

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Adéla Šestáková

IV. ročník – prezenční studium

obor: logopedie

**Kompetence rodičů v logopedické péči
o děti s kochleárním implantátem**

diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

Olomouc 2008

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně
a vyznačila jsem veškeré použité prameny a literaturu.

Olomouc 27. 2. 2008

.....

Děkuji doc. PhDr. PaedDr. Miloňovi Potměšilovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat Ing. Janu Hanákovi za spolupráci při zpracování výzkumné části, pomoc a podporu. V neposlední řadě děkuji také Mgr. Kateřině Stejskalové za její cenné rady a všem dalším osobám, které přispěli k realizaci této práci.

OBSAH

I. ÚVOD	3
II. TEORETICKÁ ČÁST	4
1. Terminologické vymezení základních pojmů	4
1.1. Sluch	4
1.2. Činnost sluchového ústrojí	4
1.3. Diagnostika	5
1.4. Vyšetřovací metody sluchového orgánu a sluchové funkce	6
1.4.1. Vyšetřování sluchu subjektivními metodami	7
Sluchová zkouška řeči	7
Prahová tónová audiometrie	8
Slovní audiometrie	8
1.4.2. Vyšetřování sluchu objektivními vyšetřovacími metodami ...	9
Otoakustické emise	9
BERA	9
1.5. Typy sluchových vad a poruch sluchu	10
1.6. Stupeň sluchového postižení	10
1.6.1. Vady a poruchy sluchu dle věku a fixace řeči	12
1.7. Osoba se sluchovým postižením	13
2. Orální řeč sluchově postižených	16
2.1. Ontogeneze mluvené řeči těžce sluchově postižených	16
2.1.1. Vývoj řeči u neslyšících dětí	17
2.1.2. Vývoj řeči u nedoslýchavých dětí	18
3. Kochleární implantát	19
3.1. Vývoj kochleárního implantátu	19
3.2. Vhodní kandidáti na kochleární implantaci	21
3.3. Jak funguje kochleární implantát	23
3.4. Operace	24
3.5. Kochleární implantát Freedom	24
3.6. Kochleární implantát MED-EL	25
4. Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem	27
4.1.1. Reedukace sluchu	27
Metody reedukace sluchu	28
4.1.2. Reedukace řeči	29
5. Role rodiny a poradenství	31
5.1. Neslyšící rodiče	32
5.2. Komunikace	33

5.3. Řeč orientovaná na dítě	35
5.3.1. Reflexivní metoda mateřské řeči	35
5.3.2. Verbotonální metoda	37
5.3.3. Auditivně – verbální přístup.....	37
5.4. Raná péče.....	39
5.5. Spolupráce speciálně pedagogického centra a školy	39
5.6. Dlouhodobá psychologická pomoc	41
III. PRAKTICKÁ ČÁST	43
6. Cíle výzkumu a stanovení pracovních hypotéz.....	43
7. Organizace a průběh výzkumu	44
8. Metody výzkumu	45
9. Charakteristika zkoumaného souboru	47
10. Vyhodnocení dat ze zkoumaného souboru	48
10.1. Diagnostika a implantace.....	49
10.2. Specifika komunikace a sociální interakce	51
10.3. Informovanost, orientace v dané problematice a osobní kompetence rodičů v oblasti logopedické péče	53
10.4. Komunikační systém	56
11. Interpretace dat ve srovnání dívek a chlapců.....	58
12. Diskuse	64
13. Doporučení pro praxi.....	67
IV. ZÁVĚR	68
V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
VI. INTERNETOVÉ ZDROJE	72
VII. SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ	74
VIII. SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK	75
IX. SEZNAM PŘÍLOH	76

I. ÚVOD

V České republice se ročně narodí kolem stovky dětí s těžkým sluchovým postižením a asi dalších deset o sluch v dětství přijde. Sluch je zatím jediným lidským smyslem, který lze úspěšně nahradit pomocí implantovaného elektronického zařízení - kochleárního implantátu. Tato protetická pomůcka pomohla navrátit sluch již více než 100 000 neslyšících na celém světě. Bohužel ani kochleární implantace není univerzálním řešením sluchového postižení a není vhodná pro všechny osoby s těžkým postižením sluchu. Relativně specifické skupině dětí se sluchovým postižením však může umožnit sluchové vnímání a především poskytuje možnost rozvinout řečové schopnosti a orálně podložené komunikační dovednosti.

Cílem této práce je nastínit kompetence rodičů logopedické péči o děti s kochleárním implantátem. První část práce obsahuje teoretická východiska k této problematice. Jsou zde vymezeny základní pojmy, popsána funkce kochleárního implantátu a zmapována následná logopedická péče u těchto dětí. Dále je věnována pozornost problematice kompetencí rodičů, systému rané péče a speciálně pedagogickému poradenství.

Další oddíl této práce je zaměřen na vlastní výzkum v oblasti kompetencí rodičů v logopedické péči o děti s kochleárním implantátem.

Doufáme, že tato práce přinese alespoň základní vhled do této problematiky.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1. Sluch

Sluch je velice podstatným a zároveň složitým smyslem umožňujícím člověku vnímání okolního světa a získávání informací z prostředí. Sluchové vnímání hraje nezastupitelnou roli v průběhu vývoje komunikačního procesu člověka a umožňuje porozumět všem podstatným i méně důležitým zvukům z prostředí. Sluchový analyzátor je dokonalým mechanismem, který nám poskytuje informaci nejen o vlastní řečové produkci, ale především umožňuje porozumění tak složitému zvuku jako je lidská řeč. Ve zlomku vteřiny analyzuje výšku hlasu, jeho barvu, změnu hlasitosti a melodie ovlivněnou obsahovou stránkou řečové produkce. Řeč je pak nezbytným faktorem při formování myšlení, čímž sekundárně ovlivňuje vývoj inteligence.

1.2. Činnost sluchového ústrojí

Periferní část sluchového orgánu, tedy boltec a zejména vnější zvukovod, přivádí zvuk z okolí do hlemýždě, kde je mechanické zvukové vlnění transformováno na elektrické potenciály. Centrální část sluchového orgánu vede elektrické signály do sluchového centra v mozkové kůře.

Za normálních podmínek se zvuk dostává do vnitřního ucha prostřednictvím tzv. vzdušného vedení. Zvuk je přenášen zvukovodem přes řetězec sluchových kůstek ve středním uchu do oválného okénka, kde dochází, na základě přenosu mechanické energie, k rozkmitání perilymfy. Kromě tohoto způsobu může pohyb perilymfy vzniknout i na základě tzv. kostního vedení, tj. přímým přenosem kmitů na lebeční kosti.

Člověk s normální úrovní sluchových funkcí dokáže spolehlivě určit směr nebo místo odkud zvuk přichází. Tato schopnost se rozvíjí v průběhu života na základě opakované zkušenosti.

Do ucha, které je od zdroje zvuku ve větší vzdálenosti, přichází zvukový signál o zlomek vteřiny později a s menší intenzitou než do ucha bližšího především na základě dvou faktorů - času a intenzity. Člověk je schopen díky tomu určit, odkud zvuk přichází. Kromě výše uvedených faktorů se mohou v tomto procesu uplatnit také další činitelé.

1.3. Diagnostika

Jak uvádí Hrubý (1998), moderní diagnostické metody umožňují zjistit odchylky od normálu v oblasti sluchového vnímání téměř u každého jedince. Včasná diagnóza sluchové vady či poruchy je základním předpokladem pro úspěšnou rehabilitaci dítěte. Přestože současné diagnostické metody umožňují spolehlivě odhalit vadu sluchu ve velmi raném věku dítěte – již ve stáří několika týdnů, můžeme se bohužel stále ještě setkat s případy, kdy je vada sluchu rozpoznána teprve ve dvou až třech letech, či dokonce později, což je z hlediska reedukace a rehabilitace poměrně pozdě.

V současné době existuje široká škála sluchových zkoušek vhodných pro různé věkové skupiny. Diagnostika vady sluchu zahrnuje tři základní složky: odhalení vady, zjištění velikosti vady, zjištění příčiny vady.

Žádná z dostupných vyšetřovacích metod není rutinně prováděna u všech novorozenců. J. Syka společně s dalšími odborníky, především s chirurgem Z. Kabelkou, zdůrazňuje klíčovou roli včasného odhalení přítomnosti sluchové vady, tj. důsledné provádění kvalitního screeningu sluchu u nejmenších dětí. Současné technické prostředky umožňují orientačně vyšetřit sluch dítěte již v prvních dnech po narození tzv. měření otoakustických emisí. V některých porodnicích v České republice se již screening sluchu u novorozenců provádí, většinou však jen díky osobní iniciativě místních lékařů. Není tedy, na rozdíl od mnoha

jiných evropských zemí, zaveden systematicky a celoplošně. O sluchový screening dítěte mohou rodiče v současné době požádat CKID¹ v Praze.

Screeningové vyšetření je zpravidla průkazné. Včasné sluchové zkoušky selhávají v případě, kdy dítě reaguje na vizuální nebo jiné podněty. Rovněž může dojít k situaci, že zdravé dítě reaguje nesprávně, i když netrpí žádnou vadou či poruchou sluchu. Ani tyto faktory by však neměly oslabit význam screeningových sluchových zkoušek a jejich nezastupitelné místo ve zjišťování kvalitativní úrovně sluchu u dětí v raném věku.

1.4. Vyšetřovací metody sluchového orgánu a sluchové funkce

Vyšetření sluchu je možné provádět pomocí subjektivních či objektivních vyšetřovacích metod. V rámci diagnostiky vyhodnocujeme závažnost sluchové vady a její funkční dopad na vývoj řeči a jazyka. Audiometrická vyšetření, při kterých je nutná aktivní spolupráce dítěte (tónový audiogram, zisková křivka se sluchadly, slovní audiogram a vyšetření VRA²), tedy subjektivní vyšetřovací metody, jsou v případě potřeby doplňovány metodami objektivní audiometrie (OAE³, BERA⁴, ERA – SSEP⁵).

V novorozeneckém období jsme při vyšetřování sluchu odkázáni na vyvolání nepodmíněných vrozených reflexů. Kojenci kolem třetího měsíce věku reagují na silné zvukové podněty (přibližně 80 – 100 dB) úlekem. Děti jsou vyšetřovány spící, rozbalené a klidné. Zvuky jsou produkovány ze vzdálenosti zhruba půl metru za hlavičkou dítěte – binaurálně. Při vyšetření je nezbytné vyloučit vibrace, které dokáže registrovat i dítě neslyšící. Podráždění musí být krátkodobé a podnět intenzivní (Pulda, 1992).

Mezi úlekové reakce patří:

1 Centrum Kochleárních Implantací u Děti bylo zřízeno Ministerstvem zdravotnictví roku 1996 na ORL klinice UK 2. LF a Fakultní nemocnici Praze-Motole jako jediné pracoviště v České republice, které se zabývá problematikou kochleárních implantací u dětí a mladistvých do 18 let. Vedoucím tohoto centra je doc. MUDr. Zdeněk Kabelka.

2 Audiometrie pomocí vizuální odpovědi (Visual Response Audiometry). Je podmíněna tím, že dítě (dospívající) reaguje spíše na světlo než na zvuk. Po objevení sluchového stimulu, který je mimo přímé zrakové pole dítěte se okamžitě prezentuje náhradní zrakový stimul (např. panenka nebo vláček). Jestliže po prezentaci sluchového signálu dítě hledí směrem, kde očekává zrakovou náhradu, je možno mít za to, že sluchový stimul zaznamenalo.

3 Otoakustické emise – Otoacoustic Emissions (Hahn, 2007, s. 48)

4 Zkr. angl. Biological Electrical Response Audiometry (Dvořák, 2001, s. 35)

- mrkací reflex (stažení víček)
- změna frekvence dýchání
- Moorův reflex⁶
- změna frekvence sacích pohybů
- vyvolání pláče nebo jeho chvilkové přerušování
- probuzení ze spánku

V batolecím období jsou využívány při vyšetření dítěte zvuky, které jsou jim známé nebo příjemné. K vyšetření používáme zvukové hračky (např. pískací hračky). Dítě reaguje na zvuky, které zná, a mají pro něj nějaký význam lépe, než na zvuky, které jsou pouze hlasité. Později, když už dítě rozumí řeči, lze provést vyšetření pomocí jednoduchých pokynů, které můžeme šeptat nebo pronášet hlasitě. Jsou to například pokyny typu - „Ukaž mi nos.“ „Jak dělá pejsek?“ apod. U průměrně inteligentního tříletého dítěte s kochleárním implantátem lze po získání důvěry provést poměrně dobře zkoušku šepotem i hlasitou řečí. V práci jsou dále uvedeny metody, které jsou v souvislosti s vyšetřováním implantovaných dětí nejfrekventovanější.

1.4.1. Vyšetřování sluchu subjektivními metodami

Cílem vyšetřování sluchové funkce je určit stupeň sluchové vady a místo postižení sluchového analyzátoru.

Sluchová zkouška řeči

„Podstatou zkoušky je určení vzdálenosti, z které je vyšetřovaný schopen opakovat slovy vyslovená šepotem a hlasitou řečí. Je nutný tichý klidný, tichý prostor, minimální délky 6m. Vyšetřujeme zpravidla monourálně, tzn. každé ucho zvlášť. Nemocný sedí bokem k vyšetřujícímu, nesmí odezírat a opačné nevyšetřované ucho je nutno ohlušit. Při šepotu ohlušujeme vatou, kterou pohybujeme v zevním zvukovodu, při sluchové zkoušce hlasitou řečí se používá tzv. Barányho

5 Ustálené potenciály - Steady State Evoked Potentials (Hahn, 2007, s. 47)

6 Objímací reflex, který vyvoláme náhlým podtrhnutím podložky, na níž dítě leží. Odpovědí je natažení a rozhození horních končetin do stran, současně dítě ohne dolní končetiny v kyčlích, pak následně přitahuje zpět horní končetiny (objímá) k sobě, ohnuté dolní končetiny přitáhne více k bříšku. Celá reakce vypadá jako úlek – dítě zatají dech, někdy zmodrá v obličejí, v poslední fázi reflexu se zhluboka nadechne a pak následuje velmi intenzivní křik s typickým plačtivým svraštěním obličejí. Tento reflex má v novorozeneckém období klinický význam neporušeného reflexního oblouku (Ludvíková, Hrstková, 2007).

ohlušovače. Sluchová zkouška nás spolu se slovní audiometrií informuje o funkci celého sluchového analyzátoru.“ (Hahn, 2007, s. 36)

Prahová tónová audiometrie

Dosud stále nejpoužívanější metodou je vyšetření sluchu pomocí prahové tónové audiometrie. Při audiometrii provádíme vyšetření vjemu čistých tónů nebo slov (výhodou této metody je možnost posouzení sluchové ztráty nejen jako funkci slyšení, ale také rozumění).

Při vyšetření pomocí čistých tónů je zvuk šířen buď vzdušným, nebo kostním vedením. Výsledkem běžného audiometrického vyšetření je tzv. audiogram, který se zanáší do předtištěného formuláře. V nejběžnější podobě grafického zpracování jsou horizontálně zaznamenávány frekvence v Hz a vertikálně hodnoty v dB. Práh vzdušného i kostního vedení pro pravé ucho značíme červeně, pro levé ucho modře. Vzdušné vedení pro pravé ucho se značí kroužkem, pro levé křížkem a hodnoty se spojí plnou čarou. Práh kostního vedení se značí šipkou nebo závorkou, které se spojí přerušovanou čarou.

Cílem audiometrického vyšetření je zhodnocení stavu sluchu. Na základě audiogramu je možno určit, zda je sluchová funkce normální nebo poškozená, o jaký typ poškození se jedná a také jaký je stupeň poškození.

Slovní audiometrie

Podstata slovní audiometrie spočívá v reprodukci vybraného jazykového materiálu z CD přehrávače, který zprostředkováváme vyšetřovanému prostřednictvím audiometru do sluchátka, kostního vibrátoru či reproduktorem ve volném poli. Poté určíme procento rozuměných slov, které je vyšetřovaný schopen správně opakovat.

Ke stanovení rozsahu rozumění se používají slovní sestavy o deseti slovech. Výběr slov není náhodný, všechny sestavy musí být informačně rovnocenné. Celá sestava má hodnotu 100%, každé slovo tedy představuje 10%. Úroveň rozumění hodnotíme na různých hladinách intenzity.

1.4.2. Vyšetřování sluchu objektivními vyšetřovacími metodami

Nejčastěji používanými vyšetřovacími metodami jsou impedanční audiometrie a objektivní vyšetřovací metody, z nichž provádíme zejména vyšetření otoakustických emisí a vyšetření BERA.

Otoakustické emise

Toto vyšetření můžeme provést již v porodnici a to druhý den po porodu. Pro dítě není zatěžující a představuje jednoduché, přesné a neinvazivní vyšetření, používané především u velmi malých dětí.

Do ucha dítěte vysíláme speciálně upravené stimuly. Normálně funkční sluchové buňky tvoří jako odpověď na tento podnět velmi slabý zvuk – tzv. otoakustické emise, které lze zachytit citlivými mikrofony. Jejich existence potvrzuje normální funkci sluchového aparátu vnitřního ucha. Neexistence otoakustických emisí může signalizovat vadu sluchu a dítě je následně odesláno k dalšímu vyšetření, aby mohla být stanovena přesná diagnóza. Nejfrekventovanější a zároveň nejpřesnější objektivní metodou vyšetření sluchu je BERA.

BERA

BERA je jednou z nejpodstatnějších metod při vyšetřování sluchového prahu. Umožňuje přesně zmapovat funkci kmenové a podkorové části sluchové dráhy. Nespornou výhodou této metody je její nezávislost na spolupráci pacienta a způsob jejího provedení. U malých sluchově postižených dětí se provádí ve spánku na základě podání sedativních léků. Poté je pomocí počítače zpracováván bioelektronický signál mozku a výsledky jsou znázorněny křivkou, na které lékař hodnotí časové zpoždění jednotlivých vln. Každé prodloužení latence je známkou zhoršené funkce určitého úseku sluchové dráhy.

Tato metoda je velmi náročná na čas, přístrojové vybavení i na zkušenosti vyšetřujících specialistů. Přesto však je, vedle orientačních sluchových zkoušek, nejčastěji využívanou vyšetřovací metodou u dětí.

1.5. Typy sluchových vad a poruch sluchu

Termínem vada označujeme stav léčebně neovlivnitelný, ireverzibilní. Pojem porucha vyjadřuje možnost léčebné restituce. Sluchové vady a poruchy můžeme na základě jejich charakteru dělit na dvě velké skupiny - vady senzorieurální (percepční) a poruchy převodní (konduktivní).

Jak uvádí Lejska (2003), vada senzorieurální má svůj podklad v postižení senzoričkových buněk vnitřního ucha nebo postižení nervových spojů v mozku. Postižení obou zde popsaných oblastí nelze léčebně ovlivnit, je trvalé. Tento typ vady je častější než porucha převodní. Vyskytuje se u většiny stařeckých nedoslýchavostí, nedoslýchavostí z poškození hlukem, toxiny, u postižení sluchu po infekčních chorobách a dále sem spadají rovněž stavy vrozených sluchových vad. Porucha převodní nebo též konduktivní je patologický stav, kdy se zvuková vlna nedostává až na úroveň sluchových buněk. Sluchová buňka sice není poškozena, zároveň však není adekvátně stimulována zvukem, protože stimulující energie je v průběhu vnějšího nebo středního ucha brzděna. Příčinou může být jakákoliv překážka ve vnějším zvukovodu nebo středouší.

Léčitelné převodní vady lze od vad percepčních velmi snadno diferencovat. Rovněž stanovení indikace případné kochleární implantace má jasně dané podmínky. V ostatních případech ireverzibilních percepčních vad je prioritní především komunikace s dítětem. Sbíráni dalších diagnostických nálepek může mít pouze další traumatizující účinek.

