Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mimoškolní aktivity dětí se sluchovým postižením

Extracurricular activities of children with hearing impairment

Barbora Mlynářová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Kateřina Hádková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika/Logopedie

Studijní obor: Speciální pedagogika/Logopedie

2024

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Mimoškolní aktivity dětí se sluchovým postižením potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Ve Zdibech, 11. 7. 2024

Děkuji paní docentce Hádkové za trpělivé vedení a také mojí matce za dlouhodobou podporu nejen při psaní této práce.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá výzkumným problémem „Jaká jsou specifika zapojení neslyšícího dítěte do kolektivu dětí slyšících při mimoškolní aktivitě?“.

K řešení tohoto problému byl využit polostrukturovaný rozhovor s neslyšícím dítětem využívajícím oboustranně kochleární implantáty a jeho rodiči a sociometrický dotazník pro členky oddílu skautek, kam dítě dochází. Z rozhovoru byla poté vytvořena případová studie dítěte, ze sociometrického dotazníku dva sociogramy – jeden z roku 2023 a jeden z roku 2024. Provedeným výzkumem bylo zjištěno, že dítě je v kolektivu vnímáno stejně jako jeho intaktní vrstevníci, rodiče příliš na sluchové postižení při výběru mimoškolních aktivit nehledí, ovšem dítě subjektivně jmenuje některé překážky v zapojení do mimoškolní aktivity i drobné překážky v zapojení do kolektivu. Hlavním zjištěním práce je, že toto konkrétní dítě mnoho specifik v zapojení do kolektivu nemá a jde spíše o drobné odchylky, což ale zdaleka nebývá pravidlem. Toto dítě je tedy výborným příkladem uživatele kochleárního implantátu i následné integrace do slyšící majority.

Text teoretické části práce se poté zabývá konkrétní klasifikací sluchového postižení, možností kompenzace sluchového postižení, dětmi se sluchovým postižením, mimoškolními aktivitami dětí a metodami a přístupy v práci s dětmi se sluchovým postižením včetně doporučení pro praxi, které mohou být přínosné pro rodiče či organizátory mimoškolních aktivit.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sluchové postižení, mimoškolní aktivity, vady sluchu, kroužky

ABSTRACT

This bachelor's thesis deals with the research problem "What are the specifics of a deaf child's involvement in a group of hearing children in an extracurricular activity?".

A semi-structured interview with a deaf child using bilateral cochlear implants and her parents and a sociometric questionnaire for members of the Girl Scout troop the child attends were used to address this problem. A case study of the child was then created from the interview, and two sociograms were created from the sociometric questionnaire - one from 2023 and one from 2024. The research conducted found that the child is perceived in the same way as her intact peers in the group, the parents do not consider hearing impairment too much when choosing extracurricular activities, however, the child subjectively names some barriers to participation in extracurricular activities as well as minor barriers to participation in the group. The main finding of the thesis is that this particular child does not have many specifics in her involvement in the group and it is more about minor deviations, but this is far from being the rule. This child is therefore an excellent example of a cochlear implant user and subsequent integration into the hearing majority.

The text of the theoretical part of the thesis then deals with the specific classification of hearing impairment, the possibility of compensating for hearing impairment, children with hearing impairment extracurricular activities for children and methods and approaches in working with children with hearing impairment, including recommendations for practice that may be useful for parents or organisers of extracurricular activities.

KEYWORDS

Hearing impairment, extracurricular activities, hearing defects, clubs

Obsah

Úvod 6

1 Klasifikace sluchového postižení 7

1.1 Klasifikace podle doby vzniku 7

1.2 Klasifikace podle místa vzniku 10

1.3 Klasifikace podle hloubky postižení 11

2 Dítě se sluchovým postižením 12

2.1 Diagnostika sluchového postižení v dětském věku 12

2.2 Důsledky sluchového postižení na vývoj dítěte 18

2.3 Možnosti kompenzace sluchové vady dítěte 21

3 Mimoškolní aktivity dětí 25

3.1 Význam mimoškolních aktivit 25

3.2 Možnosti mimoškolních aktivit pro děti se sluchovým postižením 25

4 Metody a přístupy v práci s dětmi se sluchovým postižením 33

4.1 Komunikace a komunikační přístupy 33

4.2 Význam vizuální podpory a prostředí 35

5 Vlastní výzkum 36

5.1 Cíle výzkumu a metodologie 36

5.2 Případová studie 37

5.3 Sociogramy 39

5.4 Doporučení pro praxi 42

Závěr 44

Seznam příloh 49

Úvod

Důvod k výběru tématu této bakalářské práce pro mě bylo mé dlouholeté působení v organizaci Junák – český skaut, z.s. Do oddílu, který v současné době vedu, dochází 24 dívek ve věku 11-15 let. Hned několik těchto dívek má různé specifické potřeby – např. specifické poruchy učení, či odlišný mateřský jazyk. Jednou z nich je i dívka neslyšící, využívající oboustranně kochleární implantáty. Každé dítě, bez ohledu na jeho možná omezení, by mělo mít možnost trávit volný čas strukturovaně společně se svými vrstevníky. Najít takové prostředí ale může být pro děti se specifickými potřebami, jako například se sluchovým postižením, obtížné. Pro organizátory mimoškolních aktivit, kteří se na děti se sluchovým postižením nezaměřují, by mohlo být benefitující zjistit, jaká specifika inkluze takového dítěte ve skupině dětí slyšících obnáší. Cílem práce je zjistit možnosti a specifika zapojení neslyšícího dítěte do kolektivu dětí slyšících a popsání možností mimoškolních aktivit pro děti se sluchovým postižením, což může být přínosné jak pro rodiče těchto dětí, tak pro organizace, které aktivity nabízejí. Na základě sociogramu znázorňujícího kolektiv dětí ukázat vztahy ostatních členů kolektivu dětí k sluchově postiženému dítěti. Ve výzkumné části realizované polostrukturovaným rozhovorem specifikovat pomocí případové studie situaci dítěte se sluchovým postižením od diagnózy vady sluchu, implantace kochleárních implantátů, následného výběru mateřské a základní školy až po výběr vhodných mimoškolních aktivit a jejího zapojení v nich.

1 Klasifikace sluchového postižení

Pro správné uchopení problematiky sluchového postižení je třeba pochopit, že jde o problematiku velmi komplexní, která se jen těžko generalizuje. Důsledky sluchové vady jsou ovlivněny mnoha faktory – za nejdůležitější je považován typ, stupeň a doba vzniku sluchové vady, včasnost diagnostiky a odpovídající výchovná péče, rodinné i širší sociální prostředí, osobnostní vlastnosti, schopnosti a nadání sluchově postiženého a vhodné vzdělávání přiměřenými metodami (Chvátalová, 2012). Proto v této kapitole lze nalézt popis a rozdělení jednotlivých druhů sluchového postižení. Typy sluchového postižení můžeme rozlišovat několika různými způsoby, které jsou uvedeny v podkapitolách níže. Je důležité rozlišit léze dočasné a trvalé. Dočasná poškození podle Nováka (1998) nazýváme poruchy. Ty jsou přechodné, dají se léčit. Tato práce se jimi nebude zabývat, jelikož nejsou považovány za sluchové postižení. Dělení níže je tedy dělení lézí trvalého charakteru, tzv. vad. Ty podle Nováka (1998) nelze vyléčit, pouze v některých případech kompenzovat. Sluchové postižení se může vyskytovat samostatně, či společně s dalším postižením – v tom případě ho označujeme za kombinované. Možné způsoby dělení, které v podkapitolách nejsou zmíněny, jsou dělení vad na jednostranné a oboustranné a dělení vad na syndromové a nesyndromové.

1.1 Klasifikace podle doby vzniku

Sluchové postižení můžeme klasifikovat z hlediska doby vzniku na vady vrozené a získané. Vady získané se dále dělí podle věku, ve kterém vznikly. U vad vrozených jsou zmíněny nejčastější příčiny jejich vzniku spolu s konkrétními příklady vybraných vad.

Vady vrozené

Vrozené vady jsou příčinou sluchového postižení u více než poloviny dětí s touto diagnózou. U těchto dětí je příčinou z více než 50 % genetická příčina, z 30 % ostatní prenatální rizika a z 20 % není příčina jasně zjistitelná. Za vrozený stav sluchu je zodpovědných zhruba 30 genů. Nejčastějšími dědičnými geneticky podmíněnými vadami jsou autozomálně recesivně dědičné poruchy. Tvoří asi 75 % geneticky podmíněných poruch. Patří mezi ně např. Usherův syndrom (ten se podle Horákové (2012) projevuje ztrátou sluchu při narození nebo krátce po něm v důsledku odumírání buněk Cortiho

orgánu a postupnou zhoršující se poruchou zraku způsobenou pigmentovou degenerací sítnice), Pendredův syndrom (při tomto syndromu je kromě sluchu postižena i štítná žláza), Hurlerův syndrom (mukopolysacharidóza – při ní dochází k hromadění škodlivých látek v orgánech) nebo Alstromův syndrom (při něm se objevuje i obezita, diabetes a slepota). Tyto poruchy se nemusí projevovat v každé generaci. Pokud budou oba rodiče nositeli genu, na který je sluchová vada vázaná, je 25% šance, že se jim narodí dítě zdravé, 25% pravděpodobnost že bude mít dítě sluchové postižení a 50% možnost, že dítě bude bez příznaků, ale nositelem genu. Jednou z nejčastějších příčin takových syndromů je porucha genu DFNB1, který kóduje bílkovinu Connexin 26. Ta je potřebná pro vývoj vnitřního ucha. Až ve třiceti procentech případů je autozomálně recesivní vada součástí syndromu, který nespadá jen do oboru audiologie (Muknšnáblová, 2014).

Asi 20 % geneticky podmíněných vad je autozomálně dominantních. U těchto vad stačí, že jeden z rodičů má dominantně přenášenou sluchovou vadu a pak je pravděpodobnost, že se narodí sluchově postižené dítě 50 %. V opačném případě dítě není ani přenašečem a narodí se zdravé. Mezi takové sluchové vady patří např. Cornelia de Lange syndrom, při kterém kromě sluchového postižení je typický také nízký vzrůst nebo mikrocefalie.

Zbylých 5 % geneticky podmíněných sluchových vad jsou vady vázané na X chromozom, (např. Alportův syndrom – při něm jsou mimo jiné poškozeny i ledviny) nebo jsou to vady mitochondriální (např. O'Sullivan uvádí MT-RNR1, což je mutace, při které v závislosti na genu, na kterém se mutace nachází, dochází při léčbě antibiotiky aminoglykosidy k různé ztrátě sluchu). Tyto vady tedy postihují jen muže a ženy jsou přenašečky.

Negenetickou příčinou vrozené vady sluchu mohou být exogenní faktory. Ty můžeme rozlišit na fyzikální, chemické a biologické. Tyto faktory mohou na sluchové ústrojí působit buď prenatálně, perinatálně nebo postnatálně. Prenatální kongenitálně získané vady jsou způsobeny poškozením plodu v děloze, přičemž nejcitlivější období vzhledem k vývoji ucha je prvních 12 týdnů těhotenství. Poškozující pro plod jsou ototoxické léky podané matce, či prodělání virové infekce jako jsou např. zarděnky, spalničky, herpetické nemoci, toxoplazmóza, syfilis nebo cytomegalovirus. Dalším exogenním faktorem může být požívání alkoholu matkou během těhotenství. V takovém případě se u plodu rozvine fetální alkoholový syndrom, u kterého jsou jedním z příznaků percepční sluchové vady.

Vznik vady může být i z důvodu hypoxie nebo nedostatku živin potřebných pro vývoj plodu. Nepříznivý vliv má také metabolické či oběhové onemocnění matky, např. diabetes nebo neléčený vysoký tlak, které vedou k předčasnému porodu. U nedonošených a jinak rizikových novorozenců je podle Muknšnáblové (2014) výskyt sluchových vad 30 : 1000 narozených. I přenošené dítě je ale ohroženo sluchovou vadou z důvodu placentální insuficience. Všechny výše zmíněné exogenní vlivy vedoucí k poškození sluchu ve většině případů způsobují percepční vady.

Vady získané

Získané sluchové vady mohou být způsobeny environmentálním působením (především hlukem), požitím ototoxických látek, prodělanou infekcí. I zde ale lze pozorovat genetické predispozice pro rozvoj sluchové vady (například již zmíněná mutace MT-RNR1). Ty se mohou, ale nemusí, u člověka projevit. Některé geneticky podmíněné syndromy (např. Downův či Turnerův) bývají také spojovány s častějšími záněty středouší. To zvyšuje riziko rozvoje získané sluchové vady.

Získané vady sluchu můžeme dále dělit na perinatální a postnatální. Mezi perinatální (vzniklé během porodu) příčiny sluchového postižení můžeme zařadit např. protrahovaný porod, hypoxii, asfyxii nebo porod předčasný.

Vady získané nejčastěji dělíme podle doby vzniku. Jako milník využíváme dobu fixace řeči, tj. zhruba šestý až sedmý rok života. Jako prelingvální nazýváme sluchovou vadu vzniklou před ukončením tohoto vývoje, tedy zhruba do šestého roku života dítěte. V tomto období jsou nejčastějšími příčinami vzniku sluchové vady infekční choroby dítěte (často virové), jako je zánět mozkových blan, meningoencefalitida, příušnice nebo herpes. Dalšími příčinami může být trauma, úrazy hlavy, poškození mozku mechanického charakteru nebo např. opakované hnisavé záněty středního ucha.

Vady postlingvální (tedy vzniklé kdykoliv po fixaci řeči) mohou vzniknout v důsledku poranění v oblasti hlavy a vnitřního ucha, dlouhodobé hlukové zátěže (od 85 dB), hlučného prostředí, akustického traumatu, hormonální a metabolické poruchy či degenerativního onemocnění. Někdy se také můžeme setkat s pojmem vady perilingvální. V takovém případě hovoříme o vadách, které vznikly v období před fixací řeči, ale v době, kdy už

začalo být dítě částečně schopno samostatně řeč využívat. Jde tedy o věkové rozmezí přibližně od dvou do pěti let.

1.2 Klasifikace podle místa vzniku

Vady sluchu můžeme také z fyziologického hlediska klasifikovat podle místa vzniku. Zde dělíme vady sluchu na dvě podskupiny – vady periferní a vady centrální.

Vady periferní

Periferní vady dále dělíme na vady převodní (konduktivní), percepční (nitroušní, senzorineurální) a smíšené (kombinované).

Převodní vady jsou způsobeny poškozením v oblasti od zevního zvukovodu k oválnému okénku středního ucha (Hádková, 2016). Při přerušení činnosti převodního ústrojí slyší postižený špatně hluboké zvuky, vytrácejí se pro něj nepřízvučná slova, koncové slabiky slov. Špatně slyší hlasitou řeč, naopak šeptanou slyší dobře. V dnešní době je možné většinu převodních vad řešit chirurgicky (proto se často označují za poruchy), nikdy nevedou k úplné hluchotě. Příkladem převodních vad je např. ucpání vnějšího zvukovodu ušním mazem, vrozené deformity vnějšího či středního ucha, otoskleróza (znehybnění ploténky třmínku nárůstem kostní tkáně v oblasti oválného okénka), neprůchodnost Eustachovy trubice, přerušení řetězu středoušních kůstek, záněty středního ucha a vnějšího zvukovodu nebo cysty. Při poruše převodního systému zůstává fyzikální podstata zvuku neměnná (Držata, 2015). Podle Držaty (2015) zde existují především dva typy jevů, které způsobují zkreslení zvuku. Jde o ztrátu zesilovacího účinku převodního systému, při které je příčinou mechanická překážka (např. cizí těleso ve zvukovodu), anatomické narušení převodního systému (např. perforace bubínku) nebo porucha jeho funkce pístu a nerovnoramenné páky (např. otoskleróza). Druhým jevem je zkreslení zvuku – tzv. okluzní efekt, vznikající při překážce ve zvukovodu. S tímto efektem je nutné počítat i při korekci konvenčními sluchadly.

Vady percepční jsou způsobeny postižením blanitého labyrintu vnitřního ucha, vláskových buněk nebo sluchového nervu (Hádková, 2016). V hlasitě pronášené řeči slyší hlas, ale nerozeznává jednotlivá slova. Vady percepční nemají tendenci se zlepšovat, spíše naopak. Vada může vzniknout přidušením při porodu, infekcí matky, požitím ototoxických látek

(ať už v těhotenství matkou nebo během života), ale i inkompatibilitou Rh faktoru krve dítěte a matky. Později může být důvodem vzniku percepční vady úraz hlavy, bakteriální meningitida, zánět sluchového nervu nebo chronický hnisavý zánět středního ucha.

Vady smíšené (nebo také kombinované) jsou vady, u kterých se vyskytují příznaky z obou předchozích zmíněných, tzn. převodní i percepční.

Vady centrální

Vady centrální také můžeme nazývat poruchou zpracování sluchového signálu. Jsou způsobeny poškozením centrálního nervového ústrojí sluchového analyzátoru. Postihují podkorový a korový systém sluchových drah. Největší obtíží zde je porucha zpracování informačního obsahu zvuků, zejména řeči. Projevují se tedy zhoršenou schopností interpretace zvuků jako informačního signálu (Držata, 2015). Mezi projevy vady tím pádem patří specifická porucha porozumění řeči, která se projevuje zejména v hluku a akusticky tříštivém prostředí. Příznaky jsou jinak rozmanité a mohou být způsobeny organickou nebo funkční změnou, nejčastěji traumatem či nádorovým onemocněním.

1.3 Klasifikace podle hloubky postižení

U klasifikace podle hloubky postižení se můžeme setkat s několika různými definicemi a stanovenými hranicemi pro vady sluchu. Nejčastěji se zmiňuje klasifikace podle WHO (světové zdravotnické organizace) z roku 2014. Ta sluchové postižení dělí na normální sluch (ztráta sluchu 0-25 dB), lehké postižení sluchu (ztráta sluchu 26-40 dB), středně těžké postižení sluchu (41-60 dB), těžké postižení sluchu (61-80 dB) a velmi závažné postižení sluchu včetně hluchoty (81 a více dB). Vyhláška MPSV č. 284/1995 Sb. ve znění pozdějších předpisů definuje sluchové postižení se ztrátou do 20 dB jako normální sluch, ztrátu 20-40 dB jako lehkou nedoslýchavost, ztrátu 41-55 dB jako středně těžkou nedoslýchavost, 56-70 dB jako těžkou nedoslýchavost, 71-90 dB jako praktickou hluchotu a jakoukoliv ztrátu sluchu nad 91 dB jako úplnou hluchotu. Velmi podobné kategorie pro hloubku postižení má také Novák (1994). Ten definuje ztrátu do 25 dB jako normální sluch, ztrátu 26-40 dB jako lehkou nedoslýchavost, 41-55 dB jako střední nedoslýchavost, 56-70 dB jako středně těžkou nedoslýchavost, 71-90 dB jako těžkou nedoslýchavost a ztrátu nad 91 dB jako velmi těžkou sluchovou vadu.

