RETINOPATIA WCZEŚNIAKÓW

Małgorzata Seroczyńska

doktor nauk medycznych, Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie

Wstęp

W ostatnich latach na całym świecie stale zwiększa się liczba noworodków urodzonych przed planowym terminem porodu. Zdrowie i sprawność tych dzieci są ośrodkiem zainteresowania zarówno środowiska medycznego, jak i społeczeństwa, stając się istotnym problemem zdrowia publicznego. Poród przedwczesny jest to poród o spontanicznym początku, występujący między 24. a 36. pełnym tygodniem ciąży, kończący się urodzeniem jednego lub więcej noworodków bez wad wrodzonych powodujących śmierć organizmu wskutek zaburzeń rozwojowych. W ciągu ostatnich lat odsetek porodów przedwczesnych wahał się od 4 proc. we Francji do 7,9 proc. w USA, w Polsce wynosił około 7 proc. [1]. Współczynnik porodów przedwczesnych jest względnie stały, ale rodzą się coraz częściej noworodki skrajnie niedojrzałe i bardzo niedojrzałe – stanowią one 1–2 proc. wszystkich urodzeń. W Europie Zachodniej przeżywa

97–95 proc. dzieci z urodzeniową masą ciała poniżej 1500 g. Progowe 50 proc. przeżywalności osiągane jest obecnie w krajach wysoko rozwiniętych w odniesieniu do noworodków urodzonych w 25. tygodniu ciąży [2].

W zależności od dojrzałości urodzeniowej (masy ciała i czasu trwania ciąży) noworodki urodzone przedwcześnie dzielą się na:

- noworodki z małą masą ciała (ang. LBW) – masa ciała poniżej 2500 g,
- noworodki z bardzo małą masą ciała (ang. VLBW) – masa ciała poniżej 1500 g,
- noworodki ze skrajnie małą masą ciała (ang. ELBV) – masa ciała poniżej 1000 g,
- noworodki bardzo niedojrzałe – urodzone w 29–32 tygodniu ciąży (29 – 32 Hbd),
- noworodki skrajnie niedojrzałe – urodzone w 24–28 tygodniu ciąży (24 – 28 Hbd).

W obecnym czasie na świecie nastąpiło przesunięcie epidemiologicznego szczytu zachorowań na noworodki urodzone we wcześniejszych niż kiedyś tygodniach ciąży i z niższą masą ciała.

Przyjście na świat niedojrzałego dziecka stwarza możliwość zagrożenia ciężkimi powikłaniami zdrowotnymi.

Co to jest retinopatia wcześniaków?

Retinopatia wcześniaków (ang. Retinopathy of Prematurity – ROP) może prowadzić do ślepoty. Jest poważnym powikłaniem stanu zdrowia dzieci urodzonych przed planowym terminem porodu, oznacza

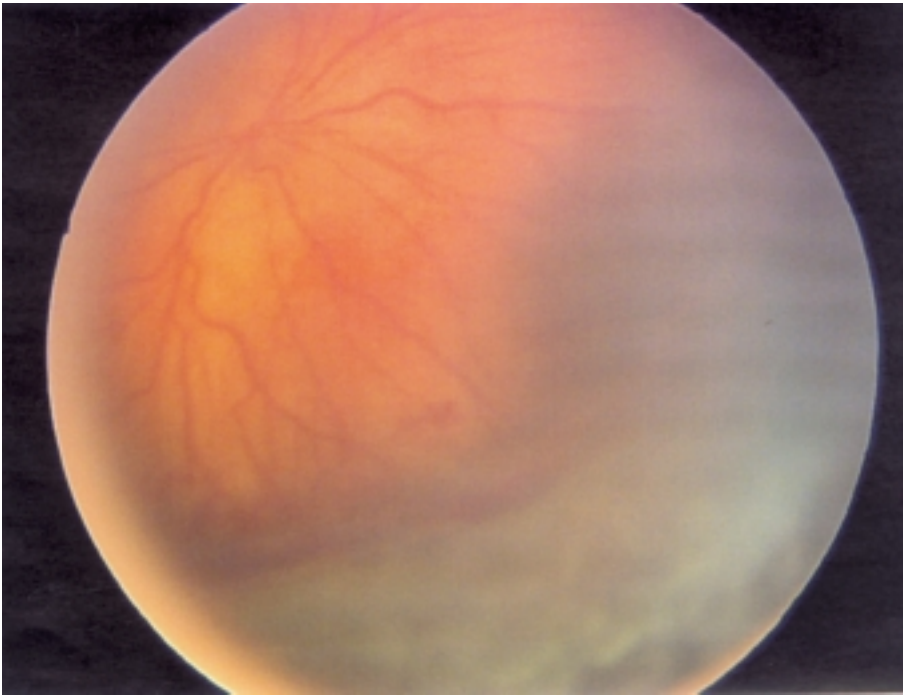
Pacjent urodzony przedwcześnie, podlegający badaniom w kierunku ROP

zmiany chorobowe w narządzie wzroku [3, 4, 5, 6]. Choroba została opisana po raz pierwszy w literaturze medycznej w 1942 roku przez okulistę z Bostonu,

Theodore Lasater Terry'ego. Przedstawił on doniesienie o nieznanych dotąd przypadkach obustronnej ślepoty u niemowląt urodzonych przedwcześnie. Autor opisane przez siebie zmiany nazwał zwłóknieniem pozasoczewkowym. W roku 1949 badania Owens i Owens jednoznacznie wykazały, że jest to odrębna, dotychczas nie występująca jednostka chorobowa. Nazwa zwłóknienie pozasoczewkowe funkcjonowała w piśmiennictwie aż do lat osiemdziesiątych, aktualnie obowiązuje określenie retinopatia wcześniaków (1950 – 1951 Parker-Heath).

Postęp w dziedzinie neonatologii i okulistyki spowodował, że występowanie ROP utrzymuje się na ustabilizowanym poziomie i nie jest ona tak często, jak kiedyś przyczyną ślepoty. Tym niemniej choroba ta jest istotną przyczyną znacznego pogorszenia widzenia u 6 – 18 proc. wcześniaków [3, 7, 8, 9]. W Polsce, w końcu 2003 roku odsetek niewidomych lub prawie niewidomych z powodu ROP wynosił 11,47 proc. populacji osób młodych od urodzenia do dwudziestu czterech lat życia, 26,42 proc dla grupy od trzech do siedmiu letniej i 28,12 proc. wszystkich dzieci do lat trzech należących do Polskiego Związku Niewidomych [10, 11]. Retinopatia jest chorobą siatkówki, w której dochodzi do rozwoju nietypowych naczyń i towarzyszącej im tkanki włóknistej w siatkówce i ciele szklistym [12]. Powstaje w następstwie uszkodze-

nia niedojrzałych naczyń siatkówki. Rozwój układu naczyniowego regulowany jest między innymi przez czynnik wzrostu śródbłonka naczyń (VEGF) [13]. Różnorodny obraz kliniczny choroby, zgodnie z zaleceniami Międzynarodowej Komisji ds. Klasyfikacji Retinopatii Wcześniaków został podzielony według zaawansowania choroby na dwie fazy: czynną i regresji, z wyszczególnieniem stadiów choroby w każdej fazie, lokalizacji zmian i ich rozległości [14]. W fazie czynnej,



Dno oka – ROP stadium 3. „plus” (fot. wykonana w trakcie laseroterapii)

w zależności od zaawansowania choroby wyodrębniono pięć stadiów. Zaburzenie rozwoju siatkówki zaznacza się początkowo jako linia demarkacyjna (zahamowanie prawidłowego rozwoju unaczynienia siatkówki – 1. stadium ROP). Linia demarkacyjna w dalszym rozwoju choroby powiększa się i uwypukla, na dnie oka widoczny jest wówczas wał mezenchymalny (gromadzenie się w nadmiarze mezenchymy, czyli tkanki łącznej, występującej tylko w okresie zarodkowym, z której powstają nowe naczynia na granicy strefy unaczynionej i nieunaczynionej – 2. stadium ROP).

Na obwodzie siatkówki w obszarze nieunaczynionym trwa dojrzewanie komórek nerwowych, wzrasta zapotrzebowanie na tlen i rozwija się niedotlenienie komórek siatkówki, stymulujące powstawanie VEGF [7]. Następnie postępuje chaotyczny rozwój naczyń i ich „rusztowania" – podporowej tkanki włóknistej, powstają tzw. proliferacje naczyniowo-włókniste (3. stadium ROP, czyli bezładny, nieprawidłowy rozwój nowych naczyń, z czasem „zawieszonych" na podporowej tkance włóknistej). Stopniowo dochodzi do proliferacji naczyniowo-włóknistych do ciała szklistego i całkowitego odwarstwienia siatkówki z powodu jej pociągania (4. i 5. stadium ROP). W odwarstwionej siatkówce giną komórki i jest to powodem utraty ich funkcji, nieodwracalnej utraty wzroku. Stadium 4a fazy czynnej retinopatii wcześniaków to obwodowe, nie

obejmujące plamki częściowe odwarstwienie siatkówki (zazwyczaj od strony skroni). U 45 proc. dzieci z tym stopniem zaawansowania zmiany ulegają progresji do stadium 5., u 28 proc. rozwija się tzw. fałd sierpowaty, czyli pofałdowanie siatkówki z powodu jej pociągania, zaś tylko u 27 proc. obserwuje się samoistne przyłożenie siatkówki (samoistną poprawę). Zazwyczaj stadium 4a jest więc stanem przejściowym w rozwoju bardziej zaawansowanych zmian. Stadium 4b fazy czynnej retinopatii wcześniaków jest częściowym odwarstwieniem siatkówki obejmującym plamkę żółtą. Stadiom 1. – 4. fazy czynnej może towarzyszyć objaw „plus", wynikający ze wzrostu przepływu krwi przez gałkę oczną, polegający na nadmiernej krętości i poszerzeniu naczyń siatkówki i z czasem pojawieniu się patologicznych naczyń w tęczówce. Jest to objaw prognostycznie zły. Często powstają w tym etapie wylewy krwi do siatkówki i ciała szklistego. W większości przypadków (55 proc.) zmiany powyższe postępują do stadium 5. Samoistne przyłożenie siatkówki obserwuje się tylko w 15 proc., zaś u 30 proc. chorych rozwija się fałd sierpowaty. Ostatnie stadium fazy czynnej – ROP stadium 5. to całkowite odwarstwienie siatkówki, początkowo w formie tzw. leja otwartego a następnie leja zamkniętego, z rozwiniętymi licznymi proliferacjami łącznotkankowymi, które stopniowo zarastają wnętrze gałki ocznej. W przypadku pojawienia się

stadium 5. następuje utrata widzenia. U wszystkich dzieci z ROP 5. stadium stwierdza się ślepotę lub funkcjonalną ślepotę – ostrość wzroku nigdy nie jest lepsza niż poczucie światła czy ruchy ręki przed okiem.

