

KOWALSKI Damian

Pomorska Szkoła Wyższa w Starogardzie Gdańskim, Polska
Lwowski Państwowy Uniwersytet Kultury Fizycznej im. Iwana Boberskiego w Lwowie, Ukraina
<https://orcid.org/0000-0002-4083-5710>

SKALSKI Dariusz W.

Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Polska
Lwowski Państwowy Uniwersytet Kultury Fizycznej im. Iwana Boberskiego w Lwowie, Ukraina
<https://orcid.org/0000-0003-3280-3724>
e-mail: dariuszskalski60@gmail.com

TSYHANOVSKA Nataliia

Charkowska Państwowa Akademia Kultury, Ukraina
<https://orcid.org/0000-0001-8168-4245>
e-mail: ncyganovskaa@gmail.com

PAVLYUK Yevgen

Chmielnicki Narodowy Uniwersytet, m. Chmielnicki, Ukraina· Ukraina
<https://orcid.org/0000-0002-4041-4457>
e-mail: pavlukev@khmnu.edu.ua

SAMOAKCEPTACJA DZIECI NIEWIDOMYCH A TERAPIA RUCHOWA LEVEL OF AGGRESSION IN CAPOEIRA COMPETITORS

Niepełnosprawność to nieustająca konfrontacja z problemami w naszym codziennym funkcjonowaniu: problemy w rodzinie, w szkole, w pracy, w urzędzie, na ulicy. Jest to ciągle zmaganie się z życiem oraz barierami jakie ono dla nas szykuje. Trudności nie wynikają wyłącznie z ułomności czy niepełnosprawności człowieka, ale przede wszystkim ze społecznych relacji, samoakceptacji, nastawień nacechowanych lękiem przed nieznanym. Bariery nie są jedynie napotkane na drodze przeszkody architektoniczne, ale krzywdzące, przedmiotowe traktowanie przez innych ludzi. Pełnosprawni nie mają wiedzy jak pomóc, jak reagować, aby nie urazić, unikają kontaktu lub ograniczają się jedynie do reakcji na wezwanie osoby potrzebującej. Choć niekiedy i wezwanie to nie znajduje adresata. Ludzie boją się „inności”. Trzeba jednak uświadomić sobie, że dziecko niewidome czy głuchoniewidome jest dzieckiem normalnym. Problemem wśród ludzi jest brak okazania akceptacji, równouprawnienia oraz szacunku osobom niepełnosprawnym w tym przypadku niepełnosprawnym wzrokowo. Niezmiernie ważną rzeczą jest aby ludzie niepełnosprawni nie czuli się odrzuceni, odepchnięci na dalszy plan w życiu codziennym i obowiązkach życia codziennego. Istotną rzeczą jest aby ludzie niepełnosprawni posiadali te same prawa, przywileje i szanse udziału w życiu społecznym i zawodowym, żeby byli stawiani na równi z osobami pełnosprawnymi.

Słowa kluczowe: samoakceptacja, niewidomi, terapia ruchowa, dzieci.

<http://doi.org/10.31891/pcs.2023.4.11>

1. WSTĘP

Ludzi wiążą ze sobą wspólne zainteresowania, poglądy na pewne sprawy, podobne sytuacje i potrzeby życiowe oraz często wspólne przeżycia [11, 20]. Natomiast na utrzymanie już zawartych przyjaźni i znajomości w szczególności wpływa umiejętność współżycia w grupie, tworzenie pewnego kolektywu [1, 5, 14]. W tym przypadku mają główne znaczenie cechy osobowości, charakter, zainteresowania, postawa życiowa, a także „wyrobienie” towarzyskie i społeczne. Dlatego niepełnosprawni muszą przejawiać dużą troskę, aby wykształcić u siebie wszystkie te cechy, które później ułatwią im kontakty z ludźmi i pozwolą na niekonfliktowe współżycie w grupie społecznej, jaką stanowi środowisko, w którym żyją, uczą się i pracują. Muszą nauczyć się akceptacji samego siebie ale również

pełnosprawni muszą nauczyć się akceptować ludzkie „inność” [23]. Tego wszystkiego uczy, a przynajmniej stara się nauczyć Ośrodek Szkolno Wychowawczy w Bydgoszczy oraz inne tego typu placówki. Młodzież, która ukończy w nim naukę, która bierze udział w zajęciach terapii ruchowej jest na pewno bardziej otwarta, bardziej tolerancyjna oraz pewna siebie [7, 10, 19]. Metodyka zastosowana w procesie dydaktyczno-wychowawczym przebiega w dwóch płaszczyznach jednocześnie. Oddziaływanie dydaktyczno-wychowawcze oraz rewalidacyjne [4, 13]. Zastosowanie ich obu daje widoczne efekty i jest skuteczne. Liceum dla osób niewidomych i słabo widzących praktycznie niczym nie różni się od innych liceów. Przygotowuje młodzież do dalszego etapu edukacji, pozwala zdać maturę oraz daje możliwości podjęcia nauki na wyższych

