

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Nedoslýchavost v dětském věku

Hearing loss during childhood

Bakalářská práce

Autor: Stanislava Holzbauerová
Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby
s poruchami komunikace
Vedoucí práce: Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Stanislava Holzbauerová
Osobní číslo: P121399
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace
Název tématu: Nedoslýchavost v dětském věku
Zadávací katedra: Katedra speciální pedagogiky

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Bakalářská práce se věnuje nedoslýchavosti a to se zaměřením na dětský věk. Teoretická část se zabývá nedoslýchavostí, jejími příčinami, druhy, kompenzací a vývojem dítěte s touto vadou sluchu. Praktická část zpracovává formou kazuistického šetření příběhy dospělých lidí s nedoslýchavostí vzniklou v dětském věku. Cílem bakalářské práce je zjistit subjektivní vliv nedoslýchavosti na život lidí s nedoslýchavostí vzniklou v dětském věku.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Tereza Skákalová
Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **20. února 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. března 2015**

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Nedoslychavost v dětském věku* vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Terezy Skákalové, Ph.D. a uvedla v seznamu literatury všechny použité literární a odborné zdroje.

V Hradci Králové dne:

Stanislava Holzbauerová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Tereze Skákalové, Ph.D. za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěla k vypracování této bakalářské práce. Děkuji také oběma informantkám za jejich spolupráci.

Anotace

HOLZBAUEROVÁ, Stanislava. *Nedoslýchavost v dětském věku*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 57 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou nedoslýchavosti v dětském věku. Teoretická část definuje nedoslýchavost a vymezuje sluchové vady, jejich příčiny a diagnostiku. Obecně charakterizuje kompenzační pomůcky, především závěsná sluchadla využívaná v dětském věku. Věnuje se vlivu postižení na rodinu a samotné dítě s nedoslýchavostí. Praktická část zpracovává formou kazuistického šetření příběhy dospělých lidí s nedoslýchavostí vzniklou v dětském věku. Cílem bakalářské práce je zjistit subjektivní vliv nedoslýchavosti vzniklé v dětském věku na život lidí s tímto postižením. Konkrétně se práce zaměřuje na komunikaci v rodině a na začlenění do školního kolektivu.

Klíčová slova: nedoslýchavost, dětský věk, rodina, kompenzační pomůcky, školní kolektiv

Annotation

HOLZBAUEROVÁ, Stanislava. Hardness of hearing during childhood, Hradec Králové: College of education University of Hradec Králové, 2015. 57 p. Bachelor Degree Thesis

The bachelor thesis deals with the issue of hardness of hearing in childhood. In the theoretical part hardness of hearing and hearing defects and its types, causes and identification are defined. Further it describes compensatory instruments in general, primarily hearing aids for children. It deals with the impact of the impairment on both a family and the hard of hearing children itself. The practical part elaborates life stories of hard of hearing adults whose impairment was formed in their childhood. For the practical part a casuistic research method was used. The aim of the thesis is to discover the subjective influence of hard of hearing people whose impairment was formed in their childhood. The thesis is more closely focused on the communication within the family and the integration of hard of hearing child into school group.

Key words: hardness of hearing, childhood, family, compensatory instruments, school group

Obsah

ÚVOD	9
1. PROBLEMATIKA NEDOSLÝCHAVOSTI.....	10
1.1 Vymezení sluchových vad a jejich příčiny	10
1.1.1 Vymezení sluchových vad dle doby vzniku	11
1.1.2 Vymezení z hlediska místa vzniku vady a poruchy	12
1.1.3 Klasifikace ztráty sluchu	13
1.2 Problematika zjištění nedoslýchavosti u dětí	15
1.2.1 Objektivní metody.....	16
1.2.2 Subjektivní metody	17
2. KOREKCE NEDOSLÝCHAVOSTI U DĚTÍ	19
2.1 Sluchadla	20
2.1.1 Sluchadla závěsná	21
2.2 Přidělení sluchadla	22
2.3 Rehabilitace nedoslýchavého dítěte po přidělení sluchadla	23
3. VLIV NEDOSLÝCHAVOSTI NA JEDINCE A JEHO RODINU	25
3.1 Vývoj dítěte s nedoslýchavostí.....	26
3.2 Možnosti vzdělávání dítěte s nedoslýchavostí	29
3.2.1 Integrace dítěte v ZŠ běžného typu.....	30
3.3 Dopady nedoslýchavosti na sociální začlenění dítěte.....	32
4. ZKUŠENOSTI S NEDOSLÝCHAVOSTÍ	33
4.1 Metodologie.....	33
4.2 Případová studie č. 1.....	34
4.3 Případová studie č. 2.....	42
4.4 Shrnutí.....	48
5. DISKUZE VÝSLEDKŮ	51
6. ZÁVĚR.....	52
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
7.1 Zdroje	53
7.2 Internetové zdroje	54
8. PŘÍLOHY.....	56

Úvod

Nedoslýchavost je postižení, kterým trpí asi 5 % obyvatelstva. Pravděpodobnost vzniku této vady stoupá s věkem. Poškození sluchu se může urychlit, pokud se jedinec vystavuje velkému hluku. Tato fakta jsou poměrně známá. Méně lidí si však uvědomuje, že nedoslýchavost může postihovat jedince již od narození nebo dětského věku, a to bez zmíněných příčin.

Tato bakalářská práce nese název Nedoslýchavost v dětském věku. Téma jsem si vybrala, protože se domnívám, že většina lidí nebere na vědomí, že nedoslýchavost v mnoha případech vzniká již v dětském věku a způsobuje plno problémů. Dospělí lidé se setkávají spíše s dospělými nedoslýchavými jedinci, kteří svou sluchovou vadu kompenzují sluchadly a jsou již začleněni do světa slyšících. Je třeba si ale uvědomit, že nedoslýchavost může provázet jedince po celý život a závažné komplikace přináší právě v dětství. Ovlivňuje dítě v jeho vývoji, který může být kvůli sluchovému postižení i opožděn. Rodina jedince s postižením musí zase přijmout skutečnost, že má dítě se sluchovou vadou a že musí uzpůsobit své chování, výchovu a podmínky pro jeho správný rozvoj. Vlivem nedoslýchavosti mohou být negativně ovlivněny vztahy a komunikace nejen s rodiči a sourozenci, ale také se spolužáky ve škole.

Práce nejprve seznamuje s problematikou nedoslýchavosti, vymezuje sluchové vady, jejich příčiny a diagnostiku sluchové ztráty. V další části popisuje vhodnou korekci nedoslýchavosti u dětí a rehabilitaci po přidělení sluchadla. Taktéž se věnuje jedinci a jeho rodině. Popisuje vývoj dítěte s nedoslýchavostí až do dospělého věku, možnosti vzdělávání a socializaci dítěte.

Jádrem práce je část, která se nazývá Zkušenosti s nedoslýchavostí. Zpracovává kazuistické studie dospělých žen s nedoslýchavostí, které vypráví o svých zkušenostech s touto sluchovou vadou nejen v dětském věku. V práci je využita metoda etnografického rozhovoru. Hlavním cílem je zjistit subjektivní vliv nedoslýchavosti na jedince. Studie má objasnit, jak nyní vnímají dospělé ženy své tehdejší začlenění do školního kolektivu v dětství a jak dle jejich subjektivního názoru ovlivnila sluchová vada rodinu a komunikaci mezi jejími členy.

1. Problematika nedoslýchavosti

První kapitola vymezuje pojem nedoslýchavost a popisuje druhy i příčiny sluchových vad a poruch. Také se zabývá možnostmi vyšetření nejen v dětském věku. Jelikož další kapitoly zdůrazňují vliv této vady na dítě, je důležité nejprve vědět a pochopit, co nedoslýchavost vlastně je.

Nedoslýchavost je druh sluchové vady, která neumožňuje jedinci plnohodnotně vnímat zvuk. Jedinec je odkázán na kompenzační pomůcky, které mu zvuk zesilují, popř. i upravují. Nejčastější pomůckou jsou sluchadla (viz 2. kapitola). Hrubý (1997, s. 33) uvádí, že „...nedoslýchaví jsou zcela jistě všichni ti, kteří se sluchadlem alespoň v tiché místnosti rozumějí mluvené řeči i bez odezírání.“ Potměšil (1999, s. 11) definuje nedoslýchavost jako vrozenou nebo získanou částečnou ztrátu sluchu, která bývá příčinou opožděného nebo omezeného vývoje mluvené řeči.

1.1 Vymezení sluchových vad a jejich příčiny

Sluchová vada se může projevit v jakémkoli věku, v jakémkoli rozsahu a s jakoukoli příčinou. Sluchová dráha je velmi komplikovanou oblastí, a pokud je poškozena, většinou má nepříjemné důsledky. Sluch úzce souvisí s řečí, proto někteří autoři diferencují sluchové vady dle toho, jaký mají důsledek na řeč. Jiní rozlišují, v jaké části sluchové dráhy vzniká atd. V této podkapitole jsou sluchové vady vymezeny dle doby a místa vzniku a jsou uvedeny jejich příčiny. Částečně je zde popsán i důsledek na řeč, více však k tomu Lejska (2003). V závěru jsou uvedeny klasifikace rozsahu sluchové ztráty.

1.1.1 Vymezení sluchových vad dle doby vzniku

Vady a poruchy můžeme dělit podle doby vzniku na dědičné, vrozené (hereditární), raně získané (vznikají časně po porodu) a získané. **Dědičné** vady bývají geneticky podmíněné. Příčinu můžeme nalézt ve změněné sekvenci DNA (deoxyribonukleonová kyselina). Na základě této odlišnosti dojde k tzv. mutaci¹.

Vrozená vada či porucha sluchu může vzniknout v prenatálním či perinatálním období. Tyto vady se označují jako prelingvální. Příčinou vzniku vady v **prenatálním** období bývají různá infekční onemocnění matky během těhotenství (zarděnky, spalničky, toxoplazmóza, černý kašel apod.) (Lejska 2003). Mezi další patří užívání toxických látek matkou (alkohol, drogy, nikotin). Vady získané v **perinatálním** období jsou většinou způsobeny při porodu, např. přidušením (asfyxie), poporodní žloutenkou, předčasným porodem, poraněním lepky, nízkou porodní hmotností apod. (Horáková, 2012). „*Existuje celá řada sluchově postižených dětí, u kterých vlastní příčinu vady nelze nalézt.*“ (Lejska, 2003, s. 25)

Raně získanou vadu, tzv. postnatální, nalezneme u dítěte, které ještě nemá rozvinutou řeč, ale již mělo možnost alespoň chvíli slyšet a může z toho při včasné a vhodné intervenci čerpat. Tyto vady jsou však zařazeny do vrozených, jelikož mohou vzniknout ihned po narození. Patří sem infekční choroby (především virové) např. zánět mozkových blan (meningitida, příušnice, chřipka, zarděnky, spalničky, spála apod.). Dále se sem řadí degenerativní choroby, traumata především hlavy a uší, která mohou způsobovat trvalé vady či přechodné poruchy. Vlivem onkologických onemocnění musí být mnohdy dítě ozařováno nebo dochází na chemoterapie, což může trvale poškodit vláskové buňky. Raně získané poruchy vznikají nejčastěji při nachlazeních a onemocněních horních cest dýchacích, kdy rýma přechodně zhoršuje sluch nebo ucpe Eustachovu trubici. Dalším častým poškozením sluchu může být zánět středního ucha (Lejska, 2003).

Získané vady sluchu u starších dětí a u dospělých nemusí mít na řeč tak závažný důsledek jako vady vrozené nebo raně získané. Pokud má dítě řeč již zafixovanou, může vlivem sluchové vady docházet k jejímu zhoršení, které ale není

¹ Mutace může být buď recesivní, nebo dominantní. Většina genů bývá recesivní (nedominantní), proto pokud je u dvojice genů v chromozomu narušen pouze jeden gen, porucha sluchu nevzniká. Aby vznikla, musí se sejít dva stejné poškozené geny. Mutace recesivní je častější. Je tu ale možnost i velmi vzácné mutace, kdy se sejde zdravý a narušený gen, z toho narušený je dominantní. Zde je velká pravděpodobnost, že porucha vznikne (dominantní gen mívá většinou sluchově postižený rodič). (Jungwirthová, online, 2013)

za vhodných rehabilitačních podmínek tak velké. Získané vady vznikají nejčastěji různým onemocněním nebo úrazem (Lejska, 2003).

1.1.2 Vymezení z hlediska místa vzniku vady a poruchy

Vady sluchu z hlediska lokalizace dělíme na periferní a centrální poškození sluchu. **Centrální** nedoslýchavost či hluchota „zahrnuje komplikované defekty způsobené různými procesy, které postihují korový a podkorový systém sluchových vad. Jedná se o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku.“ (Horáková, 2012 s. 14) Mezi **periferní** poškození sluchu zařazujeme vady převodní, percepční a smíšené – kombinace převodní a percepční (Hrubý, 1998). U převodních a percepčních vad či poruch jsou následně v této práci popsány příčiny vzniku časté u dětí.

Převodní neboli konduktivní vada (popř. porucha) sluchu je velmi časté poškození, které nezpůsobuje úplnou hluchotu, ale vede vždy „pouze“ k nedoslýchavosti. Je typická pro poškození mechanické části sluchové dráhy, tedy porušení vnějšího a středního ucha, kdy „...sluchové buňky jsou v pořádku, ale nejsou stimulovány zvukem, protože jeho přenosu brání nějaká překážka ve středouší.“ (Horáková, 2012 s. 13) „Překážka“, která zabraňuje převodu zvuku, způsobuje vždy zeslabení, nikoli zkreslení. V některých případech může být odstraněna operativně, ale ve všech případech se dá velmi dobře kompenzovat sluchadly, a to podle příčiny buď sluchadly pro vzdušné vedení, nebo sluchadly pro kostní vedení (Hrubý, 1998). Mezi tyto vady můžeme řadit např. deformity vnějšího a středního ucha. U dětí je častou příčinou ucpání vnějšího zvukovodu ušním mazem tzv. ceruminem, zánět zvukovodu (otitis externa) nebo zánět středního ucha (otitis media), otoskleróza (nárůst kostní tkáně v oblasti oválného okénka a znehybnění ploténky třmínku) či narušení kůstek a bubínku vlivem úrazu hlavy. Příčinou převodní poruchy může být ale i zvětšená nosní mandle, která svou velikostí zabraňuje ventilaci středouší přes Eustachovu trubici (Herodová, online, 2004). Před vytrhnutím mandle je ale důležité zjistit, zda je příčinou opravdu její velikost, nebo nedoslýchavost způsobuje něco jiného.

Druhou skupinou jsou vady **percepční**, které mnohdy bývají závažnější než převodní a mohou vést až k úplné hluchotě. Většinou se projevují ztrátou slyšení vysokých tónů (Hrubý, 1998). Percepční vady mohou být zodpovědné za špatnou přeměnu zvuku v elektrický signál (označují se jako kochleární) nebo za poškození

VIII. hlavového nervu a sluchové dráhy v mozgovém kmeni (označované jako retrokochleární) (Lavička, Šlapák, 2002, s. 275). Příčinou percepční vady mohou být ototoxické látky (antibiotika, drogy, alkohol a také chinin, který je obsažen v toniku), které bere matka v těhotenství. Nebezpečné jsou také již zmíněné infekce matky prodělané během těhotenství. Poškození sluchu způsobuje i nekompatibilita (nesnášenlivost) Rh faktoru v krvi matky a dítěte. Dalšími příčinami je přidušení během porodu, protože vnitřní ucho je závislé na kyslíku, zánět mozkových blan (meningitida), úraz hlavy nebo cholesteatom, což je cysta ve středním uchu (Hrubý, 1998).

