

Kinga TUREK

*Uniwersytet Jana Kochanowskiego
w Kielcach*

Wspomaganie rozwoju małego dziecka szansą na dobry start

Abstract: The Support of Child's Development as a Chance for a Good Start

The first part of the article is a short introduction into Early Support of Child Development. It includes definitions, aims and the principles of early support of a disabled child or a child from risk group. It presents the most important features of early support. The second part of the article describes the characteristics of children who participate in early support classes in a therapy centre. The most frequent disorders of a kindergarten child with medical opinion are mentioned here as well as the tasks of the early support team.

Key words: intervention, early support, handicap, handicap risk group, developmental disorders

Słowa kluczowe: interwencja, wczesne wspomaganie, niepełnosprawność, zagrożenie niepełnosprawnością, zaburzenia

Wprowadzenie

Dziecko powinno zajmować ważne miejsce w rodzinie i w społeczeństwie. Jest nie tylko jego częścią, ale posiada też prawa obywatelskie, socjalne i kulturowe. J. Korczak (2012) wskazywał, jak traktować dziecko, jak je kochać, rozumieć i poznawać każdego dnia. Trzeba wpatrzeć się w dziecko, odkryć jego niezwykły język szyfrów i umów, które przekazuje nam, a szczególnie matce. To ona, kochająca i mądra, potrafi zrozumieć i pomóc mu lepiej niż niejeden wykształcony pedagog, psycholog bądź pediatra. Autor proponuje właśnie wierzyć w mądrość praktyczną, rodzicielską, wnikliwość mądrze wspierającą rozwój dziecka. Nie wolno powielać bezkrytycznie wzorców, ponieważ każde dziecko jest jedyne i niepowtarzalne. Jednocześnie dziecko uczy rodziców pokory, bo wychowanie to nie tylko przyjemność, ale także systematyczna praca. To wysiłek, ale też radość i spełnienie. Rok 2012 był Rokiem Janusza Korczaka, w 70.

rocznicę jego śmierci. Ówczesny i obecny Rzecznik Praw Dziecka RP Marek Michalak zacytował słynnego pedagoga: „Wychowanie dziecka to nie miła zabawa, a zadanie, w które trzeba włożyć wysiłek bezsennych nocy, kapitał ciężkich przeżyć i wiele myśli” (Korczak, 2012a, s. 7). W innym miejscu Stary Doktor przypomina: „[...] dziecko to największa wartość. Ma godność przysługującą każdej osobie, a w tej godności jest równe dorosłemu. Nie ma dzieci, są ludzie” (2012b, s. 6). W każdym, nawet w najmniejszym dziecku należy dostrzegać człowieka. Ma ono własną godność i należy traktować je poważnie, z szacunkiem. Również Jan Paweł II (2005, s. 123) zabiegał o poszanowanie i prawa dla dzieci. „[...] troska o dziecko jeszcze przed jego narodzeniem, od pierwszej chwili poczęcia, a potem w latach dziecięcych i młodzieńczych jest pierwszym i podstawowym sprawdzianem stosunku człowieka do człowieka”. T. Bilicki (2000, s. 18–20, 55–59) przypomina starania papieża o prawo dziecka do życia od chwili poczęcia aż do naturalnej śmierci. By właściwie się rozwijać, dziecko potrzebuje opieki rodziny, ale w dużej mierze również opieki państwa i instytucji wychowawczych. Według Jana Pawła II ma ono prawo do szczęśliwego dzieciństwa, wszechstronnego rozwoju, życia w prawdzie o najbliższym otoczeniu i świecie. Prawa te winni znać wszyscy ludzie i respektować je, a szczególnie każda instytucja społeczna i międzynarodowa. Papież żądał powstrzymania wszelkich wojen, działań zagrażających dzieciom i powodujących ich cierpienie. Zachęcał do wspierania różnych organizacji niosących im pomoc.

