

TERESA SOŁTYSIAK

WSP w Bydgoszczy

WARTOŚĆ PRACY JAKO ŚRODKA LECZNICZEGO I WYCHOWAWCZEGO U DZIECI Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU RUCHU

Wstęp

Współczesna cywilizacja niesie za sobą wiele osiągnięć w dziedzinie nauki i techniki, ale przynosi także szereg kalectw; w ostatnich latach mnoży się liczba osób z wszelkiego rodzaju patologiami. Poszukiwanie rozwiązań włączających człowieka poszkodowanego w normalne warunki życia społecznego jest priorytetowym zadaniem usprawniania.

Artykuł zawiera problematykę wartości leczniczych i wychowawczych pracy u dzieci z dysfunkcją narządu ruchu.

1. Rola i znaczenie terapii zajęciowej i ergoterapia w procesie leczenia usprawniającego.

Wartość zajęcia i pracy jako środka leczniczego znana jest już od starożytności. Egipcjanie zalecali gry i pracę jako środek leczniczy dla ludzi psychicznie chorych. Późniejsze losy terapii zajęciowej są dość różne. Obecnie w dobie rozwoju rewalizacji wprowadza się ją w niemal w każdym zakładzie usprawniania.

"Terapia zajęciowa to pewne określone czynności o charakterze zajęć fizycznych i umysłowych, zalecane przez lekarza, a prowadzone przez specjalistów w tej dziedzinie, które mają na celu przywracanie sprawności fizycznej i psychicznej. Jest więc to leczenie za pomocą pracy i zajęcia"¹.

Ogromna gama czynności i zajęć może służyć jako środek leczniczy, stąd też dziedzina terapii zajęciowej jest bardzo szeroka. Cel terapii w odniesieniu do poszczególnych pacjentów jest zawsze określony.

Podstawowe zadania terapii z punktu widzenia potrzeb chorego są

następujące:

1. Usprawnienie fizyczne - jest to dziedzina ściśle połączona z kinezoterapią. Czynności wykonywane w ramach zajęć terapii zajęciowej powinny być przedłużeniem ćwiczeń leczenia ruchem.

Poprzez odpowiednio dobraną pracę i adaptację jej warsztatów można:

- a/ zwiększyć siłę mięśniową,
- b/ zwiększyć ruchowość i zakres ruchu w poszczególnych stawach,
- c/ przygotować do zaprotezowania i nauczyć posługiwać się aparatem ortopedycznym.

2. Usprawnienie psychiczne i społeczne - odpowiednio dobrana praca, dostosowana do zainteresowań pacjenta, prowadzi do łatwiejszej akceptacji kalectwa i nauki brania udziału w nowych warunkach życia.

Dla osób poszkodowanych możliwość wykonania drobnego przedmiotu podnosi wartość własnego ja i otwiera przed nim nieco jaśniejsze przyszłe koleje życiowe. Prowadzone zajęcia odwracają uwagę od schorzenia, przykrych rozmyślań nad przyszłością, a skupiają myślenie wokół czynności, które jednostka wykonuje.

3. Terapia zajęciowa powinna dać pewne wytyczne odnośnie wyboru, jeśli zachodzi konieczność przewznowienia. Dzieciom i młodzieży poszkodowanej, przed którymi stoi wybór zawodu, odpowiednio dobrane zajęcia mogą wskazać możliwości zdobycia zawodu z uwzględnieniem rodzaju i stopnia poszkodowania.

Możliwości człowieka poszkodowanego są ograniczone. W każdej charakterystyce zawodowej wymagany jest nienagany stan zdrowia. Praca w zakładzie pracy chronionej czy spółdzielni inwalidzkiej oddziela człowieka poszkodowanego od środowiska ludzi zdrowych. Należy jednak wierzyć, że kiedyś sytuacja ta się zmieni².

W odpowiednio dobranych i prowadzonych zajęciach winna się przewijać wartość lecznicza, kształcąca i wychowawcza pracy.

Współczesna koncepcja leczenia usprawniającego zakłada, iż formy terapii zajęciowej winny wkraczać możliwie najwcześniej, zaraz po określeniu rozpoznania i rokowania dotyczącego stopnia poszkodowania.

