

DWUMIESIĘCZNIK DLA OSÓB Z PROBLEMAMI SŁUCHU I MOWY

# SŁYSZĘ

1/87

STYCZEŃ-LUTY

2006

ISSN 1429-5040







# Trzaski uszne

## a patologie w obrębie stawu skroniowo-żuchwowego

Stosunkowo częstą dolegliwością zgłaszaną przez pacjentów są trzaski uszne, których źródło leży w patologii stawu skroniowo-żuchwowego (ssz). Patologia ta sytuuje się z oczywistych względów na pograniczu stomatologii i otolaryngologii.

Trzaskom usznym niejednokrotnie towarzyszą silne dolegliwości bólowe okolicy ssz, promieniujące do ucha, w związku z czym wielu pacjentów zgłasza się po poradę najpierw do otolaryngologa. Trzaski te mogą występować zarówno jednostronnie, jak i obustronnie. Aby wyjaśnić w bardzo dużym skrócie mechanizm ich powstawania należy poznać przynajmniej pobieżnie anatomię i fizjologię ssz. Staw ten jest utworzony przez żuchwę i kość skroniową, a zatem na podstawie czaszki leży panewka tego stawu, zaopatrzona w część wklęsłą – dół stawowy żuchwy i wypukła – guzek stawowy. W panewce tej porusza się głowa żuchwy. Staw leży w bezpośrednim sąsiedztwie ściany przewodu słuchowego zewnętrznego, jamy bębnekowej i trąbki Eustachiusza. Ssz jest stawem piętrowym, przedzielonym krążkiem stawowym. Górne piętro zawarte jest pomiędzy panewką a krążkiem, dolne między krążkiem a głową wyrostka kłykciowego żuchwy. Zarówno panewka stawu, jak i głowa żuchwy pokryte są chrząstką.

Krążek stawowy jest kształtu dwuwklęsłej soczewki dostosowanej do panewki i głowy żuchwy. Jest on niejako amortyzatorem łagodzącym urazy podczas ruchów żuchwy. Należy uzmysłwić sobie fakt, że struktury tkankowe leżące poza krążkiem stawowym, unerwione są przez ten sam nerw, który unerwia błonę bębenkową i przewod słuchowy zewnętrzny (nerw trójdzielny). Stąd możliwość promieniowania bólów ucha do stawu i odwrotnie. Cały staw otoczony jest torebką stawową, której ściana w swej tylnej części jest gruba i silna, w przedniej bardziej wiotka, zbudowana w całości z tkanki łącznej. Ze stawem jako elementem ruchomym związane są dwa więzadła – skroniowo-żuchwowe (boczne) odpowiedzialne za ograniczenie ruchów ku bokowi i tyłowi oraz więzadło klinowo-żuchwowe ograniczające ruchy żuchwy ku dołowi i bokowi.

Aby żuchwa mogła wykonywać odpowiednie ruchy, niezbędna jest współpraca dwóch grup mięśniowych: jednych przyczepionych do czaszki i żuchwy (żujące), drugich do żuchwy i kości gnykowej (odpowiedzialne za obniżanie żuchwy). W okresie noworodkowym ruchy żuchwy ograniczone są do wysuwania i cofania, co związane jest z odruchem ssania. W miarę zmiany warunków anatomicznych przypadającej na okres wyrzynania się zębów zarówno mlecznych, jak

i stałych, dochodzi do fizjologicznego podnoszenia zgryzu, a co za tym idzie zmiany zakresu ruchów w obrębie ssz, przyczynia się do tego również zmiana diety z mlecznej na warzywno-mięsną, co niejako wymusza zmianę ruchów w obrębie ssz. W stawie górnym wykonywane są ruchy rotacyjne, oczywiście w ograniczonym zakresie, a w części dolnej stawu ruchy unoszenia i obniżania. W ssz jako całości wykonywane są następujące ruchy: ruchy żucia, ruchy wysuwania i cofania oraz unoszenie i obniżanie żuchwy. Przy wysuwaniu i cofaniu biorą udział oba piętra ssz, przy pozostałych tylko górne lub dolne piętro. Aktywność ruchowa jest uwarunkowana impulsami nerwowymi, za które odpowiadają poszczególne grupy mięśniowe. Funkcja narządu żucia jest centralnie sterowana poprzez mózg na drodze odruchów nerwowo-mięśniowych, dzięki czemu zachowuje się równowaga czynnościowa pomiędzy poszczególnymi grupami mięśniowymi.

Pod wpływem niektórych szkodliwych czynników te fizjologiczne mechanizmy ulegają zaburzeniom. Do czynników tych należą: zaburzenia natury psychiczno-nerwicowej, mikrourazy, nieprawidłowości zgryzowe, choroby mięśni, procesy zwyrodnieniowe w obrębie samego stawu, urazy rozległe. W konsekwencji prowadzi to do poważnych zaburzeń w funkcjonowaniu ssz.



Z kolei bliska odległość stawu od ucha środkowego i zewnętrznego może, w wyniku stanów zapalnych ucha, doprowadzić do przewlekłego zapalenia ssz i do znacznego zwężenia szpary stawowej w obrębie górnego piętra. We wszystkich tych sytuacjach dochodzi do zaburzeń czynności ssz, objawiających się trzaskami.

Po dokładnym badaniu otolaryngologicznym zwykle przyczyny uszne tych trzasków zostają wykluczone. Wówczas usunięciem przyczyn powinien zająć się stomatolog protetyk, ortodonta lub chirurg szczękowy. Jak wspomniano istotną przyczyną tych zaburzeń są wady zgryzu. Zatem najczęstszymi przyczynami nieprzyjemnych wrażeń akustycznych pochodzących z ssz są braki uzębienia, zaburzenia zębowo-zgryzowe, nieprawidłowe nawyki w trakcie rozdrabniania pokarmów (jednostronne żucie pokarmów), nieprawidłowo wykonane lub zużyte uzupełnienia protetyczne, jak również „bruksizm” – patologia polegająca na zgrzytaniu i zaciskaniu zębów podczas snu, co z kolei doprowadza do patologicznych starć zębów, a w konsekwencji do zaburzeń w ssz.

Obecnie dużą wagę przy diagnostyce trzasków przywiązuje się do zaburzeń funkcji mięśni twarzy odpowiedzialnych za ruchy żuchwy zarówno tych pierwotnych, związanych z ich nieprawidłową budową, jak i przyczyn wtórnych, nabytych w trakcie życia. Jednak ich prawidłowa diagnostyka jest trudna do ustalenia ze względu na częste występowanie kilku przyczyn na raz i wówczas prawidłowe postępowanie polega eliminacji kolejnych przyczyn.

**dr med. Jerzy Reymond**  
stomatolog,  
specjalista w zakresie chirurgii szczękowej

Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej  
Szpitala Specjalistycznego w Radomiu



Zmiany w krtani, zwłaszcza w obrębie fałdów głosowych, mogą wpłynąć niekorzystnie na jakość głosu i sposób jego tworzenia. Do najczęściej spotykanych patologii należą obrzęki fałdów głosowych, guzki głosowe, polipy, torbiele, zmiany naczyniowe w obrębie fałdów głosowych czy owrzodzenie kontaktowe.

**Fonochirurgia** – to zabiegi operacyjne wykonywane w przypadku istnienia zmian patologicznych w obrębie krtani, mające na celu poprawę lub zachowanie istniejącej funkcji głosowej.

Poznanie w ostatnich latach fizjologicznych zasad tworzenia głosu spowodowało zmiany technik mikrochirurgicznych. Zabiegi te powinny być precyzyjne, a proces gojenia nie powinien powodować powstania znaczących blizn czy ubytków tkankowych.

Do **metod** stosowanych w fonochirurgii należą:

- usuwanie tworów patologicznych takich jak: polipy, guzki głosowe, torbiele, zmiany przerostowe
- zabiegi pośrednio korygujące miejsce, ruchomość, kształt, masę lub napięcie fałdów gło-

sowych, m.in. wstrzyknięcia **materiałów auto- i alloplastycznych** do fałdów głosowych (np. kolagenu) lub iniekcje toksyny botulinowej do mięśni wewnątrzkrtańowych

- bezpośrednie zabiegi na fałdach głosowych
- zabiegi neurochirurgiczne (rekonstrukcje i przeszczepianie nerwów)
- zabiegi całkowitej rekonstrukcji krtani i przeszczepianie tego narządu (w fazie doświadczalnej).

Do narzędzi stosowanych w fonochirurgii należą klasyczne instrumentarium, mikroautteryzacja, krioterapia i w ostatnich kilkunastu latach **laser CO<sub>2</sub>**.

Klasyczne techniki mikrolaryngoskopowe z użyciem odpowiednich, wysokiej jakości narzędzi przez doświadczonych chirurgów, osiągnęły sukces w przebiegu ostatnich kilku dziesięcioleci. Wprowadzenie lasera CO<sub>2</sub> jest cennym uzupełnieniem istniejącego instrumentarium, nie wypiera jednak dotychczas uznanych metod mikrochirurgicznych.

Laser CO<sub>2</sub> emituje wiązkę światła o długości 10600 nm, w głębokiej niewidzialnej podczerwieni.



Promieniowanie to charakteryzuje się dużą absorpcją w wodzie, nie wykazuje natomiast absorpcji w hemoglobinie. Zaletami lasera CO<sub>2</sub> w fonochirurgii są:

- doskonała precyzja
- płytka penetracja promienia laserowego i mała strefa uszkodzenia termicznego tkanek otaczających, co powoduje, że odczyn pooperacyjny jest bardzo mały
- opanowanie krwawienia – koaguluje naczynia krwionośne o średnicy poniżej 0,5 mm
- brak zwężenia usuwanej/nacianej tkanki (Superpuls)
- w wielu przypadkach istnieje możliwość jednoczesnego usuwania zmian z obu fałdów głosowych bez ryzyka powstania zrostów pomiędzy fałdami w przebiegu procesu gojenia.

W Klinice Foniatrii Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu przeprowadzamy zabiegi operacyjne w celu poprawy jakości głosu w następujących schorzeniach krtani: obrzęki Reinkego, polipy fałdów głosowych, guzki głosowe, torbiele fałdów głosowych. Zasadniczym objawem tych patologii jest przewlekła chrypka, poza tym osłabienie głosu, aż do zaniku po wysiłkach głosowych, zawężenie skali głosu, czasami w zaawansowanych przypadkach duszność. Główną przyczyną ich powstania jest nadużywanie i niewłaściwy sposób tworzenia głosu, często w połączeniu z działaniem czynników drażniących jak dym tytoniowy, alkohol, alergia, stany zapalne krtani itp.

Po leczeniu operacyjnym tych zmian uzyskujemy znaczną poprawę głosu. Aby jednak utrzymać ten efekt niezbędne jest wyeliminowanie nieprawidłowych mechanizmów tworzenia głosu poprzez rehabilitację głosu, która powinna poprzedzać zabieg i być kontynu-

owana po chirurgicznym usunięciu zmian w krtani.

Również przewlekły uraz fałdów głosowych spowodowany ostrym wysiłkiem głosowym często w połączeniu z działaniem czynników drażniących jak palenie tytoniu, alkohol, stany zapalne w krtani, zarzucanie treści żołądkowej do gardła i krtani, zaburzenia hormonalne mogą być przyczyną takich zmian jak krwiak fałdu głosowego i owrzodzenie kontaktowe. Najczęstszymi dolegliwościami jest chrypka, czasem ból przy połykaniu. Przy braku poprawy po leczeniu zachowawczym u tych chorych stosujemy zabieg operacyjny.

**Obustronne unieruchomienie fałdów głosowych** może być spowodowane porażeniem obu nerwów krtaniowych wstecznych bądź znacznie rzadziej unieruchomieniem fałdów w stawach nalewkowo-nagłośniowych. W przypadku ustawienia obu fałdów głosowych w pozycji pośrodkowej lub przyśrodkowej występuje ostra lub przewlekła duszność krtaniowa przy jednoczesnym zachowaniu dobrej funkcji głosowej. W tych przypadkach, w celu poszerzenia szpary

*Zabiegi fonochirurgiczne powinny być wykonywane z dużą precyzją, aby w miarę możliwości nie wpłynąć na mechanizm drgań fałdów głosowych i jakość tworzonego głosu.*

głośni i poprawy jakości życia pacjenta wykonujemy jednostronne laserowe usunięcie chrząstki nalewkowatej (*arytenoidektomia*). Po zabiegu poprawia się czynność oddechowa krtani przy jednoczesnym pogorszeniu funkcji głosowej.

Do innych zmian patologicznych, które leczymy chirurgicznie w Klinice Foniatrii należy **nawracająca brodawczakowatość krtani**. Jest to najczęściej spotykany w praktyce laryngologicznej łagodny nowotwór

krtani, w którego powstaniu istotną rolę odgrywa wirus – *Human Papilloma Virus (HPV)* typ 6, 11 i 16. Jego cechą charakterystyczną jest skłonność do nawrotów, mimo dokładnego usunięcia zmiany. Typowymi objawami są przewlekła chrypka i w bardziej zaawansowanych stadiach duszność krtaniowa. Podejmowanych było i nadal jest wiele metod leczenia, jednak obecnie uważa się, że najskuteczniejszym sposobem jest laserowe usunięcie zmian, które choć nie gwarantuje całkowitego wyleczenia, często powoduje wydłużenie przerw pomiędzy nawrotami i jest mniej traumatyzujące dla krtani w porównaniu z konwencjonalnym instrumentarium mikrochirurgicznym.

Często przyczyną problemów głosowych takich jak chrypka, przewlekłe osłabienie głosu, trudności ze śpiewaniem lub głośniejszym mówieniem jest brak pełnego zwarcia fałdów głosowych podczas tworzenia głosu, pomimo ich prawidłowej ruchomości. Powodem tego mogą być zmiany zanikowe tkanek tworzących masę fałdu głosowego w wyniku procesu starzenia się organizmu, blizny i ubytki tkankowe fałdu głosowego powstałe jako następstwo zabiegów mikrochirurgicznych. Często przyczyną tych problemów może być jednostronne porażenie fałdu głosowego z ustawieniem go w pozycji odwiedzonej. W celu korekcji kształtu fałdów głosowych, ich masy i położenia oraz poprawy zwarcia fonacyjnego wykonujemy wstrzyknięcie kolagenu do fałdów głosowych. Stosowany przez nas kolagen homogeny jest uzyskiwany ze skóry ludzkiej, co daje małe ryzyko wywołania reakcji alergicznej. Uzupełnieniem leczenia jest rehabilitacja głosu.

**dr med. Agata Szkiełkowska**

Kierownik Kliniki Foniatrii  
Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu



## Alzheimer u otyłych

Przez lata naukowcy systematycznie gromadzili dowody na to, że czynniki związane z ryzykiem chorób serca, w tym także otyłość, mogą również podnosić ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera. Badacze z USA i Australii zaobserwowali, że osoby z dużą nadwagą lub otyłością mają we krwi wysoki poziom beta-amyloidu, który gromadzi się w mózgach chorych na Alzheimera w postaci tzw. płytek amyloidalnych. Z dotychczasowych badań wynika, że to właśnie odkładanie tych płytek jest główną przyczyną obumierania neuronów mózgu i prowadzi do zaburzeń pamięci oraz zmian zachowania typowych dla tej nieuleczalnej choroby. Zdaniem naukowców, najnowsze badania sugerują, że utrata zbędnych kilogramów lub utrzymywanie prawidłowej masy ciała może obniżyć ryzyko zachorowania na to poważne schorzenie, na które obecnie cierpi ponad 37 mln osób na całym świecie.

## Systematyczne ćwiczenia przyspieszają gojenie ran

Ludzkie tkanki tracą zdolność do naprawy w miarę starzenia się organizmu. W rezultacie u osób starszych nawet małe ranki goją się wolniej, co jednocześnie podnosi ryzyko ich zakażenia. Amerykańscy naukowcy odkryli, że regularna aktywność fizyczna może przyspieszyć proces gojenia ran nawet o 25%. Badania prowadzono przez 3 miesiące w grupie 28 zdrowych osób w wieku od 55 do 77 lat.

Żaden z nich nie podejmował regularnej aktywności fizycznej w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem doświadczenia. Natomiast w czasie trwającego 3 miesiące testu połowa pacjentów ćwiczyła godzinę i 15 minut trzy razy w tygodniu, a połowa miała nie wprowadzać żadnych zmian w swojej aktywności. Po upływie miesiąca każdej osobie zrobiono małą ranę na ramieniu. Chodziło o to, aby organizm pacjentów zdążył się przyzwyczaić do reżimu ćwiczeń. Ćwiczenia składały się z 10 min. rozgrzewki, 30 min. pedałowania na stacjonarnym rowerku, 15 min. spaceru lub biegu na ruchomej bieżni, 15 min. intensywnych ćwiczeń i 5 minut ćwiczeń rozluźniających. Okazało się, że u osób ćwiczących ranki zagoiły się wcześniej



niż u osób mniej aktywnych fizycznie. Jak podkreślają naukowcy, między badanymi nie odnotowano różnic w poziomie odczuwanego na co dzień stresu. Z wcześniejszych prac wynika, że stres może znacznie spowalniać procesy gojenia.

