



Poradnik

dla rodziców

na temat rozwoju psychomotorycznego dziecka

Zapraszamy do lektury kolejnego wydania *Poradnika dla rodziców na temat rozwoju psychomotorycznego dziecka*, w którym znajdują Państwo teksty terapeutów-praktyków, szczególnie projektów realizowanych przez Fundację „Promyk Słońca”, jak i porady prawnika. Oddajemy także głos tym, którzy o niepełnosprawności dzieci wiedzą najlepiej – rodzicom. Gdy w rodzinie pojawia się dziecko z niepełnosprawnością, świat staje na głowie. Większość rodzin dotkniętych niepełnosprawnością dziecka przechodzi przez kolejne, opisywane przez psychologów, etapy zaprzeczenia, buntu i wreszcie akceptacji i mobilizacji do działania. Na każdym z tych etapów, co zrozumiałe, główna uwaga rodziców jest skupiona na chorym dziecku, zdrowe rodzeństwo – mniej lub bardziej dobrowolnie – odsuwa się w cień. „Rodzeństwo drugiego planu” to mądra i pełna matczynej miłości opowieść Agnieszki Kosowskiej, mamy Natalii i Franka, o próbie pogodzenia dwóch światów – tego wypełnionego wizytami u lekarzy, terapeutów, poszukiwaniem kolejnych możliwości poprawy stanu zdrowia młodszego dziecka i świata zdrowej nastolatki, której życie pod wpływem choroby brata uległo nieodwołalnej zmianie.

Gdy w połowie ubiegłego wieku młody czeski neurolog Václav Vojtá rozpoczynał swoją zawodową karierę, możliwości skutecznej terapii dzieci ze spastyczną postacią mózgowego porażenia dziecięcego były bardzo ograniczone. W toku dziesięcioleci pracy z dziećmi Václav Vojtá opracował metodę diagnostyki i rehabilitacji, stosowaną dziś w wielu miejscach na świecie. Jak wiele innych metod rehabilitacji koncepcja Vojty ma swoich zwolenników i przeciwników, zdażyła jednak obrosnąć licznymi pytaniami, na które wielu rodziców nie znajduje odpowiedzi. W dziale naukowo-szkoleniowym Anna Fonfara i Sylwia Lizak, terapeutki metody

Vojty z wieloletnim doświadczeniem, przedstawiają źródła i podstawowe zasady odruchowej lokomocji, objaśniają, czym jest pozycja wyjściowa i punkt stymulacji i na czym polega kompleksowe działanie terapii metodą Vojty, która wpływa nie tylko na funkcje ruchowe, lecz także na czynności układu vegetatywnego i samopoczucie pacjenta.

W tym samym dziale publikujemy kolejny artykuł niemieckiej fizjoterapeutki Barbary Zunkunft-Huber, twórczyni między innymi autorskiej metody rehabilitacji wad stóp u dzieci. Tym razem jednak uwaga autorki skupia się nie na stopach, lecz na głowie. Barbara Zunkunft-Huber pokazuje, jak dalekosiężne konsekwencje mają u noworodków i niemowląt asymetrie w obrębie głowy i szyi. Warto zwrócić baczną uwagę nawet na niewielkie odchylenia, ich skutkiem mogą bowiem być skrzywienia kręgosłupa, problemy ze stawami biodrowymi czy nieprawidłowe ustawienie nóg. Bardzo istotna jest jak najszybsza reakcja, bo asymetria twarzy wynikająca z jednostronnej pozycji głowy może się – jak pokazuje zaprezentowany przez autorkę przykład – pojawić w ciągu niespełna dwóch tygodni.

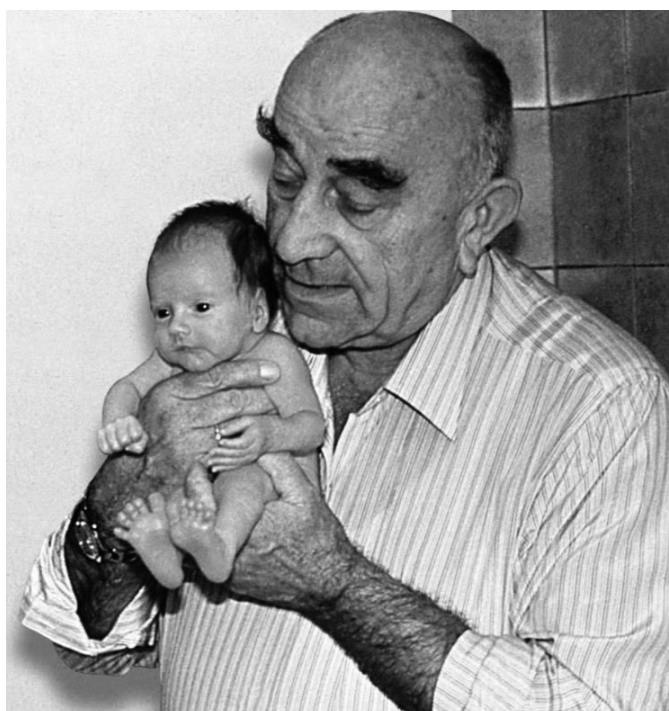
Z zamykającego wydanie tekstu mec. Joanny Kuczyńskiej „Pomoc materialna dla rodziców dzieci z niepełnosprawnością” Czytelnik dowie się, komu, kiedy i pod jakimi warunkami przysługują świadczenia rodzinne, o jakie dodatki do tych świadczeń można się ubiegać, kto może dostać świadczenie pielęgnacyjne, jak uzyskać dopłatę z PFRON do przedmiotów ortopedycznych, likwidacji barier funkcjonalnych czy turnusów rehabilitacyjnych, a także jak prawidłowo rozliczyć ulgę rehabilitacyjną. Artykuł prezentuje aktualny stan prawny (na 1 marca 2016).

Miłej lektury!

Rehabilitacja metodą Vojty. U źródeł koncepcji Vojty, czyli odruchowa lokomocja

Anna Fonfara, Sylwia Lizak

W połowie XX wieku, gdy Václav Vojta rozpoczynał pracę jako młody lekarz, możliwości usprawniania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym były bardzo ograniczone. Rosła natomiast świadomość potrzeby działania. To właśnie Václav Vojta był jednym z tych lekarzy, którzy w tamtym czasie otrzymali zadanie opracowania skutecznej metody rehabilitacyjnej dzieci z MPDz.



Profesor Václav Vojta

Vojta zaobserwował, że głównym problemem dzieci z tym rozpoznaniem jest lokomocja, czyli przemieszczanie się w przestrzeni, chodzenie, wstawanie, siadanie, zmiana kierunku ruchu, pokonywanie przeszkód itp. oraz towarzysząca i nasilająca się w trakcie ruchu sztywność mięśni (spastyczność). Uznał, że spastyczna postać mózgowego porażenia może być wynikiem funkcjonalnych blokad w rozwoju motorycznym, które powstają z różnych przyczyn i rozwijają się u dziecka jako patologiczne od momentu urodzenia.

Swoją koncepcję Vojta oparł na **odruchowej lokomocji**. Odruchowej, czyli automatycznej

i spontanicznej, której nieświadomie używamy na co dzień, realizując swoje cele. Bo czy zastanawiamy się, kiedy i którą ręką i nogą poruszyć, aby przejść przez ulicę? Oczywiście, że nie! Robimy to automatycznie, czyli bez udziału świadomości (myślimy jedynie o założonym celu). Mówiąc w uproszczeniu, widok zielonego światła pobudza nasze mięśnie do działania i przechodzimy na drugą stronę ulicy, nie zastanawiając nad tym, jak do tego doszło i jak się to odbywa. Bardzo ważne jest przy tym, że chcemy to zrobić, to znaczy chcemy przejść przez ulicę.

Tak samo funkcjonują osoby z zaburzeniami układu ruchu: bez udziału świadomości, automatycznie, wykorzystują dostępne im mechanizmy. Jednak w ich przypadku przejście przez ulicę wymaga ogromnego wysiłku związanego z pokonaniem ograniczeń ruchowych.

Zgodnie z założeniem profesora Vojty każdy człowiek rodzi się z **gotowym programem ruchu**, który jest w trakcie rozwoju uruchamiany spontanicznie i automatycznie w celu realizowania potrzeb mentalnych człowieka. To zjawisko obserwujemy szczególnie intensywnie w pierwszym roku życia dziecka, kiedy samodzielnie i bez pomocy osiąga kolejne stopnie rozwoju: zaczyna podierać się na dłoniach w leżeniu na brzuchu, raczkuje, siada i chodzi. Robi to, ponieważ jest zainteresowane światem.

Swojej tezy profesor Vojta dowiódł wywołując w sposób powtarzalny u noworodka wzorce ruchowe, które w normalnym rozwoju dziecka pojawiają się np. dopiero w wieku 6 miesięcy:

w spontanicznym chwycie i podporze na rękach pojawia się tzw. dukcja radialna i dłoń całkowicie się otwiera. Kiedy Vojta przeniósł tę aktywację na dzieci z zaburzeniami motorycznymi, okazało się, że także u nich w określonych pozycjach ciała pojawiają się ściśle zdefiniowane reakcje na konkretne bodźce i że są one powtarzalne przy każdej kolejnej stymulacji, mimo że na początku nie uwidaczniają się w motoryce spontanicznej. Zaobserwował, że wyzwalone w trakcie terapii wzorce ruchowe pojawiają się później samoistnie i spontanicznie (np. w czasie, gdy u dziecka pojawiała się chęć chwytania). Skutki tej aktywacji były zaskakujące: dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym najpierw zaczynały wyraźniej mówić, a po krótkim czasie pewniej stały i chodziły.

Klucz do koncepcji: ontogeneza

Profesor Vojta oparł swoją koncepcję na **ontogenezie**. Ontogenezą nazywamy rozwój osobniczy od poczęcia do naturalnej śmierci, ze wszystkimi zmianami zachodzącymi w jego trakcie. Proces ten możemy podzielić na dwa etapy: prenatalny, czyli wszelkie zmiany rozwojowe, które zachodzą wewnątrzłonowo, oraz postnatalny, obejmujący wszelkie zmiany rozwojowe, które zachodzą od momentu narodzin dziecka.

Między tymi etapami istnieją pewne różnice. Po pierwsze: zmian w życiu płodowym, poza badaniem USG, nie możemy na co dzień obserwować. Po drugie: po urodzeniu środowisko, w którym żyje dziecko, zmienia się radykalnie: zmienia się temperatura, światło, dźwięki, na noworodka zaczyna oddziaływać siła grawitacji.

W tych zupełnie nowych dla dziecka warunkach rodzice stają się troskliwymi opiekunami i baczniymi obserwatorami. Z reguły potrafią dokładnie określić potrzeby dziecka: kiedy jest głodne, karmią, gdy jest mu zimno – ubierają, gdy płacze – przytulają. Uważnie obserwują rozwój, najczęściej umieją również dostrzec niepokojące zachowania. Nie wszyscy rodzice mają jednak świadomość, że rozwój jest procesem uwarunkowanym genetycznie. Ośrodkowy układ nerwowy dysponuje wszelkimi wzorcami ruchowymi, które dziecko uruchamia automatycznie, aby zaspokoić swoją ciekawość: gdy chce na coś popatrzeć, coś chwycić, dokąd

pójść. Profesor Vojta uwzględnił to w swojej koncepcji: jeżeli dziecko jest zainteresowane otaczającym go światem, jeżeli widzimy, że może zaspokajać ciekawość przyglądając się ludziom i przedmiotom, chwytając i bawiąc się, przemieszczając się w kierunku interesujących je obiektów, o jego rozwój możemy być raczej spokojni. Wszystko wskazuje na to, że jego układ nerwowy funkcjonuje prawidłowo, a zatem automatycznie, bez ćwiczeń i nauki uruchamia wzorce ruchowe i posturalne niezbędne do zaspokajania potrzeb mentalnych. Dobrze funkcjonujący ośrodkowy układ nerwowy każdego dziecka dysponuje prawidłowymi wzorcami ruchu i postawy, wykorzystywanymi w miarę dorastania i rosnącego zainteresowania światem. Jeśli na przykład dziecko zauważy interesujący je przedmiot, w tej samej chwili pojawi się u niego wyobrażenie posiadania tej rzeczy (nazywamy to ideomotoryką) i dziecko użyje wszelkich dostępnych środków motorycznych, aby ten przedmiot zdobyć.

Maluch, który w odpowiednim wieku wzorców tych nie wykorzystuje, potrzebuje pomocy. Będziemy więc w ramach terapii torować u niego dostęp do tych wzorców w ośrodkowym układzie nerwowym. Torowanie polega na zastosowaniu odpowiednio dobranych działań, na które składają się konkretna **pozycja wyjściowa** i ściśle określone **punkty stymulacji**.

Odruchowa lokomocja: nie ćwiczenia, lecz aktywacja



Odruchowy obrót. Pozycja wyjściowa: leżenie na plecach

Terapia metodą Vojty polega na odruchowym (czyli nieuświadomianym przez pacjenta) wyzwaniu prawidłowych wzorców lokomocji w ramach dwóch kompleksów ruchowych: odruchowego obrotu i odruchowego pełzania.

Terapeuta oddziałuje na ośrodkowy układ nerwowy dziecka poprzez tzw. receptory czucia głębokiego, czyli proprioceptory. W praktyce polega to na ułożeniu dziecka w ściśle określonej pozycji, utrzymaniu tej pozycji przez pewien czas oraz pobudzaniu tzw. stref stymulacji, czyli opisanych przez Vojtę ściśle określonych punktów na ciele.

Po wyzwoleniu oczekiwanej reakcji ruchowej terapeuta stosuje odpowiedni opór przeciwko obrotowi głowy pacjenta dla wzmocnienia tych właśnie reakcji ruchowych.

Odruchowe pełzanie



Odruchowe pełzanie to kompleks ruchowy (motoryczny), który zawiera najistotniejsze cechy lokomocji: sterowanie postawą, ruchy fazowe kończyn i przeciwdziałanie grawitacji. Na tej podstawie można uaktywnić prawidłowe wzorce ruchu. Pozycją wyjściową do odruchowego pełzania jest leżenie na brzuchu z głową zwróconą do boku i opartą o podłoże.

