

DWUMIESIĘCZNIK DLA OSÓB Z PROBLEMAMI SŁUCHU I MOWY

SŁYSZĘ

4/90

LIPIEC-SIERPIEŃ

2006

ISSN 1429-5040



Słyszę świat

14. rocznica wszczepienia implantu ślimakowego

Ciała obce u dzieci

- istotny problem w praktyce lekarskiej

Ciała obce nosa, uszu czy oskrzeli są często spotykane w laryngologii dziecięcej. Ciekawość charakteryzująca małe dziecko popycha je do eksperymentowania z przedmiotami z najbliższego otoczenia, co przejawia się m.in. wprowadzaniem różnych ciał obcych do naturalnych otworów ciała.

Ciała obce w uszach w 75% dotyczą dzieci poniżej 5–8 roku życia, ale wcale nierzadko spotykamy je również u dzieci starszych. Zwykle są to jednak dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi lub psychicznymi. Ciała obce uszu zazwyczaj nie stwarzają poważnego problemu i mogą być przez lekarza łatwo usunięte. Połowę ciał obcych ucha stanowią fragmenty materii nieożywionej. Są to najczęściej małe kamyki, koraliki, baterijki, fragmenty kredek świecowych, czy kredek drewnianych z wnętrzem, zwinięte kawałki papieru, folii plastikowej itp. Do ucha trafiać mogą także nasiona fasoli, grochu czy też pestki owoców. W ostatnim czasie coraz częściej zdarzają się perforacje błony bębenkowej spowodowane pałeczkami higienicznymi, które dziecko, trzymając w uchu, wpycha zbyt głęboko. Czasem zdarzają się ciała obce o ostrych końcach. Może to być np. odłamek szyby samochodowej w formie dość regularnego, sześciennego pryzmatu, który wpada przypadkowo do ucha podczas wypadku komunikacyjnego. Do groźnych ciał obcych należą kawałki

drotu, czy np. struna gitary. Sezonowo, w okresie wiosenno-letnim, częstymi ciałami obcymi ucha są owady (prusaki czy karaluchy spotykamy jednak przez cały rok) czy fragmenty roślin.

Z dużych statystyk szpitalnych wynika, że w większości ciała obce wprowadza samo dziecko. Ciała obce uszu należą do najbardziej dokuczliwych: ponad 50–80% dzieci trafia do lekarza już w pierwszej dobie. Mimo dużego dyskomfortu (niedosłuch, uczucie ucisku), a nieraz bólu, stosunkowo rzadko dochodzi do poważniejszych uszkodzeń, w tym do zranienia lub przebicia błony bębenkowej (zdarza się to w 6–7% przypadków).

Najlepszą metodą przy usuwaniu luźno leżących ciał obcych z ucha jest płukanie przewodu słuchowego ciepłą wodą zgodnie z ogólnie przyjętymi w laryngologii zasadami. Dotyczy to w szczególności żywych owadów. Godne polecenia przed właściwym płukaniem jest zalanie przewodu słu-

chowego oleistym płynem, w celu odciążenia owadowi dopływu powietrza i uzyskania poślizgu. W przypadku obłych i gładkich ciał obcych dość mocno zaklinowanych w przewodzie stosujemy kleszczyki. Ostre ciała obce może usuwać tylko laryngolog, posługując się mikroskopem, ssakiem i zestawem narzędzi otolaryngologicznych. Usuwanie ostrych ciał obcych u dzieci musi odbywać się w znieczuleniu ogólnym, bowiem dziecko nie jest w stanie zachować spokoju w takiej sytuacji. Bardzo rzadko, głównie w przypadku długo zalegających ciał obcych, konieczne jest wykonanie rozcięcia i plastyki przewodu słuchowego zewnętrznego. Do powikłań ciał obcych uszu zaliczyć należy:

- skaleczenie przewodu słuchowego zewnętrznego
- skaleczenie/perforację błony bębenkowej
- zakażenie przyranne
- zapalenie węzłów chłonnych szyi.



Zdjęcia otoskopowe – mrówka i komar w przewodzie słuchowym zewnętrznym

Ciała obce w nosie także należą do częstych. U dzieci są to zazwyczaj kawałki gąbki, ale także zwitki papieru, baterijki, małe kamyki, ziarna i kłosa zbóż. Do kazuistyki* zaliczyć można znalezienie w jamie nosa fragmentu świerkowej gałązki, wciśniętego zgodnie z układem igieł i w związku z tym zaklinowanego nieodwracalnie w jamie nosowej (konieczne jest usunięcie tego ciała obcego w warunkach sali operacyjnej przez nosogardło). Objawem zalegającego ciała obcego w jamie nosa jest niedrożność nosa i stale występujący po jednej stronie ropny katar. Przy długo zalegającym ciele obcym może pojawić się stan zapalny z gorączką, a także objaw niedrożności przewodu nosowo-łzowego – łzawienie i zapalenie spojówki oka po stronie ciała obcego.

Przy usuwaniu ciał obcych z jamy nosa należy pamiętać o zachowaniu ostrożności, podyktowanej obawą o możliwość przepchnięcia ciała obcego do nosogardła i dalej – do krtani czy oskrzeli. W celu uniknięcia tego powikłania należy ciała obce wytaczać po dolnej ścianie jamy nosowej specjalnym przyrządem, nigdy nie używając w tym celu pęsety czy kleszczyków. Narzędzia te mogą ześlizgnąć się po obłym i twardym ciele obcym i doprowadzić do jego wepchnięcia głębiej do jamy nosa czy do zatok.

Zaaspirowanie **ciała obcego do drzewa tchawiczo-oskrzelowego** zdarza się w każdym wieku, najczęściej jednak jest obserwowane u dzieci. U dorosłych najczęściej dochodzi do tego w sytuacji upojenia alkoholowego, u osób zawodowo trzymających coś w ustach, u psychopatów czy chorych z otępieniem lub chorobami neurologicznymi, wreszcie u więźniów w wyniku samookaleczenia. 2/3 pacjentów z ciałem obcym oskrze-

li to właśnie dzieci do 10 roku życia. Aspiracja ciał obcych zdarza się najczęściej u dzieci w wieku do 3 roku życia. Spektrum możliwych ciał obcych jest tak szerokie, jak oferta na rynku i zakres przedmiotów dostępnych dziecku: orzeszki, pestki owoców, kamyki, żdźbła traw, plastikowe elementy zabawek czy innych przedmiotów użytkowych, miazga pokarmowa, ozdoby. Najbardziej niebezpieczne są ciała

obce organiczne, które pęcznieją i ulegają rozpadowi. Organiczne ciała obce stanowią 83%, nieorganiczne 10%, a niezdefiniowane 7%. Wśród organicznych dominuje kukurydza, fasola i orzeszek ziemny.

Rozpoznanie ciała obcego oskrzeli nie zawsze jest łatwe. U dzieci jest ono tym trudniejsze, że rzadko kiedy rodzice lub opiekunowie widzą moment zakrztuszenia się. 75% pacjentów zgłasza się do lekarza w I dobie, a 85% w ciągu pierwszych III dób. W 12% przypadków rozpoznanie stawia się późno: jest ono przypadkowe lub wynika z diagnostyki przeprowadzonej z powodu nawracających zapaleń dolnych dróg oddechowych. 27% dzieci nie demonstruje żadnych objawów zachłyśnięcia, a 29% nie wykazuje zmian w RTG klatki piersiowej. Około 1/3 dzieci czeka dłużej niż 3 dni na skuteczną diagnostykę i leczenie. Okazuje się, że wykonanie bronchoskopii w okresie pierwszych 48 godzin jest najbardziej skuteczne, co przejawia się tym, że w 90% zapewnia



pełne wyleczenie bez konieczności stosowania innych metod. Późne rozpoznanie zwykle idzie w parze z odczynem obturacyjnym i długotrwałym stosowaniem leczenia farmakologicznego – bez wyraźnej poprawy. To opóźnienie w diagnostyce wynosi u 12% chorych przeciętnie 30 dni.

Należy z naciskiem podkreślić, że każde podejrzenie ciała obcego oskrzeli wymaga wykonania bronchoskopii, bowiem jest to jedyna metoda pozwalająca to potwierdzić lub ostatecznie wykluczyć. Analiza retrospektywna wykazuje, że jedynie w 9% przypadków nie znajdują się ciała obcego.

W obrazie klinicznym dominuje przewlekły kaszel i naprzemienne odkrztuszanie śluzowo-ropne. Burzliwy epizod gwałtownego kaszlu zwykle nie jest pamiętany przez chorych. Okres niemy klinicznie trwa od kilku tygodni do nawet kilku miesięcy. Jest on uzależniony od rodzaju ciała obcego: ciała obce organiczne wywołują żywą reakcję zapalną,

* Kazuistyka – suma obserwacji klinicznych przebiegu tej samej choroby u kilku pacjentów.

ziarninę i zwężenie oskrzeli. Kości, zęby, metal nie wywołują takiego odczynu. Długie zaleganie ciała obcego sprzyja nadkażeniom grzybiczym.

Objawy zalegającego w drzewie oskrzelowym ciała obcego można podzielić na dwie fazy. W fazie wczesnej, bezpośrednio po zaaspirowaniu ciała obcego, obserwuje się:

- napad kaszlu
- duszność, zwłaszcza w przypadku ciał obcych pęczniejących
- ucisk i ból za mostkiem
- krwioplucie (ciała ostre).

W okresie późniejszym, w przypadku ciał obcych zalegających wysoko, tj. w tchawicy lub oskrzelach głównych, obserwować można stały dyskomfort i nawracające napady kaszlu przy zmianie pozycji ciała. W przypadku ciał obcych znajdujących się niżej rozpoznanie jest bardzo trudne, a najbardziej charakterystyczne są nawracające infekcje dolnych dróg oddechowych, w tym zapalenia płuc czy oskrzeli o stale tej samej lokalizacji.

Do powikłań ciał obcych oskrzeli należy zaliczyć takie, jak:

- odma opłucnowa
- niedodma płuc
- rozedma płuc
- rozstrzenie oskrzeli (poszerzenie oskrzeli z osłabieniem ich ścian i zaleganiem ropy)
- ropień płuca
- marskość płuca (zmiany zwyrodnieniowe)
- przetoka opłucnowa (wytworzenie się sztucznego otworu, niekiedy z przebicciem się na powierzchnię klatki piersiowej).

Metodą z wyboru w diagnostyce i leczeniu jest bronchoskopia, a nie prowokowanie odkrztuszenia, gdyż pęczniące ciało obce może utkwąć w tchawicy. Należy także zawsze wykonać badanie RTG klatki piersiowej, pamiętając, że niemetaliczne ciała obce nie dadzą cienia w RTG,

a o ich obecności możemy wnioskować pośrednio (ogniska niedodmy czy rozedmy). Nawet negatywny wywiad, badanie kliniczne, ani też negatywny wynik RTG klatki nie wykluczają obecności ciała obcego w oskrzelach.

Lokalizacja ciała obcego zależy od jego wielkości i charakteru:

- krtąń – 5%
- tchawica – 10%
- prawe oskrzele główne – 55%
- lewe oskrzele główne – 30%.

Usuwanie ciał obcych z drzewa tchawiczo-oskrzelowego odbywać się może drogą bronchoskopii klasycznej albo bronchofiberoskopii. Ostatecznością jest usuwanie ich na drodze torakotomii (otwarcia ściany klatki piersiowej). W roku 1897 Gustaw Kilian usunął pierwsze ciało obce z oskrzela drogą naturalną, tj. od strony krtani i tchawicy. Pionierem nowoczesnej techniki usuwania ciał obcych jest Chevalier-Jackson, według którego każde ciało obce powinno zostać usunięte naturalnie, tzn. przejść ponownie drogę, którą przebyło wnikając do wnętrza ciała. W bronchoskopii tradycyjnej używamy metalowych sztywnych rur bronchoskopowych o rozmiarach dostosowanych do wieku pacjenta. W bronchofiberoskopii posługujemy się giętkimi fiberoskopami o różnej średnicy, z własnym oświetleniem i światłowodową optyką. Bronchoskopy służą do usuwania ciał obcych zalegających stosunkowo wysoko: zwykle poniżej rozdwojenia tchawicy lub w jednym z oskrzeli płatowych, rzadziej segmentowych, natomiast fiberoskopy służą do kontroli oskrzeli podsegmentowych. Bronchoskop klasyczny okazuje się niezbędny w niektórych sytuacjach, takich jak znalezienie ciała obcego o ostrych krawędziach, które bezpieczniej jest wyciągać po uprzednim wprowadzeniu go do rury bronchoskopu. Zaletą bronchofiberoskopu jest przede wszystkim

powiększenie obrazu, dobre oświetlenie, możliwość jednoczesnego odsysania i manipulacji oraz dostępność szerokiej gamy narzędzi.

Według wielu autorów u większości chorych bronchoskopia jest bardzo skuteczna w usuwaniu ciał obcych oskrzeli. Jej skuteczność sięga 90–99%. W około 20–40% zabiegów, mimo wywiadu wskazującego na możliwość ciała obcego, bronchoskopia je wyklucza. Należy jednak zaznaczyć, że w wielu przypadkach, pomimo wykluczenia ciała obcego metodą tradycyjną, znajduje się ciało obce w oskrzelach podsegmentowych metodą fiberoskopową. Należy także mieć na względzie to, że ośrodki, w których wykonuje się bronchoskopię, nie zawsze mają odpowiednio przygotowany personel.

Ciało obce w przewodzie pokarmowym, a będące w zakresie kompetencji otolaryngologa, znajdować się może w jamie ustnej, gardle lub przełyku. W jamie ustnej czy w gardle najczęściej spotyka się ostre ciała obce białe w błonę śluzową policzka, podniebienia, tylnej ściany gardła lub w tkankę migdałka podniebiennego. Należą do nich przede wszystkim ości rybie. Należy z naciskiem podkreślić, że dziecko w wieku przedszkolnym nie powinno być karmione rybami, jeśli nie zostały one oczyszczone z ości. Najczęściej z tego typu ciałami obcymi mamy do czynienia oczywiście w okresie Bożego Narodzenia, ale nierzadkie są one także w okresie letnim, w czasie wakacji nad jeziorami czy nad morzem. Ciężkie urazy jamy ustnej czy gardła zdarzają się u dzieci wskutek nieszczęśliwych wypadków i są wynikiem biegania i skakania z trzymaną w ustach szczoteczka do zębów czy łyżeczką. Obserwuje się temu podobne przedmioty białe w policzek czy w podniebienie miękkie. Rzadko, ale jednak, ciało obce może zostać



przemieszczone do wnętrza ślinianki przyusznej. Znakiem czasu są ciała obce w postaci kolczyków umieszczanych np. w języku. Często wywołują one miejscowy odczyn zapalny. Jeden z elementów takiego kolczyka może się oderwać i utknąć w przełyku. Często zdarzają się przygryzienia kolczyka w trakcie jedzenia, co może doprowadzić do złamania zęba. Wbite w podniebienie czy w wyrostek zębobodołowy ciało obce może imitować nowotwór czy torbiel zębo-pochodną. Przy podejrzeniu ciała obcego najważniejsze jest drobiazgowo badanie laryngologiczne. Badania radiologiczne mają w tej sytuacji mniejsze znaczenie ze względu na fakt częstego przeoczenia ciała obcego czy braku uwidacznienia się w obrazie RTG. Ciało obce wbite w migdałek nie zawsze jest dobrze widoczne. W przypadku ciał obcych drewnianych – ciało takie imituje powietrze, mięsień lub tłuszcz.