Současně se ztrátou sluchu se může vyskytovat i tinnitus, což je samostatná sluchová vada, která má za následek slyšení různých nepříjemných zvuků, jako je pískání, hučení, syčení, cvakání apod., aniž by k tomuto zvuku vedly nějaké podněty. Tinnitus je většinou neléčitelný. Ušní šelest lidé spíše vnímají v naprostém tichu, proto existují tzv. maskéry tinnitu, které vypadají jako sluchadla a maskují zvuk šelestu jiným šumem (Hrubý, 1998).

1.1.3 Klasifikace ztráty sluchu

Můžeme se setkat se spousty klasifikací, které rozdělují stupně ztráty sluchu odlišně. V práci jsou vybrána dělení podle dvou nejuznávanějších organizací, a to BIAB² a WHO³.

Klasifikace poškozeného sluchu dle BIAB (BIAB, online, 1997)

1.	Normální sluch (0 – 20 dB ⁴);
2.	Mírná ztráta sluchu (21 – 40 dB) - kdy je pořád vnímána většina běžných zvuků.
3.	Střední ztráta sluchu – možnost rozumět řeči s odezíráním, člověk stále slyší běžné zvuky; první stupeň (41 – 55 dB); druhý stupeň (56 – 70 dB).
4.	Těžká ztráta sluchu – možnost slyšet hlasitou řeč v blízkosti ucha, vnímá hlasité zvuky; první stupeň (71 – 80 dB); druhý stupeň (81 – 90).
5.	Těžká ztráta sluchu hraniční s hluchotou – řeč již téměř neslyší, vnímá hluk o velké síle; první stupeň (91 – 100 dB); druhý stupeň (101 – 110 dB); třetí stupeň (111 – 119 dB).
6.	Úplná ztráta sluchu - hluchota (průměrná ztráta sluchu 120 dB a více).

² BIAB – International Bureau d'AudioPhonologie – Mezinárodní úřad pro audiologii

³ WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

⁴ dB (decibel) – jednotka hladiny akustického tlaku. Běžně je používán Bel (B), u vyjadřování ztráty sluchu se však používá pouze její desetina, tedy dB (Hrubý, 1998).

Dle WHO je dělení sluchových vad následující (Community-based rehabilitation, online, 2012)

Audiometrické hodnoty jsou v dBHL (decibely pro čistý tón v audiogramech).

	Stupeň ztráty sluchu	Audiometrické hodnoty ISO v lepším uchu (dB HL)	Popis vady	Doporučení
0	Normální sluch (bez zhoršení)	0 - 25	Lidé nemají žádné problémy se sluchem nebo velmi malé. Slyší i šepot.	
1	Lehké zhoršení sluchu	26 – 40	Člověk slyší slova mluvená v běžné síle na vzdálenost 1 m a opakuje je.	Doporučuje se vyhledat odbornou péči.
2	Střední zhoršení sluchu	41 – 60	Slyší slova mluvená silným hlasem ve vzdálenosti 1 m a opakuje je.	Nutnost kompenzovat sluchadly.
3	Těžké zhoršení sluchu	61 – 80	Slyší křičená slova do lepšího ucha.	Nutnost kompenzovat sluchadly. Využití odezírání, popř. výuka ZJ.
4	Velmi těžké zhoršení sluchu hraniční s hluchotou	81 a více	Neslyší a ani nerozumí křičeným slovům.	Sluchadla napomáhají v pochopení slova. Nutná rehabilitace sluchu. Využití odezírání a ZJ.

Obě tyto klasifikace mají na začátku téměř podobné hodnoty. BIAB ale od střední sluchové ztráty každou kategorii rozděluje na první, druhý, popř. třetí stupeň, jelikož bez nich by vymezení bylo nepřesné. Sluchovou ztrátu rozděluje až do 120 dB, od této hodnoty se člověk považuje za neslyšícího. WHO vydala r. 2012 novou klasifikaci s pouze čtyřmi hodnotami, které již více nerozvádí a sluchovou ztrátu rozděluje pouze do 81 dB, kdy již tuto hodnotu považuje za hraniční s hluchotou (porovnání: BIAB považuje hodnotu 81 dB za druhý stupeň těžké ztráty sluchu).

1.2 Problematika zjištění nedoslýchavosti u dětí

Vada musí být odhalena co nejdříve, aby měla sluchová centra dostatek podnětů pro rozvoj. Pokud nejsou stimulována, převezmou jinou funkci a sluch se již nerozvine (Myška, online, 2013). Střední a těžkou ztrátu sluchu většinou pozná každý rodič, když zpozoruje, že se dítě neotáčí za nápadnějšími zvuky. Avšak lehká nedoslýchavost je obtížněji odhalitelná, protože se dítě za hlasitým zvukem otočí, ale za slabším již ne. Proto se stále víc mluví o screeningovém vyšetření sluchu v porodnici a o důležitosti preventivních prohlídek u dětského lékaře, který by měl ztrátu sluchu odhalit.

Screening sluchu aktivně vyhledává sluchové vady u novorozenců a je možné ho provést již 24 h po porodu pomocí otoakustických emisí, dále jen OAE (tato vyšetřovací metoda je popsána níže). Vykonávají ho neonatologické sestry novorozeneckých oddělení. Jsou-li OAE výbavné, je většinou vše v pořádku. Pokud výbavné nejsou, je třeba vyšetření opakovat ještě v porodnici, aby se lékař ujistil, zda jsou vláskové buňky opravdu nevýbavné nebo má dítě ve středním uchu ještě plodovou vodu, případně ušní maz ve zvukovodu. Pokud se nevýbavnost vláskových buněk potvrdí i po druhém vyšetření, měla by být rodina odkázána na otorinolaryngologii (ušní, nosní, krční – dále jen ORL) v místě bydliště, kde se za 4 – 6 týdnů OAE znovu zopakuje (tzv. rescreening), popř. se provedou další vyšetření (popsána níže). V ČR je celoplošný screening u novorozenců zatím zaveden pouze v Moravskoslezském kraji, kde je předpoklad, že se nejpozději do šesti měsíců věku odhalí sluchová ztráta. Pokud se screening sluchu v porodnici neprovede, je důležité, aby tak učinil praktický dětský lékař, který rodiče odkáže na ORL či foniatrii (Komínek, Havlíková, Poláčková, Zeleník, Kabelka, online, 2012).

Pediatr nejčastěji provádí vyšetření Moorova reflexu (dítě prudce zavře víčko na té straně, na které slyšelo zvuk) nebo pátracího reflexu (podívá se na stranu, ze které zvuk slyšelo). Dítě ale nesmí vidět zdroj zvuku. Nejlepší umístění je nad hlavou minimálně jeden metr od dítěte. Čím je dítě starší, tím se vzdálenost zvětšuje (Myška, online, 2013). Pozor si musíme však dát na různé pískací hračky, které při zmáčknutí prudce rozproudí vzduch. Dítě tento závan větru může cítit a otočit se. Také by nemělo sedět před lesklým předmětem, ve kterém může vidět odraz (Hrubý, 1998). Ze zkušenosti informantky v praktické části uvádím i lesklé

předměty vydávající zvuk, které jsou také nevhodné, protože dítě může vidět záblesk, za kterým se otočí, aniž by zvuk slyšelo (např. chrastění klíčů). Pokud dítě na zvukové podněty nereaguje, pediatr rodinu odkáže na oddělení foniatrie a ORL. Dítě od tří let se již vyšetřuje klasickou slovní zkouškou, popsanou níže (Myška, online, 2013).

Dnes je velmi využíváno genetické vyšetření, které zjišťuje, zda je člověk přenašečem sluchové vady. Nejčastěji si ho nechávají dělat rodiče se sluchovým postižením, kteří plánují rodinu a chtějí zjistit, zda jejich dítě bude, či nebude sluchové postižené. Genů, které způsobují poruchu sluchu, je okolo třiceti a většinou se všechny nevyšetřují. Nejčastějším testem je Connexin 26⁵.

1.2.1 Objektivní metody

Objektivní vyšetření nepotřebují aktivní účast jedince, proto jsou vhodná pro malé děti. Nejčastěji se využívají u novorozenců při screeningu sluchu. Dle potřeby se ale mohou provádět i v dospělosti. Řadíme sem především audiometrii z elektrické odezvy (BERA, CERA, ERA), OAE (otoakustické emise), SSEP (ustálené evokované potenciály) a tympanometrii. V následujícím textu budou charakterizovány nejčastěji využívaná objektivní vyšetření u dětí, více popisuje např. Hrubý (1998).

Tympanometrie měří průchodnost středního ucha. Je to jedna z metod, které dokážou přesně diagnostikovat převodní vadu. **Audiometrie z elektrické odezvy (ERA, BERA, CERA)**. U malých dětí se nejvíce využívá metoda BERA - Brainstem Electric Response Audiometry, což v překladu znamená audiometrie z elektrické odezvy v mozkovém kmeni. Audiometrie z elektrické odezvy připomíná měření elektroencefalogramu, zkratka EEG (Hrubý, 1998). BERA se musí provádět v naprostém klidu, nejlépe ve spánku. Na hlavu vyšetřovaného se dají tři elektrody. Za pravý a levý ušní boltec a třetí na vertex (vrchol hlavy u středu čela). Pravidelně se pouští nečekaný zvuk, který se poté ukáže na křivce vyšetření. Na základě výměny

⁵ „Connexin 26 (Cx26) je bílkovina, jejíž bílkovina je kódovaná genem GJB2. Tato bílkovina je zodpovědná za vytvoření kanálků – tzv. „gab junctions“ – v plazmatické membráně jednotlivých buněk. Tyto struktury zajišťují dostupnost malých molekul mezi buňkami. Nepřítomnost tohoto systému kanálků pravděpodobně znemožňuje výměnu draslíkových iontů mezi buňkami vnitřního ucha, což je proces nezbytný pro správnou funkci hlemýždě a tedy pro vznik sluchového vjemu.“ (Jungwirthová, online, 2013)

bioelektrických signálů, šířících se v mozkových drahách, je možnost určit typ a velikost sluchové vady (Lejska, 2003).

Otoakustické emise (OAE) jsou vyšetřovací metodou měřící výbavnost nebo nevýbavnost vláskových buněk, které reagují na podráždění slabým zvukem. OAE lze využívat jako screeningovou metodu již u novorozenců (Lejska, 2003). Tato metoda se může provádět již 24 hodin po porodu, dítě ale musí být v klidu, nejlépe spící. Zvuku, který není vyvolaný vnějším podnětem, se říká spontánní otoakustické emise (SOAE), pokud je vyvolaný vnějším podnětem, nazývá se evokované (vyvolané) otoakustické emise (EOAE). Do ucha se vloží sonda s citlivým mikrofonem a zesilovačem, která snímá zvuk vláskových buněk (Komínek, Havlíková, Poláčková, Zeleník, Kabelka, online, 2012).

1.2.2 Subjektivní metody

Subjektivní metody jsou založeny na aktivní účasti jedince. Tyto zkoušky jsou schopné zvládnout již děti v předškolním věku, u velmi malých dětí se neprovádí. Sem řadíme klasickou sluchovou zkoušku, subjektivní audiometrii, ladičkové zkoušky (Rinneho zkouška, Weberova zkouška). Subjektivní zkoušky budou popsány pouze jednoduše, více lze nalézt např. v publikaci od Lejsky (2003).

Klasická sluchová zkouška je založena na opakování slov, která říká vyšetřující. Dítě stojí k vyšetřujícímu bokem, druhé ucho má zakryté a opakuje slova, která slyší. Při této zkoušce se vyšetřuje nejen sluch, ale také rozumění řeči bez odezírání. Bere se v potaz vzdálenost vyšetřujícího od dítěte a skutečnost, zda byla slova šeptána nebo řečena hlasitou řečí (Lejska, 2003).

Prahová tónová audiometrie se provádí v tichých komorách pomocí audiometru. Probíhá tak, že si vyšetřované dítě nasadí sluchátka a pokud uslyší zvuk, zmáčkne tlačítko. Vyšetřující si do audiogramu zaznamená, při jaké frekvenci a síle dítě zvuk zachytilo. Výsledkem je audiogram, což je grafický zápis velikosti ztráty sluchu (Lejska, 2003). Prahová tónová audiometrie může být nejprve pro děti traumatizující, zvuky dětské pacienty děsí a neví, co mají dělat. Je proto dobré, když je rodiče doma na vyšetření připraví. Např. dítěti nasadí sluchátka, do kterých budou pouštět zvuky. Pokud je dítě uslyší, vhodí kostku do krabičky. Některým dětem stačí pouze nasadit sluchátka, aby si zvykly na pocit, že mají něco na uších. Vyšetření je po této přípravě efektivnější a děti netraumatizuje (Holmanová, 2002).

Při hodnocení audiogramu se můžeme setkat s hodnotou psanou jak v dB, tak i v procentech. V ČR je mnoho lékařů, kteří zapisují ztrátu sluchu v procentech dle tabulky, kterou sestavil Fowler - k nahlédnutí v příloze A (Lejska, 2003). Hrubý (1998) však hodnoty v procentech považuje za nepřesné, jelikož dle Fowlera je 100 % ztráta sluchu již na 95 dB, kdy lze ještě ztrátu sluchu kompenzovat. Proto se přiklání k hodnocení dle organizací WHO a BIAB, které ztrátu sluchu zapisují právě v decibelech.

Slovní audiometrii lze provádět jak bez sluchadla, tak i se sluchadlem a tím zjistit, jaký má pro dítě sluchadlo přínos. Toto vyšetření je zaměřeno nejen na sluch, ale hlavně na porozumění řeči. Dítě má většinou sluchátka (mohou být i reproduktory), do kterých jsou pouštěny určité sestavy o deseti slovech, jež musí opakovat. Slova jsou pečlivě vybírána dle určených kritérií (Lejska, 2003). Pokud slovu dítě nerozumí, řekne, že neví, aby bylo patrné, zda vůbec slovo slyšelo. Začíná se na takové intenzitě, kterou vyšetřovaný slyší a je pro něj příjemná (Hrubý, 1998).

2. Korekce nedoslýchavosti u dětí

Pro nedoslýchavé děti je korekce sluchové vady důležitou součástí života. Většinou se využívají různé kompenzační pomůcky, např. indukční smyčky, signalizační pomůcky, zesilovače, sluchadla apod. Tato kapitola se bude věnovat pouze některým kompenzačním pomůckám a především závěsným sluchadlům, jelikož jsou u dětí nejvíce využívána. Ostatní informace můžeme najít v publikaci od Kašpara (2008). Druhá část kapitoly se bude věnovat rehabilitaci dětí po přidělení sluchadla.

Velmi často se můžeme u dětí setkat s vibračními budíky, které patří do signalizačních pomůcek (signalizace času, zvonění bytového a domovního zvonku, pláče dítěte, zvonění telefonu a jiných zvuků). Spolu s vibračními hodinkami a vibračními minutkami patří mezi signalizace času. Vibrační budíky jsou bezdrátové a malé, většinou mají zachováno i klasické pípání. Nejlepší umístění je pod polštář, kdy se vibrace přenáší celou postelí, a proto jsou dítětem velmi dobře vnímány. Dalším typem je stolní budík JUMBO, který má dvě části. První část (displej) je umístěna na stole a druhá část (vibrační polštářek) leží pod polštářem. K velmi silným vibracím lze také nastavit světelné záblesky a zvukový signál (Kašpar, 2008).