## Dźwięk ciszy

Francuscy naukowcy za pomocą funkcjonalnego rezonansu magnetycznego zbadali mózgi 11 osób – podczas spoczynku, słuchania rzeczywistych dźwięków i wsłuchiwania się w ciszę. Badanie fMRI pozwala ustalić, które regiony mózgu są aktywne. Przed częścią eksperymentu polegającą na wsłuchiwaniu się w ciszę, ochotnikom powiedziano, że po pojawieniu się świecącej strzałki usłyszą dźwięk po tej stronie, którą pokaże strzałka. W rzeczywistości nic nie usłyszeli. Jednak zaobserwowano aktywność obszarów mózgu odpowiedzialnych za słuch. Okazuje się, że mózg pozostaje w „trybie słuchania”, nawet gdy „słyszysz” tylko ciszę, gdy badany spodziewa się dźwięku. Wcześniej podobną aktywność stwierdzono w przypadku kory wzrokowej – odnotowano pobudzenie tego obszaru, gdy badany spodziewał się bodźca wzrokowego.

## Sok z pomidorów chroni przed rozedmą płuc

Rozedma płuc rozwija się w efekcie uszkodzenia przegród pomiędzy pęcherzykami płucnymi i prowadzi do zmniejszenia powierzchni wymiany gazowej płuc. Sprzyjają jej zanieczyszczenia środowiska i palenie papierosów. Razem z przewlekłym zapaleniem oskrzeli rozedma prowadzi do niewydolności oddechowej, inwalidztwa i wreszcie do zgonu. Z najnowszych badań japońskich naukowców wynika, że taką ochronę może zapewnić picie soku pomidorowego. Naukowcy prowadzili badania na szczepie myszy z szybko starzejącymi się płucami, podatnymi na szkodliwe czynniki zewnętrzne i na myszach z płucami niezmiennymi. Przez 8 tygodni gryzonie były narażone na wdychanie dymu papierosowego – codziennie po pół godziny, przez 5 dni w tygodniu. Po tym okresie u gryzoni z szybko starzejącymi się płucami pojawiła się rozedma płuc, podczas gdy u myszy z grupy kontrolnej nie odnotowano jej objawów. Następnie eksperyment powtórzono na innych myszach z szybko starzejącymi się płucami, ale w przypadku niektórych zwierząt połowę dziennej dawki wody zastąpiono sokiem pomidorowym. Okazało się, że





sok całkowicie zapobiegł rozedmnie spowodowanej wdychaniem dymu z papierosów. Natomiast u zwierząt, które do picia dostawały tylko wodę, pojawiły się objawy choroby. Autorzy podejrzewają, że to ochronne działanie soku z pomidorów można przypisać obecności w nim likopenowi. Jest to związek zwalczający wolne rodniki tlenowe, które uszkadzają komórki i przyczyniają się do starzenia tkanek i rozwoju raka. Są one obecne w dużych ilościach w dymie papierosowym. Wraz z nim dostają się do płuc, gdzie sięją spustoszenie.

## Mózg potrzebuje snu

Każdy z nas może chyba bez wahania potwierdzić, że niedobory snu pogarszają nasze zdolności umysłowe. Po nieprzespanej lub źle przespanej nocy mamy problemy z koncentracją uwagi, gorzej zapamiętujemy i wolniej reagujemy. W obecnych czasach, gdy życie nabiera coraz większego tempa, coraz trudniej jest pogodzić obowiązki zawodowe z domowymi – wielu z nas często powtarza z nutką żalu w głosie, że doba powinna mieć 48 godzin. W rzeczywistości staramy się jednak wypełnić wszystkie zobowiązania i zyskać nieco dodatkowego czasu okradając się z nocnego wypoczynku. Jednak sen sprzyja utrwaleniu w nocy tego czego nauczyliśmy się za dnia. Naukowcy prześledzili ten proces u zwierząt laboratoryjnych obserwując ich zdolności do uczenia się przestrzennego. W zapamiętywaniu przestrzennym bardzo ważną rolę odgrywa struktura mózgu o nazwie hipokamp. Już wcześniej naukowcy obserwowali, że w czasie uczenia się cech przestrzeni w hipokampie powstają nowe neurony. Jest to tzw. proces neurogenezy, który występuje w bardzo nielicznych obszarach dorosłego mózgu. Można więc powiedzieć, że uczenie się odmładza mózg. Naukowcy sprawdzali czy niedobory snu mogą zakłócać ten proces odmładzania mózgu. Badania prowadzono na szczurach. Zwierzęta umieszczano w labiryncie wodnym, z którego musiały samodzielnie się wydostać. A ponieważ platformę wyjściową umieszczono pod wodą szukające jej szczury nie mogły kierować się zmysłem wzroku czy węchu, ale musiały zapamiętać drogę do niej, niejako utrwalic w mózgu przestrzenną mapę labiryntu. Po zakończeniu testu w labiryncie połowie szczurów pozwolono na sen w klatkach, a druga połowa była utrzymywana w stanie aktywności przez 6 godzin. W tym czasie zwie-



rzędem prezentowano bezustannie nowe, budzące zainteresowanie bodźce. Później pozwolono im na sen przez resztę dnia, aż do rozpoczęcia nowego testu w labiryncie. Okazało się, że zwierzęta, które spały mniej i były przez to mniej wypoczęte, gorzej zapamiętały drogę do platformy podwodnej niż ich wyspani rówieśnicy. W ich mózгах nie zaobserwowano nasilenia procesów neurogenezy, towarzyszących uczeniu się, a powstające nowe neurony ginęły szybciej niż u zwierząt wypoczętych. Zdaniem badaczy, oznacza to, że niedobory snu niwelują odmładzający wpływ nauki na mózg.

## Nocne jedzenie nie tuczy

Od dawna znana jest teoria, że spożywanie posiłków w godzinach nocnych zwiększa prawdopodobieństwo przytycia. Nie ma jednak wiarygodnych dowodów naukowych na potwierdzenie tego przekonania. Jedzenie w nocy nie tuczy bardziej niż jedzenie w dzień – wynika z najnowszych badań amerykańskich. Aby sprawdzić zależność między porą jedzenia i ryzykiem wzrostu wagi, amerykańscy naukowcy przebadali 16 samic rezusa. Są to małpy uważane za doskonały model do badania przyczyn otyłości u ludzi i innych ssaków naczelnych. Samice karmiono jedzeniem bogatym w tłuszcz. Dieta zwierząt przypominała składem dietę typową dla diety krajów rozwiniętych. U wszystkich małych przedwcześnie wywołano menopauzę, gdyż po okresie przekwitania skłonności samic do tycia są większe. Następnie badacze obserwowali zwierzęta przez rok. W tym czasie sprawdzali nie tylko, ile przybyły na wadze, ale też ile jedzą i o jakiej porze. Pod względem wyboru pór posiłków małpy zachowywały się tak samo jak ludzie. Niktórę jadły więcej w dzień niż w nocy, inne główny posiłek spożywały w godzinach nocnych. Naukowcy nie byli zaskoczeni, że na bogatej w tłuszcz diecie wszystkie małpy przybrały na wadze. Okazało się jednak, że pora przyjmowania posiłków nie miała żadnego wpływu na zwiększenie masy ciała. Innymi słowy, małpy, które przyjmowały większość kalorii w nocy, nie przytyły więcej niż te, które żywiły się głównie w dzień.

oprac. mgr Renata Korneluk  
mgr Juliusz Głuski

# Metoda Tomatisa

## stymulacja audio-psycho-lingwistyczna

W okresie od 18 listopada do 7 grudnia 2005 roku odbył się cykl szkoleń z zakresu Metody Tomatisa dla terapeutów szkół specjalnych, szkół integracyjnych oraz oddziałów integracyjnych szkół ogólnodostępnych. Metoda ta przeznaczona jest dla dzieci i młodzieży z problemami szkolnymi, dysleksją i zaburzeniami komunikacji językowej. Projekt ten został zrealizowany przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, firmę Young Digital Poland oraz Ogólnopolską Fundację Edukacji Komputerowej w ramach umowy z Ministerstwem Edukacji i Nauki. Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

W szkoleniach wzięło udział 200 osób z całego kraju. Dla zdecydowanej większości uczestników był to pierwszy kontakt z Metodą Tomatisa. Szkolenia zostały przeprowadzone dla 2 grup 100-osobowych. Cały cykl szko-

leń składał się z pierwszego etapu trwającego 5 dni oraz drugiego trwającego 3 dni.

Pierwszy etap szkoleń obejmował wykłady oraz zajęcia praktyczne z zakresu obsługi urządzeń do prowadzenia diagnostyki i terapii Metodą Tomatisa.

Podczas pierwszego etapu szkolenia zaprezentowano wykłady poświęcone założeniom Metody Tomatisa, podstawom fizjologicznym, procedurze diagnostycznej, zasadom prowadzenia terapii tą Metodą oraz stosowanemu materiałowi dźwiękowemu, interpretacji testu uwagi słuchowej i lateralizacji słuchowej oraz podstawom programowania w Metodzie Tomatisa. Wykłady prowadzone były przez specjalistów z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu – dr n. hum. Marka Kurkowskiego i dr Joannę Ratyńską, a także przez przedstawicieli z Instytutu Tomatisa w Hamburgu – dyrektora Instytutu Joachima Kunze i pana Olafa Heiduka.

W tym etapie szkolenia prowadzone były zajęcia praktyczne z zakresu wykonywania testów uwagi słuchowej i lateralizacji słuchowej oraz obsługi urządzenia do terapii



Dr Joanna Ratyńska podczas wykładu

Metodą Tomatisa (tzw. elektro-nicznego ucha). Zajęcia odbywały się jednocześnie w dwóch 50-osobowych grupach, które następnie wymieniały się. Zajęcia z zakresu diagnostyki prowadzone były na 16 stanowiskach natomiast zajęcia z zakresu terapii na 7 stanowiskach.

Zajęcia praktyczne z zakresu diagnostyki rozpoczęły się od pokazu prowadzenia testu uwagi słuchowej i lateralizacji słuchowej przeprowadzonego przez dr M. Kurkowskiego. Pokaz przeprowadzono z użyciem kamery cyfrowej, z objaśnieniem poszczególnych etapów wykonywania testu. Następnie, po zapoznaniu się z procedurą przeprowadzania testu, uczestnicy mieli możliwość wykonywania badań samodzielnie.



Joachim Kunze prezentuje przykładowe testy uwagi słuchowej

Dzięki uprzejmości Tomatis Development



Zajęcia praktyczne z zakresu terapii prowadzone były na 7 stanowiskach. Pierwszy dzień zajęć poświęcony był ogólnemu zapoznaniu się z urządzeniem do terapii (tzw. elektronicznym uchem). Stanowiska podzielono na trzy grupy tematyczne, w których omawiano różne zagadnienia związane ze stosowaniem urządzenia. W pierwszej grupie omawiano budowę urządzenia, okablowanie i podstawowe zasady działania. W dwóch kolejnych grupach prowadzono pokazy z użyciem rzutników LCD. Pierwszy pokaz obejmował uruchamianie programu do terapii, logowanie i obsługę programu komputerowego Audia. Drugi pokaz obejmował ustawianie parametrów dokonywane podczas prowadzenia terapii. Uczestnicy mieli również możliwość słuchania materiału dźwiękowego stosowanego podczas terapii oraz przeprowadzenia samodzielnie krótkiej sesji terapeutycznej.

Zajęcia praktyczne z zakresu terapii prowadzone były przez specjalistów z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz przez panią Anne Sophie Blin z Tomatis Development w Luksemburgu oraz pana Olafa Heiduka z Instytutu Tomatisa w Hamburgu.

Pierwszy etap szkolenia zakończył się krótkim testem podsumującym.

Drugi etap szkolenia obejmował zarówno część teoretyczną, jak i praktyczną, z większym na-

ciskiem położonym na zajęcia praktyczne przygotowujące do samodzielnej pracy Metodą Tomatisa. Rozpoczął się podsumowaniem testu przeprowadzonego na zakończenie pierwszego etapu.

Wykłady w drugiej części szkolenia obejmowały następujące zagadnienia: Metoda Tomatisa a audiologia (omówiono w nim znaczenie patologii narządu

**dr n. hum. Marek Kurkowski,**  
**dr Joanna Ratyńska,**  
**dr med. Agata Szkielkowska**  
są członkami

*International Association  
of Registered Certified Tomatis  
Consultants (IARCTC)*

– Międzynarodowego  
Stowarzyszenia skupiającego  
Certyfikowanych Konsultantów  
Metody Tomatisa

słuchu w terapii tą Metodą), centralne zaburzenia słuchu oraz prezentacja przypadków klinicznych.

Wykłady prowadzone były przez specjalistów z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu – dr n. hum. Marka Kurkowskiego, dr med. Andrzeja Senderskiego, dr Joannę Ratyńską. Wykład pani Mirjam

Bertschinger poprowadzony był w formie dyskusji „okrągłego stołu”, w którym wzięli ponadto udział dr M. Kurkowski, Olaf Heiduk oraz dr Joanna Ratyńska. M. Bertschinger omówiła przypadki kliniczne oraz organizację pracy Metodą Tomatisa w szkole. Mirjam Bertschinger



Zajęcia praktyczne z diagnostyki prowadzi dr Marek Kurkowski

jest terapeutą Metody Tomatisa, pracuje w zespole szkół, do których uczęszczają dzieci i młodzież specjalnej troski. Każdy z uczestników „okrągłego stołu” omawiał specyficzne zagadnienia związane z prezentowanymi przypadkami klinicznymi (ogólna prezentacja przypadku, wnioski wpływające z testu uwagi słuchowej i lateralizacji słuchowej, zastosowany program terapii, aspekty medyczne prezentowanego przypadku). W części teoretycznej tego etapu również zostały omówione zasady korzystania z platformy e-learningowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, za pośrednictwem której istnieje możliwość kontaktu ze specjalistami z Instytutu. Przedstawione zostały także zasady korzystania z programu służącego do wprowadzania danych w formie elektronicznej, który umożliwi elektroniczne przesyłanie wyników badań do Instytutu oraz nadzór merytoryczny.

Zajęcia praktyczne odbyły się w trzech grupach: zajęcia z diagnostyki i terapii oraz dodatkowo zajęcia z interpretacji przypadków klinicznych. W części diagnostycznej i terapeutycznej uczestnicy mieli możliwość samodzielnej pracy z urządzeniami pod nadzorem osób szkolących. Na zajęciach z terapii większy nacisk położono na umiejętność ustawiania parametrów terapii, które znajdują się w gotowych programach terapeutycznych.



Zajęcia praktyczne z terapii prowadzi Olaf Heiduk

tycznych opracowanych specjalnie na potrzeby szkolenia przez Joachima Kunze. Podczas zajęć z diagnostyki uczestnicy kursu wykonywali samodzielnie testy uwagi słuchowej i lateralizacji słuchowej pod nadzorem osób szkolących.

Nowym elementem w tej części szkolenia były zajęcia praktyczne z zakresu interpretacji testu uwagi słuchowej i programowania prowadzone przez dr. Marka Kurkowskiego oraz Olafa Heiduka. Na wstępie przypomniane zostały zasady interpretacji testu uwagi słuchowej. W kolejnych częściach omawia-



Zajęcia praktyczne – nauka obsługi „elektronicznego ucha”

no konkretne przypadki kliniczne z aktywnym udziałem uczestników, którzy proszeni byli o dokonywanie samodzielnej interpretacji testu oraz wyboru właściwego pro-

gramu terapii dla danego przypadku.

Szkolenia zakończyły się specjalną sesją podsumowującą, podczas której wyjaśniano wątpliwości i odpowiadano na pytania, uczestnicy szkolenia otrzymali certyfikaty uczestnictwa.

Uczestnicy otrzymali również na płytach CD program napisany specjalnie dla celów szkolenia. W programie tym zapisywane są

dane dotyczące wywiadu, postępów klinicznych w trakcie terapii oraz zastosowanego programu terapeutycznego. W razie jakichkolwiek wątpliwości w trakcie prowadzenia diagnostyki i terapii uczestnicy mogą przysłać dane na uruchomiony w tym celu adres e-mailowy [tomatis@ichs.pl](mailto:tomatis@ichs.pl), uzyskując np. pomoc przy

doborze odpowiedniego programu terapii w danym przypadku klinicznym. Dużym ułatwieniem dla osób przeszkolonych są gotowe programy terapeutyczne przygotowane



Uczestnicy na sali obrad

specjalnie dla uczestników przez Joachima Kunze.

Dla uczestników szkolenia uruchomiono forum dyskusyjne na platformie e-learningowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, gdzie uczestnicy mają możliwość dyskusji lub czatu internetowego ze specjalistami z Instytutu.

