

DWUMIESIĘCZNIK DLA OSÓB Z PROBLEMAMI SŁUCHU I MOWY

SŁYSZĘ

2/82

MARZEC-KWIECIEŃ

2005

ISSN 1429-5040

W numerze:



Metoda audytywno-werbalna

Czy alergia może mieć związek z upośledzeniem słuchu?

Alergia to nieprawidłowa reakcja organizmu na specyficzne czynniki pochodzenia zewnętrznego, polegająca na nadwrażliwości układu odpornościowego z nadmierną reakcją niektórych komórek krwi oraz przeciwciał, czyli białek odpornościowych.

Objawy alergii związane mogą być z różnymi narządami i dotyczyć: skóry, oczu, błony śluzowej nosa, oskrzeli. Alergia leży u podłoża takich jednostek chorobowych jak astma, atopowe zapalenie skóry, katar sienny, sezonowy i całoroczny alergiczny nieżyt nosa, alergiczne zapalenie spojówek.

Nieżyt nosa o podłożu alergicznym objawia się obrzękiem błony śluzowej nosa, wydzieliną surowiczo-śluzową, świądem nosa i kichaniem. Długotrwały obrzęk śluzówek nosa i upośledzenie drożności nosa wiąże się z upośledzeniem drożności trąbek słuchowych łączących ucho środkowe z górną częścią gardła w pobliżu nozdrzy tylnych. Zablockowanie trąbek słuchowych w czasie kataru powoduje tworzenie się podciśnienia w uchu

środkowym, wciąganie błony bębenkowej, co odczuwamy jako „przytkanie uszu” ustępujące na przykład po silnym kichnięciu, kiedy dojdzie na chwilę do udrożnienia trąbek i wyrównania się ciśnienia w uchu środkowym. Czasami pacjent może odczuwać klucie w uchu, szum lub pisk. Dłużej utrzymujący się nieżyt nosa może sprzyjać występowaniu zapaleń uszu, zwłaszcza u dzieci, objawiających się bólem ucha, pogorszeniem słuchu, czasami wyciekami z ucha. Przewlekłe upośledzenie drożności trąbek słuchowych zaburza wentylację ucha środkowego i prowadzi do gromadzenia się w jamie bębenkowej gęstego płynu i do osłabienia słuchu. **Jest to wysiękowe zapalenie ucha środkowego** (dawniej zwane jałowym dla podkreślenia braku cech zakażenia bakteryjnego), schorzenie dosyć częste u małych dzieci. Najczęstszą przyczyną upośledzenia drożności trąbek słucho-

wych u dzieci jest nadmierny przerost migdałka gardłowego (trzeci migdał) w górnej, nosowej części gardła. Migdałek gardłowy wraz z migdałkami podniebiennymi i grudkami chłonnymi błony śluzowej gardła należy do układu immunologicznego. Skupione są tam limfocyty – komórki krwi biorące udział w reakcji immunologicznej, wytwarzające przeciwciała – immunoglobuliny. Alergia poprzez wpływ na reakcje immunologiczne jest także jednym z istotnych czynników wpływającym na przerost migdałka gardłowego. Leczenie przeciwalergiczne w połączeniu z leczeniem przeciwzapalnym i przeciwobrzękowym oraz zabiegi polegające na przedmuchiowaniu trąbek słuchowych przez nos (na przykład balonem Politzera, balonami Oto-vent, przedmuchiwanie samemu wydychanym powietrzem przy zatkniętych ustach i nosie – metoda Valsalvy) mogą przynieść poprawę zwłaszcza w początko-

wym stadium schorzenia. Preparaty rozrzedzające śluz, zmniejszające obrzęk i stan zapalny, takie jak syropy wykrztuśne, leki przeciwhistaminowe i obkurczające krople do nosa lub miejscowo działające donosowe leki sterydowe to typowe leczenie zachowawcze, które można kontynuować przez dwa do trzech miesięcy. W przypadku zgęstnienia płynu w uchu środkowym i znacznego przerostu migdałka gardłowego leczenie stanowi zabieg operacyjny, polegający na usunięciu przerośniętej części migdałka gardłowego oraz usunięciu płynu z ucha środkowego poprzez nacięcie błony bębenkowej, w którym później umieszcza się dren wentylacyjny.

Alergiczny nieżyt nosa doprowadza także często do ostrych lub przewlekłych zapaleń zatok, sprzyja powstawaniu polipów nosowych, a rozpoznanie i leczenie alergii jest bardzo ważnym elementem w terapii i profilaktyce tych chorób.

Co wywołuje alergię i jak z nią walczyć? Najczęstszymi alergenami odpowiedzialnymi za przewlekły, całoroczny nieżyt nosa są



roztocza kurzu domowego, naskórki i sierść zwierząt, znacznie rzadziej alergeny pokarmowe.

Dominujące znaczenie wśród alergenów domowych mają roztocza kurzu domowego. Są to mikroskopijnej wielkości pajęczaki, żywiące się głównie złuszczonego nabłonkiem. Najsilniej alergizująco działają ich

wydaliny, osadzające się wraz z kurzem. Duże znaczenie w wywołaniu reakcji alergicznych mają także hodowane w domach zwierzęta: koty, psy, świnki morskie, papużki czy króliki.

Najczęstszymi alergenami odpowiedzialnymi za **sezonowy nieżyt nosa**, katar sienny są pyłki drzew, traw i chwastów. Stworzono tzw. **kalendź pylenia**, a w specjalnych komunikatach informuje się o geograficznym układzie miejsc maksymalnego stężenia pyłków.

Kalendarz pylenia w naszym klimacie:

- *luty, marzec – pyłki drzew liściastych, leszczyna i olcha*
- *kwiecień – pyłki brzozy*
- *czerwiec, lipiec – szczyt pylenia traw i zbóż*
- *lipiec, sierpień – pylenie chwastów*
- *od lipca do października – utrzymuje się wysokie stężenie zarodników grzybów pleśniowych, zwłaszcza w wilgotne i pochmurne dni*

Zanieczyszczenie środowiska wpływa w ostatnich latach na coraz częstsze występowanie uczuleń u ludzi. Zanieczyszczenia powietrza, pyły, związki chemiczne uszkadzają błonę śluzową dróg oddechowych, niszczą rzęski nabłonka oddechowego i ułatwiają przenikanie alergenów z powietrza. W rozpoznaniu alergicznego nieżytu nosa poza wywiadem i badaniem laryngologicznym konieczne jest przeprowadzenie testów skórnych. Testy takie polegają na wykonaniu mikroskaleczeń, zadrapań skóry w miejscu nałożenia kropli roztworu danego alergenu. Dodatnia reakcja alergiczna w postaci zaczerwienienia i miejscowego obrzęku porównywana jest z reakcją na histaminę – substancję odpowiedzialną za wczesne objawy uczulenia – wydzielaną przez uczulone komórki podczas reakcji alergicznej. Odczyn zbliżony do odczy-



nu na histaminę jest odczynem zdecydowanie dodatnim i może być dowodem uczulenia na dany alergen. W przypadkach wątpliwych bardzo pomocne jest badanie cytologiczne błony śluzowej nosa na obecność komórek kwasochłonnych (śluz pobierany jest wacikiem i oglądany na szkiełku pod mikroskopem) oraz badanie swoistych przeciwciał klasy IgE we krwi chorego, a także badania rhytometryczne mierzące stan drożności nosa na przykład po próbie prowokacyjnej z alergenem.

Do terapii farmakologicznej alergicznego nieżytu nosa służy szereg nowoczesnych preparatów podawanych ogólnie lub miejscowo. Oprócz stosowania leków można rozważać tzw. odczulanie, czyli immunoterapię swoistą poprzez podawanie stopniowo rosnących stężeń alergenu. Wskazania i przeciwwskazania do tego rodzaju terapii ustala alergolog. Swoista immunoterapia może zmniejszyć objawy alergii i czasami wyeliminować konieczność stosowania leków przez kilka lat.

Zalecane jest unikanie narażenia na alergeny, odpowiednie sprzątnięcie mieszkań, usuwanie kurzu, odizolowanie zwierząt, wyjazdy w okresie szczytu pylenia uczulających roślin w rejonach o mniejszym stężeniu pyłków, na przykład nad morze.

dr Piotr Sopiński

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu





Anatomia narządu słuchu

To już kolejny, czwarty artykuł z cyklu „Anatomia narządu słuchu”. Dotychczas prezentowaliśmy naszym Odbiorcom złożoność budowy ucha zewnętrznego i środkowego. Dziś do rąk Czytelników oddajemy kolejną część poświęconą strukturom ucha wewnętrznego, prezentując błędnik kostny.

Błędnik (*labyrinthus*)

czyli

(4)

ucho wewnętrzne (*auris interna*)

Ucho wewnętrzne zawiera liczne nabłonki zmysłowe narządu ślimakowego (narząd słuchu) oraz dla narządu przedsionkowego – związanego z układem równowagi. Błędnik zlokalizowany jest w części skalistej kości skroniowej.

W budowie ucha wewnętrznego wyróżniamy błędnik kostny – będący ścianą kostną kości skroniowej i błoniasty. **Błędnik błoniasty** leży wewnątrz błędnika kostnego, a pomiędzy nimi w tak zwanej przestrzeni przychłonkowej (*spatium perilymphaticum*) znajduje się płyn zwany przychłonką (*perilympa*). Wnętrze błędnika błoniastego wypełnia śródchłonka (*endolympha*). Z błędnikiem kostnym związany jest przewód słuchowy wewnętrzny.

Błędnik kostny (*labyrinthus osseus*) złożony jest z **przedsionka** (*vestibulum*), **ślimaka** (*cochlea*) i trzech **kanałów półkolistych** (*canales semicirculares*): przedniego, tylnego i bocznego.

Przedsionek

Przedsionek to część środkowa błędnika kostnego, a zatem „przedsionkiem” dla dwóch różnych struktur: od przodu – ślimaka, od tyłu – kanałów półkolistych. Przedsionek jest jamą nieregularnego kształtu o ścianie przyśrodkowej i bocznej łukowato przechodzących jedna w drugą w górze i od przodu. W ścianie bocznej odpowiadającej przyśrodkowej ścianie jamy bębenkowej zlokalizowane jest okienko przedsionka (*fenestra vestibuli*) – zamknięte przez podstawę strzemiączka oraz okienko ślimaka (*fenestra cochleae*) – zamknięte błoną bębenkową wtórną. Znaczna część ściany przyśrodkowej przedsionka tworzy przegrodę między nim a przewodem słuchowym wewnętrznym, jako tylny odcinek dna tego przewodu. Na ścianie przyśrodkowej przedsionka przebiega grzebień przedsionka (*crista vestibuli*), który ku dołowi rozdzwaja się na odnogę przednią – zachyłek kulisty (*recessus sphericus*), w którym mieści się woreczek błędnika błoniastego, tylną

– zachyłek eliptyczny (*recessus ellipticus*), w którym leży łagiewka.

Ku dołowi grzebień przedsionka dzieli się na dwie listewki obejmujące kolejne wgłębienie – zachyłek ślimakowy (*recessus cochlearis*) dla kątnicy przedsionkowej (*cecum vestibulare*) – ślepy początek przewodu ślimakowego. Górny koniec tego grzebienia zagina się ku ścianie bocznej nad okienko przedsionka i grubiej tworząc piramidę przedsionka (*pyramis vestibuli*). W ścianie przyśrodkowej zlokalizowane są drobne otwory, tzw. plamki sitkowate (*maculae cribrosae*). Przez nie przechodzą gałęzie nerwów z błędnika błoniastego do przewodu słuchowego wewnętrznego, gdzie plamkom sitkowatym odpowiadają otwory w dnie przewodu, w górnym i dolnym polu przedsionkowym oraz otwór pojedynczy. W dolnej części zachyłka eliptycznego zlokalizowany jest otwór wewnętrzny wodociągu przedsionka.

Wodociąg przedsionka to kanał kostny o długości ok. 6 mm, o średnicy 0,25 mm. Kończy się na tylnej ścianie piramidy otworem zewnętrznym wodociągu przedsionka. W wodociągu przedsionka znajduje się przewód śródchłonki, przewód przychłonki, żyła kanalik wodociągu przedsionka oraz drobna tętniczka. Ku przodowi przedsionek przechodzi w kanał spiralny ślimaka, a dokładniej przedłuża się w górną część tego kanału tworząc schody przedsionka (*scala vestibuli*).

Kanały półkoliste kostne

Kanały półkoliste stanowią tylną część błędnika kostnego. Zaczynają się i kończą w tylnej ścianie przedsionka. Każdy z kanałów jest ułożony pod kątem prostym do dwóch pozostałych. Każdy kanał zatacza mniej więcej 2/3 obwodu koła, którego średnica wynosi ok. 0,8 cm. Średnica kanałów wynosi 1 – 1,5 mm, a ich długość waha się w granicach 15 – 22 mm, najdłuższy jest kanał tylny, najkrótszy – boczny. Każdy kanał półkolisty zaczyna się bańką kostną (*ampulla ossea*), odchodzącą od tylnej ściany przedsionka. Istnieją więc trzy bańki kostne – odpowiednio: przednia, tylna i boczna. Bańka kostna przechodzi dalej w odnogę bańkową (*crus ampullare*), która zakręcając, przechodzi w odnogę pojedynczą (*crus simplex*). Odnoga pojedyncza kanału półkolistego bocznego dochodzi samodzielnie do tylnej ściany przedsionka,

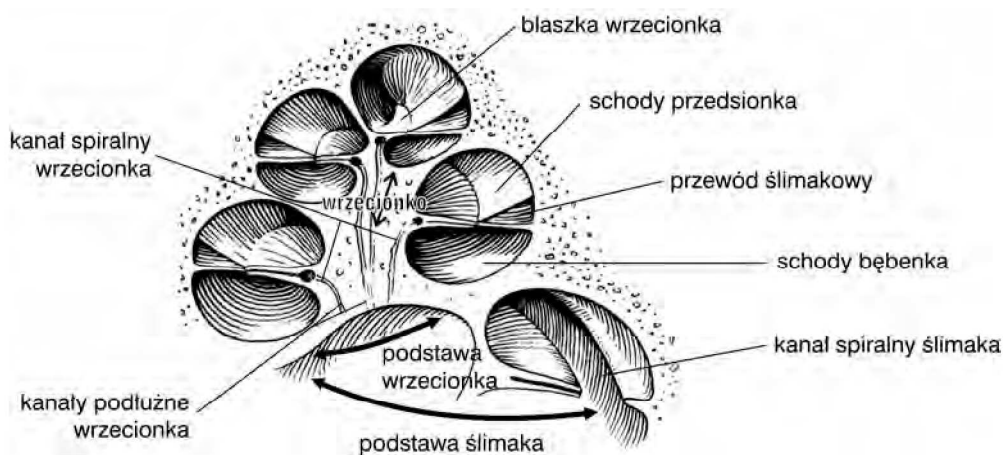
natomiast odnogi pojedyncze kanałów półkolistych przedniego i tylnego scalają się w odnogę wspólną (*crus commune*) dochodzącą do tylnej ściany przedsionka. Dlatego wszystkie trzy kanały uchodzą do przedsionka nie sześcioma lecz pięcioma otworami. Łuk kanału przedniego tworzy na przedniej powierzchni piramidy kości skroniowej wyniosłość łukowatą. Łuk kanału bocznego tworzy na przyśrodkowej ścianie jamy bębenkowej wyniosłość kanału półkolistego bocznego.

Ślimak

Ślimak to przednia część błędnika, leży do przodu od przedsionka. Ma postać stożka, podobną do muszli ślimaka winniczka. Wyróżniamy w nim podstawę i szczyt.

