

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Sociální vyloučení rodin  
se sluchově postiženým dítětem**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Lenka Štěpánková, PhD.

Vypracovala:

Blanka Balíková

Brno 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sociální vyloučení rodin se sluchově postiženým dítětem“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce. Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 21. 4. 2010

.....

Blanka Balíková

## **Poděkování**

Děkuji paní PhDr. Lence Štěpánkové, PhD. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat pracovníkům SPC, MŠ, ZŠ a DD v Ivančicích za pomoc, rodině a přátelům za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při vypracování mé bakalářské práce a které si nesmírně vážím.

Blanka Balíková

# Obsah

<b>Úvod</b>	<b>2</b>
<b>1. Diagnostika</b>	<b>4</b>
1.1 Diagnostika ve speciální pedagogice	4
1.2 Diagnostika sluchového postižení	6
1.3 Dílčí závěr	7
<b>2. Proces akceptace postižení</b>	<b>9</b>
2.1 Fáze šoku a popření	9
2.2 Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem	10
2.3 Fáze smlouvání	11
2.4 Fáze realistického postoje neboli vyrovnávání a přijetí skutečnosti	11
2.5 Dílčí závěr	12
<b>3. Sluchové postižení</b>	<b>16</b>
3.1 Rozdělení sluchových vad a poruch	16
3.2 Korekce sluchových vad	20
3.3 Psychologická stránka sluchově postižených	22
3.4 Činnost odborných lékařů	24
3.5 Dílčí závěr	24
<b>4. Sociální vyloučení</b>	<b>25</b>
4.1 Pohledy na sociální vyloučení	27
4.2 Sociální vyloučení rodiny pečující o postižené dítě	28
4.3 Dílčí závěr	29
<b>5. Spolupráce s odborníky</b>	<b>32</b>
5.1 Střediska rané péče	33
5.2 Speciálně pedagogická centra (dále jen SPC)	33
5.3 SUKI – sdružení uživatelů kochleárního implantátu	35
5.4 Školy	36
5.5 Dílčí závěr	38
<b>6. Praktická část</b>	<b>39</b>
6.1 Kazuistika – rodina A	39
6.2 Kazuistika – rodina B	42
6.3 Kazuistika – rodina C	45
6.4 Dotazník pro rodiny se sluchově postiženým dítětem	47
<b>Závěr</b>	<b>50</b>
<b>Resumé</b>	<b>53</b>
<b>Anotace</b>	<b>54</b>
<b>Seznam odborné literatury</b>	<b>56</b>
<b>Seznam zkratk použitých v textu</b>	<b>58</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>59</b>

# Úvod

Každá společnost se neustále vyvíjí a právě ta naše od roku 1989 prošla různými většími či menšími změnami. Na jedné straně tím, že jsme se otevřeli světu a získali větší i svobodnější rozhled, přičemž každému z nás přibyly nové možnosti seberealizace. Na druhé straně si mnozí lidé v socialistické společnosti navykli na skutečnost, že za ně rozhodovali druzí. Nemohli sice vyjádřit vždy svůj názor, ale měli zajištěnu práci a tím i pravidelné příjmy. Se změnou se každý vyrovnal po svém. Mnozí zúročili své schopnosti a znalosti a vytvořili si životní prostor s dostatečným finančním zajištěním, jiní se zorientovali pouze v nově vytvořené síti sociálního zabezpečení a využívají, až zneužívají, sociální dávky. Vytvořila se ale také skupina obyvatel, která je změnou systému postižena tím, že se nedokázala ve změně systému zorientovat nebo jim zdravotní omezení znemožňuje dobré umístění na trhu práce.

V současné době se příjmová a majetková diferenciaci v tržní ekonomice prohloubila natolik, že se vytvořily dvě skupiny obyvatelstva. První je velmi dobře situována, a druhá se potýká s relativní či faktickou chudobou, jež často bývá příčinou sociálního vyloučení ze společnosti.

Mezi lidmi s nízkým sociálním statusem patří zejména ti, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci vlivem ztráty zaměstnání. Ať už to bylo způsobeno jejich životem, který vedl ke konfliktu se společností, věkem či špatným zdravotním stavem. Právě tato skupina obyvatel je ohrožena sociálním vyloučením.

Každá taková skupina vyžaduje kvalitní služby sociální integrace, které by tomuto sociálnímu vyloučení zabránily, nebo alespoň částečně zmírnily jeho dopad na člověka. Aktuálnost tématu bakalářské práce je podtržena skutečností, že rok 2010 byl vyhlášen „Rokem boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení“.

*Cílem této bakalářské práce je poukázat na možnost vzniku sociálního vyloučení rodin se sluchově postiženým dítětem. Pokusí se poukázat na problém, který je vzhledem k vývoji zdravotnictví, stále častějším. Lékařská věda je natolik pokročilá, že je možné zachránit dítě s nízkou porodní vahou, což s sebou často nese postižení některých orgánů. Sluchové vady jsou velmi častým průvodním jevem zákroků spojených se záchranou života narozeného dítěte.*

*Téma jsem si zvolila také proto, že je mi problematika sluchově postižených blízká. Vychováváme jako pěstouni dítě s touto diagnózou kombinovanou s mentální retardací.*

Využívám proto služeb speciálně pedagogického centra a mateřské školy v Ivančicích a s rodinami se sluchově postiženým dítětem jsem v častém kontaktu.

Aby byly podchyceny všechny skutečnosti týkající se sociálního vyloučení rodin se sluchově postiženým dítětem, je práce rozdělena do šesti kapitol.

První se věnuje diagnostice a vyzdvihuje především její důležitost z hlediska včasnosti a určení správné diagnózy.

V druhé kapitole je globálně popsáno sluchové postižení, rozdělení sluchových vad a možnosti jejich korekce, psychologická stránka sluchově postižených a nutnost spolupráce s odborníky.

Třetí kapitola je věnována akceptaci postižení. Jsou zde popsány jednotlivé fáze akceptace a v závěru jsou zmíněna pravidla, jimiž je možné se řídit, aby došlo ke zmírnění negativního dopadu na rodiče postiženého dítěte.

Čtvrtá kapitola se zabývá sociálním vyloučením z globálního pohledu i z pohledu života rodiny s postiženým dítětem.

Pátá kapitola poukazuje na nutnost spolupráce s odborníky a na možnosti řešení vyvstalých problémů. Ať už se jedná o nutnou spolupráci s lékaři nebo spolupráci pomáhající zmírnit dopad problému na dítě, rodiče a celou rodinu.

Šestá kapitola představuje praktickou část práce. Zde se pokouším třemi kazuistikami potvrdit teorii o možném sociálním vyloučení rodin se sluchově postiženým dítětem. K vypracování jednotlivých kazuistik bylo použito řízeného rozhovoru s rodiči postižených dětí. Dotazníkem jsem zjišťovala, jak se rodinám se sluchově postiženým dítětem jeví jejich problém, jak ho řeší, co jim chybí a jak se s touto skutečností vyrovnali.

O skutečnostech týkajících se sluchově postižených, jejich rodin a práce s nimi jsem se zajímala také v rámci své praxe, kterou jsem uskutečnila na ZŠ, MŠ, DD Ivančice a v SPC.

# 1. Diagnostika

Diagnostika je důležitou součástí zejména těch profesí a pracovních oborů, kde se pracuje s lidmi. Obvykle bývá definována jako poznávací proces, který je zaměřený ke konkrétní osobě nebo skupině osob, a při níž se využívají diagnostické metody. Jeho cílem je co nejdokonalejší poznání daného předmětu či objektu zájmu, všech jeho důležitých charakteristik a znaků a také jejich vzájemných vztahů a souvislostí. Výsledkem tohoto poznání bývá obvykle diagnóza.

## 1.1 Diagnostika ve speciální pedagogice

V oboru speciální pedagogiky se diagnostika týká zdravotně znevýhodněného nebo zdravotně postiženého jedince, celé jeho osobnosti a veškerých možností výchovy a vzdělávání tohoto jedince. Je velmi důležitá pro další práci a odbornou péči o postiženého. Má také vliv na zařazení jedince do společnosti a na kvalitu jeho života.

Diagnostika ve speciální pedagogice tedy monitoruje průběh dosavadního vývoje jedince a snaží se zjistit příčiny možných vývojových odchylek s přihlédnutím k dalšímu vývoji osobnosti postiženého a možnosti uplatnění.

Vzhledem k tomu, že je každý člověk jedinečnou bytostí, která na jedné straně je ovlivňována prostředím, ve kterém žije, ale na straně druhé sám toto prostředí mění a přetváří. Proto je nutné, aby součástí diagnostiky bylo také poznání v dalších oblastech. Je vhodné znát, jak se jedinec vyrovnal se svým postižením, jak se s touto skutečností vypořádala rodina vychovávající postižené dítě, jak sociální prostředí působí na člověka s postižením, na jeho rodinu. Jak celkově jeho postižení ovlivnilo sociální prostředí, ve kterém žije. A v neposlední řadě také to, jak se tyto skutečnosti odrážejí v jejich vzájemné komunikaci a interakci. (Přinosilová, 2007, s.10)<sup>1</sup>

Diagnostiku ve speciální pedagogice, do níž surdopedii řadíme, můžeme chápat v různých kontextech.

**Zahrnujeme sem celkovou, komplexní diagnostiku, a to:**

- lékařskou,
- psychodiagnostickou,
- sociální,
- speciálněpedagogickou.

Prvním krokem při jakémkoli podezření na poruchu, v tomto případě postižení sluchu, je za pomoci diagnostiky určit diagnózu, tedy stanovit konkrétní postižení. Tímto problémem se zabývá diferenciální diagnostika, u níž se vychází z příznaků obecnější povahy. V průběhu tohoto procesu se postupně vylučují ty vady, které dotyčné příznaky nezpůsobují. Hledá se tedy postižení, které za vadu odpovídá. Po určení konkrétního postižení je navržena terapie sledující buď úplné vyléčení pacienta, nebo alespoň úpravu stavu tak, aby byl slučitelný se životem za předpokladu, že bude jedinec dodržovat ve svém dalším životě určitá pravidla (např. u sluchového postižení používat sluchadla, implantace kochleárního implantátu apod.).

Diagnostiku lze rozdělit podle různých kritérií: podle příčin postižení (etiologie), podle rozsahu sledovaných cílů, podle druhu postižení, podle časového sledování diagnostiky a také podle věku diagnostikované osoby. Přehledné a jasné rozdělení uvádí v knize Diagnostika ve speciální pedagogice Přinosilová:

#### **Podle etiologie postižení**

- diagnostika kauzální (když je známa příčina postižení),
- diagnostika symptomatická (vychází pouze z příznaků jedince, pokud není známa příčina postižení).

#### **Podle rozsahu sledovaných cílů**

- diagnostika globální (celková) – zaměřena na celou osobnost vzhledem k edukačnímu procesu jako celku,
- diagnostika parciální (částečná) – zaměřena pouze na určité aktuální projevy.

#### **Podle časového sledu**

- diagnostika vstupní (v období vzetí jedince do péče),
- diagnostika průběžná (po celou dobu péče o jedince),
- diagnostika výstupní (při ukončení péče a předání jedince do péče jiného odborníka).

#### **Podle druhu postižení**

- diagnostika somatopedická,
- diagnostika psychopedická,
- diagnostika etopedická,
- diagnostika logopedická (diagnostika narušené komunikační schopnosti),

---

<sup>1</sup> srov. Lazarová., 2007, s. 5



- diagnostika surdopedická,
- diagnostika oftalmopedická,
- diagnostika speciálních poruch učení a parciálních nedostatků,
- diagnostika kombinovaných vad.

#### **Podle věku klienta (hledisko vývojové křivky)**

- diagnostika raného a předškolního věku,
- diagnostika školního věku (včetně období dospívání),
- diagnostika dospělosti,
- diagnostika stáří (Přinosilová, 2007, s. 14-15)

Každé vývojové období má svá specifika, která je nutno respektovat a zohlednit.

## **1.2 Diagnostika sluchového postižení**

Sluchové postižení se velmi těžko diagnostikuje, pokud se nejedná o sluchové postižení vrozené neboli o vadu zjištěnou vyšetřením již v prenatálním věku. Vyšetření sluchu v prenatálním věku se provádí pouze v případě, že se sluchová vada v rodině rodičů vykytuje nebo v případě, že matka prodělala chorobu ohrožující její graviditu.

Mnohem častější jsou případy, kdy rodiče sami začnou pozorovat, že jejich dítě nereaguje na zvukové podněty, a upozorní na tuto skutečnost svého pediatra. Zjištění, že by mohlo jít o nějakou poruchu, však nestačí k tomu, aby byla jasně diagnostikována sluchová vada. Skutečnost, že dítě nereaguje na zvukové podněty nebo nemluví, může být způsobena i dalšími vadami, jako je např. mentální retardace, autismus nebo jde o opožděný vývoj řeči, resp. dysfázii, mutismu v důsledku psychického traumatu. Teprve na základě odborných vyšetření můžeme diagnostikovat sluchové postižení, vadu.

Jelikož má sluch zásadní význam při utváření základního komunikačního prostředku, kterým je řeč, je velmi důležité včasné zachycení poruchy. Pokud je porucha včas diagnostikována, je možné přistoupit k odpovídající speciálně výchovné péči. Tím se minimalizují negativní důsledky postižení, kterými bývá obvykle retardace neuropsychického rozvoje dítěte.

Ke zjištění postižení sluchu se provádí odborná vyšetření různými metodami:

**U převodní poruchy se diagnostika opírá o tyto metody:**

- **otoskopické vyšetření** sleduje postižení vnějšího zvukovodu, různé změny, jizvy, perforace bubínku či srůsty,
- **vyšetření klasickou a ladičkovou zkouškou**, vyšetřující předřikává slova a vyšetřovaný je opakuje,
- **slovní audiometrie** zde se ke stanovení rozsahu rozumění mluveného slova používají sestavy o deseti slovech,
- **prahová tónová audiometrie** sleduje se jak jsou od sebe vzdáleny křivky kostního a vzdušného vedení,
- **tympanometrie** je vyšetřovací metoda, která sleduje středoušní funkce. Principem této metody je měření množství akustické energie ve vnějším zvukovodu, které se odráží od blanky bubínku.

**U percepčních vad se diagnostika opírá o tato vyšetření**

- **otoskopické vyšetření** u percepčních vad je tento nálezn zcela normální,
- **vyšetření klasickou a ladičkovou zkouškou**,
- **prahová tónová audiometrie**,
- **slovní (řečová) audiometrie**,
- **tympanometrie**,
- **BERA** (vyšetření pomocí kmenových evokovaných potenciálů),
- **OAE** (vyšetření otoakustických emisí). (Lejska, 2003, s. 51-52)

Pro účely diagnostiky úrovně sluchové diferenciacce byla sestavena zkouška, kterou tvoří deset dvojic slov lišících se jednou hláskou. Dvojice jsou uspořádány od nejsnazších k obtížnějším, tedy od slov, která se liší první hláskou, přes poslední rozlišující hlásku až po slova, jež mají rozdílnou hlásku prostřední. Zkouška byla ověřována v letech 1988-1989 v rámci výzkumu a posléze v letech 1999-2000 studenty Ostravské univerzity. (Zelinková, 2001, s. 80)

### **1.3 Dílčí závěr**

Důležitost a včasnost diagnostiky je právě v případě sluchové vady nesporná. Hlavním důvodem je skutečnost, že komunikační schopnost člověka patří k základním potřebám člověka, aby jeho socializace byla přiměřená věku a rozumovým schopnostem. Je známo, že nestandardní vývoj řeči má negativní dopad na vývoj

poznávacích procesů, myšlení je pak vázáno více na konkrétní skutečnost. Abstraktní myšlení sluchově postiženého jedince je velmi omezené.

