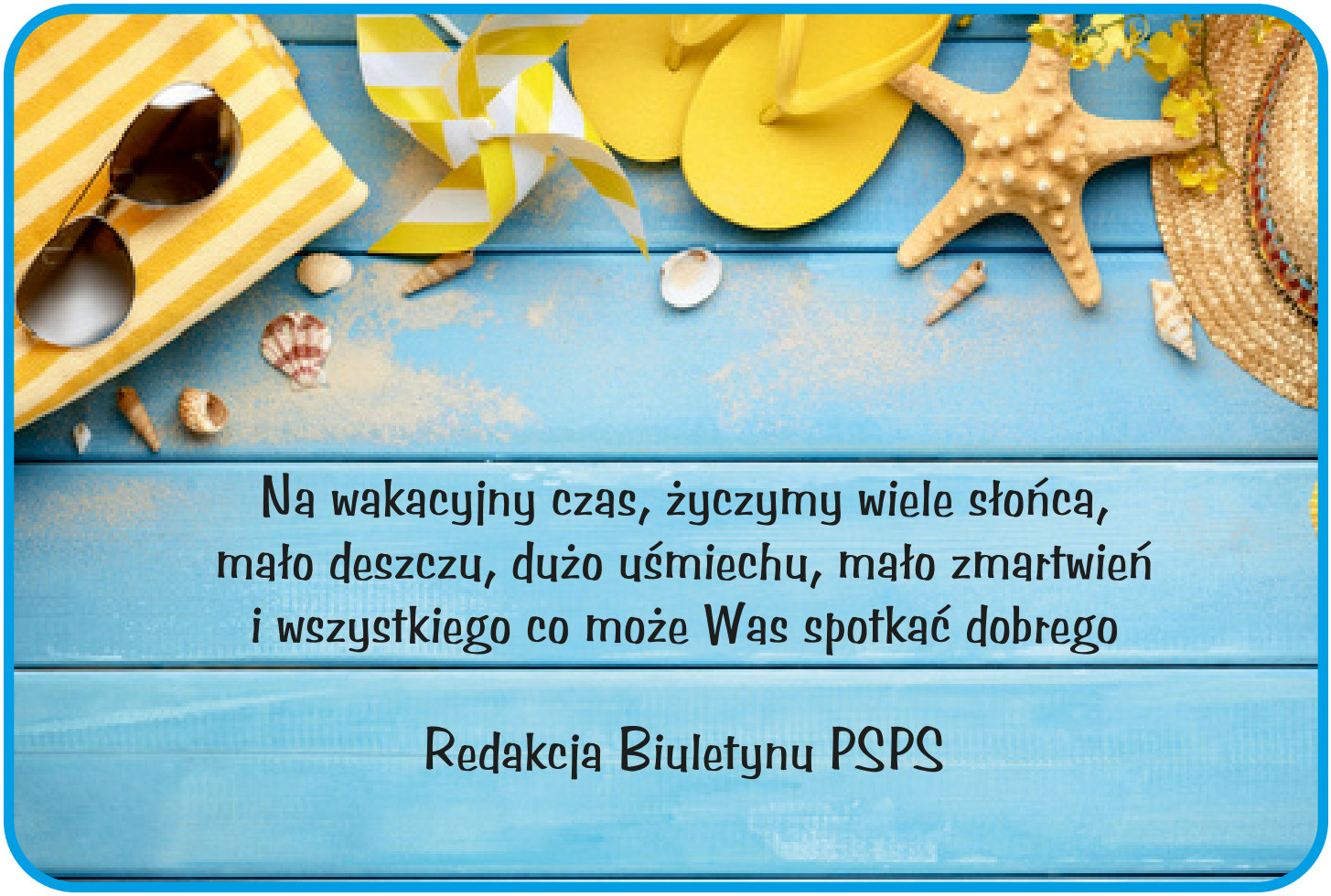
BIULETYN

POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PROTETYKÓW SŁUCHU

Nr 67 3/17 LIPIEC 2017



ISSN 1509-69-71



SPIS TREŚCI:

- XIX Spotkanie Dystrybutorów i Przyjaciół marki PHONAK
- Debata w Rynku Zdrowia pt. „Niedosłuch w XXI wieku - problem cywilizacyjny i społeczny
- Współzależność niedosłuchu z nabytymi i wrodzonymi wadami zgryzu
- Ocena wpływu wybranych czynników na niekorzystanie przez osoby starsze z niedosłuchem z aparatów słuchowych
- Komunikacja z pacjentem - zalety i wady internetu
- Czytelnik pyta - prawnik odpowiada
- Interdyscyplinarna konferencja szkoleniowa pt. „Zastosowanie testu ptz-d w diagnostyce i terapii zaburzeń słuchu oraz zaburzeń przetwarzania słuchowego
- Biblioteczka protetyka słuchu

WYDAWCA:
Zarząd Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu
www.psps.pl

SEKRETARIAT·
Maria Szkudlarz, os. Piastowskie 66/2
61-157 Poznań, tel. +48 61 877 05 69
tel. kom. +48 603 758 606
e-mail: sekretariat@psps.pl

NAKŁAD:
700 egz.

REDAKCJA BIULETYNU:
mgr Lidia Chmielewska-Pahlen
mgr inż. Wojciech Masełkowski
mgr Halina Paliwoda

Nr konta:
PKO BP I o/Poznań
26 1020 4027 0000 1502 0415 3839

Skład i druk:
SKINARI Sp. z o.o.
65-415 Zielona Góra
ul. Grottgera 9/1

XIX Spotkanie Dystrybutorów i Przyjaciół marki Phonak 12-13 maja 2017 r.

W wystąpieniu powitalnym Prezes Leszek Wierzowiecki zaprezentował miejsce marki Phonak w Grupie Sonova, rozwój branży w poszczególnych krajach oraz plany na przyszłość w związku z zapowiadanymi na 24 czerwca 2017 r. w Szwajcarii obchodami 70-lecia marki Phonak.

Miejscem spotkania był wspaniale odrestaurowany Zamek Biskupi w Janowie Podlaskim. Ciekawe miejsce, którego dodatkową atrakcją było zwiedzanie stadniny koni oraz udział w pokazach jeździeckich. Nie była to jedyna niespodzianka, ale przede wszystkim należałoby zwrócić uwagę na zawartość merytoryczną części szkoleniowo-informacyjnej Spotkania oraz sposób jej przedstawienia. Prezentacje zostały przeprowadzone w nietypowy i bardzo oryginalny sposób, w formie luźnej dyskusji. W taki sposób dowiedzieliśmy się o możliwościach i walorach najnowszych aparatów zausznych: Phonak Bolero B, ładowalnych aparatów Phonak Bolero B-PR oraz wewnątrzusznych aparatów Phonak Vitro B-Titanium. Ciekawostką jest to, że obudowa aparatu Virto B-Titanium została wykonana z tytanu, co oznacza, że aparat jest niewiarygodnie trwały,



wytrzymały i lekki, a przy tym dyskretny. Wiedza została ugruntowana na warsztatach. Ze szczegółami technicznymi i procesem dopasowania tych modeli, protetycy zapoznają się w nowym systemie szkoleń prowadzonych przez Tomasza Skwierczyńskiego – „Edukatornia Phonaka". Sesje on-line będą poświęcone przekazaniu materiału teoretycznego, natomiast na szkoleniach regionalnych prowadzący będą skupiali się na







aspektach praktycznych. W przyszłości zaliczenie kursu będzie przesłanką uczestnictwa w szkoleniu regionalnym.

W ramach stałego panelu Spotkania „Edukatornia", gość specjalny - Jerzy Owsiak - przekonywał, że o sukcesach we wszelkich działaniach decyduje nie tylko wiedza fachowa, ale przede wszystkim pasja i zaangażowanie. Jako człowiek, któremu udało się zarazić swoją pasją i wizją tysiące wolontariuszy, zrobić wiele dobrego dla ludzi chorych i niepełnosprawnych oraz mającym dalsze plany był bardzo przekonujący. Zawsze warto działać i coś robić dla innych, nawet jeśli musimy pokonywać trudności, znosić krytykę i czasem pogodzić się z porażką.

Jak na XIX Spotkanie przystało uczestnicy stanowią grupę prawdziwych przyjaciół, którzy chętnie rozmawiają, dzielą się doświadczeniami i kłopotami oraz potrafią się wspaniale bawić. Atmosfera Spotkania to olbrzymia zasługa organizatorów, którzy perfekcyjnie przygotowują część merytoryczną, są otwarci, serdeczni i dbają o szczegóły. Tradycyjnie już, i w tym roku piątkowy wieczór zaplanowano na zabawę tematyczną – „Niech Moc będzie z Wami". Były więc przebrania z „Gwiezdnych Wojen", świetlne miecze, Mistrzowie Jedi, przybysze z odległych galaktyk, magia, konkursy i oczywiście tańce. Moc nawiązywała również do nowego aparatu Vitro B Titanium.

Wszystko co dobre niestety szybko się kończy, ale mamy nadzieję na spotkanie w przyszłym roku.

Maria Szkudlarz





Ładowalne aparaty słuchowe Phonak Bolero™ B-PR



Najszybciej ładujące się aparaty słuchowe jakie kiedykolwiek powstały • Przełomowa technologia akumulatorów litowo-jonowych • Nigdy więcej problemów z użytkowaniem standardowych baterii • Możliwość ładowania w podróży • Niezrównane możliwości słuchowe dzięki systemowi AutoSense OS™ • Odporne na wodę i pył

Słyszysz bez ograniczeń...gdziekolwiek zaprowadzi Cię życie.

www.phonak.pl/ładowalne

*Oczekiwane rezultaty po pełnym naładowaniu akumulatora i maksymalnie 80 minutach bezprzewodowego przekazu strumieniowego.
Więcej informacji znajduje się na stronie www.phonakpro.com/dowody

70 years

PHONAK
life is on

A Sonova brand

Debata w Rynku Zdrowia pt. „Niedosłuch w XXI wieku - problem cywilizacyjny i społeczny”

(Warszawa, 25 kwietnia 2017 r.)

Szacuje się, że niedosłuch dotyka już 16% mieszkańców Polski. W kolejnych latach problem ten będzie narastał. Jednak na noszenie aparatu słuchowego decyduje się jedynie co trzecia osoba cierpiąca na to zaburzenie. Nieleczone, prowadzi do wykluczenia z życia społecznego - ostrzegają specjaliści. Na hałas, który obecnie stanowi główny powód uszkodzeń słuchu - jesteśmy narażeni praktycznie wszędzie: w szkole, kinie, środkach lokomocji. Tzw. hałas środowiskowy to codzienność w życiu ponad 70% populacji. Z jego powodu od początku lat 80. aż trzykrotnie wzrosła liczba uszkodzeń słuchu. W Polsce kłopoty takie ma już 6 mln osób. U 900 tys. z nich uszkodzenie słuchu jest poważne.

- Wpływ na dynamicznie rosnący odsetek osób z niedosłuchem mają też zmiany demograficzne związane z rosnącą liczbą seniorów, choroby cywilizacyjne, jak cukrzyca czy nadciśnienie, a także nadużywanie antybiotyków - wylicza prof. Andrzej Obrębowski z Katedry i Kliniki Foniatrii i Audiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Główny winowajca

Dużym problemem jest też upowszechnienie słuchawek dousznych, co odpowiada za narastanie niedosłuchu u osób młodych. - Głównym winowajcą są wyposażone w nie urządzenia do odtwarzania muzyki. Problem ze słuchem u dzieci negatywnie odbija się na ich rozwoju, wynikach w nauce i komunikacji z otoczeniem - wyjaśnia profesor Obrębowski.

Specjaliści prognozują, że w niedalekiej przyszłości aparat słuchowy będzie wśród uczniów tak często spotykany jak okulary. Już dziś szacuje się, że problem niedosłuchu dotyczy w kraju ok. 20% dzieci i młodzieży.

Od 2002 r. realizowany jest program powszechnych badań przesiewowych słuchu u noworodków. Dzięki niemu już w pierwszych dniach życia można potwierdzić bądź wykluczyć uszkodzenie słuchu u dziecka i zacząć odpowiednią terapię. Jak przyznaje Grażyna Greczka z Biura Koordynatora Badań Przesiewowych Słuchu u Noworodków, w Polsce 9% noworodków ma nieprawidłowy wynik badań słuchu.

- To, że dziecko urodziło się z prawidłowo funkcjonującym słuchem, nie jest gwarancją, że w późniejszym okresie nie wystąpi niedosłuch. W przypadku 3,5% noworodków istnieje bowiem ryzyko pogorszenia słuchu w związku z niską masą urodzeniową czy wdrażanym leczeniem - mówi.

Grażyna Greczka zaznacza, że w przypadku niedosłuchu noworodków tylko wdrożenie leczenia do 6. miesiąca życia daje szansę na właściwy rozwój zarówno słuchu, jak i mowy. Prof. Obrębowski wskazuje, że jeśli ten termin nie zostanie zachowany, rzadko zdarza się, żeby potem dziecko samo zaczęło normalnie funkcjonować. Czasem potrzebne jest mu wszczepienie implantu ślimakowego.

Diagnostyka - sporo do poprawienia

- O ile w przypadku noworodków wyławianie niedosłuchu w kraju idzie nam całkiem nieźle, to gorzej wygląda to w przypadku starszych dzieci - przyznaje Joanna Bugaj, prezes Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu i dodaje, że większość problemów ze słuchem u dzieci wynika ze stylu życia, przebytych chorób i doznanych urazów.

Obecnie sprawdzanie słuchu u dzieci starszych odbywa się dopiero w trakcie bilansu 6-latka. - Zazwyczaj pediatra z powodu braku odpowiednich narzędzi sprawdza to metodą szeptu, która nie daje skutecznego rozpoznania co do prawidłowości pracy narządu słuchu. W mojej opinii należałoby w tym momencie włączyć np. badanie audiometryczne - komentuje Joanna Bugaj.