Podstawa (*basis cochlearis*), ustawiona jest prawie pionowo i zwrócona ku części przedniej dna przewodu słuchowego wewnętrznego. Posiada ona liczne otworki dla części ślimakowej n. przedsionkowo-ślimakowego. Szczyt, czyli osklepek (*cupula*), skierowany jest bocznie. W osi długiej ślimaka (od podstawy do szczytu) biegnie stożkowate wrzecionko (*modiolus*). Wokół niego owinięty jest **kanał spiralny ślimaka** (*canalis spiralis cochlearis*). Długość kanału spiralnego wynosi około 32 mm, średnica u podstawy 3 – 4 mm, stopniowo zwężając się. Kanał ten wychodzi z przedsionka z przodu i z dołu w przedłużeniu zachyłka kulistego i ślimakowego. Początek ten nazywamy otworem przedsionkowym ślimaka (*apertura vestibularis cochlearis*), owija się w skrętach coraz to krótszych i węższych, kończąc się ślepo zaokrąglonym osklepkiem (*cupula*). Wrzecionko zawiera kanaliki dla naczyń i nerwów biegnących do kanału spiralnego ślimaka, są to tak zwane kanały podłużne wrzecionka (*canales longitudinales modioli*). W przejściu środkowego zakrętu kanału spiral-

Przekrój przez ślimak

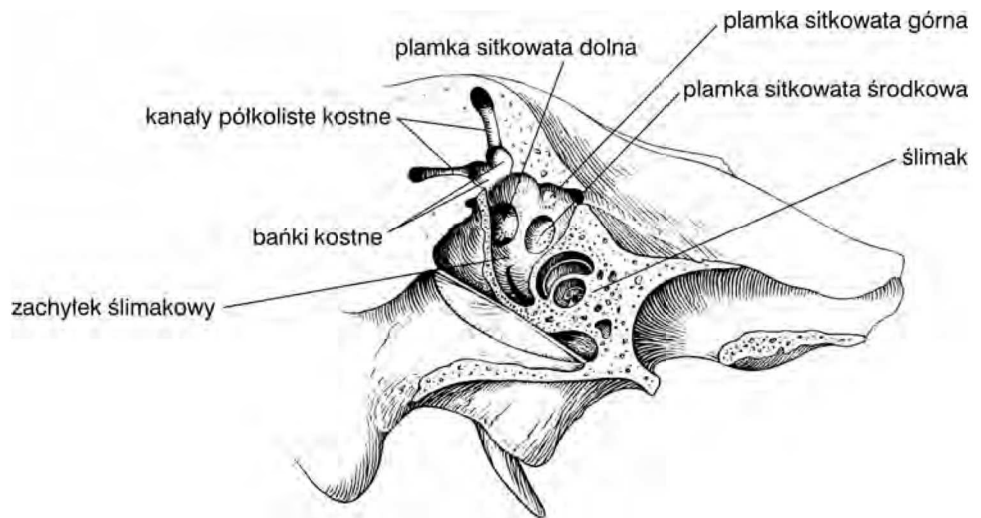


nego w zakręt osklepkowy, wrzecionko kończy się i w jego przedłużeniu, ku szczytowi ślimaka biegnie dalej blaszka wrzecionka (*lamina modiolii*). Z powierzchni zewnętrznej wrzecionka do połowy światła kanału spiralnego wnika blaszka spiralna kostna (*lamina spiralis ossea*). W zakręcie górnym ślimaka blaszka spiralna kostna nie dochodzi do samego końca, lecz oddziela się tworząc haczyk blaszki spiralnej (*hamulus laminae spiralis*). W dolnej, początkowej części pierwszego zakrętu ślimaka ze ściany zewnętrznej kanału spiralnego ślimaka do jego wnętrza, naprzeciw blaszki spiralnej kostnej, wyrasta blaszka spiralna wtórna (*lamina spiralis secundaria*). Między wolnymi, zwróconymi do siebie brzegami obu blaszek znajduje się szczelina przedsionkowa (*fissura vestibularis*), szerokości do 0,5 mm. W dalszych odcinkach kanału spiralnego blaszka spiralna wtórna zanika. Blaszka spiralna kostna dzieli niezupełnie kanał spiralny ślimaka na dwa przedziały zwane schodami (*scala*). Przedział górny łączący się z przedsionkiem tworzy schody przedsionka (*scala vestibuli*), przedział dolny, który przez okienko ślimaka komunikuje się z jamą bębenkową to schody bębenka (*scala tympani*). Podział kanału spiralnego na dwa piętra uzupełnia przewód ślimakowy (*ductus cochlearis*) – część błędnika błoniastego rozpostarta pomiędzy wargą bębenkową rąbka blaszki spiralnej kostnej a zewnętrzną ścianą kanału spiralnego. Przewód ten określany też bywa jako schody środkowe (*scala media*). I tak schody przedsionka i schody bębenka są całkowicie od siebie oddzielone i łączą się ze sobą jedynie w obrębie osklepka, otworem zwanym szparą osklepka (*helicotrema*). Na początku schodów bębenka znajduje się otwór wewnętrzny kanalika ślimaka zawierający – przewód przychłonkowy.

Przewód słuchowy wewnętrzny

Przewód słuchowy wewnętrzny (*meatus acusticus internus*) to krótki kanał o długości około 1 cm, łączący tylny dół czaszki z błędnikiem. Rozpoczyna się dnem przewodu słuchowego wewnętrznego (*fundus meatus acustici interni*) – bocznie, a kończy przyśrodkowo otworem słuchowym wewnętrznym (*porus acusticus*

Błędnik kostny – ściana tylna



internus), położonym na tylnej ścianie piramidy kości skroniowej. Przez przewód słuchowy wewnętrzny przechodzi nerw czaszkowy VII, nerw czaszkowy VIII oraz tętnica i żyła błędnikowa.

Dno przewodu słuchowego wewnętrznego zamyka płytka kostna przebita licznymi otworkami, tworząca ścianę przyśrodkową przedsionka i ślimaka. Poziomy grzebień poprzeczny (*crista transversa*) dzieli dno przewodu na dwa nierówne, wgłębione pola: górne mniejsze i dolne większe. Wgłębienie górne dzieli się na leżące z przodu pole nerwu twarzowego VII (*area nervi facialis*) i leżące ku tyłowi pole przedsionkowe górne (*area vestibularis superior*), przebite licznymi małymi otworkami, które wiodą do przedsionka i zaczynają się tam jako plamka sitkowa górna (*macula cribrosa superior*), przechodzi przez nie nerw łagiewkowo-bańkowy (*n. utriculoampullaris*). Wgłębienie dolne dzieli się na: leżące do przodu pole ślimaka (*area cochlearis*), tworzące podstawę ślimaka. Ma ono liczne małe otworki układające się w wąski pasek spiralny zataczający półtora zakrętu zwane pasmem spiralnym dziurkowanym (*tractus spiralis foraminosus*) dla włókien nerwu ślimakowego i leżące z tyłu pole przedsionkowe dolne (*area vestibularis inferior*), w którym znajduje się szereg małych otworków dla włókien nerwu woreczkowego (*nervus saccularis*). Ku tyłowi i poniżej tego pola znajduje się otwór pojedynczy (*foramen singulare*), któremu w przedsionku odpowiada plamka sitkowa dolna (*macula cribrosa inferior*). Przez otwór pojedynczy przechodzi nerw bańkowy tylny (*n. ampullaris posterior*).

oprac. mgr Krzysztof P. Krasucki

Pracownia Badań Biomedycznych Ucha
Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy



Praca mamy lub przedszkole

Amerykańscy naukowcy donoszą, że nietypowe godziny pracy matki np. praca na zmiany wieczorne lub nocne czy w systemie wielozmianowym, mają związek z wolniejszym rozwojem intelektualnym dziecka. Obserwacji poddano 900 maluchów, których matki pracowały w okresie pierwszych trzech lat życia dziecka. Połowa kobiet miała nietypowy grafik pracy – pracowały w godzinach wieczornych, nocnych lub w systemie wielozmianowym. Okazało się, że dzieci tych właśnie kobiet miały w pierwszych trzech latach życia znacznie gorsze wyniki w testach sprawdzających różne aspekty rozwoju umysłowego, takie jak zdolności językowe, pamięciowe, łatwość uczenia się, rozwiązywania problemów, znajomość kolorów, liter, liczb i kształtów. Wy tłumaczeniem tej sytuacji może być fakt, że matki pracujące w nietypowych porach dnia rzadziej posyłają dzieci do przedszkoli, przez co omijają je okazje wykonywania wielu ćwiczeń umysłowych, dzięki którym mogą nabyć różne nowe umiejętności i lepiej przygotować się do szkoły.



Stany lękowe „wysane z mlekiem matki”

Belgijscy naukowcy donoszą, że silne stany lękowe matki w czasie ciąży, mogą zwiększać ryzyko wystąpienia zaburzeń zachowania u dziecka. Badaniem objęto 71 kobiet, będących w ciąży z pierwszym dzieckiem. Na podstawie wypełnianych przez nie ankiet, określano nasilenie stanów lękowych matek w różnych okresach ciąży. Kiedy ich dzieci ukończyły 8–9 lat, ich zachowanie i zdrowie psychiczne zostało ocenione przez matki, nauczycieli oraz bezstronnych obserwatorów. Okazało się, że dzieci kobiet, które przeżywały stany lękowe między 12. a 22. tygodniem ciąży, częściej były nadpobudliwe, miały problemy z koncentracją uwagi i stanami lękowymi w wieku 8–9 lat w porównaniu z ich rówieśnikami. Co ważne, okazało się, że niekorzystny wpływ matczynek lęków na płód był silniejszy niż takie czynniki, jak na przykład palenie papierosów w ciąży lub niska masa dziecka po urodzeniu.

Dzieci chrapią, bo...

Przyczyną chrapania u dzieci jest otyłość, zatłoczony nos i oddychanie przez usta w ciągu dnia, częste stany zapalne gardła, a nawet palący rodzice. Niemieccy naukowcy na podstawie wywiadów z rodzicami u ponad tysiąca dzieci w wieku 9–10 lat ocenili, że około 8 % dzieci regularnie chrapało w nocy. Po upływie roku liczba ta spadła o połowę. Okazało się, że czynnikami najsilniej związanymi z nawykiem chrapania, tak u dziewcząt, jak i u chłopców, były: oddychanie przez otwarte usta w ciągu dnia, które jest objawem zatłoczenia nosa oraz otyłość. Jak tłumaczą badacze, u otyłych dzieci nadmiar tkanki tłuszczowej może wywierać nacisk na gardło w czasie snu i w ten sposób wywoływać chrapanie. Palenie papierosów przez rodziców było czynnikiem sprzyjającym chrapaniu u dzieci, ale tylko łącznie z częstymi infekcjami dróg oddechowych. Niektóre czynniki były związane z płcią. I tak np. stany zapalne gardła bardziej sprzyjały chrapaniu u dziewcząt. Prowadzący badania zwracają uwagę, że chrapanie może być objawem schorzenia o nazwie bezdech senny – powtarzające się w czasie snu zatrzymanie oddechu. Jego główną konsekwencją jest niedotlenienie krwi i tkanek, schorzenie może też sprzyjać nadciśnieniu i chorobom układu krążenia, przeszkadza w pełni wypocząć w czasie snu. W konsekwencji, dzieci są senne, zmęczone, mogą też mieć problemy z koncentracją uwagi i nauką.

Terapia genowa w zapaleniu zatok

Amerykańscy naukowcy donoszą, że skłonność do zapalenia zatok i tworzenia polipów nosa może mieć podłoże genetyczne. Przewlekłe zapalenie zatok rozwija się na bazie infekcji bakteryjnej, wirusowej, grzybiczej lub na podłożu alergicznym. W trakcie schorzenia ujście zatok przynosowych jest zatykane przez obrzękniętą błonę śluzową. Prowadzi to do rozwoju bolesnego podciśnienia w zatokach, które zaczynają się wypełniać przesiękiem z błony śluzowej – dobrego podłoża do rozwoju bakterii. Obecnie brak jest skutecznych metod leczenia tych schorzeń. Jedną z metod jest zabieg chirurgiczny. Najnowsze badania amerykańskich naukowców mogą pomóc w opracowaniu nowych metod terapii genowych przewlekłego zapalenia zatok. Po przeanalizowaniu aktywności genów w tkankach pobranych z zatok 14 pacjentom, naukowcy do-





szli bowiem do wniosku, że w rozwoju zapalenia zatok dużą rolę mogą odgrywać geny. Przebadano około 10 500 (czyli blisko jedną trzecią) ludzkich genów. Analizy ujawniły, że w tkankach pobranych z zatok zmienionych chorobowo około 192 geny są nadaktywne, podczas gdy za małą aktywność wykazuje 156 genów. Bardziej szczegółowo skupiono się na jednym genie o zbyt niskiej aktywności – gen CC10 oraz na 4 genach nadaktywnych, z których dwa kodują białka o własnościach przeciwbakteryjnych. Zdaniem naukowców, wyniki ich badań mogą pomóc w dokładnej identyfikacji genów odgrywających rolę w rozwoju zapalenia zatok. W przyszłości pozwolą też lepiej zrozumieć, w jaki sposób można temu zapobiegać i jak skuteczniej je leczyć np. za pomocą terapii genowej.

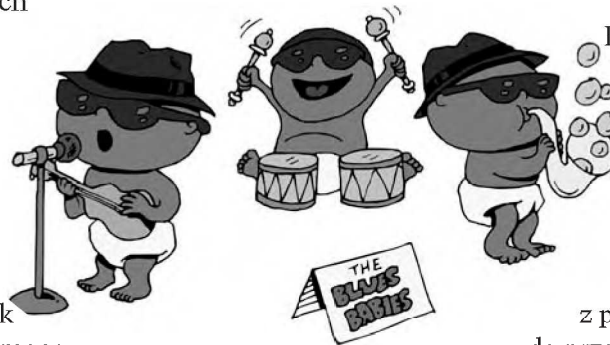
Śniadaniowa dieta

Śniadanie jest najważniejszym posiłkiem w ciągu dnia, potwierdzają to brytyjscy naukowcy. Lekceważenie codziennego śniadania może szkodzić sercu i prawdopodobnie utrudnia zachowanie szczupłej sylwetki. Naukowcy przeprowadzili badania na grupie 10 młodych, zdrowych kobiet o prawidłowej masie ciała. Przez dwa tygodnie kobiety jadły, oprócz innych posiłków, śniadania składające się z płatków z otrąb z dodatkiem chudego mleka. Następnie, również przez dwa tygodnie, spożywały otręby z mlekiem dopiero około południa. Liczba pozostałych posiłków była taka sama. Za każdym razem pod koniec diety wykonywano badania krwi pobranej przed i po zjedzeniu otrąb. Okazało się, że w okresie „bez śniadań” poziom cholesterolu, w tym tzw. złego cholesterolu (LDL) był u kobiet wyższy, niż w czasie, gdy jadły poranny posiłek. Spadała też wrażliwość tkanek na insulinę – hormon regulujący poziom glukozy we krwi. Jak tłumaczą naukowcy, stały wzrost odporności tkanek na insulinę może doprowadzić do rozwoju cu-



krzycy typu II, która podobnie jak duży poziom tzw. złego cholesterolu znacznie zwiększa ryzyko chorób serca. Niejedzenie śniadania sprzyja bardziej kalorycznym posiłkom w ciągu dnia, co w późniejszym okresie może zaowocować dodatkowymi kilogramami.

Głośna muzyka wpływa na słuch i... płuca



Powszechnie wiadomo, że głośna muzyka osłabia słuch, ale jak donoszą belgijscy lekarze może też uszkadzać płuca doprowadzając do odmy opłucnowej. Odma opłucnowa występuje wówczas, gdy małe uszkodzenie jednego z płuc pozwala powietrzu docierać do przestrzeni między płucem a ścianą

klatki piersiowej. Powoduje to zapadnięcie płuca. Przyczyną odmy często jest uraz klatki piersiowej, ale powietrze może pojawić się w jamie opłucnej także bez poprzedzającego urazu. Jest to wówczas tzw. odma samoistna, która może wystąpić u osób z chorobą płuc (np. rozedmą), ale też u osób zupełnie zdrowych. Ten typ odmy występuje najczęściej u młodych, wysokich i chudych mężczyzn, którzy palą papierosy. Naukowcy sugerują, że jedną z przyczyn wystąpienia odmy opłucnowej może być bardzo głośna muzyka. Belgijscy badacze podejrzewają, że najbardziej szkodliwym dla płuc elementem głośnej muzyki jest niska częstotliwość basów, którą odczuwamy jako krążące po ciele wibracje. Pod wpływem głośnej muzyki płuca zaczynają prawdopodobnie wibrować z częstotliwością typową dla basów, co sprzyja ich uszkodzeniu.

