

Převzato z:

HRICOVÁ, L. *Komunikační kompetence žáků a učitelů na základních školách pro sluchově postižené*. Brno, 2011. Disertační práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. (s. 11-16)

1.2 Terminologie a klasifikace sluchových vad

J. Hrubý (1997) uvádí, že v české terminologii v oblasti sluchového postižení se již odedávna setkáváme s terminologickými nejednotnostmi či dokonce záměnami, ze kterých plyne spousta nedorozumění a sporů. Také v německé terminologii panuje do značné míry nejednotnost v užívání odborných pojmů. Vedle odborného výrazu „*Hörschaden*“ jsou běžné také pojmy „*Hörbeeinträchtigung*“, „*Hörbehinderung*“, „*Hördefekt*“, „*Hörleiden*“, „*Hörminderung*“, „*Hörschädigung*“, „*Hörstörung*“, méně často se setkáme se slovem „*Gehörschaden*“, případně „*Gehörschädigung*“. Dokonce i v užívání pojmů mezi odborníky se tato označení objevují převážně v synonymním významu a definicemi jsou přísně rozlišeny a vymezeny pouze pro případ potřeby v zájmu jednoznačné a přesné odborné komunikace (Große, K.-D. 2001). Jako obecný termín, který označuje všechny osoby se ztrátou sluchu, avšak s její různou velikostí, se používá pojem „*Menschen mit Hörbehinderung*“ či „*Menschen mit Hörschädigung*“ – „*lidé se sluchovým postižením*“ (Hrubý, J. 1997).

Sluchové postižení je zapříčiněné přítomností sluchové vady, která může ovlivňovat aktivity a participaci osoby s tímto postižením. Termín „*sluchová vada*“, v němčině „*Hörschaden*“, „*Hörschädigung*“ či „*Hörstörung*“ (spíše sluchová porucha), označuje poškození periferní a/či centrální části sluchového orgánu včetně omezení sluchu různého stupně plynoucích z tohoto poškození. Funkční omezení mohou sahát od minimální nedoslýchavosti až po úplnou, totální hluchotu (Große, K.-D. 2001).

Existují rozličné poruchy sluchového analyzátoru. Mimo to prakticky každý jedinec se sluchovým postižením vykazuje s ohledem na svou sluchovou vadu a svou komunikační situaci individuální rozlišnosti a nápadnosti (Leonhardt, A. 1999, 2002). Za osoby se sluchovým postižením jsou označováni lidé, kteří úplně nebo částečně ztratili schopnost vnímat řeč či zvuky na obou nebo na jednom uchu. Praktická klasifikace vychází ze stupně sluchové vady, z období jejího vzniku a ze způsobu komunikace osoby s postižením. V sociální definici sluchové vady u malých dětí se běžně užívá následující dělení:

Nedoslýchaví mohou rozumět mluvním obsahům za pomoci svého sluchu a jejich řeč se rozvíjí na základě sluchového vnímání. *Prelingválně neslyšící* resp. *neslyšící* v užším slova smyslu jsou osoby, které od svého narození nedisponovaly schopností slyšet anebo tuto schopnost ztratily ještě před osvojením mluvené řeči. Zcela přirozeně si osvojují určitý národní znakový jazyk v dialozích a interakcích, které mohou být ve znakovém jazyce vedeny. Osoby se sluchovým postižením, u kterých je diagnostikováno *souběžné postižení více vadami*, mají vedle postižení sluchového ještě další vážné postižení – např. vadu zraku či poruchu kognitivních funkcí aj. Souběžné postižení více vadami se u lidí se sluchovým postižením objevuje asi ve 30 % (Poussu-Olli, H.-S. in Horsch, U., Bischoff, S. 2008).

J. Klozar (2005) uvádí nejčastější příčiny jednotlivých poruch sluchu, které můžeme dělit z různých hledisek, a to: podle doby vzniku, dle lokalizace poruchy ve sluchovém analyzátoru a dle jejich stupně. *Sluchové poruchy* mohou vyústit ve *sluchové vady* a narozdíl od sluchové poruchy, která představuje přechodný stav, je pak sluchová vada stavem trvalým, který se již nedá odstranit léčbou (Bulová, A. in Pipeková, J. 1998).