V případě, že sluchová vada bude pozdě diagnostikována a nedojde ke včasnému korigování vady, má tato skutečnost negativní dopad na další vývoj sluchově postiženého jedince. Zvlášť problematické je pak jeho začlenění do společnosti, tedy jeho socializace. Sluchově postižený jedinec, přestože může mít i velmi vysokou inteligenci, se pak často společnosti jeví jako člověk, jemuž je třeba se raději vyhnout.

Z výše uvedeného lze vyvodit, že to může být zapříčiněno skutečností, že okolí sluchově postiženému dobře nerozumí a v dnešní uspěchané době je pro ně časově neekonomické a neefektivní pokusit se s ním komunikovat.

V minulosti navíc nebyli handicapovaní lidé začleňováni do společnosti, život trávili ve svých domovech nebo sociálních ústavech; starší generace tak není příliš zvyklá na komunikaci s handicapovaným. Je tedy možné, že ještě nejsme příliš zvyklí na to, že mezi námi žijí postižení. O jejich schopnostech často pochybují i zaměstnavatelé. A nejen oni.

## 2. Proces akceptace postižení

Pokud chceme, aby se naše dítě vyrovnalo se svým postižením, je nutné, abychom tuto skutečnost přijali my sami. Dítě sice má určitý handicap, ale nelze k němu přistupovat jako k nevyлéčitelně nemocnému, uzavírat se okolí nebo odmítat pomoc. Reakce rodičů na postižení dítěte mají své typické charakteristiky a probíhají v určitých po sobě následujících fázích. Délka jednotlivých fází je obvykle u každého z rodičů jiná. Tyto fáze se podobají reakcím, jaké má člověk na vlastní závažné onemocnění. Dobu, kdy je stanovena diagnóza potvrzující, že je dítě postižené, můžeme označit jako krizi rodičovské identity. Změny reakcí a výchovných postojů rodičů jsou jedním z faktorů, které modifikují rozvoj dětské identity, nebo můžeme říci sebepojetí u dítěte. *„Jestliže je dítě již od raného věku přijímáno jako postižené, nejsou ani očekávání, ani požadavky rodičů takové, jako kdyby bylo dítě zdravé. Změna postojů a chování rodičů sama o sobě bude velmi významně ovlivňovat rozvoj osobnosti takového dítěte.“* (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 1993, s. 46)

### 2.1 Fáze šoku a popření

Na subjektivně nepřijatelnou traumatizující skutečnost, že dítě je trvale postižené, je první reakcí šok. Rodiče často reagují slovy *„To přece nemůže být pravda, to není možné, vždyť donedávna bylo všechno v pořádku...“* Situace je natolik tíživá, že se jeví nemožné ji ihned přijmout, a proto většinou dochází k jejímu popření. Nepřijetí takové informace je projevem obrany před ztrátou psychické rovnováhy. Komplexní zátěž takové, vesměs neočekávané negativní změny situace, ztráty určité, předpokládané hodnoty (zdravého dítěte) přináší rodičům bezprostředně prožitek traumatu a očekávání dlouhodobého stresu.

V průběhu doby se mění v deprivaci potřeby seberealizace v rodičovské roli, otevřené budoucnosti i ohrožení v oblasti pocitu bezpečí. Rodiče se musí vyrovnávat se zátěží, jakou většinou vůbec neočekávali. Zdraví rodiče vesměs považují narození zdravého dítěte za samozřejmost. Jinak je tomu v případech, kdy jsou sami postižení, případně už dítě s takovým či podobným postižením vychovávají a s podobnými problémy mají tedy své zkušenosti. Tehdy mohou rodiče reagovat již v době těhotenství nějakými individuálně specifickými obrannými mechanismy.

## 2.2 Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem

Průběh vyrovnávání se s problémem závisí na emocionálních i racionálních faktorech. Je ovlivněn získáním většího množství informací, porozuměním podstatě postižení jejich dítěte a možnosti jeho dalšího rozvoje, i když by tento rozvoj byl velmi omezený. Racionálně zpracovat takovou informaci obvykle brání emoční ladění rodičů, jejich hněv, zoufalství nebo i deprese. Lze je interpretovat jako reakci na prožité trauma a může mít individuálně různou intenzitu nebo i délku trvání. Úroveň vyrovnávání se s touto situací závisí na zralosti osobnosti rodičů, na jejich životních zkušenostech, na kvalitě jejich citového zázemí, na individuální frustrační toleranci a akutním psychickém i somatickém stavu. Někdy je taková informace přijatelná jen částečně nebo dokonce vůbec ne. Následkem toho dochází ke vzniku nejrůznějších psychických obran, které mění prožívání, uvažování i chování takového člověka. Mnohdy je výsledné chování z racionálního hlediska málo pochopitelné či málo přijatelné, ale má svůj smysl. Tím je udržení psychické rovnováhy alespoň v takové míře, v jaké je to dosažitelné. Takto získaná rovnováha nebývá mnohdy hodnotitelná jako adaptace, protože funguje jen v omezené míře či v omezeném časovém intervalu. Často vede k dalším problémům.

Obranné reakce, které jsou v této situaci běžné, vycházejí ze dvou základních, fylogeneticky velmi starých mechanismů, jakými jsou únik a útok. Volba jedné z těchto variant nebývá náhodná, ale vychází ze zkušeností a osobních dispozic jedince. Obranné mechanismy, které se v životě osvědčily, mají tendenci se fixovat, a člověk je v kritických situacích opakuje. Sklon k preferenci aktivní či pasivní obrany je pravděpodobně dán i typem temperamentu.

- Útok představuje obecnou tendenci s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat. Protože s příčinou, která způsobila onemocnění, bojovat nelze, projevuje se tato tendence obvykle přenosem na druhé, hledáním viníka. I když je zdůvodnění takového postoje zcela iracionální, dochází často k projevům agresivity vůči zdravotnickým nebo pedagogickým pracovníkům.
- Únik ze situace, kterou člověk nedokáže zvládnout nebo se s ní vyrovnat, představuje pasivnější způsob obrany. Úplným únikem je odložení dítěte do péče jiné osoby či organizace. Únik má několik variant. Jednou z těchto variant je ta, že přetrvává popření situace. Další variantou je racionalizace, tedy zkreslený způsob výkladu skutečnosti. Jiná možnost je únik do fantazie, kdy si

člověk představuje to, co si přeje sám a realitu si nepřipouští. Další možností je náhrada jednoho zdroje uspokojení druhým, který je dostupnější, i když nemusí být jednoznačně pozitivní. Tomuto úniku se říká substituce. Jedna z nejškodlivějších variant úniku ze situace je např. únik pomocí alkoholu a drog (většinou dávkování léčiv). Rezignací se pak nazývá obrana, kdy jedinec uniká z nepřijatelné situace tak, že se vzdává vytčených cílů. Často se stává, že je tato forma úniku doprovázena depresí nebo apatií. Může dojít k absolutní ztrátě zájmu o cokoli a v závislosti na tom k celkovému úpadku osobnosti. Obrana regresí, neboli únikem na nižší, méně samostatnou a méně zodpovědnou úroveň, jednání se v této oblasti projevuje obvykle tendencí najít si nějakou autoritu, která přejímá odpovědnost za další průběh situace. Únik do duchovní oblasti tak pomáhá zvládnout reálné obtíže, které z tohoto pohledu přestávají mít tak velký význam. Poslední variantou úniku je únik do izolace. Ten mívá obvykle podobu distancování od vnějšího světa, který zraňuje rodiče svými projevy netolerance. Rodiče se s dětmi uzavírají do svého domova a minimálně s nimi vycházejí ven. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech 1993, s. 46-48)

### **2.3 Fáze smlouvání**

Období vyrovnávání se s problémem postižení svého dítěte trvá u rodičů různě dlouho. Po tomto stádiu nastává další stádium označované jako fáze smlouvání. Můžeme ji charakterizovat jako určitou tendenci získat alespoň malé zlepšení, prostě něco málo, když už nelze dosáhnout toho, aby bylo dítě zcela zdravé, což je vlastně cíl žádoucí. U postižení – vadě sluchu např. skutečnost, že dítě bude slyšet alespoň částečně se sluchadly nebo mu bude implantován kochleární implantát a dítě se naučí slyšet a mluvit s jeho pomocí.

Smyslem tohoto období je vyjádřit určitou naději, a ta není zcela nerealistická. Je znakem určitého kompromisu, který je možno hodnotit jako pokrok nebo jako částečné přijetí dříve zcela odmítané skutečnosti.

### **2.4 Fáze realistického postoje neboli vyrovnávání a přijetí skutečnosti**

Ve většině případů se rodiče nakonec se svou situací vyrovnají a akceptují dítě takové, jaké je, a jsou ochotni a schopni je rozvíjet v mezích jeho možností. Takového vyrovnání nedosáhnou úplně všichni, někdy může dojít k zafixování neadekvátního

obránného postoje, např. hyperprotektivního, nekritického a ochranného postoje. Ten je zároveň i omezující, protože udržuje infantilní chování dítěte i tehdy, kdy to není nutné. Dítě by se mohlo naučit víc, ale chování rodičů k němu mu to nedovolí. Takoví rodiče mívají obvykle intenzivní pocit viny, a proto se jej pokouší tímto způsobem zmírnit. V některých případech mohou rodiče reagovat ambiciózními a nepřiměřeně náročnými požadavky, které naopak nerespektují omezení dítěte, přetěžují je a jsou ve své podstatě výrazem nepřijetí postiženého dítěte jako takového. Zafixovat se může i rezignace na výchovu postiženého dítěte nebo jeho odmítnutí a přesunutí do péče jiné osoby či instituce.

## **2.5 Dílčí závěr**

Narození postiženého dítěte patří v životě člověka mezi nejtěžší životní situace, které jej mohou potkat. Na tuto zkoušku nejsou rodiče připraveni a první poznání, že jejich dítě bude jiné než zdravé děti, působí jako šok. První období po sdělení diagnózy se obvykle zaměří na zjišťování příčin postižení, hledání viníka nebo cest k zázračnému vyléčení.

Všechny tyto kroky jsou pochopitelné a rodiče je činí přesto, že žádná cesta k zázračnému vyléčení neexistuje. Jediné, co jejich dítěti opravdu pomůže jsou oni sami, jejich dobrá akceptace postižení a zaměření se na smysluplnou pomoc. Většina rodičů tuto situaci za pomoci široké rodiny, odborníků, či odborné literatury zvládne.

U rodičů se sluchově postiženým dítětem jde především o to, aby tuto situaci zvládli co nejdříve, protože je třeba se s dítětem dorozumět a navázat fungující komunikací.

Profesor Zdeněk Matějček, který se věnoval celý svůj život práci s dětmi, uvedl desatero zásad v péči o postižené dítě, které jsou důležité ke zvládnutí celého tohoto nelehkého úkolu. Na závěr si proto dovoluji toto desatero zásad ve zkrácené podobě uvést:

### **1. Rodiče mají o svém dítěti co nejvíce vědět!**

Je nutné, aby rodiče o svém dítěti věděli více než kdokoliv jiný v jejich blízkosti. Je dobré, když znají vše o postižení svého dítěte, aby lépe porozuměli a mohli mu dobře pomoci. Vždy je lepší ptát se odborníků, než shánět informace jen v okruhu známých, přátel, na internetu apod. Lidé s námi mnohdy sympatizují, ale nemají

odborné znalosti. Mohou pomáhat svou účastí, což je jistě vydatná a žádoucí pomoc, ne však v tom podstatném, tj. porozumění dítěti

## **2. Obětavost ano, ale ne obětování!**

Dítě s postižením potřebuje naše porozumění a naši pomoc. Současně mu musíme být i oporou, musíme je výchovně vést, mnohému naučit, u sluchového postižení jde zvlášť o to naučit jej komunikaci a také bychom měli naplňovat jeho svět pohodou a radostnou náladou. Protože je třeba spoustu úkolů neustále opakovat, představuje to velkou zátěž a vychovatele to vyčerpává. Důležité tedy je, aby se na práci s dítětem podílela celá rodina, práce se rozdělovala.

## **3. Přijmout pravdu, ale vždy s výhledem do budoucna!**

Lékaři, psychologové a ostatní odborní pracovníci by měli vždy současně se základními informacemi předávat rodičům i odhad dalšího vývoje dítěte. A nestane-li se tak, rodiče by si takové „výhledy“ měli vyžádat. Rodině i dítěti nejvíce prospívá, když se rodina i ostatní na postižení dívají realisticky, zdaleka totiž tolik netrpí úzkostí a nejistotou.

## **4. Ne neštěstí, ale úkol!**

Prožívat postižení svého dítěte jen jako „neštěstí“ vede k pasivitě a uzavření do sebe, což opět nikomu neprospívá. Naopak je potřeba přejít do aktivity a tím pomoci sobě i dítěti. Tohoto obratu dosáhneme tehdy, jestliže přijmeme novou situaci jako životní zkoušku a úkol. Na zkoušku je nutno se připravit a úkoly zvládnout. Úkol je také možno rozvést do řady konkrétních činností, uplatnit svůj organizační talent či jiné dobré schopnosti, něco vymyslet, vyrobit, získat pomoc odborníků. Zkrátka neseďet se založenýma rukama a s lítostí v duši, ale pustit se do práce.

## **5. Dítě samo netrpí!**

Je třeba si uvědomit, že dítě své postižení nevnímá jako my dospělí a zároveň je nutné si uvědomit, že pro jeho zdárný vývoj je daleko důležitější pomáhat mu k radostnému životu, než jej litovat.

Platí zde zlaté pedagogické pravidlo, že je třeba zařídit věci tak, aby je dítě udělalo dobře a my je za to mohli pochválit, avšak nedopustit, aby se něčemu naučilo špatně a my je to pak museli pracně odnaučovat.



## **6. V pravý čas a v náležitě míře**

Někdy vidíme, že rodiče ve snaze „něco dohnat“ vynakládají mnoho sil i finančních prostředků překotně a uspěchaně vlastně jen proto, aby se něco dělalo. Předbíhají lékařská doporučení, speciální výukové postupy a nakládají na dítě víc zátěže než je zdrávo v mylné představě, že „čím více, tím lépe“. I v péči o postižené dítě tedy platí zásada hospodárnosti.

## **7. Nejsme sami!**

Je více rodičů, kteří mají dítě podobně postižené, a jsou ochotni sdílet své zkušenosti. U sluchově postižených – SUKI, Tamtam a podobně. V naší republice je okolo třiceti sdružení a organizací, které se soustřeďují na pomoc sluchově postiženým.

Rodiče nejsou sami ještě i v jiném ohledu. Jsou tu lékaři, psychologové, logopedové, speciální pedagogové, sociální pracovníci a celá řada dalších, kteří jsou velkou většinou ochotni účinně pomáhat. Nejčastěji hledají rodiče pomoc ve speciálně pedagogických centrech.<sup>2</sup>

## **8. Nejsme ohroženi**

Rodiče dětí s jakýmkoliv postižením bývají někdy až přecitlivělí na zájem druhých lidí, na jejich zvědavé pohledy a otázky, poznámky či rozpačité chování. Je však dobře, když si uvědomí, že tento pocit napětí a ohrožení je spíše důsledkem jejich zvýšené citlivosti než snad lidské nevraživosti, škodolibosti nebo zlé vůle okolí.

## **9. Chraňme si manželství a rodinu!**

Statistiky a zaměřené studie prokazují, že manželství rodičů postižených dětí mají tendenci se dříve rozpadat. Mnohdy můžeme vidět, jak je jejich vzájemná podpora až obdivuhodná. Přítěžujícím a nebezpečným činitelem je například zvýšené zatížení nezvyklými pracovními a organizačními nároky. Každý z rodičů má svůj díl odpovědnosti nejen k postiženému dítěti, ale i ke svému partnerovi či ostatním dětem. Odpovědnost a z ní plynoucí úkoly se ve spolupráci zvládají lépe, než jsme-li na ně docela sami.

---

<sup>2</sup> Tuto skutečnost potvrdil dotazník, který je přílohou práce.

