



KĄCIK RODZICA



Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia życzymy Wam Drodzy Rodzice: miłości, zimowej pogody, zdrowia i dużo prezentów.

Redakcja

Witamy w kolejnym numerze **Kącika Rodzica**. Chciałybyśmy podzielić się z Państwem refleksjami dotyczącymi wybranych zagadnień terapii prowadzonych w Ośrodku. Przygotowane artykuły być może przybliżą mniej znane problemy, zachęcą do ćwiczeń i skłonią do refleksji.

Proponowana tematyka artykułów:

1. Zaburzenia przetwarzania słuchowego APD jedną z przyczyn trudności w uczeniu się;
2. Oddychaj świadomie – propozycje ćwiczeń oddechowych.
3. Wspomagające i alternatywne sposoby porozumiewania się – od czego zacząć?

Zapraszamy do lektury

Małgorzata Krzyżyńska
Dorota Szufrajda
Aneta Olszta
Dorota Piernicka
Katarzyna Bielecka

Pytania i propozycje interesujących Państwa zagadnień można kierować pod adresem: kacikrodzica@gmail.com

Zaburzenia przetwarzania słuchowego APD jedną z przyczyn trudności w uczeniu się

Centralne Zaburzenia Przetwarzania Słuchowego często mylone są z wadą słuchu. Tymczasem dzieci cierpiące na APD często słyszą normalnie, mają za to problem z interpretowaniem dźwięków.

Czym objawiają się centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego i jak sprawdzić, czy dziecko je ma?

Według definicji przyjętej przez Amerykańskie Towarzystwo Mowy, Języka i Słuchu (ASHA) można mówić o centralnych zaburzeniach przetwarzania słuchowego (Central Auditory Processing Disorders- CAPD) jeśli co najmniej jedna z poniżej przedstawionych wyższych funkcji słuchowych jest zaburzona:

Lokalizacja źródła dźwięku.

Różnicowanie dźwięków, w tym dźwięków mowy.

Rozpoznawanie wzorców dźwiękowych, czyli porównywanie aktualnie słyszanych dźwięków z wzorcami głosek i sylab oraz innych dźwięków utrwalonymi w długotrwałej pamięci słuchowej.

Analiza czasowa sygnału dźwiękowego,

w skład której wchodzi rozdzielczość czasowa, maskowanie poprzedzające i następcze, prawidłowa percepcja kolejności dźwięków oraz integracja czasowa dźwięków w zakresie milisekund oraz sekund. Prawidłowe procesy analizy czasowej są niezbędne w poprawnej percepcji wysokości dźwięków,

a szczególnie do rozpoznawania pewnych rodzajów głosek

(i różnicowania ich cech), takich jak np.: p, b, t, d,

w których cała informacja akustyczna pozwalająca na ich analizę wybrzmiewa w czasie poniżej 30 ms.

- Umiejętność rozumienia mowy zniekształconej.

- Umiejętność rozumienia mowy w obecności sygnału zagłuszającego.
(Sanderski 2009)

Oznacza to, że osoba z APD nie ma możliwości pełnego wykorzystania słyszanego sygnału akustycznego przy prawidłowym odbiorze w strukturach obwodowych. U podłoża tego schorzenia leżą

zaburzenia funkcjonowania neuronów drogi słuchowej od jądra ślimaka do kory słuchowej.

Pośród czynników, które mogą wpłynąć na powstanie ośrodkowych zaburzeń przetwarzania słuchowego wymienia się:

Wcześnieństwo.

Niedotlenie w czasie porodu.

Zapalenie opon mózgowych.

Częste zapalenia ucha środkowego.

Częste sączkowanie uszu.

Genetyczne dyspozycje - dysleksja.