Faza regresji jest zejściem fazy czynnej, gojeniem po retinopatii. W zależności od momentu i stopnia regresji stwierdza się różne zmiany w gałce ocznej – od drobnych, nieistotnych zmian barwnikowych przez proliferacje włókniste na obwodzie siatkówki nie mające wpływu na widzenie bądź powodujące powstanie pociągającego siatkówkę fałdu – aż do całkowitego odwarstwienia siatkówki z wewnątrzgałkową proliferacją włóknistą głównie w obszarze pozasoczewkowym, powodującą całkowitą ślepotę, niekiedy również jaskrę, zanik gałki ocznej.

Czynniki ryzyka rozwoju ROP

Retinopatia jest wieloczynnikowym schorzeniem siatkówki. Postępując zgodnie z dzisiejszym stanem wiedzy, nie udaje się mu w pełni zapobiec, tym niemniej jednak poznanie i kontrola możliwych czynników ryzyka tej choroby, a także wczesna diagnostyka i leczenie, znacznie poprawią rokowanie jej następstw.

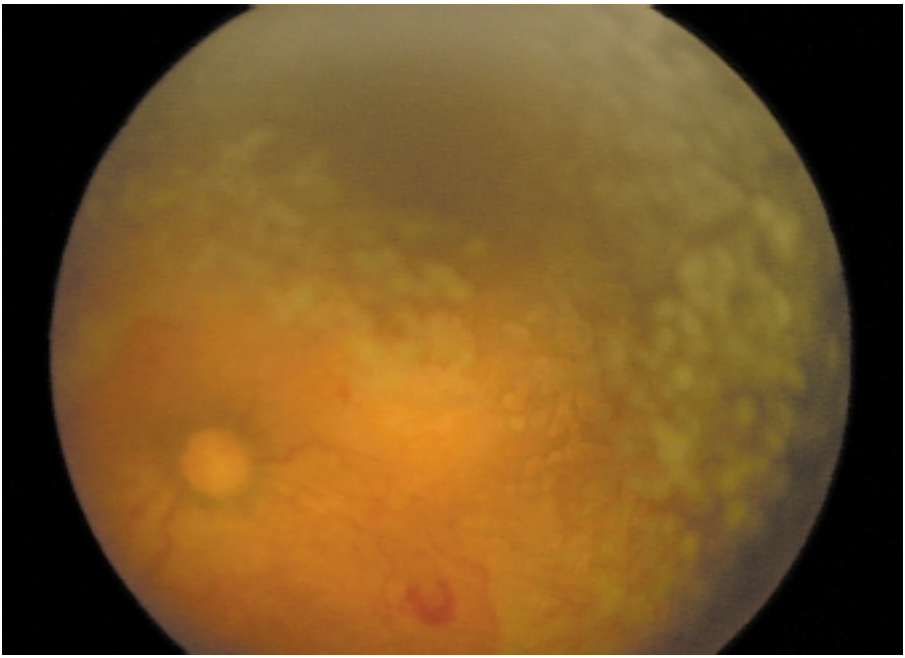
Spośród wielu czynników ryzyka rozwoju ROP pierwszoplanowe znaczenie ma niedojrzałość nowo-

rodka – wczesny tydzień zakończenia ciąży oraz bardzo mała urodzeniowa masa ciała. Retinopatia wcześniaków dotyczy głównie dzieci urodzonych przed 28. tygodniem ciąży i z urodzeniową masą ciała poniżej 1500 g. Wystąpienie i progresja retinopatii wcześniaków korelują ze stopniem niedojrzałości, a także stanem ogólnym dziecka [15]. Ekspozycja na tlen nie jest głównym czynnikiem ryzyka rozwoju tej choroby [7]. Inne, różnorodne czynniki obciążające mogą zwiększać ryzyko rozwoju ROP, współistniejąc z podstawowymi [16].

Leczenie ROP

Działania lecznicze to przede wszystkim laseroterapia, kiedyś wykonywaną krioterapię stosuje się obecnie niezwykle rzadko. Wykonana w odpowiednim czasie laseroterapia jest najbardziej efektywnym postępowaniem, pozwala na zachowanie użytecznej ostrości wzroku u ponad 90 proc. leczonych dzieci. W najbardziej ciężkiej postaci retinopatii tzw. agresywnej tylnej ROP – laseroterapia, niestety, często nie jest skuteczna [17, 18, 19, 20].

W zaawansowanych stadiach choroby przeprowadza się operacje odwarstwionej siatkówki (stadium 4.) lub z zakresu chirurgii witreo-retinalnej (stadium 5.). Efekty czynnościowe operacji nie są zadowalające. Według Prosta po operacji odwarstwionej siatków-



Dno oka – stan po fotokoagulacji laserowej z powodu ROP

ki użyteczne widzenie (0,02 – 0,2) można uzyskać u 19,4 proc., poczucie światła do 0,02 u 24,5 proc., zaś brak poczucia światła występuje u 56,1 proc. chorych. Witrektomia wykonywana w ROP 5. stadium powoduje jakąkolwiek (z reguły nieznaczną) poprawę widzenia zaledwie u około 4 proc. operowanych dzieci. Witrektomia polega na wycięciu nieprawidłowego ciała szklistego. Poddanie się tej operacji rzadko jednak daje jakąkolwiek, z reguły nieznaczną, poprawę widzenia. Wyznaczenie odpowiedniego czasu na

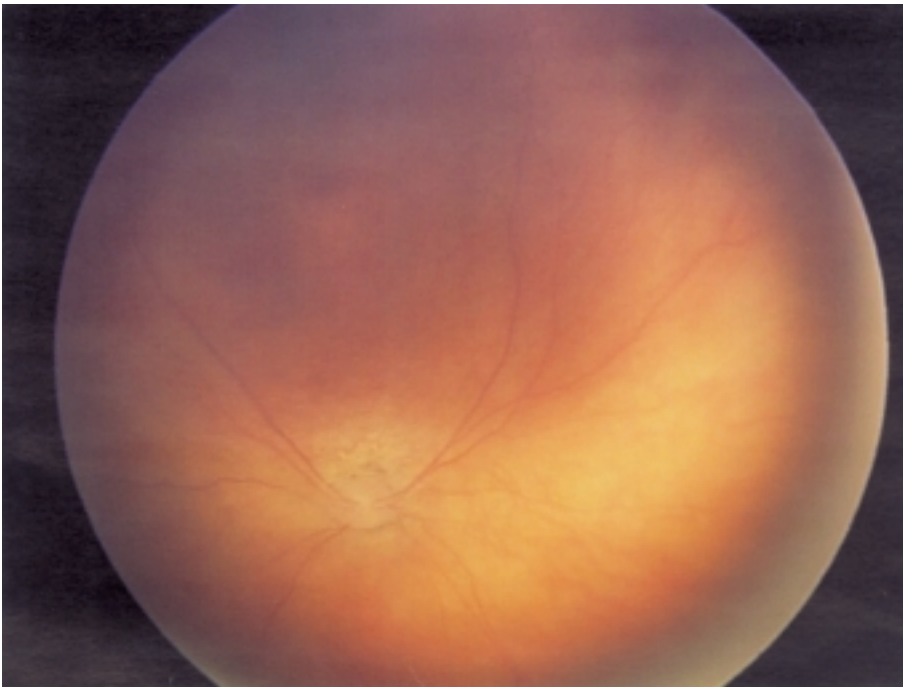
operację 5. stadium ROP ma kluczowe znaczenie. Witrektomia wykonywana zbyt wcześnie nie rokuje sukcesu. Spadek wysokiego wewnątrzgałkowego stężenia VEGF w 5. stadium ROP wykazano dopiero u pacjentów w wieku ośmiu miesięcy. Może to sugerować korzystny termin interwencji chirurgicznej, związany z mniejszą możliwością powikłań z powodu już słabiej nasilonego procesu tworzenia nowych naczyń [21].

Najnowsze badania i próby leczenia retinopatii wcześniaków

Zmieniający się przekrój utrzymywanych przy życiu coraz mniej dojrzałych noworodków spowodował konieczność zmian klasyfikacji ROP. Wprowadzono pojęcie najbardziej agresywnej postaci retinopatii, obserwowanej u skrajnie niedojrzałych wcześniaków, tzw. tylnej agresywnej ROP (aggressive posterior ROP, APROP). Ustalono nowe wskazania do wczesnego leczenia choroby. Podstawą rozpoznania choroby i ustalenia wskazań do terapii jest badanie okulistyczne, wykonywane oftalmoskopem obuocznym (pośrednim) przez doświadczonego lekarza okulistę [12, 17, 18]. Inny sposób badania nie daje możliwości dostrzeżenia zmian chorobowych w czasie odpowiednim do interwencji terapeutycznej, dającej dziecku możliwość zachowania widzenia.

W ostatnich latach podejmowane są metody leczenia polegające na podaniu do ciała szklistego preparatów powodujących zablokowanie VEGF (anty-VEGF), w monoterapii, lub jako leczenia wspomagającego, szczególnie wskazane w agresywnych tylnych postaciach ROP. Obecnie na świecie trwają badania nad lekami z grupy tzw. zumabów, podawanymi do ciała szklistego: ranibizumab (Lucentis) oraz bewacizumab (Avastin) [22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29]. W USA i Kanadzie w latach 2008 – 2009 prowadzono szeroko zakrojone, wieloośrodkowe badania kliniczne nad bezpieczeństwem i skutecznością blokady VEGF w leczeniu retinopatii wcześniaków (badanie nazwano BLOCK-ROP). Niedawno wstępnie podsumowano badanie BEAT-ROP, którego celem było ustalenie, czy iniekcje do ciała szklistego z antyprzeciwciała naczyniowego czynnika wzrostu śródbłonka naczyń spowodują zmniejszenie częstości występowania ślepoty oraz ocena bezpieczeństwa i skuteczności nowej metody leczenia. Jeśli badania (w toku) przyniosą obiecujące wyniki, możliwe jest, że w przyszłości leczenie takimi iniekcjami może zastąpić laseroterapię. Neonatolodzy nie stwierdzają występowania żadnych układowych działań niepożądanych czy zaburzenia wzrostu. Obserwacje pozwalają sądzić, że zumaby skutecznie zmniejszają aktywność naczyń w przebiegu ROP, nie zaburzając

przy tym aktywności fizjologicznej. Naczynia siatkówki 32-tygodniowego płodu są już dobrze rozwinięte. Być może dlatego nie stwierdza się lokalnych działań niepożądanych. Chociaż ocena funkcjonalna badanych niemowląt jest niepełna, to wyniki sugerują, że nie występują poważne uszkodzenia funkcji siatkówki. Do podobnych wniosków prowadzi także analiza zgromadzonych danych własnych. Nie są również jednoznacznie ustalone optymalne: dawka czy czas iniekcji.