## **10. Myslete na budoucnost!**

S dětmi, ať už zdravými, či postiženými, stále hledíme do budoucnosti. U postiženého dítěte je třeba zvážit, jak dalece dokážeme zajistit všechny jeho potřeby, jak vydržíme se svými silami a zda a jak dlouho můžeme očekávat pomoc od svých nejbližších. (Matějček, 2000, s. 3-12)

Uvedené desatero vytvořil profesor Matějček zejména pro rodiče s dítětem těžce mentálně postiženým. Ve své podstatě však platí pro rodiče s dítětem jakkoli postiženým. Vyrovnat se se skutečností, že je jejich očekávané dítě postižené, je velmi složité a těžké, pro některé až nepřekonatelným problémem.

### 3. Sluchové postižení

Příjem verbální informace se uskutečňuje s pomocí slyšení řečového (verbálního) signálu a také pochopení (rozumění) smyslu této informace. Těžké sluchové postižení vede k podnětové deprivaci, k omezení či k úplné ztrátě zvukových podnětů. S tím souvisí zúžení variability zkušeností, tedy k narušení rozvoje některých kompetencí.

U těžce sluchově postiženého dochází nejen k omezení v oblasti vnímání řeči, ale také mu chybí sluchová orientace v prostředí, v prostoru, který je mimo jeho zorné zrakové pole. Poruchy sluchu jsou tedy velkým problémem, který je nutno řešit. Pro rozvoj sluchových a řečových funkcí je kritické období prvních šesti let.

Vzhledem k tomu, že sluchové postižení je pojem velmi široký, je nutné uvést dělení sluchového postižení podle různých kritérií a možnosti korekce sluchových vad.

#### 3.1 Rozdělení sluchových vad a poruch

Sluchové vady lze rozdělit do několika kategorií v závislosti na tom, z jakého úhlu pohledu na ně budeme nahlížet.

##### Vady sensorineurální (percepční) a poruchy převodní

- Percepční vada má svůj podklad v postižení sensorických buněk vnitřního ucha nebo postižení neurálních spojů v mozku. Termín vada se používá vždy, označujeme-li stav léčebně neovlivnitelný. Postižení v obou zde popsáných oblastech nelze ovlivnit, je tedy trvalé. Tento typ sluchové vady je převažující. Patří sem postižení sluchu po infekčních chorobách, stavy vrozených sluchových vad, vyskytuje se u většiny stařeckých nedoslýchavostí a nedoslýchavostí z poškození hlukem a toxiny.
- Porucha převodní, neboli konduktivní, je patologický stav, při kterém se zvuková vlna nedostává do oblasti sluchových buněk. Sluchová buňka je v pořádku, ale není stimulována zvukem, protože vyvolávací energie je v průběhu vnějšího nebo středního ucha zbrzděna. Příčinou může být jakákoliv překážka ve vnějším zvukovodu nebo středouší, která brání proniknutí zvuku z vnějšího prostoru k vlastním citlivým smyslovým buňkám. Pojem porucha vyjadřuje možnost léčebné restituce. (Lejska, 2003, s. 24)<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Srov. Vágnerová, 2008, s. 212

- Smíšená (mixta) vzniká jako kombinace převodního a percepčního typu. Při jejím vzniku se v různém stupni a zastoupení kombinují příčiny způsobující poruchu převodní a percepční. (<http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/04/13.pdf>)

### **Vady a poruchy sluchu dle věku a fixace řeči**

Sekundární následky sluchového postižení závisí nejenom na stupni a závažnosti poruchy, ale hlavně na době, kdy defekt vznikl. Velmi důležitým faktorem je zde stupeň osvojení řeči, a to zda sluchové postižení vzniklo před osvojením řeči (prelingválně) nebo v době, kdy už dítě mluvilo, tedy postlingválně.

Vady a poruchy sluchu vzhledem k vývoji řeči můžeme dělit takto:

### **Vady a poruchy sluchu u dětí (před fixací řeči)**

Vrozené (hereditární) vady sluchu

- geneticky podmíněné,
- kongenitálně získané – prenatalně, perinatálně.

Vady a poruchy sluchu před fixací řeči způsobují vždy poruchu vývoje řeči, a tím tedy i komunikačních schopností. Vady a poruchy menšího stupně a časově kratšího období vedou jen k opoždění ve vývoji řeči. Vady a poruchy těžšího stupně a při dlouhodobém výskytu mohou způsobit trvalý defektní vývoj řečové funkce. Potíže v komunikaci jsou o to těžší, o časněji sluchová vada vznikla.

**Hereditární vady geneticky podmíněné** jsou takové, u kterých můžeme potvrdit či jednoznačně předpokládat poruchu genetické informace přenášené z generace na generaci. V rodinách, kde se stejný typ poškození vyskytuje v několika generacích, lze takový podklad potvrdit. Tento typ vrozené sluchové vady je však vzácný. Literatura popisuje jen několik takových stavů samostatných.

Daleko častěji jsou hereditární sluchové vady děděné autosomálně recesivně. Každá vlastnost člověka je mu geneticky předávána dvojicí znaků – jeden od matky a jeden od otce. Pokud dítě získává ze dvojice znaků alespoň jeden nepoškozený, pak porucha nenastává. Pokud však získá od obou rodičů znaky poškozené, porucha vznikne. Existuje celá řada (okolo 30) genů, o nichž se předpokládá, že mohou mít vliv na vrozený stav sluchu, jako nejvýznamnější jsou hodnoceny tzv. connexiny (24). Typické je, že oba rodiče, kteří jsou nositelé jednoho zdravého a jednoho poškozeného znaku, slyší. U jejich dětí se pak mohou sejít oba znaky poškozené a ve slyšící rodině se tak nenadále objeví sluchové postižení.

**Sluchové vady kongenitálně získané** mohou vzniknout prenatálně či perinatálně. Zdraví, slyšící rodiče čekají zdravě počaté dítě. V případě, že matka v prvním trimestru onemocní infekční chorobou a dítě se rodí s vadou sluchu, nazýváme ji prenatální vadou. Vady sluchu získané perinatálně mají svou příčinu v postižení, která mohou doprovázet přímo porod – asfyxie, poporodní žloutenka, krevní inkompatibilita a další. Existuje celá řada sluchově postižených dětí, u nichž příčinu vady nelze nalézt.

#### **Získané vady (postnatální)**

- po infekčních chorobách,
- při degenerativních chorobách,
- po traumatech,
- po léčbě onkologických onemocnění,
- při nachlazení a onemocnění horních cest dýchacích,
- při opakovaných a chronických zánětech ucha.

Vady sluchu, které se objevují po narození dítěte, mají různý dopad na komunikační možnost. Pokud vznikají v době do tzv. fixace řeči (6- 8 let věku), řeč se nejenom nevyvíjí, ale získané řečové stereotypy se dokonce rozpadají. Dítě se komunikačně nadále vyvíjí jako neslyšící. Tyto vady jsou označovány jako získané, postnatální.

Lepší prognózu mají sluchové vady vznikající již u zafixované řeči. Do této skupiny patří všechny vady sluchu, které neohrožují vývoj komunikačních schopností. Patří sem vady a poruchy neúplné, částečné či přechodné.

**Infekční choroby**, zvláště pak virové, jsou hlavní příčinou těžkých získaných sluchových vad u dětí.

Nejdůležitější je nepochybně zánět mozkových blan – meningitida, meningoencefalitida, která nechává postižení sluchu různého stupně u 40% nemocných. Mezi další poškozovatele dětského sluchu je možno zařadit příušnice – parotitida, které způsobují jednostranné hluchoty. Menší význam ve vzniku sluchových vad mají další infekce – chřipka, horečnaté stavy, herpetické infekty, zarděny, spalničky a spála.

**Degenerativní choroby**, jako např. sklerosa muptiplex, které jsou příčinou onemocnění centrální nervové soustavy, rovněž poškozují stav sluchu.

**Traumata** patří v dětském věku k nejčastějším příčinám změny zdravotního stavu. Traumata hlavy a uší se pak přímo podílejí na vzniku trvalých či přechodných sluchových vad a poruch.

**Onkologická onemocnění** dětí, kterých stále přibývá, jsou léčena zářením nebo chemoterapií. Moderní agresivní chemoterapie může, a ne zřídka, trvale poškodit sluchové buňky. Výsledkem je trvalé postižení sluchu.

**Nachlazení a onemocnění horních cest dýchacích** jsou dalším nezanedbatelným důvodem k trvalému postižení sluchu. Nejčastějším typem dětské sluchové vady přechodného typu jsou „ucpané“ uši po infektech horních cest dýchacích. Je známá zkušenost, že i prostá rýma zhoršuje u dětí přechodně sluch. Nachlazením se změní průchodnost Eustachovy trubice, a tím i možnosti ventilace středouší. Ve středním uchu je nedostatek vzduchu – blanka bubínku se zpevní a stává se méně pohyblivou.

**Opakované hnisavé záněty** středního ucha mohou poškodit struktury středního ucha přechodně nebo trvale. (Lejska, 2003, s. 25-26)

### **Vady a poruchy sluchu u dospělých (a větších dětí po fixaci řeči)**

**Převodní poruchy** mají původ v poškození:

- zvukovodu, bubínku,
- řetězu kůstek,
- pouzdra labyrintu,
- Eustachovy trubice,
- středoušní dutiny.

Převodní poruchy sluchu jsou podmíněny vážnutím přenosu akustické a mechanické energie ve vnějším a středním uchu. Příčinami vzniku těchto poruch jsou například ucpání zvukovodu mazem, cizím tělesem či nádorem, proděravěním blanky bubínku zánětem apod.

### **Senzorineurální vady**

- Presbyakuzie,
- traumata akustická a mechanická,
- dlouhodobé působení hluku,
- toxiny tělu vlastní a toxiny tělu cizí,
- ušní nádory,
- onemocnění vnitřního ucha,
- onemocnění mozkových nervů, sluchových center a drah.

Těmto vadám zde nebudu věnovat více prostoru, neboť se jedná o vady postihující vesměs dospělou populaci, uvedla jsem je zde pouze z důvodu celistvosti problému sluchových vad.

**Podle ztráty v decibelech pro vzdušné vedení v oblasti řečových frekvencí můžeme sluch dělit takto:**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| ▪ normální stav sluchu audiometricky v rozmezí     | 0 dB – 20 dB               |
| ▪ lehká vada, porucha sluchu                       | 20 dB – 40 dB              |
| ▪ středně těžká vada, porucha sluchu               | 40 dB – 60 dB              |
| ▪ těžká vada, porucha sluchu                       | 60 dB – 80 dB              |
| ▪ velmi těžká vada, porucha sluchu                 | 80 dB – 90 dB              |
| ▪ hluchota komunikační (praktická) = zbytky sluchu | 90 dB a více               |
| ▪ hluchota úplná (totální)                         | bez audiometrické odpovědi |
- (Lejska, M. 2003, s. 36) <sup>4</sup>

### **3.2 Korekce sluchových vad**

Korekcí nazýváme určitý postup, který se snaží o adekvátní náhradu poškozené funkce. U sluchových vad se snažíme korigovat poškozené sluchové buňky, tedy patofyziologickou hodnotu. Tím se korekce stává složitější a postupy jsou komplikovanější.

**Korekce vady sluchu můžeme dělit na:**

- korekce komunikační sluchové funkce = sluchadlo,
- korekce dalších akustických funkcí = světelné zvonky, vibrační budíky, sluchátkové zesilovače apod.,
- kochleární implantáty.

#### **Sluchadla**

Sluchadlo je elektroakustický přístroj, jenž má za úkol zesilovat a modulovat zvuky. Zesílený zvuk je veden do sluchového analyzátoru, do ucha. Zvuk musí být sluchadlem nejenom dostatečně zesílen, ale i speciálně modulován podle typu a charakteru individuální sluchové vady. Od sluchadla jsou tedy vyžadovány elektronické vlastnosti, tvarové vlastnosti a další vlastnosti jako např. cenová dostupnost a manipulační jednoduchost. Mezi elektronické vlastnosti patří - odpovídající zesílení, frekvenční variabilita, variabilní zesílení, potlačení rušivého šumu a potlačení zpětné vazby. Tvarové vlastnosti – tvar musí odpovídat požadavkům pacienta, a to jak z kosmetického hlediska, tak i dostatečně vhodným způsobem přenosu akustické energie.

---

<sup>4</sup> Srov. Hrubý 1996 s. 13; In Přinosilová, Štěpánková, 2008 s. 92

## **Sluchadla dělíme z několika hledisek.**

Zde uvádím dělení podle Lejsky<sup>5</sup>

### **Podle tvaru sluchadel**

- kapsičková (kapesní, krabicová),
- závěsná (BTE = behind the ear),
- individuální (tzv.zákaznická = custom)- boltcová, zvukovodová, kanálová,
- brýlová (závěsná, vyrobená ve tvaru brýlí).

### **Podle způsobu přenosu zvuku**

- sluchadla pro vzdušné vedení,
- sluchadla pro kostní vedení.

### **Podle stupně zesílení**

- pro lehké sluchové vady (možno použít sluchadla všech typů),
- pro středně těžké sluchové vady (možno použít všech typů sluchadel),
- pro těžké sluchové vady (lze použít jen závěsná nebo kapsičková),
- pro velmi těžké sluchové vady (možno použít jen velká sluchadla závěsná či kapsičková, označují se PP – Push Pull).

### **Podle způsobu zpracování akustického signálu**

- sluchadla s analogovým zpracováním,
- sluchadla s digitálním zpracováním.

## **Kochleární implantáty (CI)<sup>6</sup>**

I u dětí s těžkými ztrátami sluchu, kdy nemůžeme očekávat rozvoj řeči ani pomocí nejsilnějších sluchadel, považujeme za nezbytně nutné používat sluchadla. Jedná se zde vždy o pokus, jestli stimulace i sebemenších zbytků sluchu může či nemůže „nastartovat“ rozvoj řeči a vznik sluchového korového centra v mozku. Používání sluchadel by mělo trvat minimálně 4 - 6 měsíců, a to za pečlivého sledování specializovaným foniatrem. Pokud se tedy potvrdí nedostatečný rozvoj komunikačních schopností dítěte a dítě se sluchově a řečově nerozvíjí, může být zařazeno do programu kochleární implantace.

Kochleární implantát je elektronické zařízení, které dráždí elektrickým proudem nervová zakončení sluchového nervu v hlemýždi. Jeho použití zvažujeme vždy, když

---

<sup>5</sup> Srov. Havlík, 2007, s. 20-37

<sup>6</sup> Použití kochleárního implantátu je v příloze, obrázek č. 2-5



jsou poškozeny nebo nevyvinuty vláskové buňky Cortiho aparátu. Při zachované sluchové dráze dokážeme vytvořit mozku vjem, který je podobný normálnímu slyšení. V závislosti na schopnostech mozku, na míře „jazykového a hudebního nadání“ se různě rychle a v odlišné míře vytváří u původně neslyšících dětí a dětí s nepatrnými zbytky sluchu schopnost porozumět slyšenému slovu. Následujícím stupněm vývoje komunikace je samozřejmě vývoj řeči.

Záleží na míře stimulace, způsobu rehabilitace a motivaci implantovaného. Nezanedbatelným faktorem je rodinné prostředí a podpora okolí. (Lejska, 2003, s. 76)<sup>7</sup>

### **3.3 Psychologická stránka sluchově postižených**

Míra odlišnosti v oblasti sluchového postižení závisí na jeho závažnosti, době vzniku postižení, včasné diagnostice a na specializované komplexní péči. Odlišnost komunikačních kompetencí, tedy způsobu komunikace, je nejvýznamnějším důsledkem sluchového postižení. Rozsah podnětů, které může postižený jedinec aktuálně vnímat a které mají pro něj informační význam, je nesrovnatelně nižší než u zdravého jedince.