Urazy głowy, nowotwory, niedokrwienia, uszkodzenia toksyczne

Dzieci, u których doszło do zaburzeń neuromorfologicznych na poziomie komórkowym w obrębie lewej półkuli i / lub spoidła wielkiego z powodu opóźnienia lub zaburzonego dojrzewania OUN. Uszkodzenia te najczęściej skutkują opóźnieniem rozwoju mowy lub trudnościami w rozumienia mowy i często są przyczyną problemów w nauce oraz czytaniu i / lub pisaniu. (Keith, 2005, Sanderski, 2002)

Wyróżnia się trzy najczęściej występujące kategorie kliniczne zaburzeń przetwarzania słuchowego :

Zaburzenia słyszenia na poziomie fonologicznym

Zaburzenia uwagi słuchowej i słyszenia w hałasie

Zaburzenia integracji słuchowo-wzrokowej

Zaburzenia słyszenia na poziomie fonologicznym są najczęstszą postacią centralnych zaburzeń słuchu (50%). Istotą ich są zaburzenia uncji odkodowywania cech akustycznych dźwięków mowy, pozwalających na rozumienie fonemów. Zaburzona percepcja kolejności zdarzeń akustycznych, problem z różnicowaniem i monitorowaniem niewielkich zmian wysokości dźwięku. Trudności dzieci z różnicowaniem dźwięków mowy przekładają się na trudności w czytaniu i pisaniu oraz często współwystępujące wady wymowy. Obserwuje się ubogi słownik, niższy poziom integracji werbalnej od niewerbalnej.

Strategie postępowania terapeutycznego obejmują przede wszystkim: trening słuchowy, ćwiczenia analizy i syntezy słuchowej, ćwiczenia rozdzielności czasowej, - różnicowania długości i wysokości dźwięków. Zaleca się, aby nauczyciele kierowali do tych dzieci proste i krótkie polecenia, akcentowali najważniejsze elementy swojej wypowiedzi i równoległe z poleceniami słownymi przekazywali uczniom krótkie instrukcje na piśmie (np. zapisując na tablicy słowa kluczowe).

Zaburzenia uwagi słuchowej i słyszenia w hałasie to drugi pod względem częstości występowania typ centralnych zaburzeń słuchu (30 %).

Cechami charakterystycznymi tej grupy to: źle funkcjonująca krótkotrwała pamięć słuchowa, trudności w rozumieniu mowy w niekorzystnych warunkach akustycznych, szczególnie gdy równocześnie mówi kilka osób, zaburzenia koncentracji uwagi, impulsywność.

U dzieci tych, często wcześniej rozpoznano zaburzenia uwagi (ADD).

Również często współistnieją w tych przypadkach zaburzenia mowy czynnej, wypowiedzi są ubogie zarówno w zakresie słownictwa jak i gramatyki.

W warunkach szkolnych ważne jest, aby dziecko siedziało w pierwszych ławkach, można rozważyć skierowanie dziecka do klasy integracyjnej. Pomocne jest stosowanie systemów wspomagających słuchanie.

Zaburzenia integracji wzrokowo-słuchowej manifestują się trudnościami w ocenie i aktywnym wykorzystaniu prozodycznych cech mowy.

Przyczyną tych problemów są zaburzenia funkcji ciała modzelowatego oraz struktur prawej półkuli mózgu. U części tych dzieci występują zaburzenia czytania i pisanania.

Zanurzenia przetwarzania słuchowego u dzieci – obserwacje:

W większości są u płci męskiej.

Mają prawidłowe progi słuchu w badaniu audiometrii totalnej.

Ich odpowiedź na bodziec słuchowy jest niestała. Często odpowiadają w sposób właściwy, lecz innym razem wydaje się, że nie są w stanie wypełnić poleceń słownych.

Mają krótki okres utrzymania uwagi i łatwo męczą się w przypadku czynności wymagającej długotrwałej lub złożonej aktywności podczas słuchowego uczenia się.

Są rozpraszane przez bodźce słuchowe. Nie potrafią zablokować dostępu niechcianych bodźców, odpowiadają natychmiast i całkowicie na wszystkie bodźce, które widzą, czują lub słyszą, niezależnie od wielkości ich znaczenia.

Mogą mieć trudności ze zdolnością do lokalizacji dźwięku. Trudności te mogą polegać na niemożności określenia źródła dźwięku oraz rozróżniania dźwięków łagodnych i głośniejszych.