Wrażliwość na zapachy

Niemieccy lekarze specjalizujący się w leczeniu zaburzeń zmysłu węchu donoszą, że wielkość nosa nie ma większego znaczenia dla lepszego wyczuwania zapachów. Liczy się natomiast wielkość dziurek w nosie. W ciągu trzech lat dokładnie przebadano 95 nosów mężczyzn w wieku 25 – 58 lat. Naukowcy odkryli, że im większe są nozdrza, tym lepiej człowiek czuje zapachy. Dodatkowym efektem trzyletnich prac naukowo-badawczych jest ustalenie, że prawa dziurka w nosie jest często bardziej wrażliwa na zapachy niż lewa.

oprac. mgr Renata Korneluk
mgr Juliusz Głuski

Wszystkim Czytelnikom
składamy serdeczne życzenia,
zdrowych i radosnych
Świąt Wielkanocnych

Redakcja „Słyszę”

Pomoc dzieciom z Bieśtanu



Bieśtan (ros. Бесла́н) to miasto w Rosji, w Północnej Osetii, w pobliżu granicy z Inguszetią. Jest to trzecie co do wielkości miasto w Północnej Osetii (ludność 33600 w 2002 roku), po Władykaukazu i Mozdoku. Bieśtan leży 15 km od Władykaukazu. W ażny węzeł kolejowy na linii Rostów nad Donem – Baku. Przemysł rolno-spożywczy, przede wszystkim przetwórstwo zboża.

Miasto zostało założone w 1847 roku i początkowo nosiło nazwę Bieśłaniaku, od imienia miejscowego rządcy, Bieśłana Tułatowa – oficjalnie używano nazwy Tułatowo lub Tułatowskoje. W 1941 przemianowano je na Iriston, a w 1950 roku na Bieśtan.

31 stycznia 2005 roku, dzięki inicjatywie i zaproszeniu Prezydenta W arszawy Lecha Kaczyńskiego, do stolicy przybyła grupa 140 osób z Bieśtanu – ofiar ubiegłorocznego, wrześniowego zamachu terrorystycznego. Dzieci przyjechały do Polski w celach leczniczych i rehabilitacyjnych. Część czasu spędziły w W arszawie, a część w ośrodku w Mielnie nad morzem.

Krystyna Uwarowa wraz z mamą Leną Podolską trafiły do Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach w celu przeprowadzenia operacji rekonstrukcji ucha środkowego, które zostało uszkodzone w wyniku głośnych wybuchów w czasie zamachu terrorystycznego w szkole w Bieśłanie.



■ Powiedz kilka słów o sobie, gdzie mieszkasz, jakie masz zainteresowania?

Nazywam się Krystyna, mam 15 lat, mieszkam w Bieślaniu. Chodzę do 9 klasy (odpowiednik 3 klasy gimnazjum w Polsce). Interesuję się tańcem i koszykówką. Obecnie nie trenuję koszykówki, ani nie chodzę na zajęcia taneczne, ponieważ od pół roku poddana jestem różnym zabiegom rehabilitacyjnym.

Uczęszczałam na zajęcia taneczne. Były to tańce współczesne, ale przede wszystkim tańce wschodnie (np. wywodzące się z takiego kraju jak Abhazja) czy tańce hinduskie – nie był to taniec klasyczny z partnerem. Tańce te nie wymagają gwałtownych ruchów czy skoków, więc jak tylko noga przestanie mnie boleć na pewno będę kontynuowała naukę tańca.

■ Może kiedyś przyjedziesz do Polski, żeby zatańczyć przed polską publicznością, albo przed prezydentem...

Z przyjemnością...

■ Jak się uczysz, jakie masz oceny?

Myszę, że dobrze. Pół roku temu zaczęłam 9 klasę i chodziłam do szkoły tylko 1 tydzień. Uczylam się całkiem nieźle, starałam się. Miałam czwórki i piątki, różnie. Moje ulubione przedmioty to język rosyjski i biologia. Uczę się także języka angielskiego, ale już prawie wszystko zapomniałam. Jak tylko wrócimy do domu muszę wziąć się za naukę języka angielskiego i powtórzyć wszystko, bo przez te ostatnie 6 miesięcy wszystko wyleciało mi z głowy. Czekają mnie jeszcze egzaminy końcowe – na koniec 9 klasy – to taka mała matura, daje ona potem możliwość dostania się do liceum. Po ukończeniu 9 klasy można rozpocząć pracę lub kontynuować naukę. Kolejne ważne egzaminy są w 11 i 12 klasie, następnie można zdawać na uniwersytet lub do innych szkół wyższych.

■ Jak długo jesteście w Polsce?

W Polsce jesteśmy od 31 stycznia br., to już ponad miesiąc. Przyjechaliśmy z grupą 140 osób (dzieci i rodzice). Praktycznie połowa z nich to były dzieci z mojej szkoły, wszystkie które przeżyły tragedię w Bieślaniu. Mieszkaliśmy w dwóch hotelach w Centrum Warszawy. Byliśmy podzieleni na 6 grup. Mieliśmy do dyspozycji 3 autokary.

■ Gdzie byłaś w Polsce i co zwiedziłaś, co szczególnie Ci się spodobało?

Najlepiej zapamiętałam i najbardziej spodobała mi się nasza pierwsza wycieczka, do ZOO w Warszawie. Zwiedzaliśmy także Centrum Warszawy, odwiedziliśmy ambasadę Rosji w Polsce. Byliśmy również na Starym Mieście, które bardzo mi się podobało. W porów-

naniu z Moskwą, która jest ogromna – Warszawa wydaje się być „filigranową zabawką”. Stare Miasto w Warszawie jest bardzo piękne, małe, ma wąskie uliczki, małe domki z urokliwymi okienkami – zwiedzając je można poczuć się jak w bajce. Bardzo mi się podoba, że wszystko jest takie zadbane i ozdobione różnymi kompozycjami z żywych i suchych kwiatów. Zwiedzaliśmy także kościoły, a w praskiej cerkwi spotkaliśmy się i rozmawialiśmy z kapłanami. Każda grupa miała swojego stałego tłumacza, który nam wszystko tłumaczył, to co do nas mówili inni. Program naszych wycieczek był tak bogaty, że niewiele z niego zapamiętałyśmy, tyle nam tego wszystkiego pokazano i opowiadano, że szczerze mówiąc trochę się w tym wszystkim pogubiliśmy. Zabierano nas do eleganckich restauracji i bardzo nam dogadzano. Nie tylko zwiedzaliśmy, ale również uprawialiśmy różne sporty, zabierano nas na łyżwy, na basen i do kręgielni.

Najdłużej byliśmy w Mielnie nad morzem, tam odpoczywaliśmy, dzieci chodziły na koncerty i jeździły po okolicznych miejscowościach, zwiedzając zabytki i odwiedzając polskie szkoły. Dzieci z polskich szkół przyjeżdżały do nas z koncertami i różnymi przedstawieniami. Część osób z całej grupy pojechała do Koszalina – głównie była to młodzież – na mistrzostwa Polski w koszykówce, pozostali udali się do parku wodnego. Wszędzie, gdzie się pojawialiśmy witano nas bardzo przyjaźnie z transparentami „Witamy dzieci z Bieślana”.

Organizacja całego naszego pobytu była wspaniała.

■ Dlaczego przyjechałaś do Polski?

Zostaliśmy zaproszeni przez prezydenta miasta Warszawy – pana Lecha Kaczyńskiego. Wiele państw oferuje swoją pomoc dzieciom i ich rodzinom, które przeżyły tragedię w Bieślaniu. My właśnie trafiłyśmy do Polski i tu, oprócz wakacji, zapewniono nam opiekę medyczną. Dzieci kierowano do różnych lekarzy, jeżeli trzeba było przeprowadzić badanie, czy też zabieg chirurgiczny. Okazało się, że mi również można pomóc. Organizacja, która się nami zajmowała skontaktowała się z Polską Akcją Humanitarną i za ich sprawą trafiłyśmy do prof. Henryka Skarżyńskiego – dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, do Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach koło Warszawy.

Nasza szkoła została zaatakowana przez terrorystów, przetrzymywali nas 3 dni, ostatniego dnia na skutek wybuchów, ucierpiało wiele dzieci, między innymi i ja. Głośne wybuchy, oprócz innych obrażeń, spowodowały przerwanie błony bębenkowej, właściwie mam dużą dziurę, która spowodowała u mnie niedosłuch i wystąpiły szumy uszne. Praktycznie wszystkie dzieci mają lub miały problemy ze słuchem, niektórym przerwana błona bębenkowa sama się zrosła. Dzieci i ich rodzice po tragedii zosta-



li zabrani do Moskwy na leczenie. Wszyscy ci, którzy chcieli i ci, którzy nie chcieli zostali poddani konsultacjom z psychologami. Te trzy dni były dla wszystkich koszmarem. Potem było jeszcze gorzej, kiedy dowiadaliśmy się o tym kto, gdzie i jak zginął. Zginęło około 50 osób. Nasza szkoła nie jest (a w zasadzie trzeba powiedzieć była) duża. To były pierwsze dni nauki. Wszyscy byliśmy zaskoczeni, że takie małe miasto, jak Biesłan, nieznanne w świecie zostało zaatakowane w taki sposób. W Biesłanie mieszka pewnie tyle osób, co w Koszalinie, to nie jest nowe miasto, ma ono swoją historię. W mieście nie ma uniwersytetu, najbliższy uniwersytet jest we Władykaukazie. Mamy 9 szkół. Biesłan słynie z wyrobu broni białej, kindżałów i mieczy.

■ **Czy wiesz na czym będzie polegać operacja, której zostaniesz poddana?**

Ogólnie rzecz biorąc wiem tyle, że przestanie mi szumieć w uchu i że będę lepiej słyszeć. Cały czas słyszę szum.

■ **Czy wiesz kto będzie Cię operował?**

Tak, wiem, prof. Henryk Skarzyński.

■ **Jak się czujesz przed operacją?**

Trochę się boję. Pierwszy raz będę miała operowane ucho. Wcześniej w Moskwie miałam operowaną nogę. Miałam otwarte złamanie i kilkanaście ran szarpanych na nodze i ręce, miałam także pękniętą czaszkę. Dlatego operacja ucha, aż tak bardzo mnie nie przeraża.

■ **Jak myślisz, czy coś zmieni się po operacji?**

Mam nadzieję, że przestanę słyszeć szum. To właśnie najbardziej mi przeszkadza. Czasami trzeba też do mnie mówić głośnie. Oprócz tego dziura w błonie bębenkowej powoduje szereg ograniczeń, takich jak to, że nie mogę się kąpać w basenie, muszę się bardzo pilnować, żeby mi coś nie wpadło do ucha i nie wywołało stanu zapalnego.

■ **Jakie masz plany na najbliższą przyszłość?**

Spróbuję skończyć 9 klasę, potem 10 i 11. Po egzaminach chciałabym pojechać do Zielinogradu, położonego niedaleko Moskwy. W Zielinogradzie mieści się Międzynarodowy Instytut Biznesu, w którym uczy się moja przyjaciółka. Chciałabym uczyć się właśnie tam – ekonomii i informatyki. Potem może zostanę menedżerem, choć nie wybrałam jeszcze kierunku. Moje plany i marzenia są jeszcze bardzo ogólne.

■ **Czy chciałabyś zostać tancerką?**

Nie, taniec traktuję jako hobby, to nie jest sposób na życie. Chciałabym mieć konkretne wykształcenie. Wiem, że muszę się uczyć języka angielskiego. W Mielnie w sanatorium były dzieci z całego świata i mówiły właśnie po

angielsku. Bardzo żałowałam wtedy, że nie przykładałam się do nauki języka angielskiego, bo może rozumiałabym więcej. A tak, miałam tylko w głowie pojedyncze słowa.

■ **Czy Pani chciałaby Krystyna kontynuowała naukę w Zielinogradzie koło Moskwy? (pytanie do matki Krystyny)**

Nie, oczywiście, że nie chcę. Na razie uważam, że są to jej marzenia – mam dla mojej córki inne plany i propozycje. Poza tym chcę, żeby była bliżej rodziny. Przed nami jeszcze 3 lata nauki i wszystko może się zdarzyć.

Po operacji



■ **Jak się czułaś po operacji, jakie są Twoje pierwsze wrażenia?**

Po operacji trafiłam do swojego pokoju, po jakimś czasie odwiedził mnie profesor H. Skarzyński. Spojrzałam na niego, po policzkach zaczęły spływać mi łzy, byłam trochę roztrzęsiona, pamiętam, że powiedziałam tylko „ma Pan po prostu złote ręce”. Profesor uśmiechnął się i skromnie podziękował.

Teraz czuję się bardzo dobrze, lepiej słyszę i szum jest mniejszy. Nawet słyszę bicie własnego serca.

Pamiętam tylko, że po operacji całkowicie straciłam poczucie czasu i miejsca. Myślałam, że obudziłam się w czasie operacji i strasznie krzyczałam, że boli mnie ucho. Jak tylko przyszedł Profesor przestałam płakać.

Dziękuję wszystkim pracownikom Międzynarodowego Centrum, którzy otoczyli mnie i moją mamę opieką, którzy zajęli się nami i starali się urozmaicić nam ten czas oczekiwania na operację i dni po niej. A teraz bardzo chciałabym pojechać do domu, do Biesłanu.

rozmawiały: **Kinga Wołujewicz** i **Joanna Zagrodzka**
tłumaczyła z języka rosyjskiego: **Kinga Wołujewicz**

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Metoda audytywno-werbalna w rozwoju językowym dzieci z wadami słuchu

Dyskusje na temat najważniejszej metody rozwijania mowy i języka dzieci z uszkodzonym narządem słuchu prowadzone są w gronie specjalistów od wielu lat. Zaleca się różne metody: słuchowo-werbalną, manualną czy totalną. Programy słuchowo-oralne podkreślają znaczenie rozwijania sprawności słuchania. Różnice między nimi polegają na proporcjach wykorzystania w nich drogi odczytywania mowy z ust. **Metoda audytywno-werbalna zawiera się w grupie metod oralnych i oznacza nauczanie mowy na drodze słuchowej, według zasady „SŁUCHAJ I PATRZ”.** Prawdopodobieństwo rozwinięcia mowy tą drogą u dziecka z uszkodzonym słuchem jest tym większe, im wcześniej dziecko otrzymało prawidłowe wzmocnienie dźwięków poprzez aparat słuchowy i wychowywało się według wskazań metody słuchowo-werbalnej w otoczeniu ludzi mówiących. W naturalnych sytuacjach ułatwiają oni komunikowanie się i pomagają w odkrywaniu znaczenia słów i reguł posługiwania się nimi. Prowadzą dialog z dzieckiem nawet wówczas, gdy nie posiada ono równorzędnie rozwiniętego systemu językowego.

Metoda wychowania słuchowo-werbalnego zakłada, że proces opanowania języka w przypadku dziecka z uszkodzonym słuchem przebiega zgodnie z cyklem rozwo-

jowym obserwowanym u dzieci słyszących. Pod jednym warunkiem. Jest nim poddanie odpowiednich struktur mózgu dziecka, będących w fazie dojrzewania, działaniu intensywnych bodźców odpowiedzialnych za prawidłowy rozwój słyszenia. Pozwoli to w przyszłości wypełniać przypisane tym strukturom funkcje. Innymi słowy można powiedzieć, że dziecku niesłyszącemu należy stworzyć dostateczną sposobność do rozwijania jego ograniczonej zdolności słyszenia. Na początek, po postawieniu diagnozy audiologicznej, należy je zaopatrzyć w odpowiednio dobrane aparaty słuchowe, a w dalszej kolejności ewentualnie rozważyć zastosowanie implantu ślimakowego. Aparaty słuchowe umożliwiają słyszenie, choć w niepełnej i zmienionej formie. W toku usprawniania ośrodkowy układ nerwowy dziecka jest w stanie uzyskać z tych fragmentów taki obraz dźwięków, który umożliwi mu tworzenie powiązań między nimi a odpowiadającymi im treściami.

Wzmocnienie resztek słuchowych (*usprawnianie słuchu fizjologicznego*) to początek wychowania słuchowego (*usprawnianie słuchu funkcjonalnego*), które rozpoczyna się od momentu założenia aparatu i trwa przez całe życie. Aby dźwięki, w tym dźwięki mowy, dotarły do ośrodków słuchowych w na-

szym mózgu i mogły być rozpoznane, muszą najpierw zostać odebrane przez ucho (w przypadku dziecka z uszkodzonym narządem słuchu za pomocą protezy słuchowej, jaką jest aparat lub implant), przetworzone na bodźce nerwowe i przesłane drogami słuchowymi do kory mózgowej, gdzie następuje ich interpretacja, a następnie rozumienie. Wszczep ślimakowy jest to rodzaj protezy słuchowej, działającej na zasadzie innej, niż klasyczny aparat słuchowy. Klasyczny aparat słuchowy wzmacnia dźwięki. Wszczep ślimakowy jest urządzeniem, które zamienia dźwięki



na impulsy prądu elektrycznego i dostarcza je w pobliże zakończeń nerwu słuchowego. Omija więc uszkodzony mechanizm przetwarzania fal dźwiękowych w prąd elektryczny w uchu wewnętrznym, w ślimaku. Nerw i pozostała część drogi słuchowej przewodzi wytworzone w ten sposób impulsy do mózgu, do ośrodków centralnych, gdzie zostają odebrane jako wrażenia słuchowe. Początkowo więc z hałasu, który w taki sposób dociera do ośrodków słuchu dziecka, musi ono stopniowo nauczyć się wyodrębniać dźwięki i je rozumieć. Jest to zadanie dla wychowania słuchowego, którego zaniechanie może doprowadzić do sytuacji, że możliwość nauczenia się słyszenia zostaje bezpowrotnie stracona. W toku całego procesu terapii należy odwoływać się do etapów rozwojowych poszczególnych umiejętności związanych ze słuchaniem, mową, językiem i komunikacją.

