

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Kateřina Malinová

Dítě s nedoslýchavostí v raném věku

Olomouc 2013

vedoucí práce: doc. Mgr. Jiří Langer, PhD.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jsem jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne: Podpis:

Poděkování:

Děkuji vedoucímu bakalářské práce, panu doc. Mgr. Jiřímu Langerovi, Ph.D., za odborné vedení, rady, připomínky a pomoc při zpracovávání bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala rodičům nedoslýchavých dětí a také mé rodině za podporu a trpělivost.

OBSAH

ÚVOD	5
I TEORETICKÁ ČÁST	6
1 LIDSKÝ SLUCH A SLUCHOVÉ VNÍMÁNÍ.....	7
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE	7
1.1.1 Zevní ucho.....	7
1.1.2 Střední ucho.....	8
1.1.3 Vnitřní ucho.....	9
1.1.4 Sluchový nerv	9
2 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ	11
2.1 PATOLOGIE	11
2.2 PŘEVODNÍ PORUCHY SLUCHU.....	11
2.3 PERCEPČNÍ PORUCHY SLUCHU	12
2.4 RIZIKOVÉ FAKTORY SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ.....	12
2.5 DIAGNOSTIKA	13
2.6 DRUHY A STUPNĚ SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ	17
3 NEDOSLÝCHAVOST	21
3.1 NEDOSLÝCHAVOST A JEJÍ DĚLENÍ.....	21
3.2 OBECNÁ PROBLEMATIKA NEDOSLÝCHAVOSTI	21
3.3 SLUCHOVÁ VÝCHOVA	22
3.4 LOGOPEDICKÁ PÉČE	23
4 KOMUNIKACE OSOB S NEDOSLÝCHAVOSTÍ.....	25
4.1 DESATERO PŘI KOMUNIKACI SE SLUCHOVĚ POSTIŽENOU OSOBOU	25
4.2 KOMUNIKAČNÍ TECHNIKY POUŽÍVANÉ OSOBAMI S NEDOSLÝCHAVOSTÍ.....	26
4.2.1 Odezírání	26
4.2.2 Český znakový jazyk.....	27
4.2.3 Znakovaná čeština	27
4.2.4 Prstová abeceda = Daktylní abeceda.....	28
4.2.5 Psaná podoba jazyka	28
4.2.6 Mluvená řeč	29
4.3 TECHNICKÉ A KOMPENZAČNÍ POMŮCKY	29
4.3.1 Sluchadla.....	30
4.3.2 Kochleární implantát.....	31
5 STŘEDISKA RANÉ PÉČE	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
6 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	36
6.1 SLYŠÍ VAŠE DÍTĚ? JAK TO ZJISTÍM?	36
6.2 MOJE DÍTĚ ASI NESLYŠÍ, JAK MÁ. CO TEĎ?	36
6.3 DIAGNÓZA - NEDOSLÝCHAVOST!	37
6.4 DOSTALI JSME SLUCHADLO.....	37
6.5 JAK MÁM S DÍTĚTEM KOMUNIKOVAT?	38

6.6	„VÝHODY“ NEDOSLYCHAVOSTI	39
6.7	UKÁZKA BROŽURY:	40
6.7.1	Poznámky k ukázce brožury	43
ZÁVĚR		44
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ:		45
PŘÍLOHY		48
PŘÍLOHA 1 KATKA		48
PŘÍLOHA 2 ELIŠKA (CHVÁTALOVÁ, 2012)		49
ANOTACE		50

ÚVOD

Jelikož jsem se narodila s vrozenou vadou sluchu a má rodina se potýkala s mnoha problémy, zajímalo by mě, jak medicína a jiné obory pokročily. Rodiče se v mém dětství potýkali s různými problémy a odborníci chyběli. Byl zažitý určitý systém a slova „integrace“ nebo „inkluze“ nacházely teprve své místo ve speciální pedagogice. Věřím, že i dělení vad sluchu a jejich specifika pedagogové neznali. Také jsme se potýkali s neinformovaností a nespolupráci mezi lékaři, učiteli a mými rodiči. Jak jsem dospívala, tak jsem se i já potýkala s mnoha překážkami. Největší problémy jsem měla v komunikaci s lidmi, špatným přístupem pedagogů a dokonce i lékařů.

Proto jsem se rozhodla věnovat tuto bakalářskou práci právě nedoslýchavosti. Přesněji nedoslýchavosti v raném věku. Přála bych si, aby rodiče i veřejnost měli o tomto sluchovém postižení ponětí a brali na něj ohled. Doufám, že díky této práci si veřejnost uvědomí, jak těžké je s nedoslýchavostí žít a jak se jedinec s tímto sluchovým postižením cítí.

Bakalářská práce je rozdělená na dvě části. Jedna teoretická a druhá praktická.

Cílem teoretické části je seznámení s anatomií a fyziologií ucha, se sluchovým postižením, nedoslýchavostí, jejím dělením, logopedickou péčí, komunikací nedoslýchavých, kompenzačními pomůckami a další problematikou tohoto postižení. Tento popis jsem zvolila proto, abychom si dokázali představit, jak funguje naše sluchové ústrojí a jaké jsou důsledky postižení. Dále bychom měli být schopní odpovědět na otázky týkajících se těchto témat.

Další součástí práce je praktická část. Jejím cílem je vytvořit brožuru, která je určena pro rodiče, pedagogy a také veřejnost. Brožura obsahuje základní informace o nedoslýchavosti, zařízeních, kompenzačních pomůckách a specialistech v tomto oboru. Obsahuje rady i příběh ze života rodičů dítěte s nedoslýchavostí. Cílem praktické části je tedy usnadnit rodičům nelehkou životní situaci a také je odkázat na odbornou pomoc, pochopit dítě a jeho odlišnost.

Doufám, že se tato práce dostane do povědomí veřejnosti, pomůže mnoha dětem žít plnohodnotný život a rodičům usnadní se s tímto postižením lépe vyrovnat.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 LIDSKÝ SLUCH A SLUCHOVÉ VNÍMÁNÍ

Než se dostaneme k problematice nedoslýchavosti, měli bychom nejdříve vědět, jak vypadá a funguje sluchový orgán a přenos zvuku.

„Zvukové vnímání se realizuje funkcí sluchového orgánu. Od okamžiku, kdy zvuk vzbudí naši pozornost, je to aktivní psychický proces, nikoli pouhý pasivní odraz akustického jevu z vnějšího světa. Jeho konečnou fází je uvědomění si zvuku. Následuje hodnocení rozumové, emocionální, zaujetí stanoviska popřípadě volní aktivita a popud k vnější reakci.“ (Pulda, 1994, s. 8)

„Lidské ucho se skládá ze tří vývojově funkčně odlišných částí sloužících k zachycení, mechanickému převodu, digitalizaci a transmisi zvukových vln do centrální nervové soustavy. Má význam nejen pro vnímání okolních zvuků, ale zároveň obsahuje i analyzátor pro vnímání pocitu rovnováhy, pohybu přímočarého i otáčivého a polohy těla v prostoru.“ (Horáková, 2012, s. 15–16)

Jako základní orgán sluchového ústrojí je ucho. Z hlediska stavby, ale i z hlediska funkce se rozlišuje na ucho zevní, střední a vnitřní. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998)

1.1 Anatomie a fyziologie

1.1.1 Zevní ucho

Zevní ucho se dělí na dvě části. Část zevního ucha, která jde vidět, se nazývá boltec. Skrytá část zevního ucha se jmenuje zvukovod.

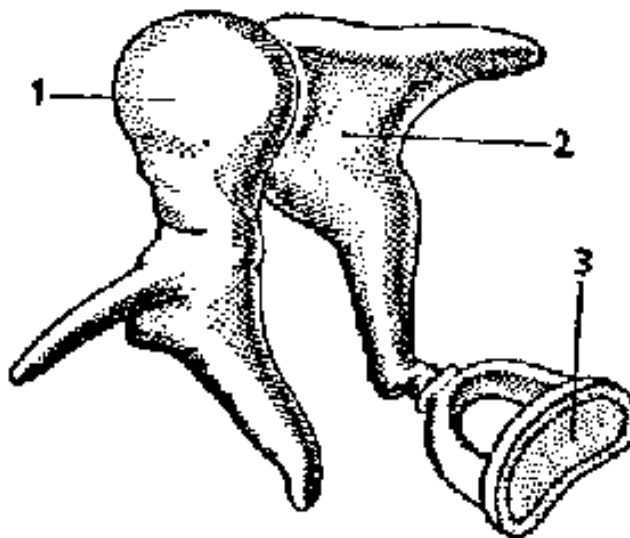
Boltec je tvořen chrupavčitou tkání a kůží. Každý boltec je jiný. Dokonce není shodný ani pravý a levý boltec téže osoby. Boltce fungují trochu jako trychtýře. Hlavním úkolem boltců, je soustřeďovat zvuky z okolí. Ty zachytí tak, jakoby „vtékaly“ do zvukovodů. Původní význam boltců byl jiný. U lidí ztratil svůj původní význam, ale u zvířat zůstal – ta totiž jeho nastavením do směru zvukové vlny lépe zachytí i velmi slabé zvukové signály a přesně určí směr, odkud přicházejí. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998)

„Zvukovod je asi 2 centimetry dlouhá, mírně esovitě prohnutá trubice, končící pružnou blankou zvanou bubínek. Ten odděluje zevní ucho od ucha

středního – bubínkové dutiny. Zvukovod obsahuje drobné žlázy produkující ušní maz a také drobné chloupky, které spolu s mazem brání tomu, aby se nám do ucha dostal prach, větší částice, nebo dokonce hmyz. Součástí ušního mazu jsou i chemické látky schopné likvidovat bakterie, a tak bránit sluchové ústrojí před infekcemi. Ve vztahu ke sluchu pak zvukovod působí v roli jakési rezonanční komory a zesilovače určitých frekvencí zvuků, důležitých především pro porozumění řeči.“ (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 16)

1.1.2 Střední ucho

Střední ucho je uzavřená dutina, která je vyplněná vzduchem. V ní jsou uloženy sluchové kůstky: kladívko, kovádlínka a třmínek (viz Obrázek 1). Ušní bubínek tvoří hranici mezi uchem vnějším a vnitřním. Bubínek je pružná blanka. Úkolem bubínku je přeměnit zvukové vlny na mechanické. Dál zvuk putuje jako mechanické kmitání. Poté se postupně rozkmitají sluchové kůstky. Poslední z nich, tj. třmínek, předává kmity do vnitřního ucha. (Pulda, Lejska, 1996)



Obrázek 1: 1 – kladívko, 2 – kovádlínka, 3 – třmínek.
Dostupné z <<http://www.steiner.cz/david/akustika/>>

Jak uvádí Hroboň, Jedlička a Hořejší (1998), je třmínek nejmenší kůstkou v celém těle, ale má nejdůležitější význam pro správnou funkci sluchového ústrojí.

