

Andrzej Twardowski

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wirtualne wizyty domowe we wczesnym wspomaganiu rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami

Pandemia COVID-19 zmusiła specjalistów wczesnego wspomagania rozwoju do zastąpienia osobistych wizyt domowych wizytami wirtualnymi. Wirtualne wizyty domowe, dzięki zastosowaniu technologii wideokonferencji, pozwalają połączyć się z rodzicami w formie wizualnej oraz dźwiękowej i świadczyć usługi, bez konieczności osobistego odwiedzania rodziny. Wizyty wirtualne skłaniają specjalistów do stosowania wobec rodziców większej liczby strategii coachingowych oraz wymagają, aby rodzice angażowali się w bezpośrednie relacje z dzieckiem. W pierwszej części artykułu omówiono warunki, które muszą być spełnione, aby wirtualna wizyta domowa mogła się odbyć oraz scharakteryzowano kluczowe elementy wizyty. Następnie przedstawiono te zalety wirtualnych wizyt domowych, które mają największy wpływ na ich skuteczność. W końcowej części artykułu wskazano na najważniejsze ograniczenia wirtualnych wizyt domowych.

Słowa kluczowe: wspomaganie rozwoju, wirtualne wizyty domowe, wideokonferencja, coaching, pandemia COVID-19

Virtual home visits in early support of development of children with disabilities

The COVID-19 pandemic forced early intervention specialists to shift from in-person home visits to virtual visits. Virtual home visits utilizes videoconferencing technology to connect with parents via both video and audio formats and deliver services without having to "visit" their home. Virtual visits pushes specialists to increase the amount of explicit parents coaching strategies they use and requires that parents engage with the child directly. In the first part of the article, the author presents the conditions that must be met for a virtual home visit to take place and describes the key elements of the visit. Next, he presents which advantages of virtual home visits have the greatest impact on their effectiveness. In the final part of the article, the author highlights the most important limitations of virtual home visits.

Keywords: support of development, virtual home visits, videoconferencing, coaching, COVID-19 pandemic

Wprowadzenie

W ciągu ostatniego ćwierćwiecza tradycyjny, medyczny paradygmat wczesnego wspomagania rozwoju dziecka został zastąpiony nowym – skoncentrowanym na rodzinie¹. Dominującą cechą nowego paradygmatu jest odejście od bezpośredniego oddziaływania na dziecko na rzecz oddziaływania na dziecko za pośrednictwem rodziców. Podstawową formą współpracy między specjalistami i rodzicami są wizyty domowe. Początkowo polegały one na tym, że specjalista przychodził do rodziny i wykonywał z dzieckiem określone ćwiczenia, głównie w formie zabawowej. Rodzice obserwowali działania specjalisty a następnie, pod jego kierunkiem, powtarzali wybrane czynności. W ten sposób uczyli się jak postępować z dzieckiem między kolejnymi wizytami. Jednak formuła wizyt domowych, podczas których specjalista „pracuje z dzieckiem” okazała się mało skuteczna (Twardowski 2012). W rezultacie, w ciągu ostatniego piętnastolecia, wypracowano nowy model wizyt domowych służących całej rodzinie, a nie tylko dziecku traktowanemu w kategoriach „odbiorcy usług” czy „pacjenta” (McWilliam 2010). Specjalista nie przychodzi do dziecka, ale odwiedza całą rodzinę. Wizyty są skoncentrowane na wypracowywaniu optymalnych wzorców interakcji rodzice – dziecko. Specjalista w większym stopniu skupia się na przygotowywaniu rodziców do prowadzenia działań wspomagających rozwój dziecka, a w mniejszym na bezpośredniej pracy z dzieckiem.

Wybuch pandemii COVID – 19 spowodował konieczność znacznego ograniczenia ilości wizyt domowych w formie stacjonarnej. Alternatywą było kontynuowanie ich w formie zdalnej, poprzez wykorzystanie programów do wideokonferencji. Na przykład w USA, przed pandemią, w instytucjach świadczących usługi wczesnej interwencji, 5–20% wizyt domowych odbywało się w formie zdalnej². Natomiast od marca 2020 roku wizyty domowe realizowane przez te instytucje stopniowo przybierały formę wirtualną i w grudniu 2020 roku w 80–100% przypadków były prowadzone w taki sposób (Bock i in. 2021; Williams i in. 2021).

Celem artykułu jest udokumentowanie tezy, że wirtualne wizyty domowe mogą być skuteczną metodą współpracy specjalistów z rodzicami w procesie wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami i zagrożonych

¹ Paradygmat to ogólnie akceptowany przez społeczność uczonych system myślowy mieszczący w sobie: najogólniejsze założenia i modele pojęciowe, teorie i stwierdzone fakty, a także problemy stawiane w badaniach i typowe metody, za pomocą których problemy te są rozwiązywane. Paradygmat jest wypracowywany w toku wieloletnich, rzetelnych badań i przyjmowany na zasadzie konsensusu większości badaczy (por. Kuhn 2011; Krause 2010).

² W polskiej literaturze przedmiotu działania mające na celu udzielenie pomocy małym dzieciom z niepełnosprawnością i zagrożonych niepełnosprawnością najczęściej określane są dwoma terminami: „wczesne wspomaganie rozwoju dziecka” i „wczesna interwencja”. Natomiast w literaturze anglojęzycznej, szczególnie amerykańskiej, powszechnie używany jest termin „wczesna interwencja” (*early intervention*).

niepełnosprawnością. W pierwszej części artykułu przestawię warunki, które muszą być spełnione, aby wirtualna wizyta domowa mogła się odbyć oraz scharakteryzuję kluczowe elementy wizyty. Następnie omówię te zalety wirtualnych wizyt domowych, które mają największy wpływ na ich skuteczność. W końcowej części artykułu wskażę na główne ograniczenia wirtualnych wizyt domowych.

