

**UCHWAŁA ZARZĄDU  
FUNDACJI POLSKICH KAWALERÓW MALTAŃSKIM „POMOC MALTAŃSKA”  
NR 4 Z DNIA 15 KWIECZNIA 2011 r.**

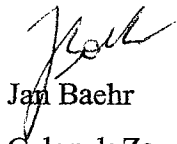
Zarząd Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich „Pomoc Maltańska” z siedzibą w Poznaniu niniejszym, jednogłośnie zatwierdza:

- 1) Program Domu Pomocy Maltańskiej w Puszczykowie 2011, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały
- 2) Plan Pracy Domu Pomocy Maltańskiej w Puszczykowie na rok 2011, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.



Jerzy Baehr

Dyrektor



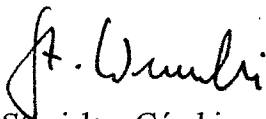
Jan Baehr

Członek Zarządu



Andrzej Baehr

Członek Zarządu



Stanisław Górski

Członek Zarządu



Andrzej Pietrzak

Członek Zarządu

Załącznik:

- 1) Program Domu Pomocy Maltańskiej w Puszczykowie 2011,
- 2) Plan Pracy Domu Pomocy Maltańskiej w Puszczykowie na rok 2011.

**PROGRAM**  
**DOMU POMOCY MALTAŃSKIEJ**  
**W PUSZCZYKOWIE**

**2011**

## CELE I ZADANIA

### SRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY W PUSZCZYKOWIE

#### Główne cele Domu

zawierają się w podtrzymywaniu i dalszym usprawnianiu nabytych w trakcie wcześniejszej edukacji i rewalidacji umiejętności, sprawności w zakresach :

- Funkcjonowania społecznego
  - Funkcjonowania intelektualnego
  - Funkcjonowania emocjonalno - wolicjonalnego
  - Funkcjonowania ruchowego (w tym sprawności manualnej)
- W ramach **rozwoju kompetencji społecznych** chodzi o kształcenie nowych umiejętności społecznego funkcjonowania; podejmowania prawidłowych kontaktów z innymi ludźmi, kształcenie zachowania się prospołecznego w zróżnicowanych sytuacjach, np. sytuacji udzielania pomocy, bezkolizyjnego współdziałania, zwracania się o pomoc, asertywnego zachowania w sytuacjach trudnych itd., radzenie sobie w sytuacjach życia rodzinnego, przede wszystkim opanowania maksymalnej samodzielności w czynnościach samoobsługowych, prawidłowego pełnienia rozmaitych ról, np. członka rodziny, opiekuna wobec młodszego rodzeństwa, uczestnika grupy, dyżurnego.
- W ramach **sfery intelektualnej** chodzi o usprawnianie spostrzegania wzrokowego i słuchowego (uwrażliwiania na barwy, kształty, dźwięki, rozpoznawania ważnych napisów, znaków ostrzegawczych, sygnalizacji świetlnej i inne), usprawnianie koncentracji uwagi, pamięci, mowy, (głównie poszerzanie zakresu słownictwa czynnego i biernego oraz usprawnianie artykulacji). W zakresie rozwoju intelektualnego chodzi również o usprawnianie procesów intelektualnych : uogólnianie, abstrahowanie, porównywanie (np. ćwiczenia w wyszukiwaniu podobieństw i różnic, cech wspólnych określonych przedmiotów czy zjawisk), wnioskowanie, myślenie przyczynowo – skutkowe itd.

Wymienione zadania mają niezwykłą wartość, gdyż podnoszą kompetencje jednostki w jej ogólnym funkcjonowaniu, radzeniu sobie w sytuacjach nie tylko dobrze znanych, ale również nowych.

- W zakresie dalszego **rozwoju sfery emocjonalnej** ważne jest również rozwijanie kompetencji emocjonalnych oraz wzbudzanie odpowiedniej motywacji. W usprawnianiu tej sfery należy uwzględnić kształcenie odporności na stres, umiejętności kontrolowania emocji, popędów, dążeń. Postawa personelu Domu ma charakter terapeutyczny - tak, aby zapewnić dobre samopoczucie uczestników, wolne od emocji negatywnych, niepewności, zagrożenia, strachu czy lęku. To zadanie wspiera prawidłowe funkcjonowanie społeczne uczestników Domu z uwzględnieniem różnych wymagań otoczenia i relacji międzyludzkich.
- W ramach **funkcjonowania ruchowego** chodzi o podniesienie sprawności motorycznej i manualnej uczestników. Są to również bardzo ważne sfery funkcjonowania człowieka. Celem działalności Domu jest przecież podniesienie ogólnej sprawności poruszania się (czemu służą ćwiczenia lokomocyjne, ćwiczenia w pokonywaniu określonych przeszkód itd.) oraz sprawności manualnej, w tym precyzji ruchu, koordynacji wzrokowo – ruchowej itp. Sprawność manualna wysuwa się na czoło zadań rewalidacyjnych z uwagi na fakt, że jedyną szansą ewentualnej pracy zarobkowej dla uczestników Domu jest wykonywanie przez nich prostych prac fizycznych wymagających określonego poziomu właśnie sprawności manualnej. Dlatego też sprawności lokomocyjne i manualne stanowią bardzo ważny element działania i ich repertuar powinien być bogaty.

# PRACA Z OSOBAMI CHORYMI PSYCHICZNIE

## A. ZASADY REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ

przestrzegane w ŚDS w Puszczykowie:

### I. ZASADY STOSOWANE W BEZPOŚREDNIK KONTAKCIE Z UCZESTNIKAMI

#### 1. Zasada partnerstwa

Polega na poszanowaniu praw i indywidualności chorego. Rehabilitacja jest prawem, a nie obowiązkiem chorego psychicznie, zatem nie może być prowadzona wbrew jego woli i bez zgody. Dlatego warunkiem rozpoczęcia rehabilitacji jest uzyskanie jego zaufania, akceptacji programu i współpracy. "O zasadzie tej muszą szczególnie pamiętać pracownicy leczenia psychiatrycznego przywykli do podejmowania decyzji w imieniu chorych, często wbrew ich woli lub bez zgody w sytuacjach, w których leczenie i opieka są niezbędne, aby chronić życie i bezpieczeństwo pacjenta i jego otoczenia." Zasada partnerstwa dotyczy również sposobu odnoszenia się do pacjenta. Bardzo często w opiece nad chorym psychicznie przejawiamy współczucie i życzliwość, sumiennie i z oddaniem wykonujemy swe obowiązki, a czasami przyjmujemy wobec niego postawę nadopiekuńczą. Znacznie trudniej jest nam zachować szacunek, dążyć do podtrzymania u pacjenta poczucia godności, autonomii i pozytywnej samooceny. Stosując tę zasadę należy pamiętać, aby oddziaływania rehabilitacyjne miały charakter współpracy, a nie systemu nakazów.

#### 2. Zasada wielostronności oddziaływań

Oznacza jednoczesne oddziaływania rehabilitacyjne w różnych sferach życia codziennego: rodzinnej, zawodowej, towarzyskiej i społecznej. Wymaga to ścisłej współpracy wielospecjalistycznego zespołu, dobrej znajomości problemów pacjenta i jego środowiska.

#### 3. Zasada stopniowania trudności

Stosowana jest w zakresie wszystkich form oddziaływania. Wynika ze zmniejszonych zdolności adaptacyjnych większości chorych psychicznie. Realizacja tej zasady wymaga użycia różnych form pomocy dostosowanych do zmieniających się możliwości chorego. Począwszy od

całkowitego zastępowania go w decyzjach, działaniach i aktywności życiowej, które bywa czasem potrzebne w ostrej fazie choroby, aż do całkowitej lub prawie całkowitej samodzielności.

#### **4. Zasada powtarzalności oddziaływań**

Odnosi się szczególnie do osób, u których proces chorobowy przebiega z okresowymi zaostrzeniami i po każdym trzeba powtórzyć nabyte już poprzednio umiejętności. U większości przewlekle chorych rehabilitacja, a raczej jej efekty mogą być tylko częściowe i nie można osiągnąć, ani pełnego, ani trwałego powrotu do zdrowia. Stosowanie tej zasady w planowaniu rehabilitacji oszczędza zarówno pacjentowi, jego rodzinie, jak i personelowi wielu rozczarowań.

