

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Lenka Kunešová

**Péče o sluchově postižené v resortu zdravotnictví,
školství a sociální péče**

Praha 2015
Vedoucí diplomové práce:
Mgr., Václav Chmelíř

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE
MASTER COMBINED STUDIES
2013–2015

DIPLOMA THESIS

Lenka Kunešová

**Care of Hearing Impaired in the Health Service, School
System and Social Services**

Prague 2015
Diploma Thesis Work Supervisor:
Mgr., Václav Chmelř

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Lenka Kunešová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Václavu Chmelířovi za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování diplomové práce. Mé poděkování patří i všem sluchově postiženým, kteří byli ochotni spolupracovat při získávání podkladů pro praktickou část.

Anotace

Diplomová práce se zabývá péčí o osoby se sluchovým postižením v oblastech zdravotnictví, školství a sociální péče. V teoretické části tyto oblasti, na základě odborné literatury, podrobněji analyzuje. Zabývá se historií péče o sluchově postižené, diagnostikou, léčbou a kompenzací sluchového postižení. Popisuje péči psychologickou a logopedickou. Charakterizuje komunikaci lidí se sluchovým postižením. Dále se věnuje oblasti vzdělávání a podmínkám integrace. Poskytuje informace o sociální a rané péči pro rodiny se sluchově postiženým dítětem. Teoretické poznatky jsou využity v části praktické, která analyzuje péči o sluchově postižené v uvedených resortech malého města.

Klíčová slova:

Diagnostika, historie, integrace, invalidita, kompenzace, komunikace, logopedie, sociální péče, raná péče, sluchová vada, surdopedie, vzdělávání.

Annotation

My thesis focuses on care of hearing impaired in the health service, school system and social services. I analyze these fields more in detail in the theoretical part based on expert books. I describe the care of hearing impaired in the history, the diagnostics, therapy and hearing defects compensation. I describe the psychological as well as logopaedical treatment. I characterize the communication of hearing impaired. Further I describe the education and integration conditions of hearing impaired. I give information on social and early care provided to families with a hearing-impaired child. My theoretical knowledge is used in the practical part where I analyze the care of hearing impaired in the above stated fields in a small town.

Key words

Media, compensation, communication, diagnostics, disability, education, early care, hearing defect, history, integration, logopaedia, social care, surdopaedia

Obsah:

Úvod	9
1 Historie péče o sluchově postižené.....	11
1.1 Počátky péče.....	11
1.2 Náprava sluchových vad	13
2 Péče v resortu zdravotnictví.....	14
2.1 Diagnostika sluchových vad.....	16
2.2 Léčba sluchových vad a poruch.....	18
2.3 Kompenzace sluchových vad	20
2.4 Úhrada zdravotní pojišťovnou	25
2.5 Prevence a ochrana sluchu.....	26
2.6 Psychologická péče.....	27
2.7 Logopedická péče.....	29
2.8 Komunikace sluchově postižených	31
3 Péče v resortu školství	33
3.1 Surdopedie.....	33
3.2 Speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené.....	34
3.3 Možnosti vzdělávání sluchově postižených.....	35
3.3.1 <i>Mateřské školy</i>	35
3.3.2 <i>Základní školy</i>	36
3.3.3 <i>Střední školy a učiliště</i>	41
3.3.4 <i>Vysoké školy</i>	42
3.3.5 <i>Asistence ve školách</i>	43
4 Péče v resortu sociálním	45
4.1 Sociální péče pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením	45
4.2 Raná péče.....	48
4.3 Invalidita.....	49
4.4 Nestátní organizace.....	50
5 Průzkumné šetření	52
5.1 Cíl a hypotézy průzkumného šetření.....	52
5.2 Metody průzkumného šetření.....	53
5.3 Grafické vyjádření dat	54

5.3.1 Charakteristika průzkumné skupiny	54
5.3.2 Péče v resortu zdravotnictví	59
5.3.3 Péče v oblasti školství.....	64
5.3.4 Péče v resortu sociálním	68
5.4 Kazuistická studie	77
5.5 Závěry šetření.....	87
Závěr	91
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	92
Zákonné normy, interní předpisy	97
Seznam tabulek a grafů	98
Seznam příloh.....	99
Přílohy	I

Úvod

Téma pro moji diplomovou práci bylo ovlivněno výběrem tématu bakalářské práce. Tehdy jsem se věnovala sluchovým vadám, jejich příčinám a terapeutickým oblastem, které se snaží pozitivně ovlivnit život sluchově postiženého člověka.

Skupina lidí se sluchovým postižením je velmi různorodá. Vyžaduje tedy i rozdílnou péči, která vyplývá nejen ze stavu sluchu, věku, rozumových schopností, vrozených dispozic, způsobech vzdělávání, ale také ze sociálních aspektů. U sluchově handicapovaného dítěte je nejdůležitější včasnost odhalení vady a vhodně zvolená následná terapie a péče. Člověk se sluchovým postižením ve vyšším věku má někdy vlivem ztížené komunikace s okolím tendence k izolaci. Cílem péče o takto postiženého člověka by mělo být zabránění těmto snahám a jeho opětovné začlenění do společnosti.

Hlavním cílem mé diplomové práce je zmapovat péči v resortech zdravotnictví, školství a sociální péče na domažlickém okrese.

Diplomová práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická obsahuje čtyři kapitoly. První kapitola se věnuje historii péče o sluchově postižené a prvním pokusům sluchovou vadu kompenzovat. Druhá kapitola pojednává o péči v resortu zdravotnictví. Popisuje klasifikaci jednotlivých skupin sluchového postižení a různorodost kritérií dělení sluchových poruch. Diagnostiku, která probíhá od klasické sluchové zkoušky až po diagnózu prováděnou ve spánku. Na jejím stanovení se podílí tým specialistů, kteří určují další péči. Práce poukazuje na svízelnost léčby sluchových vad a poruch. Popisuje možnosti kompenzace. Podrobněji se věnuje sluchadlům, jako nejužívanější kompenzační pomůcce. U kochleárního implantátu popisuje jeho složení, využití, indikaci a tři fáze rehabilitace. Kmenový implantát je nadějí pro sluchově postižené s porušenými sluchovými nervy. Dále podává přehled o ostatních kompenzačních pomůckách a příspěvcích od zdravotní pojišťovny. Stručně se věnuje prevenci sluchových vad, zejména důležitému screeningu novorozenců a prostředkům, kterými lze chránit sluch lidí pracujících na rizikových pracovních pozicích. Dále se v této kapitole zabývá logopedickou a psychologickou péčí. Rámec psychologické péče se pohybuje od diagnostiky sluchově postiženého při posuzování vhodnosti kandidáta k implantaci až po psychoterapie určené pro rodiče, kteří jsou postaveni před náročnou životní situací při narození sluchově postiženého dítěte. Důležité místo v péči o člověka se sluchovým postižením má i logopedie, protože zdravý sluch je základním

předpokladem pro správný vývoj řeči. Logopedie se věnuje také procvičování motoriky a grafomotoriky a důležité předoperační přípravě a pooperační péči u kochleárních implantací. Práce objasňuje komunikaci sluchově postižených. Třetí kapitola se zaměřuje na péči v resortu školství. Analyzuje výchovu a vzdělávání sluchově postižených dětí. U oboru surdopedie popisuje hlavní komunikační systémy a vzdělávací programy při speciálně pedagogické péči a možnosti vzdělávání dítěte se sluchovým postižením. Poukazuje na podmínky a předpoklady úspěšné integrace do běžných škol. Popisuje činnost speciálně pedagogických center. Čtvrtá kapitola se věnuje resortu sociální péče, která je uskutečňována prostřednictvím sociální podpory a sociálních služeb. Podává přehled o systému sociální podpory pro rodiny se sluchově postiženým dítětem, rané péči a invalidním řízení. Na péči o sluchově postižené se podílí také několik nestátních organizací.

Těžištěm praktické části je průzkum péče v oblastech zdravotnictví, školství a sociální péče, který byl uskutečněn pomocí dotazníků a rozhovorů se sluchově postiženými jedinci a lidmi pracujícími v institucích uvedených resortů. Podrobně zpracovaná kazuistika mapuje péči o chlapce s kombinovaným postižením ve sledovaných resortech.

Výsledky průzkumu jsou zpracovány do grafů a tabulek, ze kterých vyplývají závěry průzkumu.

1 Historie péče o sluchově postižené

1.1 Počátky péče

Počátky péče o neslyšící se v nejstarších dobách omezovaly pouze na rodinu. Starověké Řecko bylo k neslyšícím dětem velmi kruté, po dosažení šesti let, byly násilně rodičům sebrány a usmrceny na pohoří Tajgetos. V Římě postižené děti také zabíjeli nebo byly ponechány svému osudu. Nechtěnou újmu neslyšícím způsobila nejvyšší autorita tehdejší doby – Aristoteles, který předpokládal, že neslyšícím nechybí hlas a nejsou všichni schopni myšlení. Tento názor přetrvával téměř dvě tisíciletí a tak se do 16. století o vzdělávání sluchově postižených nikdo ani nepokusil. (Hrubý, 1997) Ve starověku byli neslyšící považováni mnohdy za duševně nemocné, přitahovali pozornost hlavně kvůli zvláštnímu způsobu komunikace, dorozumíváním se výraznými gesty a posunky. Ocitali se často na okraji společnosti.

Vzdělávání osob se sluchovým postižením se zlepšilo až s rozvojem křesťanství ve středověku. Díky lékařským výzkumům se zjistilo, že neslyšící lidé mají funkční mluvidla a nejsou hluchoněmí. Je možné naučit je řeč. Byl prolomen mýtus o nevzdělavatelosti sluchově postižených jedinců.

Renesance, která je založena na myšlenkách humanismu a individuality každého jedince, znamenala zlepšení pohledu na sluchově postižené. Byla snaha řešit jejich situaci, včetně vzdělávání.

V 16. století se o výchovu a vzdělávání sluchově postižených dětí významně zasloužili Španělé **Pedro Ponce de Leon** a **Manuel Ramiréz de Carrión**. Zvláště Pedro Ponce de Leon, který založil školu pro neslyšící v klášteře sv. Salvátora, je považován za prvního skutečného učitele neslyšících. Věnoval se jen bohatým šlechticům, učil je psaná slova vyslovovat, nevyužíval odezírání. Jeho spisy shořely. Carrión v 17. století pokračoval dle Leona, učil vyvozovat jednotlivé hlásky, skládání slov. Žák Carrióna – Juan Martina **Pablo Bonet** vydal slavnou knihu Zjednodušení zvuků a umění naučit němé mluvit. V této knize zmiňuje Bonet, jako první, metodu odezírání a snažil se zjednodušit neslyšícím vyslovovat psaný text. Používal jednoruční prstovou abecedu. (Hrubý, 1997)

Španělé využívali metodu orální komunikace, jejímž zakladatelem je **John Konrad Amman**. Oralismus byl v 18. století nahrazen systémem uměle vytvořených znaků. Jejich průkopníkem byl Francouz **Abbé de l'Épée**, který upravil přirozené posunky k potřebám morfologie a syntaxe mateřského jazyka neslyšícího dítěte. V roce 1770 založil první ústav pro neslyšící v Paříži. Neslyšící děti byly v této době vychovávány v ústavech, kde se využívaly dvě metody vzdělávání – francouzská-prstová abeceda, psaná podoba jazyka a vytvořené znaky a německá, jejíž představitelem byl **Samuel Heinicke**. Heinicke propagoval orální způsob komunikace, metodu odezírání a zapojování zbytky sluchu. (Potměšil, 2003)

Historie používaných komunikačních metod v českých zemích se zaměřuje hlavně na pražský **Ústav pro hluchoněmé**. B. Krahulcová (2002) popisuje, že na našem území se rozvíjely dvě vyučovací metody – v Čechách se více ve výuce využívaly znaky, na Moravě se využívala výchova orální.

První pražský ústav pro hluchoněmé založil Josef II. v roce 1786, jeho ředitelem byl po páterovi Karlovi Bergerovi, **Václav Frost**. Zakladatel tzv. Frostovy kombinované metody - **Pražské syntetické metody**. Ve vyučování byly uplatňovány kombinované komunikační metody. Sluchově postižení se učili jako svoji mateřštinu posunkový jazyk a mluvenou řeč pro komunikaci se slyšícími. (Mukšnáblová, 2014) Frost podle B. Krahulcové (2002) zastával názor, že si chovanci během čtyř až pětileté docházky do školy nemohou osvojit potřebné znalosti pouze na základě orální metody. Z tohoto důvodu nastolil systém, podle kterého byly některé předměty vyučovány pomocí orální komunikace a další jako například náboženství, ve znakovém jazyce. Došlo tak ke vzájemné existenci dvou jazyků, jak známe dnes z bilingválního vzdělávání. Hrubý (1997) doplňuje, že Pražská metoda byla bilingválním vzděláváním neslyšících. Jelikož neslyšící žijí ve světě slyšících i neslyšících, vyučovalo se v některých předmětech ve znakovém jazyce bez mluvení a v ostatních se mluvilo bez ukazování.

Téměř stoleté období temna pro neslyšící nastalo po **Milánském kongrese** učitelů neslyšících v roce 1880, kde byla přijata rezoluce, která ustanovila preferenci orální metody nad znaky ve výchově a vzdělávání hluchoněmých. (Hrubý, 1997) V 1894 byla oficiálně uznána za jediný vyučovací prostředek orální řeč a až v 60. letech minulého století se opět prosazovaly i jiné komunikační metody. K znovuprosazení znakového jazyka přispěl americký lingvista W. Stokoe.

W. Stokoe publikoval v roce 1960 zprávu, ve které dokazoval, že znakový jazyk nese všechny parametry přirozeného jazyka. Lingvistické názory do té doby znakový jazyk, jako jazyk přirozený, neuznávaly a předpokládaly, že se jedná o soubor gest, který nemá žádný systém.

V 70 letech 20. století bylo obdobím **totální komunikace**. K dorozumění s neslyšícími se využívalo všech možných způsobů komunikace, které vedly k dosažení plnohodnotné oboustranné komunikaci. 80 léta 20. století byla obdobím **bilingválním vzděláváním** neslyšících, nebo-li učení v dvojjazyčném prostředí.

V roce 1948 byl u nás přijat zákon o školství, školy byly zestátněny a pro sluchově postižené rozděleny do čtyř skupin – pro hluchoněmé, se zbytky sluchu, pro nedoslýchavé a pro hluchoněmé a méně nadané. Toto rozdělení platilo až do roku 1991.

Právo neslyšících používat **znakový jazyk**, jako hlavní komunikační metodu, bylo schváleno v Evropském parlamentu v roce 1988. O deset let později byl v České republice schválen Zákon o znakové řeči č. 155/1998 Sb. (novelizace 348/2008 Sb.).

1.2 Náprava sluchových vad

Hadriánus ve 2. století používal k zesílení zvuku dlaň přiloženou k uchu. První pokusy o nápravu sluchové vady se datují do roku 1551, k převodu a zesílení zvuku se využívalo kovové tyče. Hrubý (1998) popisuje, že se k nápravě sluchových vad používaly megafony, sluchové trychtýře, elektronková nebo tranzistorová sluchadla. Už v roce 1640 byl pokus o zhotovení umělého bubínku. Vývoj kompenzačních pomůcek pokročil po roce 1876, kdy byl vynalezen telefon. Na konci 19. století se stále používala těžká uhlíková sluchadla. První elektrické sluchadlo bylo použito v USA, následoval v roce 1923 kostní vibrátor a v roce 1926 první individuální ušní koncovka. V roce 1994 bylo vyrobeno závěsné sluchadlo s radiovým přenosem, o rok později bylo vyvinuto plně digitální závěsné sluchadlo. První implantace do kochley proběhla v roce 1961, o 32 let později bylo operováno první dítě v České republice. Nejčastěji se operují děti kolem druhého roku, je snaha věkovou hranici snižovat. (Mukšnáblova, 2014)

2 Péče v resortu zdravotnictví

Péče v resortu zdravotnictví v sobě zahrnuje hlavní oblasti - diagnostiku sluchové vady, indikaci kompenzačních pomůcek, logopedickou a psychologickou péči a velmi důležitou prevenci sluchových vad.

Z medicínského hlediska se každá porucha funkce sluchového orgánu vyhodnocuje jako sluchové postižení, podstatná pro kategorizaci je především kvalita a kvantita sluchového vjemu. Sluchově postižení jsou velmi heterogenní skupina, která je rozdělena hlavně podle stupně a typu sluchového postižení. Rozlišuje se základní kategorie osob – neslyšící, nedoslýchaví, ohluchlí. (Horáková, 2012) Kritéria určující dělení sluchových poruch jsou různorodá, mohou se lišit například podle lokalizace, stupně, doby vzniku, etiologie, ale také z hlediska možnosti kompenzace. Důležitá je také přítomnost jiného postižení. (Vágnerová, 2004)

Porucha sluchu se definuje, jako postižení sluchové funkce, je přechodného charakteru, kvalita sluchu se po vhodném zásahu může vrátit k normálním hodnotám. Vadu sluchu lze formulovat, jako trvalé postižení bez možnosti úplné nápravy.

Přesněji se klasifikují jednotlivé skupiny sluchového postižení podle hledisek:

- **místa vzniku vady** - periferní nedoslýchavost či hluchota a centrální nedoslýchavost či hluchota. Periferní se dále dělí na převodní (stimulaci sluchových buněk zvukem brání překážka ve středouší), percepční (poškození vnitřního ucha, sluchových buněk nebo sluchového nervu) a smíšené (kombinace převodní a percepční vady). Centrální vady se týkají abnormálního zpracování zvukového signálu v mozku.

- **doby vzniku vady** - vrozené a získané. Prelingválně, neboli před ukončením základního vývoje řeči, do 6 let, či postlingválně, neboli po ukončení základního vývoje řeči, po 6. roce života.

- **stupně sluchové vady** – dle mezinárodní škály stupňů sluchových ztrát stanovených Světovou zdravotnickou organizací. (Doležalová, Hricová in Bartoňová, 2012, s. 137)

- 0 do 25 dB norma
- 26 až 40 dB lehká nedoslýchavost
- 41 až 55 dB středně těžká nedoslýchavost
- 56 až 70 dB těžká nedoslýchavost
- 71 až 90 dB praktická hluchota
- nad 91 dB hluchota

Dále se rozlišují vady:

- **dědičné** – různých dědičných vad sluchu bylo zjištěno více než 90 typů. Většinou jsou vrozené, mohou se objevit později a věkem se zhoršovat. V současné době je známo několik genů souvisejících s rozvojem a funkcí sluchového orgánu, nejčastěji je to gen pro connexin 26. Hrubý (1998) poukazuje, že rozsah významu dědičných vad je velký, mohou to být lehké nedoslýchavosti, jako je dědičná degenerativní nedoslýchavost, tak hluchoty úplné, v některých případech i závažné kombinované postižení – Warderburgův syndrom, Usherův syndrom.

- **tinnitus aurium** – je charakterizován, jako sluchový vjem v jednom nebo v obou uších, který vzniká bez vnějšího podnětu. Tento vjem je vytvářen nervovým systémem ucha a mozku. Bývá to například pískání, hučení, bzučení, syčení atd. a přichází buď v záchvatech, nebo je trvalý. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998)

- **nedoslýchavost způsobená hlukem** – rozlišuje se symetrická nebo jednostranná, která bývá častější a vzniká po prožitém třesku nebo krátkodobém hluku. Poruchu sluchu může způsobit i 8 hodin trvajícím hlukem 85 dB. (Šlapák, Janeček, Lavička, 2009). Potměšil (2003) v tabulce o hodnotách zvuku prostředí uvádí, že 80 dB odpovídá zvuku zvonění telefonu a 90 dB vykazuje pouliční doprava.

- **náhlé poruchy sluchu** – zhoršení minimálně od 30 dB. Symptomem může být nejen zhoršení sluchu, ale také rozumění řeči, tinnitus, tlak a plnost v uchu, bolest. Mohou také následovat poruchy rovnováhy, vidění. (Šlapák, Janeček, Lavička, 2009)

- **Meniérova choroba** – etiologie této choroby není úplně známa, ví se o endokrinních vlivech. Hroboň, Jedlička, Hořejší (1998) uvádí, že příčinou tohoto onemocnění je hromadění tekutiny ve vnitřním uchu a projevuje se epizodami nedoslýchavosti, poruchami rovnováhy se závratěmi a tinnitem.

2.1 Diagnostika sluchových vad

V případě podezření na výskyt sluchové vady u dítěte, je nutné včas určit, ve které části sluchové dráhy se porucha sluchu nachází a co může být její příčinou. Kromě toho se také zjišťuje rozsah sluchového postižení. Mukšnáblová (2014) uvádí, že cílem každé diagnostiky sluchu je zjistit sluchový práh a sluchové pole (stav sluchu) a místo příčiny, které má vliv na stupeň postižení, možnost léčby a způsob komunikace.

Odborné vyšetření sluchu se dělá na odděleních foniatrie a otorinolaryngologie (ORL). **Audiologie** je lékařský obor, který se zabývá diagnostikou sluchu, léčbou a kompenzací. Základem vyšetření je anamnéza, která zjišťuje prodělaná či současná onemocnění působící na stav sluchu, eventuálně genetickou zátěž rodiny, užívané léky apod. Následuje jednoduché fyzikální vyšetření pohledem (otoskopické vyšetření) a pohmatem. Sleduje se průchodnost zvukovodu, případné srůsty, uzávěry, perforace, jizvy, zánětlivé poškození atd.

Audiologie využívá mnoha audiometrických vyšetření. Někdy se zaměňují pojmy audiologické a audiometrické vyšetření. Audiologické označuje souhrn všech vyšetření, které vedou ve stanovení diagnózy. Audiometrické pojmenovává pouze jeden konkrétní test (Novák, 1994) Audiometrická vyšetření se dělí na subjektivní a objektivní. U subjektivní audiometrie je nutná spolupráce pacienta, který odpovídá na sluchové podněty. Tyto metody nejsou vhodné pro malé děti a patří mezi ně:

- **klasická sluchová zkouška** (bezpřístrojové vyšetření) – vyšetřovaný opakuje slova předřikávána hlasitě či šepotem. Tuto metodu lze použít u dětí, které znají předřikávaná slova, používají částečně mluvenou řeč a jsou schopna tato slova opakovat. (Mukšnáblová, 2014). Suralová (2005) uvádí, že u dětí, které nejsou schopné opakovat, měříme nepodmíněné reflexy – Moroův reflex, víčkový reflex (dítě sevře víčko na té straně, ze které slyšelo zvuk), pátrací reflex (dítě se otáčí po směru zvuku) apod.

- **ladička** – rozeznělá ladička se přiloží vyšetřovanému na hlavu nebo před boltec. Typ sluchové poruchy lze dedukovat při rozdílném vnímání zvuku kostním nebo vzdušným vedením. Provádí se takto například Rinneho zkouška, Weberova zkouška a Schwabachova zkouška.

- **subjektivní prahová tónová audiometrie** – monitoruje stav vnitřního ucha. V tiché komoře se měří sluchový práh v jednotlivých frekvencích. Vyšetřovanému se

pouští do sluchátek (kostního vibrátoru nebo reproduktoru) tóny a šумы různé frekvence. Ten, po zaslechnutí tónu, vydá předem domluvený signál. Výsledkem tohoto vyšetření je audiogram. (Mukšnáblova, 2014). Pokud je lépe než zvuk ze sluchátek vnímán kostní zvuk, jedná se nejčastěji o poruchu převodní. Pokud je nepříznivý záznam u obou vyšetření nebo jsou špatně vnímány vysoké tóny, jedná se mnohdy o poruchu percepční. (Novák, 1998)

- **slovní audiometrie** – zjišťuje schopnost slyšení a konkrétní porozumění řeči. Vyšetřovanému jsou do zvukotěsné kabinky pouštěna slova, ten je následně opakuje. Malé děti přiřazují ke slovům obrázky. Používají se sestavy o deseti slovech na jedné intenzitě zvuku. Zaznamenává se, kolik slov bylo slyšeno a bylo jim také porozuměno. Pokud jsou slova slyšena a je jim rozuměno až při vyšších dB, jedná se o převodní poruchu. Při percepční poruše se slova slyší, ale nerozumí se jim. (Mukšnáblova, 2014)

Přesné informace, které však nejsou zkrusleny osobními vjemy vyšetřovaného, se získávají objektivním vyšetřením, nebo-li objektivní audiometrií. Patří mezi ně:

- **tympanometrie** – měří se tlak před a za bubínkem. Toto vyšetření vypovídá o stavu bubínku, podtlaku nebo přetlaku ve středním uchu, přítomnosti hlenů a o stavu kladívka, kovádky a třmínku. Zaznamenává se do tympanometrické křivky, podle které lze vyhodnotit, o jaký typ nedoslýchavosti se jedná (Lejska in Horáková, 2011)

- **OAE** – otoaktustické emise. Toto vyšetření umožňuje zjistit sluchovou vadu už 24 hodin po narození (dříve by mohl mít novorozenec tekutinu ve středouší). OAE jsou založeny na činnosti zevních vláskových buněk, které reagují a zvukové podněty. Miniaturní mikrofon je přichycen ke zvukovodu a elektromagnetický signál, který produkuje, je zpracováván na počítači. (Novák, 1994). O normálním sluchu nás informuje výbavnost emisí. V opačném případě – nevýbavnosti emisí – se může jednat o sluchové postižení, ovšem nelze přesně stanovit, jedná-li se o poruchu převodní nebo percepční, ani její stupeň. (Horáková, 2012)

- **BERA** – měří bioelektrické signály šířící se po sluchových mozkových drahách, sleduje funkčnost periferní části sluchového ústrojí a případně o jakou vadu ucha se jedná. Nejčastěji se jedná o vyšetření drah mozkového kmene. (Mukšnáblova). Horáková uvádí, že se tato diagnostická metoda využívá u jedinců, kteří nejsou schopni podstoupit audiometrické vyšetření, tj. u jedinců s mentálním či kombinovaným postižením. Provádí se v přirozeném spánku nebo pomocí nitrožilní hypnosedace. (Horáková, 2012).