„Svými vibracemi v oválném okénku přenáší zvukové vlny ze vzdušného prostředí středního ucha do kapalného prostředí ucha vnitřního. Pokud

nemůže třmínek volně vibrovat, nemůžeme prostě dobře slyšet, a jak uvidíme později, právě z poruch funkce tohoto převodu často pramení některé sluchové vady.“ (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 17)

1.1.3 Vnitřní ucho

„Vnitřní ucho – jak už bylo řečeno – přejímá vibrace z oválného okénka a přenáší je do tzv. kochley čili hlemýždě, který je součástí kostěného labyrintu. Podobně jako názvy bubínek, kovadlinka a třmínek, je i pojem labyrint velmi výstižný. Je to složitá soustava dutinek a kanálků ve vnitřním uchu, jehož sluchové části se vzhledem k typickému tvaru říká hlemýžď, část obsahující ústrojí rovnovážné se nazývá vestibulární ústrojí. To je složeno ze tří na sebe kolmo postavených kanálků, nasedajících na dutinu zvanou předsíň (vestibulum). Toto vestibulum je společné pro sluchové i vestibulární ústrojí.“ (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 17)

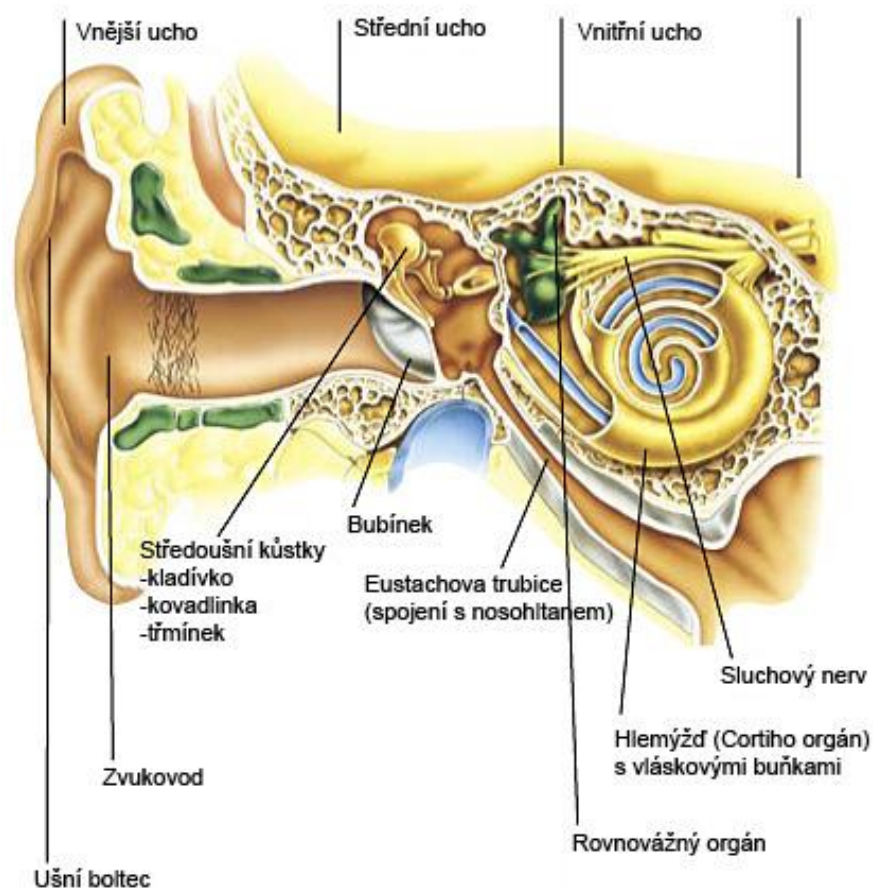
Ještě si vysvětlíme, jak vnímáme sílu a výšku tónů. Hlemýžď je dvaapůlkrát stočený a uzavřený kanálek. Ten je vyplněn tekutinou. V ní plave ústrojí, složené ze speciálních řasnatých tělísek – tzv. Cortiho orgán. Přes něho se rozkmitá tekutina, která rozdráždí sluchové buňky. Zvuk, který dráždí buňky u základny hlemýždě, je vysoký. Zvuk, který rozdráždí buňky u vrcholu hlemýždě, je hluboký. Čím více je podrážděno buněk celkově, tím je zvuk silnější. Sluchové buňky předávají informaci o zvuku tak, že jí vedou ke sluchovému nervu. Ten ji předává dál, do sluchového centra ve spánkovém laloku velkého mozku. (Pulda, Lejska, 1996)

I když je vnitřní ucho uloženo ve skalní kosti, která je dostatečně pevná, je to i přes to nejzranitelnější a nejchoulostivější část sluchového ústrojí. Ve vnitřním uchu také proto vzniká většina sluchových poruch. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998)

1.1.4 Sluchový nerv

„Nervové impulsy z Cortiho orgánu putují do mozku sluchovým nervem, jemuž se říká též osmý hlavový nebo jen osmý nerv. Ten pokračuje sluchovou drahou do mozkové kůry, obsahující i centra myšlení, paměti či učení – i ta nám totiž pomáhají interpretovat, co vlastně slyšíme. Určité poruchy sluchu – nazývané senzoneurální – mohou vznikat i v důsledku nesprávné funkce tohoto nervu.“ (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 18)

Abychom si mohli představit, jak anatomie ucha vypadá, k dispozici máme obrázek 2, kde popisujeme sluchové ústrojí.



Obrázek 2: Popis sluchového ústrojí. Dostupné z
<<http://www.interton.cz/Professionals/hearingLoss/theEar>>

2 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

2.1 Patologie

Aby byla zachována funkce sluchového ústrojí, měla by být zachována správná funkce převodního ústrojí, včetně labyrintových okének. Dále by měl být v pořádku Cortiho orgán, správná skladba a tlak tekutin ve vnitřním uchu. (Hybášek, 2010)

Dle příčiny vzniku poruchy, místa, charakteru postižení a možnostmi léčby, dělíme dle Puldy a Lejsky (1996), poruchy sluchu do dvou skupin.

Jedná se o poruchy sluchu převodního typu a poruchy sluchu percepčního typu.

2.2 Převodní poruchy sluchu

První skupina obsahuje poruchy sluchu, které jsou lokalizovány v oblasti zevního a středního ucha. Tyto poruchy nesou název převodní poruchy sluchu. Jedná se většinou o mechanické překážky bránící převodu akusticko-mechanického vlnění dále do ucha. Převodní poruchy sluchu obsahují i poruchy sluchu způsobené rýmou, onemocněním nosohltanu nebo při zánětech středního ucha. (Pulda, Lejska, 1996)

Převodní poruchy mohou být také způsobeny:

- Neprůchodností zvukovodu (překážka ve zvukovodu)
- Tuhostí ústrojí – i s labyrintovými okénky
- Narušením celistvosti bubínku (např. protržení)
- Přerušením řady kůstek (kladívko, kovádlínka a třmínek)
- Zvápenatění bubínku
- Zjizvení bubínku
- Osifikace kůstek
- A další...

(Hybášek, 2010)

Převážně všechny převodní poruchy jsou léčitelné operativně, výplachem nebo vyčištěním. Dále je u této poruchy důležité, že nezhoršuje porozumění řeči.

Postižený nám při zesílené mluvě dokonale rozumí. Pokud však mluvíme potichu, nemusí nás slyšet. (Pulda, Lejska, 1996)

2.3 Percepční poruchy sluchu

Druhou skupinu poruch sluchu tvoří poruchy, kdy jsou postiženy sluchové buňky hlemýžďe, sluchového nervu nebo sluchových drah. Tyto vady spadají pod poruchy, které se nazývají percepční poruchy sluchu. Oblast zevního a středního ucha je naprosto v pořádku. Ve většině případů se dokonce rozkmitají tekutiny a buňky vnitřního ucha. Bohužel sluchové buňky jsou tak vážně poškozeny, že nereagují na kmitání. Do této skupiny řadíme vrozené poruchy sluchu, stařecké poruchy sluchu, poruchy způsobené hlukem, poruchy pochřipkové, cévní, nervové a poruchy způsobené jinými vlivy. (Pulda, Lejska, 1996)

Tyto poruchy jsou neléčitelné. Lékaři je rozpoznají, zjistí rozsah postižení, vlastnosti postižení, ale nedokážou vyléčit. Tyto poruchy ovlivňují rozumění hlasité řeči. To komplikuje i kompenzaci vady. U této vady platí právem pravidlo: „Slyšet, neznamena rozumět.“ Nedoslýchavý tedy slyší, ale nerozumí významu řeči. (Pulda, Lejska, 1996)

2.4 Rizikové faktory sluchového postižení

Ve zkratce si představíme rizika, která jsou spojena s výskytem sluchového postižení.

- Těhotenství – zarděnky, chřipkové nebo virové onemocnění u matky, konzumace alkoholu u matky
- Rodina – pokud má jeden nebo více rodinných příslušníků stálou nebo progresivní sluchovou poruchu již od dětství nebo byla přítomna
- Novorozenec (od narození – 28. den života) – pokud je váha nižší, než 1,75 kilogramů. Dítě s neobvyklým vzhledem obličeje nebo uší. Dále je rizikový výskyt žloutenky, meningitidy, provedení transfuze nebo intravenózního podávání antibiotik. Rizikový je i novorozenec, který byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče po dobu delší než dva dny.

- Batole (od 29. dne života – 2 roky) – Riziko u batolete zvyšují infúzně podaná antibiotika. Dále zvyšuje riziko sluchového postižení neurologická porucha, meningitida nebo vážný úraz s frakturou lebky. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998)

2.5 Diagnostika

U dětí raného věku je někdy obtížné zjistit, zda má sluch v pořádku.

Chvátalová (2012, s. 79) uvádí: „*Je zřejmé, že na začátku prevence závažných důsledků sluchového postižení je včasná diagnostika sluchové vady. Protože sluchová vada se projevuje jen svými důsledky v chování, je diagnostika v útlém věku záležitostí obtížnou.*“

Pokud rodina pojme podezření na sluchové postižení, měly by být vyšetřeny jejich děti. Také by měli být vyšetřeni rizikovní novorozenci a to objektivními diagnostickými metodami, které nám dávají představu o stupni postižení. (Chvátalová, 2012)

Pokud se narodí dítě sluchově postiženým rodičům, předpokládá se, že bude mít dispozice ke sluchové vadě. V případě, že nejsou v rodině dispozice ke sluchové vadě, matky nebo okolí dítěte pojmu podezření na sluchovou vadu většinou náhodně nebo v pozdějším věku. To bohužel může mít za následek časovou ztrátu ve vývojově důležitém období.

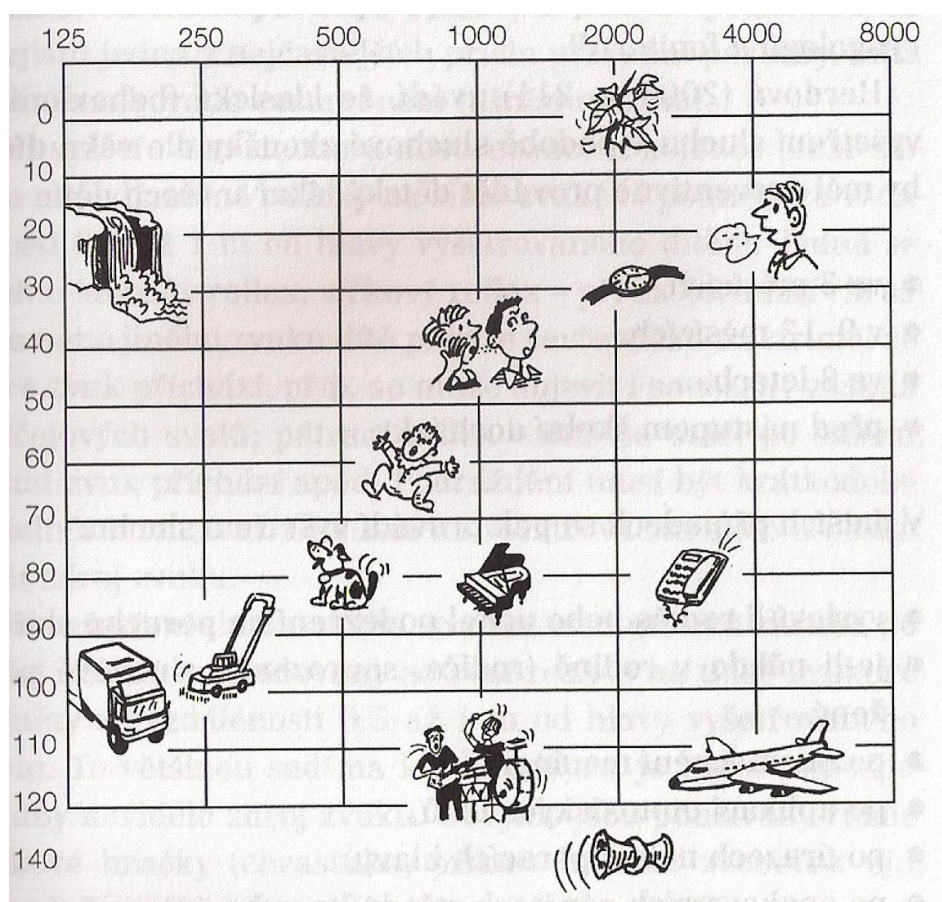
Pokud dítě, ať už slyšící nebo se sluchovým postižením nemá příležitost k osvojení mateřského jazyka v raném dětství, má to zásadní důsledky pro jeho vývoj a také pro celý život dítěte. (Procházková, Vysuček, 2007)

Abychom přesně věděli, jakou poruchu sluchu máme, nemine nás speciální vyšetření. Vyšetřením sluchu se zabývá obor audiologie. Tento obor se může pochlubit celou řadou vyšetřovacích metod, které odhalí poruchu sluchu. Poté jsou i lékaři schopni navrhnout kompenzaci. Vyšetření sluchu se provádí pomocí různých vyšetření. Ty berou v úvahu individualitu jedince i jeho poruchy. (Souralová, 2005)

Horáková (2012) uvádí, že intenzita a frekvence jsou dva údaje, pomocí kterých je každý jedinec schopen rozpoznat zvuky a rozumět jim.