uczelnianach, a następnie podjąć pracę zawodową. Uczy również odpowiedzialności i samodzielnego życia. Niniejsza praca składa się z czterech rozdziałów oraz podsumowania i wniosków. Zawiera informacje na temat metod nauczania dzieci i młodzieży niepełnosprawnej wzrokowo, opisana jest również charakterystyka dzieci, która pozwala uświadomić sobie z jakimi problemami borykają się każdego dnia [2, 8, 12]. Opisuje sposoby lokomocji i poruszania osób niepełnosprawnych oraz metody usprawniania sfery ruchowej. Kolejny rozdział opisuje problemy z samoakceptacją dzieci niepełnosprawnych oraz ukazuje rodzaje własnego „ja” oraz jaki wpływ samoocena i akceptacja ma na zachowanie jednostki. W ostatnim rozdziale opisuje badania przeprowadzone z dziećmi niepełnosprawnymi wzrokowo. Badaniami staram się udowodnić, że poprzez terapię oraz kontakt z innymi ludźmi samoakceptacja dzieci wzrasta. Są one bardziej otwarte i czują się swobodniej w towarzystwie innych nawet w towarzystwie osób pełnosprawnych. Ich obraz samego siebie zmienia się na korzyść.

2. POJĘCIE ŚLEPOTY

Rezolucja Światowej Organizacji do spraw Osób Upośledzonych w ONZ

uznaje ślepotę za:

- a) zupełny brak wzroku;
- b) ostrość wzroku nie przekraczająca 1/20 normalnej ostrości widzenia w lepszym oku, przy zastosowaniu szkieł wyrównujących wadę wzroku;
- c) ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w 20°.

Ludzi dotkniętych ślepotą, którą posiadają od urodzenia lub stracili wzrok we wczesnym dzieciństwie (do 5 roku życia) nazywamy niewidomymi, zaś jeżeli utracili wzrok po 5 roku życia nazywamy ociemniałymi. Ta zasada zobowiązuje wszystkich pedagogów do umożliwienia człowiekowi obciążonemu ślepotą pełnię rozwoju i zadowolenia z życia oraz maksimum osiągnięć [17, 19]. Brak wzroku u osób niewidomych jest przypadłością, która znacznie utrudnia mu życie, jednak nie ogranicza jego człowieczeństwa. To my ludzie zdrowi ich ograniczamy i traktujemy z dużym dystansem [7, 16]. Myślenie, działanie, uspołecznienie jest im w pełni dostępne podobnie jak tym, którzy widzą. Osoba niewidząca nie jest osobą abstrakcyjną, nie jest zdeterminowaną poprzez swoje kalectwo.

Ślepotą jest kalectwem, które można niwelować, wychowując oraz nauczając i przygotowując osoby nią obciążone do życia w określonych warunkach społecznych oraz rozwijając wyposażenia biopsychiczne osobnika. Stąd psychologia i pedagogika niewidomych jest częścią ogólnej psychologii i pedagogiki, a nie czymś zupełnie innym i odrębnym [4]. Mogło by się wydawać, że określenie pojęcia ślepoty jest bardzo proste. W rzeczywistości jednak sprawa jest skomplikowana, gdyż nie budzący w zasadzie żadnych zastrzeżeń termin „ślepoty medycznej” nie jest jednoznaczny z takimi pojęciami jak „społecznie niewidomy”, „praktycznie niewidomy”, czy „zawodowo niewidomy”. Problemowość tych pojęć spowodowana jest koniecznością uwzględnienia praktycznej użyteczności wzroku lub jego szczytków [22]. Prawie na wszystkich kongresach dotyczących ludzi niewidomych i na wielu fachowych naradach okulistów debatuje się nad właściwym określeniem pojęcia ślepoty. Do dnia dzisiejszego jednak nie ustalono w skali międzynarodowej jednolitego i zadowalającego wszystkich zainteresowanych pojęcia ślepoty. „Ślepotą medyczną”, określaną również jako „ślepotą czarna”, zachodzi wówczas, gdy nie występuje nawet poczucie światła. W tym stadium człowiek przeżywa największe psychiczne i fizyczne skutki ślepoty [5, 11]. Największą wartością dla niewidomych ma zachowanie chociażby słabego poczucia światła, możliwość rozróżnienia nocy od dnia, światła od ciemności, zauważenie źródła światła np. lampy, promieni słonecznych świecących prosto w oczy. Strach przed całkowitą ślepotą u takich niewidomych którzy posiadają poczucie światła, jest bardzo duży, choć w tym wypadku nie można mówić, że to osoby „widzą”. Ponieważ tak słabe reagowanie na światło ma wartość jedynie subiektywną, psychologiczną, nie przeszkadza to w uznaniu takiego człowieka za „medycznie niewidomego”.

3. PRZYCZYNY INWALIDZTWA WZROKOWEGO

Narząd wzroku może ulegać uszkodzeniu na skutek różnych czynników zewnętrznych oraz wewnętrznych. W wyniku różnorodnych uszkodzeń może nastąpić częściowe lub całkowite uszkodzenie wzroku, czyli słabo wzroczność lub ślepotą [9, 25].

U dzieci uszkodzenie narządu wzroku może nastąpić na skutek:

- Czynniki genetyczne – kiedy śleota lub słabowzroczność przekazywane jest za pośrednictwem uszkodzonych genów z rodziców na dzieci. Ma to miejsce między innymi w przypadku zaćmy, dziedzicznego zaniku nerwu wzrokowego, dziedzicznej krótkowzroczności.