- **CERA** – vyšetřuje sluchovou dráhu od kochley až po mozkovou kůru. Toto vyšetření se nedoporučuje u dětí mladších 4 let. Spočívá v tom, že vyšetřovaný jedinec dostává do sluchátek několik tisíc akustických signálů a přístroj rozliší, zda bioelektrický impulz vznikl v časové závislosti na každý signál a za jak dlouho. (Horáková)

- **NN ABR** – diagnostika vycházející z měření EEG sluchových drah. Provádí se ve spánku a odečítá ho přímo lékař.

- **SSEP** – diagnostika ustálených evokovaných potenciálů. Provádí se také ve spánku, odpovědi se zaznamenávají do grafu, kde se poté odvozuje tzv. odhadovaný audiogram prahového slyšení (Myška, online, cit. 2015-02-12)

Výsledkem těchto vyšetření je určení konečné diagnózy. Na jejím stanovení se podílí tým specialistů. Je důležitá nejen pro sluchově postiženého, pro jeho nejbližší, ale také na jejím základě vymezují postupy další odborníci – surdopedi, psychologové, speciální pedagogové a jiní znalci.

Souralová (in Horáková, 2012) uvádí, obecně platné, že čím dříve je porucha sluchu zjištěna a je včasné zahájena rehabilitace, tím méně bývá narušena osobnost dítěte. Pokud je sluchová vada odhalena v prvních měsících života dítěte, bývá více času na zvolení vhodných lékařských, výchovných, vzdělávacích a rehabilitačních postupů, které jsou nezbytné pro opatření přirozeného vývoje.

2.2 Léčba sluchových vad a poruch

Léčení sluchových poruch bývá náročné a vychází od druhu a příčiny poruchy. Cílem je, buď odstranit příčinu, nebo zmírnit následky nedostatečného slyšení. **Převodní sluhové vady**, mezi které se řadí nejjednodušší ucpání vnějšího zvukovodu ušním mazem, běžné onemocnění zánětem středního ucha, u dětí dysfunkce Eustachovy trubice, ale také atrezie zvukovodu (zúžení zvukovodu), otoskleróza, tympanoskleróza, cholesteatom (cysta ve středním uchu), se ve většině případu řeší operativně či farmakologicky, v dnešní době se například provádí:

- paracentéza – propíchnutí bubínku při zánětu středního ucha, uvolnění hnisu,
- tympanoplastika – rekonstrukce převodního systému, kterou Šlapák-Floriánová (1998) popisují, jako různé postupy, kterými se nahrazuje část nebo celý řetězec kůstek vlastní tkáně, uměle vytvořenou hmotou nebo transplantátem,

- myringoplastika – operační zacelení otvoru bubínku fascií nebo jinou tkání z těla postiženého. (Šlapák, Floriánová, 1998)

Percepční sluchové vady jsou mnohem závažnější než vady převodní. Je jich více, obtížněji se diagnostikují i následná terapie je náročnější. Jsou důsledkem poškození vnitřního ucha a sluchové dráhy, jejich následkem je porušené vnímání zvuku (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998). Příčin percepčních vad je několik, může to být užívání antibiotik mycinové řady, která jsou ototoxická, nebezpečné je také užívání vyšších dávek acylpyrinu. Sluch poškozují některé chemické průmyslové látky, jako arzénové sloučeniny, soli rtuti, olova, organická rozpouštědla, salyciláty. V prenatálním období mohou vzniknout vrozené percepční vady z důvodů infekce matky, např. cytomegalovirem, AIDS, zarděnkami nebo prvoky, např. toxoplasmózou, ale také metabolickým onemocněním matky (diabetem) a užíváním toxických látek. Tato onemocnění tak mohou vést k předčasnému porodu a tím k riziku vrozené či získané sluchové vady. Hroboň a kol. (1998) upozorňují, že vnitřní ucho je velmi citlivé na přísun kyslíku a jestliže nastanou při porodu komplikace, které vedou k přidušení novorozence, může dojít k nevratnému poškození sluchu. Mezi perinatální příčiny sluchového postižení se řadí samotný předčasný porod, porodní hmotnost pod 1500g, hypoxie, asfyxie při porodu, poranění lebky (anomálie, rozštěpy), novorozenecká sepe a žloutenka. Mezi postnatální příčiny sluchového postižení patří meningitida, encefalitida, herpes zoster oticus (pásový opar), dystrofie, příušnice, záškrť, bakteriální typanogenní labyrintida (bakteriální zánět labyrintu ušního bubínku), lymfská borelióza, syfilis, HIV infekce atd. (Horáková, 2012)

Mezi získané percepční poruchy patří presbyakuze – stařecká nedoslýchavost, při které během života odumírají vláskové buňky. Je bohužel nevléčitelná.

Terapie percepčních sluchových vad je velmi svízelná, velký význam má včasnost řešení. Mukšnáblová (2014) uvádí, že cílem léčby percepčních poruch sluchu je náprava, zlepšení (korekce) poruchy a náhrada, vyrovnání (kompenzace). U vad, které nelze vyléčit, je nezbytné minimalizovat jejich dopad na celkový život člověka. Možnosti minimalizace vycházejí z různých oborů, medicínské postupy se snaží předejít nepříznivým vlivům vedoucím ke zhoršení vady. Důležité je zdokonalení zásobení kyslíkem v oblasti vnitřního ucha, např. pobytem v hyperbarické komoře, maximální

medikamentózní posílení metabolismu sluchových buněk, nitrosvalově vitaminy skupiny B a infúze s vazodilatačními léky na lepší prokrvení ucha.

2.3 Kompenzace sluchových vad

Problematika korekce sluchových vad je velmi složitý proces, založený na individualitě a subjektivních pocitech sluchově postiženého. Indikace kompenzace patří do rukou zkušených odborníků – foniatřů či ORL lékařů se specializací. Zvláště korekce sluchové vady u dětí, by se měly provádět ve specializovaných střediscích. Principem sluchové protetiky je potřeba zesílit signál řeči tak, aby se dostal do frekvenčního a velikostního rozsahu řeči, ve které má sluchově postižený zachován sluch. Mezi nejefektivnější technické pomůcky patří sluchadla. Sluchadla jsou používána u nedoslýchavých, kteří při orientační zkoušce slyší a rozumí hlasité řeči na krátkou vzdálenost a jejich vadu nelze operativně ani medikamentózně vyléčit. Jsou indikována u percepčních i u převodních vad. Výběr sluchadla vychází z audiologických dat sluchově postiženého a dále se programuje podle nejmodernějších softwarových systémů a nejvhodněji přizpůsobuje vnímání postiženého přímo v ordinaci foniatra.

Kompenzace sluchových vad je rozdílná u dětí a dospělých. U dětí, vzhledem k vývoji řeči, se už při mírnější nedoslýchavosti používá oboustranná korekce. Výhody binaurální korekce také spočívají ve zdokonalení směrového slyšení a prostorové orientace. U dospělých se většinou využívá korekce pouze na lepším uchu, záleží na společenské a ekonomické situaci. Zdravotní pojišťovny poskytují příspěvek pouze na jedno sluchadlo.

Sluchadlo je miniaturní zesilovač zvuku a skládá se z ušní tvarovky, mikrofonu, zesilovače, baterie, filtrů a reproduktoru. Dále jsou vybavena regulátorem hlasitosti, některá indukční cívkou (připojení indukční smyčky nebo telefonního sluchátka) a přímým audiovstupem (připojení např. na televizi).

Sluchadla dělíme:

1. dle způsobu zpracování akustického signálu

- analogová – v současnosti se patří k nejjednodušším a nejlevnějším a dále se nevyvíjí (Havlík, 2008). Využití nalézají u velmi těžkých ztrát (91 dB a více dle WHO), které jsou v některých případech lépe korigovatelné tímto sluchadlem. Existují také analogová sluchadla s digitálním programem. (proLékaře, online, cit. 2014-12-12)

- digitální – má několik výhod, je programovatelné, přizpůsobí se přesněji potřebám nedoslýchavého, umí se otestovat, potlačit šum, změřit audiogram, dokáže elektronicky potlačit akustickou zpětnou vazbu a je méně rušeno mobilními telefony. (Hrubý, 1998). Nejmodernější sluchadla mají několik programů, které lze měnit podle poslechové situace, nejen slyšitelnost a srozumitelnost řeči, ale také poslech hudby, televize, změnu zvuku v hlučném i tichém prostředí, program, který rozšiřuje slyšitelnost souhlásek a okolních zvuků (např. zpěv ptáků). Pro relaxaci nebo utlumení tinnitu jsou dostupná sluchadla s nainstalovaným hudebním programem, který hraje melodie podobné zvonkohrám. (Widex, online, cit. 2014-10-10)

2. dle tvaru

- kapesní – dnes se téměř nepoužívají. Uplatnění mohou nalézt u osob s chronickými středoušními záněty, atrezií zvukovodu nebo s deformitami ruky (Havlík, 2008).

- závěsná – jsou nejpoužívanější, mají tvar půlměsíce s hadičkou, která vede ušní vložkou zvuk do zvukovodu. Nosí se zavěšená za boltec. Oproti zvukovodovým sluchadlům mají vyšší výkon a vzhledem ke své velikosti a poloautomatickému režimu jsou ideální pro starší osoby a děti. Pro děti se závěsná sluchadla vyrábí v různých barvách. (Havlík, 2008)

- brýlová – dříve byla oblíbená, protože lze celé sluchadlo schovat do nožiček brýlí, dnes se také téměř nepoužívají, bývají nahrazovány zvukovodovými sluchadly. Využití nalézají u osob s těžkou převodní poruchou, pokud je nezbytné kostní vedení nebo při kombinaci sluchové a zrakové vady. Sluchátko je nahrazeno kostním vibrátorem.

- sluchadla ukotvená do kosti (Baha) – kostní přenos probíhá pomocí titanového implantátu, který je z části zasazen do spánkové kosti. Obsahuje tři části: procesor, titanový čip a spojku, která prochází kůží. Baha systém obchází středouší, zvuk prochází přes kůži pomocí vedení a čipu ke kosti a dále k vnitřnímu uchu. (Mukšnáblová).

Kochleární implantát charakterizují Hroboň, Jedlička, Hořejší (1998, s. 80), jako: *“složitě elektronické zařízení, které mění zvukové impulsy na elektrické proudy (princip mikrofónu). Tyto proudy pak – elektrodou zavedenou přímo do hlemýždě – stimulují sluchový nerv. Tak umožňují určitý sluchový vjem, který je však normálnímu sluchovému vjemu pouze podobný, nikoli s ním totožný.”*

Kochleární implantát se skládá z vnitřní a vnější části. Vnitřní část je ukryta pod kůží za ušním boltcem a obsahuje multielektrody zakončené cívkou, které jsou zavedené do hlemýždě a dále do sluchového nervu. Vnější část obsahuje řečový procesor s mikrofónem a vysílací cívku, která pomocí magnetu drží přes kůži na cívce implantabilní části. Cívka vysílá signály přes kůži do implantovaného přijímače. Procesor může být krabičkový (pro děti, nošený pod oděvem) nebo závěsný (nošený, jako sluchadlo za boltcem). (Škodová, Jedlička, 2003)

Na úspěšnosti a plného využití kochleárního implantátu se podílí celý tým odborníků, kromě otolaryngologů a foniatrů, také otochirurgové, audiologické sestry, kliničtí psychologové, kliničtí logopedi, kliničtí inženýři, neurologové, rentgenologové a anesteziologové. Provádí se audiologické, foniatrické, pediatrické, psychologické a logopedické vyšetření. Hodnotí se závažnost sluchové vady a její funkční dopad na vývoj řeči a jazyka. Diagnóza je stanovena na základě komplexního vyšetření OAE, vyšetření třmínkových reflexů, vyšetření evokovaných kmenových potenciálů (BERA), vyšetření ustálených kmenových potenciálů (SSEP), vyšetření ucha zobrazovacími metodami (počítačová tomografie nebo magnetická rezonance), vyšetření očí a foniatrického a logopedického vyšetření. Jsou hodnoceny schopnosti a vlastnosti kandidáta, kvalita spolupráce rodičů při rehabilitaci a také motivace k nošení vnější části implantátu. (Centrum kochleárních implantací u dětí, online, cit. 2014-10-10)

Základním předpokladem pro zavedení kochleárního implantátu je neporušený sluchový nerv. Mukšnáblová (2014) uvádí, že se implantace se provádí při oboustranné hluchotě bez účinku používání sluchadel, ztrátě na různých frekvencích vyšší než 80

dB, ztrátách na frekvencích řeči přesahující 90 dB, při SSEP nebo BERA sluchový práh nad 95 dB. Dříve byla věkově omezena u vrozených vad do 4 let a u postlingválních vad do 6 let od vzniku vady. V současnosti nejsou tato hlediska tak přísně dodržována. Platí, že nelepších výsledků se docílí, jestliže je vrozená vada diagnostikována, rehabilitována a implantována do 4 let věku dítěte. Ideální je realizovat implantaci okolo 2. roku věku dítěte. U získaných postlingválních vad je největší efekt u operací provedených do 6 let od ohluchnutí.

Indikací u dospělého jedince je oboustranná úplná postlingvální hluchota (percepční ztráta nad 120 dB tónového audiogramu). Prelingválně neslyšícím dospělým kochleární implantáty z fyziologických důvodů téměř nepomáhají (Hrubý, 1998). I u dospělých postlingválně ohluchlých platí důležitost včasnosti implantace po ohluchnutí nebo po stanovení diagnózy hluchoty. Podmínkou indikace kochleárního implantátu je dobře rozvinutá řeč, vypracovaná schopnost odezírání a orální způsob komunikace. Je indikována i u jedinců s částečným přínosem sluchadel, protože tzv. bimodální stimulace (sluchadlo a KI) prokazatelně zvyšuje výsledek rozumění řeči, hlavně v hlučném prostředí. (AudioNIKA, online, cit. 2014-11-12)

Zavedení kochleárního implantátu trvá zhruba tři hodiny, provádí se v celkové anestezii, pomocí operačního mikroskopu. Hospitalizace je maximálně dva týdny. Po 4 až 6 týdnech se nastavuje řečový procesor. Nastavení procesoru je individuální, je třeba nalézt optimální rozsah stimulace jednotlivých elektrod. Každý týden se pomocí počítačového nastavení upravuje výše vpouštěných zvukových signálů. Procesor se programuje během prvního roku asi 10x, pak následují kontroly po 3 měsících a po půl roce. Pokud je nastavení procesoru ustálené, provádějí se kontroly jednou za rok. V ambulantní péči zdravotníků se zůstává do konce života. (ckid, online, cit. 2014-11-12)

Aby kochleární implantát splnil očekávání a jeho přínos byl co největší, musí následovat kvalitně prováděná rehabilitace. Rehabilitace má 3 fáze a probíhá od zachycení, vnímání zvuku (detekci), přes rozlišování jednotlivých zvuků a slabik (diskriminaci) a rozeznávání (identifikaci) k porozumění běžnému hovoru bez odezírání. Děti, které ohluchly postlingválně, rehabilitují kratší dobu než děti, které se hluché narodily nebo ohluchly prelingválně. Holmanová (in Mukšnáblová, 2014) uvádí, že u prelingválně ohluchlých dětí trvá rehabilitace několik let.

Kmenový implantát je určen pro pacienty, kteří mají oboustranně poškozený sluchový nerv, který je důležitý k úspěšné funkci kochleárního implantátu. Horáková (2011, s. 53) popisuje určení kmenového implantátu: „*Kmenový implantát je určen k obnovení sluchových vjemů, které vznikají prostřednictvím elektrické stimulace elektrodami v blízkosti kochleárních jader v mozkovém kmeni*“. Jedná se o neurochirurgický zásah, kdy se elektrody místo do hlemýžďe implantují do čtvrté mozkové komory k jádrům nejnižší etáže sluchové dráhy. Vnější část vypadá stejně jako u kochleárního implantátu.

Kompenzační pomůcky ostatní

Pro usnadnění každodenního života sluchově postiženého jedince jsou na trhu dostupné různé technické pomůcky. Jedná se o pomůcky, které převádí zvuk na **vibrační a světelné signály**. Jsou to například hodinky, budíky, minutky, zvonky. Pro použití v domácnosti nebo ve veřejných prostorách jsou jedinci se sluchovým postižením využívány pomůcky, které usnadňují vnímání mluvené řeči. Jsou to například **indukční smyčky** nebo **FM systémy**. Další kategorii kompenzačních pomůcek tvoří pomůcky, které usnadňují získávání informací. Patří sem počítače, internet, televize, teletext, skryté titulky, mobilní telefony atd. Podobně, jako zrakově postižení, si mohou i osoby se sluchovým postižením pořídit vycvičeného **signálního psa**.

Bendová (in Zikl a kol., 2011) uvádí, že zvláště **počítač** je pro sluchově postižené považován za univerzální kompenzační pomůcku. Přispívá k jejich integraci do intaktní společnosti, protože mohou informace přijímat, jako všichni ostatní s vyloučením sluchu, pouze vizuálně nebo prostřednictvím písma. Počítač má své důležité místo už od raného a předškolního věku, jako prostředek edukace, zejména nácviku odezírání a manuálních znaků. Během školní docházky a dalšího studia slouží počítač, jako podpora výuky a k samostudiu. Pro sluchově postižené existuje celá řada programů, které slouží k podpoře rozvoje komunikace. Je to například CD Zvířátka v českém znakovém jazyce. Velký význam má také využívání e-learningu. Později pomáhá internet nalézt pracovní kontakty, přátele a partnery.

2.4 Úhrada zdravotní pojišťovnou

Sluchadla jsou dětem i dospělým osobám přidělována z prostředků všeobecného zdravotního pojištění na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ceny sluchadel se pohybují v rozmezí od 2700,- Kč do 24000,-Kč. Zdravotní pojišťovny přispívají na sluchadlo jednou za 5 let. Výše příspěvku je pevně určená částka, která závisí na velikosti sluchové ztráty na lepší straně. V současné době jsou pro dospělé tři kategorie příspěvků: 2700,- Kč, 3900,- Kč, 5000,-Kč. U dětí do 7 let až do výše 22000,-Kč za 2 kusy, do 18 let 10600,-Kč také za 2 kusy. Výše příspěvku nezávisí na provedení sluchadla, je stejná pro závěsný typ i pro sluchadlo zvukovodové a je stanovena lékařem s licenci k výdeji sluchadel. U každého sluchově postiženého člověka je však třeba zajistit subjektivní vyzkoušení sluchadla stejné kategorie nejméně od třech výrobců a je nutné mu nabídnout z každé kategorie sluchadlo bez doplatku, plně hrazené zdravotní pojišťovnou. Zdravotnická zařízení jsou povinna mít k dispozici sluchadlo z každé kategorie, tedy i bez doplatku. Pokud je předepsáno sluchadlo s doplatkem, musí tak být učiněno pouze po dohodě se sluchově postiženým.

Proces kochleární implantace je plně hrazen zdravotním pojištěním. O vhodnosti operace rozhoduje komise, která je složená z odborných lékařů, psychologa, zástupce zdravotní pojišťovny, zástupce ministerstva zdravotnictví a zástupců rodičů dětí s postižením sluchu. O úhradu nového řečového procesoru lze požádat až po 10 letech od implantace. Dříve nárok na úhradu nevznikal automaticky, musela být prokázána nefunkčnost a neopravitelnost. Změna by měla nastat od 1.1.2015. Žádost podává odborný lékař prostřednictvím revizního lékaře. Pokud jsou splněny všechny podmínky, je řečový procesor hrazen z veřejného zdravotního pojištění, dle zákona č. 48/1997 Sb., ve výši 75% z ceny. (VZP Metodika, online, cit. 2015-02-12)

2.5 Prevence a ochrana sluchu

Prevence sluchových vad vychází z poznatků o jejich vzniku a příčinách. K poškození vývoje sluchu může dojít už v prenatálním období, proto je důležitá informovanost matky o rizicích týkajících se užívání toxických látek, alkoholu, léků a různých onemocněních. Pravidelné prohlídky jsou v tomto období nutností.

V České republice bohužel stále není ve všech nemocnicích celoplošný **screening sluchu novorozenců**. Sluch se vyšetřuje pouze novorozencům s rizikem poruchy sluchu, přitom je dnes znám význam včasné diagnostiky do 6 měsíců věku dítěte. Sluch bývá dále testován při pravidelných preventivních prohlídkách u pediatra. Herdová (in Horáková, 2012) uvádí, že klasickou sluchovou zkoušku by měl provádět dětský lékař v intervalech – 3 měsících, 9-12 měsících, ve 3 letech, před nástupem školní docházky. Dále v případech, je-li v rodině sluchově postižený, po onemocnění meningitidou, po operacích nebo úrazech hlavy, je-li opožděn vývoj řeči nebo při podezření na mentální retardaci. Vyšetření by se mělo provádět také při podezření rodičů či pedagogů, že dítě trpí postižením sluchu. Často se stává, že na poruchu sluchu upozorní sami rodiče až při viditelném opoždění řeči. Lehčí sluchové vady bývají odhaleny mnohem později, například při nástupu dítěte do školy.

Pro dospívající je velkým nebezpečím častý poslech hlasité hudby, který je pro mladý vyvíjející se organismus velkou zátěží. U dospělých je prevence zaměřena na omezení hlučných prostor a používání ochranných prostředků. Lidé, pracující na rizikových pozicích, by měli být pravidelně kontrolováni audiometricky. (Šlapák, Floriánová, 1998). Mezi ochranné prostředky patří různé druhy sluchátek, ucpávek a špuntů do uší, určené například pro řemeslníky, střelce, automobilové závodníky a muzikanty. Pro malé děti existují protihluková sluchátka, chrániče sluchu do vody v podobě neoprenové čelenky a špunty do uší, které zabraňují vniknutí vody do zvukovodu.

2.6 Psychologická péče

Z psychologické stránky je sluchové postižení vlastně **senzorickou deprivací**. Dítě se pomocí smyslů učí vnímat podněty a postupně chápat jejich význam. Sluchově postižené dítě je značně ochuzeno o podněty zvukové. Porucha vnímání a pochopení zvuků má dopad na rozvoj dítěte zejména v oblastech verbální inteligence, rozvoje řeči a v psychosociální oblasti. (Šedivá, 2006)

Psychologická diagnostika sluchově postižených má základ v obecné diagnostice, ale z důvodu nehomogeničnosti sluchově postižených, má řadu rozdílností. K diagnostice se užívá standardních metod avšak s určitým omezením. Ke stanovení obecné inteligence se používají nejčastěji například Ravenovy barevné progresivní matice pro děti a pro dospělé, Leiterovy performační škály, Domino. S použitím dalších metod (například test verbální inteligence a test pozornosti) lze zjistit nakolik sluchové postižení zasahuje do vývoje těchto schopností a také lze odhalit případné další poruchy. K testování struktury inteligence sluchově postižených se nejčastěji používají WISC Wechsler, PDW aj. Diagnostika vývojových poruch učení je u sluchově postižených velmi náročná, je třeba rozlišit, které potíže pramení ze sluchového postižení a co je porucha učení. U vývojových poruch řeči je nutná spolupráce psychologa s logopedem. Kromě standardizovaných testů se někdy využívá i systém piktogramů. U dětí se sluchovým postižením bývá někdy také diagnostikován, jako následek podnětové a citové deprivace, autismus. Zejména u těžce sluchově postižených vyrůstajících v ústavech. K diagnostice se používá například PEP-R test, pozorování, posuzovací škály pro autisty. K diagnostice osobnosti sluchově postiženého jedince psychologie používá různé projektivní a kresebné testy dotazníkové metody, které jsou vždy doplněny informacemi od rodičů a dalších odborníků. (Šedivá, 2006)

Narození sluchově postiženého dítěte nebo ohluchnutí během života je pro každého člověka velmi obtížná situace. Změna života zasáhne nejen rodičovství, partnerství, ale také zaměstnání, zájmy, záliby a celý společenský život. Postižení nebo jejich okolí procházejí několika obdobími souvisejících s přijetím a vyrovnáním se se závažnou situací. Toto období se rozděluje do několika fází od šoku a popření, hněvu, smlouvání, rezignace až po poslední stádium přijetí a schopnosti plánovat budoucnost.

Vyrovňávání se sluchovým postižením je individuální. Záleží na závažnosti vady sluchu, věku, temperamentu, inteligenci, zkušenostech, výchově a na sociálním prostředí. Nejlépe se vadou vyrovnávají děti, které neslyší od narození a toto vnímání nikdy nepoznaly. Je důležité člověku zachovat lidskou důstojnost, sebeúctu, hrdost, sebedůvěru a je nutné respektovat jeho životní postoje a potřeby. (Mukšnáblová, 2014)

Potměšil (2003) popisuje **rozdílnost emocionálního vývoje** u neslyšících dětí. Příčinu připisuje větším problémům s porozuměním okolnímu světu. Mohou nastat projevy týkající se snahy o upozornění na svoji osobu, nesnáze s vyjádřením emocí, u dětí bývá pozorována neschopnost si hrát, nevyhledávají sociální kontakty. Dospělí se uchylují k izolaci, nemají zájmy, potřebu dalšího vzdělávání a mají strach z neúspěchu. Péče o sluchově postižené dítě musí být vyvážená, aby nedocházelo k tomu, že vlivem výchovy získá představu, že o ně musí každý pečovat. Nevytvářet v nich pocity vlastní nedostatečnosti a závislosti, hlavně na slyšících lidech. Mezi opakující se poruchy spadá narušená pozornost, úzkosti, nevyrovnanost, špatné sebehodnocení, agrese, problémy se spánkem, snaha dosáhnout cíle podvodem nebo jiným lehčím způsobem.