Dno oka – stan po iniekcji ranibizumabu

Ograniczone jest zastosowanie leku u tych pacjentów, w przypadku których rokowanie można uznać za słabe, np. kiedy postępuje stadium 4. ROP lub stadium 3. z wysokim ryzykiem odwarstwienia siatkówki pomimo rozległej laseroterapii. Chociaż nie są znane długotrwałe efekty terapii, szczególnie ważne u niemowląt urodzonych przedwcześnie, obserwacje krótkoterminowe są zachęcające i powodują coraz powszechniejsze stosowanie anty-VEGF. Konieczne są dalsze badania w celu potwierdzenia bezpieczeństwa terapii i ustalenia wskazań do jej stosowania [30]. Leczenie preparatami anty-VEGF może poprawiać wyniki funkcjonalne i ułatwić regresję choroby bez widocznych objawów toksyczności. Ustalenie optymalnej dawki leku, czasu i drogi jego podawania, ewentualnych następstw, wymaga dodatkowych badań i obserwacji [31].

Następstwa retinopatii wcześniaków

Od wielu lat retinopatia wcześniaków jest jedną z głównych chorób na świecie, które mogą doprowadzić do nieodwracalnego pogorszenia, niekiedy do utraty widzenia u małego dziecka. Na szczęście staje się to znacznie rzadziej niż kiedyś, tym niemniej zmieniający się przekrój rodzących się i przeżywających coraz mniej dojrzałych wcześniaków rzuca lekarzom okulistom i neonatologom nowe wy-

zwania. Laseroterapię w ROP wykonuje się w celu zapobieżenia odwarstwieniu się siatkówki, metody chirurgiczne znajdują zastosowanie w przypadku dokonanego odwarstwienia. Jednak nawet po skutecznym leczeniu istnieje w przyszłości niewielka możliwość odwarstwienia siatkówki. Retinopatia o ciężkim przebiegu, a w rzadkich przypadkach nawet jej łagodna postać, może być związana z innymi zmianami ocznymi, w tym z jaskrą, zaćmą, zmętnieniem rogówki, powstaniem fałdów siatkówki, przeciągnięciem naczyń i trakcją (pociąganiem) siatkówki, obecnością otworów plamki, zanikiem gałki. Niekorzystny wpływ ROP na późniejszą czynność narządu wzroku wcześniaków może być istotny nawet wówczas, gdy nie doszło do stadium wymagającego leczenia.

Oceniając ostrość wzroku wcześniaków badanych w wieku późniejszym, prawidłowo monitorowanych i leczonych w przeszłości, zauważa się, że dzieci te prawie zawsze zachowują widzenie, choć w różnym stopniu. Znakomita większość dzieci dobrze widzi z daleka i z bliska i ma możliwość prawidłowego funkcjonowania w szkole i w życiu codziennym. W badaniach własnych bardzo niską ostrość wzroku uzyskało 1,54 proc. grupy badanej, wzrok w granicach normy miało natomiast 89,48 proc. grupy. Istotne obniżenie ostrości wzroku (słabowzroczność umiarko-

wana) w grupie analizowanej przeze mnie dotyczyło 1,75 proc. [32, 33, 34, 35].

Różnice w wynikach podawanych przez autorów nie są zasadnicze i mają związek przede wszystkim z dojrzałością grupy badanej – z jednej strony ogromny postęp okulistyki w ostatnich latach pozwala na coraz skuteczniejsze leczenie, z drugiej podobny postęp w dziedzinie ginekologii, położnictwa i neonatologii umożliwia przeżycie coraz większej grupie coraz bardziej uszkodzonych noworodków. Łatwiejszy jest także dostęp do nowoczesnych metod diagnostyki i terapii. Lepsze niż kiedyś wyniki wiążą się z metodą leczenia – zastosowanie lasera przyczyniło się do poprawy wyników.

Konieczność prowadzenia badań przesiewowych dzieci przedwcześnie urodzonych w kierunku ROP i monitorowania postępu choroby

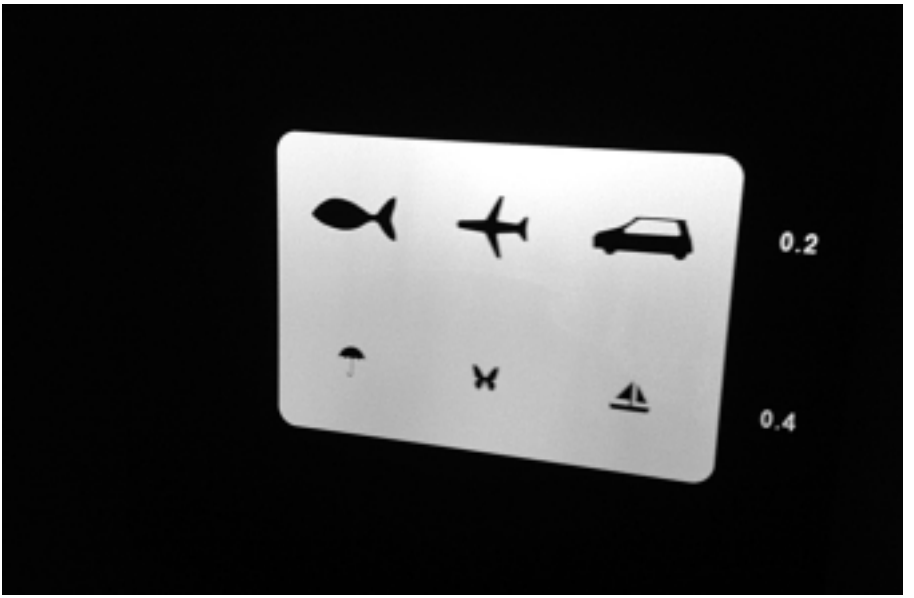
W Polsce badania przesiewowe wcześniaków realizowane są w oparciu o obowiązujące przepisy prawne [36, 37, 38]. Przepisy zobowiązujące do badań przesiewowych wcześniaków wprowadzono w 1991 r. [39].Obecnie zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 31 sierpnia 2009 r.)

na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027, z późn. zm. badane są noworodki urodzone przed 36. tygodniem ciąży, od 3. tygodnia życia, w 12. miesiącu życia oraz po ukończeniu 6 lat. Zalecane jest badanie dzieci, których masa ciała urodzeniowa nie przekroczyła 2500 g; nie rzadziej niż co 2 tygodnie – do momentu osiągnięcia dojrzałości siatkówki [38]. Długoterminowe wyniki badań świadczą o skuteczności takiego postępowania jako metody ograniczającej niekorzystne następstwa wcześniactwa i zmniejszającej stopień niepełnosprawności wzrokowej u dzieci urodzonych przedwcześnie [40, 41].

Ważne dla rodziców dziecka urodzonego przedwcześnie

Retinopatia wcześniaków może wystąpić we wczesnym okresie życia, ale jej wpływ może być odczuwalny przez całe życie. Jakość życia pacjenta z problemami widzenia w zasadniczy sposób różni się od jakości życia zdrowego człowieka. Rozwój ogólny tej populacji dzieci w znaczącym stopniu skorelowany jest z ROP i współistniejącymi chorobami okresu perinatalnego. Z analizy ryzyka wynika, że niska masa

urodzeniowa – szczególnie poniżej 1500 g i wczesny tydzień ciąży – szczególnie poniżej 33. tygodnia – oraz obecność zaawansowanej retinopatii wcześniaków istotnie wpływają na rozwój jednego lub więcej czynników pogorszenia widzenia. Istnieje znacznie zwiększone ryzyko wystąpienia deficytów okulistycznych u dzieci z ciężkimi postaciami ROP, którym często towarzyszą zaburzenia neurologiczne, ale także u byłych wcześniaków z łagodnymi postaciami ROP lub u których retinopatia nie wystąpiła. Niektóre niemowlęta, u których efekt leczenia siatkówki był ko-



Przykładowe optotypy używane do badania ostrości wzroku u dzieci w wieku przedszkolnym

Autorefraktometr ręczny służący do pomiaru wady refrakcji u małych dzieci

rzystny, mogą widzieć słabo z powodu uszkodzenia układu nerwowego.

W okresie hospitalizacji po urodzeniu noworodek poddawany jest prawnie unormowanym badaniom

okulistycznym. W okresie po wypisie ze szpitala obowiązek dopilnowania wykonania badania w odpowiednim terminie spoczywa na rodzicach. Jest niezwykle ważne dopilnowanie koniecznych terminów badania – każde następne badanie okulistyczne ściśle uzależnione jest od zmian stwierdzanych w badaniu poprzednim. Dzieci urodzone przedwcześnie wymagają również w okresie późniejszym regularnych zalecanych badań interdyscyplinarnych, które należałoby przeprowadzać co najmniej raz w roku, gdyż w każdym okresie życia mogą pojawić się nowe bądź nasilić istniejące problemy zdrowotne.

Ze względu na to, że piśmiennictwo było bardzo obszerne nie zamieszczaliśmy go w artykule, zostawiliśmy tylko numery przy odpowiednich fragmentach tekstu. Wykaz uzupełniającej literatury posiada autorka i Redakcja.