Komunikace se slyšícím a plynule mluvícím člověkem představuje řadu obtíží:

#### **Percepce řeči a její porozumění.**

Kompenzačním smyslem těžce sluchově postiženého jedince je zrak. Důležitou podmínkou pro komunikaci s druhým je tedy vizuální kontakt. Sluchově postižený je nucen využívat náhradního způsobu, odezírání jinému (pohybu mluvidel při artikulaci), eventuálně omezené a obtížné sluchové vnímání. Tato skutečnost ovlivňuje postoj sluchově postižených k orální komunikaci. Napětí vyvolané námahou, kterou musí vynaložit ke komunikaci, zvyšuje jak jejich úzkost, tak sklon ke zkratkovým reakcím. Tyto projevy jsou důsledkem nezvládnuté zátěžové situace, kterou je pro postižené i běžná komunikace.

#### **Odezírání**

Je velmi obtížný způsob vnímání mluvené řeči. Nelze jej však využít vždy a za všech okolností, protože zrakem nelze určit přesně všechny hlásky. Předpokládá se, že lze zachytit tímto způsobem max. 30% sdělení. Strnadová, 1995, 1996 a Hrubý 1999,

---

<sup>7</sup> Srov. <http://www.audionika-medel.cz/?jak-pracuje-kochlearni-implantat>  
[http://www.logopedonline.cz/stranky/vady\\_sluchu/kochlearni\\_implantat](http://www.logopedonline.cz/stranky/vady_sluchu/kochlearni_implantat)

uvádí, že odezírat bez přestávky je možné max. 30 minut.<sup>8</sup> Tento způsob komunikace lze použít jen v komunikaci s jednotlivcem, se kterým můžeme vytvořit přímý zrakový kontakt, nikoliv ve skupině.

### **Aktivní verbální projev**

Můžeme jej rovněž označit jako velmi obtížný, protože postižený jedinec si musí pro jeho osvojení zapamatovat kombinace pohybů mluvidel a vibrací, které jsou součástí vyslovení určitého slova. Výuka a rozvoj mluvené řeči jsou velmi obtížné. Tyto problémy můžeme shrnout do několika bodů:

- **Fonologická oblast.** Bez sluchové kontroly svého řečového projevu může postižený těžko koordinovat dýchání s fonací, a proto nedosáhne přesné artikulace a nelze dobře vnímat a napodobit melodii řeči. Hlasový projev bývá monotónní a hůře srozumitelný.
- **Sémantická oblast.** Postižený často přesně nechápe význam jednotlivých slov, proto je někdy zaměňuje či nesprávně používá. Problémem pro něj bývá pochopení významu slov ve vztahu k určitému kontextu. Má omezený aktivní slovník, mívá menší slovní zásobu.
- **Syntaktická oblast.** Sluchově postižený nemá zafixovanou znalost gramatických pravidel, nedodrжуje často větnou stavbu. Někdy ovlivňuje syntax gramatická odlišnost znakové řeči, která je mu bližší.
- **Pragmatická složka.** Je sociálně – řečovou kompetencí, jde o komunikační využití jazykových kompetencí, jejich efektivitu a adekvátnost.

Nestandardní rozvoj řeči ovlivňuje negativně i vývoj dalších psychických funkcí. Narušené zvládnání řeči vede k omezení přísunu informací. Další problém vyplývá z možnosti získávat poznatky jen v přímém vizuálním kontaktu. A tato kvalitativní i kvantitativní kognitivní deprivace se pak projeví ve vývoji poznávacích procesů. Myšlení je více vázáno na konkrétní realitu. Je proto obtížné dosáhnout takového stupně porozumění, aby postižený uvažoval hypoteticky, abstrahoval. Vázanost na aktuální skutečnost se pak projevuje obtížemi v plánování, tedy uvažování o budoucnosti apod. Rozvoj logických operací u dětí bývá pomalejší, pojmové myšlení se vyvíjí obtížněji.

---

<sup>8</sup> Strnadová, 1995,1996, Hrubý, 1999; In Vágnerová, 2008, s. 215

Sluchové postižení vytváří velkou informační bariéru. I když by náhradním zdrojem informací mohlo být čtení, i zde může být zábranou omezenější rozvoj jazykových kompetencí. (Vágnerová, 2008, s. 215-216)

### **3.4 Činnost odborných lékařů**

Poruchami sluchu se zabývá foniatrie, stavem sluchu, jeho vyšetřováním, léčbou a kompenzací se zabývá audiologie. Audiologie je podoborem foniatrie. Sluch je jedním z prostředníků v komunikaci, verbální komunikace je pak zprostředkována slovem, řečí. V této oblasti je proto nutná spolupráce s dalším lékařem, s logopedem. Je nutné, aby jeho práce s dítětem byla soustavná, nikoliv jen nárazová, aby k rozvoji řeči došlo co nejdříve. V návaznosti na psychologickou stránku sluchově postižených je důležité si uvědomit, že je zde nutná i pomoc dalšího odborníka a to z oblasti psychologie.

Před vstupem dítěte se sluchovou vadou do základní školy je ve speciálně pedagogickém centru posuzována celková dosažená úroveň dítěte. Jeho sociabilita, rozumové a adaptační schopnosti, emoční zralost i možnost psychického zatížení a s tím i úzce související školní zralost. Pro výběr základní školy je důležitý rovněž věk, kdy byla dítěti sluchová vada diagnostikována a kdy byla korigována sluchadly či aplikací kochleárního implantátu. Zároveň se sledují i komunikační schopnosti dítěte. Je sledováno, do jaké míry je rozvinutá řeč nejen po stránce formální, ale také obsahové. Zda je u dítěte rozvinuta schopnost odezírat, anebo ke komunikaci používá převážně znakovou řeč. (Vítková, 2003, s. 102)

### **3.5 Dílčí závěr**

Z uvedených informací je zřejmé, že sluchové postižení jedince je velkou bariérou pro jeho vývoj. Nedostatečný nebo opožděný vývoj řeči ovlivňuje zejména rozvoj sociální komunikace. Absence přiměřeného kvalitního komunikačního systému sluchově postiženého dítěte vede v době, kdy se učí základním sociálním dovednostem, omezení interakcí. Je pro něj pak složité získávat informace, které se týkají fungování vlastní rodiny. Pro rodiče je obtížné dítěti vysvětlit jakoukoliv sociální situaci tak, aby se v ní dovedlo orientovat.

Protože právě komunikace je pro život člověka základem a nutností pro jeho správnou a dostatečnou socializaci, je velmi důležitá nejen spolupráce všech členů rodiny, ale i rodiny s lékaři a dalšími odborníky v oblasti výchovy a vzdělávání.

## 4. Sociální vyloučení

Sociální vyloučení je proces, kdy jsou jednotlivci či celé skupiny vytěšňovány na okraj společnosti a je jim omezován nebo zamezen přístup ke zdrojům, které jsou dostupné ostatním členům společnosti. Mezi tyto zdroje patří především zaměstnání, bydlení, sociální ochrana, zdravotní péče a vzdělání.

Z definic, které jsou uváděny, můžeme tedy vyvodit, že sociální vyloučení hrozí hlavně těm skupinám, které se svými charakteristickými rysy odlišují od majoritní společnosti např. barvou pleti, etnickou odlišností či zdravotním postižením. Ale jedná se zde i o další skupiny jako jsou dlouhodobě nezaměstnaní, osoby zadlužené, bezdomovci, dlouhodobě závislí na sociálních dávkách, rozvrácené rodiny, osoby žijící v prostorově vyloučených částech obcí (ghetech), osoby s nízkou vzdělaností či ztrátou sebeúcty aj. Popsané skupiny sociálně vyloučených osob lze převést do následujícího grafu:



Obrázek č. 1 Skupiny sociálně vyloučených osob<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Zdroj: <http://clovekvtsisni.cz/index2.php?id=119>

V posledních deseti letech se oblast sociálního vyloučení stává stále více středem zájmu. Objevují se projekty, které mají sloužit k začlenění sociálně vyloučených osob do společnosti. Až donedávna však byly projekty sloužící k začleňování sociálně vyloučených osob do společnosti orientovány převážně na romskou populaci, méně přízřusobivé občany či minoritní etnika.

Například v Moravské zemské knihovně (dále jen MZK) je 51 knižních titulů, které se týkají sociálního vyloučení. Z tohoto počtu je 26 titulů, které řeší sociální vyloučení zejména romské populace. Zbylé knihy se zaměřují na sociální vyloučení lidí bez domova, pouze jeden titul se věnuje sociálnímu vyloučení z globálního pohledu.<sup>10</sup>

Ale právě s ohledem na projekty vyhlášené v souvislosti s Národním programem Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení se začíná objevovat literatura směřující i k jiným sociálně vyloučeným skupinám.

Evropský rok boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení je výstupem Amsterodamské smlouvy (čl. 136, 137) z roku 1997, která na celoevropské úrovni vyhlásila boj proti sociálním vyloučením a chudobě a ustanovila řešení této problematiky jako jednu z priorit Evropské unie.

Projekty naplňující „Národní program Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení (dále jenom Národní program)“ se orientují zejména na činnost, jejímž středem má být pět priorit:

1. priorita – Prevence sociálního vyloučení v důsledku předluženosti,
2. priorita – Přístup na trh práce osobám vzdáleným tomuto trhu - koncept aktivního začleňování,
3. priorita – Aktivizace územní veřejné správy při tvorbě a hodnocení regionálních a místních akčních plánů boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení,
4. priorita – Zvýšení úrovně vzdělanosti a tím konkurenceschopnosti chudých a vyloučených lidí na trhu práce,
5. priorita – Podpora přiměřeného bydlení sociálně ohrožených skupin + řešení bezdomovectví.

---

<sup>10</sup> Tyto informace vyhledány v MZK k datu 30. 11. 2009

Vzhledem k tomu, že je tato práce zaměřena na možnost sociálního vyloučení rodin se sluchově postiženým dítětem, zaujala mne v této souvislosti prioritní pátá a dovoluji si citovat z Národního programu, který uvádí cílové skupiny, jichž se tato priorita týká.

#### **„Vymezení cílové skupiny/cílových skupin**

- *sociálně vyloučené romské komunity,*
- *rodice samoživitelé, početné rodiny, rodiny s jedním příjmem,*
- *nezaměstnaní, především dlouhodobě nezaměstnaní,*
- *mladí lidé, starší osoby, osoby se zdravotním postižením,*
- *vězni, resp. osoby po návratu z výkonu trestu,*
- *bezdomovci, osoby bez přístřeší, v provizorních podmínkách,*
- *osoby ukončující dlouhodobý pobyt v ústavním zařízení.“<sup>11</sup>*

Na projekty, které bylo možno předložit ke schválení do 30. 11. 2009, byla vyčleněna z finančního rozpočtu určitá částka a v Národním plánu je uveden orientační rozpočet. Cituji:

*„Na implementaci Evropského roku 2010 v České republice bude ze strany rozpočtu Společenství uvolněna (na základě váhy hlasů České republiky v Evropské radě 3,48 %) částka 307 329 eur. Aby mohla Česká republika tuto částku plně využít, zajistila spolufinancování ve stejné výši.*

*Náklady spojené se zajištěním Evropského roku 2010 v České republice zohlednilo Ministerstvo práce a sociálních věcí v rámci svého rozpočtu na léta 2009 a 2010, a to tak, že pro rok 2009 je v rozpočtové kapitole MPSV vyčleněna částka 150 000 eur a se stejnou částkou bude počítáno i v roce 2010.“<sup>12</sup>*

Z uvedeného je zřejmé, že sociální začleňování je důležitým cílem nejen naší společnosti, ale celé EU a v současné době je u nás velmi podporováno i dotačními tituly.

## **4.1 Pohledy na sociální vyloučení**

Sociální vyloučení je proces, který společnost výrazně polarizuje a je vnímán jako důsledek působení strukturálních faktorů, respektive jako důsledek selhání některé z dnešních klíčových institucí:

---

<sup>11</sup> <http://www.mpsv.cz/cs/8183>, Z Národního programu boje proti chudobě a sociálního vyloučení, s. 15

<sup>12</sup> <http://www.mpsv.cz/cs/8183>, Z Národního programu boje proti chudobě a soc.vyl., s. 21

- demokratického systému zajišťujícího občanskou integraci
- pracovního trhu zajišťujícího ekonomickou integraci
- sociálního státu posilujícího sociální integraci
- rodiny a komunity podporujících interpersonální integraci.<sup>13</sup>

Mareš ve stati o sociálním vyloučení a sociální politice k tomu uvádí „ Mezi příčiny sociálního vyloučení se mohou dále řadit i diskriminace obecně a diskriminace na trhu specificky, selhávání mechanismů inkluze a integrace, nezamýšlené efekty sociální politiky a nesoulad mezi oprávněními a povinnostmi.“ (In Sirovátka, 2006, s. 20)

Na sociální vyloučení existují mimo jiné také tyto tři pohledy:

- **redistribuční**, který se zaměřuje na osoby žijící v chudobě, zdůrazňuje sociální vlivy, které tuto situaci způsobují (např. nerovnost ve společnosti),
- **etický**, který poukazuje na kriminální chování, morální úpadek celých sociálních skupin anebo obyvatel městských čtvrtí, kteří se ocitli v sociálním vyloučení,
- **integrační**, který je chápán ve spojitosti s vyloučením z trhu práce.

Sociální vyloučení může být definováno též jako proces, kdy jsou lidé vytlačeni na okraj společnosti a nemohou vzhledem k chudobě, nedostatečnému přístupu k příležitostem celoživotního vzdělávání nebo vzhledem k diskriminaci plně participovat na životě této společnosti. To je dále vzdaluje od možnosti zaměstnání, příjmu, vzdělání stejně jako od sociálních aktivit a sítí. Nemají téměř žádný přístup k rozhodovacím procesům a často se cítí bezmocní a neschopní ovlivnit tyto rozhodovací procesy, které ovlivňují jejich každodenní život.

## 4.2 Sociální vyloučení rodiny pečující o postižené dítě

Na sociální vyloučení rodin se sluchově postiženým dítětem můžeme nahlédnout pohledem integračním. A nejde zde pouze o vyloučení z trhu práce jednoho z rodičů pečujícího o postižené dítě, ale zároveň o problémy spojené s integrací postiženého dítěte do školy a společnosti celkově. Sociální vyloučení je ve své podstatě problémem spojeným s nedostatečnou či špatnou komunikací určité skupiny - menšiny, etnika s majoritní společností.

Skutečnost, že postižení lidé žijí mezi námi a nejsou pouze uzavřeni ve svých domovech či ústavech sociální péče, je v současnosti již běžná. Dosud jsou však právě

---

<sup>13</sup> Bergman 1998, s. 258-259, In Sirovátka , 2006, s. 20

zdravotně znevýhodnění občané na trhu práce ve velké nevýhodě. Jejich komunikace, zvláště pak komunikace sluchově postižených, je velmi omezená a požadavky zaměstnavatele na přijetí pracovníka jsou pro ně mnohdy nesplnitelné.

V rodinách s postiženým dítětem obvykle velkou část péče o rozvoj dítěte a jeho zařazení do společnosti přebírá matka. Na dobu, kdy dítě nejvíc potřebuje její péči, zaměstnání obvykle opouští. Doba péče o dítě jí víc a víc vzdaluje nejen od zdroje příjmů, které v té době přejímá obvykle otec, ale hlavně ztrácí kontakty, praxi a orientaci na trhu práce a její vyhlídky na přiměřené zaměstnání se snižují. Často pak zůstává v evidenci uchazečů o zaměstnání dlouhodobě.

V případě, že je matka samoživitelkou nebo partner není z jakýchkoliv důvodů schopen či ochoten rodinu finančně zajistit, zůstává dlouhodobě závislá na sociálních dávkách. Rodina se dostává do sociálního vyloučení hned z několika důvodů – ztráty zaměstnání, dlouhodobé závislosti na sociálních dávkách a z toho plynoucí další problémy (možná zadluženost, ztráta bydlení, sebedůvěry apod.), které pak podmínky sociálního vyloučení tvoří.