U zdrowego noworodka można uruchomić cały kompleks odruchowego pełzania wywołując tylko jedną strefę spośród dziesięciu możliwych. Aby wywołać taki sam efekt u dzieci starszych i osób dorosłych, trzeba użyć kombinacji kilku stref wyzwalań.

Ruch zachodzący podczas aktywacji przebiega w tak zwanym wzorcu chodu skrzyżnego, gdzie jednocześnie poruszają się prawa kończyna dolna i lewa kończyna górna lub odwrotnie. Przeciwnie kończyny spoczywają na podłożu i służą do uniesienia tułowia i przetransportowania go w przód. Zastosowanie odpowiedniego oporu przeciwko obrotowi głowy wzmacnia aktywację mięśni całego ciała i prowadzi do osiągnięcia głównych celów, czyli do aktywacji:

- mięśni odpowiedzialnych za mechanizmy podporowo-wyprostne (niezbędne do uzyskania podporu oraz funkcji chwytnych rąk, wstawania i chodzenia),

- ruchów kroczących kończyn,
- mięśni brzucha i dna miednicy,
- mięśni uczestniczących w oddychaniu,
- zwieraczy pęcherza i odbytu,
- ruchów połykania, ruchów żuchwy,
- ruchów gałek ocznych.

Odruchowy obrót



U zdrowego niemowlęcia część kompleksu odruchowego obrotu pojawia się spontanicznie około 6. miesiąca życia, kolejna – na przełomie 8. i 9. miesiąca. Stosując metodę Vojty można sprowokować odruchowy obrót już u noworodka.

Odruchowy obrót rozpoczyna się w pozycji na plecach, przez leżenie bokiem, i kończy się czworakowaniem. W terapii różne fazy odruchowego obrotu są wykonywane z leżenia na plecach lub na boku.

W trakcie terapii pojawiają się następujące reakcje:

- wyprost kręgosłupa,
- zgięcie nóg we wszystkich stawach do 90 stopni,
- utrzymanie nóg w tej pozycji przeciw sile grawitacji,
- przygotowanie kończyn górnych i kończyn dolnych do funkcji podporowych,
- pojawienie się ruchów połykania,
- pogłębienie oddechu,
- skoordynowana praca mięśni brzucha.

Stymulowany wzorec ruchu pozostaje aktywny w mózgu pacjenta jeszcze przez jakiś czas po zakończeniu terapii. Powtarzając te same ćwiczenia kilka razy w ciągu dnia stwarzamy możliwość spontanicznego dostępu pacjenta do zaktywowanych wzorców ruchowych. Dzięki temu pacjent uzyskuje **trwałą poprawę** utrzymania postawy ciała, ruchu i percepcji.

Kompleksowe działanie

Terapia metodą Vojty działa kompleksowo, to znaczy, że wpływa na całe ciało, poprawiając nie tylko funkcje ruchowe, ale także czynności układu wegetatywnego i samopoczucie. W obrębie kręgosłupa następuje segmentalny wyprost i poprawa ruchomości. Zwiększa się zakres ruchów głowy. Korygowane jest ustawienie stawów kluczowych (ramiennego i biodrowego). Dłonie lepiej chwytają, a stopy podpierają.

Mowa staje się wyraźniejsza, a emisja głosu – swobodniejsza. Gałki oczne poruszają się niezależnie od ruchów głowy. Poprawiają się ruchy ssania, żucia lub połykania. Klatka piersiowa rozszerza się i uelastycznia, co sprzyja regularności oddechu. Skóra staje się lepiej ukrwiona. Normalizuje się rytm snu oraz praca jelit i pęcherza moczowego. Poprawia się równowaga i orientacja przestrzenna, stereognozja (rozpoznawanie dotykiem) i zdolność koncentracji. U pacjentów często występuje też poprawa nastroju.

Dlaczego dziecko płacze w trakcie terapii?

Aby terapia była skuteczna, rodzice muszą najpierw sobie uświadomić, że u ich dziecka występuje problem rozwojowy. Ważne jest, by byli przekonani, że rozpoczęcie i prowadzenie terapii jest koniecznością i że przyniesie dziecku korzyści.

Dla małego dziecka terapia to podejmowanie ogromnego wysiłku fizycznego, porównywalnego z obciążeniem w sporcie wyczynowym, a dla rodziców: systematyczne (kilka razy dziennie) egzekwowanie tego wysiłku pomimo niezadowolenia ze strony dziecka. Należy pamiętać o tym, że wywoływana w trakcie terapii reakcja



Profesor Wojta czynnie uczestniczył w licznych szkoleniach dla lekarzy i fizjoterapeutów.

odbywa się poza wolą dziecka. Jest to dla niego ciężka praca i wysiłek, stąd częste manifestowanie przez dziecko dezaprobaty. Ponadto płacz dziecka jest formą komunikacji ze światem, a więc czymś zupełnie naturalnym i nor-



Elementem diagnostyki metodą Vojty jest kontrola reakcji ułożeniowych

malnym do czasu, gdy zacznie używać słów.

Aby reakcja ze strony ośrodkowego układu nerwowego dziecka była prawidłowa, terapia musi być bezbolesna; uaktywnienie receptorów bólu, czyli nocycceptorów, prowadzi do zaburzenia pożądanych reakcji. Terapia musi być prowadzona w odpowiedni sposób, dlatego istotne znaczenie ma wybór terapeuty, który powinien posiadać certyfikat uprawniający do pracy z dzieckiem metodą Vojty.

Wykaz terapeutów znajduje się na stronie Polskiego Towarzystwa Terapeutów Metody Vojty (www.vojta.com.pl).

Co w rozwoju dziecka może budzić niepokój?

Zawsze należy się bacznie przyjrzeć maluszkowi, który stale układa się na jedną stronę, gorzej ssię z jednej piersi, odgina się do tyłu, ma problemy ze skupianiem wzroku, wcale lub z trudem nawiązuje kontakt, nie chce leżeć na brzuszku, jest niespokojny bez wyraźnej przyczyny, jego ruchy nie są płynne, trudno nam go ubrać i rozebrać, ponieważ się usztywnia i przewraca z leżenia na brzuchu. W takich sytuacjach rodzice powinni poszukać fachowej pomocy.

Wskazania bezwzględne do wprowadzenia terapii:

- mózgowe porażenie dziecięce (MPDz)
- zaburzenia ośrodkowej koordynacji nerwowej (ZOKN) umiarkowanie ciężkie i ciężkie
- łagodne ZOKN z asymetrią, z możliwością rozwoju MPDz
- niedowłady w obrębie kończyn
- mięśniowy i neurogeny kręcz karku
- rozszczep kręgosłupa i wodogłowie
- porażenia poprzeczne rdzenia (paraplegie)
- urazy czaszkowo-mózgowe
- wrodzone schorzenia tzw. strukturalne (np. artrogrypoza, zanik mięśni)
- wrodzone miopatie

Wskazania względne:

- obniżone napięcie mięśniowe w ramach schorzeń o różnej etiologii (np. zespół Downa)
- niedorozwój motoryczny
- deficyty postawy ciała i mechanizmów podporowo-wyprostnych
- dysplazja stawu biodrowego
- wady stóp

Przeciwwskazania do prowadzenia terapii:

- gorączka powyżej 38,5 stopni Celsjusza,
- nowotwory złośliwe, dające przerzuty odległe i nie w pełni zdiagnozowane guzy
- ostre napady padaczkowe przed ustaleniem leczenia farmakologicznego

Terapii nie prowadzimy:

- przez 7 dni po szczepieniach szczepionkami zawierającymi żywe drobnoustroje
- tuż po zabiegach operacyjnych
- przy ostrych procesach zapalnych oraz zawsze wtedy, gdy przeciwwskazania określi lekarz.
-

Profesor Václav Vojta urodził się 12 lipca 1917 roku w miejscowości Mokrosuki w Czechach. Był wybitnym lekarzem neurologiem, neurologiem dziecięcym, wykładowcą na Uniwersytecie Karola w Pradze. W 1968 roku sytuacja polityczna zmusiła go do emigracji: opuścił Pragę i wyjechał do Niemiec. Pracował w Uniwersyteckiej Klinice Ortopedycznej w Kolonii oraz w Kinderzentrum w Monachium. Zmarł 12 września 2000 roku w Monachium, gdzie do ostatniego dnia pracował i prowadził badania.

Anna Fonfara

Fizjoterapeutka, asystentka IVG, pracuje w Centrum Rehabilitacji w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, na Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka i Patologii Noworodka. Prowadzi prywatną praktykę we Wrocławskim Centrum Zdrowia Mama i Ja.

Sylwia Lizak

Mgr fizjoterapii, absolwentka AWF Wrocław. Na stałe współpracuje z wieloma ośrodkami wspierającymi rozwój ruchowy dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurologicznymi i problemami ortopedycznymi (Promyk Słońca, WDO-MED, Espiro). Asystuje na szkoleniach metody Vojty. Nauczyciel przedmiotu „Anatomia i fizjologia człowieka”.



Kinderzentrum w Monachium założył w 1968 roku profesor Theodor Hellbrügge. Obiekt, w którym profesor Vojta przepracował wiele lat, wybudowano w 1986 roku.

Skośnogłowie i zespół siedmiu objawów. Deformacje ułożeniowe wywołane uciskiem na jedną stronę głowy

Barbara Zukunft-Huber

Rodzice często zwracają uwagę pediatrom na to, że dziecko obraca głowę tylko w jedną stronę. Najczęściej jednak słyszą w odpowiedzi, że dziecko samo z tego wyrośnie. Opisane poniżej cztery przypadki świadczą o tym, że jest to błędne założenie. Dlatego już w czasie pierwszych badań niemowlęcia należy skontrolować obrót głowy w pozycji leżącej na plecach i na brzuchu.

Niemiecki ortopeda, profesor Hans Mau (1921-2012) opisał konsekwencje bocznego pochylecia głowy połączonego z wtórną rotacją szyi i nadmiernym rozciągnięciem kręgosłupa szyjnego jako tzw. zespół siedmiu objawów. Obejmuje on:

1. asymetrię czaszki (spłaszczenie potylicy, krzywe ustawienie głowy, skrzywienie twarzy)
2. asymetryczne ustawienie miednicy
3. skrócenie przykręgosłupowych tkanek miękkich po stronie wklęsłej
4. skoliozę
5. przykurcz przywiedzeniowy

6. ograniczenia odwodzenia (dysplazja stawów biodrowych)
7. kifozę lędźwiową, skutkującą nieprawidłową postawą tułowia i patologicznym ustawieniem nóg

Odrobina historii

Ścisłe przestrzeganie zalecenia układania niemowlęcia do snu na plecach poskutkowało zwiększeniem liczby przypadków asymetrii wczesnodziecięcej. W latach 70. i 80., gdy w Europie toczyła się ożywiona dyskusja na



Zdj. 1. a: obrót głowy niemowlęcia rozwijającego się prawidłowo, pozycja szermierza w wieku sześciu tygodni;
b: uszkodzenia ułożeniowe w wieku dwóch miesięcy;



Zdj: 2.c. swobodny obrót głowy noworodka w obie strony z symetrią tułowia; d: asymetria w wieku dwóch miesięcy w postaci jednostronnego obrotu głowy z pochyleniem i przeprostem.

temat najkorzystniejszej dla niemowląt pozycji do spania, uznano, że przyczyną deformacji czaszki, skolioz niemowlęcych i zwichnięć stawów biodrowych są twarde materace. Zaczęto więc stosować bardziej miękkie materace. Hans Mau propagował natomiast układanie dzieci do snu na brzuchu, dostrzegając bowiem złożoność patologii i jej wpływ na całe ciało.

Wraz z postępem badań nad przypadkami zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej zaczęto jednak zalecać, by do snu nie układać niemowląt na brzuchu.

Vojta upatrywał przyczyny preferowanej strony ułożenia głowy w lekkim zaburzeniu ośrodkowej koordynacji nerwowej (które u dzieci może spowodować wady postawy), ale także w zaburzeniach obwodowego układu nerwowego oraz w zaburzeniach rozwoju intelektualnego i zalecał zastosowanie terapii przed wystąpieniem deformacji wtórnych.

Fizjoterapeuci postrzegają segmentalne zaburzenia czynnościowe kluczowych regionów sensorycznych narządu osiowego jako dysfunkcję. W przypadku asymetrii i wad postawy zalecają natychmiastowe wprowadzenie terapii; po zniesieniu blokady obserwują bowiem poprawę funkcjonowania układu czucia głębokiego i układu przedsionkowego.

Czy metody bierne wystarczą?

Dziś w terapii plagiocefalii (skośnogłowia) stosuje się terapię hełmową. Specjaliści nie postrzegają więc tego problemu kompleksowo, lecz w izolacji, wyłącznie w odniesieniu do

ustawienia głowy. Nie mówi się i nie dyskutuje o uszkodzeniach wtórnych, które Mau określił zespołem siedmiu objawów. Pediatrzy uważają, że jednostronne spłaszczenie głowy znika z wiekiem, a zastosowanie hełmu korekcyjnego przy postępującej deformacji głowy powinno mieć miejsce w wieku 3-4 miesięcy, najpóźniej 7-8 miesięcy.

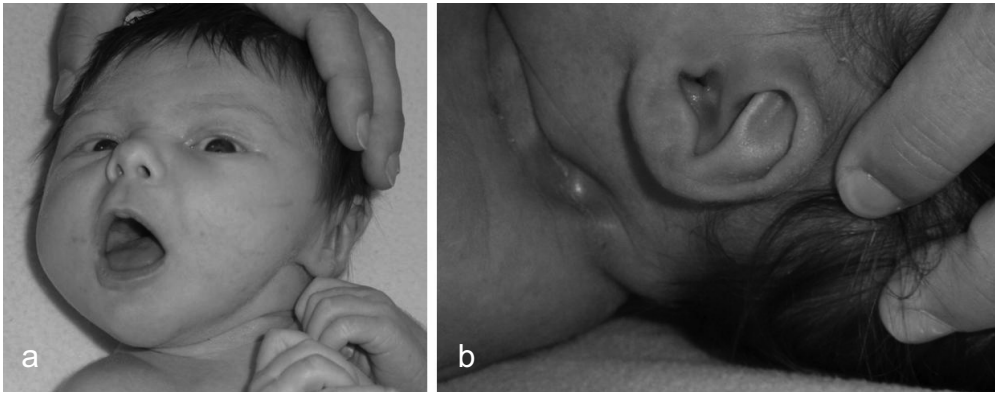
Należałoby się zastanowić, czy ułożeniowym deformacjom czaszki nie można byłoby przeciwdziałać jeszcze przed zakończeniem trzeciego miesiąca życia, co pozwoliłoby nie dopuścić do powstania zniekształceń i uniknąć stosowania hełmu. Jeszcze istotniejsza wydaje się odpowiedź na pytanie, czy da się uniknąć wtórnych fizycznych deformacji?