Uczestnicy kursu już w trakcie prowadzenia szkoleń zwracali się z licznymi prośbami o zorganizowanie dalszych szkoleń, zarówno doskonalących dla osób już przeszkolonych, jak również szkoleń podstawowych dla nowych osób, które chciałyby pracować Metodą Tomatisa.

**dr Joanna Ratyńska**

Klinika Foniatrii  
Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu







## To urządzenie podbije świat

Audiometr przesiewowy Kuba Mikro AS – urządzenie do badania słuchu jest małe, lekkie, proste w obsłudze i mieści się w kieszeni. Otrzymało złoty medal na Światowym Salonie Wynalazczości w Brukseli. Urządzenie zostało opracowane przez specjalistów z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu i Instytutu Systemów Sterowania w Chorzowie. Audiometr może być z powodzeniem wykorzystywany przez lekarzy pierwszego kontaktu, pediatrów, lekarzy rodzinnych. Dzięki niemu pacjent nie będzie musiał oczekiwać w kolejce do specjalisty na wstępne badania.

Super Express, 30-11-2005

## Telemedycyna – dziś i jutro

Zastosowanie technologii informatycznych poprawia jakość usług medycznych w Polsce oraz dostęp do wiedzy w ramach kształcenia ustawicznego lekarzy. Przed wdrożeniem i rozwojem e-learningu w nauczaniu medycyny w Polsce stoją duże możliwości. Szeroka oferta internetowych kursów multimedialnych powinna być skierowana do lekarzy, którzy mają obowiązek ciąglego doskonalenia zawodowego. Podstawową zaletą tej formy kształcenia jest dogodny dostęp do wiedzy „o każdej porze i z każdego miejsca”, co ma istotne znaczenie w przypadku osób pracujących, które nie zawsze mogą uczestniczyć w szkoleniach stacjonarnych organizowanych w odległych placówkach.

Konsyliarz, 11/2005

## Godzina ciszy dziennie

Hałas, to jedno z najpoważniejszych zagrożeń cywilizacyjnych. Może prowadzić do zaburzeń układu krążenia, trawienia, a przede wszystkim do utraty słuchu. Najczęściej wydaje się nam, że nadmierny hałas dotyka jedynie pracowników wielkich zakładów przemysłowych, drogowców, wszystkich tych którzy pracują w szczególnie trudnych warunkach. W rzeczywistości jednak narażeni na uboczne skutki hałasu są mieszkańcy dużych aglomeracji, miłośnicy głośnego słuchania muzyki przez słuchawki oraz uczniowie. Pierwszym niepokojącym objawem jest szum w uszach, który ustępuje po kilku, kilkunastu minutach. Warto już wtedy odwiedzić lekarza – radzi prof. Henryk Skarżyński.

Gość Niedzielny, 04-12-2005

# Telemedycyna dziś i jutro

Zastosowanie technologii informatycznych poprawia jakość usług medycznych w Polsce oraz dostęp do wiedzy w ramach kształcenia ustawicznego lekarzy.

prof. Henryk Skarżyński

Indrzej Gryż...

Czy szum może uszkodzić słuch?

Dlaczego są tak bardzo bolesne?

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

Wzrost poziomu...

# Godziny

## Dekada unikalnej instytucji medycznej

Ponad dziesięć lat działa zespół Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, skupiający specjalistów z różnych dziedzin medycyny, rehabilitacji, inżynierii biomedycznej. Może on poszczycić się wieloma nowatorskimi osiągnięciami naukowymi i organizacyjnymi. Początkiem jego historii było przeprowadzenie pierwszej w Polsce i w Europie Środkowowschodniej operacji przywrócenia słuchu osobie całkowicie niesłyszącej.

Solidna Firma, 12-2005

## Co ci szumi w uszach?

Dzwonienie, pisk, szum. Monotonne niesłyszalne dla innych dźwięki. W większości przypadków ta dolegliwość szybko mija. Są jednak ludzie skazani na dzwonienie w uszach przez całą dobę. Na szczęście jest już sposób na to, by częściowo pozbyć się tych uciążliwych szumów usznych. Dziś lekarze dysponują wieloma metodami terapii. Choć żadna z nich nie jest w 100 procentach skuteczna, przynoszą one znaczną ulgę większości pacjentom. Bardzo ważnym elementem decydującym o wyborze konkretnej formy terapii jest ustalenie charakteru szumu i zlokalizowanie miejsca, w którym powstaje.

Vita, 01-2006

## Sto najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia w 2005 roku

Już czwarty rok z rzędu 10 ekspertów typowało stu najbardziej wpływowych osób w polskiej służbie zdrowia. Tradycyjnie wybierali z grupy ponad 300 kandydatów, zaproponowanych im przez dziennikarzy Pulsu Medycyny. Każdy ekspert mógł też zgłosić dodatkowo swoich kandydatów. W tym roku eksperci zdecydowali, że w 2005 roku największy wpływ na sytuację w ochronie zdrowia w Polsce miał prof. Zbigniew Religa. W setce najbardziej wpływowych osób (od trzech lat) w ochronie zdrowia znalazł się też prof. Henryk Skarżyński, który zasłynął z wielu spektakularnych, przełomowych dla otolaryngologii zabiegów chirurgicznych oraz szerokiej działalności naukowej.

Puls Medycyny, 11/24-01-2006

oprac. mgr Renata Korneluk

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu



Wieloletni młodych ludzi zdaje sobie sprawę, że dysfunkcja słuchu może być przyczyną trudności w nauce i w życiu społecznym.

**W uszach bardzo często można się pozbyć terapię trzeba zacząć jak najwcześniej.**  
Jednak najbardziej skuteczną metodą jest terapia...  
Wieloletni młodych ludzi zdaje sobie sprawę, że dysfunkcja słuchu może być przyczyną trudności w nauce i w życiu społecznym.

**DEKADA UNIKALNEJ INSTYTUCJI MEDYCZNEJ**  
Ponad dziesięć lat działa zespół Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, skupiający specjalistów z różnych dziedzin medycyny, rehabilitacji, inżynierii biomedycznej. Może on poszczycić się wieloma nowatorskimi osiągnięciami naukowymi i organizacyjnymi. Początkiem jego historii było przeprowadzenie pierwszej w Polsce i w Europie Środkowowschodniej operacji przywrócenia słuchu osobie całkowicie niesłyszącej.

### POLSKIEGO SPRZĘTU DO BADANIA SŁUCHU

# arat podbija świat

**Kuba szybko przebada słuch**  
Wieloletni młodych ludzi zdaje sobie sprawę, że dysfunkcja słuchu może być przyczyną trudności w nauce i w życiu społecznym.



# Konsyliarz Roku 2005



*W dniu 11 stycznia br. w Domu Polonii w Warszawie odbyła się uroczystość przyznania tytułu KONSYLIARZA ROKU 2005. Magazyn Lekarzy KONSYLIARZ przyznaje lekarzom, którzy w minionym roku zdobyli szczególne uznanie redakcji, wyróżnili się aktywnością i osiągnięciami, honorowy tytuł – KONSYLIARZA ROKU.*

*Profesor Henryk Skarżyński – dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, kierownik Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach otrzymał tytuł KONSYLIARZA ROKU za udowodnienie, że w polskich warunkach możliwe jest stworzenie ośrodka klinicznego wyznaczającego najwyższe światowe standardy w dziedzinie technik implantacyjnych.*



## Pozostali Laureaci tytułu KONSYLIARZA ROKU 2005

**Profesor Andrzej Danysz** – założyciel Zakładu i Katedry Farmakologii AM w Białymstoku, wieloletni kierownik Instytutu Leków, przewodniczący Koła Lekarzy i Medyków Powstania Warszawskiego otrzymał tytuł KONSYLIARZA ROKU w podziękowaniu za starania, jakich dokłada, by pamięć o lekarzach, pielęgniarzach i sanitariuszkach Powstania Warszawskiego nigdy nie odeszła – by idee, którym byli wierni inspirowały nie tylko kolejne pokolenia lekarzy, ale także wszystkich Polaków.

**Profesor Anita Olejek** – kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Położnictwa i Ginekologii ŚLAM w Bytomiu otrzymała tytuł KONSYLIARZA ROKU jako wyraz uznania za poświęcenie i walkę o dobro każdej pacjentki, stworzenie profesjonalnego i zaangażowanego zespołu, działalność charytatywną oraz twórczą pracę badawczą.

**Profesor Zbigniew Religa** – Minister Zdrowia, wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii w Zabrze oraz dyrektor Instytutu Kardiologii w Warszawie otrzymał tytuł KONSYLIARZA ROKU wraz z gratulacjami za odwagę i konsekwencję w działaniach na rzecz przebudowy systemu ochrony zdrowia i poprawy warunków pracy lekarzy i pielęgniarzek.

**Profesor Andrzej Szczeklik** – kierownik II Katedry Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UJ w Krakowie otrzymał tytuł KONSYLIARZA ROKU w uznaniu za humanistyczne, iście renesansowe podejście do zawodu, mistrzowskie łączenie fachowości i sztuki, wprowadzenie medycyny do Piwnicy pod Baranami.

oprac. mgr **Renata Korneluk**

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

10 lat

## Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

W dniu 26 stycznia 2006 roku w Filharmonii Narodowej odbyło się uroczyste spotkanie z okazji 10-lecia powołania Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Wzięło w nim udział około 700 osób, wśród których byli przedstawiciele środowisk naukowych, medycznych, politycznych, świata biznesu oraz pacjenci, przyjaciele, sympatycy i pracownicy Instytutu.

Wśród znamienitych gości, którzy swoją obecnością uświetnili uroczystość w Filharmonii, były uznane autorytety i osobistości, m.in. marszałkowie Sejmu i Senatu – prof. Wiesław Chrzanowski, prof. Longin Pastusiak, dr Józef Oleksy, premier Jan Krzysztof Bielecki. Swoją obecnością zaszczytili nas również obecni i byli ministrowie różnych resortów oraz kierownicy, prezesi urzędów centralnych: prof. Zbigniew Religa, Marek Balicki, prof. Michał Kleiber, Jarosław Pinkas, Ryszard Kalisz, Krzysztof Szamałek, Leszek Juchniewicz, Joanna Staręga-Piasek, Jerzy Miller oraz przedstawiciele Kancelarii Prezydenta i Premiera RP.

W uroczystości wzięła udział nasz Wielki Przyjaciel Jego Ekscelencja Ks. Biskup Alojzy Orszulik. W gronie gości znaleźli się przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji i Nauki, Ministerstwa Gospodarki, PFRON-u, Polskiej Akademii Nauk, uczelni wyższych, instytutów resortowych i jednostek badawczo-rozwojowych, szpitali oraz konsultanci krajowi i kierownicy klinik otolaryngologicznych z Polski. Przedłużające się tego dnia obrady Parlamentu uniemożliwiły udział w uroczystości, m.in. Marszałka Sejmu i Senatu Marka Jurka i Bogdana Borusewicza oraz innych posłów i senatorów – Wojciecha Olejniczaka, Andrzeja Wojtyły, Bolesława Piechy i Anny Gręziak.

W części oficjalnej uroczystości, którą poprowadziła Agata Młynarska, prof. Henryk Skarżyński przedstawił zgromadzonym gościom najistotniejsze wydarzenia dziesięcioletniej działalności naukowej, klinicznej i szkoleniowej Instytutu, jego osiągnięcia oraz dalsze kierunki rozwoju. Następnie odbyła się ceremonia wręczenia 14 odznaczeń państwowych oraz 26 odznaczeń resortowych – Ministerstwa Zdrowia „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia” dla zasłużonych pracowników Instytutu.

Prof. Henryk Skarżyński otrzymał Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski, a Jerzy Mazur Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski. Złoty Krzyż Zasługi otrzymała jedna osoba, srebrne – 9 osób, a brązowe – 2 osoby. Odznaczenia wręczał prof. Zbigniew Religa – Minister Zdrowia oraz Cezary Pomarański – wojewoda Mazowiecki.

Prof. Zbigniew Religa gorąco podziękował prof. Henrykowi Skarżyńskiemu i jego zespołowi za 10 lat pracy, podkreślając, iż osiągnięcia naukowe i kliniczne Instytutu mogą być powodem dumy i wzo-rem dla całej polskiej służby zdrowia.

Przemówienia okolicznościowe wygłosili również: prof. David McPherson z USA – przewodniczący Międzynarodowej Rady Naukowej Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy, prof. George Tavartkiladze z Moskwy – przewodniczący Światowej Organizacji *Collegium Oto-Rhino-Laryngologicum Amicitiae Sacrum*, prof. Witold Szyfter – przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi oraz prof. Wiesław Sułkowski – prezes Zarządu Sekcji Audiologicznej PTOChGiSz, który wręczył prof. Henrykowi Skarżyńskiemu honorowy dyplom Sekcji Audiologicznej. Janusz Cieślak z Polskiego Klubu Biznesu oraz prof. Longin Pastusiak z Akademii Polskiego Sukcesu wręczyli prof. H. Skarżyńskiemu złoty medal Akademii Polskiego Sukcesu dla Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.

Pierwszą część uroczystości zakończył koncert fortepianowy Małgorzaty Strycharz, pacjentki Instytutu, która po wszczępieniu implantu ślimakowego ukończyła studia medyczne, obroniła doktorat, a obecnie jest pracownikiem naukowym Akademii Medycznej w Lublinie.

Część artystyczną znakomicie poprowadził Waldemar Malicki. W koncercie wystąpili artyści – nasi „Przyjaciele po Wsze Czasy”, m.in. siostry Sokołowskie Julita, Paula i Katarzyna, Ryszard Rynkowski, Maciej Miecznikowski i Krzysztof Kiljański, a towarzyszyła im Orkiestra Mazowieckiego Teatru Muzycznego pod dyrekcją Jerzego Koska – dyrektora Filharmonii Rzeszowskiej.



## Odznaczeni pracownicy Instytutu

### Odznaczenia państwowe

Henryk Skarżyński  
Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski

Jerzy Mazur  
Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski

Joanna Szuchnik  
Złoty Krzyż Zasługi

Grażyna Bartnik  
Srebrny Krzyż Zasługi

Jadwiga Bruska  
Srebrny Krzyż Zasługi

Anna Geremek  
Srebrny Krzyż Zasługi

Andrzej Graniewski  
Srebrny Krzyż Zasługi

Krzysztof Kochanek  
Srebrny Krzyż Zasługi

Małgorzata Mueller-Malesińska  
Srebrny Krzyż Zasługi

Agata Szkiełkowska  
Srebrny Krzyż Zasługi

Małgorzata Wiśniowska  
Srebrny Krzyż Zasługi

Joanna Zagrodzka  
Srebrny Krzyż Zasługi

Małgorzata Chlewicka  
Brązowy Krzyż Zasługi

Andrzej Herszorn  
Brązowy Krzyż Zasługi

### Odznaczenia resortowe

„Za zasługi dla ochrony zdrowia”

Anna Ciszek, Beata Borawska, Barbara Budzik, Grażyna Chojniarz, Witold Cieśla, Anna Fabijańska, Renata Korneluk, Artur Lorens, Elwira Ludwikowska, Renata Markowska, Paulina Młotkowska-Klimek, Maciej Mrówka, Katarzyna Olszewska, Anna Piotrowska, Danuta Raj-Koziak, Joanna Ratyńska, Andrzej Senderski, Jolanta Serafin-Józwiak, Piotr Soplński, Lech Śliwa, Grażyna Tacikowska, Grażyna Wachowska, Renata Walkowiak, Grzegorz Wiśniewski, Krzysztof Zawadka, Zofia Żaczek

# Kamienie milowe powstania Instytutu

### Zacząło się... od pionierskich operacji

W dniach 16 i 17 lipca 1992 r. prof. Henryk Skarżyński przeprowadził w Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie pierwsze w Polsce operacje leczenia całkowitej głuchoty. Z tej okazji odbyła się konferencja prasowa z udziałem ówczesnego Ministra Zdrowia – Andrzeja Wojtyły. Wszczepienie implantu ślimakowego i przywrócenie osoby dorosłej, a następnie dziecka do świata dźwięku dało ogromny, nieoczekiwany i niekwestionowany impuls do rozwoju na szeroką skalę nowoczesnych metod diagnozowania, leczenia i rehabilitacji osób z różnymi uszkodzeniami słuchu w Polsce. Był to silny bodziec do rozwoju otolaryngologii, a szczególnie otochirurgii, audiologii i foniatry. Wyrazem tego jest ogromna liczba publikacji, referatów, różnego rodzaju spotkań naukowych poświęconych tej tematyce w ostatnim dziesięcioleciu. Wyrazem tego jest również liczba specjalistycznych ośrodków, prywatnych praktyk, firm protetycznych i innych oraz organizacji pozarządowych, które wspierały ten sektor usług medycznych. Wyrazem rozwoju potrzeb społecznych w tym zakresie były dynamiczne zmiany, jakie zachodziły z udziałem osób, które tworzyły podstawy do powołania nowej, publicznej jednostki medycznej.