W przypadku niedosłuchu, tak jak i w wielu innych chorobach, wciąż borykamy się z opóźnionym procesem leczenia, co często przekłada się na jego skuteczność. Po aparaty słuchowe sięgają zazwyczaj osoby, które z powodu uszkodzenia słuchu przestają już sobie radzić w normalnym życiu. Często, gdy praktycznie już przestają rozumieć mowę.

- Powoli to się zmienia dzięki postępowi technologicznemu, który sprawił, że aparaty słuchowe stały się mniejsze, więc i mniej widoczne. Dzięki temu osoby je noszące nie czują się stygmatyzowane - przyznaje prof. Edward Hojan, członek Rady Instytutu Akustyki Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Nie jesteśmy świadomi zagrożenia

Ekspert podkreśla jednak, że zbyt późne założenie aparatu przy głębokim niedosłuchu nie musi przynieść oczekiwanej poprawy. Natomiast protezowanie na odpowiednio wczesnym etapie poprawia ogólne funkcjonowanie pacjentów w relacjach z bliskimi, w pracy, ma też olbrzymi wpływ na kondycję psychiczną. Jak zauważa prof. Hojan, często nieleczonemu niedosłu-

chowi towarzyszy depresja.

- Największą grupę z niedosłuchem w kraju stanowią osoby w wieku powyżej 60 lat i odsetek ten wynosi ponad 70%. Problem dotyka co trzecią osobę po 60. roku życia, a po 70. - już co drugą - informuje prof. Obrębowski.

Dodaje: - Znaczący odsetek tych osób jednak przez długi czas nie jest świadomy tego faktu. Dzieje się tak, ponieważ niedosłuch nie boli. Słuch powoli, z roku na rok się osłabia i najczęściej jest tak, że osoba, która ma niedosłuch, tego nie zauważa. Zauważają to bliscy, kiedy z taką wadą słuchu np. prosi o powtórzenie wypowiadanych słów.

Co w ramach refundacji

Specjaliści oceniają, że sytuacja osób z niedosłuchem na tle innych problemów zdrowotnych w Polsce jest całkiem dobra.

- Osoby mające problem ze słuchem mogą liczyć na wsparcie NFZ przy zakupie aparatu słuchowego. Refundacja możliwa jest u osób, u których niedosłuch przekroczy wartość 40 decybeli, a w przypadku dzieci - 30 dB - wyjaśnia Joanna Bugaj.

- Od 2014 r. wszystkim pacjentom z obustronnym niedosłuchem przysługuje refundacja dwóch aparatów. Kwota refundacji na dwa aparaty dla osób dorosłych wynosi obecnie 1,4 tys. zł, dla dzieci 2 tys. zł. W przypadku dzieci refundacja przysługuje co 3 lata. Osoby ubezpieczone, powyżej 26. roku życia, o dopłatę na zakup zwykłego aparatu słuchowego mogą się ubiegać raz na pięć lat - przypomina prezes Bugaj.

Dodaje, że oczywiście podniesienie kwoty refundacji w 2014 r. ucieszyło pacjentów. Tym bardziej że rynkowe ceny aparatów wahają się od kilkuset złotych do ok. 10 tys. zł. Prezes Bugaj zwraca też uwagę, że 77% osób z niedosłuchem kupuje aparaty z dofinansowaniem, a pozostałe 23% finansuje je w całości z własnych środków.

Całkiem dobrze wygląda też dobór aparatu w ramach refundacji NFZ.

- Dziś protetyk słuchu ma szeroką ofertę urządzeń umożliwiających najlepsze dopasowanie aparatu do potrzeb pacjenta. Są coraz doskonalsze, można je zaprogramować i dostosować do różnych sytuacji życiowych - zaznacza prezes PSPS.

Zadowoleni z jakości aparatów

W efekcie - jak przekonuje Joanna Bugaj, powołując się na badania EuroTrak Polska 2016 - 80% Polaków stosujących aparaty słuchowe jest z nich zadowolonych, zaś aż 96% twierdzi, że poprawiają one jakość ich życia (badanie zostało wykonane na próbie reprezentatywnej 15 344 osób na zlecenie EHIMA - Europejskiego Stowarzyszenia Producentów Aparatów Słuchowych - red.).

Z drugiej strony badanie wskazuje, że tylko co trzecia osoba ankietowana z wadą słuchu korzysta z aparatu słuchowego. Powodem takiego stanu jest bagatelizowanie ubytków słuchu lub niechęć do ujawniania swojej wady. To przekłada się także na fakt, że od diagnozy niedosłuchu do zakupu aparatu słuchowego w kraju mija średnio 3 lata.

- Wciąż wstydzimy się przyznania do tego problemu, boimy się, że z jego powodu zostaniemy odrzuceni. To błąd. Trzeba pamiętać, że nieleczony niedosłuch ogranicza aktywność zawodową, u osób starszych powoduje wycofanie się z życia społecznego i rodzinnego, niesie poważne skutki psychiczne - komentuje Joanna Bugaj.

W jej opinii, aby zmienić tę sytuację, potrzebne są akcje podnoszące poziom wiedzy na temat skali oraz skutków niedosłuchu. Polskie Stowarzyszenie Protetyków Słuchu od kilku lat prowadzi kampanię społeczną "Usłyszeć świat", której celem jest podnoszenie świadomości w tym obszarze (www.slyszymy.pl).

Bariera cenowa

Zdaniem specjalistów barierą przy zakupie aparatów słuchowych może być też ich cena. W przypadku dorosłych wymagany jest 30-procentowy udział własny w kosztach zakupu aparatu w ramach limitu, czyli do 1000 zł. Dodatkowo chory musi pokryć z własnej kieszeni różnicę pomiędzy wartością aparatu a kwotą limitu.

Dlatego dla wielu niedosłyszących tak istotna jest możliwość uzyskania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dotyczy to wyłącznie osób, które uzyskały refundację z NFZ oraz posiadają orzeczenie o niepełnosprawności. Ostatnim warunkiem, który stawia PFRON, jest spełnienie kryterium dochodowego.

Specjaliści zwracają uwagę, że upowszechnienie niedosłuchu i rosnący popyt na protezy słuchu sprawiły, że na rynku pojawiło się sporo niesprawdzonych urządzeń, które sprzedają osoby niekompetentne. Ich stosowanie może nie tylko nie przynieść oczekiwanej poprawy, ale doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, powodując uraz narządu słuchu.

Debacie przysłuchiwał się poseł Krzysztof Ostrowski (Prawo i Sprawiedliwość), przewodniczący Parlamentarnego Zespołu Ds. Praw Pacjentów. Pomimo zaproszenia, wśród gości debaty zabrakło przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. W związku z tym, redakcja Rynku Zdrowia zwróciła się o przedstawienie stanowiska tej instytucji i zadała pytanie: Jak Minister Zdrowia ocenia aktualnie obowiązujący system zaopatrzenia w refundowane aparaty słuchowe? Czy gwarantuje on wysoką jakość i szeroką dostępność wszystkim pacjentom z niedosłuchem do refundowanych aparatów słuchowych? Czy kwota refundacji zdaniem Ministra Zdrowia jest wystarczająca?

Ministerstwo Zdrowia przygotowało odpowiedź, której treść prezentujemy poniżej.

Wartość refundacji na aparaty słuchowe wzrasta systematycznie od 2013 r. - informuje resort zdrowia w odpowiedzi na pytania przekazane po redakcyjnej debacie Rynku Zdrowia, poświęconej problemom osób z niedosłuchem. Aparaty słuchowe znajdują się w wykazie wyrobów medycznych objętych systemem refundacji wraz z takimi wyrobami jak protezy kończyn, ortezy, kule, wózki inwalidzkie, peruki, cewniki, materace przeciwodleżynowe.

Jak wskazuje Milena Kruszewska, rzecznik Ministerstwa Zdrowia, począwszy od 2012 r. nakłady na refundację takich wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie zwiększały się. W 2012 r. zrefundowano 205 676 087 sztuk wyrobów medycznych, podczas gdy w 2016 r. była to już 246 223 277 sztuk (co stanowi wzrost o ok. 20%). Nastąpił również wzrost kwoty przeznaczonej na refundację wyrobów medycznych (od 2012 r. do 2016 r.- o ok. 38,2%).

Resort przyznaje, że przy jednoczesnym wzroście nakładów na refundację wzrastała dopłata pacjenta do wyrobu medycznego (473 603 006 zł w 2012 r. vs. 657 387 470 zł w 2016 r. - wzrost o ok. 39%).

- W obecnie obowiązujących przepisach do zawierania umów ze świadczeniodawcami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, nie stosuje się przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań. Powyższe daje możliwość zawierania kontraktu z każdym podmiotem - o ile spełni on warunki określone w zarządzeniu prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia - wyjaśnia Kruszewska.

Jak przekonuje, to rozwiązanie zwiększa liczbę punktów, w których realizowane jest świadczenie z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, jednak ogranicza możliwość negocjowania ze świadczeniodawcą cen za poszczególne materiały wydawane na zlecenie.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia doprowadziło to do patologicznych sytuacji polegających na tym, że w zawieranych kontraktach z oddziałami NFZ pojawiają się ceny jednostkowe za wyroby medyczne przewyższające ceny zalecane przez producenta. Znane są również przykłady wskazujące, że część świadczeniodawców stosuje marże stanowiące wielokrotność ceny wyrobu medycznego, przez co wyroby te stają się dla części pacjentów niedostępne lub stanowią duży wydatek w budżetach tych rodzin, co dodatkowo skutkuje ograniczeniem dostępu do świadczeń, które powinny być w zasięgu pacjentów.

- W efekcie takich działań, w ramach limitu cenowego i ilościowego określonego w rozporządzeniu, pacjenci mogą kupić coraz mniej produktów, tym samym rosną koszty dla ich budżetów domowych. Powyższe przekłada się na wzrost niezadowolenia osób dotkniętych problemem niepełnosprawności, ich rodzin oraz organizacji społecznych działających w tym zakresie - komentuje rzeczniczka.

Ministerstwo Zdrowia przyznaje, że docierają do niego liczne sygnały od pacjentów o wątpliwej jakości zakupionych przez nich wyrobów medycznych, np. aparatów słuchowych, z których większość jest finansowana ze środków publicznych.

W związku z tym resort zdrowia pracuje nad projektem ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw. Projektowana nowelizacja ma na celu m.in. przemodelowanie systemu refundacji wyrobów medycznych w Polsce, tak, aby w możliwie najlepszy sposób odpowiadał on potrzebom społecznym.

- Zaproponowane rozwiązania przyczynią się do zmniejszenia dopłat pacjentów do wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz poprawią dostępność tych produktów. Projektowana regulacja opiera się na dwóch filarach: pierwszy to zapewnienie pacjentom optymalnej jakości wyrobów medycznych, drugi - wprowadzenie cen urzędowych wyrobów medycznych w grupach wyłonionych do procedury refundacyjnej. Oba filary są niezbędne, aby zapewnić pacjentom dostęp do wyrobów medycznych dobrej jakości - mówi Kruszewska.

Resort przyznaje, że wsparciem dla przygotowywanych zmian polityki dotyczącej wyrobów medycznych ma być zespół ekspertów powołany zarządzeniem ministra zdrowia w dniu 9 lutego br.

Zarząd PSPS postanowił odnieść się do tego stanowiska MZ i poprosić o wyjaśnienia lub dostęp do informacji publicznej (na jakiej podstawie formułowane są tezy zawarte w powyższym stanowisku MZ). Odpowiedź PSPS prezentujemy poniżej:

Zapowiadane przez Ministerstwo Zdrowia zmiany w systemie finansowania wyrobów medycznych od dawna wzbudzają uzasadniony niepokój producentów i dystrybutorów tego rodzaju produktów.

Przygotowywana przez MZ nowelizacja ustawy rozszerza obecnie obowiązujące zasady finasowania leków na rynek wyrobów medycznych. Wyrób to jednak nie lek, który da się prosto sklasyfikować, pogrupować i nie wymaga żadnego specjalnego zaopatrzenia. Na rynku UE dostępnych jest 500.000 typów wyrobów medycznych, w Polsce około 250.000. Proponowane rozwiązania prawne nie mogą więc być kopią systemu lekowego i muszą uwzględniać specyfikę rynku wyrobów medycznych.

Trudno więc zgodzić się z tezami Ministerstwa Zdrowia zaprezentowanymi w publikacji nt. finansowania aparatów słuchowych. Przedstawiona w tekście opinia na temat konieczności zmian w systemie finansowania wyrobów medycznych nie opiera się niestety na rzetelnych argumentach.

W przedstawionej opinii argumentem przemawiającym za zmianami są m.in. coraz wyższe dla płatnika koszty zaopatrzenia w wyroby medyczne pacjentów oraz wadliwy system kontraktowania świadczeń. Wzrost nakładów na refundację wyrobów medycznych związany jest z naturalnymi procesami zachodzącymi w polskim społeczeństwie, a w szczególności z osiągnięciem wieku emerytalnego przez przedstawicieli powojennego wyżu demograficznego. Co więcej, Ministerstwo Zdrowia twierdzi, że wzrost ilości punktów realizujących zaopatrzenie wpływa na cenę kontraktowanych wyrobów. Wzrost liczby podmiotów (punktów protetycznych) kontraktujących świadczenie wpływa jedynie na zwiększenie dostępności pacjentów do usług medycznych a naturalne mechanizmy konkurencji na zapewnienie przystępnych cen będących jednymi z niższych w Europie.

W Polsce coraz więcej osób z niedosłuchem ma szansę poprawić jakość swojego życia a zaopatrzenie osiągnęło w 2016 roku 160 tyś sztuk z prognozowanych 400 tys. Jest to coraz większa liczba osób mimo, iż obecne finansowanie NFZ jest na poziomie zaledwie 26% średniej ceny detalicznej wyrobu a zarazem jednym z najniższych w Europie.