2. Rehabilitacja dzieci z dysfunkcją narządu ruchu

Wyrażenie "dziecko kalekie", "dziecko z dysfunkcją narządu ruchu" - to dziecko dotknięte schorzeniem narządu ruchu, które ogólnie można podzielić na następujące grupy:

1. dysfunkcje pochodzenia mózgowego,
2. dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego,
3. wrodzone zniekształcenia³.

Dziecko z dysfunkcją podlega tym samym prawom biopsychicznym, społecznym i kulturowym, co dziecko zdrowe. Niemniej jednak działalność tych praw zostaje zakłócona schorzeniem narządu ruchu, dającym w większym lub mniejszym stopniu kalectwo, a skutki tego uszkodzenia odbijają się niekorzystnie na niemal wszystkich dziedzinach życia osobistego i społecznego, co z kolei rzutuje na osobowość jednostki uszkodzonej.

Sytuacja dziecka kalekiego uzależniona jest w dużym stopniu od przebiegu procesu chorobowego, a także rozległości uszkodzenia. Kalectwo wywiera silny wpływ na psychikę dziecka. Częste przeżycia stressowe spowodowane są poczuciem zależności od innych, bolesnymi zabiegami, izolacją od domu rodzinnego /zmiany miejsca pobytu/; szpitale, sanatoria, prewentoria, ośrodki rehabilitacji⁴. Stąd też u wielu dzieci można zaobserwować zwiększoną drażliwość, zniechęcenie, rezygnację, częste zmiany nastrojów - od euforii do depresji. Jeśli dziecko długo przebywa poza domem rodzinnym, zagraża mu choroba zwana "hospitalizmem", bądź "chorobą sierocą", a skutki tej choroby w wielu przypadkach są nieodwracalne⁵.

Zasady rehabilitacji dzieci kalekich zostały sformułowane w oparciu o ogólne zasady usprawniania. Wprowadza się także szereg osiągnięć przenoszonych z innych krajów na nasz teren.

Poszerza się również zakres oddziaływań - usprawnienia w oparciu o wnikliwe badania dające pozytywne rezultaty w procesie rewalidacji dzieci uszkodzonych. Istotnym zagadnieniem w procesie rewalidacji dziecka kalekiego jest nauka samodzielnego radzenia sobie w środowisku ludzi w pełni sprawnych.

3. Problematyka badawcza

W prowadzonych badaniach chodziło o określenie klimatu dla wychowania dla pracy i przez pracę w środowisku dziecka kalekiego, a więc: w domu rodzinnym, w środowisku szkolnym, w zakładzie usprawniania, oraz ukazanie wartości leczniczych i wychowawczych pracy w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym.

Odpowiednie badania empiryczne prowadzono w okresie od 16 października 1979 roku do 30 maja 1980 roku na terenie Dziecięcego Szpitala Uzdrawiskowego Nr 3 w Ciechocinku. Badaniem objęto 100 - osobową grupę, w tym 40 chłopców i 60 dziewcząt w wieku od 8 do 12 lat z następującymi schodzeniami:

- wczesne mózgowo porażenie dziecięce	35 osób
- zwichnięcia i porażenia stawów barkowych	15 osób
- rozszczepy kręgosłupa	5 osób
- zwichnięcia stawów biodrowych	15 osób
- skrzywienia kręgosłupa II i III stopnia	20 osób
- zaniki mięśni	4 osoby
- urazowość powypadkowa	6 osób

Dzieci te kierowane są na leczenie przez Wojewódzkie Ośrodki Rehabilitacji. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że to samo schorzenie daje zupełnie inne zaburzenia, zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej, a także społecznej. Stąd też wszelkie wzmaganie terapii zajęciowej należy indywidualizować i dostosowywać do możliwości psychofizycznych jednostki.

Przeprowadzenie badań w takiej płaszczyźnie jest znacznie trudniejsze.

4. Metody badań

Spośród zróżnicowanego zestawu metod, technik i narzędzi badawczych, proponowanych przez literaturę z zakresu metodologii, zostały wybrane te, które spełniają następujące warunki:⁶

- najbardziej odpowiadają specyfice podjętego problemu,
- pozwalają na ustalenie jak najwięcej informacji o szczególnym znaczeniu dla problemu badanego,
- dają możliwości stosowania porównań, uogólnień,
- stwarzają skład względnie zwarty i wzajemnie dopełniają się.

