

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної
медицини,
фізичного виховання і здоров'я

Лекція 2:

Особливості адаптивного фізичного
виховання при глухоті.

Шаповалова І.В. канд. пед. н., доц.

Запоріжжя 2020



План.

1. Термін «глухота», «туговухість», «сліпоглухота». Причини патології.
2. Ступінь втрати слуху в децибелах (дБ).
3. Типи туговухості.
4. Типи та причини втрати слуху.
5. Особливості функціональних змін при глухоті.
6. Особливості фізичного розвитку при глухоті.
7. Спеціальні жести з мови глухих.

1. Термін «глухота», «туговухість», «сліпоглухота». Причини патології.

Глухота - повна відсутність слуху або такий його ступінь зниження, при якому розбірливе сприйняття мови стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. Більшість глухих мають залишки слуху, що дозволяє їм сприймати певні звуки. Такий стан визначають як слабкослухання або туговухість.



Туговухість

втрата слуху, яка призводить до складнощів (але не повної відсутності) сприйняття мови за допомогою слуху. Людям з туговухістю часто допомагає посилення звуку за допомогою слухового апарату, або корекційна допомога, що виражається в навчанні навичкам комунікації.



Сліпоглухота

це комбіноване ураження органів зору та слуху, при якому спостерігаються важкі порушення розвитку, зокрема комунікативних навичок.



Особи зі сліпоглухотою не можуть ефективно використовувати оба органи дистанційних відчуттів, зору та слуху. Хоча поняття «сліпоглухота» передбачає, що ці люди не можуть бачити та чути, така ситуація в дійсності зустрічається дуже рідко. Більшість людей зі сліпоглухотою здатні сприймати і зорову і слухову інформацію, але поступаючи з цих органів відчуття інформація звичайно дуже спотворена, тому поняття «сліпоглухота» часто вводить в оману, мабуть було б точніше сказати, що ці люди слабочуючі та слабозорі. Дуже в рідких випадках людина повністю сліпа та глуха.

Причини виникнення сліпоглухоти бувають різні. Усвідомлення конкретної причини може вказати час початку захворювання та вірогідність збереження остаточно зору та слуху. Синдром Ушера є генетично вроджене захворювання, яке супроводжується втратою слуху при народженні (або невдовзі після народження) та прогресуючою втратою периферичного зору. Синдром Ушера типу I уявляє вроджену глухоту в поєднанні з прогресуючим пігментним ретинитом, тоді як синдром Ушера II – це придбана глухота в поєднанні з прогресуючим пігментним ретинитом.

Краснуха може визивати сліпоглухоту, якщо жінка перенесла це захворювання під час першого триместру вагітності. Сліпоглухота може бути обумовлена менінгітом, передчасними пологами, застосуванням наркотиків батьками, захворюваннями, що передаються статевим шляхом, а також невстановленими причинами.

Ступінь втрати слуху та залишковий слух описуються за допомогою рівня звуку, вимірюємого в децибелах (дБ). Для дітей нормою вважається здатність сприймати звук у діапазоні від 0 до 25 дБ. При звичайній розмові рівень гучності звуку сягає рівня 40-50 дБ, тоді як шум з рівнем гучності у діапазоні 125-140 дБ викликає больові відчуття. Зниження порогу сприйняття звуку до 55 дБ призводить до виникнення помітних складнощів у спілкуванні з використанням мови.

2. Ступінь втрати слуху в децибелах (дБ)

Порог сприйняття	Ступінь втрати слуху	Рівень гучності сприймаємої мови
27-40 дБ	Легка	Тиха мова, шепіт
41-55 дБ	Слабка	Звичайна мова
56-70 дБ	Середня	Гучка мова
71-90 дБ	Важка	Крик
Більше 90 дБ	Повна	Не сприймається навіть при наявності посилення

Глухі діти використовують декілька способів спілкування в залежності від впливу батьків, рівня освіченості, застосуванні мовної терапії та технічних засобів (наприклад, кохлеарних імплантов). Засоби спілкування варіюють в діапазоні від використання мови та слуху до використання точного еквіваленту мови жестів. Деякі діти використовують комбінацію цих засобів в залежності від аудиторії, ступеню володіння та зручності використання.

