

# NEIGALIŲJŲ DĖL REGOS IR KLAUSOS SUTRIKIMŲ KOMPLEKSNĖS REABILITACIJOS YPATUMAI

Vidmantas Matilionis, Artūras Razbadauskas, Natalja Istomina

*Klaipėdos universitetas*

## Anotacija

Straipsnyje pateikiami invalidumo Lietuvoje duomenys ir struktūra, supažindinama su Lietuvos Respublikos invalidų socialinės integracijos įstatymu. Straipsnyje nagrinėjami regos, klausos ir kalbos sutrikimų epidemiologiniai duomenys, supažindinama su aklųjų ir kurčiųjų medicininės, pedagoginės, profesinės ir socialinės rehabilitacijos principais. Taip pat trumpai nušviečiama Lietuvos aklųjų ir silpnaregių sąjungos istorija, veikla. Pristatoma Palangos reabilitacijos centro „Baltija“, kuriame veikia aklųjų ir kurčiųjų reabilitacijos kabinetai, veikla. Supažindinama su Vokietijoje veikiančia regos ir klausos neįgaliųjų kompleksinės reabilitacijos sistema. Straipsnyje teigiama, kad bendradarbiavimas su kitų šalių reabilitacijos centrais, šių institucijų sukauptos patirties naudojimas praktiniame darbe, narystė Europos Sąjungoje pagerins regos ir klausos neįgaliųjų būklę Lietuvoje.

**PAGRINDINIAI ŽODŽIAI:** regos negalia, klausos negalia, medicininė reabilitacija, pedagoginė reabilitacija, profesinė reabilitacija, socialinė reabilitacija, neįgaliųjų integracija.

## Annotation

In diesem Artikel werden die Angaben und die Struktur der Invalidität in Litauen analysiert und das Gesetz der sozialen Integration der Behinderten bekanntgemacht. In diesem Artikel werden die epidemiologischen Angaben der Seh- und Hörschädigungen vorgezeigt und die Prinzipien der medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation der Seh- und Hörbehinderter analysiert. Dieser Artikel analysiert die Tätigkeit und die Geschichte des Litauischen Blindenverbandes. Auch in diesem Artikel wird die Arbeit des Rehabilitationszentrums „Baltija“ der Stadt Palanga in Litauen und das System der komplexischen Rehabilitation, die in Deutschland funktioniert, analysiert und verglichen. Die Autoren dieses Artikels hoffen, dass die Kooperation mit den Reha-Kliniken der anderen Ländern, die Benutzung der Erfahrung dieser Institutionen, auch die Mitgliedschaft in der Europäischen Union den Zustand der Seh- und Hörbehinderter in Litauen verbessern wird.

**HAUPTWÖRTER:** die Sehbehinderung, die Hörbehinderung, die medizinische Rehabilitation, die pädagogische Rehabilitation, die berufliche Rehabilitation, die soziale Rehabilitation, die Integration der Behinderten.

## Įvadas

Įvairiose šalyse, remiantis Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau – PSO) duomenimis, neįgalieji sudaro nuo 4 iki 15 proc. visų gyventojų (WHO Statistical Information System, 2004). Lietuvoje žmonių su negalia skaičius nuo 1990 m. iki 2002 m. išaugo daugiau kaip 1,5 karto. Bendras žmonių su negalia, gaunančių invalidumo pensijas, skaičius 2002 metais buvo 221 577 (lyginant su 2001 m., padidėjo 4,1 proc.), iš jų vaikų iki 16 metų – 13 824 (lyginant su 2001 m., padidėjo 0,2 proc.), visiškos negalios – 1000. Pagal invalidumo grupes 2002 m. buvo: I grupės – 28 058, II grupės – 133 954, III grupės – 45 741, visiškos negalios – 10 556. Apytiksliais duomenimis (nėra sukurtas tikslus registras) šalyje 2002 m. gyveno daugiau kaip 70 000 judėjimo, 28 000 psichikos, 15 000 regos, 5 000 klausos, 95 000 vidaus organų ir įvairias kitas negalias turinčių asmenų (Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos statistiniai duomenys, 2002, 2004).

Pasaulyje labiau akcentuojama invalidumo profilaktika, sergančiųjų ir neįgaliųjų reabilitacija bei abilitacija. Lietuvos Respublikos invalidų socialinės integracijos įstatymas priimtas 1991 m. (papildytas 1998 m., 2004 m.). Jis reguliuoja ne tik invalidumo nustatymą, bet ir neįgaliųjų medicininę, profesinę ir socialinę reabilitaciją, aplinkos pritaikymą neįgaliesiems, jų ugdymą, mokymą, nustato invalidų integracijos į darbą, profesiją, visuomeninį gyvenimą teisinės, ekonominės ir organizacinės garantijas (LR invalidų socialinės integracijos įstatymas, 2004). Per tryliką metų Lietuvoje padaryta daug: siekiama gerinti ligonių ir neįgaliųjų kompleksinę reabilitaciją, kuriant naują neįgaliųjų kompleksinės reabilitacijos modelį, steigiami specialūs reabilitacinės pagalbos centrai, tobulinamas šio profilio gydytojų, slaugytojų, kitų specialistų rengimas, vykdomos įvairios programos ir projektai, siekiant pritaikyti aplinką žmonėms su negalia. Naujų prioritetų tikslas – siekti lygių galimybių žmonėms su negalia, kuriant valstybės politiką reabilitacijos ir integracijos klausimais, numatyti ilgalaikę strategiją (Socialinis pranešimas, 2002, 2003). 2002 metais Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos darbuotojai surinko ir susistemino informaciją apie neįgalius žmones, siekdami nustatyti pagrindinius veiksnius, kurie turi didžiausios įtakos šių žmonių socialinei integracijai. Siekiant užtikrinti neįgaliesiems lygias galimybes bei galimybes naudotis visais socialiniais ištekliais (mokyti, naudotis naujomis technologijomis, sveikatos ir socialinėmis paslaugomis, užsiimti sportu, įvairia laisvalaikio veikla ir kt.) buvo parengta ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu patvirtinta Nacionalinė žmonių su negalia socialinės integracijos 2003–2012 m. programa.

Šiuo metu Lietuvoje daugiausia yra neįgaliųjų, kurių sutrikusi kraujotakos sistema (27,3 proc.). Invalidumas dėl nervų sistemos ir jutimo organų ligų užima penktą vietą, kas, kalbant apie priežastis, sudaro 8,7 proc. (Socialinis pranešimas, 2002, 2003).

Regos ir klausos neįgaliųjų kompleksinės reabilitacijos klausimai yra mažai nušviečiami, todėl šio straipsnio tikslas – remiantis moksline literatūra, išnagrinėti regos ir klausos sutrikimų epidemiologinius duomenis ir priežastis, sukeliančias invalidumą, įvertinti ligonių kompleksinės – medicininės-pedagoginės-profesinės-socialinės – reabilitacijos galimybes.