Ciała obce w przełyku są przez ponad 90% dzieci połykane przypadkowo. Dzieci w wieku przedszkolnym najczęściej połykają przedmioty codziennego użytku, wśród których dominują monety, stanowiące 50–55% ciał obcych przełyku. W dalszej ko-

lejności spotykane są fragmenty zabawek, elementy biżuterii, baterie, igły czy szpilki, ości rybie, kostki z kurczaka, duże kawałki nienależycie pogryzionych pokarmów, a nawet gumowe smoczki. Aż 1/3 ciał obcych ma ostre krawędzie. Ponad połowa ciał obcych przełyku więźnie w jego pierwszej cieśni, a więc na granicy części szyjnej i piersiowej i jest dostępna nawet w laryngoskopii. Wysoko położone twarde ciało obce przełyku może powodować dysfonię lub nawet całkowite porażenie strun głosowych.

Tylko połowa pacjentów demonstruje objawy czy dolegliwości w momencie uwięźnięcia ciała obcego, takie jak: silny ból za mostkiem, dysfagia (zaburzenia połykania), sinica czy duszność. Długo zalegające ciało obce jest z reguły przyczyną stanu zapalnego i perforacji przełyku, może też być przyczyną trwałego ucisku lewego oskrzela głównego, co z kolei objawia się nawracającymi zapaleniami w obszarze lewego płuca. Około 0,5–1% pacjentów z ciałem obcym przełyku nie demonstruje żadnych objawów.

U dzieci typowym objawem obecności ciała obcego w przełyku czy gardle dolnym jest ślinotok, będący wyrazem zaburzeń połykania i niedrożności przełyku. Ponad-

to obserwuje się niemożność lub znaczne utrudnienie połykania, ból przy próbie połykania lub połykanie tylko płynów. Towarzyszą temu niekiedy wymioty czy ulewianie.

Pocieszające jest, że od 50 do 60% ciał obcych przełyku zostaje wyeliminowanych samoistnie, drogą naturalną, i to nie tylko tych umiejscowionych nisko, tuż nad wpustem żołądka, ale czasem nawet tych zlokalizowanych wysoko.

Do usuwania ciał obcych z przełyku stosuje się obecnie powszechnie gastrofiberoskopy. Sztynne metalowe esofagoscypy są zagrożeniem dla delikatnych ścian przełyku i powinny być stosowane tylko przez bardzo doświadczonych lekarzy. 80–90% ciał obcych udaje się usunąć drogą naturalną. 2–3% nisko położonych ciał obcych udaje się przepchnąć do żołądka, a tylko około 1–5% ciał obcych nie udaje się usunąć z przełyku drogą endoskopową i konieczna jest operacja. Ważne jest, aby pamiętać, że ciało obce, szczególnie w przełyku, może być mnogie: za jedną monetą może kryć się druga lub nawet trzecia, a obok monety może znajdować się np. zwitek papieru.

Powikłaniem długo zalegającego ciała obcego bardzo często jest perforacja przełyku, niekiedy także z rozerwaniem aorty i w następstwie tego – zgonem. Natomiast powikłania esofagogoskopii są raczej rzadkie, głównie są to perforacje ściany przełyku, spotykane na dużych grupach chorych zaledwie w dziesiątych częściach procentu.

Powyższy przegląd ciał obcych spotykanych u dzieci wraz z charakterystyką ich przebiegu klinicznego pozwoli Państwu z pewnością uświadomić sobie, jak wielkie potencjalne zagrożenie wiąże się z tym problemem.

dr hab. med. Jarosław Wysocki

Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy
Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu



Kobiety obniżają ton głosu

Brytyjscy naukowcy przeprowadzili doświadczenie, podczas którego porównali głosy kobiece z roku 1945 i 1993. Analiza ujawniła, że w ciągu drugiej połowy ubiegłego wieku ton i wysokość kobiecych głosów znacznie się obniżyły. W tym okresie średnie natężenie głosu kobiet w wieku 18–25 lat zmniejszyło się o 23 herców. Ten trend potwierdzają też nauczyciele śpiewu i archiwiści radiowi. Do obniżenia tonu głosu szczególnie często zachęcane są kobiety zajmujące eksponowane stanowiska, panie aktywne w polityce. Zmianę tonu głosu – z ostrego i przenikliwego na głębszy i niższy – doradził byłej brytyjskiej premier, Margaret Thatcher, jej specjalista od wizerunku Gordon Reece. Z porad dotyczących tonacji głosu korzystała też m.in. księżna Diana.

Słuchawki nowej generacji

Japończycy testują nowe słuchawki, których nie zakłada się na uszy. Wykorzystano w nich przewodnictwo kostne dźwięku. Słuchawki nowej generacji zamiast do uszu przylegają do skroni. Dzięki temu dźwiękowe wibracje trafiają poprzez kości do receptora słuchu. W przeciwieństwie do tradycyjnych słuchawek, sprzęt nowej generacji nie wprawia w drgania błony bębenkowej. Nie narażają zatem uszu na zbyt głośne dźwięki, nie nadwyrężają słuchu i nie powodują jego osłabienia. Poza tym, nie zakrywając uszu, słuchawki te nie blokują dopływu innych dźwięków. Dlatego można jednocześnie słuchać muzyki i tego, co dzieje się w otoczeniu. Słuchawki nowej generacji kosztują 14 i pół tysiąca jenów, czyli równowartość 400 złotych. Są przeznaczone do przenośnych odtwarzaczy dźwięku, ale w nieodległej przyszłości mają zostać przystosowane do wykorzystania w telefonach komórkowych.

Drzemka czy sjeta, chodzi o jedno

Każdy z nas wie, że po obfitym posiłku robimy się senni i nieaktywni. Tłumaczymy sobie wtedy, że nasz organizm wykorzystuje całą swoją energię na strawienie tego, co zjedliśmy. Teraz angielscy naukowcy prześledzili mechanizm, który w mózgu odpowiada za tę naturalną potrzebę sjety. Okazało



się, że glukoza uwolniona z posiłku blokuje aktywność komórek nerwowych, które odpowiadają za utrzymanie nas w stanie świadomości i aktywności. Chodzi tu mianowicie o znajdujące się w podwzgórzu neuroony wydzielające oreksynę – hormon, który reguluje odżywianie się i sen. Komórki te są wrażliwe na sygnały o zapotrzebowaniu organizmu, zwłaszcza mózgu, na energię i wpływają na nasze pobudzenie, przyjmowanie posiłku, a także na tempo metabolizmu. Wszystko po to, by zapewnić mózgowi odpowiednią porcję energii. Dotychczasowe badania wykazały, że nieprawidłowości w pracy neuronów wydzielających oreksynę

mogą prowadzić do różnych zaburzeń świadomości, jak narcolepsja, czyli niekontrolowane zapadanie w sen. Wiadomo też, że biorą one udział w rozwoju otyłości, a nawet w procesach uczenia się, w odczuwaniu przyjemności i uzależnieniach. W badaniach na neuronach z mysiego mózgu naukowcy odkryli, że glukoza hamuje wy-

dzielanie oreksyny działając na kanały potasowe w błonach neuronów. Kanały te są białkami o specjalnej strukturze, które kontrolują wnikanie jonów potasu do wnętrza komórek i w ten sposób wpływają na zmianę ich zachowania. Jak komentują naukowcy, odkryty mechanizm pozwala mózgowi dostosować stan naszego pobudzenia i metabolizm do aktualnego zapotrzebowania organizmu na energię. Odkrycie to pozwoli zrozumieć, dlaczego po posiłku nic nam się nie chce i dlaczego tak trudno jest zasnąć, gdy czujemy się głodni. Pozwoli też lepiej poznać przyczyny różnych schorzeń, np. zaburzeń odżywiania czy zaburzeń snu. Te badania uzasadniają też powód, dla którego mieszkańcy Europy Południowej są tak przywiązani do poobiedniej sjety.

Płacz niemowlaka

Londyńscy badacze zalecają uspokajać płaczące niemowlę, a nie pozwalać mu się wypłakać, przynajmniej w pierwszych tygodniach po urodzeniu. Zespół naukowców zaangażował do badań trzy grupy świeżo upieczonych rodziców: pierwszą – z Londynu, drugą – z Kopenhagi, trzecią zaś międzynarodową – z Wielkiej Brytanii, Danii oraz USA. Rodzice należący do trzeciej grupy badawczej wyróżniali się szczególnie troskliwym i opiekuńczym podejściem do swych dzieci. De-



klarowali m.in., że chcą jak najczęściej nosić je na rękach oraz błyskawicznie reagować na każdy ich płacz. Uczestnicy badań mieli prowadzić szczegółowe zapiski dotyczące zachowania ich dzieci – kiedy i ile czasu płaczą, jak często budzą się w nocy, a także swoich reakcji. Zapiski sporządzali trzykrotnie – w 8–14 dniu życia dziecka, następnie w 5–6 tygodniu i w 10–14 tygodniu. Okazało się, że w 10. dniu życia dzieci „supertroskliwych” rodziców spędzały na ich rękach znacznie więcej czasu niż pozostałe – średnio aż 16 godzin dziennie. Częściej też spały z nimi w tym samym łóżku. Londyńscy rodzice nosili swoje pociechy na rękach „tylko” przez ok. 8,5 godz. dziennie, kopenhascy – przez niecałe 10 godzin. Londyńczycy okazali się najbardziej „odporni” na płacz i narzekanie maluchów. Najdłużej zostawiali je same płaczące, najpóźniej też reagowali na obudzenie się dziecka w nocy. Z analizy badania wynika, że takie podejście zemściło się na nich w późniejszym okresie życia dziecka. Pięciotygodniowe już maluchy z Londynu płakały bowiem i krzyczały znacznie dłużej (o połowę) niż ich rówieśnicy z pozostałych badanych grup. To samo było po ukończeniu 12. tygodnia życia – mali Londyńczycy nadal płakali częściej i więcej niż inne dzieci. Jednocześnie badania sugerują, że nadmierna troska i opieka nad dzieckiem też nie jest idealnym rozwiązaniem i wcale nie rekompensuje rodzicom włożonego w to wysiłku. Dzieci z Kopenhagi płakały tyle samo co te, którym zapewniono najwyższą troskę i poświęcono najwięcej czasu i uwagi. W kolejnych tygodniach życia maluchy z Kopenhagi zaczęły zaś sprawiać swoim rodzicom mniej problemów niż te z nadopiekuńczych rodzin. Z badań wynika, że w 12. tygodniu życia rzadziej budziły się w nocy i trochę mniej płakały od dzieci stale noszonych na rękach.

„Dylemat” mózgu

Dziś ciągle stajemy wobec dylematu – czy trzymać się utartych, ale bezpiecznych schematów, czy zaryzykować i wypróbować nowe możliwości. Z najnowszych badań angielskich naukowców wynika, że aby rozwikłać ten problem, mózg musi wyciszyć struktury odpowiedzialne za odczuwanie przyjemności, a uruchomić inne – związane z procesami poznawczymi i podejmowaniem decyzji. Dylematy związane z wyborem między dobrze znaną opcją a nową strategią dotyczą każdego człowieka, zarówno maklera gieł-



dowego, jak i miłośnika automatów do gier. Podobnie jest w przypadku zwierząt poszukujących wody czy pożywienia. Dla nich takie wybory są często kluczem do przetrwania. Aby sprawdzić, jak decyzja o eksploracji jest podejmowana w mózgu, naukowcy przebadali 14 osób, które grały o pieniądze na różnych automatach do gier. Aktywność ich mózgu analizowano za pomocą funkcjonalnego rezonansu magnetycznego. Większość uczestników eksperymentu rzadko wypróbowała inne maszyny, by sprawdzić, na której można wygrać najwięcej. Przeważnie gracze trzymali się tego automatu, na którym osiągnęli najwyższe zyski. Okazało się, że decyzja o podjęciu ryzyka i eksplorowaniu nowych możliwości była związana z silną aktywnością w korze tzw. czołowo-biegunowej (czyli w najbardziej wysuniętym biegunie kory przedczołowej). Jest to obszar mózgu zaangażowany w kontrolę procesów poznawczych. Drugą aktywną w tym czasie strukturą była bruzda śródcieniowa, która, jak wykazano wcześniej, bierze udział w podejmowaniu decyzji. Natomiast gdy gracze pozostawali wierni znanemu schematowi działania, aktywne były obszary mózgu związane z odczuwaniem przyjemności – tzw. układ nagrody. Wynika więc, że eksploracja nowych możliwości wymaga od nas przewyciężenia chęci natychmiastowego otrzymania nagrody.

O złamanie łatwiej otyłym

Według najnowszych doniesień amerykańskich naukowców otyłe dzieci są cztery i pół razy bardziej narażone na złamania niż dzieci o normalnej wadze. Cztery razy częściej cierpiały też na bóle mięśni i kości. Najczęstsza z takich dolegliwości – bóle kolan – dotyczyła 6,6 procenta otyłych dzieci, natomiast tylko 2,3 procenta szczupłych. Nic dziwnego, że otyłości towarzyszyły trudności z poruszaniem się. Mimo że osoby o większej wadze mają zwykle mocniejsze kości, większe siły związane z upadkiem cięższego ciała przeważają. Naukowcy uważają, że otyłe dzieci i młodzież należy zachęcać do ćwiczeń fizycznych, które mniej obciążają ich nogi – na przykład do jazdy na rowerze i pływania.



oprac. mgr Renata Korneluk
mgr Juliusz Głuski



Zabójczy hałas

Problem narażenia na nadmierny hałas nie dotyczy tylko pracowników lotnisk czy fabryk. Krzywdę mogą wyrządzić też dźwięki, które słyszymy codziennie, choć nie zwracamy na nie uwagi. Takie długotrwałe narażenie na hałas może prowadzić do uszkodzenia lub podrażnienia komórek zmysłowych odpowiedzialnych za słyszenie. Skutkiem tego jest nieodwracalne, stopniowe pogarszanie się słuchu. Sygnałem, że coś złego dzieje się ze słuchem, mogą być szумы uszne, które nie ustępują po kilku minutach, lecz utrzymują się przez kilka dni.

Zdrowie, 06-2006

Otoskleroza uleczalna

Otoskleroza to przewlekłe, postępujące schorzenie ucha środkowego. W stawach kosteczek słuchowych tworzą się nieprawidłowe ogniska kostnienia. Objawami choroby są: narastający niedosłuch jednostronny lub obustronny, szумы uszne i zawroty głowy. Jeżeli choroba zostanie wcześniej rozpoznana, to pomyślne wyniki leczenia operacyjnego sięgają 99 procent. Otoskleroza dotyczy nie tylko osób starszych. Najmłodszy pacjent Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu cierpiący na tę chorobę miał cztery lata.

Nasz Dziennik, 31-05-2006

Toniemy w hałasie

Zupełnie nieznanymi jeszcze kilkadziesiąt lat temu, dziś hałas obecny jest niemal wszędzie. Jesteśmy nim bombardowani w domu, w pracy, na ulicy. Często nawet relaksujemy się... w hałasie, np. uczestnicząc w meczach piłki nożnej na stadionach czy bawiąc się w dyskotekach przy głośnej muzyce. Według prof. Henryka Skarżyńskiego zagrożenie hałasem w Polsce jest powszechne, większe niż w innych krajach Unii i stale wzrasta.