Rodiče mající dítě s nedoslýchavostí si někdy pořizují do bytů či domů signalizační zvonky, které převádí zvuk na signál vibrační, světelný nebo silný zvukový. Pro dítě, které právě nemá sluchadlo, je poté lépe rozeznatelné, když někdo zazvoní. Dnes se vyrábí především bezdrátová signalizace, kterou je možné zkonstruovat podle specifických potřeb zákazníka – kombinace zvukové, světelné a vibrační signalizace a dle požadavku (Kašpar, 2008).

Kompenzační pomůckou využívanou k lepšímu poslechu TV, rádia, výkladu ve větších prostorách apod. je indukční smyčka. Pomocí indukční smyčky ve spojení s indukční cívkou (zabudovanou ve sluchadle) může dítě nerušeně poslouchat čistý zvuk bez okolních šumů. Další pomůckou může být osobní zesilovač určený především pro osoby nepoužívající sluchadlo. Mohou je však využívat spíše lehce až středně nedoslýchavé děti (Kašpar, 2008). Mezi pomůcky umožňující vizuální komunikaci a usnadňující získávání informací patří teletext, skryté titulky, internet, počítače, simultánní přepis apod. (Horáková, 2012).

2.1 Sluchadla

Sluchadlo je elektronické zařízení, které je nejdůležitější kompenzační pomůckou pro všechny děti s nedoslýchavostí. Úkolem sluchadla je zvuk zesilovat (popř. upravovat) a tím ho nedoslýchavému zpřístupnit. První prototypy sluchadel byly využívány již před naším letopočtem. Postupem času docházelo a stále dochází k takovému zdokonalování, že lze kompenzovat čím dál větší nedoslýchavost a sluchadlo je čím dál menší a méně viditelné (Hrubý, 1998). Tato podkapitola sluchadla pouze jednoduše charakterizuje, slouží spíše pro přehled těch v současnosti dostupných. Podrobněji se jimi zabývá Havlík (2008), Hrubý (1998) a Kašpar (2008).

Sluchadla můžeme dělit dle **způsobu zpracování akustického signálu** (analogová, digitální), dle **charakteru přenosu zvuku** (přenos vzduchem, přenos kostí) a **dle tvaru** (kapesní, závěsná, sluchadla ukotvená do kosti a nitroušní – kanálová, zvukovodová, boltcová). V analogovém sluchadle je zvuk přeměněn na elektrický signál, který je následně upraven, zesílen a převeden zpět na zvuk. Analogová sluchadla jsou jedna z levnějších a jednodušších. Dnes se již více využívají sluchadla digitální, kdy je zvukový signál převáděn na binární kód (kombinace čísel 0 a 1) pomocí analogově–digitálního převodníku. Díky tomu lze se signálem lépe pracovat a zajistit lepší porozumění řeči. Digitálně–analogový převodník umožní převést opět digitální signál na zvuk (Havlík, 2008).

Při přenosu zvuku vzduchem musí všechny části ucha pracovat správně. Upravený signál je sluchadlem předán do zvukovodu, ten následně rozkmitá bubínek, středoušní kůstky a další části. Sluchadlo pro přenos kostí obchází vnější a střední ucho a zvukový signál posílá přímo do vnitřního, kde rozkmitá nitroušní tekutiny a Cortiho orgán. Mikrofon přijme zvuk a přemění ho na elektrický signál, který je předán vibrátoru, umístěnému na kosti spánkové. Přes kost jsou vibrace vedeny právě do vnitřního ucha (Havlík, 2008).

Kapesní nebo také krabičkové sluchadlo je nejstarším vyráběným typem. Svého vrcholu dosáhlo přibližně v letech 1936 – 1953. Dnes již není tolik využíváno. Mezi jeho nevýhody můžeme zařadit velikost, viditelnost a také ne vždy dobrou kvalitu zvuku, ačkoliv se tyto vlastnosti již výrazně zlepšily. Dnes jsou nejvíce využívána sluchadla závěsná, která jsou neustále zdokonalována. Začala se vyrábět r. 1957. Mají tvar rohličku a zavěšují se za ucho. Jelikož jsou právě tato sluchadla

nejrozšířenější u dětí, bude se jim věnovat následující podkapitola. Posledním a nejmenším typem sluchadel pro vzdušné vedení jsou sluchadla nitroušní. Vyrábějí se od 70. let 20. století (Hrubý, 1998). Můžeme je dále dělit na kanálová (CIC – Componenty In the Canal), zvukovodová (ITE – In The Ear) a boltcová (ITE – In The Concha). Nitroušní sluchadla se dávají buď do boltce, nebo zvukovodu, a proto nejsou téměř vidět. Čím jsou menší, tím více se snižuje kompenzace těžších ztrát sluchu. Jejich údržba je náročná (Havlík, 2008).

Pokud dítě s nedoslýchavostí nemůže z nějakého důvodu využívat sluchadlo pro vzdušné vedení (např. trpí chronickým zánětem středouší), je tu možnost sluchadla ukotveného do kosti tzv. BAHA (Bone Anchored Hearing Aid). Sluchadlo se skládá z titanového implantátu, zasazeného do kosti spánkové, spojovacího členu a vnější části (Havlík, 2008).

2.1.1 Sluchadla závěsná

Tato podkapitola se podrobně zabývá popisem závěsného sluchadla, jelikož je pro děti nejvhodnější a dnes se také nejvíce využívá, navíc se dobře ovládá a udržuje. (Krabičková sluchadla jsou již zastaralá a špatně se s nimi manipuluje. Zvukovodová sluchadla nejsou pro děti vhodná, protože jim roste zvukovod a sluchadlo by v uchu nesedělo.) Sluchadla závěsná jsou dnes různě velká a výkonná. Kompenzují jak lehkou, tak i těžkou sluchovou ztrátu. Dnes se na trhu setkáme s mnoha jejich výrobci sluchadel, z nichž nejznámější jsou WIDEX, Phonak a Siemens.

Závěsné sluchadlo (viz příloha B a C) se skládá ze zvukovodného háku, mikrofonu, reproduktoru (sluchátka), regulátoru hlasitosti, zesilovače, vypínače, baterie, indukční cívky, přímého audiovstupu. Dále je součástí zvukovodná hadička a tvarovka (též ušní vložka, tvárnička, koncovka, mušlička).

Mikrofon zachytí zvuk a přemění ho na elektrický signál. Může být všesměrový (snímá zvuk ze všech směrů). Bývá tedy pouze jeden, protože je citlivý na všechny zvuky, ač nedopadají přímo. Druhým typem je mikrofon směrový (citlivý na jeden směr), kterých bývá na sluchadle více, protože zvuk musí dopadat přímo. Většinou se používají dva směrové mikrofony natočené opačným směrem. Čím více je mikrofonů, tím lepší je poměr mezi signálem (řečí) a šumem (ostatními okolními zvuky) (Havlík, 2008).

Dalšími částmi jsou **zesilovač**, který zesiluje elektrický signál (u digitálního sluchadla je součástí také počítačový čip), a **regulátor hlasitosti** v podobě kolečka nebo páčky, díky kterému si může uživatel korigovat hlasitost podle aktuální situace. Součástí každého sluchadla je **reproduktor** (sluchátko), ve kterém se upravuje elektrický signál zpět na zvuk. Čím větší má sluchadlo reproduktor, tím větší vadu může kompenzovat. Dále na sluchadle najdeme **audiovstup**, který umožňuje připojit zdroj zvuku, např. MP3, rádio, televizi apod. Pouze některá mají **indukční cívku**, díky níž může sluchadlo snímat elektromagnetické pole vzniklé za pomoci indukční smyčky nebo telefonního sluchátka. Uživatel si přepne sluchadlo na polohu T, čímž vypne mikrofon a pracuje pouze indukční cívka s pomocí indukční smyčky (Havlík, 2008).

Ve sluchadle nesmí chybět **baterie**, která je většinou pro závěsný typ závislá na vzduchu. Baterie jsou zakonzervovány v obalu, proto nejsou aktivní. Pokud si je uživatel vloží do sluchadla, musí několik desítek minut počkat, než baterie začne fungovat. Součástí koncovky je **zvukovodná hadička**, o kterou je potřeba se starat, jelikož se zde může usazovat pot, ušní maz nebo jiné nečistoty. Vlivem toho hadička ztvrdne a musí se včas vyčistit nebo vyměnit. Pokud se tak nestane, může být narušena i ušní tvarovka. **Koncovka (tvarovka)** má velký vliv na kvalitní poslech. Můžeme se setkat s univerzální nebo individuální tvarovkou. Univerzální musí přesně sedět, pokud netěsní, sluchadlo píská a nelze ho používat. V takovém případě je lepší individuální tvarovka, která se dělá z přesného odlitku ucha konkrétního člověka. Setkat se můžeme také s koncovkou zvanou „horn“, kterou tvoří pěnová hmota podobná molitanu. O ušní tvarovky je nutné se starat. Nejkratší životnost má právě koncovka „horn“ (Kašpar, 2008).

2.2 Přidělení sluchadla

Dětem do sedmi let věku přiděluje sluchadlo pouze foniatr, později může korekci sluchové vady zajišťovat i ORL lékař (Myška, online, 2013), který má uzavřenou smlouvu s pojišťovnou a vlastní osvědčení od ORL k přidělování sluchadel. Vždy by mělo být nabídnuto sluchadlo bez doplatků, většinou jde ale o nejjednodušší typ. Je pouze na dané osobě, jakou částku chce do sluchadla investovat. Dětem do deseti let věku by nemělo být přidělováno zvukovodové sluchadlo, protože zvukovod stále roste a sluchadlo by nesesedělo (VZP, 2012 online).

Na příspěvek na sluchadlo má dítě i dospělý člověk nárok jednou za pět let dle Zákona o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů č. 48/1997 Sb. Dítě do osmnácti let má nárok na příspěvek na dvě sluchadla, aby docházelo k lepšímu rozvoji sluchu, řeči, komunikace a určování směru zvuku. Dospělí lidé od osmnácti let dostávají příspěvek pouze na jedno sluchadlo. Příspěvky se liší podle stupně ztráty sluchu. Dále je možno dostat příspěvek také na baterii, individuálně zhotovenou ušní tvarovku aj. Vše je možné najít v již zmiňovaném zákoně č. 48/1997 Sb.

Po přidělení sluchadla následuje jeho seřízení, tzv. fitting, který taktéž provádí foniatr. Seřízení může být i dlouhodobá záležitost, kdy dítě sděluje své subjektivní zkušenosti se sluchadlem a dle toho probíhají úpravy. Sluchadlo potřebuje neustálou údržbu a odborný servis. Ten se doporučuje jednou za půl roku až rok, jelikož se ve sluchadle může usazovat prach, pot a podobné nečistoty. Je důležité v některých situacích sluchadlo sundat, např. při koupání, lakování vlasů, kontaktu se solí apod., jelikož by se sluchadlo poničilo (Kašpar, 2008). U malých dětí musí údržbu zajišťovat rodiče.

Celý proces výběru sluchadla, jeho seřízení a servis je samozřejmě složitější. Zde jsou vylíčeny pouze základy. Více popisuje Kašpar (2008). Po přidělení sluchadla je důležitá rehabilitace, na které se podílí jak foniatr (kontrola efektu sluchadla a rozvoje řeči), tak i klinický logoped (Myška, online, 2013).

2.3 Rehabilitace nedoslýchavého dítěte po přidělení sluchadla

Po přidělení sluchadla je důležitá následná rehabilitace, která má vliv na adekvátní rozvoj sluchu, komunikace a celkový rozvoj dítěte. Jejími nejdůležitějšími složkami je sluchová výchova, odezírání a řečová výchova. Po přidělení sluchadla by rodiče měli kontrolovat, zda dítě sluchadlo nosí, zda je zapnuté, funkční (kontrolovat zvukovodovou hadičku a ušní tvarovku) a zda má dítě u sebe neustále náhradní baterie. Během dne je vhodné upozorňovat na běžné zvuky, aby si uvědomovalo a upřesnilo, co slyší (mixer, vysavač, pračka, telefon, mytí nádobí apod.). Rodiče by měli na dítě mluvit a slova i několikrát opakovat (např. při koupání jmenovat části těla, na procházce pojmenovávat zvířata). Je také dobré učit dítě cíleně reagovat na různě silný zvuk (např. když uslyší zvuk bubínku, vhodí kostku do krabičky). Jinou hrou může být rozlišování zvuků, které dítě dobře slyší

(např. zvuk bubínku a trubky). Postupně lze činit úkoly těžšími, přidávat zvuky zvířat a následně celá slova. Hry podobného typu je potřeba zapojovat po celý den (Holmanová, 2002).

V komunikaci pomáhá nedoslýchavému dítěti výrazně odezírání, díky kterému je jednodušší porozumět slovům. Odezírání je schopnost, pro kterou je nutné mít vlohy, stejně jako např. pro zpěv. Ne všechny děti tuto schopnost mají, a proto je důležité ji rozvíjet ihned po odhalení sluchové vady (Holmanová, 2002). Aby dítě mohlo dobře odezírat, musí mít dobrý zrak. Mluvčí musí být dobře osvětlený (nejlépe natočen k oknu), dívá se na dítě a ústa má v úrovni jeho očí. Optimální vzdálenost je 1–1,5 metru a při hovoru nemá osoba pochodovat. Tempo řeči nesmí být příliš rychlé ani pomalé. Artikulace by měla být výrazná, ale ne přeháněná. Důležité je odstranit překážky před ústy (není vhodné hovořit s plnými ústy, se žvýkačkou, při smíchu, zakrývat si ústa, u mužů vadí knír) (Barešová, Hrubý, 1999).

Rozhovor s malými dětmi by měl být přirozený. Dobré je používat stejná slova, která se v průběhu komunikace i několikrát opakují, a mluvit v krátkých a jednoduchých větách. Žádoucí je na sluchové podněty upozorňovat, upřesňovat je a opakovat slova, např. „Slyšíš auto? To je auto. Auto dělá brm brm.“ Dobré je neustále komentovat činnost dítěte, věci okolo něj atd. Dítě by si postupně mělo rozvíjet slovní zásobu. Prvními slovy jsou jednoduchá citoslovce (had – sss, myš – í, medvěd – mmm, auto – brm atd.) a jednoslabičná slova. Postupně se připojují slova, se kterými se dítě během dne běžně setkává (např. ahoj, promiň, prosím, ne, ano, dej mi to, mám hlad, zůstaň tady atd.) (Holmanová, 2002).

Pro práci s dítětem je vhodné vymezit si nějaké místo. Může to být na koberci nebo u stolečku, je to spíše na individuálním výběru. Důležité ale je, aby rodič seděl vedle dítěte, tím usnadní odezírání a kontakt s ním. Pomůcky, které rodiče využívají při rehabilitaci, by neměly být dítěti běžně přístupné (Holmanová, 2002).

3. Vliv nedoslýchavosti na jedince a jeho rodinu

Sluch je důležitým smyslem člověka. Díky němu přijímáme informace z okolí jak aktivně, tak i pasivně, rozvíjí se řeč a celá osobnost. Sluch nás také varuje před nebezpečím, např. troubení auta, pláč apod. Se sluchovou vadou proto vznikají bariéry, které omezují člověka v plném začlenění se do společnosti (Janotová, Svobodová, 1998). Sluchové postižení není vidět, a proto je těžko odhalitelné. Je však důležité nedoslýchavost u dítěte co nejdříve odhalit a dát vhodná sluchadla, aby došlo k adekvátnímu rozvoji sluchu, řeči, osobnosti dítěte a hlavně komunikaci s rodinou (Barešová, Hrubý, 1999). Musíme však odlišovat postižení vrozené a získané. U získaného postižení je důležité, kdy sluchová vada vznikla a za jakých okolností (Vágnerová, 2000).

