

CANISTERAPIE U DĚTÍ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM CANISTHERAPY IN CHILDREN WITH INVOLVED HEARING

Petra Hlavničková, Zuzana Fraňková

X: 1–122, 2008
ISSN 1212-4117

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra speciální pedagogiky

Summary

Canistherapy in children with involved hearing is currently being implemented by a restricted number of specialists. It is, however, suitable for most children with involved hearing. The cooperation of the facility is of importance, where the keepers of dogs come to visit the children. The support by parents, who are frequently present in the course of individual visits, is also of importance. Children participating in canistherapy are selected by a special pedagogue, who is appropriately familiarized with these children and who participates in a long-term work with them.

Key words: Canistherapy – hearing disorder – hearing screening – communication – rehabilitation

Souhrn

Canisterapie u dětí se sluchovým postižením je v současné době realizována odborníky v nižším počtu. Je však vhodná pro většinu dětí se sluchovým postižením. Důležitá je spolupráce zařízení, do kterého psovod za dítětem dochází. Nezbytná je rovněž podpora ze strany rodičů, kteří jsou často při individuálních setkáních přítomni. Děti, které se účastní canisterapie, vybírá speciální pedagog, jenž je dobře zná a dlouhodobě s nimi pracuje.

Klíčová slova: canisterapie - sluchová vada – screening sluchu – komunikace – rehabilitace

Včasná diagnostika sluchové vady a následná raná péče má významný vliv na kvalitu života dítěte. V současné době se mezi odborníky stále více hovoří o nutnosti zavedení tzv. celoplošného screeningu sluchu. To znamená, aby vyšetření sluchu bylo provedeno u všech dětí narozených v České republice, a ne jen u dětí rizikových, jako tomu bylo do dnešní doby. S včasnou diagnostikou úzce souvisí hledání vhodného komunikačního systému.

Sluchové postižení může mít různé spektrum závažnosti, záleží na velikosti ztráty sluchu. Podle té rozlišujeme dítě nedoslýchavé, ohluchlé (postlingválně neslyšící) nebo s prelingvální úplnou hluchotou. Podle odborníků sluchové vady v podobě nedoslýchavosti postihují přibližně dvě až tři procenta dětí a těžší postižení má za následek opožděný a nedokonalý vývoj řeči. Podle Světové zdravotnické organizace se vznik těžké nebo vrozené poruchy sluchu u novorozence odhaduje na 1 z tisíce.

Velikost sluchové vady je možno posuzovat z různých hledisek. Pro určení rozsahu slu-

chového postižení se používá speciální přístroj – audiometr. S jeho pomocí se provádí vyšetření prahu vzdušného vedení do sluchátek na frekvenci 125 až 8000 Hz. Zjišťuje se, jak vysoké tóny a při jaké síle vyšetřovaná osoba slyší. Jedná se o uměle vytvořené čisté tóny (Lejska, 1996). Dělení sluchových vad není jednotné, protože nelze jednoznačně stanovit, co člověk slyší. Záleží na oblasti, stupni a příčině poškození.

Příčiny a vznik poruch sluchu

Rozlišujeme sluchové vady převodního a percepčního typu. Převodní porucha nastává v případě postižení mechanické části sluchové dráhy, tj. v zevním nebo středním uchu. V tomto případě dochází k nedokonalému převodu zvukových vln do vnitřního ucha (Potměšil, 1999). Tyto vady nevedou k úplné hluchotě a jsou ve většině případech dobře kompenzovány sluchadly, která zesílí signál. Zvuk se tak může lépe přenášet a dochází k porozumění řeči.

Druhým typem je porucha v oblasti percepční (neurosenzorické), která je způsobena poškozením nervové části sluchové dráhy, nejčastěji vnitřního ucha. Příčin těchto vad je mnoho. Nejvýznamnější je porucha prokrvení v oblasti vnitřního ucha, v jejímž důsledku je zničena část vláskových buněk v hlemýždi. Porucha sluchu může být dědičná nebo může vzniknout v jakémkoli věku (získaná). Následně tedy můžeme rozlišovat dobu vzniku poruchy. V případě jejího rozvinutí perinatálně nebo před rozvojem řeči, mluvíme o „prelingvální“ poruše. Pokud vznikla v období dětství do 14 let, užívá se termínu „perilingvální“ a v případě, že k sluchovému postižení došlo náhle nebo postupně po dokončení řeči, nazývá se tato sluchová ztráta „postlingvální“. Nutné je však vždy začít s odbornou péčí co nejdříve po diagnostice sluchové vady.