Psychologie **využívá metod** psychoanalýzy, pohovoru, hypnoterapie a jiných, které dokáží podpořit člověka ve všech aktivitách a sociálních kontaktech. Existují různé psychoterapeutické postupy zaměřené přímo na sluchově postižené a jejich rodinu. Vymlátílová (in Škodová, Jedlička, 2003) popisuje, že psychoterapie je prováděna buď individuálně, nebo skupinově. Skupinová terapie bývá součástí rehabilitačních kurzů, které učí rodiče pečovat o sluchově postižené dítě. Cílem psychoterapeutických sezení je poskytování emoční opory při překonávání krize, řízení pocitů bezmocnosti a bezvýchodnosti, pomáhat najít reálné cíle a perspektivy a v neposlední řadě posilovat zdravé vztahy v rodině. Mezi psychoterapeutické metody patří také rodičovské skupiny, které jsou důležité pro sdílení vzájemných problémů, možnosti svěřování, poskytování si sociálního zázemí. Rodiče se zde setkávají s lidmi, kteří si prošli různými stádii vývoje vyrovnáním se s postižením.

Psychologie má své místo také při **posuzování vhodnosti kandidáta** k implantaci. Zde vylučuje závažné psychopatologické rysy a zjišťuje schopnosti a vlastnosti umožňující spolehlivé naprogramování řečového procesoru a využití kochleárního implantátu. Speciální testy posuzují schopnost kandidáta absolvovat rehabilitační program a dostatečnou prognózu řečového vývoje. U dospělých a adolescentů je také důležité zvážit, je-li kandidát dostatečně motivován

k permanentnímu nošení viditelných částí implantačního systému. (AudioNIKA, online, cit. 2014-11-12)

2.7 Logopedická péče

„Logopedie v moderním chápání je vědou, zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence“. Lechta (in Pipeková, 2010, s. 17)

V ČR se logopedie realizuje v rezortech zdravotnictví, školství a práce a sociálních věcí. Poskytována je jak ve státních zařízeních (nemocnicích, klinikách aj.), tak i v zařízeních nestátních (charitativní, církevní aj.) a i v zařízeních soukromých. Pečuje o jedince všech věkových kategorií, od rané intervence po dospělost a stáří. Do resortu zdravotnictví spadá klinická logopedie. Klinický logoped dbá na rozvoj řeči a sluchu jedince a jeho činnost navazuje na práci foniatra.

Zdravý sluch je základním předpokladem pro **správný vývoj řeči**. Stupeň jeho poškození má vliv na rozvoj řeči a míry jejího opoždění. Dítě s lehkou nedoslýchavostí mívá problémy v oblasti artikulace, zejména sykavek. Pokud má těžkou vadu sluchu, bývají nejvíce narušeny modulační faktory řeči a celkový vývoj řeči neprobíhá tak, jak má. Řeč se vyznačuje chudou slovní zásobou, vadnou výslovností, agramatismy (poruchou mluvnické části řeči, neschopností gramaticky správně spojovat slova a věty), ale také zvukově (například nepřírozená výška hlasu). Hojně bývá řeč obtížně srozumitelná až nesrozumitelná. Odbornou pomoc však vyžaduje i malý sluchový handicap, předchází se tak budoucím negativním následkům sluchového postižení. (Kycltová Bezděková, 2014)

Logopedická péče sluchově postižených je velmi individuální a je prováděna v různých okruzích – procvičování slovní zásoby, dechová cvičení, fonační cvičení, cvičení motoriky mluvidel, vyvozování hlasu pomocí hmatu, navozování hlásek, slabik, slov a vět, rytmičace, trénování gramatických struktur řeči. Holmanová (in Škodová, Jedlička, 2003)

Logopedická péče u sluchově postižených dětí **není zaměřena pouze na řeč**, ale také na procvičování jemné motoriky a grafomotoriky, rozvoj psaní a čtení a sluchová cvičení a nácvik odezírání. Výuka odezírání se využívá u dětí s těžkou vadou sluchu

nebo u dětí neslyšících. Odezírání je závislé na kvalitním zrakovém vnímání, proto je procvičována i zraková percepce. (Kycltová Bezděková, 2014).

Důležité místo zaujímá logopedie v rámci **předoperační přípravy i pooperační péče** jedinců s kochleárním implantátem. Před implantací je důležitá schopnost detekovat zvuk. Pokud rehabilitace probíhá správně, dítě dokáže detekovat hlasité zvuky, odezírat a podat za pomoci odezírání několik známých předmětů. Před implantací je nutné nacvičit podmíněnou reakci na zvukový podnět. Když dítě zaregistruje zvuk, zareaguje smluveným signálem. Musí umět reagovat na přerušení řady zvuků a znát pojmy: nic, málo, dobře, moc, stejně, jiné. Tato slova jsou důležitá při nastavování řečového procesoru. Po implantaci je logopedická péče zajišťována v centru kochleárních implantací a současně u klinického logopeda v místě bydliště. Jedinec se učí poznávat a rozlišovat zvuky, reagovat na ně a určovat odkud přichází. Podstatný význam má spolupráce klinického logopeda s rodinou. (LogopedOnline, online, cit. 2014-12-22)

Holmanová (2012, s. 13) uvádí, že: *„Rehabilitace prováděná od nejútlejšího věku pod vedením zkušeného logopeda, která se přenáší do domácího prostředí, kde je realizována zcela přirozeně, s pochopením a s láskou, je velmi podstatnou podmínkou úspěchu“*.

Standardní logopedická péče je hrazena ze zdravotního pojištění. Četnost a délka terapie se liší podle diagnózy.

2.8 Komunikace sluchově postižených

Rozvoj komunikace sluchově postiženého dítěte spadá do oboru foniatrie, který rehabilituje celý komunikační tok – sluch, hlas, řeč. Logopedie se pak zabývá rozvojem řeči. Volba komunikačního systému je především na rodičích, kteří se rozhodují na základě rad odborníků ze speciálně pedagogických center pro sluchově postižené, středisek rané péče, lékařů, pedagogů, logopedů apod. Pipeková (2010) uvádí, že pro dorozumívání se sluchově postiženými se nejčastěji využívají dva základní komunikační systémy a to: audioorální – mluvený jazyk většinové slyšící populace a vizuálněmotorický – znakový jazyk, znakový jazyk a prstová abeceda. Znakový jazyk charakterizuje Houdková (in Kocurová a kol, 2002), jako mateřský jazyk Neslyšících. Jeho struktura a syntax jsou odlišné od českého jazyka. Znakový jazyk rozděluje na dvě formy: znakový jazyk neslyšících, kde mají funkci mluvených slov gesta, znaky a posunky. Je považován za vlastní jazyk Neslyšících. Druhá forma je znakovaná čeština, která má největší využití při simultánním překladu oficiálních projevů. Skládá se ze znakového jazyka, který je přizpůsobený jazykové skladbě většinového jazyka. Prstová abeceda podle Horákové (2011) využívá ustáleného postavení prstů a dlaně jedné nebo obou rukou k zobrazování písmen abecedy. Používá se zvláště k odhláskování cizích slov, odborné terminologie apod.

Orální komunikace spočívá v tom, že se neslyšící pomocí hmatu a zraku snaží vytvořit mluvenou řeč. Sledují mluvčího očima a hmaty na ústech a krku vnímají změny při různých hláskách. K objasnění pojmů se využívá kresba, prstová abeceda, písmo, ale i znakový jazyk. Šedivá (2006) popisuje, že výhodou této metody je, stejný komunikační systém s majoritní společností, soulad mluvené a psané formy jazyka. Nevýhodou je, že není uplatnitelná u všech sluchově postižených.

Simultánní komunikace využívá národní mluvený jazyk, který je dominantní a současně s ním různé pomocné komunikační prostředky, nejběžněji vizuálně-motorické, které slouží k zpřesnění výpovědi. Simultánní komunikační formy jsou například znakový český jazyk, znakový jazyk, prstová abeceda, psaní, gesta, pantomima aj. Tyto komunikační formy vizualizují a gramaticky zpřesňují většinový jazyk. (Květoňová, 2007)

Bilingvální komunikace je přístup, kdy ve výchově a vzdělávání sluchově postiženého člověka jsou využívány dva jazyky nezávisle na sobě. Jako první a mateřský je znakový jazyk, druhý je jazyk většinové společnosti. Mukšnáblová (2014) vysvětluje, že tento přístup staví na poznatku, že u neslyšících nelze zvládnout mluvenou řeč bez předchozí znalosti znakového jazyka. Tato metoda je v současnosti považována za nejpokrokovější. Potměšil (in Mukšnáblová, 2014) popisuje, že Bi-Bi systém (bilingvální-bikulturní), je pro dítě nejvýhodnější, umožňuje mu používat dva jazyky na stejné úrovni. Dítě vychováváno bilingvním způsobem se ztotožňuje se dvěma kulturami, s kulturou Neslyšících a s majoritní kulturou slyšících.

Totální komunikace je v dnes považována spíše za filozofii přístupu k sluchově postiženému člověku. Zahrnuje v sobě všechny komunikační formy, které vedou k plnému porozumění. Krauhulcová (in Květoňová, 2007) popisuje možnost využití například hlasité orální a zvukové řeči, znakového jazyka, odezírání, gestikulace, mimiky, prstové abecedy, pomocných artikulačních znaků, psané řeči a různých televizních a počítačových programů.

3 Péče v resortu školství

Dítě se sluchovým postižením pro svůj zdravý a spokojený vývoj potřebuje speciální přístup. Jeho potřeby jsou ovlivněny stupněm a druhem postižení, mentálním předpokladem, vznikem ztráty sluchu, tělesným a řečovým vývojem, včasností a kvalitou péče. Výchova a vzdělávání musí být vždy v harmonii s individuálními potřebami dítěte.

3.1 Surdopedie

Z pohledu pedagogiky se problematika sluchového postižení týká narušení vztahů člověka s postižením sluchu s okolním světem a jeho možnostmi komunikačních kompetencí vzhledem k preferenci komunikačního systému. Hlavním cílem je předání řečové, komunikační a sociální kompetence. (Pipeková, 2010)

Výchova a vzdělávání by měla být do konce předškolního věku zaměřena na výstavbu funkčního komunikačního systému a na výstavbu jazyka. Obě tyto složky se významnou měrou podílejí na školní úspěšnosti. (Potměšil, 2003) Správně zvolený komunikační a vzdělávací systém zřetelně zefektivní vzdělávací proces. Dá dítěti možnost co nejvíce využít svůj potenciál. Pokud volba komunikačního a vzdělávacího systému bude špatná, mohou nastat u dítěte psychické problémy a poruchy socializace.

Od počátků institucionalizované výchovně vzdělávací péče o sluchově postižené začaly vznikat první komunikační a vzdělávací systémy, které se v průběhu let vyvíjely a zdokonalovaly až do dnešních forem.

Výchovou a vzděláváním osob se sluchovým postižením se zabývá obor **surdopedie**. Surdopedie vystupuje jako samostatný obor a je součástí speciální pedagogiky. Dříve byla součástí komplexního oboru logopedie, ale z důvodu poznání rozdílnosti metodiky a charakteristiky cílů, se tyto obory oddělily. Vzhledem k různorodosti sluchového postižení spolupracuje surdopedie s dalšími obory – filozofií, pedagogikou, psychologií, teorií výchovy, obecnou didaktikou, sociologií, medicínou, lingvistikou a technickými obory. Cílovou skupinou surdopedie jsou sluchově postižené děti a mládež, rodiče těchto dětí, pedagogičtí pracovníci a vysokoškolská příprava

budoucích pedagogických pracovníků. Cílem surdopedie je maximálně možné zapojení jedince se sluchovým postižením do společnosti. (Potměšil, 2003).

Speciálně pedagogická péče o sluchově postižené využívá tyto hlavní komunikační a vzdělávací programy:

1. orální vzdělávací program

2. vzdělávací programy se simultánní komunikací

3. vzdělávací programy bilingvální (bilingvní) komunikací

4. vzdělávací programy s totální komunikací

(Květoňová, 2007, s. 40)

Potměšil (2003) doplňuje tyto komunikační techniky ještě o komunikaci sluchově postižených dětí v integraci a o komunikační přístupy pro děti s kochleárním implantátem.

3.2 Speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené

Speciálně pedagogická centra jsou důležitou součástí komplexní péče o sluchově postižené. Jsou to školská poradenská zařízení, která jsou zřizována při školách pro žáky se sluchovým postižením. Služby jsou poskytovány bezplatně a jsou určeny pro děti od zjištění sluchové vady do ukončení školní docházky. Jejich činnost je legislativně vymezena ve vyhlášce 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Zajišťují diagnostické, terapeutické, poradenské a metodické činnosti. SPC jsou obvykle zřizována při školách pro sluchově postižené. V České republice je síť 13 SPC pro sluchově postižené – tři v Praze, Plzni, v Českých Budějovicích, Hradci Králové, Brně, Olomouci, Liberci, Ostravě, Valašském Meziříčí, Ivančicích a v Kyjově. (Horáková, 2012)

Sychrová (2012) doplňuje, že SPC také zajišťují logopedickou terapii, psychologická a speciálně pedagogická vyšetření, organizují diagnostické pobyty, zapůjčují pomůcky a literaturu. Spolupracují se základními školami, pomáhají a navrhují péči při integraci dítěte do běžné třídy, spolupracují při vytváření individuálních vzdělávacích plánů.

3.3 Možnosti vzdělávání sluchově postižených

Výchova a vzdělávání dětí se sluchovým postižením v České republice probíhá buď ve školách pro sluchově postižené, nebo formou integrace v běžných školách. Horáková (2012) uvádí, že výchova a vzdělávání sluchově postižených dětí je primárně zabezpečována v základních školách pro sluchově postižené (dle Školského zákona č. 561/2004 Sb., Vyhlášky č. 73/2005 Sb. O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných). I v těchto školách se vychází z Rámcových vzdělávacích programů, které jsou tvořeny pro jednotlivé stupně a obory vzdělávání a jsou součástí kurikulárních dokumentů ČR.

3.3.1 *Mateřské školy*

V současné době sluchově postižené děti bývají čím dál častěji vzdělávány formou integrace v **běžných mateřských školách**. Květoňová-Švecová (2004) poukazují na vhodnost zařazení do běžných mateřských škol zejména v případě, že rodiče uvažují o integraci i do běžné základní školy. Janotová, Svobodová (1998) vidí smysl a význam integrace do běžné mateřské školy zvláště, je-li předpoklad, že slyšící prostředí podpoří rozvoj komunikačních dovedností sluchově postiženého dítěte.

Integrace do běžné mateřské školy má však i svá negativa, která se týkají většinou obtížně zajistitelných vhodných podmínek pro uspokojení všech potřeb sluchově postiženého dítěte. Personál mateřských škol nemá leckdy žádné zkušenosti se sluchovým postižením a bez odborné pomoci si s přístupem k takovému dítěti neporadí. Na dítě nemají žádné požadavky nebo je dítě přetěžováno nevhodně zvolenými postupy. Je důležité personál učit vhodné metody vzdělávání sluchově postiženého dítěte a zajistit možnost pro jejich realizaci. Pokud tyto podmínky nejsou splněny, může být integrace dítěte se sluchovým postižením do mateřské školy nepřínosná a ohrožující dítě ve vývoji. Nováková (in Potměšil a kol., 2012)

Další možností je vzdělávání v **mateřských školách pro sluchově postižené**, které bývají zřizovány při základních školách pro sluchově postižené. Toto předškolní zařízení navštěvují děti od tří do šesti, případně sedmi let s různým stupněm sluchové vady. O umístění dítěte do speciální mateřské školy žádají rodiče na základě doporučení

speciálně pedagogického centra a foniatra. Mateřské školy pro sluchově postižené musí plnit kromě obecných cílů a funkcí, také diagnostické úkoly a specifické povinnosti. Doležalová, Hricová (in Bartoňová, 2012).

Sobotková (in Pipeková, 2012) popisuje specifické úkoly takto:

- rozvíjení hlasu, komunikace, zrakového a hmatového vnímání, nácvik odezírání, rozvoj hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, sluchového vnímání, snaha o vytváření kladného vztahu k mluvení, využití nonverbální komunikace aj. Důležité je také vyprávění pohádek ve znakovém jazyce spojené s orálním vyjadřováním a začátky čtení pomocí globální metody.

Výchova a vzdělávání by měla být do konce předškolního věku zaměřena na výstavbu funkčního komunikačního systému a na výstavbu jazyka, protože obě tyto složky se významnou měrou podílejí na školní úspěšnosti. (Potměšil, 2003)

3.3.2 Základní školy

Český školský systém umožňuje vzdělávání sluchově postižených žáků ve školách pro sluchově postižené nebo mohou být integrováni v běžných základních školách. Krahulcová (2003) uvádí, že složení i obsah učiva ve školách pro sluchově postižené koresponduje s učivem na běžných základních školách. Dále upozorňuje na umožnění plynulého přechodu žáků ze škol pro sluchově postižené do běžných škol a naopak.

Školy pro sluchově postižené mají možnost otevřít přípravnou třídu. V přípravné třídě si žáci formou her a přímé práce upevňují a rozvíjejí dovednosti z mateřské školy. Školní docházka je tak desetiletá a ve třídách může být podle typu a stupně postižení nejvíce 6 žáků, u lehčího postižení 14 žáků. Žáci na těchto školách mají, dle legislativy (vyhláška 73/2005 Sb.), nárok na speciální metody, postupy, formy a prostředky vzdělávání. Děti zde mohou pracovat se speciálními učebnicemi, didaktickými materiály a používají další kompenzační, rehabilitační i učební pomůcky. Povinností školy je, zahrnout do školního vzdělávacího programu předměty speciálně pedagogické péče. Jsou to například: hodiny řečové výchovy, individuální logopedické péče, znakového jazyka a komunikačních dovedností. (Horáková, 2012)

Integrace do běžné základní školy

„Integrace je určitým, kvalitativně vyšším stupněm adaptace. Lze ji chápat jako takové začlenění jedince (z nějakého důvodu odlišného) do prostředí majoritní společnosti, kdy v ní dovede bez problémů žít, cítí se jí být přijat a sám se s ní identifikuje.“ (Vágnerová, M. 1997, s. 155)

Školská integrace je vymezena v Metodickém pokynu Ministerstva mládeže a tělovýchovy ČR č. 18 996/97-22. Metodický pokyn předpokládá, že integrace do mateřských a základních škol je možná pouze tehdy, je-li zabezpečena odborná speciálně pedagogická péče. (Potměšil, 2003)

Integrace může být individuální nebo skupinová. O zařazení dítěte do školy rozhodují rodiče. Úplná integrace sluchově postižených dětí do běžných škol vzbuzuje sérii otázek a problémů. Snáze se začleňují děti raného věku, s menším postižením sluchu a srozumitelnější mluvou. (Houdková, 2005)

Pedagogika sluchově postižených je v posledních letech ovlivněna rozvojem vědy a techniky, zejména zdokonalování sluchadel a aplikací kochleárních implantátů. Jestliže je sluchová vada včas kompenzována, je včas zahájena sluchově-řečová výchova a maximálně využity dostupné kompenzační pomůcky a vědecké poznatky, je podle posledních výzkumů, pro sluchově postižené dítě vhodnější zařazení do běžné základní školy. Pokud dítě splňuje předpoklady k integraci, měla by mu být umožněna. Vzdělávání sluchově postižených pouze ve znakovém jazyce, jak bývá požadováno kulturní menšinou Neslyšících, může vést k jejich segregaci. Argumentem proti takovému vzdělávání je i skutečnost, že 95% neslyšících dětí má slyšící rodiče a ti si přejí mít stejný mateřský jazyk, jako má jejich dítě. Dalším hlediskem je obtížné a nákladné dojíždění do speciální školy nebo pobyt dítěte na internátě. Rodina může trpět odloučením a tím i narušením přirozených emocionálních, komunikačních a sociálních vztahů. (Pulda, 2000)

Běžná škola je pro sluchově postižené dítě výzvou, nalézají zde dostatek mluvních vzorů vhodných k napodobování. U integrovaných dětí jsou sledovány lepší školní a řečové výkony než u dětí v internátních speciálních školách. V budoucnosti lépe navazují na vzdělávání na středních a vysokých školách. (Doležalová, 2012) Vymlátílová (in Škodová, Jedlička, 2003) uvádí, že vzdělávání dítěte v běžné základní

škole je náročnější než ve škole speciální. Poskytuje však více sociálních zkušeností a dovedností a lépe dítě připraví na společenské a pracovní uplatnění.

Integrace sluchově postiženého dítěte však musí být **velmi pečlivě zvážena** a prodiskutována se všemi odborníky. Je potřeba zajistit takové podmínky, které umožní školní adaptaci a úspěšnost. Rodiče i škola, která se rozhodne přijmout sluchově postižené dítě, by měli spolupracovat se speciálně pedagogickým centrem. Květoňová, Švecová (2004) uvádějí, že SPC svou funkcí v oblasti poradenské, diagnostické a terapeutické významně působí na integrační proces handicapovaných dětí. Potměšil (2003) upozorňuje, že ve školní praxi existují případy nešťastně integrovaných dětí, které pro pasivitu a nezdary byly považovány za mentálně postižené a po několika letech v běžné základní škole, byly přeřazeny do školy speciální. Horáková (2012) doplňuje, že integrační proces je na místě tam, kde se očekává jeho přínos a vhodnost pro dítě s postižením. Bazalová (2006) zdůrazňuje, že všechny děti ať s postižením nebo bez postižení, jsou si legálně, morálně i duchovně rovny. Z praktického hlediska je však nutno říci, že děti s handicapem nejsou stejné, jako děti bez postižení. Integrace tak není pro každé handicapované dítě a ani není snaha integrovat všechny děti s postižením. Je nutné zhodnotit dané okolnosti, individuální předpoklady dítěte, možnosti školy a ochotu rodičů. Langer (2008) ve výzkumném šetření, které proběhlo v roce 2007 a týkalo se integrace dětí se sluchovým postižením, uvádí, že je nezbytné vždy odpovědně posoudit vhodnost integrace, neboť v případě nevhodného rozhodnutí dochází k přetěžování integrovaných žáků. Nepřiměřená zátěž těchto dětí se může negativně promítnout do kognitivního i psychosociálního rozvoje. Je nutné přistupovat maximálním ohledem na zvážení přínosů integrace a možných rizik. Kocurová (2002) také zastává názor, že integrace má smysl jen tehdy, je-li pro dítě přínosná. Jestliže vývoj vzdělávání dítěte neplní očekávání, je nezbytné dítě přeřadit do vhodnějšího školského zařízení a předejít tak psychickému a sociálnímu strádání.

Pulda (2000) uvádí **předpoklady úspěšné integrace** u sluchově postiženého dítěte:

- srozumitelná řeč, dobré vnímání a rozumění řeči
- samostatnost, zralost, motivace, pozitivní vztah ke škole a integraci
- rodiče ochotní ke spolupráci
- alespoň průměrná inteligence (nejlépe nadprůměrná)
- schopnost užívat český jazyk slovem i písmem
- zaškolení přechází včasná sluchově-řečová výchova a předškolní výchova
- čas rodičů, který dítěti věnují, slyšící sourozenci
- ochota školského úřadu, pedagogů, spolužáků k začlenění postiženého dítěte
- mezi postiženým dítětem a ostatními spolužáky musí být zajištěna efektivní komunikace, jak ze strany mluvení a psaní, tak i ze strany slyšení, odezírání a čtení (expresivní a receptivní řečová výkonnost)
- přijatelné sociální chování, rozvíjení společných zájmů, blízké osobní vztahy
- k dispozici je speciálně pedagogická pomoc
- přítomnost postiženého dítěte nesmí mít nepříznivý vliv na zbytek třídy

Integrace dítěte se sluchovým postižením do běžné základní školy s sebou nese velké požadavky na osobnost pedagoga a školu jako celek. Pedagog musí svým přístupem pomoci dítěti překlenout počáteční nesnáze a vytvořit ve třídě dobrou atmosféru. Bendová (2011) popisuje **zásady pro komunikaci** se sluchově postiženými žáky:

- dítě by mělo umět používat sluchadla
- je – li třeba zajistit podporu speciálně pedagogického centra, individuální vzdělávací plán a realizaci logopedické péče
- informovat spolužáky o charakteru postižení integrovaného žáka
- vybrat vhodné místo v rámci zasedacího pořádku. Optimální je druhá až čtvrtá lavice v prostřední řadě, dítě by mělo vidět na učitele přímo. Ideální je uspořádání lavic do podkovy, kdy sluchově postižené dítě vidí i na spolužáky.
- zajistit vhodné osvětlení
- zvýraznit rty učitele pro možnost odezírání

- zvýšit kvalitu přenosu informací prostřednictvím manuálních komunikačních systémů kontrastem
- zajistit vyhovující akustické podmínky (například kobercem ve třídě)
- používat speciální pomůcky, například indukční smyčku, FM pojítka
- dodržovat zrakový kontakt, nepřístupovat ke sluchově postiženému zezadu
- respektovat unavitelnost žáka se sluchovým postižením s ohledem na náročnost soustředění pozornosti při odezírání
- zajistit poznámky, dávat probíranou látku dopředu nebo poskytovat kopie
- neměnit náhle téma hovoru
- zjišťovat míru porozumění
- prezentace důležitých informací písemně na tabuli
- respekt k obtížím, které může dítě se sluchovým postižením mít v českém jazyce
- uvědomit si potíže v diktátech, v osvojování si cizího jazyka, matematice, hudební výchově, tělesné výchově (problémy s rovnováhou) atd.