## 1. Regos neįgaliųjų kompleksinė reabilitacija

### 1.1. Medicininės reabilitacijos ypatumai

Etiologiškai skiriami pre-, peri- ir postnataliniu laikotarpiu įgyti, ypač paveldimi, regos sutrikimai. Įgimti regos sutrikimai atsiranda pirmaisiais nėštumo mėnesiais dėl virusinės infekcijos (raudonukė, toksoplazmozė), medikamentinio ar toksinio pakenkimo (taip pat dėl alkoholio). Perinataliniai (gimdymo laikotarpio) pakenkimai atsiranda daugiausiai dėl deguonies trūkumo (vaisiaus hipoksija) gimdymo metu ar po jo arba kaip prieššlaikinio gimdymo padarinys dėl būtino deguonies įkvėpimo. Didėjant prieššlaikinio gimdymo skaičiui, didėja vaikų, turinčių *Retinopathia prematurorum*, skaičius. Dažniausia regos sutrikimų vaikystėje priežastis yra meningitas ar encefalitas. Trauminiai regos pakenkimai paprastai būna vienpusiai, nudegimų ar apsinuodijimų sukelti – beveik visada abipusiai. Dažniausia *nervus opticus* atrofijos vaikystėje priežastis yra galvos smegenų auglys arba kaukolės traumas (Rehabilitation Behindertes, 1994).

Suaugusiųjų regos sutrikimas dažniausiai yra kraujotakos sutrikimo, glaukomos arba cukrinio diabeto padarinys. Paveldimi regos sutrikimai vaikystėje sudaro didžiausią procentą, pirmoje vietoje yra tapetoretinalinė distrofija (tinklainės distrofija). Įgimta glaukoma šiuo metu sėkmingai gydoma, atliekant operaciją, kaip aklumo priežastis anksčiau ji sudarė 25 proc., šiuo metu – 5 proc. (Keller ir kt., 1999).

Akių pakenkimai išoriškai dažniausiai nėra atpažįstami. Ragenos pažeidimai, antrinis žvairumas, akių drebinimas arba albinizmas yra akivaizdūs ligos požymiai. Akimi nematomi funkciniai regos sutrikimai išoriškai pasireiškia kaip orientacijos aplinkoje sutrikimas.

Regos pakenkimų išraiška priklauso nuo susirgimo rūšies ir jos požymių laipsnio. Tai gali būti akiplėčio sumažėjimas, atpažinimo sunkumai (asmenys transporte, vairuotojai), vištakumas (naktinis aklumas), skaitymo problemos ir galiausiai apakimas. Atsiranda problemų buityje, mokantis ar dirbant. Viso to rezultatas – didelė priklausomybė nuo aplinkinių. Taigi sutrinka tokios biosocialinės funkcijos, kaip galimybė orientuotis, judėti aplinkoje, priimti ar perduoti informaciją, dirbti (Kriščiūnas ir kt., 1996; Lamoureux ir kt., 2004).

Esant regos pakenkimams, dalyvavimas visuomeniniame gyvenime įmanomas tik su kitų pagalba (gatvė, visuomeninis transportas). Tam tikri viešojo gyvenimo aspektai (kinas, teatras, futbolas) net ir su kitų žmonių pagalba yra sunkiau pasiekiami ar net neįmanomi. Aktyvus dalyvavimas sporto varžybose yra galimas tik kalbant apie reabilitacinį sportą (Wallhagen ir kt., 2001). Tokių žmonių psichika yra įtempta, nes jų elgesys (neatpažįsta žmonių, yra nepastabūs dėl sumažėjusio akiplėčio) dažnai yra klaidingas. Pagalbinės priemonės, kurios leidžia skaityti (lupos-akiniai) arba užtikrina atpažinimą iš didelio atstumo (žiūronai) labai krenta aplinkiniams į akis, kas tampa savotiška regos invalidų „stigma“.

Visi uždegiminiai akių susirgimai gydomi konservatyviai – medikamentais. Įvairios glaukomos formos gydomos specialiais akių lašais. Jei regos sutrikimus sukėlė bendri vidaus organų susirgimai (diabetas, kraujotakos sutrikimai, endokrininiai susirgimai), tai pirmiausiai turi būti gydomas pagrindinis susirgimas (priežastis). Katarakta sėkmingai gydoma operacija. Įgimta glaukoma taip pat operuojama kuo anksčiau. Esant diabetiniams tinklainės pakenkimams, persodinama rageną, gydoma lazeriu. Daugelis regos sutrikimų gydoma medikamentais ir chirurginiu būdu, ligoniai aprūpinami optinėmis ir elektroninėmis padidinimo priemonėmis. Tuo tikslu naudojami stovimos, rankinės ar lupos su apšvietimu, akiniai su lupomis, G. Galilėjaus žiūronų-lupų sistema, Keplerio prizminių lupų sistema, elektroniniai skaitymo aparatai. Taip pat įmanoma juodą šriftą, laikraščių ar knygų tekstus tam tikromis optinėmis ar elektroninėmis sistemomis padidinti 20 ar 25 kartus. Tokių didinančių priemonių bei priemonių akliams pritaikymas atliekamas specialiuose centruose, akių ligų klinikose gydytojų okulistų kartu su akių optikais, dalyvaujant profesinio mokymo specialistams. Staiga atsiradęs regos sutrikimas labai sutrikdo mokymosi mokykloje ar studijų procesą. Laiku diagnozavus susirgimą, paaiškinus, patarus ir aprūpinus padidinančiomis regos priemonėmis, ligonis lengviau prisitaiko aplinkoje. Ypač svarbi psichologinė pagalba. Šeimos elgesys, aplinkinių, visuomenės supratimas, parama lemia integracijos laipsnį.

