



Poradnik

dla rodziców

na temat rozwoju psychomotorycznego dziecka

Oferta metod terapeutycznych i rehabilitacyjnych jest niezwykle bogata. Od wielości nazw, koncepcji, środków, wskazań i przeciwwskazań może się zakręcić w głowie. Nawet najlepszy i najbardziej żądny nowej wiedzy terapeuta nie jest w stanie poznać ich wszystkich, a cóż dopiero mówić o rodzicach, bombardowanych obco brzmiącymi nazwiskami, fachową terminologią i nie zawsze zrozumiałymi informacjami. Wiedza czerpana z najbardziej dziś powszechnego źródła, czyli Internetu jest zwykle fragmentaryczna, a kompetencje i bezstronność autorów notek czy osób uczestniczących w dyskusji na internetowym forum mogą niekiedy budzić wątpliwości. Wyboru najbardziej odpowiedniej metody terapeutycznej nie ułatwia fakt, że wiele koncepcji opiera się na różniących się założeniach, a niektóre z nich wręcz się wykluczają. W takiej sytuacji szczególną wartość mają wypowiedzi praktyków, na co dzień stosujących różne metody fizjoterapeutyczne. Pochodzący z Ekwadoru fizjoterapeuta Fernando Peñafel Maldonado opowiada o koncepcji Castillo Morales® – terapii ustnowarzewowej, wyrosłej z bliskich mu kulturowo korzeni, stosowanej w Polsce głównie przez logopedów. Również z punktu widzenia praktyka przedstawia stosowaną przez siebie metodę pedagogiczną – Ruch Rozwijający Weroniki Sherborne – Katarzyna Szczepanowska, nauczycielka wychowania przedszkolnego i terapeutka pedagogiczna. Krystyna Pabian doradza natomiast, czym kierować się wybierając kosmetyki dla dzieci. W obliczu półek uginających się pod barwnymi słoiczkami, buteleczkami i pudełkami z pewnością przyda się kilka praktycznych rad, które pomogą poruszać się w gąszczu ofert.

Dr n. med. Anna Sokół-Ossowicz, nefrolog i pediatra, przybliży problem dotyczący wielu dzieci: infekcje układu moczowego. Między

innymi ze względu na nawracający charakter schorzenie to budzi uzasadniony niepokój rodziców. Dr Sokół-Ossowicz objaśnia mechanizm jego powstawania, parametry i specyfikę badań, udziela także kilku praktycznych rad.

Pobyty w szpitalu jest dla dziecka trudnym doświadczeniem: dziecko nie rozumie choroby, procedur medycznych, cierpi z powodu rozstania z rodzicami. Psycholog Hanna Darian podpowiada, jak zmniejszyć niepokój i napięcie związane z hospitalizacją, posługując się na przykład bajką terapeutyczną.

Powszechnie wiadomo, że pomoc innym sprzyja samorealizacji i samorozwojowi. Szczególnej satysfakcji może zaś dostarczyć pomoc dzieciom z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Cel ten realizuje opisane w dziale Aktualności, utworzone przez Fundację „Promyk Słońca” Centrum Wolontariatu. Przeszkoleni przez nas Wolontariusze pomagają rodzinom niepełnosprawnych dzieci w codziennych sprawach: pomagają odrabiać lekcje, wychodzą na spacer, towarzyszą w drodze na rehabilitację, odciążają rodziców w czynnościach pielęgnacyjnych.

W dziale informacyjnym Biuletynu prezentujemy projekty i przedsięwzięcia realizowane przez Fundację „Promyk Słońca”, między innymi: ogólnopolską kampanię na rzecz rodzin dzieci z niepełnosprawnością „Na jednym wózku” pod honorowym patronatem Małżonki Prezydenta RP, pani Anny Komorowskiej, Pierwsze Dolnośląskie Zawody Pływackie, realizowany w partnerstwie z trzema innymi organizacjami pozarządowymi projekt „Sprawni w pracy” – trwające ponad dwa lata działania zmierzające do aktywizacji osób niepełnosprawnych.

Miłej lektury!
Zespół redakcyjny

Moje dziedzictwo – niecodzienny atut w zawodzie terapeuty

Fernando Peñafiel Maldonado
fizjoterapeuta

Koncepcja Castillo Morales® jest całościową metodą neurorozwojową, stosowaną przy sensomotorycznych i neurofizjologicznych zaburzeniach w obszarze całego ciała.

Rehabilitacją dzieci z problemami psychologicznymi zajmuję się od 19 lat. Jestem certyfikowanym fizjoterapeutą metody Vojty i Koncepcji Castillo Morales®. Pochodzę z kraju, który dla wielu Polaków jest odległym światem – Ekwadoru. W moich żyłach płynie krew rdzennych mieszkańców Ameryki Południowej. Przyjechałem do Polski na studia, by tu zdobyć wiedzę i umiejętności.

Podczas mojej kariery zawodowej, szkoląc się na różnych kursach w latach 1994-2001, słyszałem o Koncepcji Castillo Morales®. Ta nazwa niezwykle mnie intrygowała. Usłyszałem, że tą metodą posługują się tylko logopedzi, ponieważ w ten sposób została rozpowszechniona w Polsce. Dowiedziałem się, iż niekoniecznie jest to zgodne z jej założeniami. Od tego czasu pragnąłem ukończyć kurs terapeutyczny Koncepcji Castillo Morales®. Stało się to 14 maja 2012 roku. Mogę powiedzieć, że „trafiłem w dziesiątkę”. Znalazłem się w bliskiej mi kulturze, sposobie życia i współżycia z otoczeniem i z naturą, w pokorze dla niej i innych ludzi. Moje korzenie sprawiły, iż podstawy Koncepcji Castillo Morales® są dla mnie oczywiste.



Koncepcja Rodolfa Castillo Morales® bazuje na antropologicznych podstawach zwyczajów i życia codziennego rdzennych kultur Ameryki Łacińskiej, a dokładnie Argentyny, Wenezueli, Ekwadoru, Boliwii i Peru. Charakteryzują się one humanistycznym podejściem do kontaktu cielesnego jako podstawy w wychowaniu dzieci w ich wczesnych latach.

Moja matka, babcia i prababka wychowywały mnie zgodnie z filozofią życia narodów Ameryki Południowej. Jako że jestem najstarszy z czworga rodzeństwa, w krótkim czasie zacząłem pomagać rodzicom w opiece nad dwójką braci oraz siostrą. Kiedy sam zostałem ojcem dwóch synów, także czerpałem z wiedzy i doświadczenia moich przodków.

W naszej kulturze używanie przyborów, artykułów dziecięcych niezbędnych do wychowania małych dzieci jest rzeczą drugorzędną. Najważniejsze jest ciało matki jako element pośredniczący w nauce i ewolucji jego rozwoju neurologicznego. Nacisk kładzie się na czynniki, które



są częścią podstawy zastosowania terapeutycznego w Koncepcji Castillo Morales® – gdzie źródłem wiedzy jest samo życie. Nie powinniśmy się od niego oddalać, lecz do niego zbliżać.

Prowadzenie terapii według Koncepcji Castillo Morales® jest ściśle związane przede wszystkim z:

1. **komunikacją** w zakresie dziecko-matka, dziecko-otoczenie. To dziecko daje nam sygnały zadowolenia lub niezadowolenia, a my musimy się do tych sygnałów dostosować:
 - jeżeli dziecko wykazuje niezadowolenie, staramy się je uspokoić. W koncepcji Castillo Morales® działanie to nosi nazwę ciszy motorycznej,
 - jeżeli dziecko śmieje się, jest zadowolone, wykorzystujemy ten stan do odpowiedniego ułożenia go i próbujemy stosować odpowiednią terapię.
2. **kontaktem cielesnym**; w tej koncepcji bardzo ważny jest bezpośredni kontakt ciała matki z dzieckiem w codziennym życiu, a w terapii szczególnie. Kontakt ten dodaje dziecku pewności siebie. Czuje się ono chronione w sposób naturalny niczym pod-

czas życia płodowego. Ma to duży wpływ na rozwój sensomotoryczny dziecka.

- podczas terapii według tej koncepcji staramy się, by matka przyjęła odpowiednią pozycję (leżącą lub siedzącą, blisko ziemi) tak, by mogła trzymać dziecko blisko ciała.
 - jeżeli terapeucie uda się uzyskać zaufanie dziecka, to, przyjmując odpowiednią pozycję blisko ziemi, trzyma dziecko na swoim ciele. Nigdy sami nie bierzemy dziecka, nie wrywamy dziecka z rąk matki.
3. **dotykiem**, stosowanym w ramach terapii na ciele dziecka. Traktujemy ciało z szacunkiem oraz pokorą, jako „małą masę” składającą się z mięśni, kości, różnych układów, pamiętając, że ciało to należy do osoby myślącej. Działamy delikatnie, komunikując się z dzieckiem – mówiąc, śpiewając, a nawet gwizdząc. Formujemy, kształtujemy to ciało naszymi rękami. Liczy się instynkt, intuicja oparta na życiowej wiedzy. Na drugim miejscu znajduje się stosowanie odpowiednich chwytów technicznych, opartych na wiedzy neurorozwojowej, takich, jakie są stosowane w nowoczesnej kulturze. Indianie Ameryki Południowej stosują to na co dzień wobec swoich dzieci, nie mając pojęcia o wiedzy neurorozwojowej dziecka. W koncepcji nazywamy to modelowaniem.
 4. **Pachamama – Matką Ziemią**. Koncepcja Castillo Morales® wykorzystuje kontakt z otoczeniem, z naturą, kulturą narodów Ameryki Południowej. Za jej podstawę



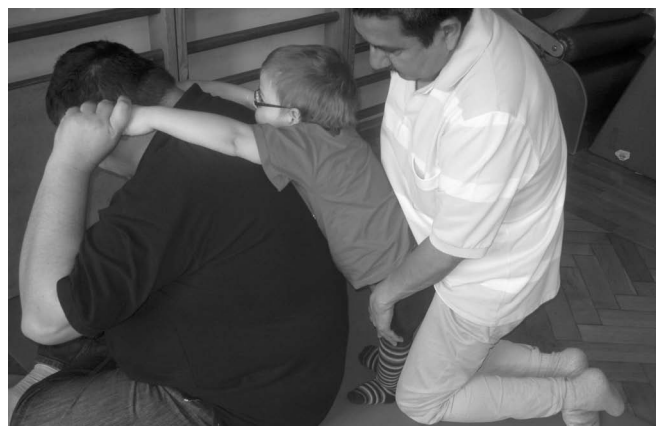


uważa się bezpośredni kontakt z otaczającym środowiskiem naturalnym – Matką Ziemią, która zapewnia wszystkim istotom niezbędne środki do życia (energię, żywność, wodę czy ogień). Podczas terapii w tej koncepcji wykorzystujemy podłoże – ziemię. Dziecko podczas terapii przylega do ciała matki lub terapeuty, który leży lub siada na ziemi i jest również odbiorcą tego, co ziemia przekazuje. Natomiast jeśli dziecko jest starsze i może utrzymać bezpośredni kontakt z podłożem, podpierając się na rękach, stopach lub pośladkach – wpłynie to pozytywnie na prowadzoną terapię. Nazywamy to dystalnymi punktami podporu.

Koncepcja Castillo Morales® jest metodą całościową, neurorozwojową, stosowaną przy sensomotorycznych i neurofizjologicznych zaburzeniach w obszarze całego ciała. Regulacja nieprawidłowego napięcia mięśniowego wpływa na oddychanie, połykanie, ssanie, żucie, artykulację.

Koncepcja Castillo Morales® obejmuje:

- neuromotoryczną terapię rozwojową,
- ustno-twarzową terapię regulacyjną, ze



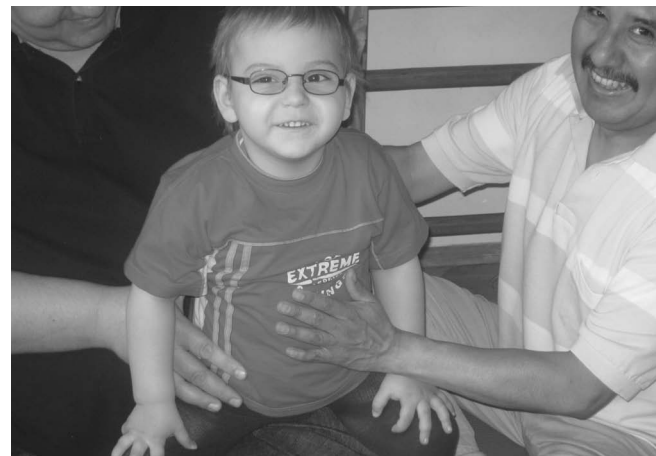
szczególnym wskazaniem do leczenia zaburzeń funkcji ssania, żucia, połykania i mowy,

- wspomaganie leczenia kompleksu ustno-twarzowego płytkami podniebiennymi.