Od Redakcji: w poprzednim numerze „Naszych Dzieci" zamieściliśmy artykuł na temat zagadnień dotyczących retinopatii wcześniaczej opisanych przez tyflopedagoga, tym razem chcieliśmy, aby o retinoapatii wcześniaczej opowiedział lekarz okulista. Jeśli jakieś zagadnienia wymagają wyjaśnień, prosimy kierować do Redakcji pytania e-mail: rehabilitacja@pzn.org.pl

(Zdjęcia pochodzą z archiwum autorki)

HISTORIA I TERAŹNIEJSZOŚĆ

Zofia Krzemkowska

tyflopedagog, wieloletni pracownik Ośrodka Szkolenia i Rehabilitacji PZN „Homer" w Bydgoszczy

„Za wspomnieniem – płyń spomnieniem…"
(Cyprian Kamil Norwid „Italiam! Italiam!")

„Kierujemy nasze myśli na przemian ku przeszłości i w przyszłość. Szukamy w przeszłości nauki wskazówek dla naszej przyszłości. Chcemy w ten sposób określić lepiej i podbudować naszą nadzieję".
(bł. Jan Paweł II)

Bydgoska Szkoła dla Niewidomych – Ośrodek Szkolno Wychowawczy im. L. Braille'a obchodzi w 2012 roku sto czterdzieści lat istnienia. Powstała w 1872 roku jako kontynuacja szkoły w Wolsztynie istniejącej od 1854 roku. Do dziś działa w tym samym ceglanym pruskim gmachu przeznaczonym pierwotnie dla osiemdziesięciu ośmiu wychowanków. Obecnie uczy się tu trzysta dzieci i młodzieży niewidomej i słabowidzącej. Była wielokrotnie przebudowywana. We wrześniu br. zostanie otwarty trzeci budynek, dy-

daktyczny, w którym powstała m.in. izba tradycji pod kierunkiem germanisty Jacka Knychały. Zbiera ona wszelkie pamiątki: dokumenty, zdjęcia, mapy, które ilustrują przeszłość szkoły, sposoby nauczania w niej. Odzew osób posiadających takie przedmioty i chcących je udostępnić jest duży. Dobrze, że będzie można ocalić je od zapomnienia.

Wówczas, w XIX wieku, była to najlepiej wyposażona placówka tego typu w Polsce. Tylko nazwa się zmieniała. Był to: Zakład Prowincjonalny, Zakład Wojewódzki, a obecnie – Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 1 dla Dzieci i Młodzieży Słabowidzącej i Niewidomej im. L. Braille'a przy ul. Krasińskiego 10 w Bydgoszczy. Początkowo w szkole obowiązywał język niemiecki. Dopiero po pierwszej wojnie światowej szkoła stała się polską instytucją. Zakład swoim zasięgiem obejmował dawne Wielkie Księstwo Poznańskie. Z jego inicjatywy powstało Towarzystwo Opieki nad Niewidomymi w Bydgoszczy w 1889 roku. Celem Towarzystwa według statutu było uszczęśliwianie niewidomych przez pracę. W szczytowym okresie działalności pomogło tysiącu niewidomym. Z inicjatywy Towarzystwa w 1898 r. powstało schronisko dla samotnych niewidomych. Przez pięćdziesiąt lat działalności skutecznie pomagało samotnym absolwentom Zakładu, którzy nie mogli liczyć na pomoc rodziny. Na stałe mieszkało w nim pięćdziesięcioro niewidomych z przewagą kobiet. Pracowali oni w schronisku,

w zakładzie i w prywatnych warsztatach. Pracowały w nim trzy siostry Elżbietanki, z przełożoną s. Biegańską. Kierownikiem schroniska był ceniony niewidomy nauczyciel zakładu Bronisław Konwiński, on, razem z okulistą doktorem Karolem Szymanowskim utworzył w bydgoskim zakładzie klasy dla dzieci słabowidzących.

W warsztatach szkolnych uczono: tapicerstwa, szczotkarstwa, koszykarstwa, trykotarstwa. Obecnie dla porównania działa m.in. wczesne wspomaganie rozwoju dziecka (dwadzieścioro dzieci do piątego roku życia z dodatkowymi schorzeniami poza utratą wzroku, głównie z województwa kujawsko-pomorskiego); grupa dzieci przygotowująca się do rozpoczęcia nauki szkolnej (szkoły: podstawowa, gimnazjum, zawodowa); wprowadza się szkolenie kucharza zamiast dotychczasowego rolnika; szkoli się pomocnika obsługi hotelowej z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Jest szkolenie przysposabiające do pracy, specjalne oddziały dla głuchoniewidomych. Uczniowie odbywają praktyki w bydgoskich instytucjach zgodnie z wybraną specjalnością szkolenia. Istnieje liceum ogólnokształcące zakończone maturą, pomaturalna dwuletnia szkoła dla tyfloinformatyków i technikum administracyjne. Ci, którzy kończą pobyt w Ośrodku po maturze, wybierają dalsze kształcenie. Są to najczęściej: Wyższa Szkoła Gospodarki, która stwarza niewidomym dobre warunki nauki i zakwaterowanie w akademikach, Uni-

wersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy lub uczelnia bliżej swojego miejsca zamieszkania. Większość jednak, chcąc się szybko usamodzielnić, wybiera masaż. Trudności sprawia zdobycie pracy po ukończeniu szkoły. Już na początku istnienia zakładu niewidomi uczniowie mieli możność uzyskania zawodu: nauczyciela, organisty, stroiciela fortepianu.

Do najzdolniejszych uczniów Prowincjonalnego Zakładu dla Niewidomych w Bydgoszczy należał Szczepan Jankowski. To tutaj odkryto jego zdolności muzyczne. Został wirtuozem organów, kompozytorem pieśni religijnych (nuty i słowa zapisywał brajlem). Przepracował w jednym kościele Najświętszego Serca Pana Jezusa sześćdziesiąt lat. Otrzymał medale: od papieża Pawła VI za zasługi dla kościoła, od Rady Miasta Bydgoszczy za zasługi dla miasta. Jedna z bydgoskich ulic została nazwana jego imieniem.

W bydgoskiej szkole istnieją klasy integracyjne, w których uczą się niewidomi wraz z widzącymi. Szkoła korzysta ze środków i programów unijnych, z funduszów marszałkowskich i PFRON.

Niektórzy dyrektorzy i kierownicy najbardziej zasłużeni dla Ośrodka

Przewinęło się ich wielu. Są wśród nich m.in. Henryk Piotrowski – nauczyciel maszynopisania i języka

rosyjskiego, Zygmunt Sawilski – wychowawca mojej klasy przez cztery lata – sam wykonywał mapy ścienne dla niewidomych, pracował w komisji pomocy naukowych przy ZG PZN, był wspaniałym organizatorem wycieczek dla uczniów do Warszawy, statkiem do Gdańska, Krakowa i Ojcowa. Przez siedemnaście lat dyrektorem szkół była Danuta Zielińska – nauczyciel geografii, dyrektorem zakładu i menadżerem – Zenon Imbierowski, Jan Remplewicz – zajmował się sportem i wychowaniem fizycznym wśród niewidomych.

Wśród dyrektorów są też niewidomi: Władysław Winnicki. Najwyżej cenił z bydgoskiej szkoły wyniesioną umiejętność pisania na maszynie, która służyła mu do końca życia. Był nauczycielem dzieci niewidomych w latach 1921-39, organizatorem szkoły po wojnie w 1947 roku, jej dyrektorem w latach 1948-51, organizatorem PZN na terenie Bydgoszczy i prezesem do śmierci. Pracował w szkole wraz z synem Tadeuszem, który był zatrudniony w zakładzie czterdzieści osiem lat. Władysław Winnicki napisał pracę dyplomową w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej w Warszawie na temat „Poglądowa nauka w szkole dla niewidomych". W 2011 roku obchodziliśmy pięćdziesięciolecie jego śmierci, został odsłonięty pomnik nagrobny ufundowany przez wnuka Ryszarda Winnickiego. Kapituła Okręgu Kujawsko-Pomorskiego PZN przydziela wyróżniającym się działaczom nagrodę im. Władysława Winnickiego.

W Zakładzie w Bydgoszczy pracował Oskar Picht – Niemiec, konstruktor maszyny brajlowskiej, nazwanej jego imieniem. Pracuje też Krystyna Klugiewicz zasłużona w zakresie nauczania głuchoniewidomych o randze ogólnopolskiej.

Niewidomym dyrektorem był nieżyjący już Zbigniew Figurski, absolwent Zakładu, ukończył Uniwersytet Mikołaja Kopernika (filologia polska), na co dzień polonista w szkole.

Obecnie kierują Ośrodkiem panie: naczelny dyrektor Małgorzata Szczepanek, Małgorzata Wilczewska, Ewa Fojucik, Maria Jankowska. Kontynuują dzieło swoich poprzedników, wzbogacając i aktualizując o nowe elementy.

„Niewidomy człowiekiem użytecznym”

(Maurice de La Sizeranne – niewidomy francuski tyflolog)

Do jego programu nawiązywała matka Elżbieta Róża Czacka.

Twórczyni pedagogiki specjalnej Maria Grzegorzewska propagowała przygotowanych do zawodu niewidomych nauczycieli. „Słowa uczą, przykłady pociągają”.

Wybrałam kilku, których znałam osobiście. Są to: Kazimierz Kurzewski – polonista i historyk, członek pierwszych władz centralnych ZG PZN, organizator

pierwszych kolonii dla dzieci niewidomych w Ustroniu Morskim; pierwszy pokazał mi morze. Nauczyciele muzyki i śpiewu: Henryk Mikołajczak – *Legenda Bydgoszczy*, pianista, absolwent Zakładu (to On ukształtował moje zainteresowania muzyką klasyczną); Marek Andraszewski – absolwent praskiego konserwatorium. Matematycy: Stefan Niewiarowski – absolwent, kierował drużyną harcerską i spółdzielnią; Stanisław Januszewski oraz Zbigniew Ebłowski – anglista, absolwent. Pracowały też: Maria Granz-Nowak – nauczanie początkowe, Maria Krygier – roboty ręczne, obie niewidome. Aktualnie pracują niewidomi: bibliotekarka – Danuta Kruś, nauczyciel muzyki – Jerzy Olszewski, historyk – Michał Skąpski, Anna Molewska od spraw głuchoniewidomych. W stosunku do ogółu pracowników pedagogicznych jest ich niewielu.

Inni absolwenci

To oni są wizytówką szkoły. Niektórzy spędzili w niej kilkanaście lat. Jak zostali przygotowani? Jakie reprezentują zawody po opuszczeniu Ośrodka w samodzielnym życiu?