2 Dítě se sluchovým postižením

Podle Muknšnáblové (2014) je člověk při poškození sluchu ochuzen až o 60 % poskytovaných informací, což je především pro dětskou populaci a její správný komplexní bio-psycho-sociální rozvoj zásadní. V České republice žije podle ní až 15 000 osob se sluchovou vadou, kterou mají od narození či získanou v dětském věku. To tvoří zhruba 20 % všech sluchových vad. Ročně se u nás narodí zhruba 600-1200 dětí s poškozením sluchu a až 100 dětí s těžkou sluchovou vadou. Na každých tisíc novorozených dětí tedy připadá jedno až dvě s vážnou poruchou sluchu. Více než 80 % dětí s vadou sluchu se rodí slyšícím rodičům. Strnadová (2002) zároveň uvádí, že až 25 % sluchových postižení nemá objasněnou příčinu. Ta je bohužel často podstatná kvůli následné léčbě a péči, protože se spolu se sluchovou vadou mohou vyskytnout přidružené obtíže. Muknšnáblová (2014) dále předpokládá zvyšující se nárůst dětí se sluchovým postižením z důvodu zvýšené zvukové zátěže u dětí, mladistvých i dospělých při poslechu hudby či užívání počítačových aplikací.

2.1 Diagnostika sluchového postižení v dětském věku

Vyšetřováním sluchu v dětském věku, rehabilitací a integrací dítěte se sluchovým postižením se zabývá obor pedaudiologie. Díky novým diagnostickým a léčebným metodám se sluchové vady mohou diagnostikovat a léčit/rehabilitovat čím dál tím dříve. První vyhledávání dětí s vrozenými vadami sluchu (později screening) můžeme datovat k 50. letům 20. století. Screening můžeme popsat jako vyšetřování předem definované skupiny lidí za účelem vyhledávání chorob v jejich časných stádiích (Držata, 2015). Můžeme ho dělit na screening celoplošný a screening rizikových skupin (dětí). Celoplošný screening je zaměřený na celou populaci, včetně rizikových skupin. Jen tato forma vede k zachycení všech osob (dětí) s vadou. Screening rizikových skupin zahrnuje jen skupinu rizikovou, je ekonomicky méně náročný a organizačně jednodušší. Uplatňuje se tedy většinou v ekonomicky slabších státech a před zavedením celoplošného screeningu.

Držata (2015) tvrdí, že pro fungování screeningu sluchových vad je třeba, aby platily následující předpoklady:

- jednoduchost na organizaci a provedení (zavedení, provádění, vyhodnocení výsledků)

- komfort pro pacienta (nebolestivost, neinvazivita)
- medicínská výtěžnost (uspokojivá senzitivita a specifita)
- ekonomická únosnost (cena versus prospěch pro cílovou skupinu a společnost)

Zároveň podle něj musí být systém screeningu sluchu vybudován tak, aby zachytil všechny děti s postižením a všechny tyto děti dovedl k adekvátní rehabilitaci sluchu a řeči. Aby toto bylo splněno, musí být podle něj splněny následující podmínky:

- celoplošné pokrytí (zapojení všech pracovišť daného státu či regionu)
- trvalá dostupnost (365 dní v roce)
- systém předávání výsledků (zachycených dětí) z nižších stupňů screeningu na vyšší pracoviště
- sběr a ukládání dat v centrech pro kontrolu funkčnosti systému a zpětnou vazbu nižším pracovištím.

Algoritmy nesplňující tato kritéria nemohou zachytit všechny děti s postižením sluchu a nevedou k rehabilitaci sluchu indikovaných dětí. V takovém případě se nejedná o screening, ale o vyšetřování, které může mít různou efektivitu.

Novorozenecký screening sluchu

Koncem 80. let se začala používat audiometrie sluchových odpovědí (ERA), která byla původně finančně i časově nedostupná, a proto se využívala především u rizikových novorozenců. I v prvních letech rozvoje screeningových programů byly tyto programy zaměřeny především na rizikové děti (těmi rozumíme ty, pro které platí následující rizikové faktory: porodní váha nižší než 1500g, Apgar skóre < 6 bodů / 5 min, perinatální infekce, kraniofaciální syndrom a genetický syndrom, ototoxická medikace, hyperbilirubinémie závažného stupně, trvalé postižení sluchu v anamnéze. V praxi je rizikovým novorozencem každý novorozenec na jednotce novorozenecké intenzivní péče). Později bylo zjištěno, že tento screening odhalil jen asi polovinu dětí s těžkým poškozením sluchu a nesnižoval celkový věkový průměr dětí, u kterých byla diagnostikována sluchová vada. Jediným skutečně účinným, z hlediska záchytu postižení sluchu, je jen celoplošný screening všech novorozenců. Především díky objevu otoakustických emisí a dostupnosti přístrojů pro jejich měření bylo možné zavést univerzální screening sluchu, který lze

provést už několik dní po narození. Novorozené dítě má plně vyvinutý sluchový orgán, ale svůj vjem si neuvědomuje. Proto v prvních měsících života prakticky nelze rozeznat dítě intaktní od dítěte se sluchovým postižením. První celoplošný screening sluchu se začal provádět v roce 1988 v Londýně. V posledních několika letech se zvýšil počet zemí, které zavedly povinný screening sluchu novorozenců touto metodou ještě před propuštěním z porodnice. Slovensko se k nim přidalo zákonem z roku 2006. Do roku 2021 u nás byla jen metodická vyhláška z roku 2013, která sice provádění screeningu sluchu v porodnicích a na novorozeneckých odděleních upravovala, ale neměla zákonnou moc. Screening sluchu tak u nás byl prováděn nesystémově a celostátní síť záchytu rehabilitace sluchových vad se vytvářela na různém stupni organizace (Držata, 2015). Přitom prevalence těžkého oboustranného postižení až hluchoty (zhruba 0,1-0,2 % dětí) byla vyšší než výskyt jiných závažných onemocnění, u kterých byl povinný screening již mnoho let zaveden (např. cystická fibróza – 0,05 %). Univerzální screening sluchu novorozenců také předchází často pozdní diagnostice lehkých a jednostranných sluchových vad.

Prvním krajem, kde vznikl celoplošný screening na regionální úrovni byl Moravskoslezský kraj v roce 2010. Systém je tam vícestupňový. Na novorozeneckých odděleních probíhal celoplošný screening metodou otoakustických emisí metodou TEOAE. Novorozenci s výbavnými OAE byli předáni do péče ošetřujícího pediatra a vyřazeni z dalšího screeningu. Novorozenci s nevýbavnými otoakustickými emisemi byli v druhém stupni screeningu vyšetřeni otorinolaryngologem v nemocnici, ke které patří i porodní oddělení. Tam byla provedena anamnéza, otoskopie a druhé vyšetření OAE. Rizikové děti byly vyšetřovány metodou AABR a zachycené děti s podezřením na postižení sluchu odeslány do regionálního centra v Ostravě, které funguje také jako centrum kochleárních implantací. Fungovalo také jako databáze výsledků pro kontrolu a hodnocení fungování screeningového systému. Stejný model byl zaveden o tři roky později také v Pardubickém a Královéhradeckém kraji. Tam se nachází centra pedaudologické péče pro sluchadlovou korekci. Děti s hlubokou ztrátou sluchu jsou odesílány do centra kochleárních implantací (Praha, Brno, Ostrava).

V roce 2021 byl vydán metodický pokyn ke screeningu sluchu novorozenců. Díky němu byl vytvořen celostátní registr a screening sluchu byl povinně přidán do zprávy o

novorozenci. Databáze výsledků tak byla přesunuta z jednotlivých nemocnic a České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku pod Národní screeningové centrum. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky v roce 2022 prošlo novorozeneckým screeningem sluchu 93,9 % živě narozených dětí. Nejvyšší procento novorozenců prošlo screeningem v Královéhradeckém kraji (97,7 %), nejméně ve Zlínském (78,7 %). Celková úspěšnost screeningu byla 89,9 %. Je ale třeba poznamenat, že pozitivita u rescreeningu byla jen 15,8 %, 30 % rescreeningů ukázalo sluch v normě, u zbytku nebyl signální výkon uveden.

U novorozenců se v současnosti ke screeningu využívají metody TEOAE (měření otoakustických emisí) nebo AABR (automatická BERA – audiometrie sluchových kmenových odpovědí). Metoda TOAE je levnější a rychlejší, ovšem kontroluje jen kochleární mechaniku. Metoda AABR kontroluje celou sluchovou dráhu, je ale dražší a vyšetření je delší, využívá se u nás tedy především u rizikových novorozenců, jak uvádí Národní screeningové centrum ÚZIS ČR.

V současné době jsou metody screeningového vyšetření sluchu novorozenců vyvinuty tak, aby byly vysoce efektivní, rychlé a objektivní. Po screeningu je důležité další sledování novorozenců, kteří screeningem neprojdou. V současné chvíli je toto u nás ošetřeno víceúrovňovým screeningem. V první úrovni je každé živě narozené dítě podrobeno vyšetření otoakustických emisí (OAE) buď druhý až třetí den po narození, nebo před propuštěním z JIP. Pokud jsou otoakustické emise nepřítomny nebo nebyly vyšetřeny, přechází se k druhé úrovni. Ta probíhá ve třetím až šestém týdnu života, kdy jsou otoakustické emise vyšetřovány na ORL či na foniatrii. Pokud na druhé úrovni nejsou OAE přítomny, nebo nejsou vyšetřeny, přechází se k rescreeningu na ORL nebo foniatrii ve třetím až šestém měsíci života, což je třetí úroveň screeningu. Zde jsou čtyři možné výsledky. První je, že u dítěte není přítomna oboustranná trvalá porucha sluchu. V takovém případě je třeba dále sledovat vývoj řeči dítěte. Je možné, že dítě má sluch v normě, má lehkou vadu sluchu nebo jednostrannou vadu sluchu. Další možností je, že dítě má oboustrannou vadu sluchu, v tom případě je vhodným kandidátem pro kompenzaci sluchadly. Třetí možností je, že má dítě oboustrannou hluchotu. V tom případě je vhodným kandidátem pro kochleární implantaci. Poslední možností je, že dítě má malformaci

zevního nebo středního ucha. V tom případě je dítě vhodným kandidátem pro sluchadlo kostního vedení (BAHD). Je také důležité poznamenat, že OAE mohou být výbavné a zároveň může být přítomna vada sluchu. Platí to zejména pro retrokochleární a centrální vady sluchu. Jde ale jen o vzácné případy. Měření ABR vyšetřuje i retrokochleární část sluchového orgánu a sluchové dráhy. Proto se tato metoda doporučuje u dětí, u kterých je podezření na retrokochleární poškození sluchu. Tato metoda také díky vyšší citlivosti vykazuje menší počet dětí, které neprošly screeningem.

Všechny metody screeningu novorozenců jsou vyvinuty tak, aby mohly být prováděny audiologicky neškoleným personálem (např. neonatologickou zdravotní sestrou).

Diagnostika sluchové vady u starších dětí

Na konci novorozeneckého období zdravého dítěte již můžeme pozorovat reakce na zvukové podněty. Dítě si postupně spojuje zrakový vjem matky s jejími zvukovými projevy. Během následujících měsíců začíná napodobovat zvuky okolí a broukáním začne napodobovat intonaci řeči. Zhruba okolo jednoho roku věku dítěte se objevuje první slovo. Děti s těžkým sluchovým postižením nemají zpětnou vazbu při prvních hlasových projevech. Například při zvýšení hlasové intenzity nenásleduje pauza, kdy dítě poslouchá vlastní hlas, hlasový projev neodpovídá na vnější zvukové podněty a chybí vývoj řečové modulace hlasu (Držata, 2015).

Před screeningovými metodami bylo nutné se při záchytu sluchového postižení dítěte zaměřit na pozorování jeho chování. Postupně byly na základě reakcí na zvukové podněty rozvinuty různé testy. Dnes se již tyto metody, které se nazývají behaviorální metody sledování, nepoužívají. Patří mezi ně např. respirační audiometrie (při ní se sledují změny v dýchání v reakci na zvukové podněty) nebo vyšetření akusticko-palpebrálního reflexu (mrknutí v reakci na implozivní zvukový podnět). Tyto testy byly náročné na správné provedení a interpretaci, proto byly používány především v centrech pedaudologické péče a dnes již byly nahrazeny metodami objektivní audiometrie. Pozorování reakce dítěte na zvukový podnět je ale i dnes důležitou součástí diagnostiky sluchové vady.

V kojeneckém věku je možné vyšetření tympanometrické. To se využívá především k určení převodní složky na celkové ztrátě sluchu. Vyšetření je nekomfortní, vyžaduje předchozí otoskopii, a proto nepatří k prvnímu stupni novorozeneckého screeningu sluchu.

U dětí v kojeneckém věku se dále také využívá již zmíněná BERA nebo měření OAE. Je také možné měřit ustálené potenciály (SSEP). Využívají se primárně k nalezení sluchového prahu vyšetřovaného.

Vyšetření sluchového prahu také umožňuje CERA – kortikální evokované potenciály. Toto vyšetření se v praxi využívá u starších dětí, jelikož se spojuje s vyšetřením zpracování řečového signálu. Výhodou je vyšetření celé sluchové dráhy až po kortikální zpracování. Patří ale také mezi metody objektivní audiometrie, které se využívají u dětí prelingválního věku.

Dítě v batolecím věku je již schopno porozumět jednoduchým pokynům a bezpečně reaguje na zvuky. Bohužel tyto děti mají stále omezenou schopnost porozumění, malou motivaci ke spolupráci a krátkou dobu koncentrace. Kvůli těmto překážkám byly vyvinuty metody založené na pozitivním podmíněném reflexu. Mezi tyto metody audiometrie přizpůsobené dětem řadíme play-audiometrii, percepční test a vizuálně podmíněnou audiometrii. Play-audiometrie je souhrnný název pro různé formy „audiometrie hrou“ (Dršata, 2015). Může jít např. o to, že dítě od batolecího věku uslyšení zvuku audiometru dá najevo hravým způsobem – vhodí kostičku do krabice, nebo zapojí vagon vláčku. V současné době ale existují i komerčně vyvinuté systémy play-audiometrie, které fungují poloautomaticky. Takovým systémem je např. AuriCheck. Tato vyšetření se dají nacvičit v domácím prostředí, je ale třeba, aby dítě i rodič byli pečlivě instruováni, jinak mohou být výsledky nespolehlivé. Percepční test funguje podobně jako slovní audiometrie, ale je snazší pro spolupráci s pacientem. Testuje se porozumění slov, přičemž pacient ukazuje na obrázky. Percepční test bývá proveditelný už od třetího roku věku. Při vyšetřování mladších dětí je test časově náročný. Vizuálně posílená audiometrie (VRA) je v současnosti nejvýznamnější subjektivní metodou audiometrie pro dětské pacienty. Pomocí této metody lze posunout hranici vyšetřitelnosti k počátku řečového vývoje (Dršata, 2015). Tato metoda se uplatňuje zejména při ověřování výsledků objektivní audiometrie a stanovení reálného sluchového prahu a ziskové křivky sluchové pomůcky a

zhodnocení celkové úrovně komunikačních schopností dítěte. Nevýhodou metody je finanční a časová náročnost, ovšem v současné době nemá metoda zastoupení.

Od roku 2019 je bezplatnou součástí pětileté preventivní prohlídky také screening sluchu na ORL nebo foniatrii metodou tónové prahové audiometrie. Ta je přesnější než audiometrie slovní. Je metodou neinvazivní, subjektivní a vyžadující aktivní spolupráci dítěte. Určuje sluchový práh pro vzdušné a kostní vedení, probíhá v audiologické komoře nebo v tiché místnosti. Informaci o screeningu by měl sdělit zákonnému zástupci dítěte praktický lékař, ideálně v rámci pětileté prohlídky. Neprovádí se u dětí, u kterých již byla diagnostikována sluchová vada v minulosti a u dětí, jejichž celkový a mentální stav nedovoluje vyšetření tónovou audiometrií. Kostní vedení je prováděno jen v indikovaných případech. Tento dnes už rescreening si klade za cíl odhalení sluchových vad před nástupem do povinné školní docházky. Včasná detekce sluchové vady v předškolním věku má za následek lepší podmínky pro rozvoj komunikačních schopností, podmínek pro rozvoj řeči a následnou rehabilitaci sluchu. V případě zjištění poruchy sluchu provede ošetřující lékař další vyšetření k diagnostice a naplánuje další postup (Chrobok et al., 2019).

U starších dětí (postlingválního věku) využíváme k diagnostice stejné metody jako u dospělých. Patří mezi ně např. ladičkové zkoušky, tónová audiometrie, řečová audiometrie nebo impedační audiometrie.

2.2 Důsledky sluchového postižení na vývoj dítěte

Podle Držaty (2015) má poškození sluchu v novorozeneckém období výrazný negativní vliv na vývoj řeči, rozvoj sluchového a nervového systému s dopadem na sociální, emocionální, kognitivní a vzdělávací vývoj. Krahulcová (2002) píše, že těžké sluchové postižení má velmi tíživé důsledky po stránce komunikační, psychické i sociální.

Předcházení těmto důsledkům má za cíl screening sluchu novorozenců. Při včasné detekci vady je možná i včasná rehabilitace sluchu, komunikačních schopností a zlepšení podmínek rozvoje řeči. Pro naplnění těchto cílů je třeba podle Držaty (2015) dodržet následující postup úkonů:

- screening sluchu novorozenců v prvních dnech života (porodnice)

- dokončení diagnostiky u dětí s trvalým postižením sluchu do 3. měsíce věku
- sluchová rehabilitace sluchadly do 6 měsíců věku
- kochleární implantace u indikovaných dětí v 1.-2. roce věku.

Tento postup je podle něj stabilní stejně, jako jeho nejslabší článek. Selhání kterékoliv jeho části ohrožuje konečný výstup screeningového programu.

První schopnost reagovat na sluchové podněty pozorujeme již v prenatálním období. Plod v tu dobu získává podle Muknšnáblové (2014) určitou zkušenost s různou intenzitou sluchových podnětů. Výsledkem této zkušenosti je podle ní „vytvoření bazálního pocitu bezpečí, který se dále rozvíjí postnatálně." Od pátého měsíce plod dokáže vnímat zvukové podněty, v posledním trimestru už rozpozná typ hudby nebo hlasy nejbližší rodiny. Plod je od narození bude schopen poznat. Pamatuje si zažité zvuky i s emocionálními zabarveními hlasů. Komunikace matky s plodem vytváří společnou vazbu. Tento vztah se dále upevňuje po narození.