## **1.2. Pedagoginės reabilitacijos priemonės**

Kadangi regos funkcinis vystymasis vyksta ikimokykliniame amžiuje, būtina skatinti kuo ankstesnį vaikų, turinčių regos sutrikimą, lavinimą. Ypač tai svarbu akliems vaikams. Pvz., Vokietijoje, visose federacinėse žemėse, vyksta specialus pedagoginis ugdymas. Jei nesilankoma namuose, siūlomi užsiėmimai arčiausiai esančiose silpnaregių ar aklių mokyklose. Silpnaregiams rekomenduojama lankyti silpnaregių mokyklą, akliams dažniausiai būtina lankyti specialią mokyklą akliams. Silpnaregių vaikų integracija bendrojo lavinimo mokykloje yra galima, bet tai priklauso nuo vaiko inteligentiškumo, regos aštrumo, skaitymo gebėjimų, tėvų ir klasės mokytojo bendradarbiavimo. Kai kurios silpnaregių mokyklos yra sujungtos su realinėmis (dešimtmetėmis). Vokietijoje įsteigtos specialios amatų, verslo mokyklos silpnaregiams ir akliams vaikams. Baigti mokyklą regos negali turintieji gali, juos integravus į bendrojo lavinimo mokyklą, aprūpinus optinėmis ir elektroninėmis padidinimo priemonėmis. Tuo tikslu įstatymiškai įteisintas papildomo laiko suteikimas. Mokyklą baigę silpnaregiai konsultuojami specialybės pasirinkimo klausimais. Tai atlieka darbo biržų specialistai, atlikę specialią praktiką. Silpnaregiams akliams stengiamasi rasti specialybę, kuri atitiktų jų pomėgius, savybes ir norus. Gydytojo okulisto išvada apie regos pakenkimo laipsnį, yra būtina. Atsižvelgiant į regos pakenkimo laipsnį, regos invalidai gali įgyti specialybę kartu su gerai matančiaisiais (pvz., kepėjo, virėjo, kineziterapeuto-fizioterapeuto, masažisto, kasininko, informatiko). Vokietijoje regos invalidai gali mokytis visuose universitetuose (Rehabilitation Behindeter, 1994).

## **1.3. Profesinės ir socialinės reabilitacijos ypatumai**

Suaugusių silpnaregių ar aklių profesinė reabilitacija priklauso nuo daugelio veiksnių: ligonio amžiaus, akių susirgimo prognozės, išsilavinimo, turimos profesijos, darbo rinkos galimybių gyvenamoje vietovėje, šeimyninės padėties bei asmeninės motyvacijos. Regos invalidai ar silpnaregiai aprūpinami specialiomis optinėmis ir elektroninėmis padidinimo priemonėmis. Aklieji mokomi specialios aklių technikos, mobilumo (Lee ir kt., 1999). Specialios profesinio skatinimo įmonės žmonėms, kurie tapo silpnaregiais darbingame amžiuje, siūlo įvairius profesijos paieškos būdus arba persikvalifikuoti. Pavyzdžiui, Vokietijos Heidelbergo mieste esanti reabilitacijos fondo profesinio skatinimo įmonė siūlo rengti duomenų apdorojimo ir informatikos specialistus, vėliau rasti jiems darbo. Pagalbą siūlo ir reabilitacijos patarėjai prie darbo biržų, socialinio draudimo, sveikatos, socialinio aprūpinimo įstaigų, neįgalųjų organizacijų. Čia taip pat būtina turėti išsamią gydytojo okulisto išvadą, kur pateikti duomenys apie regos aštrumą: gebėjimas matyti iš arti, akiplotis, spalvų skyrimas ir prognozė. Neretai, įdiegus darbo vietoje optines ir elektronines pagalbines priemones, silpnaregis vėl gali dirbti toje pačioje darbovietėje.

Vokietijoje visi silpnaregiai arba aklieji gali įstoti į Vokietijos aklių (būstinė įsikūrusi Bonn-Bad Godesbergo mieste) arba Karo aklių sąjungas, esančias Štutgarte. Taip pat veikia ligonių, sergančių įvairiomis ligomis, pagalbos sau grupės. Jos informuoja apie naujausią naudotiną techniką, profesines ir socialines galimybes. Taip pat veikia aklių sporto organizacijos (kortų [pvz., skatas], šachmatų klubai, dziudo, slidinėjimo, buriavimo grupės). Aklių sąjunga išlaiko specialias sanatorijas (Bad Liebenzell ir Bad Berleburg), kuriose aklieji profesionaliai mokomi mobilumo. Visose Vokietijos federacinėse žemėse yra specialūs Aklių sąjungos išlaikomi knygynai akliams.

Neregijų padėtimi Lietuvoje rimtai susidomėta tik XX a. pradžioje, maždaug šimtą, šimtą penkiasdešimt metų vėliau negu daugelyje kitų Europos valstybių. Pirmieji mūsų krašte apie aklių mokymą, lavinimą prabilo gydytojai oftalmologai. Organizuotas pačių neregijų sąjūdis prasidėjo trečiajame XX a. dešimtmetyje. 1926 m. Kaune įvyko pirmasis Lietuvos aklių

suvažiavimas, kurio metu įsteigta pirmoji neregijų organizacija – Lietuvos aklųjų sąjunga. 1928 m. pradėjo veikti pirmoji neregijų švietimo įstaiga – Kauno aklųjų institutas. 1944 m. įkurta Lietuvos aklųjų draugija (LAD). 1989 m. pakeistas organizacijos pavadinimas – LAD tapo Lietuvos aklųjų ir silpnaregių sąjunga (LASS). 1992 m. LASS priimta į Pasaulio aklųjų sąjungą. Nuo 1997 m. drauge su savivaldybėmis LASS pradėjo kurti socialinių paslaugų, dienos centrus. Regėjimo negalią turintiems žmonėms LASS teikia moralinę ir materialinę pagalbą – konsultuoja neregius ir jų šeimos narius, žmones, praradusius regėjimą, nukreipia į reabilitacijos centrus, organizuoja aklųjų ir silpnaregių užimtumą, kultūrinę veiklą. LASS padeda regėjimo negalią turintiems žmonėms apsirūpinti specialiomis kompensacinėmis priemonėmis – baltosiomis lazdelėmis, specialiais laikrodžiais, garsinėms knygoms skaityti pritaikytais magnetofonais ir pan. LASS remia akluosius ir silpnaregius, siekiančius įsigyti specialybę, tarpininkauja įdarbinant regėjimo negalią turinčius žmones, padeda apsirūpinti darbe būtina specialia technika.

Lietuvoje regėjimo negalią turi apie 9000 vaikų ir suaugusiųjų: 1000 – vaikų, 8000 – suaugusiųjų. LASS priklauso 7000 narių: 43 proc. – I gr. invalidai, 51 proc. – II gr. invalidai, 6 proc. – III gr. invalidai (Lietuvos aklųjų [...], 2002). Regėjimo negalią turintys vaikai gali mokytis arba integruotai, arba specialiose ugdymo įstaigose. Vaikams, besimokantiems integruotai, padeda tiflopedagogas (mokytojas, dirbantis su aklaisiais). LASS tokius vaikus aprūpina garsinėms knygoms skaityti pritaikytais magnetofonais, jei gali, nuomoja specialią kompiuterinę techniką. Vilniuje įsikūręs Lietuvos aklųjų ir silpnaregių ugdymo centras, Kaune – silpnaregių internatinė mokykla. Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje ir Šiauliuose veikia aklųjų ugdymo centrai. LASS remia neregijų pastangas siekti aukštesniojo ir aukštojo mokslo. Pagal specialias programas tokiems žmonėms mokamos pašalpos skaitytojui samdyti, nemokamai skiriami diktofonai, magnetofonai studijoms skirtai literatūrai įgarsinti ir skaityti, išnuomojama speciali kompiuterinė technika. Neregijų galimybės gauti informaciją, lyginant su reginčiais, yra daug mažesnės. LASS stengiasi šias galimybes padidinti. 1992 m. Vilniuje ji įkūrė Lietuvos aklųjų ir silpnaregių kompiuterinės technikos naudojimo centrą, kur regėjimo negalią turintys žmonės mokosi dirbti kompiuteriais, specialia kompiuterine technika – Brailio eilutėmis, kalbos sintezatoriais, teksto didinimo programomis.