Henoch Drat założyciel Spółdzielni Niewidomych „Gryf", która była bazą zatrudnienia niewidomych do 2011 roku. Długoletni prezes spółdzielni i PZN, działacz spółdzielczy szczebla centralnego. Aleksander

Rodziewicz – dyrektor Okręgu Wielkopolskiego PZN, Józefa Spychała prezes Spółdzielni Niewidomych San Marko w Poznaniu. Ewa Drążkowska-Redzimska – prezes Okręgu Pomorskiego PZN, bibliotekarka – Krystyna Skiera. Marian Olszowski po Diecezjalnym Studium Organistowskim. Specjalistki do spraw rehabilitacji pracujące w Okręgu Kujawsko-Pomorskim PZN: Anna Kruczkowska i Magdalena Bindek-Gąbka; masażyści, znani sportowcy paraolimpijczycy: Tomasz Chmurzyński, Leszek Peut, Irena Bąk, Krzysztof Kwiatkowski. Jak wynika z przytoczonych przykładów rozrzut zawodów i osiągnięć byłych uczniów szkoły jest duży.

Chcielibyśmy, aby młodzież opuszczająca szkołę, zwłaszcza ta wracająca do rodzinnego domu i nie podejmująca pracy zawodowej, znała realia życia niewidomych, strukturę Związku, jego zadania, proponowane wydawnictwa, dostępne formy kultury i chciała w nich uczestniczyć. Istniejący w Ośrodku klub stonoga, koła zainteresowań powinny ułatwić wychowankom Ośrodka działalność w Kołach PZN w dorosłym życiu, aby zapoczątkowane w szkole zainteresowania były kontynuowane w miejscu zamieszkania, żeby – jak mówi w „Weselu" Wyspiański – „chciało się chcieć".

Jesteście nam potrzebni jako nasi następcy. Proponuje się młodzieży specjalnie dla niej organizowa-

ne szkolenia, turnusy rehabilitacyjne, wycieczki. Ale konieczna z ich strony jest aktywność, inicjatywa, poszukiwanie informacji, a nie wyczekiwanie na nią. Apatia, zniechęcenie, wyczekiwanie na zmiany, które nastąpią bez naszego udziału, niczego same nie zmienią. Nie sprzyjają twórczym postawom. Czekamy na działanie, włączenie się w prace: Okręgowego Klubu Aktywności Twórczej i Kulturalnej, koła PZN, duszpasterskie, Crossu, którego aktywnym działaczem jest absolwent Ośrodka, prezes Andrzej Sargalski.

Katecheza w szkole

„Podtrzymujemy wiarę w sobie"
(papież Benedykt XVI)

Odgrywa ona szczególną rolę zwłaszcza w przygotowaniu do sakramentów świętych dzieci głuchoniewidomych i dzieci oddalonych od rodzin. Zajmują się nią księża.

W okresie międzywojennym religii uczył ksiądz, bł. Michał Kozal. Za moich czasów Zdzisław Balcerek i Kazimierz Więckowski, którzy przekazywali nam prawdy wiary, uświadamiali nam hierarchię wartości. Katechetami byli: absolwent, niewidomy ks. Robert Hetzig; słabowidzący michalita, ks. Piotr Wroński; zmarły w ubiegłym roku ks. kanonik Benon Kaczmarek – zasłużony dla placówki, lubiany przez dzieci, młodzież i pracowników.

Doskonały organizator pielgrzymek. Obecnie diecezjalnym duszpasterzem niewidomych jest ks. Piotr Buczkowski – oddany środowisku. Pracują tu także panie katechetki; przygotowują m. in. rekolekcje. Przebywając z wychowankami na co dzień, rozmawiają z nimi o trudnych życiowych sprawach.

****

Nauczyłam się aktywności społecznej – pracy na rzecz innych w drużynie harcerskiej i samorządzie szkolnym. Obdarzono mnie zaufaniem, reprezentowałam szkołę na zewnątrz. Uwierzono w moje możliwości, ukierunkowano na dalsze kształcenie się poza Ośrodkiem, wśród pełnosprawnych.

Szczególnie wiele zawdzięczam niewidomym nauczycielom pracującym wówczas w szkole. Oni nie szczędzili dla mnie czasu, by mi pomóc, a ja podziwiałam ich wiedzę, dobre zrehabilitowanie i przygotowanie do zawodu. Za ich przykładem wybrałam dla siebie ten niełatwy zawód, pracę wśród dorosłych nowo ociemniałych. Czułam się im potrzebna, przepracowałam trzydzieści pięć lat, sprawiało mi to dużą satysfakcję.

Za tę wiedzę i praktyczne umiejętności zdobyte w bydgoskiej szkole dziękuje im nawet po latach. Nie było przecież brajlowskich podręczników, szkolne czytanki przepisywały dla nas niewidome kopistki. Nie było magnetofonu, laptopa, komputera, Internetu, ale

były: ambicja, pracowitość, zachłanność wiedzy, młodzieńcza energia działania, żeby jak najwięcej osiągnąć, przyswoić sobie.

Wszyscy moi nauczyciele nie żyją. Pozostała we mnie o nich serdeczna myśl i pamięć, bo u podstaw tego, co zdołałam osiągnąć, leży ich trud. Po opuszczeniu Ośrodka kontakty z nimi jeszcze trwały. Mogłam odwiedzać szkołę, interesowali się moimi postępami w dalszej nauce, a potem w pracy zawodowej. Teraz moje kontakty są już sporadyczne. Ograniczają się do szkolnej biblioteki brajlowskiej, gdy istnieje taka potrzeba, i do uczestnictwa w zjazdach absolwentów. Ale wysoko cenię okres pobytu w bydgoskiej szkole i ludzi, którzy nade mną tam pracowali.

Oby obecna młodzież właściwie wykorzystała czas przeznaczony na naukę, bo jak powiedział Stefan Żeromski w „Syzyfowych pracach": „Nauka jest jak niezmierne morze... Im więcej jej pijesz, tym bardziej jesteś spragniony".

STYMULACJA BAZALNA

Teresa Wysocka
ekspert stymulacji bazalnej

W mojej wieloletniej praktyce zawodowej, często spotykam się z opinią personelu pedagogicznego oraz rodziców, iż dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i motoryczną w stopniu głębokim nie rokują nadziei na rozwój procesów orientacyjno-poznawczych, motywacyjnych jak również emocjonalnych i wykonawczych. Tkwią w przekonaniu, iż dziecko z głębokim upośledzeniem umysłowym nie potrafi zrozumieć otaczającego go świata i nie jest w stanie rozwijać i wchodzić w nowe interakcje. Rodzice dzieci z głębokim upośledzeniem (także z problemami wzroku), dążący do wspomagania dziecka w uzyskaniu optymalnego, największego poziomu rozwoju pozwalającego na zwiększenie samodzielności, często poszukują we własnym zakresie specjalistycznej wiedzy, by wspierać maksymalnie możliwy rozwój dziecka. Nie zawsze jednak docierają do profesjonalistów, którzy ukierunkowują ich na działania skutkujące postępami rozwoju dziecka.

Biorąc pod uwagę znaczenie rozwoju osobowego, jako procesu przechodzenia od całkowitej zależności do

inicjatywy i aktywności własnej, należy poszukiwać takich działań wspomagających, które pozwolą osobom z głębokim upośledzeniem nie tylko wyodrębnić siebie z otoczenia, nabyć świadomość własnego ciała i bycia sobą, ale również pozwolą na tworzenie gotowości do akcentowania własnych potrzeb i pragnień łącznie z nabywaniem samodzielności w podejmowaniu decyzji (np. w zaspokojeniu potrzeby własnego ruchu, dostarczaniu określonych przez siebie wrażeń zmysłowych).

Im większe są problemy rozwojowe dziecka, tym bardziej powinno ono być objęte szeroką i wszechstronną opieką specjalistyczną, która zapewni dziecku realizację jego potrzeb fizycznych i psychicznych.

Już w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku profesor Andreas Fröhlich zajął się właśnie tymi tak zwanymi „zapomnianymi dziećmi".

Metoda **Stymulacji Bazalnej** jest metodą rozwiniętą przez Fröhlicha na podstawie długoletnich badań i praktycznej pracy pedagogicznej, terapeutycznej i pielęgnacyjnej. Ma ponad czterdzieści lat sprawdzonej praktyki w życiu codziennym. Narodziła się w Niemczech w Ośrodku Opieki Specjalnej (Landstuhl), jest koncepcją rehabilitacji i wsparcia dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych o głębokim stopniu niepełnosprawności intelektualnej i motorycznej.

Stymulacja Bazalna jest adresowana przede wszystkim do osób dotkniętych niepełnosprawnością

maksymalnie ograniczającą ich własną aktywność, od niemowlęcia w ciężkim stanie do osoby dorosłej z syndromem śmierci klinicznej.

Głównymi celami **Stymulacji Bazalnej** jest:

- zrekompensowanie braku doświadczeń w zakresie ruchu, w zakresie priopercepcji,
- pogłębienie świadomości własnego życia,
- umożliwienia własnej aktywności, czyli poczucia sprawstwa,
- interakcji z otoczeniem i komunikacja elementarna.

Stymulacja Bazalna wychodzi z założenia, że wszystkie doświadczenia gromadzone w życiu zachowują się w formie pamięci świadomej i równocześnie, bardziej rozległej, obejmującej całe nasze ciało. Suma wszystkich wrażeń zmysłowych i wszystkich sposobów doświadczania własnego ciała i doznań z innymi osobami składa się na to, kim dzisiaj jesteśmy.

Głęboka niepełnosprawność oznacza zawsze kompleksowe ograniczenia w funkcjonowaniu jednostki ujmowanej całościowo, czyli we wszystkich aspektach życia:

- możliwości doświadczania,
- możliwości ekspresji.

Głęboko ograniczony rozwój, spowodowany nieodwracalnym uszkodzeniem funkcji centralnych, przejawia się **skrajnymi** trudnościami we wszystkich aspektach życia w sferze poznawczej, fizycznej, emocjonalnej, społecznej i przede wszystkim w komunikacji.