- Czynniki wrodzonych – kiedy uszkodzenie wzroku powstaje w okresie płodowym, spowodowane jest to chorobami matki w okresie ciąży. Bardzo niebezpiecznymi chorobami dla płodu są np. kiła, odra, różyczka, czy toksoplazmoza inaczej zakażenie pasożytnicze. Ponadto różnego rodzaju zatrucia w okresie ciąży mogą również doprowadzić do utraty wzroku przez nienarodzone jeszcze dziecko. Do szkodliwych czynników należy oczywiście spożywanie alkoholu przez kobietę ciężarną czy palenie tytoniu. Trzeba też pamiętać, o wcześniactwie dziecka, przez co dłużej musi przebywać w inkubatorze co może spowodować uszkodzenia wzroku.

- Chorób oczu – które mogą się ujawnić zaraz po urodzeniu lub w późniejszym okresie życia dziecka. Do chorób oczu zaliczamy: jaskrę, zaćmę, jaglicę, nowotwory oka, barwnikowe zwyrodnienie siatkówki itp.

- Chorób ogólnych – powodują one uszkodzenie wzroku, jak cukrzyca, gruźlica, choroby weneryczne, zapalenie opon mózgowych, zapalenie mózgu, guz mózgu, albinizm czyli bielactwo itp.

- Niewłaściwa dieta – pożywienie pozbawione witaminy A

- Urazów – będące wynikiem zabaw z niebezpiecznymi przedmiotami, wypadków w domu, szkole lub wypadków drogowych itp [21, 25].

4. METODYKA NAUCZANIA DZIECI SŁABO WIDZĄCYCH I NIEWIDOMYCH

W pedagogice i metodyce wyróżniamy następujące normy oraz dyrektywy skutecznego postępowania pedagogicznego obowiązujące w procesie nauczania i uczenia się, wychowania ukierunkowanego i samowychowania oraz samodzielnych ćwiczeń pozwalających osobom niewidomym i słabo widzącym na osiągnięcie przez nich dostępnego im rozwoju i przygotowania do życia społecznego. Zasady te stanowią konieczny, ale nie jedyny warunek skutecznego oddziaływania na te osoby. Jednak nieprzestrzeganie tych zasad z reguły poważnie utrudnia, a nawet uniemożliwia w pełni realizację

zamierzonych celów [15, 19]. Rolą nauczyciela – wychowawcy jest, aby podczas pracy pedagogicznej, a więc w procesie nauczania, wychowania ukierunkowanego i interwencyjnego stale przestrzegał tych zasad.

Zasady ogólne:

1. Zasada gruntownej znajomości dzieci upośledzonych umysłowo oraz przychodzenia im z racjonalną, specjalistyczną pomocą;

2. Zasada dostosowania poczynań pedagogicznych do możliwości i potrzeb dzieci, a także do warunków środowiskowych;

3. Zasada aktywnego i świadomego udziału dzieci w pracy pedagogicznej;

4. Zasada wszechstronnej pogłębioności i przykładowości;

5. Zasada zintegrowanego oddziaływania pedagogicznego;

6. Zasada trwałości osiągnięć, umiejętności korzystania z nich i dalszego ich doskonalenia.

Zasada gruntownej znajomości dzieci upośledzonych umysłowo oraz przychodzenia im z racjonalną, specjalistyczną pomocą – znajomość dziecka, diagnoza jego braków, utrudnień, trudności i możliwości rozwojowych. Uwarunkowane jest znajomością środowiska w jakim dziecko się wychowuje, jakie na nie oddziałuje [10, 18].

Wyodrębnia się trzy elementy:

1. Znajomość samego dziecka – porównywanie wieku rozwojowego dziecka z rówieśnikami z normą intelektualną;

2. Znajomość oddziaływania środowiska opartego na tych elementach celowego i skutecznego organizowania oddziaływań pedagogicznych na dziecko;

3. Dotarcie (ustalenie) do przyczyn powodujących jego opóźnienie. Diagnoza jego punktów archimedesowych.

Zasada dostosowania poczynań pedagogicznych do możliwości i potrzeb dzieci, a także do warunków środowiskowych - realizacja tej zasady jest możliwa tylko w powiązaniu z zasadą pierwszą, gdyż znając dziecko i środowisko oraz stawiane dziecku wymagania nauczyciel może prawidłowo pracować z dzieckiem i właściwie przygotować je do życia [3, 8, 15]. Szczególna rola w tej zasadzie przypisywana jest z tego tytułu, iż jest ogromne zróżnicowanie dzieci upośledzonych umysłowo w wyniku czego wszelkie próby zastosowania jednoznacznych wymagań i jednego dla wszystkich programu postępowania pedagogiczno-rehabilitacyjnego zawodzą.

Postępowanie pedagogiczne musi uwzględnić indywidualne możliwości każdego dziecka z równoczesnym uwzględnieniem potrzeb społecznych. Gdy to uwzględnimy nasze działania będą dopiero skuteczne. Prawidłowe zastosowanie tej zasady wymaga głównie uwzględnienia zasad takich jak:

1. zasada indywidualizacji poczynań pedagogicznych,
2. zasada przystępności treści nauczania,
3. zasada dostosowania oddziaływania pedagogicznego do możliwości i potrzeb dziecka upośledzonego umysłowo, a w trakcie podawania nowego materiału kształtowanie umiejętności i nawyków potrzebnych im w życiu,
4. zasada stopniowania trudności – zasada małych kroczków.

