

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2015

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Baracová

**Kompenzační pomůcky pro sluchově postižené a jejich
využití při rehabilitaci**

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslava Kotvová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2013-2015

BACHELOR THESIS

Tereza Baracová

**Compensatory aids for the hearing disabled and their use
in rehabilitation**

Prague 2015

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Miroslava Kotvová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Miroslavě Kotvové za připomínky a odborné vedené mé bakalářské práce, dále pak Domovu pro seniory Šluknov - Krásná Lípa za umožnění šetření k praktické části této práce a všem zpovídaným seniorům a dotazovaným respondentům za jejich čas a ochotu se spolupodílet.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá sluchovým postižením a možnostmi využití kompenzačních pomůcek pro sluchově postižené. Je vymezeno sluchové postižení, jeho vznik a dělení z hlediska jeho příčin a doby vzniku. Cílem práce je popsat současnou nabídku kompenzačních pomůcek pro jedince se sluchovým postižením, objasnit jejich užívání a uplatnění v oblasti rehabilitace jedinců se sluchovým postižením. Praktická část se formou rozhovorů zaměřuje na užívání kompenzačních pomůcek seniory v Domovech pro seniory a porovnává užívání kompenzačních pomůcek seniorů a dětí. Poslední část práce zjišťuje za pomoci dotazníku využívání kompenzačních pomůcek sluchově postiženými napříč věkovými kategoriemi.

Klíčová slova

kochleární implantát, kompenzační pomůcky, poruchy sluchu, sluch, sluchadla, sluchové postižení, rehabilitace

Annotation

The main theme for this bachelor thesis is hearing handicap and possibilities of use hearing aid devices for hearing impairments. The term hearing impairment is described. Cause and when it appears is explained. The aim of this material is to describe current offer of the hearing aid devices for people with handicap and clarify their use in rehabilitation for hearing impairment. Practical part is aiming with method of dialogue on seniors and their use of hearing aid devices and comparing to use for children. Last part describes use of hearing aid devices across all the age categories based on information from questionnaire.

Keywords

cochlear implant, compensatory aid, hearing impairment, rehabilitation, hearing, hearing aid, hearing handicap

OBSAH

ÚVOD.....	9
TERORETICKÁ ČÁST.....	11
1SLUCH.....	11
1.1Lidské ucho.....	12
1.1.1Stavba ucha.....	12
1.1.2Sluchový práh.....	14
2SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ.....	15
2.1Příčiny SP.....	15
2.2Typy SP.....	16
2.2.1Centrální poruchy sluchu.....	17
2.2.2Periferní poruchy sluchu.....	17
2.3Stupně sluchového postižení.....	18
2.4Diagnostika SP.....	21
2.4.1Subjektivní audiometrie.....	22
2.4.2Objektivní audiometrie.....	22
2.4.3Screening novorozenců.....	23
3KOMPENZAČNÍ POMŮCKY A MOŽNOSTI JEJICH VYUŽITÍ.....	24
3.1Sluchadla.....	25
3.1.1Dělení sluchadel.....	27
3.1.2Možnost úhrady sluchadla dle VZP.....	29
3.2Kochleární implantát.....	29
3.3Signalizační zařízení.....	32
3.4FM systém.....	33
3.5Pomůcky umožňující komunikaci na dálku.....	33
3.6Příspěvky na kompenzační pomůcky.....	34
3.7Společnosti zabývající se výrobou a prodejem KP.....	35
4REHABILITACE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH.....	37
4.1Rehabilitace dítěte se SP.....	37
4.2Rehabilitace jedinců s kochleárním implantátem.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST.....	40

<u>5 VYUŽITÍ KP SENIORY V DPS V POROVNÁNÍ S UŽÍVÁNÍ KP DĚTMI.....</u>	<u>40</u>
5.1 DPS Šluknov.....	41
5.1.1 Kazuistiky seniorů z DPS ve Šluknově.....	43
5.2 DPS v Krásné Lípě.....	46
5.2.1 Kazuistiky seniorů z DPS v Krásné Lípě.....	47
5.3 Rozhovor s vedoucí pracovnící Rané péče Čechy.....	48
5.4 Závěr šetření.....	50
<u>6 VYUŽÍVÁNÍ KP OSOBAMI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍ.....</u>	<u>52</u>
6.1 Vyhodnocení dotazníku.....	53
<u>ZÁVĚR.....</u>	<u>56</u>
<u>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</u>	<u>57</u>
<u>SEZNAM ZKRATEK.....</u>	<u>60</u>
<u>SEZNAM PŘÍLOH.....</u>	<u>61</u>

ÚVOD

Téma kompenzační pomůcky pro sluchově postižené a jejich využití při rehabilitaci jsem si vybrala za účelem komplexního ucelení povědomí o možnostech sluchové kompenzace a možnosti jejího využití v praxi.

Sluchové postižení představuje pro jedince řadu nevýhod, se kterými se musí ve svém životě vyrovnat a snažit se naleznout alternativy, které mu jeho nevýhody usnadní. Jednou z největších nevýhod zejména v případě těžké sluchové vady je komunikační bariéra a s ní související omezený přísun informací. To kupříkladu u dětí úzce souvisí s dalším vývojem a to v oblasti sociálně-emoční, mentální atp. U všech sluchově postižených jedinců pak vyhledáváme různé varianty kompenzace jejich handicapu tak, aby maximálně vyhovovaly jejich potřebám i možnostem jejich využití. K tomu nám slouží různé kompenzační pomůcky, ať se jedná o pomůcky technické či různé varianty komunikačních systémů se sluchově postiženými lidmi. V současnosti existuje škála kompenzačních pomůcek, které neslyšícím usnadňují orientovat se ve světě majoritní slyšící populace. Cílem práce je klasifikovat jedince s různým rozsahem a typem sluchového postižení a popsat současnou nabídku kompenzačních pomůcek pro jedince se sluchovým postižením, objasnit jejich užívání a uplatnění v oblasti rehabilitace jedinců se SP.

V první části mé bakalářské práce (dále už jen BP) se budu věnovat sluchu a jeho významu pro člověka. Představím stavbu a funkci ucha, jakožto hlavního sluchového orgánu. Vymezím příčiny sluchových poruch a představím klasifikaci sluchových postižení. Jako další uvedu příklady vyšetření sluchu a možnosti následné rehabilitace sluchově postižených. Poté představím různé technické kompenzační pomůcky a jejich využití v praxi.

Praktická část BP je tvořena případovou studií, zaměřenou na využití kompenzačních pomůcek seniory v Domově pro seniory (dále jen DPS) Šluknov – Krásná Lípa. Je utvořena prostřednictvím rozhovorů, vedených s personálem DPS a jeho klienty. Z rozhovorů s klienty jsem vybrala několik kazuistik, které dále uvádím ve své BP. Dále uvedu rozhovor s pracovnící Rané péče Čechy a provedu porovnání mezi

užíváním kompenzačních pomůcek seniory a dětmi. V závěru praktické části BP uvedu dotazníkové šetření, které mapuje zastoupení KP mezi sluchově postiženými.

Cílem praktické části je ověření teoretických poznatků v praxi.

TERORETICKÁ ČÁST

1 SLUCH

Sluch je jedním z našich nejdůležitějších smyslů. Podobně jako u zraku se jedná o smysl dálkový, který nás spojuje s předměty i lidmi, které nejsou v naší bezprostřední blízkosti. Přijímání zvukových informací nám umožňuje orientovat se v různých prostředích. Je to smysl, který nám nejčastěji slouží k naší ochraně a k registraci blížícího se nebezpečí. Sluch je také nesmírně důležitý pro rozvoj řeči a s ním spojeným řečovým myšlením. Absence sluchu zejména v raných fázích života člověka má výrazné dopady na schopnost řeči a tím i komunikační schopnosti. Řeč je jedním z nejdůležitějších způsobů mezilidské komunikace a je to právě řeč, která nám umožňuje pojmové přemýšlení. Rozdílný způsob pojmového přemýšlení výrazným způsobem odlišuje vnitřní svět neslyšících a slyšících lidí, přispívá k vytváření bariér mezi těmito skupinami.

Absence sluchu výrazným způsobem ovlivňuje také osobnost jedince. Registrace zvukového pozadí úzce souvisí s pocity bezpečnosti a usnadňuje pohybovou koordinaci. Zhoršená orientace ovlivňuje pocity bezpečí, jež dále mohou ovlivňovat vlastní sebejistotu. Obtížné dorozumívání se s okolím může vést k uzavřenosti a introverzi. Komunikační bariéra mezi dítětem a rodičem pak může vést k narušení citových vztahů, snížení sebevědomí či komplexu méněcennosti, v opačném případě pak k vyšší agresivitě a vznětlivosti.

Absence sluchu je často porovnávána se ztrátou zraku. Hodnoceno je především to, zda je ztráta zraku pro člověka horší než ztráta sluchu. Na zrakově postiženého člověka často bývá nahlíženo jako na vysoce handicapovaného (než tomu bývá v případě osoby se sluchovým postižením) – Pulda (1992, s. 7) dokonce uvádí, že sluchově postižení žáci litovali své zrakově postižené vrstevníky a uváděli, že jsou rádi, že „pouze“ neslyší. Sluch bývá společností leckdy podceňován, přitom prostřednictvím sluchu získáváme

nejen velké množství informací aktuálního dění kolem sebe, ale je pro nás významný také z hlediska vzdělávání. To se týká především osob s těžkou vrozenou sluchovou vadou či hluchotou, kteří bývají často velmi limitováni v oborech a profesích vázaných na řeč a komunikaci. Sluch je pro nás dále významný z hlediska přirozených potřeb člověka audiovizuální komunikace. Zejména v případě mezilidské komunikace jsou sluchově postižené osoby limitovány, protože těžko rozpoznávají řečnické formy založené na intonaci našeho hlasu, například ironii.

1.1 Lidské ucho

K tomu, abychom mohli diagnostikovat sluchové postižení, případně zavádět a využívat příslušné a vhodné kompenzační pomůcky, je nutné znát stavbu ucha a samotný sluchový mechanismus.

1.1.1 Stavba ucha

„Lidské ucho se skládá ze tří vývojově a funkčně odlišných část sloužících k zachycení, mechanickému převodu, digitalizaci a transmisi zvukových vln do centrální nervové soustavy. Má význam nejen pro vnímání okolních zvuků, ale zároveň obsahuje i analyzátor pro vnímání pocitu rovnováhy, pohybu přímočarého i otáčivého a polohy těla v prostoru.“ (Horáková, 2012, s.15)

Ucho je hlavním sluchovým orgánem, který dělíme na část periferní a část centrální. Periferní část se dále dělí na zevní ucho, střední ucho a ucho vnitřní. Centrální část zahrnuje sluchové dráhy a samotné sluchové centrum. Jednou z hlavních funkcí ucha je přeměna mechanické energie na elektrické vzruchy, které dráždí sluchové nervy a jsou dále vedeny do mozkového centra. Narušení jednotlivých částí ucha určuje míru a typ sluchového postižení a jeho rozsah. Lidské ucho je nejcitlivější je na tóny ve frekvenční oblasti mluveného slova.

Zevní ucho

Zvukové vlny jsou nejprve zachyceny ušním boltcem, který má trychtýřovitý tvar a je tvořen chrupavkou. Dále pokračují vnějším zvukovodem, ten je dle Mukšnáblové (2014, s. 11) u dospělého jedince hruba 2,5 - 3 cm dlouhý. Je tvořen ze 2/3 chrupavkou, z 1/3 kostí a je zakončen bubínkem. Podoba zevního zvukovodu (jeho tvar, délka a šířka) ovlivňuje možnosti zvukovodového sluchadla. Kromě zvukové funkce zevní zvukovod dále zabraňuje vniku nečistot k bubínku prostřednictvím mazových žlázek, které produkují ušní maz. Ušní maz je žluté až žlutohnědé barvy a zachytává nečistoty a chrání tak bubínek před jeho poškozením.

Střední ucho

Střední ucho je tvořeno dutinou středoušní a začíná bubínkem. Bubínek je napínán třmínkovým svalem a společně s ním chrání při nadměrném hluku sluchové ústrojí. Činí tak prostřednictvím svého stažení, které dále zabraňuje šíření zvukového přenosu. Nejdůležitější funkcí bubínku je přeměna akustické energie na energii mechanicko-kinetickou.