### Ośrodek „Cochlear Center”

Już po kilku miesiącach od pierwszej operacji leczenia głuchoty skala zgłoszeń, liczba oczekujących pacjentów z różnymi problemami dotyczącymi słuchu – uświadomiła nam konieczność powołania nowej, pierwszej tego typu w Polsce i drugiej w Europie, po Hanowerze, placówki zajmującej się kompleksowo różnorodnymi problemami osób z wadami słuchu. Powołanie Ośrodka Diagnostyczno-Leczniczno-Rehabilitacyjnego dla Osób Niestyszących i Niedosłyszących „Cochlear Center” poprzedziło powstanie – z inicjatywy naszego zespołu oraz rodziców dzieci niesłyszących nowej organizacji pozarządowej – Stowarzyszenia Przyjaciół Osób Niestyszących i Niedosłyszących „Człowiek-Człowiekowi”. Inicjatywa Fundacji oraz Stowarzyszenia była podstawą do formalnego powołania Ośrodka „Cochlear Center” w lipcu 1993 roku oraz podpisania stosownej umowy z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej, zapewniającej publiczny charakter działania tej placówki.

Każdy krok nowo podejmowanej działalności to było kolejne wyzwanie, kolejne łamanie barier, stereotypów. Wszystkiemu, co się działo, towarzyszyło duże zainteresowanie mediów. Mieliliśmy też życzliwość oraz moralne wsparcie wielu ludzi dobrej woli,

polityków, hierarchów kościelnych, autorytetów, intelektualistów.

Wraz z podjęciem działalności klinicznej na szeroką skalę rozpoczęto prowadzenie działalności naukowej i dydaktycznej. Zespół Ośrodka organizował comiesięczne posiedzenia szkoleniowo-naukowe, kursy z zakresu audiologii, otolaryngologii i rehabilitacji. Najważniejszym programem była wczesna diagnostyka wad słuchu u noworodków zainicjowana przez doc. Marię Góralównę. Było to pierwsze tego typu działanie w Polsce i jedno z nielicznych w tym zakresie w ówczesnym świecie.

We wrześniu 1993 r. została zorganizowana w Serocku I Międzynarodowa Konferencja Naukowa poświęcona problemom diagnostyki, leczenia i rehabilitacji wad słuchu, która zgromadziła kilkudziesięciosobową grupę gości z kilkunastu krajów świata i po raz pierwszy – w opiniach uczestników – stała się forum dyskusyjnym lekarzy, psychologów, logopedów i pedagogów polskich na tematy dotyczące uszkodzeń słuchu, głosu i mowy. Kolejne lata działalności Ośrodka „Cochlear Center” to niezwykle aktywna działalność:

- kliniczna
- naukowa
- organizacyjna.

## **Powołanie Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu**

Po ponad 3 i pół letniej działalności Ośrodka, w uznaniu jego osiągnięć naukowo-badawczych, wdrożeniowych, dydaktycznych i organizacyjnych, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Finansów i Przewodniczącym Komitetu Badań Naukowych zdecydował o powołaniu nowej jednostki badawczo-rozwojowej – Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Stało się to w dniu 9 stycznia 1996 roku. W wyniku ogłoszonego przez Ministra Zdrowia konkursu, pierwszym dyrektorem Instytutu został prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński. Powstały pierwsze zespoły kliniczne i działy organizacyjne Instytutu: Klinika Chorób Uszu, Klinika Szumów Usznych, Klinika Audiologii, Klinika Zaburzeń Głosu i Mowy – przekształcona następnie w Klinikę Foniatrii, Klinika Rehabilitacji, Przychodnia Specjalistyczna, Biuro Współpracy Naukowej z Zagranicą, Dział Wydawnictw i Informacji Naukowej oraz Zakład Naukowo-Wdrożeniowy Techniki Medycznej i Akustyki.

Powołanie Instytutu stworzyło szansę dla dalszego dynamicznego rozwijania działalności przez poszczególnych jego pracowników oraz tworzenia kolejnych zespołów naukowych, dydaktycznych i organizacyjnych. Przyczyniło się to do opracowania lub wdrożenia wielu oryginalnych rozwiązań w codziennej praktyce

klinicznej. Ich zasięg, charakter, a przede wszystkim skutki stanowiły o kolejnych etapach postępu w nauce i medycynie polskiej w tym obszarze publicznej służby zdrowia. Niewątpliwie do największych osiągnięć należy zaliczyć zakończenie w 1998 roku wieloosrodkowego programu badawczego, realizowanego na zamówienie Ministra Zdrowia, który polegał na opracowaniu powszechnego programu wykrywania uszkodzeń słuchu u noworodków w Polsce. Przyczynił się on nie tylko do praktycznego wdrożenia tego wielkiego przedsięwzięcia w ponad 70 placówkach medycznych w naszym kraju, lecz był również niezwykle liczącym się polskim wkładem w Konsensus Europejski zawarty odnośnie tego zagadnienia w 1998 roku w Mediolanie. Była to też okazja do pokazania na arenie międzynarodowej wielu naszych polskich dokonań i możliwości. Był to obraz postępu, jaki miał miejsce w naszym Instytucie, ale również i w Polsce. Postępu, który tę część medycyny ustawiał na arenie międzynarodowej na wysokiej, często przodującej pozycji.

Kolejnym ważnym programem naukowym, klinicznym i organizacyjnym było przeprowadzenie przez nas we współpracy z naukowcami z Austrii i Niemiec pierwszej w Polsce operacji usunięcia zmian nowotworowych i wszczepienia implantu do pnia mózgu. Byliśmy wtedy czwartym krajem na świecie, w którym wykonano tego typu operację.

Stała współpraca międzynarodowa to wiele spotkań, następne programy, wdrożenia i rozwiązania służące postępowi w tym obszarze medycyny. Kolejnym przykładem było wdrożenie najnowszych rozwiązań w zakresie operacyjnego leczenia wad wrodzonych ucha zewnętrznego we współpracy z belgijskimi kolegami z Antwerpii. Ten nowoczesny program kliniczny pozwolił na skuteczną, dwuetapową rekonstrukcję niewykształconego ucha zewnętrznego. Wśród innych programów można wymienić efektywne leczenie zawrotów głowy we współpracy z naukowcami ze Szwecji oraz wczesne wykrywanie wad słuchu u noworodków z przyjaciółmi z Wielkiej Brytanii oraz USA.

Na przestrzeni 10 lat działalności Instytutu poszczególne jego zespoły były autorami wielu dokonań. Jednym z największych programów klinicznych było podjęcie zakrojonej na szeroką skalę rehabilitacji pacjentów z szumami usznymi. Przykładem innego programu jest wdrożenie przez zespół Kliniki Foniatrii nowych możliwości diagnostycznych w zakresie foniatrii, a zwłaszcza upowszechnienie w Polsce przez jej zespół tzw. Metody Tomatisa. Niezwykle ważnym obszarem działalności, realizowanym wspólnie z Katedrą Pediatrii Akademii Medycznej i Zakładem Medycyny Sądowej w Warszawie, było podjęcie badań genetycznych w celu wczesnego wykrywania wrodzonych zaburzeń słuchu.



Ważnym zagadnieniem realizowanym przez grono pracowników Kliniki rehabilitacji było opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji zwłaszcza pacjentów wcześniej zaopatrzonych w aparaty słuchowe, jak i przywracanych do świata dźwięku po operacjach wszczepienia implantu ślimakowego lub implantu do pnia mózgu. Były to pierwsze kompleksowe opracowania sposobów rehabilitacji dzieci i dorosłych w języku polskim.

W ramach swojej działalności Instytut ogromną wagę przywiązywał do rozwoju programu dydaktycznego. Szczególnego wymiaru nabrało to, gdy uruchomiono nowoczesne zaplecze, unikalne systemy przekazu oraz nowoczesną platformę LMS do szkolenia za pośrednictwem internetu.

## Pozycja Instytutu

Jednym z podstawowych przedsięwzięć naukowych i klinicznych, które mają wpływ na rozwój działalności i możliwości Instytutu, są świadczone usługi medyczne. Jakość i ilość realizowanych procedur odzwierciedla faktyczną pozycję Instytutu w nauce i medycynie polskiej oraz na arenie międzynarodowej.

Pozycja medyczna to rodzaj i zakres usług medycznych. W pierwszych latach działalności Instytutu udzielaliśmy kilka – do kilkunastu tysięcy porad. W ostatnim okresie udzieliliśmy ponad 150 tysięcy porad w lecznictwie otwartym rocznie. W 1997 roku rozpoczynaliśmy działalność w zakresie hospitalizacji i zabiegów operacyjnych od samego początku, a po 10-ciu latach – w roku jubileuszowym uzyskaliśmy ponad 11 tysięcy pacjentów hospitalizowanych i blisko 6,5 tysiąca operowanych. Oznacza to, że wykonujemy dwu- lub trzykrotnie więcej operacji poprawiających słuch niż największe ośrodki europejskie i amerykańskie. Wielka liczba pacjentów hospitalizowanych i zoperowanych pokazuje zakres możliwości naukowych i klinicznych, jakimi dysponuje Instytut. W praktyce oznaczało to opracowanie i wdrożenie kilkudziesięciu oryginalnych rozwiązań operacyjnych, zebranie ogromnego materiału klinicznego, przedstawienie znacznej liczby opracowań naukowych, wdrożenie nowych w Polsce programów takich jak: pierwsze zastosowanie aparatów wszczepialnych do ucha zewnętrznego typu RetroX, upowszechnienie i nowe zastosowania w Polsce aparatów wszczepialnych na przewodnictwo kostne typu BAHA, pierwsze w kraju zastosowanie implantów do ucha środkowego, pierwsze zastosowanie materiałów alloplastycznych – jonomerów szklanych do rekonstrukcji ucha środkowego.

Niewątpliwie największym osiągnięciem naukowym i klinicznym było opracowanie i wdrożenie

po raz pierwszy w świecie metody leczenia częściowej głuchoty u dorosłych w 2002 roku oraz u dzieci w 2004 roku. To osiągnięcie odzwierciedla poziom i możliwości naukowe zespołu Instytutu na arenie światowej. Wprowadzenie tej nowej metody leczenia pokazuje możliwości bezpiecznej ingerencji w ucho wewnętrzne oraz efektywność łączonej stymulacji elektrycznej i akustycznej w tym samym uchu, dającej możliwość rozumienia mowy w blisko 100%. Nierozzerwalnemu postępowi w zakresie otocirurgii towarzyszą możliwości diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne. O ile pierwsza operacja wszczepienia implantu ślimakowego w Polsce była wielkim impulsem i szansą na rozwój, to wszczepienie ponad 1000 implantów wprowadziło Instytut – na jubileusz 10-lecia istnienia – do elitarnego klubu kilku jednostek, które dokonały tego w świecie.

O systematycznym wzroście, znaczeniu i roli Instytutu w nauce i medycynie polskiej, w czasach wprowadzania kolejnych reform służby zdrowia decydowała ilość i jakość świadczonych usług medycznych. Należy w tym miejscu podkreślić, że kolejne etapy wchodzenia Kas Chorych, Narodowego Funduszu Zdrowia pokazywały zapotrzebowanie społeczne w tym obszarze służby zdrowia. Było to jakościowe i ilościowe zmaganie się tej jednostki, jak i wszystkich innych z aspektami rynkowej gospodarki, która nie omija medycyny. System promes i lawinowy napływ chorych z całego kraju faktycznie odzwierciedla jakość i poziom usług odebranych przez pacjentów, czyli samych zainteresowanych.

## Własna siedziba

Drugą prawdziwą miarą rozwoju Instytutu był stały postęp w tworzeniu bazy klinicznej, naukowej i dydaktycznej, siedziby Instytutu – Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy, oddanego do eksploatacji w maju 2003 roku. Obecna baza Instytutu, która ma niewiele podobnej jakości odpowiedników w skali światowej, jest fundamentalną ilustracją tego, co udało się zrealizować w ciągu 10 lat istnienia Instytutu. Jest wielkim dorobkiem organizacyjnym dopełnionym przez ośrodki filialne w Radomiu, Ostrołęce, Siedlcach, Krakowie, Bielsku-Białej, Katowicach oraz w tworzonym aktualnie zapleczu rehabilitacyjnym w Łebie.

Dekada ta to krótka historia dla nauki polskiej, a jednocześnie czas, w którym podejmował i realizował kolejne wyzwania prawie każdy z zespołu Instytutu. To nie jest pełny obraz dokonań. Ten jest mierzony liczbą wyleczonych dzieci i dorosłych, którzy skorzystali z naszej pomocy.



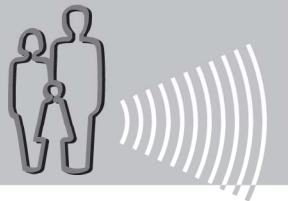


ft. Rafał Lانسzek

ft. Rafał Lانسzek

ft. Rafał Lانسzek





*Drodzy Rodzice! Drodzy Czytelnicy!*

*Witamy w Nowym Roku 2006, kolejnym, który nadszedł w życiu każdego z nas, z życzeniami, by był on naprawdę dobry, szczęśliwy i pełen budujących pozytywnych doświadczeń w życiu Państwa, jak i Państwa rodzin.*

*Dzisiejsze rozważania poświęcamy zagadnieniu jakości życia.*

*Coraz częściej mówi się w obrębie tzw. psychologii pozytywnej o tym, od czego zależy jakość życia człowieka i co o niej decyduje, a z pewnością nie są to proste zależności. Doskonale wiemy, że jeśli przykładowo natura obdarzyła kogoś urodą czy los fortuną, to wcale nie znaczy, że osoba ta przeżywa swoje życie z satysfakcją.*

*Jak to jest w Państwa doświadczeniu? Jak spostrzegają Państwo jakość swojego życia? Czy w Państwa wyobrazeniach jest ona inna w związku z tym, że córka czy syn ma głęboki niedosłuch lub inne problemy rozwojowe? Jedna z matek powiedziała: „Jesteśmy wdzięczni losowi, bo Monika (niesłysząca) była i jest wciąż dla nas wyzwaniem i ukierunkowuje nasze życie”. Wielu rodziców mówi, że zmienili swoje patrzenie na życie, problemy własne i innych ludzi, a stało się tak w związku z głuchotą ich córki czy syna. Są tacy, którzy mimo upływu wielu lat, nie pogodzili się z faktem, że ich dziecko jest głuche, i inne po prostu nie będzie, cierpią, buntują się, świadomi tego lub nie, nie do końca zdając sobie sprawę, że w takiej sytuacji ucierpi nie tylko ich zadowolenie z życia, lecz ograniczeniu ulegają też ich emocjonalne możliwości dania dziecku miłości, troski i radości.*

Autorki

## **W trosce o jakość życia rodziców i dzieci**

### **Czym jest jakość życia?**

Mówiąc o jakości życia mówimy innymi słowami o stopniu zadowolenia z życia danej osoby, który wyraża się w jej ocenach poszczególnych sfer życia. Na pojęcie to wg różnych badaczy składają się wyłącznie elementy subiektywne lub, i takie i takie, czyli subiektywne i obiektywne. Do wskaźników obiektywnych zalicza się np. zarobki, warunki mieszkaniowe czy posiadane wyposażenia w domu, a więc to wszystko, co można kupić czy w inny sposób nabyć. Ta subiektywna, z kolei, część jakości życia może być utożsamiana z zadowoleniem z życia czy dobrym samopoczuciem. Składają się na nią subiektywne oceny jednostki odnoszące się do jej własnego życia w zakresie zdarzeń, działań, relacji społecznych, osiągnięć i porażek, wła-

snego rozwoju czy posiadania sensu życia. W jaki sposób ludzie dokonują oceny tego kluczowego dla nich stanu, jakim jest satysfakcja z życia? Co takiego się dzieje, że ludzie o „podobnych” doświadczeniach i żyjący w porównywalnie „podobnych” warunkach mogą mieć krańcowo odmienne poczucie zadowolenia z życia? Niktórzy są zdania, że ocena satysfakcji z życia jest wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami.

Oczywistą skądinąd jest stwierdzona w badaniach zależność, że im więcej dana osoba ma niezaspokojonych potrzeb oraz im głębszy jest stan ich niezaspokojenia, tym generalnie niższy poziom poczucia jakości życia.

Poniżej podajemy przykładowe wymiary, na jakich można opisywać jakość życia, po to, aby nasi czytelnicy mogli w sposób bardziej uporządkowany „przymierzyć” do nich swoje życie i ocenić, jakie posiadają poczucie satysfakcji z życia. A więc zastanówmy się przez chwilę, jakie jest to nasze życie, teraz, a więc, jakie jest nasze:

1. emocjonalne samopoczucie (często pomaga wyrażenie go na własny użytek w procentach, gdzie 100% oznacza, że jest ono zdecydowanie bardzo dobre), dalej jakie są nasze:

2. relacje z innymi ludźmi
3. dobrobyt materialny
4. rozwój osobisty
5. możliwości decydowania o sobie
6. społeczne włączenie w otaczające środowisko.