Zasada aktywnego i świadomego udziału dzieci w pracy pedagogicznej – zasadę tę można nazwać i odwołać się do zasady dynamizowania. Ważne by uczeń, dziecko, wychowanek nie był w zajęciach bierny, ważne jest bazowanie na jego predyspozycjach, umiejętnościach, by pobudzić jego aktywność. Rola nauczyciela polega na kreowaniu ucznia – by sądził on, że dzięki sobie osiągnął sukces. Aktywizacja jest bardzo trudna – uczeń się zniechęca, a jest to postrzegane za lenistwo. U dzieci upośledzonych umysłowo występuje większa męczliwość. Zasada ta ma wyrobić pewien schemat działania u dzieci, by w życiu dorosłym samokontrola i samodoskonalenie przeszło im w nawyk [6, 10, 20]. *Zasada wszechstronnej poglądowości i przykładu* – poglądowość stanowi ważny element w procesie rozwoju i przygotowania do życia dziecka upośledzonego umysłowo. Jest pierwszym etapem opanowywania wiedzy, który na dalszych etapach uzupełnianie jest próbą abstrakcyjnego myślenia, przeróbką umysłową spostrzeżeń, a następnie zastosowanie tego w praktyce [17]. Przykład – dzieci uczą się najszybciej poprzez naśladowictwo i nie można odebrać im prawa do rejestracji spostrzeżeń i powtarzania. Dziecko powiela przykłady ze środowiska. Każde dziecko ma dla siebie osoby znaczące (rodzice, nauczyciele). Nauczyciel swoją postawą powinien zachęcić, by dziecko brało z niego przykład. Mamy tu na myśli zachowanie. Należy zwrócić uwagę, że im młodsze dziecko lub bardziej upośledzone umysłowo tym większą rolę i znaczenie odgrywa poglądowość i przykład w procesie nauczania, uczenia się i wychowania [21].

Zasada zintegrowanego oddziaływania pedagogicznego – trojkie zintegrowanie oddziaływań pedagogicznych:

1. zintegrowanie wychowania ukierunkowanego z nauczaniem i interwencyjnym oddziaływaniem
2. zintegrowanie wychowania lub oddziaływania indywidualnego z wychowaniem i oddziaływaniem w zespole
3. integracja dziecka upośledzonego umysłowo z dziećmi zdrowymi, normalnymi.

Zintegrowanie nauczania i wychowania ma sens, gdy daje lepsze od dotychczasowych wyniki w pracy z osobą upośledzoną umysłowo, a jednocześnie nie przeszkadza w osiągnięciu wyników przez dzieci normalne i nie wymaga nadmiernej pracy nauczyciela- wychowawcy [14, 19].

Zasada trwałości osiągnięć, umiejętności, korzystania z nich i dalszego ich doskonalenia. – trwałość pamięci jest ograniczona. Dzieciom trzeba przekazywać informacje w sposób prosty, komunikatywny. Często dzieci upośledzone umysłowo nie potrafią przenieść informacji (wiadomości) zdobytych na grunt życia codziennego. Musimy uatrakcyjnić zajęcia. Ważna jest znajomość dziecka. U dzieci upośledzonych umysłowo więcej występuje cech swoistych, a nie wspólnych. Realizacja zadań wymaga ciągłego wzmocnienia osiągnięć.

5. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE BADAŃ WŁASNYCH ORAZ CEL PRACY

Głównym celem badań oraz całej pracy jest uzyskanie odpowiedzi na bardzo ważne pytanie:

„Czy terapia ruchowa wpływa na obraz samego siebie dzieci niewidomych oraz słabo widzących?”

W celu uzyskania odpowiedzi na powyższe pytanie przeprowadziłem na grupie dzieci niewidomych oraz słabo widzących badania w postaci testów, w których osoby wypełniające miały za zadanie wskazać, jak odbierają siebie, czyli jaka jest ich samoocena. Uzyskałem to dzięki tabeli, która nazywa się „Skalą Samooceny”. Dzieci obok przymiotnika określającego pewną cechę charakteru, a było ich dokładnie 60, musiały określić w jakim stopniu uważają, że ową cechę posiadają.

Celem pracy było wykazanie czy terapia ruchowa dzieci niewidomych oraz słabo widzących wpływa na ich samoocenę. Na podstawie słów Pilcha wyznaczyłem problemy badawcze.

Problemami badawczymi powyższej pracy były:

- Czy istnieje związek pomiędzy wadami wzroku dzieci a ich poziomem samooceny?
- Czy terapia ruchowa jest w stanie wpłynąć na samoocenę dzieci z dysfunkcją wzroku?
- Czy dzięki terapii ruchowej w Ośrodku Szkolno Wychowawczym im. L. Braille'a dzieci niewidome są w stanie zmienić stosunek do siebie oraz swojej niepełnosprawności?
- Czy samoocena dzieci niewidomych ma wpływ na ich zachowanie oraz stosunek do społeczeństwa?
- Czy terapia ruchowa wpłynęła na życie społeczne dzieci niewidomych oraz słabo widzących?