Nasz Dziennik, 31-05-2006



2, 2006

Otoskleroza uleczalna

choroba jest przewlekłą, postępującą schorzeniem ucha środkowego, którego struktury ulegają zmianie i czynnościowej degeneracji. W stawach kosteczki słuchowych tworzą się nieprawidłowe ogniska mazi. Ta nieporozumiała tkanka kładzie się w uchu środkowym, objawami choroby są narastający świszczący ruch jamy słuchowej lub szumy, a także szumy uszne i zawroty głowy.

prof. Zbigniew Wysocki wykonał pierwszy zabieg przeszczepienia...
 prof. Henryk Skarżyński wykonał pierwszy zabieg przeszczepienia...
 prof. Witold Rużyłło wykonał pierwszy zabieg przeszczepienia...



prof. Henryk Skarżyński (52 L)
 lekarz
 kierownik Kliniki Chirurgii Usznej i Gardła
 Instytutu Fiziologii i Patologii Słuchu
 w Katowicach

prof. Witold Rużyłło (61 L)
 lekarz
 kierownik Kliniki Chirurgii Usznej i Gardła
 Instytutu Fiziologii i Patologii Słuchu
 w Katowicach

„Super Expressu”
 prof. Adriana Gierek-Łapińska (68 L)
 okulista

Od ponad 20 lat szefowa Szpitala Klinicznego nr 5 w Katowicach. Jako pierwsza w Polsce zaczęła leczyć...
 na zabieg w Stanach Zjednoczonych. Przyleciała do prof. Gierkowej. Szpital był pierwszym w Polsce i jednym z sześciu na świecie, gdzie przeprowadzono operację...
 Czesław Miłosz nie zdecydował się na zabieg w Stanach Zjednoczonych.



emy w hałasie

...set lat temu, dziś hałas obecny jest niemal wszędzie. Jesteśmy...
 le, w pracy, na ulicy... Często nawet relaksujemy się pod zna...
 nożnej na stadionach czy bawiąc się w dyskotekach...

...dziś nabrało wyjątkowo...
 ym znaczenia. W Ency...
 Populanej PWN możemy...
 C, że hałas to każdy dźwięk...
 czy lub szkodliwy dla...

Prof. Henryk Skarżyński
 is the founder and director of the Institute of Physiology and Pathology of Hearing, established in 1996. He has developed and implemented the following programs for the first time in Poland: a treatment for total deafness by means of cochlear implants (1992); a program for treating total deafness and congenital changes by means of implants inserted into the brain stem (1998); a program for early diagnosis of hearing impairments in newborns and infants (1998) and the world's first program for mass internet-based hearing, speech and vision tests (1999). In 2002, he developed and implemented the world's first program of partial deafness treatment in adults. In 2003, he introduced middle ear implants in Poland. In 2004, he was the first in the world to operate on a child with this hearing disorder. All in all, he has developed dozens of new clinical procedures. He is a member of many renowned scientific societies including the prestigious Collegium Oto-Rhino-Laryngologicum Amicitiae Sacrum, a founding member of the European Academy of Otolology and Neuro-Otology, and an Honorary Professor of the Department of the Brigham Young University, Provo, Utah, USA. He has received many prestigious foreign awards, including gold medals and honours in health care at Paris and Boston fairs in 2002, 2003, 2004 and 2005. In the years 1992-2006, he has received dozens of distinctions and prizes personally and as director of the Institute of Physiology and Pathology of Hearing. He was the creator and founder of the International Center of Hearing Improvement, which performs the largest number of improvement procedures in the world.

On the Future of Medicine
 Prof. Henryk Skarżyński talks with Krzysztof...
 ...conditions for effective rehabilitation at home...
 ...learning is another enormous opportunity...
 ...generated by telemedicine. It is...
 ...providing e-...
 ...establishment 10 years ago...
 ...never been in debt, despite...
 ...oped at a time when Poland...
 ...its greatest changes, and...
 ...of both the Provincial...
 ...use of advanced technology...
 ...included played an important...
 ...in dozens of our activities...
 ...our cost-effectiveness...
 ...form the largest number of...
 ...hearing in the world...
 ...people a year...

Co w uchu piszczy?

Kłopoty ze słuchem ma w Polsce co trzeci dorosły i co szóste dziecko w wieku szkolnym. Nikogo nie trzeba przekonywać, jak ważne jest wcześnie wykrywanie takich zaburzeń. Na szczęście już wkrótce dostępny będzie polski wynalazek, który ułatwi wykrywanie wad słuchu. Jego zaletą będzie możliwość wykonania trzech podstawowych testów za pomocą jednego, małego (palmptop) urządzenia. Najnowsze urządzenie to efekt współpracy Instytutu Fiziologii i Patologii Słuchu oraz Instytutu Systemów Sterowania.

Gazeta Wyborcza; 20-06-2006

Dziesięciu najlepszych w Polsce

Jak w każdym zawodzie, tak i w medycynie są gwiazdy oraz... partacze. „Super Express” postanowił z tysięcy lekarzy wybrać dziesięciu tych, którzy są mistrzami w swoim fachu. Z tych lekarzy możemy być dumni, bo zna ich cały świat. Są to:

1. prof. Marian Zembala – kardiochirurg
2. prof. Henryk Skarżyński – otolaryngolog
3. prof. Mirosław Ząbek – neurochirurg
4. prof. Bohdan Maruszewicz – kardiochirurg
5. prof. Adriana Gierek-Łapińska – okulista
6. prof. Witold Rużyłło – kardiolog
7. prof. Piotr Kaliciński – chirurg, transplantolog
8. prof. Andrzej Bochenek – kardiochirurg
9. prof. Stanisław Woś – kardiochirurg
10. prof. Jerzy Szaflik – okulista.

Super Express; 23-06-2006

oprac. mgr Renata Korneluk

Instytut Fiziologii i Patologii Słuchu



Symposium w Kusadasi

W roku 1994 Tureckie Towarzystwo Otolaryngologiczne zorganizowało wraz z Uniwersytetem im. Harwarda w Massachusetts w Stanach Zjednoczonych symposium laryngologiczne, którego celem było podjęcie dwustronnej współpracy i wymiana doświadczeń. Od tego czasu zorganizowano dwa kolejne sympozja, z których ostatnie odbyło się w dniach 17–21 maja 2006 roku w Kusadasi.

Głównymi prelegentami spotkania byli goście ze Stanów Zjednoczonych, zajmujący się otolaryngologią, laryngochirurgią, rynchirurgią z operacjami FESS oraz operacjami rekonstrukcyjnymi. Wszyscy goście z USA byli kształceni przez Uniwersytet Harwarda oraz między innymi Massachusetts Eye and Ear Infirmary. Warto podkreślić, iż delegacja z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, zaproszona przez dyrektora Kliniki Otolaryngologicznej w Istambule – prof. Caglara Batmana, była jedyną poza amerykańską delegacją zagraniczną, która przedstawiła swe osiągnięcia i metody pracy. To ogromne wyróżnienie wskazuje na uniwersalność oraz międzynarodowy zasięg metod pracy

Instytutu – stworzonych i wdrożonych przez profesora Skarżyńskiego. Osiągnięcia Instytutu znane były prawie wszystkim uczestnikom symposium.

Przedstawiciele Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu – dr inż. Artur Lorens i dr med. Robert Podskarbi-Fayette – zaprezentowali nowatorskie metody dotyczące wdrażania programu leczenia częściowej głuchoty (PDCI) oraz doświadczenia Instytutu w leczeniu trudnych przypadków metodą implantów ślimakowych. Wystąpienia spotkały się z uznaniem i zainteresowaniem uczestników symposium, co znalazło odbicie w licznych pytaniach. Ożywiona dyskusja wywiązała się również podczas przygotowanej przez prof. Batmana sesji panelowej na temat postępowania w trudnych przypadkach kwalifikowanych do wszczepienia implantów ślimakowych. Na uwagę zasługuje wysoki poziom wiedzy dotyczącej leczenia głuchoty metodą implantów ślimakowych prezentowany przez otolaryngologów tureckich.

W kolejnym dniu symposium interesujące wystąpienia na temat laryngochirurgii, rynchirurgii

gii i operacji zatok obocznych nosa metodą FESS zaprezentowali koledzy ze Stanów Zjednoczonych. Nawiązaliśmy z nimi kontakty, które mogą zaowocować współpracą w przyszłości.

Symposium w Kusadasi stworzyło możliwość poszerzenia wiedzy oraz poznania środowiska otolaryngologów w Turcji, dzięki czemu – miejmy nadzieję – nastąpi ożywiona i owocna współpraca między Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu a ośrodkami tureckimi, oparta na wymianie doświadczeń oraz szkoleniach kadry medycznej.

Warto dodać kilka słów na temat miejscowości, która gościła uczestników konferencji. Położone nad brzegiem Morza Egejskiego Kusadasi, niedaleko Izmiru, słynie bowiem z walorów turystycznych. W okolicach Kusadasi znajdują się między innymi ruiny Efczu, starożytnego miasta pochodzącego z czasów kultury jońskiej, ze świątynią Artemisa (jednym z cudów starożytnego świata), biblioteką Celsjusza i olbrzymim amfiteatrem. Nieopodal zachowały się również skarby kultury wczesnochrześcijańskiej – między innymi dom Matki Boskiej, w którym spędziła ostatnie kilkadziesiąt lat ziemskiego życia, oraz grób św. Jana Ewangelisty, który znajduje się w centralnym miejscu ruin ogromnej bazyliki. Wybór miejsca zorganizowania symposium okazał się więc doskonały ze względu na znakomite warunki do obradowania i odpoczynku po wyczerpujących prezentacjach.

dr med. Robert Podskarbi-Fayette
dr inż. Artur Lorens

Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy
Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu



IX Międzynarodowa Konferencja na temat Implantów Ślimakowych w Wiedniu

W dniach 14–17 czerwca bieżącego roku miała miejsce IX Międzynarodowa Konferencja dotycząca Implantów Ślimakowych i nauk pokrewnych. Konferencja odbywała się w Wiedniu, a miejscem wykładów był dawny pałac cesarski, Hofburg Congress Center, położony w samym centrum stolicy Austrii. Organizatorem konferencji był profesor Wolf Dieter Baumgartner. W konferencji brało udział ponad 1560 uczestników z ponad osiemdziesięciu krajów świata. Spotkanie to stanowiło kontynuację wcześniejszych, odbywających się cyklicznie co 2 lata w największych miastach Europy i Ameryki, zjazdów dotyczących implantów ślimakowych i innych urządzeń wszczepialnych. Następna konferencja będzie miała miejsce w San Diego w roku 2008.

W salach wykładowych pałacu Hofburg w ramach głównego programu wygłoszono 750 prezentacji dotyczących różnych aspektów

implantów ślimakowych. Dodatkowo odbyło się wiele specjalnych sesji oraz dyskusji przy okrągłych stołach. Należy również wspomnieć o ponad 100 stoiskach różnych firm, na których prezentowano najnowsze osiągnięcia nauki i techniki, w tym nowe rodzaje implantów, które w bardzo bliskiej przyszłości znajdą praktyczne zastosowanie w medycynie.

Głównym przedstawicielem naszego kraju na kongresie był Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, którego pracownicy, lekarze i kadra naukowa pod kierownictwem profesora Henryka Skarżyńskiego, brali czynny i zauważalny udział, prezentując w sesjach głównych, w okrągłym stole i sesjach satelitarnych 11 prac. Wygłoszone prace dotyczyły naszych osiągnięć naukowych oraz doświadczeń w technikach operacyjnych u dzieci i dorosłych. Spotkały się one z dużym zainteresowaniem wśród uczestników, o czym świadczy żywa dyskusja po prezentacjach

oraz znaczna liczba pytań do prelegentów. Dzięki naszym oryginalnym pracom, w szczególności dotyczącym: leczenia częściowej głuchoty u dorosłych i pierwszych w świecie wyników u dzieci, metody wprowadzania elektrody przez okienko okrągłe z zachowaniem użytecznych resztek słuchowych u większości operowanych, wykorzystania specjalnych technik chirurgicznych stosowanych w implantacji u małych dzieci – potwierdziliśmy, że Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu należy do wiodących i nielicznych jednostek tego typu na świecie.

W największym skrócie prace wygłoszane na kongresie dotyczyły najnowszych badań i kierunków rozwoju, projektowania i zastosowania nowych elektrod, chirurgii implantów, zastosowania obustronnej implantacji, problemów ze wszczepianiem urządzeń bardzo małym dzieciom, trudności operacyjnych w złożonych wadach wrodzonych ucha wewnętrznego, rehabilitacji, genetyki, elektrofizjologii, edukacji i wielu innych pokrewnych tematów.

Biorąc pod uwagę liczbę prac, tematów i liczbę uczestników konferencji – było to z pewnością największe tego typu spotkanie na świecie, spotkanie, w którym na zasadzie partnerstwa uczestniczyła również Polska reprezentowana czynnie przez nasz zespół – jako ośrodek, w którym w ubiegłym roku wszczepiono najwięcej w świecie implantów ślimakowych.

dr Marek Porowski

Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy
Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu





IX Kongres ESPO w Paryżu

Miano Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu zobowiązuje do ustawicznego kontaktu ze światem naukowym oraz prezentacji i porównywania własnych osiągnięć na arenie międzynarodowej. Czerwiec był bardzo owocny w spotkaniach międzynarodowe na najwyższym poziomie naukowym, na których pracownicy naukowi i kliniczni Instytutu mogli zaprezentować swoją wiedzę i unikatowe metody pracy wdrożone i rozwijane w myśl koncepcji profesora Henryka Skarżyńskiego.

Co dwa lata w różnych europejskich stolicach odbywają się kongresy otolaryngologii dziecięcej pod nazwą ESPO. W tym roku IXth International Congress of the European Society of Pediatric Otolaryngology odbył się w Paryżu w dniach 18–21 czerwca. Miejscem obrad był nowoczesny kompleks wystawienniczo-kongresowy La Fayette w centrum Paryża, niedaleko Pól Elizejskich. Kongres ten zgromadził wielu znakomych przedstawicieli otolaryngologii dziecięcej z Europy, Stanów Zjednoczonych, Azji, krajów Bliskiego

Wschodu, a nawet krajów afrykańskich – z liczną grupą lekarzy z RPA. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu reprezentowali dr Anna Piotrowska, dr Marek Porowski i dr med. Robert Podskarbi-Fayette. Przedstawili oni dwie prace podsumowujące ogromny dorobek kliniczny Instytutu w leczeniu otosklerozy u dzieci oraz doświadczenia związane z wykonywaniem unikatowych w skali światowej zabiegów rekonstrukcji aparatu przewodzącego dźwięku w uchu środkowym u małych pacjentów. Obie prezentacje przyjęto z dużym aplauzem i szacunkiem dla ogromu pracy wykonanej w Instytucie. Podczas dyskusji pytano o szczegóły dotyczące organizacji pracy Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy oraz o stosowane przez nas materiały rekonstrukcyjne i metody zabiegowe. Na wszystkie te pytania udzielono wyczerpujących odpowiedzi oraz nawiązano nowe kontakty, które mogą w przyszłości zaowocować korzystną współpracą.