W innych podejściach do zagadnienia jakości życia mówi się o istnieniu „luk”, a więc stanach rozbieżności między zapotrzebowaniem jednostki a tym, czym ona obecnie dysponuje; generalnie chodzi tu o różnicę między tym, co mamy, a tym co chcemy mieć, czyli tzw. stanem przez nas pożądanym. Składa się na ten stan to wszystko, co naszym zdaniem jest nam potrzebne, na co naszym zdaniem zasłużyliśmy, czego oczekujemy, że moglibyśmy uzyskać, co spodziewamy się uzyskać w przyszłości, czego nie mamy obecnie, a posiadaliśmy w przeszłości, co mają inni, a my tego nie mamy, czego pożądamy ze względu na preferowane wartości.

### Satysfakcja z życia a zaburzenia depresyjne

Można się domyślać, że zaburzenia depresyjne, jak i wiele innych postaci trudności natury psychicznej są powiązane z doświadczaną przez ludzi jakością ich życia. A więc, im zdrowszy psychicznie człowiek, tym samym lepsza jest jego jakość życia w jego subiektywnym przeżywaniu siebie i świata. Jak wiemy, w przykładowo podanych trudnościach o charakterze depresyjnym, zmienia się myślenie o sobie, innych ludziach i przyszłości w kierunku negatywnym. Niejednokrotnie pojawia się w omawianych stanach poczucie beznadziejności, niewiary, niepewności wobec podejmowanych działań, a w sytuacjach krańcowych niemożność ich podejmowania. Ludzie z objawami depresji doświadczają mogą utraty energii życiowej i zainteresowania seksem, stany przygnębienia i smutku, trudności z koncentracją uwagi; mogą cierpieć na bezsenność lub nadmierną senność czy spowolnienie psychoruchowe.

W sytuacji rodziców dzieci głuchych i słabo słyszących, a także dzieci z innymi niepełnosprawnościami i chorobami, depresja jest niejako wpisana w ich proces „żałoby” jako naturalnej reakcji w wyniku utraty

wyobrażeń i pragnień związanych z posiadaniem dziecka „normalnego”, „zdrowego”, „słyszącego”. Jeśli trwa taki stan zbyt długo (trzeba pamiętać, że są duże różnice indywidualne w tym względzie), należy koniecznie zgłosić się po pomoc do psychiatry lub/i najpierw porozmawiać o przeżywanym problemie z psychologiem klinicznym lub psychoterapeutą. W badaniach przeprowadzonych przez badaczy z Uniwersytetu Gallaudeta (Stany Zjednoczone, Waszyngton D.C. – przypominały, tym którzy jeszcze nie wiedzą, że jest to największa uczelnia dla studentów głuchych) okazało się, że wysokie wyniki w zakresie depresyjności uzyskało 55% studentów głuchych tam studiujących, zaś 33% studentów słyszących. Wyniki takie też pokazują, pośrednio, trudności rodzin badanych studentów, gdyż ich psychiczne problemy mają swoje korzenie w środowiskach rodzinnych, w jakich się wychowali.

### Co o jakości życia mówią rodzice młodzieży niesłyszącej?

Cytowane poniżej wypowiedzi matek dają – jak zazwyczaj czynią to żywe relacje – wiele do myślenia. Należą one do jednych z wielu wypowiedzi na różne tematy związane z rodzicielstwem, zebranych podczas wywiadów ze słyszącymi matkami młodzieży głuchej w wieku od 18 do 22 lat.<sup>1</sup> Choć ich autorki nie mówią wprost o swoim poczuciu jakości życia, to pokazując fragmenty swojego świata, myśli i przeżyć wokół bycia matką dorastającego młodego człowieka, ich niesłyszącego dziecka, pozwalają nam na poczynienie własnych refleksji i przemyśleń. Możemy jedynie snuć domysły, jak to u nich jest z satysfakcją czy zadowoleniem z własnego życia. W wypowiedziach odnajdziemy i cierpienie i poświęcenie i obawy i „czarne spojrzenie” na przyszłość, ale też nadzieję i realizm.

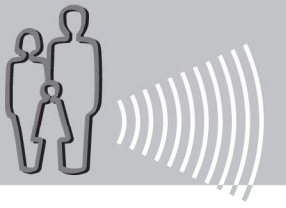
#### Z relacji matki niesłyszącego Pawła (lat 18)<sup>2</sup>

„Właściwie to Paweł jest na takim etapie jak inne dzieci w wieku czternastu lat. Czyli problem jest przede mną i ja uważam, że dopóki on nie usamodzielnia się i nie będę wiedziała, że on już odnalazł się w tym świecie – no to moja rola dalej jest taka sama. Tu nie ma bariery wieku, tu jest inna bariera (...). Jak Pani widzi, to wszystko bardzo boli i przez 16 lat trudno się z tym pogodzić” (płacz).

<sup>1</sup> Są to badania realizowane przez jedną z autorek (J. Kobosko) w ramach grantu KBN POSE 109 28 *Problemy w kształtowaniu tożsamości macierzyńskiej u słyszących matek młodzieży głuchej i ich znaczenie dla rozwoju osobowej tożsamości tej młodzieży*.

<sup>2</sup> Imiona młodzieży zostały zmienione dla zachowania anonimowości autorek wypowiedzi biorących udział w badaniach.





### Z relacji matki niesłyszącej Kasi (lat 18)

„Jest to jednak wielki problem [wada słuchu]. Jest to wielki problem. Może człowiek po prostu, gdy na co dzień jest z tym problemem to bardzo przeżywa. Jest to ciężko jednak. Trzeba się w pewnym stopniu poświęcić temu dziecku, bo kto się nim zajmie – jak rodzice się nie zajmą, to niestety, nikt tego za rodziców nie zrobi (...). Dużo zawdzięczamy też innym ludziom, których w życiu żeśmy spotykały, bo też nam dużo pomogli. Bo po prostu człowiek sam to by nie wiedział co robić, by się pewnie zamartwił”.

### Z relacji matki niesłyszącego Michała (lat 19)

„Powinam myśleć dobrze, a nie myśleć o tym co myślę. Cały czas żyć nadzieją, że będzie inaczej. Myślałam, że będzie gorzej – a wcale nie było tak źle jeśli chodzi o szkołę, o naukę, o edukację. No myślę, że teraz też nie będzie tak czarno, jak ja to widzę. Może jeszcze będą jakieś piękne chwile, może w szkole jakieś osiągnięcia, no nie wiem”.

### Z relacji matki niesłyszącej Karoliny (lat 21)

„(...) Zaczęliśmy czytać proste takie słowa, takie zdania, później tłumaczyłam jej co to jest. Nie było u nas dnia wolnego, czy niedziela czy jakieś święto, codziennie Karolina musiała się ze mną uczyć. No dla mnie to było takie spełnienie obowiązku i jeżeli tego nie wykonałam, to czułam jakicś wyrzuty sumienia, że dziecko zaniedbałam. Tak nie mogło być, więc nie miałam żadnych koleżanek w tym okresie, nigdzie żeśmy nie chodzili, tylko najważniejsza była Karolinka. (...)

Miałam możliwość rozmowy, bycia z głuchą matką i głuchym dzieckiem i widziałam, że one mają więcej z sobą, prawda? (...) Ja jestem osobą słyszącą, mąż tak samo, nas to wszystko przerażało, jak tutaj mamy takie problemy. Natomiast rodzina niesłysząca z dzieckiem niesłyszącym. Oni to mieli mniej tych trudności, bo byli na tym samym poziomie: oni nie słyszą i dziecko nie słyszy. To dziecko też w mniejszym stresie było chowane niż nasze dziecko, bo mama jej zamigała, ona odmigiała i to wszystko, a u mnie dziecko musiało powtarzać po kilka razy, musiało słuchać, więc może myśmy taką sytuację wytworzyli, że dziecko stało się nerwowe”.



## Mały praktyczny leksykon terminów, które znać warto

### Biologiczny zegar

Organizm człowieka wyposażony jest w naturalny zegar ciała. Jest on uruchamiany przez szyszynkę (to taka struktura w mózgu) w reakcji na światło dzienne. Rytmu te uwarunkowane są bodźcami płynącymi z przyrody – naturalną zmianą wynikającą z obrotów Ziemi, następowaniem po sobie dnia i nocy. Efektem działania tego zegara są tak zwane biologiczne rytmy człowieka, które są swego rodzaju mechanizmami regulującymi aktywność człowieka. Warto jednak wiedzieć, że jeżeli człowiek jest izolowany od bodźców środowiskowych, nie doświadcza zmiany dnia i nocy, czas trwania rytmów dziennych (okołodobowych) się wydłuża, co oznacza, że są one kontrolowane także przez wewnętrzny zegar biologiczny, którego działanie jest także uwarunkowane genetycznie. Właśnie dlatego rytmy poszczególnych osób różnią się od siebie.

Najczęściej przychodzą nam do głowy rytmy dzienne – wiadomo, że w ciągu doby zmienia się temperatura ciała nawet o 1 stopień Celcjusza, nieco inny jest poziom hormonów wydzielanych przez korę nadnerczy. Warto jednak także wiedzieć, że istnieje też miesięczny rytm biologiczny czy rytm wynikający z pory roku. Właśnie one w pewnej mierze decydują o naszej energii, okresach mniejszej i większej aktywności, tak fizycznej jak i umysłowej, o nastroju. Im bardziej poznamy i zrozumiemy własne biorytmy, i im bardziej dostroimy do nich nasze działanie, tym większej równowagi będziemy doświadczać i większa będzie satysfakcja z życia, bo i efekty podejmowanych działań będą lepsze. Ma to szczególne znaczenie wtedy, gdy życie przepełnione jest obowiązkami. Także planowanie pewnych życiowych zadań może przynieść więcej zadowolenia i sukcesów, gdy dostosujemy się do potrzeb i możliwości naszego organizmu w okresie zimowym, wiosennym, letnim czy jesiennym.

I dotyczy to nie tylko osób szczególnie wrażliwych na pogodę.

Zegary biologiczne różnych osób mogą „chodzić” z dokładnością do dwóch godzin; to stąd jedni z nas są „skowronkami” – wstają wcześniej pełni energii, go-

towi góry przewracać, a inni są „sowami” – nie odczuwają senności nawet w późnych godzinach wieczornych i właśnie wtedy zdolni są do intelektualnej i towarzyskiej aktywności. Są jednak pewne ogólne schematy, które pomogą w rozpoznaniu indywidualnego rytmu. 10.00–11.00, a potem 15.00–16.00 to najlepszy czas na wysiłek intelektualny, 12.00–13.00 to z kolei „dołek energetyczny” (jakby organizm domagał się drzemki), podobnie jak godziny wieczorne, już od 21.00, a jeszcze bardziej po 23.00. Godziny między 17.00 a 19.00 warto za to przeznaczyć na zajęcia wymagające wysiłku fizycznego (a może trochę gimnastyki?). Jeśli pozwolimy sobie na to, odprężenie i odczucie przyjemności przyjdzie do nas około 21.00, bo właśnie wtedy wzrasta poziom melatoniny w naszym organizmie.

Umiejętności wsłuchania się w swoje ciało i czerpania z tego jak najwięcej radości życzymy zatem w całym nowym roku.

## Książka, którą warto poznać i w życie wprowadzić

Kierujemy naszą książkę do wszystkich kobiet prowadzących intensywny i wymagający tryb życia, które dodatkowo borykają się z niskim poczuciem własnej wartości i brakiem wiary w siebie. Dedykujemy ją każdej kobiecie, bez względu na wiek i charakter: pracującym matkom i kobietom samotnym, mężatkom i gospodyniom domowym, kobietom robiącym karierę zawodową i kobietom pobierającym zasiłki, lesbijkom i homoseksualistkom, kobietom zorientowanym heteroseksualnie i żyjącym w celibacie, kobietom starszym, młodym i w średnim wieku. Książka została napisana dla kobiet, które nigdy nie spotkały się ze zrozumieniem i nigdy nie otrzymały wsparcia, ani żadnej pomocy w budowaniu niezachwianego poczucia własnej wartości, a także dla tych, które wierzą w siebie, ale potrzebują pomocnej dłoni w chwilach stresu powodującego zachwianie pewności siebie.

Ten tekst zamieszczony w przedmowie jest najlepszą – naszym zdaniem – wstępną informacją na temat „malutkiej”, ale bardzo wartej przeczytania i „przetrawienia” książki dwóch kobiet, Stephanie Dillon i M. Christiny Benson, pod tytułem *Kobieta i poczucie własnej wartości*. Książka wydana była w ramach serii „Sprawy kobiet” przez Gdańskie Wydawnictwo



Psychologiczne w 2003 roku, ale jest jeszcze do kupienia w księgarniach; na pewno będzie też w bibliotekach czy czytelniach. I na pewno warto po nią sięgnąć.

Książka ujawnia osiem „sektretów” poczucia własnej wartości, a następnie uczy, jak te sekrety zamienione w umiejętności posiąść. Bo też autorki nie tylko wyjaśniają czytelniczkom typowe

kobiece problemy związane z poczuciem własnej wartości, a właściwie z jego brakiem, ale także dają konkretne wskazówki, jak pozbywać się uniemożliwiającego poczucie własnej siły gorsetu stereotypów na temat kobiet i jak budować prawdziwie własne, swobodne, radosne i dające perspektywę myślenie o sobie i swoich możliwościach.

Nikt nie jest doskonały – mówią słusznie autorki. Każdy człowiek rodzi się z **sobie tylko właściwymi niedoskonałościami i wadami** – czyż to nie cudowne, że nawet wady czynią nas wyjątkowymi bo są indywidualne i osobiste!!! Nie będąc doskonałą (gdyby doskonałość była możliwa, wielu ludzi dążyłoby doń, a nawet osiągało ją i to byłoby dopiero straszne!), mogą być wystarczająco dobrą córką, matką, teściową, żoną, fryzjerką, naukowcem, przyjaciółką. Aby tak się stało, trzeba na przykład – zdaniem autorki rozwijać w sobie zdrowy egoizm (a może lepszym terminem jest „miłość własna“?), uwolnić się od przeświadczenia, że istniejemy po to, by zadowalać innych, dawać sobie prawo do własnych uczuć i na dodatek do ich wyrażania, umieć siebie bronić i umieć siebie „dopieszczać”.

Ta książeczka, choć niewielka rozmiarami, ma swoją moc nie tylko dzięki mądrym przekazowi intelektualnemu i emocjonalnemu, ale także dzięki testom do indywidualnego przeprowadzenia i – wreszcie – ćwiczeniom, które każda z nas może zastosować i dzięki temu stać się inną kobietą – znającą swoją wartość, pewniejszą siebie, radośniejszą, bardziej zadowoloną z życia. W konsekwencji stanie się możliwe budowanie dobrych, satysfakcjonujących związków z innymi ludźmi – dziećmi, mężem, rodzeństwem, rodzicami, przyjaciółmi.

Oby stało się to udziałem naszych Czytelniczek.

*Pozdrawiamy*

Strony dla Rodziców redagują:

**Joanna Kobosko** – psycholog

**Joanna Kosmalowa** – pedagog

Klinika Rehabilitacji

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu



*Zadaniem części drugiej naszego cyklu o poradnictwie jest rozpropagowanie działań i udostępnienie wiedzy oraz wzbogacenie warsztatu pracy osób odpowiedzialnych w placówkach poradnictwa za diagnozę i terapię dzieci i młodzieży z uszkodzeniami słuchu oraz wsparcie informacyjne i rzetelne doradztwo udzielane ich rodzicom i nauczycielom.*

## Poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne na rzecz uczniów

### Część II

## z uszkodzeniami słuchu

### Warsztat pracy surdopedagoga

Decyzją Lubuskiego Kuratora Oświaty Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Zielonej Górze sprawuje opiekę na dziećmi i młodzieżą z uszkodzonym słuchem w południowej części województwa lubuskiego. Podobnie jak wszędzie, zdecydowana większość uczniów z uszkodzeniami słuchu realizuje obowiązek szkolny w tzw. integracji wymuszonej<sup>1</sup>, czyli w szkole ogólnodostępnej w miejscu zamieszkania. Sytuację szkolną tej grupy uczniów regulują odpowiednie dokumenty (orzeczenia i opinie) wydawane przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną. Rzetelna i niełatwa diagnoza surdopedagogiczna jest równie ważna jak kompleksowe poradnictwo udzielane rodzicom dzieci z uszkodzeniami słuchu (np. o możliwościach badania i leczenia słuchu w danym województwie i poza nim, o możliwościach dofinansowania przy zakupie aparatów

słuchowych, o dodatkowych środkach technicznych ułatwiających życie osobom z uszkodzeniami słuchu, programach komputerowych dla niesłyszących, ośrodkach diagnozy i terapii słuchu i mowy, literaturze). Kompetencja surdopedagogów zatrudnionych w PP-P, do udzielania wsparcia informacyjnego<sup>2</sup>, to przede wszystkim wynik ich osobistego zainteresowania i zaangażowania w problemy osób niedosłyszących i niedosłyszających.