Czy istnieje strona preferowana?

Odwracanie głowy w jedną stronę u niemowląt określa się mianem strony preferowanej i uznaje za zjawisko fizjologiczne. Ale o stronie preferowanej można mówić jedynie wtedy, gdy dziecko potrafi równie sprawnie obracać głowę w lewo i w prawo i może wybrać sobie stronę. Jeśli dziecko potrafi obrócić głowę tylko w jedną stronę, należałoby mówić o pozycji wymuszonej i zdiagnozować przyczynę obracania głowy w jedną stronę, połączonego najczęściej z jednostronnym przekrzywieniem ciała.

Możliwe przyczyny

- kręcz szyi, powstały w życiu płodowym lub po urodzeniu, wynikający najprawdopodobniej z uszkodzenia tkanek połączone-



Zdj. 3. Dziesięciodniowe niemowlę, skierowane na terapię z powodu wady stóp, a: początek asymetrii twarzy, obrót w prawo niemożliwy, b: skręcenie mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego po stronie lewej;

go z pęknięciami i krwawieniem do mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego przed lub w czasie porodu, prowadzący do wtórnych deformacji tkanki łącznej

- dysfunkcje górnego odcinka kręgosłupa szyjnego, blokada pierwszego i drugiego stawu szyjnego
- tzw. zespół KISS, któremu mogą towarzyszyć zaburzenia snu i nadmierny płacz
- lekkie zaburzenia koordynacji ośrodkowego układu nerwowego
- zaburzenia o podłożu neurogennym
- kraniosynostoza (zrośnięcie szwów czaszkowych)

Na każde jednostronne skręcenie głowy trzeba popatrzeć w kontekście reakcji całego ciała. Należy rozróżnić, czy chodzi o normalną współreakcję kończyn niemowlęcia w szóstym tygodniu życia (pozycja szermierza), czy też o patologiczną postawę ciała wywołaną ustawieniem głowy. Wymuszone zrotowanie głowy z pochyleniem bocznym skutkuje asymetrycznym rozwojem ciała z wtórnymi szkodami dla tułowia, bioder i stóp. Zaburzony zostaje symetryczny rozwój ruchowy. Chwytywanie, obrót i utrzymywana pozycja leżąca na boku nie roz-

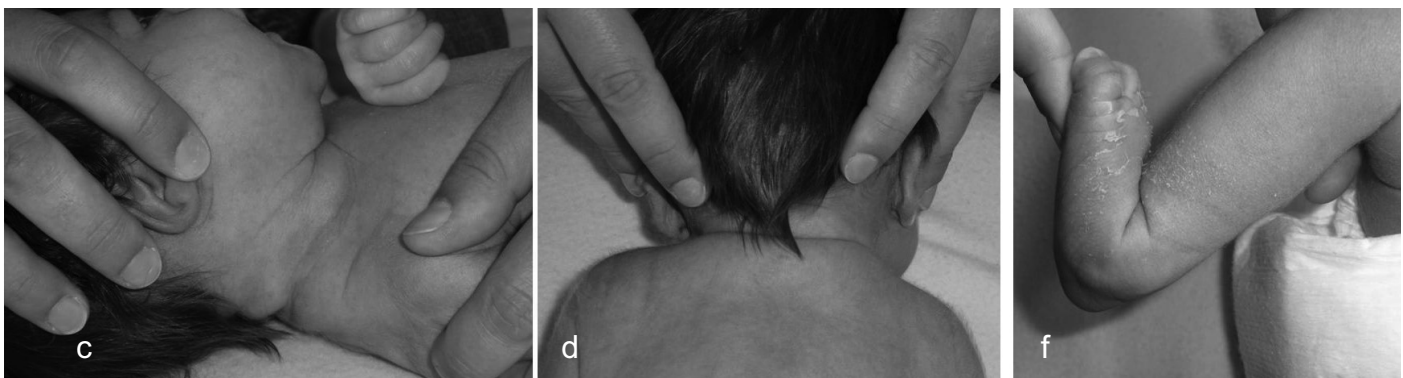
wijają się równomiernie z obu stron, strona potyliczna rozwija się z opóźnieniem.

Dla oceny motoryki spontanicznej znacznie różnicujące mają następujące kryteria diagnostyczne:

- jeśli dziecko w pozycji leżącej na brzuchu i na plecach patrzy przez cały czas w tę samą stronę, jest to problem natury stawowo-mięśniowej
- jeśli inaczej obraca głowę leżąc na brzuchu i na plecach, mamy do czynienia z zaburzeniami ośrodkowej koordynacji nerwowej (także u dzieci z zaburzeniami rozwoju intelektualnego); przemawia to przeciw przyczynie uwarunkowanej segmentalnie
- głowa zrotowana z pochyleniem bocznym pozwala podejrzewać występowanie ograniczeń ruchomości kręgosłupa szyjnego.

W leżeniu na plecach (zdj. 1b):

- głowa skręcona w lewo i pochylona w prawo, szyja zgięta
- lewa strona potylicy wypłaszcza się, wycierają włosy
- twarz się deformuje: strona, w którą pa-



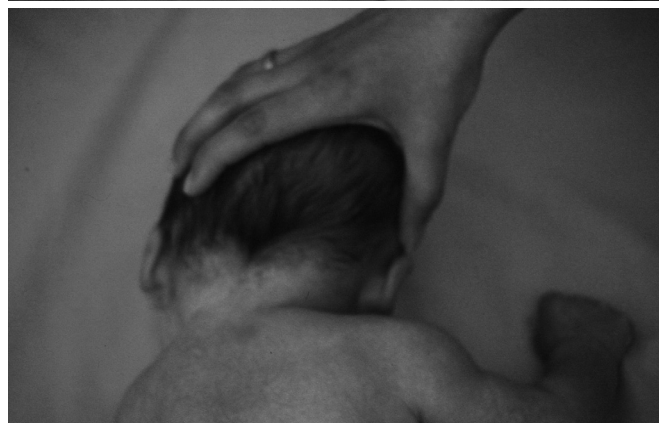
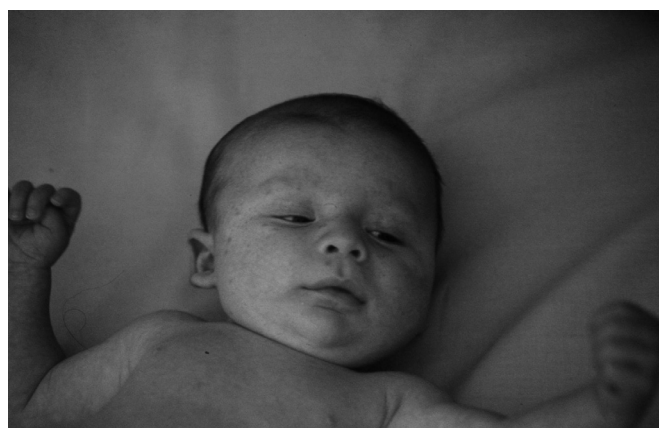
Zdj. 4. c. prawa strona dla porównania; d: lewostronne skręcenie kręgosłupa szyjnego, początek przesunięcia osi ucha, prawe ucho wyżej, stopa piętowa, płasko-koślawą

trzy dziecko, jest dłuższa, jedno oko robi się większe; druga połowa twarzy staje się węższa, a oko mniejsze

- przy utrzymującej się jednostronności także ułożenie uszu staje się niesymetryczne, co powoduje skrzywienie stawów żuchwowych
- odcinek szyjny kręgosłupa jest nadmiernie rozciągnięty, skrzywiony i pochylony
- schemat prowadzenia ręki do ust pojawia się najpierw po jednej stronie
- oś obręczy barkowej w płaszczyźnie czołowej jest asymetryczna, ramię przeciwne do strony, w którą patrzy dziecko, odrywa się od podłoża
- kręgosłup lewopypukły, groźba nieprawidłowego ustawienia kręgosłupa, skolioza
- nieprawidłowe ustawienie miednicy, wpływające na rozwój stawów biodrowych;



Zdj. 3. Głowa zrotowana i pochylona w bok u dziecka czterotygodniowego; b: skośne ułożenie osi uszu, spłaszczona potylicy, ramię po stronie potylicznej zrotowane do wewnątrz, asymetryczny podpór.



Zdj. 4. a: asymetria twarzy; b: widoczne przesunięcie osi uszu u dziecka sześciotygodniowego, silne wypłaszczenie lewej strony potylicy.

zaburzenia rozwoju stawu biodrowego po stronie potylicznej

- biodro po stronie, w którą patrzy dziecko, jest zgięte, odwiedzone i zrotowane na zewnątrz, po drugiej stronie – przywiedzione, zgięte, zrotowane do wewnątrz. Ze względu na ustawienie głowy kości udowej niebezpieczeństwo zwichnięcia stawu biodrowego
- skośne ustawienie miednicy
- nieprawidłowa (szpotawa, płasko-koślawa, piętowa) pozycja stóp jako konsekwencja ustawienia stawów biodrowych
- szerszy pośladek po stronie obciążanej
- ciężar całego ciała spoczywa na stronie twarzowej

Głowa szybko się deformuje

Każdy jednostronny obrót głowy z pochYLENIEM bocznym jest zjawiskiem i powinien zostać poddany natychmiastowej terapii, aby uniknąć zniekształcenia czaszki i wtórnych zaburzeń postawy.

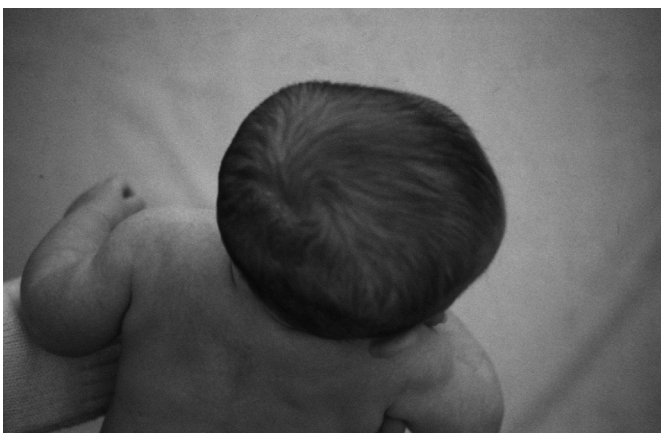
Poniżej prezentujemy czworo niemowląt, skierowanych do autorki artykułu na fizjoterapię w różnym wieku: dziesięć dni, cztery tygodnie, sześć tygodni i trzy miesiące. Na podstawie tych badań można prześledzić, jak drastycznie, z miesiąca na miesiąc, zmienia się kształt głowy. Już po dziesięciu dniach jednostronna pozycja głowy była widoczna w postaci lekkiej asymetrii twarzy.

Deformacje u 10-dniowego dziecka

W trakcie badania po urodzeniu i drugiego badania pediatra nie stwierdził u 10-dniowego niemowlęcia ze zdjęcia 2 żadnych nieprawidłowości. Ze względu na wadę stóp skierowano dziecko do kliniki ortopedycznej, gdzie ortopedia wysłał dziecko na fizjoterapię. Fizjoterapeutka zauważyła nie tylko wadę stóp, ale też układanie głowy na jedną stronę z bocznym przykurczem odcinka szyjnego kręgosłupa. Zdaniem pediatry dziecko miało samo wyrosnąć z asymetrii.

Deformacje u 4-tygodniowego dziecka

Niemowlę ze zdjęcia 3 ma cztery tygodnie. Głowa jest pochylona w prawo i skręcona w lewo. Pochylenie w prawo oznacza przykurcz mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego z prawej strony. Dziecko ani w pozycji na plecach, ani na brzuchu nie może obrócić głowy w prawo. Obręcz barkowa znajduje się w pozycji asymetrycznej. Widoczna jest deformacja czaszki w postaci lekkiego wypłaszczenia lewej strony potylicy w pozycji leżącej na brzuchu.



Zdj. 5. Pierwsza wizyta dziecka trzymiesięcznego: ciężka deformacja w kształcie równoległoboku.

Deformacje u 6-tygodniowego dziecka

Według informacji od matki chłopca przedstawionego zdjęciu 4 dziecko miało krzywą głowę już od urodzenia i nie obracało jej swobodnie w prawo. Powiedziano matce, że dziecko samo z tego wyrośnie. Jednak matka zaniepokojona pogłębianiem się asymetrii czaszki i daremnymi próbami obrócenia głowy dziecka w prawo przez przekładanie go w łóżeczku albo zasłanianie strony, w którą patrzyło dziecko, skonsultowała się z innymi pediatrami. Dopiero czwarty pediatra zalecił fizjoterapię. Dziecko miało wtedy już sześć tygodni.

Deformacje u 3-miesięcznego dziecka

Niemowlę na zdjęciu 5 ma trzy miesiące. Dopiero na usilne prośby matki skierowano je na terapię, ale deformacja czaszki była już tak zaawansowana, że można było ją określić jako plagiocefalię w stopniu ciężkim.

Wniosek

Chcąc przeciwdziałać deformacjom czaszki przez zastosowanie hełmu, należałoby go stosować w pierwszych trzech-czterech miesiącach życia, gdy dziecko znajduje się jeszcze w pozycji leżącej na plecach i nie potrafi jej zmienić. Ponieważ asymetrie zmniejszają się wraz z postępem procesu pionizacji, potrzebna byłaby natychmiastowa interwencja fizjoterapeuty. W ten sposób można byłoby zapobiegać odkształceniom czaszki, co mogłoby uczynić terapię hełmową zbędną.

Barbara Zukunft-Huber

Fizjoterapeutka, od 1977 roku prowadzi gabinet fizjoterapii w Biberach w Niemczech. Absolwentka licznych szkoleń, autorka specjalistycznych książek. Opracowana przez nią autorska metoda terapii wad stóp u dzieci jest z powodzeniem stosowana w przypadkach rozmaitych wad stóp. Prowadzi szkolenia w wielu krajach, m.in. w Polsce.