Nie jest możliwe zapewnienie wysokiej jakości usługi zaopatrzenia poprzez narzucenie urzędowych niskich cen wyrobu i ograniczenie wydatków. Takie działanie spowoduje, że w systemie refundacyjnym pozostaną wyroby klas podstawowych z mocno ograniczonym procesem zaopatrzenia i wsparcia. Dla pacjenta oznacza to ograniczenie dostępności spowodowane tym, że kupienie dobrej jakości aparatu słuchowego ze stosowną procedurą dopasowania i wsparcia będzie wymagało większego własnego wkładu finansowego, gdyż będzie się odbywać poza publicznym systemem refundacji. Najbardziej stracą na tym dzieci, dla których profesjonalne dopasowanie aparatu słuchowego oraz wysoki poziom technologiczny wyrobu jest kluczowy w krytycznym etapie rozwoju. Koszty zaopatrzenia i obsługi najmniejszych pacjentów są nieproporcjonalne do ustalonych marż urzędowych - co dla rodziców wprost oznacza konieczność zakupu aparatów słuchowych z własnej kieszeni.

W naszym kraju dofinansowanie do systemu zaopatrzenia aparatów słuchowych zawiera w sobie nie tylko wydanie produktu, ale co najważniejsze, także dopasowanie go do potrzeb pacjenta. Jest to proces kosztochłonny i długotrwały obejmujący od kilku do kilkunastu wizyt w pracowni protetyki słuchu. Cena wyrobu zawiera także opiekę serwisową oraz gwarancję wyrobu, który używany jest latami nawet kilkanaście godzin dziennie.

Ministerstwo Zdrowia poprzez Urząd Rejestracji Wyrobów Medycznych posiada narzędzia prawne gwarantujące odpowiednią jakość wyrobów medycznych wprowadzanych na terytorium naszego kraju. Zrozumiała jest troska o jakość produktów finansowanych ze środków publicznych, nie można jednak zgodzić się z prezentowanym w publikacji argumentem, iż do obrotu wprowadzane są masowo wątpliwej jakości produkty m.in. w segmencie aparatów słuchowych. Dowodem na to są przeprowadzone w 2016 roku badania EuroTrak, które wykazały bardzo wysoki 80% poziom zadowolenia użytkowników aparatów słuchowych w Polsce – wynik lepszy niż w innych badanych krajach. Jednocześnie wykazano, że Polacy noszą aparaty słuchowe dłużej niż użytkownicy w innych krajach – aż 7 lat. Ministerstwo Zdrowia nie podało żadnych oficjalnych danych ilościowych ani też rodzajowych związanych ze złą jakością aparatów słuchowych wprowadzanych do obrotu.

Projektowany nowy system finansowania wyrobów medycznych powinien zostać poprzedzony wnikliwą analizą rynku i funkcjonujących na nim rozwiązań. Istnieje bowiem bardzo poważne zagrożenie, iż w przypadku aparatów słuchowych standard oferowanych produktów i usług ulegnie istotnemu obniżeniu. Już wstępna analiza projektowanych rozwiązań wskazuje, iż nie wszystkie kategorie produktów powinny zostać objęte nowym systemem finansowania.

Źródło: Rynek Zdrowia, PSPS 2017

Współzależność niedosłuchu z nabytymi i wrodzonymi wadami zgryzu

Streszczenie:

Badania epidemiologiczne przeprowadzane od kilku lat wskazują, że rośnie odsetek dzieci w wieku szkolnym z zaburzeniami słuchu. Z piśmiennictwa wynika, że dysfunkcje trąbki słuchowej i niedosłuch przewodzeniowy dość często współwystępują z wadami zgryzu. Najczęściej zaburzenia słuchu stwierdzane są w wadzie z wysokim gotyckim podniebieniem i zgryzem krzyżowym, które są charakterystyczne dla zwężenia szczęki, co może powodować dysfunkcje trąbki słuchowej. W wadach wrodzonych części twarzowej czaszki także występują podobne zaburzenia zgryzu skutkujące w wielu zespołach niedosłuchem przewodzeniowym, czasami tak dużym, że wymaga zaopatrzenia dziecka w aparat słuchowy.

Z punktu widzenia ortopedii szczękowo-twarzowej metoda szybkiej ekspansji szczęki jest skuteczna w leczeniu wad zgryzu dotyczących zwężeń szczęki i niedosłuchu przewodzeniowego.

Wprowadzenie

Badania epidemiologiczne przeprowadzane przez różnych autorów wskazują, że nasilają się zaburzenia słuchu u dzieci. Gierek i współautorzy [2007] wykazali u dzieci w wieku szkolnym, że niedosłuch typu przewodzeniowego dotyczył 6% uczniów. Najczęstszą przyczyną niedosłuchu były dysfunkcje trąbki słuchowej. Według Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (dane z 2016 roku), co piąte dziecko w Polsce w wieku szkolnym (6-19 lat) ma istotne zaburzenia słuchu. Istotne czyli wpływające na rozwój: słuchowy, języka mówionego i pisanego, inteligencji ale także utrudniające relacje interpersonalne. Niedosłuch czyli pogorszenie zdolności słyszenia dźwięków, często określany jest terminem obniżenie czułości słuchu. Związany jest u dzieci z występowaniem wysiękowego zapalenia ucha środkowego, któremu sprzyjają między innymi wady zgryzu i rozszczepy podniebienia. Ponadto niewydolność trąbki słuchowej współwystępuje z zaburzeniami genetycznymi manifestującymi się wadami części twarzowej czaszki. W nabytych wadach zgryzu najczęściej zaburzenia słuchu współistnieją z wysokim gotyckim podniebieniem i zgryzami krzyżowymi, które są charakterystyczne dla zwężeń szczęki, mogą one powodować dysfunkcje trąbki słuchowej. W badaniach Dargiewicz i współautorów [2015] zgryzy krzyżowe były trzecią najczęściej stwierdzaną wadą narządu żucia i stanowiły 9,4% wad zgryzu wśród 500 dzieci w wieku 13 lat. Zgryzy krzyżowe i niedosłuch są wadą opisywaną również w niektórych zespołach wad wrodzonych jak: rozszczepy wargi i/lub podniebienia, obojczykowo-czaszkowy – CCD, Aperta czy Crouzona, w niektórych syndromach niedosłuch jest tak duży, że wymaga zaopatrzenia dziecka w aparat słuchowy, tu należy wymienić takie zespoły jak: Treachera-Collinsa, Pierre'a-Robina, di George'a [Gruen i wsp., 2005, Gani iwsp., 2012, Stavropoulos i wsp., 2012, Candamourty i wsp., 2013]. Jednakże zgryzy krzyżowe z powodu niedorozwoju rozszczepionego podniebienia, czyli wielopłaszczyznowego niedorozwoju szczęki, najczęściej dotyczą różnych typów rozszczepów. Podkreśla się, że w rozszczepach zaburzenia słuchu mogą współwystępować z zaburzeniami ocznymi, co dowodzi, że dzieci te powinny być objęte także badaniami okulistycznymi [Yaman i wsp., 2009]. Ze względu na prawidłowy rozwój psycho-społeczny, szczególnie istotne jest stwierdzenie niedosłuchu w okresie wczesno-szkolnym.

Opisy zaburzeń w wybranych wadach nabytych i zespołach wad wrodzonych

Zaburzeniem związanym z niedosłuchem jest zwężenie szczęki występujące jako wada samodzielna lub z wąskim, wysoko wysklepionym tzw. gotyckim podniebieniem współistniejąc ze szkieletową wadą zgryzu klasy II – tyłozgryzy, bądź klasy III - przodozgryzy, co zwiększa dysharmonię pomiędzy szczęką i żuchwą, potęgując obraz kliniczny wady. Zwężenie szczęki charakteryzuje występowanie zgryzów krzyżowych jedno- lub obustronnych, a także stłoczeń zębów w górnym łuku zębowym i innymi wadami zębowymi jak np. brak miejsca dla kłów. Jednostronny zgryz krzyżowy boczny może powodować asymetryczny wzrost części twarzowej czaszki, przemieszczenie żuchwy, zaburzenia czynnościowe układu stomatognatycznego i stawów skroniowo-żuchwowych [Piątowska i wsp., 2012].

Peyvandi i współautorzy [2014] poddali badaniom 120 pacjentów skierowanych na badania audiologiczne w grupach z progiem słyszalności do 15 dB i z niedosłuchem przewodzeniowym ponad 15 dB. Wszyscy pacjenci zostali zdiagnozowani ortodontycznie. Wykazano, że przy progu słyszalności do 15 dB zwężenie szczęki występowało u 11,7%, a w niedosłuchu u 31,7%. Zwężenie szczęki częściej współwystępowało z obniżoną czułością słuchu. Kılıç i współautorzy [2016] dokonali porównania skuteczności terapii niedosłuchu w dwóch grupach: z szybką ekspansją szczęki u 11 dzieci przy zwężeniu szczęki, gotyckim podniebieniu, obustronnym zgryzie krzyżowym, z 16 dzieci, u których zastosowano dla uzyskania poprawy słuchu dreny wentylacyjne w przypadkach opornego wysiękowego zapalenia ucha. Do oceny słuchu u wszystkich badanych wykorzystano audiometrię tonalną, która wskazała na gwałtowną, znaczącą i stabilną poprawę słuchu u pacjentów

leczonych z wykorzystaniem szybkiej ekspansji szczęki, a u leczonych z użyciem drenażu usznego poprawa słuchu była porównywalna, ale zachodziła powoli, stopniowo. Autorzy zasugerowali, że szybka ekspansja szczęki winna być metodą z wyboru leczenia wysiękowego zapalenia ucha środkowego w przypadkach zwężeń szczęki, gdyż w piśmiennictwie już kilka lat temu, pojawiły się informacje o poprawie słuchu na skutek terapii ortodontycznej wad poprzecznych, czyli zgryzów krzyżowych bocznych [Zhang i wsp., 2010].

W wadach wrodzonych zaburzenia dotyczą nie tylko narządu żucia, ale morfologii układu szkieletowego głowy i wielu układów i narządów, stąd wady zgryzu mają charakter złożony. Rozszczepy należą do tych nieprawidłowości, które mogą być powiązane z innymi wadami lub występują samodzielnie. Stąd często opisywane są jako wydzielona nieprawidłowość niezależnie od współwystępujących nieprawidłowości.

Annigeri i współautorzy [2012] przeprowadzili badania słuchu metodą impedancji oraz audiometrii tonalnej na przewodnictwo powietrzne oraz kostne a także dokonali ortodontycznej analizy szerokości łuków zębowych 30 pacjentów w wieku około 5 lat, u których izolowany rozszczep podniebienia skorygowano między 18 a 24 miesiącem życia pacjentów. Niedosłuch w zdiagnozowanych przypadkach miał podłoże przewodzeniowe, z wyjątkiem dwóch o podłożu sensoryczno-neuronalnym. Wyniki pomiarów szerokości łuków zębowych w szczęce wykazały zmniejszenie szerokości w stosunku do porównywalnych wartości u dzieci bez rozszczepu, stąd autorzy zasugerowali korelacje między szerokością łuków zębowych a wynikami czułości słuchu.

Matulevičienė i współautorzy [2013] zbadali 238 pacjentów z różnymi typami rozszczepów przy współistniejących różnych zespołach wad wrodzonych uwarunkowanych genetycznie. U dzieci z rozszczepem wargi, problem ze słuchem wystąpił nie częściej niż u dzieci bez tej wady. U dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia, problemy ze słuchem nasilały się z wiekiem z powodu wysięku w uchu środkowym i związaną z nim infekcją, autorzy nie analizowali szerokości podniebienia jednakże w rozszczepie podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego jest to cecha charakterystyczna dla wad uzębienia.

Retrospektywne badania 90 pacjentów z rozszczepem opublikowane przez Lithovius i współautorów [2015], w których badaniem objęto dzieci w wieku powyżej trzech lat, po jednoetapowym zamknięciu szczeliny rozszczepu podniebienia twardego i miękkiego, dotyczyły badania słuchu audiometrią tonalną. Drenaż wentylacyjny ucha zastosowany był podczas palatoplastyki lub bezpośrednio przed nią. Spośród 90 pacjentów nieprawidłowy próg słyszalności powyżej 20 dB, wystąpił u kilku badanych, autorzy tych badań zwrócili uwagę na poprawę słuchu na przestrzeni sześciu lat, co wyraźnie wskazuje na konieczność przeprowadzania badań kontrolnych narządu słuchu u dzieci z rozszczepem, jednakże autorzy ci również nie analizowali metod zastosowanej terapii ortodontycznej.

Ma i współautorzy [2016] analizowali zaburzenia słuchu u dzieci z rozszczepem nonsyndromic by porównać częstość i typ niedosłuchu z dziećmi z rozszczepem w krajach zachodnioeuropejskich. Po analizie wykazano, że dzieci chińskie nie różnią się w tym zakresie od innych, stwierdzono lekki niedosłuch przewodzeniowy, a płeć, wiek i miejsce zamieszkania nie miały wpływu na wynik badania. Należy jednak zaznaczyć, że mogą wystąpić sytuacje przejściowego pogorszenia słuchu podczas terapii szybkiej ekspansji podniebienia. Świadczą o tym fakcie pojedyncze opisy przypadków z przed kilkunastu lat [Aizenbud i wsp., 2000]. Autorzy zwrócili uwagę na komplikacje otologiczne z powodu szybkiego rozszerzania szczęki u 12-letniego chłopca z jednostronnym rozszczepem wargi i podniebienia, u którego jako negatywny skutek uboczny pojawiło się wysiękowe zapalenie ucha środkowego, co spowodowało czasowe obniżenie czułości słuchu, powstałe podczas aktywnej fazy zastosowania ekspandera. Należy zatem zwracać uwagę na metodę i fazę leczenia ortodontycznego, czy jest to aktywne leczenie czy faza biernej terapii, co podkreślili autorzy tego doniesienia.