Ostatnie osiągnięcia naukowe w dziedzinie wzmacniania dźwię-

ków poprzez aparaty słuchowe i ich przetwarzanie przez implanty ślimakowe dały na całym świecie dzieciom z uszkodzonym słuchem możliwość uczestnictwa w świecie dźwięków, w szczególności dostęp do języka mówionego. Poprzez wychowanie słuchowo-werbalne dzieci te mogą wykorzystywać swój słuchowy potencjał do nauki mówienia poprzez słuchanie. Metoda ta jest więc naturalnym sprzymierzeńcem nowoczesnej technologii.

Auditory-Verbal International, Inc. (AVI) – jest organizacją promującą i wspierającą metodę wychowania słuchowo-werbalnego na całym świecie poprzez swoich członków, tj. rodziców, profesjonalistów, osoby niesłyszące i niedosłyszące. Sformułowała ona w 1987 r. następujące stanowisko:

Filozofia podejścia audytywno-werbalnego to uporządkowany zbiór praktycznych zasad i przewodnich wskazówek. Zasady te określają wymagania konieczne

przy realizacji oczekiwań, że małe dziecko, które jest niesłyszące lub niedosłyszące będzie nauczane korzystania nawet z najmniejszych resztek słuchowych wzmocnionych poprzez aparat. Posługiwanie się nimi umożliwi w rezultacie naukę słuchania, rozwój języka i mówienie.

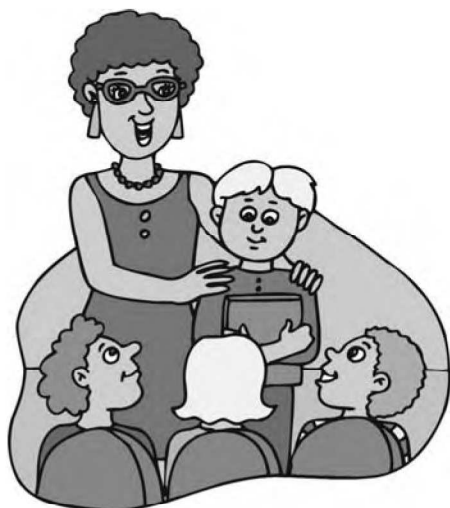
Celem działań w podejściu audytywno-werbalnym jest możliwość wzrastania i rozwoju dzieci niesłyszących i niedosłyszących w zwykłych, rodzinnych i szkolnych środowiskach umożliwiających im niezależność, uczestnictwo i wnoszenie własnego wkładu jako obywateli w rozwój całego społeczeństwa. Filozofia wychowania słuchowo-werbalnego wspiera podstawowe prawo człowieka mówiące, że dzieci niezależnie od stopnia uszkodzenia słuchu zasługują na możliwość rozwoju umiejętności słuchania i komunikacji werbalnej w ich rodzinach i zbiorowościach społecznych.



Dzieci prowadzone z konieczną, mądrą refleksją, umiejętnie i z fachowymi wskazówkami i miłością osiągają cele wychowania słuchowo-werbalnego, które zakłada ich uczestnictwo w klasach szkół powszechnych i komunikację w domu, szkole czy na ulicy za pomocą języka mówionego. Postęp w rozwoju tych umiejętności uzależniony jest oczywiście od szeregu czynników. Nie możemy zapominać, że każda rodzina ma charakterystyczne dla niej warunki życiowe, styl uczenia się, styl komunikacji interpersonalnej, w tym np. sposób słuchania.

Czynników wpływających na postęp w rozwoju słuchania i komunikacji językowej jest wiele. Do najważniejszych należą:

- wiek dziecka, w którym nastąpiło uszkodzenie słuchu
- wiek w momencie postawienia diagnozy
- przyczyna uszkodzenia słuchu
- stopień uszkodzenia słuchu
- korzyści z odbioru dźwięków poprzez aparaty słuchowe lub implant ślimakowy
- efektywność postępowania audiologicznego
- potencjał słuchowy dziecka
- stan zdrowia dziecka
- stan emocjonalny rodziny



- moment rozpoczęcia terapii audytywno-werbalnej
- zakres uczestnictwa rodziny w procesie terapii
- umiejętności terapeuty, stosowane metody
- umiejętności rodziców lub opiekunów
- sposób uczenia się dziecka
- szeroko pojęta sprawność intelektualna
- rozwój psychoruchowy dziecka.

Czym jest terapia audytywno-werbalna

Sesje wychowania słuchowo-werbalnego zakładają ciągłą, nie kończącą się ocenę postępów dziecka i jego rodziców i są prowadzone wspólnie przez terapeutę wychowania słuchowo-werbalnego oraz rodzica, bądź rodziców dziecka. Poprzez systematyczne korzystanie z prawidłowo dobranych aparatów słuchowych lub implantu ślimakowego, dziecko uczy się słuchać swojego własnego głosu, głosów innych ludzi i dźwięków otoczenia w celu nauki efektywnego komunikowania się poprzez język mówiony.

Zasady podejścia słuchowo-werbalnego

Zasady podejścia słuchowo-werbalnego określają i wspierają:

- wczesne wykrycie i zdiagnozowanie uszkodzenia słuchu u noworodków, niemowląt i małych dzieci
- umiejętne postępowanie audiologiczne
- właściwą technologię wzmocnienia lub przetwarzania dźwięków, umożliwiającą osiągnięcie największych korzyści w uczeniu się poprzez słuchanie
- organizowanie korzystnego środowiska do nauki słuchania

- i nabywania języka z uwzględnieniem terapii indywidualnej
- integrację słuchania z psychicznymi potrzebami dziecka na tyle, aby stało się ono koniecznością życiową
- bieżącą kontrolę i ocenę oraz prognozę rozwoju słuchu, mowy, języka i funkcji poznawczych, które są zintegrowane z doświadczeniem słuchowo-werbalnym
- integrację dzieci niesłyszących i niedosłyszących ze środowiskiem edukacyjnym (szkoły powszechne) z wykorzystaniem metod wspomagających
- aktywny udział rodziców w celu doskonalenia komunikacji słownej pomiędzy dzieckiem i wszystkimi członkami rodziny
- uznanie rodziców za pierwszych i najważniejszych nauczycieli pomagających dziecku w nauce słuchania swojego własnego głosu, głosów innych ludzi oraz pozostałych dźwięków otoczenia
- integrację mowy, języka, umiejętności słyszenia i funkcji poznawczych w odpowiedzi na psychiczne, społeczne i edukacyjne potrzeby dziecka i jego rodziny.

We współpracy z profesjonalistami rodzice uczą się tworzyć atrakcyjne warunki do nauki, gdzie umiejętności słuchania, mowy, języka i pozostałe umiejętności poznawcze dziecka stają się zintegrowaną całością i rozwijają się według naturalnych etapów. Wychowanie słuchowo-werbalne wymaga stworzenia partnerskich stosunków pomiędzy rodzicami, lekarzami, акуstykami, psychologami, pedagogami i terapeutą mowy prowadzącym ten rodzaj terapii.

dr Joanna Szuchnik

kierownik Kliniki Rehabilitacji
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu



Pomóżmy usłyszeć i zrozumieć

W dniach 13 i 14 stycznia bieżącego roku w Belfaście odbyły się warsztaty pod nazwą „THE LISTENING TO LEARN CONFERENCE 2005”. Organizatorem i gospodarzem był COCHLEAR EUROPE i specjaliści pracujący w ramach BELFAST COCHLEAR IMPLANT PROGRAMME. Spotkanie przygotowano z myślą o rodzicach, nauczycielach, audiologach i terapeutach mowy, a więc wszystkich osobach zaangażowanych na co dzień w pomoc i rehabilitację dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. Program obejmował przed południem – wykłady, a w dalszej części dnia (prowadzone już w mniejszych grupach) zajęcia o charakterze warsztatowym. W dniu 13 stycznia, po oficjalnym otwarciu uczestniczyliśmy w bardzo interesującej prezentacji przygotowanej przez Carol Flexer z *University of Akron and Northeast Ohio* zatytułowanej „The listening brain”. Autorka podkreślała rolę **mózgu** w opanowywaniu umiejętności słuchowych prowadzących do rozumienia treści oraz rozwijania umiejętności komunikacyjnych. Zwracała uwagę na potrzebę **wczesnej stymulacji** wielu jego obszarów, zwłaszcza wykorzystywania zjawiska tzw. plastyczności mózgu największego w okresie pierwszych **3 i pół roku życia**. Jest to ogromnie ważne u dzieci z głęboką wadą słuchu. Dlatego za optymalny wiek do implantacji uważa Ona (podobnie jak większość ośrodków klinicznych na świecie związanych z implantami ślimakowymi) okres około roku życia dziecka. Podkreślała, że **dzieci wcześnie zaimplantowane mogą opanowywać język na drodze słuchowej**. O niedosłuchu czy głuchocie rozstrzyga nie diagnoza audiologiczna, ale możliwość stymulacji odpowiednich obszarów mózgu. Uwzględniając takie stanowisko, Karol Flexer poddała konfrontacji audiologiczną i funkcjonalną interpretację terminów: „uszkodzenie słuchu” „niedosłuch” oraz „głuchota”. Przy organizacji programu terapii i określaniu jej celów proponowała stosowanie funkcjonalnej wykładni wspomnianych terminów. W takim ujęciu „uszkodzenie słuchu” opisuje wszystkie rodzaje ubytku słuchu bez względu na ich stopień, charakter czy przyczynę, a „niedosłuch” i „głuchota” wiąże się ze sposobem stymulacji mózgu. Odpowiednio, za *niedosłyszające* uważa osoby, które zdobywają informacje i opanowują język na drodze słuchowej, za *głuche* – te, które czynią to w oparciu o drogę

wzrokową (poprzez odczytywanie mowy z ust, kod manualny czy fonogesty). Dzieci audiologicznie głuche funkcjonalnie mogą należeć do dwóch odrębnych grup: niedosłyszających lub głuchych, to z kolei warunkuje możliwość ich edukacji i funkcjonowanie społeczne. Szerzej o czynnikach wpływających na powodzenie procesu terapii mówiła Carol Flexer także w czasie zajęć warsztatowych. Wykorzystując materiały audio i video, ilustrowała efekty prowadzonego z dziećmi implantowanymi wychowania i treningu słuchowego. Podkreślała rolę odpowiednich warunków akustycznych, które pozwalają na odbiór dźwięków w różnych pomieszczeniach, w zależności od natężenia czy odległości od źródła dźwięku. Opisując efekty właściwie organizowanej rehabilitacji słuchu i mowy zaznaczyła, że swoim słuchaczom i studentom często proponuje bardzo interesujące ćwiczenie, które polega na wykreśleniu audiogramu na podstawie „produkcji” słownej dziecka. W ten sposób można skonfrontować warunki audiologiczne z umiejętnościami, jakie możemy osiągnąć poprzez właściwą stymulację. Podkreślała także bardzo istotną kwestię, o której być może zapominamy organizując „tu i teraz” nasze zajęcia. Rodzice i terapeuci muszą być świadomi, że kształtują człowieka, który dorośnie w 2010, 2020 czy 2030 roku, że powinien on otrzymywać wszechstronną wiedzę, korzystać z różnych zdobyczy nauki i techniki, że rehabilitacja nie dotyczy wyłącznie nauki słuchania czy mówienia, ale ma być przygotowaniem do dorosłego życia. Należy o tym pamiętać i właściwie, indywidualnie do możliwości dziecka, decydować o najlepszej dla jego przyszłości metodzie terapii.

Kolejne z zorganizowanych tego dnia zajęć praktycznych, poświęcone było określeniu zasad i warunków wzajemnego współdziałania terapeuty i rodzica zwłaszcza w pierwszym okresie po diagnozie wady słuchu. Prowadząca je Jo Edwards od lat związana jest z „Manchester Paediatric Cochlear Implant Programme”. Powołała także fundację pod nazwą „The High Hopes Foundation” (działającą w Szkocji), której celem jest pomoc, wsparcie i terapia dzieci głuchych i ich rodzin. Jo Edward zajmuje się szkoleniem specjalistów uczestniczących w terapii dzieci z wadą słuchu. Jej zdaniem proces rehabilitacji to proces stałej obserwacji zarówno dziecka, jak

i rodziców. Jako terapeuci powinniśmy w sposób profesjonalny i konsekwentny starać się odkrywać oczekiwania rodziców i prezentować im rozwijające się możliwości dziecka. Nic nie motywuje tak do działania jak sukces, choćby drobny, ale zauważony i doceniony. Dobra współpraca powinna być oparta na wiedzy, zaufaniu i wzajemnym szacunku do podejmowanych działań. Źródłem sukcesu jest profesjonalne podejście do nich. Podobnej problematyce poświęcone były także zajęcia prowadzone przez Elizabeth Tyszkiewicz – specjalistkę terapii metodą audytywno-werbalną, która od 1991 roku związana jest z dziecięcym programem implantów ślimakowych. Komentując prezentowane nagrania video, ilustrujące zachowania dzieci podczas indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych, starała się wyjaśnić jak możemy radzić sobie z buntem, odmową czy agresją dzieci. Jak postępować w sytuacjach, gdy mamy do czynienia z tzw. trudnymi dziećmi, które niechętnie włączają się w proces terapii i umiejętnie kierować ich zachowaniem.

Drugi dzień rozpoczął się od wystąpienia Kai Uus z *University of Manchester*, lekarza pediatri, która od wielu już lat interesuje się zwłaszcza zagadnieniami audiologii dziecięcej i związana jest z realizowanym w Anglii programem badań przesiewowych słuchu u noworodków. Autorka prezentowała rezultaty prac prowadzonych w ramach tego programu. Przedstawiła sposób prowadzenia badań oraz czynniki, które warunkują skuteczność podejmowanych działań. Kolejna prezentacja przygotowana została przez terapeutki: wspomnianą już Elizabeth Tyszkiewicz i współpracującą z nią Sharon Brown. Wystąpienie zatytułowane „Functional Assessment being effective in early years” dotyczyło organizowania skutecznej terapii dzieci niesłyszących i niedosłyszących metodą audytywno-werbalną. Zgodnie z pre-



J. Szuchnik i A. Pankowska przed Centrum Konferencyjnym

zentowanym przez obie autorki podejściem, za punkt wyjścia przyjąć należy zapewnienie dziecku optymalnych warunków dla odbioru informacji drogą słuchową. Służyć temu powinno zaopatrzenie go w odpowiednie urządzenia stosownie do ubytku słuchu – aparat słuchowy lub implant ślimakowy oraz stałe monitorowanie ich

funkcjonowania i przynoszących dziecku korzyści. Drugim podstawowym elementem pracy jest zachęcanie dziecka do podejmowania komunikacji niewerbalnej i stopniowo werbalnej z drugą osobą. Prezentowane były zasady postępowania służące organizowaniu i podtrzymywaniu rozmowy z dzieckiem, które ma ograniczone możliwości rozumienia i nadawania treści.

W części warsztatowej uczestniczyłyśmy kolejno w zajęciach dotyczących:

- l Organizowaniu współpracy z dziećmi podczas badań audiometrycznych oraz wymianie obserwacji pomiędzy audiologiem i terapeutą przy określaniu korzyści, jakie rzeczywiście, praktycznie osiągają one z aparatów słuchowych (prowadzenie Josephine Marriage, CHEAR, UK).
- l Stosowania urządzeń typu: aparat słuchowy, implant ślimakowy, system FM dla odbioru sygnałów akustycznych i dźwięków mowy oraz możliwości redukcji hałasów tła, które utrudniają identyfikację bodźców (prowadzenie Riaan Rottier, Manchester, UK).

