

Załącznik
do uchwały nr XVII/152/12
Rady Miejskiej Wodzisławia Śląskiego
z dnia 25 stycznia 2012 roku

PROGRAM ZDROWOTNY

KOMPLEKSOWA REHABILITACJA I TERAPIA DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z TERENU MIASTA WODZISŁAWIA ŚLĄSKIEGO

Okres realizacji programu:

lata 2012 – 2016

Autorzy:

mgr Joanna Stolarska

mgr Anna Majdowska-Ryszka

SPIS TREŚCI

Opis problemu zdrowotnego.....	4
Problem zdrowotny i epidemiologia.....	4
Świadczenia realizowane w ramach programu.....	14
Kinezyterapia.....	14
Fizykoterapia.....	17
Hydroterapia.....	19
Masaż leczniczy.....	19
Metody neurofizjologiczne.....	19
Terapia psychologiczna.....	23
Terapia logopedyczna.....	24
Terapia rewalidacyjna.....	25
Metody ruchu rozwijającego wg Weroniki Sherborne.....	25
Metoda M.Ch. Knill.....	26
Poranny krąg.....	30
Sala Doświadczenia Świata (SNOEZELLEN).....	32
Terapia taktylna.....	34
Terapia zajęciowa.....	35
Muzykoterapia.....	36
Dogoterapia.....	37
Makaton.....	38

Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu.....	40
Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....	40
Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	40
Cele programu.....	41
Adresaci programu (Populacja programu).....	43
Organizacja programu.....	43
Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.....	45
Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.....	45
Warunki niezbędne do realizacji programu.....	46
Dowody skuteczności planowanych działań.....	46
Koszty.....	46
Monitorowanie i ewaluacja efektów zdrowotnych.....	47

Opis problemu zdrowotnego

Problem zdrowotny i epidemiologia

Definicje osoby niepełnosprawnej pojawiają się w literaturze fachowej w różnych sformułowaniach. Definicje te przyjmują dwojakiego rodzaju kryteria, a mianowicie:

- biologiczne (medyczne) - czyli uszkodzenie narządów i ich czynności, powodujące naruszenie lub obniżenie ich sprawności funkcjonowania oraz całego organizmu z uwagi na to, że wszystkie czynności są wzajemnie uwarunkowane i skoordynowane,
- społeczne - wskazujące na konsekwencje tego uszkodzenia i obniżenia sprawności w różnych sferach życia oraz na relacje danej osoby ze środowiskiem, w którym żyje i działa.

Jak widać, zdefiniowanie pojęcia niepełnosprawności jest trudne, bowiem trudne do dokładnego określenia są granice między sprawnością a niepełnosprawnością.

Zgodnie z definicją sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) „osoba niepełnosprawna to osoba, u której istotne uszkodzenia i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powodują uniemożliwienie, utrudnienie lub ograniczenie sprawnego funkcjonowania w społeczeństwie, biorąc pod uwagę takie czynniki jak płeć, wiek oraz czynniki zewnętrzne.” Toteż etykietę "niepełnosprawny" możemy otrzymać w każdym momencie i na każdym etapie naszego życia.

Wyróżnia się trzy główne rodzaje dysfunkcji:

- fizyczne,
- umysłowo-psychiczne,
- pozostałe i bliżej nieokreślone.

Poza wyżej wymienionymi można jeszcze wyróżnić sprzężone schorzenia psychofizyczne określające znaczny stopień niepełnosprawności. Inny podział charakteryzujący osoby niepełnosprawne uwzględnia rodzaj ich niepełnosprawności.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia „osoby niepełnosprawne to osoby o naruszonej sprawności psychofizycznej, powodującej ograniczenie funkcjonalne sprawności lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym pełnienie właściwych dla nich ról społecznych” (Źródło: M. Borkowska 1997).

W polskim prawie pojęcie „osoba niepełnosprawna” pojawiło się w 1982 r. w uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych. W następnych latach podejmowano wiele prób zdefiniowania tego pojęcia. W efekcie tych prób w 1996 r. powstała definicja opracowana przez grupę specjalistów powołanych przez Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych

w następującym brzmieniu: „Niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny (lub) psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnienie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i społecznymi”.

Podobna definicja zawarta jest w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalonej w 1997 roku przez Sejm RP (Uchwała Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r., Monitor Polski Nr 50, poz.475). Będąca w powszechnym użyciu jest definicja zawarta w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. Nr 123, poz.776 z późn. zm.), która brzmi: „Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej”.

Definicja ta daje podstawy do określenia trzech stopni niepełnosprawności, a mianowicie: lekki, znaczny i umiarkowany. Każdy z tych stopni określa stan zdrowia z uwzględnieniem kryterium zawodowego.

Natomiast według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia z 2001 roku istotę niepełnosprawności stanowi odchylenie od normalnego poziomu funkcjonowania w trzech obszarach:

- biologicznym - zniesienie, ograniczenie lub zaburzenie przebiegu czynności organizmu na skutek uszkodzenia jego narządów,
- indywidualnym - ograniczenie aktywności i działania w podstawowych sferach życia osobistego,
- społecznym - ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym swojego środowiska.

(Źródło: dr n. med. Bożena Kurkus - Rozowska (CIOP-PIB) „Osoby niepełnosprawne – zatrudnienie a jakość życia”)

Znaczną grupę wśród osób niepełnosprawnych w naszym społeczeństwie stanowią dzieci i młodzież.

Tabela 1 Osoby niepełnosprawne według kategorii niepełnosprawności w 2002 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś
<i>częstość niepełnosprawności prawnej lub/i biologicznej wśród ludności ogółem</i>	14,3	13,9	14,7	13,6	15,3
<i>częstość niepełnosprawności prawnej wśród ludności ogółem</i>	11,6	11,8	11,5	11,2	12,3
<i>częstość niepełnosprawności biologicznej wśród ludności ogółem</i>	10,0	9,5	10,5	9,4	11,0
<i>częstość niepełnosprawności prawnej lub/i biologicznej wśród osób w wieku 16 lat i więcej</i>	17,1	16,7	17,5	15,9	19,2
<i>częstość niepełnosprawności prawnej wśród osób w wieku 16 lat i więcej</i>	14,1	14,4	13,8	13,2	15,5
<i>częstość niepełnosprawności biologicznej wśród osób w wieku 16 lat i więcej</i>	12,0	11,4	12,5	11,0	13,8
O g ó ł e m	5 456 711	2 568 220	2 888 491	3 213 104	2 243 607
osoby odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	798 754	363 167	435 587	470 365	328 389
poważne	3 033 309	1 395 894	1 637 415	1 750 554	1 282 755
nieodczuwające ograniczenia sprawności	1 624 648	809 159	815 489	992 185	632 463
w wieku 16 lat i więcej	5 254 312	2 452 066	2 802 246	3 094 281	2 160 031
odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	763 646	343 679	419 967	449 864	313 782
poważne	2 919 263	1 328 818	1 590 445	1 684 085	1 235 178
nieodczuwające ograniczenia sprawności	1 571 403	779 569	791 834	960 332	611 071

w wieku 0-15 lat	202 399	116 154	86 245	118 823	83 576
odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	35 108	19 488	15 620	20 501	14 607
poważne	114 046	67 076	46 970	66 469	47 577
nieodczuwające ograniczenia sprawności	53 245	29 590	23 655	31 853	21 392
niepełnosprawne prawnie - razem	4 450 139	2 186 483	2 263 656	2 650 571	1 799 568
w wieku 16 lat i więcej	4 315 045	2 109 425	2 205 620	2 571 731	1 743 314
o stopniu niepełnosprawności:					
znacznym	1 064 844	460 297	604 547	638 305	426 539
umiarkowanym	1 426 665	713 928	712 737	911 319	515 346
lekkim	1 571 661	814 373	757 288	917 592	654 069
nieustalonym	251 875	120 827	131 048	104 515	147 360
w wieku 0-15 lat	135 094	77 058	58 036	78 840	56 254
niepełnosprawne prawnie i biologicznie	2 825 491	1 377 324	1 448 167	1 658 386	1 167 105
odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	674 783	319 017	355 766	398 755	276 028
poważne	2 150 708	1 058 307	1 092 401	1 259 631	891 077
w wieku 16 lat i więcej:	2 743 642	1 329 856	1 413 786	1 611 399	1 132 243
o stopniu niepełnosprawności:					
znacznym	906 030	391 641	514 389	540 045	365 985
odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	437 205	196 875	240 330	256 354	180 851
poważne	468 825	194 766	274 059	283 691	185 134
umiarkowanym	941 674	472 352	469 322	584 078	357 596
odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	145 666	75 092	70 574	91 810	53 856
poważne	796 008	397 260	398 748	492 268	303 740
lekkim	820 801	430 376	390 425	457 349	363452

odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	56 344	28 534	27 810	31 517	24 827
poważne	764 457	401 842	362 615	425 832	338 625
nieustalonym	75 137	35 487	39 650	29 927	45 210
odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	13 770	6 253	7 517	6 708	7 062
poważne	61 367	29 234	32 133	23 219	38 148
w wieku 0-15 lat	81 849	47 468	34 381	46 987	34 862
odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	21 798	12 263	9 535	12 366	9 432
poważne	60 051	35 205	24 846	34 621	25 430
niepełnosprawne tylko prawnie	1 624 648	809 159	815 489	992 185	632 463
w wieku 16 lat i więcej o stopniu niepełnosprawności:	1 571 403	779 569	791 834	960 332	611 071
znacznym	158 814	68 656	90 158	98 260	60 554
umiarkowanym	484 991	241 576	243 415	327 241	157 750
lekkim	750 860	383 997	366 863	460 243	290 617
nieustalonym	176 738	85 340	91 398	74 588	102 150
w wieku 0-15 lat	53 245	29 590	23 655	31 853	21 392
niepełnosprawne tylko biologicznie	1 006 572	381 737	624 835	562 533	444 039
odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	123 971	44 150	79 821	71 610	52 361
poważne	882 601	337 587	545 014	490 923	391 678
w wieku 16 lat i więcej	939 267	342 641	596 626	522 550	416 717
odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	110 661	36 925	73 736	63 475	47 186
poważne	828 606	305 716	522 890	459 075	369 531
w wieku 0-15 lat	67 305	39 096	28 209	39 983	27 322
odczuwające ograniczenie sprawności:					
całkowite	13 310	7 225	6 085	8 135	5 175
poważne	53 995	31 871	22 124	31 848	22 147

Osoby niepełnosprawne prawnie - takie, które posiadały odpowiednie, aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, wydane przez organ do tego uprawniony.

Osoby niepełnosprawne biologicznie - takie, które odczuwały całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych dla danego wieku.

Powyższa tabela obrazuje jak liczną grupę stanowią dzieci i młodzież dotknięte niepełnosprawnością.

Szansą dla wszystkich osób obarczonych deficytami ograniczającymi lub uniemożliwiającymi w pełni samodzielne funkcjonowanie jest rehabilitacja.

Według definicji WHO rehabilitacja to kompleksowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym, który dąży najogólniej mówiąc do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych.

Rozwój rehabilitacji, jako jednej ze specjalności medycznych rozpoczął się po II wojnie światowej, uznano ją wtedy za integralną 3 fazę procesu terapeutycznego (obok diagnozowania i leczenia).

Głównymi twórcami rehabilitacji medycznej w Polsce byli prof. Wiktor Dega, prof. Adam Gruca, prof. Kazimiera Milanowska oraz prof. Marian Weiss.

Polski model rehabilitacji, zgodnie z założeniami prof. Wiktora Degi sprecyzował cztery podstawowe zasady rehabilitacji: powszechność, wczesność, kompleksowość i ciągłość.