Z doniesień wynika, że dzieci te przy narażeniu na głośny hałas są często przestraszone i dezorientowane, zakrywają uszy rękami, aby zmniejszyć jego odbiór.

Mimo uważnego słuchania mogą mieć trudności w rozumieniu długich czy skomplikowanych poleceń i instrukcji słownych.

Często proszą o powtórzenie informacji.

Często nie są w stanie zapamiętać informacji przekazanej słownie, zarówno przez krótki, jak i długi czas (pamięć świeża i trwała). Mogą mieć trudności z liczeniem i recytowaniem alfabetu, z zapamiętaniem dni tygodnia i miesięcy, adresów oraz numerów telefonów. Mogą wolno reagować na informacje słuchowe, tak, jakby potrzebowały więcej czasu na przyswojenie i przetworzenie informacji słownej

Szacuje się, że co najmniej u połowy dzieci z rozpoznanymi trudnościami w uczeniu się, dysleksją, zespołem zaburzeń uwagi i zachowania występują zaburzenia przetwarzania słuchowego (Keith 2005)

NEUROFLOW Aktywny trening słuchowy jako diagnoza i terapia centrach zaburzeń przetwarzania słuchowego

Neuroflow jest treningiem usprawniającym procesy komunikowania i uczenia się dziecka.

Jest jednym z nielicznych treningów wyższych funkcji słuchowych opracowanym na podstawie najnowszych osiągnięciach naukowych z tej dziedziny.

Program ćwiczeń pozwala na dostosowanie ich tempa oraz stopnia trudności do potrzeb dziecka i możliwości rodziców – trening prowadzony może być w domu dziecka, pod kontrolą rodzica lub w gabinecie

terapeuty. Stopień trudności zadań dostosowywany jest do możliwości dziecka i zmienia się w sposób adaptacyjny, tak aby zadanie nie było zbyt łatwe, ani zbyt trudne. Trening słuchowy składa się z modułów, które odpowiadają potrzebom każdego z typów klinicznych zaburzeń przetwarzania słuchowego. Program jest dostosowany do kilku poziomów rozwojowych, od wieku przedszkolnego do młodzieży.



Diagnoza w kierunku zaburzeń przetwarzania słuchowego (CAPD) metodą Neuroflow podzielona jest na kilka etapów:

Szczegółowy wywiad - provider Neuroflow zapyta o rozwój dziecka począwszy od okresu prenatalnego, poprzez okres niemowlęcy do aktualnych problemów zdrowotnych dziecka. Ważnym elementem wywiadu jest wypełnienie kwestionariusza zawierającego pytania dotyczące trudności dziecka w uczeniu się i komunikacji.

Ocena czułości słuchu dziecka – to pierwszy element badania obwodowego układu słuchowego. Badanie audiometrii tonalnej pozwala stwierdzić czy czułość słuchu jest prawidłowa, czy dziecko nie ma niedosłuchu. Wyniki tego badania zostaną umieszczone w Raporcie, który otrzymają Państwo na koniec badania diagnostycznego.

Ocena wyższych funkcji słuchowych baterią znormalizowanych testów Neuroflow:

- dzieci, w wieku przedszkolnym mają do wykonania 3 zadania testowe
dzieci w wieku młodszym szkolnym podczas diagnozy wykonują 6 zadań testowych
dzieci starsze i osoby dorosłe 8 zadań testowych

Zadania polegają, w zależności od wieku dziecka, m.in. na powtarzaniu słów/zdań na tle szumu, cyfr, które słyszane są jednocześnie w prawym i lewym uchu, wysłuchiwanie przerw w szumie, różnic pomiędzy dźwiękami w zakresie ich wysokości.

Po wykonaniu diagnozy w kierunku zaburzeń przetwarzania słuchowego CAPD provider na tym samym spotkaniu drukuje Raport z badania i omawia go z rodzicami. Raport zawiera ważne informacje:

- jakimi narzędziami dziecko zostało zbadane
- co badają poszczególne testy
- jakie wyniki uzyskało dziecko

Na Raporcie znajdzie się także odrębnie wpisana przez providera analiza wyników diagnozy i podsumowanie zawierające cenne dla nauczycieli oraz innych terapeutów dziecka informacje.

