

Gwiazdka



Dzisiaj o zmierzchu wszystkie dzieci,
Jak małe ptaki z gniazd,
Patrzą na niebo, czy już świeci
Najpierwsza z wszystkich gwiazd.



O zimne szyby płaszcza noski
W okienkach miast i wsi,
Czy już sfrunęła z ręki Boskiej,
Czy już nad nami tli.



Różowe niebo pociemniało,
I cień błękitny legł
Na ziemię białą, białą, białą,
Na nieskalany śnieg.



Anioły mogą zejść do ludzi,
Przebiec calutki świat:
Śnieg taki czysty, że nie ubrudzi
Białych anielskich szat.



Białe opłatki, białe stoły,
Świeżych choinek las...
Doprawdy mogą dziś anioły
Zagościć pośród nas.



Tylko ta gwiazda niech zaświeci
Nad ciszą białych dróg
I zawiadomi wszystkie dzieci,
Że się narodził Bóg.



Bronisława Ostrowska

Świąt spokojnych, niezapomnianych, pełnych
radości, a w Nowym Roku 2013 niech każdy dzień
przynosi spełnienie marzeń, budzi nowe nadzieje,
daje szczęście i dobre chwile



Redakcja

ZAPRASZAMY DO OWIŃSK

Zofia Krzemkowska

tyflopedagog, wieloletni pracownik Ośrodka Szkolenia i Rehabilitacji PZN „Homer” w Bydgoszczy

Znam tę szkołę od początku jej istnienia, od października 1946 roku. Zajmowaliśmy wówczas inne pomieszczenia, po zniszczonym podczas wojny zakładzie dla psychicznie chorych. Były to wieloosobowe sypialnie. Do szkoły i stołówki trzeba było dochodzić. Już wówczas musieliśmy znać teren poza zakładem, uczyć się orientacji przestrzennej, żeby się nie zgubić.

Obecna szkoła od lat zajmuje pomieszczenia po klasztorne siostr cysterek, dostosowane do potrzeb niewidomych. W roku szkolnym 2012–2013 do szkoły w Owińskach uczęszcza 150 niewidomych i słabowidzących dzieci i młodzieży, często z dodatkowymi schorzeniami (niepełnosprawność intelektualna, ruchowa, czy porażenie mózgowe). Nie prowadzi się klas integracyjnych, ale przyjmuje się dzieci z innymi niepełnosprawnościami.

Szkoła prowadzi wczesną interwencję – wsparcie dla rodziców i małych dzieci. Możemy w niej wyróżnić szkołę podstawową z licznymi oddziałami specjalny-

mi, gimnazjum, szkołę zawodową przygotowaną do nauki zawodów: kucharza, tapicera, szczotkarza. Jest też liceum ogólnokształcące. Zdolniejsi absolwenci kontynuują edukację na uczelniach wyższych w Poznaniu, niektórzy z nich wracają, by uczyć niewidomych w swojej dawnej szkole.

W szkole nie brak też niewidomych i słabowidzących nauczycieli, takich jak na przykład Henryk Wereda – muzyk kierujący zespołem „Dzieci Papy”, który rozstawił Owińska w całej Polsce, czy Joanna Jastrzębska, nauczycielka brajla i języka polskiego. Wśród pedagogów z dysfunkcją wzroku są też: informatyk, anglista i pedagog szkolny.

W obecnym roku szkolnym placówka wzbogaciła się o leżący na dwóch hektarach, jedyny w Europie, Park Orientacji Przestrzennej dla Niewidomych. Można go zwiedzać indywidualnie i zbiorowo, po wcześniejszym zatelefonowaniu i umówieniu się pod podanym wcześniej adresem.

Otwarcie Parku nastąpiło 3 września 2012 roku z udziałem europarlamentarzysty profesora Jerzego Buzka, przedstawicieli Powiatowego Starostwa w Poznaniu, które jest właścicielem Parku, współfinansowało jego urządzenie i w pierwszym roku będzie pokrywało koszty działalności. Użytkownikiem Parku jest Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niewidomych w Owińskich, dzieci i młodzież ucząca

się w nim, ale też po uprzednim zgłoszeniu się, mieszkańcy powiatu poznańskiego.



W otwarciu uczestniczyły też przedstawicielki Polskiego Związku Niewidomych. Prezes Anna Woźniak-Szymańska i dyrektor Związku Małgorzata Pacholec oraz pracownicy Ośrodka, dzieci, młodzież i rodzice.

Pojawili się również przedstawiciele mediów: radio, TV, prasa.

Postanowiłam więc osobiście zwiedzić park z grupą bydgoską, by przekonać się o wartości zastosowanych rozwiązań.

Przewodniczką naszej grupy była pani Grażyna Michalczyk. Niegdyś nauczyciel orientacji przestrzennej, kierowniczka internatu, dziś wicedyrektor ds. wychowawczych, rewalidacji i rehabilitacji. Źródłem informacji była też wydana ulotka o Parku.

Oto, czego się dowiedziałam. Zamiar utworzenia Parku powstał 10 lat temu. Jest on odpowiedzią na potrzeby niewidomych uczniów. Szczególną rolę w pozyskiwaniu unijnych środków (2 miliony 400 tysięcy zł) odegrał ówczesny przewodniczący Parlamentu Europejskiego, profesor Jerzy Buzek, który odwiedzał Ośrodek w Owińskach kilkakrotnie i dobrze zna jego potrzeby.

Środki pochodziły z Unii Europejskiej, a dokładnie z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz z Programu Regionalnego – Narodowa Strategia Spójności województwa Wielkopolskiego.

W projektowaniu Parku uczestniczyli specjaliści z Politechniki Poznańskiej i Uniwersytetu Poznańskiego oraz pracownicy Ośrodka, którzy szkolą niewidome dzieci.

We wręczonej nam ulotce możemy przeczytać, iż jest to jedyny w Europie Park Orientacji Przestrzennej służący osobom niewidomym do nauki orientacji w otaczającej ich przestrzeni. Dźwięki, drgania, struktura nawierzchni czy zapach występują w Parku w różnym zestawieniu. Dzięki temu dzieci niepełnosprawne uczą się tworzyć punkty odniesienia, kierując się sy-

gnałami otrzymywanymi z otoczenia. Na znajdującym się obok jeziorka padole, otoczonym bezpiecznym żywopłotem, niewidomi mogą samodzielnie jeździć na rowerach i wrotkach.



Zwiedzamy Park szczegółowo. Zasypujemy przewodniczkę pytaniami, dotykamy, „wypróbujemy” urządzenia, zupełnie jak byśmy byli dziećmi. Niektóre można znaleźć na zwykłych placach zabaw, inne są specjalnie dostosowane do potrzeb i możliwości niewidomych dzieci. Chodzi o zapewnienie im pełnego bezpieczeństwa. Powinny przebywać w Parku zawsze pod opieką wychowawców. Oglądamy huśtawki i samochodziki przygotowane z myślą o maluchach. Drabinki, ściany wspinaczkowe, urządzenia kształcące zmysł równowagi i takie, które pozwalają na wyładowanie nadmiaru młodzieńczej energii. Naszą uwagę przykuwają te pozwalające na ustalenie kierunków wiatru.

Mijamy pomieszczenie do wyciszenia się, świątynię dumania, ogród zimowy do przeprowadzania lekcji, np. biologii (wciąż czeka na zagospodarowanie).

Jest miejsce na ognisko, przy którym nowo przyjeździ do szkoły są pasowani na uczniów.

Przechodzimy przez mostek nad stawem. Jest tu kilka ujęć wody oznaczonych brajlowskim napisem „można umyć ręce”. Brajlem oznaczone są również rośliny, których docelowo ma być ponad 1500. Przy każdej z nich na postumencie nazwa polska i łacińska.

Dobrze, że docenia się to pismo. Oby uczniowie znali je na tyle, by móc z tych informacji korzystać.

Są też miejsca, na których same dzieci będą uprawiały warzywa i kwiaty od nasion do zbiorów. Tę

formę pracy stosowano już za moich czasów. Uczestniczyłam w niej, odżyły wspomnienia z dawnych lat.



W przygotowanie Parku włożono dużo pracy. Doceniamy ją. Oby w pełni służył dzieciom, ich usamodzielnieniu, nauce orientacji przestrzennej, pełnej edukacji, rozwojowi fizycznemu, zabawie, rozrywce, poznawaniu przyrody w bezpośrednim dotykowym i zapachowym zetknięciu się z nią.

Podobny ogród zabaw, choć nieco mniejszy, znajduje się w laskowskim ośrodku w Sobieszewie koło

Gdańska. Przebywające tam dzieci lubią się w nim bawić. Nie odwiedziłam go osobiście. Sądzę, że jeszcze nadarzy się ku temu okazja.

Zachęcamy do zwiedzenia prezentowanego Parku Orientacji Przestrzennej, jest co zobaczyć. Zieleń leczy, a w tym parku jest jej dużo.

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy
dla Dzieci Niewidomych
62-005 Owińska koło Poznania
Pl. Przemysława 9
tel. 61 812-04-86
e-mil: biuro@niewidomi.edu.pl
www.niewidomi.edu.pl

(Zdjęcia Małgorzata Płóciennik)

PROBLEM UZALEŻNIEŃ W ŚRODOWISKU OSÓB NIEWIDOMYCH – OKIEM PSYCHOLOGA

Maria J. Bielecka

psycholog, Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 12 w Warszawie. Zajmuje się wczesnym wspomaganie rozwoju, diagnozuje dzieci w wieku 0–6 lat i udziela porad ich rodzicom

Wyrażenia „w środowisku” użyłam celowo, ponieważ nałogi nie dotyczą tylko osób niewidomych i słabowidzących, ale także ich rodzin. Najbardziej popularną i wszechobecną używką jest alkohol. Uwikłani w mechanizmy choroby alkoholowej członkowie rodziny nieraz zmuszeni są donosić alkohol pijącemu. Potem znoszą to, co wiąże się z jego nadużywaniem: przemoc psychiczną i fizyczną, manipulacje, kłamstwa, upokorzenie, obwinianie, wstyd. W przypadku inwalidztwa z powodu schorzeń oczu, które samo w sobie generuje trudy życia, choroba alkoholowa przyspiesza staczanie się rodziny po równi pochyłej.

Trudno pomóc takiej rodzinie, gdzie wszyscy członkowie „zarażeni” są współzależnieniem. W swojej pracy spotkałam pijących mężczyzn i kobiety, matki i ojców niewidomych dzieci.

Przez wiele lat pracowałam z rodzinami niewidomych lub słabowidzących dzieci. Przychodziłam do domu i obejmowałam opieką psychologiczną całą rodzinę pogrążoną w kryzysie po narodzeniu niepełnosprawnego dziecka. Oczywiście w tych rodzinach bywały też problemy alkoholowe. Udawało się je nawet przez jakiś czas ukrywać. Tym bardziej, że wizyta odbywała się przed południem i była zapowiedziana. W pewnym domu okazało się, że tata (pracownik służb mundurowych) przebywa na zwolnieniu lekarskim, a obrażenia twarzy powstały w stanie upojenia alkoholowego. Albo matka niewidomej trzylatki miała zawsze bardzo starannie posprzątane biedne, jednopokojowe mieszkanie. Do momentu, kiedy już nie udało się utrzymać trzeźwości i w strasznym bałaganie zobaczyłam nietrzeźwą kobietę. Sąsiadki zajmowały się jej córką. Dzień wcześniej była interwencja policji i zagrożenie odebraniem dziecka. Z tą osobą umówiłam się za dwa dni (kiedy oprzytomnieje) na wspólną wyprawę do poradni odwykowej. Ku mojemu zaskoczeniu przyszła o umówionej porze. Udało się jej zachować trzeźwość przez kilka miesięcy.

Rodziny, w których urodziło się niewidome dziecko skupiają się głównie na nim. W sytuacjach trudnych matki często szukają pomocy dla dziecka, odwiedzając lekarzy i innych terapeutów. Ojciec zostawiony sam sobie, też pogrążony w rozpacz, radzi sobie tak, jak jest to przyjęte w kulturze. Nie można jednoznacznie powiedzieć, że kalectwo dziecka prowadzi do pijaństwa, natomiast może być okolicznością „usprawiedliwiającą” w oczach nadużywającego alkoholu i najbliższego otoczenia.

Z młodymi ludźmi spotykałam się głównie na warsztatach szkoleniowych. Bycie razem przez kilka dni pokazywało, że obyczaj zabawy zakrapianej alkoholem nie różni się od sposobu spędzania wolnego czasu przez pełnosprawnych rówieśników. Młodzi mężczyźni i kobiety przychodzili na poranne zajęcia po nieprzespanej nocy, chełpiąc się wybrykami i chwając, kto ile wypił i co robił. Zdarzyło się, że już pierwszego dnia trzeba było odesłać młodego mężczyznę do domu, bo w drodze wypił za dużo trunku i się zagubił. Pewien słabowidzący 21-latek przez cały tygodniowy pobyt był na rauszu. Zdecydowałam się porozmawiać z nim o jego zachowaniu i przyszłych konsekwencjach. Za rok zgłosił się na turnus, gdzie został warunkowo zakwalifikowany. Był najbardziej trzeźwym i zdyscyplinowanym uczestnikiem.

