

# DIAGNOSTYKA NOWORODKA-WCZEŚNIAKA

Maria Sroczyk

tyflopedagog, terapeuta integracji sensorycznej,  
Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci  
Niewidomych i Słabowidzących w Krakowie

W związku z unowocześnieniem opieki i coraz większą skutecznością pomocy noworodkom z niską masą urodzeniową mamy coraz większą liczbę dzieci przedwcześnie urodzonych, to jest przed rozpoczęciem trzydziestym siódmym tygodniem ciąży. W Polsce rodzi się obecnie około dwudziestu czterech tysięcy wcześniaków rocznie, co stanowi od sześciu do siedmiu procent wszystkich urodzeń.

„Noworodek nie jest małym niemowlakiem, a urodzony przedwcześnie różni się znacznie od urodzonego o czasie”.

Mówimy o wcześniakach:

- ♦ z niską wagą urodzeniową – 1500 – 2500 g,
- ♦ bardzo niską wagą urodzeniową – poniżej 1500 g,

- ♦ ekstremalnie niską wagą – poniżej 1000 g (przeżywalność noworodków osiemdziesiąt pięć procent).

Definicja okresu noworodkowego obejmująca jego pierwsze cztery tygodnie życia nie jest adekwatna dla dzieci urodzonych przedwcześnie. Okres noworodkowy tych dzieci trwa tak długo, jak długo trwa okres adaptacji najważniejszych życiowo układów: oddechowego, krążeniowego, nerwowego, trawiennego i moczowego. Decyzja zwolnienia dziecka do domu powinna być poprzedzona szczegółowymi badaniami klinicznymi oraz wykonaniem specjalistycznych badań przesiewowych w grupach ryzyka, wśród których dzieci przedwcześnie urodzone stanowią najważniejszą grupę.

Niezwykle istotne jest spełnienie przez noworodka tzw. kryteriów gotowości do wypisu, do których zalicza się:

- ♦ osiągnięcie masy ciała 1800 – 2000 g,
- ♦ możliwość odżywiania doustnego (piersią lub smoczkiem),

przy zadowalającym tempie przyrostu masy ciała (20–30 g/dobę do końca trzeciego miesiąca wieku skorygowanego i 15–10 g/dobę między trzecim a dziewiątym miesiącem wieku skorygowanego),

- ♦ sprawna termoregulacja pozwalająca na utrzymanie prawidłowej ciepłoty w warunkach domowych,
- ♦ wydolność podstawowych układów organizmu określana jako stabilny stan kliniczny.

Wcześnieiki ze względu na niedojrzałość wszystkich narządów narażone są na poważne problemy zdrowotne m. in.:

- ♦ oddechowe – bezdech, niewydolność, dysplazja oskrzelowo-płucna;
- ♦ metaboliczne – żółtaczka, kwasica;
- ♦ krążeniowe – niewydolność sercowo-naczyniowa, niedokrwistość;
- ♦ neurologiczne.

Ocena rozwoju wcześniaków powinna zawsze dokonywać się według wieku skorygowanego (do co najmniej osiemnastego miesiąca życia), a rozwój dzieci powinien być bezwzględnie śledzony do drugiego roku życia wieku skorygowanego (programy rozwojowe zalecają ocenę do szóstego a nawet ósmego roku życia).

Wiek skorygowany to jest wiek metrykalny minus brakujące tygodnie do terminu porodu.

Ocena rozwoju dzieci obejmuje:

1. Ogólny rozwój zdrowia dziecka.

2. Rozwój psychoruchowy:

- ♦ Skala Bayleya (ocenia się w niej rozwój fizyczny, umysłowy a także emocjonalny i społeczny),
- ♦ Skala Brunet-Lèzina – służy do oceny rozwoju psychoruchowego dzieci, które nie ukończyły trzydziestego miesiąca życia. Przewidziano w niej po dziesięć prób na każdy kolejny miesiąc z pierwszych dziesięciu miesięcy życia, oraz po dziesięć prób przypadających na kolejne kwartały, czyli dwunasty, piętnasty miesiąc życia i tak dalej, aż do trzydziestego. Skala podzielona jest na cztery sfery: lokomocję i kontrolę postawy; koordynację wzrokowo-ruchową; mowę; kontakty społeczne. Konstrukcja skali umożliwia zarówno określenie wieku rozwoju w każdej z tych sfer osobno, wykreślenie profilu rozwoju, obliczenie cząstkowego ilorazu rozwoju oraz pełnego ilorazu inteligencji.

3. Ocenę neuromotoryczną:

- ♦ skala Amiel-Tison (do końca pierwszego roku życia),

- ♦ skala Denver – ocena rozwoju dziecka, która służy jako badanie przesiewowe w wieku od urodzenia do sześciu lat,
- ♦ Skala Oceny Zachowania Noworodka (NBAS).

4. Badania neurologiczne (obwód głowy, morfologia twarzoczaszki, zachowanie dziecka, bierne napięcie mięśniowe, motoryka spontaniczna, ruchy prowokowane, odruchy pierwotne, drgawki).

Badanie neurologiczne noworodka, a zwłaszcza urodzonego przedwcześnie jest wykładnikiem skalonych na niższych piętrach Ośrodkowego Układu Nerwowego czynności, co bardzo ogranicza jego przydatność diagnostyczną. Innymi słowy, badanie neurologiczne wcześniaka jest bardzo trudne ze względu na niedojrzałość układu nerwowego dziecka. Czasami takie badanie po prostu nic nie wnosi i trzeba je powtórzyć. Zależność pomiędzy badaniami noworodków z krwawieniami okołokomorowymi i dokomorowymi nie są tak oczywiste ze względu na znaczną plastyczność mózgu wcześniaków. Ocena neurologiczna w dniu wypisu dziecka do domu w drugim, trzecim, a czasem w czwartym miesiącu życia, a zwłaszcza w czterdziestym tygodniu jego wieku koncepcyjnego ma znacznie większe znaczenie w prognozowaniu przyszłego rozwoju i ewentualnych zaburzeń psychoruchowych niż badanie neurologiczne w pierwszych dniach życia dziecka.

5. Ocena słuchu (około dziesięciu procent wcześniaków ma różnego stopnia ubytki słuchu).
6. Ocena wzroku (czwarty, ósmy i dwunasty tydzień życia u wszystkich wcześniaków).

## **Najczęstsze badania dodatkowe wcześniaków**

- ♦ **Elektroencefalogram** (EEG – aktywność kory mózgowej): badanie EEG ułatwia różnicowanie schorzeń czynnościowych i organicznych mózgu, oraz pozwala umiejscowić proces chorobowy w określonej jego okolicy. Szczególne znaczenie ma w badaniu dzieci z napadami padaczkowymi, w przebiegu zapalenia mózgu, po urazie czaszkowym oraz dla różnicowania śpiączek.
- ♦ **Przezciążkowe badania USG**: dzięki temu badaniu możliwe jest obejrzenie anatomicznych struktur mózgu. Badanie przeprowadza się u dzieci z niezarośniętym ciążkiem.
- ♦ **Tomografia komputerowa** (TK): służy głównie do badania mózgu u dzieci, którym zarosło ciążko. Dobrze widać kanał kręgowy i jego kostne części, guzy różnych narządów (nerki, wątroby), powiększone węzły chłonne w jamie brzusznej (gdy obraz USG pozostawia wątpli-

wości). TK często jest badaniem uzupełniającym USG, zwłaszcza narządów jamy brzusznej.

- ♦ **Rezonans magnetyczny (MR):** jest doskonałą metodą uzupełniającą (po wykonaniu zdjęcia RTG, USG, tomografii komputerowej) w niektórych schorzeniach narządów klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej. Przewagą badania rezonansu magnetycznego nad innymi metodami diagnostycznymi jest doskonała zdolność obrazowania tkanek miękkich i zmian w ich obrębie (również naczyń krwionośnych) oraz możliwość uzyskania obrazów warstw poszczególnych części ciała w dowolnie wybranej płaszczyźnie.
- ♦ **Wzrokowe i słuchowe potencjały wywołane:** umożliwiają ocenę funkcji drogi wzrokowej – od siatkówki do kory wzrokowej. Badanie potencjałów słuchowych – pozwala ocenić połączenia między uchem wewnętrznym a korą płata skroniowego.

Bardzo ważnym aspektem jest odporność wcześniaków. Noworodki urodzone przedwcześnie cechują się obniżonymi mechanizmami odporności, dlatego też powinny być szczepione według kalendarza szczepień. Wyjątek stanowią dzieci z masą poniżej 2000 g, a także z ciężkimi zespołami klinicznymi.

U tych dzieci czeka się na osiągnięcie masy ciała powyżej 2000 g.

Specjaliści pracujący z wcześniakami to: neonatolog, pediatra, chirurg dziecięcy, neurolog, okulista, audiolog, psycholog, logopeda, fizjoterapeuta, pielęgniarka, pedagog.

### Instytucje:

- ♦ szpitale – oddziały wcześniaków i patologii noworodka,
- ♦ poradnie dla noworodków i wcześniaków,
- ♦ Fundacje, np.: „Wcześnieśnik”, „Fundacja chorych noworodków i wcześniaków”, „Wcześnieśnik – rodzice rodzicom”, „Daj szansę”,
- ♦ programy, np.: „Wcześnieśnik w domu”, „Mentor”,
- ♦ akcja „O! Słoń wcześniaka” jej celem jest edukacja rodziców, pielęgniarek i lekarzy w zakresie opieki nad wcześniakami, a także podniesienie świadomości na temat zagrożeń, jakie wiążą się z faktem przedwczesnych narodzin. Organizatorzy kampanii chcą też zwrócić uwagę na potrzebę poprawy systemu doraźnej i długoterminowej opieki nad wcześniakami oraz potrzebę wyposażenia oddziałów noworodkowych w specjalistyczny sprzęt medyczny.



Literatura uzupełniająca:

Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia, red. M. Katarzyna Kornacka.

Neurologia perinatalna – C. Amiel-Tison.

Rozwój dziecka, pierwsze objawy zaburzeń, możliwość pomocy terapeutycznej – G. Banaszek.

Wczesna interwencja psychologiczna wobec dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin w warunkach oddziału intensywnej opieki noworodkowej i patologii noworodka – G. Kmita.



# PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY ADAPTACJI DZIECKA DO PRZEDSZKOLA

Maria J. Bielecka

psycholog, Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 12 w Warszawie. Zajmuje się wczesnym wspomaganiem rozwoju, diagnozuje dzieci od urodzenia do 6 lat i udziela porad ich rodzicom.

Artykuł przybliży problemy małych dzieci przekraczających po raz pierwszy próg przedszkola. Wprowadzenie w ostatnich latach wielu pozytywnych zmian w placówkach oświatowych bardzo złagodziło ten trudny dla dzieci moment. Niniejszy tekst ma na celu zwrócenie uwagi na dalsze doskonalenie warunków (leżących w gestii rodziców i nauczycieli) zapewniających komfortową socjalizację najmłodszym.

Dziecko odczuwa nadzwyczajną potrzebę obecności innych dzieci, potrzebuje ich jak witamin, jest to konieczne dla jego przyjemności. Jednak tę przyjemność odczuje tylko w uspokajającej i ubezpieczającej obecności swoich rodziców<sup>1</sup>.

## 1. Sytuacja emocjonalno-społeczna małego dziecka w domu rodzinnym

W domu rodzinnym dziecko jest otoczone troską i uwagą, a jego potrzeby zaspokaja przeważnie matka. Przez trzy lata tworzy się silna więź utkana z miłości, codziennego kontaktu, przeżywania wspólnych dobrych chwil (rytuałów, zabaw, drobnych radości) i tych trudnych (chorób, napięć, kłótni). Ta prawidłowo wytworzona więź z matką jest bazą w przyszłości dla późniejszych satysfakcjonujących relacji międzyludzkich opartych na empatii, przyjaźni, miłości. Jest wzorem do umiejętnego „posługiwania się” uczuciami, odczytywania potrzeb własnych i cudzych. To matka, a stopniowo także inni członkowie rodziny przybliżają niemowlęciu/ małemu dziecku świat zewnętrzny:



sąsiadów, dalszą rodzinę, panią w sklepie, kolegów w parku. Dziecko uczy się odróżniać „swoich” od „obcych” i wie, że podstawowe potrzeby zaspokaja rodzina, a z innymi osobami można mieć kontakt doraźny. Od trzeciego roku życia maluch zaczyna czuć się kimś odrębnym, tworzy się jego poczucie tożsamości, nie musi już być tak blisko mamy. I na tym etapie pojawia się PRZEDSZKOLE.