Diagnostika

Sluchová vada může mít nepříznivý dopad na život dítěte a na jeho začlenění do společnosti. Podle Vymátlíkové včasné zjištění sluchové vady a její korekce sluchadly nebo zavedením kochleárního implantátu umožňuje rozvoj potřebných komunikačních schopností dítěte a má dramatický vliv na celkový rozvoj jedince, na jeho soběstačnost a možnosti vzdělání (Aima). Aby se dítě mohlo rozvíjet, potřebuje nalézt svůj vlastní komunikační systém. Čím dříve se dítěti v předřechovém období dostane individuální péče, tím lépe pro jeho další vývoj. Velký význam má především včasná diagnostika vady. Z tohoto důvodu má screeningové vyšetření sluchu pomocí otoakustických emisí v novorozeneckém věku nezastupitelnou roli. V České republice je zatím screening prováděn většinou jen u rizikových novorozenců na neonatologických odděleních nemocnic. Mezi rizikové faktory patří: pozitivní RA, prenatální infekce, hmotnost pod 1500 g, perinatální hypoxie, řízená a podpůrná ventilace, dlouhodobá oxygenoterapie, žloutenka VT nebo hraniční, neuroinfekce, aminoglykosidy, glykopeptidy, diuretika, vrozené vývoje vady hlavy a krku.

Screeningové vyšetření sluchu pomocí otoakustických emisí se provádí u spícího novorozence ve druhém až čtvrtém dnu života. Jemná sonda zavedená do zvukovodu měří reakce zevních vláskových buněk vnitřního ucha. Pokud jsou otoakustické emise přítomny, je velký před-

poklad, že bude sluch v pořádku.

Důležité je však vědět, že screening sluchu v novorozeneckém věku nemůže odhalit získanou nebo progresivní poruchu sluchu, ke které může dojít později. Proto je nezbytné vývoj dítěte pečlivě sledovat. Na další rozvoj dítěte má vliv etapa vývoje, ve které k poruše sluchu došlo. Ztráta sluchu omezuje dítě v rozvoji zvukových představ, ztěžuje mu orientaci v prostoru a chybí vazba děje a činností s doprovodnými zvuky.

Kompenzace sluchové vady

Typy sluchadel – Pulda a Lejsek rozdělují sluchadla podle tří hledisek:

1. Podle způsobu předávání zesílené akustické energie. V tomto případě se rozlišují sluchadla na vzdušné vedení a na kostní vedení, to lze použít jen při převodních poruchách sluchu.
2. Podle tvaru můžeme rozdělovat sluchadla na kapesní, závěsná, brýlová, boltcová a zvukovodová. U kapesních sluchadel je spojena krabička, ve které je vestavěn mikrofon, elektrické obvody a napájecí zdroj, se sluchadlem prostřednictvím tenké šňůrky (dvojlinky). Na sluchátku je nasazena tvarovka, tzv. ušní vložka, která se vsadí do vnější části zvukovodu. Brýlová sluchadla mají většinou stejné parametry jako závěsná, ale jsou přidělována na ručičku brýlí.
3. Podle vlastností rozlišujeme sluchadla, která jen zesilují zvuk a jsou vhodná spíše pro typy vad převodního charakteru nebo nitroušní vady nižšího stupně.

Všechna předešlá rozdělení se týkala sluchadel analogových. Od roku 1996 jsou však často využívána sluchadla digitální. Každé sluchadlo je programovatelné a můžeme jeho nastavení měnit podle potřeb našeho sluchu. Ovládací program je uložen v paměti (Hrubý, 1998).

Kochleární implantát

Kabelka uvádí, že řada těžkých postižení sluchu, kde již nemohou pomoci v rozumnění řeči ani ta nejvýkonnější sluchadla, je zapříčiněna poruchou funkce vláskových buněk. Nervová zakončení ale převádět elektrické vzruchy mohou, pokud je dokážeme podráždit změnou elektrického pole (Kabelka, 2005). Kochleární implantát je tedy zařízení, které umožňuje do určité

míry obejít nefunkční vláskové buňky v hlemýždi. Skládá se z implantační části, která je umístěná na lebku pod kůži, z řečového procesoru a sluchátka s mikrofonom. Na rozdíl od sluchadla, které pouze zesílí zvuk, kochleární implantát přemění akustický vstup (zvuk) na elektrický signál. Tím překonává nefunkční vláskové buňky ve vnitřním uchu.

Při stimulaci zvukovým podnětem jsou u zdravého člověka podrážděny právě vláskové buňky a ty zprostředkují převod mechanické energie zvuku na elektrochemické potenciály, které se šíří sluchový nervem až do sluchových center v mozku. To způsobí, že člověk slyší zvuk.

Rehabilitace a způsob komunikace

Pro rozvoj dítěte je důležitá rehabilitace. Počasné diagnostické sluchové vady je u dítěte zahájena raná péče. Jejím cílem je eliminovat nebo zmírnit důsledky postižení a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Poskytovatel rané péče využívá programy a metodiky zaměřené na stimulaci vývoje dítěte. Rehabilitace je chápána jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči zdravotnickou, sociálně právní a pedagogicko-psychologickou (Hutař, 2001). Ucelená rehabilitace (komprehenzivní) obsahuje čtyři nejdůležitější složky: rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Cílem léčebné rehabilitace je odstranění postižení a funkčních poruch včetně jeho následků. Využívají se při ní prvky psychoterapie, arteterapie, ergoterapie a také se velmi dobře u dětí se sluchovým postižením může použít metoda zooterpie, speciálně canisterapie. Sociální rehabilitace si klade za cíl udržení optimální kvality života jedince s postižením (spojená se zajištěním materiálních a ekonomických podmínek rodiny). Pedagogickým prostředkům rehabilitace se věnuje speciální pedagogika. Jedná se o celoživotní proces zabývající se výchovou a vzděláním, jejímž cílem je dosažení sociální, pracovní a kulturní integrace jedince.