Młodzi ludzie chcą się bawić i być akceptowanymi w środowisku osób pełnosprawnych, przyjmują „normalny”, tzn. alkoholowy model zabawy. Będąc wśród „swoich”, też używają/nadużywają alkoholu. Oczywiście, w naturze młodych nie mieści się myślenie o przyszłości czy konsekwencjach w postaci pogorszenia stanu zdrowia. Część z tych osób za kilka lat się uzależni. Wydaje się, że ciekawie zorganizowane zajęcia z profilaktyki uzależnień dla tej grupy wiekowej byłyby okazją do przekazania odpowiedniej wiedzy. Takie szkolenie odbyło się na przełomie września i października 2004 roku. Brało w nim udział 28 osób niewidomych i słabowidzących. W podsumowaniu uczestnicy dzielili się pozytywnymi opiniami na temat przeprowadzonych warsztatów. Podobała im się formuła szkolenia metodami aktywnymi, wiedza na temat alkoholizmu podana w sposób niekonwencjonalny. Przybliżenie tematu asertywności i roli emocji w życiu człowieka, możliwość zdobycia wiedzy psychologicznej i wyciągnięcia praktycznych wniosków ze zdobytych wiadomości. Po szkoleniu osoby zgłaszały się do psychologa, aby porozmawiać o problemach rodzinnych wywołanych poruszaną problematyką.

W czasie konsultacji indywidualnych zgłaszają się rodziny mające aktywnego alkoholika. Bywa, że przychodzi niewidoma żona (sama bądź z przewodnikiem). Jest uzależniona od swojego widzącego męża

pod każdym względem: ekonomicznym, fizycznym (załatwia różne sprawy, wychodzi z nią na spacer, robi zakupy), społecznym. W trakcie wspólnego życia poruszali się po utartych ścieżkach, gdzie mąż, jako ten widzący, stopniowo przejmował władzę i kontrolę nad życiem kobiety. Potem coraz trudniej wytrzymać razem, coraz więcej destrukcyjnych zachowań, lęku, wstydu, izolacji. Kobieta, która nie widzi, musi mieć ogromną determinację i otrzymać społeczne czy rodzinne wsparcie, aby podjąć jakieś kroki w kierunku poprawy jakości życia rodziny bądź przeciwstawienia się rozwojowi choroby alkoholowej. Jak pomóc uzdrowić taką rodzinę? Zmotywowanie jej członków do skorzystania z pomocy poradni odwykowej jest pierwszym krokiem. Ale wyzwaniem dla służb socjalnych jest umożliwienie przyścia osoby niewidomej na spotkania terapeutyczne. A może wizyta specjalisty w domu? Jak pomóc dzieciom w takiej rodzinie?

Wiele osób niewidomych szukających pomocy psychologicznej pochodzi z domu, gdzie upijał się jeden z rodziców. U tych ludzi pojawił się syndrom DDA (Dorośle Dzieci Alkoholików). Do psychologa należy uświadomienie osobie niewidomej lub słabowidzącej wpływu tych odległych doświadczeń na aktualne życie. Kolejnym krokiem jest skierowanie jej do odpowiedniego ośrodka terapeutycznego. Rozpoczęcie terapii wymaga osobistej determinacji i dostępności

miejsca. Nie ma zbyt wielu takich miejsc i nie ma też chyba powszechnej świadomości, jak ważna jest terapia DDA dla dobrego funkcjonowania człowieka.

Człowiek nie znosi pustki. Kiedy nie ma wokół siebie życzliwych ludzi, albo nie czuje się dostatecznie kochany, dostarcza sobie rozrywek, które cywilizacja mnoży w zastraszającym tempie. Od każdego z nas zależy, czy otaczający nas ludzie zdrowi/niepełnosprawni będą się pograżać w nałogach, czy dążyć do rozwoju i godnego życia. Aby skutecznie pomagać, potrzebna jest wiedza, umiejętności i środki. Także świadomość, że osoby z dysfunkcją wzroku mają w pamięci wiele traumatycznych zdarzeń związanych z bolesnymi zabiegami medycznymi, utratą bądź ograniczeniem widzenia. Z tego względu mogą być uznane za grupę podwyższonego ryzyka w różnego rodzaju uzależnieniach.

Trudno pomagać rodzinie w zaawansowanej chorobie alkoholowej nie tylko ze względu na brak wzroku, naturę choroby, ale i brak pomocy środowiskowej ułatwiającej dostęp do terapii. Najlepiej, jak wiadomo, zapobiegać!

O SPOŻYWANIU ALKOHOLU PRZEZ UCZNIÓW OŚRODKA SZKOLNO-WYCHOWAWCZEGO DLA DZIECI NIEWIDOMYCH

Sondaż diagnostyczny metodą ankietową został przeprowadzony w dniach od 18.01.2012 do 24.01.2012 roku. Dotyczył on spożywania alkoholu przez uczniów. Badaniem objęto łącznie 83 osoby (39 uczennic i 44 uczniów), w tym: gimnazjalistów 34 (20 uczniów i 14 uczennic), uczniów liceów 25 (12 uczennic i 13 uczniów) oraz 24 osoby z Zasadniczej Szkoły Zawodowej (13 uczennic i 11 uczniów).

Uczniom zadano cztery pytania, które dotyczyły:

- 1) rodzajów spożywanych trunków,
- 2) częstotliwości spożywania alkoholu,
- 3) przyczyn sięgania po alkohol,
- 4) profilaktyki i sposobu przeciwdziałania rozszerzania się problemu spożywania alkoholu w Ośrodku.

Z przeprowadzonej analizy ankiet wynikają następujące ogólne wnioski.

Zdeklarowanych abstynentów, którzy jeszcze nigdy nie spożywali alkoholu jest 25.

Uczniów, którzy pili inny alkohol, najczęściej szampana w czasie imprezy sylwestrowej jest 13.

Z pozostałej gamy alkoholi, jakie dostępne są na krajowym rynku uczniowie Ośrodka najczęściej spożywali piwo (43 osoby), wino (10 uczniów), wódkę (15 uczniów) i nalewkę (7 uczniów). Procentowy wskaźnik spożycia poszczególnych typów alkoholu przedstawia poniższy wykres.



Wykres 1. Najczęściej spożywane typy alkoholu przez uczniów Ośrodka

Częstotliwość spożycia trunków to kolejny problem, jaki został zdiagnozowany. Uczniów w tym względzie można podzielić na dwie grupy:

1. Niepijących nigdy lub tylko 1-2 razy w życiu (łącznie 43 osoby).

2. Spożywających alkohol częściej (łącznie 38 osób) i tę grupę uczniów w szczególności należy objąć działaniami profilaktycznymi.

Częstotliwość spożycia alkoholi przedstawia poniższy wykres.



Wykres 2. Częstotliwość spożywania alkoholi przez uczniów Ośrodka

Niepokojący jest fakt, że 23 proc. uczniów spożywa alkohol kilka razy w miesiącu lub częściej. Łącznie 19 uczniów, w tym pięciu w gimnazjum, sześciu w szkole zawodowej i ośmiu w klasach licealnych, co świadczy o tym, że niejednokrotnie do spożycia alkoholu musi dochodzić na terenie Ośrodka.

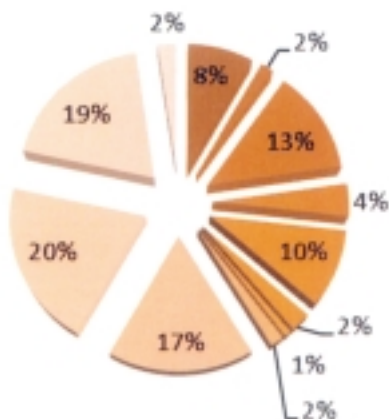
Uczniowie najczęściej sięgają po alkohol, by poprawić sobie humor lub dla odstresowania się. Łącznie 26 uczniów wskazało taką odpowiedź. Pozostali najczęściej sięgają po trunki z nudy, z powodu problemów osobistych lub dlatego, że taka jest moda. Na szczególną uwagę zasługują dwie osoby, które nie akceptują swojej niepełnosprawności (nie radzą sobie ze swoją niepełnosprawnością). Ich postawa wymaga szczególnej troski i analizy sytuacji ucznia. Spośród badanych, trzy osoby wskazały dodatkowo jeszcze inne powody, dla których sięgają po alkohol. Wśród nich można wymienić następujące:

- jako forma spędzania wolnego czasu w Ośrodku,
- dla towarzystwa,
- z ciekawości.

Tak jak w poprzednich analizowanych zagadnieniach w niniejszym obszarze pojawia się dość duża grupa osób, które nie piją alkoholu w ogóle (24 osoby). Szczegółowe dane w odniesieniu do powodów zgłaszanych przez uczniów przedstawia poniższy wykres.

Przyczyny sięgania po alkohol

- Bo taka jest moda
- By zaimponować w środowisku/wśród kolegów
- Z nudy
- Z powodu trudności w nauce
- Z powodu problemów osobistych
- Z powodu problemów rodzinnych
- Pod presją kolegów
- Z powodu nie radzenia sobie z własną niepełnosprawnością
- Dla odstresowania
- Żeby poprawić sobie humor
- Nie piję alkoholu w ogóle



Wykres 3. Przyczyny sięgania po alkohol przez uczniów Ośrodka

Ostatnim badanym obszarem jest szeroko rozumiana profilaktyka przeciwdziałania rozszerzaniu się problemu alkoholowego w Ośrodku. Odnosi się ona do wielu sfer działalności Ośrodka. Od programu profilaktycznego poprzez aktywizację młodzieży aż po formę karania za spożywanie alkoholu.

Uczniowie dokonujący wyboru najczęściej kierowali się proponowanymi rozwiązaniami. Wśród nich pojawiają się odpowiedzi, które sugerują, że problem spożywania alkoholu powinien być rozwiązany poprzez umożliwienie uczniom uczestnictwa w aktywnych formach spędzania czasu wolnego (41 uczniów). Za bardzo radykalnym rozwiązaniem związanym z karaniem podopiecznych usunięciem z Ośrodka jest 36 uczniów. Dość duża grupa uczniów proponuje, aby zwiększyć ilość działań profilaktycznych skierowanych do tych nadużywających alkoholu (23 osoby). Ta grupa osób to najczęściej abstynenci, którzy widzą potrzebę edukowania rówieśników w zakresie nadużywania alkoholu. Pozostałe odpowiedzi uczniów skupiają się na udostępnieniu obiektów sportowych (21 uczniów), dostarczeniu wiedzy na temat skutków spożycia napojów procentowych (19 uczniów) oraz nauczaniu uczniów nadużywających alkoholu sposobów zachowania abstynencji. Pojawiły się także dwa dodatkowe komentarze, które należy w tym miejscu odnotować.

Alkohol nie jest problemem, uczniowie pełnoletni mają prawo wypić, ale nie mają możliwości, by spotkać się w swoim gronie. W Ośrodku nie można spożywać alkoholu, a nie mają do dyspozycji mieszkania.

Najlepiej nie robić nic z tą sytuacją.

Wszystkie powyższe dane w opracowaniu procentowym przedstawia poniższy wykres.



Wykres 5. Proponowane działania profilaktyczne

Wnioski:

1. Wskazane są zajęcia profilaktyczne dla uczniów liceum i gimnazjum.
2. Należy opracować na podstawie analizy zachowań i wniosków uczniów aktywne sposoby spędzania czasu wolnego, ze szczególnym uwzględnieniem zajęć sportowych.
3. Wskazane jest przeanalizowanie statutu Ośrodka i regulaminu internatu w obszarze konsekwencji wynikających ze spożywania alkoholu na terenie placówki.

(Autor artykułu znany Redakcji)

Od Redakcji: powyższe dwa artykuły są wynikiem pierwszej w Polsce konferencji, której organizatorem był Polski Związek Niewidomych wspólnie z Biurem Pomocy i Projektów Społecznych Urzędu m.st. Warszawy i Europejskim Centrum Edukacyjnym, 24 października 2012 roku. Konferencja dotyczyła uzależnień wśród osób niepełnosprawnych.