## **2. Co zmienia się w życiu rodziny, gdy dziecko idzie do przedszkola?**

Przychodzi moment pójścia dziecka do przedszkola. Co ten fakt zmienia? Chciałoby się powiedzieć: wszystko, ale tak nie jest. Dziecko nadal pozostaje w rodzinie, ale dłużej lub krócej przebywa w placówce. To, w jaki sposób maluch przejdzie próg między domem a przedszkolem, zaważy w wielu przypadkach na jego późniejszych postawach wobec wyzwań życiowych.

### **Czy dziecko wie, co je czeka?**

Nie wie, jeśli do tej pory nie przeżyło traumy rozstania z domem. Ale ma już niewątpliwie za sobą bagaż doświadczeń trudnych i bolesnych związanych z leczeniem okulistycznym. Nie zawsze obecność mamy mogła złagodzić ból zadawany w trakcie badania czy leczenia narządu wzroku. Jego zaufanie do świata zewnętrznego mogło być poważnie naruszone. Obce miejsca i ludzie mogą kojarzyć się malcowi z przykrością i zagrożeniem. Dziecko bez negatywnych doświadczeń idzie do przedszkola ufne i ciekawe. I słusznie, bo przedszkole m.in.: bawi, uczy, wychowuje, stwarza nowe warunki rozwoju (społecznego, emocjonalnego, intelektualnego, fizycznego), zapewnia towarzystwo dzieci i innych dorosłych osób, uczy

norm obowiązujących w grupie, buduje zaufanie do środowiska pozarodzinnego, uczy samodzielności, twórczej zabawy, dostarcza nowych wrażeń, rozwija mowę, pamięć, uwagę, kojarzenie, sprawność grafomotoryczną, spostrzegawczość. Ale też w przedszkolu spotykają dziecko duże zmiany. Zmiana codziennych nawyków, jakości pożywienia, zamiast mamy/babci jeden nauczyciel, wiele dzieci, inny sposób zaspokajania potrzeb w grupie (pani nie wie, że jak się bawię, to trzeba mi przypomnieć o toalecie), konieczność poczekania na swoją kolej i podporządkowania się nowym normom, innej dyscyplinie i innym granicom (co w domu wolno, tutaj nie), inne oczekiwania niż do tej pory (żebym był szczęśliwy i zadowolony, a tu – o ten komfort – muszę zadbać sam).

## **Czy rodzice wiedzą, co ich czeka?**

To zależy od wielu czynników, ale najczęściej mają obawy o to, jak ich dziecko poradzi sobie w przedszkolu. Te niepokoje dotyczą podstawowych pytań: jak będzie jadło, czy przełamię nieśmiałość, czy będzie płakało i co wtedy mam robić, czy nie nauczy się złych wzorów od kolegów, czy będzie „grzeczne”, czy nie przysporzy mi kłopotów swoim zachowaniem? Czy nauczyciel zadba o fizyczne bezpieczeństwo (zwłaszcza wtedy, gdy dziecko nosi okulary). Jak inne

dzieci potraktują kolegę niewidomego czy słabowidzącego w przedszkolu integracyjnym. Jak ono poradzi sobie z tęsknotą, a ja z rozstaniem itd.

Ten bagaż lęków, niepewności, zagubienia i mnóstwa pytań niesie rodzic i przekazuje nieświadomie dziecku.

## **Dlaczego tak ważna jest adaptacja?**

Sfera emocjonalna u małych dzieci odgrywa rolę pierwszoplanową w rozwoju. Od niej zależy aktualny dobrostan i wykorzystanie pozostałych zasobów (np. aktywności poznawczej, ruchowej, społecznej). Ona też wpływa na późniejszą, szeroko pojętą adaptację do ciągle zmieniających się warunków życia.

Łacińskie słowo *adaptatio* oznacza przystosowanie. Kto do kogo lub do czego ma się przystosować? Oczekujemy tego od dziecka. Ale przecież ono jest tu najslabszym ogniwem. Z jednej strony dorośli (rodzice), z drugiej – instytucja (przedszkole). A mówi się głównie o dziecku. Na szczęście mamy już wiele doświadczeń w adaptacji w przedszkolach. Wiemy, że przystosować muszą się wszyscy. Jak mają to zrobić rodzice? Oni nie zawsze są świadomi potrzeb dzieci i swoich własnych. Rodzice oczekują pomocy od specjalistów, by zdjęli brzemię lęków, zapewnili, że dziecko jest w porządku, a oni są dobrymi rodzicami.

A przede wszystkim, aby pomogli przejść przez próg przedszkola najłagodniej, jak się da.

Jak ma się przystosować dziecko? Oczywiście z pomocą dorosłych, którzy rozumieją naturę trzylatka i wiedzą, do czego jest gotowy, a co jest za trudne. Dziecko musi być na tyle dojrzałe emocjonalno-społecznie i sprawne psychomotorycznie, aby poradzić sobie z odbiorem dużej ilości silnych bodźców, wzmożonego, jednostajnego wysiłku i znoszenia ograniczeń w zaspokajaniu potrzeb. Człowiek nie rozwija się harmonijnie, więc nie zawsze wszystkie wymienione sfery są w równowadze. Tym bardziej potrzebny jest plan działania, który uwzględnia takie przystosowanie, które nie narusza delikatnej struktury psychicznej dziecka.

### **3. Konsekwencje psychofizyczne ponoszone przez dziecko, poddawane w nowym miejscu nadmiernej presji**

#### **Konsekwencje bezpośrednie**

Te czynności, które w domu były już opanowane i wykonywane z niewielką pomocą dorosłego, w przedszkolu, na skutek stresu, są „zapominane”, dziecko przeżywa regresję (cofa się do wcześniejszych etapów rozwoju), czuje się zagubione, niepew-

ne i zakłopotane własną nieporadnością. A bywa głęboko zawstydzone, gdy przytrafi się fizjologiczny kłopot. Im młodsze dziecko tym bardziej wyraża swój niepokój ciałem poprzez zaburzenie jedzenia, snu, zanieczyszczanie się. Przejawem głębszej rozpaczki jest utrata apetytu, wagi, przewlekła choroba, brak zainteresowania otoczeniem, wycofanie, bierność, apatia. Dziecko nie potrafi zrozumieć i opowiedzieć o tym, co je niepokoi. Ale wiemy, że największe lęki odnoszą się do braku poczucia bezpieczeństwa gwarantowanego przez najbliższą osobę. Dziecko myśli (niektóre już mówi): brakuje mi mamy, tęsknię za nią, martwię się, że już nie wróci, ona mnie nie kocha. Zamiast rozpoznać i nazwać niepokoje, dziecko może demonstrować je poprzez uogólnione lęki, nieposłuszeństwo, rozpacz wobec drobnych spraw, nadaktywność, agresję wobec dzieci i dorosłych. Okazuje bunt i brak zaufania do bliskich osób (nie biegnie z radością do mamy, gdy ta przyjdzie, obraża się, albo „wisi” na mamie cały czas).

Kiedy stres staje się nadmierny, dotychczasowe osiągnięcia osobowości małego dziecka kruszą się. W pierwszym rzędzie naruszeniu ulegają możliwości zaspokojenia potrzeb. Posiłki, drzemki i czas zakończenia dnia zawsze przysparzają trudności<sup>2</sup>.



## Konsekwencje dalsze

Wzorce zachowań z wczesnego dzieciństwa są bardzo trwałe i wywierają duży wpływ na funkcjonowanie człowieka. Jeśli nie dostanie on należytego wsparcia w okresie adaptacji, wtedy w każdej nowej sytuacji – najpierw dziecko, potem dorosły – będzie zamknięty w sobie, nieufny, spięty i czujny. Ten wcześnie „zapisany” w mózgu uraz będzie wracał i blokował sytuacje prowadzące człowieka do rozwoju. Będzie wpływał na przyszłość, dezorganizując szeroko pojęte funkcjonowanie społeczne jednostki. W praktyce oznacza to, że człowiek w obawie przed przeżywaniem przykrych uczuć (lęku, zagubienia, niepewności, zawstydzenia) nie uczy się nowych umiejętności, nie podejmuje ryzyka zmiany, która byłaby dla niego korzystna. Tkwi w bezpiecznych, bo sprawdzonych schematach. Boi się, na przykład, wszelkich spotkań grupowych, a jeśli już musi tam być – czuje napięcie i unika spontanicznych zachowań, ujawniania swoich potrzeb i uczuć.

Pamiętajmy jednak przede wszystkim, by chronić dziecko przed długo trwającym lękiem, gdyż ten stan uczuciowy spowodować może – jak wskazują na to życiorysy dzieci i dorosłych cierpiących na nerwice – najtrwalsze wypaczenie rozwoju osobowości<sup>3</sup>.

Współczesne społeczeństwo jest słabe, narażone na środki uzależniające. Oczekuje się zbyt szybko niezależności dzieci. Jeśli separacja od matki wystąpiła za wcześnie i nie została właściwie przeprowadzona, wtedy w okresie dojrzewania wszystkie niepokoje wychodzą na wierzch<sup>4</sup>.

#### **4. Jak można zaradzić stresom i traumie pierwszych dni w przedszkolu?**

W rozwiązanie tego problemu powinny być zaangażowane trzy strony: dziecko, rodzice i personel przedszkola.

#### **Dziecko i rodzice**

- Dla dziecka i rodziców jest ważny udział w zajęciach adaptacyjnych, bo łatwiej jest zaakceptować rozstanie, gdy dziecko pozna miejsce pobytu i nauczycielkę.
- Pierwsze spotkania powinny być w obecności mamy/taty, aby mogło schronić się w ich ramionach, gdy się przestraszy, albo znajdzie się w trudnej (za trudnej) sytuacji.
- Dziecku łatwiej oddzielić się od matki, gdy ma obiekt przejściowy (maskotkę, wybrany przed-

miot), który jest wspomnieniem domu, miejsca, w którym czuło się bezpiecznie.

- Adaptacja powinna być przeprowadzana stopniowo, uwzględniając indywidualne różnice między dziećmi.
- Czas pobytu dziecka na początku powinno się skrócić do minimum (trzy do pięciu godzin dziennie)<sup>5</sup>.

Donatella Caprioglio – psychoanalityk, proponuje określone postępowanie, aby separacja przebiegała prawidłowo.

Dziecko musi pójść z rodzicami do przedszkola, gdzie spotyka nauczycielkę. Rodzice mówią dziecku: to jest twoje miejsce i twoja pani. Trzeba rozmawiać w obecności dziecka z nauczycielką, w sposób symboliczny udzielając jej zgody, na zajęcie się dzieckiem.

1. Trzylatek jest gotowy do separacji, chociaż przeżywa strach, że będzie porzucony.
2. Co robić ze strachem? Jest to część naszego życia, nie możemy go wyeliminować. Matka musi nazwać uczucia dziecka: boisz się, że cię porzucę. Zapewniam cię, że po ciebie wrócę. Podobnie może powiedzieć nauczycielka o mamie: boisz się, że mama cię porzuci. Zapewniam cię, że wróci po ciebie.

3. Szanujemy odczucia i emocje dziecka. Nie mówimy nie bój się, bo jest to rada albo rozkaz. Kiedy dorośli okazuje dziecku zrozumienie, wtedy bierze jego niepokój na siebie. W języku psychologicznym nazywamy to kontenerowaniem uczuć dziecka. Dorosły nie osądza, nie kontroluje, nie musi szukać rozwiązania niepokoju.

## **Personel przedszkola**

Co może zrobić personel przedszkola?

- Zdobycie maksymalnej wiedzy na temat potrzeb trzylatka (szkolenia, warsztaty, literatura). Skorzystanie z doświadczeń koleżanek, które mają pozytywne doświadczenia.
- Przygotowanie własnych zasobów emocjonalnych.
- Zerwanie ze stereotypami i rutyną (rezygnacja z leżakowania, z realizacji programu na korzyść budowania poczucia bezpieczeństwa i zaufania dzieci).
- Tworzenie w przedszkolu okazji do wystłuchania dziecka. Rozmawianie z dzieckiem o tym, że widzimy, jak tęskni za rodzicami, jak jest mu ciężko, gdy czuje się opuszczone i jak będzie

szczęśliwe, gdy rodzice wrócą. Dziecko zrozumiane, nie czuje się tak bardzo osamotnione. Konfrontacja z przykrymi emocjami dziecka wymaga czasami odwagi słuchającego. Do niego należy dodawanie otuchy dziecku.