Zasady te mówią o tym, że każdy ma prawo do rehabilitacji, bez względu na wiek, rozpoznanie czy rokowania. Rehabilitacja powinna być rozpoczęta jak najwcześniej, powinna być prowadzona przez zespół specjalistów różnych dziedzin i z zastosowaniem wielu dostępnych metod, technik i rodzajów terapii oraz kontynuowana w sposób ciągły i regularny, aż do uzyskania zadowalających efektów. Od początku powinna uwzględniać wszystkie aspekty tj. leczniczy, społeczny i psychologiczny.

Zgodnie z zasadą kompleksowości powstało pojęcie zespołu terapeutycznego. Jest to grupa specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji

(Źródło: www.medisystem.pl/index.php/site/site_show/22/Rehabilitacja.html).

W skład zespołu terapeutycznego wchodzi:

- lekarz specjalista rehabilitacji medycznej,
- lekarze innych specjalności,
- fizjoterapeuci,
- terapeuta zajęciowy,
- terapeuta mowy, logopeda, neurologopeda,- pielęgniarki,
- psycholog, neuropsycholog
- pedagog specjalny,
- inni w zależności od potrzeb (technik ortopedyczny, pracownik socjalny).

Proces rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych nie może ograniczać się tylko i wyłącznie do leczenia deficytu, ale musi opierać się na kompleksowych i wielodyscyplinarnych świadczeniach zdrowotnych prowadzonych z odpowiednią intensywnością i systematycznością.

Wyodrębnienie rehabilitacji leczniczej, psychicznej, zawodowej i społecznej nie oznacza, iż są one niezależne, stanowią bowiem kompleksowy i skoordynowany proces, który ma przygotować osoby niepełnosprawne do samodzielnego życia i pracy zgodnie z ich możliwościami.

Miasto Wodzisław Śląski od wielu lat finansuje świadczenia rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie miasta. Program powstał z myślą właśnie o tej grupie społecznej, wymagającej ciągłej i kompleksowej rehabilitacji. Wielkość populacji została ustalona na podstawie danych statystycznych określających liczbę dzieci korzystających w przeciągu ostatnich trzech lat z ponadstandardowych, finansowanych przez miasto świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji i terapii.

Tabela 2 Dane statystyczne określające ilość dzieci korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych z budżetu miasta Wodzisławia Śląskiego

<u>ROK 2011</u>	OGÓLEM	GRUPOWE ZAJĘCIA KOREKCYJNE	WCZESNA INTERWENCJA	OŚRODEK DZIENNY
styczeń	193	119	61	13
luty	230	147	69	14
marzec	244	157	71	16
kwiecień	240	150	72	18

maj	216	133	66	17
czerwiec	205	124	65	16
lipiec	162	90	58	14
sierpień	165	98	58	9
wrzesień	195	129	57	9
październik	194	116	66	12
listopad	189	116	63	10
grudzień	-	-	-	-
SUMA	2233	1379	706	148
ŚREDNIA MIESIĘCZNA	203	125,36	58,83	12,33

<u>ROK 2010</u>	OGÓLEM	GRUPOWE ZAJĘCIA KOREKCYJNE	WCZESNA INTERWENCJ A	OŚRODEK DZIENNY
styczeń	169	107	53	9
luty	165	107	49	9
marzec	198	151	39	8
kwiecień	210	148	52	10
maj	191	119	61	11
czerwiec	191	108	67	16
lipiec	144	71	57	16
sierpień	173	101	52	12
wrzesień	197	114	67	16
październik	196	125	57	14
listopad	196	122	61	13
grudzień	175	107	53	15

SUMA	2205	1380	668	149
ŚREDNIA MIESIĘCZNA	183,75	115	55,66	12,41

<u>ROK 2009</u>	OGÓLEM	GRUPOWE ZAJĘCIA KOREKCYJNE	WCZESNA INTERWENCJA	OŚRODEK DZIENNY
styczeń	210	167	35	8
luty	201	151	42	8
marzec	236	182	48	6
kwiecień	246	186	54	6
maj	229	170	53	6
czerwiec	236	182	48	6
lipiec	177	126	45	6
sierpień	180	129	49	2
wrzesień	187	130	48	9
październik	208	150	49	9
listopad	201	139	53	9
grudzień	167	115	44	8
SUMA	2478	1827	568	83
ŚREDNIA MIESIĘCZNA	206,5	152,25	47,33	6,92

Przedstawiony program zdrowotny powstał w głównej mierze w celu uzupełnienie świadczeń gwarantowanych, finansowanych z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia gwarantowane nie zaspakajają w pełni potrzeby rehabilitacyjnych i terapeutycznych młodych, niepełnosprawnych mieszkańców Wodzisławia Śląskiego.

Miasto Wodzisław Śląski już od ponad 13 lat umożliwia dzieciom niepełnosprawnym korzystanie z ponadstandardowych świadczeń rehabilitacyjnych. Dotychczas świadczenia te były realizowane

w ośrodku rehabilitacyjnym, do którego dzieci były kwalifikowane ze względu na problemy związane z niepełnosprawnością.

W celu kontynuowania prowadzonych działań współfinansujących proces rehabilitacji i terapii dzieci, a także edukację rodziców tych dzieci Wodzisław Śląski planuje wdrożyć niniejszy program zdrowotny.

W działania związane z realizacją programu włączeni są także rodzice dzieci niepełnosprawnych. Udział rodziców w procesie rehabilitacji i terapii jest bardzo istotnym czynnikiem, od którego w dużym stopniu zależy powodzenie prowadzonej terapii.

Program ukierunkowany jest na zapobieganie problemowi istotnemu z perspektywy jednostki, rodziny, jak i społeczeństwa. Działania podejmowane w programie wynikają również z zadań jakie stawiają przepisy prawne jednostką samorządów terytorialnych. Realizacja programu zdrowotnego przewidziana jest na okres 4 lat, tj. od 2012 do 2016 roku.

Program obejmuje realizację wielospecjalistycznej, kompleksowej rehabilitacji dzieci niepełnosprawnej, w wieku od 0 do 18 lat., wymagającej intensywnego usprawniania oraz stymulacji rozwoju.

Program realizowany jest poprzez:

1. Diagnozowanie medyczne, pedagogiczne, psychologiczne i logopedyczne.
2. Realizację świadczeń zdrowotnych zmierzających do rozwijania umiejętności wykonywania czynności życia codziennego, nauki samoobsługi, przygotowania do życia w środowisku społecznym, rozwijania umiejętności komunikowania się.
3. Rehabilitację leczniczą.
4. Prowadzenie terapii psychologicznej dzieci i rodziców.
5. Prowadzenie terapii logopedycznej.
6. Edukowanie rodziców w zakresie opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka.
7. Udzielanie rodzicom porad i instruktażu i w zakresie metod i technik stosowanych w rehabilitacji dziecka.
8. Organizowanie spotkań zespołów terapeutycznym z udziałem rodziców dzieci niepełnosprawnych.
9. Objęcie opieką i wsparciem rodziców dzieci niepełnosprawnych w ramach organizowanych form pomocowych: grupa wsparcia, spotkania integracyjno – edukacyjne i terapeutyczne.
10. Uczestnictwo dzieci i rodziców w różnego rodzaju imprezach sportowo- rekreacyjnych i kulturalno-oświatowych o charakterze integracyjnym.

Program skierowany jest do dzieci :

- w wieku od 0 do 7 lat z zaburzeniami rozwojowymi i okołoporodowymi oraz spowodowanymi ciężką wysokim ryzykiem,
- w wieku od 3 do 18 lat z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego i głęboką sprzężoną niepełnosprawnością,
- w wieku od 7 do 18 lat z dysfunkcją narządu ruchu np. wadami postawy, płaskostopiem, skoliozami niskostopniowymi.

Świadczenia realizowane w ramach programu

Rehabilitacja lecznicza

Kinezyterapia

Polega na leczeniu ruchem. Stosowana jest u dzieci z różnymi schorzeniami i dysfunkcjami narządu ruchu. Jej celem jest uzyskanie maksymalnej poprawy utraconych funkcji, przywrócenie prawidłowej mechaniki ruchu, zabezpieczenie przed wykształceniem nieprawidłowych wzorców ruchowych oraz przeciwdziałanie wtórnym zmianom w układzie kostno-mięśniowym w postaci ograniczeń ruchowych.

W ramach kinezyterapii wykonywane są:

- ćwiczenia czynne (wykonywane przez pacjenta pod kierunkiem terapeuty lub przy jego pomocy),
- ćwiczenia bierne (wykonywane przez terapeutę),
- ćwiczenia czynno-bierne,
- ćwiczenia izometryczne (polegają na czynnym napinaniu mięśni bez ruchu w stawie),
- ćwiczenia oddechowe (poprawiające sprawność układu oddechowego),
- ćwiczenia asymetryczne,
- ćwiczenia terapii manualnej.

Metodą wspomagającą prowadzenie ćwiczeń z zakresu kinezyterapii, jest zastosowanie Ortezy Dynamicznej DUNAG 02.

Orteza składa się z kilku elementów:

- kamizelki,
- spodenek,
- podpór kolanowych i stopnych między, którymi indywidualnie rozmieszczone są elementy ściągające- naciągi,

- podkłady i bandaże.

Kamizelka - wykonana jest z nierozciągliwego materiału w formie bezrękawnika, na którym w sposób symetryczny z przodu i z tyłu umieszczone są elementy półkoliste. U dołu rozmieszczone są elementy mocujące ze spodenkami.

Spodenki - wykonane są również z tego samego materiału, na których elementami mocującymi są półkółka rozmieszczone po obu stronach grzbietowej i brzusznej.

Podpory kolanowe - elementy zaczepowe lub przelotowe w zależności od przeznaczenia.

Podpory stopne - różne formy zaczepowe mające za zadanie ustawienie stóp do pozycji pośredniej.

Naciągi – elementy ścięgnowe w 5 rozmiarach, oznaczone kolorami w zależności od długości.

Siła naciągu w poszczególnych długościach jest równa.

Podkłady, bandaże, obciążniki - stanowią elementy ochronne, mocujące, stabilizujące.

Odpowiednie rozmieszczenie elementów ścięgniętych jak i siła naciągów pozwala na takie ustawienie poszczególnych segmentów ciała, które w sposób najbardziej optymalny umożliwia zapamiętywanie proprioceptywne określonych ustawień stawowych zgodnych z prawidłowym wzorcem sekwencji ruchowych. Proprioceptywne doświadczenia prawidłowo czy też bardziej prawidłowo ustawionych elementów ciała względem siebie, pozwala na bazową informację dotyczącą doświadczenia pozycji wyjściowej i dalej do nauki prawidłowego wzorca ruchowego.

Elementy ścięgnięte w sposób równoważący, utrudniający, zastępujący, korygujący, wspomagający oddziałują na układ biomechaniczny pacjenta powodując optymalne ustawienie poszczególnych elementów ciała względem siebie i na tej bazie następuje utrwalenie prawidłowych lub zbliżonych do prawidłowych wzorców ruchowych. Poprzez docisk, budowane jest również napięcie mięśniowe w centrum, co z kolei umożliwia pacjentom zwiększoną kontrolę nad poszczególnymi elementami ciała (szczególnie kończyn górnych) i podczas ruchu kodowanie prawidłowych wzorców ruchowych. Dodatkową korzyścią wynikającą z tzw. hipergrawitacji jest ustawienie układu oddechowego (intensyfikacja pracy mięśni wdechowych) jak i poprawa kontroli nad mięśniami odpowiedzialnymi za mowę.