Souralová (in Valenta a kol., 2003) poukazuje, že největším a nejdůležitějším úkolem při integraci dítěte se sluchovým postižením do běžné školy, je vybudování **základů jazykového systému**, který zabrání zkreslení informací. V běžných základních školách je používána čeština ve zvukové i grafické podobě. Jestliže je sluchově postižený žák umístěn v těchto školách, předpokládá se, že se dorozumí mluvenou řečí, a to s pedagogem i se spolužáky. V běžné škole nemá možnost volby komunikačního systému, jako ve škole speciální. Speciální školy nabízí podporu ve znakovém jazyce, který je v případě upřesnění doplňován prstovou abecedou.

Pro potřeby vzdělávání integrovaného dítěte je vypracováván **individuální vzdělávací plán**. Na jeho sestavení se podílí speciální pedagog, psycholog, popřípadě sociální pracovník a další odborníci. Rodiče nebo zákonní zástupci dítěte musí se sestaveným konceptem IVP souhlasit. IVP je důležitým nástrojem speciální pedagogiky, záleží na něm další vývoj dítěte. (Potměšil, 2003)

Současnou filozofií je **inkluzivní vzdělávání**, které si žádá kvalitně vzdělané pedagogy a další odborníky, kteří dokáží hodnoty a principy inkluze zavádět do praxe. Zde hrají zásadní roli hlavní představitelé školy a ústřední osoby, které jsou nositeli pojetí inkluze ve škole. Důležité jsou podmínky pro realizaci inkluzivního vzdělávání,

kteří zabezpečují instituce státní, regionální a lokální úrovně. (Kratochvílová, 2003) Kocurová (2002) uvádí, že pojem inkluze může být přeložen, jako úplné splnutí a vymezuje vztahy mezi pojmy integrace a inkluze takto:

Tabulka 1 – Vztahy mezi pojmy integrace a inkluze (Kocurová, 2002, s. 17)

<i>Integrace</i>	<i>Inkluze</i>
<i>Zaměření na potřeby jedince s postižením</i>	<i>Zaměření na potřeby všech vzdělávaných</i>
<i>Expertízy specialistů</i>	<i>Expertízy běžných učitelů</i>
<i>Speciální intervence</i>	<i>Dobrá výuka pro všechny</i>
<i>Prospěch pro integrovaného studenta</i>	<i>Prospěch pro všechny studenty</i>
<i>Dílčí změna prostředí</i>	<i>Celková změna školy</i>
<i>Zaměření na vzdělávaného postiženého</i>	<i>Zaměření na skupinu a školu</i>
<i>Speciální programy pro studenta s postižením</i>	<i>Celková strategie učitele</i>
<i>Hodnocení studenta expertem</i>	<i>Hodnocení učitelem, zaměření na vzdělávací faktory</i>

3.3.3 Střední školy a učiliště

Volba povolání má u mladých lidí se sluchovým postižením několik hledisek. Některá jsou stejná, jako u ostatních vrstevníků a některá jsou specifická. Dle Šedivé (in Bartoňová, Pítnerová a kol, 2012) rozlišujeme hledisko zdravotní a komunikační. Je nutné zvážit, jestli sluchově postižený může pracovat v prostředí, jehož součástí je zvuková signalizace nebo v prostředí, které by mohlo zhoršit poškození sluchu. Dále musí při volbě profese zvážit, zda je nezbytná komunikace mluveným jazykem a nakolik jej ovládá. Strnadová (1998) doplňuje, že osoby se sluchovým postižením mají problém s profesním uplatněním hlavně z důvodu ztížené komunikace. Pokud nejsou schopni domluvit se orálně s pomocí odezírání, bývá komunikace velmi složitá. Svou roli hrají také předsudky intaktní společnosti. „Schopnosti postižených lidí bývají často podceňovány. Zajímavé však je, že v těch směrech, kde je od postiženého člověka očekáváno přizpůsobení se nepostiženým lidem, bývají jejich schopnosti naopak přeceňovány“. Strnadová (1998, s. 21)

V současnosti mají sluchově postižení poměrně široký rozsah možností pro profesní zaměření. Střední odborná učiliště připravují studenty v oborech malíř – lakýrník, krejčí, strojní mechanik, truhlář, cukrář, zahradník, elektrikář, čalouník, zámečnický a pekař. Odborná učiliště připravují studenty v oborech šití oděvů, kuchařské práce, malířské a lakýrnické práce, cukrářské práce, šička a praktické školy. Maturitu mohou sluchově postižení získat na hotelové škole, střední zdravotnické škole, střední průmyslové škole oděvní, střední pedagogické škole, střední průmyslové škole elektrotechnické, střední odborné škole pro sluchově postižené, na nástavbovém studiu oboru podnikání a gastronomie a na gymnáziu. (Pipeková, 2010). Souralová (in Valenta a kol., 2003) v knize Přehled speciální pedagogiky a školská integrace uvádí adresář speciálních škol a školských zařízení pro sluchově postižené. V roce 2011 vydala Federace rodičů a přátel sluchově postižených přehledný Adresář služeb nejen pro neslyšící, kde je možné také nalézt kontakty na vzdělávací instituce pro sluchově postižené.

3.3.4 Vysoké školy

Filozofie integrace a inkluze jedinců se specifickými potřebami do intaktní společnosti se promítá i do terciálního vzdělávání. V současné době se problematika vzdělávání na vysokých školách dostává stále více do popředí, je tedy žádoucí, umožnit studium i pro sluchově postižené studenty. Jedinci s postižením sluchu mohou studovat na JAMU v Brně, na Filozofické fakultě UK v Praze Čestina v komunikaci neslyšících, na Filmové akademii Miroslava Ondříčka v Písku aj. (Adresář Služeb nejen pro neslyšící, 2011)

Horáková (in Pipeková et al., 2010) píše, že sluchově postižení se mohou vzdělávat v jakýchkoliv dalších oborech na vysokých školách a fakultách, protože jsou jedincům se sluchovým postižením dostupné v integrované formě. Květoňová (2007, s. 43) uvádí: „*Studenti s lehčím stupněm vady, s kochleárním implantátem nebo ohluchlí v dospělosti (s ukončeným vývojem řeči) mohou, kromě vhodných úprav podmínek studia v krajních případech i individuálních studijních plánů, za určitých zásad, péle a trpělivosti, podpory svého okolí a rodiny, toto studium absolvovat*“.

Doležalová Lenka (in Bartoňová, Pitnerová a kol., 2012) upozorňuje, že hluchota a s tím související komunikační překážka nemusí znamenat neschopnost

studovat na běžných školách. Vhodné podmínky a potřeby pro žáky se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním jsou vymezeny ve Školském zákoně č. 561/2004 Sb.

Studenti mohou na vysokých školách využívat i služby tzv. **studijní podpory**. Studijní podporou se rozumí využívání indukční smyčky, tlumočnických služeb, přítomnost zapisovatele nebo přepisovatele textu při výuce, využití technických možností, například půjčení notebooku, kopírování textů, nahrávání přednášek na video aj. Studenti se také mohou zapsat do E – learningové výuky. (Komorná, 2008)

Pro pomoc studentům se specifickými nároky Masarykovy univerzity vzniklo v Brně v roce 2000 středisko **Teiresiás**. Studentům s různým typem postižení zajišťuje služby souvisejících s výukou. Studentům se sluchovým postižením poskytuje překlad do českého znakového jazyka a přepisy přednášek. Přepisy mohou být vizualizační, které probíhají simultánně v reálném čase. Registrační přepisy jsou z diktafonových nahrávek, mohou být redigovány a korigovány. Obsahové přepisy vznikají z registračních zápisů a jiné dostupné literatury. Orientační přepis tvoří registrační nebo obsahový zápis s redukcí o části textu, které jsou známé nebo se dají nahradit.

(Teiresiás, online, cit. 2014-11-13)

3.3.5 Asistence ve školách

Povaha speciálních vzdělávacích potřeb integrovaného žáka se sluchovým postižením může někdy vyžadovat velkou míru individuálního přístupu. Aby se pedagog mohl věnovat v potřebné míře žákovi i ostatním dětem, je ve třídě nutná přítomnost asistenta pedagoga.

Asistent pedagoga působí podle vyhlášky MŠMT 73/2005 Sb. *O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. Asistent pedagoga je pedagogickým pracovníkem, jehož posláním je podpora integrovaného vzdělávání žáků se zdravotním postižením v hlavním vzdělávacím proudu – běžné mateřské, základní a střední škole a ve školách speciálních.

V § 7, ods. 1 uvádí hlavní činnosti asistenta pedagoga:

- *pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí,*
- *pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti,*
- *pomoc při komunikaci se žáky,*
- *při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází.*

(MŠMT, online, cit. 2015-02-12)

Dvořáčková (in Potměšil, 2012) doplňuje, že asistent pedagoga pracuje ve třídě na základě doporučení odborného poradenského pracoviště. Pracuje s integrovaným žákem i s ostatními žáky. Patří do týmu pro tvorbu individuálního vzdělávacího plánu, podle kterého, po dohodě s třídním učitelem, s dítětem pracuje. Účastní se konzultací k uspořádání plánů pro jednotlivé předměty. Mezi jeho úkoly také patří pomoc žákovi s přípravou pomůcek, pomoc s orientací v budově a přesunech mimo školu. Podpůrná služba asistenta pedagoga se doporučuje především v nižších ročnících, ve vyšších třídách se předpokládá věkové i sociální osamostatňování žáků a tak se působnost asistenta pedagoga postupně omezuje. Určující je však aktuální stav žáka s konkrétním zdravotním postižením a jeho individuální potřeby.

Asistent pedagoga pro dítě se sluchovým postižením by však měl mít znalosti českého znakového jazyka nebo jiných komunikačních prostředků na takové úrovni, že je tímto prostředkem schopen podat probíranou látku, komunikovat se studenty při vyučování i mimo vyučování a ověřovat jejich získané znalosti. Dále by se měl orientovat v problematice sluchového postižení, komunitě Neslyšících a jejich kultuře. Asistent pedagoga může být slyšící i neslyšící. Komorná (2008) píše, že nejčastější spolupráci je slyšící učitel s neslyšícím asistentem pedagoga. Dále uvádí, že neslyšící pracovník mezi pedagogy představuje pro žáky se sluchovým postižením přirozený vzor a podporu bilingválního vzdělávání. Většinou si také sluchově postižené děti s neslyšícím učitelem více rozumí a mají k němu větší důvěru.

4 Péče v resortu sociálním

4.1 Sociální péče pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením

Sociální péče je uskutečňována prostřednictvím sociální podpory a sociálních služeb. Sociální podpora je systém finančních příspěvků. Sociální služby nabízejí pomoc při řešení určitých složitých situací v životě dítěte s postižením a jeho rodiny. V České republice zajišťují sociální péči státní orgány, občanská hnutí a společenské organizace. Aby byla péče, která je poskytována v různých formách po celý život člověka, plně využívána, je důležitá dostatečná informovanost rodičů či zákonných zástupců dítěte. (Slowík, 2007)

Horáková (2005) doplňuje, že základní předpoklad pro uplatnění nároků vyplývajících ze zdravotního postižení, je **posouzení zdravotního stavu dítěte**. Na základě dokumentace ošetřujícího a odborného lékaře, provádí posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení posudek zdravotního stavu dítěte. Důležité je vyjádření, o jaký stupeň postižení se jedná a zda jde o stav dlouhodobě nepříznivý (musí trvat déle než jeden rok).

Stupně zdravotního postižení jsou vyjádřeny v procentech a rozlišují: dítě dlouhodobě nemocné (20-49%), dlouhodobě zdravotně postižené (50-79%), dlouhodobě těžce zdravotně postižené (80-100%). Vyhláška č. 207/1995 Sb., stanovuje klasifikaci zdravotního postižení podle stupňů. Příloha k vyhlášce č. 284/1995 Sb., charakterizuje dítě se sluchovým postižením za dlouhodobě těžce zdravotně postižené, jestliže mu byla diagnostikována úplná nebo praktická hluchota a to do ukončení povinné školní docházky.

Státní sociální podpora

„Pojem státní sociální podpory označuje dávky, poskytované osobám (rodinným příslušníkům) ve společensky uznaných sociálních situacích, kdy stát skrze jejich vyplácení z části přebírá spoluzodpovědnost za vzniklou sociální situaci“.

(MPSV, online, cit. 2015-02-12)

Systém státní sociální podpory je uveden v zákoně č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Dávkami státní sociální podpory se rozumí rodičovský příspěvek,

přídavek na dítě, příspěvek na bydlení, porodné, pohřebné. Při vyplácení dávek státní sociální podpory rozhoduje výše příjmů v rodině.

Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Dávky pro osoby se zdravotním postižením jsou ukotveny v zákoně č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek. Tento zákon upravuje příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a průkaz osoby se zdravotním postižením a z něj plynoucí benefity. Rozhodování o příspěvcích spadá do kompetence Úřadu práce České republiky.

Příspěvek na mobilitu je charakterizován, jako opakující se nároková dávka, která je určena osobě starší jednoho roku, která vlastní průkaz ZTP nebo ZTP/P. Dávka je určena osobě, která se za úhradu opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována. Dávka činí 400 Kč měsíčně.

Příspěvek na zvláštní pomůcku je určen pro osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového aparátu, těžké sluchové postižení, těžké zrakové postižení. Postižení musí být dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Zvláštní pomůcka umožňuje samoobsluhu, usnadňuje pracovní uplatnění, vzdělávání a sociální kontakty. Rozlišuje se hodnota pomůcky a to do nebo nad 24.000 Kč a zvláštní úpravu má motorové vozidlo.

Mezi zvláštní kompenzační a rehabilitační pomůcky pro sluchově postižené patří například signalizace bytového zvonku, signalizace pláče dítěte, softwarové programy pro edukaci a reedukaci sluchu, které pomáhají při nácviku mluvení, odezírání či znakové řeči, indukční smyčka, signalizace telefonního zvonění.

(CESPO, online, cit. 2015-02-06)

Průkaz osoby se zdravotním postižením TP, ZTP a ZTP/P a benefity z nich plynoucí může získat osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením, které zásadně omezuje její schopnost pohyblivosti či orientace. Postižení musí být dlouhodobě nepříznivé. Průkaz TP patří jedincům v I. Stupni závislosti, ZTP patří osobám ve II. Stupni závislosti, ZTP/P patří osobám ve III., IV. Stupni závislosti. Mezi výhody držitele průkazů patří např. vyhrazené místo ve veřejném dopravním prostředku, slevy či bezplatná doprava ve veřejných dopravních prostředcích, bezplatný průvodce, bezplatná přeprava vodícího psa, přednost na úřadech, slevy na kulturní akce.

Sociální služby

Sociální služby jsou poskytovány podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Tento zákon stanovuje podmínky poskytování pomoci a podpory v nepříznivé sociální situaci pomocí sociálních služeb a příspěvku na péči.

Cílem sociálních služeb je pomáhat jedinci s postižením při rozvoji a zachování soběstačnosti, při obnově nebo zachování jeho životního stylu.

Sociální služby mohou být pobytové, ambulantní, terénní a dělí se:

Sociální péče – služby, které pomáhají jedincům zajistit jejich soběstačnost a v nevyšší možné míře integraci do společnosti. Patří sem například pečovatelská služba, osobní asistence, stacionáře, chráněné bydlení, průvodcovská a předčitatelská služba.

Sociální poradenství – pomáhá při řešení nepříznivé sociální situace a poskytuje informace. Základní sociální poradenství je poskytováno bez omezení. Odborné sociální poradenství je poskytováno specializovanými poradnami, které se zaměřují na specifické jevy či skupiny osob.

Sociální prevence – pomáhá jedincům k překonání nepříznivé sociální situace, a tím předcházet jejich sociálnímu vyloučení. Chrání společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Patří sem například raná péče, tlumočnické služby, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociální rehabilitace.

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je pravidelná měsíční dávka, která je určena pro osoby, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiných lidí. Z tohoto příspěvku si jedinci hradí pomoc, která jim je poskytována rodinným příslušníkem, asistentem sociální péče, dětským domovem aj. Měsíční výše příspěvku pro jedince do 18 let je u lehké závislosti (I. Stupeň) – 3000 Kč, u středně těžké závislosti (II. Stupeň) – 6000 Kč, u těžké závislosti (III. Stupeň) – 9000 Kč a u úplné závislosti (IV. Stupeň) – 12000 Kč. Řízení o přiznání příspěvku patří do kompetence Úřadu práce.

(MPSV, online, cit. 2015-02-12)

4.2 Raná péče

Narození dítěte se sluchovou vadou nebo její zjištění v útlém věku, je pro rodinu nová a velmi náročná situace. Rodičům dítěte se sluchovým postižením i dítěti samotnému by měla být poskytována odborná péče komplexního charakteru, tzv. raná péče.

Služby střediska rané péče patří mezi služby sociální prevence, podle Zákona o sociálních službách č. 108/2006, §54 Sb. je: *„Raná péče terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby“*.

Zoja Šedivá (Psychologie sluchově postižených ve školní praxi, 2006) charakterizuje ranou péči, jako komplex odborných služeb medicínských, psychologických, speciálně pedagogických, sociálních a rehabilitačně inženýrských. Shromažďuje údaje o dítěti, vyhotovuje individuální plán s rodinou a dítětem, snaží se vzdělávat členy rodiny v práci a komunikaci s dítětem, zjišťuje eventuality získání kompenzačních, propedeutických, rehabilitačních, léčebných a edukačních pomůcek. Dále se zaměřuje na pomoc v sociálně – právní oblasti, zajišťuje setkání rodičů dětí se stejným postižením. Mukšnáblová (2014) dodává, že úkolem rané péče je pomoci vyrovnat se s vadou a směřovat k integraci dítěte do společnosti. Z pohledu speciální pedagogiky by měla raná péče poskytnout rodičům informace a naučit je dovednosti a omezit tak dopad negativních vlivů sluchového postižení.

V České republice je raná péče zajišťována v rámci střediska rané péče **Tamtam** v Praze a v Olomouci. Tamtam je samostatným projektem občanského sdružení Federace rodičů a přátel sluchově postižených. Působí na celém území republiky. Konzultace v rodinách probíhají po 4 – 6 týdnech, jsou zdarma a jsou dobrovolné.

Na internetových stránkách střediska rané péče Tamtam je možné nalézt popis jejich činností, které jsou například:

- každá rodina má svého poradce, kterého může kontaktovat mezi konzultacemi,
- poradci pomáhají řešit prvotní problémy s vyšetřeními, kompenzačními pomůckami
- pomáhají nalézt vhodný komunikační systém
- řeší otázky z oblasti sociální, výchovné, vzdělávací a rodinné
- půjčují do domácího prostředí hračky a jiné pomůcky
- organizují specifický kurz znakového jazyka
- předávají kontakty na jiné rodiny, aj.

(Tamtam, online, cit. 2015-01-30)

Ve střediscích rané péče a ve speciálně pedagogických centrech působí sociální pracovník, který v rámci komplexní péče dává rodičům sociálně-právní poradenskou službu. Tyto služby jsou pro rodiče důležité, protože péče o sluchově postižené dítě je velmi náročná na čas a na finanční prostředky. Většinou zůstává jeden z rodičů doma s dítětem až do období předškolního věku a dalším zásahem do rodinného rozpočtu je cestování za specialisty. Kubová (1995) doplňuje, že mezi úkoly sociálního pracovníka patří navázání kontaktu s rodiči, provedení sociální anamnézy, poskytnutí informací z oblasti státní sociální politiky a podpory a také spolupráce s příslušnými úřady.

4.3 Invalidita

Podmínky pro získání invalidního důchodu upravuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Osoba získává nárok na invalidní důchod, pokud je jí méně než 65 let, stala se invalidní a nevznikl jí nárok na starobní důchod. Jedinec je uznán invalidním, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 procent.

Rozlišujeme tři stupně invalidity:

- první stupeň pokles nejméně o 35% až o 45%
- druhý stupeň pokles nejméně o 50% až o 60%
- třetí stupeň pokles až o 70%

Žádost o přiznání invalidního důchodu se podává na Okresní správu sociálního zabezpečení. Při určování zdravotního stavu a poklesu pracovní schopnosti vychází posudkový lékař z doložené dokumentace zdravotního stavu od praktického lékaře a odborných lékařů. U jedince se sluchovým postižením jsou to výsledky stanovených vyšetření například z ORL. Ztrátu pracovní schopnosti vlivem ztráty sluchu uvádí posudkový lékař v procentech. Při posuzování invalidity se vždy vychází z komplexního zhodnocení zdravotního stavu.

(ČSSZ, online, cit. 2015-02-06)

4.4 Nestátní organizace

Ve snaze o zkvalitnění života osob se sluchovým postižením vznikla řada organizací. Buď je založili sluchově postižení sami, nebo byly založeny odborníky nebo příznivci, kterým nebyl život sluchově postižených lhostejný. Chtěli tak poukázat na potřeby osob se sluchovým postižením a zlepšit jejich osobní i společenský život.

ASNEP – Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel vznikla v roce 1992 a sdružuje ostatní organizace, které pracují pro sluchově postižené. *„Základním posláním ASNEP je umožňovat zástupcům subjektů pracujících ve prospěch sluchově postižených lidí nebo jejich rodičů, aby se pravidelně setkávali. Organizace zastupují občany různých sluchových vad a tedy i různých zájmů tak mají možnost navrhnout a připomínkovat předpisy, které mají ovlivnit život sluchově postižených občanů“*. ASNEP také zasahuje do legislativních předpisů, poskytuje sociální služby (například tlumočení, asistenční služby). Podílí se na titulkování televizních pořadů.

(ASNEP, online, cit. 2015-02-02)

Mezi členy ASNEP například patří:

- **Svaz neslyšících a nedoslýchavých** v ČR vznikla v roce 1990. Základním posláním svazu je chránit a obhajovat potřeby, práva a zájmy osob se sluchovým postižením. Je členem mezinárodních organizací – Světové federace neslyšících a Světové federace nedoslýchavých. Pořádá každé dva roky mezinárodní festival pantomimy, pořádá vernisáže osob se sluchovým postižením a vydává Metodické listy.
- **Česká unie neslyšících** byla založena neslyšícími občany a hájí práva a zájmy sluchově postižených. Snaží se sloučit svět slyšících a neslyšících. Poskytuje sociální služby, vydává časopis Unie, organizuje festival neslyšících Mluvící ruce.
- **Federace rodičů a přátel sluchově postižených** byla založena v roce 1990 rodiči sluchově postižených dětí. Jejich záměrem byla vzájemná pomoc při překonávání různých problémů provázející život se sluchovým postižením.
- **Agentura Profesionálního Poradenství pro Neslyšící, o. s.**, vznikla v roce 2006, aby změnila špatnou situaci při uplatňování neslyšících na trhu práce. Kromě politiky zaměstnanosti se také věnuje kurzům českého jazyka, anglického jazyka, znakové řeči, práci na počítači atd. Dále doprovází sluchově postiženého při prvním kontaktu se zaměstnavatelem. (APPN, online, cit. 2014-12-12)
- **Česká komora tlumočnicků znakového jazyka.** Organizace, která sdružuje tlumočnický znakového jazyka a pořádá různé vzdělávací akce. Profesionalitu svých tlumočnicků udržuje profesním kodexem. Ctí kulturní odlišnost Neslyšících.
- **PEVNOST** či České centrum znakového jazyka založili Neslyšící a jejich přátelé v roce 2000. Cílem je šíření povědomí o komunitě Neslyšících, její kultuře, znakovém jazyku a problémech plynoucích z komunikace z intaktní společnosti.
- **LORM** je občanské sdružení, které se snaží zkvalitnit život osob s hluchoslepotou. Poskytuje tlumočnické služby, sociální poradenství, sociálně aktivizační služby. Vydává bulletin Doteky.

5 Průzkumné šetření

5.1 Cíl a hypotézy průzkumného šetření

Hlavním cílem praktické části diplomové práce bylo zmapovat a analyzovat péči o sluchově postižené v domažlickém okrese. Zaměřila jsem se na oblasti zdravotnictví, školství a sociální péči.

Dílčí cíle byly směřovány na zjištění:

- které věkové skupiny se postižení sluchu týká nejvíce
- kolik dětí se sluchovým postižením je integrováno v běžných školách
- jaká kompenzační pomůcka je nejvíce používaná
- jaké mají lidé s postižením sluchu problémy při komunikaci s úředníky nebo s lékaři

Na základě prostudované literatury a dílčích cílů byly stanoveny následující hypotézy. Průzkumné šetření mělo hypotézy ověřit, přijmout či odmítnout.

Hypotézy stanovené pro tento průzkum:

- H 1 : Péče o dítě s lehčím stupněm sluchové vady je na domažlickém okrese dostačující.
- H 2: Největším problémem pro sluchově postižené na domažlickém okrese je chybějící foniatrie.
- H 3: Sluchově postižení nejsou s péčí ve svém okrese spokojeni.
- H 4: Sluchově postižení dospělého věku se obtížně evidují.

Pro dosažení cíle a ověřování hypotéz byly zvoleny metody rozhovoru a dotazníku, které vedly k získání konkrétních informací.

Harmonogram práce:

- vyhledávání a studium odborné literatury: červen – srpen 2014
- průzkumné šetření: říjen – prosinec 2014
- zpracování údajů průzkumu: prosinec – leden 2015
- vyhotovení diplomové práce: leden – únor 2015

5.2 Metody průzkumného šetření

Základem výzkumného šetření bylo studium odborné literatury. Zdroj informací byl nalezen nejen v tištěné formě, na internetu, ale také konzultacemi s odborníky. Na základě získaných informací byly sestaveny dotazníky pro ředitele domazlických škol a pro sluchově postižené, kteří navštěvují Poradenské centrum v Domažlicích. Dotazník byl rozeslán do všech státních i soukromých škol na Domažlicku.