3. Типи туговухості.

- глухі;
- пізньоглухі;
- слабочуючі (туговухі).

Глухими
таких дітей

називають

у яких глибоке стійке двостороннє порушення слуху є вродженим або набутиим у ранньому дитинстві до того, як у неї сформувалася мова.

Пізньоглухі

діти, які втратили слух після того, як мова у них вже сформувалась, і тому збереглася тією чи іншою мірою.



Слабочуючими (туговухими)

називають дітей з частковою слуховою недостатністю з різним ступенем вираженості, яка є причиною порушення мовного розвитку.



Спираючись на психологічну концепцію школи Л. Виготського, його учениця Р. Боскіс провела обстеження особливостей розвитку дітей з вадами слуху. Результати стали основою створеної нею педагогічної класифікації дітей з вадами слуху. Нею виділені дві основні категорії дітей з вадами слуху: глухі і слабочуючі. До категорії глухих відносяться ті діти, для яких у результаті вродженої чи набутої у ранньому віці глухоти неможливе самотійне оволодіння мовою. До категорії слабочуючих відносяться діти, у яких понижений слух, але на його основі можливий самотійний розвиток мови.

Глухі і слабочуючі відрізняються за способом сприйняття мови.

Глухі оволодівають зоровим (читання з губ і обличчя співрозмовника) і слухозоровим (за допомогою звукопідсилюючої апаратури) сприйняттям словесної мови лише у процесі спеціального навчання. Слабочуючі можуть самотійно оволодівати сприйняттям на слух мови розмовної гучності у процесі природного спілкування з оточуючими. Значення зорового сприйняття зростає у залежності від важкості порушення слуху.

Окрему групу складають пізньоглухі. Ці діти відрізняються тим, що до моменту порушення слуху вони володіли уже сформованою мовою. У них може бути різний ступінь порушення слуху і різний рівень збереженості мови, але всі вони мають навички словесного спілкування, у тій чи іншій мірі сформоване словесно-логічне мислення. Для таких дітей при поступленні у спеціальну школу важливим завданням є засвоєння навичок зорового чи слухозорового сприйняття зверненої до них мови.

4. Типи та причини втрати слуху:

Існує три основних види втрати слуху: кондуктивна, сенсоневральна та змішана. При кондуктивній втраті слуху порушується передача звуку до внутрішнього вуха (можна порівняти з радіоприймачем, у якого знизили гучність).

Спотворення звуків відсутнє, проте звуки, що сприймаються – здаються дуже тихими. В такому випадку застосування слухових апаратів, посилюючих звук стає ефективним. Деякі діти з кондуктивною втратою слуху можуть володіти внятною мовою. Оскільки причиною кондуктивної втрати слуху є механічні порушення, а нерви при цьому залишаються неушкодженими, її в деяких випадках можливо усунути хірургічним втручанням або медикаментозним лікуванням.

Причиною такого порушення може стати виділення секрету з порожнини середнього вуха, яке підлягає лікуванню завдяки установці на декілька місяців пластикового дренажу, проведеного через барабанну перетинку, для забезпечення оттоку рідини від структур внутрішнього вуха, які проводять звук.

Причиною сенсоневральної втрати слуху є порушення нерву. Цей вид втрати слуху в порівнянні з кондуктивною, призводить до більш важких та незворотніх процесів порушень сприйняття звуку. Діти з сенсоневральною втратою слуху (можна порівняти з погано налагодженим радіоприймачем) говорять гірше в порівнянні з дітьми, у яких спостерігається кондуктивна втрата слуху.

Сенсоневральна втрата слуху впливає не тільки на порог сприйняття, але також і на його точність, що призводить до спотворення звуків. Навіть при нормальному порозі сприйняття звуків, мова що сприймається, може бути сильно спотворена. Якщо збільшення гучності мови або застосування слухового апарату можуть допомогти почути мову, слова при цьому можуть залишитися нерозбірливими.

Звичайна людина з такими порушеннями слуху чує низькочастотні голосні звуки та погано сприймає високочастотні приголосні, такі як «т», «п» та «к». За рахунок цього йому важко сприймати такі слова, як «порт», «торт», «корт».