Istotą stosowania tej metody jest umiejętność rozmieszczenia elementów ścięgniętych, aby uzyskać optymalny a obraz biomechaniczny ciała pacjenta i z tym związany określony wzorzec ruchowy. Połączenie poszczególnych poziomów (tzn. stopy, kończyny dolne, tułów) przy pomocy elastycznych naciągów przez tzw. podpory (stopne, kolanowe, tułowiowe) daje całościowy obraz ortezy dynamicznej przy pomocy, której będzie prowadzona terapia.

OCENA PACJENTA

Konieczna jest analiza biomechaniczna i funkcjonalna pacjenta.

Ocena statyczna:

- Stopy - celem oceny jest takie ustawienie stopy w osi czołowej, poprzecznej, jak i podłużnej, aby optymalnie do danego przypadku uzyskać ustawienie pośredni w stawie skokowym.
- Kolana - oceniamy wzorzec zgięciowy lub wyprostny, czy występują przykurcze.
- Biodra i stawy biodrowe - oceniamy zgięcie, wyprost oraz rotacje.
- Miednica - oceniamy ustawienie w przodo, tyłopochyleniu lub w pozycji pośredniej.
- Tułów - oceniamy wzorzec zgięciowy, wyprostny, pogłębienie fizjologicznych krzywizn kręgosłupa jak też i skrzywienia boczne.

Ocena dynamiczna:

U pacjentów chodzących samodzielnie, lub niesamodzielnie, oceniamy ustawienie poszczególnych elementów ciała względem siebie, ustawienie dynamiczne stóp, kolan, obserwujemy stawy biodrowe, tułów, ich wzajemną ruchliwość, mobilność, ograniczenia wynikające z napięcia mięśni czy też z deformacji oraz równowagę, długość i rytm kroków.

Dobrze przeprowadzona analiza jest podstawą optymalnego doboru odpowiednich wspomagań, aby poprzez terapię uzyskiwać zamierzone cele.

Dobór wielkości ortezy:

W całym zestawie jest 8 różnych rozmiarów i te w zależności od wieku jak i od wielkości pacjenta dobierane są tak, aby po ubraniu kamizelki i spodenek oraz wzajemnym ich połączeniu, orteza była dobrze dopasowana.

Program rehabilitacji dla każdego pacjenta oparty jest na indywidualnym planie zajęć terapeutycznych, który opracowany jest na podstawie zaleceń lekarza, wskazań terapeutów i informacji zebranych z dokumentacji medycznej.

Wskazania do stosowania Ortezy DUNAG 02:

- Dziecięce porażenie mózgowe
- Udary mózgowe
- Opóźnienia rozwoju motorycznego
- Ataksja, atetoza
- Urazy mózgu i rdzenia kręgowego
- Przepuklina oponowo-rdzeniowa
- Zespół Downa
- Choroby układu nerwowo-mięśniowego

Przeciwwskazania do stosowania Ortezy DUNAG 02:

- Zwicnięcia stawów biodrowych

- Podwichnięcia i nadwichnięcia stawów biodrowych powyżej 30%
- Nieustabilizowane stany padaczkowe
- Artrogypoza
- Skoliozy dwu i wielołukowe
- Schorzenia, w których przeciwwskazany jest wysiłek maksymalny i submaksymalny

Ortezę DUNAG 02 możemy stosować u dzieci, które ukończyły 1,5 roku.

Oczekiwane efekty:

- Polepszenie propriocepcji
- Redukcja patologicznych odruchów
- Zapewnić zewnętrzną stabilizację ciała i wspomaganie osłabionych mięśni
- Korygowanie prawidłowego ustawienia ciała
- Korzystny wpływ na układ błędnikowy
- Poprawa płynności mówienia i wymowy
- Obciążenie ciała siłami podobnymi do sił grawitacji
- Przyspieszenie procesu utrwalania wyuczonych umiejętności ruchowych i funkcjonalnych

Fizykoterapia

Jest to zespół metod wykorzystujących różne formy energii do leczenia i zapobiegania różnego rodzaju schorzeniom. Celem fizykoterapii jest zwalczanie bólu, stanów zapalnych, usprawnianie czynności poszczególnych narządów i układów oraz poprawa ogólnej wydolności organizmu.

W ramach fizykoterapii wykonywane są zabiegi z zakresu:

ELEKTROLECZNICTWA:

- galwanizacja - zabieg polegający na poddaniu tkanek wpływowi przepływającego stałego prądu elektrycznego. Stosowany w leczeniu: nerwobóli, chorób zwyrodnieniowych stawów, porażeniu nerwów obwodowych, stanów pourazowych, ran pooperacyjnych,
- jonoforeza - to aplikowanie przez skórę wskazanego leku za pomocą prądu stałego. W zabiegu stosuje się najczęściej leki o działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnym, rozszerzającym naczynia krwionośne, rozmiękczającym tkankę bliznowatą,
- elektrostymulacja - zabieg wywołujący kontrolowany skurcz mięśnia. Znajduje szerokie zastosowanie w chorobach neurologicznych, gdy przewodzenie impulsów nerwowych do mięśni

jest zaburzone. Stosowany w osłabieniu siły mięśniowej, częściowych uszkodzeniach nerwów obwodowych, porażeniach wiotkich i zanikach mięśniowych,

- diadynamik - prądy zmienne stosowane w celu zmniejszenia lub zwiększenia pobudliwości nerwów i mięśni o działaniu przeciwbólowym lub poprawiającym ukrwienie,

- tonoliza - jest to wykorzystanie prądu małej częstotliwości do normalizacji stanu napięcia mięśni antagonistycznych w stosunku do grupy mięśni porażonych spastycznie,

ŚWIATŁOLECZNICTWA:

- bioptron - naświetlanie biostymulacyjnym światłem spolaryzowanym. Łagodnym działaniem wspomaga regenerację, ułatwiając leczenie i powrót do równowagi wewnętrznej organizmu. Przyspiesza gojenie ran i owrzodzeń skóry. Zabieg stosuje się w leczeniu: zespołów bólowych, nerwobólów oraz przewlekłych stanów zapalnych,

- sollux - nagrzewanie tkanki za pomocą lampy o silnym świetle podczerwonym. Podczas naświetlania dochodzi do głębokiego przegrzania tkanek - tym samym uaktywniają się procesy regeneracyjne w miejscach zmienionych chorobowo. Stosowanie różnej barwy filtrów skutecznie rozszerza zakres możliwości leczenia lampą.

- Lampa kwarcowa - przeznaczona jest do terapii z wykorzystaniem promieniowania ultrafioletowego. Pod wpływem tego promieniowania następuje: szybszy wzrost komórek naskórka, zwiększenie elastyczności skóry, zwiększenie liczby białych krwinek w miejscu naświetlania, zmniejszenie podatności na zakażenia.

OKŁADY CIEPLNE TERMOLATOR

Są to zabiegi lecznicze, polegające na stosowaniu ciepłych okładów miejscowych, powodujących głębokie przenikanie ciepła do tkanek podnosząc ich ukrwienie, temperaturę, zmniejszając obrzęk i napięcie mięśni.

MAGNETOTERAPII

W magnetoterapii wykorzystuje się zmienne pola magnetyczne impulsywne, działające przeciwbólowo, przeciwzapalnie, przeciwobrzękowo oraz przekrwienie

LASEROTERAPII

Laseroterapia stanowi metodę bodźcowego oddziaływania energii promieniowania laserowego na chore tkanki, polega na aplikowaniu na chore miejsca światła laserowego o odpowiedniej mocy i długości fali.

Hydroterapia

Polega na wykorzystaniu wody do celów leczniczych. Woda jest wykorzystywana do zabiegów, jako nośnik bodźców fizycznych i chemicznych, a podstawę leczniczego działania zabiegów stanowi działanie termiczne, hydrostatyczne i hydrodynamiczne wody. Wyposażenie gabinetu hydroterapii mogą stanowić:

- wanny do masażu wirowego kończyn dolnych,
- wanny do masażu wirowego kończyn górnych,
- wanna do masażu całego ciała oraz kąpieli perełkowo – ozonowej,
- basen rehabilitacyjny

Zajęcia w środowisku wodnym powinny odbywać się pod ścisłym nadzorem rehabilitanta.

Masaż leczniczy

Jest to zabieg, który w zależności od formy i intensywności może być leczniczy, relaksacyjny lub pobudzający.

Masaż leczniczy oparty jest na technikach masażu klasycznego. Głównym celem jest leczenie pewnych zaburzeń organizmu poprzez zabiegi manualne. Każdy masaż może być poprzedzony zabiegami fizykalnymi np. naświetleniami lampą Sollux, okładami ciepłymi. Działanie centralne masażu polega na pobudzaniu układu nerwowego, który za pomocą odruchów i czynności koordynacyjnych kory mózgowej jest w stanie wpłynąć na wszystkie narządy i układy naszego organizmu.

Najczęściej stosuje się masaż całego ciała, masaż częściowy, masaż Shantala.

Metody neurofizjologiczne

METODA VOJTY

Ćwiczenia te stanowią jedną z metod stosowanych w usprawnianiu dzieci zwłaszcza z opóźnieniem rozwoju psychomotorycznego, z mózgowym porażeniem dziecięcym pochodzenia obwodowego i innymi schorzeniami (np.: kręcz szyi, stopa płasko – koślawą).

Ćwiczenia polegają na uzyskaniu ściśle określonych odpowiedzi ruchowych, uzyskiwanych, jako reakcja na drażnienie tzw. „stref wyzwalań”.

Całość metody oparta jest na technikach określonych przez autora metody prof. Vaclava Vojtę, jako odruchowe pełzanie, odruchowe przetaczanie i postępowanie w tzw. sztucznych pozycjach.

Wykorzystano w tej metodzie filo – i ontogenetyczne stare formy lokomocji, kierując się przy tym założeniem, że każda forma lokomocji, zawiera też inne, istotne dla rozwoju składowe – w tym także odruchów postawy i równowagi.

Metoda Wojty pozwala z jednej strony na stymulację rozwoju psychomotorycznego, z drugiej natomiast sprzyja wypracowaniu prawidłowych wzorców ruchowych, a nawet likwidacji patologicznych synergizmów.

Jej zaletą jest kierowana aktywność ruchowa u niespełniających poleceń niemowląt. Całość metody bazuje na torowaniu. Podczas wykonywania tych ćwiczeń obowiązuje odpowiednia pozycja wyjściowa. W każdej pozycji wyróżnia się główne i pomocnicze strefy wyzwalania. Drażniąc te strefy (jedną lub kilka) oraz stosując odpowiedni opór uzyskuje się żadaną odpowiedź ruchową o charakterze wzorca pełzania.

Ze względu na łatwość wygasania wykorzystanego odruchu, ćwiczenia powtarza się zaledwie kilka razy, lecz ćwiczy się 4-5 razy dziennie - to też bardzo ważne jest to by rodzice dziecka pod kontrolą terapeuty nauczyli się tej metody, aby móc pracować z dzieckiem w domu.

Podstawowym elementem rehabilitacji jest ocena wieku rozwojowego dziecka (diagnostyka).

Dziecko przed przystąpieniem do terapii metodą Wojty przechodzi kliniczną ocenę rozwoju i jest to:

- ocena reaktywności posturalnej – umożliwia ona ocenę poziomu rozwoju dziecka w danej chwili.

Reaktywność posturalną ocenia się na podstawie reakcji nagłej zmiany położenia ciała w przestrzeni.

- ocena spontanicznej motoryki. Każdy poziom rozwoju posiada charakterystyczne zachowania dziecka w zakresie orientacji, chwytności, lokomocji.

- diagnostyka rozwojowa – na podstawie tego tekstu dokonuje się w odstępach miesięcznych oceny tzw. wieku raczkowania, wieku siedzenia, wieku mowy.

