do zrealizowania zaleceń zawartych w opinii. Osoby wskazane w opinii o wczesnym wspomaganiu rozwoju zawiązują na terenie placówki realizującej WWRD zespół, który jest zobowiązany do skonstruowania indywidualnego programu wczesnego wspomagania rozwoju dla konkretnego dziecka. Indywidualny program wczesnego wspierania (IPWW) rozwoju ma być realizowany z dzieckiem i jego rodziną. IPWW ma być realizowany z uwzględnieniem działań wspierających rodzinę, koordynowania działań specjalistów pracujących z dzieckiem oraz oceniania postępów dziecka, analizowanie skuteczności pomocy udzielanej dziecku i jego rodzinie, prowadzenie szczegółowej dokumentacji działań WWRD. Wymiar godzin przewidziany na jedno dziecko waha się od 4 do 8 godzin w miesiącu, w zależności od możliwości psychofizycznych i potrzeb dziecka. Zajęcia prowadzone są indywidualnie z dzieckiem i jego rodziną. Dzieci, które ukończyły trzeci rok życia mogą uczestniczyć w zajęciach grupowych 2-, 3-osobowych z udziałem rodzin. W zakres kompetencji zespołu wchodzi ścisła współpraca z rodziną dziecka; polega ona przede wszystkim na udzielaniu pomocy w kształtowaniu postaw i zachowań pożądanych w kontaktach z dzieckiem: wzmacnianiu więzi emocjonalnej, rozpoznawaniu zachowań dziecka i kształtowaniu w rodzicach prawidłowych reakcji na te zachowania. Udzielanie instruktażu i porad w zakresie specjalistycznej pracy z dzieckiem, wsparcie rodziców w dostosowaniu środowiska domowego do potrzeb dziecka oraz przekazanie informacji na temat potrzebnych środków dydaktycznych wspierających rozwój dziecka. Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka może spełniać funkcję informacyjną – informuje o przebiegu rozwoju dziecka. Pełni również funkcję diagnostyczną – rozpoznanie medyczne, określenie stopnia zaawansowania niepełnosprawności, oraz funkcję stymulacyjną – terapeutyczną, prowadzenie polimodalnej terapii wspierającej rozwój dziecka. Następujące rodzaje nieprawidłowości rozwojowych dziecka kwalifikują je do objęcia pomocą w ramach WWRD: zagrożonym niepełnosprawnością, z zaburzeniami w rozwoju mowy, z niedosłuchem lub głuchotą, z autyzmem lub innym rodzajem niepełnosprawności rozwojowej. W obliczu zdiagnozowanych niepełnosprawności zakres oddziaływania terapeutycznego względem dziecka jest szeroki i jest dobierany w odniesieniu do indywidualnych potrzeb dziecka określonych w opinii. Zakres oddziaływania terapeutycznego w WWRD: stymulacja rozwoju motorycznego, stymulacja rozwoju mowy i języka, stymulacja polisensoryczna, orientacja i poruszanie się w przestrzeni, usprawnianie widzenia i wzroku, komunikacja z otoczeniem i funkcjonowanie w nim, kształtowanie umiejętności samoobsługowych.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka to przede wszystkim zespół czynności diagnostycznych, medycznych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych, opiekuńczych i innych niezbędnych dla wyprowadzenia dziecka z niepełnosprawności, bądź złagodzenia niedogodności płynących z występowania tej niepełnosprawności.