Na bubínek jsou dále napojeny tři středoušní sluchové kůstky – kovádlinka, třmínek a kladívko, které jsou spojeny středoušním svalem.¹ Jejich hlavním úkolem je přenos chvění bubínku na tekutiny vnitřního ucha. Do středoušní dutiny dále ústí významná Eustachova trubice z nosohltanu, jejíž funkcí je vyrovnávání tlaku ve středoušní dutině. Nerovnost tlaku mezi středoušní dutinou a našim okolím se projevuje například pocitem zalehlého ucha (kupříkladu nacházíme-li se v prostředí s určitým podtlakem či přetížením). Pro opětovné vyrovnání tlaku ve středoušní dutině se často doporučuje polknout či zívnout.

Vnitřní ucho

Vnitřní ucho leží v kostěném a blanitém labyrintu skalní kosti. Skládá se ze dvou částí, tj. části vestibulární a části sluchové. Vestibulární část neboli rovnovážné ústrojí je tvořena dvěma váčky a třemi polokruhovitými kanálky, které umožňují vnímání

¹ Středoušní sval je nejmenším příčně pruhovaným svalem v lidském těle.

vlastní polohy.² Ve sluchové části se pak nachází hlemýžď, ve kterém se vlnění mění na nervové vzruchy. Blanitý labyrint je tvořen blanitými váčky, hlemýžděm a polokruhovitými kanálky. Na povrchu blanitých váček se dále nachází smyslové buňky, které jsou při změně polohy těla podrážděny endolymfou. Uvnitř blanitého hlemýždě se nachází tzv. Cortiho orgán, který je pro vlastní slyšení nesmírně důležitý. Je tvořen vláskovými sluchovými buňkami, které dokážou přeměnit mechanickou energii na bioelektrickou

Sluchové dráhy

Nervové impulsy jsou dále vedeny do mozku pomocí sluchového nervu. Sluchové dráhy jsou vedeny zkříženě. Toto zkřížené vedení napomáhá rozlišování směru prostorového slyšení. do oblasti spánkových laloků, kde se nachází tzv. Heschlovy závity – centrum sluchu.

1.1.2 Sluchový práh

Aby byl akustický podnět naším sluchem reflektován, musí nabýt určité intenzity a přiblížit se tak intenzitě zvuku, jež jsme schopni vnímat, tzv. sluchového prahu. Sluchový práh je u každého jedince jiný a určit ho lze prostřednictvím audiometrických měření, která nám pomáhají zjistit, v jaké frekvenci jsme schopni zvuky vnímat od tónů nejnižších po nejvyšší.

2 Mezi kostěným a blanitým labyrintem je prostor vyplněn tekutinou tzv. perilymfou a prostor blanitého labyrintu je vyplněn tekutinou endolymfou, tyto tekutiny jsou velice významné pro rovnovážné ústrojí.

2 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

2.1 Příčiny SP

K sluchovému postižení dochází z různých příčin, v zásadě však rozlišujeme sluchové poruchy na poruchy vrozené a získané.

Vrozené poruchy sluchu

Vrozené poruchy dělí Horáková (2012, s. 19) na vady geneticky podmíněné a kongenitálně³ získané. Geneticky podmíněné vady jsou způsobeny poškozením nebo odchylkou (aberrací) jednoho či více genů, ty mohou a nemusí být dále dědičné. Mohou se na jedince přenášet dvojím způsobem a to buď dominantním přenosem, kdy je přenašečem genu pro sluchovou vadu jeden z rodičů nebo tzv. recesivním přenosem, kdy jsou postiženi oba rodiče.⁴ Pro prevenci dědičných poruch sluchu mají rodiče možnost genetického vyšetření plodu i sebe sama.

Kongenitálně získané vady mohou u jedince vznikat prenatalně či perinatálně. K prenatalním vadám může dojít kvůli negativním vlivům na plod v průběhu těhotenství, kdy je plod nejohroženější zejména v prvním trimestru těhotenství. Jedná se o různá onemocnění, která matka může v průběhu těhotenství prodělat. Vysoce ohrožující jsou pro dítě například zarděnky, virus chřipky, spalničky, toxoplasmóza a jiné. Dále pak mohou být na vývoj dítěte negativní vliv nevhodné léky, toxické látky či rentgenové záření. K perinatálním kongenitálním vadám dochází například v důsledku těžkého porodu spojeného s krvácením do vnitřního ucha či mozku, poporodní žloutenky, asfixie, nízké porodní váhy, dlouhodobé intubace dítěte atd.

3 Kongenitální označuje všechny ochylnky, vady a nemoci, se kterými se dítě rodí, ale nejsou dědičné.

4 Mukšnáblová (2014, s. 20) uvádí, že u rodičů, kde se vyskytuje sluchové postižení jak u matky, tak u otce, je 25% pravěpodobnost, že jejich dítě bude zdravé, z 25 % bude zdravé a z 50 % se u něj vada neprojeví, ale bude jejím přenašečem.

Získané poruchy sluchu

V případě postnatálních vad se jedná o vady získané, kdy dochází k postižení sluchového ústrojí buď v důsledku zánětlivých onemocnění, jejichž důsledkem je poškození tkáně sluchového ústrojí (například chronické záněty středního ucha, encefalitida apod.) nebo v důsledku mechanického postižení (například pádu, nebo jiným poraněním, kdy může dojít k porušení skalní kosti nebo řetězu sluchových kůstek či působením silného hluku), dále pak i v důsledku působení chemických látek např. léků (antibiotik). Sluchové postižení se vyskytují také jako součást různých druhů syndromů, jako je například Usherův syndrom.⁵

Jednou z hlavních a velice rozšířených poruch sluchu získaných v průběhu života je zhoršení či ztráta sluchu v důsledku věku. Presbyakuzie neboli stařecká nedoslýchavost se nejprve projevuje ztrátou sluchu v oblasti vysokých tónů. Hroboň, Jedlička a Hořejší (1998, s. 31) uvádějí, že postižení mají proto dojem, že slyší dobře, pouze špatně rozumějí. Děje se tak v důsledku toho, že vnímání hlubokých tónů nebývá výrazněji postiženo, proto tyto osoby většinu zvuků vnímají bez větších obtíží. Oblast vysokých tónů se výrazně dotýká řeči, neboť vysoké tóny jsou vysoce důležité pro rozlišování jednotlivých hlásek. Zhoršená schopnost rozpoznávání jednotlivých slov je následně dle Hroboně, Jedličky a Hořejšího (1998, s. 31) dáno „opotřebením“ a atrofií mozkové kůry. Věk, ve kterém se presbyakuzie začíná projevovat, je u každého individuální a závisí na mnoha faktorech, které nás v průběhu života ovlivňují – jako je například hluk z prostředí, v němž se pohybujeme, stres nebo například životní styl.

2.2 Typy SP

Poruchy sluchu můžeme posuzovat z různých hledisek. Z hlediska času posuzujeme poruchu na základě doby jejího trvání, tyto poruchy poté označujeme jako dočasné či

⁵ Autozomálně recesivně dědičná porucha projevující se současným výskytem hluchoty a slepoty.

trvalé. V případě dočasné poruchy je možné poruchu v průběhu života odstranit, popřípadě odezní sama a jedinec se tak může navrátit ke svému normálnímu stavu bez užívání kompenzačních pomůcek. V případě poruchy trvalé neboli patologické se jedná o stav neměnný.

Dalším hlediskem je typ SP, ten porovnáváme na základě toho, která část sluchové dráhy je zasažena. Tyto poruchy dělíme na periferní a centrální.

2.2.1 Centrální poruchy sluchu

Centrální poruchy sluchu mohou být podle Šlapáka – Floriánové (1999, s. 26) způsobené „*organickou nebo funkční změnou a postihují zpravidla korový a podkorový systém sluchových drah*“. Zvukové vjemy jsou tedy uchem správně převáděny, nicméně mozek tyto vjemy nedokáže dále zpracovávat, to znamená, že osoba s tímto typem postižení zvuky slyší, ale nerozumí obsahu slyšeného. Centrální poruchy mají ale ve výskytu sluchových vad menší zastoupení než poruchy periferní.

2.2.2 Periferní poruchy sluchu

Periferní poruchy se dále dělí podle místa poškození sluchové dráhy na poruchy percepční a převodní a dochází k nim při organickém porušení ucha.

Převodní poruchy

Převodní neboli *konduktivní* poruchy sluchu mají svou příčinu ve vnějším nebo středním uchu. Projevují se snížením sluchových vjemů ve všech tónech, což však neznamená hluchotu neboli úplnou ztrátu sluchu. Strnadová (2002, s. 9) uvádí, že nejvyšší ztráta sluchu může být až 60 dB. Taková ztráta se již týká oblasti vnímání řeči a rozlišování jednotlivých hlásek. Těto schopnosti jedince rozlišovat jednotlivé hlásky

mluvené řeči říkáme fonemický sluch. Převodní poruchy jsou nejběžnějším typem sluchového postižení a lze jej poměrně snadno vyrovnávat kompenzačními pomůckami – nejčastěji sluchadly. Při vyrovnávání sluchu pomocí sluchadel závisí na míře sluchového postižení. Osoby s převodním typem postižení jsou schopni dorozumívání s okolím bez výraznějšího omezení a to dokonce i prostřednictvím telefonu.

Percepční poruchy

Percepční neboli *senzourineurální* poruchy jsou spojené s poruchami v oblasti blanitého labyrintu neboli kochley – bývají proto označovány jako poruchy kochleární. Postiženy bývají zpravidla vláskové buňky v Cortiho orgánu, ale porušen může být i centrální sluchový nerv. Tyto poruchy označujeme jako *suprakochleární*. Protože jsou porušeny vláskové buňky v Cortiho orgánu, které napomáhají k rozlišování jednotlivých tónů, percepční poruchy se projevují zejména deformovaným slyšením. Strnadová (2002, s. 9) uvádí, že „*dochází nejenom ke snížení sluchových vjemů, ale také jejich zkreslení, proto při vyšších ztrátách sluchu není možné hlásky rozlišovat ani při velkém zesílení elektronickými pomůckami.*“ V těchto případech pak zesílení zvuku může být pro jedince až bolestivé, což souvisí se zbylými funkčními zvukocitlivými vláskovými buňkami. Postižení rozlišujeme podle místa poškození hlemýždě (kochley). V případě že sluchový nerv není poškozen, mohou být dokonce i percepční postižení kompenzována kompenzačními pomůckami jakou je například kochleární imlantát. (Tamtéž, s. 10)

2.3 Stupně sluchového postižení

Dle rozsahu sluchového postižení a míry zvuku, který jsou osoby se SP schopni slyšet, dělíme osoby se SP na osoby **nedoslýchavé, neslyšící, hluché**, případně **ohluchlé** v průběhu života. Početně je zastoupení nedoslýchavých či osob se zbytky sluchu v populaci mnohem vyšší než osob neslyšících bez sebemenších zbytků sluchu. Strnadová dále uvádí (2002, s. 9) že „*zvláštní skupinou jsou osoby s tzv. praktickou*

hluchotou, kdy se zbytkové slyšení jedince nepohybuje v tónové oblasti pro řeč a jedinec ani není schopen určit zdroj zaslechnutého zvuku.“

Mezinárodní klasifikace (Strnadová, 2002, s. 10)

normální sluch – ztráta 0 až 25 dB

lehká nedoslýchavost – ztráta 26 až 40 dB

střední nedoslýchavost – ztráta 41 až 55 dB

středně těžké postižení sluchu – ztráta 56 až 70 dB

těžké postižení sluchu – ztráta 71 až 90 dB

velmi závažné postižení – více než 91 dB

Dosavadní dělení v surdopedické praxi u nás (Tamtéž, s. 10)

lehká nedoslýchavost – ztráta 20 až 40 dB

střední nedoslýchavost – ztráta 40 až 70 dB

těžká nedoslýchavost – ztráta 70 až 90 dB

zbytky sluchu

hluchota praktická a úplná

Normální sluch

Za normální sluch se považuje sluch, který je bez sluchové ztráty nebo se sluchovou ztrátou do 20 dB. Normální sluch nečiní osobě komunikační potíže, překračují-li audiometrická vyšetření hladinu 20 dB, jedná dle Lejsky a kol. (1994, s. 50) o stupeň lehké nedoslýchavosti bez ohledu na to, ať si to pacient uvědomuje či nikoli.

Muknšnáblová (2014, s. 28) dále charakterizuje jednotlivé kategorie sluchově postižených :

Lehká porucha sluchu

Jedinec je schopen slyšet šepot do 6 m a ztráty sluchu, které bývají mimo pásmo řeči jsou nejvíce do 26 dB. Jedinec není sociálně omezován.

Lehká nedoslýchavost

Jako lehkou nedoslýchavost označujeme sluchovou ztrátu 26-40 dB. Osoba se SP je schopna slyšet řeč na vzdálenost větší než 3 m. Řeč se u dítěte s lehkou nedoslýchavostí vyvíjí spontánně, občasné problémy mu dělá rozlišování a vyslovování sykavek. V komunikaci je jedinec omezen v hlučném prostředí při tiché řeči, kdy nemusí rozumět až 50 % slov.

Mírná nedoslýchavost

Osoba s mírnou nedoslýchavostí slyší hlasitou řeč do 2-3 m, přičemž ztráty sluchu činí 40-50 dB. Tento stupeň postižení vyžaduje použití sluchadla pro běžný rozhovor. U dětí může být řeč v několika hláskách deformovaná.

Středně těžká nedoslýchavost

Sluchové ztráty činí 50-60 dB, osoba s tímto typem nedoslýchavosti slyší hlasitou řeč na méně než 1 m, k vnímání běžné řeči zachovaný sluch nestačí. Rozhovor je možný pouze za pomoci sluchadla či odezírání. Řeč je zpravidla v některých hláskách nesrozumitelná.

Zbytky sluchu

Jedinec je schopný vnímat hlasitou řeč blízko ušního boltce.

Těžké poškození sluchu až praktická hluchota

Ztráty sluchu se pohybují nad 60 dB, řeč je nesrozumitelná ani prostřednictvím kompenzačních pomůcek

Úplná hluchota

Ztráty nad 90 dB označujeme jako hluchotu, osoba neslyší žádné zvuky.

2.4 Diagnostika SP

Diagnostika by v případě vrozených sluchových vad měla ideálně probíhat do šestého měsíce života dítěte. Do této doby ještě nedochází k zásadním narušením vývoje dítěte. Prostřednictvím diagnostiky SP zjišťujeme především stav sluchu, tedy jeho sluchový práh a místo poškození sluchového orgánu.

Sluchovou diagnostikou se blíže zabývá obor audiologie, které zahrnuje škálu audiometrických měření. Správná diagnostika je nesmírně důležitá pro další rehabilitaci jedince a poskytnutí jedinci vhodnou KP. Audiometrická vyšetření sluchu dělíme na subjektivní a objektivní v rámci možností spolupráce vyšetřovaného s vyšetřovatelem. Odborné vyšetření sluchu probíhá lékařem otorinolaryngologie (dále jen ORL) či foniatrem.

Včasné odhalení sluchových poruch dětí mohou napomoci sami rodiče dětí, kteří věnují pozornost reflexům svého dítěte na zvukové podněty. Neotáčí-li se dítě po zdroji (tzv. pátrací reflex) zvuku nebo nemrkne-li po zaslechnutí silného zvuku poblíž hlavy, jedná se často o příznaky sluchových vad.

2.4.1 Subjektivní audiometrie

Mezi *subjektivní zkoušky* sluchu patří také klasická sluchová zkouška, při níž vyšetřovaný jedinec opakuje po vyšetřovateli jednotlivá slova. Hodnotí se zpravidla porozumění slovům za střídavého použití artikulované a šeptané řeči

Horáková (2012, s. 26) řadí mezi subjektivní audiometrické způsoby šetření **tónovou prahovou audiometrickou zkoušku**, kdy je jedinec uzavřen ve zvukově izolované kabině a za pomoci audiometru lékař zjišťuje nejnižší intenzitu zvuku, kterou vyšetřovaný dokáže zachytit. Po zachycení tónu dává vyšetřovaný lékaři znamení. Nevýhodou tohoto měření je provádění zkoušky za pomoci tzv. čistých tónů, které se v běžném životě vyskytují málokdy.

Další metodou subjektivního vyšetření je dle Horákové (Tamtéž, s. 26) **slovní audiometrie**. Při tomto vyšetření se zaměřujeme na porozumění předříkávaných slov. Vybráno je deset slov, která musí být přesně vyvážena po stránce fonetické i akustické.

2.4.2 Objektivní audiometrie

Při objektivním vyšetřováním není potřeba spolupráce vyšetřovaného s vyšetřujícím lékařem, to je zejména výhodné u velmi malých dětí nebo osob s mentálním postižením. Uvedeme si tři základní metody objektivní audiometrie.

Jednou z prvních vyšetřovacích metod je **tympanometrie**. Tympanometrie se zaměřuje na tlak před a za bubínkem, přičemž podává informace o stavu bubínku a řetězu tří kůstek. Na základě informací o tlaku ve středoušní dutině může lékař stanovit, o jaký typ nedoslýchavosti jde.

Další metodou je **měření otoakustických emisí** (dále jen OAE). Měření OAE můžeme provádět již první den po narození dítěte. Vlásokové buňky v hlemýždi jsou schopny odpovídat na podráždění zvukem. Tato metoda nás nezpravuje o příčině či místě nebo rozsahu případného poškození sluchu, je pro nás pouze informativní

zkouškou normálního sluchu, která nevylučuje například poškození sluchových drah v mozku.

Poslední uvedenou metodou je vyšetření **BERA** neboli Brainstem Evoked Responses Audiometry. Toto vyšetření se provádí výhradně v průběhu spánku, je tedy opět vhodné pro děti neb osoby s jinými typy postižení. Vyšetření se zaměřuje na sluchovou dráhu od hlemýždě po korovou oblast, kdy jsou měřeny evokované odpovědi mozkového kmene.

2.4.3 Screening novorozenců

„Dne 31. srpna 2012 vstoupil v platnost Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců (Věstník MZ 7/2012), který upravuje podmínky celoplošného screeningu sluchu na novorozeneckých odděleních, případně následně na pracovištích ORL nebo foniatrie.“ (Widex, online, cit. 2015-23-02)

Screening novorozenců je vyšetření sluchu, prováděné novorozenci od druhého dne jeho života. Pomocí přístroje pro měření sluchové zkoušky se měří zvuková odpověď ze zvukovodu. Celoplošný screening nenabízejí všechny nemocnice a provádí se zpravidla s ohledem na podezření na sluchovou vadu dítěte.

3 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY A MOŽNOSTI JEJICH VYUŽITÍ

Jako obecnou definici toho, co je to kompenzační pomůcka, můžeme považovat označení, že se jedná o všechny pomůcky, jež pomáhají nahradit tělesné funkce, které v důsledku úrazu, nemoci či vrozených dispozic nesprávně fungují či téměř vůbec nefungují.

Hlavním cílem využívání kompenzačních pomůcek je poskytnutí dostatečného komfortu v činnostech každodenního života. V první řadě kompenzační pomůcky pomáhají člověku s postižením zvyšovat jeho samostatnost a nezávislost a z velké části zmírňují negativní důsledky jeho postižení a s ním spojené frustrace.

Co se týče technických kompenzačních pomůcek pro jedince se SP, můžeme říci, že díky nezastavitelnému a rychle se rozvíjícímu pokroku nám věda umožňuje velký výběr KP, mezi kterými jedinec se SP může volit. Jedná se o pomůcky, které mohou zvuk zesilovat v případě, že sluchová vada osoby se SP umožňuje slyšení – například různé typy sluchadel. Dále se jedná o pomůcky, které umožňují vnímání sluchových vjemů díky přímému podráždění sluchového nervu a o pomůcky, jejichž činnost je založena na vizuálních a mechanických signálech. V této práci jsou blíže popsány KP, se kterými se v praxi běžně setkáváme.

3.1 Sluchadla

Sluchadlo je elektronický přístroj, jehož hlavním úkolem je zesílení a modulace zvuků, které jsou vedeny do vnitřního ucha. Vedený zvuk musí být správně zesílen i upraven na základě potřeb a rozsahu postižení každého jedince.

Sluchadla jsou nejvýznamnější a nejrozšířenější pomůckou pro osoby s různým typem sluchového postižení. Významným způsobem usnadňují komunikaci nedoslýchavých s většinovou slyšící společností, kdy umožňují nedoslýchavým osobám rozumět mluvené řeči. Dále hrají neméně významnou roli při výchově nedoslýchavých dětí, zejména v jejich řečovém, sociálním a vzdělávacím rozvoji. Hlavním přínosem sluchadla je snižování omezení u jedinců, kterým to jejich sluchové postižení umožňuje.

Popis sluchadla

Současná nabídka typů sluchadel je velmi rozmanitá - tak aby uspokojila potřeby svých uživatelů takřka na míru. Co do velikosti sluchadel umožňuje moderní technologie vznik sluchadel větších (viz. Sluchadla kapesní) po sluchadla takřka miniaturní (viz. Sluchadla zvukovodová), které svého uživatele při nošení nijak neomezují. Součástí každého sluchadla je však **mikrofon, zesilovač, regulátor hlasitosti, a reproduktor**, které jsou nezbytně nutné pro jeho funkci. Další částí je tzv. ušní tvarovka, která je zhotovována uživatelům na míru, na základě anatomického tvaru jeho vnějšího ucha.

„Přístroj je tvořen dvěma elektroakustickými měniči, které převádějí zvuk (přesněji řečeno změny zvukového tlaku) na elektrický signál, a opačně elektrický signál zpět na zvuk - k tomu slouží mikrofon a reproduktor. Mezi nimi je zesilovač, který má za úkol elektrický signál vhodně zesílit. Kromě uvedených částí musí sluchadlo obsahovat také baterii nebo akumulátor, který dodává všem jeho součástem potřebnou energii.“
(Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 64)

Osoby se SP mají sluch poškozen zpravidla v různých frekvencích, je proto nesmírně důležité správné nastavení sluchadel v narušených a nenarušených

frekvencích, tak aby jedinci se SP pomáhalo a zároveň neškodilo jeho poslechu nesprávnou funkcí. Dále je nutné, aby v nastavení sluchadla byla potlačena zpětná vazba ucha, která je zejména při vyndávání a nandávání zapnutého sluchadla velice nepříjemná, dbáme proto na aplikaci či snímání přístroje zcela vypnutého.

Nastavení sluchadla

Při nastavování sluchadla je přihlíženo k potřebám jedince a jeho reakcím ohledně jeho optimálního poslechu. Musíme však počítat s tím, že u malého dítěte probíhá proces nastavování jinak. Malé dítě nám zpravidla není schopno říci, jaké nastavení je pro něj nejpříjemnější, proto se řídíme dle jeho audiometrických hodnot a zpočátku nastavujeme sluchadlo na nižší hodnoty, které postupně zvyšujeme. (cca. po 1 měsíci) Sluchadlo jedinci předepisuje lékař se specializací ORL či foniatr, kteří mu dále pomáhají s výběrem KP a poskytováním dalších informací.

Péče o sluchadlo

Jelikož se jedná o přístroj každodenní potřeby, je údržba sluchadel velmi důležitá. Sluchadla nejsou vodotěsná, proto dbáme na to, aby nepřišla jakkoli do kontaktu s vodou. Jediná část, která může být umývána (avšak poté správně vysušena) je ušní tvarovka, ostatní části sluchadel čistíme nasucho za použití speciálních odvlhčovacích přípravků. Zhruba po 1 roce bychom měly měnit přívodné hadičky vedoucí k ušní tvarovce, které se často opotřebovávají a mohou praskat (prasklá hadička může zapříčinit také nepříjemnou zpětnou vazbu sluchadla). (Mukšnáblová, 2014, s. 45)

Dvě sluchadla

V současné době je možné využívat na každém uchu jedno sluchadlo. Dle Kašpara (2008, s. 35) přispívá zdravotní pojišťovna dětem do 18 let na obě sluchadla, dospělým pak pouze na jedno. Jednou za pět let pak mají nárok na příspěvek nový.

Poslech oběma ušima nám umožňuje lepší směrový vjem, lepší srozumitelnost poslechu a možnost nastavit sluchadla na nižší hlasitost, tím pádem nemusíme na jedno ucho vynakládat větší nápor než je nezbytně nutné.

3.1.1 Dělení sluchadel

Sluchadla můžeme dělit na základě různých hledisek a kritérií. V zásadě rozlišujeme sluchadla na základě způsobu zpracování akustického signálu, dle charakteru přenosu zvuku a nakonec podle jejich tvaru. (Horáková, 2012, s. 95)

Dle způsobu zpracování akustického signálu

Z tohoto hlediska rozlišujeme sluchadla **analogová** a sluchadla **digitální**. Analogová sluchadla jsou oproti digitálním sluchadlům v současné době mezi uživateli v mnohem menším zastoupení a představují pro uživatele levnější variantu. V zásadě se oba typy sluchadel v běžném užívání neliší, u analogových sluchadel stejně jako u sluchadel digitálních můžeme nastavit parametry sluchadla dle potřeb uživatele. Digitální sluchadla přeměňují akustický signál na digitální signál, ten je v praxi přeměněn na binární kód a dále zpracován mikroprocesorem. Současné digitální sluchadla umožňují na rozdíl od sluchadel analogových přizpůsobení se poslechovým podmínkám, to znamená prostředím s různou intenzitou hluku, v nichž se osoba se SP nachází. Dále umožňují regulaci šumů z okolí a zvýraznění zvuku řeči, nejsou tolik citlivá na rušení signálu mobilním telefonem a tím svému nositeli větší komfort při jeho užívání. (Tamtéž, s. 96)

Dle charakteru přenosu zvuku

Zvuk bývá do ucha přiváděn pomocí **vzduchu** nebo **kosti**. Vzdušný přenos zvuku je realizován pomocí sluchadel, které pro vedení akustické energie do zvukovodu využívá ušní tvarovku. Bubínek se rozkmitá, energie je dále přenesena na středoušní kůstky, odkud dále putuje do vnitřního ucha. V případě kostního vedení zesilovač předává elektrický signál do vibrátoru, který je připevněn na spánkovou kost. Odtud je dál veden do vnitřního ucha. (Horáková, 2012, s. 96)

Mezi sluchadla vedoucí zvuk pomocí kosti řadíme sluchadla BAHA a VORP. Kašpar (2008, s. 54) uvádí, že sluchadlo BAHA je „přišroubováno“ pomocí titanového šroubu ke kosti. Sluchadlo VORP se vzhledem podobá kochleárnímu implantátu (viz. níže), s tím rozdílem, že vývod elektrod je zakončen na kovadlince ve středním uchu,

vibrace jsou tedy přenášeny rovnou na řetěz sluchových kůstek. (Tamtéž, s. 59) Snahou sluchadel pro kostní vedení je obejít sluchové vady ve středouší.

Dle tvaru

Na základě tvaru rozdělujeme sluchadla závěsná, zvukovodová, kapesní a brýlová. Závěsná sluchadla mají veškerá příslušenství zabudována do pouzdra tvaru rohlíku, které je zavěšeno za uchem. Zesílený zvuk pak vede prostřednictvím pružné hadičky zakončené ušní tvarovkou do zvukovodu. (Hrubý, 1998, s. 103) Jedná se o jeden z nejrozšířenějších typů sluchadla.

Zvukovodová sluchadla Horáková (2012, s. 98) dále dělí podle místa vložení: kanálová sluchadla se vkládají do zvukovodu a jsou téměř celá ukryta, zvukovodová sluchadla se vkládají do zvukovodového vchodu a posledním typem jsou sluchadla boltcová. Kvůli náročnosti péče a zacházení s nimi tato sluchadla nejsou vhodná pro děti ani pro seniory.

Kapesní sluchadla

Tento typ sluchadla je v současné době na ústupu, kdy bývá nahrazen sluchadlem závěsným. Je tvořen krabičkou, v níž se nachází veškeré příslušenství, do ucha je pak veden zvuk pomocí kabelu, který je zakončen ušní tvarovkou. Díky řadě nevýhod, které tento typ má (např. rychlé opotřebení kabelu) se od tohoto modelu upouští.

Brýlová sluchadla

Brýlové sluchadlo je dalším typem sluchadla s kostním vedením zvuku. Příslušenství sluchadla je umístěno do straničky od brýlí. Jako u sluchadla kapesního, tak i od sluchadla brýlové se v současnosti upouští. Nevýhodou je pevně zabudované sluchadlo ve straničce, což při poruše jedné z částí sluchadla (brýlí či sluchadla) a následné opravě, znamená absenci obou kompenzačních pomůcek. V současné době je možné v kombinaci s brýlemi využívat sluchadla závěsná, která se na straničku nasadí, avšak lze je odejmout.

3.1.2 Možnost úhrady sluchadla dle VZP

Dle Číselníku 860 VZP (VZP, online, cit. 2015-24-02) jsou sluchadla předepisovány lékařem, který je oprávněn k přidělování sluchadel Společnosti ORL. Sluchadla předepisuje smluvní lékař pojišťovny, který vlastní osvědčení opravňující jej k přidělování sluchadel hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Sluchadla, příslušenství a ostatní foniatické pomůcky se předepisují na Poukaz na foniatickou pomůcku. U každého sluchově postiženého pojištěnce je třeba zajistit subjektivní vyzkoušení sluchadla stejné kategorie nejméně od třech výrobců uvedených v Číselníku. Sluchově postiženému pojištěnci je nutné nabídnout z každé kategorie sluchadlo bez doplatku, hrazené plně VZP. Zdravotnická zařízení jsou povinna mít k dispozici sluchadlo z každé kategorie (indikační skupina postižení s příslušnou max. úhradou) tedy bez doplatku pojištěnce. Pokud bude předepsáno sluchadlo s doplatkem, musí tak být učiněno pouze po dohodě s pojištěncem.

3.2 Kochleární implantát

Kochleární implantát (dále KI) je elektronické zařízení, které zprostředkovává neslyšícím sluchové vjemy na základě elektrických stimulů sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha. Dokáže zčásti nahradit sluch lidem, kteří se narodili jako neslyšící nebo sluch ztratili v průběhu života.

Popis KI

Kochleární implantát se skládá ze dvou částí – vnitřní, která je implantovaná pod kůží, a vnější. Vnitřní část se skládá z elektrodového pole a elektronických obvodů, které jsou zapouzdřeny ve vhodném materiálu, který lidské tělo dobře snáší a neškodí mu. Vnitřní část KI se ukládá do lůžka ve spánkové kosti, přičemž svazek elektrod je zaveden do hlemýždě tak, aby se nacházel co nejbližší zakončení sluchového nervu.

Část vnější se skládá z řečového procesoru, mikrofону, vysílací cívky a spojovacích kablíků. Vysílací cívka se přikládá za ucho nad vnitřní implantovanou část a na správné místo je vždy dosazena díky páru magnetů. Řečový procesor má podobu kapesního sluchadla a uživatel ho nosí při sobě v kapse nebo přichycený na opasku. Kablík, který ho spojuje s vysílací cívkou je zavěšen na uchu pomocí závěsu, který svým tvarem připomíná závěsné sluchadlo. (Hrubý, 1998, s. 146)

Kritéria kandidáta

Kochleární implantace nelze provést každému sluchově postiženému jedinci a existují určitá kritéria pro výběr správného kandidáta Tyto kritéria schválila Česká společnost pro otorhinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku Jana Evangelisty Purkyně.

Před samotnou kochleární implantací je nutné provést několik vyšetření v rámci různých oborů.. Psychologická vyšetření pak musí prokázat, že dítě nemá závažné psychopatologické rysy a jeho mentální schopnosti jsou na takové úrovni, která umožní využití implantátu a naprogramování řečového procesoru. Při logopedickém vyšetření se hodnotí kvalita rehabilitace v místě bydliště, posuzují se komunikační dovednosti dítěte a vytváří se dlouhodobý rehabilitační program. Dalším faktorem ovlivňujícím úspěšnost kochleární implantace jsou kognitivní schopnosti. Děti s v větším inteligenčním potenciálem jsou schopny snadněji se učit a lépe využívat implantátu.

U dospělých osob posuzujeme například to, zda se jedná o prelingválně či postlingválně neslyšícího, tedy zda se narodil jako slyšící a ohluchl před či po fixaci řeči, zda si tedy jedinec pamatuje, jak zní lidská řeč apod. Dále musí mít o neuroprotézu zájem ve smyslu dostatečné motivace. Musí být motivován podstoupit nejen předoperační vyšetření, ale následně také dlouhou a náročnou rehabilitaci, trvající téměř celý život. Posuzován je také celkový zdravotní stav jedince, který má především funkční nervové sluchové dráhy vedoucí do mozku, a kterému ani výkonné sluchadlo nepomáhá v rozumění řeči.

Pro implantaci je dále velice důležité, aby kanálek hlemýždě ve vnitřním uchu nebyl osifikován⁶. Taková situace může nastat například po zánětu mozkových blan nebo

6 Tzn. prorostlý kostí.

po onemocnění meningitidou. Tito pacienti jsou zpravidla přijímáni přednostně, přičemž doba předoperačních vyšetření trvá šest měsíců.

U dětí nejprve posuzujeme míru sluchového postižení a úroveň dosavadní rehabilitace. Dále pak také spolupráci a odhodlanost rodičů k další rehabilitaci.

Průběh KI od schválení po implantaci

Uchazeči kochleární implantace jsou posláni svým ošetřujícím lékařem do centra kochleárních implantací a následně jsou podrobeni sérii vyšetření. Žadatelé jsou pozorováni zpravidla po dobu šesti měsíců a po uplynutí této doby je pro ně stanovena jejich diagnóza. Za šest měsíců je totiž nejdříve možné zjistit přínos implantátu pro pacienta. Doba od podání žádosti k samotné operaci by však neměla přesáhnout délku jednoho roku.

Vhodní kandidáti jsou předloženi ke schválení Komisi pro posuzování úhrady KI, která je složená z odborníků implantačních center, ze zástupců zdravotních pojišťoven, Ministerstva zdravotnictví, zástupců rodičů a sdružení sluchově postižených. Kladné rozhodnutí komise je předpokladem pro hrazení implantace příslušnými zdravotními pojišťovnami. Od roku 2015 je možno zavést implantát na obě uši, do tohoto roku se prováděla pojišťovnou hrazená implantace pouze jednoho ucha, kdy bylo znemožněno implantovat druhé ucho ani za úhradu implantace na vlastní náklady.

Oboustranná kochleární implantace

Do roku 2014 se u nás prováděly implantace pouze jednostranné, v červenci roku 2014 byla na Klinice ORL FN Brno provedena první oboustranná implantace u dítěte. (Fakultní nemocnice Brno, online, cit. 2015-10-03)

Protože je ucho párovým orgánem a informace, které získává z okolí, jsou díky příjmu oběma ušima komplexnější, je oboustranná implantace velmi významnou a zásadní změnou ve sluchové kompenzaci prostřednictvím KI.

3.3 Signalizační zařízení

Dalšími kompenzačními pomůckami jsou pomůcky, které slouží jedincům s těžkým sluchovým postižením či osobám neslyšícím pomáhají s úkony, které jsou založeny na upozornění prostřednictvím zvukového signálu. Zvukové signály jsou v těchto případech kompenzovány vizuálně či mechanicky za pomoci vibrací.

Budíky

Budík je velmi důležitou pomůckou v životě každého z nás. Ačkoli patří mezi méně oblíbené pomocníky, pro náš životní rytmus jsou nezbytné. Funkce normálních budíků je založena na zvuku, který spícího jedince probudí ze spánku. V případě osob se SP musíme využít signalizace za pomoci intenzivního světla, vibrací či proudu vzduchu z ventilátoru. (Hrubý, 1998, s.165) Světelné budíky mohou být připojeny na lampičku, kdy se při časové signalizaci lampička rozsvítí nebo rozbliká, dokud ji manuálně nevypneme. Vibrátor budíků založených na vibracích můžeme přidělat k posteli nebo jej umístit například pod polštář. Dnes jedincům se SP takové buzení umožňují i různé druhy mobilních telefonů, které ve svých funkcích mají možnost vibrace. Ty se dají nastavit na čas buzení.

Dvěřní zvonek

O něco složitější signalizační pomůckou jsou dvěřní zvonky. Dle Hrubého (Tamtéž, s. 170) totiž musí suplovat stejnou funkci jakou mají zvony založené na zvuku. To znamená, že upozornění na zvonek musí být viditelné v celém bytě. Jednou z variant je připojení zvonku na rozvod světla v domácnosti, ty se pak po stisknutí zvonku rozblikají a upozorňují tak jedince se SP na příchozí návštěvu. Další variantou je možnost rádiového spojení zvonku se světelným zařízením. Po stisknutí zvonku vyšleme takto signál k přijímači zabudovaném ve světelném zařízení, ten se opět rozsvítí či rozbliká. (Tamtéž, s. 171)

Signalizace zvonění telefonu

Je podobně jako u dvěřního zvonku založena na světelných záblescích.

Další signalizační zařízení

Dalšími pomůckami z řady signalizačních zařízení jsou signalizace pláče dítěte, požární signalizace, vibrační hodinky atd.

3.4 FM systém

FM systém se dělí na část vysílače s mikrofonom a část s přijímačem, mluvčí pak hovoří do mikrofonu a posluchači je umožněn lepší poslech prostřednictvím sluchadla i v akusticky nepříznivých podmínkách daného prostředí. Může být napojen na jakékoli sluchadlo. (Barešová, Hrubý, 1999, s. 15)

3.5 Pomůcky umožňující komunikaci na dálku

V současné době je velkým trendem a časovou náplní lidí komunikace na dálku. Umožňuje to především soudobá technologie, která nabízí řadu elektronických zařízení, prostřednictvím nichž komunikují lidé dnes a denně napříč věkovým spektrem. Tyto přístroje využívají lidé bez ohledu to, zda mají sluchové postižení či nikoli, ale právě pro sluchově postižené mohou znamenat veliký přínos.

Jednou z nejdůležitějších pomůcek, které umožňují osobám komunikaci na dálku je mobilní telefon. Hrubý (2000, s. 13) uvádí tyto možnosti využití mobilních telefonů osobami se SP:

- hovory a volání v tísni
- služba krátkých textových zpráv
- elektronická pošta – e-mail
- volání na pagery

- textové informace
- přístup na internet, bankovní transakce, datové služby a fax

Volání mobilním telefonem - a to zejména osobám nedoslýchavým – pomáhá usnadňovat indukční smyčka, kterou je možno zapojit do telefonu a zavěsit na krk. Telefon tak uživatel nemusí přikládat k uchu a díky tomu dle Hrubého (Tamtéž, s. 13) nedochází k nepříjemnému rušení sluchadla mobilním telefonem.

Dalším alternativou pro dálkovou komunikaci osob neslyšících je počítač. Především díky internetu je počítač vynikajícím komunikátorem pro osoby se SP, kdy umožňuje například vizuální kontakt prostřednictvím videorozhovoru.

3.6 Příspěvky na kompenzační pomůcky

Osoby se sluchovým postižením mají nárok na finanční příspěvek na kompenzační pomůcku. Příspěvky na KP řeší Úřad práce, dle znění Sbírkou zákonů č. 329/2011 O poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Nárok na příspěvek na příslušnou kompenzační pomůcku mají dle uvedeného zákona osoby, u nichž je diagnostikována těžké postižení. Další podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, *„že osoba je starší 1 roku, zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím; přitom se přihlíží i k dalším pomůckám, zdravotnickým prostředkům, úpravám a předmětům, které osoba využívá, a že osoba může zvláštní pomůcku využívat nebo může zvláštní pomůcku využívat ve svém sociálním prostředí.“* (MPSV, online, 2015-04-03)

3.7 Společnosti zabývající se výrobou a prodejem KP

V případě, že osoba se SP zná svou diagnózu a jsou mu odborníkem poskytnuty veškeré informace ohledně vhodné kompenzační pomůcky na základě jeho potřeb, může si sám zvolit, od které společnosti si svou KP zakoupí.

V každé zemi bychom jistě našli jiné preferované značky KP. Pro účely této práce jsem zvolila zástupce následujících společností, zabývajících se distribucí KP pro sluchově postižené, se kterými se na našem trhu můžeme setkat. Jejich kvalita je srovnatelná a záleží na každém jedinci, kterou značku pro své účely a pohodlí zvolí.

Widex

Dánská společnost Widex jako první na světě uvedla na trh digitální sluchadlo. U nás patří mezi nejrozšířenější a nejvyužívanější značky KP. Servis společnosti Widex v České republice můžeme nalézt v Praze a Brně. Mimo kamenných obchodů nabízí společnost i nákup přes svůj přehledný e-shop. *„Ve vlastních prodejnách nabízí záruční i pozáruční opravy sluchadel Widex, prodej příslušenství ke sluchadlům (baterie, krytky, šňůrky, čisticí prostředky atd.) i širokou nabídku kompenzačních pomůcek (indukční smyčky, telefony, budíky, zesilovače zvuku, signalizační systémy atd.“* (Widex, online, cit. 2015-23-02)

Společnost se zaměřuje na všechny věkové kategorie a na všechny typy sluchového postižení.

Interton

Společnost byla založena roku 1962 v Německu. Více jak padesát let vyrábí sluchadla do sedmdesáti zemí světa. Kromě výroby sluchadel se zabývá také výrobou ochrany proti hluku, vodě, chrápání, ochranou pro řemeslníky a průmysl a ochranou sluchu pro hudebníky. Centrála i servisní pobočka se nachází v Praze. Za zakázkovou výrobu ušních tvarovek dostala společnost mezi roky 1999 a 2007 opakovaně ocenění za jakost CZECH MADE. (Interton, online, cit. 2015-03-03)

MED-EL

Rakouská společnost MED-EL se specializuje především na výrobu kochleárních, středoušních a kostních implantátů. Implantáty značky MED-EL využívají Implantační centra v Brně i v Praze. Společnost MED-EL je hlavním konkurentem australské společnosti Cochlear u nás. (MED-EL, online, cit. 2015-03-03)

Dříve se KI této společnosti užívali na implantace dospělých, dnes je však užití KI této značky pro implantace dospělých i dětí srovnatelné.

SIEMENS

Společnost SIEMENS se zabývá sluchovou protetikou již 130 let, kdy roku 1878 vynalezl první technickou pomůcku pro nedoslýchavé. (Siemens, online, cit. 2015-03-08)

V současnosti nabízí veškeré typy sluchadel pro všechny generace, včetně příslušenství. Sluchové centrum SIEMENS nabízí osobám se sluchovým postižením zpoplatněné služby jako: měření sluchu, poradenství při výběru sluchadla, pomoc se správnou péčí o sluchadlo a podporu při výběru příslušenství. Servis společnosti nabízí opravy závěsných a zvukovodových sluchadel a příslušenství značky Siemens a drobné opravy na počkání.

4 REHABILITACE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH

Rehabilitace jedinců se SP se odvíjí od typu, rozsahu a doby vzniku sluchového postižení jedince. Jinak přistupujeme k jedincům, kteří se se svým postižením narodili (a učí se tak od začátku svého života vyrovnávat své postižení požadavkům na uplatnění se ve většinové společnosti) a jinak k osobám, u kterých se sluchová ztráta projevila v průběhu života. Takoví jedinci mohou být touto ztrátou zaskočeni a vyrovnávat se s ní hůře než jedinci, kteří jiné podmínky nezažili.

Vyrovňovat se s těmito změnami nebo životními podmínkami jedincům se SP pomáhají nejen kompenzační pomůcky, ale také řada odborníků a specialistů z medicínské i sociální sféry. Především je to pak rodina, která jedinci se sluchovým postižením pomáhá ve všech aspektech rehabilitace.

4.1 Rehabilitace dítěte se SP

Dítě se sluchovým postižením přináší do rodiny změny, které se dotýkají všech jejích členů. Rodina je však základním záchytným bodem ve světě dítěte a její pomoc je pro dítě proto nesmírně důležitá. Rodiče jsou odborníky nejprve seznamování s možnostmi komunikace se s svým dítětem na základě potřeb, které si vyžaduje jeho sluchové postižení. Volit mohou mezi znakovým jazykem, bilingvální metodou (uplatňuje se učení prostřednictvím znakového jazyka a mluvené řeči) a komunikací totální. Dalším typem rehabilitační metody je metoda orálně auditivní.ta se týká především maximálního využití zbytků sluchu a vedení dítěte k řečové produkci. (Holmanová, 2002, s. 8)

Hlavní faktory ovlivňující rehabilitaci dětí jsou věk, kdy byla sluchová vada diagnostikována, příčina sluchového postižení, typ a stupeň sluchové vady, účinnost sluchadel nebo KI, nadání dítěte pro řeč, zdravotní stav, psychická odolnost, vyspělost a inteligence. (Tamtéž, s. 12)

Hlavní složkou rehabilitace dítěte je sluchová výchova. V průběhu celé rehabilitace striktně dodržujeme zásadu přirozeného a nenuceného přístupu k dítěti. K tomu, aby byla rehabilitace sluchu účinná je zapotřebí vhodných kompenzačních pomůcek. Dítě se učí nácviku podmíněné reakce na zvuk a rozlišování zvuků a slov. (Tamtéž, s. 17) Další složkou je odezírání, což je do velké míry schopnost přirozená a ne všechny děti mají pro něj vlohy. Řečová výchova je vývoj dítěte velice zásadní. Vývoj řeči se u neslyšícího dítěte projevuje do prvního roku života téměř shodně s normálně slyšícím dítětem. Pro řečovou výchovu je nejdůležitější komunikace s dítětem při jakékoli příležitosti, komentovat svou či jeho činnost, připomínat mu denní režim a povídat si s ním o jeho zájmech.

Při rehabilitaci dále vedeme jedince ke své samostatnosti, informovanosti o svém postižení i možnostech dalšího vzdělávání. Hlavní technickou kompenzační pomůckou v rehabilitaci s dětmi jsou sluchadla, pakliže se však prokáže náprava na základě sluchadel neúčinná, zvažujeme možnost kochleární implantace.

4.2 Rehabilitace jedinců s kochleárním implantátem

U jedinců, kteří ohluchli po osvojení řeči, je rehabilitace jednodušší. Po zapojení KI implantátu pacient začíná slyšet zvuky, které doposud neslyšel, učí se je rozlišovat a poznávat. Cílem je porozumění běžné konverzaci bez odezírání.

Důležité je, aby požadavky na jedince při rehabilitaci nebyly přehnané, měly by být přiměřené jeho věku a schopnostem. V průběhu rehabilitace navazujeme na úkoly, které jsme s jedincem plnili před implantací, jen s tím rozdílem, že se můžeme opřít o nové sluchové vjemy. Sluchové vnímání rozvíjíme postupně od zjištění přítomnosti či nepřítomnosti zvuků a reakce na různé zvuky v okolí, přes jejich rozlišování a poznávání. Na procesu rehabilitace se podílí řada faktorů a není tedy možné navrhnout jediný univerzální rehabilitační program, který by se dal použít pro všechny jedince. Rehabilitaci přímo ovlivňuje schopnost jedince soustředit se, produkovat hlas, napodobovat řečové vzorce a správně dýchat. Každé dítě má navíc specifické potřeby

vzhledem k vývoji svého jazyka, jazykovému nadání a schopnosti správného používání jazykových struktur, které mají podstatný vliv na užívání spontánní řeči.

Rehabilitační péče se zaměřuje na výchovu sluchovou, řečovou a cvičení odezírání. Sluchová výchova po operaci začíná seznamováním jedince s okolními zvuky, jejich vnímáním a následným rozlišováním. Tato fáze bývá označována jako detekce zvuků. Další fází je diskriminace, kdy jedinec určuje, zda dva po sobě jdoucí zvukové podněty byly stejné nebo rozdílné. Pokud toto zvládne, následuje identifikace zvuků, slov a dále také vět.

Při řečové výchově se u nejmenších dětí k označení předmětů používají nejprve citoslovce a jednoduchá slova. V průběhu rehabilitace je slovní zásoba soustavně rozšiřována o všechny slovní druhy, dítě užívá slovní spojení a postupně i věty. Kromě cílených cvičení se k reedukaci využívají přirozené situace v průběhu celého dne. Všichni zúčastnění rehabilitace slovně komentují činnosti, kterými se jedinec zabývá, upozorňují ho na okolní zvuky, pojmenovávají předměty a věci, se kterými jedinec přichází do styku.

Pro rehabilitaci po kochleární implantaci je nezbytná také soustavná logopedická péče v místě bydliště. Dle Svobodové (1997, s. 9) je hlavním zájmem logopecké péče reedukace sluchu. „*Logoped musí vhodně voleným metodickým postupem předcházet případnému časté mu neúspěchu dítěte a správné odpovědi dítěte kladným hodnocením posilovat.*“ (Tamtéž, s. 29)

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části mé BP byla provedena případová studie zaměřená na sluchově postižené seniory, jejich využívání KP pro sluchově postižené a jejich možnosti rehabilitace v okolí mého bydliště. Šetření se uskutečnilo v Domově pro seniory (dále DPS) Šluknov – Krásná Lípa, který je příspěvkovou organizací Ústeckého kraje. Součástí šetření je také rozhovor s pracovníci Rané péče Čechy. Bylo provedeno porovnání v přístupu využívání kompenzačních pomůcek z pohledu pracovnice a pozorování v DPS.

5 VYUŽITÍ KP SENIORY V DPS V POROVNÁNÍ S UŽÍVÁNÍ KP DĚTMI

Vymezení výzkumného cíle

Cílem praktické části mé BP bylo rozšířit povědomí o využívání kompenzačních pomůcek mezi seniory v DPS, o možnostech volby KP, jejich dostupnosti pro klienty DPS a porovnání užívání KP seniorů a dětí, které se výrazně liší, díky rozdílným potřebám.

Metodika výzkumu

V této části BP je využito kvalitativního výzkumu. Byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru se sluchově postiženými nebo pracovníky příslušných pracovišť a rovněž pozorování zkoumaných prostředí a jejich běžného chodu. Pro získání potřebných informací jsem volila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory jsem vedla s personálem DPS a zhruba třinácti seniory. Kvůli rozsahové nerovnoměrnosti, která vznikala v závislosti na zdravotním a mentálním stavu klientů

DPS a na ochotě klientů DPS komunikovat, jsem pro svou bakalářskou práci vybrala 4 kazuistiky, které jsou uvedeny níže.

Průběh šetření

Jak už vyplývá z názvu organizace, Domov pro seniory je rozložen ve dvou městech Šluknovského výběžku a to ve Šluknově a Krásné Lípě. Protože ze Šluknovského výběžku pocházím a protože mám s DPS ve Šluknově osobní zkušenost, zvolila jsem pro svou BP sobě známé prostředí. Vlastní průběh šetření je blíže popsán níže.

5.1 DPS Šluknov

„Domov je umístěn v blízkosti veškeré občanské vybavenosti. V současné době se v areálu nachází tři pavilony pro obyvatele, většina prostor je bezbariérová, jejichž součástí je i výtah. Dále se v areálu Domova nachází administrativní budova, budova kuchyně, budova prádelny a budovy technického zázemí, včetně údržby. Co se týče volného času klienti mají k dispozici knihovnu a různé zájmové činnosti, nachází se zde kulturní místnost, zbudovaná po rozsáhlé rekonstrukci Domova, která je plně využívána veškerými akcemi konané v zařízení. V areálu se mimo jiné nachází rozrostlý park vybavený altány, kde uživatelé a návštěvníci Domova mohou relaxovat.“ (Domov pro seniory Šluknov-Krásná Lípa, online, cit. 2015-22-02)

Pro realizaci návštěvy Domova jsem se nejprve telefonicky spojila s ředitelkou Mgr. Dagmar Hluchou, obeznámila jsem ji s účelem své návštěvy a požádala ji o umožnění vstupu do zařízení. Paní ředitelka mě dále odkázala na vrchní sestru ve Šluknově, se kterou jsem si následně domluvila schůzku a udělala menší rozhovor, abych měla jasnější představu o chodu DPS.

Vrchní sestra ve Šluknově mi stručně objasnila situaci a zacházení s klienty se SP v DPS. Aktuálně mají ve šluknovském Domově pro seniory dvanáct nedoslýchavých klientů. Na otázku, s jakými kompenzačními pomůckami jejich klienti pracují odpověděla, že mají k dispozici pouze sluchadla. DPS přijímá své klienty nad věkovou

hranicí 65 let. Průměrný věk klientů v Domově je 85 let. Pro pomoc nedoslýchavým klientům je stanovena jedna zdravotní sestra, která má na starost stav kompenzačních pomůcek, péči o ně či objednání a svoz klientů na ORL. Šluknovský Domov dlouhodobě spolupracoval s otorinolaryngologickou ordinací v Děčíně, se kterou však kvůli absenci bezbariérového přístupu přestal spolupracovat a to z důvodu snížené pohyblivosti některých klientů, pro něž byla ordinace ORL ve druhém patře nedostupná. Nyní Domov začíná spolupráci s ORL ordinací v České Lípě, která bezbariérovým přístupem disponuje, přičemž první návštěva klientů byla stanovena na březen tohoto roku.

Dále jsem se u vrchní sestry informovala o tom, jaká je skutečná využívanost sluchadel klienty, zda sluchadla nosí, jestli jsou s nimi spokojeni a jaký typ sluchadel využívají. Bylo mi sděleno, že sluchadlo mají k dispozici všichni klienti se sluchovou vadou v Domově, využívá jich ale sotva polovina klientů. Důvodem je podle vrchní sestry pokročilý věk, díky němuž mají klienti špatnou jemnou motoriku, což jim znemožňuje správnou manipulaci se sluchadlem. A protože všichni klienti se sluchovým postižením vlastní sluchadlo analogové, dochází často k tomu, že si nastavení svého sluchadla rozladí a sluchadlo nepracuje tak, aby svému uživateli správně sloužilo. Klienti si stěžují, že jim sluchadlo píská či šumí a tyto zvuky jsou jim velmi nepříjemné, z toho důvodu pak sluchadlo odmítají používat.

Co se týče údržby sluchadel, zhruba každé dva měsíce dochází k překontrolování sluchadel. Jak jsem již uvedla, výše zmiňovaná pracovnice Domova, která má na starosti kontrolu sluchadel klientům sluchadla čistí a vysychacími prostředky zajišťuje, aby se do sluchadla nedostala voda.

Analogová sluchadla jsou pro nedoslýchavé seniory plně hrazeny pojišťovnami, proto jsou nejsnazší a nejběžnější formou kompenzačních pomůcek. Digitální sluchadla, která jsou v současné době mezi sluchově postiženými daleko rozšířenější, představují pro seniory větší finanční zátěž, kterou si v drtivé většině nemohou dovolit. Seniorům musí zbýt ze svého starobního důchodu 15 %, přičemž zbylé peníze zdaleka nestačí na finanční úhradu sluchadel. V takovém případě mohou seniorům vypomoci jejich příbuzní, což se podle vrchní sestry šluknovského Domova v praxi děje zřídka, ať již z důvodu toho, že se příbuzní nechtějí finančně spolupodílet na pomoci klienta DPS nebo zkrátka klienti žádné příbuzné nemají a jsou v domově sami.

5.1.1 Kazuistiky seniorů z DPS ve Šluknově

Pro zachování anonymity klientů DPS jsou u jednotlivých kazuistik uvedeny pouze křestní jména.

Pan Milan

Prvním osloveným klientem z DPS byl pan Milan. Panu Milanovi je 80 let a má dvě děti. Do DPS přišel před půl rokem z Olomouce, kde prožil většinu svého života. Pan Milan žil do poslední chvíle u syna, který se však musel odstěhovat za prací a o pana Milana se již nemohl postarat. Jeho dcera si v blízkosti Šluknova koupila dům a chtěla mít otce nablízku. Pan Milan se již kvůli zdravotním obtížím nedokáže plně obsloužit, zejména pohyb mu dělá největší potíže, chodí sám pomocí francouzských holí, ale sám bez cizí pomoci chodí spíše na krátké vzdálenosti. Rozhovor probíhal v pokoji pana Milana v DPS.

Narodil se v roce 1935 ve Zlíně, kde se vyučil v Baťově škole koželuhem⁷. Jako koželuh pracoval od roku 1951 do roku 1959. Poté nastoupil jako zásobovač do podniku Tesla v Rožnově, kam odešel, aby mohl být nápomocný svým rodičům a zbytku rodiny a také aby si našetřil nějaké peníze. V podniku Tesla dle jeho slov pracovali výhradně ženy, řediteli závodu se však pan Milan díky své přátelské a houževnaté povaze natolik zalíbil, že ho zaměstnal jako nákupčího. Přestože s touto profesí neměl nikdy zkušenost, rychle se podle svých slov v oboru zorientoval a pracoval jako nákupčí dalších pět let. V roce 1963 se oženil se svou ženou a o rok později odešli žít do Olomouce. V Olomouci pak dalších jedenáct let pracoval jako šéf ochrany armádního objektu. Poté až do důchodu vyzkoušel ještě jiné různé profese.

Pan Milan se narodil předčasně, v důsledku toho byla u něj postižena celá pravá polovina těla. To se projevilo šilhavostí pravého oka a zkrácenou pravou nohou. Ve čtyřech letech pan Milan podstoupil operaci, kdy mu byla pravá noha prodloužena. S šilhavým pravým okem docházel na oční kliniku, kde mu byla šilhavost postupně vyléčena. Mírné obtíže se sluchem v pravém uchu měl pan Milan již od útlého dětství,

7 Náplně profese koželuha je opracování zvířecí kůže, k dalšímu zpracování - například v obuvnictví.

nikdy ho však dle jeho slov nijak neomezovalo a jednalo se spíše o minimální ztrátu sluchu. Potíže se sluchem, které začal výrazněji pociťovat, nastaly zhruba ve čtyřiceti letech. Zpočátku obtížím nevěnoval příliš velkou pozornost, posléze se však začala sluchová vada zhoršovat a zasahovat do jeho každodenního života. Proto se zhruba v 50letech rozhodl navštívit ušní kliniku v Olomouci a nechal si zhotovit sluchadlo. Sluchadlo využívá při běžném rozhovoru pouze v případě, že druhý účastník rozhovoru mluví příliš potichu, při zvýšení hlasu či zvuku (například televize) však může poslouchat bez užití sluchadla. Rozhovor jsme ostatně vedli bez užití sluchadla bez větších obtíží. Jiné kompenzační pomůcky neužívá. Hlavní příčinu zhoršení svého sluchu relativně v brzkém věku spatřuje v práci v koželužně, kde zaměstnanci pracují v nadměrném hluku každý den a v tom, že zaměstnancům nebyly standardně poskytovány chrániče sluchu.

Pan Milan je energický, aktivní člověk, který dle svých slov přijímá život tak, jak přichází. Již v útlém dětství mu pro rehabilitaci ošetřující lékař doporučil hodně pohybu a dobrou náladu, čímž se ostatně pan Milan řídí i ve svém pokročilém věku. Celý život působil jako slovácký lidový vypravěč, kdy si ho a jeho kolegy lidé zpravidla najímali na svatební oslavy, kdy měli za úkol udržovat dobrou zábavu. Jeho aktivity zahrnovaly i tanec, zpěv, či hraní na kytaru. Na kytaru již bohužel kvůli zhoršujícímu zdravotnímu stavu pravé ruky hrát nemůže. O tom, že je pan Milan aktivní i v současnosti vypovídá i to, že v DPS založil a vede pěvecký kroužek s ostatními klienty.

Paní Cecílie

Další zpovídanou byla paní Cecílie. Paní Cecílii je 88 let, je nejmladší ze tří dětí a je matkou dvou synů. Do DPS přišla v dubnu loňského roku. V průběhu rozhovoru se zotavovala z prodělané chřipky, přesto byla ochotna odpovídat na mé otázky.

Původem pochází paní Cecílie ze Slovenska z oblasti kolem Nitry. Vyučila se jako tkadlena na Slovensku a v sedmnácti letech odešla se sestrou za prací do České republiky. Nejprve se odstěhovala do Mladé Boleslavi (kam se za sestrami později odstěhoval i jejich bratr), posléze do Staré Boleslavi a nakonec do Šluknovského výběžku, kde se usadila s manželem a založila rodinu. Jako tkadlena pracovala až do důchodu celý život.

Se sluchem začala mít potíže zhruba ve čtyřiceti pěti letech. V té době se jí sluch začínal postupně zhoršovat. Ordinaci ORL však poprvé navštívila před osmi lety a to v Rumburku. Dále byla paní lékařkou poslána do ordinace ORL v Děčíně, kde si nechala zhotovit závěsné sluchadlo. Paní Cecílie užívá sluchadlo analogové. První sluchadlo užívala cca šest let, poté ho kvůli opotřebení a častému šumění vyměnila za nové, to využívá již dva roky a nemá s ním žádný problém.

Paní Cecílie uvedla, že má na obou uších přibližně stejnou ztrátu sluchu a že bez sluchadla prakticky nic neslyší. Sluchadlo nosí na pravém uchu, největší nevýhodu sluchadla spatřuje ve stejném zesilování všech zvuků z okolí, což jí častokrát ztěžuje komunikaci s ostatními lidmi, proto paní Cecílie rozmlouvá s ostatními nejradši v tichém prostředí. Příčinu svého špatného sluchu spatřuje v práci v tkalcovských dílnách a nadměrném hluku na pracovišti, na kterém se pohybovala bez použití chráničů sluchu, které podle jejích slov nebyly k dostání.

Paní Cecílie jezdí každoročně na pravidelné kontroly svého sluchu, na poslední byla před rokem. Největší radost jí činí návštěvy dětí a vnoučat.

5.2 DPS v Krásné Lípě

Další klienti, jejichž kazuistiky jsou v BP uvedeny, pochází z DPS v Krásné Lípě.

„DPS je umístěn na okraji obytné zóny města Krásná Lípa. V jeho blízkosti je veškerá občanská vybavenost.

V objektu se nachází ubytovací pavilony A, B, C, dále administrativní budova, kuchyně, márnice a budova údržby. Všechny tyto objekty prošly rozsáhlou rekonstrukcí. Většina prostor je bezbariérová, součástí je i výtah a schodišťová plošina. Významnou součástí tohoto objektu je park vybavený altány, kde je možné relaxovat a věnovat se procházkám.“ (Domov pro seniory Šluknov – Krásná Lípa, online, cit. 2015-22-02)

V Krásné Lípě mě opět přijala paní vrchní sestra, se kterou jsem se telefonicky domluvila na setkání. Vrchní sestra mě informovala, že v Domově žije aktuálně osmnáct klientů se sluchovou vadou, kteří současně využívají kompenzační pomůcky pro SP. Všichni klienti jsou uživateli výhradně sluchadel, z toho většina je, kromě dvou klientů se sluchadlem digitálním, sluchadel analogových.

Informovala jsem se především o tom, zda klienti Domova KP využívají, přestože je vlastní. Vrchní sestra z Krásné Lípy mi potvrdila informace, které jsem získala již ve Šluknově a to, že Domov se maximálním způsobem snaží klienty v užívání KP podporovat a stejně jako ve Šluknově i v Krásné Lípě je zvolen zaměstnanec Domova, který se klientům se SP věnuje – dohlíží na kontroly u ORL či na údržbu a stav KP klientů, přesto většina klientů se SP technické kompenzační pomůcky buď odmítá úplně nebo je vlastní, ale nepoužívá.

V Krásné Lípě jsem na rozdíl od Domova ve Šluknově mluvila s klienty, kteří užívají KP ve dvou skupinách po osmi a po čtyřech osobách. Početně bylo zastoupení klientů s KP, s nimiž sem v Krásné Lípě mohla udělat rozhovor větší. Ale zároveň jsem se mnohem častěji setkala s klienty, u nichž již byla diagnostikována stařecká demence – a to jak v počátečním, tak i rozvinutějším stádiu, což vytvoření ucelené kazuistiky poměrně zkomplikovalo. Pro svou práci jsem proto vybrala následující dvě kazuistiky.

5.2.1 Kazuistiky seniorů z DPS v Krásné Lípě

Paní Růžena

Paní Růženě je 84 let a narodila se jako nejmladší ze tří sourozenců. Rodiče před jejím narozením emigrovali do Vídně, kde se paní Růžena narodila. Ve Vídni vychodila základní školu a poté se s rodiči vrátila zpátky do České republiky. Po základní škole již paní Růžena nenavštěvovala žádné jiné vzdělávací zařízení. Téměř po celý život pracovala jako skladnice až do svého důchodu. Paní Růžena vychovala pět dětí, v ČR žila téměř celý život v Novém Boru a poté až do svého nástupu do DPS v Nymburce u jedné ze svých dcer. Kdy nastoupila do Domova v Krásné Lípě si však nepamatuje.

Když se jí sluch začal zhoršovat, navštívila ORL ordinaci v Poděbradech, kde jí lékař navrhl pořízení sluchadla. Kdy přesně se jí začal sluch zhoršovat si bohužel nepamatuje. Jako kompenzační pomůcku využívá paní Růžena sluchadla, které nosí v případě, že na něj nezapomene. Bez sluchadla však neslyší vůbec.

Sluchovou vadou trpěl i tatínek paní Růženy, která však s jistotou nedovede posoudit, zda se jednalo o sluchovou vadu vrozenou, či o následky z účasti v druhé světové válce. Paní Růžena uvedla, že její nejstarší dcera má také obtíže se sluchem, rovněž také syn této dcery. Sluchová vada paní Růženy tak může být dědičná, ona sama však rychlé zhoršení sluchu přičítá práci ve skladu a hluku na pracovišti.

Paní Libuše

Paní Libuši je 92 let a pochází se Soběslavi u Tábora. V Domově pro seniory je od roku 2009. V mládí studovala na Reálné škole v Táboře a do Šluknovského výběžku přišla po druhé světové válce společně s tatínkem, který využil příležitosti osídlování pohraničí. Paní Libuše původně neměla v úmyslu v pohraničí zůstat, ale nakonec začala ve Varnsdorfu pracovat a prožila zde celý život. Má dvě dcery, starší již zemřela, ale mladší z dcer paní Libuši pravidelně každý měsíc navštěvuje.

Potíže se sluchem má paní Libuše celý život. Od tří let trpěla bolestivými záněty středního ucha, které pravděpodobně způsobily její nedoslýchavost. Zaléčení zánětů probíhala prostřednictvím vykapání uší, nikoli však pomocí antibiotik, v čemž spatřuje paní Libuše největší omyl a příčinu postupné ztráty sluchu. Do čtrřiceti let byl pro ni

sluch zejména v pravém uchu bolestivý, ve čtyřiceti pěti letech však trpěla častými angínami a podstoupila zákrok, při němž jí vyndali lékaři krční mandle. Od té doby bolesti v pravém uchu ustaly. V průběhu života se paní Libuši sluch zhoršoval, tento proces však popisuje jako pozvolný. Během devadesátých let paní Libuše postupně přestala slyšet úplně a uchýlila se k pořízení si sluchadla. Na pravém uchu jí byla diagnostikována úplná hluchota, proto sluchadlo nosí na levém uchu. Kromě sluchadla si paní Libuše celý život pomáhá odezíráním, což dokázala i v průběhu rozhovoru, kdy si sluchadlo vyjmula z ucha, aby mi ukázala jeho fungování, přesto se mnou dál beze změny komunikovala. Každý rok navštěvuje pravidelně ordinaci ORL.

Paní Libuše působila velice energickým dojmem navzdory pokročilému věku, v Domově si však podle svých slov s nikým moc nepovídá, slyší totiž rozhovor pouze na krátkou vzdálenost, kdy si může vypomáhat odezíráním a rozptýlené rozhovory a hluky ve společenské místnosti, kde se klienti často setkávají jsou pro ni nesrozumitelné.

5.3 Rozhovor s vedoucí pracovnící Rané péče Čechy

V další části své praktické části BP jsem se snažila zmapovat užívání KP dětmi.

Rozhovor, který se uskutečnil v prostorách Centra pro dětský sluch Tamtam, o.p.s., jsem provedla s vedoucí Centra pro dětský sluch Mgr. Martinou Péčovou. Povídalý jsme si společně o rané péči (dále už jen RP), o pomoci pracovníků rodinám, kterým se narodily děti se sluchovým postižením, o hlavních cílech rané péče a také o přínosu kompenzačních pomůcek dětem v raných fázích života.

Věková hranice dětí, se kterými Centrum navazuje kontakt se dle paní Péčové neustále snižuje. Děje se tak v důsledku dřívějšího odhalování sluchových postižení, díky včasnému screeningu novorozeneých dětí a další faktorům, které nám moderní doba umožňuje. Paní Péčová však nevylučuje, že nedochází k případům, kdy rodiče nezachytí postižení svého dítěte včas a poprvé se o vadě svého dítěte dozvídají například ve věku tří let. To však může být ovlivněno spoustou faktorů a proto takové situace paní Péčová nijak nehodnotí. Sluchové postižení a především jeho míra se u malého dítěte diagnostikuje za relativně ztížených podmínek – odborník nemusí mít od

dítěte zpětnou vazbu – pakliže jde o dítě s velkou sluchovou ztrátou, kdy u dítěte chyběly sluchové podněty k řečovému rozvoji nebo o dítě novorozené. Služba pro rodiče nedoslýchavých či neslyšících dětí je bezplatná a terénní, tzn. že pracovníci jezdí za svými klienty do jejich domácích prostředí to v devíti krajích Čech.

Hlavním cílem Rané péče pro děti se SP je podpora komunikace v rodině a to nejen mezi rodičem a dítětem, ale i s širším příbuzenstvem. První kontakt na RP získávají rodiče od svého foniatra. S pracovníky RP se následně domlouvají na osobním setkání a průběhu další spolupráce. RP spolupracuje s dětmi nejdéle do navršení sedmi let, v praxi však spolupráce končí často dříve - ještě před nástupem do první třídy. Platí však všeobecně, že čím dřív spolupráce nastane, tím dřív také končí, průměrná spolupráce RP s rodinou trvá okolo tří let. Konzultace mezi rodinou a pracovníkem Rané péče probíhají první půl rok intenzivněji – zhruba každé dva týdny.

Co se týče kompenzačních pomůcek, pracovníci RP se nejčastěji setkávají s využitím sluchadel, potažmo kochleárního implantátu zřídka pak se signalizačním zařízením – např. Domovního zvonku. S ohledem na typ zařízení mohou děti přijít do kontaktu s FM systémy – např. ve školách a vzdělávacích zařízeních.

Umožňuje-li sluchová vada dítěte využívání kompenzace prostřednictvím sluchadel, je dítěti poskytnuto v co nejranější fázi jeho života, dle rozsahu jeho sluchového postižení, kvality příjmu zvuku i síly potřebných podnětů. Téměř všechny děti, se kterými pracovníci RP přicházejí do kontaktu, užívají sluchadel digitálních a poměrně rychle si na ně zvykají. Rodiče jsou také velmi často ochotní si za KP připlácet.

Pokud pro vyrovnání sluchového postižení dítěte sluchadlo nestačí, rodiče zvažují možnost kochleární implantace. Jak je již popsáno výše v Teoretické části této BP, kochleární implantace zahrnuje půlroční přípravu dítěte před vykonáním samotného zákroku. V průběhu této přípravy je dítě dále vyšetřováno a je mu poskytnuto sluchadlo, které má za účel stimulovat sluchový orgán, dosáhnout maximálního vruchu a připravovat tak intenzivněji dítě na vnímání zvuku. Zajímavou se jeví zkušenost paní Péčové, kdy díky této intenzivnější stimulaci může dojít k odhalení méně závažné poruchy sluchu dítěte, kterou je možno kompenzovat běžným sluchadlem nebo k odeznění poruchy sluchu vůbec. Tento pozitivní obrat se sice děje v celkovém měřítku zřídka, avšak vždy je pro všechny zúčastněné šťastným koncem.

Děti se sluchovým postižením zpravidla potřebují intenzivní péči a důslednou výchovu v mnoha aspektech. Už jen proto jsou na ně kladeny větší nároky než na děti bez omezení. Avšak i z toho se podle paní Pěčové dají vytěžit pozitiva. Děti jsou dle slov pracovnice „nastaveny“ na vyšší výkonnost, což zúročují zpravidla v prvních letech povinné školní docházky.

Největší současný přínos kompenzačních pomůcek je podle pracovnice RP možnost nošení sluchadel oboustranně, stejně tak možnost oboustranné kochleární implantace.

5.4 Závěr šetření

Své šetření jsem provedla v obou Domovech DPS Šluknov-Krásná Lípa. Jak ve Šluknově, tak v Krásné Lípě mi personál Domova vyšel maximálně vstříc.

V průběhu šetření v DPS jsem došla k těmto závěrům. Příčinou SP většiny klientů DPS je presbyakuzie neboli stařecká nedoslýchavost, v uvedených kazuistikách se však můžeme setkat se SP získaným v důsledku vystavování nadměrnému hluku, prodělaných onemocnění (časté záněty středního ucha) i se SP patrně vrozeným.

Z celkového počtu klientů, kteří se v DPS nacházejí a vlastní kompenzační pomůcku, této KP využívá zhruba jedna třetina. Jedinou technickou pomůckou, kterou klienti DPS používají, jsou závěsná boltcová sluchadla různých značek – téměř všechna jsou analogová. Důvodem volby této KP jsou v první řadě finance uživatelů. Řada seniorů totiž není po finanční stránce schopna opatřit si ze svých prostředků kvalitnější KP. Ochota seniorů využívat kompenzačních pomůcek je v celkovém měřítku nízká, což je zapříčiněno neochotou zacházet s novými technickými pomůckami, případně špatnou manipulací se sluchadly, která způsobuje jejich nesprávnou funkci. Seniori používají KP zpravidla při rozhovoru nebo pozorování televize či rádia.

Oproti tomu téměř všechny děti, kterým to jejich SP umožňuje, používají KP. Stejně jako u seniorů se u dětí často setkáváme s různými stupni nedoslýchavosti, které u nich kompenzujeme pomocí různých druhů sluchadel. Velké sluchové ztráty zejména úplná hluchota je u dětí řešena pomocí kochleárního implantátu a jiných nejmodernějších

možností současné medicíny. Ochota rodičů dětí a možnost investovat do KP je však zcela odlišná. Malé děti si jednak rychleji zvykají na novou pomůcku a rychleji se s ní učí zacházet. KP pomůcka je pro děti nezbytným pomocníkem v jejich dalším vývoji, zejména pro vývoj řeči. Pro seniory je KP významná z hlediska dorozumění se s ostatními lidmi, avšak jejich motivace se výrazně liší. Senioři často na svůj stav a omezení rezignují a nechtějí se snažit hledat alternativy pro své postižení. Jedním z důvodů je i stud a neochota přiznat si zdravotní stav svého sluchového orgánu.

Většina dotazovaných seniorů uvedla, že přisuzuje poruchy sluchu zhoršeným pracovním podmínkám. V současné době se této problematice věnují nejen jednotlivé státy ale i regionální celky jako je EU. V ČR jsou Technické normy závazné a jsou uvedeny v Zákoníku práce. Těchto příčin postižení by tedy mělo u nové generace statisticky ubývat.

6 VYUŽÍVÁNÍ KP OSOBAMI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍ

V poslední části této práce jsem se zaměřila na celkové využití KP osobami s různým typem sluchového postižení napříč věkovými kategoriemi.

Dotazník je zaměřen na využívání kompenzačních pomůcek osobami se sluchovým postižením.

Cíl šetření

Cílem tohoto šetření bylo oslovit co největší počet respondentů v širokém okolí se sluchovým postižením a získat tak vhled do zastoupení a spokojenosti užívání KP osobami s různým typem SP.

Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem je široká veřejnost bez ohledu na věkovou kategorii a zyp sluchového postižení.

Metodika výzkumu

Pro toto šetření jsem volila kvantitativní metodu elektronického dotazníku, kdy jsem zvolila uzavřené a otevřené otázky.

Průběh šetření

Dotazník jsem vytvořila pomocí internetové stránky zaměřující se na tvorbu dotazníků. Byl umístěn na volně přístupné internetové stránky České republiky, přičemž jsem se snažila se oslovit co největší počet respondentů z laické i odborné veřejnosti. Respondenti vyplňovali krátký dotazník (viz. Příloha 1).

6.1 Vyhodnocení dotazníku

Z celkového počtu respondentů (67) uvedlo 80,6 %, že se v jejich okolí vyskytuje osoba se SP nebo mají sami SP (z toho 59,3 % bylo zastoupení vad získaných a 40,7 % vad vrozených).

Největší počet zastoupení mezi respondenty činila středně těžká nedoslýchavost (37,3 %) dále pak lehká nedoslýchavost (33,9 %) a následně téměř vyrovnaně úplná hluchota (15,3 %) a těžká nedoslýchavost (13,6 %).

Drtivá většina respondentů (81,4 %) uvedla, že jejich sluchové postižení není v kombinaci s jinou vadou či onemocněním (zbylé procento bylo zastoupeno cukrovkou, mentálním postižením či krátkozrakostí) a pokud KP používá, je se svou kompenzační pomůckou spokojena (80,9 %). 19,2 % respondentů, kteří KP používají, je se svou pomůckou nespokojeno. Jako nejčastější příčina nespokojenosti byla uvedena nepohodlnost, nevzhlednost a nesprávná funkce KP.

Z finančního hlediska se vyjádřilo 70 % z celkového počtu dotazovaných k tomu, zda jsou si za svou KP ochotni připlatit. V rámci těchto responzí (100 %) dotazovaní z 58,8 % uvedli, že si za svou KP jsou ochotni připlatit. 27,5 % dotazovaných uvedlo, že je to pro ně příliš velká finanční zátěž. Zbýlých 13,7 % uvedlo, že využívají pouze plně hrazených pomůcek.

Věkové zastoupení výzkumného vzorku se pohyboval od 0 do 90 let. Rozdělila jsem respondenty na základě věku a uvedla KP, kterých využívají.

0 -10 let – 9 % odpovědí

- u respondentů v této věkové kategorii byly uvedeny jako KP, sluchadlo a kochleární implantát
- vady středně těžké, těžké, úplná hluchota

11 – 20 let – 9 % odpovědí

- jako KP byly uvedeny pouze sluchadla

- lehké a středně těžké SP

21 – 30 – 47,8 % odpovědí

- nejčastější sluchadlo, dále uveden vibrační budík a vibrační hodinky, v této věkové skupině se vyskytla větší míra ochoty připlatit si za KP
- lehká, středně těžká, těžká nedoslýchavost, úplná hluchota

31 – 40 – 11,9 % odpovědí

- sluchadla, vibrační budík, signalizace zvonění domovního zvonku, signalizace pláče dítěte
- středně těžké a těžké SP

41 – 50 – 38,3 % odpovědí

- sluchadlo, tablet a notebook pro komunikaci, signalizační zařízení
- lehké, středně těžké, těžké SP, úplná hluchota

51 – 60 let – 17,9 % odpovědí

- pouze sluchadla
- lehké, středně těžké SP

61 – 70 let – 20,9 % odpovědí

- sluchadlo, vibrační budík, bezdrátová soustava pro poslech TV
- lehké, středně těžké a těžké SP

71 – 80 let - 17,9 % odpovědí

- sluchadla
- lehké, středně těžké a těžké SP

81 – 90 let - 11,9 %

- sluchadla
- lehké, středně těžké SP

Závěr šetření

Dotazníkovému šetření byli podrobeni (ať už přímo či zprostředkovaně) téměř všechny věkové kategorie. Početně nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli mladí

lidé ve věku 21 – 30 let. Volba KP pomůcek závisí na míře postižení jedince a jeho potřebám v závislosti na věku. Nejčastěji byla uváděna sluchadla, dále signalizační zařízení, vibrační budík a v poslední řadě pak kochleární implantát.

Drtivá většina respondentů považují svou KP za vhodnou a jsou s ní spokojeni. Nadpoloviční většina je ochotna si za svou KP připlatit, zbylých 41 % uvedlo, že využívají KP výhradně hrazených nebo je pro ně doplatek příliš velkou finanční zátěží.

ZÁVĚR

Sluchové postižení zahrnuje mnoho aspektů, kterým je třeba v diagnostice, rehabilitaci i při výběru kompenzačních pomůcek třeba věnovat pozornost. K tomu, abychom mohli správně diagnostikovat sluchové postižení jedince, je třeba dobře znát funkci sluchového orgánu a nepříznivé vlivy, které na člověka mohou působit jak v perinatálním tak postnatálním období jeho života, a kterým je radno se vyvarovat.

Tato práce je rozdělena do dvou část – teoretické a praktické. V první kapitole této práce je popsán sluch a jeho význam pro člověka. Je představena fyziologie ucha a jeho funkce. V druhé kapitole jsou vymezeny příčiny sluchových poruch, klasifikace sluchového postižení a možnosti diagnostiky a vyšetření sluchu. Třetí kapitolu tvoří výčet a popis vybraných technický kompenzačních pomůcek a možnosti jejich využití v praxi. V závěru teoretické části této BP jsou nastíněny možnosti rehabilitace sluchově postižených a osob s kochleárním implantátem.

Praktická část práce vychází z teoretických poznatků a znalostí aplikovaných v praxi. Je zaměřena na šetření, týkající se využití kompenzačních pomůcek seniory a porovnání užívání KP v kontrastu s dětmi. Dále je provedeno kvantitativní šetření prostřednictvím dotazníku, které si kladlo za cíl zmapovat využívání KP mezi osobami se SP.

Moderní doba, ve které žijeme, nám umožňuje leckdy až neskutečné možnosti, jak obejít svá omezení či limity a to jak po stránce osobní tak medicínské. Velké množství kompenzačních pomůcek toho je jasným důkazem. KP pomáhají jedinci čelit svému postižení a otevírají mu možnosti, které by bez nich nemohl uvažovat. Je však stále na člověku, jak dokáže využít svůj potenciál a pílí k tomu, aby z těchto možností vytěžil co nejvíce pro svůj osobní prospěch.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BAREŠOVÁ, HRUBÝ, J. *Didaktické a technické pomůcky pro sluchově postižené v MŠ a ZŠ*. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-72161059

KAŠPAR, Zdeněk. *Technické kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením*. 2., opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, c2008, 117 s. ISBN 9788087218150.

LEJSKA, Mojmir. *Základy praktické audiologie a audiometrie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994, 171 s. ISBN 8070131780.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 128 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024750347.

HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. 2. vyd. Praha: Septima, 2005, 93 s. ISBN 8072162136.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 9788026200840.

HROBONĚ, Miloslav, Ivan JEDLIČKA a Jaroslav HOŘEJŠÍ. *Nedoslýchavost*. 1. vyd. Praha: Makropulos, c1998, 90 s. Trápí vás--, sv. 5. ISBN 8086003132.

HRUBÝ, Jaroslav. *Mobilní telefony pro neslyšící*. Vyd. 1. Praha: Septima, 2000, 48 s. ISBN 80-7216-141-5.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu (II. díl)*. Praha: FRPSP, 1998. 321s. ISBN 80-7216-075-3

PULDA, Miloš. *Surdopedie*. Vyd. 1. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého v Olomouci, 1992, 76 s. ISBN 80-7067-190-4.

PULDA, M. *Sluchová výchova u sluchově postižených dětí*, Brno: MU, 1999. ISBN 80-210-2077-6.

STRNADOVÁ, Věra. *Úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky a psychologie, 2002, 63 s. Studijní texty pro distanční a kombinované studium. ISBN 80-7083-564-8.

ŠLAPÁK, Ivo a Pavla FLORIÁNOVÁ. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998, 85 s. ISBN 8085931672.

Seznam použitých internetových zdrojů

Fakultní nemocnice Brno. [online]. © 2015 [cit. 2015-10-03].
Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/prvni-oboustranny-kochlearni-implantat-uditete/t4832>

Mladá fronta. Deník E15. Postgraduální medicína. [online]. © 25.10.2004 [cit. 2015-01-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/kochlearni-implantace-163565>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. © 2015 [cit. 2015-04-03] Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka>

Občanské sdružení Neslyšící CZ. [online]. © 1998 – 2015 [cit. 2015-23-02].
Dostupné z: <http://www.neslysici.cz/diskuze/index.php?id=16221>

Poslechový program TOMATIS. [online]. © 2014 [cit. 2015-20-02].
Dostupné z: <http://tomatis-praha.cz/index.php?id=o-metode-tomatis&idp=teorie-a-vyzkum>

Služby pro sluchově postižené. [online]. © 2015 [cit. 2015-20-02].
Dostupné z: <http://www.audionika.cz/>

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. [online]. © 2015 [cit. 2015-24-02].
Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/ciselnik-860-metodika-860.pdf>

Domov pro seniory. [online]. © 2013 [cit. 2015-22-02]. Dostupné z: www.dsskl.cz

Interton. [online]. © 2015 [cit. 2015-23-02].
Dostupné z: <http://www.interton.cz/About>

Služby pro sluchově postižené. AudioNIKA s.r.o. MED-EL. [online] © 2015 [cit. 2015-03-03]. Dostupné z: <http://www.audionika.cz/medel/>

Siemens Audiologická Technika s.r.o. [online]. © 2015 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z: <https://cz.hearing.siemens.com/customer-center/>

Widex. [online]. © 2015 [cit. 2015-23-02]. Dostupné z: <http://www.widex.cz/cs-cz/children/hearingaidsforchildren/screening/>

SEZNAM ZKRATEK

BERA – Brainstem Evoked Responses Audiometry

DSP – domov pro seniory

KP – kompenzační pomůcka

KI – kochleární implantát

OAE – otoakustické emise

ORL - otorinolaryngologie

RP – raná péče

SP – sluchové postižení

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Dotazník.....	53
---------------------------	----

VYUŽITÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK OSOBAMI SE SP

1. Vyskytuje se ve Vašem okolí osoba se sluchovým postižením? Pokud máte sluchové postižení Vy osobně, odpovídejte na další otázky za sebe.
 - Ano
 - Ne
2. Kolik je mu/jí let? Uveďte:
3. O jaký typ sluchového postižení se jedná?
 - Vrozené
 - Získané
4. O jaký druh sluchového postižení se jedná?
 - Lehká nedoslýchavost
 - Středně těžká nedoslýchavost
 - Těžká nedoslýchavost
 - Úplná hluchota
5. Je sluchová vada osoby z Vašeho okolí v kombinaci s jinými vadami či onemocněním? Pokud ano, uveďte o jakou vadu či onemocnění jde.
.....
6. Používá osoba z Vašeho okolí kompenzační pomůcky (sluchadlo, kochleární implantát, signalizační zařízení apod.)? Pokud ano, uveďte o jaké se jedná (případně jeho typ). Pokud ne, uveďte důvod, proč kompenzační pomůcku nepoužívá.
.....
7. Jak dlouho osoba z Vašeho okolí kompenzační pomůcky používá?
.....
8. Jak hodnotí osoba z Vašeho okolí efektivitu kompenzační pomůcky?
 - Je spokojen/a
 - Je nespokojen/a
9. V případě, že osoba z Vašeho okolí není s kompenzační pomůckou spokojena, uveďte proč.
.....

10. Je osoba z Vašeho okolí ochotna si za svou kompenzační pomůcku připlatit?

- **Ano**
- **Ne, využívá plně hrazených kompenzačních pomůcek**
- **Ne, je to pro něj/ni příliš velká finanční zátěž**

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Tereza Baracová

Obor: SPPGV

Forma studia: kombinované

Název práce: Kompenzační pomůcky pro sluchově postižené a jejich využití při rehabilitaci

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 48

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů českých použitých zdrojů:

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:

Počet internetových zdrojů:

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kotvová