„Sluchové buňky reagují na zvuky ve frekvenční oblasti 20-20 000 Hz. Pro běžný život člověka je nejdůležitější oblast 125-8 000 Hz. Pro komunikaci je důležitá oblast, kde se nachází hlavní část akustické energie řeči, tj. 500-2 000 Hz. Tyto frekvence nazýváme frekvence řečové. Lejska (2003) uvádí, že postižení sluchu v této oblasti má nejhorší dopad na verbální komunikaci člověka.“ (Horáková, 2012, s. 22-23)

Oblast slyšených zvuků si můžeme prohlédnout u obrázku 3. Zde je vyobrazena oblast slyšených zvuků u člověka. (Horáková In Potměšil, 1999, s.9)



Obrázek 3 Oblast slyšených zvuků u člověka (Horáková In Potměšil, 1999, s.9)

Pokud je sluchová porucha zjištěna brzy, jsme schopni začít správně a úspěšně jedince rehabilitovat a poskytnout mu správnou kompenzaci. Díky včasnému zjištění diagnózy a zvolením vhodné kompenzace, není narušen vývoj jedince. (Souralová In Horáková, 2005)

Kabelka (In Horáková, 2007) uvádí, že na každých 1000 novorozenců, se narodí 1-2 děti se sluchovou poruchou. Z tohoto údaje má polovina dětí velmi těžké postižení.

Příklad sluchových vyšetření dle Hroboně, Jedličky a Hořejšího (1998):

1. Anamnéza – před každým samotným vyšetřením, se lékař ptá na prostředí, ve kterém žijeme, na medikaci, pracovní prostředí, onemocnění v rodině a další informace. Potřebuje se zjistit, zda se nenacházíme v rizikovém prostředí, které by mohlo ovlivnit naše zdraví.
2. Zkoušky pomocí ladiček – převodní porucha se vyšetřuje následovně: k boltci, aniž by se ho ladička dotýkala, se přiloží rozezvučená ladička. Pacient určuje, jak hlasitě, kde a jestli vůbec slyší zvuk ladičky. Percepční porucha se vyšetřuje tak, že se rozezvučená ladička přikládá na určitá místa na hlavě vyšetřovaného. Zvuk se šíří do hlemýždě kostním vedením. Pacient opět udává, kde a jak zvuk vnímá. Poté lékař srovná výsledek vyšetření a dokáže rozlišit, zda se jedná o poruchu percepční nebo převodní.
3. Zkouška hlasitou řečí a šepotem – provádí se po zkoušce s ladičkou. Vyšetřuje se nejdříve jedno, poté druhé ucho. Nikdy se nevyšetřují součastně obě uši. Ucho, které lékař nevyšetřuje, je ohlušeno. Nejčastěji utěsníme prstem zvukovod nebo ohlušovačem. Pacient se natočí bokem k vyšetřujícímu. Vyšetření se provádí ve velké místnosti nebo na chodbě. To proto, aby se vyšetřující mohl postupně vzdalovat od pacienta. Součastně se zaznamenává vzdálenost, kdy pacient rozumí šeptané nebo hlasité řeči. Norma u šepotu je 6 metrů. U hlasité řeči je to 10 metrů.

Tato zkouška se u dětí provádí ve 3 a 12 ti měsících. Dále ve 3 letech a před nástupem školní docházky.

4. Tónová prahová audiometrie – provádí se přístrojem zvaný audiometr. Pacient sedí ve zvukově izolované místnosti nebo kabině. Lékař vyšetřuje nejdříve vedení vzdušné. Tady má pacient sluchátka na uších. Poté se vyšetřuje vedení kostní, kdy je na kost za uchem položen vibrátor. Lékař pacientovi pouští nejnižší zvukové frekvence zvuku do sluchátek, které postupně zvyšuje – po pěti decibelech. Mění se nejen intenzita, ale i

frekvence zvuku. Jakmile pacient zvuk uslyší, zvedne ruku nebo zmáčkne tlačítko. Vyšetření se kvůli potvrzení výsledku opakuje – nejčastěji u dětí. Vyšetřující vše se zaznamenává do audiogramu, který je daný pro každé ucho zvlášť.

5. Vyšetření otoakustických emisí – je založen na zjištění, že zvuk, který je přenášen do vnitřního ucha, rozkmitá vláskové buňky. Ty svou aktivitou a pohybem zpětně přenášejí zvuk přes kladívko, kovádlínku, třmínek a ten opět rozkmitá bubínek. Zvuky, které vydává rozkmitaný bubínek, se nazývají otoakustické emise. Tento typ vyšetření probíhá následovným způsobem: do zvukovodu pacienta se vloží speciální aparát, který je zakončený sondou. Sonda vysílá krátké opakující se zvuky do ucha a zároveň snímá zvukové emise. Při tomto vyšetření musí být pacient klidný a nesmí mluvit, jinak sonda špatně zaznamená otoakustické emise a výsledky nejsou správné. Pokud se u pacienta objeví hluchota nebo nedoslýchavost, nevznikají otoakustické emise. Pokud trpí pacient převodní poruchou sluchu, nelze zvuk přenést zpět na bubínek přes špatně fungující aparát. Většinou jde o poruchy středouší. Vyšetření otoakustických emisí je nejvhodnější metoda pro zjištění sluchové poruchy u dětí raného věku. Nejčastěji se provádí po kojení v klidné místnosti. To právě proto, aby bylo klidné a šlo vyšetřit.
6. Tympanometrie – je dalším vhodným vyšetřením pro novorozené děti. Tato metoda se doporučuje provádět, když otoakustické emise nejsou u dítěte výbavné. Vyšetřen je bubínek, který je závislý na poměry ve středouší. Výsledkem jsou tři křivky. Křivka A znamená vzdušné vedení, křivka B znázorňuje tekutinu ve středním uchu a křivka C znamená podtlak ve středouší. Po provedení vyšetření lékař srovná výsledky otoakustických emisí a výsledky tympanometrie. Pokud u dítěte nejsou výbavné otoakustické emise a u tympanometrie se opakovaně ukazuje křivka A, může mít lékař podezření na poruchu v hlemýždi. Pokud se výsledky těchto dvou vyšetření opakují, doporučuje se vyšetření zvané BERA.
7. BERA (Brainstem Evoked Responses Audiometry) – je objektivní audiometrické vyšetření zaznamenávající elektrické aktivity mozku (přesněji

mozkového kmene), při pouštění zvuků do sluchátek. Tuto aktivitu mozku zaznamenávají sondy, které má pacient přiloženy na hlavě.

8. CERA – je tzv. korová audiometrie. Jsou to snímané záznamy aktivity z mozkové kůry. Toto vyšetření umožňuje měření na frekvencích od 250 Hz až 8 kHz nebo také na hladinách slyšení od 10 – 125 dB. Výsledky se nezorňují v grafu. Tímto vyšetřením se zjišťuje sluchový práh pacienta. Při vyšetření je nutné klidně ležet a spolupracovat. U dětí se proto volí navození spánku celkovou anestezií nebo chloralhydrátem.

Pro děti v raném věku jsou nejvhodnější tato vyšetření: vyšetření otoakustických emisí, BERA, CERA a Tympanometrie. Ty jsou prováděny specialisty. Před provedením těchto vyšetření je důležité, aby bylo dítě nejdříve vyšetřeno pediatrem. Ten ve věku 3-5 měsíců a 8 měsíců věku dítěte provede orientační zkoušku sluchu (zkouška hlasitou řečí a šepotem). Pokud má podezření na sluchové postižení, dítě podstoupí již zmiňovaná speciální vyšetření. (Stříteská, 2011)

2.6 Druhy a stupně sluchového postižení

Sluchové postižení dělíme dle různých hledisek:

Vrozené vady sluchu:

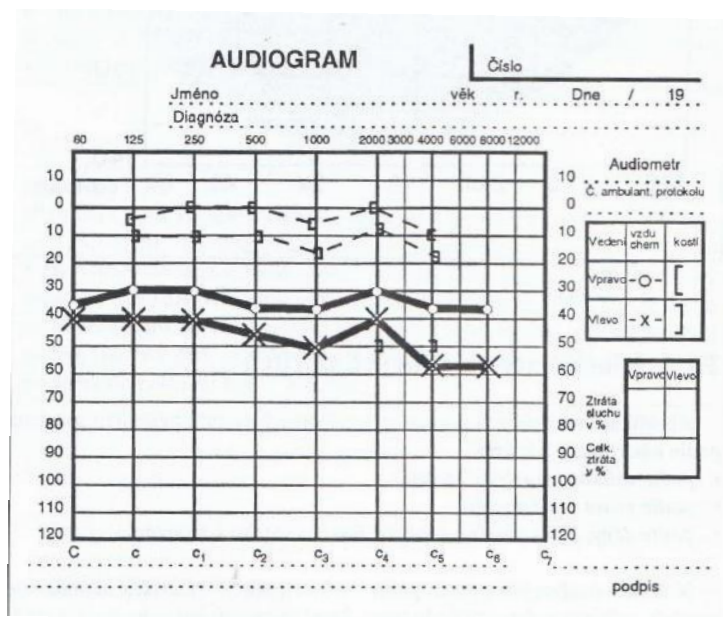
- Sluchové vady geneticky podmíněné – tyto sluchové vady jsou způsobeny až z 80-90 % autozomálně recesivní formou. Zbytek sluchových postižení způsobuje autozomálně dominantní forma. V geneticky podmíněných sluchových vadách se vyskytují i syndromatická postižení. Např. Pendredův nebo Usherův syndrom. Tyto syndromy jsou kombinací vadou sluchu a dalším postižením. (Horáková, 2012)
- Sluchové vady kongenitálně získané – tato skupina zahrnuje dělení do dvou oblastí. Prenatálně a perinatálně vzniklé sluchové vady. Do perinatálního období spadají sluchové vady, které vznikly působením negativních vlivů na plod v těhotenství. Např. onemocnění matky toxoplazmózou, léčba antibiotiky, rentgenové záření a další. Do perinatálního období patří vady sluchu, které vznikly v průběhu porodu, či

bezprostředně po porodu. Zde řadíme protahovaný porod, asfyxie, nízká porodní hmotnost novorozence, novorozeneckou sepsi a další. (Lejska In Horáková, 2012) Získané vady sluchu:

- Prelingvální – zde řadíme sluchové poruchy získané před zafixováním řeči tj. přibližně do 6. let života dítěte. Nejčastější příčiny sluchových vad v tomto období jsou infekční onemocnění dítěte. Nejvíce jsou to nemoci virového původu – příušnice, zánět mozkových blan, herpetické infekce a mnoho dalších. Dále zde spadají traumata a úrazy hlavy, poškození mozku a časté a komplikované záněty středního ucha. (Horáková, 2012)
- Postlingvální – do této skupiny patří sluchové vady získané po ukončení vývoje řeči a jejím zafixováním. Jako příčinu zde řadíme poranění hlavy, poranění vnitřního ucha, dlouhodobě hlučné prostředí, akustické trauma, metabolické nebo hormonální poruchy, degenerativní onemocnění a jiné. (Lejska In Horáková, 2012)

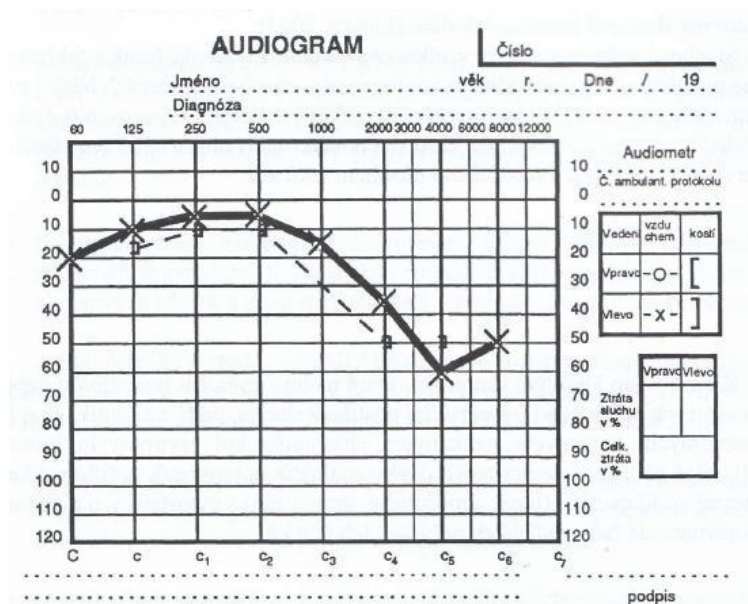
Dle příčiny vzniku poruchy, místa, charakteru postižení a možnostmi léčby (viz kapitola 2.1. Patologie):

- Převodní - zahrnuje poruchy sluchu, lokalizovány v oblasti zevního a středního ucha. Jedná se většinou o mechanické překážky bránící převodu akusticko-mechanického vlnění do ucha. Převážně všechny převodní poruchy jsou léčitelné operativně, výplachem nebo vyčištěním. Tato porucha nezhoršuje porozumění řeči. (Pulda, Lejska, 1996). Na obrázku 3 vidíme audiogram při převodní poruše.



Obrázek 3: Audiogram převodní poruchy (Lejska, 1995, s. 35)

- Percepční - jsou postiženy sluchové buňky hlemýždě, sluchového nervu nebo sluchových drah. Oblast zevního a středního ucha je naprosto v pořádku. Do této skupiny řadíme vrozené poruchy sluchu, stařecké poruchy sluchu, poruchy způsobené hlukem, poruchy pochřipkové, cévní, nervové a poruchy způsobené jinými vlivy. Tyto poruchy jsou neléčitelné a ovlivňují rozumění hlasité řeči. (Pulda, Lejska, 1996). Na obrázku 4 vidíme výsledek audiometrického vyšetření, kdy byla odhalena percepční porucha sluchu.



Dle velikosti sluchové ztráty:

Stupeň poškození	Odpovídající audiometrická ISO hodnota	Výkon	Doporučení
0 žádné poškození	0-25 dB (lepší ucho)	Žádné nebo velmi lehké problémy se sluchem. Slyší šepot.	
1 lehká porucha	26-40 dB (lepší ucho)	Schopen slyšet a opakovat slova pronesená normálním hlasem na 1 metr	Doporučuje se poradna pro nedoslýchavé, z důvodu možné potřeby sluchadel
2 středně těžká porucha	41-60 dB (lepší ucho)	Schopen slyšet a opakovat slova pronesená zvýšeným hlasem na 1 metr	Obvykle se doporučují sluchadla
3 těžká porucha	61-80 dB (lepší ucho)	Schopen slyšet nějaká slova při křičení do lepšího ucha	Potřeba sluchadel. Pokud nemá sluchadla, je potřeba znakové řeči a odezírání
4 úplná ztráta sluchu včetně hluchoty	81 dB a více (lepší ucho)	Neschopen slyšet a porozumět, i když křičíme do lepšího ucha	Sluchadla mohou pomoci rozumět slovům. Potřeba dalších rehabilitačních pomůcek. Znalost znakové řeči a odezírání je zásadní

Tabulka 1: Stupně sluchového postižení. (WHO, 2013)

3 NEDOSLÝCHAVOST

3.1 Nedoslýchavost a její dělení

Houdková (2005) dělí sluchové postižení do těchto skupin:

- „Neslyšící dítě“ – dítě s vrozenou hluchotou nebo hluchotou získanou v raném věku.
- Dítě se zbytky sluchu – dítě, které nemá úplnou ztrátu sluchu. Sluch nestačí ke spontánnímu rozvoji řeči. Zbytky sluchu však můžeme využít k rozvoji řeči.
- Dítě lehce nedoslýchavé – se ztrátou 20–40 dB. Dítě slyší mluvu, vada se dá kompenzovat. Nejsou zde nápadné poruchy komunikace.
- Dítě středně nedoslýchavé – dítě se ztrátou 40–70 dB. Sluchadlo umožňuje dítěti běžnou komunikaci. Řeč dítěte je srozumitelná a schopnost se ji učit není porušena.
- Dítě těžce nedoslýchavé – ztráta sluchu je 70–90 dB. Dítě slyší hlasitou řeč do vzdálenosti 1 m. Sluchové postižení neumožňuje běžnou komunikaci. Rozvoj řeči však není opožděn, dítě se učí spontánně odezírat. Děti těžce nedoslýchavé vyžadují výuku ve speciální škole.
- Dítě později ohluchlé – ke ztrátě sluchu došlo v postlingválním období, tedy v období, když už byla řeč zafixována. Při tomto postižení však potřebujeme, aby byla soustavná péče o řeč.
- Kombinované vady – stav, kdy je nedoslýchavost v kombinaci s mentálním postižením. V tomto případě je potřeba zjistit, jaký je podíl mentální retardace a sluchové poruchy.

3.2 Obecná problematika nedoslýchavosti

Jak jsme již zmínili, největším problémem nedoslýchavosti je zjistit včas diagnózu dítěte. Poté je hlavně na jedincích, jak se vyrovnají se svým znevýhodněním.

Někteří jedinci se sluchovým postižením, se mohou cítit omezování svým zdravotním postižením. Mají pocit nedůvěry k sobě samému, jsou agresivní, plačtiví nebo žijí ve strachu. Také dávají přednost žít v izolaci a bez komunikace s dalšími lidmi. Tuto reakci způsobuje okolní prostředí, které dává jedinci najevo jeho postižení a neschopnost. Pokud takto znevýhodněný jedinec tuto skutečnost přijme, uvedené chování je důsledkem. (Procházková, Vysuček, 2007)

Druhou skupinou jsou jedinci, kteří vnímají své sluchové postižení jako přirozené a jako kulturní odlišnost od intaktních jedinců. Tito lidé se sluchovým postižením jsou rozhodní, samostatní a také se dokážou plně realizovat ve svém životě. (Procházková, Vysuček, 2007)

Právě osoby, které své omezení berou jako postižení, by měly být ve svém životě podporovány společností. Společnost by měla změnit přístup k nim. Začít s nimi jednat rovnocenně a partnersky. Právě toto jednání pomůže sluchově postiženým jednat bez komplexů méněcennosti a negativních zkušeností. (Procházková, Vysuček, 2007)

Jako komunikační partneři, bychom měli se sluchově postiženými jednat dle pravidel komunikace s těmito osobami (viz kapitola 4.1).

3.3 Sluchová výchova

Pro dítě je důležité, naučit se vnímat zvuky, poznávat odkud vychází a také si je uvědomit. U nedoslýchavých dětí je nejdůležitější rozvíjet sluchovou a zvukovou pozornost ke zvukům a to hlavně k vlastní řeči a také hlasité řeči rodičů. Také je pro dítě velmi důležité, aby zkoušelo napodobovat řeč a zvuky, které slyší. Abychom nedoslýchavé dítě co nejvíce přiblížili normě slyšení, je také naučit využívat zachované slyšení. V čím větším rozsahu, tím lépe. Také se dítě snažíme podporovat, motivovat a chválit při úspěšné komunikaci a hlavně neopravovat hned nepovedené pokusy. (Pulda, 1994)

Před vstupem do mateřské školy je vhodné dítě stimulovat pomocí ozvučených hraček, básniček, říkanek, napodobováním různých zvuků, poslechem písniček nebo pohádek. Tyto činnosti provádíme pouze tehdy, kdy má dítě zájem.

Pokud už dítě činnost nebaví, přestaneme a nenutíme dítě k pokračování. (Pulda, 1994)

Po vstupu do mateřské školy využíváme získané dovednosti a rozšiřujeme další zvuky - rozlišení samohlásek a souhlásek. Dále dbáme na rytmizaci řeči pomocí básniček a písniček a to nejlépe s pohybovým doprovodem. V tomto období je důležité, aby se dítě naučilo užívat sluchadlo a pracovat s ním. Další důležitou součástí je spolupráce s rodiči dítěte. Ty bychom měli informovat a motivovat k práci s dítětem v domácím prostředí. (Pulda, 1994)

Existují speciální metody, které jsou zaměřeny na rozvoj a vlastní užívání mluvené řeči. Mluvená řeč, jinak orální metoda, má za cíl u dítěte vytvořit a také rozvíjet mluvenou řeč s jeho rozvojem i ve společnosti. Do společnosti spadá rodina, škola a další. Součástí metod je i rozvoj sluchového vnímání. (Chvátalová, 2012)

Kromě sluchového vnímání rozvíjí orální metody i odezírání, což je metoda kompenzační. Na základě spontánních i záměrně navozených spojení se slyšeným slovem a typickými pohyby úst se dítě učí metodu odezírání. Pokud se tato situace opakuje a obměňuje, dítě se tím v odezírání upevňuje. Také záleží na tom, jak těžké sluchové postižení dítě má. Čím těžší, tím bude pro něj tato metoda důležitější. Také je důležitá nabytá slovní zásoba. Čím je větší, tím lépe se tuto dovednost jedinec naučí. Také je důležitý, mimo rozvoj hmatu a zraku, rozvoj aktivní řeči, kdy je kladen důraz na techniku a také porozumění čtenému textu. V některých případech u sluchově postižených je rozvoj čtení využíván již v předškolním věku. (Chvátalová, 2012)

Pulda (1994) upozorňuje, že při sluchové výchově by dítě mělo vždy vidět na náš obličej a ústa. Tím využíváme při komunikaci sluchové cesty a funkční komunikaci.