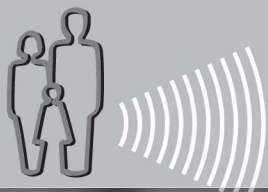
Program naukowy spotkania był dla nas okazją do zapoznania się z zasadami oraz formami pracy audiologów oraz terapeutów w Wielkiej Brytanii, zaangażowanych w proces diagnozy i rehabilitacji dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. Proces, którego istotnym elementem jest stała współpraca zespołu specjalistów oparta na wzajemnym wspieraniu się i wykorzystywaniu swojej wiedzy i umiejętności. Zajęcia praktyczne dały szansę podjęcia dyskusji na temat różnych sytuacji, które towarzyszą organizowaniu skutecznej pomocy zarówno dzieciom (zwłaszcza tym najmłodszym) jak i rodzicom. Dziękujemy firmie Cochlear oraz jej przedstawicielowi w Polsce firmie Medicus z Wrocławia za możliwość udziału w tym interesującym spotkaniu.

mgr Agnieszka Pankowska
dr Joanna Szuchnik
mgr Małgorzata Zgoda

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu



Sala Obrad



Drodzy Rodzice! Drodzy Czytelnicy!

Wielkanoc i wiosna wywołują u wielu z nas skojarzenia z budzącym się do życia światem, z czymś nowym, radosnym. Obecne Strony dla Rodziców poświęcone są zagadnieniu kształtowania tożsamości młodzieży głuchej i słabo słyszającej ze słyszających rodzin. To właśnie w okresie dorastania młody człowiek przeżywa swe „powtórne narodziny” poprzedzone tzw. kryzysem tożsamości, czasem niepokoju, poszukiwań, zniekształceń informacji na temat swój i innych ludzi, mających miejsce po to, by zdobyć te pożądane, które będą pomocne w osiągnięciu dojrzałości do pełnienia roli seksualnej i tworzenia więzi partnerskiej, jak i podjęcia roli zawodowej. Tożsamościowo ważną sprawą w przeżyciach i dociekaniach młodzieży, treścią psychiczną zajmującą znaczące i centralne miejsce w tym okresie życia jest głuchota (niepełnosprawność, odmienność). Młodzież głucha i słabo słyszająca doświadcza siebie i tego kim jest, także w związku z posiadaną własnością wyodrębniającą ją spośród większości, ludzi słyszających, głuchotą.

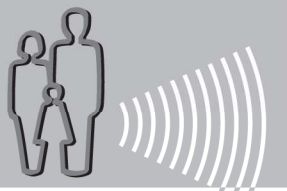
W podjętych rozważaniach pokazujemy też – odwołując się do autentycznych rozmów – perspektywę rodziców, czyli jak oni spostrzegają ów „krytyczny moment tożsamościowy” w rozwoju swoich dorastających dzieci, **odkrycie** przez nie **własnej głuchoty** i tego, **co to znaczy być osobą głuchą**. „Znaczenie”, o jakim tu mowa, określają przede wszystkim osobiste doświadczenia, jak i kontekst społeczny. Chodzi o doświadczenia istotne dla rozwoju tożsamości, tj. nabywane w kontaktach interpersonalnych z ważnymi oso-

bami jak i dalszym otoczeniem społecznym, w tym w grupie rówieśniczej. Chcemy podkreślić, że „odkryć” w sensie emocjonalnym to skonfrontować się z uczuciami wokół faktu „głuchoty”, nie zaś jedynie „wiedzieć”, że jest się głuchym. Można wiedzieć intelektualnie, „w głowie”, że jest się na coś chorym, lecz „w uczuciach” nie wiedzieć, tj. odcinać się od przeżywania i doświadczania tego stanu. Dziecko głuche długo nie wie, że jest głuche w obydwu wymienionych znaczeniach; z jednej strony doświadcza swojej głuchoty w przeciągu całego życia, z drugiej zaś, zależnie od etapu rozwoju poznawczego dowiaduje się, „co mu jest”, a w którymś momencie życia dokonując odkrycia, uświadamia sobie: „Jestem głuchy... jestem głuchą... i co dalej? Konfrontuje się tym samym z towarzyszącymi odkryciu przeżyciami, na ogół bolesnymi, na ogół żalem, smutkiem lub/i poczuciem krzywdy.

W stałej rubryce proponujemy lekturę książki, tematycznie z pewnością ważnej dla Państwa, bo związanej z problemami małżeństw mieszanych, za jakie także można uznać małżeństwo osoby słyszającej z osobą głuchą (słabo słyszającą)... Znalezienie partnera życiowego – słyszącego – przez niesłyszającego syna czy córkę jest bowiem pragnieniem wielu słyszających rodziców.

Życzymy naszym Czytelnikom radosnych Świąt Wielkanocnych wypełnionych słońcem, miłością, zabawą i upragnionym odpoczynkiem w rodzinnym gronie.

Autorki



Proces kształtowania tożsamości własnej u młodzieży głuchej i słabo słyszającej a perspektywa słyszających rodziców

O tożsamości często się mówi w bardzo wielu kontekstach. Patrząc od strony rozwoju Ja, tożsamość jest względnie trwałym doświadczaniem siebie jako niepowtarzalnej i spójnej w czasie jednostki. Istnieje ich wiele „rodzajów”, zależnie od wymiaru, jaki uznajemy za istotny w jej określeniu, a więc przykładowo wyróżnia się: tożsamość płci, tożsamość macierzyńską i ojcowską, tożsamość ucznia, tożsamość społeczną czy narodową, jak i wiele innych, które można by tu wymienić.

Możemy mówić też o tożsamości osoby głuchej (lub niedosłyszącej) i tożsamości rodzica dziecka głuchego ze względu na ważny obszar doświadczania siebie związany z głuchotą własną lub głuchotą własnego dziecka. Tożsamość bowiem kształtuje się w relacji z drugą osobą (rodzina, bliższe i dalsze otoczenie społeczne, w tym grupa rówieśnicza, ważne osoby dorosłe, autorytety) na drodze doświadczania siebie w tych relacjach.

Tożsamość osoby głuchej a tożsamość rodzicielska jako rodziców dziecka głuchego

Dla osób głuchych ważnym wymiarem staje się ich głuchota, własność, której inni w zdecydowanej większości nie posiadają. Odwołując się do psychologii tożsamości – można powiedzieć, że tożsamość osoby konstituują cechy ją wyodrębniające, różne, w jej subiektywnym spostrzeganiu szczególnie, a ich doświadczanie ma związek z funkcjonowaniem psychospołecznym człowieka. Fakt, że ktoś posiada daną cechę nie jest równoznaczny, że posiada tożsamość ją włączającą. A więc, można nie słyszeć, być głuchym, i nie posiadać tożsamości osoby głuchej... lecz słyszającej! Albo doświadczać niejasności, stanu: „nie wiem kim jestem, głuchy czy słyszający/niedosłyszący”. Trzeba wiedzieć o tym, że proces osiągania tożsamości o jakich mowa jest na ogół długotrwały i burzliwy, a towarzyszą mu kryzysy, które mogą pozostawać latami nie rozwiązywane. Tożsamość nieosiągnięta (stan *Nie wiem, kim jestem*) czy tożsamość fałszywa (stan *Czuję się osobą słyszącą, mimo że jestem głuchy*) leżą u podstaw trudności w funkcjonowaniu psychicznym w postaci niskiego poczucia wartości, trudności w kontaktach interpersonalnych, w tym w nawiązywaniu

bliskich więzi, trudności w funkcjonowaniu w rolach społecznych, trudności w rozpoznawaniu swoich potrzeb i ich wyrażaniu i wielu innych.

Wcześniej zostało już wspomniane, że tożsamość własna kształtuje się w relacji z drugą osobą. Najpierw jej podwaliny powstają w relacjach z rodzicami. Od tego, na ile „zgadzają” się oni na głuchotę, odmiennność swojego dziecka (a tym samym swoją jako rodziców dziecka odmiennego, tj. głuchego) zależy to, jakie emocjonalnie stwarzają mu warunki rozwoju i doświadczania siebie. O tym, czy zgadzam się, czy nie na głuchotę dziecka, mogą mówić odpowiedzi na podane dalej pytania: czy sprawia mi przyjemność przebywanie z dzieckiem; czy dążę do spędzania z nim czasu, wymiany doświadczeń i dzielenia wspólnej aktywności; czy pozwalam na kontakty z „takimi samymi” dziećmi, tj. niesłyszącymi (niedosłyszącymi); czy porozumiewam się z dzieckiem w sposób dostosowany do jego potrzeb (często sposobem tym staje się język migowy); czy martwię się, że moje dziecko ma sympatię głuchego (niedosłyszącego) a nie słyszącego; czy wstydę się głuchoty mojego dziecka w sytuacjach nowych, czy.... – to tylko przykłady pytań, w których poszukiwać można odpowiedzi, czy Państwa dziecko ma sprzyjające warunki w rodzinie, by doświadczać siebie, takim jakie jest, wraz ze swoją głuchotą.

Etapy kształtowania tożsamości jako osoby głuchej z perspektywy młodzieży głuchej

Kształtowanie tożsamości to proces, któremu przypisuje się charakter stadialny. Oznacza to, że można wyodrębnić w nim etapy, a każdą osobę, przypisać do jednego z nich. Pozwala to lepiej zrozumieć, co się dzieje z nią w interesującym nas aspekcie, jak i mieć wyobrażenie jakie działania można podjąć, by umożliwić przejście do kolejnego etapu uwzględniając jej historię życia i historię doświadczeń emocjonalnych.

Propozycję modelu rozwoju tożsamości osoby głuchej zaprezentował E. Ohna, norweski badacz, który przeprowadził wywiady z osobami głuchymi w wieku 20–22 lata i 40–45 lat w języku migowym (NSL), uwzględniając w nich ważne obszary funkcjonowania badanych: rodzinę, szkołę, pracę zawodową itp., wraz z doświadczaniem głuchoty własnej. Okazało się, że większość relacjonowanych doświadczeń badanych da się opisać jako następujące po sobie etapy (należy zwrócić uwagę, że badania nie obejmowały osób głuchych, które porozumiewają się w języku narodowym dźwiękowym jako pierwszym). Należą do nich:

1. Głuchota jest czymś „z góry danym”, „oczywistym” – osoba głucha (dziecko od ok. 7–8 r.ż.) wie, „że nie słyszy, nosi aparaty”, wie „że nie umie odebrać różnych informacji”, lecz nie rozumie, co to znaczy; spostrzega siebie jako „podobną do innych”.
2. Alienacja – osoba głucha (słabo słyszająca) – doświadcza, że „inni”, tj. głównie osoby słyszące, nie rozumieją jej, traktuje ten stan jako „normalność”, a siebie zaczyna doświadczać jako „nie podobną do innych”, „nienormalną”, nie potrafi jeszcze określić dlaczego tak jest.
3. Afiliacja – osoba głucha odkrywa, że są inne osoby głuche (słabo słyszące), że „jest inna niż słyszący”, a „sobą może być jedynie wśród osób głuchych”. Zaczyna doświadczać inne osoby głuche jako „my”.
4. „Być głuchym na swój własny sposób” – osoba głucha spostrzega siebie jako taką, która „musi być zarówno w świecie osób głuchych jak i słyszących”; doświadcza potrzeby odkrycia swojego własnego sposobu „bycia osobą głuchą” i odnalezienia swojego miejsca w świecie. Inne osoby głuche są spostrzegane jako „bezpieczne”, ludzie słyszący zaś zarówno z uczuciami pozytywnymi jak i negatywnymi.

Jak spostrzegają rodzice (słyszący) „moment zwrotny”

– uświadomienie sobie własnej głuchoty – w rozwoju tożsamości ich dorastających dzieci?

Proponujemy teraz zapoznanie się z doświadczeniami rodziców (słyszących), matek młodzieży głuchej, o różnych drogach edukacyjnych, jak i sposobie komunikowania się z otoczeniem (język polski dźwiękowy, język polski i system językowo-migowy, polski język migowy). Rodzice Ci uczestniczyli w badaniach na temat młodzieży głuchej i słabo słyszającej, a w obszernym wywiadzie otrzymywali m.in. pytanie dotyczące tego, jak myślą, *kiedy ich syn/córka uświadomił/ła sobie, że jest głuchy/głucha*.

Można zauważyć, że większość z cytowanych rodziców doświadcza trudności w wyłonieniu takiego momentu. Niektórzy mają poczucie, że to trudności i okoliczności zewnętrzne, jak: nowi nauczyciele w szkole, nowe wymagania programowe itp. mogły sprzyjać doświadczeniu przez ich dziecko odmienności. Inne matki akcentują znaczenie klimatu w rodzinie i tego, że fakt głuchoty był niejednokrotnie tematem otwartym i konfrontowanym w relacjach rodzice-dziecko. Są też takie matki, które zwracają uwagę na świat przeżyć dziecka i komunikowane przez nie stany psychiczne, jak i trudne sytuacje społeczne (alienacja), którym starały się zaradzić. Mimo, że są

to matki młodzieży, tylko jedna z cytowanych wyraża w swojej wypowiedzi, że tym „okresem trudnym dla jej córki, także ze względu na odmienność, głuchotę, był okres dorastania”, a więc najważniejszy dla rozwoju tożsamości okres rozwojowy, w którym dorastająca młodzież zaczyna mieć świadomość i rozumieć, co to znaczy **być osobą głuchą (niesłyszającą, słabo słyszającą)**. Badane matki na ogół wskazują na okres przedszkolny jako na ten, w którym ich dziecko „zaczęło uświadamiać sobie swoją głuchotę”. Dziecko głuche z pewnością zaczęło jej doświadczać w innych – już poza rodziną – relacjach i warunkach, lecz zrozumienie, o jakim tu mowa, pojawia się na ogół w okresie dorastania, tj. w wieku 11–18 lat. Jak pokazują nasze obserwacje, wiek przedszkolny (a raczej decyzja o wyborze szkoły przypadająca na jego zakończeniu) należy niejednokrotnie do krytycznych momentów w przeżyciach matek i ojców dzieci głuchych, ważących o losach ich dziecka.

Aby dowiedzieć się, jak to jest, najlepiej rozmawiać ze swoimi dziećmi także i na takie tematy. Wyobrażenia i domysły nie zastąpią wymiany doświadczeń z własnymi dziećmi także w tym niezwykle trudnym obszarze, jakim jest głuchota (niedosłuch) córki czy syna.

Wypowiedź 1

Kiedy Pani zdaniem córka¹ uświadomiła sobie, że jest niesłyszająca?

Trudno mi jest odpowiedzieć na to pytanie. No, ale myśmy jej od małego tłumaczyli, że ona po prostu nie słyszy. Ale, że jest taka sama, tak jak mówiłam – jak inni, no. Czy ona coś takiego przeżywała? No, no – naprawdę nie wiem, nie wiem. Albo przeżywała i nie okazywała nam tego, naprawdę nie wiem.

Czasem jest tak, że jakiś moment, jakaś sytuacja, jakieś wydarzenie sprzyja odkrywaniu przez osobę niesłyszającą, co to znacząco nie słyszy.

A właśnie u nas tego nie było i my nie wiemy właśnie, czy ona miała taki moment czy nie. Bo niektórzy właśnie przeżywają, albo się zamykają w sobie, albo coś. A u córki raczej ja nie pamiętam, żeby coś takiego było. Nawet się zastanawiałam właśnie że... No może teraz nie raz mówi, że ona nie słyszy. Ale jak była mniejsza czy w ogóle – to to nigdy takiego czegoś nie było.

¹ Imiona badanej młodzieży zostały zastąpione określeniem „córka”, by zachować anonimowość uczestników badań.





Wypowiedź 2

Kiedy Pani zdaniem, córka¹ uświadomiła sobie, że ma głęboki niedosłuch?

Tak dokładnie to nie potrafię powiedzieć. Wydaje mi się, że w ogóle ona na początku, to ona chyba w ogóle nie rozumiała tego. Może jak już była w szkole, może kiedy – tak mnie się wydaje – kiedy, kiedy jakieś problemy się zaczynały, kiedy ja chodziłam do nauczycieli i rozmawiałam i mówiłam... – bo ona się denerwowała, że ona nie rozumie, że ona... dyktanda nie napisze, jak trzeba. To chyba wtedy, to była szkoła podstawowa. Myślę, że to wtedy, kiedy już tak... na dobre się ta nauka... – troszkę nawet później, bo w początkowych klasach miała jedną panią, która uczyła wszystkiego, i która była dla niej bardzo wyrozumiała i, i bardzo dobra i, i traktowała ją tak właśnie, jak tylko mogła najlepiej, ciepło, miło i... A dopiero potem, kiedy już byli różni nauczyciele i zaczynały się te takie trudniejsze przedmioty, no i, no i różnie było z nauczycielami. To może chyba wtedy, że ona tak mówiła, że ciężko jej. Tak myślę.