Osoby z głęboką niepełnosprawnością żyją na pograniczu życia. Spowodowane jest to wieloma czynnikami takimi jak: dynamiczny charakter uszkodzenia mózgu, stałe zagrożenie funkcji życiowych, częste choroby dróg oddechowych, deformacje kręgosłupa i układu kostnego, stałe przemieszczenie organów wewnętrznych i ich zaburzenia, ataki epilepsji etc. Ciągły ból fizyczny jest spotęgowany stanami niepokoju i napięciem emocjonalnym. Po wielu latach pojawia się poczucie biernej manipulacji, co powoduje stany apatii i rezygnacji. Dodatkowo występuje brak poczucia zdrowia, sił witalnych i zainteresowania światem zewnętrznym. Niestabilne relacje społeczne doprowadzają powoli do sytuacji totalnej bierności dziecka z głębokim upośledzeniem. Proces różnicowania pomiędzy własnym ciałem a przestrzenią, do którego potrzebny jest ruch i doświadczenia z własnym ciałem, jest bardzo zaburzony albo w ogóle niemożliwy. Dziecko popada w stan tak zwanej „mgły cielesno-sensorycznej", która to uniemożliwia doświadczanie własnego ciała, percepcji, że go się po-

siada, oraz nie daje możliwości bycia aktywnym i przeżywania poczucia sprawstwa; tak ważnego w ukształtowaniu świadomości własnego bytu i istnienia. Dziecko nie jest w stanie ponadto przewidzieć kolejnych wydarzeń, nie ma poczucia czasu. Są to procesy niewidzialne w codziennym życiu, ale bardzo szybko postępujące.

Osoby z głębokim upośledzeniem nie dysponują własnym ciałem i własnym życiem. Ich życie jest w rękach innych osób. Są dotykane przez dziesiątki, a w wieku już dorosłym – przez setki osób, poczynając od lekarzy, personel pielęgnujący, pedagogów i wychowawców. Świat osób z głębokim upośledzeniem jest bardzo ograniczony. Sprowadza się do bezpośredniej sfery fizycznej, więc do całościowego, cielesno-duchowego sposobu przeżywania i doświadczania całym sobą.

Istnieje nadal w społeczeństwie stereotyp myślenia i pojęcie o „naprawianiu" tych właśnie dzieci, poddając je dziesiątkom zabiegów, operacji i terapii, które mają na celu „korektę" i uzdrowienie dziecka. Tymczasem wiemy z długoletnich doświadczeń Fröhlicha, że te dzieci nie będą mogły prowadzić samodzielnego życia, będą w znacznym stopniu albo całkowicie zależne od rodziny, opiekunów i innych osób.

Fröhlich niejednokrotnie udowadniał, że każde dziecko, również głęboko wielorako niepełnosprawne

posiada swój własny potencjał rozwojowy, a różnice wiążą się jedynie ze specyficznymi doświadczeniami, jakie można zaoferować tym dzieciom. Nie ma dzieci, z którymi nie można pracować pedagogicznie.

Stymulacja Bazalna opiera się na poznaniu specyficznych potrzeb dziecka z głęboką niepełnosprawnością i ich zaspokojeniu. Przyjrzyjmy się tym potrzebom.

◆ **Potrzeba egzystencjalna** – regularny oddech, zachowanie rytmu pomiędzy aktywnością i odpoczynkiem, uśmierzenie bólu i cierpienia, zaspokojenie głodu i pragnienia, nasycenie i wypróżnianie.

Bez zaspokojenia tych potrzeb fizjologicznych ogólny rozwój człowieka zostaje ograniczony a nawet niemożliwy. Osoby z głębokim upośledzeniem mają cały zakres problemów związanych z odżywianiem i piciem. Utrudniony metabolizm, utrudnione połykanie i inne komplikacje odżywiania doprowadzają do chronicznego niedożywienia i chronicznego stanu pragnienia, które powodują powikłania rozwojowe i złe samopoczucie. Do tego złego samopoczucia dochodzą rożne bóle; patologiczne napięcie mięśniowe; asymetria ciała; obciążenie stawów; odleżyny etc.

◆ **Potrzeba ruchu, stymulacji i zmian w życiu** – cechą charakterystyczną życia jest ruch. Za pomocą ruchu osoba sama sobie dostarcza stymulacji i zmian. Brak ruchu powoduje bardzo szybko jednostajność, monoto-

nię, demobilizację, izolację i próżnię percepcyjną. Ponadto doprowadza dziecko z głębokim upośledzeniem do zaburzenia osobowości, zubożenia postrzegania samego siebie i do egzystencjalnej samotności.

Jeśli przez dłuższy czas ruch jest niemożliwy, zanika świadomość kształtów, konturów i struktur własnego ciała i niemożliwa staje się świadomość własnego bytu. Dziecko znajduje się w stanie deprywacji sensorycznej.

Dziecko sprawne dzięki możliwości przemieszczania się samo odkrywa świat i doświadcza różnych jego odmian. Dziecku z głębokim upośledzeniem, któremu tego ruchu brakuje, potrzebna jest pomoc opiekunów, którzy mu ten świat przybliżą i w ten sposób umożliwią jego doświadczanie.

◆ **Potrzeba bezpieczeństwa, stabilności i zaufania** – poczucie bezpieczeństwa jest pierwszym krokiem do otwarcia się na świat i umożliwia aktywność własną. Stabilność i zaufanie są niezbędne w relacjach międzyludzkich.

Dzieci z głębokim upośledzeniem potrzebują specyficznych pozycji bazalnych, które umożliwią im percepcję własnego ciała, wzmacniając tym samym silne poczucie bezpieczeństwa i umożliwiając w ten sposób proces zróżnicowania (otwarcie się na świat) i ruch aktywny dziecka.

◆ **Potrzeba więzi, akceptacji i relacji** – podstawą życia człowieka są relacje ludzkie. Osoby z głęboką niepełnosprawnością żyją często w izolacji społecznej i nie mają możliwości aktywnego i spontanicznego kontaktu z innymi osobami. Poprzez odpowiedni kontakt cielesny mogą nawiązać więź ze swoim środowiskiem, ze światem materialnym i z innymi osobami.

Dotyk jest elementarną formą komunikacji międzyludzkiej. Wyraża w jasny sposób nasze prawdziwe nastawienie do osoby, naszą prawdziwą relację z nią i autentyczne uczucia do niej. To, w jaki sposób osoba dotyka inną osobę, daje nam informację i świadczy o jakości kontaktu i relacji między osobami. W **Bazalnej Stymulacji** mówi się o tak zwanej pamięci dotykowej, która obejmuje całe nasze ciało.

Jakość dotyku profesjonalnego zależy od stanu naszej świadomości, w jaki sposób używamy rąk, od naszej zdolności kreowania relacji z osobami z głębokim upośledzeniem.

◆ **Potrzeba uznania, szacunku, własnej wartości** – uznanie, szacunek dla samego siebie i prestiż stanowią pewną całość. Jednym z elementów poczucia własnej wartości jest określona pozycja w strukturze społecznej. Głęboka niepełnosprawność jest formą życia, które nie ma mniejszej wartości od formy życia osoby pełnosprawnej. Obie formy życia są formą bycia człowiekiem, czyli jak to określa Fröhlich – formą człowieczeństwa.

◆ **Potrzeba autonomii, samostanowienia i niezależności** – osoby z głębokim upośledzeniem są całkowicie zależne od innych osób. Oznacza to, że nie mają możliwości realizacji własnego życia i że inne osoby decydują, jak ma przebiegać ich życie. Z doświadczeń **Stymulacji Bazalnej** wiemy, że stanowienie o samym sobie u tych osób jest możliwe, nawet jeśli odbywa się to na tak zwanym elementarnym poziomie. Za pomocą specyficznych pozycji bazalnych można pobudzić i ułatwić dziecku aktywność własną, umożliwiając mu autodecyzję i wybór, nawet jeśli ta aktywność w naszych oczach jest minimalna.

◆ **Potrzeba radości, przyjemności** – osoby z głębokim upośledzeniem mają od początku życia wielki bagaż bardzo negatywnych doświadczeń. Radość i przyjemność są motorem życia każdego człowieka.

Pozycje Bazalne

Bardzo ważną częścią **Stymulacji Bazalnej** są wypróbowane w wieloletniej praktyce pozycje ciała. Wspomagają one ukształtowanie chociaż minimalnego schematu ciała, ułatwiają osobom z głębokim upośledzeniem proces zróżnicowania pomiędzy własnym ciałem i przestrzenią poza własnym ciałem, pogłębiają świadomość i percepcję własnego ciała, dają poczucie bezpieczeństwa i stabilności. Wspierają także

linię środkową ciała, regulując i polepszając wiele funkcji fizjologicznych (zmniejszają ból, regulują oddech, normalizują napięcia mięśni i biorytm, stan uwagi) i psychicznych, wyciszają patologie ruchowe i w ten sposób ułatwiają aktywność własną dziecka.

Aktywność własna osoby z głębokim upośledzeniem jest rozumiana wielorako, każdy ruch spontaniczny powinien być zauważony i ułatwiony, ponieważ

daje szansę na kontakt ze światem zewnętrznym – materialnym i z innymi osobami, pozwalając na elementarną komunikację niewerbalną i wymianę z oto-

czeniem. Aktywność własna osoby z głębokim upośledzeniem jest według doświadczeń Fröhlicha, możliwa, stymuluje własną decyzję, wybory, i pogłębia świadomość własnej egzystencji.

Bardzo ważnym aspektem w **Stymulacji Bazalnej** są badania Fröhlicha nad doświadczeniami cielesnymi, które płód doznaje w trakcie rozwoju prenatal-

nego. W ścisłej współpracy z neonatologami, ginekologami i przy pomocy szybko rozwijających się badań prenatalnych w latach osiemdziesiątych Fröhlich zaproponował następującą hipotezę:

Noworodek nie przychodzi na świat jako „tabula rasa", ale posiada już bardzo bogaty bagaż wielu doświadczeń cielesnych i tak zwaną pamięć własnego ciała.

Trzywymiarowe badania USG, które rozwinęły się w latach dziewięćdziesiątych i dwutysięcznych potwierdzają tezę Fröhlicha. Każdy płód, nawet niepełnosprawny, przeżywa następujące, elementarne doświadczenia cielesne w czasie ciąży.

Przyjrzyjmy się im szczegółowo:

- doświadczenia **ruchu** (westybularne – przedsionkowe – najbardziej doznawane w drugim okresie ciąży i mało możliwe już pod koniec ciąży),
- doświadczenia **wibracyjne** doznawane już od momentu zapłodnienia aż do porodu,
- doświadczenia **dotykowe** – najbardziej doznawane pod koniec ciąży poprzez nacisk na całe ciało wewnętrzną warstwą macicy,
- doświadczenia **oralne** – od drugiej fazy aż do końca ciąży, płód pije wody płodowe (aż do 500 ml dziennie), wkłada palce do ust albo nawet całą dłoń, ssie, wykonuje różne ruchy ustami).