Wczesne wspomaganie rozwoju małego dziecka

Wczesne Wspomaganie Rozwoju w literaturze przedmiotu oznacza możliwie jak największą liczbę różnorodnych działań wobec rodziny i dziecka, u którego zdiagnozowano lub podejrzewa się nieprawidłowości rozwojowe. Terapia z zakresu WWR odnosi się do dzieci, które mają utrudniony start w życiu z powodu różnych negatywnych czynników zaburzających lub wręcz hamujących rozwój. Terapię tę można w świetle przepisów prawa prowadzić od urodzenia dziecka aż do podjęcia nauki szkolnej (zob.: Abramowska, 2002, s. 7–10; 2009, Turek, 2015; 2016, s. 226–227; Waszkielewicz, 2009, s. 4–6; Serafin, 2012, s. 55–61).

Cele wczesnego wspomagania rozwoju małego dziecka

Wspomaganie rozwoju dziecka jest szczególnie istotne w odniesieniu do dzieci niepełnosprawnych bądź zagrożonych niepełnosprawnością. Ma ono na celu pomoc dziecku i jego rodzinie przez wyrównywanie istniejących niedostatków

oraz zmniejszanie ograniczeń. Zakłada konkretne działania w celu pobudzenia rozwoju dziecka, stymulowania go. Według I. Wiśniewskiej wspomaganie ma właściwy wydźwięk, jeśli postrzegamy dziecko całościowo oraz respektujemy jego możliwości, ograniczenia, przeżycia. Wspomaganie rozwoju to możliwość bycia z dzieckiem, wpływania na jego rozwój, doświadczania różnorodnych przeżyć, emocji. I. Wiśniewska (2010, s. 195) za istotę, a tym samym fundament procesu wspomagania uważa „poznanie i wykorzystanie mocnych stron dziecka, dlatego wspomaganie powinno uwzględniać jego wiek, symptomy zaburzeń, codzienne życie rodziny, obejmować sferę somatyczną, intelektualną, motoryczną, społeczną i emocjonalną, a także uwzględniać indywidualne potrzeby i możliwości dziecka”.

Zasady Wczesnego Wspomagania Rozwoju małego dziecka

Terapeuci WWR starają się doskonalić dziecko przez usprawnianie, odpowiednie nauczanie i wychowanie. Wspierają dziecko w jego rozwoju. Aby jednak zespół specjalistów wywiązywał się należycie ze swoich zadań, powinien przestrzegać zasad wspomagania. Ciekawą propozycję usystematyzowania tych zasad przedstawiła J. Skibska (2014, s. 201), która wyróżniła zasady: akceptacji, podmiotowości, refleksyjności, znajomości dziecka, konsekwencji i systematyczności, celowości, właściwego doboru pomocy, indywidualizacji, aktywności dziecka, odwoływania się do umiejętności podstawowych. Każda kolejna zasada wynika z poprzedniej, tworzą one łańcuch. Wszystkie mają na celu podniesienie skuteczności oddziaływań oraz osiągnięcie maksymalnej efektywności. Wspomaganie rozwoju dziecka to także pomoc jego rodzinie. Praca terapeutów z rodzicami opiera się na możliwie jak najlepszej współpracy, obopólnym zaufaniu i trosce o rozwój dziecka, wspieraniu rodziców w trudnych chwilach, informowania o postępach dziecka i metodach pracy w domu. Dotyczy ona także pozyskiwania informacji. Ma na celu zapewnienie rodzicom pomocy i wsparcia w rozwiązywaniu codziennych problemów, nauczenie ich radzenia sobie w trudnych sytuacjach, zachęcenia do uczestniczenia w procesie terapeutycznym, poprawę rozumienia i zaspokajania przez rodziców potrzeb rozwojowych dziecka. Wczesne wspomaganie rozwoju odbywa się w placówkach mających odpowiednie zaplecze socjalne, dydaktyczne i kadrowe. W szczególnych przypadkach, gdy dziecko jest chore i nie ukończyło trzech lat, może ono odbywać się też w domu (Turek, 2016, s. 228).