Jeśli rodzice wspólnie z providerem zdecydują

o rozpoczęciu treningu Neuroflow, wówczas zostaną poinformowani o:

- wymaganiach technicznych (m.in. odpowiedni komputer, szerokopasmowe łącze internetowe)

- cenie każdego z etapów (nie każde dziecko musi przejść wszystkie etapy) roli jaką pełni rodzic w procesie ćwiczeń wyższych funkcji słuchowych zobaczą demonstracyjny, skrócony trening, która pokaże rodzicom jakie zadania spotkają w trakcie sesji terapeutycznych prowadzonych w domu i wyjaśni jak ćwiczyć z dzieckiem.

Po każdym etapie treningu zalecana jest diagnoza kontrolna, która oceni postępy dziecka.



opracowała
mgr Dorota Piernicka

Oddychaj świadomie!

W pozycji siedzącej spływamy oddech- ramiona uginają się ku klatce piersiowej, a powierzchnia płuc używana do oddychania wykorzystywana jest zaledwie w 50% swoich możliwości. Dodatkowo napięcie nerwowe, stres też sprawia, że „zapominamy” oddychać. Kiedy odczuwamy niepokój instynktownie spływamy, przyspieszamy bądź wstrzymujemy oddech. Świadome oddychanie ma działanie rozluźniające i wzmacniające. Już kilka minut takiego oddychania pozytywnie wpływa na krążenie i poprawia samopoczucie.

Techniki oddechowe :

- zwiększają koncentrację
- relaksują, pomagają rozładować złość
- obniżają ciśnienie krwi i poziom hormonu stresu- kortyzolu
- ułatwiają usuwanie toksyn
- wzmacniają układ odpornościowy



Techniki oddechowe są elementami min. treningu Jacobsona, Schultza, tai-chi, jogi. Wykorzystywane w terapiach uśmierzających ból, poprawiających sen, odchudzających, w sporcie, sztukach walki, fizjoterapii-np. po przebytych zakażeniu koronawirusem.

Ćwiczenia oddechowe nie wymagają sprzętu, stroju czy specjalnego miejsca. Wystarczy skupić się na oddechu kilka minut dziennie, a nawet praktykować świadome oddychanie np. na przystanku, podczas spaceru itp. Oddech to potężne źródło zdrowia i spokoju. Wspaniałe lekarstwo,

które nic nie kosztuje,
i z którego zawsze możemy skorzystać.

PROPOZYCJE ĆWICZEŃ ODDECHOWYCH

Przed przystąpieniem do ćwiczeń warto, aby dzieci przygotowały chusteczki higieniczne. Czasami ćwiczenia oddechowe pomagają udrożnić zatoki i wywołują potrzebę wydmuchania nosa.

Ćwiczenie 1

Przyjmij pozycję stojącą. Stopy ustaw na szerokość bioder, zwróć uwagę, aby Twoja sylwetka nie była zgarbiona.

Wykonaj kilka swobodnych oddechów. W czasie tego ćwiczenia zwróć uwagę na swój język, który cały czas powinien znajdować się na podniebieniu. Spróbuj też masować językiem podniebienie, jednocześnie skupiając się też na świadomym, harmonijnym oddechu.

Ćwiczenie 2

Przyjmij pozycję stojącą. Stopy ustaw na szerokość bioder, zwróć uwagę, aby Twoja sylwetka nie była zgarbiona.

To ćwiczenie wymaga dużej koncentracji. Oddychaj głęboko i powoli. Będziesz teraz oddychać z zastosowaniem 3 sekundowych przerw między fazami oddechu. Pamiętaj, że wydech powinien być zawsze dłuższy niż wdech.

Wdech – pauza. Wydech – pauza, itd.