Artykuł został opublikowany w *Physiotherapeutenzeit-schrift*. Tłumaczenie i opracowanie: Agata Janiszewska.

Wszystkie dzieci są zdolne, czyli o tym, jaka powinna być szkoła

Małgorzata Gębicka-Zdanewicz

Zapewniamy dziecku środowisko bogate w bodźce. Niech poznaje świat różnymi zmysłami i czerpie z tego radość. Jest to szczególnie ważne na wczesnych etapach życia, gdy mózg rozwija się najbardziej intensywnie.

Wszystkie dzieci są zdolne – twierdzi w swojej książce pod takim właśnie tytułem prof. Gerald Hüther. Słynny neurobiolog przekonuje, że każde dziecko jest jedyne w swoim rodzaju i w każdym tkwi potencjał rozwijania talentów. Mamy to zapisane genetycznie. Owe zdolności mogą być różne: ktoś pięknie śpiewa i gra na pianinie, ktoś umie daleko pluć pestkami z wiśni, ktoś inny najwyżej wdrapuje się na drzewo.

W dzieciństwie, ale i przez całe życie, warto stymulować pracę mózgu, ucząc się nowych umiejętności i angażując do zdobywania informacji różne zmysły. Wtedy bowiem tworzą się połączenia międzyneuralne, na których opiera się cała umiejętność uczenia się. Im więcej takich połączeń, tym lepiej.

Dzieci z pasją dokonują odkryć. Jeśli uda im się zrobić coś, co wcześniej było dla nich trudne czy wręcz niemożliwe, a co ich mózg uznaje za ważne, odczuwają satysfakcję. Małe dziecko taki stan euforii przeżywa od pięćdziesięciu do stu razy w ciągu dnia. Wtedy uczy się najwięcej i ta wiedza zostaje mu w głowie na trwałe. Brak entuzjazmu hamuje proces uczenia się, dlatego jako rodzice bądź nauczyciele musimy uważać, by nie ostudzić tego dziecięcego zapалу, by swoimi uwagami typu *Nie wchodź tam, bo spadniesz. Nie rób tego, bo się pobrudzisz!* nie zniechęcić do kolejnych prób poznawania świata. Dorośli mogą wpływać na dziecko demotywiąco. Profesor Hüther podpowiada, jak tego uniknąć, przypominając pięć strategii pomagających nasycić materiał szkolny emocjami. Wskazówki te mogą pomóc w codziennej pracy nauczycielom, gdyż to od nich w dużej mierze zależy szkolny sukces dziecka.

Strategia 1

Nauczyciel poznaje, co dziecko lubi robić, czym się interesuje i na tej podstawie inspiruje je do działań. Ucznia szczególnie utalentowanego w pluciu pestkami możemy zachęcić do obliczania trajektorii lotu tej pestki i przy tej okazji przedstawić prawa fizyki i formuły matematyczne.

Strategia 2

Nauczyciel może również pozwolić, by dzieci same coś odkrywały. Nowe odkrycia rodzą nowe zainteresowania. Ważne jednak, by nie dawać gotowych rozwiązań. Dziecko może samo dojść do tego, na czym polega fotosynteza. Nauczyciel może mu w tym towarzyszyć.

Strategia 3

Duże możliwości stwarza nauka w grupie. Wspólne tworzenie czegoś, dochodzenie do wspólnych wniosków daje dzieciom satysfakcję. Lepsze wyniki mają grupy zróżnicowane: wiekowo, z różnych kultur czy pod względem sprawności; lepiej funkcjonują i są bardziej skuteczne.

Strategia 4

Strategia najczęściej stosowana: nauczyciel przekazujący informacje jest osobą, którą uczeń lubi. Podstawą jest tu emocjonalna relacja między uczniami a nauczycielem. Musimy jednak pamiętać, że w tej opcji dzieci nie uczą się samodzielnie, są uzależnione od swoich przewodników, co nie do końca jest korzystne.

Strategia 5

Dziecko kieruje się motywacją zewnętrzną: robi to, czego od niego oczekujemy. Uczy się nie dla przyjemności, ale po to, by uniknąć kary lub dla obiecanej nagrody. Hüther zauważa, że uczniowie, którzy wyrosli w systemie kar i nagród pozornie bardzo dobrze funkcjonują w życiu dorosłym, bo dają sobą kierować. Zadaje jednak pytanie, czy dzisiejszy świat potrzebuje właśnie takich ludzi? Społeczeństwa, które jest posłuszne i robi to, co mu się narzuca? W XXI wieku potrzebujemy ludzi, którzy są kreatywni, kreują zmiany, są aktywni, bo z aktywności tej czerpią przyjemność, a nie są uzależnieni od nagród i kar.

Niestety, kary i nagrody dominują w dzisiejszej szkole, potrzebna jest więc transformacja obecnego systemu edukacyjnego i wychowawczego. Istniejący dziś system wygasza motywację dzieci. Widać to u pierwszoklasistów, którzy z taką radością i ciekawością idą do szkoły, ale gdy okazuje się, że muszą siedzieć w ławkach wypełniając żmudnie zadania w kartach pracy, ich zapał gaśnie, bo to, co robią w szkole, przestaje być przygodą i jest dla nich nieciekawe. Badania pokazują, że uczniowie nudzą się w szkole. Taki klimat nie sprzyja nauce. Bez ciekawości poznawczej nie zrodzi się motywacja. Dziecko nauczy się czegoś, gdy będzie chciało, gdy ma motywację. Wtedy w mózgu powstają neuroprzekazniki, bez których proces uczenia się jest niemożliwy.

Lekcje, podczas których nauczyciel przekazuje informacje, a uczeń ma je reprodukować, są nieefektywne. Dzieci muszą poznawać świat wieloma zmysłami, wiedzę zdobywają przez własne doświadczenie. Nie są to nowe teorie, bo o tym, że mistrzostwo wymaga praktyki i powtórzeń, mówiła już Maria Montessori, która dała początek nowym nurtom w pedagogice. Nawet najwybitniejsi naukowcy, zanim dokonali odkryć, pracowali na konkretnych – obserwowali, eksperymentowali, przeprowadzali doświadczenia. To była dla nich przyгода. Dlaczego więc w szkolnych podręcznikach nie znajdujemy tych fascynacji nowymi odkryciami, a jedynie suche, pozbawione emocji informacje? Tekst naszpikowany trudnymi, abstrakcyjnymi pojęciami zniechęca do poznawania.

Ostatnio w polskich szkołach wiele mówi się o indywidualizacji nauczania. To dobry kierunek, ale większości nauczycieli wydaje się on się niemożliwy do realizacji w obecnych warunkach. W tworzeniu nowej kultury organizacji kształcenia i wychowania szkoły potrzebują wsparcia. Ciekawa inicjatywa o nazwie „Budząca się szkoła” powstała w Niemczech. Jej celem jest znalezienie alternatywy dla tzw. szkoły transmisyjnej, czyli takiej, w której odbywa się przekazywanie wiedzy uczniom przez nauczyciela – i nieważne, czy robi to w oparciu o tablicę i kredę, czy nowoczesne urządzenia multimedialne – oraz weryfikacja stopnia zapamiętania tej wiedzy za pomocą ocen w dzienniku. Motywatorami dla ucznia szkoły transmisyjnej są czynniki zewnętrzne – aprobatą nauczyciela, zadowolenie rodziców.

Dzięki neurobiologii coraz więcej wiemy o tym, jak uczy się mózg. Zrozumienie tych procesów pomoże, jak twierdzi Gerald Hüther, zmienić szkolną rzeczywistość. Szkoła bowiem nie powinna być miejscem, gdzie tylko realizuje się program. Powinna być wspólnotą uczniów, nauczycieli i rodziców.

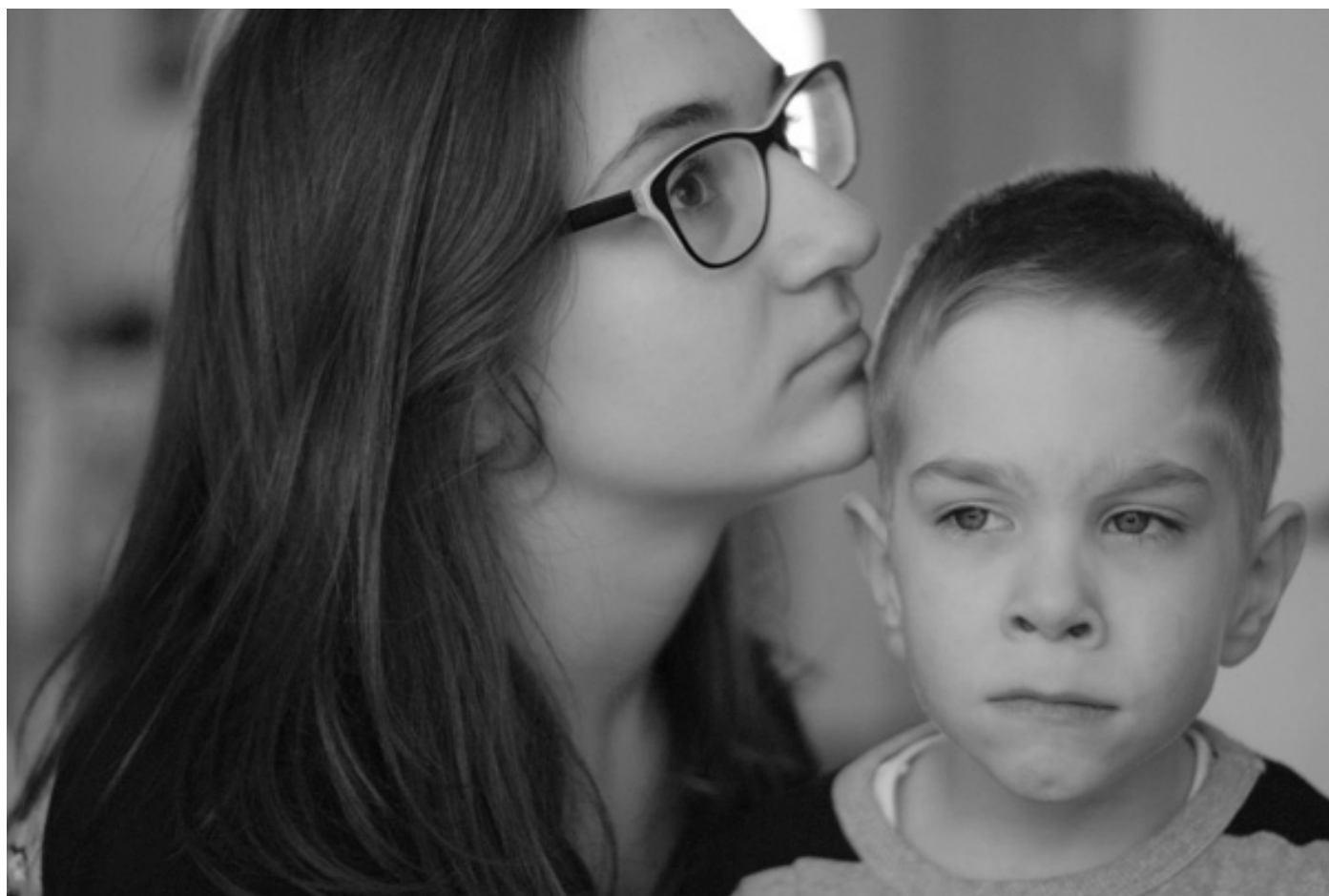


G. Hüther, U. Hauser, *Wszystkie dzieci są zdolne*, Wyd. Dobra Literatura 2014

Dzieci drugiego planu, czyli o byciu zdrową siostrą niepełnosprawnego brata

Agnieszka Kossowska

Napisanie tego tekstu było dla mnie bardzo trudne. Oprócz tego, że temat budzi we mnie wiele emocji, bo przypomina nie tylko te piękne, wzruszające, lecz także wszystkie trudne chwile, muszę przede wszystkim pamiętać, aby napisać go tak, by nie naruszyć sfery prywatnej mojej córki. W temacie poruszonym przeze mnie jest ogromnie dużo zmiennych – sytuacja osobista rodziców, stopień i rodzaj niepełnosprawności dziecka, sposób emocjonalnego radzenia sobie rodziców i rodziny z niepełnosprawnością dziecka, akceptacja dla niepełnosprawności lub jej brak w najbliższym otoczeniu. Nie da się więc w krótkim tekście nakreślić jednego, powszechnie obowiązującego obrazu sytuacji zdrowego rodzeństwa dzieci niepełnosprawnych.



Kogo w rodzinie dotyka niepełnosprawność dziecka? Odpowiedź wydaje się być oczywista – wszystkich. Całą rodzinę. Jeśli tak jest, to dlaczego w dyskusjach wokół niepełnosprawności nagminnie zapomina się o zdrowym ro-

dzeństwie? Najwięcej pisze się o matkach i ich problemach, rzadziej o ojcach i sytuacji zdrowego rodzeństwa. Tymczasem bycie bratem lub siostrą niepełnosprawnego dziecka bez wątplenia pozostawia trwały ślad na psychice.