## **2. Klausos ir kalbos neįgaliųjų kompleksinė reabilitacija**

### **2.1. Medicininės reabilitacijos ypatumai**

15 proc. visų žmonių turi klausos sutrikimų, todėl turi būti aprūpinti klausos aparatais. Iš jų 0,4–0,7 proc. turi didelio laipsnio klausos pažeidimų, 0,8 proc. yra kurti. PSO duomenimis bakteriniu meningitu kasmet suserga 426 tūkst. vaikų iki penkerių metų amžiaus, iš jų 20 proc. miršta; apie 20 proc. išgyvenusiųjų patiria komplikacijų. Dažniausia bakterinio meningito komplikacija yra klausos sutrikimas (Verseckienė, Trakymienė, 2002) – 10,5 proc. (iš jų didelio laipsnio – 5,1 proc.). Vidutiniškai 10 proc. visų tų, kurių profesija susijusi su kalbėjimu, patiria balso pažeidimų. Vienas procentas visų žmonių mikčioja. Beveik 25 proc. visų vaikų nuo trejų su puse iki ketverių metų amžiaus lėčiau vystosi kalba. Vokietijoje kasmet 600 tūkstančių žmonių gydomi dėl smegenų pakenkimo, smegenų tumorų ir insultų, kurių dažnas rezultatas yra afazijos, dizartrijos ir centrinės kilmės balso sutrikimai (Rehabilitation Behinderter, 1994).

Klausos pažeidimai gali būti paveldimi arba įgyti pre-, peri- arba postnataliniu laikotarpiu, taip pat klausos organų įgimtų arba egzogeninės kilmės apsigimimų padarinius. Jie pasireiškia kurčėnybomis dėl išorinės ir vidurinės ausies apsigimimų ar susirgimų, dėl sraigės pakenkimo arba retrolabirintinio pakenkimo (klausos nervas, kochleariniai branduoliai).

Balso sutrikimai gali būti hormoninės, organinės arba funkcinės kilmės. Funkcinės disfonijos gali būti dėl konstitucinių, fonogeninių (balsas – profesijos įrankis) ar psichogeninių priežasčių. Gali pasireikšti įvairaus laipsnio užkimimu iki visiško balso praradimo. Ypač svarbūs ilgalaikiai organiniai balso pažeidimai: balso stygų paralyžius (parezės), gerklų dalinė rezekcija ir balso praradimas po laringektomijos dėl gerklų karcinomos, taip pat funkciniai balso sutrikimai dėl didelio balso organų apkrovimo (profesinės disfonijos).

Kalbos sutrikimų gali atsirasti dėl įvairių priežasčių: genetinės ligos, galvos smegenų pakenkimai vaikystėje, psichiniai ir fiziniai vystymosi sutrikimai, medžiagų apykaitos, klausos ir regos sutrikimai, periferinių kalbos organų organiniai susirgimai, CNS susirgimai, neurogeninės arba miogeninės kilmės kalbėjimo muskulatūros parezės; taip pat gali atsirasti vaikams dėl kalbinio dirginimo trūkumo. Šių sutrikimų priežasčių paprastai yra daug ir jos yra kompleksinės. Kalbos vystymosi sutrikimų dažniausiai atsiranda dėl lūpų, žandikaulio, gomurio apsigimimų („kiškio lūpa“, „vilko gomurys“). Prognozė priklauso nuo pagrindinio susirgimo.

Klausos, balso ir kalbos sutrikimus visada būtina sieti, diagnozuoti ir gydyti kaip komunikacijos sutrikimus, nes balsas, kalba ir klausos yra glaudžiai funkciškai susiję (Lubinski ir kt., 1997).

Įgimti, taip pat ankstyvoje vaikystėje įgyti sunkaus laipsnio klausos pakenkimai sukelia sunkių kalbos įgūdžių bei asmenybės vystymosi sutrikimų. Sunkūs klausos pažeidimai stebimi esant daugybiniais pažeidimams, visų pirma aklumui, psichikos sutrikimams ir cerebriniams judėjimo sutrikimams. Balso sutrikimai turi įtakos bendravimo gebėjimui. Pvz., dėl laringektomijos (po gerklų pašalinimo operacijos) neįmanomas verbalinis bendravimas. Esant kalbos sutrikimams dažnai stebima ir fizinė, neurologinė, psichinė ar kita negalia. Jų prognozė priklauso nuo pagrindinio susirgimo ir jo komplikacijų. Sulėtėjęs kalbos vystymasis veikia žodyną, sakinių sandarą. Kadangi dažniausia priežastis yra įvairaus laipsnio smegenų pažeidimai ankstyvoje vaikystėje, kartu stebimi statomotorinio vystymosi sutrikimai, kvėpavimo, fonacijos, artikuliacijos motorinės koordinacijos ir vizualinių, auditivinių, kinestetinių pojūčių sutrikimai. Dažnai yra atsilikęs ir bendras fizinis kūno išsivystymas. Esant lūpų, žandikaulio, gomurio apsigimimams, sunkiau artikuluojama, būdingas nosinis kalbėjimas. Mikčiojimas yra nuo kalbančiojo noro nepriklausantis kalbos tėkmės sutrikimas su kloniniais ir/arba toniniais kalbos tėkmės nutrūkimais, susijęs su kvėpavimo kalbant sutrikimu, sakinių darybos pasikeitimais, baime kalbėti ir vegetaciniais simptomais. Etiologija neaiški. Galimos priežastys: paveldėjimas, smegenų pakenkimai ir psichiniai veiksniai. Dizartrijos (centrinės kilmės ištarimas) atsiranda kaip galvos smegenų susirgimų, paliečiančių kalbos centrus ir nervų branduolius, padarinius. Afazija – kompleksinis kalbos sistemos, šios sistemos naudojimo kalbant ir suprantant sutrikimas, taip pat sutrikimai skaitant, rašant ir skaičiuojant. 80 proc. afazijos priežasčių sudaro galvos smegenų insultas, kitos galimos priežastys yra galvos trauma, tumoras ir encefalitas.