Zespół Treachera-Collinsa jest wrodzoną dyzostozą żuchwowo-twarzową, przekazywaną przez gen autosomalny dominujący. Charakterystycznym i zniekształceniami w tym zespole są między innymi: rozszczep powiek, rozszczep podniebienia, niedorozwój kości jarzmowej oraz żuchwy, małżowiny usznej i ucha wewnętrznego oraz zniekształcenie nosa. Pacjenci wymagają wieloetapowego i wielospecjalistycznego leczenia, głównie ze względu na zaburzenia słuchu oraz z powodów wad narządu żucia [Wójcicki i Marszałek-Kruk 2005].

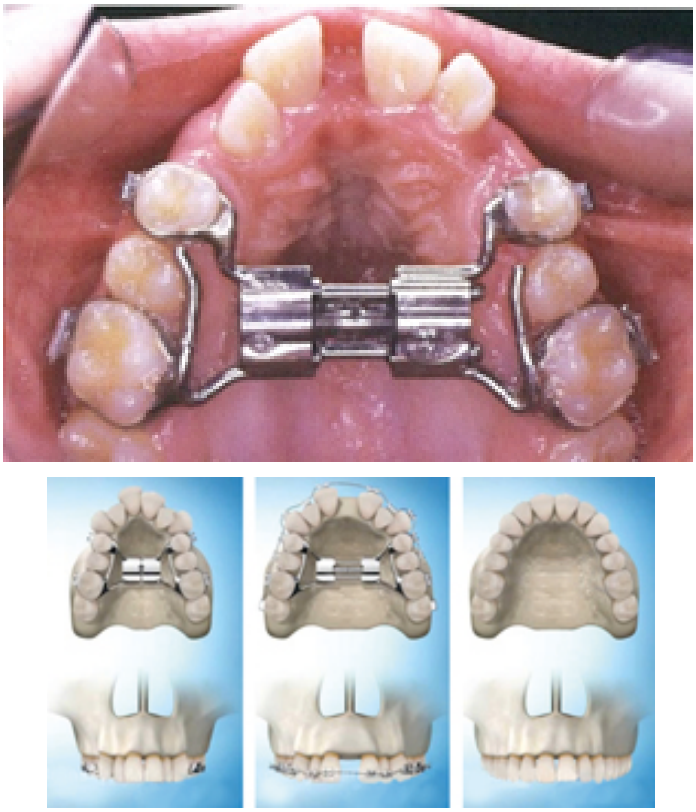
Zespół Pierre Robin jest dość dobrze poznaną i opisaną jednostką chorobową, to embriopatia powstająca we wczesnym okresie płodowym na skutek braku przyjęcia przez zarodek pozycji wyprostnej, co powinno nastąpić w 8 tygodniu życia płodowego. Zespół ten po narodzeniu klinicznie objawia się: ptasim profilem, małą, zahamowaną w rozwoju żuchwą, opadaniem języka – glossoptosis, mikroglozją, utrudnionym połykaniem, osłabionym odruchem ssania, językiem w szczelinie rozszczepu, zaburzeniami oddychania, napadową dusznością, sinicą. Pierwsza linia terapii to zabezpieczenie u dziecka oddychania i odżywiania, poprzez pionizację i założenie sondy, która zabezpiecza przed opadaniem języka na tylną ścianę gardła, jednocześnie pozwala na wprowadzanie pokarmu do żołądka. Z punktu ortodontycznego mała żuchwa w dotylnym położeniu powinna być stymulowana do wzrostu od pierwszych dni życia dziecka. Kolejnym etapem w terapii jest ocena narządu słuchu, gdyż często słuch u dzieci z zespołem Pierre Robin jest zaburzony i ubytki te mogą być znacznego stopnia, co skłania do interwencji otolaryngologicznej [Cole i wsp., 2008, Glynn i wsp., 2011, Brosch i wsp., 2012].

Zespół di George'a jest spowodowany wystąpieniem zaburzenia genetycznego - mikrodelecji długiego ramienia chromosomu 22, wypadnięcie niewielkiego obszaru w którym zlokalizowanych jest około 50 genów. Wśród objawy należy wymienić wady serca, dysmorfię twarzy, rozszczep nosa, rozszczep podniebienia, niewydolność podniebienno-gardłowa, nawracające

infekcje, brak grasicy i przytarczyc, niepełnosprawność intelektualna, niedosłuch, pierwotny niedobór odporności. Niedosłuch jest znacznego stopnia, co potwierdza obszerny przegląd literatury w tym temacie dokonany przez Verheij i współautorów [2017].

Leczenie ortodontyczne

Należy podkreślić, iż harmonogram leczenia każdego pacjenta z nabytą i wrodzoną wadą zgryzu jest ustalany zawsze indywidualnie, pomimo że są przyjęte ogólne wytyczne co do stosowanych procedur postępowania ortodontycznego. W Polsce terapia ortodontyczna u dzieci bez wad wrodzonych z wykorzystaniem aparatów zdejmowanych może być prowadzona do 12 roku życia a korekty ortodontyczne w trakcie terapii aparatami zdejmowanymi do 13 roku życia, nie obejmuje ona jednak zastosowania aparatów stałych. Natomiast w różnych krajach Europy i na świecie, jest stosunkowo duża dowolność w zakresie wykorzystywanych aparatów w terapii ortodontycznej i jest ona zwykle oparta na aparatach stałych z jej wdrożeniem około 10 roku życia dziecka. W wielu krajach europejskich nie wszystkie wady zgryzu i zębowe są poddawane korektom ortodontycznym, są procedury ściśle określające kwalifikowanie wad zgryzu do refundacji, ale po uznaniu konieczności terapii ortodontycznej jest ona prowadzona niezależnie od typu aparatu: zdejmowany czy stały. Zatem leczenie ortodontyczne obejmuje około 30% dzieci z wadami nabytymi, które w Polsce mają uprawnienia do refundowanego leczenia ortodontycznego.
W rozszczepach leczenie ortodontyczne zależy od typu rozszczepu oraz od praktyki przyjętej w danym kraju, czy nawet w wyznaczonej jednostce upoważnionej do prowadzenia tej specjalistycznej terapii. W przypadku pacjentów z rozszczepami w Europie pierwsza kontrola ortodontyczna odbywa się w wieku 7 lat, leczenie rozpoczyna się od 9 roku życia i trwa do pełnoletności. W Polsce ze względu na dwa typy wczesnych korekt chirurgicznych zamykania podniebienia twardego i miękkiego – zabieg jedno- i dwuetapowy terapia ortodontyczna jako przygotowanie przedoperacyjne jest nieco odmienne. Realizowany Program ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, w którym procedury ortodontyczne są refundowane ze środków NFZ pozwala, by terapia ortodontyczna przebiegała od narodzin do 18 roku życia a w koniecznych przypadkach nawet do 25 roku życia niezależnie czy korekta chirurgiczna była jedno- czy dwuetapowa. W wadach zgryzu u dzieci z innymi zespołami wad wrodzonych jest bardzo podobnie. Jednakże stale brakuje badań, które mogłyby wykazać, że leczenie ortodontyczne wpływa korzystnie na poprawę słuchu u dzieci z tymi zaburzeniami.
Należy jednak, jeszcze raz podkreślić, że w wielu jednostkach wad wrodzonych już kilku lat temu udokumentowano korzystny efekt terapeutyczny i poprawę parametrów audiologicznych po terapii szybkiego poszerzenia zwężonej szczęki. Badacze analizie otolaryngologicznej poddali efekty szybkiej ekspansji szczęk u pacjentów z zespołem Downa w wieku od 4 do 12 lat oceniając między innymi zwiększony opór górnych dróg oddechowych i niedosłuch. Autorzy ci dokonali wyboru spośród chorych z zespołem Downa, 26 pacjentów, którzy wykazywali wystarczająco dobrą współpracę a opiekunowie prawni wyrazili zgodę na proponowane procedury terapeutyczne. Z tej grupy losowo wybrano 13 osób do przeprowadzenia szybkiej ekspansji szczęki. Przeprowadzano także ocenę mowy, a z ortodontycznych metod diagnostycznych wykonano analizy cefalometryczne, które mogły potwierdzić ekspansję szczęki. Porównano uzyskane wyniki w obu grupach – szybka ekspansja szczęki przyczyniła się do zmniejszenia niedosłuchu u dzieci z zespołem Downa, potwierdzając zasadność leczenia zwężeń szczęki [de Moura i wsp., 2008]. Podobną sugestię podają i inni autorzy dowodząc, że u pacjentów z przewodzeniowym ubytkiem słuchu często występują poprzeczne niedobory szczęki i wysokie, gotyckie podniebienie. Badacze ci zwracają uwagę, że istnieje ścisły związek pomiędzy zwężeniem szczęki a uszkodzeniem słuchu a także, że szybka ekspansja szczęki jest skutecznym sposobem leczenia zwężeń szczęki w terapii ortodontycznej od ponad 40 lat.



Ryc. 1. Obraz kliniczny i na modelu - aparat do szybkiej ekspansji szczęki, zamontowany jako stały aparat umocowany obustronnie na zębach pierwszych przedtrzonowych i tronowych łuku górnego.

Założono więc hipotezę, że leczenie szybką ekspansją szczęki byłoby potencjalną metodą terapeutyczną w przypadku przewlekłego ubytku słuchu u dzieci ze zwężeniem szczęki, które często są łagodzone przez aparaty słuchowe [Zhang i wsp., 2010], jednakże

publikacji oryginalnych poza doniesieniami Kılıç i współautorów [2016], które dotyczą dzieci bez wad wrodzonych, nadal w tym temacie brak.

Podsumowanie

Z punktu widzenia ortopedii szczękowo-twarzowej metoda szybkiej ekspansji szczęki jest skuteczna w leczeniu wad zgryzu dotyczących szczęki i niedosłuchu przewodzeniowego. Metoda szybkiej ekspansji szczęki i podniebienia prowadzi do korekty wad poprzecznych ortodontyczno-gnatycznych oraz poprawy funkcji trąbki słuchowej, co naturalnie sprzyja znoszeniu stanów zapalnych i niweluje niedosłuch.

Wniosek

Wpływ metod leczenia ortopedyczno-ortodontycznego u dzieci i młodzieży z niedosłuchem współistniejącym z nabytymi wadami zgryzu jak i w poważnych wadach złożonych wymaga długofalowych badań i obserwacji.

Teresa Matthews-Brzozowska

Katedra i Klinika Ortopedii Szczękowej
i Ortodoncji Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