V novorozeneckém věku již dítě reaguje na sluchové podněty a komunikuje s okolím pomocí křiku. Tato reakce je zásadní zejména ze sociálního hlediska. Křik dítěte nám pomáhá rozeznat jeho potřeby, pro dítě je důležitý i pro orientaci v prostředí. Slyšící novorozené dítě už umí určité druhy zvuků rozpoznat, některé má radši než jiné. Hlasité a náhlé zvuky vyvolají u dítěte úlek, někdy až pláč. Dítě už také dokáže rozlišit jemné rozdíly v časové návaznosti hlásek a tím pádem už rozezná mateřský jazyk od cizího. Dítě je předurčeno k sociální interakci. Tuto předurčenost dítě se sluchovým postižením naplňuje obtížněji.

Do jednoho roku věku už je jasně pozorovatelná korelace mezi sluchovým vnímáním a pokrokem ve vývoji. Dítě získává díky němu kompetence, které jsou potřebné pro interakci s okolním světem, samo od sebe přijímá informace, díky kterým poznává svět. Zvuková stimulace má především sociální charakter a komunikační význam. Intaktní sluch je jedním z předpokladů rozvoje mluvené řeči. Po osmém měsíci věku podle Muknšnáblové (2014) klesá schopnost diferencovat specifické zvuky řeči. Předpokládá se, že dítě pro další řečový vývoj využije již existující znalosti. Od čtvrtého měsíce života se u dětí objevuje broukání, kdy kojenec produkuje zvuky podobné hláskám. To se objevuje také u dětí se sluchovým postižením, i u dětí oboustranně neslyšících. Protože ale u nich toto broukání

není posilováno zpětnou vazbou, postupně mizí. Ke konci kojeneckého období už dítě částečně rozumí řeči a umí samo i několik slov použít. Tento rozvoj řeči je ale závislý na stimulaci, schopnosti dobře slyšet řečový projev ostatních. Toto učení nápodobou je jedním z nejpodstatnějších mechanismů socializace.

V batolecím období musí být pro správné formování řeči sluchové podněty dostatečně velké, časté a srozumitelné. Úroveň řečového projevu batolete je tedy přímo úměrná kvalitě sluchového vnímání a výchovnému působení okolí. Pokud dítě zvládá komunikaci, snáze navazuje vztahy, poznává normy a získává kompetence ve společnosti. Při ovládání řeči má také mnohem širší možnost vyjádření se, ať už jde o city, potřeby nebo myšlenky. Při opoždění řečového vývoje v tomto období pozorujeme velmi zásadní sociální důsledky. Vnímání okolí skrze sluch napomáhá osamostatnění a naplnění potřeby jistoty v okolí i v sebe sama a své schopnosti.

Předškolní věk je specifický prvním nástupem do školního zařízení, kde se musí dítě prosadit mezi vrstevníky. To souvisí s postupně zmenšujícím se navázání na matku. Zde je jazyk využíván především pro poznávání okolí. Pokud dítěti chybí rovný přístup k těmto informacím, budou se informační rozdíly mezi ním a jeho vrstevníky prohlubovat.

V období nástupu do povinné školní docházky zároveň dozrává sluchové vnímání. Dítě v tuto dobu potřebuje být schopno rozlišit jednotlivé hlásky, aby se naučilo číst a psát. Také musí mít schopnost vnímat řečový projev. Schopnost řeči v tomto období vede k jednoduché logice. Sluchové vnímání dítěti umožňuje se učit a seberealizovat. Vrstevníci a jejich názory se pro dítě stávají podstatnějšími. Pokud dítě není plnohodnotnou součástí skupiny, nerozumí jejímu vyjadřování a verbálním projevům, je postupně separováno. Často se u dětí mladšího školního věku také setkáváme s neochotou přijmout někoho, kdo se jakkoliv odlišuje.

Starší školní věk je spojován s proměnami osobnosti a sebepojetí. Odlišnost je v tomto období velkou překážkou. Děti často hledají uznání u svých vrstevníků. Pokud se s nimi ale nedá snadno dorozumět, nepatří v kolektivu mezi oblíbené. U adolescentů je znevýhodnění často ohrožující pro oblast identity a je spojováno (podle toho, v jakém prostředí se pohybují) s negativním vnímáním sebe sama (Mousavi, 2017).

Muknšnáblová (2014) zmiňuje, že: „Sluchové postižení u dětí je zvláště závažné, jelikož naruší ontogenetický vývoj řeči. Poškození sluchu s sebou nese narušení komunikačních technik dítěte, což se odráží následně také v procesu myšlení a celkového vývoje, především mentálního a sociálního. Dítě se často potýká s problémy při socializaci.“ To i z toho důvodu, že je dítě omezeno jen na vizuální a taktilní podněty, což může v raném období vývoje vést až k deprivaci.

Podobný pohled sdílí Krahulcová (2002), ta píše, že: „Komunikace, její způsoby, komunikační prostředky a cesty jsou základem pro vytvoření efektivního lidského společenství. Jakákoliv překážka v ontogenetickém nabývání komunikačních schopností má dalekosáhlé a závažné důsledky.“

Vzhledem k omezení v komunikaci je pro dítě se sluchovým postižením složité udržovat mezilidské vztahy, ať už s ostatními dětmi, nebo s dospělými. Může se poté stát, že se dítě fixuje na rodinu, která jeho specifika v komunikaci přijímá, na rozdíl od majoritní společnosti, která často s osobami se sluchovým postižením neumí navázat kontakt. To samozřejmě znesnadňuje další pokrok dítěte. Podle Muknšnáblové (2014) je nutné podporovat schopnosti dítěte se sluchovým postižením mluvit a myslet impulzy adekvátními jeho osobnosti a možnostem. Píše, že: „při příznivém komplexním výchovném působení lze tyto jedince plně integrovat a plnohodnotně s nimi spolupracovat na efektivním výsledku společných aktivit.“

2.3 Možnosti kompenzace sluchové vady dítěte

Sluchadla

Sluchová vada se nejčastěji kompenzuje sluchadly, která se v základu skládají z mikrofonu (ten zachytí zvuk a přemění ho na elektrický signál), zesilovače (nebo počítačový čip u digitálních – ten signál zesiluje a upravuje) a reproduktoru (ten signál opět změní na zvuk a přenese ho zpět do prostředí). U kostních sluchadel je místo reproduktoru vibrační segment (ten rozkmitá kost, skrz kterou je zvuk veden do labyrintu vnitřního ucha). Mimo tyto základní komponenty patří ke komponentům sluchadla také regulátor hlasitosti, indukční cívka, přepínač programů (někdy kombinovaný s vypínačem) a přímý audiovstup.

Sluchadla se dají dělit podle způsobu zpracování akustického signálu na analogová a digitální. Zhruba do druhé poloviny devadesátých let 20. století byla veškerá sériově vyráběná sluchadla analogová (Havlík, 2007). Dnes je většina u nás využívaných sluchadel digitálních, analogová už se dále nevyvíjí a patří mezi levné a jednoduché modely. Digitální sluchadla převádí signál na binární kód, který je možné dále zpracovávat. To nabízí velké množství variant, což přispívá k co nejlepšímu rozumění řeči. Tento binární kód je poté v zesilovači upraven pro potřeby požadovaného zesílení a předán do digitálně-analogového převodníku, kde je zpětně změněn na elektrický proud. Ten vstupuje do reproduktoru, jehož membrána se rozkmitá a vytváří akustický tlak, tedy zvuk (Lejska, 2019).

Dalším možným dělením sluchadel je dělení podle charakteru přenosu zvuku, který je buď vzdušný, nebo kostní. Při přenosu vzduchem opouští zvuk sluchadlo ve formě akustické energie, kterou reproduktor emituje do zvukovodu a tak dochází stejně jako při slyšení k rozkmitání bubínku. Tento způsob využívají všechny zvukovodové modely, závěsné modely a některá brýlová sluchadla. Kapesní sluchadla mohou mít na sobě napojeno sluchátko nebo kostní vibrátor. Součástí každého sluchadla se vzdušným vedením je ušní vložka. Při kostním přenosu je elektrický signál, který vychází ze zesilovače, předáván vibrátoru, který je přiložen na spánkovou kost. Vibrace jsou poté vedeny kostí do vnitřního ucha, kde jsou rozkmitány nitroušní tekutiny a Cortiho orgán. Kostní přenos umožňují brýlová sluchadla s vibračním segmentem, kapesní sluchadla s kostním vibrátorem a sluchadla ukotvená do kosti (BAHA).

Dále můžeme rozdělovat sluchadla podle tvaru, to je rozdělujeme na sluchadla zvukovodová, závěsná, kapesní, brýlová a ukotvená do kosti (BAHA).

Za zmínku stojí také FM systém, který je externím doplňkem sluchadla. Je složen z vysílače, mikrofonu a přijímače napojeného na audiovstup sluchadla. Zajišťuje, že přenášený zvuk bude mít takové spektrum, jako kdyby nedoslýchavá osoba měla ucho tam, kde je umístěn vysílač. Typicky se proto využívá např. ve škole.

Sluchadla použitá u malých dětí by podle Havlíka (2007) měla především poskytnout trvalou slyšitelnost všech zvuků prostředí, zajistit slyšitelnost řečového signálu a nedovolit, aby silné zvuky byly nepříjemně hlasité či dokonce nebezpečně intenzivní.

Kochleární implantát

Zvláštní skupinou sluchově postižených jsou ti po kochleární implantaci. Podstoupení lékařského zákroku je pro ně jedinou možností sluchového vnímání. Patří tak zároveň do minority Neslyšících i do majority slyšících. To bývá problémem především u neslyšících rodičů, kteří tak podle rozhovoru s maminkou implantované holčičky mají pocit, že své dítě „ztratí". Setkat se od neslyšících můžeme také s názorem, že jde o tzv. „genocidu neslyšících", jelikož kochleární implantace vede k úbytku inteligence z řad neslyšících. V rozhovoru z roku 2001, kdy bylo implantovaných přes sto dětí, bylo jen jedno z nich dítě neslyšících rodičů (Chvátalová, 2012). Při oboustranné praktické hluchotě není možné sluchovou vadu kompenzovat sluchadly. V takovém případě je ale v dnešní době možné, v České republice už od roku 1993, provést kochleární implantaci. Skopová (2013) píše, že kochleární implantát nikdy zdravý sluch nedokáže zcela nahradit a řada implantovaných dětí nedosahuje žádoucí úrovně českého jazyka a při běžné komunikaci s cizími lidmi nebo při výkladu učitele ve škole mívá problémy. Nevhodný kandidát pro kochleární implantaci je člověk s centrální poruchou sluchové dráhy, s přítomností středoušních zánětů nebo s abnormalitami kochley (Chvátalová, 2012). Kochleární implantát dráždí elektrodami přímo zakončení sluchového nervu v kochley – tedy nefunguje na bázi zvyšování hlasitosti okolních podnětů jako sluchadlo, ale kóduje zvukový podnět, který následně převádí elektrickou cestou ke sluchovému nervu. Součástí kochleárního implantátu je část vnitřní a vnější. Vnější část tvoří mikrofon, řečový procesor a vysílač. Přijímaný zvuk je veden do řečového procesoru, ve kterém jsou zvukové signály kódovány a filtrovány, aby sluchový analyzátor přijímal především řečové podněty. Vnitřní část tvoří přijímač a z něj vystupující proužek, který tvoří elektrody. Implantát je voperován do kosti skalní a je překryt kůží, proužek je zaveden do kochley. Každá elektroda přenáší dráždění na zakončení sluchového nervu v jiném místě, což umožňuje co nejvíce diferencované vnímání odlišných zvukových podnětů (Svobodová, 1997).

Svobodová (1997) dále píše, že: „Kochleární implantát umožňuje slyšet zvuky a zejména řeč dětem i dospělým neslyšícím, tj. těm, kteří ani s použitím nejvhodnějšího a dobře individuálně seřízeného sluchadla, po nejméně šestiměsíční soustavné a systematické reedukaci sluchu nerozlišují zvuky řeči."

Vhodný kandidát pro kochleární implantaci není vybírán jen podle lékařského vyšetření na ORL, foniatrii či neurologii, ale i podle celkového vývoje, vývoje jeho komunikačních schopností nebo podle jeho sociálního prostředí a jeho možností při soustavné rehabilitaci, která je po kochleární implantaci klíčová. Všechna tato kritéria posuzují budoucí úspěšnost implantace i rehabilitace, jejímž předpokladem je přiměřené využívání kochleárního implantátu. I přes to Kabelka (in Skopová, 2013) uvádí, že celosvětově asi 80 % potenciálních uživatelů z nejrůznějších důvodů nemá šanci kochleární implantát dostat.

3 Mimoškolní aktivity dětí

3.1 Význam mimoškolních aktivit

Smysluplným a autonomním využíváním volného času a prostředky tomu napomáhajícími se zabývá pedagogická disciplína pedagogika volného času. Mezi takto trávený volný čas řadíme i mimoškolní aktivity. Je důležité poznamenat, že u mladších dětí většinou volba mimoškolních aktivit závisí na vůli rodičů. Dumazedier (in Hájek, 2004) rozlišuje tři složky volného času. Jsou jimi složka relaxační, složka zábavy a složka sebevzdělávací a vzdělávací. Do složky zábavy i složky sebevzdělávací a vzdělávací můžeme nepochybně mimoškolní aktivity zařadit. Je tedy podstatné nechápat volný čas jen jako prostor k nicnedělání, ale také jako možnost seberealizace, rozvíjení se, i zábavy. Podle Hájka (2004) můžeme zmíněné složky chápat zároveň jako funkce volného času. K nim přidává složku čtvrtou, kterou nazývá složka preventivní. Děti a mládež neumí podle něj s volným časem vždy účelně nakládat a to může vést k trestné činnosti či užívání návykových látek. Pokud dítě pochází z nepodnětného prostředí a má volného času nadbytek, je toto riziko vyšší. Pro děti v účasti v mimoškolní aktivitě existují bohužel i bariéry. Těmi může být nedostatek volného času, nedostatek finančních prostředků, materiální zázemí a mezilidské vztahy v lokalitě, nepochopení potřeb dětí a mládeže, odpor rodičů, nedostatek vhodných příležitostí nebo vrstevníků se stejným zájmem, ale samozřejmě i postižení dítěte či neochota organizátorů aktivity tomuto postižení svou činnost částečně přizpůsobit.

Způsob trávení volného času může dále rozvíjet osobnost, upevňovat zdraví, dá se vnímat jako výzva a úkol. Druhým možným pohledem na věc je, že volný čas poskytuje prostor pro rozvoj tvořivosti a nápadů. Dále může poskytovat možnost trávit volný čas s rodinou a přáteli, prostor pro uvolnění a přijímání nových podnětů. Nepochybně je součástí volného času také zábava, radost, uvolnění a odreagování (Hájek, 2004).

3.2 Možnosti mimoškolních aktivit pro děti se sluchovým postižením

Pro rodiče dítěte se sluchovým postižením existují při výběru mimoškolních aktivit v podstatě dvě hlavní možnosti – inkluze dítěte v mimoškolních aktivitách, které nejsou cíleny na děti s postižením, nebo výběr z možností aktivit, nabízených přímo pro ně. Tento výběr je bohužel omezený a nemusí vždy reflektovat oblasti zájmu dítěte. Z aktivit takto

nabízených se budu dále zabývat skautingem, sportovními aktivitami a aktivitami nabízenými v rámci škol pro sluchově postižené.

Inkluze dítěte se sluchovým postižením v mimoškolních aktivitách

Pojem inkluze je pojmem, který lze jen těžko jednoznačně definovat. Má mnoho různých výkladů a někdy bývá zaměňován s pojmem integrace. Votavová (2013) píše, že tyto pojmy „…jsou používány v souvislosti s přijímáním a efektivním vzděláváním žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.“ Takové žáky definuje §16 zákona 361/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. Dále Votavová (2013) definuje inkluzivní vzdělávání jako „Vzdělávání začleňující všechny děti do běžných škol. Podstatou je změněný pohled na selhání dítěte v systému, resp. selhání vzdělávacího systému v případě konkrétního dítěte. Při neúspěchu je třeba hledat bariéry v systému, který není dostatečně otevřený k potřebám jednotlivce.“ K rozdílu mezi inkluzí a integrací píše: „Velmi zjednodušeně by bylo možné říci, že integrace vyžaduje větší přizpůsobení dítěte škole, zatímco inkluze se víc snaží přizpůsobit edukační prostředí žákům.“ Důležité je také poznamenat, že pojem integrace byl používaný především v 80. letech minulého století. Důvodem k přístupu na pojem inkluze je deklarace ze Salamanky z roku 1994, jejíž heslem bylo „pouhá integrace nestačí“. Janotová (1996) píše, že cílem integrovaného vzdělávání je „poskytnout i žákům s těžkými a trvalými zdravotními postiženími společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky, a přitom respektovat jejich specifické potřeby.“ Zdůrazňuje, že by děti se specifickými vzdělávacími potřebami neměly být izolovány a měly by dostat stejné vzdělání a výchovnou zkušenost jako jejich běžní vrstevníci. Je ale třeba nezapomenout, že jde stále o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Štech (2018) píše, že „integrace…je elementární podmínkou společného vzdělávání.“ Proces integrace je u nás na vzestupu už od roku 2010 a to i bez novely školského zákona platné od roku 2016, které se říká „inkluzivní“. V roce 2018 u nás bylo ve školách hlavního vzdělávacího proudu 77 % žáků se specifickými vzdělávacími potřebami.

Inkluze nedoslýchavých dětí do školy hlavního vzdělávacího proudu byla u nás možná už v roce 1976, pokud využívaly sluchadla. Bohužel totéž neplatilo pro běžné mateřské školy, kde bylo rozhodnutí, zda sluchově postižené dítě přijmout, jen na dobré vůli

ředitele/ředitelky. Zapojovány do výuky ve školách byly děti se sluchovým postižením už o několik let dříve – zhruba od roku 1961. Ve výsledcích výzkumu Janotové z roku 1973 o zapojení sluchově postižených dětí do třídního kolektivu můžeme sledovat, že 83,1 % dětí se podle učitelů zapojilo dobře, 15,6 % bylo podle nich vůči kolektivu pasivní a jen jedno dítě (tedy 1,3 %) se dle jejich úsudku kolektivu straní. Tyto výsledky nám ukazují, že již před jednapadesáti lety, s tehdejšími technologiemi sluchadel nečinilo dětem se sluchovým postižením obtíže komunikovat s jejich spolužáky. Je totiž důležité dodat, že i mezi slyšícími dětmi najdeme děti pasivnější či stranící se kolektivu.