Aktualnie w literaturze psychologicznej, poruszającej problem adaptacji w przedszkolu, panuje zgodność, co do tego, że rodzic ma wejść z dzieckiem na teren przedszkola i tam przebywać. Nauczyciele na ogół stosują taką praktykę, ale stawiają sobie pytanie, jak długo ma to trwać. Brak jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Miarą skutecznej adaptacji jest samopoczucie dziecka. Jedno wejdzie do sali zabaw i nawet nie pożegna się z mamą zafascynowane nowymi perspektywami, a inne przez miesiąc będzie kurczowo trzymało się maminej ręki. Czasami problem z rozstaniem leży po stronie dziecka (wcześniejszy traumatyczny pobyt w szpitalu) lub rodzica, który nie dojrzał do odejścia od dziecka. Wtedy korzystna byłaby pomoc psychologa.

## **5. Które momenty na początku życia przedszkolnego są najtrudniejsze dla dzieci?**

Można rozpatrywać te momenty w aspekcie naruszania cielesności dziecka i zmian w miejscu pobytu.

## Naruszanie cielesności dziecka

- Leżakowanie – (klasyczne) jest podwójną traumą dla dziecka.

Zdejmowanie odzieży narusza intymność dziecka. Przekraczana jest granica cielesności, którą każdy człowiek od urodzenia posiada. Dziecko nie tyle ma świadome poczucie wstydu, jakie pojawia się u dorosłych, co bardziej może czuć zagubienie i lęk, że ktoś obcy dysponuje jego ciałem, rozbiera je i ubiera. Dla niektórych dzieci zdjęcie okularów może być bardzo zagrażające, gdy tę pomoc optyczną traktuje jak bardzo osobiste wyposażenie. Zaciera się granica między byciem podmiotem a przedmiotem, co narusza kruchą jeszcze tożsamość dziecka. Łóżko kojarzy się ze spaniem nocnym. Dziecko traci poczucie miejsca i czasu, kontroli tego, co tu i teraz. Przed nocą jest zwykle dużo niepokoju i dziecko jest przekonane, że nie wróci już do domu. Zasypianie dziecka w przedszkolu w pierwszych dniach września nieuchronnie prowadzi do sytuacji wybudzenia się z silnym lękiem, który obrazują poniższe pytania: Gdzie jestem, czemu nie w swoim łóżeczku? Gdzie jest moja mama, mój tata? Kim są te panie? Czy zostanę tu na zawsze?

- Jedzenie.

Dzieci niechętnie jedzące w początkowym okresie pobytu w przedszkolu mogą wyrażać swój pro-

test: Nie chcę tu być, więc nie chcę też jeść. Żołądek jest jednym z najbardziej unerwionych organów człowieka, można powiedzieć, że najbardziej czułym na impulsy dochodzące z układu nerwowego. Takimi impulsami silnie oddziałującymi na funkcjonowanie narządów wewnętrznych są emocje. Dziecko w pierwszych dniach pobytu w przedszkolu przeżywa bardzo silne negatywne emocje lęku, złości, niepokoju. Pod wpływem stresu żołądek dziecka obkurcza się i trudno mu przyjąć przedszkolny posiłek tak, aby zostawić pusty lub choćby częściowo opróżniony talerz.

- Korzystanie z toalety.

Korzystanie z toalety – to też czynność intymna, związana z ciałem. Mama w określony sposób pomaga wciągnąć majteczki, uniknąć ich zabrudzenia. Czasami dziecku trudno zapamiętać, gdzie w tej pełnej nowych rzeczy sali, jest wejście do łazienki.

## **Zmiana w miejscu pobytu**

- Zmiana Sali.

Kiedy dziecko pozna już swoją salę i poczuje się w niej w miarę bezpiecznie, każde naruszenie status quo wywołuje nową falę lęku i niepewności. Tak jest z wyjściem na gimnastykę czy do ogrodu. Dziecko

jeszcze nie wie, co go tam czeka, jaka nowa, z założenia niemiła (bo nieznana), niespodzianka.

- Zmiana nauczyciela.

Dziecko już oswoiło się z nową panią, zaczyna obdarzać ją zaufaniem, jest dla niego ostoją bezpieczeństwa i ...nagle znika. Przychodzi inna osoba, czasami jeszcze inna, często ktoś zagląda popatrzeć na maluszki. A każda taka ingerencja w konstytuującą się grupkę powoduje niepokój i czasami kolejną falę rozpaczy.

## **6. Podsumowanie**

Każde małe dziecko, które wchodzi do nowego miejsca, a zwłaszcza do grupy dzieci powinno być „pod ochroną” z powodu przewidywanych trudności adaptacyjnych. Wiąże się to z różnicami indywidualnymi w rozwoju psychospołecznym dzieci i z traumami wynikającymi z leczenia medycznego. Nauczyciele powinni posiadać umiejętności wprowadzania nowych dzieci do przedszkola z uwzględnieniem ich szczególnych obciążeń. Miarą dobrego przystosowania do nowej sytuacji jest przedszkolak, który bez zbytniego napięcia rozstaje się z mamą i chętnie wita się z nią pod koniec pobytu w przedszkolu. Bawi się z dziećmi (lub obok nich) i podejmuje proponowane przez nauczyciela różne formy aktywności. Stara się być samodzielny, zdobywając nowe umiejętności w tym zakresie. Przyswajają normy i re-



guły obowiązujące w grupie. Jest radosny i spokojny. Nie traci czasu i energii na przeżywanie rozpaczy. Lęk nie hamuje jego możliwości rozwojowych.

My, dorośli, mamy wyjątkową rolę do odegrania w procesie socjalizacji dziecka. Zrobiliśmy jako ludzie bardzo wiele w zakresie „rodzenia po ludzku”, obecności rodziców przy cierpiącym dziecku w szpitalu, wprowadziliśmy też programy adaptacyjne do żłobków i przedszkoli. Mam nadzieję, że ten artykuł posłuży głębszemu zrozumieniu potrzeb małego dziecka rozpoczynającego nowy rozdział życia w społeczeństwie bez niepotrzebnego stresu.

---

<sup>1</sup> B. This, Bezpieczeństwo podstawowe, przyjemność socjalizacji, Materiały z seminarium „Zielone domy w Polsce: nowa perspektywa profilaktyki społecznej”, wyd. CEFFIC, 1996.

<sup>2</sup> E. Furman, Jak wspierać dziecko w rozwoju, Jacek Santorski & Co, Warszawa, 1994, s. 53.

<sup>3</sup> H. Olechnowicz, Pierwsze kroki wśród ludzi, Nasza Księgarnia, Warszawa, 1969, s. 108.

<sup>4</sup> D. Caprioglio, Materiały Współpraca rodziny, dziecka i opiekuńcy w warunkach wychowania zbiorowego, seminarium podczas Konferencji Fundacji „Zielone Domy”, 6-8.10. 2008.

<sup>5</sup> D. Caprioglio, Moja droga od patologii dziecięcej do uczuciowości wyższej, Materiały z Konferencji Fundacji „Zielone Domy”, listopad 2000.

# REHABILITACJA WZROKU W ASPEKCIE TEORII INTEGRACJI PRZETRWAŁYCH ODRUCHÓW PIERWOTNYCH

Opracowała Agata Hołubowicz

terapeuta widzenia, instruktor orientacji przestrzennej,  
Ośrodek Wczesnego Wspomagania Rozwoju w Sobieszewie

Terapeuta widzenia, przeprowadzając funkcjonalną diagnozę widzenia, często spotyka się z sytuacją, gdy funkcjonowanie wzrokowe dziecka jest niezgodne – zaskakująco dobre lub dużo gorsze niż oczekiwane – w porównaniu z informacjami pochodzącymi z danych medycznych (neurologicznych i okulistycznych). Dzieci z poważnymi schorzeniami wzroku, takimi jak neuropatie nerwu wzrokowego, oczopląs czy retinopatie wcześniacze III stopnia z przeciągnięciem plamki, potrafią radzić sobie wzrokowo bardzo dobrze, opanowując po odpowiednim treningu umiejętność czytania i pisanie w zwykłym druku. Z drugiej strony w szkołach ogólnodostępnych coraz częściej

mamy do czynienia z dziećmi, które mają duże trudności z czytaniem i pisaniem wynikające z zaburzeń percepcji wzrokowej. Dzieci te, pomimo dobrego rozwoju i braku schorzeń układu wzrokowego, czy nawet wad refrakcji, mają trudności z posługiwaniem się wzrokiem podobne do dzieci słabowidzących. Częściową odpowiedzią na pytanie, dlaczego tak się dzieje, może być teoria integracji przetrwałych odruchów pierwotnych według Sally Goddard-Blythe.

Podstawą terapii widzenia jest założenie, że przy uszkodzonym, ale dającym możliwości widzenia, układzie wzrokowym patrzenia można się nauczyć poprzez wykonywanie odpowiednio zaprogramowanych ćwiczeń wymagających użycia wzroku. W Ośrodku Wczesnego Wspomagania Rozwoju w Sobieszewie (oddział Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Niewidomych w Laskach) uczymy więc dzieci ze schorzeniami wzrokowymi posługiwania się wzrokiem (tzw. podstawowych funkcji wzrokowych), z czasem kładąc coraz większy nacisk na rozumienie widzianej rzeczywistości (tzw. funkcje percepcyjne wzrokowe). Drugim bardzo ważnym założeniem terapii jest twierdzenie, że funkcjonowanie wzrokowe człowieka jest uwarunkowane wieloczynnikowo, dlatego dzieci z tym samym schorzeniem wzroku mogą różnie funkcjonować wzrokowo, w zależności od trzech grup czynników:

- 1) zdolności wzrokowych,
- 2) wyposażenia i predyspozycji indywidualnych oraz
- 3) czynników zewnętrznych.

W mojej pracy z małymi słabowidzącymi dziećmi teoria ta pozwala mi zawsze na pewien optymizm – nawet jeżeli diagnoza okulistyczna jest zła, zdolności i motywacja dziecka mogą przynieść zaskakujące efekty. Z drugiej strony przy znacznym opóźnieniu rozwojowym dziecka jego umiejętności wzrokowe będą się rozwijać wolno, nie przewyższając umiejętności rozwojowych.

Rozpoczynając pracę z małymi dziećmi ze sprzężoną niepełnosprawnością, w naszym ośrodku zespół specjalistów (fizjoterapeuta, psycholog, tyflopedagog, terapeuta widzenia, muzykoterapeuta) przeprowadza wstępną diagnozę. Ma ona na celu między innymi ustalenie, w jakich proporcjach dziecko korzysta z różnych zmysłów w swoim systemie poznawczym. W ten sposób możemy ustalić, na czym powinniśmy się skupić w pracy terapeutycznej. Dla terapeuty widzenia istotne jest, czy rozwój percepcji wzrokowej dziecka jest niższy od jego wieku rozwojowego. Jeżeli umiejętności wzrokowe są poniżej wieku rozwojowego, zadaniem terapeuty widzenia jest próba poprawy funkcjonowania wzrokowego dziecka poprzez regu-

larne ćwiczenia funkcji optycznych takich jak: fiksacja wzroku, śledzenie i przerzucanie spojrzenia, a z czasem akomodacja i konwergencja.



Zgodnie z teorią Sally Goddard-Blythe przetrwałe odruchy pierwotne mogą zaburzać prawidłowy rozwój dziecka – również funkcjonowanie wzrokowe. Według autorów opublikowanego w Internecie artykułu „Krytyczne etapy rozwojowe” mechanizmy odruchowe stanowią zarówno drogowskaz, jak i podstawę sprawnego i dojrzałego funkcjonowania ośrodkowego



układu nerwowego, z którym inne układy naszego ciała pozostają w ścisłej zależności. Jeżeli jednak odruchy pierwotne, takie jak: odruch Moro, Asymetryczny Toniczny Odruch Szyjny (ATOS), Toniczny Odruch Błądnikowy zgięciowy i wyprostny (TOB), Symetryczny Toniczny Odruch Szyjny (STOS) nie zostaną w odpowiednim czasie zastąpione prawidłowymi odruchami posturalnymi, będą negatywnie wpływać na umiejętności rozwojowe. Teoria Sally Goddard-Blythe skierowana jest do terapeutów dzieci zdrowych z problemami szkolnymi.