3.4 Logopedická péče

Janotová (1996, s. 31) uvádí, že logopedie je chápána jako „*multidisciplinární vědní obor, který se zabývá komunikací, komunikačními schopnostmi, vývojem těchto schopností, patologickými jevy i možnostmi jejich reedukace, edukací osob s narušenou komunikační schopností.*“

Logoped pracuje s dítětem buďto ve střediscích rané péče, ve speciálně pedagogických centrech nebo v rámci mateřských škol pro sluchově postižené. Pracovník respektuje intervenční a diagnostické zásady při práci s dítětem sluchově postiženým. Bere ohled na individualitu dítěte. (Horáková, 2012)

Cílem péče logopeda v rané intervenci, je zlepšit komunikační dovednosti dítěte a také komunikační dovednosti ve vztahu dítě – matka. Součástí péče je i podrobné vyšetření řečové úrovně dítěte. V rané péči neprovádí logoped jen klasickou řečovou terapii, ale hlavním zaměřením je rozvoj a podpora předřečových aktivit jedince. Logoped, jako odborník při rehabilitaci v raném věku, je nezbytný. Nemůže však pracovat samostatně. U tohoto handicapu je potřeba spolupráce dalších oborů. (Houdková, 2005)

Horáková (2012, s. 67) dále uvádí, že logoped se při své práci zaměřuje na:

- „vyvození hlasu,
- *rozvíjení motorické schopnosti,*
- *navození zrakového kontaktu,*
- *nácvik reakce na zvuk,*
- *vyvozování hlásek.*“

Až si dítě uvědomí, jak může používat svůj hlas, může ho logoped učit mluvit. U toho je však důležité, aby si dítě zvyklo užívat sluchadlo nebo kochleární implantát. A to po dobu celého dne! (Horáková, 2012)

Řečová výchova úzce souvisí se sluchovou výchovou a odezíráním. Cílem je dítěti co nejvíce rozšířit slovní zásobu, než zahájí školní docházku. Dalším cílem je mluvená řeč na požadované úrovni. U sluchově postižených dětí rozvíjíme zvukovou (dynamika a rytmus řeči, výslovnost) a obsahovou (gramatika a slovní zásoba) stránku řeči. Využíváme hudební výchovu, rytmizaci, tělesnou výchovu, tanec nebo dramatickou výchovu. (Houdková, 2005)

Pokud má dítě dobré rodinné prostředí, kde s dítětem sluchově postiženým rodina a okolí dostatečně komunikuje, bude se v oblasti řeči dobře rozvíjet. Pokud se řeč nerozvíjí, dítě nemá mluvní vzor, řeč se opoždí. Může také nastat celkově horší porozumění řeči. (Horáková, 2012)

4 KOMUNIKACE OSOB S NEDOSLÝCHAVOSTÍ

4.1 Desatero při komunikaci se sluchově postiženou osobou

Pokud mluvíme se sluchově postiženými osobami, měli bychom znát pravidla komunikace. Pokud nebudeme tato pravidla dodržovat, sluchově postižená osoba nám nemusí rozumět, může špatně odpovědět nebo může překvapivě jednat. Proto si představíme desatero při komunikaci se sluchově postiženými jedinci:

1. Při hovoru se sluchově postiženými osobami mluvíme zřetelně, zbytečně nekřičíme a neměníme tempo řeči.
2. Na sluchově postižené jedince mluvíme vždy zepředu tak, aby nás dotyčný dobře viděl. Nikdy nemluvíme zezadu nebo z boku.
3. Mluví vždy jedna osoba na jedince se sluchovým postižením. Dále se snažíme odstranit všechny zdroje hluku nebo ruchu.
4. Pokud nám dotyčná osoba nerozuměla, zopakujeme větu a ujistíme se, že nám porozuměla.
5. Dbáme na to, aby se do hovoru zapojily i další osoby, pokud jsou v naší společnosti.
6. Na pracovišti sdělíme sluchově postiženému všechna důležitá sdělení a informace. V případě potřeby mu pomůžeme.
7. Při dlouhých hovorech je vhodné zařadit přestávku v konverzaci. Pro sluchově postiženého jsou dlouhé hovory náročné a únavné.
8. Podporujeme sluchově postižené osoby k využívání kompenzačních pomůcek a také prostředky k sociální rehabilitaci.
9. Pokud jsou v místnostech indukční smyčky, ujistíme se, že jsou funkční nebo nainstalovány. Ulehčíme tím porozumění sluchově postižených jedinců.
10. Při rozhovorech jsme trpěliví. Někdy je potřeba se vžít do situace osob sluchově postižených. Lépe porozumíme jejich chování a reakcí. (Jendrulek, 1997)

4.2 Komunikační techniky používané osobami s nedoslýchavostí

Ve slyšící společnosti se nejvíce využívá při kontaktu s jinými osobami mluvená řeč. Tu, jako mateřský jazyk, se jedinec učí spontánně poslechem a napodobováním rodičů. Aby si dítě osvojilo mateřský jazyk, je proto důležité, aby mělo sluch v pořádku. Pokud je však přítomno sluchové postižení, je narušena receptivní složka, která je důležitá při osvojení si řeči (Strnadová, 2001)

Rehabilitační metody dle Houdkové (2005):

- Bilingvální metoda – nejdříve si sluchově postižené dítě osvojí znakový jazyk. Po něm následuje osvojení si mluvený jazyk.
- Totální komunikace – využívá jak znakového jazyka, mluvené řeči, prstové abecedy a dalších metod. Není určeno, který jazyk si dítě určí jako prvotní. Důležité je, aby se naučilo běžně komunikovat.
- Orálně auditivní metoda – tato metoda se snaží využít zbytky sluchu v co největší možné míře. Touto metodou vedeme dítě k mluvené řeči. Tato metoda se využívá u dětí, kterým byl voperován kochleární implantát. Umožňuje integraci dítěte.

Horáková (2012) uvádí, že u osoby nedoslýchavé, která je nositelem sluchadel, se dá předpokládat, že bude upřednostňovat komunikaci mluvenou řečí a odezíráním.

4.2.1 Odezírání

Intaktní jedinec vnímá senzorické vjemy současně, jinak řečeno globálně. V některých chvílích však sám neuvědoměle odezírá. (Strnadová, 2001)

Grausová (In Strnadová. 1988) uvádí, že pokud jedinec ztratí sluch, dominantní kompenzační úlohu přebírá zrak. Sluchově postižený nevyužívá zrak pouze na sledování rtů, ale snaží se pozorovat neverbální projevy komunikačního partnera. Sleduje pohyby celého těla, rukou, grimasy apod. To vše zahrnuje proces odezírání. Zjednodušeně uvádí, že odezírání je vnímání řeči zrakem.

Také musíme mít na paměti, že odezírání je velmi psychicky náročné. Zvlášť pro děti. I když intaktní lidé dobře artikulují, je pro dítě velmi vyčerpávající sledovat ústa mluvící osoby. Dobře odezírat vydrží děti maximálně 20 minut, proto musíme zařazovat přestávky v komunikaci. Tím předcházíme i únavě dětí a udržíme déle jejich pozornost. Pokud pravidlo nebudeme dodržovat, hrozí nepozornost, následné nepochopení látky, kázeňské problémy a mnoho dalších a zbytečných problémů. (Procházková, Vysuček, 2007)

4.2.2 Český znakový jazyk

Je dorozumívací jazyk Neslyšících v České republice. Tento jazyk je plnohodnotným komunikačním systémem, který tvoří vizuálně-pohybové prostředky. Do nich patří tvary rukou, jejich postavení, pohyby, mimika, pozice hlavy a pozice horní části trupu. Tento jazyk má základní atributy, které jazyk má mít, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historii. Navíc je ustálen po dvou stránkách. Lexikální a gramatické. (Procházková, Vysuček, 2007)

Český znakový jazyk ovšem nepatří mezi typické komunikační systémy nedoslýchavých.

4.2.3 Znakovaná čeština

Znakovaná čeština je systémem umělým. Tento systém usnadňuje dorozumívání mezi slyšícími a sluchově postiženými jedinci. Znakovaná čeština využívá gramatiku českého jazyka, kterou současně hlasitě nebo bezhlasně artikulujeme. Zde se spojuje český znakový jazyk s jednotlivými českými slovy. (Procházková, Vysuček, 2007)

Nesmíme však zapomenout, že osoby, které se dorozumívají pomocí znakového jazyka, nemusí znát pravidla a gramatiku jazyka českého. Zvlášť problémovými se jeví české fráze, jako např.: Nech to plavat! Dělá z komára velblouda. S tím si hlavu nelam apod. Proto musíme mít na paměti, že nám tyto osoby nemusí vždy porozumět a mnohdy se vyplatí, jednat se sluchově postiženými, jako s cizinci. Přizpůsobit se a mluvit v jednoduchých větách. (Procházková, Vysuček, 2007)

4.2.4 Prstová abeceda = Daktylní abeceda

Je to slovní vizuálně motorická komunikační forma. Využívá polohy a postavení prstů pro vyjádření písmen. Prstovou abecedu dělíme na:

- Jednoruční – nejčastěji využívány ve školách pro sluchově postižené. Slouží k výuce čtení a vyvozování hlásek. Také se využívá i jako podpora při čtení.
- Dvouruční – tuto formu preferují dospělí. Nejčastěji se využívá při komunikaci znakovým jazykem. Používají ji tehdy, když pro slovo, které chtějí vyjádřit, chybí znak.
- Smíšená – kombinace dvou předchozích.
- Do dlaně – znaky se neukazují v tomto případě do prostoru, ale vpisují se do dlaně. Nejčastěji je tento způsob využíván osobami s hluchoslepotou.

To, jak si dítě osvojí daktylní abecedu záleží na mnoha faktorech, které jsou u každého dítěte individuální. S využíváním a nácvikem, se začíná kolem 3 let života dítěte a pokračuje se až do 9 let života dítěte. (Renotiérová, Ludíková et al., 2006)

4.2.5 Psaná podoba jazyka

Naučit se psanou podobu jazyka není pro osoby se sluchovou vadou jednoduché. Být textově gramotný je důležité pro získávání důležitých informací např. při čtení sms, emailů, titulek apod. Bohužel sluchově postižené děti nečtou rády a většinou čtou bez porozumění textu. Tento stav u mnoha osob se sluchovou vadou přetrvává až do dospělosti, kdy někteří jedinci neporozumí ani textu, který je určen pro slyšící žáky 2. tříd základních škol. Proto je nutné se při čtení zaměřit hlavně na porozumění textu. S psanou formou jazyka se děti setkávají již kolem 3. roku věku. Začínají se učit číst dříve, než začnou mluvit. (Horáková, 2012)

Při čtení se využívá globální metoda. Cílem této metody je vnímání slova jako celku. Další krok pro osvojení si čtenářských dovedností je analyticko-syntetická metoda. Ta upřednostňuje poznávání slov tak, že jsou složena z jednotlivých písmen, která se dají kombinovat, skládat a vytvářet slova a z nich věty. (Horáková, 2012)

Souralová (2002) uvádí, že kromě porozumění gramatické stránky českého jazyka komplikují čtení s porozuměním i další faktory. Sluchově postižení obtížně chápou metafory a ustálené řeční spojení. Nedostatečné pochopení gramatiky českého jazyka vede k problémům při vyplňování dotazníků, návodů k použití, pravidel her apod. Psaní textu a porozumění textu je doplňováno prstovou abecedou.