Je tedy jasné, že inkluze sluchově postižených dětí do škol hlavního vzdělávacího proudu u nás funguje už přes půl století. Janotová (1996) uvádí, že nedoslýchavé dětí, které dochází do školy běžného typu, mají ve srovnání s nedoslýchavými dětmi, které dochází do škol speciálních více slyšících kamarádů, mají rozmanitější zájmy, čtou dříve knížky, navštěvují různé zájmové kroužky, rády poslouchají písničky, lépe rozumí hudbě a učí se hrát na různé hudební nástroje. Z tohoto tvrzení lze usoudit, že většina dětí se sluchovým postižením, která navštěvuje mimoškolní aktivity, které pro ně nejsou primárně určené, bude pravděpodobně docházet do škol hlavního vzdělávacího proudu. Janotová dále uvádí, že většina z nich také ráda sportuje, jejich řeč je sociálně přijatelnější a děti lépe rozumí mluvené řeči. Ostatní děti jsou dětem se sluchovým postižením podle ní „modelem pro způsoby sociálního chování, jsou stimulací pro různé dovednosti.“ Také poznamenává, že se při inkluzi „dítě učí překonávat své problémy a ostatní děti se nenásilně učí respektovat jeho dorozumívací obtíže.“ Dále zmiňuje, že v rámci integrovaného (dnes bychom spíše použili termín inkluzivního) vzdělávání je třeba, aby rodič počítal se vším, co toto rozhodnutí obnáší a sám byl o přínosech tohoto vzdělávání přesvědčený. Součástí je podle ní nejen aktivní spolupráce s logopedkou, ale i zajištění pravidelných kontaktů dítěte se slyšícími dětmi a právě výběr vhodných mimoškolních aktivit ve slyšícím prostředí.

Stejně jako rozhodnutí, zda zařadit sluchově postižené dítě do školy hlavního vzdělávacího proudu nebo do školy pro sluchově postižené, je rozhodnutí, zda dítě přihlásit na mimoškolní aktivitu primárně určenou pro běžné děti dnes na rodičích dítěte. Poskytovatelé mimoškolní aktivity se ale mohou dítě rozhodnout nepřijmout. Pro takové zařazení je třeba zvážit předpoklady dítěte. Podle Potměšila (2012) jsou předpoklady pro

úspěšné zařazení dítěte se sluchovým postižením do školy pro děti normálně slyšící následující:

1. Zralost dítěte před nástupem do školy
2. Řeč dítěte, její srozumitelnost a dostatečné rozvinutí, dobrá prognóza v jejím dalším vývoji
3. Motivace dítěte
4. Dobrá spolupráce rodičů, personálu školy, poradenského pracoviště a dalších subjektů podílejících se na výchově a vzdělávání dítěte
5. Ochota rodičů věnovat více času odpolední přípravě do školy
6. Připravenost a ochota personálu školy, zejména třídního učitele
7. Třídní kolektiv, který rozumí tomu, že dítě se sluchovým postižením se od něj v některých věcech liší.

Dá se očekávat, že předpoklady pro inkluzi dítěte se sluchovým postižením v mimoškolních aktivitách pro běžné děti budou velmi podobné. Pokud zaměníme pedagogické pracovníky a personál školy za vedoucí mimoškolních aktivit a třídní kolektiv za kolektiv na aktivitě, dá se z těchto předpokladů přímo vycházet i pro naše účely.

Aktivity nabízené v rámci škol pro sluchově postižené

Stejně jako u škol hlavního vzdělávacího proudu nabízí také některé školy pro sluchově postižené pro své žáky různou nabídku kroužků. V současné době je u nás 18 škol pro sluchově postižené. Mimoškolní aktivity nabízí už často i mateřské školy. Například bilingvální mateřská škola pro sluchově postižené Pipan nabízí kroužek hudebně-pohybový a kroužek vaření. V nabídce kroužků ZŠ Výmolova můžeme např. najít kroužek sportovní, keramický, výtvarně-pracovní, fotbalový nebo multimediální tvůrčí dílnu. SŠ, ZŠ a MŠ Holečkova se s nabídkou aktivit zaměřuje především na žáky, kteří pobývají na jejím internátním zařízení. Nabízí proto kroužky odděleně pro dívky a chlapce. Chlapci můžou navštěvovat kroužek dopravní výchovy, filmových večerů nebo pečení a vaření. Dívky mají také možnost kroužku pečení a vaření (byť s jiným vedoucím kroužku), jinak jim ale internát nabízí kroužek sportovní a výtvarný.

V rámci aktivit škol bychom neměli opominout Celostátní sportovní hry sluchově postižené mládeže. Ty u nás mají již dlouholetou tradici. Každoročně se na ně sjíždí žáci středních škol pro sluchově postižené z celé republiky. Na sportovních hrách poté poměřují síly v různých disciplínách, jde ale zároveň o důležité setkávání s vrstevníky, jde o významnou kulturní a společenskou událost. V pořádání se pravidelně střídají školy z celé ČR. Tradičně se soutěží v atletice (běh, štafeta, vrh koulí, hod oštěpem, skok vysoký a daleký), volejbalu (dívky), malé kopané (chlapci) a stolním tenisu.

Skauting sluchově postižených

Skauting byl u nás založen roku 1912. První zmínka o skautingu sluchově postižených – neslyšících – dětí je z roku 1921. V roce 1946 byl založen skautský oddíl neslyšících Mirkou Litochlebovou (Macková, 2012). Stalo se tak v době, kdy byl po druhé světové válce skauting obnoven a členská základna organizace se u nás skoro ztrojnásobila oproti počtům před válkou. Po válce se během několika měsíců přihlásilo na 200 tisíc zájemců o skauting (Šantora, 2012). V této době mezi vedoucí oddílu neslyšících patřil i Zdeněk Zelený – „Káďa“. Ten po obnovení založil skautský oddíl, kam si jeden ze členů přivedl neslyšícího bratra. Tomu Zelený řekl, ať si přivede kamarády ze školy. Na následující události vzpomínal: „…odtamtaď si (Pepík, pozn. ed.) přivedl během čtrnácti dnů asi dva kamarády. No, ale asi během měsíce jsme měli sedmačtyřicet chlapců, kteří byli neslyšící. Byl jsem rád, že se začínají o tuto věc zajímat, ale neuměl jsem ani slovo odezírání, ani jeden znak jsem neuměl, nic. Takže jsem si na sebe ušil takový bič, že jsem se to musel učit.“ Novým skautům poté často dával ředitel ústavu v Holečkově ulici v Praze k dispozici třeba tělocvičnu nebo zahradu a řádové sestry, které v ústavu pracovaly, jim ušily skautské kroje.

Tyto zmínky o skautingu sluchově postižených samozřejmě nevylučují možnost skautování sluchově postižených v běžných oddílech, jsou jen prvními dohledatelnými. Jen dva roky po založení oddílu neslyšících Mirkou Litochlebovou byl ale skauting opět zakázán, tentokrát komunistickou stranou.

Další obnovení organizace u nás bylo mezi lety 1968-1970. Z této doby nebyla dohledatelná žádná zmínka o oddílu neslyšících.

Třetí a zatím poslední obnovení organizace Junák (největší skautské organizace u nás) bylo v roce 1989. Oddíl přímo zaměřený na neslyšící děti ale podle dostupných zdrojů vznikl znovu až v roce 2000. Ten založily dvě kamarádky – jedna neslyšící, druhá slyšící.

Skautský oddíl Potkani, který primárně působí v Praze, je v současnosti jediným skautským oddílem specializovaným na děti se sluchovým postižením. Jejich skautská činnost není tak odlišná od činnosti ostatních skautských oddílů. Používají stejnou metodiku, skládají stejný skautský slib i zpívají u táboráku – jen s tím rozdílem, že vše probíhá ve znakovém jazyce, jehož znalost je podmínkou pro členství v oddíle. Oddíl je ale specifický tím, že jsou v něm děti z celého Česka, právě kvůli tomu, že je u nás jediný. Přes týden tedy na pravidelné schůzky dochází jen část pražských dětí, se zbytkem se potkávají jen na výpravách nebo na letním táboře. Pro neslyšící skautské vedoucí ovšem platí stejná pravidla, jako pro slyšící – musí chodit na porady organizační jednotky a mít řádné vzdělání pro vedení oddílu, kterého se dosáhne absolvováním kurzu. Toto střetnutí se slyšícími řeší oddíl tlumočníky či například vysláním nedoslýchavého vedoucího na poradu. V roce 2022 bylo v oddílu registrovaných 38 dětí a nové zájemce o členství musí dokonce odmítat.

V Junáku samozřejmě je i možnost docházení dítěte se sluchovým postižením do běžného oddílu. Konečné rozhodnutí o (ne)přijmutí člena je ale na jeho vedoucích. Fungování s takovým členem ale může být náročnější jak pro vedoucí, tak pro dítě. Vedoucí Potkanů Petr Zbožínek například zmiňuje, že: „Jedna naše členka mi říkala, že až v našem oddíle víc pochopila podstatu skautingu. Předtím chodila do jiného oddílu, ale je jasné, že se jí vedoucí nemohli tolik věnovat, takže spoustu věcí neměla jak pochopit.“. Dále podotýká, že pokud se vedoucí pro přijetí člena se sluchovým postižením rozhodnou, měli by u každého programu přemýšlet o jeho zapojení, jako příklad udává aktivity ve tmě či ve vodě, kde by si člen mohl např. muset sundat sluchadlo (Trávníčková, 2022).

Tématem zapojení sluchově postižených do běžných skautských oddílů se zabýval dnes již neexistující odbor Junáka Skauting pro všechny (SPV). V době jeho existence vznikla příručka pro skautské vedoucí „Z nevýhody výhoda“, která měla za cíl přiblížit jim, jak pracovat s dětmi se specifickými potřebami. Ta se například zmiňuje o nutnosti nezapomenout v případě člena se sluchovým postižením pískané signály nahradit jinými

nebo doplnit je o vizuální prvek. Také vedoucí informuje o možnosti osobní asistence, kterou poskytují některé organizace. Ty nabízejí asistenty (nebo dobrovolníky), kteří mohou dítě se sluchovým postižením doprovodit na mimoškolní aktivitu a po dobu jejího trvání tam s ním pobýt (Žáček, 2013).

Sportovní aktivity

Výzkum, který proběhl v roce 2000 a který pracoval se vzorkem 2293 respondentů ve Velké Británii dospěl k závěru, že děti a dospívající se zdravotním postižením mají mnohem menší šanci zapojit se do mimoškolních sportovních aktivit. Účastníky výzkumu byly děti a dospívající ve věku šest až šestnáct let, kteří dochází do školy a mají limitující postižení nebo onemocnění. Zhruba 16 % výzkumného vzorku dětí a dospívajících s postižením uvedlo, že se zapojuje do sportovních mimoškolních aktivit oproti 45 % výzkumného vzorku tvořeného jejich vrstevníky bez postižení. 74 % dětí a dospívajících bez postižení uvedlo, že o víkendech sportuje, oproti 47 % dětí a dospívajících se zdravotním postižením.

Hlavními důvody, které byly v rámci výzkumu uváděny jako ty, proč děti s postižením nesportují více, byly následující: nedostatek peněz (37 %), omezující zdravotní stav (37 %), nevhodnost místních sportovních zařízení (37 %), v blízkém okolí není žádné sportoviště (34 %), obtížná doprava do sportovních zařízení (32 %), místní sportovní kluby nemají pochopení pro mé postižení (32 %) a nechci chodit sportovat sám (25 %) (Finch et al., 2001).

V České republice jsou v současné době omezeny sportovní kluby neslyšících jen na větší města. Webové stránky Českého deaflympijského výboru (do roku 2022 Český svaz neslyšících sportovců – celorepubliková organizace sdružující všechny sportovní kluby neslyšících a sportovce se sluchovým postižením) uvádí takových klubů třináct. Města, ve kterých kluby sídlí jsou Praha (Pražský sportovní klub neslyšících Praha, Sportovní klub Olympia Praha), Brno (Sportovní klub neslyšících Brno), České Budějovice (Budějovický sportovní klub neslyšících České Budějovice), Pelhřimov (Tělovýchovná jednota Spartak Pelhřimov), Olomouc (SK SKIVELO Neslyšících Olomouc), Hradec Králové (SPORTOVNÍ KLUB NESLYŠÍCÍCH HRADEC KRÁLOVÉ), Plzeň (SK Neslyšících Plzeň), Ostrava (SSK Vítkovice), Zlín (TJ Slovan neslyšících Zlín), Valašské Meziříčí

(Sportovní klub neslyšících Valašské Meziříčí), Jihlava (Tělovýchovná jednota Neslyšící Jihlava) a Kroměříž (SK neslyšících Kroměříž).[1] Nabízené sporty se liší, nejčastěji se objevují sporty, které mají vlastní kategorii na Deaflympiádách. Deaflympiády (dříve Světové hry neslyšících) se konají odděleně od paralympiád a olympiád, vždy v lichém roce. Konají se odděleně kvůli specifickému způsobu komunikace sportovců, konají se každé čtyři roky. První letní hry se konaly v roce 1924 v Paříži (kdy také vznikla Světová federace neslyšících sportovců CISS/ICSD, což z ní tvoří nejstarší asociaci handicapovaných sportovců), první zimní v roce 1949 v Seefeldu. Na Deaflympiádě může startovat sportovec, který má na lepším uchu ztrátu nejméně 55 decibelů. Ta se měří celkem třikrát – na frekvencích 500 Hz, 1000 Hz a 2000 Hz. Hodnoty v dB se sečtou a vydělí třemi, což nám dá výsledek míry ztráty sluchu pro každé ucho zvlášť (Lacina, 2009). Současnými sporty na Deaflympiádě jsou atletika, badminton, basketbal, plážový volejbal, bowling, cyklistika, fotbal/futsal, golf, házená, judo, karate, horská cyklistika, orientační běh, sportovní střelba, plavání, stolní tenis, taekwondo, tenis, volejbal, wrestling, řecko-římské zápasení, alpské lyžování, šachy, běh na lyžích, curling, lední hokej či snowboarding. Český deaflympijský výbor z výše zmíněných osmadvaceti sportů ovšem reprezentuje jen dvacet. Chybějícími sporty, které nemají českou reprezentaci, jsou basketbal, házená, judo, horská cyklistika, taekwondo, wrestling a řecko-římské zápasení a běh na lyžích (není jasné, zda spadá pod „lyžování“, které uvádí webové stránky výboru). Zato deaflympijský výbor uvádí kuželky, které na stránkách Deaflympiády ve výčtu sportů nejsou. Bohužel ne všechny kluby neslyšících mají dostupné webové stránky (či z nich není jasné, zda jsou všechny nabízené sporty skutečně pro neslyšící, jelikož nabízí sport širší veřejnosti), z těch, které je mají, byly vybrány nabízené sporty, které nejsou zmíněné na stránkách Českého deaflympijského výboru. Jsou jimi pétanque (České Budějovice, Plzeň), karty (České Budějovice, Praha, Plzeň), šipky (České Budějovice, Praha, Plzeň), turistika (České Budějovice), nohejbal (Brno), rybaření (Plzeň[2]) a florbal (Zlín). Lze tedy říci, že nabízené množství sportovních aktivit je ve větších městech (kde jsou ostatně i školy pro sluchově postižené) relativně vysoký počet.

[1] Zde je zajímavé si všimnout, že se mezi kluby liší používané označení neslyšící/ Neslyšící.
[2] Existuje také Klub neslyšících rybářů.

4 Metody a přístupy v práci s dětmi se sluchovým postižením

Tato kapitola se zabývá metodami a přístupy v práci s dětmi se sluchovým postižením. Má za cíl stručně popsat nejdůležitější oblasti, ve kterých je práce s dítětem se sluchovým postižením specifická.

4.1 Komunikace a komunikační přístupy

Podle Krahulcové (2002) „neexistuje jediná nebo nejlepší metoda, cesta, způsob, komunikační strategie nebo vzdělávací program, ale široké spektrum možností k překonání komunikační bariéry na podkladě individuálních schopností sluchově postižených."

Volba komunikační strategie má pro dítě se sluchovým postižením rozhodující význam. Je velmi individuální, tvoří podstatný mezník pro další vývoj dítěte (Hádková 2016).

Existuje tedy několik různých systémů přenosu informací, které slouží k překonání smyslové bariéry. Všechny se shodnou na potřebě být schopen předat a přijmout informaci. Limitující je samozřejmě pro osobu se sluchovým postižením právě zvuková stránka jazyka, a tím pádem je logická přednost vizuálně-motorických dorozumívacích prostředků.

Jedněmi z historicky prvních metod komunikace s osobami se sluchovým postižením jsou tzv. metody orální. Ty mají za cíl osvojení si mluvené řeči. Dělí se dále na metody čisté, které staví jen na systematické výstavbě jazyka, a metody „volnější", při kterých si mluvený jazyk osvojují osoby se sluchovým postižením za pomoci vizuálně-motorických komunikačních systémů.

Setkat se můžeme také s metodou bilingvní, při které dochází k přenosu ve dvou různých jazykových kódech (nejčastěji znakový jazyk a mluvená řeč), ne nutně ale zároveň. Nedochází zde k přímému překladu mezi oběma jazyky.

Zmínit lze také přístup totální komunikace, který lze brát jako filozofický směr komunikace. Spojuje v sobě veškeré komunikační formy, aby zajistil přenos informací mezi sluchově postiženými a slyšícími, ale také mezi sluchově postiženými navzájem.

V komunitě Neslyšících se nejčastěji setkáme se znakovým jazykem. Jeho užívání upravuje zákon č. 384/2008 o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. Český znakový jazyk má svou vlastní strukturu a syntax, která je odlišná od majoritní

mluvené řeči. Najdeme zde ale i podobnosti s mluvenými jazyky. Stejně jako v mluveném jazyce se i ve znakovém setkáme s fonémy (tvary, pozice a pohyby jako nejmenší stavební jednotky jazyka), jejichž prostřednictvím se budují morfémy a znaky („slova“) znakového jazyka, které poté vytváří výpovědi, texty (Macurová, 2018). Znakové jazyky se také, stejně jako mluvené, proměňují v čase, rozšiřují slovník pomocí přejímek z cizích jazyků a obdobné jsou i procesy jeho osvojování (Macurová, 2018). Setkat se méně často můžeme se znakovanou češtinou, která naopak gramatická pravidla mluvené řeči přebírá a převádí je do vizuálně-motorické podoby. Znakový jazyk má velkou variabilitu, má různou podobu v rodinách, ve školách, či regionech.