Wskazaniami do stosowania metody są: zaburzenia centralnej koordynacji nerwowej, przepuklina oponowo-rdzeniowa, przepuklina mózgowo-rdzeniowa, porażenia nerwów obwodowych i splotów nerwowych, artrogrypoza wielopostaciowa wrodzona, MPD, kręcz mięśniopochodny wrodzony i kręcz kostny, neurogenne dysplazje stawów biodrowych, choroba Pertesa, zaniki rdzeniowe mięśni (dystrofie mięśniowe), okołoporodowe porażenie nerwu twarzowego, asymetrie napięcia mięśniowego.

Przeciwwskazania to: brak tolerancji dziecka do pewnych pozycji ułożeniowych, stany zapalne (np. ropień), padaczka, stany nowotworowe, temperatura powyżej 38°C.

METODA NDT-BOBATH

Usprawnianie według metody NDT-BOBATH ma pomóc dziecku we wszechstronnym rozwoju tak, aby mogło uzyskać niezależność w życiu i wykorzystać swe możliwości na tyle, na ile pozwala istniejące uszkodzenie OUN.

Zaburzenia w napięciu mięśni i niewłaściwe jego rozłożenie powodują powstawanie odmiennych wzorców ruchowych, typowych dla poszczególnych zaburzeń. Nieprawidłowe objawy dotyczą zwykle kontroli głowy i tułowia. Następnie rozwijają się nieprawidłowe ruchy w dalszych częściach ciała. Dominują wzorce zgięciowe i wyprostne, a rozwój ruchów rotacyjnych jest znacznie upośledzony.

Główne zasady usprawniania wg koncepcji NDT – Bobath obejmują:

- wpływanie na napięcie mięśni poprzez obniżanie napięcia wzmożonego i podwyższanie obniżonego, co jest możliwe dzięki zastosowaniu odpowiednich technik postępowania już od pierwszych miesięcy życia.
- hamowanie nieprawidłowych odruchów
- wyzwalanie ruchów w formie najbardziej jak to możliwe, zbliżonej do prawidłowych, co zostaje osiągnięte poprzez wspomaganie i prowadzenie ruchów z punktów kluczowych, czyli punktów kontroli ruchu, którymi są głowa, obręcz barkowa, obręcz miednicza i inne części ciała
- wykorzystywanie i utrwalanie zdobytych umiejętności ruchowych.

Terapeuta ćwiczy całe ciało dziecka, dzięki temu dostarcza odpowiednich doznań czuciowych i ruchowych, a dziecko jest dynamicznie aktywizowane. Pomoc przy wykonywaniu ruchu jest taka by zapewniała maksymalny i aktywny udział dziecka, a jednocześnie nie wywoływała nieprawidłowych odpowiedzi wynikających ze zbyt dużego wysiłku, czy stresu.

Każdy ruch jest odpowiednio przygotowany i połączony z przemieszczaniem ciężaru ciała i środka ciężkości. Rodzaj, tempo i rytm ćwiczeń dobiera się indywidualnie.

Celem terapii jest przygotowanie dziecka do uczestniczenia w normalnym życiu rodzinnym i społecznym. Usprawnianie wg metody NDT – Bobath jest szczególnie przydatne w leczeniu niemowląt i dzieci. Prawidłowo wykonywane zabiegi pielęgnacyjne, karmienie, noszenie dziecka są odpowiednimi momentami do utrwalania ruchów ćwiczonych przez fizjoterapeutę.

Metoda NDT-Bobath nie zawiera gotowych zestawów ćwiczeń. Cała strategia postępowania usprawniającego oparta jest na wnikliwej analizie problemu klinicznego, precyzyjnej ocenie zarówno rozwoju psychomotorycznego jak i potencjału rehabilitacyjnego. Narzędziem służącym do szczegółowego planowania jest obserwacja i wnikliwa analiza, „jakości” wzorców posturalnych

i motorycznych dziecka oraz odpowiadającego im rozkładu napięcia posturalnego w przebiegu rozwoju psychomotorycznego.

Metoda NDT - Bobath jest zbiorem technik terapeutycznych. W terapii obowiązuje pewna linia postępowania, a nie konkretny schemat. Odpowiednie techniki dobierane są adekwatnie do aktualnego poziomu rozwoju potrzeb usprawnianego dziecka, wynikających z jego aktualnego stanu neurologicznego. W tym świetle nie można z góry ustalić konkretnego długoterminowego planu postępowania z dzieckiem. Drogowskazem są aktualne zachowania i reakcje dziecka i one w danej chwili wymuszają dobór odpowiednich technik i sposobów postępowania (Źródło: dr n. med. Maria Borkowska NDT-Bobath Senior Instruktor - www.ndt-bobath.pl).

INTEGRACJA SENSORYCZNA

Integracja sensoryczna to organizacja wejściowych danych zmysłowych dokonywana przez mózg w celu produkowania odpowiedzi adaptacyjnych na wymagania otoczenia. W procesie tym mózg informacje otrzymane ze wszystkich zmysłów rozpoznaje, segreguje, interpretuje, łączy ze sobą i wcześniejszymi doświadczeniami, odpowiadając na wymagania płynące ze środowiska.

Głównym zadaniem terapii SI jest dostarczenie pacjentowi kontrolowanej ilości bodźców sensorycznych, w szczególności przedsionkowych, proprioceptywnych i dotykowych w taki sposób, że dziecko spontanicznie będzie formułowało reakcje adaptacyjne poprawiające integrację tych bodźców.

Ćwiczenie są dostosowywane do poziomu rozwojowego dziecka – jednak nie mogą być zbyt łatwe ani zbyt trudne.

Zajęcia terapeutyczne prowadzone z dzieckiem mają na celu kompensowanie określonych deficytów i zaburzeń w integracji zmysłowej dziecka. Zajęcia SI w większości mają charakter aktywności ruchowej, która nakierowana jest na stymulację zmysłów. Cele te realizowane są z wykorzystywaniem różnorodnych przyrządów i pomocy terapeutycznych takich jak: huśtawki i równoważnie, platformy, uprząże, deskorolki i wiele innych.

Postępy w terapii są monitorowane przez bieżącą obserwację zmian zachowania dziecka oraz odpowiednie testy. Czas terapii uzależniony jest od stopnia nasilenia deficytów i rodzaju zaburzeń oraz indywidualnej podatności dziecka na terapię.

Działania w zakresie terapii kierowane są szczególnie do dzieci z:

- niepełnosprawnością intelektualną,
- zespołem Downa,

- autyzmem,
- ADHD,
- zaburzeniami koncentracji uwagi ADD,
- dysleksją i dysgrafią,
- innymi specyficznymi trudnościami w uczeniu się,
- nadwrażliwością w różnych obszarach zmysłowych.

Terapia SI ma zastosowanie we wszystkich stanach, w których występować mogą (lub występują) zaburzenia integracji sensomotorycznej.

Odgrywa ona w fizjoterapii znaczącą rolę, m.in. ze względu na wzajemny wpływ sfery sensorycznej na funkcje ruchowe. Prawidłowa integracja sensoryczna wpływa na prawidłową jakość ruchu, tworzenie prawidłowego schematu własnego ciała i świata zewnętrznego, orientację przestrzenną.

Złożona problematyka integracji sensomotorycznej, a zwłaszcza jej rola w edukacji ruchowej i ruchowym funkcjonowaniu dziecka wskazują nie tylko na konieczność oddziaływania na poszczególne sfery, ale również nakazują staranny dobór środków w oparciu o pełne rozeznanie odnośnie rodzaju i stopniu nasilenia ewentualnych nieprawidłowości.

W pracy nad właściwą integracją sensoryczną ważna jest nie tylko ogólna ilość pobudzeń, ale również zachowanie odpowiedniej proporcji nasilenia pobudzeń poszczególnych układów zmysłów.

Terapia psychologiczna

Terapia psychologiczna wskazana jest u dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego. Proces terapeutyczny realizowany jest na podstawie diagnozy psychologicznej, która umożliwia zbadanie aktualnego poziomu rozwoju dziecka. Pierwszym etapem diagnozy jest przeprowadzenie wywiadu z rodzicem, bądź rodzicem i dzieckiem (w zależności od wieku dziecka). Dzięki temu psycholog ma możliwość poznania historii choroby, dotychczasowego przebiegu terapii, stosowanych metod terapeutycznych, ogólnego stanu funkcjonowania dziecka oraz sytuacji rodzinnej i społecznej. Kolejnym krokiem diagnostycznym jest zbadanie poziomu rozwoju intelektualnego dziecka przy pomocy specjalistycznych narzędzi, takich jak:

- Skala Rozwoju Psychoruchowego Dziecka Brunet - Lezine,
- Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci Wersja Zmodyfikowana (WISC-R),
- Skala Dojrzałości Umysłowej COLUMBIA,
- Test Percepcji Wzrokowej Frostig,

- Diagnozowanie Uszkodzeń Mózgu DUM,
- Test Matryc Revena,
- Dziecięca Skala Rozwojowa,
- Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera.

Po dokonaniu diagnozy opracowany zostaje indywidualny program terapeutyczny dostosowany do potrzeb dziecka.

W trakcie psychoterapii zastosowanie znajdują takie metody jak:

- trening relaksacyjny,
- wygaszanie niekonstruktywnych zachowań,
- ćwiczenia grafomotoryczne,
- ćwiczenia z zakresu percepcji wzrokowej.

Główną formą psychoterapii znajdującą zastosowanie w pracy z dziećmi to psychoterapia poprzez zabawę. W swoich działaniach psycholog systematycznie współpracuje z zespołem terapeutycznym oraz rodzicami.

Terapia logopedyczna

W ramach terapii logopedycznej dzieci z zaburzonym rozwojem poddawane są zindywidualizowanej opiece logopedy. Celem działań terapeutycznych jest usprawnianie narządów mowy, rozumienie mowy biernej, rozwijanie mowy czynnej oraz umiejętne posługiwanie się systemami komunikacji niewerbalnej.

Do diagnozy i terapii wykorzystywane są logopedyczne narzędzia badawcze i multimedialne oprogramowania logopedyczne takie jak:

- LOGO Gry,
- Mówiące obrazki,
- Szereg ciszący,
- Szereg szumiący,
- Szereg syczący,
- Głoska „r”,
- Różnicowanie szeregów oraz
- Echokorektor,
- Wibrator językowy,
- Kwestionariusz niepełności mówienia i logofobii,

- Test słownika dziecka,
- Test „Sprawdź jak mówię?” – karta badania logopedycznego,
- Przesiewowy test logopedyczny,
- Kwestionariusz Cooperów,
- Test sprawności językowej,
- Program terapeutyczno – stymulacyjny,
- Afa – skala – jak badać mowę dziecka afatycznego.

Zajęcia obejmują:

- ćwiczenia oddechowe,
- bierny masaż logopedyczny,
- ćwiczenia percepcji słuchowej,
- ćwiczenia artykulacyjne,
- ćwiczenia relaksacyjne,
- zabawy dźwiękonaśladowcze,
- zabawy rozwijające zmysły,
- zabawy rozwijające koordynację - wzrokowo – ruchową,
- zabawy słuchowo - ruchowe oraz słuchowo – wzrokowe.

Terapia rewalidacyjna

Terapia rewalidacyjna opiera się na stosowaniu metod terapeutycznych, takich jak:

Metoda ruchu rozwijającego wg Weroniki Sherborne

Głównym założeniem tej metody jest posługiwanie się ruchem, jako narzędziem we wspomaganie rozwoju psychoruchowego dziecka oraz w terapii zaburzeń rozwoju. Podstawowe założenia metody to rozwijanie przez ruch:

- świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego,
- świadomości przestrzeni i działania w niej,
- dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywanie z nimi bliskiego kontaktu.