ROZWIJANIE KOMUNIKACJI NIEWERBALNEJ DZIECI NIEWIDOMYCH METODAMI DRAMOWYMI I TEATRALNYMI

Emilia Śmiechowska-Petrovskij

tyflopedagog i filolog polski, Wydział Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Niepełnosprawność wzrokowa uniemożliwia lub znacząco utrudnia zdobywanie informacji o sposobach zachowania i niewerbalnej ekspresji, które towarzyszą słownej komunikacji i są jej istotnym składnikiem, obrazującym emocje, intencje, postawy, przekonania mówiącego. Tymi składnikami są: mimika, czyli ruchy mięśni twarzy, specyficzne dla określonych emocji i przeżywanych uczuć. Pozycja, ruch głowy oraz oczu, pantomimika, czyli używanie gestów oraz przyjmowanie określonej postawy ciała w trakcie rozmowy. Proksemika, czyli utrzymywanie określonej odległości między ludźmi podczas rozmowy i sposób reagowania na nadmierne zbliżanie się innych oraz pa-

rajęzyk, czyli swoiste środki wyrazu współwystępujące z żywą mową, m. in. właściwości głosowe mówiącego – głośność wypowiedzi, wysokość tonu głosu, tło dźwiękowe mowy: śmiech, płacz, pisk, intonacja, akcenty, tempo i rytmiczność wypowiedzi, niewerbalne wokalizacje (chrząknięcia, kaszlnięcia, cmokanie i inne) – mogące wyrażać stosunek mówiącego do wypowiedzi i sytuacji – podziw, zakłopotanie, pogardę.

Z racji dostępności kanału słuchowego, parajęzyk jest elementem komunikacji niewerbalnej, którego rozpoznawanie i rozumienie jest możliwe dla osób niewidomych. Pozostałe elementy zarówno w akcie odbioru, jak i ekspresji, mogą stanowić barierę komunikacyjną i prowadzić do wzajemnego niezrozumienia się rozmówców.

Brak doświadczenia odnoszącego się do sposobów pozadźwiękowego wyrażania siebie powoduje, że wiele osób niewidomych rzadko wykorzystuje gesty lub nie wykorzystuje ich w komunikacji wcale. Następstwem niepełnosprawności wzrokowej jest również niemożność właściwej odpowiedzi czy reakcji na „niemy” komunikat – spojrzenie, gest lub uśmiech.

Trudności we wzajemnym zrozumieniu się mogą również być innego rodzaju. Uczeń niewidomy, próbujący uchwycić wszelkie dźwiękowe elementy wypowiedzi (słowa i składniki parajęzyka), by móc w pełni zinterpretować całość przekazywanego komunikatu,

może tak intensywnie angażować swoją uwagę słuchową, że będzie sprawiał wrażenie niezainteresowanego rozmową. Takie nieporozumienia mogą zaistnieć także między dzieckiem a rodzicami. Niewidome dziecko koncentrując się na słuchaniu, może wyciszać się do tego stopnia, że łatwo można odebrać je jako wycofane i ignorujące rozmowę.

Trudności komunikacyjne pomiędzy niewidomymi i osobami bez dysfunkcji wzroku mogą więc wynikać z niemożności odbioru określonych pozasłownych przekazów, z braku umiejętności posługiwania się własną mową ciała przez niewidomych lub obaw z tym związanych, jak również z błędnego interpretowania niektórych zachowań prezentowanych przez osoby niewidome.

Zagadnienie niewerbalnej komunikacji osób niewidomych badała Anna-Karin Magnusson (2003, 2006). Z jej analiz wynika, że dla wielu osób niewidomych ogromne znaczenie ma w używaniu swojej mowy ciała świadomość norm zachowań widzących. Strach przed błędnym lub odmiennym użyciem gestów może powodować niechęć do korzystania z nich, a brak potwierdzenia tego, co jest „prawidłowe”, może skutkować rezygnacją z ich używania. W toku wychowania i socjalizacji uczeni są zachowań przystających do oczekiwań społecznych: trzymania prosto głowy, kierowania ciała i oczu na mówiącego,

wykonywania rękoma gestów niezbyt obszernych, zachowania odpowiedniej odległości do partnera rozmowy, co z jednej strony ma niwelować różnice i ułatwiać komunikację, staje się więc elementem rehabilitacji społecznej, z drugiej jednak strony może utrwalać przekonanie o znaczącym odbieganiu w swoim zachowaniu od wzorców utrwalaonych w środowisku widzących i zniechęcać do poszukiwań osobistych form wyrazu.

Anna-Karin Magnusson uważa, że poprzez podkreślanie jedynie błędów i odmienności gestów osoby niewidomej, naraża się ją na utratę pewności siebie. Należy zatem przewartościować cele. Zamiast dążenia do bycia „nieodróżniającym się”, należy postawić za cel rozwój form wyrażania się z perspektywy predyspozycji i doświadczeń niewidomego. Z badań R. Bieber-Schut oraz Susanne Strauss (Bieber-Schut, 1991; Strauss 2000) wynika, że nauka i ćwiczenie mowy ciała wzmacniają poczucie własnej wartości i pewności siebie. Aby nowa forma wyrazu była używana w sposób naturalny, niebudzący wątpliwości, konieczna jest jednak jej integracja z osobowością niewidomego (głos, uczucia, predyspozycje poznawcze itp.), choć oczywiście nowy gest musi być także dopasowany do norm określających obszar jego zastosowania.

Z badań Anny-Karin Magnusson, Susanne Strauss i R. Bieber-Schut wynika, iż skuteczną formą

zdobywania wiedzy o nowych dla niewidomych, niewerbalnych sposobach komunikacji, jest uczestnictwo w warsztatach teatralnych i dramatycznych.

Niewidomi respondenci, zarówno dorośli, jak i dzieci, potwierdzali dwojakiego rodzaju korzyści płynące z tych form przyswajania sobie nowych pozawerbalnych zachowań. Po pierwsze ocena ich gry aktorskiej, w toku której dokonywała się nauka, odbierana była przez nich naturalnie i nie budziła poczucia winy czy wstydu, ponieważ dotyczyła odgrywanych przez nich postaci (Magnusson 2003). Ponadto poprzez zajęcia teatralne i dramatyczne możliwe było ujście przeżywanych na co dzień emocji, które stłumione mogłyby stać się destrukcyjne dla jednostki, a ujawnione w bardziej bezpośredniej formie byłyby trudne do zaakceptowania przez otoczenie.

Praktyczną realizację tych założeń zaproponowały szwedzkie terapeutki Tina Björk i Agneta Croneld, które skonstruowały program „Kroppsspråk för alla” („Mowa ciała dla wszystkich” – tłum. E. Pawłowska). Jego celem jest rozwijanie umiejętności interpersonalnych i komunikacji niewerbalnej w toku zajęć lekcyjnych (w trybie ciągłym) i teatralnych. Program został zrealizowany przez autorki podczas pracy w szkole podstawowej z oddziałami integracyjnymi, do której uczęszczała grupa uczniów niewidomych. Poszczególne jego komponenty uwzględniają zróżnicowane

potrzeby dzieci w wieku wczesnoszkolnym i po pierwszym etapie edukacyjnym.

Podstawowe założenia programu to:

1. Łączenie celów ogólnych, ważnych dla całej zbiorowości uczniów, dotyczących komunikacji interpersonalnej, z celami specyficznymi, związanymi z usprawnieniem funkcjonowania osób niewidomych i kształtowania wzajemnych relacji i postaw między widzzącymi a osobami z dysfunkcją wzroku.
2. Przeświadczenie, że celem rozwoju komunikacji niewerbalnej jest nie tyle wyuczenie osób niewidomych takich gestów, by ci nie odróżniali się od widzjących, lecz rozwijanie ich własnych, indywidualnych form wyrazu oraz umożliwienie poznania niewerbalnych komunikatów stosowanych przez widzjących, w warunkach kontrolowanych, niepowodujących nadmiernego stresu i niepokoju.

Program składa się z omówień i prezentacji tworzenia inscenizacji, odgrywania scenek rodzajowych, organizowania minimusicalu, improwizacji, tańców, scenek z podziałem na role, interpretacji scenicznych literatury pięknej. W te podstawowe formy włączono dodatkowe ćwiczenia, które stanowią o ważności tego programu dla kształtowania wza-

jemnych relacji między uczniami widzącymi i niepełnosprawnymi wzrokowo. Należą do nich rozmaite ćwiczenia zdolności interpersonalnych, ćwiczenia prezentowania swoich uczuć, wykorzystywania gestów i parajęzyka. Autorki wiele elementów zaprojektowały w odniesieniu do osób niewidomych i słabowidzących, skupiając się na istotności komunikacji niewerbalnej i trudnościach osób z dysfunkcją wzroku w tym zakresie oraz wzajemnej, skutecznej komunikacji w grupach mieszanych. Program jest jednak tak zaplanowany, że z powodzeniem może być realizowany w jednolitych grupach osób pełnosprawnych.

Nauka nowych form wyrazu polega bądź to na odegraniu konkretnej roli, która uprzednio jest przygotowana i omówiona, bądź na wyrażeniu określonych emocji (na przykład smutku, radości) zgodnie z własnym wyczuciem. W pierwszym przypadku można wskazać trzy elementy procesu nauki:

1. Element poznawczy (przekazanie wiedzy o możliwych gestach, ruchach, wyrazie twarzy, związanych z określonymi uczuciami, poznanie różnych form wyrażania, na przykład poprzez korzystanie z opisów z tekstów literackich).
2. Wejście w rolę (odgrywanie scen, w których bohaterowie przeżywają różne emocje – odgrywa-

nie może dotyczyć całego ciała lub też odbywać się wyłącznie mimicznie).

3. Mówienie o odczuciach (zarówno odgrywający rolę, jak i obserwatorzy), opisywanie cech charakterystycznych dla danych form wyrazu.

W drugim przypadku proces nauki składa się z dwóch elementów:

1. Odgrywanie sceny, wymagającej pokazania emocji lub mówienie o własnych emocjach i podjęcie próby prezentowania ich również na poziomie ciała.
2. Mówienie o odczuciach (zarówno odgrywający rolę, jak i obserwatorzy), opisywanie cech charakterystycznych dla danych form wyrazu.

W zależności od celów szczegółowych zajęć oraz wieku uczestników, niekiedy uczniowie samodzielnie będą decydować, jakie uczucia mają wyrażać oni sami lub ich bohaterowie, a czasem nauczyciel podejmie decyzję o tym, że dany uczeń będzie prezentował, na przykład złość czy nieśmiałość.

Niezależnie od wariantu, po przeprowadzonych improwizacjach niezbędna jest rozmowa na ten temat, a także niekiedy wypróbowanie sposobów wyrażania uczuć, zaproponowanych przez innych.

Jedną z proponowanych technik jest także technika „Od jednego stanu emocjonalnego do drugiego” –

polegająca na naprzemiennym odgrywaniu sceny, w której na przykład każdy jest zadowolony, a następnie – w której każdy jest niezadowolony, granie kogoś, kto jest pewny siebie – odgrywanie kogoś, kto jest niepewny siebie. Pozwala ona uchwycić skonstrastowanie zachowań niewerbalnych, służących wyrażeniu przeciwnych stanów.

Uznanie ważności rozwijania komunikacji niewerbalnej niewidomych dzieci, wyrażone w formie całościowego programu, uwzględniającego wykorzystanie metod teatralnych i dramowych w pracy z uczniami niewidzącymi i widzącymi, wplecionych w tok zajęć lekcyjnych, jak i pozalekcyjnych (a więc nie tylko w formie wyizolowanych warsztatów czy kół teatralnych), może stać się inspiracją do powstawania podobnych projektów, dostosowanych do warunków szkolnictwa danego kraju i potrzeb konkretnych grup uczniowskich.

Podsumowując powyższe propozycje i wskazówki, warto podać jeszcze kilka przykładów metod dramowych, które mogą sprawdzić się w poznawaniu niewerbalnych komunikatów i rozwijaniu indywidualnych form wyrazu. Są nimi:

- ♦ inscenizacja – odegranie sceny na podstawie scenariusza ze szczegółowo rozpisanymi kwestiami oraz sposobami zachowania,

- ♦ improwizacja, czyli zaprezentowanie określonej sceny, której elementy określone są ramowo, zaś wypowiedziane kwestie powstają w czasie rzeczywistym, uczestnicy nie posiadają scenariuszem,
- ♦ etiuda pantomimiczna – przedstawianie różnych stanów emocjonalnych za pomocą słów, gestu, mimiki,
- ♦ rzeźba – metoda kształtująca świadomość ciała.

Uczniowie pełnią funkcję „rzeźbiarza” lub „tworzywa”. Modelują ciało, gesty, mimikę, by zaprezentować określone przeżycia. Ważne jest tu ekspresyjne i komunikatywne wyrażenie uczuć lub postawy. Praca nad rzeźbą może odbywać się w ciszy, bez kontaktu słownego lub polegać na słownych ustaleniach, których wynikiem jest stworzenie określonej pozy i wyrazu twarzy. Najczęściej rzeźbiarz tworzy swoją „figurę”, dotykając i ustawiając partnera, który ma być podatny na kształtowanie. Unieruchomienie sprzyja wyćwiczeniu pamięci mięśniowej w odniesieniu do doskonałych form wyrazu. Statyczność ułatwia również pełniejsze zapoznanie się z gestami innych.