Крім цього, 20-30% вимовлених слів можна прочитати по губах. В деяких випадках покращити слух дитини може кохлеарний імплант (метод слухопротезування). Для установки такого імпланту дитина повинна бути повністю глухою та мати сенсоневральний вид втрати слуху. Діти із сенсоневральною втратою слуху будуть використовувати мову жестів та в меншому ступені звичайну мову, у них можуть спостерігатися порушення рівноваги в наслідок порушення полукружного каналу.

Змішаним видом втрати слуху є поєднання кондуктивної та сенсоневральної втрати слуху. Серед глухих дітей приблизно дві третини мають вроджену глухоту (наявну при народженні), одна третина – набуту (яка розвинулась після народження).

Розвиток медицини дав можливість виживанню недоношених дітей та дітей, що перенесли менінгіт або енцефаліт. Такі діти можуть мати різні порушення, включаючи глухоту. Травми, алергічні реакції на ліки, періодична дія гучної музики, інфекції, такі як вірус герпесу та токсоплазмоз – все це може стати чинниками втрати слуху.

Сьогодні ще не до кінця зрозумілі усі причини порушення слуху. Розрізняють уроджену і набуту глухоту. Причинами уродженої патології могли бути хвороби матері в період вагітності (краснуха, сифіліс) або прийом нею хіміопрепаратів під час вагітності, травми дитини при народженні (ушкодження слухового апарату може трапитись при травмах або крововиливах во внутрішнє вухо під час пологів).

Втрата слуху після пологів частіше за все обумовлена хворобами внутрішнього вуха або внаслідок інфекційних захворювань, таких як менінгіт, менінгоенцефаліт, грип, свинка, кір, скарлатина, або неінфекційних – отосклероз, до якого призводять отруєння різними лікарськими речовинами (миш'яком, хініном, саліциловими препаратами, стрептоміцином), побутовими отрутами та інш. У дитячому віці майже у 90 % осіб встановлюється двустороння глухота .

Зустрічаються сімейні спадкові форми глухоти. Набута патологія, як правило, є наслідком ускладнень інфекційних хвороб, хімічних отруєнь, травм і захворювань нервової системи.

У дорослих після травм голови, особливо військових контузій може виникнути глухонімота. Причинами цього можуть бути ушиби головного мозку, перелом основи черепа або психічні травми. В останньому випадку якомога більш раннє застосування адаптивного фізичного виховання сприяє скорішому повному одуженню.

Завдяки покращенню системи імунізації, перинатального уходу та медико-санітарного освітченості можна досягнути попередження або зменшення небезпеки деяких основних причин глухоти. Але попередження глухоти не завжди вдається, оскільки ще не всі чинники з'ясовані. В деяких країнах прийняли програми попередження цих захворювань завдяки діагностуванню та лікуванню на рівні громад та за допомогою мікрохірургії.

Причина втрати слуху і рівень ураження системи слуху мають значення для оптимізації спілкування. Причини і локалізація ушкодження органа слуху впливають на сприйняття звуків.

При слабочутті, зумовленом захворюваннями звукопровідного апарату (наружного та середнього вуха), важче сприймаються низькі тони та шепотна мова, краще чуються шуми або тони. А при захворюваннях звукосприймаючого апарату внутрішнього вуха (улітки та слухового нерву), навпаки важче сприймається гучна мова та високі тони. При паралічі лицевого нерву низькі тони сприймаються дуже різко, с неприємним відтінком.

При уроджених формах глухоти, як правило, не ушкоджується вестибулярна функція, у той час як при набутій глухоті вона значно уражена.

5. Особливості функціональних змін при глухоті.

Глухота впливає на зниження рівня здоров'я. Аналіз анатомо-фізіологічних зв'язків слухового аналізатора з іншими органами і системами організму показує, що ушкодження органа слуху може викликати порушення:

- рефлекторних рухових реакцій на слухові подразники;
- відчуття рівноваги;
- функції окорухових м'язів;
- функції оральних, артикуляційних, фарин- і ларингенальних м'язів;
- несвідомих автоматичних рухів, які забезпечуються екстрапірамідною системою;
- вегетативних реакцій організму.