S postižením dítěte se musí nejprve vyrovnat sama rodina, která pro dítě představuje nejdůležitější životní prostředí. Od zjištění vady si rodina projde určitými fázemi a vytvoří si obranné mechanismy. První je fáze šoku, následuje fáze zoufalství, obranná fáze atd. Postupně rodiče přijímají realitu a nakonec se v adekvátním případě smiřují s postižením dítěte. Průběh a doba trvání je různě dlouhá a složitá. Podrobně tuto problematiku popisuje např. Matějček (2001). Důležitá je také výchova dítěte se sluchovým postižením, která má vliv na jeho vývoj. Příliš úzkostná výchova a ochrana omezuje dítě v získávání zkušeností. Rozmazlující přístup a neustálé ustupování má za následek, že se dítě nedokáže podřídit autoritě, zároveň je citově závislé na svých rodičích. Výchova zaměřená na dokonalost, kdy rodiče dítě přetěžují a chtějí, aby bylo ve všem nejlepší, ho může neurotizovat. Dalším nevhodným přístupem je ochranná (protekční) výchova, kdy rodiče dítěti ulevují, vše za něj vyřizují atd. Dítě nemá možnost se osamostatnit. Posledním typem je výchova zavrhujeící, kdy rodiče dítě (mnohdy skrytě) odmítají (Matějček, 2001).

V rodině také hrozí, že rodiče vybudují negativní vztah sourozenců, a to v případě, kdy jedince s postižením upřednostňují. Většina rodičů zastává opatrovnický postoj k dítěti s postižením a ten předávají i jeho sourozenci, který ho musí chránit, starat se o něj, brát ho mezi své kamarády apod. Zdravé dítě mnohdy pociťuje pocit studu nebo chce být se svými kamarády samo a sourozence bere jako přítěž. Když ale péči o dítě odmítá, rodiče se na něj zlobí a vyčítají mu jeho neochotu. Dalším nevhodným přístupem, kdy mohou rodiče rozdělit sourozence, je

skutečnost, že věnují zdravému dítěti méně pozornosti a času, protože to „nepotřebuje“. Zdraví sourozenci dětí s postižením potřebují stejnou pozornost. Tyto přístupy mohou na zdravých dětech zanechávat negativní stopy, které se ale nemusí objevit ihned. Mohou se projevit až v dospělosti, kdy zdravé dítě např. velmi brzy odejde od rodiny (Vágnerová, 2000).

3.1 Vývoj dítěte s nedoslýchavostí

Dítě s nedoslýchavostí by se mělo vyvíjet v harmonické, klidné rodině, která ho přijímá a miluje takové, jaké je. Rodina většinou přirozeně neví, jak má dítě s postižením vychovávat, jak má postupovat apod. Proto je vhodné kontaktovat středisko rané péče, které nejenže poradí s výchovou dítěte a umožní adekvátní rozvoj, ale také pomůže samotným rodičům s vyrovnáním se s postižením (Vágnerová, 2000). Mimo jiné jim zprostředkovává kontakty na další rodiny s dítětem, které má stejné postižení. Pro rodinu je to velmi dobrá zkušenost a především motivace do budoucna (Holmanová, 2002).

Jde-li o získanou vadu, záleží na tom, kdy došlo ke vzniku. Pokud do dvou let věku, průběh je podobný jako u vrozené nedoslýchavosti. Jestliže vznikne v pozdějším věku, k závažnému narušení vývoje dítěte za vhodné logopedické péče a sluchadlové korekci nedochází, ale může to zanechat důsledky na jeho vlastním prožívání a socializaci (Vágnerová, 2000). Nejvíce stresující pro dítě se získanou vadou je přizpůsobení se nové životní situaci nebo zhoršujícím se schopnostem. Různé děti reagují na stejné podmínky jinak. Je to dáno vrozenými předpoklady po rodičích a především odolností nervového systému, tzv. frustrační tolerancí (Matějček, 2001).

Vrozená sluchová vada dítě omezuje již od raného věku. Nemá dostatek sluchových zkušeností, proto okolní svět vnímá odlišně. Nemusí mít optimálně vyvinutou řeč, což se odráží i na sociálních kontaktech, orientaci v prostoru, mravních hodnotách apod. První rok života dítěte je pro vývoj nejdůležitější. Pokud nedostává z nějakého důvodu dostatek podnětů, může docházet k deprivaci nebo vývojovému opoždění. Těmto okolnostem se dá vhodně předejít, pokud bude vada včas odhalena a korigována sluchadly (Vágnerová, 2000). V následujícím textu bude popsán vývoj dítěte s nedoslýchavostí, které ale ještě sluch nekompenzuje sluchadly.

Jak již bylo uvedeno, během prvního roku života dítě nejvíce přijímá od druhých a získává zkušenosti pro život. Rozvíjí se motorika, poznávací procesy a socializace. Vývoj motoriky nedoslýchavého dítěte nebývá narušen. U řeči je to odlišné, i když se nejprve vyvíjí běžným způsobem. Dítě křičí, brouká, ale vzhledem k tomu, že nepřijímá dostatečné zvukové podněty, začíná stagnovat a období žvatlání nenastane nebo se projeví výrazné nedostatky (Vágnerová, 2000).

V batolecím období začíná být dítě zvědavé a vše chce poznávat. Dítě se sluchovým postižením reaguje především na vizuální podněty. To, co neslyší, si nahrazuje zrakem, proto se může jevit jako nepozorné. Se sluchem souvisí vývoj řeči a v tomto období je to poznat více než v kojeneckém. Pokud u dítěte nedojde k adekvátnímu rozvoji řeči, značně zaostává psychický vývoj, především poznávacích procesů (myšlení, paměť). Dítě nerozumí svému okolí a ani mu samo nemůže sdělit své potřeby. Vlivem toho může být podrážděné, impulzivní a špatně ovladatelné, protože nedochází k uspokojování jeho potřeb. Zároveň v tomto věku prochází obdobím vzdoru. (Vágnerová, 2000).

V předškolním věku je pro dítě charakteristické sebeprosazení a celková aktivita, při které poznává sebe samo, okolí a rozvíjí rozumové schopnosti. Řeč nedoslýchavých dětí může být opožděná nebo dyslalická, proto je důležitá logopedická péče. S rozvojem poznávacích procesů úzce souvisí pozornost, která se teprve začíná upevňovat. Dítě si většinou zapamatuje situace a věci, které ho nějakým způsobem zaujmou, jsou atraktivní. Myšlení u předškolních dětí se sluchovým postižením může být omezeno kvůli nedostatečným podnětům (Vágnerová, 2000). Vlivem těchto okolností se dítě může zdát mentálně postižené, ale pokud mu nasadíme sluchadla a budeme ho vhodně rozvíjet, velmi rychle své opoždění dožene (Barešová, Hrubý, 1999).

Období mladšího školního věku je fází píle a snaživosti. Dochází k celkovému rozvoji dovedností, schopností, aktivity, sebehodnocení, sebevědomí a sociálních zkušeností. Dítěti nestačí být jen průměrné, ale chce být nejlepší a po zásluze odměněné. Pedagoga bere jako autoritu, která se nikdy nemylí. Dítěti, které nestačí tempu třídy a setkává se s neustálým neúspěchem, výrazně klesá sebevědomí. I rodiče mnohdy na něj tlačí a přetěžují ho. Dítě poté pociťuje, že nesplňuje očekávání obou autorit (škola, rodina) a má to na něj špatné důsledky. Rodina má na psychický vývoj dítěte značný vliv, proto je důležité, aby ho neustále motivovala a povzbuzovala. Později se dětské hodnocení vyvíjí podle třídy a hranici

úspěchu udává skupina (Vágnerová, 2000). U dítěte školního věku se začíná značně formovat identita (asi od 8 let) - vnímá své nedostatky, kriticky hodnotí samo sebe, srovnává se s druhými, srovnává se s idolem krásy apod. Pokud má nějaké postižení, které je viditelné, může to prožívat negativně, úzkostně a stresuje ho to, což narušuje vývoj zdravé identity. Dítě to může prožívat hůř než postižení jako takové (Matějček, 2001).

Puberta a adolescence bývá kritickým obdobím nejen pro rodinu, ale především pro dítě samotné. To dospívá a utváří si nové postoje, hodnoty, přehodnocuje dosavadní vztahy. Většinou se obrací proti rodičům, jejich postojům a názorům. Naopak se ztotožňuje s vrstevnickou skupinou a bez námitek přijímá její pravidla. Mezi vrstevníky si ověřuje a hledá vlastní identitu, navíc zde nachází oporu pro své názory. Pokud ho vrstevníci přijímají, znamená to pro něj, že je důležitý a někam patří. Pro dítě s postižením je začlenění do vrstevnické skupiny komplikovanější a zanechává to stopy na utváření vlastní identity a celkovém sebevědomí. Vrstevníci mohou dítě odmítat pro jeho odlišnost, zvláštnost, neschopnost navazovat sociální vztahy, nebo protože je více závislé na rodičích a jejich pomoci. Pokud je dítě z nějakého důvodu skupinou odmítáno, může to zanechat vliv i na utváření vztahu k sobě samému. Své postižení dítě prožívá jako překážku, kvůli které ho vrstevníci odmítají. V tomto věku je fyzický vzhled pro dítě důležitý a jakákoli odchylka je jím vnímána jako katastrofa (např. i to, že nosí sluchadla), a pokud ho kvůli této skutečnosti vrstevníci ještě odmítají, dítě se s tím těžko vyrovnává. Ve většině případů se uzavírá do sebe, a pokud mu rodiče chtějí pomoci, odmítá je a naopak mezi nimi vzniká konflikt (Hadj-Mousoová, 2000).

Pubescent se mění po biologické stránce, ale také duševní. Začíná se zajímat více o své tělo, které se výrazně mění (vlivem postižení může docházet k pozdějšímu nástupu změn, anebo je průběh odlišný). Cítí se jako dospělý, ale přitom je plně závislý na rodičích, kteří ho zaopatřují. Rodiče si na tuto změnu musí zvykat, ale není to vždy jednoduché. Dítě k nim mění postoje a kritizuje je, rodiče zase očekávají, že se dítě bude chovat jako dospělé. Ve většině případů dochází ke sporům, které není vždy jednoduché vyřešit. V rodinných vztazích je ale důležité najít kompromis, který by zajišťoval rovnováhu. Dobré vztahy jsou pro další vývoj dítěte zásadní (Hadj-Mousoová, 2000).

Postupem času dospívající dítě činí řadu rozhodnutí, která ho zařazují do světa dospělých. Jedním z nich je volba povolání, která je pro jedince s postižením velmi náročná. Adolescent musí brát v potaz, co může a nemůže vzhledem ke svému omezení vykonávat, a podle toho si vybrat příslušnou školu. Pokud však jedinec svou vadu vhodně kompenzuje, měl by dostat možnost si vyzkoušet různé činnosti, na základě toho se rozhodnout a předejít budoucímu neúspěchu (Hadj-Mousová, 2000).

3.2 Možnosti vzdělávání dítěte s nedoslýchavostí

Dítě se sluchovým postižením může být vzděláváno v mateřské škole (dále jen MŠ) a základní škole (dále jen ZŠ) běžné nebo pro sluchově postižené. Záleží na jeho schopnostech a individuálních předpokladech. Výběr předškolního a základního vzdělávání je plně na rodičích, musí však navštívit speciálně pedagogické centrum (dále jen SPC), které dítě vyšetří a rodičům doporučí vzdělávací instituci. S integrací⁶ musí souhlasit také ředitel školy. Dítě s nedoslýchavostí má většinou všechny předpoklady pro integraci, pokud byla sluchová vada včas odhalena, kompenzována sluchadly a vývojové předpoklady nejsou výrazně opožděny. Pokud rodiče uvažují o zařazení dítěte do běžné školy, je vhodné integrovat dítě již od MŠ (Janotová, Svobodová, 1998).

Každá z variant základního vzdělávání má své výhody a nevýhody. Mezi výhody ZŠ pro sluchově postižené můžeme zařadit menší počet žáků ve třídě, čímž je výuka více individuálně zaměřená a jsou přizpůsobeny všechny podmínky. Dítě se setkává s žáky se stejným sluchovým postižením. Na druhé straně není škola pro sluchově postižené v každém městě, což znamená, že dítě by muselo být na internátě, tedy odloučené od rodiny. Navíc je segregované od svých slyšících vrstevníků. U nedoslýchavého dítěte se předpokládá, že se zapojí do většinové slyšící společnosti, proto je vhodná integrace. Dítě není segregované, pohybuje se mezi vrstevníky, musí se potýkat s běžnými situacemi a není odloučené od rodiny. Na druhé straně se musí podřídit tempu třídy. Vyučující nemá dostatek času na individuální práci s dítětem, proto podmínky nejsou přizpůsobeny tak, jako ve škole pro sluchově postižené. Problém může také nastat se začleněním do kolektivu, kdy žáka nemusí jeho spolužáci přijmout (Janotová, Svobodová, 1998).

⁶ Integrace = vzdělávání dítěte se specifickými vzdělávacími potřebami společně s intaktní populací (Janotová, Svobodová, 1998)

Nástup do školy je pro děti celkově velkou zátěží. Lépe se na ni většinou adaptují ty děti, které předtím navštěvovaly mateřskou školu. Především však záleží na školní zralosti dítěte, která se odvíjí od sociálního prostředí, tělesného a duševního vývoje. Školní zralost je důležitá kvůli zvládnutí školního režimu, zvýšení požadavků na výkon apod. Dítě musí být sociálně vyspělé (samostatné, přijímající autoritu, schopné potlačit některá svá přání, podřídit se a ovládat své chování), aby mohlo přijmout roli školáka a tím i zátěžové situace. Dítě již není středem zájmu, ale je jedním z mnoha dětí ve třídě. Dostatečně rozvinuté musí být poznávací procesy – zraková, sluchová percepce, řeč, myšlení, paměť. S nástupem do školy se začíná rozvíjet logické myšlení, které se odvíjí od schopnosti dítěte pochopit a zpracovat sdělení, proto se žák musí naučit používat sluchadlo (Vágnerová, 2000).

3.2.1 Integrace dítěte v ZŠ běžného typu

S integrací do ZŠ je spojena úspěšná integrace v MŠ. Dítě musí být sociálně zralé, samostatné, schopné zvládat sebeobsluhu, respektovat autoritu apod. Integrace v MŠ podpoří správný rozvoj komunikace a sociálního začlenění. Při činnostech by se mělo dítě podílet na všem, co dělají ostatní. Učitelka si musí ověřovat, zda všem pokynům rozumělo (Janotová, Svobodová 1998).