- ♦ Żywy obraz – ma na celu wyrażenie pewnych tematów – posłużenie się ciałem w funkcji symbolicznej i abstrakcyjnej, bez użycia słów. Obrazy dotyczą takich zjawisk jak radość, smutek,

samotność, ale także scen znanych z doświadczeń domowych czy szkolnych, na przykład konfliktów. W tym drugim przypadku uczniowie zastygają w bezruchu w najbardziej dramatycznym momencie odgrywanej scenki.

Zaprezentowane założenia, jak i metody rozwijania komunikacji niewerbalnej uczniów niewidzących mogą być realizowane zarówno w ramach zajęć lekcyjnych, jak i świetlicowych i internatowych. Szczególne znaczenie mogą mieć w pracy w grupach mieszanych, w przedszkolach i szkołach integracyjnych, służąc lepszemu wzajemnemu zrozumieniu widzących i niewidomych dzieci.

(Wykaz publikacji wykorzystanych przy pisaniu artykułu, głównie obcojęzycznych, dostępny w Redakcji)

ZIELONA TERAPIA

Agnieszka Fabisiak

tyflopedagog, Centrum Rehabilitacji w Instytucie Tyflogicznym Polskiego Związku Niewidomych w Warszawie

„Terapia ogrodnicza w praktyce – działalność gospodarstw terapeutycznych i podnoszenie kwalifikacji ich pracowników” to tytuł sympozjum zorganizowanego przez Wydział Ogrodnictwa i Architektury Krajobrazu Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. Praca w ogrodzie to skuteczny sposób zapobiegania wielu schorzeniom i oderwania się od stresów codziennego życia. Hortiterapia, ogrodoterapia czy też zielona terapia to terminy określające terapię poprzez pracę w ogrodzie. Jest to jedna z uzupełniających form terapii, podobnie jak arteterapia czy też muzykoterapia.

Hortiterapia jest bardzo popularna w krajach zachodnich i coraz częściej włączana w programy tradycyjnej rehabilitacji w różnych ośrodkach takich jak: domy opieki społecznej, szpitale psychiatryczne, ośrodki odwykowe, warsztaty terapii zajęciowej. Prowadzi się ją dla osób ze zdiagnozowanymi problema-



mi psychicznymi, umysłowymi, fizycznymi (osoby po udarach, sparaliżowane, po wypadkach), sensorycznymi (uszkodzenie wzroku, słuchu), geriatrycznymi. Jest efektywna również dla osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków oraz tych wykluczonych społecznie (przestępcy, więźniowie, młodzież z domów poprawczych, bezdomni, bezrobotni). Często gospodarstwa, w których odbywa się hortiterapia, oprócz uprawy roślin i produkcji przetworów warzywnych i owocowych, zajmują się hodowlą zwierząt, sprzedają mleka, jaj, produkcją serów itp. Zielona terapia prowadzi-

na jest w gospodarstwach ukierunkowanych na pracę i zatrudnienie (Francja, Słowenia, Włochy), gdzie osoby potrzebujące zatrudniane są na umowy o pracę oraz w charakterze praktykantów i wolontariuszy. Realizuje się ją również w gospodarstwach nastawionych na edukację oraz działalność pedagogiczną (Francja, Holandia, Niemcy, Polska, Włochy), których celem jest prezentacja życia w gospodarstwie, udostępnienie zdrowej żywności i dostęp do natury.

Osobom chorym i niepełnosprawnym, które zostały poddane ogrodoterapii poprawia się zdrowie, kondycja i samopoczucie. Czują się potrzebne, utrzymują kontakty z innymi ludźmi i stają się bardziej samodzielne. Praca wśród roślin i zwierząt uczy odpowiedzialności, systematyczności, podejmowania decyzji, cierpliwości, współpracy w grupie, podnosi samoocenę. Z doświadczeń słoweńskich ośrodków hortiterapii wynika, że dzieci z niepełnosprawnością intelektualną lepiej się uczyły, korzystając z zajęć w ogrodzie. Jednakże należy pamiętać o tym, że o terapeutycznym znaczeniu pracy w ogrodzie możemy mówić wtedy, gdy jest ona włączona w profesjonalne programy terapii i rehabilitacji.

W przypadku osób niewidomych i słabowidzących hortiterapia może być stosowana w celu zapoznania ich z różnymi rodzajami roślin. W Niemczech, w jednym z ośrodków dla dzieci niewidomych, stwo-

rzono specjalny ogród sensoryczny, w którym zastosowano urządzenia do zabaw dźwiękiem. Rośliny kwitnące posadzone są według kodu kolorystycznego, fakturowego oraz zapachowego. Grządki są podniesione, ścieżki kolorowe, a na nich znajdują się dotykowe i kontrastowe prowadnice oraz poręcze i oznaczenia informujące o zmianie kierunku i wysokości podłoża. Innym rozwiązaniem dla osób z niepełnosprawnością wzroku w takim ogrodzie mogą być napisy w brajlu opisujące gatunki roślin. Ważna jest też możliwość dotykania roślin. Taką okazję mają zwiedzający ogród botaniczny w Brookside (USA). Można tam obejrzeć fakturę liści roślin, sprawdzić jak kłują ostrokrzewy lub rozetrzeć liście lawendy i tymianku, aby poznać dokładnie ich zapach. Niektóre rośliny w tym ogrodzie można nawet spróbować. Poza tym zadbano o wrażenia słuchowe gości – w pobliżu słyszeć szum wody w strumyku, a w koronach drzew szumią liście i śpiewają ptaki. Przebywanie dzieci i dorosłych wśród roślin działa na wyobraźnię i kreatywność, zwiększa ciekawość świata i motywuje do pogłębiania wiedzy. Osoby, które mają stały kontakt z naturą bardziej dbają o innych, chętniej pomagają słabszym, a przy okazji zdobywają nowe umiejętności. Niektóre ośrodki prowadzące hortiterapię organizują dla osób niewidomych zajęcia, dzięki którym osoby te uczą się pracy w ogrodzie.



W krajach Unii Europejskiej różne formy zielonej terapii finansowane są ze środków samorządowych, funduszy zdrowia oraz osób prywatnych i fundacji. Często gospodarstwa prowadzące tego typu terapię, utrzymują się z dochodów z własnej produkcji. Obok agroturystyki, hortiterapia jest szansą rozwoju dla małych wsi i miejscowości. Niestety, w Polsce nie ma instytucjonalnego finansowania ogrodoterapii. Specjaliści prowadzą badania nad wpływem hortiterapii na zdrowie i samopoczucie, aby ten rodzaj terapii został doceniony i był finansowany ze środków funduszu

zdrowia. Miejmy nadzieję, że wkrótce również w naszym kraju będzie ogólnodostępna terapia, która pomaga, a przy okazji sprawia, że tereny wokół placówek opieki społecznej wyglądają estetycznie.



(Zdjęcia Agnieszka Fabisiak)

DOŚWIADCZENIA WŁASNE Z OPIEKI NAD DZIECKIEM Z ZESPOŁEM CHARGE

Bożena Michno

matka dziecka głuchoniewidomego z zespołem Charge

Podobno dzieci rozwijają się zgodnie z oczekiwaniami dorosłych. Oczekiwania mogą zaś mieć pozytywne lub negatywne skutki dla dalszego rozwoju dziecka. Jak dotychczas dzieci ze zdiagnozowanymi zespołami genetycznymi spotykają się z niezrozumieniem, nie traktuje się ich poważnie, nie stawia się im właściwych wymagań i nie naucza właściwie. Tradycyjna opinia, że ograniczenia poznawcze, jak również zaburzenia zachowania występujące u tych dzieci są uwarunkowane genetycznie, zamienia się w samospełniającą się przepowiednię i prowadzi do błędnego przekonania, że dzieci te nie mogą uczestniczyć w pełni w normalnym życiu społecznym.

Moja córka, Martyna (ur. 10.10.2002 r.), u której zdiagnozowano zespół wad wrodzonych i dziecięce porażenie mózgowe, dopiero w 2007 roku otrzymała diagnozę – zespół CHARGE.

Początek jej istnienia był walką o życie. Wiele razy była hospitalizowana, dwa razy przeszła operację kardiochirurgiczną. Wylew dokomorowy, wrodzona wada wzroku i słuchu, obniżone napięcie mięśniowe, choroba refluksowa przełyku, częste infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych, obniżona odporność organizmu. Wszystko to spowodowało opóźnienie w rozwoju psychoruchowym.

Córka wymaga nieustannej rehabilitacji ruchowej, oddziaływań pedagogicznych, psychologicznych, logopedycznych, surdologopedycznych i wielospecjalistycznej opieki lekarskiej.

Martynka jest bardzo pogodna, z poczuciem humoru, ciekawa świata, z przeogromnymi zasobami siły i walki w pokonywaniu ograniczeń, z jakim przyszło jej się zmagać.

Mimo złożoności swej choroby, osoby z CHARGE są znane z tego, że pokonują swoje problemy i osiągają dużo więcej, niż początkowo wydawało się, że mogą osiągnąć. Mam cichą nadzieję, że mojej córeczce też się to uda.

Teoria procesu chorobowego uwarunkowanego genetycznie zespołu CHARGE

Zespół CHARGE, występujący również pod nazwą zespół Halla-Hitnera jest unikalną kombinacją rozmaitych anomalii wrodzonych. Został opisany po

raz pierwszy w 1979 roku przez Bryana Halla, natomiast jego nazwę zaproponowała E. Pagon w 1981 roku. Nazwa CHARGE jest akronimem pochodzącym od następujących słów:

C – coloboma (szczelina nerwu wzrokowego i/lub naczyńówki),

H – heart defekt (wada serca),

A – atresia of the choanae (zarośnięcie nozdrzy tylnych),

R – retardation (opóźnienie rozwoju psychoruchowego i/lub wzrostu),

G – genito-urinary abnormalities (wady układu płciowo-moczowego),

E – ear (anomalie ucha zewnętrznego, środkowego, wewnętrznego).

Akronim ten stosuje się do opisania zróżnicowanej grupy dzieci, u których obecne są przynajmniej cztery spośród cech opisanych literami akronimu, a w tym zarośnięcie nozdrzy tylnych lub koloboma.

Historia choroby Martyny

10 października 2012 roku Martyna skończyła 10 lat. Waży 32 kg, jej wzrost to 130 cm.

Ma pełną rodzinę. Rodziców, o dziesięć lat starszego brata i cztery lata starszą siostrę. W rodzinie nie

było chorób społecznych i genetycznych. Przebieg ciąży bez powikłań, pod koniec ciąży cukrzyca utajniona. Poród odbył się cięciem cesarskim.



U Martynki stwierdzono: złożoną wadę serca (drożny przewód tętniczy, ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej, drożny otwór owalny, ubytek w przegrodzie międzykomorowej, niedomykalność zastawki mitralnej), porażenie nerwu twarzowego, częściową hipoplazję ciała modelowatego, szczelinę nerwu wzrokowego oka prawego i lewego, małopocze lewe, obustronny niedosłuch nerwowo-czuciowy, opóźnienie w rozwoju psychoruchowym, zespół CHARGE.

Przeszła dwie operacje kardiochirurgiczne, drenaż wentylacyjny obu stronny i plastykę wędzidełka wargi górnej oraz operację wszczepienia implantu ślimakowego do ucha prawego.

Od czwartego miesiąca życia jest rehabilitowana ruchowo. Najpierw metodą NDT Bobath, teraz poprzez usprawnianie ogólnorozwojowe.

Córka ma niską odporność organizmu (hospitalizowana 27 razy), często łapie infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych. Zaopatrzona jest w aparat słuchowy na lewym uchu i procesor mowy na prawym uchu.

Od dziewiątego miesiąca życia do chwili obecnej jest systematycznie rehabilitowana w Specjalistycznym Ośrodku Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu w Opolu.

Ma krótkowzroczność prawego oka (–4 dioptrie), lewe oko w zaniku (wątpliwe poczucie światła). Zaopatrzona jest w okulary korekcyjne. W słoneczne dni nosi ciemne szkła ze względu na światłowstręt.

Wykazuje opóźnienie psychoruchowe (zaczęła siedzieć samodzielnie gdy miała półtora roku, a samodzielnie chodzić, gdy skończyła trzy lata). Martynka rozumie proste polecenia, mówi pojedyncze słowa, umie nazywać niektóre rzeczy i osoby z najbliższego otoczenia (niektóre niewyraźnie). Potrafi porozumieć się za pomocą gestów. Uczy się języka migowego. Zgłasza potrzeby fizjologiczne. Czynności samoob-

sługowe, typu jedzenie, ubieranie, korzystanie z toalety wykonuje samodzielnie.