Przed przyjściem na świat mojego niepełnosprawnego synka Franka sądziłam, że rodzice dzieci niepełnosprawnych zawsze wiedzą wszystko, mają nadintuicję, są wytrwali, silni, gotowi do poświęceń i pomocy bliźniemu (pewnie mają to wszystko zaprogramowane w genach). Nic z tego. Są niedoskonalni i absolutnie zwyczajni, jak każdy. W końcu dziecko niepełnosprawne może przyjść na świat (lub stać się nim na skutek choroby czy wypadku) w każdej rodzinie. To nie zdarza się tylko w filmach, albo „komuś”. Każdy może być rodzicem dziecka niepełnosprawnego, niezależnie od miejsca zamieszkania, światopoglądu, wyznawanych wartości czy też stanu cywilnego. Jesteśmy całkiem przeciętni, bywamy słabi, popełniamy miliard błędów, nie znamy jedynie właściwych rozwiązań i odpowiedzi na nurtujące nas pytania. Żadnego genetycznego zapisu o doskonałości i patentu na wiedzę wszelaką. Często popełniamy także błąd niedostrzegania problemów naszego zdrowego dziecka. Ba, chwilami wręcz niedostrzegania zdrowego dziecka w ogóle. Przecież jest zdrowe, więc jakie może mieć problemy w porównaniu ze swoim bratem/siostrą? Ja tak myślałam. Gdy urodził się Franek, tylko on znajdował się w polu mojego widzenia. Może to taki atawizm – ratować najslabsze w stadzie, silniejsze da sobie radę samo? Uzasadnienie jest chyba w tym momencie sprawą drugorzędną, próbą wytłumaczenia popełnionego błędu, faktem zaś jest, że nie widziałam córki, jej świata, nie dostrzegałam jej strachu o Franka i naszą przyszłość. Widziałam tylko Franka. Dopiero gdy Franek miał rok i razem z obojgiem dzieci wyjechałam na turnus rehabilitacyjny, zrozumiałam, że umknął mi rok życia mojego starszego, zdrowego dziecka i że moja córka pilnie potrzebuje pomocy. Wystarczyło zaledwie kilka rozmów z córką. Zrozumiałam, że nie można się podzielić opieką nad dziećmi – *ty zajmiesz się Natką, ja Franiem* (to do męża było), zrozumiałam, że my, rodzice, nie jesteśmy w stanie ukryć przed zdrowym dzieckiem naszego strachu, bólu, niepewności i zagubienia w nowej rzeczywistości, choćbyśmy się nie wiem jak bardzo starali. Zrozumiałam, że dziecku zdrowemu też się wali świat, dokładnie tak jak nam, też jest zagubione w nowej rzeczywistości, też się boi o siostrę/brata, nie wie, co przyniesie przyszłość – boi się dokładnie tego, czego tak bardzo obawiamy się i my,

rodzice. Byłam zdumiona tym, ile widziała i rozumiała nasza córka i jak wielu kwestii nie dostrzegałam ja. Tamtego lata odebrałam od mojego starszego dziecka lekcję pokory i zupełnie innego rodzicielstwa.

Od tamtej chwili wiedzieliśmy z mężem, że musimy się starać bardziej niż nam się wydawało, że się staramy, musimy być uważni, czujni i wsłuchiwać się w potrzeby naszego zdrowego dziecka. Tyle teoria. W praktyce bywało i bywa to bardzo, bardzo trudne. Nasza doba nie jest dłuższa, sił i cierpliwości też nie mamy więcej niż inni rodzice. Zmęczenie, wypalenie emocjonalne, brak sił, gdy przychodzi trudny czas z chorym dzieckiem (szpital, pogorszenie stanu zdrowia, regres, choroba, kolejna diagnoza) niestety nie pomagają. Ale gdyby godziny dały się mnożyć, mielibyśmy szansę na sprawiedliwszy podział czasu i siły między dzieci, gdyby rodziny z dziećmi niepełnosprawnymi miały stałe wsparcie psychologiczne, gdybyśmy mogli choć od czasu do czasu poczuć, że jesteśmy nie tylko rodzicami, opiekunami, rehabilitantami, organizatorami do spraw logistyczno-biurokratyczno-finansowych, lecz także parą, byłoby nam pewno łatwiej. Może wtedy byliśmy lepszymi rodzicami, lepiej dawalibyśmy radę z wyzwaniem, które stawia przed nami życie? Tego nie wiemy na pewno. Co więc pozostaje? My przede wszystkim szczerze rozmawiamy z córką, oczywiście w sposób dostosowany do jej wieku, mówimy jej otwarcie, kiedy nie mamy siły na rozmowę, przepraszamy, jeśli zawalimy jakąś sprawę, nie kłamiemy jej w kwestii uczuć (*żadnych mamę tylko głowa boli i dlatego płacze*), ale nade wszystko naprawdę staramy się być zawsze dla niej, dostrzegać ją, nie tylko wtedy, gdy nas potrzebuje. Najważniejsza jest szczerza, otwarta rozmowa z dzieckiem, bez udawania i kłamstwa, bo tylko w ten sposób można zbudować prawdziwą relację. Nie napiszę tu, jak rozmawiać ze swoim dzieckiem, bo tego nie wiem. Wiem tylko, jak rozmawiać z moją córką. Uważam, że jeśli rodzice mają z tym problem, powinni poprosić o pomoc specjalistę, psychologa lub terapeutę dziecka, któremu ufają. Dla nas nadrzędnym celem jest, aby Natalia teraz nie czuła się odsunięta na drugi plan – gorsza czy pomijana przez nas i aby w przyszłości nie miała poczucia, że cokolwiek w życiu straciła przez brata.

Jakie pułapki czyhają na drodze z dzieckiem niepełnosprawnym i zdrowym? My, rodzice, musimy uważać, aby nie obarczać zdrowego dziecka opieką czy obowiązkami pielęgnacyjnymi nad dzieckiem niepełnosprawnym. Nawet wtedy, gdy nam wydają się one banalnie proste, dla dziecka zdrowego mogą stanowić ciężar trudny do uniesienia. Może się zdarzyć, że dziecko z różnych powodów nie powie rodzicom o tym, że nie chce czy obawia się wykonania danej czynności, ale to my musimy wiedzieć, że nie mamy moralnego prawa składania na barki dziecka zdrowego takich obowiązków.

Kolejnym problemem, którego my na szczęście nigdy nie doświadczyliśmy, jest nietolerancja otoczenia czy nawet bliższej lub dalszej rodziny, inne traktowanie rodzeństwa lub wręcz czasami drastyczne ograniczenie kontaktów (bo wstyd, żeby sąsiedzi się dowiedzieli, że ma się kogoś takiego w rodzinie). Czasami najbliższa rodzina i znajomi także nie dostrzegają zdrowego dziecka. Gdy przychodzą z wizytą, mają choćby drobiazg dla tego niepełnosprawnego (bo takie biedne, poszkodowane), zdrowe znowu jest na marginesie zainteresowania.

Nieraz zastanawiałam się, co wyniosą takie dzieciaki jak nasza Natka z bycia bratem/siostrą niepełnosprawnego rodzeństwa. Odpowiedzi na to pytanie mogę udzielić tylko mierząc je miarą Natalii. Uważam, że przede wszystkim poczucie odpowiedzialności. Ale nie takie zdrowe, dające wyważone i dojrzałe podejście do obowiązków w życiu, lecz przytłaczające, często ponad własne siły. Wiem, że nierzadko w życiu będzie im ono ciężarem, że może być wręcz destrukcyjne. Wyniosą także rany na psychice będące efektem strachu o życie i zdrowie brata czy siostry. Zawsze będą miały w tyle głowy niepełnosprawne rodzeństwo – podejmując decyzję o małżeństwie, przyszłym miejscu do życia czy wykształceniu. My jako rodzice możemy się starać to zminimalizować, ale i tak nie zniwelujemy go do zera. Moja córka powiedziała mi: *Kocham Franka, zawsze będę za niego odpowiedzialna. Nigdy go nie zostawię.* Nie jest mi z tym dobrze. Chciałabym, aby układała sobie życie niezależnie od brata. Jej słowa dziś boją, bo wiem, że nigdy nie będzie w pełni niezależna w podejmowaniu decyzji życiowych. Z drugiej strony jestem z niej dumna, że jest takim właśnie Człowiekiem.

Ta odpowiedzialność i przedwczesna dojrzałość sprawiają też, że dzieciaki te często nie mogą znaleźć wspólnego języka z rówieśnikami. Bo czym jest fakt, że X krzywo spojrzął na Y wobec tego, że brat w nocy się dusił? Że miał napad, że w nocy trzeba było jechać do szpitala i nie wiadomo, co się zastanie po powrocie do domu?

Myślę, że kolejną sprawą, o której zdrowe dzieci zwykle nie rozmyślają, aż do czasu osiągnięcia dorosłości, jest strach o ich własne dzieci. Być może z racji osobistych doświadczeń część z tych, którzy mają niepełnosprawne rodzeństwo nie zdecyduje się zostać rodzicami w obawie, że ich dziecko może być niepełnosprawne. One wiedzą najlepiej, jakim obciążeniem dla całej rodziny jest życie z dzieckiem niepełnosprawnym i na pewno inaczej postrzegają niepełnosprawne rodzeństwo niż my, rodzice. Te zdrowe dzieciaki są także empatyczne do granic możliwości i dojrzałe przed czasem. Są naturalnie otwarte na niepełnosprawnych i nie oczekują współczucia z powodu ich sytuacji życiowej, lecz raczej współodczuwania.

Przed nami, rodzicami, życie stawia podwójne zadanie – dostrzegania potrzeb wszystkich naszych dzieci – i tych zdrowych, i niepełnosprawnych. Nie jest to łatwe, bo z chwilą pojawienia się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego zmienia się wszystko, cały świat. Dopiero po czasie trafia do rodzica, że wyzwaniem jest nie tylko zaopiekowanie się dzieckiem niepełnosprawnym, potrzebującym pomocy medycznej i terapeutycznej, lecz także tym zdrowym, które potrzebuje tak samo dużo uwagi i troski. Moim zdaniem jak najwcześniejsze dostrzeżenie zdrowego dziecka i jego świata jest jednym z najważniejszych wyzwań stojącym przed rodzinami z dzieckiem niepełnosprawnym. Trzeba być go świadomym, aby się nie okazało, że jest za późno na pomoc zdrowemu dziecku, gdy problemy osiągną rozmiary nie do opanowania.

Jaki jest więc bilans? Nie mam pojęcia. Jest tu ktoś, kto zna odpowiedź na to pytanie? Nie sądzę. Życie układa się bardzo różnie. Nasze życie z Frankiem i Natalią jest nasze, staramy się żyć jak najlepiej, nie odbierać szans naszym dzieciom i dawać im z siebie tyle, ile możemy. Nie mamy pojęcia, jakie będzie ich życie w przyszłości. Dziś możemy tylko robić to, co uważamy za słuszne i dobre. Taka jest droga naszej rodziny.

Bank Asystentów

Anna Jeżowska-Siwiek

Zapewnienie asystentury dla osób z niepełnosprawnością jest jednym z obszarów działalności, które są dla Fundacji „Promyk Słońca” bardzo istotne. Pierwsze tego typu usługi oferowaliśmy w ramach projektu „Sprawni w pracy”, realizowanego w partnerstwie z Urzędem Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego i trzema innymi organizacjami: Forum Aktywności Lokalnej z Wałbrzycha, Fundacją Eudajmonia z Polkowic i Polskim Związkiem Głuchych – Oddziałem w Jeleniej Górze.

W projekcie objęliśmy wsparciem 17 osób z niepełnosprawnością i 6 członków ich rodzin, którzy otrzymali wsparcie asystenckie i wzięli udział w szkoleniach, stażach zawodowych, otrzymali też wsparcie psychologa i doradcy zawodowego. Dzięki projektowi troje naszych podopiecznych znalazło pracę. Wsparcie asystentów pozwoliło im także rozwijać aktywność społeczną: korzystać z oferty kulturalnej regionu, spotykać się z przyjaciółmi i bardziej swobodnie realizować swoje pasje.

Po zakończeniu projektu w 2014 roku podjęliśmy starania o uruchomienie w Fundacji „Promyk Słońca” Banku Asystentów. Dzięki wsparciu finansowemu Samorządu Województwa Dolnośląskiego od września do grudnia 2015 roku wykonaliśmy 800 godzin usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością z 8 powiatów województwa dolnośląskiego: jeleniogórskiego, wałbrzyskiego, lwóweckiego, wołowskiego, średzkiego i miast: Wrocław, Wałbrzych, Jelenia Góra. W tym roku dzięki konkursowi ogłoszonemu przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego otrzymaliśmy dofinansowanie na kontynuację usług.



URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO



**DOLNY
ŚLĄSK**

www.umwd.pl



Realizacja projektu rozpoczęła się w marcu br. od szkolenia przyszłej kadry. W zajęciach teoretycznych i praktycznych wzięło udział 23 kandydatów na asystentów. Poznawali oni zasady udzielania pierwszej pomocy oraz specyfikę pracy z osobami z różnego rodzaju niepełnosprawnościami: wzroku, słuchu, ruchowymi, intelektualnymi i sprzężonymi. Od kwietnia zaczęliśmy świadczenie usług asystenckich: zgodnie z założeniami projektu muszą być one dostępne dla klientów pochodzących z co najmniej 6 powiatów województwa dolnośląskiego, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności, wymagających wsparcia asystenta w co najmniej jednej z następujących dziedzin: przemieszczanie się, komunikowanie, wykonywanie czynności codziennych, pełnienie ról społecznych.

Do podstawowych usług realizowanych przez asystentów zalicza się przede wszystkim:

- pomoc w przygotowaniu do wyjścia, dojazdach w wybrane miejsce oraz powrocie
- pomoc w zakupach
- pomoc w załatwieniu spraw urzędowych



- pomoc i towarzyszenie w korzystaniu z dóbr kultury: muzeum, teatr, kino, koncert itp.
- czytanie prasy, książek lub korespondencji, osobom niezdolnym do samodzielnego czytania
- pomoc w pisaniu pism, listów osobom niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego

Jeśli wymaga tego sytuacja i stan zdrowia klienta, asystenci świadczą także usługi dodatkowe, to znaczy pomagają w czynnościach pielęgnacyjnych i higienicznych oraz w przygotowaniu i podaniu posiłku lub napoju. Asystenci nie świadczą natomiast usług medycznych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.