Před počátkem integrace vyšetřuje dítě vždy logoped, psycholog, popř. další pracovníci SPC. Významnou roli hraje skutečnost, kdy vada vznikla, jak je s ní dítě smířeno, jak umí používat sluchadlo, jak je rozvinuta řeč, úroveň intelektu, školní zralost, sociální zázemí, rozvoj grafomotoriky, paměti, myšlení, emocionální zralosti atd. Se začleněním dítěte do MŠ a ZŠ běžného typu pomáhá SPC, které mu integraci doporučilo. SPC vybírá vhodnou školu, kdy s integrací musí souhlasit ředitel školy a také třídní učitelka. Dále doporučuje správné kompenzační pomůcky, logopedickou péči a spolupracuje s dítětem, rodinou a školou po celou dobu studia dítěte. V případě potřeby vytvoří SPC s rodiči a učitelkou ZŠ IVP⁷ (individuální vzdělávací plán) dítěte (Janotová, Svobodová, 1998). Integrace může být užitečná, ale záleží na individuálních předpokladech jedince a na ostatních podmínkách (prostředí školy, rodinné zázemí atd.). Někdy může naopak dojít spíše k poškození osobnosti dítěte (Vágnerová, 2000).

⁷ IVP (individuální vzdělávací plán) je závazný dokument, který se stanovuje v případě potřeby podle školního vzdělávacího programu příslušné školy a podle vyšetřovacích zpráv odborníků. IVP upravuje výuku žáka dle jeho schopností a specifických potřeb. (MŠMT, online, 2013 – 2015)

Během vyučování musí brát pedagog ohledy na dítě, především při výkladu a při zasedacím pořádku. Ve třídě by dítě mělo sedět ve druhé až čtvrté lavici blíž k uličce, kde učitel při výkladu stojí. První lavice není vhodná, jelikož žák vidí učitele z podhledu a neslyší dobře spolužáky sedící v zadních řadách. V prvních dnech bude mít dítě problém zvyknout si na nového učitele, na hluk ve třídě, dorozumět se s novými dětmi (zvláště pokud mají plnou pusy, křičí nebo se smějí), což bude zhoršovat i jeho výkon. Výrazné problémy se projeví v českém jazyce, především v diktátě. Většina nedoslýchavých dětí má problémy s diferenciací sykavek, jelikož patří mezi hlásky s vyšší frekvencí, které hůře slyší. Dále mají také problémy s rozlišováním dy, ty, ny a di, ti, ni. Lepší je dítěti se sluchovým postižením předložit text, do kterého gramatické jevy doplňuje. Při diktátě záleží na tom, jakou má slovní zásobu, protože pokud se setká se slovem, které předtím nikdy neslyšelo, bude si myslet, že se přeslechlo, a napíše slovo známé, např. místo četař tesař, středově místo středověk atd. Je tedy dobré před diktátem neznámá slova vysvětlit a objasnit. Pokud paní učitelka diktuje větu, musí se jí žák dívat na ústa, nelze odezírat se skloněnou hlavou. Dále je důležité dbát na čtení s porozuměním (Janotová, Svobodová, 1998).

Dítě s nedoslýchavostí nemá problémy pouze v českém jazyce, ale mohou se projevit i v jiných předmětech (např. matematice). Žák nemusí pochopit obsah sdělení při slovních úlohách nebo zamění podobné číslice (dvě, pět, devět). Další problém přichází při tělesné výchově. Otázkou je, zda má mít žák sluchadlo nebo ne. Jde spíše o vzájemnou dohodu učitele, žáka a rodiče. Při míčových hrách je nebezpečí zničení sluchadla nebo zranění žáka (např. při vtlačení tvarovky do zvukovodu). Dalším předmětem, ve kterém může mít problémy, je hudební výchova, proto by mělo být hodnoceno jiným způsobem, ne však z výuky úplně vyřazeno (Janotová, Svobodová, 1998).

3.3 Dopady nedoslýchavosti na sociální začlenění dítěte

Socializace je proces, který umožňuje člověku začlenit se do společnosti. Umožňuje rozvoj osobnosti jedince, který si upevňuje určité role, normy, hodnoty a vytváří si vztahy. Nejvýznamnější je pro dítě v počátku socializace rodina. Dítě si v prvních měsících utváří vztahy k matce (rodičům) a podle prvních sociálních zkušeností se nadále vyvíjí vztahy další. Velmi proto záleží, jak se rodiče vyrovnali s postižením svého dítěte a jak ho přijímají. Většinu hodnot a cílů předává rodina ve svém chování a pomocí verbálního sdělení, což se u nedoslýchavého dítěte, u kterého se vada ještě neodhalila, výrazně projeví (sdělení dostatečně neporozumí, protože zachytí pouze části slov nebo nezřetelné zvuky). Je tedy odkázáno pouze na napodobování chování rodičů (Vágnerová, 2000).

S postupem času si začne dítě uvědomovat jednotlivé role v rodině. Současně si může utvářet i roli někoho odlišného, kdo není stejný jako jeho sourozenec, protože se k němu okolí staví jinak, má odlišnou řeč, chování, vzhled atd. Některé situace může pochopit jinak nebo se s nimi ani nesetká (dítě může mít omezený sociální kontakt a tím i nedostatek zkušeností). Dalším znevýhodněním, se kterým se může setkat, je nedostatečné pochopení norem, které jsou předávány především verbálně. Dítě např. nepochopí, proč se na něj kamarád zlobí, a může reagovat podrážděně nebo impulzivně. Ostatním se jeví jako agresivní, neposlušné, bez zábran apod. (Vágnerová, 2000).

Jelikož se dítě může vyvíjet odlišně (z hlediska řeči, myšlení), mnohdy bývá svými vrstevníky odmítáno, protože nestačí jejich hře. Jedinci se sluchovým postižením často nechápou ironii, dvojsmysly, rychle nezachytí sdělení atd. V takovém případě bývají izolováni především v MŠ nebo ZŠ, což je jedno z mnohých nebezpečí integrace (Vágnerová, 2000).

4. Zkušenosti s nedoslýchavostí

Postižení přináší během života úskalí, se kterými se musí člověk potýkat a řešit je. Některé problémy nebere zdravotně znevýhodněný v potaz, jiné na něm a na jeho rodině zanechávají následky. Cílem praktické části je zjistit subjektivní vliv nedoslýchavosti vzniklé v dětském věku na život lidí s tímto postižením. Během kazuistického šetření jsem si položila dvě výzkumné otázky, které jsou zúžením hlavního cíle.

Výzkumná otázka č. 1: Jak dle informantů ovlivnilo postižení komunikaci v rodině?

Výzkumná otázka č. 2: Jak informanti hodnotí přijetí do školního kolektivu a přístup učitelů?

4.1 Metodologie

Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu, který je zpracován metodou kazuistické studie. Hendl (2008) charakterizuje tuto metodu jako detailní studium jednoho nebo více případů, kdy podrobně popisujeme jednoho nebo více jedinců. Kazuistická studie se snaží o zachycení složitosti případů a o popis vztahů v jejich celistvosti. Případové studie jsou zpracovány na základě etnografického interview dle Gavory (2000). Etnografické interview má charakter přátelského rozhovoru, při němž mluví především informant, který odhaluje důležité události svého života. Rozhovor je nestrukturovaný. Otázky jsou kladeny na základě momentálního tématu. Atmosféra by měla být uvolněná a příjemná (Gavora, 2000).

Při výběru informantů bylo důležité zohlednit především jedno kritérium – osoba nedoslýchavá od dětského věku. Dále jsem se zaměřovala na to, aby byly dotazovaní přibližně stejně staří. Rozhovor s informanty probíhal v prostředí, které si zvolené osoby určily samy. Výběr byl ponechán na nich nejen kvůli sluchové vadě (vhodně osvětlené a klidné prostředí, ve kterém by dobře rozuměly a odezíraly), ale také s ohledem na příjemnost prostředí. Případové studie nejsou popsány chronologicky, ale jsou rozděleny do jednotlivých oblastí, kde je konkrétně charakterizována daná problematika. Sdělení informantů se opírá o lékařské zprávy.

4.2 Případová studie č. 1.

První případová studie pojednává o ženě, která vystudovala speciální pedagogiku zaměřenou na surdopedii, což ovlivňuje její nynější názory a pohled na vyšetření lékařů. Tento obor si vybrala nezávisle na svém postižení. Ke studiu ji přivedlo Tyflo Vysočina Jihlava, kde pracovala. Při tomto zaměstnání si dělala rekvalifikační kurz. Během něj se seznámila s osobou, která surdopedii studovala a Lucii motivovala.

Převodní nedoslýchavost byla devětadvacetileté Lucii diagnostikována ve 4 letech (roku 1989). Sluchadla nosí od roku 1990. Vada se postupně zhoršuje, nyní má těžkou nedoslýchavost s průměrnou ztrátou 85 dB. Již od MŠ nosí brýle. Před třemi lety jí byla zjištěna oční vada – degenerativní onemocnění sítnice. Nyní navštěvuje organizaci LORM – Společnost pro hluchoslepé. Pracuje jako prodavačka v obchodě s výtvarnými a grafomotorickými potřebami. Od roku 2011 je vdaná.

Anamnéza

Věk: 29 let

Rok narození: 1985

Pohlaví: žena

Rodinný stav: vdaná

a) rodinná anamnéza

Žena pochází ze čtyřčlenné rodiny. Staršímu bratrovi je nyní 32 let, je zdravý. Vztahy neměli v dětství příliš dobré, jelikož se cítil kvůli postižení své sestry odstrkovaný a zanedbávaný. Matka se mu snažila věnovat, ale značně méně než dceři. I prarodiče upřednostňovali vnučku kvůli sluchové vadě. Postupem času se vztahy s matkou i sestrou zlepšovaly. Nyní bydlí s matkou. Otec alkoholik nevěnoval pozornost ani jednomu dítěti. V rodině neplnil svou roli a do rodinných záležitostí se příliš neangažoval. Vztahy s ním nebyly dobré. Sluchové postižení dcery šlo mimo něj, matka byla na vše sama. V roce 2013 otec zemřel.

Vztahy s matkou byly vždy velmi dobré, ale Lucie uvádí, že pro matku bylo těžké se od již dospělé dcery odpoutat. V dětství se dceři usilovně věnovala, ač ji to mnohdy velmi vyčerpávalo. Manžel jí s ničím nepomohl a od okolí se jí uznání také nedostalo. Dva roky zůstala s dcerou doma, protože si vyžádala péči o osobu blízkou.

Kvůli vztahům v místě bydliště si po dvou letech našla jednodušší práci, při které zvládala i péči o dceru.

Žádná sluchová vada ani jiné postižení či závažné onemocnění se v rodině neobjevilo. Matka má problémy se zády. Otec zemřel na komplikace způsobené alkoholem.

b) osobní anamnéza

Průběh těhotenství a porodu byl bez komplikací, dítě se vyvíjelo běžným způsobem, nikde není zaznamenán opožděný vývoj. Screening sluchu v porodnici neproveden. Řeč byla v pořádku, v psychomotorickém vývoji dítě nevynechalo žádnou fázi. U sluchu zaznamenala matka určité nedostatky, ale lékařka usoudila ze svého „testu“, kdy zachrastila klíči a dítě se otočilo, patrně za blýskající se věcí, že sluch je v pořádku. V pěti letech byly Lucii vytrhnuty krční mandle. Neprodělala žádná závažná onemocnění. Od 5. třídy základní školy Lucie nosí brýle. Nyní má 5,5 a 7 dioptrií. Od roku 2011 je vdaná. V tomto roce jí také diagnostikovali degenerativní onemocnění sítnice. Nyní má pouze středové vidění. Navštěvuje organizaci LORM – Společnost pro hluchoslepé. Pracuje v obchodě se speciálními potřebami.

V roce 1989 nastoupila jako čtyřleté dítě do mateřské školy. Ve školce probíhalo vše běžným způsobem. Lucie říkala básničky, zpívala, při skupinové práci se zapojovala. Učitelka si ale všimla, že dítě neplní individuální pokyny, které mu jsou uděleny. Většinou dítě vypadalo, že vnímá, ale poté se otočilo a daný pokyn nesplnilo. Proto učitelka doporučila rodičům, aby navštívili nejlépe psychologa, že je jejich dítě nadměrně svéhlavé. Matka proto zašla s dcerou k dětskému lékaři. Ten doporučil vytrhnout velké krční mandle, které mohou způsobovat zalehlé uši.

Foniatrické vyšetření

Na první vyšetření byla Lucie poslána po vytrhnutí krčních mandlí (v 5 letech r. 1990). Vzpomíná na něj velmi špatně. Foniatr ji vyšetřoval tónovou audiometrií. Zvuky pětiletou Lucii děsily a ona celé vyšetření probřečela. Byla jí diagnostikována střední nedoslýchavost s průměrnou ztrátou sluchu na obou uších 50 dB, příčinu ale lékaři jasně neurčili. Dá se spekulovat o vrozené vadě, která se odhalila až v předškolním věku, nebo o získané vadě, která vznikla z neznámých důvodů.

Na základě výsledku z tónové audiometrie byla Lucii přidělena sluchadla. Dnes to dospělá Lucie hodnotí jako neadekvátní přístup lékaře, jelikož dal pětiletému dítěti na výběr mezi závěsným a krabičkovým sluchadlem, aniž by matce o těchto rozdílných typech něco řekl. Lucie si vybrala ty „hezčí a zajímavější“ – krabičková. S krabičkovými sluchadly mělo dítě pouze problémy, jelikož neplnila svou funkci. Matka byla velmi nespokojená. Podle Lucie matka špatně vzpomíná na lékaře, který jim situaci neulehčoval, a vždy, když se na sluchadle něco porouchalo, byl problém s opravou. Lucie nyní hodnotí, že foniatr používal zastaralé metody již v té době a jeho chování k pacientům bylo nevhodné.

Roku 1991 Lucie přestoupila na foniatrickou kliniku v Praze na Žitné, kde jí udělali BERA vyšetření. Pacientka byla velmi neklidná, proto jí dali uspávací, ale i přes to se úplně neuklidnila. Vyšetření muselo být odloženo. Dále jí prováděli tónovou audiometrii, slovní audiometrii, klasickou zkoušku, Weberovu zkoušku, tympanometrii a další vyšetření (tato vyšetření provádějí pacientce i nyní). Lucie s matkou zůstala na klinice v Žitné v Praze čtrnáct dní. Zde místo 50 dB naměřili ztrátu sluchu 70 dB. Tónovou audiometrii zde hodnotí podle Fowlera v procentech.

Od 2. třídy ZŠ má Lucie závěsná sluchadla. Nejprve nosila analogová, poté analogo–digitální a nyní digitální. S nimi slyší nejlépe. Digitální závěsné sluchadlo má značky WIDEX CLEAR 330 c3 FS s různými programy, kde lze mimo jiné nastavit i program indukční smyčky. Začínala u nejlevnějších sluchadel, nyní má jedny z kvalitnějších.

Pravidelně dochází k foniatrovi. Nyní má diagnostikována těžkou nedoslýchavost s průměrnou ztrátou 85 dB (tato informace je od Lucie, nejnovější lékařskou zprávou jsem neměla k dispozici). Vada se neustále zhoršuje vlivem běžného opotřebování. Roku 2006 měla dle audiogramu celkovou ztrátu 79 % a r. 2009 75,1 %. Také trpí tinnitem zhoršujícím se při psychické únavě a vyčerpání. Většinou si v úplném tichu musí udělat jiný hluk, jelikož je to pro ni někdy až nesnesitelné. Snaží se více aktivně odpočívat.

Roku 2013 si nechala udělat genetický test Connexin 26, který zjistil, že nosičem sluchové vady není.