Cechy wczesnego wspomaganie rozwoju małego dziecka

Zgodnie z Programem Rządowym WWKSC (https://www.nfz-rzeszow.pl/files/dokumenty/63_2005) wspomaganie rozwoju powinno być wczesne oraz wielospecjalistyczne. Udzielana pomoc jest kompleksowa i skoordynowana, a fachowcy o różnych specjalizacjach prowadzą zajęcia medyczno-rehabilitacyjno-terapeutyczne (wczesna interwencja) oraz rewalidacyjno-wychowawcze (wczesne wspomaganie rozwoju). Każdy z terapeutów zajmuje się odrębną sferą rozwojową dziecka, w zależności od specjalności. Zapewnienie dzieciom wszechstronnego i harmonijnego rozwoju jest głównym celem pracy całego zespołu WWR. Wszyscy specjaliści pracujący z dzieckiem różnymi metodami i sposobami starają się stworzyć mu takie warunki, które umożliwią optymalny rozwój. Oferując różnorodne zajęcia, mają za zadanie kształcić i wypracowywać u dziecka określone umiejętności. Dzięki podjętym działaniom wyrównywanie szans rozwojowych oznacza realną możliwość niesienia i upowszechnienia pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie (zob. Skibska, 2014, s. 195; Serafin, 2012).

Oddział Wczesnego Wspomaganie Rozwoju w Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczym w Myślenicach

W 2006 r. w Ośrodku utworzone zostały oddziały Wczesnego Wspomaganie Rozwoju. Aby dziecko mogło uczestniczyć w zajęciach, musiało (i nadal jest to aktualne) mieć opinię z poradni PPP o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju. Dodatkowym dokumentem, wydawanym przez komisję lekarską, jest orzeczenie o niepełnosprawności dziecka. Oprócz powyższych wymagane jest skierowanie od lekarza specjalisty, np. neurologa czy lekarza rehabilitacji (<http://psouumyslenice.pl>).

Dzieci uczestniczące we Wczesnym Wspomaganie Rozwoju

Pierwsza grupa, rozpoczynająca w 2006 r. zajęcia, liczyła ośmiu podopiecznych. Na koniec 2016 r. było ich 90. Na początku roku szkolnego 2016/2017 zapisanych było 76 osób. Należy wyjaśnić, iż mniejsza liczba dzieci na początku każdego roku szkolnego spowodowana jest odejściem części z nich (z rocznika poprzedniego) do szkół. W ciągu roku natomiast ta liczba wzrasta. Liczba dzieci uczęszczających na terapię WWR z roku na rok jest wyższa.

Wśród dzieci, które uczęszczają na zajęcia WWR w Myślenicach, można wskazać liczną grupę maluchów z określonymi zaburzeniami rozwojowymi.

Rok szkolny	Liczba dzieci
2006/2007	8
2007/2008	13
2008/2009	37
2009/2010	31
2010/2011	70
2011/2012	62
2012/2013	75
2013/2014	72
2014/2015	80
2015/2016	90
2016/2017	79

Rok szkolny 2016/2017	Liczba dzieci
Wcześnieiki	36
Niepełnosprawne intelektualnie	5
Z uszkodzeniami słuchu	7
Z uszkodzeniami wzroku	3
Z ogólnymi zaburzeniami rozwojowymi (w tym dzieci autystyczne)	5
Z różnymi opóźnieniami i zaburzeniami w rozwoju motorycznym	54
Ze sprzężoną niepełnosprawnością	12
Z brakiem, zaburzonym lub opóźnionym rozwojem mowy	76
Z wadami rozwojowymi i nieprawidłowościami anatomicznymi oraz wadami genetycznymi	15
Z dysfunkcjami oddychania, ssania, połykania i żucia	3

Źródło: opracowanie własne

Zaburzenia rozwojowe dzieci w wieku przedszkolnym

Wcześnieiki

Wcześnieikami określa się dzieci, które zostały przedwcześnie urodzone. Są to noworodki, które przyszły na świat między 22. a 37. tygodniem ciąży. Stopnie wcześniactwa określa się jako: poród miernie, umiarkowanie, bardzo i skrajnie przedwczesny, w zależności od tygodnia ciąży, w którym nastąpił. Im wcześniejszy poród, tym zwykle mniejsza masa urodzeniowa dziecka i większe ryzyko śmierci. W zależności od stopnia wcześniactwa zachodzą liczne nieprawidłowości, które ograniczają szanse dziecka na przeżycie bez pomocy współczesnej medycyny. Do najczęstszych problemów należą: trudności w utrzymywaniu prawidłowej temperatury ciała, ciśnienia krwi, zaburzenia oddychania, trudności

z karmieniem, żółtaczką, zakażenia, krwawienia śródczaszkowe i inne uszkodzenia mózgu (<http://wczesniaki.org.pl/pl,wczesniaki>).