1.6. Stupeň sluchového postižení

Stupeň sluchového postižení je velmi významnou a důležitou charakteristikou, neboť na určité úrovni dochází ke kvalitativní proměně jeho důsledků, ke ztrátě schopnosti vnímat a používat řeč.

Sluchové postižení je jedním z nejčastějších handicapů na světě. Podle statistik Světové zdravotnické organizace - WHO z roku 2005 je na světě 278 milionů sluchově postižených. U 68 milionů lidí z tohoto počtu došlo ke ztrátě sluchu v dětství, u 210 milionů v dospělosti. Dalších

364 milionů obyvatel trpí nedoslýchavostí (viz tabulka stupně sluchového postižení). Dvě třetiny sluchově postižených se vyskytují v rozvojových zemích. Od roku 1986 byl zaznamenán progresivní růst počtu osob s různým stupněm sluchového postižení, což můžeme také vnímat jako známku zdokonalení diagnostických metod a zlepšení preventivní péče.

Klasifikace sluchových ztrát a dalších aspektů dle WHO z roku 1980 je v naší literatuře nejčastěji citovaná (Krahulcová, 2003, s.73).

Sluchové ztráty			
Stupeň	Velikost ztráty sluchu dle WHO	Názvy sluchových ztrát	Kategorie podle vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb.
1.	0 – 25 dB	Normální sluch	
2.	26 – 40 dB	Lehká ztráta sluchu, lehká nedoslýchavost	Lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)
3.	41 – 55 dB	Střední ztráta sluchu, střední nedoslýchavost	Středně těžká nedoslýchavost
4.	56 – 70 dB	Středně těžká ztráta sluchu	Těžká nedoslýchavost
5.	71 – 90 dB	Těžká ztráta sluchu, těžké postižení sluchu	Praktická hluchota
6.	91 dB a více (body v audiogramu i nad 1 kHz)	Velmi těžká sluchová ztráta	Hluchota
7.	91 dB a více (v audiogramu žádné body nad 1 kHz)	Velmi těžká sluchová ztráta	Úplná hluchota

Dle Vágnerové (2004) můžeme stupně sluchového postižení rozdělit na:

Hluchotu, která je vymezena jako ztráta sluchu větší než 110 dB. Je zpravidla charakterizována jako vrozená nebo v časném věku získaná ztráta sluchu. Přestože jedinci s tímto postižením nejsou schopni slyšet mluvenou řeč, prioritní snahou logopedické intervence by mělo být vyvození mluvené řeči, která může představovat jeden z komunikačních systémů. Jak uvádí Potměšil (2003), velký zásah do pojetí hluchoty jako postižení přineslo zavedení kochleárního implantátu na jedné straně a přijetí tzv. bilingválního systému ve výchově a vzdělávání na straně druhé.

Zbytky sluchu jsou kategorií, u níž činí sluchová ztráta víc než 91 dB. Lidé se sluchovými funkcemi v tomto pásmu nemohou vnímat mluvenou řeč přijatelným způsobem ani s pomocí kompenzace. Tito jedinci mohou slyšet řečové i neřečové zvuky, nejsou však schopni rozumět jejich obsahu a nedovedou tyto zvuky přesně diferencovat a interpretovat (Vágnerová, 2004). Potměšil (2003) uvádí, že i zbytků sluchu je možno využít při výstavbě mluvené řeči s ohledem na to, že jedinci se sluchovým postižením mají problémy se společenskou upotřebitelností mluvené řeči.

Těžká nedoslýchavost, označuje kategorii sluchového postižení, kdy sluchová ztráta dosahuje rozmezí 71 – 90 dB. Děti s vrozeným postižením nejsou zásadně limitovány v rozvoji řeči. Hranice přijatelné sluchové funkce, nezbytné pro bezproblémové osvojení mluvené řeči, je v pásmu středně těžké nedoslýchavosti 56 – 70 dB (Vágnerová, 2004).

1.6.1. Vady a poruchy sluchu dle věku a fixace řeči

Vágnerová (2004) charakterizuje sekundární následky sluchového postižení v závislosti nejen na stupni a závažnosti poruchy, ale i na době, kdy vada vznikla. Důležitým faktorem je stupeň osvojení řeči, zda postižení vzniklo prelingválně (před osvojením řeči) či postlingválně (v době, kdy řeč již byla rozvinuta). Prelingvální postižení, vzniklé do 3 – 4 let narušuje závažným způsobem rozvoj řečových dovedností a nepříznivě ovlivňuje i další psychické funkce. Postlingválně ohluchlý jedinec je schopen alespoň částečně užívat mluvenou řeč, přestože se u něj projevují obtíže v komunikaci.

Vady a poruchy sluchu vzhledem k vývoji řeči dělí Lejska následovně:

„I. Vady a poruchy sluchu u dětí (před fixací řeči)

A. Vrozené (hereditární) vady sluchu

1. geneticky podmíněné
2. kongenitálně získané – prenatálně, perinatálně.

B. Získané vady (postnatální)

1. po infekčních chorobách
2. při degenerativních chorobách
3. po traumatech
4. po léčbě onkologických onemocnění
5. při nachlazení a onemocnění horních cest dýchacích
6. při opakovaných a chronických zánětech ucha

II. Vady a poruchy sluchu u dospělých (a starších dětí po fixaci řeči)

A. Převodní poruchy mají původ v poškození: zvukovodu, bubínku, řetězu kůstek, pouzdra labyrintu, Eustachovy trubice, středoušní dutiny.

B. Senzorineurální vady

1. Presbyakuzie (stařecká nedoslýchavost)
2. Traumata – akustické + mechanické
3. Dlouhodobé působení hluku
4. Toxiny tělu vlastní a toxiny tělu cizí
5. Ušní nádory
6. Onemocnění vnitřního ucha
7. Onemocnění mozkových nervů, drah a sluchových center.“

(2003, s. 24).

1.7. Osoba se sluchovým postižením

Lidé se sluchovým postižením tvoří heterogenní a minoritní skupinu, která se ve svých komunikačních a sociálních možnostech výrazně liší od majoritní - v tomto případě slyšící společnosti. Míra odlišnosti závisí na mnoha faktorech, jako je závažnost sluchového postižení, včasné diagnostikování sluchové vady, specializovaná komplexní péče či samotné postavení sluchově postiženého jedince ve společnosti.

Názor na postavení osob se sluchovým postižením ve společnosti lze vnímat a ohraničit dvěma krajními polohami. První z nich, jak uvádí

Šedivá (2006), je postoj klinický, podle něhož je sluchová porucha chápána jako handicap kompenzovatelný pomocí sluchadel, kochleárního implantátu nebo speciálních přístupů k rozvíjení mluvené řeči. Jedinec s kompenzovanou sluchovou poruchou je pak plně zařaditelný do slyšící (většinové) společnosti a je v ní schopen s určitými ohledy fungovat. Druhý přístup můžeme označit jako etnický, kdy sami sluchově postižení (případně jejich okolí) vnímají sebe jako etnickou menšinu se všemi atributy, jakými jsou společný jazyk (tj. znakový jazyk), historie, kultura atd. Označují se jako Neslyšící (Deaf Culture). Velké počáteční písmeno ve slově Neslyšící signalizuje identifikaci s kulturní a jazykovou menšinou Neslyšících a jejími hodnotami, zvyky, tradicemi a jsou hrdí na svou identitu Neslyšícího člověka. K této minoritě se mohou hlásit všichni postižení bez ohledu na míru sluchových ztrát, ale i slyšící rodinní příslušníci nebo blízcí lidé, kteří jsou schopni komunikovat znakovým jazykem a považují ho za svůj podstatný komunikační systém. Mezi těmito dvěma krajními polohami je jistě i další spektrum postojů, více či méně akceptujících některou z nich. Zmíněná autorka dále upozorňuje na fakt, že v souvislosti s postavením sluchově postiženého člověka ve společnosti se setkáváme i s vlnou emocí, kterou dosud vyvolává operace a využití kochleárního implantátu. Jeho zastánci tvrdí, že by měl být přidělen pokud možno každému, komu by mohl přinést i minimální užitek a zároveň, u něhož je záruka následné rehabilitace, tzn. využití všech speciálně pedagogických postupů a opatření, které přispívají k harmonickému rozvoji osobnosti jedince, rozvoji jeho sociálních vztahů a společenského uplatnění. Cílem tohoto komplexně pojímaného procesu je maximální podpora harmonického vývoje osobnosti v rozumové, citové a volní oblasti. Odpůrci naopak zdůrazňují porušení integrity člověka a dosud neznámé dlouhodobé následky. Proč někteří členové kulturní a jazykové menšiny Neslyšících nepřijímají s nadšením kochleární implantace? Odpovědi nejen na tuto otázku najdeme například v „manifestu proti kochleárním implantacím“. Cílem manifestu je poskytnout informace o kochleárním implantátu z jiného úhlu pohledu. Jako jeden z hlavních důvodů, který odpůrci kochleárního implantátu uvádějí, je skutečnost, že kochleární implantace nezachraňuje život. Ptají se, jak je možné, že pojišťovny mohou tento typ operace plně hradit. Jako

další argument uvádějí možnost vést kvalitní život i bez implantace – používat znakový jazyk a být členem kulturní a jazykové menšiny Neslyšících.

2. ORÁLNÍ ŘEČ SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH

Orální řeč u neslyšících byla, je a pravděpodobně i nadále bude velice diskutovanou problematikou. Důvodem neutuchajících sporů mezi odborníky je hned několik problematických aspektů - snížená kvalita řeči, problémy v obousměrné komunikaci, nižší srozumitelnost, efektivita vyučovacího procesu založeného na orálním principu, omezená doba užívání atd.

2.1. Ontogeneze mluvené řeči těžce sluchově postižených

Podle Lechty (2002) je pro většinu dětí s těžkým sluchovým postižením typický omezený, přerušovaný a opožděný vývoj řeči, přičemž charakteristika řečového vývoje se odvíjí od stupně sluchového postižení, věku a dosaženého stadia vývoje řeči před vznikem sluchové vady, případně na přítomnosti dalšího, přidruženého postižení (zrakového, somatického, mentálního, psychického). Dalšími faktory determinujícími řečový vývoj z kvalitativního hlediska jsou zejména exogenní sociální činitelé – podnětnost rodinného prostředí především z hlediska efektivní obousměrné komunikace, dále včasná diagnostika, reedukace a rehabilitace sluchových funkcí.

Charakteristické změny ve vývoji řeči lze u dětí s těžkým sluchovým postižením zjišťovat již od hranice 60 dB sluchové ztráty.

Dle Lechty prochází těžce sluchově postižené dítě ve vývoji řeči postupně stadiem reflexního křiku, broukání a částečně stadiem pudového žvatlání. Téměř každé sluchově postižené dítě je schopno žvatlat. V období mezi 17. - 26. týdnem života však dochází k výraznému omezení žvatlání a postupně až k jeho zastavení (Sovák, 1978; Lechta, 1983 a další in Krauhulcová, 2003). Právě v této etapě je patrná disproporce mezi řečovým vývojem u intaktních dětí, kdy se naopak žvatlání intenzivně rozvíjí na základě napodobování, a dětí s těžkým sluchovým postižením (Krauhulcová, 2003).

2.1.1. Vývoj řeči u neslyšících dětí

Lechta (2002) uvádí, že vývoj řeči u dětí s vrozenou hluchotou má odlišnou genezi od řečového vývoje u slyšících dětí, respektive jde o rozdíl mezi spontánním řečovým vývojem u intaktních jedinců a vývojem u sluchově postižených dětí s absencí včasné stimulace, reedukace a rehabilitace ze strany erudovaných odborníků. Těžká sluchová vada determinuje řečový vývoj z hlediska jeho tempa, kvantity i kvality. Při hodnocení ontogeneze řeči u dětí s těžkým sluchovým postižením dominuje věkový faktor. Rovněž předverbální zvukové projevy mohou být typicky deformovány na základě absence zpětné sluchové vazby - křik je obvykle tlumený, žvatlání monotónní. V období nástupu stadia napodobujícího žvatlání, které je výsledkem vědomého zapojení sluchové kontroly, naopak zvukové projevy neslyšícího kojence postupně zanikají. U dětí se získanou hluchotou je základním determinujícím faktorem pro vývoj řeči věk, v němž ke ztrátě sluchových funkcí došlo.

Jestliže dojde ke ztrátě sluchu v období, kdy ještě nejsou řečové stereotypy dostatečně zafixovány, kvalitativní úroveň osvojené řeči se postupně devaluje, samozřejmě opět v závislosti na úrovni odborné intervence.

V případě, že ke ztrátě sluchu dojde po dosažení hranice, kdy je řeč adekvátně upevněná, řečové projevy nezanikají – jedná se o postlingvální hluchotu. Za hranici, kdy jsou řečové stereotypy dostatečně fixovány je obvykle pokládáno období kolem sedmého roku věku. V tomto období můžeme předpokládat, že má dítě na relativně dobré úrovni osvojený slovník a v odpovídající míře zafixovanou artikulaci. Pozitivní roli zde hrají dovednosti čtení a psaní jako činitelé napomáhající při fixaci orální řeči. Na základě výše uvedených skutečností je nezbytná včasná a adekvátní logopedická intervence a individuální terapie, jejímž cílem by primárně mělo být udržení získané schopnosti orální komunikace.

Seeman (in Lechta, 2002) uvádí, že velice záhy po ohluchnutí se v důsledku ztráty sluchové kontroly mění zvuk řeči. Nejdříve se ztrácejí vysoké tóny, později dochází postupně ke změnám artikulace a prozodie⁷ řeči vůbec.

⁷ Modulační faktory mluvené řeči: přízvuk, melodie řeči, tempo řeči a pauzy, hlasitost (Dvořák, 2001, s. 155).

Úplná, totální hluchota se vyskytuje poměrně vzácně. U těžce sluchově postižených dětí lze pomocí kvalitního digitálního sluchadla a dalších elektroakustických pomůcek maximálně využít veškeré zbytky sluchu a zlepšit práh slyšení i v oblasti vnímání řečových frekvencí (Lechta, 2002).

2.1.2. Vývoj řeči u nedoslýchavých dětí

Rovněž u nedoslýchavých dětí je řečový vývoj ovlivněn nedostatky ve sluchové percepci. Určujícími faktory pro vývoj řeči jsou opět zejména věk, kdy ke zhoršení sluchu došlo, stupeň a typ nedoslýchavosti. Čím dříve dojde u dítěte ke ztrátě sluchových funkcí na úrovni nedoslýchavosti, tím markantnější jsou negativní dopady na vývoj řeči (Lechta, 2002). U dětí s vrozenou těžkou percepční nedoslýchavostí probíhá vývoj řeči obdobně jako u dětí s vrozenou hluchotou. Narušení řečového vývoje u dětí s převodním typem nedoslýchavosti není tak markantní. Vývoj řeči se víceméně blíží řečovému vývoji u intaktních dětí.

3. KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT

Lékařská věda a technika dnes umožňují kompenzovat téměř každou sluchovou vadu, která je lokalizována na periférii – ve středním nebo vnitřním uchu. U řady těžce sluchově postižených dětí je možno intenzivním auditivně-verbálním tréninkem za pomoci výkonných sluchadel rozvinout mluvenou řeč. Pro určitou skupinu těžce sluchově postižených nejsou ani nejvýkonnější sluchadla dostatečně efektivní a neposkytují jim adekvátní množství sluchových informací potřebných k osvojení řeči. Zde se nabízí možnost kochleární implantace.

Efekt kochleárního implantátu pro rozvoj řeči je velmi individuální a závisí na mnoha faktorech. Můžeme se setkat s celým spektrem výsledků od výborných až po velice sporné z hlediska efektivity. Výsledný efekt se vedle kvality rehabilitace odvíjí rovněž od vnitřních osobnostních charakteristik uživatele. Stejně tak individuální je následný rozvoj sluchu a komunikace. Každá rodina sluchově postiženého dítěte i dítě samo jsou jedineční, mají svůj specifický styl života a učení. Mezi proměnné determinující průběžné pokroky a výsledný efekt patří například věk, kdy byla stanovena diagnóza, příčina sluchového postižení, stupeň postižení sluchu, účinnost kochleárního implantátu, účinnost audiologické péče, sluchový potenciál daného dítěte, zdravotní stav dítěte, emoční prostředí rodiny, míra účasti rodiny, dovednosti terapeuta, dovednosti rodičů či pečovatелů, inteligence dítěte (Estabrooks, 1994).

V současné době je možnost kochleární implantace považována za obecně přijatou, bezpečnou a účinnou léčbu pro jedince s velmi závažným postižením sluchu, pro které není efekt z konvenčních typů sluchadel dostatečně efektivní zejména z hlediska využití sluchu za účelem komunikace.

3.1. Vývoj kochleárního implantátu

První zmínky o kochleární neuroprotéze nacházíme počátkem 70.let 20.stol. První kochleární implantaci provedli R. P. Michelson a W. House v USA, u nás byl průkopníkem M. Valvoda z ORL kliniky 1. LF v Praze. Kochleární implantace jsou v současné době prováděny pouze

v Praze, Motole, děti jsou operovány Z. Kabelkou, implantace u dospělých provádí Skřivan. V České republice existují dvě centra specializující se na kochleární implantace - Klinika otorhinolaryngologie ve Všeobecné fakultní nemocnici při I. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze se zaměřuje na operace dospělých a Otorhinolaryngologická klinika při II. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v Motole specializující se na implantace u dětí (Světlík, 2000).

Výrobou a vývojem kochleárních implantátů se zabývá několik firem - Cochlear (protéza Nucleus) z Austrálie, Advanced Bionics (Clarion) z USA, rakouský MED-EL a holandský Philips (Laura) (Světlík, 2000).

V současné době je nejčastěji aplikován inovovaný typ implantátu - Freedom, který nahradil dříve používaný Nucleus 24. Spolehlivost v současnosti užívaných implantátů se pohybuje v rozmezí mezi 90 - 98 %. Cena implantátu Nucleus na českém trhu je zhruba 750.000 Kč. K této částce je dále nutné připočít výdaje na předoperační vyšetření, operaci, hospitalizaci a dlouhodobou rehabilitaci. Limitovaný počet kochleárních implantátů je hrazen Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a některými dalšími pojišťovnami. Relativně vysoká cena kochleárního implantátu vyplývá z vysoce kvalitních materiálů použitých v konstrukci implantabilní části, u níž je základní podmínkou vysoká odolnost vůči agresivnímu působení lidského organismu. Nezbytným předpokladem je rovněž stoprocentní nezávadnost materiálů. Cílem všech implantačních týmů je u každého pacienta pouze jediná operace, tj. v ideálním případě doživotní spolehlivost zařízení. Cena kochleárního implantátu, jakkoli se zdá být vysoká, je však nevyčísitelná ve srovnání s přínosem, který toto zařízení představuje pro osoby se ztrátou sluchu zejména v kontextu jejich sociálního začlenění.

Původně byly kochleární implantáty určeny pro osoby později ohluchlé. Postupem času se začaly s úspěchem používat u dětí prelingválně neslyšící. Jak uvádí statistiky CKID, do prosince roku 2007 bylo v CKID implantováno 306 dětí, z nichž nejmladší bylo ve věku 17 měsíců. Každoročně přibude asi 30 dětských kandidátů na zavedení kochleárního implantátu.

Klinika ušní, nosní a krční Univerzity Karlovy uvádí, že s novým typem implantátu Freedom byl zaveden inovativní software peroperačního

testování neurální odpovědi na elektrickou stimulaci. V České republice byla provedena také oboustranná implantace. Díky propagaci programu v televizi, rozhlasu a denním tisku dochází v této oblasti ke zvyšování všeobecné informovanosti veřejnosti. Velkým přínosem pro celý proces kochleární implantace jsou konzultace se zahraničními odborníky. Rovněž Česká republika zajišťuje odbornou pomoc východoevropským pracovištím a výuku zahraničních operatérů.