Rozdělení sluchových vad dle příčin a doby vzniku

Podle doby vzniku se sluchové vady dělí na *vady vrozené* (jejich příčiny spadají do *prenatálního období* – období před narozením) a *vady získané* (příčiny těchto vad sluchu se objevují v období *perinatálním* – v průběhu porodu či krátce po něm, či *postnatálním* – po narození) (Klozar, J. 2005). S vrozenou vadou se dítě již narodí, vznikla v důsledku dědičnosti či poškozením plodu v době jeho zrání. Je ale důležité si uvědomit, že termíny *dědičná* a *vrozená* vada nelze používat jako synonyma – dědičnost totiž nutně neznamená, že se dítě musí se sluchovou vadou narodit, nýbrž některé dědičné sluchové vady se mohou projevit až v dospělosti, jsou takto geneticky zakódovány. Vady získané oproti tomu vznikají v průběhu porodu nebo až po narození, záleží pak na tom, jestli ke ztrátě došlo před vývojem mluvené řeči (zde hovoříme o *vadách prelingválních*) nebo až po něm (jedná se o *vady postlingvální*) (Hrubý, J. 1998). Příčinou vrozených sluchových vad mohou být kromě dědičnosti např. prodělané infekční nemoci matky v časných měsících těhotenství či ozáření rentgenem, podání některých léků nebo rozdílný Rh faktor krve matky a krve dítěte. Jako příčiny získaných vad sluchu jsou uváděny protražované a komplikované porody s následným krvácením do mozku nebo do hlemýžďe ve vnitřním uchu, v pozdějším věku pak infekční onemocnění, záněty mozkových blan, úrazy hlavy, opakované či chronické záněty středního ucha, užívání ototoxických léků (Bulová, A. in Pipeková, J. 1998).

Rozdělení sluchových vad dle lokalizace

Dle lokalizace poruchy ve sluchovém orgánu dělíme vady sluchu na *vady periferní*, kdy je vada lokalizována v periferní části analyzátoru, tedy až po jádra sluchového nervu, a *vady centrální*, kdy se příčina nachází v oblasti II. a V. neuronu sluchové dráhy. Periferní vady se dále dělí na *vady převodní*, způsobené překážkou v oblasti vnějšího či středního ucha, a *vady percepční (senzoryneurální)*, lokalizované v oblasti vnitřního ucha či sluchového nervu (Klozar, J. 2005).

U převodních vad je na základě poškození mechanické části sluchové dráhy narušen převod zvukových vibrací do hlemýždě. Příčinou mohou být ucpání vnějšího zvukovodu ušním mazem či převážně u dětí různými předměty, deformity, malformace či absence vnějšího či středního ucha, záněty vnějšího zvukovodu, záněty středního ucha (otitidy), narušení středoušních kůstek, otoskleróza neboli znehybnění ploténky třmínku nárůstem kostní tkáně v oblasti oválného okénka a cysty nejčastěji ve středním uchu. U vad percepčních je narušena percepce čili vnímání zvuku z důvodu poškození ve vnitřním uchu nebo ve vyšších stupních sluchové dráhy (Hrubý, J. 1998). Percepční vady dle tohoto kritéria dělíme na *vady kochleární* v oblasti vnitřního ucha a *vady retrokochleární* v oblasti sluchového nervu a sluchových jader (Klozar, J. 2005). Příčinami mohou být ototoxické látky v užívaných lécích, přidušení dítěte (asfyxie) v průběhu porodu v důsledku velké citlivosti vnitřního ucha na dobré zásobování kyslíkem, infekce jako toxoplazmóza či zarděnky, inkompatibilita Rh faktoru, meningitida (hnisavý zánět mozkových blan), úrazy hlavy a další rozličné příčiny. Možný je i výskyt *kombinovaných (smíšených) vad* sluchu, kde je narušen jak převod zvukových vibrací, tak samotné sluchové vnímání (Hrubý, J. 1998). J. Klozar (2005) uvádí, že smíšené vady mají převodní i percepční složku.

Podle stupně postižení dělíme sluchové vady na:

lehkou nedoslýchavost	26 – 40 dB,
středně těžkou nedoslýchavost	41 – 55 dB,
těžkou nedoslýchavost	56 – 70 dB,
praktickou hluchotu	71 – 90 dB,
a úplnou hluchotu	více než 90 dB.

Číselné údaje odpovídají sluchovým ztrátám podle WHO – v jednotkách decibel (Horáková, R. in Pipeková, J. 2006).

V roce 1991 byla Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization) v Ženevě aktualizována Mezinárodní klasifikace sluchových poruch či vad z roku 1980, která je zobrazena v následující tabulce 1.