Warunki, organizacja i przebieg wirtualnych wizyt domowych

Zastosowanie wirtualnych wizyt domowych w procesie wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami jest możliwe wówczas, gdy specjalista i rodzice dysponują odpowiednią infrastrukturą technologiczną. Przede wszystkim muszą mieć dostęp do szerokopasmowego połączenia internetowego, które pozwala na pobieranie danych z prędkością 25 Mb/s oraz wysyłanie ich z prędkością 3 Mb/s. Takie parametry zapewnia internet stacjonarny, czyli: telefoniczne łącza przewodowe, przewodowe łącza internetowe LAN oraz łącza światłowodowe. Wymienione wymagania dotyczące transmisji danych spełnia również czwarta generacja mobilnego internetu 4G/LTE udostępniana przez operatorów sieci telefonii komórkowej³.

Oprócz odpowiedniego połączenia internetowego specjalista i rodzice muszą mieć któreś z następujących urządzeń obsługujących wideokonferencje online: komputer stacjonarny (PC), laptop, tablet lub smartfon. Komputer stacjonarny powinien być wyposażony w kamerę internetową oraz mikrofon wbudowane w monitor lub podłączone do komputera. Wszystkie wymienione urządzenia powinny mieć oprogramowanie zapewniające sprawny przebieg wideokonferencji. W przypadku komputerów stacjonarnych zalecany jest system operacyjny Windows 10 z co najmniej dwurdzeniowym procesorem, taktowaniem minimum 1,6 GHz. oraz przynajmniej 4GB pamięci RAM. Monitor powinien mieć rozdzielczość 1024x768 pikseli lub większą. Telefony i tablety z systemem Android powinny mieć jedną z jego ostatnich czterech wersji. Natomiast telefony iPhone oraz tablety iPad powinny być wyposażone w system operacyjny iOS w wersji 11–15.

Aby wirtualna wizyta domowa mogła się odbyć specjalista i rodzice muszą zainstalować na używanych przez siebie urządzeniach taki sam program do spotkań online. Dostępnych jest wiele bezpłatnych programów, których przydatność została dodatkowo zweryfikowana w ciągu trwania pandemii COVID-19, czyli przez ostatnie półtora roku. Są to, między innymi: Zoom, Microsoft Teams, Skype, WhatsApp, Google Duo, Facebook Messenger, Jitsi Meet. Można z nich korzystać

³ W maju 2020 roku przedsiębiorstwo Polkomtel, jako pierwsze w Polsce, uruchomiło piątą generację sieci komórkowej 5G/LTE, która charakteryzuje się znacznie większą prędkością przesyłu danych, niemal niezauważalnym opóźnieniem oraz wysoką stabilnością połączenia.

na komputerach stacjonarnych i urządzeniach mobilnych. Są intuicyjne i łatwe w obsłudze. Większość z nich zawiera funkcje połączeń telefonicznych, czatu, nagrywania spotkania, tworzenia notatek oraz udostępniania rozmówcy swojego ekranu. Młodzi rodzice, w wieku od 20 do 30 lat, dobrze radzą sobie z technologią używaną przy organizowaniu wirtualnych wizyt domowych. Rodzice ci wzrastali w czasie gwałtownego rozwoju technik komputerowych. Wirtualna rzeczywistość jest im dobrze znana, ponieważ obcuja z nią na co dzień załatwiają liczne sprawy online, korzystając z mediów społecznościowych i komunikatorów internetowych.

Po spełnieniu przedstawionych wyżej warunków technicznych specjalista może rozpocząć wirtualne wizyty domowe. Jednak wcześniej powinien nawiązać kontakt z rodzicami w celu ustalenia dnia i godziny pierwszej wizyty oraz uzgodnienia spraw organizacyjnych z nią związanych. Pierwszy kontakt powinien odbyć się w formie wideokonferencji. Specjalista informuje rodziców, jakie działania podejmie w trakcie pierwszej wizyty i jakich form aktywności spodziewa się z ich strony. Zachęca rodziców do zadawania pytań, zgłaszania propozycji, dzielenia się swymi wątpliwościami. Bardzo ważne jest rozładowanie nieuzasadnionych obaw i lęków rodziców (Hughes, Peterson 2007). Na przykład rodzice mogą odczuwać stres, ponieważ mają błędne wyobrażenie na temat oczekiwań specjalisty wobec nich i ich dziecka z niepełnosprawnością. Niektórzy rodzice mogą obawiać się, że kamera wideo uchwyci nieporządek w ich mieszkaniu. Jeszcze inni mogą odczuwać lęk, że nie będą umieli wykonywać poleceń specjalisty albo, że ich dziecko będzie się niewłaściwie zachowywać. Dlatego specjalista powinien uważnie słuchać rodziców i udzielać im wyczerpujących odpowiedzi. Szczery, otwarty dialog sprzyja budowaniu wzajemnego zrozumienia i zaufania.

