

NASZA PORADNIA

BEZPŁATNY KWARTALNIK

MAJ 2018

NR 13

DZIECKO ŚPIĄCE Z RODZICEM – WPŁYW NA JEGO
ROZWÓJ EMOCJONALNY ORAZ ZALEŻNOŚCI
PANUJĄCE W RODZINIE

MODEL DIAGNOZY FUNKCJONALNEJ I JEGO
UŻYTECZNOŚĆ W PRAKTYCE SZKOLNEJ

TERAPIA METODĄ INTEGRACJI SENSORYCZNEJ

CO MA WSPÓLNEGO RĘKA Z MOWĄ? – WPŁYW
CZYNNOŚCI PRECYZYJNYCH NA KSZTAŁTOWANIE
SIĘ MOWY DZIECKA

W ŚWIECIE DŹWIĘKÓW- ZNACZENIE PERCEPCJI
SŁUCHOWEJ W ROZWOJU DZIECKA

IDZIEMY DO PRZEDSZKOŁA

WADA REFRAKCJI CZY SŁABE WIDZENIE

Szanowni Czytelnicy

W majowej odsłonie prezentujemy Państwu interesujące artykuły dotyczące opieki i trudności wychowawczych z jakimi zmagają się rodzice dzieci w wieku przedszkolnym. Psycholog Joanna Świrczek podejmuje trudny temat moczenia nocnego u dzieci, w sposób przystępny wyjaśnia również, jak zmierzyć się wspólnie z tym problemem oraz spojrzeć w szerszym kontekście na świat emocji dziecka. W rubryce poświęconej pracy pedagoga próbujemy natomiast odpowiedzieć na pytanie, dlaczego warto posłać dziecko do przedszkola oraz jak otaczające dźwięki, szeroko rozumiana percepcja słuchowa wpływają na rozwój językowo-poznawczy dziecka.

Życzymy owocnej lektury

Urszula Stopińska

SPIS TREŚCI

Joanna Świrczek	<i>DZIECKO ŚPIĄCE Z RODZICEM – WPŁYW NA JEGO ROZWÓJ EMOCJONALNY ORAZ ZALEŻNOŚCI PANUJĄCE W RODZINIE</i>	3
Katarzyna Guguła	<i>MODEL DIAGNOZY FUNKCJONALNEJ I JEGO UŻYTECZNOŚĆ W PRAKTYCE SZKOLNEJ</i>	4
Małgorzata Knap	<i>TERAPIA METODĄ INTEGRACJI SENSORYCZNEJ</i>	6
Anna Kutrzeba	<i>CO MA WSPÓLNEGO RĘKA Z MOWĄ? – WPŁYW CZYNNOŚCI PRECYZYJNYCH NA KSZTAŁTOWANIE SIĘ MOWY DZIECKA</i>	8
	<i>KRÓTKA RELACJA ZE SPOTKAŃ LOGOPEDÓW</i>	11
Agnieszka Łukasik	<i>W ŚWIECIE DŹWIĘKÓW- ZNACZENIE PERCEPCJI SŁUCHOWEJ W ROZWOJU DZIECKA</i>	12
Joanna Kolasa	<i>IDZIEMY DO PRZEDSZKOLA</i>	14
Katarzyna Kasprzyk	<i>WADA REFRAKCYJNY CZY SŁABE WIDZENIE</i>	15



Joanna Świerczek, psycholog, terapeuta EEG biofeedback

Dziecko śpiące z rodzicem – wpływ na jego rozwój emocjonalny oraz zależności panujące w rodzinie

Temat spania dziecka z rodzicem lub rodzicami rozpatrywać można z kilku perspektyw. Niewątpliwie znaczenie mają tu warunki mieszkaniowe rodziny, a na początkowym etapie temperament dziecka, sposób w jaki przesyfia nocie oraz łatwość bądź trudności w zakresie karmienia. Analizując ten temat warto przyrzeć się również rozwojowi emocjonalnemu dziecka kształtowaniu się jego poczucia kompetencji i odporności psychicznej, a także zastanowić się, czyja potrzeba wspólnego snu jest tu dominująca – dziecka czy rodzica?

Pierwszy rok życia

Istotnym argumentem za wspólnym spaniem jest dla wielu rodziców wygoda ciągle wstawanie i przemieszczanie się do innego pokoju w celu nakarmienia dziecka sprawia, że matka bardzo słabo przesyfia nocie, jest zmęczona w ciągu dnia. Może przekładać się to na jej nastrój i jakość opieki nad dzieckiem, wtórnie zwiększając jego niepokój i napięcie (oraz słabo przespaną kolejną noc). W przypadku karmienia sztucznego rodzice mogą się wymieniać, co ma swoje plusy, ale skutkować może złą kondycją psychiczną dwojga niewyspanych dorosłych. W przypadku dzieci o trudnym temperamencie spanie z dzieckiem lub zapewnienie dostawki do wspólnego łóżka może mu pomóc (oraz pośrednio rodzicowi) w mniejszym stopniu niepokoić się podczas wybudzania do karmienia i szybciej się wyciszać do dalszego snu. Jeśli decydujemy się na taką formę odpoczynku z dzieckiem warto jednak zapoznać się z różnymi czynnikami zagrażającymi jego zdrowiu (przykrycie malucha w całości kołdrą w trakcie snu, duża liczba miękkich poduch, spanie pomiędzy rodzicami, szczelina pomiędzy łóżkiem a ścianą, rodzic pod wpływem alkoholu itp.).

Moczenie nocne

Zdarza się, że wspólne spanie dziecka z rodzicami jest wynikiem moczenia nocnego dziecko przy-

chodzi z tego powodu do łóżka opiekunów i tam już pozostaje do rana. Zgoda na taki stan sprzyjać może utrzymywaniu się objawów, ponieważ dziecko otrzymuje dzięki niemu nagrodę w postaci bliskości rodziców. Warto w takich sytuacjach zmienić wraz z dzieckiem pościel i ułożyć je ponownie do snu w jego łóżeczku. Osobnym tematem jest terapia samego moczenia pierwotnego, pomocne będzie zapoznanie się ze strategiami działania w tym zakresie, zwłaszcza jeżeli dziecko skończyło już 5 lat. W przypadku, kiedy dziecko miało przez dłuższy czas suche nocie i problem moczenia powrócił, przyczyny mogą leżeć w regresji emocjonalnej naszej pociechy. W takim przypadku zaburzone funkcjonowanie na poziomie fizjologii może być sygnałem nie radzenia sobie z nową dla dziecka sytuacją, czy trudnymi wydarzeniami, których było świadkiem.

Koszmary senne, lęki nocne

Strach przed ciemnością, ukrytymi pod łóżkiem potworami lub cieniami na ścianach może sprzyjać próbom powrotu do łóżka rodziców. Biorąc pod uwagę rozwój odporności psychicznej dziecka musimy pamiętać, że zgoda na wspólne spanie oznacza w pewnym stopniu uznanie zagrożenia panującego w pokoju dziecka, pokazuje również maluchowi, że nie jest w stanie sam przezwyciężyć swojego lęku. Korzystniejsze dla rozwoju dziecka będzie w tej sytuacji zadbanie o techniczne rozwiązania, które uspokoją dziecko, takie jak mała lampka nocna czy latarka obok łóżka, którą dziecko będzie mogło użyć w razie potrzeby. Nie zaleca się bagatelizowania lęków dziecka, może ono czuć się niezrozumiane i opuszczone w swoim doświadczeniu. Korzystniej jest wyjaśnić dziecku skąd biorą się koszmary, „sprawdzić pokój” lub w zabawowej formie „oczyścić go” ze wszystkich nieprzyjemnych stworów. Można podzielić się również własnymi doświadczeniami i przyznać, że też baliśmy się różnych rzeczy, kiedy byliśmy mali. Powtarzające się koszmary nocne są jednak wyrazem wewnętrznego napięcia dziecka, które gromadzi się

w ciągu dnia, a ulega odreagowaniu w nocy, przydatne będzie więc zadbanie o zmniejszenie źródła stresu, który towarzyszy naszemu maluchowi. Nasze silne przekonanie, że dziecko poradzi sobie z lękiem da mu siłę i wiarę we własne możliwości radzenia sobie. Relacje pomiędzy małżonkami.