V současné situaci na trhu práce se stává pozice rodin složitější. Dlouhodobě nezaměstnaná matka pečující o dítě zůstává závislá na příjmu manžela a sociálních dávkách, protože stěží hledá uplatnění ve svém oboru, eventuálně jakoukoli práci na zkrácený úvazek.<sup>14</sup>

### **4.3 Dílčí závěr**

Jak je uvedeno na počátku této stati, rok 2010 je Evropským rokem boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení, a Česká republika jako první z členských států EU oficiálně zahájila Evropský rok boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení na národní úrovni. Provádí informační a osvětovou kampaň, podpořenou vybranými projekty.

V oficiálních materiálech MPSV bylo v rámci EY 2010 – Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení, vyhlášeno dotační řízení. Termín podání návrhů byl do 30. 11. 2009.<sup>15</sup> Předdesílám, že dotační program byl schválen již v lednu roku 2009. Předmětem dotací se tak staly projekty zajišťující prevenci sociálního vyloučení v důsledku předluženosti, přístup na trh práce osobám vzdáleným tomuto trhu,

---

<sup>14</sup> Ověřeno a potvrzeno i v kasuistikách a dotazníku a dotazem na úřadech práce.

<sup>15</sup> <http://www.mpsv.cz/cs/8089>



aktivizace územní veřejné správy při tvorbě a hodnocení národních a místních akčních plánů boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení, zvýšení úrovně vzdělanosti a tím konkurenceschopnosti vyloučených lidí na trhu práce a podpora přiměřeného bydlení sociálně ohrožených skupin a řešení bezdomovectví.

Většina podaných projektů se týká znovuzačlenění osob, které patří k etnickým menšinám nebo k osobám nemajícím o práci zájem. Osob sluchově postižených se navržené projekty týkají pouze částečně. Jedná se o projekty týkající se občanů těžko umístitelných na trhu práce. V podstatě se dá říci, že problém zdravotně postižených je řešen až v případě, že se dostanou do skupiny obyvatelstva, která je sociálním vyloučením ohrožena z titulu dlouhodobé závislosti na sociálních dávkách, dlouhodobé nezaměstnanosti, neschopnosti splácet dluhy apod.

Počátkem roku 2010, kdy jsou již projekty podané v návaznosti na Národní program řešeny, však vyvstal nový problém. Vlivem schválení Vyhlášky MPSV č. 451/2009 Sb. a v souvislosti se schválením zákona o rozpočtu ČR na rok 2010, se řada zdravotně postižených osob posunula na hranici chudoby.

V roce 2010 došlo v rámci opatření pro snížení deficitu státního rozpočtu v oblasti sociálního zabezpečení ke snížení finančních příjmů postižených osob. Jedním z úsporných opatření, která mají vést ke snižování deficitu státního rozpočtu, je změna výše příspěvku na provoz motorového vozidla pro zdravotně postižené.

Změna výše příspěvku na provoz motorového vozidla velmi tvrdě dopadá na skupinu postižených osob, které vzhledem ke svému postižení mají problémy cestovat hromadnými dopravními prostředky a jsou odkázány na dopravu vlastním motorovým vozidlem a zvláště na rodiny, které pečují o postižené dítě a zajišťují jeho dopravu osobním vozidlem. Vyhláška platná od 1. ledna 2010 snižuje příspěvek na provoz motorového vozidla zdravotně postižených o 50% u osob, jejichž zdravotní stav odůvodňuje přiznání mimořádných výhod II. stupně, a o 20% u osob, jejichž zdravotní stav si vynucuje přiznání mimořádných výhod III. stupně. Nově tak příspěvek na provoz motorového vozidla v roce 2010 činí 7 920 Kč pro zdravotně postižené III. stupně, 3 000 Kč pro občany zdravotně postižené II. stupně. (Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 451/2009 Sb.)

Podpora ze strany ESF v oblasti sociálního začleňování se týká především integrace znevýhodněných osob a lidí s tělesným postižením do řad pracujících. V dostupných

materiálech MPSV jsem zaznamenala, že na osoby s postižením je brán zřetel a v aktivitách pro dosažení sociálního začlenění jsou uváděny již samostatně.

**Aktivity směřující k integraci jsou tyto:**

- poradenství a odborná příprava uzpůsobená specifickým potřebám znevýhodněných osob a lidí s tělesným postižením
- zajištění možnosti pro integraci a nástup do zaměstnání a tvorba pracovních míst pro znevýhodněné osoby a lidi s tělesným postižením v sociální politice
- podpora podnikání znevýhodněných a postižených osob
- kampaně za zvýšení povědomí o boji proti diskriminaci, za změnu postojů a za podporu rozmanitosti na pracovišti.

Lze tedy konstatovat, že si společnost uvědomuje skutečnost, že sociálním vyloučením může být postižen kdokoliv z nás. Zdravotní postižení vytvářejí určitou bariéru, kterou překonává nejen postižená osoba, ale kterou musíme odstraňovat i my. Třeba právě tím, že se o ně budeme více zajímat, protože žijí mezi námi a mnozí nám mohou být příkladem nezdolné vůle, schopnosti překonávat překážky.

## 5. Spolupráce s odborníky

Péče o děti se sluchovým postižením by měla být komplexní a je zde nutná provázanost mezi jednotlivými resorty – zdravotnický, sociální, školský, přestože jsou řízeny různými ministerstvy. (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo školství a tělovýchovy).

Nedílnou součástí péče o postiženého jedince je spolupráce s odborníky. Rodiče sami nemohou postihnout velké množství informací potřebných k řešení vyvstalého problému a jsou nuceni obrátit se na odborníky, kteří jim mohou svými znalostmi a zkušenostmi hodně pomoci.

Z počátku je třeba hledat a využít pomoc odborníků – lékařů. Ať už to jsou lékaři ORL, foniatri a další specialisté. Bakalářská práce hovoří o pomoci odborníků v oblasti sluchového postižení v kapitolách o diagnostice a sluchovém postižení.

Velmi důležitá je pomoc odborníka z oblasti psychologie, a to již od počátku; přestože se mnohým zdá jeho pomoc jen okrajová. Jak je již uvedeno v kapitole o diagnostice, práce psychologa se v rámci diagnostiky zaměřuje na stanovení psychického stavu jedince podle cíle, který je diagnostikou sledován. Cílem může být:

- určení stupně vývoje,
- zjištění příčin odchylky vývoje od věkové normy,
- zjištění individuálních zvláštností osobnosti,
- zjištění příčin, podstaty a podmínek individuálních odchylek,
- stanovení prognózy nebo predikce.

Psychologický diagnostický přístup je kromě patologických procesů zaměřený i na zjištění normálních charakteristik jednotlivých položek osobnosti a zabývá se dále jejich popisem a tříděním. Psycholog se tedy v rámci diagnostiky zaměřuje na psychické stavy, vlastnosti a procesy a zároveň také na postoje k vlastnímu zdravotnímu postižení a na kvalitu a formu interakce mezi daným jedincem s postižením a jeho sociálním prostředím. (Přinosilová, 2007, s. 12).

Jak již bylo uvedeno, pomoc psychologa potřebují také rodiče. Zvláště v počátcích, kdy se soustředí na řešení vyvstalého problému, shání odbornou pomoc pro své dítě, učí se novým způsobům komunikace apod.

Práce psychologa s postiženým jedincem a rodinou, která o něj pečuje, musí být založena na vzájemné důvěře. Práce psychologa s postiženým může být součástí jeho výchovy – vzdělávacího procesu, tedy je to práce psychologa s dítětem ve speciálních školách.

V následujícím textu se pokusím poukázat na další možnosti, které mohou rodiče sluchově postiženého dítěte využít při své práci s dítětem.

## 5.1 Střediska rané péče

Pro sluchově postižené v naší republice funguje středisko Tamtam, které je samostatným projektem občanského sdružení Federace rodičů a přátel sluchově postižených, které vzniklo roku 2000. Pro oblast Čech je jeho centrum v Praze, pro Moravu v Olomouci.

Základem programu střediska Tamtam je **široká podpora rodiny vychovávající dítě se sluchovým nebo kombinovaným postižením** od doby, kdy bylo sluchové postižení diagnostikováno, do doby nástupu do výchovně vzdělávacího procesu, případně i déle. Pomáhá při vytváření a plnění výchovně vzdělávacího plánu dítěte v předškolním nebo školním zařízení, nejvýše však do sedmi let věku dítěte. Tamtam poskytuje svým klientům psychologické, pedagogické a sociální poradenství. Cílem je pomoc rodině se sluchově postiženým dítětem přímo v jeho domácím prostředí formou pravidelných odborných konzultací. Svou činností podporují psychomotorický vývoj dítěte. Každá rodina (označována zde jako klientská rodina) má svého poradce rané péče, na kterého se může obrátit telefonicky nebo elektronickou cestou i v období mezi jednotlivými konzultacemi, které probíhají obvykle v rozmezí 4 až 6 týdnů. Poradci provázejí děti a jejich rodiny obdobím od počátku terapie až k nástupu do předškolního zařízení, zapůjčují dětem do domácího použití různé vhodné pomůcky a hračky. ([www.ranapcetamtam.cz](http://www.ranapcetamtam.cz))

## 5.2 Speciálně pedagogická centra (dále jen SPC)

Speciálně pedagogická centra sehrávají nezbytnou úlohu ať už jde o integraci dítěte do běžné školy, nebo docházku dítěte do školy, která se specializuje na práci se sluchově postiženými. (Vyhláška č. 72/2005Sb.)

Každý žák s vadou sluchu vzdělávaný v integraci individuální nebo skupinové by měl být v péči Speciálně pedagogického centra. SPC poskytuje také škole pedagogické

know-how pro práci s integrovaným žákem, konzultace, někdy i půjčování speciálních kompenzačních a didaktických pomůcek. Zejména zákonní zástupci žáka a popřípadě i rodiče zletilého žáka by měli se SPC spolupracovat. SPC se podílí na vypracovávání individuálního vzdělávacího (IVP) programu pro žáka, někdy se uvádí také plán.

Speciálně pedagogická centra zahájila svou činnost počátkem devadesátých let dvacátého století. Jejich zřízení posílilo systém odborné speciálně pedagogické péče o děti s různými vadami. V tomto případě se zaměříme na vadu sluchovou.

Primárním úkolem SPC je na základě audiologické a speciálně pedagogické diagnostiky zvolit rehabilitační metodu, která by podpořila rozvoj komunikačních schopností sluchově postiženého dítěte.

K jejich dalším úkolům patří depistáž sluchově postižených dětí, nebo také psycho rehabilitační pomoc a sociální poradenství rodinám. Centra také hrají velkou roli při zajišťování plynulého chodu integrace. Buď metodickou pomocí sluchově postiženým a jejich pedagogům v integrovaných podmínkách, vypracováním individuálních vzdělávacích plánů nebo třeba pouze informacemi o kompenzačních pomůckách. Poskytují odborné konzultace a zapůjčují didaktický materiál a odbornou literaturu.

Péče SPC je zaměřena nejen na dítě samotné, ale i na rodiče a školu, tzn. že usiluje o co největší komplexnost. Ve speciálně pedagogickém centru proto pracují psychologové, sociální pracovníci a logoped.

Úkolem SPC je také informovat vybrané učitele, kteří budou mít ve své třídě integrované dítě, o problematice sluchového postižení, možnostech komunikace se sluchově postiženými a o konkrétní osobnosti dítěte.

Pracovníci SPC dojíždějí nejméně dvakrát ročně do škol, kde je dítě integrováno, na hospitaci. Dvakrát ročně by měli integrovaní žáci docházet do SPC na vyšetření komunikačních schopností a vědomostí dle daných školských osnov a jednou ročně podstoupit psychologické vyšetření.

### 5.3 SUKI – sdružení uživatelů kochleárního implantátu

V České republice má v současné době kochleární implantát<sup>16</sup> více jak 200 dětí a 70 dospělých, proto zahájilo v roce 1994 svoji činnost sdružení uživatelů kochleárního implantátu – SUKI. Tato nezisková organizace sdružuje především rodiče implantovaných dětí, dospělé s implantátem a odborníky zabývající se problematikou kochleárních implantátů.

#### **SUKI se zaměřuje zejména na následující okruhy činnosti:**

- Organizaci pravidelných setkání. Dvakrát ročně, a to vždy na jaře a na podzim, se koná víkendové setkání. V létě každoročně probíhá týdenní rehabilitační pobyt.
- Pravidelnou účast a prezentaci programu a výsledků týkajících se implantátů na tuzemských i zahraničních konferencích.
- Vyvíjení stálé snahy o zlepšení péče o osoby s implantátem, zdůraznění nezbytnosti programu kochleárních implantací v tisku i v televizi, a tím zároveň i činnosti CKID (Centrum kochleárních implantací u dětí) při Fakultní nemocnici v Motole.
- Pravidelná setkání se zástupcem firmy Cochlear v České republice, včetně informací o jejích novinkách.
- Přednášky odborníků na téma implantátů během setkání.
- Kontakty na odborníky z řad foniatrů, logopedů, techniků a dalších specialistů zabývajících se problematikou kochleárních implantátů.
- Výměnu zkušeností a sdělování osobních prožitků rodičů i samotných osob s implantátem.
- Lepší přijetí implantátu dítětem po operaci tím, že dítě vidí stejný přístroj i u ostatních dětí.
- Předávání různorodých informací - např. jak vybírat mateřské školy, školy, pomoc při integraci dítěte do vzdělávacích zařízení apod.
- Novinky z oblasti sociální pomoci.
- Možnost zapojení do řešení problémů sluchově postižených v ČR.
- Možnost poskytnutí dotace od nadačního fondu „Prolomené ticho“ na pobyty pro sociálně slabší rodiny, které mají zájem účastnit se setkání SUKI a jejich hmotné poměry jim to neumožňují. ([www.suki.cz](http://www.suki.cz))

Činnost sdružení je zaměřena na pomoc rodičům pečujícím o těžce sluchově postižené dítě s kochleárním implantátem nejen radou. Zároveň je pro ně důležitou pomocí při akceptaci postižení jejich dítěte.

## 5.4 Školy

V České republice zajišťuje výchovně-vzdělávací péči sluchově postižené mládeže soustava škol a školských zařízení. V současné době existuje 12 mateřských škol a 16 základních škol, které svou činnost orientují na sluchově postižené. Školy jsou ne zcela rovnoměrně rozloženy po území České republiky. Vzdělání předprimární, primární, sekundární a terciární je uskutečňováno v mateřských, základních, středních a vysokých školách.

### Mateřské školy

Mateřské školy, které se specializují na výchovu a vzdělávání sluchově postižených jsou často zřizovány při základních školách a součástí často bývá také SPC. Mateřská škola plní diagnostické úkoly, které specifikují možnosti dítěte, a navazuje na tyto schopnosti pak individuálně. Pokud rodiče sluchově postiženého dítěte nevyužili možnost spolupráce se střediskem rané péče či speciálně pedagogickým centrem, je nástup do mateřské školy poslední možností zahájit účinnou pomoc dítěti v reedukaci či edukaci sluchu a rozvíjení řeči. Mateřské školy se věnují dalším úkolům jako je rozvíjení zrakového vnímání se zaměřením na nácvik odezírání, tvorbě a rozvíjení hlasu, rozvoji jemné a hrubé motoriky a hmatového vnímání. Jedním z nejdůležitějších úkolů je vytvořit u dětí kladný vztah k řečovému projevu. Učí se zde čtení pomocí globální metody a funkční komunikaci za pomoci mimiky, gestikulace eventuálně i českého znakového jazyka. (Přinosilová, Štěpánková, 2008, s.95)<sup>17</sup>

Přestože mnozí odborníci v oblasti výchovy a vzdělávání zastávají názor, že je optimální, když dítě se sluchovou vadou navštěvuje běžnou MŠ. Je nesporná skutečnost, že právě ve výše uvedených MŠ pracují odborníci, které může jen těžko nahradit pedagog z běžné MŠ, a věnovat postiženému dítěti tolik potřebnou péči.

---

<sup>16</sup> Obrázek kochleárního implantátu je v příloze č. 2 této práce

<sup>17</sup> Srov. Sobotková, In Vítková, 2003, s.101

## **Základní školy**

Vzdělávací program základních škol pro sluchově postižené si volí samo vedení školy a tento pak zohlední při vypracovávání školního vzdělávacího programu. Školní docházka pak může být vzhledem dle školského zákona prodloužena na deset let.

Jednotlivé školy si volí metodu přístupu ke vzdělávání:

- Orální (cílem je naučit dítě mluvit a rozumět mluvené řeči)
- Bilingvální („dvojjazyčné vzdělávání“ - znakový jazyk převádí do orálního jazyka)
- Totální komunikace (spojuje mimiku, gesta, pohyby těla, prstovou abecedu, odezírání a znakování)

## **Střední školy**

V současné době mají žáci se sluchovým postižením možnost studovat na středních odborných učilištích, odborných učilištích a praktických školách pro sluchově postižené, které jim nabízejí škálu možností pro profesní zaměření. Nejčastějšími obory jsou strojná mechanika, malíř-lakýrník, krejčí, dámská krejčová, truhlář, kuchař, cukrář, elektrikář, zahradník, zámečnický, šička, klempíř, čalouník, atd. Obory, které jsou zakončeny maturitou, jsou realizovány na střední zdravotnické škole (obor zubní technika), střední průmyslové škole oděvní, střední škole pedagogické (obor předškolní a mimoškolní pedagogika), střední průmyslové škole elektrotechnické (se zaměřením na výpočetní techniku) a na gymnáziu. (Přinosilová, Štěpánková, 2008, s. 96)

## **Vysoké školy**

Studijní obory jsou na vysokých školách pro sluchově postižené studenty přístupné pouze v integrované formě, mimo dva bakalářské obory. Jedná se o obor Výchovná dramatika neslyšících na JAMU v Brně a Čeština v komunikaci neslyšících na Filozofické fakultě UK Praha (v současné době i navazující magisterské studium). Při některých univerzitách jsou již zřízena poradenská centra pro studenty s postižením, která nabízí specifické služby také pro sluchově postižené (např. tlumočnictví, zápis přednášek, atd.).



## 5.5 Dílčí závěr

Z výše uvedených informací lze usoudit, že pro výchovu a vzdělávání neslyšících jsou jisté možnosti výběru. Je však vždy nutné brát v úvahu několik skutečností. A to zda jsou rodiče schopni dobře vybrat výchovně vzdělávací instituci (MŠ, ZŠ) s ohledem na diagnózu svého dítěte a zda navržený diagnostický postup mohou také realizovat vzhledem ke svým finančním možnostem. V případě, že v okolí svého bydliště nemají vhodnou ZŠ, do níž by mohlo být dítě integrováno nebo integrace není z jakýchkoliv důvodů možná, musí opět dobře volit. Jaký dopad bude mít na jejich dítě internátní pobyt či zda jsou schopni je denně dovážet do vzdálenější školy, případně řešit situaci změnou bydliště.

## 6. Praktická část

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na rodiče, kteří vychovávají sluchově postižené dítě. Ke zjištění dat týkajících se situace těchto rodin jsem vytvořila dotazník, kterým jsem mapovala situaci rodin, abych mohla potvrdit či vyvrátit teorii o sociálním vyloučení těchto rodin. Dále jsem na základě rozhovorů s rodiči sluchově postiženého dítěte vytvořila tři kazuistiky. V těchto případových studiích jsem se zaměřila na rodiny od početí dítěte. Zjišťovala jsem rodinnou anamnézu, situaci v době, kdy byla potvrzena sluchová vada u jejich dítěte, postup práce s dítětem a také současný stav. Aby bylo možné zhodnotit zda může dojít k sociálnímu vyloučení, zajímala jsem se také jak spolupracují s odborníky a jak řeší problémy spojené s postižením svého dítěte.

### 6.1 Kazuistika – rodina A

Jde o případovou studii rodiny se sluchově postiženým dítětem, dítě má vrozenou vadu sluchu, totální hluchotu, má kochleární implantát.

#### **Rodinná anamnéza :**

Matka – věk v době početí 24 let, neměla žádné zdravotní problémy před ani v době těhotenství.

Otec – věk v době početí 29 let, zdrav.

V rodině otce ani matky se sluchové postižení nevyskytuje, není zatížena žádnou jinou vrozenou vadou.

#### **Těhotenství a porod:**

V těhotenství matka neprodělala infekční chorobu, o které by věděla nebo jí byla prokázána. Dle vyjádření lékařů šlo o infekci, která se viditelně neprokázala, ale s největší pravděpodobností přispěla k postižení dítěte – plodu.

Těhotenství probíhalo bez problémů. Až na konci bylo zjištěno, že má matka málo plodové vody. Porod byl vyvolán, přesto se holčička narodila v plánovaném termínu. Její porodní váha byla 2,49 kg, dva dny strávila v inkubátoru. Porod proběhl bez komplikací.

Zdraví dítěte - bylo malé ale v pořádku, žádnou infekci neprodělalo, ani žloutenku, pomalu přibíralo a po 10 dnech bylo společně s matkou propuštěno domů. Závěr zněl:

„Narodilo se malé, ale zdravé dítě, žádná vrozená vada nebyla potvrzena.“

### **Zjištění vady sluchu, postup rodičů a lékařů:**

V průběhu prvního roku života, asi kolem 1 roku, si rodiče všimli, že T. vůbec nemluví, nereaguje na hlas, reaguje jen na zvuky spojené s pohybem (bouchnutí pokličkami, pískání na prsty). Byla velmi vnímavá, reagovala na matku a všechny další pohyby, byla citlivá na chvění, které slyšící lidé tolik nevnímají (vibrace).

Nejprve se rodiče ptali dětské lékařky, ta tvrdila, že slyší, ale na naléhání rodičů je poslala na ORL k odbornému lékaři. Tam jim lékař sdělil, že si myslí, že dítě slyší, protože reagovalo na psací stroj, ale poslal je na foniatrii do Brna ke specialistovi v oboru foniatrie. Zde jim po vyšetření BERA lékař sdělil skutečnost, že je dítě totálně hluché. Cituji z lékařské zprávy: *„vpravo - zbytková odpověď na hladině 110 dB, vlevo bez audiometrické odpovědi. Nález odpovídá oboustranné velmi těžké zbytkové sluchové vadě. Dítě bez sluchadel a intenzivní reedukace nemá naději na spontánní vývoj řeči. Vývoj řeči pravděpodobně nejistý i se sluchadly a s pedagogickou péčí. Provedeny otisky na sluchadla, domluvena sluchadla silná digitální.“*

Pro rodiče se zhroutil svět. Dítě mělo v době zjištění vady sluchu rok a půl.

Rodiče této diagnóze odmítali uvěřit, proto zajistili ještě vyšetření na ORL kliniky v Praze Motole. Zde byla diagnóza potvrzena a dítě bylo zařazeno mezi kandidáty CI. Nutností bylo používat sluchadla, aby se připravilo na aplikaci CI. Potřebné genetické vyšetření bylo negativní.

### **Další postup a práce rodičů:**

Po vyšetření rodiče objednali sluchadla, která obdrželi asi za 2 měsíce. Cena sluchadel byla vysoká. (doplatek rodičů 43 000,- Kč a oni uvádí, že v té době a tak rychle nemohli peníze nijak získat, a proto jim na ně přispěli prarodiče z obou stran).

Rodiče se snažili zajistit T. co nejkvalitnější péči a zároveň dbali na to, aby matka mohla pracovat společně s ní a neztratila s ní kontakt. Hned následující měsíc po zjištění diagnózy kontaktovali SPC Ivančice a zajistili logopedickou péči. Zde rodiče uvádějí, že jim v tomto zařízení velmi pomohli svým přístupem, dobře vysvětlili jaká práce rodiče (zvláště matku) čeká, poradili, jak na to.

### **Příklad práce matky s dítětem:**

Jelikož bylo dítě hyperaktivní, byla s ním práce těžší, ale na druhou stranu bylo velmi zvědavé, a zajímalo jej všechno nové. Veškeré učení probíhalo v pohybu. Každý den věnovali nějaký čas učení a při jakékoli činnosti matka vysvětlovala a přesvědčovala, aby z dítěte nějakou hlásku dostala. První bylo ááá - letadlo, Úúú - vlak a první slabika byla op – zajíc, vše v pohybu. První a v podstatě nejdůležitější bylo naučit dítě házet hračky do misky či kyblíku vždy, když uslyší matčin pokyn (slovo). Nejvíce slov se naučilo při vaření, procházkách v lese, kolem řeky a při návštěvách, kde měli zvířátka.

Jako velký pomocník rodičům sloužil a stále slouží počítač a kopírka (obrázky spojit s textem, tvorba deníku)

Potřeby domácnosti, mimo vaření, matka odkládá na večerní hodiny, kdy dítě spí. Tuto skutečnost těžce odnáší manžel. Po večerech matka malovala obrázky a vyráběla různé pomůcky, protože T. neměla ráda knížky, všechny pomůcky potřebovala vzít do ruky. Horší to bylo s vysvětlováním citově zabarvených slov, např. kamarád. Matka se domnívá, že ještě dnes děvčátko nechápe přesný význam určitého slova.

Vyřizování průkazky ZTP/P proběhlo bez problémů, pracovnice sociálního odboru ochotně vysvětlila a poradila, o jaký příspěvek si mohou požádat.

Čím je T. starší, tím je horší tuto průkazku získat. Matka uvádí *„Návštěva posudkového lékaře je vždy zážitek. Otázky typu – najít se sama? učeše se? - jsou zarážející. Naše dítě nemá mentální retardaci, je pouze totálně hluché.“*

Otec kvůli dceři změnil zaměstnání, musel najít takové, ve kterém zaměstnavatel toleruje, že je otcem postiženého dítěte a doprovází je k lékaři na speciální vyšetření.

Z rozhovoru s matkou: (cituji) *“ Zjištěním, že máme postižené dítě, se obrátilo vše naruby, přišla jsem o zaměstnání. Každodenní učení s dítětem mi zabírá skoro všechny čas. Jelikož je dcera jedináček, tak vše v domácnosti podřizuji jejím potřebám. S více sourozenci bych nemohla věnovat tolik času jen jí. Dneska by si dcera přála dalšího sourozence, ale my nemáme odvahu.*

*„Manžel je schopen rodinu finančně zabezpečit. Všechno je tzv. na hranici – kdyby manžel nesehnal zaměstnání nebo nebyl z jakýchkoliv jiných důvodů (například zdravotních) schopen rodinu finančně zajistit, kdybychom nebyli aktivní při hledání*

*pomoci lékařů a sociálních pracovníků, kdybych neměla dostatek trpělivosti k této nadstandardní péči, či sama vážněji onemocněla...“*

*Pobyty ve středisku v Ivančicích se vyplatily, T. mohla chodit i do běžné MŠ a od září navštěvuje základní školu spolu se zdravými dětmi.“*

Toto postižení vyžaduje velkou trpělivost a neustálé opakování.

Rodiče, zejména otec, se s postižením dítěte nikdy nesmířili, ale naučili se s ním žít.

### **Sociální vyloučení:**

Tato rodina nepatří mezi sociálně vyloučené, přesto se její život zcela změnil. Sociálnímu vyloučení se brání. Matka dělá vše pro to, aby rodina dobře fungovala a dítě se dobře se svým handicapem zařadilo do společenského života, otec rodinu zajišťuje finančně. Sám však uvádí, že se s postižením dítěte nesmířil a jeho vztah k manželce trpí tím, že spoustu času věnuje dceři a odmítá se zúčastňovat některých společenských akcí, které on sám považuje za důležité. V současné době zvažuje, že rodinu opustí, ale přislíbil, že obě finančně zajistí.

## **6.2 Kazuistika – rodina B**

### **Rodinná anamnéza a osobní anamnéza:**

Matka – v době početí 32 let, zdravotní stav dobrý, bez rodinného zatížení.

Otec – 33 let, zdravotní stav dobrý, v rodině otce se vyskytovala vrozená srdečná vada, proto byla matka na prenatálním screeningu, který byl negativní.

H. se narodila jako zdravé dítě, těhotenství proběhlo bez komplikací. Dítě se narodilo v plánovaném termínu, vážilo 3,95 kg a měřilo 53 cm.

Do 11 měsíců věku bylo dítě bez jakékoliv choroby. Potom na plavání dostalo rýmu, do dvou dnů se dostavily vysoké horečky. Matka nasadila paralen, a protože teploty neklesly, předepsal lékař další léky na snížení horečky, ty však nezabraly. Stanovil tedy diagnózu – zánět mozkových blan. Stav dítěte se zhoršil natolik, že jej převezli na oddělení intenzivní péče do okresní nemocnice. Zde diagnózu potvrdili - meningitis purulenta. Léčba nezabírala a dítě bylo přepraveno vrtulníkem do krajské nemocnice, kde se podrobilo operaci antromastoinectomie vpravo (odstranění ložiska hnisu). Rodiče byli seznámeni s možnými následky - např. sluchové, zrakové a mentální postižení, epilepsie apod. Vzhledem k vážnosti stavu se v té době rodičům sluchové

postižení jevílo jako nejmírnější následek. (Postupně se dítěti přidávaly další komplikace – šilhavost, svalová hypotonie...).

Při prvním vyšetření sluchu po operaci byla diagnostikovaná přechodná převodní nedoslýchavost. Dítě bylo propuštěno s tím, že je v podstatě zdravé – vidí dobře, sluch se pravděpodobně obnoví, pohybuje se bez větších obtíží, nebyl poškozen mozek. Protože rodiče viděli, že dítě nereaguje na zvukové podněty, zažádali o nové vyšetření sluchu. Bylo provedeno vyšetření sluchu v celkové anestezii a byla shledána velmi těžká porucha sluchu. Rodiče v podstatě tuto diagnózu předpokládali, nebyli tolik zaskočení. Také očekávali přiměřenou léčbu a věřili, že se sluch ještě obnoví. Proto podstoupili všechno – kortikoidní léčbu (nezabrala), digitální sluchadla (nepomohla, neslyšela ani silné zvuky) a proto se stali čekateli na kochleární implantát. Lhůta pro provedení implantace byla půl roku. Tento čas využili na různá vyšetření, rehabilitaci a logopedickou péči ve spolupráci s SPC v Ivančicích. Stávající slovní zásoba dítěte (cca 10 slov) se postupně vytrácela, až nastalo období bez jakýchkoliv verbálních projevů.

Operace CI proběhla úspěšně po půl roce, byla provedena v podstatě na poslední chvíli, protože se dítěti v místě transplantace již tvořila kost.

### **Postup a spolupráce rodičů s lékaři:**

Dítě bylo neustále pod dohledem lékařů infekční ambulance, byla mu prováděna různá očkování. Rodiče s ním pravidelně docházeli na oční ambulanci., neurologii, foniatřii, logopedii a rehabilitaci. Po aplikaci kochleárního implantátu pravidelně jezdili do Prahy do centra kochleárních implantací na nastavování implantátu a na logopedii. Rodiče v té době také navázali spolupráci s SPC v Ivančicích. Dále spolupracovali s o.s.TAMTAM Olomouc a SUKI (sdružení uživatelů CI) v Praze. V podstatě se vše podřizovalo potřebám postiženého dítěte. Matka byla v té době na rodičovské dovolené a otec finančně zajišťoval rodinu. Pomáhali prarodiče a blízcí příbuzní, rozvoji verbální komunikace s dítětem věnovali několik hodin denně.

### **Příklad práce s dítětem:**

První půlrok po zjištění sluchové vady dítě nemohlo do kolektivu vzhledem ke zdravotnímu stavu, matka dítěti věnovala maximální celodenní péči. Rodiče se rozhodli pro orální metodu práce s dítětem, v té době začali spolupráci s SPC Ivančice. Pracovali podle individuálního plánu. Matka uvádí: „*Hledala jsem veškeré možné*

*pomůcky, které by mohly přispět k vývoji dítěte. Hračky jsem kupovala podle možného didaktického využití, hledala jsem v literatuře a internetu vhodné hry a činnosti k co největšímu rozvoji. Protože jsem zjistila, že si dcera ráda prohlíží obrázky a knížky, snažila jsem se tento zájem co nejvíce podporovat vytvářením souborů karet s obrázky (fotografie rodiny se jmény, zvířata, barvy, předměty denní potřeby apod.) Zakoupili jsme laminátovací stroj, aby tyto pomůcky byly odolnější častému používání, vytvářeli jsme deníky. Ocenili jsme při nich výhody digitálního fotoaparátu, zakoupili jsme nový PC s programy pro sluchově postižené (Mentiozvuky). Další inspirací byly rady logopedů a speciálních pedagogů a také zkušenosti rodičů a jiných odborníků, které jsme čerpali ze setkání z pobytů pro sluchově postižené. Velkou oporou mi byla moje maminka, která mě jako čerstvá důchodkyně mohla vystřídat v práci s dcerou.“*

Protože rozvoj řeči souvisí s rozvojem jemné motoriky, pořídili rodiče další pomůcky na výtvarnou činnost (tabule, křídly, plastelínu, pastelky, barvy, dětské nůžky apod.) Rodiče u dítěte podporují praktické činnosti (pomoc v domácnosti při mytí nádobí, vaření, pečení či práce na zahradě)

V té době se holčička mohla spolehnout maximálně na odezírání, protože na sluchadla v podstatě neslyšela.

Zlom nastal po implantaci CI, protože začala slyšet zvuky. Což bylo na úkor logopedie (odmítala pracovat s mluvidly – odezírání), začala se rozvíjet verbálně – první slabiky a slova.

První období bylo tzv. naslouchací - hlavně naslouchala řeči druhých, sama ovládala jen pár slov. Asi po půlroce začala tvořit první slova sama a slovní zásoba se neustále zvětšovala ve skocích (několik slov v krátkém období). Před třetím rokem dítě nastoupilo do mateřské školy pro děti s vadami sluchu.

### **Sociální vyloučení:**

V uvedené rodině k sociálnímu vyloučení nedochází a je předpoklad, že k němu ani nedojde. To vše je zásluhou rodičů a jejich nadměrné péle, snahy zařadit dítě do společnosti, aby jej handicap neomezoval, anebo omezení bylo co nejnižší. Aby nebylo v budoucnosti závislé na pomoci druhých či na pomoci státu ve formě sociálních dávek či podpory v nezaměstnanosti. Matka postupně začíná pracovat na zkrácený úvazek, v době, kdy je dítě v mateřské škole. Má vysokoškolské vzdělání (učitelství) a v případě, že by nastal nějaký problém, je schopna a připravena dítě učit doma.

Rodiče uvítali možnost najít nový okruh přátel, kteří řeší obdobné problémy a zúčastňují se společných akcí o.s. TAMTAM a o.s. SUKI. **V podstatě rodiče zabránili sociálnímu vyloučení tím, že otec finančně zabezpečuje rodinu a matka se maximálně věnuje dítěti. Své záliby přizpůsobili potřebám dítěte a aktivně spolupracují s odborníky a s rodinami s podobně postiženými dětmi.** Matka uvádí:

*„ Úplně jinak se díváme na pokroky ve vývoji dítěte, máme obrovskou radost z každé nové hlásky, nového slovíčka, které se dítě naučí. A to nás těší a hlavně povzbuzuje k další práci s dítětem. Očekáváme, že se dítě zařadí mezi zdravé děti, protože jeho vývoj dle odborníků je srovnatelný s vývojem zdravého dítěte.“*

### **6.3 Kazuistika – rodina C**

#### **Osobní a rodinná anamnéza**

Dítě vyrůstá v neúplné rodině spolu se starší sestrou. Má čtyři další nevlastní sourozence ze strany matky.

Matka: v době početí 32 let, zdravá, těhotenství vedeno jako nerizikové, porod klešťový.

Otec: jeho zdravotní stav není znám.

Matka je samoživitelka, má v péči dvě děti. Sluchově postižená dcera navštěvuje od pondělí do středy MŠ a občas pobývá i na internátě. Bydlí 20 km od školy, autobusové spojení je dobré. Druhé dítě je bez sluchového postižení. Vzhledem ke specifickým vzdělávacím potřebám navštěvuje stejnou školu. Matka se domnívá, že může později pomoci postižené dceři dorozumět se s ostatními. Práci spojenou se sluchově postiženou A. nechává na pracovnících speciální školy (speciálních pedagogích, logopedech, psycholožce, vychovatelkách). Dítě si na dva pracovní dny bere domů, kde však nepoužívá sluchadla – tvrdí, že dítěti sluchadla nepomáhají, proto s nimi nepracuje. Obvykle dítě pak nemá ve školce ani náhradní baterie do sluchadel nebo sluchadla nemá vůbec. S dítětem se dobře nedorozumí. Sama má umělecké nadání, a proto dítě alespoň hezky maluje, neumí však dobře vyjádřit, co namalovalo. Velmi se z MŠ a internátu těší domů. K matce má vztah dobrý. Doma může dělat jen to, co chce samo, nemusí se nic učit. Jedná se o dítě s velmi těžkou vadou sluchu, matka se nepokoušela zažádat o kochleární implantát, protože není schopná zajistit potřebnou péči (vyšetření, kontroly CI, učit dítě ....). Sama uvádí: *„ Mám takovou smůlu, že by*



*žádný implantát (myšleno kochleární implantát) určitě mé dceři nepomohl ba naopak. Já nemám dostatek peněz, ani auto a řidičský průkaz abych mohla dojíždět na pravidelné kontroly do Prahy“.*

### **Práce s dítětem:**

Matka má postiženou dceru tři dny v mateřské škole pro děti s vadami sluchu a čtyři dny doma. V MŠ je dítěti věnována velká péče speciálního pedagoga, psychologa, logopeda a vychovatele. Škola také zajišťuje veškerý servis týkající se sluchadel a návštěvu odborného lékaře. Sluchadla také zajistila škola, aby dítěti pomohla. Matka se zajímá, jak je ve škole o dceru postaráno (jestli jí chutnalo jídlo, zlobí se, když se jí např. ztratí ozdoba do vlasů nebo zašpiní či poškodí oblečení na vycházce). Méně se však zajímá o to, co je třeba s dítětem procvičovat a jak s ním pracovat. Nejlépe se s postiženou domluví z rodiny dcera X., která se pohybuje i mezi sluchově postiženými dětmi. Matka několikrát požádala učitelku v MŠ (speciální pedagog a logoped) o materiály, aby se naučila základní znaky českého znakového jazyka. Materiály jí byly poskytnuty, vše vysvětleno a předvedeno, matka však dodnes umí jen několik málo znaků (do 10). Praktické věci s dítětem také málo procvičuje (sebeobsahu – v šesti letech si dítě neobuje boty na správné nohy, odmítá po sobě uklízet hračky apod.), spoléhá na pomoc staršího dítěte. Matka umí dobře pracovat s internetem, pravděpodobně jej však nevyužívá dostatečně pro sluchově postižené dítě, na což lze usuzovat z jeho nepatrných pokroků ve vývoji. Naopak matka má velmi dobrý přehled o dění na různých internetových stránkách, o diskusích na nich, seznamkách, na chatu apod. Vzhledem k uvedenému se jeví handicap dítěte spíše zdrojem příjmů – sociálních dávek.

### **Sociální vyloučení:**

V tomto případě může jít o sociální vyloučení celé rodiny (matky a dvou dětí), ale zároveň o sociální vyloučení postižené dcery v budoucnosti. Matka sice dokáže zajistit všechny možné sociální dávky, neumí je však dobře použít pro potřeby svých dětí. Ty jsou zajištěny materiálně. Postižené dítě není schopna vychovávat tak, aby je připravila pro budoucí život a úspěšné zařazení do společnosti, přestože dítě nemá jiné přidružené poruchy či postižení. Matka nepracuje, pobírá dávky na péči o postižené dítě do 7 let věku. Práci nehledá, tvrdí, že má s postiženým dítětem spoustu starostí a neřeší situaci, kdy dítě nastoupí povinnou školní docházku a bude celotýdenně ve škole

pro děti se sluchovou vadou a tudíž je pravděpodobnost neuznání dávky sociální péče (tyto dávky jsou vázány na celodenní péči, a tu za ni bude vykonávat škola, jejíž součástí je i internát).

Uvedla, že se jí jeví, že dítě má autistické sklony (opakuje určité věci, což je ovšem způsobeno tím, že se neumí vyjádřit tak, aby ho matka pochopila, opakuje tedy svůj požadavek...). Její úvahy vyšly zřejmě z toho, že se od matky dítěte postiženého autismem dozvěděla, že toto dítě má trvalé zdravotní postižení a je tedy předpoklad, že bude mít i trvale průkaz ZTP/P.

Zde je možné usuzovat na sociální vyloučení rodiny, které se ještě prohloubí u dítěte v době, kdy by se mělo osamostatnit. Matka jej samostatnosti nedokáže naučit a hrozí, že dítě bude i v dospělosti trvale závislé na pomoci druhých, na sociálních dávkách, na podpoře v nezaměstnanosti apod.

#### **6.4 Dotazník pro rodiny se sluchově postiženým dítětem**

Ke své práci jsem vytvořila a zpracovala dotazník, kterým jsem šetřila situaci rodin se sluchově postiženým dítětem. Snažila jsem se potvrdit či vyvrátit skutečnost, že jsou rodiny pečující o sluchově postižené dítě ohroženy sociálním vyloučením

Dotazník sestával z třinácti otázek<sup>18</sup>. Otázky zodpovědělo 36 rodin se sluchově postiženým dítětem.

V prvních třech otázkách jsem zjišťovala dobu, kdy se rodiče dozvěděli skutečnost, že má dítě vadu sluchu, o jakou vadu se jedná a jak rozsáhlé je postižení.

O postižení sluchu u svého dítěte se rodiče dověděli nejdříve v šesti měsících dítěte, většina dotázaných teprve okolo jednoho roku dítěte, kdy je vývojový předpoklad, že dítě tvoří první slova. Odpověďmi na druhou otázku byla potvrzena skutečnost, že je mnohem častější výskyt vady vrozené než získané. Z počtu 36 dotázaných toto potvrdilo 32 dotázaných, pouze u dvou se jednalo o vadu získanou po nemoci a u dvou nebylo potvrzeno, jak vada vznikla. Vady sluchu u dětí respondentů pokrývaly prakticky rovnoměrně celou škálu postižení, mimo lehké postižení. To bylo potvrzeno pouze u jednoho dítěte, zde však jde o kombinaci vad.

Ve čtvrté a páté otázce jsem zjišťovala, kdo rodičům sdělil skutečnost, že jejich dítě má sluchovou vadu a jak tuto skutečnost přijali.

Dvě třetiny dotazovaných uvedly, že si rodiče všimli sami a následně bylo potvrzeno lékařským vyšetřením, třetině tuto skutečnost sdělil lékař. Více než 50% dotázaných uvedlo, že to byl pro oba rodiče velký šok.

Dále se rodiče vyjadřovali, zda jsou v současné době již smířeni s tím, že má jejich dítě sluchovou vadu. Více než polovina (20) dotázaných potvrdila, že pouze **částečně**, ano odpovědělo jen 9 dotazovaných rodin.

Dalšími dotazy jsem zjišťovala, jak rodiny svou situaci začaly řešit, jak se změnil jejich způsob života, jak je jejich dítě přijímáno v kolektivu a s kým v současné době spolupracují.

Rodiče se nejprve obrátili o pomoc na odborné lékaře a pracovníky speciálního pedagogického centra, pouze tři rodiny hledaly informace jen na internetu, v odborné literatuře a u rodin v podobné situaci. Stejný počet hledal pomoc u pracovníků rané péče, psychologa či u sociálního pracovníka.

Skutečnost, že se život rodiny nijak zvlášť nezměnil, potvrzuje pouze šest rodin. U třetiny dotazovaných jeden z rodičů ukončil pracovní poměr a pečuje o dítě, několik rodin je závislých na pomoci širší rodiny (obvykle prarodičů), stejný počet má dítě celotýdenně ve škole nebo ve speciálním pedagogickém centru (z důvodu, že vhodná škola je hodně vzdálená od bydliště, dítě je na internátě).

Dvě třetiny dotázaných uvádí, že jejich dítě nemá problém s tím, že by se k němu okolí stavělo negativně, několik rodin pociťuje, že jejich dítě dospělí litují. Jedna třetina dotázaných si nevšímá reakcí okolí a jen jedna rodina uvedla, že své dítě od okolních reakcí chrání.

Rodiče chápou důležitost spolupráce s odborníky, neboť spolupráci s odborným lékařem potvrzují všichni dotázaní a spolupráci s pracovníky SPC taktéž bez mála všichni (32 rodin). Logopeda navštěvují také všichni ať už samostatně či v SPC.

V dalších třech otázkách jsem se zaměřila na skutečnosti, které by mohly vést k sociálnímu vyloučení těchto rodin.

Rodiče dětí se sluchovou vadou se domnívají, že jim dostatečná pomoc není nabídnuta, zvláště ze strany pracovníků sociálních odborů. Proto se někteří na odbory sociální péče obracejí až v krajním případě. Nejprve si sami nastudují právní normy,

---

<sup>18</sup> Vytvořený dotazník je příloha č. 1

aby měli dostatek informací a věděli, o co mohou požádat (dávky sociální péče, úlevy apod.)

Pouze ve výjimečných případech (dvě rodiny) uvádí, že byli odmítnuti lékařem či jiným odborníkem.

Ve třináctém, otevřeném dotazu rodiče uvedli, že jim ze strany státu a společnosti chybí celistvé informace od sociálních pracovníků, uvádí cituji: *„Většina sociálních pracovníků jen cedí informace, abychom snad nevyužili všechny dávky státní sociální podpory nebo jiné pomoci. Pokud si sami nezjistíme, co právní normy povolují, obvykle nikdo z nich neporadí, neinformují.“* Svou kritiku pak obrátili zejména na posuzování péče o takto postižené dítě. Tvrdí, že posudkový lékař (ev. pracovníci, kteří posudek vypracovávají) usuzuje, že dítě nepotřebuje celodenní péči, protože je schopno se obléct, učesat, najíst apod. Neposuzují skutečnost, že se dítě dobře nedorozumí se svým okolím, a proto zvláště v předškolním a raném školním věku potřebuje nadstandardní a celodenní péči.

## Závěr

Evropská unie bývá řazena mezi nejbohatší oblasti světa. Celých 17 % Evropanů má však tak nízké příjmy, že si nemohou dovolit ani základní životní potřeby. Evropská unie proto vyhlásila rok 2010 Evropským rokem boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení.

Česká republika na tuto skutečnost reagovala pružně a vytvořila Národní program, o němž se zmiňuji v části 4. této práce.

Sociální vyloučení a sociální integrace jsou, nejenom v České republice, stále častěji zmiňované pojmy. Začleňování sociálně znevýhodněných do většinové společnosti se stalo prioritou sociální politiky našeho státu, protože si uvědomujeme skutečnost, že chudoba a vyloučení jediné osoby ve svém důsledku přináší nouzi celé společnosti.

V rámci Národního programu byly vyhlášeny dotační programy, které se obrací na řadu sociálně vyloučených skupin. Jednu skupinu tvoří také lidé se zdravotním postižením. Dosud bylo v České republice nejvíce prostoru věnováno sociálně vyloučeným komunitám a skupinám, zejména romským, a projekty byly orientovány na sociálně exkludované lokality.

Zdravotní postižení nepostihuje konkrétní vrstvu obyvatelstva, ale můžeme říci, že zasahuje do všech vrstev společnosti.