Celem niniejszego artykułu jest zainicjowanie działań prowadzących do ujednoczenia i wzbogacania warsztatu diagnostyczno-terapeutycznego poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego z zakresu surdopedagogiki. Dostosowywanie metod i narzędzi do problemu, w tej dziedzinie jest szczególnie istotne. Skuteczne wspieranie rozwoju dzieci i młodzieży z uszkodzonym narządem słuchu wymaga trafnego rozpoznania i dobrego rozumienia

szczególnych potrzeb rehabilitacyjnych i edukacyjnych każdej osoby, która ma być objęta specjalną opieką i kształceniem. Niniejszy artykuł jest próbą zainicjowania działań mających na celu wzbogacenie warsztatu diagnostyczno-terapeutycznego surdopedagogów w placówkach poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego. Przedstawiony dalej warsztat pracy (autorki artykułu) jest wynikiem wykorzystywania publikacji, doniesień naukowych i praktycznego ich dostosowywania do potrzeb, w działaniach zawodowych.

**1. Arkusz analizy sytuacji szkolnej ucznia niesłyszącego** umożliwia ocenę możliwości i projektuje skuteczność kształcenia integracyjnego uczniów niedosłyszających. Opublikowany w „Słyszę” nr 4/5 2001 artykuł na temat możliwości kształcenia dzieci niedosłyszających zawiera bazowe

<sup>1</sup> zob. Dryżałowska G. (1997): *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna*. Model kształcenia integracyjnego. Warszawa, Wyd. UW.

<sup>2</sup> zob. Kirenko J.: *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*. Ryki: WSUPiZ 2002.

kwalifikatory uznające zasadność nauczania integracyjnego. Dodatkowym źródłem wykorzystanym w niniejszym arkuszu jest artykuł A. Löwe, dotyczący warunków sprzyjających udanej integracji. Oba źródła wykorzystywane w diagnostyce surdopedagogicznej pozwalają na kompleksową ocenę sytuacji dziecka w szkole ogólnodostępnej. Zagadnienia analizowane w tym narzędziu, poprzez odwołanie do dotychczasowej rehabilitacji dziecka, czynionych przez nie postępów w rozwoju słuchu i mowy, umożliwiają realną prognozę możliwości edukacyjnych dziecka, określają warunki środowiskowe, w tym gotowość rodziców do systematycznej i aktywnej współpracy ze szkołą.

Narzędzie to służy przede wszystkim wzbogaceniu wyników badań pedagogiczno-logopedycznych o te elementy rehabilitacyjno-środowiskowe, które będą miały wpływ na sytuację szkolną ucznia niedosłyszącego. Analiza wyników uzyskanych w arkuszu zmniejsza prawdopodobieństwo zdiagnozowania sytuacji dziecka w sposób jednowymiarowy, aktualny na moment badania.

**2. Karta oceny zachowań komunikacyjnych (KOZK)** autorstwa K. Krakowiak i M. Panasiuk<sup>3</sup> jest cennym narzędziem diagnostycznym do badania małych dzieci z uszkodzeniami słuchu, oraz uczniów szkolnictwa specjalnego dla niesłyszących. KOZK umożliwia analizę i porównanie zachowań komunikacyjnych w porozumiewaniu się fonicznym (oralnym) i mimiczno-gestowym (migowym). Narzędzie to ma istotne znaczenie w określeniu preferencji komunikowania się małych niesłyszących dzieci, a tym samym, w ocenie czynio-

nych przez nie postępów w zakresie rozwoju mowy werbalnej lub komunikacji mimiczno-gestowej. Pozwala na właściwy dobór metod kształcenia językowego, wskazuje wymierne postępy w komunikowaniu się dziecka prowadzonego metodą audytywno-werbalną. KOZK to jedna z niewielu, rzetelnych metod diagnostycznych w surdopedagogice, która wymaga powszechnego użycia, gdyż oprócz wartości diagnostycznych – oceny rozwoju dziecka ma również fundamentalne znaczenie, wskazując na potrzebę wprowadzenia specjalnych metod komunikacji. Karta, jako indywidualny dokument przebiegu rehabilitacji mowy, może być dogodnym sposobem przekazywania sobie wzajemnie przez osoby opiekujące się kolejno dzieckiem (nauczycieli, pedagogów, logopedów z poradni, przedszkola i szkoły) najważniejszych informacji dotyczących możliwości komunikacyjnych dziecka oraz potrzeb w zakresie pracy logopedycznej i surdopedagogicznej.

**3. Kwestionariusz wywiadu dla rodziców dziecka z wadą słuchu w wieku od 3 do 7 lat (cz. I – dla rodzica).** Kwestionariusz ten w kompleksowy sposób ujmuje zagadnienia: rodzaj, czas powstania i diagnozy uszkodzenia słuchu, rehabilitację, opiekę medyczną, moment zaaparatowania, sposób komunikacji z dzieckiem oraz sytuację rodzinną, mające wpływ na dalsze postępy w rozwoju słuchu i mowy dziecka. W kompleksowy sposób zbiera ważne informacje o dziecku, po raz pierwszy zgłoszonym do poradni. Mając na uwadze fakt, że niepełnosprawność słuchowa może występować z innymi deficytami rozwojowymi i mieć wpływ na

rozwój dziecka w wywiadzie zawarłam również pytania o inne, słyszące dzieci – ich rozwój mowy, trudności w nauce i zachowaniu. Dzięki wielopłaszczyznowej diagnostyce środowiska rodzinnego dziecka z uszkodzonym słuchem, kwestionariusz wywiadu ma powszechne zastosowanie w poradni.

**Arkusze analizy sytuacji dziecka niedosłyszącego (cz. II, w oparciu o cz. I – dla badającego),** pozwala na podsumowanie ważnych diagnostycznie informacji, dzięki którym, możliwe jest projektowanie dalszych postępów rehabilitacyjnych, analizowanie zmian w percepcji słuchowej i audiologiczną klasyfikację uszkodzenia słuchu.

**4. Kwestionariusz wywiadu dla rodziców dziecka z wadą słuchu, uczęszczającego do szkoły podstawowej (w szkolnictwie ogólnodostępnym).** Kwestionariusz ten scala wszystkie elementy mające wpływ na funkcjonowanie szkolne dziecka: diagnostykę, rehabilitację, dodatkową pomoc pedagogiczną w szkole, a także poza nią w placówkach prowadzących rehabilitację słuchu i mowy. Umożliwia rodzicom wyrażenie opinii na temat efektów edukacji, a także sposobów przezwyciężenia trudności szkolnych. Celem kwestionariusza jest poznanie problemów i potrzeb, związanych z niepełnosprawnością słuchową dziecka i jego edukacją, a przedmiotem sondażu są przekonania i poglądy wyrażane przez rodziców wychowujących dzieci z uszkodzeniami słuchu. Kwestionariusz efektywnie ujmuje całość zagadnień, wzbogacając warsztat pracy o takie narzędzia wywiadu surdopedagogicznego, które ukazuje sytuację szkolną dziecka w opinii jego rodziców.

<sup>3</sup> Krakowiak K., Panasiuk M. (1992).: *Umiejętności komunikacyjne dziecka z uszkodzonym słuchem. Komunikacja językowa i jej zaburzenia*. T.3. Lublin, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego.



**5. Wskazówki dla nauczycieli uczniów z uszkodzeniami słuchu** opracowane zostały przez autorkę artykułu w oparciu o źródła naukowe i wzbogacone konkretnymi przykładami z praktyki. W prostej i zwięzłej formie, wprowadzając nauczyciela w problematykę ucznia z danym typem uszkodzenia słuchu, a także wskazują źródła dalszego pogłębiania wiedzy. Wskazówki są załączane do wszystkich orzeczeń i opinii. Poszczególne części wskazówek poświęcone są różnym profilom niepełnosprawności słuchowej. Wskazówki dla nauczycieli uczniów z uszkodzeniami słuchu w szkołach ogólnodostępnych: odbiorcze uszkodzenia słuchu, cz. I; jednostronne uszkodzenia słuchu, cz. II; przewodzeniowe uszkodzenia słuchu, cz. III.

**6. Kryteria oceniania prac pisemnych z literatury polskiej osób z głębokimi prelingwalnymi uszkodzeniami słuchu**<sup>4</sup> autorstwa K. Krakowiak – to cenne opracowanie wskazujące zakresy kompetencji na poziomach: merytorycznym, struktury tekstu i formy językowej i określające kryteria przyznania jednej z sześciu ocen. Użyteczność tego opracowania stanowi nieocenioną wskazówkę i pomoc dla nauczycieli polonistów ogólnodostępnych gimnazjów i liceów, w których uczy się młodzież ze znacznym i głębokim uszkodzeniem słuchu. Jego wartość jest wzmocniona faktem, że dzieci z takimi wadami słuchu rzadko realizują wyższy poziomy nauczania w szkolnictwie ogólnodostępnym, przez co możliwości nabywania przez nauczycieli doświadczenia w obcowaniu i specyficie tych uczniów, jest znikoma. Opracowanie to, załączane

jako aneks do orzeczeń lub opinii osób z głębokim i znacznym prelingwalnym uszkodzeniem słuchu, jest wymiernym sposobem udzielania nauczycielom profesjonalnego poradnictwa.

**7. Wskazówki i rady dla rodziców dzieci niesłyszących – jak organizować naukę dziecka niesłyszącego w szkole ogólnodostępnej**<sup>5</sup> załączane są do wszystkich opinii i orzeczeń dzieci z uszkodzeniami słuchu. Zawierają informacje dla rodziców do pracy z dzieckiem w domu. Wskazują nie tylko na potrzebę wymagań, ale także chronienia dziecka przed nieracjonalnym wygórowanym poziomem oczekiwań i pozwalają w optymalny sposób organizować, z poszanowaniem autonomii dziecka, jego naukę.

**8. List do Rodziców dziecka z uszkodzeniem słuchu**<sup>6</sup> zawiera kompendium wiedzy surdopedagogicznej; napisany jest przez rodziców dzieci niesłyszących i dla rodziców dzieci niesłyszących. W prosty sposób mówi o ważności słyszenia, przewyciężaniu kłopotliwych emocji, o potrzebach dziecka, które nie może być jedynie przedmiotem usprawniania, a przez to o najważniejszym zadaniu rodziców – byciu rodzicami swojego dziecka – niezgubieniu sensu życia. Autorzy wskazują – nazywają zagrożenia i niebezpieczeństwa, jakie towarzyszą życiu rodzin wychowujących dzieci niesłyszące, akcentują potrzebę wsparcia społecznego i naturalną potrzebę poszukiwania pomocy, nakładając jednocześnie na swo-

je trudne rodzicielstwo szczególną potrzebę zdobywania wiedzy. Wykorzystując i upowszechniając tę publikację poradnia spełnia dwie powinności; w stosunku do autorów *Listu*, by dotarł do adresatów, udzielając tym samym rodzinom dzieci z uszkodzeniami słuchu wysoce profesjonalnego poradnictwa oraz w stosunku do pracy pedagogów.

*Wyposażenie rodzica w materiały, które może spokojnie przeanalizować i wykorzystywać w domu, to o wiele skuteczniejsza pomoc, niż jednorazowa rozmowa. Bogactwo fachowych i dobrze dobranych materiałów i wskazówek udostępnianych rodzicom przez poradnie, implikuje jakość pracy placówki, w tym wsparcia informacyjnego, które instytucje te realizują.*

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Zielonej Górze jest obecnie placówką, która może skutecznie wspierać edukację dzieci i młodzieży oraz udzielać kompetentnego wsparcia rodzinom, rodzicom i nauczycielom dzieci z uszkodzeniami słuchu. Jednak nie ma powodu do entuzjazmu. Biorąc odpowiedzialność za losy osób z niepełnosprawnością słuchową i chcąc udzielać skutecznej pomocy, nie sposób nie dostrzeżać jak wiele jest jeszcze do zrobienia w celu pokonywania nie tylko bariery komunikacyjnej z niesłyszącymi, ale przede wszystkim „bariery bezradności” w skutecznym kształceniu, zwłaszcza osób z głębokim uszkodzeniem słuchu.

**Arleta Kucharczyk**  
surdopedagog, logopeda

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna  
w Zielonej Górze

<sup>4</sup> Krakowiak K. (2003): *O wsparcie studentów niesłyszących w społeczności akademickiej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego*. Lublin, Wydawnictwo KUL.

<sup>5</sup> Kobosko J., Kosmalowa J.: (2004) *Jak organizować naukę dziecka niesłyszącego w szkole ogólnodostępnej*. „Słyszę...” nr 3, 2004.

<sup>6</sup> Krakowiak K. (2003): *Szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu*. Stalowa Wola, KUL WNS.



## Rehabilitacja audiologiczna

# po wszczępieniu implantu ślimakowego

Czerpiąc z doświadczeń, jakie nabywamy w codziennych kontaktach z coraz liczniejszym gronem pacjentów implantowanych pozostających pod stałą opieką Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę na zagadnienia, które naszym zdaniem, mają decydujący wpływ na właściwie organizowaną terapię osób po przebytej operacji wszczępienia implantu ślimakowego. Ponieważ niniejszym artykułem otwieramy pewien cykl tematów, którymi pragniemy zainteresować szerokie grono odbiorców, proponujemy rozpocząć od podstawowych informacji na temat samej metody i stosowanych w naszym Instytucie systemów implantów ślimakowych.

Konstruowanie programu poperacyjnej rehabilitacji rozpoczynamy często od pytania: „Czego Pan/Pani oczekuje, decydując się na wszczępienie implantu?”. Rodzice młodszych i starszych dzieci odpowiadają nam najczęściej: „*że ich dziecko będzie mówić*”, pacjenci dorośli, którzy utracili słuch: „*że znów będę rozumiał/ła co inni do mnie mówią*”. Mimo potęgi zawartej w proponowanej metodzie leczenia zdają się zapominać o rzeczy podstawowej. O tym, że to wspaniałe urządzenie, które posiada ogromne możliwości, jest tylko urządzeniem, protezą. Urządzenie to należy najpierw dopasować indywidualnie dla każdego pacjenta. System implantu składa się z części wszczepialnej, dzięki której możliwa jest



stymulacja elektryczna nerwu słuchowego oraz części zewnętrznej – procesora mowy, który odbiera dźwięk i zamienia go na odpowiedni bodziec elektryczny. Stymulacja elektryczna zastępuje uszkodzone fragmenty ucha wewnętrznego. Odpowiadają one za zamianę dźwięku będącego drganiami cząsteczek powietrza w impulsy neuronalne. Impulsy te przez mózg odbierane są jako wrażenie słuchowe, czyli słyszenie. Ponieważ u każdego ucho wewnętrzne i nerw słuchowy jest inny, należy indywidualnie dobrać parametry stymulacji elektrycznej. Trzeba zatem „nauczyć” procesor mowy właściwego przetwarzania dźwięku na indywidualnie dobrane dla danego ucha bodźce elektryczne. Aby było to możliwe należy najpierw poznać właściwości elektryczne ucha. W tym celu wykonuje się specjalistyczne badania audiologiczne. Na podstawie ich wyników programuje się, czyli dopasowuje procesor

mowy. Stosowane badania audiologiczne dotyczą wybranych cech dźwięku takich jak wysokość czy głośność. Pacjent musi sam zdecydować czy to co słyszy „elektrycznie” jest dla niego ciche czy głośne, czy dźwięk jest niski, bucujący, a może wysoki piszczący. Ponieważ w wielu przypadkach pacjent przebywał w świecie ciszey przez dłuższy czas, jego mózg zdążył zapomnieć lub nigdy się nie nauczył właściwie odbierać i oceniać dźwięki. A zatem konieczne jest przeprowadzenie odpowiednich treningów słuchowych, aby móc dane badanie wykonać i otrzymać wiarygodne wyniki na podstawie, których można dopasować procesor mowy. Ze względu na to, że w miarę nabywania nowych doświadczeń słuchowych nerw słuchowy oraz odpowiednie słuchowe obszary w mózgu podlegają pewnym zmianom, należy również dokonywać zmian ustawień procesora mowy. W ten sposób możli-





we jest przekazywanie maksimum informacji o dźwiękach, co ma kluczowe znaczenie w kontekście rozumienia mowy.