## Badanie ankietowe dotyczące wyboru grup pacjentów, z którymi absolwent kierunku fizjoterapia zamierza pracować po studiach

Jaka jest zatem rola fizjoterapeuty w procesie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka? Problematyka niniejszego artykułu jest efektem mojej pracy diagnostyczno-terapeutycznej w poradni psychologiczno-pedagogicznej oraz pracy wykładowcy akademickiego, pracującego z adeptami fizjoterapii. W codziennej pracy diagnostycznej jako pedagog specjalny jestem członkiem zespołu orzekającego o wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka. Z danych poradni psychologiczno-pedagogicznej w jakiej pracuję wynika, iż w roku szkolnym 2014/2015 zostały przez nas wydane 34 opinie o WWRD, z tego 12 dotyczyło nieprawidłowości w rozwoju mowy dziecka (opóźniony rozwój mowy, cechy dyzartrii), 8 dotyczyło mutyzmu selektywnego u dziecka, 14 opinii wiązało się z niepełnosprawnością ruchową (w tym obniżonego napięcia mięśniowego, mózgowego porażenia dziecięcego, przepukliny oponowo-rdzeniowej). W bieżącym roku szkolnym, do chwili pisania niniejszego artykułu, wydano 8 opinii o WWRD, wszystkie z nich dotyczyły niepełnosprawności ruchowej dziecka. Na terenie naszej poradni nie są prowadzone zajęcia z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka lecz wszystkie dzieci są naszymi stałymi pacjentami i w związku z tym jesteśmy w ciągłym kontakcie z rodzicami tychże dzieci. Z relacji rodziców wynika, iż w kompletowaniu zespołu terapeutów do pracy z dzieckiem najwięcej trudności przysparza znalezienie do zespołu pracującego z dzieckiem fizjoterapeuty prowadzącego zajęcia ruchowe, bądź fizjoterapeuty stosującego formy manualnej terapii względem dziecka. Kiedy sygnały od rodziców dotyczące problemów w znalezieniu fizjoterapeutów do pracy z dziećmi zaczęły się powielać zrodziło to moje przemyślenia i skłoniło do poszukiwania odpowiedzi uzasadniających ten stan rzeczy. Odpowiedzi szukałam wśród studentów fizjoterapii, z którymi pracuję. W anonimowej ankiecie zadałam trzy krótkie pytania, dotyczące: docelowej grupy pacjentów, z którymi student po zakończeniu nauki w uczelni chciałby pracować, co wpłynęło na taki wybór grupy docelowej, czy była inna grupa pacjentów, z którymi student chciał pracować na początku studiów, lecz dobór przedmiotów/praktyk zweryfikował ten wybór? W badaniu wzięło udział 58 studentów, byli oni słuchaczami trzeciego roku studiów licencjackich.

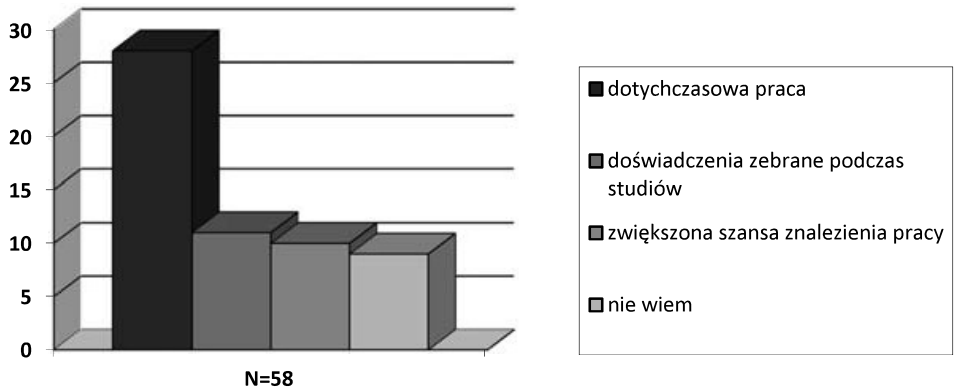
Pierwsze pytanie ankiety dotyczyło docelowej grupy pacjentów, z którymi student po zakończeniu nauki w uczelni chciałby pracować? Rozkład odpowiedzi na tak zadane pytanie obrazuje wykres 1.