Zastosowane w badaniach metody, techniki i narzędzia:⁷

1. Metoda obserwacyjna, w tym:
 - a/ obserwacja innych form usprawniania /kinezyterapii, balneologii, fizykoterapii/,
 - b/ obserwacja pracy dzieci w ramach zajęć terapii zajęciowej jako szczególnej formy usprawniania,
 - c/ obserwacja osób zajmujących się procesem usprawniania ich stosunku do poszkodowanego.
2. Badania opinii ze szczególnym uwzględnieniem wywiadu
 - a/ wywiad z dziećmi poszkodowanymi na początku i na końcu turnusu,
 - b/ przeprowadzona ankieta wśród dzieci objętych badaniami.
3. Analiza dokumentacji
5. Wyniki badań

Za punkt wyjścia w prowadzeniu badań wzięto samodzielność wykonywania czynności życia codziennego, jako wstępny aspekt wychowania przez pracę i uspołecznienia jednostki poszkodowanej, chociaż są autorzy traktujący tę tezę jako dyskusyjną. Czynności samoobsługowe są ważnym elementem z punktu widzenia usprawniania fizycznego. Nauka ich odbywa się w okresie przedszkolnym. Biorąc pod uwagę fakt, iż są to dzieci poszkodowane fizycznie, w badanej grupie wiekowej odgrywają niemniej ważną rolę. Oto szczegółowa charakterystyka.

Tabela 1.

Czynności samoobsługowe

Rodzaj czynności samoobsługi	Sam wykonuje	Wykonuje z pomocą innych	Nie wykonuje sam	Nauczył się w czasie pobytu w sanatorium
N=100	L,badanych	L,badanych	L,badanych	L,badanych
Mycie	82	5	8	5
Czesanie	90	2	4	4
Ubieranie	84	6	5	5
Spożywanie posiłków	92	4	1	5

Na szczególną uwagę zasługuje ostatnia rubryka tabeli. Są to wyniki wzmożeń usprawniania uzyskane w czasie pobytu w sanatorium. Trudno mówić o rewalidacji jednostki poszkodowanej, jeśli nie jest ona w stanie samodzielnie wykonywać czynności życia codziennego. Opanowanie czynności życia codziennego przez człowieka poszkodowanego jest preludium do nauki dalszej samodzielności. Jednocześnie zmniejsza się barierę oddzielającą człowieka poszkodowanego od ludzi zdrowych.

Kolejnym etapem badań było określenie klimatu wychowania przez pracę dzieci z dysfunkcją narządu ruchu.

Ogólnie, klimat wychowania przez pracę można określić jako zespół poczynań rodziców, wychowawców i nauczycieli, doprowadzających dziecko do wiedzy o pracy ludzkiej, aktywizujących i wdrażających do wykonania pracy, kształtowania szacunku do pracy ludzkiej, co w efekcie wpływa na pozytywną motywację do pracy.

Kreśląc obraz klimatu wychowania przez pracę i do pracy, badania skupiono wokół następujących problemów:

- a/ stan wiedzy na temat pracy ludzkiej,
- b/ rodzaj i zakres prac wykonywanych przez dziecko w domu,
- c/ uczestnictwo w pracach społecznie użytecznych na rzecz szkoły i środowiska,
- d/ systemowa działalność sanatoryjna w dziedzinie wychowania przez pracę.

Zapewne zespół wymienionych problemów nie w pełni odzwierciedla klimat wychowania przez pracę i do pracy, niemniej jednak rzuca światło na określone zagadnienie, luki w tworzeniu prawidłowego klimatu, które w wychowawczej działalności sanatoryjnej należy zlikwidować.

Z wyników przeprowadzonych badań można stwierdzić, że stan wiedzy o pracy ludzkiej nie budzi poważnych zastrzeżeń i najprawdopodobniej w dużym stopniu nie odbiega od zakresu wiedzy na ten temat u dzieci zdrowych.