Udział w ćwiczeniach metodą W. Sherborne ma na celu stworzyć dziecku okazję do poznania własnego ciała, usprawnienia motoryki, poczucia swojej siły, sprawności i w związku z tym możliwości ruchowych. Metoda Ruchu Rozwijającego jest wykorzystywana w terapii: dzieci autystycznych, upośledzonych umysłowo, z mózgowym porażeniem dziecięcym, dzieci

z zaburzeniami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania, dzieci z patologicznych i niekorzystnych środowisk wychowawczych, głuchych i niewidomych.

W. Sherborne w swoim programie ćwiczeń ruchowych wyróżnia następujące grupy ćwiczeń, wspomagające rozwój dziecka:

1. Ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała;
 - wyczuwanie własnego ciała;
 - nazywanie części ciała;
2. Ćwiczenia pomagające zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa w otoczeniu.
 - indywidualne;
 - w parach;
 - w grupie;
3. Ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktu i współpracy z partnerem i grupą
 - ćwiczenia "z" w parach;
 - ćwiczenia "przeciwko" w parach;
 - ćwiczenia "razem" w parach;
 - ćwiczenia "razem" w grupie;
4. Ćwiczenia twórcze

Pozwalają nawiązać i pogłębić stosunki międzyludzkie, poznać sytuacje, których ćwiczący nie doświadczyłby ze względu na swoje fizyczne i psychiczne ułomności.

Na szczególną uwagę zasługują ćwiczenia twórcze w formie tańca. Ćwiczenia "twórcze" i tańce - to działania, które dają możliwość uwolnienia się od wewnętrznych napięć i niepokojów.

Metoda M. Ch. Knill

Metoda M. Ch. Knill to gotowa propozycja postępowania terapeutycznego z dziećmi o zaburzonym rozwoju. Praca metodą pomaga dziecku doświadczyć jego ciała, jako jedności i wspomaga rozwój wyobrażenia ciała wtedy, gdy dziecko nie jest zdolne do używania tego ciała aktywnie.

Metoda Knillów obejmuje:

1. Program Dotyk i Komunikacja, jest to sesja kontaktu między dzieckiem a terapeutą lub rodzicem. Dotyk i komunikacja składa się z 5 części i trwa 23 minuty.

Część 1 – to muzyka wprowadzająca. Celem jej jest stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i zaufania, pomaga przygotować dziecko do dalszej części sesji. Polega na wspólnym słuchaniu muzyki i informowaniu dziecka, co będziemy robić. Delikatnie dotykamy dziecko i przemawiamy spokojnym głosem, nawiązujemy kontakt głosowy.

Część 2 – muzyka bardziej rytmiczna wprowadzająca do aktywnego kontaktu między dzieckiem a terapeutą. Rozpoczyna się od masażu stóp, palców nóg, łydek i ud dziecka.

Część 3 – muzyka intensywniejsza (melodycznie i rytmicznie) ułatwia rozpoczęcie aktywnego kontaktu. Intencją terapeuty jest zachęcenie dziecka do wykonywania większych ruchów dziecka i stworzenie podstaw do nawiązania bliższego kontaktu.

Masujemy ręce, ramiona, klatkę piersiową, brzuch oraz plecy. Terapeuta nawiązuje kontakt wzrokowy, przemawia spokojnym głosem.

Część 4 – muzyka lżejsza, melodyjna. Delikatny masaż twarzy połączony z nazywaniem poszczególnych części twarzy.

Część 5 – muzyka uspokajająca, zamykająca sesję kontaktu, służy relaksacji. Dotyk możemy modyfikować w zależności od nastroju dziecka.

2. Programy Aktywności - jest ich 6:

a) Program Wprowadzający - ma zapoczątkować pracę z dzieckiem, pozwala na nawiązanie kontaktu, trwa 8 minut i obejmuje takie czynności jak:

- Kołysanie;
- Wymachiwanie rękoma;
- Pocieranie dłoni;
- Klaskanie;
- Głaskanie głowy;
- Głaskanie brzucha;
- Relaksacja;

b) Program 1 - rozwija świadomość górnej części ciała, trwa 15 minut i obejmuje:

- Kołysanie;
- Wymachiwanie rękoma;
- Zginanie i rozprostowanie rąk;
- Pocieranie dłoni;
- Zaciskanie i otwieranie dłoni;
- Ruchy palców;
- Klaskanie;

- Głaskanie głowy;
- Głaskanie policzków;
- Głaskanie łokci;
- Głaskanie brzucha;
- Przewracanie się (padanie);
- Relaksacja;

c) Program 2 - rozwija świadomość dolnej części ciała, trwa 15 minut i obejmuje:

- Kołysanie;
- Klaskanie;
- Głaskanie brzucha;
- Głaskanie ud;
- Głaskanie kolan;
- Głaskanie palców u nogi;
- Wiosłowanie;
- Pocieranie stóp;
- Poruszanie palcami u stóp;
- Poruszanie nogami;
- Leżenie na plecach;
- Obracanie się z pleców na bok;
- Obracanie się z pleców na brzuch;
- Relaksacja;

d) Program 3 - wymaga większej świadomości społecznej dziecka, ruchliwości i koordynacji. Ruchy stają się bardziej skomplikowane. Program trwa 20 minut i obejmuje:

- Leżenie na brzuchu;
- Leżenie na plecach;
- Obracanie się z pleców na brzuch;
- Obracanie się z brzucha na plecy;
- Poruszanie nogami;
- Czołganie się na brzuchu;
- Raczkowanie;
- Klęczenie i spacerowanie na kolanach;
- Upadanie z pozycji klęczącej;
- Odpychanie i przyciąganie;
- Relaksacja;

e) Program 4 - jest pogłębieniem umiejętności nabytych w poprzednich programach, trwa 20 minut i obejmuje:

- Leżenie na brzuchu;
- Leżenie na brzuchu i mruganie oczyma;
- Leżenie na plecach z rękoma wokół karku;
- Poruszanie nogami (jazda rowerem);
- Odbijanie się na siedzeniu;
- Ślizganie się na siedzeniu;
- Podnoszenie się i stanie bez ruchu;
- Podnoszenie ramion – jednego a potem obu jednocześnie;
- Podnoszenie jednocześnie jednej ręki i jednej nogi;
- Stawanie przed kimś;
- Podbieganie do – odbieganie od;
- Spacerowanie – szybko i delikatnie;
- Spacerowanie – wolno i ciężko;
- Spacerowanie – wolno i delikatnie (po cichu);
- „Dwa i dwa” (znajdź partnera);
- Odpychanie i przyciąganie;
- Dowolne ruchy;
- Taniec;

f) Program Specjalny SPH - przeznaczony jest dla dzieci niesprawnych fizycznie, które potrzebują więcej czasu na wykonanie określonej czynności, dlatego też trwa 25 minut i obejmuje:

- Kołysanie -pr. 1 i 2;
- Wymachiwanie rękoma – pr. 1;
- Pocieranie dłoni – pr. 1;
- Zaciskanie i otwieranie dłoni – pr. 1;
- Klaskanie – pr.1 i 2;
- Głaskanie policzków – pr. 1;
- Głaskanie brzucha – pr. 1 i 2;
- Głaskanie ud – pr. 2;
- Ruchy stóp – nóg – pr. 2;
- Przewracanie się (padanie) – pr. 1;
- Relaksacja – pr. 1 i 2;

Do każdego Programu jest odpowiednio skomponowana, która wyznacza sekwencje ruchu i czas jego trwania.

(Źródło: „Dotyk i komunikacja”, Ch. Knill, CMPPP, Warszawa 1997r. autorstwa oraz „Programy aktywności – świadomości ciała kontakt i komunikacja”, M. i Ch. Knill, CMPPP, Warszawa 1997r.)

Poranny Krąg

Poranny Krąg, czyli stymulacja polisensoryczna według pór roku. Podstawą tworzenia zajęć Porannego Kręgu jest świat przyrody będący źródłem podstawowych symboli takich jak: żywność, smaki, zapachy, barwy, wrażenia dotykowe oraz termiczne. Głównym celem zajęć jest spotkanie terapeuty i dziecka oraz dzieci ze sobą nawzajem. Istotą spotkania jest komunikacja i budowanie relacji między ludźmi. Bardzo ważną sprawą jest stworzenie odpowiedniej oprawy tego spotkania. W przypadku dzieci głęboko upośledzonych umysłowo konieczna jest rytualizacja wykonywanych czynności. Zapewniamy dziecku przewidywalność zdarzeń, która daje mu poczucie bezpieczeństwa oraz umożliwia nawiązanie z nim kontaktu.

Według J. Kielina bodźcem, który w największym stopniu, oddziałuje na dziecko jest terapeuta. To od jego nastawienia, motywacji i nastroju zależy czy spotkanie z dzieckiem głęboko upośledzonym umysłowo będzie satysfakcjonujące dla obu stron. Szczególne znaczenie mają te momenty zajęć, w których wchodzimy z dzieckiem w bardzo bliski kontakt wzrokowy i dotykowy. Może ono wtedy odebrać sygnały płynące z naszego ciała. Istotne jest to, że inaczej wygląda nasza twarz i całe ciało, gdy jesteśmy rozluźnieni, spokojni, a inaczej, gdy się spieszymy i jesteśmy spięci. Duże znaczenie ma głos terapeuty. Dzięki jego odpowiedniej barwie, jakości i szybkości wypowiedzenia słów możemy stwarzać atmosferę bezpieczeństwa oraz pobudzać aktywność dziecka.

W proponowanej metodzie pracy z dziećmi głęboko upośledzonymi umysłowo każdej porze roku przypisane są charakterystyczne elementy takie jak: żywność – barwa – smak – zapach – instrument – głoska. Przyporządkowanie poszczególnych elementów do pór roku zawiera tabela 3.

Tabela 3 Bodźce przyporządkowane do pór roku

PORA ROKU	WIOSNA	LATO	JESIEŃ	ZIMA
ŻYWIOL	ziemia	ogień	powietrze	woda
INSTRUMENT	bęben	gong, grzechotka z piaskiem	dzwony rurowe	dzwonki, trójkąt
ZAPACH	cytrynowy	różany	lawendowy	miętowy
SMAK I ZAPACH POKARMU	gorzko-kwaśna cytryna	słodka konfitura	miód i krem orzechowy	miętowe talarki
BARWA	zielony	czerwony	żółty	biały, błękitny
GŁOSKA	o	i	e	a

Bardzo istotny wpływ na dzieci upośledzone umysłowo mają barwy. Każda z nich ma swoiste oddziaływanie.

Kolor zielony przypisany do wiosny, ma działanie łagodzące, uspokajające i odprężające.

Kolor czerwony przypisany do lata ma działanie pobudzające. Zwiększa siłę i energię życiową oraz działa stymulująco na serce, płuca i mięśnie.

Kolor żółty, jest barwą jesieni działa łagodząco i rozpozadzająco, a także wzmacniająco.

Kolory biały i błękitny przypisane są do zimy, działają uspokajająco i wyciszająco.

Barwy towarzyszą dzieciom podczas całych zajęć. Szczególnie ważne jest przygotowanie wystroju sali zgodnie z kolorystyką charakterystyczną dla danej pory roku.

Do przystrojenia sali używane są różnego rodzaju materiały: baloniki, papiery, chusty oraz inne ozdoby w zależności od naszej kreatywności i możliwości finansowych. Inny moment zajęć, w którym posługujemy się konkretną barwą to zakrywanie dzieci dużymi kawałkami materiału.