Při kochleární implantaci je velice významný časový faktor. Všechny implantované děti, které před zavedením kochleárního implantátu nebyly schopny slyšet prostřednictvím sluchadel ani velmi hlasité zvuky, nyní rozeznávají okolní zvuky na normální hladině hlasitosti a postupně, podle individuálních schopností, začínají rozumět řeči bez odezírání.

Mezinárodní ekonomické studie jednoznačně prokazují návratnost investice za kochleární implantaci. Statistiky ukazují, že 65 % dětí s kochleárním implantátem Nucleus se (za předpokladu včasné implantace, nejlépe kolem jednoho roku) po příslušné rehabilitaci integruje do běžných škol.

Jak uvádí Svobodová (2005), zdokonaluje se nejen technologie a provedení samotného implantátu a řečového procesoru (jeho kódovacích a filtračních funkcí apod.), ale i způsob vedení operace (tzv. jemná operace, která neporuší zdravé smyslové buňky v Cortiho orgánu) a způsob počítačového uvedení celého zařízení do provozu – tzv. nastavování řečového procesoru a zapojování jednotlivých elektrod do činnosti.

3.2. Vhodní kandidáti na kochleární implantaci

Indikací pro kochleární implantaci je hluchota po prodělaném zánětu centrálního nervového systému (např. po meningitidě, po virózách apod.). V těchto případech se implantace provádí obvykle po půl roce od stanovení diagnózy.

„U dětí s vrozeným oboustranným sluchovým postižením, u kterých ani intenzivní rehabilitace s výkonnými sluchadly neumožňuje vnímání a rozvoj řeči, volíme nejvhodnější dobu pro implantaci, což je mezi druhým a čtvrtým rokem věku, nejpozději však do 6 let. Za předpokladu,

že dítě přesáhne tuto věkovou hranici, musíme situaci zvážit a přistupovat individuálně.“ (Holmanová, 2005, s. 59).

Tento způsob rehabilitace sluchu bohužel není vhodný pro všechny neslyšící. Autoři se shodují na tom, že kochleární implantace není vhodná v případech hluchoty způsobené poruchou sluchového nervu či centrálních sluchových drah, při nálezů anatomické abnormality hlemýžďe a při chronickém středoušním zánětu.

Do vyšetření a posouzení vhodnosti kochleárního implantátu patří vyšetření pomocí audiometrie na frekvencích 250 Hz, 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz a výše; ztráty větší než 90 dB; neschopnost rozumět řeči ani se sluchadlem, funkční sluchové dráhy včetně funkčního zakončení sluchového nervu; vyšetření BERA - odpověď při intenzitě 100 dB; schopnost odezírání; psychologické vyšetření (dostatečná motivace, schopnost podstoupit náročnou dlouhodobou rehabilitaci); RTG středního ucha, CT vnitřního ucha (průchodnost hlemýžďe); negativní neurologický nález; vestibulární vyšetření; celkový dobrý zdravotní stav (bez rizika podrobit se operačnímu výkonu).

Kandidáti na kochleární implantaci musí následně absolvovat škálu výše uvedených vyšetření a splňovat kritéria výběru. Teprve poté je definitivně rozhodnuto o případné operaci. Tým složený z foniatra, logopeda a psychologa provede hodnocení výsledků vyšetření a stanoví další postup. Vhodní kandidáti jsou posuzováni nejen na základě zmíněných kritérií, v úvahu jsou brány také možnosti celkového vývoje dítěte, vývoje jeho komunikačních schopností a kvalita sociálního prostředí z hlediska úspěšnosti soustavné rehabilitace.

Psychologické vyšetření se, podle Vymlátilové (1997), provádí u každého dítěte opakovaně. Důvodem je potřeba posoudit, zda schopnosti, vlastnosti a návyky dítěte umožní spolehlivé naprogramování řečového procesoru a maximální využití kochleárního implantátu.

Pečlivé zhodnocení daných kritérií pak zásadně ovlivňuje úspěšnost kochleární implantace, jejímž předpokladem je, že dítě bude moci kochleární implantát přiměřeně využívat.

Estabrooks a kol. (1994) zdůrazňuje, že rodiče dítěte, které je kandidátem na kochleární implantaci, by měli být v kontaktu nejen s odborníky, ale i s dalšími rodinami majícími zkušenosti v této oblasti.

Předané zkušenosti jim mohou pomoci při rozhodnutí, zda k dané proceduře přikročit. Nedorozumění a nereálná očekávání je nutné si vyjasnit včas, tedy před implantací.

3.3. Jak funguje kochleární implantát

Kochleární implantát je elektronická funkční smyslová náhrada určená pro pacienty s percepční poruchou sluchu. Princip kochleárního implantátu je založen na eliminování poškozených vláskových buněk z procesu slyšení pomocí přímého elektrického dráždění sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha. Zvuk je zachycován mikrofonom a signál je veden do řečového procesoru. Zde je zakódován tak, aby mohla být informace o časových a spektrálních charakteristikách přenášeného zvuku co nejdříve předána prostřednictvím elektrických stimulů sluchovému nervu. Zpracovaný signál z řečového procesoru je veden do vysílací cívky a odtud je vysílán pomocí elektromagnetických vln do vnitřní části implantátu. Tam je informace dekodována a odeslána do stimulačních elektrod umístěných uvnitř hlemýždě.

Systém kochleárního implantátu tvoří vnější a vnitřní část. „Vnější část je tvořena mikrofonom a vysílací cívkou, které jsou umístěny za ušním boltcem a slouží k přenosu informací do vnitřního přijímače a řečovým procesorem vyráběným ve dvou variantách. Vnitřní část kochleárního implantátu se skládá z přijímače-stimulátoru, umístěného do lůžka ve skalní kosti, a jemného svazku 2 (24) elektrod, který je zaveden do hlemýždě.“(Holmanová, 2005, s. 59).

Kochleární implantát pracuje na principu zachycování zvuku směrovým mikrofonom, který se nosí za uchem obdobně jako sluchadlo. Poté je signál veden tenkým kabelem do řečového procesoru, kde se zvuk filtruje, analyzuje a digitalizuje do kódovaných signálů. Zakódované signály jsou vedeny z řečového procesoru do vysílací cívky, která postupuje signály prostřednictvím elektromagnetických vln do kochleárního implantátu, chirurgicky zavedeného pod kůži za uchem. Kochleární implantát vysílá elektrické impulsy do svazku elektrod, který je umístěn uvnitř hlemýždě. Tyto jednotlivé elektrody stimulují zachovaná vlákna sluchového nervu na různých místech uvnitř hlemýždě. Elektrickými impulsy podrážděný

sluchový nerv vede výslednou informaci do vyšších sluchových drah a pak dále do mozku, který ji rozpoznává jako zvuk (Holmanová, 2005).

3.4. Operace

Samotné zavedení kochleárního implantátu provádí zkušený kofochirurg pomocí operačního mikroskopu. Při operaci, která trvá maximálně dvě až tři hodiny, ale může být provedena i mnohem rychleji, umístí chirurg vnitřní část implantátu pod kůži za uchem a svazek elektrod zavede do hlemýždě vnitřního ucha. Po operaci zůstává pacient několik dní v nemocničním ošetření. Maximální doba hospitalizace jsou dva týdny.

Zhruba čtyři až šest týdnů po operaci je poprvé pacientovi zapojen a naprogramován řečový procesor. Frekvence dalšího programování je různá a odvíjí se především od individuálních potřeb a reakcí každého uživatele implantátu. Lze však obecně říci, že v prvním roce po implantaci je nastavování prováděno častěji, např. desetkrát ročně. U malých dětí je frekvence nastavování vyšší než u dospělých, později jsou však intervaly nastavování prodlužovány. Naprogramování řečového procesoru je nutné kontrolovat v průběhu celého života uživatele, a to zhruba jednou až dvakrát ročně.

Holmanová (2005) udává, že při hodnocení dětí s kochleárním implantátem, u nichž od nastavení řečového procesoru uplynulo alespoň 24 měsíců, je 65 % dětí schopno rozumět řeči bez odezírání či dokonce používat telefon, mluví v rozvitých větách a jejich řeč je dobře srozumitelná. Nejlepší výsledky je možné zaznamenat u dětí, které byly implantovány brzy po ohluchnutí a rovněž u dětí s vrozenou hluchotou, které byly operovány kolem druhého roku života.

3.5. Kochleární implantát Freedom

Australská společnost Cochlear představila inovovaný implantační systém Nucleus Freedom. Implantát je vybaven nejnovější technologií SmartSound, která neslyšícím zprostředkuje kvalitnější sluchové vjemy v závislosti na různých situacích.

„Nový přístroj má vysokou estetickou hodnotu, konvertibilita procesoru pro nošení na těle nebo za uchem významně posunuje užitnou hodnotu pro uživatele, jako chirurg však oceňuji především konstrukci umožňující velmi jemné zavedení elektrod, které zlehka "objímají" střední část vnitřního ucha, co nejbližše nervovým zakončením" zhodnotil Z. Kabelka na odborném semináři „Kochleární implantace u dětí“. Nucleus Freedom je jediný kochleární implantát s řečovým procesorem odolným vůči tekoucí vodě a pocení. Díky odstranitelnému magnetu rovněž umožňuje vyšetření magnetickou rezonancí. Vestavěná snímací cívka usnadňuje používání telefonu, integrovaný konektor pak připojení k televizi, audio systémům, hracím konzolám apod.



Obr. 1. Kochleární implantát Freedom

3.6. Kochleární implantát MED-EL

Za vznikem kochleárních implantátů MED-EL stojí rakouský výrobce. Všechny díly implantačních systémů MED-EL se vyrábějí v Evropské unii. Jedním z typů kochleárních implantátů MED-EL je implantát SONATA. Je zapouzdřen v kompaktním a lehkém obalu, který kombinuje pevný titan a pružný silikon. Jeho rozměry jsou ideální i pro děti od nejútlejšího věku

až po dospělé. Implantát je navržen tak, aby umožnil minimálně invazivní chirurgické techniky a rychlejší zotavení. Dalším rysem implantátů MED-EL je IRIS – systém rozpoznání individuálního implantátu. Díky tomuto systému lze jednoznačně přiřadit konkrétní implantát konkrétnímu řečovému procesoru. V případě, že se použije k implantátu jiný procesor (např. při oboustranné implantaci procesor z druhého ucha), nebude s ním spolupracovat. MED-EL vede průmysl kochleárních implantátů v tom, že nabízí měkká a ohebná elektrodová pole umožňující hluboké zavedení do kochley při maximální ochraně delikátních struktur vnitřního ucha. Široká variabilita provedení elektrod je ideální pro dosažení shody s kochleou každého pacienta, včetně případů kochleární osifikace a kandidátů se zbytkovým slyšením.



Obr. 2. Kochleární implantát MED-EL (SONATA)

4. LOGOPEDICKÁ PÉČE O DĚTI S KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM

Mezi laickou veřejností panuje mylný předpoklad, že implantovaný jedinec se stává normálně slyšícím člověkem. Jeho handicap však i nadále trvá. Zvuky vznikající při elektrickém, tedy zcela nepřírozeném dráždění zvukového nervu, jsou zcela odlišné od zvuků, vznikajících při fyziologickém dráždění funkčního hlemýždě. Operací teprve začíná dlouhá a obtížná rehabilitace, při níž se pacient učí "slyšet". Je zřejmé, že tento proces je dlouhodobý, často trvá celý život a vyžaduje plné nasazení implantované osoby i jejího nejbližšího okolí, v našem případě zejména rodičů. Bez náležité, důsledné a profesionální rehabilitace nelze možnosti kochleárního implantátu plně využít.

Stává se pravidlem, že u starších dětí, které ohluchly postlingválně, je rehabilitace jednodušší a kratší. U dětí, které se narodily neslyšící nebo ohluchly brzy po narození (prelingválně), trvá rehabilitace většinou několik let.

Podle Svobodové (2005) používá speciálněpedagogická a logopedická péče o děti s kochleárním implantátem speciálně pedagogických prostředků, kterými jsou zejména metody reedukace (sluchu a řeči) a rehabilitace, v menší míře i kompenzace (odezírání, čtení).

„Jakmile je pomocí technologie zesílení získán přístup k veškerému zbytkovému sluchu s cílem umožnit co nejvyšší možnou detekci řečového spektra, pak dítě bude mít možnost přirozeným způsobem pomocí sluchového orgánu rozvíjet jazyk.“ (Estabrooks, 1994). Z uvedených skutečností vyplývá, že sluch pak může být aktivním činitelem kognitivního vývoje, než jen pasivním orgánem přijímajícím informace. Může tedy představovat velký přínos pro rozvoj kognitivních schopností a sociálních dovedností v souvislosti se začleněním dítěte do slyšícího prostředí a možností integrace do běžného školství.

4.1.1. Reedukace sluchu

Termín reedukace je zde použit ve smyslu kompenzace, která je součástí rehabilitace, tzn. ve smyslu využití všech speciálně

pedagogických postupů a opatření, které přispívají k harmonickému rozvoji osobnosti jedince, rozvoji jeho sociálních vztahů a společenského uplatnění. Cílem tohoto komplexně pojímaného procesu je maximální podpora harmonického vývoje osobnosti v rozumové, citové a volní oblasti.

„Reedukací sluchu respektive řeči máme na mysli všechny speciálně pedagogické (logopedické) postupy, které jsou zaměřeny především na podporu vývoje řeči. Metody kompenzace používají postupy zaměřené na zlepšení funkcí nepostižených, které však podporují vývoj schopnosti komunikovat mluvenou řečí (odezírání, čtení).“ (Svobodová, 2005, s.9).

Reedukace sluchu probíhá na úrovni akustické gnóze, případně hudebního sluchu, verbálně akustické gnóze, případně fonematického sluchu a korově integračních funkcí.

Metody reedukace sluchu

Svobodová (2005) diferencuje metody reedukace na základě formálního uspořádání na metody neformální (výchova sluchu v běžných situacích) a metody formální (metody strukturované a systematické). Podle nároků na sluchové vnímání je možné metody reedukace dělit na globální (syntetické) a metody analytické. Všeobecně lze říci, že metody neformální využívají více vnímání globální, metody formální vnímání analytické.

	Metody globální	Metody analytické
Z hlediska vývoje dítěte	Primární	Sekundární
Věk	Rané dětství, předškolní věk	Předškolní věk, školní věk
Záměrnost	Využití náhodných situací	Záměrné utváření podnětových situací; postupné kroky s konkrétními cíli
Množství podnětů	Širší podnětové pole	Užší podnětové pole
Řečové podněty	Zaměření více na suprasegmentální	Zaměření i na segmentální jednotky

	prostředky	
Podněcování vývoje řeči	Využití frází, rozhovor	Systematické rozvíjení slovní zásoby a samostatného vyjadřování
Vývoj mluvních funkcí	Spontánní úprava mluvních funkcí (napodobení)	Reedukace mluvních funkcí
Pozornost	Nezáměrná pozornost	Záměrná pozornost
Učení	Vypracování paměťových spojů na podkladě emocionálních asociací	Vypracování paměťových spojů na základě diferenciac a opakování; zpevnění
Posílení správného výkonu	Sociální posílení výkonu	Vypracovaný systém odměn
Spolupráce	Aktivita rodiny a dítěte	Rodina a dítě mj. plní úkoly

(Svobodová, 2005, s. 15).

4.1.2. Reedukace řeči

Reedukace řeči je, dle Svobodové (2005), zaměřena především na podporu vývoje řečových funkcí, jako je tvorba pojmů, jejich asociování s obsahem a aktivní používání a přiměřené vyjadřování. Reedukace řeči spočívá rovněž ve vývoji mluvních funkcí.

Cílem reedukace je vytvoření návyku správného dýchání a adekvátní úprava zvuku, tempa řeči a artikulace. Nedílnou součástí reedukace řeči je relaxace a procvičování motoriky svalstva mluvidel.

Hlasová výchova spočívá ve fyziologickém tvoření hlasu v přiměřené hlasové poloze a je založena na podpoře vývoje jazyka a jeho utváření. U některých dětí po kochleární implantaci můžeme do rehabilitace zahrnout i pozorování jazykového citu.

Odborníci v oblasti sluchově verbální terapie se shodují na tom, že vztah mezi rozvojem sluchu a rozvojem řeči by měl být obousměrný - čím kvalitněji a intenzivněji je rozvinuta řeč, tím lépe a rychleji se rozvíjí

sluchové vnímání řeči a naopak - s rozvojem sluchového vnímání se rozvíjí řeč po stránce formální i obsahové. V době kochleárních implantátů a další vyspělé technologie, může být pro většinu sluchově postižených verbální terapie výrazným přínosem.

Aby byl celý program dostatečně efektivní, je velmi důležitá spolupráce CKID s pracovníky speciálně pedagogických center při školách pro děti se sluchovými vadami a s klinickými logopedy, kteří mají dítě s implantátem v rehabilitační péči v místě bydliště.

Po zapojení řečového procesoru je dítě schopno slyšet širokou škálu zvuků, od velmi slabých, přes hluboké, až po vysoké (až 10 kHz). Postupně se učí tyto zvuky diferencovat a identifikovat. V další fázi se dítě učí rozlišovat známá slova bez pomoci odezírání, rozumět pokynům a jednoduchým otázkám. Díky sluchové kontrole se postupně zlepšuje také melodie, rytmus a srozumitelnost řeči. Údaj o prahu vnímání však sám o sobě nevypovídá o schopnosti využít dosažené úrovně sluchového vnímání pro porozumění řeči.

Jak zdůrazňuje Svobodová (2005), u dítěte je třeba rozvíjet další komunikační schopnosti jako je odezírání, u kterého lze po určité době reedukace sluchu pozorovat zhoršení, což je známkou zapojení sluchu ve větší míře při komunikaci řečí. Později se však odezírání a sluchové vnímání navzájem prolínají, koordinují a doplňují. Pravděpodobně na základě rozvoje řeči dítěte se zlepšuje zejména globální odezírání. Další komunikační schopností, která by neměla být opomíjena, je čtení. To je pro dítě zdrojem nových jazykových zkušeností. V závislosti na pozitivní motivaci dítěte ke čtení s porozuměním může četba kladně ovlivnit vývoj řeči a tím i vývoj sluchového vnímání. V procesu komunikace dětí se sluchovým postižením je nezbytná schopnost anticipovat, na základě znalosti tématu i konkrétních pojmů, neúplné či odezřené sdělení. Tato dovednost je u dítěte rozvíjena již v souvislosti s nácvikem odezírání.

5. ROLE RODINY A PORADENSTVÍ

Komunikace nepředstavuje pouze prosté předávání informací na základě společného komunikačního kódu a shodného komunikačního kanálu, ale je rovněž příležitostí ke vzájemnému sdílení emocí, potřeb, přání a poznatků o světě a okolním prostředí. Ve slyšících rodinách, kde se narodí sluchově postižené dítě, je toto sdílení narušeno. Pro převážnou většinu rodičů je fakt, že dítě neslyší, vysoce zátěžovou situací a skutečným útokem na jejich rodičovskou sebekoncepci. Vyrovnání se s existencí sluchového postižení u dítěte je dlouhodobý a psychicky náročný proces. Často se u rodičů setkáváme s pocity vlastního selhání, které jsou způsobeny rodičovskou potřebou mít zdravé dítě. Sociální prostředí, ve kterém dítě se sluchovým postižením vyrůstá, determinuje nejen kvalitu a kvantitu získaných zkušeností a dovedností, ale především vzájemný citový vztah utvářející se mezi dítětem a ostatními členy rodiny. Neschopnost rodičů vyrovnat se s pocity selhání má v budoucnu negativní vliv i na emoční a kognitivní vývoj dítěte. Slyšící rodiče často nevědí, jak se s dítětem nejlépe dorozumívají. Vzniká nebezpečí, že mu budou, byť nezáměrně, dávat najevo jeho odlišnost, jeho řečové nedostatky.