W trakcie wideokonferencji poprzedzającej pierwszą wirtualną wizytę należy sprawdzić jakość obrazu i dźwięku a także poinstruować rodziców jak powinni usytuować kamerę. W przypadku, gdy rodzice korzystają z komputera stacjonarnego, wizyta domowa musi się odbyć w pomieszczeniu, w którym jest komputer. Natomiast w przypadku korzystania z urządzenia przenośnego, wizytę można zaplanować w pokoju z wystarczającym oświetleniem, wolnym od zewnętrznych zakłóceń dźwiękowych, wyposażonego w przedmioty i zabawki potrzebne do zajęć, z dywanem na podłodze oraz drzwiami, które można zamknąć. Jeśli rodzice korzystają ze smartfona, dobrze, aby zamontowali go na statywie. A jeśli używają tabletu, powinni go umieścić na stojaku lub podstawie. Należy też uzgodnić z rodzicami działania na wypadek przerwania wideokonferencji – na przykład: podjęcie próby ponownego połączenia, połączenie w innym terminie, pozostanie w kontakcie dźwiękowym, jeśli zarwaniu ulegnie obraz, ale zachowany zostanie kanał audio.

W trakcie wstępnej wideokonferencji specjalista ma obowiązek poinformować rodziców, że ich prywatność będzie chroniona, że wszelkie informacje przekazane w trakcie wirtualnej wizyty domowej przez nich i przez specjalistę będą miały charakter poufny i nie zostaną udostępnione osobom trzecim⁴. A gdyby pojawiła się potrzeba przekazania określonych informacji komuś innemu, na przykład w celu uzyskania dodatkowej pomocy, to tylko po wcześniejszej zgodzie rodziców. Podobna zasada powinna dotyczyć nagrań przebiegu wirtualnych wizyt domowych. Bez świadomej zgody rodziców, najlepiej wyrażonej na piśmie, specjalista nie może ich dokonywać. Rodzice powinni mieć nieograniczony dostęp do nagrań, natomiast inne osoby tylko wówczas, gdy rodzice się na to zgodzą. Specjalista powinien zapewnić rodziców, że w trakcie wirtualnej wizyty będzie przebywał w oddzielnym pomieszczeniu i że nikt nieupoważniony nie będzie obserwował przebiegu wizyty. Ponadto powinien poprosić rodziców, aby zabezpieczyli dostęp do programu obsługującego wideokonferencje hasłami i chronili swój komputer lub urządzenie mobilne programem antywirusowym.

Po przeprowadzeniu wstępnej wideokonferencji oraz dokonaniu opisanych wyżej ustaleń specjalista może rozpocząć wirtualne wizyty domowe. „Powinny one trwać około jednej godziny zegarowej i odbywać się co najmniej dwa razy w miesiącu, ale najlepiej raz w tygodniu” (Traube i in. 2020: 46). Należy podkreślić, że zdalna interakcja między specjalistą a rodzicami ma odmienny charakter niż interakcja w trakcie tradycyjnej wizyty domowej. W trakcie wizyty tradycyjnej specjaliści często „pracują z dzieckiem”, tzn. wykonują z nim określone ćwiczenia, zaś rodzice pozostają w roli obserwatorów (Campbell, Coletti 2013; Branson 2015). Czasami są proszeni o powtórzenie zademonstrowanych ćwiczeń, ale najczęściej specjalista zaleca, aby wykonywali je w czasie poprzedzającym kolejną wizytę. Podczas wirtualnej wizyty specjalista, w przeciwieństwie do rodziców, nie może wchodzić w bezpośrednie relacje z dzieckiem. W konsekwencji, to rodzice muszą wykazać się większym zaangażowaniem i podejmować z dzieckiem określone czynności. Natomiast specjaliści są zobligowani do częstszego stosowania podejścia coachingowego. Wykazano, że w trakcie wizyt wirtualnych, częściej niż podczas wizyt tradycyjnych specjaliści: słuchają opinii rodziców na temat rozwoju dziecka, obserwują interakcje rodzice – dziecko, podpowiadają rodzicom jak prowadzić interakcje, aby wspomagać rozwój dziecka oraz udzielają rodzicom informacji zwrotnych (Olsen i in. 2012; Behl i in. 2017). Zatem, uzasadniony jest wniosek, że podczas wizyt wirtualnych specjaliści powinni koncentrować się na wspieraniu interakcji rodzice – dziecko.

⁴ W dalszych rozważaniach będę posługiwał się terminami „rodzice” oraz „rodzic” zamiennie. Jednak pragnę zaznaczyć, że w trakcie wirtualnych wizyt domowych, podobnie jak podczas wizyt stacjonarnych, dziecku z niepełnosprawnością zazwyczaj towarzyszy matka. Obecność samego ojca lub jednoczesna obecność obojga rodziców zdarza się znacznie rzadziej.