Kompenzační a jiné pomůcky

Lucie využívá jako pomůcku vibrační budík. Také telefonuje, ale telefon si vždy musí dopředu vyzkoušet, především kvůli reproduktoru. Nejvíce jí vyhovuje značka SAMSUNG. Telefon používá od 16 let. Zvuk pevné linky neslyší. Nyní si pořídila přípojku na upravování tohoto zvuku. V dětství pomáhal rodině s výběrem pomůcek známý, který pracoval ve Svazu invalidů. Sdělil jim, na co mají nárok a na co mohou dostat příspěvek. Díky tomu se matka dozvěděla, že může s dcerou zůstat doma. Po dlouhém vymáhání dostala rodina také příspěvek na televizor s teletextem, jelikož ne u každého filmu může nedoslýchavý dobře odezírat. Indukční smyčku se Lucie učí používat v rámci svého programu ve sluchadlech. Předtím ji nikdy nevyužívala.

Logopedické vyšetření

Informace byly získány z rozhovoru s Lucií. Zprávu z logopedického vyšetření jsem neměla k dispozici.

V pěti letech (roku 1990) navštívila Lucie logopedii v Praze ve škole pro sluchově postižené v Ječné, kterou ji doporučil známý. Lucie měla špatnou výslovnost hlásek C, S, které i nyní neslyší, a zaměňovala je. Dále zlepšovala i výslovnost hlásky T. Matka s dcerou dojížděly k logopedovi každý měsíc. Ten vždy zadal, co má matka s dcerou dělat a jakým způsobem. Lucie si pamatuje, že se učila vyslovovat hlásky před zrcadlem, zvedat jazyk za horní zuby apod. Špátle ani jiné pomůcky na podporu správného postavení mluvidel logoped používat nemusel. Lucie se učila rozlišovat slova s hláskami C a S. Když se naučila psát, matka jí problémová slova diktovala, aby dokázala tyto hlásky rozlišovat a zapamatovala si, kde se která hláska píše a vyslovuje. Nyní Lucie vyslovuje tyto hlásky již dobře.

Stav zraku

Již v MŠ Lucie nosila brýle na srovnání šilhavosti. V 5. třídě ZŠ jí oční lékař diagnostikoval krátkozrakost. Začínala na jedné dioptrii. Od té doby se jí zrak zhoršoval a nyní má 5,5 a 7 dioptrií. V roce 2011 Lucie změnila očního lékaře, který jí diagnostikoval degenerativní onemocnění sítnice. Má velmi zúžené zorné pole (pouze středové vidění).

V neznámém prostředí používá signalizační červenobílou hůl. Navštěvuje organizaci LORM – Společnost pro hluchoslepé. Za pomoci traséra závodně běhá.

Služby organizace využívá především při důležitém papírování a vyřizování. Učí se Braillovo písmo⁸, prostorovou orientaci a již ovládá Lormovu dotekovou abecedu⁹.

Průběh studia

Jak již bylo zmíněno, Lucie nastoupila v r. 1989 do MŠ, kde matka dostala prvotní impuls ke všem vyšetřením týkajícím se sluchové vady. Když přišla Lucie do MŠ s prvním sluchadlem, děti ji žádným způsobem neodmítaly. Podle Lucie ji braly stejně jako předtím. Občas se sice zeptaly, co to má za uchem nebo co je to za krabičku, ale s žádným výsměchem a odstrkováním či šikanou se nesetkala.

Lucie měla odklad školní docházky kvůli narození v podzimních měsících. Před nástupem na základní školu navštívila přidělenou psycholožku, která posuzovala, zda je pro ni vhodná integrace nebo speciální škola. Testy nedopadly dobře a matce bylo oznámeno, že dítěti není doporučena integrace, jelikož by ji nezvládlo. Rodičům se tento posudek nelíbil, proto navštívili psychologa v Praze. Zde byla Lucie podrobena jiným testům, které vyšly o mnoho lépe. Pamatuje, že kreslila rodinu, obrázky, říkala slova, která ji první napadla apod.¹⁰ Nakonec nastoupila do speciální třídy při běžné ZŠ v místě bydliště. Ve třídě vynikala a její prospěch byl výborný, proto byla v prvním pololetí přeřazena do běžné třídy ZŠ jako integrovaný žák. I zde se jí dařilo.

Lucie říká, že individuální vzdělávací plán neměla nebo alespoň o tom neví. Vyučující ale byli ohleduplní, zvykli si nechodit po třídě, aby na ně žákyně vždy viděla. Paní učitelka českého jazyka jí při diktátě ukazovala v prstové abecedě, zda slovo začíná písmenem C nebo S - špatně je slyšela. Lucie měla zajištěné dobré prostředí. Vztahy mezi ní a žáky nebyly narušené. Spolužáci nevnímali nedoslýchavost jako něco omezujícího.

Na druhém stupni ZŠ už byly vztahy horší, i když ne kvůli sluchové vadě, ale běžným věcem, které prožívají adolescenti v pubertálním období. Lucie uvádí, že se občas stávalo, že se jí spolužáci posmívali kvůli sluchové vadě, ale spíše ve výjimečných případech. Vztahy s vyučujícími byly podle ní také horší. Největší

⁸ Braillovo písmo je písmo pro nevidomé, kdy je ve dvou sloupcích a třech řadách šest vystouplých bodů. V kombinaci těchto bodů lze vytvořit 63 znaků (písmena, číslice, noty, interpunkce apod.). (Janovcová, 2003)

⁹ Lormova doteková abeceda je komunikační systém, který využívá dlaň a celou ruku. Každé písmeno má na ruce své konkrétní místo znázorněné pomocí tahů, bodů, vibrací. Lormova doteková abeceda slouží pro komunikaci hluchoslepých osob s okolím a naopak. (Janovcová, 2003)

¹⁰ Na psychologické testy chodila Lucie i během studia. Dobře jí nevycházely testy logiky a matematiky.

problémy měla s tělocvikářem, který byl velmi temperamentní, a když na ni křičel přes celou halu, nic kvůli ozvěně neslyšela a dělala věci jinak, což vyučujícího rozčilovalo. Spolužáci Lucii kvůli těmto skutečnostem odmítali do svého týmu při soutěživých hrách. Anglický jazyk a hudební výchovu neměla známkovanou. Anglický jazyk se vyučoval v audiomístnosti do sluchátek, ve kterých nic neslyšela. I přes tyto nepříjemnosti prošla Lucie ZŠ s vyznamenáním.

O prázdninách jezdila na tábory pro sluchově postižené. Později dělala na táboře vedoucí a naučila se zde základy znakového jazyka (dále jen ZJ¹¹).

V roce 2001 navštívila Lucie pedagogicko-psychologickou poradnu, kde jí pomohli s výběrem střední školy (dále jen SŠ). Lucie měla ráda koně a chtěla dělat zemědělskou školu, ale s těmito zvířaty nikdy nepracovala. Psycholožka v poradně jí navrhla jinou SŠ, kterou Lucie nakonec přijala. Po dlouhém váhání nastoupila r. 2001 na Střední uměleckoprůmyslovou školu v Bechyni. Zde bydlela na internátě. Na střední škole a internátě byly vztahy s ostatními spolužáky podobné jako na ZŠ. Nebyla ani terčem výsměchu, ani oblíbeným vzorem. V prvním roce se vyskytly problémy s vyučujícími, jelikož třídní učitelka, ač se s matkou domluvila jinak, neinformovala své kolegy o vadě, kterou má jejich žákyně. Vyučující tedy nepřizpůsobili své požadavky. Poté Lucie obešla všechny pedagogy a oznámila jim, že je nedoslýchavá, a tím se vše vyřešilo. Ani zde neví žena o tom, že by měla IVP. Lucie ukončila SŠ v roce 2006 s vyznamenáním.

Na vysokou školu (dále jen VŠ) nastoupila v roce 2007 v kombinované formě na bakalářský obor Speciální pedagogika na Masarykově univerzitě v Brně, kde si jako specializaci vybrala surdopedii. Jelikož má sluchové postižení, vybírala si pouze jednu specializaci. Ve stejném oboru pokračovala i na navazujícím magisterském programu. Státní závěrečné zkoušky jak na bakalářském, tak na magisterském oboru skládala pouze ze surdopedie. Lucie využívala služeb střediska Teiresiás¹², se kterým Masarykova univerzita spolupracuje. Studentce byl přidělen zapisovatel, který jí při přednáškách pořizoval zápisky, protože jí dělalo problém ve velkých prostorách

¹¹ Český znakový jazyk (ČZJ) nebo jen znakový jazyk (ZJ) je komunikační systém, který má svou vlastní gramatiku. ZJ je označován jako přirozený jazyk neslyšících. Je tvořen na základě vizuálně pohybových prostředků (tvary ruky, postavení a pohyby ruky, mimika apod.). Má základní atributy jazyka. (Horáková, 2012)

¹² Teiresiás, Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky, je zřízené při Masarykově univerzitě v Brně. Umožňuje přístupnost oborů pro studenty univerzity se smyslovým, tělesným a jiným postižením. (Teiresiás, online, 2014)

rozumět přednášejícím. Studijní požadavky byly díky sluchové vadě zmírněny. VŠ Lucie úspěšně dokončila v roce 2013.

Na VŠ se seznámila s mnoha neslyšícími a chtěla se s nimi dorozumět, proto se přihlásila na kurz ZJ v organizaci Pevnost v Praze. Zde ZJ vyučují přímo neslyšící. Absolvovala pět modulů ze sedmi.

Pracovní místa

První pracovní pozici dostala Lucie v roce 2006 v Tyflu Vysočina Jihlava, kde vedla pracovní dílnu. Vyučovala tkalcovství a košíkářství. Pomáhala jako asistentka při rekondicích a jiných akcích pořádaných touto organizací. Podmínkou bylo, že si musí udělat rekvalifikační kurzy. Zde Lucie pracovala do roku 2008.

V roce 2008 nastoupila na půl roku do domu dětí a mládeže (dále DDM) jako keramický pracovník.

V letech 2009-2010 pracovala v neziskové organizaci INTEGRACE jako digitalizátor zvukových knih pro nevidomé.

V roce 2010 začala působit jako asistent pedagoga ve 3. třídě běžné ZŠ, kde bylo integrováno dítě s hraničním Aspergerovým syndromem. Tuto pozici opustila v roce 2011.

Poté rok dělala osobní asistentku dívce s lehkým mentálním postižením v praktické ZŠ waldorfské. Dívka neměla rozvinutou řeč, ale sluch byl v pořádku. Komunikovala za pomoci MAKATONU¹³. Lucie však musela této práci nechat, protože se jí zhoršil zrak a zaměstnání ve školním prostředí nezvládala.

Rok byla doma a od srpna 2014 začala pracovat na částečný úvazek v obchodě s výtvarnými a grafomotorickými potřebami. Kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu chtěla po dvou měsících odejít. Bylo jí tedy nabídnuto spravování internetových stránek tohoto obchodu, kam nyní dělá popisky ke zboží.

¹³ MAKATON je systém manuálních znaků a symbolů. Jeho název je odvozen od křestních jmen jeho tvůrců – Margaret Walker, Kathy Johnston a Tony Cornforth. Je využíván u lidí, kteří mají nesrozumitelnou řeč, např. u mentálně postižených, autistů, lidí s kombinovaným postižením apod. (Janovcová, 2003)

Zájmy

Lucie říká, že vždy ráda četla a díky tomu má dobrou slovní zásobu. Hodně sportuje. Na ZŠ hrála tenis, ale kvůli ozvěnám v hale a špatným vztahům ve skupině tento sport ukončila. Nyní závodně běhá s trasérem a chodí na jiné sporty.

Pokud jde na koncert nebo jinou větší a hlučnější akci, musí mít jistotu, že bude dobře ozvučena a především se musí odehrávat venku. Pokud nemá tyto podmínky zajištěny, dělá se jí špatně, hůř slyší a samozřejmě si tím urychluje zhoršení sluchu.

Komunikace

Lucie uvádí, že komunikace pro ni není problém. Důležité je ale odezírání, vždy si vybírá takové místo, kde bude dobře vidět na obličej partnera. Nerada bývá v hlučném prostředí, kde nikomu nerozumí. Také nedovede odhadnout hlasitost své řeči. Problém jí dělá nejen šepot, ale i zvýšení hlasu. Lucie si všimla, že si mnohdy lidé myslí, že je ve špatném rozpoložení, jelikož právě mluví příliš hlasitě. Potíže jí dělá např. hra Tichá pošta. Avšak ve škole prý měla opačný problém, protože mluvila příliš potichu. Jako dospívající se velmi styděla stát před tabulí a ještě k tomu zvyšovat hlas tak, aby ji všichni slyšeli.

Dále říká, že pokud komunikuje s člověkem, kterého nezná, musí se plně soustředit na jeho řeč a raději upřednostňuje tiché prostředí. Lépe se jí hovoří se slyšícími lidmi a s těmi, které zná. Nerada komunikuje s osobami s dyslalií nebo nedoslýchavostí. Sama uvádí, že jí ve společnosti chvílku trvá, než zpracuje to, co řeknou ostatní. Např. ve společnosti někdo řekne vtip a všichni se smějí. Lucie vtip pochopí, ale sdělení zpracuje až po chvílce. Než stačí zareagovat, lidé se již baví o něčem jiném. Občas také nepochopí ironii nebo sdělení s nadhledem.

Podle Lucie je lepší novým lidem o své vadě neříkat, ale raději se s nimi bavit běžným způsobem, aby sami viděli, že reaguje. Pokud někdy řekla, že je sluhově postižená, lidé ji buď litovali, přehnaně artikulovali a zvyšovali hlas, nebo naopak reagovali kritikou, že si vymýšlí, protože dovede „mluvit normálně“.

Shrnutí

Lucie uvádí, že si nepřijde svou sluchovou vadou závažně omezená a ani zpětně na svůj život nemá špatné vzpomínky. Sama ale poznala, že se díky vadě projeví, jak je rodina schopna spolupracovat, srovnat se s postižením a fungovat tak, aby byli všichni její členové spokojeni. Sluchová vada částečně ovlivnila vztahy v rodině. Lucii a matku vada sblížila, ale bratra od nich naopak oddálila. Zároveň se otec projevil negativně. Je ale otázka, zda by jeho přístup byl jiný, kdyby dcera postižení neměla.

Lucie říká, že je ráda, že neskončila na internátě pro sluchově postižené, ale že dostala jiné možnosti. Nikdy se vztahy ostatních k ní neodrážely od sluchové vady. Ve školním prostředí mívala někdy problémy s porozuměním, ale většina vyučujících k ní byla shovívavá a spíše jí ulehčovala, než zatěžovala. Do školního kolektivu se zařadila vcelku dobře, nikdy neměla větší problémy a nebyla šikanována. V životě se setkávala s mnoha lidmi se sluchovým postižením, především na VŠ.

Lucie říká, že byly chvíle, které pro ni byly těžké a kdy se styděla. Nyní si musí vybírat prostředí, ve kterém se bude pohybovat. Svou vadu už ale bere automaticky, proto si svá omezení již neuvědomuje. Se sluchovým postižením se naučila žít a vnímá to tak, jak to je. Nyní je pro ni nové zrakové postižení a adaptuje se na hluchoslepou.

4.3 Případová studie č. 2

Druhá případová studie se zabývá popisem šestadvacetileté Kláry, která vystudovala speciální pedagogiku se zaměřením na surdopedii. Tuto problematiku začala studovat nezávisle na svém postižení. Jelikož rodiče pracují ve zdravotnictví, měla vždy kvalitní lékařskou péči.