Odborníci zdůrazňují potřeby charakterové a volní vlastnosti dítěte, které jsou východiskem pro překonávání obtíží v průběhu osobnostního rozvoje, procesu reedukace a v běžných životních situacích. Důležitou roli zde hraje uspokojování psychických potřeb dítěte jako je zájem rodiny, citová podpora a společné prožívání radosti z úspěchu. Rodina a další rodinní příslušníci by měli být předem informováni o předpokládaném vývoji po kochleární implantaci i o výchovných přístupech k dítěti. V práci s rodiči se setkáváme na jedné straně s nedostatky ve vzdělávacích záměrech, nedůsledností, přehnanými požadavky, neadekvátním očekáváním a na straně druhé s extrémně ochrannou výchovou či krajním liberalismem. V období po kochleární implantaci je schopnost dítěte slyšet rodinou silně citově prožívána. Pro ilustraci uvádíme nejčastější reakce, se kterými se v praxi setkáváme: „Slyšíš?“, „Slyšíš mě?“, „Jak slyšíš?“. Ve výčtu obdobných otázek bychom mohli dále pokračovat. Rodiče by měli být seznámeni se základním cílem logopedické péče, kterým není „slyšet“, ale rozumět

a měli by zaměřit své výchovné působení na maximální a především harmonický rozvoj svého dítěte. Nezbytnou součástí zde musí být průběžné pozitivní hodnocení i sebemenších úspěchů a přirozený rozvoj individuálních schopností dítěte.

5.1. Neslyšící rodiče

Jak uvádí Vymlátilová (1997), úplně jiná je situace v neslyšících rodinách, kde rodiče považují své neslyšící dítě za zcela normální, tudíž nepovažují otázky výchovy za problematické. Neslyšící rodiče s dítětem velmi brzy naváží přirozený kontakt například ve formě znakového jazyka, který je nejen prostředkem komunikace, ale rovněž umožňuje vybudování velmi silného citového pouta.

V zahraniční i tuzemské literatuře se setkáváme s názorem, že pro neslyšící rodiče může naopak představovat větší problém výchova slyšícího dítěte. Jsou známy případy, kdy neslyšící rodiče využívají své slyšící dítě jako tlumočnicka. V poslední době však tato problematika ustupuje do pozadí, jednak vlivem větší dostupnosti tlumočnických služeb jednak vyšší informovaností rodičů o negativních vlivech tohoto jednání.

Podle našeho názoru bude fakt, že sami rodiče dítěte jsou neslyšící hrát zásadní roli při rozhodování o kochleární implantaci dítěte (samozřejmě za předpokladu, že ani jeden z rodičů nemá kochleární implantát). Hlavním argumentem pro neslyšící rodiče, kteří nejsou nakloněni kochleární implantaci je fakt, že i bez implantace může neslyšící člověk díky vhodné výchově vést kvalitní život – používat znakový jazyk a být členem kulturní a jazykové menšiny Neslyšících.

Skutečnost, že nejčastějšími kandidáty na kochleární implantaci jsou ve valné většině děti slyšících rodičů, potvrdil z vlastní zkušenosti i ředitel Centra kochleárních implantací v Hannoveru (Cochlear Implant Centrum Wilhelm Hirte Hannover) B. Bertham. Ten však zároveň poukazuje na případy neslyšících rodičů a jejich implantovaných dětí, které dosahovaly po kochleární implantaci výborných výsledků jak v oblasti harmonického rozvoje, tak následné rehabilitační péči.

5.2. Komunikace

Vzhledem k tomu, že řeč je oblastí, která je nejvíce poznamenána sluchovou poruchou, je zásadním posláním logopeda pomáhat rodičům v tom, aby dětem poskytovali co nejvíce tvořivých a pozitivních zkušeností se zvukem a nasloucháním s cílem podpořit komunikaci řečí.

Z výše uvedených skutečností je zřejmá důležitost následné odborné rehabilitace po kochleární implantaci, stejně jako každodenní práce rodiny s dítětem. Způsob a metody rehabilitace se budou lišit například v souvislosti s postojem rodiny ke sluchové poruše, zásadní roli bude hrát rovněž skutečnost, zda jde o slyšící, či neslyšící rodiče.

Bohužel ne vždy se rodičům dostává objektivních informací, jak postupovat při výchově a vzdělávání jejich sluchově postiženého dítěte. Mnoho rodičů se například potýká s absencí adekvátních informací o přirozeném komunikačním systému sluchově postižených - o znakovém jazyce.

Ve chvíli, kdy se rodina (zpravidla matka) seznámí s komunikačními způsoby, které následně používá v interakci se svým sluchově postiženým dítětem, komunikace se mezi nimi stane plynulejší. Snadnější bude také ovládnutí některých principů znakového jazyka, pokud jej zvolí jako primární komunikační systém.

Volba rehabilitační a komunikační metody je právem a odpovědností rodičů. Rozhodnutí z velké míry závisí na základním postoji, který rodiče ke sluchovému postižení zastávají. Tuto nelehkou úlohu by měli rodičům usnadnit odborníci z řad foniatrů, logopedů, psychologů, speciálních pedagogů apod. Ti by měli rodičům poskytnout adekvátní, nezkreslené a ucelené informace o metodách rehabilitace a komunikace v závislosti na subjektivních charakteristikách dítěte a z odborného hlediska doporučit nejvhodnější variantu.

Logoped pomáhá rodině objevovat její možnosti v oblasti rehabilitace a zároveň přizpůsobuje postup reedukace, výběr reedukačního materiálu individuálním potřebám a zkušenostem dítěte. V zásadě to jsou však rodiče, kteří mohou logopedem navržené postupy akceptovat, ale zároveň mají právo je odmítnout – logopedická péče má nedirektivní charakter.

Nejsnadněji se děti učí jazyk, pokud se aktivně účastní spontánních a smysluplných interakcí s rodiči a pečovateli, kteří dítě maximálně podporují ve všech jeho pozitivních projevech a při veškerém snažení. To je důvodem k tomu, aby rodiče terapii nejen sledovali, ale především se jí účastnili, učili se modelové techniky při stimulování řeči, jazyka a komunikačních činností doma a plánovali společně s odborníky strategie pro integraci poslechu, řeči, jazyka a komunikace do každodenního života. Zahraniční zkušenosti z Centra kochleárních implantací v Nottinghamu, kde se autorka této diplomové práce zúčastnila kurzu, ukazují, že právě tyto strategie pro integraci poslechu, řeči, jazyka a komunikace si rodič a dítě zafixují nejlépe společně a zejména v kolektivu stejně postižených dětí a jejich rodičů. Rodič se tak, při společně vedených aktivitách, stává snadněji kvalitním komunikačním partnerem. Domníváme se, že tyto pozitivní zkušenosti by nám měly být inspirací, následovány snahou o aplikaci těchto principů v našich podmínkách.

Důležitost role komunikačního partnera, jeho schopnost interpretovat význam první komunikace dítěte, vyvinout náležité techniky ovládání chování, zaznamenávat a prodiskutovávat pokrok dítěte zdůrazňuje například Estabrooks a kol. (1994). Dále zmiňuje zásadní roli důvěry v interakci rodič a dítě, interpretaci krátkodobých a dlouhodobých cílů, činění zasvěcených rozhodnutí a schopnost stát na straně dítěte.

Jednou z hlavních zásad při práci se sluchově postiženým dítětem je přirozenost přístupu i prostředí, která je možná pouze v rodinném prostředí. Pouze doma máme příležitost opakovat v každodenních situacích stejná slova a věty, kterým dítě rozumí. Na druhou stranu je nutné úkoly průběžně nahrazovat či modifikovat, aby se jejich plnění nestalo pouhou rutinou. Základním předpokladem je vyhradit si čas v denním režimu a především v každodenní práci ke komunikaci s dítětem, která by však neměla postrádat spontánní a přirozený charakter. Nezastupitelnou úlohu má v celém procesu pochvala a uznání.

Je důležité uvědomit si, že úkolem logopeda (a nejen jeho) není jen umět rodičům poradit, jak a kdy mají s dítětem pracovat, snad ještě více vystupuje do popředí schopnost najít příležitost k pochvalě dítěte i rodičů a zdůrazňovat byť jen drobné pokroky, které mohou působit jako výrazný

motivační a stimulační činitel k další činnosti pro všechny zúčastněné. Dále by si rodiče měli uvědomit, že jejich dítě se sluchovým postižením není schopno okamžitě identifikovat a porozumět obsahu toho, co jej chtějí rodiče naučit. V tomto ohledu vystupuje do popředí vysoce individuální časový faktor - může to trvat týden, měsíc či dokonce rok. Jak uvádí Matějček (2005, s. 361): „Konkrétně to znamená rozpoznávat pozitivní síly v rodinném systému a posilovat je, ujasňovat mu cíle jeho vlastních reparačních snah, pomáhat ve vyhledávání vhodných postupů a strategií – zkrátka nikoli rodinu opravovat, ale s rodinou na jejím sebeopravném díle spolupracovat.“ Specifickým, nezastupitelným a nenahraditelným přínosem do této spolupráce by měla být vysoká odbornost a erudovanost logopeda a ostatních členů týmu, kteří s dítětem a rodiči spolupracují.

5.3. Řeč orientovaná na dítě

Moderní přístupy k problematice osob se sluchovým postižením velmi intenzivně využívají kvalitativního a kvantitativního rozmachu medicíny a techniky. V poslední době se vžilo třídění takto orientovaných přístupů na polysenzorické a monosenzorické. Vzhledem k zaměření této kapitoly považujeme za potřebné uvést alespoň některé reprezentativní metody v této oblasti – reflexivní metodu mateřské řeči, verbotonální metodu (senzorické metody) a velice frekventovaný monosenzorický auditivně – verbální přístup, který se v současnosti prosazuje stále více.

5.3.1. Reflexivní metoda mateřské řeči

Reflexivní metoda mateřské řeči Van Udena je jednou z nejznámějších polysenzorických metod. Výzkumy ukazují, že ve chvíli, kdy je u dítěte diagnostikováno postižení sluchu, přerušuje se přirozený model rozvíjení řeči dítěte v rodině. Rodiče, kteří zatím oslovovali své dítě přirozeným způsobem, s ním dle Lechty (2002) přestávají hovořit v důsledku emocionálního šoku. V tomto ohledu je důležitá snaha terapeuta korigovat počínání rodičů, soustředit se na funkci matky a v maximální možné míře se přiblížit jejímu přirozenému jednání. Součástí terapie je rytmické vyprávění, výuka čtení a průběžná diferenciální diagnostika. Podstatou

celého přístupu je snaha zabránit situaci, kdy dítě přestane využívat svůj hlas, ztratí orientaci na tvář a přestane si uvědomovat existenci zvuků. Ayala Manolson a kol. (2007) zdůrazňuje, že malé neslyšící dítě sleduje obličej, úsměvem reaguje na úsměv, napodobuje pohyby mluvidel a hraje si s nimi, vydává hlas a žvatlá. Úkolem matky je proto naslouchat slovům, která nám chce dítě sdělit, povzbuzovat ho k dalším hlasovým projevům, tzn. dát dítěti najevo, že máme zájem o to, co nám chce právě říci.

Jak uvádí Holmanová (2005), tato metoda je na základě principu využívání přirozeného přístupu k dítěti, označována jako mateřská. Uplatňuje se zde běžný rozhovor s dítětem a metoda dvojí role, kdy matka mluví místo dítěte a formuluje slovy jeho přání či žádost.

V souvislosti s výzkumy v oblasti komunikace matky s dítětem, uvádí Hronová a Motejzlíková (2002) termíny, které označují právě specifickou komunikaci mezi matkou a dítětem. Uvádíme například termín „baby talk“⁸, jehož autorem je americký sociolinguista Ch. Ferguson. Tento pojem v sobě však neimplikuje, zda se jedná o řeč, kterou produkuje dítě, nebo o řeč, jež je orientovaná na dítě. Z tohoto důvodu se začal používat termín „mother's speech“⁹ (Newport, 1977 in Hronová a Motejzlíková, 2002). Ani toto označení však není optimální, odkazuje totiž pouze na úpravy v řeči matky. V posledních letech se setkáváme s termíny „parental speech“¹⁰ nebo např. „child directed speech“ (řeč orientovaná na dítě). Výhodou termínu „řeč orientovaná na dítě“ je jeho neutralita.

Slančová (in Hronová a Motejzlíková, 2002) označuje termínem řeč orientovaná na dítě spontánní, situované rozhovory, v kterých je dítě individuálním nebo kolektivním adresátem. V řeči, kterou matka směřuje k dítěti, dochází k modifikacím na úrovni několika jazykových rovin:

- „fonetické a fonologické roviny jazyka (např. vyšší posazení hlasu, zvýraznění hranic jazykových jednotek, pomalejší tempo řeči),
- lexikální a sémantické (např. časté užívání zdrobnělin, osobité výrazy pro pojmenování dítěte či částí těla, biologických funkcí),
- syntaktické (např. kratší věty, převládající souřadné spojování výpovědí),

⁸ Baby talk – dětská řeč (in Hronová a Motejzlíková, 2002, str. 23)

⁹ mother's talk – mateřská řeč (in Hronová a Motejzlíková, 2002, str. 23)

¹⁰ parental speech – rodičovská řeč (in Hronová a Motejzlíková, 2002, str. 23)

- pragmatické (např. velké množství otázek, imperativy, přímé výzvy k nějaké činnosti, opakování jednotlivých výpovědí či jejich částí, posuny v zájmené osobě, uplatňování zpětné vazby, např. vyjádření souhlasu, nebo nesouhlasu s výpověďmi dětí, opakování, rozlišování, popř. oprava jejich výpovědí, atd.)“(Hronová a Motejzlíková, 2002, s. 12).

Tytéž autorky dále uvádějí, že autoři lingvisticky zaměřených studií se především zabývají jazykovou a suprasegmentální složkou chování matek a často neakceptují, věnují minimální pozornost neverbálnímu chování. Suprasegmentální složkou máme na mysli ty prvky v řeči, které modulují hlasový projev matky (intonace, rychlost proudu řeči, její hlasitost, atd.). Neverbálním chováním rozumíme např. mimiku, gesta, pohyby těla, vzdálenost mluvčího od příjemce projevu atd.

5.3.2. Verbotonální metoda

Verbotonální metoda, jak ji charakterizuje Lechta (2002), má za cíl osvojení si zvukové řeči za pomoci „makromotoriky těla“ – tzn. celkového svalového tonu, rytmu, intonace. Její přínos spočívá především v rozvoji rytmu, intonace, artikulace, poslechu a orální řeči. Důležitým aspektem této metody je nepřípustnost mechanického zásahu do úst dítěte. Pro znázornění postavení artikulačního aparátu využívá jednoduché pohyby ruky.

5.3.3. Auditivně – verbální přístup

Principy auditivně – verbálního, čili sluchově řečového přístupu nejvýstižněji shrnuje Estabrooks (1994). Auditory-Verbal International, Inc. - nezisková organizace, podporuje sluchově verbální přístup prostřednictvím široké členské základny rodičů, odborníků a neslyšících či sluchově postižených osob na celém světě. Ve Varšavě, kde se autorka této práce zúčastnila přednášky na téma auditivně verbálního přístupu, byla propagována myšlenka využití svého sluchového potenciálu tím, že se dítě „naučí mluvit pomocí poslechu“. Tato terapie využívá techniky, strategie, podmínky a postupy, které podporují optimální osvojení mluveného jazyka prostřednictvím poslechu, jenž se stává hlavním prvkem

podporujícím rozvoj osobního a sociálního života dítěte, jakož i jeho vzdělání. Pokud je tato metoda prováděna s nezbytnou mírou odbornosti, pomoci a lásky, mnoho sluchově postižených dětí si osvojí výjimečné konverzační schopnosti.

Filozofie tohoto přístupu vychází ze základních lidských práv. Děti se všemi stupni sluchového postižení si zaslouží dostat příležitost rozvíjet svou schopnost poslouchat a používat verbální komunikaci v rodině a ve společnosti. Odborníci v oblasti sluchově verbální terapie jsou za jedno v tom, že žádný systém určený k rozvoji komunikativních schopností a dovedností a k dosažení vzdělávacích cílů nemůže uspokojit individuální potřeby všech sluchově postižených dětí. V současné době, kdy existují vhodná sluchadla, kochleární implantáty a další vyspělá technologie, může být pro většinu sluchově postižených dětí sluchově verbální terapie výrazným přínosem.

Vyšetření sluchu probíhá během celého dětství – stimulační program se řídí dle diagnostických výsledků. Nezbytnou složkou je lékařská a audiologická péče včetně péče o sluchadla, kochleární implantát nebo jiné pomůcky. Podstatnou součástí celého procesu je zapojení rodičů, příbuzných a jejich účast na terapeutických sezeních a interakce dítěte s okolím pomocí mluvené řeči. Jedním z cílů je integrace slyšení dítěte do jeho celkových komunikativních a sociálních schopností, stimulace přirozené komunikace a z ní vyplývající rozvoj sluchu a komunikace. Několikrát jsme zmínili důležitost vzájemné, týmové spolupráce odborníků potřebné k celkovému rozvoji dítěte s kochleárním implantátem. Koordinovaná týmová spolupráce surdologopeda s lékařem, audiologem, psychologem, genetikem, sociálním pracovníkem a rovněž vzájemná spolupráce rodiny, školy a logopeda je nezbytným předpokladem pro podporu rozvoje sluchového vnímání i rozvoje řeči.

Sluchově verbální terapie podporuje maximální využití sluchu pro učení se jazyka a klade důraz na poslech spíše než na sledování. Z toho důvodu musí být terapie prováděna za co nejlepších akustických podmínek. Poslechové podmínky mohou zlepšit rodiče a terapeuti sedící vedle dítěte, na straně „lepšího ucha“ tím, že mluví v blízkosti sluchadla dítěte či mikrofону kochleárního implantátu. Dalšími faktory ovlivňující poslechové podmínky je minimalizace okolního zvuku, používání

opakující se řeči melodicky, výrazově a rytmicky bohaté a používání technik akustického zdůrazňování za účelem zlepšení slyšitelnosti mluveného jazyka (Estabrooks, 1994, 2008).

5.4. Raná péče

Raná péče poskytuje dítěti a jeho rodině celou škálu odborných služeb od psychologických, medicínských, speciálně pedagogických, rehabilitačně inženýrských až po služby sociální. Zajišťuje vypracování individuálního plánu práce s rodinou a dítětem, edukaci členů rodiny v práci a komunikaci s dítětem, zajišťuje možnosti získání sociálně-právní pomoci a nalezení podpory v organizaci rodičů dětí se stejným postižením. Dále zahrnuje pravidelná hodnocení dosaženého stupně rozvoje dítěte s následnou modifikací individuálního plánu práce a v neposlední řadě také optimální zařazení dítěte do vzdělávacího zařízení. V současné době jsou služby rané péče poskytovány v rámci středisek rané péče, některých speciálně pedagogických center a nestátních neziskových organizací (Šedivá, 2006).

5.5. Spolupráce speciálně pedagogického centra a školy

Speciálně pedagogická centra patří mezi školská poradenská zařízení a jejich činnost je upravena vyhláškou č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Podle této vyhlášky poskytují speciálně pedagogická centra poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaným ve školách a školských zařízeních, žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením.