Głównym celem wirtualnych wizyt domowych jest uczenie rodziców jak powinni postępować z dzieckiem, aby wspomagać jego rozwój. Do osiągnięcia wymienionego celu najbardziej przydatny jest coaching. Jest to strategia nauczania osób dorosłych zmierzającą do: „udoskonalenia umiejętności posiadanych przez uczącego się, ułatwienia mu nabycia nowych umiejętności oraz dopomożenie w osiągnięciu głębszego zrozumienia własnych działań – stosownych aktualnie oraz planowanych” (Sheldon, Rusch 2001: 3). Aby coaching w trakcie wirtualnych wizyt domowych przebiegał sprawnie i prowadził do zakładanych efektów, specjalista musi wykonać cztery działania. Po pierwsze, powinien precyzyjnie określić umiejętności, których dziecko będzie się uczyć. Może to być, na przykład: poprawne wypowiadanie pięciu konkretnych słów, udzielenie prawidłowych odpowiedzi na zadane pytania, formułowanie wypowiedzi inicjującej rozmowę lub przestrzeganie zasady naprzemiennego zabierania głosu w trakcie rozmowy. Drugim działaniem jest ustalenie metod, których rodzice powinni używać w relacjach z dzieckiem z niepełnosprawnością. Do takich metod należą, między innymi: aranżowanie najbliższego otoczenia, nauczanie okazjonalne, modelowanie, sprowokowane modelowanie lub odraczenie reakcji zwrotnej⁵. Istotą trzeciego działania jest opracowanie instrukcji dla rodziców, jak należy posługiwać się metodami wspomagającymi rozwój dziecka w trakcie interakcji z nim. Instrukcje powinny być zrozumiałe dla rodziców, czyli napisane jasnym językiem, wolnym od profesjonalnego żargonu. Dodatkowo powinny zawierać informacje, w jaki sposób proponowane metody można włączać w tzw. „rutyny”, czyli czynności będące treścią codziennego życia rodziny. Ostatnim, czwartym działaniem jest przeszkolenie rodziców tak, aby w podstawowym zakresie opanowali umiejętności posługiwania się zaproponowanymi metodami oddziaływania na dziecko. W tym celu do instrukcji stosowania metod należy dołączyć filmy z przykładami użycia metod tak przez specjalistów, jak i doświadczonych rodziców. Ponadto zaleca się zorganizowanie dodatkowej wideokonferencji szkoleniowej dla rodziców (Snodgrass i in. 2017). W jej trakcie specjalista nie tylko demonstruje instruktażowe filmy i komentuje je, ale także dyskutuje z rodzicami – odpowiada na ich pytania, wyjaśnia niejasne kwestie, akcentuje kluczowe elementy metod, przestrzega przed możliwymi błędami.

Po wykonaniu przedstawionych wyżej działań specjalista może rozpocząć stosowanie coachingu, aby kształtować umiejętności rodziców w posługiwaniu się metodami wspomagającymi rozwój dziecka a także, aby pomóc rodzicom włączyć te metody w codzienne relacje z dzieckiem. Proces coachingu składa się z trzech etapów: wspólnego planowania, obserwacji rodziców oraz refleksji i in-

⁵ Szczegółowa charakterystyka wymienionych metod została przedstawiona w książce pt. „Kształcenie dialogowej kompetencji komunikacyjnej u uczniów niepełnosprawnych intelektualnie” (Twardowski 2002: 48–56).

formacji zwrotnych (Rush, Sheldon 2011). Opracowanie planu działania przez specjalistę i rodziców to pierwszy etap coachingu. Konieczne jest bowiem określenie, w jaki sposób rodzice zamierzają posługiwać się metodą wspomagającą rozwój dziecka w czasie gdy specjalista będzie obserwował ich działania. Plan działania powinien określać: 1) jaka umiejętność u dziecka z niepełnosprawnością będzie kształtowana, 2) przy użyciu jakiej metody, 3) w trakcie jakich czynności wykonywanych przez dziecko oraz 4) za pomocą jakich materiałów. Plan można przygotować w formie pisemnej przed wirtualną wizytą, za pomocą dokumentu udostępnionego online lub ustanie – na początku wizyty.

Drugim etapem coachingu jest obserwacja jak rodzice, w toku interakcji z dzieckiem, realizują wcześniej ustalony plan działania. Rodzice powinni umieścić laptop, tablet lub smartfon w takim miejscu i odległości, aby kamera mogła objąć całą interakcję między nimi i dzieckiem. Dobrą transmisję zapewni umieszczenie urządzenia do wideokonferencji na półce z książkami, na komodzie lub w innym miejscu znajdującym się w odpowiedniej wysokości nad podłogą. Dobrym rozwiązaniem jest przełączenie tabletu lub smartfona na tylną kamerę, aby w stronę dziecka skierowany był tył urządzenia, a nie jego ekran. Dzięki temu obrazy widoczne na ekranie nie będą rozpraszać uwagi dziecka. W czasie gdy rodzic prowadzi zajęcia z dzieckiem posługując się metodą wpierającą jego rozwój, specjalista uważnie obserwuje całość zdarzenia. Sporządza notatki dotyczące: stopnia poprawności działań rodzica, popełnianych przez niego błędów oraz czynników ułatwiających i zakłócających sprawny przebieg interakcji rodzice – dziecko.

Ostatnim, trzecim etapem coachingu jest refleksja i informacje zwrotne. Po zakończeniu obserwacji specjalista zachęca rodzica, aby zastanowił się nad realizacją założonego planu działania. Pyta rodzica, które elementy planu udało się wykonać i w jakim stopniu, a które nie zostały wykonane i dlaczego. Prosi, aby rodzic wyjaśnił, które sytuacje stanowiły problem i jak sobie z nimi radził, a które były źródłem satysfakcji. Zaleca się, aby specjalista zadawał pytania skłaniające do refleksji (Snodgrass i in. 2017: 251). Są to pytania typu: „Jak się czułaś, gdy dziecko nie reagowało na twoje prośby?”, „Czy miałaś problem z przypomnieniem sobie, jak należy postąpić, jeśli dziecko nieprawidłowo odpowiedziało na twoje pytanie?”, „Jak myślisz, co w tamtej sytuacji dziecko chciało ci powiedzieć?” Zachęca rodzica, aby opowiedział o negatywnych i pozytywnych emocjach przeżywanych w trakcie zajęć. Postępując w taki sposób specjalista uzyskuje wgląd w perspektywę rodzica. Następnie, korzystając ze sporządzonych notatek, przekazuje rodzicowi informacje zwrotne, czyli swoje uwagi i opinie na temat zakończonych zajęć. Specjalista wskazuje sytuacje, w których rodzic postąpił prawidłowo i chwali go za to. Ale także mówi o sytuacjach, w których pojawiły się błędy. Na przykład, o przeoczeniu przez rodzica jednego z elementów metody. Przy czym specjalista nie poprzestaje na wskazaniu uchybień, ale od razu wyjaśnia, jak nale-

zało postąpić. Bowiem w coachingu nie chodzi o ocenianie, wytykanie błędów i krytykowanie, ale o udzielenie rodzicowi wsparcia w celu skorygowanie jego nieprawidłowych działań. Przekazanie informacji zwrotnych zapoczątkowuje dyskusję, ponieważ rodzic jest proszony o ustosunkowanie się do nich. W wyniku wymiany poglądów dochodzi do wypracowania wspólnego pomysłu na dalsze działania.