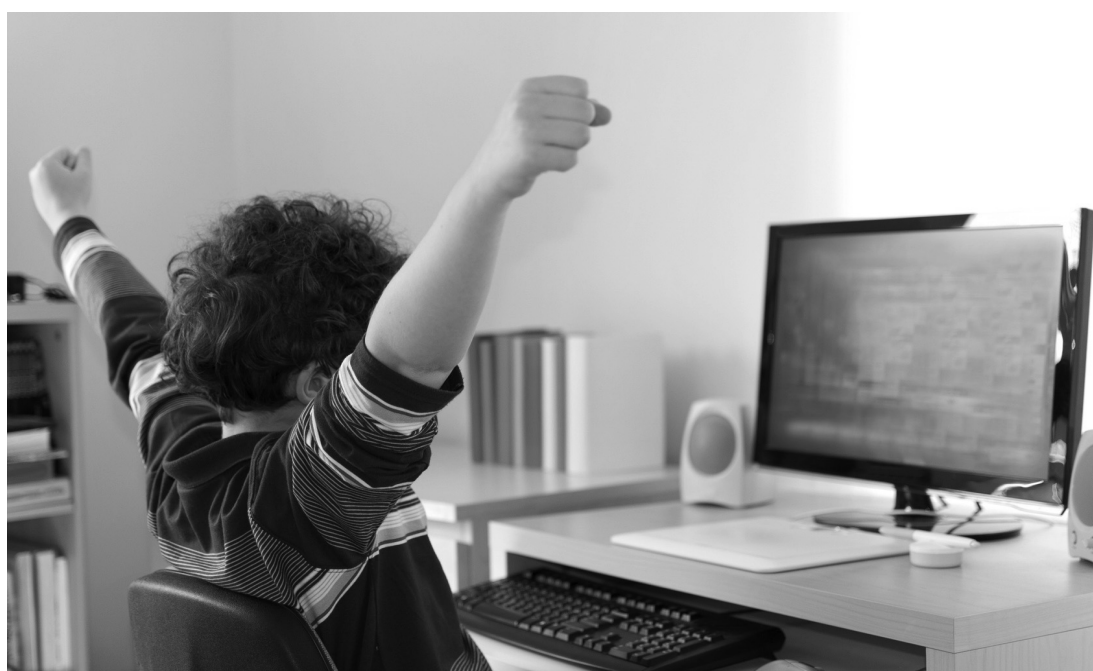
Usługi realizowane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 22.00, w zależności od dostępności Asystentów i liczby godzin wsparcia do wykorzystania.

Usługi asystenckie będą świadczone od kwietnia do grudnia 2016 roku w ramach projektu „Bank Asystentów”, współfinansowanego ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego.

Uczymy się przez Internet 2

Małgorzata Gębicka-Zdanewicz

Doświadczenia zgromadzone w trakcie realizacji innowacyjnego projektu edukacyjnego w 2014 roku zostaną wykorzystane w nowym przedsięwzięciu „Uczymy przez Internet. Dodatkowe zajęcia dla dzieci i młodzieży”



dzieci i młodzieży”, w którym wzięło udział szesnaścioro uczniów klas IV-VI szkół podstawowych oraz klas I-III gimnazjum, mieszkających i uczących się we Wrocławiu. W ramach projektu zapewniliśmy uczniom 4 godziny dodatkowych zajęć z wybranego przedmiotu: matematyki, chemii, fizyki, języka angielskiego lub języka polskiego w mie-

W 2014 roku zakończyliśmy realizację projektu „Nowy model nauczania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i nauczanych indywidualnie”, współfinansowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013. Wspólnie z naszym partnerem, Gminą Wrocław, wypracowaliśmy w jego ramach nowe narzędzie – model zdalnego nauczania w czasie rzeczywistym, z wykorzystaniem internetowej platformy edukacyjnej. Narzędzie to, co wykazaliśmy w trakcie testów, zwiększa efektywność kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym nauczanych indywidualnie. Doświadczenia, które zebraliśmy w trakcie realizacji projektu, postanowiliśmy wykorzystać w praktyce i w ubiegłym roku, dzięki wsparciu finansowemu Gminy Wrocław, zrealizowaliśmy projekt „Uczymy się przez Internet. Dodatkowe zajęcia dla

siącu oraz nieodpłatne wypożyczenie sprzętu komputerowego na czas udziału w zajęciach.

Udział w zajęciach dodatkowych miał pomóc uczniom rozwijać zainteresowania i uzdolnienia oraz umożliwić wyrównanie ewentualnych braków.

W 2016 roku Gmina Wrocław również wsparła nas finansowo w realizacji podobnego projektu edukacyjnego: od połowy marca do połowy grudnia będziemy kontynuować nauczanie zdalne dla 40 dzieci mieszkających i uczących się we Wrocławiu.

Projekt „Uczymy się przez Internet 2” realizowany jest dzięki wsparciu finansowemu Gminy Wrocław.

Wolontariat rodzinny

Paulina Kúhn
Centrum Wolontariatu

Drodzy Rodzice! Pewnie każdy z Was chciałby mieć czasem wolną chwilę: na załatwienie najpilniejszych spraw, wizytę w urzędzie, zakupy, przygotowanie obiadu, a także – co bardzo ważne – trochę czasu wyłącznie dla siebie, na zaspokojenie swoich własnych potrzeb, odpoczynek i relaks. Wielu rodzicom, których dzieci zmagają się z niepełnosprawnością i problemami rozwojowymi, przydałoby się też zapewne dodatkowe wsparcie psychologiczne, logopedyczne, pedagogiczne bądź fizjoterapeutyczne.

Fundacja Promyk Słońca



Centrum Wolontariatu

W znalezieniu takiego „dodatkowego”, wolnego czasu rodzicom i ich dzieciom może pomóc Centrum Wolontariatu „Promyk Słońca”. Jedną z form „promykowego” wolontariatu jest wolontariat rodzinny, w ramach którego wolontariusz odwiedza dziecko w domu. Wolontariusz rodzinny może także towarzyszyć dziecku z niepełnosprawnością i jego rodzicom w drodze do lekarza albo na rehabilitację, może pomóc dziecku odrobić lek-

cje, pobawić się z nim, wyjść wspólnie na spacer lub pomóc w czynnościach pielęgnacyjnych.

Wielu spośród wolontariuszy Promyka Słońca jest studentami lub absolwentami medycyny, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, psychologii, fizjoterapii lub innych pokrewnych kierunków. Są więc w swojej dziedzinie młodymi ekspertami i chętnie wykorzystują zdobytą wiedzę w prakty-

ce. Spędzając czas z Waszym dzieckiem bawią się z nim, poznają je, nawiązują serdeczny kontakt. Często zdarza się, że wolontariuszka czy wolontariusz stają się kimś w rodzaju starszej siostry czy brata albo najlepszym przyjacielem.

Centrum Wolontariatu Promyk Słońca dba o to, by odpowiednio wspierać swoich wolontariuszy. Organizuje więc dla nich różnego rodzaju warsztaty, szkolenia, spotkania motywacyjne, w ramach których mogą zdobywać nowe umiejętności i z których mogą czerpać inspiracje. Regularne spotkania w grupie wolontariuszy umożliwiają wymianę poglądów, dzielenie się doświadczeniami, wspólne rozwiązywanie problemów, a także znalezienie odpowiedniego, merytorycznego wsparcia. W sposób szczególny wspierana jest u wolontariuszy, ale także u rodziców dzieci z niepełnosprawnościami, gotowość do otwartej komunikacji na tematy związane z dziećmi: ich osobowości, zainteresowań, trudności, z jakimi się borykają, nietypowych zachowań itd. Otwarta komunikacja rozpoczyna się już w momencie ustalania – wspólnie przez rodziców, dziecko i wolontariusza – planu odwiedzin, wspólnych wyjść i zajęć. Bardzo pomocne są regularnie odbywane rozmowy na temat przebytych terapii, zmian, które nastąpiły w ostatnim czasie, postępów itd. Wolontariusz w trakcie swoich wizyt może wesprzeć rodziców swoją specjalistyczną wiedzą. Z kolei rodzice, przekazując informacje na temat wcześniejszych doświadczeń terapeutycznych, mogą wskazać wolontariuszowi najbardziej efektywne sposoby postępowania.

Wolontariat rodzinny to bardzo wyjątkowa forma współpracy dziecka, rodziców i wolontariuszy. Wszyscy odgrywają w niej jednakowo ważną rolę, a bliska współpraca i porozumienie są niezbędnym warunkiem skuteczności podejmowanych działań, którym przyświeca, jako cel główny, dobro dziecka.

Osobami, które spędzają z dzieckiem najwięcej czasu, są rodzice. To oni znają je najlepiej, mają najszerszą wiedzę na temat jego choroby czy niepełnosprawności, na temat postępów w rozwoju i najważniejszych czynników zaburzających ten rozwój. Są pierwszymi i najważniejszymi terapeutami własnego dziecka. Pochodzące od nich informacje, a także ich wsparcie są dla wolontariusza niezbędne. Wolontariusz natomiast

oddaje do dyspozycji swój czas, swoją fachową wiedzę i swoje merytoryczne przygotowanie, po to, by wesprzeć nie tylko samo dziecko, ale i całą rodzinę w radzeniu sobie z codziennymi problemami.

Dodatkową zaletę wolontariatu rodzinnego stanowi fakt, że pomoc wolontariusza jest świadczona w domu, czyli w środowisku, w którym dziecko czuje się pewnie i bezpiecznie, a także w miejscach istotnych z punktu widzenia rozwoju dziecka – również rozwoju społecznego.

Więcej informacji na temat wolontariatu rodzinnego w ramach Centrum Wolontariatu „Promyk Słońca” można uzyskać pod numerem telefonu 665 414 669. Można też skorzystać z poczty elektronicznej i napisać na adres centrum.wolontariatu@promykslonca.pl.

Rodziców, którzy chcą skorzystać z usług wolontariatu rodzinnego, zapraszamy na stronę Fundacji „Promyk Słońca”. W zakładce Centrum Wolontariatu można pobrać zgłoszenie do wypełnienia.



Mamy również swoją stronę na facebooku: <https://www.facebook.com/WolontariatFundacjiPromykSlonca>

Serdecznie zapraszamy!

Wieści z przedszkola

Marzena Bąk

W naszym integracyjnym przedszkolu specjalną opieką i wsparciem terapeutycznym otaczamy dzieci ze specjalnymi potrzebami.

W codziennej pracy stosujemy:

- elementy **pedagogiki Marii Montessori**, zgodnie z którą każde dziecko jest inne i powinno się rozwijać zgodnie z indywidualnym planem rozwoju
- opracowaną przez prof. M. Bogdanowicz **Metodę Dobrego Startu**: jednym z jej założeń jest przygotowanie dzieci w wieku przedszkolnym do nauki czytania i pisania
- elementy **Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne**, która traktuje ruch jako narzędzie wspomagania rozwoju psychomotorycznego dziecka i terapii zaburzeń tego rozwoju
- symultaniczno-sekwencyjną **naukę czytania** metodą J. Cieszyńskiej
- elementy metody **Klanzy**, sprzyjającej rozwojowi osoby, grupy, społeczności, w atmosferze wzajemnej, życzliwej współpracy
- **alternatywne sposoby komunikacji** (PECS, Makaton, piktogramy, elementy języka migowego), dzięki czemu także dzieci z deficytami sensorycznymi czują się u nas komfortowo i uczestniczą w życiu przedszkolnej społeczności
- elementy **kinezylogii edukacyjnej** Paula Dennisona, których celem jest wspomaganie pamięci, wydolności mózgu, koordynacji motoryki ciała, a zwłaszcza współpracy dłoni ze zmysłem wzroku,
- elementy metody **Knillów**, wspomagającej ogólny rozwój dziecka, przeznaczonej dla dzieci o różnym poziomie rozwoju intelektualnego i z różnymi rodzajami niepełnosprawności fizycznej
- programy **wspomagające rozwój zmysłów**, np. wzory i obrazki M. Frostig i D. Horne

- programy przygotowujące do **nauki szkolnej**

Prócz realizacji podstawy programowej i innych zadań edukacyjnych nasi podopieczni uczestniczą w licznych **wydarzeniach kulturalnych, rekreacyjnych i społecznych**, odbywających się zarówno w samym przedszkolu, jak i poza jego murami.

Od początku roku przedszkolnego 2015/2016 dzieci miały okazję przyjrzeć się pracy artystów z Narodowego Forum Muzyki i aktorów Teatru Pantomimy. Promykowe starszaki wybrały się do Humanitarium, gdzie dowiedziały się między innymi, jak powstają wulkany, miały też okazję samodzielnego budowania wulkanów. Po powrocie swoje spostrzeżenia przelały na papier i powstały piękne prace.

W klubie Firlej natomiast nasze przedszkolaki obejrzały przedstawienie „Pomagajek, czyli historia z brodą”, historię o przezwyciężaniu własnych słabości, odnajdywaniu dobra w so-



Dzieci ze starszych grup odwiedziły w lutym centrum nauki Humanitarium – park edukacyjny oferujący interaktywne wystawy, autorskie warsztaty i multimedialne pokazy, gdzie można zdobyć unikalną wiedzę z dziedziny chemii, fizyki, biologii, środowiska, ekologii i zdrowego żywienia.



Własnoręcznie wykonane przez dzieci świąteczne akcesoria zawsze cieszą się powodzeniem na organizowanym w holu siedziby Fundacji kermaszu wielkanocnym.

bie i w świecie, uczącą empatii, szacunku dla odmienności i troski o innych.

Nasze przedszkolne sale przekształcają się w sceny i widowiska teatralne, sale koncertowe, galerie wystawiennicze. Odwiedzają nas artyści, pisarze, dziennikarze, historycy, a także strażacy czy policjanci, którzy opowiadają o swojej pracy. W lutym i w marcu gościliśmy na przykład artystów z Teatru Kropa, w marcu zaś Teatr Psikus.

Dbamy o pielęgnowanie rodzinnych i narodowych tradycji, wspólnie świętowaliśmy więc zarówno Boże Narodzenie i Wielkanoc. Przed świętami dzieci przygotowały piękne przedmioty na kermasze. Odbyły się też jasełka. W styczniu wspólnie z babkami i dziadkami naszych podopiecznych świętowaliśmy Dzień Babci i Dzień Dziadka. Nie stronimy również od nowych świąt, które nie mają jeszcze u nas długiej tradycji: w Walentynki

dzieci obdarowały się własnoręcznie przygotowanymi serduszkami i słodkościami.

Dzieci w przedszkolu mają też możliwość rozwoju artystycznych pasji: przed Wielkanocą nasze przedszkolaki wzięły udział w warsztatach ceramicznych, w ramach których lepiły piękne koszyczki wielkanocne, podziwiane później przez rodziców na

wystawie. Amatorzy piosenki mogli wziąć udział w przeglądzie piosenki ekologicznej, do którego wszystkie grupy bardzo solidnie się przygotowały.

Dużą wagę przywiązujemy do wartościowych lektur: prócz codziennego czytania w przedszkolu dzieci biorą też udział w akcjach czytelniczych: uczestniczyły na przykład w „Wielkim czytaniu na dywanie” w Teatrze Muzycznym Capitol.



Nasze przedszkolaki czynnie uczestniczą w życiu kulturalnym, odwiedzając kina, teatry, galerie i ucząc się korzystać z dóbr kultury.