На заняттях з адаптивного фізичного виховання необхідно знати, що при спадковій глухоті вестибулярний апарат функціонує нормально, тоді як при отруєннях від значно пошкоджується. При цьому турбують запаморочення, напади нудоти та блювання, порушення рівноваги. Діти та дорослі не виносять їзду в транспортному засобі, катання на гойдалках, каруселях.

На думку дослідника А. А. Золотухіна, існує взаємозв'язок між ступеню вестибулярної стійкості та рухової функції людини. Подразнення вестибулярного апарату обертальними рухами пов'язано з точністю та координацією рухів.

Спостерігається наступна послідовність погіршення реакції при обертальних навантаженнях навколо різних осей: в першу чергу по вертикальній (продольній) осі, далі – по сагітальній, а в останню чергу – по фронтальній.

Функція вестибулярного апарату піддається тренуванню. Вестибулярне тренування спрямоване на прискорення компенсації лабіринтних розладів, веде до розвитку відчуття рівноваги та координаційних здібностей.

6. Особливості фізичного розвитку при глухоті.

Теоретичний аналіз підтверджується практичними спостереженнями. Так, при глухоті відмічається дисгармонійний фізичний розвиток у 62% випадків, порушення опорнорухового апарату (сколіоз, плоскостопість) 43,6%. Затримка моторного розвитку – 80% випадків. 70-80% слобочуючих дітей мають супутні захворювання, в тому числі у половини з них по 2-3 захворювання.

Відсутність мовного дихання призводить до значних порушень механіки акту дихання: значне скорочення фази видиху, зниження життєвої ємності легенів та екскурсії грудної клітки.

У глухих більше виражена реакція серцево-судинної системи на фізичне навантаження, а процес відновлення відбувається довше. При деяких нозологіях мають місце порушення вестибулярної функції і вегетативних реакцій. Як правило, відмічається швидке стомлення, зменшення обсягу короткочасної пам'яті, утруднення під час входження в навчальний процес.

Порушення рухової активності може мати такі прояви:

- проблеми збереження статичної і динамічної рівноваги;
- низький рівень розвитку просторової орієнтації;
- уповільнене оволодіння руховими вміннями і навичками;
- збільшення часу рухових реакцій і реакцій за вибором;
- зниження станової сили;
- відставання у стрибучості;
- нераціональний розподіл фізичних зусиль під час руху;
- низький темп рухів;
- погіршення рухової пам'яті;
- зниження здатності ідентифікувати людей і об'єкти;
- неадекватне зниження відчуття безпеки;
- перевага зорово-м'язових уявлень над м'язово-руховими;
- зниження точності сприймання;
- зниження точності відтворення часових параметрів;
- недосить точна координація і невпевненість рухів.

Аномалії розвитку несприятливо відображаються на ряді функцій недефектних аналізаторів, показників фізичного розвитку та на розумовій працездатності. Згідно статистичних даних 85% глухих школярів не можуть використовувати усну мову. У 50% знижена здатність використовувати письмову мову, у 85% - здатність ідентифікувати людей та об'єкти.

Проблеми з використанням транспорту мають 66%, 45% погано відчувають власну небезпеку, 85% мають труднощі у повсякденній діяльності, 61% не можуть самотійно жити, 77% не може займатися професійною діяльністю, 24% мають порушення зору, 47% страждають порушеннями рухової функції.

Оцінюючи рухові якості, особливу увагу приділяють тестуванню:

- швидкості, точності відтворення рухів заданої амплітуди, точності цільового руху;
- точності диференціації великих і малих м'язових зусиль;
- здатності формувати просторово-часові зв'язки;
- координації.

Фізичне виховання глухих як процес формування певних знань має свої специфічні особливості. Пов'язані вони з проблемою мови. Слово – засіб систематизації безпосередніх чуттєвих вражень, організації та регуляції пізнавальних дій, поповнення безпосереднього чуттєвого досвіду, відтворення досвіду і включення його до нової системи зв'язків.

Зв'язок мови з мисленням схематично можна уявити таким чином:

об'єкт – сприйняття – словесний символ – образ – мислення – свідома діяльність суб'єкта

.