Dotazník je často používaná metoda, je přehledná a získané údaje se snadněji vyhodnocují. Nevýhodou dotazníku je, že neumožňuje pokládání doplňujících otázek. Chráska (2007, s. 163) píše, že: „*Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně*“. V dotazníku byly použity uzavřené otázky – dichotomické a polytomické. Dotazník, byl předáván buď osobně, nebo rozeslán, po předchozí telefonické domluvě, e-mailovou poštou. Některé dotazníky byly vyplněny s osobami se sluchovým postižením přímo v poradenském centru.

Další použitou metodou byl rozhovor, který umožňuje osobní navázání kontaktu, hlubší proniknutí do zkoumaného problému, přímé reagování na kladené otázky a následné usměrňování dalšího průběhu s dotazovaným. Úspěšnost rozhovoru závisí z velké míry na příjemné a uvolněné atmosféře a na empatii výzkumníka. I rozhovor má své nevýhody. Mezi ně patří obtížnější navazování kontaktu s respondentem a obtížněji kvantitativně zpracovatelný materiál. (Chráska, 2007)

K rozhovoru jsem oslovila sluchově postižené, kteří navštěvují Poradenské centrum v Domažlicích, vedoucí pracovníci tohoto centra, pedagogy, pracovníky speciálně pedagogického centra a pedagogicko psychologické poradny, klinickou logopedku, praktického lékaře, ředitele domu seniorů, pracovníci Okresní správy sociálního zabezpečení, pracovníka Úřadu práce a zaměstnance nestátních organizací.

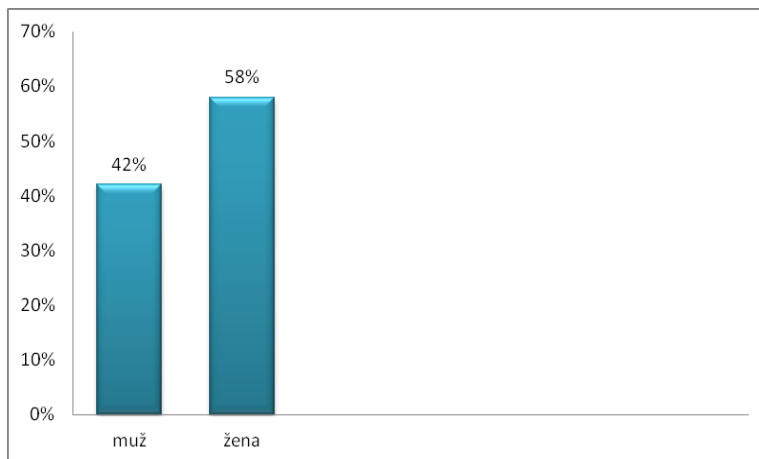
Anonymní dotazník vyplnilo celkem 80 klientů Poradenského centra pro sluchově postižené v Domažlicích. Dotazník obsahoval 19 uzavřených otázek dichotomických a polytomických. Odpovědi získané v dotaznících jsou zaznamenány v grafech.

5.3 Grafické vyjádření dat

5.3.1 Charakteristika průzkumné skupiny

Graf 1

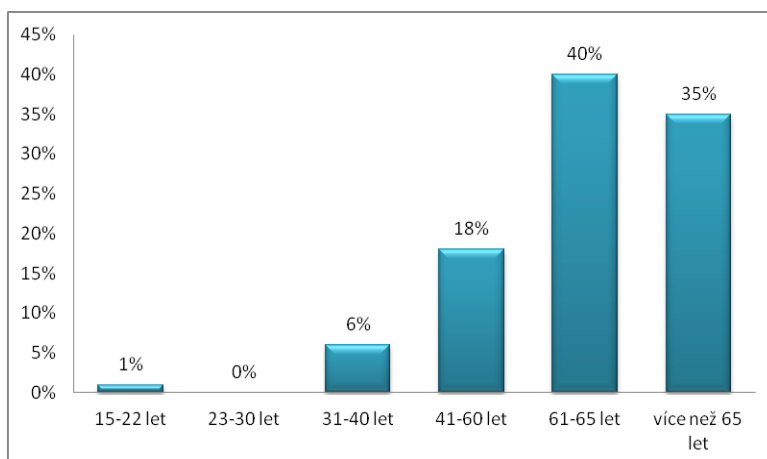
1. Jste muž nebo žena?



Průzkumu se zúčastnilo 34 mužů (42%) a 46 žen (58%).

Graf 2

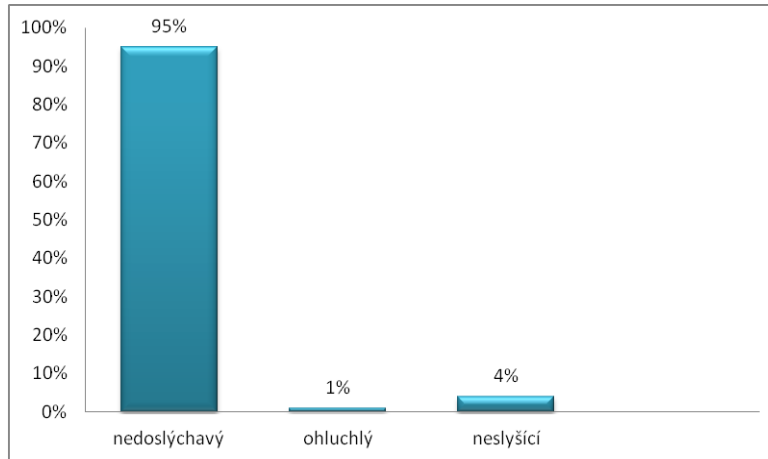
2. Do jaké věkové skupiny patříte?



Respondenti se pohybovali v těchto věkových rozmezích: 15-22 let 1 osoba (1%), 23-30let 0 osob, 31-40 let 5 osob (6%), 41-60 let 14 osob (18%), 61-65 let 32 osob (40%), více než 65 let 28 osob (35%).

Graf 3

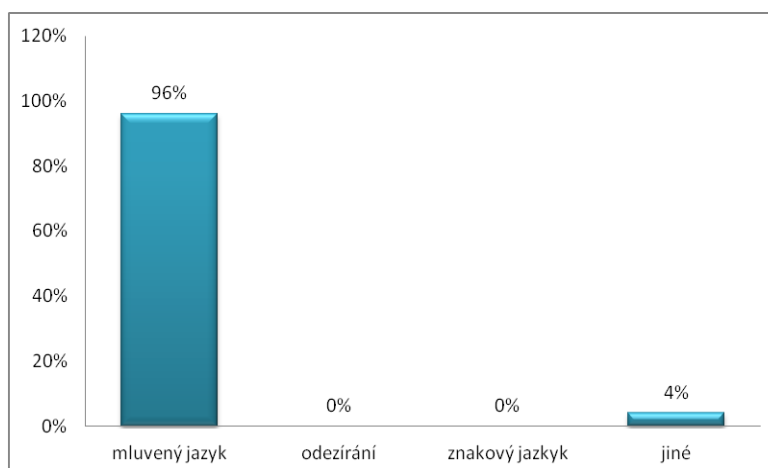
3. Jaké je Vaše sluchové postižení?



Složení respondentů podle sluchového postižení: nedoslýchavý 76 osob (95%), ohluchlý 1 osoba (1%), úplná hluchota (neslyšící) 3 osoby (4%).

Graf 4

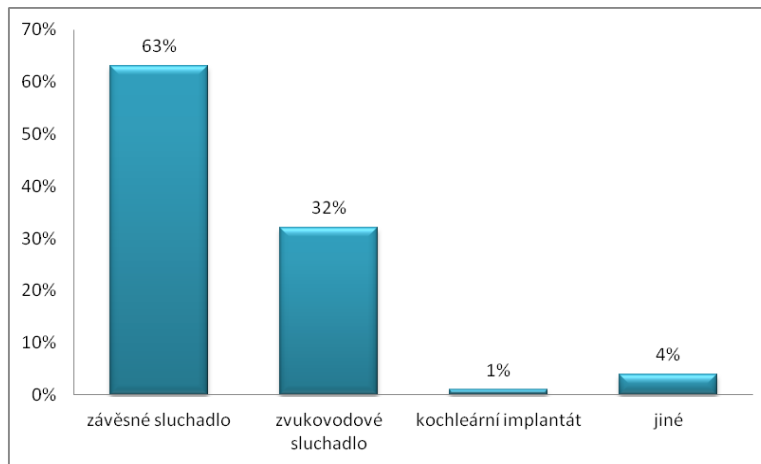
4. Jaký způsob komunikace používáte nejčastěji?



Nejvíce respondentů 77 (96%) komunikuje nejčastěji mluveným jazykem, pouze 3 osoby (4%) používají jinou formu komunikace.

Graf 5

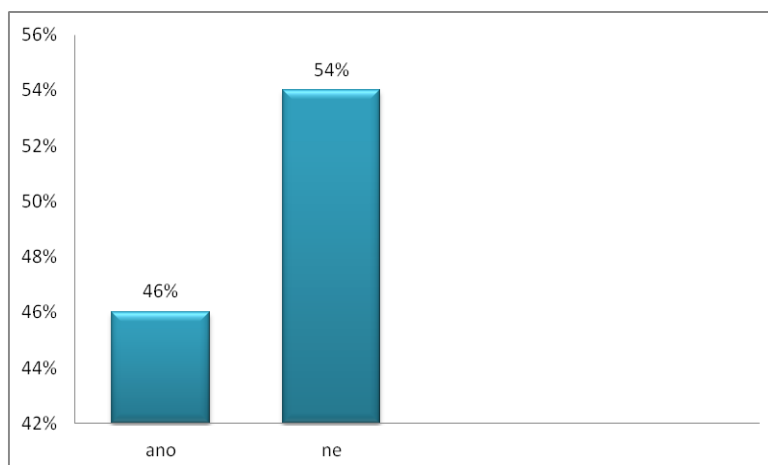
5. Jakou používáte kompenzační pomůcku?



50 (63%) respondentů svoji vadu kompenzuje závěsným sluchadlem, 26 (32%) používá zvukovodové sluchadlo, kochleární implantát má 1 (1%) osoba, jiné kompenzační pomůcky používají 3 (4%) osoby.

Graf 6

6. Používáte ostatní kompenzační pomůcky (indukční smyčky, signalizace bytového zvonku aj.)?



Ostatní kompenzační pomůcky používá 37 (46%) respondentů, nepoužívá 43 (54%) respondentů.

Interpretace výsledků šetření

Průzkumu se zúčastnilo 42% mužů a 58 % žen s různými druhy a stupni sluchového postižení. Věkově se pohybovali od 15 do 74 let. Otázka věku respondentů byla rozdělena do šesti skupin. Ve skupině 15 – 22 let byl pouze jeden sluchově postižený student. Do skupiny 23 – 30 let nepatřil žádný jedinec. Do skupiny 31 – 40 let se zařadilo 6% jedinců, do skupiny 41 – 60 let patřilo 18% jedinců. Nejpočetnější byla skupina 61 – 65 let – 40%. Nad 65 let bylo 35 % jedinců. Průzkumu se zúčastnilo nejvíce respondentů (75%) seniorského věku. Zcela jistě by se odpovědi na některé otázky lišily, kdyby většinové procento tvořili děti nebo lidé produktivního věku.

Sluchové poruchy lze rozdělit podle doby vzniku, místa vzniku, podle hloubky a z hlediska příčiny. Příčina sluchového postižení mnohdy není známa nebo se lidé, zvláště senioři, přesně neorientují v rozdělní sluchového postižení podle hloubky (podle stupňů sluchové poruchy), bylo v dotazníku použito pouze jednoduché rozdělení na nedoslýchavé, ohluchlé a neslyšící (úplně hluší). Dalším důvodem k tomuto rozhodnutí vedla skutečnost, že odhadem 70 % klientů poradenského centra jsou nedoslýchaví senioři. V dotazníku se 95 % osob označilo za nedoslýchavé, 1 % osob za ohluchlé a 4 % za neslyšící.

Vzhledem ke skutečnosti, že největší zastoupení respondentů měli senioři, kteří přišli o sluch během dospělosti nebo v seniorském věku, byl nejčastěji užívaným způsobem komunikace uváděn mluvený jazyk (96 %). Jiný způsob uvedla 4 % respondentů. V tomto případě se pod slovem jiný skrývá znakovaná čeština. Způsob komunikace, který využívá gramatické prostředky češtiny a je současně hlasitě nebo tiše artikulován. S jednotlivými slovy, jsou ukazovány rukou jednotlivé znaky, převzaté z českého znakového jazyka. Tento komunikační systém používají 3 sluchově postižení, kteří se se svým handicapem již narodili a to zejména v komunikaci mezi sebou. Při styku se slyšící společností využívají principy totální komunikace, která obsáhne všechny komunikační možnosti vedoucí k porozumění mezi lidmi. I zde platí, že nejvíce postiženou oblastí u prelingválně sluchově postižených je řeč. Jejich mluvené řeči je hůře rozumět a proto více než orální a zvukovou řeč, používají psanou formu řeči. V této otázce je nejdůležitější slovo nejčastěji, protože téměř každý sluchově postižený používá ve svém každodenním životě ať vědomě nebo podvědomě také odezírání. Také respondenti často zaškrtnli obě možnosti, proto nelze tuto otázku přesně interpretovat.

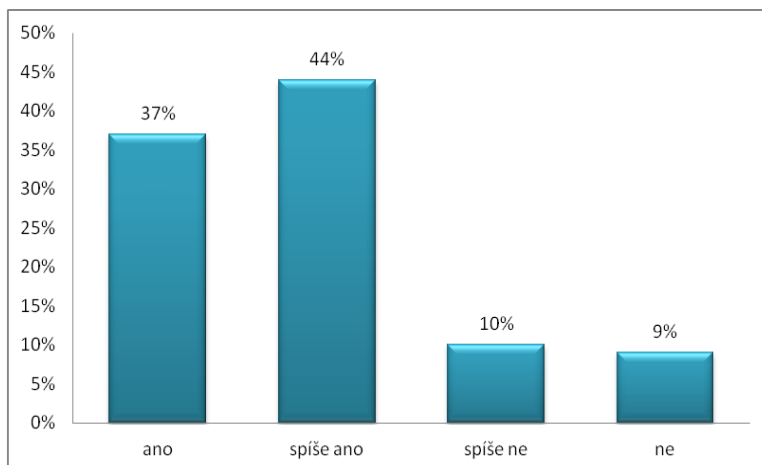
Nejčastější používanou kompenzační pomůckou jsou závěsná sluchadla 63 %, zvukovodová sluchadla má 32 % respondentů, jeden respondent má kochleární implantát a 4 % používají jiné kompenzační pomůcky. Závěsná sluchadla jsou větší než zvukovodová a jsou pro seniory při ovládání a každodenní péči snáze manipulovatelná.

Ostatní kompenzační pomůcky používá 46 % respondentů, 54 % je nepoužívá. Ostatní kompenzační pomůcky slouží zejména k ulehčení života sluchově postižených a k zpřístupnění informací. Využívají náhradní smysly, tj. zrak a hmat. Mezi nejvíce používané patří indukční smyčka, vibrační nebo světelné budíky, světelné signalizace ke zvonkům, k telefonům, zesilovače telefonů.

5.3.2 Péče v resortu zdravotnictví

Graf 7

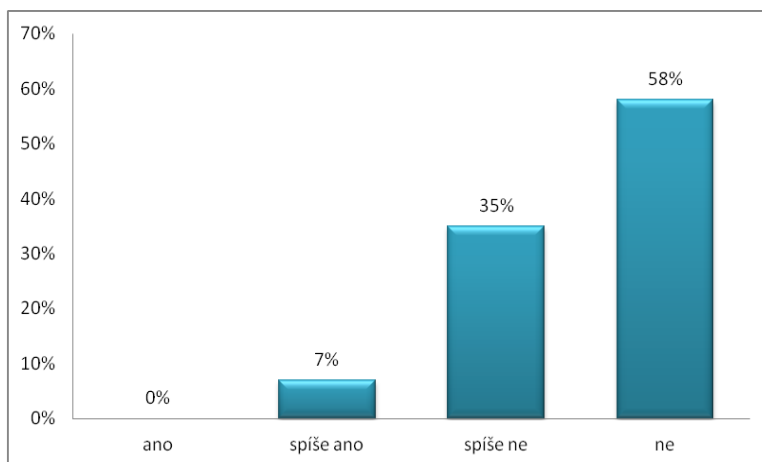
7. Jste spokojen /a s dostupností ORL péče?



S dostupností péče ORL je spokojeno 30 (37%) respondentů, spíše ano 35 (44%), spíše ne 8 (10%), ne 7 (9%) respondentů.

Graf 8

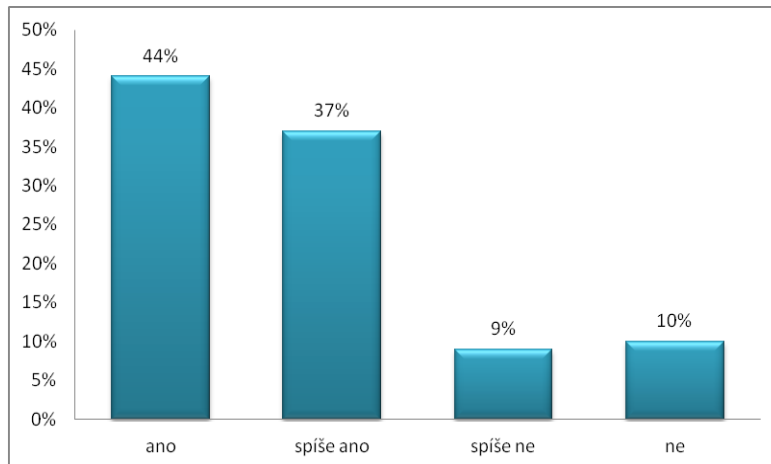
8. Jste spokojen/a s dostupností foniatické péče?



S dostupností foniatické péče nebyl spokojen žádný respondent, spíše ano 6 (7%) osob, spíše ne 28 (35%) osob, nespokojenost vyjádřilo 46 (58%) osob.

Graf 9

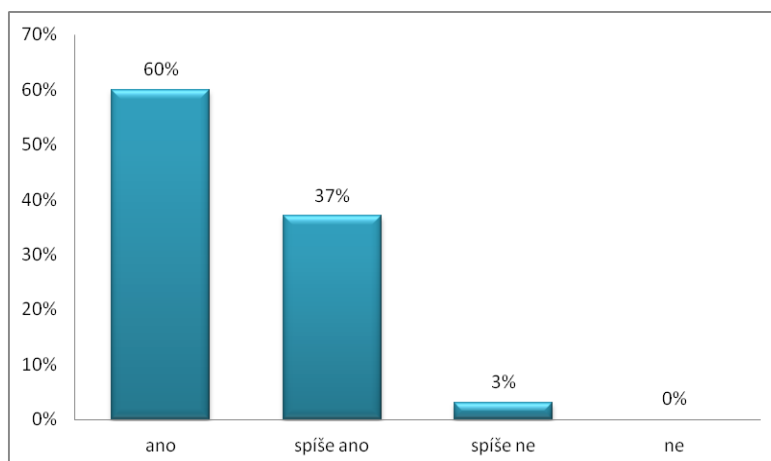
9. Máte od svého lékaře dostatek informací o medicínských možnostech týkajících se sluchového postižení?



Dostatek informací o medicínských možnostech týkajících se sluchového postižení dostává od svého lékaře 35 (44%) osob, spíše ano 30 (37%) osob, spíše ne 7 (9%) osob, nedostává 8 (10%) osob.

Graf 10

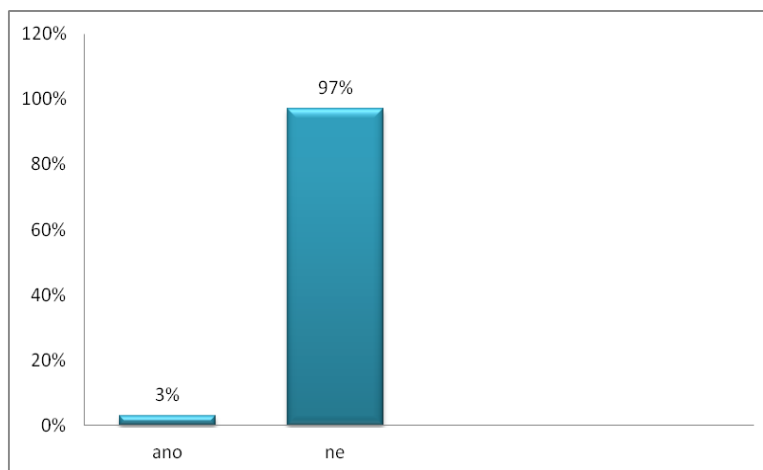
10. Dodržuje Váš praktický lékař zásady komunikace se SP (nezakrývá si ústa, sdělení zopakuje atd.)?



Zásady komunikace se SP dodržují lékaři u 48 (60%) osob, spíše ano u 30 (37%), spíše ne u 2 (3%) osob, zásady nedodržuje žádný lékař.

Graf 11

11. Navštívil/a jste někdy psychologa s problémy, které vznikají v souvislosti se sluchovým postižením?



Psychologa v souvislosti se sluchovým postižením navštívili 2 (3%) respondenti, nenavštívilo 78 (97%) respondentů.

Interpretace výsledku šetření

Na otázku spokojenosti s dostupností ORL péče 37 % sluchově postižených odpovědělo ano, 44 % spíše ano, 10 % spíše ne, 9 % spokojeno není. I když na Domažlicku zajišťují péči pouze tři lékaři se specializací ORL, sluchově postiženým péče vyhovuje.

Naopak výrazná nespokojenost byla vyjádřena s dostupností foniatrické péče. Spokojen není žádný respondent, spíše ano 7 %, spíše ne 35 %, ne 58 %. Foniatrie na domažlickém okrese není žádná. Nejbliže je ve 35 km vzdálených Klatovech, kde zajišťuje foniatrickou péči jedna lékařka. Nejčastěji sluchově postižení jezdí 60 km do Plzně nebo do 130 km vzdálené Prahy. Postižení sluchu se týká nejčastěji seniorů a ti mohou mít někdy s cestováním problémy. V poradenském centru mají pro tyto případy připravené adresy foniatrů s přesným popisem cesty. Důvodem pro foniatrie v tomto okrese není, může být skutečnost, že ORL lékaři mají velký počet pacientů a časově by další obor nezvládali. Museli by se dále vzdělávat, protože foniatrie patří mezi nástavbové obory specializačního vzdělávání lékařů.

Na dotaz, jestli sluchově postižení navštívili někdy psychologa s problémy, které mohou vznikat v souvislosti se sluchovým postižením, odpověděla kladně 3 % respondentů, nenavštívilo psychologa 97 % respondentů. Psychologická péče je na Domažlicku zajištěna třemi psychology.

44 % respondentů má od svého lékaře dostatek informací o medicínských možnostech, které se týkají sluchového postižení. 37 % spíše ano, 9 % spíše ne, 10 % tyto informace nedostává.

Na otázku, jestli dodržuje praktický lékař zásady komunikace se sluchově postiženým (nezakrývá si ústa, hovoří pomaleji, sdělení zopakuje, neotáčí se zády při hovoru atd.) odpovědělo ano 60 %, spíše ano 37 %, spíše ne 3 %, ne žádný respondent. Lékař si díky svému vzdělání dokáže lépe než běžná populace představit úskalí sluchového handicapu, přesto někdy mohou vzniknout problémy v komunikaci. Dobré porozumění mezi pacientem a lékařem je důležité pro správný diagnostický a léčebný proces. Pro lékaře jsou vyhotoveny zásady komunikace s pacienty se speciálními potřebami. Pro sluchově postižené jsou to například: navázat zrakový kontakt, upozornit dotykem, vypnout všechny rušivé zvuky, při rozhovoru se sluchově postiženým nezvyšovat hlas, nekřičet do ucha, snažit se mluvit pomalu, zřetelně vyslovovat v jednoduchých větách, hovořit čelem, nežvýkat, pokud je přítomen tlumočnick

znakového jazyka, hovoří se vždy k pacientovi, důležité údaje několikrát opakovat, popřípadě napsat, na konci hovoru si ověřit, zda pacient vše správně pochopil.

(Aksenovová, online, cit. 2015-02-12)

Na domažlickém okrese pracuje klinická logopedka, která měla v loňském roce v péči celkem 708 klientů. Pět klientů s vadou sluchu a to: 1 s kochleárním implantátem, 3 kompenzují svoji vadu sluchadly a jeden dospělý sluchově postižený klient, který nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku.

V porodnici se provádí neonatální screening novorozenců před jejich propuštěním do domácí péče. V případě zachycení sluchové poruchy, následuje vyšetření na ORL ambulanci. V loňském roce nebyl zaznamenán žádný případ sluchově postiženého novorozence.