Kolejnym istotnym elementem Porannego Kręgu są bodźce dotykowe. Dostarcza ich dziecku terapeuta, w szczególny sposób podczas masażu dłoni na powitanie. Dzięki głaskaniu, uciskaniu i masowaniu dziecko może odczuwać swoje ręce oraz bliskość drugiej osoby.

Do każdej pory roku przypisany jest również konkretny zapach o swoistym działaniu na naszą psychikę.

Wiosną używamy zapachu cytrynowego, który ożywia, pobudza apetyt i działa antyseptycznie.

Latem używamy zapachu rózanego, który ma działanie kojące, łagodzące złość i bezsenność oraz pomagające rozładować stres.

Jesienią stosujemy lawendę, która łagodzi napięcia, uspokaja i wzmacnia.

Zimą używamy mięty, która uspokaja, wzmacnia i rozluźnia.

W podobny sposób przypisujemy każdej porze roku takie elementy jak: smak i zapach pokarmu, instrument muzyczny oraz głoskę.

Wiosną gramy na bębnie, podajemy dzieciom cytrynę z cukrem oraz wprowadzamy głoskę „o”.

Latem gramy na gongu lub wydobywamy dźwięki przy pomocy grzechotki z piaskiem, smakujemy konfiturę wiśniową i wprowadzamy głoskę „i”.

Jesienią gramy na dzwonach rurowych, podajemy dzieciom miód i krem orzechowy oraz wprowadzamy głoskę „e”.

Zimą posługujemy się dzwonkami i trójkątem, częstujemy dzieci miętowymi talarkami i wprowadzamy głoskę „a”.

Stosując metodę Porannego Kręgu musimy pamiętać, że chodzi w niej nie tylko o dostarczenie dziecku dużej liczby różnego rodzaju bodźców, lecz głównie o nawiązanie z nim komunikacji.

(Źródło: J. Kielina „Rozwój daje radość – terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim”, GWP, Gdańsk 2000 r.)

Sala Doświadczania Świata (SNOEZELLEN)

Sala Doświadczania Świata - Snoezelen jest propozycją spędzania czasu wolnego zarówno dla osób upośledzonych jak i zdrowych. Osoby zdrowe odbierają Salę, jako miejsce relaksu i odpoczynku w miłej atmosferze, natomiast dla osób z zaburzeniami rozwoju to miejsce terapii, gdzie łagodna stymulacja wszystkich zmysłów pobudza ich rozwój i przyspiesza rehabilitację zaburzeń. Sala daje możliwość odbierania bodźców płynących z otoczenia w sposób łagodny, przyjemny, bezpieczny i uporządkowany. Osoba korzystająca ze Snoezelen jest oddzielona od wszechogarniającego chaosu dnia codziennego.

Celem Snoezelen jest umożliwienie osobom odbierania bodźców w sposób dowolnie selektywny, doświadczania ich i poznawania w indywidualnym tempie. Sprzyja temu atmosfera odprężenia, spokoju i bezpieczeństwa, którą tworzą łagodna muzyka, przyciemnione światło oraz wysokiej klasy sprzęt terapeutyczny taki jak:

- kabina lustrzana i prysznic światłowodowy,
- kolumna wodna,

- tablice do stymulacji wzroku, dotyku, koordynacji wzrokowo - ruchowej,
- kula lustrzana,
- węże świetlne,
- tablice świetlno - dźwiękowe,
- projektory.

Terapia Snoezelen pozwala na aktywizowanie osób niepełnosprawnych do działania we wszystkich sferach życia. To z kolei, pozwala na twórczy rozwój osób uczestniczących w zajęciach prowadzonych przez wykwalifikowanych terapeutów. Istotą Snoezelen jest tworzenie takiej przestrzeni, w której jednostka, objęta terapią w miarę możliwości percepcyjnych, pozna podstawy, odpowiednio ukierunkowujące do pełnienia czynności życia codziennego. Dobrowolna, niczym niesterowana aktywność dziecka niepełnosprawnego w Sali Doświadczenia Świata odzwierciedla jego autonomiczność.

Terapia Snoezelen powoduje, że:

- dziecko ożywia się, wykazuje zainteresowanie otaczającą rzeczywistością- modyfikuje zachowania,
- przy zaangażowaniu zmysłu dotyku i wzroku jednostka nabywa nowe, życiowe doświadczenia,
- dziecko wyraża zainteresowanie, obojętność czy awersję. W odpowiedni dla siebie sposób przekazuje informację o przeżywanych doznaniach,
- dziecko skupia uwagę na wybranym elemencie wyposażenia, rozwija, zatem koncentrację,
- dziecko samo dobiera aktywność w Sali Doświadczenia Świata, rozwija w ten sposób poczucie autonomii,
- rozwija się poczucie bezpieczeństwa i zaufania,
- rozwijają się potrzeby poznawania świata i określonych elementów rzeczywistości,
- emocjonalnie pogłębiają się relacje opiekun- podopieczny.

Terapia Snoezelen jest obrazem indywidualności dziecka, któremu terapeuta umożliwia dobrowolny udział w prowadzonych zajęciach. Terapeuta może stymulować zachowania uczestników za pomocą odpowiedniej barwy głosu, śpiewem czy komunikacją niewerbalną, lecz nie powinien łamać podstawowej zasady tej terapii - narzucać uczestnikom własnej koncepcji zajęć.

W sali obowiązuje zasada, że to dziecko wybiera rodzaj stymulacji, terapeuta jest tylko osobą, która delikatnie aktywuje dziecko proponując mu różne rodzaje stymulacji i idzie za dzieckiem w jego aktywnościach, obserwując jego rozwój. Snoezelen stymuluje rozwój potrzeby poznawczej, pobudza do własnej aktywności, stymuluje koncentrację uwagi, rozwój mowy, rozwój ruchowy, rozwój emocjonalno - społeczny, działa wyciszająco na nadpobudliwość psychoruchową i niweluje agresję.

(Źródło: „Snoezelen (sala doświadczania świata). Geneza i rozwój”, Aleksandra Zawisłak, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 2009r. oraz „Snoezelen nieco inny świat” Agnieszka Smrokowska, Wydawnictwo Gielas)

Terapia taktylna

Neurokinezyjologiczna terapia taktylna proponuje techniki masażu i stymulacji skóry, które wpływają na rozwój funkcji pólkul i kory mózgowej, śródmózgowia i tylnych partii mózgu. Założeniem metody jest uruchomienie naturalnych mechanizmów rozwoju i samoregulacji organizmu. Techniki te wykorzystują specjalny dotyk i stymulację, co reguluje:

- integrację odruchów,
- zakres napięcia mięśniowego,
- integrację sensomotoryczną,
- świadomość kinestetyczną.

Pośrednio terapia skierowana jest na stymulację układu hormonalnego oraz regulację procesów rozwoju różnych struktur organizmu i jego funkcjonowanie. Terapia Taktylna stymuluje zmysł dotyku. Wrażenia dotykowe docierają do mózgu ze wszystkich obszarów skóry i pobudzają wiele różnych poziomów i obszarów mózgu. Uczucie, że jest się dotykany zwiększa produkcję specyficznego hormonu w mózgu: Nerwowego Czynnika Wzrostu(NCW), który podwyższa aktywność układu nerwowego. W terapii taktylnej stymulowane są procesy akceptacji, dojrzewania, sensorycznej i sensomotorycznej integracji oraz produkowania nerwowego czynnika wzrostu.

Metoda neurokinezyjologicznej terapii taktylnej pełni istotną rolę w stymulacji i rozwoju naturalnych mechanizmów wspierających funkcjonowanie systemu ciało-mózg i jest skutecznie wykorzystywana u dzieci podczas pracy m.in. z:

- mózgowym porażeniem dziecięcym,
- autyzmem,
- zachowaniami agresywnymi,
- lękami i fobiami,
- nadpobudliwością psychoruchową,
- trudnościami w nauce,
- zaburzeniami mowy,
- opóźnieniami w rozwoju intelektualnym.

Założeniem metody jest uruchomienie naturalnych mechanizmów rozwoju i samoregulacji organizmu.

Terapia taktylna składa się z dwóch aspektów:

- 1) związany z pracą zmysłu dotyku – dzięki specjalnym technikom stymuluje się receptory znajdujące się w skórze,
- 2) związany z funkcjonowaniem układu nerwowego – ukierunkowany na rozwój sieci połączeń między komórkami nerwowymi, a także między strukturami, które umożliwiają odnowę (całkowitą lub częściową) utraconych funkcji układu nerwowego.

Terapia taktylna:

- zwiększa świadomość kinestetyczną ciała,
- poprawia orientację w schemacie ciała,
- reguluje właściwość dotykową ciała,
- poprawia odbiór wrażeń dotykowych,
- reguluje napięcie mięśniowe,
- wpływa pozytywnie na rozwój poznawczy, społeczny, emocjonalny i ruchowy.

Program neurokinezyjologicznej terapii taktylnej propaguje holistyczne spojrzenie na człowieka, na jego rozwój i doświadczenie. Terapia ta może być stosowana:

- samodzielnie,
- jako jedna z podstawowych technik w terapii,
- jako technika wspomagająca przy realizacji wynikającego z diagnozy indywidualnego programu terapeutycznego dziecka.

(Źródło: Neurokinezyjologiczna Terapia Taktylna dr Swietłany Masgutowe, Wydawnictwo MINK, Warszawa 2005)

Terapia zajęciowa

Terapia zajęciowa to pewne określenie czynności o charakterze zajęć fizycznych lub umysłowych, zalecone przez lekarza, a prowadzone przez fachowców w danej dziedzinie, które mają na celu przywrócenie dziecku sprawności fizycznej i psychicznej. Jest to, więc leczenie za pomocą pracy i zajęcia.

Terapia zajęciowa - leczenie pracą, ergoterapia - wykorzystuje różne formy pracy i rekreacji jako jedne ze środków leczniczych mających na celu przyspieszenie powrotu utraconych funkcji i sprawności, a w przypadkach zmian nieodwracalnych wyrobienie funkcji zastępczych.

Terapia zajęciowa jest jedną z form leczenia usprawniającego. W Ośrodku terapia zajęciowa prowadzona jest:

- grupowo,

- indywidualnie.

W ramach zajęć z zakresu terapii zajęciowej terapeuta proponuje dzieciom zajęcia manualne, zabawoterapię, terapię ruchem i różne formy arteterapii.

Muzykoterapia

Muzykoterapia jest metodą terapeutyczną. Jest to metoda postępowania wielostronnie wykorzystująca wieloraki wpływ muzyki na dzieci niepełnosprawne. Poprzez różne elementy i rodzaje, zróżnicowane formy odbierania i uprawiania, muzyka wywiera leczniczy wpływ na dzieci.

Muzykoterapię wykorzystuje się w celu:

- ujawnienia i rozładowania zablokowanych emocji i napięć,
- osiągnięcia integracji w grupie, poprawy komunikacji,
- nauki odpoczynku i relaksacji,
- usprawnienia funkcji percepcyjno – motorycznych,
- uwrażliwienia na muzykę i przyrodę,
- wzmocnienia i ułatwienia rehabilitacji, procesu leczenia,
- poprawienia kondycji psychofizycznej, wzrostu pozytywnego nastawienia do życia i sił witalnych.

Muzykoterapia jest wskazana w terapii dzieci z trudnościami w nauce czytania i pisania (dyslektyków), dzieci nadpobudliwych, lękowych, z niską koordynacją ruchową, niepełnosprawnych ruchowo, zahamowanych, wycofanych, z mózgowym porażeniem dziecięcym. W pracy z osobami upośledzonymi umysłowo, z zaburzeniami sprzężonymi, z dziećmi z zaburzeniami w zachowaniu wykorzystuje się różne formy i metody muzykoterapii; np. muzykoterapię C. Orffa, która jest terapią wielosensoryczną. Środki muzyczne, takie jak: fonetyczno-rytmiczna mowa, swobodny i uporządkowany rytm, ruch, melodia mowy i śpiewu oraz ręczne instrumenty są tak wykorzystywane, aby odpowiadały wszystkim zmysłom. Dzięki tym wielosensorycznym impulsom możliwe jest także stwierdzenie, gdzie ważny organ zmysłowy "wypada" lub jest uszkodzony.