#### **5. Zasada zgodności psychospołecznych i biologicznych metod oddziaływania**

Polega na kompleksowym stosowaniu leczenia farmakologicznego i oddziaływań rehabilitacyjnych. Należy to czynić w taki sposób, aby działanie uboczne jednej ze stosowanych metod nie stanowiło przeszkody lub niebezpieczeństwa nadmiernego obciążenia przy innych metodach. I tak na przykład stopień obciążenia fizycznego w różnych formach rehabilitacji (terapia ruchem, pracą itp.) powinien uwzględniać wielkość dawek leków psychotropowych i stan somatyczny pacjenta. I odwrotnie, jeśli działanie uboczne leku np. senność i osłabienie, skłonność do zapaści, drżenie, wzmożone napięcie mięśniowe, uniemożliwia pacjentowi aktywny udział w zajęciach terapeutycznych, należy rozważyć możliwość zastosowania środków korygujących te objawy, zmniejszenia dawek lub zmiany leku.

#### **6. Zasada optymalnej stymulacji**

Zakłada, że niewskazana jest zbyt nadmierna lub zbyt uboga stymulacja chorego. Niedobór bodźców, monotonia zdarzeń wywołują: bierność, utratę zainteresowań, spłycenie i zwężenie związków emocjonalnych, brak planów na przyszłość, brak dbałości o wygląd zewnętrzny, apatię, upośledzenie napędu. Objawy te, obecnie uważane są za objaw instytucjonalizmu, czyli choroby szpitalnej, a dawniej uznawano za wyraz defektu schizofrenicznego lub za zmiany otępienne. Wyniki rehabilitacji wskazują, że w wielu przypadkach są to objawy odwracalne. Dlatego bardzo ważne jest rozpoczynanie oddziaływań rehabilitacyjnych już od pierwszych dni pobytu w szpitalu. Natomiast nadmierna stymulacja, czyli stawianie pacjentowi zadań zbyt trudnych lub zbyt szybkie przechodzenie w procesie readaptacji społecznej do dalszych faz aktywności i usamodzielniania, może powodować w wielu przypadkach nawrót objawów psychotycznych lub też wywołać zespół objawów określanych mianem depresji rehabilitacyjnej. Stan ten cechuje: apatia, obniżenie nastroju, postawa rezygnacyjna, często odmowa udziału w rehabilitacji i innych formach celowej aktywności. Ze zjawiskiem tym mamy do czynienia, kiedy

pacjent nagle, po dłuższym przebywaniu w szpitalu wraca do środowiska stawiającego mu zbyt wysokie wymagania. Przyczyną patologicznych reakcji na nadmierną lub zbyt ubogą stymulację jest obniżony u większości chorych psychicznie próg możliwości adaptacyjnych.

## **II. ZASADY ODNOŚZĄCE SIĘ DO PRACY TERAPEUTÓW**

### **1. Zasada akceptowania klienta.**

Łatwiej jest zaakceptować inwalidę bez rąk czy nóg niż umysłowo chorego, a tym bardziej alkoholika z objawami psychozy. Wielu ludzi nadal nie rozumie, że alkoholizm to choroba, a nie tylko sprawa "niebieskich ptaków" i innych ludzi z marginesu społecznego.

### **2. Zasada powstrzymywania się od ocen.**

Jeśli ten, kto ma pomagać zacznie oceniać, wartościować swoich klientów, da im poznać swój pogardliwy stosunek do nich, to już straci wszelkie szanse na udzielenie im skutecznej pomocy.

### **3. Zasada działania na rzecz celowego wyrażania swych uczuć i odczuć.**

Jest bardzo ważna także w pracy z chorymi umysłowo. Większość chorych zdaje sobie sprawę z własnych przeżyć i reakcji na codzienne wydarzenia. Pracownik socjalny może zastosować procedurę pracy, skierowaną na emocje klienta. Rozmowa o przeżyciach, i porada specjalisty, co do radzenia sobie z objawami choroby, bardzo wspiera psychicznie i wzmacnia naturalne mechanizmy obronne chorego.

### **4. Zasada promowania dostępu do środków.**

### **5. Zasada zachowania poufności i prywatności.**

Również bardzo ważna, szczególnie w pracy z psychicznie chorymi. Nikt nie lubi chwalić się chorobą umysłową ani swoją, ani bliskiej osoby. Dlatego, wszystko co dotyczy klientów, jest objęte tajemnicą zawodową.

### **6. Zasada potwierdzania prawa klienta do samostanowienia.**

Nie jest może tak istotna w stosunku do osób ubezwłasnowolnionych ale już w stosunku do ich opiekunów- tak. Mają oni prawo decydować- na jakie formy pomocy się zgodzić, a na jakie nie.

## **7. Zasada afirmacji indywidualności.**

Każdy człowiek ma prawo być inny od pozostałych i pracownik socjalny musi to uszanować. Utrudnia mu zadanie konieczność rozróżniania między zdrową indywidualnością klienta, a patologią chorego.

## **8. Zasada zachowania obiektywizmu.**

W odróżnieniu od grup samopomocy, pracownik socjalny powinien posługiwać się nie tyle prywatną wiedzą i doświadczeniem życiowym, ile wiedzą profesjonalną, popartą badaniami i doświadczeniami naukowymi. Wiedza taka została już zweryfikowana przez niezależne źródła i uznane autorytety.

## **9. Zasada kontrolowania swojego zaangażowania emocjonalnego.**

Może to być trudne zwłaszcza wobec osób agresywnych, z urojeniami i manią prześladowczą. Uważać należy także z osobami, dla których czujemy współczucie, często jesteśmy gotowi wtedy wykraczać poza ramy relacji: pracownik - klient. Problem klienta staje się wówczas naszym osobistym problemem.

# **B. ODDZIAŁYWANIA TERAPEUTYCZNE STOSOWANE W DOMU POMOCY MALTAŃSKIEJ**

## **I. RODZAJE I FORMY REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ**

### **a. Rehabilitacja lecznicza**

- Oznacza zespół działań prowadzących do możliwie najpełniejszego odzyskania sprawności psychofizycznej, utraconej wskutek choroby, a u osób, które z powodu wad wrodzonych lub nabytych we wczesnym dzieciństwie sprawności tej nie zdobyły - osiągnięcie możliwego w ich przypadku usprawnienia.
  
- Podstawowymi elementami rehabilitacji leczniczej są: psychoterapia, ergoterapia, nauczanie czynności codziennych, wczesna diagnoza i prognoza społeczna, farmakoterapia, pielęgnowanie, kinezyterapia.



## **b. Rehabilitacja społeczna**

- Obejmuje zarówno proces przygotowania osoby niepełnosprawnej do aktywnego życia, jak i kształtowanie warunków i postaw otoczenia tak, aby umożliwić jednostce pełną integrację środowiskową.

## **c. Rehabilitacja zawodowa**

- Obejmuje poradnictwo i szkolenie zawodowe przystosowane do możliwości danej osoby i sytuacji na rynku pracy.
- Ocena zdolności do pracy jest szczególnie trudna w chorobach psychicznych.
- W ocenie zdolności do pracy należy brać pod uwagę nie tylko sprawność intelektualną i manualną, ale również poziom motywacji, nawyki, umiejętności współżycia środowiskowego, rozwiązywanie sytuacji konfliktowych.
- Brak aktywności zawodowej oraz nieumiejętność wypełniania wolnego czasu mogą powodować pogorszenie społecznego funkcjonowania, połączone z utratą poczucia rzeczywistości i czasu, co może doprowadzić do nasilenia się objawów choroby.

## **d. Wczesna i późna rehabilitacja psychiatryczna**

- **wczesna rehabilitacja psychiatryczna**
  - polega na zapobieganiu bierności, dążeniu do utrzymania się chorego w dotychczasowych rolach społecznych.
  - Związana jest z krótkim intensywnym leczeniem chorego i obejmuje rozpoznanie społecznych problemów chorego, pomoc psychologiczną udzielaną jemu i rodzinie w rozwiązywaniu konfliktów.
- **Późna rehabilitacja psychiatryczna** - stosowana jest:
  - w przewlekłych zaburzeniach psychicznych,
  - u osób chorych psychicznie, wielokrotnie hospitalizowanych,
  - u chorych przewlekłe hospitalizowanych,
  - wobec osób pozbawionych możliwości powrotu do samodzielnej egzystencji.

## **II. STOSOWANE METODY REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ**

### **1. TRENINGI UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

Niektóre choroby psychiczne, zwłaszcza przewlekłe postaci schizofrenii powodują utratę umiejętności w różnych dziedzinach życia, co zdecydowanie obniża poziom funkcjonowania społecznego. Chorzy mają trudności w porozumiewaniu się z innymi ludźmi, nie potrafią radzić sobie w ważnych i trudnych życiowo sytuacjach np. w załatwieniu pracy, czy pobraniu z banku dużej sumy pieniędzy. Przestają dbać o higienę osobistą i wygląd zewnętrzny, mają trudności w ubieraniu się, w przyrządzaniu posiłków, robieniu zakupów. W redukowaniu tych deficytów wykorzystuje się treningi zachowań określane jako **treningi umiejętności społecznych**. Polegają one na uczeniu nowych zachowań osób chorujących psychicznie oraz odtwarzaniu utraconych umiejętności.