Kláře byla percepční nedoslýchavost diagnostikovaná v 5 letech (r. 1993), ale sluchadla nosí až od roku 2003, jelikož slyšela lépe bez nich. Od pěti let vyhledávala oční kontakt a svou pozornost soustřeďovala na odezírání. Sluchová vada se v 15 letech začala velmi rychle zhoršovat a na SŠ uvažovala o kochleární implantaci. Nyní má celkovou ztrátu 97 %. Od roku 2014 pracuje jako asistent pedagoga na základní škole speciální.

Anamnéza

Věk: 26 let

Rok narození: 1988

Pohlaví: žena

Rodinný stav: svobodná

a) rodinná anamnéza

Klára se narodila jako nejstarší dítě do úplné rodiny. O sedm let později, r. 1995, se předčasně narodila její sestra. Rodina soustřeďovala pozornost na mladší dceru, jelikož s předčasným narozením přišly i zdravotní potíže. Žádné následky nyní nemá. Vztahy mezi sestrami byly vždy dobré.

Rodiče Kláry pracují ve zdravotnictví. Matka je zdravotní sestra, otec lékař. Vztahy v rodině byly vždy dobré. Rodina je harmonická a členové drželi vždy pohromadě. Rodiče jsou zdraví. Vada sluchu ani jiné postižení se v rodině nevyskytlo. Rodiče r. 1993 podstoupili vyšetření Connexin 26. Dědičnost sluchové vady se neprokázala.

Po zjištění sluchové vady trpěla Klářina matka depresemi a užívala antidepressiva. Matka si postižení své dcery kladla za vinu, protože jí lékaři řekli, že vadu sluchu způsobila viróza, kterou prodělala v těhotenství. Později to ale bylo označeno za nepravděpodobné, protože by dcera sluchovou vadu měla od raného věku. Po narození druhé dcery deprese téměř vymizely. Pro otce bylo těžké se se sluchovou vadou své dcery vyrovnat, ale Klára uvádí, že to nikdy nepocítila.

b) osobní anamnéza

Matka během těhotenství prodělala lehkou virózu. Těhotenství bylo jinak bez komplikací, porod byl také v pořádku. Klára se vyvíjela běžným způsobem, v žádné oblasti vývoje nebylo zaznamenáno opoždění. Screeningové vyšetření sluchu v porodnici neprovedli. Klára neprodělala a ani nyní nemá žádné závažné onemocnění. Po patnáctém roce trpěla depresemi a docházela k psychiatrovi, užívala antidepressiva.

V roce 1991 nastoupila do MŠ, kde se vyvíjela běžným způsobem. Na MŠ si příliš nevzpomíná, ale tvrdí, že nic závažného se během docházky nestalo. Až v 5 letech, r. 1993, si rodiče začali všímat, že Klára nereaguje na zvukové podněty a řeč tak, jak by měla, informace musely být minimálně dvakrát opakovány.

Foniatrické vyšetření

Doporučení na ORL vyšetření proběhlo velmi rychle díky otci, který pracuje jako lékař. Roku 1993 byla dívka diagnostikována lehká až střední percepční nedoslýchavost na ORL klinice v Žitné (přesné hodnoty si žena už nepamätuje a ani lékařské zprávy již nejsou k dispozici). Příčina není známa. Lékaři se pouze domnívají, že vada sluchu vznikla vlivem virózy, kterou prodělala matka v těhotenství. Klára byla vyšetřována tónovou audiometrií, slovní audiometrií, tympanometrií a klasickou zkouškou. Navíc jí byla prováděna magnetická rezonance a CT mozku. Nebyl objeven žádný nález. O tato vyšetření se zasloužil především otec, který si jakožto lékař kompletní vyšetření vyžádal. Kláře byla přidělena závěsná sluchadla. Přestože sluchadla dívce vyhovovala, nebyla s nimi spokojená. Měla pocit, že bez nich slyší lépe. Kompenzační pomůcky tedy nepoužívala. Navazovala s mluvčími oční kontakt a zaměřovala se na odezírání.

Z vyšetření žádné negativní zážitky nemá. Pouze si pamätuje na dlouhé čekání a neustálé přebíhání mezi lékaři. Pokud šla na vyšetření, uvádí, že to bylo i na šest hodin. Neměla ráda slovní audiometrii, jelikož bez odezírání většinou nerozuměla.

Okolo 15. roku (2003) se sluchová vada začala výrazně zhoršovat. Sluchadla již byla nutností. Během několika let se sluchová vada zhoršila natolik, že rodiče začali uvažovat o kochleární implantaci. Klára přestoupila do Centra kochleárních implantací u dětí ve fakultní nemocnici v Motole. O tomto zásadním kroku měla Klára rozhodnout sama, proto zjišťovala všechna pro a proti. Zeptala se proto lékaře, zda bude rozumění a celkové slyšení s KI lepší. Když zjistila, že to tak být nemusí, od implantace upustila a raději nosila sluchadla. Měla vždy jedny z nejlepších značky WIDEX.

Foniatra navštívuje pravidelně. Roku 2013 měla celkovou ztrátu sluchu 97,5 %. Slovní audiometrie z r. 2013 je většinou 0 %, pouze na 70 dB je rozumění 10 % a na 80 dB 20 %. Vyšetření OAE je negativní, tympanometrie v normě.

Kompenzační a jiné pomůcky

Klára používá vibrační budík a nyní má objednanou světelnou signalizaci. Dříve telefonovala, dnes již nemůže. Při sledování televize používá skryté titulky. Jiné pomůcky zatím nepoužívá.

Logopedické vyšetření

Na logopedické vyšetření Klára docházela ještě před zjištěním sluchové vady z důvodu špatné výslovnosti hlásek R a Ř. Poté logopedii začala navštěvovat až po patnáctém roce. Do ambulance docházela pouze krátce, jelikož po konzultaci s logopedkou docházku přerušila.

Průběh studia

Do MŠ nastoupila Klára v r. 1991. Jak je zmíněno výše, nebyly zde zaznamenány žádné odchytky. Psycholog v pedagogicko-psychologické poradně doporučoval odklad školní docházky, ne kvůli sluchové vadě, ale protože dívka byla ještě velmi hravá. Dále rodičům doporučoval speciální školu. Tu však rodiče odmítli. Klára tedy nastoupila do běžné ZŠ jako integrovaný žák v roce 1995. Podle IVP se zde, jak říká, neučila. Na prvním stupni ZŠ Klára neměla velké problémy. Vztahy se spolužáky byly dobré. Seděla vždy v první lavici, aby mohla dobře odezírat.

Druhý stupeň ZŠ Klára hodnotí o mnoho hůře. Zažívala zde výsměch ze strany spolužáků až šikanu. Kolektiv ve třídě byl velmi špatný. Ani vyučující nebyli shovívaví. Při psaní diktátu běžně chodili po třídě a otáčeli se k žákyni zády. Klára proto nemohla odezírat a rozumění řeči bylo o mnoho horší. Vyučující měli pocit, že dívka vše zvládá, proto neviděli důvod, proč by jí měli vycházet vstříc. Klára zpětně hodnotí, že si spíš nechtěli přidělovat práci. Na druhý stupeň ZŠ nerada vzpomíná. ZŠ úspěšně ukončila v r. 2004.

S výběrem SŠ neměla Klára problém. Vysnila si, že bude porodní asistentkou, proto zvolila Střední zdravotnickou školu 5. května v Praze, kam nastoupila v r. 2004. Vztahy se spolužáky byly o něco lepší než na ZŠ. Klára uvádí, že ale spoustu věcí nezaznamenala, neví tedy, zda se jí spolužačky posmívaly a je za to celkem i ráda. Vyučující žádali od 2. ročníku rodiče, aby jejich dcera ukončila studium a našla si jiný obor. Předpokládali totiž, že žákyně nezvládne ve třetím ročníku splnit praxi. Měli podezření, že by komunikaci jak s personálem, tak s pacienty nemocnic nezvládla. Učitelé ale tento problém řešili pouze s rodiči na třídních schůzkách. Klára se o této skutečnosti dozvěděla až po maturitě. Nyní je ráda, že jí to rodiče zatajili, protože již v té době měla těžké období a deprese.

Sluch se Kláře ve 2. ročníku výrazně zhoršil a bez odezíráni téměř nerozuměla i se sluchadly. Již nemohla telefonovat a televizi sledovala pouze s titulky. Rodiče začali uvažovat o kochleární implantaci, proto byl Kláře stanoven

individuální studijní plán jako prevence, kdyby kochleární implantaci podstoupila. Tento plán byl stanoven především kvůli upravené absenci, jinak se Klára vzdělávala stejně jako její spolužáci.

Ve třetím ročníku plnila již zmiňovanou praxi. Vyučující předpokládali správně, že praxe bude pro Kláru náročná. Žena to charakterizuje jako kolečko po pražských nemocnicích, kdy pokaždé byla na jiném oddělení a jelikož je introvertní, neměla chuť několikrát denně personálu opakovat, že má sluchové postižení. Tuto informaci zatajovala. Všichni s ní tedy mluvili běžným způsobem – při chůzi, v odborných termínech, kterým mnohdy nerozuměla, otáčeli se k ní zády apod. Na sálech museli nosit roušky, nemohla tedy odezírat. Pro Kláru to bylo velmi náročné a stresující. Praxi ale nakonec absolvovala. Roku 2007 složila maturitní zkoušku s vyznamenáním.

Když se Klára ve čtvrtém ročníku SŠ rozhodovala, kam půjde dál, bylo jí již jasné, že porodní asistentku nezvládne. Zaměřovala se tedy na obory, kde pro ni nebude náročná komunikace jak s vyučujícími, tak i v profesním uplatnění. Klára to shrnuje tak, že měla omezený výběr možností a z tohoto výběru jí nejvíce zaujala speciální pedagogika. V r. 2007 tedy nastoupila prezenční formou na Univerzitu Karlovu (dále jen UK) v Praze na bakalářský obor Speciální pedagogika. Zde neměla žádnou pomoc střediska. Jedinou výhodou, kterou měla, byl prodloužený časový limit při přijímacích zkouškách. Spolužáci ale byli velmi shovívaví. Kláře automaticky poskytovali zápisky a celkově jí při studiu hodně pomáhali. Obor Kláru velmi bavil a ve 2. ročníku VŠ nastoupila do Pevnosti v Praze, kde se učila ČZJ. V r. 2011 úspěšně složila SZZ z logopedie a surdopedie. Následně v tomto oboru pokračovala i na magisterském navazujícím studiu na UK Praha prezenční formou. Zároveň nastoupila na Masarykovu univerzitu v Brně, obor Speciální pedagogika se zaměřením na surdopedii a ZJ formou kombinovanou. V Brně měla podporu střediska Teiresiás, kde využívala pomoc zapisovatele. Klára uvádí, že na této univerzitě se konečně mohla cítit na stejné úrovni jako slyšící, jelikož díky zapisovateli neměla strach, že nezachytí nějakou důležitou informaci. V červnu r. 2013 úspěšně složila SZZ v Praze a v únoru o rok později i v Brně. Roku 2013 nastoupila na doktorské studium na UK v Praze, opět obor Speciální pedagogika.

Profesní uplatnění

Od r. 2014 pracuje jako speciální pedagog na základní škole speciální v Praze. Pohybuje se ve třídě, kde jsou slyšící žáci. Problémy ve škole ani v kolektivu učitelů nemá.

Komunikace

Klára je zvyklá pohybovat se ve většině času mezi slyšícími, ale ani komunikace s neslyšícími jí nedělá problémy. Na otázku, s kým komunikuje raději, zda s osobou se sluchovým postižením nebo se slyšícím člověkem, Klára odpovídá, že pokud komunikuje s osobou se sluchovým postižením, tak je tam sdílená zkušenost a mnoho věcí nemusí ani vysvětlovat. Je ale to velmi individuální. ZJ si neustále rozvíjí, ač ne takovým způsobem, jak by chtěla, jelikož v jejím nynějším povolání komunikuje především mluveným jazykem. Nemá ráda restaurace, kde je hlučná hudba. Celkově vyhledává klidnější prostředí.

Shrnutí

Klára uvádí, že je introvertní, proto má i nyní problémy oznamovat, že je sluchově postižená. Říká to pouze v nutných situacích. Mnohdy proto nemá uzpůsobené podmínky tak, jak by možná mohla mít.

Vztahy v rodině nebyly vlivem sluchového postižení narušené. Rodina vždy držela při sobě, ač mnohdy prožívala těžká období. Klára měla pokaždé dobrou lékařskou péči, kterou si mnohdy vyžádal její otec. Matka po zjištění, že má dcera sluchové postižení, trpěla depresi a kladla si to za vinu. U Kláry se deprese objevily okolo patnáctého roku, kdy se sluchová vada výrazně zhoršovala a dívka uvažovala o kochleární implantaci.

Kláře byla doporučována základní škola pro sluchově postižené, kterou ale rodiče odmítli. Na běžnou ZŠ žena nevzpomíná příliš ráda. Spolužáci se v pubertálním období Kláře posmívali, hraničilo to až se šikanou. S vyučujícími měla také problémy, jelikož nebyli ochotni vytvářet podmínky pro žákyni se sluchovým postižením. Dle jejich názoru žákyně vše zvládala, tedy žádné přizpůsobení nepotřebovala. SŠ byla pro Kláru těžká ne kvůli vztahům, ale spíše kvůli oboru, který si vybrala. Studium na SŠ bylo také ovlivněno zhoršující se vadou. Klára se nemohla plně věnovat škole, ale rozhodovala o zásadním kroku ve svém životě.

Žena uvádí, že ji sluchová vada v některých věcech omezuje, především si vybírá prostředí, ve kterém se bude pohybovat. Většinu času tráví ve škole mezi slyšícími dětmi, musí tedy zvykat i na povyk žáků.

4.4 Shrnutí

Ve své práci popisují dvě kazuistické studie žen, které jsou téměř stejně staré, v dětství měly podobné sluchové postižení, vyrůstaly v úplné rodině a mají jednoho sourozence. Obě ženy byly integrovány v ZŠ běžného typu, kdy ani jedna neměla IVP.

Odpoď na výzkumnou otázku č. 1: Jak dle informantů ovlivnilo postižení komunikaci v rodině?

Komunikace v rodině může být vlivem postižení narušena různým způsobem. Zde je komunikace myšlena ve smyslu naslouchání druhému, vzájemné pochopení, opora, pomoc apod.

Ve svém výzkumném šetření jsem se setkala s dvěma variantami, kdy byla v prvním případě komunikace narušena v celé rodině a ve druhém naopak vůbec. V první případové studii (případ Lucie) byla narušena komunikace v téměř celé rodině; matka – syn, otec – matka, otec – syn, dcera – syn, dcera – otec. Otec přistupoval s nezájmem k rodině. Manželce s fungováním rodiny a s péčí o děti nepomáhal, nepodporoval ji při řešení problémů, proto na vše zůstávala sama. Musela s dcerou mnohdy celý den cestovat po lékařích a vzhledem k tomu, že byla Lucie integrována, musela jí matka usilovně pomáhat při domácí přípravě do školy. Synovi se snažila věnovat pozornost a naslouchat mu alespoň ve zbytku času, to ale nebylo dostačující. Otec strávil mnoho času mimo domov a syn byl převážně ponechán sám sobě. Informantka uvádí, že se se svým bratrem nikdy o těchto věcech nebavila a on nikdy rodičům ani sestře nic nevyčítal. Dnes však s odstupem času vnímá, že komunikace mezi ní a bratrem nebyla nikdy ani dobrá, ani špatná. S otcem neměla Lucie dobré vztahy nikdy, což se odráželo v komunikaci s ním.