W spontaniczno - kreatywnej współpracy dziecko może i powinno swobodnie formułować swój sposób wyrażania się i wykorzystywać to w relacjach społecznych.

Dogoterapia

Jest to metoda wykorzystująca odpowiednio przygotowane psy do rehabilitacji osób niepełnosprawnych, daje również świetne efekty w terapii osób samotnych i starszych.

Jest to system ćwiczeń i zabaw z psami wspomagający rehabilitację ruchową i umysłową dzieci i dorosłych dotkniętych np.: autyzmem, MPD, niepełnosprawnością intelektualną, niedowładami kończyn. Poprzez terapię kontaktową, czyli zabawę, głaskanie, przytulanie psa, prowadzenie go na smyczy dzieci stają się bardziej rozluźnione, mniej skupiają się na swoich deficytach, a szybciej i dokładniej próbują wykonać ćwiczenia.

Dogoterapia oznacza takie działanie w leczeniu i rehabilitacji, które przy pomocy psów terapeutów ma na celu przywracanie zdrowia i dobrego samopoczucia. Psy wywierają pozytywny wpływ na ludzi.

W dogoterapii wykorzystuje się psy o odpowiednich cechach charakteru. Pies musi być łagodny, zrównoważony, odporny na stres, szybko aklimatyzować się w nowym otoczeniu. Nigdy, w żadnej sytuacji nie może być dopuszczalne, aby pies terapeuta zareagował agresją, nawet, jeśli zostanie uderzony przez pacjenta lub pociągnięty np. za ogon.

W Polsce do dogoterapii wykorzystuje się następujące rasy:

- golden retrieviery,
- labrador retrieviery,
- syberian husky,
- malamuty,
- samojedy,
- owczarki szkockie collie,
- owczarki niemieckie.

Głównym celem programu dogoterapii jest przełamanie lęku dziecka przed psem, nawiązanie i pogłębienie jego kontaktu ze zwierzętami i na tej podstawie kształtowanie pozytywnych emocji dziecka. Ten kontakt ze zwierzęciem stanowi fundament do dalszego usprawniania dziecka poprzez zajęcia z udziałem czworonogów.

Realizowane jest wielopłaszczyznowe oddziaływanie zwierząt na zmysły dzieci: wzrok, słuch, dotyk, węch. Pies całkowicie poddaje się aktywności osoby niepełnosprawnej. Pozwala odczuć zadowolenie i satysfakcję z podejmowanych działań. Pozwala też przeżywać poczucie sukcesu po wykonaniu zadania. Przede wszystkim jednak pies mobilizuje do działania, wzbudza w pacjencie motywację do wykonywania zaproponowanego przez terapeutę ćwiczenia. Chęć nawiązania bliskiego kontaktu ze zwierzęciem powoduje, że osoba niepełnosprawna stara się

wykonywać ćwiczenia bez pomocy terapeuty. Dzięki temu osiąga samodzielność. Istotnym aspektem jest fakt, iż pies ma temperaturę wyższą od ludzi (o około 1 stopień), co sprzyja rozluźnieniu mięśni i relaksowi.

Istnieją trzy podstawowe grupy ćwiczeń z udziałem psa:

- ćwiczenia do pogłębiania więzi psychicznej i rozwoju dzieci niepełnosprawnych, upośledzonych umysłowo i mających inne zaburzenia psychiczne,
- ćwiczenia fizyczne z udziałem zwierząt przeznaczone dla niepełnosprawnych ruchowo,
- czynności, które mają na celu socjalizację i uwrażliwienie.

Dogoterapia ułatwia:

- rozwijanie mowy, wzbogacanie słownika,
- przełamywanie lęku,
- rozwijanie funkcji poznawczych,
- stymulowanie zmysłów, ćwiczenie koncentracji i koordynacji ruchów, orientacji przestrzennej,
- rozwijanie myślenia przyczynowo-skutkowego
- stymulowanie pracy mięśni poprzez wykonywanie ćwiczeń ruchowych
- budowanie poczucie własnej wartości, pewności siebie, bezpieczeństwa
- podnoszenie aktywności, rozwijanie samodzielności i odpowiedzialności
- łagodzenie stresu,
- rozwijanie spontanicznej aktywności
- motywowanie i mobilizowanie do podejmowania działań
- budowanie więzi emocjonalnych u osób z trudnościami w nawiązywaniu kontaktu.

Przebieg zajęć terapeutycznych:

Zajęcia terapeutyczne z udziałem psów mogą odbywać się w grupie lub indywidualnie. W zajęciach uczestniczą psy, będące pod opieką terapeutów. Rozpoczęcie ćwiczeń poprzedzone jest diagnozą i rozpoznaniem potrzeb osoby niepełnosprawnej. Przebieg poszczególnych ćwiczeń organizowany jest w taki sposób, by udział osoby niepełnosprawnej był w nich najpełniejszy i wiązał się z osiągnięciem jak największych efektów terapeutycznych.

Makaton

Program Językowy Makaton jest jedną z metod wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się (AAC); jest to system gestów i symboli graficznych. Makaton nie odkrywa czegoś nowego, ale wykorzystuje to, co dziecko już zna - proste gesty i rysunki graficzne. Gesty są formami wspomagającymi słowne porozumiewanie się (komunikacja totalna lub

symultaniczna), służą, jako dodatkowy środek, który wzmacnia przekazywany dziecku lub przez dziecko komunikat. Gestom zawsze towarzyszy normalna, gramatyczna mowa.

Gesty Makatonu są formami alternatywnymi (gdy mowa nie występuje w ogóle) lub wspomagającymi mowę (gdy mowa występuje, lecz w niewystarczającym zakresie, aby móc ją zrozumieć). Gesty stanowią wówczas jej uzupełnienie przy równoczesnym jej rehabilitowaniu, stąd podczas stosowania gestów w komunikacji nie można mówić o uśmiercaniu mowy. Gesty i mowa uczone są równocześnie w tym samym momencie. Terapia logopedyczna przebiega równolegle wraz z wprowadzaniem form manualnych. Z czasem, kiedy dziecko/dorosły zaczyna opanowywać mowę, gesty są wycofywane.

W Makatonie oprócz znaków manualnych wykorzystywane są również symbole graficzne, z których korzystają osoby, które nie są w stanie wykonać gestu, wskazują wówczas na symbol i w ten sposób sygnalizują swoje potrzeby i zainteresowania.

Wybór formy gestu lub symbolu, zależy od indywidualnych potrzeb i umiejętności osoby korzystającej z metody. Dzieci i dorośli oraz terapeuci mają pełną możliwość wyboru najbardziej adekwatnego i odpowiedniego dla siebie i sytuacji sposobu nauki. Gesty i symbole nie są alternatywami wzajemnie wykluczającymi się, mogą być stosowane łącznie lub rozdzielnie lub też mogą być łączone z innymi systemami AAC. Znaki Makatonu są formami, z których można w odpowiednim momencie zrezygnować, kiedy dziecko/dorosły opanuje język w stopniu umożliwiającym zrozumiałe porozumiewanie się.

W Makatonie każde uczone pojęcie ma swój odpowiedni gest (znak manualny). Na Program składa się około 450 znaków podstawowych (Słownictwo) i około 7000 znaków uzupełniających, dodatkowych, tak więc liczba gestów odpowiada ilości pojęć. Znakom podobnie, jak symbolom towarzyszy zawsze normalna, gramatyczna mowa (zależnie od możliwości dziecka/dorosłego).

Makaton jest Programem Językowym, czyli uporządkowanym spójnym systemem znaków z określonymi regułami użycia oraz tworzenia nowych znaków; kategorie językowe reprezentowane są przez odpowiednie grupy znaków i zasady ich wykonywania (gesty) lub rysowania (symbole). Znaki manualne Makatonu są proste i czytelne.

Użytkownicy, bo tak zostały nazwane w początkach (koniec lat 40-tych) kształtowania się metod AAC osoby posługujące się systemami manualnymi/lub graficznymi; są to dzieci i dorośli doświadczający trudności w uczeniu się i porozumiewaniu.

Osobami najczęściej korzystającymi ze znaków Makatonu są dzieci i dorośli: z niepełnosprawnością intelektualną, z porażeniem mózgowym, z autyzmem, z zaburzeniami

zmysłów - słuchu, ze specyficznymi zaburzeniami w rozwoju mowy i języka (np. osoby z afazją).

Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Dzieci zamieszkałe i zameldowane na terenie miasta Wodzisławia Śląskiego, w przedziale wiekowym od 0 do 18 lat z deficytami rozwojowymi.

Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Obecnie dzieci i młodzież mogą korzystać z rehabilitacji i terapii w ramach gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, których dostępność ograniczona jest limitami wynikającymi z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30.08.2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2009r. Nr 140, poz. 1145 z póź. zm.) oraz niewystarczającą ilością świadczeń zakontraktowanych przez NFZ. Określone limity w znacznym stopniu ograniczają dostępność i prowadzenie skutecznej rehabilitacji u dzieci z deficytami rozwojowymi.

Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Limitowanie świadczeń gwarantowanych w znacznym stopniu utrudnia powrót do zdrowia i poprawę jakości sprawności psychofizycznej dzieci i młodzieży z deficytami rozwojowymi.

Istniejące limity umożliwiają dzieciom w wieku 0-7 lat i 3-18 lat jedynie korzystanie z ograniczonej liczby i rodzaju świadczeń zdrowotnych tylko przez 120 dni w roku, nie dając możliwości korzystania z formy opieki Pobytu Dziennego. Natomiast dzieci w wieku 7-18 lat z wadami postawy, płaskostopiem i skoliozą niskostopniową nie mają zapewnionych koniecznych grupowych zajęć korekcyjnych.

W związku z powyższym znacznie zmniejsza się dostępność i tym samym zwiększa się czas oczekiwania na realizację świadczeń rehabilitacyjnych.

W celu zabezpieczenia istniejących potrzeb w zakresie rehabilitacji wśród dzieci i młodzieży korzystającej ze świadczeń zdrowotnych planowane jest wdrożenie Programu Kompleksowej rehabilitacji i terapii dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta Wodzisławia Śląskiego.

Program będzie stanowił uzupełnienie świadczeń gwarantowanych, finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Wczesna, intensywna rehabilitacja i terapia stanowią gwarancję do osiągnięcia możliwie maksymalnego poziomu rozwoju i sprawności dziecka. Skuteczność prowadzonej rehabilitacji zapewnia jej kompleksowość, ciągłość i systematyczność.

Cele programu

Cel główny

Celem głównym Programu zdrowotnego jest zapewnienie adresatom programu możliwości kontynuowania procesu rehabilitacji po wykorzystaniu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych i korzystania z ponadstandardowych form wieloprofilowego leczenia, rehabilitacji i usprawniania.

Cele szczegółowe

- jak najwcześniejsze rozpoczęcie działań rehabilitacyjnych u najmłodszych dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem,
- stworzenie warunków do przywrócenia i poprawy stanu zdrowia,
- kształtowanie i utrwalanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- przywrócenie możliwości lub nabycie umiejętności życia i działania w środowisku rodzinnym i społecznym,
- kształtowanie prawidłowych wzorców postawy i ruchu dzieci i młodzieży w granicach ich możliwości,
- edukowanie rodziców w zakresie opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka,
- udzielanie rodzicom porad i instruktażu i w zakresie metod i technik stosowanych w rehabilitacji dziecka,
- inspirowanie rodziców dzieci niepełnosprawnych do współpracy z zespołem terapeutycznym poprzez udział w posiedzeniach teamów terapeutycznych,
- objęcie opieką i wsparciem rodziców dzieci niepełnosprawnych w ramach organizowanych form pomocowych: grupa wsparcia, spotkania integracyjno – edukacyjne i terapeutyczne.