4.2.6 Mluvená řeč

Přítomnost sluchového postižení brání kontrole vlastního mluveného projevu. U dětí i dospělých s vadou sluchu chybí proto zpětná vazba. Tím se může řečový projev stát odlišným od řeči slyšících. Kvalita i kvantita slyšení je omezená. Čím méně je řeč srozumitelná, tím složitější se stává integrace jedince do společnosti. (Horáková, 2012)

Chyby v řeči u sluchově postižených se projevují v narušení dýchání, tvorbě hlasu a ve výslovnosti. Děti většinou při soustředění na artikulaci zadržují dech a poté ho doplňují. Proto nedýchají plynule. Podle závažnosti postižení se v tvorbě hlasu projevuje mnoho chyb. Dítěti v projevu kolísá hlas, síla hlasu, barva hlasu. Projev může být také monotónní a výjimkou nebývají ani vady hlasu. Děti s těžkou sluchovou vadou mají nepřirozený hlas. Může být pisklavý, hluboký, křiklavý, drsný nebo může působit tlačně. Hlas nedoslýchavých dětí bývá pro změnu slabý a přirozená intonace mu taky chybí. (Horáková, 2012)

Aby dítě správně artikulovalo, je potřeba péče logopeda. Ten zahájí řečovou výchovu, protože artikulace je nepřirozená a narušená. Logoped dále dbá na správnou výslovnost, upravuje dýchání a dynamiku řeči. Nejčastěji se u dětí vyskytuje tzv. audiogenní dyslalie (vada výslovnosti hlásek) a koprolalie (vada výslovnosti). Sluchově postižení také mohou používat nadbytečná slova, nemusí vždy chápat věty, mívají špatné gramatické koncovky a další. (Horáková, 2012)

4.3 Technické a kompenzační pomůcky

Technické pomůcky jsou důležité při rehabilitaci dítěte s postižením. Nejdůležitější roli při zvolení kompenzační pomůcky hrají rodiče. Než se rozhodnou, měli by být seznámeni s pomůckami, jejich možnostmi, dalšími informacemi a postupy. Volba vyžaduje individuální přístup a jednání. (Houdková, 2005)

4.3.1 Sluchadla

Jsou elektroakustické přístroje zesilující zvuky. Zvuk, který sluchadla zesílí, je veden do ucha. Sluchadla zvuk pouze nezesilují, ale i modulují dle charakteru sluchového postižení. Proto musí být nastaveno individuálně podle potřeb tak, aby uživatel co nejlépe porozuměl řeči a co nejlépe slyšel. (Houdková, 2005)

Dle Suralové (2010) dělíme sluchadla podle toho, jak zpracovávají akustický signál, na analogová a digitální. Analogová sluchadla jsou levná a jednoduchá zařízení, která se v dnešní době nevyvíjí. Digitální sluchadla jsou na lepší úrovni a poskytují výborný poslech. Další dělení je podle přenosu zvuku. Ty dělíme na sluchadla přenášející zvuk vzdušným vedením nebo kostním vedením.

Sluchadla se dělí dle konstrukce a vzhledu:

- Sluchadla závěsná – tato sluchadla se nosí zavěšená pod boltcem. Zvuk vedou tímto způsobem: nejdříve ho vedou do zesilovače a poté pomocí hadičky a ušní vložky do zvukovodu.
- Sluchadla brýlová – tento typ sluchadel je zabudován v bočnici brýlí. Zvuk je veden jako u sluchadel závěsných.
- Sluchadla boltcová – také se nazývají mušlová sluchadla. Tyto jsou zasunuty pouze do vchodu zvukovodu.
- Sluchadla zvukovodová – sluchadla, která jsou zasunutá ve zvukovodu.
- Sluchadla kapesní – tento typ se zavěsí nebo připevní na oděv. Buďto na kapsu, spodní vrstvu oblečení apod. (Novák, 1991)

Dále u sluchadel platí, že čím je sluchadlo větší, tím větší výkon, ale také viditelnost. Na druhé straně platí, že čím menší sluchadlo, tím je méně vidět, poskytuje přirozenější poslech, ale mají menší výkon. Nejpoužívanějším typem sluchadel jsou sluchadla závěsná. (Suralová, 2010)

Obecně však platí, že žádná sluchadla zatím nenahradí běžný sluch. Pouze zlepši slyšení a porozumění mluvené řeči. (Novák, 1991)

Pokud je dle odborného lékaře zjištěna sluchová vada u dítěte, je důležité zvážit, zda jsou nutná sluchadla. Téměř ve všech případech děti dostávají sluchadla

na obě uši a to z důvodu správného rozvoje řeči. Učení se slyšet se sluchadly je dlouhodobá záležitost a je nutná spolupráce logopeda, dítěte a jeho rodiny. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998)

4.3.2 Kochleární implantát

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

Vhodnými kandidáty na kochleární implantát jsou děti se zbytky sluchu nebo s žádným sluchem a také děti, kterým už běžná sluchadla nepomáhají v porozumění řeči (Houdková, 2005). Nebo děti, u kterých je poškozeno vnitřní ucho, avšak zachován sluchový nerv. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998)

Naopak nevhodnými kandidáty jsou sluchově postižené děti, které mají poruchu sluchového nervu, centrálních sluchových drah. Také není vhodné zavedení implantátu při chronických zánětech středouší nebo při anatomické abnormalitě hlemýždě. Neoptimálnější doba implantace kochleárního implantátu je od 2 do 4 let života dítěte. (Horáková, 2012)

Kochleární implantát je složen ze dvou částí a to vnější a vnitřní. Vnější část implantátu tvoří mikrofón, řečový procesor a vysílací cívka. Mikrofón zachytí zvuky okolí a poté jej pošle dál, do řečového procesoru. Ten analyzuje přijatý zvuk, digitalizuje ho a pošle do přijímače přes vysílací cívku. Vnitřní část tvoří přijímač a svazek 22 elektrod. Ty jsou vloženy do hlemýždě. Každá z elektrod v hlemýždě zaujímá své místo v jiné části. (Hrubý in Horáková, 1998b)

Po voperování implantátu je důležitá a nezbytná odborná rehabilitační péče. Ta bývá dlouhodobá. Úspěšnost je podmíněna mnoha faktory - době vzniku hluchoty, trvání hluchoty, na věku operovaného dítěte. Dále záleží na osobnostních vlastnostech dítěte, kognitivních vlastností a zdravotního stavu. Výsledky jsou u každého dítěte jiné. (Horáková, 2012)

Výsledky uváděné u dětí, které jsou 3 roky a déle po implantaci – 65 % dětí nemá problém rozumět běžné řeči bez potřeby odezírání. Půlka těchto dětí je dokonce schopna i běžně telefonovat. 25% implantovaných dětí se dorozumí také bez odezírání, ale pouze při užívání běžných a jednoduchých vět a frází. U této skupiny se ještě přepokládá zlepšení. Poslední skupina a to 10% dětí s kochleárním implantátem, rozumí pouze izolovaným slovům bez potřeby odezírat. U této skupiny je však přidružené postižení. Např. poruchy autistického spektra, mozkové obrny, mentální postižení a mnoho dalších. (Horáková, 2012)

V běžném životě využívají sluchově postižení další řadu kompenzačních pomůcek. Ty jim usnadňují vést normální život a usnadňují život ve slyšící společnosti. Jsou to pomůcky, které informují o zvuku různými způsoby. Jedním ze způsobů je upozornění pomocí světla, vibrací nebo proudem vzduchu. Do této skupiny patří vibrační nebo světelné budíky, různé signalizace zvonku u dveří, signalizace telefonu a mnoho dalších. Dále zde spadá teletext, skryté titulky, různé zesilovače zvuků. To jsou kompenzační pomůcky technické. Pro nedoslýchavé i neslyšící jsou důležité počítače. Ty obsahují programy, pomocí kterých se děti mohou vzdělávat, rozvíjet slovní zásobu nebo být ve styku se společností, aniž by byly děti v nevýhodě oproti dětem slyšícím. (Langer, 2010)

Na většinu z těchto pomůcek stát přispívá finanční dotací. Výši dotace udává zákon o poskytování sociálních příspěvků a dávek. (Langer, 2010)

5 STŘEDISKA RANÉ PÉČE

„Raná péče/intervence je komplex služeb orientovaný na celou rodinu dítěte raného věku se zdravotním postižením či ohrožením vlivem biologických faktorů nebo vlivem prostředí. Služby jsou zaměřeny na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte.“ (Pouthas, 2000, s. 278)

Pro děti se sluchovým postižením, je zajišťována v Praze a Olomouci raná péče ve středisku Tamtam. (Horáková, 2012)

Cílem rané péče je předcházení postižením, vyloučit nebo alespoň zmírnit dopady postižení. Raná péče poskytuje rodině, dítěti i jeho společnosti předpoklady a podmínky k sociální integraci. Také učí rodiče potřebným dovednostem pro stimulaci dětí. Tato služba by měla být jak časově, tak místem dostupná klientům. (Houdková, 2005)

Houdková (2005) uvádí, že střediska rané péče se dělí dle určitého postižení, u kterého je schopna zajistit komplexní péči. Pracující tým v centru je zastoupen speciálními pedagogy, sociálními pracovníky, psychology, rehabilitačními pracovníky, ergoterapeuty a také sem řadíme rodiče postižených dětí. Centra spolupracují i s lékaři. Dále centra zajišťují i odbornou poradenskou činnost.

Klienty rané péče jsou děti a jejich rodiče, u kterých bylo zjištěno zdravotní postižení. Také zde řadíme děti a rodiče, u kterých je v důsledku sociálního prostředí ohrožen zdravý vývoj dítěte. Služby jsou poskytovány dětem od narození po 4 roky. Pokud však má dítě kombinované postižení, je klientem až do 7 let. Pro ranou péči je zásadní věk 0 – 3 let věku dítěte, protože organismus je nejprizpůsobivější a také nejvíce plastický. Prioritou středisek rané péče je hlavně prevence zdravotního postižení. Pro své klienty zprostředkovávají informace, poskytují kompenzační pomůcky, hračky, zajišťují kontakty na zdravotnické zařízení a mnoho dalších. Dále se zaměřují na to, aby se s postiženým dítětem pracovalo v přirozeném prostředí, tj. doma. Centra spolupracují s jinými obory - jsou multidisciplinární. (Houdková, 2005)

Služby rané péče dle Houdkové (2005, s. 40) zahrnují tyto služby:

- „Návštěvy poradců a konzultantů v rodině,

- *ambulantní poskytování služeb – návštěvy rodin v centru,*
- *semináře pro rodiče, osvěta a vzdělávání,*
- *setkávání rodičů,*
- *psychorehabilitační pobyty pro rodiče a děti,*
- *půjčování hraček, pomůcek a literatury,*
- *konzultace s odborníky,*
- *pomoc při výběru předškolního zařízení,*
- *vzdělávání pracovníků zdravotně sociálních zařízení,*
- *sociálně právní poradenství,*
- *celkový rozvoj psychomotorického vývoje dítěte,*
- *podpora rodiny,*
- *pořádání seminářů a kurzů,*
- *rozvíjení rané péče.“*

II PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem praktické části bylo vytvořit brožuru, která je určena pro rodiče, pedagogy a širokou veřejnost. Jelikož veřejnost, ani rodiče o problematice nedoslýchavosti a sluchových postižení obecně ví málo, obsahuje brožura základní informace o tomto postižení. S odkazem na odborníky jsem se zaměřila na Zlínský kraj a jeho možnosti.

Obsah brožury je rozdělen na 6 částí, které by měly pomoci rodičům mít pohromadě potřebné informace o nedoslýchavosti:

6.1 Slyší vaše dítě? Jak to zjistím?

V České republice je vysoký výskyt sluchových poruch. Horáková (In Hrubý, 2009) uvádí, že zde žije až 300 tisíc sluchově postižených osob. U dětí se v mnoha případech porucha sluchu zjistí pozdě. To má za následek zbytečné komplikace v životě dítěte a jeho následný opožděný vývoj.

Proto jsem se rozhodla věnovat tuto kapitolu hlavně rodičům dětí. Kapitola obsahuje různé způsoby vyšetření, která si mohou doma sami vyzkoušet. Ověří si, zda dítě vnímá správně nebo ne. Přece jen, kdo zná lépe dítě, než sám rodič?

V této kapitole jsou znázorněny také dva příběhy (Příloha 1 Katka a Příloha 2 Eliška), které poukazují na to, jak rodiče sluchově postižených dětí přišli na to, že jejich dítě neslyší, jak má. Tyto příběhy jsou uvedeny v příloze.