Ponadto bez właściwie zorganizowanej i prowadzonej terapii system implantu ślimakowego nie spowoduje, że uzyskana dzięki niemu możliwość słyszenia przełoży się w świadome i aktywne słuchanie, które w efekcie prowadzi do rozumienia czy tak oczekiwanego u dzieci – spontanicznego mówienia. Dlatego podczas wszystkich naszych spotkań staramy się zwrócić ich uwagę na rolę i znaczenie działań, które wpisane są w promowane przez cały zespół specjalistów współpracujących z pacjentami – wychowanie i trening słuchowy. **Słuchanie** jest bardzo ważne i intensywnie rozwija się zwłaszcza we wczesnym okresie życia. Wszystkie dzieci słyszące i niesłyszące, **mogą nauczyć się słuchania**. Jednak warunkiem sukcesu jest systematyczne, dobrze zaplanowane działanie. Działanie, które należy rozpocząć wraz z zaopatrzeniem dziecka w pierwsze aparaty słuchowe i kontynuować w całym procesie rehabilitacji. Bez względu na fakt, czy decydujemy się na implant ślimakowy, czy nie.

Niestety brak widocznych postępów u dziecka w okresie korzystania z aparatów często „zwalnia” rodziców z prowadzenia tego typu zajęć. Ze zdziwieniem reagują więc oni na wiadomość, że mimo zastosowania implantu trzeba znowu powrócić do ćwiczeń słuchowych. Podobne stanowisko prezentują również osoby dorosłe, które wraz z podłączeniem procesora mowy oczekują natychmiastowego powrotu do swobodnego odbioru mowy na drodze słuchowej. Warto w tym miejscu podkreślić, że w odniesieniu do tej grupy naszych pacjentów systematyczny trening słuchowy znacznie skraca czas powrotu do umiejętności, jakie posiadali oni w okresie, kiedy ich słuch funkcjonował prawidłowo. Naszym celem jest więc przekonanie pacjentów do intensyfikacji ćwiczeń słuchowych prowadzonych zarówno w oparciu o dźwięki przedmiotowe, jak i o materiał słowny. Wspomnieliśmy, że takie podejście reprezentują wszyscy specjaliści, uczestniczący w pooperacyjnej rehabilitacji pacjentów implantowanych. Jest to kolejna zasada, której przestrzegamy. Otóż skuteczna pomoc musi być oparta na ścisłej współpracy lekarza,

inżyniera klinicznego i zespołu terapeutów, który tworzą surdologopeda, surdopedagog i psycholog. Tylko stała wymiana informacji między poszczególnymi specjalistami, wspólne prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych umożliwi właściwe dopasowywanie odpowiedniej protezy słuchu oraz prowadzenie odpowiedniej terapii. Ponieważ opieka nad pacjentem implantowanym obejmuje badania audiologiczne, które trzeba co określony czas powtarzać, wielokrotne zmiany ustawień procesora mowy oraz prowadzenie terapii, określana jest ona często jako **rehabilitacja audiologiczna**. Jej właściwa organizacja i prowadzenie daje możliwość pełnego spojrzenia na potrzeby pacjentów, a tym samym na tworzenie indywidualnego programu pracy z konkretnym dzieckiem lub osobą dorosłą. Przywrócenie pacjentom możliwości słuchowego odbioru bodźców akustycznych, a dzięki systematycznemu treningowi – budowanie lub odtwarzanie możliwości podejmowania komunikacji słownej, której zaburzony rozwój spowodowany jest ubytkiem słuchu to cele, które towarzyszą naszej pracy z pacjentami w różnym wieku. O tym jakie badania audiologiczne są wykonywane, jak na ich podstawie dopasowywany jest system implantu, jakie formy pomocy i jakie ćwiczenia proponujemy pacjentom implantowanym w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu traktować będzie kolejny artykuł naszego cyklu. Już dziś zapraszamy Państwa do jego lektury w kolejnym numerze „Słyszę”.

**mgr Agnieszka Pankowska**  
surdologopeda

**dr inż. Artur Lorens**  
bioakustyk

Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy  
Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

# MÓWIĆ KOMUNIKATYWNIE ELEMENTY TERAPII MOWY DZIECI Z WADĄ SŁUCHU

W terapii logopedycznej dzieci z uszkodzonym narządem słuchu musimy nade wszystko pamiętać o kształtowaniu umiejętności posługiwania się mową jako środka komunikowania się. Logopeda pracujący z dziećmi z wadą słuchu powinien pracować w każdej sytuacji nad komunikacyjnym aspektem mowy dzieci. W terapii mowy dzieci z niedosłuchem należy wykorzystać zabawy rozwijające mowę komunikatywną. Inspiracją stał się Program Stymulujący Mowę Komunikatywną zaprezentowany przez Ewę Słodownik-Rycaj. Jako logopeda starałam się niektóre z pomysłów autorki przenieść do terapii mowy dzieci z dysfunkcją narządu słuchu.<sup>1</sup>

W sytuacjach komunikowania się, z jakimi spotykamy się na co dzień łatwo dostrzec, iż to właśnie reakcja odbiorcy jest źródłem informacji na temat, czy wypowiedź nadawcy została właściwie odczytana. Jeżeli nadawca otrzymał informacje, że jego cel został osiągnięty, wówczas kontynuuje swoją wypowiedź. Nadawca jednocześnie dowiadyuje się, czy użyte przez niego środki językowe były wystarczające dla jasności wypowiedzi. „Wydaj się, że tworzenie sytuacji dla występowania sprzężenia zwrotnego poprzez dostarczanie dziecku infor-

macji o wartości komunikatywnej jego wypowiedzi może przyczynić się do wzrostu sprawności porozumiewania się”. Przy czym ilość wpływających informacji może być modyfikowana poprzez świadome odbieranie tych informacji przez samego nadawcę, dostarczanie ich przez słuchacza oraz stwarzanie takich warunków, w jakich nadawca jest zmuszony do poszukiwania informacji zwrotnych. W przypadku dzieci z dysfunkcją narządu słuchu istotne jest założenie, iż informacje wysyłane przez słuchacza mogą mieć charakter werbalny, jak również niewerbalny.

Zaproponowaneprzezemnieprzykłady zajęć służą przede wszystkim ukształtowaniu u dzieci z dysfunkcją narządu słuchu świadomości przebiegu procesu komunikowania się. Słodownik-Rycaj twierdzi, iż należałoby tutaj nawiązać do pojęcia metakomunikacji.<sup>2</sup> Zdaniem autorki metakomunikacja obejmuje: świadomość procesu mówienia, rozumienia, świadomość językową, tekst i czynniki wpływające na efektywność mowy.<sup>3</sup>

Zaprezentowane zabawy zostały wykorzystane w pracy z dziećmi z lekkim upośledzeniem słuchu (pomiędzy 20–30 dB) oraz średnim upośledzeniem słuchu (pomiędzy 40–70 dB). W swojej

pracy logopedycznej zorganizowałam dla dzieci następujące zabawy: „O którym misiu mówię?”, „Co ja mam?”, „Kto ma taki obrazek?”, „Jaki to kolor?”, „Programiści i komputery”. Ze względu na dysfunkcję narządu słuchu proponuję wykonywanie ćwiczeń zabawowych w niewielkich grupach dwu- lub trzyosobowych.

Początkowo dzieci, aby zrozumieć przekaz słowny opierają się dla ułtwienia nie tylko na słowie, ale również na konsytuacji. Wspierają się one również dodatkowym komentarzem terapeuty mowy.<sup>4</sup> Podczas zaproponowanych zabaw dzieci nie pozostają one bierne, tylko cały czas działają. Niewątpliwą zaletą wskazanych zadań zabawowych jest fakt, iż terapeuta nie jest już osobą nakłaniającą dziecko do poprawienia i skorygowania swojej wypowiedzi, aby była poprawna. W tym wypadku na straży wypowiedzi dzieci stoi sama sytuacja zabawowa.

Zabawa „O którym misiu mówię?” powstała w analogii do zabawy „Który to klocek?” Ewy Słodownik-Rycaj<sup>5</sup>. Misie wykorzystane w zabawie w liczbie siedmiu są zróżnicowane wielkością, ubiorem i dodatkowo pozycją, w jakiej się znajdują. W zabawie bierze udział troje dzieci. Misie ustawiamy na środku, każde

<sup>1</sup> W przypadku dzieci z niedosłuchem należy z większości zabaw zrezygnować. Słodownik-Rycaj przedstawia program zawierający piętnaście propozycji tematycznych, które stanowią pewien cykl i wskazane jest by były realizowane w zaproponowanej kolejności. Słodownik-Rycaj E., *Rozwijanie mowy komunikatywnej dziecka*, Warszawa 1998.

<sup>2</sup> Metakomunikacja według Słodownik-Rycaj jest to świadomość procesu komunikowania się. Natomiast według L.Grzesiuk i E. Trzebińskiej jest to porozumiewanie się dotyczące komunikowania się. Warszawa 1978.

<sup>3</sup> Por. Słodownik-Rycaj. Warszawa 1998:38.

<sup>4</sup> Jest to innowacja w stosunku do ustaleń proponowanych przez Słodownik-Rycaj, która swoje propozycje opracowała dla dzieci z masowego przedszkola.

<sup>5</sup> Zmienione zostały jedynie pomoce proponowane przez autorkę. Zrezygnowałam z klocków Dienescha, które dla dzieci z niedosłuchem nie są na początek łatwym materiałem do opisanania.



z dzieci wybiera sobie w myśli jednego misia, a następnie tak opisuje pozostałym, aby zgadli, o którego misia chodzi.

Kolejna zabawa „**Co ja mam?**” opiera się na opisywaniu przyborów szkolnych przez dziecko, które znajdują się za zasłoną. Dzieci mają przed sobą na ławce taki sam zestaw przyborów, jak dziecko za zasłoną. Dziecko, które znajduje się za zasłoną tak długo opisuje dany przedmiot, jak wygląda i do czego służy, aż dzieci wybiorą jeden z przyborów leżących na stoliku. Proponowane przybory szkolne: długopis, ołówek, kredka, gumka, piórnik, pisaki. Aby uniknąć niejasności warto, aby terapeuta zanim dzieci zaczną brać udział w zabawie zaprezentował, jak należy opisać poprawnie dany przedmiot, by ułatwić odgadnięcie przedmiotu pozostałym. Dziecko formułując swój przekaz słowny musi liczyć się z tym, aby jego wypowiedź była jasna dla drugiego dziecka. W momencie kiedy dziecko dostrzeże rozbieżność pomiędzy swoimi zamierzeniami a rezultatem wypowiedzi, dąży do tego, by być zrozumianym.

Zabawa „**Kto ma taki obrazek?**” powstała w analogii do zabawy „Kto ma taką kartę”. Zrezygnowałam z symboli na kartach, jakie proponowała Ewa Słodownik-Rycaj, gdyż dla dzieci z niedosłuchem byłyby one zbyt abstrakcyjne. Proponuję natomiast wykorzystanie obrazków, które różnią się nielicznymi szczegółami. Zabawa przeznaczona jest dla większej grupy dzieci. Można ją uznać za zabawę integracyjną i włączyć dzieci słyszące. Dzieci siadają w dużym kole, a logopeda rozdaje obrazki różniące się niewielkimi szczegółami. Przy czym trzeba dodać, że w określonej liczbie obrazków każdy obrazek ma swój identyczny odpowiednik.

Terapeuta wybiera jedno dziecko, które opisuje swój obrazek. W trakcie opisu musi zgłosić się to dziecko, które ma odpowiednik. Gra jest ciekawa tym bardziej, iż nie można pokazywać obrazków. Trzeba uważnie słuchać, gdyż niekiedy jeden szczegół przesądzi o odnalezieniu właściwego obrazka.

Następna zabawa „**Jaki to kolor?**”<sup>6</sup> poza rozwijaniem mowy komunikatywnej kształtuje także kompetencję językową, wyobraźnię dziecka oraz wpływa na rozwój słownictwa. Ma ona również wpływ na rozwijanie skojarzeń związanych z różnymi kolorami. Do gry wystarczy przygotować taką ilość kartek z kolorami, ile będzie uczestniczyło w zabawie dzieci. Każde z dzieci musi tak opisać swój kolor (nie podając jego nazwy), aby pozostali uczestnicy zabawy bez trudu odgadli jego nazwę. W zabawie tej dzieci muszą używać niezwykle plastycznych opisów, bazując na skojarzeniach zmysłowych.

W kolejnej zabawie „**Programiści i komputery**”<sup>7</sup> mogą brać udział dwie osoby, z których jedna jest programistą, a druga komputerem. Programista musi zaprogramować komputer, który reaguje tylko na głos. Ma on przed sobą wzór, którego nie widzi drugie dziecko. Programista musi tak przekazać słownie informacje komputerowi, aby on bezbłędnie odtworzył wzór.

Rola logopedy polega na czuwaniu nad przebiegiem zabawy. Niekiedy logopeda włącza się do jej przebiegu, chociażby po to, by zaprezentować dzieciom, w jaki sposób należy sformułować wypowiedź. Logopeda musi również służyć pomocą kiedy dziecko nie potrafi w żaden sposób zinterpretować informacji zwrotnych, które napłynęły od odbiorców. Terapeu-

ta mowy powinien również pomóc dziecku wyciągnąć wnioski na temat przyczyny nieskuteczności swojego przekazu. Zabawa „O którym misiu mówię?” pokazuje, iż do tego by komunikacja była skuteczna potrzebne jest także aktywne słuchanie wypowiedzi przez odbiorców. Z zabaw przeprowadzonych z dziećmi z niedosłuchem wiem, iż niejednokrotnie dzieci tak długo formułują swoją wypowiedź, aż uzyskają zamierzony efekt. Nie ma stresu i napięcia towarzyszącego ćwiczeniom. Dziecko tak jest pochłonięte zabawą, że zapomina, iż jest to jedna z form kształtowania języka.

Przedstawione przykłady ćwiczeń uczą dzieci z dysfunkcją narządu słuchu odbierać informacje o tym, czy wypowiedź przez nie sformułowana została właściwie odczytana, a następnie zinterpretowana przez słuchacza. Dziecko nabiera przekonania do tego, że aby być zrozumianym niejednokrotnie trzeba uzupełniać swoją wypowiedź o dodatkowe elementy, szczegóły. Dziecko zdobywa wiedzę w obrębie kompetencji językowej. W trakcie każdej z zabaw ważne by terapeuta mowy wraz z dziećmi omówił dlaczego w wyborze przedmiotu pojawił się błąd. Dzieci powinny dojść do wniosku, jakich elementów zabrakło w opisie. W zaproponowanych zabawach każde dziecko pełni funkcję nadawcy oraz kilkakrotnie jest odbiorcą przekazu werbalnego. Dodatkowym atutem przeprowadzania wskazanych zabaw z dziećmi z uszkodzonym narządem słuchu jest wykształcenie u dzieci umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, kiedy słuchacz nie rozumie kierowanych do niego wypowiedzi.

**dr Danuta Grzesiak-Witek**  
surdologopeda

Poradnia Logopedyczna w Sandomierzu

<sup>6</sup> Pomysł zabawy został zaczerpnięty z gry zaproponowanej przez Słodownik-Rycaj pt. *Jaka rzecz jest zawsze w takim kolorze?*

<sup>7</sup> Zabawa zaczerpnięta z *Programu Stymulującego Mowę Komunikatywną* (Słodownik-Rycaj 1998).



*Bogactwem, odpoczynkiem i zdrowiem cieszymy się w pełni jedynie wtedy, gdy je tracimy lub odzyskujemy.*

Jean Paul

## Co cenimy w życiu najbardziej?

### Co sprawia, że idąc przez życie stawiamy pewnie kroki?

Jest wiele wartości, które odgrywają bardzo ważną rolę w naszym życiu i stanowią siłę napędową do podejmowania działań. Lecz gdyby przyszło nam wybierać te podstawowe, elementarne to śmiało można powiedzieć, że jedną z najważniejszych wartości dla człowieka jest zdrowie. Kiedy tracimy zdrowie nasze życie zaczyna się zmieniać. W miejsce sprawności wkradają się ograniczenia, poczucie bezradności, które sprawiają, że każdy przeżyty dzień jest naznaczony dodatkowym wysiłkiem, zmęczeniem, często niepowodzeniem. Ulegają zmianie nasze plany, wybory, marzenia, my sami. Pogarsza się jakość naszego życia.

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu od dziesięciu lat skutecznie niesie pomoc w odzyskiwaniu zdrowia oraz w poprawie jakości życia pacjentom, którzy cierpią z powodu zaburzeń w obrębie uszu, nosa i gardła, a zatem mają kłopoty ze słyszeniem lub mową. Każda niesprawność ma swoje oznaki, tak też ci, którzy nie słyszą lub mają trudności z mową zderzają się z konkretnymi problemami. Największy z nich to komu-

nikacja z otoczeniem. Trudno jest żyć w odcięciu lub w ograniczonym dostępie do informacji, kiedy słuch zawodzi. Trudno jest żyć, gdy nie można swobodnie wypowiedzieć tego co się czuje, myśli, potrzebuje. To wie najlepiej osoba, która doświadczyła właśnie takich trudności oraz jej lekarz, terapeuta, a z całą pewnością wiedzą to specjaliści otolaryngolodzy, foniatryzy, audiolodzy, logopedzi, pedagodzy specjalni, psychologowie, którzy tworzą unikalny w skali kraju, a nawet w świecie zespół Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Instytut zapewniając stałą opiekę i kontrolę swoim pacjentom nie ogranicza się jedynie do diagnozowania ich stanu i stosowania znanych już metod radzenia sobie z pewnymi problemami. Instytut jest miejscem, w którym szuka się wciąż nowych rozwiązań, udoskonala się wciąż procedury medyczne i technologie, a wszystko po to, by zmieniać życie na lepsze oraz dotrzeć do nowych grup pacjentów, którzy byli pozbawieni szansy na poprawę ich stanu zdrowia i funkcjonowania w życiu.