Činnost speciálně pedagogických center je realizována ambulantně na pracovišti centra a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách a školských zařízeních, v rodinách a v zařízeních pečujících

o žáky se zdravotním postižením. Ke standardním činnostem speciálně pedagogických center podle výše uvedené přihlášky patří:

- Vyhledávání žáků se zdravotním postižením.
- Komplexní diagnostika žáka (speciálně pedagogická a psychologická).
- Tvorba plánu péče o žáka (strategie komplexní podpory žáka, pedagogicko-psychologické vedení apod.).
- Přímá práce s žákem (individuální a skupinová).
- Včasná intervence.
- Konzultace pro zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, školy a školská zařízení.
- Sociálně právní poradenství.
- Krizová intervence.
- Metodická činnost pro zákonné zástupce, pedagogy (podpora při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu).
- Kariérové poradenství pro žáky se zdravotním postižením.
- Zapůjčování odborné literatury.
- Zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek podle potřeb žáků.
- Ucelená rehabilitace pedagogicko-psychologickými prostředky.
- Pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do mateřských, základních a středních škol, instruktáž a úprava prostředí.
- Všestranná podpora optimálního psychomotorického a sociálního vývoje žáků se zdravotním postižením v duchu tzv. ucelené rehabilitace (využívání prostředků pedagogicko psychologických, léčebných, sociálních a pracovních), tj. zajištění komplexní péče zaměřené nejen na žáka s postižením, ale na celou jeho rodinu.
- Vedení dokumentace centra a příprava dokumentů pro správní řízení.
- Koordinace činností s poradenskými pracovníky škol, s poradnami a středisky výchovné péče.
- Zpracování návrhů k zařazení do režimu vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.
- Zpracování návrhů individuálních vzdělávacích plánů.

- Tvorba, návrhy a nabídka speciálních pomůcek podle individuálních potřeb žáků.

Pro pedagoga jsou dle Svobodové (1997) důležité konkrétní informace o dítěti, o jeho možnostech, o rozvoji jeho sluchového vnímání a řeči, tak aby na ně mohl přiměřeně a citlivě reagovat a vytvářet vhodné podmínky pro jejich rozvoj i vzdělávání dítěte. Logoped se na základě informací od pedagoga a v návaznosti na jeho práci zaměřuje na podporu rozvoje schopností a dovedností získávaných při vyučování a na potřebný rozvoj slovní zásoby dítěte. Součástí reedukace je též rozvoj přiměřeného vyjadřování. Nezbytnou součástí je vzájemná efektivní spolupráce školy a rodiny dítěte a spolupráce založená na vzájemných hospitacích, návštěvách na pracovištích.

Častý je také telefonický a písemný kontakt mezi logopedem a pedagogem a specifickou činností jsou výjezdy pracovníků do přirozených podmínek dítěte (rodina, škola), posouzení jejich přínosu pro dítě a pružnější řešení případných problémů.

5.6. Dlouhodobá psychologická pomoc

Otřes, šok, ohromení z prvotní informace, reakce zoufalství, obranné tendence a postupné přijetí reality. To jsou fáze prožitků a reakce na ně, jež můžeme pozorovat u rodičů, kteří se dostali do situace, kdy byl život jejich dítěte v nejšířším slova smyslu ohrožen, ať již akutně nebo i v delší časové perspektivě. Matějček (2005) v této souvislosti zdůrazňuje, že přístup k rodičům nemůže být z řad odborníků stereotypní. „V úvahu nutno brát samu etiologii nemoci (např. je-li geneticky podmíněna, které orgány postihuje, do jaké míry lze předejít pocitům viny na straně rodičů apod.), dále věk dítěte a ovšem především pravděpodobný průběh a časový rozměr onemocnění. Přitom samo dítě a každý z rodičů, prarodičů, sourozenců a ostatních angažovaných členů domácnosti je originální, jedinečnou osobností, se svou individuální životní historií a individuálním zaměřením do budoucna. Každý rozhovor s nimi je tedy individuálním ochranným a psychoterapeutickým aktem.“ (Matějček, 2005, s. 317). Většinou není v blízkosti rodičů nikdo, kdo by s nimi jejich

pocity mohl sdílet, často se psychologická pomoc omezuje jen na několik málo rozhovorů s lékařem. Proto je důležité, aby vyhledali i pomoc psychologů a psychoterapeutů (Matějček, 2005).

Sdílení prožitků je jedním z nejúčinnějších psychoterapeutických mechanismů, v tomto ohledu hrají nezastupitelnou roli skupiny a organizace rodičů dětí s podobným typem postižením. Opakovaně se osvědčila forma rodičovských setkání, a to zejména z těchto důvodů:

„a) Rodiče se domnívají, že jejich prožívání a jednání může pochopit pouze rodič postiženého dítěte;

b) Cennou roli může skupina sehrát i tím, že poskytuje sociální zázemí v době, kdy jsou kontakty s okolním světem omezeny. Rodiče se stahují do sebe a okolí neví, jak má reagovat, a proto se kontaktu vyhýbá;

c) Skupinovou dynamiku a skupinový přístup lze s výhodou použít i proto, že se ve skupině setkávají jedinci, kteří procházejí různými stadii krize a mohou si tak předávat významné individuální zkušenosti.“ (Říčan, Krejčířová a kol., 1997, s.95).

Psychoterapeutická sezení mají především za úkol poskytnout emoční podporu při překonání krize, korigovat stávající pocity bezmocnosti a bezvýchodnosti, hledat přiměřené perspektivy a přiměřené pozitivní cíle a posílit integritu rodinu (Říčan, Krejčířová a kol., 1997).

III. PRAKTICKÁ ČÁST

6. CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ PRACOVNÍCH HYPOTÉZ

Záměrem našeho výzkumu je přinést základní poznatky z oblasti kompetencí rodičů v logopedické péči o děti s kochleárním implantátem. Na základě osobní zkušenosti, názorů odborníků a v návaznosti na poznatky z odborné literatury jsme stanovili následující hypotézy:

- 1. Většina dětí byla implantována do jednoho roku od stanovení diagnózy.**
- 2. Většina rodičů dětí s kochleárním implantátem se domnívá, že jejich dítě inklinuje k intaktní skupině vrstevníků.**
- 3. Většina rodičů dětí s kochleárním implantátem je dostatečně informována, orientována v dané problematice a kompetentní v oblasti logopedické péče.**
- 4. Po kochleární implantaci se v rodině změnil komunikační systém.**

7. ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU

V průběhu měsíce října 2007 byl sestaven dotazník vztahující se k danému tématu, který byl předkládán rodičům dětí s kochleárním implantátem.

Během následujícího měsíce bylo formou elektronické komunikace osloveno SUKI, které rozeslalo dotazníky mezi rodiče sledované kategorie dětí. Dále jsme kontaktovali Mateřskou a základní školu pro sluchově postižené v Olomouci, Speciálně pedagogické centrum při Základní škole pro sluchově postižené a Mateřské škole pro sluchově postižené v Ostravě – Porubě, Speciálně pedagogické centrum pro děti s vadami sluchu a řeči při SŠ, ZŠ a MŠ v Hradci Králové. Pracovníci byli velice vstřícní a ochotně přislíbili pomoc při realizaci výzkumu v podobě rozeslání dotazníků rodičům dětí s kochleárním implantátem.

8. METODY VÝZKUMU

Pro účely tohoto výzkumu jsme zvolili dotazníkovou metodu, kterou v našem případě považujeme za nejefektivnější způsob získání potřebných dat. Skalková tuto metodu definuje jako „metodu shromažďování dat, která se zakládá na dotazování osob; charakterizuje se tím, že je určena pro hromadné získávání údajů.“ (1983, s. 86)

Shromažďování dat touto cestou je relativně rychlé a ekonomické. Tato metoda nám umožňuje, na základě předem stanovených kritérií prozkoumat poměrně velký vzorek respondentů při zachování jejich anonymity. Nespornou výhodou této metody je její nezávislost na naší osobní přítomnosti při její realizaci. Z tohoto hlediska je však nutné, aby položky předkládaného dotazníku byly formulovány jasně a srozumitelně pro daný vzorek respondentů. Formulace by měly být co nejstručnější a především jednoznačné a nesugestivní. Pokyny k vyplnění dotazníku byly v případě našeho výzkumu specifikovány v průvodním dopise přikládaném k dotazníku.

Dotazníkové metodě bývá často oprávněně vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti nebo v tomto případě jejich děti skutečně jsou, ale jen to, jak je sami vidí, nebo chtějí vidět (Chráska, 2007).

K ověření pracovních hypotéz byl předkládán dotazník sestavený z celkem 14 uzavřených otázek s možností volby jedné odpovědi ze dvou až pěti variant. Tato forma je časově i obsahově ekonomická a umožňuje nám získat námi skutečně požadované informace. Respondenti volili variantu, která nejlépe vystihovala jejich názor a byla z jejich pohledu nejpřijatelnější. Dotazovaní byli dále informováni o možnosti se k jednotlivým položkám dotazníku vyjádřit nebo je rozvést. U některých otázek byly použity výběrové položky bez škály vzhledem ke druhu získávaných informací.

V úvodu dotazníku jsou obsaženy základní instrukce týkající se jeho vyplnění. Další potřebné informace získali respondenti z průvodního dopisu, který byl k dotazníku přiložen.

Získaná data byla pro snazší orientaci a přehlednost zpracována do tabulek a grafů.

K ověření hypotézy **H1** slouží položky dotazníku **2, 3, 4**

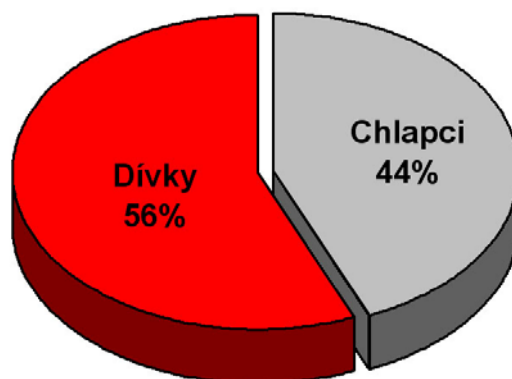
K potvrzení hypotézy **H2** jsou určeny **položky dotazníku 7, 8, 9**

K verifikování hypotézy **H3** slouží **položky dotazníku 15, 16, 17**

K ověření hypotézy **H4** slouží **položky dotazníku 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20**

9. CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Zkoumaný výběrový soubor představovalo 39 dětí – 22 dívek a 17 chlapců. Procentuální zastoupení obou pohlaví ve výběrovém souboru je znázorněno na obr. 3. Dívky tedy mírně převažují nad chlapci. Průměrný věk souboru činil v době výzkumu 8,7let. Nejmladšímu dítěti byly v době výzkumného šetření dva roky a dva měsíce a nejstaršímu osmnáct let.



Obr. 3. Podíl dívek a chlapců u zkoumaného vzorku

Otázkou, na vyskytující se sluchové postižení u rodičů dítěte, bylo zjištěno, že pouze jeden rodič je neslyšící - jedná se o otce. Pět dětí pochází z neúplných rodin. Děti vyrůstající v neúplné rodině tedy činí 12,8% ze zkoumaného souboru, což není číslo zcela zanedbatelné. Můžeme se domnívat, že je to způsobeno psychickou náročností situace rodiny vychovávající dítě se sluchovým postižením.

10. VYHODNOCENÍ DAT ZE ZKOUMANÉHO SOUBORU

V tomto oddíle se zabýváme analýzou a výslednou interpretací získaných dat. Postupně jsou zde analyzovány jednotlivé položky dotazníku a interpretován jejich smysl. Za účelem větší přehlednosti a snazší orientace ve výsledcích výzkumu jsou získaná data uspořádána do tabulek a graficky znázorněna pomocí grafů.

Pokud se celkový počet respondentů u některých odpovědí liší, nejedná se s největší pravděpodobností o chybu. Zpravidla je tato situace způsobena nejasnou odpovědí, nebo absencí odpovědi v dané položce dotazníku.

V následujícím oddíle jsou shrnuty výsledky získané sběrem dat od všech zúčastněných respondentů. Základní charakteristika tohoto souboru je shrnuta v tab. 1.

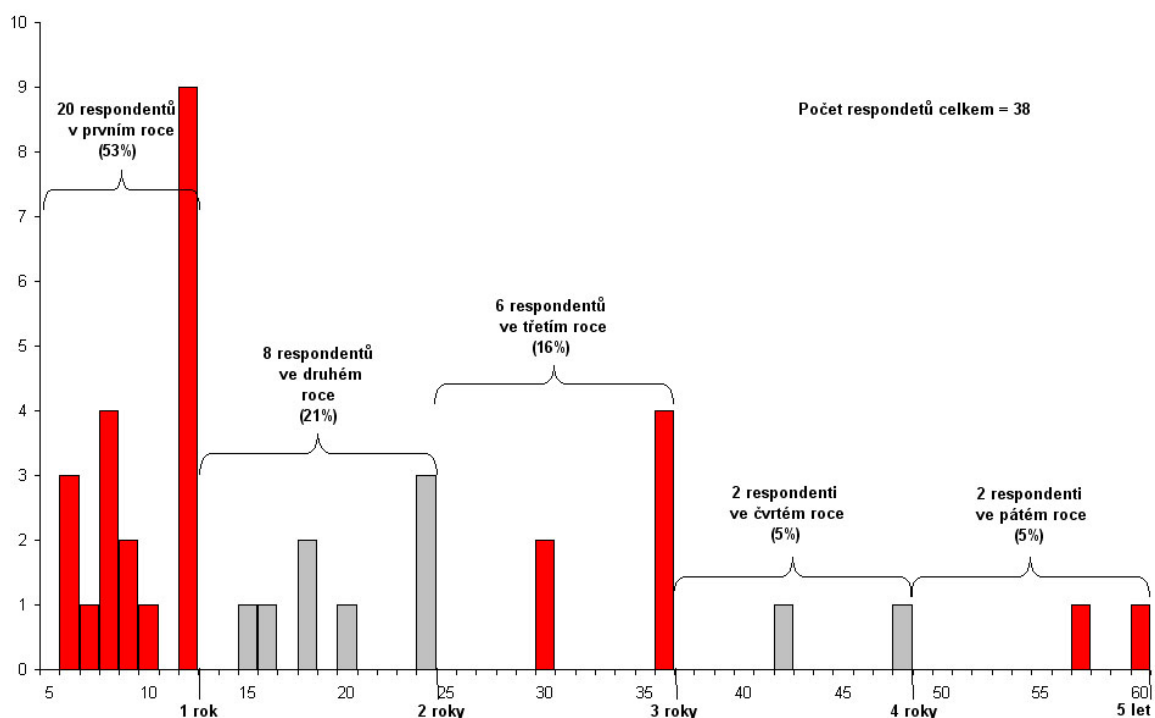
Tab. 1. Základní informace o zkoumaném souboru

Počet chlapců	17
Počet dívek	22
Počet respondentů celkem	39
Průměrný věk respondentů (rok)	8,7
Průměrný věk, kdy byla provedena diagnostika (měsíc)	18
Průměrný věk provedení implantace (rok)	3,8
Děti vyrůstající v úplné rodině (%)	87,2

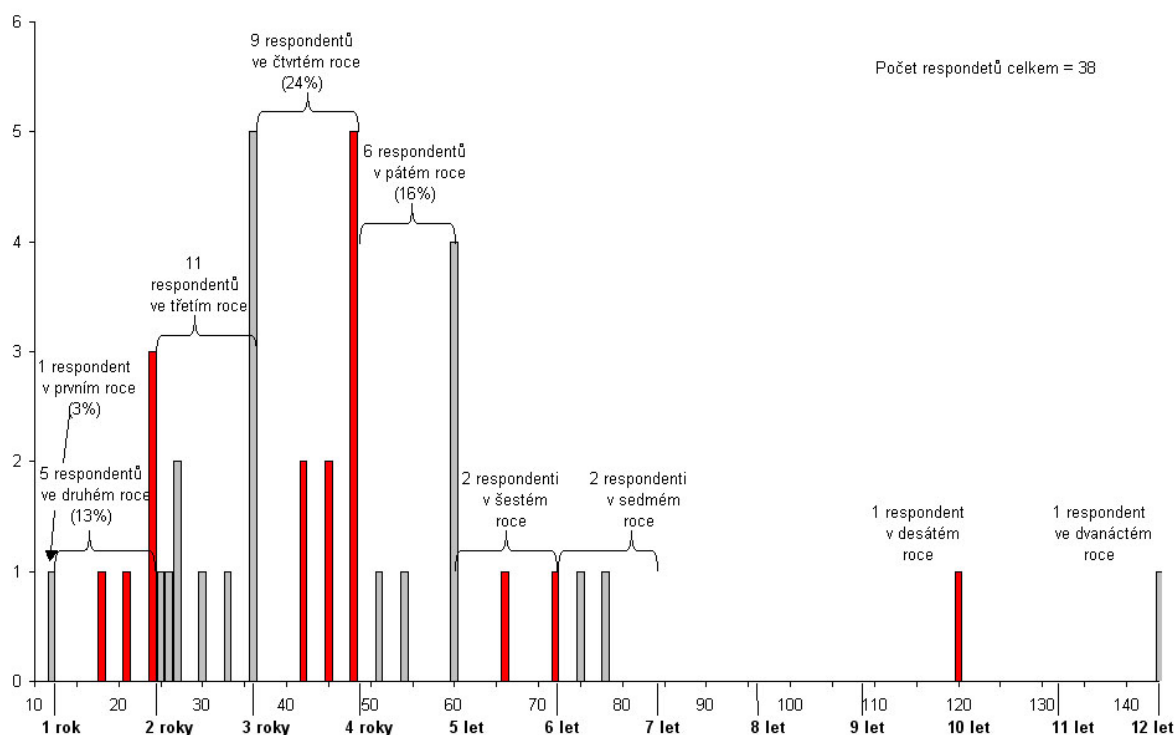
10.1. Diagnostika a implantace

Jak již bylo uvedeno, včasná diagnostika sluchové vady je základním předpokladem pro úspěšnou rehabilitaci dítěte. Na obr. 4 je zachycen počet diagnostikovaných dětí v závislosti na jejich věku. Je třeba zdůraznit, že ani jedno z dětí nebylo diagnostikováno v prvních pěti měsících života. V prvním roce věku bylo sluchové postižení diagnostikováno u 53 % dětí, do věku dvou let celkem 74 % dětí.

Kochleární implantace je u dětí s oboustranným sluchovým postižením nejefektivnější ve věkovém rozmezí mezi druhým a čtvrtým rokem. V případě prodělání zánětu centrálního nervového soustavy je implantace prováděna do půl roku od určení diagnózy.



Obr. 4. Počet diagnostikovaných dětí v závislosti na jejich věku



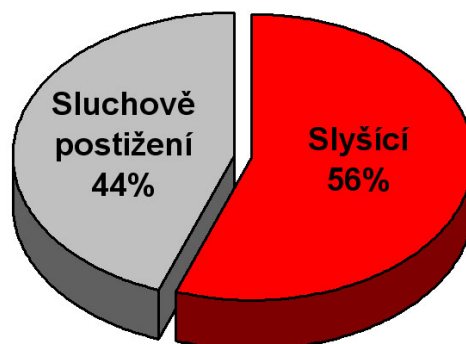
Obr. 5. Provedení kochleární implantace v závislosti na věku

Na obr. 5 je graficky znázorněn počet dětí podrobených kochleární implantaci v závislosti na jejich věku. Nejvíce dětí bylo implantováno ve čtvrtém roce života (24 %). Do čtvrtého roku bylo implantováno 69 % dětí.

Průměrná prodleva mezi stanovením diagnózy a vlastní kochleární implantací u zkoumaného souboru činila dva roky a čtyři měsíce, přičemž nejkratší prodleva představovala šest měsíců, nejdelší devět let a čtyři měsíce.

