

Zátěž rodiny při péči o postižené dítě

Svatava Večerková

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Svatava VEČERKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Zátěž rodiny při péči o postižené dítě**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části:

Stanovení cíle práce

Zpracovat problematiku zdravotně postižený jedinec ve společnosti; postoje k postiženým.

Sluchově postižené dítě - druhy postižení, reakce rodiny na postižení dítěte, sociální pomoc rodinám.

Přehled výchovně vzdělávacích institucí pro sluchově postižené děti.

Metoda zpracování praktické části.

Zpracování praktické části:

Průzkum Zátěž rodiny při péči o postižené dítě zaměřit na rodiny se sluchově postiženým dítětem.

Kontaktovat se se speciálními zařízeními, která zajišťují výchovu a vzdělávání těchto dětí - dotazník dát rodičům dětí různých věkových skupin (minimálně 60 respondentům).

Vyhodnotit získané informace, závěry aplikovat na hypotézy.

Navrhnout možnosti pomoci rodinám s postiženými jedinci.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3.vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

POKORNÝ, J. Úspěšnost zaručena. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2004. 207 s. ISBN 80-7204348-X.

SLOWIK, J. Speciální pedagogika. Praha: Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

SOBOTKOVÁ, I. Psychologie rodiny. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 173 s. ISBN 80-7178-559-8.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. Dětská klinická psychologie. 4.vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 600 s. ISBN 80-247-1049-8.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 2.vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-496-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Vlasta Martinková

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2008

Termín odevzdání bakalářské práce:

12. ledna 2009

Ve Zlíně dne 30. listopadu 2008



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Fremlová
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma *Zátěž rodiny při péči o postižené dítě zaměřené na děti se sluchovým postižením* se skládá s teoretické a praktické části. V teoretické části jsou uvedeny informace o anatomii a fyziologii sluchového orgánu, etiologii, diagnostice, klasifikaci, kompenzaci, terapii a vzdělávání osob s postižením sluchu. V praktické části analyzuji dotazníky rozdané rodičům, kteří se starají o sluchově postižené dítě. V závěru nabízím výsledky šetření.

Ráda bych, aby tato práce byla přínosem nejen osobám pečujícím o takto postižené děti, ale i osobám, které o postižené nepečují.

Klíčová slova: rodina, sluch, handicap, sluchová vada, komunikace, znakový jazyk, vzdělávání

ABSTRACT

The bachelor thesis themed *Stress of the family, which looks after disabled children intent on auditory handicapped children*. This work includes theoretical and practical parts. The theoretical part contains information about anatomy and physiology auditory systém, etiology, diagnostic, classification, therapy and education auditory handicapped. In practical part there is analyze of interviews of parents, which také care of children with auditory handicapped . At the end of this work there are results of interviews and confrontation of these results and my previous hypotheses.

I would be glad, if this bachleor's thesis was a benefit for people, who také care of disabled children, and also for those.

Keywords: Family, hearing, handicap, auditory defect, communication, hand – language, education

Děkuji Mgr. Vlastě Martinkové za odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji pracovníkům v zařízení, kteří mi pomohli při rozdávání mých dotazníků, a také děkuji respondentům za jejich ochotu při vyplňování dotazníků.

„Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“

Helena Kellerová, světoznámá hluchoslepá Američanka

OBSAH

ÚVOD	8
☛ TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SLUCHOVÉHO ORGÁNU	10
1.1 ANATOMIE SLUCHOVÉHO ORGÁNU.....	10
1.2 FYZIOLOGIE.....	12
2 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ	14
2.1 ETIOLOGIE.....	15
2.2 DIAGNOSTIKA.....	15
2.3 KLASIFIKACE.....	16
2.4 TERAPIE.....	17
2.4.1 Možnosti chirurgické léčby.....	18
2.4.2 Korekce sluchadly.....	20
3 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S POSTIŽENÍM SLUCHU	22
3.1 VZDĚLÁVÁNÍ A VÝCHOVA.....	22
3.2 FILOZOFICKÝ PŘÍSTUP K VÝCHOVĚ A VZDĚLÁVÁNÍ SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH.....	24
3.2.1 Klinický přístup.....	24
3.2.2 Etnický přístup.....	24
4 KOMUNIKACE SE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝMI	25
4.1 ZNAKOVÝ JAZYK.....	25
4.2 ORÁLNÍ METODA.....	25
4.2.1 Odezírání.....	26
4.2.2 Daktylní (prstová) abeceda.....	26
4.3 BILINGVÁLNÍ PŘÍSTUP.....	27
4.4 TOTÁLNÍ KOMUNIKACE.....	27
4.5 PRAVIDLO PRO KOMUNIKACI SE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝM.....	28
5 RODINA A STÁT	29
5.1 DÁVKY SOCIÁLNÍ PÉČE PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	29
5.1.1 Jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek.....	29
5.1.2 Příspěvek na úpravu bytu.....	31
5.1.3 Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany.....	32
5.2 OPAKOVANÝ PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	34
5.3 MOŽNOST ZÍSKÁNÍ INFORMACÍ, POMOCI.....	35
6 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH OSOB	36
6.1 REAKCE RODINY NA SDĚLENÍ ZÁVAŽNÉ DIAGNÓZY U DÍTĚTE.....	36
6.2 POSTOJ OKOLÍ K NEMOCNÉMU DÍTĚTI.....	38
☛ PRAKTICKÁ ČÁST	41
7 METODIKA PRÁCE	42

7.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	42
CÍL VÝZKUMU.....	42
7.2 HYPOTÉZY.....	43
7.3 METODA VÝZKUMU.....	43
7.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	44
7.5 REALIZACE VÝZKUMU.....	44
7.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	44
8 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	45
8.1 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH POLOŽEK.....	45
8.2 DISKUZE	76
8.3 ŘEŠENÍ DO PRAXE.....	80
ZÁVĚR.....	81
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	83
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	86
SEZNAM TABULEK.....	88
SEZNAM GRAFŮ.....	90
SEZNAM PŘÍLOH.....	92

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na zátěž rodiny, která pečuje o sluchově postižené dítě. Konkrétně jsem se zaměřila na sluchově postižené děti.

Na začátek je vhodné si říci, kdo je vlastně sluchově postižený. Sluchové postižení se někdy zaměňuje s pojmem neslyšící. V Zákonu č. 155/1998 Sb. o znakové řeči jsou za neslyšící osoby považováni ti, kteří ohluchli před rozvinutím mluvené řeči a u nichž velikost a charakter sluchové vady neumožňuje plnohodnotný rozvoj mluvené řeči, ale osoby později ohluchlé a nedoslýchavé, které samy považují znakovou řeč za primární formu komunikace.

Sluchově handicapované řadíme do několika skupin a podle různě velké ztráty sluchu. Nejčastěji se můžeme setkat s osobami nedoslýchavými. Druhou nejčastější skupinu tvoří lidé postlingválně neslyšící, tedy ti, kteří přišli o sluch poté, co u nich byla vytvořena řeč. Méně často jsou to po narození neslyšící – prelingválně neslyšící.

Ve své praxi se nejčastěji setkávám s osobami nedoslýchavými. Méně zkušeností mám s lidmi s jinými sluchovými vadami. Právě pro časté setkání v praxi s nedoslýchavými osobami, jsem si sluchově postižené vybrala pro téma své práce. Díky tomu jsem mohla poznat, že péče, komunikace a spolupráce s lidmi s tímto handicapem není vůbec jednoduchá. Veškerá spolupráce je obtížná a ještě obtížnější je s lidmi s úplnou ztrátou sluchu, především při neznalosti znakové řeči. Proto plně chápu, že rodiny s takovým dítětem jsou vystaveny velké zátěži, jak fyzické, psychické, ale i ekonomické a sociální. Ani v dnešní době není snadné začlenit handicapované dítě do společnosti. Na druhou stranu dnešní moderní doba a pokrok v medicíně nabízí sluchově postiženým řadu možností, jak včasná diagnostika, kompenzační pomůcky, integrace do společnosti, vzdělávání a různé programy speciálně tvořené pro tyto osoby.

Rodiče těchto dětí a všichni pečující o jakkoli handicapovanou osobu si zaslouží velké uznání za péči a trpělivost. Mnohdy se musejí setkávat s negativními postoji svého okolí. Rodičům je jistě odměnou radost a úsměv jejich dětí.

Zamysleme se tedy my, kdo tvoříme sociální okolí, jestli se vždy chováme korektně k handicapovaným. Nebylo by lepší se snažit pochopit a komunikovat s lidmi, než se k nim otáčet zády?

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SLUCHOVÉHO ORGÁNU

Ucho, receptorový orgán pro sluch i rovnováhu, se skládá ze tří hlavních částí: zevní ucho, střední ucho a vnitřní ucho. Zevní ucho se podílí pouze na přenosu zvuku, zatímco vnitřní ucho je zapojeno jak do zpracování sluchových počitků, tak do řízení rovnováhy [16].

1.1 Anatomie sluchového orgánu

Zevní ucho

Boltec – je plochý útvar, krytý kůží a vyztužený pružnou chrupavkou, která v lalůčku schází. Kůže na zevní ploše je bez podkožních vaziv a je pevně spojena s perichondriem. Boltec je připevněn ke lbi s pomocí vazů.

Zevní zvukovod – se skládá u dospělého ze dvou částí: zevní chrupavčité a vnitřní kostěné. Chrupavka zvukovodu je spojena s chrupavkou boltece. V přední a dolní stěně jsou dvě příčné, souběžné štěrby: v nich probíhají cévy, nervy a lymfatické dráhy. Štěrbiny umožňují pohyblivost zvukovodu při otoskopickém vyšetřování.

Kostěný zvukovod – tvoří os tympanicum v části přední, dolní a částečně i zadní. Vede tepelné podráždění k laterálnímu kanálku při termickém dráždění zevního zvukovodu. Přední stěna kostěného zvukovodu je zadní stěnou kloubu čelistního.

Kůže zevního zvukovodu – má v části chrupavčité hojně podkožního vaziva. Jsou v ní uloženy chloupky, žlázy mazové a modifikované potní žlázy. Kůže v kostěné části zvukovodu až na nepatrnou část v horní stěně je bez podkožního vaziva, bez žlázek a chloupků a takovou je i na zevní ploše bubínku.

Maz ušní – se skládá z tukového sekretu žláz mazových, v něm je přimíšen pigment výměšku žláz ceruminálních. Slouží k udržování vláčnosti kůže a zadržování drobných cizích těles.

Střední ucho

Bubínek – je vazivová blána, oddělující zevní a střední ucho. Zevní část je kryta tenkou kůží, vnitřní část je kryta sliznicí. Jeho barva je šedomodravá. Krevní cévy tvoří síť pod pokožkou, sliznicí.

Sluchové kůstky – jsou to kladívko, kovadlinka, třmínek a tvoří řetěz kůstek převodního a transformačního ústrojí. Kladívko je spojené s bubínkem, kovadlinka spojená drobnými klouby na jedné straně s kladívkem a na druhé straně s třetí sluchovou kostí třmínku. Třmínek je zasazen do oválného okénka a přenáší zvukové podněty do vnitřního ucha. Na třmínek se upíná drobný sval m. stapedius, na kladívko m.tensor tympani. Tyto svaly mají funkci chránit vnitřní ucho při intenzivním zvuku a regulují převod zvuku různé frekvence.

Eustachova trubice – spojuje nosohltan, je dlouhá asi 4 cm. Je tvořena chrupavkou i kostěnou částí. Eustachova trubice slouží k vyrovnání tlaku ve středoušní dutině s okolním atmosférickým tlakem.

Středoušní systém zabezpečuje optimální přenos zvukové energie z vnějšího vzdušného prostředí do kapalného prostředí vnitřního ucha. Vyrovnává ztrátu energie, která činí asi 30-40dB.

Vnitřní ucho

Je uloženo v nejtvrdější kosti lidského těla, kosti petrosus, kde tvoří složitý systém dutinek.

Má dvě části: sluchovou, kochleární, a rovnovážnou, vestibulární.

Kostěný labyrint dělíme na tři části. Přední část tvoří kostěný hlemýžď, střední část označována vestibulum a zadní část je tvořena třemi polokruhovitými kanálky. Stěny labyrintu jsou kompaktní kosti, obklopena spongiosou.

Vestibulum – je dutinka vejčitého tvaru uložena mezi hlemýžďem a polokruhovitými kanálky.

Kostěný hlemýžď – má 2,5 závitů, vpravo je pravotočivý, vlevo levotočivý. Skládá se z koseného kanálku a z kostěného vřetenka, z něhož odstupuje kolmo kostěná ploténka. Všechny kanálky v lamina spiralis probíhají vlákna sluchového nervu. Je zde uložen blanitý hlemýžď. Ten má na řezu trojúhelníkový nerv a je vyplněn endolymfou.

Na bazální membráně je uložen Cortiho orgán, v němž je smyslový epitel vnímající zvukové vlny a transformující je do nervových vzruchů.

Prilymfa – vyplňuje prostory mezi stěnami kostěného a blanitého hlemýždě. Má stejné složení jako mozkomíšni mok a jako extracelulární tekutiny (vysoká koncentrace Natria a nízká koncentrace Kalia).

Endolymfa – vyplňuje blanitý hlemýžď a blanitý labyrint. Má stejné složení jako intracelulární tekutiny (vysoká koncentrace Natria, nízká koncentrace Kalia) [16, 12].

1.2 Fyziologie

Zvukové vlny přicházejí ke sluchovému orgánu hlavně ušním boltcem a zvukovodem, který končí bubínkem. Kolísání akustického tlaku rozkmitá bubínek, jehož kmity se přenášejí sluchovými kůstkami v cavum tympani na membránu oválného okénka. Ve středním uchu přenášejí kladívko, kovadlinka a třmínek kmity bubínku na oválné okénko. Jejich úlohou je přenos zvuku, co možná beze ztráty z prostředí s nízkým vlnovým odporem do prostředí s vysokým vlnovým odporem. Pokud měnič impedance chybí (např. poškozené kůstky), nastává ztráta sluchu asi o 20 dB. Svaly středního ucha mají funkci reflexního udržování konstantní intenzity zvuku, ochrana před příliš hlasitým zvukem a redukce rušivých šelestů.

Pro další vedení zvuku sluchovým nervem musejí být kódovány: frekvence, intenzita, směr, vzdálenost zdroje zvuku. Různé kmitočty se zobrazují podél kochley odděleně, jsou vedeny dále oddělenými vlákny sluchové dráhy a centrálně identifikovány. Člověk je schopen rozlišit 1003 Hz.

Sluchová dráha - vlákna sluchového nervu, vedou jádra. Ty přijímají impulzy a porovnávají intenzitu.

Kochleární mechanika – akustické vibrace se přenášejí do nitroušních tekutin. Tlaková změna se vyrovnává na membráně okrouhlého okénka, protože tekutina je nestlačitelná. Při přenosu kmitů dochází v tekutině k vzniku postupné vlny o proměnlivé rychlosti.

Při vnímání polohy a pohybu těla v prostoru se uplatňují informace z kožních, svalových a šlachových čidel, ale zejména ve vestibulárním ústrojí vnitřního ucha. Čidlo polohy je

umístěno ve dvou blanitých váčcích. Čidlo pohybu je uloženo v ampulích tří polokruhovitých kanálků kolmo na sebe postavených [11].

2 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

Definice

Zdravotní postižení můžeme v psychické oblasti chápat jako omezení v rozvoji normálních funkcí. Jakékoliv postižení nepoškozuje jen určitý orgán, ale určitým způsobem působí na celou bytost jedince, která žije se zdravotním postižením. Postižení tvoří určitý znak organismu. Osoba, která tento znak nosí, získává ve společnosti roli postiženého. Tato role s sebou nese pozitivní i negativní vlastnosti [17].

Slowík ve své knize uvádí:

„Postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. Znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální. Pokud bychom jako slyšící ztratili sluch, přijdeme v okamžiku o přísun až 60% informací, což je újma relativně nižší než v případě ztráty zraku [10].“ Sluch plní i bezpečnostní funkci, zůstává aktivní stále i ve spánku.

Tento handicap dopadá na lidi se sluchovým postižením a vytváří:

- komunikační bariéru
- deficit v orientačních schopnostech
- psychickou zátěž
- omezení sítě sociálních vztahů
- negativní vliv na vývoj myšlení

Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center.

2.1 Etiologie

Vrozená

Udává se přibližně 50% případů příčin sluchových postižení je způsobeno geneticky podmíněnými vadami. Další příčinou může být infekční onemocnění matky během těhotenství, jako jsou zarděnky, spalničky, chřipka, toxoplazmóza. Objevují se také lékové embryopatie nebo fetopatie.

Získaná

Jedná se o postižení vznikající v průběhu života jako následek:

- onemocnění (středoušní zánět, meningitida, průšnice)
- úrazy hlavy
- vedlejší účinky léků

Příčinou úbytku sluchu může být také stárnutí [3, 10, 20, 23].

2.2 Diagnostika

Specializovaným vyšetřením sluchu se zabývá lékařský obor otorhinolaryngologie.

Frekvenční pásmo lidské řeči je přibližně mezi 500-4000 Hz.

Vyšetřovací metody:

- vyšetření pohledem nebo pohmatem za použití zdroje světla, čelního zrcátka a ušního zrcátka
- otoskopie – vyšetření pohledem
- pomocí řeči – šeptáním na vzdálenost cca 6m hlasitou řečí na 10m
- pomocí ladiček – k odlišení převodní a percepční nedoslýchavosti
- tympanometrie
- vyšetření vestibulárního ústrojí
- audiometrie
- měření otoakustických emisí (OAE)

- metody založené na vyšetření evokovaných sluchových potenciálů – BERA, CERA
- přístrojové vyšetřovací metody RTG spánkové kosti, CT, MRI [3, 10, 20, 23]

2.3 Klasifikace

V periferní části může být zasaženo vnější ucho, střední ucho nebo vnitřní ucho.

V centrální části pak poruchy postihují sluchový nerv.

Klasifikace uvedené v knize Slowíka:

Klasifikace sluchového postižení podle typu:

- převodní vady (vady vnějšího a středního ucha, jedinec špatně slyší, jde o kvantitativní postižení sluchu)
- percepční vady (vady vnitřního ucha a CNS, jedinec špatně rozumí, jde o kvalitativní postižení sluchu)
- smíšené

Klasifikace sluchového postižení podle intenzity sluchové ztráty:

- nedoslýchaví
 - lehce
 - středně
 - středně těžce
 - těžce
- neslyšící
- ohluchlí

Klasifikace sluchového postižení podle doby vzniku:

- vrozené postižení
- získané postižení
 - prelingvální
 - postlingvální

- prelingvální sluchová ztráta vzniká perinatálně nebo před zahájením vývoje řeči v prvních měsících života,
- postlingvální sluchová ztráta je náhlá nebo postupná ztráta sluchu po dokončení vývoje řeči,
- pro ztrátu sluchu v období vývoje řeči bývá používán termín perilingválně sluchové postižení.

Klasifikace sluchového postižení podle etiologie:

- orgánové postižení
- funkční postižení [10]

2.4 Terapie

Terapie závisí na individuálním přístupu a především patří do specializovaného lékařství. Léčba má mnohé společné základy. Projevy vestibulární a kochleární se léčí podporou prokrvení vnitřního ucha vazoaktivními látkami, množství tekutiny v blanitém labyrintu snižujeme diuretiky, hypertonickými roztoky a neslanou dietou. Ke zklidnění závratí slouží antivertiginózní, neuroleptika a pacienta ukládáme do klidu. Předpokládanou alergii potlačí kortikoidy a antihistaminika. Léčbu doplňují vitamíny skupiny B, A, E.

2.4.1 Možnosti chirurgické léčby

Kochleární implantát

Je elektronická funkční smyslová náhrada, která zprostředkuje sluchové vjemy neslyšícím jedincům přímou elektronickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýžďe vnitřního ucha.

Kochleární implantát je hlavní rehabilitační pomůcka sluchu pro děti i dospělé s těžkou percepční vadou sluchu. Základním předpokladem implantace je funkční sluchový nerv, průchodný hlemýžď pro vsunutí drátku s elektrodami a funkční musí být i celá sluchová dráha s mozkovými centry pro zpracování informace.

Pacienty vybírá komise a operaci i následnou rehabilitaci hradí zdravotní pojišťovny [24, 25].

Implantát se skládá ze dvou částí:

Vnitřní část kochleárního implantátu se skládá z přijímače – stimulátoru, který je umístěn do jamky skalní kosti, a svazku elektrod, který je zaveden do hlemýžďe vnitřního ucha. Vnější část je tvořena řečovým procesorem a mikrofonem s vysílací cívkou, které jsou umístěny za boltcem a slouží k přenosu informace a energie do vnitřního přijímače [10].

Kochleární implantát je určen:

- a) pro děti ohluchlé po zánětu centrálního nervového systému (např. po virózách, po meningitidě, apod.). Jeho zavedení (implantace) je prováděno do půl roku po zjištění diagnózy.
- b) pro děti, které se narodily s oboustranným těžkým postižením sluchu, kdy u těchto dětí nedochází k vnímání a rozvoji řeči ani po intenzivní rehabilitaci s výkonnými sluchadly. U těchto dětí se jako nejvhodnější dobu pro zavedení (implantaci) považuje období mezi druhým a čtvrtým rokem věku dítěte.

Vyšetření

Děti před kochleární implantací jsou vyšetřovány ve dvou fázích. Obsahem první fáze je vyšetření:

- foniatrické,
- psychologické,
- logopedické.

Při těchto vyšetřeních se hodnotí rozsah a závažnost sluchové vady. Dále se hodnotí důsledek na vývoj řeči a jazyka. Jedná se o tzv. psychoakustické testy, které se doplňují metodami objektivní audiometrie. U nejmenších dětí je vyšetření problematictější, nelze již po prvním vyšetření rozhodnout o vhodnosti kochleární implantace. Tyto děti jsou proto pozorovány v průběhu diagnostické rehabilitace. Dále jsou hodnoceny také schopnosti a vlastnosti kandidáta, spolupráce rodičů při rehabilitaci. U dětí, které jsou větší, je důležité znát i jejich motivaci k nošení vnějších částí implantátu.

Operace

Zavedení kochleárního implantátu provádí zkušený kofochirurg pomocí operačního mikroskopu. Operace trvá přibližně tři hodiny a jsou prováděna měření funkce implantátu. Maximální doba hospitalizace jsou dva týdny. Za 4 – 6 týdnů po operaci je poprvé zapojen a naprogramován řečový procesor pacienta. Programování řečového procesoru je třeba provádět opakovaně. Cílem je nastavení optimálního rozsahu stimulace jednotlivých elektrod tak, aby vyhovoval individuálním potřebám pacienta.

Rehabilitace

Důsledně a kvalitně prováděná rehabilitace je nezbytným předpokladem pro dobré využití kochleárního implantátu. U starších dětí, které ohluchly po osvojení řeči a jazyka (postlingválně), je rehabilitace jednodušší a kratší. U dětí, které se narodily neslyšící nebo ohluchly brzy po narození (prelingválně), trvá rehabilitace několik let.

Po zapojení řečového procesoru slyší dítě nejprve různé zvuky, a to i velmi slabé, hluboké i vysoké (až 10kHz), a učí se je rozlišovat a poznávat. Postupně se učí rozlišovat známá slova z omezeného počtu alternativ bez pomoci odezírání. Pacienti se učí identifikovat slova ve stále větších souborech, rozumět pokynům a jednoduchým otázkám. Rehabilitace tedy postupuje od detekce přes diskriminaci a identifikaci k porozumění běžné konzervace bez nutnosti odezírání. Díky sluchové kontrole se postupně zlepšuje také melodie rytmus a

srozumitelnost řeči. Pro dobré výsledky celého programu je důležitá spolupráce s pracovníky ve speciálních pedagogických centrech [20, 23, 24, 25].

2.4.2 Korekce sluchadly

Sluchadlo je elektronická pomůcka, jejíž hlavní funkcí je zesílení zvuku, především řeči. Jedná se vlastně o miniaturní zesilovač zvuku. Sluchadlo sice nemůže svému nositeli zajistit zcela „normální“ sluch, ale mělo by poskytnout co největší přínos při kompenzaci sluchové vady.

Podle tvaru

1.**Závěsná sluchadla** – jsou tvořena pouzdrem z umělé hmoty, obsahujícím elektroniku; jsou zavěšena za ušním boltcem na tzv. háku, zvuk se přivádí do zvukovodu a k bubínku plastovou trubičkou s ušní vložkou.

2.**Nitroušní sluchadla** – jak napovídá název, jsou umístěna celá přímo v uchu. Podle provedení to mohou být sluchadla boltcová (konchální), která vyplňují konchu boltce, zvukovodová, umístěná pouze ve zvukovodu, nebo kanálová – úplně skrytá ve zvukovodu.

3.**Kapesní sluchadla**

4.**Brýlová sluchadla**

Oba poslední typy jsou využívány jen minimálně.

Podle zpracování signálu

1.**Analogová sluchadla** – zpracovávají zvukový signál analogově (tranzistory, integrované obvody).

2.**Analogová sluchadla digitálně programovatelná** – nastavení je provedeno digitálně, kontrola činnosti probíhá rovněž digitálně.

3.Plně digitální sluchadla – zpracovávají signál zcela odlišným způsobem, jsou řízena mikročipem.

Součásti sluchadla

- 1.mikrofon
- 2.zesilovač s regulátorem hlasitosti
- 3.filtry
- 4.reproduktor
- 5.ušní tvarovka (vločka)
- 6.baterie

Indikace sluchadla

Sluchadlo je indikováno tehdy, kdy sluchovou vadu nelze zlepšit medikamentózní ani operativní léčbou. Při výběru nejde jen o estetický tvar, ale především o akustické vlastnosti. O předpisu sluchadla rozhodne lékař na základě anamnézy, audiometrického vyšetření a zhodnocení pacientem. Vhodná sluchadla se seřídí podle audigramu a provede se zkouška mluvenou řečí.

Monaurální a binaurální korekce

Monaurální korekce je korekce pouze jednostranná.

Binaurální korekce je oboustranná a má řadu předností:

- výrazné zlepšení srozumitelnosti v hluku
- větší dynamický rozsah
- zlepšení směrového slyšení
- zlepšení prostorové orientace[10, 22, 23, 26]

Technické pomůcky

Jedná se o kompenzaci pomocí zesilovacích aparatur, sluchátek, dále budíky se světelnou signalizací, psací telefony, fax, telefax, počítač. Pomůcky budou dále popsány viz další kapitola 5.1.1.

3 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S POSTIŽENÍM SLUCHU

Sluchově postižení mají v dnešní době možnost se vzdělávat ve speciálních školách. Vzdělávat se mohou již v mateřských, základních, středních školách, odborných učilištích pro sluchově postižené, ale i na vysokých školách.

Hlavním důsledkem sluchového postižení je opožděný nebo nedostatečný rozvoj řeči, verbálních schopností vůbec a s tím spojeno abstraktní myšlení. Při zařazování dítěte do vzdělávacího procesu je potřebné vycházet z důležité podmínky, kterou je úspěšnost dítěte v daném typu školy a přínosnost jejího programu pro něj. Vhodnost zařazení do určitého typu vychází z řečové úrovně, které dítě dosáhne v předškolním věku.

Důležitými faktory, ovlivňujícími rozvoj řeči sluchově postižených, je hloubka poruchy, úroveň obecné inteligence, včasnost zjištění vady, kvalita rehabilitace ze strany profesionálů i rodiny a přítomnost dalších vad.

3.1 Vzdělávání a výchova

Integrace v rámci mateřské a základní školy

Začlenění sluchově postižených dětí do běžné mateřské a základní školy v místě bydliště je jistě přáním mnoha rodičů a počet dětí vzdělávaných touto formou se zvyšuje. V závislosti na řečových dovednostech a jejich akceleraci v průběhu předškolního a mladšího školního věku se v praxi integrují do zařízení pro slyšící většinou děti nedoslýchavé, z těžce sluchově postižených pak někdy ty, které pomocí sluchadel dobře využívají sluchových reziduí, byly včas rehabilitovány, mají dobrou obecnou inteligenci a jsou bez dalších vad. Předností tohoto řešení je, že nedochází k separaci od rodiny a vrstevníků v místě bydliště, dítě získává stejné sociální dovednosti a návyky. Na straně druhé je však nutno sledovat, zda u dítěte v běžné mateřské škole, kterou navštěvuje v nejcitlivějším období pro rozvoj řeči, k tomuto rozvoji skutečně dochází, zda je zapojováno i do programů souvisejících s řečí a zda se v nich orientuje. U žáka základní školy je pak nutné začlenění do kolektivu a plná účast na všech činnostech třídy. Tyto integrované děti jsou obvykle sledovány speciálně-pedagogickými centry speciálních škol, která poskytují odborné konzultace a zjišťují, jak se žák rozvíjí a je-li výuka ve slyšícím prostředí pro něj přínosem.

Pokud se nestane součástí své třídy a pouze přežívá vedle svých spolužáků, nejde o integraci v pravém slova smyslu, dítě nezíská ani dostatečné vědomosti a dovednosti, ani přiměřené sebevědomí a sebejistotu. V takovém případě je vhodnější volit speciální školu.

Speciální školy pro sluchově postižené

V minulosti byly tyto školy nazvány podle hloubky sluchové poruchy (škola pro nedoslýchavé, zbytky sluchu, neslyšící), avšak vzhledem k tomu, že stav sluchu není hlavním kritériem k doporučení dítěte do určitého typu školy, mají v současné době jednotné označení základní školy pro sluchově postižené. Školy či třídy těchto škol se rozlišují podle osnov, podle kterých se učí (běžné či redukované) a dále pak podle metod, kterých se používá (orální, totálně komunikační, bilingválně apod.). Součástí všech speciálních škol jsou mateřské školy, které připravují děti pro vstup do příslušné školy, a speciálně – pedagogická centra, kteří vedle péče o děti od 0 do 3let a o předškolní děti nenavštěvující speciální mateřskou školu, sledují i děti zařazené do běžných mateřských a základních škol (tyto služby poskytují paralelně i logopedická oddělení zdravotnických zařízení). Pracovníky center jsou logopedové, speciální pedagogové a psychologové. Všechny speciální školy pro sluchově postižené mají přípravný ročník, děti se vyučují mikrotřídách s maximálním počtem 8 – 10 dětí, třídy jsou vybaveny audiotechnikou a vyučují zde speciální pedagogové [3].

V knize Slowíka speciální pedagogie je uvedeno, citují:

„Důležitou součástí výchovy a vzdělávání jedinců se sluchovým postižením je logopedická péče. Orální komunikace těchto osob vyžaduje nápravu a stimulaci správné výslovnosti, aby jejich řeč byla pro ostatní co nejsrozumitelnější [3].“

3.2 Filozofický přístup k výchově a vzdělávání sluchově postižených

3.2.1 Klinický přístup

Sluchově postižení jsou chápáni jako jedinci s handicapem, který je třeba v průběhu jejich vývoje kompenzovat. S tímto postojem souvisí orální výchova (či některá z jejich forem), kdy je maximální snahou poskytnout sluchově postiženému mluvenou a psanou řeč jako hlavní komunikační systém, aby mohli komunikovat stejně jako slyšící společnost a měli stejný dorozumívací systém se slyšícími rodiči. U řady i těžce sluchově postižených lze za vynaložení snahy rodiny i vzdělávacích institucí tohoto cíle dosáhnout, známe relativně dobře integrované neslyšící na různých úrovních vzdělávání. Zároveň víme, že tato cesta není z mnoha důvodů schůdná pro všechny těžce sluchově postižené, zejména trpí – li v souvislosti s etiologií sluchové poruchy další vadou, či bylo – li vlivem pozdní diagnózy nebo nekvalitní rehabilitace promeškáno citlivé období pro rozvoj řeči [3].

3.2.2 Etnický přístup

Část sluchově postižených, zejména s geneticky vzniklou vadou, jejichž rodinách se znaková řeč užívá zcela přirozeně jako jazyk mateřský, se cítí být etnickou menšinou se všemi jejími atributy, jako je společný jazyk, kultura, tradice. Toto definování sebe jako menšiny se všemi právy menšiny příslušejícími respektuje i školský zákon, který uznává právo sluchově postižených na vzdělání ve znakovém jazyce. Tato právní úprava je jistě progresivním prvkem v uznávání lidských práv menšin, neřeší však základní otázku, zda je pro to které konkrétní dítě vhodnější a výhodnější výchova k integraci s většinou společností slyšících, nebo k tomu, aby se stalo členem menšiny. Ideální řešením, o které se odborníci zabývající se sluchově postižených snaží, je poskytnout dítěti takové vzdělávací možnosti, aby se mohlo v dospělosti samo rozhodnout, ke které společnosti chce patřit. K predikci a realizaci těchto možností se snaží přispět i kvalitnější diagnostika a terapie sluchově postižených [3].

4 KOMUNIKACE SE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝMI

Používání běžné mluvené řeči jako hlavní formy komunikace je u lidí s těžkým sluchovým postižením velice omezené nebo zcela nemožné, nezbyvá než využívat alternativní přístupy metody v dorozumívání těchto osob [10].

4.1 Znakový jazyk

Znakový jazyk je jazykový systém sloužící k dorozumívání mezi neslyšícími a slyšícími.

Platný Zákon o znakové řeči 155/1998 Sb. – zde se touto řečí rozumí český znakový jazyk a znaková čeština, což neznamená totéž.

Základem znakové řeči je systém pohybů – gest rukou a dalších doplňujících výrazových (pohybových a mimických) prvků, který vytváří plnohodnotné nezávislé jazykové prostředí. Výhodou je snadná a plynulá komunikace mezi sluchově postiženými, kteří si tímto způsobem dokážou porozumět dokonce i v mezinárodním prostředí [10].

Znakový jazyk je dorozumívacím prostředkem neslyšících. Je to přirozený komunikační systém, který využívá vizuálně – pohybové prostředky. Mezi tyto prostředky se řadí tvar rukou, pohyb rukou a jejich postavení, mimika, pozice hlavy a horná část těla.

Znaková čeština je uměle vytvořený systém usnadňující komunikaci mezi slyšícími a neslyšícími. Základem je zřetelné vyslovování české věty a doplňování jednotlivých slov znaky, které se používají v českém znakovém jazyce [19].

4.2 Orální metoda

Vychází z předpokladu, že i lidé s těžkým sluchovým handicapem by se měli naučit využívat běžnou mluvenou a psanou řeč, aby byli schopni optimálně existovat ve společnosti. Předpokladem je srozumitelné používání mluvené řeči a dostatečná schopnost odezírání řeči neslyšícím člověkem z úst druhých lidí, případně využití daktylní (prstové) abecedy.

Příliš se tato metoda v dnešní době nepoužívá. Metoda vyhovuje spíše nedoslýchavým a postlingválně neslyšícím, kteří mají nějaký základ v řeči a vědí, jak slova znějí [10, 21].

4.2.1 Odezírání

Odezírání nazýváme dovednost jedince vnímat mluvenou řeč zrakem a pochopit obsah sdělení nejen podle pohybu úst, ale i podle mimiky obličeje, výrazu očí a gestikulace (odezírání baba).

Odezírání je velmi náročné. Vyžaduje velké soustředění. Pozornost klesá asi po 15 – 20 minutách.

Při komunikaci touto metodou musíme dodržet určité podmínky:

- je vhodné mluvit pomalejším tempem
- používat jednoduché věty
- používat známá slova
- správně artikulovat
- přiměřená vzdálenost – interpersonální
- dostatečné osvětlení obličeje
- neoslovovat postiženého zezadu nebo z boku
- neodvracejte se k postiženému !
- pokud komunikace není možná, použijte papír a tužku
- požívejte podpurné komunikační pomůcky – mimika, gestikulace
- v přítomnosti tlumočnicka mluvte na neslyšícího

4.2.2 Daktylní (prstová) abeceda

Prstová abeceda je komunikační forma, při které se využívá různých poloh a postavení prstů. Pomocí prstů se ukazují jednou nebo oběma rukama jednotlivá písmena české prstové abecedy. Obsahuje 27 znaků pro hlásky a navíc ještě znaky pro čárky a háčky [10, 21].

4.3 Bilingvální přístup

Je to kombinace předchozích metod komunikace. Je velmi výhodnou. Při bilingválním přístupu jsou jedinci s těžkým sluchovým postižením vzděláváni jak s využitím běžného jazyka (odezírání, mluvení, čtení, psaní), tak i pomocí znakové řeči, i prostřednictvím tlumočníka. Učí se tak partnersky komunikovat s nepostiženými lidmi a současně mohou být respektováni jako specifická kulturní a jazyková menšina [10].

Bilingválně vzdělávat se začalo nejprve ve Skandinávských státech, a to v 80. letech 20. století. V České republice se tento systém začal používat v roce 1995 v bilingválních mateřských školách a později ve speciálních základních školách v Praze, Brně a Valašském Meziříčí.

Bilingvální vzdělávání probíhá v následujícím pořadí:

- osvojení přirozeného jazyka, tedy znakového
- osvojení pojmů a socializace
- osvojení si druhého jazyka (českého mluveného jazyka)
- zvládnutí vyučované látky
- sebevzdělávání

4.4 Totální komunikace

Kombinace znakového jazyka, mluvené řeči, prstové abecedy, odezírání, psaní, čtení, mimické a gestikulační prvky se nazývá totální komunikace. Můžeme jej považovat za ideální systém komunikace. Za zakladatele je považován R. Hlcomb, který ji zavedl ve škole v Kalifornii v šedesátých letech minulého století [10, 21].

4.5 Pravidlo pro komunikaci se sluchově postiženým

Pravidla byla vytvořena, aby nedocházelo k bariéře při vzájemné komunikaci.

Zrakový kontakt

Při komunikaci pomocí znakového jazyka je nutné navázat oboustranný zrakový kontakt. Pokud se na osobu, s kterou chce navázat komunikaci nedíváme, může mít dotyčný dojem, že sdělení není určeno jemu. Pokud neslyšící vědomě přeruší oční kontakt se znakovou nebo mluvící osobou, může to znamenat, že si nepřeje v rozhovoru pokračovat. Nestačí však pouze oční kontakt, ale je nutné dát najevo svým výrazem, občasným pokývnutím hlavy a jinou mimikou a gestikulací, že nás projev druhého zajímá a že mu rozumíme.

Navázání kontaktu

Pokud chceme navázat kontakt s neslyšícím a on se na vás nedívá, upozorníme jej dotykem, pokud je v našem dosahu. Dotyk je přípustný v horní části paže, na předloktí nebo na rameni. Dotek by měl být lehký a ne prudký. Pokud sedíme u stolu, lze dotyčného zavolat i zaboucháním na stůl, nebo zadupáním na zem.

Upoutání pozornosti po příchodu do místnosti

Neslyšící jsou zvyklí vnímat vizuální podněty. Příklad do místnosti, kde pracuje neslyšící, můžeme signalizovat rychlým zapnutím vypnutím hlavního osvětlení. Jde o krátké zablikání podobné jinému zaklepaní na dveře. Delší bliknutí působí jako bouchání na dveře a není tedy vhodné.

Nemluvte o člověku v jeho přítomnosti takovým způsobem, jakým by jste nemluvili, kdyby vás dotyčný mohl slyšet. Zajděte do klubu mezi neslyšící a vyzkoušejte si na vlastní kůži, jaké to je, pokud nikomu a ničemu nerozumíte [24].

5 RODINA A STÁT

5.1 Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením

Osobám se zdravotním postižením jsou poskytovány dávky sociální péče. Podmínky, po jejichž splnění jsou tyto dávky poskytovány, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se též provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení.

Uvedené dávky jsou poskytovány

- osobám s trvalým pobytem na území ČR,
- osobám, na které se vztahuje přímo použitelný předpis Evropských společenství,
- občanům členského státu EU a jejich rodinným příslušníkům, kteří jsou hlášeni na území ČR déle než tři měsíce.

Osobám sluchově postiženým jsou poskytovány v ČR dávky – jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu. Dále se těmto osobám poskytují rovněž mimořádné výhody (tj. průkaz TP, ZTP a ZTP/P).

5.1.1 Jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek

Jedná se o jednorázovou, nenárokovou dávku sociální péče, kterou poskytuje příslušný obecní úřad obcí s rozšířenou působností. Jedná se o příspěvek na opatření pomůcky, kterou potřebuje zdravotně postižený k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svého postižení. Není však poskytován v případě, že pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna. Zvláštní pomůcky, na které lze takovýto příspěvek poskytnout, jsou uvedeny v příloze č. 4 k Vyhlášce č. 182/1991 Sb.

Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro sluchově postižené osoby:

- víceúčelová pomůcka pro sluchově postižené děti
- signalizace bytového a domovního zvonku včetně instalace
- signalizace telefonního zvonku
- světelný nebo vibrační budík

- telefonní přístroj se zesílením zvuku pro nedoslýchavé včetně světelné indikace zvonění
- psací telefon pro neslyšící včetně světelné indikace zvonění
- přídatná karta k osobnímu počítači a programové vybavení emulující psací telefon pro neslyšící
- fax
- faxmodemová karta k počítači a programové vybavení emulující fax
- videorekordér
- televizor s teletextem
- doplnění stávajícího televizoru o dekodér teletextu včetně montáže
- přenosný naslouchací souprava s rádiovým nebo infračerveným přenosem
- přístroj k nácviku slyšení
- bezdrátové zařízení umožňující poslech televizního přijímače nebo jiného zdroje zvuku
- individuální přenosný naslouchací přístroj (nikoliv elektronické sluchadlo)
- individuální indukční smyčka
- indikátor hlásek pro nácvik v rodině

Příspěvek na tyto vyjmenované pomůcky se poskytuje ve výši, která umožňuje opatření pomůcky v základním provedení. Pokud je nutný zácvik pro používání pomůcek, lze příspěvek poskytnout v plné výši prokázaných nákladů. Příspěvek na zvláštní pomůcky se poskytuje jen tehdy, když žadatel předem, v písemné podobě, se zaváže vrátit příspěvek nebo jeho poměrnou část v případě, že:

- pomůcku, kterou zakoupil za použití příspěvku, přestane být před uplynutím 5 let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím,
- příspěvek nepoužije, do 6 měsíců ode dne vyplacení, na opatření pomůcky nebo použije jen část příspěvku.

Příspěvek či jeho poměrná část není vrácena v tom případě, kdy občan, kterému byl příspěvek na opatření zvláštních pomůcek vyplacen, zemře.

5.1.2 Příspěvek na úpravu bytu

Jedná se o jednorázovou, nárokovou dávku sociální péče. Stejně jako ostatní obdobné dávky je poskytována obecním úřadem obce s rozšířenou působností. Ve vyhlášce č. 182/1991 Sb. je konkrétně uvedeno, že tento příspěvek je poskytován neslyšícím občanům nebo rodičům neslyšícího nezaopatřeného dítěte (pouze pro úpravu – instalace potřebné zvukové nebo světelné signalizace) a to na byt, který užívají k trvalému bydlení.

I při poskytování tohoto příspěvku se musí žadatel zavázat předem písemnou formou k tomu, že:

- příspěvek či zálohu vyúčtuje do tří let od zahájení řízení,
- příspěvek nebo jeho poměrnou část vrátí v tom případě, že byt prodá, vymění, dojde-li k změně užívacího nebo vlastnického práva k bytu a to před uplynutím 10 let od jeho poskytnutí,
- vrátí poměrnou část příspěvku v tom případě, že úpravy, které byly plánované, se neuskuteční v rozsahu podle schválené dokumentace a vyplacený příspěvek přesáhl 70 % skutečně vynaložených nákladů.

Příspěvek či jeho poměrná část není požadována k vrácení v tom případě, kdy občan nebo dítě, jehož rodiči byl příspěvek vyplacen, zemře. Dále příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací, jestliže jeho výše nepřesáhla 5000 Kč. Obecní úřad obce s rozšířenou působností může od vymáhání příspěvku ve zřetelehodných případech upustit.

Za úpravu bytu pro potřeby sluchově postižených se považuje instalace potřebné zvukové nebo světelné signalizace.

Výše dávky je určována se zřetelem na příjmy a majetkové poměry občana či jeho rodiny. Příspěvek je možno poskytnout i formou zálohy.

5.1.3 Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Tak jako ostatní, jsou tyto výhody poskytovány obecním úřadem obce s rozšířenou působností. Výhody je poskytovány občanům starším 1 roku, které mají těžké zdravotní postižení. Toto postižení je musí omezovat v jejich pohybové nebo orientační schopnosti, což sluchově postižení rozhodně splňují. Podle druhu a stupně postižení jsou mimořádné výhody děleny do tří stupňů:

- stupeň I. (průkaz TP),
- stupeň II. (průkaz ZTP),
- stupeň III. (průkaz ZTP/P).

Těžké zdravotní postižení je uváděno v příloze č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb. v textu již zmiňované. Zdravotní postižení neboli zdravotní stav občana posuzuje lékař úřadu práce. O toto posouzení nežádá občan, žádá příslušný úřad.

Postižení mají taktéž další úlevy a slevy, které jsou upraveny v právních předpisech jiných resortů než Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Jedná se např. o sazbu, o kterou se snižuje základ pro daň z příjmů, pokud je poplatník držitelem průkazu ZTP/P (Ministerstvo financí), bezplatné užití dálnic a rychlostních silnic, vyhrazená místa k parkování (ministerstvo dopravy), apod. I tyto úlevy a slevy mohou užívat sluchově postižení.

Sluchově postiženým občanům jsou poskytovány mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) a mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P).

Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP)

Výhody jsou poskytovány v případech:

- oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota, kterou se rozumí celková ztráta slyšení podle Fowlera 85 % a více, více než 70 dB,
- kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkční v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta slyšení pod Fowlera 40 až 65 %.

Osoby, které vlastní průkaz ZTP mohou využívat výhod:

- a) nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky,
- b) nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, pokud toto jednání vyžaduje delší čekání, zejména stání. Za toto jednání se nepovažuje nákup v obchodech, obstarávání placených služeb či ošetření, vyšetření ve zdravotnických zařízeních,
- c) nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tj. metrem, trolejbusem, autobusy, tramvajemi),
- d) sleva 75 % jízdného ve 2. vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě, 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP)

Výhody jsou poskytovány v případech:

- oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota u dětí do ukončení povinné školní docházky,
- kombinované těžké postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta slyšení pod Fowleta horší než 65 %.

Osoby, které vlastní průkaz ZTP mohou využívat výhod:

- a) výhody uvedené v II. stupni (průkaz (ZTP)),
- b) nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě,
- c) u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

Držitelům průkazů ZTP a ZTP/P, tedy i sluchově postiženým, mohou být poskytnuty slevy poloviny vstupného na různé kulturní a sportovní podniky, např. divadelní představení, filmová představení, koncerty, apod. V případě, že držitelé průkazu ZTP/P jsou doprovázeni průvodci, platí sleva poloviny vstupného i pro tyto průvodce.

5.2 Opakovaný příspěvek na péči

Jedná se o příspěvek, který je poskytován dítěti ve stáří od 1 roku. Příspěvek je poskytován v různé finanční výši. Tato výše příspěvku je dělena na 4 kategorie, kdy jejich rozdělení je určeno stupněm závislosti:

- a) stupeň I. – lehká závislost,
- b) stupeň II. - středně těžká závislost,
- c) stupeň III. – těžká závislost,
- d) stupeň IV. – úplná závislost.

Postižený je zařazován do kategorie podle schopnosti zvládat úkony sebeobsluhy, např. pohybová schopnost (tj. schopnost sedět, chodit, stát, apod.), hygienické návyky a schopnosti (tj. mytí, koupání, sprchování, základy hygieny, apod.), schopnost zajištění základních denních potřeb. Taktéž je brán zřetel na sociální schopnosti postiženého, např. základní úklid domácnosti, schopnost dorozumět se a komunikovat, zajištění bezpečnosti svých osobních věcí i své vlastní bezpečnosti (např. bezpečnostní opatření při používání elektrospotřebičů, plynu, horké vody, apod.), manipulace s finančními prostředky a další. Jednotlivé stupně hodnotí revizní lékař a sociální pracovník. Konečnou kategorii určuje revizní lékař.

Poskytování příspěvku upravuje zákon č. 108/2006 Sb. a vyhláška č. 505/2006 Sb. Příspěvek lze použít i k zaplacení osob, které poskytují sociální služby postiženým. Může se jednat např. o tzv. osobní asistenty, pracovníky agentur provádějících hlídání, apod. [27].

5.3 Možnost získání informací, pomoci

Sluchově postižení nejsou se svým zdravotním handicapem sami. Určitě jak jim samotným, tak jejich blízkým či známým lze různě pomoci a poradit, či je informovat. Často se stává, že u postižených osob dochází k tzv. sociální izolaci a riziko této izolace je velmi vysoké. Velké procento lidí s handicapem se snaží omezit své kontakty na skupiny či jednotlivce se stejným postižením, které řeší obdobné či stejné problémy. Dávají takto přednost snadnému dorozumění, čímž se vyhýbají, ať vědomě či nevědomě, ostatním osobám. Proto vznikají různé organizace, sdružení, spolky či svazy. Tyto poskytují jak poradenské služby, tak kulturní, zábavné a sportovní aktivity. Pro sluchově postižené osoby je hlavně důležitá vzájemná komunikace s lidmi slyšícími. Měli by se zaměřit na mluvenou i psanou češtinu, měli by se snažit využívat všechny dostupné možnosti či prostředky a to tak, aby byli schopni se dorozumět srozumitelně se všemi osobami nejen s těmi, které mají stejné či obdobné postižení. A v tomto jim právě pomáhají již zmiňované organizace.

Dále je nutné, aby osoby s handicapem věděly kde vyhledat pomoc a radu, kde žádat o různé příspěvky na pomůcky, bydlení, apod. I když základní informace většinou dostanou od svých ošetřujících lékařů, popř. na odboru sociálních věcí příslušných obcí, role různých organizací, sdružení a spolků, v této sféře je nepominutelná. Konkrétně v městě Zlín a jeho okolí se mohou osoby se sluchovým postižením obrátit a vyhledat pomoc u:

- Česká unie neslyšících Zlín (www.cunzlin.estranky.cz),
- TJ Slovan neslyšících Zlín (www.tjslovanzlin.cz),
- Poradenské centrum SNN Zlín (Svaz neslyšících a nedoslýchavých),

Jedná se o jedny z nejdůležitějších organizací poskytujících pomoc sluchově postiženým osobám v mém trvalém bydlišti.

6 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH OSOB

Zdravotní postižení lze brát v globálu jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury, poruchy funkce organismu a všechna postižení, které omezují pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, funkce mentální a jiné. Toto pak ústí v handicap, tedy postižení, které se dotýká postavení jedince ve společnosti. U osob sluchově postižených dochází ke ztížení zejména komunikace s ostatními slyšícími jedinci. V důsledku ztížené komunikace pak dochází k vyčleňování handicapovaných osob ze společnosti, tyto osoby se uzavírají do osamění nebo úzkého kruhu blízkých osob, čímž dochází k vysokému riziku izolace těchto osob.

V okolí nemocných dětí dochází k uvědomění a prožívání nemoci dítěte. Jedná se o nejbližší sociální okolí, tedy rodiče, sourozence, prarodiče sourozence rodičů. Tito reagují na nastalou situaci a snaží se s ní postupně vyrovnat. Často dochází k nejistotě rodičů a nejbližších osob dítěte. S tím přichází i změny nálady, postojů, dochází k neobvyklým a nezvyklým projevům a změnám v chování. Dítě nastalou situaci vnímá a silně se jej dotýká. Děti jsou všeobecně velmi vnímavé a na jakékoliv změny ve svém prostředí mohou různě reagovat. Prostředí v okolí nemocného či jakkoliv postiženého dítěte nesmí toto dítě zatěžovat, naopak mu musí přinášet uklidnění, povzbuzení a důvěru jak v lékaře, tak v jejich léčebný postup a případně i důvěru k následné případné rehabilitaci.

6.1 Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte

Rodina všeobecně funguje, či měla by fungovat, jako celek. V tomto celku má každý člen svou funkci, postavení či roli. Jakékoliv změna, či zásah do tohoto rodinného fungování, která se týká některého z členů rodiny, přináší narušení dosavadního rodinného fungování. Jako jednu z nedůležitějších změn v rodině, která takto narušuje rodinné fungování, můžeme uvést onemocnění dítěte. I když dojde k banálnímu onemocnění dítěte, rodiče a nejbližší okolí dítěte, toto prožívají se zvýšenou stresovou zátěží. V případě, že dojde ke sdělení závažné diagnózy dítěte, u rodičů dochází k hlubokému otřesu. Nezáleží na tom o jakou diagnózu se jedná, nezáleží ani na tom kdy byla diagnóza rodičům sdělena (tj. ihned po narození dítěte či v jeho pozdějším věku).

První sdělení diagnózy vyvolává u rodičů dítěte šok, úzkost a smutek. Dochází k rozvoji obranných mechanismů, kdy tento rozvoj nastupuje velmi rychle. S nemocí dítěte se každý člen rodiny vyrovnává v různém časovém období, různým způsobem, takové vyrovnání bývá individuální. Avšak větší část rodičů prochází řadou stadií emočních reakcí a to v následujícím pořadí:

- a) **Šok** – rodiče mají pocity zmatku, bezmoci, většinou reagují nepřiměřeně, nesmyslně.
- b) **Popření** – rodiče se snaží utéci ze situace, nechtějí věřit a přesvědčují se, že to není pravda, chtějí hledat zázračný lék. V tomto stádiu se často rodiče obrací k Bohu, hledají záchranu a pomoc v magice apod.
- c) **Smutek, zlost, úzkost, pocity viny** – typické je, že neviní jen sebe sama, ale i druhé. Taktéž často viní lékaře z jejich neschopnosti, nechtějí si připustiti, že věděli a byli poučeni, snaží se hledat nějakého viníka. dochází k hledání viny. Dochází k agresivitě, vzteku, ale naopak i k hlubokému smutku, sebelítosti, litování druhých. Většinou rodiče chápou, že jejich pocit viny je iracionální. Až po zjištění příčiny nemoci může dojít k zbavení se hledání viny. V tomto období je důležité pomoci rodičům a nebránit jim ve vyjádření jejich pocitů. Protože dochází ke snížené vnímavosti rodičů, musí se těmto neustále podávat informace o nemoci a možnostech léčby. Důležité je odeznění šoku, čemuž může napomoci citlivá forma sdělení diagnózy, vyjádření opory, projevení zájmu o rodiče samotné a hlavně dostatek času na vysvětlení. V případě, že postižení je zjistitelné již při narození dítěte, či v krátkém časovém období po narození, musí být kladen důraz na normální rysy dítěte. V případě sluchově postižených je však tato „pomoc“ částečně nevyužitelná, neboť toto postižení bývá zjistitelné až v delším časovém období po porodu. O to bývá vyrovnání rodičů s postižením dítěte obtížnější. Informace by měli dostávat oba rodiče zároveň, nemělo by docházet k tomu, že si navzájem budou tyto předávat. Při rozhovoru musí lékař i zdravotní personál očekávat prudkou reakci rodičů a musí umět tuto reakci zvládnout a to i v případě agresivních či depresivních rodičů.

- d) **Rovnováha** – snižování depresí a úzkosti. Rodiče se postupně vyrovnávají s onemocněním dítěte, toto přijímají a vzrůstá i snaha rodičů o opatrování a léčbu dítěte. Rovnováha nebývá úplná, dochází k výkyvům a to i když toto stádium trvá několik týdnů až měsíců.
- e) **Reorganizace** – jedná se o poslední stádium. Onemocnění dítěte je rodiči přijímáno, tito se s tímto faktem vyrovnávají. Dochází k přijmu dítěte „takové jaké je“ a rodiče se snaží najít nějakou budoucnost. Rodiče by měli vzájemně spolupracovat, doplňovat se. Dítě by z nich mělo cítit souznění, soulad, harmonii. Pokud rodina překoná krizi a nedojde k narušení rodinné harmonie (např. rozchodem rodičů), probíhá i kvalitnější léčba, rehabilitace a péče o postižené dítě. Často dojde však k tomu, že rodiče tohoto posledního stadia nedosáhnou. Nedokáží se s handicapem dítěte vyrovnat a tím dojde k narušení rovnováhy rodinného fungování. Dítě pak nedostává potřebnou péči a podporu, často rodiče postižené dítě izolují od okolí, taktéž může dojít k tomu, že jsou vůči dítěti rodiče agresivní, odmítají je a kritizují.

6.2 Postoj okolí k nemocnému dítěti

Existuje několik okruhů vlivu okolí na dítě a to jak zdravé, tak nemocné či postižené. Společnost uznává či určuje hodnoty tělesného zdraví, zdatnosti a neporušenosti. Toto ovlivňuje nejbližší osoby dítěte a zprostředkovaně pak přes tyto i samotné dítě. K tomuto ovlivňování dochází v prvním období dítěte, tj. po narození až do vstupu do kolektivu či společnosti dětí. Jakmile se dostane dítě do dalšího období svého vývoje, vstupuje tedy mezi své vrstevníky, a pokud dítě nevypadá nebo nepodává výkony tak jak to společnost nastavila, tzn. že se odlišuje, toto samo pociťuje.

Ten kdo není s handicapem dítěte obeznámen, může necitelně zasáhnout jak do chování a jednání rodičů, tak do pocitů dítěte. I v dnešní době v některých lidech přetrvává pocit, že pokud se dítě narodí s vrozenou vadou, je to podezřelé. Dávají to najevo rodičům, kdy tito často podlehnou laickému názoru a může dojít k nezvládnutí jejich emocí a to až k odporu k dítěti. V případě, že u dítěte je zjištěn handicap až později, naopak dochází v jejich okolí někdy až k přehnané péči a snaze něco napravit.

Nejdůležitější pro dítě jsou reakce a podněty jeho bezprostředního nejbližšího okolí, tedy rodičů a ostatních členů rodiny. Zde je nutné započítat všechny ty, kteří jsou citově k dítěti vázáni.

I dítě samo o sobě dokáže své okolí ovlivňovat i když je pod jeho vlivem. Samo vnáší nezvyklé nároky a přitahuje pozornost, provokuje nebo dráždí. Může budit lítost, je ten kdo zatěžuje fyzicky i časově své ošetřovatele a tím je může vyčerpávat. Nesmíme však popřít to, že dítě má nárok na informace o svém zdravotním stavu a to i v tom případě, že tato informace není příznivá. Musíme dítěti však tuto informaci sdělovat velmi šetrně a přiměřeně, nezavírat před ním tzv. vrátka, ale ukázat mu budoucnost. Taktéž je nutné dítě zaangažovat do své vlastní léčby a rehabilitaci a motivovat je k aktivitě.

Okolí dítěte, rodina i různá dětská zařízení, kde je později dítě začleněno (např. mateřské školky), musí důsledně dbát na přístup k nemocnému dítěti. Toto by nemělo pociťovat jakoukoliv odlišnost od dítěte bez postižení, mělo by být k němu přistupováno naprosto stejně, bez rozdílu. Kontakt má být přímý, nikoliv uhýbavý – neradostný. I v případě přístupu zdravotnických pracovníků je kladen důraz na to, že postižené dítě by mohlo být vystaveno většímu nebezpečí zanedbávání než jiné a že jim je třeba poskytnout více pozornosti.

V neposlední řadě je nutné připomenout, že v období, kdy probíhá akutní stadium onemocnění, je dítě tzv. středem pozornosti, je mu věnováno hodně péče. Při přechodu do chronického stadia pak zájem okolí ochabuje. Pokud je dítě dlouhodobě umístěno ve zdravotním zařízení, může dojít i k tomu, že rodina si začne zvykat na život bez dítěte. Návrat dítěte do takového společenství je pak problematický jak pro ně samé, tak ostatní členy. Proto je nutné neustále projevovat zájem o dítě a neustále si toto uvědomovat a brát dítě jako stálého, neopominutelného člena rodiny.

Rodina s nemocným či postiženým dítětem by se neměla oddělovat, izolovat od svého okolí. Všichni rodinní příslušníci by měli spolupracovat a být neustále v kontaktu nejen s prarodiči, svými přáteli a známými, ale i svými sousedy, spolupracovníky apod. Je to důležité, protože z těchto lidí mohou čerpat energii, podporu, může od nich přijít případně i tolik potřebná pomoc, např. hlídání dětí nebo finanční pomoc. V případě, že se rodina uzavře, neudrhuje žádné kontakty, tudíž nemá žádnou oporu, hrozí i větší riziko týrání či zanedbávání postiženého dítěte. I když při dlouhodobém či trvalém postižení dítěte není nikdy adaptace rodiny ukončena a každé zhoršení postižení či nemoci se projevuje dalším

novým šokem, je nutné této rodině pomoci a být jim oporou. Je jedno zda to je ve věku kdy dítě je v období po narození, či nastupuje do mateřské školky a poté školy, pak se dostává do puberty a následně dospívá. Významná je nejen emoční, ale i instrumentální a případně i finanční pomoc. Na první místo však kladu podporu emoční, kterou považuji za nejdůležitější [3,14,5].

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

Sluchově handicapované řadíme do několika skupin a mají různě velkou ztrátu sluchu. Nejčastěji se můžeme setkat s osobami nedoslýchavými. Druhou nejčastější skupinu tvoří lidé postlingválně neslyšící, tedy těch, kteří přišli o sluch poté, co u nich byla vytvořena řeč. Méně často jsou to po narození neslyšící – prelingválně neslyšící.

Na základě poznatků jsme se rozhodli tuto problematiku u rodin, které mají sluchově postižené dítě prostřednictvím dotazníkového šetření prozkoumat.

Pro výzkum jsme určili téma:

- Zátěž rodiny při péči o postižené dítě, zaměřené na sluchově postižené děti.

7.1 Výzkumný problém

Práce je podrobněji zaměřena na sluchově postižené děti, sociální podporu a zátěž pro rodinu.

V souvislosti s uvedeným tématem jsme stanovili problém výzkumu:

- Jaká je největší zátěž pro rodinu se sluchově postiženým dítětem?

▪ Cíl výzkumu

Na základě stanoveného problému jsme určili hlavní cíl:

- Zjistit, co nejvíce rodiče sluchově postižených dětí zatěžuje.

V souvislosti s hlavním cílem jsme stanovili parciální cíle, které jsou:

- Zjistit, zda rodiče těchto dětí mají dostatek informací o sluchové vadě dítěte a speciálním přístupu k němu.
- Zjistit, jak je zajištěno vzdělávání, aktivity a dostupnost k nim.
- Ověřit, jak rodiče komunikují s dítětem.
- Zjistit sociální pomoc rodinám takto postižených dětí.

7.2 Hypotézy

V souvislosti s uvedenými cíly jsme definovali tyto hypotézy:

H₁ Domnívám se, že více jak 50% rodičů pociťuje nejvíce zátěž psychickou při péči o své sluchově postižené dítě.

H₂ Předpokládám, že 70 % rodičů těchto sluchově postižených dětí má dostatek informací o speciálním přístupu k těmto dětem.

H₃ Předpokládám, že 80% rodičů je spokojeno s úrovní vzdělávání jejich dětí.

H₄ Myslím si, že 60% dětí se sluchovou vadou navštěvuje volnočasové aktivity společně se slyšícími dětmi.

H₅ Domnívám se, že ze 70 % se ke komunikaci mezi rodiči a dětmi používá znaková řeč.

H₆ Předpokládám, že 60% rodičů není spokojeno se sociální podporou od státu pro jejich sluchově postižené děti.

7.3 Metoda výzkumu

Pro získání výzkumných údajů jsme zvolili metodu dotazníkového šetření. Dotazník je nejrozšířenější metoda a umožňuje získat informace od velkého počtu respondentů za poměrně krátkou dobu a odpovědi poté jednoduše zpracovávat.

Úvod dotazníku obeznamuje respondenty s jeho charakteristikou a uvádí možnosti jeho vyplnění. Dotazník je zaměřený na získání údajů o zátěži rodiny při péči o postižené dítě zaměřené na sluchově postižené děti.

První část dotazníku umožňuje získat demografické údaje o respondentech. Obsahuje položky – pohlaví, počet dětí v rodině, počet sluchově postižených dětí v rodině, věk sluchově postiženého dítěte, zda žije dítě v úplné rodině a od kolika let navštěvuje speciální zařízení pro sluchově postižené. Druhá část dotazníku je zaměřena na získání údajů, které souvisejí s uvedeným tématem. Obsahuje 19 položek.

Formy položek v dotazníku:

- položky kontaktních identifikační – neočíslované
- položky polouzavřené – č. 7
- položky uzavřené polynomické – č. 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17,18
- položky filtrační uzavřené (strukturované) polynomické - 11
- položky otevřené (nestrukturované) – č. 3, 6, 14, 19

7.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek tvoří rodiče sluchově postižených dětí. Zkoumaný vzorek je vybrán záměrně, proto aby byly informace získány od rodičů těchto dětí různého věku a vzdělání.

Společné znaky zkoumaného vzorku jsou:

- sluchově postižené děti v rodině
- souhlas s účastí v dotazníkovém šetření

Dotazník je pro respondenty zcela anonymní.

7.5 Realizace výzkumu

Sběr informací byl realizován od 4.11. do 27.11. 2008. Dotazníky byly rozdány rodičům dětí se sluchovým postižením. Předpokládaný počet respondentů je 60. Návratnost dotazníku je 91,6 %, což je 55 dotazníků.

7.6 Zpracování získaných dat

Získaná data jsou uspořádána do pracovních tabulek četnosti. Položky jsou dále sestaveny do tabulek, graficky znázorněny a slovně popsány.

Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpovídají v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost poskytuje informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu, je vyjádřena v %.

8 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

V následující části práce prezentujeme výsledky jednotlivých položek dotazníku. Položky jsou zobrazeny v tabulce, grafem a slovně vyhodnoceny.

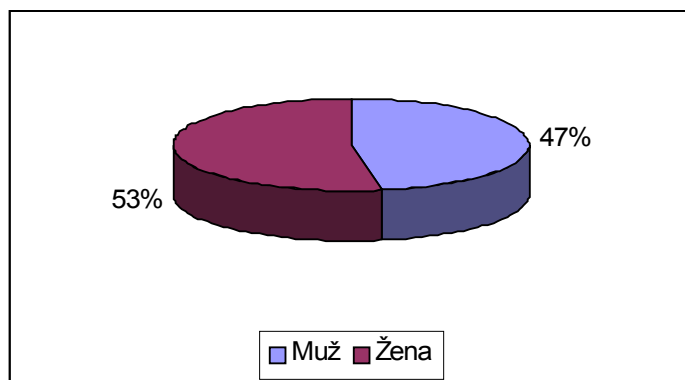
8.1 Vyhodnocení výzkumných položek

Položka č. 1 – Pohlaví respondentů

Tab. 1. Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Muž	26	47,3 %
Žena	29	52,7 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 1. Pohlaví respondentů



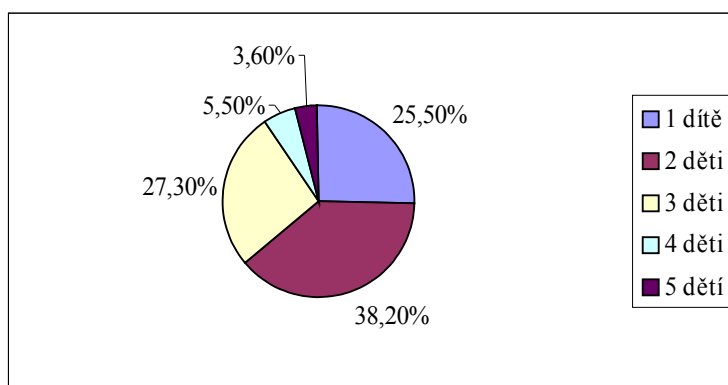
Z celkového počtu 55 respondentů tvořily ženy necelých 53 % , což je z počtu dotázaných 29 respondentů. Ostatních 47,3 % tvořili dotázaní muži.

Položka č. 2 – Počet dětí v rodině

Tab. 2 Počet dětí v rodině

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
1 dítě	14	25,5 %
2 děti	21	38,2 %
3 děti	15	27,3 %
4 děti	3	5,5 %
5 dětí	2	3,6 %
Celkem	55	100,0 %

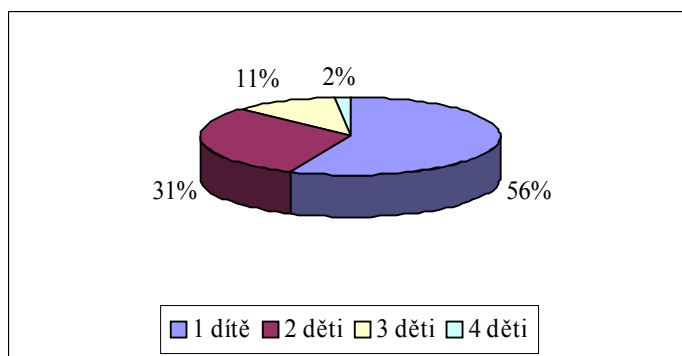
Graf 2. Počet dětí v rodině



Největší počet dětí v rodině bylo uvedeno 5 dětí, což uvedli 2 respondenti (3,6 %). Největší skupinu tvoří rodiny s počtem 2 dětí (38,2 %), dále pak rodiny s 3 dětmi (27,3 %). Následují rodiny s 1 dítětem (25,5 %) a dále se 4 dětmi (5,5 %).

Položka č. 3 – Počet sluchově postižených dětí v rodině*Tab. 3. Počet sluchově postižených dětí v rodině*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
1 dítě	31	56,4 %
2 děti	17	30,9 %
3 děti	6	10,9 %
4 děti	1	1,8 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 3. Počet sluchově postižených dětí v rodině

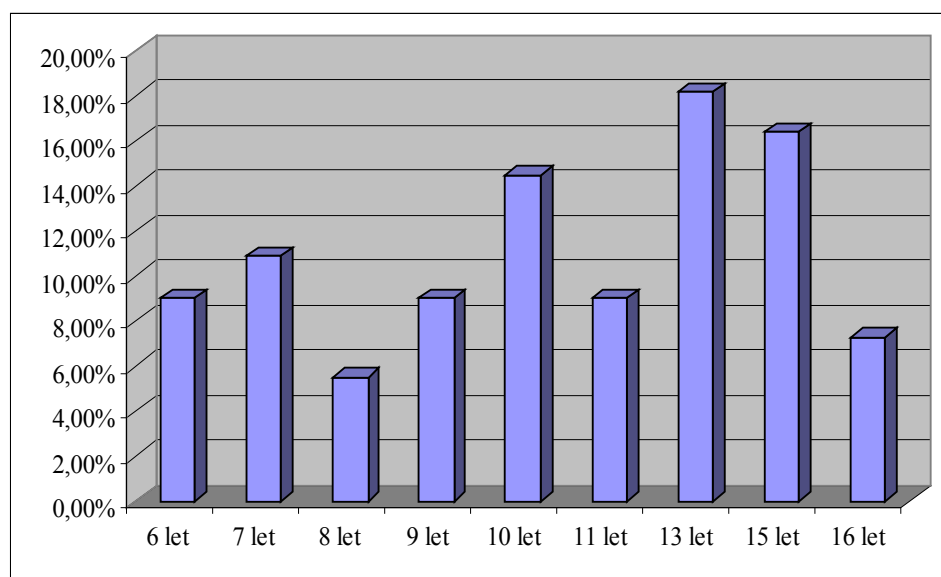
Největší část respondentů uvedla 1 sluchově postižené dítě v rodině (56,4 %). V 17 rodinách žijí 2 sluchově postižené děti (30,9 %) a dále v 6 rodinách dokonce žijí 3 děti se sluchovým postižením (10,9 %). Mezi respondenty byla i rodina se 4 sluchově postiženými dětmi (1,8 %).

Položka č. 4 – Věk dítě se sluchovou vadou

Tab. 4. Věk dítěte se sluchovou vadou

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
6 let	5	9,0 %
7 let	6	10,9 %
8 let	3	5,5 %
9 let	5	9,0 %
10 let	8	14,5 %
11 let	5	9,0 %
13 let	10	18,2 %
15 let	9	16,4 %
16 let	4	7,3 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 4. Věk dítěte se sluchovou vadou



Největší skupinu tvoří děti ve věku 13 let (18,2 %), za nimi jsou děti ve věku 15 let (16,4 %) a děti ve věku 10 let (14,5 %). Dále následuje věková skupina 7 let (10,9 %), dále pak

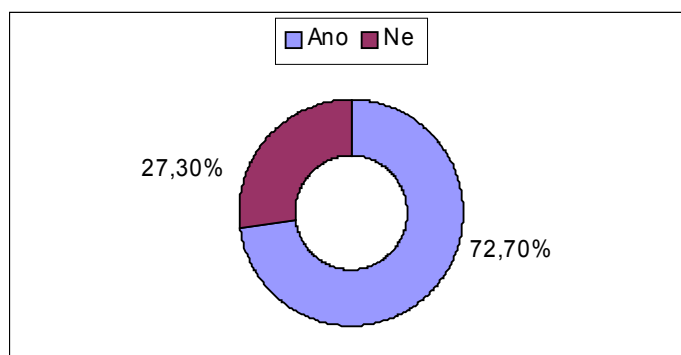
věkové skupiny 6 let, 9 let, 11 let (stejně 9,0 %). Předposlední je skupina 16 let (7,3 %) a poslední děti ve věku 8 let (5,5 %).

Položka č. 5 – Žije dítě v úplné rodině?

Tab. 5. Typ rodiny

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	40	72,7 %
Ne	15	27,3 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 5. Typ rodiny



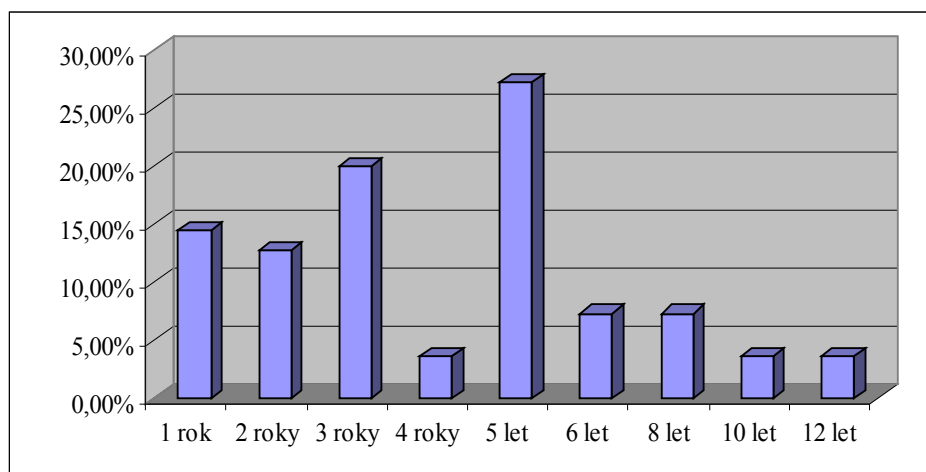
Z 55 respondentů 40 dotazovaných respondentů (72,7 %) uvedlo, že jejich děti žijí v úplné rodině. Z toho není zaznamenáno, že dvě s těchto rodin jsou úplné, ale pěstounské. 15 respondentů (27,3 %) uvedlo, že jejich děti žijí pouze s jedním s rodičů.

Položka č. 6 – Od kolika let navštěvuje dítě speciální zařízení?

Tab. 6. Věk dítě při nástupu do speciálního zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
1 rok	8	14,5 %
2 roky	7	12,7 %
3 roky	11	20,0 %
4 roky	2	3,6 %
5 let	15	27,3 %
6 let	4	7,3 %
8 let	4	7,3 %
10 let	2	3,6 %
12 let	2	3,6 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 6. Věk dítě při nástupu do speciálního zařízení



Z 55 respondentů uvedlo 15 dotázaných (27,3 %), že jejich sluchově postižené dítě nastoupilo do speciálního zařízení ve věku 5 let. Druhá nejpočetnější skupina byli děti ve věku 3 let (20,0 %), následně ve věku 1 roku (14,5 %) a dále 2 let (12,7 %). Méně

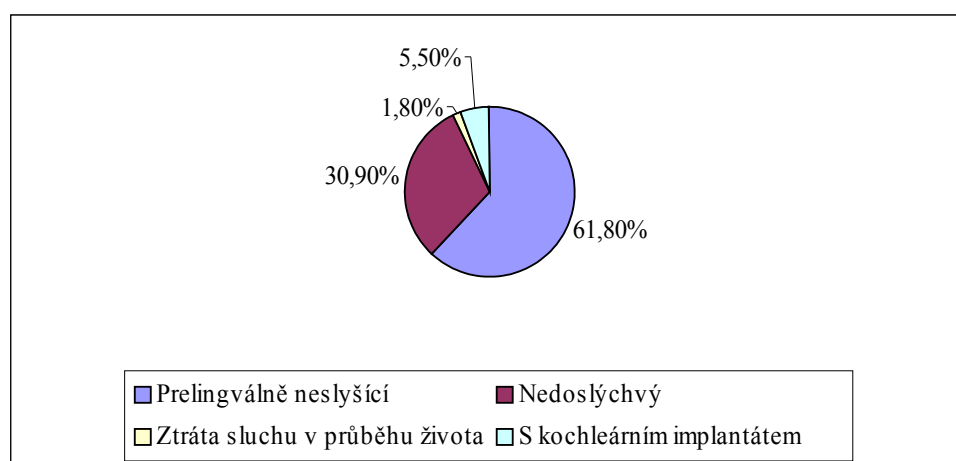
zastoupené skupiny tvoří ve věku 6 let a 8 let (7,3 %). Nejmenší skupinu tvoří děti ve věku 4 let, 10 let a 12 let, kdy pokaždé odpověděli dva respondenti (3,6 %).

Otázka č. 1 – Jaký druh sluchového postižení má Vaše dítě?

Tab. 7. Druh sluchové postižení dítěte

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Prelingválně neslyšící	34	61,8 %
Nedoslyšavý	17	30,9 %
Ztráta sluchu v průběhu života	1	1,8 %
S kochleárním implantátem	3	5,5 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 7. Druh sluchové postižení dítěte



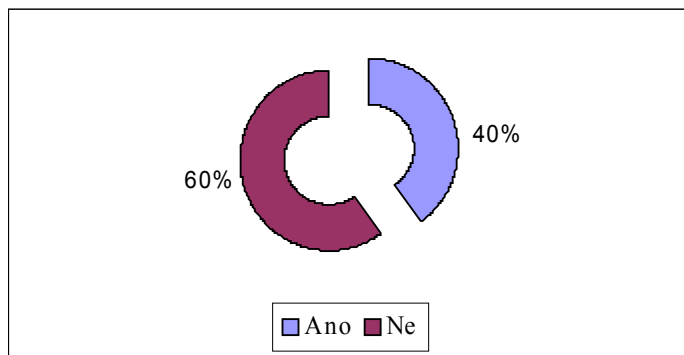
Nejčastěji uvedeným sluchovým postižením uvedeným v dotazníku bylo prelingválně neslyšící, což uvedlo 34 respondentů (61,8 %). Druhým nejčastějším sluchovým postižením bylo uvedeno neslychanost, což uvedlo 17 respondentů (30,9 %). Dotazovaný uvedl, že jeho dítě ztratilo sluch v průběhu života (1,8 %) a 3 respondenti uvedli, že jejich dítě má kochleární implantát (5,5 %).

Otázka č. 2 – Máte Vy sami sluchové postižení?

Tab. 8. Sluchově postižení rodiče

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	22	40,0 %
Ne	33	60,0 %
Celkem	55	100,0 %

Graf. 8. Sluchově postižení rodiče



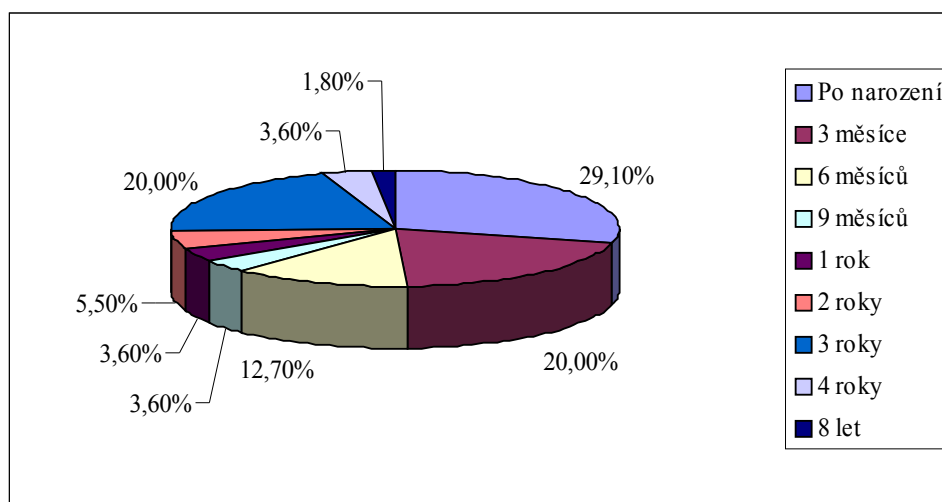
22 respondentů (40%) trpí sami sluchovým postižením. Zbýlých 33 respondentů (60%) sluchové postižení nemá.

Otázka č. 3 – V kolika letech bylo zjištěno sluchové postižení u Vašeho dítěte?

Tab. 9. Věk dítěte při zjištění sluchového postižení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Po narození	16	29,1 %
3 měsíce	11	20,0 %
6 měsíců	7	12,7 %
9 měsíců	2	3,6 %
1 rok	2	3,6 %
2 roky	3	5,5 %
3 roky	11	20,0 %
4 roky	2	3,6 %
8 let	1	1,8 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 9. Věk dítěte při zjištění sluchového postižení



16 respondentů (29,1 %) uvádí v dotazníku, že sluchové postižení u jejich dítěte bylo zjištěno ihned po narození, u 11 respondentů (20,0%) byla toto postižení zjištěno ve 3 měsících, v 6 měsících bylo postižení ujištěno u 7 respondentů (12,7 %). Jedná se o děti prelingválně neslyšící. Stejný počet respondentů tedy 11 (20%) uvedlo, že postižení bylo zjištěno ve 3 letech. U 3 respondentů (5,5 %) bylo postižení sluchu zjištěno ve 2 letech.

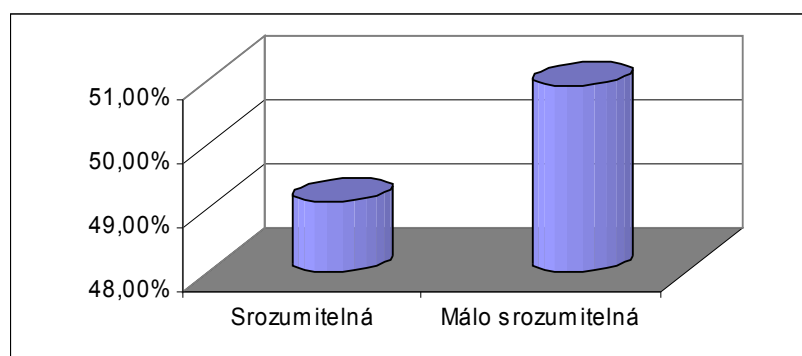
Nejméně pak bylo u 2 respondentů zjištěno (3,6 %) postižení v 9 měsíci, 1 roku a 4 letech. Respondent uvedl v 8 letech (1,8 %).

Otázka č. 4 – Diagnóza sdělená lékařem pro Vás byla?

Tab. 10. Sdělení diagnózy

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Srozumitelná	27	49,1 %
Málo srozumitelná	28	50,9 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 10. Sdělení diagnózy



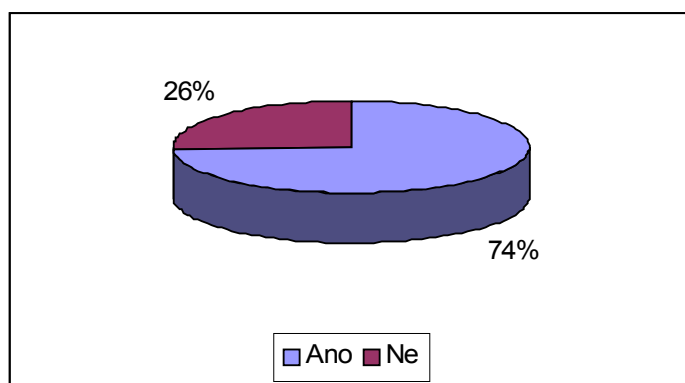
Pro 27 respondentů (49,1 %) z celkového počtu 55 respondentů uvádí, že diagnóza od lékaře byla pro ně srozumitelná. Pro 28 respondentů (50,9 %) bylo toto sdělení málo srozumitelné.

Otázka č. 5 – Myslíte si, že máte dostatek informací o speciálním přístupu při výchově Vašemu postiženému dítěti?

Tab. 11. Dostatek informací o přístupu k dětem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	41	74,5 %
Ne	14	25,5 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 11. Dostatek informací o přístupu k dětem



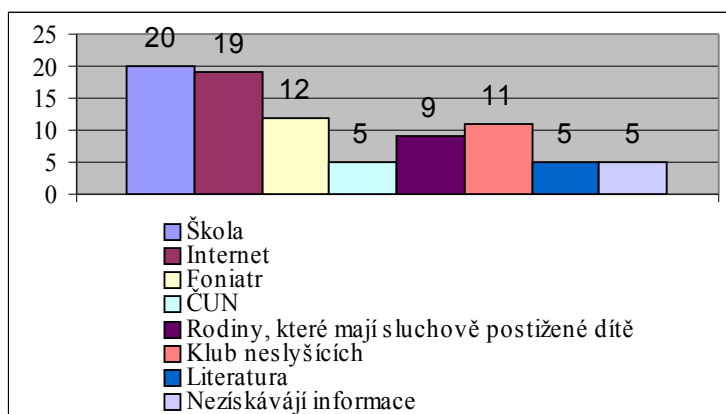
41 respondentů (74,5 %) odpovídá, že má dostatek informací o speciálním přístupu k jejich dětem. Záporně odpovědělo 14 respondentů (25,5 %).

Otázka č. 6 – Kde získáváte tyto informace? (více možností)

Tab. 12. Informace o výchově dětí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Škola	20	
Internet	19	
Foniatr	12	
ČUN	5	
Rodiny, které mají sluchově postižené dítě	9	
Klub neslyšících	11	
Literatura	5	
Nezískávají informace	5	
Celkem	86	

Graf 12. Informace o výchově dětí



Nejčastějším zdrojem informací je pro rodiče škola a srovnatelná volba je i internet. Následuje pak získávání informací od foniatra, tedy lékaře a kluby neslyšících. Rodiny získávají informace i od jiných rodiny, které také mají sluchově postižené dítě. Nejméně

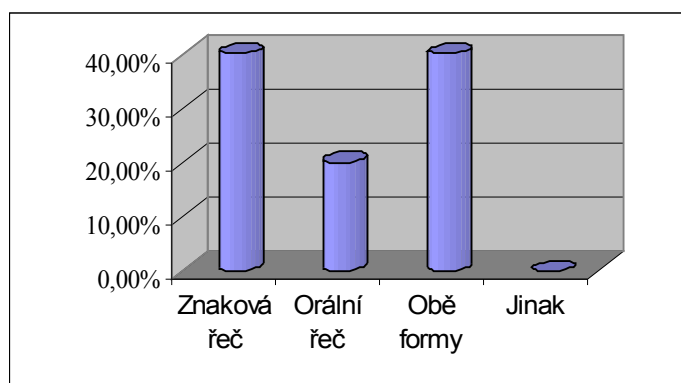
využívají informace pomocí literatury a České unie neslyšících. Několik respondentů uvedlo, že informace nezískávají.

Otázka č. 7 – Jak se dítě dorozumívá v nejbližším okolí a v rodině?

Tab. 13. Volba způsobu komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Znaková řeč	22	40,0 %
Orální řeč	11	20,0 %
Obě formy	22	40,0 %
Jinak	0	0 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 13. Volba způsobu komunikace



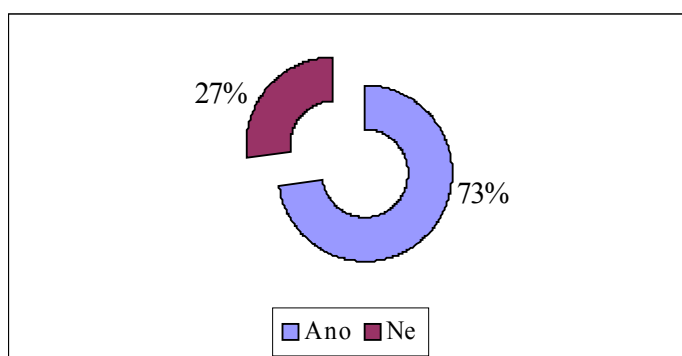
22 respondentů (40%) uvedlo, že se jejich děti dorozumívají pomocí znakové řeči. Stejný počet respondentů (40%) uvedlo, že jejich děti používají znakovou i orální řeč současně při komunikaci se svým okolím. Orální řeč uvedlo 11 respondentů (20%).

Otázka č. 8 – Ovládáte Vy sami znakovou řeč?

Tab. 14. ovládání znakové řeči

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	40	72,7 %
Ne	15	27,3 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 14. Ovládání znakové řeči



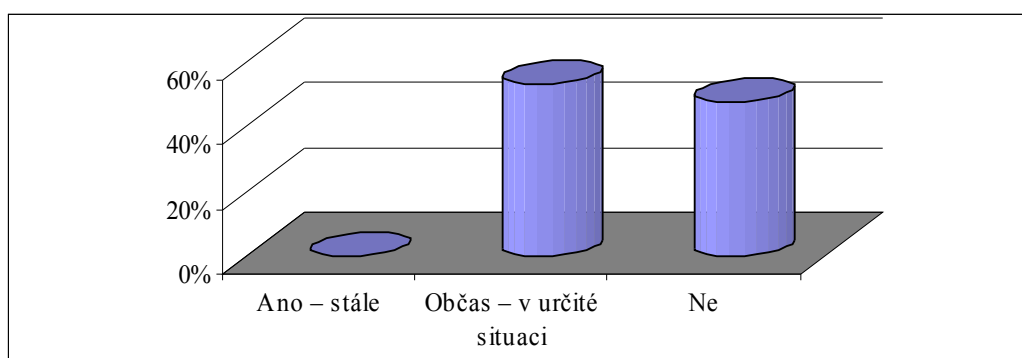
Z 55 respondentů ovládá znakovou řeč 40 respondentů (72,7 %), 15 respondentů (27,3 %) znakovou řeč neovládá.

Otázka č. 9 – Myslíte si, že Vaše dítě trpí pocitem méněcennosti?

Tab. 15. Méněcennost

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano – stále	0	0 %
Občas – v určité situaci	29	52,7 %
Ne	26	47,3 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 15. Méněcennost



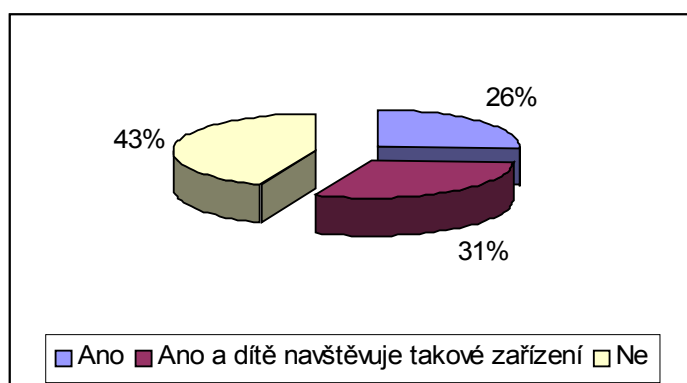
Podle 29 respondentů (52,7 %) jejich sluchově postižené dítě trpí pocitem méněcennosti pouze v určité situaci. 26 dotázaných respondentů (47,3 %) si myslí, že jejich děti netrpí pocitem méněcennosti. Možnost stále trpí pocitem méněcennosti nezvolil nikdo s respondentů.

Otázka č. 10 – Existuje ve Vašem okolí volnočasová zařízení pro sluchově postižené?

Tab. 16. Existence volnočasového zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	14	25,5 %
Ano a dítě navštěvuje takové zařízení	17	30,9 %
Ne	24	43,6 %
Celkem	55	100,0 %

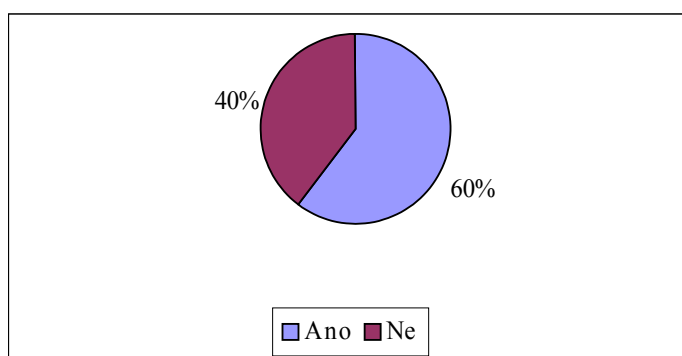
Graf 16. Existence volnočasového zařízení



24 respondentů (43,6 %) uvedlo, že v jejich okolí neexistuje volnočasové zařízení pro jejich děti. 17 respondentů (30,9 %) odpovědělo, že existuje v jejich okolí volnočasové zařízení a dítě jej navštěvuje a 14 respondentů (25,5 %) uvedlo, že je v jejich okolí také zařízení.

Otázka č. 11 – Navštěvuje Vaše dítě zájmové aktivity, kde jsou i děti slyšící?*Tab 17. zájmové aktivity*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	33	60,0 %
Ne	22	40,0 %
Celkem	55	100,0 %

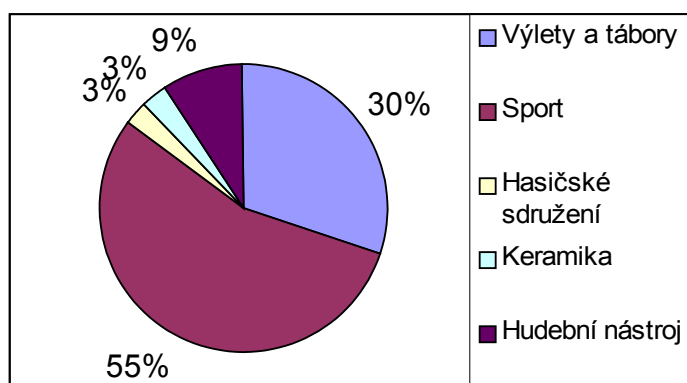
Graf 17. Zájmové aktivity

22 respondentů uvedlo, že jejich nenavštěvují zájmové aktivity. 33 respondentů uvedlo kladnou odpověď. Důvodu jsou shrnuty níže v tabulce a grafech.

Tab. 17 a). Aktivity

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Výlety a tábory	10	30,3 %
Sport	18	54,5 %
Hasičské sdružení	1	3,0 %
Keramika	1	3,0 %
Hudební nástroj	3	9,1 %
Celkem	33	100,0 %

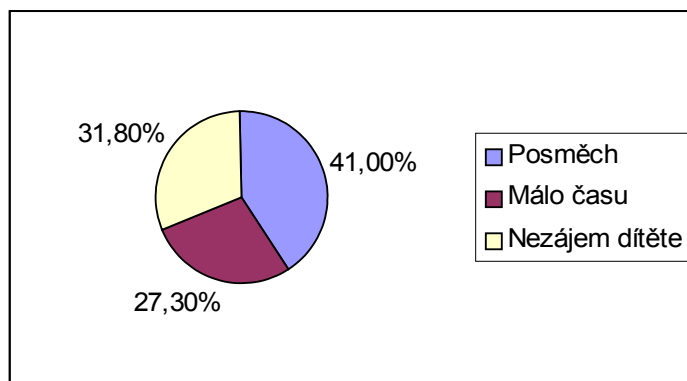
Graf 17a) Aktivity



Tab. 17.b) Aktivity - důvod

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Posměch	9	41,0 %
Málo času	6	27,3 %
Nezájem dítěte	7	31,8 %
Celkem	22	100,0 %

Graf 17. b) Aktivita - důvod

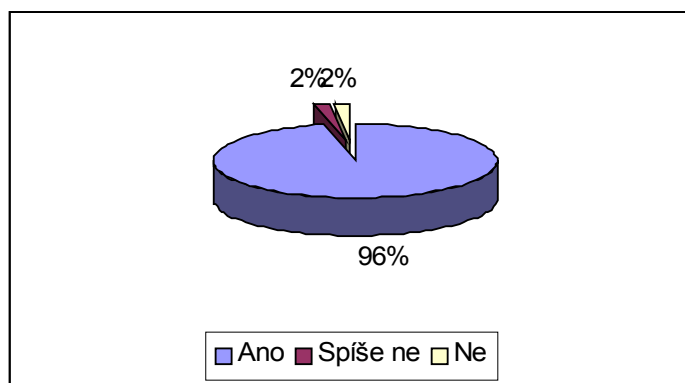


Otázka č. 12 – Jste spokojeni s úrovní vzdělávání, které je poskytnuto Vašemu dítěti?

Tab. 18. Vzdělávání spokojenost

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	53	96,4 %
Spíše ne	1	1,8 %
Ne	1	1,8 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 18. Vzdělávání spokojenost



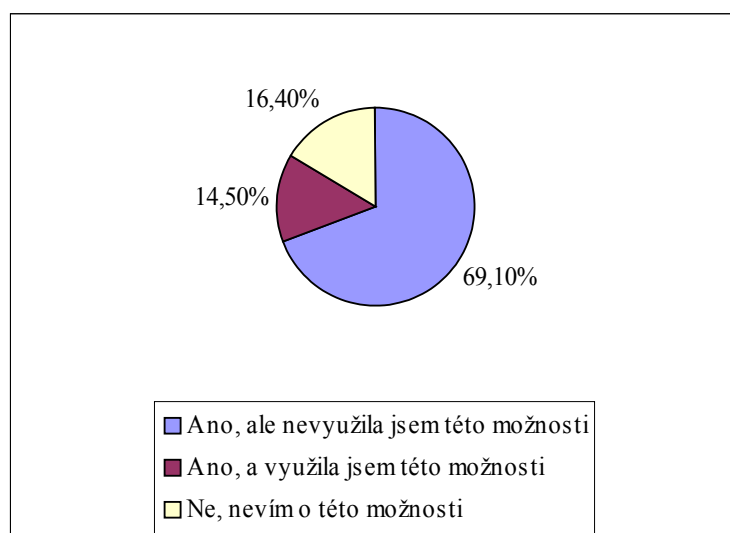
Z 55 respondentů je spokojeno se vzděláváním svých dětí 53 respondentů (96,4 %). 1 respondent odpověděl, že spíše není spokojen (1,8 %) a stejně tak 1 respondent není vůbec spokojen se vzděláním svého dítěte.

Otázka č. 13 – Víte o možnosti artikulačního tlumočnicka?

Tab. 19. Artikulační tlumočnick

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano, ale nevyužila jsem této možnosti	38	69,1 %
Ano, a využila jsem této možnosti	8	14,5 %
Ne, nevím o této možnosti	9	16,4 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 19. Artikulační tlumočnick



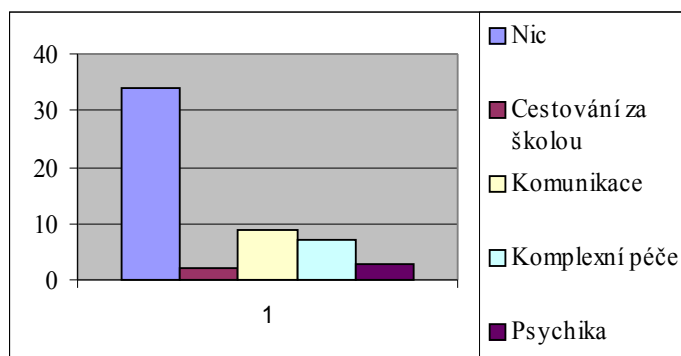
38 respondentů (69,1 %) uvádí, že vědí o možnosti artikulačního tlumočnicka, ale této možnosti nevyužili. 8 respondentů (14,5 %) tuto možnost využila. 9 respondentů (16,4 %) odpovědělo, že o možnosti využití artikulačního tlumočnicka nevědí.

Otázka č. 14 – Co Vás při péči o Vaše sluchově postižené dítě nejvíce zatěžuje? (více možností)

Tab. 20. Zátěž při péči o sluchově postižené

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Nic	34	61,8 %
Cestování za školou	2	3,6 %
Komunikace	9	16,4 %
Komplexní péče	7	12,7 %
Psychika	3	5,5 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 20. Zátěž při péči o sluchově postižené



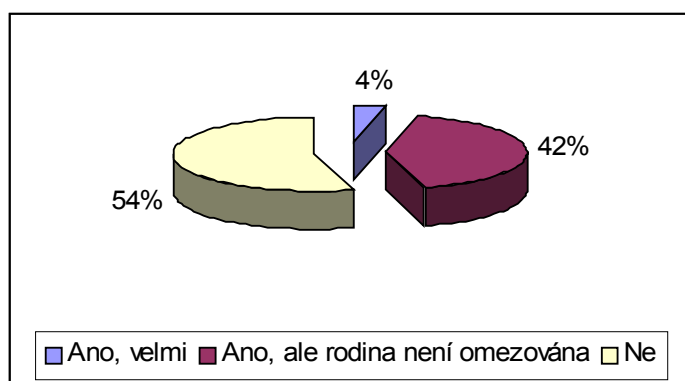
34 respondentů (61,8 %) uvedlo, že nepocítují žádnou zátěž při péči o sluchově postižené dítě, jsou to rodiče spíše starších dětí. Druhou nejčastější zátěží uváděli komunikaci s dětmi, a to 9 respondentů (16,4 %). Dále pak uvedli komplexní péče 7 respondentů (12,7 %), dále psychickou zátěž 3 respondenti (5,5 %) a 2 respondenti odpověděli cestování do školy (3,6 %).

Otázka č. 15 – Péče o Vaše sluchově postižené dítě Vás finančně zatěžuje?

Tab. 21. Finanční zátěž

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano, velmi	2	3,6 %
Ano, ale rodina není omezována	23	41,8 %
Ne	30	54,5 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 21. Finanční zátěž



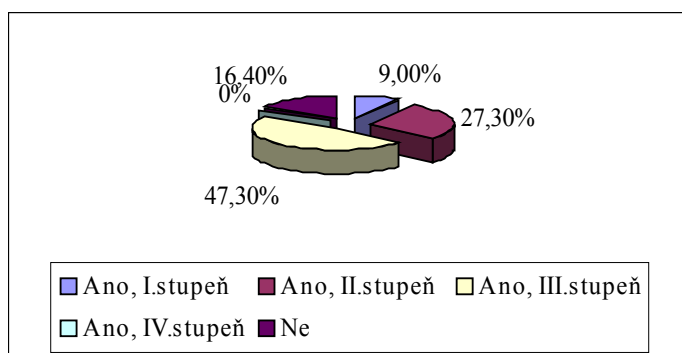
30 respondentů (54,5 %) uvedlo, že nepocítuje finanční zátěž při péči o sluchově postižené dítě. 23 respondentů (41,8 %) uvedlo, že je péče o tyto děti zatěžuje, ale rodina není omezována. Pouze 2 respondenti (3,6 %) uvedli, že je péče o tyto děti velmi zatěžuje.

Otázka č. 16 – Byl Vám přisouzen příspěvek na péči ?

Tab. 22. Příspěvek na péči

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano, I.stupeň	5	9,0 %
Ano, II.stupeň	15	27,3 %
Ano, III.stupeň	26	47,3 %
Ano, IV.stupeň	0	0 %
Ne	9	16,4 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 22. Příspěvek na péči



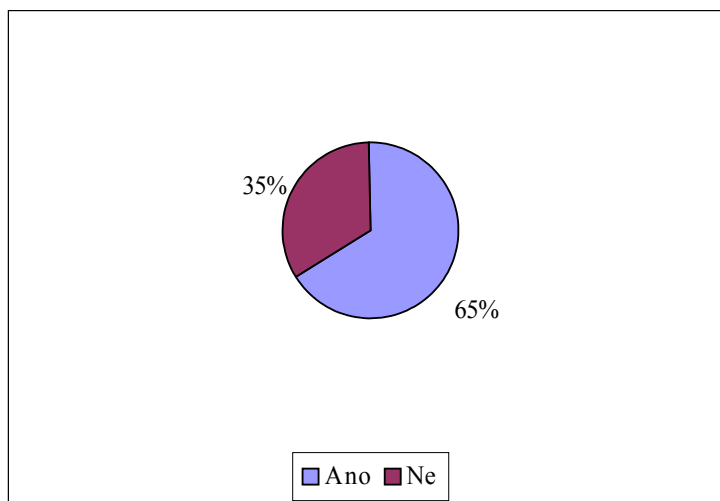
26 respondentům (47,3 %) uvedlo, že jim byl přiznán příspěvek na péči, a to III.stupeň. 15 respondentů (27,3 %) má přisouzen příspěvek II.stupně, 5 respondentů (9%) dostalo příspěvek I.stupně. 9 respondentů (16,4 %) uvedlo, že jim příspěvek přiznán nebyl.

Otázka č. 17 – Jste spokojeni se sociální podporou od státu pro Vaše sluchově postižené dítě?

Tab. 23. Spokojenost se sociální podporou

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	36	65,5 %
Ne	19	34,5 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 23. Spokojenost se sociální podporou



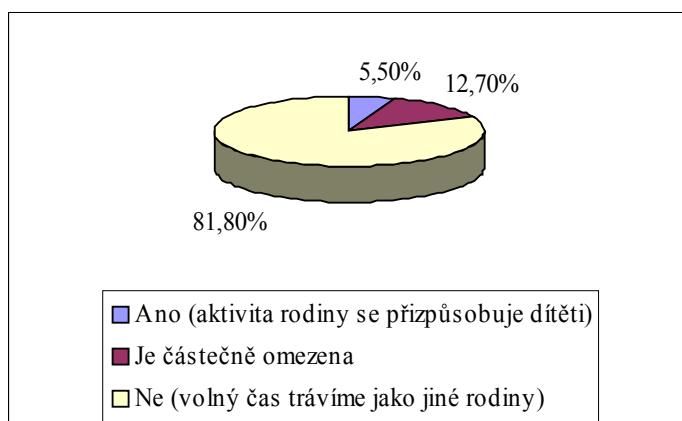
36 dotázaných respondentů (65,5 %) je spokojeno se sociální podporou státu. Negativní odpověď zvolilo 19 respondentů (34,5 %).

Otázka č. 18 – Je Vaše rodina omezena ve volbě využívání volného času vzhledem k dítěti se sluchovým postižením?

Tab. 24. Omezení rodinných aktivit

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano (aktivita rodiny se přizpůsobuje dítěti)	3	5,5 %
Je částečně omezena	7	12,7 %
Ne (volný čas trávíme jako jiné rodiny)	45	81,8 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 24. Omezení rodinných aktivit



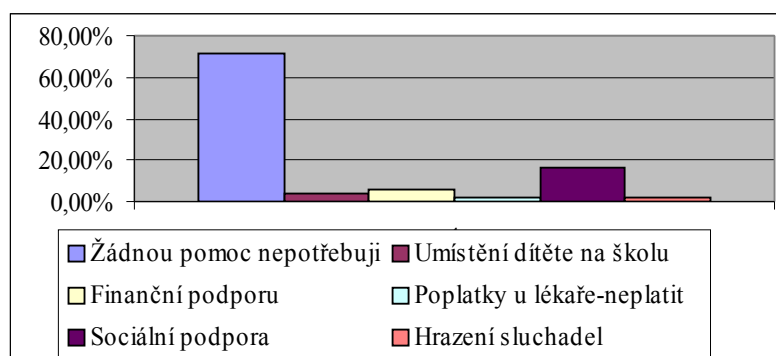
45 respondentů (81,8 %) uvedlo, že jejich rodina není ve volném čase omezena a tráví volný čas jako jiné rodiny. 7 respondentů (12,7 %) je ve volném čase částečně omezeno a pouze 3 respondenti (5,5 %) uvedli, že se rodina přizpůsobuje dítěti ve svých aktivitách.

Otázka č. 19 – Jakou pomoc od státu pro své dítě postrádáte?

Tab. 25. Pomoc od státu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Žádnou pomoc nepotřebuji	39	71,0 %
Umístění dítěte na školu	2	3,6 %
Finanční podporu	3	5,5 %
Poplatky u lékaře-neplatit	1	1,8 %
Sociální podpora	9	16,4 %
Hrazení sluchadel	1	1,8 %
Celkem	55	100,0 %

Graf 25. pomoc od státu



39 respondentů (71,0 %) uvedlo, že nepotřebuje o státu žádnou pomoc. 9 respondentů (16,4 %) by uvítalo sociální podporu, 3 respondenti (5,5 %) by zase uvítali finanční podporu. Snadnější umístění do školy by uvítali 2 respondenti (3,6 %). 1 respondent by chtěl oprostít od poplatků od lékaře a 1 respondent (1,8 %) by uvítal hrazení sluchadel.

8.2 Diskuze

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že více jak 50 % rodičů pocítuje nejvíce zátěž psychickou při péči o své sluchově postižené dítě.

K uvedené hypotéze se v dotazníku vztahuje otázka č. 14 a také je zde zařazena otázka č. 15. V otázce číslo č. 14 respondenti přímo uvádějí, co je při péči o sluchově postižené dítě nejvíce zatěžuje. Překvapivě největší počet respondentů odpovědělo, že nepocítují žádnou zátěž při péči o své dítě (61,8 %). Menší počet respondentů 16,4 % uvedl jako problém, který je zatěžuje komunikaci. Celkovou komplexní péči uvedlo 12,7 % dotazovaných. Psychickou péči uvedli pouze 3 respondenti (5,5 %). To znamená, že se tato hypotéza nepotvrdila. V otázce č. 15 respondenti odpovídali, zda pocítují finanční zatížení při péči o své dítě. Větší část respondentů odpověděla, že nepocítuje finanční zatížení (54,5 %). Velké procento dotazovaných 41,8 % však odpovědělo, že pocítuje finanční zatížení, ale jejich rodina není omezována. Pouze 2 respondenti uvedli, že je péče o sluchově postižené dítě velmi zatěžuje.

Myslím si, že rodiče sluchově postižených dětí, pokud se jedná o prelingválně neslyšící, jsou s touto diagnózou smíření a psychicky jsou vyrovnáni. Postupem věku dítěte asi rodiče nepocítují v souvislosti s péčí a potřebami dítěte něco, co by je jakkoli zatěžovalo. Překvapivě nemají dojem finanční zátěže.

Hypotéza č. 1 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 2 Předpokládám, že 70 % rodičů těchto sluchově postižených dětí má dostatek informací o speciálním přístupu k těmto dětem.

K hypotéze č. 2 se v dotazníku vztahují otázky č. 5 a č. 6. Dotazníkové šetření tuto hypotézu potvrzuje. V otázce č. 5 odpovědělo 74,5 % respondentů přímo na otázku, zda si myslí, že mají dostatek informací o speciálním přístupu při výchově jejich dítěte kladně. 14 respondentů nemá dostatek informací. V otázce č. 6 mohli respondenti volně odpovídat, kde informace získávají. Nejvíce tedy 20 respondentů uvedlo, že informace získají ve škole, podobný počet respondentů 19 odpovědělo internet. 12 respondentů se obrací na svého foniatra a rodiče stejně tak vyhledávají pomoc u rodiny, která mají sluchově postižené děti nebo v klubu neslyšících. Menší počet odpovědí bylo vyhledávání informací v literatuře, ČUN. 5 respondentů uvedlo, že informace nevyhledávají.

Předpokládám, že záleží na přístupu každého rodiče, jak se k této problematice postaví. Pokud má zájem informace získat, tak jistě najde mnoho možností, kde informace jsou přístupné. Rodiče by měli spolupracovat s lékaři a speciálními centry a školami, kde jsou k této problematice zvláště vyškoleni a připraveni odborní pracovníci.

Hypotéza č. 2 se potvrdila

Hypotéza č. 3 Předpokládám, že 80 % rodičů je spokojeno s úrovní vzdělávání jejich dětí.

K této hypotéze se v dotazníkovém šetření přímo vztahuje otázka č. 12, která se přímo ptá, respondentů, jestli jsou spokojeni se vzděláváním jejich dětí. Respondent uvedl odpověď ne a stejně tak spíše ne. Ale 96,4 % respondentů uvedlo, že je spokojeno se vzděláváním jejich dětí, které jim je poskytováno. Tato hypotéza se plně potvrdila.

Myslím si, že v dnešní době se školství zkvalitňuje a stejně tak rostou i možnosti pro sluchově postižené v oblasti vzdělávání. Mají možnosti již od mateřské školy přes základní a střední školu. Dnes je možné i studium na vysoké škole a stále častěji se objevuje a realizuje integrace sluchově postižených dětí mezi plně slyšící, a to i ve školství.

Hypotéza č. 3 se potvrdila

Hypotéza č. 4 Myslím si, že 60 % dětí se sluchovou vadou navštěvuje volnočasovou aktivitu společně se slyšícími dětmi.

Hypotézu č. 4 mají potvrdit otázky č. 10, č. 11. V otázce č. 10 odpovídají respondenti, zda v jejich okolí je volnočasové zařízení pro děti se sluchovou vadou. 25,5 % respondentů odpovědělo, že takové zařízení existuje a 17 respondentů (30,9 %) uvedlo kladnou odpověď a jejich dítě takové zařízení navštěvuje. Část dotazovaných uvedla, že takové zařízení v jejich okolí není. Ve druhé otázce č. 11 uvádějí dotazovaní, zda jejich dítě navštěvuje zájmové aktivity společně se slyšícími dětmi. 60 % dotazovaných uvedlo kladnou odpověď a nejčastěji navštěvují děti zájmové aktivity sportovní, různé výlety, hru na hudební nástroj a objevila se i odpověď hasičský sbor a keramika. 40 % respondentů odpovědělo záporně a jako důvod byl nejčastěji uveden posměch okolí, nezájem dítě a také nedostatek času při vytíženosti cestování za školou.

Předpokládám, že zájmové aktivity jsou dostupné všem dětem. Záleží pouze na nich, zda se zúčastní svých zájmových aktivit společně se slyšícími nebo neslyšícími.

Hypotéza č. 4 se potvrdila

Hypotéza č. 5 Domnívám se, že ze 70 % se ke komunikaci mezi rodiči a dětmi používá znaková řeč.

K uvedené hypotéze se v dotazníku vztahují otázky č. 7 a č. 8. V první otázce tedy č. 7 rodiče přímo uvádějí, že 40 % dětí se s nejbližším okolím dorozumívá pomocí znakového jazyka a 20 % z nich používá řeč orální. Obě formy tedy jak znakovou řeč, tak orální řeč používá ke komunikaci 40 % dětí. V další otázce jsem se mohla ujistit, že znakovou řeč ovládá 72,7 % rodičů a 27,3 % rodičů tuto komunikaci neovládá.

Záleží také na typu sluchového postižení a zda i rodiče sami netrpí sluchovým postižením. V dotazníku se objevilo 40 % rodičů, kteří sami trpí sluchovým postižením. A 69,1 % ví o možnosti komunikace pomocí artikulačního tlumočnicka, ale nevyužilo ji.

Hypotéza č. 5 se potvrdila

Hypotéza č. 6 Předpokládám, že 60 % rodičů není spokojeno se sociální podporou od státu pro jejich sluchově postižené děti.

Hypotézu č 6 mají potvrdit nebo vyvrátit otázky č. 17 a č. 19. V otázce č. 17 odpovědělo 36 rodičů (65,5 %), že je spokojeno se sociální podporou od státu. 19 rodičů (34,5 %), ale odpovědělo záporně, spokojeno není. V otázce č. 19 mohli rodiče volně odpovědět, jakou pomoc postrádají pro své dítě. 71 % dotázaných odpovědělo, že žádnou pomoc od státu nepostrádá a nemá o ni zájem. Je to dáno tím, že lidé již ve stát nemají důvěru a nic od něj ani neočekávají. 16,4 % dotazovaných by uvítala sociální pomoc jako takovou a 5,5 % dotazovaných by uvítalo finanční podporu. Méně častou odpovědí bylo snadnější umístění dítěte na střední školu, osvobození od poplatků u lékaře a hrazení sluchadel.

Doplním jen, že 47,3 % dotazovaných má přisouzen příspěvek na péči III.stupně, 27,3 % má II stupeň, 9 % má I.stupeň a 16,4 % respondentů uvedlo, že jim příspěvek na péči nebyl přisouzen.

Hypotéza č. 6 se nepotvrdila

8.3 Řešení do praxe

K tématu Zátěž rodiny při péči o postižené dítě zaměřené na sluchově postižené děti dále uvedu některá vhodná praxeologická řešení:

- potřeba zajistit dostatek informací rodičů, ale i všem osobám pohybujícím se v těsné blízkosti dítěte, a také široké veřejnosti – informovanost poskytnout prostřednictvím médií, informačních letáků a brožurek dostupných všem.
- potřeba kladení důrazu na integraci sluchově postižených dětí mezi slyšící – integraci dětí do škol všeho stupně podle možnosti jejich stupně postižení, více zájmových aktivit dostupných pro neslyšící společně se slyšícími.
- potřeba zajistit medializaci této problematiky, protože ztráta sluchu se týká velkého procenta z nás – formou pořadů v televizi, rozhlasové stanice, tisk, ale i pořádání aktivit, kde by si veřejnost mohla názorně zkusit jaké je žít bez sluchu.
- potřeba zajistit dostatečné, srozumitelné a vstřícné sdělení této diagnózy rodičům – formou edukovaných a erudovaných foniatrů, speciálních pedagogů a případně i školených psychologů, kteří dokáží v úplném začátku pomoci rodině se vyrovnat s tímto sdělením.
- edukace zdravotnického personálu pro komunikaci s lidmi se ztrátou sluchu – formou kurzů, seminářů, školení či výukou znakové řeči.
- zjistit proč sluchově postižení a jejich blízcí nevyužívají artikulačního tlumočnicka – formou dotazníků, ankety.
- potřeba podat více informací o možnosti využití artikulačního tlumočnicka – formou informačních brožur a letáků, pomocí medializace této pomoci v médiích.
- edukovat rodiny sluchově postižených o možnosti sociální podpory – formou informačních brožurek, letáků, internetových stránek.
- edukace formou informačních letáků a brožurek – do brožurek zavést více informací týkající se center, organizací, unií a klubech neslyšících nejen v jejich kraji, kam se mohou obrátit s problémy. Zahrnout zde i informace o lékařích a možnostech vzdělávání.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma zátěž rodiny při péči o postižené dítě zaměřené na sluchově postižené děti je vedena dle osnovy. V teoretické části je popsána anatomie a fyziologie sluchového ústrojí, etiologie, diagnostika, klasifikace a terapie sluchového postižení; vzdělávání a výchova; možnosti komunikace se sluchově postiženým; sociální podpora státu.

Praktická část obsahuje vyhodnocení jednotlivých položek otazníkového šetření. Položky jsou zobrazeny v tabulce, grafem a lovně vyhodnoceny. Na základě stanovených cílů uvádím 6 hypotéz, které jsem prostřednictvím tohoto šetření snažila potvrdit. Ze 6 stanovených hypotéz se 4 potvrdily a 2 nepotvrdily.

Výsledky výzkumu realizovaného dotazníkovým šetřením jsou pozitivně překvapující. Rodiče jsou informováni o speciálním přístupu ke svým dětem, hodně informací získávají ve škole, na internetu, od foniatra, klubu neslyšících a jiných rodin, které stejně tak pečují o sluchově postižené děti. Dotazovaní respondenti ovládají znakovou řeč a vědí o možnosti artikulačního tlumočnicka, ale této možnosti nevyužívají. Dotazovaní uvádějí, že existují v jejich okolí volnočasová zařízení pro jejich děti a většina dětí navštěvuje zájmové aktivity společně se slyšícími dětmi, což je velmi pozitivní zjištění. Rodiče jsou spokojeni s úrovní vzdělávání jejich dětí a větší část je spokojena také se sociální podporou státu. Otázkou však je, zda jsou dostatečně informováni o této možnosti a na kolik ji využívají. Rodiče nepocítují, že by jejich rodiny byli nějakým způsobem omezovány při využívání volného času celé rodiny a nejsou zatíženi ani po finanční stránce. Překvapující je, že nepocítují ani psychickou zátěž. To je dáno, tím, že rodiče měli již dostatek času se s touto situací vypořádat.

Nepříjemným zjištěním je, že pro část rodičů byla diagnóza dělená lékařem málo srozumitelná. Negativním zjištěním je skutečnost, že stále trpí velký počet dětí pocitem méněcennosti v určitých situacích. Dále pak také nevyužívání možnosti artikulačního tlumočnicka. Nepříjemné je také zjištění, že rodiny nechtějí žádnou pomoc od státu. Tuto skutečnost vystihuje jedna z odpovědí: „Nepotřebuji žádnou pomoc od státu. V této zemi mají politici plné ruce práce sami se sebou, postižení jsou jim ukradení.“

Pro zlepšení nedostatků je důležité informovat rodiny pomocí informačních brožur o možnosti sociální, psychologické a lékařské pomoci. Edukovat širokou veřejnost, ale i tu zdravotnickou o přístupu ke sluchově postiženým lidem. Informovat o možnosti

artikulačního tlumočnicka. Je důležité vyzdvihnout spokojenost s vzděláváním těchto dětí a zdůraznit rozvoj integrace, což je velmi zdoluhavý proces, který vyžaduje ochotu, spolupráci a správnou komunikaci.

V závěru praktické části uvádím vhodná řešení do praxe, která by mohla pomoci ke zlepšení informovanosti o této problematice. Uvedená řešení by mohla v budoucnu napomoci rozvoji integrace a dostatečné informovanosti rodin se sluchově postižených členem rodiny.

Závěrem chci říci, že v dnešní době žije řada lidí s některou ze ztrát sluchu a je škoda, že se o toto téma zajímá méně lidí, jen proto, že si myslíme, že jej známe. Je mnoho, co se můžeme nového dozvědět. Existují různé metody a možnosti, jak si široká veřejnost a každý z nás může osobně vyzkoušet jaké to je, když člověk ztratí zrak. Proč ale takovou možnost veřejnosti neposkytnout i v tématu ztráty sluchu?

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 173 s. ISBN 80-7178-559-8
- [2] MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.vyd. Jihočany: Nakladatelství H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7
- [3] ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 4.vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 600 s. ISBN 80-247-1049-8
- [4] CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1
- [5] DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada Publishing, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9
- [6] ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 672 s. ISBN 80-7169-140-2
- [7] PULDA, M., LEJSKA, M. *Jak žít se sluchovou vadou*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 78 s. ISBN 80-7013-226-4
- [8] NOVÁK, A. *Foniatrie a pedaudiologie I*. Praha: UNITISK, 1994
- [9] LUDVÍKOVÁ, L., *Kombinované vady*. 1.vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7
- [10] SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3
- [11] SILBERNAGL, S., DOSPOPOULOS, A. *Atlas fyziologie člověka*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 448 s. ISBN 80-247-0630-X
- [12] ROUČKOVÁ, J. *Cvičení a hry pro děti se sluchovým postižením*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 152 s. ISBN 80-7367-158-1
- [13] SCHNIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 176 s. ISBN 80-7178-312-9
- [14] PIEGET, J. *Psychologie dítěte*. 2.vyd. Praha: Portál, 1997. 144 s. ISBN 80-7178-146-0

- [15] FIALA, P., EBERLOVÁ, L. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 137 s. ISBN 80-246-0804-9
- [16] MARIEB, E., MALLAD, J. *Anatomie lidského těla*. 1.vyd. Brno: CP Books a.s., 2005. 863 s. ISBN 80-251-0066-9
- [17] VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. 2.vyd. Praha: Portál, 1999. 444s. ISBN 80-7178-496-6
- [18] HRUBÝ, J. *Velký průvodce neslyšících a nedoslýchavých pro jejich vlastní osobu* 2.díl.1 vyd. Praha: FRPSP, 1998
- [19] HOUDKOVÁ, Z. *Sluchově postižení u dětí – komplexní péče*. 1 vyd. Praha: Triton s.r.o., 2005. ISBN 80-7254-623-6
- [20] SVĚTLÍK, S. *Postižení sluchu*. 1 vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-114-5
- [21] KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. 2 vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2
- [22] HUBSCH, V., KAŠPAR, Z. *Povídání o poruchách sluchu a o sluchadlech*. 1.vyd. Praha: Společnost neslyšících a nedoslýchavých v ČR, 2004. 24s ISBN 80-239-4931-4 (brožura)
- [23] HEGLASOVÁ, L. *Poruchy sluchu*. Sestra. 2006, č. 1, s. 24.
- [24] *Některá pravidla chování ve společnosti neslyšících* [online]. [cit. 2007-05-25] Dostupný z WWW: <<http://ruce.cy/clanky/5>>.
- [25] *Centrum kochleárních implantací u dětí* [online]. [cit. 2009-01-07] Dostupný z WWW: <<http://ckid.cz/>>.
- [26] *Prosluch* [online]. [cit. 2009-01-08] Dostupný z WWW: <<http://prosluch.cz/>>.
- [27] *Státní sociální podpora* [online]. [cit. 2009-01-07] Dostupný z WWW: <<http://portal.mpsv.cz/soc/ssp>>.

Informační internetové portály:

www.frpsp.cz

www.cunzlin.estranky.cz

www.tjslovanzlin.cz

www.pic-vsetin.cz

www.snnr.cz

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
a.s.	akciová společnost
BERA	vyšetření sluchu
cca	přibližně
CERA	vyšetření sluchu
cm	centimetr
CNS	centrální nervová soustava
CT	computerová, výpočetní tomografie
č.	číslo
ČR	Česká republika
ČUN	Česká unie neslyšících
dB	decibel
EU	Evropská unie
H ₁ -H ₆	Hypotézy
Hz	herz
m.	musculus – sval
MRI	magnetická rezonance
např.	například
OAE	otoakustické emise
P	příloha
popř.	popřípadně
RTG	rentgenové vyšetření
s.	strana
Sb.	sbírka zákonů
s.r.o.	společnost s ručením omezeným
SNN	Svaz neslyšících a nedoslýchavých

tab.	tabulka
TJ	tělovýchovná jednotka
tj.	to je
TP	těžce postižený
viz.	odkaz
ZTP	zvlášť těžké postižení
ZTP/P	zvlášť těžké postižení / průvodce

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1. Pohlaví respondentů</i>	44
<i>Tab. 2 Počet dětí v rodině</i>	45
<i>Tab. 3. Počet sluchově postižených dětí v rodině</i>	46
<i>Tab. 4. Věk dítěte se sluchovou vadou</i>	47
<i>Tab. 5. Typ rodiny</i>	49
<i>Tab. 6. Věk dítěte při nástupu do speciálního zařízení</i>	50
<i>Tab. 7. Druh sluchové postižení dítěte</i>	52
<i>Tab. 8. Sluchově postižení rodiče</i>	53
<i>Tab. 9. Věk dítěte při zjištění sluchového postižení</i>	54
<i>Tab. 10. Sdělení diagnózy</i>	56
<i>Tab. 11. Dostatek informací o přístupu k dětem</i>	57
<i>Tab. 12. Informace o výchově dětí</i>	58
<i>Tab. 13. Volba způsobu komunikace</i>	60
<i>Tab. 14. Ovládání znakové řeči</i>	61
<i>Tab. 15. Méněcennost</i>	62
<i>Tab. 16. Existence volnočasového zařízení</i>	63
<i>Tab. 17. Zájmové aktivity</i>	64
<i>Tab. 17 a). Aktivity</i>	65
<i>Tab. 17.b) Aktivity – důvod</i>	65
<i>Tab. 18. Vzdělávání spokojenost</i>	67
<i>Tab. 19. Artikulační tlumočník</i>	68
<i>Tab. 20. Zátěž při péči o sluchově postižené</i>	69
<i>Tab. 21. Finanční zátěž</i>	70
<i>Tab. 22. Příspěvek na péči</i>	71
<i>Tab. 23. Spokojenost se sociální podporou</i>	72

Tab. 24. Omezení rodinných aktivit.....73

Tab. 25. Pomoc od státu.....74

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1. Pohlaví respondentů</i>	44
<i>Graf 2. Počet dětí v rodině</i>	45
<i>Graf 3. Počet sluchově postižených dětí v rodině</i>	46
<i>Graf 4. Věk dítěte se sluchovou vadou</i>	47
<i>Graf 5. Typ rodiny</i>	49
<i>Graf 6. Věk dítě při nástupu do speciálního zařízení</i>	50
<i>Graf 7. Druh sluchové postižení dítěte</i>	52
<i>Graf. 8. Sluchově postižení rodiče</i>	53
<i>Graf 9. Věk dítěte při zjištění sluchového postižení</i>	54
<i>Graf 10. Sdělení diagnózy</i>	56
<i>Graf 11. Dostatek informací o přístupu k dětem</i>	57
<i>Graf 12. Informace o výchově dětí</i>	58
<i>Graf 13. Volba způsobu komunikace</i>	60
<i>Graf 14. Ovládání znakové řeči</i>	61
<i>Graf 15. Méněcennost</i>	62
<i>Graf 16. Existence volnočasového zařízení</i>	63
<i>Graf 17. Zájmové aktivity</i>	64
<i>Graf 17a) Aktivity</i>	65
<i>Graf 17. b) Aktivity – důvod</i>	66
<i>Graf 18. Vzdělávání spokojenost</i>	67
<i>Graf 19. Artikulační tlumočník</i>	68
<i>Graf 20. Zátěž při péči o sluchově postižené</i>	69
<i>Graf 21. Finanční zátěž</i>	70
<i>Graf 22. Příspěvek na péči</i>	71
<i>Graf 23. Spokojenost se sociální podporou</i>	72

Graf 24. Omezení rodinných aktivit.....73

Graf 25. Pomoc od státu.....74

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Anatomie ucha

PŘÍLOHA P II: Sluchové ústrojí

PŘÍLOHA P III: Příjem zvuku a vedení

PŘÍLOHA P IV: Fyziologie zvuku

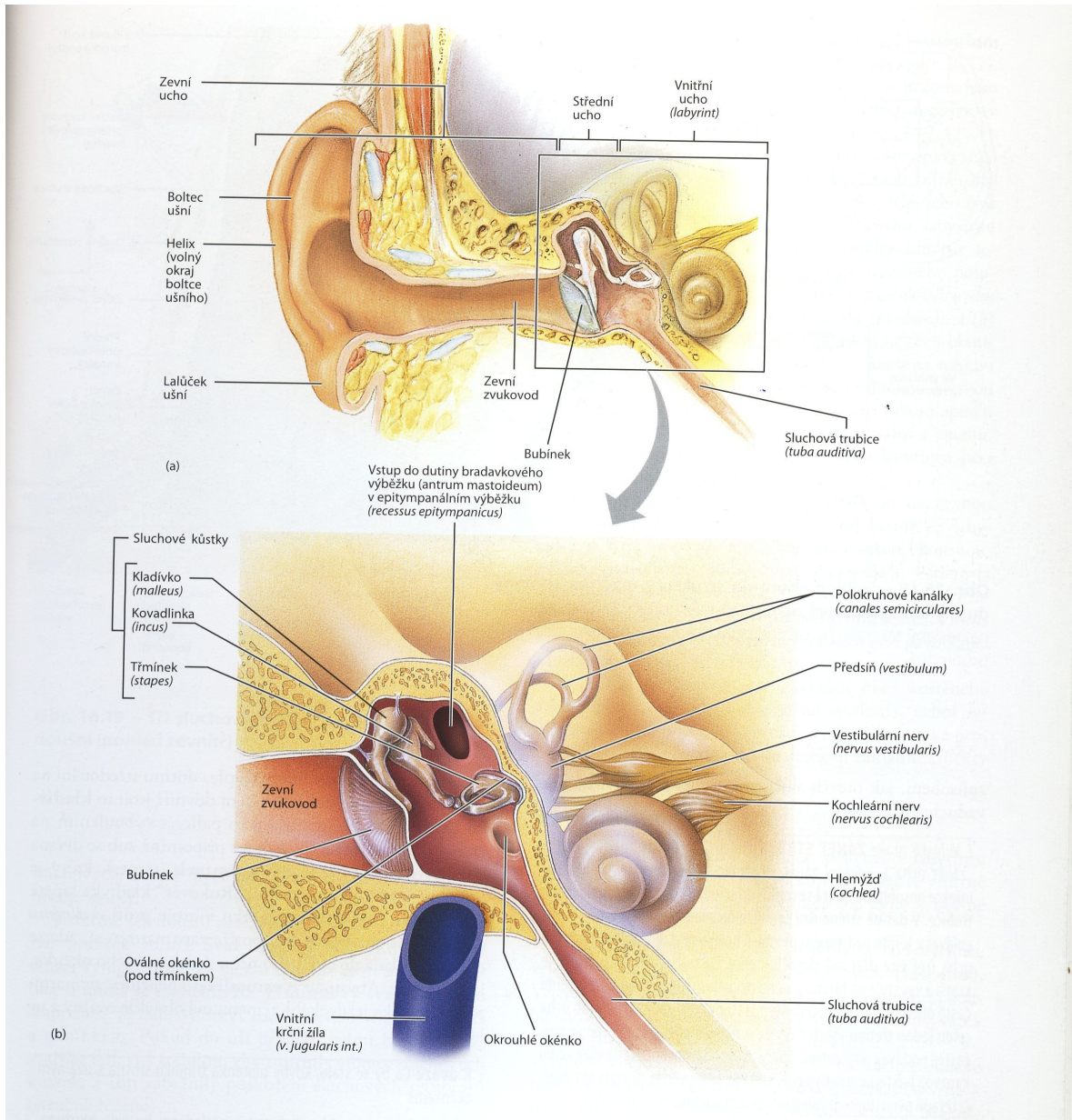
PŘÍLOHA P V: Dotazník

PŘÍLOHA P VI: Sluchadla

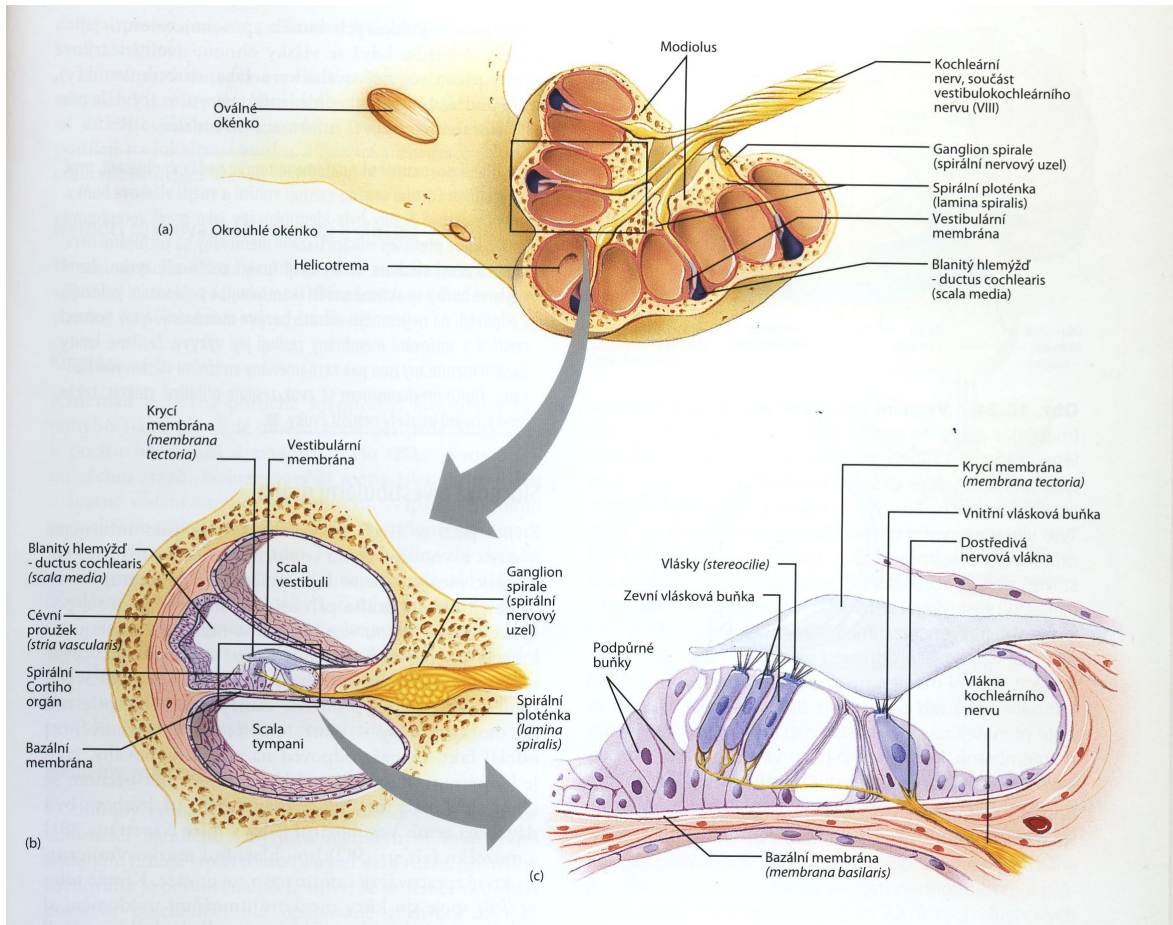
PŘÍLOHA P VII: Kochleární implantát

PŘÍLOHA P VIII: Prstová abeceda

PŘÍLOHA P I: ANATOMIE UCHA

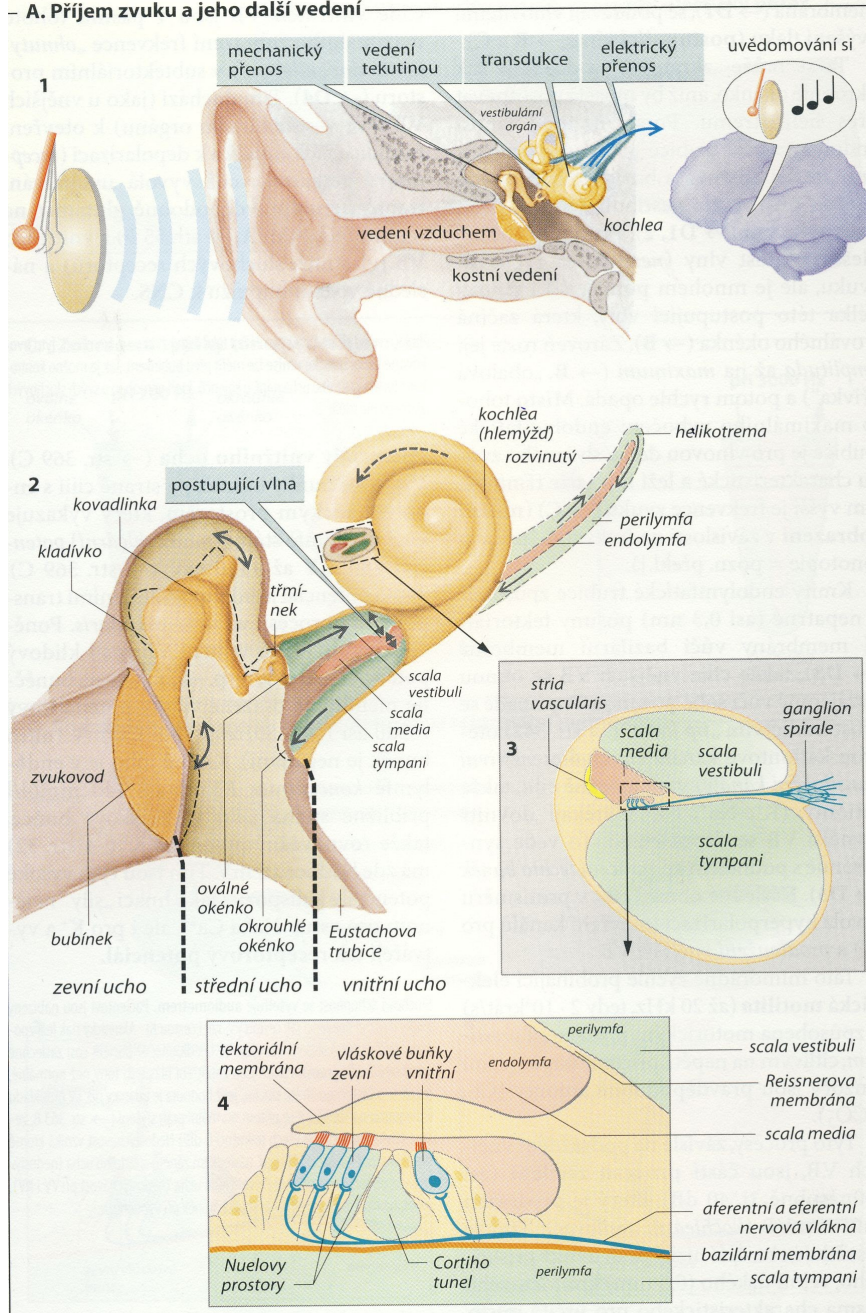


PŘÍLOHA P II: SLUCHOVÉ ÚSTROJÍ



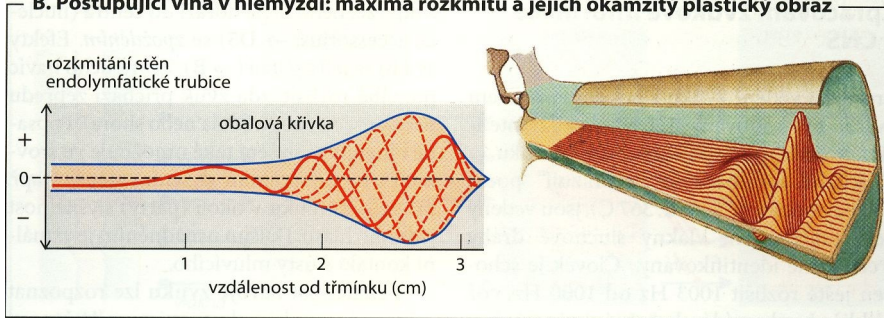
PŘÍLOHA P III: PŘÍJEM ZVUKU A VEDENÍ

A. Příjem zvuku a jeho další vedení

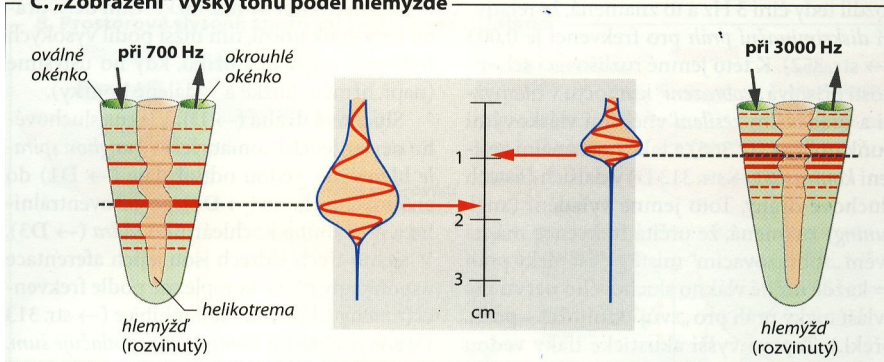


PŘÍLOHA P IV: FYZIOLOGIE SLUCHU

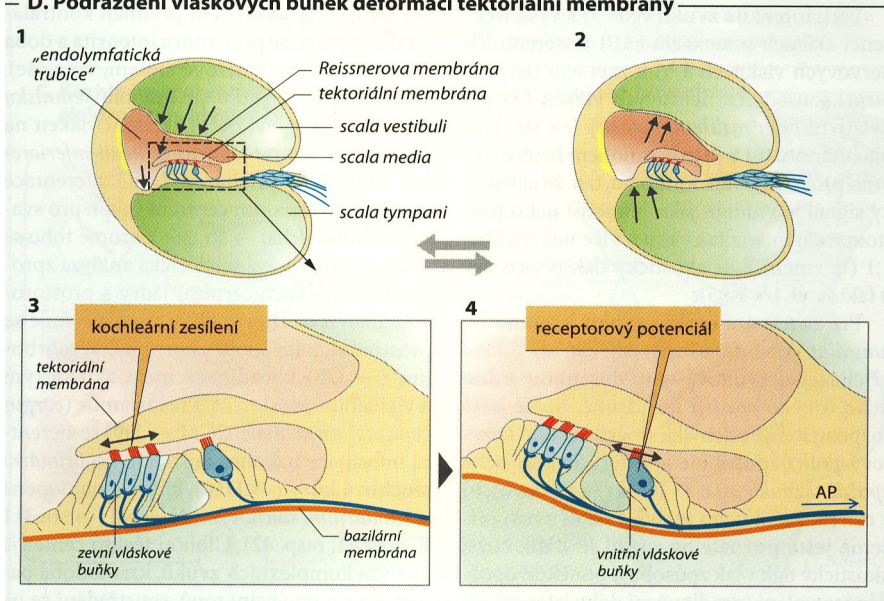
B. Postupující vlna v hlemýždi: maxima rozkmitu a jejich okamžitý plastický obraz



C. „Zobrazení“ výšky tónu podél hlemýždě



D. Podráždění vláskových buněk deformací tektoriální membrány



PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK

Vážení rodiče,

jmenuji se Svatava Večerková a jsem studentkou Ústav zdravotnických studií – Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně oboru Všeobecná sestra. V současné době pracuji na bakalářské práci, ve které se zaměřuji na problematiku rodin pečující o děti se sluchovým postižením. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a uvedené údaje budu použity pouze pro účely mé práce. Vyberte prosím vždy pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš vynaložený čas.

Svatava Večerková

Pohlaví:.....

Počet dětí v rodině:.....z toho sluchově postižených:.....

Věk sluchově postiženého dítěte:.....

Žije dítě v úplné rodině (matka, otec) ano ne

Dítě navštěvuje speciální zařízení pro sluchově postižené děti od věku.....

1. Jaký druh sluchového postižení má Vaše dítě?

- a) prelingválně neslyšící (od narození)
- b) nedoslýchavý
- c) ztráta sluchu v průběhu života
- d) má kochleární implantát

2. Máte Vy sami sluchové postižení?

- a) ano
- b) ne

3. V kolika letech bylo zjištěno sluchové postižení u Vašeho dítěte?

.....

4. Diagnóza sdělená lékařem pro Vás byla:

- a) srozumitelná
- b) málo srozumitelná

5. Myslíte si, že máte dostatek informací o speciálním přístupu k Vašemu postiženému dítěti?

- a) ano
- b) ne

6. Kde získáváte tyto informace? (více možností)

.....

7. Jak se dítě dorozumívá v nejbližším okolí a v rodině?

- a) znaková řeč
- b) orální řeč
- c) obě formy (a + b)
- d) jinak

8. Ovládáte Vy sami znakovou řeč?

- a) ano
- b) ne

9. Myslíte si, že Vaše dítě trpí pocitem méněcennosti?

- a) ano – stále
- b) občas – v určité situaci
- c) ne

10. Existují ve Vašem okolí volnočasová zařízení pro sluchově postižené?

- a) ano
- b) ano a dítě navštěvuje takové zařízení
- c) ne

11. Navštěvuje Vaše dítě zájmové aktivity, kde jsou i děti slyšící?

- a) Ano – uveďte které.....
- b) Ne – uveďte důvod.....

12. Jste spokojeni s úrovní vzdělávání pro sluchově postižené?

- a) ano
- b) ne

13. Víte o možnosti artikulačního tlumočnicka?

- a) ano, ale nevyužila jsem této možnosti
- b) ano, a využila jsem této možnosti
- c) ne, nevím o této možnosti

14. Co Vás při péči o Vaše sluchově postižené dítě nejvíce zatěžuje? (více možností)

.....

15. Péče o Vaše sluchově postižené dítě Vás finančně zatěžuje:

- a) ano, velmi
- b) ano, ale rodina není omezována
- c) ne

16. Byl Vám přisouzen příspěvek na na péči?

- a) Ano, I. stupeň
- b) Ano, II. stupeň
- c) Ano, III. stupeň
- d) Ano, IV. stupeň
- e) ne

17. Jste spokojeni se sociální podporou od státu pro Vaše sluchově postižené dítě?

- a) Ano
- b) Ne

18. Je Vaše rodina omezena ve volbě využívání volného času vzhledem k dítěti se sluchovým postižením?

- a) Ano (aktivita rodiny se přizpůsobuje dítěti)
- b) Je částečně omezena
- c) Ne (volný čas trávíme jako jiné rodiny)

19. Jakou pomoc od státu pro své dítě postrádáte?

.....
.....

Vaše připomínky k dotazníku:

.....

PŘÍLOHA P VI: SLUCHADLA



Závěsná
sluchadla

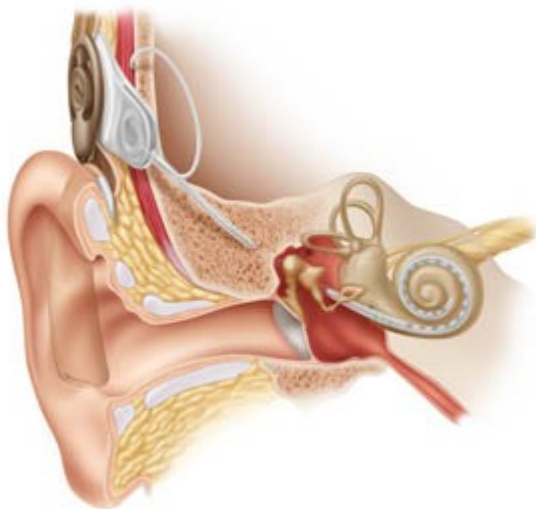


Zvukovodová
sluchadla



Kanálová
sluchadla

PŘÍLOHA P VII: KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT



PŘÍLOHA P VIII: PRSTOVÁ ABECEDA