**Ryc. 1.** Rozkład wyborów grup pacjentów dokonany przez studentów włączonych do badania (zestawienie własne)

Analizując uzyskane dane mogę stwierdzić, iż 17 osób wskazało sportowców, jako grupę docelową pacjentów. Druga, co do liczności grupa słuchaczy (15 osób) to osoby wskazujące jako grupę docelową seniorów. Słuchacze chcą pracować w domach spokojnej starości, bądź na oddziałach geriatrycznych. Trzecia, co do liczności (11 osób) grupa, wskazała ośrodki odnowy biologicznej i spa jako swoje potencjalne miejsce pracy po zakończeniu studiów. 8 osób uznało pacjentów po udarach krwotocznych i niedokrwiennych mózgu jako swoją grupę docelową, zaś 4 osoby wskazały dzieci jako tą grupę pacjentów, z którymi chcą pracować po studiach. W grupie 58 osób badanych 3 osoby nie potrafiły wskazać grupy pacjentów, z jaką chcieliby pracować po zakończeniu edukacji.

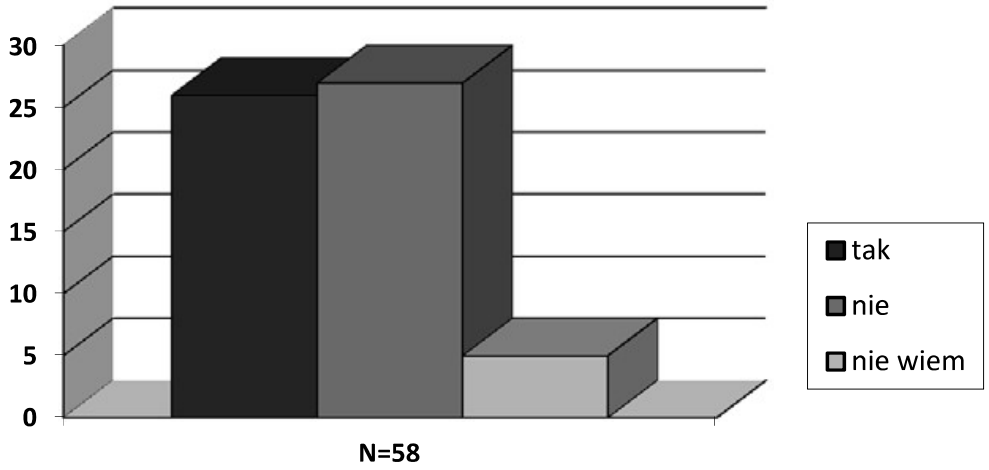
Drugie pytanie zadane przeze mnie w ankiecie brzmiało: „Co wpłynęło na taki wybór grupy docelowej pacjentów?"




**Ryc. 2.** Rozkład wskazywanych przez studentów motywów wyboru wskazywanej grupy docelowej pacjentów, z którymi chcą pracować po zakończeniu studiów

Słuchacze w grupie 58 osób włączonych do badania zawęzili swe wybory do czterech kategorii. Najbardziej liczna grupa (28 studentów) wskazuje dotychczasowe doświadczenia zawodowe jako podstawowe źródło inspiracji do wyboru docelowej grupy pacjentów. W tej grupie można wskazać liczną grupę sportowców, którzy po zakończeniu kariery zawodniczej chcą zająć się medycyną sportową. Niektórzy studenci pracują już w ośrodkach odnowy biologicznej, szpitalach, ośrodkach dla dzieci, gdzie warunkiem awansu zawodowego było podwyższenie swoich kwalifikacji zawodowych, a sam student po zakończeniu studiów będzie kontynuował pracę z dotychczasową grupą pacjentów. Wśród motywów wyboru docelowej grupy pacjentów studenci wskazali względy ekonomiczne, aktualną sytuację na rynku pracy. Studenci ci wybrali taką grupę docelową pacjentów, która pozwoli im na łatwiejsze znalezienie pracy. Wskazywali tutaj nadmorskie ośrodki odnowy biologicznej i ośrodki spa, jako te, które zapewniają łatwiejsze znalezienie zatrudnienia. 8 studentów nie miało wyklarowanej opinii na temat docelowej grupy pacjentów, z którymi chcą pracować po studiach.