Doufám, že tato kapitola pomůže mnoha rodičům a dětem včas zajistit odbornou péči. Také věřím tomu, že rodiny nebudou postižení sluchu přehlížet a když pojmu podezření na sluchovou vadu, vyhledají odborníky. Na toto téma navazuje další kapitola.

6.2 Moje dítě asi neslyší, jak má. Co teď?

Z vlastní zkušenosti vím, že pokud rodiče potřebují zajistit odborné vyšetření pro dítě, neví kam se obrátit. Zvláště, když s lékaři nemají dobré zkušenosti. I přes internetové možnosti dnešní doby, se velice těžko shání informace o lékařích a dalších odbornících. Někdy mám pocit, že dostanete jen telefonní číslo a nemáte ponětí o kvalitě odborníka.

Také bych chtěla předejít další ze svých špatných zkušeností, kdy si mě doktoři “přehazovali jako horký brambor“ a odkazovali na další a další odborníky, kteří nás poslali zase dál. Po častém a také vyčerpávajícím dojíždění do Prahy z Valašského Meziříčí jsme na otázku pana doktora: „Proč jezdíme až do Prahy?“ zjistili, že kvalitní péči nám mohou poskytnout doktoři nedaleko našeho města. Právě tomuto zbytečnému ježdění bych chtěla zabránit.

Proto jsem se rozhodla odkázat na odborníky ve Zlínském kraji a přiblížit rodičům a pedagogům náplň práce těchto odborníků. Tato kapitola obsahuje odkazy na foniatry, speciálně pedagogická centra, centra rané péče a speciální mateřské školy. Rodičům by tento text měl usnadnit hledání odborníků.

6.3 Diagnóza - nedoslýchavost!

Pokud se podezření rodičů potvrdí, v další kapitole brožury se dozví o nedoslýchavosti a jejím dělení. To proto, že bohužel i v dnešní době nejsou lékaři schopni podat správně informace o výsledcích vyšetření. Někdy rodiče potřebují mít informace pohromadě a ještě jednou si je přečíst a zvážit své možnosti.

Navíc lékaři sdělí pouze diagnózu a léčebný či kompenzační postup. Bohužel se rodina dál nedozví, jaký dopad má nedoslýchavost na osobnost dítěte a jeho chování. Někdy může být dítě okolím považováno za neklidné, zlobivé, roztěkané atd. Málokdo však ví, že právě tato chování může způsobit nepochopení komunikačnímu partnerovi. Také dítě nemusí pochopit úkoly, které se po něm vyžadují.

U dělení nedoslýchavosti se také ve stručnosti dozvíme, jak je nutná kompenzace sluchadly a jak postižení ovlivňuje řeč a její porozumění. Pochopení chování způsobu mluvy dítěte je tedy cílem této kapitoly.

6.4 Dostali jsme sluchadlo.

Cílem další kapitoly je seznámení veřejnosti s vyšetřením, než dostane dítě sluchadlo, druhy sluchadel, typy na údržbu a užívání sluchadel. Také jsem zde zařadila své vlastní zkušenosti, které mám s nošením těchto kompenzačních pomůcek.

Jak jsme již zmínili v teoretické části, sluchadla by měla být dětmi nošena po celý den. Proto by rodiče měli své dítě dobře znát a vědět, jak ho správně k nošení motivovat. Každá osoba, která je nositelem sluchadel ví, že si na sluchadla musí zvyknout. Jinak řečeno, musí si zvyknout slyšet. Z mých zkušeností vím, že to není jednoduché. Po nastavení sluchadel, což není jednoduchá a krátkodobá záležitost, najednou slyšíte věci, které jste dříve tolik neslyšeli.

Pokud je zvuků a vjemů mnoho, je to psychicky vyčerpávající. I přes to, že jsem nositelkou sluchadel více než 15 let, jsem si stále nezvykla používat např. mobilní telefon a sluchadlo. I když sluchadla technicky pokročila, stále mají mezery, které budou potřeba do budoucna vylepšit. Např. když přepneme sluchadlo na indukční smyčku, slyšíme zvuky elektřiny, rušivé signály apod. Proto, když mi zvoní telefon, vyndám sluchadlo a přijmu hovor. Takovýto způsob je pro mnohé příjemnější, než být rušen dalšími a nepříjemnými zvuky. Takovýchto zkušeností mám více a rozhodla jsem se s nimi v brožuře podělit.

Dalším cílem je seznámit rodiče s ušetřením financí okolo sluchadel. Konkrétněji typy jak šetřit baterie a čím se dají vyčistit koncovky, aby nemuseli objednávat drahé a speciální tablety na čištění.

6.5 Jak mám s dítětem komunikovat?

Komunikace s nedoslýchavým dítětem je velmi důležitá pro rozvoj řeči a také pro celkový rozvoj osobnosti dítěte. Avšak málokdo ví, jak s takovýmto postiženým dítětem komunikovat. Pokud budeme dodržovat určité zásady, dítě nám lépe porozumí a vyvarujeme se zbytečným nejasnostem.

Sama mám zkušenost dokonce i s lékaři na otorinolaryngologii, kteří nedodržují tyto komunikační zásady s pacientem. Zásady, které v brožuře uvádím, by měli dodržovat všichni, kteří přijdou s dítětem do kontaktu. Mezi hlavní však patří rodina a pedagogové.

Zásad komunikace je deset. Dle mého názoru jsou důležité, a proto je znovu připomenutí (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998):

- Hovoříme pomaleji, srozumitelně, ale zbytečně nepřeháníme s artikulací.
- Než začneme s dítětem mluvit, ujistíme se, že nás vnímá a dívá se na nás.

- S komunikačním partnerem mluvíme v prostředí, kde nejsou rušivé zvuky.
- V komunikaci se sluchově postiženým zjednodušíme věty a projev můžeme doplnit i řečí těla.
- Zbytečně nekřičíme a nezvyšujeme hlas. Někdy je lepší naopak hlas utlumit.
- Důležité věci řešíme pouze tehdy, kdy ani jeden z komunikačních partnerů není unaven a jsme dobře naladěni.
- V hovoru zařazujeme přestávky. Pro nedoslýchavého je odezírání součástí hovoru a je psychicky náročné. (Hovoříme maximálně 20 minut!)
- Vcítíme se do role nedoslýchavého a nebojíme se zeptat, jak máme přizpůsobit hovor. Jestli máme mluvit stejně nebo projev změnit.
- Pokud využíváme indukční smyčky, ujistíme se, zda jsou v místnosti nainstalované a zda jsou plně funkční.
- U dětí kontrolujeme funkčnost sluchadel a k jejich nošení je motivujeme.

6.6 „Výhody“ nedoslýchavosti

Pro odlehčení celé situace rodiny se v krátkosti zmiňuji i o výhodách sluchových postižení. Pokud svůj handicap dokáže dítě přijmout, věřím, že se najdou i situace, ve kterých je sluchově postižený ve výhodě před slyšícími osobami:

- Když nechci slyšet, nemusím – osoby s jednostrannou nedoslýchavostí si mohou lehnout na ucho, kterým slyší. Tím pádem nejsou rušeni. Také nositelé sluchadel mohou využít příležitosti a jednoduše je vypnout. A děti, které jsou těžce nedoslýchavé, mohou pouze zavřít oči. Tím nám dávají najevo, že už nás nechtějí poslouchat.
- Neruší mě to, tebe ano? – Mnohdy se intaktní osoby nemohou vyspat nebo provádět různé činnosti, protože je ruší zvuky okolí. Pro sluchově postižené nejsou některé zvuky rušivé. Proto jsou mnohdy klidnější, než slyšící osoby.

- Rodiče dětí, které umí odezírat, nemusí křičet – když jsme s dětmi venku, nemusíme křičet, stačí jen naznačit. Děti, které odezírají, situaci pochopí. Tím si šetříme i hlasivky.
- Pokud užíváme znakový jazyk, domluvíme se i na velkou vzdálenost – další výhoda, která šetří hlasivky i čas. Věřím, že slyšící lidé si někdy přejí ovládat znakový jazyk. Všimla jsem si, že této zkušenosti rády využívají pracovníce speciálních mateřských škol.
- Poznáme dříve povahu lidí – komunikovat s nedoslýchavým je náročné. Proto se v komunikaci mnohdy projeví, jestli je náš komunikační partner trpělivý, jestli jsme pro něho důležití a jestli není cholerické povahy. Některé osoby se právě ve způsobu komunikace projeví v rámci povahy.

6.7 Ukázka brožury:

Dostali jsme sluchadlo!

Jak probíhá vyšetření, než získáme sluchadlo?

Než dítě dostane samotné sluchadlo, je nutné vyrobit individuální tvarovku. Tvarovka je součástí sluchadel. Když se v rámci speciálních vyšetření zjistí rozsah sluchové vady vašeho dítěte, specialista odstraní ušní maz z uší a provede otisk zvukovodu. Otisk se provádí tak, že specialista vtlačí speciální hmotu do zvukovodu a části boltce. Poté pacient musí v klidu sedět, nemluvit a nehýbat ústy. To z důvodu tvrdnutí hmoty v uchu. Až hmota ztuhne, otisk se vyjme a posílá se na specializované pracoviště, kde podle otisku vyrobí individuální tvarovku ke sluchadlu, nebo se vyrobí rovnou zvukovodové sluchadlo.

Průběh vyšetření budí u mnoha rodičů i dětí obavy. Největší obavy jsou z bolesti a neznámého postupu. Firma Widex (zabývá se výrobou sluchadel) proto vytvořila se specialisty speciální hru pro rodiče i děti. Ve hře si můžete sami názorně vyzkoušet s postavičkou „Chiwi“ průběh vyšetření a tím tak odstranit strach z postupu lékařů. Sama jsem si hru vyzkoušela a mohu ji jen doporučit.

Internetový odkaz na hru: <<http://chiwi.widex.com/#en>>



Ukázka obrázku z hry Chiwi

Dostupné z <<http://www.widex.cz/cs-cz/children/hearingaidsforchildren/>>

Proč to moje vypadá tak a druhé jinak?

Nejvíce používanými sluchadly v dnešní době jsou sluchadla závěsná a zvukovodová. Vysvětlíme si rozdíl mezi těmito typy sluchadel a jejím používáním:

- Sluchadla závěsná – Jsou vhodná u těžkých sluchových ztrát nebo při velmi úzkých zvukovodech, kdy není možné usadit zvukovodové sluchadlo do zvukovodu. Zvuk zesiluje elektronika, která se nachází v pouzdře zavěšená za uchem. Zesílený zvuk je veden plastovou trubičkou do koncovky sluchadla a dále do ucha. Na elektronické části je umístěn regulátor hlasitosti a také tlačítko pro přepínání programů.

U dětí, které mají doporučeno kompenzaci sluchadly, se doporučují sluchadla na obě uši. To z důvodu lepší orientace v prostoru a také z důvodu doplňující funkce sluchadel mezi sebou.



Závěsné sluchadlo

Dostupné z <<http://www.widex.cz/cs-cz/products/hearingaidtypes/bte/>>

Pro děti je možnost u těchto sluchadel výběru barevných koncovek nebo celých sluchadel. Barevné kombinace jsou pro děti motivací k nošení sluchadel z důvodu jejich atraktivnosti.



Barevná sluchadla pro děti

Dostupné z <<http://www.widex.cz/cs-cz/children/hearingaidsforchildren/>>

- Sluchadla zvukovodová – Jsou vhodná tehdy, když je sluchová ztráta lehká až těžká. Umísťují se do zvukovodu, ale vnější část (skořepina) jde vidět. Na skořepinu mohou být umístěny regulátory hlasitosti a přepínání programů.



Zvukovodové sluchadlo

Dostupné z <<http://www.widex.cz/cs-cz/products/hearingaidtypes/ite/>>

Dalším pravidlem pro všechna sluchadla je, že čím větší sluchadlo je, tím má větší výkon. Proto u těžké poruchy sluchu nemůžeme dostat zvukovodové sluchadlo.