Metody Badań.

W danym rozdziale omówione zostaną metody badań, schemat badań, metody zbierania danych do badań własnych oraz metody analizowania zebranych danych. Główną metodą badań jaką wykorzystałem podczas pisania danej pracy była przymiotnikowa skala do oceny obrazu samego siebie. Ma ona charakter eksperymentalny, a została zbudowana w Zakładzie Psychologii Penitencjarnej i Resocjalizacji Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego.

Material badań.

Obiektem moich badań jest grupa dzieci niewidomych oraz słabo widzących z Ośrodka Szkolno Wychowawczego im. L. Braille'a w Bydgoszczy. Jest to grupa 30 dzieciaków, w tym 10 niewidomych oraz 20 słabo widzących. Grupa

ta jest różnicowana pod względem stopnia swojej dysfunkcji, nie pod względem płci czy wieku. Osoby te zostały wybrane losowo spośród uczniów uczących się w ośrodku. Grupa poddana została badaniu testem o nazwie „skala samooceny” dwukrotnie. Pierwszy raz przed rozpoczęciem swojej przygody z terapią ruchową a drugi raz po jej ukończeniu.

Wyniki Badań.

Poniżej tabele z wynikami 30 osób. Test ukazuje skale samooceny osoby badanej w sześciu różnych wymiarach: fizycznym, emocjonalnym, intelektualnym, moralnym, styl bycia, społecznym. Każdy wymiar podzielony z kolei jest na dwie grupy cech pozytywnych oraz negatywnych. Każda cecha posiada natomiast skalę wartości od 1 do 5 w zależności od odpowiedzi jakiej udzielił badany.

Możliwe odpowiedzi oraz punkty za te odpowiedzi:

TAK-5

RACZEJ TAK- 4

TAK I NIE - 3

RACZEJ NIE – 2

NIE - 1

Sumując punkty uzyskane w każdym wymiarze oraz w każdej grupie cech, pozytywnej oraz negatywnej można było ocenić czy dana osoba ma pozytywną czy negatywną samoocenę.

Testy wykonane zostały na osobie badanej dwukrotnie, raz przed terapią ruchową oraz raz po kilku miesiącach jej trwania wyniki na kolejnych stronach.

Testy wykonane przed udziałem dzieci w terapii ruchowej:

Tabela nr 1

Wymiary badane: fizyczny, emocjonalny

	WYMIARY																							
	Fizyczny											Emocjonalny												
	Pozytywne					=	Negatywne					=	Pozytywne					=	Negatywne					=
	1	7	25	31	49		13	19	37	43	55		14	20	38	44	56		2	8	26	32	50	
1	2	3	2	3	3	13	5	4	3	3	4	19	2	3	3	3	2	13	4	5	5	3	3	20
2	2	3	4	2	2	13	3	4	3	5	4	19	1	2	2	3	2	10	3	4	3	1	5	16
3	3	2	1	3	1	9	4	4	3	3	5	19	2	1	3	4	1	11	4	3	5	1	5	18
4	5	5	5	5	5	25	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	25	1	1	1	1	1	5
5	3	3	3	3	1	13	3	3	3	3	4	16	4	4	4	3	5	20	2	2	2	4	2	12
6	3	3	3	3	3	15	3	3	3	3	3	15	3	2	2	2	3	12	4	2	5	2	3	16
7	3	3	3	4	3	16	3	3	3	3	5	17	4	4	3	5	3	19	3	3	4	2	3	15
8	3	2	3	1	2	11	2	4	3	4	1	14	3	2	2	3	2	12	4	3	4	2	4	17
9	3	3	2	4	4	16	4	3	4	2	4	17	2	3	1	4	5	15	4	4	5	3	3	19
10	2	5	3	5	4	19	2	1	2	2	1	8	5	4	5	3	3	20	3	1	1	2	1	8
11	3	4	3	3	3	16	3	2	3	3	3	14	2	3	3	4	2	14	4	4	3	4	3	18
12	2	4	2	3	2	13	3	3	1	5	2	14	2	4	3	2	5	16	4	3	4	3	3	17
13	3	1	1	3	1	9	3	3	2	4	3	15	4	2	3	1	1	11	4	3	2	1	3	13
14	2	2	1	3	3	11	3	2	5	3	3	17	3	3	1	2	3	14	2	3	5	2	2	14