Ve druhé případové studii dle informantky komunikace v rodině narušena nebyla. Rodina se naopak semkla a držela pohromadě. Rodiče se ale se sluchovou vadou těžce vyrovnávali a snažili se to před dcerou nedávat najevo. Matka trpěla depresemi, protože si sluchové postižení dcery kladla za vinu. Po sedmi letech se

do rodiny předčasně narodilo další dítě, proto se veškerá pozornost upnula na mladší dceru, která měla vlivem předčasného narození zdravotní komplikace. Rodina však i tyto překážky zvládla a rovnoměrně se věnovala oběma dětem.

Odpoověď na výzkumnou otázku č. 2: Jak informanti hodnotí přijetí do školního kolektivu a přístup učitelů?

První stupeň nebyl pro informantky v začlenění se do kolektivu zvláště zatěžující. Děti je přijímaly bez problémů. Na prvním stupni bývá většinou pouze jeden pedagog, který dítě zná a ví, jak pracuje. Stejně to bylo i u Kláry a Lucie. Učitelé byli k žákyním shovívaví, brali na ně ohled a v mnohém jim ulehčovali (např. posadili dítě do předních lavic, nechodili po třídě při výkladu atd.). Druhý stupeň obě informantky hodnotí hůře, a to především přístup vyučujících. Pedagogové ve škole, kam docházela Lucie, měli v některých případech pochopení a v předmětu se snažili žákyni podmínky přizpůsobit. V případě Kláry jde o úplný opak. Podmínky jí vyučující nepřizpůsobili vůbec. Měli pocit, že žákyně zvládá všechny jejich požadavky, a proto dle jejich názoru nebyl důvod jí v čemkoli ustupovat. Vztah se spolužáky byl obdobný. Ve třídě měla Klára pouze pár kamarádek, jinak ji třída odmítala. Žena uvádí, že to hraničilo až se šikanou. Lucie naopak velké problémy se spolužáky kvůli sluchové vadě neměla. Běžně se s výsměchem ze strany spolužáků nesetkávala. Obě však na druhý stupeň ZŠ nerady vzpomínají.

SŠ již byla z hlediska vztahů se spolužáky i pedagogy lepší. Lucie neměla výrazné problémy. Pouze v prvním ročníku vznikly situace, kdy pedagogové nebyli informováni o sluchové vadě jejich žákyně. Po objasnění bylo vše v pořádku. Ani Klára neměla výrazné problémy se spolužáky ani pedagogy. Vyučující se sice snažili rodičům vysvětlit, že tato škola není pro jejich dceru vhodná, ale žákyni nic najevo nedávali. I přes to byla pro Kláru SŠ velmi těžkým obdobím, protože se jí výrazně zhoršila vada sluchu a tím i psychický stav. Na vysoké škole se během let situace změnila a díky vzniku střediska pro pomoc studentům se specifickými nároky, mohly Klára i Lucie bez problémů vystudovat vybraný obor.

Subjektivní vliv nedoslýchavosti na život žen s touto vadou sluchu vzniklou v dětském věku

Ženy subjektivně hodnotí, že je nedoslýchavost v některých činnostech a životních situacích omezovala a stále omezuje. V životě musely mnohokrát přehodnotit své sny a cíle a přizpůsobit je sluchovému postižení (např. Klára se musela vzdát svého snu být porodní asistentkou; Lucie kvůli sluchové vadě musela odejít z některých zaměstnání). Lucie však uvádí, že měla i řadu výhod, např. na ZŠ neměla známkové předměty a na VŠ jí byly poskytnuty poznámky z přednášek.

Obě ženy měly více či méně negativní vztahy s některými spolužáky a učiteli. Což dle Luciina názoru souvisí i s tím, že vyučující neměli dostatek informací o spolupráci s integrovaným dítětem. Nedoslýchavost určitým způsobem ovlivnila i rodinu. Informantky uvádí, že dnes by situace nejspíš byla jiná, jelikož je možnost využít středisek rané péče. Obě si však během života na skutečnost, že jsou sluchově postižené, zvykly, naučily se s ní žít a nevnímají to jako závažný handicap.

5. Diskuze výsledků

Ve svém výzkumném šetření mi ženy sdělovaly své subjektivní názory na situace, se kterými se během života potýkaly. Největší problémy byly zjištěné v rodině a školním kolektivu. Lucie uvádí (první případová studie), že v rodině byla narušena komunikace mezi členy. Nejvíce postihnut byl její bratr. Avšak informantka zdůrazňuje, že pokud by otec v rodině plnil svou funkci (nebyl by závislý na alkoholu), mohla se situace vyvíjet jiným směrem a nemuselo by mít postižení na rodinu tak velké dopady. Dále zmiňuje, že vznikla Raná péče Čechy (dříve Středisko rané péče Tamtam Praha), která pomáhá rodičům sluchově postižených dětí. Pokud by její matka měla podporu a pomoc ze strany odborníků, jistě by situaci zvládala lépe. Což by i v případě Kláry, dle mého názoru, ulehčilo jejím rodičům smířit se s postižením své dcery.

Klára (druhá případová studie) měla největší obtíže v začlenění se do školního kolektivu, kdy ji spolužáci odmítali a posmívali se jí. Na tomto místě můžeme spekulovat, zda by byla situace jiná, pokud by pedagog byl dostatečně informovaný ve speciální pedagogice a o integrovaném vzdělávání. V tom případě by mohl třídní kolektiv adekvátně připravit na příchod žákyně se speciálními vzdělávacími potřebami a předešel by tak konfliktům mezi spolužáky. Jistě by informovanost změnila i jeho postoj a uzpůsobila by žákyni vzdělávací podmínky. Lucie zmiňuje, že dnes jsou rozšířena speciálně pedagogická centra po celé České republice a více napomáhají při integraci dítěte, spolupracují se školou, rodinou a především s dítětem, což ulehčuje jeho začlenění. Stanovuje se individuální vzdělávací plán, což výrazně napomáhá při výuce. Díky IVP jsou stanovena správná opatření k tomu, aby dítě nebylo vyřazeno z výuky některých předmětů, ale aby mu byly uzpůsobeny podmínky. To by jistě změnilo situaci Lucie, která byla z některých předmětů téměř vyřazena nebo nebyla známkována.

U obou informantek jsem se setkala s názorem, že pro ně nebyla integrace vždy příjemná, ale jsou rády, že se vzdělávaly v ZŠ běžného typu a mohly se tak začlenit do světa slyšících.

6. Závěr

Bakalářská práce shrnuje poznatky o nedoslýchavosti, vymezuje sluchové vady a jejich diagnostiku. V další části se věnuje kompenzačním pomůckám pro nedoslýchavé, především závěsným sluchadlům, která jsou u dětí nejvíce využívána, a rehabilitaci po přidělení sluchadla. Teoretická část také pojednává o vlivu nedoslýchavosti na dítě a rodinu. Zaměřuje se na vývoj dítěte s nedoslýchavostí, možnosti vzdělávání a dopady na socializaci dítěte.

Základní myšlenkou práce bylo zjistit subjektivní vliv nedoslýchavosti vzniklé v dětském věku na život lidí s tímto postižením se zaměřením na komunikaci v rodině a začlenění do školního kolektivu. Výzkum byl prováděn formou kazuistických studií. Data byla shromážděna metodou etnografického rozhovoru a opřena o lékařské zprávy.

Výsledky výzkumu u zvolených žen vyšly vždy v kontrastu. V první případové studii byla komunikace vlivem postižení narušena téměř v celé rodině a také informantka to tak vnímá. Ve druhé případové studii komunikace narušena nebyla, ale rodiče se hůře s postižením své dcery vyrovnávali. Se začleněním do kolektivu měla větší problémy informantka ve druhé případové studii, avšak obě ženy hodnotily z hlediska přístupu učitelů a spolužáků druhý stupeň za nejproblematictější. Ač měly obě informantky při integraci ve škole větší či menší problémy, uvádí, že jsou rády, že nebyly ve škole pro sluchově postižené a na internátě, ale že se mohly začlenit do slyšící společnosti bez segregace.

Výzkum nelze použít celoplošně, ale pouze pro dané případy. I přes tento fakt nastiňuje, jak nedoslýchavost může ovlivnit samotné dítě a jeho rodinu. Ač to nebylo předmětem zkoumání, také můžeme sledovat pokrok, který nastal ve speciální pedagogice. Vznik rané péče umožňuje rodičům podporu při výchově a speciálně pedagogická centra pomáhají školám se vzděláváním integrovaného dítěte.

7. Seznam použité literatury

7.1 Zdroje

1. BAREŠOVÁ, Jana a Jaroslav HRUBÝ. *Didaktické a technické pomůcky pro sluchově postižené v MŠ a ZŠ*. Praha: Septima, 1999, ISBN 8072161059.
2. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
3. HADJ-MOUSSOVÁ. *Puberta a dospívání*. IN VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.
4. HAVLÍK, Radan. *Sluchadlová protetika*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-458-0.
5. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
6. HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-162-8.
7. HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: Úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.
8. HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu 1. díl*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1997. ISBN 80-7216-006-0.
9. HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu 2. díl*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. ISBN 80-7216-075-3.
10. JANOTOVÁ, Naděžda a Karla SVOBODOVÁ. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. Praha: SEPTIMA, 1998. ISBN 80-7216-050-8.
11. JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.
12. KAŠPAR, Zdeněk. *Technické kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením*. 2., opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, c2008, 117 s. ISBN 978-80-87218-15-0.
13. LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

14. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených*. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
15. POTMĚŠIL, Miloš. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-715-4.
16. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.

7.2 Internetové zdroje

17. *Community-based rehabilitation: Promoting ear and hearing care through CBR* [online]. WHO, 2012 [cit. 2014-11-15]. ISBN 978-92-4-150470-6. Dostupné z: <http://www.who.int/pbd/deafness/news/CBREarHearingCare.pdf?ua=1>
18. *Číselník VZP - ZP: Metodika* [online]. 2012 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/ciselnik-860-metodika-860.pdf>
19. Empfehlung 02/1: Klassifizierung der Hörschäden. In: *BIAB* [online]. 1997 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: http://www.biap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5%3Arecommendation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=de
20. HERDOVÁ, Stanislava. Vyšetřování sluchu u dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 2004, roč. 2004, č. 4 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/04/13.pdf>
21. JUNGWIRTHOVÁ, Iva. Genetické příčiny percepčních sluchových vad. In: *Středisko rané péče Tamtam Praha* [online]. 2013 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.tamtam-praha.cz/userfiles/files/Geneticke-priciny-percepcnich-sluhovych-vad.pdf>
22. LAVIČKA, Lukáš a Ivo ŠLAPÁK. Porucha sluchu v dětském věku - poznámky pro pediatra. *Pediatric pro praxi* [online]. 2002, roč. 2002, č. 6 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/06/04.pdf
23. KOMÍNEK, Pavel, Eva HAVLÍKOVÁ, Renata POLÁČKOVÁ, ZELENÍK a Zdeněk KABELKA. Screening sluchu u novorozenců - jaká je role dětských lékařů? *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, roč. 2012, č. 5 [cit. 2015-02-22]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/05/09.pdf>

24. MYŠKA, Petr. Nedoslýchavé dítě v ordinaci pediatra - pohled foniatra. *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, roč. 2013, č. 5 [cit. 2015-02-22]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/05/09.pdf>
25. MYŠKA, Petr. Postižení sluchu v dětském věku, následná léčebně - rehabilitační péče. *Pediatric pro praxi* [online]. 2007, roč. 2007, č. 2 [cit. 2014-12-04]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/02/06.pdf>
26. MŠMT. *Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* [online]. 2013 - 2015 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>
27. Předpis č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. *Zákony pro lidi* [online]. 2010 - 2015 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48#cast6>
28. *Teiresiás, Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky* [online]. 2014 [cit. 2014-12-03]. Dostupné z: <http://www.teiresias.muni.cz/>
29. *Wikipedia* [online]. 2005 [cit. 2015-02-19]. Dostupné z: http://de.wikipedia.org/wiki/H%C3%B6rger%C3%A4t#mediaviewer/File:Hoergeraet_analog_050609.jpg

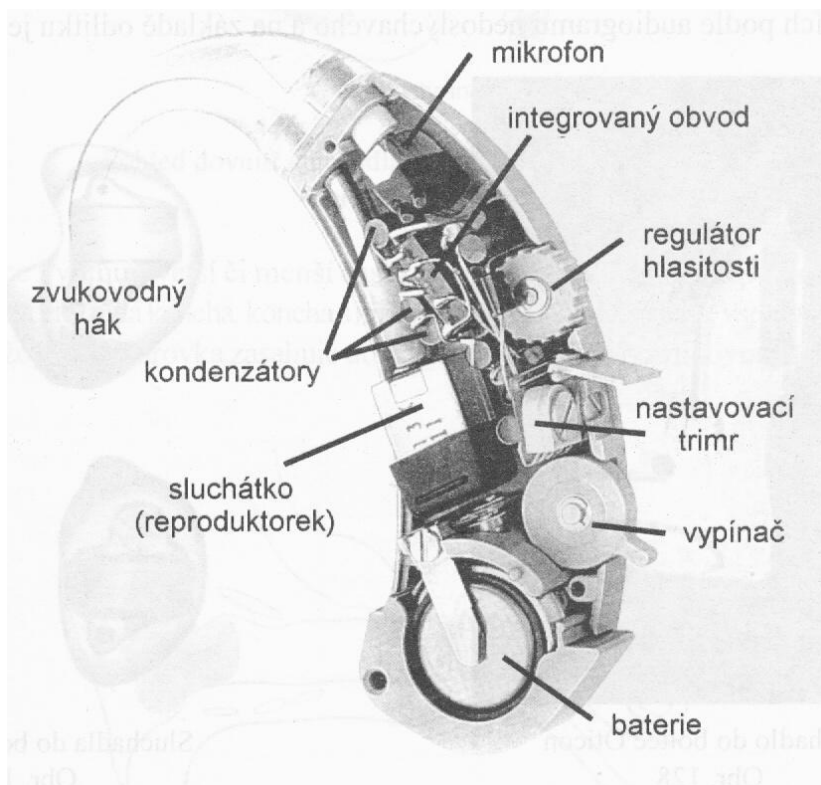
8. Přílohy

Příloha A: Tabulka dle Fowlera umožňující přepočet hodnot z audiogramu na procenta.

(Lejska, 2003, s. 39 – 40)

Ztráta sluchu v dB	Odpovídající frekvence v Hz			
	500	1 000	2 000	4 000
10	0,2	0,3	0,4	0,1
15	0,5	0,9	1,3	0,3
20	1,1	2,1	2,9	0,9
25	1,8	3,6	4,9	1,7
30	2,6	5,4	7,2	2,7
35	3,7	7,7	9,8	3,8
40	4,9	10,2	12,9	5,0
45	6,4	13,0	17,3	6,4
50	7,9	15,7	22,4	8,0
55	9,6	19,0	27,7	9,7
60	11,3	21,5	28,0	11,2
65	12,8	23,5	30,2	12,5
70	13,8	25,5	32,2	13,5
75	14,6	27,2	34,0	14,2
80	14,8	28,8	35,8	14,6
85	14,9	29,8	37,5	14,8
90	15,0	29,9	39,2	14,9
85	15,0	30,0	40,0	15,0

Příloha B: Závěsné sluchadlo (Hrubý, 1998, s. 103)



Příloha C: Závěsné sluchadlo se zvukovodovou hadičkou a tvarovkou (wikipedia, 2005, online)