W dwóch sesjach plakatowych przedstawiciele Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu zaprezentowali cztery plakaty. Duże zainteresowa-

nie wzbudziły dokonania Instytutu w stosowaniu implantów ślimakowych u dzieci niesłyszących. Instytut, jak żadna inna jednostka medyczna, może pochwalić się największą liczbą wszczepionych implantów u dzieci, u których pomysłnie przeprowadzono rehabilitację słuchową. Międzynarodowe gremium z podziwem spoglądało na sukces Instytutu, który udało się uzyskać w tak krótkim czasie. Kongres nie dotyczył tylko spraw związanych z diagnostyką i leczeniem chorób uszu. Przedstawiciele Instytutu mogli podzielić się bogatymi doświadczeniami w leczeniu zapaleń migdałków podniebiennych i przerostu migdałka gardłowego oraz towarzyszących im następstw związanych z zapaleniem uszu. Obszerny materiał kliniczny daje możliwość porównania własnych wyników terapeutycznych z osiągnięciami na świecie, a także upoważnia do analizy metod pracy i ustalania standardów postępowania. Bardzo interesujące prace przedstawili lekarze amerykańscy, którzy zdominowali sesję poświęconą operacjom zatok obocznych nosa przy użyciu metod endoskopowych oraz sesję dotyczące innych nowoczesnych zabiegów stosowanych w rynchirurgii. Wiele ośrodków prezentowało prace kazuistyczne, opisujące bardzo rzadkie przypadki jednostek chorobowych, które leczono w wybrany sposób. Także na tym polu przedstawiciele Instytutu, który zajmuje się leczeniem skomplikowanych schorzeń, mogli wymienić się doświadczeniami z autorami prac z całego świata.

dr med. Robert Podskarbi-Fayette

Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy
Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu



Dr. med. Robert Podskarbi-Fayette prezentuje osiągnięcia Instytutu w leczeniu tympanosklerozy u dzieci

VI Światowy Kongres Polonii Medycznej w Częstochowie

Możliwość nawiązania ciekawych kontaktów z międzynarodowym środowiskiem naukowym stworzył odbywający się w dniach od 21 do 24 czerwca bieżącego roku w Częstochowie VI Światowy Kongres Polonii Medycznej. Zgromadził on liczne grono naukowców, lekarzy, pielęgniarek i pracowników medycznych z Polski i krajów całego świata, do których przedstawiciele profesji medycznych z różnych powodów wyemigrowali, aby w swoich nowych ojczyznach pomagać ludziom w potrzebie.

Kongres otworzył wykład ks. prof. Andrzeja Szostka o cywilizacji życia i miłości, który stał się wykładem przewodnim dla następnych prezentacji wielu znamienitych prelegentów. Przedstawiciele różnych profesji medycznych, między innymi ze Stanów Zjednoczonych, Szwecji, Niemiec, Wielkiej Brytanii, a także licznie reprezentowani rodacy zza wschodniej granicy dzielili się swoimi doświadczeniami wyniesionymi z pracy w różnych systemach ochrony zdrowia. Tak szeroka wymiana doświadczeń pozwoliła na pogłębienie wiedzy zarówno we wła-

snej dziedzinie, jak i spojrzenie na swoją pracę przez pryzmat innych specjalności. Interesujące w tym względzie były między innymi doniesienia lekarzy dentyków o wpływie chorób przyzębia i związanej z nimi flory bakteryjnej na rozwój choroby wieńcowej serca. Udział przedstawiciela Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w bardzo interesującej sesji stomatologicznej, związany z wykonywaniem przez niego zawodu lekarza dentystry, być może zaowocuje w przyszłości badaniami nad wykorzystaniem niektórych preparatów wdrażanych w stomatologii w praktyce otorynolaryngologicznej. Pomimo, że otorynolaryngologia nie była przewodnią dziedziną medycyny prezentowaną podczas Kongresu, to jednak uczestnicy z dużym zainteresowaniem wysłuchali wykładu poświęconego stosowaniu w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu metody e-learningu i telemedycyny w kształceniu ustawicznym lekarzy otolaryngologów, audiologów i foniatorów. Zaprezentowano między innymi założenia i sposób funkcjonowania platformy internetowej służącej kształceniu kadr medycznych

oraz sukces związany z wdrożeniem systemu kontaktów między poszczególnymi jednostkami Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu a pacjentami, opartego, na przesyłaniu wiadomości i obrazów przez internet. System taki pozwala na szybkie skontaktowanie się ze specjalistami w celu zasięgnięcia fachowej

porady i niemal natychmiastowe przesłanie pacjentów do najbliższych jednostek diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych współpracujących z Instytutem. Wykorzystywanie najnowocześniejszych zdobyczy techniki w służbie pacjentom jest podstawą opracowanej przez profesora Henryka Skarżyńskiego koncepcji organizacji placówek ochrony zdrowia w XXI wieku. Z tej prezentacji i dyskusji kuluarowych zrodziły się nowe pomysły na współpracę z ośrodkami także spoza terenu Polski.

Dużą część Kongresu stanowiły ponadto doniesienia o postępach w zapobieganiu i walce z plagami naszych czasów, jakimi są nowotwory, choroby układu krążenia i urazy, często związane z wykorzystaniem zdobyczy cywilizacyjnych.

Rzeczowym i owocnym obradom towarzyszyły liczne imprezy kulturalno-sportowe. Zorganizowany został między innymi piknik z występami zespołu pieśni i tańca „Śląsk”, koncert „Kwartetu Kuby Sienkiewicza” oraz wieczór w klubie jazzowym. Po raz pierwszy odbyły się Igrzyska Polonijne Lekarzy, w których przedstawiciele środowiska zmagali się ze sobą w kilku dyscyplinach sportu.

Organizatorzy umożliwili również zwiedzenie Klasztoru oo. Paulinów na Jasnej Górze. W dniu 1 sierpnia bieżącego roku zostanie tam odprawiona Msza Święta w intencji pacjentów i pracowników Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.

dr med. Robert Podskarbi-Fayette

Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy
Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu



Prof. Ryszard Koczorowski – protetyk i chirurg implantolog
z dr. med. Robertem Podskarbi-Fayette z Instytutu



Spotkanie dla rodzin pacjentów z szumami usznymi

Dnia 24 czerwca 2006 roku zespół Kliniki Szumów Usznych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu zaprosił do Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach pacjentów z szumami usznymi i ich bliskich na konferencję „Spotkanie Rodzinne Szumów Usznych”. Zgłosiły się 63 osoby zainteresowane tą problematyką. Program konferencji obejmował wykłady:

- Zdrowie i choroba w życiu człowieka – LEK. MED. B. BORAWSKA
- Historia Kliniki Szumów Usznych IFPS – LEK. MED. A. FABIJAŃSKA
- Pojęcie stresu w terapii psychologicznej pacjentów z szumami usznymi – MGR E. SZYMAŃSKA
- Wstęp do problematyki szumów usznych – LEK. MED. L. KARPIESZ
- Terapia dźwiękowa – MGR E. LATKOWSKA
- Hałas i jego skutki – LEK. MED. B. BORAWSKA

Wykłady miały na celu poszerzenie wiedzy pacjentów na temat ich problemów ze słuchem. Omówiono między innymi fizjologię słyszenia, patomechanizmy

powstawania szumów usznych i niedosłuchu, diagnostykę audiologiczną oraz możliwości leczenia i rehabilitacji. Podkreślono konieczność holistycznego podejścia do pacjenta. Pokazano, jak problemy ze słuchem mogą zmienić całe życie człowieka. Zwró-

ciono uwagę na rolę psychologa i terapii dźwiękowej jako metody wspomagającej leczenie szumów usznych poprzez habituację. Zauważono znaczący wpływ rodziny na pozytywne efekty terapii pacjenta z szumem usznym.

Pacjenci Kliniki Szumów Usznych wypełnili również anonimową ankietę na temat skuteczności leczenia i dopisywali swoje uwagi. Były to z reguły bardzo ciepłe słowa podziękowania za wspianą opiekę w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu. Oto niektóre z nich:

- „Jedynym szczęśliwym dla nas miejscem! Dzięki niemu odzyskujemy równowagę psychiczną (bez użycia środków farmakologicznych).”



Zespół Kliniki Szumów Usznych

- „Terapia ma fantastyczny wpływ na nasze życie.”
- „Uważam, że jesteśmy (my pacjenci) leczeni godnie, uczciwie i w miłej atmosferze. Dziękuję!”

Spotkanie prowadzone było w formie dialogu, uczestnicy zadawali pytania, a zespół Kliniki Szumów Usznych udzielał wyczerpujących odpowiedzi. Pacjenci w swoich wypowiedziach często podkreślali potrzebę organizowania takich spotkań w formie cyklicznej, zgłosili również propozycje tematów, które są dla nich istotne. Są to między innymi: fizjologia słyszenia, profilaktyka zaburzeń słuchu, edukacja rodzin.

Te i inne tematy będą omówione na kolejnym rodzinnym spotkaniu, które wstępnie zaplanowano na jesień 2006 roku. Serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych do wzięcia w nim udziału.

dr Beata Borawska

Klinika Szumów Usznych
Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Bliższe informacje na temat kolejnego spotkania dla pacjentów z szumami usznymi i ich rodzin znajdują Państwo na naszej stronie internetowej www.ifps.org.pl oraz w siedzibach Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Kajetanach, a także w placówkach filialnych w Ostrołęce, Radomiu, Siedlcach, Krakowie i Łebie.



Uczestnicy spotkania

Piknikowe spotkania

VI Piknik Rodzinny Akademii Polskiego Sukcesu

W dniu 4 czerwca 2006 r. Polski Klub Biznesu zorganizował coroczny, VI Piknik Rodzinny Akademii Polskiego Sukcesu. Impreza odbyła się w Hotelu 500 w Zegrzu k. Warszawy. W rodzinnej, piknikowej atmosferze spotkali się ludzie sukcesu z różnych dziedzin życia społecznego, laureaci medali Akademii Polskiego Sukcesu, członkowie Kapituły Złotego Medalu, sportowcy, przedstawiciele kultury i sztuki oraz przedsiębiorcy. W trakcie pikniku zaprezentowane zostały najlepsze polskie firmy, produkty oraz osoby i instytucje, które odniosły sukces i mogą być pozytywnym przykładem rozwoju przedsiębiorczości. Zostały one nagrodzone złotymi, srebrnymi i brązowymi medalami Akademii Polskiego Sukcesu. Osoby uczestniczące w pikniku mogły skorzystać m.in. z porad specjalistów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz zbadać słuch.



Badanie ucha przeprowadza dr Michał Kwasiborski z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu



Dr Mateusz Gasiński ocenia stan ucha za pomocą wideootoskopu





Wysportowana Rodzina – Narodowy Test Sprawności Fizycznej

W dniu 11 czerwca 2006 roku na Kępie Potockiej na warszawskim Żoliborzu odbyła się wielka finałowa impreza kampanii społecznej „Wysportowana Rodzina – Narodowy Test Sprawności Fizycznej”, której organizatorami byli: Polska Fundacja Olimpijska, Agencja Artim – Wydawnictwa i Promocja oraz burmistrz dzielnicy Żoliborz – Wojciech Dąbrowski. Kampanię poparł Prezydent RP – Lech Kaczyński.

Spotkanie miało charakter otwarty dla mieszkańców Warszawy i okolic. W ramach pikniku zorganizowano: zawody sportowe, miasteczko sportowe (walka gladiatorów, sumo, minigolf, strzelanie z łuku itp.), dmuchane zjeżdżalnie, ścianki wspinaczkowe oraz przeprowadzono test sprawności fizycznej. Chętni mogli także zbadać słuch i skonsultować problem ze specjalistami z Instytutu Fiziologii i Patologii Słuchu oraz zapoznać się z zasadami udzielania pierwszej pomocy ratunkowej.



Osób zainteresowanych badaniem uszu nie brakowało



Badanie uszu przeprowadza dr Anna Ślusarczyk



Dr Anna Wakarowa badała dorosłych i dzieci





Profesor Henryk Skarżyński przypomniał historię Programu Implantów Słuchowych w Polsce

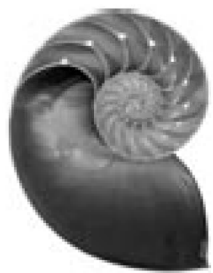


Bożena Walter – prezes Fundacji TVN odbiera z rąk profesora Henryka Skarżyńskiego pamiątkowego ślimaka



Bożena Walter odsłoniła pamiątkową tabliczkę *Przyjaciela po Wsze Czasy*





14. rocznica wszczepienia pierwszego w Polsce implantu ślimakowego

W lipcu bieżącego roku minęło 14 lat od pierwszej operacji wszczepienia implantu ślimakowego w Polsce. Pionierską operację przeprowadził profesor Henryk Skarżyński.

Ogromne zainteresowanie tą metodą leczenia ze strony pacjentów oraz chęć zapewnienia im kompleksowego leczenia na najwyższym poziomie sprawiły, że konieczne było zorganizowanie specjalnego Ośrodka Diagnostyczno-Leczniczno-Rehabilitacyjnego „Cochlear Center”, na bazie którego powstał w 1996 roku Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie.

Wszczepienie w 1992 roku pierwszego implantu ślimakowego było momentem przełomowym, który zapoczątkował w Polsce rozwój na szeroką skalę nowoczesnych metod diagnozowania, leczenia i rehabilitacji osób z różnymi uszkodzeniami słuchu.

Dzisiaj pod opieką Instytutu jest ponad 1200 osób z implantami słuchowymi, co dało naszej placówce w ubiegłym roku status światowego lidera w leczeniu całkowitej i częściowej głuchoty za pomocą implantów.

W dniu 14 lipca 2006 roku w Międzynarodowym Centrum Słuchu i Mowy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach miały miejsce obchody 14. Rocznicy wszczepienia pierwszego w Polsce implantu ślimakowego osobie niesłyszącej. Gośćmi Instytutu w tym dniu byli pacjenci wraz z rodzinami, przedstawiciele mediów oraz pani Bożena Walter – prezes Fundacji TVN „Nie jesteś sam”. Program rozpoczął się od kameralnych zajęć prowadzonych przez terapeutów z Centrum Implantów, Percepcji i Rehabilitacji Słuchowej. Równolegle w oddzielnych salach przebiegały zajęcia dla rodziców oraz dla dzieci implantowanych. Spotkanie dla rodziców prowadziły Małgorzata Jeruzalska oraz mgr Joanna Putkiewicz, psycholog. Celem spotkania była wymiana doświadczeń. Rozmowa toczyła się wokół takich tematów jak: moment podjęcia decyzji o operacji wszczepienia implantu ślimakowego, motywacja do tej decyzji, efekty rehabilitacji. Spotkanie dla

dzieci poprowadziły mgr Anna Borej, logopeda, oraz mgr Małgorzata Zgoda, surdopedagog. Podczas zajęć dla najmłodszych powstała kilkumetrowa praca malarska pt. „Ja i mój implant”. Dzieci malowały dźwięki, jakie na co dzień odbierają za pomocą implantu. Po południu w sali konferencyjnej rozpoczęła się część oficjalna obchodów, którą zainaugurował profesor Henryk Skarżyński. W swoim wystąpieniu nawiązał do początków powstania Programu Implantów Słuchowych oraz zaprezentował najnowsze osiągnięcia Instytutu w leczeniu częściowej głuchoty u dzieci. Jest to pierwsza na świecie grupa pacjentów z tego typu schorzeniem objętych kompleksową opieką. Kolejnym punktem programu była projekcja filmu pt. „Stymulacja elektroakustyczna ucha wewnętrznego” obrazującego, w jaki sposób dokonuje się połączenia dobrane funkcjonujących resztek słuchowych zachowanych dla niskich dźwięków ze stymulacją elektrycz-

Kilka ważnych dat

Programu Implantów Słuchowych realizowanego

w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu

lipiec 1992

Pierwsza w Polsce operacja wszczepienia implantu ślimakowego osobie dorosłej i dziecku

lipiec 1993

Otwarcie Ośrodka Diagnostyczno-Leczniczno-Rehabilitacyjnego Cochlear Center

październik 1993

Pierwsze wszczepienie implantu wielokanałowego u osoby dorosłej

kwiecień 1994

Opracowanie programu rehabilitacji w języku polskim po wszczepieniu implantu

styczeń 1996

Powołanie Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

1996

Pierwsi pacjenci z wadami sprzężonymi, którym wszczepiono implant ślimakowy

kwiecień 1997

Nagroda zespołowa I stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za program leczenia głuchoty za pomocą implantów ślimakowych

styczeń 1998

Pierwszy w Polsce pacjent z implantem wszczepionym do pnia mózgu

listopad 2000

Nagroda zespołowa I stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za program implantów słuchowych wszczepianych do pnia mózgu

lipiec 2002

Wszczepienie pierwszego na świecie implantu ślimakowego osobie dorosłej z częściową głuchotą

grudzień 2003

Wszczepienie pierwszego w Polsce implantu ucha środkowego osobie dorosłej

wrzesień 2004

Wszczepienie pierwszego na świecie implantu ślimakowego dziecku z częściową głuchotą

grudzień 2004

Uznanie przez międzynarodowe gremium naukowe metody leczenia częściowej głuchoty za pomocą implantu ślimakowego z doświadczenia przez okienko okrągłe, opracowanej w Instytucie, za polską specjalność

grudzień 2005

Włączenie Instytutu do elitarnego klubu jednostek naukowo-klinicznych na świecie, w których wszczepiono ponad 1000 implantów.