Zalety wirtualnych wizyt domowych

Za główną zaletę wirtualnych wizyt domowych należy uznać fakt, że w okresie trwającej pandemii COVID-19 zazwyczaj jest to jedyny sposób, aby utrzymać kontakt z rodziną i kontynuować, przynajmniej częściowo, realizację programu wczesnego wspomaganii rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami⁶. Polscy specjaliści organizowali wideokonferencje głównie w celu przeprowadzenia oddziaływań terapeutycznych bezpośrednio z dzieckiem przy wykorzystaniu atrakcyjnych i dostosowanych do możliwości i zainteresowań dziecka materiałów edukacyjnych. Zajęcia odbywały się zawsze pod kontrolą i w obecności rodzica. W drugiej części spotkania online specjaliści prowadzili wspierające i instruktażowe rozmowy z rodzicem. Celem wirtualnych wizyt była nie tylko sama terapia, ale także utrzymanie relacji z dzieckiem i jego rodzicami, aby skutecznie odpowiadać na ich potrzeby (Chojecka, Zaremba 2021).

Wirtualne wizyty domowe pozwalają na niesienie pomocy dziecku z niepełnosprawnością w naturalnym środowisku rozwoju, czyli rodzinie. Udokumentowano, że skuteczność wspomagających oddziaływań w warunkach instytucjonalnych jest niższa od tych prowadzonych w środowisku rodzinnym. Niewątpliwie rodzina jest głównym kontekstem wczesnego wspomaganii rozwoju dziecka z niepełnosprawnością. Tym samym oddziaływania pomocowe należy „podejmować tak wcześnie, jak to możliwe, prowadzić w środowisku rodzinnym, w ścisłej współpracy z rodzicami i innymi domownikami oraz z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka” (Twardowski 2012: 10).

Inną zaletą wirtualnych wizyt domowych jest elastyczność. Mogą się one odbywać w dogodnych dla rodziców terminach, kiedy nie są obciążeni różnymi

⁶ W okresie pierwszej fali pandemii COVID-19, od 11 marca do 25 maja 2020 roku, na terenie całej Polski zawieszono zajęcia w przedszkolach, szkołach i placówkach oświatowych. W roku szkolnym 2020/2021, w trakcie którego miały miejsce druga i trzecia fala pandemii koronawirusa, edukacja w głównej mierze była prowadzona w formie zdalnej. Nie wprowadzono przepisów ograniczających funkcjonowanie: przedszkoli specjalnych, oddziałów specjalnych w przedszkolach ogólnodostępnych, oddziałów przedszkolnych specjalnych w szkołach podstawowych, szkół podstawowych specjalnych oraz szkół ponadpodstawowych specjalnych, funkcjonujących w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii.

obowiązkami i mogą w pełni skoncentrować się na interakcji z dzieckiem. Ważna jest też pora dnia. Na przykład, rodzice mogą preferować godziny przedpołudniowe, kiedy dziecko jest wypoczęte, w dobrym nastroju i chętne do podejmowania różnych czynności, szczególnie o charakterze zabawowym. Istotna jest również możliwość zintegrowania wirtualnej wizyty z codziennymi czynnościami rodziny, które są źródłem naturalnych, spontanicznych okazji do uczenia dziecka różnorodnych umiejętności.

Wirtualne wizyty domowe chronią dziecko przed ryzykiem zakażenia, co jest szczególnie istotne w dobie pandemii COVID-19. Takie ryzyko gwałtownie wzrasta u dzieci z obniżoną odpornością. Przed pandemią rodzice często odwoływali tradycyjne wizyty domowe w okresach wzrostu infekcji grypowych i grypopodobnych (Olsen i in. 2012). Obecnie, w czasie pandemii koronawirusa, rodzice mało odpornych dzieci wysoko oceniają oddziaływania online. Wyrażają radość, że nie trzeba odwoływać wizyt, że dziecko jest bezpieczne i może regularnie uczestniczyć w zajęciach wspomagających jego rozwój. Warto dodać, że przed pandemią COVID-19 rodzice dzieci z niepełnosprawnością o prawidłowej odporności również odwoływali stacjonarne wizyty, gdy któryś z członków rodziny przechodził infekcję, choć samo dziecko było zdrowe.

Rodzice cenią sobie wygodę, jaką zapewniają wirtualne wizyty domowe. Należy zauważyć, że obecność obcej osoby zazwyczaj narusza codzienny rytm życia rodzina. Wiele matek odczuwa ulgę, że nie musi przygotowywać się na realną wizytę specjalisty. Aczkolwiek specjaliści tego nie oczekują, to rodzice zwykle uważają, że cały dom powinien być dobrze wysprzątny, a członkowie rodziny schludnie ubrani. Trudno zrealizować ten pogląd, gdy w domu jest małe dziecko a jeszcze trudniej, gdy rodzina wychowuje troje dzieci. Zatem można powiedzieć, że wirtualne wizyty są mniej inwazyjne, ponieważ specjalista prowadzi je z oddali a do ich realizacji wystarczy jeden wydzielony pokój. Fizyczna nieobecność specjalisty jest korzystna w przypadku dzieci odczuwających silny lęk w kontaktach z osobami spoza rodziny, nawet wcześniej poznanymi. Jest tak w przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu lub dzieci z syndromem nieśmiałości. Pozostając w dobrze znanym środowisku domowym, w bezpośrednim kontakcie z rodzicem dziecko czuje się bezpiecznie i może skupić się na zajęciach wspomagających jego rozwój.