Dėl klausos, balso, kalbos sutrikimų žmonėms sunkiau užmegzti ryšius, sudėtingesnė socialinė integracija. Didelio laipsnio klausos pažeidimas (kurtumas) lemia visuomeninę izoliaciją, prastesnę orientaciją aplinkoje, taip pat įvairias psichologines

problemas (Svetikienė, 1999). Vaikams ir paaugliams sunkiau mokytis ir lavintis, dėl to prasčiau orientuojamasi buityje, profesijoje, kyla laisvalaikio praleidimo problemų. Balso sutrikimai ypač svarbūs, nes vis daugiau žmonių savo profesinėje veikloje naudoja balsą kaip darbo priemonę. Balso sutrikimai šiais atvejais lemia nedarbingumą arba sukelia pavojų pačiai profesijai. Pirmiausia tai pasakytina apie pacientus, sirgusius laringektomija, kuriems atsiranda bėdų profesinėje veikloje ir socialiniame gyvenime. Mikčiojimo sindromas neigiamai atsiliepia mokantis, dirbant, apsunkena socialinę integraciją. Ypač sunkios dizartrijos ir afazijos pasekmės: šie neįgalūs asmenys bendrauja tik su pavieniais žmonėmis, todėl dažnai stebima socialinė izoliacija (Van Oyen ir kt., 2001).

Vaikams, kurių pakenkta klausa, visų reabilitacijos būdų pagrindas yra ankstyva diagnostika, ankstyvas gydymas ir ankstyvas ugdymas. Kurtumas gali būti gydomas konservatyviais būdais arba chirurgiškai. Tačiau tik esant ūmiam klausos praradimui prognozė gali būti palanki. Ypatingo dėmesio reikia vaikams, kurių įgimti klausos sutrikimai progresuoja. Kai nepadeda terapinės priemonės arba kai reikia ilgesnio laikotarpio (pvz., esant vidurinės ausies apsigimimams), būtina kuo greičiau aprūpinti klausos aparatais, esant įgimtiems pakenkimams, tai atliekama pirmaisiais gyvenimo mėnesiais. Kartu būtina pasitelkti ir kitus būdus: vaikams – ankstyvas auklėjimas, ugdant klausą, skatinant kalbėti garsiai, suaugusiems – klausos treniravimas, kalbos terapija, rašytinės kalbos mokymasis, kochlearinis implantas. Visais atvejais būtina išsami gydytojo otorinolaringologo išvada, vaikams tyrimą turi atlikti patyręs pedaudiologas. Toliau kurčiuosius prižiūri gydytojai otorinolaringologai, gydytojai foniatrai, pedaudiologai, surdopedagogai, klausos aparatų akustikai bei logopedai (Lupsakko ir kt., 2004). Balso sutrikimų išgydymo prognozė yra gana palanki. Būtinai foniatrinis ir logopedinis gydymas, iš dalies – operacinis gydymas. Dėl abipusės balso stygų paralizės atsiranda balso sutrikimų ir, atsižvelgiant į balso stygų plyšio ilgį, kvėpavimo sutrikimų. Todėl atliekant balso stygų operacijas, būtina rasti kompromisą tarp pakankamos balso ir kvėpavimo funkcijos. Ypač svarbi ligonių po laringektominių operacijų reabilitacija. Jos tikslas – išmokyti ligonius naudotis stempliniu balsu (Kiušaitė, 1997). Elektroniniai kalbos aparatai tikslingi, kai nepavyksta ligonių išmokyti kalbėtis stempliniu balsu. Ligoniams po laringektomijų aprūpinami elektriniais inhaliacijų ir atsiurbimo aparatais. Ligoniams, kuriems dėl liežuvių karcinomos yra pašalintas liežuvis, atliekamos chirurginės-rekonstrukcinės operacijos. Išbulinta operacijų technika leidžia grąžinti (76–98 proc.) ligonių sugebėjimą artikuliuoti kalbėti ir normaliai nuryti maistą (Haughey, 2003). Kalbos sutrikimams taikoma gydyti taikoma foniatrinė ir logopedinė terapija. Kalbos vystymosi sulėtėjimas gydomas ambulatoriškai, esant sunkiems sutrikimams taikomas indikuotinas, stacionarus gydymas. Pradėjus laiku gydyti, dažniausiai prognozė yra palanki. Esant lūpų, žandikaulio, gomurio pažeidimams, taikomas chirurginis, ortopedinis, foniatrinis-logopedinis gydymas. Esant mikčiojimui, kartu taikoma ir psichoterapija. Esant dizartrijoms, ypač vaikystėje, būtina intensyvi kalbos terapija, kurią būtina koordinuoti su gydomąja gimnastika (Valužienė, Karpavičienė, 2001).

## **2.2. Pedagoginės, profesinės ir socialinės reabilitacijos priemonės**

Vaikai, turintys didelio laipsnio klausos sutrikimų, privalo lankyti priekurčių arba kurčiųjų mokyklas. Jie gali baigti ir realinę mokyklą arba gimnaziją, lankyti profesinę ar prekybos mokyklą. Esant sunkiai kalbos negaliai, tikslinga lankyti specialią mokyklą. Esant didelio laipsnio klausos sutrikimams, ribota arba neįmanoma: dirbti, kur būtina klausa ir kalba, veikla viešajame transporte, triukšmo krūvis didesnis kaip 85 dB, darbai, kur būtina šaukti, jei kartu yra vestibuliarinių sutrikimų, darbų, kurie gali sukelti galvos svaigimą (statybos, pastoliai).

Esant balso ir kalbos sutrikimams, netinka profesijos, kur reikia balso darbingumo (mokytojo, dėstytojo, diktoriaus, vadybininko). Ligoniams po laringektomijos negali dirbti atvirame ore, esant dulkėms ar karščio poveikiui. Dėl tracheostomos tokie ligoniams neturėtų dirbti maisto pramonės ar visuomeninio maitinimo sferoje (Tampat ir kt., 2001). Pacientai, kurių pakenkta klausa, tinka daugeliui profesijų net tuo atveju, jei klausos aparatai nevisiškai grąžina klausą. Ligoniams, turintys balso ir kalbos sutrikimų, gali pasirinkti daugybę profesijų. Pagalbą turėtų suteikti darbo biržų konsultantai.

Paprastai, esant didelio laipsnio klausos pažeidimams, tokių žmonių visavertė integracija į normaliai girdinčiųjų visuomenę yra neįmanoma. Todėl žmonės, turintys klausos negalią, turėtų burtis į Kurčiųjų sąjungą. Čia taip pat įmanoma sportinė veikla. Gyvenamojoje aplinkoje garsiniai signalai turi būti keičiami optinėmis priemonėmis, taip pat naudojamos modernios komunikacijos priemonės (elektroninis paštas, internetas). Dažnai kurtiesiems reikia vertėjų pagalbos.

## **3. Pacientų, turinčių regos ir klausos negalią, reabilitacija Palangos reabilitacijos centre „Baltija“**

Lietuvoje daug padaryta, kuriant efektyvią ligonių ir invalidų reabilitacijos sistemą, įgyvendinant invalidų socialinės integracijos įstatymą. Šalyje įkurta daugiau kaip trisdešimt specialių reabilitacijos skyrių, steigiami ankstyvos reabilitacijos skyriai daugiaprofiliniuose stacionaruose, kuriama ambulatorinės reabilitacijos sistema (Kriščiūnas ir kt., 1996).