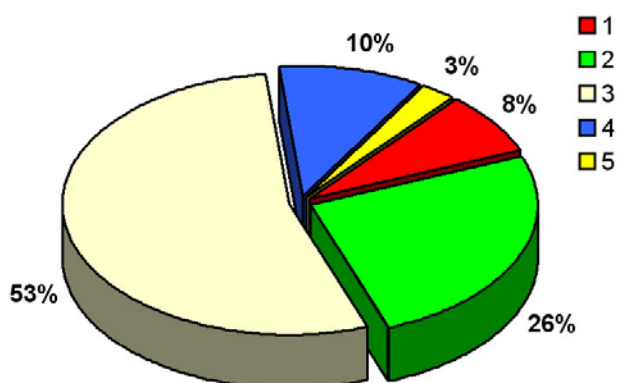
10.2. Specifika komunikace a sociální interakce

Na otázku „Ve které skupině vrstevníků si myslíte, že má vaše dítě více kamarádů?“ odpověděla nadpoloviční většina rodičů (přesně 56 %), že jejich dítě má více kamarádů mezi slyšícími vrstevníky.



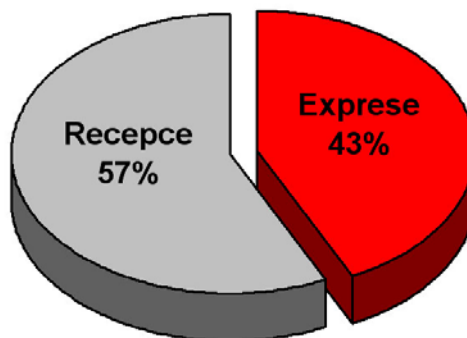
Obr. 6. Ve které skupině vrstevníků si myslíte, že má vaše dítě více kamarádů?

Odpovědi na položku dotazníku „Na jaké úrovni se domníváte, že dokáže Vaše dítě komunikovat?“ jsou graficky znázorněny na obr. 7. Převědeme-li použitou číselnou stupnici na pomyslnou škálu známkování používaného školskými institucemi, lze říci, že známkou 1-3 ohodnotilo své dítě 87 % rodičů oproti 13 % rodičům, kteří považují komunikaci dítěte za spíše špatnou. Z toho 8 % rodičů považuje komunikační schopnosti dítěte za výborné a 3 % považují tyto schopnosti za nedostatečné.



Obr. 7. Na jaké úrovni se domníváte, že dokáže vaše dítě komunikovat? (1-nejlepší, 5-nejhorší)

V odpovědích na otázku, „Při které fázi komunikace je Vaše dítě klidnější?“ mírně převažuje fáze recepce nad expresí, jak je patrné z obr. 8.

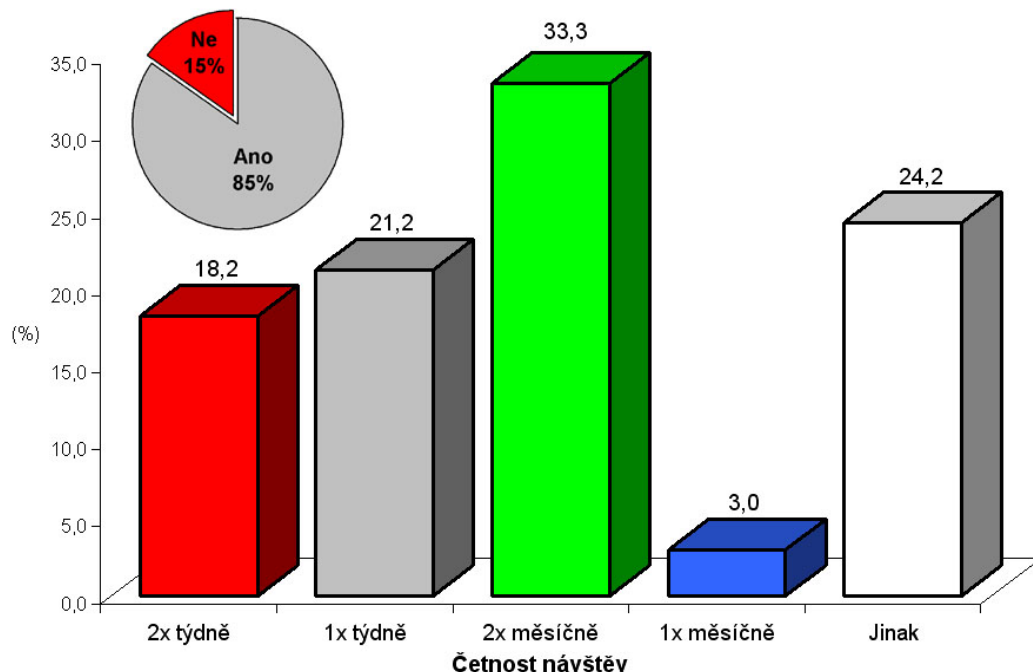


Obr. 8. Při které fázi komunikace je Vaše dítě klidnější?

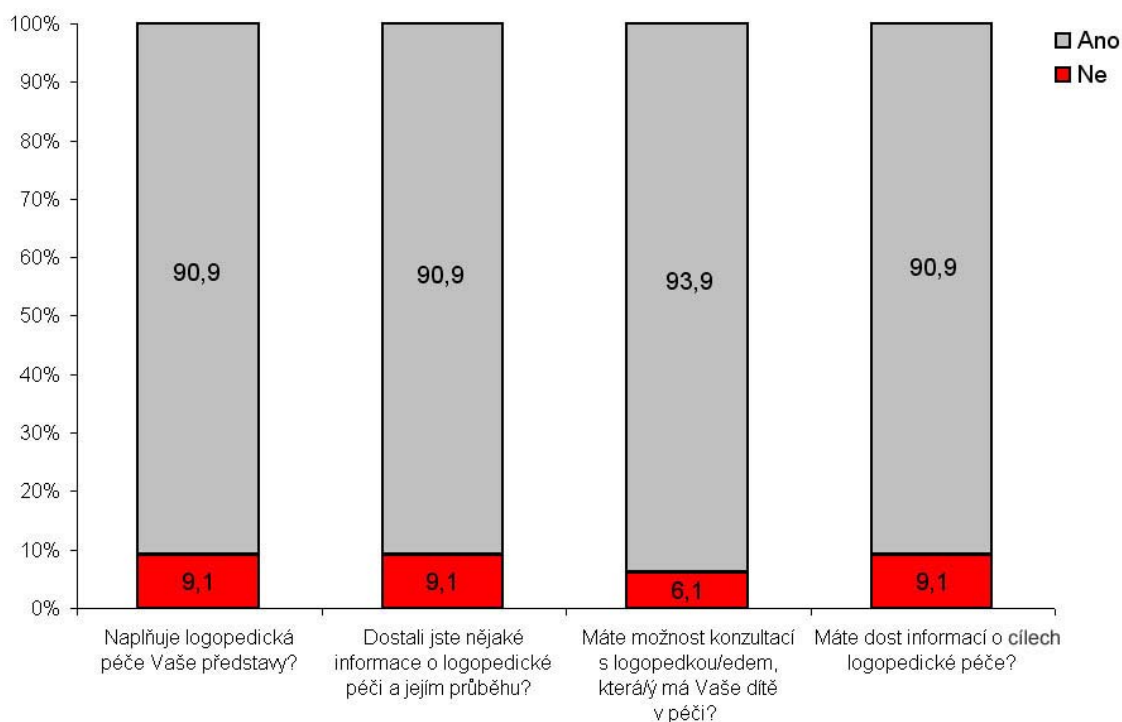
10.3. Informovanost, orientace v dané problematice a osobní kompetence rodičů v oblasti logopedické péče

Převážná většina (85 %) sledovaných dětí navštěvuje s různou frekvencí logopeda. Nejvíce byl zastoupen interval návštěv dvakrát měsíčně (33,3 % dětí), 39,4 % dětí jej navštěvuje častěji (2x a 1x týdně). Kompletní rozložení četností návštěv je zobrazeno na obr. 9.

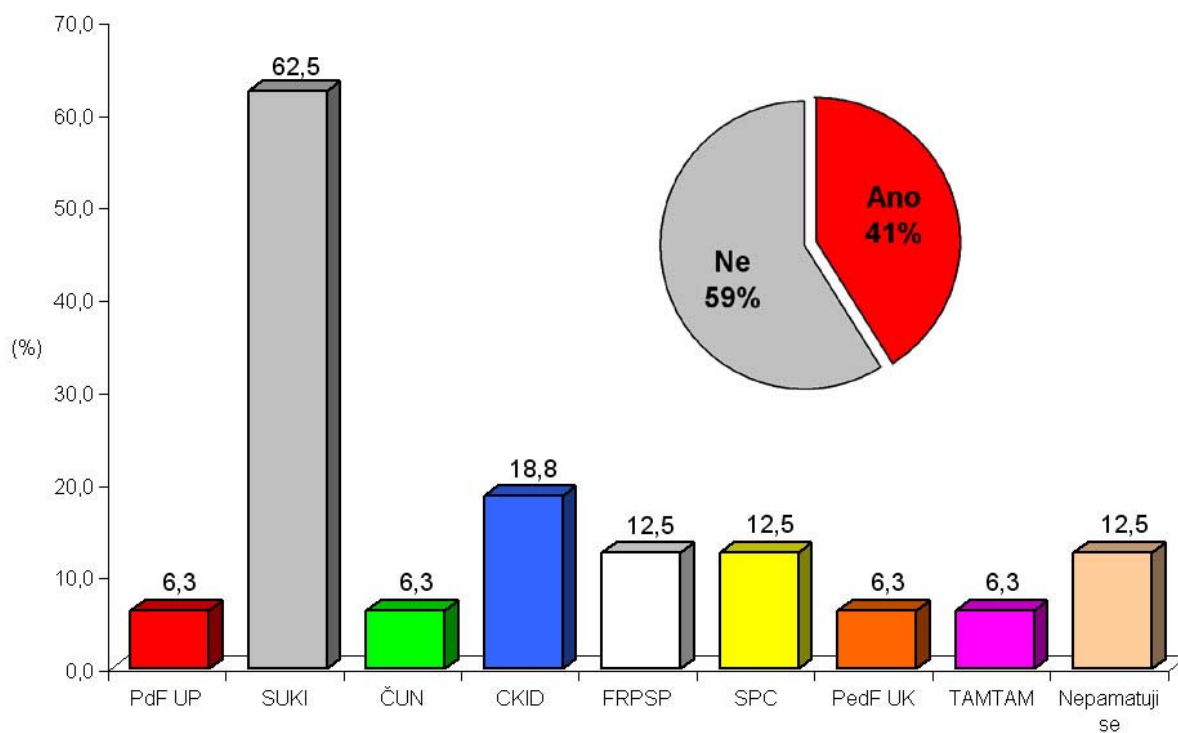
Rodičům bylo položeno několik otázek týkajících se logopedické péče v podobě dichotomických otázek s variantami odpovědí Ano/Ne. Z odpovědí respondentů je patrná relativně vysoká spokojenost s logopedickou péčí, informovaností o jejím průběhu i možnostmi konzultací s logopedem. Podle mínění dotazovaných je poměrně vysoká i jejich informovanost o cílech. Všechny tyto kladné hodnoty převyšují hranici 90 % jak je patrné z obr. 10.



Obr. 9. Docházíte s dítětem na logopedii? Pokud ano, jaká je četnost návštěv vašeho dítěte u logopedky/a?



Obr. 10. Naplňování představ a informovanost rodičů o logopedické péči



Obr. 11. Účastníci jste se/účastníte se vzdělávacích seminářů týkajících se problematiky osob se sluchovým postižením?¹¹

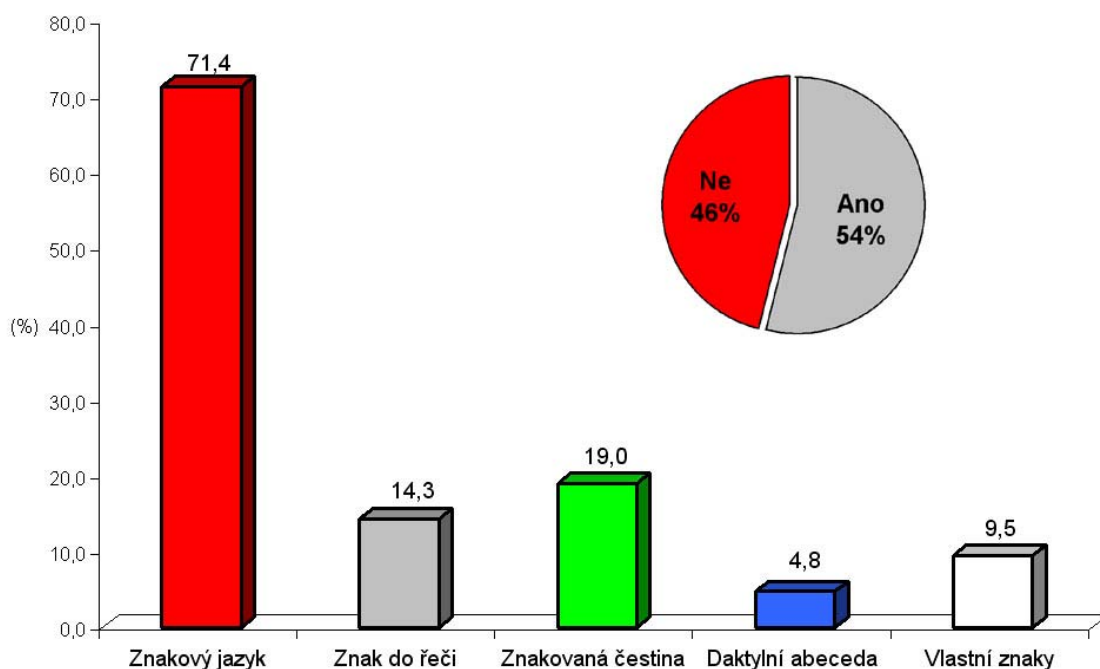
¹¹ SUKI – Sdružení Uživateli Kochleárních Implantátů; PdF UP – Pedagogická fakulta Univerzity Palackého; ČUN – Česká unie neslyšících; CKID – Centrum Kochleárních Implantací u Děti; FRPSP – Federace rodičů a přátel sluchově postižených; SPC – Speciálně pedagogické centrum; PedF UK – Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy; TAM-TAM – Středisko rané péče

Pouze 41% oslovených rodičů se zúčastnilo nejméně jednoho ze vzdělávacích seminářů týkajících se problematiky osob se sluchovým postižením. V převážné většině (62,5 %) se jednalo o seminář pořádaný SUKI (viz obr. 11).

Přibližně jen třetina (33,3 %) rodičů vlastní některou z publikací týkající se problematiky kochleárních implantátů a logopedické péče pro uživatele těchto implantátů. Mezi rodiči jsou rozšířeny v podstatě jen dvě publikace: *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem* (Svobodová), kterou vlastní 5 rodičů a *Raná péče o dítě se sluchovým postižením* (Holmanová), kterou si pořídilo 8 rodičů.

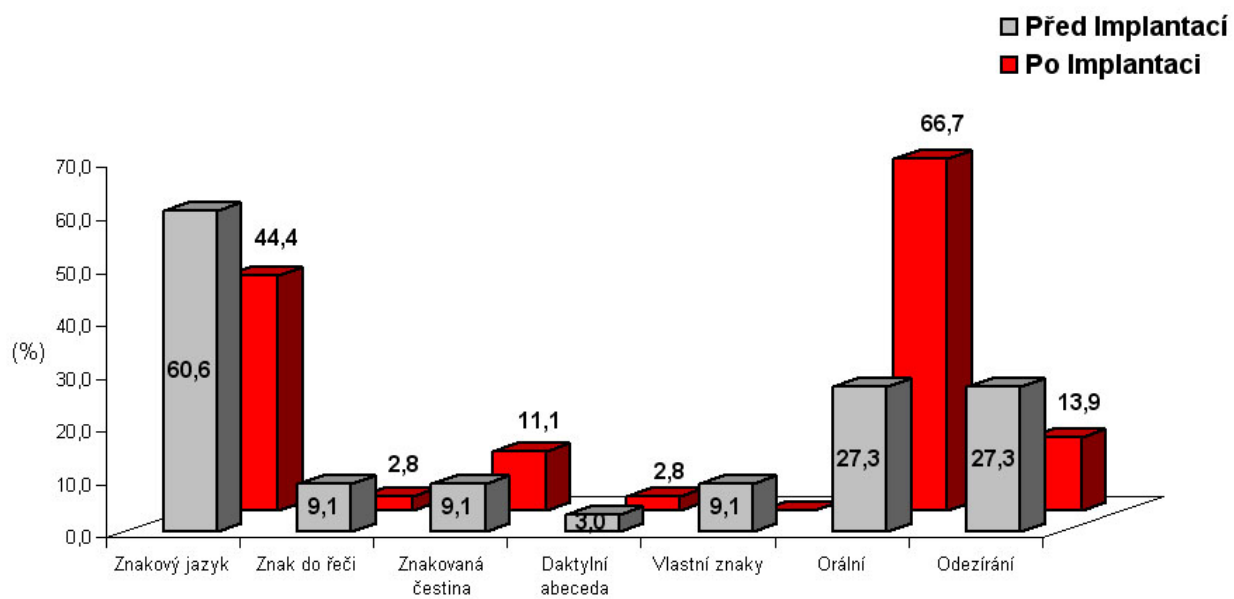
10.4. Komunikační systém

Pro zefektivnění komunikace s dítětem používá 54 % z dotazovaných rodičů hned několik různých znakových systémů, mezi nimiž jednoznačně dominuje znakový jazyk, který kromě jiných systémů používá 71,4 % těchto rodičů. Nezanedbatelné procento rodičů (9,5 %) využívá při komunikaci s dítětem vlastní specifické znaky (viz obr. 12). Na tomto obrázku jsou zachyceny všechny znakové systémy používané rodiči tak, jak je uvedli v dotazníku. Rodiče často používají více než jeden znakový systém, většinou se jedná o kombinaci znakový jazyk a znakovaná čeština.



Obr. 12. Používáte pro zefektivnění komunikace s dítětem některý ze znakových systémů?

Charakter změny komunikačního systému dítěte po kochleární implantaci je znázorněn na obr 13. Markantní je zejména nástup orální komunikace na úkor znakových komunikačních systémů a odezírání. Mírně narostla i frekvence využívání znakované češtiny.



Obr. 13. Komunikační systém dítěte před a po kochleární implantaci.

11. INTERPRETACE DAT VE SROVNÁNÍ DÍVEK A CHLAPCŮ

Relativně vyrovnaný poměr počtu dívek a chlapců (56 % dívek a 44 % chlapců) nám umožňuje porovnat vzájemně tyto dvě skupiny, aniž by došlo k výraznému zkreslení výstupních dat.

V tab. 2 a tab. 3 jsou uvedeny základní informace o zkoumaných souborech dívek a chlapců.

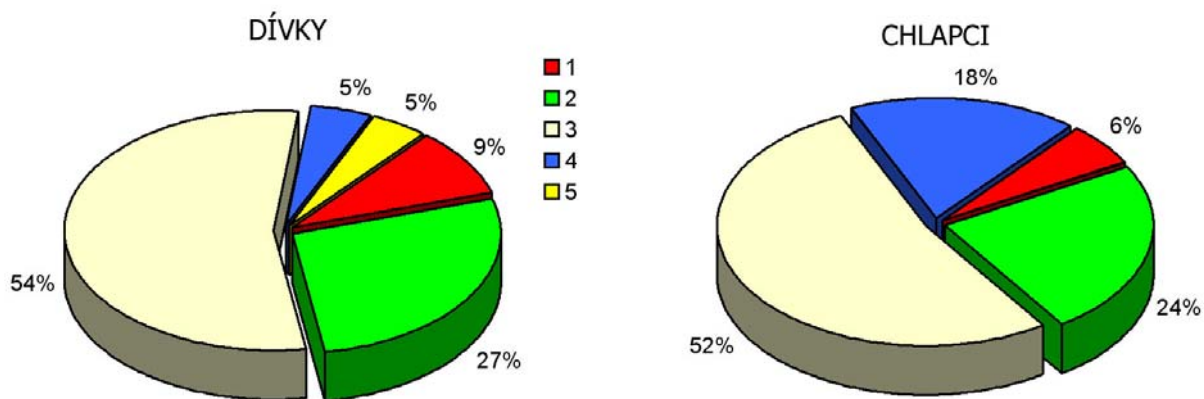
Tab. 2. Základní informace o zkoumaném souboru dívek

Počet dívek	22
Průměrný věk dívek (rok)	8,4
Průměrný věk, kdy byla provedena diagnostika (měsíc)	18
Průměrný věk provedení implantace (rok)	3,8
Dívky vyrůstající v úplné rodině (%)	81,8

Tab. 3. Základní informace o zkoumaném souboru chlapců

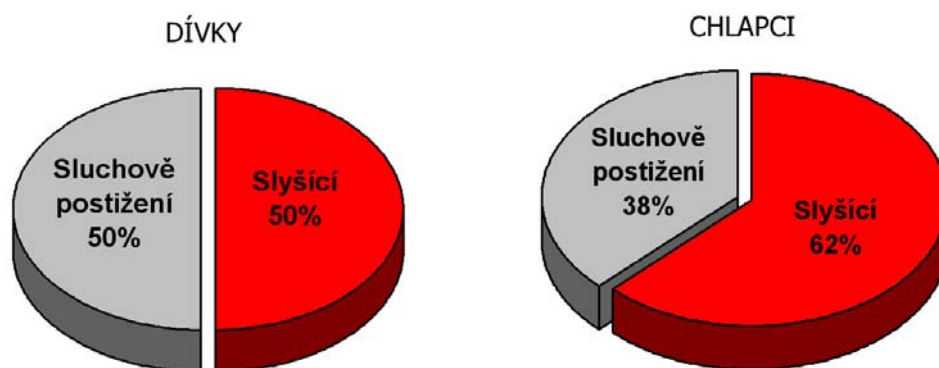
Počet chlapců	17
Průměrný věk chlapců (rok)	9,1
Průměrný věk, kdy byla provedena diagnostika (měsíc)	19
Průměrný věk provedení implantace (rok)	3,8
Chlapci vyrůstající v úplné rodině (%)	94,1

Odpovědi na otázku „Na jaké úrovni se domníváte, že dokáže Vaše dítě komunikovat?“, které jsou na obr. 14, nevykazují žádné markantní rozdíly mezi oběma pohlavími. Sečteme-li ale hodnocení stupni 1-3, kdy stupeň 3 považujeme za komunikaci dobrou, zjistíme, že 10 % rodičů dívek považuje jejich úroveň komunikace za špatnou až nedostatečnou. Rodiče chlapců se v tomto smyslu vyjádřili o 18 % potomků.



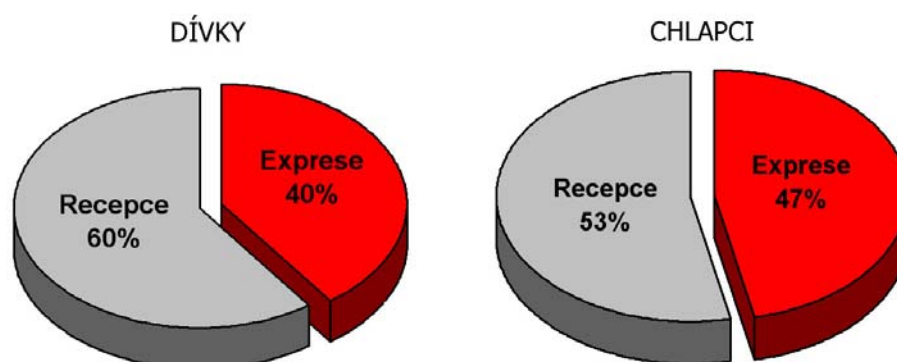
Obr. 14. Na jaké úrovni se domníváte, že dokáže vaše dítě komunikovat? (1-nejlepší, 5-nejhorší) Dívky/Chlapci

Přestože chlapci jsou rodiči hodnoceni, co se úrovně komunikace týče, hůře než dívky, z výzkumu vyplynulo, že jsou to právě chlapci, kteří mají více kamarádů ve skupině slyšících dětí (62 %). U dívek byly obě možnosti v rámci této položky zastoupeny rovnocenně (viz obr. 15).



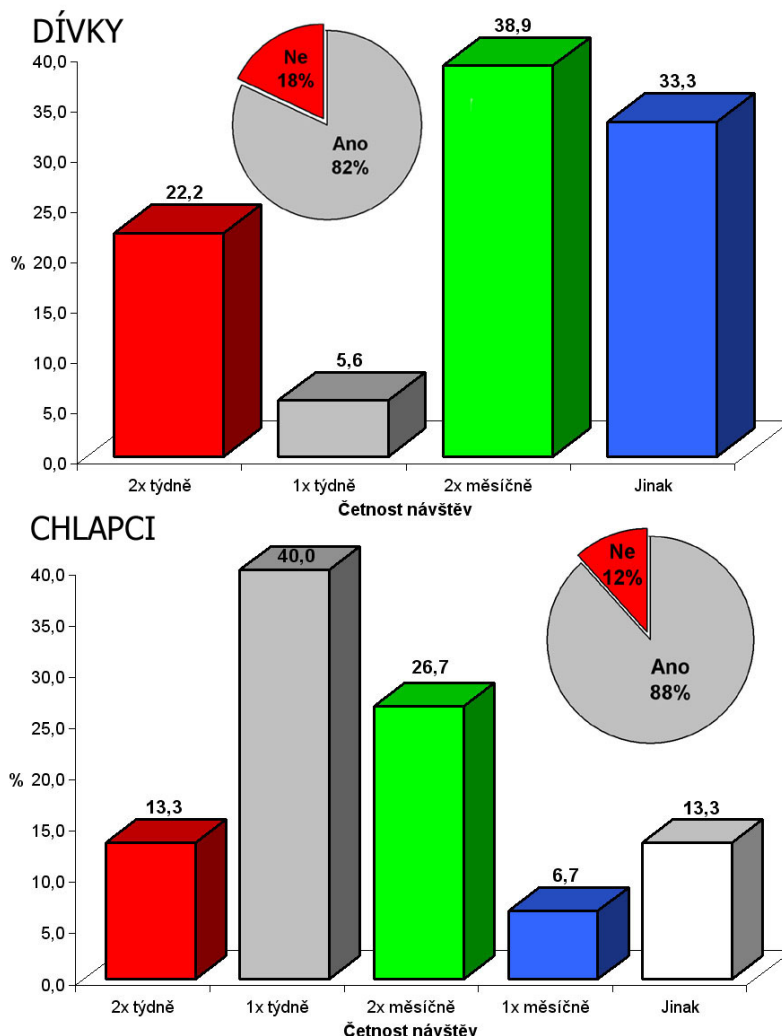
Obr. 15. Ve které skupině vrstevníků si myslíte, že má vaše dítě více kamarádů?
Dívky/Chlapci

V oblasti komunikace jsou výsledky u obou pohlaví srovnatelné. Dívky jsou hodnoceny jako klidnější při recepci v 60 %, chlapci v 53 % (viz obr. 16).

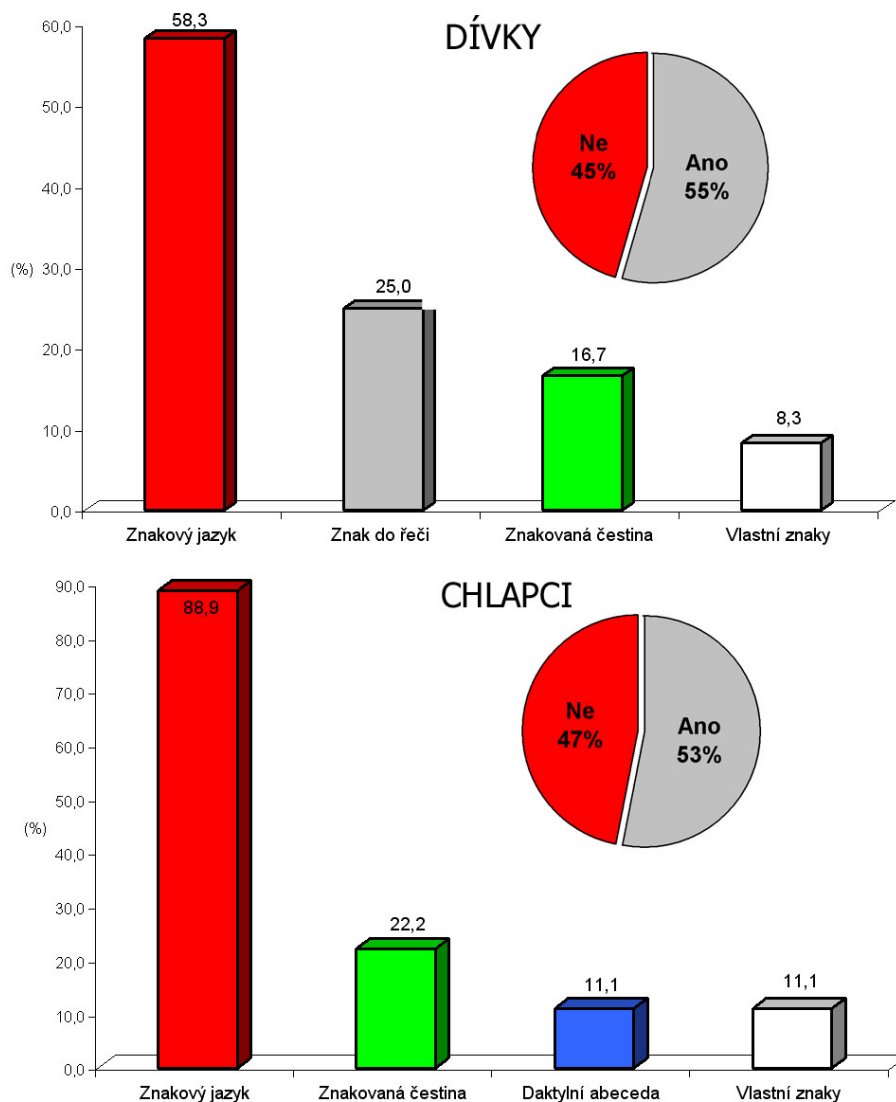


Obr. 16. Při které fázi komunikace je vaše dítě klidnější? Dívky/Chlapci

Rovněž procento dětí navštěvujících logopeda je v porovnání chlapců a dívek takřka totožné. Frekvence se kterou jej navštěvují se ale různí. Jen stěží lze určit obsah odpovědi jinak. Tuto kategorii je možné interpretovat několika způsoby: dítě navštěvuje logopeda častěji, než 2x týdně, na druhé straně to ale může signalizovat, že návštěvy logopeda jsou nepravidelné nebo je jejich frekvence nižší, než 1x měsíčně. Pomineme-li tuto kategorii, jsou při porovnání obou pohlaví patrné dvě tendence – srovnatelné procento chlapců navštěvuje logopeda 1x týdně zatímco obdobné procento dívek 2x měsíčně (viz obr. 17).



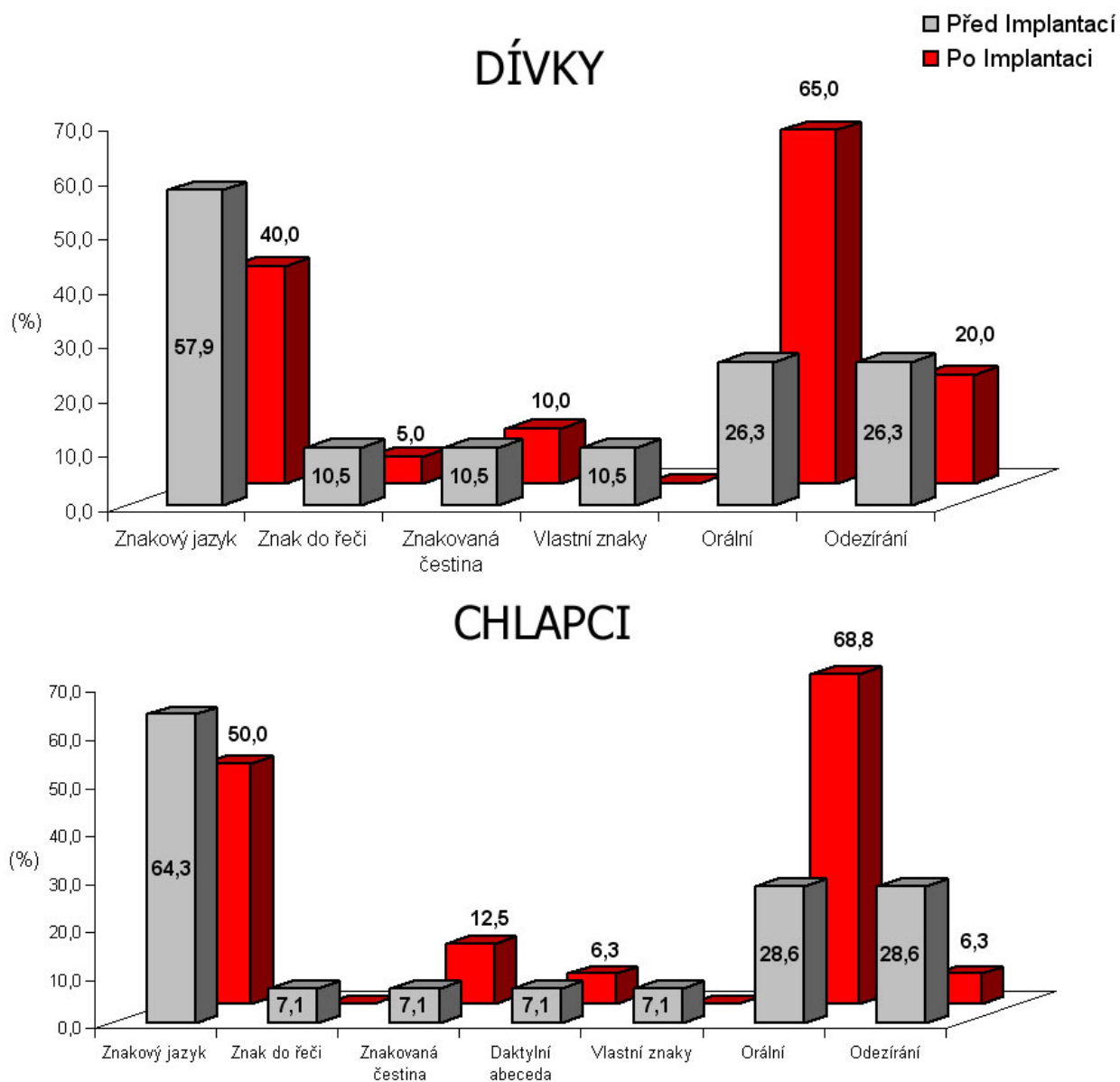
Obr. 17. Docházíte s dítětem na logopedii? Dívky/Chlapci



Obr. 18. Používáte pro zefektivnění komunikace s dítětem některý ze znakových systémů? Dívky/Chlapci

Mimo orální řeč používá v obou skupinách více jak polovina dětí některý ze znakových systémů. Pro zefektivnění komunikace používají jak dívky, tak chlapci jednoznačně nejvíce znakový jazyk - dívky v 58,3 % případů, chlapci dosáhli hodnoty dokonce 88,9 %. Ostatní znakové systémy dosahují hodnot podstatně nižších, jak je patrné z obr. 18.

Obr. 19 ilustruje charakter změny komunikačního systému dětí po kochleární implantaci směrem ve prospěch orální komunikace. Mírně vzrostlo i procento dětí užívajících též znakovanou češtinu. Až na drobné odlišnosti můžeme považovat výsledky u dívek i chlapců za takřka totožné.



Obr. 19. Jaký byl komunikační systém dítěte před a po kochleární implantaci? Dívky/Chlapci

12. DISKUSE

V této části práce se budeme zabývat porovnáním a celkovým zhodnocením získaných dat a na základě toho potvrdíme či vyvrátíme stanovené pracovní hypotézy.

Téma naší práce se vztahuje k otázkám kompetencí rodičů v logopedické péči o děti s kochleárním implantátem. Prvních šest položek dotazníku, použitého k získání potřebných dat, slouží ke zmapování vlastností zkoumaného výběrového souboru. Respondenty v našem případě byli rodiče, kteří byli požádáni v vyplnění dotazníku. Z analýzy získaných údajů vyplynulo, že výzkumu se zúčastnilo celkem 39 rodičů dětí, z toho 22 dívek a 17 chlapců. Průměrný věk souboru činil v době výzkumu 8,7 let. Nejmladšímu dítěti byly v době výzkumného šetření dva roky a dva měsíce, nejstaršímu osmáct let.

Za klíčové v souvislosti s touto problematikou považujeme včasnou diagnostiku. Včasné stanovení diagnózy je klíčovým předpokladem pro efektivní rehabilitaci dítěte, přesto se stále ještě můžeme setkat s případy, kdy je vada sluchu rozpoznána teprve ve dvou až třech letech, či dokonce později. Časový faktor hraje svoji nezastupitelnou roli také v provedení kochleární implantace. V prvním roce věku bylo sluchové postižení diagnostikováno u 53 % dětí, do věku dvou let celkem 74 % dětí. Analýzou položek dotazníku vztahujících se k provedení kochleární implantace bylo zjištěno, že nejvíce dětí bylo implantováno ve čtvrtém roce života (24 %). Do čtvrtého roku bylo implantováno 69 % dětí. Průměrná prodleva mezi stanovením diagnózy a vlastní kochleární implantací u zkoumaného souboru činila dva roky a čtyři měsíce, přičemž nejkratší prodleva představovala šest měsíců, nejdelší devět let a čtyři měsíce. **Naše hypotéza, že většina dětí byla implantována do jednoho roku od stanovení diagnózy, nebyla tudíž potvrzena.**

V sedmé otázce měli rodiče ohodnotit úroveň komunikace jejich dítěte. Převodli jsme použitou číselnou stupnici na pomyslnou škálu známkování používaného školskými institucemi. Známkou v rozpětí 1-3 ohodnotilo své dítě 87 % rodičů oproti 13 % rodičů, kteří považují komunikaci dítěte za spíše špatnou, tj. 4 nebo 5 z hlediska školní klasifikace.

Další položka sledovala, při které fázi komunikace je dítě klidnější. Větší část rodičů (57 %) se domnívá, že je jejich dítě klidnější při recepci, čili příjmu informací a podnětů z vnějšího okolí a 43 % rodičů uvedlo, že je jejich dítě klidnější při fázi exprese, vysílání informací ve smyslu vyjadřování se. Tyto výsledky lze interpretovat tak, že dítě dokáže kvalitněji dekodovat běžný komunikační kód svých slyšících vrstevníků, což jim sekundárně napomáhá adaptaci a socializaci ve skupině.

Devátá otázka zjišťovala, zda-li se děti s kochleárním implantátem cítí lépe ve skupině vrstevníků se sluchovým postižením nebo mezi dětmi slyšícími. Nadpoloviční většina rodičů (56 %) se domnívá, že jejich dítě má více kamarádů mezi slyšícími vrstevníky. Na základě těchto výsledků můžeme konstatovat, že naše **druhá hypotéza byla potvrzena**. Přesto si můžeme všimnout směřování dětí k vrstevníkům se sluchovým postižením, jako ke komunitě sluchově postižených, což dokládají příslušné grafy.

Rodičům bylo položeno několik otázek týkajících se logopedické péče. Z odpovědí respondentů je patrná relativně vysoká četnost návštěv dítěte u logopeda, spokojenost s logopedickou péčí, informovaností o jejím průběhu i možnostmi konzultací s logopedem. Podle mínění dotazovaných, je poměrně vysoká i jejich informovanost o cílech logopedické péče. Tuto spokojenost respondentů můžeme doložit hodnotami v grafech, které přesahují ve valné většině 90 %. Další položky dotazníku se týkaly informovanosti a orientace rodičů v této problematice. 41 % oslovených rodičů se zúčastnilo nejméně jednoho ze vzdělávacích seminářů týkajících se problematiky osob se sluchovým postižením. Přibližně jen třetina respondentů (33,3 %) vlastní některou z publikací zaměřeno na problematiku kochleárních implantátů a logopedické péče pro uživatele těchto implantátů. Mezi rodiči jsou rozšířeny: *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem* (Svobodová), kterou vlastní 5 rodičů a *Raná péče o dítě se sluchovým postižením* (Holmanová), kterou si pořídilo 8 rodičů. **Na základě toho je možné hypotézu, že většina rodičů dětí s kochleárním implantátem je dostatečně informována, orientována v dané problematice a kompetentní v oblasti logopedické péče, potvrdit jen částečně.**

Naše čtvrtá hypotéza měla potvrdit změnu komunikačního systému po kochleární implantaci. Charakter změny komunikačního systému dítěte po

kochleární implantaci je markantní zejména v nástupu orální komunikace na úkor znakových komunikačních systémů a odezírání. Mírně narostla i frekvence využívání znakované češtiny. Z analýzy těchto údajů vyplývá, že **naše čtvrtá hypotéza byla potvrzena.**

13. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Naší snahou bylo poukázat na důležitost stanovení diagnózy v co nejútlejším věku. Včasná diagnóza sluchové vady je základním předpokladem pro úspěšnou rehabilitaci dítěte, včetně včasného provedení kochleární implantace. Na základě této skutečnosti bychom doporučovali, aby byl průběžně posuzován a hodnocen vývoj dítěte a pomocí diagnostických zákroků stanoveny další kroky, popř. upravovány stávající programy.

Jakmile je pomocí moderní technologie získán přístup k veškeré sluchové percepci s cílem umožnit co nejvyšší možnou detekci řečového spektra, pak může mít dítě možnost přirozeným způsobem pomocí sluchového orgánu rozvíjet komunikační kompetence.

Za stěžejní z tohoto hlediska považujeme zintenzivnění spolupráce logopeda a dalších odborníků s rodiči dítěte s kochleárním implantátem. Klíčovým předpokladem pro maximální úroveň socializace jedince s kochleárním implantátem je neustálé zdokonalování úrovně komunikace. Zvýšení míry integrace dětí se sluchovým postižením a markantní nárůst orální komunikace, vlivem kochleární implantace potvrdily i výsledky našeho šetření.

Věříme, že údaje získané v rámci výzkumu pomohou vytvořit alespoň částečný vhled do této tematiky.

IV. ZÁVĚR

Lidé se sluchovým postižením tvoří heterogenní minoritní skupinu, která se ve svých komunikačních a sociálních možnostech výrazně liší od majoritní - v tomto případě slyšící společnosti. Pro jedince se sluchovou vadou kompenzovanou pomocí kochleárního implantátu se otevírá nová možnost vzájemné komunikace s majoritní slyšící společností formou většinového komunikačního kódu – orální řeči. Úroveň komunikace je jedním z faktorů, které výrazně determinují úroveň sociální integrace jedince s postižením do intaktní společnosti. Kochleární implantát může být jednou z možností pro zkvalitnění komunikace osob se sluchovým postižením a sekundárně může přispět také ke zvýšení úrovně jejich socializace.

Efekt kochleárního implantátu je pro rozvoj řeči velmi individuální a závisí na mnoha faktorech. Jedním z těchto faktorů je včasná diagnostika sluchového postižení, která je základním předpokladem pro úspěšnou rehabilitaci dítěte.

V tomto kontextu hraje zásadní roli také spolupráce logopeda a dalších odborníků vždy ve vzájemné kooperaci s rodiči. Naší snahou v této práci bylo zachytit výše zmíněné aspekty a mnohé další oblasti dotýkající se problematiky kochleární implantace zejména v souvislosti s logopedickou péčí. Jednou z nejdůležitějších složek celého procesu rehabilitace dítěte s kochleárním implantátem jsou rodiče – jejich očekávání, přání, postoje a motivy přímo ovlivňují efektivitu implantace. Proto jsme se specificky zaměřili na kompetence rodičů v logopedické péči o děti s kochleárním implantátem.

Z tohoto hlediska považujeme za určující, aby rodiče byli informováni a podrobně seznámeni se základním cílem logopedické intervence u dětí s kochleárním implantátem – tedy využití veškerého sluchového potenciálu k tomu, aby se dítě „naučilo mluvit pomocí poslechu“.

Logopedická péče je jedním ze stavebních kamenů komplexně pojaté rehabilitace, proto je nutné nasměrovat rodiče k demokratickému stylu výchovy, který by umožňoval celkový maximální, harmonický rozvoj jejich dítěte.

Výsledná efektivita celého procesu rehabilitace, a to nejen v oblasti logopedické intervence, se odvíjí od zainteresovanosti rodičů a jejich vlastní aktivity. Z tohoto pohledu je nezbytné, aby rodiče terapii nejen pasivně sledovali, ale především se jí aktivně účastnili, učili se modelové techniky při stimulování řeči, jazyka a komunikačních činností doma a plánovali společně s odborníky strategie pro integraci poslechu, řeči, jazyka a komunikace do každodenního života. Nezbytnou součástí je z tohoto pohledu adekvátní zpětná vazba – pozitivní hodnocení sebemenších úspěchů, pokroků a schopností dítěte a především reálné zhodnocení možností jeho dalšího rozvoje. Z našeho výzkumu vyplývá, že kochleární implantace může být pro dítě s těžkým postižením sluchu výrazným přínosem – samotnou implantací však začíná dlouhodobý proces, který vyžaduje v oblasti vzájemné spolupráce a komunikace mezi odborníky a rodiči aktivitu všech zúčastněných stran. V této souvislosti je i nadále nutné tuto oblast rozvíjet a zkvalitňovat. Věříme, že tato práce přispěla alespoň částečně k základní orientaci v problematice kompetencí rodičů v logopedické péči o děti s kochleárním implantátem.

V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DATTA, G.; HARBOR, D. *Cochlear Implants for young children (Moving On: Listening and Language)*. Nottingham : The Ear Foundation, 2007. ISBN neuvedeno

DATTA, G.; HARBOR, D.; ALLEN, C.; HARRIGAN, S. *Cochlear Implants for Deaf Babies and Toddlers: A Sound Start*. Nottingham : The Ear Foundation, 2006. ISBN neuvedeno

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 2., uprav. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8

ESTABROOKS, W. *The Foundations of Listening*. Canada : North York General Hospital, 1994. ISBN neuvedeno

ESTABROOKS, W. *Listening for life*. Canada : We Listen International, 2008. ISBN neuvedeno

FENCLOVÁ, J. *Ve světě sluchového postižení*. Praha 3 : FRPSP, 2005. ISBN 80-86792-27-7

FREEMAN, D.R.; CARBIN F.C.; BOESE J.R. *Tvé dítě neslyší?* Praha : FRPSP, 1992. ISBN neuvedeno

HAHN, A. a kol. *Otolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0529-3

HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha : Septima, 2005. ISBN 80-7216-213-6

HOLOUŠOVÁ, D. A kol. *Jak psát diplomové a závěrečné práce*. Olomouc : UPOL, 1999. ISBN 80-7067-841-0.

HORÁK, F., CHRÁSKA, M. *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1989.

HRONOVÁ, A; MOTEJZLÍKOVÁ, J. *Raná komunikace mezi matkou a dítětem*. Praha : FRPSP, 2002. ISBN neuvedeno

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha 7 : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha : Univerzita Karlova, 2003. ISBN 80-246-0329-2

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5

LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno : Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7

MANOLSON, A.; WARD B.; DODINGTON, N. *You Make The difference In helping Your Child Learn*. Canada : Hanen Early Language Program, 2007. ISBN 0-9221145-06-3.

MARSCHARK, M. *Raising and Education a Deaf Child*. Oxford : University Press, 1997. ISBN 10: 0-19-512658-0

MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6

POTMĚŠIL, M. *Čtení k surdopedii*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0766-3

SKALKOVÁ, J. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Praha : SPN, 1986.

STOKES, J. *Hearing impaired infants - Support in the first eighteen months*. London : 1999. ISBN 1 86156 106 7

SVOBODOVÁ, K. *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem*. Praha : Septima, s.r.o., 2005. ISBN 80-7216-214-4

ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha : Septima, 2006. ISBN 80-7216-232-2

ŠKODOVÁ, J; JEDLIČKA I. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6

ŠLAPÁK, I., FLORIÁNOVÁ, P. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. Brno : Paido, 1999. ISBN 80-85931-67-2.

ŘÍČAN P.; KREJČÍŘOVÁ D. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 2007. ISBN 80-7169-512-2

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

VITÁSKOVÁ, K.; PEUTELSCHMIEDOVÁ A. *Logopedie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci , 2005. ISBN 80-244-1088-5

Vyhláška 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

VI. INTERNETOVÉ ZDROJE

LUDVÍKOVSKÁ, K.; HRSTKOVÁ, H. *Reakce novorozence : Moorův reflex (objímání)* [online]. 2007 [cit. 2007-12-13]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.babyonline.cz/pece-o-dite/reakce-novorozence.html#reakce1>>. ISSN 1802-4572.

Kochleární implantát [online]. Praha 3 : Alfa Human Service, občanské sdružení, 2005 , 2003 [cit. 2007-10-13]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.alfabet.cz:7783/pls/portal/AHS_PROVIDER.rdh_apress_portlet.Show_Apress_Clanek?Id=21576>.

WHO. *Primary ear and hearing care training resource : Advanced level* [online]. Switzerland : WHO Press, 2006 , 2008 [cit. 2007-11-23]. Anglický. Dostupné na World Wide Web: <http://www.who.int/pbd/deafness/activities/hearing_care/advanced.pdf>. ISBN 92 4 159361.

Centrum kochleárních implantací u dětí. *Kochleární implantát : Organizace* [online]. [cit. 2007-10-24]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ckid.cz/>>.

Centrum kochleárních implantací u dětí. *Kochleární implantát : Výsledky-aktuální stav* [online]. [cit. 2008-02-28]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ckid.cz/aktual.asp>>.

Centrum kochleárních implantací u dětí. *Kochleární implantát : Způsob přenosu zvukového signálu* [online]. [cit. 2008-02-13]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ckid.cz/kochimp.asp>>.

Centrum kochleárních implantací u dětí. *Kochleární implantát : Operace, programování řečového procesoru a rehabilitace* [online]. 28.2.2008 [cit. 2007-10-25]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ckid.cz/operace.asp>>.

Udržení implantačního programu a zavedení Nucleus Freedom [online]. Praha 5 : Univerzita Karlova v Praze - 2.lékařská fakulta [cit. 2007-09-25]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/orl/success.htm>>.

Odborný seminář Kochleární implantace u dětí [online]. Univerzita Karlova v Praze - 2.lékařská fakulta, 2006 [cit. 2007-11-13]. Dostupné

na World Wide Web:

<<http://zdroj.lf2.cuni.cz/Informace/2006/kochlse.htm>>.

Zákony ČR onLine : 525/2005 Sb. [online]. Arnet On Line, 2008 [cit. 2008-02-28]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.zakony.cz/?sekce=zakony&akce=seznamderoku&rok=2005&typ=Sb.&offset=501>>.

Kochleární implantát [online]. [cit. 2007-12-02]. Dostupné na World Wide Web: < http://lorm.cz/download/mezi_nami/obsahCD/puvodci.html>.

Kochleární a středoušní implantáty MED-EL [online]. 2000 , 23.4.2007 [cit. 2008-02-29]. Dostupný z WWW:

<<http://www.volny.cz/audionika/medel.html>>.

VII. SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obr. 1. Kochleární implantát Freedom	25
Obr. 2. Kochleární implantát MED-EL (SONATA).....	26
Obr. 3. Podíl dívek a chlapců u zkoumaného vzorku	47
Tab. 1. Základní informace o zkoumaném souboru.....	48
Obr. 4. Počet diagnostikovaných dětí v závislosti na věku	49
Obr. 5. Provedení kochleární implantace v závislosti na věku	50
Obr. 6. Ve které skupině vrstevníků si myslíte, že má vaše dítě více kamarádů?	51
Obr. 7. Na jaké úrovni se domníváte, že dokáže vaše dítě komunikovat? (1-nejlepší, 5-nejhorší).....	51
Obr. 8. Při které fázi komunikace je Vaše dítě klidnější?	52
Obr. 9. Docházíte s dítětem na logopedii? Pokud ano, jaká je četnost návštěv vašeho dítěte u logopedky/a?	53
Obr. 10. Naplňování představ a informovanost rodičů o logopedické péči	54
Obr. 11. Účastnili jste se/účastníte se vzdělávacích seminářů týkajících se problematiky osob se sluchovým postižením?	54
Obr. 12. Používáte pro zefektivnění komunikace s dítětem některý ze znakových systémů?	56
Obr. 13. Komunikační systém dítěte před a po kochleární implantaci.	57
Tab. 2. Základní informace o zkoumaném souboru dívek	58
Tab. 3. Základní informace o zkoumaném souboru chlapců	58
Obr. 14. Na jaké úrovni se domníváte, že dokáže vaše dítě komunikovat? (1-nejlepší, 5-nejhorší) Dívky/Chlapci ..	59
Obr. 15. Ve které skupině vrstevníků si myslíte, že má vaše dítě více kamarádů? Dívky/Chlapci	60
Obr. 16. Při které fázi komunikace je vaše dítě klidnější? Dívky/Chlapci.....	60
Obr. 17. Docházíte s dítětem na logopedii? Dívky/Chlapci.....	61
Obr. 18. Používáte pro zefektivnění komunikace s dítětem některý ze znakových systémů? Dívky/Chlapci	62
Obr. 19. Jaký byl komunikační systém dítěte před a po kochleární implantaci? Dívky/Chlapci.....	63

VIII. SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tab. 1. Základní informace o zkoumaném souboru.....	48
Tab. 2. Základní informace o zkoumaném souboru dívek.....	58
Tab. 3. Základní informace o zkoumaném souboru chlapců	58

IX. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Průvodní dopis

Příloha č. 2 – Dotazník

Příloha č. 1 – Průvodní dopis

Vážení rodiče,

jmenuji se Adéla Šestáková a jsem studentkou absolventského ročníku logopedie na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Následující dotazník je součástí výzkumu v rámci diplomové práce na téma – Kompetence rodičů v logopedické péči o děti s kochleárním implantátem.

Obracím se na Vás se žádostí o pomoc při realizaci šetření na výše uvedené téma. Vyplněním následujícího dotazníku, mi velice pomůžete získat potřebná data. Předem Vám děkuji za čas strávený jeho vyplněním, který by neměl přesáhnout 10 – 15 minut. Dotazník je tvořen 20 otázkami, vyberte prosím vždy jednu možnost, která je Vám nejbližší nebo kterou považujete za nejvýstižnější a otevřené otázky prosím vyplňte. Informace, které poskytnete jsou důvěrné, anonymní a budou využity pouze pro účely diplomové práce.

Předem velice děkuji za Vaši spolupráci.

Adéla Šestáková

Dotazník předkládaný studentkou Adélou Šestákovou se úzce vztahuje k aktuálnímu surdopedickému tématu, jež je řešeno v kontextu speciálně pedagogické teorie a praxe.

Dovoluji si Vás požádat o spolupráci při realizaci šetření.

S pozdravem

V Olomouci dne 23.9.2007

doc.PhDr.PaedDr.Miloň Potměšil, PhD.

Příloha č. 2 – Dotazník

Jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci a ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který poslouží k vypracování diplomové práce.

1. Pohlaví dítěte: chlapec dívka
2. Věk dítěte: _____
3. V kolika letech byla u Vašeho dítěte diagnostikována vada sluchu?

4. V kolika letech byla Vašemu dítěti provedena kochleární implantace?

5. Rodiče dítěte:
 - a) matka: slyšící neslyšící
 - b) otec: slyšící neslyšící
6. Dítě žije v: úplné rodině neúplné rodině
7. Na jaké úrovni se domníváte, že dokáže Vaše dítě komunikovat?
(1-nejlepší, 5-nejhorší)
 1 2 3 4 5
8. Při které fázi komunikace je Vaše dítě klidnější?
 exprese (**vysílání** informace, vyjadřování se)
 recepce (**příjem** informací a podnětů z vnějšího prostředí)
9. Ve které skupině vrstevníků si myslíte, že má Vaše dítě více kamarádů?
 slyšící
 sluchově postižení
10. Docházíte s dítětem na logopedii? ano ne
Pokud **ano**, jaká je četnost návštěv Vašeho dítěte u logopedky/a?
 2x týdně
 1x týdně
 2x měsíčně
 1x měsíčně
 jinak

11. Naplňuje logopedická péče Vaše představy? ano ne
12. Dostali jste nějaké informace o logopedické péči a jejím průběhu?
 ano ne

Pokud **ano**, byly srozumitelné a jasné? ano ne

13. Máte možnost konzultací s logopedkou/edem, která/ý má Vaše dítě v péči? ano ne
14. Máte dost informací o cílech logopedické péče? ano ne
15. Používáte pro zefektivnění komunikace s dítětem některý ze znakových systémů? (Znakový jazyk, znakovaná čeština, znak do řeči, makaton)
 ano ne

Pokud **ano**, uveďte prosím jaký:

16. Jaký byl komunikační systém dítěte **před** implantací? (Znakový jazyk, znakovaná čeština, znak do řeči, makaton)

17. Jaký byl komunikační systém dítěte **po** implantaci? (Znakový jazyk, znakovaná čeština, znak do řeči, makaton)

18. Účastnili jste se/účastníte se vzdělávacích seminářů týkající se problematiky osob se sluchovým postižením?
 ano ne

Pokud **ano**, kým byly/jsou organizovány?

19. Vlastníte některou z dostupných publikací o problematice kochleárních implantátů a logopedické péče pro uživatele kochleárních implantátů?

ano ne

Pokud **ano**, napište prosím kterou/é:

20. O čem se domníváte, že by bylo vhodné v logopedické péči zlepšit?

Děkuji Vám.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Adéla Šestáková
Katedra:	Katedra speciální pedagogiky
Vedoucí práce:	doc. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.
Rok obhajoby:	2008

Název práce:	Kompetence rodičů v logopedické péči o děti s kochleárním implantátem
Název v angličtině:	Parents' competencies in speech and language therapeutic care of children with cochlear implant
Anotace práce:	Téma této práce se vztahuje ke kompetencím rodičů v logopedické péči o děti s kochleárním implantátem. Výzkumná část si klade za cíl zjistit, jaká je prodleva mezi stanovením diagnózy a vlastní kochleární implantací. Dále je zde sledována spolupráce logopeda a dalších odborníků s rodiči dítěte s kochleárním implantátem. Konkrétně je práce zaměřena také na zvýšení míry integrace dětí se sluchovým postižením a markantní nárůst orální komunikace.
Klíčová slova:	Sluchové postižení, kochleární implantát, logopedická péče, role rodiny a poradenství, kompetence
Anotace v angličtině:	This work refers to parents' competencies in speech and language therapeutic care of children with cochlear implant. Exploratory part deal with delay among assesment of diagnose and cochlear implant. It's find out cooperation of speech therapist and other specialist with parents'child with cochlear implant. In the concrete is work sight also on improvement of integration and striking improvement of oral communication of children with cochlear implant.
Klíčová slova v angličtině:	Hearing impairment, cochlear implant, speech and language therapeutic care, role of family and guidance, competencies.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Průvodní dopis Příloha č. 2 – Dotazník
Rozsah práce:	76 stran
Jazyk práce:	český jazyk