czerwiec 2006

Wszczepienie nowej generacji implantów ucha środkowego

ną uzyskaną za pomocą implantu ślimakowego. Po filmie zabrał głos dr inż. Artur Lorens, który przedstawił prezentację „Częściowa głuchota, przykład wdrażania nowej procedury medycznej”. Dr Lorens omówił, w jaki sposób udokumentowano i potwierdzono skuteczność nowatorskiej metody. Kolejnym wystąpieniem była prezentacja mgr Joanny Putkiewicz pt. „Dziecko z częściową głuchotą w aspekcie relacji rodzinnych, szkolnych, rówieśniczych”. Po wystąpieniach wszyscy goście przeszli do holu głównego, aby towarzyszyć pani Bożenie Walter podczas uroczystego odsłonięcia tabliczki „Przyjaciel po wsze czasy” dla Fundacji TVN. Fundacja udzieliła wsparcia pięciu młodym pacjentom, zakupując dla nich systemy implantu ślimakowego. Dzięki szybkiej interwencji mają oni możliwość efektywniej przejść proces rehabilitacji audiologicznej. Po odsłonięciu tabliczki padło wiele ciepłych słów, w tym najważniejsze – naszego pacjenta, dwudziestoletniego Marka Gromady. Słowa „Dziękuję, że słyszę” były najmilej brzmiącymi. Miłych słów nie zabrakło także pod adresem profesora Skarżyńskiego oraz zespołu Instytutu. Z podziękowaniami za codzienną pracę w imieniu rodziców dzieci implantowanych wystąpiła pani Agnieszka Arendt, mama dziesięcioletniego Dominika. Dzięki implantowi Dominik cieszy się każdym dźwiękiem, czemu dał wyraz w wierszu, ułożonym specjalnie na tę okazję.

*Odkrywać świat na nowo to jest frajda spora,
a wszystko to zasługa Pana Profesora,
który kocha dzieci
i chce, by usłyszały, jak mucha przeleci.
I żeby nasze uszy dźwięki usłyszały,
Profesor się postarał o ten implant mały.
Dziękuję wszystkim bardzo za dobroci tyle,
bo usłyszeć śpiewy ptaków – to są piękne chwile.*

Po tych pełnych emocji i wzruszeń chwilach wszyscy udali się na poczęstunek przygotowany na świeżym powietrzu. Po poczęstunku zaczęły się gry i zabawy – dzieci i dorośli mieli do wyboru gry w bule, kręgle, rzut podkową, hokej na trawie i – chyba cieszący się największą popularnością wśród dużych i małych – krokiet. Kiedy dzieci próbowały swoich sił w grach, rodzice rozmawiali o tym, co dla nich najważniejsze, a mianowicie o codziennym życiu, o spostrzeżeniach i refleksjach wynikłych z pracy rehabilitacyjnej. Wszystko co dobre ma swój koniec, tak też czas rocznicowego spotkania dobiegał końca. Każde dziecko dostało upominek, zaś rodzice otrzymali materiały pomocne w rehabilitacji. Pożegnaniom nie było końca... a najmiłą nagrodą dla organizatorów były słowa małego gościa „Mamo, wrócimy tu za rok?”.

Małgorzata Jeruzalska, Aneta Olkowska-Hejnik

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu



Dzieci tworzą pracę plastyczną pt. *Ja i mój implant*



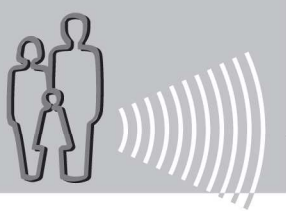
Rocznicowe spotkanie zgromadziło gości, pacjentów implantowanych i ich rodziny



Gry i zabawy na świeżym powietrzu



Największą popularnością wśród dzieci cieszył się **krokiet**



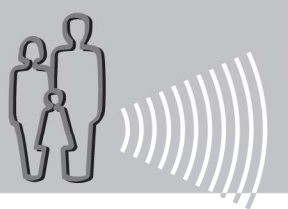
Drodzy Rodzice! Drodzy Czytelnicy!

Mamy nareszcie lato! Ciepłe, słoneczne dni i czas na to, by być bliżej natury. Ach, większość z nas z pewnością wyczekiwała tych chwil. Wakacje są – w jakiejś przynajmniej części – okresem spędzonym rodzinnie. Bo przecież wszyscy wiemy, że rodzina jest najważniejszym środowiskiem rozwoju dla dzieci, i nie tylko, dla wielu matek i ojców także jest ona niejednokrotnie najwyższą wartością w życiu. Nie tak trudno można dostrzec, że w wielu rodzinach wychowujących dziecko niepełnosprawne dość często istnieje wyraźny podział ról. Matka jest tą, której małżonkowie w „cichej zмовie” przypisują sprawy związane z dzieckiem, a więc jego leczenie i opiekę. Wszelkie zajęcia rehabilitacyjne czy wspierające rozwój stają się więc obszarem, za który odpowiada w rodzinie matka. Jak pokazują obserwacje i mówią nasze wieloletnie doświadczenia, w opisanym przykładzie ojciec dostarcza zazwyczaj środków finansowych i jest „od święta” z rodziną. Jeszcze w innym, częstym niestety, scenariuszu ojciec odchodzi od rodziny, zakłada inną. A matka? Cóż matka? Jakie ma wyjście? Zostaje z dzieckiem, „jakie by ono trudne nie było” i „dźwiga swój los”.

Zapytajmy w tym miejscu o więzi w takich rodzinach – co łączy, a może co połączyło matkę i ojca, kobietę i mężczyznę, na samym początku? Miłość? Zauroczenie? Lęk przed samotnością czy zdrowy rozsądek? A może chęć realizacji oczekiwań społecznych i planu rozwoju, zgodnie z którymi celem, do którego dąży rozwijający się i dojrzewający młody człowiek w przebiegu swojego życia, jest założenie rodziny, w tym posiadanie potomstwa.

Obecne rozważania na Stronach poświęcamy zatem tematowi więzi w rodzinie. Od nich i ich jakości bardzo wiele zależy, dlatego warto czasem przyjrzeć się im w swoim życiu. A wszystko po to, by z większą świadomością być „wystarczająco dobrymi” rodzicami i stwarzać swoim dzieciom i sobie „wystarczająco sprzyjające” warunki rozwoju i życia.

Autorki



„Jakie więzi są w naszej rodzinie?” – od wyobcowania do splątania („nadmiernej” bliskości)

Więzi w rodzinie i ich znaczenie dla rozwoju dziecka

Wszyscy wiemy, że rodzina stanowi dla dziecka najważniejsze źródło doświadczeń, zwłaszcza społecznych. Doświadczenia te przeżywane nieustannie w relacjach z najbliższymi osobami: matką i ojcem, a dalej z rodzeństwem i innymi członkami rodziny, tworzą z czasem wzorzec – matrycę naszych przyszłych relacji z ludźmi. Innymi słowy, od rodziny, w jakiej wzrastamy, zależą w dużym stopniu emocjonalne wzorce przyszłych odniesień dziecka do otaczającej rzeczywistości: ludzi, zjawisk, przedmiotów.

Psychologowie – w oparciu o badania nad niemowlętami, a konkretnie obserwacje zachowania niemowląt według Procedury Obcej Sytuacji – wyodrębnili kilka typów więzi, jakie budują matki lub „pierwsi opiekunowie” (gdy nie czynią tego z jakichś względów matki biologiczne) ze swoimi dziećmi. Najczęściej występujący, który badacze określili jako **bezpieczny typ przywiązania** dziecka do matki, pojawiał się u 65% badanych. Charakteryzuje się on tym, że badane niemowlęta doświadczają poczucia bezpieczeństwa w stopniu na tyle wystarczającym, iż w momencie poprzedzającym rozstanie z opiekunem swobodnie eksplorują otoczenie: są niespokojne, gdy matka opuszcza pokój, lecz entuzjastycznie ją witają, gdy wraca. Okazało się, że z kolei ich matki cechuje gotowość do niesienia wsparcia i opieki wtedy, *gdy dzieci jej potrzebują*. Posiadają one zatem wrażliwość, dzięki której adekwatnie reagują na sygnały dziecka. Przykładowo, bez trudu rozpoznają, czy płacz ich niemowlęcia komunikuje głód, ból, czy też dziecko „marudzi”, a więc potrzebuje bliskości, przytulenia, o której to potrzebie informować może jeszcze innym płaczem.

Jak wiemy, są matki, które mogą mieć trudności z odczytywaniem sygnałów ze strony swoich dzieci, co sprawia, że ich reakcja na zachowanie dziecka nie zaspakaja jego potrzeb. Matki takie nietrafnie rozpoznają to, czego dziecko potrzebuje, i zachowują się zgodnie z tym, co *wyobrażają* sobie odnośnie potrzeb dziecka, i zgodnie z tym, jakie nadają znaczenie wysyłanym przez nie komunikatom. W rezultacie, dziecko np. głodne nie dostaje pokarmu, lecz „ukojenie”; dziecko przestraszone nie dostanie ukojenia i bliskości matki, lecz... butelkę. A najważniejsze dla dalszego rozwoju psychicznego niemowlaka jest to, że narasta jego stan frustracji z powodu niezaspokajania

przez opiekunów ważnych życiowo potrzeb. Opisane ograniczenia matek w relacji z dzieckiem z perspektywy tworzonej przez nie więzi przejawiają się w tym, że budują one **lękowo-ambiwalentny typ przywiązania** (25% badanych dzieci) – a ich dzieci mają wówczas niskie poczucie bezpieczeństwa i doświadczają silnego niepokoju, który zmusza je do ciągłego sprawdzania fizycznej obecności matki. Dzieci z tej właśnie grupy „protestują” w sytuacji rozstania z matką, a na jej powrót reagują uspokojeniem, ale i złością do nich skierowaną. Z kolei **typ przywiązania unikający** (10% badanych dzieci) – cechuje brak zaufania do matki, co wiąże się z jej długą fizyczną nieobecnością bądź nieobecnością emocjonalną, „psychiczną” (którą powodują na ogół jakieś silne przeżycia matki związane z nią samą, dzieckiem, relacją małżeńską czy innymi ważnymi dla niej problemami, z którymi emocjonalnie nie radzi sobie). Unikanie przez dzieci bliskiego kontaktu z matką jest formą ich obrony przed zranieniem.

Charakter więzi, o których mowa, przejawia się w interakcji matka – dziecko na wiele różnych sposobów, np. w zabawie matki z dzieckiem, sposobie karmienia czy reagowania na zachowania dziecka. Jak nietrudno sobie wyobrazić, w sytuacji, gdy dziecko uczy się np. chodzić, inaczej będą reagowały matki reprezentujące każdy z powyższych typów więzi. Matka może więc przeżywać lęk przy naturalnych upadkach dziecka, a w ten sposób emocjonalnie ograniczać jego gotowość do podejmowania kolejnych prób w nauce chodzenia. Nietrudno się domyślić, że lęk ten, lęk matki, jest wnoszony przez nią do relacji z dzieckiem. Po jakimś czasie dziecko zaczyna w podobnych sytuacjach, jak i innych, bać się, wycofywać, czuć się niepewnie.

Doświadczanie przez rodziców niepełnosprawności dziecka, jego głuchoty, jest dla większości bardzo trudne i wiąże się z silnymi, negatywnymi emocjami. Lecz warto wiedzieć, że typ więzi matka – dziecko zależy przede wszystkim od historii doświadczeń emocjonalnych matki (i ojca), jakie były jej udziałem w jej własnej rodzinie, rodzinie pochodzenia. Nic trzeba chyba podkreślać, że optymalna dla rozwoju dziecka jest sytuacja, gdy jego rodzice tworzą z nim bezpieczną więź.

Rodzina jako system o różnym poziomie spójności

Gdy spojrzymy na rodzinę jako system, w którym kształtuje się pewien model interakcji rodzinnych (w oparciu o istniejące więzi), możemy opisywać ją w wymiarze „spójności”. O tym, na ile spójna jest dana rodzina, decydują: rodzaje więzi emocjonalnych w tej rodzinie, doświadczenia każdego z partnerów,

matki i ojca dziecka. Należy także mieć na uwadze, że partnerzy mają tendencję do łączenia się z podobnymi, także w zakresie doświadczeń emocjonalnych, decydujących o tworzonych więziach.

Spójność rodzinna:

rodziny niezwiązane (wyobcowanie), oddzielone (separacja), związane i rodziny „splątane”

Badacze dzielą rodziny według rodzaju „spójności”, jaka je łączy. Proponujemy teraz Państwu przeczytanie krótkich opisów, „miniportretów” rodzinnych i przypisanie siebie do jednego z nich. Jest tak, że w rodzinie na ogół dominuje jeden z poniższych typów relacji rodzinnych, ale zależnie od obszaru życia rodzinnego mogą pojawiać się inne, odmienne od tego, który w danej rodzinie przeważa.

Rodziny niezwiązane

„Żyjemy tak, jakbyśmy niewiele mieli z sobą wspólnego. Nikt nikomu nie okazuje uczuć. Prawie wcale nie rozmawiamy ze sobą. Każdy jest sam dla siebie panem i chodzi własnymi ścieżkami. Mijamy się jak obcy. Każdy decyduje sam o sobie. Nie mamy żadnego podziału obowiązków. Każdy sam stara się o to, co jest mu potrzebne. Każdy ma przyjaciół, których pozostali członkowie rodziny nie znają”.

Rodziny oddzielone (separacja)

„Rzadko rozmawiamy z sobą o różnych sprawach. Każdy decyduje sam o sobie, tylko w sytuacjach wyjątkowych decyzje podejmowane są wspólnie. W sprawach spornych rodzice popierają się, aby postawić na swoim. Każdy z nas ma jasno określone swoje obowiązki w domu i powinien ściśle przestrzegać ich wykonywania. Każdy z nas szuka własnego kąta i niechętnie przebywa z innymi. Większość czasu każdy z nas spędza poza domem, jednak zdarza się, że robimy coś wspólnie. Najchętniej każdy z nas przebywa w gronie własnych przyjaciół i tylko nieliczne osoby są przyjaciółmi całej rodziny”.

Rodziny zrównoważone

„Czujemy się sobie bliscy. Dzielimy się uczuciami. Uważnie słuchamy siebie nawzajem, starając się zrozumieć. Każdy z nas ma prawo do własnych poglądów, ale w sprawach ważnych najczęściej mamy podobne poglądy. Decyzje dotyczące nas wszystkich podejmujemy razem, ale są sprawy, o których każdy decyduje sam. Są i takie sprawy, którymi zajmują się tylko rodzice – mogą mówić o tym dzieciom, ale niekoniecznie



muszą. Każdy z nas zna swoje obowiązki w rodzinie, ale kiedy trzeba, zastępujemy się nawzajem. Mamy wielu przyjaciół wspólnych, ale każdy z nas ma tylko swoich przyjaciół i kolegów”.