Szczególnie istotne jest tu odtwarzanie i podtrzymywanie umiejętności z zakresu: samoobsługi, dbałości o higienę i estetyczny wygląd, gospodarowania pieniędzmi, nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z ludźmi, rozwiązywania problemów. Treningi służą poprawie efektywności działania w funkcjonowaniu społecznym.

#### **Stosujemy następujące rodzaje treningów umiejętności społecznych:**

- a. Trening rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich.
  - b. Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy.
  - c. Trening w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej.
  - d. Trening kulinarny.
  - e. Trening budżetowy.
  - f. Trening techniczny.
  - g. Trening umiejętności praktycznych.
  - h. Trening umiejętności społecznych - przygotowanie do podjęcia pracy.
- Każdy z wymienionych treningów ma na celu poprawę funkcjonowania w innej dziedzinie życia, dlatego podejmowanie decyzji o tym, w którym z nich uczestnik powinien brać udział, musi być poprzedzone dokładną analizą jego deficytów, potrzeb oraz możliwości poznawczych.

- Dla chorych mających kłopoty z utrzymaniem higieny osobistej lub przygotowaniem sobie najprostszyc posilków, wskazany jest udział w treningach: higienicznym lub kulinarnym.
- Dla osób już dobrze funkcjonujących, gotowych do zmierzenia się z trudniejszymi zadaniami w codziennym życiu, wskazany jest udział np. w treningu przygotowującym ich do podjęcia pracy.
- Treningi umiejętności społecznych okazują się ważną metodą w rehabilitacji psychiatrycznej, gdyż podnoszą poziom samodzielności osób chorych psychicznie.
- Skuteczność treningów spowodowała, że wykorzystano tę metodę również w podnoszeniu poziomu sprawności chorych psychicznie w posługiwaniu się lekami psychotropowymi.
  - Chodzi tu o zwiększenie u tych osób poziomu skrupulatności w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, związanych przede wszystkim z przyjmowaniem leków. Osoby chore psychicznie bardzo często nie chcą przyjmować leków, ponieważ:
    - nie chcą przyznać się do choroby, bo przyznanie się do niej oznacza zwiększenie poczucia bezradności,
    - przeżycia psychotyczne są niekiedy zjawiskiem zgodnym z ich ego, pozytywnym i wzmacniającym,
    - nie mają dostatecznej wiedzy o objawach choroby i wpływie ich na funkcjonowanie oraz sposobach ich łagodzenia przez terapię,
    - ich rodziny są nadmiernie skoncentrowane na tym, aby pacjent skrupulatnie przestrzegał zaleceń lekarskich i odwrotnie - nie interesują się i nie angażują w jego leczenie, albo też czują się przytłoczone ciężarem choroby i nie mają odpowiednich informacji na temat diagnozy i leczenia,
    - występują uboczne objawy, utrudniające funkcjonowanie w codziennym życiu,
    - nie rozumieją skomplikowanych reguł dotyczących przyjmowania leków.

- Nieprzestrzeganie przyjmowania leków pociąga za sobą poważne następstwa w postaci nawrotów choroby. A każdy nawrót choroby powoduje u tych pacjentów regres wcześniej wyuczonych umiejętności i wtedy zachodzi konieczność powtarzania wielu oddziaływań rehabilitacyjnych. Dlatego ważne jest aby pacjent mógł aktywnie uczestniczyć we własnym leczeniu, ponieważ zwiększy to skuteczność całej terapii. A przecież terapia, to nie tylko farmakoterapia, ale również oddziaływania rehabilitacyjne.
- Treningi umiejętności społecznych oraz trening umiejętności aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym przeznaczone są przede wszystkim dla przewlekle chorych na schizofrenię, ale również dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wymagających długotrwałej terapii. Prowadzone są według klasycznych zasad terapii behawioralnej, polegających na systematycznym uczeniu, w jasno określonym celu, z użyciem prostych instrukcji, wzmocnień pozytywnych i modelowania, poprzez odgrywanie ról, powtarzanie zachowań, stawianie i wykonywanie "zadań domowych". Stanowią bardzo ważną metodę w oddziaływaniach rehabilitacyjnych, ponieważ podnoszą poziom samodzielności chorych psychicznie, a tym samym poprawiają ich funkcjonowanie społeczne.

## **2. TERAPIA ZAJECIOWA**

### **a. terapia przez pracę**

- jedna z najstarszych metod oddziaływania stosowanych w psychiatrii.
- Polega na wykorzystaniu pracy jako metody leczenia i rehabilitacji chorych psychicznie.
- W życiu każdego człowieka praca odgrywa znaczną rolę, ponieważ zaspakaja jego potrzeby emocjonalne i społeczne, modyfikuje osobowość, kształtuje prawidłowe postawy społeczne.
- Poprzez pracę człowiek kontaktuje się z otoczeniem, uczy się współzycia w grupie, współpracy, lojalności, koleżeństwa, wyraża siebie i swoje aspiracje, dążenia.
- Choroba lub zła adaptacja do środowiska mogą zaburzyć naturalną potrzebę aktywności.
- Brak zdolności i chęci do pracy jest objawem patologicznym, charakterystycznym dla niektórych chorób psychicznych.

- Rehabilitacyjne walory pracy polegają głównie na odtwarzaniu zdolności do udziału w życiu społecznym, celowej aktywności, zainteresowań, potrzeby pełnienia ról społecznych.
- W zależności od rodzaju schorzenia oraz aktualnego stanu psychicznego pacjenta, należy dobierać najwłaściwszy rodzaj pracy.
- Dla chorych z najgłębszymi zaburzeniami najbardziej odpowiednie będzie wykonywanie najprostszych czynności, takich jak: dbanie o higienę, ubiór, porządek na stoliku przyłóżkowym.
- Dla chorych agresywnych, niespokojnych należy dobrać zajęcia przy wykonywaniu których będą mogli wyładować napięcie przez pokonywanie oporu materiału, czyli np. rzeźba w drewnie, praca w metalu.
- Dla chorych depresyjnych, zahamowanych ruchowo i emocjonalnie, najwłaściwsze będą zajęcia pozwalające na powtarzanie tych samych czynności, rytmiczne, nie zmuszające do aktywnego kontaktu z otoczeniem np. tkactwo, dziewiarstwo.
- Zajęcia proponowane chorym pobudzonym powinny być urozmaicone, ciekawe, wymagające ruchu, pobudzające do rywalizacji.
- Pacjenci, którzy łatwo męczą się fizycznie lub psychicznie powinni pracować po kilkanaście minut, a następnie należy dać im przerwę na odpoczynek, krótki spacer lub zaproponować inny rodzaj zajęcia.
- Przeszkodą w podejmowaniu aktywności przez pacjentów mogą być niektóre uboczne skutki działania leków psychotropowych np. senność, sztywność ruchów, niepokój ruchowy. Podanie środków korygujących lub zmiana leku usunie objawy utrudniające pracę choremu.
- Ergoterapia może stanowić wstępną rehabilitację zawodową i wtedy jej głównym zadaniem będzie wyuczenie punktualności, umiejętności współdziałania, wykonywania poleceń, pokonywania trudności.
- W aktywizowaniu chorych poprzez pracę należy pamiętać, aby nie angażować ich w zbyt ciężkie, monotonne, nie dające satysfakcji zajęcia, bez uwzględnienia ich możliwości i zainteresowań, gdyż może to prowadzić do powstawania lub pogłębiania objawów instytucjonalizmu.

## **b. terapia ruchem**

- Terapia ruchem stosowana jest w formie ćwiczeń ogólnie usprawniających, zajęć sportowych, ćwiczeń relaksacyjno-koncentrujących.
- Sprzyja osiągnięciu poprawy pracy narządów wewnętrznych, wzmocnieniu układu mięśniowego, odprężeniu nerwowemu.
- Ułatwia kontakty z ludźmi przez towarzyszące grupowej aktywności ruchowej ożywienie.