Palangos reabilitacijos centre „Baltija“ aklųjų ir silpnaregių reabilitacija atliekama nuo 1997 m. rugsėjo mėn. (Matilionis ir kt., 2003). Nuo 1998 m. sausio mėn. čia įsikūrė ir klausos negalią turinčių ligonių reabilitacijos centras. Reabilitacijai ligoniams nukreipiami, vadovaujantis 2003 m. SAM įsakymu Nr. V-444 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ pagal nustatytą indikacijų sąrašą (Valstybės žinios, 2003 08 08):

1. Regėjimo funkcijos sutrikimai H53, H54 (ūmus aklumas, silpnaregystė).
2. Kochlearinis neuritas H93.3 (ūmus kochlearinis neuritas bei II laipsnio lėtinis kochlearinis neuritas, kai prikurtimas – 40–54 dB).
3. Klausos funkcijos sutrikimai H90, H91 (ūmus kurtumas arba prikurtimas daugiau kaip 54 dB).
4. Po chirurginio ir specialaus gerklų gydymo C32, D14 (balsui grąžinti).

Vidutiniškai per metus į reabilitacijos centrą atvyksta 200–250 neregijų. Kiekvieną atvykusį regos negalią turintį pacientą priima gydytojas reabilitologas. Esant indikacijoms, ligonį konsultuoja kitų specialybių gydytojai: okulistas, otorinolaringologas, neurologas, kardiologas, ginekologas, psichoterapeutas. Dirbama komandiniu principu, reabilitacinę komandą sudaro gydytojas reabilitologas, okulistas, otorinolaringologas, tifloreabilitologas, psichoterapeutas, kineziterapeutas, logopedas, medicinos slaugytoja. Remiantis tyrimų rezultatais, skiriamos atitinkamos medicininės reabilitacijos priemonės: kineziterapija salėje arba baseine, mechanoterapija, fizioterapinės procedūros, parafino-purvo aplikacijos, hidroterapija, gydomasis masažas, fitoterapija, psichoterapija, ergoterapija. Centre veikia akių ligų kabinetas, jame dirbanti gydytoja okulistė

akių ligų reabilitacijai taiko spektrokvantinę terapiją, t. y. spalvų, šviesos stimuliacinį gydymą. Stimuliacijai naudojamos 4 spalvos: raudona, oranžinė, žalia ir mėlyna. Daugelis ligonių šią gydymo procedūrą toleruoja: pagerėja bendra jų savijauta, nuotaika, šiek tiek pagerėja regėjimas. Be medicininės reabilitacijos priemonių, centre teikiamos ne mažiau svarbios socialinės reabilitacijos paslaugos: dirba socialinis darbuotojas, juristas, tifloreabilitologė, vertėjas į gestų kalbą, įsteigti kurčiųjų ir aklių reabilitacijos kabinetai. Šiuose kabinetuose mokoma Brailio rašto, yra baltųjų lazdelių rinkinys mokytis orientacijos ir mobilumo, lupų rinkinys, žaidimų akliesiems ir silpnaregiams rinkiniai, televizorinis didintuvas, kompiuteris, garsiniai ir Brailio laikrodžiai, knygos Brailio raštu, klausos aparatai, vaizdo aparatūra, televizorius ir kt. Pats reabilitacijos centro pastatas pritaikytas neregiam ir kurtiesiems: įrengti papildomi turėklai, ryškia geltona spalva pažymėtos laiptų pirma ir paskutinė pakopos, numeriai ant gyvenamųjų kambarių durų yra reljefiniai, užrašyti ryškiai, dideliais skaitmenimis, visos nuorodos, užrašai parašyti stambiu šriftu, nudažyti ryškiais kontrastinėmis spalvomis (mėlyna – geltona), kambariuose, kurie skirti kurtiesiems, įrengti specialūs šviesos skambučiai. 2003 m. bendradarbiaujant su Vokietijos Frankfurto prie Maino Hermann Herzog vardo regos neįgaliųjų mokykla, gauta 12 tūkst. eurų finansinė parama, kurią skyrė Buhlmann fondas. Finansinė parama panaudota reabilitacijos centro materialinei bazei stiprinti, aplinkai akliesiems ir silpnaregiams pritaikyti.

Aklajam ar silpnaregiui reabilitacijos centre teikiamos šios paslaugos:

1. Pagalba apsigyvenant, susiorientuojant centro pastate, gyvenamajame kambaryje ir pan.
2. Mokymas savarankiškai nueiti į visus būtinus medicininių procedūrų ir kt. kabinetus.
3. Brailio rašto mokymas.
4. Orientacijos, mobilumo mokymas (vaikščiojimas su palydovu, su baltąja lazdele ir be jos).
5. Buitinės reabilitacijos elementai.
6. Supažindinimas su tiflotechnika, jos įsigijimo galimybėmis, mokymas jomis naudotis.
7. Kilnojamosios bibliotekėlės paslaugos, aprūpinimas įvairiomis tiflopriemonėmis.
8. Informacija apie LASS sistemą, neregijų ugdymo, profesijos įsigijimo ir įsidarbinimo galimybes.

Kurtiesiems arba priekurčiams būtinas gestų kalbos vertėjas. Be vertėjo kurtieji sunkiai orientuojasi aplinkoje, mažai bendrauja su girdinčiais ligoniais. Todėl didesnę darbo dienos dalį vertėjas praleidžia su kurčiaisiais. Su kiekvienu atvykusiu ligoniu dirbama individualiai: atvykusiems kurtiesiems vertėjas padeda įforminti dokumentus, supažindina su reabilitacijos centro vidaus tvarkos taisyklėmis, nuveda juos pas gydytojus reabilitologus arba gydytoją otorinolaringologą, prireikus, verčia į gestų kalbą ir iš jos, palydi į procedūrų kabinetus ir padeda susikalbėti. Kurčiųjų reabilitacijos kabinete klausos negalia turintys ligoniai mokomi naujų gestų, jiems verčiamos kai kurios televizijos informacinės ar publicistinės laidos, supažindinami su kurčiųjų gyvenimo naujovėmis, dirbanti socialinė darbuotoja teikia juridines paslaugas.