При глухоті цей алгоритм порушується. Уроджена або рано набута глухота за відсутності необхідних корекцій має як наслідок затримку формування словесного абстрактно-логічного мислення. При цьому зберігаються неушкодженими наочнодіючі й наочно-образні форми мислення. Така часткова затримка інтелектуального розвитку проявляється нестійкістю інтересів, швидким пересиченням, недостатньою самостійністю, наївністю, навіюваністю.

7. Спеціальні жести з мови глухих.

Виокремлюють наступні методи спілкування з людьми даної нозології:

- усний метод – читання з губ;
- жестикуляція – мова жестів;
- поєднання усного методу та мови жестів.

У світі існує більш 40 алфавітів та систем для спілкування глухих за допомогою пальців. Існують системи, в яких використовується дві руки, але в більшості випадків використовується одна рука для того щоб друга рука виконувала інші дії. Кількість знаків в такому алфавіті залежить від знаків в алфавіті мови.

У 1963 р. для спілкування людей з різних країн розроблено Міжнародний пальцевий алфавіт. У 1975 р. Всесвітня федерація глухих прийняла міжнародний словник для глухих Джестуно еквівалент Есперанто, що об'єднав в собі 1500 легко зрозумілих знаків. Він використовується для проведення спортивних ігор, конгресів.

Необхідно пам'ятати, що використання пальцевих алфавітів обмежено в передачі назв та імен, іноземних слів та слів, які висловлюють емоції. В таких випадках необхідно, щоб співрозмовник розумів про що їде мова.



Пальцевий алфавіт передає звуки мови (буква за буквою), а знаки виявляють цілі поняття. В кожній країні є своя форма мови знаків. Наприклад, в Америці та Великобританії державною є англійська мова, але знакові мови дуже відрізняються, тому що мова має свої діалекти.

Знаки для глухих базуються на поняттях абстрактних ідей. Так як поняття зображуються руками, знаки поділяються на два типи:

- іконічні, які містять елемент того, що вони представляють (наприклад, дом може бути зображен руками у вигляді контура з кришею);
- довільні, не мають такого зв'язку (сестра позначається кругом правим вказівним пальцем навколо носа).

Жестова мова — це вид спеціального письма, який дає змогу позначати цілі слова, а також літери алфавіту певними жестами. Жестову мову для обміну інформацією використовують як люди з вадами голосових зв'язок та слуху, так і люди без таких вад. Жестова мова за своїми можливостями не поступається звуковим мовам, хоча соціально має нижчий статус.





















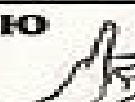
Жестові мови можна класифікувати за різними параметрами. За основним контингентом, осіб що користуються ними можна розділити на мови тих хто чує і мови глухих; з функціональної точки зору — на допоміжні та основні мови.



За ступенем автономності від звукових мов вони утворюють багатовимірну шкалу; на одному її полюсі розташовуються мови, структура яких ніяк не пов'язана зі звуковими мовами, а на іншому — ті, що цілком ґрунтуються на якійсь звуковій мові і по суті, як і друкований текст, являють собою просто перекодування звукової мови. Жестові мови чуючих майже завжди мають допоміжний характер і використовуються поряд зі звуковими.

Описано вони надзвичайно поверхнево, хоча в недавньому минулому в багатьох суспільствах були розвинені дуже добре і використовувалися при ритуальному мовчанні, при комунікації на значній відстані, при необхідності дотримання тиші на полюванні і в подібних ситуаціях. Ступінь їх автономності від звукових мов і спектр виражальних можливостей багато в чому залежали від їх місця в культурі відповідних народів. Ймовірно, найбільш розвинені мови жестів існували в аборигенів Австралії.

Спеціальні жести з мови глухих.

А 	Б 	В 	Г 	Г 
Д 	Е 	Є 	Ж 	З 
И 	І 	і 	Й 	К 
Л 	М 	Н 	О 	П 
Р 	С 	Т 	У 	Ф 
Х 	Ц 	Ч 	Ш 	Щ 
Ю 	Я 	Ь 		



Дякую за увагу!