Celem tej metody jest:

- wspomaganie procesu leczenia oraz stworzenia optymalnych warunków dla właściwego rozwoju psychoruchowego, emocjonalnego oraz społecznego dzieci,
- ograniczenie wpływu na rozwój dziecka nieprawidłowych doświadczeń sensomotorycznych w celu uniknięcia lub ograniczenia rozwoju patologicznych lub nieprawidłowych wzorców postawy, ruchu i zachowania w przyszłości.

Metoda Castillo Morales® oparta jest na koncepcji integracji sensorycznej, czyli organizacji wszystkich zmysłów do użytku w życiu codziennym, w wyniku zmieniających się wymagań otoczenia. Koncepcja Castillo Morales® utwierdziła mnie w tym, że trzeba być pokornym wobec otoczenia, cierpliwym wobec oczekiwań terapeutycznych oraz być dobrym słuchaczem podczas terapii. Jako fizjoterapeuta zajmujący się rehabilitacją neuro-





rozwojową zachęcam innych fizjoterapeutów do prowadzenia terapii według Koncepcji Castillo Morales®, a lekarzy namawiam do kierowania dzieci na tę terapię. W tej koncepcji terapia ma silny związek z otoczeniem dziecka i jego rodziny – rodzina jest doceniona i bierze czynny udział w planowaniu terapii. W procesie terapeutycznym pod uwagę brane są również wierzenia oraz zwyczaje. Terapeuta, mając na uwadze przeszłość antropologiczną, widzi przed sobą drogę, którą trzeba przebyć, by re-edukować (rehabilitować) pacjenta.

Nie można oddzielić Koncepcji Castillo Morales® od osoby samego doktora, ponieważ ujmuje ona życie w sposób, w jaki robili to jego i moi przodkowie, oraz tak, jak to robią mieszkańcy Ameryki Południowej po dziś dzień.

W jakim wieku może być stosowana koncepcja Castillo Morales®?

Koncepcja Castillo Morales® jest stosowana u dzieci i dorosłych. Warto ją wprowadzić zgodnie z założeniami w pierwszym roku życia, gdyż znaczna plastyczność mózgu oraz fa-



zowość rozwoju sensorycznego pozwalają na skuteczną kompensację deficytów i nie pozwalają na wytworzenie błędnych wzorców.

Czy metoda może być stosowana jako terapia wspomagająca? Czy może być samodzielną metodą przy zaburzeniach?

Koncepcja Castillo Morales® jest metodą neurofizjologiczną, jako neuromotoryczna terapia rozwojowa może być stosowana jako jedyna metoda w terapii albo jako wspomagająca inne formy terapeutyczne. Dlatego stosuje się ją głównie przy zaburzeniach napięcia mięśniowego, szczególnie hipotonii (obniżone napięcie mięśniowe); przy hipertonii (podwyższone napięcie mięśniowe) jest mniej skuteczna.

Czy Koncepcja Castillo Morales® może być zastosowana jako wspomaganie prawidłowego rozwoju u zdrowych dzieci?

Koncepcja Castillo Morales® może być z powodzeniem stosowana jako wspomaganie rozwoju zdrowych dzieci, ponieważ:

- stwarza optymalne warunki dla właściwego rozwoju psychoruchowego, emocjonalnego oraz społecznego dziecka,
- jest oparta na organizacji wszystkich zmysłów współdziałających w życiu codziennym w wyniku zmieniających się wymagań otoczenia.

W terapii należy uwzględnić wiele aspektów, między innymi:

- ułożenie mające na uwadze dystalne punkty podporu,
- masaż „modelowanie” z naciskiem na wibracje,
- ćwiczenia uaktywniające łańcuchy mięśniowe poprzez wykonywanie wibracji z odpowiednich stref motorycznych z zachowaniem odpowiedniego kierunku dla danej strefy.

Zdjęcia w artykule pochodzą z archiwum autora

Skąd u dzieci biorą się bakterie?

dr n. med. Anna Sokół-Ossowicz
specjalista nefrolog – pediatra

Gdy dziecko nie przybiera na wadze, nie ma apetytu, niespokojnie śpi, podkurcza nóżki, płacze przy oddawaniu moczu, miewa niewyjaśnione stany podgorączkowe lub gorączkowe, zawsze niepokoi to jego rodziców, którzy zaczynają szukać pomocy – najczęściej u swoich rodziców, rodzeństwa, przyjaciół i znajomych i, oczywiście, u lekarza pediatry.

Gdy lekarz zbada dziecko i zaleci wykonanie badań, wśród nich zwykle znajdują się także zlecenia na badanie ogólne moczu, posiew moczu, a czasami USG brzucha.

Jeśli wyniki badań wykażą nieprawidłowości, zależnie od ich rodzaju i nasilenia lekarz stawia wstępne lub ostateczne rozpoznanie choroby i podejmuje decyzję o leczeniu.

Jeśli lekarz rozpozna zakażenie układu moczowego, zastosuje leczenie i zleci kontrolne badania moczu po leczeniu.

Jeśli mimo leczenia złe wyniki badań moczu powtarzają się (objawy kliniczne choroby nie zawsze występują lub mają zmienny charakter), dziecko kierowane jest do specjalisty od schorzeń układu moczowego, potocznie mówiąc, chorób nerek, czyli do nefrologa.

Czy choroba to tylko złe wyniki badań?

Choroba to oczywiście nie tylko złe wyniki badań, choć w wypadku zakażenia dróg moczowych mają one znaczącą rolę w podejmowaniu decyzji o leczeniu. Tę samą chorobę, na przykład zakażenie układu moczowego, u każdego pacjenta leczy się inaczej i u każdego przebiega ona inaczej. Inne są także sygnalizujące ją symptomy. Często rodzice zwracają uwagę na to, że gdy zaczyna się infekcja dróg moczowych u ich dziecka, traci ono apetyt, nie chce jeść niektórych potraw, zaczyna niespokojnie spać lub przybiera specyficzną pozycję w czasie spania. Może też być bardziej rozdrażnione lub bardziej senne niż w okresie pełnego zdrowia. Czasami rodzice wyczuwają inny, „nieprzyjemny” zapach moczu. Subtelne



zmiany w zachowaniu dziecka może wychwytać tylko rodzic, który ma czas na jego obserwację. Takie obserwacje czynione są przy przebytych zakażeniach kilkakrotnie, bo zakażenia w drogach moczowych często mają charakter nawracający.

Co to znaczy „złe wyniki badań”? Co to znaczy „nieprawidłowości w wynikach badań”? Dlaczego zakażenia w drogach moczowych nawracają?

Zacznijmy od badania ogólnego moczu – w miarę możliwości powinno to być badanie wykonane pod mikroskopem (ocena osadu



moczu przez człowieka), a nie tylko komputerowe. Badanie to zawiera szereg parametrów, które pozwalają ocenić, czy mamy do czynienia z chorobą całego układu moczowego, chorobą nerek, czy tylko pęcherza. Interpretacja wyniku jest uzależniona od wieku dziecka, jego płci, poprzednich lub towarzyszących chorób, czasami od chorób istniejących w rodzinie. Wszystkie parametry tego badania dla nefrologa mają znaczenie i niosą informacje. Dla pacjenta, oprócz dolegliwości, ważną informacją jest: obecność krwinek białych (leukocytów) powyżej 5-6, obecność białka, obecność krwinek czerwonych (erytrocytów) powyżej 3, obecność bakterii – jest to nieprawidłowość wymagająca konsultacji lekarza. Gdy parametry te pojawiają się w dużych ilościach, do lekarza trzeba się udać jak najszybciej. Gdy jest dużo leukocytów i bardzo dużo bakterii, należy wykonać badanie posiewu moczu.

Badanie posiewu moczu należy wykonać również wtedy, gdy wyniki badania ogólnego są prawidłowe, ale dziecko skarży się na dolegliwości przy oddawaniu moczu, bóle brzucha lub stan podgorączkowy albo gorączkowy, a w badaniu przedmiotowym nie stwierdza się nieprawidłowości tłumaczących gorączkę. W badaniu posiewu moczu istotna jest ilość i rodzaj bakte-

rii – tzw. znamienna bakteriuria, czyli taka ilość bakterii, która może być przyczyną zakażenia, to 100 000, ale także 10 000 (u chłopców). Jeśli zakażenie jest spowodowane jedną bakterią, uznajemy, że wynik jest wiarygodny, jeśli szczepów bakterii jest kilka, uznajemy to czasami za zanieczyszczenie.

Jak pobrać mocz na posiew, żeby wynik był wiarygodny?

W naszej poradni nefrologicznej dajemy pacjentom ulotkę z instrukcją, jak prawidłowo pobrać mocz u dziecka – zależnie od wieku. Podobne zasady dotyczą osób dorosłych.

Pobieranie moczu do badania:

- dokładnie umyć okolice krocza – kobiety dookoła sromu od przodu do tyłu, mężczyźni – żołądź pod napletkiem.
- popuścić do muszli klozetowej pierwszą niewielką porcję moczu w celu wypłukania cewki moczowej z bakterii i nabłonków, oddać mocz do specjalnego, kupionego w aptece zamykanego naczynia.

Pobieranie moczu u niemowląt i małych dzieci:

- rozebrać dziecko od pasa w dół w ciepłym pomieszczeniu, najlepiej po karmieniu,
- umyć okolice krocza (jak wyżej),
- podnieść dziecko do góry i masować mięśnie grzbietu wzdłuż kręgosłupa od góry ku dołowi. Z chwilą, gdy dziecko zacznie oddawać mocz, podstawić przygotowany pojemnik. Nie zapomnieć o zasadzie przepuszczenia pierwszej porcji moczu,
- gdy dziecko potrafi samodzielnie oddać mocz do nocniczka, należy umieścić w nocniku pojemnik tak, aby prawie dotykał przedniej ściany nocnika. Pojemnik należy obłożyć ligniną,
- w wypadku pobierania moczu na posiew nocnik należy wyparzyć, a szersze naczynie wygotować i wstawić do niego „posiewówkę” (małe naczynie kupione w aptece z oznaczeniem „jałowe”). Szersze naczynie obłożyć ligniną.

Gdy bakterii jest bardzo dużo – wynik posiewu jest oczywiście zły; jeśli jest w nim ozna-

czonych kilka szczepów – wynik jest nieprawidłowy, to znaczy, że nastąpił jakiś błąd przy pobraniu, transporcie, przechowywaniu lub w laboratorium. Taka sytuacja może się zdarzyć, ponieważ trudno jest wykonać to badanie, zachowując na wszystkich jego etapach jałowość, choć jest to wykonalne. Określenie ilości i jakości bakterii to pierwsza część badania, druga to wykonanie antybiogramu, czyli określenie, jakie leki w leczeniu można lub należy zastosować, aby zniszczyć bakterie.

Próbkę moczu należy dostarczyć do laboratorium w ciągu dwóch godzin od pobrania

Badanie USG jest badaniem opisowym. O nieprawidłowościach już przy jego wykonywaniu powie lekarz. W poradni nefrologicznej od ultrasonografisty oczekujemy, że poda nam wymiary nerek, opíše nieprawidłowości oraz – u starszych dzieci – wykona ocenę zalegania moczu po mikcji, czyli oceni pęcherz i, czasami, nerki przy pełnym pęcherzu, a następnie po oddaniu moczu. Dzieje się to w trakcie tego samego badania, a więc do badania należy przyjść z pełnym (ale nie przepełnionym) pęcherzem.

Pozbycie się bakterii w trakcie jednej kuracji nie jest sprawą prostą. Nawracanie zakażeń w drogach moczowych martwi i frustruje rodziców, niekorzystnie wpływa na rozwój dziecka, niepokoi też lekarza. Nawracające zakażenia dróg moczowych mogą świadczyć o głębszej przyczynie, takiej jak obecność wady anatomicznej lub czynnościowej, niedostatecznej odporności (co jest częste u małych dzieci) i innych.

Drogi moczowe stanowią dla bakterii bardzo sprzyjające środowisko. Fałdy błony śluzowej zapewniają odpowiednią temperaturę i wystarczającą ilość pokarmu, mocz jest dla nich bowiem doskonałą pożywką. W takich warunkach bakterie mogą się rozwijać i namnażać. W konsekwencji przez kolejne miesiące, a nawet lata, mimo leczenia, nawet w sytuacji, gdy lekarz nie stwierdził żadnej wady anatomicznej, zakażenia dróg moczowych mogą wielokrotnie nawracać. Ponieważ u małych dzieci schorzenie

dotyczy całego układu moczowego, od cewki moczowej do nerki, jego zakażenie należy bezwzględnie leczyć. W przeciwnym wypadku może dojść do powstania blizn w nerkach, wyłączenia tych fragmentów nerki z działania, a w niesprzyjających dla pacjenta sytuacjach do niewydolności nerek i konieczności dializoterapii.

Te i inne bakterie

Częstym pytaniem kierowanym do lekarza w poradni nefrologicznej jest: „skąd u mojego dziecka wzięły się te bakterie?”

W okresie okołoporodowym, to znaczy w ostatnim trymestrze ciąży, w okresie samego porodu i we wczesnym okresie noworodkowym dziecko jest narażone na zakażenia. Każdy z nas, także jako płód i noworodek, styka się z florą bakteryjną, która osadza się na skórze i wewnątrz jam ciała. Po urodzeniu nazywa się takie zjawisko kolonizacją noworodka. Każda bakteria może być dla dziecka chorobotwórcza. Istnieje bardzo wiele czynników, które sprzyjają rozwojowi choroby.