Na szczególną uwagę z punktu widzenia usprawniania zasługują prace wykonywane przez dzieci w domu rodzinnym. Szczególnie ważnym zagadnieniem jest tworzenie sytuacji wychowawczych przez rodziców wdrażających dziecko do pracy. Sporządzenie listy prac, które dziecko mogłoby wykonywać w swoim domu rodzinnym, stanowi niebagatelną trudność, gdyż zakres i rodzaj prac uzależniony jest

od środowiska, w którym dziecko mieszka, stopnia mechanizacji prac domowych, jak również standardu życia rodziców.

Zdaniem Z. Wiatrowskiego zakres prac wykonywanych w domu kształtuje się następująco: "Utrzymanie porządku w określonych pomieszczeniach, opieka nad zwierzętami domowymi, opieka nad kwiatami, dokonywanie zakupów, a nawet praca na działce i w polu. W miarę dorastania dziecko jest włączane do prac znacznie trudniejszych, wymagających większego wysiłku fizycznego i psychicznego"⁸. Zakres tych prac można by rozszerzyć o takie czynności, jak: wykonywanie drobnych przepierek, nauka szycia /przyszywanie guzików, cerowanie, pomoc w sporządzaniu posiłków, nakrywanie do stołu, nauka obsługi sprzętu domowego itp..

Jest to zakres prac, którego lista nie jest zamknięta, dotyczy w głównej mierze dzieci w pełni sprawnych. Zlecenie prac dzieciom poszkodowanym jest szczególnie ważnym zadaniem z punktu widzenia usprawniania w aspekcie oceny własnego ja przez dziecko. Rodzaj wykonywanych prac w domu rodzinnym przedstawia tabela.

Tabela 2.

Rodzaj wykonywanych prac w domu rodzinnym

Rodzaj prac	Liczba badanych
Sprzątanie	46
Robienie zakupów	10
Opieka nad rodzeństwem	5
Prace w gospodarstwie rolnym	13
Nie wykonuje	26
Razem	100

Należy stwierdzić, iż stosunkowo mało dzieci wykonuje prace w domu. Niektóre wypowiedzi dzieci rzucają światło na interpretację zagadnienia: /J.D. lat 11/: "Nieraz mama każe mi obrać ziemniaki, ale zaraz się denerwuje i zaczyna to robić sama". /K.T., lat 12/: "Gdy wyciągam odkurzacz, zaraz jestem niezdarą i rodzice nie pozwalają mi". /T.M., lat 10/: "Nigdy rodzice nie kazali mi nic robić, mamy pomoc domową".

Z przytoczonych wypowiedzi można wnioskować, iż rodzice izolują swoje dziecko przed pracą z dwóch zasadniczych względów:

- gorsza sprawność powoduje mniej dokładne i bardziej powolne wykonywanie czynności, stąd zniecierpliwieni i zaganiani rodzice wolą wyręczyć dziecko,

- stwarzanie wręcz "cieplarnianych warunków" dziecku kalekiemu z tego względu, że jest już ono skrzywdzone przez los.

Taka izolacja prowadzi do wtórnego kalectwa społecznego, braku zaradności i samodzielności. Najbardziej prawidłowy klimat dla wychowania przez pracę jest w rodzinach wiejskich.

Z wyników badań dotyczących klimatu wychowania przez pracę w środowisku szkolnym należy stwierdzić, że większa liczba dzieci uczestniczy w pracach społecznie użytecznych na rzecz szkoły i środowiska. Stanowi to dodatkowy plus w aspekcie usprawniającym i przyczynia się do likwidowania negatywnych reakcji na inwalidztwo.

Praca dydaktyczno - wychowawcza na terenie sanatorium w dużej mierze, we wszystkich dziedzinach działalności wychowawczej, opiera się na stanie wiedzy, umiejętności i nawyków przywiezionych ze swego środowiska. Oddziaływania wychowawcze zamykają się w kręgu realizacji celów cząstkowych. W całości pracy z dzieckiem kalekim chodzi o usprawnianie go we wszystkich płaszczyznach na miarę możliwości, a jednocześnie należy tworzyć sytuacje wychowawcze tak, by dziecko czuło się potrzebne, wierzyło w swoje siły. Pobyt w sanatorium winien przyczyniać się do integracji dziecka poszkodowanego ze środowiskiem ludzi zdrowych.