Ćwiczenie 3

Przyjmij pozycję stojącą. Stopy ustaw na szerokość bioder, zwróć uwagę, aby Twoja sylwetka nie była zgarbiona.

W czasie wydechu wypowiedz głoskę „mmmmmmmmmm”. Poczuj jak delikatna wibracja masuje i łaskocze Twoją jamę ustną.

Ćwiczenie 4

Przyjmij pozycję stojącą. Stopy ustaw na szerokość bioder, zwróć uwagę, aby Twoja sylwetka nie była zgarbiona.

W czasie wydechu wypowiadaj głoskę „sssssssssss”. Zwróć uwagę, jak podczas tego ćwiczenia napinają się mięśnie brzucha. Dla uzyskania jeszcze większego efektu, możesz wypowiadać tę głoskę pulsacyjnie.

Ćwiczenie 5

Przyjmij pozycję stojącą. Stopy ustaw na szerokość bioder, zwróć uwagę, aby Twoja sylwetka nie była zgarbiona.

W czasie wdechu unieś ramiona przodem do góry, na wydechu opuść na dół wzdłuż ciała. Dla utrudnienia, spróbuj dołączyć do tego ćwiczenia wspięcie na palce stóp w czasie wdechu. Kontroluj swoje ciało i utrzymuj równowagę.

Ćwiczenie 6

Przyjmij pozycję stojącą. Stopy ustaw na szerokość bioder, zwróć uwagę, aby Twoja sylwetka nie była zgarbiona.

Położ dłonie na dolne łuki żeber. Postaraj się, aby w czasie oddechu żebra rozszerzały się na boki, a brzuch delikatnie się zaokrąglił. Ramiona nie mogą unosić się do góry. Tak wygląda prawidłowy oddech w spoczynku.

Ćwiczenie 7

Przyjmij pozycję stojącą. Stopy ustaw na szerokość bioder, zwróć uwagę, aby Twoja sylwetka nie była zgarbiona.

Przyłóż palec na prawe skrzydełko nosa. Weź spokojny wdech lewą dziurką nosa, przełóż palec na lewe skrzydełko i wykonaj mocny wydech prawą dziurką. Dla uproszczenia - wdech wykonaj lewą dziurką od nosa, wydech prawą. Wykonaj 3 takie oddechy. Kolejne 3 oddechy zrób odwrotnie. Na zakończenie wykonaj 3 oddechy obiema dziurkami

jednocześnie. Ćwiczenie to może okazać się pomocne w sytuacjach bardzo silnego stresu i atakach złości.

Ćwiczenie 8

Spróbuj kilkakrotnie wywołać u siebie odruch ziewania.

W czasie ziewania delikatnie masuj okrężnymi ruchami okolice stawów skroniowo-żuchwowych.

Ćwiczenie 9

Przyłóż dłoń do ust i wykonaj kilka długich wydechów przez „zasnurowane usta” (jak do zdmuchnięcia świeczki). Następnie wykonaj kilka długich wydechów przez szeroko otwarte usta. Czy czujesz jakąś różnicę ?



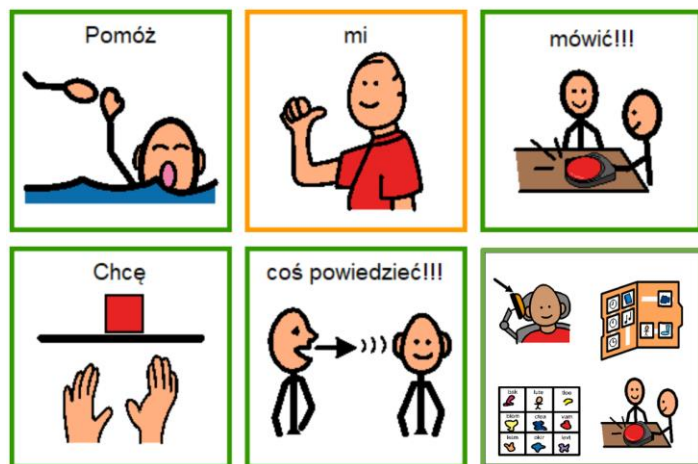
Ćwiczenie 10

To ćwiczenie jest doskonałym sposobem na uspokojenie organizmu w sytuacjach stresowych. Połóż się na plecach. Nogi zegnij w biodrach i kolanach, stopy niech będą oparte o podłogę.