- Pośrednio wpływa na poprawę nastroju, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, podniesienie samooceny oraz dążenia do rywalizacji.
- Brak aktywności powoduje zmniejszenie wydolności fizycznej chorego - ruch może zapobiegać dalszemu jej upośledzeniu.
- Może usprawniać często ograniczone u chorych psychicznie, przekazywanie informacji za pomocą gestu, mimiki, postawy ciała.
- Opracowując program zajęć ruchowych należy uwzględnić rodzaj zaburzeń psychicznych, wiek, stan somatyczny i towarzyszące choroby somatyczne, rodzaj, dawkę i uboczne działanie leków psychotropowych.
- Zajęcia ruchowe proponowane pacjentom zahamowanym, spowolniałym powinny mieć charakter aktywizujący, natomiast pacjentom pobudzonym psycho-ruchowo powinny stwarzać możliwość wyładowania wzmożonego napędu.

### **c. terapia przez sztukę**

- Jednym z podstawowych celów „twórczości artystycznej” jest zapoznanie uczestników z możliwościami wyrażania emocji przez sztukę. Jest to szczególnie ważne dla tych osób, których ograniczone zdolności językowe nie pozwalają na relacjonowanie innym swoich przeżyć. Sztuka może pomóc im w lepszym poznaniu i określeniu siebie i swoich emocji, a także stać się głównym środkiem ekspresji emocjonalnej. Nawet w nieudolnym obrazku można zawrzeć różne aspekty indywidualnego doświadczenia emocjonalnego (takiej możliwości nie daje słowo). Sztuka pozwala również wyrazić to, na co często zwyczajnie brakuje słów.
- W większości zajęć mogą uczestniczyć osoby niezależnie od wieku i nasilenia zaburzeń emocjonalnych. Każda z nich może być włączona do zajęć, korzystać i cieszyć się nimi na swoim własnym poziomie. Ważne jest jej uczestnictwo w procesie twórczej aktywności – to, że coś rozpoczyna i kończy. Nie oceniamy wartości artystycznej wytworów, nie podlegają one żadnym zewnętrznym standardom (ładnie – brzydko, dobrze – źle, interesująco – nudno itp.).
- Zajęcia należy planować tak, aby w trakcie pracy każdy uczestnik miał możliwość :
  - Wyrażenia swoich potrzeb, emocji i różnych konfliktów
  - Opowiedzenia o tym, co spotkało go w różnych sytuacjach
  - Nawiązania niewerbalnego kontaktu z terapeutą, kolegami

- Współpracy i współuczestniczenia w aktywności grupy
  - Samodzielnego podejmowania decyzji i eksperymentowania
  - Odraagowania i relaksu
- Terapia przez sztukę może dostarczyć uczestnikom środków pozwalających poznać, uporządkować, wyrazić i zrozumieć własne emocje, odraagować w społecznie akceptowany sposób nadmierne napięcie emocjonalne, a także „upostaciować” dominujący nastrój. Może stanowić dla nich szansę nie tylko rozwoju bardziej złożonego doświadczenia świata i siebie w tym świecie, ale prowokuje przede wszystkim o samodzielnego wysiłku i stabilizuje uwagę na jego efektach.
- Istnieje związek pomiędzy funkcjonowaniem społecznym niepełnosprawnych, a różnymi zachowaniami podczas malowania i rysowania. Wiele z nich podczas społecznych interakcji używa różnych strategii terytorialnych po to, aby określić granice własnego ja. Podczas malowania może się to łączyć z preferowaniem centrum lub peryferii kartki papieru. Sposób zagospodarowania przestrzeni i organizacja przestrzenna wytworu często dostarczają cennych informacji o potrzebach emocjonalnych *autora*. Stosunek do granic kartki odzwierciedla sposób, w jaki odnosi się on do fizycznych i przestrzennych aspektów świata zewnętrznego podczas prób osiągnięcia stosunkowo stabilnego stanu psychicznego.

## PRACA Z OSOBAMI UPOŚLEDZONYMI UMYŚLOWO

### 1. PODSTAWY REWALIDACJI DOROSŁYCH OSÓB Z NIEPELNOŚPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPNIU GŁĘBSZYM

- Jedną z bardzo ważnych reguł wychowania i kształcenia osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębszym jest ich wszechstronna rewalidacja. Obraz kliniczny upośledzenia umysłowego jest niezwykle zróżnicowany co determinuje rodzaj i zakres specjalnych potrzeb rozwojowych osób tym upośledzeniem dotkniętych. Zjawisko upośledzenia umysłowego zawiera się – zgodnie z powszechnie obowiązującą klasyfikacją w 4 stopniach. Dla każdego stopnia upośledzenia umysłowego charakterystyczne są inne potencjały rozwojowe, szczególne możliwości i ograniczenia w uczeniu się i funkcjonowaniu.
- Współczesna medycyna coraz bardziej zwiększa szanse na przeżycie i leczenie osób z poważnymi uszkodzeniami mózgu, coraz nowsze odkrycia praw rozwoju i uczenia się osób z upośledzeniem umysłowym jak również niezwykle bogata w ostatnich latach oferta metod pedagogicznych w pracy z tymi osobami napawają uzasadnionym optymizmem w zakresie ich usprawniania, ogólnego rozwoju.
- Mimo wielu jednak osiągnięć współczesnej wiedzy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej, sytuacja społeczna osób z upośledzeniem umysłowym i ich rodzin nadal nie jest korzystna
- Deklaracja Warszawska przyjęta podczas Międzynarodowej Konferencji w dniu 3 września 1995 roku w Warszawie podkreśla, że osoby z upośledzeniem umysłowym stanowią „grupę obywateli, znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji, nie tylko z racji swojego upośledzenia – ale i ze względu na niedoskonałe prawo i dyskryminację w życiu codziennym; wielu z nich jest narażonych na nadużycia, zaniedbanie i poniżające traktowanie. Tysiące ludzi z upośledzeniem umysłowym nadal żyje w uwłaczających warunkach i jest pozbawionych rehabilitacji i nauczania. Wielu jest całkowicie



odizolowanych od normalnego życia, z niewielkimi bądź żadnymi szansami na powrót do społeczeństwa”

- W świetle Międzynarodowego Paktu Praw Osobistych i Politycznych (1996), Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (1950) i Konwencji o Prawach Dziecka (1989), osoby z upośledzeniem umysłowym, tak jak wszyscy inni obywatele mają prawo m.in. do : poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, do odpowiedniego poziomu życia i do zabezpieczenia społecznego, do opieki medycznej, do kształcenia się, do ochrony prawnej itp. Równocześnie zakazuje się dyskryminacji osób z upośledzeniem umysłowym, np. w dostępie do pracy, torturowania i innych form niehumanitarnego lub poniżającego traktowania, np. karania (Tamże).
- Analizując sytuację życiową osób z upośledzeniem umysłowym wyraźnie zaznacza się dysproporcja między propozycjami skierowanymi do dzieci, a ofertą skierowaną dla młodzieży po 16 roku życia oraz dla dorosłych.
- W ostatnich latach coraz lepsza jest sytuacja dzieci i młodzieży w wieku przedszkolnym i szkolnym (oraz więcej istnieje placówek przedszkolnych, szkolnych ośrodków adaptacyjnych, ośrodków rehabilitacyjnych, itd.) natomiast coraz trudniejsza jest sytuacja życiowa absolwentów tych placówek dla których brak jest pracy i dalszej zorganizowanej opieki pedagogicznej oraz terapeutycznej.
- Młodzież i dorośli z niepełnosprawnością umysłową, zwłaszcza głębszego stopnia spędzają czas na ogół beczynnie, co nie sprzyja ani rozwojowi sprawności, ani podtrzymywaniu nabytych wcześniej w czasie nauki kompetencji. Wręcz przeciwnie, osoby te często, wskutek beczynności, cofają się w rozwoju. Taka sytuacja nie jest korzystna psychologicznie ( z punktu widzenia wąsko pojętej socjalizacji) dla osób z upośledzeniem umysłowym czy też dla ich rodzin. Główne konsekwencje takiego stanu rzeczy to : ograniczenie możliwości dalszego rozwoju, stopniowe wypadanie wyuczonych wcześniej umiejętności na skutek braku systematycznego treningu i ćwiczeń podtrzymujących.