Mówiąc o wychowaniu przez pracę w środowisku sanatoryjnym, należy stwierdzić, iż jest ona stosowana jako forma ergoterapii, dostosowana do możliwości psychofizycznych dziecka, mająca na celu usprawnienie dziecka z odpowiednio połączonymi walorami wychowawczymi. Zakres i rodzaj wykonywanych prac przez dzieci w czasie pobytu w sanatorium obrazuje tabela 3.

Z tabeli tej wynika, iż większość prac jest przedłużeniem czynności samoobsługowych. Nie wszystkie dzieci brały również udział w zorganizowanych pracach. Najczęstsze przyczyny to:

- choroby i związany z tym pobyt w izolatce,
 - wyjazdy po zaopatrzeniu ortopedyczne,
 - badania przez lekarzy specjalistów, przyjeżdżających na konsultacje.
- Niektóre prace były zlecane doraźnie i nie są ujęte w tabeli, np. udział w malowaniu huśtawek, karuzeli, przygotowanie boiska do gry w siatkę

kówkę, pomoc w nakrywaniu do stołów i sprzątaniu. W pracach tych uczestniczyło przeciętnie 30 % badanych.

Tabela 3.

Rodzaj prac wykonywanych w czasie pobytu w sanatorium

Rodzaj pracy	Liczba uczestniczących osób	Ranga
Porządkowanie sypialni i świetlic, ich dekoracja	88	1
Porządkowanie terenu sanatoryjnego	80	2
Praca na działce sanatoryjnej	78	3
Pomoc dzieciom młodszym i bardziej uszkodzonym	73	4
Praca w bibliotece sanatoryjnej	20	7
Praca w samorządzie	15	8
Drobne przepierki	52	5
Organizacja rozrywek kulturalno-oświatowych	40	6

Tabela 4.

Ocena prac przez dzieci w czasie pobytu w sanatorium

Odniesione korzyści	Liczba badanych	Ranga
Nauka większej samodzielności	70	2
Szacunek do pracy fizycznej	60	4
Poprawa sprawności fizycznej	65	3
Punkty do nagradzania wychowawczego	16	5
Zadowolenie wewnętrzne /ja też potrafię to zrobić/	75	1
Brak odpowiedzialności	5	6

Z danych wynika, że prace wykonywane w czasie pobytu w sanatorium są źródłem przede wszystkim satysfakcji wewnętrznej /ja też potrafię to zrobić / ranga 1/, z kolei wpływają na wzrost samodzielności /ranga 2/, poprawienie sprawności /ranga 3/, kształtują szacunek

do pracy fizycznej /ranga 4/, przyczyniają się do wzrostu ilości punktów do nagradzania /ranga 5/.

Należy stwierdzić, iż nastawienie dzieci poszkodowanych do pracy jest pozytywne, trzeba tylko stworzyć odpowiednie warunki, nie zrażać się początkowymi trudnościami i widzieć wszelkie zmagania dziecka. Praca nie tylko wpływa na usprawnienie fizyczne, ale w dużej mierze także psychiczne i społeczne.

Szczególna rola terapii zajęciowej w procesie usprawniania

Zadaniem osób zajmujących się terapią zajęciową jest łączenie form terapii leczniczej, w których się winny przejawiać aspekty wychowania przez pracę.

Szeroki wachlarz zajęć może służyć jako środek leczniczy w terapii zajęciowej i ergoterapii. Stosowane formy to: zabawkarstwo, koronkarstwo, zdobnictwo wnętrza, prace w drewnie, w skórze, tkactwo, metaloplastyka, modelarstwo itp. Dobór techniki pracy uzależniony jest od rodzaju schorzenia, zainteresowań pacjenta. Prace w ramach terapii zajęciowej mają na celu rozćwiczenie kończyn górnych, poprawienie kondycji ogólnej, szybkości i zorności ruchu, zmniejszenie przykurczy w stawach, wzrost siły mięśniowej.

Ze względu na brak odpowiednich stanowisk pracy, mających na celu rozćwiczenia kończyn dolnych, zajęcia, które uzupełniają te braki, organizowane są w ramach zajęć choreoterapii.