15	3	2	2	4	5	16	4	4	3	1	1	13	2	3	4	3	5	17	5	4	1	3	1	14
16	2	2	1	2	3	10	4	4	3	4	3	18	2	3	3	5	4	17	4	4	4	4	4	20
17	2	2	3	2	3	12	3	2	3	4	2	14	4	4	4	4	4	20	2	2	3	3	3	13
18	4	3	4	3	4	18	3	2	4	3	2	9	5	4	4	5	5	23	2	1	4	2	1	10
19	5	5	5	5	5	25	2	1	2	3	2	10	4	4	4	3	4	19	3	2	4	2	5	17
20	3	2	2	2	3	12	4	4	3	2	3	16	4	4	2	2	3	15	4	4	4	2	3	17
21	3	2	3	4	4	16	4	3	3	3	3	16	4	2	3	3	4	16	2	3	3	2	3	13
22	3	3	3	2	4	15	3	2	2	2	2	11	4	4	1	3	3	15	2	3	3	2	2	12
23	3	3	2	2	1	11	2	2	4	3	2	13	5	4	5	3	4	21	1	2	3	3	4	13
24	3	2	2	3	2	12	5	3	5	2	3	18	2	1	2	1	5	11	5	5	5	5	5	25
25	2	1	1	2	1	7	5	5	5	5	5	25	1	1	1	2	3	8	5	5	5	5	1	21
26	2	3	1	2	3	11	3	1	3	2	3	12	2	3	2	2	1	10	5	3	4	2	4	18
27	5	1	5	1	5	17	1	5	1	5	1	13	5	5	5	1	5	21	5	5	5	1	5	21
28	4	4	4	5	4	21	3	3	3	3	3	15	4	4	2	2	3	15	3	3	4	4	5	19
29	1	1	1	5	4	12	5	5	5	2	3	20	3	2	5	5	4	19	3	3	4	3	5	18
30	2	3	3	2	1	11	3	2	3	4	3	15	2	3	4	4	2	15	2	3	3	4	2	14
=						425						447						474						474

W powyższej tabeli widać, że w wymiarze cech fizycznych osoby badane mają raczej niską samoocenę o czym świadczy wynik cech negatywnych 447 do pozytywnych 425. Natomiast wymiar emocjonalnym jest na równym poziomie.

Analiza badań przeprowadzonych na dzieciach przed przystąpieniem do terapii ruchowej w Ośrodku Szkolno Wychowawczym w Bydgoszczy.

W 30 osobowej grupie badanych dzieci wystąpiło wiele przypadków, gdzie w poszczególnych wymiarach cechy negatywne przeważały nad pozytywnymi.

W wymiarze „fizycznym” wystąpiło najwięcej przypadków osób o negatywnym cechach, bo aż 19. Wymiar „emocjonalny” natomiast był dla 15 osób odbierany negatywnie.

Testy wykonane po upływie kilku miesięcy trwania terapii ruchowej:

Tabela nr 2

Wymiary badane: fizyczny oraz emocjonalny

	WYMIARY																							
	Fizyczny											Emocjonalny												
	Pozytywne					=	Negatywne					=	Pozytywne					=	Negatywne					
	1	7	25	31	49		13	19	37	43	55		14	20	38	44	56		2	8	26	32	50	
1	3	4	4	4	3	18	5	1	1	2	3	12	3	3	3	3	4	16	4	5	5	2	3	19
2	2	5	3	3	3	16	3	1	1	5	1	11	4	3	5	5	4	21	2	3	3	1	5	14
3	4	5	3	5	1	18	1	1	1	3	5	11	5	5	3	5	5	23	2	1	5	1	1	10
4	5	5	5	5	5	25	1	1	1	5	5	13	5	5	5	5	5	25	1	1	5	1	1	9
5	3	5	4	4	1	17	1	1	1	3	3	9	5	5	4	5	5	24	1	1	4	1	1	8
6	3	3	3	3	3	15	2	3	2	3	3	13	4	5	2	3	4	18	2	1	4	2	2	11
7	4	4	3	4	3	18	2	2	2	2	5	13	4	4	3	5	3	19	2	3	2	2	1	11
8	4	4	5	3	4	20	2	1	1	2	1	7	5	3	4	4	4	20	1	2	2	2	1	8
9	3	4	2	4	4	17	2	2	4	2	2	12	4	3	3	4	5	19	2	2	1	2	1	8
10	2	5	3	5	4	19	2	1	2	2	1	8	5	4	5	3	3	20	3	1	1	2	1	8
11	5	4	5	5	5	24	1	1	1	2	1	6	5	5	5	5	5	25	1	1	3	1	3	9
12	5	4	3	5	4	21	3	3	1	1	2	7	5	4	5	5	5	24	1	3	2	1	3	10
13	5	1	1	5	1	13	1	1	1	1	1	5	5	5	1	1	1	13	1	1	1	1	1	5
14	3	2	2	3	3	13	4	4	3	3	3	17	5	3	1	4	3	16	2	2	4	2	2	12
15	5	2	2	5	5	19	1	2	1	1	1	6	4	4	4	3	5	20	1	1	1	2	1	6
16	2	2	1	3	5	13	3	4	1	1	1	10	3	4	4	5	4	20	5	3	4	2	3	17
17	5	2	5	5	5	22	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	25	1	2	1	1	1	6
18	5	4	4	4	4	21	2	2	2	1	2	9	5	4	4	5	5	23	2	1	4	2	1	10
19	5	5	5	5	5	25	2	1	2	1	1	7	5	5	5	5	4	24	2	1	1	1	5	10
20	3	3	2	3	3	14	3	4	2	2	3	14	3	4	3	4	4	18	4	3	4	1	2	14
21	3	2	3	4	4	16	2	3	2	2	2	11	4	5	5	5	4	23	2	2	3	1	2	10
22	5	5	5	5	5	25	1	1	1	1	1	5	5	5	1	5	5	21	1	1	2	1	1	6
23	3	5	5	2	1	16	2	2	1	1	1	7	5	5	5	5	5	25	1	1	3	1	4	10
24	4	2	1	5	5	17	5	1	5	1	1	13	1	1	3	1	5	11	5	5	5	5	5	25
25	1	1	1	5	1	9	5	5	5	5	5	25	1	1	1	5	5	13	5	5	5	1	1	17
26	3	4	1	2	3	13	1	1	2	1	2	7	4	3	4	2	1	13	5	3	1	2	1	12