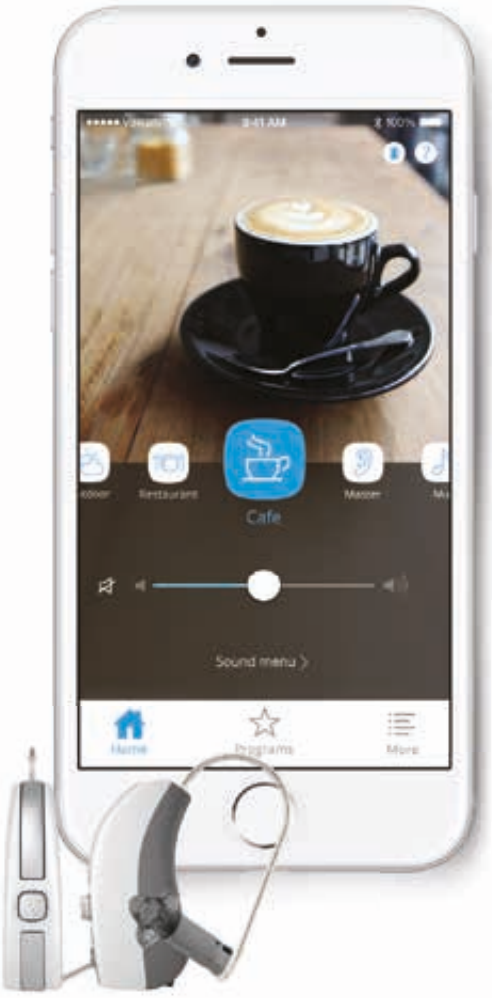
Piśmiennictwo

1. Gierek T., Gwóźdź-Jezierska M., Slaska-Kaspera A., Senderski A.: Wyniki badań przesiewowych słuchu u wybranej populacji dzieci szkół podstawowych na Śląsku. Otolaryngol Pol. 61(2), 171-177, 2007.
2. Dargiewicz E., Szarmach I., Kaczyńska J., Buczko P.: Evaluation of occlusion and orthodontic needs of thirteen-year-old children from Podlaskie voivodeship. Progress in Health Sciences. 5(2), 84-92, 2015.
3. Gruen P.M., Carraza A., Karmody C.C., Bachor E.: Anomalies of the ear in the Pierre Robin Triad. Ann Otol Rhinol Laryngol. 114(8), 605-613, 2005.
4. Gani B., Kinshuck A.J., Sharma R.: A Review of Hearing Loss in Cleft Palate Patients. International Journal of Otolaryngology, 2012, Article ID 548698, 6 pages doi:10.1155/2012/548698
5. Stavropoulos D., Tarnow P., Mohlin B., Kahnberg K.E., Hagberg C.: Comparing patients with Apert and Crouzon syndromes–clinical features and cranio-maxillofacial surgical reconstruction. Swed Dent J. 36(1), 25-34, 2012.
6. Candamourty R, Venkatachalam S, Yuvaraj V, Kumar GS: Cleidocranial dysplasia with hearing loos. Journal of Natural Science Biology and Medicine. 4, 245-249, 2013.
7. Yaman A., Saatçi P., Arikan G., Soylu A., Saatçi A.O., Kavukçu S.: Ocular findings in children with nonsyndromic cleft lip and palate. Turk J Pediatr. 51(4), 350-353, 2009.
8. Piątowska D., Woźniak K., Lipski M.: Systematyczny przegląd częstości występowania wad zgryzu w Polsce na podstawie pierwotnych badań opublikowanych w latach 2000-2010. Mag Stomat. 4, 121-126, 2012.
9. Peyvandi A.A., Jamilian A., Moradi E.: Relationship between conductive hearing loss and maxillary constriction. J Laryngol Otol. 128(9), 765-7, 2014.
10. Kılıç N., Yörük Ö., Kılıç S.C., Çatal G., Kurt S.: Rapid maxillary expansion versus middle ear tube placement: Comparison of hearing improvements in children with resistance otitis media with effusion. Angle Orthod. 86(5), 761-7, 2016.
11. Zhang Q.F., Guo J., Li G.F., Zou S., Zhao Z.: A potential therapeutic method for conductive hearing loss in growing children-orthodontic expansion treatment. Med Hypotheses. 74(1), 99-101, 2010.
12. Annigeri V.M., Mahajan J.K., Nagarkar A., Singh S.P.: Outcome analysis of palatoplasty in various types of cleft palate. J Indian Assoc Pediatr Surg. 17(4), 157-61, 2012.
13. Matulevičienė A., Preikšaitienė E., Linkevičienė L., Radavičius M., Molytė A., Utkus A., Kučinskas V.: Heterogeneity of oral clefts in relation to associated congenital anomalies. Medicina (Kaunas). 49(2), 61-66, 2013.
14. Lithovius R.H., Lehtonen V., Autio T.J., Harila V., Anttonen V., Sándor G.K., Ylikontiola L.P.: The association of cleft severity and cleft palate repair technique on hearing outcomes in children in northern Finland. J Craniomaxillofac Surg. 43(9), 1863-7, 2015.
15. Ma X., Li Y.W., Ma L., McPherson B.: Chinese children with nonsyndromic cleft lip/palate: Factors associated with hearing disorder. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 88, 117-123, 2016.
16. Aizenbud D., Hefer T., Rachmiel A., Figueroa A.A., Joachims H.Z., Laufer D.: A possible otological complication due to maxillary expansion in a cleft lip and palate patient. Cleft Palate Craniofac J. 37(4), 416-420, 2000.
17. Wójcicki P., Marszałek-Kruk B.: Uwarunkowania genetyczne oraz zasady leczenia zespołu Treachere-Collinsa. Dent Med Probl. 42(4), 619–626, 2005.
18. Cole A., Lynch P., Slator R.: A New Grading of Pierre Robin Sequence. Cleft Palate–Craniofacial Journal., 45(6),603-606, 2008.
19. Glynn F, Fitzgerald D, Earley MJ, Rowley H.: Pierre Robin sequence: an institutional experience in the multidisciplinary management of airway, feeding and serous otitis media challenges. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 75(9), 1152-1155, 2011.
20. Brosch S, Stock I, Bader CA, Reiter R, Harnisch W.: Subjective and objective hearing test results for children with orofacial clefts. Laryngorhinootologie. 91(5), 311-318, 2012.
21. Verheij E., Derks L.S., Stegeman I., Thomeer H.G.: Prevalence of hearing loss and clinical otologic manifestations in patients with 22q11.2 deletion syndrome: A literature review. Clin Otolaryngol. Mar 21. doi: 10.1111/coa.12874. 2017.
22. de Moura C.P., Andrade D., Cunha L.M., Tavares M.J., Cunha M.J., Vaz P., Barros H., Pueschel S.M., Clemente M.P.: Down syndrome: otolaryngological effects of rapid maxillary expansion. J Laryngol Otol. 122(12), 1318-1324, 2008.



WIDEX BEYOND™

LIFE WITHOUT LIMITS



APLIKACJA BEYOND

WIDEX BEYOND™ to aparaty słuchowe umożliwiające bezpośrednią transmisję dźwięku rozmowy lub muzyki z telefonu komórkowego iPhone wprost do aparatów słuchowych. Dodatkowo, darmowa **aplikacja BEYOND** do pobrania z App Store lub Google Play na telefony z systemem iOS lub Android pozwala użytkownikom aparatów BEYOND na wyjątkowo intuicyjną, a jednocześnie zaawansowaną regulację i personalizację dźwięku w aparatach wprost z ekranu telefonu komórkowego.



KOMUNIKACJA
BEZ OGRANICZEŃ

Połączenie aparatów słuchowych z telefonem komórkowym za pomocą łącza Bluetooth

PIERWSZY APARAT ZASILANY BATERIĄ 312 Z TRZEMA RODZAJAMI BEZPRZEWODOWEJ KOMUNIKACJI
Najwyższej klasy technologia TRI-LINK™ z transmisją pure-link 2.4 GHz, cewką tele oraz technologią WidexLink

ELASTYCZNOŚĆ
Specjalnie zaprojektowany przycisk do zmiany programów, regulacji preferencji i wyciszania aparatu



PEŁNE ZABEZPIECZENIE
Powłoka nano firmy Widex chroni aparat BEYOND przed wilgocią zarówno wewnątrz jak i na zewnątrz

SPRAWDZONA JAKOŚĆ DZIAŁANIA
PLATFORMA U sprawdzona w najbardziej wymagających sytuacjach akustycznych, takich jak restauracje, koncerty czy przyjęcia

NAJDŁUŻSZY CZAS PRACY BATERII
Średnie zużycie prądu 1,8 mA przy transmisji 25% dziennego użycia

WIDEX POLAND Sp. z o.o.
Ślęza, ul. Szyszkowa 4
55-040 Kobierzyce
tel. 71 388 22 22
www.widex.pl

WIDEX®
HIGH DEFINITION HEARING

DURACELL®
ACTIVAIR®
HEARING AID

0% MERCURY

Przyjazna dla środowiska
bateria z łatwym w obsłudze
paskiem zabezpieczającym.

EasyTab®



www.duracell-activair.com

Ocena wpływu wybranych czynników na niekorzystanie przez osoby starsze z niedosłuchem z aparatów słuchowych

Wstęp:

Proces starzenia się społeczeństwa skutkuje wzrostem liczby osób mających problemy ze słuchem. Raport TNS Polska pokazuje, że w 2014 r. 77% badanych osób powyżej 60 r.ż. zgłosiło problemy ze słuchem [1]. Mimo wysokiej liczby osób starszych z niedosłuchem, tylko co dwunasty senior korzysta z aparatów słuchowych. Badania GUS przeprowadzone w 2009r. w populacji polskiej pokazują, że aparat słuchowy ma od 3,2% osób w wieku 60-69 lat do 13,9% osób w wieku 80 lat i więcej [2,3]. Wysoki odsetek osób starszych nieposiadających aparatów słuchowych pomimo występowania ubytku słuchu stanowi poważny problem. Pomimo tego niewielu badaczy zajmuje się analizą czynników, które przyczyniają się do tego, że seniorzy z niedosłuchem wykazują niechęć do korzystania z aparatów słuchowych. Najczęściej w piśmiennictwie analizie poddawane są czynniki, które wpływają na zakup protezy słuchowej i wybór przez pacjenta modelu aparatu słuchowego [1,4,5].

Materiał i metody:

Badanie przeprowadzono w grupie 86 osób powyżej 60 roku życia z niedosłuchem, na terenie Białegostoku. Połowa badanych była protezowana, pozostałe osoby nie posiadały aparatu słuchowego. W obu grupach większość badanych stanowili mężczyźni. Wśród osób nieposiadających aparatu słuchowego mężczyźni stanowili 79%, a kobiety 21%. Mężczyzn protezowanych było 74%, a kobiet z aparatem słuchowym 26%. Średnia wieku w grupie pacjentów aparatowanych wyniosła 72 lata, a wśród osób nieprotezowanych 68 lat. Wszyscy badani mieli zdiagnozowany niedosłuch. W obu grupach większość badanych miała niedosłuch umiarkowany. Wśród osób niekorzystających z aparatu słuchowego 30% osób miało niedosłuch lekki, nikt z aparatowanych nie miał ubytku słuchu stopnia lekkiego. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Badaniu poddano opinię pacjentów aparatowanych i osób z ubytkiem słuchu bez protezy słuchowej na temat czynników wpływających na niekorzystanie przez osoby starsze z aparatów słuchowych.

Wyniki:

Zarówno w jednej jak i drugiej grupie badanej czynnikiem mającym duży wpływ na nieaparatowanie mimo niedosłuchu, ma cena aparatu słuchowego. Aż 79,1% osób niekorzystających z aparatu słuchowego stwierdziło, że duży wpływ na niepodjęcie decyzji o aparatowaniu stanowi wysoka cena protez słuchowych. Według tej grupy badanych największy wpływ na niekorzystanie z aparatu słuchowego ma poczucie wstydu. W opinii 81,4% osób nieprotezowanych noszenie aparatu słuchowego może być wstydliwe i źle odbierane przez otoczenie. Równie duży wpływ ma także wygląd i wielkość aparatów słuchowych. Ponad połowa badanych osób niaparatowanych (74,4%) stwierdziła, że nie kupiłoby aparatu słuchowego z powodu tego, że protezy słuchowe są za duże i nieestetyczne. W opinii tej grupy badanej istotne znaczenie (46,5%) ma także opinia innych osób o tym, że aparaty słuchowe nie pomagają lepiej słyszeć. Obawa przed trudnością w obsłudze aparatów słuchowych, potrzeba poświęcenia dużej ilości czasu na pielęgnację aparatów słuchowych i przekonanie osób z niedosłuchem, że jest on niewystarczający by wymagał protezowania nie były czynnikami mającymi wpływ na niepodjęcie decyzji o protezowaniu osób starszych z niedosłuchem. Natomiast w grupie osób protezowanych najwięcej osób stwierdziło (86%), że duży wpływ na niekorzystanie z aparatu słuchowego ma cena aparatów słuchowych. 25,6% badanych w tej grupie stwierdziło, że duży wpływ ma także opinia innych osób o tym, że aparaty słuchowe mogą nie pomagać w słyszeniu. Niewielki odsetek badanych 13,9% i 16,3% osób noszących aparaty słuchowe uważa, że słaby wpływ na nieaparatowanie ma odpowiednio obawa przed trudnością w obsłudze aparatów słuchowych oraz potrzeba poświęcenia dużej ilości czasu na pielęgnację aparatów słuchowych. Według 86% osób aparatowanych brak wpływu na niezakupienie aparatu słuchowego ma wielkość i wygląd aparatów słuchowych, przy czym ponad połowa badanych (51,2%) korzystała z aparatów zausznych.

Dyskusja:

Niekorzystanie z aparatu słuchowego pomimo występującego ubytku słuchu przyczynia się do deprywacji słuchowej, czyli stopniowego pogorszenia rozumienia odbieranej mowy. W konsekwencji powoduje to niepełnosprawność psychiczną wyrażają się ograniczeniem kompetencji językowej, komunikacyjnej i poznawczej, a często również społecznej [4]. Badania przeprowadzone przez EuroTrak na grupie 15 344 osób pokazują, że duży wpływ na niekorzystanie z protez słuchowych ma obawa przed ujawnieniem wady słuchu i jej upublicznieniem [6]. Podobnych wyników dostarczają także badania przeprowadzone przez TNS w 2014r. na grupie 500 osób powyżej 60 r.ż. Wynika z nich, że 37% badanych ze zdiagnozowanym ubytkiem słuchu uważa, że można wstydzić się swojej dolegliwości i ukrywać ją przed bliskimi [7]. Z badań własnych także wynika, że większość pacjentów niekorzystających z protez słuchowych (81,4%) uważa, że na niekorzystanie

z aparatu słuchowego największy wpływ ma poczucie wstydu.

Równie ważnym czynnikiem jest także wielkość i wygląd aparatu słuchowego. Znacznie ponad połowa osób aparatowanych biorąca udział w badaniu EuroTrak obawia się odrzucenia z powodu aparatów słuchowych [6]. Potwierdza to raport z Ogólnopolskiej Kampanii ,,Usłyszeć Motyla" na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób starszych z powodu niedosłuchu realizowanej w latach 2013-2014. Wynika z nich, że 26% badanych zrezygnowało z korzystania z aparatu słuchowego ze względów estetycznych [7]. Z badań własnych także wynika, że ponad połowa pacjentów nieposiadających aparatów słuchowych (74,4%) uważa, że na niekorzystanie z aparatu słuchowego duży wpływ mają wygląd i rozmiar aparatów słuchowych.

Trudność w podjęciu decyzji o protezowaniu słuchu pojawiająca się w przypadku seniorów może być wynikiem wzorca postrzegania ciała osoby starszej we współczesnym społeczeństwie. Obecnie występuje zainteresowanie własnym ciałem, a kultura masowa i komercyjna przestały postrzegać proces starzenia się jako fizjologiczny. Przekaz medialny promuje specyficzny dla współczesności „kult" młodego, sprawnego i pięknego ciała oraz często utożsamia zdrowie z fizyczną atrakcyjnością. Wizerunki ciał osób starszych, które nie odpowiadają standardom konsumpcyjnego piękna wypiera się z przestrzeni publicznej. Wynika to z tego, że fizyczne przejawy starzenia wpływają na kojarzenie wieku podeszłego z niedołężnością, zaniedbaniem, chorobą, śmiercią lub brakiem kontroli nad własnym ciałem. Społeczne normy odnoszące się do cielesności i medialne przekazy ukazujące kulturowe znaczenia przypisane starości, są ważnymi czynnikami wpływającymi na kształtowanie się subiektywnego obrazu własnego ciała przez seniorów [8,9]. Rozbieżność między promowanym obrazem ciała we współczesnym świecie, a realnością starzejącego się ciała, może wiązać się z procesem stygmatyzacji czy stereotypizacji osób starszych. W takim ujęciu wieku podeszłego aparat słuchowy staję się widoczną, fizyczną oznaką procesu starzenia się. Dostosowywanie własnego ciała do przyjętych społecznie wzorców może stać się realną przyczyną odrzucenia decyzji o zakupie aparatów słuchowych [8,10].

Wnioski:

Wyniki badań nad wpływem wybranych czynników na niepodjęcie decyzji o zakupie aparatu słuchowego różnią się w obu badanych grupach. Według osób z aparatem słuchowym najważniejszym czynnikiem, który decyduje o niezakupieniu urządzeń wspomagających słyszenie przez osoby starsze z ubytkiem słuchu, jest cena aparatów słuchowych. Natomiast wśród badanych nieaparatowanych najwięcej osób stwierdziło, że osoby z niedosłuchem nie kupują aparatów słuchowych z powodu poczucia wstydu i złego odbioru protezy słuchowej przez otoczenie. Należy dążyć do poznania czynników, które stają się przyczyną niechęci do zakupu aparatu słuchowego przez osoby starsze. Podjęcie starań eliminowania tych czynników poprzez zwiększanie świadomości i edukację seniorów, pozwoli na zmniejszenie ryzyka rozwoju deprywacji słuchowej.