Wszystkie te doświadczenia pozwalają płodowi już w trakcie ciąży wykształcić tak zwany schemat własnego ciała, który rozwinie się i pogłębi jeszcze

bardziej po przyjściu na świat, poprzez sumę doświadczeń z własnym ciałem, ale może je dokonać tylko sprawne dziecko.

Dzieci z głębokim upośledzeniem takich możliwości doświadczeń nie mogą doznawać i ich schemat ciała jest bardzo ubogi a nawet nie istniejący.

Stymulacja westybularna (doświadczenia ruchowe), wibracyjna (doświadczenia głębokiej percepcji ciała), somatyczna (dotykowa) i oralna mają na celu wyrównanie tych braków doznań cielesnych u osób z głęboką niepełnosprawnością. Poprzez cofnięcie się do tych pierwotnych doznań, które są ostatnimi stały-

mi i znanymi doświadczeniami cielesnymi dla dziecka, proponowane stymulacje mają na celu stworzyć kontakt i ułatwić zbliżenie się do tych dzieci na poziomie elementarnym i przeciwdziałać w ten sposób totalnej izolacji, w której się znajdują.

Często w pracy codziennej z osobami z głębokim upośledzeniem obserwujemy wachlarz różnych zachowań opiekunów, począwszy od specyficznych oczekiwań i wymagań, wzmożenie mówienia – za intensywny albo nie istniejący kontakt cielesny – który utrudnia prawdziwy kontakt z dzieckiem. Propozycja dialogu elementarnego w ciszy z dotykiem profesjonalnym i znaczącym jest pierwszym krokiem do sukcesu w komunikacji z osobą z głęboką niepełnosprawnością.

Stymulacja Bazalna proponuje nam ponadto refleksję nad udoskonaleniem fizycznej przestrzeni, w jakiej funkcjonują osoby niepełnosprawne. Pomieszczenia dla osób z niepełnosprawnością są najczęściej odczłowieczone, kliniczne, sterylne, surowe. Nie pozwalają na doznawanie przestrzeni i ciała w niej. Wiemy, jak bardzo dzieci potrzebują doświadczać przestrzeni znaczących, łatwych do zrozumienia i objęcia. Powstają bardzo szybko problemy z percepcją przestrzeni, z orientacją w niej. Pokoje wydają się ogromne, bez ochronnej otoczki, bez jasnej i zrozumiałej struktury, bez możliwości schronienia się. Koncepcja niszy czy kącika pojawiła się bardzo wcześnie

w stymulacji bazalnej. Nisza (otoczka), pomaga zdobywać orientację, wzmacnia stan bezpieczeństwa i stabilności. Wycisza emocjonalnie, pozwalając na osiągnięcie większej stabilizacji psychicznej, pozwala otworzyć się w ten sposób na zewnątrz.

Stymulacja Bazalna w ostatnich dwudziestu latach znalazła sobie stałe miejsce w Europie nie tylko dla osób z głębokim upośledzeniem (także niewidomych i słabowidzących), ale także dla osób z autyzmem, z chorobami psychicznymi, dla osób z demen-

cją, w śpiączce, osób obłożnie chorych czy znajdujących się w procesie umierania.

Stymulacja Bazalna już jest w Polsce znana. Szkolenia z zakresu Stymulacji Bazalnej odbywają się od czterech lat regularnie w Poznaniu i są organizowane przez Stowarzyszenie na Rzecz Rehabilitacji Niewidomych i Słabowidzących w Poznaniu (www.srnis.org).

Szkolenia odbywają się na dwóch poziomach – podstawowym i pogłębionym – i kończą się otrzymaniem certyfikatu europejskiego, który uprawnia do pracy metodami stymulacji bazalnej pedagogów, pielęgniarki i lekarzy. Wielkim powodzeniem cieszą się kursy **Stymulacji Bazalnej** dla rodziców. Wszystkie szkolenia są przeprowadzone w sposób praktyczny i pozwalają na szybkie wdrożenie w codziennej pracy.

(Zdjęcia Teresa Wysocka)

Jak pomóc małemu słabowidzącemu dziecku rozwijać umiejętności wzrokowe w warunkach domowych?

Agata Hołubowicz

terapeuta widzenia, instruktor orientacji przestrzennej, Ośrodek Wczesnego Wspomagania Rozwoju w Sobieszewie

Powrót dziecka słabowidzącego ze szpitala do domu wiąże się dla rodziny tak z radością, jak i ze stresem. Rodzice maluchów ze schorzeniami wzroku zdają sobie przeważnie sprawę, że ich dzieci nie podejmą patrzenia spontanicznie, ale trzeba będzie im pomóc poprzez specjalny program ćwiczeń ustalany przez terapeutę widzenia. Oczekiwanie na konsultacje i zajęcia w ośrodku dla dzieci słabowidzących jest bardzo frustrujące w sytuacji, gdy każdy z rodziców chciałby pomóc swojemu dziecku najlepiej i najszybciej jak to możliwe. Oto porady, w jaki sposób w warunkach domowych pomóc małemu słabowidzącemu dziecku nauczyć się korzystać ze wzroku.

1. Przygotować mieszkanie pod kątem dziecka słabowidzącego

Terapia widzenia w życiu rodziny nie powinna wiązać się z wydzielaniem czasu na ćwiczenia wzroku, ale wygląd mieszkania, a zwłaszcza miejsc, w których dziecko najczęściej przebywa, powinno sprzyjać rozwijaniu umiejętności wzrokowych. Miejsca te to: łóżeczko, stojak do przewijania, łazienka (miejsce, w którym kąpiemy dziecko), fotel do karmienia dziecka.

Łóżeczko jest miejscem do spania, ale warto zadbać o to, żeby dziecko po przebudzeniu miało możliwość skupić na czymś wzrok. W tym celu warto na szczebelkach lub na ścianie obok łóżeczka powiesić proste kontrasty (czarno-białe lub czarno-czerwone szachownice, paski, proste figury geometryczne). Należy pamiętać, że dystans patrzenia niemowlaka jest krótki około trzydziestu, czterdziestu centymetrów. Można też uszyć maluchowi pościel w czarno-białe paski, o ile pobudzenie wzroku do aktywności nie będzie zakłócało zasypiania. Dobrze jednak pamiętać, żeby kontrastowe wzory nie zajmowały każdej powierzchni, ponieważ nadmiar bodźców może podziałać na dziecko demotywująco. Istotne jest też ustawienie łóżeczka; jeżeli stoi ono przy ścianie, a mama i tata zawsze pojawiają się

z jednej strony, aktywizując w ten sposób prawe lub lewe pole widzenia dziecka, należy co kilka dni przekładać poduszkę w łóżeczku, układając je odwrotnie do spania.

Przewijak jest miejscem, na którym dziecko ma możliwość skupić wzrok na twarzy mamy lub taty podczas czynności pielęgnacyjnych. Warto zadbać, żeby było prawidłowo oświetlone. Na ścianie nad przewijakiem można zainstalować lampkę oświetlającą twarz rodzica nachylającego się nad dzieckiem. Dodatkowym elementem poprawiającym możliwość skupienia wzroku są ciemne włosy rodzica, makijaż mamy lub kontrastowe dodatki we włosach.

Łazienka jest miejscem najsłabiej oświetlonym w domu, umożliwia więc zabawy ze światełkami. Kąpiel pozwala rodzicom na bliski kontakt z dzieckiem podczas zabawy w wodzie i czynności pielęgnacyjnych. Większość niemowlaków bardzo lubi wodę, dobrze więc wykorzystać czas spędzony w łazience do stymulacji wzroku. Na rynku można dostać zabawki świecące i kontrastowe do zabawy w wodzie (świecące klocki, piłeczki, maty do rysowania w wodzie, foliowe książeczki, pływające kaczuszki itd.). Już samo umieszczenie kontrastowych zabawek w małej wanience umożliwi dziecku skupienie wzroku na zabawce; włączenie światła i oświetlenie twarzy rodzica daje

możliwość skierowania uwagi malucha na twarz osoby bliskiej.

Fotel do karmienia – sytuacja podawania dziecku butelki mleka lub stałego posiłku sprzyja również bliskiemu kontaktowi rodzica z dzieckiem, a jednocześnie daje możliwość zabawy rączkami podczas jedzenia. W tym wypadku ważny jest nie tyle wygląd miejsca, w którym dziecko jest karmione, co wygląd naczyń do karmienia i rodzica podającego jedzenie. Butelka z mlekiem powinna być oklejona czarną taśmą izolacyjną w podłużne pasy, białe mleko zapewni właściwy kontrast. Inne naczynia powinny kontrastować z podawanym jedzeniem. Rodzic podczas karmienia może zawiesić sobie na szyi kontrastowe lub odbijające światło korale, dając dziecku możliwość podejmowania pierwszych prób chwytania. Ważny jest również makijaż mamy nieco przejaskrawiony (mocno pomalowane usta i oczy).

Makijaż mamy jest ważny dla dziecka, ale w wielu przypadkach daje motywację do tego, żeby o siebie zadbać, co może pozytywnie wpłynąć na stan psychiczny mamy słabowidzącego dziecka; pozytywne nastawienie do terapii i chęć wspierania dziecka może, jak w przypadku każdego niepełnosprawnego dziecka, uczynić cuda dla obydwu stron.

2. Stosowanie sygnałów pozawerbalnych

Każdy człowiek – duży i mały – lubi wiedzieć, co będzie się z nim działo. Małe niewidome i słabowidzące dzieci nie rozumieją języka dorosłych, nie są też w stanie zobaczyć sytuacji codziennych i przygotować się na nie. Sygnały pozawerbalne mogą pomóc im przygotować się na powtarzające się wydarzenia – są szczególnie ważne dla dzieci ze sprzężonymi niepełnosprawnościami.

W przypadku kąpieli: rozbieramy malucha w łazience, nie w pokoju. Może on tam usłyszeć szum wody wpadającej do wanny, poczuć wilgoć w powietrzu. Tuż przed włożeniem dziecka do wanienki możemy, na przykład, dotknąć jego stópki mokrą gąbką – ten sygnał pozawerbalny powtarzany za każdym razem przed kąpielą będzie dla niego informacją o tym, co się wydarzy. Następnie powoli wkładamy dziecko do wanny, zanurzając najpierw stópki, żeby w każdy możliwy sposób złagodzić szok związany z nagłym kontaktem z wodą.