Od pierwszego września 2012 roku uczęszcza do pierwszej klasy niepublicznej szkoły podstawowej na zajęcia z indywidualnego nauczania i rewalidacyjne. Dobrze reaguje na otoczenie, nawiązuje kontakty społeczne z rówieśnikami.

Martynka jest pod stałą opieką pediatry. Szczepienia ochronne były wykonywane na bieżąco zgodnie z kalendarzem szczepień, jednak po każdorazowym podaniu szczepionki dziecko zapadało na infekcje górnych lub dolnych dróg oddechowych.

Od trzeciego do szóstego miesiąca życia zaopatrzona była w specjalną szynę ze względu na dysplazję bioder

Raz lub dwa razy w roku wyjeżdżamy na turnus rehabilitacyjny, gdzie przez dwa tygodnie dziecko ma wszechstronną, intensywną rehabilitację: kinezyterapię, terapię ręki, hipoterapię, kynoterapię, zajęcia z neurologopedą i pedagogiem.

Córka jest pod stałą i systematyczną opieką poradni specjalistycznych.

Ocena psychologiczna

Na podstawie konsultacji przeprowadzonej w Poradni Kompleksowej Diagnozy, Wczesnej Edukacji,

Terapii i Rehabilitacji Stowarzyszenia „Tęcza” w Warszawie u Martynki stwierdzono:

- rozwój dziecka jest opóźniony i nieharmonijny, co wynika z jej złożonej, poważnej niepełnosprawności,
- w zakresie funkcji poznawczych i małej motoryki, obszary umiejętności poddane systematycznemu treningowi kształtują się na średnim poziomie około trzeciego roku życia, natomiast aktywność samorządna Martynki kształtuje się na poziomie niższym,
- w zakresie komunikacji receptywnej rozumie nazwy wielu przedmiotów, natomiast niewielu czynności, rozumie i wykonuje proste polecenia związane z codziennymi czynnościami,
- w zakresie komunikacji aktywnej okazjonalnie stosuje kilkanaście słów lub wyrazów dźwiękonaśladowczych, często wyrażając podstawowe potrzeby i życzenia gestem, ruchem, wzięciem dorosłego za rękę i pokazaniem, o co jej chodzi,
- pojawia się również intonacja zdaniowa w jej własnym języku, niemożność wyrażenia siebie powoduje autoagresję i płacz,
- w zakresie samodzielności i samoobsługi (najmocniejsza strona w rozwoju dziecka) radzi sobie dobrze z samodzielnym jedzeniem, z rozbieraniem i ubieraniem, z samodzielnym korzystaniem z toalety; w ramach tych czynności widoczna jest dobra pamięć

całych dłuższych czynności, zwracanie uwagi na szczegóły, sprawne korzystanie z przyborów, a także pełniejsze rozumienie kontekstu sytuacyjnego.

Wydaje się, że, tak jak dla wielu dzieci z poważną, złożoną niepełnosprawnością, sytuacje życia codziennego mają dla Martynki większe znaczenie i wyraźniejszy sens niż sytuacje oderwanych od codziennej rzeczywistości ćwiczeń edukacyjnych.

Ocena funkcjonalna, czyli jaka jest Martynka

Martynka widzi tylko na prawe oko i nosi okulary korekcyjne. Słabo słyszy. W ciągu dnia nosi procesor mowy na prawym uchu i aparat słuchowy na lewym uchu. Rozumie, co się do niej mówi. Potrafi mówić, ale niewyraźnie. Zaczyna porozumiewać się za pomocą gestów. Chodzi samodzielnie. Szybko i dużo biega, bardzo tego potrzebuje. Lubi spędzać czas w towarzystwie różnych osób.

Gdy ma zły humor, lub ją coś boli, czy gdy ktoś jej nie zrozumie, reaguje płaczem lub autoagresją. Składa dłonie w pięści i bije się po głowie, ale już coraz rzadziej. Zdarza się, że nieoczekiwanie biega po pokoju i zrzuca napotkane przedmioty, rozrzuca pościel, maluje długopisem stoły, czasami ściany. Nie robi tego umyślnie, to jest silniejsze od niej i sprawia jej to przyjemność. Wtedy trzeba być przy niej i kontrolować sytuację, stanowczo i spokojnie. Dziecko musi

czuć, że osoba opiekująca się nią jest silniejsza i nie ustąpi. Można zachęcić dziecko do innej aktywności lub zabawy. Porozrzucane przedmioty, po przypomnieniu o tym, Martynka odkłada na swoje miejsce. Chętnie angażuje się w różne zajęcia, czynności, zadania, jeżeli są dla niej atrakcyjne i nie za trudne.



Lubi:

- uporządkowanie, strukturę, jasność, przewidywalność i planowanie,

- wyraźne rozpoczęcie i zakończenie każdej sytuacji,
- przeplatanie zajęć zadaniowych ruchowymi,
- współuczestniczyć w czynnościach domowych, np. składanie ubrań, pościeli, mycie naczyń, odkurzanie, zmiatanie, pranie,
- masaże dłońmi i różnymi fakturami po całym ciele,
- gilgotanie,
- tańczenie przy muzyce,
- zabawę z literkami,
- uwielbia wodę, kąpiel w wannie, hydromasaż,
- lubi być akceptowana, chwalona i nagradzana serdecznością, aprobatą.

Martynka nie lubi:

- niejasności, chaosu, nadmiaru bodźców,
- nieuporządkowanego toku zdarzeń,
- krzyku i nieodpowiedniego nastawienia do niej,
- rozkazującego tonu,
- dotknięcia znienacka, od tyłu bez uprzedzenia,
- za trudnych zadań,
- być zmuszana do czegoś, czego nie chce robić lub nie lubi.

Potrafi:

- trzymać się struktury i planu,
- rozpoznawać emocje,
- skupiać się na czymś, co ją interesuje,
- wybrać spośród dwóch proponowanych czynności,
- nazywać, pisać i pokazywać w języku migowym niektóre litery,
- rozpoznawać, nazywać niektóre kształty i kolory.

Je samodzielnie przy stole, pije z kubka z dzióbkiem, z filiżanki i przez słomkę, nie przyjmuje żadnych leków na stałe.

Martynka lubi, gdy się przy niej jest, lubi pomagać przy domowych czynnościach: gotowaniu, pieczeniu, sprzątaniu itp. Z tatą spędza dość dużo czasu, lubi, gdy nosi ją na rękach, tuli. Jest jednak bardzo wymagający, ustala różne zasady i nie na wszystkie zachowania dziecka zezwala.

Martynka rozumie, co się do niej mówi, ale słowa trzeba wymawiać wyraźnie i powoli. Zna też kilkanaście znaków w języku migowym, np.: dom, jeść, spać, iść, proszę, dziękuję, auto, myć się, praca, przedszkole, pani, pan, drzewo, kwiatek. Córnka potrafi powiedzieć kilkanaście słów, nie wszystkie są zrozumiałe, ale bardzo się stara i lubi mówić.

Pielęgnowanie Martyny

Martynce trzeba pomagać przy codziennej toalecie, przy myciu włosów, zębów i obcinaniu paznokci.

Na noc, według zalecenia laryngologa uszy dziecka zakraplam dwiema, trzema kroplami parafiny płynnej, ponieważ wkładki uszne aparatów słuchowych powodują większe wydzielanie woskowiny i możliwość tworzenia się tzw. „korków”. Rano oczyszczam jej uszy sztyfcikami zrobionymi z waty.

Nos dziecka na noc nawilżam solą morską, gdy ma katar oczyszczam dużą gumową „gruszką” wydzielinę z nosa, ponieważ córka nie umie sama jej wydmuchiwać.

Oczy dwa razy dziennie przemywam wacikami nawilżonymi przegotowaną wodą – zalecenie okulisty. Pomagam również dziecku przy zmianie bielizny osobistej, chociaż sama coraz lepiej sobie radzi i ta samodzielność daje jej dużą radość. Bierze również udział przy ścieleniu łóżka i zmianie pościeli.

Martynka nie ma ograniczeń i problemów z przyjmowaniem pokarmu drogą doustną. Je samodzielnie.

Nie ma zaburzeń w wydalaniu stolca. Sama komunikuje chęć udania się do toalety.

Zauważam natomiast problem z nietrzymaniem moczu. Gdy jest zajęta zabawą, zapomina o pójściu do toalety. Najprawdopodobniej problem powstał

w wyniku reakcji emocjonalnej (pojawił się, gdy podjęłam pracę zawodową po długim urlopie wychowawczym).

Incydent nietrzymania moczu obecnie pojawia się rzadko. Regularnie, co około dwie godziny przypominam się Martynce o sikaniu i daje to pozytywne efekty.

Martynka w zakresie gimnastyki oddechowej potrafi: dmuchać piłeczki styropianowe, pingpongowe, próbuje dmuchać balonik gumowy. Polecenie nabrania i wypuszczenia powietrza nosem lub ustami jest dla dziecka niezrozumiałe.

Usprawnianie lecznicze w zakresie układu ruchu u Martynki obejmuje: ćwiczenia ogólnorozwojowe, ćwiczenia obręczy barkowej ze względu na lejkowatą klatkę piersiową, wadę postawy i zaburzenia równowagi. Część ćwiczeń wykonuję z dzieckiem w domu na materacu, walcu rehabilitacyjnym i dużej piłce, a ćwiczenia ogólnorozwojowe prowadzone są przez fizjoterapeutę.

W domu zwracam szczególną uwagę na prawidłową, wyprostowaną postawę dziecka przy siedzeniu (wyprostowane plecy, dwie ręce oparte o stół), w siadzie, aby nie układała nóg w kształcie litery „W”.

Problemy związane z opieką nad dzieckiem

Opieka nad dzieckiem z niepełnosprawnością sprzężoną, uwarunkowaną genetycznie jest bardzo

złożona. Wymaga cierpliwości, łagodności, jak również umiejętności dotarcia do dziecka, które ma problemy z komunikacją. Kontakt wzrokowy jest bardzo utrudniony, z powodu oczopląsu.

Dodatkowym problemem jest to, że Martynka niewiele mówi i nie umie przekazać swoich emocji. Bardzo się denerwuje, gdy nie umiem odgadnąć, co ona ma na myśli. Niezwykle ważne w kontakcie z dzieckiem jest niepokazywanie zniecierpliwienia, pośpiechu czy zdenerwowania, gdyż natychmiast to wyczuje i potrafi odwdzięczyć się w dwójnasób. Biega, krzyczy, rozrzuca rzeczy, składa ręce w pięści i bije się po głowie.

Córka lubi być tulona, chwalona, akceptowana i potrafi się odwzajemnić tymi samymi pozytywnymi reakcjami emocjonalnymi.

Porozumiewam się z dzieckiem mową (mówiąc powoli, wyraźnie, czasami powtarzam dwa razy to samo), dołączając proste gesty („Makaton”) i wprowadzając coraz więcej znaków z języka migowego. Martynka dość dobrze naśladuje pokazywane migi i sama też inicjuje prosty dialog w języku migowym (np. „ma ma idzie do pracy”).

Obecnie już zbyt często nie zapada na infekcje dróg oddechowych, a więc opieka pielęgnacyjna ogranicza się do zaspokojenia potrzeb podstawowych: jedzenie, higiena osobista, spacer, ale również

zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, akceptacji i miłości. Dziecko mimo że skończyło dziesięć lat potrzebuje nieustannej uwagi i kontroli,

Córka śpi mało. Zasypia w okolicach godziny 23.00, a budzi się około 7.00. Po przebudzeniu musi trochę poleżeć, potulić się do swoich maskotek, do mamy i taty, czasami do siostry i brata, gdy są w domu.

Bardzo ważne jest w kontakcie z dzieckiem, aby cieszyć się jego obecnością, w pełni akceptować i kochać go takim, jakim jest.

Szczególnie ważne, w przypadku Martynki problemy pielęgnacyjne to: trudności związane z komunikacją, leczeniem stomatologicznym, głęboki niedosłuch i opóźnienie mowy, zaburzenia w rozwoju ruchowym, częste infekcje dróg oddechowych, nawracające, wysiękowe zapalenie ucha wewnętrznego.

Zastosowane leczenie, pielęgnacja, rehabilitacja i edukacja dziecka

Myślę, że gdyby moja córka urodziła się dwadzieścia lat temu, miałaby znikome szanse na przeżycie. Kwestia rozpoznania i leczenia operacyjnego wad wrodzonych serca w naszym kraju nie była tak powszechna, ze względu na brak aparatury specjalistycznej i wykwalifikowanej kadry medycznej.

Jestem więc bardzo wdzięczna kardiologom, kardiochirurgom i anestezjologom za to, że uratowali moje dziecko.



Dalsze leczenie Martynki stanowiło bardzo długie leczenie objawowe. Momentami byłam bliska załamania, ponieważ przerw w chorobie prawie nie było. Bardzo częste pobyty z dzieckiem w szpitalach, gdy w domu zostawały starsze dzieci, też nie były łatwe. Najgorsze jednak w tym wszystkim było to, że w walce z jej chorobą byłam sama. Diagnozowanie dziecka odbywało się przy okazji pobytu w szpitalu i leczenia, np. zapalenia oskrzeli. Niestety, konsultacje specjalistyczne wy-

kazywały, że poszczególne narządy odbiegają od normy. Cieszę się, że w końcu diagnozowanie dobiegło końca i że niektóre narządy córka ma zdrowe.

Bardzo częste pobyty w szpitalach z dzieckiem wzbogaciły mnie również w wiedzę na temat jakości usług medycznych w placówkach służby zdrowia. Na niektórych oddziałach nieuprzejmość, znikoma ilość czasu poświęcona pacjentowi, pośpiech w wykonywaniu procedur pielęgniarskich (np. bardzo szybkie podawanie iniekcji dożylnych) były dość częstym zjawiskiem. Mam też dobre, miłe wspomnienia z byłych hospitalizacji. Ogromnie ważne, moim zdaniem, jest to, że w ramach humanizowania oddziałów szpitalnych jest możliwość przebywania rodzica razem z chorym dzieckiem, które wówczas ma poczucie bezpieczeństwa i mimo różnych dolegliwości szybciej wraca do zdrowia. Rodzic, przeważnie matka, będąc przy swoim dziecku jest też spokojniejszy. Może je tulić, pielęgnować, w razie wątpliwości konsultować się na bieżąco z personelem medycznym.

Pielęgnowanie dziecka w warunkach szpitalnych na pewno różni się od pielęgnacji w domu. Chore dziecko przebywając w szpitalu, jest w złej kondycji zdrowotnej, a więc źle się czuje, ma dolegliwości bólowe, jest rozdrażnione, płaczliwe, niespokojne. Przeprowadzane zabiegi chirurgiczne, badania diagnostyczne czy laboratoryjne dostarczają mnóstwo negatywnych doznań fizycz-

nych, jak również psychicznych, związanych z niepewnością i dużym lękiem. Sądzę więc, a nawet mam pewność, że moja obecność przy córce złagodziła te wszystkie dolegliwości, a możliwość wykonywania przy niej podstawowych czynności pielęgnacyjnych, karmienia naturalnego, tulenia i noszenia na rękach pomogły jej znieść te trudne chwile.

Pielęgnacja w domu jest na pewno bardziej komfortowa, ponieważ daje dziecku poczucie bezpieczeństwa i możliwość przebywania w znanym środowisku, wśród najbliższych. Gdy Martynka była w dobrej kondycji, dużo czasu zajmowały nam wyjazdy na kontrolne wizyty do poradni specjalistycznych i na badania diagnostyczne. Dwa razy w tygodniu rehabilitacja ruchowa metodą Bobath, raz na dwa tygodnie rehabilitacja słuchu i mowy.

Aby uzyskać wiedzę, w jaki sposób można pomóc dziecku z niepełnoprawnością sprzężoną w rehabilitacji ogólnorozwojowej, a w szczególności słuchu, mowy i wzroku odwiedziliśmy kilka znanych ośrodków diagnostycznych: Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjne „Promyk Słońca” we Wrocławiu, Ośrodek Wczesnej Interwencji dla Dzieci Niewidomych we Wrocławiu, Centrum Rehabilitacji i Neuropsychiatrii „Celestyn” NZOZ w Mikoszowie, Ośrodek Rehabilitacji i Terapii Rodzin z Wadą Słuchu „ORaToR” we Wrocławiu, Ośrodek dla Dzieci Niewidomych – Oddział dla Dzieci Głuchoniewidomych w Laskach,

Centrum Rozwoju Porozumiewania w Kwidzynie i Poradnię Stowarzyszenia „Tęcza” w Warszawie.

Po każdej takiej konsultacji wiedza na temat radzenia sobie z ograniczeniami dziecka była większa, ale było też zmęczenie, uczucie frustracji z powodu zbyt dużych odległości od miejsca zamieszkania i braku możliwości regularnych wizyt, aby córka mogła być systematycznie rehabilitowana. Pojawiła się też propozycja umieszczenia Martynki w ośrodku opiekuńczo-wychowawczym dla dzieci głuchoniewidomych, ale tę propozycję odrzuciłam kategorycznie.

Uważam, tak jak tyflopsycholog pani Monika Orkan-Łęcka, że małe dziecko niewidome, czy słabowidzące ze złożoną niepełnosprawnością, powinno przebywać w domu rodzinnym razem z mamą, tatą i rodzeństwem. Bo to jest jedyne miejsce, które może zapewnić dziecku pełne poczucie bezpieczeństwa i tego że jest kochane i akceptowane, że jest kimś bardzo ważnym i jedynym w swoim rodzaju. W obcym miejscu, wśród obcych ludzi, choć nawet najbardziej życzliwych nasze dziecko może odczuwać lęk, poczucie zagrożenia i niepewności. Dlatego prawie cała energia psychiczna, jaką dziecko dysponuje w tym przypadku, będzie wykorzystywana na walkę z tymi uczuciami, a niewielka część energii psychicznej pozostanie do uczenia się i rozwoju. Co do tego są zgodni wszyscy psycholodzy i pedagodzy na całym świecie.

W 2005 roku Martynka otrzymała orzeczenie o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju i o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawności sprzężone.

W grudniu 2006 roku po moich usilnych staraniach przy przedszkolu publicznym, w miejscu zamieszkania powołano dla mojego dziecka Zespół Wczesnego Wspomagania Rozwoju i z tego tytułu przydzielono jej indywidualne godziny nauczania na terenie przedszkola, gdzie bardzo lubiła uczęszczać. Potrafiła usiedzieć przy stoliku nawet 45 minut i wykonywać różne zadania. Obecnie uczęszcza do pierwszej klasy i coraz więcej umie, zdobywa nowe umiejętności i nawiązuje kontakty społeczne, bawiąc się z dziećmi. Jest pogodna, otwarta na świat i cały czas szuka nowych wrażeń za pomocą zmysłów, które nie zostały uszkodzone przez CHARGE.

Psychologia rozwojowa podzieliła ludzi za pomocą testów psychologicznych na dwie podstawowe grupy: „normalni” i „upośledzeni”, czy też niepełnosprawni intelektualnie. Ten podział odbył się za pomocą oceny ilorazu inteligencji zdefiniowanego na podstawie obserwacji dzieci bez zmian genetycznych. Do dziś postrzega się dzieci z mniejszości genetycznych, jako dzieci upośledzone, co prowadzi do niedocenia ich potencjału rozwojowego i nieuświadamiania sobie ich swoistych zdolności. A odmienność ich nie może być traktowana jako upośledzenie.

Dzieci z zaburzeniami genetycznymi rozwijają się zgodnie z własnymi regułami, które mogą się różnić od reguł rozwoju dzieci bez zmian genetycznych. Najważniejsze jednak jest to, aby unikać napiętnowania ich, a swoje spojrzenie skierować na umiejętności, które należałoby wydobyć i poznać, po czym określić realne potrzeby dziecka, by pomagać budować jego pewność siebie i samoakceptację.

(Zdjęcia Bożena Michno)

W czasie pisania artykułu wykorzystałam następujące materiały:

1. Ulotka zespół *Charge*, TPG, Warszawa.
2. Orkan-Łęcka M., *Mama, tata, dziecko czyli o tym jak uczyć małe niewidome dziecko w warunkach domowych*, „Materiały Tyflogiczne” 14, PZN, Warszawa 2003.
3. Dykcik W., *Wspomaganie rozwoju i rehabilitacja dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń*, Stowarzyszenie „Gen”, Poznań 2004.
4. Kaczmarek B. (red.), *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa*, Impuls, Kraków 2008.
5. Weisz M., *Komunikacja z dziećmi z uszkodzeniem wzroku z dodatkowymi niepełnosprawnościami. Sugestie dla rodziców*, TPG, Warszawa.
6. Strony internetowe:
www.mamopedia.pl/03-mies/zdrowie/zespol-charge;
[www.pl.wikipedia.org/wiki/Asocjacja CHARGE](http://www.pl.wikipedia.org/wiki/Asocjacja_CHARGE)

ZABAWA W KUCHNI

Iwona Optułowicz

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

Kończy się jesień i zaczyna się zima. Taka sama przemiana zachodzi również w kuchni. Rezygnujemy z lekkich dań na rzecz tych cięższych, bardziej energetycznych. Wieczory stają się coraz dłuższe, a aura nie sprzyja długim spacerom, możemy więc więcej czasu poświęcić na zabawę w kuchni i przygotowanie posiłków. Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia, zastanawiamy się, co nowego możemy zaserwować naszym gościom. Poniżej podaję przepisy żegnające jesień i pomysły na świąteczny stół. Życzę miłej zabawy i wielu dobrych kulinarnych doznań.

Pożegnanie jesieni, czyli kolorowe leczo

Przygotuj produkty:

- po 1 papryce czerwonej, żółtej i zielonej,
- około 7 dojrzałych średniej wielkości pomidorów,

- 2 średniej wielkości cebule,
- 100 g wędzonego boczku,
- 2 łyżki tłuszczu do smażenia,
- 500 g kielbasy lub parówek,
- 400 ml domowego bulionu warzywnego lub z kostki,
- sól, pieprz,

Akcesoria kuchenne:

- garnek,
 - nóż do krojenia warzyw i do obierania pomidorów,
 - deska do krojenia,
- oraz łyżka, łyżeczka, ściereczka do naczyń.

Paprykę przekrój na pół, wyjmij gniazdka nasienne i pokrój w drobną kostkę (pamiętaj o podłożeniu ściereczki pod deskę do krojenia – wtedy nie będzie ślizgała się po blacie). Pomidory parzymy, obieramy małym nożem (najlepiej obieranie zacząć od szypułki – czubkiem noża delikatnie nacinamy skórkę, podważamy ją i pociągamy. Można sprawdzić palcami, czy cały pomidor jest obrany – część ze skórką będzie śliska), kroimy na części (przekrój pomidora na pół, połóż płaską częścią na desce i dopiero pokrój na części). Pokrojone części nie muszą być

takiej samej wielkości. Cebulę kroimy w drobną kostkę (cebulę przekroję wzdłuż na pół, ściągnij z niej skórkę, płaską częścią połóż na desce i pokrój w cienkie plasterki, cebula składa się z warstw, więc sama rozsypie się w kosteczkę).

Boczek kroimy w paseczki lub w kostkę. Kiełbasę kroimy w półplasterki, parówki w plasterki. Tłuszcz rozgrzewamy w garnku. Dodajemy boczek i cebulę, podsmażamy (gdy po kuchni zacznie się rozchodzić apetyczny zapach, będzie to znak, że można przystąpić do dalszych czynności). Dodajemy pozostałe warzywa, chwilę trzymamy na większym ogniu. Następnie dodajemy bulion – taką ilość, żeby leczo nie było zbyt gęste. Dusimy 30 minut. Po tym czasie dodajemy pokrojoną kiełbasę lub parówki i dusimy około 5 minut. Podajemy z chlebem.

Las w talerzu, czyli zupa grzybowa z suszonych grzybów

Przygotuj produkty:

- 3-5 dag suszonych grzybów,
- porcja włoszczyzny bez kapusty,
- duża cebula,
- łyżka masła,
- śmietana do smaku,
- natka pietruszki,

- makaron lub łazanki,
- sól i pieprz do smaku.

Akcesoria kuchenne:

- garnek do zupy,
- garnek do ugotowania makaronu,
- szklanka,
- miska,
- sito/durszlak,

oraz deska do krojenia, obieraczka do warzyw, nóż, łyżka, ściereczka do naczyń.

Do miski włóż suszone, umyte grzyby. Zalej pięcioma szklankami zimnej wody i odstaw na kilka godzin. Umyj włoszczyznę. Posługując się obieraczką do warzyw, obierz marchew, pietruszkę i seler (w lewej dłoni trzymaj warzywo, w prawej obieraczkę, długimi ruchami od zewnątrz do siebie przesuwaj obieraczkę po warzywie). Z pora nożykiem odetnij korzonki, zdejmij wierzchnią warstwę. Obierz cebulę. Namoczone grzyby wraz z wodą przelej z miski do garnka. Ugotuj grzyby w wodzie, w której się moczyły, wraz z jarzynami i cebulą, dodaj sól. Gdy grzyby i warzywa będą miękkie przecedź je na sicie/durszlaku. Ponieważ jest to czynność niebezpieczna, poproś o pomoc osobę dorosłą. Posiekaj grzyby i jarzyny i włóż z powrotem do wywaru. Na osobnej desce posiekaj umytą natkę pietruszki. Do-

daj do zupy śmietanę. W tym czasie ugotuj makaron lub łazanki, zgodnie z przepisem na opakowaniu. Do zupy dodaj ugotowany makaron, posiekaną natkę pietruszki, łyżkę masła, dopraw do smaku pieprzem.