6.7.1 Poznámky k ukázce brožury

První podkapitola informuje o vyšetření sluchu a výrobě individuální tvarovky. Podkapitolu jsem zvolila z důvodu neinformovaností rodičů o způsobu výroby individuálních tvarovek. Mnozí rodiče zastávají názor, že sluchadlo je už celé a že ho pouze dostanou. O možnostech individuální tvarovky ví málo rodičů. Rodiče, kteří vědí o tomto postupu, mají obavy z průběhu vyšetření. Proto jsem zde zahrnula i odkaz na hru. Cílem hry je odstranit strach z vyšetření a získání informací.

Druhá podkapitola vysvětluje rodičům rozdíly u sluchadel a jejich význam. Také jsem přidala ukázkou vzhledu sluchadel pro lepší představu. Rodiče by měli znát možnosti barevných kombinací, které pomohou dětem vyrovnat se s touto pomůckou a nestydět se za ni.

ZÁVĚR

Cílem mé teoretické i praktické části práce bylo seznámit veřejnost a rodiče s nedoslýchavostí a sluchovým postižením obecně. Také bych si přála, aby se nedoslýchaví stali našimi rovnocennými partnery a nebyli ze společnosti pro svůj handicap vylučováni.

V teoretické části jsem se zaměřila na popis anatomie ucha, sluchového postižení a jeho dělení, problematiky nedoslýchavosti, kompenzačních pomůcek, komunikace se sluchově postiženými, logopedické péče a další. Pro představu o popisovaném, jsem text doplnila i o obrázky, které najdeme v příloze. Věřím, že jsem v této části stručně popsala základní informace, které by se měly dozvědět všechny osoby, které přijdou do styku se sluchově postiženým jedincem. Sama jsem se při psaní této práce dozvěděla další informace o nedoslýchavosti a zdokonalila své znalosti o svém postižení. Tím jsem poznala sama sebe. Také se mi povedlo sehnat informace ke každé kapitole.

V praktické části jsem si za cíl stanovila předat své zkušenosti rodičům, pedagogům a veřejnosti. Do brožury, kterou jsem se proto rozhodla vytvořit, jsem se snažila shrnout základní informace o nedoslýchavosti, zkouškách sluchu, odbornících, komunikaci a několik svých osobních zkušeností.

Věřím, že tato brožura pomůže mnoha rodinám v nelehké životní situaci. Proto bych byla velmi ráda za to, kdyby se dostala jako samostatná část práce mezi rodiny. Pokud by tuto brožuru měli k dispozici mí rodiče, když jsem byla dítě, byli by informovanější a věděli by, co vše nedoslýchavost obnáší. Poté by lépe a snadněji mou nedoslýchavost mohli řešit.

Při psaní bakalářské práce jsem zjistila, jak málo se ví o jednostranné nedoslýchavosti. Málokdo si uvědomuje, že slyšet pouze jednostranně s sebou přináší spoustu problémů. Jako další cíl jsem si do budoucna stanovila prozkoumat tuto oblast a dále se jí v budoucím životě věnovat.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ:

1. HORÁKOVÁ, R. 2012. Sluchové postižení: úvod do surdopedie, 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0
2. HOUDKOVÁ, Z. 2005. Sluchové postižení u dětí – komplexní péče, 1. vyd. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-623-6
3. HROBŇ, M.; JEDLIČKA, I.; HOŘEJŠÍ, J. 1998. Nedsolýhavost, 1. vyd. Praha: Makropulos. ISBN 80-86003-13-2
4. HYBÁŠEK, I. 2010. Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. 01 *ORL ANATOMIE-FYZIOLOGIE-PATOLOGIE* [online]. 2013, [cit. 2013-29-03]. Dostupné z
<<http://www.lfhk.cuni.cz/orl/eORL/01%20ORL%20ANATOMIE-FYZIOLOGIE-PATOLOGIE.pdf>>. ISSN 1803-280X
5. CHVÁTALOVÁ, H. 2012. Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení, 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0054-3
6. JANOTOVÁ, N. 1996. Kapitoly o integraci sluchově postižených dětí, Praha: Septima, s. 31. ISBN 80-85801-81-7
7. JENDRULEK, O. 1997. Netrapte se nedsolýhavostí, Praha: Sdružení MAC, s r.o. ISBN 80-86015-19-X
8. LANGER, J. 2010. Technické a kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením [online]. poslední revize 2013-11-04 [cit. 2013-01-04]. Dostupné z
<http://unifor.upol.cz/pedagogicka/index.php?pageid=5200&chapter=809&id_dbound=1382>.
9. LEJSKA, M. 1994. Základy praktické audiologie a audiometrie, 1. vyd. Brno: IDVPZ, s. 35-36. ISBN 80-7013-178-0
10. STRÍTESKÁ, M. 2011. Časná diagnostika vad sluchu u novorozenců a kojenců [online]. Poslední revize 2011-14-03 [cit. 2013-15-04]. Dostupné z
<<http://nedoklubko.cz/2011/03/14/casna-diagnostika-vad-sluchu-u-novorozencu-a-kojencu/>>

11. NOVÁK, A. 1991. Nedoslýchavost a sluchadlo, Praha: Svaz neslyšících a nedoslýchavých v České republice. ISBN BC201
12. POUTHAS, V. J. F. 2000. Psychologie novorozence, chování nejmenšího dítěte a jeho poznávání, 1. vyd. Praha: Grada, s. 278. ISBN 80-7169-960-8
13. PROCHÁZKOVÁ, V.; VYSUČEK, P. 2007. Jak komunikovat s neslyšícím klientem?, 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut dětí. ISBN 978-80-86991-18-4
14. PULDA, M.; LEJSKA, M. 1996. Jak žít se sluchovou vadou, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-226-4
15. PULDA, M. 1994. Surdopedie se zaměřením na raný a předškolní věk, 1. vyd. Brno: Vydavatelství Masarykovy univerzity. ISBN 80-210-0776-2
16. RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. 2006, Speciální pedagogika, 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9
17. SOURALOVÁ, E. 2005. Surdopedie I, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1007-9
18. SOURALOVÁ, E. 2002. Čtení neslyšících, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. ISBN 80-244-0433-8
19. SOURALOVÁ, E. 2005. Surdopedie I, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1007-9
20. SOURALOVÁ, E. 2010. Základy surdopedie, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2619-8
21. STRNADOVÁ, V. 2001. Hádej, co říkám, aneb Odezírání je nejisté umění. 2. dopl. vyd. Praha: ASNEP. ISBN 80-903035-0-1
22. STRNADOVÁ, V. 1996. Komunikace neslyšících, Odezírání, 1. vyd. Liberec: ve spolupráci s Českou unií neslyšících. ISBN 80-7083-187-1
23. SLUCHADLOVÁ AKUSTIKA SPOL. S R.O. 2013. *Ucho* [online]. poslední revize 2013-11-04 [cit. 2013-04-04]. Dostupné z <<http://www.interton.cz/Professionals/hearingLoss/theEar>>.

24. STEINER, D. 2013. Akustika [online]. poslední revize 2013-11-04 [cit. 2013-25-03]. Dostupné z <<http://www.steiner.cz/david/akustika/>>.
25. WIDEX. 2013. Sluchadla pro děti [online]. Poslední revize 1. 7. 2010 [cit. 2013-15-03] Dostupné z <<http://www.widex.cz/>>
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2013. Grades of Hearing Impairment [online]. poslední revize 2013-11-04 [cit. 2013-15-03]. Dostupné z <http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/index.html>.

PŘÍLOHY

Příloha 1 Katka

Katka byla vždy aktivní a velice komunikativní dítě. Běhávala venku s ostatními dětmi, mluvila, hrála si, prostě byla „normální“ dítě. Po častých zánětlivých onemocněních nosní sliznice, následných zánětech středouší, se občas zeptala znovu na to, co kdo říkal. Po stále častějších opakování otázky: „Co?“, pojala matka podezření, že Katka špatně slyší.

Následovaly nekonečné návštěvy lékařů. Ti se Katce vždy jen podívali do ucha. Následně si stoupli před dítě a zeptali se: „Kačenko? Slyšíš mě, co říkám?“. Když dítě odpovědělo, že ano nebo souhlasilo, lékaři tvrdili, že slyší. Do zprávy napsali, že si matka vymýšlí a je hysterická.

Jedno odpoledne seděla celá rodina u televize a dívali se na film. Katka film s napětím sledovala. Matku napadlo, že zkusí vypnout zvuk u televize. I po vypnutí zvuku dcera stále film s napětím sledovala. Proto se rodiče zeptali, o čem postavy ve filmu mluví. Odpověď Katky byla šokující: „Já nevím, co říkají, oni stejně mluví anglicky!“. V ten moment bylo rodičům Katky více než jasné, že se lékaři mýlili.

Na naléhání matky udělali Katce odborné vyšetření v Ostravě, kde lékaři odhalili u pravého ucha praktickou hluchotu a u levého lehkou vadu sluchu. Sluchová porucha Katky je vrozená i získaná a taky neoperovatelná.

Příloha 2 Eliška (Chvátalová, 2012)

Na zahradě běhá Eliška. Je velmi bystrá a živá. Jen na zádech nosí „batůžek“ a pod vlásky skrývá jizvu. Eliška je nositelkou kochleárního implantátu.

Když si rodiče dceru přinesli z porodnice, zdálo se jim, že špatně reaguje na zvuky, ale dál se tím nezabývali. Na to, že Eliška skutečně neslyší, přišla její teta. Sama má doma dítě s diabetem, tak zkoušela u dítěte své sestry reflexy, zvuky, tleskala. Bohužel Eliška nereagovala.

Jelikož rodiče s dcerou již navštěvovali neurologii kvůli stočené noze po porodu, zmínili se o domácí zkoušce sluchu a také o jejich podezření. Ve třech měsících proto absolvovali vyšetření BERA.

Před samotným vyšetřením, se ještě snažila sestra z kliniky rodiče přesvědčit o tom, že dcera slyší, protože se podívala za zvukem, který vydala. Navíc matce oznámila, že si myslí, že je příliš úzkostlivá.

Bohužel se tvrzení, že Eliška neslyší, potvrdilo. Na „BĚŘE“ nebyla žádná odezva až do 110 dB. Po neúspěšné kompenzaci sluchadly dostala Eliška ve dvou letech implantát.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Kateřina Malinová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Jiří Langer, PhD.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Dítě s nedoslýchavostí v raném věku
Název v angličtině:	Children with Hearing Loss at an Early Age
Anotace práce:	Tématem práce je nedoslýchavost a sluchové postižení. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá anatomii ucha, sluchovým postižením, komunikací nedoslýchavých a dalšími kapitolami vztahující se k tomuto tématu. Veřejnost zde získá základní znalosti o problematice postižení. Praktická část je zaměřená na brožuru, která je cílem této části. Brožura je určena pro rodiče nedoslýchavých dětí, kteří v ní získají důležité rady a odkazy na pomoc při těžké životní situaci.
Klíčová slova:	nedoslýchavost, dítě, raný věk

Anotace v angličtině:	The theme of the Bachelor's dissertation is hearing loss and hearing impairment. The dissertation is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part deals with the anatomy of the ear, hearing impairment, communication between hearing loss people and others chapters relating to this topic. The public gain basic knowledge about disability issues. The practical part is target the brochure which is the goal of this section. The brochure is designed for parents of children with hearing loss. They receive important advices and references to help in the difficult situation.
Klíčová slova v angličtině:	hearing loss, children, early age
Přílohy vázané v práci:	Příběh Katka Příběh Eliška Brožura – volně přiložená příloha
Rozsah práce:	51 stran
Jazyk práce:	Český jazyk