Położ jedną rękę na brzuch, a drugą na klatkę piersiową. Oddychaj teraz z zaangażowaniem przepony czyli najważniejszego mięśnia oddechowego. W czasie tego ćwiczenia podczas wdechu spróbuj, aby brzuch zaokrąglił się jak balonik, a klatka piersiowa była nieruchoma. Oddychaj powoli, spokojnie. Pamiętaj, aby wydech był dłuższy niż wdech.

POWODZENIA !!!

mgr Dorota Szufrajda
mgr Dorota Piernicka



WSPOMAGAJĄCE I ALTERNATYWNE SPOSOBY POROZUMIEWANIA SIĘ – OD CZEGO ZACZAĆ ?

Jednym z problemów, które w sposób znaczący utrudniają rozwój, aktywność i niezależność dzieci z niepełnosprawnością, są poważne trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy. Rozwiązaniem tych trudności mogą być dwie strategie nazywane wspomagającymi i alternatywnymi metodami komunikacji, często w skrócie nazywane AAC (z ang. augmentative and alternative communication).

AAC to zestaw narzędzi i strategii, z których korzysta użytkownik AAC, aby móc sprostać codziennym wyzwaniom komunikacyjnym. Wśród osób potrzebujących wsparcia AAC są dzieci, młodzież i dorośli z mózgowym porażeniem dziecięcym, ze spektrum autyzmu, z niepełnosprawnością intelektualną, ze stwardnieniem zanikowym

bocznym, z zespołem Retta i innymi zespołami, którym towarzyszy niekiedy brak mowy lub mowa jest niezrozumiała.

O doborze metod AAC będą decydowały indywidualne predyspozycje i potrzeby osoby, jej umiejętności i możliwości, a także osobiste preferencje. Na tej podstawie dobierane są metody i formy wspierania porozumiewania się dla wybranej osoby.



Szymon

Nauczyciele, terapeuci, w swojej praktyce zawodowej często spotykają niemówiące dzieci w przedszkolu czy szkole. Naszym zadaniem jest wówczas umożliwienie takiej osobie porozumiewania się z otoczeniem, wprowadzenie jej w świat alternatywnych i wspomagających sposobów komunikacji. Zadanie to wymaga

ogromnego zaangażowania i współpracy całego zespołu specjalistów i rodziców, opiekunów.

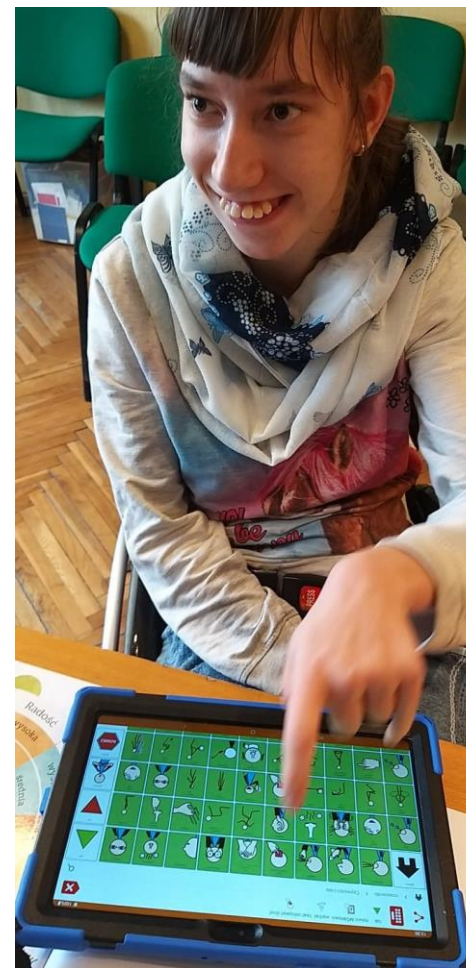
Wprowadzenie dziecka w świat komunikacji jest procesem długotrwałym, wiąże się on nierozdzielnie z wnikliwą obserwacją i poznaniem dziecka, przeprowadzeniem kompleksowej diagnozy oraz stworzeniem indywidualnego programu pracy.