Trochę egzotyki, czyli ciasto mokka z przyprawą „pięć smaków”

Przygotuj produkty:

- 115 g deserowej czekolady,
- 2 łyżeczki kawy rozpuszczalnej,
- 250 g masła o temperaturze pokojowej,
- 1 i 2/3 ubitej szklanki złocistego cukru trzcinowego,
- 2 duże jajka,
- 1 łyżeczka ekstraktu waniliowego,
- 1 i 1/3 szklanki mąki,
- 1 łyżeczka sody oczyszczonej,
- 1 łyżeczka przyprawy „Pięć smaków”,
- 1/2 łyżeczki soli,
- 3/4 szklanki wrzątku,
- tłuszcz do nasmarowania formy.

Akcesoria kuchenne:

- prostokątna forma do ciasta „keksówka”,
- miska i garnek dopasowane do siebie tak, żeby miskę można było oprzeć o rant garnka,

- szklanka,
- waga,
- mikser,
- miska

oraz papier do pieczenia, łyżeczka, łyżka, rękawica ochronna.

Rozgrzej piekarnik do 190°C. Wysmaruj tłuszczem „keksówkę”. Wyłóż dno foremki papierem do pieczenia. Połam czekoladę na kawałki i włóż do miski. Do garnka wlej wrzącą wodę. Miskę oprzyj na garnku z gorącą, parującą wodą i postaw ją na włączonym małym palniku (poproś o pomoc osobę dorosłą – przy tej czynności można oparzyć się parą). Czekoladę można stopić również w mikrofalówce nastawionej na średnią temperaturę i na czas dwudziestu sekund. Do rozpuszczonej czekolady dodaj kawę rozpuszczalną, zamieszaj i odstaw do wystygnięcia. Utrzyj masło z cukrem za pomocą miksera lub ręcznie na puszystą masę. Następnie dodawaj po jednym jajku, dokładnie mieszając, a potem dolej ekstrakt waniliowy. Następnie dodaj ostudzoną czekoladę i wymieszaj. Do drugiej miski przesiej odmierzoną mąkę, przyprawę „Pięć smaków” i sól. Do maślano-czekoladowej mieszaniny dodawaj na przemian sypkie składniki (w trzech porcjach) i wrzątek (w dwóch porcjach). Przelej płynne ciasto do wcześniej przygotowanej foremki i piecz 30 minut

w temperaturze 190°C. Poproś o pomoc osobę dorosłą przy wstawianiu ciasta do nagrzanego piekarnika. Po upływie 30 minut zmniejsz temperaturę piekarnika do 160°C i piecz przez kolejne 20 minut. Wyłącz piekarnik i nie otwierając go, zostaw ciasto na 15 minut. Ostudź przed wyjęciem z foremki.



Śmietankowy krem mokka

Przygotuj produkty:

- 1 szklanka śmietany kremówki,
- 55 g posiekanej mlecznej czekolady,
- 1/2 łyżeczki kawy rozpuszczalnej.

Akcesoria kuchenne:

- dwa małe garnuszki,
- drewniana łyżka,

- mikser,
- szklane pucharki lub salaterki.

W małym garnuszku podgrzej część śmietany, nie doprowadzając jej do wrzenia. Do drugiego małego garnuszka włóż pokruszoną czekoladę i kawę, zalej gorącą śmietaną i mieszaj delikatnie i dokładnie drewnianą łyżką, aż się rozpuści. Ostudź. Pozostałą śmietanę ubij na sztywną pianę i delikatnie wymieszaj z czekoladowym kremem. Schłodź przed podaniem. Krem mokka pasuje do ciasta mokka z przyprawą „Pięć smaków”.

Na przykładzie powyższych przepisów utrwalamy zasady bezpiecznego używania kuchni, centrowania garnków i korzystamy z piekarnika. Przypominam, że rozgrzane powietrze szybko wypuszczone z piekarnika może oparzyć, dlatego też otwieramy piekarnik stopniowo. Najpierw uchylamy drzwiczki na kilka sekund, żeby ciepło mogło uciec, a potem otwieramy na całą szerokość. Dalej ćwiczymy odmierzanie składników, używając różnych miarek zarówno tych tradycyjnych jak kubek, szklanka czy łyżka, jak i zestawu specjalnych miarek.

Przepisy pochodzą z książki „W kuchni babci i wnuczki” autorstwa Barbary Adamczewskiej i Beaty Mellerowej, programu „Na słodko” Anny Olson emitowanego na kanale Kuchnia TV oraz własnych zbiorów.

(Zdjęcie Iwona Optułowicz)

Jubileusze i kalendarium powstawania ośrodków szkolno-wychowawczych dla niewidomych i słabowidzących

Agnieszka Fabisiak, Elżbieta Oleksiak

tyflopedagdy, Centrum Rehabilitacji w Instytucie Tyflogicznym Polskiego Związku Niewidomych w Warszawie

W roku 2012 przypadło kilka okrągłych rocznic w instytucjach i organizacjach świadczących pomoc osobom niewidomym i słabowidzącym. Przypominamy je, zachęcając do korzystania z ich usług.

20-lecie Specjalnego Ośrodka Edukacyjno-Lecznico-Rehabilitacyjnego dla Dzieci Niewidomych i Niedowidzących w Rudoftowicach

Jest placówką, która w 1992 roku została utworzona przez Polski Związek Niewidomych Zarząd Główny w Warszawie w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, edukacji, rehabilitacji, opieki i pomo-



cy pielęgnacyjnej dla dzieci i młodzieży niewidomej i niedowidzącej.

Obecnie swoją działalnością

obejmuje dzieci w wieku od 4 do 25 lat z upośledzeniem umysłowym i dodatkowymi ograniczeniami niewymagającymi hospitalizacji, a organem prowadzącym Ośrodek jest Polski Związek Niewidomych Okręg Śląski.

Ośrodek zapewnia podopiecznym edukację, leczenie i rehabilitację, opiekę i pielęgnację, żywienie i zakwaterowanie oraz transport dla dzieci wymagających dziennego i całodobowego pobytu.

Przyjęcia do Ośrodka odbywają się na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wniosku rodziców, orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego, a w przypadkach tego wymagających w porozumieniu z dyrektorami szkół, w której obwodzie dziecko mieszka. Każdemu podopiecznemu ustala się indywidualny pro-

gram kształcenia i terapii na podstawie testów, opinii, obserwacji i konsultacji poszczególnych specjalistów.

Ośrodek umożliwia podopiecznym uczestniczenie w zajęciach (w zależności od potrzeb):

- Zespołu Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka,
- Zespołu Przygotowania Szkolnego,
- Szkoły podstawowej specjalnej,
- Gimnazjum specjalnego,
- Zespołu Rewalidacyjno-Wychowawczego.

Ponadto do zadań Ośrodka zalicza się:

- leczenie i opiekę pielęgniarską,
- terapię, diagnozę psychologiczną i logopedyczną,
- terapię zajęciową,
- edukację zdrowotną,
- zajęcia tyflopedagogiczne i rehabilitację ruchową.

Ośrodek zapewnia specjalistyczną kadrę: pedagogów specjalnych, psychologów, logopedę, fizjoterapeutów, terapeutę zajęciowego, instruktora orientacji przestrzennej, tyflopedagoga, zespół

pielęgniarsko-opiekuńczy, lekarzy specjalistów z zakresu pediatrii, neurologii oraz okulistyki.

Współpracujemy również ze specjalistami, którzy prowadzą dla naszych dzieci dogo- i hipoterapię. Dysponujemy w pełni wyposażoną bazą lokalową.

Powierzchnia, na której usytuowana jest placówka liczy ponad 5 hektarów. Na tym obszarze znajdują się; zabytkowy pałac z początków XVIII wieku, zabytkowy park, dom socjalny, plac zabaw, parking i pomieszczenia gospodarcze.



20-lecie Zespołu Ośrodków dla Dzieci i Młodzieży Niewidomej i Słabowidzącej ze Sprzężonymi Niepełnosprawnościami w Warszawie

20-lecie tej placówki uczczono w postaci prozdrowotnego pikniku integracyjnego „Zdrowo i tęczo-
wo przez następne 20 lat”. Było wiele atrakcji dla dzieci:

konkursy i zabawy ruchowe, warsztaty ceramiczne, zabawy muzyczne, gry japońskie, przejażdżki na koniu, dogoterapia. Chcę przypomnieć, że placówki prowadzi Stowarzyszenie „Tęcza” są to dwa Ośrodki, jeden przy ul. Kopińskiej dla dzieci w wieku 3-18 lat, drugi przy ul. Leonarda dla młodzieży. W skład zespołu wchodzi także Poradnia Kompleksowej Diagnozy, Wczesnej Edukacji, Terapii i Rehabilitacji dla małych dzieci. Stowarzyszenie prowadzi ponadto Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej oraz Niepubliczne Przedszkole Specjalne.

Więcej na temat tych placówek znajdą Państwo na ich stronie www.tecza.org

Zachęcam do zajrzenia i skorzystania z ich pomocy.

60-lecie Okręgu Zachodniopomorskiego

Na uroczystość 60-lecia rehabilitacji osób z dysfunkcją wzroku na Pomorzu Zachodnim 9 października 2012 roku przybyło wiele osób. Przedstawiciele urzędu miasta, gminy, powiatów, ośrodków pomocy społecznej, powiatowych centrów pomocy rodzinie, uczelni, prezesi kół terenowych. W czasie uroczystości Józef Małostek, dyrektor Okręgu Zachodniopomorskiego PZN przedstawił rys historyczny działań na rzecz osób z dysfunkcją wzroku na ziemiach Polski północno-zachodniej. Zebrał wiele informacji, zdjęć i przygotował publikację na ten temat. Uroczystości

towarzyszyła wystawa sprzętu rehabilitacyjnego, pomocy optycznych i optoelektronicznych; wydawnictw tworzonych przez niewidomych i dla niewidomych. Wiele miejsca poświęcono rehabilitacji dzieci do szóstego roku życia i młodzieży szkolnej. Dyrektorka Książnicy Pomorskiej otrzymała odznakę „Przyjaciel Niewidomego”. Były też występy osób niewidomych – doskonałych recytatorów. W uroczystości uczestniczyli także przedstawiciele Zarządu Głównego PZN: prezes Anna Woźniak-Szymańska, wiceprezes Zbigniew Terpiłowski, skarbnik Dorota Moryc.

Zachęcamy rodziców i dzieci do korzystania z usług, które zapewnia nasza jednostka wojewódzka.



Zarówno warunki, w jakich ta pomoc się odbywa, jak i specjaliści świadczący ją, są na najwyższym poziomie.

85-lecie Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w Chorzowie

Była wiedza historyczna, występy półfinalistów mistrzów Polski pary tanecznej klasy A, degustacja wybranych win i obiad w ciemnościach.

Ośrodek powstał w 1927 roku, na początku były to warsztaty pracy dla niewidomych. Dzisiaj to imponująca placówka. Działają w niej szkoły i internat: 3-letnie gimnazjum; 4-letnie Technikum Masażu i Fizykoterapii z kompleksowo wyposażonymi pracownikami, kształcące w zawodzie technik masażysta; 4-letnie Technikum Administracyjne z nowoczesnymi pracownikami komputerowymi, kształcące w zawodzie technik prac biurowych; 3-letnia zasadnicza szkoła zawodowa o specjalności ślusarz; 2-letnia Szkoła Policealna Masażu i Fizykoterapii z kompleksowo wyposażonymi pracownikami kształcące w zawodzie technik masażysta. Jest internat wyposażony w nowoczesną pracownię multimedialną i kafejka internetowa. Kształceniu zawodowemu towarzyszy równolegle kompleksowa rewalidacja realizowana w postaci zajęć takich jak: orientacja przestrzenna, nauka brajla, usprawnianie fizyczne, usprawnianie widzenia, rewalidacja społeczna. W ramach organizacji

czasu wolnego proponuje się uczniom zajęcia sportowe, turystyczne, muzyczne, kulturalno-oświatowe i komputerowe. W ramach kontaktów międzynarodowych szkoła współpracuje z Ośrodkiem w Chemnitz w Niemczech w zakresie szkolenia zawodowego nauczycieli, pomocy w wyposażeniu, integracji i wymiany uczniów, wspólnych działań turystyczno-rekreacyjno-sportowych. Ponadto szkoła utrzymuje kontakt z Ośrodkiem Kształcenia Masażystów i Fizjoterapeutów w Maisz w Niemczech w zakresie szkolenia zawodowego nauczycieli i absolwentów. Dodatkową formą pomocy jest Ośrodek Wsparcia Edukacji, który działa przy Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym. Jego celem jest wspieranie edukacji dzieci i młodzieży słabowidzącej i niewidomej z terenu województwa śląskiego, a także udzielanie rodzicom, opiekunom i nauczycielom metodycznego wsparcia.