## Išvados

Pateikti epidemiologiniai sergamumo duomenys ir Lietuvos invalidumo priežasčių analizė leidžia teigti, kad invalidumas dėl regos ir klausos organų ligų yra aktuali medicininė bei socialinė problema. Kartu tampa aktuali tokių ligonių medicininė, pedagoginė, profesinė bei socialinė reabilitacija, kurios tikslas – pacientų, turinčių regos ir klausos negalią, integracija į visuomenę. Keičiasi visuomenės, medikų, politikų požiūris į šią problemą: pradedama suprasti, kad neįgalūs žmonės – tai mūsų visuomenės dalis, jie taip pat turi turėti lygias teises ir galimybes kaip ir sveikieji. Bendradarbiavimas su kitų šalių neįgaliųjų reabilitacijos centrais, jų patirties naudojimas, atsiveriančios narystės Europos Sąjungoje galimybės pagerins Lietuvos regos ir klausos neįgaliųjų padėtį sveikųjų visuomenėje.

Gauta 2005 03 14

Pasirašyta spaudai 2005 07 28

Spausdinti rekomendavo: doc. dr. E. Giedraitienė,  
prof. habil. dr. G. Žiliukas

## Literatūra

- Haughey, B. H. (2003). Improved Techniques for Reconstructing the Tongue. *HospiceMedica*, vol. 21, n. 2, p. 15.
- Keller, B. K., Morton, J. L., Thomas, V. S., Potter, J. F. (1999). The effect of visual and hearing impairments on functional status. *J Am Geriatric Soc.* 47(11): 1319–1325.
- Kriščiūnas, A., Klimavičius, R., Kimtys, A. ir kt. (1996). *Reabilitacija*, Kaunas, p. 393
- Lamoureux, E. L., Hassell, J. B., Keeffe, J. E. (2004). The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision. *Am J Ophthalmol* 137(2): 265–270.
- Lee, P., Smith, J. P., Kington, R. (1999). The associations between self-rated vision and hearing and functional status in middle age. *Ophthalmology* 106(2): 401–405.
- Lee, P., Smith, J. P., Kington, R. (1999). The Relationship of Self-rated Vision and Hearing to Functional Status and Well-being Among Seniors 70 Years and Older. *Am J Ophthalmol* 127: 447–452.
- LR invalidų socialinės integracijos įstatymas, 1991-11-28, Nr. I-2044: Lietuvos Respublikos 1998-10-22 įstatymo Nr. VIII-904 (nuo 1999 m. sausio 1 d.) redakcija (1998). *Valstybės žinios* 98–2706; Lietuvos Respublikos 2004 m. sausio 20 d. įstatymo Nr. IX-1967 (nuo 2004 m. balandžio 1 d.) redakcija *Valstybės žinios* 21–620.
- LR SAM 2003.07.11 įsakymas Nr. V-444. Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo. (2003). *Valstybės žinios* 78: 2–58.
- Lubinski, R., Moscato, B. S., Willer, B. S. (1997). Prevalence of speaking and hearing disabilities among adults with traumatic brain injury from a national household survey. *Brain Inj.* 11(2): 103–114.
- Lupsakko, T., Mantjarvi, M., Kautiainen, H., Sulkava, R. (2004). Combined hearing and visual impairment and depression in a population aged 75 years and older. *Am J Ophthalmol*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=A> [žiūrėta 2004-04-07]
- Matilionis, V., Balčiūnienė, D., Juchnevičius, J., Lukšas, V. (2003). Regos negalia turinčių ligonių reabilitacija. *Lietuvos oftalmologija*, t. 2, nr. 2, p. 4–5.
- Rehabilitation Behindertler: Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation*. (1994). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 336.
- Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos statistiniai duomenys už 2002 m.* (2004). <http://www.socmin.lt/?1802525376> [žiūrėta 2004-04-07].

- Svetikienė, V. (1999). *Kurčiųjų reabilitacijos ir gydymo programa: psichologiniai reabilitacijos metodai (metodinės rekomendacijos)*. Vilnius: Baltos lankos, p. 47.
- Tamrat, G., Kebede, Y., Alemu, S., Moore, J. (2001). The prevalence and characteristics of physical and sensory disabilities in Northern Ethiopia. *Disabil Rehabil* 24(5): 287.
- Valužienė, N. K., Karpavičienė, A. (2001). *Oftalmologijos ir otorinolaringologijos kineziterapija*. Kaunas: LKKA, p. 101.
- Van Oyen, H., Tafforeau, J., Demarest, S. (2001). The impact of hearing disability on well-being and health. *Soz Präventivmed* 46 (5): 335–343.
- Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Kurata, J., Kaplan, G. A. (2001). Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning. *J Am Geriatric Soc.* 49(8): 1086–1092.
- WHO *Statistical Information System (WHOSIS) Evidence and Information for Health Policy*. (2004). [http://www.who.int/health\\_topics/disabled\\_persons/en/](http://www.who.int/health_topics/disabled_persons/en/) [žiūrėta 2004-04-07]
- Socialinis pranešimas 2002*. (2003). Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Vilnius: UAB „Sapnų sala“, p. 55–58.

## **DIE MEDIZINISCHE, PÄDAGOGISCHE, BERUFLICHE UND SOZIALE REHABILITATION DER SEH- UND HÖRBEHINDERTER**

**Vidmantas Matilionis, Artūras Razbadauskas, Natalja Istomina**

### **Zusammenfassung**

Ätiologisch unterschieden wird nach prä-, peri- und postnatal erworbenen und erblich bedingten Sehschädigungen. Sehschädigungen im Kindesalter können durch Meningitis oder Encephalitis bedingt sein. Traumatische Sehschädigungen sind meist nur einseitig, Verbrennungen und Verätzungen fast immer doppelseitig. Im Erwachsenenalter kann eine Sehschädigung Folge einer Durchblutungsstörung, eines Glaukoms oder eines Diabetes mel-litus sein.

Die Auswirkungen der Sehschädigungen liegen vorwiegend im individuellen Bereich und streuen nach Art und Ausprägung der Erkrankung. Sie beziehen sich auf Gesichtsfeldausfälle, Erkennungsschwierigkeiten, Nachtblindheit, Leseprobleme oder Blendung. Es bestehen Probleme bei der selbständigen Haushaltsführung, im Beruf und in der Schule. Daraus resultiert eine starke Abhängigkeit von der Hilfe anderer. Die Teilnahme am öffentlichen Leben ist bei Sehschädigung meist nur mit Hilfe fremder Personen (Straßenverkehr) zu bewältigen bzw. auch mit fremder Hilfe sehr erschwert bis nicht möglich (Kino, Theater usw.). Die meisten Sehschädigungen können mit einer medikamentösen oder einer operativen Therapie behandelt werden. Dann kommt die Versorgung mit optischen und elektronischen Vergrößerungshilfen. Zum Einsatz kommen Stand-, Hand- und Leuchtlupe, Lupenläser in der Brille, die elektronische Lesegeräte. Eine plötzlich auftretende Sehbehinderung oder hochgradige Sehbehinderung hat oft unübersehbare Folgen für die Schul- und Berufsausbildung. Diagnostik, Aufklärung, Beratung und unterstützende Hilfe und Versorgung mit vergrößernden Sehhilfen sollen den Betroffenen leiten und ihm helfen, sich der Umwelt anzupassen. Das Verhalten der Familie, der Umgebung und der Gesellschaft bestimmen den Grad der Integration.