Rodiče sluchově postiženého dítěte se od zjištění diagnózy soustředí zejména na pomoc dítěti. Skutečnost, že se sami mohou dostat do situace, kdy jim hrozí sociální vyloučení např. ztrátou zaměstnání, dlouhodobou závislostí na sociálních dávkách apod., začínají řešit mnohem později, někdy vůbec ne. Prvotní pro ně zůstává pomoc dítěti. V prvotní fázi je důležitá pomoc odborníků jak z oblasti medicíny, tak výchovně vzdělávací a sociální oblasti. Ucelenost a kvalita informací a síť sociální pomoci, nejen formou sociálních dávek, je zde nezbytná. Vytvořená střediska rané péče, speciálně pedagogická centra, mateřské a základní školy pomáhající sluchově postiženým jsou velkou oporou pro rodiče, kteří se musí vypořádat s novým sluchově postiženým členem rodiny.

Studiem materiálů a vypracováním praktické části bakalářské práce byla ověřena skutečnost, že k sociálnímu vyloučení může dojít z několika důvodů:

**S postižením dítěte se většina mužů velmi těžce vyrovnává a velkou část povinností s tím spojených nechávají na manželce.** Matka věnuje dítěti nadstandardní péči, která jí zabere i čas dříve věnovaný manželovi a jejich společným zájmům. Může dojít k vzájemnému odcizení, případně otec rodinu opustí. Matka pomáhá svému dítěti při rozvíjení sociálních dovedností, budování sociální inteligence dítěte a úspěšné integraci do většinové společnosti. **Sama však obvykle ztrácí orientaci na trhu práce a může tak nastoupit další možný důvod sociální exkluze - nezaměstnanost.** V současné ekonomické a morální krizi společnosti **je velmi obtížné sehnat odpovídající zaměstnání.** Situace, kdy ztratí zaměstnání také otec postiženého dítěte, není výjimečná a rodina se stává závislou pouze na sociálních dávkách.

**Velmi podstatnou skutečností pro rodinu s postiženou osobou je způsob, jakým je určován stupeň postižení dané osoby, a v návaznosti také posuzování stupně závislosti na pomoci druhé osoby.** Obě tyto sociální dávky jsou finanční pomocí pro rodinu, jejich získání je však náročnou záležitostí. Rodiče zde dokládají odborná lékařská vyšetření<sup>19</sup>, nikoli pouze čestné prohlášení jako u některých jiných dávek, a posuzování se stává velmi zdlouhavým procesem. Posuzování stupně závislosti pro další sociální dávku (příspěvek na péči) je subjektivní záležitostí. **V mnoha případech dochází k tomu, že posuzovatel zohledňuje především výsledky práce rodičů - čím více se rodiče dítěti věnují, tím méně je závislé na jejich pomoci a tím menší je příspěvek na péči. Zvláště na dítě se sluchovou vadou bývá nahlíženo jako na dítě méně postižené, přestože je dítě oproti svým vrstevníkům komunikačně pozadu a jeho sociální identita se velmi obtížně buduje (postižení není fyzické - není vidět).**

Pokud rodiče nepřijmou postižení svého dítěte, nejsou schopni mu pomoci při řešení problémů s integrací. V případě, že rodiče zvolí ochranný způsob výchovy, je tento problém dlouhodobý až trvalý. V takovém případě hrozí, že k sociálnímu vyloučení může dojít následně a to u dítěte. V dospělém věku nenajde své místo ve společnosti, důvodem může být např. nízký stupeň vzdělání, malé uplatnění na trhu práce, dlouhodobá závislost na sociálních dávkách.

---

<sup>19</sup> Vyšetření nesmí být starší tří měsíců, objednáci doby u odborných lékařů jsou až čtyři měsíce, dítě musí být v té době zdravé – provádí se v celkové anestezii apod.

Je možné konstatovat, že u rodin pečujících o sluchově postižené dítě není sociální vyloučení častým jevem, **jsou však v ohrožení, dá se říci neustále na hraně mezi běžným životem ve společnosti a mimo ni.** Například z důvodu dlouhodobé nezaměstnanosti, kdy ztráta placené práce může být provázena vyloučením z dané společnosti, obvyklého životního standardu, bariérou politické participace, vyloučením z určitých sociálních vztahů a aktivit. (Sirovátka, 2006, s. 18)

## Resumé

Bakalářská práce se zabývá možností sociálního vyloučení rodin se sluchově postiženým dítětem. První část práce se v jednotlivých státech věnuje diagnostice postižení, akceptaci postižení a samotnému sluchovému postižení. Druhá část práce se zabývá problematikou sociálního vyloučení v návaznosti na rok vyhlášený jako „Evropský rok boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení.“ Jsou zde rovněž zmíněny skupiny osob ohrožených sociálními exkluzí. Dále jsou uvedeny možnosti řešení, mezi které patří zejména spolupráce s odborníky z oblasti medicíny, výchovně vzdělávací a sociální.

V práci je poukázáno na skutečnost, že rodiny pečující o postižené dítě vynakládají mnohem více sil v porovnání s některými dalšími skupinami, kterým sociální vyloučení hrozí. Přesto se teprve v současné době tvoří projekty, které zahrnují zdravotně znevýhodněné mezi ohrožené sociální exkluzí.

V praktické části jsou uvedeny tři kazuistiky rodin pečujících o sluchově postižené dítě, které potvrzují skutečnost, jak složité a náročné je udržet životní standard rodiny v situaci, kdy jejich dítě potřebuje nadstandardní péči. Situace rodin je zmapována také v dotazníkovém průzkumu (je zde poukázáno na problém nedostatečné informovanosti a pomoci ze strany státu).



## **Anotace**

Bakalářská práce je zaměřena na možnost sociálního vyloučení rodin se sluchově postiženým dítětem.

V pěti kapitolách postupně podávám informace o diagnostice, samotném sluchovém postižení a akceptaci postižení rodiči dítěte, dále o sociálním vyloučení a spolupráci s odborníky. Pokouším se zmapovat tak situaci rodiny, která pečuje o postižené dítě od počátku – tedy od diagnostiky jeho postižení, přes etapu, kdy se rodina musí s touto situací vyrovnat, poukazuji na riziko hrozící sociální exkluze a nastiňuji možnosti řešení tohoto problému pomocí spolupráce s odborníky.

Praktická část sestává z kazuistik tří rodin pečujících o sluchově postižené dítě. Dotazníkovou metodou ověřuji skutečnosti, které se týkají výše uvedeného problému.

V závěru práce se věnuji situacím a problémům, které musí tyto rodiny při své péči o postižené dítě řešit, aby zabránily možné sociální exkluzi nejen své, ale následně i svého dítěte.

### **Klíčová slova:**

Diagnostika, sluchové postižení, akceptace postižení, sociální vyloučení, spolupráce s odborníky, sociální začleňování.

## **Annotation**

The bachelor thesis deals with the possibility of social exclusion of families with aurally disabled children.

In five chapters I tried to summarize information about diagnostics, aural handicap itself and acceptance of this handicap by parents of thus disabled child, about social exclusion and cooperation with professionals. I tried to give an overview about the situation of the family who care for handicapped child from the beginning – from the diagnose of the handicap through the period the family needs to cope with this situation. I point out the risk of social exclusion that threatens and subsequently the possibilities to solve the problem with the help of professionals.

The practical part consists of three casuistics of families that care for aurally disabled children. With the questionnaire method I examine the facts, which relate the above mentioned problem.

In the end of my thesis, I deal with situations these families must cope with during their care for their aurally disabled child, in order to prevent possible social exclusion, not only theirs but also of their child.

### **Key words:**

Diagnostics, aural disability, handicap acceptance, social exclusion, cooperation with professionals, social integration

## Seznam odborné literatury

1. Zákon 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších změn provedených zákonem č. 383/2005 Sb.
2. Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu
3. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
4. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů.
5. HADJ-MOUSSOVÁ, Z., VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu, část 2, Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince*. Liberec : Technická univerzita, 1997, 111 s., ISBN 80-7083-208-8.
6. HAVLÍK, R. *Sluchadlová propedeutika*. 1. vydání , Brno : NCO NZO, 2007, ISBN 978-80-7013-458-0
7. LAZAROVÁ, B. *Možnosti poznávání lidí, Kapitoly z pedagogické a psychologické diagnostiky pro sociální pedagogy*. Brno : Institut mezioborových studií, 2007.
8. LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno : Paido, 2003, 156 s., ISBN 80-7315-038-7.
9. MATĚJČEK, Z. *Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením*. 2. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2000, ISBN 80-7071-147-7.
10. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 2002, 234 s., ISBN 80-85931-65-6.
11. PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Brno : Paido, 2007, 187 s., ISBN 978-80-7315-157-7.
12. PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2004, 89 s., ISBN 80-210-3354-1.
13. PŘINOSILOVÁ, D., ŠTĚPÁNKOVÁ, L. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Institut mezioborových studií, 2008.
14. SIROVÁTKA, T. editor, *Sociální vyloučení a sociální politika*. Brno : Masarykova univerzita Brno ve spolupráci s Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006, 176 s., MU ISBN 80-210-4225-7, VÚPSV ISBN 80-87007-29-8.
15. ŠEDIVÁ, Z. *Rozvíjení sociálních dovedností sluchově postižených*. Praha : SEPTIMA, 1997, 24 s., ISBN 80-7216-034-6.
16. VANĚČKOVÁ, V. *Výchova řeči sluchově postižených dětí v předškolním věku*. 1.vyd., Praha : SEPTIMA, 1996, 16 s., ISBN 80-85801-83-3
17. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008, 870 s., ISBN 978-80-7367-414-4.

18. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*, Praha : Karolinum, 1993, 115 s., ISBN 80-7066-582-3
19. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika, základy, teorie, praxe*. Brno: MSD, spol. s r.o., 2003, 248 s., ISBN 80-214-2359-5.
20. ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha : Portál, 2001, 207 s., ISBN 80-7178-544-X.
21. Tisková zpráva MPSV : Češi a chudoba – představení aktivit Evropského roku boje proti chudobě ze dne 22.1.2010, Praha
22. <http://www.cochlear.com/>
23. <http://www.czso.cz>
24. [http://ec.europa.eu/atoz\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/atoz_cs.htm)
25. <http://everest.natur.cuni.cz/akce/segregace/publikace/Radostny.pdf>
26. <http://clovekvtsni.cz/index2.php?id=119> / 30.11.2009
27. <http://www.tamtam-praha.cz/>
28. <http://www.tamtam-olomouc.cz/cs/>
29. <http://www.mpsv.cz/cs/>
30. <http://www.mpsv.cz/cs/3799>
31. <http://www.mpsv.cz/cs/8555>
32. <http://www.msmt.cz/>
33. <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/04/13.pdf> / 15.1.2010
34. <http://www.suki.cz/>

## Seznam zkratek použitých v textu

BERA	Brainstem evoked response audiometry
CI	kochleární implantát
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
EY 2010	Evropský rok 2010
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠTV	Ministerstvo školství a tělovýchovy
MŠ	mateřská škola
MZK	Moravská zemská knihovna
OAE	otoakustická emise
ORL	otorinolaryngologie (ušní nosní krční)
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SUKI	sdružení uživatelů kochleárního implantátu
ZŠ	základní škola

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1. Dotazník pro rodiny se sluchově postiženým dítětem

Příloha č. 2. Obrázky kochleárního implantátu

# **Příloha č. 1:**

## **Dotazník pro rodiny se sluchově postiženým dítětem**

**Vážení rodiče,**

zpracovávám bakalářskou práci na téma „**Sociální vyloučení rodin se sluchově postiženým dítětem**“. Cílem této bakalářské práce je poukázat na situaci, kdy se můžete dostat do sociální izolace při své nelehké práci, kdy pomáháte svému dítěti zařadit se do společnosti a žít kvalitní život . Prosím, abyste reálně odpověděli na níže uvedené otázky.

Děkuji za Váš čas a ochotu. Blanka Balíková

### **1. Kdy jste se dozvěděli skutečnost, že má (bude mít) vaše dítě vadu sluchu**

- a) před narozením dítěte (nemoc matky, dědičnost...)
- b) po narození
- c) do 6, 12, 18 měsíců
- d) později – kdy (uved'te, prosím)

### **2. Jde o vadu**

- a) vrozenou
- b) získanou - po nemoci (uved'te o jakou nemoc se jednalo
  - po úraze
  - nebylo potvrzeno

### **3. O jak rozsáhlé postižení sluchu jde**

- a) lehké (20-40 dB)
- b) středně těžké (40-60 dB)
- c) těžké (60-80dB)
- d) velmi těžká (80-90 dB)
- e) praktická hluchota (90 a více dB)
- f) totální hluchota (bez audiometrické odpovědi)
- g) v kombinaci s vadou ..... (uved'te)

### **4. Kdo vám tuto skutečnost sdělil**

- a) lékař (pediatr, odborný)
- b) všimli jsme si sami (následně potvrzeno vyšetřením)
- c) někdo jiný (následně potvrzeno vyšetřením)..... (uved'te prosím kdo)

**5. Jak jste Vy a Váš partner tuto skutečnost přijali**

- a) byl to šok pro oba
- b) očekávali jsme to, nepřekvapilo nás to
- c) jeden z partnerů tuto skutečnost neunesl, rodinu opustil
- d) jeden z partnerů přijal tuto skutečnost lépe, druhý velmi špatně

**6. Jak jste začali vzniklou situaci řešit, na koho jste se obrátili o pomoc a radu**

- a) sociálního pracovníka
- b) psychologa
- c) lékaře
- d) pracovníky střediska rané péče
- e) někoho jiného..... (uveďte, prosím, koho)
- f) nikoho (např. hledali jsme informace na internetu či v odborné literatuře)

**7. Do jaké míry se změnil váš dosavadní způsob života**

- a) nijak zvlášť
- b) jeden z nás ukončil pracovní poměr
- c) jsme závislí na pomoci dalších členů rodiny (prarodičů apod.)
- d) dítě je celotýdenně ve speciálním centru, škole apod. (internátně)
- e) využíváme pomoci pracovníků Rané péče, Stacionáře apod.
- f) jinak .....(uveďte, prosím, jak)

**8. Jak se k vašemu dítěti staví okolí**

- a) děti je nepřijímají, posmívají se mu
- b) dospělí jej litují
- c) nemáme problém
- d) nevšímáme si okolí
- e) chráníme dítě od okolních reakcí (např. nechodíme mezi zdravé na hřiště apod.)
- f) jiný postoj .....

**9. S kým spolupracujete (zaškrtněte i více odpovědí)**

- a) odborní lékaři
- b) psycholog, psychiatr
- c) PPP
- d) logoped
- e) středisko rané péče



f) speciální pedagogické centrum (zde je log.,psych.)

g) další .....

**10. Jste již vyrovnání s tím, že vaše dítě má zdravotní omezení**

a) ano

b) ne

c) částečně

d) jiná odpověď .....

**11. Domníváte se, že je rodinám s postiženým dítětem nabídnuta dostatečná pomoc (sociální dávky, informace, školy a centra pro postižené, pomoc při integraci dítěte.....)**

a) ano

b) ne - chybí nebo nedostačuje ..... (uved'te co)

c) nevím

d) neřešíme, pomáháme si sami

**12. Stalo se vám někdy, že jste byli odmítnuti např. lékařem či jiným odborníkem z oblasti péče o zdravotně znevýhodněné**

a) ano

b) ne

c) žádnou pomoc nevyhledáváme

**13. Co nejvíce postrádáte (ze strany společnosti, státu) a co by vám pomohlo zkvalitnit péči a výchovu vašeho postiženého dítěte?**

## Příloha č. 2: obrázky Kochleárního implantátu



Obrázek č. 2 Dítě krátce po operaci (implantace CI)



Obrázek č. 3 Použití CI u téhož dítěte v současné době





Obrázek č. 4 Jedna z částí CI, kterou má dítě umístěnu na zádech (vysílač)



Obrázek č. 5 Detail vysílače CI