W przypadku posiłku: uprzedzamy dziecko, na przykład stuknięciem łyżeczką w talerzyk, potrząsaniem butelką z mlekiem lub z sokiem, żeby maluch usłyszał dźwięk napoju.

3. Miejsce do zabawy dla dziecka

Dzieci niewidome i słabowidzące nie są w stanie ogarnąć wzrokiem i zrozumieć informacji słuchowych płynących z otoczenia, dlatego pilnujemy, żeby w pomieszczeniu, w którym jest małe dziecko, nie było zbyt wielu bodźców słuchowych, i wydzielamy przestrzeń.

Pilnujemy, żeby w mieszkaniu radio lub telewizor nie były stale włączone, zwłaszcza jeżeli dźwięki te mieszają się z odgłosami kuchennymi czy odgłosami zabawy rodzeństwa. Część tyflopedagogów zaleca rodzicom spacery w hałaśliwe miejsca jak galerie handlowe, żeby oswoić maluchy z hałasem; tak duża ilość bodźców uniemożliwia jednak zróżnicowanie i rozpoznawanie dźwięków, jest odbierana przez dzieci jak monotonny szum. Dlatego dobrze jest wsłuchać się w swoje mieszkanie, pamiętając o tym, że dla naszego dziecka świat dźwięków dostarcza tych informacji, które dzieci obdarzone dobrym wzrokiem uzyskują za jego pomocą.

Miejscem zabawy dla małego dziecka jest z reguły mata do zabawy z podwieszonymi zabawkami; w przypadku dziecka niewidomego i słabowidzącego dobrze byłoby umieścić ją w dużym kartonie, wydzielając w ten sposób przestrzeń dotykową i słuchową,

tworząc tzw. **„mały pokój”**. Leżąc w takim pokoiku, dziecko będzie miało szansę „ogarnąć” otaczającą go przestrzeń, zwłaszcza, jeżeli pluszowe zabawki będące stałym wyposażeniem mat edukacyjnych zastąpimy kolorową butelką z koralikami w środku, błyszczącymi koralami (mogą to być łańcuchy o różnej grubości standardowo wieszane na choince) i zabawkami, które przy uderzeniu dłonią wydadzą dźwięk. Przedmioty te powinny być powieszone blisko środkowej linii ciała dziecka tak, aby zachęcać je do łączenia rączek w tej linii i co bardzo ważne tak nisko, żeby przy niewielkim ruchu dziecko przypadkiem je potrąciło. Zachęci to je do poruszania się i ponawiania prób uderzania dłońmi w przedmiot. Jeżeli wspomniane zabawki będą dobrze widoczne na tle „małego pokoju”, maluch będzie próbował połączyć zmysł dotyku i wzroku podczas zabawy. Ścianki w „małym pokoju” będą odbijały dźwięki wydawane przez dziecko, pomagając mu lepiej zrozumieć siebie i swoje otoczenie.

Tak przygotowane miejsce do zabawy będzie służyło rozwijaniu aktywności poznawczej dziecka; trzeba jednak pamiętać, żeby nie zostawiać malucha w nim bez nadzoru – butelki z koralikami czy łańcuchy korali, na których łatwo uczyć się chwytania, nie są standardowo przeznaczone do zabawy, podwieszone nisko ułatwiają ich lokalizowanie, ale nie dają nam po-

czucia bezpieczeństwa gwarantowanego przez producentów zabawek z atestem.

Dzięki uprzejmości rodziców dzieci objętych opieką ośrodka dla dzieci niewidomych i słabowidzących w Sobieszewie mogę zaprezentować pomoce przygotowane specjalnie dla naszych maluchów, które pomagają im zobaczyć najbliższe otoczenie.

Kontrastowe pacynki i zabawki do stymulacji widzenia uszyte przez rodzinę słabowidzącej dziewczynki

Fakturowe kontrastowe zabawki do nauki chwytania zaopatrzone w różne uchwyty i zamki

Zabawa w „małym pokoju” i kontrastowe oznaczenie okolic łóżeczka

Zabawy pod kontrolą wzroku w pozycji na brzuszku

Zwrócenie uwagi na rączki dziecka poprzez kontrastowe frotki, butelka oklejona taśmą izolacyjną w pionowe pasy

(Zdjęcia Agata Hołubowicz)

WSPOMNIENIE LATA

Małgorzata Łydka

wychowawca, Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Słabowidzących i Niewidomych im. Zofii Książek-Bregułowej, Dąbrowa Górnicza

Półkolonie w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci Słabowidzących i Niewidomych im. Zofii Książek-Bregułowej w Dąbrowie Górni-

czej to dla dwudziestoosobowej ekipy dzieciaków niezapomniane przeżycia, czas pełen wrażeń i fantastycznych emocji. Z nieba lał się żar, dlatego zaczęliśmy „spokojnie” od wykonania prac plastycznych „Wakacje naszych marzeń” oraz turnieju gry w „Dwa ognie”, no, ale co to dla pełnych energii wychowanków. Ciągle im mało...

Postanowiliśmy więc podkręcić tempo i zaszaleć w naszym rodzimym „Nemo”. Zabawa była przednia, a i tak czuliśmy mały niedosyt. Następnego dnia każdy z nas miał możliwość wykonać własnoręcznie koszulkę z nadrukiem techniką sitodruku.

Dostarczyło to nam wiele frajdy, gdyż nie co dzień tworzymy dla siebie ubrania takimi trudnymi metodami.

W końcu wybraliśmy się do Górnośląskiego Parku Etnograficznego w Chorzowie. Mieliśmy możliwość podziwiać przepiękny skansen, uczestniczyć w zajęciach garncarskich, a także wziąć udział w lekcji pt. „W starej szkole”.

Były kałamarze, tabliczki z rysikami, pióra ze stalówką i obsadką a nawet „dyscyplina". Wszyscy byli zachwyceni i pełni podziwu dla wychowanków XIX-wiecznej szkoły, którym się nawet nie śniło takie urządzenie jak komputer. Fitness Club „Salsa”, do którego udaliśmy się ostatniego dnia pierwszego tygodnia półkolonii, przeszedł nasze najśmielsze oczekiwania. Zajęcia aerobowe, Zumba, masaże, siłownia dla chłopców

oraz nauka makijażu dla dziewczyn wprawiły wszystkich w świetny nastrój i rozbudziły chęci na więcej.

Wakacyjna aura dopisywała cały czas, więc humorów i chęci do zabawy nam nie brakowało.

„Szkoda, że tak szybo mija, to co przyjemne... Córka codziennie opowiada swoje przeżycia i już nie może doczekać się następnego dnia...” – mówi mama Marty Malickiej, jednej z uczestniczek półkolonii. Te ostatnie pięć dni upłynęło pod hasłem dobrej zabawy i fantastycznych wydarzeń. Sztućce i biżuteria wykonana z masy plastycznej i wypiekana w specjalnym piecu, sprawiły dzieciom ogromną przyjemność. Pra-

ca była niełatwa, za to efekt piorunujący. Obecność w grocie solnej naszego rodzimego „Nemo”, którą koloniści odwiedzili w pierwszym dniu drugiego tygodnia półkolonii, wprawiła wszystkich w relaksacyjny nastrój i pozwoliła „zasmakować” swojego leczniczego działania.

Oczywiście, nie mogło obyć się bez kolejnej wycieczki, tym razem do Ogrodu Doświadczeń im. Stanisława Lema i Muzeum Inżynierii Miejskiej w Krakowie. Pięćdziesiąt interaktywnych stanowisk usytuowanych wśród drzew dało możliwość poznania koloni-

stom zjawisk fizycznych w bardzo ciekawy i zabawny sposób. Młodzieży bardzo podobały się wszystkie doświadczenia związane szczególnie z akustyką, mogli podziwiać „Szumiące rury”, „Kamienne cymbały”, „Dzwony rurowe”, „Dudnienia” „Gong tam tam” i wiele innych urządzeń. Po zwiedzeniu całego obiektu dzieci brały udział w zajęciach pt. „Trąbka kibica", podczas których poznawali fizyczne aspekty dźwięku. Chętni mogli zobrazować swoje umiejętności wokalne na ekranie oscyloskopu. Na wybranych instrumentach muzycznych, m.in. takich jak trąbka kibica czy werble – teorię zastosowali w praktyce. W części warsztatowej preferowane było głośne zachowanie, które wcale nie przeszkadzało naszym młodym naukowcom.

W Muzeum Inżynierii Miejskiej koloniści podziwiali wystawy: „Z dziejów polskiej motoryzacji”, „Krakowskie drukarstwo XV-XX wieku”, „Tramwaje na Wawrzyńca”, „Wokół koła”, szczególnie ta ostatnia przypadła wszystkim do gustu. Trzydzieści stanowisk interaktywnych, teksty oraz ciekawostki dotyczące wykonywanego doświadczenia ukazywały szeroką skalę zastosowania koła w działalności ludzkiej. Narzędzia rolnicze, pojazdy mechaniczne, zegary – to tylko niektóre urządzenia prezentowane na wystawie, do konstrukcji których zostało wykorzystane koło.

Po obejrzeniu wszystkich ekspozycji grupa wzięła udział w zajęciach pt. „Bańki mydlane – napięcie powierzchniowe w akcji”. Podczas lekcji w terenie uczestnicy poznali zjawisko napięcia powierzchniowego wody, jego zastosowania oraz zjawisko włoskowatości. W końcowej części zajęć na dziedzińcu muzeum wszyscy wykonali gigantyczne bańki mydlane, które wprawiły kolonistów w ogromną euforię.

Ostatni dzień półkolonii był bardzo szczególny. Wszyscy otrzymali dyplomy, nagrody i upominki i – po konkursie karaoke oraz pożegnalnej dyskotece – z żalem trzeba było się rozstać, mając nadzieję, że za rok znów się tu spotkamy.

Duża frekwencja na wszystkich zajęciach, pozytywne reakcje dzieci i ich rodziców oraz podziękowania składane na ręce wychowawców dowodzą, iż należy taką formę wypoczynku kontynuować i rozwijać w latach przyszłych.

(Zdjęcia Małgorzata Łydka)