Stupeň sluchové poruchy či vady	Odpovídající audiometrická hodnota ISO (na lepším uchu)	Výkonnost	Doporučení
0 – žádná porucha či vada	0 – 25 dB	Žádné nebo velmi lehké sluchové problémy. Schopnost vnímat sluchem šeptání.	
1 – lehká porucha či vada	26 – 40 dB	Schopnost slyšet a opakovat slova pronesená normálním hlasem ze vzdálenosti 1 metru.	Poradenství. Mohou být užitečná sluchadla.
2 – střední porucha či vada	41 – 60 dB	Schopnost slyšet a opakovat slova pronesená zesíleným hlasem ze vzdálenosti 1 metru.	Obvykle doporučena sluchadla.
3 – těžká porucha či vada	61 – 80 dB	Schopnost vnímat sluchem některá slova křičená v bezprostřední blízkosti lepšího ucha.	Sluchadla jsou potřebná. Pokud nejsou k dispozici, měl by následovat nácvik odezírání a komunikace prostřednictvím znakového jazyka.
4 – velmi těžká porucha či vada, zahrnující hluchotu	81 dB a více	Neschopnost vnímat sluchem velmi silný hlas a neschopnost křičenému rozumět.	Sluchadla mohou pomoci porozumění slovům. Je vyžadována další rehabilitace. Odezírání a užívání znakového jazyka je nezbytné.

Tab. 1: Mezinárodní klasifikace sluchových poruch či vad dle WHO

Stupně 2, 3 a 4 jsou klasifikovány jako omezující sluchová porucha či vada (disabling hearing impairment). Audiometrické hodnoty ISO jsou průměry hodnot na 500, 1000, 2000, 4000 Hz (www.who.int).

Údaje o sluchových ztrátách v decibelech odpovídající danému stupni postižení se v odborné literatuře různí, v zahraničí bývá spodní hranice lehké nedoslýchavosti často udávána již od 15 dB.

Tabulka 2 je příkladem tohoto rozdělení. Jedná se o klasifikaci podpůrné společnosti Gutes Hören (Fördergemeinschaft Gutes Hören) z dubna roku 1995 (Kießling, J., Kollmeier, B., Diller, G. 1997).

Sluchová ztráta	Sluchová vada	Důsledky	Opatření
≤ 15 dB	žádná	žádné	pravidelná preventivní vyšetření sluchu
15 – 35 dB	lehký stupeň	možné problémy v obtížnějších sluchových situacích (skupiny, rušivé zvuky nebo tzv. efekt koktejlového večírku („Coctailparty-Effekt“ – označovaný jako selektivní slyšení)	pravidelná preventivní vyšetření sluchu, možná sluchový trénink
35 – 65 dB	střední	pravidelné problémy, hovory musí být vedeny hlasitou řečí, často špatné rozumění slovům, nutnými se stávají vizuální opory, problémy při skupinové konverzaci	nutná sluchadla
65 – 95 dB	těžká	chybí porozumění řeči, řeč se zhoršuje, vizuální pomůcky jsou nezbytné, snížený práh bolesti ucha	nutná sluchadla, sluchový trénink, hlasová a řečová terapie – logopedie
≥ 95 dB	téměř úplná ztráta sluchu	případné slyšení hlasitých zvuků, spíše vnímání vibrací, nejdůležitější komunikační kanál je zrak, řeč se může zhoršovat	sluchadla resp. kochleární implantát – za pomoci sluchadel možné už jen obecné vnímání zvuků

Tab. 2: Sluchová ztráta – její důsledky – soubor opatření (Fördergemeinschaft Gutes Hören, 1995)

V níže uvedené tabulce 3 je vyobrazena audiometrická klasifikace sluchových ztrát podle mezinárodního audiofonologického úřadu BIAP (Bureau International d'AudioPhonologie) z měsíce května roku 1997 (www.biap.org).

	Oblast střední sluchové ztráty pro tóny	Sluchové vnímání
I. normální, téměř normální sluch	0 – 20 dB	Eventuelně lehké omezení sluchu bez vlivu na socializaci.
II. lehká ztráta sluchu	21 – 40 dB	Problémy se slyšením ztišeného či vzdáleného hlasu. Vnímání většiny obvyklých zvuků.
III. středně těžká ztráta sluchu	1. stupně: 41 – 55 dB 2. stupně: 56 – 70 dB	Porozumění hlasu při zvýšené hlasitosti. Lepší porozumění za pomoci odezírání. Stále ještě vnímání většiny zvuků.
IV. těžká ztráta sluchu	1. stupně: 71 – 80 dB 2. stupně: 81 – 90 dB	Vnímání hlasité řeči těsně u ucha. Vnímání silného hluku.
V. velmi těžká ztráta sluchu	1. stupně: 91 – 100 dB 2. stupně: 101 – 110 dB 3. stupně: 111 – 119 dB	Vnímání mluvené řeči chybí. Pouhé vnímání velmi silného hluku.
VI. úplná ztráta sluchu, hluchota	120 dB	Žádné vnímání sluchem.

Tab. 3: Audiometrická klasifikace sluchových ztrát dle BIAP (1997)

Kromě udaných příkladů existuje ještě řada dalších klasifikací, se kterými se můžeme v odborné literatuře setkat. Ani v tomto ohledu tedy mezi odborníky v dané problematice nepanuje názorová jednotnost.