Rozmowa z rodzicami, opiekunami pomaga na kompleksowe spojrzenie na dziecko z perspektywy funkcjonowania w środowisku domowym i szkolnym. Ważne jest, by odpowiedzieć na pytania:

- w jaki sposób dziecko komunikuje się najbliższymi osobami w domu (ekspresja twarzy, kontakt wzrokowy, mimika, wokalizowanie, sylaby, postawa ciała, wskazywanie, ewentualne gesty.
- jakie dziecko ma preferencje, zainteresowania?
- co lubi robić? w jaki sposób się bawi?
- co robi w sytuacji, kiedy nie jest rozumiane?
- jaka jest jego historia edukacyjna? czy miało wprowadzony jakiś system komunikacji?

Ważnym elementem diagnozy jest sprawność motoryczna: chodzenie, przemieszczanie się, sposób siedzenia i kontrolowanie głowy (np.w przypadku MPD). Sprawność ręki może mieć znaczenie w doborze metod i form komunikacji ze względu na poziom koordynacji wzrokowo – ruchowej, sprawność rąk i dłoni, sposób wskazywania. Innym elementem istotnym w diagnozie jest percepcja wzrokowa (fiksacja, śledzenie,

przenoszenie spojrzenia, wodzenie wzrokiem, akomodacja), percepcja słuchowa (słyszenie, słuchanie).



Kornelia

Wszyscy komunikujemy się z otoczeniem z jakiś określonych powodów. To funkcje, które rozwijają kompetencje komunikacyjne:

1. Dokonywanie wyborów – pozwólmy dokonywać wyborów, (nawet, jeżeli wiemy wszystko najlepiej 😊).
2. Prośba o pomoc – czasami trzeba wyczekać, nie wyręczać.
3. Prośba o więcej – podawanie małych porcji, dozowanie czasu zabawy zachęci do komunikacji dziecko.
4. Otrzymywanie uwagi – są dzieci, którym zależy na naszej uwadze – nie fundujmy im tego bez ich próby komunikacji z nami. Rozmyślnie starajmy się udać zajętych, by dziecko wykazało inicjatywę komunikacyjną.
5. Protestowanie i treść „nie” – oferowanie dziecku rzeczy niepreferowanych wyzwała odpowiedź negatywną. Chcemy, by dziecko zamiast się denerwować i wpadać w złość potrafiło nam przekazać, że czegoś nie chce.



Szymon

6. Potwierdzenie i treść „tak” – uczymy umiejętności operowania słowem „tak” w sposób nieprzypadkowy.



Sebastian

7. Okazywanie emocji i zaskoczenia – określanie własnych uczuć i przeżyć. Nazywanie, komentowanie.

Wspaniale byłoby, gdyby wszyscy nasi niemówiący wychowankowie czuli się szczęśliwi i spełnieni, i potrafili to wyrazić z pomocą dostępnych pomocy AAC. Do tego zachęcamy wszystkich rodziców bo bez ich udziału ten proces się nie powiedzie.

„Olbrzymią nowością i wartością tej podstawy jest zwrócenie szczególnej uwagi na to, że nauka komunikacji musi odbywać się na wszystkich zajęciach, nie tylko rewalidacyjnych, oraz powinna uwzględniać okazje do rozmowy w sytuacjach pozalekcyjnych i pozaszkolnych, tylko wtedy wychowa się aktywnych i niezależnych komunikacyjnie dorosłych”.

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169), s. 4

opracowała mgr Katarzyna Bielecka

- Dziękuję nauczycielom: J. Dębińskiej, S. Osiak, C. Rzyndzie za udostępnienie zdjęć ze swoich zajęć.