Należy stwierdzić, że dzieci niechętnie uczestniczą w zajęciach na początku turnusu, Sytuacja zmienia się już w połowie turnusu. Na taki stan rzeczy wpływają:

- odmiennosc zajęć,
- stosunek terapeuty do małych kuracjuszy,
- zainteresowanie dziecka formą zajęć,
- pozytywna ocena początkowych wzmagań dziecka.

Nauka nawet najprostszych technik musi łączyć się z ukazaniem ich pożyteczności i oceną. Nic tak nie cieszy dziecka poszkodowanego, jak pozytywna ocena jego wymagań. Ocenę zajęć terapii zajęciowej przez dzieci przedstawia tabela 5.

Z tabeli tej wynika ważny cel rehabilitacji w płaszczyźnie usprawniania psychicznego. Najwięcej badanych uwierzyło w swoje

Tabela 5.
Ocena zajęć terapii zajęciowej

Rodzaj oceny	Liczba badanych w %	Ranga
Umiem robić to, czego nie umieją moi koledzy	40	7
Mogłem podarować upominek rodzicom	70	5
Nauczyłem postugiwać się narzędziami	60	6
Będą mi koledzy zazdrościć	75	4
Zajęcia skracają czas pobytu	80	3
Jestem bardziej sprawny	82	2
Zacząłem wierzyć, że ja też coś potrafię	86	1

możliwości /ranga 1/, jestem bardziej sprawny /ranga 2/, ocena ta ściśle łączy się z usprawnieniem fizycznym, zajęcia skracają czas pobytu w sanatorium /ranga 3/ - nic tak nie męczy dziecka poszkodowanego jak nuda i bezczynność.

Koleżanki /koledzy/ będą mi zazdrościć, że ja to umiem zrobić /ranga 4/ dziecku zależy na ocenie środowiska, pozytywnej ocenie jego wartości.

Należy stwierdzić, że w ocenie terapii zajęciowej wypowiedzi badanych oscylują wokół wiary w siebie i możliwości swoich osiągnięć. Nic w takim stopniu nie zwiększa wartości człowieka poszkodowanego, jak możliwość ukazania, że on też potrafi czegoś dokonać, pomimo zaburzonej sprawności.

Z uwagi na ograniczoność artykułu wiele przeprowadzonych badań zostało pominiętych, co zapewne zuboża i upraszcza problem. Niemniej jednak z przytoczonych już nawet badań wynika, iż w procesie usprawniania jednostki poszkodowanej istotna rola przypada leczeniu i wychowaniu przez pracę oraz dążeniu do likwidacji poczucia nieegalitarności.

PRZYPISY

- ¹K. Milanowska, Terapia zajęciowa, Warszawa 1976, s. 11-76
- ²W. Dega, Ortopedia i rehabilitacja, Warszawa 1969, s. 26
- ³A. Hulek /red./, Pedagogika rewalidacyjna, Warszawa 1977
s. 220-250
- ⁴A. Hulek, Wstęp do rehabilitacji inwalidów w PRL Warszawa 1976,
s. 29
- ⁵O. Lipkowski, Pedagogika specjalna, Warszawa 1977, s. 115-122
- ⁶M. Łobocki, Metody badań pedagogicznych, Warszawa 1978, s. 74-115
- ⁷Z. Wiatrowski, Powodzenia i niepowodzenia szkolne pracujących,
Warszawa 1975, s. 56 i dalsze
- ⁸Z. Wiatrowski, Pedagogika pracy w zarysie, Bydgoszcz 1980, s. 70
i dalsze

VALUE OF WORK THERAPEUTIC AND EDUCATIONAL WITH CHILDREN
WITH DYSFUNCTION OF LOCOMOTIVE ORGANS

Summary

The article contains problems concerning therapeutic and educational values of work with children with dysfunction of locomotive organs.

On the light of carried out considerations and analysis of the results of investigations the following statements can be deduced. In the process of adjusting children with dysfunction of locomotive organs work and all kinds of activities are of fundamental weight. Possibilities of fundamant through work should be considered in three aspects: physical, psychical and social. These aspects intermingle and complement one another and only simultaneoss revalidating actions can give proper results of adjusting a defective person.

A very destructive phenomenon from both the point of view of adjustment and education throug work is an isolation of a defective child and protecting him from work and other activities.