Czy pamięta Pani jakąś sytuację, jak to się stało?

Sytuację? No nie wiem, to chyba też ze szkołą związane, że nie usłyszała dobrze... polecenia, nie zrozumiała, o właśnie, nie zrozumiała, nie usłyszała i to chyba wtedy taki, taki właśnie problem, że nie, nie, nie zrobiła tego tak jak potrzeba na, na jakiejś tam klasówce, czy coś takiego. To było, że ona tego nie rozumie, ona tego nie wie. Chyba tak.

Ile córka miała wtedy lat?

Chodziła do szóstej klasy. Ona poszła..., trzynaście. Poszła rok później. Te kłopoty polegały na tym, że ona, prawda, jak nagle tam się spotykała, prawda, z jakimiś koleżankami to narzekała po prostu, że prawda dokuczają jej tam w szkole i to głównie dziewczyny właśnie. Że, prawda, tam z jakiegoś powodu. No my ją tam uczyliśmy, żeby się uodparniała. Aha, narzekała jeszcze, że na przykład w szkole to ona nie ma co robić na przerwach. Więc mówiliśmy, bierz sobie komiksy czy tam jakieś... książki i sobie czytaj, jak nie masz co robić. Bo prawda, dzieci rozmawiały, potem jak to dziewczyny, prawda..., tam prawda spotykają, śmieją się. Jak już jako nastolatki, to widocznie już coś sobie opowiadały, prawda, a ona nie zawsze rozumiała i tak jakoś stała z boku. Po prostu ją to chyba męczyło najbardziej.

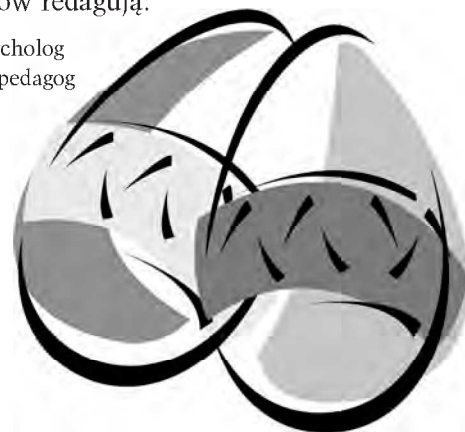
Książka, którą warto przeczytać...

... to *Małżeństwa mieszane. Osoba z uszkodzonym słuchem – osoba słyszcząca* wydana przez Oficynę Wydawniczą „Impuls”, autorstwa Urszuli Bartnikowskiej, poświęcona zagadnieniom funkcjonowania małżeństw „mieszanych”. Książka ta napisana została w oparciu o wyniki ankiet przeprowadzonych z 74 małżeństwami (w tym 62 pełnymi) osób niesłyszących z osobami słyszącymi. Partnerzy z wadą słuchu – uczestnicy badań – posiadają uszkodzenie słuchu w różnym stopniu, jak i zróżnicowane są ich preferowane sposoby komunikowania się z otoczeniem (język mówiony – 42%, język mówiony i migowy – 26%, język migowy – 32%). Wyniki przedstawione w prezentowanej pracy dostarczają bogatego materiału do własnych przemyśleń nad wyobrażeniami i doświadczeniami dotyczącymi małżeństw mieszanych, o jakich tu mowa. Można sądzić, że ze względu na sposób uzyskiwania danych od uczestników badań – metodą ankiety – opracowanie to ma swoje ograniczenia. Pokazuje bowiem wiedzę o poruszonym problemie taką, jaką badani chcieli ujawnić, co oznacza, że nie zawsze prowadzi do uprawnionych wniosków. Niepodważalnym natomiast walorem publikacji jest zebranie i cytowanie wielu autentycznych wypowiedzi w odniesieniu do poruszanych w ankiecie zagadnień. I tak – dowiadujemy się – że 55% słyszących respondentów nie miało obaw przed ślubem z osobą niesłyszącą, a większość dawanych przez nich wyjaśnień pokazuje, iż poznali oni osoby głuche (słabo słyszące) przed ślubem, tj. słyszący: „mieli w rodzinie osobę niesłyszącą” (16,4%), „znali inne osoby niesłyszące” (16,4%), „znali język migowy” (16,4%), „partner z wadą słuchu posługiwał się językiem mówionym” (16,4%), „problem [słuchu] nie był istotny” (16,4%), „potrafili się porozumieć z przyszłym małżonkiem” (12,7%), „brak wyjaśnienia” (12,7%) i tak dalej... Zachęcamy Państwa do lektury!

Strony dla Rodziców redagują:

Joanna Kobosko – psycholog
Joanna Kosmalowa – pedagog

Klinika Rehabilitacji
Instytut Fizjologii
i Patologii Słuchu



Chciałbym Państwu przybliżyć swoją sylwetkę oraz przedstawić najważniejsze fakty ze swojego życia. Przez długi czas miałem wewnętrzne opory – pisać czy nie pisać o swoich przeżyciach. Jednak obiekcje zostały pokonane i pomyślałem sobie, że mimo wszystko warto przedstawić te wiadomości. Są to moje osobiste zwierzenia, którymi chcę się z Państwem podzielić, a więc pokazać drogę, jaką pokonałem, aby niedosłuch nie stał się przyczyną społecznej izolacji, pozbawieniem możliwości komunikowania się słownego.

Moja droga była dość trudna, ciernista, wyboista, pełna niespodzianek, ale zawsze miała swój cel, swoje przeznaczenie. Choć kosztowało mnie to wiele, przedyznam szczerze, że warto było dla niej się poświęcić. Mam nadzieję, że niejednemu Czytelnikowi lektura moich opowiadań w jakimś stopniu pomoże w pokonywaniu trudności, jakie niesie ze sobą niedosłuch.

Leszek Nowaczyk

Moja droga wyrównywania szans... (4)



Stan obecny wnioski i uwagi

Zwolnienie z pracy i wydarzenia, jakie później miały miejsce, bardziej niż kiedykolwiek zmobilizowały mnie do pewnych działań, które wymagały kapitalnych zmian w moim dotychczasowym życiu. (...) Zacząłem z determinacją szukać pracy w moim zawodzie. Biorąc pod uwagę trudności, jakie występują na rynku pracy oraz wysoką stopę bezrobocia w regionie śródkowopomorskim, musiałem zmienić swoją strategię poszukiwań.

Wówczas przypomniało mi się moje marzenie sprzed lat licealnych, żeby zostać nauczycielem dzieci niesłyszących w pobliskim Sławnie. Postanowiłem zwołać „naradę rodzinną” i przedstawić swoją koncepcję działania. Taki mamy zwyczaj pomagania sobie wzajemnie. Powiedziałbym inaczej, że panuje u nas tzw. rodzinna solidarność. Wspólnie dyskutujemy i wybieramy możliwy, alternatywny plan wyjściowy. Była to jednakże moja samodzielna inicjatywa, więc moja rodzina w pełni ją zaakceptowała, uznając

to za jedyną szansę na znalezienie przeze mnie pracy. A więc pozostała mi kwestia przekwalifikowania się na surdopedagoga, jeśli chcę pracować z dziećmi niesłyszącymi. Ponieważ dobrze posługuję się językiem migowym, pozostało mi tylko pojechać do tego ośrodka i upewnić się, czy mnie będą potrzebowali. Wcześniej umówiłem się telefonicznie z dyrektorem szkoły na spotkanie. Gdy nadszedł umówiony czas, miałem mieszane uczucia. Było to całkiem niepotrzebne, gdyż dyrektor bardzo ciepło mnie przyjął i rozwiął moje wątpliwości, które bez przerwy kłębiły się w mojej głowie. Stwierdził po przeprowadzonej ze mną rozmowie kwalifikacyjnej, że mam predyspozycje do nauczania dzieci z wadą słuchu. Zadeklarował, że złożona przez mnie oferta świadczenia pracy w charakterze nauczyciela lub wychowawcy jest aktualna. Jednakże praca ta została uwarunkowana zdobyciem przeze mnie dodatkowych kwalifikacji w zakresie pedagogiki ogólnej i surdopedagogiki. Jego stanowisko podniosło mnie na duchu, bowiem w tej trudnej dla mnie sytuacji

tylko on wyciągnął do mnie przyjazną dłoń. Inwalidzi słuchu z reguły mają utrudniony lub wręcz ograniczony dostęp do miejsc pracy. Pracodawcy nie chcą ich zatrudniać. Jakie są więc nasze szanse w porównaniu do ludzi zdrowych o podobnych kwalifikacjach zawodowych? Nigdy nie było i nie będzie równego startu w naszym życiu. Rzecz jasna, że nie posiadałem uprawnień nauczycielskich, więc zgodnie z sugestią dyrektora ośrodka postanowiłem za jednym

zamachem zrobić równocześnie 2 studia podyplomowe, a mianowicie: kurs pedagogiczny w Centrum Edukacji Nauczycieli (kierunek: kandydat na nauczyciela przedmiotów ogólnokształcących i teoretycznych przedmiotów zawodowych) oraz „profilaktycznie” na wszelki wypadek, studia podyplomowe z historii w Bałtyckiej Wyższej Szkole Humanistycznej w Koszalinie (specjalność nauczycielska). Chciałbym zwrócić tutaj uwagę na przedmioty, które będę wykładał. Oprócz przedmiotu „ekonomia”, mam prawo do nauczania modnego w chwili obecnej przedmiotu „przedsiębiorczość”, który jest przewidziany w programie MENiS dla szkół zasadniczych zawodowych oraz w liceach profilowanych.

Jeśli chodzi o tok nauki na studiach podyplomowych, to miał on zupełnie inne oblicze niż na studiach uniwersyteckich. Po prostu inna jest tam atmosfera, ludzie są bardzo przyjaźnie nastawieni do siebie, dzielą się swoimi poglądami, dyskutują, słowem „podyplomówka” jest świetną okazją do poszerzania naszych horyzontów myślowych. W marcu 2004 roku odbyłem praktykę pedagogiczną w ośrodku dla dzieci głuchych w Sławnie oraz w Szkole Integracyjnej w Koszalinie. (...)

W czerwcu 2004 r. zdałem pozytywnie egzamin z podstaw edukacji oraz metodyki nauczania. Wylosowałem bardzo ciekawe pytanie: „Jakie są szanse i zagrożenia związane z wykorzystywaniem mediów w edukacji?” (...) Po zdaniu egzaminów postanowiłem niezwłocznie złożyć podanie o przyjęcie mnie na studia podyplomowe na Akademię Pedagogiki Specjalnej w zakresie surdopedagogiki. Takie są kryteria, by zostać nauczycielem dzieci głuchych. Mam pełną świadomość, że praca surdopedagoga jest



zajęciem trudnym i odpowiedzialnym. Za to jest druga strona medalu – daje ogromną satysfakcję, że będę mógł im pomóc. Biorąc pod uwagę moje doświadczenia, na pewno moim przyszłym uczniom się przydadzą. Jak to wszystko będzie wyglądało? Czas pokaże...

Całe moje życie było pasmem ciągłej walki o swoje miejsce w społeczeństwie ludzi obdarzonych dobrym słuchem. Warto pamiętać o tym, że moje 35 lat życia przypadły na różne okresy historyczne, poczynając od komunizmu, piereostroiki, upadku komunizmu, przez początek demokracji i powstanie III Rzeczypospolitej, aż po wejście Polski do Unii Europejskiej. Każda epoka była inna, ale problem był ten sam: byli ludzie sprawni inaczej.

Jaka jest obecna sytuacja osób niepełnosprawnych? Czy po wejściu Polski do UE zmieni się ich położenie? Jakie są szanse? Powstało mnóstwo programów w PFRON-ie, między innymi w likwidacji barier architektonicznych i w porozumiewaniu się, przeznaczono pewne kwoty na aktywizację zawodową, na tworzenie miejsc pracy, a także na szkolenia, ale to wciąż za mało, to wciąż kropla w morzu potrzeb.

Jak grzyby po deszczu powstają nowe szkoły, jest to zjawisko dobrze nam znane. W chwili obecnej mamy dużo szkół, bądź klas integracyjnych, ponadto aktualne jest zarządzenie Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, które wyraźnie określa sposób przyjmowania dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych (wystarczy orzeczenie z powiatowej poradni wychowawczo-zawodowej, dziecko ma indywidualny tok nauki – ramowy plan nauczania). Ale uwaga! Moje zdanie jest takie: nie jestem przeciwnikiem integracji, ale musi być ona dobrze dopracowana. Liczy się

przede wszystkim jakoś, a nie ilość. Edukacja nie sprostuje się wyłącznie do zaspokojenia potrzeb umysłu, ale uznaje również potrzeby ciała i ducha. Problem decyzji, do jakiej szkoły powinno uczęszczać dziecko niepełnosprawne, jest trudny i złożony. Wiele autorów w różnych publikacjach zwraca uwagę na to, że integracja nie może stać się celem w samym sobie, ponieważ prowadzi do zaniedbania podstawowego celu pedagogiki, jakim jest wszechstronny rozwój osobowości dziecka i z tym stwierdzeniem w pełni się utożsamiam.

Liczba dzieci z wykrytymi wadami słuchu w ostatnich latach znacznie wzrosła. Wczesna diagnoza i prawidłowa rehabilitacja może u wielu z nich usprawnić odbiór bodźców słuchowych i umożliwić naukę mowy, a tym samym zapobiec społecznej izolacji w przyszłości.

Z przyjemnością dowiaduję się z różnych źródeł (między innymi z czasopism „Świat Ciszy”, „Słyszę”, publikacji wydawanych przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Poradni PZG itp.), z opowiadań osób, którymi dzielą się rodzice dzieci z uszkodzonym słuchem i same dzieci. Również z wypowiedzi osób dorosłych, niesłyszących, posługujących się językiem migowym. Były też wypowiedzi kilkudziesięciu osób rehabilitowanych, którzy odważyli się powiedzieć „o swojej drodze”, jaką pokonali, aby niedosłuch czy praktyczna głuchota nie były przyczyną społecznej izolacji.

Cieszę się bardzo z tego faktu, że są jednak ludzie tacy jak ja. Cieszę się



Autor

z ich sukcesów na każdym polu, czy to szkolnym, zawodowym, jak też rodzinnym. Cieszę się razem z nimi. Nawet po cichu marzę o założeniu jakiegoś stowarzyszenia, które skupiałoby tych „niepokonanych” mimo wszystko osób z wadą słuchu.

Bardzo proszę Państwa o wybaczenie, że być może za bardzo rozpisałem, że być może za bardzo chwalię się swoją osobą. Nie w tym rzecz, chciałem Państwu przedstawić swój obraz w prawdziwym świetle bez owijania w bawełnę. Gdybym miał napisać całą swoją biografię, to prawdopodobnie nie zmieściłaby się w tym kąciku. Dlatego też ograniczyłem moje opowiadanie do minimum najważniejszych spraw.

Na koniec zrobię zestawienie bilansowe mojego życia. Jaki jest mój rachunek strat i zysków? Myślę, że mimo wszystko wyszedł wynik dodatni. Oprócz codziennych obowiązków rodzicielskich, nauki, staram się w miarę moich możliwości pomagać osobom głuchym zrzeszony w PZG oraz uczestniczę w życiu poradni (podobno jestem dla rodziców mających dzieci z problemami słuchu i mowy żywym „eksponentem” i przykładem). Poza tym mam swoje marzenia – planuję zdobyć uprawnienia w nauczaniu języka niemieckiego i słabości – mam pościąg do słodyczy.





Przedemną jeszcze ostatni etap nauki w Warszawie. Konsekwentnie zmierzam do konkretyzacji moich celów. Ciągłe wyznaczam sobie nowe. Moją afirmację życia wyraża motto: „**Cierpliwość jest gorzka, ale owoce jej są słodkie...**”. Muszę być dla siebie okrutny, surowy, a z drugiej strony muszę się ze sobą pogodzić. Jestem szczęśliwym człowiekiem, ponieważ prowadzę sensowny i wartościowy tryb życia. Uważam, że znalezienie sensu w życiu jest jedną z podstawowych rzeczy prowadzących do szczęścia. Lata ciągłej mozolnej walki z własną niedoskonałością, jakim jest mój niedosłuch, okres trudnej nauki oraz lata ciężkiej pracy odmieniły moje życie. Dzisiaj staram się inaczej patrzeć na świat. Postanowiłem nie zamartwiać się na zapas i mówię do siebie: trzeba żyć dalej, trzeba mieć nadzieję, trzeba cieszyć

się każdą chwilą. Przytoczę tutaj słowa wielkiego pisarza rosyjskiego L. Tołstoja: „Przeszłości już nie ma, przyszłość jeszcze nie nadeszła, więc coś jest ta chwila pomiędzy przeszłością a przyszłością, ale w tym momencie odbywa się całe moje życie”. Jaki był cel napisania tego opowiadania? Zapewniam, że nie chodziło mi o rozgłos czy choćby o demonstrację własnej fachowości. Miałem tylko jedno pragnienie: tak przedstawić moją drogę wyrównywania szans, która jest jakby przykładem cierpliwości oraz dążenia do własnej doskonałości i osiągnięcia zamierzonego celu, by każdy z Was mający podobne dylematy – bezradni rodzice dziecka z uszkodzonym słuchem oraz zagubiona młodzież, mógł wykorzystać moje doświadczenia i stosować je w swojej codziennej praktyce.