Joanna Rutkowska[1], Sylwia Nalewajko[2]

[1]Studia doktoranckie, Zakład Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
[2]Protetyk słuchu

Piśmiennictwo

1. Pietruszewska W., Jeruzal J., Durko M., Janikowski K., Grzegorczyk L., 2/, Gawłowska M.B.,, Kulińska J.: Jakość życia i korzyści ze stosowania aparatów słuchowych u pacjentów >60 r.ż. w procesie kwalifikacji do leczenia implantami słuchowymi. Otolaryngologia.,2015,14,2.
2. Główny Urząd Statystyczny. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, 2014, Warszawa.
3. Klimek E., Wizner B., Skalska A., Grodzicki T.: Stan wzroku i słuchu u osób w wieku podeszłym. [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red). Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, 2014, 95-109.
4. Magda S.: Ocena wpływu protezowania narządu słuchu na jakość życia u osób niedosłyszaych i głuchych. Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu, 2015, 60,4,15.
5. Ruta A.: Czynniki kształtujące decyzje zakupowe nabywców na rynku aparatów słuchowych w Polsce. Rozprawa doktorska, Poznań 2012.
6. EuroTrak Polska.: Wyniki badań EUROTRAK Polska. Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu, 2017, wydanie specjalne.
7. TNS: Słuch polskich seniorów 2014 [w:].Wyniki badania TNS Polska, 2014.
8. Dunaj M.: GŁUCHY-ŚWIAT. Głuchota w perspektywie antropologii zaangażowanej. Rozprawa doktorska, 2015, Łódź.
9. Kielar-Turska M., Świątek A.: Specyfika komunikowania się w wieku senioralnym. [w:] Społeczne wymiary starzenia się. A. Fabiś, M. Muszyński (red). Agencja Wydawniczo-Reklamowa OMNIDIUM, Bielsko-Biała, 2011.
10. Czykwin E. Stygmat społeczny. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

power one – Made in Germany



high level hearing

www.powerone-batteries.com

Komunikacja z pacjentem – zalety i wady internetu

Umiejętność komunikacji z pacjentem jest ważną kompetencją każdego protetyka słuchu. Składa się na nią zarówno komunikacja werbalna związana z przekazywaniem informacji o stanie zdrowia, jak również komunikacja niewerbalna, czyli postawa ciała, gesty, mimika twarzy itd. Antropolog Albert Mehrabian odkrył, że w procesie komunikacji interpersonalnej jedynie 7% informacji przekazują słowa, 38% - brzmienie głosu i aż 55% - zachowania niewerbalne[1]. Stąd istota i ważność umiejętnego komunikowania się z pacjentem.
Komunikację z pacjentem można także rozpatrywać w kontekście kanałów i sposobów kontaktu z pacjentem. Jednym z takich narzędzi jest Internet. Dzięki szybkiemu rozwojowi tego medium coraz częściej jest ono wykorzystywane w szerokiej ofercie e-usług odnoszących się do zdrowia. Niniejsza publikacja przedstawia wybrane aspekty komunikacji z pacjentem z wykorzystaniem Internetu przede wszystkim skupiając się na wskazaniu jej zalet i wad.

We współczesnej opiece zdrowotnej dokonują się ciągłe przemiany wynikające z wykorzystania nowych technologii w komunikacji z pacjentem. Narzędziem coraz częstszego kontaktu z odbiorcą usług medycznych jest Internet, stąd wszelkiego rodzaju usługi związane z e-medycyną. Nabierają one istotnego znaczenia zwłaszcza tam, gdzie dostępność do lekarza jest znikoma lub prawie niemożliwa. Stają się ważne, kiedy niezbędna jest fachowa konsultacja medyczna. Wspomagają szybki i sprawny kontakt z pacjentem przez całą dobę, niezależnie od miejsca jego przebywania. Internet daje możliwość poznania potrzeb i decyzji nabywczych pacjentów. Jest też idealnym narzędziem do budowania właściwej komunikacji marketingowej i tworzenia odpowiedniego wizerunku gabinetu protetyki słuchu.
Tradycyjnie głównym źródłem wiedzy pacjentów na temat zdrowia był przede wszystkim lekarz/protetyk słuchu – to on wystawiał diagnozę oraz decydował o sposobie leczenia. Obecnie na pierwszym miejscu na liście źródeł, z których czerpie się informacje o zdrowiu, chorobach, czy leczeniu jest Internet. K. Korczak wskazuje, że pacjenci chcą mieć kontakt z placówką medyczną np. w postaci możliwości zadawania pytań *on-line* czy wymiany opinii na forum[2]. Trzech na czterech internautów przed zakupem produktu w Internecie znajduje oraz porównuje opinie użytkowników produktu oraz oferty różnych producentów[3]. Wśród osób użytkujących Internet systematycznie wzrasta liczba seniorów, czyli najważniejszego segmentu klientów rynku aparatów słuchowych. Badania pokazują, że od lat widoczny jest trend wykorzystywania Internetu w celu komunikacji – wzrasta liczba osób w wieku 55+ korzystających z tego medium. Internet dysponuje wieloma możliwościami w zakresie komunikacji z pacjentem. Najbardziej popularne aktualnie formy to:

1. Rejestracja on-line.
2. Elektroniczna karta pacjenta.
3. Telemonitoring, telediagnostyka i telekonsultacja.
4. Strona internetowa placówki medycznej.
5. Kontakt z pacjentem za pomocą e-mail'a.
6. Porady medyczne w Internecie.

Rozpatrując Internet jako narzędzie komunikacji z pacjentem warto zastanowić się nad jego zaletami i wadami. Niewątpliwie Internet ułatwia kontakt pacjenta z protetykiem słuchu zarówno na etapie zamawiania wizyty (często występujące formularze kontaktowe), jak i organizowania procesu leczenia. Część właścicieli gabinetów protetyki słuchu prowadzi także bloga związanego z tematem prowadzonej działalności. Przy jego prowadzeniu ważna jest systematyka wpisów i szybka reakcja na informację zwrotną pacjentów. Statystyki wskazują, że prowadzenie bloga firmowego stanowi substytut dla tracących na znaczeniu reklam i może bezpośrednio wpłynąć na wzrost sprzedaży[4]. Jest to też doskonałe źródło budowania relacji i wizerunku gabinetu. Dzięki stałemu kontaktowi z pacjentami utrzymuje się z nimi relacje, a ich wartością dodaną są pozytywne opinie klientów, które mogą zachęcić innych do korzystania z usług gabinetu. Powyższe działania budują atmosferę troski o pacjenta i zainteresowania jego problemami. Lojalność to przywiązanie pacjenta do marki placówki i zbudowanie indywidualnych relacji. Drogą do sukcesu w stosowaniu programów lojalnościowych jest dokładna analiza potrzeb pacjentów oraz odpowiednia ich realizacja. Lojalność wpływa na rozwój, innowacje i kreowanie marki gabinetu.

Za pośrednictwem Internetu można prezentować informacje ważne dla budowania zaufania pacjenta (poradniki, serwisy edukacyjne) z obszaru promocji i profilaktyki zdrowotnej. Korzystanie z Internetu w zakresie zdrowia szerzy społeczeństwo prozdrowotne, bardziej świadome właściwego dbania o zdrowie. Internet odgrywa ważną rolę w dziedzinie zdrowia publicznego poprzez promocję zdrowego stylu życia, popularyzację zachowań prozdrowotnych, edukację i informację o zagrożeniach oraz ryzyku zdrowotnym

Kolejną zaletą Internetu w aspekcie prowadzenia działalności gospodarczej związanej z protetyką słuchu jest możliwość wykorzystania go do transferu danych wspomagających proces diagnozy i leczenia chorych, który znacznie przyspiesza podejmowanie decyzji medycznych, a także może obniżyć koszty usługi.

Wiedza medyczna z Internetu jest także nową formą społecznej kontroli lekarza i zakładów ochrony zdrowia. Powstały rankingi lekarzy, szpitali i placówek medycznych, które bazują na opiniach pacjentów. Każdy ma prawo do wypowiedzenia na forum swojego zdania na temat pracy protetyka słuchu i podejmowanych przez jego gabinet działań. Budując swoją pozycję na rynku warto pamiętać

o mocy tego medium. Oczywiście liczy się liczba pozytywnych wpisów, lecz nie można zapominać także o tych mniej przychylnych. Tym bardziej należy na nie odpowiedzieć w fachowy i profesjonalny sposób.

Pomimo wielu zalet Internetu jako narzędzia komunikacji z pacjentem można przywołać także kilka jego wad. Najważniejszą kwestią wydaje się bezpieczeństwo danych i związana z tym możliwość włamań hakerów do systemu gabinetu. Elektroniczne i cyfrowe gromadzenie danych o pacjentach wymaga systemu zabezpieczenia dostępu do informacji. W związku z powyższym gabinet protetyki słuchu decydując się na wykorzystanie Internetu jako narzędzia komunikacji z pacjentem, musi dokonać wszelkich starań, by uniemożliwić powyższe działania niepowołanym osobom czy organizacjom. Wymaga to poniesienia odpowiednich kosztów na wdrożenie właściwych zabezpieczeń, szkoleń i zmian organizacyjnych. Świadomość personelu medycznego z zakresu bezpieczeństwa danych i odpowiedzialność w tym zakresie jest istotnym elementem zarządczym.

Informacje umieszczone w Internecie mogą być interpretowane przez pacjentów jako wystarczające do samodzielnego stawiania diagnozy i leczenia. Stanowi to niebezpieczeństwo traktowania opinii i przeżyć innych, jako porady medycznej, co może być niekorzystne w skutkach. Należy pamiętać, że treści zamieszczone online mogą być wątpliwe. Pochodzą często z niewiadomego i nieudokumentowanego źródła, wprowadzają pacjenta w błąd, dając złudzenie możliwości zastosowania w konkretnym przypadku. Duża część porad umieszczana jest przez osoby nieposiadające do tego żadnych kwalifikacji i uprawnień.

Internet to medium o nieograniczonych możliwościach. Pozwala na dotarcie do pacjenta o każdej porze, niezależnie od miejsca jego przebywania. Komunikacja za pomocą Internetu ma wiele zalet, nie można jednak zapominać o wadach. Powinien być traktowany jako ważne wsparcie w komunikacji z pacjentem, ułatwiające kontakt i wspomagające proces leczenia. Zaawansowana współczesna technologia daje możliwość szybkiej reakcji na potrzeby pacjentów, a Internet staje się niezbędnym medium w utrzymywaniu i budowaniu grupy lojalnych pacjentów.

Agnieszka Ruta

Przypisy
1. http://z.nf.pl/i_ngo/doc/komunikacja_niewerbalna.pdf [dostęp:20.06.2017]
2. Korczak K., Internetowe narzędzia wspomagające opiekę zdrowotną, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2014
3. Jaciow M., Wolny R., Polski konsument – typologia, zachowania, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2011:
4. E-commerce manager. Profesjonalista w ehandlu, Wydawnictwo Fundacja Polak 2.0, Poznań 2014

Czytelnik pyta - prawnik odpowiada



Czytelnik pyta:
Jestem pracodawcą - słyszałem, że nastąpiły zmiany dotyczące świadectw pracy, czy zmiany te już obowiązują?

Prawnik odpowiada:
W dniu 1 stycznia 2017 r. zaczęło obowiązywać Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie świadectwa pracy. Zostało ono opublikowane w Dzienniku Ustaw z 2016 r. pod pozycją 2292. Rozporządzenie z dnia 30 grudnia 2016 r. zastąpiło dotychczas obowiązujące Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie szczegółowej treści świadectwa pracy oraz sposobu i trybu jego wydawania i prostowania.
Istotną zmianą zarówno z punktu widzenia pracodawcy jak i pracownika jest sama treść świadectwa pracy, gdzie rozszerzono katalog informacji, jakie winny się w nim znaleźć.
Wzór nowego świadectwa pracy został opublikowany w Dzienniku Ustaw z 2017 r. pod pozycją 1044 i wchodzi w życie z dniem 1 czerwca br.

Interdyscyplinarna konferencja szkoleniowa pt. „Zastosowanie testu ptz-d w diagnostyce i terapii zaburzeń słuchu oraz zaburzeń przetwarzania słuchowego”.

31.03.2017r.

Konferencja odbyła się w ramach „Projektu badań pilotażowych dzieci od 6 do 16 roku życia z zastosowaniem Polskiego Pediatrycznego Testu Zdaniowego PTZ – D” i została objęta Honorowym Patronatem Profesora dr hab. Witolda Szyftera. Miejscem konferencji była Aula Auditorium Maximum na Wydziale Fizyki Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Organizatorami byli: FUNDACJA BONUM COMMUNE (DOBRO WSPÓLNE), Dolnośląskie Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Wadami Słuchu SONORUS oraz Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Zaburzeniami Przetwarzania Słuchowego BĄDŹ SOBĄ.
Sponsorami konferencji były firmy: Medel, Phonak i Interton

Celem Konferencji było przedstawienie problemu dzieci z zaburzeniami przetwarzania słuchowego, zapoznanie grona specjalistów: logopedów, psychologów, pedagogów, nauczycieli, wychowawców, rodziców oraz innych zaproszonych gości z bieżącym stanem wiedzy, dotyczącym problemów związanych z zaburzeniami przetwarzania słuchowego oraz omówiono zastosowanie Polskiego Pediatrycznego Testu Zdaniowego dla Dzieci (PPTZ-D – test typu MATRIX) w diagnostyce i terapii zarówno zaburzeń słuchu jak i zaburzeń przetwarzania słuchowego. Podczas konferencji zostały również podsumowane i omówione wyniki badań diagnostycznych uzyskane podczas trwania Projektu (1.10.2014 - 31.12.2016). Fundacja BONUM COMMUNE zaprezentowała w trakcie konferencji ujednolicony model postępowania diagnostyczno – terapeutycznego w zaburzeniach przetwarzania słuchowego, będący podsumowaniem prac interdyscyplinarnego Zespołu Ekspertów ds. ujednolicenia zasad diagnostyki i terapii w zaburzeniach przetwarzania słuchowego powołanego przy Fundacji BONUM COMMUNE. Szersze informacje na ten temat będą dostępne niebawem.