*Z podziękowaniami za wielkie zrozumienie, pomoc i opiekę, za to że dziś jestem spokojniejsza o dzień jutrzejszy, za to że słyszę świat w jego różnych przejawach, za to że słyszę samą siebie*





**Nie przynieść  
człowiekowi  
nadziei, to gorzej  
niż go oślepić  
lub zabić**

Kiedy następuje pogorszenie zdrowia człowiek odczuwa lęk, niepewność jutra, myśli o tym co najgorsze. W tym czasie potrzebuje on odczuć zrozumienie, otrzymać informacje co do sytuacji w jakiej się znalazł i nadzieję, że uda się jego problem rozwiązać w stopniu możliwie największym. Bo jak pisał Marek Hłasko „Nie przynieść człowiekowi nadziei, to gorzej niż go oślepić lub zabić”. Jako pacjentka Instytutu mogę powiedzieć z całym przekonaniem, że jest on taką placówką, w której daje się

pacjentom nie tylko nadzieję ale stwarza się także realne warunki by przełamać chorobę, niepełnosprawność. Wiem, że nie jestem w tym zdaniu odosobniona...

Z podziękowaniami za wielkie zrozumienie, pomoc i opiekę, za to że dziś jestem spokojniejsza o dzień jutrzejszy, za to że słyszę świat w jego różnych przejawach, za to że słyszę samą siebie.

**Małgorzata Jeruzalska**  
pacjentka z częściową głuchotą  
korzystająca z implantu ślimakowego

## Moje losy trwale złączyły się z losami Instytutu

Niedługo minie dwanaście lat, odkąd jestem użytkowniczką implantu ślimakowego – pod względem „stażu” zaliczam się zatem do grupy „najstarszych” pacjentów profesora H. Skarżyńskiego. Pamiętam czasy Ośrodka Diagnostyczno-Lecznico-Rehabilitacyjnego dla Osób niesłyszących i niedosłyszących „Cochlear Center”, a później powstanie Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, pod którego skrzydła przesłam automatycznie jako stała (i wierna) pacjentka. Przeprowadzka do nowego, przestronnego budynku przy ul. Pstrowskiego w Warszawie, a po kilku kolejnych latach otwarcie Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach było wielką radością nie tylko dla pracowników, ale także dla nas, pacjentów, którzy mogli być przyjmowani i leczeni w coraz lepszych warunkach. Moje losy trwale złączyły się z losami Instytutu. Przez te wszystkie lata byłam i jestem świadkiem nicustanego zapału całego Zespołu Instytutu, pragnącego sprostać potrzebom ludzi z zaburzeniami słuchu i mowy. Każdy rok pracy Instytutu to wciąż nowe pomysły, o których nie śniło się nikomu jeszcze kilka lat temu, to pokonywanie kolejnych przeszkód, które wydawały się praktycznie nie do przebycia. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu – to naprawdę niezwykle miejsce. To nie tylko insty-

tucja, ale przede wszystkim ludzie, którzy tu pracują – bez wahania mogę powiedzieć, że są to profesjonaliści o wielkim sercu. Życzliwość, uśmiech, chęć pomocy pacjentom to wizytówka każdego pracownika Instytutu. Bardzo cenię cały Zespół Instytutu za zaangażowanie, codzienny trud, wielką serdeczność. Cieszę się, że mogłam spotkać takich ludzi. Życzę Im wszystkim wytrwałości, kolejnych pomysłów, skutecznych rozwiązań mających na celu niesienie pomocy osobom z problemami słuchu.

**Małgorzata Strycharz**

pacjentka korzystająca z implantu ślimakowego



# Organizacja szkoleń dla rodziców małych dzieci z uszkodzonym narządem słuchu i zaburzeniami komunikacji językowej

Wzorem lat ubiegłych, konsekwentnie kontynuując swoją działalność, Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedośłyszących, stara się pozyskać dojrzałe partnerstwo rodziców w procesie rehabilitacji. Przy wsparciu finansowym Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zorganizowano w roku 2005 cykl tematycznych szkoleń w formie spotkań o charakterze warsztatowym. Nadrzędną ideą wszystkich spotkań, było nie tylko podzielenie się posiadaną przez wykładowców wiedzą i doświadczeniem, ale przede wszystkim przekonanie rodziców o ich znaczącej roli w procesie diagnozy i rehabilitacji.

W ubiegłym roku celem tak sformułowanego zadania było przygotowanie do efektywnej rehabilitacji rodziców małych dzieci, u których problem stanowią różnorodne opóźnienia i/lub zaburzenia rozwojowe:

- opóźniony rozwój mowy lub jego zaburzenia
- centralne zaburzenia słuchu
- opóźnienia lub zaburzenia rozwoju ruchowego (w tym integracji sensorycznej)
- zaburzenia kontaktu, emocji i/lub zachowania
- nadpobudliwość psychoruchowa
- zaburzenia uwagi i/lub pamięci
- trudności w uczeniu się (czytanie, pisanie).

W rehabilitacji dzieci z uszkodzeniami lub zaburzeniami rozwojowymi (w tym narządu i zmysłu słuchu)



istotną sprawą jest przygotowanie rodziców do podjęcia efektywnej i przynoszącej rezultaty opieki. Pojęcie rehabilitacji dziecka w rzeczywistości oznacza działania wychowawcze i te, które wspierają jego rozwój, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości komunikowania się. Działania te podejmowane być muszą przez rodziców w domu rodzinnym w ścisłej współpracy ze specjalistami zatrudnionymi w poradniach. Aby sprostać zadaniu, rodzice dzieci z różnymi problemami rozwojowymi, w tym z uszkodzeniami i zaburzeniami słuchu, muszą uzyskiwać stałe wsparcie i pomoc specjalistyczną (medyczną, logopedyczną, pedagogiczną i psychologiczną), lecz także mieć dostęp do wiedzy i możliwość nabywania kompetencji w wychowaniu i rehabilitacji. Jedną z form pracy z rodziną są warsztaty i seminaria.

Celem działań było przygotowanie i przeprowadzenie sześciu szkoleń w wyznaczonych Ośrodkach: w Warszawie, Radomiu oraz w Ostrołęce i Siedlcach. Ogółem szkolenia zorganizowano dla ok. 240 osób.

Szczegółowe cele, które postawili sobie organizatorzy szkoleń można przedstawić w następującym porządku:

- Zapoznanie się lub uzupełnienie przez rodziców wiedzy dotyczącej nowoczesnych metod diagnostycznych i rehabilitacyjnych stosowanych w przypadku dzieci nie rozwijających mowy z różnych przyczyn.



- Dostarczenie praktycznych wskazówek i metod mających na celu zmniejszenie lęku w trudnej dla rodziców sytuacji emocjonalnej, jaką jest wychowywanie dziecka z zaburzeniami i odchyleniami od normy rozwojowej.
- Praktyczne wykorzystanie przedstawionych i omówionych form działania przy organizowaniu codziennej opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem.
- Dostęp do materiałów i pomocy potrzebnych przy wypełnianiu zadań wynikających z programu terapii.
- Pomoc w podjęciu decyzji o wyborze metody leczenia i rehabilitacji.
- Przejście z roli obserwatora, biernego uczestnika zdarzeń do aktywnego i kreatywnego działania.
- Sposobność dzielenia się swoimi wątpliwościami, pytaniami i uwagami z innymi rodzicami, ale także ze specjalistami z danej specjalności i z innych znaczących ośrodków.

#### **Spotkania obejmowały następujące tematy:**

##### **Warszawa**

- *Diagnostyka i terapia centralnych zaburzeń słuchu u dzieci*
- *Neurofizjologia mowy i konsekwencje terapeutyczne*
- *Metoda psychomotoryczna Procus i Block jako metoda wspomagająca rozwój dziecka*
- *Metoda psychomotoryczna Procus i Block w pracy z grupą dzieci implantowanych*
- *Metoda integracji sensorycznej*
- *Waga partnerstwa rodziców we współpracy z terapeutą.*

##### **Ostrołęka**

- *Doskonalenie kompetencji językowej ucznia w wieku przedszkolnym*
- *Program kształtowania świadomości fonologicznej dla dzieci przedszkolnych i szkolnych „Dźwięki mowy”*
- *Potrzeby psychiczne dziecka a postawy i metody wychowawcze rodziców*
- *Anatomia i fizjologia narządu słuchu.*



##### **Radom**

- *Diagnostyka i terapia centralnych zaburzeń słuchu u dzieci*
- *Rozwój mowy u dzieci – zagadnienia normy i patologii*
- *Metoda psychomotoryczna Procus i Block jako metoda wspomagająca rozwój mowy*
- *Metoda psychomotoryczna Procus i Block w pracy z grupą dzieci implantowanych*
- *Praktyczne aspekty terapii logopedycznej wspomaganej terapią psychomotoryczną*
- *Wprowadzenie w problematykę niedosłuchów jednostronnych*
- *Funkcjonowanie dziecka z głuchotą prawo- i lewostronną*
- *Formy i sposoby spędzania wolnego czasu z dzieckiem prezentującym niedosłuch jednostronny.*

##### **Siedlce**

- *Metody wspomagające rozwój mowy dziecka w terapii logopedycznej*
- *Zaburzenia percepcji wzrokowej – metody terapii*
- *Wspieranie rozwoju dziecka z dysfunkcją rozwojową.*

Mamy nadzieję, że rezultatem realizacji zadania jest lepsze przygotowanie rodziców wychowujących dzieci z różnorodnymi problemami rozwojowymi do działań rehabilitacyjnych oraz do kształtowania właściwych postaw – akceptacji możliwości i ograniczeń dziecka oraz chęci współpracy z terapeutami. Wydaje się także, że rodzice nabyli więcej wiary w możliwości rozwojowe dziecka, a tym samym są bardziej zaangażowane (motywowani) do skutecznych działań.

**dr med. Joanna Szuchnik**

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

# Rehabilitacja grupowa dla dzieci muzyczno-ruchowa i psychomotoryczna

Fundamentem rozwoju każdego dziecka jest RUCH – twierdzenie to stanowi podstawowe założenie terapii przeznaczonej dla dzieci z różnymi dysfunkcjami rozwojowymi. Zaproponowana od 2004 roku przez Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących nowa metoda terapeutyczna oparta jest o uporządkowany zestaw ćwiczeń ruchowych połączonych z różnego typu grami grupowymi i zabawami indywidualnymi umożliwiającymi harmonijny rozwój psychoruchowy dzieciom, u których rozwój fizyczny, intelektualny, ruchowy lub emocjonalny z różnych przyczyn został zahamowany.

Podstawę terapii stanowiła metoda psychomotoryczna wg Procus i Block uzupełniana w ubiegłym roku elementami innych metod z nurtu integracyjnego (np. metoda SI, wygaszania odruchów wg S. Goddard, kinezylogii edukacyjnej wg Dennisona, logorytmika). W terapii stosowane były również ćwiczenia relaksacyjne z wykorzystaniem muzyki. Zajęcia adresowane były przede wszystkim do dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy, która jest najbardziej zorganizowaną czynnością ruchową, uzależnioną od funkcjonowania centralnego układu nerwowego jako całości. Dzieci oprócz trudności z mową prezentowały także:

- trudności w wykonywaniu czynności ruchowych (niezręczność, męczliwość, brak lub słaba koordynacja ruchowa, zaburzenia równowagi)
- trudności w porozumiewaniu się (w rozumieniu i mówieniu) trudności w przetwarzaniu informacji słuchowej
- wyraźne opóźnienie znajomości schematu ciała



- brak orientacji w przestrzeni i czasie
- brak zaufania do siebie i trudności w nawiązywaniu prawidłowych relacji z otoczeniem
- zaburzenia lateralizacji
- trudności w uczeniu się i problemy szkolne
- zaburzenia zachowania (nadpobudliwość ruchowa lub emocjonalna, trudności z koncentracją uwagi, niska samoocena).



W trakcie terapii, oprócz ćwiczeń ruchowych (dużej motoryki) oraz masażu ciała proponowano zabawy indywidualne i gry zespołowe, rozwijające percepcję wzrokową, słuchową, koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową, sprawność manualną itp. Ćwiczenia te wykonywane były przez dzieci w pozycji leżenia na brzuchu ze względu na wagę pozycji karku, który warunkuje pozycję głowy w przestrzeni i odgrywa istotną rolę w składniku neurogenym napięcia mięśniowego. Wielokrotne powtarzanie ćwiczeń pozwalało dzieciom przez doświadczenie własnego ciała w ruchu otrzymać i zintegrować wszystkie elementy potrzebne do osiągnięcia własnej autonomii. Podczas zajęć terapeuci dążyli do poprawnego wykonania każdego ćwiczenia, aby dziecko mogło zdobyć świadomość swoich możliwości. Zaakceptowanie przez dziecko wymagań jest możliwe wówczas, gdy rozumie ono intencje terapeuty, który pomaga mu rozwinąć te możliwości.

Zatem głównym 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 akcji mowy: oddechowego, fonacyjnego oraz artykulacyjnego. Inaczej można powiedzieć, że celem zajęć grupowych 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 uzupeł-





niającym indywidualną terapię logopedyczną, pedagogiczną i psychologiczną, którą każde z dzieci realizuje w ramach stałej opieki rehabilitacyjnej.

Wieloletnie obserwacje niejednakowych wyników rehabilitacji dzieci z różnorodnymi uszkodzeniami i zaburzeniami rozwojowymi skłaniają do refleksji i poszukiwania bardziej efektywnych metod rehabilitacyjnych. 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.

Celcm tych spotkań było:

- doskonalenie umiejętności wspierających podejmowanie komunikacji słownej
- rozwijanie wszystkich funkcji poznawczych
- prezentacja różnych metod i form pracy szczególnie tych, które nie mogły 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 postępów dziecka oraz różnego rodzaju materiałów i pomocy dydaktycznych.

Terapia psychomotoryczna, dostosowana do wieku i dojrzałości dziecka, odbudowuje strukturę funkcjonalną jego ośrodkowego układu nerwowego. Terapia ta jest oceniana przez specjalistów jako racjonalne i skuteczne rozwiązanie wielu problemów dzieci z trudnościami rozwojowymi. Warto zatem prześledzić zasady jej prowadzenia:

- W proces terapeutyczny cały czas jest włączone ciało dziecka, co ułatwia kształtowanie się jego poczucia tożsamości fizycznej i psychicznej oraz uświadomienie pojęcia przestrzeni i czasu.
- Wszystkie czynności terapeutyczne sprzężone są z mową. Mowa staje się regulatorem zachowań ruchowych i jest utrwalana przez powtarzanie. Czynności ruchowe i funkcje mowy wzajemnie się stymulują.
- Terapia odbywa się w grupie, aby dać dziecku możliwość porównywania się z innymi dziećmi, naśladownictwa i współdziałania. Grupa jest czynnikiem stymulującym do wysiłku.
- Każde ćwiczenie jest zintegrowane, tzn. każde z nich łączy doznania ruchowe, czuciowe, słuchowe, wzrokowe, emocjonalne. Wszystkie czynności są werbalizowane (nazywane).
- Zajęcia charakteryzują się pewnym stałym układem ćwiczeń dla wytworzenia umiejętności antycypacji, planowania i organizacji czynności według wytworzonego rytmu.
- Oddziaływania wychowawcze opierają się z jednej strony na pedagogice sukcesu oraz z drugiej strony na wprowadzaniu pojęcia „granic” tzn. reguł zachowań i odpowiednio wysokich wymagań.
- Stopień trudności ćwiczeń jest dostosowany do wieku i dojrzałości rozwojowej dziecka.

Efekty opisanych powyżej działań stworzyły wartościową bazę dla pracy indywidualnej specjalistów w gabinetach. Warto zaznaczyć, że prowadzona terapia była przedstawiona w sposób szczegółowy rodzicom w trakcie organizowanych przez Stowarzyszenie szkoleń. Z przyjemnością odnotowujemy, spójnie z naszymi, relacje rodziców z postępów jakie czynią dzieci w domach, grupach przedszkolnych i szkolnych, a także zwiększone i świadome zainteresowanie rodziców trudnościami oraz możliwościami własnego dziecka. Wspierając ich w roli kontynuatorów terapii, przekazano wiele cennych materiałów służących podnoszeniu wiedzy, a dzieciom umożliwiających nabywanie różnorodnych umiejętności.

**dr med. Joanna Szuchnik**

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