Głęboko wierzę, że rodzice i młodzież po przeczytaniu mojego „dzienniczka życia” nabiorą pewności siebie i nie poddadzą się przeciwnościom losu, z czego Wam z całego serca życzę.

PS. *Tak naprawdę to nie mam marzeń. Przyjmuję to, co daje mi życie. Zakładam, że po zmianach w moim życiu los będzie dla mnie łaskawszy. Skończone studia podyplomowe, spełnione życie zawodowe. I żebym mógł dać swoim córkom tyle miłości, ile dostałem od swojej rodziny. Otrzymany w dzieciństwie kapitał uczuć procentuje. Przekonuję się o tym każdego dnia.*

Leszek Nowaczyk

Przeszłości już nie ma, przyszłość jeszcze nie nadeszła, więc coś jest ta chwila pomiędzy przeszłością a przyszłością, ale w tym momencie odbywa się całe moje życie.

L. Tołstoj





Ten pierwszy krok...



*Budowanie „słuchu elektrycznego” u pacjentów implantowanych wiąże się z **długoterminową rehabilitacją audiologiczną**. W proces budowania „nowego słuchu” zaangażowany jest **zespół specjalistów** (bioakustyk, inżynierowie kliniczni, surdopedagog, logopeda, lekarz otolaryngolog) oraz **pacjent**. Znaczenie działań podejmowanych przez specjalistów jest ogromne i stanowi podstawę procesu, jednak **aktywność i zaangażowanie pacjenta** jest nieodzownym elementem wszelkiego postępu w budowaniu wrażeń słuchowych.*

Każde przedsięwzięcie, aby mogło zostać sprawnie i dobrze wykonane musi spełniać kilka warunków. Jednym z nich jest przygotowanie planu działań i zapoznanie z nim wszystkich osób, które są zaangażowane w określony proces. Zespół Implantów i Percepcji Słuchowej podczas wieloletnich doświadczeń wypracował i doskonalił **plan działań zwany „procedurą ustawienia procesora mowy”**. Plan ten pozwala na usystematyzowane i klarowne kierowanie procesem budowania „słuchu elektrycznego”. Pacjent implantowany podczas cyklicznych wizyt w Międzynarodowym Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach (12 wizyt w trakcie pierwszego roku), przechodzi przez kolejne etapy rehabilitacji audiologicznej.

O ile specjaliści wiedzą, jakie znaczenie ma ich praca i jakie czynności powinni wykonywać, tak pacjent nie zawsze podobną wiedzą i świadomością dysponuje. Pojawia się w tym momencie trudność, a z trudności tej wyłania się pewna potrzeba. Potrzeba wprowadzenia pacjenta w nową sytuację i pokazanie mu, że jest „współtwórcą” zmian dotyczących odbioru nowych wrażeń słuchowych.



Zapoznanie się zespołu specjalistów z grupą pacjentów i integracja grupy

Od czego zacząć?

Jak ukierunkować, poprowadzić pacjenta, aby nie czuł się zagubiony i potrafił w odpowiedni sposób współdziałać? Od czego zacząć? Jak to osiągnąć?

Pierwsze spotkanie z pacjentem powinno zacząć się od zapoznania go z zespołem oraz zasadami rehabilitacji audiologicznej, a także dać możliwość poznania innych osób, które w tym samym momencie rozpoczynają budowanie „nowego słuchu”. W tym celu Zespół Implantów opracował **konsultację wprowadzającą**, która ma charakter grupowy oraz integracyjno-edukacyjny. Konsultacja wprowadzająca przygotowana jest w dwóch wariantach, uwzględniając szczególne potrzeby najmłodszych pacjentów i ich rodziców oraz pacjentów dorosłych.



Dzieci zaabsorbowane zabawą łatwiej znoszą nową sytuację. Rodzice mogą w tym czasie w skupieniu zapoznać się z ważnymi informacjami i wskazówkami

Konsultacja wprowadzająca dla dzieci i ich rodziców

Kiedy dziecko czuje się bezpiecznie, tryska energią, uśmiecha się, jest ciekawe świata, reaguje spontanicznie, chętnie angażuje się w zabawę, jest otwarte na nowe osoby. Natomiast kiedy dziecko czuje się niepewnie, obawia się czegoś – staje się nieufne, trzyma się kurczowo mamy lub taty.





Ważnym elementem wprowadzenia merytorycznego jest przedstawienie metod pracy z dzieckiem



Zakładanie procesora mowy w grupie, powoduje, że dzieci traktują to jako formę zabawy i szybciej akceptują nową sytuację



Pierwsza wizyta w Zespole Implantów jest nową, niecodzienną sytuacją dla małego pacjenta. Jest też szczególnym momentem dla rodziców dziecka. Wszak dziecko otrzyma procesor mowy i nastąpi pierwsze ustawienie parametrów w urządzeniu. Jest to czas wielu oczekiwań i obaw zarazem, w głowie mnożą się pytania „Czy moje dziecko usłyszy?”. „Jak zareaguje?”. Przed Zespołem Implantów stoi zadanie oswojenia dziecka z nowym miejscem i osobami. Także przygotowanie go do założenia procesora i do współpracy podczas badań. Osiągnięcie tych warunków przy pierwszym kontakcie jest podstawą dalszej rehabilitacji audiologicznej. Także wprowadzenie merytoryczne i wskazówki praktyczne dla rodziców to niezbędny element procesu budowania „słuchu elektrycznego”. Rodzice będą dzień po dniu motywować, prowadzić i wspierać swoje dziecko w stawianiu kolejnych kroków w świecie dźwięków. Będą przewodnikami w poznawaniu, odkrywaniu nowego wymiaru świata.



Konsultacja wprowadzająca dla dorosłych

Spotkanie adresowane jest do młodzieży i osób dorosłych. Podstawą spotkania jest rozpoznanie przekonań i poznanie oczekiwań pacjentów co do procesu budowania „słuchu elektrycznego”. Bezpośredni kontakt pozwala ujawnić „reprezentację mentalną” pacjentów dotyczącą „słuchu elektrycznego” i udzielić stosownych wyjaśnień przez specjalistów. Przekazanie informacji dotyczących podstaw słyszenia akustycznego i „elektrycznego”, określenie etapów budowania „nowego słuchu” jest w tym momencie pomocne, a nawet konieczne. Podczas konsultacji wprowadzającej ważne jest także wsparcie, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad przebiegiem procesu budowania „nowego słuchu”.

dr inż. Artur Lorens
Małgorzata Jeruzalska

Zespół Implantów i Percepcji Słuchowej
Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy



**CZŁOWIEK
CZŁOWIEKOWI
PRZYJACIELEM**



Działalność Stowarzyszenia Przyjaciół Osób Niestyszających i Niedosłyszających „Człowiek–Człowiekowi” w 2004 roku

3

Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niestyszających i Niedosłyszających co roku realizuje wiele różnorodnych zadań w ramach kompleksowej opieki nad osobami z zaburzeniami słuchu i mowy oraz nad ich rodzinami. W poprzednim wydaniu „Słyszę” zostały opisane działania polegające na organizowaniu szkoleń dla rodziców małych dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. W tym numerze zostanie omówiona działalność rehabilitacyjna: grupowa oraz indywidualna dla dzieci z wadami słuchu.

Rehabilitacja grupowa muzyczno-ruchowa i psychomotoryczna dla dzieci z wadami słuchu

Podobnie jak szkolenia dla rodziców, stałą formą działania Stowarzyszenia Przyjaciół Osób Niestyszających i Niedosłyszających przy wsparciu finansowym Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, są różnorodne formy zajęć grupowych. W latach poprzednich realizowano grupowe zajęcia dla młodzieży niesłyszającej i niedosłyszającej, których celem była pomoc w utrwalaniu umiejętności komunikacyjnych w różnych sytuacjach społecznych. W ubiegłym roku zorganizowano pracę grupową dla dzieci mających różnorodne problemy rozwojowe.

Celem zadania była pomoc w nabywaniu i rozwijaniu umiejętności komunikowania się słownego opartego na słuchowym odbiorze dźwięków przedmiotowych i dźwięków mowy, rozwijanie koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej oraz kształtowanie prawidłowego wzorca trzech układów biorących udział w akcie mowy: oddechowego, fonacyjnego oraz artykulacyjnego. Inaczej można powiedzieć, że celem zajęć grupo-

wych było dostarczanie dzieciom kontrolowanej stymulacji sensorycznej po to, aby mogły osiągać lepsze wyniki w rozwoju mowy i języka, a także unikać wielu trudności w uczeniu się. Proponowane przez nas działania były ważnym elementem uzupełniającym indywidualną terapię logopedyczną, pedagogiczną i psychologiczną, którą każde z dzieci realizuje w ramach stałej opieki rehabilitacyjnej. Jak wynika z doświadczeń i obserwacji dokonywanych przez różnych specjalistów szczególną wagę w procesie terapii logopedycznej przywiązuje się zwykle do nabywania słownictwa biernego i czynnego przez dziecko, rezultatem czego ma być budowanie komunikacji słownej z otoczeniem. O ile w wyniku intensywnej rehabilitacji podjętej zwłaszcza z małymi dziećmi, można osiągnąć efekty w postaci coraz chętniej podejmowanych prób werbalnego porozumiewania się, to często się zdarza, że jakoś produkowanych przez dziecko wypowiedzeń nie pozwala na zrozumienie treści, które chce ono przekazać.



zać. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być wiele czynników. Wieloletnie obserwacje niejednakowych wyników rehabilitacji różnych grup dzieci z uszkodzeniami i zaburzeniami słuchu skłaniają do refleksji, że przynajmniej niektóre z nich mają przeszkodę na poziomie integracyjnym. Zaburzenia integracji sensorycznej przejawiają najczęściej dzieci dotknięte z różnych przyczyn i w różnym stopniu deprivacją sensoryczną. Ograniczenie dopływu bodźców sensorycznych jakiegokolwiek układu zmysłowego zaburza prawidłowy rozwój dziecka. Aby mózg dziecka funkcjonował prawidłowo, musi otrzymywać wystarczającą ilość bodźców z trzech podstawowych narządów zmysłów (dotykowego, proprioceptywnego i przedsionkowego) na równi z bodźcami wzrokowymi, słuchowymi, węchowymi i smakowymi. Jest to szczególnie istotne w pierwszych latach życia dziecka, w okresie największej plastyczności mózgu. O plastyczności nerwowej mówi się głównie w odniesieniu do pierwszej dekady życia człowieka. Dlatego tak ważne jest podjęcie odpowiedniej terapii dzieci nie rozwijających mowy i języka w stosownym do tego czasie.

Podsumowując, celem naszych działań było:

- doskonalenie umiejętności wspierających podejmowanie komunikacji słownej
- rozwijanie wszystkich funkcji poznawczych
- prezentacja różnych metod i form pracy szczególnie tych, które nie mogą lub nie są realizowane w warunkach zajęć indywidualnych
- nauka współdziałania w grupie, integracja dzieci
- zainteresowanie rodziców rozwijaniem różnych form aktywności dzieci
- wspieranie rodziców w kontynuowaniu ćwiczeń rehabilitacyjnych w domu poprzez przekazywanie im różnego rodzaju materiałów i pomocy dydaktycznych.

Działaniem objęto ogółem osiemnaścioro dzieci z uszkodzeniami oraz zaburzeniami słuchu i/lub integracji sensorycznej. Ze względu na rozmiary pomieszczeń mogących służyć do terapii, a także względy merytoryczne stworzono 4 grupy dzieci: 2 grupy po 5 dzieci oraz 2 grupy po 4 dzieci: jedną grupę taneczną, jedną grupę integracji sensorycznej oraz dwie grupy psychomotoryczne. Zrealizowano w sumie 180 godzin terapeutycznych; ogółem odbyło się we wszystkich 4 grupach ponad 140 spotkań w okresie od września do grudnia 2004 r. Zajęcia prowadzili doświadczeni terapeuci różnych specjalności, w tym surdolo-



gopeda, neurologopeda, terapeuta SI, terapeuta psychomotoryki, pedagog specjalny oraz tancerka Teatru Wielkiego.

Grupa taneczna

Zadaniem prowadzonych zajęć było rozwijanie różnych funkcji, takich jak:

- świadomości własnego ciała
- poprawa napięcia mięśniowego
- płynności ruchów
- rytmizacji ruchów
- pamięci ruchów
- koordynacji wzrokowo-ruchowej
- czucia przestrzeni
- koordynacji słuchowo-ruchowej
- uwagi i pamięci słuchowej
- słuchu muzycznego
- funkcji społecznych: praca w parach oraz w grupie
- wyobraźni baletowej.

Grupy psychomotoryczne¹

Model terapii psychomotorycznej został wypracowany w latach 60-tych w Brukseli z inspiracji dr Zofii Kułakowskiej, lekarza neuropediatry, specjalisty rehabilitacji neurologicznej dziecka oraz dzięki jej współpracy z terapeutkami: M. Procus oraz M. Block. Terapia opiera się na teoretycznych założeniach neurologiczno-psychologicznych, a jej metodyka jest dostosowana do specyficznych zaburzeń funkcjonalnych, związanych z minimalną dysfunkcją mózgu. W ostatnich la-

¹ Wykorzystano materiał opracowany przez mgr Bożenę Zychowicz

tach brukselski model terapii został wprowadzony także w Polsce. Godzi się podkreślić, że duchem sprawczym tego przedsięwzięcia była dr Zofia Kułakowska, która umożliwiła stworzenie formacji pierwszych polskich terapeutów psychomotorycznych. Spowodowała zorganizowanie warsztatów oraz szkoleń, które przygotowały polskich specjalistów terapii psychomotorycznej pod jej kierunkiem merytorycznym oraz pod okiem praktyków z Belgii.

Terapia psychomotoryczna jest propozycją skutecznej pomocy dla dzieci w wieku 3 – 7 lat, a nawet do 10 roku życia, z zaburzeniami funkcjonowania, których podłożem jest minimalna dysfunkcja mózgu, spowodowana nieprawidłowością w dojrzewaniu mózgowych struktur integracyjnych (między innymi odpowiadających za funkcję somatognozji, mowy i zachowania) albo/i mikrouszkodzeniem mózgu. Na to nakłada się w okresie przedszkolnym i szkolnym zwiększenie wymagań związanych z nauką, nieadekwatne do możliwości rozwojowych dzieci. Terapia psychomotoryczna, dostosowana do wieku i dojrzałości dziecka, odbudowuje strukturę funkcjonalną jego ośrodkowego układu nerwowego. Celem i efektem terapii psychomotorycznej jest konstrukcja lub aktywizacja sieci neuronalnych, które odpowiadają za mózgowo procesy integracyjne. Terapia ta jest oceniana przez specjalistów jako racjonalne i skuteczne rozwiązanie wielu problemów dzieci z następującymi trudnościami rozwojowymi:

1. Trudności w wykonywaniu czynności ruchowych.
2. Opóźniony rozwój mowy i trudności w porozumiewaniu się.
3. Wyraźne opóźnienie znajomości schematu ciała.
4. Brak zaufania do siebie i trudności w nawiązywaniu prawidłowych relacji z otoczeniem.
5. Zaburzenia lateralizacji, tj. brak dominacji jednej ze stron ciała, lewej lub prawej.



6. Trudności w uczeniu się i problemy szkolne (dzieci z tzw. ryzyka dysleksji).
7. Zaburzenia zachowania o charakterze nadpobudliwości ruchowej lub emocjonalnej, trudności z koncentracją uwagi, często połączone z niską samoocena dziecka („trudne dzieci”, nadwrażliwe, nadaktywne lub lękliwe i zbyt bierne; dzieci płaczące, impulsywne, agresywne, depresyjne, itp.).