Wielką zaletą wirtualnych wizyt domowych jest możliwość ich nagrywania, często w wysokiej rozdzielczości. Nagrania mogą być dla rodziców cenną pamiątką, ale przede wszystkim stanowią niezwykle wartościowy materiał szkoleniowy. W całości lub we fragmentach mogą być przeglądane wspólnie przez specjalistę i rodziców w celu wypracowania nowych, bardziej skutecznych strategii oddziaływania na dziecko. Bardzo ważne jest, aby z nagraniami zapoznawali się ojcowie, którzy zazwyczaj nie uczestniczą w wideokonferencjach. Nagrania mogą być

również wykorzystywane przez specjalistów tworzących zespół wczesnego wspomagania rozwoju w celu wypracowania optymalnego programu oddziaływań pomocowych dla danego dziecka. Opracowując program specjaliści nie muszą spotykać się osobiście. Mogą prowadzić narady i konsultacje w formie wideokonferencji. Ponadto nagrania, za zgodą rodziców, mogą być udostępniane, jako materiał szkoleniowy, innym rodzicom i specjalistom, a także studentom.

Wirtualne wizyty domowe pozwalają świadczyć usługi wczesnego wspomagania rozwoju rodzinom mieszkających na wsi lub w małych miastach, które nie tylko w okresie pandemii COVID-19, ale także wcześniej nie korzystały z tej formy pomocy. Z powodu nadmiaru obowiązków, dużej odległości a niekiedy również trudności finansowych, nie docierały do odpowiednich instytucji i specjalistów. Ponadto, przed wybuchem pandemii, specjaliści bardzo rzadko prowadzili zajęcia z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w domach rodzinnych, chociaż Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci taką możliwość przewiduje (Dz. U. z 2017 r., poz. 1635, § 7.1). Ale gdyby nawet specjaliści zdecydowali się na osobiste wizyty domowe, to: czas dojazdu, jego koszty, warunki pogodowe, ewentualne utrudnienia w podróży, będą przemawiać na korzyść wizyty wirtualnej. Ta ostatnia pozwala na uniknięcie wymienionych przeszkód i udzielenie wysokospecjalistycznej pomocy wielu rodzinom, które wcześniej nie miały do niej dostępu.

Ograniczenia wirtualnych wizyt domowych

Prowadzenie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w formie zdalnej, a tym samym możliwość korzystania przez rodziców z wirtualnych wizyt domowych, jest obwarowane licznymi przepisami, których spełnienie może być trudne, a nawet niemożliwe. Jeśli rodzice nie wyrażają zgody na zajęcia w formie stacjonarnej, ze względu na stan zdrowia dziecka i sytuację epidemiologiczną, to muszą złożyć wniosek o zajęcia zdalne do dyrektora placówki realizującej wczesne wspomaganie rozwoju wraz z dokumentami medycznymi i opinią lekarza. Wówczas dyrektor powinien wystąpić do właściwego powiatowego inspektora sanitarnego

z wnioskiem o zawieszenie zajęć z dzieckiem na czas określony powołując się na wniosek rodziców i przedłożoną przez nich dokumentację oraz odwołując się do Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020 r., poz. 1604 t.j., § 18.1 pkt 4a). Dopiero po uzyskaniu przez dyrektora placówki pozytywnej opinii Sanepidu, a także zgody organu prowadzącego, zajęcia

wczesnego wspomagania rozwoju z danym dzieckiem mogą być prowadzone online, ponieważ zostały spełnione wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 20 marca 2020 roku (Dz. U. z 2020 r., poz. 493, § 1 ust. 1) oraz Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 2020 roku (Dz. U. z 2020 r., poz. 1389, § 2 ust. 1).

Korzystanie z wirtualnych wizyt domowych może być ograniczone z powodu trudności w dostępie do odpowiednio szybkiego internetu. Problem ten dotyczy szczególnie rodzin mieszkających na wsiach i w niedużych miasteczkach dodatkowo niekorzystnie usytuowanych w terenie. Czasami rodziny te korzystają z internetu radiowego lub satelitarnego, ale ma on niewielką przepustowość i niską stabilność, co skutkuje wolniejszym działaniem połączenia i jego przerywaniem. Dlatego zaleca się korzystanie z łączy bezprzewodowych udostępnianych przez operatorów sieci telefonii komórkowej. Ale tutaj również mogą wystąpić problemy techniczne z uwagi na ograniczenia zasięgu. Dlatego specjaliści prowadzący wirtualne wizyty domowe powinni być przygotowani na podejmowanie działań alternatywnych. Na przykład, w przypadku zerwania połączenia wideo, kontynuować wizytę poprzez kanał audio. Można też prowadzić wizyty domowe w formie asynchronicznej, czyli przygotowywać krótkie filmy instruktażowe, pisemne materiały szkoleniowe i instrukcje i wysyłać je drogą elektroniczną. Z kolei rodzice mogą zwrócić przesyłać niewielkie pliki wideo z zapisami zajęć przeprowadzonych z dzieckiem. Ponadto specjalista może kontaktować się z rodzicami za pomocą telefonu i poczty elektronicznej.