Trzecie zadane przeze mnie pytanie dotyczyło tego, czy doświadczenia zebrane podczas studiów, tj. uczestnictwo w wykładach, ćwiczeniach, praktykach wpłynęło na zweryfikowanie wyborów grupy docelowej pacjentów.




**Ryc. 3.** Rozkład odpowiedzi, czy tok studiów wpłynął na Twój wybór grupy docelowej pacjentów

Podsumowując zebrane odpowiedzi mogę stwierdzić, że uzyskane dane są bardzo zbliżone. 27 studentów wskazało, iż tok studiów i nabyte w trakcie tych studiów doświadczenia nie wpłynęły na zmianę/wybór grupy pacjentów, z jakimi chcą mieć do czynienia w pracy zawodowej. 26 studentów wypowiedziało się, że tok studiów i zebrane w trakcie studiów doświadczenia wpłynęły na zweryfikowanie wyboru grupy docelowej pacjentów. 5 studentów natomiast nie miało zdania.

Refleksje jakie pojawiają się po zebraniu i przeanalizowaniu danych uzyskanych w toku badania studentów pozwalają stwierdzić, iż w stosunku do licznej grupy osób włączonych do badania, 26 osób na 58 włączonych do eksperymentu (co daje 44,8% ogółu) wypowiedziało się za tym, że doświadczenia zebrane podczas studiów wpłynęły istotnie na zmianę, bądź ukształtowanie się grupy docelowej pacjentów, z którymi student chce pracować po studiach. Można zatem postawić tezę, że jeśli program studiów bardziej obfitowałby w problematykę rozwoju, psychologii i rehabilitacji dzieci i młodzieży prawdopodobieństwo wyboru tej grupy pacjentów przez absolwentów byłoby większe.

Rola fizjoterapeuty w zespole wczesnego wspomagania rozwoju dziecka jest nie do przecenienia, fizjoterapeuta kierując się fachową wiedzą dotyczącą motoryki dużej i małej, prawidłowości rozwojowych dziecka, jest w stanie najlepiej prowadzić terapię ruchową małego dziecka. Aktualnie najczęściej zajęcia z dziećmi z opinią o WWRD prowadzą pedagodzy specjalni i psychologowie, których program studiów obfituje w przedmioty z zakresu diagnozy i terapii odpowiednio pedagogicznej i psychologicznej. W programach studiów wyżej wymienionych kierunków nie ma, bądź jest niewystarczająca liczba godzin zajęć dotyczących fizjoterapii, form i metod efektywnej pracy fizjoterapeutycznej z dziećmi i młodzieżą. Mogę stwierdzić, iż przedstawiciele kierunków psychologicznych i pedagogicznych mają zbyt wąską wiedzę na temat fizjoterapii dzieci i młodzieży, a przedstawiciele zawodu fizjoterapeuty mają zbyt wąską wiedzę na temat prawidłowości i nieprawidłowości rozwojowych dzieci i młodzieży. W dzisiejszych realiach osoby pracujące z dziećmi z m. in. opiniami o WWRD poszerzają swoją wiedzę na własną rękę w ramach studiów podyplomowych, bądź licznych szkoleń i kursów. Wnioskuję o zweryfikowanie podstaw programowych wskazanych przeze mnie kierunków studiów, aby absolwent danego kierunku mógł korzystać z pełnej oferty zatrudnienia dostępnej na rynku.