27	5	5	5	5	5	25	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	25	1	1	5	1	5	13
28	4	5	5	5	5	24	2	1	1	5	5	14	5	4	5	5	5	24	2	1	2	1	5	11
29	2	1	2	5	4	14	5	5	5	1	4	20	5	5	5	5	4	24	3	3	2	1	5	14
30	3	3	4	2	1	13	2	2	1	1	3	9	5	5	4	4	3	21	1	1	3	1	2	8
=						540						311						613						331

Po kilku miesiącach udziału dzieci w terapii ruchowej w OSW w Bydgoszczy widać wyraźną różnicę, oczywiście na korzyść. Przed terapią wynik cech pozytywnych wymiaru fizycznego wynosił 425, natomiast po 540, ponad 100 punktów różnicy. Tego samego wymiaru poziom cech negatywnych zmalał o prawie 150 punktów. Podobne zmiany zaszły w wymiarze emocjonalnym.

Analiza badań przeprowadzonych na dzieciach po terapii ruchowej w Ośrodku Szkolno Wychowawczym w Bydgoszczy.

Po terapii ruchowej widać znaczące, pozytywne zmiany u osób badanych. W każdym z badanych wymiarów nastąpiła zmiana sposobu widzenia samego siebie. Najbardziej znacząca i widoczna zmiana nastąpiła w wymiarze „społecznym”, z 17 osób o usposobieniu negatywnym pozostało jedynie dwie osoby.

Pod względem cech „fizycznych” pozostało 9 osób negatywnie nastawionych do swojej fizyczności. W wymiarze „emocjonalnym” również duża poprawa, z 15 osób pozostało jedynie 2 u których przeważały cechy negatywne.

6. WNIOSKI

W dzisiejszych czasach społeczeństwo coraz bardziej staje się otwarte na osoby z innych grup społecznych, etnicznych czy też na osoby innego wyznania czy też przekonania. Dzięki takiej właśnie otwartości osoby z inwalidztwem wzrokowym mogą coraz częściej uczestniczyć w życiu społecznym. Umożliwia im to udział i zagłębianie się w liczniejsze obszary tego życia. Odpowiednie oraz godne warunki uczestnictwa w życiu społecznym oraz możliwość rozwoju, osobom niewidomym oraz słabo widzącym stworzył oraz zapewnił Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im. L. Braille’a w Bydgoszczy. Placówka ta czynnie i skutecznie zajmuje się procesami wdrażania dzieci oraz młodzieży do życia we współczesnym społeczeństwie. Uczniowie słabo widzący oraz niewidomi mają odmienne możliwości edukacyjne w porównaniu do osób dobrze widzących, u których wzrok nie

został upośledzony. W związku z takimi zapotrzebowaniami ośrodek zapewnił im specjalne warunki dla uzyskania pełnego rozwoju psychofizycznego oraz społecznego, a także postawił sobie za cel przygotowanie ich do prawidłowego funkcjonowania w środowisku otaczającym nas wszystkich. Skuteczność tych działań, które od lat podejmuje Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im. L. Braille’a potwierdzają liczne badania oraz publikacje naukowe. Sam osobiście starałem się udowodnić, że zajęcia na które uczęszczają wychowankowie ośrodka są w stanie zmienić nie tylko ich funkcjonowanie w społeczeństwie ale również ich podejście do siebie samych, własnego kalectwa. Uważam, że dzięki ośrodkowi życie ich staje się dużo łatwiejsze pomimo jakże wielkiego inwalidztwa jakim jest utrata wzroku. Programy szkolne są odpowiednio zmodyfikowane i przystosowane specjalnie dla uczniów z uszkodzonym narządem wzroku. Procesy dydaktyczne również dostosowuje się do możliwości i potrzeb niepełnosprawnych. Dostosowanie programu nauczania polega także na poszerzaniu go o dodatkowe zajęcia. Dla niewidomych uczniów takimi zajęciami mogą być na przykład nauka systemu Braille’a, czy też orientacja przestrzenna oraz nauka samodzielnego poruszania się, natomiast dla słabo widzących są to zajęcia usprawniające wzrok. Głównym założeniem Ośrodka Szkolno-Wychowawczego jest doprowadzenie młodzieży z inwalidztwem wzroku do normalnego rozwoju psychicznego i społecznego w tym samym czasie, co młodzież dobrze widząca. Pośrednim celem jest również aby młodzież ta zaakceptowała siebie takimi jakimi są. Oczywiście aby osiągnąć wszystkie cele jakie stawia przed sobą ośrodek wymaga to od opiekunów oraz nauczycieli większego zaangażowania, pracy oraz cierpliwości. Szkoła zapewnia wykwalifikowany personel, który ze wszystkich sił dąży do wykonaniu postawionego zadania.