140-Lecie istnienia Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego nr 1 dla Dzieci i Młodzieży Słabowidzącej i Niewidomej im. L. Braille’a w Bydgoszczy

O Ośrodku obszerny artykuł zamieściliśmy w 3. numerze „Naszych Dzieci” autorstwa Zofii Krzemkowskiej.

Przy okazji wspominania rocznic zamieszczamy poniżej:

Kalendarium powstawania ośrodków szkolnych dla dzieci niewidomych i słabowidzących

w kolejności od najstarszej do najmłodszej placówki:

1. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im. L. Braille'a w Bydgoszczy – 1872 rok – 140 lat.
2. Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niewidomych im. Róży Czackiej w Łaskach – 1910-1911 Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi – 102 lata.
3. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Młodzieży Niewidomej i Słabowidzącej w Chorzowie – 1927 rok – 85 lat.
4. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Słabowidzących im. mjr. Hieronima Baranowskiego w Łodzi – 1934 rok – 78 lat.
5. Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niewidomych im. Synów Pułku w Owińskach k. Poznania – 1946 rok – 66 lat.
6. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy Dzieci Niewidomych im. M. Grzegorzewskiej we Wrocławiu – 1947 rok – 65 lat.
7. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niewidomych i Słabowidzących w Krakowie – 1948 rok – 64 lata.
8. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Słabowidzących im. Zofii Galewskiej w Warszawie – 1950 rok – 62 lata.

9. Szkoła Policealna Integracyjna Masażu Leczniczego Nr 2 w Krakowie – 1953 rok – 59 lat.
10. Medyczne Studium Zawodowe im. prof. Stanisława Liebarta w Lublinie – 1957 rok – 55 lat.
11. Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Słabowidzącej w Lublinie – 1965 rok – 47 lat.
12. Zespół Szkół nr 3 w Lublinie – 1 września 1974 roku rozpoczęła działalność Zasadnicza Szkoła Zawodowa dla Niewidzących – 38 lat. (Historia szkoły sięga początku lat dwudziestych XX wieku. Początki kształcenia związane były z ówczesnymi potrzebami rzemiosła. Od roku szkolnego 1921/22 działała Miejska Szkoła Rzemieśnicza Doksztalująca Nr 2 w Lublinie. W ciągu następnych lat szkoła zmieniała swoje nazwy – 91 lat).
13. Zespół Szkół Zawodowych nr 2 w Łodzi – 1986 rok – 26 lat.
14. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Słabowidzących i Niewidomych w Dąbrowie Górniczej – 1990 rok – 22 lata.
15. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niewidomych i Słabowidzących w Radomiu – 1991 rok – 21 lat.
16. Specjalny Ośrodek Edukacyjno-Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dzieci Niewidomych i Niedowidzących w Rudotowicach – 1992 rok – 20 lat.

JAK PRZYGOTOWAĆ NIEWIDOME DZIECKO DO NAUKI BRAJLA

przewodnik dla rodziców i nauczycieli

pod redakcją Małgorzaty Paplińskiej



ZMIANY W PRYZYNAWANIU ZASIŁKÓW RODZINNYCH

Krzysztof Wiśniewski

prawnik, Centrum Rehabilitacji w Instytucie Tyflogicznym Polskiego Związku Niewidomych w Warszawie

W myśl rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 sierpnia 2012 roku w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się, stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny oraz wysokości świadczeń rodzinnych, zmianie ulega kryterium dochodowe uprawniające do zasiłku rodzinnego oraz niektóre świadczenia rodzinne.

Od 1 listopada 2012 roku, zasiłek rodzinny będzie przysługiwał, jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę albo dochód osoby uczącej się nie przekroczy kwoty 539 złotych, a od 1 listopada 2014 roku 574 złotych. Obecnie powyższy dochód nie może przekroczyć kwoty 504 złotych.

W przypadku, gdy członkiem rodziny jest dziecko legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o umiarkowanym albo o znacznym stopniu niepełnosprawności, od 1 listopada 2012 ro-

ku, zasiłek rodzinny będzie przysługiwał, jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę albo dochód osoby uczącej się nie przekroczy kwoty 623 złotych, a od 1 listopada 2014 roku 664 złotych. Obecnie jest to kwota 583 złotych.

Od dnia 1 listopada 2012 roku, wysokość zasiłku rodzinnego, będzie wynosiła miesięcznie:

- 77 zł na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia. Obecnie 68 zł.

- 106 zł na dziecko w wieku powyżej 5. roku życia, do ukończenia 18 roku życia. Obecnie 91 zł.

- 115 zł na dziecko w wieku powyżej 18. roku życia do ukończenia 24. roku życia. Obecnie 98 zł.

Niestety, nie wzrośnie kwota zasiłku pielęgnacyjnego. Pozostanie ona na poziomie 153 złotych.

JAK PRZYGOTOWAĆ NIEWIDOME DZIECKO DO NAUKI BRAJLA. PRZEWODNIK DLA RODZICÓW I NAUCZYCIELI

Joanna Witczak-Nowotna

tyflopedagog, prezes Fundacji Cedunis w Warszawie

Prezentujemy Państwu *Wstęp* pióra dr Małgorzaty Paplińskiej do opracowanego pod Jej redakcją Przewodnika poświęconego przygotowaniu dziecka do nauki brajla. Przewodnik wydany został przez Fundację „Trakt” dzięki **dofinansowaniu ze środków PFRON w ramach konkursu nr IX**. Jest to propozycja dla rodziców, nauczycieli, studentów kierunków pedagogicznych, których praca z dzieckiem niewidomympolega na nauczaniu pisania i czytania brajlem.

Ze Wstępu

Jak przygotować niewidome dziecko do nauki brajla? Jest to pytanie, które u wielu rodziców, opiekunów, nauczycieli niepełnosprawnego wzrokowo mal-

cha może rodzić lęk, wątpliwości i poczucie bezradności. Odczucia te są zrozumiałe, bo biorą się z niewielkiego zasobu wiadomości, być może zakorzenionych głęboko stereotypów oraz wynikających z nich obaw. Największa trudność polega na tym, że brak jest specjalistycznej wiedzy o możliwościach dziecka z niepełnosprawnością wzrokową, w określonym wieku i na konkretnym etapie rozwoju psychoruchowego, a co za tym idzie brak świadomości, czego można i powinno się od takiego dziecka oczekiwać.

Rolą niniejszego opracowania jest przede wszystkim pokazanie, że dzięki zawartym w nim wskazówkom, konkretnym przykładom ćwiczeń, każdy, kto opiekuje się lub pracuje z małym dzieckiem z dysfunkcją wzroku, może wesprzeć jego rozwój i przygotować do nauki szkolnej. Z tego względu misją przewodnika jest przekazanie jak najpełniejszych, teoretycznych i praktycznych informacji kierowanych do niespecjalistów, a więc rodziców, opiekunów, nauczycieli (głównie przedszkoli), studentów kierunków pedagogicznych.

Choć w podręczniku nie poświęcono odrębnych zagadnień dotyczących dzieci niewidomych z niepełnosprawnością sprzężoną, to wiele pomysłów i ćwiczeń w nim zawartych można zaadaptować do potrzeb i możliwości konkretnego dziecka. Ponadto propozycje ćwiczeń rozwijających percepcję dotyko-

wą oraz przygotowujących do nauki czytania dotykowego i pisania za pomocą różnych narzędzi mogą być wykorzystane w pracy z osobami nowo ociemniałymi.

Nie można mówić o nauce brajla jako nauczaniu i uczeniu się tylko znaków brajlowskich bez powiązania z innymi obszarami, których opanowanie pośrednio lub bezpośrednio wpływa na naukę czytania i pisania brajlem.

Trzeba pamiętać, że umiejętność czytania i pisanja brajlem jest możliwa także dzięki nabyciu przez dziecko kompetencji w zakresie analizy i syntezy słuchowej, czy w ogóle pewnej dojrzałości w zakresie percepcji słuchowej i słuchu fonematycznego oraz mowy. Z tego względu dużo miejsca w podręczniku poświęcono całosciowemu przygotowaniu niewidomego dziecka do nauki czytania i pisanja brajlem.

Podręcznik składa się z ośmiu rozdziałów:

1. Brajl i czytanie dotykowe – słów kilka do rodziców i nauczycieli.
2. Zanim dziecko pójdzie do szkoły – wsparcie niewidomego dziecka w wieku przedszkolnym w poszczególnych obszarach rozwoju.
3. Propozycje zestawów ćwiczeń przygotowujących niewidome dziecko do podjęcia nauki szkolnej.

4. Jak przygotować dziecko niewidome do nauki brajla.
5. O potrzebie nauczania niewidomych dzieci rysunku.
6. Jak uczyć niewidome dziecko czytania wypukłego rysunku i rysowania – wskazówki dla nauczycieli i rodziców.
7. Katalog pomocy rozwijających percepcję dotykową i wspomagających naukę brajla – jak zrobić i ciekawie wykorzystać pomoce dydaktyczne.
8. Literatura dla rodziców i nauczycieli przydatna w pracy z małym niewidomym dzieckiem (dostępna w języku polskim).

Przewodnik wskazuje, jak wśród gąszczy informacji i zjawisk znaleźć drogę harmonijnego rozwoju dziecka. Zatem do Ciebie Rodzicu, Nauczycielu, Studencie kierunków pedagogicznych skierowany jest ten przewodnik.

Przewodnik można zakupić w Fundacji Polskich Niewidomych i Słabowidzących „Trakt”. W związku z niewielkim nakładem publikacji istotne jest, aby trafiła ona tylko do tych osób i placówek edukacyjnych, które potrzebują jej do pracy z małym dzieckiem z dysfunkcją wzroku:

- rodziców i opiekunów małych niewidomych dzieci,
 - nauczycieli pisma brajla,
 - studentów, specjalistów, którzy pracują lub będą pracować z małymi niewidomymi dziećmi,
 - wykładowców uczelni pedagogicznych, przygotowujących przyszłych nauczycieli brajla, pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych,
 - bibliotek pedagogicznych,
- a także do osób nowo ociemniałych, które chciałyby nauczyć się pisma brajla.

Osoby zainteresowane otrzymaniem publikacji prosimy o wpłacenie 5 zł na konto Fundacji „Trakt” **70 1240 5989 1111 0000 4765 4631** lub bezpośrednio do kasy Fundacji w jej biurze pod adresem: Al. Bohaterów Września 9 lok. 104, 00-973 Warszawa.

Prosimy również o wypełnienie poniższej ANKIETY (znajduje się ona na stronie internetowej Fundacji „Trakt” – www.trakt.org.pl) i odesłanie jej drogą pocztową na adres Fundacji podany powyżej lub drogą mejlową na adres j.witczak@cedunis.org.pl

Rodziców niewidomych dzieci prosimy o dołączenie kserokopii lub skanu dokumentu poświadczającego dysfunkcję wzroku (preferowane orzeczenie o niepełnosprawności). Specjalistów zatrudnionych w po-

radniach, placówkach konsultacyjnych prosimy o dołączenie kserokopii lub skanu zaświadczenia o potrzebie posiadania publikacji do pracy lub studiów, wystawionego przez pracodawcę lub uczelnię.
www.cedunis.org.pl

DANE OSOBOWE (wypełnia rodzic/opiekun dziecka z dysfunkcją wzroku/osoba nowo ociemniała):	
Imię i nazwisko dziecka:	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:	
Data urodzenia dziecka:	
Dokument zaświadcza- jący o dysfunkcji wzro- ku (orzeczenie o niepeł- nosprawności): Prosimy o dołączenie kserokopii lub skanu dokumentu!	
Nazwa placówki edu- kacyjnej:	

DANE DOTYCZĄCE ADRESU KORESPONDENCYJNEGO (wypełnia rodzic/opiekun dziecka z dysfunkcją wzroku/osoba nowo ociemniała):

Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Telefon:	
Mail:	

DANE PRACOWNIKA PLACÓWKI EDUKACYJNEJ:	
Imię i nazwisko pracownika:	
Pełniona funkcja (wykładowca, nauczyciel, pedagog specjalny, student, inne):	
Liczba i wiek dzieci z dysfunkcją wzroku, znajdujących się pod opieką specjalisty:	
Dokument od pracodawcy, zaświadcający o potrzebie posiadania publikacji: Prosimy o dołączenie kserokopii lub skanu dokumentu!	
Nazwa placówki edukacyjnej:	

DANE DOTYCZĄCE ADRESU PLACÓWKI EDUKACYJNEJ (wypełnia pracownik):

Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Telefon:	
Mail:	