Za zmínku stojí také manuálně kódovaný mluvený jazyk. Pod něj řadíme prstovou abecedu, Rochesterskou metodu (kombinace orální metody s prstovou abecedou, která doplňuje těžko odezíratelné části slov), daktylografie (psaní písmen do dlaně ruky) nebo využití pomocných artikulačních znaků. Ty plní zároveň funkci podpory správné artikulace hlásky a podpory analýzy a syntézy slov a následovně mluvních celků. Také sem patří tzv. cued speech, neboli doplňovaná řeč. Při ní se tvary prstů a poloh ruky vyjadřují skupiny samohlásek či souhlásek i slabik, který se doplňuje odezíráním. Lze také využívat Hand – Mund systém, což je druh prstové fonetické abecedy, při kterém je znázorněna činnost mluvidel, která není vidět zrakem.

Důležitým doplňkem vizuálně-motorických komunikačních prostředků je i psaná podoba jazyka. Ta bývá ale pro komunitu Neslyšících velmi náročná. Macurová (2018) například uvádí obtíže s vyjadřováním prostorových vztahů, zvláště s předložkami, podobou a užíváním sloves, osobních zájmen a kategorií rodu nebo času. Macurová (2018) dále uvádí, že do praxe se tyto poznatky o češtině psané českými neslyšícími promítají tvorbou učebnic češtiny i jiných učebních textů pro děti a mládež se sluchovým postižením.

Již částečně bylo výše zmíněno odezírání. To definuje Krahulcová (2002) jako: „Přijímání informací zrakem a chápání jejich obsahu na základě pohybů mluvidel, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného.“ Odezírání nelze nikdy brát jako plnohodnotnou náhradu sluchového vnímání.

4.2 Význam vizuální podpory a prostředí

Kvůli částečné či úplné absenci sluchového vnímání je vhodné vjemy dítěte se sluchovým postižením co možná nejvíce doplnit o vjemy vizuální, které mohou dítěti poskytnout alespoň částečně chybějící informace, kterých se mu nedostává skrze sluchové vnímání. Rozvojem zrakového vnímání se zabývá i systém rané péče, Muknšnáblová (2014) uvádí, že vizuální vnímání lze intenzivně rozvíjet už od druhého či třetího měsíce života.

U dětí se často například k výuce využívají vizuální pomůcky. Yasin (2024) vizuální pomůcky definuje jako širokou škálu médií, včetně obrázků, grafů, videí, tabulek, schémat a diagramů. Také píše, že tyto pomůcky mají zásadní roli při zprostředkování významu, posílení kognitivních funkcí a paměti a podpoře zájmu. Vizuální pomůcky bourají jazykovou bariéru, která mezi neslyšícími a slyšícími osobami často vzniká. Vizuální vjemy jsou podle Muknšnáblové (2014) vhodné i pro navázání kontaktu s dítětem se sluchovým postižením. Yasin (2024) píše, že využití vizuálních pomůcek u neslyšících žáků významně zlepšuje jejich slovní zásobu, pomáhá lépe pochopit význam a kontext slov. Jako vizuální pomůcku při výuce cizích jazyků dále uvádí prstovou abecedu, která usnadňuje porozumění cizí slovní zásobě.

Důležité je nepochybně i prostředí, ve kterém se sluchově postižené dítě pohybuje. Do školního prostředí řadí Čadová (in Michalík, 2012) například učebnice a pomůcky, kompenzační pomůcky a asistenty, ale i připravenost pedagogů a dalšího personálu „běžných“ škol. Všechny tyto podmínky jsou podle ní nutné pro správné zařazení žáka se sluchovým postižením do školy hlavního vzdělávacího proudu. Potměšil (in Michalík, 2012) píše, že při integraci žáka se sluchovým postižením je třeba odpovídajícím způsobem upravit podmínky a prostředí. Například akustická kvalita prostředí má podle něj negativní vliv na kvalitu komunikace s dítětem se sluchovým postižením. Uvádí také, že „Bez úprav akustiky prostředí a zásahu do organizačních forem je edukace těchto žáků velmi ztížena“. Pro školní práci jsou podle Potměšila (in Michalík, 2012) základními požadavky úprava prostředí z hlediska počtu spolužáků, úpravy akustického klimatu, specifické metody a formy práce a vysoká úroveň komunikačních kompetencí pedagogů.

5 Vlastní výzkum

5.1 Cíle výzkumu a metodologie

Cílem výzkumu je specifikovat pomocí případové studie situaci dítěte se sluchovým postižením s ohledem na výběr mateřské a základní školy, zapojení do třídního kolektivu, možností mimoškolních aktivit, zapojení do programů konaných v rámci vybraných mimoškolních aktivit a případných problémech při jejich konání. Na základě sociogramu v oddílu skautek zmapovat vztahy ostatních členek k člence se sluchovým postižením.

K výzkumu byl použit polostrukturovaný rozhovor s dítětem se sluchovým postižením a jeho rodiči, který byl poté upraven na případovou studii.

Švaříček (2014) definuje rozhovor jako strukturovanou konverzaci, kterou badatel řídí pomocí hlavních, navazujících a pátracích otázek. Polostrukturovaný rozhovor poté tazateli umožňuje měnit pořadí připravených otázek či přidávat další. Případovou studii popisuje Hendl (2023) jako podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. Základem případové studie je podle něj shromáždění dat od jednoho či několika málo jedinců.

Druhým výstupem je vytvoření dvou sociogramů dětí v kolektivu v konkrétní mimoškolní aktivitě, které poukazují na vztahy k dítěti se sluchovým postižením v rozmezí jednoho roku. Jsou vytvořeny z odpovědí na sociometrický dotazník.

Sociogram lze definovat jako mapu vztahů ve skupině. Jde o grafické znázornění výsledků sociometrického dotazníku. Kladný vztah je znázorněn plnou čarou se šipkou na konci, záporný poté přerušovanou čarou s šipkou na konci. Reciproční vztah má šipky na obou koncích. Sociogram může dobře posloužit například ke zmapování vznikajících podskupin v kolektivu (Chráska, 2016).

Respondenty v práci jsou: neslyšící dítě s kochleárními implantáty na obou uších, rodiče neslyšícího dítěte, které má kochleární implantáty na obou uších a členky skautského oddílu. Všichni respondenti byli vybráni účelově. Jde o výzkum smíšený, který využívá prvky kvalitativního a empirického výzkumu, kterými je polostrukturovaný rozhovor, přímé pozorování a sociometrický dotazník.

5.2 Případová studie

K zodpovězení některých výzkumných otázek byl využit polostrukturovaný rozhovor s šesťačkou (tedy vlastně primánkou), která využívá oboustranně kochleární implantáty, její maminkou a tatínkem. Výzkum tedy sleduje perspektivu rodiče i dítěte. Rodiče dostali jiné otázky než dítě, vzhledem k věku i různým výzkumným problémům. Z tohoto polostrukturovaného rozhovoru byla poté vytvořena případová studie dítěte.

Základní anamnestické údaje

Pohlaví: dívka

Rok narození: 2012

Diagnóza: vrozená oboustranná ztráta sluchu

Rodinná anamnéza

Dívka žije v úplné rodině se dvěma mladšími sestrami v Praze. U nikoho jiného v rodině se sluchová vada nevyskytuje.

Osobní anamnéza

Dívka se narodila jako prvorozené dítě v porodnici v Podolí, kde už byl v té době prováděn screening sluchu novorozenců. Ten jí nevyšel dobře, a proto po třech dnech došlo k rescreeningu. Ten už vyšel lépe, a proto ji i s rodiči poslali z porodnice domů. Rodičům ale tento verdikt nepřipadal správný. Dcera se neotáčela ani za silnými zvukovými podněty. Absolvovali proto další vyšetření ve Fakultní nemocnici Motol. Diagnózu, že dcera neslyší, se tedy dozvěděli zhruba v jejích pěti měsících života.

První věcí, kterou se rodiče rozhodli aktivně řešit, byl výběr způsobu komunikace. Rozhodli se pro znakový jazyk. K výběru znakového jazyka je vedlo také to, že nechtěli, aby dítě bylo více než rok bez možnosti komunikace. Maminka uvedla, že podle ní to, že dcera uměla znakovat, přispělo k snazšímu nástupu slyšení. Zároveň navštěvovali Středisko rané péče Tamtam a denní stacionář ve Fakultní nemocnici Motol pro děti se sluchovým postižením. Dívka byla také vedena ve Fakultní nemocnici Motol jako kandidát na kochleární implantaci už od vyšetření sluchu v pěti měsících. I tak musela půl roku nosit sluchadla. Rodiče uvedli, že se pro operaci rozhodli zejména kvůli příležitostem, kterých

mají podle maminky neslyšící méně. První kochleární implantát dostala dívka v roce a čtvrt, druhý těsně před třetími narozeninami.

Výběr mateřské a základní školy

Při výběru mateřské školy, později základní školy a nyní už gymnázia podle maminky kochleární implantáty vlastně nehrály roli. Maminka uvedla, že dcera byla natolik sluchově zdatná, že nebylo třeba hledat mateřskou školu pro děti se sluchovým postižením. Do běžné mateřské školy docházela bez asistenta. Základní školu poté také vybírali bez ohledu na kochleární implantáty. Tatínek zmínil, že jim bylo řečeno, že vzdělávání v alternativních školách může být s ohledem na sluch složitější, z důvodu většího ruchu. Rodina se i tak rozhodla pro alternativní školu, kterou dítě zvládá bez větších obtíží. V současné době navštěvuje první ročník osmiletého gymnázia.

Zapojení do třídního kolektivu

Podle slov dítěte bylo zapojení do kolektivu v základní škole zprvu obtížné. Zmínila, že v první třídě, se většina spolužaček bavila spíše mezi sebou, než s ní. Později ve třetí třídě jí jedna spolužačka řekla, že se jí bála a myslela si, že je mimozemšťan, právě kvůli kochleárním implantátům. Nyní už má pocit, že se do kolektivu zapojuje dobře a jen poznamenává, že se jí občas ostatní ptají, co to má za uchem a ji to unavuje vysvětlovat.

Možnosti mimoškolních aktivit

Ani výběr mimoškolních aktivit nebyl v tomto případě sluchovým postižením nijak významněji ovlivněn. Maminka k tomu uvedla, že by ji kvůli kochleárním implantátům nepřihlásili na hry typu ragby, ale že by ji do takových mimoškolních aktivit pravděpodobně stejně nepřihlásili. Jediné, kde vnímala překážky, bylo plavání pro předškoláky, kam dceru nepřihlásila kvůli složitějšímu servisu kolem kochleárních implantátů a zhoršenému slyšení. Sama dívka uvedla, že jí toho baví dělat hodně, tvořivé i sportovní aktivity, ráda si také čte. Chodila na kroužek plavání, lezení, letoher, vaření, výtvarný kroužek a do skauta. Sama říká, že plavání nebylo úplně nejlepším výběrem, jinak ale ve výběru mimoškolních aktivit nevnímá omezení. Subjektivně také vnímá, že se mezi ostatní zapojuje dobře a ve většině případů má stejnou šanci se zapojit jako ostatní, i když jmenuje ojedinělé případy, kdy tomu tak není. Například zmiňuje situaci, kdy na

výjezdu měli hrát hru s vodními stříkačkami a jí bylo řečeno, že bude lepší, když hrát nebude. Také zmiňuje problém s helmou na kolo, kdy maminka zmínila, že má dcera cívky na různých místech hlavy, a jak se helma na hlavě při jízdě různě hýbe, cívky se odpojují. Dívka sama řekla, že na kole jezdí ráda, ale helma jí vadí.

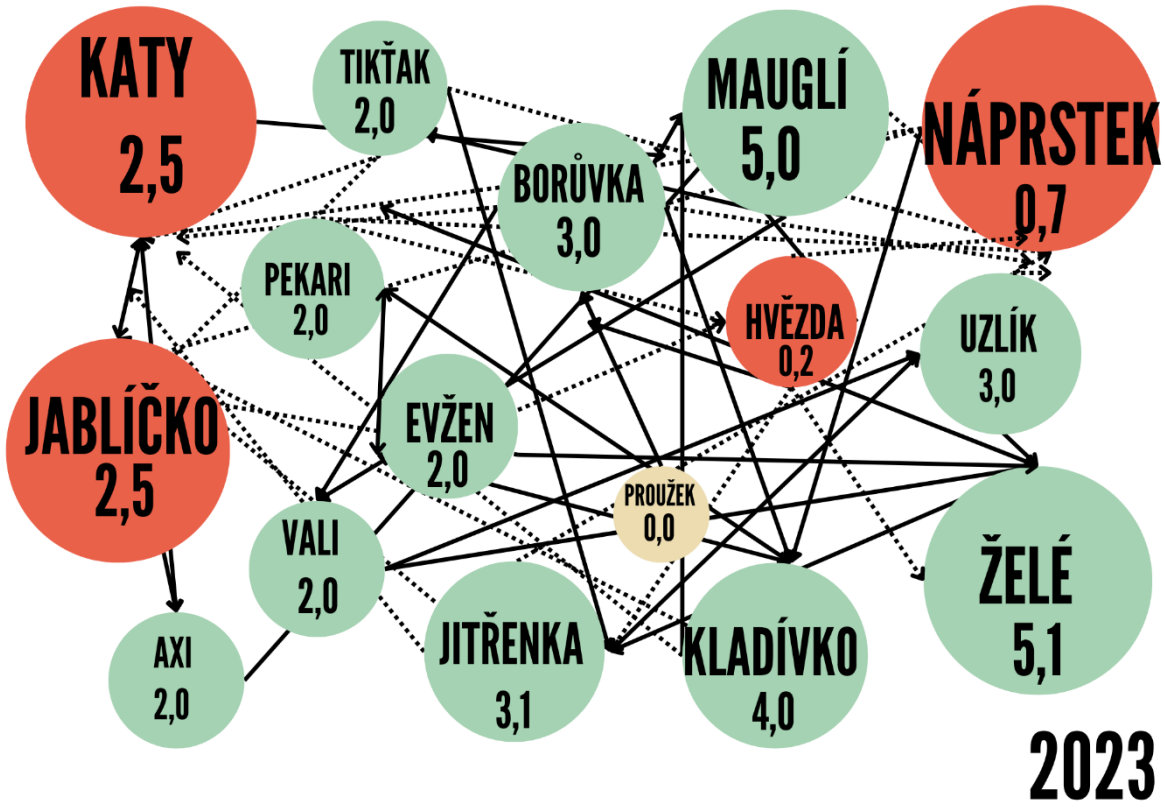
Zapojení do programů konaných v rámci mimoškolních aktivit a případných problémech při jejich konání

Dívka sama bez pobídnutí nedokázala jmenovat situaci, při které by byly kochleární implantáty problémem. Do mimoškolních aktivit se zapojuje podle ní bez obtíží, když neslyší dobře instrukce, doptá se. Po připomenutí situace, kdy se nestihly kochleární implantáty nabít na noční hru jmenovala jako nevýhodu, že se nedají akumulátory dobít z powerbanky, a tak když na mimoškolní aktivitě nemá přístup k elektřině, musí využívat baterky, které jsou náchylnější na vlhkost, což bývá v prostředí bez elektřiny větší problém. Zároveň na delších akcích (např. skautský letní tábor) je pro ni nepříjemné, že když si umyje vlasy, musí si cívky sundat a tudíž dokud vlasy neuschnou, neslyší. Zároveň jmenuje obtíže s rozeznáním toho, odkud jaký zvuk přichází.

5.3 Sociogramy

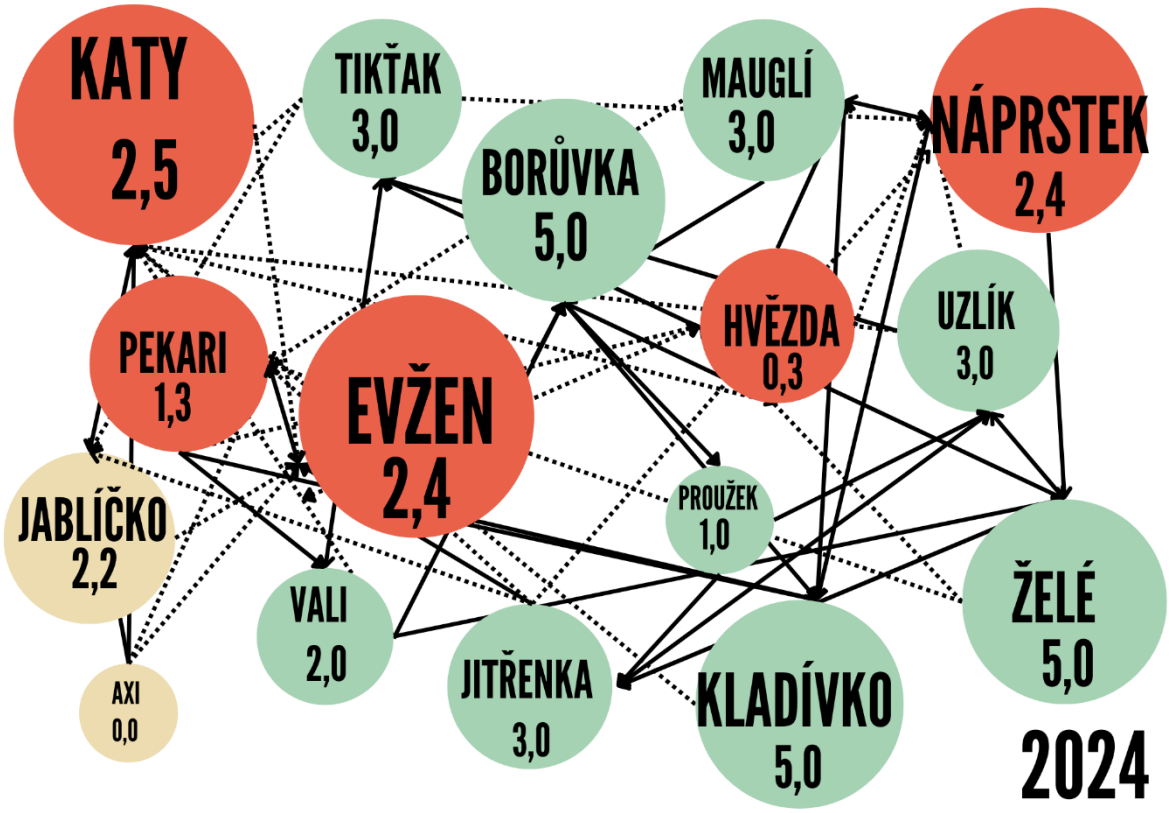
Pro účely zjištění vztahů v oddílu skautek byly jeho členkám položeny dvě jednoduché otázky. Byly to: „Kdybys pořádala narozeninovou oslavu, koho bys určitě pozvala?“ a „Koho bys určitě nepozvala?“ přičemž na každou otázku mohly členky oddílu odpovědět 0-3 jmény. V případě uvedení konkrétní skautky jako osoby, kterou by pozvaly na narozeninovou oslavu, k ní byl přidán pozitivní vztah. V opačném případě vztah negativní. První sběr dat proběhl na jaře roku 2023, druhé kolo sběru odpovědí poté proběhlo o rok později. Zajímavé bylo, mimo jiné, pozorovat, jestli se vztahy za rok nějak změní, případně zda se nové členky – mezi které patří i skautka s kochleárními implantáty – za rok lépe začlení do kolektivu. V úvodu bylo zmíněno, že v mém oddíle momentálně skautuje 24 děvčat. Loni bylo toto číslo nižší, jedno dítě z oddílu odešlo a tři přestoupily do oddílu starších, proto byly do výzkumu zapojeny jen děti, které do oddílu chodily oba dva roky, což je celkem 16 respondentek. Vztahy, které v sociogramu vyšly, byly poté graficky zpracovány v programu Canva (viz příloha 1 a 2). Ponechány byly přezdívky dětí, které je částečně anonymizují. Každé dítě má v sociogramu svou „bublinu“, která má jednu ze tří

možných barev. Zelená bublina znamená, že dítě je celkově v kolektivu vnímáno spíše pozitivně (má k sobě více vztahů kladných než záporných), béžová, že je vnímáno neutrálně (má k sobě stejně kladných i záporných vztahů) a červená, že je vnímáno spíše negativně (má k sobě více záporných vztahů, než kladných). Velikost bubliny také koresponduje s celkovým počtem vztahů, které k sobě dítě má. Pod přezdívkou dítěte jsou pro přehlednost dvě čísla – první je počet kladných vztahů k dítěti, druhé počet záporných vztahů k dítěti. Pro naše účely je také důležité vědět, že dítě se sluchovým postižením má přezdívku „Axi“.



Sociogram, rok 2023. Zdroj: vlastní zpracování

Sociogram, rok 2024. Zdroj: vlastní zpracování



Podle Jandourka (2007) je možné vyčíst ze sociogramu různé role jedinců v kolektivu. Příkladem takové role je sociometrická hvězda, což je jedinec, který obdržel především pozitivní hlasy a dá se považovat za vůdce dané skupiny. Ze sociogramu lze vyčíst, že tuto roli obsadily v roce 2023 Mauglí a Želé a v roce 2024 Kladívko, Borůvka a znovu Želé. Opakem sociometrické hvězdy je pak černá ovce, která se vyznačuje tím, že obdržela především negativní hlasy. V tomto výzkumu je to v roce 2023 Náprstek, ale o rok později má nejvíce negativních hlasů Katy, byť je to stejný počet jako měla rok předtím. Další rolí v sociogramu je opoziční vůdce, což je jedinec s druhým nejvyšší počtem pozitivních hlasů. To byla v roce 2023 Kladívko (o rok později se posunula do role sociometrické hvězdy). V roce 2024 roli opozičního vůdce nikdo neobsazuje, protože druhý nejvyšší počet pozitivních hlasů je 3 a vyskytuje se v sociogramu příliš často (4x). Roli šedivé myši obsazuje jedinec, který dává pouze pozitivní hlasy, ale sám žádné nedostává. V roce 2023 to byla Proužek, ale v roce 2024 zůstává tato role neobsazená. Další role v sociogramu jsou podle Jandourka (2007) ježek a izolát, ale ty se v žádném roce výzkumu ve skupině

nevyskytly. Ježek je osoba rozdávající především hlasy negativní a izolát je jedinec, který ani nedává, ani nerozdává hlasy.

Co se týče dítěte se sluchovým postižením, v roce 2023 mělo dva pozitivní vztahy od dětí, které znalo už před nástupem do našeho oddílu, negativní hlasy žádné. O rok později ztrácí i tyto dva pozitivní hlasy a nemá k sobě tím pádem žádné pozitivní, ani žádné negativní vazby. Možností pro tuto skutečnost je nízká účast dítěte na akcích. Průměrná percentuální účast našich členů (resp. šestnácti respondentek) je 73,6 %, přičemž dítě se se sluchovým postižením má v současné chvíli účast na akcích 48%, což je nejnižší ze všech. Toto snížení účasti je spojeno s přestupem na novou školu. Dítě se sluchovým postižením je tedy ve skupině vnímáno stejně, jako jeho intaktní vrstevníci. To ovšem není pravidlem. Například z výzkumu z roku 2021, který zkoumal vliv ztráty sluchu na sociální izolaci a osamělost dětské populace vyplynulo, že ve více než šedesáti procentech případů sluchové postižení dětí souvisí s osamělostí a větší sociální izolací. Nejčastěji uváděným důvodem pro tyto pocity byly obtíže s komunikací (Patel, 2021).

5.4 Doporučení pro praxi

Dítě se sluchovým postižením je vhodné co nejvíce informovat o tom, co se v jeho okolí děje. Jak píše v rozhovoru s maminkou sluchově postižené holčičky Chvátalová (2012): „…člověk je odtržený od informací. Takové běžné situace, kdy se sejdou lidé a povídají si, a sluchově postižené dítě se vůbec neorientuje, jsou velice těžké….vadí jí, když se neorientuje v různých situacích, připadá si méněcenná, když nerozumí.“ Předejít tomuto problému lze např. využitím zrcadla, ve kterém dítě uvidí i to, co je jinak mimo jeho zorné pole. Navázat srozumitelný kontakt se sluchově postiženým dítětem je jednou z nejdůležitějších zásad i podle Muknšnáblové (2014), která doporučuje se předem domluvit na způsobu dorozumívání se s dítětem a komunikovat s ním od začátku. Vhodným způsobem upoutání pozornosti je poté např. poklepání na rameno, či zajímavá činnost v zorném poli (především u mladších dětí). S neslyšícím dítětem, které nekomunikuje orálně, se lze dorozumět i bez znalosti znakového jazyka, pokud je na obou stranách přítomna snaha. Pokud ale v komunikaci chceme znakový jazyk užívat, je třeba nechat dítěti prostor. Při komunikaci je také žádoucí využít všech dostupných pomůcek, které ji usnadňují. Důležité je také vědět, že dítě se sluchovým postižením či neslyšící bude

v komunikaci rychleji unavené, protože neustále udržuje oční kontakt, soustředí se. Pokud komunikujeme s dítětem se sluchovým postižením, je také důležité vypnout veškeré zdroje hluku. U těchto dětí se také, pokud ovládají mluvenou řeč, můžeme setkat s hlasitější mluvou, kterou dítě samo nevnímá. Není vhodné na hlasitější mluvu dítěte reagovat nepříjemně. Vhodné je také dodržovat obecně známá pravidla odezírání. Mezi ně patří např. dobré osvětlení mluvícího, upozornit na zahájení konverzace, udržovat oční kontakt, předem sdělit téma hovoru, nezakrývat ústa mluvícího, nežvýkat, nehýbat hlavou, udržovat pomalejší tempo řeči a mluvit v krátkých větách, nepřehánět artikulaci. Nemůžeme ale počítat s tím, že každé dítě odezírání ovládá. Pokud tomu ale tak je, každé takové dítě si musí nejprve zvyknout u každého mluvícího na jeho tempo řeči, užívaná slova apod. Odezírající dítě také bývá nemotornější, jelikož sleduje ústa mluvícího a ne své okolí. Není vhodné si skákat do řeči, naopak velmi vhodné je využití neverbální komunikace.

Dítě, které využívá kompenzační pomůcku, by ji mělo mít zapnutou a funkční. Stále by u sebe mělo mít náhradní zdroj energie do sluchadla či kochleárního implantátu. Pokud s takovým dítětem pracujeme, je vhodné si od rodičů, staršího dítěte nebo z odborné literatury zjistit, jak s kompenzační pomůckou správně zacházet. Pokud dítě využívá tlumočníka, měli bychom udržovat oční kontakt přímo s dítětem a přímo na něj i mluvit.

Žádoucí naopak není vyřazovat dítě se sluchovým postižením z kolektivu ostatních dětí, je ale třeba mu zajistit takové podmínky, jaké potřebuje. Neslušné je dotýkání se rukou znakující osoby, nevhodný je dotyk zezadu bez předchozího upozornění.

Je také třeba počítat s tím, že dítě se sluchovým postižením si mnoho dovedností a schopností, které by si dítě intaktní osvojilo spontánně, osvojí jen dlouhodobým učením. S tím souvisí nutnost si uvědomit, že to, že dítě se sluchovým postižením nemá stejné znalosti jako dítě slyšící neznamená, že má nižší inteligenci. Důvodem je omezený přístup dětí k informacím. Například se u osob se sluchovým postižením setkáváme s nižší slovní zásobou a pravopisnými chybami, které mohou vést k neochotě vyjadřovat se psaním. Děti neslyšící podle Muknšnáblové (2014) bývají upřímnější, vyjadřují se přímo a otevřeně.

I přes obecný charakter těchto doporučení je ale nutné si uvědomit, že každé dítě se sluchovým postižením je individuální a je k němu tak třeba přistupovat.

Závěr

Teoretická část práce byla zaměřena na klasifikaci sluchového postižení podle doby vzniku, místa vzniku a hloubky postižení. Byla zde popsána diagnostika sluchového postižení v dětském věku, jak se vyvíjela a zlepšovala v čase. Jsou zde uvedeny metody diagnostiky sluchového postižení včetně novorozeneckého screeningu. V práci lze také nalézt důsledky sluchového postižení na vývoj dítěte. Zabývá se také kompenzací sluchového postižení, a to jak sluchadly, tak kochleárními implantáty.

Další část pojednává o mimoškolních aktivitách dětí, jejich významu, možnosti inkluze dítěte se sluchovým postižením i aktivitách zaměřených na děti sluchově postižené, zejména pak aktivitách sportovních a skautingu.

V závěru teoretické části se práce zabývá metodami a přístupy v práci s dětmi se sluchovým postižením, a to zejména komunikací a různými komunikačními přístupy a významem prostředí a vizuální podpory.

Výzkumná část se zaměřuje na inkluzi neslyšícího dítěte v aktivitě pro děti slyšící, a to skrze případovou studii realizovanou díky polostrukturovanému rozhovoru a sociogramy.

Ze sociogramů i rozhovoru s dítětem a jeho rodiči vyplývá, že jde o ukázkový příklad inkluze. Dítě navštěvuje školu i mimoškolní aktivity stejné, jako kdyby šlo o dítě intaktní. Ze sociogramu je zřejmé, že dítě se sluchovým postižením je v kolektivu dětí intaktních na mimoškolní aktivitě vnímáno v podstatě stejně, jako jeho vrstevníci, byť v letošním roce nezískalo žádné pozitivní ani negativní hlasy, což je pravděpodobně způsobeno jeho nízkou účastí na mimoškolní aktivitě. Jeho rodiče zároveň sluchové postižení u výběru mimoškolních aktivit zvláště nezohledňují. Dítě subjektivně vnímá, že se nedokáže vždy zapojit stejně, jako děti intaktní, nejčastěji jmenované překážky souvisí s vodními aktivitami. Zároveň dokáže pojmenovat příklady z každodenního života, kdy nemá možnost stejného zapojení (např. sdílení sluchátek se spolužáky). Zajímavý je i poznatek o cyklistické helmě, která může být pro uživatele kochleárního implantátu nepříjemná. I tyto překážky ale leckdy překonává a aktivit se účastní stejně jako ostatní. Celkově lze říci, že mnoho rozdílů mezi tímto dítětem a jeho vrstevníky není a je tím pádem ukázkovým uživatelem kochleárního implantátu.

Seznam použitých informačních zdrojů

53. oddíl neslyšících Potkani [online], 2024. [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: https://arcuspraha.skauting.cz/potkani/

Český deaflympijský výbor [online]. 2024 [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: https://deaflympic.cz/

Deaflympics [online], 2024. [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: https://www.deaflympics.com/sports

DRŠATA, Jakub a Radan HAVLÍK, CHROBOK, Viktor, ed., 2015. Foniatrie - sluch. Havlíčkův Brod: Tobiáš. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-159-5.

FINCH, Naomi, Dot LAWTON, Patricia SLOPER, Nick ROWE a Darren BEVAN, 2001. Survey of Young People with a Disability and Sport [online]. University of York Social Policy Research Unit [cit. 2024-05-11]. Dostupné z: http://www.sportni.net/wp-content/uploads/2013/03/disability_survey_2000_young_people_with_a_disablility_and_sport.pdf

HÁDKOVÁ, Kateřina, 2016. Člověk se sluchovým postižením. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-619-2.

HÁJEK, Bedřich, 2004. Děti, vedoucí, volný čas. Praha: Institut dětí a mládeže MŠMT. ISBN 80-86784-06-1.

HAVLÍK, Radan, 2007. Sluchadlová propedeutika. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-458-0.

HENDL, Jan, 2023. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

HORÁKOVÁ, Radka, 2012. Sluchové postižení: úvod do surdopedie. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0.

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

CHROBOK, Viktor, Jakub DRŠATA, Michal JANOUCH, et al., 2019. Příručka pro praxi: Screening sluchu dětí ve věku 5 let [online]. Krnov. Dostupné také z: https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/02/ppp-screening-sluchu-deti-5let.pdf

CHVÁTALOVÁ, Helena, 2012. Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0054-3.

JANDOUREK, Jan, 2007. Sociologický slovník. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-269-0.

JANOTOVÁ, Naděžda, 1996. Kapitoly o integraci sluchově postižených dětí: [metodická příručka pro učitele]. Praha: Septima. ISBN 80-85801-81-7.

KRAHULCOVÁ, Beáta, 2002. Komunikace sluchově postižených. 2. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0329-2.

LACINA, Jiří, 2009. Z Atén do Pekingu: paralympiády a deaflympiády 2005-2008. Praha: Český paralympijský výbor. ISBN 978-80-87027-88-2.

LEJSKA, Mojmír a Radan HAVLÍK, 2019. Základy praktické audiologie a audiometrie. Vydání: druhé rozšířené. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-599-0.

MACKOVÁ, Vlasta, 2012. Vlasta Macková (*1920). Paměť národa [online]. [cit. 2024-05-01]. Dostupné z: https://www.pametnaroda.cz/cs/mackova-vlasta-20111018-0

MACUROVÁ, Alena a Radka ZBOŘILOVÁ, 2018. Jazyky v komunikaci neslyšících: český znakový jazyk a čeština. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3412-8.

MICHALÍK, Jan a Petr HANÁK, 2012. Inovace činnosti SPC při posuzování speciálních vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3071-3.

MOUSAVI, Seyedeh Zeynab; MOVALLALI, Guita; NARE, Nasrin Mousavi. Adolescents with deafness: a review of self-esteem and its components. Auditory and Vestibular Research, 2017, 26.3: 125-137.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina, 2014. Péče o dítě s postižením sluchu. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.

Národní screeningové centrum ÚZIS ČR [online], 2024. [cit. 2024-05-18]. Dostupné z: https://nsc.uzis.cz/

NOVÁK, Alexej, 1998. Základy rehabilitační audiologie pro sestry. Diagnostika, protetika a rehabilitace. Praha: Alexej Novák. ISBN 80-238-3294-8.

O'SULLIVAN, Mary, Adela PEREZ, Randy LIN, Autefeh SAJJADI, Anthony RICCI a Alan CHENG, 2017. Towards the Prevention of Aminoglycoside-Related Hearing Loss. Frontiers in Cellular Neuroscience [online]. (11) [cit. 2024-05-15]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.3389/fncel.2017.00325

PATEL, Shubham R., et al. Social isolation and loneliness in the hearing-impaired pediatric population: A scoping review. The Laryngoscope, 2021, 131.8: 1869-1875.

POTMĚŠIL, Miloň, 2012. Metodika práce se žákem se sluchovým postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3310-3.

SKOPOVÁ, Věra a Zdeněk KABELKA, 2013. Můj život s uchem aneb život s kochleárním implantátem očima dětí a rodičů. Praha: Sdružení uživatelů kochleárních implantátů, o. s.

STRNADOVÁ, Věra, 2002. Úvod do surdopedie. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7083-564-8.

Střední škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené, Praha 5, Výmolova 169 [online]. [cit. 2024-06-02]. Dostupné z: https://www.vymolova.cz/clanek?nazev=o-druzine&id=473

SVOBODOVÁ, Karla, 1997. Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem. Praha: Septima. ISBN 80-7216-002-8.

ŠANTORA, Roman, 2012. Skautské století: dobrodružný příběh 100 let českého skautingu. Praha: Junák - TDC. ISBN 978-80-86825-72-4.

ŠTECH, S. Inkluzivní Vzdělávání - Obtížné Zvládání "Rozmanitosti" v Praxi. Pedagogicka Orientace, 2018, vol. 28, no. 2. pp. 382-398 Publicly Available Content Database. ISSN 12114669. DOI https://doi.org/10.5817/PedOr2018-2-382.

TRÁVNÍČKOVÁ, Klára, 2022. Jak se skautuje se sluchovým postižením. Skauting. 61(4), 26-27. ISSN 1210-9827.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2024-05-17]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-zdravotni-registry--narodni-registr-reprodukcniho-zdravi--modul-novorozencu#dokumenty

VOTAVOVÁ, Renata, 2013. Rozdílný význam pojmů integrace a inkluze [online]. In: . [cit. 2024-05-03]. Dostupné z: https://clanky.rvp.cz/clanek/c/SSC/17243/ROZDILNY-VYZNAM-POJMU-INTEGRACE-A-INKLUZE.html

YASIN, Maisarah Mat a Maslawati MOHAMAD, 2024. The Use of Visual Aids to Improve Deaf Students' English Vocabulary: A Literature Review. SHS Web Conf., The 5th Annual Conference on Education and Social Sciences (ACcESS 2023) [online]. Faculty of Education, Universiti Kebangsaan Malaysia, (182) [cit. 2024-07-08]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1051/shsconf/202418202001

ŽÁČEK, Jan, ed., 2013. Z nevýhody výhoda: příručka pro skautské vedoucí o tom, jak v oddíle pracovat s dětmi s různými specifickými potřebami. Vyd. 5., rozš., (V TDC 1.). Praha: Junák - svaz skautů a skautek ČR, Tiskové a distribuční centrum. ISBN 978-80-86825-89-2.

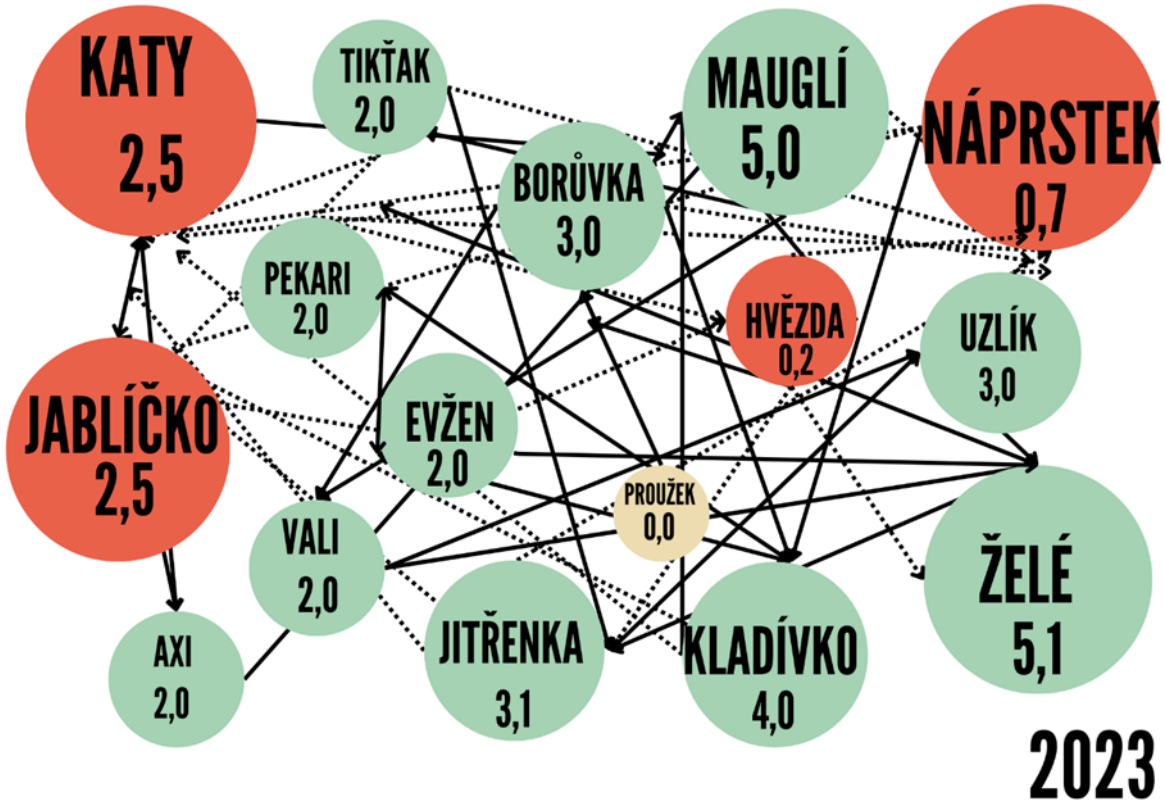
Seznam příloh

Příloha 1 – Sociogram, rok 2023

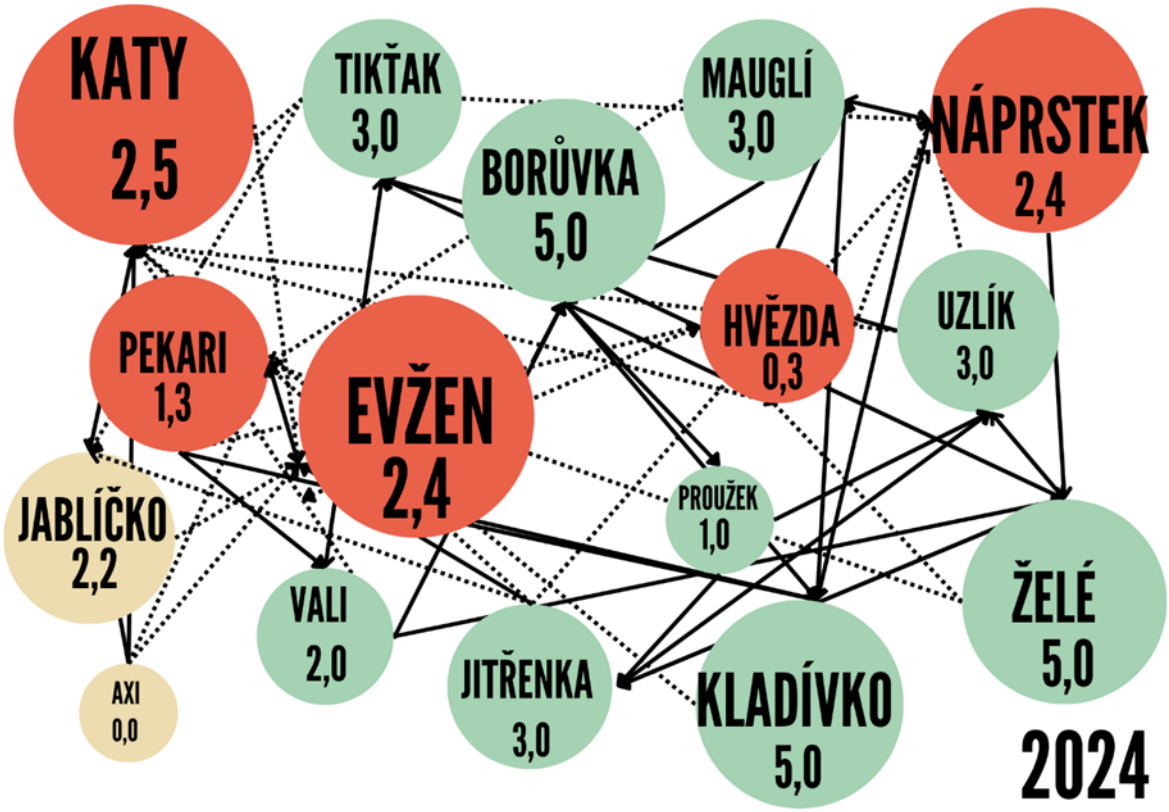
Příloha 2 – Sociogram, rok 2024

Příloha 3 – Kompletní přepis rozhovoru

Příloha 1 – Sociogram, rok 2023



Příloha 2 – Sociogram, rok 2024



Příloha 3 - Kompletní přepis rozhoru

Kdy jste se dozvěděli, že dcera neslyší?

M: My jsme byli v porodnici v Podolí, tam se už tehdy dělaly takové ty screeningy na sluch u malých dětí a ty dceři vyšly špatně a zkoušeli to pak po třech dnech takovým jiným testem a řekli, že už je to lepší, že to je asi nějaká plodová voda v uchu a poslali nás vlastně domů, ale nám se to pořád nějak nezdálo, takže jsme potom asi ve třech, ve čtyřech měsících tam znovu šli a řekli jsme, že je to fakt jako divný, že se neotáčela na silný zvuky a tak podobně. Takže asi úplně natvrdo jsme se to dozvěděli v nějakých jejích pěti měsících. Takovým už jiným testem, při narkóze, tam to bylo už jasný. Takže se dá říct, že to podchytili tím vyšetřením vlastně po narození, tak nějak.

Jak jste na to reagovali, když jste se dozvěděli, že neslyší?

M: Ten dojezd byl takovej pomalejší, člověk se samozřejmě lekne, když má to malý dítě tak ho napadají různý syndromy, aby dítě bylo zdravý, ale to že nevidí, neslyší, vlastně na to úplně nějak nemyslí. Takže když jsme pak zjistili, že je neslyšící, tak po tom prvotním šoku jsme začali aktivně řešit, jak s ní budeme komunikovat a učili jsme se český znakový jazyk, velice aktivně, abychom jí to, co ona neslyší, promítli do těch rukou.

Takže jste znakovali, když byla malá?

M: Přesně tak. Znakovali jsme, navštěvovali jsme Středisko rané péče Tamtam pro děti se sluchovým postižením a zároveň v Motole už si nás vedli, protože ona měla ty ztráty tak silné, že byla vlastně jasným kandidátem na kochleární implantát, tak už si nás vedli takovou cestičkou, ale protože to celé trvá, a až vlastně od roka toho dítěte můžou implantovat, tak jsme měli celý půlrok na to, něco dělat a chtěli jsme, aby dcera nějakou slovní zásobu měla, tak jsme vlastně znakovali.

Jak jste se dozvěděli o službách rané péče?

M: O těch službách rané péče si myslím, že jsme se nějak dozvěděli přes tu motolskou nemocnici.

Tam jste tedy byli na tom druhém vyšetření?

M: Tam jsme my sami aktivně zavolali, tam jsou skvělí. Tam měli takovej stacionář, denní, kam jsem jednou za týden mohla chodit na takový programy pro děti se sluchovým postižením, u toho nás vlastně taky učila Monika Ťuláková, neslyšící maminka, znakovat. A zároveň si nás vedli v té rané péči, tam jsme měli Ivu Jungwirthovou, výbornou ženskou, a tak chodila, vlastně ta raná péče spočívá v tom, že oni chodí, ti lidé, k vám do bytu a ukazují jak s tím dítětem můžeš pracovat, jak ho vést a jak ho víc rozvíjet.

Co vás ještě vedlo k výběru znakování?

M: Mně to bylo úplně jasný, že to je prostě jediná cesta, než čekat do roka, kdy začne slyšet. A tím, že vlastně jde na tu operaci tak to není tak, že hned po ní začne slyšet. Oni jí to prostě postupně nastavujou, zesilujou ty zvuky, to dítě kdyby najednou z nuly slyšelo všechno, tak ten mozek by to neutáhl. Takže vlastně jsem nechtěla, aby ona do roka a půl… Jak bychom mluvili? Stejně jak s cizincem, člověk posunkama, je to takový přirozený. Já jsem na gymnáziu už jeden rok chodila na kroužek znakování, mně to přišlo takový automatický, samozřejmý. Že prostě tu řeč převedeme do rukou, protože vidí dobře, o to líp to ty děti chytají očima, když neslyší. A opravdu jsme si poctivě všechna ta slova psali a opravdu jsme jí tu slovní zásobu, vlastně ten počet znaků co ona uměla, byl naprosto srovnatelnej se slovní zásobou dětí co slyší a rozumí. Takže jsme fakt plynule přešli a o to si myslíme, že byl snadnější pak nástup toho slyšení. Že si to krásně spojila. Ukázala jsem jí znak kočku, ukázala jsem jí obrázek kočku a řekla jsem jí „kočka“ slovo. A ona se to takto učila, slyšet. V té rané péči byla taky velká podpora znakování, i v těch Stodůlkách, v tom Tamtamu, v té organizaci, ta je tam dodnes.

Dneska ještě někdy používáte znakový jazyk?

M: Ano, používám. ona má ty kochleární implantáty, ale když se jde sprchovat a tak podobně, po ránu, než si je nasadí, na noc si to sundává, ta vnější část se musí každou noc dobíjet, asi pět hodin v kuse, aby ty akumulátory se nabily, to je takový malý řečový procesor, vlastně malý počítač. Takže ve chvíli, kdy to na hlavě nemá, tak znakujeme. Ale už mi spíš odpovídá, už na mě neznakuje, ale teď pozoruju tak v těch jedenácti dvanácti, že zase má o to znakování zájem, že by taky ona chodila na nějaký kurz, že se k tomu tak hezky vrací. Takže znakování nevymizelo, ale není to už tak složité. Jsou to takový klasický fráze po ránu a večer, žádné složité rozhovory, hlubokomyslné.

O implantaci jste se teda dozvěděli v Motole?

M: Ano, to nám řekli už na tom vyšetření v Motole, když byla v té narkóze v těch pěti měsících, tak když uviděli jak velké má ztráty, asi kolem 120 dB, to vlastně znamená, že kdyby nad ní proletěl AirBus, tak by to trošku zaznamenala, ale to už by zaznamenala i ty vlny a tu vibraci. Tam jsou malé zbytky sluchu. Ale všechno ve vnitřním uchu měla v pořádku, některé děti to tam mají třeba různě zdeformované a podobně, u ní to tak nebylo. Všechno to tam má, jenom to prostě z nějakého důvodu nefunguje, a tak mohlo dojít k té implantaci.

Jak jste se rozhodovali, zda dceru necháte nebo nenecháte implantovat? Bylo to těžké se rozhodnout?

M: Když zjistíte, že to dítě neslyší, tak musí nastolit ještě takovou půlroční kůru se sluchadly. Sluchadlo to je přístroj, který jenom zesiluje zvuky, to mají třeba i starší lidé a podobně a někdo kdo je nedoslýchavý, tak mu to stačí a nemusí na žádnou operaci. Tohle my jsme museli taky podstoupit, byť bylo jasný, že ty ztráty jsou tak velké, že to nebude mít vliv, takže v tomhle my jsme to měli snazší. Že ty ztráty byly tak velké, že jsme věděli, že sluchadla nestačí a někteří ti rodiče, co jsme třeba v těch Stodůlkách tam se přátelili, tak ty děti byly na hranici, že nevěděli jestli jim stačí sluchadla, anebo ne. Chvilku jsme i koketovali s myšlenkou, jestli nerespektovat to, že se narodila neslyšící a jestli ji vlastně neponechat takto, protože přece jenom to byla před náma operace tříhodinová, kde se vrtá do hlavy a podobně, není to úplně snadný, máte roční miminko před sebou. Ale nakonec jsme i s tou komunitou Neslyšících, tím jak jsme se učili ten znakový jazyk, se sblížili a usoudili jsme, že ten potenciál co má, by tím neslyšením byl omezený. Neslyšící mají opravdu mnohem méně příležitostí, ať už pracovních, tak jiných. Zaměstnavatelé se všichni tváří, že jdou vstříc lidem s handicapem, tak je to o to složitější. Takhle jsme ji nechtěli vyřadit, tak jsme se rozhodli pro tu operaci.

Jaká jsou kritéria pro kochleární implantaci, jak vás „vybrali“?

M: Kritéria jsou ta vhodnost lidského těla, jak jsem říkala, že někdo má to vnitřní ucho třeba scvrklé nebo podobně, že by to tam nešlo implantovat, takže vhodnost těla, potom ta

výše „neslyšení“, pokud někde ty ztráty nebyly tak veliké… Nevím, jestli si pamatuješ nějakou hranici decibelů?

T: Ne, to si nepamatuju. Ale v první řadě je potřeba říct, že ty kritéria se zřejmě mění. Že se nějakým způsobem vyvíjí v čase. A už je to přece jenom nějaká doba. Tak deset let. Takže za nás byly, jak říkala manželka, nejdřív to dítě půl roku sledovat na sluchadlech, a když se usoudilo, že to nemá smysl, tak se uvažovalo o tý kochleární implantaci. A tam byly nějaký typu jakej to bude mít přínos, jestli to bude mít smysl, protože byly nějaký děti co třeba měly kombinovaný postižení a u těch se pak rozhodovalo jim to nedat. Ale když to bylo takhle jasný, jako v případě jí, že měla velkou ztrátu a neměla k tomu žádný další problémy, tak bylo pravděpodobný že jí to hodně pomůže, tak v ten moment jí to dávali. Ale tohle se asi může v čase nějak vyvíjet, bylo to hodně v rukou toho oddělení motolskýho, který o tom rozhodovalo, nevím o tom, že by existoval nějaký transparentní list sepsaných kritérií, jako že by je všichni rodiče znali. Spíš to bylo tak, že to bylo někde uvnitř, jako černá krabička v tý nemocnici. Jak je to dneska, nevím.

Dcera teda byla implantovaná v jednom roce, pokud jsem to dobře pochopila?

T: No, ona byla implantovaná… Ten první, to byl květen, viď?

M: No, rok a čtvrt.

T: To jí byl rok a čtvrt. A to druhý ouško dostala těsně před třetíma narozeninama. To znamená, že to bylo do dvou let, což bylo v tu chvíli důležitý. Byla sériově implantovaná. Dneska už se to nedělá. Dneska už se implantujou paralelně. My jsme byli v takovým tom období toho přechodu. Pár let předtím ještě se moc neuvažovalo o tom, že by někdo dostal dva. U nás se o tom uvažovalo, bylo to výjimečný. A dělalo se to sériově, že ten druhej se vlastně dával dodatečně až po nějaký době, ale bylo to celkem krátký období. Oni po nějaký době pochopili, teda odborně to bylo jasný, spíš šlo o to, co pojišťovna uhradí, spíš tak to bylo postavený.

Jak zezačátku vypadalo dceřino vnímání zvuků s kochleárním implantátem? U toho vlastně prvně ještě miminka?

M: Co ty na to? Pamatuješ si? Ona si teprve, jak oni to postupně nastavujou, laicky by se řeklo zesilujou, tak ona se těch zvuků třeba lekala. Že do tý doby nevěděla, že když jí něco

spadne na zem, že to udělá rámus. Takže třeba vzala skřínku v kuchyni, zavřela, bouchlo to a ona se lekla, že to dělá zvuky. Takže my jsme spolu ty zvuky vlastně objevovali. Jaký to je, když ťuká lžička, když se zavře tohle, když spadne hrnek na podlahu a tak dále.

T: Já souhlasím, hlavně si ladila ty intenzity.

Jak probíhalo nastavování u dítěte, které nikdy předtím neslyšelo?

M: To nastavování se vyvíjí v čase a nejdřív jde o to, aby vám to dítě ukázalo, že ten zvuk slyší/neslyší, probíhá to vlastně v té nemocnici, kde je u stolu přítomen inženýr s počítačem, je tam logopedka, která vás vede a je tam ten rodič s dítětem. To dítě je propojený těma ouškama takovým kabelem a ten inženýr tam posílá na různý zvukový úrovni takové zvuky, dalo by se říct, že to tak pípá a to dítě musí počkat, až to přestane pípat, pak udělat nějakou akci. Takže když je to dítě úplně maličký, dokážete si představit spolupráci co fakt trvá třeba 45 minut. Fakt je to dlouhá doba, než se celá ta škála projde. Takže tam jsou různý hračky typu navlíká se kulička, počká se až to zapípá, navleče se kulička. Udělá něco. Hodí kostku. Sjede autíčko. Je to taková cílená hra a musím říct, že ona v tomhle byla fakt skvělá, že vydržela se soustředit, opravdu tam byly mnohem živější děti, kdy potom je to nastavování náročnější. S postupem času se to posouvá, jak jsou ty uši dvě tak se ten čas vlastně zdvojí, je to delší, a teď v této fázi, jak je už velká, tak už dokáže říct třeba jak ten zvuk slyší, má před sebou takových sedm smajlíků a má určit ten zvuk, co jí oni pustí do hlavy, my to vlastně neslyšíme, to je opravdu jenom na ni, nemůžeme říct tohle je blbě, tady jsi to měla mít takhle, to je fakt na ní. Subjektivně ona má podle smajlíků určit jestli to slyší dobře, nebo trošku slabě, úplně slabě, nejvíc silně, už tak nepříjemně silně, je to vlastně takový měkčení, aby už pak dokázala slyšet třeba tón hlasu nebo barvu hlasu nebo intonaci a tak. Tady už se otočím na tebe, jestli k tomu současnému nastavování zkusíš na něco si vzpomenout.

D: Já ani nevím, kdy jsem tam byla naposledy, to už je hrozně dávno. Dřív jsem skládala nějaký puzzle nebo jsem oblíkala trenky, to bylo zábavný. Teď mám vlastně takovej papír a na tom je takový graf se stupnicemi, že čím je to vyšší, tím hlasitější je ten zvuk a já vlastně můžu ukázat na tu stupnici, ale mezi dvěma stupnicema.

T: Mají na to takovou vychytanou metodu.

M: Přijde mi to vlastně docela složitý, sama si říkám, jak bych určila zvuk na škále 1-7. Je to takový zajímavý. Ještě k tomu dodám, že když je to dítě maličký, tak se na to nastavování chodí třeba fakt každej měsíc, postupně se ty intervaly prodlužují. Takže pak chodila třeba co čtvrt roku, co půl roku, co rok a teď od těch deseti let, teda zhruba devět let po té první implantaci chodí už co dva roky, to teď nastavili.

T: Je to tak.

M: A pak už v dospělosti v nějaký fázi už je to jakž takž nastavený a už pak si člověk třeba řekne tady když jede tramvaj, tak je to nepříjemný a tak to není tak intenzivní, už je ta sluchová mapa, tak se tomu říká, vlastně hotová, nebo nastavená.

Kdo nebo co pro vás bylo oporou, když byla dcera malá?

M: No manžel! Jednoznačně. My jsme se o sebe takhle opřeli a takhle jsme se drželi, ale samozřejmě i další, jak jsem zmiňovala ranou péči, ten Tamtam, odborníci, jako ti hodní, myslím. Foniatr v Motole, to je takovej pan doktor velice strohej, jasnej, není moc jako lidskej, ale už tam ty lidi má, asi je jich hodně, ten Tamtam ta raná péče, ti byli strašně fajn, ti lidi.

T: Jo, to je pravda, to asi stojí za zmínku. Že ta zkušenost, která nebyla zdaleka jenom naše, to jsme si pak s těma rodičema, jak jsme se potkávali s těma, co byli zrovna v tý stejný situaci, jako jsme byli my, takže na to je nějaký to sdružení kochleárního implantátu tak tam jsme dodneška členy, tak s těma jsme se potkali a když jsme byli v kontaktu, tak jsme se všichni shodli, že zrovna ten doktor, kterej tam byl, on tam teda je myslím pořád, nevím jestli se stará o ty děti, tak byl přesně takovej ten případ, to co se o zdravotnictví ví a zatím to není moc vyřešený, že on asi odborně je celkem fajn, ale naprosto neměl zvládnutou tu psychosociální stránku věci a vlastně to jak potom odcházeli ti rodiče s dětma po tom finálním vyšetření kdy jim on potvrzoval tu hluchotu, tak ti mohli jít od něj rovnou k psychiatrovi. To bylo fakt tak špatný. Snad se to od tý doby trochu vyvinulo a že noví, mladí, už to budou mít trošku zmáknutý, ale tohle byla hrozná zkušenost.

Ovlivnilo to, že má dcera kochleární implantáty nějakým způsobem výběr školky, později školy a teď už gymnázia? Nebo to vůbec nehrálo roli?

M: Ona byla opravdu výbornej uživatel kochleárního implantátu, měli jsme čas, jak byla prvorozená, ji opravdu v tom vypiplat, podpořit, tak ona byla natolik sluchově zdatná, že jsme nemuseli hledat žádnou školku pro děti se sluchovým postižením a normálně docházela do běžné školky, bez jakýchkoliv asistentů ani tak, takže opravdu se jako zapojila, školu jsme potom taky neřešili s ohledem na slyšení. Jenom pak v té škole když byla tak jsme jí říkali: „Kdybys špatně slyšela, tak se posaď do prvních řad“, neseděla někde vzadu a podobně.

T: Naštěstí se ukázalo, že to omezení je tak malý, že v tomhle ohledu vlastně žádný nebylo. Naopak si pamatuju, že ta Iva, ta psycholožka co nás měla v péči, říkala, že v těch alternativních školách to může být těžší, to vycházelo z nějakých obecných poznatků, neměla na mysli žádnou konkrétní školu ani dítě, ale logicky, že tam může být třeba větší ruch a tak. Protože v těch klasických je to takový jako víc vojenský a tak. My jsme nakonec stejně vybrali alternativní školu a bylo to dobrý, no.

A co mimoškolní aktivity? Přihlásili byste ji do stejných, kdyby slyšela?

M: No, asi tím že má ty ouška na sobě zvenčí, tak takový ty hry typu ragby, nějaký hodně silový, ale tam bychom ji pravděpodobně stejně nedali. Možná s plaváním, protože u plavání je potřeba dát to ouško do speciálního obalu, o to hůř to dítě slyší a podobně, tak tam jsem ji trošičku možná nenutila, třeba když bylo plavání pro předškoláčky ve školce, tak jsem, protože jsem věděla, že je kolem ní mnohem složitější ten servis a podobně a to slyšení, tak to mělo posun, ale jinak to vliv nemělo.

Co by podle vás pomohlo rodičům, kteří se právě dozví, že jejich dítě neslyší?

T: No, určitě jim pomůže to, co už za nás bylo a fungovalo dobře, jak jsme zmínili ty podpůrný organizace, to znamená Tamtam, možná ještě to sdružení kochleárního implantátu (SUKI, pozn.), tohle už tenkrát před těma deseti lety bylo na velmi dobrý úrovni a ty organizace to měly prostě zmáknutý a přebraly tu péči o ty rodiče, kterou to zdravotnictví naprosto neposkytuje. Naopak od něj spíš prostě dostanete pěstí, tenkrát to tak bylo. Tak to prostě pokryly a zachránily tyhle organizace, který vlastně měly všechno přichystaný, tam prostě byla nějaká třeba dokonce týdenní akce pro ty rodiče, kam se jelo a tam vlastně jsme se dozvěděli všechny informace, jakej je postup, co je potřeba udělat,

jaký jsou vychytávky, na co je potřeba dát pozor a dostali jsme vlastně všechno, co jsme potřebovali. Ty se o nás jakoby postaraly.

M: No, ale i tam je takový to sdílení, pro mě třeba pro mámu s dítětem, že třeba vidím, že v tom nejsem sama. Že jsou prostě další případy, poradíme si, jak co a tak. Tak vlastně, že ti lidi ti rozumí, protože řešíte stejný problémy.

T: Ještě mě k tomu napadá, že za nás dobře fungovala facebooková skupina, která je možná pod tím SUKI, možná ne, to teď nevím, tam jsme jednu dobu taky právě dost chodili. Tam si ti rodiče vyměňovali ty zkušenosti a ptali se, když někoho něco napadlo, nebo na něco náhodou narazil a potřeboval se rychle zeptat, tak se tam zeptal a dostal odpověď. To bylo vlastně skvělý, to bylo naprosto ideální. Nevím, jak to funguje dneska, předpokládám, že něco takovýho taky je, nevím, jestli je to ještě pořád na Facebooku nebo někde jinde.

M: Peťo a o tom Tamtamu jsme se dozvěděli v tom Motole potom po tom vyšetření nám nějakej letáček ukázali nebo tys to pak nějak našel na webu?

T: No, to nám někdo řekl.

M: To nám někdo řekl, možná nějaká ta sestřička v Motole, asi.

T: Asi jo.

M: Vlastně asi po tom vyšetření, kdy vyšlo, že dcera neslyší. Což je vlastně jako dobrý, že aspoň funguje to propojení.

Tak teď už mám otázky na dceru. Vnímáš nějaké rozdíly mezi sebou a ostatními v tvém věku?

D: Já nevím, ale tak třeba v první třídě, tak se většina holek bavila spíš mezi sebou a potom ve třetí třídě mi jedna spolužačka řekla, že se mě bála a myslela si, že jsem mimozemšťan. Takže možná, že se mě všichni ptají, co mi vadí a jestli nechci jít blíž a tak. Nevím, protože doktoři říkali, když jsem tam teď byla naposledy, že bych měla slyšet jako ostatní, ale já nevím, co to znamená, jako ostatní.

Těžko říct, já taky neodkážu říct, jak slyší ostatní.

M: No právě, no.

D: Ale připadám si trošku v jiným světě.

Další otázka bude mnohem jednodušší. Na jaké chodíš kroužky?

D: No, já chodím různě. Já jsem chodívala třeba i na lezení, na to jsem chodila docela dlouho, ale teď už ne, chvíli jsem chodila na plavání, ale to bylo trochu blbý, chodila jsem na různý výtvarný kroužky a chodím do skauta, žejo. Na co ještě chodím? Teď už na nic, ne?

M: Teď se to redukovalo, protože jsi v prvním ročníku na gymnáziu.

D: Minulej rok jsem to měla hrozně nabitý, to jsem měla výtvarku, měla jsem skauta, měla jsem lezení, měla jsem,..

M: Ještě vaření a letohry, sportovní.

To zní, jako že tě toho baví dělat hodně.

D: Jo.

Je ještě něco, co tě baví, co jsme nezmínili?

D: Hodně mě baví čtení, hodně ráda si čtu. Ale mám ráda tvořivý, kreativní věci, třeba háčkuju a tak.

Ty ses předtím vůbec netvářila na to ragby, co bylo zmíněný, takže předpokládám, že tě úplně netrápí, že by třeba bylo něco, co bys dělat nemohla?

D: No, tak záleží na tom, co. Mně třeba docela vadí, že chodíme se školou na plavání ve středu a to ouško mi prvně padalo, pak jsme to vyřešili. Vždycky na mě čekali, ale než mi to došlo, to mi trvalo hrozně dlouho. Protože já jsem si musela vždycky dát ouško do toho obalu a takhle a vždycky jsem přišla tam nahoru, tam všichni čekali a zrovna byl nástup, tak jsem si říkala „dobrý, zase jsem to stihla úplně přesně“ a potom jsem si uvědomila, že na mě vždycky čekají.

Přijde ti, že se jinak dobře zapojuješ mezi ostatní?

D: Jo.

Připadá ti, že se máš vždycky šanci se zapojit stejně jako ostatní?

D: Jako jo, ale teď jsme třeba na výjezdu jsme hráli takovou tu hru, že máš vodní stříkačky a stříká se po sobě, tak to jsem hrát ani nemohla. Teda já jsem zjistila, že to bude, omylem, tak jsem se zeptala, jak moc vodní to bude a oni řekli, že možná bude lepší, když nebudu hrát, a pak jsem byla ráda, že jsem nehrála, protože i když jsme měli stříkat jenom do papírových terčů tak byli všichni úplně mokrý.

M: Ale myslím teda, že to ucho by to zvládlo. S nějakou čepicí na hlavě, že by to bylo v pohodě.

D: Mami, tam bych fakt nenosila čepici. Tam bylo hrozný vedro.

M: Jako letní čepici.

D: Myslím, že jsem ji ani neměla s sebou.

M: Možná ještě někdy trochu bojujeme s helmou. Nevím, jestli to chceš zmínit.

D: Jo, helmy nemám ráda.

M: Ona tam má ty vnější části a nesedí to dobře, hejbe se to, jakmile se jí to pohne, tak se to ucho odpojí.

D: Já mám vlastně každou tu cívku na jiným místě na hlavě, jednu mám víc vzadu a druhou mám víc vepředu nahoře, takže kdyby se našla nějaká helma, která to má víc vepředu nebo vzadu, tak to pro tu druhou cívku stejně nebude dobře. Já ráda jezdím na kole, ale nemám ráda helmu.

To chápu. Jsou třeba nějaký situace, kdy víš, že špatně rozumíš?

D: No, tak třeba teď paní učitelka, jak jsme teď na nový škole, tak nás rozřadili do dvou skupin, aby věděli, jak na tom jsme. Ale když třeba mluvila anglicky a pak přešla do češtiny, tak mi chvíli trvalo, než jsem si uvědomila, že zase mluví česky, ne že bych tomu nerozuměla, ale prostě mi to přijde složitější.

Máš vždycky všechny informace, co potřebuješ? Když třeba my vysvětlujeme hru, nebo tak?

D: Jo, kdyžtak se doptám

Napadá tě nějaká situace, co je nejtěžší, co se týče oušek?

D: Hm. Já nevím.

Vzpomínám si třeba, jak se ti jednou nestihly implantáty dobít včas na noční hru a tak jsi myslím na jedno neslyšela, tak jestli třeba to pro tebe bylo náročný?

D: No, to jsem samozřejmě nevěděla, že je jedna v noci, takže jsem byla jako: „Proč se to nenabilo?“. Ale je nevýhoda, že se to třeba nedá nabít z powerbanky, že si musím brát baterky, když někde není přístup k elektřině. Ty baterky tam mají vlastně takový dírky, kterýma k nim může vzduch, a tím pádem se ještě víc nemůžou namočit, takže je to ještě trošku horší než s těma akumulátorama. Teď vlastně přemýšlím, protože máme mít na začátku školního roku výjezd, ale budeme na vodě. Ale zároveň tam nebude přístup k elektřině, tak snad to zvládneme.

To bude složitý. Ještě jsem si tak vzpomněla, jak jsi byla na táboře nešťastná, když sis myla vlasy a pak jsi, než ti uschly, neslyšela. Jak to zvládáš, když si musíš ouška sundat nebo být nějakou dobu bez nich?

D: Mně to nevadí, ale právě když jsem někde kde je víc lidí, že si povídáme a tak, tak je to trošku nepříjemný, že nevím, co se děje.

T: Musíš učit ostatní znakovou řeč.

M: Mě ještě napadá situace, když jsme někde v restauraci, je hodně lidí u stolu, hraje hudba, cinkají příbory, lidi mluví jeden přes druhýho. Jestli třeba tohle, my třeba když jsme rodina, tak už znáš naše hlasy líp, ale když by to bylo víc lidí, nevím, jestli teď když jste teď na tom výjezdu s přírodňákama, sedíte v kruhu, všichni jíte u ohně, jeden mluví přes druhého, jestli dokážeš rozpoznat, kdo zrovna to řekl.

D: Tak jako někdy jo, jednou jsem myslela že na mě někdo promluvil, zeptala jsem se „Cože?“, protože jsem vůbec nevěděla, odkud to přišlo, tak jsem se rozhlídla, on to řekl znovu a já jsem pořád nevěděla, kdo to byl, on šla Ida okolo a někdo něco řekl a já jsem se na ni tak jako podívala jakože „co?“ a nakonec to byla paní učitelka a byla za mnou.

M: No, tohle chytání z těch stran, no.

Znáš teda třeba ze spolku někoho, co mají taky kochleární implantát? Myslíš, že si kvůli tomu líp rozumíte?

D: Tak teď jsme byli na výletě s tou Mariánkou a když jsem byla malá, tak jsme byli na takovým tom kempu, už nevím, jak se jmenoval, a máme to video, jak jsme tam byli v nemocnici a tancovali jsme Šly panenky silnicí. Ale moc se s nima nevídám.

M: No, to je pravda. My v té skupině teď moc nejsme, že bychom udržovali extra ty kontakty, jenom ty jedni kamarádi, co mají obě děti vlastně s kochleárním implantátem, ale vidíme se třeba jednou za rok, ani ne.

T: No, prakticky už se nestýkáme s tou komunitou, protože pro to není žádná potřeba. Tím, že se tak dobře zapojila, tak v podstatě nemá žádný významnější omezení, jsou to jenom takový ty drobnosti, co je potřeba ohlídat, ale jinak vlastně funguje ve všech ohledech, tak vlastně není žádná praktická potřeba být dál v tý komunitě, tak jsme z ní tak přirozeně vyklouzli, ta jedna rodina jsou spíš přirozený kamarádi, s těma kdybychom se potkali v jakýkoliv jiný situaci, tak bychom se s nima třeba občas vídali. Spíš je to takhle, než že bysme potřebovali tu komunitu dál, přirozeně jsme z ní prostě vyklouzli.

Ty jsi třeba zmiňovala, že ve třetí třídě ti říkala spolužačka, že si myslela, že jsi mimozemšťan. Změnilo se to nějak, když jsi teď starší? Myslíš, že už jsou ostatní víc v pohodě?

D: Jo, jako jo. Že se mě třeba jako ptají, co to je, a mě už docela unavuje to vysvětlovat, ale je to v pohodě.

M: Mně přijde, že tahle doba tomu strašně nahrává. Že třeba má něco za uchem, vede jí tam nějakej kabel a tak, byly třeba doby, kdy měla ty vlásky krátký po tý operaci, bylo to výrazný, teď je to dost skrytý. Ale že ta doba tomu dost nahrává, jsou různý bezdrátový sluchátka, handsfree a podobně, že naopak ty menší děti říkaly „jo, to mám doma taky, to má táta…“. Dneska jsou ty technologie vlastně cool. Vlastně s novým procesorem za rok si bude moct spojit telefon s Bluetooth a nebude ho vůbec muset držet. Takže na tom hledáme pozitiva.

Jo, to jsem slyšela, že se do toho dají třeba rovnou pouštět písničky a tak.

M: Ano. Že se to vlastně spojí fakt jak bezdrátový sluchátko.

D: Mě třeba štvalo, když prostě jsme jely se spolužačkama do školy, ony si prostě poslouchaly písníčky a já jsem tam jakože „Mhm, tak jo. Tak si je poslouchejte, no.“. Spolužačka mi třeba nabízela, že mi dá jedno, ale já bych to stejně neslyšela.

Mám úplně poslední otázku. Povedlo se ti někdy něco na kroužku nebo jinde, na co jsi hodně pyšná?

D: Hmm… No…

M: Co vybrat?

D: Já nevím.

Nemusí to vůbec souviset s ušima.

D: Hmm…

T: Dostala ses na školu.

D: Jo, dostala jsem se na gymnázium.

M: No, ale já si vybavuju takový ty krásný knížečky, jak jsi dělala ty komiksy, když jsi byla maličká, o karkulce, že jsi namalovala fakt obláček od pusy, co říká, to bylo fakt hezký.

D: Nebo to jak rodina hledá poklad.

M: Přesně tak, no, to máme schovaný, jsi dobrej pisatel.