Rodziny związane

„Jesteśmy z sobą bardzo blisko. Wszystkie sprawy są omawiane wspólnie i wszystkich żywo obchodzą. W sprawach spornych, dla dobra rodziny, musimy przyjmować wspólne stanowisko. Decyzje podejmowane są zasadniczo przez całą rodzinę i do wyjątków należą decyzje indywidualne. Obowiązki i zadania wobec członków rodziny są dla nas najważniejsze. Czas wolny z zasady spędzamy wspólnie, a tylko w uzasadnionych przypadkach ktoś może sam zajmować się własnymi sprawami. Mamy niewielu przyjaciół, a jeżeli już, to są oni przyjaciółmi całej rodziny”.

Rodziny „splątane”

„W naszej rodzinie jesteśmy z sobą tak blisko, że w każdej sprawie rozumiemy się bez słów. Nigdy nie różnimy się w poglądach, to samo lubimy, tego samego nie lubimy, to samo jest dla nas ważne. Dokładnie analizujemy problemy każdego z nas. Nie mamy przed sobą żadnych tajemnic. Wszystkie decyzje zarówno w sprawach osobistych, jak i rodzinnych podejmujemy wspólnie. Cały czas wolny spędzamy razem. Wiemy, że nie ma prawdziwych przyjaciół i że możemy liczyć tylko na swoją rodzinę”.

Strony dla Rodziców redagują:

Joanna Kobosko – psycholog

Joanna Kosmalowa – pedagog

Klinika Rehabilitacji

Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Rola środowiska rodzinnego

w kształtowaniu języka dzieci z uszkodzonym słuchem

W życiu każdego dziecka istotną rolę odgrywają rodzice. To oni są jego najbliższymi opiekunami, przewodnikami po świecie wartości i pierwszymi nauczycielami mowy. Już w łonie matki dziecko zapoznaje się z jej głosem, oswaja z nim oraz przyzwyczajają do słuchania mowy. Trwałość pamięci spostrzeżeń słuchowych okresu prenatalnego potwierdza choćby fakt, że dziecko już po urodzeniu reaguje na głos rodzicielki, rozpoznaje go i uspokaja się, gdy go słyszy. Obserwując twarze rodziców, sposób artykulacji, dziecko zaczyna ich naśladować, wchodząc najpierw w etap głużenia, a następnie gaworzenia. To rodzice pomagają dziecku w uczeniu się wyrazów, wzbogacają zasób jego słownictwa, prostują pomyłki językowe i poprawiają składnię. Stanowią oni dla dziecka wzorzec do naśladowania, motywują je do ćwiczeń, kształtują jego osobowość, wpływają na rozwój intelektualny.

Nikt nie zaprzeczy, że jeszcze większa odpowie-

dzialność za tę „pierwszą edukację” spoczywa na rodzicach dzieci niedosłyszących lub głuchych. Ich zadania są trudniejsze. Praca z dziećmi z zaburzeniami słuchu wymaga bowiem większego wysiłku i poświęcenia znacznie więcej czasu na różnego rodzaju ćwiczenia. Oczywiście rodzice nie pozostają osamotnieni w tej pracy. Istnieje mnóstwo instytucji powołanych właśnie do udzielania im rad i pomocy. Ich cele są analogiczne do tych przyświecających rodzicom: pragną zapew-

nić prawidłowy rozwój fizyczny i umysłowy osobom niesłyszącym. Wysilek lekarzy, pedagogów, logopedów, psychologów i wielu innych specjalistów zajmujących się nimi jest skierowany przede wszystkim na jak najszybsze rozpoznanie uszkodzenia i jego stopnia oraz podjęcie pracy rewalidacyjnej. Jak najwcześniejsze podjęcie pracy z dzieckiem niesłyszącym jest bowiem podstawowym warunkiem jej powodzenia. Specjaliści przypominają rodzicom, że wczesna i prawidłowa diagnoza i w następstwie tego odpowiednio zaplanowana i realizowana praca rewalidacyjna może zapobiec opóźnieniom rozwojowym. Ostrzegają rodziców, że już pierwsze lata życia dziecka mają ogromny wpływ na jego rozwój psychofizyczny. Wszak już w początkowych miesiącach życia tworzą się podstawy języka. Dziecko słyszące niejako nieświadomie uczy się mowy, przyswaja sobie dźwięki z otoczenia. Dziecko niesłyszące reaguje



natomiast na bodźce wzrokowe i dotykowe. Ono także głuży, ale nie przechodzi w etap gaworzenia. Brak doznań słuchowych hamuje bowiem wokalizację. Jeśli dziecko przez celowe wychowanie i trening słuchowy nie będzie stymulowane do naśladowania mowy otoczenia, to szybko zamilknie i w wieku 7 lat stanie się dzieckiem głuchoniemym. Tę świadomość powinni mieć rodzice dzieci niesłyszących. Aby temu zapobiec, rodzice muszą próbować kierować uwagę dzieci na twarze mówiących i wyrabiać u nich nawyk naśladowania ruchów artykulacyjnych. To jedno z głównych zadań rodziców.

Podkreślam znaczącą rolę środowiska rodzinnego w życiu głuchych dzieci. Rodzice muszą stworzyć dziecku odpowiednie warunki rozwoju, zapewnić o swojej miłości, dać poczucie bezpieczeństwa i przede wszystkim akceptacji. Muszą odrzucić wstyd, który odczuwają, gdy informują innych, że ich dziecko ma wadę słuchu. Dziecko, które nie odczuwa aprobaty i czuje się odrzucone, może szybko się zrazić i zrezygnować z ćwiczeń. Musi być chwalone, wiedzieć, że rodzice są z niego dumni i zadowoleni z postępów, jakie czyni. Błysk radości w oku matki staje się dla dziecka najcenniejszą nagrodą, która zmotywuje je do dalszej pracy. Krytyczne uwagi i grymas na twarzy rodzica sprawią dziecku przykrość i mogą stać się przyczyną unikania ćwiczeń, z którymi dziecko gorzej sobie radzi. Rodzic powinien zdawać sobie sprawę z tego, że dziecko liczy się z jego opinią, więc nieodpowiednią uwagę może je urazić. Rodzic powinien także wyposażyć się w cierpliwość, serdeczność i rozwagę. Musi uważać, aby nie okazać dziecku swojego zniecierpliwienia, ale zachęcać je do ponownych prób wy-

konania zadania, które jemu wydaje się łatwe, zaś dziecku bardzo skomplikowane.

W postępowaniu z dzieckiem istotne jest przyjęcie przez rodziców odpowiedniej postawy. Muszą oni zdawać sobie sprawę z tego, że przesadną opieką, uleganiem kaprysom oraz wyręczaniem dziecka we wszystkich czynnościach wyrządzą mu wielką krzywdę – ograniczą jego samodzielność, sprawiają, że stanie się bezradne i będzie mieć poczucie własnej bezsilności. Rodzice nie powinni izolować dziecka, ale pozwolić na kontakty z rówieśnikami. Nie można dopuścić, by dziecko miało poczucie, iż rodzice się go wstydzą i pragną ukryć przed innymi. Trzeba jednak pamiętać, że nadmierna swoboda, zaniedbywanie i stawianie nadmiernych wymagań dziecku też je zniechęci do pracy. Należy zatem przyjąć taką postawę, która zagwarantuje dziecku prawidłowy rozwój i zapewni sukces pracy rewalidacyjnej. Rodzice i dzieci muszą ze sobą współpracować, aby go osiągnąć.

Rodzice powinni wiedzieć, jaki charakter ma mieć praca z dzieckiem niesłyszącym. Mają do dyspozycji surdologopedów, którzy chętnie udzielą im porad i wskazówek. Rodzice mogą uczestniczyć w zajęciach przez nich prowadzonych i w taki sam sposób ćwiczyć potem w domu. Surdologopedzi kładą nacisk na systematyczność



pracy. Każdą sytuację, zdarzenie można wykorzystać do treningu słuchowego: przywoływać z pamięci wrażenia akustyczne, rozwijać zainteresowania, pobudzać wrażliwość dziecka. Dobrze, gdy rodzice mają dostęp do fachowej literatury, filmów, programów telewizyjnych, które są propozycją ciekawych ćwiczeń z dzieckiem. Rodzice powinni starać się, aby ćwiczenia te były atrakcyjne dla dziecka i stały się znakomitą zabawą. (...) Nie jest to łatwe.

Rodzice są w pewnym sensie przewodnikami swoich głuchych dzieci w świecie ludzi słyszących. Starają się pomóc im zaadaptować się w tym środowisku i przycwiczać trudności, jakie dzieci napotykają. Powinni nabrać przekonania, iż potrafią pomóc dziecku i że ta pomoc jest mu niezbędna. Uważna obserwacja dziecka pomoże im skutecznie pracować z pociechą, a wiara w powodzenie rehabilitacji stanie się gwarancją jej sukcesu.

Joanna Domeradzka-Kowalkowska

absolwentka Uniwersytetu
im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

Poprzednie artykuły („Słyszę” nr 6/86 2005, 1/87–3/89 2006) choć z założenia adresowane do wszystkich czytelników zainteresowanych problemami osób z uszkodzeniami słuchu, w zamiarze autorki kierowane były głównie do specjalistów poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego, rodziców i nauczycieli uczniów z uszkodzeniami słuchu.

Ostatnią część cyklu artykułów o poradnictwie adresuję do tych rodziców, którzy nie podzielają opinii, że działania poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego mają wpływ na poprawę sytuacji ich niedosłyszących dzieci w szkolnictwie ogólnodostępnym. Dedykuję go także pracownikom administracji publicznej związanym z oświatą.

Poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne na rzecz uczniów z uszkodzeniami słuchu

Część V

Orzecznictwo do kształcenia specjalnego w świetle aktów prawnych

Od wielu lat zajmuję się orzekaniem o potrzebie kształcenia specjalnego. Staram się rzetelnie diagnozować i wnikliwie indywidualizować zalecenia do pracy z konkretnym uczniem z uszkodzonym słuchem. Doradzam, jaką wybrać szkołę, jak pracować z dzieckiem, udostępniam literaturę, propaguję szkolenia i wspieram dobrym słowem..., że oświata jest przygotowana do kształcenia dzieci niepełnosprawnych. Daję nadzieję, że orzeczenie jest dokumentem torującym dziecku i rodzicowi *specjalną* szansę... Mówię o potrzebie indywidualnej pracy nauczyciela wychowawcy (polonisty) z ich niedosłyszącym dzieckiem, w ramach której wskazane jest usprawnianie percepcji słuchowej w zakresie identyfikowania i różnicowania dźwięków mowy, a także rozwijania słownictwa i doskonalenia sprawności grama-

tycznej, zwiększania zakresu pojęć. Wielu z nich, zbyt wielu, wraca rozczarowanych, rozgoryczonych, złych i umęczonych realiami codzienności polskiej oświaty.

Celem niniejszego artykułu jest wskazanie, że najważniejsze w oświacie akty prawne – Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. Nr 67, poz. 329 z późn. zm.) wraz z rozporządzeniami wykonawczymi dotyczącymi interesującej nas problematyki, realizują zawartą w preambule myśl ustawodawcy, że „szkoła winna zapewnić każdemu uczniowi warunki niezbędne do jego rozwoju (...)”.¹ Zapewnienie pomocy dziecku i jego rodzicom (opiekunom prawnym) w postaci kształcenia specjalnego jest zadaniem, które ciąży na organach administracji publicznej. Ściślej rzecz biorąc, obowiązek ten spoczywa na dyrektorze szkoły lub

placówki i radzie pedagogicznej. Ustawa o systemie oświaty (art. 1, pkt 5–5a) zapewnia „możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół przez dzieci i młodzież niepełnosprawną” oraz „opiekę nad uczniami niepełnosprawnymi przez umożliwienie realizowania zindywidualizowanego procesu kształcenia, form i programów nauczania oraz zajęć rewalidacyjnych”. Czym są zatem **zajęcia rewalidacyjne** powszechnie wymieniane w orzeczeniach o potrzebie kształcenia specjalnego? Odpowiedź na to pytanie przynoszą stosowne przepisy Rozporządzenia MENiS z dnia 12 lutego 2002 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych²:

■ „w § 2.4 określa, że zajęcia rewalidacyjne to zajęcia o charakterze terapeutyczno-wychowawczym, z uwzględnieniem zajęć roz-

¹ Znowelizowana ustawa o systemie oświaty po zmianach z 2 lipca 2004 roku. Oficyna Ekonomiczna Wydawnictwa eMPis.c., Poznań 2004, s. 3.

² Dz.U. z dnia 25 lutego 2002 r.

wijających, kompensacyjnych i usprawniających

- w § 3.2. poz. 1–3 wymienia następujące zajęcia rewalidacyjne: korekcyjne wad postawy, korygujące wady wymowy, orientacji przestrzennej i poruszania się
- oraz poz. 4. nauki języka migowego lub innych alternatywnych metod komunikacji
- inne, wynikające z programów rewalidacji
- w § 2 pkt. 10. Dyrektor szkoły, z wyjątkiem szkoły specjalnej, w uzgodnieniu z organem prowadzącym, przydziela dodatkowe godziny na prowadzenie indywidualnych zajęć rewalidacyjnych z uczniami niepełnosprawnymi”.

Rewalidacja osób z uszkodzeniami słuchu ma na celu zarówno kompensację uszkodzonego zmysłu słuchu, z wykorzystaniem innych zmysłów, jak również doskonalenie – rozwijanie funkcji słuchowych na bazie posiadanych resztek słuchowych. Ustawiczne i nieskończone prowadzenie ćwiczeń słuchowych wynika z faktu, że przy stałym poziomie ubytku słuchu poziom sprawności słyszenia może się zmieniać, właśnie w wyniku ćwiczeń, a zwłaszcza, w rezultacie codziennej aktywności słuchowej, nastawionej na poznawanie świata i komunikowanie się z ludźmi.³ Potencjalne możliwości usprawnienia czynności uszkodzonego słuchu są zależne przede wszystkim od rodzaju i stopnia uszkodzenia słuchu. Istotne znaczenie ma wiek dziecka, jego potencjał umysłowy oraz rozwój emocjonalny, a także środowisko rodzinne (społeczne), które warunkuje wykorzystywanie tych czynności w codziennym komunikowaniu się językowym.

Zdecydowaną większość uczniów z uszkodzeniami słuchu uczących się w szkołach ogólnodostępnych można uznać, posługując się typologią pedagogiczną⁴, za osoby niedosłyszące, niezależnie od stopnia uszkodzenia i klasyfikacji audiologicznej – z lekkim, średnim, a także ze znacznym uszkodzeniem słuchu. Osoby niedosłyszące wykorzystują zmysł słuchu jako dominujący w odbieraniu wypowiedzi słownych, mimo że mogą nie odbierać wszystkich składowych elementów strumienia mowy. U tych uczniów zaburzona jest przede wszystkim funkcja słuchowa: percepcja, identyfikacja, lokalizacja i różnicowanie dźwięków mowy. W tej grupie dzieci wskazane jest prowadzenie zajęć rewalidacji indywidualnej, odpowiedniej do deficytów i potrzeb.

Orzeczenie do kształcenia specjalnego jest wystawiane w 4 egzemplarzach. Trzy z nich otrzymuje rodzic dziecka. Wraz podaniem, w którym wyraża wolę realizacji zawartych w orzeczeniu zaleceń i prośbą o jego realizację, składa je we właściwym dla danej placówki oświatowej organie prowadzącym. Drugi egzemplarz jest dla dyrektora szkoły, trzeci jest własnością rodzica. Rozporządzenie MENiS⁵ § 12.1. „Na wniosek rodziców (prawnych opiekunów) dziecka posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, starosta lub jednostka samorządu terytorialnego, o których mowa w art. 71b ust. 5 i 5a ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, zapewnia dziecku formę kształcenia zalecaną w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego.”