Wystąpienia prelegentów:

dr hab. n. med. PIOTR ŚWIDZIŃSKI KATEDRA I KLINIKA FONIATRII I AUDIOLOGII - UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. K. MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU - JAK INTERPRETOWAĆ WYNIKI BADAŃ SŁUCHU?

Wykład obejmuje **wybrane zagadnienia** z oceny i interpretacji wyników badań audiologicznych spośród najczęściej spotykanych w praktyce klinicznej.

W diagnostyce audiologicznej stanu narządu słuchu wykorzystuje się liczne badania tak subiektywne jak i obiektywne. Do nich należą:

1. obiektywne (**audiometria impedancyjna**, ERA (ECoG, **ABR**, MLR, **ASSR**, SP, MMN, P-300), **otoemisja akustyczna**, ENG, VNG, posturografia, korowe potencjały węchowe
2. subiektywne (próby stroikowe, **audiometria tonalna** na przewodnictwo powietrzne i kostne, audiometria słowna , **testy mowy utrudnionej**, audiometria Bekesy’ego, próby nadprogowe (OWG, próby adaptacyjne), **VRA**, **lokalizacja dźwięku**, próby błędnikowe, badanie węchu i smaku, **badanie czasu reakcji motorycznej prostej** i inne

Ocena wszystkich badań ilościowych i jakościowych słuchu tak u dzieci jak i osób dorosłych oraz interpretacja poszczególnych wyników tych badań jest oparta na ocenie subiektywnej.

dr hab. n. med. BOŻENA WISKIRSKA – WOŹNICA KATEDRA I KLINIKA FONIATRII I AUDIOLOGII - UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. K. MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU - ZABURZENIA PRZETWARZANIA SŁUCHOWEGO A NEUROPATIA SŁUCHOWA.

Zaburzenie słuchowej synchronizacji neuronalnej inaczej neuropatia słuchowa charakteryzuje się brakiem potencjałów słuchowych pnia mózgu przy zachowanej otoemisji akustycznej, nieznacznie podwyższonym progiem słyszenia w audiometrii tonalnej, ale zaburzoną dyskryminacją mowy w szumie. Jest to inaczej utrata słuchu z normalną lub zbliżoną do normalnej funkcją komórek słuchowych zewnętrznych ślimaka, a zaburzoną funkcją lub brakiem funkcji nerwu słuchowego. Natomiast zaburzenie przetwarzania słuchowego (APD) jest to zespół objawów, które wynikają z zaburzeń w obrębie ośrodkowej części układu słuchowego i występują pomimo prawidłowej czułości słuchu. Jest to niemożność efektywnego wykorzystania informacji słuchowo - językowej i błędna interpretacja wrażeń słuchowych przy nie upośledzonej podstawowej funkcji słuchu. Objawy neuropatii słuchowej to mierny do głębokiego niedosłuch i słaba percepcja mowy, niedosłuch fluktuacyjny, ograniczona korzyść ze stosowania aparatów słuchowych i poważne konsekwencje w nauce języka mówionego u małych dzieci. Natomiast objawy APD to trudności ze zrozumieniem złożonych poleceń, często trudności

z pisaniem ze słuchu i czytaniem na głos, w rozumieniu mowy w hałasie, trudności z koncentracją uwagi, zaburzenia czytania, ortografii i / lub inne problemy w nauce, często brak wrażliwości na muzykę. W postępowaniu leczniczym stwierdza się również pewne różnice w obu tych zaburzeniach i tak w neuropatii słuchowej to wdrożenie odpowiedniej i wczesnej rehabilitacji, wykorzystanie informacji słuchowych wsparte przez naukę odczytywania mowy z ust oraz poprawę stosunku sygnału do szumu, użycie wizualnych metod nauki języka np. fonogesty, ale też protezowanie słuchowe lub implantacja ślimakowa. Natomiast w APD – rozwijanie umiejętności słuchowych – trening słuchowy, stymulacja rozwoju mowy i języka, stymulowanie możliwości poznawczych i też podobnie jak w neuropatii, poprawa środowiska akustycznego w szkole oraz systemy wspomagających słyszenie.

dr hab. n. med. EWA EMICH – WIDERA
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII DZIECIĘCEJ
- ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
W KATOWICACH -
ZABURZENIA PRZETWARZANIA SŁUCHOWEGO A INNE PROBLEMY NEUROROZWOJOWE TAKIE JAK AFAZJA I DYSLEKSJA.

Jednym z najczęściej stwierdzanych objawów u pacjentów z zaburzeniami przetwarzania słuchowego są zaburzenia ilościowe i jakościowe mowy. Problemy w zakresie tej sfery rozwojowej mogą przyjmować postać różnych objawów klinicznych, które współwystępując ze sobą dają obraz zaburzeń takich jak: opóźnienie rozwoju mowy, afazja rozwojowa, tzw. autyzm wysoko funkcjonujący, zaburzenia przetwarzania słuchowego. Z zaburzeniami funkcjonowania końcowego odcinka drogi słuchowej nierzadko współistnieją objawy dyslektyczne.

Dzieci z wymienionymi problemami nie są niepełnosprawne intelektualnie i nie mają deficytów słuchu obwodowego, jednak wielokrotnie ich kontakty społeczne, zachowanie oraz funkcjonowanie w sferze emocjonalnej i poznawczej pozostawia wiele do życzenia. Istnieją różne teorie na temat przyczyn i mechanizmów powstawania wymienianych zaburzeń neurorozwojowych, żadna jednak nie jest powszechnie uznawana. Nowoczesne techniki neuroobrazujące dostarczyły ważnych informacji i wykazały jak złożone są procesy transmisji i przetwarzania w ośrodkowym układzie nerwowym, jednak na razie tylko w części spełniły pokładane w nich nadzieje.

Uwzględnienie określonych objawów klinicznych w poszczególnych obszarach rozwojowych przybliża prawidłową diagnozę i ułatwia jak najwcześniejsze podjęcie właściwej terapii.

dr hab. IRENA POLEWCZYK
KATEDRA PEDAGOGIKI WCZESNOSZKOLNEJ
I PEDAGOGIKI MEDIÓW
- UNIWERSYTET ŚLĄSKI W KATOWICACH -
STYMULOWANIE ROZWOJU PERCEPCJI SŁUCHOWEJ U DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM.

Referat ma na celu przedstawienie zakresu percepcji słuchowej oraz najważniejszych wyników badań dotyczących umiejętności słuchowych dzieci w wieku przedszkolnym. Badania były przeprowadzone wśród dzieci w wieku od 4 do 6 lat. Do badań został wykorzystany autorski test percepcji słuchowej. Test ten pozwolił wskazać umiejętności słuchowe dzieci, które są najłatwiejsze i najtrudniejsze dla poszczególnych grup wiekowych. Zbadany zakres umiejętności słuchowych dzieci jest jednocześnie wyznacznikiem ćwiczeń, które powinny być przeprowadzone z daną grupą wiekową. Zaproponowany model stymulowania percepcji słuchowej zakłada szereg ćwiczeń dotyczących ćwiczeń w obrębie słuchu fizycznego, odtwarzania struktur dźwiękowych, rozpoznawania oraz tworzenia rymów, ćwiczenia w różnicowaniu głosek opozycyjnych, ćwiczenia pamięci słuchowej, rozpoznawania aliteracji, ćwiczenia analizy i syntezy na poziomie zdań, wyrazów, sylab, głosek i logotomów oraz pseudosłów. Dodatkowe ćwiczenia dotyczą przekształcania słów przez usunięcie lub dodanie sylaby lub głoski, ćwiczenia w zakresie połączenia głoska – litera, ćwiczenia pamięci sekwencyjnej. Ćwiczenia, które są szczególnie ważne dla dzieci z APD to ćwiczenia w rozpoznawaniu mowy w szumie, sekwencji słów, sylab, głosek – w zakresie rozumienia jak i powtarzania sekwencji. W referacie zostaną wskazane konkretne ćwiczenia dotyczące przedstawionego zakresu. Ten szeroki wybór ćwiczeń powinien stanowić kanon pracy nauczyciela jak i terapeutów dzieci od wieku przedszkolnego do wczesnoszkolnego. Szczegółowy zakres ćwiczeń znajduje się w publikacji I.Polewczyk „Diagnozowanie i stymulowanie rozwoju percepcji słuchowej dzieci w wieku przedszkolnym".

mgr DOROTA SZUBSTARSKA
przy współpracy mgr BARBARY BEDNARSKIEJ
- SPECJALISTYCZNY OŚRODEK DIAGNOZY I REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY Z WADĄ SŁUCHU PZG W GDAŃSKU -
NAŚLADOWANIE NATURALNYCH DRÓG ROZWOJU MOWY W OPARCIU O METODĘ DIALOGU I NARRACJI.

Tytuł wystąpienia nawiązuje do stwierdzenia profesor Danuty Pluty Wojciechowskiej „Terapię logopedyczną można rozumieć jako rodzaj uczenia kulturowego, które naśladując naturalną drogę przyswajania języka, jednocześnie wykorzystuje specjalne zabiegi ułatwiające ten proces, ponieważ naturalna droga jest niewystarczająca."

Metoda dialogu i narracji wyrosła z długoletniej praktyki surdologopedycznej realizowanej w gdańskim ośrodku PZG. Zapoczątkowana jako sposób na ciekawe zajęcia grupowe dla niesłyszących maluchów ewoluowała i stała się uniwersalnym narzędziem codziennej pracy logopedycznej zespołu ośrodka. Spośród wielu inspiracji autorki najchętniej wymieniają eksperyment pedagogiczny przeprowadzony we Francji w latach osiemdziesiątych i opisany w książce „Mowa dziecka" autorstwa Danielle Bouvet. Zastosowanie opowieści jako centrum językowego rozwoju nie jest wyłącznie metodycznym zabiegiem porządkującym tok zajęć. Staje się sposobem myślenia i działania terapeutycznego.

Metoda dialogu i narracji, znana również pod nazwą tytułów pomocy dydaktycznych (wydanych w części przez wydawnictwo Harmonia) ***Świat opowiadany*** nie została opracowana w sposób naukowy. Jest to raczej wypróbowane i zweryfikowane w praktyce podejście pedagogiczne umożliwiające doświadczenie języka w sposób zbliżony do codziennego, bliskiego każdemu dziecku.

Metoda opiera się na założeniu, że wczesne wspomaganie mowy naśladujące naturalne drogi rozwojowe wymaga stworzenia właściwego środowiska językowego. Do najistotniejszych założeń należy:

1. Zastosowanie mowy zaangażowanej w działanie – język uczestniczący, aktywny.
2. Wyakcentowanie aspektu poznawczego narracyjnych form językowych– mówienie o tym, co dotyczy dziecka i co je interesuje.
3. Realizacja celów terapeutycznych w bliższym lub dalszym odniesieniu do fabuły - programowanie i powtarzalność środków językowych.
4. Minimalizacja dyrektywności w kontakcie z małym dzieckiem. Wartość obserwacji językowych – mowy kierowanej do dziecka, ale nie wymagającej jego odpowiedzi.

mgr DOROTA ZAWADZKA
DORADCA RZECZNIKA PRAW DZIECKA
- BIURO RZECZNIKA PRAW DZIECKA
W WARSZAWIE -

SKUTKI PRZEWLEKŁEGO STRESU U DZIECI W WIEKU SZKOLNYM

Często nam dorosłym wydaje się, że problemy dzieci są mniejsze, bo one same są dla niektórych dorosłych, mniejszymi wersjami ich samych. Trudno nam pojąć, że jest dokładnie odwrotnie. To jaką jakość ma życie dziecka, przekłada się bowiem w bezpośredni sposób na jego potencjał i możliwość samorealizacji w dalszym, w pełni samodzielnym życiu. Owa jakość życia posiada trzy podstawowe aspekty:

- fizyczny, czyli to jak służy nam nasze ciało;
- psychiczny czy mentalny, czyli to jak służy nam nasz umysł;
- społeczny, czyli to jak radzimy sobie w relacjach z innymi ludźmi.

Stres - to naturalna reakcja organizmu na stawiane mu wymagania – zarówno fizyczne, jak i psychiczne, te pochodzące z zewnątrz (rodzina, grupa rówieśnicza, przedszkole czy szkoła), a także z wewnątrz.

Skutki stresu odczuwamy wszyscy. Także dzieci.

Długotrwała ekspozycja człowieka na nadmierny stres zaburza wszystkie procesy fizjologiczne organizmu, zakłócając jego prawidłowe funkcjonowanie. Taki stres jest często udziałem dzieci w wieku szkolnym. Trzeba o tym pamiętać.

Nowa rola społeczna, nowe otoczenie, potrzeba przynależności czy umiejętność dostosowania się do szkolnej hierarchii, powodują u dziecka ogromne napięcia i emocje.

Emocje, z którymi bez naszej pomocy nie jest ono sobie w stanie poradzić.