Bibliografia

1. Jakubowski S., *Poradnik dydaktyczny*, Wydawnictwo MEN, Warszawa 2001, s. 19
2. Jakubowski M., Pomykała W., *Mała encyklopedia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1970, s. 74-80

3. Jarymowicz M., *Modyfikowanie wyobrażeń dotyczących „ja” dla zwiększenia gotowości do zachowań prospołecznych*, Wydawnictwo Polska Akademia Nauk, Kraków 1979, s. 10-13
4. Jarymowicz M., *Postrzeżenie własnej indywidualności*, Wydawnictwo Polska Akademia Nauk, Warszawa 1984 s. 27-34
5. Jarymowicz M., *Studia nad spostrzeganiem relacji Ja-inni: tożsamość, indywidualizacja-przynależność*, Wydawnictwo Polska Akademia Nauk, Wrocław 1988 s. 54-66.
6. Juszczak M., *Dydaktyka ogólna*, Wydawnictwo WSP, Częstochowa 1995, s. 78.
7. Kozielecki J., *Psychologiczna teoria samowiedzy*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1986, s. 24-30.
8. Kulas H., *Samoocena młodzieży*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1986, s. 67.
9. Kupisiewicz C., *Dydaktyka ogólna*, Wydawnictwo Graf Punkt, Warszawa 2000, s. 34-40
10. Kwapisz J., *Orientacja przestrzenna i poruszanie się niewidomych i słabo widzących*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1990, s. 103-107
11. Lipkowski O., *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo PWN, Łódź 1981, s. 91-94.
12. Majewski T., *Psychologia niewidomych i niedowidzących*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1983, s. 72-78
13. Milerski B., Śliwerski B., *Pedagogika wydanie PWN*, Warszawa 2000, s. 24-29.
14. Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1992, s. 55-59
15. Okoń W., *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1998, s. 45-48
16. Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1998, s. 105-115
17. Ossowski R., *Pedagogika niewidomych i niedowidzących*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 2001, s. 29-32
18. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych: strategie ilościowe i jakościowe*, wyd. Żak, Warszawa 2001, s. 68-71
19. Randall K. Harley, T. Wood, D.B. Mergler, *Program rehabilitacji w zakresie orientacji i poruszania się niewidomych dzieci z dodatkowo ograniczoną sprawnością*, Wydawnictwo PZN, Warszawa 1994, s. 42-47
20. Remplewicz J., *Lekka atletyka dla niewidomych*, Wydawnictwo PZN, Warszawa 1988, s. 60-68
21. Schoffler M., *Der blinde im leben das Volkes*, Leipzig-Jena 1956, s. 79-83
22. Serafin J., *Gry i Zabawy ruchowe dla dzieci niewidomych i słabo widzących*, Wydawnictwo PZN, Warszawa 1987, s. 48-53
23. Sękowska Z., *Kształcenie dziecka niewidomego*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1974, s. 52-57
24. Sękowska Z., *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1985, s. 96.
25. Sękowska Z., *Przystosowanie społeczne młodzieży niewidomej*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1991, s. 73-79.

Abstract

КОВАЛЬСЬКИЙ Даміан, СКАЛЬСЬКИЙ Даріуш В., ЦИГАНОВСЬКА Наталія, ПАВЛЮК Євген

САМОПРИЙНЯТТЯ СЛІПІХ ДІТЕЙ ТА РУХОВА ТЕРАПІЯ

Інвалідність – це постійне зіткнення з проблемами в нашому повсякденному життєдіяльності: проблемами в сім'ї, в школі, на роботі, в офісі, на вулиці. Це постійна боротьба з життям і бар'єрами, які воно нам готує. Труднощі виникають не лише через людські слабкості чи вади, а в першу чергу через соціальні стосунки, самосприйняття та ставлення, що характеризується страхом перед невідомим. Бар'єр - це не тільки архітектурні переешкоди, що зустрічаються на шляху, але й несправедливе, об'єктивує ставлення інших людей. Дієздатні люди не знають, як допомогти, як реагувати, щоб не образити, уникають контактів або обмежуються лише відгуком на заклик потребуючого. Хоча іноді цей заклик не знаходить адресата. Люди бояться «інакшості». Але ми повинні розуміти, що сліпа чи сліпоглухоніма дитина – це нормальна дитина. Проблема серед людей полягає у відсутності прийняття, рівності та поваги до людей з обмеженими можливостями, в даному випадку до людей з вадами зору. Надзвичайно важливо, щоб люди з обмеженими можливостями не відчували себе відкинутими чи відсунутими на другий план у повсякденному житті та повсякденних обов'язках. Важливо, щоб люди з інвалідністю мали однакові права, привілеї та можливості брати участь у соціальному та професійному житті, а також щоб до них ставилися нарівні з людьми без інвалідності.

Ключові слова: самоприйняття, незрячі, ЛФК, діти.

Стаття надійшла до редакції 01.10.2023 р.

Бібліографічний опис статті:

KOWALSKI, D. ., SKALSKI, D. W., TSYHANOVSKA, N., & PAVLYUK, Y. . (2023). SAMOAKCEPTACJA DZIECI NIEWIDOMYCH A TERAPIA RUCHOWA. *Physical Culture and Sport: Scientific Perspective*, (4), 86–93. <https://doi.org/10.31891/pcs.2023.4.11>