- Frustracja poszczególnych potrzeb psychologicznych na skutek na skutek niemożności „sprawdzenia się” w życiu, np. zarobkowania, przejawianiu wielu wyuczonych kompetencji społecznych itd.
- Młodzież i osoby dorosłe z upośledzeniem umysłowym nie stanowią na ogół grupy ludzi szczęśliwych, samo realizujących się na miarę swoich możliwości. Wręcz przeciwnie – stanowią bardzo często grupę sfrustrowanych, biernych psychofizycznie osób, które stanowią obciążenie psychiczne, fizyczne i dla rodziny, szczególnie rodziców. Z uwagi na fakt, że nie są grupą atrakcyjną społecznie ich udział w życiu grupy (tak rodzinnej jak i lokalnej) jest znikomy. Generalnie los młodzieży z upośledzeniem umysłowym nie jest dobry.
- Zaakcentować należy fakt nazbyt częstego jeszcze infantylizowania młodzieży i dorosłych z upośledzeniem umysłowym. Traktowanie tych osób jako dzieci, wynikającego na ogół z pokutującego wśród nieprofesjonalistów przekonania, że osoby te z uwagi na niepełnosprawność umysłową zawsze pozostaną dziećmi, jest zjawiskiem ze wszech miar błędnym i szkodliwym ! Prowadzi to do zaniżania wymagań stawianych tym osobom, a więc ograniczania w pełnieniu ról zgodnych z wiekiem. Powoduje to również stawianie przed nimi zadań o charakterze dziecięcym, a jeżeli dodać do tego częste używanie zdrobnień w rozmowach to kształcony obraz młodzieży i dorosłych w oczach społeczeństwa jest poniżający i ośmieszający ich.
- Trzeba więc podkreślić, że osoby z upośledzeniem umysłowym w wieku młodzieńczym i dorosłym rzeczywiście w zachowaniu pozostaną dziećmi, jeśli nie będą uczone dorosłości.
- Młodzież i dorośli, o których mowa, funkcjonują, w zależności od stopnia upośledzenia) na poziomie intelektualnym odpowiadającym rozwojowi dziecka np. sześciolatniego, lecz pod względem doświadczeń społecznych, pod względem emocjonalnym i biologicznym są przecież ludźmi dużo starszymi.

- Podstawowym celem socjalizacji i wszechstronnego usprawniania jest kształtowanie postaw i zachowań na miarę wieku, zwłaszcza biologicznego i społecznego.
- Liczne badania psychologiczne potwierdzają przecież od kilkudziesięciu już lat, że wiek społeczny osób z upośledzeniem umysłowym jest na ogół wyższy od wieku intelektualnego. Dlatego też wszelkie zadania stawiane tym osobom winny być proste, na miarę możliwości intelektualnych (zrozumienia) być może dużo wcześniejszego rozwoju (np. kilkuletniego dziecka), natomiast równocześnie powinny uwzględniać wiek biologiczny i społeczny.
- Jeżeli oczekujemy więc od młodzieży z upośledzeniem umysłowym, że nauczy się grać w karty to uczmy gry o prostych regułach (podobnych do gry np. w „Czarnego Piotrusia”) lecz na materiale dla dorosłych (karty używane przez osoby dorosłe).
- Jeśli chcemy nauczyć posługiwania się sztucami, nie używajmy zestawów plastikowych i zabawek dziecięcych.
- Należy uczyć młodzież i dorosłych manier typowo dorosłych, zwracać się do nich możliwie często (zwłaszcza w sytuacjach oficjalnych) per pani i per pan, a więc zgodnie z obowiązującymi w naszym społeczeństwie normami.
- Między normami społecznymi kierowanymi w stronę osób z upośledzeniem umysłowym a rolami, jakie pełnią zachodzi ścisły związek zależnościowy.
- Wszelkie inicjatywy dotyczące zatrudniania tych osób oraz włączania ich w aktywność artystyczną, rzemieślniczą, społeczną itd. dowiodły, że tak młodzież jak i dorośli z upośledzeniem umysłowym mogą być aktywni, kompetentni i atrakcyjni w wielu dziedzinach.
- Powstające i rozwijające się warsztaty terapii zajęciowej oraz środowiskowe domy samopomocy są tego najlepszym dowodem. Młodzież i dorośli skupieni w tych placówkach nie tylko rozwijają się, kształcą swoje kompetencje i sprawności, lecz również godnie i szczęśliwie spędzają czas wolny. Wzrasta u nich poczucie wartości, stają się bardziej odpowiedzialni.

Taki stan rzeczy odbija się również bardzo korzystnie na rodzicach, odciążając ich m.in. od opieki.

## **2. DZIAŁALNOŚĆ TERAPEUTYCZNA WOBEC OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ UMYSŁOWĄ.**

- Właściwością charakterystyczną dla osób z upośledzeniem umysłowym (u wszystkich stopni tego upośledzenia) jest niejednokrotnie współwystępowanie dodatkowych sprzężeń chorobowych i często z określoną postacią kliniczną upośledzenia umysłowego, gdzie specyficzne problemy zdrowotne i rozwojowe wymagają bardzo specjalistycznego postępowania rehabilitacyjnego.
- Niektóre postacie upośledzenia umysłowego i sprzężenia chorobowe z nim współwystępujące wymagają nie tylko specjalistycznej terapii, ale również specjalnych metod kształcenia i wychowania. I tak :
  - a) **osoby z zespołem Downa**, u których obniżone napięcie mięśniowe, bardzo często występujące wady serca i krążenia krwi, nadwrażliwość na infekcje i szereg innych cech charakterystycznych dla tej postaci klinicznej, powodują konieczność uwzględnienia w pracy pewnych zasad postępowania. Najistotniejsze z nich, to :
    - stosowanie trójczłonowych poleceń (z uwagi na wydłużony czas reakcji spowodowany m.in. obniżonym napięciem mięśniowym
    - opieranie się w terapii na pozytywnych emocjach uczestnika (za pomocą odwoływania się do miłych przeżyć, doświadczeń, sukcesów celem rozbudzenia odpowiedniej motywacji do zajęć)
    - uwzględnianie w czasie rewalidacji odroczonego czasu reakcji uczestnika – nie ponaglanie go w czasie wykonywania zajęć, stosowanie częstych odpoczynków w czasie pracy (przerwy zależne od potrzeb indywidualnych), nie przetrenowywanie

b) **osoby z autyzmem, względnie z zachowaniami typu autystycznego**, u których główne cechy to :

- zaburzenia rozwoju społecznego, szczególnie niezdolność do empatii
- zaburzenia komunikacji (werbalnej i pozawerbalnej)
- sztywność w zachowaniu się (przeciwstawianie się i opór w przypadku zmian, przejawianie zachowań stereotypowych i obsesyjnych).  
Podstawową zasadą w pracy z osobami autystycznymi powinno być bardzo indywidualne oddziaływanie terapeutyczne wykorzystujące specjalistyczne metody (dotyczące kontaktowania się i usprawniania poszczególnych funkcji)

c) **osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym**, u których obok obniżonej sprawności umysłowej (co nie zawsze musi towarzyszyć m.p.d.) występują zaburzenia funkcjonowania fizycznego. Główne zasady pracy terapeutycznej z tymi osobami to :

- zastosowanie określonego systemu porozumiewania się w przypadku zaburzeń mowy werbalnej względnie jej całkowitego braku (np. metoda Blissa)
  - likwidowanie barier architektonicznych i ułatwianie poruszania się, np. za pomocą specjalnych wózków
  - systematyczne stosowanie określonych ćwiczeń w ramach rehabilitacji fizycznej.
- Z uwagi na fakt, że niepełnosprawność umysłowa u części osób (zwłaszcza w przypadku głębszych stopni) nią dotkniętych spowodowana została organicznym uszkodzeniem mózgu, należy liczyć się z jego konsekwencjami m.in. możliwością występowania napadów padaczkowych. Dlatego też wobec osób z napadami padaczkowymi należy przyjąć szczególne działania ochronne., zabezpieczające w razie upadków, również stosować częstsze przerwy (nie doprowadzać do zmęczenia psychicznego lub fizycznego), szczególnie unikać sytuacji podnoszących napięcie psychiczne (zdenerwowanie, podniecenie,

strach i inne silne emocje), przestrzegać systematycznego podawania określonych leków itd.

- Osoby z niepełnosprawnością umysłową mogą być również niesprawne sensorycznie (ograniczenie słyszenia, widzenia) co wymaga bardzo specjalistycznej pomocy głównie w zakresie kontaktowania się ze światem zewnętrznym. Dodatkowym zadaniem pedagogicznym będzie w takich przypadkach uwzględnianie ćwiczeń z zakresu orientacji przestrzennej (u niewidzących lub niedowidzących), specjalnych pomocy uwzględniających poznanie przez dotyk i słuch oraz metod porozumiewania się za pomocą np. gestów, specjalnych symboli, wykorzystywanie aparatów słuchowych (w przypadku osób niesłyszących lub niedosłyszących).
- Należy również dodać, że osoby z niepełnosprawnością umysłową, zwłaszcza głębszego stopnia, posiadają bardzo często utrudnienia komunikacyjne na skutek bardzo niewyraźnej, zaburzonej, względnie niewykształconej mowy. Dlatego też porozumiewanie werbalne jest nierzadko ograniczone, czasem niemożliwe i wtedy konieczne jest stosowanie metod komunikacji pozawerbalnej (np. metoda Bliss, Makatonu, gestów).
- Ogólnie należy zaakcentować, że młodzież i dorośli z niepełnosprawnością umysłową nie stanowią grupy jednolitej pod względem potrzeb rewalidacyjnych i dlatego wymagają bardzo indywidualnego podejścia. Należy zaznaczyć, że obok pracy grupowej niezbędna jest również praca indywidualna i zindywidualizowana z uczestnikami warsztatu.
- Niektóre zajęcia terapeutyczne, które mają na celu zwłaszcza podniesienie własnej wartości, zaakceptowanie własnych ograniczeń z równoczesnym docenieniem własnych możliwości, niwelowanie niekorzystnych stanów psychicznych i zaburzonych zachowań, mogą odbywać się grupowo, inne wymagać będą oddziaływania zindywidualizowanego lub indywidualnego. Jest to aktualne w przypadku rozwiązywania intymnych problemów życiowych jednostki, podnoszenia jej sprawności fizycznej przy pomocy specjalnych ćwiczeń usprawniających, sprawności w porozumiewaniu się. Należy liczyć się z

faktem, że młodzież i osoby dorosłe z niepełnosprawnością umysłową to osoby posiadające pewien bagaż doświadczeń, często negatywnych, frustrujących. To właśnie wymaga prowadzenia w ramach pracy Domu zajęć o charakterze terapeutycznym.

- W ramach zajęć terapeutycznych prowadzić należy również prowadzić zajęcia dydaktyczne celem podtrzymania umiejętności i wiadomości typowo szkolnych.

### **3. Zasadnicze kierunki działania rewalidacyjnego to:**

- Maksymalne rozwijanie tych sił biologicznych, zadatków i cech , które są najmniej uszkodzone.
- Wzmacnianie i usprawnianie uszkodzonych sfer psychicznych lub fizycznych.
- Wyrównywanie i zastępowanie deficytów biologicznych i rozwojowych.

W odniesieniu do osób upośledzonych umysłowo termin "rewalidacja" oznacza długotrwałą działalność terapeutyczno-pedagogiczną, której zadaniem jest: -

- Zapobieganie pogłębianiu się istniejącego już niedorozwoju lub powstawaniu innych dodatkowych upośledzeń,
- Leczenie i usprawnianie elementów chorych lub zaburzonych oraz wzmacnianie osłabionych, -
- Stymulowanie i dynamizowanie ogólnego rozwoju przy wykorzystaniu własnych sił organizmu oraz korzystnych czynników środowiskowych,
- Wychowanie i nauczanie specjalne (ogólne i zawodowe), dostosowane do wieku, sprawności fizycznych i umysłowych rewalidowanego oraz zapotrzebowania społecznego, -
- Kompensowanie istniejących braków i trwałych uszkodzeń organicznych w celu podniesienia ogólnej sprawności tych osób.

### **4. Zasady stosowane w rewalidacji osób upośledzonych umysłowo :**

- a. **Zasada akceptacji** - w myśl, której osoba upośledzona powinna być akceptowana nie jako „osoba specjalna”, ale jako osoba, która obarczona jest większymi trudnościami rozwojowymi i z racji tej specyficznej sytuacji ma inne potrzeby oraz prawo do szczególnej opieki i pomocy. Społeczeństwo zobowiązane jest wspierać ją w rozwoju, zaś swoje wymagania dostosować do sił i możliwości danej osoby.

- b. **Zasada pomocy** - mająca na celu pomóc uczestnikowi w aktywizacji jego sił biologicznych, w usamodzielnieniu go, w przezwyciężeniu trudności rozwojowych oraz trudności wynikających z upośledzenia. Zasada ta ukierunkowana jest także na kształtowanie właściwej atmosfery i odpowiednich warunków wychowawczych w środowisku danej osoby.
- c. **Zasada indywidualizacji** - polegająca na dostosowaniu treści kształcących, metod, środków i organizacji rewalidacji do indywidualnych możliwości uczestnika oraz uwzględnieniu jego własnego celu terapii (uwarunkowanej przez różne czynniki, jak uzdolnienia, sprzyjające okoliczności materialne czy środowiskowe).
- d. **Zasada terapii pedagogicznej** - polegająca na wspieraniu działań terapeutycznych lekarza i współdziałaniu z terapeutami przy równoczesnym prowadzeniu terapii pedagogicznej niezależnej od innych form leczniczych.
- e. **Zasada współpracy z rodziną** - to zasada wspólnego, uzgodnionego działania placówki i domu, aby wspomagać każdy wysiłek uczestnika istotny dla jego rozwoju. Wielkie znaczenie dla całokształtu oddziaływań rewalidacyjnych ma dobrze prowadzona pedagogizacja rodziców, która może przyczynić się do zmiany form postępowania rodziców z ich dzieckiem, a przez to do poprawy warunków rozwojowych .

## 5. **REALIZOWANE TREŚCI PROGRAMOWE**

### a) **SAMOObsługa**

- **jedzenie** (*spożywanie pokarmów płynnych i stałych, posługiwanie się sztućcami, estetyka spożywania posiłków, przygotowywanie potraw*)
- **odzież** (*ubieranie i rozbieranie się, wieszanie na wieszaku, zapinanie i rozpinanie, wkładanie i zdejmowanie oraz zapinanie i rozpinanie obuwia, troska o odzież i obuwie*)
- **higiena osobista** (*mycie i wycieranie, pielęgnacja włosów, mycie zębów, pozostałe zabiegi higieniczne, potrzeby fizjologiczne - zgłaszanie i załatwianie, korzystanie z urządzeń sanitarnych*)
- **obsługa urządzeń domowego użytku**



## **b) SPRAWNOŚĆ MANUALNA**

*(m.in. chwytanie i przekładanie przedmiotów, przesypywanie, przelewanie i mieszanie, gniecenie, toczenie, kulanie i dociskanie, zaginanie, zamykanie i otwieranie pojemników, darcie i cięcie, dziurkowanie, klejenie, rysowanie i malowanie, nawlekanie, przesywanie i zapinanie, obróbka drewna i metalu)*

## **c) OGÓLNA SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA**

- **Umiejętności motoryczne** (*przewracanie się, pełzanie i czołganie się, czworakowanie, siadanie, klęczenie, wstawanie, siadanie, stanie, skłony, obroty, krążenia, chodzenie, bieganie, zwisy, skakanie, kopanie, przewroty, rzuty*)
- **Gimnastyka** (*skakanka, obręcz, ćwiczenia równoważne, drabinki*)

## **d) KOMUNIKOWANIE SIĘ (WERBALNE I NIEWERBALNE)**

## **e) ELEMENTARNE POJĘCIA MATEMATYCZNE**

- Stosunki przestrzenne
- Sytuowanie przedmiotów w przestrzeni
- Znajomość figur geometrycznych
- Liczenie
- Miary i mierzenie
- Orientacja w stosunkach czasowych
- Operacje związane z posługiwaniem się pieniędzmi

## **f) ŚRODOWISKO RODZINNE**

- Dom, mieszkanie, rodzina, nietypowe sytuacje

## **g) ŚRODOWISKO ŚDS**

- ŚDS, terapeuta, koleżanki i koledzy, pracownicy, współuczestnictwo w pracy i w zabawie, funkcjonowanie w ŚDS

## **h) ŚRODOWISKO PRZYRODNICZE**

- Pogoda, pory roku, środowisko w najbliższym otoczeniu, ogród warzywny, sad, pole, las, człowiek, rośliny, zwierzęta

## **i) KOMUNIKACJA I TRANSPORT**

- Uczestnictwo w ruchu drogowym,
- pojazdy, autobusy i pociągi

## **i) SKLEPY, PUNKTY USŁUGOWE I UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ**

- Sklepy,
- punkty usługowe
- poczta
- służba zdrowia
- Ośrodek Pomocy Społecznej
- urzędy.

## **6. RODZAJE ODDZIAŁYWAŃ TERAPEUTYCZNYCH STOSOWANYCH W DOMU POMOCY MALTAŃSKIEJ W PUSZCZYKOWIE**

- a) **ARTETERAPIA** - to forma pracy terapeutycznej, korzystająca - zarówno do celów leczniczych, jak i rozwojowych czy edukacyjnych - z różnych metod: technik plastycznych, muzycznych, literackich i teatralnych.

wspiera proces poznawania siebie i samoakceptacji, pomaga radzić sobie z własnymi emocjami. Daje możliwość symbolicznego wyrazu trudnych przeżyć, doświadczania emocji w bezpiecznych warunkach, w formie mówienia "nie wprost".

wyzwała spontaniczność i swobodę ekspresji, uczy technik skutecznej komunikacji. Pozwala na zaspokajanie takich potrzeb jak: akceptacja, bezpieczeństwo, bycie rozumianym i docenianym. Uwalnia twórczą energię drzemiącą w każdym z nas, otwiera nas na świat doświadczeń i potrzeb zarówno własnych, jak i innych ludzi.

- **Terapia za pomocą sztuk plastycznych**

Stosowane są różnorodne techniki plastyczne: rysunek, malarstwo, rzeźba, grafika, collage, techniki łączone. Wybór formy jest równie ważny, jak i stworzone dzieło. Spontaniczne rysowanie pozwala nam na ekspresję naszych problemów, uczuć, lęków, pragnień - w bezpieczny sposób. Wyrażamy często rzeczy nieuświadomione i wcześniej ukryte. Rysowanie, malowanie, rzeźbienie pomaga nam bardziej skoncentrować się na wewnętrznych przeżyciach. Techniki te dają szansę na zmniejszenie napięcia i niepokoju, pomagają uczestnikom w szukaniu nowych metod radzenia sobie ze zmartwieniem, lękiem czy depresją.

- **Muzykoterapia**

Jest to forma terapii, wykorzystująca muzykę i jej elementy jako środki ekspresji i komunikacji w procesie diagnozy, leczenia czy rozwoju osobowości człowieka.

- **Choreoterapia**

To terapia poprzez taniec i ruch, wykorzystująca ekspresję ruchową do wspomagania emocjonalnej i fizycznej integracji. Choreoterapię możemy podzielić na: taniec, ćwiczenia muzyczno-ruchowe i improwizacje ruchowe przy muzyce. Głównym celem choreoterapii jest odczucie przez osobę uczestniczącą w zajęciach swojej cielesności i rozwijanie samoświadomości.

- **Biblioterapia**

Terapia wykorzystująca literaturę. Tego rodzaju terapia pobudza wyobraźnię, można utożsamiać się z bohaterami literackimi i w ten sposób przepracować własne problemy.

## b) INSCENIZACJE

- Baśń towarzyszy nam od najmłodszych lat. Zaspokajają potrzeby duchowe, stają się jednym ze źródeł wiedzy o świecie. Treść przedstawiana przez baśnie jest „bliska” i zrozumiała, zaś problemy ludzkiego życia – istotne. Identyfikując się z bohaterami – wraz z nimi aktywnie pokonujemy każdą trudną sytuację. Szczęśliwe zakończenie pozwala wierzyć, że zawsze zwycięża dobro i tym równoważy emocje przeżywane podczas śledzenia treści.
- Dużą popularnością wśród uczestników cieszyć się również mogą przedstawienia z udziałem żywego aktora oraz teatr kukielkowy. Ten ostatni daje duże możliwości scenograficzne. Można też przygotować teatr, w którym bohaterami będą jednocześnie lalki i uczestnicy. Wówczas żywy aktor może rozmawiać z lalką, poruszać się między widownią, prowadzić z nią dialog, a nawet uczyć powtarzających się słów piosenki.
- Warto również pomyśleć o „teatryku cieni”. Nie używany zbyt często na pewno dostarczy uczestnikom nie mniej radości niż tradycyjna inscenizacja. Nie wymagając troskliwych zabiegów scenograficznych, daje pole do popisu muzyce, która odtwarza nastrój oglądanych wydarzeń i słowom, które pozwolą wyobrazić sobie wygląd występujących postaci.
- Muzyka, będąc tłem słuchowym widowiska, wiąże się z akcją i razem z nią wzbudza zainteresowanie ukazanymi postaciami, wydarzeniami. Angażuje całą osobowość w przeżywanie treści i odczuwanie efektów wizualno – akustycznych. Decyduje to o prawidłowej i pełnej percepcji teatru, ubogaca odczucia artystyczne i estetyczne. Mogą one z kolei być odpowiednim „podłożem: do rozwoju intelektualnego, moralnego i społecznego.
- Śledzenie, zapamiętywanie i analizowanie losów bohatera poszerza zasób słownictwa i aktywizuje procesy poznawcze., nakłania do przeżywania wartości moralnych (dobro – zło); sprzyja także odczuwaniu stanów emocjonalnych innych osób.

- Wcielając się w grane postacie i przeżywając ukazane wydarzenia uczestnik zaspokaja poczucie bezpieczeństwa, potrzebę miłości, kontaktu z rówieśnikami. Wynagradza braki, w których (i z którymi) przyszło mu żyć.
- Osoba zamknięta w sobie, stojąca na uboczu życia grupy zaczyna „grać”, śpiewać. W granych sytuacjach odnajduje swoje prawdy moralne. Porządkuje skłócone uczucia i sądy. W działaniu uczy się podejmowania trudnych decyzji.
- Należy pozwolić uczestnikom ułożyć do piosenek „akompaniament” z zastosowaniem efektów akustycznych (klaskanie, tupanie) lub instrumentów perkusyjnych.
- **Nasza przygoda z teatrem**, jako sposobem na wyrażanie swych myśli i emocji rozpoczęła się już w 2000 roku. Wtedy - na Spotkaniu Wigilijnym po raz pierwszy zaprezentowaliśmy swoje umiejętności aktorskie. Historia narodzin Jezusa, opowiedziana teatrem cieni, wzruszyła zaproszonych gości (nas tym samym zmobilizowała do dalszej pracy...) W kolejnych latach grupa doskonaliła się, tworząc w ostateczności zgrany dziesięcioosobowy zespół.

### **Archiwum Teatru**

W „dorobku artystycznym” na przestrzeni 10.lat zapisały się nasze małe sukcesy aktorskie:

- Rok 2010 – spektakl „Tajemniczy przepis” – otwierający wigilijne spotkanie „Wieczór z Aniołami”
- Rok 2010 – spektakl „Sprawa dla reporterów” – część wystawy „10 kadrów z naszej codzienności”
- Rok 2009 - spektakl teatralny „Odbicie” otwierający Spotkanie Wigilijne
- Rok 2009 - spektakl teatralny „**Cudowne odkrycie**”, stanowiący część wystawy „Kosmos” oraz prezentowany w I Przeglądzie Teatrów Środowiskowych Domów Samopomocy w Swarzędzu. I w SOSW w Mosnie
- Rok 2008 - spektakl teatralny Wigilijne „Nie stawiajmy muru..” otwierający Spotkanie Wigilijne
- Rok 2008 - mini – spektakl teatralny „Nie ma tego złego...”, stanowiący część wystawy „Zabawa kolorami”

- Rok 2007 - Spektakl teatralny „Pięciu Aniołów w Niebie mieszkało” – prezentowany podczas spotkania wigilijnego
- Rok 2007 - Przedstawienie „Ale się porobiło...” - mini spektakl przedstawiany w trakcie wernisażu wystawy „Za siedmioma górami”
- Rok 2006 – 7 grudnia – przedstawienie pt.: „Dwa Programy” po raz kolejny na scenie Sali Parafialnej im. Jana Pawła II w Puszczykowie, zaprezentowany podczas Spotkania Wigilijnego.
- Rok 2006 – 13 maja – minispektakl pt: „Pinokio” na scenie Sali Parafialnej im. Jana Pawła II w Puszczykowie zaprezentowany podczas Wystawy pt: „Drewniany Świat”
- 
- Grudzień 2005 – „ **W drodze do Betlejem**” – historia kobiety, która niespodziewanie pojawia się na królewskim dworze... – minispektakl na scenie Sali Parafialnej im. Jana Pawła II w Puszczykowie.
- Maj 2005 – Pokaz „**Stroje nie – dawne**” – zaprezentowaliśmy podczas Wystawy „ **Władca Pierścieni**” zorganizowanej w Mosińskim Ośrodku Kultury.
- Luty – marzec 2005 – Zorganizowaliśmy warsztaty teatralne w ramach projektu „ **Rodzi się Teatr**”. Niezwykle interesującym zakończeniem cyklu był wyjazd do Teatru Nowego w Poznaniu na sztukę M. Hemara „Piękna Lucynda”.
- Rok 2004 – „ **Pod gołym niebem...**” – Część artystyczną Spotkania Wigilijnego przenieśliśmy do ośnieżonego ogrodu naszego Domu. Zespół przepięknie zaprezentował układ pantomimiczny do muzyki A. Vivaldiego.
- Rok 2003 – Nakręciliśmy film pt: „ **Kiedy rodzi się Jezus?**” – pełną zadumy opowieść, w której wzięli udział wszyscy uczestnicy zajęć.
- Rok 2002 – Widowisko „ **Opowieść Wigilijna**” – biblijne sceny narodzin Jezusa uwieczniliśmy na slajdach.
- Grudzień 2001 „ **Wieczór poezji**” poświęcony tradycjom Świąt Bożego Narodzenia
- grudzień 2000 – teatr cieni „Narodziny”

### c) SZYCIE I ELEMENTY DZIEWIARSTWA

- Zajęcia z zakresu szycia odbywają się aktualnie w ośmioosobowej grupie. Ze względu na tematykę wykonywanych prac, oraz „wrodzone zamiłowanie do igły...” - to w przeważającej większości panie. Właśnie w tej sali można najszybciej nauczyć się prostych haftów, rozwinąć umiejętności szycia ręcznego, szydełkowania, wykonania makramy oraz zapoznać się z obsługą maszyny do szycia. Agnieszka – pod której kierunkiem powstają oryginalne poduszki i serwety, stara się jedynie podać sposób wykonania pracy, zaprezentować wzory, natomiast ozdoby są w przeważającej części wynikiem własnej twórczości poszczególnych pań.
- Celem prowadzonych zajęć jest zdobycie praktycznych umiejętności niezbędnych w codziennym życiu. Okazuje się bowiem, że przyszywanie guzika, prasowanie tkanin czy cerowanie uszkodzonej odzieży to nie lada sztuka, wymagająca dużej cierpliwości i ...odrobiny kobiecego sprytu!!!
- Prace tej grupy służą bardzo często jako upominki dla członków rodzin, kolegów i odwiedzających nas gości.

### d) OBRÓBKA DREWNA

- W naszym Domu, do zajęć z zakresu obróbki drewna służy specjalnie przygotowana pracownia wyposażona w podstawowe narzędzia i urządzenia stolarskie. Prace wykonywane przez tę grupę uczestników – z pomocą Pawła – to przede wszystkim przedmioty wykorzystywane w codziennym życiu: świeczniki, podkładki pod notes, ozdobne abażury do lamp, wieszaki i ramy do prac plastycznych.
- Podczas przygotowań do Wystawy „Drewniany Świat” w tej pracowni powstały niezwykle konstrukcje i postaci, stworzone z kawałków pni, korzeni drzew, łupin egzotycznych owoców, liści i tyczek bambusa. Prace - olbrzymy, wyglądały „zjawiskowo”, budząc tym samym zachwyt osób zwiedzających Wystawę....

- Warto podkreślić, że panowie z tej pracowni pełnią również rolę „konserwatorów Domu” – dokonują drobnych napraw mebli i sprzętów - pracy zatem, nigdy tej grupie nie zabraknie.

#### e) GOSPODARSTWO DOMOWE

- Zajęcia z zakresu gospodarstwa domowego prowadzone są przede wszystkim w pomieszczeniach kuchennych i... należą do najbardziej ulubionych przez nas zajęć!
- Nasza kuchnia została wyposażona w nowoczesne urządzenia. Posiada płytę grzejną, piekarnik, mikrofalówkę i zmywarkę gastronomiczną.
- W czynnościach związanych z gotowaniem, smażeniem i pieczeniem, uczestniczą wszystkie osoby w Domu. Raz w tygodniu każda z grup przygotowuje obiad. Jest to moment, w którym oprócz nauki przygotowywania określonych potraw i eleganckiego nakrywania do stołu – „puszczamy wodze” naszej kulinarnej fantazji...
- Poszczególne cele z zakresu szerzej rozumianego gospodarstwa domowego realizujemy również w ciągu całego dnia. Estetyka i porządek, to punkty, do których przywiązujemy szczególnie dużą wagę... . Dlatego też do obowiązków wszystkich „domowników” należy troska o porządek na półkach, pielęgnacja roślin w salach zajęć. Co dzień inna para dyżurnych - razem z pracownikiem gospodarczym - pilnuje porządku na terenie całego Domu, mobilizując nas do jak najszybszego „usuwania bałaganu...”

#### f) TERAPIA INDYWIDUALNA

Zajęcia z zakresu rehabilitacji indywidualnej prowadzone są przez pedagogów specjalnych i psychologa. Terapią objęte są wszystkie osoby w Domu. O doborze zakresu wiedzy i umiejętności planowanych do realizacji decyduje wnikliwa diagnoza potrzeb i możliwości każdego uczestnika.



## **„Ja i świat”**

Głównym celem zajęć jest aktywizowanie uczestników do osiągania maksymalnej samodzielności we wszystkich sferach codziennego życia. To nauka wybierania form spędzania wolnego czasu poza zajęciami w Domu, doskonalenie umiejętności pisania, czytania, liczenia; wyboru ciekawej książki lub czasopisma....

- W jaki sposób przygotować się do wizyty u lekarza?
- Czy można prosić o pomoc w sklepie samoobsługowym?
- W jaki sposób zaplanować zakupy?
- Do czego potrzebny jest dowód osobisty?

– Te pytania, z pozoru tylko proste i oczywiste, wymagają zawsze rzetelnej odpowiedzi... .

Uczestnicy zajęć tworzą kronikę naszego Domu, dzięki nim możemy także „istnieć w sieci” – to współtwórcy [www.maltadom.fc.pl](http://www.maltadom.fc.pl). W zaciszu pokoju powstają scenariusze naszych przedstawień teatralnych – „spod pióra” ich pióra wyszedł m.in. projekt minispektaklu „*Dwa programy*”.

## **„Jestem”**

Terapia realizowana jest w oparciu o ćwiczenia doskonalące percepcję wzrokową, dotykową i słuchową, ćwiczenia usprawniające koncentrację uwagi i pamięć. Wykorzystujemy przy tym różnego rodzaju puzzle, rozsypanki i gry edukacyjne. Szczególnie ulubioną przez uczestników formą nauki są gry interaktywne. W zależności od indywidualnych potrzeb komunikacyjnych stosujemy także metody komunikacji symbolicznej PCS i Bliss.

### **g) GRY INTERAKCYJNE**

W odróżnieniu od konwencjonalnych metod uczenia się odnoszących się przede wszystkim do intelektualnego zrozumienia, gry interaktywne uwzględniają całego uczącego się, jego myśli i uczucia, oddziałują na jego wiedzę, a szczególnie stymulują jego chęć do pracy i zabawy. Są czynnikiem wspierającym w procesach socjalizacji i rozwoju osobowościowym. Dają możliwość sprawdzenia rozwoju i integracji

posiadanych już zdolności i umiejętności. Zastosowanie gier interakcyjnych pozwala kierującemu grupą na skuteczniejsze zrealizowanie szerokiego spektrum celów.

#### **Zalety stosowania gier interakcyjnych :**

- Działają motywująco ze względu na zainteresowanie samych uczestników; budzą w nich ciekawość i radość uczenia się, dzięki któremu mogą zdobyć nowe doświadczenia
- Mogą prowadzić do wyrównania poziomu między osobami dominującymi a tymi mniej aktywnymi, pobudzając aktywność tych uczestników, którzy zwykle byli pasywni
- Ułatwiają wprowadzenie nowych form komunikacji i zachowania, unikanych w codziennych sytuacjach
- Pomagają widzieć siebie i innych w sposób całościowy
- Pobudzają do trenowania zdolności psychosocjalnych (uczą postrzegać krytycznie, otwarcie porozumiewać się, stawiać żądania, podejmować decyzje, pomagać innym, współpracować, samemu szukać możliwości pomocy, stawiać opór i rozwijać odpowiedzialność)
- Kształcą i rozwijają tolerancję na inne poglądy i wartości
- Uwalniają od często zbędnych mechanizmów obronnych (pozwalają na wypróbowanie wielu, także dla uczestników trudnych sposobów zachowania)
- Redukują lęki i ułatwiają tworzenie spójnej grupy.

#### **h) METODA RUCHU ROZWIJAJĄCEGO WERONIKI SHERBORNE**

Weronika Sherborne wypracowała w latach sześćdziesiątych własny system ćwiczeń. Ma on zastosowanie we wspomaganiu właściwego rozwoju i korygowaniu jego zaburzeń. Ćwiczenia te wywodzą się ze szkoły R. Labana i z doświadczeń własnych i są znane pod nazwą *Developmental Movement*. (*ruch rozwijający*). Sama nazwa wyraża główną ideę metody : posługiwanie się ruchem jako narzędziem wspomagania rozwoju psychoruchowego i terapii zaburzeń tego rozwoju.

Podstawowe założenia metody to rozwijanie przez ruch :

- Świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego
- Świadomości przestrzeni i działania w niej