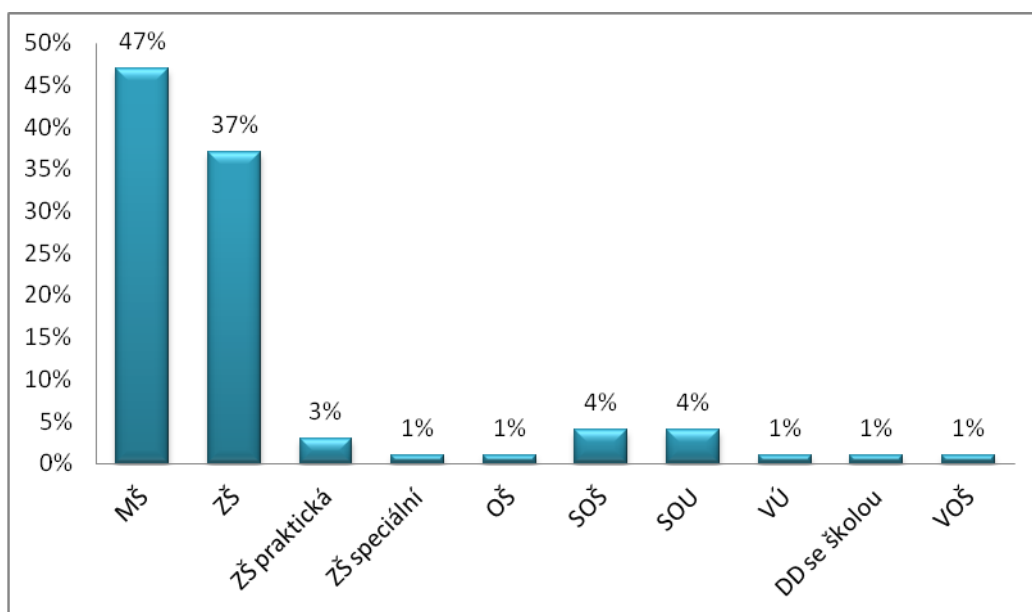
Prevenci a celkové osvětě pozornost věnována není. Poradenské centrum pro sluchově postižené má připravenou pro základní školy přednášku týkající se celkové osvěty sluchového postižení. Zejména téma ochrana sluchu u mladých lidí, které se snaží poukázat na rizika spojená s poslechem příliš hlasité hudby. Přednáška proběhla pouze v jedné základní škole. O tyto přednášky není ze strany škol příliš velký zájem.

Školící středisko bezpečnosti práce (BEZPO) se prevenci a ochraně sluchu nevěnuje.

5.3.3 Péče v oblasti školství

Na domažlickém okrese je 33 mateřských škol, 25 škol základních, 2 školy praktické, 1 škola speciální, 1 škola odborná, 2 gymnázia, 3 střední odborná učiliště, 3 střední odborné školy, 1 výchovný ústav, 1 dětský domov se školou a 1 vyšší odborná škola.

Graf 12



Školy jsem oslovila osobně, telefonicky nebo písemně se čtyřmi hlavními dotazy

a to:

1. Je ve vaší škole integrováno sluchově postižené dítě?
2. Má žák se sluchovým postižením asistenta pedagoga?
3. Je žák se sluchovým postižením vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu?
4. Byla by vaše škola ochotna integrovat sluchově postižené dítě, které by se domluvilo mluvenou řečí?

Tabulka 2 - Průzkum škol

Škola	Zúčastnilo se průzkumu	Počet integrovaných sluchově postižených	Ochetni k integraci
Mateřská škola	20	0	15
Základní škola	18	3	12
ZŠ praktická	2	1	2
ZŠ speciální	1	0	1
Odborná škola	1	0	1
SOŠ	2	0	1
SOU	1	1	1
Výchovný ústav	0	0	0
DD se školou	1	0	1
VOŠ	0	0	0

Interpretace výsledků šetření

Průzkumu se zúčastnilo 46 škol. Tři sluchově postižení žáci jsou na základní škole. Jedno dítě má kochleární implantát a další dvě děti sluchadla. Dorozumívají se bez problémů mluvenou řečí, asistenta pedagoga nemají. Platí, co píše Houdková (in Kocurová a kol., 2002), že školní docházka je determinována rozsahem sluchové vady. Lehké a střední nedoslýchavosti se daří díky sluchadlům dobře kompenzovat a nedoslýchavé děti mohou být integrovány mezi své slyšící vrstevníky. To platí i pro některé děti s kochleární neuroprotézou. Žákyně s kochleárním implantátem je vzdělávána podle individuálního vzdělávacího plánu. Základní školu praktickou navštěvuje jeden sluchově postižený žák, který svoji vadu kompenzuje sluchadlem a je vzděláván pomocí individuálního vzdělávacího plánu. Sluchově postižený student je

také na SOU. Pokud školy nemají integrováno sluchově postižené dítě, zajímalo mě, zda jsou k integraci takto postiženého dítěte ochotni a připraveni. Buď jsem na tuto otázku nedostala odpověď, nebo odpovídali, že po individuálním posouzení a zvážení dítě se sluchovým postižením integrují. Otázkou je také, zda mají školy dostatek finančních prostředků potřebných k vytvoření vhodného prostředí pro nedoslýchavého žáka. Takové prostředí nazývá Potměšil (2003) prostředím akustické pohody. Je to například koberec na podlaze, který dokáže tlumit posunování školních židliček nebo kroků. Dále je třeba snížit akustický odraz, aby nevznikala echa a byly utlumeny zvuky. Tento efekt může být docílen umístěním závěsů nebo prvků, které jsou k těmto účelům vyráběny.

Myslím si, že by bylo zajímavé v budoucnosti provést výzkum o povědomí učitelů běžných škol o problematice sluchového postižení a o jejich osobní připravenosti na možnost integrace žáka se sluchovým postižením.

Speciálně pedagogické centrum mělo v roce 2014 v péči jednu šestiletou dívku, která do centra docházela na logopedii. Více informací nebylo poskytnuto. Houdková uvádí (in Kocurová a kol., 2002), že pracovníci speciálně pedagogického centra by měli navštěvovat ve školách integrované žáky se sluchovým postižením a napomáhat jim k úspěšnému zařazení.

Pedagogicko psychologická poradna v Domažlicích vypracovává komplexní posouzení pracovní, sociální, osobnostní a rozumové úrovně dítěte před nástupem do školy. Doporučuje vhodnost školního odkladu nebo předčasného nástupu do školy. Poskytuje psychologickou péči o děti s úzkostnými projevy, výchovnými problémy, pečuje o nadané děti. Speciálně pedagogická nápravná péče obsahuje rozvíjení jemné motoriky ruky, rozvíjení zrakového a sluchového diferencovaného vnímání formou specializovaných programů. Dále poskytuje logopedickou péči. Pro děti školního věku vypracovává posouzení školní neúspěšnosti a specifických obtíží ve výuce (specifických poruch učení ve čtení, psaní, matematice), vypracovává speciální individuální vzdělávací plán pro školy atd. Dále pracuje s programy nápravné speciální pedagogické péče. Metoda dobrého startu, HYPO, KUMOT, kurz rozvoje psaní, program pro rozvoj pozornosti, zrakového a sluchového vnímání, paměti, logického myšlení. Poradna provádí také psychologickou a psychoterapeutickou individuální péči.

(PPP, online, cit. 2015-02-12)

Individuální integrace dětí

Pro srovnání uvádím počet dětí v individuální integraci v roce 2014 na jedné základní škole v domažlickém okrese. Celkový počet žáků je 864, žáků s postižením 50. Speciální výuka pro děti s postižením není, učitelé s nimi pracují podle individuálního vzdělávacího plánu. IVP má v celé škole 101 dětí.

Tabulka 3 - Individuální integrace dětí s postižením

Vady	Počet žáků
Mentální postižení	0
Sluchové postižení	3
Zrakové postižení	0
S vadami řeči	3
Tělesné postižení	1
S více vadami	0
S vývojovou poruchou učení a chování	43

Péče o integrované žáky

Průběžně je vedena evidence integrovaných žáků, u kterých je vypracován na základě zprávy z odborného vyšetření individuální vzdělávací plán. Vedena je též evidence žáků s lehčími formami vývojových poruch vzdělávajících se podle IVP. Spolupráce s rodiči těchto žáků je dobrá, rodiče se na výzvu do školy dostavují. Jsou s nimi konzultovány návrhy a opatření pro výuku z odborných vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně nebo speciálně pedagogickém centru. V hodinách, zejména v českém a cizím jazyce, jsou uplatňovány metody, jimiž se pomáhá žákům s různými vývojovými poruchami.

5.3.4 *Péče v resortu sociálním*

Péče v sociálním resortu je soustředěna do Poradenského centra pro sluhově postižené v Domažlicích, které začalo se svojí činností v roce 2007. Poradenské centrum spadá pod Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR. Poskytuje základní a odborné sociální poradenství. Dále poskytuje informace pro získání nového sluchadla, instruktáže pro správnou obsluhu, kontakty na foniatrická pracoviště. Poradenství týkající se kompenzačních pomůcek, zprostředkování získání kompenzační pomůcky ve spolupráci se specializovanými firmami včetně případné montáže v bytě klienta. Zprostředkování oprav sluchadel a kompenzačních pomůcek, poradenství o možnosti získání příspěvků na kompenzační pomůcky. Zajišťuje nezbytné drobné příslušenství ke sluchadlům – baterie, zvukovodové koncovky, čistící tablety na ušní tvarovky atd. Služby poskytuje ambulantně nebo terénně na základě individuálních potřeb uživatele. Pořádá semináře odborných přednášek, seminářů a kurzů odezírání.

Každý rok počet mužů převyšuje počet žen. Tento stav je připisován tzv. nemoci z povolání. Poruchy sluchu způsobené nedostatečnou ochranou sluchu při práci například u hlučného lisu, u vojáků a myslivců při střelbě ze zbraní.

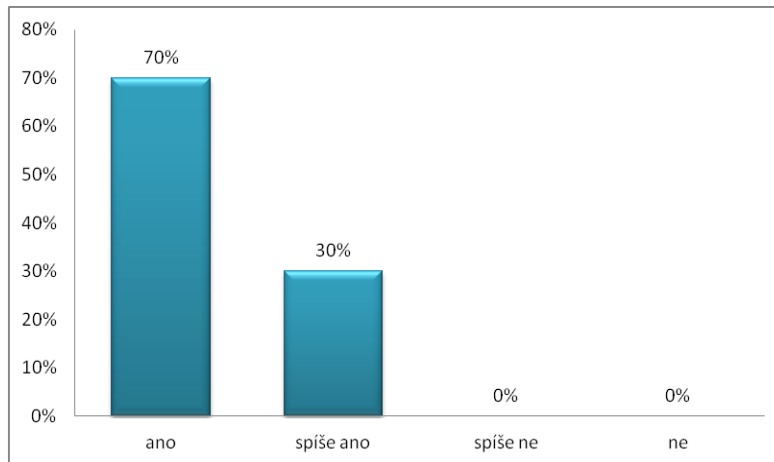
V tabulce je znázorněno složení klientů v jednotlivém roce, kteří poradenské centrum navštívili. V evidenci je celkem 705 sluhově postižených. Návštěvnost poradenského centra se každoročně pohybuje okolo 1200 návštěv, z toho zhruba polovina jsou návštěvy, tzv. sociální intervence. Úbytek klientů mezi roky 2011 a 2012 byl ovlivněn možností nákupu baterií do sluchadel také v lékárnách.

Tabulka 4 - Rozložení klientů Poradenského centra Domažlice

Rok	Klienti celkem	Muži	Ženy	Děti	Noví klienti
2011	439	250	186	3	54
2012	320	189	128	3	41
2013	322	173	146	3	41
2014	328	182	146	3	43

Graf 13

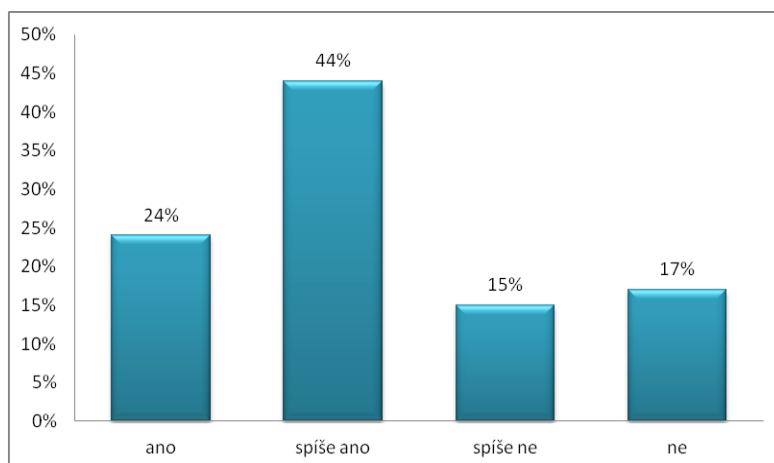
12. Dostáváte v poradenském centru dostatek informací o legislativních možnostech?



Dostatek informací o legislativních možnostech dostává 56 (70%) respondentů, spíše ano 24 (30%), spíše ne a ne neodpověděl žádný respondent.

Graf 14

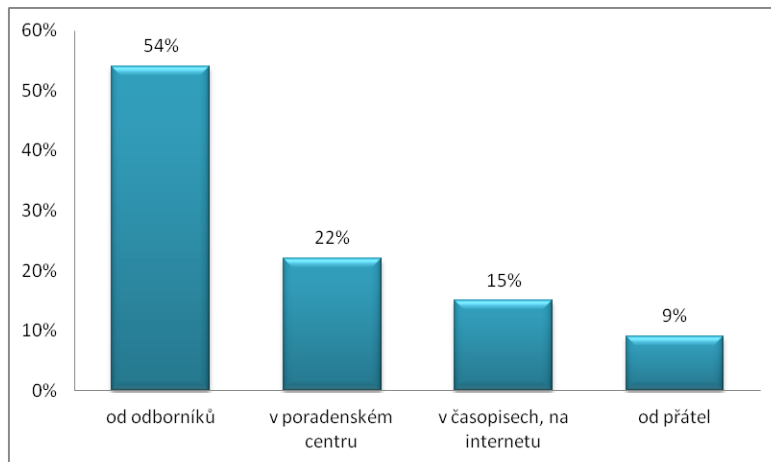
13. Myslíte si, že jsou úředníci dostatečně informováni o komunikaci se sluchově postiženými?



O dostatečné informovanosti úředníků je přesvědčeno 16 (22%) osob, spíše ano 12 (15%) osob, spíše ne 35 (44%) osob, ne uvedlo 17 (21%) osob.

Graf 15

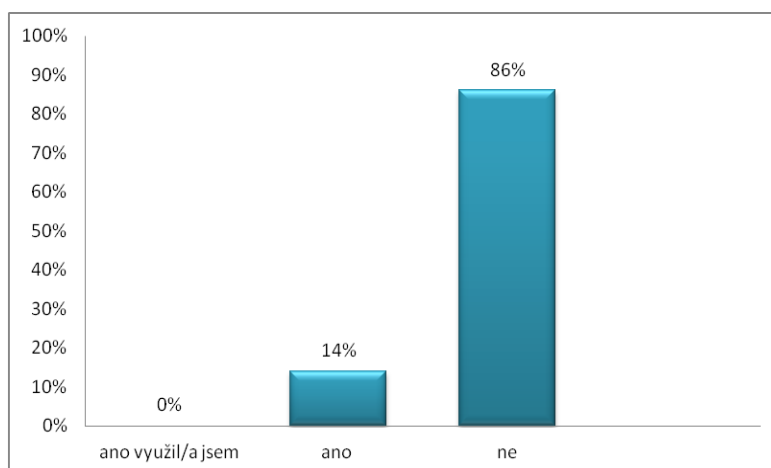
14. Kde nejčastěji čerpáte informace týkající se sluchového postižení?



Nejvíce respondentů 43 (54%) čerpá informace od odborníků, v poradenském centru 18 (22%) respondentů, v časopisech a na internetu 12 (15%) respondentů, od přátel 7 (9%) respondentů.

Graf 16

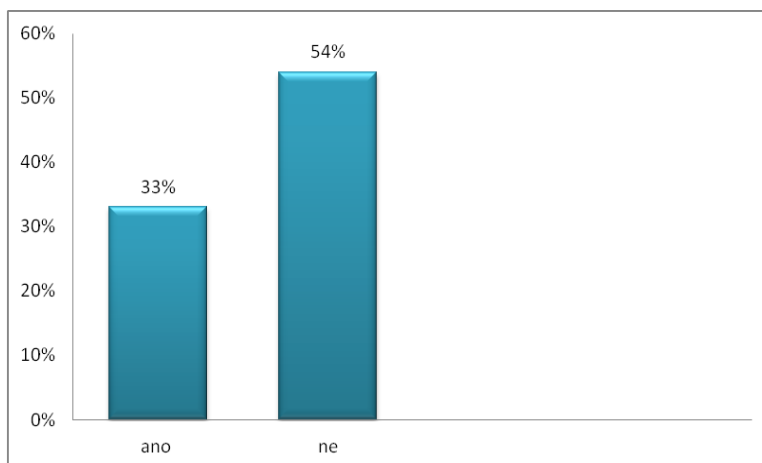
15. Víte, že příspěvek na kompenzační pomůcku můžete dostat i od nestátní (popř. charitativní) organizace?



11 (14%) respondentů ví, že může dostat příspěvek na kompenzační pomůcku i od nestátní organizace, 69 (80%) o této možnosti neví.

Graf 17

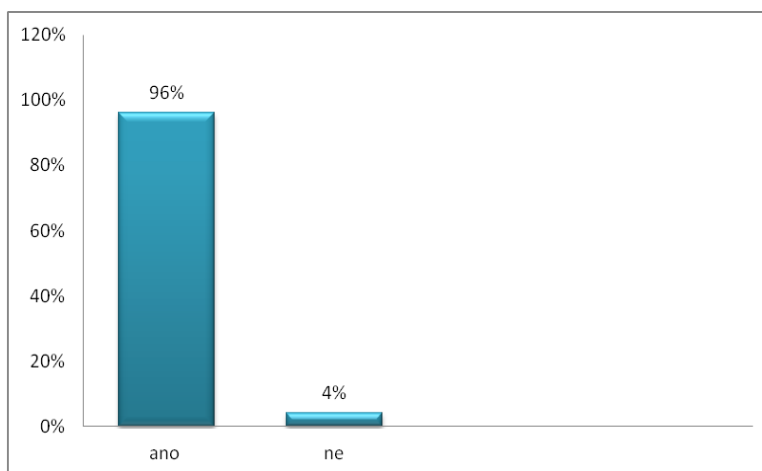
16. Byl Vám přiznán příspěvek na zvláštní pomůcku (signalizaci bytového zvonku, signalizaci telefonního zvonění, indukční smyčku aj.)?



26 (33%) respondentů uvedlo, že jim byl přiznán příspěvek na zvláštní pomůcku, 54 (67%) respondentů uvedlo, že jim přiznán nebyl.

Graf 18

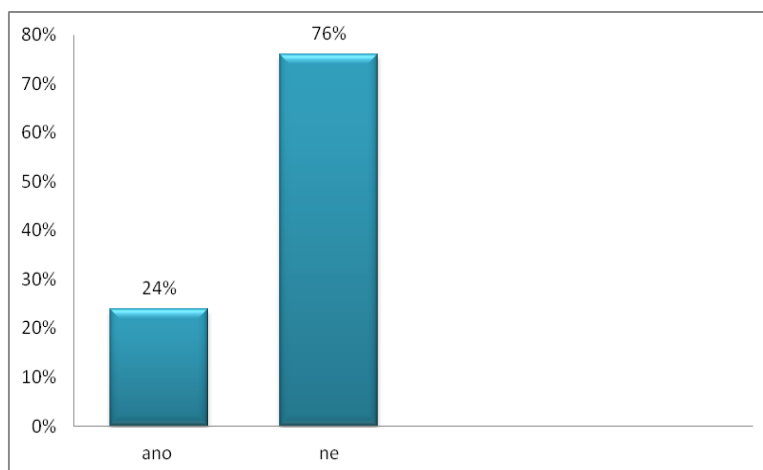
17. Myslíte si, že je doplatek na kompenzační pomůcky vysoký?



77 (96%) respondentů si myslí, že doplatek na kompenzační pomůcky je vysoký, 3 (4%) si myslí, že vysoký není.

Graf 19

18. Vlastníte průkazku osoby se zdravotním postižením?



Průkazku osoby se zdravotním postižením vlastní 19 (24%) respondentů, nevlastní 61 (76%) respondentů.

Interpretace výsledků šetření

Dostatek informací o legislativních možnostech v poradenském centru dostává 70 % respondentů, 30 % respondentů odpovědělo spíše ano. Poradenské centrum si klade za svoji povinnost orientovat se v legislativním a sociálním poradenství. Respondenti jsou s jeho činností spokojeni, pochvalně se vyjadřují k individuálnímu a lidskému přístupu. Klienti centra jsou převážně senioři, kteří vyžadují více času a trpělivosti při pochopení ovládání různých nových kompenzačních pomůcek. Svou roli zde hraje i skutečnost, že starší lidé nejsou zvyklí z mládí zacházet s moderní elektronikou. Centrum kromě výše uvedených činností také pomáhá sluchově postiženým vyřizovat různé záležitosti na úřadech. V některých případech jsou v centru první, koho lidé s podezřením na poruchu sluchu vyhledají. Úkolem poradenského centra je takového člověka správně nasměrovat k zajištění zdravotnické a sociální péče.

Servis kompenzačních pomůcek je nejbližší v Plzni nebo v Praze.

20 % respondentů si myslí, že úředníci jsou dostatečně informováni o komunikaci se sluchově postiženými lidmi, 15 % si myslí, že spíše ano, 44 % si myslí, že spíše ne a 21% si myslí, že úředníci dostatečně informováni nejsou. Většina respondentů má při jednání na úřadech špatné zkušenosti. Při rozhovoru s nimi jsem zjistila, že se špatné zkušenosti s úředníky týkají zejména: neudržování zrakového kontaktu, špatné artikulace, rychlého tempa řeči, zakrývání úst, pohybu při hovoru, příliš hlasitého projevu aj. Někdy vadil i plnovous, který zakrýval ústa. Problémem je úředník za skleněnou přepážkou nebo čekání za dveřmi na vyzvání ke vstupu, které člověk s postižením sluchu má problém zachytit. Z těchto situací vyplývá obava a nejistota a někteří lidé raději jdou na úřady s doprovodem. Tlumočnický znakový jazyk na Domažlicku nepracuje, nejbližší je v 60 km vzdálené Plzni. Neslyšícím se v těchto případech snaží maximálně pomáhat v poradenském centru.

Evropský sociální fond v ČR realizuje od roku 2013 do 30.6.2015 projekt „Základy komunikace se sluchově postiženým“, jehož realizátorem je akreditovaná vzdělávací instituce Centrum služeb pro sluchově postižené Ústí nad Labem. Cílem tohoto projektu je proškolení sociálních pracovníků a vedoucích pracovníků v různých regionech ČR, kteří přichází do styku se sluchově postiženými lidmi. V Domažlicích proběhlo toto školení v penzionu pro seniory.

Projekt „Úvod do komunikace s osobami se sluchovým postižením“ se vztahuje i na úředníky sociálních odborů a Úřadu práce, kteří přichází do styku s klienty. V Domažlicích zatím toto školení neproběhlo.

(CEPRO, online, cit. 2015-02-06)

Nejčastěji sluchově postižení čerpají informace od odborníků 54 %, v poradenském centru 22 %, v časopisech, na internetu 15 % a od přátel 9 % respondentů.

Žádný respondent nevyužil příspěvek na kompenzační pomůcky od nestátní organizace, 14 % o této možnosti ví, 56 % respondentů neví o možnosti získání kompenzační pomůcky za prostředky nestátní organizace, která nemusí mít sídlo v jejich okrese. Například nadační fond Prolomené ticho poskytuje příspěvky uživatelům kochleárních implantátů na výměnu řečového procesoru. (Nadační Fond Prolomené Ticho, online, cit. 2015-02-12). Získání takového příspěvku jistě není samozřejmostí, bude třeba jej podrobně odůvodnit. Na Domažlicku takováto organizace není. Další možností, jak získat příspěvek na kompenzační pomůcku, je oslovit firmu. Jsou firmy, které raději přispějí konkrétnímu člověku než společnostem s obecně charitativními cíli. Firma si částku může odečíst z daní.

Organizace, které mohou být sluchově postiženým na Domažlicku nápomocny:

Diecézní charita Plzeň, která poskytuje sociální rehabilitaci pro osoby s různým postižením. Podává základní rady a informace ve složitých životních situacích, poskytuje sociálně právní poradenství a poskytuje doprovod na úřady a instituce aj.

Centrum pro zdravotně postižené poskytuje odborné sociální poradenství, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí – Klub Pavučinka, zabývá se sociálně aktivizačními službami pro lidi s různým postižením. Pořádá společenské akce, výlety, sportovní a kulturní aktivity, tábory, semináře a školení.

Agentura podporovaného zaměstnávání – středisko Radost Diakonie ČCE – cílovou skupinou jsou lidé se zdravotním postižením a lidé se sociálním znevýhodněním. Pomáhá při hledání zaměstnání, poskytuje pracovní právní poradenství, doprovázení, zprostředkování jednání a asistenci na pracovišti.

Chráněná dílna Horšovský Týn zaměstnává osoby se změněnou pracovní schopností, cílovou skupinou jsou osoby s kombinovaným postižením. Hlavní pracovní

náplní je kompletace součástek pro kovovýrobu, příprava obalových materiálů a příprava součástek pro elektrovýrobu. Žádná z těchto organizací zatím pro sluchově handicapovaného nepracovala.

Středisko rané péče je pouze v Plzni. Má působnost po Plzeňském a Karlovarském kraji. Kapacitu má 40 rodin, z toho pro 26 rodin z Plzeňského kraje.

Sluchově postižení mohou také využívat různé pečovatelské a ošetrovatelské služby, kterých je na Domažlicku několik.

Příspěvek na zvláštní pomůcku dostalo 39 % respondentů, nedostalo 61 % respondentů. Tento výsledek také ovlivnil fakt, že sluchově postižení mají obavy z náročného vyplňování žádostí, některým vadí intimní otázky na finanční situaci v rodině a raději o příspěvek nepožádají.