Rodzic powinien w ustalonym ustawowo terminie otrzymać odpowiedź o zakwalifikowaniu dziecka do kształcenia specjalnego

i realizacji orzeczenia stosownie do zaleceń zespołu orzekającego poradni psychologiczno-pedagogicznej, zawartych w orzeczeniu. Zgodnie z §14.1 wyżej cytowanego rozporządzenia: „Do czasu objęcia dziecka formą kształcenia przewidzianą w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, dyrektor szkoły lub placówki, do której dziecko uczęszcza, na wniosek rodziców (prawnych opiekunów) dziecka, zapewnia realizację wskazań, zgodnie z zaleceniami zawartymi w orzeczeniu, w szczególności dotyczących pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w ramach posiadanych środków finansowych.”

A zatem, nawet w okresie przygotowawczym do czasu objęcia ucznia kształceniem specjalnym, w świetle obowiązujących przepisów, nie jest on pozostawiony bez pomocy pedagogicznej. W okresie tym realizacja pomocy psychologiczno-pedagogicznej może odbywać się w ramach istniejących w szkole form pomocy uczniom z deficytami lub problemami w edukacji czyli: terapii logopedycznej, pomocy pedagogicznej prowadzonej przez pedagoga szkolnego, zajęć korekcyjno-kompensacyjnych lub wyrównawczych. W moim wieloletnim doświadczeniu zawodowym nie spotkałam się z realizacją tego punktu rozporządzenia. Czas oczekiwania natomiast na odpowiedź organu prowadzącego liczony jest nierzadko w kilku tygodniach.

Docelowo, uczeń z uszkodzonym słuchem, jak i inni uczniowie niepełnosprawni, którzy posiadają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, ma zagwarantowaną ustawowo pomoc w ramach zajęć rewalidacji, zwykle indywidualnej, gdyż specyfika niepełnosprawności i jego

³ Krakowiak K.: *Pedagogiczna typologia uszkodzeń słuchu i osób nimi dotkniętych*. W: „Nie głos, ale słowo. Przekraczanie barier w wychowywaniu osób z uszkodzeniami słuchu”. Red. K. Krakowiak, A. Dziurda-Multan. Wydawnictwo KUL, Lublin 2005, s. 255-288.

⁴ Tamże.

⁵ Rozporządzenie MEN z dnia 12 lutego 2001 r. w sprawie orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego, Dz.U. Nr 13, poz. 114 z 2001 r. z późn. zm.

skutków dla rozwoju osobniczego w każdym przypadku jest inna.

Finansowanie edukacji ucznia niepełnosprawnego w szkole ogólnodostępnej wynika z fundamentalnych założeń finansowania oświaty. Rozporządzenie MENiS w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2006 zarządza: § 1.1. „Część oświatowa subwencji ogólnej na rok 2006 jest dzielona między poszczególne jednostki samorządu terytorialnego, z uwzględnieniem zakresu realizowanych przez te jednostki zadań oświatowych, określonych w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zmianami)”⁶.

Dla każdej jednostki samorządu terytorialnego będącej organem prowadzącym lub dotującym szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadgimnazjalne i szkoły ponadpodstawowe oraz placówki funkcjonujące w systemie oświaty ustala się przeliczeniową liczbę uczniów ogółem (U_p) w bazowym roku szkolnym, według wzoru:

$$U_p = \sum_{i=1, N} U_{p, i} = \sum_{i=1, N} [(U_r, i + U_{u, i} + U_{z, i}) \cdot D_i]$$

Skomplikowany algorytm daje się jednak odczytać laikom budżetowych uwarunkowań w interesującym nas zakresie. Wartość $U_{u, i}$ – to uzupełniająca liczba uczniów w bazowym roku szkolnym w zakresie zadań szkolnych, obliczana według wzoru: $U_{u, i} = P_1 \cdot N_{1, i} + P_2 \cdot N_{2, i} + \dots + P_{25} \cdot N_{25, i}$ gdzie: P_1 do P_{25} oznaczają wagi. I tak dla porównania: waga $P_1 = 0,38$ ustalona jest dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjów dla dzieci i młodzieży zlokalizowanych na terenach wiejskich lub w miastach do 5 000 mieszkańców. **Waga $P_4 = 3,60$ dla uczniów niesłyszących i słabo słyszących, z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym**

i znacznym (na podstawie orzeczeń, o których mowa w art. 71b ust. 3 ustawy wymienionej w § 1 ust. 1 rozporządzenia) – $N_{4, i}$ **Waga $P_5 = 9,50$ dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, z niepełnosprawnościami sprzężonymi oraz z autyzmem. Waga $P_6 = 0,80$ dodatkowo dla niepełnosprawnych uczniów w oddziałach integracyjnych w szkołach podstawowych, gimnazjach, szkołach ponadgimnazjalnych i szkołach ponadpodstawowych – $N_{6, i}$**

W podsumowaniu powyższych treści ważna jest konkluzja: **ustawa o systemie oświaty wraz z stosownymi rozporządzeniami jest przygotowana na przyjęcie uczniów niepełnosprawnych.** Przewiduje potrzebę zwiększenia nakładów finansowych na realizację programu edukacyjnego dla dzieci niepełnosprawnych. Dzieci z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego są wykazywane w algorytmie subwencji, zwiększając jej wartość.

Czy zatem rodzicom dzieci niepełnosprawnych przysługuje dochodzenie praw, jakie gwarantuje ustawa o systemie oświaty?

Czy mogą i powinni oczekiwać więcej – dokładnie tego, co zaleca zespół orzekający poradni psychologiczno-pedagogicznej, niż doraźne rozwiązania w ramach środków własnych pałcówki? Gdzie są więc pieniądze, które uruchomione w algorytmie subwencji nie trafiają do nauczycieli, którym, zgodnie z zaleceniami w orzeczeniu, należałoby zapłacić za indywidualne zajęcia rewalidacyjne z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych?

Remedium na to wydaje się być sądowo-administracyjna kontrola poczynań organów administracji publicznej, którą należy trakto-

wać jako zdobycz demokratycznego państwa prawnego. Z tego narzędzia prawnego należy zacząć skutecznie korzystać. Każdy wniosek uprawnionego podmiotu do organu administracji publicznej o uruchomienie procedury, która winna skutkować m.in. wydatkowaniem (przesunięciem) środków finansowych wedle wyżej przedstawionych mechanizmów, winien wywołać stosowną reakcję tego organu i w przepisanej przez prawo administracyjne formie. W razie niezadowolającego efektu stronie zawsze przysługuje środek odwoławczy do organu wyższego stopnia. Dopiero po wyczerpaniu takiej drogi postępowania administracyjnego pozostaje skarga na niekorzystną decyzję lub bezczynność organu do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z możliwością wniesienia skargi kasacyjnej do Naczelnego Sądu Administracyjnego. Możliwość jest zatem wiele. Trzeba tylko umieć z nich korzystać.

Czy wskazując rodzicom drogę dochodzenia do praw danych dziecku niepełnosprawnemu narazę się na „poruszenie w tonie oburzenia”? Nazbyt często w rozmowach „z organem prowadzącym” słyszałam o dramatach szkoły walczącej o przetrwanie, o braku pieniędzy na opał i pensje dla nauczycieli, ale nie o tym napisano w preambule ustawy o systemie oświaty. To są treści przemijające.

Myślą przewodnią ustawy jest uczeń – osoba i jej prawa.

Arlęta Kucharczyk
surdopedagog, logopeda

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
w Zielonej Górze

dr Leszek Kania
radca prawny

⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 22 grudnia 2005 r. w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2006 [Dz.U. z 2005 r. Nr 266, poz. 2231].

⁷ Załącznik przedstawia algorytm podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego na rok 2005.



Słyszę coraz lepiej

„Po założeniu procesora mowy słyszę!” – napisała z radością pacjentka Instytutu, której wszczepiono implant ślimakowy. Jakkolwiek nie jest to słyszenie doskonałe, daje jej wiele satysfakcji. Ale o pozytywnych zmianach w swoim życiu, jak i o tym, co nadal sprawia trudność, pani Jadwiga opowie sama...

Kiedy w 1978 roku urodziłam syna z przepukliną rdzeniową, nie przypuszczałam, ile czeka mnie wyrzeczeń i zmartwień. Nie poddawałam się jednak. Jeździłam z nim do Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, leczyłam, rehabilitowałam, godziłam się na kolejne operacje. W międzyczasie urodziłam drugiego syna, który był na szczęście zdrowy. I tak minęło prawie trzynaście lat. W pewnym momencie moje zdrowie zaczęło szwankować. Dostałam zapalenia twardówki oka, brałam leki. Potem nastąpiły bóle i zawroty głowy z wymiotami. Zawroty głowy i wymioty zaczęły się powtarzać, w uszach i głowie miałam coraz większy szum, który czasem był nie do wytrzymania. Szpital, kroplówki, nic nie pomagało. Badanie za pomocą rezonansu magnetycznego nic nie wykazało. Szum się

nasilał, powoli traciłam słuch, częściowo uszkodzony był również prawy błędnik. Najpierw całkowicie straciłam słuch w uchu prawym, potem w pięćdziesięciu procentach w uchu lewym. Na to ucho otrzymałam aparat słuchowy, który nosiłam pięć lat. Niestety przyszedł dzień, gdy zupełnie oślepnęłam. Zamknęłam się w ślimaczkiej skorupie. Płakałam, rozpaczałam, zadawałam sobie pytanie, jak ja sobie poradzę?

Powoli izolowałam się od otoczenia, również z rodziną trudno mi było się porozumieć. Nie umiałam załatwić żadnej sprawy w urzędzie, trudno mi było rozmawiać z lekarzem, coraz rzadziej wychodziłam z domu. I wtedy przyszedł mi z pomocą mój starszy syn, który w tym czasie studiował na Akademii Podlaskiej w Siedlcach. Syn zobaczył w telewizji pro-

gram z profesorem Skarżyńskim. Skontaktował się z Kliniką Szmów Usznych w Warszawie. Po konsultacji u dr Anny Fabijańskiej i wstępnych badaniach okazało się, że mam szansę na implant ślimakowy. Niestety na szumy w głowie i uszach nie było sposobu.

Na wszczepienie implantu czekałam 2 lata. Dnia 27 listopada 2003 roku prof. Skarżyński przeprowadził zabieg. To „dzień dobry”, które przeczytałam z ust prof. Skarżyńskiego przed zabiegiem, dodało mi otuchy. Po założeniu procesora mowy słyszę! Po roku rozumiem i słyszę coraz lepiej. Nie mam problemów z rozumieniem mowy w bezpośrednich kontaktach z rozmówcą. Rozpoznaję słyszane kiedyś melodie.

Ostatnio załatwiałam sprawy w banku. Było super! Nie musiałam prosić o powtórzenie słów, gdyż wszystko rozumiałam. Gorzej jest jeszcze na ulicy, gdy z kimś idę i rozmawiam, a w tym czasie przejeżdżają samochody. Drażni mnie jazda motocykli, to jest za głośne. Słyszę świergot ptaków w ogrodzie. Przeszkadza mi za głośno ustawiony telewizor, mam nadal problemy z rozmową przez telefon, bo trudno mi jest zrozumieć słowa.

Dziękuję prof. Skarżyńskiemu i jego zespołowi wspaniałych ludzi.

Wdzięczna pacjentka
Jadwiga D.



Porady dla użytkowników aparatów słuchowych



2 Aparat słuchowy... jak działa?

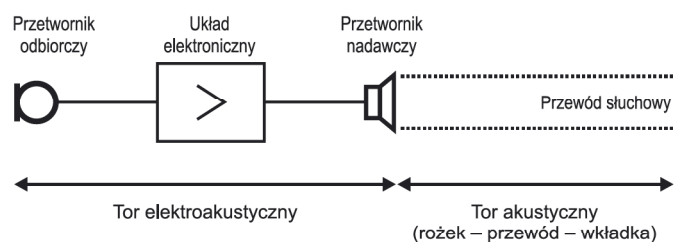
Aparat słuchowy jest subtelnym urządzeniem wzmacniającym dźwięk, stosowanym w celu kompensacji ubytków słuchu o różnych przyczynach. Stosowanie aparatu słuchowego ma na celu wzrost głośności sygnałów oraz ich dyskryminacji, czyli rozróżniania na tle innych.

Zasadniczymi elementami każdego aparatu słuchowego są: mikrofon, wzmacniacze (mikrofonowe, sterujące i końcowe), układy regulujące, słuchawka oraz źródło zasilające.

Każdy z tych elementów ma określony wpływ na charakterystykę transmisyjną aparatu, czyli wpływa na sygnał, który pojawia się na wyjściu i który odbieramy. We współczesnych aparatach słuchowych używa się najczęściej mikrofonów elektretowych, charakteryzujących się dużą czułością, stosunkowo dobrymi właściwościami transmisyjnymi oraz równomiernym pasmem przenoszenia. Mikrofon zamienia falę akustyczną odebraną z otoczenia na sygnał elektryczny, który po odpowiedniej obróbce zostaje ponownie zamieniony na sygnał akustyczny. Podstawową rolą aparatu jest wzmacnianie za pomocą wzmacniacza sygnału pochodzącego z mikrofonu. Najczęściej stosowane są wzmacniacze tranzystorowe. W przypadku niedosłuchu typu przewodzeniowego ubytek można kompensować za pomocą liniowego wzmacnienia sygnału w całym zakresie pola słuchowego pacjenta. W przypadku zaburzeń typu odbiorczego bardzo często występuje efekt wyrównania

głośności, wówczas wzmacnianie wszystkich dźwięków w takim samym stopniu nie jest właściwym rozwiązaniem. W takiej sytuacji wzmocnienie dźwięków cichych spowoduje, że będą one dobrze słyszalne, ale to samo wzmocnienie dźwięków głośniejszych spowoduje nadmierną ich głośność, a tym samym dyskomfort. W takich przypadkach stosuje się w aparatach układy kompresji sygnału wejściowego. Kompresja ta powoduje, że dźwięki o niskim poziomie ciśnienia akustycznego wzmacniane są bardziej niż dźwięki o poziomie wysokim. Najlepszym i najczęstszym rozwiązaniem jest zastosowanie takiego wzmocnienia, aby było ono stale dopasowywane do poziomu sygnału wejściowego, co nazywane jest automatyczną regulacją wzmocnienia.

Przetwarzanie sygnałów w aparatach słuchowych ukierunkowane jest nie tylko na odpowiednie wzmocnienie sygnału, obejmuje również wiele innych elementów. Należą do nich: ograniczenie wpływu szumów i zakłóceń zewnętrznych, regulacja barwy dźwięku, po-



Schemat blokowy działania aparatu słuchowego

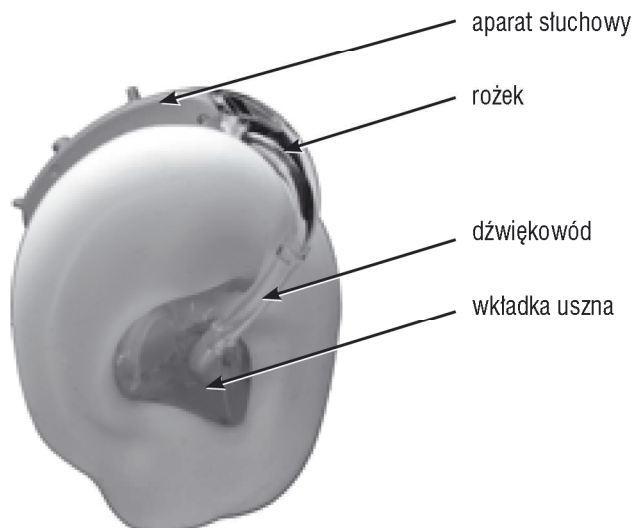
lepszenie zrozumiałości mowy na tle szumu. W tym celu nowoczesne aparaty słuchowe wyposażone są w różne układy korekcyjne takie jak: dynamiczny procesor mowy (zmniejszający zniekształcenia odbioru mowy własnej pacjenta), system wielomikrofonowy (pozwalający regulować charakterystykę kierunkową aparatu), układ do regulacji barwy dźwięku, automatyczny ogranicznik szumu i inne.