Dzieci niepełnosprawne intelektualnie

Oligofrenopedagogika to dział pedagogiki zajmującej się osobami (w tym dziećmi) niepełnosprawnymi intelektualnie (inaczej: upośledzonymi umysłowo) w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym i głębokim. Należą do nich najczęściej dzieci z określonymi zespołami genetycznymi (np. zespół Downa). Według T. Gałkowskiego (1968, s. 363) „niepełnosprawność ma charakter globalny, charakteryzuje się obniżoną sprawnością umysłową spowodowaną wrodzoną anomalią, która czyni korę mózgową niezdolną — w mniejszym lub większym stopniu — do procesów myślowych”. H. Borzyszkowska (1985, s. 22) zwraca uwagę na istotę upośledzenia umysłowego. Są nią „różnego rodzaju uszkodzenia i niedorozwoje centralnego układu nerwowego, a kory mózgowej przede wszystkim”.

Dzieci z uszkodzeniami słuchu

Surdopedagogika to dział pedagogiki zajmującej się osobami (w tym dziećmi) z uszkodzeniami słuchu. Jak podaje E. M. Skorek (2005, s. 78), są wśród nich dzieci niesłyszące. Resztki słuchu są wykrywalne w badaniu audiometrycznym (krzywa powietrzna poniżej 80 dB). Do tej grupy należą także dzieci niedosłyszące (Skorek, 2005, s. 107), które mają „ograniczenie funkcji słuchowej, powodujące trudności w odbieraniu i rozumieniu mowy”. Wyróżnia się stopnie upośledzenia słuchu od lekkiego, przez umiarkowany, znaczny, aż do głębokiego.

Dzieci z uszkodzeniami wzroku

Tyflopedagogika to dział pedagogiki zajmującej się osobami (w tym dziećmi) z uszkodzeniami wzroku. Są wśród nich dzieci niedowidzące i niewidome. Mogą też być głuchoniewidome.

Dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, w tym autystyczne

Autyzm dziecięcy, zgodnie z klasyfikacją ICD-10, jest całościowym zaburzeniem rozwoju. Charakteryzuje się nieprawidłowym lub upośledzonym rozwojem. Zaburzenie to pojawia się w ciągu pierwszych trzech lat życia dziecka i odznacza się nieprawidłowym funkcjonowaniem sfery interakcji społecznych, komunikacji, a także powtarzającymi się zachowaniami. Obszary te często nazywane są triadą zaburzeń autystycznych. Pojęcie obejmuje autyzm, autyzm wieku dziecięcego, psychozę dziecięcą, zespół Kanner'a i zespół Aspergera (Pużyński, Wciórka, 2000).

Dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością

Sprzężona niepełnosprawność oznacza występowanie u dziecka więcej niż jednej niepełnosprawności, która jest spowodowana przez jeden lub więcej czynników. Ujawnia się w różnych okresach życia dziecka. Do tej grupy należą m.in. dzieci niepełnosprawne intelektualnie z towarzyszącymi niedosłuchami, dzieci z MPD z towarzyszącymi uszkodzeniami wzroku, encefalopatią (<https://prezi.com>).

Dzieci z brakiem, zaburzonym lub opóźnionym rozwojem mowy

W zaburzeniach rozwoju funkcji mowy często dochodzi do jej niewykształcenia (brak rozwoju mowy). Mogą też pojawić się zaburzenia rozwoju pewnych jej poziomów, zatrzymanie się mowy na pewnym etapie rozwoju. Może nastąpić utrata wcześniej opanowanej umiejętności mówienia lub rozumienia. Do omawianej, najliczniejszej grupy należy wiele jednostek chorobowych, m.in. anartria. Jak podaje E. M. Skorek (2005, s. 20) w słowniku logopedycznym, charakteryzuje się ona „brakiem rozwoju mowy lub utratą wcześniej nabytych umiejętności wytwarzania dźwięków mowy na skutek uszkodzenia układu pozapiramidowego, ośrodków pnia mózgu i dróg unerwiających narządy mowy. Może utrzymywać się kilka lat, przechodząc w dysartrię. Mowa jest bełkotliwa i zupełnie niezrozumiała”. Kolejna choroba to alalia, inaczej słuchoniemota, afazja rozwojowa. Według wspomnianej autorki (s. 17) jest to „opóźnienie w przyswajaniu sobie języka na skutek opóźnionego wykształcenia się funkcji pewnych struktur mózgowych”. Oligofazja to kolejne zaburzenie mowy, które występuje u osób niepełnosprawnych intelektualnie. Następną jednostką chorobową, któ-

raż omawia autorka, jest afazja. To „zaburzenie mowy polegające na częściowej lub całkowitej utracie umiejętności budowania i percypowania tekstów słownych w następstwie mniej lub bardziej rozległego ogniskowego uszkodzenia ośrodków mowy dominującej półkuli mózgu” (s. 7). Autorzy zajmujący się tą jednostką chorobową wyróżniają wiele jej rodzajów, gdyż uszkodzenie mózgu wywołuje zazwyczaj zaburzenia różnych funkcji mowy. W odniesieniu do dzieci najczęstszym określeniem jest niedokształcenie mowy o typie afazji dziecięcej.

Dzieci z różnorodnymi opóźnieniami i zaburzeniami w rozwoju motorycznym

Wśród najczęstszych zaburzeń w rozwoju motorycznym wyróżnia się mózgowie porażenie dziecięce (MPD). Jest to zespół przewlekłych, niepostępujących zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego. Ma ono miejsce w wyniku uszkodzenia mózgu w okresie ciąży, porodu lub w pierwszych latach życia dziecka. Przejawia się najczęściej zaburzeniami czynności ruchowych i postawy (<https://prezi.com>).

Dzieci z wadami rozwojowymi i nieprawidłowościami anatomicznymi (np. rozszczepy) oraz wadami genetycznymi

Wady wrodzone są to odstępstwa od normy budowy anatomicznej. Wyróżnia się małe i duże wady, które mogą występować pojedynczo lub w grupach. Do połączeń wad należą: zespoły wad wrodzonych, sekwencje wad wrodzonych, skojarzenia wad oraz kompleksy wad wrodzonych. Do najczęściej występujących wrodzonych wad rozwojowych, zniekształceń i aberracji chromosomowych u dzieci z WWR należą wady rozwojowe układu nerwowego: małogłowie i rozszczep kręgosłupa, rozszczepy wargi i podniebienia (https://pl.wikipedia.org/wiki/Wady_wrodzone).

Choroby genetyczne wynikają z mutacji w obrębie genu lub genów, mających znaczenie dla prawidłowej budowy i czynności organizmu (https://pl.wikipedia.org/wiki/Choroby_genetyczne). Do najczęściej występujących chorób u dzieci z WWR, uwarunkowanych genetycznie, należą: zespół Downa, rozszczepy podniebienia. Spośród wrodzonych wad rozwojowych można wskazać na rozszczep kręgosłupa.

Dzieci z dysfunkcjami oddychania, ssania, połykania i żucia

Dysfunkcja oddychania jest to niewłaściwy ustny tor przepływu powietrza. Dziecko, zamiast nosem, oddycha ustami. Konsekwencjami dysfunkcji oddychania są: hipotonia mięśnia okrężnego warg, niewydolność warg, wiotkość mięśni policzkowych, nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka, wady wymowy, częste infekcje górnych dróg oddechowych, wady postawy, zaburzenia gospodarowania powietrzem, nieprawidłowe funkcjonowanie układu pokarmowego, niedostateczne dotlenienie układu nerwowego. Fizjologiczne czynności dziecka, do których należą oddychanie i pobieranie pokarmu, powinny być, lecz często nie są ze sobą skoordynowane (www.maluchy.pl).

Zespół Wczesnego Wspomagania Rozwoju

Zespół Wczesnego Wspomagania Rozwoju został powołany przez dyrektora Ośrodka. W 2006 r. tworzyło go zaledwie kilka osób mających przygotowanie do pracy z małymi dziećmi o zaburzonym rozwoju psychoruchowym, a więc: oligofrenopeda, psycholog, logopeda, rehabilitant. Wraz ze wzrostem liczby dzieci w Ośrodku zespół specjalistów również się powiększył. Obecnie należą do niego: lekarz rehabilitacji, pielęgniarka, dwóch psychologów, neurologopeda i logopeda, oligofrenopeda, surdopeda, tyflopeda, dwóch fizjoterapeutów, dogoterapeuta, dwóch hipoterapeutów, terapeuta SI (integracji sensomotorycznej). Zajęcia WWR są planowane zgodnie z wytycznymi i zaleceniami zawartymi w Opinii Wczesnego Wspomagania Rozwoju, wydanej przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną. W Ośrodku dzieci przynajmniej raz w tygodniu mają zapewnioną terapię ze wszystkimi specjalistami. Najwięcej dzieci korzysta z zajęć z rehabilitantami, psychologami, neurologopedą i logopedą. Dzieci małe, potrzebujące intensywnej terapii w danej sferze rozwojowej, uczęszczają na zajęcia nawet dwa do trzech razy w tygodniu (np.: zajęcia rehabilitacyjne, logopedyczne).

Zadania zespołu Wczesnego Wspomagania Rozwoju

Do najistotniejszych zadań zespołu WWR A. M. Waszkielewicz (2009, s. 8) zalicza: „ustalenie, na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, kierunków i harmonogramu działań w zakresie wczesnego wspomagania i wsparcia rodziny dziecka[...]. Jak podaje autorka, należy zapewnić dziecku rehabilitację, terapię lub inne formy pomocy w zależności od jego po-

trzeb. Każde dziecko należy traktować indywidualnie, opierając się na indywidualnym programie wczesnego wspomaganie, który jest opracowany i realizowany przez specjalistów, przy udziale rodziny. Zaleca się, aby był on w trakcie terapii wielokrotnie analizowany pod kątem skuteczności i efektywności. Powinien również zawierać kolejne etapy działań wobec dziecka i każdorazowo uzyskać całkowitą akceptację rodziców.

Zakończenie

Współczesny rozwój medycyny jest niezwykle. Otwiera on niewyobrażalne możliwości w zakresie ratowania życia ludzkiego. Jeszcze kilkanaście lat temu dzieci urodzone przedwcześnie, zwane wcześniakami, nie miały wielkich szans przeżycia. Obecnie granica przeżywalności dziecka została przesunięta do 24 tygodnia ciąży. Oznacza to, iż dzięki osiągnięciom współczesnej medycyny można uratować już tak małe dziecko. Faktem stała się większa przeżywalność dzieci z zaburzeniami rozwojowymi powstałymi już na etapie życia płodowego. Z jednej strony, oznacza to olbrzymią szansę i radość dla rodziców z posiadania własnego potomstwa. Z drugiej jednak — stawia ich przed wielkim wyzwaniem, jakim jest wychowywanie niepełnosprawnego dziecka. Należy pamiętać, iż im niższy wiek biologiczny dziecka, tym większa niewiadoma i realna obawa o przyszły jego rozwój. Coraz więcej dzieci ma deficyty rozwojowe. Rodzice powinni mieć szansę na wspieranie rozwoju swego dziecka, na podjęcie jak najwcześniejszych działań w celu jego stymulowania, korygowania i usprawniania. Wiadomo przecież, że im szybciej, tym lepiej, zatem terapię trzeba podjąć jak najszybciej. Rodzice powinni być informowani w szpitalach, poradniach, gdzie mogą szukać pomocy. Powinni być świadomi, iż są placówki zajmujące się wczesną identyfikacją zaburzeń rozwojowych. Mogą oni korzystać z wielu różnych form opieki, wspierania rozwoju i edukacji na każdym poziomie rozwoju dziecka. W placówkach takich są specjaliści, których praca polega na maksymalnym wykorzystaniu potencjału rozwojowego dziecka. Ich celem jest jak najlepsze przygotowanie dziecka do podjęcia nauki w szkole bądź w innych placówkach zajmujących się edukacją.

Bibliografia

- Abramowska, B. (red.) (2002). *Wczesna interwencja*. Warszawa: Wyd. PSOUU.
- Abramowska, B. (red.) (2009). *Twoje dziecko jest inne. Informacje i porady praktyczne dla rodziców i dzieci zagrożonych niepełnosprawnością bądź dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w wieku 0–7 lat*. Warszawa: Wyd. PSOUU.
- Bilicki, T. (2000). *Dziecko i wychowanie w pedagogii Jana Pawła II*, Kraków: Impuls.

- Borzyszkowska, H. (1985). *Oligofrenopedagogika*. Warszawa: WSiP.
- Gałkowski, T. (1968). *Encyklopedyczny słownik rehabilitacyjny*. Warszawa: PZWL.
- Jan Paweł II. (2005). *Przemówienie na XXXIV sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ w 1979 r.* Za: T. Borutka, *Dziecko*. W: A. Zwoliński (red.), *Jan Paweł II. Encyklopedia nauczania społecznego*. Radom: PWE Polwen.
- Korczak, J. (2012a). *Jak kochać dziecko. Dziecko w rodzinie*. Warszawa: Dimograf.
- Korczak, J. (2012b). *Prawo dziecka do szacunku*. Warszawa: Dimograf.
- Meissner-Łozińska, J., Smoczeńska, A. (2005). *Rozwój praw dzieci (od pierwszych idei do ich skodyfikowania) a sytuacja dziecka w polskiej rzeczywistości prawnej i społecznej*. W: A. Solak (red.), *Prawa dziecka w kontekście wychowawczym*. Tarnów: BIBLOS, s. 9–56.
- Puzyński, S., Wciórka, J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Wyd. Vesalius.
- Serafin, T. (2012). *Wybrane aspekty dotyczące możliwości prowadzenia działań wspierających rozwój małych dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub niepełnosprawnych oraz ich rodziny*. Kraków: Impuls.
- Skibska, J. (2014). *Wspomaganie rozwoju małego dziecka szansą na dobry start — konteksty wyzwań — komunikat z badań*, <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/6747> (dostęp: 18 VII 2016).
- Skorek, E. M. (2005). *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków: Impuls.
- Turek, K. (2015). *Teczka pracy logopedy. Wczesna interwencja i wczesne wspomaganie rozwoju w logopedii*, Poznań: Wyd. Forum.
- Turek, K. (2016). *Edukacja i profilaktyka w oddziałach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w kontekście praktyki w ośrodku*. W: *Edukacja na rozdrożu*. Cz. 3: R. Bernatova, S. Kania, S. Śliwa (red.), *Dzieciństwo szans i zagrożeń*. Opole: Instytut Śląski, s. 227–235.
- Waszkielewicz, A. M. (2009). *Wczesne wspomaganie. System edukacji*. Kraków: Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego.
- Wiśniewska, I. (2010). *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Impuls.

Źródła internetowe

- <https://prezi.com/m/knmywsbldej4/niepełnosprawności-sprzeżone> (dostęp: 18 VII 2016).
- <http://psouumyslenie.pl> (dostęp: 18 VIII 2016).
- <http://wczesniaki.org.pl/pl> (dostęp: 18 VIII 2016).
- https://pl.wikipedia.org/wiki/Choroby_genetyczne (dostęp: 18 VIII 2016).
- https://pl.wikipedia.org/wiki/Wady_wrodzone (dostęp: 18 VIII 2016).
- Rządka, M. (2011). *Znaczenie oddychania dla prawidłowego rozwoju dziecka*, <http://www.maluchy.pl/artykul/410-znaczenie-oddychania-dla-prawid%C5%82owego-rozwoju-dziecka> (dostęp: 18 VIII 2016).
- Uniwersał, D. (2014). *Niepełnosprawności sprzężone*, <https://prezi.com/knmywsbldej4/niepełnosprawności-sprzeżone/> (dostęp: 18 III 2016).