Na dotaz na Úřadu práce o co sluchově postižení nejvíce žádají, mi bylo odpovězeno, že o pomůcky na poslech televize a signalizaci bytového zvonku. Někdy žádají i o příspěvek na sluchadlo, který Úřad práce nedává. Do roku 2012 se přispívalo sluchově postiženým i na televizi. V současné době je přidělování příspěvků přísnější a příspěvek na televizi byl zrušen úplně. Od 1.1.2012 se finanční příspěvky na pořízení zvláštní pomůcky pro sluchově postižené poskytují podle zákona č. 329/2011 Sb. Mezi zvláštní pomůcky patří signalizace bytového nebo domovního zvonku, včetně instalace, aplikace do telefonu, programy do osobního počítače pro edukaci a reedukaci sluchu, nácvik odezírání, indukční smyčka, telefonní zesilovač aj. Pokud je nárok na příspěvek přiznán, spoluúčast je vždy 10% z ceny pomůcky, nejméně 1000 Kč. Příspěvek dostávají pouze osoby, jejichž příjem je nižší než osminásobek životního minima.

Většina (96 %) respondentů si myslí, že doplatek na kompenzační pomůcky je vysoký, pouze 4 % si myslí, že vysoký není. Výsledek ovlivnila skutečnost, že většina respondentů byli senioři, kteří obecně disponují s menším objemem finančních prostředků. Při rozhovoru často odpovídali, že na nové sluchadlo šetří v podstatě stále nebo nejdéle dva roky před vznikem nároku na nové. Často sluchadla vyměňují déle než po pěti letech, kdy výměnu umožňuje zdravotní pojišťovna.

Průkaz osoby se zdravotním postižením (ZP, ZTP, ZTP/P) vlastní 24 % respondentů, nevlastní 76 % respondentů. Snažila jsem se zjistit na Úřadu práce, kolik sluchově postižených žádalo v loňském roce o průkaz osoby se zdravotním postižením a kolika bylo vyhověno. Bohužel taková evidence neexistuje. Průkazy zdravotně postižených se nevidují dokonce vůbec. I z tohoto důvodu se budou tyto průkazy

v letošním roce (od 1.4.2015 do 31.12.2015) měnit. Průkazy OZP budou mít podobu plastové kartičky. Rozsah výhod se bude lišit podle typu průkazu OZP, který vychází z předchozího posouzení zdravotního stavu žadatele. V celé republice se bude výměna týkat přibližně 230 tisíc klientů. Od 1.1.2015 mají klienti také možnost sami si zvolit, zda si přejí na průkazu uvést symbol označení osoby s úplnou nebo praktickou hluchotou nebo osoby hluchoslepé.

Obdobná situace je i v evidenci žadatelů o invalidní důchod. Okresní správa sociálního zabezpečení neviduje žadatele o invaliditu z důvodu sluchového postižení.

5.4 Kazuistická studie

Adam – narozen 2004

Diagnóza: lehká mentální retardace, vývojová dysfázie, oboustranně lehká percepční nedoslýchavost

Rodinná anamnéza: Matka 36 let, nezaměstnaná, otec neuveden, sourozence nemá. Bydlí v panelovém bytě s matkou a jejím přítelem.

Osobní anamnéza: Dítě je z druhého těhotenství, gravidita bez komplikací. Porod dlouhý, komplikovaný, dítě kříšeno. Je v neurologické péči, dochází na logopedii, na speciálně pedagogickou reedukaci zaměřenou na rozvíjení psychomotoriky.

2006 – 2 roky

Psychomotorika – v 18 měsících opožděný psychomotorický vývoj (od 9 měsíců rehabilitace), ve 12 měsících se otáčel, nyní leze, obchází nábytek, nechodí, hraje si s hračkami oběma rukama, dává je do úst, dlaňový úchop, umí dětské hříčky.

Ve 21 měsících – samostatná chůze o široké bázi, ruce zvednuté, potíže s udržením rovnováhy, vážne komplexní koordinace pohybů. Staví kostky, prohlíží si knížky, více se snaží a opakuje, ale také nereaguje na zavolání, kontakt naváže po dotyku, výzvě nevyhoví, hračku nepodá.

Řeč – opožděný vývoj řeči, říká slabiku „mám“, jinak jen zvuky zvířat, brouká si – vokalizace.

Sluch – první vyšetření na foniatrii, otoakustické emise (nález oboustranně pozitivní), omezené reakce na zvuk, reaguje na silné zvukové podněty úlekem, pouze v případě, že není zaměstnán hrou, někdy reaguje na pískací hračky, změny jsou nekonstantní, podezření na sluchovou poruchu nebo na nevyzrálou sluchovou kůru (zaměření pozornosti), což však nevysvětluje omezený pátrací reflex na zvuk.

Závěr - opožděný psychomotorický vývoj s dominantním opožděným vývojem řeči, centrální hypotonický syndrom, porucha sluchu, eventuelně porucha pozornosti. Dochází na rehabilitace, na foniatrii, na logopedii, hospitalizace na neurologické klinice.

Doporučení - stimulace sluchu a řeči, sluchově řečová výchova, více komentovat činnosti, přiřazovat předmětům zvuky, sledovat reakce na silné i slabší zvukové podněty.

2007 – 3 roky

Psychomotorika - stoj i chůze normální, reaguje jen na některé pokyny, na zavolání a na výzvy někdy vůbec nereaguje, v knize pozná zvířata, traktor aj., lehce preferuje levou ruku.

Řeč – nemluví, žvatlání při hře, slova máma, táta, ale spíše neadresně, povídá si pro sebe slabiky.

Sluch – žádná reakce na řehtačku, provedena tympanometrie, otoakustické emise, vyšetření CERA v sedaci, chlapec plakal, křičel, bránil se nalepení elektrod. CERA nález - praktická hluchota oboustranně, orientačně provedeno také vyšetření BERA s nálezem menších sluchových ztrát do 40 – 50 dB. Vzhledem k diskrepancím nálezů, je vyšetření CERA po týdnu opakováno s nálezem těžké nedoslýchavosti se ztrátou 70 – 80 dB oboustranně. Provedeny otisky a po měsíci zkoušena sluchadla. Po nasazení sluchadel se snaží najít zvuk, reaguje, hledá mluvčího. Sluchadla poté nosí bez problémů celý den. Sluchově se lépe orientuje.

Závěr - vývojová retardace s dominující poruchou vývoje řeči, porucha sluchu, hyperkinetická porucha pozornosti, centrální hypotonický syndrom, podezření na autismus.

Doporučení – intenzivnější logopedická péče (dosud 1x za 2 -3 měsíce), psychologická péče, rozvoj motoriky, vhodná mateřská škola pro sluchově postižené

Mateřská škola pro sluchově postižené – nástup 9/2007 na diagnostický pobyt, zpočátku docházka několik dní v týdnu pro problémy s udržováním hygieny, sebeobsluhou a hyperaktivitou. Postupně zavedena pravidelná docházka po celý týden, matka chlapce denně dováží. Zpočátku se učil znakový jazyk, postupně opuštěno.

2008 – 4 roky

Psychomotorika – opožděný psychomotorický vývoj, centrální hypotonický syndrom u rizikového dítěte.

Stále pomočování ve dne i v noci, nosí pleny, na nočník si neřekne.

Řeč – brebtá nesrozumitelné slabiky, občas spojí auto, máma, táta, ale ne cíleně, slovní zásoba čítá asi 20 slov.

Sluch – provedeno vyšetření CERA – ztráta oboustranně 70 - 80 dB. Matka žádá, na doporučení učitelek ve speciální mateřské škole, vyšetření sluchu v Praze Motol. Mají pocit, že dítě slyší lépe než udávaná těžká nedoslýchavost. Chlapec reaguje na pokyn hovorovou řečí bez sluchadla i z místnosti do místnosti. Při vyšetření na zvuky hraček nereaguje, ale na oslovení šepotem pátrací reakce minimálně ze 3 metrů. Hovorovou řečí (oslovení, sykavky) a zvonečkem reaguje pátrací reakcí ze 6 metrů. Vyšetření RM ve VP na frekvencích 1-2 kHz: při podnětu z levé strany pátrací reakce hlavou při 40 dB. Při podnětu z pravé strany pátrací reakce oči při 40 – 50 dB. Tzn. lehká nedoslýchavost (vpravo hraniční).

Psychologické vyšetření – provedeno v MŠ pro sluchově postižené Plzeň, diagnostikována mentální retardace s dominujícím opožděným vývojem řeči.

Závěr – vývojová retardace s dominující poruchou vývoje řeči. Porucha pozornosti s hyperaktivitou. Oboustranná porucha sluchu. Nelze vyloučit vývojovou dysfázi.

Doporučení – na foniatrii zahájit nácvik audiogramu v sérii, nejprve ve volném poli na frekvencích 0,5 – 4 kHz a později i nácvik do sluchátek. Dle výsledku vyšetření úprava nastavení sluchadel. Logopedická péče v mateřské škole. Pravidelné vysazování na nočník podle hodinek.

2009 – 5 let

Psychomotorický vývoj – výrazné asociované pohyby, motorický neklid, motorická neobratnost, povšechně nižší svalové napětí, jemná motorika přiměřená věku. Stoj i chůze normální

Denní pomočování vymizelo.

Lehká oční vada

Řeč – výrazná dyslalie

Sluch – porucha sluchu, beze změny

Psychologické vyšetření – lehká mentální retardace

Závěr – porucha sluchu, lehká mentální retardace, hyperaktivní porucha pozornosti

Doporučení – zkusit preparáty s Omega 3 mastnými kyselinami, kontrolní EEG vyšetření (dětská neurologie), navštěvovat logopedii, foniatrii.

2010 – 6 let

Psychomotorický vývoj – samostatně chodí, běhá, chodí do schodů i ze schodů, manipuluje s drobnými předměty. Zvládá špetkový úchop. Tužku drží mezi prsty a palcem, tlak na podložku je zvýšený. Nakreslí kruh a svislou čáru. Naznačuje kresbu slunce. Nedokáže namalovat postavu. Přiřadí základní barvy, sám složí obrázek ze dvou částí, ze čtyřech částí složí s pomocí. Rozstříhaný tvar sám nesloží. Viděné obrázky sám nepozná, nepamatuje si je. Dodržuje pravidla chování. Správně reaguje na pokyny autority. Náročnější úkoly samostatně neplní. Má krátkou dobu koncentrace, sníženou vůli.

Řeč – mluví jednoslovně, netvoří věty, zopakuje zvuky zvířat, sdělí své jméno.

Sluch – středně těžká oboustranná percepční sluchová vada, kompenzace naslouchadly. Lokalizuje zvuky, jejich směr. Rozumí jednoduchým slovním pokynům.

Prahový slovní audiogram – dítě nespolupracuje, provedena dětská slovní audiometrie bez sluchadel. Je rozdíl, pokud má a nemá sluchadla, větší reakce na zvuky a chlapec je celkově se sluchadly klidnější.

Závěr – oboustranná středně těžká percepční sluchová vada, vývojová dysfázie, lehká mentální retardace, dosahuje průměrně věku 3,5 let. (Dle vyšetření speciálně pedagogické poradny odpovídá hrubá a jemná motorika 4 rokům, grafomotorika 3 rokům, zrakové vnímání 3,5 rokům, komunikace 3 rokům, prostorové představy 3 rokům, matematické představy 3 rokům, socializace 4,5 rokům)

Doporučení – docházka do mateřské školy pro sluchově postižené, odklad školní docházky o 1 rok, doporučen nástup do základní školy praktické, pravidelná logopedická péče, rozvoj individuálních činností v SPC (smyslové vnímání, komunikace, porozumění, rozvíjení slovní zásoby, rozvoj grafomotoriky).

2011 – 7 let

Psychomotorický vývoj – chodí po schodech, střídá nohy, stojí se zavřenýma očima, navlékne korále. Tužku drží mezi prsty a palcem. Ruce střídá, není vyhraněná P/L ruka. Spontánní kresba je na úrovni pojmenované čáranice. Postavu nenakreslí. Vyhledá objekt na pozadí. Jmenuje obrázky zleva doprava. Obrázek lišící se detailem nenajde. Složí obrázek ze dvou částí, ze 4 částí s pomocí. Viděné obrázky částečně pozná, na místo je správně neumístí. Rozumí pojům nahoře – dole. Neurčí pojmy nad, vedle, první, poslední. Vlevo – vpravo na vlastním těle správně neukáže. Ve dnech

v týdnu se neorientuje. Nesestaví dějovou posloupnost. Určí velký – malý, menší – větší neurčí. Vyjmenuje číselnou řadu do 7, množství určí do 4. Určí a pojmenuje základní tvary. Dodržuje základní pravidla chování. Reaguje na pokyny autority. Je schopen práce velmi krátce a jen pod přímým dohledem. Veškeré činnosti ovlivňuje těžká porucha koncentrace, psychomotorický neklid, snadná unavitelnost.

Užívá léky kvůli pomočování, do autobusu nosí plenu.

Řeč – mluví jednoslovně, věty netvoří. Na věk 7 let chudá aktivní i pasivní slovní zásoba. Obtíže se stavbou věty, tvoří pouze 2 – 3 slovné věty s poruchou syntaxe. Nedaří se tvoření záporu (nejí, nejde – tvoří: jede ne, jí ne atd.). Nacvičeny hlásky BTM, DTN, J, H, CH – ještě nejsou v řeči zafixovány. Ostatní hlásky nacvičuje dle artikulačních okruhů. Nepoužívá předložky ani zvrtné částice. Výrazně narušeno sluchové vnímání. Vážně zrakové vnímání – obtíže ve vyhledávání stejných tvarů.

Sluch – dětský percepční test se sluchadly 50% na 40 dB, bez sluchadel 90% na 30 dB. CERA vyšetření ukázalo stejný výsledek, jako před rokem – oboustranně lehká – středně těžká percepční nedoslýchavost. Sluchadla přeladěna podle aktuálního stavu sluchu. Po půl roce proveden Pilot test – obrázkový audiogram – reakce správně oboustranně do 25 dB. Opakované CERA vyšetření. Využívá odezírání, dovede se krátkou dobu soustředit na mluvčího. Subjektivní práh neodpovídá prahu sluchu zjištěného objektivní audiometrií.

Závěr – dítě s kombinovaným postižením, sluchová vada negativně ovlivňuje již v základu opožděný psychomotorický vývoj a zejména vývoj logického a abstraktního myšlení a vývoj řeči, který je navíc komplikován vývojovou dysfázií. Lehké mentální postižení dosahuje schopností průměrně na úrovni věku 4 let. Za posledních 10 měsíců došlo jen k malému rozvoji. Jedná se o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, při zařazení do ZŠ praktické je doporučeno vzdělávání podle IVP s ohledem na sluchovou vadu.

Doporučení – Docházka do SPC, případně individuální práce s paní učitelkou, pokračovat v logopedické péči, nácvik audiometrického vyšetření pro zpřesnění diagnózy sluchového postižení v SPC v Plzni. Doporučené pomůcky – dětské slovníky, encyklopedie, pexesa, jakýkoliv názorný a obrazový materiál, pracovní listy, PC programy. Rozvoj slovní zásoby a vyjadřování v krátkých větách. Rozvoj grafomotoriky, fonemického sluchu, orientace v základních časových a prostorových pojmech.

Škola by měla dodržovat zásady komunikace a výuky se sluchově postiženým, dle metodických materiálů SPC. Ponechat vždy možnost odezírání. Vzdělávání dle RVP na základní škole praktické. Návuk trivia rozfázovat do kratších bloků, zpomalit tempo. Vhodný je návuk relaxačních technik (například dechová cvičení, jóga atd.)

2012 – 8 let

Psychomotorický vývoj – při kresbě naznačuje postavu. Píše tvary písmen a, e, i, u, m. Ruka je neuvolněná. Vyhledá objekt na pozadí, odliší dva překrývající se obrázky. Jmenuje objekty zleva doprava. Roztleská slova na slabiky. Slovo začínající určitou hláskou neurčí. Slovo z hlásek nesloží. Rytmus jednoduchého tleskání nenapodobí. Nahoře – dole určí, nad, pod, vedle, mezi, neurčí. Přiřadí činnosti pro ráno, poledne, večer. Obrázky posloupnosti děje nesestaví. Dny v týdnu neurčí. Určí malý, velký, dlouhý, široký. Roztřídí předměty podle druhu, barvy, velikosti. Prvky od nejmenšího po největší sám neseřadí. Vyjmenuje číselnou řadu do 5, sčítá a odečítá v oboru 5. Reaguje na pokyny autority učitele. Pracuje jen pod dohledem. Práci sám nedokončí. Minimální koncentrace. Špatně se orientuje v novém prostředí.

Řeč – patlá výslovnost, věty mají 1 – 2 slova. Rozumí více pokynům, přetrvává velmi nízká slovní zásoba, pokroky jsou ale patrné. Umí již H, do slov ho zapojuje jen občas. L umí, ale nezapojuje, stejně tak Z, S, C, Š – nepřesné, ale srozumitelné. Ž, R, Ř není. Často přitakává „jo“, přestože nechápe. Vlastní řeč je srozumitelnější. Slovo ve správném tvaru do příběhu nedoplní. Čte písmena A, E, I, U, M. Spojuje je do slabik, čte ma, mi, me nebo je umí zpaměti? Známa slova opisuje, přepisuje.

Sluch – proveden Pilot test – oboustranně reakce do 25 dB. Audiogram není možné natočit. Práh sluchu pouze s velmi malou vadou. Sluchadla patrně nutná pouze při komunikaci ve škole a více lidmi. Dítě sluchadla vyžaduje a používá je pravidelně. Využívá odezírání.

Psychiatrické vyšetření – provedeno pro ADHD a pomočování. Nasazen Ritalin s dobrým efektem. Chlapec se lépe soustředí, ustoupily projevy hyperaktivity, zejména při učení. Venku a při běžném pohybu je stále obtížně ovladatelný.

Psychologické vyšetření – 2/2012 – střední pásmo lehkého mentálního defektu - aktuální intelektové výkony dosahují celkově 59 bodů IQ, těžce je opožděna verbálně - logická složka intelektu, kde výkony dosahují 40 bodů IQ v kombinaci s těžkou dysfázií. Především je postižena expresivní složka řeči, více než složka porozumění.

Těžce disproporční rozvoj intelektu, těžce opožděná grafomotorika, lehčí porucha pozornosti. 5/2012 – chronologický věk 8 let a 2 měsíce a psychologické techniky ukázaly na jeho aktuální rozvoj mentálních schopností, který odpovídá 5 rokům a 2 měsícům. Převáděno na body IQ, tj. hodnota IQ 61, což odpovídá pásmu lehkého mentálního defektu, kdy výsledek je ve středu pásma. Nejvíce je narušena oblast verbálně logická, data si osvojuje mechanicky, neumí je použít.

Závěr – chlapec s kombinovaným postižením, docházka do školy mu svědčí. Učivo zvládá s obtížemi. Vše musí být mnohokrát procvičeno, učí se převážně mechanicky, naučené úkoly zvládá dobře. V logických úkolech selhává. Ve třídě je dobře zařazen a dělá pokroky. Jedná se o žáka se zvláštními vzdělávacími potřebami. Výkony jsou nevyrovnané a ovlivněné nízkou koncentrací. Intelekt odpovídá zařazení žáka ZŠ praktické, není vhodné, vzhledem k stupni mentálního postižení, zařazení do ročníku ZŠ speciální. Nutné zpracování IVP. Ve věci sociálního zabezpečení jsou vzhledem k popsáním potížím a diagnóze na rodinu kladeny zvýšené nároky. Dítě potřebuje dohled a dopomoc v běžných situacích, nedokáže požádat o pomoc, sdělit své potřeby, špatně se orientuje ve svém prostředí.

Doporučení - pokračování v logopedické péči, pokračování v nácvičku audiometrického vyšetření pro zpřesnění diagnózy sluchového postižení.

2013 – 9 let

Psychomotorický vývoj – bez výraznějších změn, největší problémy v matematice s počítáním. Omezený sociální kontakt. Úkoly je nutné opakovat, vysvětlovat, upřesňovat, emočně stabilní.

Řeč – patrná dysfázie, omezené vyjadřovací schopnosti a slovní zásoba.

Sluch – při vyšetření prahovým audiogramem – oboustranně v řečových funkcích ztráta 30 – 40 dB. V tiché místnosti reakce bez sluchadel dobré. Pokud je více lidí a na logopedii musí mít sluchadla. Nová sluchadla, která odpovídají lehčí poruše sluchu.

Psychologické vyšetření – bylo realizováno v době, kdy dítě dosáhlo chronologického věku 9 let a 10 měsíců a psychologické techniky ukázaly na jeho aktuální rozvoj mentálních schopností, který odpovídá 5 rokům a 8 měsícům. Pokud toto převedeme na body IQ, tak dosáhneme hodnoty IQ 57, což odpovídá pásmu lehkého mentálního defektu, kdy výsledek je ve středu pásma. Nejvíce je narušena

oblast verbálně logická. Je schopen mechanicky si zapamatovat některá data a nenarušeno jejich praktické využití i propojení s dalšími informacemi a znalostmi. Organické změny v CNS.

Závěr – lehká mentální retardace, výsledek ve středu pásma, vývojová dysfázie při oboustranné poruše sluchu, korigované sluchadly.

Doporučení – pokračování v logopedické péči, nácvik audiometrického vyšetření

2014 – 10 let

Psychomotorický vývoj – bez výraznějších změn. Běžným každodenním pokynům rozumí, při nových složitějších pokynech selhává. Přetrvává výrazná porucha koncentrace pozornosti.

Řeč – přetrvává chudší slovní zásoba a omezené vyjadřovací schopnosti. V řeči se vyskytují dramatismy a poruchy syntaxe. Zvratné části a předložky nepoužívá správně. Samostatné vyprávění krátkého příběhu podle obrázku nezvládne. Narušena sluchová diferenciací jednotlivých hlásek ve slovech. Nacvičeny hlásky BPM, DTN, V, F, J, H, CH, ĎŤŇ, Č, ale nejsou v řeči zafixovány. Š v nácviku. CSZ/ČŠŽ – sykavková asimilace. L, RŘ netvoří. Chlapec má narušeno rozumění řeči.

Sluch – nastaveno a naladěno nové sluchadlo. Chlapec byl poučen o obsluze a byla zahájena rehabilitace sluchu se sluchadlem. Slovní audiogram prokázal dobrý zisk. Rozumění řeči bez odezírání na 5 m. Po půl roce proveden obrázkový audiogram – ztráta 30 – 40 dB – bez vývoje.

Závěr a doporučení – jedná se o stav trvalý, nutná logopedická péče a nošení sluchadel.

Zhodnocení kazuistické studie

Pro podrobné zpracování kazuistické studie jsem se rozhodla pro kombinované postižení chlapce, jeho nerovnoměrný vývoj a diskrepance sluchových vyšetření. Dále jsem chtěla poukázat na náročnost péče o takto postižené dítě na malém městě. Byly použity dostupné lékařské zprávy z neurologie, foniatrie, psychiatrie, psychologická vyšetření, zprávy od klinické logopedky a SPC poraden. Dále jsem se několikrát sešla s matkou a třídní učitelkou Adama.

Odlíšného psychomotorického vývoje si matka všimla relativně brzy. Chlapec při srovnání s jinými dětmi nezvedal hlavu, neotáčel se a nedokázal sedět. Začali chodit na rehabilitace a později na dětskou neurologii v Domažlicích. Zvláštnost sluchového vnímání si začala matka uvědomovat okolo synova 1,5 roku, když nereagoval na zavolání a téměř nemluvil. Přesto první foniatrické vyšetření v Plzni absolvoval až ve 2 letech na doporučení logopedky. Sluchová vyšetření vykazovala značné rozdíly, které lékaři připisovali nejen vadě sluchu, ale také nevyzrálosti sluchové kůry v oblasti zaměření pozornosti. Ve třech letech dostal Adam po několika vyšetřeních sluchu závěsné sluchadlo, na které hned pozitivně reagoval.

Jelikož na Domažlicku není školka ani škola pro sluchově postižené, byla Adamovi doporučena Mateřská škola pro sluchově postižené v Plzni. Chlapec s matkou denně vstávali v 5 hodin ráno, aby stihli do 60 km vzdálené školy dojet včas. Škola byla do půl jedné. Matka zde čekala v místnosti pro rodiče, kde trávila čas na počítači nebo se procházela po Plzni. Adam byl ve školce spokojený a náročné dojíždění mu nevadilo. Učitelky se s ním pokoušely dorozumívat znakováním a obrázky. Chlapec, byl zvyklý z domova komunikovat mluvenou řečí, popřípadě odezíráním a tento systém komunikace dlouho nechápal. I když později se částečným znakováním byl schopen domluvit s ostatními dětmi, byl tento způsob komunikace opuštěn. V 6 letech absolvoval zápis do Základní školy pro sluchově postižené v Plzni, kde mu byl doporučen odklad školní docházky. Vzhledem k pozitivnímu vývoji sluchového vnímání a mentální retardaci byla Adamovi doporučena Základní škola praktická v Horšovském Týně. Do plzeňské mateřské školy jezdili od pondělí do čtvrtka, v pátek ráno jezdili na logopedii do Domažlic a odpoledne na rozvíjení psychomotoriky do SPC v Horšovském Týně. V 7 letech nastoupil Adam do první třídy základní školy praktické. V první třídě byly pouze 3 děti, učitelka měla na vzdělávání chlapce dostatek prostoru a to se velmi pozitivně odrazilo v jeho vývoji. Nyní navštěvuje 4. ročník, škola ho baví, je

klidnější. Matka hodnotí výsledky i drobných pokroků ve vzdělávání velmi pozitivně, protože první předpovědi odborníků hovořily o nevzdělavatelosti dítěte. Matka je pouze znepokojena, že si chlapec nechá vše líbit, nechá si ubližovat, nechápe, proč by neměl rozdávat své školní pomůcky nebo svačiny. Učitelka Adama hodnotí, jako hodné a snaživé dítě. Dříve chodil do kroužku „Pastelka“, dnes žádný kroužek nenavštěvuje, ale baví ho basketbal. Stále je v péči klinické logopedky v Domažlicích. Jednou týdně dochází do SPC, kde pracuje se speciální pedagožkou na rozvoji psychomotoriky.