Negatywny wpływ odruchów możemy obserwować w różnych sferach rozwoju, ja chciałabym się skupić na funkcjonowaniu wzrokowym.

### 1. Odruch MORO:

- zaburza fiksację,
- wywołuje problemy z układem okoruchowym – brak współpracy obu oczu,
- może być przyczyną specyficznej percepcji wzrokowej, np. braku selekcji wzrokowej – dziecko nie jest w stanie zignorować bodźców wzrokowych w obrębie pola widzenia, oczy reagują na zarys kształtu i pomijają szczegóły, występuje duża podatność na rozproszenie,
- zaburza wrażliwość na kontrast,
- powoduje nadwrażliwość na światło.

### 2. Przetrzywały ATOS zaburza:

- widzenie obuoczne i śledzenie wzrokiem, co negatywnie wpływa na płynność czytania i pisanie,
- może powodować przeskok wzroku na linii środkowej ciała podczas śledzenia w poziomie, zdarza się, że dziecko pomija litery lub wyrazy na linii środkowej ciała,

- zaburza koordynację oko-ręka i integrację przedsiionka z innymi zmysłami,
- powoduje problemy z koncentracją – równoczesnym zapisywaniem informacji słuchanych,
- wywołuje zaburzenia wzrokowo-percepcyjne, szczególnie z symetrycznymi reprezentacjami figur (dzieci nie potrafią odwzorowywać symetrycznie).

## 2. TOB zgięciowy:

- uniemożliwia prawidłową konwergencję oraz zaburza percepcję wzrokową figury na tle,
- wpływa na umiejętność poruszania się w przestrzeni (poczucie głębi),
- zaburza rozumienie relacji przestrzennych, orientację w czasie, tworzenie sekwencji.

## 3. TOB wyprostny:

- może powodować zaburzenia okoruchowe,
- zaburza percepcję wzrokową, zwłaszcza percepcję przestrzeni.

## 4. STOS:

- utrudnia akomodację i zaburza śledzenie oczami w pionie.



Uogólniając – drobne problemy neurorozwojowe mogą wywoływać podobne efekty jak uszkodzenie układu wzrokowego, wpływając na podstawowe funkcje wzrokowe takie jak fiksacja, patrzenie obuoczne, śledzenie w poziomie i w pionie, akomodacja, konwergencja oraz funkcje percepcyjne wzrokowe – różnicowanie figury na tle, relacje przestrzenne. Wpływają też na koordynację wzrokowo-ruchową, manifestują się niewłaściwym odwzorowywaniem, brakiem umiejętności rozmieszczania przedmiotów w przestrzeni.



Terapeuci neurorozwojowi wymieniają fizyczne uwarunkowania trudności w nauce takie jak: zaburze-

nia zachowania w szkole i w klasie (niedobory uwagi lub nadruchliwość z zaburzeniami koncentracji), trudności w pisaniu, specyficzne trudności w czytaniu jako skutki zaburzeń integracji odruchów pierwotnych i proponują roczny program ćwiczeń wspomagających integrację tych odruchów i prawidłową pracę układu nerwowego.

Pracując z dziećmi ze schorzeniami wzrokowymi, które rozpoczynały naukę w szkołach, często spotykałam się z pytaniami ze strony rodziców, dlaczego ich dziecko zachowuje się inaczej niż zdrowe dzieci podczas pracy wzrokowej – kolorowania, podejmowania prób pisania i czytania. Dzieci te skracają dystans patrzenia, przekrzywiają głowę, żeby przysunąć lepsze oko do kartki, mylą litery o podobnym kształcie, w innym położeniu w przestrzeni, na ogół nie są w stanie odwzorowywać tekstów z tablicy, pracują dużo wolniej niż ich koledzy, ich pismo jest niekształtne, mało czytelne. Tego typu problemy w sposób oczywisty wynikają z uszkodzenia wzroku. Należy jednak pamiętać, że większość dzieci słabowidzących to wcześniaki lub skrajne wcześniaki (jest to podstawowa przyczyna retinopatii); u dużej ilości dzieci, które przyszły na świat w terminie, schorzenia wzroku mają postać wrodzoną. Skłania to do refleksji, że przyczyny problemów z pracą wzrokową mogą być nieco bardziej złożone. Jeżeli dziecko ze schorzeniem wzroku,

przyjmuje nietypową postawę podczas pracy przy biurku (ustawia się bokiem, przesuwa głowę na jedną stronę, „rozsiada się” na krześle, odchylając głowę do tyłu i prostując nogi w przód), ma nieustaloną lateralizację, zmienia rękę podczas pisania i rysowania, ma zaburzoną koncentrację uwagi, wyłącza się w czasie lekcji i pograża w rozmyślaniach, ma problemy z zapamiętaniem prostych instrukcji i zaburzony słuch fonematyczny – może należy przeprowadzić diagnozę zaburzeń neurorozwojowych, żeby poprawić efektywność terapii. Należy też zaznaczyć, że słabowidzące dzieci obdarzone prawidłowym słuchem zazwyczaj charakteryzuje doskonała pamięć słuchowa – cecha ta jest szybko spostrzegana przez nauczycieli w szkołach ogólnodostępnych i traktowana jako ich atut.

W przeszłości, śledząc postępy dzieci słabowidzących podczas terapii widzenia w pierwszych trzech latach ich życia, spotykałam się z sytuacjami niezrozumiałymi, na które być może odpowiedzią są zaburzenia integracji odruchów pierwotnych. Uszkodzenia układu wzrokowego – zwłaszcza całkowita ślepotą – mogą bardzo ograniczyć spontaniczny rozwój dziecka, dlatego tak ważne jest wspomaganie rozwoju. Niewidome i słabowidzące dzieci z opóźnieniem osiągają umiejętności rozwojowe; później świadomie unoszą główkę, często z opóźnieniem siadają, rzadko raczkują, raczej przesuwiają się „na pupie” ze względu

na brak motywacji wzrokowej i trudności z oceną przestrzeni. Zdaniem autorów teorii zaburzeń neuro-rozwojowych umiejętności takie jak raczkowanie pozwalają dziecku na pełną integrację odruchów pierwotnych i zastąpienie ich odruchami posturalnymi, tak więc żeby dziecko mogło swobodnie przenosić wzrok do dali i do bliży (akomodacja i konwergencja) i patrzeć obuocznie – co jest rzadkością u dzieci słabowidzących – powinno zaliczyć etap raczkowania. Spotykałam się z przypadkami dzieci, które do momentu podjęcia raczkowania nie były w stanie używać wzroku do dali, sytuacja ta zmieniała się po zaliczeniu tego etapu rozwojowego. Pracowałam również z dziećmi, których – pomimo wytężonej pracy na zajęciach rehabilitacji wzroku i zaangażowania rodziców w domu – nie byłam w stanie nauczyć prawidłowo śledzić, pomimo dobrych wyników testów na ostrość wzroku (Lea Gratings Test). Dzieci te bardzo słabo koordynowały pracę oczu – muszę jednak zaznaczyć, że przeważnie były to dzieci z problemami neurologicznymi, czyli poważniejszymi niż niezintegrowane odruchy pierwotne. Spotykałam się również z przypadkami dzieci niewidomych, które miały niezwykle duże trudności z opanowaniem świadomości ruchu ciała i palców pomimo wytężonej pracy fizjoterapeuty, tyflopedagoga i instruktora orientacji przestrzennej – jednocześnie prezentując bogatą wiedzę na ten temat.

Dzieci te doskonale potrafią rozróżnić prawą i lewą stronę ciała, nazwać wszystkie części ciała i palce, ale nie potrafią skakać na trampolinie, zginając jednocześnie nogi w kolanach, różnicować ruchów prawej i lewej strony ciała, ustawiać palców w odpowiedniej pozycji (np. utrzymać prawidłowego chwytu na białej łasce pomimo ustawienia palców przez terapeutę). Do tej pory przyczyn problemów tego typu doszukiwałam się w braku naśladownictwa wzrokowego – dużo trudniej odwzorowywać ruchy ciała drugiej osoby, posługując się jedynie dotykiem i wskazówkami słuchowymi. Nie wszystkie niewidome dzieci zachowują się jednak w ten sam sposób; część dzieci bardzo dobrze radzi sobie na trampolinie i błyskawicznie opanowuje wspomniane wyżej wymagania.

W swojej kilkuletniej praktyce terapeuty widzenia miałam do czynienia z dziećmi z poważnymi wadami genetycznymi lub wadami rozwojowymi, które początkowo nie reagowały wzrokowo na żadne bodźce – dzieci te funkcjonowały rozwojowo bardzo nisko, miały znacznie obniżone lub podwyższone napięcie mięśniowe, przeważnie padaczkę i schorzenia układu wzrokowego. Z czasem zaczynały reagować na bodźce świetlne i kontrastowe – przeważnie w obwodowym polu widzenia, co przypominało widzenie poza plamkowe. Z upływem czasu zaczynały reagować na bodźce w centralnym polu widzenia, jednak rzadko

w linii środkowej ciała. Dzieci te nie podjęły płynnego śledzenia w poziomie; przypomina ono raczej przeczucie spojrzenia pomiędzy bodźcami z lewej i z prawej strony pola widzenia, przy czym przeważnie jedno pole widzenia odznaczało się obniżoną wrażliwością na bodźce wzrokowe. Śledzenie w pionie podjęły bardzo nieliczne z tych dzieci, ale wszystko przed nami.

Zapoznanie się z teorią terapii neurorozwojowej skłoniło mnie do zmodyfikowania sposobu pracy nad podstawowymi umiejętnościami wzrokowymi u dzieci, o których wiem, że nie zintegrowały odruchów pierwotnych – zwłaszcza dzieci z niepełnosprawnościami sprzężonymi. Bardzo ważna jest pozycja, w jakiej znajduje się dziecko podczas terapii – powinna być ona dobrana do potrzeb dziecka przez fizjoterapeutę. Czasem konieczna jest pomoc fizjoterapeuty na zajęciach w celu wspomagania ruchów dziecka podczas lokalizowania wzrokiem obiektów i śledzenia ich w celu zwiększenia efektywności zajęć rehabilitacji wzroku. Dzieciom tym należy dać dużo czasu na fiksację, stosując bodźce wzrokowe dobrze widoczne i eliminując z otoczenia wszystko, co może je rozpraszać (również niepożądane bodźce słuchowe). Naukę śledzenia z takimi dziećmi zaczynam od miejsca pola widzenia, co do którego mam pewność, że dziecko potrafi zafiksować wzrok – nie w linii środkowej ciała, ale

bliżej obwodu. Bardzo wolno przesuwam zabawki podświetlane lub kontrastowe wzory w poziomie od obwodu do centrum pola widzenia, kończąc na linii środkowej ciała. Ćwiczenie zaczynam od obszaru o większej wrażliwości na bodźce wzrokowe lub po stronie lepszego oka, następnie powtarzam ćwiczenie po drugiej stronie. Dopiero po wykonaniu wyżej wymienionych czynności, przesuwam bodźce wzrokowe w poziomie przez całe pole widzenia z przekroczeniem środkowej linii ciała. Przy śledzeniu w pionie jeszcze większą uwagę przywiązuję do współpracy z fizjoterapeutą – dziecko, które podejmie pracę wzrokiem, podążając wzrokiem ku górze lub ku dołowi z dużym prawdopodobieństwem doświadczy zaburzenia równowagi i straci kontakt wzrokowy z przedmiotem, na który patrzy. Czasem przy utracie równowagi ujawnia się częściowy odruch MORO, a wtedy widać pełną dezorientację wzrokową dziecka. Śledzenie zaczynam w centralnym polu widzenia, ale niekoniecznie na linii środkowej ciała. Częściej dzieci podejmują śledzenie ku górze niż ku dołowi, łatwiej im przerzucać spojrzenie punktowo, niż płynnie śledzić. Z dziećmi, które opanowały fiksację i śledzenie w świetle dziennym na przedmiotach kontrastowych w bliskiej odległości, zaczynam ćwiczyć obserwowanie przedmiotów i zabawek oddalających i przybliżających się (akomodację i konwergencję). Na ogół

dzieci z dużymi problemami rozwojowymi, które nie siedzą jeszcze samodzielnie, nie podejmują patrzenia do dali, nawet jeżeli mają dość dobrą ostrość wzroku. Dziecko słabowidzące, którego podstawową potrzebą jest manipulowanie zabawkami znajdującymi się w zasięgu ręki, nie kontrolujące dobrze swojego położenia, nie jest zainteresowane podążaniem wzrokiem za przedmiotami oddalającymi się lub znajdującymi się daleko. Prędzej podejmie próbę skupienia wzroku na rodzicu znajdującym się w trochę większej odległości (około półtora metra), pod warunkiem, że będzie dobrze widoczny na tle otoczenia i przeważnie w reakcji na jego głos, a nie spontanicznie przeszukując otoczenie wzrokiem.