Być może trudniej się do tego przyznać, ale często spanie z dzieckiem jest skutkiem konfliktu pomiędzy rodzicami – w niektórych przypadkach jest to otwarty wyraz niechęci do współmałżonka i jest to jasno powiedziane. W innych jest to pretekst do oddalenia się, wymówka, którą można się zasłonić („moje dziecko ma problemy ze snem/ boi się spać samo, muszę z nim zostać”). Dziecko będące buforem w relacjach pomiędzy rodzicami jest bardzo obciążone, prawdopodobnie czuje napięcie pomiędzy rodzicami, niekiedy może czuć się temu winne, zwłaszcza jeśli jedno z rodziców tę sytuację komentuje i wyraża swoje niezadowolenie.

Kiedy potrzeba bliskości wypływa od rodzica...

Niekiedy opór przeciwko rozstaniu z dzieckiem występuje po stronie osoby dorosłej – zdarza się, że to matki mają dużą potrzebę bliskości, której nie podziela dziecko. Dzieje się tak w sytuacji, kiedy ojciec np. wyjeżdża do pracy za granicę, jak również we wspomnianej wcześniej sytuacji konfliktu małżeńskiego lub całkowitego rozstania z partnerem. Dzieci potrafią przyznać w gabinecie specjalisty, że jest im niewygodnie, gorąco lub niekomfortowo, ale mama – ale pomimo tego faktu chce z nimi spać. Powinniśmy być uważni na potrzeby dziecka w tym zakresie,

zwłaszcza że mowa tu o dzieciach w przedziale wieku od 6 – 12 lat, a niekiedy dotyczy nawet dzieci starszych.

Kiedy jest czas na samodzielne spanie?

Trudno określić wiek dziecka, w którym powinno ono mieć swój pokój, a już szczególnie swoje łóżko. Jeżeli maluch od urodzenia śpi z rodzicami, drugi rok życia jest czasem, kiedy dziecko osiąga własną autonomię, rozpoznaje się w lustrze, czuje swoją sprawczość w otoczeniu, jasno wyraża swój sprzeciw. Jest to dobry czas na samodzielne spanie. Jeżeli dziecko dzieli z nami pokój, 4-5 rok życia jeśli pozwalają na to warunki mieszkaniowe, to dobry czas na przeprowadzkę do własnego pokoju. Rytuał takiego przejścia sprzyja rozwojowi dojrzałości dziecka – można sugerować mu dzięki temu różne rzeczy – np. że własny pokój jest dla dużych dzieci, które się nie boją/ ładnie jedzą i kibicować w osiągnięciu tych celów. Jeżeli spodziewamy się kolejnego dziecka, warto uwzględnić przeprowadzkę z pewnym wyprzedzeniem, żeby dziecko odebrało to zdarzenie jako nagrodę, a nie czuło się odrzucone podwójnie.

Na koniec warto podkreślić, że bliskość i kontakt fizyczny jest niezwykle ważny dla rozwoju emocjonalnego dzieci. Spanie w odrębnym pomieszczeniu/ łóżku nie oznacza, że powinno się je pozbawiać takiego kontaktu. Dobrze jednak wyznaczyć taki czas, kiedy wspólne rozmowy i przytulanie podczas leniuchowania w łóżku są rytuałem, np. w weekendowe poranki.

Katarzyna Guguła, psycholog kliniczny

Model diagnozy funkcjonalnej i jego użyteczność w praktyce szkolnej

Zmiany w prawie oświatowym wprowadzone w 2017 roku umożliwiły rozszerzenie zakresu działań diagnostycznych nauczycieli, psychologów i pedagogów szkolnych oraz innych specjalistów już na etapie udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej na terenie szkoły. Paragraf 2. 1 ROZPORZĄDZENIA MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej

w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach precyzuje to w sposób następujący: „Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w przedszkolu, szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce,

w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym. § 24. tego samego rozporządzenia precyzuje zadania pedagoga i psychologa: „do zadań pedagoga i psychologa w przedszkolu, szkole i placówce należy w szczególności:

1) prowadzenie badań i działań diagnostycznych uczniów, w tym diagnozowanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów w celu określenia mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i uzdolnień uczniów oraz przyczyn niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu uczniów, w tym barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola, szkoły i placówki; [...].

W rozporządzeniu w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym od dawna widnieje zapis mówiący o wielospecjalistycznej diagnozie. Pojęcie to pojawia się między innymi w odniesieniu do indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych tzw. IPET-ów jak i obszarze współpracy szkoła - poradnia.

Warto zastanowić się, jaki rodzaj diagnozy były tu najbardziej użyteczny? Do tej pory dominowała tzw. diagnoza gabinetowa w poradniach, a w szkołach pracować miał zespół kierowany przez wychowawcę. W wielu aspektach działania obu zespołów powielają się, bądź były ze sobą niespójne, zaś brak bezpośredniej komunikacji powodował nieporozumienia.

Jako rozwiązanie tego problemu obecnie wprowadza się pojęcie diagnozy funkcjonalnej, realizowanej we współpracy wielu specjalistów, zgodnie z modelem bio-psycho-społecznym niepełnosprawności.

Z definicji diagnoza funkcjonalna jest procesem dokonywania wielowymiarowego opisu funkcjonowania danej osoby. Umożliwia rozpoznanie źródeł problemów oraz zaplanowanie skutecznej, trafnej pomocy i działań wspierających. Daje możliwość oceny ich skuteczności, opiera się na zasobach i ma wspierać rozwój dziecka.

Czynniki, które sprzyjają powstawaniu zachowań problemowych mogą mieć różne źródła, a diagnoza funkcjonalna daje możliwość zidentyfikowania źródła problemu dzięki całościowemu spojrzeniu na daną osobę, ponieważ uwzględnia wszystkie ważne wymiary jej funkcjonowania (biologiczny (stan zdro-

wia), społeczny (grupa rówieśnicza, role społeczne), rodzinny (środowisko wychowawcze), poznawcze (intelekt, pamięć, percepcja), emocjonalne i bardziej szczegółowe, takich jak genetyka itp.. Pomiędzy tymi wymiarami istnieją ściśle zależności, więc zaburzenia w jednym obszarze mogą znacząco utrudniać funkcjonowanie na pozostałych.

W procesie diagnozy funkcjonalnej opracowuje się plan udzielania wsparcia ingerujący w źródła zaburzeń. Ma on przede wszystkim na celu wzmacnianie zasobów jednostki, co umożliwia jej zastąpienie niekorzystnych zachowań bardziej pożądanymi. W diagnozie funkcjonalnej uwzględnia się zatem mocne strony funkcjonowanie danej osoby, umożliwiające budowanie pozytywnego obrazu własnej osoby. Należą do nich: zachowane funkcje, zasoby, warunki wspomagające rozwój, zasoby środowiskowe i inne.

W przypadku dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w procesie diagnostycznym dokonuje się opisu rozwoju fizycznego (problemy zdrowotne), rozwoju poznawczego, rozwoju językowego, społecznego, emocjonalnego, moralnego i wielu innych. Proces diagnozy jest ściśle związany z planowaniem działań interwencyjnych, które mają sprzyjać rozwojowi dziecka.

Diagnoza funkcjonalna nie jest jednorazowym działaniem, ale cyklem działań diagnostyczno-terapeutycznych służących terapii i pogłębianiu diagnozy, co nadaje jej dynamiczny charakter. Dzięki temu na bieżąco można planować bardziej adekwatne oddziaływanie wspomagające.