W wyniku ciągłego stresu może pojawić się **wiele zaburzeń lub chorób** wymagających leczenia. Jakie są główne przyczyny stresu? Jak rozpoznać, że dziecko jest poddane nadmiernemu stresowi? Jakie działania wspierające powinien podjąć nauczyciel, rodzic, pedagog szkolny?

dr hab. IRENA POLEWCZYK
KATEDRA PEDAGOGIKI WCZESNOSZKOLNEJ
I PEDAGOGIKI MEDIÓW
UNIWERSYTET ŚLĄSKI W KATOWICACH

FUNKCJONOWANIE DZIECKA Z APD W SZKOLE – FORMY WSPARCIA

W referacie zostały omówione predyspozycje słuchowe człowieka oraz zmiany jakie zachodzą w tym zakresie w trakcie naszego życia. Referat przedstawia również warunki akustyczne szkół polskich. Analiza akustyczna dotyczyła zarówno warunków akustyki zewnętrznej jak i wewnętrznej szkoły. Parametry fizyczne dźwięków w klasie szkolnej są ważnym wyznacznikiem funkcjonowania dziecka z APD w szkole. Czy są to warunki korzystne? Czy jednak nie? Czy można poprawić akustykę klasy szkolnej, dla lepszego funkcjonowania dzieci z trudnościami przetwarzania słuchowego? Na pewno w pewnym zakresie jest to możliwe. Kilka propozycji zmian zostanie przestawionych w wystąpieniu.

Oprócz warunków akustycznych szkoły referat przedstawia wyniki badań pilotażowych dotyczących funkcjonowania dzieci z APD w warunkach szkolnych. Badania ukierunkowane zostały na określenie pozycji socjometrycznej dzieci w klasie oraz ocenienie ich osiągnięć dydaktycznych na tle klasy. W badaniach wykorzystano metodę wywiadu (z rodzicami, nauczycielami i dziećmi), technikę socjometryczną Moreno oraz analizę dokumentacji. Badania pilotażowe są wstępnym krokiem do badań na szerszą skalę umożliwiających ocenę funkcjonowania szkolnego dzieci z APD.

POLSKIE TESTY ZDANIOWE DO BADAŃ ZROZUMIAŁOŚCI MOWY - NOWATORSKIE NARZĘDZIE DIAGNOSTYCZNE

Polskie testy zdaniowe, to pierwsze polskie narzędzie diagnostyczno - terapeutyczne pozwalające na kompleksową diagnostykę wpływu deficytów słuchowych na rozumienie mowy. Zestaw testów zdaniowych pozwala na wczesną diagnostykę zrozumiałości mowy zarówno u dzieci z dobrym słuchem, jak i dzieci korzystających z aparatów słuchowych oraz implantów ślimakowych. Stanowi on kompleksowe narzędzie diagnostyczne oraz terapeutyczne. Pozwala mierzyć i monitorować postępy dziecka z dowolnym zaburzeniem słuchu i zaburzeniem przetwarzania słuchowego. Omawiane testy te powstały w Instytucie Akustyki UAM pod kierownictwem profesora dr hab. Edwarda Ozimka (Zakład Akustyki Pomieszczeń i Psychoakustyki).

ZESTAW NOWYCH POLSKICH TESTÓW ZDANIOWYCH DO OCENY ZROZUMIAŁOŚCI MOWY OBEJMUJE:

1. POLSKI TEST ZDANIOWY – PTZ - przeznaczony dla młodzieży i dorosłych wykorzystujący zdania zaczerpnięte z życia codziennego;
2. POLSKI TEST ZDANIOWY TYPU MATRIX – PTZ - M - przeznaczony dla młodzieży i dorosłych wykorzystujący zdania o stałej strukturze syntaktycznej i małej zawartości kontekstualnej;
3. POLSKI PEDIATRYCZNY TEST ZDANIOWY TYPU MATRIX – PPTZ–M - test przeznaczony dla dzieci, wykorzystujący zdania o stałej strukturze syntaktycznej.

ZESTAW TESTÓW UZUPEŁNIAJĄ:

1. POLSKI TEST TRYPLETÓW CYFROWYCH – PTTC – test screeningowy wykorzystujący sekwencje cyfr;
2. POLSKI TEST ZDANIOWY ZROZUMIAŁOŚCI MOWY PRZYSPIESZONEJ TYPU MATRIX – PTZMP – M – dla młodzieży i dorosłych bazujący na zdaniach przyspieszonych (bez maskowania szumem).

ZASTOSOWANIE I FUNKCJE POLSKIEGO PEDIATRYCZNEGO TESTU ZDANIOWEGO TYPU MATRIX – PPTZ - M

PPTZ-M przeznaczony jest do oceny zrozumiałości mowy u dzieci, w tym z zaburzeniem słuchu i zaburzeniem przetwarzania słuchowego. PPTZ - M – jest pierwszym polskim testem zdaniowym (test mowy z funkcją mowy utrudnionej) przeznaczonym dla dzieci od 3, 4 roku życia. Struktura tego testu bazuje na macierzowej generacji zdań. Podstawa leksykalna testu odzwierciedla słownictwo oraz rozkład fonemowy charakterystyczny dla mowy dzieci. Test daje możliwość badania rozumienia mowy u dzieci od 3, 4 roku życia dzięki zastosowaniu interfejsu obrazkowego (odpowiedź obrazkowa umożliwia uzyskanie odpowiedzi nawet przy utrudnionym kontakcie werbalnym). Dzieci od 5 roku życia (w zależności od rozwoju mowy) mogą być diagnozowane z zastosowaniem odpowiedzi obrazkowej lub werbalnej. Test pozwala na diagnostykę rozumienia mowy oraz wyznaczenie paramentów związanych z jej dynamiką dzięki zastosowaniu adaptacyjnej procedury diagnostycznej (test z zastosowaniem szumu „babble noise" – powstały z wielokrotnej superpozycji zdań testu). Badanie testem wykonywane jest w oparciu o subiektywny próg MCL (próg przyjemnego słyszenia) badanego pacjenta. Niewątpliwą zaletą testów prof. E. Ozimka jest dokładność oraz powtarzalność wyników. Wyniki oparte są na wskaźnikach psychometrycznych i psychoakustycznych określonych dla konkretnych grup wiekowych. PPTZ-M – jako test mowy utrudnionej, może stanowić jedno z podstawowych narzędzi diagnostycznych w zakresie rozpoznawania zaburzeń przetwarzania słuchowego. Test odwzorowuje naturalny proces komunikacyjny, a dzięki dodatkowym funkcjom terapeutycznym test PPTZ - M pozwala na trening funkcji słuchowych i monitorowanie postępów dziecka. zaburzeniem słuchu i zaburzeniem przetwarzania słuchowego.

Wady słuchu najczęściej występujące polegają na częściowym lub niekiedy nawet całkowitym ograniczeniu słyszenia, a w konsekwencji ograniczonym odbiorze i rozumieniu sygnałów, w tym mowy. W przypadku dziecka z wadą słuchu nabycie języka jest kluczowe dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania społecznego. Wrodzone wady słuchu w naszym kraju są wykrywane i rozpoznawane w pierwszych tygodniach życia, dzięki czemu dziecko bardzo szybko otrzymuje fachowe wsparcie i odpowiednie zaopatrzenie. Sprawa staje się znacznie trudniejsza, gdy mamy do czynienia z zaburzeniami przetwarzania słuchowego, których nie daje rozpoznać się bez specjalistycznych badań. Dziecko z zaburzonym przetwarzaniem słuchowym jest dzieckiem dobrze słyszącym. W związku z tym zazwyczaj nie jest podejrzewane o problemy ze słyszeniem i odbieraniem dźwięków. Spektrum objawów zaburzeń przetwarzania słuchowego często manifestuje się (w zależności od rodzaju deficytu) dopiero, kiedy dziecko rozpoczyna naukę w szkole. Wśród najczęściej występujących objawów znajduje się: zaburzone rozumienie mowy, deficyty pamięci słuchowej, przekręcanie słów, zamiana kolejności głosek, zaburzona koncentracja i cechy nadwrażliwości słuchowej. Zaburzenia przetwarzania słuchowego, jak i wady słuchu w konsekwencji zaburzają funkcjonowanie dziecka, nabywanie przez niego wiedzy oraz wpływają na jego rozwój emocjonalny.

Mgr Karolina Zienkiewicz pedagog, neuroterapeuta.

Od jesieni 2014 roku do końca 2016 roku- test PPTZ- D był wykorzystywany w pilotażowym projekcie wczesnego rozpoznawania zaburzeń przetwarzania słuchowego – „Projekt badań pilotażowych dzieci od 6 do 16 roku życia z zastosowaniem Polskiego Pediatrycznego Testu Zdaniowego PPTZ-D" którego głównym inicjatorem i koordynatorem była Fundacja BONUM COMMUNE - www.bonumcommune.pl. – email: fundacja@bonumcommune.pl - tel. **504 989 549.**

BIBLIOTECZKA PROTETYKA SŁUCHU



Tytuł : „Pan raczy żartować, panie Feynman!" Przygody ciekawego człowieka

Autor :Richard P. Feyman
Tłumaczenie: Tomasz Bieroń
Wydawnictwo: Znak
Liczba stron: 2350
Oprawa: miękka
ISBN:83-60083-97-5

Zbiór myśli, doświadczeń i wniosków noblisty, który wcale tego nobla nie chciał. Choć jego nazwisko kojarzy się na świecie głównie z jego słynnymi wykładami z fizyki, nie mniejszą uwagę powinno poświęcać się jego pozostałym zainteresowaniom.

W tej książce można znaleźć jego rozważania na temat światowej nauki, naprawy kalkulatorów, miłości, grania na trójkącie w orkiestrze, brazylijskich zespołów tanecznych, rysowania i bycia w zespole odpowiedzialnym za powstanie bomby atomowej. Lekka, wielka lektura.



Tytuł : Diagnostyka i leczenie dysfunkcji czaszkowo-żuchwowych w ujęciu holistycznym

Autor : Barbara Czerwińska-Niezabitowska, Małgorzata Kulesa-Mrowiecka
Wydawnictwo: Medycyna praktyczna
Oprawa: twarda
Ilość stron: 240
ISBN: 978-93-7430-500-3

Prezentowana książka dowodzi, że zaburzenia czynnościowe układu ruchowego narządu żucia nie są problemem wyodrębnionej specjalizacji i w ich przypadku konieczne jest współdziałanie stomatologii z medycyną ogólną i fizjoterapią. Autorki stworzyły własną



Tytuł: Autyzm. Zapobieganie zaburzeniom ze spektrum autyzmu, ich diagnozowanie i terapia oraz zalecenia dla rodziców

Autor: Melillo Robert
Wydawnictwo: Harmonia
Liczba stron: 312
ISBN:9788377441329
Oprawa: miękka

Liczba przypadków zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) rośnie w zastraszającym tempie, którego nie można tłumaczyć większą wykrywalnością czy dokładniejszymi kryteriami diagnostycznymi. Co roku rodzi się więcej dzieci z autyzmem. Zdaniem autora niniejszej publikacji – doktora Roberta Melillo – ASD jest efektem zespołu czynnościowego rozłączenia (ang. functional disconnection syndrome – FDS), czyli braku równowagi mózgu. FDS to według doktora Melillo stan nie tylko odwracalny, ale także taki, któremu można zapobiec.

Niniejsza publikacja to program prekoncepcji, czyli środków zaradczych, które należy przedsięwziąć, by zminimalizować bądź też nawet całkowicie wykluczyć ryzyko wystąpienia ASD u niepoczętego lub nienarodzonego dziecka. Jeszcze nigdy stan zdrowia przyszłych rodziców nie był tak ważny jak teraz – w czasach epidemii autyzmu.

- -

szkołę leczenia pacjentów z zaburzeniami narządu żucia. Przez lata wypracowały wartościową metodę diagnostyki i leczenia, i stały się niepodważalnym klinicznym autorytetem w swojej dziedzinie. W przedstawionej publikacji podkreśla się znaczenie instrumentów diagnostycznych, takich jak diagnostyka radiologiczna oraz przestrzenne usytuowanie szczęki w artykulatorze. Te instrumenty w połączeniu z oceną warunków okluzyjnych, postawy ciała pacjenta i jego stanu psychicznego pozwalają dobrze zaplanować leczenie. Pominięcie któregokolwiek z omawianych etapów może stanowić problem dla terapii, której ważnym elementem jest autorski program fizjoterapii stawów skroniowo-żuchwowych dr n. med. Małgorzaty Kulesy-Mrowieckiej.

POLSKIE STOWARZYSZENIE PROTETYKÓW SŁUCHU

FIRMY WSPIERAJĄCE



signia

Życie brzmi wspaniale.

Pełne połączenie.

Nowe aparaty Pure 13 BT. Więcej niż transmisja dźwięku.



Bezkompromisowe połączenie wiodącej audiologii, bezpośredniej transmisji dźwięku i zdalnej opieki dzięki TeleCare 2.0.

Aparaty słuchowe **Pure™ 13 BT primax** oznaczone etykietą "Made for iPhone" to pierwsze na świecie aparaty słuchowe, które oferują dodatkowe korzyści audiologiczne dzięki wykorzystaniu technologii Bluetooth. Wraz z aplikacjami **myControl** i **myHearing** pozwalają na pełne połączenie: z otoczeniem, ze sobą nawzajem, z iPhonem oraz z Protetykiem Słuchu.

Kluczowe cechy aparatów Pure 13 BT primax:

- binauralne słyszenie wysokiej jakości
- bezpośrednia łączność bezprzewodowa
- wykorzystanie czujników ruchu iPhone
- wsparcie dla **TeleCare 2.0**



Aparaty słuchowe

SIEMENS

signia-pro.pl/pure-13-bt-primax

Etykieta „Made for iPhone" (przeznaczone dla telefonu iPhone) oznacza, że dane akcesorium elektroniczne zostało zaprojektowane w celu podłączania do telefonu iPhone oraz że producent uzyskał certyfikat w zakresie spełnienia standardów wydajności firmy Apple. Firma Apple nie ponosi odpowiedzialności za działanie tego urządzenia ani za jego zgodność ze standardami bezpieczeństwa i przepisami prawa. Niektóre akcesoria mogą wpływać na wydajność łączności bezprzewodowej telefonu iPhone. iPhone jest znakiem towarowym firmy Apple w Stanach Zjednoczonych i innych krajach.

Signia GmbH jest licencjobiorcą znaków handlowych koncernu Siemens AG.