Oczekiwane efekty

- prawidłowy rozwój psychomotoryczny dzieci,
- prawidłowy rozwój emocjonalny dzieci,
- znacząca poprawa stanu zdrowia dzieci,
- przywrócenie możliwości lub nabycie umiejętności życia i działania w środowisku rodzinnym i społecznym,
- stworzenie podstaw integralnego rozwoju dzieci i młodzieży na miarę ich możliwości,
- współpraca rodziców z terapeutami w realizowaniu kompleksowej terapii dzieci niepełnosprawnych,
- poprawa jakości życia dzieci niepełnosprawnych i ich rodzin.

Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

W celu dokonania oceny efektów realizacji Programu zaleca się zastosowanie metod oceny poziomu rozwoju dziecka na początku i końcu realizacji procesu rehabilitacyjnego. Miernikiem efektywności jest porównanie wyników dokonanej oceny.

Metody wykorzystywane do oceny poziomu rozwoju dziecka to:

- ogólna ocena stanu zdrowia pacjenta - badanie lekarskie,
 - ocena rozwoju psychoruchowego,
 - ocena rozwoju neurofizjologicznego,
 - ocena spontanicznej motoryki,
 - ocena deformacji, cech dyzmoρφii i ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych,
- ocena percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem,
- określenie zakresu ruchu w stawach,
 - ocena aktywności ruchowej pacjenta,
 - ocena czucia powierzchownego i głębokiego,
 - ocena odruchów ścięgna – okostnowych,
 - pomiar długości kończyn i obwodów,
 - ocena chodu i lokomocji,
 - ocena samoobsługi i samodzielności,
 - ocena deformacji i zniekształceń,

- ocena sprawności posługiwania się przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi badanie psychologiczne i testem,
- ocena poziomu rozwoju mowy i badanie testem logopedycznym.

Adresaci programu (Populacja programu)

Adresatami docelowymi programu są dzieci z zaburzeniami rozwoju w zakresie ośrodkowego układu nerwowego i układu ruchu w liczbie ok. 200 dzieci, w głównej mierze korzystające z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Informacja o realizacji Programu Zdrowotnego zostanie zamieszczona na stronie internetowej Urzędu Miasta, w lokalnych mediach (prasa, telewizja, radio). Zostaną również wystosowane pisma informujące o Programie do Poradni POZ na terenie Wodzisławia Śląskiego.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert. Świadczenia zdrowotne będą realizowane na terenie miasta Wodzisławia Śląskiego.

Organizacja programu

Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- Uzyskanie opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych,
- Podjęcie Uchwały Rady Miejskiej w sprawie przyjęcia Programu Zdrowotnego pn. Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta Wodzisławia Śląskiego,
- Ogłoszenie konkursu na realizację Programu,
- Wyłonienie wykonawcy Programu,
- Realizacja Programu (kwalifikacja dzieci do udziału w programie z uwzględnieniem rodzaju zaplanowanych świadczeń, realizacja świadczeń zdrowotnych),
- Weryfikacja i ocena realizacji Programu dokumentowana na kartach stanowiących załącznik nr 1.

Kryteria i sposób kwalifikacji

- Mieszkańcy Wodzisławia Śląskiego,
- Dzieci w wieku od 0 do 18 lat obciążone deficytami rozwojowymi, przede wszystkim korzystające z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych,
- Posiadanie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na rehabilitację.

Kwalifikacji do uczestnictwa w Programie dokonuje lekarz rehabilitacji medycznej.

Do uczestnictwa w programie mogą być zakwalifikowane dzieci i młodzież:

- z grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego;
- z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie);
- z chorobami metabolicznymi układu nerwowego;
- z zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego;
- z zespołem mikrozaburzeń czynności mózgu (z wyłączeniem zespołów nadpobudliwości psychomotorycznej);
- z zespołami aberracji chromosomów (np. zespół Downa);
- z trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (np. dziecięce porażenie mózgowe, miopatie, zaniki nerwowo-mięśniowe, następstwa chorób urazowych i zapalnych OUN);
- z zaburzeniami integracji sensorycznej;
- z nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym o ustalonej lub bez ustalonej etiologii;
- z wrodzonymi wadami rozwojowymi wielu układów;
- z zaburzeniami słuchu i mowy;
- z zaburzeniami wzroku.
- z wadami postawy, płaskostopiem, skoliozą niskostopniową.

Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu

Program realizowany jest w formie:

- Wczesnej Interwencji,
- Ośrodka Dziennego,
- Grupowych Zajęć Korekcyjnych.

Wczesna Interwencja – zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

- Odbiorcy świadczeń - dzieci w wieku 0-7 lat;
- Częstotliwość – 1 raz w tygodniu dla jednego dziecka;
- Zakres rehabilitacji obejmuje świadczenia specjalistyczne;
- Czas trwania cyklu terapeutycznego dla jednego dziecka wynosi 5 miesięcy;

Ośrodek Dzienny – zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

- Odbiorcy świadczeń – dzieci i młodzież w wieku 3-18 lat;
- Częstotliwość- codziennie dla każdego dziecka;
- Zakres rehabilitacji obejmuje świadczenia specjalistyczne, które nie są standardowymi, gwarantowanymi świadczeniami ze środków publicznych;

- Czas trwania cyklu terapeutycznego dla jednego dziecka wynosi 5 godz. w ciągu dnia przez pierwsze 120 dni w roku kalendarzowego i 8 godzin przez pozostałe dni trwania Programu w roku kalendarzowym;

Grupowe Zajęcia Korekcyjne:

- Odbiorcy świadczeń – dzieci i młodzież w wieku 7-18 lat;
- Częstotliwość- 1 raz w tygodniu dla każdego dziecka;
- Zakres rehabilitacji obejmuje świadczenia specjalistyczne;
- Czas trwania cyklu terapeutycznego dla jednego dziecka wynosi 3 miesiące.

Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Działania programu są ściśle powiązane ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych ze względu na limitowaną liczbę świadczeń standardowych, gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Ciągłość, systematyczności i kompleksowości stanowi niezbędny warunek uzyskania oczekiwanych efektów rehabilitacji i terapii. Osiągnięcie tego jest możliwe dzięki realizacji zadań ujętych w programie.

Sposób powiązania polega na rozszerzeniu i wzbogaceniu oferty terapeutycznej ponad limity ilościowe i rodzajowe.

Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Kryteria oceny zakończenia rehabilitacji:

- 1) Znaczna poprawa stanu zdrowia potwierdzona badaniem lekarskim i wpisem do historii choroby.
- 2) Ukończenie przez pacjenta 18 roku życia.
- 3) Opinia lekarza i/lub psychologa i/lub pedagoga i/lub logopedy wskazująca na konieczność zmiany leczenia lub jego zakończenia.
- 4) Pogorszenie stanu zdrowia wymagające zmiany sposobu leczenia.

Zakończenie udziału w Programie odnotowane jest w dokumentacji medycznej dziecka.

Każdy uczestnik programu, jeśli istnieją wskazania, ma możliwość kontynuacji rehabilitacji w ramach świadczeń standardowych, gwarantowanych.

Warunki niezbędne do realizacji programu

- Posiadanie statusu Podmiotu leczniczego w myśl ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654);
- Prowadzenie działalności na podstawie wpisu do rejestru Podmiotów Działalności Leczniczej prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego;
- Posiadanie statutowych uprawnień do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej dla dzieci;
- Lokalizacja podmiotu leczniczego na terenie Wodzisławia Śląskiego;
- Budynek podmiotu leczniczego pozbawiony barier architektonicznych tzn.: wyposażony w podjazdy i dojścia dla dzieci niepełnosprawnych ruchowo, windę, poręcze i uchwyty w węzłach sanitarnych oraz posiadający pomieszczenia higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb dzieci niepełnosprawnych ruchowo;
- Podmiot leczniczy realizujący Program musi spełniać warunki dotyczące gabinetów, ich wyposażenia i kwalifikacji personelu realizującego świadczenia zdrowotne określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30.08.2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2009r. Nr 140, poz. 1145 z póź. zm.);

Dowody skuteczności planowanych działań

Ze względu na ścisłe powiązanie treści programu ze świadczeniami standardowymi, gwarantowanymi z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia bezsprzecznie można stwierdzić, iż świadczenia ujęte w programie są skuteczne i efektywne w przywracaniu zdrowia i jakości życia dzieci i młodzieży.

Koszty

Koszty jednostkowe

Pobyty dzienny

Koszt pobytu 5godz. wynosi 140,00zł

Koszt pobytu 8godz. wynosi 230,00

Wczesna interwencja

Koszt pobytu 1 dziecka przez min. 2 godz. 1 raz w tygodniu wynosi 160,00zł

Grupowe Zajęcia Korekcyjne

Koszt jednorazowych ćwiczeń 1 dziecka wynosi 70,00zł.

Na realizację Programu zdrowotnego dotyczącego Kompleksowej rehabilitacji i terapii dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta Wodzisławia Śląskiego w 2012 roku zostały zaplanowane środki finansowe w wysokości 400 000 złotych. W latach kolejnych program będzie realizowany w ramach środków zaplanowanych w budżecie miasta.

Monitorowanie i ewaluacja efektów zdrowotnych

Monitorowanie i ewaluacja efektów zdrowotnych prowadzona będzie na podstawie danych uzyskanych z zastosowanych w programie wskaźników ewaluacji, takich jak:

- liczba dzieci uczestniczących w poszczególnych formach rehabilitacji,
- liczba udzielonych świadczeń z uwzględnieniem ich rodzaju.

PIECZĘĆ PLACÓWKI

OCENA SKUTECZNOŚCI REHABILITACJI

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL

ROZPOZNANIE

K M

KOD ICD

DATA URODZENIA

PŁEĆ

ADRES ZAMIESZKANIA

IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO,
MIEJSCA ZAMIESZKANIA

ADRES

PESEL MATKI

TEL. KONTAKTOWY

DATA PRZYJĘCIA DO PLACÓWKI _____

METODY OCENY SKUTECZNOŚCI REHABILITACJI W OŚRODKU DZIENNYM (stosowane metody należy zaznaczyć X)

1.		ogólna ocena stanu zdrowia pacjenta - badanie lekarskie;
2.		ocena rozwoju psychoruchowego;
3.		ocena rozwoju neurofizjologicznego
4.		ocena spontanicznej motoryki;
5.		ocena deformacji, cech dyzmoorfii i ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych
6.		ocena percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem
7.		określenie zakresu ruchu w stawach;
8.		ocena aktywności ruchowej pacjenta;
9.		ocena czucia powierzchownego i głębokiego;
10.		ocena odruchów ścięgnisto - okostnowych;
11.		pomiar długości kończyn i obwodów;
12.		ocena chodu i lokomocji;
13.		ocena samoobsługi i samodzielności;
14.		ocena deformacji i zniekształceń;
15.		ocena sprawności posługiwania się przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi.
16.		badanie psychologiczne i testem
17.		ocena poziomu rozwoju mowy i badanie testem logopedycznym

18.		inne
-----	--	------

1. OCENA LEKARSKA:

Data i podpis lekarza

2. OCENA PSYCHOLOGICZNA:

Data i podpis psychologa