Odwołując się jednak w bezpośredni sposób do tematu mojego artykułu twierdzę, iż rola jaką pełni fizjoterapeuta w procesie wczesnego wspomagania dziecka jest niezwykle istotna. Fizjoterapeuta to przede wszystkim specjalista w zakresie stymulowania sprawnych narządów ruchu, opóźnienia procesów degeneracyjnych związanych z postępem niepełnosprawności, doradztwa w zakresie doboru optymalnych metod rehabilitacji oraz wsparcia rodziców cennymi informacjami z zakresu specyfiki rozwoju motoryki małego pacjenta. Należy jednak pamiętać, iż dziecko jest specyficznym pacjentem, często jest ono pacjentem niesubordynowanym, głośno wyrażającym swoją opinię, ale jest ono również pacjentem bardzo żywo reagującym, szybko przywiązującym się do terapeuty. Dziecko niepełnosprawne w procesie rehabilitacyjnym jest pacjentem trudnym, zwykle też jest pacjentem bardzo wymagającym, może być ono przyzwyczajone do ciągłej obecności rodzica, może bardziej intensywnie odczuwać lęk

separacyjny przed rozstaniem z matką. Często są to dzieci bardziej płaczliwe, gdyż mnogość różnych form rehabilitacji jakim poddawane jest dziecko powoduje, że jest ono zniechęcone i zmęczone. Nierzadko dziecko niepełnosprawne z uwagi na ograniczenie interakcji z rówieśnikami, co jest spowodowane jego niepełnosprawnością, częściej przebywa z osobami dorosłym, dlatego te dzieci są bardziej dojrzałe emocjonalnie niż ich pełnosprawni rówieśnicy. Jednak dziecięcy pacjent niepełnosprawny to przede wszystkim ogromna satysfakcja płynąca z pracy, jest to ogromna radość doświadczania wychodzenia z niepełnosprawności przez dziecko, możliwość towarzyszenia dziecku i jego rodzicom w cieszeniu się z nawet najmniejszych postępów w codziennym funkcjonowaniu dziecka.

## Podsumowanie

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka to zespół czynności mających na celu takie wspomaganie rozwoju dziecka, aby zdiagnozowana niepełnosprawność nie pogłębiała się, a dziecko jak najmniej odczuwało negatywny wpływ owej niepełnosprawności na swoje codzienne funkcjonowanie. Badanie ankietowe jakie przeprowadziłam ze studentami kierunku fizjoterapia miało na celu znalezienie odpowiedzi na stan, jaki zastaję w codziennej pracy w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Jest zbyt mała liczba fizjoterapeutów wyrażających chęć do pracy z dziećmi z opiniami o WWRD. Z analizy zebranych w trakcie badań danych zakładam, że zwiększony wymiar godzin zajęć dydaktycznych poświęcony problematyce szeroko rozumianego rozwoju dziecka, mógłby wpłynąć na częstsze wybieranie przez absolwentów dzieci, jako docelowej grupy pacjentów, z którymi chcieliby pracować po zakończeniu edukacji.

## Bibliografia:


1. Dziennik Ustaw RP, Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 roku, poz. 1257, w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci.
2. Ustawa o Systemie Oświaty z dnia 7 września 1991 roku, artykuł 2, punkt 5.
3. Dykcik W.(red.): Pedagogika specjalna. Wydawnictwo UAM, Poznań 1997.
4. Cytowska B., Winczura B. (red.): Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka. Oficyna Wydawnicza Impuls, Warszawa 2008.
5. Kwaśniewska G. (red.): Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007.
6. Marcinkowska B., Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością sprzężoną (w:) Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem. MENiS, Warszawa 2005.
7. Minczakiewicz E. M., Grzyb B., Gajewski Ł.: Dziecko ryzyka a wychowanie. Elementarz dla rodziców. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009.

8. Pilecka J., Znaczenie wczesnej diagnozy zaburzeń rozwoju dziecka dla wyboru właściwej terapii (w:) Wspomaganie rozwoju dzieci ze złożonymi zespołami zaburzeń, Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Zaburzeniami Genetycznymi „GEN". Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Poznań 2005.
9. Piotrowicz R.: Wczesna interwencja – podjąć wyzwanie. Biuletyn Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Łódź 98/2, 1998: 18-22.
10. Piotrowicz R.: Wieloprofilowe usprawnianie dziecka z uszkodzeniem mózgu - istota rehabilitacji. Biuletyn Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Łódź 99/3, 199.