Sygnal akustyczny może być również przekazany do aparatu na drodze indukcyjnej. Mikrofon zastępowany jest wówczas przez specjalną cewkę indukcyjną, a dźwięki odbierane są z pętli indukcyjnej. Jest to szczególnie przydatne w miejscach użyteczności publicznej, pozwala na czysty odbiór mowy lub muzyki przy jednoczesnej eliminacji hałasu otoczenia.

Kolejnym ważnym elementem aparatu słuchowego jest słuchawka (najczęściej elektromagnetyczna). Sygnal ze słuchawki transmitowany jest do ucha przez różek, dźwiękówód oraz wkładkę uszną (w przypadku aparatów zauszných).

Różek jest pierwszym elementem toru akustycznego aparatu słuchowego. Zwykle połączony jest fabrycznie z obudową części elektronicznej aparatu, ma formę sztywnej rurki o łukowato wygiętym kształcie. Zakończenie różka połączone jest z wkładką uszną cienkim elastycznym wężykiem – tzw. dźwiękówodem. Najważniejszym elementem toru akustycznego jest indywidualnie dobrana do kształtu ucha wkładka uszna, która ze wszystkich elementów najbardziej wpływa na jakość dźwięku odbieranego przez słuchacza. Wkładka spełnia kilka funkcji: umocowanie aparatu w uchu słuchacza, transmisja sygnału z aparatu do kanału usznego, uszczelnienie ucha w celu uniknięcia sprzężenia zwrotnego oraz wpływ na charakterystykę przeniesienia uzyskaną przez filtry, dodatkowe wiercenia, odpowiednie rozmiary dźwiękówodu. Wkładki wykonywane są w wielu różnorodnych kształtach i kolorach (więcej o wkładce usznej – „Słyszę” nr 3/89 2006).

Aparaty słuchowe można podzielić na kilka grup. Ze względu na sposób zamocowania dzielimy je na: zausznę, wewnątrzusznę, wewnątrzkanałową, okularową, kieszonkową. W aparatach zauszných mikrofon, wzmacniacz i słuchawka znajdują się we wspólnej obudowie umocowanej za pomocą wkładki za uchem. Aparaty wewnątrzusznę i wewnątrzkanałową umocowane są w jamie muszli małżowiny i przewodzie słuchowym. Elektronika znajduje się wówczas w indywidualnej obudowie, wykonywanej na kształt ucha. Warunkiem korzystania z tego typu aparatów (oprócz ograniczeń związanych z głębokością niedosłuchu) jest wystarczająca wielkość przewodu słuchowego pacjenta oraz zachowane zdolności manualne. Ze względu na parametry aparaty słuchowe dzieli się na: nisko-, szeroko-



i wysokopasmowe; jedno- i wielokanałowe, jedno- i wieloprogramowe oraz o małym, średnim i dużym wzmacnieniu.

Producenci aparatów słuchowych w chwili obecnej posiadają w swojej ofercie przede wszystkim aparaty cyfrowe. Cyfrowy sposób programowania za pomocą komputera daje większe możliwości dokładniejszej regulacji poszczególnych parametrów. W aparatach tych sygnał odbierany przez mikrofon zostaje przetworzony przez przetwornik analogowo-cyfrowy na postać cyfrową (ciąg liczb). Ta, po cyfrowym przetworzeniu, zostaje podana na przetwornik cyfrowo-analogowy, gdzie jest zamieniana ponownie na sygnał analogowy i w takiej postaci podawana do słuchawki. Aparaty cyfrowe, w porównaniu do powszechnie stosowanych dawniej aparatów analogowych, w większym stopniu poprawiają rozumienie mowy w hałasie oraz wpływają korzystnie na jakość odbieranego dźwięku.

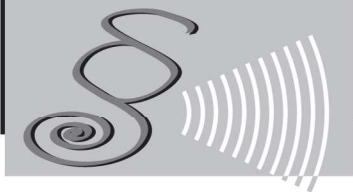
Do najważniejszych danych technicznych aparatów słuchowych należą:

- maksymalne wzmacnienie
- maksymalny poziom sygnału na wyjściu aparatu
- zakres wzmacnianych częstotliwości obejmujący określone pasmo – w szczególności odpowiadające za zrozumienie mowy.

Obszar związany z aparatami słuchowymi, zarówno pod względem badań jak i praktycznego zastosowania, jest na etapie ciągłego udoskonalania i rozwoju. Działania te zmierzają do optymalizacji ich własności transmisyjnych, miniaturyzacji oraz zwiększenia komfortu słyszenia w zmiennych warunkach akustycznych.

mgr Anna Charukiewicz
dyplomowany protetyk słucho-

Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy
Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu



Wademekum osoby niepełnosprawnej, czyli co komu się należy

CZ. I

W urzędzie

Osoba niepełnosprawna lub z dzieckiem niepełnosprawnym może załatwić sprawy poza kolejnością w instytucjach i urzędach publicznych oraz w sklepach (Dz. U. z 1998 r., Nr 64, poz. 414 z późn. zm.).

Pomoc społeczna

Jedną z form pomocy społecznej jest pomoc finansowa w postaci zasiłków:

Zasiłki pomocy społecznej
– problem/przeznaczenie zasiłku

- koszt zakupu leków, leczenia
- remont mieszkania
- kupno opału, odzieży
- pobyt dziecka w żłobku (przedszkolu)
- koszty pogrzebu
- straty materialne w wyniku wypadku losowego lub klęski ekologicznej
- ekonomiczne usamodzielnienie się
- bilet kredytowy

Zasiłek ten może przybrać formę pomocy rzeczowej.

Typ zasiłku: zasiłek celowy i celowy specjalny

Sytuacje, w jakich przysługuje:

- długotrwała choroba

- niepełnosprawność
- bezrobocie
- brak uprawnień do renty rodzinnej po osobie, na której ciąży obowiązek alimentacyjny (dla dziecka, które ukończyło 16 rok życia, pod warunkiem, że kontynuuje ono naukę do 25 roku życia)
- możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń i innych systemów zabezpieczenia społecznego.

Typ zasiłku: rodzinny, okresowy specjalny

Przysługuje:

- osobie, która utraciła prawo do zasiłku dla bezrobotnych i wychowuje samotnie co najmniej jedno dziecko do 7 roku życia. Należy wystąpić z wnioskiem w ciągu 30 dni od dnia ustania prawa do zasiłku dla bezrobotnych lub 30 dni od dnia otrzymania decyzji z PUP o ustaniu prawa do zasiłku. Zasiłek gwarantowany okresowy przysługuje przez około 36 miesięcy. Zasiłek gwarantowany okresowy (kwota równa kryterium dochodowemu osoby samotnej uprawniającej do uzyskania pomocy jest wypłacana przez okres pierwszych 12 miesięcy i 80% tej kwoty przez okres dalszych 24 miesięcy)

- osobie zdolnej do pracy, ale nieposiadającej zatrudnienia, opiekującej się dzieckiem wymagającym stałej pielęgnacji, jeżeli dziecko ma orzeczoną niepełnosprawność wraz ze wskaźnikiem konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji i o konieczności stałego współudziału opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. Zasiłek przysługuje, jeśli dochód rodzinny nie przekracza kryterium dochodowego. Zasiłek ten nie przysługuje osobie, której dziecko przebywa w całodobowym ośrodku rehabilitacyjnym lub innej placówce zapewniającej opiekę, przez co najmniej 5 dni w tygodniu. Nie przysługuje też osobie, która otrzymuje zasiłek dla bezrobotnych albo świadczenia przedemerytalne.

Zasiłek stały wyrównawczy

Przysługuje:

- matce dziecka zajmującej się wychowaniem
- ojcu dziecka zajmującemu się wychowaniem w razie śmierci matki lub porzucenia przez nią dziecka.

Kiedy można otrzymać zasiłek?

- osoba lub rodzina ubiegająca się o pomoc musi znajdować się w trudnej sytuacji życiowej związanej w szczególności z: ubóstwem, sieroctwem, bezdomnością, bezrobociem, niepełnosprawnością, długotrwałą chorobą, problemami w rodzinach wielodzietnych, klęską żywiołową lub ekologiczną
- miesięczny dochód osoby lub rodziny ubiegającej się o pomoc nie może być większy od kwoty określonej w ustawie o pomocy społecznej
- osoby będące w trudnej sytuacji życiowej, których dochód jest wyższy niż określony w ustawie o pomocy społecznej, mogą ubiegać się o tzw. specjalny zasiłek okresowy lub specjalny celowy.

Usługi opiekuńcze

Ustawa z dn. 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 1998 r., Nr 64, poz. 414 z późn. zm.)

Osoby starsze, niepełnosprawne, chore, które mają trudności np. z robieniem zakupów, sprzątaniami, higieną osobistą, wymagającą opieki rehabilitanta, mogą korzystać z pomocy w formie usług opiekuńczych.

Usługi opiekuńcze obejmują:

- pomoc w codziennych zajęciach, takich jak robienie zakupów, sprzątanie, gotowanie, załatwianie spraw urzędowych – są to tzw. **usługi gospodarcze**
- mycie, kąpiel, ubieranie, pomoc dla osób chorych, dozowanie leków – są to tzw. **usługi pielęgnacyjne**
- specjalistyczne formy pielęgnacji, rehabilitacja fizyczna, terapia – są to tzw. **usługi specjalistyczne**. Jest to szczególnie rodzaj usług dostosowanych do rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności. Są one



świadczane przez specjalistów, pielęgniarki, rehabilitantów, psychologów, terapeutów.

Usługami opiekuńczymi zajmują się różne stowarzyszenia i fundacje. Największe organizacje świadczące lub organizujące usługi opiekuńcze to:

- Caritas Polska: przy wielu parafiach działają zespoły charytatywne, do których można zwrócić się z prośbą o pomoc
- Polski Czerwony Krzyż, Polski Komitet Pomocy Społecznej: świadczą usługi opiekuńcze i gospodarcze.

Podstawowe ulgi pocztowe, telekomunikacyjne, radiowo-telewizyjne

Ulgi pocztowe

(Dz. U. z 2002 r., nr 217, poz. 1832).

Bezpłatna usługa doręczania listów, paczek i przekazów bezpośrednio do domu to udogodnienia związane z usługami pocztowymi. Listonosz powinien również przyjąć opłacony list lub paczkę i wysłać je (wrzucić do skrzynki, zanieść na pocztę).

Do tych udogodnień mają prawo osoby niepełnosprawne:

- z uszkodzeniami narządu ruchu lub innymi schorzeniami uniemożliwiającymi lub ograniczającymi samodzielne poruszanie się
- osoby niewidome i niedowidzące.

Zapotrzebowanie na usługę zgłasza się w urzędzie pocztowym właściwym dla miejsca zamieszkania lub u listonosza obsługującego rejon.

Ulgi telekomunikacyjne

Telekomunikacja Polska SA stosuje rabaty w opłatach dla osób niepełnosprawnych:

- za przyłączenie do sieci telefonicznej TP SA w wysokości 50% ceny za przyłączenie
- w abonamencie miesięcznym w wysokości 50% opłaty abonamentowej. Podstawą do udzielenia rabatu jest orzeczenie powiatowego lub wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

Do rabatów mają prawo tylko niektóre grupy osób niepełnosprawnych:

- w przypadku uszkodzenia wzroku – tylko wówczas, gdy jest orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności (dawna I grupa inwalidzka – obecnie na orzeczeniu lekarskim stopień niepełnosprawności oznacza się symbolem „O”)
- w przypadku uszkodzenia słuchu lub mowy – tylko wówczas, gdy jest orzeczony znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności (dawniej odpowiednio grupa I i II, dziś na orzeczeniach lekarskich stosuje się symbol niepełnosprawności „L”).

Podstawą do udzielenia rabatu jest orzeczenie powiatowego lub wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

Opisywanych rabatów udziela się również osobom niepełnosprawnym, które nabyły prawa do ulg w oparciu o:

- rozporządzenie Ministra Łączności z dn. 21 października 1996 r. – w sprawie określenia zakresu dostępu osób niepełnosprawnych do świadczonych usług pocztowych lub telekomunikacyjnych o charakterze powszechnym, a stopień niepełnosprawności orzeczony został na stałe. W przypadku okresowego orzeczenia rabaty przysługują do upływu orzeczonego okresu niepełnosprawności
- uchwałę nr 85/01 Zarządu TP SA z dn. 29. V. 2001 r. oraz uchwałę nr 180/01 Zarządu TP SA z dn. 16. X. 2001 r. – prawnym opiekunom uprawnionych osób niepełnosprawnych, zamieszkujących stale lub czasowo z osobą niepełnosprawną. Rabat może otrzymać albo uprawniona osoba niepełnosprawna, albo jej prawny opiekun.

Również operatorzy sieci telefoni komórkowych mogą podjąć decyzję o przyznaniu ulg niepełnosprawnym – informacji najlepiej szukać bezpośrednio u poszczególnych operatorów.

Kto nie płaci abonamentu za radio i telewizję?

(Dz. U. 1996 r., nr 82, poz. 383 z późn. zm.)

Abonamentu nie płacą:

- osoby, które ukończyły 75 lat – na podstawie dowodu osobistego
- osoby, które otrzymują stały zasiłek lub rentę socjalną z pomocy społecznej – na podstawie decyzji o przyznaniu świadczenia
- osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym (osoby całkowicie



niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji, inwalidzi I grupy) – na podstawie jednego z dokumentów: dowodu osobistego z wpisem o zaliczeniu na trwałe do I grupy inwalidzkiej; orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub legitymacji osoby niepełnosprawnej; orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji; decyzji ZUS lub orzeczenia komisji lekarskiej ds. inwalidztwa i zatrudnienia, orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej lub komisji podległej MSW

- osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- na podstawie orzeczenia organu KRUS oraz zaświadczenia o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego
- osoby niesłyszące, u których stwierdzono całkowitą głuchotę lub obustronne upośledzenie słuchu – na podstawie jednego z dokumentów: legitymacji Polskiego Związku Głuchych; orzeczenia o całkowitej głuchocie lub obustronnym upośledzeniu słuchu, wydane przez właściwy organ

orzekający; zaświadczenia wystawionego przez zakład opieki zdrowotnej

- osoby niewidome, u których ostrość wzroku nie przekracza 15 procent – na podstawie jednego z dokumentów: legitymacji Polskiego Związku Niewidomych lub Związku Ociemniałych Żołnierzy Rzeczypospolitej Polskiej; orzeczenia stwierdzającego zaliczenie do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności z tytułu uszkodzenia narządu wzroku lub orzeczenia stwierdzającego wymagane uszkodzenie; zaświadczenia wystawionego przez zakład opieki zdrowotnej
- inwalidzi wojenni i wojskowi – na podstawie książeczki inwalidy wojennego lub wojskowego wystawionej przez ZUS.

Aby uzyskać zwolnienie z płacenia abonamentu, należy w urzędzie pocztowym, właściwym dla miejsca zamieszkania, przedstawić odpowiedni, jeden z wymienionych wyżej, dokumentów.

oprac. mgr Renata Korneluk

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu