

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

## **Kochleární implantát a jeho dospělý uživatel**

Bakalářská práce

**Autor:** Barbora Knoblochová  
**Studijní program:** B7506 Speciální pedagogika  
**Studijní obor:** Výchovná práce ve speciálních zařízeních  
**Vedoucí práce:** Mgr. Štěpánka Lauková  
**Oponent práce:** PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.

## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Barbora Knoblochová

**Studium:** P18K0120

**Studijní program:** B7506 Speciální pedagogika

**Studijní obor:** Výchovná práce ve speciálních zařízeních

**Název bakalářské práce:** **Kochleární implantát a jeho dospělý uživatel**

**Název bakalářské práce AJ:** Cochlear implant ant its adult user

### Cíl, metody, literatura, předpoklady:

#### ANOTACE:

Ve své bakalářské práci s názvem 'Kochleární implantát a jeho dospělý uživatel' se budu zabývat kvalitou života jedince s těžkým sluchovým postižením, který má kochleární implantaci od dětství. V teoretické části se zaměřím na problematiku sluchového postižení, komunikaci těžce sluchově postižených, možnosti sluchových protetik, popis kochleárního implantátu, výběr vhodných kandidátů a rehabilitační péči u jedinců s KI. Hlavním cílem praktické části je porovnání života jedince s KI s teoretickými informacemi z odborných zdrojů.

#### ANNOTATION:

In my bachelor's thesis called 'Cochlear Implant and its Adult User' I report about the quality of life of the person with a severe hearing impairment who has been using a cochlear implant since his childhood. In the theoretical part I focus on the problem of the hearing impairment, communication of the severely impaired, possibilities of auditory prosthetics, a description of the cochlear implant, a selection process of the appropriate candidates and rehabilitative care of CI users. The main target of the practical part is a quality-life comparison of CI users with theoretical information from expert resources.

BARVÍKOVÁ, Jana. Kochleární implantáty: rady a zkušenosti. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2009, 234 s. ISBN 978-80-86792-23-1.

FISCHER, Slavomil. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

HÁDKOVÁ, Kateřina. Člověk se sluchovým postižením. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016, 302 s. ISBN 978-80-7290-619-2.

LANGER, Jiří a Eva SOURALOVÁ. Výchova a vzdělávání osob se sluchovým postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 113 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3701-9.

SKÁKALOVÁ, Tereza. Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky. Vydání: druhé. Hradec Králové: Gaudeamus, 2017, 97 s. ISBN 978-80-7435-675-9.

SKÁKALOVÁ, Tereza. Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016, 287 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-628-5.

**Garantující pracoviště:** Katedra speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** Mgr. Štěpánka Lauková

**Oponent:** PaedDr. Zdenka Šándorová, PhD.

**Datum zadání závěrečné práce:** 9.12.2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Kochleární implantát a jeho dospělý uživatel“ vypracovala pod vedením vedoucí práce Mgr. Štěpánky Laukové samostatně a s použitím uvedené literatury a zdrojů.

V Hradci Králové dne 16. 3. 2021

Barbora Knoblochová .....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Štěpánce Laukové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

## **Anotace**

KNOBLOCHOVÁ, Barbora. *Kochleární implantát a jeho dospělý uživatel*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. 2021. 63 s. Bakalářská práce.

Ve své bakalářské práci s názvem „Kochleární implantát a jeho uživatel“ se budu zabývat kvalitou života jedince s těžkým sluchovým postižením, který má kochleární implantaci od dětství. Teoretická část je zaměřena na problematiku sluchového postižení, komunikaci těžce sluchově postižených, možnosti sluchových protetik, popis kochleárního implantátu (KI), výběr vhodných kandidátů a rehabilitační péči u jedinců s KI. Hlavním cílem praktické části je porovnání života jedince s KI s teoretickými informacemi z odborných zdrojů.

**Klíčová slova:** sluch, sluchové postižení, vyšetření, surdopedie, kochleární implantát, výběr kandidátů, komunikace)

## **Annotation**

KNOBLOCHOVÁ, Barbora. *Cochlear Implant and its Adult User*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové. 2021. 63 p. Bachelor's thesis.

In my bachelor's thesis called „Cochlear Implant and its Adult User“ I report about the quality of life of the person with a severe hearing impairment who has been using a cochlear implant since his childhood. In the theoretical part I focus on the problem of the hearing impairment, communication of the severely impaired, possibilities of auditory prosthetics, a description of the cochlear implant, a selection process of the appropriate candidates and rehabilitative care of CI users. The main target of the practical part is a quality-life comparison of CI users with theoretical information from expert resources.

**Keywords:** hearing, hearing impairment, analysis, surdopedie, cochlear implant, candidate selection, communication

## Obsah

Úvod .....	8
1 Uvedení do problematiky sluchového postižení .....	10
1.1 Vymezení pojmu surdopedie .....	10
1.2 Anatomie a fyziologie sluchu .....	11
2 Vývojová psychologie.....	15
2.1 Vliv sluchové vady na vývoj dítěte.....	16
2.2 Specifika dospělosti .....	17
3 Klasifikace vad a poruch sluchu .....	19
3.1 Vyšetření sluchu a screening sluchových vad .....	21
3.1.1 Subjektivní metody vyšetření sluchu .....	22
3.1.2 Objektivní metody vyšetření sluchu .....	25
4 Kochleární implantát.....	29
4.1 Popis kochleárního implantátu a operace.....	30
4.2 Výběr vhodných kandidátů na kochleární implantaci .....	32
4.3 Pooperační rehabilitace v dětství.....	33
5 Vzdělávací systém dětí s KI.....	35
5.1 Možnosti vzdělávání dětí se sluchovým postižením a dětí s kochleárním implantátem.....	35
6 Kvalita života .....	40
6.1 Možnosti měření a posuzování kvality života .....	40
7 Praktická část .....	42
7.1 Kazuistika 1 .....	43
7.2 Kazuistika 2 .....	49
7.3 Zhodnocení rozhovoru č. 1 .....	54
7.4 Zhodnocení rozhovoru č. 2 .....	56
7.5 Vyhodnocení dotazníku SQUALA .....	58
7.6 Závěry výzkumného šetření.....	59
8 Diskuze.....	61
Závěr .....	62
Seznam použité literatury a jiných zdrojů .....	64
Seznam příloh .....	71

## Úvod

Mezi základní potřeby každého člověka patří pocit sounáležitosti a také pocit uznání. Není tomu jinak ani v případě osob se sluchovým postižením. Sluchové postižení jim však tyto potřeby častokrát znemožňuje naplnit. Bariéra způsobená problémy při komunikaci pak těmto lidem často znesnadňuje život, což má zásadní vliv na jeho celkovou kvalitu. V současné moderní době jsou ale možnosti, jak těmto dopadům sluchového postižení alespoň částečně předcházet. Jednou z nich je implantace kochleárního implantátu.

Téma kochleárního implantátu mě, po již dřívějším seznámení s jednou z respondentek mého výzkumu, zaujalo natolik, že jsem se rozhodla psát bakalářskou práci právě o tomto „zázraku“ moderní doby. Kochleární implantát totiž může kvalitu života osobám se sluchovým postižením pozvednout na mnohem vyšší úroveň.

Ve své bakalářské práci s názvem „Kochleární implantát a jeho dospělý uživatel“ chci přiblížit běžný život dvou dospělých uživatelek kochleárního implantátu, z nichž každé byl implantát dán v odlišném období jejich života. Hlavním cílem práce je porovnat reálný život těchto dvou žen včetně operace a pooperační péče s teoretickými informacemi z odborných zdrojů.

Práce je rozdělena na dva velké celky. Na část teoretickou, která obsahuje 6 kapitol, jež slouží jako východisko pro druhou, praktickou část práce. Ta v jedné, sedmé kapitole, obsahuje vlastní výzkumné šetření a jeho výsledky.

První kapitola vymezuje pojmem „surdopedie“ a pro celkové pochopení problematiky kochleární implantace seznamuje s anatomíí a fyziologií lidského sluchu.

Druhá kapitola se věnuje vývojové psychologii, jelikož sluchová vada ovlivňuje vývoj jedince ve všech složkách osobnosti. Následkem toho je narušená komunikace s okolím a také možnosti vzdělávání. Problémy bohužel nekončí spolu s dětstvím, ale přetrvávají do dospělosti, kdy člověk musí překonávat překážky běžného života.

Ve třetí kapitole je problematika věnována klasifikaci vad a poruch sluchu, což odborná terminologie dále upřesňuje. Klasifikace sluchových vad dle stupně se opírá o rozdělení BIAP a WHO. Kapitola dále popisuje odborná vyšetření sluchu, jejich metody a screening sluchových vad.

Čtvrtá kapitolu tvoří hlavní téma práce, a to je problematika kochleárního implantátu - seznámení s kochleárním implantátem, předoperační péče, operace,



pooperační péče či výběr vhodných kandidátů. To vše je součástí čtvrté kapitoly. Vzhledem k tomu, že jedna z respondentek podstoupila implantaci až v dospělosti, je pooperační rehabilitace v této práci věnována pouze té v dětství.

Pátá kapitola přibližuje vzdělávací systém jedinců s kochleárním implantátem na úrovni preprimárního, primárního, sekundárního a terciálního vzdělávání.

Kapitola šestá řeší kvalitu života a seznamuje s některými subjektivními a objektivními metodami jeho měření. Přibližuje dotazník SQUALA, který zjišťuje subjektivní kvalitu života respondentek, a též je součástí praktické části bakalářské práce.

Praktická část, uvedená pod sedmou kapitolou se zabývá vlastním výzkumným šetřením a vyhodnocením jeho výsledků. Mimo hlavní cíl, kterým je porovnání života jedince s kochleárním implantátem s teoretickými informacemi z odborných zdrojů, jsou vytyčeny i tři cíle dílčí. Za pomoci výzkumných otázek je zjišťováno, zda je uživatel kochleárního implantátu diskriminován při hledání zaměstnání, jestli si hledá partnera mezi slyšícími nebo spíše mezi lidmi se sluchovým postižením a na základě dotazníku SQUALA je zjišťována kvalita života těchto osob. Se zřetelem ke kvalitativnímu charakteru práce je jako metoda šetření zvolena podrobná případová studie dvou žen a interview s nimi.

Ráda bych zde ale také zmínila svůj obdiv ke všem lidem bez rozdílu, kteří jsou ve svém životě nuceni překonávat různé zdravotní překážky. Zaslouží si velkou úctu, pochopení a naši pomoc v jejich statečném boji o kvalitní život. Stejný obdiv a úctu si také zaslouží vědci, lékaři, zdravotní sestry a všichni, zejména rodiny a přátelé, kteří smysl svého života spatřují v pomoci potřebným.

# 1 Uvedení do problematiky sluchového postižení

## 1.1 Vymezení pojmu surdopedie

Název této vědní disciplíny je odvozen od latinského slova *surdus* = hluchý a slova řeckého původu *paidea* = výchova.

Surdopedie je jednou z disciplín speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou, vzděláním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením. Fisher, Škoda, Svoboda, Zilcher (2014, s. 20) popisují surdopedii jako dílčí disciplínu speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláním osob, které mají handicap z důvodu poruchy v oblasti vnímání sluchem.

Jedná se o multidisciplinární vědu, která úzce spolupracuje nejen s ostatními pediemi, ale i s obory obecně pedagogickými, biologickými, sociologickými, psychologickými či filozofickými. Dále také s některými medicínskými obory, jako je pediatrie, otorinolaryngologie, foniatrie a audiologie (Bulová in Pipeková, 1998, s. 81).

Jak uvádí Horáková (2012, s. 9), je třeba poukázat i na důležitost spolupráce s technickými obory. To se týká např. sluchových protetik.

Dnes je surdopedie samostatná disciplína speciální pedagogiky. Dříve, do roku 1983, spadala pod obor logopedie. Hlavním předmětem bylo budování mluvené řeči a hledání náhradních technik pro percepci řeči mluvené. Především pomocí odezírání a zapojením zbytků rehabilitovaného sluchu (Potměšil, 2003, s. 7).

Potměšil (2003, s. 7) dále uvádí: *„Logopedie je součástí výchovné a vzdělávací práce v surdopedii i nadále a bude mít vždy svoje pevné místo ve speciálních školách pro sluchově postižené.“*

Šlapák (1995, s. 23) konstatuje, že surdopedie se z logopedie vyčlenila, jelikož vývoj neslyšícího dítěte je zcela jiný, než je vývoj dítěte, které špatně mluví, ale slyší dobře. Řečová vada neomezuje dítě v rozvoji osobnostních vlastností tolik, jako u dítěte se sluchovou vadou nebo neslyšícího. U neslyšících dětí má vada hluboký dopad na celkový vývoj jedince po všech směrech. Další rozdíly popisuje Šlapák (1995, s. 23) v metodách surdopedické práce. Ty se od logopedických liší v tom, že nelze provádět sluchové kontroly a řeč se u neslyšícího dítěte formuje uměle. K tomu slouží zrakové, proprioceptivní a taktilní vnímání.

Surdopedie má různé cílové skupiny, které je potřeba si vymezit a podle toho pak dále postupovat při naplňování cílů. Z hlediska cílových skupin vymezuje Potměšil (2003, s. 8) cílovou skupinu sluchově postižených dětí a mládeže, dále skupinu rodičů těchto dětí a také skupinu pedagogických pracovníků. Primárně se však jedná o sluchově postižené děti a mládež.

Horáková (2012, s. 9) zahrnuje do kategorie těchto osob osoby neslyšící, nedoslýchavé a ohluchlé, neboť označení sluchové postižení zahrnuje velmi heterogenní skupinu osob.

Souralová a Langer (2005, s. 9) do výčtu zahrnují ještě osoby s kochleárním implantátem.

*„Cílem surdopedie je komplexní péče o sluchově postižené, jejich sociální a pracovní zapojení, které se může realizovat v různých úrovních socializace.“* (Bulová in Pipeková, 1998, s. 81)

## **1.2 Anatomie a fyziologie sluchu**

Než se dostane k anatomii a fyziologii sluchu, je třeba si tyto dva pojmy vysvětlit.

Anatomie = věda zabývající se stavbou živočišného, rostlinného a lidského těla (Kraus, Petráčková, 1995, s. 51)

Fyziologie = věda, která se zabývá životními pochody v organismech (Kraus, Petráčková, 1995, s. 252)

Je všeobecně známé, že sluchové vnímání je velmi důležité ve vývoji řeči, v procesu dorozumívání a porozumění.

Lejska (2018, s. 187) s odkazem na WHO zmiňuje, že ztráta sluchu je druhým nejhorším vrozeným postižením. Postižení sluchu totiž u malých dětí neumožní správný vývoj řeči, což je poté ovlivňuje po celý život. Lejska také vyzdvihuje funkci sluchu bazální (zaznamenávání zvukových podnětů), ochrannou, orientační a vývojovou.

*„Jakákoliv překážka, která omezuje lidskou schopnost komunikovat řečí, omezuje člověka právě v jeho nejvlastnějším lidství. Právě proto je porucha řeči a sluchu tak závažným postižením.“* (Lejska 2018, s. 187)

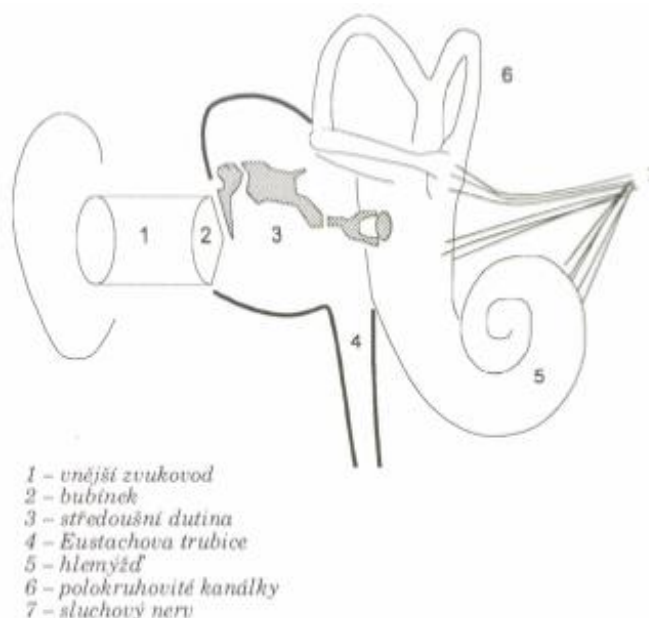
Lidské ucho je v podstatě dokonalý, ale velice složitý a citlivý orgán lidského těla. Tento orgán tedy zachycuje zvukové vlnění, dále vlnění zpracovává a poté informace z něj pošle do mozku po nervových vláknech (Bulová in Pipeková, 1998, s. 83).

Jak uvádí Hála a Sovák (1962), sluchem vnímáme záchvěvy těles pevných, kapalných a plyných. Tyto podněty jsou poté přiváděny do ucha pomocí vzduchu. Dále pak poukazují na složitý komplex sluchového ústrojí, který je pomocí nervových drah spojen s tzv. korovou částí analyzátoru (Hála, Sovák, 1962, s. 245).

Význam ucha je nejenom pro již zmíněné vnímání okolí, ale současně zahrnuje i analyzátor pro vnímání rovnováhy, otáčivého a přímočarého pohybu, a také umístění těla v prostoru. Normální funkce sluchového analyzátoru je předpokladem pro správný vývoj lidské řeči (Horáková, 2012, s. 16).

Sluchový orgán se skládá z periferní a centrální části. Periferní část tvoří zevní, střední, vnitřní ucho a sluchově rovnovážný nerv. Tyto struktury jsou uloženy většinou v kosti spánkové. Centrální část tvoří sluchovou a rovnovážnou dráhu. Dále také příslušné receptory (Hybášek, Vokurka in Skákalová, 2017, s. 6).

Horáková (2012) dělí ucho na tři části. A to ucho vnější, střední a ucho vnitřní. Šlapák (1995, s. 10) k tomuto dělení přidává ještě nervové dráhy.



Obr. 1. Stavba ucha (Lejska, 1994, s. 18)

## **Vnější ucho**

Vnější neboli zevní ucho se skládá z boltce, vnějšího zvukovodu a ten je pak zakončený bubínkem (Chrobok, Ouda, Černý in Skákalová, 2017, s. 7). Boltec je umístěn ve spánkové kosti a je tvořen chrupavkou (Horáková, 2012, s. 16). Hála a Sovák (1962) přirovnávají tvar ušního boltce k mušli, která je přední částí přirostlá k hlavě. Dále také uvádí, že svaly boltce jsou zakrnělé, tím pádem nemají význam pro jakýkoliv pohyb boltce. Zajímavostí je, že na ušním boltci se odráží všechny lidské orgány. Je tedy vhodný k tzv. ušní akupunktúře (Špalák, 1995, s. 10). Funkce boltce tkví v zachycování zvukových vln, které jsou pak pomocí zvukovodu přiváděny k bubínku (Chrobok, Ouda, Černý in Skákalová, 2017, s. 7). Horáková (2012, s. 16) odkazující se na Šlapáka a Floriánovou (1999) uvádí, že kanálek vnějšího zvukovodu je u dospělého asi 2,5 – 3 cm dlouhý a tvoří ho část chrupavčitá a část kostěná. Hála a Sovák (1962, s. 246), ale také Suralová s Langerem (in Renotierová, Ludíková a kol., 2006, s. 176) poukazují na důležitost funkce nejen pro slyšení, ale také funkce ochranné. Ochranná funkce slouží pro části ucha, které jsou uloženy hlouběji ve sluchovém analyzátoru.

*„Na konci zvukovodu je pružná blanka – bubínek, který se v rytmu sluchového vlnění rozkmitá.“* (Hrubý, 2010, s. 36) Tyto kmity se poté převedou na tři malé středoušní kůstky. Kladívko, kovádlínku a třmínek (Bulová in Pipeková, 1998, s. 83).

## **Střední ucho**

Střední ucho se nachází v kosti skalní a obsahuje bubínek, dutinu bubínkovou a již zmíněné sluchové kůstky (Suralová, Langer in Renotierová, Ludíková a kol., 2006, s. 176). Dutina bubínková je spojena Eustachovou trubicí s nosohltanem (Hála, Sovák, 1962, s. 246). Další součástí středního ucha je i oválné okénko. To je jakousi bránou do ucha vnitřního. Díky středoušním kůstkám se kmitání z bubínku převede na kmitání oválného okénka (Hrubý in Skákalová, 2017, s. 7). Jak uvádí Horáková ve své publikaci (2012, s. 17), na blance bubínku se akustická energie mění na energii mechanickou. Také poukazuje na ochrannou funkci dvou středoušních svalů. Svalu třmínkového a napínače bubínku. Tyto svaly chrání svým smrštěním a tím pádem zpevněním kůstek vnitřní ucho před silnými zvuky.

## **Vnitřní ucho**

Vnitřní ucho je uloženo v nejtvrďší kosti lidského těla. Jedná se o spánkovou část kosti skalní a Horáková (2012, s. 18) ho dělí na dvě části. Hlemýžď (kochlea) a tři polokruhovitě

kanálky a předsíň (labyrint). Souralová a Langer (in Renotierová, Ludíková a kol., 2006, s. 176) ho dělí na část vestibulární, která určuje polohu a její změnu, a na část sluchovou. Tato část je tvořena kostěným a blanitým hlemýžděm, který je vyplněn endolymfou. Endolymfa má vysoký obsah draslíku a málo sodíku. Obsah je tedy podobný nitrobuněčné tekutině (Šlapák, Janeček, Lavička, 2009). Smyslové ústrojí je uloženo právě v blanitém hlemýždi – Cortiho orgán. V něm jsou uloženy vláskové buňky. Na ně jsou připojena vlákna sluchového nervu (Horáková, 2012, s. 18). Tyto impulzy vnímáme jako zvuk (Bulová in Pipeková, 1998, s. 84). Dále Bulová (1998) uvádí, že signál se do sluchového centra v mozku dostane sluchovým nervem přes sluchová jádra. Labyrint je zde rovnovážné ústrojí. Dutiny tohoto kostěného labyrintu vyplňuje tekutina perilymfa. V té je smyslový orgán, a to blanitý labyrint (Horáková, 2012, s. 18). Perilymfu vyplňuje obsahově podobná tekutina jako je mozkomíšní mok. Jedná se o vysoký obsah sodíku a nízký obsah draslíku (Šlapák, Janeček, Lavička, 2009).

## 2 Vývojová psychologie

Vývoj schopností, postojů, morálky, emocí, to vše lze u člověka vidět v průběhu lidské ontogeneze (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 9).

Ontogeneze = individuální vývoj organismu, psychický vývoj jednotlivce (Kraus, Petráčková, 1995, s. 543) Ontogenetický vývoj můžeme obecně rozdělit na období prenatální, novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní, školní, dospívání, dospělost a stáří.

Prenatální období trvá 9 měsíců, novorozenecké období trvá dle Vágnerové (2012, s. 65) jeden měsíc, kdy se dítě adaptuje na nové prostředí. Dále vymezuje kojenecké období do jednoho roku, kdy má matka stále velmi důležitou roli. Na základě toho se dítě v dalších vývojových obdobích osamostatňuje. Kolem jednoho roku je možné vnímat individuální rozdíly mezi dětmi a v batolecím období, které trvá do tří let, se pak tyto schopnosti dále rozvíjejí a prohlubují. Dítě je stále samostatnější. V předškolním věku neboli věku hry a přípravy na školu, jak Vágnerová (2012, s. 176) toto období nazývá, se dítě vyvíjí a zdokonaluje po fyzické i po duševní stránce, je aktivní. Při nástupu do školy musí být dítě tzv. celkově zralé (Zacharová, 2012, s. 41). Doba, kdy dítě navštěvuje povinnou školní docházku, se dělí na mladší školní věk, který trvá od 6 do přibližně 11 let věku dítěte, a na starší školní věk. Ten trvá asi do 15 let jedince. Kollerová (in Blatný, 2016, s. 85), používá v souvislosti s mladším školním věkem výraz „klidná vývojová etapa“. Nicméně dodává, že je důležitá pro zvládnání emocí, logiky, vztahů a abstraktního myšlení a také zde probíhá rychlý tělesný růst. V další vývojové etapě, během adolescence, se z dítěte pomalu stává dospělý jedinec. Utváří se identita, sebeúcta, dítě se osamostatňuje a připravuje se na svoje budoucí povolání a svůj život (Janošová in Blatný, 2016, s. 99). Zacharová (2012, s. 62) přikládá tomuto období hlavně psychosociální charakter a vymezuje ho od 15 do 20 let věku jedince. V dospělosti (mladá, střední, starší) by měl mít člověk svoji rodinu, profesi, měl by být finančně nezávislý, zodpovědný za své činy a přijímat se takový, jaký je (Vágnerová, 2012, s. 43, Zacharová, 2012, s. 68). Poslední etapou lidského života je stáří. Klesají psychické i fyzické funkce. V této etapě jsou opět vidět velké individuální rozdíly (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 167).

## 2.1 Vliv sluchové vady na vývoj dítěte

Je složité v raném věku u dítěte sledovat známky opožděného vývoje. U dítěte se sluchovým postižením se mohou objevovat do 6-8 měsíců, broukání a žvatlání je reflexní. Dítě s těžkou sluchovou vadou může na silné zvuky reagovat. Nejde o reakci na zvuk, ale na vibrace (Horáková 2012, s. 37). Jako příklad uvádí bouchání dveřmi. Herdová (2004, s. 212) upozorňuje na odlišnosti v reakcích dítěte například tím, že dítě nereaguje pohybem nebo pláčem na některé zvuky, neotáčí hlavu za zvukem, neopakuje, později neukáže na známou věc, nereaguje na výzvy, nepozoruje zvuky z okolí, nemluví. Většinou jsou to právě matky, které si všimnou, že jejich dítě může mít sluchovou vadu. Potměšil (2007, s. 15) uvádí jako příklad, že dítě s vadou sluchu je ochuzeno o zvuky chrastítka, které by mu přivodily příjemný pocit, a tak nemá potřebu si s ním hrát, nebo také nedokáže zjistit, že hlučným pláčem přivolá rodiče a tím pádem přichází o zkušenosti. Dále poukazuje na důležitost očního kontaktu, při kterém rodiče na dítě mluví, a to poté na základě intonace rozlišuje a hodnotí osoby. To je základ pro sebepojetí. Dítě se sluchovou vadou je zaostalé v chápání vztahů a při komunikaci. V neposlední řadě je následkem toho nedůvěra k jiným osobám, než je matka. To může přetrvávat v dalších vývojových etapách při navazování nových sociálních vztahů a při jejich dalším vývoji. A jak Potměšil (2007, s. 18) dodává: *„Bez dobře vystavěných sociálních vztahů není možné hledat sebereflexi a počítat s její existencí.“*

Pokud rodiče nepřijmou fakt, že jejich dítě je sluchově postižené, může být dítě ohroženo citovou deprivací. Rodiče jsou nejistí, citově nestálí a neví, jak s dítětem komunikovat. Dítě má pak narušenou potřebu jistoty a bezpečí, jelikož spontánně vycítí nejistotu rodičů (Strnadová, 2002, s. 28). Lásku dítě potřebuje ke své vnitřní jistotě a vyrovnanosti, k tomu, aby mělo pozitivní vztah k sobě i k okolí, a nakonec také ke schopnosti navazování trvalých vztahů (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 206).

Dalším důsledkem sluchového postižení ve vývoji je to, že nedochází k přirozenému rozvoji řeči. To má pak za následek nejen narušenou komunikaci s okolím, ale také vliv na duševní a osobnostní vývoj a na možnosti vzdělávání (Herdová, 2004, s. 211). Ontogeneze řeči mluvené se odvíjí od stupně vady, od dalšího postižení, od věku dosaženého stádia vývoje řeči, od prostředí a od včasné diagnostiky. Následkem sluchové vady je také narušená artikulace, fonace a dýchání. Typické jsou i zvláštnosti poznávacích procesů (Krahulcová, 2014, s. 90). Skákalová (2017, s. 46) upozorňuje na bezpečnostní funkci sluchu a na orientační deficit.



Strnadová (2002, s. 48) dodává, že dítě se sluchovou vadou má větší problém s koncentrací a zklidněním, protože ho nelze upoutat mluvou. Vliv má sluchová vada samozřejmě i na osamostatňování se.

## 2.2 Specifika dospělosti

V dospělosti mohou stále ještě trvat problémy v sociálních vztazích a potřeb. V běžných životních situacích je osoba se sluchovým postižením více závislá na pomoci a radách osob slyšících (Hádková, 2016, s. 108). O problémech navázat partnerský vztah se zmiňuje i Šrámková (in Weiss, 2010, s. 388) a to i v souvislosti s problémy v sexuálním životě sluchově postižených. Problémem je nízká informovanost o tomto tématu. Hlavní roli musí sehrát rodiče a učitelé, kteří by měli děti dostatečně informovat. Další možností v dnešní době je najít si informace na internetu. Dále také Šrámková (in Weiss, 2010, s. 389) upozorňuje na fakt, že pro těžce sluchově postižené je velice složité žít se zdravým partnerem, neboť takové soužití vyžaduje od zdravého partnera umět znakovou řeč. Takový problém většinou nebývá u osob, které mají kompenzační pomůcku. Jedním ze znaků dospělosti je podle Langmeiera a Krejčířové (2006, s. 169) zralost. Ta se týká odpovědnosti, osamostatnění či ekonomické nezávislosti, což je u osob s jakýmkoliv typem postižení o něco opožděnější. Hádková (2016, s. 108) upozorňuje na velkou důvěřivost u osob s těžším sluchovým postižením. To může posléze zapříčinit náchylnost k nebezpečným vlivům. Na místě může být i sociální izolace, snížená schopnost vcítit se do druhého, vztahovačnost, pocity méněcennosti či poruchy emocí. Na vině jsou již zmiňované komunikační bariéry (Hádková, 2016, s. 109).

Dalším z problémů, se kterým se sluchově postižení potýkají, je složité hledání identity. Na předsudky a stereotypy, kterým sluchově postižení čelí, upozorňuje ve své publikaci Skákalová (2016, s. 51). Jedním z nich je, že neslyšící nemohou být inteligentní jako zdravý člověk. Uvádí také, že lidé si často myslí o neslyšících, že jsou introverti, že všichni používají znakový jazyk, že nemohou řídit auto nebo že nemohou pečovat o dítě sami, což jsou samozřejmě nepravdy. Zmiňuje například i nesmyslný pojem „hluchoněmý“, který je mezi lidmi stále aktuální nebo termín „hluchý“, který se používá hanlivě. Dospělí jedinci se sluchovým postižením mohou narazit na komplikace během hledání si zaměstnání. Mezi nejpodstatnější příčiny této skutečnosti řadí Skákalová (2016, s. 111) nižší úroveň vzdělání a neochotu zaměstnavatelů. Groma a Ručkay (in Jesenský a kol., 2003, s. 195) připomínají menší množství profesí pro neslyšící a obecný názor, že

sluchová vada předurčuje člověka k manuální práci. Vše ale závisí na typu a stupni sluchové vady.

### 3 Klasifikace vad a poruch sluchu

Nejdříve je důležité udělat si jasno v odborné terminologii. Jak uvádí Skákalová (2016, s. 8), terminologie, která se váže ke sluchové problematice, je poněkud nejednotná. Každý autor používá ve své publikaci jinou terminologii. Klíčový je dokument Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (MKF), který je platný od 1. července 2010. MKF pracuje s pojmem „disability“, který se stal mezinárodním výrazem pro oblast funkčních poruch, aktivit, participací a stal se tak základem pro MKF Světové zdravotnické organizace (MKF, 2008). Skákalová (2016, s. 8) dále pracuje s výrazem „impairment“, který vysvětluje Švarcová (2012, s. 8) takto: „*Jde o jakoukoliv ztrátu nebo abnormalitu ve funkcích či strukturách somatických i psychických.*“ Je ale důležité tento pojem doslovně nepřekládat z anglického originálu. Pak by byl jeho význam bez rozdílu porucha i vada. Přesto, že je to nepřesné, někteří autoři tyto dva pojmy používají jako synonyma (Skákalová, 2016, s. 9).

Poruchy jsou méně závažné než sluchové vady a jsou pouze přechodné. Lze je dělit do dvou skupin. Ty se od sebe liší příčinou vzniku poruchy, místem, možnostmi léčby a také svým charakterem (Lejska, Pulda, 1996, s. 8). Tento nedostatek lze odstranit a neřadí se tedy mezi postižení. Pokud se podaří odstranit hlavní příčinu poruchy, můžeme hovořit o vyléčení (Mukšnáblová, 2014, s. 17). Poruchy, které se nacházejí v zevním nebo středním uchu, jsou poruchami převodními. Prakticky vždy jde o mechanické překážky vznikající při zánětech či zraněních. Například se jedná o záněty středouší, rýmu nebo onemocnění nosohltanu, ušní maz či poškozený bubínek (Lejska, Pulda, 1996, s. 9). Kisvetrová (2014, s. 22), která používá pojem převodní vady, uvádí, že v tomto případě jsou sluchové buňky v pořádku. Kvůli překážce, která zabraňuje zvuku z okolního prostředí, nejsou ale dostatečně drážděny. Druhým typem poruch jsou podle Lejsky a Puldy (1996) poruchy percepční. U těch se jedná o postižení sluchových buněk hlemýždě, sluchových drah nebo sluchového nervu. Řadí sem například poruchy sluchu od narození, stařecké poruchy sluchu, cévní, nervové nebo poruchy podmíněné hlukem. Tyto poruchy nelze vyléčit, nicméně existují léčebné metody, kdy jsou pacientovi podávány příznivě působící léky (Lejska, Pulda, 1996, s. 9).

Na rozdíl od vady sluchu porucha nevede k trvalému sluchovému postižení. Vada člověka začne omezovat tak, že přestane vykonávat běžné denní činnosti, a v důsledku

toho vznikají různá společenská omezení. Člověk se pak může cítit znevýhodněný, tedy postižený (Skákalová, 2016, s. 9).

Bulová in Pipeková (1998, s. 85), která používá termín „vady“, dělí sluchové vady na periferní a centrální. Periferní pak dále dělí na vady převodní, nitroušní (tedy percepční) a smíšené. Vady, které jsou způsobené poškozením centrálního nervového ústrojí sluchu, jsou vady centrální. Lavička a Šlapák (2002, s. 275) rozdělují percepční vady na kochleární (porucha přeměny zvuku ve vnitřním uchu) a retrokochleární (porucha vedení zvukového signálu hlavovým nervem a sluchovou dráhou). Rozdíly mezi kochleárními vadami a vadami retrokochleárními řeší ve své publikaci i Lejska (2015, s. 3). Tam autor blíže popisuje rozdíly v oblasti lokalizace, buněčné struktury, léčby, prognózy a potíží. U kochleárních vad je to nedoslýchavost a u retrokochleárních vad i porucha porozumění.

Souralová a Langer in Renotiérová, Ludíková a kol. (2006, s. 177) dělí sluchové vady na prelingvální (není ukončen vývoj řeči) a postlingvální (vývoj řeči je ukončen). Tam ale dochází ke změnám v artikulaci, hlasitosti mluvené řeči, intonaci nebo rytmu řeči. Z hlediska doby vzniku se jedná o vady vrozené a získané. Sekeráková a Skybová (2011, s. 45) dělí příčiny těchto vad do tří skupin. Jedná se o příčiny prenatální, perinatální a postnatální. Do první z těchto skupin lze řadit především infekční onemocnění matky, jako jsou např. zarděnky, příušnice nebo toxoplazmóza. Dále také podávání ototoxických látek. Ototoxické látky mohou mít vedlejší účinky, kterými jsou například ušní šelesty, závratě, sluchové poruchy nebo poruchy rovnováhy. Může se jednat o některá antibiotika, antidepresiva, cytostatika a jiné (Souralová, Langer in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006, s. 178). Mezi příčiny perinatální řadí Sekeráková a Skybová (2001) dřívější narození dítěte, nízkou porodní hmotnost (pod 1500 g), komplikace v těhotenství či během porodu. Postnatální příčiny sluchových vad se týkají nedonošených dětí na umělé plicní ventilaci, která je delší než 4 dny, těžká novorozenecká žloutenka, zánět mozkových blan nebo může k poškození dojít při úrazu hlavy. Skákalová (2017, s. 10), s odkazem na BIAP, ve své publikaci navíc uvádí klasifikaci dle stupně.

- **Klasifikace sluchových vad podle stupně (BIAP, online)**

- I. Normální nebo subnormální sluch (0-20 dB)
- II. Mírné poškození sluchu (21-40 dB)
- III. Průměrná ztráta sluchu: 1. stupeň (41-55 dB), 2. stupeň (56-70 dB)
- IV. Těžká ztráta sluchu: 1. stupeň (71-80 dB), 2. stupeň (81-90 dB)

- V. Hluboké poškození sluchu: 1. stupeň (91-100 dB), 2. stupeň (101-110 dB), 3. stupeň (111-119 dB)
- VI. Celková ztráta sluchu (120 dB a více)
- **Klasifikace sluchových vad podle WHO (WHO, online)**
  - I. Normální sluch (0-25 dB)
  - II. Lehké poškození sluchu (26-40 dB)
  - III. Střední poškození sluchu (41-60 dB)
  - IV. Těžké poškození sluchu (61-80 dB)
  - V. Velmi těžké poškození sluchu až hluchota (81 a více dB)

WHO k 1. březnu 2020 uvádí, že více než 5% světové populace (466 milionů lidí) trpí poruchou sluchu. Za nedoslýchavého označuje jedince se ztrátou sluchu od mírného pásma do těžkého. Neslyšící mají ztrátu sluchu hlubokou (WHO, 2020, online).

### **3.1 Vyšetření sluchu a screening sluchových vad**

Potměšil (2003, s. 35) uvádí ve své publikaci včasnost, jako jedno ze zásadních kritérií surdopedické péče. To se týká nejen včasné diagnostiky, ale i začátku rehabilitační péče, popřípadě přidělení kompenzační pomůcky, včasný začátek komunikace a v neposlední řadě upozorňuje i na integraci. Včasná a správná diagnostika sluchových funkcí je nezbytností pro řádný vývoj člověka. Prvních čtyřech až šesti letech života dítěte mají mozková centra, která jsou spojována s fungující sluchovou percepcí, možnost se vyvíjet. Pokud tomu tak není, dochází k trvalému poškození jazykového vývoje dítěte. Důsledkem toho pak může dojít k narušené socializaci, jelikož na ni mají vliv komunikační dovednosti, které jsou ale poškozeny (Souralová, 2005, s. 15). Jak dodává Skákalová (2017, s. 20), čím dříve je vada sluchu objevena a přesně diagnostikována, tím dříve dostává jedinec kompenzační pomůcku nebo je začleněn do programu kochleárních implantací. Dále také poukazuje na důležitost odlišení sluchové vady od autismu či mentální retardace na základě diagnostiky a vyšetření. V tomto případě se jedná o diferenciální diagnostiku.

Diagnostikou sluchových vad se zabývá lékařský obor audiologie. Audiologie se mimo jiné zabývá i léčbou a rehabilitací sluchu z hlediska funkce (Lejska, Pulda, 1996, s. 8). Podstatné jsou rozdíly mezi vadami, které vznikly před narozením, po narození nebo

v raném období, a mezi těmi, které vznikly v průběhu života (Skákalová, 2017, s. 20). To potvrzuje i Myška (2007, s. 92) ve své práci, když upozorňuje na důležitost využít při vyšetření sluchu takovou možnost sluchové zkoušky, která je poplatná pacientovi. Zkouška musí být přiměřená buď věku chronologickému, nebo věku vývojovému. Pokud se jedná o dětské pacienty, vyšetření je důležité u rizikové anamnézy dítěte. U dětí školního věku, u kterých nebyla provedena včasná diagnostika, může oslabený sluch způsobovat řadu komplikací. Zvláště pak zhoršení školních výsledků, únavu nebo nesoustředěnost (Kuchynková, Bendová, 2015, s. 45).

### **Metody vyšetření sluchu**

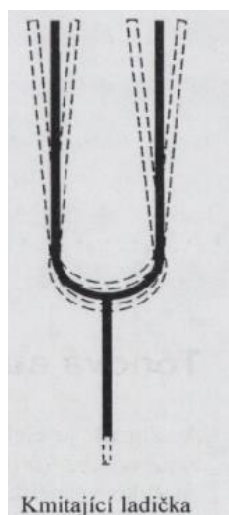
Metody lze rozdělit podle toho, zda je potřeba spolupráce pacienta, či nikoliv. Pokud je potřeba, aby pacient při vyšetření spolupracoval, jedná se o metody subjektivní. Pokud při vyšetření není potřeba spolupráce ze strany pacienta, v tom případě se jedná o metody objektivní (Kisvetrová, 2014, s. 31).

#### **3.1.1 Subjektivní metody vyšetření sluchu**

Tyto metody nejsou vhodné pro vyšetření malých dětí či mentálně retardovaných osob (Skákalová, 2017, s. 22). Patří sem například klasická zkouška sluchu, subjektivní audiometrie (tónová, slovní) a zkoušky pomocí ladiček.

Klasické metody dokáží určit orientační stupeň i typ sluchové poruchy. Jejich výhodou je finanční a materiálová nenáročnost. Naopak nevýhodou jsou méně spolehlivé výsledky

a pacient může snadno své výsledky ovlivňovat (Kisvetrová, 2014, s. 31). Co se týká klasické zkoušky sluchu, jde o orientační zkoušku, při které je hodnocen stav sluchu a rozumění slov, které jsou vyšetřovanému diktovány.



Obr. 2. Kmitající Ladička (Hrubý, 1998, s. 49)

V této situaci se hodnotí jak vzdálenost mezi vyšetřujícím a vyšetřovaným, rozdíl mezi opakováním slov hluboko frekvenčních a vysoko frekvenčních, tak rozdíl porozumění mezi hlasitou a šeptanou řečí (Horáková, 2012, s. 26). Jedná se o nejstarší audiometrické vyšetřovací metody. Jsou nazývány kvalitativními (Souralová, Langer, 2005, s. 16). Nejčastěji se s touto zkouškou setkáváme u pediatra či klinického logopeda v rámci logopedického vyšetření (Skákalová, 2017, s. 23).

Mezi další metodu subjektivního vyšetření sluchu patří audiometrie. Největším přínosem audiometrického vyšetření je kvantitativní měření sluchu pomocí audiometru. Audiometr vyšetřuje prostřednictvím čistých tónů a řeči v odhlučněné místnosti (Kimpl, 1978, s. 30). Tónová neboli prahová audiometrie je nejběžnější metodou ke zjišťování sluchové ztráty. Jedná se o přesnější metodu, než je klasická zkouška sluchu. Osoba, která pacienta vyšetřuje (audiologická sestra, lékař), postupně zesiluje, a naopak zeslabuje intenzitu tónů, které mají určitou frekvenci.



Obr. 3. Audiometrická komora (Dršata, Havlík a kol, 2015, s. 64)

Při vzdušném vedení má pacient sluchátka a každé ucho je vyšetřováno zvlášť (rozmezí frekvencí 125 Hz – 8 kHz). Při vedení kostním, které využívá speciální kostní vibrátor, se provádí vyšetření na pěti frekvencích (250 Hz – 4 kHz) (Souralová, Langer, 2005, s. 16). Když pacient tón zaslechne, dá vyšetřujícímu signál, který si předem domluví. Nejčastěji se jedná například o zvednutí ruky nebo zmáčknutí tlačítka (Horáková, 2012, s. 26). Dalším druhem audiometrie, je audiometrie slovní. Jak uvádí Rottenberg (2008, s. 471), jedná se o důležité vyšetření před používáním sluchadla.

Kisvetrová (2014, s. 36) poukazuje na přínos při posouzení stupně porozumění, při získání souhrnnějších informací o typu poruchy a při odhalení pacientova vymýšlení si. K vyšetření slouží sestava deseti slov. Těchto deset slov musí být foneticky i akusticky vyváženo a musí zahrnovat slovesa, podstatná jména a další slovní druhy ve stejném poměru (Horáková, 2012, s. 27). V neposlední řadě jsou tu také zkoušky pomocí ladiček. Ty slouží především k orientačnímu vyšetření. Odborné publikace uvádějí tři základní typy těchto zkoušek. Zkouška Weberova, zkouška Rinneho a zkouška Schwabachova. Nicméně, jak se můžeme dočíst v odborném článku Cechnerové a Broučka (2011, s. 273), v praxi se užívají pouze Rinneho a Weberova zkouška. Pro srovnání kostního vedení pravého a levého ucha slouží zkouška Weberova. Ladička se pacientovi dává na čelo nebo temeno hlavy a ten poté říká, zda slyší zvuk a kde zvuk slyší (Kiml, 1978, s. 29). Jestliže pacient slyší zvuk silněji v pravém nebo levém uchu, zpravidla se jedná o převodní poruchu (Cechnerová, Brouček, 2011, s. 273). Rinneho zkouška slouží k porovnání kostního



a vzdušného vedení zvuku u stejného ucha (Kiml, 1978, s. 29). „*Vibrující ladička se přiloží na planum mastoideum, v okamžiku, kdy pacient přestane ladičku slyšet, ladička se umístí před vyšetřované ucho a pacient je dotázán, zda zvuk slyší, či ne. Normálně slyšící ucho slyší zvuk i po změně polohy ladičky – Rinneho zkouška je pozitivní. Negativní Rinneho zkouška může svědčit pro převodní vadu vyšetřovaného ucha.*“ (Cechnerová, Brouček, 2011, s. 273) Schwabachova zkouška spočívá s porovnání délky kostního vedení pacienta a lékaře, který má sluch zcela v pořádku (Slezáková a kol., 2008, s. 118). Pokud slyší vyšetřovaný ladičku přiloženou na processus mastoideus tutéž dobu jako vyšetřující, je zkouška normální. Pokud slyší lékař zvuk delší dobu, vyšetřovaný má percepční nedoslýchavost. Jestliže slyší zvuk delší dobu pacient, jedná se u něj o převodní nedoslýchavost (Navrátil, Rosina a kol., 2019, s. 218).

Kiml (1978) ve své publikaci dále uvádí například i Gelléovu zkoušku či zkoušku Cytovičovu, které dnes nemají v praxi své uplatnění. Ačkoliv jsou klasické zkoušky sluchu pomocí ladičky pouze orientační, jejich výhodu vidí Suralová a Langer (2005, s. 16) v jejich snadné proveditelnosti a také v jejich jednoduchosti. V neposlední řadě jsou peněžně i materiálově dostupné.

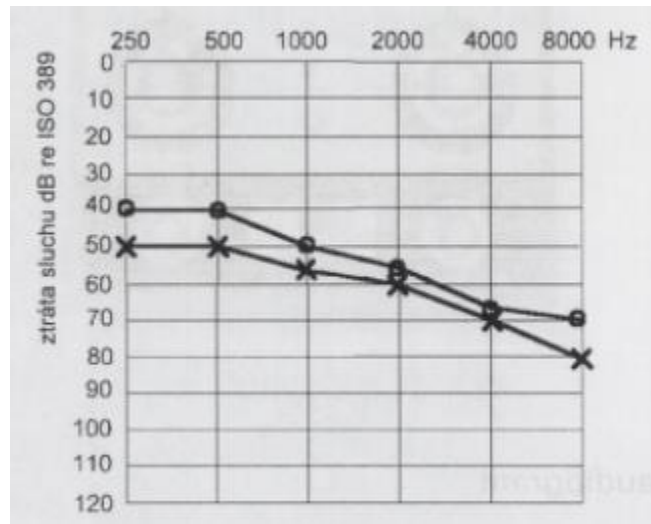
### **3.1.2 Objektivní metody vyšetření sluchu**

Jak již bylo zmíněno, při těchto metodách vyšetření sluchu není potřeba spolupráce vyšetřovaného. K těmto metodám je zapotřebí speciálních přístrojů a výpočetní techniky, která poté zpracovává výsledky vyšetření (Kisvetrová, 2014, s. 36). Objektivní metody byly vyvinuty hlavně pro vyšetření malých dětí, novorozenců a kojenců (Suralová, Langer, 2005, s. 16). Mezi tyto vyšetřovací metody řadíme měření otoakustických emisí (OAE), tympanometrii a vyšetření evokovaných sluchových potenciálů. Orientační ztrátu sluchu u novorozenců lze také zjistit pomocí komplexních metod, mezi které patří vyšetření za pomoci nepodmíněných reflexů, například Morův reflex (Suralová, Langer in Renotiérová, Ludíková a kol., 2004, s. 178). Jedná se o silný zvuk, který je proveden u hlavy dítěte ve vzdálenosti 0,5 – 1 metru. Když zastihneme tyto nepodmíněné reflexy na zvukové podněty, dítě má normální sluch. V opačném případě se může jednat o vadu sluchu a dítě je posláno na další odborné vyšetření. Pediatr může tuto metodu využít i při vyšetření dítěte ve čtyřech či pěti měsících (Myška, 2007, s. 92). Jak dodává Hádková (2016, s. 49), metodami nepodmíněných a podmíněných reflexů můžeme odhalit pouze velmi těžké sluchové vady.

Dále ve své publikaci uvádí jako příklad nepodmíněných reflexů víčkový reflex, zornicový reflex, pátrací reflex či reflex orientační. Co se týče víčkového reflexu, novorozenec na silný zvuk prudce sevře víčka z té strany, odkud zvuk slyší. U víčkového reflexu se při zvuku rychle stáhne zornice a poté se pomalu rozšiřuje. Pátrací reflex lze pozorovat u půlročních dětí, kdy se dítě otáčí za zvukem. Metoda orientačního reflexu je prováděna tak, že se novorozenci při silném zvukovém podnětu zastaví dýchací pohyby a následně se rozpláče (Hádková, 2016, s. 49). Novorozenci, u kterých je určité riziko sluchové vady, by měli co nejdříve podstoupit vyšetření otoakustických emisí. „*OAE jsou velmi slabé zvuky, které vznikají na základě zvuku vpuštěného do vnitřního ucha, kde dojde k pohybu vláskových buněk, které vyprodukují první nervové vzruchy. Tento pohyb zpětně přes kůstky převodního systému rozkmitá bubínek a tím vznikají otoakustické emise.*“ (Sekeráková, Skyblová, 2011, s. 46) Toto screeningové vyšetření je poměrně spolehlivé a ukáže ztrátu sluchu větší než 30 dB (Souralová, Langer, 2005, s. 17).

Sekeráková, Skybová (2011, s. 46) vidí jako výhodu tohoto vyšetření bezbolestnost, absenci premedikace a rychlost. Měření OAE neurčí závažnost vady, nicméně určí, zda je sluch v pořádku nebo zda je žádoucí další vyšetření. Do zvukovodu se zavede sonda přístroje, která měří u spícího novorozence odpověď vláskových buněk na zvukové podněty, které přístroj vyvolává (Komínek, Havlíková, Poláčková, Zeleník, Kabelka, 2012, s. 326). Tympanometrie, vyšetření středního ucha, má dva významy. Pomáhá rozlišit stavy, které vznikly narušením Eustachovy trubice, od jiných patologií u lidí s převodní poruchou sluchu.

U lidí s percepční poruchou pomáhá určit, zda jde o poruchu kochleární či retrokochleární (Rottenberg, 2008, s. 471). Měření probíhá pomocí přístroje zvaného tympanometr. Tato objektivní metoda vyšetření zjišťuje, jak závislý je odraz zvukové energie na bubínku k tympanometru a jak se mění tlak vzduchu, který je v zevním zvukovodu (Šlapák, Janeček, Lavička, 2009). Výsledky vyšetření jsou zaznamenány do tympanometrické křivky. Lékař poté zhodnotí, jaký je tlak ve středouší a o jaký typ vady jde (Horáková, 2012, s. 28).



Obr. 4. Příklad audiogramu (Hrubý, 1998, s. 52)

Spolehlivá data o stupni poruchy sluchu lze získat na základě vyšetření evokovaných sluchových potenciálů v mozku. Druhů měření je několik a rozlišují se podle toho, ve které oblasti centrální nervové soustavy měření probíhá. ERA – oblast kochley, BERA – oblast mozkového kmene a sluchového nervu a CERA – oblast mozkové kůry a podkorových center (Souralová, Langer, 2005, s. 17). Klady při vyšetření ustálených evokovaných potenciálů (SSEP) vidí Jurovčík (2003) v rychlosti a v nulových nárocích na pacienta. I přesto, že výsledný audiogram není zcela srovnatelný s klasickým tonálním audiogramem, jeho diagnostický přínos hlavně v pediatrii nelze zpochybňovat. Vyšetření probíhá za nutnosti pacientova klidu. Proto se vyšetření provádí ve spánku nebo v krajních případech při anestezii (Jurovčík, 2003, s. 6-7). Tato vyšetřovací metoda se provádí na specializovaných foniatrických působištích. Jde o vyšetření sluchu na frekvencích 0,5, 1, 2 a 4 kHz a získáme tak informace o sluchovém prahu.

Na většině odborných pracovišt' se při určování sluchového prahu realizuje metoda vyšetření kmenových potenciálů BERA (Kabelka, Vymlátílová, Groh, Holmanová, Myška, 2013, s. 21). Dále slouží metoda BERA k vyšetření sluchové dráhy, tzn. k vyloučení retrokochleární poruchy sluchu (Myška, 2007, s. 93). ERA vychází z průměrovaného EEG zázpisu a hodnotí se zde různé latence elektrických potenciálů (Šlapák, Janeček, Lavička, 2009). Vyšetření CERA není vhodné pro děti do 4 let. „Pacient dostane sluchátka a do nich pak několik tisíc akustických signálů. Přístroj odliší, zda bioelektrický impuls vznikl v časové závislosti na každý signál a za jak dlouho.“ (Mukšnáblová, 2014, s. 36) Díky metodám BERA a CERA lze odhalit těžké poruchy sluchu. Čím větší porucha je, tím lépe

se rozpozná (Herdová, 2004, s. 212). Na druhou stranu jsou metody časově náročné a přístroje, které jsou na specializovaných pracovištích, bývají velmi nákladné. Záleží také na zkušenostech specialistů (Šlapák, 1995, s. 17).

## 4 Kochleární implantát

Kochleární implantát je sluchová náhrada pro lidi, kteří jsou hluchí nebo mají prakticky nevyužitelné zbytky sluchu (Langer, 2013, s. 99, Tichý in Barvíková, 2009, s. 198). Horáková (2012, s. 100) dodává, že je určen pro osoby ohluchlé v různém věku nebo pro prelingválně neslyšící do šesti let s oboustrannou hluchotou. Lejska (2003, s. 76) upozorňuje na fakt, že je možné ho využít, pokud jsou poškozeny nebo nejsou vyvinuty vláskové buňky v Cortiho orgánu, s tím, že sluchový nerv a sluchové dráhy musí být v pořádku. Holmanová (2002, s. 61) mezi výčet nemožností implantace dodává ještě chronický zánět středouší nebo anatomicky nestandardní hlemýžď. Jedná se o složité elektronické zařízení, které mění zvuky z okolí na jemné elektrické proudy, které jsou zaváděny přímo ke sluchovému nervu. Část implantátu je zavedena pod kůži za ušní boltec a do kochley je zavedena elektroda, tím tedy ke sluchovému nervu. Další částí je řečový procesor, který je umístěn zevně (Šlapák, 1995, s. 20). Na rozdíl od sluchadel KI zvuk nezesiluje, ale zvuk z mikrofону analyzuje a přetvoří ho na elektrické impulsy, které dráždí vlákna sluchového nervu. To zapříčiní vzruchy vyhodnocované jako zvuk (Tichý in Barvíková, 2009, s. 198). „*Kochleární implantát nevyužívá zbytkových schopností vnitřního ucha, ale obchází ho.*“ (Tichý in Barvíková, 2009, s. 198) Ačkoliv se dá s KI slyšet, poslouchat hudba a rozumět, jak dodává Tichý (in Barvíková, 2009, s. 198), kvalitativně se samozřejmě nedá srovnávat se zdravým sluchem. Na kvalitu slyšení upozorňuje i v souvislosti s tím, že uši jsou dvě a KI je jen jeden, což zhoršuje prostorové slyšení, zhoršuje to vypořádání se se šumem a hlukem. Snižuje se schopnost vnímat jednotlivé okolní zvuky zvlášť. Jako přínosy KI uvádí mnoho lidí to, že slyší lépe než se sluchadlem, slyší lépe v hlučném prostředí, cítí se bezpečněji a mohou i telefonovat. Všechny tyto přínosy jsou ale ovlivněny několika faktory. Jedná se například o to, jaká je vada, jak dlouho byl člověk bez KI, jak je častý poslechový trénink nebo zda má jedinec i jiné problémy ([www.cochlear.com](http://www.cochlear.com)).

Hádková (2016, s. 171) odkazující se na Zouzalíka (2006) uvádí, že pokusy o přímou stimulaci sluchového nervu pocházejí z počátku 20. století z Francie. V roce 1957 André Djourno a Charles Eyries poprvé implantovali hluchému pacientovi jednokanálový elektrický sluchový stimulátor. V České republice jsou pacienti operováni od roku 1993 v Motole ve Fakultní nemocnici. Od roku 2012 je implantační centrum i v Brně v Nemocnici u sv. Anny. V roce 2013 vzniklo centrum kochleárních implantací i v Ostravě a v roce 2016 byla provedena implantace KI dítěti i ve Fakultní nemocnici

Hradec Králové (Hádková, 2016, s. 175, fnkh.cz). Co se týká společností, které KI vyrábějí a které se využívají v České republice, uvádí Hádková (2016, s. 174) tři největší. A to americkou společnost Advanced Bionics, australskou společnost Cochlear a rakouskou Med-El, zmiňuje ale i belgickou firmu Philips Hearing Implants a MXM z Francie. V ČR jsou na výběr implantáty Nucleus (Cochlear), systémy od Med-El a Neptune či Naída od Advanced Bionics.

#### 4.1 Popis kochleárního implantátu a operace

Jak již bylo řečeno, kochleární implantát se skládá z vnitřní a vnější části. Ve vnitřní části najdeme přijímač, který se nachází pod kůží za uchem, a svazek elektrod. Tento svazek je v hlemýždi vnitřního ucha. Skákalová (2017, s. 88) upřesňuje umístění přijímače (stimulátoru) v jamce kosti skalní a také počet elektrod na 22.



Obr. 5. Schéma fungování kochleárního implantátu (Horáková, 2012, s. 101)

Přijímač je základem implantátu a měl by být co nejmenší a plochý, aby ho operátor mohl dobře ukotvit do kosti (Kabelka in Barvíková, 2009, s. 150). Elektrody zastupují funkci vláskových buněk ve vnitřním uchu. Vysílají impulzy a ty jsou sluchovým nervem vedeny do sluchových center v mozkové kůře (fno.cz). Vnější část se skládá z mikrofону umístěném na řečovém/zvukovém procesoru s vysílací cívkou. Zvukový procesor je většinou nošen za uchem (závěsný typ) nebo v případě malých dětí na těle (krabičkový typ). Zvuk procesor kóduje a přenáší ho dále do cívky. Ta přenáší informace přes kůži do přijímače a je magnetem připevněna k hlavě (Hronová, Hudáková, 2005, s. 30, Tichý in Barvíková, 2009, s. 200). Magnet slouží k tomu, aby držel vysílací cívku přes kůži na správném místě, a to nad implantátem (Tichý in Barvíková, 2009, s. 199).

Ještě než se KI jedinci implantuje, je samozřejmě zapotřebí podstoupit několik předoperačních vyšetření. Hronová a Hudáková (2005, s. 31) hovoří o dvoufázovém vyšetření. Nejdříve proběhne vyšetření foniatrické, audiologické, psychologické a také

logopedické. Na základě toho se vyhodnocuje vážnost sluchové vady, její funkční dopady a také vývoj jazyka a řeči mluvené. Jsou ale hodnoceny i vlastnosti a schopnosti uchazeče. U dětí je potřeba hodnotit i jejich motivaci k nošení vnějších částí KI a nedílnou součástí je spolupráce rodičů při rehabilitaci (Hronová, Hudáková, 2005, s. 31). Co se týká foniatrického vyšetření, foniatr hodnotí výsledky rehabilitace se sluchadlem a provádí subjektivní a objektivní zkoušky sluchu, přičemž výsledky metod objektivních jsou důležitější (Vymlátílová in Barvíková, 2009, s. 86). I malé dítě by mělo před implantací pomocí sluchadel reagovat na hlasité zvuky a díky odezírání podat známé předměty. Důležité je při logopedické rehabilitaci také nacvičit podmíněnou reakci na zvuk a přiblížit dítěti pojmy jako jsou „nic, málo, moc, dobře“. To posléze pomůže při programování intenzity zvuku KI. Dalšími významnými pojmy jsou „stejný“ a „jiný“, které se využívají při nastavení elektrod, kdy by dítě mělo určit hlasitější, stejný či tišší tón (Holmanová, 2002, s. 65). Úkolem logopeda je všimnout si i pozornosti dítěte, jeho chování a spolupráce. Rodičům poté poradí, jak s dítětem rehabilitovat doma, na základě pokroků posoudí přínos implantace a úspěch rehabilitace po operaci (Vymlátílová in Barvíková, 2009, s. 86). V průběhu druhé fáze je kandidát krátce hospitalizován v nemocnici, kde probíhají obvyklé předoperační výkony, ale také komplexní otorinolaryngologické, neurologické i detailní sluchové vyšetření a u dětí i vyšetření pediatrické (Hronová, Hudáková 2005, s. 31). Výsledky všech testů poté hodnotí odborná komise, která, pokud se nejedná o nějaký naléhavý případ, kdy hrozí např. uzavření hlemýždě, zasedá obvykle 4x ročně. Následně jsou schválené osoby předloženy zdravotním pojišťovnám a teprve až poté, co pojišťovna dosvědčí, že implantát v určité době uhradí, dojde k samotné operaci (Kabelka in Barvíková, 2009, s. 152). Co se týče dětských pacientů, u nich začíná příprava na operaci nošením sluchadel, kdy si dítě zvyká na nové návyky, a využívají se nejrůznější stimuly ke komunikaci (Kabelka in Barvíková, 2009, s. 153). Jak uvádí Fakultní nemocnice Ostrava, samotná operace trvá přibližně 2-3 hodiny a pacient je při ní v celkové anestezii (Fno.cz, 2020). Kabelka (in Barvíková, 2009, s. 153) se průběhu operace věnuje podrobněji a uvádí, že na operačním sále si chirurg připraví přístup a místo pro implantát. Otvorem do hlemýždě, který má asi 1 milimetr, zavede svazek elektrod a pomocí stapediálního reflexu se ověří funkčnost. To pomáhá pro představu, jak sluchový nerv bude reagovat, a pro nastavení zvukového procesoru. Většinou je pacient hospitalizován v nemocnici dalších 5-10 dní a jak dále FN Ostrava uvádí, první zapojení procesoru je přibližně 5-6 týdnů po operaci, kdy se všechny rány zahojí (ww.fno.cz). Kabelka (in Barvíková, 2009, s. 154) upozorňuje, že bolest je v tomto případě individuální a že děti ji nevnímají tolik jako

dospělí. Programování řečového procesoru je náročný proces vyžadující spolupráci logopeda, inženýra a pacienta, což je v případě malých dětí složitější. S každým pacientem se tvoří tzv. mapa, na které jsou zaznamenány reakce, a která se pak dále pravidelně upravuje, až se nastavení řečového procesoru zoptimalizuje dle individuálních potřeb osoby s KI (Holmanová, 2002, s. 68). Pro představu uvádí Holmanová (2002, s. 68) deset návštěv během jednoho roku po operaci dítěte a v případě stálosti na „mapě“ je pak návštěva 2x ročně optimální.

Za používání KI zaplatí uživatelé či jejich rodiny ročně 15 000-20 000 Kč. Tuto částku zaplatí za pojištění, malé opravy, baterie nebo náhradní díly (Fno.cz, 2020).

## **4.2 Výběr vhodných kandidátů na kochleární implantaci**

Výběr kandidátů je prováděn kolektivem tvořeným audiologem, foniatrem, psychologem, logopedem a operátorem velice pečlivě (Marášková, 2008, s. 10). Veškeré aspekty jsou u dětských kandidátů sledovány minimálně půl roku předem. Důležité je, aby náročnost rehabilitace zvládali u dětí i jejich rodiče, kteří na úspěchu celé rehabilitace nesou největší podíl. Pokud má dítě sluchadla, a i přesto není schopno rozeznávat zvuky, které by vedly k nácvičku mluvené řeči, je vhodným kandidátem. Kandidát na implantaci KI musí samozřejmě splňovat i příhodnost audiologickou (Holmanová, 2002, s. 63). Vymlátilová (in Barvíková, 2009, s. 84) přikládá vhodnost KI pro děti s oboustrannou hluchotou, pro děti ohluchlé po prodělání zánětu mozkových blan a také upozorňuje na fakt, že mezi druhým a šestým rokem je implantace nejvhodnější kvůli nervové soustavě, která poté ztrácí schopnost zpracovávat sluchové vjemy. Kritéria výběru schválila Česká společnost pro otolaryngologii a chirurgii hlavy a krku J. E. Purkyně (Vymlátilová in Barvíková, 2009, s. 84). V kritériích najdeme všeobecná kritéria pro děti i dospělé a dále specifická kritéria pro výběr dětí a specifická kritéria pro výběr dospělých. U dospělých kandidátů, na rozdíl od těch dětských, se operuje co nejdříve po stanovení diagnózy, přičemž důležitá je rozvinutá a srozumitelná řeč, orální způsob komunikace a schopnost odezírání (Centra pro KI 1. a 2. LF UK, 2012). Většinou se s podezřením na hluchotu či těžkou sluchovou vadu u dítěte obrátí na centrum kochleárních implantací lékař nebo sami rodiče. Jak již bylo řečeno, začne půlroční sledování dítěte, při kterém se hodnotí přínos sluchadla při správné rehabilitaci, která musí být započata ještě před operací (Vymlátilová in Barvíková, 2009, s. 84).



### 4.3 Pooperační rehabilitace v dětství

„Kochleární implantace není zázračnou metodou navracející sluch. Dobré výsledky přináší pouze při trpělivé a důsledné rehabilitaci.“ (Holmanová, 2002, s. 70) Holmanová (2002, s. 70) ještě připomíná, že je nutné respektovat aktuální stav a dosaženou úroveň vývoje u dítěte. Pro správný rozvoj dítěte se sluchovým postižením tedy není zapotřebí pouze implantace KI, jeho vhodné nastavení a dobrý technický stav. Velmi důležitou roli hraje následná pooperační rehabilitace, bez které by celá operace byla zbytečná (Kopecká in Barvíková, 2009, s. 11). Jak Kopecká (in Barvíková, 2009, s. 14-15) dodává, je několik faktorů, které rehabilitaci ovlivňují. Jsou jimi například dostupnost lékařské i nelékařské péče o dítě i rodinu, tvorba včasné komunikace mezi dítětem a okolím, účinnost KI, doba ohluchnutí, ale také individuální schopnosti dítěte a jeho povaha.

Potměšil (2003, s. 143) klade důraz na soubor rodinných faktorů při účinné rehabilitaci dětí s KI a jako příklad uvádí vztah rodičů k faktu, že mají postižené dítě, jejich IQ, počet dětí v rodině, výskyt postižení v rodině nebo třeba tlak na rodiče ze stran odborníků. Co se délky rehabilitace týká, u prelingválně postižených dětí trvá i několik let. U lidí, kteří ohluchli postlingválně, je pooperační rehabilitace výrazně kratší a není tolik složitá (Hronová, Hudáková, 2005, s. 31, Krahulcová, 2014, s. 314). Cílem rehabilitace je v tomto případě audio-orální komunikace bez odezírání. K tomu, aby byl cíl splněn, je zapotřebí určité dějové linky, která vede přes uvědomování si zvuků až k jejich odlišování a v poslední řadě k porozumění řeči (Hronová, Hudáková, 2005, s. 31, Holmanová, 2002, s. 69).

Pooperační rehabilitace začíná 5-6 týdnů po operaci, a to nastavením řečového procesoru. Jak bylo řečeno výše, postupně se intervaly návštěv u lékaře kvůli nastavování řečového procesoru zkracují. Logopedi při tomto nastavování používají nacvičené reakce na konec řady přerušovaných zvuků (Krahulcová, 2014, s. 313). Jak Krahulcová (2014, s. 314) uvádí, logopedická péče rozvíjí učení poslechu, porozumění významu zvuků, rozvoj mluvy a získání orální řeči. U dítěte rozvíjíme slovní zásobu formou hry podle zájmů a také ho přiměřeně odměňujeme za snahu. Vše záleží na rodičích, kteří jsou s logopedem v neustálém kontaktu a dítě stimulují pomocí dodaných materiálů. Aby byla rehabilitace sluchu úspěšná, rodiče vedou své dítě k neustálému naslouchání a dítě, které musí celodenně používat KI, se tyto zvuky učí znát a rozlišovat (Holmanová, 2002, s. 69). Krahulcová (2014, s. 314) uvádí posloupnost sluchových dovedností v reedukačním a rehabilitačním programu. Jedná se o detekci, diskriminaci, identifikaci a porozumění.

Pomocí detekce se dítě učí reagovat na zvuk, pomocí diskriminace se učí rozeznávat dva nebo více zvuků a různě na ně reagovat (př. tichý x hlasitý, hudební nástroje), identifikace slouží k tomu, aby dítě umělo ukázat předmět či zopakovat zvuk a pokud dítě rozumí, tak zná smysl, odpovídá na dotazy, plní pokyny a umí vést rozhovor (Holmanová, 2002, s. 71-76, Krahulcová, 2014, s. 314-315). Pokud dítě začne řeč slyšet, lépe udrží svoji pozornost. A to i přesto, že danému sdělení úplně nerozumí. Učení z paměti je pro děti zábavné a jednodušší než před implantací. Řeč se spontánně vyvíjí a hlas začíná být melodičtější. Také si lépe pamatují nové poznatky, jsou samostatnější a cítí se lépe. Všechny tyto změny působí pozitivně i na rodiče, kteří začínají s dítětem komunikovat mnohem více (Holmanová, 2002, s. 78). Za velice důležité pokládá Holmanová (2002, s. 78) sledovat pokroky minimálně dalších 5 let po operaci a také upozorňuje na fakt, že výsledek rehabilitace ovlivňuje i to, jaký je počet zachovaných sluchových vláken a schopnost CNS zpracovávat a využívat informace. Z toho vyplývá, že výsledky rehabilitace jsou velice individuální.

Možností, jak posoudit přínos KI a sluchové vnímání, je tzv. Nottinghamská škála a testy řečové percepce (Horáková, 2012, s. 104).

## **5 Vzdělávací systém dětí s KI**

Jednou z přirozených potřeb každého jedince je potřeba sdružovat se, sdílet a být členem nějakého společenství. Osobnost jedince, jeho identita i sebepojetí se pak vytváří na základě identifikace s normami a hodnotami daného společenství (Kučera, Suralová in Vitásková a kol., 2015, s. 35).

Mezi největší problémy lidí se sluchovým postižením patří dorozumívání se s okolím, které slyší a rozumí (Suralová, Langer in Renotírová, Ludíková a kol., 2006, s. 182). Komunikační bariéra sluchově postižených jedinců je skrytá, stejně jako postižení samotné. Není totiž na první pohled vidět, že je jedinec nějakým způsobem handicapován (Strnadová in Jesenský a kol., 2003, s. 78). Komunikace není samozřejmě jedinou bariérou v životě sluchově postižených. Mezi další takové bariéry řadí Strnadová (2003, s. 78) i orientační, informační či bariéry legislativní. Nejpřirozenější překonání komunikační bariéry je umět se vyjádřit mluvenou řečí. Navzdory veškerým nedokonalostem, je to přechod k integraci do slyšící společnosti, a to je v dnešní době stále uskutečnitelnější (Bulová in Pipeková, 1998, s. 92).

Langer a Kučera (in Ludíková, Kozáková a kol., 2012, s. 37) chápou komunikaci jako sociální interakci a jako jazykové jednání. Dále uvádějí, že předpokladem úspěšné komunikace jsou tzv. komunikační kompetence. Právě tyto kompetence umožňují lidem komunikovat v určité kultuře. Nejedná se jen o znalost daného jazyka, ale i o umění využít ho v různých komunikačních situacích. Nástrojem ke sdělování informací je řeč. Řeč je nástroj k dorozumívání se a její prostředky mohou být mluvené či znakové jazyky (Suralová, Langer, 2005, s. 19). Díky komunikaci také člověk vyjadřuje své potřeby, potíže, city, vědomosti a myšlenky (Mukšnáblová, 2014, s. 51). Důležitá je mimo jiné výstavba funkčního komunikačního systému a jazyka do 6-7 let, protože má pak podíl na školní úspěšnosti (Potměšil, 2003, s. 59).

### **5.1 Možnosti vzdělávání dětí se sluchovým postižením a dětí s kochleárním implantátem**

Vzdělávání osob se sluchovým postižením je vymezeno v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Školský zákon hovoří v § 4 o tzv. rámcových programech. „*Rámcové vzdělávací programy stanoví zejména konkrétní cíle, formy, délku a povinný obsah vzdělávání, a to všeobecného a odborného podle zaměření daného oboru vzdělání, jeho organizační uspořádání, profesní profil, podmínky průběhu a ukončování vzdělávání a zásady pro tvorbu školních vzdělávacích programů, jakož i podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a nezbytné materiální, personální a organizační podmínky a podmínky bezpečnosti a ochrany zdraví. Podmínky ochrany zdraví pro uskutečňování vzdělávání stanoví ministerstvo v dohodě s Ministerstvem zdravotnictví.*“ (zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání - školský zákon) Na základě těchto rámcových vzdělávacích programů pak školy tvoří své vlastní školní vzdělávací programy, kam zařazují i speciální předměty pro sluchově postižené, jako je například logopedická péče, řečová výchova nebo znakový jazyk. Je zde snaha o podporu komunikačních kompetencí (Souralová, Langer, 2013, s. 11). Na školský zákon navazuje vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Ta pojednává o podpůrných opatřeních, o IVP nebo o organizaci vzdělávání. Vzdělávání osob se sluchovou vadou probíhá buď integrovaně v běžné škole, nebo ve speciálních zařízeních pro žáky s vadami sluchu (Komorná, 2008, s. 23).

Jak zmiňuje Skákalová (2016, s. 99), již od 90. let se postupně ustupuje od vzdělávání dětí se sluchovou vadou ve speciálních zařízeních a trendem se stává integrace do běžných škol a život dětí v jejich rodinách. Jedním z důvodů je pokrok v diagnostice sluchových vad, které lze díky dobrým diagnostickým metodám odhalit včas. Dítě pak dostává patřičné kompenzační pomůcky, které jsou dnes na vysoké technické úrovni. V neposlední řadě uvádí Skákalová (2016, s. 100) i síť odborných podpůrných služeb pro sluchově postižené děti a jejich rodiny.

Střediska rané péče patří do systému sociálních služeb. Nejznámější je středisko rané péče Tamtam. Dále jsou to speciálně pedagogická centra a také mateřské školy, jejichž cílem je poskytnutí včasné edukační intervence a odborné pomoci (Langer, 2013, s. 70). Speciálně pedagogická centra (SPC) i mateřské školy pro sluchově postižené jsou zřizovány při základních školách pro sluchově postižené. Jednou z náplní práce SPC jsou poradenské služby dětem s kochleárním implantátem, které jsou integrovány do škol (Konečná, Barvíková, 2009, s. 184). Cílem mateřské školy je s dětmi komunikovat buď formou orální, nebo formou znakového jazyka a tuto formu komunikace dále rozvíjet

(Komorná, 2008, s. 26). Horáková (2012, s. 80) vyzdvihuje individuální přístup těchto zařízení a náročnost integrace do běžné mateřské školy pro dítě i rodinu. Strnadová (2002, s. 48) vymezuje několik prvků v MŠ pro sluchově postižené v programu činností. Jsou jimi například edukace a reedukace sluchu, nácvik pozornosti a koncentrace či rozvíjení využívání nepoškozených smyslů. Skákalová (2017, s. 75) uvádí příklad MŠ v Hradci Králové, která se hlásí k bilingvlnímu vzdělávání, nebo MŠ Pipan v Praze. Při integraci do mateřské školy doporučují SPC dodržovat vhodné akustické podmínky, jako jsou FM systémy, světelné podmínky pro odezírání, dodržování očního kontaktu, koberce a závěsy, dbát na bezpečnost dítěte během vycházek, venku, na plaveckém výcviku atd. Dalším důležitým upozorněním je fakt, že pokud se nějakým způsobem přeruší zvukové cesty (př. odpojení cívky od KI), dítě se stává neslyšící a také tak může reagovat. Ačkoliv je řeč stále nesrozumitelná a agramatická, pasivní slovní zásoba převažuje aktivní, dítě začíná rozumět a lépe si osvojuje mluvenou řeč (Konečná, Barvíková, 2009, s. 187).

Dalším stupněm vzdělávání jsou základní školy. Dítě s vadou sluchu může být opět integrováno do běžné základní školy za podpory kompenzační pomůcky a podpůrných opatření nebo do škol pro žáky s vadami sluchu. Takové školy mají nižší počet žáků ve třídách, třídy jsou vybaveny speciální technikou a jsou zde používány speciální vzdělávací metody, postupy a formy (Skákalová, 2017, s. 75). Horáková (2012, s. 82) se zmiňuje o možnosti přípravných tříd na základních školách pro sluchově postižené, kde mají děti možnost upevnit si formou her dovednosti získané v předchozí fázi vzdělávání. Také upozorňuje na speciálně pedagogické předměty, jako jsou hodiny komunikačních dovedností a individuální logopedická péče. Pokud je dítě ve vzdělávacím procesu s kochleárním implantátem v kolektivu dětí s různými vadami sluchu, většinou se upřednostňuje totální komunikace. Jiný případ je ve třídě, kde jsou pouze děti s kochleárním implantátem nebo děti nedoslýchavé. V této situaci se využívá orálně auditivní metoda vzdělávání s využíváním mluvené řeči. Dalším rozdílem je integrované vzdělávání dítěte ve školách běžného typu. Předchází tomu dlouhé rozhovory rodičů a SPC. Pokud se rozhodne o tom, že dítě bude integrované do běžné školy, rodiče by měli být velmi aktivní a měli by se zapojovat. Dítě se pak s novým prostředím musí podrobně seznámit, a hlavně nesmí být stresované očekáváním rodičů. I nadále trvá spolupráce s daným SPC, které poté spolupracuje s konkrétními osobami z vybraného zařízení. Spolupráce začíná už před nástupem dítěte do vzdělávacího zařízení. Důležité je, aby se u dítěte často nestřídali učitelé. Častým problémem bývá jejich nepřipravenost. Vhodné je

najít nějaký alternativní způsob hodnocení žáka, umožnit mu zkoušení písemné, stejně tak jako zadání práce. Je prospěšné podporovat žáka maximální možnou vizualizací během vzdělávacího procesu. Na druhém stupni pocítí i integrovaný žák mnohem větší nároky. Nároky ze stran různých učitelů, forem a metod výuky, více předmětů, což vyžaduje větší slovní zásobu. Pokud je dobrá spolupráce mezi všemi účastníky, žák má velkou šanci všechny tyto problémy zvládnout (Konečná, Barvíková, 2009, s. 187). Vymlátílová (in Barvíková, 2009, s. 91) ještě připomíná, že u dětí s vrozenou hluchotou, které mají KI, je předpokladem úspěšné integrace porozumění mluvené řeči, dobrá psychika, průměrný intelekt a přizpůsobivost.

Sekundární vzdělávání sluchově postižených do roku 1991 zajišťovaly jen dvě střední školy. Bylo to gymnázium v Praze v Ječné ulici a střední průmyslová škola oděvní na Slovensku. Učilišť také neměli žáci na výběr mnoho. Jedním bylo učiliště pro sluchově postiženou mládež v Praze na Smíchově a druhým učiliště v Brně, kde byly obory jako krejčí, obuvník, čalouník nebo klempíř. Poté se začaly otevírat i nové učňovské obory a nové střední školy (Komorná, 2008, s. 29). Dnes najdeme střední školy pro sluchově postižené v Praze, v Brně, v Hradci Králové, v Českých Budějovicích nebo třeba ve Valašském Meziříčí. Skákalová (2017, s. 75) uvádí některé příklady nových oborů a škol: cukrář, zahradník, truhlář, krejčová, zámečnick, šička, elektrikář, střední škola zdravotní v Berouně, pedagogická nebo elektrotechnická střední škola. Co se týká integrace žáků, hovoří Skákalová (2017, s. 76) o získání informací, vědomostí a dovedností a v první řadě o začlenění žáka, které zajistí plnohodnotné sociální vztahy. O tom, kam žák půjde na střední školu, rozhodují společně rodiče, žák a výchovný poradce. Mluvená řeč žáka s kochleárním implantátem je v tomto období většinou definitivní. Slovní zásobu má žák obdobnou jako ostatní a v jejím rozšiřování pomáhá čtení. Pokud zvolí integrovaný žák střední školu, probíhá setkání vedení školy s rodiči a SPC. Konečná a Barvíková (2009, s. 189) upozorňují na problém výuky dvou cizích jazyků. V tom případě doporučují nehodnotit ústní projev žáka a tolerovat jeho neúčast na poslechových cvičeních nebo ho z jednoho jazyka vyvázat. Na žáky jsou kladeny velké nároky, co se slovní zásoby oboru týče, nároky na samostatnost a na usilovnou domácí přípravu. Jestliže žák všechny tyto problémy nezvládá, je možnost přestoupit na jednodušší obor nebo na jinou školu (Konečná, Barvíková, 2009, s. 189).

Sluchově postižené osoby mají možnost studovat i na vysoké škole. Skákalová (2017, s. 75) zmiňuje možnost integrované formy studia s individuálním vzdělávacím

plánem (IVP) nebo možnost organizovaného vzdělávání. To představuje samostatné studijní obory pro studenty se sluchovým postižením. Tlumočnické služby a zapisovatel jsou zde samozřejmostí. Jedná se například o Výchovnou dramatiku neslyšících na JAMU a o obor Čeština v komunikaci neslyšících na UK. Některé vysoké školy mají speciální poradenská zařízení, která podporují studenty se speciálními vzdělávacími potřebami. Zajišťují pomůcky, podílejí se na IVP a pomáhají zajistit tlumočníka, zapisovatele či jiné služby. Univerzita Hradec Králové má středisko Augustin, v Brně na Masarykově univerzitě je zřízeno středisko Teiresiás, na Univerzitě Palackého v Olomouci nalezneme Centrum podpory studentům se specifickými potřebami, středisko ELSA bylo zřízeno při ČVUT nebo centrum Pyramida na Ostravské univerzitě (Skákalová, 2017, s. 75, helpnet.cz).

## 6 Kvalita života

V následující kapitole bude objasněn pojem kvalita života. Také zde budou představeny některé metody měření kvality života, které lze dále rozdělit na objektivní a subjektivní.

Pojem kvalita života je poměrně nový. Dle Heřmanové (2012, s. 407) jde o pojem nejen interdisciplinární, ale i o pojem multidimenzionální (má spoustu významových dimenzí). Kvalita života se může hodnotit z hlediska materiálního i z hlediska psychologického. Mezi dalšími pojetími uvádí Heřmanová (2012, s. 408) pojetí kulturně antropologické, morální a sociologické. Také přiřazuje pojmu jakousi kontroverzi a udává jeho složitou uchopitelnost. Kontroverzi spatřuje v tom, že neexistuje žádná všeobecná definice kvality života.

I podle Slováčka (2004, s. 6) je velice složité definovat pojem kvalita života. Slováček (2004) hovoří v souvislosti s kvalitou života o dopadu nemoci na jedince, na jeho psychický a fyzický stav, spokojenost a způsob jeho života. Dále také dodává, že definice kvality života vyplývá z Maslowovy teorie potřeb. Slováček (2004), stejně jako Heřmanová (2012), se shodují v tom, že žádná z celé řady definic není všeobecně přijímána. Slováček (2004, s. 6) ale upozorňuje na fakt, že jedno mají definice společné. Jedná se o údaje o psychickém, fyzickém a sociálním stavu jedince.

Dragomirecká (2006, s. 10) uvádí, že kvalitu života vyjadřuje to, jak sám člověk hodnotí životní situaci, ve které se nachází. Samozřejmě, že každý bude hodnotit kvalitu života úplně jinak. Záleží na pojetí, o kterém hovoří Heřmanová (2012).

### 6.1 Možnosti měření a posuzování kvality života

Nástroje měření kvality života musí samozřejmě splňovat validitu a reliabilitu (Mühlpachr, 2005, s. 59).

Metody, které měří kvalitu života, můžeme rozdělit na tři skupiny, Křivohlavý (2002, s. 165):

- 1) Metody, které hodnotí druhá osoba.
- 2) Metody, kde hodnotitelem je sám daný jedinec.
- 3) Metody smíšené, které jsou kombinacemi 1. a 2. metody.



Mühlpachr (2005, s. 59) přistupuje k hodnocení kvality života ze dvou hledisek. Z hlediska subjektivního a z hlediska objektivního. Dále také udává, že většina odborníků se přiklání k metodě subjektivního měření kvality života. Objektivní metoda je tedy metoda měření, kde je hodnotící druhá osoba a naopak, pokud je hodnotitelem sám jedinec, jedná se o metodu subjektivní. Podle Mühlpachra (2005, s. 59) sleduje objektivní kvalita života například sociální status, sociální podmínky života, materiální zabezpečení či fyzické zdraví. Subjektivní kvalita života hodnotí, jak se sám jedinec vnímá ve společnosti, a to v kontextu s kulturou a hodnotami.

Tam, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba, jde především o zjištění lékařského, fyziologického hlediska. Mezi tyto metody patří dle Křivohlavého (2002, s. 165) mimo jiné metoda „Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu-APACHE II“ (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Tento systém se používá především ve Velké Británii na JIP a hodnotí, jak kvantitativně odbočuje stav jedince od normálního stavu. Další objektivní metodou je Karnofskyho index, kde lékař projevuje svůj názor na zdravotní stav pacienta. Tyto dvě metody se zabývají pacientovými zdravotními problémy, ale například metoda Vizuálního škálování celkového stavu pacienta nehodnotí pouze zdravotní stav, ale hodnotí jedince jako celek. Jedná se o viditelnou analogovou škálu-VAS (Visual Analogous Scale). Ta znázorňuje dva extrémy, mezi kterými je vodorovná 45° úsečka (Křivohlavý, 2002, s. 167). Jako nejpokrokovější metodu hodnotí Křivohlavý (2002) metodu slovního vyjádření kvality života, kde byla předem stanovena kritéria (např. sebeobsluha, bolesti, sociální opora aj.), která vypovídají nejvíce.

Subjektivní metody hodnocení jsou velice podstatné a vypovídají o tom, jak jedinec hodnotí své zdraví a sebeuplatnění v rodinném, pracovním i sociálním prostředí (Slováček, 2004, s. 7). Mezi tyto metody se řadí například: SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis). Tento dotazník tvoří 21 různých oblastí života. Na konci jsou dvě škály hodnocení. Škála hodnocení důležitosti a spokojenosti (Marášková, 2008, s. 13). V roce 1991 vytvořila Světová zdravotnická organizace dotazník kvality života WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment). Česká verze WHOQOL-100 je rozšířená a obsahuje 100 hodnotících položek, které pojednávají o fyzickém zdraví, kondici, náladách, nezávislosti aj. Existuje také zkrácená verze dotazníku WHOQOL-BREF, která má pouze 26 položek (Dragomirecká, 2006, s. 16).

## 7 Praktická část

Zatím se všechny předešlé kapitoly věnovaly sluchovému postižení, kochleární implantaci, kvalitě života a všemu, co je s těmito pojmy spjato. Zabývaly se ale tímto tématem pouze na teoretické úrovni. V praktické části bakalářské práce bude zjišťováno, zda operační proces probíhá tak, jak je psáno v odborných zdrojích, a jaká je kvalita života lidí s kochleárním implantátem.

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda se realita shoduje s teoretickými informacemi, které jsou uváděny v odborné literatuře, a jaká je doopravdy kvalita života těchto lidí.

V rámci výzkumného šetření byly vytyčeny také tři cíle dílčí, které byly zjišťovány pomocí čtyř výzkumných otázek.

Prvním vytyčeným dílčím cílem bylo zjistit, zda se uživatel kochleárního implantátu setkává s diskriminací na trhu práce.

Další dílčí cíl se zabýval oblastí partnerských vztahů. Zjištění tedy spočívalo v tom, zda si uživatel kochleárního implantátu hledá partnera spíše mezi sluchově postiženými nebo mezi slyšícími.

Posledním, tedy třetím dílčím cílem, bylo zjištění, jak kvalitní vnímají svůj život osoby s kochleárním implantátem.

### Výzkumné otázky:

- **Výzkumná otázka č. 1:** Má uživatel kochleárního implantátu kvůli své sluchové vadě problémy při hledání zaměstnání?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Je výběr partnera uživatele kochleárního implantátu omezen spíše na osoby se sluchovou vadou?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Jaké mohou být ve vztahu neslyšící a slyšící osoby problémy v komunikaci a s porozuměním?
- **Výzkumná otázka č. 4:** Je kvalita života uživatele kochleárního implantátu na dobré úrovni?

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní typ výzkumu. Výsledky šetření jsou velice individuální a vztahují se pouze k dotazovaným osobám, proto nelze vytvořit obecné závěry, a tudíž není možno chápat výsledky jako platnou normu.

Výzkumnou metodou, která byla použita, se stala podrobná případová studie dvou rozdílných žen. Rozdíl mezi nimi je nejen z hlediska věku, ale také z hlediska doby kochleární implantace. Další metodou, která byla v rámci výzkumného šetření použita, se stalo interview. Jeho hlavním úkolem bylo získat formou přátelského rozhovoru co nejvíce informací, které by doplňovaly kazuistiku a které by přinesly celkový náhled do života těchto dvou žen. V neposlední řadě byl ženám rozdán dotazník kvality života SQUALA. Tento dotazník, v němž respondentky hodnotily důležitost uvedených oblastí života a spokojenost v různých oblastech života, doplnil celkové povědomí o jejich životě.

Všechny informace jsou zpracovány anonymně. Pro tuto práci byly ženy pojmenovány respondentka č. 1 a respondentka č. 2.

## **7.1 Kazuistika 1**

Respondentka č. 1, která je uživatelkou kochleárního implantátu typu Nucleus, se narodila 11. září v roce 1994. V současné době je jí 26 let. Má těžkou oboustrannou percepční vadu sluchu. Jako příčina její hluchoty byla zjištěna dědičná mutace genu. Vždy upřednostňovala pouze orální komunikaci, nikoliv znakování.

Sama o sobě říká, že je obyčejná, pohodová holka s pozitivním přístupem k životu a že má ráda výzvy. Miluje adrenalin a cestování. Má slyšícího přítele, se kterým tráví veškerý svůj volný čas. Je to sportovně založená osoba se spoustou koníčků. Baví ji běhání, cvičí pilates, zumbu a miluje cvičení na trampolínách. Ráda jezdí na výlety a v zimě nejraději lyžuje. Líbí se jí experimentovat v kuchyni a péct. V poslední době pečce dorty na objednávku pro své známé a začala se též věnovat fotografování, ke kterému ji přivedl přítel.

### **Rodinná anamnéza**

Od narození žije v dobře fungující úplné rodině. Bydlí v rodinném domě s velkou zahradou, ve městě nedaleko krajského města. Její nejužší rodina zahrnuje matku, otce a jednoho staršího sourozence – bratra. Rodinu do nedávna finančně zabezpečoval především otec, ale od té doby, co si respondentka č. 1 našla své zaměstnání, přispívá do rodinného rozpočtu i ona sama.

Matce, narozené v roce 1963, je v současné době 58let. Vystudovala střední zdravotnickou školu, na které také úspěšně složila maturitní zkoušku. Hned po střední škole nastoupila do zaměstnání jako zdravotní sestra a dodnes pracuje na stejné pracovní pozici v nemocnici nedaleko bydliště, v Centru doléčování a rehabilitace. Pouze v době, kdy diagnostikovali jejich dceři sluchovou vadu, se s manželem po dlouhých rozvahách a počítání rodinného rozpočtu rozhodli, že se bude plně věnovat dceři do jejích patnácti let. Manžel bude ten, kdo rodinu finančně zabezpečí. Za svého muže se provdala po pětileté známosti a ve 28 letech poprvé otěhotněla. Přírozenou cestou porodila zdravého chlapce. Těhotenství i samotný porod probíhal bez komplikací. Matka je zdravá a ani v rodině z její strany se nevyskytoval nikdo, kdo by měl sluchové postižení. V roce 1994, když jí bylo 31let, znovu, se stejným mužem, plánovaně otěhotněla. I tentokrát probíhalo celé těhotenství i přirozený porod naprosto bez komplikací.

Otci, narozenému v roce 1960, je v současnosti 61 let. Díky úspěšně složené maturitní zkoušce na střední průmyslové škole stavební dosáhl, stejně jako matka, středoškolského vzdělání. Po střední škole nastoupil do zaměstnání, kde začínal pracovat jako dělník ve výrobě. Postupně se během let vypracoval a postupoval na vyšší pracovní pozice. Když se se ženou rozhodli, že rodinu finančně zabezpečí pouze on, pracoval již ve stavební firmě, ve které pracuje dodnes. V dnešní době je v již zmiňované stavební firmě jednatelem. Je zdravý a ani v jeho rodině nikdo neměl sluchové postižení.

Starší sourozenec respondentky č. 1 je bratr Jan, narozený v roce 1991, kterému je nyní 30 let. Stejně jako jeho rodiče, i on dosáhl středoškolského vzdělání s maturitní zkouškou, kterou úspěšně složil na střední škole strojní, stavební a dopravní. Svému oboru se věnoval jen z počátku, ale záhy zjistil, že ho daný obor nijak nenaplnuje. Tři roky po střední škole odjel do zahraničí, kde se naučil plynule hovořit anglicky. V Anglii si našel přítelkyni – Češku, se kterou žije dodnes. V současné době bratr pracuje jako řidič nákladního vozidla. S přítelkyní bydlí v bytě nedaleko od rodičů, plánují svatbu a také založení rodiny. Bratr je zdravý a je slyšící.

### **Osobní anamnéza**

Respondentka č. 1 je dítě z druhé fyziologické gravidity matky. Těhotenství i samotný porod přirozenou cestou se obešly bez komplikací. Porod nastal v termínu a trval pět hodin. Po odtoku plodové vody začala matka spontánně rodit a narození bylo v pořádku, záhlavím. Porodní míry odpovídaly normě. Porodní váha byla 3 400 gramů a porodní délka

52 centimetrů. Poporodní adaptace probíhala dobře, dítě nemuselo být kříšeno a neonatální icterus byl také v normě. I další psychomotorický vývoj byl příznivý. Všechna povinná a některá nepovinná očkování proběhla v pořádku a dle očkovacího kalendáře. Respondentka č. 1 prodělala pouze běžná dětská onemocnění, jakými byly například různé virózy, chřipky, šestá nemoc, angíny nebo neštovice.

Přibližně v šesti měsících věku dcery začali rodiče pozorovat, že s jejím sluchem není něco v pořádku. Dětská lékařka ji poslala na vyšetření na foniatrii v místě bydliště. Lékař po vyšetření sluchu pomocí ladičky konstatoval, že sluch respondentky č. 1 je docela v pořádku (otáčela se, ale ne za zvukem). Po nějaké době však pochybnosti rodičů o sluchu jejich dcery nepřestávaly. Pediatrička byla toho názoru, že sice moc nemluví, ale že řeč se časem rozvine. Vycházela ze závěru odborného vyšetření foniatrem. Po dalších pochybách využili rodiče svých známých, kteří jejich dceru objednali na foniatrické vyšetření do Prahy, tehdy ještě do Bohnic. Tam byla respondentka č. 1 verifikována až ve 20. měsíci věku. Pomocí objektivní metody vyšetření sluchu BERA byly zjištěny jen malé zbytky sluchu napravo, levá strana zůstávala naprosto bez odezvy. V roce 1996 dostala respondentka č. 1 sluchadla „Integra“. Po půl roce jí byla dosavadní sluchadla vyměněna za sluchadla „Widex C18“, neboť ta stávající nepřinášela žádané zlepšení. Rozeznávání zvuků a tónů bylo nedostatečné a setřelé. V té době se na trhu objevily úplně nové typy digitálních sluchadel, a tak po dohodě s foniatrickou rodiče uvažovali o jejich zakoupení. Ačkoliv nová sluchadla nebyla tehdy ještě hrazena VZP, bylo to nejlepší, co mohli udělat. Sluchadla „Widex C18“ byla velmi citlivá na různé jemné zvuky (předchozí sluchadla tohoto efektu nemohla nikdy dosáhnout). Tóny, hloubky a výšky nebyly takřka vůbec setřelé. Rodiče proto dceři tato digitální sluchadla zakoupili. Od zjištění vady docházela pak respondentka č. 1 na foniatrii už jen do Prahy. Nejdříve tedy do Bohnic, poté do Motola, kde byla sledována od roku 1999.

V době zjištění sluchové vady činila aktivní slovní zásoba kolem 10-15 slov a sluchem rozeznávala všechny samohlásky. Díky psychologickému vyšetření bylo zjištěno, že její rozumové schopnosti jsou v pásmu lehkého nadprůměru až nadprůměru. Po vyzkoušení a přidělení sluchadel byla respondentka č. 1 zařazena do běžné mateřské školy, do třídy se speciálními vzdělávacími potřebami a se zaměřením na logopedickou péči. V jejím případě šlo mimo jiné o rozšiřování slovní zásoby a o rozvoj sykavek.

Přestože respondentka č. 1 měla pravidelnou logopedickou péči u klinického logopeda a s matkou poctivě trénovala mluvu, přestože docházela na pravidelné kontroly

na foniatickém pracovišti ve Fakultní nemocnici v Motole a také na všechna pravidelná audiometrická vyšetření, začalo se uvažovat o kochleární implantaci. Implantace kochleárního implantátu se začala zvažovat, jelikož i přes nesporný přínos sluchadel docházelo k mírné progresi na obou dvou stranách sluchu. Následovaly problémy s porozuměním učivu a jeho pochopením ve škole.

Aby byla respondentka č. 1 vhodným kandidátem k implantaci, musela splňovat celou řadu různých kritérií. Mimo jiné musela absolvovat například vyšetření oční, ušní, audiometrické, logopedické, vyšetření CT, neurologické, ale také psychologické. Přednost měli pacienti s nekombinovanými vadami.

Nežli podstoupila samotný operační výkon, musela se podrobit předoperačnímu vyšetření, které prováděl lékař v místě bydliště. Jednalo se o sedimentaci erytrocytů (FW), krevní obraz a diferenciální rozpočet leukocytů (KO+DIFF), základní biochemii – ionty, jaterní testy, urea, kreatinin, vyšetření krevní srážlivosti (APTT), Quick, chemické vyšetření moče se současným vyšetřením močového sedimentu a interní vyšetření, která probíhají kupříkladu během vstupní prohlídky. Na základě těchto všech vyšetření vyvodil lékař závěr, že respondentka č. 1 je schopna operačního výkonu v celkové anestezii. Poté bylo provedeno vyšetření rovnovážného aparátu, které se zopakovalo taktéž po operačním zákroku.

Operace – kochleární implantace vlevo, proběhla 10. října 2005 ve Fakultní nemocnici v Motole. Respondentce č. 1 bylo jedenáct let. Zákrok byl proveden v celkové anestezii a proběhl bez komplikací.

Po prodělané operaci zůstala celý týden v nemocnici, kde byla denně ošetřována. Stehy a jizvy ve vnitřní části ucha po operaci hodně bolely, stejně tak jako strupy a jizvy ve vnější části zvukovodu. Dostala speciální mast a poměrně rychle tyto obtíže zmizely. Asi další dva měsíce po operaci trpěla respondentka č. 1 bolestmi hlavy. Na tyto bolesti si občas stěžuje dodnes. Občas mívá nepříjemné svědění jizvy.

Před propuštěním z nemocnice lékař respondentce č. 1 odstranil stehy z operační rány a provedl kontrolu uložení kochleárního implantátu. Hojení po operaci bylo příznivé. Měsíc po operaci ještě nosila na pravém uchu sluchadlo a v levém uchu implantát, jelikož se po operaci muselo vše řádně zahojit. Teprve po měsíci dostala i vnější část KI a proběhlo tzv. první nastavení. K vlastnímu nastavení řečového procesoru došlo až s odstupem 6 týdnů po dokonalém zhojení. Ještě po nějakou dobu musela dojíždět na další

nastavování. Postupně ale zjišťovala, že sluchadlo je pro ni zbytečné. Ačkoliv bylo kvalitní, oproti kochleárnímu implantátu byly poslech a porozumění s ním méně srozumitelné. Na základě toho přestala sluchadlo používat úplně. S KI začala slyšet a vnímat zvuky, které nikdy před tím neslyšela (např. hučení počítače, bzucení mouchy, tikání hodinek, cvrlikání ptáčků, hučení auta z dálky) a hlavně se naučila pro ni velmi zásadní věc-telefonovat a slyšet řeč z telefonu bez odezírání. Toto je nejvýše dosažený stupeň dle Nottinghamské škály.

Poté následovala pooperační rehabilitace spojená s logopedií a speciálně pedagogickou péčí. Respondentka č. 1 rehabilitovala až do svých 16 let. Na logopedii ale docházela již od svých dvou let. Péče byla velice intenzivní a pravidelná. Největší oporou v této době jí byla její matka. V jednom z posudků hodnotila logopedka respondentku č. 1 jako inteligentní dítě, které se se svým handicapem za pomoci rodiny dobře vypořádává. Ani s použitím implantátu však neměla slyšení zcela dokonalé, takže si musela pomáhat odezíráním. Také vážlo směrové slyšení, a proto bylo nutné umožnit při komunikaci oční kontakt s okolím.

V aktuálním (posledním) vyšetření je psáno, že se respondentka č. 1 orientuje především sluchem, běžnou konverzaci zvládá bez problémů, má dobře rozvinutou a srozumitelnou řeč. Je tedy výbornou uživatelkou kochleárního implantátu. I přes voperovaný implantát má určitá omezení, která spočívají ve zhoršeném porozumění v hluku, nemá směrové slyšení a pro dobré porozumění řeči je tedy nutná dobrá artikulace mluvího s možností odezírání. Při nemožnosti nosit vnější část implantátu, čímž může být porucha, nemoc nebo sport, neslyší vůbec.

### **Sociální anamnéza**

Respondentka č. 1 žije se svými rodiči v rodinném domě s velikou zahradou, ve městě poblíž krajského města. Má zde své soukromí, poněvadž po odstěhování bratra mák dispozici celé jedno patro domu. Finančně je docela soběstačná, takže již dlouhou dobu přispívá rodičům na běžný chod domácnosti. Po zaplacení všech svých povinných výdajů, jako jsou mimo jiné například pojištění, platba mobilního tarifu nebo splátka auta, jí zbývají finance i na zájmové činnosti, kterými ráda vyplňuje svůj volný čas. Momentálně ale přemýšlí o společném bydlení v bytě, ve větším městě, se svým přítelem.

## **Vzdělání**

V dětství byla respondentka č. 1 integrována do běžné mateřské školy, do třídy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami a se zaměřením na logopedickou péči. Dále navštěvovala běžnou základní školu, kde se vzdělávala dle individuálního vzdělávacího plánu pod dohledem SPC.

### **Podpůrná opatření na ZŠ:**

Pedagog nesměl zvyšovat hlas ani křičet a při výkladu učiva musel dodržovat zásady dobré výslovnosti. Musel také zachovávat přirozený rytmus řeči. Dodržování individuální péče při vyučování vytvářel příznivé podmínky pro slyšení, umožňování odezírání či individuální pomoc ve výuce při potížích. Respondentka č. 1 seděla v předních lavicích, ne dále než 3 m od mluvícího pedagoga (kvůli odezírání je lepší posadit žákyni do druhé řady lavic). Pedagog si hlídal, aby nemluvil otočen zády (například při zápisu na tabuli), aby při ústním sdělování nechodil po učebně, ale aby stál u tabule. Během výuky měl učitel s žákyní udržovat oční kontakt. Nové pojmy neodezírала, proto byla nutná zrková podpora, a to jejich zápisem na tabuli. Dalším úkolem pedagoga bylo vytvářet pro výuku klidné prostředí, opakovat zadávané otázky tak, aby pro ni byly srozumitelné. Vysvětlení neznámých pojmů, sledování jejich porozumění během výkladu, respektování dotazů žákyně a opakované poskytování vysvětlení bylo dalším úkolem pedagoga. Nesměly jí uniknout důležité informace, takže je učitel musel opakovat. Pomáhalo preferování písemných informací nad diktovanými. Diktování nahrazoval písemný text (př. zadávání domácích úkolů, seminárních prací, opisování zápisu učiva ze sešitu spolužáka). Respondentka č. 1 měla delší čas pro vypracovávání úkolů, který respektoval její individuální tempo. Delší čas jí byl poskytnut i při pochopení instrukcí k zadání úkolu. Podpora sebevědomí, pomoc při nejistotě v porozumění během mluveného projevu byla samozřejmostí. Při výuce se vyplatilo používat různé přehledy, encyklopedie, učebnice, tabulky a prezentace na PC. Způsob ověřování vědomostí se realizoval buď prostřednictvím písemných testů, ústním zkoušením, nebo předvedením praktických činností a dovedností.

Střední školu ekonomickou úspěšně absolvovala taktéž s individuálním vzdělávacím plánem. Po střední škole se rozhodla rozšířit si ještě vzdělání v oblasti pedagogiky předškolního věku, a tak nastoupila na soukromou střední školu, kde získala potřebné vzdělání. Maturitní zkoušku zde skládala mimo jiné ze speciální pedagogiky.



### **Podpůrná opatření na SŠ:**

Diktáty zde byly nahrazeny písemnou formou doplňování. Měla možnost doučovat se v odpoledních hodinách formou konzultačních hodin. Toto využívala hlavně v anglickém jazyce, ze kterého skládala maturitní zkoušku. Od druhého cizího jazyka – němčiny, byla osvobozena. Měla upraveny podmínky pro konání maturitní zkoušky, která se uskutečnila pouze z profilových předmětů.

Doporučená zpráva pro sluchové postižení zajišťovala 100% navýšení času na písemnou přípravu, toleranci symptomů sluchové vady na ústní i písemný projev a úpravu podmínek ústního zkoušení z odborných předmětů.

### **Zaměstnání**

Respondentka č. 1 má za sebou několik brigád. Během středoškolských studií si brigádně přivydělávala například v knihovně, u vstupu na koupališti nebo doplňovala zboží v obchodě s drogerií.

Své první zaměstnání získala hned po ukončení studií na střední škole pedagogické. Nastoupila do mateřské školy speciální na pozici asistenta pedagoga. Ve škole byly především děti s autismem, ADHD, vadami zraku a opožděným vývojem řeči. V tomto zaměstnání setrvala dva roky.

Nyní pracuje v jiné (běžné) mateřské škole, a to na pozici učitelka. Práce s dětmi ji moc baví a je spokojená.

## **7.2 Kazuistika 2**

Respondentka č. 2 je stejně jako respondentka č. 1 uživatelkou kochleárního implantátu. Narodila se v listopadu 1976. V současné době je jí 45 let. Má těžkou percepční vrozenou oboustrannou vadu sluchu. Jako příčina její hluchoty byla zjištěna dědičná mutace genu. Při běžné komunikaci upřednostňuje orální řeč, ale znakový jazyk umí používat také.

Respondentka č. 2 je velice ochotná, milá a přátelská osoba. Jejím největším koníčkem je její rodina, se kterou nejraději provozuje turistiku, především po České republice. Ráda plave, v zimě si nenechá ujít žádnou příležitost jít si zalyžovat a za velkou relaxaci považuje četbu knih.

## **Rodinná anamnéza**

V současné době žije respondentka č. 2 ve starším, ale zrekonstruovaném rodinném domě, ve větším městě. Bydlí se svým manželem a s jejich dvanáctiletým synem.

Její matka se narodila v roce 1951, tudíž jí je v současnosti 70 let. Po dokončení středního odborného učiliště se živila po celý život jako švadlena. Nyní je v důchodu, ale stále a ráda se věnuje šicímu stroji. Za svého manžela se provdala ve 23 letech po tříleté známosti. Respondentka č. 2, její první dítě, se jí narodila ve 25 letech přirozenou cestou a bez komplikací. Těhotná byla matka ještě třikrát. Všechna těhotenství probíhala bez komplikací, vždy rodila přirozenou cestou a pokaždé porodila zdravé, prospívající dítě. Ona sama je zdravá, slyšící, a v její rodině se nevyskytoval nikdo s vadou sluchu.

Její otec je, stejně jako její matka, narozen v roce 1951. Díky úspěšně složené maturitní zkoušce na střední průmyslové škole elektrotechnické získal středoškolské vzdělání. Po celý život se svému oboru věnoval a nyní je také v důchodu. Je zdravý, slyšící, a ani v jeho rodině nebyl nikdo se sluchovou vadou.

Sestra Kamila se narodila v roce 1977, je vysokoškolsky vzdělaná, pracuje jako odborná referentka na katastrálním úřadě. Je vdaná a má dvě zdravé děti. I ona je zdravá a slyšící.

Bratr Milan, narozený v roce 1983, pracuje jako živnostník v oboru truhlářství. Je ženatý a se ženou mají dvě zdravé děti. Je zdravý a slyšící.

Dalším bratrem je o 12 let mladší Marek, narozený v roce 1988. Vystudoval vysokou školu a nějakou dobu pobýval v Německu. V současnosti pracuje jako odborný manager u jedné mezinárodní firmy. Je zdravý, slyšící, má dlouholetou přítelkyni a zatím je bezdětný.

Manžel Pavel, narozen v roce 1975, je zdravý a slyšící. Měl neslyšící prarodiče. Vystudoval střední školu stavební a tomuto oboru se věnuje i dnes. S respondentkou č. 2 jsou ve vztahu již 25 let.

Jejich synu Jakubovi bude 15 let, chystá se na střední školu, je zdravý a slyšící.

## **Osobní anamnéza**

Respondentka č. 2 je dítě z 1. fyziologické gravidity matky. Těhotenství i samotný porod přirozenou cestou se obešly bez komplikací. Porod se uskutečnil v termínu a byl poměrně rychlý. Po odtoku plodové vody začala matka spontánně rodit a respondentka č. 2 se

narodila v pořádku, záhlavím. Porodní míry odpovídaly normě. Porodní váha byla 2 600 gramů a porodní délka 49 centimetrů. Poporodní adaptace dítěte probíhala dobře a neonatální icterus byl také v normě. Psychomotorický vývoj byl příznivý. Všechna povinná očkování proběhla v pořádku a dle očkovacího kalendáře. Respondentka č. 2, stejně jako respondentka č. 1, prodělala pouze běžná dětská onemocnění, jakými byly například různé virózy, chřipky, šestá nemoc, angíny nebo neštovice.

Několik měsíců po 2. narozeninách začali rodiče pozorovat, že se sluchem jejich dcery není vše úplně v pořádku. Dětská lékařka je v té době poslala na foniatrické vyšetření. Na foniatrickém oddělení Nemocnice u sv. Anny v Brně byla respondentka č. 2 verifikována přibližně ve 2,5 letech. Závěr lékařského vyšetření zněl – lehká oboustranná nedoslýchavost. Respondentce č. 2 byla doporučena sluchadla „Integra“, která jí byla vyzkoušena a nastavena tamtéž. Po pěti letech začala nosit sluchadla „Widex“. Od zjištění sluchové vady byla respondentka č. 2 v pravidelné péči na otorhinolaryngologickém oddělení v Nemocnici Nové Město na Moravě.

V době zjištění sluchové vady měla respondentka č. 2 velmi dobrou aktivní slovní zásobu. Tvořila krátké věty a při psychologickém vyšetření bylo zjištěno, že její rozumové schopnosti jsou v pásmu lehkého nadprůměru až nadprůměru. Díky tomu byla zařazena do běžné mateřské školy. Rodiče nevyužívali služeb logopedických pracovišť z důvodu velmi dobré řeči a pouze lehké vady sluchu. Řeč a sluchové vnímání s ní rozvíjeli v domácím prostředí.

Původně lehká oboustranná vada sluchu se ale začala postupem času více a více zhoršovat. Subjektivně respondentka č. 2 nezaznamenávala žádné zhoršování, jelikož se vyvíjela technika a zdokonalovaly se funkce jednotlivých sluchadel, která byla schopna kompenzovat i velmi vysoké ztráty sluchu. I přes pravidelné audiometrické vyšetření, i přes nesporný přínos sluchadel docházelo k progresi oboustranně. Ještě v době praktické hluchoty byla respondentka č. 2 schopna telefonovat a rozuměla lidské řeči. Čím dál tím více se ale bezmyšlenkovitě spoléhala na odezírání. Teprve když najednou přišla o zbytky sluchu, tak si uvědomila, že nechce být zcela závislá na odezírání, které jí dost unavovalo. Řešením byl kochleární implantát.

V roce 2009, když jí bylo 33 let a měla tříletého syna, byla jí potvrzena ztráta sluchu, čímž se stala adepthkou pro kochleární implantaci. Jako respondentka č. 1, musela i ona splňovat celou řadu nejrůznějších kritérií. Více než ze samotných vyšetření měla

strach z jejich výsledků, jelikož na nich závisel její další život. Na základě všech vyšetření vyhotovil lékař závěr, že je respondentka č. 2 vhodným kandidátem na kochleární implantaci. Před implantací jí ošetřující lékař sdělil, aby se připravila na jiný (robotický) poslech, než jaký znala z dob, kdy nosila sluchadla. Respondentka č. 2 neměla žádná velká očekávání. Počítala s tím, že jí operace alespoň usnadní odezírání a změni zvukové vakuum. Samotný operační výkon proběhl 16. prosince 2009 ve FN Motol. Kochleární implantace vlevo proběhla bez komplikací.

Po operaci strávila respondentka č. 2 v nemocnici 6 dnů. Hojení probíhalo příznivě, ale místo za uchem bylo stále bolestivé na dotek a kůže pnula. Cítila nepříjemný tlak v krku, a dokonce několik týdnů neměla chuť. To vše bylo upozaděno pod pooperační komplikaci – silný tinnitus.

Před propuštěním z nemocnice jí lékaři odstranili stehy z pooperační rány a zkontrolovali uložení kochleárního implantátu. Až do nastavení řečového procesoru, což bylo za dalších šest týdnů, vnímala respondentka č. 2 velmi intenzivní a téměř nepřestávající hučivé zvuky, které přirovnávala ke zvukům požárních sirén. Toto období bylo velice náročné na psychiku a respondentka č. 2 litovala, že se takto rozhodla a operaci podstoupila. Jedinou útěchou jí byla slova lékaře, který jí říkal, že po nastavení řečového procesoru se bude muset mozek zabývat novými vjemy a tinnitus zeslábné. To se také potvrdilo, nicméně dodnes má lehkou formu tinnitu jako následek operace. Po nastavení řečového procesoru slyšela množství neidentifikovatelných zvuků, které zněly velice nepřírozeně. Po třech měsících od prvního nastavení řečového procesoru začala rozeznávat zvuky a rozumět lidské řeči. Hlasy blízkých, na které se nejvíce těšila, slyšela podobně jako dříve se sluchadly. Celkem rychle si vybavovala zvuky z dřívějška. Začala slyšet například zvuk tekoucí vody nebo obracení stránek, což už dávno zapomněla. Co pro ni bylo ale nejvíce překvapující, byl tikot hodin. Byl to nový zvuk, který neznala, a celý týden jí trvalo, než zjistila, odkud zvuk přichází. Až po půl roce, kdy nosila implantát celý den, a procesor byl několikrát nastavován, začala relativně dobře rozumět a poslech přestal být nepříjemný.

Poté následovala pooperační rehabilitace, která byla spojena s logopedií. Respondentka č. 2 však měla logopedii pouze během hospitalizace při nastavování řečového procesoru. Logopedii, kvůli ztrátě sluchu v pozdějším věku, nepotřebovala. Na nastavování řečového procesoru docházela v pravidelných intervalech přibližně jednou měsíčně, později po třech měsících a pak jednou ročně. Po deseti letech od implantace

dochází na nastavování pouze sporadicky, pouze při kontrole jednou za dva roky. Poslechové vnímání bylo ale trénováno každý den, během dne několikrát. Pokud slyšela zvuk, který nemohla identifikovat, zeptala se svých blízkých a kamarádů, co to nejspíš slyší.

V aktuálním (posledním) vyšetření se píše, že se respondentka č. 2 sluchem velmi dobře orientuje. Běžná konverzace probíhá bez problémů, řeč je rozvinutá a srozumitelná. Respondentka č. 2 je tedy výbornou uživatelkou KI. Sama vnímá omezení, jako je například zhoršené porozumění v hlučném prostředí nebo obtíže při telefonování. Chybí jí směrové slyšení a pro dobré porozumění řeči je nutná dobrá artikulace mluvího s možností odezírání. Při nemožnosti nosit vnější části KI neslyší vůbec.

### **Sociální anamnéza**

Respondentka č. 2 žije s manželem a se synem ve zrekonstruovaném rodinném domě. Ona i muž jsou zaměstnání a rodina patří do střední společenské třídy. Ušetřené peníze využívají k tomu, že jednou za rok si dopřejí dovolenou a v zimě jezdí lyžovat. Po zaplacení běžných rodinných výdajů zbývají i peníze na koníčky.

### **Vzdělání**

V dětství byla respondentka č. 2 integrována do běžné mateřské školy v místě bydliště. Poté následovala integrace do běžné základní školy, opět v místě bydliště.

Během studií na střední škole průmyslové a textilní, kde si vybrala obor oděvnictví, bydlela na internátu. Studium úspěšně zakončila maturitní zkouškou.

Po maturitě respondentka č. 2 studovala tři roky vyšší odbornou školu sociální v kombinované formě. Zde získala titul Dis.

V kombinované formě vystudovala i vysokou školu, také sociální obor. Zde získala titul Bc. Během svým studií neměla respondentka č. 2 nikdy žádná podpůrná opatření. Ta se začala zavádět až v době jejího vysokoškolského studia. Jelikož zvolila kombinovanou formu studia, nikdy ji nenapadlo žádat o přepis přednášek ani o delší čas při testech či zkouškách, ani nikdy nepožadovala přítomnost artikulačního tlumočnicka na přednáškách.

Vše zvládla s pomocí spolužáků, kteří jí poskytovali zápis. Dnes by si však raději zažádala o přepis přednášek.

## **Zaměstnání**

Dlouhý čas po maturitě pracovala respondentka č. 2 jako zaměstnanec i jako OSVČ ve svém oboru – v oděvnictví.

Posledních deset let je činná v Centru pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. Zde začínala v redakci informačního centra rodičů a přátel sluchově postižených. Nyní zajišťuje mimo jiné např. základní sociální poradenství, zabývá se specifiky sluchového postižení a možnostmi kompenzace. Také pomáhá rodinám při orientaci v sociálních službách v regionu, kde pracuje.

### **7.3 Zhodnocení rozhovoru č. 1**

Původně jsme se s respondentkou č. 1 měly sejít osobně, abychom si popovídaly z očí do očí. To se bohužel, kvůli pandemické situaci, neuskutečnilo. Jako alternativu jsem proto zvolila aplikaci Messenger, kde jsme video-rozhovor uskutečnily.

Respondentka č. 1 mi na všechny mé dotazy odpověděla, nicméně jsem poznala, že otázky týkající se hledání partnera a partnerského života jí nebyly moc příjemné. Ale i na ně jsem dostala potřebné odpovědi.

Až do té doby, co začala nosit první sluchadla, předpokládala, že je úplně normální neslyšet. Poté, jak sama řekla, žasla, co všechno je možné slyšet a jaké různé zvuky existují. Nikdy nevnímala, že by se k ní rodiče chovali kvůli postižení jinak než k bratrovi. Pokud někdy taková situace nastala, spíše se jednalo o to, že byla na rozdíl od bratra křehká dívka.

Během otázek týkajících se operace se musela trochu více zamýšlet. Strach z operace neměla, jelikož plně důvěřovala lékařům a největší oporou jí byla rodina, hlavně matka. Žádnou negativní zkušenost s lidmi během pobytu v nemocnici ani z celého procesu nikdy nezaznamenala. Na otázku, která by se mohla zdát důležitá a jasná-zda si pamatuje, na který zvuk se nejvíce těšila, nedokázala odpovědět. Nevzpomněla si. Vzpomínala si ale na zvuky, které neznala a které poznala až díky implantaci kochleárního implantátu. Jednalo se o hučení počítače, bzučení mouchy, tikot hodinek nebo například zvuk auta. Jako největší přínos KI spatřovala v tom, že mohla telefonovat, protože slyšela řeč z telefonu, aniž by musela odezírat. Naopak by se potřebovala zdokonalit v poslechu hudby. Ráda by si vzala sluchátka a poslouchala hudbu, ale tu bohužel slyší velice špatně.

Školní léta hodnotí respondentka č. 1 také docela pozitivně. Děti sice vnímaly, že špatně mluví, ale díky paní učitelce, která jim vše potřebné vysvětlila, dále nepociťovala žádný negativismus. O něco horší byla pro ni zkušenost na druhém stupni základní školy, kde se k ní někteří žáci nechovali hezky a občas měli nemístné poznámky. Vzpomíná si, že o přestávkách jí vadil hluk.

S lidmi, kteří mají také KI, se respondentka č. 1 nestýká a takový kontakt ani nevyhledává. Cítí se být „normální“ a nemá potřebu se stýkat a vyměňovat si zkušenosti s někým dalším. V dřívějších dobách měla kamarádku s KI, ale hodně znakovala a orální řeč skoro nepoužívala. Podobnou zkušenost má i z jedné návštěvy SUKI (Spolek uživatelů kochleárního implantátu), kde lidé opět hodně znakovali, a to jí bylo nepříjemné. Po nějaké době si uvědomila, že nechce být v okruhu lidí neslyšících. Necítí se mezi nimi dobře. Jelikož nemá potřebu znakovat, o znakový jazyk se nezajímá a raději je ve společnosti slyšících.

Ačkoliv měla strach z hledání zaměstnání, nikdy se respondentka č. 1 s diskriminací nesetkala a ani jednomu zaměstnavateli její sluchová vada nepřekážela. Protože pracuje jako učitelka v mateřské škole, další obavy měla z rodičů dětí. Ale ani v tomto případě se s žádnou negativní reakcí nikdy nesetkala. Děti vědí, že na paní učitelku musí mluvit pomaleji, a pro svůj věk žádné rozdíly nevnímají.

Ani v běžném životě nepociťuje nějaká výrazná omezení. Vše, co potřebuje, si zařídí. K tomu ji od malička vedli oba rodiče. Vždy jen dotyčného upozorní na svůj handicap, ale díky dobrému odezírání nemá s porozuměním větší obtíže. V kině rozumí respondentka č. 1 bez problémů, ale co se týká koncertů, tam vnímá výrazná omezení. Například komunikace během koncertu je pro ni v podstatě nemožná. Jednou z dalších věcí, která je pro respondentku č. 1 nepříjemná, je dětský pláč nebo křik v letadle. V takové situaci si musí KI vypnout.

Co se týká partnerského života, je momentálně ve svém dosavadním životě nejspokojenější. Více než sedm měsíců má slyšícího partnera a je šťastná. Seznámili se přes internet, kde mu hned oznámila, že má sluchovou vadu a je uživatelkou KI. Měla samozřejmě obavy, že tento fakt, dnes už přítele, odradí a přestane mít zájem. Společné chvíle si nemůže vynachválit, i když se občas vyskytnou nějaká nedorozumění. Třeba když partner zapomene, že k ní nesmí mluvit zády, že nesmí mluvit moc rychle nebo že si na

noc KI sundává a nic neslyší. Partner ji bere takovou, jaká je, a je si vědom toho, že vada je do jisté míry dědičná.

Zkušenost má respondentka č. 1 i s partnerem z okruhu lidí se sluchovou vadou. Nosil sluchadlo a používal jak orální řeč, tak znakovou. Tento vztah ale trval jen krátce, protože si uvědomila, že nemůže žít s člověkem, který se s přáteli dorozumívá znakovou řečí. Cítila se trapně a byla ve vztahu velice nespokojená.

## **7.4 Zhodnocení rozhovoru č. 2**

Osobně se s respondentkou č. 2 neznám. Nynější pandemická situace to neumožňuje. Z důvodu sluchové vady respondentka č. 2 netelefonuje a mobilní telefon využívá pouze na SMS. Interview tedy probíhalo přes Skype, aby bylo možné i odezírat.

Odpovědi na moje otázky byly o dost obsáhlejší, nežli tomu bylo u respondentky č. 1. Z rozhovoru bylo znát, že respondentce č. 2 vůbec nevadilo vyprávět o svém postižení. Dokonce neměla ani problém odpovídat na otázky, které se týkaly jejího partnerského života.

I když byla od malička nedoslýchavá, rodiče se k ní i k jejím třem sourozencům chovali vždy bez rozdílu. Všechny své děti vedli vždy k samostatnosti, za což jim je vděčná dodnes.

Strach z operace respondentka č. 2 pocítovala. Dlouho se musela rozmýšlet, zda jí vůbec podstoupí. Po zjištění všech informací a pozitivních ohlasů osob, které měly operaci za sebou, se rozhodla ve prospěch implantace KI. Během rozhodování jí nejvíce pomohla vidina slyšení a lepší podmínky pro pracovní uplatnění a s tím spojenou také integraci do společnosti. Zmínila i nervozitu, kterou zažívala při čekání na všechna potřebná vyšetření. Největší obavy měla z magnetické rezonance, jelikož to byla její první zkušenost. Jako velmi negativní zkušenost hodnotí respondentka č. 2 nepochopení své situace z řad některých sester a doktorů. To, že se v době hluchoty našli lidé, kteří nebyli schopni dodržovat komunikační zásady, na to si musela zvyknout. Na otázku, na co se nejvíce těšila, až poprvé uslyší, neváhala ihned odpovědět. Jednoznačně uvedla hlasy svých blízkých. Byla zvědavá, zda budou jiné, než si je pamatovala. To se ale nepotvrdilo. Hlasy byly velmi podobné. Co ale respondentku č. 2 nejvíce překvapilo, byly hlasy dětí. Ty byly totiž úplně jiné než z poslechu se sluchadly. Doma měla tříletého syna, na jehož hlas byla zvyklá, a ani ji nenapadlo, že by to mohlo být jinak. Opak byl pravdou. Díky KI zjistila,



jak vysoko jsou postaveny dětské hlasy a musela se naučit jim rozumět. Ačkoliv jí implantace KI umožnila rozumět lidské řeči a slyšet zvuky, které do té doby neznala, je i spousta těch, které nezná doposud. Jedná se například o zvuk vody při plavání, poslech rádia nebo poslech televize, aniž by se na ni soustředila. Bohužel si nemůže zajít ani do kina na film, který nemá titulky. Neslyší rozhovor kamarádů, když se na ně v tu chvíli nedívá a nemůže odezírat. Dokonce se nemůže zapojit do hovoru více osob, třebaže by chtěla.

V době jejích školních let neměli pedagogové ani vrstevníci žádné zkušenosti s osobami se sluchovým postižením. Na tuto dobu vzpomíná jako na nelehkou. Především v pubertě, kdy si začala uvědomovat, že je jiná, měla problémy. Setkala se s řadou nedorozumění a musela se naučit bránit se útokům na svoji osobu. Na druhou stranu je přesvědčená, že jí tato zkušenost posílila a hodně naučila. Podpůrná opatření tehdy neexistovala, a tak musela respondentka č. 2 dohánět spoustu učiva doma. Cítila se vyloučená z kolektivu, protože se nedokázala zapojovat do diskuzí jako ostatní. Přestože tato doba byla těžká, vzpomíná na podporu své rodiny, ale i některých učitelů.

Respondentka č. 2 je součástí Komunity implantovaných lodiček. Na online chatu přes kochlear.cz se kdysi seznámila s některými dalšími uživateli KI. S kamarády se takto setkává i na pobytových akcích SUKI. Zkušenosti s tím, že může své problémy sdílet s někým, kdo jí rozumí, a že na chvíli nemusí cokoli vysvětlovat, si velice cení. S užíváním znakového jazyka nemá žádný problém. Nicméně necítí se být o tolik „jiná“ oproti intaktní společnosti.

Problém s uplatněním sluchově postiženého na pracovním trhu respondentka č. 2 sama několikrát zažila. Sluchově postižení lidé nedokážou vyhovět nárokům na rychlou komunikaci a reakci a s tím spojené výkony. Většina vysokoškolsky vzdělaných lidí s vadou sluchu najde uplatnění spíše u organizací, které se touto problematikou zabývají. Stejně, jako ona sama. Osobně nezná tolik lidí, kteří by pracovali v komerční sféře. Pro respondentka č. 2 skončila většina pohovorů kvůli tomu, že netelefonuje. V pracovní oblasti se setkala i s názorem, že je hloupá, jelikož neslyší.

V běžném životě vnímá problémy spojené se svojí vadou spíše v lidech. Pokud někdo, například na úradě, odmítá zřetelně artikulovat a přizpůsobit konverzaci, vzniká samozřejmě problém. Nyní jsou pro respondentku č. 2 velice problematické, co se komunikace týká, roušky. V takové situaci občas pomůže aplikace online přepisu, ale ani

ta není dokonalá. Podle ní je sluchová vada často bagatelizovaná a lidé si neumí představit její dopady na začlenění člověka do společnosti.

Již 25 let žije respondentka č. 2 se svým mužem, se kterým má patnáctiletého syna. Oba jsou slyšící. Je šťastná a spokojená. Ani v minulosti neměla zkušenost s partnerem se sluchovou vadou. Příkládá to faktu, že se od malička pohybovala mezi slyšícími. Manžel o její vadě věděl hned od začátku a nikdy tento fakt neřešil. V dospívání měla díky své vadě malé sebevědomí a „randění s kluky“ se záměrně vyhýbala, jelikož měla představu, že partnerský vztah se slyšícím fungovat nebude.

Její manžel má tu výhodu, že jeho prarodiče byli neslyšící a komunikovali znakovým jazykem. Znal tedy zásady komunikace se sluchově postiženými a tato situace mu přišla běžná, takže problémy v komunikaci v tomto směru nikdy nebyly. Ve svém okolí má respondentka č. 2 spíše známé v partnerství mezi slyšícím a neslyšícím, z čehož většinou je slyšící partner tlumočnickem znakového jazyka.

## 7.5 Vyhodnocení dotazníku SQUALA

Z hodnocení na škále důležitosti vyplývá, že obě respondentky většinu oblastí svého života pokládají za středně důležité až velmi důležité. Za nezbytné pokládá respondentka č. 2 své zdraví. Tuto položku hodnotila respondentka č. 1 jako velmi důležité. Být soběstačný není pro respondentku č. 1 tak důležité, jako být v dobré psychické kondici. Respondentka č. 2 tyto dvě položky hodnotí stejně důležité. Respondentky se také rozcházejí ve svém hodnocení politiky a víry. Pro respondentku č. 1 jsou obě tyto položky jen málo důležité. Respondentka č. 2 je řadí mezi středně důležité.

Ze škály spokojenosti lze usoudit, že respondentka č. 1 je ve svém životě velmi spokojená. Nespokojena je s politickou situací, stejně tak jako respondentka č. 2, která k této oblasti přidává ještě spravedlnost, svobodu, krásu a umění. Celkově lze říct, že respondentka č. 2 je ve svém životě spíše spokojená a upozorňuje na fakt, že její odpovědi jsou ovlivněny aktuální situací spojenou s pandemií Covid-19.

Na doplňující otázku, zda je ještě něco jiného, co považují respondentky za důležité, žádná z nich neodpověděla. Nicméně z předchozího rozhovoru lze učinit závěr, že pro obě je důležitá podpora rodiny a blízkých, kochleární implantát, možnost slyšení a integrace do majoritní společnosti.

## 7.6 Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda reálný život včetně operace a pooperační péče jedinců s kochleárním implantátem odpovídá teoretickým informacím v odborných zdrojích. K dispozici jsou výpovědi dvou rozdílných žen. První z žen dostala implantát

v dětském věku a druhá žena podstoupila operaci kochleárního implantátu až v dospělosti. Vzhledem k výpovědím těchto dvou osob je možné konstatovat, že ačkoliv se oba osudy liší, etapa týkající se výběru vhodných kandidátů, předoperační péče a pooperační péče s následnou rehabilitací se shoduje s tím, co uvádí odborná literatura. Období po rekonvalescenci, kdy se člověk integruje do společnosti, kdy se snaží uplatnit na trhu práce a vyrovnává se s nejrůznějšími situacemi v běžném životě, potažmo i partnerském, je velice individuální. Skákalová (2016, s. 111) upozorňuje, že zaměstnanost osob se sluchovým postižením není dostatečně sledována. Konstatuje ale, že situace na trhu práce není uspokojivá. Lidé stále naráží na komunikační bariéry a tím pádem i na nezáměr ze strany zaměstnavatelů, což potvrzuje jedna z respondentek. Odpovědnost, osamostatnění a finanční nezávislost je podle Langmeiera a Krejčířové (2006, s. 169) u lidí s jakýmkoliv typem postižení opožděnější. Toto tvrzení obě respondentky vyvracejí, neboť si obě hned po škole našly zaměstnání a osamostatnily se. Literatura nedokáže pojmut každý jednotlivý případ a vytvořit obecně platnou normu, což potvrzuje i Skákalová (2016, s. 171), která upozorňuje na fakt, že každý člověk se sluchovým postižením má svůj názor na jednotlivé oblasti života. Nejdůležitějším faktorem při takovém hodnocení je akceptace vlastní vady.

V rámci výzkumného šetření byly vytyčeny tři dílčí cíle a čtyři výzkumné otázky, na které lze nyní odpovědět.

Prvním z dílčích cílů bylo zjistit, zda se setkává uživatel kochleárního implantátu s diskriminací na trhu práce. Druhým cílem bylo zjištění, zda si uživatel kochleárního implantátu hledá partnera spíše mezi sluchově postiženými nebo v řadách majoritní společnosti. Třetí cíl měl sledovat kvalitu života osoby s kochleárním implantátem.

### **Má uživatel kochleárního implantátu kvůli své sluchové vadě problémy při hledání zaměstnání?**

Respondentka č. 1 se zatím pokaždé ucházela o zaměstnání v oblasti školství a vzdělávání. Vždy se jednalo o pracovní místo v mateřské škole. Nikdy se nesešla

s žádnými projevy diskriminace. Naopak, vždy jí zaměstnavatel i kolegové s novou zkušeností maximálně pomohli a vyšli jí ve všem vstříc.

Respondentka č. 2 měla zkušenosti při hledání práce s odmítnutím kvůli svému handicapu. Hlavním důvodem byla většinou skutečnost, že netelefonuje. Nedokázala tedy vyhovět požadavkům na rychlou komunikaci a reakci. Uplatnění nakonec našla v sociální sféře, kde podmínkou pro přijetí byla právě sluchová vada.

### **Je výběr partnera uživatele kochleárního implantátu omezen spíše na osoby se sluchovou vadou?**

Toto tvrzení vyvrací obě respondentky. Mají totiž slyšícího partnera. Obě vyrůstaly ve světě slyšících, a tak jim výběr partnera bez sluchového postižení přišel naprosto přirozený. Respondentka č. 1 má zkušenost s partnerem, který měl vadu sluchu, a tato zkušenost ji přesvědčila, že se lépe cítí po boku slyšící osoby.

### **Jaké mohou být ve vztahu neslyšící a slyšící osoby problémy v komunikaci a s porozuměním?**

Respondentka č. 1 vidí problém v tom, že si partner v některých situacích musí uvědomit komunikační zásady s neslyšícím. Jiný problém neregistruje.

Respondentka č. 2 si po 25 letech vztahu problémy vycházející z její sluchové vady neuvědomuje. Je si ale také vědoma toho, že velkou výhodou byla dřívější zkušenost jejího muže při komunikaci s neslyšícími.

### **Je kvalita života uživatele kochleárního implantátu na dobré úrovni?**

Obě respondentky jsou se svou kvalitou života spokojené. Naučily se se svým handicapem žít, blízcí je berou takové, jaké jsou, a v podstatě se ani jedna necítí být „jiná“. Jsou smířené. Až na několik výjimek mohou žít tak jako slyšící.

Respondentka č. 1 vytkla pouze to, že si nemůže do sluchátek pustit hudbu, kterou by tak ráda dobře slyšela.

Ačkoliv i respondentka č. 2 je se svou kvalitou života spokojená, uvedla několik příkladů, které by ráda změnila. Předsudky a nepochopení ze strany slyšících stále existují. Ráda by šla na jakýkoliv film do kina, ráda by jen tak poslouchala rádio nebo by se chtěla zapojit do konverzace většího počtu přátel, aniž by musela dávat pozor a odezírat.

## 8 Diskuze

Tato bakalářská práce řeší problematiku kvality života lidí s kochleárním implantátem. Téma je velice individuální a nelze tedy výsledky paušalizovat. Dvěma respondentkám byl rozdán dotazník kvality života SQUALA, ze kterého jasně vyplynulo, že obě ženy jsou ve svém životě spokojené a kochleární implantát jim k tomu zcela určitě pomohl.

Stejný dotazník kvality života lidí s kochleárním implantátem použila také Marášková (2008). Její výzkum byl kvantitativní, přičemž výzkumný vzorek čítal 95 dospělých lidí s kochleárním implantátem. Výsledky výzkumu Maráškové (2008) ukázaly, že tito lidé hodnotí kvalitu života jako průměrnou. Výsledky jsou srovnány s publikací od Dragomirecké (2006), kde je oblast zdraví populační normy mírně snížena.

Z interview s ženami vyplývají určité subjektivní rozdíly, které tyto uživatelky kochleárního implantátu pocítují. Rozdíly jsou i ve zkušenostech z běžného života a při hledání zaměstnání. Tyto odlišnosti mohou vyplývat z rozdílného věku respondentek a také doby, kdy podstoupily implantaci kochleárního implantátu.

Výsledky výzkumu této bakalářské práce ale nelze pro její kvalitativní metodu šetření srovnávat s ostatními kvantitativními výzkumy.

## Závěr

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života dospělého uživatele kochleárního implantátu. Práce přináší teoretické poznatky z oblasti vad a poruch sluchu, poznatky o vzdělávání uživatelů kochleárního implantátu a o kvalitě jejich života. Na základě výpovědí dvou žen, z nichž jedna je uživatelkou kochleárního implantátu od dětského věku a druhá podstoupila operaci v dospělém věku, jsou uvedeny praktické informace týkající se kvality jejich života. Zahrnují i komplikace v jejich partnerském životě a problémy na trhu práce vyplývající z jejich postižení.

Teoretická část práce se opírá o poznatky z odborné literatury, které jsou porovnány s reálnou zkušeností obou žen. Je zde také vysvětlena odborná terminologie, která udává věcné souvislosti.

První kapitola představuje problematiku sluchového postižení. Vymezuje pojem „surdopedie“ z pohledu různých autorů a seznamuje s anatomií a fyziologií sluchu, neboť sluchové vnímání je velmi důležité ve vývoji řeči, v procesu dorozumívání a porozumění. Tato kapitola je podstatná pro pochopení problematiky bakalářské práce.

Druhá kapitola je věnována vývojové psychologii. Sluchová vada ovlivňuje celkový vývoj dítěte, což má za následek narušenou komunikaci s okolím a možnosti vzdělávání. Problémy ale nekončí spolu s dětstvím. Přetrvávají do dospělosti, kde se projevují v sociálních vztazích, v navazování partnerských vztahů, na trhu práce, v potřebách a v běžném životě.

Třetí kapitola se zabývá klasifikací vad a poruch sluchu. Odborná terminologie zde tyto výrazy upřesňuje. Popsány jsou také příčiny vzniklých problémů. Klasifikace sluchových vad dle stupně se opírá o rozdělení dle BIAP či WHO. Součástí této kapitoly jsou též informace o vyšetření a screeningu sluchových vad. Dále jsou tu popsány jak subjektivní, tak i objektivní metody vyšetření sluchu.

Celá čtvrtá kapitola je věnována problematice kochleárního implantátu. Po seznámení s kochleárním implantátem navazuje popis přibližující operaci. Před každou operací jsou nutná předoperační vyšetření a po samotné operaci zase další, specifická péče. Jednou z nedílných součástí celého procesu je i výběr vhodných kandidátů, kteří musí splňovat několik podmínek. Druhou nedílnou součástí je pooperační rehabilitace. Bakalářská práce se věnuje pouze pooperační rehabilitaci v dětství z toho důvodu, že jedna z respondentek, která podstoupila operaci v dospělém věku, následnou rehabilitaci

nepotřebovala. Řeč byla v tu dobu již plně rozvinutá. V tomto případě spočívala pooperační rehabilitace pouze v nastavování řečového procesoru.

Kapitola pátá řeší vzdělávací systém jedinců s kochleárním implantátem, a to na úrovni preprimárního, primárního, sekundárního a terciálního vzdělávání.

Šestá kapitola se zaměřuje na kvalitu života. Definuje pojem „kvalita života“ z pohledu několika autorů a uvádí některé subjektivní i objektivní metody měření kvality života, včetně příkladů. Dotazník SQUALA byl následně použit v praktické části bakalářské práce.

Sedmá kapitola je čistě praktická. Jejím obsahem je vlastní výzkumné šetření, jehož hlavním cílem bylo porovnání života jedince s kochleárním implantátem s teoretickými informacemi z odborných zdrojů. Mimo hlavního cíle byly vytyčeny i tři cíle dílčí, kterými se za pomoci výzkumných otázek zjišťovalo, zda je uživatel kochleárního implantátu při hledání zaměstnání nějakým způsobem diskriminován, zda si hledá partnera spíše mezi sluchově postiženými nebo mezi slyšícími a jaká je kvalita života těchto osob. Součástí této kapitoly je i vyhodnocení dotazníku SQUALA. Jedná se o kvalitativní typ výzkumu. Metodou výzkumu byla zvolena podrobná případová studie dvou žen a interview s nimi. Na základě těchto informací a vyhodnocení dotazníku kvality života byl učiněn závěr výzkumného šetření, který není možné pro jeho individuálnost zobecnit.

## Seznam použité literatury a jiných zdrojů

*Audiometrická klasifikace sluchových vad* [online]. [cit. 8. 5. 2020]. Dostupné z: <https://www.biap.org/en/component/content/article/65-recommendations/ct-2-classification/5-biap-recommendation-021-bis>

BARVÍKOVÁ, Jana. 2009. *Kochleární implantáty: rady a zkušenosti*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. 234 s. ISBN 978-80-86792-23-1.

BETKA, Jan, KABELKA Zdeněk a kol. *Kritéria výběru kandidátů pro kochleární implantace*[online]. 2002. Praha: Centra pro kochleární implantace 1. a 2. LF UK, [cit. 10. 5. 2020]. Dostupné z: <http://www.audionika.cz/medel/public/files/documents/kriteria-pro-prideleni-ki-platna-od-02-02-2012.pdf>

BLATNÝ, Marek. 2016. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. 290 s. ISBN 978-80-246-3462-3.

CECHNEROVÁ, Alena a BROUČEK Jan. 2011. *Nedoslýchavost v ordinaci praktického lékaře. Medicína pro praxi* [online]. 8/6 s. 272-274, [cit. 10. 5. 2020]. Dostupné z: <http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/06/05.pdf>

DRAGOMIRECKÁ, Eva et al. 2006. *SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-47-6.

DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ Jitka. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.

DRŠATA, Jakub, HAVLÍK, Radan a kol. 2015. Audiometrická komora. In: *Foniatrie-sluch*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. 384 s. ISBN 978-80-7311-159-5.

FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ. *První kochleární implantace* [online]. [cit. 16. 5. 2020]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/aktuality/prvni-kochlearni-implantace>

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA, *O kochleární implantaci* [online]. [cit. 16. 5. 2020]. Dostupné z: <https://www.fno.cz/klinika-otorinolaryngologie-a-chirurgie-hlavy-a-krku/o-kochlearni-implantaci>



- FISCHER, Slavomil, ŠKODA Jiří, SVOBODA Zdeněk a ZILCHER Ladislav. 2014. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Triton. 304 s. ISBN 978-80-7387-792-7.
- HÁDKOVÁ, Kateřina. 2016. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. 302 s. ISBN 978-80-7290-619-2.
- HÁLA, Bohuslav a SOVÁK Miloš. 1962. *Hlas, řeč, sluch: základy fonetiky a logopedie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 327 s.
- HERDOVÁ, Stanislava. 2004. *Vyšetření sluchu u dětí. Pediatrie pro praxi* [online] 211-212, [cit. 16. 5. 2020]. Dostupné z: <http://pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2004/04/13.pdf>
- HEŘMANOVÁ, Eva. 2012. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia* [online], Bratislava: Slovenská akadémia vied, 2012, 44(4), [cit. 09. 02. 2021]. ISSN1336-8613. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20-%20OK%20upravena%20studia.pdf>
- HOLMANOVÁ, Jitka. 2009. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima. 90 s. ISBN 80-7216-162-8.
- HORÁKOVÁ, Radka. 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál. 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
- HORÁKOVÁ, Radka. 2012. Schéma fungování kochleárního implantátu. In: *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál. 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
- HRUBÝ, Jaroslav. 2010. *Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených: Část 1. (DVD ROM)*. Praha: Tiché učení. 148 s. ISBN 978-80-904786-0-2.
- HRUBÝ, Jaroslav. 1998. Kmitající ladička, příklad audiogramu. In: *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu (II. díl)*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. 321 s. ISBN 80-7216-075-3.
- JESENSKÝ, Ján. 2003. *Zdravotně postižení-programy pro 21. století*. Hradec Králové: Gaudemus. 441 s. Aktuální otázky speciální pedagogiky. ISBN 80-7041-234-8.
- JUROVČÍK, Michal. 200. *Ustálené evokované potenciály (SSEP) v dětské audiologii. Choroby hlavy a krku* [online]. s. 4-7, [cit. 15. 5. 2020]. Dostupné z: [http://www.sso.sk/data/casopis/chhk\\_1\\_2003.pdf#page=4](http://www.sso.sk/data/casopis/chhk_1_2003.pdf#page=4)

- KABELKA, Zdeněk, VYMLÁTILOVÁ Eva, HROG D., HOLMANOVÁ Jitka, MYŠKA Petr. 2013. *Kochleární implantace u dětí – souhrn praktických poznatků programu kochleárních implantací u dětí v České republice*. *Neonatologické listy* [online]. 20-25. [cit. 16. 5. 2020]. ISSN 1211-1600. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/neonatalogie.web360.cz/Neolisty/neolisty20131.pdf#page=21>
- KOMORNÁ, Marie. 2008. *Systém vzdělávání osob se sluchovým postižením v ČR a specifika vzdělávacích metod při výuce*. 2., opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. 87 s. ISBN 978-80-87218-18-1.
- KOMÍNEK, Pavel, HAVLÍKOVÁ Eva, POLÁČKOVÁ Renata, ZELENÍK Karol a KABELKA Zdeněk. 2012. *Screening sluchu u novorozenců – jaká je role dětských lékařů*. *Pediatrie pro praxi* [online]. 13/5 s. 326-328, [cit. 15. 5. 2020]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2012/05/09.pdf>.
- KIML, Josef. 1978. *Základy foniatrie: vady a poruchy funkcí sdělovacího procesu Léčebná péče, výchova, reedukace a rehabilitace sluchu, hlasu a řeči*. Praha: Avicenum. 279 s.
- KISVETROVÁ, Helena. 2014. *Osoby se zdravotním postižením: vybrané kapitoly II: sluchové postižení*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 99 s. Učebnice. ISBN 978-80-244-4065-1.
- KRAHULCOVÁ, Beáta. 2014. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra. 375 s. ISBN 978-80-903863-2-7.
- KRAUS, Jiří a PETRÁČKOVÁ Věra. 1998. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia. Dotisk, 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaroslav. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
- KUCHYNKOVÁ, Zdeňka. 2015. *Dětská otolaryngologie: nejčastější situace v ambulantní praxi*. Praha: Grada Publishing. 143 s. ISBN 978-80-247-4177-2.
- LANGER, Jiří. *Základy surdopedie*. 2013. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 109 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3702-6.
- LANGER, Jiří a SOURALOVÁ Eva. 2013. *Výchova a vzdělávání osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 113 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3701-9.

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ Dana. 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

LAVIČKA, Lukáš a ŠLAPÁK Ivo. 2002/6. *Porucha sluchu v dětském věku – poznámky pro pediatra. Pediatrie pro praxi* [online]. s. 275-278, [cit. 8. 5. 2020]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2002/06/04.pdf>

LEJSKA, Mojmír. 1994. Stavba ucha. In: *Základy praktické audiologie a audiometrie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 171 s. ISBN 80-7013-178-0.

LEJSKA, Mojmír. 2018. *Sluch a jeho vyšetřování u dětského lékaře. Pediatrie pro praxi. Solen* [online]. Olomouc. [cit. 1. 5. 2020]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/ped/2018/04/01.pdf>.

LUDÍKOVÁ, Libuše, KOZÁKOVÁ Zdeňka a kol. 2012. *Specifika komunikace s osobami se speciálními vzdělávacími potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 72 s. ISBN 978-80-244-3094-2.

MARÁŠKOVÁ, Ivana. 2008. *Dospělí uživatelé kochleárního implantátu a kvalita jejich života*. E-Psychologie [online]. 2/1, s. 9-22, [cit. 10. 6. 2020]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/maraskova.pdf>.

*Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Přeložil Jan PFEIFFER, přeložila Olga ŠVESTKOVÁ. 2008. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

MYŠKA, Petr. 2007/2. *Postižení sluchu v dětském věku, následná léčebně-rehabilitační péče. Pediatrie pro praxi. Solen* [online]. 92-94, [cit. 9. 5. 2020]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2007/02/06.pdf>.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5034-7.

MÜHLPACHR, Pavel. 2005. Měření kvality života jako metodologická kategorie in *Humanistický zborník 10* [online]. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. 59-70, [cit. 08.02.2021]. ISBN 80-8068-425-1. Dostupné z: [http://www.jozefmiko.sk/03\\_aktivity\\_disponujuce\\_k\\_slobode/04\\_vedecke\\_konferencie/me dzinar\\_konfer\\_atp/zbornik\\_z\\_vedeckej\\_konferencie.pdf#](http://www.jozefmiko.sk/03_aktivity_disponujuce_k_slobode/04_vedecke_konferencie/me dzinar_konfer_atp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf#).

- NAVRÁTIL, Leoš, ROSINA Jozef a kol. 2019. *Medicínská biofyzika: 2., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Graha. 432 s. ISBN 978-80-271-0209-9.
- PIPEKOVÁ, Jarmila a HOVORKA Hans. 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- POTMĚŠIL, Miloš. 2003. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 217 s. ISBN 80-244-0766-3.
- POTMĚŠIL, Miloš. 2007. *Sluchové postižení a sebereflexe*. Praha: Karolinum. 197 s. ISBN 978-80-246-1300-0.
- PULDA, Miloš a LEJSKA Mojmir. 1996. *Jak žít se sluchovou vadou*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 78 s. ISBN 80-7013-226-4.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a LUDÍKOVÁ Libuše. 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 313 s. Učebnice. ISBN 80-244-1475-9.
- ROTTENBERG, Jan. 2008. *Diagnostika a terapie nedoslýchavosti. Interní medicína pro praxi*[online]. 10/10, s. 470-473, [cit. 10. 5. 2020]. Dostupné z: [https://lomivky.webnode.cz/\\_files/200000113-7ca467e984/Nedosl%C3%BDchavost.pdf](https://lomivky.webnode.cz/_files/200000113-7ca467e984/Nedosl%C3%BDchavost.pdf).
- SEKERÁKOVÁ, Marie a SKYBOVÁ Jana. 2011. *Screening sluchu u novorozence. Pediatrie pro praxi* [online]. 12(1), s. 45-47, [cit. 8. 5. 2020]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2011/01/11.pdf>.
- SKÁKALOVÁ, Tereza. 2016. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku*. Hradec Králové: Gaudeamus. 287 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-628-5.
- SKÁKALOVÁ, Tereza. 2017. *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Vydání:2. Hradec Králové: Gaudeamus. 97 s. ISBN 978-80-7435-675-9.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2008. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 213 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-2506-2.
- SLOVÁČEK, Ladislav a kol. 2004. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby in: *Vojenské zdravotnické listy*. roč. LXXIII, č. 1, s. 6–9. ISSN 0372-7025.
- SOURALOVÁ, Eva a LANGER Jiří. 2005. *Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého. 46 s. ISBN 80-244-1084-2.

STRNADOVÁ, Věra. 2002. *Úvod do surdopedie*. Liberec: Technická univerzita. 63 s. ISBN 80-7083-564-8.

ŠLAPÁK, Ivo. 1995. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. Brno: Paido. 45 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-13-3.

ŠLAPÁK, Ivo, JANEČEK Dalibor a LAVIČKA Lukáš. 2009. *Základy otorinolaryngologie a foniatrie pro studenty speciální pedagogiky: Poznámky k anatomii a fyziologii ucha* [online]. [cit. 1. 5. 2020]. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Poslední revize 2009. Dostupné z: [https://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/pages/1\\_1\\_poznamky\\_k\\_anatomii\\_a\\_fyziologii\\_ucha.html](https://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/pages/1_1_poznamky_k_anatomii_a_fyziologii_ucha.html).

ŠLAPÁK, Ivo, JANEČEK Dalibor a LAVIČKA Lukáš. 2009. *Základy otorinolaryngologie a foniatrie pro studenty speciální pedagogiky: Vyšetřovací metody ucha* [online]. [cit. 15. 5. 2020]. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Poslední revize 2009. Dostupné z: [https://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/pages/1\\_2\\_vysetrovaci\\_metody\\_ucha.html](https://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/pages/1_2_vysetrovaci_metody_ucha.html).

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. 2012. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta. 219 s. ISBN 978-80-7320-176-0.

*Ve světě sluchového postižení: informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem*. 2005. Praha: Středisko rané péče Tamtam. 101 s. ISBN 80-86792-27-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. 2015. *Hodnocení komunikačních specifík vybraných skupin jedinců s narušenou komunikační schopností*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 154 s. Monografie. ISBN 978-80-244-4414-7.

Vyhláška č. 27/2016 Sb. *Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných* [online], [cit. 1. 6. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>.

WEISS, Petr. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

World Health Organization. *Hluchota a ztráta sluchu*[online]. [cit. 8. 5. 2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>.

ZACHAROVÁ, Eva. 2012. *Základy vývojové psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 97 s. ISBN 978-80-7464-220-3.

Zákona č. 329/2011 Sb., *o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením* [online], [cit. 2. 6. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>.

Zákon č. 561/2004 Sb., *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)* [online], [cit. 1. 6. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

## **Seznam příloh**

Příloha A: Přepis rozhovoru č. 1

Příloha B: Přepis rozhovoru č. 2

Příloha C: Dotazník kvality života SQUALA – respondentka č. 1

Příloha D: Dotazník kvality života SQUALA – respondentka č. 2

Příloha E: Informovaný souhlas – respondentka č. 1

Příloha F: Informovaný souhlas – respondentka č. 2

## **Příloha A: Přepis rozhovoru č. 1**

**Ahoj Jani, jak se máš, už zase chodíš do práce?**

Ahoj Baru, mám se fajn. Do práce už zase normálně chodíme. Děti už jsou zdravé, tak snad to za chvíli nebude zase.

**Já bych ti teď položila otázky, o kterých jsme se bavily, že bych se na ně třeba mohla ptát. Kdybys na něco nechtěla odpovídat, tak mi to klidně řekni, zlobit se určitě nebudu.**

Jasný, jsem připravená.

**Kdy sis ty sama začala všimnout toho, že špatně slyšíš? Nebo ti to přišlo jako „normální“, protože jsi nic jiného vlastně neznala?**

Od malička jsem nic neslyšela, takže mi to přišlo naprosto normální. Teprve když jsem dostala první sluchadla (i když ne zrovna nejkvalitnější, protože ty dražší a kvalitnější už nehradila pojišťovna), začala jsem nějaké zvuky slyšet. Byly to jen zvuky a trošku setřelá řeč. Poslech nebyl moc dobrý. Ze začátku mi to celkem stačilo, ale postupně (asi po půl roce) nám nabídla paní doktorka na foniatrii nově vyvinutá plně digitální sluchadla, která by pro mě byla výhodnější. Byla o hodně dražší a pojišťovna tento typ sluchadel nehradila. Rodiče se po konzultaci rozhodli, že mi tato sluchadla zakoupí ze svého. Rozdíl byl velký. Začala jsem chodit pravidelně na logopedii a díky logopedickým cvičením jsem začala rozlišovat jednotlivé zvuky. Úplně se mi „otevřely oči“. Žasla jsem, co všechno je možné slyšet.

**Měla jsi z operace a všech vyšetření strach?**

Snažila jsem se být klidná a plně jsem důvěřovala lékařům. Hlavně bylo dobré, že všechna vyšetření se mnou absolvovala mamka. Celý pobyt v nemocnici byla mamka se mnou.

**Jak se k tobě všichni chovali?**

Máš na mysli v nemocnici, nebo lidi celkově?

**V nemocnici.**

Myslím, že se všichni chovali mile, odpovídali na naše dotazy a všechno nám v klidu a srozumitelně vysvětlili. Nesetkala jsem se s žádným negativním přístupem.



### **Pamatuješ si na to, kdy jsi poprvé uslyšela to, co jsi do té doby neznala?**

Tak to jsem ti více méně už řekla v té první otázce.

### **Bylo něco, na co ses těšila, až uslyšíš?**

Fakt nevím, byla jsem dítě, takže nemůžu si všechno pamatovat.

### **Jak jsi vnímala rozdíl mezi sluchem se sluchadly a pak, když jsi měla KI?**

Chvíli po operaci jsem nosila na pravém uchu ještě sluchadlo a na levém uchu KI. Postupně jsem zjišťovala, že sluchadlo je pro mě zbytečné, protože i když bylo kvalitní, oproti KI byly poslech a porozumění méně srozumitelné. Proto jsem sluchadlo přestala nosit a zůstala jsem pouze u KI.

### **Co tě nejvíce překvapilo?**

S KI jsem začala slyšet a vnímat nové zvuky, které jsem nikdy neslyšela. Třeba hučení počítače, bzučení mouchy, tikání hodinek, cvrlikání ptáčků, hučení auta z dálky, a hlavně jsem se naučila telefonovat a slyšet řeč z telefonu bez odezírání.

### **Slyšela jsi po operaci hned, nebo až po nějaké době?**

Po operaci jsem nosila na pravém uchu sluchadlo a na levém se všechno po operaci muselo pořádně zahojit. Teprve po měsíci jsem dostala vnější část KI a proběhlo první nastavení KI.

### **Měla jsi nějaké bolesti s tím spojené?**

Vnitřní část ucha mne po operaci bolela. Ty stehy a jizvy. A ve vnější části zvukovodu také jizvy a strupy. Dostala jsem dobrou speciální mastičku, po které se mi to rychle zahojilo. Nějakou dobu po operaci mě bolela hlava. Čas od času mě občas bolí i teď hlava a svědí mě jizva.

### **Měla jsi nějaké kamarády v nemocnici?**

Že bych měla vyloženě kamarádku, to ne, ale ležela se mnou na pokoji holčička, která byla také po operaci, ale jela dřív domů.

### **Kolik času jsi tam strávila?**

Týden.

### **Kdo ti byl největší oporou?**

Moje mamka.

### **Zameškala jsi školu?**

Bylo to asi 14 dnů, co jsem chyběla ve škole.

### **Jak dlouho ti trvala pooperační rehabilitace, logopedie?**

Rehabilitace je spojená s logopedií. Oboje trvalo hodně dlouho. Od 2 do 16let. Je to běh na dlouhou trať.

### **Jak se na tebe dívaly ostatní děti? Připadala sis někdy kvůli své vadě odstrčená?**

Ve školce jsem byla dost živá a zdravě oprsklá. Ve škole, na 1.stupni, už to bylo trochu horší, protože děti vnímaly, že jsem trochu jiná a že špatně mluvím. Díky paní učitelce, která jim vysvětlila, co mám za problém, se na mě dívaly prakticky tak, že jsem jako ostatní. Na 2.stupni to bylo horší. Někdo prostě se mnou nechtěl kamarádít, někdo ano. Spíš si myslím, že můj problém nechápali někteří rodiče spolužáků.

### **Překážela ti vada někdy ve škole? Konkrétně, v čem jsi ji vnímala?**

Vadil mi hluk ve třídě o přestávkách. Taky jsem měla problémy s vyjadřováním a občas se mi někdo poškleboval. Většinou to byli ti největší blbci.

### **Jak se k tobě chovali učitelé, máš zkušenost i s negativním přístupem?**

Díky tomu, že učitelé věděli, co mám za problém, byli hodní.

### **Jaká podpůrná opatření jsi měla?**

Protože jsem spadala pod SPC Liberec, měla jsem ve výuce jisté úlevy a vzdělávala jsem se podle IVP. Jinak jsem měla opatření třetího stupně.

### **O jaké úlevy se jednalo?**

Učitel třeba nesměl zvyšovat hlas při výkladu a musel dodržovat zásady dobré výslovnosti. Musel také zachovávat přirozený rytmus řeči. Musela jsem na něj dobře vidět, abych mohla odezírat. Taky jsem seděla v přední lavici. Myslím, že maximálně 3 metry od učitele. Musela jsem mít i zrakovou podporu, jelikož nové pojmy neodezřu. Pak tam taky bylo preferování písemných informací nad diktovanými a diktování nahrazovat písemným textem. Měla jsem i delší čas na úkoly. A tak. To mě teď tak napadá.

**Cítila jsi někdy od rodičů, že se k tobě chovají kvůli vadě jinak? Třeba moc opatrovatelsky, ochránářsky nebo naopak chtěli po tobě víc? Nebo jsi neviděla rozdíl mezi tebou a bratrem?**

Nemyslím si, že by rodiče mezi mnou a bráchou dělali nějaké větší rozdíly. Možná jen, že jsem holka, tak proto jim připadalo, že jsem zranitelnější. Nevím.

**Setkala ses někdy se šikanou?**

To naštěstí ne.

**Máš nebo znáš nějaké lidi se stejnou vadou a s implantací?**

Měla jsem jednu kamarádku, ta má na pravém uchu kochleární implantát. Málo mluvila a hodně znakovala. Dříve jsem se s ní hodně kamarádila, ale postupem času jsem zjistila, že má okruh známých mezi neslyšícími a ti hodně znakovali. Já se mezi nimi necítila vůbec dobře, protože neumím vůbec znakovat a nerozumím jim. Nemám potřebu se učit znakovat. Dneska se 100 % cítím líp mezi slyšícími.

**Při hledání zaměstnání neměla jsi někdy problém?**

Naštěstí jsem vždy narazila na dobrou ředitelku. Takže ne.

**Cítila jsi někdy diskriminaci někde? Třeba právě při hledání zaměstnání?**

Diskriminaci určitě ne, ale samozřejmě jsem měla u pohovoru obavy. Vždycky jsem z toho byla hrozně nervózní.

**Přiznal ti někdy zaměstnavatel, že měl obavy, jak „to“ bude fungovat? Ne. I kolegyně v práci byly úplně vždycky v pohodě. Takže nikdo neměl obavy.**

**A ty ses bála? Bála ses v práci něčeho konkrétního?**

Trošku jsem se dřív bála, jestli mě kvůli sluchové vadě vezmou vůbec do nějaké práce. Jinak pak v práci? Nevím, nic mě nenapadá. Možná rodiče dětí.

**A co oni na to?**

Musím říct, že všichni byli zase úplně v pohodě. Opravdu jsem měla vždycky štěstí na lidi.

**Je něco, co ani s KI neslyšíš tak, jak bys chtěla?**

Neslyším pořádnou hudbu. A to bych fakt chtěla. Třeba bych si ráda vzala sluchátka a jen tak bych si poslouchala.

**Co při tom telefonování? Cítíš nevýhodu? Nebo slyšíš dobře?**

Rozumím a telefonuji normálně jako zdravý člověk.

**Nastala někdy situace, kdy KI „vypověděl“ a ty jsi najednou neslyšela/nerozuměla?**

Naštěstí nikdy.

**Bojíš se, že by se něco takového mohlo stát? Umiš si to představit?**

Ne, ne.

**Jsi učitelkou v MŠ, poznaly děti na tobě, že je „něco“ jinak?**

Děti hned koukaly, co to mám na uchu. Jedno dítě ví, co je sluchadlo, protože ho nosí teta. Dětem jsem vysvětlovala, že špatně slyším, a proto musím nosit „sluchadlo“. Upozorňovala jsem je, že na mě budou muset mluvit pomalu.

**Vysvětlovala jsi jim něco o svém sluchu?**

Ano, vysvětlovala jsem, že když jsem se narodila, tak jsem špatně slyšela, a proto musím nosit „sluchadlo“. Neříkám jim kochleární implantát, ale sluchadlo.

**V běžném životě. Měla jsi někdy s něčím problém? Například úřady, obchody, běžná komunikace. Jsou nějaké nástrahy? A jak je řešíš?**

Rodiče mě nutili, abych se všude domluvila sama. Měla jsem vždycky jen ostatním říct, že špatně slyším, a když nebudou rozumět, mají mi to znovu zopakovat. Teď mě taky napadá, že mi vadí hluk na koncertě. To vůbec neslyším, když mi někdo něco povídá. Třeba ale na plese nebo v kině, tam je to v pohodě. I když je fakt, že v kině bývá ticho. Jo a v letadle, když křičí nějaké dítě, tak to si musím KI vypnout. A ještě, když nastupuji do letadla, tak jak se procházím takovým tím rámem, tam ukážu kartičku „Cochlear“ a tam je vše česky i anglicky napsané. Vždycky jdu pak mimo ten rám.

**Je vada dědičná?**

Do určité míry ano.

**Umiš odezírat?**

Ano, při komunikaci si pomáhám odezíráním.

**Znakový jazyk ses někdy učila?**

Jenom základy. Ty jsem prakticky nikdy nepoužívala. Teď už asi neumím nic. Fakt nemám potřebu.

**Cítíš se být jiná, nebo vůbec ne?**

Ne, vůbec ne.

**Je něco, co ti tato vada dala?**

Zjistila jsem, jaké to je prakticky neslyšet a nerozumět, co kdo říká. Je to blbé. A jsem vděčná za KI a za to, že můžu slyšet a normálně žít. Nevím, co bych jinak dělala.

**Co vše ti dala implantace? Za co jsi nejraději.**

Díky paní doktorce a logopedce z foniatry v Praze jsem se i v relativně pozdějším věku dostala mezi uchazeče o KI. Nebýt jich a rodičů a jejich dlouhodobé péče pravděpodobně bych byla dneska úplně někde jinde.

**Co ty a nějaké organizace?**

Jednou jsem navštívila SUKI, což je Spolek uživatelů KI. Moc mě to tam nebavilo. Hodně dětí i dospělých znakovalo. A to pro mě nemělo cenu. Ale to už je déle. Bylo mi tak sedmnáct.

**Ted' bych se tě zeptala na něco ohledně tvého partnerského života. Já vím, že se ti do toho moc nechce. Řekni, když nebudeš chtít odpovídat. Ale myslím, že to nebude nic hrozného. Neboj, žádné intimnosti.**

Dobře.

**Vím, že máš momentálně přítele. Je slyšící?**

Ano, přítel je normálně slyšící. Jsme teď spolu už 7 měsíců a seznámili jsme se přes internet.

**Řekla jsi mu o své vadě hned?**

Ano, to jsem mu řekla hned. Takže to věděl hned a neměl s tím vůbec žádný problém. Já jsem se bála, že mě nebude chtít, když jsem handicapovaná.

**A měli jste někdy problém při komunikaci, v porozumění? Jak jste ho řešili?**

Tak občas je problém v tom, že si přítel někdy neuvědomí, že na mě nemůže mluvit, když je otečený zády nebo třeba že ho občas neslyším. Musím ho někdy upozornit. Ale zas máme takovou dohodu, že mu všechno hned řeknu, když udělá něco špatně.

### **Měla jsi někdy partnera se sluchovou vadou?**

Jednou jsem měla kluka, který nosil jedno sluchadlo. Mluvil a napůl používal znakovou řeč. S ním jsem chodila jenom krátce, protože měl neslyšící kamarády. Párkrát jsem s ním šla někam. Byli tam i jeho kamarádi a s nimi jenom znakoval. Já jsem se cítila pěkně trapně. Věděla jsem hned, že celý život nemůžu být mezi neslyšícími. Od malička jsem prostě mezi samými slyšícími a tohle jsem nedávala.

### **Když máš teda slyšícího partnera, vidíš nějaké plus a minus ve vašem vztahu?**

Já to prostě беру jako normální vztah. Ale zas bych určitě bez „kochlíku“ nepotkala toho nejskvělejšího přítele. Je dost tolerantní a někdy teda zapomene, že mám nějaký handicap. Bere mě ale takovou, jaká jsem.

### **Bojíš se, že by někdy vaše děti měly také vadu sluchu?**

Ano, trochu se bojím, ale zas tak moc nad tím nepřemýšlím. S přítelem jsme o tom už i mluvili, a i on je s tím smířený. Říká, že mě miluje se vším všudy. A tady bych ten rozhovor asi už ukončila.

### **Jasně, rozumím. Moc ti děkuji. Hodně jsi mi pomohla. Měj se hezky, Jani.**

Nemáš zač. Pomohla jsem ti ráda. Ty taky. Ahoj.

## **Příloha B: Přepis rozhovoru č. 2**

**Dobrý den, paní P. Ráda vás poznávám.**

Dobrý den, já vás také.

**Ráda bych vám položila několik otázek, které se týkají vady sluchu, implantátu a tak podobně. Kdybyste na něco nechtěla odpovídat, tak mi to hned řekněte, zlobit se určitě nebudu.**

V pořádku. Jsem připravená odpovídat.

**Začala jste si sama někdy všimnout toho, že špatně slyšíte, nebo vám to přišlo jako „normální“, protože jste nic jiného vlastně neznala?**

Vadu sluchu jsem měla od dětství, asi od dvou let. Nejprve jsem měla lehkou nedoslýchavost, která se postupem let horšila. Až v dospělosti potom vyústila do praktické hluchoty. Subjektivně jsem zhoršení sluchu nijak nezaznamenávala. Vyvíjela se technika, zdokonalovaly se funkce jednotlivých sluchadel, která byla schopna kompenzovat i velmi vysoké ztráty sluchu. Ještě v době praktické hluchoty jsem byla schopna telefonovat a rozuměla jsem lidské řeči, ale samozřejmě jsem se čím dál více bezmyšlenkovitě spoléhala na odezírání. Teprve když jsem téměř ze dne na den přišla o zbytky sluchu, uvědomila jsem si, že bude třeba jiného řešení. Pokud nebudu chtít být zcela závislá na odezírání a dobrodiní ostatních. No a toto řešení představoval kochleární implantát.

**Měla jste z operace a všech vyšetření strach?**

Z vyšetření jsem strach neměla, alespoň co si pamatuji. Čekání na výsledky jednotlivých vyšetření s sebou nějakou nervozitu neslo. Magnetickou rezonanci nepodstupujete každý den. Ale vyloženě strach jsem neměla. Všechna vyšetření před operaci a nutná k posouzení vhodnosti ke kochleární implantaci byla bezbolestná. Jinou věcí byl strach z operace jako takové. Tam jsem velmi dlouho váhala a zvažovala, zda do toho jít, nebo ne. Nakonec rozhodly pozitivní ohlasy implantovaných osob, vidina návratu slyšení a také mnohem lepší podmínky pro pracovní uplatnění a začlenění do společnosti.

**Jak se k vám ostatní chovali?**

V době totální hluchoty jsem se setkávala víceméně s tolerancí a ochotou. Ale našli se lidé, a nebylo jich zrovna málo, kteří i přes několikeré upozornění na dodržování konkrétních komunikačních zásad, toto nebyli schopni respektovat. Neměli třeba trpělivost nebo jim chyběl dostatek empatie. Smutné pro mě bylo, že jsem se s nepochopením setkávala i u

lékařů a zdravotních sester. Prostě na místech, kde bych to vůbec nečekala. Přestože převládalo pochopení a snaha pomoci, vzpomínám na dobu úplné hluchoty jako na dobu osamění. I při rodinných sešlostech, a že umím hodně dobře odezírat, jsem se velmi brzy ocitla na okraji. Pro všechny bylo po určitém čase únavné mé neustálé kladení otázek „Prosím?“, „O čem jste mluvili?“, „Co říkal?“, a tak. Ostatní se chtěli bavit, hovor plynul a já vnímala, že svými prosbami o zopakování jsem velmi brzdila hovory. Ocitala jsem se čím dál víc v sociální izolaci. I to byl jeden z důvodů, který urychlil mé rozhodování, zda podstoupit kochleární implantaci.

### **Pamatujete si na to, kdy jste poprvé uslyšela to, co jste do té doby neznala?**

Bylo toho víc. Ještě v týdnu od prvního nastavování řečového procesoru mě zaujal zvuk tekoucí vody nebo třeba obracení stránek novin. Ale nejvíc si vybavuji tikot nástěnných hodin. Myslím si, že mi utkvělo v paměti hlavně kvůli době, kdy jsem se snažila detekovat dosud neznámý zvuk, který mě znervózňoval svou pravidelností. Po zdroji jsem téměř týden pátrala. Většinou jsem ho slyšela večer, kdy už všichni spali. Nenapadlo mě vůbec, že můžu slyšet tikot hodin z vedlejší místnosti. To bylo i pro mě příjemné překvapení.

### **Bylo něco, na co jste se těšila, až uslyšíte?**

Samozřejmě hlasy svých blízkých. Zajímalo mě, zda budou jiné, než co si pamatuji z poslechu se sluchadlem.

### **Jak jste vnímala rozdíl mezi sluchem se sluchadly a pak, když jste měla KI?**

Před implantací mi bylo ošetřujícím lékařem sděleno, že se mám připravit na jiný poslech, než na jaký jsem byla zvyklá se sluchadlem. Nově měl být poslech spíše takový robotický. Nechtěla jsem mít nereálná očekávání, šla jsem do operace s tím, že mi implantát alespoň usnadní odezíráni a že už nebudu v takovém zvukovém vakuu. Po zhruba třech měsících od prvního nastavení řečového procesoru, kdy jsem už začala více rozeznávat jednotlivé zvuky a rozumět lidské řeči, jsem si s překvapením uvědomila, že hlasy mých blízkých slyším velmi podobně jako dříve se sluchadly. Asi je to hodně individuální, ale rozhodně bych neřekla, že poslech s implantátem je robotický. Teda za sebe.

### **Co vás nejvíce překvapilo?**

Dětské hlasy. Ty představovaly jedinou výraznou změnu oproti poslechu se sluchadly. Při prvním nastavení mě paní logopedka upozornila na vysoké dětské hlasy. Měla jsem v té době doma tříletého syna, říkala jsem si, že budeme alespoň trénovat poslech, ale



nepřikládala jsem tomu zvláštní význam. Říkala jsem si, že mám syna naposlouchaného. Byla jsem na jeho hlásek zvyklá a neuměla jsme si představit, že by tomu mělo být jinak. Nicméně, samotnou mě překvapilo, jak mají děti skutečně vysoko postavené hlásky! Sluchadlo mi je zpracovávalo úplně jinak. Najednou byly děti pro mě písklata a musela jsem se učit jim rozumět.

### **Slyšela jste po operaci hned, nebo až po nějaké době?**

Po operaci neslyšíte nic. S prvním slyšením se začíná po zahojení jizvy, tedy 4 až 6 týdnů od operace. Potom se nastavuje řečový procesor, což je vnější část kochleárního implantátu.

Po zapojení jsem slyšela množství neidentifikovatelných zvuků. Všechno znělo strašně nepřírozeně, ale byla jsem ráda, že alespoň něco slyším. Po celodenním nošení implantátu a několikerém nastavování procesoru jsem zhruba až tak po půl roce mohla říci, že teď už to je ono, teď už relativně dobře rozumím a zvuky mi nejsou nepříjemné.

### **Měla jste nějaké bolesti s tím spojené?**

Bolesti jako takové ne. Místo za uchem bylo sice bolestivé na dotek, kůže pnula a cítila jsem nepříjemný tlak v krku. Několik týdnů jsem neměla chuť, ale to všechno bylo upozaděno pod pooperační komplikací. Měla jsem silný tinnitus. Prakticky až do nastavení řečového procesoru jsem vnímala velmi intenzivní a téměř nepřestávající hučivé zvuky, které se daly přirovnat ke zvukům sirén. Představte si, že tradiční zkoušku poplachových sirén, které se v ČR rozeznávají jednou měsíčně, máte neustále ve své hlavě. Ne zdálky, za zavřeným oknem, ale tak, že máte amplion přímo v hlavě. Bylo to velmi psychicky náročné období, kdy jsem litovala, že jsem podstoupila operaci. Upínala jsem se ke slovům pana doktora, že po nastavení řečového procesoru se mozek začne zabývat novými vjemy a tinnitus bude slábnout. Naštěstí to byla pravda. Tinnitus mi sice zůstal jako následek operace, ale ve formě, s kterou se dá fungovat a žít.

### **Kdo vám byl největší oporou?**

Určitě rodina a manžel.

### **Jak dlouho vám trvala pooperační rehabilitace, logopedie a jak to probíhalo?**

Logopedii jsem měla jenom během hospitalizace při nastavování řečového procesoru. Potom jsem ji hlavně z důvodu věku a nastavené řeči nevyhledávala a nebylo ani potřeba. Na nastavování řečového procesoru jsem docházela v pravidelných intervalech asi jednou

měsíčně, pak jednou za tři měsíce, jednou ročně a po deseti letech od implantace už mám nastavování pouze sporadicky, při kontrole jednou za dva roky. Poslechové vnímání jsme trénovali každodenně. Pokud jsem slyšela zvuk, který jsem nemohla rozklíčovat, jednoduše jsem se zeptala svých blízkých a kamarádů, co to pravděpodobně slyším. Myslím, že implantovaní lidé, kteří přišli o sluch v dospělém věku, mají rehabilitaci v mnoha směrech jednodušší než děti, které nikdy neslyšely.

### **Jak se na vás dívaly ostatní děti ve škole? Připadala jste si někdy kvůli své vadě ostrčená?**

S vadou sluchu jsem byla integrovaná do běžných škol. Jelikož do té doby neměli ani pedagogové na jednotlivých školách, ani mí vrstevníci žádné zkušenosti s osobami se sluchovým postižením, byla jsem první, která zvyšovala povědomí o tomto zdravotním postižení. Nebylo to jednoduché. Zvláště v pubertě jsem hodně řešila svoji jinakost a chtěla zapadnout do davu. Jenomže ono to dost dobře nešlo. Provázelo mě hodně nedorozumění, některá komická, některá tragikomická. Musela jsem se naučit bránit proti některým výrokům. Rozhodně se nedá říct, že zařazení dítěte, které špatně slyší, mezi normálně slyšící vrstevníky, je jednoduché. Ale pro život mě to naučilo dost. Rozhodně nelituji a dnes bych nevolila jinak. Když máte zázemí a oporu v rodině, máte kamarády a přátele, dá se zvládnout hodně věcí.

### **Vnímáte teď někdy, že se na vás okolí dívá jinak?**

Nejsem si toho vědoma. Nebo už jsem ve věku, kdy mi to je jedno.

### **Překážela vám vada někdy ve škole? Konkrétně, v čem jste ji vnímala.**

Samořejmě. Spolužáci poslouchali a u toho si zároveň psali výpisky, já mohla dělat jen jedno. Poslouchala jsem a výpisky doháněla doma po vyučování. Téměř jsem neměla možnost zapojit se do diskuzí, protože ty byly pro mě poslechově velmi náročné. Byla jsem ráda, když jsem pochytila, o čem kdo diskutuje, ale než se mi všechno pochycené spojilo do celku, už byla dávno řeč o něčem jiném. Věnovala jsem mnohem více energie prakticky na všechny úkony. Abych zachytila všechno podstatné, abych věděla, co máme za úkoly, abych se zapojila mezi spolužáky. Poměrně stres.

### **Jak se k vám chovali učitelé, setkala jste se i s negativním přístupem?**

Učitelé byli všude vstřícní. Ráda vzpomínám na třídní učitelku na prvním stupni základní školy. Byla sice přísná, nikomu nic neodpustila, ale zároveň jí velmi leželo na srdci, aby si

děti ve třídě rozuměly a nedělaly mezi sebou rozdíly. Druhý stupeň základní školy byl náročnější větším počtem pedagogů, ale když všichni viděli, že jsem snaživá, makám a nepožaduji žádné úlevy, nemůžu říct, že bych měla s někým z učitelů problém. Na střední škole jsem dokonce svoji vadu sluchu tak skrývala, že i třídní přišel na to, že mám sluchové postižení, až na zimmním soustředění školy.

### **Jaká podpůrná opatření jste měla?**

Žádná. Podpůrná opatření se začala zavádět až v době, kdy jsem už studovala na vysoké škole. Vzhledem ke kombinovanému studiu mě nenapadlo zažádat o přepis přednášek či delší čas při testech a zkouškách nebo o přítomnost artikulačního tlumočnicka na přednáškách. S pomocí spolužáků, kteří mi poskytovali své zápisky, jsem studium zvládla bez podpůrných opatření. Pokud bych měla studovat v současnosti, asi bych zažádala o přepis přednášek.

### **Cítíte někdy od rodičů, že se k vám chovají kvůli vadě jinak? Třeba moc opatrovatelsky, ochránářsky nebo naopak chtěli po vás víc?**

Nezaznamenala jsem ani jedno a dodnes jsem rodičům za jejich přístup hrozně moc vděčná. Jsem nejstarší ze čtyř dětí, a přestože se mi rodiče v dětství maximálně věnovali, objížděli všechny lékaře, maminka se mnou úplně sama a intuitivně trénovala poslech a řeč, nedělali rozdíly mezi dětmi. Podporovali nás v samostatnosti, což obdivuji jako matka hrozně moc. Určitě museli mít strach, věděli, že sluchová vada představuje určité nepřekonatelné limity, ale byli schopni to v sobě potlačit.

### **Překážela vám někdy vada v osobním životě?**

Samozřejmě překážela a stále překáží. Člověk si zvykne na hodně věcí a většinou se naučí žít se zdravotním postižením. Nicméně stále naráží na bariéry, předsudky a nepochopení. Pořád je spousta aktivit, které nejsou možné. Do dneška nevím, jaké to je, slyšet vodu při plavání. Nemůžu bezděčně poslouchat rádio, nejdu do kina na film, pokud nemá titulky, nerozumím televizi, nevím, o čem si povídají kamarádi ve chvíli, kdy se na ně nedívám a nemohu odezírat, nemohu se zapojit do hovoru při větším počtu osob tak, jak bych chtěla, u kadeřníka si prostě nepopovídám, i když kolem všichni hovoří. To mě teď napadá. Ale je toho mnohem víc. Sluchová vada je těžká v tom, že je velmi často bagatelizovaná a dopad na začlenění člověka do společnosti si málokdo uvědomuje.

### **Setkala jste se někdy se šikanou? Ve škole, v běžném životě, v práci...**

Se šikanou ne. Děti umějí být zlé, takže nějaké slovní urážky byly, ale takovým štěstím v neštěstí bylo, že jsem je třeba v tu chvíli ani neslyšela. V práci jsem se bohužel setkala s přístupem: „Neslyší a reaguje se zpožděním, bude asi pěkně hloupá.“ Když pak ten dotyčný zjistil, že nejsem hloupá, ale že třeba umím i něco, co on neumí, nebo jsem v oboru šikovnější, bylo pro něj náročné si vůbec tento fakt připustit. A zase. Pokud je milující rodina, přátelé, všechno se snáší lépe.

### **Máte nebo znáte nějaké lidi s implantací KI? Kde jste se seznámili?**

Ano, jsem součástí Komunity implantovaných lidiček. S některými jsem se seznámila prostřednictvím webových stránek kochlear.cz, kde kdysi fungoval chat s výměnou informací. Taky jsme měli možnost potkávat se na pobytech organizace SUKI (Sdružení uživatelů kochleárních implantátů) a být v kontaktu přes sociální sítě.

### **Pokud jste v kontaktu, vnímáte to, že vám v určitých věcech rozumí více než ten, kdo KI nemá?**

Určitě. Porozumění je ve smyslu bezproblémové komunikace a specifik, vyplývajících ze sluchového postižení. Není třeba cokoli vysvětlovat, upozorňovat na dodržování komunikačních zásad, všem je to předem jasné, protože všichni mají stejné nebo podobné zkušenosti.

### **Máte dítě. Bála jste se, že zdědí vadu?**

Určité obavy jsem cítila. Výchovu bychom s manželem určitě zvládli, ale jelikož si umím představit, co sluchová vada obnáší, co by v kterém životním období dítě řešilo, s čím by se potýkalo, obávám se, že bych byla právě já ta hodně opatrovatelská a opečovávající máma.

### **Při hledání zaměstnání, neměla jste někdy problém? Pokud ano, v čem spočíval?**

Mám střední průmyslovou školu textilní a v oblasti oděvnictví jsem se pohybovala dlouhá léta od maturity. Jelikož tam se jednalo spíš o manuální zručnost, problém s pracovním uplatněním nebyl. Vzpomínám si, že jsem narazila až po absolvování vyšší odborné školy sociální. Ptala jsem se po zaměstnání v sociální oblasti. A to jsem měla najednou víc handicapů. Byla jsem uchazeč bez praxe a ještě k tomu zdravotní znevýhodnění. Hodně pohovorů pak ztroskotalo na zjištění, že netelefonuji.

## **Cítíte někdy diskriminaci někde? Třeba právě při hledání zaměstnání? Nebo kdekoliv jinde?**

Diskriminace v oblasti pracovního uplatnění opravdu existuje. Doba je postavená na výkonu a rychlé komunikaci a reakci. Což je u sluchového postižení poněkud problém, že. Přestože jsou mezi lidmi s vadou sluchu mnozí vysokoškolsky vzdělaní a samostatní, zatím ještě nacházejí uplatnění spíše u organizací, které se zaměřují na poskytování služeb osobám se sluchovým postižením, ve školách pro žáky se sluchovým postižením nebo pracují jako OSVČ. Neznám moc osob s těžkou vadou sluchu, které by pracovaly v komerční sféře.

## **V běžném životě. Měla jste někdy problém s úřady, obchody, v běžné komunikaci? Jsou nějaké nástrahy? A jak je řešíte?**

Ono je to o lidech. Problémy můžou být i na poště, pokud za přepážkou sedí úřednice, která odmítá zřetelně artikulovat a dává najevo, jak ji komunikace s vámi obtěžuje a zdržuje. Toto bych řekla, že je téměř denní chléb všech osob s vadou sluchu. Aktuálně jsou již téměř rok problémem roušky. Už tak ztížené porozumění je ještě horší. Bez možnosti odezírání pro mě začíná téma sociální izolace. V některých situacích je možné si pomoci online tlumočením do znakového jazyka, nebo online nebo automatickým přepisem mluvené řeči, ale to není východiskem z nouze. Mám zkušenost, kdy se mě paní doktorka při pravidelné preventivní kontrole opakovaně na něco ptala a já nebyla schopna odposlechnout na co, zkusila jsem aplikaci automatického přepisu, který, jak se ukázalo, měl s hlasem zkráceným přes dvě roušky a štít potíže. Když se po několikátém pokusu konečně na displeji ukázala otázka, moje odpověď byla „ano“.

## **Vybavíte si situaci, kdy byl KI výhodou?**

Velkou výhodou vidím už jen v tom, že slyším!

## **Je vada dědičná?**

Není. V naší rodině mám vadu sluchu pouze já a snad to tak i zůstane.

## **Umíte odezírat?**

Ano, výborně. Schopnost odezírat mě zachránila v době úplné hluchoty. Bylo to nepříjemné, ale situace se dala zvládnout, protože jsem lidem při kontaktu tváří v tvář relativně dobře rozuměla.

## **Znakový jazyk jste se někdy učila?**

Ano, účastnila jsem se letních týdenních kurzů znakového jazyka. V současnosti navazují na základní znalosti akreditovanými kurzy.

### **Cítíte se být „jiná“ nebo vůbec ne?**

Jsem už dávno dospělá, ale upřímně se přiznám, že jsem se velmi dlouho hledala. Pronásledovaly mě neustálé pochybnosti. Musela jsem stále někomu dokazovat své kvality. Dlouho jsem se hledala a skutečně si připadala jiná. Ale teď se již cítím být sama sebou. Zním své silné i slabé stránky. A neřeším, jestli má někdo problém s mojí vadou sluchu. Asi bylo třeba do tohoto stavu dozrát.

### **Je něco, co vám tato vada dala?**

Přinesla mi spoustu zkušeností, zajímavých setkání, milých lidí a naučila mě základům krásného jazyka. Vada sluchu svým způsobem může i za mé seznámení s manželem. I když žít s jakýmkoliv zdravotním postižením není jednoduché, neumím si představit, že bych byla normálně slyšící. Opravdu ne.

### **Umíte si představit život bez KI?**

Umím, ale nerada si toto představuji. Kde bych byla? Co bych dělala? Byla bych v sociální izolaci, která by vyvolávala deprese. Jsem v jádru duše extrovert a mám ráda lidi a společnost. Život bez kochleárního implantátu by byl pro mě chudý a smutný. Samozřejmě, pokud by nebyla jiná možnost, musela bych si nějak na život bez sluchu zvyknout, pokusit se zařadit do společnosti znakových, ale jsem vděčná, že jsem možnost implantace dostala. Tvrdím, že je to zázrak techniky.

### **Hledala jste své zaměstnání cíleně? Pracovala jste vždy s lidmi s postižením sluchu?**

Po studiu na vyšší odborné a na vysoké škole jsem několik dlouhých měsíců pátrala po zaměstnání, kde bych mohla zúročit vzdělání a zaměřit se na práci s lidmi. Po letech práce v oděvnictví, jsem si po mateřské dovolené říkala, že je čas na změnu. Centrum pro dětský sluch Tamtam mělo v té době vypsáný vzdělávací projekt pro osoby se sluchovým postižením, zaměřený na redakční tvorbu. Nabídka mě velmi zaujala, do projektu jsem se přihlásila a jsem v organizaci už deset let.

### **Při ucházení o zaměstnání v Tamtamu byla implantace KI nebo vada sluchu výhodou?**

Do projektu byla vada sluchu podmínkou. Nicméně po absolvování vzdělávání mi byl nabídnut úvazek v redakci Informačního centra rodičů a přátel sluchově postižených, který

se postupem let rozrostl o regionálního zástupce organizace. Postupně vzniklo detašované pracoviště v Pardubicích pro zájemce z Královéhradeckého a Pardubického kraje. Z původně malé nabídky poskytovaných služeb je plně profesionální služba pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením.

### **Jaké organizace pomáhaly vám? V čem pomoc spočívala?**

Bohužel nemám žádnou zkušenost. V době mého dětství fungoval pouze Svaz invalidů a tam jsem jako pubertáčka odmítala chodit. Už jenom ten název mě odrazoval. Když jsme se bavili s rodiči o mé práci, maminka s tátou si povzdechli, co by za to dali, existovat podobná organizace s nabídkou služeb v totalitní době. Oni neměli žádnou podporu, žádné informace, museli si vystačit sami. Dnes už můžu říct, že postupovali správně. V té době by ale uvítali, aby si s nimi někdo v klidu sedl a potvrdil, že to dělají správně.

### **Děkuji moc za podrobné odpovědi. Mohu se teď zeptat na něco z oblasti partnerského života? Pokud by vám to bylo nepříjemné, řekněte mi to.**

Ano. Ptejte se.

### **Manžel je slyšící. Máte zkušenost i s partnerem, který měl vadu sluchu?**

Ano, manžel je slyšící. Všechny mé známosti v mládí tvořili slyšící kluci. Důvodem asi bylo, že jsem se od malička pohybovala mezi slyšícími. S vrstevníky, kteří měli vadu sluchu, jsem se začala více stýkat až v dospělosti.

### **Měli jste někdy problém při komunikaci, v porozumění a jak jste ho řešili?**

Problémy s komunikací, vyplývající z mé vady sluchu, jsme s manželem nikdy neřešili. Manžel měl oproti ostatním obrovskou výhodu, že pocházel z rodiny, kde byla těžká sluchová vada. Jeho prarodiče byli neslyšící a komunikovali znakovým jazykem. Vyrůstal v rodině, kde se zcela automaticky aplikovaly komunikační zásady. Takže mně odpadlo seznamování partnera s vadou sluchu jako takovou, upozorňování, že v šeru či dokonce ve tmě skutečně nerozumím, že na mě nemůže mluvit, když řídím, že hovor z jiné místnosti skutečně nedávám, že prostě potřebuji stále vidět na mluvčího.

### **Věděl váš partner hned o vaší vadě?**

S manželem jsme se seznámili na kurzu znakového jazyka. Jeho maminka kurz tehdy lektorovala a manžel se za ní přijel podívat, protože měl zrovna dovolenou a doma se nudil. Věděl tedy o mé vadě sluchu hned. Možná ještě dřív, než mě vůbec poprvé uviděl.

### **Vidíte nějaké plus a minus ve vašem vztahu? Tedy jako neslyšící a slyšící?**

V rovině vztahu slyšící a sluchově postižený mě žádná pozitiva ani negativa nenapadají. Možná tenkrát na začátku to bylo jiné. Nevím. Ale jsme s manželem spolu 25 let a vada sluchu je prostě mojí součástí.

### **Měla jste někdy obavy, že Vaše sluchová vada bude překážkou v seznamování, v partnerském vztahu? Z čeho jste měla obavy největší?**

Určitě ano. Dlouho jsem se bránila reagovat na nabídky k randění a kluci museli být hodně trpěliví, aby se jim podařilo mě zlákat na procházku nebo do kina. Když už to pak začalo vypadat vážněji, já byla ta, co se vždycky rozešla. Měla jsem představu, že to nemůže fungovat. Že slyšící kluci po prvotní zamilovanosti nezvládnou moji vadu sluchu. A než se rozcházet, protože by je určitě přestalo bavit mi neustále dokola opakovat větu nebo už by je obtěžovalo dodržování komunikačních zásad, to jsem radši vzala zpátečku já.

### **Byla někdy vada sluchu v partnerském vztahu překážkou?**

Jak jsem teď říkála, v partnerském vztahu ano. V manželství jsem se nesetkala se situací nebo nepřekonatelnou překážkou. Jediné, kdy jsme vlastně řešili vadu sluchu, bylo období po mém ohluchnutí a zvažování kochleární implantace.

### **Je něco, v čem vás vada ve vašem společném životě omezuje? Proč?**

Asi ne. My máme s manželem podobné koníčky, kde sluchová vada není na překážku. Třeba turistika. Jediné, kde to trochu skřípe, je poslech hudby. Manžel rád relaxuje při poslechu rockových koncertů. Mně je poslech rocku vyloženě nepříjemný. Zní mi stejně, jako kdybych poslouchala celou dobu hluk vysavače. Když přijedu domů unavená z práce a natěšená na klid, tenhle puštěný kravál mi na pohodě nepřidá. Ale to jsou takové maličkosti, které by třeba vadily i partnerce normálně slyšící.

### **Máte zkušenost s tím, že si lidé s vadou sluchu (KI) hledají partnera v okruhu lidí s vadou sluchu nebo mezi běžně slyšící populací?**

Nemůžu paušalizovat a rozhodně se nedá jednoznačně říci, že lidé s vadou sluchu hledají partnera pouze z určitého prostředí. Nicméně pokud si promítnu mé známé a kamarády, tak v 90 % jde o partnerství mezi slyšící a neslyšícím. Většina kamarádek s vadou sluchu má partnera slyšícího, někdy to bývá i tlumočnický znakový jazyk. I obráceně. Ale nerada bych zobecňovala, moje zkušenosti vychází z toho, v jakém prostředí a mezi jakými lidmi se pohybují já.



**Moc vám děkuji za vaše odpovědi a váš čas. Děkuji. Na shledanou.**

Nemáte zač. Ráda jsem vám pomohla. Přeji vám hodně štěstí při obhajobě a u státnic. Na shledanou.

# Příloha C: Dotazník kvality života SQUALA – respondentka č. 1

## Dotazník kvality života (SQUALA)

Pořadové číslo \_\_\_\_\_

ID. Číslo \_\_\_\_\_

Vážená paní, vážený pane,  
cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku vás prosíme, abyste odpověděli, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen(a) v různých oblastech života.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkujeme za spolupráci na naší výzkumné práci.

### DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky

1) Pohlaví

Muž.....1  
Žena.....2

2) Věk 26

4) Ukončené vzdělání

Neukončené základní.....1  
Základní.....2  
Střední bez maturity.....3  
Střední s maturitou.....4  
Vysokoškolské.....5

5) Zaměstnání

a) Jste soukromník?.....ano – ne  
b) Zaměstnáváte další osoby?..ano – ne  
c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:  
učitelka MS  
d) Pokud nepracujete uveďte jeden z důvodů:  
studující.....1  
mateřská dovolená.....2  
v domácnosti.....3  
důchodce (neprac.).....4  
v invalidním důchodu.....5  
t.č. nezaměstnaný(á)  
hledající práci.....6  
voják zákl. služby.....7  
jiné.....8

6) Hmotné zabezpečení

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně podprůměrné    mírně podprůměrné    průměrné    mírně nadprůměrné    výrazně nadprůměrné

### Hodnocení důležitosti

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bevýznamné
1) být zdravý		—			
2) být fyzicky soběstačný			—		
3) cítit se psychicky dobře		—			
4) příjemné prostředí a bydlení		—			
5) dobře spát		—			
6) rodinné vztahy		—			
7) vztahy s ostatními lidmi			—		
8) mít a vychovávat děti		—			
9) postarat se o sebe			—		
10) milovat a být milován			—		
11) mít sexuální život			—		
12) zajímat se o politiku				—	
13) mít víru (např. náboženství)				—	
14) odpočívat ve volném čase		—			
15) mít koníčky ve volném čase			—		
16) být v bezpečí		—			
17) práce			—		
18) spravedlnost			—		
19) svoboda			—		
20) krása			—		
21) pravda			—		
22) peníze			—		
23) dobré jídlo			—		

### Hodnocení spokojenosti

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spokojen	nespokojen	velmi zklamán
24)zdraví		—			
25)fyzická soběstačnost			—		
26)psychická pohoda			—		
27)prostředí bydlení	—				
28)spánek		—			
29)rodinné vztahy	—				
30)vztahy s ostatními lidmi		—			
31)děti					
32)péče o sebe sama		—			
33)láska	—				
34)sexuální život		—			
35)účast v politice				—	
36)víra				—	
37)odpočinek		—			
38)koníčky		—			
39)pocit bezpečnosti		—			
40)práce	—				
41)spravedlnost		—			
42)svoboda		—			
43)krása a umění		—			
44)pravda		—			
45)peníze		—			
46)jídlo		—			

## Příloha D: Dotazník kvality života SQUALA – respondentka č. 2

### Dotazník kvality života (SQUALA)

Pořadové číslo \_\_\_\_\_

ID. Číslo \_\_\_\_\_

Vážená paní, vážený pane,  
cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku vás prosíme, abyste odpověděli, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen(a) v různých oblastech života.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkujeme za spolupráci na naší výzkumné práci.

#### DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky

1) Pohlaví

Muž.....1  
Žena.....2

2) Věk 45

3) Bydlíte v:

Obci do 10 000 obyvatel.....1  
Městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel.....2  
Městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel.....3  
Velkoměstě nad 100 000 obyvatel.....4

- 4) Ukončené vzdělání
- Neukončené základní.....1
  - Základní.....2
  - Střední bez maturity.....3
  - Střední s maturitou.....4
  - Vysokoškolské.....5

5) Zaměstnání

- a) Jste soukromník?..... ano – ne
- b) Zaměstnáváte další osoby?.. ano – ne
- c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:  
СЕНТРА по ДЕТСКОМУ ИДУУ ТАПИТАТ, незисковá organizace
- d) Pokud nepracujete uveďte jeden z důvodů:
  - studující.....1
  - mateřská dovolená.....2
  - v domácnosti.....3
  - důchodce (neprac.).....4
  - v invalidním důchodu.....5
  - t.č. nezaměstnaný(á) hledající práci.....6
  - voják zákl. služby.....7
  - jiné.....8

6) Hmotné zabezpečení

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně podprůměrně      mírně podprůměrně      průměrně      mírně nadprůměrně      výrazně nadprůměrně

7) Rodinný stav

- svobodný/a.....1
- ženatý/vdaná, s druhem.....2
- rozvedený/á.....3
- vdovec/vdova.....4

8) Máte děti?

ano – ne  
 pokud ano, pak počet dětí žijících s vámi 1

### Hodnocení spokojenosti

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spokojen	nespokojen	velmi zklamán
24) zdraví			X		
25) fyzická soběstačnost			X		
26) psychická pohoda			X		
27) prostředí bydlení		X			
28) spánek			X		
29) rodinné vztahy		X			
30) vztahy s ostatními lidmi			X		
31) děti		X			
32) péče o sebe sama			X		
33) láska		X			
34) sexuální život			X		
35) účast v politice				X	
36) víra	/	/	/	/	/
37) odpočinek			X		
38) koníčky			X		
39) pocit bezpečnosti			X		
40) práce		X			
41) spravedlnost				X	
42) svoboda				X	
43) krása a umění			X		
44) pravda				X	
45) peníze			X		
46) jídlo			X		

DOTAZNÍK - HODNOCENÍ OVLIVNĚNO AKTUÁLNÍ  
CELKOVOU SITUACÍ, SOUVISEJÍCÍ  
S COVID-19

### Hodnocení důležitosti

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bezvýznamné
1) být zdravý	X				
2) být fyzicky soběstačný		X			
3) cítit se psychicky dobře		X			
4) příjemné prostředí a bydlení			X		
5) dobře spát		X			
6) rodinné vztahy		X			
7) vztahy s ostatními lidmi			X		
8) mít a vychovávat děti		X			
9) postarat se o sebe		X			
10) milovat a být milován		X			
11) mít sexuální život			X		
12) zajímat se o politiku			X		
13) mít víru (např. náboženství)			X		
14) odpočívat ve volném čase			X		
15) mít koníčky ve volném čase			X		
16) být v bezpečí		X			
17) práce			X		
18) spravedlnost			X		
19) svoboda			X		
20) krása			X		
21) pravda			X		
22) peníze		X			
23) dobré jídlo			X		

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?



## **Příloha E: Informovaný souhlas – respondentka č. 1**

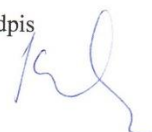
### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Souhlasím s účastí na kvalitativním výzkumu v rámci bakalářské práce Barbory Knoblochové, studentky UHK, Pedagogické fakulty, obor Výchovná práce ve speciálních zařízeních, na téma Kochleární implantát a jeho dospělý uživatel.

Byly mi poskytnuty informace o výzkumném cíli bakalářské práce a metodě zpracování získaných dat. Souhlasím s poskytnutím anonymního rozhovoru, ze kterého bude pořízen písemný záznam. V případě mého zájmu mi bude bakalářská práce po dokončení poskytnuta v elektronické podobě.

V dne 9. 3. 2021

Podpis



## Příloha F: Informovaný souhlas – respondentka č. 2

---

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

Souhlasím s účastí na kvalitativním výzkumu v rámci bakalářské práce Barbory Knoblochové, studentky UHK, Pedagogické fakulty, obor Výchovná práce ve speciálních zařízeních, na téma Kochleární implantát a jeho dospělý uživatel.

Byly mi poskytnuty informace o výzkumném cíli bakalářské práce a metodě zpracování získaných dat. Souhlasím s poskytnutím anonymního rozhovoru, ze kterého bude pořízen písemný záznam. V případě mého zájmu mi bude bakalářská práce po dokončení poskytnuta v elektronické podobě.

V Pardubicích, dne 9. 3. 2021



Podpis