Zakażenia mogą być wewnątrzmaciczne (przed urodzeniem dziecka). Drogami, którymi w tym przypadku bakterie docierają do płodu, są: droga krwiopochodna i wstępująca (przez kanał rodny). Jeśli stwierdza się stan zapalny kanału rodnego u matki przed porodem, leczy się matkę (ogólnie lub/i miejscowo); aby uniknąć zakażenia w trakcie porodu, zmienia się drogę porodu (np. zaleca się cięcie cesarskie); po porodzie, w przypadku brudnych wód płodowych, przedwczesnego odejścia wód, sączenia wód przy przedwczesnym pęknięciu błon płodowych można zastosować leczenie noworodka.

Źródłami zakażenia noworodka mogą być: matka, inne noworodki, inne matki i personel oraz sprzęt medyczny. Bakteriami, które najczęściej powodują zakażenia są: *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella*, *Streptococcus beta* hemolizujący, *Streptococcus species*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus epidermidis* i bardzo wiele innych bakterii, nawet tych, które zwykle żyją z człowiekiem „w zgodzie”. Chorobotwórcze mogą być także wirusy, grzyby, pierwotniaki.

Zbiornikami bakterii u noworodka są: nos, kikut pępowiny, pępowina, skóra, czasami pieluszki i stolec. Tak więc już w chwili urodzenia mamy kontakt z szeregiem bakterii. Choroba dziecka rozwija się, ponieważ organizm reaguje inaczej na zakażenie niż dorosły.

U płodu i noworodka złożoność odpowiedzi na zakażenie wiąże się z kilkoma czynnikami:

- długość czasu narażenia na zakażenie w okresie wewnątrzmacicznym, w czasie porodu, po porodzie,
- każdy z czynników (wirusy, bakterie, grzyby, pierwotniaki) w sprzyjających warunkach może być patogenny, tzn. wywołać chorobę,
- objawy zakażenia trudno jest odróżnić, nie są charakterystyczne dla czynników patogennych,
- u noworodków nie występują klasyczne cechy zapalenia.

W okresie rozwoju u płodu i potem noworodkowym odpowiedź na zakażenia może być inna. Jest to związane z szybko zmieniającymi się właściwościami kształtującego się układu odpornościowego. Mechanizmy ochronne płodu i noworodka w przypadku zakażenia mogą być swoiste i nieswoiste. Nieswoiste to: skóra, granulocyty, makrofagi, układ dopełniacza, interferon, properdyna, fibronektyny, łożysko z błonami i płynem owodniowym. Swoiste to: swoiste przeciwciała i odporność za pośrednictwem limfocytów.

Podatność na zakażenia jest odbiciem słabo jeszcze rozwiniętego u noworodka i małego dziecka układu immunologicznego (odpornościowego). Poszczególne immunoglobuliny organizm „zdobywa” w różnych fazach swego rozwoju: immunoglobulinę G otrzymuje od matki po urodzeniu, ale tylko przeciw tym drobnoustrojom, z którymi matka zetknęła się w przeszłości. Poziom tej immunoglobuliny zmniejsza się stopniowo z wiekiem, aby we właściwych ilościach odbudować się w 2.-3. roku życia; immunoglobulina M. jest pozyskiwana w 6.-9. miesiącu życia; immunoglobuliny A, D, E w wieku 6-10 lat.

Zaburzenia funkcjonalne granulocytów u noworodków są odpowiedzialne za podatność noworodków na zakażenia i ich ciężki



przebieg. Tak więc najmłodsze dzieci nie mają możliwości bronić się w pełni przed nadmiarem bakterii, z jakimi się stykają. Nie wyeliminujemy bakterii ze środowiska, zresztą nie ma takiej potrzeby, bez nich nie moglibyśmy bowiem na przykład trawić. Nie przyspieszymy dojrzewania układu odpornościowego naszych dzieci, zaplanowane przez naturę, powolne jego kształtowanie daje w efekcie lepszą obronę w przyszłości. Nie znaczy to, że nie należy zwalczać infekcji. Obecnie mamy do dyspozycji różne metody leczenia, głównie farmakologicznego, a także operacyjnego.

Czy można zabezpieczyć dziecko przed zakażeniami dróg moczowych?

Tak, choć czasem mimo podejmowanych wysiłków nasze działania nie dają spodziewanego efektu, jakim jest permanentne wyliczenie. Zdarzające się nawroty najczęściej są związane z anatomiczną lub czynnościową wadą układu moczowego oraz „fizjologiczną” niedojrzałością odporności humoralnej i komórkowej dziecka. Musimy się z tymi nawrotami liczyć do czasu ustąpienia wad i uzyskania przez dziecko dojrzałości odpornościowej. Do tego czasu należy zakażenia leczyć za każdym razem, gdy się pojawią.

Dziecko w szpitalu

Hanna Darian
psycholog

Rodzic, który opanuje technikę opowiadania bajek terapeutycznych, zdobędzie narzędzie mogące pomóc dziecku radzić sobie w trudnych sytuacjach.

Dla każdego z nas pobyt w szpitalu jest silnym przeżyciem emocjonalnym. Wywołuje napięcie i niepokój. Często odczuwamy stres, który jest związany przede wszystkim z utratą poczucia kontroli. Zaistniałe okoliczności sprawiają, że stajemy się zależni od lekarzy, do których mamy większe lub mniejsze zaufanie. Każdy w lepszy lub gorszy sposób radzi sobie z tym nieprzyjemnym doświadczeniem, zależnie od cech osobowości, czyli tego, jak reagujemy w sytuacjach kryzysowych i jakie wykorzystujemy przy tym mechanizmy obronne, od stanu świadomości, czyli informacji, którą posiadamy na temat lekarza, choroby, prze-

biegu i konsekwencji procesu terapeutycznego oraz osobistych zasobów, a są nimi nasze dotychczasowe doświadczenia, to znaczy poprzednie pobyty w szpitalach, osobiste lub kogoś bliskiego, poprzednie kuracje, zażywanie leków itp.

Świat dziecka, które trafia do szpitala, nagle wygląda zupełnie inaczej. Jest to dla niego nowa sytuacja: nowe otoczenie, nowe procedury, nowy rytm, zupełnie różniący się od dotychczasowego, zazwyczaj poukładanego życia. W otoczeniu nie zawsze wszystko sprzyja, bo trzeba się przyzwyczaić i odnaleźć. Dziecko nie rozumie przebiegu choroby, nie zdaje sobie sprawy z procesu terapii. Obok są zdenerwowani rodzice, którzy swoim zachowaniem jeszcze bardziej utwierdzają dziecko w przekonaniu, że coś jest nie tak. Nie mówiąc już o bolesnych zastrzykach i innych mało przyjemnych zabiegach. Nawet dorośli z trudem to znosi, choć wie, czemu to służy, trudno więc oczekiwać tego od dziecka.

Problemem dziecka w szpitalu jest nie tylko to, że nie rozumie choroby, jej konsekwencji i całego przebiegu terapii, ale przede wszystkim fakt wyrwania go ze środowiska rodzinnego, oddzielenia od rodziców. Dziecko pozostawione w szpitalu bez rodziców jest narażone na silny stres, strach przed separacją, traci poczucie bezpieczeństwa, a konsekwencje takiego stanu nie sprzyjają jego uzdrowieniu.

Jak pomóc dziecku w tej niecodziennej, ciężkiej sytuacji? Jednym ze sposobów wsparcia jest opowiadanie bajek terapeutycznych. Każdy z własnego doświadczenia wie,





że dzieci lubią bajki. Opowiadając różnego rodzaju historyjki i bajeczki stwarzamy dziecku bezpieczną atmosferę. Poświęcamy czas jemu i tylko jemu, dlatego jest ono najbardziej wdzięcznym słuchaczem.

Gdy mamy wdzięcznego słuchacza, przez nasze opowieści możemy „przemycić” różnego rodzaju informacje, niezbędne dziecku do radzenia sobie w nowej sytuacji: co to jest szpital, kto tam pracuje, jaką rolę pełni lekarz, pielęgniarka czy salowa, jakie są leki, jak są podawane, jak działają i czego można się spodziewać po ich zażyciu, jacy pacjenci są w szpitalu i jakie im towarzyszą emocje.

Bajka terapeutyczna to jednak nie lista odpowiedzi na wszystkie pytania, przypominająca instrukcję obsługi. Jest to historia innej osoby (innego dziecka, zwierzątko, może nawet rodzica sprzed lat), która się znalazła w podobnej sytuacji, oraz jej zmagania z emocjami i problemami. W ten sposób możemy nauczyć dziecko pojmować różnego rodzaju uczucia, które towarzyszą pobytowi w szpitalu i które ono samo odczuwa, nie zawsze jednak je rozumiejąc. Często dziecko boi się, wstydzi swoich uczuć, warto więc zwrócić na to uwagę i pokazać, że można się bać, że jest to normalne uczucie w takiej sytuacji, że inni też się boją! Oczywiście nie zapomnijmy dodać, jak należy radzić sobie z tą trudną sytuacją lub emocjami. Ważnym elementem opowiadań jest to, by dziecko dowiedziało się, że nie jest osamotnione w swoich problemach. Dziecko widzi wtedy, że inni też mają mniej lub bardziej podobne problemy i dowiaduje się, że można je rozwiązać.

Bajeczka terapeutyczna może zaczynać się klasycznie: *dawno, dawno temu... za siedmioma górami, za siedzioma lasami...* lub po prostu: *jaką dziś ciekawą historię usłyszałam w pracy!* albo: *pamiętam, co mi się przytrafiło, kiedy miałam... lat...* Opowieści mogą być krótsze lub dłuższe. Pamiętać należy, aby były dostosowane do wieku dziecka i jego zdolności koncentracji uwagi. Im dziecko mniejsze, tym zazwyczaj bajeczka jest krótsza, ale to nie jest regułą. W bajkach dla młodszych dzieci częściej występują postacie zwierzęce, dla starszych – inne dzieci. Dla chłopców bohaterem najlepiej uczynić chłopca, dla dziewczynki – dziewczynkę, aby dziecko mogło się utożsamić z główną postacią opowieści. W tym celu możemy wprowadzić dodatkowe elementy opisujące wspólne cechy charakteru bohaterów i dziecka lub ulubione przez dzieci kolory, zabawki, ubiory, uczesanie, zajęcia.

Najlepsza bajka terapeutyczna to taka, która jest dostosowana do konkretnego dziecka i do konkretnego problemu, z którym dziecko się zmagają. Kto zna je lepiej niż rodzic? Kto rozumie je często bez słów? Kto umie powiedzieć, kiedy na twarzy dziecka za moment pojawi się zdziwienie, zadowolenie, zniechęcenie, rozbrajający uśmiech? Tylko jedna odpowiedź jest prawidłowa – rodzic! To on wie najlepiej, czego potrzebuje dziecko, co przeżywa i z czym się zmagają.

Rodzic, który opanuje technikę opowiadania bajek terapeutycznych, zdobędzie narzędzie, które może skutecznie pomóc dziecku w sposób bardzo naturalny i niewymuszony, przynoszący przy tym ulgę każdej ze stron. Dlatego zachęcam rodziców do konstruowania własnych opowieści, własnych bajek terapeutycznych. Wystarczy uruchomić wyobraźnię lub wspomnienia. Można też sięgnąć po fachową literaturę i tam poszukać inspiracji.

Na polskim rynku wydawniczym dostępnych jest kilka pozycji książkowych, zawierających przykłady bajek terapeutycznych, inspiracje można czerpać również z Internetu. Można też zajrzeć do wydanej przez Fundację Promyk Słońca książki „Bajki terapeutyczne”, opublikowanej także w formacie pdf na portalu dla rodziców www.pomagamydzieciom.info.

Integracja Sensoryczna

Paulina Oleńczak

pedagog specjalny, terapeuta integracji sensorycznej

Integracja sensoryczna jest jedną z najnowszych kompleksowych metod terapeutycznych stosowanych w Polsce u dzieci z opóźnieniami w rozwoju psychoruchowym i trudnościami w nauce szkolnej. Powstała w latach sześćdziesiątych XX wieku, a rozwijana i doskonalona była przez kolejnych dwadzieścia lat. W wielu krajach stosowana jest już od blisko trzech dekad.

Twórcą teorii integracji sensorycznej jest Anna Jean Ayres, psycholog i terapeuta zajęciowy, pracownik naukowy na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles. W oparciu o wiedzę w zakresie neurobiologii, psychologii, pedagogiki i terapii Ayres sformułowała hipotezy wskazujące na implikacje funkcji psychoneurologicznych w trudnościach w uczeniu się. Przez kolejne lata badań i studiów teoretycznych opracowała szczegółowo teorię rozwoju integracji sensorycznej i jej rolę w rozwoju dziecka. Stworzyła 18 testów do badania dysfunkcji w zakresie integracji sensorycznej, weryfikując je w trakcie licznych badań, oraz metody terapii dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Ayres definiuje integrację sensoryczną jako proces, dzięki któremu mózg otrzymuje informacje ze wszystkich zmysłów; segregując, rozpoznając, interpretując i integrując je ze sobą i wcześniejszymi doświadczeniami, odpowiada adekwatną reakcją. Inaczej mówiąc, integracja sensoryczna jest taką organizacją wrażeń, by mogły być one użyte w celowym działaniu.

Bardzo duże znaczenie w procesie prawidłowego rozwoju dziecka odgrywają trzy podstawowe, najwcześniej dojrzewające systemy zmysłowe: dotykowy, czucia głębokiego – propriocepcja (czucie własnego ciała) oraz układ przedsionkowy (zwany zmysłem równowagi). Natomiast kształtowanie się procesów percepcji wzrokowej, słuchowej i ich koordynacji zależy od właściwej stymulacji przez powyższe bodźce: dotykowe oraz przedsionkowo-



-proprioceptywne. Warunkiem prawidłowego rozwoju wyższych, bardziej złożonych funkcji, takich jak procesy słuchowe, wzrokowe, mowa, zdolność czytania i pisanie, jest prawidłowy przebieg procesu integracji sensorycznej w pierwszych kilku latach życia.

Procesy integracji dokonują się w rdzeniu kręgowym, pniu mózgu, głównie w jądrach przedsionkowych i tworze siatkowatym, w mózdzku i wreszcie w półkulach mózgowych. Wszystkie wyższe procesy umysłowe, a szczególnie te odpowiedzialne za uczenie się, zależą od adekwatnej organizacji wrażeń w pniu mózgu, gdzie mają swój początek wszystkie procesy integracyjne. Dopiero po przejściu pnia mózgu następuje bardziej szczegółowe opracowanie wrażeń w korze mózgowej i kojarzenie ich z wcześniejszymi doświadczeniami. Ten skomplikowany proces na wielu poziomach ośrodkowego układu ner-

wowego prowadzi do rozwoju coraz bardziej skomplikowanych zachowań, w tym procesów uczenia się. Kiedy wszystkie systemy sensoryczne i procesy integracyjne przebiegają prawidłowo i kiedy wrażenia są sprawnie organizowane na odpowiednich poziomach systemu nerwowego, rozwój ruchowy, emocjonalny i poznawczy dziecka dokonuje się bez zakłóceń. Brak wielozmysłowej stymulacji powoduje, że w korze mózgowej nie tworzą się nowe połączenia synaptyczne i dlatego nie mogą powstać bardziej złożone obwody.

Brak bodźców zewnętrznych powoduje też obumieranie neuronów, co może doprowadzić do uszkodzenia całego szlaku nerwowego. Przy niedoborze lub braku dopływu bodźców tworzenie się prawidłowej integracji zmysłowej jest zakłócone i w związku z tym rozwój właściwych odpowiedzi ruchowych i sposobów zachowań jest zaburzony. Stąd też dopływ do ośrodkowego układu nerwowego różnorodnych bodźców odbieranych zarówno z własnego ciała, jak i z otoczenia przez wszystkie układy zmysłów: dotyku, propriocepcji, układu przedsionkowego, wzroku, słuchu i powonienia jest podstawą do wytworzenia się ich integracji.

Przyczynami zaburzeń prawidłowej integracji sensorycznej jest niedojrzałość pierwotnych systemów zmysłowych (układ dotykowy, przedsionkowy i proprioceptywny). Dysfunkcje procesów integracji sensorycznej mogą także wynikać ze znacznego ograniczenia lub niedoboru bodźców zmysłowych w pierwszym okresie życia dziecka. Często zaburzenia SI mają związek z trudnościami w uczeniu się,



spowodowanymi deficytami funkcji percepcyjno-motorycznych. Wówczas podłoże dysfunkcji procesów SI wynika z tak zwanych mikro-uszkodzeń korowych. Wśród dzieci z uszkodzeniami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego przyczyny wtórne dysfunkcji procesów SI wynikają głównie z uwarunkowań neurologicznych, które współwystępują zwykle z innymi nieprawidłowościami rozwojowymi, takimi jak:

- zaburzenia zachowania,
- nadruchliwość z deficytem uwagi,
- zaburzenia emocjonalne,
- problemy w kontaktach społecznych.

Dysfunkcje procesów SI spowodowane są również w dużym stopniu opóźnieniami i nieprawidłowościami w rozwoju psychoruchowym dziecka, takich jak zespół Downa i mózgowe porażenie dziecięce.

Metoda terapii integracji sensorycznej stosowana jest w terapii zaburzeń centralnego układu nerwowego. Kierowana jest przede wszystkim do dzieci z:

- trudnościami w uczeniu się,
- zaburzeniami w rozwoju komunikacji w zakresie mowy biernej i czynnej,
- dysleksją rozwojową,
- nadruchliwością i problemami w koncentracji uwagi,
- zespołem Downa i niektórymi zespołami uwarunkowanymi genetycznie,
- autyzmem wczesnodziecięcym,
- mózgowym porażeniem dziecięcym,
- obniżonym poziomem rozwoju intelektualnego.

Podczas terapii dzieci ze sprzężonymi zaburzeniami często wykorzystywane są tylko wybrane elementy integracji sensorycznej. Metoda integracji sensorycznej jest także włączana w inne formy terapii oraz rehabilitację ruchową.

Terapia integracji sensorycznej to stymulacja ośrodkowego układu nerwowego, dlatego powinna się odbywać już od okresu wczesnodziecięcego. Stosowane ćwiczenia zawsze powinny być dobrane do aktualnych możliwo-



ści psychoruchowych dziecka. Podczas terapii nie uczy się bowiem wykonywania konkretnych czynności, lecz poprzez nowe wzorce ruchowe powoduje się właściwe przetwarzanie informacji sensorycznych.

Choć terapia powinna być prowadzona indywidualnie, to jednak jej elementy można wykorzystać w codziennym życiu. Wprowadzamy je również w naszym Publicznym Przedszkolu Integracyjnym „Promyk Słońca”. Mając na uwadze doskonalenie motoryki dużej, koordynacji ruchowej, percepcji wzrokowej i słuchowej, mowy, umiejętności grafomotorycznych regularnie wykonujemy ćwiczenia pozwalające doskonalić powyższe umiejętności, na przykład:

- podczas gimnastyki stosujemy ćwiczenia uwzględniające dostarczanie dzieciom bodźców przedsionkowo-proprioceptywnych z wykorzystaniem szarf, woreczków, języków sensorycznych (ćwiczenia w pokonywaniu różnorodnych torów przeszkód, turlanie, podskakiwanie, rzucanie, łapanie, przeciąganie),
- podczas relaksacji uwzględniamy ćwiczenia stymulujące układ dotykowy (masaże dłońmi, piłkami sensorycznymi, zabawkami o różnej fakturze),
- podczas zajęć edukacyjnych stosujemy wielozmysłowe środki dydaktyczne (wizualne, dźwiękowe i dotykowe),
- w zajęciach wykorzystujemy aktywności ruchowe wymagające współpracy dwóch rąk, przekraczania linii środkowej ciała, różnicowania prawo-lewo,

- organizujemy zabawy swobodne z uwzględnieniem orientacji w schemacie ciała,
- prowadzimy ćwiczenia proprioceptywne w sferze oralnej (masaż okolic ust i policzków, gimnastyka buzi i języka),
- organizujemy ćwiczenia w normalizacji czucia powierzchniowego (domino dotykowe, worek pełen tajemnic, zabawa z plasteliną, ciastoliną, masą solną).

Nasze zmysły dostarczają nam informacji o fizycznej kondycji naszego ciała i otoczenia wokół nas. Te informacje płyną do naszego mózgu, tak jak rzeki płyną do morza. Niezliczone fragmenty sensorycznych (zmysłowych) informacji trafiają do mózgu w każdej chwili naszego istnienia; nie pochodzą tylko z oczu czy uszu, ale również z każdego punktu w naszym ciele (zmysł dotyku, propriocepcji), a nawet ze specjalnego zmysłu, który odbiera siłę grawitacji i ruch ciała. Dlatego pamiętając o prawidłowym rozwoju dziecka, stwarzamy im takie otoczenie, aby nie było ono zbyt ubogie w bodźce sensoryczne.

Warto, by nie tylko specjaliści, ale również rodzice popatrzyli na swoje dzieci przez pryzmat funkcjonowania systemów zmysłowych. Ma to szczególne znaczenie wśród maluchów z zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego, u których dysfunkcje procesów sensorycznych są niejednorodne, specyficzne, uogólnione i zmienne.



Zdjęcia wykorzystane w artykule pochodzą z archiwum autorki.

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne

Katarzyna Szczepanowska

nauczyciel wychowania przedszkolnego, terapeuta pedagogiczny

Ruch jest podstawą istnienia, towarzyszy życiu człowieka od narodzin do śmierci. Potrzebny jest do nawiązywania kontaktów, komunikowania się z otoczeniem. Przez ruch wyrażamy emocje. Wykorzystujemy go w życiu codziennym i w pracy.

Metoda Ruchu Rozwijającego (MRR) to system ćwiczeń – zabaw – relacji. Jej autorką jest Weronika Sherborne (1922-1990), nauczycielka wychowania fizycznego i fizjoterapeutka. Podstawą teoretyczną tej metody były aspekty teorii ruchu Rudolfa von Labana. MRR została stworzona w oparciu o wczesnodziecięce zabawy rodziców z dziećmi (baraszkowanie).

Główne założenia MRR:

- rozwijanie za pomocą ruchu świadomości ciała i otaczającej nas przestrzeni,
- usprawnianie ruchowe,
- dzielenie przestrzeni z innymi osobami i nawiązywanie z nimi bliskiego kontaktu za pomocą ruchu i dotyku.

Kategorie ćwiczeń MRR:

- ćwiczenia prowadzące do poznania siebie i własnego ciała (świadomość własnej osoby, ciała),
- ćwiczenia pomagające zdobyć pewność siebie i budować poczucie bezpieczeństwa w swoim otoczeniu (świadomość przestrzeni),
- ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktu oraz współpracę z partnerem i grupą (świadomość innych osób i kontakt z nimi):
 - oparte na relacji „z” (relacji opiekuńczej),
 - oparte na relacji „przeciwko” (relacji mocy i energii),
 - oparte na relacji „razem” (relacji partnerskiej).

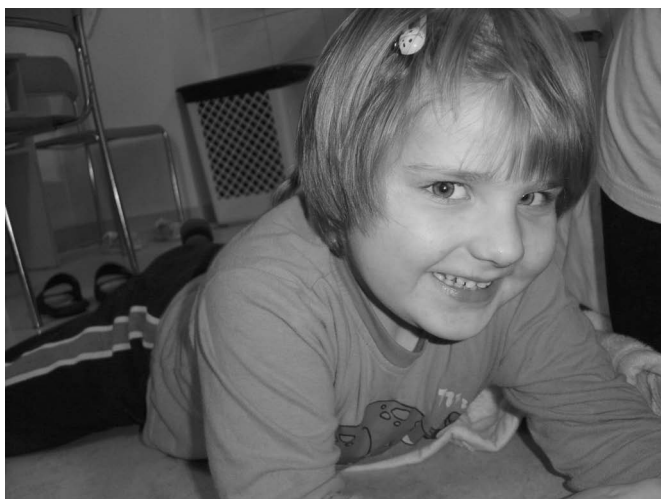
Ćwiczenia twórcze

Świadomość własnego ciała jest bardzo ważna podczas codziennej aktywności – ubierania się, spożywania posiłków itp. Człowiek musi znać swoje ciało, nazywać jego części. Powinien także umieć wyodrębnić swoją osobę od otaczającej go rzeczywistości.

Udział w ćwiczeniach Metodą Ruchu Rozwijającego pozwala dziecku poznać własne ciało, zwiększa jego słownictwo, usprawnia motorykę, daje mu świadomość jego możliwości ruchowych i siły. Dzięki temu dziecko zyskuje zaufanie do siebie i poczucie bezpieczeństwa.

Podczas zabaw dziecko poznaje przestrzeń, w której się znajduje, czuje się w niej dobrze, nie boi się jej, ma zaufanie do siebie i innych osób. Prowadzi to do aktywności dziecka, większej inicjatywy i rozwoju twórczości. Dzielenie przestrzeni z innymi osobami przyczynia się do umiejętności współdziałania, współpracy i współprzeżywania (empatii).





Metoda Weroniki Sherborne wykorzystywana jest w pracy z dziećmi o prawidłowym rozwoju oraz z dziećmi z różnymi zaburzeniami i potrzebami edukacyjnymi. Zajęcia oparte na MRR mają charakter grupowy, pracy w parach. Dzieci pracują tu z osobami dorosłymi (rodzicami, wolontariuszami, nauczycielami) lub z innymi dziećmi. Bardzo ważna jest cykliczność spotkań (np. dwa razy w tygodniu przez rok).

Podstawa programowa wychowania przedszkolnego opisuje proces wspomagania rozwoju i edukacji dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym. Celem wychowania przedszkolnego jest między innymi:

- kształtowanie u dzieci odporności emocjonalnej koniecznej do racjonalnego radzenia sobie w nowych i trudnych sytuacjach, w tym także do łagodnego znoszenia stresów i porażek,
- rozwijanie umiejętności społecznych dzieci, które są niezbędne w poprawnych relacjach z dziećmi i dorosłymi,
- zapewnienie dzieciom lepszych szans edukacyjnych poprzez wspieranie ich ciekawości, aktywności i samodzielności, a także kształtowanie tych wiadomości i umiejętności, które są ważne w edukacji szkolnej.

Udział w zajęciach prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego stymuluje rozwój emocjonalny, społeczny i intelektualny dziecka. Ma pozytywny wpływ na edukację przedszkolną i szkolną.

Metoda Weroniki Sherborne w przedszkolu „Promyk Słońca”

W roku szkolnym 2012/2013 w Publicznym Przedszkolu Integracyjnym „Promyk Słońca” we Wrocławiu realizowany jest „Program zajęć ruchowych prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne”. Dzieci już od pierwszej grupy (od 2,5 roku) biorą udział w zajęciach ruchowych, prowadzonych dwa razy w tygodniu przez odpowiednio przeszkolone nauczycielki. Zajęcia te stwarzają okazję do poszerzenia słownictwa, rozumienia poleceń, kontaktu z innymi dziećmi oraz integracji.

Odbyły się także zajęcia informacyjne dla rodziców, podczas których zostały przedstawione główne założenia MRR. Rodzice, rodzzeństwo i opiekunowie uczęszczających do przedszkola dzieci mieli okazję uczestniczyć w zajęciach ruchowych. Było to radosne przeżycie, oparte na wspólnej zabawie. Ponadto przedszkole nawiązało współpracę ze Szkołą Podstawową Nr 64 we Wrocławiu. Podczas wspólnych zajęć uczniowie z klasy pierwszej bawili się z naszymi przedszkolakami.

BIBLIOGRAFIA:

Bogdanowicz M. Kisiel B. *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, WSiP, Warszawa 1992.

Bogdanowicz M. Okrzesik D. *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wyd. V, Wydawnictwo HARMONIA, Gdańsk 2011.

Rozporządzenie MEN z 23.12.2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2009 Nr 4, poz. 17).



Zdjęcia wykorzystane w artykule pochodzą z archiwów autorki i Fundacji „Promyk Słońca”.

„Na jednym wózku”. Kampania społeczna na rzecz rodzin dzieci z niepełnosprawnością pod honorowym patronatem Małżonki Prezydenta RP Pani Anny Komorowskiej

Agata Janiszewska

Organizowana przez Fundację „Promyk Słońca” kampania społeczna „Na jednym wózku” jest pierwszą ogólnopolską kampanią skoncentrowaną na rodzinach dzieci z niepełnosprawnością, niezależnie od przyczyny niepełnosprawności, miejsca zamieszkania, wieku czy wykształcenia.

Fundacja „Promyk Słońca” od ponad dwudziestu lat zajmuje się pomocą dzieciom niepełnosprawnym i ich rodzinom. Zgromadzone przez te lata doświadczenia dowodzą, że prawdziwe efekty może przynieść jedynie wspieranie całego organizmu dotkniętego niepełnosprawnością, czyli stworzenie spójnego systemu pomocy rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym. Kampania „Na jednym wózku” jest krokiem w tym kierunku.

Niepełnosprawność nie jest w Polsce zjawiskiem marginalnym. W naszym kraju żyje 5,5 mln osób niepełnosprawnych, w tym setki tysięcy dzieci do lat 16 z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Określenie dokładnej liczby niepełnosprawnych dzieci jest niemożliwe, ponieważ nie istnieją wiarygodne statystyki na temat dzieci nieobjętych jeszcze obowiązkiem szkolnym.

Niepełnosprawność dziecka – lub dzieci – dotyczy całej rodziny i w radykalny sposób zmienia jej życie. Rodzice przejmują przede wszystkim rolę rehabilitantów, większość swojego czasu i energii poświęcają na opiekę nad niepełnosprawnym dzieckiem. Ta opieka trwa przez całą dobę, przez siedem dni w tygodniu, bez możliwości wzięcia urlopu czy zwolnienia lekarskiego.

Bliscy niepełnosprawnych dzieci stanowią dziś jedną z najbardziej wykluczonych grup

społecznych w Polsce. Niepełnosprawność dziecka to wyzwanie, przed którym stają samotnie, rezygnując z pracy zawodowej, prywatnych znajomości i rozrywek, co prowadzi do ich marginalizacji zawodowej i społecznej. Dawne plany, marzenia, ambicje schodzą na dalszy plan i często nigdy już nie powracają. Zaniedbują przede wszystkim swoje



Anna Komorowska

Warszawa, 16 sierpnia 2012 r.

Pani Anna Grabowska
Dyrektor Generalny
Fundacji „Promyk Słońca”*Szanowne Pani,*

Jest mi miło powiadomić, że przyjmuję propozycję objęcia honorowym patronatem akcji społecznej „Na jednym wózku”, która będzie prowadzona od 1 września do końca grudnia br. przez Państwa Fundację.

Cieszę się, że podjęli Państwo tę cenną inicjatywę, dzięki której można będzie można przykuć uwagę szerszego grona odbiorców i przybliżyć społeczeństwu problemy, z którymi borykają się rodziny wychowujące niepełnosprawne dzieci.

Pozdrawiam wszystkie osoby zaangażowane w organizację tego przedsięwzięcia i życzę, by spełniło oczekiwania Państwa oraz osób, do których jest adresowane.

Anna Komorowska

potrzeby, swój rozwój, swoje relacje rodzinne i towarzyskie. Gdy w rodzinie pojawia się niepełnosprawne dziecko, większość działań – co naturalne i oczywiste – skupia się właśnie na tym dziecku, na jego leczeniu, rehabilitacji, poszukiwaniu nowych, skuteczniejszych metod. Mówią o tym zarówno psycholodzy i inni specjaliści, jak i sami członkowie rodzin.

Kampania ma także zwrócić uwagę opinii publicznej na zdrowe rodzeństwo dzieci ze specjalnymi potrzebami. Rodzice, co zrozumiałe, najwięcej czasu i wysiłku poświęcają temu dziecku, które najbardziej potrzebuje ich pomocy. To na nim koncentruje się przede wszystkim ich uwaga i troska. Zdrowe rodzeństwo musi wykazać się – często przedwczesną – dojrzałością, nauczyć się ograniczać swoje potrzeby, nie sprawiać problemów wychowawczych. Starszy brat czy siostra nierzadko pełni rolę opiekunów młodszego, niepełnosprawnego rodzeństwa, co w znaczący sposób wpływa na ich kontakty towarzyskie, ich postrzeganie w grupie rówieśniczej, sposób spędzania wolnego czasu. Dla wielu życie w rodzinie z niepełnosprawnym bratem czy siostrą okazuje się decydujące dla wyboru drogi życiowej.

Wsparcie państwa dla rodzin, w których wychowują się niepełnosprawne dzieci, jest

mimo postępujących zmian we właściwym kierunku dalece niewystarczające. W konfrontacji z problemami, jakie niesie ze sobą życie w rodzinie z dzieckiem o specjalnych potrzebach nierzadko zawodzą regulacje prawne i instytucje państwowe, które często nie rozpoznają problemów społecznych na podległym im terenie.

Jest w naszym kraju – na szczęście – wiele instytucji i organizacji, także organizacji pozarządowych, które zajmują się pomocą niepełnosprawnym dzieciom, lecz tylko nieliczne widzą problem niepełnosprawności dziecka w kontekście całej rodziny i najbliższego otoczenia.

Większość podejmowanych przez rozmaite instytucje działań koncentruje się na pomocy niepełnosprawnemu dziecku, natomiast rodzice i bliscy często pozostają bez realnego wsparcia. Bywa, że są traktowani jedynie w kategorii pielęgniarzy, specjalistów od spraw logistyki i organizacji leczenia, rehabilitacji i edukacji, a nawet natrętnych patentów. Są pochłonięci codzienną opieką, terapią, poszukiwaniem nowych możliwości leczenia. Nie mają siły przebicia ani wpływowego lobby. Rezygnują z własnych planów, ambicji, jeśli o coś walczą, to nigdy dla siebie, lecz jedynie dla swoich dzieci. Żyją w społecznej izolacji i nie starcza im sił na zabieganie o respektowanie swoich praw. Często niepełnosprawnym dzieckiem opiekuje się tylko jedno z rodziców, ponieważ drugie nie wytrzyma obciążenia i odchodzi.

Wózek z tytułu kampanii nie musi być wcale prawdziwym wózkiem inwalidzkim, bo przecież niepełnosprawność to nie tylko ograniczenia ruchowe: to może być mutacja genu, uszkodzenie mózgu w okresie życia płodowego, za-





burzenia przemiany materii, skutki uszkodzeń okołoporodowych, niesprawność intelektualna czy sprzężona. Ale jest to wózek całej rodziny: niepełnosprawność dziecka dotyka bowiem wszystkich jej członków. Wszyscy na tym wózku są ważni i zasługują na szczególne wsparcie.

Adresatem kampanii jest przede wszystkim opinia publiczna. Wiedza na temat szczególnych potrzeb dzieci z różnymi rodzajami niepełnosprawności jest w społeczeństwie wciąż niewystarczająca i w dużej mierze opiera się na stereotypach. Rodziny niepełnosprawnych dzieci napotykają na niezrozumienie, społeczną izolację, obojętność, nawet wrogość. Najczęściej przyczyną nie jest jednak negatywne nastawienie, lecz brak wiedzy i spowodowany nim lęk przed niewłaściwym zachowaniem.

Aby pokazać, jak żyją rodziny z dziećmi o specjalnych potrzebach, w ramach kampanii Fundacja zorganizowała konkurs blogów prowadzonych przez członków rodzin dzieci niepełnosprawnych. Dzięki stworzeniu wspólnej platformy blogerskiej rodziny mogą pokazać szerokiej grupie czytelników, jak naprawdę wygląda ich życie, jakie są ich główne problemy i troski, ale także, co jest źródłem ich radości, dumy i satysfakcji. Powstanie platformy blogerskiej pozwala realizować także inny, ważny cel kampanii: stworzenie dla rodziców niepełnosprawnych dzieci miejsca, w którym mogliby się spotykać, choćby tylko wirtualnie, wymieniać doświadczenia, dzielić się wiedzą i wspierać się wzajemnie. Prowadzenie blogów ma dla wielu autorów działanie autoterapeutyczne, a możliwość

trafienia do tych, którzy żyją z podobnymi problemami i wymiany doświadczeń jest często bardzo ważną formą wsparcia.

Miłość i wsparcie dla niepełnosprawnego dziecka nie muszą i nie powinny oznaczać rezygnacji z własnego życia. Nic nie zaświadczy o tym lepiej niż historie ludzi, którzy na co dzień żyją z niepełnosprawnymi dziećmi. Skąd czerpią siłę? Jak radzą sobie ze słabościami? Czy postrzegają swoje prawo do realizacji własnych celów jako wyraz egoizmu i braku empatii? Dzięki konkursowi blogów odpowiedzi na te pytania powinno poznać więcej ludzi niż dotychczas.

Jednym z celów kampanii jest również zainicjowanie działań prowadzących do trwałej poprawy sytuacji rodzin z niepełnosprawnymi dziećmi w naszym kraju. Rodziny będące w tej szczególnej sytuacji powinny otrzymać ukierunkowane, daleko idące wsparcie od państwa i przewidzianych do tego celu instytucji, aby ich wysiłek, czas i środki mogły zostać wykorzystane w sposób optymalny.

Kampania rozpoczęła się 1 września 2012 roku i potrwa do końca grudnia. Prócz nagród przyznanych przez Kapitułę Fundacji „Promyk Słońca” nagrodę przyznają również internauci, głosujący online na wybrany blog.

Kampania zakończy się oficjalnie 31 grudnia 2012 roku i jest planowana jako jedno z szeregu działań na rzecz z rodzin dzieci z niepełnosprawnością.

Honorowy patronat nad kampanią „Na jednym wózku” objęła Małżonka Prezydenta RP Pani Anna Komorowska, która skierowała do organizatorów list podkreślający wagę problemów, którym poświęcona jest kampania.



Wolontariat – cenna forma wsparcia rodzin dzieci z dysfunkcjami

Lidia Komar

Od lipca 2012 roku w Oddziale Fundacji „Promyk Słońca” we Wrocławiu w ramach projektu „Promyk Słońca na co dzień” zaczęło funkcjonować Centrum Wolontariatu. Idea utworzenia takiego centrum zrodziła się z wieloletnich, codziennych kontaktów z rodzinami dzieci niepełnosprawnych, zarówno podopiecznych naszej Fundacji, jak i uczestników realizowanych przez nas projektów.

Zadaniem Centrum Wolontariatu jest pomoc w skontaktowaniu ze sobą tych, którzy potrzebują wsparcia, a więc członków rodzin dzieci z różnymi rodzajami niepełnosprawności, z tymi, którzy chcą i mogą poświęcić im swój czas. Wśród wolontariuszy są głównie osoby młode, studenci kierunków medycznych, fizjoterapii, psychologii, pedagogiki, ale także osoby aktywne zawodowo.

Kto może być wolontariuszem?

Każdy z kandydatów na wolontariusza odbywa szkolenie z metody pracy z dzieckiem z zaburzeniami rozwoju. Wolontariusze są szkoleni z zakresu udzielania pierwszej pomocy oraz opieki i pielęgnacji dziecka niepełnosprawnego, zapoznają się z elementami pedagogiki i psychologii dziecka z zaburzeniami rozwoju. Program szkolenia, jak mówią sami zainteresowani, jest dla nich ciekawy i po jego ukończeniu czują się przygotowani do tego, by podejmować współpracę z rodzinami dzieci z niepełnosprawnością.

Zgłaszając chęć korzystania z pomocy wolontariusza, rodzice formułują swoje oczekiwania. Są one dość zróżnicowane: od zagospodarowania wolnego czasu dziecka poprzez pomoc w odrabianiu lekcji, wyjście na spacer czy towarzyszenie w drodze na rehabilitację, do udzielania korepetycji i pomoc w nauce języków obcych. Kojarząc wolon-

tariuszy i ich podopiecznych uwzględniamy te oczekiwania. Dzięki obecności wolontariusza rodzice mogą mieć trochę czasu dla siebie, chwilę na odpoczynek czy też zajęcie się innymi, zaniedbanymi sprawami. Często też rodzice wykorzystują ten czas na zabawę ze zdrowym dzieckiem, którego potrzebują – ze względu na chorobę brata lub siostry – niekiedy zostają zepchnięte na drugi plan. Rodzice bardzo cenią sobie pomoc wolontariuszy. Podkreślają ich zaangażowanie i kreatywność oraz to, że dzieci często czekają na takie spotkania. Wolontariusze zawsze mogą liczyć na wsparcie i wskazówki ze strony rodziców, którzy najlepiej wiedzą, w jaki sposób i czym zainteresować swoje pociechy. Zawsze mogą również skorzystać z doradztwa specjalistów pracujących w Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjnym „Promyk Słońca”.

Wolontariusze uczestniczą ponadto w różnych przedsięwzięciach organizowanych przez fundację. Takie imprezy to na przykład Dolnośląskie Zawody Pływackie zorganizowane na AWF, wyjście do ZOO czy też spotkanie z Mikołajem w Teatrze Lalek. Ich pomoc w takich wydarzeniach jest nieoceniona.

Obopólne korzyści

A co mają z takiej pomocy sami wolontariusze? Postanowiliśmy ich o to zapytać. Oto, co odpowiedzieli:



Gabrysia (studentka): *Wielu moich przyjaciół dziwi się, że angażuję się w wolontariat. Często mówią, że każdą wolną chwilę trzeba dobrze wykorzystać – na naukę lub zabawę. Ja jednak mam zupełnie inne zdanie. Wolontariat to wspaniała przygoda dla każdego! A dlaczego? Odpowiedzi jest chyba tyle co wolontariuszy. Przede wszystkim można zdobywać nowe doświadczenia, a potem je wykorzystać także w prywatnym życiu. Dzięki kursom dla wolontariuszy dowiedziałam się na przykład, jak sobie radzić w przypadku napadu epilepsji czy jak organizować zabawy dzieciom, by się najlepiej rozwijały i dobrze bawiły. Wolontariat to także wspaniali ludzie, którzy są otwarci na innych, chętni do pomocy i zawsze uśmiechnięci. Przebywanie w takim towarzystwie to prawdziwa przyjemność. Jednak najwięcej satysfakcji daje mi świadomość, że mogę komuś pomóc. Jest to jedyna w swoim rodzaju forma pomocy, bo często na pierwszy rzut oka niezauważalna i nieefektywna, ale to nie jest prawda! Każdy uśmiech podopiecznego wyraża naprawdę więcej niż tysiąc słów i daje siły na kolejne dni pracy.*

Dorota (studentka): *Do pomysłu pomocy dzieciom wróciłam w czasie studiów i zaczęłam się udzielać w świetlicy środowiskowej. W ten sposób przekonałam się, że praca w ramach wolontariatu z dziećmi to nie tylko ogromna odpowiedzialność, ale też mnóstwo radości, którą właśnie te maluszki potrafią zarażać. Dlatego nie zastanawiałam się długo nad przystąpieniem do projektu realizowanego przez Fundację „Promyk Słońca” i teraz regularnie odwiedzam jedną z jej podopiecznych. Słyszałam już sporo opinii, że wolontariat się nie opłaca, że to taka forma wyzyskiwania młodych, naiwnych ludzi, że to nic nie*

daje. Jednak uważam, że są to opinie osób, które nigdy nawet nie spróbowały udzielać się społecznie, zupełnie bezinteresownie, nie oczekując nic w zamian. Pomoc innym, zwłaszcza dzieciom, daje ogromną satysfakcję. Nawet jeśli wiąże się z wysiłkiem, napełnia pozytywną energią i daje poczucie spełnienia. Dzieci mają tę niesamowitą moc, która sprawia, że chce się z nimi spotykać, wręcz tęskni się za kolejnymi spotkaniami. Oczywiście praca z niepełnosprawnymi może być trudna, ale wolontariusz nigdy nie zostaje sam na sam z dzieckiem i zawsze może liczyć na pomoc rodziny, a z czasem nabiera wprawy i doświadczenia, co bardzo ułatwia pracę. Pewnie niektórzy mogą powiedzieć, że mimo najszczęśliwszych chęci nie dadzą rady udzielać się jako wolontariusze, bo po prostu nie mają na to czasu. Ale dzieciom naprawdę wystarczy poświęcić nawet 1-2 godziny tygodniowo, ulżyć nieco rodzicom w obowiązkach, a dostanie się w zamian ogrom wdzięczności całej rodziny. Mówię to na własnym przykładzie, bo sama studiuje dziennie, dodatkowo pracuję i mogę sobie pozwolić na odwiedzanie mojej podopiecznej tylko raz w tygodniu (...).

Anna (na co dzień pracuje zawodowo): *Odwiedziłam mojego podopiecznego dopiero dwa razy i były to dość trudne wizyty. Tym niemniej za każdym razem na drugi dzień czułam się tak, jakbym mogła góry przenosić i zaczęłam w końcu mieć uczucie, że moje życie jest dobre.*

Zostań wolontariuszem

Nabór kandydatów na wolontariuszy jest cały czas otwarty. Nadal również napływają do nas nowe zgłoszenia od rodzin, które proszą o takie wsparcie.

Wszystkich chętnych zapraszamy do współpracy, a tym, którzy jeszcze się wahają i nie są pewni, czy taka pomoc ma sens, przytoczę wypowiedź jednej z „nowych” wolontariuszek: *Na trzecim spotkaniu z moim podopiecznym usłyszałam nieporadnie wymawiane zdanie: „jestem super i kofam Panią”. Czy z takim szczerem, dziecięcym wyznaniem malucha można jeszcze dyskutować?*

Sprawni w pracy

Anna Jeżowska-Siwiek

Od lipca 2013 roku osoby z niepełnosprawnością – uczestnicy specjalnego projektu – będą mogły rozpocząć realizację swych planów zawodowych dzięki wsparciu Asystentów Osobistych.

Od sierpnia 2012 roku do grudnia 2014 roku Fundacja „Promyk Słońca” w partnerstwie z trzema organizacjami pozarządowymi: Fundacją Eudajmonia, Forum Aktywności Lokalnej i Polskim Związkiem Głuchych realizuje projekt „Sprawni w pracy”, którego Liderem jest Wydział ds. Osób Niepełnosprawnych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego. Projekt jest finansowany w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – Programu Operacyjnego „Kapitał Ludzki”, priorytet VII „Promocja Integracji Społecznej”, działanie 7.4 „Niepełnosprawni na rynku pracy”. Jego celem jest aktywizacja zawodowa i społeczna osób z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności oraz członków ich rodzin, którzy ze względu na konieczność sprawowania opieki zrezygnowali z pracy lub nie podjęli zatrudnienia.

Osoby niepełnosprawne, które przystąpią do projektu, będą korzystać ze wsparcia Asystenta Osobistego, który ma im pomóc we wzięciu aktywnego udziału w życiu społecznym i zawodowym. Asystent, finansowany ze środków UE, ma za zadanie wesprzeć uczestnika projektu w wykonywaniu czynności, których nie jest on w stanie wykonywać samodzielnie, ma więc pełnić funkcje kompensacyjne w zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika projektu.



Uczestnicy projektu zyskują ponadto pomoc psychologa i doradcy zawodowego, którzy pomogą im stworzyć Indywidualny Plan Działania,



**DOLNY
ŚLĄSK**



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**FUNDACJA
EUDAJMONIA**





będący określeniem proponowanej ścieżki rozwoju zawodowego i wezmą udział w warsztatach, szkoleniach i stażach, które mają ich przygotować do podjęcia zatrudnienia. Znalezienie miejsca pracy jest też jednym z celów projektu. Osoby, które zostaną zatrudnione w charakterze Asystentów, zostaną wcześniej przeszkolone i wezmą udział w praktycznych warsztatach, podczas których poznają tajniki zawodu.

Członkowie rodzin uczestników projektu otrzymają wsparcie w postaci pomocy psychologa i doradcy zawodowego.

Projekt ma być kontynuowany również po zakończeniu finansowania z PO KL. Z inicjatywy Wydziału ds. Osób Niepełnosprawnych Urzędu Marszałkowskiego zostanie powołana Grupa Robocza pod egidą Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych, której zadaniem będzie wypracowanie rozwiązań formalnych i prawnych, mających na celu wprowadzenie instytucji Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej do wojewódzkiego i krajowego systemu wsparcia osób niepełnosprawnych. W wyniku prac Grupy zostaną wy-



łonieni liderzy wdrażania funkcji Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej na Dolnym Śląsku; Grupa wypracuje też listę niezbędnych zmian do zapisów ustawy o rehabilitacji, umożliwiających finansowanie lub dofinansowanie instytucji Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej ze środków publicznych.

Projekt jest realizowany na terenie województwa dolnośląskiego. Biuro projektu w subregionie wrocławskim jest prowadzone przez Fundację „Promyk Słońca” w Oddziale przy ul. Swobodnej 8a we Wrocławiu.



**SPRAWNI
W PRACY**

Pierwsze Dolnośląskie Zawody Pływackie

Anna Jeżowska-Siwiek

Fundacja „Promyk Słońca” zaprosiła niepełnosprawne dzieci z całego regionu do udziału w Dolnośląskich Zawodach Pływackich. Pierwsza edycja imprezy odbyła się we Wrocławiu.



Za oknami jesień, więc sportowe aktywności przenosimy raczej pod dach. A że pływanie to doskonały sport, także dla osób niepełnosprawnych, więc 19 października spotkaliśmy się we Wrocławiu właśnie na pływalni, w gościnnych progach Akademii Wychowania Fizycznego na pierwszej edycji Dolnośląskich Zawodów Pływackich.

W zawodach mogły wziąć udział niepełnosprawne dzieci z całego Dolnego Śląska. Silne reprezentacje wystawiły sekcja pływacka Wojewódzkiego Zrzeszenia Sportowego Niepełnosprawnych START oraz Szkoła Podstawowa nr 43 przy ulicy Grochowej z Wrocławia, ale mieliśmy także gości z Niepublicznej Szkoły Specjalnej z Ludwikowic Kłodzkich.

Pod okiem rekordzistki Europy

Zawody rozpoczęły się pokazem umiejętności dzieci z Publicznego Przedszkola Integracyjnego „Promyk Słońca”. Następnie nasz gość specjalny, Oliwia Jabłońska, zawodniczka klubu START zaprezentowała „srebrnego delfina”, którym wywalczyła srebrny medal na tegorocznych Igrzyskach Paraolimpijskich. Oliwia była najmłodszą uczestniczką igrzysk, a uzyskanym w Londynie wynikiem ustanowiła nowy rekord Europy!

Każdy jest zwycięzcą!

Uczestnicy mieli do wyboru kilka konkurencji pływackich – na 16, 25 i 32 metry stylem dowolnym, ze sprzętem / asystą lub bez. Każdy



ze zgłoszonych zawodników mógł startować w dwóch konkurencjach. Dopłynięcie do brzegu nie zawsze było proste – ale każdemu się to udało! Nie brakowało emocji: i zawodnicy, i kibice, bawili się doskonale. Po zawodach każdy uczestnik otrzymał dyplom ze wskazaniem konkurencji, w jakiej startował, oraz czasu, jaki osiągnął. Wszyscy otrzymali też medale i nagrody, a po zawodach wszystkie dzieci zostały zaproszone na pyszny poczęstunek.

Opiekę sędziowską zawodów zapewnili wolontariusze – studenci wrocławskiej Akademii Wychowania Fizycznego oraz trenerzy klubu START – pan Wojciech Seidel i pan Mirosław Fic. Całość przygotowała i zrealizowała Fundacja „Promyk Słońca” wraz z wolontariuszami. Dolnośląskie zawody pływackie zrealizowane zostały przez Fundację „Promyk Słońca” jako część projektu „Promyk Słońca na co dzień”, współfinansowanego przez Urząd Marszałkowski ze środków PFRON.

Opiekę sędziowską zawodów zapewnili wolontariusze – studenci wrocławskiej Akademii Wychowania Fizycznego oraz trenerzy klubu START – pan Wojciech Seidel i pan Mirosław Fic. Całość przygotowała i zrealizowała Fundacja „Promyk Słońca” wraz z wolontariuszami. Dolnośląskie zawody pływackie zrealizowane zostały przez Fundację „Promyk Słońca” jako część projektu „Promyk Słońca na co dzień”, współfinansowanego przez Urząd Marszałkowski ze środków PFRON.



Nowa poradnia w powiecie dzierzoniowskim

Beata Gil

dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Uciechowie, filia w Ostroszowicach

Dzieci z Ostroszowic i okolicznych miejscowości powiatu dzierzoniowskiego mogą korzystać z opieki specjalistów w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Promyk Słońca” w Uciechowie oraz filii w Ostroszowicach. Placówki te prowadzą wczesne wspomaganie rozwoju dziecka.

Dziecko, które zgłasza się do poradni, jest badane przez psychologa, oligofrenopedagoga, neurologopedę i fizjoterapeutę w celu wykrycia ewentualnych nieprawidłowości, gdyż istnieje ryzyko, że mogą być one przeoczone podczas badań bilansowych. Jeśli rozwój dziecka nie przebiega prawidłowo, prowadzona jest terapia odpowiadająca indywidualnym potrzebom wraz z oceną jej postępów.

„Jestem bardzo szczęśliwa, że moje dziecko ma specjalistyczną opiekę na miejscu. Nie

trzeba jechać do pobliskiego miasta, z którym jest słaba komunikacja autobusowa i na autobus powrotny trzeba by było czekać aż półtorej godziny” – mówi mama pięcioletniego chłopca, który chodzi na zajęcia z logopedą.

Świadczenia w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju są nieodpłatne. Rodzice przychodzą, rozmawiają ze specjalistami, radzą się w sprawach ważnych dla swoich dzieci. Poradnia powstała dzięki staraniom Fundacji „Promyk Słońca”.

Kosmetyki dla dzieci

Krystyna Pabian

Inspiracją do poruszenia tematu kosmetyków dla dzieci była obserwacja rynku kosmetyków, na którym my – rodzice oraz nasze dzieci postrzegani jesteśmy jako konsumenci i uczestnicy gry w „łapanie okazji”, a nasza niewiedza bądź znajomość marki wykorzystywana jest przy ustalaniu wysokiej ceny produktu, nieadekwatnej do jakości. Jesteśmy edukowani przez świat kolorowych reklam, aby poprzez określone produkty kupować tak naprawdę marzenia o dobrym życiu, udanej rodzinie i luksusie.

Najważniejszą rolę w wychowywaniu dzieci pełni rodzina i przede wszystkim od środowiska rodzinnego będą zależały konsumenckie zachowania dzieci. Dobra atmosfera w rodzinie, oparta na tolerancji, szacunku, zrozumieniu, gdzie jest miłość i zawsze czas dla dziecka, spowoduje, że poczucie własnej wartości będzie pochodzić z wnętrza osoby, a nie będzie uzależnione od stanu posiadania pewnych przedmiotów. Nie można jednak nie zauważyć, że nasze życie dzięki wynalazkom XX wieku stało się prostsze, a przeobrażenia w polskiej gospodarce wraz ze wzrostem dochodów ludności sprawiły, że korzystanie z życia, radość z posiadania, pielęgnowania ciała i urody, mimo kryzysu, stało się możliwe ze względu na szeroki dostęp towarów i usług.

Co wybrać?

Większość troskliwych rodziców zadaje sobie pytanie, który produkt wybrać, chcąc dać dziecku to, co najlepsze. Zastanówmy się więc razem, na czyje rzeczywiste potrzeby – dziecka, rodzica, a może rynku – zakup ten odpowiada oraz na co należy zwrócić uwagę, zanim zakupu dokonamy.

Pielęgnacja skóry dziecka jest z jednej strony bardzo łatwa ze względu na szeroki dostęp i dużą ofertę kosmetyków dla dzieci, z drugiej jednak wymaga od rodziców ciągłego edukowania, obserwowania i podejmowania decyzji, które preparaty okażą się najlepsze ze względu na skład, konsystencję, zapach, opakowa-

nie, cenę, modę, a w przypadku skóry alergicznej, skłonnej do wyprysków, najmniej drażniące. Większość kosmetyków dla dzieci zawiera substancje łagodząco-nawilżająco-lecznicze, ale i one same, oprócz działań zamierzonych, mogą wywoływać stany zapalne i alergię.

Skóra dziecka jest bardzo wrażliwa i wysokie wymagania narzucane producentom mają swoje uzasadnienie, zwłaszcza jeśli chodzi o produkty przeznaczone dla noworodków i niemowląt i zdecydowanie to one, właśnie ze względu na najwyższe wymagania, są najmniej drażniące, a więc najzdrowsze i najkorzystniejsze dla naszej pociechy, nawet tej kilkuletniej. Wiele osób, zwłaszcza alergików, używa kosmetyków dla dzieci, uważając je za bezpieczniejsze, gdyż w swoim składzie nie mają m.in. barwników i dodatkowych aromatów, a zawartość allantoiny czy pantenolu łagodzi nawet występujące podrażnienia. Nieprzypadkowo opakowania tych produktów oscylują wokół koloru niebieskiego i białego jako sterylnych, kojarzonych z wodą i czystością, ewentualnie łagodnych pasteli i różu, przywodząc na myśl delikatność barw natury, płatków róży.

Uwaga, alergia!

Niestety, mimo zapewnień producentów o bezpieczeństwie stosowania danego preparatu, czasem pojawiają się zmiany skórne. Wówczas należy przeanalizować dietę dziecka (czy na przykład nie wprowadzono do jadłospisu jakiegoś egzotycznego produktu, czasem zwykłe-

go cytrusa), nowego detergentu (np. proszku do prania), czy nie było kontaktu z jakimś zwierzęciem (silnie alergizuje sierść kota i psa), a następnie sprawdzić, czy nie użyliśmy przypadkiem innych niż zwykle kosmetyków, pieluszek czy chusteczek.

Na szczęście reklama nie jest jedynym źródłem informacji. Jeśli przy zakupie kosmetyku dla dziecka nie zasięgnęliśmy porady autorytetu (pediatry, lekarza rodzinnego, pielęgniarki, farmaceuty, stomatologa itp.), bądź gdy informacja nie jest wyczerpująca lub po prostu intuicyjnie się z nią nie zgadzamy, można zajrzeć na rozmaite fora internetowe, gdzie skorzystamy z doświadczeń innych rodziców. Opinie warto ponownie konsultować u osób merytorycznie przygotowanych. Warto oczywiście sięgać po fachową literaturę dostępną w księgarniach lub czasopismach o dzieciach dla rodziców, które oprócz reklam i tekstów sponsorowanych informujących o nowych produktach czy też innowacyjnych rozwiązaniach zawierają szereg porad praktycznych, zaopiniowanych przez fachowców.

Pierwszym niepokojącym objawem alergii, w tym spowodowanej użyciem nieodpowiedniego kosmetyku, a także zakażenia bakteryjnego lub wirusowego wymagającego leczenia) jest zaczerwienienie i wysypka albo podwyższona temperatura ciała. Warto to skonsultować u pediatry, który, nawet jeśli nie określi przyczyn, to chociaż wykluczy pewne podejrzenia i zaproponuje dalsze postępowanie.

Ze względu na występujące u dzieci alergie pokarmowe, zarówno w żłobku, jak i w przedszkolu prowadzonym przez Fundację „Promyk Słońca” honorowane są zaświadczenia wydawane przez alergologa, które po przeprowadzeniu odpowiednich testów są podstawą do objęcia dziecka dietą wykluczającą uczulające pokarmy. Najczęściej jest to dieta bezmleczna, bezglutenowa, wykluczająca cytrusy, kakao, a nawet miód.

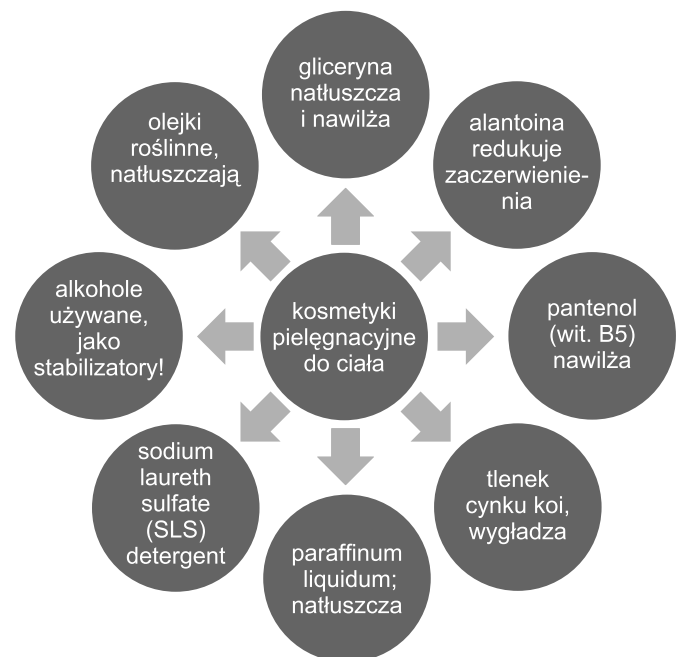
Uważajmy na skład

Pierwsze kosmetyki, z którymi styka się dziecko to mydło, płyn do kąpieli (zastępujący mydło), krem przeciw odparzeniom oraz krem do twarzy i ciała (z filtrem co najmniej 30), oliwka, po jakimś czasie szampon, pasta do zębów oraz żele pod prysznic. Dopóki są to preparaty przeznaczone dla niemowlę-



cia od pierwszych dni lub miesięcy życia, ich skład przedstawia się mniej więcej podobnie, a mamy obdarowane na oddziale noworodkowym produktami danej firmy często preferują je w późniejszym czasie.

Najczęstszy skład kosmetyku pielęgnującego skórę dziecka przedstawia się następująco (wykrzyknikiem zaznaczono substancje najmniej korzystne dla skóry):



Informacja o zawartości substancji w kosmetykach jest podana na opakowaniu w kolejności od największej do najmniejszej.

Perfumy dla przedszkolaków?

Nawet przedszkolaki stają się adresatami ofert perfum. Mają one krótki „cykl życia”, gdyż w tym wieku szybko zmieniają się zainteresowa-

nia, choć dominują księżniczki, syrenki, wróżki, postacie z seriali. Dziecięce oko wypatrzy produkty z ich wizerunkami na sklepowej półce, ale rola troskliwego rodzica polega na szukaniu informacji na etykiecie, od jakiego wieku preparat można stosować oraz jaki jest skład chemiczny produktu. O ile niejednokrotnie szampon pod prysznic z Kopciuszką może mieć skład chemiczny taki jak szampon dla niemowląt, tak np. w żelu pod prysznic firmowanym przez gwiazdę serialu dla dzieci można już doszukiwać się dodatkowych substancji chemicznych, głównie zapachowych. W przypadku perfum sprzedaje się markę, a nie produkt.

Reklama stymuluje zachowania konsumentów, a w przypadku kosmetyków dla dzieci, pokazując efekt aksamitnej skóry wraz z szeregiem wyobrażeń i przekazów, w tym urody osób występujących w reklamie, intymnych gestów oraz sączącej się przyjemnej i delikatnej muzyki, rozbudza chęć posiadania przedstawianych produktów. I tak naprawdę to od nas, rodziców, zależy, jakie wzory do naśladowania dziecko uzna w przyszłości i czy będzie decydowało się tylko na drogie, ładnie i kolorowo zapakowane oraz reklamowane produkty.

Tradycyjne metody

Przeciętny współczesny człowiek korzysta z dobrodziejstw cywilizacji i udogodnień, które oszczędzają dużo czasu oraz energii rodziców: chusteczek nawilżających, pieluszek jednorazowych, gotowych kosmetyków do mycia i pielęgnacji. Warto jednak czasem wrócić do skutecznych, prostych, domowych, zdrowych i szybkich (a na pewno tańszych) sposobów na poprawienie stanu skóry, jak kąpiel w krochmalu (mące ziemniaczanej), ziołach z dodatkiem kilku kropli oliwy, używania w kąpieli szarego mydła, także do mycia włosów, okresowego stosowania pieluszek z tetry.

Za właściwe można uznać okresowe stosowanie najwykleszej maści z witaminą A na przesuszoną, a nawet zrogowaciałą skórę, chyba że zalecona jest inna. Jeśli tak jest, należy zapoznać się z jej właściwościami oraz upewnić się, jak długo i w jakich okolicznościach można ją stosować. Przestrzega się natomiast przed używaniem maści przeciwuczuleniowych (np. hydrocortisonu) z tubek domowych apteczek, które stosował wcze-



śniej ktoś inny, chyba że zrobimy to w porozumieniu z lekarzem.

Gdzie kupować?

Warto kupować kosmetyki w aptece. Zachęcam do tego nie ze względu na niezwykłość oferty, bo zazwyczaj jest uboższa niż w klasycznej drogerii, ale z uwagi na merytoryczne przygotowanie personelu do objaśnienia obco brzmiących nazw z opakowań. Niektóre kosmetyki są przeznaczone do sprzedaży w różnych gałęziach handlu i możemy je spotkać zarówno na półce sklepu spożywczego, jak i na stacji benzynowej, w drogerii czy aptece. Istnieją specjalne linie z założenia przeznaczone do sprzedaży w segmencie farmaceutycznym, wykorzystujące dobrze kojarzone miejsce i sąsiedztwo leków, ziół, parafarmaceutyków do zaprezentowania oferty. Z reguły są one droższe, gdyż powołują się na selektywność składu i bardziej specjalistyczne, czyli bardziej lecznicze niż pielęgnacyjne zastosowanie. Rodzice dzieci z problemami skórnymi, w tym z atopowym zapaleniem skóry wiedzą, że po konkretnym preparacie powinni udać się do apteki, choć zakupy w Internecie cieszą się coraz większą popularnością ze względu na szerszy dostęp i większą możliwość uzyskania niższej ceny.

Kochani Rodzice, cieszcie się bogactwem oferty kosmetyków dla dzieci! Rozkoszujcie się zapachami i kolorami, ceńcie wysokie wartości substancji odżywczych i łagodzących! Testujcie, oceniajcie, ale i pytajcie, sprawdzajcie, bo chodzi o Wasze dzieci!



Ułatwienia dla dzieci niepełnosprawnych: karta parkingowa i przejazdu ulgowe

Dominika Woźniewska-Żol

dr n. prawnych, Fundacja „Promyk Słońca”

Karta parkingowa to jedyny dokument uprawniający osoby niepełnosprawne do parkowania w wyznaczonych miejscach. Obowiązuje zarówno w Polsce, jak i w innych państwach UE. Dzieci niepełnosprawne i ich opiekunowie w określonych sytuacjach mogą też skorzystać z ulg w przejazdach komunikacją publiczną.

Co umożliwia karta parkingowa?

Rodzic lub opiekun przewożący niepełnosprawne dziecko o obniżonej sprawności ruchowej samochodem oznaczonym kartą parkingową może nie stosować się do niektórych znaków drogowych, dotyczących zakazu ruchu lub postoju:

- B-1 – „zakaz ruchu w obu kierunkach”
- B-3 – „zakaz wjazdu pojazdów silnikowych z wyjątkiem motocykli jednośladowych”
- B-3a – „zakaz wjazdu autobusów”
- B-4 – „zakaz wjazdu motocykli”
- B-10 – „zakaz wjazdu motorowerów”
- B-35 – „zakaz postoju”
- B-37 – „zakaz postoju w dni nieparzyste”
- B-38 – „zakaz postoju w dni parzyste”
- B-39 – „strefa ograniczonego postoju”



Samochód oznaczony odpowiednią kartą parkingową może również parkować na miejscach wyznaczonych dla osób niepełnosprawnych (tzw. kopertach).

Karta parkingowa powinna być umieszczona za przednią szybą pojazdu samochodowego w sposób umożliwiający jej odczytanie.

Komu przysługuje karta parkingowa?

Karta parkingowa może być wydana osobie niepełnosprawnej o obniżonej sprawności ruchowej. Przysługuje tylko wówczas, gdy orzeczenie o niepełnosprawności zostało wydane wraz ze wskazaniem, o którym mowa w art. 6b ust. 3 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, tj. dotyczącym spełniania przesłanek określonych w art. 8 ust.1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym. Zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym kartę parkingową wydaje za opłatą starosta.

W jaki sposób uzyskać kartę parkingową?

Wniosek o wydanie karty parkingowej należy złożyć w Urzędzie Miasta lub w starostwie powiatowym.

Do wniosku należy dołączyć:

- kopię orzeczenia o niepełnosprawności wraz ze wskazaniem, o którym mowa w art. 6b ust. 3 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (oryginał do wglądu),



- fotografię dziecka (wymiary 3,5 x 4,5 cm).
- dowód wniesienia opłaty za wydanie karty parkingowej.

Czy karta parkingowa wydana w Polsce obowiązuje za granicą?

Wydana w Polsce karta parkingowa dla osoby niepełnosprawnej spełnia wymogi określone w Zaleceniu Rady 98/376/WE z 4 czerwca 1998 r. w sprawie karty parkingowej dla osób niepełnosprawnych. Oznacza to, że można posługiwać się nią w innych krajach Unii Europejskiej i korzystać na jej podstawie z uprawnień parkingowych gwarantowanych dla osób niepełnosprawnych tego kraju. Szczegółowe informacje na temat zasad obowiązujących w poszczególnych krajach członkowskich można odnaleźć m.in. na stronie internetowej <http://parkingcard.europa.eu/>

Czy dzieciom niepełnosprawnym przysługują ulgowe przejazdy komunikacją PKP i PKS?

Dziecku niepełnosprawnemu oraz jednemu z rodziców lub opiekunowi dziecka niepełnosprawnego przysługuje 78% ulgi przy przejazdach PKP lub PKS. Uprawnienie to przysługuje dzieciom (młodzieży) niepełnosprawnym do ukończenia 24. roku życia, a w przypadku niepełnosprawnych studentów – do 26. roku życia na przejazdy PKP lub PKS na trasie pomiędzy miejscem zamieszkania lub miejscem pobytu a przedszkolem, szkołą, szkołą wyższą, placówką opiekuńczo-wychowawczą, placówką oświatowo-wychowawczą, specjal-

nym ośrodkiem szkolno-wychowawczym, specjalnym ośrodkiem wychowawczym, ośrodkiem umożliwiającym dzieciom i młodzieży spełnianie obowiązku szkolnego i obowiązku nauki, ośrodkiem rehabilitacyjno-wychowawczym, domem pomocy społecznej, ośrodkiem wsparcia, zakładem opieki zdrowotnej, poradnią psychologiczno-pedagogiczną, w tym poradnią specjalistyczną, turnusem rehabilitacyjnym.

Przejazd z ulgą przysługuje także rodzicowi lub opiekunowi jadącemu do jednego z wymienionych miejsc po dziecko lub wracającego po jego odwiezieniu.

Poza przejazdami do wymienionych placówek i z powrotem dziecku niepełnosprawnemu przysługują przejazdy:

- bezpłatnie – dziecku do lat 4 (w przypadku PKS pod warunkiem, że nie zajmuje oddzielnego miejsca),
- z ulgą 49% – jeżeli odbywa roczne przygotowanie przedszkolne, uczęszcza do szkoły (do 24. roku życia), szkoły wyższej



(do 26. roku życia) – na podstawie biletu miesięcznego imiennego,

- z ulgą 37% – dla dziecka powyżej 4. roku życia do rozpoczęcia odbywania obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz dla dziecka odbywającego roczne przygotowanie przedszkolne, ucznia, studenta (dotyczy to biletów jednorazowych w PKP).

Jakie dokumenty są niezbędne, żeby skorzystać z ulgowego przejazdu?

Dokumenty uprawniające do przejazdu z ulgą 78%:

- dla dzieci niepełnosprawnych, uczęszczających do przedszkola / szkoły / szkoły wyższej / ośrodka lub placówki oświatowej:
 - legitymacja przedszkolna dla dziecka niepełnosprawnego,
 - legitymacja szkolna dla uczniów dotkniętych inwalidztwem lub niepełnosprawnych,
 - dla dzieci i młodzieży nieuczęszczających do przedszkola / szkoły / szkoły wyższej / ośrodka lub placówki oświatowej,
 - legitymacja osoby niepełnosprawnej,
 - wypis z treści orzeczenia komisji lekarskiej do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, stwierdzający zaliczenie do jednej z grup inwalidów,
 - orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, stwierdzający częściową niezdolność do pracy, całkowitą niezdolność do pracy albo całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Przy przejazdach do i z jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych albo pomocy społecznej bądź organizujących turnusy rehabilitacyjne, wraz z jednym z powyższych dokumentów, wymagane jest zaświadczenie (zaświadczenie, skierowanie) określające:

- termin i miejsce badania, leczenia, konsultacji, zajęć rehabilitacyjnych, zajęć terapeutycznych albo pobytu w ośrodku

wsparcia, domu pomocy społecznej lub na turnusie rehabilitacyjnym,

- potwierdzenie stawienia się na badania, konsultację, zajęcia rehabilitacyjne, zajęcia terapeutyczne.

Jakie dokumenty powinien posiadać rodzic dziecka?

Dokumentem potwierdzającym prawo do ulgi dla rodzica są:

- jeżeli przejazd odbywa z dzieckiem – dokumenty dziecka,
- jeżeli jedzie po dziecko albo po odprowadzeniu dziecka – odpowiednie zaświadczenie wydane przez placówkę, do której dziecko jest zawożone.

Jakie ulgi dla dzieci niepełnosprawnych obowiązują w komunikacji miejskiej?

Zasady te mogą być różne w różnych miastach; wprowadzane są uchwałami rad miejskich. W przypadku Wrocławia darmowe przejazdy przysługują m.in.:

- dzieciom niepełnosprawnym i młodzieży niepełnosprawnej oraz uczniom posiadającym orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego, uczącym się w szkołach i placówkach określonych w ustawie o systemie oświaty oraz osobom opiekującym się nimi w czasie przejazdu lub podróżującym po nie albo po ich odwiezieniu do szkoły, zakładu opieki zdrowotnej, ośrodka rehabilitacji, innej placówki szkolnej lub ochrony zdrowia (dokumentem potwierdzającym jest legitymacja szkolna (studencka) wraz z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności),
- dzieciom w wieku do lat 16, na które przysługuje zasiłek pielęgnacyjny oraz ich opiekunom,
- osobom niewidomym lub ociemniałym oraz ich przewodnikom (posiadającym legitymację Polskiego Związku Niewidomych).

Nowości wydawnicze



Herwig Stopfkuchen

Nagłe zagrożenia zdrowotne u dzieci

Postępowanie ratunkowe. Redakcja wydania polskiego Juliusz Jakubaszko

Praktyczny przewodnik dotyczący diagnostyki i leczenia ostrych zachorowań oraz urazów wymagających natychmiastowej pomocy u dzieci zwięźle przedstawia objawy i metody postępowania zależnie od wieku i stanu dziecka, prezentuje leki, sposoby reanimacji, zawiera dawkowania leków i ważne tabele.

Wyd. Medpharm Polska, Wrocław 2010



Zdrowie dziecka a otyłość. Red. Anna Felińczak

Otyłość jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego czy też choroby niedokrwiennej serca. Problem otyłości w coraz większym stopniu dotyczy dzieci. Ta książka jest przeznaczona nie tylko dla wąskiego grona specjalistów, lecz także dla każdego czytelnika, który chce chronić dzieci przed jedną z najcięższych plag XXI wieku.

Wyd. Medpharm Polska, Wrocław 2011



Maria Kuleczka-Raszewska, Dorota Markowska

Uczę się poprzez ruch. Program terapii dla dzieci autystycznych i z niepełnosprawnością sprzężoną

Książka zawiera bogaty w ćwiczenia i zabawy terapeutyczne program mający na celu poprawę funkcjonowania dziecka w obszarze funkcji ruchowych oraz percepcji. Stymulacja procesów sensomotorycznych została tu przedstawiona zgodnie z założeniami teorii integracji sensorycznej i dodatkowo przyczynia się do usprawniania procesów poznawczych.

Wyd. Harmonia Universalis, Gdańsk 2012



Amanda Kirby

Dyspraksja. Rozwojowe zaburzenie koordynacji. Przełożyła Joanna Ostafin

Autorka, dr Amanda Kirby, sama będąca matką dziecka dotkniętego dyspraksją, opisuje to schorzenie jako ukrytą niepełnosprawność dzieci, które przejawiają rozwojowe zaburzenia koordynacji. U dyspraktyków nie widać symptomów mózgowego porażenia ani konkretnej niepełnosprawności fizycznej. A jednak jest to niepełnosprawność mogąca prowadzić do poważnych konsekwencji. Książka jest opracowaniem naukowym, ale autorka używa prostego języka, zrozumiałego dla przeciętnego czytelnika – rodzica, nauczyciela, terapeuty.

Fundacja „Szkoła niezwykła”, Warszawa 2010



Jagoda Kruk-Lasocka

Dostrzec dziecko z perspektywy edukacji włączającej

Przeznaczona przede wszystkim dla psychologów i pedagogów książka stanowi rezultat wieloletnich zawodowych doświadczeń autorki w pracy z dziećmi, którym ciężko się odnaleźć w systemie edukacji powszechnej. Pokazuje nowe wyzwania, z jakimi będzie się musiał zmierzyć wychowawca czy nauczyciel pracujący w przedszkolu lub w szkole oraz sytuacje, z którymi dziecko nie jest sobie w stanie poradzić mimo dobrego potencjału rozwojowego.

Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2012