Do roku 2014 prošel hoch různými audiologickými vyšetřeními - CERA, BERA, tympanometrií, otoakustickými emisemi atd. Přetrvává snaha, aby chlapec pochopil princip tónového audiometrického testu. Zatím je využíván obrázkový audiogram - rychlý test sluchu (pouze minutu na každé ucho) pro děti od 2 let, tzv. Pilot test. Dítě se formou hry snaží získat „Pilotní průkaz“. V současnosti je stav sluchu ustálen na oboustranně lehké percepční nedoslýchavosti. Sluchová vada je kompenzována jedním zvukovodovým sluchadlem. Sluchadlo je vzhledem k mentální retardaci hoča pevně nastaveno, není možnost jej ovládat. I přes doporučení foniatrie, matka dítěti sluchadlo do školy nedává. Má strach, že chlapec jej při tělesné výchově ztratí nebo rozbije. S učitelkou se slušně dorozumí odezíráním. Otázkou je, kolik informací se k chlapci s ohledem ke sníženým rozumovým schopnostem a náročnosti odezírání dostane. Sluchadlo nosí pouze doma, kde je pod dozorem matky.

Rodina se kvůli škole přestěhovala do Horšovského Týna. Matka žije s přítelem. Mateřská dovolená jí byla prodloužena do 7 let dítěte. Do zaměstnání nechodí. Pobírá příspěvek na péči 2. stupně 6000 Kč, přídavek na dítě 610 Kč a dále je jí doplácena sociální podpora 2000 Kč. Otec Adama je anonymní, nedostává tedy výživné na dítě. Finančně rodině někdy vypomáhají prarodiče.

Je patrné, že matka je velmi starostlivá, chlapci se věnuje a ten tak vyrůstá v podnětném a láskyplném prostředí. Adamovu budoucnost matka zatím neřeší.

5.5 Závěry šetření

Na základě výsledků vyhodnocených dat jsem dospěla k následujícím závěrům:

H1: Péče o dítě s lehčím stupněm sluchové vady je na domažlickém okrese dostačující.

Průzkumným šetřením bylo zjištěno, že v domažlických školách je integrováno pět sluchově postižených dětí. Jedno je na SOU, další navštěvuje ZŠ praktickou. Tři děti jsou na jedné základní škole. Dvě jsou nedoslýchavé a vadu kompenzují sluchadly, jedno dítě má kochleární implantát. Nemají asistenta pedagoga, dítě s kochleárním implantátem je vzděláváno podle individuálního vzdělávacího plánu. Tato škola má s integrovanými žáky zkušenosti, má jich v současné době padesát. 34 škol by po individuálním zvážení bylo ochotno integrovat dítě s postižením sluchu, které by se domluvilo mluvenou řečí. Myslím si, že toto číslo by bylo vyšší, kdyby byla sluchovému postižení věnována mezi pedagogy větší osvěta. Pro sluchově postižené děti je na Domažlicku zajištěna péče: ORL, klinické logopedky, pedagogicko - psychologické poradny, speciálně pedagogické poradny, popřípadě asistenta pedagoga. Dále zde působí Klub Pavučinka, který pořádá sociálně aktivizační programy i pro sluchově postižené děti. Pro děti s těžší sluchovou vadou, které nemohou být integrovány do běžných škol, péče zajištěna není. Přimo v Domažlicích není raná péče. Středisko rané péče je v Plzni, Domažlice spadají do jeho územní působnosti. Na Domažlicku není foniatrie, ale jestliže děti mají nastavená sluchadla nebo řečový procesor kochleárního implantátu, foniatrii často navštěvovat nepotřebují. Každodenní péče je pro ně zajištěna. Tato hypotéza na základě výzkumného šetření byla **potvrzena**.

H2: Největším problémem pro sluchově postižené na Domažlicku je chybějící foniatrie.

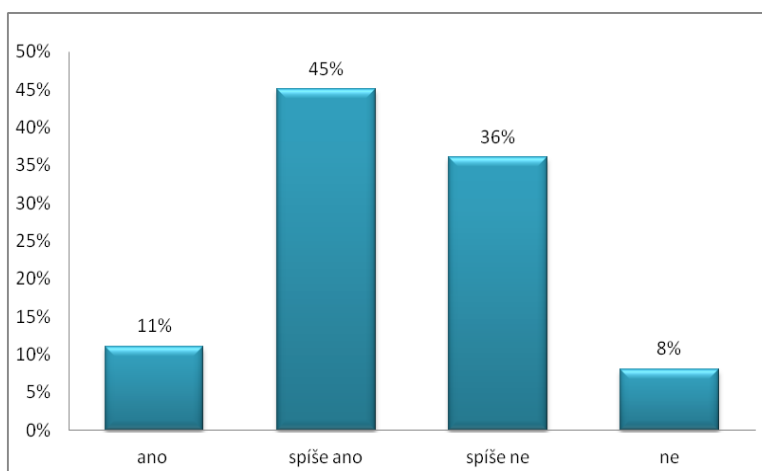
Průzkumného šetření se zúčastnilo nejvíce respondentů v seniorském věku 61 let a více (71 %). Lidé mladší generace si za foniatrií bez problémů dojedou a tento fakt nevnímají tak citlivě. Starší lidé neradi jezdí někam, kde to neznají, zvláště z vesnice do velkého města. Tato skutečnost je násobena obavou z komunikačních problémů, které mohou být vlivem poruchy sluchu velmi významné. Poškození sluchu ve stáří může být doprovázeno dalším motorickým a smyslovým deficitem. Někteří senioři nejsou už tak

samostatní a potřebují cestovat s doprovodem, který mnohdy nemají. S foniatří je spojen výdej sluchadel a jejich servis je také vázán na větší město. Není ničím vyjímečným, že musí sluchově postižený jet 130 km do Prahy pro drobnou podložku pod filtr zvukovodového sluchadla. Zanedbatelné nejsou ani náklady na cestování. Foniatrie chybí většině (93 %) respondentů a tato hypotéza byla na základě průzkumného šetření **potvrzena**.

H3: Sluchově postižení nejsou s péčí ve svém okrese spokojeni.

Graf 20

19. Považujete péči o sluchově postižené ve Vašem okrese za dostačující?



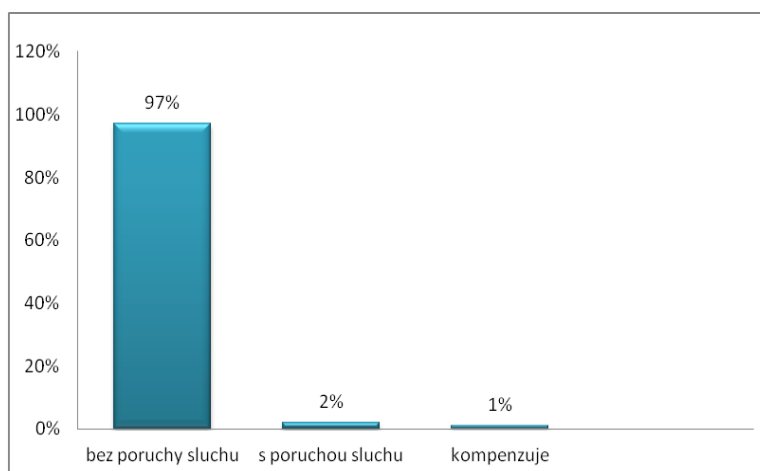
Šetřením v průzkumném vzorku bylo zjištěno, že péči o sluchově postižené ve svém okrese považuje za dostačující 9 (11%) osob, spíše ano 36 (45%) osob, spíše ne 29 (36%) osob a ne odpovědělo 6 (8%) osob. Převládá kladný názor (56%), tato hypotéza na základě výzkumného šetření **potvrzena nebyla**.

H4: Sluchově postižení dospělého věku se obtížně evidují.

Výskyt osob se sluchovým postižením v populaci je velmi těžké zjistit. Na tuto otázku nelze najít uspokojivou odpověď, protože statistiky neexistují. Většinou odborná literatura uvádí údaj, že různým stupněm sluchového postižení trpí přibližně 5% populace a prevalence se zvyšuje s věkem. Problém už je v objektivním vymezení pojmu, podle kterého by se sluchově postižení rozdělovali. Největší pozornost v tomto ohledu je věnována sluchově postiženým dětem, které prošly různou medicínskou, školní i sociální péčí. Starší lidé, jejichž sluch se zhoršil z důvodu věku, a kteří nemají potřebu být z důvodů sluchového postižení někde organizováni nebo svůj handicap řešit a kompenzovat, evidováni nikde nejsou. Pro ilustraci tohoto problému uvádím, kolik těchto sluchově postižených může být v dokumentaci praktického lékaře nebo v domově pro seniory.

Graf 21

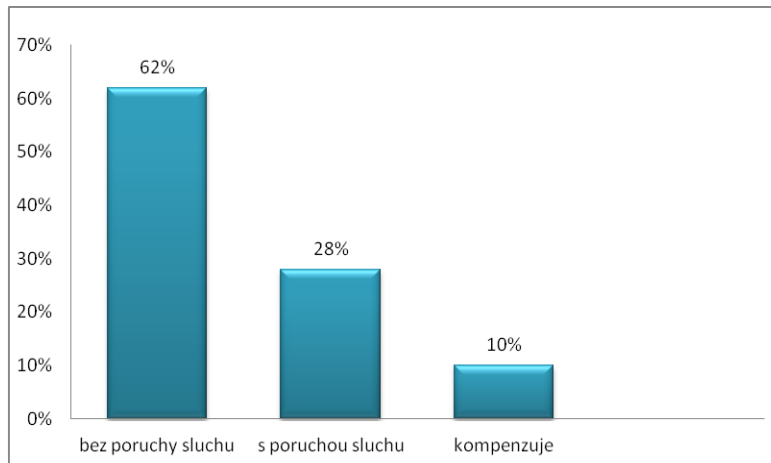
Sluchově postižení v dokumentaci praktického lékaře



Praktický lékař má v evidenci 1942 pacientů, 1890 (97%) pacientů je bez sluchového postižení, 52 (3 %) pacientů má poruchu sluchu, z toho ji pouze 12 (1%) pacientů kompenzuje. Pacientů, kteří svoji sluchovou vadu nijak neřeší, je 40 (2%).

Graf 22

Sluchově postižení v domě pro seniory



V domově pro seniory bylo celkem 104 obyvatel, 64 (62 %) je bez poruchy sluchu, 40 (38 %) obyvatel trpí poruchou sluchu z toho pouze 11 (10%) obyvatel svoji vadu kompenzuje. Klientů, kteří svoji vadu sluchu nijak neřeší, je 29 (28 %).

Tato hypotéza byla na základě průzkumného šetření **potvrzena**.

Závěr

Problematika sluchového postižení je velmi obsáhlá. Nejvíce se prolíná oblastmi zdravotnictví, školství a sociální péče. Předkládaná diplomová práce analyzuje péči o člověka se sluchovým postižením v těchto resortech v Domažlicích a okolí. Na Domažlicku žije přibližně 61 tisíc obyvatel. Určit, kolika lidí se sluchové postižení týká je těžké, protože stejně, jako v celé České republice, přesná evidence neexistuje.

Sluchové postižení u dětí je poměrně vzácné. V loňském roce nebyl při screeningu novorozenců podchycen žádný se sluchovým postižením. Péče o děti s lehkou sluchovou vadou nebo s kochleárním implantátem je na Domažlicku do určité míry zajištěna. Nejpalčivějším problémem pro všechny věkové kategorie sluchově postižených, je chybějící foniatrie, za kterou musí dojíždět i 130km. I když se tohoto oddělení netýká každodenní péče, je velmi důležitou součástí života sluchově postiženého jedince. Domažlické sluchově postižené děti, které jsou integrovány v běžné škole, se domluví mluvenou řečí, kterou mohou precizovat na klinické logopedii. K dispozici mají služby pedagogicko psychologické poradny a speciálně pedagogického centra. Pro děti s těžším postižením sluchu je péče ve všech sledovaných resortech problematická.

Nejvíce zastoupenou skupinou sluchově postižených jsou senioři, kteří přišli o sluch ve stáří. Nedostatky v péči o jejich postižení vnímají citlivěji než lidé v produktivním věku. Jsou limitováni věkem, který s sebou přináší zdravotní omezení, zhoršenou orientaci v technických a legislativních novinkách, ztíženou mobilitu a úbytek finančních prostředků. Postižení sluchu je provázáno se snížením komunikačních schopností. Tato skutečnost může zásadně ovlivňovat život takto postiženého člověka. Odráží se v ostychu při komunikaci na úřadech, v obchodech, u lékaře, s přáteli a může vést k úplné sociální izolaci. O lidech s postižením sluchu se toho ve společnosti mnoho neví a často se lidé domnívají, že stačí při komunikaci zvýšit hlas nebo nedoslýchavého zaměňují za nechápavého. Struktura péče o sluchově postižené by měla být orientována na zlepšení životních podmínek, na zvyšování kvality života úrovní legislativních opatření a cíleným vzděláváním a osvětou většinové části společnosti.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů:

1. BARTOŇOVÁ, M., BYTEŠNÍKOVÁ, I., VÍTKOVÁ, M., ET.AL, *Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřské škole*, Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-237-6
2. BARTOŇOVÁ, M., PITNEROVÁ, P. A KOLEKTIV, *Strategie vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na střední škole*, 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-6001-2.
3. BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. ET. AL., *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami VII.*, 1. vyd. Brno: Paido, 2013. ISBN 978-80-7315-246-8.
4. BAZALOVÁ, B., *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích*. Brno: MU, 2006. ISBN 80-210-3971-X
5. BENDO VÁ, P., *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3853-6.
6. DOLEŽALOVÁ, L., *Terciální vzdělávání studentů se sluchovým postižením v České republice*, 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, ISBN 978-80-210-5993-1.
7. FEDERACE RODIČŮ A PŘÁTEL SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH, O.S., *Adresář služeb nejen pro neslyšící*, 11. aktualizované vyd., Praha 2011, ISBN 978-80-86792-28-6.
8. HORÁKOVÁ, R., *Surdopedie*, 1.vyd. Brno: Paido, 2011, ISBN 978-80-7315-225-3.
9. HORÁKOVÁ, R., *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. 1. vyd. Praha, 2012. ISBN 978-802-6200-840.
10. HOUDKOVÁ, Z., *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*, Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-623-6.

11. HRUBÝ, J., *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*: 1. díl., 1. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1997. ISBN 80-7216-006-0.
12. HRUBÝ, J., *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*: 2. díl., 1. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. ISBN 80-7216-075-3.
13. JANOTOVÁ, N., SVOBODOVÁ, K. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*, 2. upravené vyd. Praha: Septima, 1998. ISBN 80-721-6050-8.
14. KOCUROVÁ, M., a kol. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*, Plzeň: Západočeská univerzita, 2002. ISBN 80-7082-844-7.
15. KOMORNÁ, M., *Systém vzdělávání osob se sluchovým postižením v ČR a specifika vzdělávacích metod při výuce*. 2. opravené vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008. ISBN 978-80-87153-60-4.
16. KRAHULCOVÁ, B., *Komunikace sluchově postižených.*, 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.
17. KUBOVÁ, L., *Speciální pedagogická centra*, 1. vyd. Praha: Septima, 1995, ISBN 80-85801-42-6.
18. KVĚTOŇOVÁ, L., (ED.), *Vysokoškolské studium se zajištěním speciálně pedagogických potřeb*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-141-6.
19. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-731-5063-8.
20. KYCLTOVÁ BEZDĚKOVÁ, J., *Učíme naše dítě mluvit*, 2. upravené vyd., Praha: Arista Books, 2014. ISBN 978-80-87867-10-5.
21. LANGER, J., *Popis aktuálního stavu na poli integrace dětí se sluchovým postižením*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2010-3.
22. MUKŠNÁBLOVÁ, M., *Péče o dítě s postižením sluchu*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2014. ISBN 978-80-247-5034-7.

23. POTMĚŠIL, M., *Čtení k surdopedii*, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0766-3.
24. POTMĚŠIL, M. a kolektiv, *Metodika práce se žákem se sluchovým postižením*, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3310-3
25. PIPEKOVÁ, J. ET. AL., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, 3. přepracované vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
26. PULDA, M., *Integrovaný žák se sluchovým postižením v základní škole*, 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-210-2481-X.
27. SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 987-80-247-1733-3.
28. STRNADOVÁ, V., *Současné problémy české komunity Neslyšících I. Hluchota a jazyková komunikace*. 1.vyd. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy. ISBN 80-85899-45-0.
29. SYCHROVÁ, P., *Podpůrná opatření a poradenské služby pro žáka s narušenou komunikační schopností v základní škole*, 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5860-6.
30. ŠEDIVÁ, Z., *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*, 1. vyd. Praha: Septima, 2006, ISBN 80-7216-232-2.
31. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A KOL., *Klinická logopedie*, 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
32. VALENTA, M. A kolektiv., *Přehled speciální pedagogické a školské integrace*, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
33. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
34. ZIKL, P., a kol., *Využití ICT u dětí se speciálními potřebami*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, ISBN 978-80-247-3852-9.

Seznam použitých internetových zdrojů:

1. AKSENOVOVA, Z.: Komunikace s osobami se speciálními potřebami. In: [online]. [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved=0CCwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.usl.upol.cz%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FZ.Aksenovova_%2520Komunikace_s_osobami_se_speci%25C3%25A1lnimi_potrebami.doc&ei=UsfcVO3ZHMX-UKfvvg7gC&usq=AFQjCNExNguOky8KDOXSb-e0fK_vPIKdQg
2. Analogová sluchadla: proLékaře.cz. [online]. © 2008-2015. 2015 [cit. 2014-12-12]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/vyhledavani?action=search&journal=&search=analogov%C3%A1+sluchadla>
3. APPN: Agentura Profesního Poradenství pro Neslyšící o.s. [online]. © 2014 [cit. 2014-12-12]. Dostupné z: <http://www.appn.cz/>
4. ASNEP: Asociace organizací neslyšících a nedoslýchavých a jejich přátel. [online]. © 2004-2015 [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <http://www.asnep.cz/>
5. Indikace kochleárního implantátu u dospělých: AudioNIKA Služby pro služby pro sluchově postižené. [online]. [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: <http://www.audionika.cz/>
6. Invalidita: Česká správa sociálního zabezpečení. [online]. [cit. 2015-02-06]. Dostupné z: [http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-
duchody.htm](http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-
duchody.htm)
7. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2>
8. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy v Praze. [online]. © 2013 – 2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/>
9. MYŠKA, P.: Postižení sluchu v dětském věku, následná léčebně-rehabilitační péče. *Pediatric pro praxi* [online]. 2007, s. 3 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: [http://www.solen.cz/artkey/ped-200702-
0006.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DMY%
B9ka%26sfrom%3D0%26s
page%3D30](http://www.solen.cz/artkey/ped-200702-
0006.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DMY%
B9ka%26sfrom%3D0%26s
page%3D30)

10. Nadační Fond Prolomené Ticho. [online]. 2007 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.prolomene-ticho.cz/>
11. Pedagogicko-psychologická poradna Domažlice:.. [online]. [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.pepor.pilsedu.cz/domazlice.html>
12. Předoperační příprava a pooperační péče o jedince s kochleárním implantátem: Logoped Online.cz. [online]. © 2010 [cit. 2014-12-22]. Dostupné z: <http://www.logopedonline.cz/vady-sluchu/kochlearni-implantat.html>
13. Sluchadla: Widex. [online]. ©2008 [cit. 2014-10-10]. Dostupné z: www.widex.cz
14. Středisko rané péče Tamtam Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s. [online]. © 2013 [cit. 2015-01-30]. Dostupné z: <http://www.tamtam-praha.cz/>
15. Teiresiás: Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky. [online]. 10. února 2015 [cit. 2014-11-13]. Dostupné z: <http://teiresias.muni.cz/>
16. Úhrada kochleárního implantátu: VZP Metodika. [online]. [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/ciselnik-860-metodika-860.pdf>
17. Výběr kandidátů: Centrum kochleárních implantací u dětí. [online]. [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: <http://www.ckid.cz/cile.asp>
18. Základy komunikace se sluchově postiženým klientem: Evropský sociální fond v ČR. [online]. © 2008 [cit. 2015-01-12]. Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/projekty/zaklady-komunikace-se-sluchove-postizeny-klientem?highlightWords=Z%C3%A1klady+komunikace+s+posti%C5%BEE%C3%BDm+klientem>
19. Zvláštní a rehabilitační pomůcky pro sluchově postižené: Centrum služeb pro sluchově postižené. [online]. [cit. 2015-02-06]. Dostupné z: <http://www.cespo.eu/>

Zákonné normy, interní předpisy

1. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.
2. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách
3. Zákon 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů
4. Zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
5. Zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění
6. Zákon 155/1998 Sb., o znakové řeči (novelizace 348/2008 Sb.)
7. Zákon 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře
8. Vyhláška 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních
9. Vyhláška 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
10. Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
11. Vyhláška 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením
12. Vyhláška 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory ve znění vyhlášky č. 156/1997 Sb.
13. Vyhláška 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Vztahy mezi pojmy integrace a inkluze, (Kocurová, 2002, s.17).....	41
Tabulka č. 2 – Průzkum škol.....	65
Tabulka č. 3 – Individuální integrace dětí s postižením.....	67
Tabulka č. 4 – Rozložení klientů Poradenského centra Domažlice.....	68

Seznam grafů

Graf 1	54
Graf 2	54
Graf 3.....	55
Graf 4.....	55
Graf 5.....	56
Graf 6.....	56
Graf 7.....	59
Graf 8.....	59
Graf 9.....	60
Graf 10.....	60
Graf 11.....	61
Graf 12.....	64
Graf 13.....	69
Graf 14.....	69
Graf 15.....	70
Graf 16.....	70
Graf 17.....	71
Graf 18.....	71
Graf 19.....	72
Graf 20.....	88
Graf 21.....	89
Graf 22.....	90

Seznam příloh

Příloha A – Dopis pro sluchově postižené.....	I
Příloha B – Dotazník pro sluchově postižené.....	II

Přílohy

Příloha A – Dopis pro sluchově postižené

Vážení,

obracím se na Vás s prosbou vyplnění přiloženého dotazníku, který je zcela anonymní. Studuji UJAK v Praze – obor Speciální pedagogika – učitelství. Tématem mé diplomové práce je „Péče o sluchově postižené v resortu zdravotnictví, školství a sociální péče“ a dotazník je jedním z podkladů pro její zpracování.

Cenné informace a zkušenosti mohu získat jen díky Vaší ochotě se o ně se mnou podělit. Předem Vám děkuji za spolupráci a čas, který vyplnění dotazníku věnujete. Zároveň Vám přeji ohleduplné spoluobčany a mnoho sil na cestě, která není vždy jednoduchá.

Příloha B – Dotazník pro sluchově postižené

1. Jsem muž nebo žena?
2. Do jaké věkové skupiny patříte?
 - 15 – 22 let
 - 23 – 30 let
 - 31 – 40 let
 - 41 – 60 let
 - 61 – 65 let
 - více než 65 let
3. Jaké je Vaše sluchové postižení?
 - nedoslýchavý
 - ohluchlý
 - úplná hluchota (neslyšící)
4. Jaký způsob komunikace používáte nejčastěji?
 - mluvený jazyk
 - odezírání
 - znakový jazyk
 - jiné
5. Jakou používáte kompenzační pomůcku?
 - závěsné sluchadlo
 - zvukovodové sluchadlo
 - kochleární implantát
 - jiné
6. Používáte ostatní kompenzační pomůcky (indukční smyčku, signalizaci bytového zvonku aj.)?
 - ano
 - ne

7. Jste spokojen/a s dostupností ORL péče?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

8. Jste spokojen/a s dostupností foniatické péče?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

9. Máte od svého lékaře dostatek informací o medicínských možnostech (týkajících se sluchového postižení)?

ano

ne

10. Dodržuje Váš praktický lékař zásady komunikace se sluchově postiženým (nezakrývá si ústa, hovoří pomaleji, sdělení zopakuje, neotáčí se zády při hovoru atd.)

ano

spíše ano

spíše ne

ne

11. Navštívil/a jste někdy psychologa s problémy, které vznikají v souvislosti se sluchovým postižením?

ano

ne

12. Dostáváte v poradenském centru dostatek informací o legislativních možnostech?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

13. Myslíte si, že lidé na úřadech jsou dostatečně informováni o komunikaci se sluchově postiženým?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

14. Kde nejčastěji čerpáte informace týkající se sluchového postižení?

od odborníků

v poradenském centru

v časopisech, na internetu

od přátel

15. Víte, že příspěvek na kompenzační pomůcku můžete dostat i od nestátní (popř. charitativní) organizace?

ano využil/a jsem

ano

ne

16. Byl Vám přiznán příspěvek na zvláštní pomůcku (signalizaci bytového zvonku, signalizaci telefonního zvonění, indukční smyčku aj.) ?

ano

ne

17. Myslíte si, že je doplatek na kompenzační pomůcky vysoký?

ano

ne

18. Vlastníte průkazku osoby se zdravotním postižením?

ano

ne

19. Považujete péči o sluchově postižené ve Vašem okrese za dostačující?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lenka Kunešová

Obor: Speciální pedagogika - učitelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Péče o sluchově postižené v resortu zdravotnictví, školství a sociální péče

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 82

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 34

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 19

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr., Václav Chmelíř