Na etapie przygotowań do wirtualnych wizyt domowych mogą wystąpić problemy techniczne. Niektórzy rodzice, pomimo posiadania nowoczesnego sprzętu komputerowego, nie potrafią wykorzystać jego możliwości. Mają trudności z instalowaniem programów do wideokonferencji i obsługiwaniem ich. Niektórzy są przekonani, że nie poradzą sobie z nowymi technologiami. Inni wręcz się ich boją i deklarują pragnienie korzystania z tradycyjnych wizyt domowych (Hines i in. 2015). Dla tych rodziców pomocne są instrukcje napisane przystępnym językiem oraz prezentacje w programie PowerPoint wzbogacone instruktażowymi filmikami. W przypadku napotkania trudności technicznych rodzice powinni mieć możliwość telefonicznego skontaktowania się ze specjalistą w celu uzyskania potrzebnych wskazówek i instrukcji. Wskazane jest także, aby przed rozpoczęciem wirtualnych wizyt specjalista przeprowadził próbną wideokonferencję w celu przeszkolenia rodziców w korzystaniu z programu i rozwiania ich wątpliwości. Należy dodać, że w trakcie realizacji wirtualnych wizyt mogą wystąpić dodatkowe, niespodziewane problemy techniczne i dlatego tak specjaliści, jak i rodzice powinni mieć możliwość uzyskania pomocy ze strony kompetentnego informatyka.

Niektórzy rodzice chcieliby korzystać z wirtualnych wizyt domowej, ale mają przestarzały sprzęt komputerowy a niekiedy nie mają go w ogóle. Wówczas placówka prowadząca zajęcia wczesnego wspomaganii rozwoju powinna wypożyczyć rodzinie niezbędny sprzęt. Taką możliwość stwarza Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 marca 2020 roku (Dz. U. z 2020 r., poz. 530, § 1 ust. 1). Sprzęt komputerowy powinien być wykorzystywany zgodnie z przeznaczeniem. Aczkolwiek czasami ten warunek nie jest spełniony, ponieważ członkowie rodziny mogą używać komputer dla surfowania po sieci, co wiąże się z ryzykiem jego zainfekowania. Można jednak temu zaradzić poprzez zablokowanie dostępu do internetu wybranym programom z pozostawieniem potrzebnych, a szczególnie programu do wideokonferencji i poczty elektronicznej (Kelso i in. 2009).

Wirtualne wizyty domowe są dla rodziców mniej zobowiązujące niż wizyty tradycyjne. Udokumentowano, że niektórzy rodzice zaprzestają udziału w wizytach online po kilkukrotnym ich opuszczeniu (Traube i in. 2020). Powody rezygnacji są różne: poczucie nadmiernego obciążenia, brak zauważalnych postępów u dziecka, przekonanie o niskiej skuteczności oddziaływań zdalnych, preferowanie tradycyjnych wizyt. Zdarza się, że rodzice zapominają uruchomić program wideokonferencji o wyznaczonej godzinie. A nawet jeśli otrzymali przypominający mail lub telefon, to rezygnują z udziału w wizycie z powodu dodatkowych obowiązków lub niezaplanowanego wydarzenia. Niewątpliwie rodzicom łatwiej jest nie zalogować się do komputera, niż zignorować specjalistę pukającego do drzwi ich mieszkania.

Podczas wirtualnych wizyt domowych specjaliści nie zawsze mogą obserwować całość interakcji rodzic – dziecko, ponieważ pole widzenia kamery jest ograniczone. Często kamery wbudowanej w komputer nie można ustawić pod odpowiednim kątem. Co prawda, podłączenie do laptopa lub komputera PC zewnętrznej kamery internetowej może ułatwić śledzenie interakcji, ale nadal nie w całości. Ponadto specjaliści zauważają, że transmitowany obraz nie pozwala na prawidłowe odczytywanie komunikatów niewerbalnych przekazywanych przez dziecko i rodzica, w tym na identyfikowanie mimicznych przejawów ich emocji (Cook, Zschomle, 2020). Trudno też, w sposób zdalny, ocenić panującą w domu atmosferę emocjonalną i samopoczucie członków rodziny.

Podsumowanie

W Polsce przed wybuchem pandemii COVID-19 dominował tradycyjny model wczesnego wspomaganii rozwoju dziecka, nastawiony na bezpośrednią pracę z dzieckiem. Świadomość tego, że najbardziej skuteczną drogą niesienia pomocy małemu dziecku z niepełnosprawnością jest oddziaływanie poprzez interakcje

rodzice – dziecko była niska. Praktycy, na ogół, koncentrowali się na wspomaganiu dzieci lub rodziców w oderwaniu od problemów relacyjnych. Większość zajęć odbywała się na terenie publicznych i niepublicznych placówek oświatowych. Co prawda ministerialne rozporządzenie zakłada możliwość prowadzenia zajęć wspomagających rozwój dzieci, szczególnie przed ukończeniem 3 roku życia, w domu rodzinnym, ale specjaliści rzadko z tej możliwości korzystali. Czasami kontaktowali się z rodzicami telefonicznie, aby uzgodnić szczegóły zbliżających się zajęć albo korzystali z poczty elektronicznej, aby przesłać rodzicom materiały szkoleniowe. Natomiast nie prowadzili zajęć w formie wideokonferencji.

Pandemia COVID-19 uzmysłowiła specjalistom, że rodzina może być podstawowym terenem wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, a rodzice i inni domownicy jego głównymi realizatorami. Ponadto pandemia zmusiła specjalistów do dość radykalnej modyfikacji sposobu pełnienia roli zawodowej. Ich główne zadanie, polegające dotychczas na prowadzeniu zajęć z dzieckiem oraz nadzorowaniu i instruowaniu rodziców, musiało ustąpić miejsca nowemu: wspieraniu rodziców i innych członków rodziny w budowaniu pozytywnych i wrażliwych interakcji z dzieckiem.