Chciałabym dodać, że chociaż w większości przypadków spostrzeżenia terapeutów neurorozwojowych potwierdzają się u dzieci, z którymi pracuję, są też wyjątki od reguły. Dwójka dzieci z tetraplegią, pomimo ewidentnych przetrwałych odruchów pierwotnych o dużym nasileniu, dobrze sobie radzi ze śledzeniem w poziomie, nie gubiąc przedmiotów po przekroczeniu linii środkowej ciała; a jedno z tych dzieci, pomimo widocznego ATOS-u, sięga do przedmiotów z zachowaniem kontroli wzrokowej.

Sądzę, że dobry terapeuta korzysta z dobroci najnowszej wiedzy, nie trzymając się sztywno założeń różnych terapii, ale starając się w ich świetle zrozu-



mieć ograniczenia dzieci, z którymi pracuje i próbując dostosować wymagania do możliwości psychofizycznych małych pacjentów.

Artykuł autorka opracowała na podstawie materiałów ze szkolenia „Integracja przetrwałych odruchów pierwotnych dla dzieci ze specjalnymi potrzebami” według Sally Goddard-Blythe

(Zdjęcia Agata Hołubowicz)

# RAZEM NA RZECZ DZIECI NIEWIDOMYCH Z DODATKOWYMI OGRANICZENIAM

Elżbieta Paradowska

tyflopedagog, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

W dniach 8 i 9 marca 2012 r. w Warszawie odbyło się spotkanie dyskusyjne przedstawicieli Perkins International (fundacji działającej przy Szkole Perkinsa dla Dzieci Niewidomych w USA ) z przedstawicielami strony rządowej, tj. Ministerstwa Edukacji Narodowej (przedstawiciele pozostałych, zaproszonych ministerstw nie przybyli na spotkanie) oraz z reprezentantami placówek, ośrodków oraz fundacji i stowarzyszeń, obejmujących swoją działalnością dzieci z uszkodzonym wzrokiem z dodatkowymi dysfunkcjami, w tym głuchoniewidome. Fundacja Perkins International, będąca inicjatorem spotkania, chciała zapoznać się z „filozofią” udzielania pomocy tej grupie dzieci i ich rodzinom w Polsce. Współorganizatorami konferencji byli dotychczasowi partnerzy Perkins International w Polsce – Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym (TPG – **Małgorzata**

**Książek)** oraz Polski Związek Niewidomych (PZN Instytut Tyflogiczny Centrum Rehabilitacji – **Elżbieta Oleksiak**). Spotkanie było poświęcone dwóm tematom: wczesnemu wspomaganiu rozwoju dzieci niewidomych i słabowidzących z dodatkowymi niepełnosprawnościami (określanego w USA terminem „wczesna interwencja” – oznaczającym wszelkie działania, podejmowane wobec małego dziecka w wieku od urodzenia do sześciu lat i jego rodziny) oraz edukacji tych dzieci.

Dyrektor Perkins International, dr W. Aubrey Webson, oraz regionalny koordynator fundacji na obszar Europy i Euroazji, Dennis Lolli, podkreślili, że ich organizacja chce podjąć współpracę z krajami Europy wschodniej (w tym z Polską), w celu objęcia pomocą dzieci z uszkodzonym wzrokiem ze współwystępującymi niepełnosprawnościami, grupy dzieci często pomijanej – jak się wydaje – a jednocześnie mającej największe potrzeby. Z danych organizacji wynika, że wiele z tych dzieci w różnych krajach, pozostaje poza systemem edukacji i nie otrzymuje żadnego wsparcia. Perkins International dąży do tego, by poprzez swoje działania we współpracy z sześćdziesięcioma pięcioma krajami na świecie „zmniejszyć tę liczbę do zera”. Szansę na realizację tego celu widzi we współpracy z przedstawicielami rządu, organizacji, fundacji i placówek pozarządowych. Widzi też wielką rolę działań z obszaru wczesnego wspomagania rozwoju w zwiąk-

szaniu szans edukacyjnych tych dzieci oraz w przygotowaniu ich rodziców do bycia w tej kwestii „advokatami dziecka”.



**W. Aubrey Webson, Dennis Lolli**

Joanna Wrona (przedstawicielka Ministerstwa Edukacji Narodowej, Radca Ministra, Departament Zwiększania Szans Edukacyjnych) zapoznała gości z „filozofią” systemu edukacji w Polsce, podkreślając powszechność obowiązku szkolnego dla wszystkich dzieci – także z niepełnosprawnością sprzężoną. Zaznaczyła, iż w Polsce to rodzice podejmują ostateczną decyzję o umieszczeniu dziecka z niepełnosprawnością w jednej z trzech rodzajów placówek: ogólnodostępnej, integracyjnej lub specjalnej. Z kolei Elżbieta Neroj (MEN,

DZSE), w oparciu o aktualnie obowiązujące rozporządzenia, przedstawiła szczegółowe zadania i warunki organizowania wczesnego wspomagania rozwoju (**wwr**), w ramach systemu oświaty w naszym kraju.

Goście mieli też możliwość zapoznania się z warszawskim systemem wspomagania dziecka i rodziny. Przedstawicielka Biura Edukacji Miasta Stołecznego Warszawy, Wydziału Kształcenia Specjalnego, Jolanta Markiewicz-Król, zwróciła uwagę na fakt, iż system warszawski oparł się na już istniejących placówkach, w których znajdowały się dzieci z niepełnosprawnością, a także odpowiednio przygotowani specjaliści, i był pierwszym tego typu projektem w Polsce. Przytoczone dane liczbowe wyraźnie wskazywały, iż liczba dzieci objętych projektem stale rośnie, podobnie jak ilość włączonych w jego realizację placówek. Cenną inicjatywą jest włączenie ośmiu placówek zdrowia do współpracy z zespołami wczesnego wspomagania rozwoju.

Dla realizacji **wwr** sprawą niezwyklej wagi, obok regulacji prawnych, jest zapewnienie odpowiedniej liczby dobrze przygotowanych specjalistów. Działania podejmowane w tym obszarze przez APS w Warszawie przedstawiła dr Grażyna Walczak. Zebrani zostali zapoznani z szeroką, aktualną ofertą uczelni w zakresie kształcenia specjalistów wczesnego wspomagania rozwoju dziecka z uszkodzonym wzrokiem z dodatkowymi niepełnosprawnościami, przygotowanymi

też do udzielania wsparcia rodzinie dziecka. Organizowane przez APS liczne spotkania, konferencje oraz podejmowana z różnymi placówkami i z międzynarodowymi organizacjami współpraca również świadczą o dużym zaangażowaniu uczelni w tę problematykę.

Z kolei reprezentanci różnych placówek, w tym placówek oświatowych, placówek Polskiego Związku Niewidomych oraz fundacji i stowarzyszeń, przybliżyli zainteresowanym realizowane na swoim terenie modele wczesnego wspomagania rozwoju dziecka niewidomego i słabowidzącego z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym głuchoniewidomego) oraz udzielania pomocy jego rodzinie. Zapoznali też zebranych z najistotniejszymi dla nich problemami i priorytetami oraz podejmowanymi inicjatywami. Z prezentowanych modeli wspomagania oraz z przedstawionej przez Elżbietę Oleksiak analizy ankiety przeprowadzonej na potrzeby konferencji\* wynika, że sposoby organizowania wczesnego wspomagania rozwoju różnią się nieco między sobą. Według deklaracji ankietowanych, w tym reprezentowanych na spotkaniu placówek:

- przeważa model pracy łączący wizyty w placówce i w domu; rzadziej są to tylko wizyty w placówce; żadna z ankietowanych placówek nie realizuje wyłącznie wizyt domowych – choć są one przeważającym modelem pracy w placówkach prowadzonych przez Regionalną Fun-

dację Pomocy Niewidomym z Chorzowa (obejmującą pomocą dzieci z uszkodzonym wzrokiem ze sprzężoną niepełnosprawnością);

- w większości placówek wizyty odbywają się najczęściej raz w tygodniu, w pojedynczych – realizowane są na ogół raz na dwa lub na cztery tygodnie, w kilku placówkach dominują rzadsze konsultacje;
- zespoły wczesnego wspomagania w poszczególnych placówkach różnią się zarówno ilością zatrudnianych specjalistów (od czterech do dwunastu osób), jak i ich specjalnościami;
- we wszystkich placówkach pracuje się zarówno z dzieckiem, jak i z jego rodzicami; we współpracy z rodzicami opracowywane są też indywidualne programy terapii dziecka;
- placówki korzystają z różnorodnych narzędzi diagnostycznych i programów, przy czym niektóre z nich (jak np. Program Oregoński INSITE\*) są wykorzystywane najczęściej;

*\*Oregoński Program rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci w wieku od 0 do 6 lat.*

*Program INSITE. Model wczesnej interwencji przeprowadzonej w domu. Program dla dzieci od 0 do 6 lat z niepełnosprawnościami sensorycznymi i dodatkowymi uszkodzeniami.*

- placówki prowadzące wczesne wspomaganie rozwoju są finansowane z różnych źródeł, przede wszystkim przez: NFZ, MEN, PFRON, FIO, urzędy miast, samorządy województw oraz wpływy z podatku 1%.

Dane PZN wskazują, że w Polsce jest czterysta dziewięćdziesiąt siedem niewidomych i słabowidzących dzieci w wieku od urodzenia do sześciu lat (tj. tyle jest dzieci zarejestrowanych). U większości z nich występują dodatkowe niepełnosprawności (np. niepełnosprawność intelektualna, niepełnosprawność ruchowa, uszkodzenie słuchu, choroby somatyczne). Natomiast dane z analizowanych szesnastu placówek (trzy inne, z którymi współpracuje PZN nie odesłały ankiet) wskazują na liczbę aż 1368 dzieci w wieku od urodzenia do sześciu lat. Ta znacznie większa liczba dzieci niż w rejestrach PZN spowodowana jest prawdopodobnie tym, iż kryteria kwalifikowania PZN są ostrzejsze (nie bierze się pod uwagę lekkiego stopnia niepełnosprawności), a także faktem, iż większość dzieci korzysta z pomocy więcej niż jednej placówki. Według przedstawionych danych, terenami, gdzie praktycznie nie prowadzi się wczesnego wspomagania rozwoju dziecka z uszkodzeniem wzroku, są województwa: lubuskie, podkarpackie, świętokrzyskie oraz warmińsko-mazurskie i podlaskie.\*



Dyskusja podsumowująca problematykę wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z uszkodzonym wzrokiem z dodatkowymi dysfunkcjami w rozwoju, koncentrowała się wokół problemów zgłaszanych najczęściej zarówno przez prezentowane na spotkaniu, jak i pozostałe ankietowane placówki. Były nimi: niedobór narzędzi diagnostycznych, środków na zatrudnienie potrzebnych specjalistów, niedobór pomocy dydaktycznych oraz sprzętu rehabilitacyjnego, zbyt mała ilość godzin na dziecko, nierozwiązana kwestia finansowania czasu dojazdów specjalistów do domów dzieci oraz czasu przeznaczonego na spotkania zespołu **wwr**, modyfikowanie indywidualnych programów, braki w przygotowaniu kadry przez uczelnie, trudności lokalowe, brak współpracy między placówkami realizującymi **wwr**, a także brak ujednoliconej dokumentacji i trudności finansowe.