Da die funktionelle Entwicklung des Sehens vorwiegend im Vorschulalter erfolgt, ist eine möglichst frühzeitige Erfassung und Förderung der Sehbehinderten Kinder wichtig. Bei Sehbehinderten und hochgradig Sehbehinderten ist der Besuch einer Sehbehindertenschule zu empfehlen, bei Blinden ist meist der Besuch einer Blindenschule erforderlich.

Je nach Grad der Sehbehinderung kann der Sehbehinderte eine Berufsausbildung auch mit normal Sehenden absolvieren. Die berufliche Rehabilitation Sehbehinderter und blinder Erwachsener ist abhängig vom Alter des Betroffenen, der Prognose der Augenerkrankung, der Schulbildung, der Berufsausbildung, von den Arbeitsmöglichkeiten am Heimatort und auch eigenen Motivation. Bei Sehbehinderten und hochgradig Sehbehinderten ist die Versorgung mit optisch und elektronisch vergrößernden Hilfsmitteln erforderlich, bei Blinden das Erlernen der Blindentechniken und die blindentechnische Grundausbildung mit Mobilitätstraining.

Hochgradig Sehbehinderte und Blinde in Bundesrepublik Deutschland können sich dem Deutschen Blindenverband oder dem Bund der Kriegsblinden anschließen. Die einzelnen Landesverbände bieten Zusammenkünfte an und informieren über den neuesten Stand der Technik, Berufsmöglichkeiten und soziale Möglichkeiten. Der Blindenverband unterhält spezielle Blindenkurheime und bietet gezieltes Mobilitätstraining durch geschultes Kräfte an.

Etwa 15% aller Menschen haben Hörschäden, die eine Hörgeräteversorgung erforderlich machen. Davon sind 0,4 bis 0,7% hochgradig hörgeschädigt und etwa 0,8% gehörlos. Hörschäden sind erblich bedingt oder prä-, peri- und postnatal erworben bzw. Folge von erblichen oder exogen verursachten Mißbildungen der Hörorgane. Stimmstörungen haben entwicklungsbedingte, hormonelle, organische oder funktionelle Ursachen. Besondere Bedeutung haben bleibende organische Stimmstörungen: Stimmlippenparese und der Stimmverlust nach einer Laryngektomie.

Hör-, Stimm- und Sprachstörungen müssen immer als Kommunikationsstörungen erfasst, beurteilt und behandelt werden, weil untrennbare funktionelle Verbindungen zwischen Stimme, Sprache und Gehör bestehen. Stimmstörungen beeinträchtigen die Kommunikationsfähigkeit oft erheblich. Infolge der Laryngektomie ist keine verbale Kommunikation möglich. Hör-, Stimm- und Sprachstörungen beeinträchtigen den zwischenmenschlichen Kontakt und die soziale Integration. Hochgradige Hörschädigungen haben durch die mehr oder weniger große gesellschaftliche Isolierung, die verminderte Orientierungsfähigkeit sowie durch oft tiefgreifende seelische Störungen eine von Normalhörenden kaum zu erfassende Bedeutung. Bei Kindern und Jugendlichen ist besonders auch die Lern- und Bildungsfähigkeit beeinträchtigt – mit entsprechenden Auswirkungen auf die häusliche, schulische und berufliche Situation und auf die Freizeitgestaltung.

Bei hörgeschädigten Kindern sind die Früherfassung, Frühdiagnostik, die Frühtherapie und Früherziehung Grundlage aller Rehabilitationsmaßnahmen. Schalleitungsschwerhörigkeiten können prinzipiell immer konservativ-medikamentös oder operativ behandelt werden. Wenn durch therapeutische Maßnahmen keine Verbesserung des Hörvermögens zu erreichen ist oder Behandlungen erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen können, ist die sofortige Versorgung mit Hörgeräten angezeigt. Gleichzeitig müssen andere Maßnahmen durchgeführt werden: Hörerziehung, Lautsprach-erziehung, Sprechtherapie, Beherrschung der Schriftsprache. Besondere Bedeutung hat die Rehabilitation der Laryngektomierten. Das Ziel dieser

Rehabilitation – die Anbildung einer körpereigenen Ersatzstimmfunktion (so genannte Ösophagusstimme). Elektronische Sprechhilfen sind nur dann angezeigt, wenn die Ersatzstimmanbildung nicht gelingt.

Kinder mit hochgradigen Hörstörungen müssen eine Schwerhörigen- oder Gehörlosenschule besuchen. Hörbehinderte sind für viele Berufe geeignet, auch wenn Hörgeräte die Hörstörung nicht weitgehend auszugleichen vermögen.

Eine völlige Integration hochgradig Hörgeschädigter in die normalhörende Gesellschaft ist in der Regel nicht möglich. Stärker Hörgeschädigte sollten sich deshalb auch einer Gehörlosenvereinigung anschliessen. Im Alltag sind akustische Signale durch optische Hilfen ersetzt und der Umgang mit modernen Kommunikationsmitteln erlernt werden. Häufig benötigen Gehörlose speziell ausgebildete Dolmetscher.

Das Rehabilitationszentrum „Baltija“ der Stadt Palanga (Litauen) ist im Jahre 1992 gegründet. Seit Jahre 1997 sind hier auch die Patienten mit Au-generkrankungen und Gehörstörungen behandelt werden. Im Reha-Zentrum „Baltija“ werden jährlich 200–250 Sehbehinderte aus dem ganzen Litau-en rehabilitiert. Sie haben eine Möglichkeit hier 24 Tage im Jahr zu verbringen. Für die Sehbehinderte und Blinde werden verschiedene Anwen-dungen verabreicht, man leistet für die Patienten auch soziale und pädagogische Hilfe. Die Umgebung ist im Zentrum möglichst an die Blinden angepasst: überall sind die erste und die letzte Treppen markiert, die Geländer wurden eingerichtet, alle Überschriften sind in großer Schrift und in Kontrastfarben geschrieben. Das Reha-Zentrum „Baltija“ kooperiert mit der Hermann-Herzog-Schule für Sehbehinderte (die Stadt Frankfurt am Main, Deutschland), im Jahre 2003 bekam es von der Buhlmannstiftung die finanzielle Hilfe für die Anpassung der Umwelt für die Blinde und die Erwerbung von typhlotechnischen Geräten (Vergrößerungsgerät, elektronische Lesegeräte). Wir hoffen, daß die Kooperation mit den Reha-Kliniken der anderen Ländern, die Benutzung der Erfahrung dieser Institutionen, auch die Mitgliedschaft in der Europäischen Union den Zustand der Seh- und Hörbehinderter in Litauen verbessern soll.