Oczywiście, technologia nie zastąpi bezpośredniego kontaktu specjalisty z dzieckiem z niepełnosprawnością i jego rodzicami. Przede wszystkim nie można zredukować procesu wczesnego wspomaganie rozwoju do wirtualnych wizyt domowych. Wszak wiele oddziaływań wymaga bezpośredniego kontaktu specjalisty z dzieckiem i jego rodzicami. Jest tak w przypadku terapii logopedycznej, fizjoterapii, terapii zajęciowej czy różnych form arteterapii. Nie zmienia to faktu, że wizyty domowe są kluczowym elementem modelu wspomaganie rozwoju dziecka skoncentrowanego na interakcjach rodzice – dziecko (Twardowski 2012). Dlatego optymalnym rozwiązaniem wydaje się wzbogacenie dotychczasowych praktyk o regularne wizyty domowe świadczone zarówno bezpośrednio, jak i zdalnie. Należy mieć nadzieję, że po pandemii w taki sposób będzie prowadzone wczesne wspomaganie rozwoju dzieci w naszym kraju.

Bibliografia

- Behl D., Blaiser K., Cook G., Barret T., Callow-Heusser C., Brooks B., Dawson P., Quigley K., White K. (2017), *A multisite study evaluating the benefits of early intervention via telepractice*, *Infants & Young Children*, 30, 2: 147–161, doi: 10.1097/IYC.000000000000090.
- Bock M., Kakavand K., Careaga D., Gozalians S. (2021), *Shifting from in-person to virtual home visiting in Los Angeles County: Impact on programmatic outcome*, *Maternal and Child Health Journal*, 25, 7: 1025–1030, doi: 10.1007/s10995-021-03169-5.
- Branson D. (2015), *A case for family coaching in early intervention*, *Young Exceptional Children*, 18, 1: 44–47.

- Campbell P., Coletti C. (2013), *Early intervention provider use of child caregiver-teaching strategies*, *Infants & Young Children*, 26, 3: 235–248.
- Chojcka A., Zaremba A. (2021), *Terapia wczesnego wspomaganii rozwoju dziecka w czasie epidemii COVID-19* http://ppp18war.home.pl/wp/wpcontent/uploads/2020/05/TERAPIA_WCZESNEGOWSPOMAGANIAROWJUDZIECKAWCZASIEPIDEMIICOVID-19-1.pdf (dostęp: 16.08.2021).
- Cook L., Zschmoler D. (2020), *Virtual home visits during the COVID-19 pandemic: Social workers' perspectives*, *Practice: Social Work in Practice*, 32, 5: 401–408, doi: 10.1080/09503153.2020.1836142.
- Hines M., Lincoln M., Ramsden R., Martinovich J., Fairweather C (2015), *Speech pathologists' perspective on transitioning to telepractice: What factors promote acceptance?*, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21, 8: 65–74, doi: 10.1177/1357633X15604555.
- Hughes K., Peterson C. (2007), *Conducting home visits with an explicit theory of change* [w:] red. C. Peterson, L. Fox, P. Blasco, *Young exceptional children monographs series 10: Early intervention for infants and toddlers and their families: Practices outcomes*, Division for Early Intervention, Los Angeles, 47–59.
- Kelso, G., Fiechtl, B., Olsen, S., Rule S. (2009). *The feasibility of virtual home visits to provide early intervention: A pilot study*, *Infants & Young Children*, 22, 4: 332–340.
- Krause A. (2010), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Kuhn, T. (2011). *Struktura rewolucji naukowych*, przekład H. Ostromęcka, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa.
- McWilliam (2010), *Routines-based early intervention: Supporting young children and their families*, Paul H. Brookes, Baltimore.
- Olsen S., Fiechtl B., Rule S. (2012), *An evaluation of virtual home visits in early intervention: Feasibility of “virtual intervention”*, *Volta Review*, 112, 3: 267–281.
- Rush D., Sheldon M. (2011), *The early childhood coaching handbook*, Paul H. Brookes, Baltimore.
- Sheldon M., Rush D. (2001), *The ten myths about providing early intervention services in natural environments*, *Infants & Young Children*, 14, 1: 1–13.
- Snodgrass M., Chung M., Biller M., Appel K., Hedda M., Halle J. (2017), *Telepractice in speech-language therapy: The use of online technologies for parent training and coaching*, *Communications Disorders Quarterly*, 38, 4: 242–254, doi: 10.1177/1525740116680424.
- Traube D., Hsiao H., Rau A., Hunt-O'Brien D, Lu L., Islam N. (2020), *Advancing home based parenting programs through the use of telehealth technology*, *Journal of Child and Family Studies*, 29: 44–53, doi: 10.1007/S10826-019-01458-W.
- Twardowski A. (2002), *Kształcenie dialogowej kompetencji komunikacyjnej u uczniów niepełnosprawnych intelektualnie*, Instytut Pedagogiczno-Artystyczny UAM, Kalisz–Poznań.
- Twardowski A. (2012), *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Williams K., Ruiz F., Hernandez F., Hancock M. (2021), *Home visiting: A lifetime for families during COVID-19 pandemic*, *Archives of Psychiatric Nursing*, 35: 121–133, doi: 10.1016/j.apnu.2020.10.013.

Akty prawne

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020 r., poz. 1604 t.j.).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017 r., poz. 1635).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie szczególnych rozwiązań w okresie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 493).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 marca zmieniające rozporządzenie w sprawie szczególnych rozwiązań w okresie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 530).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 12 sierpnia 2020 r. w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 1389).