Wieści ze żłobka Fundacji

Magdalena Englot

Nowy rok żłobkowy zaczęliśmy od okresu adaptacji. Dzieci poznały nowe miejsca, opiekunki, nowych kolegów i koleżanki. Podjęliśmy działania pedagogiczne, które sprzyjały występowaniu u dzieci pozytywnych doznań. Staraliśmy się zapewnić im poczucie bezpieczeństwa, aby pierwsze dni pobytu w żłobku nie były połączone z niepotrzebnym stresem. Na zebraniu rodzice mieli okazję zapoznać się z działalnością Fundacji „Promyk Słońca”.

Teatr

Przedstawienia w nowym roku szkolnym zaczęliśmy od zaproszenia Teatru Muzycznego „Omnibus”, który przyjechał do nas z przedstawieniem „Zdrowiutka marchewka dla Guci”.

Podczas przedstawienia dzieci dowiedziały się między innymi, co należy robić, by być zawsze silnym i zdrowym? Dlaczego jesienne owoce i warzywa są takie zdrowe? Czy zdrowa dieta pomoże na bolący brzusek? Dlaczego marchewka jest bliską przyjaciółką króliczki Guci?

W tym dniu dzieci wspólnie z opiekunkami przystroili cały żłobek na marchewkowo. Na zakończenie dnia wszyscy zasiedli do marchewkowego stołu, na którym pojawiło się ciasto marchewkowe i sok marchewkowy.

Zdrowie

Przez cały rok dzieci regularnie spotykają się z kangurkiem Olkiem, który przybliży im zdrowy, aktywny styl życia i pokazuje prawidłowe nawyki żywieniowe. Razem z kangurkiem Olkiem pracujemy nad tym, by atmosfera w żłobku i w domu sprzyjała zachowaniom prozdrowotnym, aby dzieci nabrały dobrych, trwałych nawyków dietetycznych i higienicznych. Szczególną wagę przywiązujemy przy tym do następujących kwestii:

- mamy pozytywny stosunek do lekarza
- właściwie się odżywiamy
- przestrzegamy czystości i higieny, chroniąc się w ten sposób przed chorobami
- dużo przebywamy na świeżym powietrzu

- dbamy o bezpieczeństwo, swoje i innych

Bezpieczeństwo i sprawność fizyczna

W październiku został przeprowadzony próbny alarm przeciwpożarowy. Wszystkie dzieci wraz z całym personelem uczestniczyły w ewakuacji żłobka. Za przeprowadzenie alarmu nasza placówka otrzymała ocenę bardzo dobrą. Dzięki tej akcji dzieci mogły także zobaczyć z bliska, jak wygląda praca strażaków.

Dzieci uczą się także tego, jak bezpiecznie poruszać się po terenie żłobka – zarówno w budynku, jak i w ogrodzie. Poznają też zasady ruchu drogowego i znaki ostrzegawcze.

Dużo przebywają na świeżym powietrzu, dzięki czemu wzrasta ich odporność i sprawność fizyczna. Odpowiednio dobrane zabawy i ćwiczenia pomagają kształtować prawidłową postawę ciała, doskonalić zmysł równowagi i orientację, rozwijać poczucie porządku.

Współpraca z rodzicami

W listopadzie zaprosiliśmy rodziców na indywidualne konsultacje, w trakcie których mogli dowiedzieć się od opiekunek, jakie postępy robią ich dzieci i z czym ewentualnie mają trudności. Takie spotkania odbywają się w naszym żłobku co dwa-trzy miesiące.

Świąteczne tradycje

Grudzień był tradycyjnie okazją do spotkania przy wigilijnym stole, nie zabrakło też czasu na spotkanie z Mikołajem i świąteczne prezenty.

Najczęściej zadawane pytania we Wrocławskim Punkcie Informacyjnym dla Osób Niepełnosprawnych

Anna Jeżowska-Siwiek

Wrocławski Punkt Informacyjny dla Osób Niepełnosprawnych działa od lipca 2014 roku. Osoby niepełnosprawne i członkowie ich rodzin mogą w nim otrzymać bezpłatną pomoc w zakresie edukacji, prawa, psychologii, informacji zawodowej, ekonomii i przysługujących uprawnień. Pytania, z jakimi ludzie przychodzą do Punktu Informacyjnego, są bardzo zróżnicowane i dotyczą rozmaitych sfer życia. Choć dyżurujący specjaliści za każdym razem starają się jak najlepiej dostosować odpowiedzi i porady do indywidualnych potrzeb pytających, są i takie tematy, które w pytaniach pojawiają się częściej niż inne. Im właśnie poświęcamy nowy cykl artykułów.



We Wrocławskim Punkcie Informacyjnym dla Osób Niepełnosprawnych dyżuruje m.in. prawnik.

Pytanie: Moja niepełnosprawna córka uczęszcza do przedszkola ogólnodostępnego i ma orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. W przedszkolu radzi sobie bardzo dobrze, ale ostatnio pani dyrektor zasugerowała nam zmianę placówki na integracyjną, twierdząc, że w ogólnodostępnej zerówce córka sobie nie poradzi i że nauczycielki z jej przedszkola nie są przygotowane do nauczania dzieci z niepełnosprawnością. Czy pani dyrektor może nas zmusić do zmiany przedszkola?

Odpowiedź: To rodzic dokonuje wyboru placówki, do której będzie chodzić jego dziecko. Obecne przedszkole ma obowiązek zapewnić dziecku warunki kształcenia i opieki zgodne z potrzebami i zaleceniami zawartymi w orze-

czeniu o potrzebie kształcenia specjalnego. Przedszkole powinno opracować dla Pani córki indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny, zgodny z zaleceniami zawartymi w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego. Dyrektor przedszkola może wystąpić do organu prowadzącego o przydzielenie pedagoga specjalnego, który będzie współorganizował roczne przygotowanie przedszkolne dziewczynki.

Pytanie: Czy szkoła, do której uczęszcza dziecko niepełnosprawne, może zatrudniać dodatkowych nauczycieli?

Odpowiedź: Tak. Możliwość zatrudnienia dodatkowych pracowników wynika z rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 24 lipca 2015 roku w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Reguluje ono możliwość zatrudniania dodatkowego personelu pedagogicznego i niepedagogicznego, którego zadaniem jest współorganizowanie kształcenia integracyjnego lub kształcenia uczniów niepełnosprawnych lub wspierania kształcenia, z uwzględnieniem realizacji zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego. To, kogo może zatrudnić dyrektor placówki edukacyjnej zależy – w myśl rozporządzenia – od typu placówki:

1. w przedszkolach i szkołach ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi oraz przed-

szkolach i szkołach integracyjnych dodatkowo zatrudnia się pedagoga specjalnego.

2. od 1 stycznia 2016 roku w przedszkolach i innych formach wychowania przedszkolnego oraz szkołach ogólnodostępnych, w których uczą się uczniowie autystyczni, z zespołem Aspergera, uczniowie niepełnosprawni z innym rodzajem niepełnosprawności, niedostosowani społecznie lub zagrożeni niedostosowaniem społecznym dodatkowo zatrudnia się następujące osoby:

- nauczyciela z uprawnieniami pedagoga specjalnego lub specjalistę;
- asystenta (w klasach I-III szkoły podstawowej; asystent ma takie wykształcenie jak nauczyciel oraz przygotowanie pedagogiczne, wykonuje zadania wspierające osoby prowadzące zajęcia dydaktyczne, wychowawcze i opiekuńcze pod ich kierunkiem;
- pomoc nauczyciela (nie musi mieć przygotowania pedagogicznego).

Potrzeba zatrudnienia dodatkowego pracownika w przedszkolu lub szkole, w której uczy się dziecko niepełnosprawne, może być wskazana w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego. Orzeczenie może określać zalecane warunki kształcenia, np. potrzebę zatrudnienia dodatkowo nauczyciela lub pomocy nauczyciela, jeśli jest to wskazane ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe, edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne niepełnosprawnego dziecka.

Pytanie: Słyszałam, że osoby niepełnosprawne mogą korzystać z pomocy asystenta. Na czym taka pomoc asystenta może polegać?

Odpowiedź: Usługi asystenckie to usługi świadczone na rzecz osób z niepełnosprawnościami – dorosłych lub dzieci – które mają na celu wsparcie tych osób w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego lub edukacyjnego. Usługi te mogą obejmować pomoc w co najmniej jednej z dziedzin: w przemieszczaniu się, komunikowaniu, w czynnościach codziennych, w pełnieniu ról społecznych.

Przykładowy zakres usług podstawowych to:

- pomoc w przygotowaniu do wyjścia, dotarciu w wybrane miejsce, np. do domu, pracy, szkoły, urzędu, lekarza, ale także do znajomych czy rodziny, na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne, na kursy i szkolenia zawodowe;
- pomoc w zakupach;
- pomoc w załatwieniu spraw urzędowych (np. pomoc w komunikowaniu się, wypełnianiu dokumentów);
- pomoc w dotarciu i towarzyszenie w korzystaniu z dóbr kultury: wyjścia do muzeum, teatru, kina, na koncert itp.;
- czytanie prasy, książek lub korespondencji osobom niezdolnym do samodzielnego czytania;
- pomoc w pisaniu pism, listów osobom niewidomym bądź niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego;
- pomoc w korzystaniu z zajęć sportowych i obiektów sportowych: basenu, siłowni i in. Uwaga: udział asystenta w treningach i zajęciach sportowych wymaga uzgodnienia z trenerem/instrukctorem).

Jeśli wymaga tego sytuacja i stan zdrowia osoby z niepełnosprawnością, asystenci prócz usług podstawowych mogą również świadczyć usługi towarzyszące, na przykład pomagają w ubieraniu się, wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych i higienicznych, w przygotowaniu i podaniu posiłku lub napoju. Asystenci **nie świadczą natomiast usług medycznych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.**

Pytanie: Kto może świadczyć usługi asystenckie?

Odpowiedź: Usługi asystenckie mogą świadczyć następujące osoby:

1. Asystent osób niepełnosprawnych posiadający w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. poz. 184, z późn. zm.) lub
2. Asystent osobisty osób niepełnosprawnych, który ma doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub został przeszkolony w tym zakresie.

Zależnie od miejscowości usługi asystenckie zapewnia gmina (np. w ramach zadań zleczonych organizacjom pozarządowym – tak się dzieje np. w Warszawie) lub organizacje pozarządowe w ramach realizowanych przez nie projektów, finansowanych np. przez PFRON lub ze środków Unii Europejskiej.



Dyżurujący specjaliści do każdego problemu podchodzą indywidualnie

Pytanie: Moje dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności, ale szkoła nie chce go respektować. Co mam zrobić?

Odpowiedź: Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka, wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, nie jest dokumentem wiążącym dla szkoły.

Aby dziecko miało status ucznia niepełnosprawnego, niezbędne jest orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną (obowiązuje rejonizacja ze względu na siedzibę

szkoły, do której dziecko uczęszcza). Tylko taki dokument zawiera zalecenia co do sposobu pracy z uczniem, określenie jego możliwości i umiejętności, a orzeczenia wydane po 1 stycznia 2016 roku. Dokument powinien zawierać także wskazania co do rodzaju wsparcia potrzebnego dziecku (np. w przypadku dzieci z autyzmem będzie to pomoc nauczyciela posiadającego kwalifikacje w zakresie pedagogiki specjalnej czy specjalisty, którego przygotowanie w danej dziedzinie będzie mieć kluczowe znaczenie we wsparciu dziecka w codziennym funkcjonowaniu w szkole). Szkoła ma obowiązek realizacji wszystkich zaleceń zawartych w orzeczeniu.

Pytanie: Mój dwuletni syn ma orzeczoną niepełnosprawność ruchową, ale odmówiono mu prawa do karty parkingowej. Sam potrafi chodzić jedynie po płaskiej powierzchni, a wszelkie krawężniki i schody są dla niego przeszkodą nie do przejścia. Kilka razy w tygodniu chodzimy do lekarza i na rehabilitację, ale nie możemy blisko zaparkować. Czemu odmówiono mu prawa do karty parkingowej?

Odpowiedź: W przypadku osoby poniżej 16. roku życia wskazanie do karty parkingowej uzależnione jest wyłącznie od stwierdzenia, że osoba ta ma znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się. Okoliczność ta badana jest w odniesieniu między innymi do wieku dziecka: porównuje się jego możliwości z rówieśnikami. Jeżeli zatem to wiek dziecka w chwili orzekania powoduje, że ma ono trudności w poruszaniu się (ponieważ dzieci w tej grupie wiekowej mają takie problemy), to nie uzyska ono prawa do karty parkingowej.



**WROCŁAWSKI
PUNKT
INFORMACJI
DLA OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Wrocławski Punkt Informacji dla Osób Niepełnosprawnych jest specjalistycznym punktem informacyjno-poradniczym, z którego usług korzystają osoby niepełnosprawne zamieszkałe na terenie gminy Wrocław, członkowie ich rodzin oraz instytucje na co dzień zajmujące się wspieraniem osób niepełnosprawnych. Istnieje od 2014 roku. Prowadzi go Fundacja „Promyk Słońca” przy wsparciu finansowym Gminy Wrocław.

ul. Psie Budy 14/15 lok. 1a
(wejście od ul. Kazimierza Wielkiego)
50-080 Wrocław
tel. 695 695 634

Pomoc materialna dla rodziców dzieci niepełnosprawnych stan prawny na 1 marca 2016

Joanna Kuczyńska
Radca prawny

Rodzice dzieci z niepełnosprawnością mogą otrzymać pomoc materialną na leczenie i rehabilitację, a także na zaopatrzenie w wyroby medyczne, sprzęt rehabilitacyjny, likwidację barier funkcjonalnych oraz dopłaty do turnusów rehabilitacyjnych. Mogą także zapłacić mniejszy podatek roczny, odliczając od podstawy opodatkowania ulgę rehabilitacyjną.

Świadczenia rodzinne^{1,2}

Świadczenia rodzinne obejmują zasiłek rodzinny, dodatki do niego (m.in. na kształcenie i rehabilitację) oraz świadczenia opiekuńcze, to jest zasiłek pielęgnacyjny, specjalny zasiłek opiekuńczy i świadczenie pielęgnacyjne.