Rehabilitační práce u dítěte se sluchovým postižením se věnuje především rozvoji sluchového vnímání a komunikačních schopností. Cílem je využívání otevřeného systému diferencovaných edukačních a rehabilitačních programů pro sluchově postižené. Rodiče by měli své dítě rozvíjet jakoukoliv formou komunikace

hned, jak je to možné. Je důležité u každého dítěte zvolit vhodný způsob komunikace, ať už se jedná o znakovou řeč, orální metodu nebo se používá bilingvální komunikační strategie (prvotně si dítě osvojí znakový jazyk a až poté se začne učit jazyk mluvený) či metoda totální komunikace. V současné době se všeobecně prosazuje tato metoda tzv. totální komunikace, která se snaží využít všech dostupných prostředků k rozvoji dítěte (znaky, mluva, přirozené posunky, řeč těla). Lidická zdůrazňuje, že neslyšící dítě nemá možnost řeč spontánně odposlouchat. Je důležité vytvořit co nejmenšímu dítěti plnohodnotnou komunikaci, to pak má klíčový význam pro celý jeho život (Lidická, 2005).

Prostřednictvím komunikace se u dítěte rozvíjí myšlení i jeho vnitřní řeč a uspokojuje se potřeba porozumění si s blízkými. Zde se může velmi dobře uplatnit canisterapie, která dítě stimuluje a přirozeně motivuje ke komunikaci – nácvik povelů, plnění úkolů spojených s péčí o psa atd. Včetně využívání pozitivních vlivů canisterapie jako jedné z terapeutických metod.

Canisterapie ve speciálně pedagogickém centru pro sluchově postižené

Canisterapii zde zajišťuje Výcvikové canisterapeutické sdružení Hafík, o. s. Působí zde prozkoušený tým (psod + pes). Prozkoušený znamená, že projde vstupními testy, kde se testuje vhodnost psa. Dále pak absolvuje přípravný týden, výcvik je ukončen závěrečnými zkouškami (teorie + praxe) a vydáním certifikátu.

Klienty ve speciálně pedagogickém centru vytipují speciální pedagogové. Jsou to převážně děti nespokupracující, agresivní, egoistické, bez motivace, s problémy v logopedii, s problémy v rodině. Zákonný zástupce klienta podepisuje souhlas o setkávání klienta s canisterapeutickým týmem a prezentací dokumentace.

Než začne samotná canisterapeutická jednotka, speciální pedagog připraví krátkou charakteristiku klienta pro psod. Psod seznámí klienta a jeho rodinu se sdružením a projednájí pravidla při canisterapeutické jednotce. Dále se dohodnou cíle canisterapie, na kterých spolupracují psod, speciální pedagog, rodina.

Canisterapeutická jednotka zde probíhá formou AAT, 45–60 minut individuálního kontaktu s jedním klientem. Využívá se zde také pomoci dobrovolníků, kteří asistují při kontaktu dítěte a psa, ale také při přípravě na toto setkání

a dále pak při dokumentaci.

Při canisterapii je velmi důležitá zpětná vazba, kterou poskytuje speciální pedagog, který je při canisterapeutické jednotce přítomen, stejně tak rodina i dobrovolník. Dále pak je pro zpětnou vazbu rodičů využíván dotazník.

LITERATURA

HRUBÝ, J.: *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. díl. 1. vyd., Praha: FRPS, 1998. s. 328.

HUTAŘ, J.: *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené*. Praha: Národní rada zdravotně postižených ČR, 2001. s. 12.

KABELKA, Z.: Kochleární implantace – krátký přehled. In: *Sborník z mezinárodní konference zaměřené na poruchy sluchu a hlasu, jejich včasnou diagnostiku a prevenci*.

České Budějovice: JU ZSF, 2005. s. 28–32.

LEJSKA, M., PULDA, M.: *Jak žít se sluchovou vadou*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. s. 78.

LEJSKA, V.: *Kompendium ORL dětského věku*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. s. 344.

LIDICKÁ, J. Sluchově postižené dítě a problémy, se kterými se setkává Jana Lidická. In: *Problémové dítě a hra*. 1. vyd. Praha: Raabe, 2005. Kapitola B 1. 9. s. 1–26.

POTMĚŠIL, M. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1999. s. 72.

VANĚČKOVÁ, V.: *Výchova řeči sluchově postižených dětí*. 1. vyd. Praha: Septima, 1996. s. 16.

VELEMÍNSKÝ, M., ŠVIHOVEC, P., VELEMÍNSKÝ, M. jr.: *Infekce plodu a novorozence*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 414.

Aima s. r. o. Kochleární implantáty. [online]. [cit. 2006-3-20] Dostupné z: <http://www.aima.cz/implantaty.htm>.

Petra Hlavičková a Zuzana Fraňková
p.hlavnickova@seznam.cz