Elżbieta Oleksiak (PZN) podsumowując najistotniejsze problemy pojawiające się w obszarze wczesnego wspomaganie rozwoju, zwróciła uwagę na:

- brak centralnego rejestru dzieci z niepełnosprawnością, w tym z uszkodzonym wzrokiem;
- nieobjęcie wczesną pomocą wszystkich potrzebujących dzieci (choć wydaje się, że prawie wszystkie taką pomoc otrzymują);
- dużą nierównomierność obciążenia placówek prowadzących wczesne wspomaganie rozwoju

dzieci z uszkodzonym wzrokiem. (Ponad połowę dzieci oraz ich rodziców swoją pomocą obejmują cztery placówki: Poradnia Rehabilitacji Niewidomych i Słabowidzących w Poznaniu, Poradnia Stowarzyszenia „Tęcza” w Warszawie, placówki prowadzone przez Regionalną Fundację Pomocy Niewidomym z siedzibą w Chorzowie (wraz z filiami) oraz Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Słabowidzących w Łodzi);

- brak instytucji koordynującej działania placówek prowadzących **wwr**;
- brak sieci placówek prowadzącej taką działalność w małych miastach (na ogół znajdują się one w większych miastach, co utrudnia dostęp do korzystania z tej oferty wielu dzieciom i rodzicom);
- brak internetowej bazy czynnych specjalistów wczesnego wspomagania rozwoju a także bazy programów, pomocy dydaktycznych i sprzętu;
- brak jednolitej dokumentacji prowadzonych działań;
- brak spójnego, jednego dla wszystkich, systemu finansowania wczesnego wspomagania rozwoju.\*



Zebrani zgłaszali też inne problemy wymagające rozwiązań, jak np. brak specjalistów orientacji przestrzennej i usprawniania widzenia, czy też ciągle zmieniające się zasady finansowania placówek oraz konieczność uzyskiwania dotacji na zasadzie konkursów utrudniające zachowanie płynności finansowania tej tak ważnej działalności i powodujące brak poczucia bezpieczeństwa prowadzących ją placówek. Poruszono też problem utrzymującego się nadal braku współpracy międzyresortowej, co poważnie utrudnia prowadzenie działań z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju.

Pracownicy MEN zasygnalizowali podejmowanie obecnie prób nawiązania trwałej współpracy między

trzema ministerstwami (MEN, MPiPS, MZ) w tym zakresie. Prosimy zebranych o cierpliwość, gdyż – jak podkreślili – proponowane regulacje pociągają konieczność zmian na poziomie ustaw, co jest działaniem długotrwałym.

Przedstawiciele Perkins International, dzieląc się swoimi doświadczeniami w rozwiązywaniu problemów, namawiali, aby organizacje i placówki współpracowały ze sobą dla wypracowywania własnych rozwiązań, nie czekając wyłącznie na wsparcie rządu, a jednocześnie tworzyły wspólny front, w dopominaniu się o większe środki rządowe i lokalne oraz odpowiednie regulacje na poziomie centralnym. Zachęcali do poszukiwania dodatkowych środków we wszystkich możliwych miejscach i jak najefektywniejszego ich wykorzystywania. Jednak, jak zaznaczyli obecni na spotkaniu przedstawiciele organizacji i stowarzyszeń, takie działania prowadzone są stale, lecz nie gwarantują trwałej poprawy sytuacji. W staraniach o dotacje, goście z USA widzieli też ogromną rolę przedstawicieli rodziców, niejednokrotnie – jak podkreślali – może być ona większa i bardziej skuteczna niż samych organizacji.

Dyrektor Perkins International i jej koordynator regionalny, interesowali się również tym, jak działa system wczesnej pomocy w Polsce – czy po stwierdzeniu niepełnosprawności u dziecka, informacja ta jest

gdzieś przekazywana, np. do centralnego rejestru i czy „podaża się odtąd za dzieckiem”? W odpowiedzi, pani Emilia Wojdyła – wicedyrektor Departamentu Zwiększania Szans Edukacyjnych w MEN – reprezentującego na spotkaniu stronę rządową – poinformowała, że nie może nic powiedzieć w imieniu innych ministerstw, natomiast system edukacji dysponuje rejestrem dzieci realizujących obowiązek szkolny. Dane obejmują dzieci od piątego, szóstego roku życia realizujące obowiązkowe, roczne przygotowanie szkolne, a także dzieci od szóstego, siódmego roku życia objęte edukacją szkolną, w tym dzieci z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego oraz dzieci w wieku od trzech do pięciu lat, jeśli posiadają takie orzeczenie; dzieci w wieku od urodzenia do trzech lat są w rejestrze tylko w przypadku, gdy rodzice wystąpili do poradni z prośbą o opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju i dziecko zostało taką pomocą objęte (w placówce państwowej). Jednocześnie pani Joanna Wrona zastrzegła, że posiadane przez ministerstwo dane nie mogą być szeroko dostępne, gdyż nie można udostępniać publicznie tzw. „wrażliwych” danych osobowych, np. o tym, że dane dziecko jest niepełnosprawne. Podstawowym działaniem powinno być natomiast bezpośrednio informowanie rodziców dziecka niepełnosprawnego o możliwościach otrzymania pomocy. To rodzice powinni decydować, co z taką informacją zrobią dalej.

W nawiązaniu do zasygnalizowanego tematu, dr G. Walczak (APS Warszawa) zgłosiła konieczność stworzenia systemowych rozwiązań w zakresie współpracy między służbą zdrowia (lekarzami) a placówkami udzielającymi pomocy rodzicom, w tym prowadzącymi wczesne wspomaganie rozwoju. Jednocześnie zauważyła, że brak przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia (zaproszonego na spotkanie) uniemożliwia po raz kolejny podjęcie tego tematu. Zaakcentowała też potrzebę utworzenia bazy placówek prowadzących wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem (też ze współwystępującymi niepełnosprawnościami), do której powinni mieć dostęp pracownicy resortu zdrowia, którzy zazwyczaj jako pierwsi udzielają rodzicom informacji o niepełnosprawności dziecka. MEN zaoferowało w tej kwestii gotowość pomocy, przez umieszczenie na swojej stronie w specjalnej zakładce tego typu informacji, gdy tylko zostaną one dostarczone przez odpowiednie organizacje (PZN, TPG i inne).

Odpowiadając na pytanie ze strony przedstawicieli placówek, inicjatorzy spotkania przybliżyli zebranym systemowe rozwiązania istniejące w USA, na mocy których, gdy rodzi się dziecko z niepełnosprawnością, lekarze mają prawny obowiązek zgłaszać ten fakt do opieki społecznej; są też zobowiązani poinformować rodziców, gdzie mogą uzyskać pomoc. Oso-

bą, która jako pierwsza kontaktuje się z rodzicami jest pracownik socjalny. Istnieje też centralny rejestr dzieci z niepełnosprawnością, z tym że korzystać z niego oża pod pewnymi warunkami.

Zdaniem przedstawicieli Perkins International, w związku z dotychczasowym brakiem podobnych rozwiązań w Polsce, istnieje konieczność informowania lekarzy o prowadzonej przez stowarzyszenia, organizacje i placówki działalności. Takie oddolne działania są u nas podejmowane, jak poinformowali uczestnicy spotkania, lecz nie zapewniają całościowego, systemowego rozwiązania problemu. Niekiedy (choć niezwykle rzadko) cenne inicjatywy w tym obszarze podejmują uczelnie przygotowujące kadry medyczne. Przykładem może być Pomorski Uniwersytet Medyczny, gdzie, jak poinformowała pani Anna Skupińska ( reprezentująca Polski Związek Niewidomych Okręg Zachodniopomorski), studenci szóstego roku realizują przedmiot „Rehabilitacja osób niepełnosprawnych”. W efekcie w rejonie tym obserwuje się wzrost liczby małych dzieci z niepełnosprawnością, zgłaszanych przez lekarzy różnym instytucjom.

Na zakończenie rozmów – poświęconych wczesnemu wspomaganiu rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem, u których współwystępują równocześnie inne niepełnosprawności – ustalono, że Polski Związek Niewidomych wyjaśni oficjalną drogą (przez kon-

takt z poszczególnymi resortami), jak można zidentyfikować te dzieci, by ustalić, na ile to możliwe, czy wszystkie są objęte potrzebną pomocą.

W drugim dniu spotkania (przebiegającym w formie „okrągłego stołu”) specjalne miejsce poświęcono edukacji dzieci i młodzieży z uszkodzonym wzrokiem z dodatkowymi niepełnosprawnościami. Skoncentrowano się przede wszystkim na problemach zgłaszanych przez organizacje, placówki oraz rodziców.

Z danych PZN za lata 2010/2011, przedstawionych przez Elżbietę Oleksiak, pokazujących ilość dzieci z uszkodzonym wzrokiem w różnych grupach wiekowych, w tym uczęszczających do szkół, wynika, że aż dziewięćdziesięcioro dwoje dzieci w wieku szkolnym nie realizuje obowiązku szkolnego. Jest to niepokojąco duża liczba, uwzględniając fakt, iż obowiązek ten obejmuje wszystkie dzieci, również z niepełnosprawnością sprzężoną i jest w naszym kraju prawnie egzekwowany. Istnieje więc pilna potrzeba ustalenia, czy liczba ta jest prawdziwa, i wyjaśnienia przyczyn tej sytuacji.

Kierownik oddziału dla dzieci głuchoniewidomych, w Ośrodku im. L. Braille’a w Bydgoszczy, Hanna Rudomska, wyraziła zaniepokojenie jakością kształcenia dzieci i młodzieży z jednoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku w systemie edukacji włączającej. Zdarza się, że dzieci te przechodzą do szkół



specjalnych na wyższych etapach nauczania, mając braki w posługiwaniu się podstawowymi dla nich technikami. W szkołach ogólnodostępnych bywa, że są one „przesuwane z klasy do klasy bez jakichkolwiek wymagań”. Problemem są też, uzależnione często od przekonań samego pracownika poradni, sugestie dla rodziców, dotyczące wyboru placówki dla dziecka. Bywa, że sugestie różnych specjalistów są sprzeczne.

Z kolei pani Anna Dunikowska, mama głuchoniewidomego dziecka z zespołem CHARGE, realizującego obowiązek szkolny poza szkołą specjalną, zwróciła uwagę na pojawiający się często u rodziców dziecka z niepełnosprawnością poważny stres, związany z rozstaniem się z dzieckiem (mającym często dodatkowe, poważne problemy), w przypadku konieczności posłania go do odległej placówki specjalnej. Stąd sprawą wielkiej wagi dla wielu rodziców jest możliwość edukacji dziecka blisko miejsca zamieszkania, w placówce ogólnodostępnej czy integracyjnej. Niezmiernie ważne jest jednak, by edukacja integracyjna i włączająca była zorganizowana na odpowiednim poziomie.

W nawiązaniu do tej wypowiedzi dr Grażyna Walczak przedstawiła podejmowane obecnie przez APS (we współpracy z MEN) działania w zakresie przygotowywania nauczycieli do pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (z różnymi rodzajami niepełnosprawności, w tym sprzężonych). Proponowana

przez uczelnię oferta zarówno w postaci studiów drugiego stopnia, jak też bezpłatnych kursów i szkoleń jest bardzo bogata. Dodatkową pomoc stanowią wydawane przez uczelnię poradniki poruszające tę problematykę. Także Uniwersytet Warszawski – jak poinformował Paweł Wdówik (kierownik Biura Osób Niepełnosprawnych UW) – w miarę swoich możliwości włącza się w przygotowanie kadr, prowadząc kursy doszkalające dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych z zakresu pracy z dzieckiem, u którego występuje uszkodzenie wzroku. Proponowane we wspomnianych uczelniach formy kształcenia i dokształcania cieszą się dużym zainteresowaniem ze strony nauczycieli.

Natomiast przedstawicielka TPG, Małgorzata Książek, zwróciła uwagę na fakt, że w przypadku edukacji dzieci i młodzieży głuchoniewidomej trudności zgłaszają nie tylko nauczyciele szkół ogólnodostępnych, ale też nauczyciele szkół integracyjnych i specjalnych (dla dzieci z uszkodzonym wzrokiem czy z uszkodzonym słuchem). Wskazała też na brak odpowiednich testów egzaminacyjnych dla dzieci z tym rodzajem sprzężenia, potrzebujących dwójakiego rodzaju dostosowań.

Aubrey Webson (dyrektor Perkins International) oraz Dennis Lolli (regionalny koordynator organizacji) sugerowali przedstawicielom placówek specjalnych, by w dobie, gdy włączanie jest procesem nieodwracal-

nym, a jednocześnie napotykanym na różne problemy, przekształcali swoje placówki w ośrodki wspierające szkolnictwo włączające, jak to ma miejsce w wielu państwach. Poszczególne kraje muszą jednak, jak podkreślili, wypracować własne konkretne rozwiązania. Jako przykłady pozytywnych przekształceń przedstawili zmiany, jakie na przestrzeni lat dokonały się w tym obszarze w Szkole Perkinsa oraz np. w Bułgarii.



Zebrani wymienili się własnymi doświadczeniami dotyczącymi podobnych inicjatyw na terenie Polski, zakończonych różnymi rezultatami – niekiedy wiązało się to z brakiem zainteresowania ofertą szkolenia, innym razem (mimo wielu chętnych) z brakiem środków na kontynuację prowadzonych szkoleń.

W kontekście tematyki dotyczącej wsparcia dla nauczycieli Emilia Wojdyła zapoznała zebranych, z mającym wkrótce wejść w życie, systemowym projektem wspomagania szkół. Zakłada on, że do roku 2016 w każdym powiecie będzie funkcjonować tzw. centrum rozwoju edukacji. W założeniu projektu przyjmuje się, że szkoła będzie zgłaszała, w jakim obszarze potrzebuje wsparcia, a pomocy będą jej udzielały centra rozwoju edukacji (powstałe z połączenia zadań poradni psychologiczno-pedagogicznej, placówki doskonalenia nauczycieli oraz biblioteki pedagogicznej).

Na zakończenie spotkania, dyrektor Perkins International, dr W. Aubrey Webson, stwierdził, że nadal w Polsce odczuwa się brak zaufania do integracji włączającej. Raz jeszcze podkreślił konieczność wspierania jej przez różne podmioty. Widział również potrzebę kontynuacji działań w obszarze wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem mających dodatkowe dysfunkcje. Jednocześnie wyraził duże uznanie dla podejmowanych obecnie w Polsce przez różne podmioty działań, w obu poruszanych tematach. Zaznaczył też, że szczególnie istotna dla niego osobiście i organizacji, którą reprezentuje, jest jakość świadczeń edukacyjnych oraz to, aby zmniejszona została liczba dzieci z uszkodzonym wzrokiem, u których występują dodatkowe niepełno-

sprawności, nie objętych edukacją, a także, by rodzice otrzymujący wsparcie, byli z niego zadowoleni. Zadeklarował jednocześnie gotowość różnorodnej pomocy ze strony swojej organizacji, w tym możliwość wsparcia merytorycznego, pomocy w organizacji konferencji (możliwe, że takie spotkania jak obecne będą organizowane corocznie) oraz wsparcia w zakresie uzyskania od Unii Europejskiej niezbędnych funduszy na działania we wspomnianych obszarach. Jednocześnie podkreślił, że obecny sposób udzielania pomocy przez Perkins International różni się zdecydowanie od modelu sprzed około dwudziestu lat, kiedy fundacja rozpoczęła współpracę z Polską. Dennis Lolli zwrócił uwagę, że w miejsce szkoleń prowadzonych przez specjalistów z Perkinsa, coraz większego znaczenia nabiera wymiana doświadczeń między specjalistami z danego regionu (np. między sąsiadującymi ze sobą krajami Europy Centralnej i Wschodniej). Jest to związane ze wzrostem w naszym rejonie wysoko wykwalifikowanej kadry.

Najważniejszymi tematami, do których powinno się wrócić, są zdaniem dyrektora Perkins International, specyficzne potrzeby dzieci najbardziej niepełnosprawnych – ze sprzężeniami i wsparcie dla rodziców. Obok nich są też inne, sygnalizowane przez zebranych problemy w obszarze wczesnego wspomagania rozwoju i edukacji dzieci z uszkodzonym wzrokiem z dodatko-

wymi niepełnosprawnościami. Wypracowywanie kolejnych kroków powinno być jednak oparte na zgromadzeniu dodatkowych, potrzebnych informacji ze strony obecnych na spotkaniu. Okazją do pogłębienia tych tematów, mogłoby być kolejne tego typu spotkanie, w tym samym gronie – być może za rok.

Artykuł podobnej treści został oddany do druku w czasopiśmie „Szkoła Specjalna”, w kwietniu 2012 r.

\*Dane pochodzą z ankiety opracowanej na potrzeby konferencji przez Elżbietę Oleksiak i Iwonę Optułowicz (Centrum Rehabilitacji w Instytucie Tyflogicznym Polskiego Związku Niewidomych, zmodyfikowanej w konsultacji z Małgorzatą Książek (TPG). Ankieta została rozestana do czterdziestu ośmiu placówek, w których według informacji okręgów PZN i TPG prowadzi się wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem z dodatkowymi ograniczeniami. Odpowiedziało dwadzieścia placówek, z czego szesnaście poinformowało o prowadzeniu takiej działalności. Wyniki ankiety (szesnaście placówek) zostały przedstawione podczas spotkania przez Elżbietę Oleksiak.

(Zdjęcia Bożena Więckowska)

# ZABAWA W KUCHNI

## Iwona Optułowicz

instruktor czynności życia codziennego, Centrum Rehabilitacji w Instytucie Tyflologicznym w Polskim Związku Niewidomych w Warszawie

Coraz więcej czasu spędzamy na świeżym powietrzu. Coraz mniej czasu możemy poświęcić na gotowanie. Poniżej znajdują się przepisy na szybkie dania obiadowe, w tym jednogarnkowe oraz proste desery. Do przygotowania dań wykorzystamy produkty zgromadzone w spiżarni z zeszłorocznych plonów jak i nowalijki. Rodziców, jak poprzednio, proszę o asystowanie w kuchni, pomoc w obsłudze piekarnika.

## **Zupa na okres przejściowy, czyli małe co nie co z kiełbasy.**

### **Przygotuj produkty:**

- 150 g parówkowej lub kilka parówek,
- 2 pory,
- 4 marchewki,
- mały kawałek selera,
- łyżka mąki,

- łyżeczka masła,
- 1/2 łyżeczki curry,
- kostka rosołowa.

### **Akcesoria kuchenne:**

- garnek,
  - mała patelnia,
  - szklanka,
  - obieraczka i nóż do obierania warzyw,
  - deska do krojenia,
  - nóż
- oraz łyżka, łyżeczka, ściereczka do naczyń.

Marchewkę i seler obierz obieraczką do warzyw, dokładnie umyj i pokrój w drobną kostkę. Przypominam, pod deskę do krojenia podłóż złożoną ściereczkę do naczyń, wtedy deska nie będzie się ślizgała po blacie. Marchewkę przekrój wzdłuż na pół, podczas krojenia płaska część marchewki powinna przylegać do deski. Tak przygotowaną marchew pokrój w plastry, a następnie plastry w paski, a paski w kostkę. Podobnie postępuj z selerem. Z pora nożykiem odegnij korzonki, zdejmij wierzchnią warstwę, następnie przekrój go wzdłuż jak marchewkę i umyj pod bieżącą wodą w środku. Dalej postępuj jak z marchewką. Do garnka wlej pięć szklanek wody, dodaj pokrojone warzywa. Garnek postaw stabilnie na palniku i włącz



gaz. Jeśli potrzebujesz upewnić się, że garnek dobrze stoi, poproś o pomoc rodzica. Gdy woda z warzywami się zagotuje (na powierzchni pojawią się bąbelki i usłyszysz bulgotanie), wrzucić kostkę rosołową. Spróbuj zrobić to samodzielnie. Rozwiniętą ze sreberka kostkę rosołową chwycić w dwa palce – kciuk i wskazujący. Drugą ręką, uzbrojoną w rękawicę kuchenną, przytrzymaj garnek za ucho. Rękę z kostką przybliż do powierzchni wody i delikatnie ją wypuść. Jeśli kostkę wrzucisz z wysoka, ochlapiesz się gorącą wodą. Możesz kostkę położyć na łyżce i włożyć do wrzątku. Gotuj jeszcze około dwudziestu pięciu minut. Włóż masło na małą patelnię, rozpuść, wsyp mąkę i curry, chwilę razem smaż. Następnie rozprowadzić dwoma łyżkami zimnej wody i zagotuj. Tak powstałą zasmażkę połącz z zupą. Chwilę gotuj, zupa powinna lekko zgęstnieć. W trakcie gotowania zupy obierz parówki z osłonek (natnij czubek parówki małym nożykiem i pociągnij za osłonkę), obrane parówki pokrój w centymetrowe plastry i dodaj do zupy.

## **Danie jednogarnkowe – różności z wieprzowiną.**

### **Przygotuj produkty:**

- szklanka ryżu,
- 500 g wieprzowiny,
- 2 puszki krojonych pomidorów,

- 2 gałązki selera naciowego,
- cebula,
- 4 łyżki oleju,
- szklanka bulionu z kostki,
- natka,
- sól, pieprz.

### **Akcesoria kuchenne:**

- patelnia,
- miseczka,
- szklanka lub kubek,
- otwieracz do puszek,
- obieraczka do warzyw,
- deska do krojenia,
- noże do krojenie mięsa i warzyw  
oraz ściereczka do naczyń, łyżka.

Gałązki selera naciowego odłam od całości, umyj pod bieżącą wodą, a następnie obierz jak marchewkę, końcówki selera odetnij nożem. Obranego selera pokrój w plasterki. Mięso opłucz pod zimną bieżącą wodą i pokrój w kostkę. Pod deskę podłóż ściereczkę do naczyń, ostrym nożem pokrój mięso w plastry o grubości 1-1,5 cm, plastry na paski takiej samej grubości, a następnie paski w kostkę. W ten sposób uzyskujemy pokrojone w kawałki mięso.

Obierz i posiekaj cebulę w drobną kostkę (cebulę przekrój wzdłuż na pół, ściągnij z niej skórkę, płaską częścią połóż na desce i pokrój w cienkie plasterki, cebula składa się z warstw, więc sama się rozsypie w kosteczkę).

Na zimną patelnię wlej połowę oleju, patelnię ustaw na palniku, a następnie zapal gaz. Gdy olej się rozgrzeje (usłyszysz delikatne skwierczenie) włóż cebulę, podsmaż ją. Dodaj wcześniej pokrojone mięso, smaź przez chwilę razem. Wyjmij mięso i cebulę na miseczkę, na patelnię wlej resztę oleju. Wrzuć odmierzony ryż i chwilę smaź. Połącz z mięsem i cebulą. Wlej wcześniej przygotowany bulion (do kubka lub szklanki włóż kostkę bulionową, a następnie zalej ją gorącą wodą, mieszaj łyżką do rozpuszczenia). Otwórz puszki pomidorów przy pomocy otwieracza do konserw. Dodaj pomidory razem z sosem. Duś całość przez 40 minut. W połowie duszenia dodaj pokrojonego selera. Potrawę dopraw solą i pieprzem do smaku. Posyp natką.

## **Niespodzianka, czyli jabłka w szlafroczkach.**

### **Przygotuj produkty:**

- 4 jabłka,
- 250 g mrożonego ciasta francuskiego,
- żółtko,

- 2 łyżki mleka,
- 50 g pokrojonych w paseczki migdałów (można kupić gotowe),
- 4 łyżki miodu lub syropu klonowego.

### **Akcesoria kuchenne:**

- wałek do ciasta,
- nóż,
- obieraczka do warzyw z częścią do wykrawania,
- blacha do pieczenia,
- arkusz papieru do pieczenia,
- szklanka o małej średnicy  
oraz miseczka, pędzelek, łyżka, widelec.

Rozwałkuj rozmrożone ciasto. Wykrój z niego nożem cztery kwadraty, a szklanką cztery krążki. Umyj jabłka, obierz i wydrąż środki. Na środku każdego kwadratu ułóż jabłko. Puste środki napełnij za pomocą łyżki migdałami i miodem. Rogi ciasta złóż po przekątnej i zlep. Środek przykryj wyciętym krążkiem z ciasta. W miseczce połącz widelcem żółtko z dwoma łyżeczkami mleka. Całą powierzchnię ciasta posmaruj za pomocą pędzelka żółtkiem roztrzepanym z mlekiem. Blachę do pieczenia wyłóż papierem (żeby papier nie przesunął się na blasze zwilż dłonią blachę, a następnie połóż papier i go przyciśnij), a następnie ułóż jabłka. Piecz jabłka przez 10 minut w temperatu-

rze 200 stopni. Zmniejsz temperaturę do 180 stopni i piecz kolejne 10 minut.

## **Pierwszy powiew lata, czyli ciasto z truskawkami.**

### **Przygotuj produkty:**

- 400 g maki,
- 150 g masła,
- 100 g cukru pudru,
- 3 żółtka,
- łyżka śmietany.

### **Produkty na kruszonkę:**

- 200 g mąki,
  - 120 g masła,
  - 100 g cukru,
  - 2 łyżeczki cukru waniliowego
- oraz 600 g truskawek.

### **Akcesoria kuchenne:**

- dwie miski,
- folia spożywcza lub aluminiowa,
- forma do ciasta,
- mały garnek,
- nóż

oraz miarki lub waga kuchenna, przyrząd do oddzielania białka od żółtka, deska do krojenia, ściereczka kuchenna.

Umyj truskawki i pozostaw je do wyschnięcia. Odmierz składniki na ciasto za pomocą miarek z oznaczoną wagą produktów lub użyj do tego celu wagi kuchennej. Wsyp je do sporej miski. Oddziel białka od żółtek za pomocą specjalnego przyrządu lub palców (jeśli posługujesz się przyrządem – nałóż go na kubek odpowiedniej średnicy, rozbij skorupkę jajka i zawartość wlej do przyrządu, białko spadnie do kubeczka, a żółtko zostanie na przyrządzie – przełóż je do miski), jeśli posługujesz się palcami – zawartość rozbitego jajka wlej na dłoń znajdującą się nad kubkiem lub miseczką, między palcami przecieknij białko, a żółtko zostanie w dłoni).



Następnie w misce dokładnie wyrób ciasto.

Uformuj je w kulę i zawiń w folię spożywczą lub aluminiową i włóż na pół godziny do lodówki. Ochłodzonym ciastem wyłóż formę. Podpiecz ciasto w piekarniku w temperaturze 180 stopni przez 15-20 minut. W tym czasie przygotuj kruszonkę. W małym garnusz-

ku rozpuść masło, gdy przestygnie przelej je do miski i wymieszaj je z pozostałymi składnikami kruszonki. Na desce (podłóż ściereczkę kuchenną) pokrój truskawki w plastry średniej grubości. Ułóż je na podpieczonym cieście. Uważaj, forma do ciasta może jeszcze być ciepła. Następnie równomiernie rozsyp kruszonkę. Tak przygotowane ciasto wstaw do piekarnika na 40 minut.

Na przykładzie powyższych przepisów dalej ćwiczymy zasady bezpiecznego używania piekarnika, ustawianie właściwej temperatury, posługiwanie się pokrętłem włączającym gaz lub prąd oraz centrowanie garnków na palnikach. Ćwiczmy te czynności przy wyłączonej kuchni. Przypominamy, jak odmierzać produkty za pomocą zestawu miarek lub wagi. Waga powinna być dostosowana do możliwości percepcyjnych dziecka, dla słabowidzących odpowiedniej wielkości cyfry i kontrastowa strzałka pokazująca wagę lub duże cyfry na wyświetlaczu, dla dzieci niewidomych waga udźwiękowiona. Utrwalamy krojenie większych i mniejszych warzyw i owoców oraz obieranie przy pomocy obieraczki. Przypominamy, jak posługiwać się otwieraczem do konserw i usprawniamy palce poprzez ręczne wyrabianie ciasta.

# WARSZTATY LALKARSKIE

Krzysztof Łapka

**Dom Kultury w Rybniku-Chwałowicach**  
**[www.dkchwalowice.pl](http://www.dkchwalowice.pl)**

Mam zaszczyt przedstawić Państwu ofertę warsztatów lalkarskich dla dzieci.

Warsztaty przeznaczone są dla dzieci w wieku szkolnym od 7 do 12 lat.

Prowadzenie:

Karina Abrahamczyk-Zator – absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Teatralnej na Wydziale Lalkarskim we Wrocławiu, obecnie aktorka Teatru Dzieci Zagłębia im. J. Dormana w Będzinie.

Przebieg warsztatów:

- Prezentacja wszystkich technik lalkowych (marionetka, jawajka, kukła, pacynka, maska – profesjonalne lalki teatralne wypożyczone z Teatru Dzieci Zagłębia w Będzinie).
- Budowa lalki – kukła (to jedna z najprostszych i najstarszych lalek teatralnych, sztywno osa-





dzona na kiju zwanym gabitem, którym porusza aktor animator. Kukietka wyróżnia się zamachowymi ruchami kończyn. Aktor wykorzystuje bezwład kończyn, wprawiając je w ruch przez poruszanie gabitem, na którym lalka jest umieszczona. Stwarza to zabawne, groteskowe nieskoordynowane ruchy. Podczas warsztatów proponuję zbudowanie właśnie takiej lalki z drewnianej łyżki, prostej formy, dzięki której dzieci będą mogły rozwinąć swoją wyobraźnię. Lalka będzie prosta w konstrukcji i efektowna w animacji).

- nauka animacji lalki (ćwiczenia animacyjne na zbudowanych lalkach – budowanie krótkich scenek, szukanie możliwości animacyjnych: chodzenie, siadanie, powitanie, ćwiczenia z parawanem, połączenie słowa z gestem, etiuda grupowa na zakończenie warsztatów i podsumowanie warsztatów).

**Czas trwania warsztatów: 3 godziny.**

**Termin warsztatów: do uzgodnienia.**

**Cena: 70 PLN netto/za godzinę.**

Celem warsztatu jest zainspirowanie uczestników do kreacji własnych lalek. Podczas warsztatów każde dziecko wykonuje swoją lalkę. Nie musi umieć szyć,



żeby dać sobie radę. Grupa może liczyć do 20 osób. Możemy pracować w szkole, świetlicy lub dowolnym miejscu, gdzie dzieci będą mogły usiąść przy stole. Każde dziecko powinno mieć ze sobą drewnianą łyżkę, nożyczki, kawałki kolorowej włóczki, kawałki materiałów (najlepiej kolorowego filcu), guziczki a także różne ciekawe akcesoria do ozdabiania lalek, np. rafia, sizal, kolorowe piórka.

Spotkanie będzie inspiracją do działań twórczych z prostymi przedmiotami. Jest to forma zabawy z wykorzystaniem ogólnodostępnych materiałów, a przy okazji rozwinięcie zdolności artystycznych: plastycznych jak i aktorskich. Mam nadzieję, że spotkanie będzie początkiem fascynacji lalkarstwem, bądź krokiem dalej w poznawaniu tej sztuki. Wspaniałym dodatkiem tych warsztatów będzie prezentacja wszystkich technik lalkowych, czyli profesjonalnych lalek teatralnych wypożyczonych z TDZ w Będzinie, poznanie ich historii jak i sposobu animacji.

Kontakt:

Karina Abrahamczyk-Zator

tel. 535 574 777,

mail: 23karin@wp.pl

(Zdjęcia Krzysztof Łapka)

# DZIEŃ DZIECKA W TORUNIU

## **Barbara Muzalewska-Gramza**

**Sekretarz Koła Polskiego Związku Niewidomych w Toruniu**

2 czerwca 2012 roku spotkaliśmy się w Ośrodku „TRAMP” z naszymi dziećmi, rodzicami, opiekunami, wolontariuszami i działaczami Koła, łącznie osiemdziesiąt trzy osoby, aby zgodnie z ich oczekiwaniami dać im zwiększoną dawkę przyjemności, łąkoci, prezentów, innych niespodzianek i większej swobody. Przecież to ich dzień. Tęczowy dzień uśmiechu i radości, jeden z najważniejszych i najobfitszych w roku. Niezwykłe spotkanie otworzył i skierował miłe słowa do dzieci prezes pan Edmund Janke. Dzień Dziecka wielu z nas kojarzy z prezentami i niezapomnianymi wrażeniami. Jak wspominamy ten dzień? Czy otrzymaliśmy bądź otrzymujemy nadal jakiś podarunek 1. czerwca? Odpowiedzi na te pytania szukaliśmy wśród przybyłych na imprezę. Punktem wyjścia dla spotkania stała się sztuka zabawy. Aby dobrze się bawić, nie potrzeba skomplikowanych drogich zabawek, było mnóstwo balonów, a inspirację można znaleźć przy odrobinie wyobraźni wszędzie. Organizatorzy za-

planowali między innymi: malowanie twarzy zgodne z życzeniami dzieci i mogliśmy podziwiać różne postaci z bajek, ze świata zwierząt jak i wymyślone przez dzieci malunki na twarzach. Miłośnicy tańca mogli bawić się przy żywej muzyce i śpiewie przy wsparciu wolontariuszy. Oni także poprowadzili wiele konkursów, dużo gier edukacyjnych, gdzie dzieci uczyły się przez zabawę. Wszystko to wzbogacone zostało nagroda-



mi, które ucieszyły zwycięzców. Zaprosiliśmy na spotkanie koszykarza z piłką, który swoim wysokim wzrostem 2 m 15 cm onieśmiał dzieci, zmysł wzroku bywa jednym z narzędzi, ale nie jedynym. Ta duża po-



stać wypełniła obraz, ciepły głos koszykarza wytworzył szczególne wibracje. Brak wzroku lub nawet naj-



większe niedowidzenie nie miały tu żadnego znaczenia. Dzieci brane na ręce próbowały dotykać głowy uprzejmego wolontariusza, potem rzucać wspólnie piłkę do kosza, czerpały radość ze szczególnego pierwiastka – siły impresji, chwytania na gorąco wrażeń. Inny wolontariusz fotografował rozbawione dzieci, które starały się pozować, przybierając śmieszne miny. Poza tym przybyłe grono zostało poczęstowane kiełbaską z grilla, napojami i lodami, dzieci otrzymały też maskotki i saszetki ze słodyczami.

Przywykliśmy do komercyjnych obrazków promiennie uśmiechniętych dzieci, tych małych i tych dużych, patrzących na nas z reklam, okładek pism, ekranów, dostających duże pieniądze za to. Nasze dzieci mało kto zaprasza, pomimo niepełnosprawności też bywają radosne, biegają jak motylki i ptaszki, trudno im spojrzeć w chore oczy, ale ich miłości nie zaciemi najsmutniejszy świat.



(Zdjęcia Sławomir Kowalski)



# KONKURS DLA DZIECI

Biblioteka Centralna Polskiego Związku Niewidomych oraz Redakcja Czasopism Dziecięcych „Promyczek” i „Światelko” ogłaszają konkurs czytelniczy dla uczczenia Roku Korczaka pod nazwą: „Znam Starego Doktora jak nikt”. W konkursie mogą wziąć udział wyłącznie uczniowie z niepełnosprawnością wzroku.

Zapraszamy dzieci starsze ze szkół podstawowych (klasy 4-6) oraz młodzież gimnazjalną. Współzawodnictwo odbywać się będzie w tych dwóch grupach wiekowych.

Zadania dla uczestników:

## 1. Klasy 4-6

Trzeba przeczytać książkę Janusza Korczaka pt. „Król Maciuś na bezludnej wyspie” i jak najwięcej zapamiętać.

## 2. Szkoły gimnazjalne

Należy zapoznać się z artykułami dotyczącymi osoby Janusza Korczaka, drukowanymi w „Światelku” w miesiącach luty-wrzesień i również jak najwięcej zapamiętać.



Dobra pamięć się przyda, ponieważ konkurs ma charakter quizu. Wybór pytania następuje przez losowanie. Wyłanianie zwycięzców odbywa się w dwóch etapach.

W pierwszym etapie uczestnicy odpowiadają na pytania otwarte, lecz wymuszające jednoznaczną odpowiedź. W etapie drugim próbują się zmierzyć z pytaniami problemowymi. Gdy co najmniej dwie osoby zdobędą jednakową liczbę punktów, następuje do-

grywka. Pytania dogrywkowe wykraczają poza materiał konkursowy.

Kryteria oceny:

- ♦ członkowie jury przyznają punkty w skali od 1-5;
- ♦ punkty są sumowane;
- ♦ nagrody otrzymają uczestnicy, którzy zdobędą największą liczbę punktów.

Dla zwycięzców przewidziano nagrody rzeczowe.

Zgłoszenia przyjmowane są do dnia 15 października 2012 roku

- ♦ telefonicznie – 022 831-22-71 w. 222 (sekretariat);
- ♦ e-mailem – [biblioteka@bcpzn.pl](mailto:biblioteka@bcpzn.pl);
- ♦ listownie pod adres:

Biblioteka Centralna  
ul. Konwiktorska 7  
00-216 Warszawa  
z dopiskiem: konkurs dla dzieci.

Rozstrzygnięcie konkursu odbędzie się dnia **14 listopada 2012 r. o godz. 11.00** na terenie Biblioteki Centralnej przy ul. Konwiktorskiej 7 w Tyflogalerii. Organizatorzy nie zwracają kosztów podróży.

Serdecznie zapraszamy.