Jeśli terapia w/w zaburzeń jest opóźniona lub niepełna (np. prowadzona jest wyłącznie terapia logopedyczna czy rehabilitacja ruchowa) mogą rozwijać się wtórne trudności w zachowaniu. Mogą pojawiać się negatywne cechy charakteru jako wyraz świadomości własnych braków i niedostosowania dziecka. To z kolei pogłębia trudności szkolne i społeczne, tworząc błędne koło problemów.

Grupa Integracji Sensorycznej

Integrację sensoryczną definiuje się jako proces, dzięki któremu mózg otrzymując informacje ze wszystkich zmysłów, a następnie segregując, rozpoznając, interpretując i integrując ze sobą i wcześniejszymi doświadczeniami, odpowiada adekwatną reakcją. Inaczej mówiąc integracja sensoryczna jest taką organizacją wrażeń, by mogły być użyte w celowym działaniu. A więc punktem centralnym tej terapii jest także jej zaprogramowanie, aby dzieci rozwinęły zdolność do organizacji swego zachowania. Adekwatna integracja jest podstawą normalnego uczenia się. Wysoce skomplikowane procesy percepcyjne, takie jak percepcja słuchowa, wzrokowa, mowa, zdolność czytania, pisanie są zależne od procesów integracyjnych w zakresie podstawowych systemów zmysłowych (czuciowych, przedsiolkowych, kinestetycznych, wzrokowych i słuchowych). Aby następował prawidłowy rozwój tych wyższych funkcji musi prawidłowo przebiegać proces integracji sensorycznej w pierwszych kilku latach życia dziecka. Inaczej można powiedzieć, że wszystkie wyższe procesy umysłowe, a szczególnie te odpowiedzialne za uczenie się, zależą od adekwatnej organizacji wrażeń w pniu mózgu, gdzie mają swój początek wszystkie procesy integracyjne. Jeśli wszystkie systemy sensoryczne i procesy integracyjne przebiegają prawidłowo i kiedy wrażenia są sprawnie organizowane na odpowiednich poziomach systemu nerwowego, to rozwój ruchowy, emocjonalny i poznawczy dziecka dokonuje się bez zakłóceń. Teoria i w zgodzie z nią stosowana terapia integracji sen-



sorycznej jest tą, która na podstawie wiedzy z zakresu neurofizjologii, psychologii i pedagogiki daje wskazówki do właściwej stymulacji rozwojowej dziecka oraz umożliwia badanie, diagnozowanie i terapię zaburzeń w tym zakresie. Rolą terapeuty jest organizowanie środowiska, odpowiedniego otoczenia, a dziecko poprzez eksplorację organizuje pracę swojego mózgu. Terapia powinna być w zasadzie indywidualna lub prowadzona w małych grupach, koniec jej jest przewidziany wtedy, gdy istniejące deficyty zostaną znormalizowane. Terapię prowadzić może jedynie terapeuta posiadający certyfikat SI.

Zajęcia terapeutyczne prowadzone w grupach były ważnym i niezmiernie potrzebnym uzupełnieniem indywidualnej terapii logopedycznej, pedagogicznej i psychologicznej. Efekty tych działań stworzyły wartościową bazę dla pracy poszczególnych specjalistów w gabinetach. Pole obserwacyjne jakie stwarzają sytuacje grupowe w sali wyposażonej w specjalistyczny sprzęt jest o wiele szersze i jakościowo różne w stosunku do możliwości obserwacyjnych zachowania dziecka w gabinecie w relacji dziecko-specjalista. Wiedza ta może być wykorzystywana podczas konsultacji indywidualnych i porad dla rodziców. Osiągnięte rezultaty manifestują się w:

- zdecydowanie większej gotowości i otwartości dziecka do pracy z logopedą lub pedagogiem
- poprawie zachowań ruchowych dziecka (w obrębie dużej i małej motoryki)
- zwiększeniu prawidłowych zachowań komunikacyjnych dziecka
- tworzeniu schematu ciała
- postępach w koordynacji słuchowo-wzrokowo-ruchowej
- większej łatwości w nawiązywaniu prawidłowych relacji z otoczeniem
- mniejszych problemach w uczeniu się.

Z dużą satysfakcją możemy odnotować także, spójne z naszymi, relacje rodziców z postępów jakie czyni dziecko w domu, grupach przedszkolnych i szkolnych, a także zwiększone i świadome zainteresowanie rodzi-



ców trudnościami własnego dziecka. Wspierając rodziców w roli kontynuatorów prowadzonej terapii, przekazano wiele cennych materiałów służących podnoszeniu ich wiedzy, jak i służących terapii samego dziecka. Przekazano m.in.:

- Program rozwijający percepcję wzrokową M. Frostig i D. Horne (3 poziomy: podstawowy, średni i wyższy)
- Ćwiczenia grafomotoryczne wg H. Tymichowej w oprac. M. Bogdanowicz (pozycja zalecana przez Polskie Towarzystwo Dysleksji)
- ABC Książka sześciolatka – solidne przygotowanie do szkoły
- Mini szczudła
- Domina dotykowe
- Plansza na walcu służąca do ćwiczeń równoważnych we wszystkich kierunkach
- Magiczne piłeczki – pomoc służąca rozwijaniu funkcji oddechowej
- Słowniczek obrazkowy – „Wesoła szkoła sześciolatka”
- „Cmokaj, dmuchaj, parszaj, chuchaj” – ćwiczenia oddechowe i artykulacyjne dla najmłodszych
- Zestaw do ćwiczeń oddechowych, „Ab-art”
- Materiały do prac plastycznych – szablony, kredki, farby
- „Przygody Koziołka Matołka” – książka – komiks służący rozwijaniu mowy biernej i czynnej
- Programy komputerowe z serii „Klik uczy...”: czytać, liczyć, śpiewać, ortografii, zasad ruchu drogowego (wg możliwości i potrzeb dziecka)
- Różne gry edukacyjne – wg potrzeb i zainteresowań dziecka (np. domina logopedyczne itp.).

Na zakończenie chcemy podkreślić, że niezmiernie cieszymy się wspólnie z rodzicami i dziećmi z osiągniętych w stosunkowo krótkim czasie efektów naszej wspólnej pracy.

dr Joanna Szuchnik

w imieniu
Stowarzyszenia Przyjaciół Osób Niesłyszących
i Niedosłyszących „Człowiek-Człowiekowi”



Prowadzenie całorocznej rehabilitacji indywidualnej dzieci i młodzieży niesłyszącej i niedosłyszącej

W ramach indywidualnej terapii objęto opieką pacjentów:

- Ośrodka Konsultacyjno-Rehabilitacyjnego w Ostrołęce
- Ośrodka Konsultacyjno-Rehabilitacyjnego w Radomiu
- Ośrodka Konsultacyjno-Rehabilitacyjnego w Siedlcach
- Ośrodka Diagnostyczno-Leczniczno-Rehabilitacyjnego w Warszawie.

W każdym z wymienionych Ośrodków terapia ta była realizowana przez 10 miesięcy w roku. Osoby odpowiedzialne za przebieg zajęć na terenie każdego z Ośrodków zgłosiły okres, w którym terapia ta została przeprowadzona. W Warszawie zajęcia indywidualne prowadzono od stycznia do czerwca włącznie oraz od września do grudnia 2004 roku. W Ośrodkach w Ostrołęce i w Siedlcach zajęcia rozpoczęły się w lutym, i były realizowane przez kolejne miesiące z wyłączeniem sierpnia. Natomiast w Ośrodku w Radomiu zajęcia prowadzono od marca do grudnia. O tym, że poszczególne Ośrodki przystępowały do realizacji zadania w różnym czasie decydowało szereg czynników. Znaczny wpływ miała tu: konieczność przygotowania kalendarza i planu spotkań w poszczególnych placówkach, wytypowania dzieci, uwzględnienia indywidualnych potrzeb każdego z nich, możliwości kadrowych i lokalowych.

Łącznie w okresie od stycznia do sierpnia opieką objętych zostało 80 dzieci, natomiast od września – 120 dzieci. Zwiększenie liczby dzieci, które mogły korzystać z systematycznej pomocy specjalistów było możliwe dzięki przekazaniu dodatkowych środków przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Zdecydowano, że zostaną one przeznaczone na zajęcia rehabilitacyjne prowadzone z dziećmi w wieku wczesnoszkolnym. Decyzja taka wynikała z dwóch głównych powodów: z faktu objęcia od 2004 roku obowiązkiem szkolnym już 6-letnich dzieci w ramach tzw. „zerówki” oraz z wniosków zgłaszanych bezpośrednio przez terapeutów i samych rodziców, że dzieci niesłyszące i niedosłyszące rozpoczynające naukę szkolną w klasach I – III szkół powszechnych napotykały na ogromne trudności z wypełnianiem powierzonych im zadań. Dzieci te mają m.in. kłopoty z opanowywaniem techniki czytania i czytania ze zrozumieniem, co w bezpośredni sposób wiąże się z ograniczonym zasobem leksykalnym i gramatycznym,

trudności z rozwiązywaniem zadań (zwłaszcza tekstowych) z matematyki. Ponadto wyzwaniem jest dla nich nawiązanie kontaktów w nowej grupie i właściwe współdziałanie z nauczycielem podczas lekcji. Indywidualne zajęcia logopedyczne, pedagogiczne i psychologiczne zorganizowane dodatkowo od września dla grupy 40 dzieci (po 10 w każdym Ośrodku) koncentrowały się więc na wszystkich zgłaszanych problemach.

Wśród 80 pozostałych dzieci, które od pierwszych miesięcy roku korzystały z systematycznych zajęć były:

- dzieci z wadą słuchu korzystające z klasycznych aparatów słuchowych oraz z implantów ślimakowych
- dzieci ze sprzężonymi niepełnosprawnościami
- dzieci z wadami wymowy bądź trudnościami w nauce związanymi z zaburzeniami słuchu i uwagi słuchowej.

Zgodnie z przyjętym założeniem każde dziecko mogło korzystać z co najmniej 4 spotkań w miesiącu prowadzonych z innym specjalistą. Zajęcia rehabilitacyjne prowadzone przez logopedów, pedagogów i psychologów opłacane były ze środków przekazanych na mocy zawartej umowy, natomiast ze środków własnych Stowarzyszenia finansowano opiekę i zajęcia medyczne (lekarzy specjalistów, techników medycznych i inżynierów).

Organizując szczegółowy program pracy z dziećmi i młodzieżą uwzględniano następujące czynniki: rodzaj zaburzenia, wiek dziecka, okres jaki upłynął od diagnozy, konieczność jej uzupełnienia lub aktualizacji, metody pracy wykorzystywane w systematycznej rehabilitacji, postawę rodziców wobec problemu niepełnosprawności własnego dziecka, ale przede wszystkim możliwość dostępu do stałych form pomocy. Rehabilitacja osób z uszkodzonym słuchem jest bowiem procesem obliczonym na lata intensywnych oddziaływań wielu specjalistów. Obejmuje program kompleksowych działań diagnostycznych, wychowawczych i terapeutycznych, które zmierzają do stworzenia dziecku optymalnych warunków rozwoju i osiągnięcia efektów na miarę możliwości. Prowadzenie stałych zajęć w dłuższym czasie pozwala wypełniać te podstawowe założenia każdej terapii.

W ramach prowadzonych zajęć uzupełniano diagnozę i prowadzono terapię logopedyczną, pedagogiczną i psychologiczną. Podczas działań diagnostycznych rozpoznawano aktualne możliwości i sytuację dziecka. Starano się uzupełniać informacje znaczące dla prze-



biegu terapii: ocenić gotowość do podjęcia współpracy z różnymi specjalistami, ustalić podstawowe potrzeby edukacyjne oraz poziom osiągniętych sprawności słuchowych i mownych. W zakresie działań medycznych aktualizowano wyniki badań diagnostycznych oraz czuwano nad prawidłowym funkcjonowaniem urządzeń, z których korzystają dzieci. W zajęciach rehabilitacyjnych koncentrowano się na kształtowaniu i ćwiczeniu określonych sprawności i umiejętności.



Terapia logopedyczna skierowana była przede wszystkim na rozwijanie umiejętności słuchowych. Korzystając z powszechnych doświadczeń, skoncentrowano się na dobrze zorganizowanym i starannie prowadzonym wychowaniu i treningu słuchowym. Tylko systematyczne zajęcia stwarzają bowiem dzieciom niesłyszącym i niedosłyszącym szansę nabycia zasobu doświadczeń akustycznych analogicznego do zasobu takich doświadczeń u ludzi normalnie słyszących oraz, co szczególnie istotne, są podstawą do pracy nad rozwijaniem lub doskonaleniem mowy. Ponadto przygotowują do badań słuchu w tzw. wolnym polu, dzięki którym dowiadujemy się o korzyściach płynących ze stosowania aparatów lub implantu ślimakowego. Praca z logopedą obejmowała także, stosownie do potrzeb dziecka, ćwiczenia artykulacyjne i oddechowo-fonacyjne.

Terapia pedagogiczna to przede wszystkim pomoc dzieciom w nabyciu tzw. gotowości szkolnej (dzieci w wieku wczesnoszkolnym) lub w realizacji konkretnych zadań i tematów wynikających z programu nauczania (dzieci starsze). Do ćwiczeń włączono elementy terapii stosowane w pracy z dziećmi dotkniętymi dysleksją, dysgrafią i specyficznymi trudnościami w uczeniu się. Jest to szczególnie ważny aspekt, gdyż wiele dzieci mimo swej niepełnosprawności realizuje program nauczania w warunkach szkół powszechnych, gdzie albo brak jest dostatecznych możliwości kadrowych, albo zwykłej dobrej woli ze strony nauczycieli, by wytrwale i mądrze pomagać „naszym” dzieciom. Ponadto starano się uatrakcyjnić zajęcia organizując ćwiczenia ogólnorozwojowe, stymulujące różne sprawności.

W zajęciach z **psychologiem** za główny cel postawiono konkretną pomoc w radzeniu sobie w różnych sytuacjach, które spotykają dziecko podczas kontaktów z róż-

nieśnikami, rodzicami i terapeutami. Starano się nauczyć dzieci, a zwłaszcza młodzież umiejętności wyrażania i opisywania „złych” i „dobrych” emocji, odnajdywania swoich „mocnych stron”.

W trakcie prowadzonych zajęć wykorzystano z różnorodnych materiałów dydaktycznych i pomocniczych przygotowanych dla dzieci w różnych grupach wiekowych. Wszystkie materiały były również wskazówką dla rodziców i zapewniły kontynuowanie zadań w domu.

Stała pomoc, częsty kontakt z terapeutą i bieżące wypełnianie najtrudniejszych dla pacjentów zadań, to najlepsza forma realizowania założeń programu rehabilitacji. Podczas systematycznych zajęć udało się aktualizować programy pracy, zrealizować większą liczbę tematów, wprowadzić lub zaprezentować różne formy ogólnej stymulacji dziecka. Ponadto rodzice, którzy towarzyszyli dzieciom podczas zajęć mogli obserwować sposób postępowania specjalistów, nauczyć się nowych zabaw lub ćwiczeń. Włączanie rodziców do aktywnego udziału w zajęciach dowiodło, że mimo „poważnego stażu” i wydawać by się mogło doświadczenia, wielu z nich wciąż ma ogromne trudności z właściwą organizacją terapii. Nie zawsze potrafią sformułować swoje intencje, określić cel działania i konsekwentnie doprowadzić zadanie do końca. Poprzez stały kontakt z zespołem terapeutów i systematyczność spotkań udawało się nam pomyślnie rozwiązywać podobne problemy. Jest to jednak bardzo istotna kwestia, ponieważ faktyczny ciężar rehabilitacji spoczywa na ich barkach. To ich codzienna praca, a nie zajęcia w gabinecie wpływają na prawdziwe sukcesy dzieci. Dlatego organizując opiekę nad dzieckiem staraliśmy się we wszystkich naszych działaniach pamiętać o pomocy rodzicom. Temu służyły nasze konsultacje, rozmowy i sugestie przekazywane podczas spotkań. Uważamy, że możliwość kontynuacji podobnych działań w kolejnym roku to z jednej strony szansa spełnienia oczekiwań i potrzeb rodziców w tym zakresie, z drugiej zaś konkretna, zorganizowana i skutecznie realizowana pomoc dzieciom w różnym wieku na różnym etapie ich edukacji i rehabilitacji.

mgr Agnieszka Pankowska

w imieniu
Stowarzyszenia Przyjaciół Osób Niesłyszących
i Niedosłyszących „Człowiek-Człowiekowi”