W procesie diagnozy funkcjonalnej bierze udział cały zespół specjalistów pracujących z danym dzieckiem/ uczniem w przypadku praktyki szkolnej lub przedszkolnej. Dane podlegające analizie (wiedza o dziecku) powinny pochodzić z różnych źródeł.

W skład Zespołu powinny wejść wszystkie osoby zainteresowane pracą z nim na terenie szkoły i domu. Tak więc sprawa diagnozy funkcjonalnej nie jest tylko sprawą psychologa lub pedagoga pracującego w poradni psychologiczno-pedagogicznej w gabinecie. Chodzi tu o zaangażowanie w proces diagnozy wszystkich uczestniczących w procesie edukacyjnym ważnych dla dziecka osób: wychowawcy, pedagoga szkolnego, wychowawcy świetlicy, specjaliści jako równorzędnych partnerów. Niezwykle ważny jest Rodzic zainteresowany sprawami szkolnymi dziecka, jak i efektywną pracą z nim na terenie domu. Jego świadomość problemów i potrzeb dziecka pozwoli

mu lepiej je rozumieć, co na pewno wpływa korzystnie na komunikację i relacje rodzic- dziecko.

Proces diagnostyczny powinien dać umożliwić stworzenie profilu, który umożliwi dokonanie oceny efektywności działań pomocowych. Zaplanowanie działań programem rozwojowym terapeutycznym powinno uwzględniać zarówno naturalne aspekty rozwoju jakiej korektywne wymagające terapii.

Mówi się również o nieinwazyjnym charakterze takiego procesu diagnostycznego. Zakłada się, że diagnoza powinna być przeprowadzona odbywać się w środowisku naturalnym, czyli w szkole lub w domu lub innym miejscu przyjazny uczniowi.

Nowy model zaproponowany przez Ustawodawcę jest bardzo nowatorskim pomysłem i wymaga zmiany dotychczasowych schematów postępowania, które w większości były wykorzystywane w pracy diagnostycznej w poradniach. Ograniczenia czasowe i lokalowe często powodowały skrócenie tego procesu zawężenie do przeprowadzania diagnozy gabinetowej w poradniach bez komunikowania się ze szko-

łą poza pisemną opinią.

Pełna diagnoza funkcjonalna wymaga spotkania rodzic- wychowawca- pedagog- inny specjalista i specjalista z poradni. Daje to możliwość zniwelowania różnic w rozumieniu problemów dziecka, zmniejsza poziom frustracji wynikającej z niezrozumienia, umożliwia wspólne zaplanowanie oddziaływań w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej na terenie szkoły, dostosowanie oddziaływań edukacyjnych, zgodnie z potrzebami dziecka, stosownie do sygnalizowany twoich problemów i potrzeb oraz stosownie do możliwości środowiska szkolnego i rodzinnego. Zaangażowanie wielu osób to daje możliwość udzielania skuteczniejszej, trafniejszej pomocy we wzajemnym porozumieniu i poszanowaniu kompetencji.

Bibliografia:

Ewa Domagała-Zyśk, Tomasz Knopik, Urszula Oszwa: Diagnoza i wspomaganie rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów w wieku 9–13 lat. Podręcznik dla wychowawców i nauczycieli

Małgorzata Knap, psycholog, terapeuta SI

Terapia metodą integracji sensorycznej

Do niedawna mało znana, traktowana przez niektórych „z przymrużeniem oka”, dziś popularna, a czasami zalecana „profilaktycznie”, jako antidotum na niemal każdą trudność dziecka. Mowa o terapii **integracji sensorycznej**, która znajduje się również w ofercie Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Skawinie. Czym zatem jest wspomniana metoda i do kogo jest adresowana? Jakiej objawy mogą (ale nie muszą!) wskazywać na zaburzenia z obszaru integracji sensorycznej?

Czym jest integracja sensoryczna?

Integracja sensoryczna (SI) to umiejętność naszego mózgu, która pozwala odczuwać, porządkować, składać w jedną, spójną całość i rozumieć w relacji do siebie bodźce – wzrokowe, słuchowe, dotykowe, pochodzące z ruchu i grawitacji czy

wreszcie węchowe i smakowe - dochodzące do mózgu za pośrednictwem naszych zmysłów. Dzięki temu możliwa jest reakcja - zachowanie adekwatne do sytuacji. Ten proces organizacji informacji sensorycznych jest fundamentem funkcji ruchowych, mowy, emocji, uwagi, relacji społecznych i percepcji. Proces ten rozwija się przez całe życie, jednak najbardziej intensywnie **podczas pierwszych kilku lat życia dziecka** (Przyrowski, 2018).

Powyższa definicja akcentuje zatem rolę integracji sensorycznej jaką jest **stanowienie bazy czy podstawy dla rozwoju wyższych funkcji i umiejętności.** Dziecko nie nauczy się (lub będzie mu niezmiernie trudno nauczyć się) czytania, pisanie, nawiązywania satysfakcjonujących relacji społecznych jeśli jego mózg nie będzie skutecznie integrował informacji płynących do niego z poszczególnych zmysłów.

Dla kogo przeznaczona jest terapia integracji sensorycznej?

Zasadniczo, metoda ta jest adresowana do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym o prawidłowym rozwoju, które doświadczają problemów w codziennym funkcjonowaniu, jak również do dzieci z różnego rodzaju niepełnosprawnościami.

Jakie nietypowe zachowania dziecka powinny wzbudzić naszą czujność? Krótko o typologii zaburzeń integracji sensorycznej.

Istnieje kilka rodzajów zaburzeń procesów sensorycznych - możemy mówić o zaburzeniach modulacji sensorycznej, zaburzeniach ruchowych oraz zaburzeniach różnicowania sensorycznego.

Zaburzenia modulacji sensorycznej charakteryzują się nieprawidłowym reagowaniem na bodźce sensoryczne i przejawianiem zachowań relatywnie niedostosowanych do stopnia, intensywności i na-

tury bodźca sensorycznego (np. dźwięku, światła, dotyku, ruchu). Wśród zaburzeń modulacji sensorycznej wyróżniamy: nadwrażliwość, podwrażliwość i poszukiwanie wrażeń sensorycznych.

Wśród **zaburzeń ruchowych o bazie sensorycznej** wyróżniamy: zaburzenia posturalne (wiążą się one ze słabą równowagą, nieprawidłowym napięciem mięśniowym i nieadekwatną kontrolą ruchu) i dyspraksję (charakteryzującą się dziwnymi i źle skoordynowanymi ruchami, słabymi zdolności do grania w piłkę, trudnościami w rozwoju umiejętności samoobsługowych, problemami w samoorganizacji i w planowaniu ruchu).

Zaburzenia różnicowania sensorycznego charakteryzują się natomiast trudnościami w dostrzeganiu podobieństw i różnic między bodźcami sensorycznymi płynącymi z tego samego kanału sensorycznego (np. dziecko rejestruje i adekwatnie reaguje na dźwięki ale nie potrafi wskazać różnic pomiędzy nimi).

Poniższa grafika przedstawia wybrane objawy, mogące wskazywać na dysfunkcje integracji sensorycznej:



źródło: <https://crdv.pl/terapia-integracji-sensorycznej>

Jeszcze indywidualny profil sensoryczny czy już dysfunkcja SI?

Każde dziecko jest inne – ma przecież różnych rodziców, odmienne doświadczenia i warunki w jakich dorasta. Dzięki temu kształtują się u niego indywidualne predyspozycje, uzdolnienia i **profil sensoryczny**. Dziecko od początku życia przyzwyczajane do udziału w głośnych rodzinnych spotkaniach prawdopodobnie (choć niekoniecznie) nie będzie przejawiało lęku czy odczuwało dyskomfortu w hałaśliwych miejscach. Natomiast maluch, którego rodzice unikają głośnych, zatłoczonych miejsc, prawdopodobnie również będzie preferował miejsca ciche i spokojne, a nadmiar bodźców będzie powodował u niego rozdrażnienie. Czy to oznacza, że jest to dziecko nadwrażliwe na dźwięki? Niekoniecznie – prawdopodobnie takie są jego preferencje sensoryczne.

Podjezwając u dziecka dysfunkcje integracji sensorycznej warto obserwować je na tle rówieśników, zasięgnąć opinii wychowawcy przedszkolnego czy nauczyciela, przyjrzeć się i ocenić **na ile „dziwne”**

zachowania czy trudności prezentowane przez dziecko utrudniają mu życie i stanowią przeszkodę w rozwoju. W razie wątpliwości należy skonsultować się z terapeutą integracji sensorycznej.

Warto wiedzieć, że rozpoczęcie terapii integracji sensorycznej musi być poprzedzone dokładną diagnozą, a sama terapia ma postać „naukowej zabawy”, podczas której dziecko nie uczy się konkretnych umiejętności ale poprawia funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego poprzez dostarczenie mu odpowiedniej ilości bodźców sensorycznych.

Bibliografia:

Przyrowski Z., Co to jest integracja sensoryczna, <http://integracjasensoryczna.info/art/52/co-to-integracja-sensoryczna> (16.02.2018)

Przyrowski Z., Typologia zaburzeń integracji sensorycznej, <http://integracjasensoryczna.info/11789/typologia-zaburzen-integracji-sensorycznej> (16.02.2018)

Kranowitz C.S., Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie, Wyd. Harmonia, Gdańsk 2012

Anna Kutrzeba, logopeda

Co ma wspólnego ręka z mową? – wpływ czynności precyzyjnych na kształtowanie się mowy dziecka

Niezwykle oczekiwanym przez Rodziców momentem w rozwoju dziecka jest czas, kiedy pojawiają się pierwsze słowa, zdania. Mały człowiek, który do tej pory komunikował się za pomocą płaczu, uśmiechu wydobywa z siebie dźwięki mające znaczenie. Pewne opóźnienia lub nieprawidłowy rozwój mowy mogą wzbudzać niepokój, dlatego stają się jednym z pierwszych powodów wizyty u specjalisty – logopedy, psychologa czy lekarza.

Nie możemy zapominać o tym, że ciało funkcjonuje jako nierozdzielna całość, a jego aktywność wymaga integracji. Nie można zatem oddzielić rozwoju mowy od całego rozwoju psychoruchowego i psychospołecznego. Rozwój ruchowy dziecka, jego postawa ciała, podlega ocenie pediatry i rodzica już od pierwszych dni życia. Niestety w mniejszym stopniu zwraca się uwagę na przebieg rozwoju umiejęt-

ności manualnych dziecka, chwytu i form czynności widocznych przede wszystkim w obserwacji spontanicznych aktywności i zabaw dziecka.

Ścisły związek dłoni i narządów artykulacyjnych wynika stąd, że ich pola czuciowe są zlokalizowane blisko siebie w korze mózgowej. Poprzez manipulowanie rękami aktywizują się elementy kory mózgowej odpowiedzialne za ruch, a tym samym jest pobudzany ośrodek ruchowy mowy.

Motoryka dłoni ma swój początek już w okresie życia płodowego, kiedy intensywnie tworzą się i rozwijają mięśnie dziecka potrzebne po porodzie do chwytania, oddychania, fonacji oraz ssania. Wraz z rozwojem precyzyjnych ruchów palców, doskonałą się mięśnie krtani biorące udział podczas mówienia. Różnorodność bodźców dotykowych ma ogromne znaczenie dla mowy, ponieważ na opuszkach palców,

w skórze warg oraz na czubku języka znajduje się najwięcej receptorów docierających do kory czuciowej.

Kiedy rozwój dziecka przebiega prawidłowo funkcje motoryki precyzyjnej oraz poznawcze wyprzedzają rozwój mowy i stanowią dla niej podstawę. Gaworzenie dźwiękonaśladowcze pojawia się wraz z manipulacją niespecyficzną – przekładaniem przedmiotu z ręki do ręki. Następnie dziecko zaczyna naśladować mowę innych osób, co pojawia się równocześnie

z umiejętnością naśladowania czynności manualnych i gestów. Kiedy w drugim. roku życia maluch osiągnie pojęcie stałości przedmiotu i nastąpi rozwój manipulacji specyficznej (celowe użycie przedmiotów) potrafi też nazywać obiekty z otoczenia. Poniższa tabela przedstawia umiejętności dziecka z zakresu czynności precyzyjnych, które osiąga na poszczególnych etapach rozwoju.

1. rok życia	Trzyma dłonie otwarte lub zaciśnięte w pięść. Patrzy na dłonie i bawi się palcami. Trzyma przez chwilę grzechotkę i przygląda się jej. Chwyta i puszcza przedmioty. Sięga po przedmioty znajdujące się poza jego zasięgiem. Chwyta małe kuleczki, wykorzystując kciuk i palec wskazujący. Wrzuca kostkę do małego pojemnika i wyjmuje ją. Odwraca strony w książce.
2. rok życia	Pewnie trafia palcem wskazującym w małe przedmioty. Trzyma narzędzie do pisania w sposób umożliwiający osiągnięcie celu, ale nieprawidłowo. Wrzuca małe kuleczki do butelki, naśladując dorosłego. Pierwsze próby samodzielnego mycia zębów. Otwiera pojemniki. Buduje wieżę z trzech klocków. Odwraca pojedyncze strony w książce.
3. rok życia	Buduje wieżę z 6-8 klocków. Odwzorowuje pionowe i poziome linie oraz krzyżyk. Łapie toczącą się piłkę. Składa małe elementy konstrukcyjne np. klocki typu lego. Posługuje się łyżką, widelcem, kubkiem. Nawleka koraliki. Składa na pół arkusz papieru naśladując dorosłego. Formuje na stole wałeczek z plasteliny
4. rok życia	Wycina nożyczkami, jednak niedokładnie i z wysiłkiem. Odwzorowuje kształt koła, kwadratu. Rysuje po śladzie. Posługuje się młotkiem. Zamalowuje powierzchnie kartki lub jej wyznaczony fragment (bez ścisłego trzymania się granic)
5. i 6. rok życia	Pełna samoobsługa. Umiejętność tworzenia rysunków tematycznych. Precyzyjne ruchy dłoni. Wycinanie nożyczkami po linii. Próby wiązania sznurówek.

Aby usprawnić czynności precyzyjne dłoni można wykonywać następujące ćwiczenia:

- malowanie palcami po różnorodnych powierzchniach lub za pomocą farb

- zabawy paluszkowe i masażyki

- lepienie, wałkowanie, ugniatanie (masa solna, ciastolina, modelina)

- przewlekanie, wyszywanie, nawlekanie
- przybijanie (np. młotek, stempelki, pieczątki z ziemniaków)
- zabawy z różnymi fakturami (np. piana, wata, materiały sypkie)
- chwytanie i przenoszenie materiałów paluszkami lub za pomocą szczypców, słomek, klamerek, łyżek o różnej objętości
- przelewanie, przesypywanie (np. woda, produkty sypkie)
- budowanie z klocków o różnych fakturach, układanie puzzli, mozaik
- zabawy z papierem o różnych fakturach (np. gazeta, bibuła, karton)
- samodzielne jedzenie i ubieranie się

- pomoc w sprzątanii (np. gąbką, szmatką, pomoc podczas przygotowywania posiłków lub nakrywaniu do stołu).

Ćwiczenia takie są świetnym sposobem urozmaicenia zajęć logopedycznych i mogą być z powodzeniem wykorzystywane również przez Rodziców w domu, jako wsparcie w terapii. Dzięki nim poprawia się koncentracja uwagi, wzmacnia poczucie sprawstwa, motywacja oraz kreatywność – nie tylko dziecka, ale także nas – dorosłych.

Bibliografia:

E. Bogacz, Ręka, myślenie i mowa – rozwój psychoruchowy i poznawczy a kształtowanie mowy dziecka w odniesieniu do dzieci z chorobami genetycznymi [w:] T. Kaczan, R. Śmigiel, Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi, Kraków 2012.

S. Masgutowa, A. Regner, Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej, Wrocław 2009.

W. Straßmeier, Interwencja wczesnodziecięca, Gdańsk 2014.



Krótką relacją ze spotkań logopedów

W roku szkolnym 2017/2018 zebrania zespołu samokształceniowego Logopedów z Gminy Skawina oraz Gminy Mogilany odbywały się cyklicznie w drugi lub trzeci czwartek każdego miesiąca. Celem spotkań jest zacieśnianie współpracy pomiędzy logopedami pracującymi w placówkach na terenie Skawiny, Mogilan oraz pobliskich miejscowości.

Pierwsze zebranie odbyło się w Październiku 2017 i poświęcone zostało tematowi wczesnej opieki logopedycznej nad dzieckiem w wieku 0-2 roku życia. Spotkanie poprowadziła logopeda Anna Kwoka. Omówiono także wspólnie harmonogram i tematykę kolejnych spotkań, biorąc pod uwagę potrzeby i zainteresowanie zawodowe wszystkich uczestników zespołu.

W Listopadzie logopeda Krystyna Olejniczak podzieliła się informacjami, które zdobyła uczestnicząc w konferencji Życie z zacięciem - jąkanie jako zaburzenie wielowymiarowe. Temat niepełności mowy jest bardzo ciekawy a zarazem trudny, dlatego też wspólna dyskusja, która została podjęta w dalszej części spotkania, była cenna dla każdego logopedy praktyka, który spotyka się w swojej codziennej pracy z dzieckiem jękającym się.

Kolejne spotkanie odbyło się w grudniu. W tym miesiącu w naszej Poradni była przeprowadzana ewaluacja zewnętrzna przez Panię Wizytatorki z Kuratorium Oświaty, w związku z czym zebranie odbyło się w obecności jednej z Pań. Przedstawiona została prezentacja dotycząca sygnatyizmu - jego przyczyn, diagnozy i terapii (część teoretyczną poprowadziła logopeda Maria Paluch Arciszewska), następnie odbyła się część praktyczna - logopeda Anna Kutrzeba zaprezentowała sposoby przeprowadzania badania połykania (różnicowanie połykania infantylnego względem połykania dojrzałego).

Styczniowe zebranie zostało poświęcone tematowi odruchów niemowlęcych - sposobów ich badania oraz ich wpływu na rozwój dziecka. Swoją wiedzę podzieliła się logopeda Anna Kutrzeba, która jest w trakcie studiów neurologopedycznych.

W lutym po raz kolejny wrócono do tematu sygnatyizmu. W codziennej pracy logopedycznej z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym najczęściej spotykamy się z wadami wymowy. Tym razem spotkanie miało charakter dyskusji mającej na celu wymianę doświadczeń, omówienie różnych specyficznych przypadków wadliwych realizacji głosek trzech szeregów. Praca logopedy opiera się na ciągłym poszukiwaniu właściwych rozwiązań - każde dziecko stanowi indywidualny przypadek, niejednokrotnie budzi się wiele wątpliwości, czy obrona przez nas ścieżka terapii jest tą właściwą, dlatego każda okazja do skonsultowania swoich doświadczeń jest cenna.

W marcu logopeda Maria Paluch - Arciszewska oraz Anna Kwoka przedstawiły krótkie sprawozdanie z konferencji na temat: Rola logopedy we wspomaganie rozwoju komunikacji dziecka potrzebującego AAC, zaś spotkanie kwietniowe zostało poświęcone przeglądowi testów logopedycznych oraz omówieniu procedur związanych z diagnozą logopedyczną.

Opracowała koordynator zebrań: Maria Paluch-Arciszewska

Agnieszka Łukasik, surdopedagog, terapeuta EEG biofeedback

W świecie dźwięków- znaczenie percepcji słuchowej w rozwoju dziecka

Percepcja słuchowa mowy odgrywa istotną rolę w nauce szkolnej dziecka. Jest ona niczym innym, jak zdolnością do odbierania, rejestrowania i identyfikowania bodźców akustycznych z otoczenia. Problemy z budowaniem wypowiedzi ustnej czy też pisemnej, zakłócenia w procesie czytania, mały zasób słów oraz wady w wymowie przemawiają za nieprawidłowym rozwojem funkcji słuchowych. Trudności te mogą wynikać z ogólnego opóźnienia mowy, z opóźnionego rozwoju słuchu fonemowego i zdolności analityczno-syntetycznych funkcji słuchowej, nietrwałej bezpośredniej pamięci słuchowej czy też krótkiego czasu wrażliwości na bodźce słowne. W celu stopniowego opanowywania wszystkich tych umiejętności, które składają się na prawidłowy proces percepcji słuchowej mowy, program ćwiczeń powinien bazować na kolejnych etapach rozwoju mowy dziecka. Istotą funkcji słuchowych jest prawidłowy odbiór dźwięków, umiejętność lokalizacji ich źródła w otaczającej przestrzeni, ich rozpoznawanie, różnicowanie i zapamiętywanie oraz kojarzenie określonych dźwięków z innymi bodźcami. Prawidłowa umiejętność odbierania bodźców akustycznych umożliwia komunikację i stanowi źródło informacji o otaczającej dziecko rzeczywistości. Już noworodek zdolny jest do lokalizacji źródła dźwięku oraz do reakcji na głos osób najbliższych, szczególnie matki. **W pierwszym roku życia** dziecko reaguje ruchem na dźwięki z otoczenia, próbuje zlokalizować źródło dźwięku, zaczyna kojarzyć określony dźwięk z właściwym przedmiotem. Stopniowo świadomie manipuluje przedmiotami w celu uzyskania efektu akustycznego, zaczyna rozumieć polecenia słowne powiązane z gestem, odczytuje stany emocjonalne na podstawie brzmienia głosu. Z czasem powtarza sylaby i proste słowa. **Trzylatek** potrafi identyfikować nowe słowa, rozumie wypowiedzi, tworzy własne konstrukcje językowe, powtarza proste melodie oraz słucha bajek i opowiadań. Pobyt w grupie przedszkolnej mobilizuje dziecko do słuchania i rozumienia poleceń kierowanych do całej grupy, słuchania dłuższych tekstów,

uczenia się wierszyków i piosenek. Realizacja tych zadań jest trudna z uwagi na dużą przerzutność uwagi typową dla tego etapu rozwoju dziecka. Szczególne znaczenie w obszarze funkcji słuchowych ma rozwój słuchu fonemowego, czyli zdolności różnicowania dźwięków mowy - fonemów (np. **bal-pal, brać-prać**, itd.). Umiejętność ta warunkuje kształtowanie się prawidłowej mowy, jest ona nabywana w toku rozwoju i podlega ćwiczeniom. Rozwój słuchu fonemowego zależy od słuchu fizjologicznego i przebiega w kilku etapach. **W fazie początkowej** dziecko nie różnicuje dźwięków mowy, następnie odróżnia fonemy najmniej podobne do siebie. Mowa dziecka jest na tym etapie zniekształcona, rozumiana zazwyczaj przez osoby z najbliższego otoczenia. **W kolejnym etapie** dziecko potrafi różnicować niemal wszystkie fonemy, rozróżnia już mowę poprawną od niepoprawnej, choć nie potrafi wymawiać jeszcze trudniejszych głosek. **W wieku przedszkolnym** mowa dziecka jest zrozumiała dla otoczenia, różnicuje ono wszystkie dźwięki mowy, ale może zniekształcać jeszcze trudniejsze głoski. **Na początku młodszego wieku szkolnego** kończy się rozwój słuchu fonemowego. Zaburzenia słuchu fonemowego warunkują rozwój mowy czynnej i biernej, wpływają również na naukę umiejętności czytania i pisanie. Deficyty z tego obszaru powodują w wypowiedziach dziecka zniekształcanie głosek, trudności ze zrozumieniem złożonych poleceń, problemy z uczeniem się tekstów na pamięć oraz z kojarzeniem głosek z odpowiadającymi im znakami graficznymi. Prawidłowy poziom percepcji słuchowej w znacznym stopniu wpływa na rozwój mowy i myślenia, stąd bardzo ważne jest jak najwcześniejsze zdiagnozowanie określonych zaburzeń w tej sferze. Ograniczenie funkcji słuchowej, szczególnie przy rejestrowaniu bodźców akustycznych oraz odbieraniu i rozumieniu mowy określa się jako tzw. niedosłuch. Stopień uszkodzenia określany jest od lekkiego po głęboki. Przy niedosłuchu przewodzeniowym ślimak i nerw słuchowy są nieuszkodzone i działają prawidłowo. Upośledzone jest

natomiast przewodzenie drgań akustycznych powietrza, najczęściej na skutek zaburzonej pracy ucha środkowego. Mowa słyszana jest znacznie ciszej, lecz wymawiana z bliska słyszana jest wyraźnie i bez zniekształceń. W przypadku niedosłuchu odbiorczego zaburzona jest czynność ślimaka lub nerwu słuchowego. Odbiór mowy przez narząd słuchu jest nie tylko osłabiony, ale w zależności od zaburzenia odbioru poszczególnych składowych dźwięków może być także w różnym stopniu zniekształcony. Niedosłuch może być wrodzony tzn. może występować od momentu urodzenia lub też nabyty w okresie rozwoju. Poważniejsze wady słuchu można zaobserwować już w wieku niemowlęcym, lżejsze mogą pozostać niewykryte aż do momentu, gdy dziecko zacznie uczyć się mowy. Dlatego tak istotna jest szybka diagnoza, konsekwencją której będzie właściwe leczenie, a tym samym mniejszy będzie wpływ wady słuchu na ogólny rozwój dziecka. Wady wrodzone słuchu powinny być leczone jak najwcześniej, w okresie krytycznym dla rozwoju mowy, a więc już w pierwszym, drugim roku życia. W przypadku dzieci najmłodszych, rodziców powinien zaniepokoić brak reakcji na głos, dźwięki dochodzące z otoczenia, brak zainteresowania zabawkami wydającymi dźwięk, brak lub znaczne opóźnienie rozwoju mowy. Należy pamiętać, że głuszenie (czyli specyficzne dźwięki o przypadkowym miejscu artykulacji pojawiające się w pierwszej, po krzyku fazie rozwoju mowy dziecka np. agu, ge, gli, kli itp.) stanowi odruch bezwarunkowy i pojawia się także u dzieci z zaburzeniami słuchu, dopiero kolejny etap mowy gaworzenie wymaga kontroli słuchowej. W przypadku stwierdzenia przez rodziców niepokojących symptomów konieczne jest przeprowadzenie konsultacji otolaryngologicznej, która pozwoli na określenie ewentualnego stopnia uszkodzenia słuchu, jego przyczyn oraz umożliwi zastosowanie właściwego leczenia. Deficyty rozwoju percepcji słuchowej mogą nie mieć charakteru medycznego i nie wymagają interwencji lekarskiej. Wystarczające będą w takim przypadku ćwiczenia wspomagające rozwój tej funkcji wykonywane pod kontrolą logopedy lub

pedagoga. W toku ćwiczeń usprawniających należy stosować wzmacnianie spostrzeżeń słuchowych spostrzeżeniami dochodzącymi z innych zmysłów, a więc wzrokowymi, kinestetycznymi, oraz wspomagać zastosowaniem różnych pomocy terapeutycznych. Wiele z ćwiczeń rodzice mogą wykonywać samodzielnie w domu, np. zabawy ortofoniczne, ćwiczenia różnicowania dźwięków, zabawy rytmizujące i muzyczne, w odniesieniu do starszych przedszkolaków zabawy z wykorzystaniem głosek i sylab, utrwalanie ciągów słownych, ćwiczenia rozwijające mowę i wzbogacające słownik. Kolejne moje opracowanie do Biuletynu Poradni będzie prezentowało propozycje ćwiczeń wspomagających percepcję słuchową, które Państwo Rodzice będą mogli wykorzystać w codziennej zabawie z dziećmi.

Literatura:

Jastrząb Jadwiga (1994): Usprawnianie funkcji percepcyjno- motorycznych dzieci dyslektycznych. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa.

Cieszyńska j., Korendo M.(2007) Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulowanie rozwoju dziecka od noworodka do szóstego roku życia. Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.

Demelowa T. (1979): Elementy logopedii. WSiP, Warszawa.

Góralówna M., Hołyńska B. (1984) Rehabilitacja małych dzieci z wadą słuchu. Państwowy Zakład wydawnictw Lekarskich, Warszawa.

Gałkowski T., Tarnowski Z., Zalewski T. (red.); Diagnostyka i terapia zaburzeń mowy. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej, Lublin 1993.

Migdał K. (2014) Biuletyn Informacyjny PP-P nr 3.

Joanna Kolasa, pedagog resocjalizacji, etyk

Idziemy do przedszkola

Etap nauki w przedszkolu to bardzo ważny czas w życiu każdego dziecka. To moment, w którym maluch „wychodzi” spod opieki rodziców i kieruje swoje pierwsze kroki ku dorosłości. W okresie przedszkolnym dziecko nabywa kompetencji w sferze emocjonalnej, społecznej, fizycznej i poznawczej. Zanika dziecięca spontaniczność i zmienia się obraz samego siebie. Do tej pory przebywając w domu, często jako najmłodszy członek rodziny, uwaga skierowana była w dużej mierze na malucha i jego potrzeby. W przedszkolu zaczyna kształtować się samodzielność oraz związana z tym umiejętność komunikacji. Mały człowiek musi zasygnalizować swoją potrzebę w jasny sposób, aby mogła zostać ona zaspokojona przez opiekuna. Płacz, krzyk i złość powinny ustąpić miejsca bardziej aprobowanym społecznie reakcją werbalnym. W okresie przedszkolnym kontakty społeczne poszerzają się o osoby dorosłe, które nie są już spokrewnione z dzieckiem oraz o rówieśników. Maluch nawiązuje nowe znajomości i konfrontuje swoje umiejętności z kompetencjami swoich rówieśników. Dziecko nabywa nowych doświadczeń, ale i utrwalą te, które zdobyło do tej pory. Wiele z dotychczasowych umiejętności ewoluuje na wyższy poziom. Dotąd spontaniczna aktywność staje się bardziej celowa. Wykonywane ruchy bardziej precyzyjne. Działania mimowolne i przypadkowe zmieniają się w złożone i nastawione na to, aby nabyć nowe wiadomości.

W tym okresie niezwykle istotną rolę pełni dorosły, który jako nauczyciel powinien zapewnić dziecku jak najlepsze warunki do rozwoju, stworzyć sytuację do badania i aktywności. Dzieci uczą się poprzez zadania oraz modelowanie, temu procesowi sprzyja także wielość i różnorodność technik. W środowisku przedszkolnym słuch oraz pamięć fonologiczna są stymulowane między innymi podczas zajęć rytmiki, ale również poprzez słuchanie np. baśni, opowiadań, jak również poprzez to, że dziecko opowiada rodzicom, co działo się dziś w przedszkolu. Ta sama umiejętność utrwalana i rozwijana jest poprzez kilka aktywności, które są dla dziecka niemal niezauważane i naturalne, a jednak różnorodne i wielomodelowe. Podczas np. tworzenia prac plastycznych maluch ma

okazję, aby uzewnętrznić swoje przeżycia emocjonalne, przenieść je na inną płaszczyznę, wykazać się kreatywnością oraz wyobraźnią, ale również jest to moment, aby nabyć kompetencje w obszarze motoryki małej, które w późniejszym etapie okażą się niezbędne podczas nauki pisania. Dzięki spójności działań rodziców i nauczycieli przedszkolnych dziecko poddane jest wszechstronnym oddziaływaniom wpływającym na rozwój poszczególnych postaw.

Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 14 lutego 2017r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej, dokładnie określa jakie są zadania przedszkoli oraz jakie kompetencje w obszarze fizycznym, społecznym, emocjonalnym i poznawczym powinno nabyć dziecko w wieku przedszkolnym. Oczywiście, nie należy zapominać o tym, że każdy mały człowiek jest indywidualnością i w takim kontekście powinien być traktowany. Niektóre maluszki potrzebują nieco mniej czasu, aby opanować pewne wiadomości, inne potrzebują czasu, aby je zdobyć. Są również dzieci, które mimo początkowego opanowania umiejętności mają kłopot z tym, aby je utrwalić i zapamiętać. Jest to zupełnie naturalne. Każde dziecko rozwija się w innym tempie, dlatego też bardzo ważną rolę odgrywa obecność nauczyciela, który jest obiektywny oraz posiada znajomość poszczególnych etapów rozwojowych dziecka. Rodzic, pomimo tego, że zna swoje dziecko najlepiej i pomimo najszczerzych chęci nie zawsze pozostaje obiektywny w stosunku do swojego dziecka. Nauczyciel przedszkolny to jedna z pierwszych osób, które spoglądają na malucha w sposób bardziej krytyczny. Z tego powodu istotna jest spójność oddziaływań na płaszczyźnie Rodzic-Nauczyciel oraz wymiana wzajemnych spostrzeżeń.

Za chwilę rozpoczyna się czas rekrutacji do przedszkoli. O tym, czy dziecko rozpocznie swoją przygo-

dę już teraz zadecydują rodzice, dla których pierwsze tygodnie dziecka w placówce mogą być równie emocjonujące, co dla malucha. Przedszkola wychodząc naprzeciw oczekiwaniom rodziców, coraz częściej organizują dni otwarte lub zajęcia adaptacyjne, podczas których rodzice mogą zapoznać się z ofertą i specyfiką placówki, natomiast przyszły uczeń ma okazję, aby oswoić się z nową sytuacją i miejscem. To świetny sposób, aby dziecko zaadaptowało się w nowym środowisku. Pod czujnym okiem rodzica może powoli zapoznać się z placówką oraz nawiązać nowe znajomości. Maluch czuje się pewniej i bezpieczniej. Dziecięca ciekawość i spontaniczność jest bardzo pomocna w procesie adaptacji, dlatego rodzic nie powinien pokazywać swoich obaw związanych z tym ważnym krokiem w samodzielność. Dobrze, gdy podziela entuzjazm i radość malucha. Na rynku wydawniczym ukazują się cała masa różnego typu opowiadań edukacyjnych o tym, jak to dzieci oraz zwierzątka podejmują naukę w przedszkolu czy szkole, to bardzo cenne narzędzie, które również warto wykorzystać, aby ułatwić dziecku „przelamanie pierwszych lodów”. Dodatkowym motywatorem dla przedszkolaka mogą być także atrakcyjne gadżety z wizerunkami ulubionych postaci z bajek takie jak: worek na kapcie, strój do ćwiczeń, pierwsze przybory do pisania, które mogą stać się dla dziecka zachętą do nawiązania rozmowy z rówieśnikiem.

Bibliografia:

1. Bonna Beata, Rozwój i kształcenie dziecka przedszkolnego w: „Wychowanie na co Dzień”, Toruń 2003, nr 1/2, s. 8-11.
2. Kuszak Kinga, Profil rozwoju samodzielności dzieci w wieku przedszkolnym w: „Kwartalnik Pedagogiczny”, Warszawa 2007, nr 3, s. 101-113.
3. <https://www.osesek.pl/wychowanie-i-rozwoj-dziecka/wychowanie-dziecka/632-dziecko-idzie-do-przedszkola-adaptacja.html>
4. Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 14 lutego 2017r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz. U. z 2017r. , poz. 356).

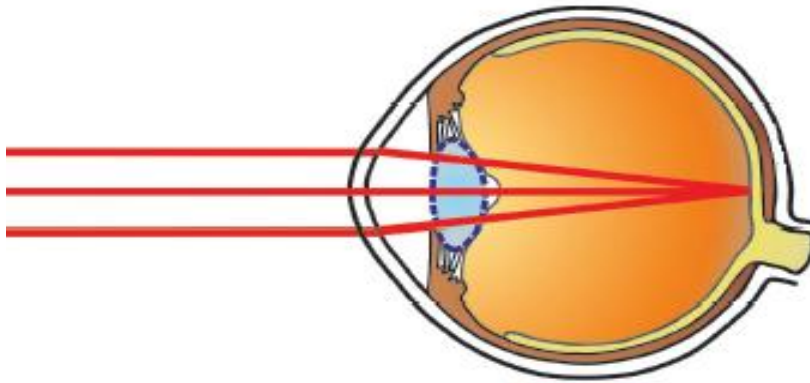
Katarzyna Kasprzyk, tyflopédagog

Wada refrakcji czy słabe widzenie

Często się zdarza, że rodzice dzieci będących już w szkole zgłaszają się do lekarza okulisty ze względu na problemy w nauce szkolnej tj. pisanie, czytanie, przepisywanie z tablicy. Po przeprowadzonych badaniach okazuje się, że dziecko wymaga korekcji okularowej ze względu na wadę refrakcji. Niejednokrotnie można wówczas usłyszeć, że „moje dziecko słabo widzi”. Otóż nie.

Każdą wadę ostrości wzroku, którą można skorygować okularami należy nazwać wadą refrakcji.

Przedstawiony poniżej rysunek przedstawia oko miarowe, a więc takie, którego układ optyczny ogniskuje równoległe promienie świetlne centralnie na plamce żółtej znajdującej się na siatkówce.

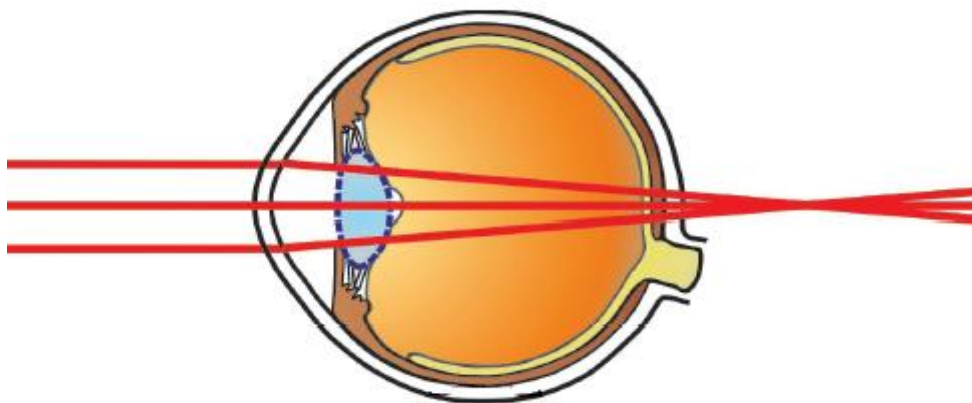


Rys 1. Oko miarowe- promienie świetlne ogniskowane na siatkówce (plamce żółtej)

Wadę refrakcji stwierdza się w sytuacji, gdy układ optyczny w spoczynku nie ogniskuje wpadającej do wnętrza gałki ocznej, równoległej wiązki światła na siatkówce.

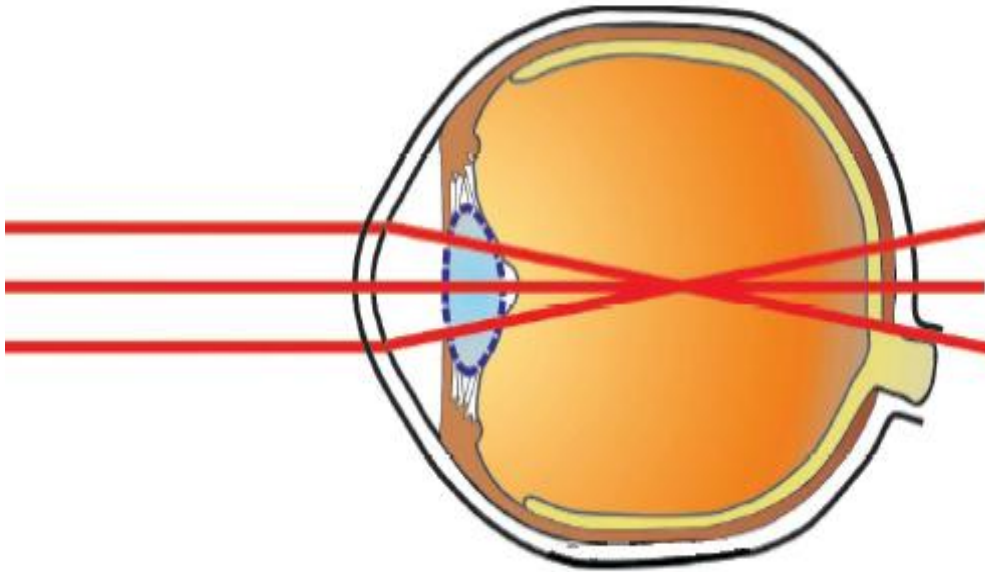
Okło może być więc nadwzroczne, krótkowzroczne i niezborne (astygmatyzm).

Nadwzroczność polega na tym, że układ optyczny ogniskuje równoległe promienie światła za siatkówką. Przyczyną może być zbyt krótka gałka oczna lub zbyt słaba moc układu optycznego łamiącego promienie świetlne.



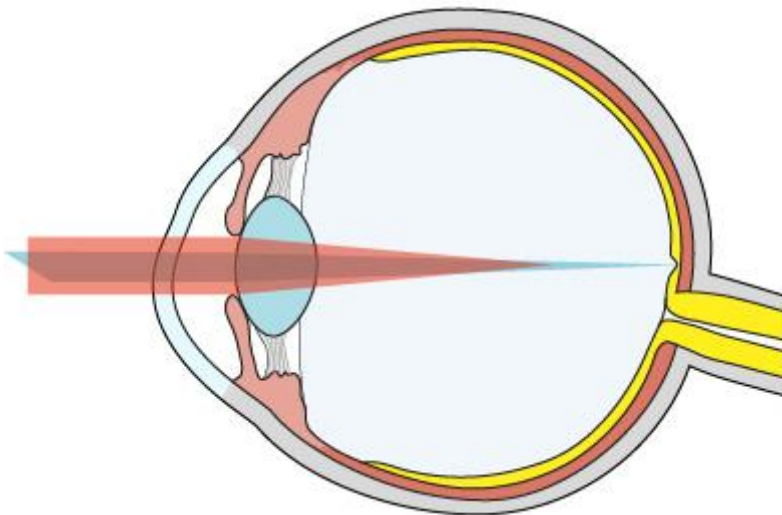
Rys. 2 Hypermetropia - dalekowzroczność

Krótkowzroczność polega na tym, że układ optyczny załamuje światło przed siatkówką z powodu nadmiernej siły łamiącej soczewki, rogówki lub ze względu na zbyt długą gałkę oczną.



Rys.3 Myopia - krótkowzroczność

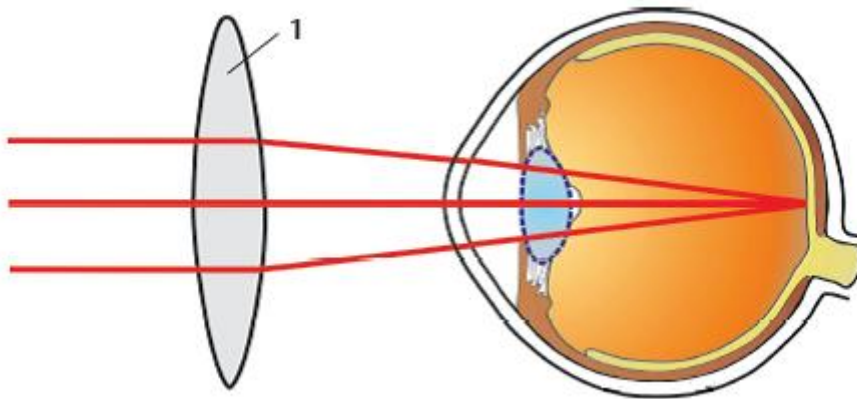
Astygmatyzm (niezborność) najprościej rzecz ujmując polega na różnej sile załamania równoległych promieni świetlnych w dwóch różnych płaszczyznach (np.: pionowej i poziomej) układu optycznego oka. Wówczas układ optyczny nie ma jednego punktowego ogniska, obraz na siatkówce nie jest dobrze zogniskowany, a przez to nieostry.



Rys 4. Astygmatyzm (niezborność)

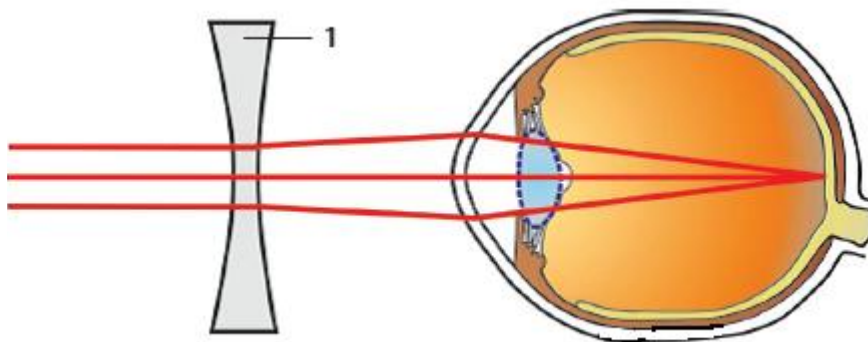
Wymienione wady refrakcji można, a nawet należy skorygować okularami lub soczewkami.

Są to soczewki dla dalekowidzów wypukłe (tzw. „+”),



Rys. 5 Soczewka wypukła

dla krótkowidzów wklęsła (tzw. „- ”)



Rys. 6 Soczewka wklęsła

a dla astygmatyków soczewki cylindryczne (toryczne) będące wycinkiem walca.

Niezależnie od tego jaką moc szkieł wyrażaną w dioptriach (dptr.) lub w cylindrach (cyl.) nosi pacjent i korekcja poprawia jego ostrość widzenia (tzw. Visus) do wartości 0,4-1,0 badaną na tablicy np.: Snellena nie można uznać takiej osoby za słabowidzącą .

Osobami słabowidzącymi są osoby, u których ostrość wzroku wynosi od 0,06 do 0,3, po najlepszej korekcji okularowej. O ile chodzi o pole widzenia, to podobnie jak w przypadku osób niewidomych, przyjmuje się jego ograniczenie wartości 20° niezależnie od ostrości widzenia (może być lepsza niż 0,3). (WHO)

Bibliografia:

A. Roth (2005) Projekt Proviptrain – Weiterbildung Low Vision Modul

Arkadiusz Pogrzebielski: <https://okulistyka.mp.pl/wadywzroku>