Rodzinie z dzieckiem, które ma orzeczenie o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności, zasiłek rodzinny przysługuje wtedy, gdy dochód tej rodziny w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty 764 zł netto.

Jeśli kryterium dochodowe zostało przekroczone, to znaczy dochód w rodzinie na osobę wynosi więcej niż 764 zł, to nie znaczy, że rodzina nie ma prawa do świadczenia, lecz że otrzyma je w zmniejszonej wysokości. Aby obliczyć wysokość przysługujących świadczeń, należy zsumować zasiłki rodzinne wraz z dodatkami, a następnie odjąć od nich kwotę, o którą rodzina przekroczyła kryterium dochodowe i pomnożyć przez liczbę osób w rodzinie (ten mechanizm nosi nazwę „złotówka za złotówkę”).

Wysokość zasiłku rodzinnego wynosi miesięcznie (stan 1 marca 2016 roku):

- 89,00 zł na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia
- 118,00 zł na dziecko w wieku powyżej 5. roku życia do ukończenia 18. roku życia
- 129,00 zł na dziecko w wieku powyżej 18. roku życia do ukończenia 24. roku życia

(zasiłek przysługuje do ukończenia przez dziecko nauki w szkole, jednak nie dłużej niż do ukończenia 21. roku życia, albo do ukończenia 24. roku życia, jeżeli kontynuuje naukę w szkole lub w szkole wyższej i legitymuje się orzeczeniem o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności).

Przykład:

Dochód czteroosobowej rodziny, gdzie jedno z dzieci w wieku 10 lat ma orzeczenie o niepełnosprawności, wynosi 3125,00 zł netto. Na osobę przypada 781,25 zł. Kryterium dochodowe zostało przekroczone o 69,00 zł, zatem wysokość zasiłku do wypłaty wynosi $118,00 - 69,00 \text{ zł} = 49,00 \text{ zł}$.

Przekroczenie nie może być wyższe niż suma otrzymywanych świadczeń.

Wypłata świadczenia będzie mogła nastąpić, jeżeli kwota uzyskana z tych wyniesie co najmniej 20 złotych.

Dodatki do zasiłku rodzinnego^{1,2}

- na kształcenie i rehabilitację dziecka;
- na kształcenie dziecka, które podjęło naukę w szkole poza miejscem zamieszkania (jeżeli dziecko dojeżdża lub zamieszkuje **w miejscowości, w której znajduje się siedziba szkoły**).

Zasiłek pielęgnacyjny^{1,2}

Jeśli osoba niepełnosprawna jest niezdolna do samodzielnej egzystencji i potrzebuje stałej opieki i pomocy innej osoby, przysługuje jej zasiłek pielęgnacyjny na pokrycie części kosztów związanych z tą opieką. Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje:

- niepełnosprawnemu dziecku do 16. roku życia;
- osobie niepełnosprawnej powyżej 16. roku życia posiadającej orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- osobie niepełnosprawnej powyżej 16. roku życia, posiadającej orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21. roku życia.

Świadczenie pielęgnacyjne^{1,2}

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje:

- matce lub ojcu;
- opiekunowi faktycznemu dziecka;
- osobie będącej rodziną zastępczą spokrewnioną;
- innej osobie, na której ciąży obowiązek alimentacyjny (z wyjątkiem osób o znacznym stopniu niepełnosprawności).

jeżeli nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej po to, by opiekować się osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie o niepełnosprawności, które zawiera wskazania o konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (punkt 7 i 8 orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności).

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje, jeżeli niepełnosprawność osoby wymagającej opieki powstała:

- nie później niż do ukończenia 18. roku życia lub
- w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej, jednak nie później niż do ukończenia 25. roku życia.

Wniosek o wypłatę świadczenia rodzinnego wraz z dodatkami, zasiłku pielęgnacyjnego

i świadczenia pielęgnacyjnego należy złożyć w ośrodku pomocy społecznej, właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej.

Refundacja przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych^{3-5,7}

Aby uzyskać refundację kosztów zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, należy najpierw uzyskać prawidłowo wystawione zlecenie od osoby uprawnionej (lekarza, felczera, pielęgniarki, położnej), z którym należy się udać do miejscowego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), w którym zarejestrowana jest osoba, dla której wystawiono zlecenie. Jeśli zaopatrzenie w wyroby medyczne jest pilne, a osoba, której przysługuje świadczenie, przebywa w innym miejscu, oddział NFZ, na terenie którego świadczeniobiorca przebywa, może faksem potwierdzić zlecenie w oddziale NFZ właściwym dla świadczeniobiorcy.

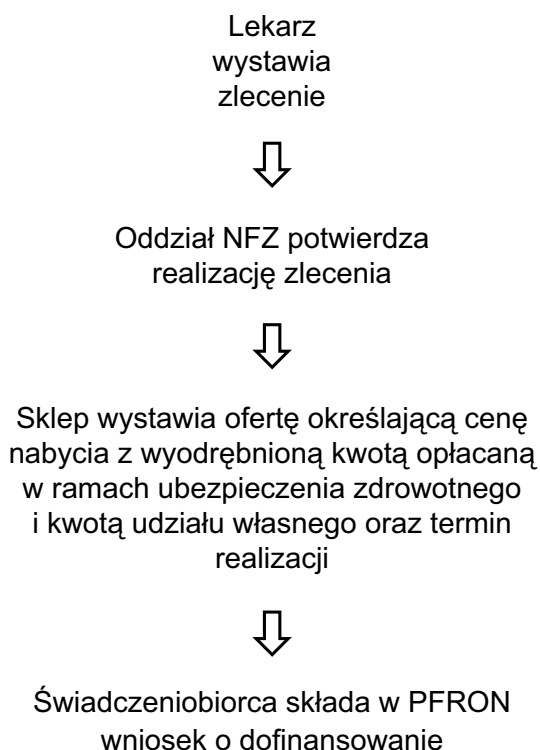
Jeśli wyrób medyczny przysługuje co miesiąc, prócz prawidłowo wystawionego zlecenia potrzebna jest ważna karta potwierdzenia uprawnienia do zaopatrzenia w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie. Wystawia ją i potwierdza ten oddział NFZ, w którym zarejestrowany jest świadczeniobiorca. W okresie ważności karty nie trzeba natomiast potwierdzać w oddziale NFZ zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie.

Potwierdzone i zarejestrowane przez oddział NFZ zlecenie może zostać zrealizowane w wybranym przez świadczeniobiorcę sklepie, należy jednak zwrócić uwagę na to, by sklep ten miał podpisaną umowę z NFZ, w przeciwnym razie **wyrób medyczny nie zostanie zrefundowany!**

Jeśli zrefundowany sprzęt się zepsuje i konieczna będzie jego naprawa, po zleceniu naprawy trzeba się udać do tego oddziału NFZ, który zrefundował jego zakup.

NFZ refunduje zakup sprzętu medycznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jedynie do pewnej wysokości. Powyżej tego limitu

nabywca sprzętu ponosi koszty w wysokości wkładu własnego. Można się jednak ubiegać o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) według następującej procedury:



Jeśli PFRON odmówi dofinansowania (na przykład w związku z przekroczeniem kryterium dochodowego), osoba niepełnosprawna:

- może sama pokryć tzw. udział własny i skorzystać z tzw. ulgi rehabilitacyjnej (o której w ostatniej części tego artykułu);
- wybrać sprzęt tańszy (o ile jest taka możliwość);
- poszukać wsparcia u sponsorów lub organizacji pozarządowych – stowarzyszeń, fundacji. Jeśli kwota takiego wsparcia przekroczy 4902 zł, konieczne będzie zapłacenie podatku od darowizny (podatek może zapłacić darczyńca albo obdarowany).

Dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego⁶

Sprzęt rehabilitacyjny to sprzęt niezbędny do rehabilitacji ruchowej lub innej, zaleconej przez lekarza w warunkach domowych, który nie jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. Przepisy nie określają dokładnie, na jaki sprzęt można uzyskać dofinansowanie ze środków PFRON. O ocenę, czy dany sprzęt może być uznany za rehabilitacyjny, można się zwrócić do Pełnomoc-

nika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych – może to zrobić zarówno osoba zainteresowana, jak i Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, które dysponuje środkami PFRON.

Na sprzęt rehabilitacyjny można uzyskać z PFRON dofinansowanie w maksymalnej wysokości **60% kosztów tego sprzętu, jednak nie więcej niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego** wynagrodzenia (przeciętne miesięczne wynagrodzenie w styczniu 2016 roku wyniosło 4100,83 zł). Pozostałą część ceny pokrywa osoba niepełnosprawna (można skorzystać z ulgi rehabilitacyjnej).

Dofinansowanie likwidacji barier funkcjonalnych⁶

Ze środków PFRON może być dofinansowana likwidacja barier architektonicznych, urbanistycznych, barier w komunikowaniu się oraz technicznych, związanych z indywidualnymi potrzebami dziecka niepełnosprawnego. Przepisy rozporządzenia nie wymieniają konkretnych przedmiotów, które mogą być dofinansowane w ramach usuwania barier. Dlatego bardzo ważne jest udowodnienie, że likwidacja danej bariery (np. zakup komputera dla dziecka z ograniczoną możliwością komunikowania się) spowoduje sprawniejsze funkcjonowanie w społeczeństwie: ułatwi kontaktowanie się z otoczeniem lub wykonywanie podstawowych codziennych czynności.

Wysokość dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych wynosi do 80% kosztów przed-



sięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia (przeciętne miesięczne wynagrodzenie w styczniu 2016 r. wyniosło 4100,83 zł).

Dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych⁸⁻⁹

Na turnus rehabilitacyjny dziecko kieruje lekarz. Na podstawie jego wniosku można ubiegać się w PFRON o dofinansowanie udziału w turnusie. Dofinansowanie to dotyczy kosztów pobytu na turnusie zarówno dziecka, jak i jego opiekuna; **może zostać przyznane opiekunowi** niepełnosprawnego dziecka do lat 16, a jeśli dziecko jest starsze, może otrzymać dofinansowanie wtedy, gdy ma orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

Adresy organizatorów turnusów rehabilitacyjnych można uzyskać we właściwym urzędzie wojewódzkim.

Wniosek o dofinansowanie turnusu ze środków PFRON należy złożyć w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, właściwym dla miejsca zamieszkania osoby uprawnionej. (UWAGA! We Wrocławiu środkami PFRON dysponuje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej).

Ulga rehabilitacyjna¹⁰

Poniesione w danym roku wydatki na cele rehabilitacji i – ogólnie mówiąc – na ułatwienie niepełnosprawnemu dziecku codziennego życia, które nie zostały sfinansowane ze środków NFZ (w ramach ubezpieczenia zdrowotnego), PFRON czy też przez zakład pracy rodzica: ze środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, funduszu socjalnego ani z żadnego innego źródła, można odliczyć w formie ulgi rehabilitacyjnej od podstawy opodatkowania. Ulga rehabilitacyjna przysługuje jedynie wtedy, gdy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (niezależnie od stopnia). Jeśli wydatki zostały sfinansowane w części z wymienionych wyżej funduszy, można odliczyć różnicę między poniesionym kosztem a kwotą dofinansowania (zwrotu kosztów) uzyskaną w jakiegokolwiek formie.

Co można odliczyć w ramach ulgi rehabilitacyjnej?

1. wydatki na adaptację i wyposażenie mieszkań oraz budynków mieszkalnych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
2. przystosowanie pojazdów mechanicznych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
3. zakup i naprawę indywidualnego sprzętu, urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, z wyjątkiem sprzętu gospodarstwa domowego;
4. zakup wydawnictw i materiałów (pomocy) szkoleniowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
5. odpłatność za pobyt na turnusie rehabilitacyjnym;
6. odpłatność za pobyt na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne;
7. opłacenie przewodników osób niewidomych niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym ze względu na choroby narządu ruchu. W roku podatkowym odliczenie to nie może wynieść więcej niż 2280 zł;
8. utrzymanie przez osoby niewidome, o których mowa w pkt 7, psa przewodnika. Ta kwota nie może być wyższa niż 2280 zł;
9. opiekę pielęgniarską w domu nad osobą niepełnosprawną w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się oraz usługi opiekuńcze świadczone dla osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym;
10. opłacenie tłumacza języka migowego;
11. kolonie i obozy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25. roku życia;

12. leki dla osoby niepełnosprawnej przepisane przez lekarza specjalistę (przyjmowane okresowo lub stale): od faktycznego kosztu zakupu leków w danym miesiącu należy odjąć 100 zł i dopiero ta kwota może zostać odliczona w ramach ulgi rehabilitacyjnej
13. odpłatny konieczny przewóz na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne:
 - a) osoby niepełnosprawnej – karetką transportu sanitarnego;
 - b) osoby niepełnosprawnej w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dzieci niepełnosprawnych do lat 16 – również innymi środkami transportu niż wymienione w lit. a);
14. używanie samochodu osobowego, stanowiącego własność (współwłasność) osoby niepełnosprawnej w stopniu umiarkowanym lub znacznym lub podatnika mającego na utrzymaniu osobę niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym lub znacznym albo dzieci niepełnosprawne, które nie ukończyły 16. roku życia, w związku z przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne. Maksymalna wysokość odliczenia z tego tytułu nie może w jednym roku podatkowym przekroczyć 2280 zł;
15. odpłatne przejazdy środkami transportu publicznego związane z pobytem:
 - a) na turnusie rehabilitacyjnym;
 - b) w zakładach, o których mowa w pkt 6;
 - c) na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży, o których mowa w pkt 11.

Podstawa prawna:

1. ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 114 z późn. zm.)
2. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2015 r. w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny i specjalny zasiłek opiekuńczy, wysokości świadczeń rodzinnych oraz wysokości zasiłku dla opiekuna (Dz.U. z 2015 r., poz. 1238)
3. ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t. jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 345)
4. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2013 r., poz. 1565)
5. zarządzenie Nr 90/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne, zmienionym zarządzeniem Nr 9/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2014 r., zarządzeniem Nr 61/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2015 r., zarządzeniem Nr 62/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2015 r., zarządzeniem Nr 70/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2015 r. oraz zarządzeniem Nr 83/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2015 r.
6. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t. jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 926)
7. ustawa z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (t. jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.)
8. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.)
9. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. 2007 nr 230 poz. 1694 z późn. zm.)
10. ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t. jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.)